

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิธีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจและพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ในเรื่องต่อไปนี

1. การสื่อสาร
2. พัฒนาการด้านการสื่อสารของเด็ก
3. การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจและพยาบาล
 - 3.1 วิธีการสื่อสารที่ผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจใช้กับพยาบาล
 - 3.2 วิธีการสื่อสารที่พยาบาลใช้กับผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ

การสื่อสาร

การสื่อสารเป็นปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ เนื่องจากมนุษย์ใช้การสื่อสารเป็นเครื่องมือในการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม (Craven & Himle, 2000) ในการศึกษาเกี่ยวกับการสื่อสารพบว่า การสื่อสารมีลักษณะเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน มีความต่อเนื่องและความเป็นพลวัต กระบวนการสื่อสารจะเกิดขึ้นระหว่างบุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไปที่เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลความคิดเห็น แสดงความรู้สึก และความต้องการของตนภายใต้บริบทของการส่งและการรับข่าวสารของผู้ส่งและผู้รับข่าวสาร ผ่านสัญลักษณ์ซึ่งอาจเป็นวจนภาษาหรืออวจนภาษา (Hybels & Weaver, 1995; Sieh & Brentin, 1997; Kathol, 1999; Wilkinson, 1999; Wong et al., 1999; Timby, 2001) ดังนั้นการสื่อสารจึงไม่เพียงเกี่ยวข้องกับการพูดหรือการเขียนเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการใช้ภาษาร่างกาย บุคลิกลักษณะ และท่าทางเพื่อถ่ายทอดข่าวสารของตนเองไปสู่บุคคลอื่น ซึ่งเดวิตโต (Devito, 1997) ได้สรุปวัตถุประสงค์ของการสื่อสารทั่วไป 5 ประการ ดังนี้

1. เพื่อให้บุคคลได้เปิดตนเองสู่โลกภายนอก ด้วยการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารของตนกับบุคคลอื่นทั้งทางตรงและทางอ้อม ผ่านการรับรู้ของตนเองและจากปฏิกิริยาของบุคคลอื่น ซึ่งเป็นเสมือนภาพสะท้อนขณะสื่อสาร ในปัจจุบันมีการพัฒนาสื่อและเทคโนโลยีทางการสื่อสาร

มากขึ้นจึงเป็นการเปิดโอกาสให้บุคคลแสดงความรู้ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคคลและสื่อต่าง ๆ ได้เรียนรู้เกี่ยวกับบุคคลและสิ่งของประเภทต่าง ๆ ส่งผลให้บุคคลเปิดตนเองสู่โลกภายนอกมากขึ้น

2. เพื่อสร้างสัมพันธภาพ มนุษย์ทุกคนต้องการความรักและการเอาใจใส่ ในขณะเดียวกันก็ต้องการที่จะรักผู้อื่น ซึ่งความต้องการนี้คืออาศัยการสื่อสารเพื่อสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น แต่อย่างไรก็ตาม มนุษย์อาจใช้การสื่อสารเพื่อแยกตนเองออกจากผู้อื่น เพื่อการโต้แย้งหรือการแข่งขัน ซึ่งจะเป็นการทำลายสัมพันธภาพลงได้

3. เพื่อโน้มน้าวจิตใจ เป็นการสื่อสารที่พยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและทัศนคติของบุคคลอื่นให้เป็นไปในแนวทางที่ตนต้องการ หรือให้ทำตามความต้องการของตน เช่น การโฆษณาในการรณรงค์งดสูบบุหรี่ เป็นต้น

4. เพื่อความผ่อนคลาย เป็นพฤติกรรมการสื่อสารในรูปแบบของการหยอกล้อ ไม่จริงจัง ทำให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจ รู้สึกผ่อนคลาย รื่นรมย์ และมีความสุข บุคคลมักใช้การสื่อสารเพื่อความผ่อนคลายในการหลีกเลี่ยงสภาวะที่กดดันและระบายความเครียดจากสภาวะแวดล้อม

5. เพื่อการช่วยเหลือ เป็นการสื่อสารที่อาศัยการคิดอย่างวิเคราะห์และสร้างสรรค์ การฟังอย่างตั้งใจ การแสดงความคิดเห็นอย่างมีอารมณ์ร่วม และการกระตุ้นให้คู่สื่อสารระบายความในใจเพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา บุคคลที่ใช้การสื่อสารเพื่อการช่วยเหลือ เช่น ผู้ให้คำปรึกษาในสาขาต่าง ๆ และพยาบาล เป็นต้น

สำหรับวิชาชีพพยาบาลนั้น การสื่อสารเป็นทักษะขั้นพื้นฐานที่สำคัญและจำเป็นในทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล (Arnold, Virvan, & Kizilay, 1998; Boggs, 1999) ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยการสื่อสารกับผู้ป่วย ญาติ และผู้ร่วมงาน โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลได้รับการยอมรับนับถือและไว้วางใจ รับทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย สามารถให้การพยาบาลและข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย (Ashworth, 1980 cited in Hafsteindottir, 1996) แต่การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลจะบรรลุตามวัตถุประสงค์หรือไม่เพียงใดนั้นส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของการสื่อสาร ซึ่งมีลักษณะและความสัมพันธ์กันหลายรูปแบบส่งผลให้กระบวนการสื่อสารมีความแตกต่างกันออกไป

องค์ประกอบของการสื่อสาร

องค์ประกอบของกระบวนการสื่อสารจะมีความสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่อง และมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน โดยที่ลักษณะของแต่ละองค์ประกอบจะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพและความสำเร็จของการสื่อสาร องค์ประกอบพื้นฐานของการสื่อสารมี 6 ประการ (Hybels & Weaver, 1995) ดังนี้

1. ผู้ส่งและผู้รับข่าวสาร ผู้ส่งข่าวสารเป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคลซึ่งอาจเป็นทารก เด็ก หรือผู้ใหญ่ที่มีความคิด ความต้องการส่งข่าวสารไปยังผู้รับสาร โดยทั่วไปแล้วแต่ละบุคคลในกระบวนการสื่อสารจะสลับเปลี่ยนกันทำหน้าที่ผู้รับและผู้ส่งข่าวสาร บุคคลที่มีความรู้เกี่ยวกับลักษณะของการสื่อสาร การแสดงบทบาทต่างๆ ในบริบทของการสื่อสาร มีประสบการณ์ด้านการสื่อสาร บุคลิกที่น่าเชื่อถือ สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเอง เป็นบุคคลที่มีความสามารถในการสื่อสาร (Devito, 1997)

2. ข่าวสาร หมายถึง ความคิด หรือ ความรู้สึกที่ผู้ส่งข่าวสารต้องการส่งไปยังผู้รับข่าวสาร ข่าวสารจะถูกแสดงออกด้วยการใช้สัญลักษณ์ต่าง ๆ เรียกว่า รหัสสาร ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ (1) วจนภาษา คือ รหัสสารที่เป็นภาษาพูดหรือภาษาเขียน (2) อวจนภาษา คือ รหัสสารที่ไม่ใช่ภาษาพูดหรือภาษาเขียน สำหรับผู้ส่งข่าวสารที่เป็นทารกหรือเด็กเล็กซึ่งยังไม่สามารถใช้และแปลรหัสสารที่เป็นวจนภาษาได้ต้องใช้รหัสสารที่เป็นอวจนภาษาแทน เช่น การสัมผัส การแสดงท่าทาง เป็นต้น

3. ช่องทางการสื่อสาร หมายถึง ตัวกลางหรือสื่อที่ถ่ายทอดข่าวสารจากผู้ส่งข่าวสารไปสู่ผู้รับข่าวสาร เป็นเสมือนทางเชื่อมระหว่างผู้ส่งและผู้รับข่าวสาร แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ (1) สื่อที่เป็นมนุษย์ ซึ่งอาจเป็นผู้ส่งข่าวสารเองโดยอาศัยกลไกของประสาทสัมผัสทั้งห้า หรือเป็นผู้นำข่าวสารไปยังผู้รับ (2) สื่อที่ไม่ใช่มนุษย์ ในบุคคลที่ระบบประสาทสัมผัสยังเจริญไม่เต็มที่ เช่น เด็ก หรือบุคคลที่มีความผิดปกติของระบบประสาทสัมผัส เช่น คนหูหนวก คนใบ้ และผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจไม่สามารถใช้ช่องทางการสื่อสารในการส่งและ/หรือรับข่าวสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ปฏิกริยาย้อนกลับ การสื่อสารแต่ละครั้งย่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่อบุคคล และสิ่งแวดล้อม ปฏิกริยาย้อนกลับจะเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความคิด และความรู้สึกของผู้รับข่าวสารที่มีต่อทั้งผู้ส่งข่าวสาร และข่าวสาร ทำให้ผู้ส่งข่าวสารรับรู้ถึงผลและผลกระทบของการสื่อสารทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งอาจทำให้ผู้ส่งข่าวสารตัดสินใจปรับเปลี่ยนลักษณะ เนื้อหาและวิธีการสื่อสารเพื่อให้มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับคู่สื่อสาร

5. สิ่งแวดล้อม หมายถึง สิ่งต่าง ๆ บริเวณที่เกิดการสื่อสาร ประกอบด้วย (1) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมรูปธรรมสามารถรับรู้ได้ด้วยประสาทสัมผัส (2) สิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม เช่น ความเชื่อ ทศนคติ เป็นต้น (3) สิ่งแวดล้อมทางจิตสังคม เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม สิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อการสื่อสาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านความเหมาะสมของเวลาและสถานที่กับข่าวสารที่ส่งออกไป สิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมอาจเป็นสิ่งรบกวนการสื่อสาร

6. สิ่งรบกวนการสื่อสาร หมายถึง สิ่งที่มีผลกระทบต่อการส่งและการรับข่าวสาร ทำให้ข่าวสารได้รับการแปลความหมายที่ไม่ถูกต้อง แบ่งออกเป็น 3 ชนิด คือ (1) สิ่งรบกวนภายนอก เป็นสิ่งรบกวนที่มาจากสิ่งแวดล้อม (2) สิ่งรบกวนภายใน เป็นสิ่งรบกวนที่เกิดขึ้นจากผู้ส่ง และผู้รับข่าวสาร (3) สิ่งรบกวนที่เกี่ยวข้องกับภาษา เช่น ความแตกต่างของการใช้ภาษาของคู่สื่อสาร เป็นต้น

The diagram illustrates the communication process between two parties, labeled 'ผู้ส่ง - ผู้รับข่าวสาร' (Sender - Receiver of Information) on both the left and right sides. A central box contains the text 'ข่าวสาร-ปฏิกิริยาซ้อนกลับ' (Information - Feedback Reaction) at the top and bottom, with a double-headed arrow indicating a reciprocal relationship. The box is labeled 'ช่องทางการสื่อสาร' (Communication Channel) at the top and bottom. The entire process is labeled 'สิ่งแวดลอม' (Environment) on the right side.

แหล่งที่มา. จาก **Communication effectively** (p.7) by Hybels & Weaver. 1995. St. Louis: McGraw-Hill, Inc.

การสื่อสารที่มีการให้ปฏิริยาข้อกลับของผู้รับข่าวสารนี้ เมื่อพิจารณาลักษณะทิศทางการไหลของข่าวสารพบว่า มีการไหลของข่าวสารสองทางซึ่งเป็นการสื่อสารที่มีความยืดหยุ่น และเปิดโอกาสให้ผู้สื่อสารแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ทำให้เกิดความเข้าใจข่าวสารถูกต้องมากกว่าการสื่อสารทางเดียวที่ผู้ส่งข่าวสารไม่เปิดโอกาสให้ผู้รับข่าวสารแลกเปลี่ยนความคิดเห็น แต่เนื่องจากการสื่อสารทางเดียวใช้เวลาในการสื่อสารน้อยจึงนิยมใช้ในลักษณะของคำสั่งให้ปฏิบัติตาม (อรพรรณ พุมอาภรณ์, 2533) แต่ไม่ว่าจะเป็นการสื่อสารลักษณะใดก็ตาม ผู้ส่งและผู้รับข่าวสารควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการและวิธีการสื่อสาร เพื่อให้สามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีการสื่อสาร

โดยทั่วไปแล้วข่าวสารจะถูกถ่ายทอดจากผู้ส่งข่าวสารออกไปสู่ผู้รับข่าวสารได้หลายวิธี แต่เมื่อจัดกลุ่มวิธีการสื่อสารโดยใช้ภาษาเป็นเกณฑ์ พบว่า วิธีการสื่อสารแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ วิธีการสื่อสารด้วยวัจนภาษา และวิธีการสื่อสารด้วยอวัจนภาษา (Ellis & Nowlis, 1994; Kozier, Erb, Blais, & Wilkinson, 1995) ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาและค้นคว้ารายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

1. วิธีการสื่อสารด้วยวัจนภาษา หมายถึง วิธีการสื่อสารที่ใช้ภาษาเป็นรหัสสาร โดยใช้กลุ่มของสัญลักษณ์ที่เป็นอักษรหรือคำพูดที่มีความหมายในรูปแบบหรือลำดับตามโครงสร้างของไวยากรณ์ (Pearson & Nelson, 1997) วิธีการสื่อสารด้วยวัจนภาษาจึงประกอบด้วย การพูด และการเขียน (Kethol, 1999; Craven & Hirnle, 2000) สำหรับการสื่อสารด้วยการพูด ผู้พูดต้องสามารถเปล่งเสียงออกมาได้ ในคนปกติเสียงจะเกิดจากการสั่นของสายเสียงในกล่องเสียง โดยอากาศที่ผ่านเข้าและออกพร้อมกับการทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ (Mosby's Medical Encyclopedia, 1997) ความหมายของเสียงที่เปล่งออกมาเป็นคำพูดจะขึ้นอยู่กับภาษาที่ใช้สื่อสารของแต่ละบุคคล ความสามารถในการสื่อสารด้วยวัจนภาษาจะได้รับอิทธิพลจากความตั้งใจในการสื่อสาร ทักษะในการพูด การฟัง การมองเห็น ระบบประสาทและกล้ามเนื้อที่ใช้พูดหรือเขียน (Timby, 2001) รวมทั้ง อายุ ระดับการศึกษา ทักษะสติ ภูมิหลังทางวัฒนธรรม และฐานะทางเศรษฐกิจสังคม (Ellis & Nowlis, 1994) สิ่งสำคัญในการสื่อสารด้วยวัจนภาษา คือ ภาษาที่ใช้จะต้องเป็นภาษาที่ผู้ส่งและผู้รับข่าวสารใช้ร่วมกัน จึงจะทำให้ผู้สื่อสารเกิดความเข้าใจตรงกัน และให้ปฏิกิริยาตอบสนองได้อย่างถูกต้อง การสื่อสารแบบวัจนภาษาที่มีประสิทธิภาพจะต้องมีความชัดเจน ตรงประเด็น ง่ายต่อการเข้าใจ มีช่วงเวลาเหมาะสม มีความยืดหยุ่น และน่าเชื่อถือ (Kozier, Erb, Blais, & Wilkinson, 1995)

2. วิธีการสื่อสารด้วยอวัจนภาษา หมายถึง การสื่อสารโดยไม่ใช้ภาษาพูด หรือภาษาเขียน แต่ใช้ท่าทาง กิริยา สีหน้าท่าทาง หรือสัญลักษณ์อื่นแทน (Tubbs & Moss, 1994; Devito, 1997) ประมวลร้อยละ 93 ของการสื่อสารในเด็กเป็นการสื่อสารด้วยอวัจนภาษา (Hybels & Weaver, 1995) และถึงแม้ว่ามนุษย์จะสามารถสื่อสารโดยวิธีที่ใช้วัจนภาษาหรืออวัจนภาษาเพียงอย่างเดียว แต่การสื่อสารทั้งสองวิธีนี้มักถูกใช้ร่วมกันเสมอ โดยวิธีการสื่อสารแบบอวัจนภาษาจะมีความสัมพันธ์กับการสื่อสารแบบวัจนภาษา 4 ลักษณะ คือ (1) อวัจนภาษาจะทำหน้าที่ควบคุมวัจนภาษา (2) เน้น (3) เสริมความหมายของวัจนภาษา (4) ทำหน้าที่แทนเมื่อไม่สามารถสื่อสารด้วยวัจนภาษาได้ เช่น คนเป็นใบ้ คนหูหนวก ผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอหรือใส่ท่อทางเดินหายใจ เป็นต้น สิ่งสำคัญที่ควรคำนึงถึงในการสื่อสารด้วยอวัจนภาษาก็คือ การสื่อสารด้วยอวัจนภาษาเป็นการสื่อสารที่เกิดจากจิตใต้สำนึกจึงเป็นสิ่งที่แสดงความรู้สึกและทัศนคติที่แท้จริงของผู้ส่งสาร

การสื่อสารด้วยอวัจนภาษาจะถูกแสดงออกมาในรูปแบบของรหัสสารที่เป็นสัญลักษณ์และเสียงที่ไม่ใช่คำพูด (Pearson & Nelson, 1997) ซึ่งแบ่งตามลักษณะที่ปรากฏออกมาได้ 7 ลักษณะ ดังนี้

1. การสื่อสารโดยใช้ระยะทางหรืออาณาเขต บุคคลจะใช้ระยะทางหรืออาณาเขตในการปกป้องตนเอง ทำให้ตนเองรู้สึกสุขสบาย และปลอดภัย (Pearson & Nelson, 1997) อาณาเขตหรือระยะห่างระหว่างบุคคลจึงสามารถบอกถึงลักษณะความสัมพันธ์ของคู่สื่อสาร การสื่อสารด้วยการใช้อาณาเขตของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับลักษณะทางวัฒนธรรม เพศ อายุ สถานภาพ และเชื้อชาติ โดยชาวตะวันตกจะใช้อาณาเขตในการสื่อสารน้อยกว่าชนเชื้อสายมากกว่าชาวตะวันออก เพศหญิงและเด็กจะอนุญาตให้คู่สื่อสารสัมผัสชนเชื้อสายมากกว่าเพศชายจึงใช้อาณาเขตในขณะสื่อสารน้อยกว่าเช่นกัน แต่การสื่อสารกับเพศตรงข้ามจะใช้อาณาเขตในการสื่อสารมากกว่าการสื่อสารกับเพศเดียวกัน

2. การสื่อสารที่แสดงออกด้วยเวลา หมายถึง การแสดงความหมายโดยใช้เวลาเป็นสิ่งที่บ่งบอกลักษณะของการสื่อสาร ข่าวสาร และผู้ส่งข่าวสาร แบ่งออกเป็นเวลาที่เป็นการเดินทาง และเวลาที่เป็นส่วนตัว การสื่อสารในเวลาที่เป็นส่วนตัวจะบ่งบอกถึงความสำคัญของข่าวสาร และความสัมพันธ์อันใกล้ชิดของผู้สื่อสาร ส่วนการสื่อสารแบบทางการนั้นการตรงต่อเวลาเป็นสิ่งที่สื่อถึงความสนใจและให้ความสำคัญในกิจกรรมที่กระทำอยู่ รวมทั้งเป็นการแสดงความเคารพและให้เกียรติบุคคลที่เกี่ยวข้อง (Devito, 1997)

3. การสื่อสารโดยใช้การเคลื่อนไหวของร่างกาย เป็นพฤติกรรมสื่อสารที่บุคคลอื่นสังเกตได้จากการเคลื่อนไหวของอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกายของผู้ส่งข่าวสาร ประกอบด้วย

3.1 การแสดงออกทางใบหน้า เมื่อร่างกายได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้าทั้งทางด้านสรีระและจิตใจ จะเกิดกระบวนการรับรู้และปฏิกิริยาตอบสนองทำให้มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าสื่อถึงลักษณะของความรู้สึก ทศนคติ และอารมณ์ต่าง ๆ การแสดงออกทางใบหน้าในบางอารมณ์อาจมีความคล้ายกัน เช่น ความกลัว และความประหลาดใจ เป็นต้น บางครั้งบุคคลอาจมีอารมณ์สองอย่างในเวลาเดียวกัน ดังนั้นการแยกการแสดงออกทางใบหน้าให้มีความเฉพาะกับอารมณ์แต่ละชนิดจึงเป็นสิ่งที่ทำได้ยากมาก นอกจากนี้ความแตกต่างของการแสดงออกทางใบหน้าในแต่ละวัฒนธรรมอาจทำให้การแสดงออกทางใบหน้าที่เหมือนกันถูกรับรู้และแปลความหมายแตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม การแสดงออกทางใบหน้าที่ได้รับการยอมรับว่ามีความเป็นสากล เช่น การยิ้ม ซึ่งเป็นการแสดงออกทางใบหน้าที่ทางสังคมที่หมายถึง ความยินดี ดีใจ มีความสุข เป็นต้น การแสดงออกทางใบหน้าที่สื่อความหมายได้ชัดเจนมากขึ้นถ้าใช้ร่วมกับการสื่อสารวิธีอื่น เช่น การสัมผัส และการแสดงออกทางสายตา เป็นต้น ซึ่งจะทำให้การสื่อสารนั้นมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3.2 การแสดงออกทางสายตา กล้ามเนื้อบริเวณดวงตาเป็นกล้ามเนื้อที่บุคคลควบคุมการทำงานได้น้อยมาก ดังนั้นปฏิกิริยาจากดวงตาจึงสื่อถึงความรู้สึกที่แท้จริงของบุคคลนั้น การแสดงออกทางสายตาทำหน้าที่ในการสื่อสาร 4 ประการ คือ (1) เป็นสัญญาณของสัมพันธภาพ (2) ค้นหาเป้าหมายหรือปฏิกิริยาตอบกลับจากคู่สื่อสาร (3) ควบคุมการสื่อสาร และ(4) เพิ่มระยะระหว่างบุคคล (Devito, 1997) โดยใช้ระยะเวลา ทิศทาง และลักษณะการเคลื่อนไหวของดวงตาเป็นสิ่งประกอบในการแปลความหมาย การแสดงออกทางสายตาโดยเฉพาะอย่างยิ่งการสบสายตาสื่อถึงบุคลิกลักษณะ ความสนใจ และความคุ้นเคย บุคคลจะสบสายตากับเพื่อนหรือคนคุ้นเคยบ่อยกว่าสบสายตากับคนอื่น การสบสายตาส่งแสดงถึงความสนใจ ความชอบ และความต้องการ บุคคลที่ต้องการความช่วยเหลือมักจะสบตาบ่อยครั้งกว่าบุคคลที่มีความต้องการน้อยกว่า (Libby & Yaklevich, 1973 cited in Tubbs & Moss, 1994) แต่การสบตาดำเนินระยะเวลาที่ยาวนานจนกลายเป็นการจ้องมองจะสื่อความหมายในด้านลบ เช่น เป็นการจับผิด หรือเป็นการข่มขู่ ส่วนการหลบตาจะสื่อถึงความไม่สนใจ การปฏิเสธ รวมทั้งบุคลิกขี้อาย เป็นต้น

3.3 การเคลื่อนไหวของมือ หมายถึง การเคลื่อนไหวของนิ้ว มือ และแขน (Mulder, 1996) แบ่งการเคลื่อนไหวของมือเป็น 3 ลักษณะ คือ การเคลื่อนไหวเพื่อการสื่อสาร การเคลื่อนไหวเพื่อการทำงาน และการสัมผัส สำหรับการเคลื่อนไหวของมือเพื่อการสื่อสารจะมีความสัมพันธ์กับการพูด และเป็นสิ่งที่ช่วยให้การสื่อสารด้วยการพูดสมบูรณ์มากขึ้น พัฒนาการของการใช้มือเพื่อการสื่อสารเริ่มต้นจากการเคลื่อนไหวของมือที่เกิดขึ้นเองขณะพูด ต่อมามีการผสมผสานกับการใช้ไวยากรณ์จนกระทั่งเป็นกิริยาอาการที่ปราศจากคำพูด เป็นสัญลักษณ์ และเป็นกลุ่มของกิริยาอาการที่สามารถใช้สื่อสารแทนการพูดได้อย่างสมบูรณ์แบบเรียกว่า ภาษามือในที่สุด (Kendon, 1988) การเคลื่อนไหวของมือในการสื่อสารมีความสัมพันธ์กับความถนัดของแต่ละบุคคล ซึ่งส่วนใหญ่ร้อยละ 90 เป็นการถนัดมือขวา (Napier, 1993) จากการวิจัยของแฮร์ริส (Harris, 1989) ที่ศึกษาเปรียบเทียบการใช้มือในการสื่อสารระหว่างคนปกติและคนหูหนวกพบว่า ในคนปกติจะใช้มือข้างที่ถนัดแสดงกิริยาท่าทางขณะสื่อสารมากกว่ามือข้างที่ไม่ถนัด แต่คนหูหนวกซึ่งใช้ภาษามือในการสื่อสารจะใช้มือทั้งสองข้างเท่ากัน สำหรับการแปลความหมายกิริยาอาการของมือจะพิจารณาจากตำแหน่ง ทิศทาง การเคลื่อนไหวของนิ้ว และมือ ประกอบกับความสอดคล้องของแขน การแสดงออกทางใบหน้า การเคลื่อนไหวของศีรษะ และท่าทางของร่างกายส่วนอื่นๆ (McNeill, Levy, & Pedelty, 1990 cited in Mulder, 1996)

3.4 การเคลื่อนไหวของร่างกาย การเคลื่อนไหวของร่างกายทำให้เกิดลักษณะท่าทางที่สามารถสื่อสารถึงความรู้สึกหรืออารมณ์ของบุคคล เอกแมน (Ekman, 1965 cited in Tubbs & Moss, 1994) กล่าวว่า ใบหน้าจะสื่อถึงอารมณ์ต่างๆ ในขณะที่ร่างกายจะสื่อถึงความรุนแรงของ

อารมณ์ และความสนใจ ลักษณะท่าทางของร่างกายแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ ท่ายืน ท่านั่ง และท่านอน การเปลี่ยนแปลงท่าทางทำให้มีเปลี่ยนแปลงระยะระหว่างบุคคลกับวัตถุหรือบุคคลอื่น และทำให้ความหมายของท่าทางเปลี่ยนไป ลักษณะท่าทางแต่ละชนิดจะถูกใช้ในสังคม สถานภาพ และเพศที่แตกต่างกัน และเนื่องจากบุคคลจะเข้าใจสิ่งที่ชอบรู้สึกปลอดภัย แต่จะถอยห่างจากสิ่งที่ไม่ชอบหรือรู้สึกเป็นอันตราย ดังนั้นท่าทางที่เอนตัวไปด้านหลัง หรือเอียงตัวเข้าไปใกล้จะสื่อถึงความสนใจ ชื่นชอบ และไว้วางใจ ส่วนท่าทางที่ถอยห่างหรือเดินออกไปจะสื่อถึงความไม่สนใจ หรือ รังเกียจ

4. การสื่อสารด้วยการสัมผัส เป็นวิธีการสื่อสารที่เริ่มต้นพัฒนาการตั้งแต่เป็นทารกในครรภ์ โดยทารกจะรับรู้การสัมผัสผ่านครรภ์ของมารดา เมื่อคลอดออกมาทารกจะเจริญเติบโตขึ้นเป็นเด็ก พร้อมกับการเรียนรู้โลก และวิธีการสื่อสารด้วยการสัมผัส วิธีการสัมผัสจะถ่ายทอดความรู้สึกของผู้สัมผัสไปสู่ผู้รับสัมผัสด้วยความหมายที่แตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่แล้วการสัมผัสที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลที่มีสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดจะถ่ายทอดอารมณ์และความรู้สึกด้านบวก ได้แก่ การดูแลเอาใจใส่ การให้กำลังใจ การให้ความรัก และความสนใจ ทำให้บุคคลที่ได้รับการสัมผัสเกิดความรู้สึกได้รับการยอมรับ มีคุณค่า มีความสงบ อ่อนโยน ไว้วางใจ คุ้นเคย และเป็นกันเอง สำหรับเด็กการสัมผัสอาจสื่อถึงความสนุกสนาน การหยอกล้อ ความต้องการเล่น จากการศึกษาการใช้การสัมผัสเพื่อสื่อสารของ เฮสลิน (Heslin cited in Hybels & Weaver, 1995) พบว่า สามารถแบ่งการสัมผัสออกเป็น 5 ลักษณะ คือ (1) การสัมผัสตามหน้าที่หรือตามวิชาชีพ (2) การสัมผัสตามมารยาททางสังคมด้วยความสุภาพ (3) การสัมผัสด้วยความอบอุ่นและเป็นมิตร (4) การสัมผัสด้วยความรักและความเข้าใจ (5) การสัมผัสด้วยความต้องการทางเพศ และเนื่องจากการสัมผัสเป็นวิธีการสื่อสารที่มีการรุกร้าอาณาเขตส่วนบุคคล ดังนั้นผู้ส่งข่าวสารที่จะใช้การสื่อสารวิธีนี้จะต้องพิจารณาถึงลักษณะและความหมายของการสัมผัสให้เหมาะสมกับผู้รับข่าวสารของตนเอง

5. การสื่อสารด้วยปริภาษา (paralanguage) หมายถึง การแสดงความหมายโดยใช้ลักษณะของเสียงที่เปล่งออกมา ประกอบด้วย คุณภาพของเสียง ระดับเสียง ความดัง ความเร็ว รวมทั้งการเว้นระยะขณะสื่อสาร ปริภาษาจะสื่อถึงลักษณะและสภาพร่างกาย ภาวะจิตใจของผู้พูด รวมทั้งสภาวะทางอารมณ์ ลักษณะบุคลิกภาพ เพศ และความน่าเชื่อถือ (Pearson & Nelson, 1997) เช่น บุคคลที่พูดเร็วและคล่องจะถูกมองว่ามีความสามารถในการสื่อสารมากกว่าบุคคลที่พูดช้า ระดับเสียงสูงจะสื่อว่าเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เป็นเด็กมากกว่าผู้ใหญ่ เสียงที่สูงจะสื่อถึงความไม่พอใจ ในขณะที่ระดับเสียงต่ำสื่อถึงความไม่มั่นใจ ลักษณะขี้อาย (Hybels & Weaver, 1995) บุคคลที่มีรูปร่างสูงใหญ่มักมีเสียงดัง และเสียงที่ดังจะสื่อถึงความรู้สึกมั่นใจ มีพลังอำนาจ แต่เสียงที่ดังมากเกินไปจะทำให้รู้สึกก้าวร้าว (Tubbs & Moss, 1994) เป็นต้น

6. การสื่อความหมายจากสิ่งที่ปรากฏทางกายภาพ เช่น ความสดชื่น ความเชื่อมั่น ความอ่อนเพลีย เป็นต้น สิ่งที่ปรากฏทางกายภาพจะพิจารณาประกอบกับสภาพของร่างกาย ได้แก่ รูปร่าง ความสูง น้ำหนัก ลักษณะและสีผิว ลักษณะและอนามัยของเส้นผม สิ่งเหล่านี้สามารถสื่อความหมาย และให้ความรู้สึกแตกต่างกัน เช่น คนผอมจะให้ความรู้สึกอ่อนแอ เปราะบาง แต่คนรูปร่างอ้วนจะสื่อถึงความรู้สึกอึดอัด คนผิวดำจะให้ความรู้สึกแข็งแกร่งมากกว่าคนผิวขาว คนที่ตัดผมสั้นหรือรวบมัดให้เรียบร้อยมักเป็นคนที่ต้องอาศัยความคล่องตัว คนที่ผมสะอาดมีอนามัยจะทำให้รู้สึกว่าเป็นคนมีสุขภาพแข็งแรง ส่วนคนที่ผมยุ่งเหยิงจะสื่อถึงการขาดความดูแลตนเอง เป็นต้น

7. การสื่อความหมายจากวัตถุหรือสิ่งต่าง ๆ เช่น เครื่องแต่งกาย เครื่องประดับ ยานพาหนะ รูปภาพ เป็นต้น โดยที่ ชนิด ขนาด สี สัน ความสะอาด และความประณีตของสิ่งเหล่านั้นจะสื่อถึง อายุ เพศ ฐานะ รสนิยม สถานภาพ บุคลิกภาพ และความคิดสร้างสรรค์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเครื่องแต่งกายและเครื่องประดับเป็นสิ่งที่สามารถสะท้อนให้เห็นถึงสภาพร่างกาย และจิตใจของผู้สวมใส่

ในปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว ทำให้มีการพัฒนาวิธีการสื่อสารโดยใช้สื่อเป็นตัวกลางนำข่าวสารจากผู้ส่งไปยังผู้รับข่าวสาร เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ ได้แก่ หนังสือ นิตยสาร เป็นต้น สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ โทรทัศน์ เป็นต้น สื่อเหล่านี้จะสามารถถ่ายทอดข่าวสารไปสู่ผู้รับข่าวสารเป็นจำนวนมากได้อย่างรวดเร็ว (Tubbs & Moss, 1994) สิ่งสำคัญสำหรับความสำเร็จของการสื่อสารด้วยการใช้สื่อ คือ กลยุทธ์ของผู้ส่งข่าวสารในการใช้สื่อให้น่าเชื่อถือถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์ของการสื่อสาร ผู้ส่งข่าวสารจะต้องพิจารณาเลือกสื่อให้เหมาะสมกับความสามารถและความชำนาญในการใช้สื่อชนิดนั้นของตนเอง รวมทั้งความเหมาะสมกับเนื้อหาข่าวสาร ผู้รับข่าวสาร สภาพแวดล้อม และเงินทุน (กิตติมา สุรสนธิ, 2541) ในบางครั้ง แม้ว่าผู้ส่งข่าวสารจะเลือกวิธีการสื่อสารและสื่อที่เหมาะสมกับตนเองแล้ว แต่การสื่อสารนั้นอาจไม่ประสบความสำเร็จเนื่องจากยังมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการสื่อสาร ซึ่งจะได้นำกล่าวถึงต่อไป

ปัจจัยที่มีผลต่อการสื่อสาร

การสื่อสารทางการพยาบาลอาจได้รับผลกระทบจากปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยลักษณะของปัจจัยที่เหมาะสมจะส่งเสริมให้การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลมีประสิทธิภาพ (Taylor, Lillis & Lemone, 1993) ในทางตรงกันข้าม ถ้าลักษณะของปัจจัยไม่เหมาะสมจะเป็นอุปสรรค และอาจทำให้เกิดความไม่เข้าใจระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล (Sitzer, 1993) ปัจจัยที่มีผลต่อการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลมี 5 ปัจจัย (Potter & Perry, 2001) ดังนี้

1. ปัจจัยที่อยู่ภายใต้บริบทของโครงสร้างร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วย สภาพร่างกาย สภาพทางจิตใจ อารมณ์ อายุ ระดับพัฒนาการ ความต้องการพื้นฐาน ทักษะ อัตมโนทัศน์ การรับรู้ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความแตกต่างและความผิดปกติของปัจจัยเหล่านี้จะทำให้ การสื่อสารของแต่ละบุคคลมีลักษณะแตกต่างกัน เช่น ทารกซึ่งมีโครงสร้างของอวัยวะและระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการพูดยังเจริญไม่เพียงพอ ไม่สามารถสื่อสารด้วยวิธีการพูดได้ต้องสื่อสารด้วยการใช้สื่อสัญญาณ ในขณะที่เด็กโตสามารถสื่อสารด้วยการพูดได้ดี เป็นต้น ส่วนความเจ็บป่วย เช่น การบาดเจ็บของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสาร การได้รับการผ่าตัดอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการออกเสียง การใส่ท่อทางเดินหายใจหรือการเจาะคอทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเปล่งเสียงพูดได้ การเป็นอัมพาต รวมทั้งการได้รับยาหรือสารเคมีต่างๆ เช่น ยานอนหลับ ยาคลายกล้ามเนื้อ และยาแก้ปวด บางชนิดที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการคิดและการพูดให้เป็นปกติ จะเป็นอุปสรรคและทำให้ความสามารถในการสื่อสารของบุคคลลดลง นอกจากนี้ความเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวด ความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว ความรู้สึกเศร้า และสูญเสีย ส่งผลให้สภาพจิตใจอ่อนแอลง ไม่สามารถใช้กลไกการปกป้องตนเองได้ตามปกติ ผู้ป่วยบางรายอาจเปลี่ยนความรู้สึกเหล่านั้นเป็นความโกรธหรือพูดหยาบคาย ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายอาจกลายเป็นคนซึมเศร้าและมีพฤติกรรมถดถอย เนื่องจากอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ ทักษะ ความรู้สึก และความสามารถในการแปลข่าวสารที่ได้รับ ดังนั้นผู้ป่วยจึงอาจมีลักษณะการสื่อสารเปลี่ยนแปลงไป

2. ลักษณะสัมพันธภาพระหว่างผู้ส่งและผู้รับข่าวสาร สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลมีอิทธิพลต่อระดับความไว้วางใจ การเปิดเผยตนเอง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความสมดุลของการสื่อสาร การสื่อสารที่ปราศจากความไว้วางใจจะมีลักษณะผิวเผิน ไม่เปิดเผย และขาดสมดุล (Kathol, 1999) นอกจากนี้การเลือกถ้อยคำ การใช้ระดับเสียง และท่าทางในการสื่อสาร ขึ้นอยู่กับลักษณะสัมพันธภาพของผู้สื่อสาร (Kozier, Erb, Blais, & Wilkinson, 1995)

3. วัตถุประสงค์ของการสื่อสาร การสื่อสารในสถานการณ์ต่างๆ จะมีเหตุผลของการสื่อสารที่ทำให้ลักษณะการสื่อสารแตกต่างกัน ซึ่งเป็นตัวกำหนดลักษณะ และวิธีการสื่อสารที่เหมาะสม เพื่อให้การสื่อสารบรรลุเป้าหมาย (Ellis & Nowlis, 1994) เช่น การสื่อสารทางการพยาบาลที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการช่วยเหลือ จะมีกระบวนการสื่อสารเป็นขั้นตอนและขอบเขตชัดเจนแตกต่างจากการสื่อสารเพื่อความผ่อนคลาย เป็นต้น

4. ปัจจัยทางสภาพแวดล้อม สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและส่งเสริมให้การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลดำเนินไปอย่างราบรื่น ได้แก่ สภาพแวดล้อมที่มีความเป็นส่วนตัว บรรยากาศผ่อนคลาย สุขสบาย ปลอดภัย และควรมีระดับเสียงที่ไม่ดังรบกวนการสื่อสาร แต่สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดความเป็นส่วนตัว ลักษณะงานที่ยุ่งยาก มีระดับเสียงดังจากการปฏิบัติงาน

ของบุคลากรในทีมสุขภาพ การทำงานของเครื่องช่วยหายใจ หรือ อุปกรณ์ทางการแพทย์อื่นๆ รวมทั้งเสียงโทรศัพท์ซึ่งอาจรบกวนการส่งและการรับข่าวสาร ทำให้คู่สื่อสารขาดสมาธิ มีการรับรู้ข่าวสารผิดพลาดจากความเป็นจริง ส่งผลให้การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลขาดประสิทธิภาพ

5. ปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรม เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมากทางด้านจิตใจของบุคคล สังคมและวัฒนธรรมที่บุคคลอาศัยอยู่มีอิทธิพลต่อค่านิยม ขนบธรรมเนียมประเพณี รวมทั้งภาษา และแบบแผนของการสื่อสาร วัฒนธรรมจึงเป็นเสมือนพิมพ์เขียวสำหรับพฤติกรรมการสื่อสาร (Potter & Perry, 2001) ซึ่งมีลักษณะแตกต่างกันในแต่ละวัฒนธรรม การสื่อสารที่ดีควรหลีกเลี่ยงการยึดถือวัฒนธรรมของตนเองเป็นที่ตั้งและไม่คว่นสรุปเองว่าวัฒนธรรมของบุคคลในกลุ่มเดียวกันจะเหมือนกันทั้งหมด (Sitzer, 1993) เนื่องจากพยาบาลและผู้ป่วยแต่ละคนจะมีภูมิหลังทางวัฒนธรรมแตกต่างกัน ซึ่งอาจทำให้พยาบาลแปลความหมายของการสื่อสารผิดไปจากความตั้งใจของผู้ป่วย

สรุปได้ว่า กระบวนการสื่อสารประกอบด้วยผู้ส่งและผู้รับข่าวสาร ข่าวสาร ช่องทางการสื่อสาร ปฏิกริยาย้อนกลับ สิ่งแวดล้อม และสิ่งรบกวนการสื่อสาร โดยมีวัตถุประสงค์ในการสื่อสารแตกต่างกัน 5 ประการ คือ เพื่อเปิดตนเองสู่โลกภายนอก เพื่อสร้างสัมพันธภาพ เพื่อการช่วยเหลือ เพื่อโน้มน้าวจิตใจ และเพื่อความผ่อนคลาย ด้วยการใช่วิธีการสื่อสารแบบวัจนภาษา และอวัจนภาษาซึ่งมีหลายรูปแบบ ความสำเร็จของการสื่อสารจะขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ลักษณะสัมพันธภาพระหว่างคู่สื่อสาร วัตถุประสงค์ของการสื่อสาร สภาพแวดล้อม และสังคมวัฒนธรรม ลักษณะขององค์ประกอบหรือปัจจัยที่ีจะช่วยให้การสื่อสารประสบความสำเร็จในทางตรงกันข้ามลักษณะขององค์ประกอบหรือปัจจัยที่ไม่เหมาะสมอาจทำให้เกิดอุปสรรคของการสื่อสาร ดังนั้นผู้ส่งสารควรพิจารณาถึงปัจจัยที่มีผลต่อองค์ประกอบของการสื่อสาร เพื่อเลือกใช้ช่องทางในการสื่อสารและวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้รับสาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับเด็กซึ่งเป็นวัยที่กำลังมีการเรียนรู้และพัฒนาการด้านการสื่อสาร

พัฒนาการด้านการสื่อสารของเด็ก

พัฒนาการด้านสื่อสาร หมายถึง การเปลี่ยนแปลงความสามารถในการติดต่อกับผู้อื่น โดยผ่านกระบวนการรับรู้ การแปลความหมาย การตัดสินใจ และการแสดงออก ในรูปแบบของภาษาพูด ภาษาเขียน หรือ ท่าทาง (นิศยา ชรภักดี, 2541) มนุษย์มีความสามารถในการสื่อสารมาโดยกำเนิด และมีพัฒนาการอย่างรวดเร็วเป็นลำดับ (Polan, 1999) โดยได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านชีววิทยาและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม (Kelly & Sally, 1999) เนื่องจากพัฒนาการด้านการสื่อสารต้องอาศัยความสามารถของร่างกายและเกี่ยวข้องกับพัฒนาการด้านสติปัญญา เช่น ความสมบูรณ์ของกระดูกในปาก

และจมูกที่ช่วยในการเปล่งเสียง อวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการได้ยิน ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในการพูดและแสดงท่าทาง และระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการพูด การได้ยิน การเคลื่อนไหว รวมทั้งความคิดและความเข้าใจ อาจกล่าวได้ว่า การสื่อสารของเด็กอยู่ภายในกรอบแนวคิดของพัฒนาการ และเป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการด้านสติปัญญา (Boggs, 1999) โดยเด็กหญิงจะมีพัฒนาการด้านภาษาเร็วกว่าเด็กชาย (Dale et al., 1989 cited in Bornstein & Haynes, 1998; ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2540) จากการวิจัยของเชวิทซ์และคณะ (Shaywitz et al., 1995 cited in Kelly & Sally, 1999) โดยการตรวจสอบด้วยเครื่องมือที่เป็นคลื่นแม่เหล็ก (functional magnetic resonance imaging) พบว่า ขณะที่สื่อสารด้วยการพูดระบบเซลล์ประสาทของเพศหญิงที่ได้รับการกระตุ้นจะมีมากกว่าของเพศชาย โดยสมองส่วนที่ได้รับการกระตุ้นของเพศชายจะปรากฏที่ด้านซ้ายของสมองส่วนหน้า ในขณะที่สมองส่วนที่ได้รับการกระตุ้นของเพศหญิงจะปรากฏทั้งด้านซ้ายและด้านขวา ส่วนปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อพัฒนาการด้านการสื่อสาร ได้แก่ จำนวนพี่น้อง ฐานะของครอบครัว ความเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว และลักษณะสังคมวัฒนธรรม

ในปัจจุบันมีแนวโน้มว่า ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมจะมีผลต่อพัฒนาการด้านการสื่อสารมากกว่าปัจจัยด้านชีววิทยา (นิชรา เรื่องคารากานนท์, 2540) เนื่องจากลักษณะการสื่อสารทั้งวัจนภาษาและอวัจนภาษาจะถูกถ่ายทอดจากผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับเด็ก ซึ่งเป็นเสมือนต้นแบบให้เด็กเกิดการเรียนรู้และเลียนแบบ ดังนั้นบิดามารดาและ/หรือผู้เลี้ยงดูเด็กจึงเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการด้านการสื่อสารของเด็กโดยการชักจูงให้เด็กพูด และการเน้นคำที่ถูกต้องเมื่อพูดกับเด็ก

สรุปได้ว่า การสื่อสารของเด็กต้องอาศัยปัจจัยทางด้านชีววิทยา พันธุกรรม และสภาพแวดล้อม ทำให้เด็กแต่ละวัยซึ่งมีระดับพัฒนาการและสติปัญญาที่แตกต่างกัน มีพัฒนาการด้านการสื่อสารและความสามารถในการสื่อสารแตกต่างกัน ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีการปรับเปลี่ยน และประยุกต์ทักษะการสื่อสารโดยใช้ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับระดับพัฒนาการของเด็ก รวมทั้งกระบวนการคิดในมุมมองของเด็ก เพื่อให้สามารถเลือกใช้วิธีการสื่อสารที่เหมาะสมกับวัยของเด็ก (Boggs, 1999)

เมื่อแรกคลอดออกมาทารกจะไม่สามารถสื่อสารด้วยการพูดได้ เนื่องจากโครงสร้างของร่างกายและระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการพูดยังไม่เจริญเพียงพอ ดังนั้นทารกซึ่งเป็นวัยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ต้องพึ่งบุคคลอื่นจะค่อยๆ พัฒนาความสามารถในการสื่อสารเพื่อบอกความต้องการของตนโดยการเปล่งเสียงอ้อแอ้และร้องไห้ และเรียนรู้วิธีการสื่อสารกับผู้อื่นโดยใช้สื่อสัญญาณ (infant cues) (Sumner & Spietz, 1994) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการแสดงออกทางใบหน้าและการแสดงกิริยาท่าทางในรูปแบบการสื่อสารด้วยพฤติกรรมที่แสดงถึงความต้องการพื้นฐานของร่างกาย 2 ลักษณะ คือ สื่อสัญญาณที่แสดงถึงความต้องการ (engagement cues) และสื่อสัญญาณที่แสดงความต้องการด้วยการปฏิเสธการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแล (disengagement cues) และใช้ความ

รู้สึกในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ในระยะแรกสื่อสัญญาณที่ทารกแสดงออกยังไม่ค่อยมีความชัดเจน ต่อมาทารกจะเรียนรู้การสื่อสารที่มีเป้าหมายทั้งการแสดงท่าทางและการพูด โดยทารกจะสามารถสื่อสารด้วยภาษาพูดที่มีความหมายครั้งแรก ในระหว่างอายุ 9 –15 เดือน (Bates, O' Connell, & Shore, 1987 cited in Berndt, 1997)

ในการสื่อสารกับทารกพยาบาลต้องมีการประเมินจากสื่อสัญญาณของทารก โดยอาจให้ผู้ปกครองช่วยแปลสื่อสัญญาณของทารก และใช้วิธีการสื่อสารด้วยอวัจนภาษา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การสัมผัสที่นุ่มนวล เช่น การลูบหลัง ตบก้นเบา ๆ การอุ้มโยกตัวช้า ๆ เป็นต้น ร่วมกับการสื่อสารด้วยการพูดด้วยเสียงที่ทุ้มต่ำจะช่วยให้ทารกสงบและรู้สึกสบาย (Sieh & Brentin, 1997; Potter & Perry, 2001) ขณะสื่อสารกับทารกควรมีการสบสายตาและให้ใบหน้าอยู่ในระดับเดียวกัน เพื่อลดความรู้สึกถูกคุกคามของทารกให้น้อยลง (Craven & Hirnle, 2000)

พัฒนาการด้านการสื่อสารของเด็กวัยหัดเดิน

เมื่อทารกเจริญเติบโตเข้าสู่วัยหัดเดิน (อายุ 1-3 ปี) เด็กวัยนี้จะเริ่มมีความคิดความเข้าใจ แต่ยังไม่มีความรู้ และยังคงเป็นจุดศูนย์กลาง (Boggs, 1999; Hunsberger, 1994) ในระยะนี้เด็กจะพัฒนาทักษะการสื่อสารทั้งวิธีที่ใช้วัจนภาษา และอวัจนภาษา (Murphy, 2000) โดยวิธีการสื่อสารด้วยอวัจนภาษาจะเกิดขึ้นก่อนการสื่อสารด้วยวัจนภาษาเล็กน้อย เนื่องจากเด็กสามารถมองเห็นและลอกเลียนแบบการเคลื่อนไหวของร่างกายได้ง่ายกว่าการเคลื่อนไหวของปาก ลิ้น และโครงสร้างอื่นที่ใช้ในการพูด (GoodWyn & Acredolo, 1993) เมื่ออายุประมาณ 1 ปี เด็กจะเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างเป้าหมายและวิธีการในการสื่อสาร (Blake, O' Rourke, & Burzellina, 1994 cited in Berndt, 1997) สามารถใช้ท่าทาง เช่น การชี้นิ้ว เป็นสัญลักษณ์ในการสื่อสารได้ สำหรับพัฒนาการสื่อสารด้วยวัจนภาษา วัยหัดเดินเป็นช่วงเวลาสำคัญสำหรับพัฒนาการทางด้านภาษา เด็กวัยนี้จะเริ่มเลียนแบบคำพูดได้เป็นคำๆ รู้จักชื่อของตัวเอง สามารถเข้าใจคำสั่งง่ายๆ และใช้คำที่สัมพันธ์กับสิ่งของ โดยความเข้าใจภาษาของเด็กจะเกิดขึ้นก่อนความสามารถในการใช้ภาษา พัฒนาการด้านภาษาของเด็กจะเร็วมากขึ้นถ้าผู้ปกครองเอาใจใส่สิ่งที่เด็กพูด ตอบคำถามเด็กเสมอด้วยถ้อยคำที่ง่ายและสั้น นอกจากนี้ผู้ปกครองยังสามารถกระตุ้นพัฒนาการด้านภาษาของเด็กด้วยการเรียกชื่อวัตถุที่ใช้เล่นกับเด็กหรือสิ่งของที่ยื่นให้เด็ก เพื่อให้เด็กเข้าใจคำพูดว่าไม่ใช่เสียงที่ปราศจากความหมาย (Pillitteri, 1999) ซึ่งจะช่วยให้เด็กจะเรียนรู้และฝึกหัดการเปล่งเสียงพูดอย่างต่อเนื่องและซับซ้อนมากขึ้น จนกระทั่งสามารถพูดคำศัพท์ได้ประมาณ 900 คำ และสามารถสื่อสารด้วยประโยคสั้นๆ ที่ประกอบด้วยคำนามและคำกริยาเมื่ออายุ 3 ปี (Polan, 1999) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าเด็กวัยหัดเดินจะ

สามารถสื่อสารด้วยการพูดได้แล้ว แต่เด็กก็ยังใช้กริยาท่าทางและการสัมผัสในการสื่อสารความคิดและความต้องการร่วมกับการพูด (McPherson & Thorne, 2000) โดยจะใช้ท่าทางในการสื่อสารมากในเบื้องต้นและจะปรับเปลี่ยนมาเป็นการใช้ภาษาพูดมากขึ้นในภายหลัง

การสื่อสารกับเด็กวัยหัดเดินนั้น พยาบาลควรใช้ถ้อยคำที่มีความเป็นรูปธรรม ชัดเจน สั้น และง่ายต่อการเข้าใจ เสนอทางเลือกให้เด็กเกิดความรู้สึกมีอำนาจในการควบคุม และพัฒนาความเป็นตัวเองโดยใช้ของเล่นหรือตุ๊กตาเป็นสื่อช่วยสื่อสาร และอนุญาตให้เด็กจับต้องอุปกรณ์ที่สามารถสัมผัสได้เพื่อสร้างความคุ้นเคยและลดความกลัว ควรเก็บสิ่งที่เด็กไม่คุ้นเคยไว้ให้พ้นจากสายตาเด็กจนกระทั่งเมื่อจะต้องนำออกมาใช้เท่านั้น ในขณะที่สื่อสารต้องระวังการแสดงออกทางใบหน้าที่มีความสอดคล้องกับการกระทำ เช่น ไม่ควรยิ้มขณะกระทำการพยาบาลที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด เป็นต้น (Boggs, 1999; Potter & Perry, 2001)

พัฒนาการด้านการสื่อสารของเด็กวัยก่อนเรียน

การสื่อสารของเด็กวัยก่อนเรียน (อายุ 3-6 ปี) ในระยะแรกยังคงมีลักษณะยึดตนเองเป็นจุดศูนย์กลาง (Piaget cited in Sundeen, Stuart, Rankin, & Cohen, 1998) เด็กวัยนี้ยังสื่อสารด้วยการออกเสียงพูดไม่ถูกต้องอยู่เล็กน้อย แต่เด็กจะเรียนรู้คำศัพท์เพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วประมาณ 10,000 คำ สามารถเข้าใจและใช้ภาษาได้เชี่ยวชาญมากขึ้น สามารถใช้คำที่สอดคล้องกับสถานการณ์ไวยากรณ์ที่ซับซ้อน เข้าใจและใช้สัญลักษณ์ในการสื่อสารได้ เด็กจะเริ่มใช้คำสรรพนาม และคำบุพบท เข้าใจประโยคที่เป็นอดีต (Murphy, 2000) และสามารถพูดประโยคยาวๆ ได้ โดยการพูดในลักษณะการสนทนาของเด็กจะเกิดขึ้นเมื่ออายุประมาณ 3 ปี (Krug III & Mikus, 1999) ในระยะแรกเด็กจะเรียงประโยคไม่ถูกต้อง แต่จะเรียนรู้และพัฒนาจนกระทั่งสามารถเรียงประโยคที่มีไวยากรณ์ถูกต้องในคอนปลายของช่วงอายุ (สุวดี ศรีเสนวดี, 2530) ดังนั้นเด็กวัยก่อนเรียนจะสามารถโต้แย้งเล่าเรื่อง แสดงความคิดเห็น และโกหกได้ (Krug III, & Mikus, 1999)

พัฒนาการด้านการสื่อสารของเด็กวัยก่อนเรียนส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการเล่น เด็กวัยนี้จะมีการเล่นแบบสมมุติกับวัตถุ และ/หรือ เล่นเลียนแบบท่าทางของผู้ใหญ่ เช่น เด็กจะใช้ท่าทางและการพูดลักษณะคำสั่งเมื่อเล่นเป็นผู้ใหญ่ (Warren - Leubecker, & Bchannon, 1989 cited in Berndt, 1997) การเล่นจะทำให้เด็กเรียนรู้วิธีการสื่อสารด้วยคำพูดและท่าทางที่ซับซ้อนและยืดหยุ่นมากขึ้น ซึ่งเป็นการช่วยเพิ่มทักษะการสื่อสารของเด็กให้มีประสิทธิภาพ สามารถปรับภาษาและท่าทางของตนให้เหมาะสมกับคู่สนทนาแต่ละคน (Shatz & Gelman, 1973 cited in Berndt, 1997) เด็กวัยก่อนเรียนจะเข้าใจความแตกต่างของตนเองและผู้อื่น เช่น อายุ รูปร่าง และอำนาจหน้าที่ของคู่สนทนา ในการ

สื่อสารกับผู้ใหญ่เด็กจะใช้ท่าทางและคำพูดที่สุภาพมากกว่าการสื่อสารกับกลุ่มเพื่อน เมื่ออายุ 4-5 ปี เด็กจะเรียนรู้การสื่อสารด้วยการขอร้องที่สุภาพ โดยเด็กอายุ 4 ปี จะใช้การขอร้องอย่างมีเงื่อนไข ในขณะที่เด็กอายุ 5 ปี จะยอมรับการตัดสินใจของผู้ใหญ่อย่างสุภาพมากกว่า ความสุภาพในการสื่อสารของเด็กทั้งการพูดและการใช้ท่าทาง เป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างมากในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น โดยทั่วไปแล้วเด็กจะได้รับการฝึกอบรมมารยาทในการสื่อสารจากผู้ปกครองด้วยการให้คำชมเชยเมื่อเด็กพูดด้วยถ้อยคำที่สุภาพและคำหยาบเมื่อเด็กพูดไม่สุภาพ รวมทั้งการยกตัวอย่างจากการอ่านหนังสือ หรือการเล่านิทานก่อนนอน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากเด็กจะเรียนรู้ภาษาจากการเลียนแบบสิ่งที่เขาเห็นและได้ยินซึ่งเป็นสิ่งที่อยู่รอบตัวเด็ก ดังนั้นเด็กอาจเรียนรู้การสื่อสารที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมมาจากบุคคลใกล้ชิด ถ้าผู้เลี้ยงดูสื่อสารกับเด็กโดยการท่าทางที่ไม่เหมาะสม ล้อเลียนเด็ก ออกเสียงหรือใช้ไวยากรณ์ที่ไม่ถูกต้อง ปัญหาการสื่อสารของเด็กวัยก่อนเรียนคือ เด็กยังไม่เข้าใจสิ่งที่เป็นนามธรรม ทำให้เกิดความสับสนในการแปลความหมายข่าวสารที่ได้รับ ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่ทำให้การสื่อสารของเด็กไม่ประสบความสำเร็จ (Ackerman, 1993 cited in Berndt, 1997)

การสื่อสารกับเด็กวัยก่อนเรียนจึงควรใช้คำศัพท์ที่เป็นรูปธรรม ประโยคที่สั้น ชัดเจน และง่ายต่อการเข้าใจ ควรหลีกเลี่ยงการพูดด้วยประโยคยาวๆ ซึ่งจะทำให้เด็กเกิดความวิตกกังวล (Lewandoski, 1992; Kathol, 1999) เนื่องจากเด็กวัยนี้มีช่วงความสนใจสั้นและมีความเข้าใจภาษาพูดได้น้อย (Enlow & Swisher, 1986 cited in Boggs, 1999; Muscari, 2001) ควรอนุญาตให้เด็กสัมผัสอุปกรณ์ที่จะใช้ถ้าสามารถสัมผัสได้ อาจใช้การเล่นช่วยในการสื่อสารผ่านสื่อที่เป็นของเล่น ตุ๊กตา รูปภาพ และการเล่านิทาน เปิดโอกาสให้เด็กซักถาม (Dickey & Greenberg, 1998) และตอบคำถามเด็กด้วยประโยคที่สั้นและเป็นรูปธรรม (Potter & Perry, 2001)

พัฒนาการด้านการสื่อสารของเด็กวัยเรียน

เด็กวัยเรียน (อายุ 6-12 ปี) มีพัฒนาการทางด้านการสื่อสารอย่างรวดเร็ว อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากพัฒนาการทั้งทางด้านร่างกายและด้านสติปัญญา เด็กวัยนี้สามารถควบคุมการทำงาน และการประสานงานของอวัยวะต่างๆ ได้ดีทั้งกล้ามเนื้อมัดใหญ่และกล้ามเนื้อมัดเล็ก เริ่มต้นคิดอย่างมีเหตุผลตามความเป็นจริงที่พิสูจน์ได้เชิงวิทยาศาสตร์ แต่ยังไม่เข้าใจสิ่งที่เป็นนามธรรม (Piaget, 1966 cited in Anderson, 1989; สุวดี ศรีเลณวัติ, 2530) เมื่อพิจารณาพัฒนาการด้านภาษาของเด็กตามลักษณะความเข้าใจภาษาและการใช้ภาษาพบว่า เด็กวัยนี้สามารถสื่อสารด้วยการใช้ภาษาได้ดี และสนุกกับการใช้ภาษาโดยการพูดล้อเล่น (Pilliteri, 1999) รวมทั้งใช้ภาษาที่เป็นปริศนาเพื่อให้ตนเองรู้สึกมีอำนาจการควบคุมเหนือกว่าคนอื่น และเข้าสังคมของกลุ่มเพื่อนได้ (Anderson, 1989; Kelly &

Sally, 1999) สามารถใช้และปรับเปลี่ยนภาษาเพื่อการสร้างและรักษาสัมพันธภาพทั้งในกลุ่มเพื่อน และกับผู้ใหญ่ เด็กวัยเรียนสามารถใช้ภาษาพูดได้คล่องด้วยประโยคที่ซับซ้อนใช้คำถามที่เฉพาะเจาะจงตั้งแต่ อายุ 6 ปี แต่จากการศึกษาของลอว์รี (Lowrey, 1978 cited in Anderson, 1989) พบว่า เด็กจะสามารถใช้ภาษาได้อย่างมีคุณภาพเมื่ออายุประมาณ 7 ปี และถึงแม้ว่าเด็กวัยเรียนจะมีความสามารถในการใช้ภาษาได้ดี แต่เด็กจะค่อย ๆ เข้าใจความหมายและความแตกต่างของคำ เรียนรู้คำศัพท์เพิ่มขึ้น โดยได้รับอิทธิพลจากการศึกษา จากสิ่งแวดล้อม และการกระตุ้นของครอบครัว ในช่วงวัยเรียนตอนปลาย เมื่ออายุ 12 ปี เด็กจะมีความเข้าใจและทักษะการใช้ภาษาได้เทียบเท่ากับผู้ใหญ่ (Kelly, & Sally, 1999) อาจกล่าวได้ว่า วัยเรียนเป็นระยะสุดท้ายของการพัฒนาภาษาพูดเข้าสู่การเริ่มต้นของการพัฒนาภาษาเขียน และการอ่านหนังสือ

เมื่อเด็กเข้าโรงเรียนซึ่งเป็นช่วงเวลาที่เด็กมีเพื่อนมากขึ้น การสื่อสารเป็นเครื่องมือสำคัญของเด็กในการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นระหว่างเด็กกับบุคคลอื่น และการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม ตามแนวคิดของเซอร์ล็อก (Hurluck, 1978 อ้างใน สุวดี ศรีเลณวิติ, 2530) เด็กวัยเรียนจะอยู่ในระยะของการเล่น ในระยะแรกจะเป็นการเล่นของตนเอง ต่อมาจะเริ่มสนใจเล่นเกม และกีฬา กับกลุ่มเพื่อน การเล่นเป็นรูปแบบหนึ่งในการสื่อสารของเด็กที่อาจกล่าวได้ว่า การเล่นเป็นภาษาสากลของเด็ก และเป็นกลวิธีที่มีประสิทธิภาพในการสื่อสารกับเด็ก การเล่นจะช่วยให้เด็กเรียนรู้และฝึกทักษะการสื่อสาร ในเด็กป่วยการเล่นสามารถลดความรู้สึกเจ็บปวด รวมทั้งให้เตรียมผู้ป่วยเด็กให้มีความรู้เพื่อลดความกลัวในวิธีการรักษาพยาบาล (Wong et al., 1999) นอกจากการเล่นแล้วการวาดภาพก็สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการสื่อสารกับเด็กวัยเรียนด้วยการวิเคราะห์ความรู้สึกและสภาพจิตใจของเด็ก สำหรับเด็กวัยเรียนตอนปลายซึ่งสามารถเขียนหนังสือได้ดีอาจสื่อสารด้วยการเขียนข้อความ บทกลอน หรือ จดหมายเพื่อแสดงความคิดหรือระบายอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ (Denehy, 1990)

ในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การสื่อสารจะช่วยให้เด็กได้ระบายความเครียด และความกลัวลงได้ (Berger & Williams, 1999) ในการสื่อสารกับเด็กวัยเรียนซึ่งเป็นวัยที่มีความเข้าใจมากขึ้น พยาบาลสามารถอธิบายเหตุผลของการกระทำสิ่งต่างๆ โดยใช้คำศัพท์ทางการแพทย์ได้บ้าง ขณะสื่อสารควรมีท่าทางสงบ ไม่เร่งรีบ และน้ำเสียงที่แสดงความมั่นใจ หลีกเลี่ยงท่าทางที่คุกคาม เปิดโอกาสให้เด็กซักถามและแสดงความรู้สึก อาจใช้วิธีการและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเขียนช่วยในการสื่อสาร เนื่องจากเด็กวัยนี้สามารถเข้าใจและใช้ภาษาเขียนได้แล้ว อย่างไรก็ตาม เด็กวัยเรียนก็ยังต้องการคำอธิบายที่ง่ายต่อการเข้าใจ (Boggs, 1999; Wong et al., 1999) ที่จะช่วยให้เขาสามารถเผชิญกับปัญหาขณะที่เจ็บป่วยได้

พัฒนาการด้านการสื่อสารของเด็กวัยรุ่น

สำหรับเด็กวัยรุ่น (อายุ 12-18 ปี) ซึ่งเป็นช่วงที่ระดับสติปัญญาพัฒนาสูงสุด สามารถคิดได้อย่างมีเหตุผลและเป็นระบบ เข้าใจสิ่งที่เป็นนามธรรมและความสัมพันธ์ของสิ่งต่างๆ ได้มากขึ้น (Piaget, 1969 cited in Ashwill & Droske, 1997; Pittiteri, 1999) เด็กวัยรุ่นสามารถเข้าใจ และใช้ภาษาได้เป็นอย่างดี สามารถวิเคราะห์ไวยากรณ์ และโครงสร้างของประโยคได้ อย่างไรก็ตาม การสื่อสารของเด็กวัยรุ่นจะได้รับอิทธิพลจากพัฒนาการทางด้านสังคมและความเชื่อมั่นในตนเอง เด็กวัยรุ่นที่ขี้อายหรือครุ่นคิดแต่เรื่องของตนเองอาจประสบปัญหาในการสื่อสารด้วยการพูดในกลุ่ม หรือกับเพศตรงข้าม ในทางตรงกันข้ามเด็กวัยรุ่นที่กล้าแสดงออก หรือ ชอบเข้าสังคมจะไม่ประสบปัญหาในการพูดแต่อาจขาดทักษะในการอ่าน หรือ การเขียน เด็กวัยรุ่นที่ชอบการอ่านจะสามารถสื่อสารได้ดีกว่าคนที่ไม่ชอบการอ่านเนื่องจากจะรู้คำศัพท์มากกว่า ลักษณะการสื่อสารของเด็กวัยรุ่นจะมีการใช้ภาษาและวัฒนธรรมเฉพาะกลุ่มซึ่งบุคคลอื่นนอกกลุ่มอาจไม่เข้าใจ พัฒนาการด้านการสื่อสารของเด็กวัยรุ่นส่วนหนึ่งได้รับอิทธิพลมาจากทัศนคติ ความสัมพันธ์กับผู้ปกครอง การยอมรับของกลุ่ม และการพัฒนาความรู้สึกความเป็นตัวของตัวเอง (Wong et al., 1999)

โดยทั่วไปแล้วเด็กวัยรุ่นต้องการแสดงความคิดและความรู้สึกของตนเอง และปรารถนาที่จะแสดงอำนาจการควบคุมการสื่อสารโดยการซักถามด้วยคำถามที่ตรงไปตรงมา แต่เนื่องจากพัฒนาการทางด้านร่างกายซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว (Whaley & Wong, 1995; Neinstein & Kaufman, 1996) ทำให้เด็กวัยรุ่นวิตกกังวล มีอารมณ์รุนแรง และเปลี่ยนแปลงง่าย ส่งผลให้เด็กวัยรุ่นชอบความเป็นส่วนตัว และไม่ต้องการเปิดเผยความคิดความรู้สึกของตนให้ผู้อื่นรับทราบในบางครั้ง ซึ่งอาจทำให้เกิดการขัดแย้งกับผู้ปกครอง และเป็นอุปสรรคของพัฒนาการด้านการสื่อสารของเด็กวัยรุ่น เนื่องจากเมื่อเด็กวัยรุ่นรู้สึกต่อต้านหรือรู้สึกไม่ปลอดภัยมากเกินไป เด็กวัยรุ่นอาจปฏิเสธที่จะสื่อสารหรืออาจสื่อสารตอบเพียงพยางค์เดียว และความรู้สึกต่าง ๆ ของวัยรุ่นจะถูกแทรกกลงไปในคำพูดที่ใช้สื่อสาร ซึ่งบุคคลที่สื่อสารกับเด็กวัยรุ่นควรให้การช่วยเหลือด้วยการเอาใจใส่ ไม่ขัดขวางหลีกเลี่ยงการแสดงความคิดเห็น ไม่ใช้คำถามที่ขอกแซก และรู้ค่าความเป็นส่วนตัว เพราะจะทำให้เด็กวัยรุ่นขาดความไว้วางใจและปฏิเสธการสื่อสาร อย่างไรก็ตามในปัจจุบันความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ช่วยให้เด็กวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่อยากรู้อยากเห็น และทดลองทำในสิ่งแปลกใหม่ (Erikson, 1986 cited in Pilliteri, 1999; Scott, 1989) มีวิถีทางการสื่อสารและสามารถแสดงออกอย่างสร้างสรรค์ด้วยการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ต่างๆ (Ashwill & Droske, 1997)

เด็กวัยรุ่นที่เจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะกลัวการถูกตรวจ และความสุขสบายที่อาจเกิดขึ้นรวมทั้งกลัวการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ใหญ่แปลกหน้า เด็กวัยรุ่นจะแสดงความกลัว

โดยมีพฤติกรรมต่อต้านการสื่อสารหรือการนิ่งเงียบ การเปิดเผยและการแสดงความจริงใจของพยาบาล จะมีผลอย่างมากต่อสัมพันธภาพระหว่างเด็กวัยรุ่นและพยาบาล และช่วยให้เด็กวัยรุ่นลดความกลัวลง (Adams, 1983) พยาบาลจะต้องบอกสิ่งที่จะเกิดขึ้นและตอบคำถามต่าง ๆ ที่เขาสงสัย ก่อนการซักถาม ควรให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นทำตามตามสบายในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว นอกจากนี้พยาบาลควรแสดงความรู้สึกร่วม การยอมรับ และใช้คำถามปลายเปิดในการซักถาม เปิดโอกาส และหาวิธีให้ผู้ป่วย เด็กวัยรุ่นได้สื่อสารหลายๆ วิธี เช่น การเขียนโคลงกลอน จดหมาย เรื่องสั้น หรือการวาดรูป บางครั้ง อาจต้องใช้นวัตกรรมทางการสื่อสารหรือสื่อต่างๆ เป็นเครื่องช่วยในการสื่อสารเพื่อให้การสื่อสาร บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ (Boggs, 1999)

สรุป พัฒนาการด้านการสื่อสารของเด็กเริ่มต้นตั้งแต่วัยทารก และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยทารกจะสื่อสารด้วยการใช้สื่อสัญญาณซึ่งเป็นภาษาท่าทางก่อน เมื่อมีความพร้อมทางด้านร่างกาย และสติปัญญามากขึ้น ทารกจะค่อย ๆ เรียนรู้ภาษาพูด และสื่อสารด้วยการพูดอย่างมีความหมาย ครั้งแรกเมื่ออายุประมาณ 9-15 เดือน เมื่อเข้าสู่วัยหัดเดินเด็กจะเรียนรู้คำศัพท์เพิ่มมากขึ้น โดยมี บิดามารดาและพี่เลี้ยงเป็นผู้มีบทบาทส่งเสริม ทำให้เด็กวัยหัดเดินสื่อสารด้วยการพูดมากขึ้น และ ใช้ภาษาท่าทางน้อยลง ในระยะแรกของการสื่อสารด้วยการพูด เด็กจะพูดเป็นคำ ๆ ก่อน และค่อย ๆ พัฒนาการพูดเป็นประโยคสั้น ๆ มีการเรียงไวยากรณ์ที่ไม่ถูกต้อง จนกระทั่งสามารถพูดประโยคที่ยาว และเรียงประโยคถูกต้องในวัยก่อนเรียน ซึ่งเป็นวัยที่สื่อสารโดยยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง แต่เด็กจะ ค่อย ๆ เรียนรู้และพัฒนากลไกการสื่อสารของตนให้เหมาะสมกับคู่สนทนา เมื่อเข้าสู่วัยเรียนเด็กจะสามารถ ใช้ภาษาพูดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเริ่มพัฒนากลไกการสื่อสารด้านการใช้ภาษาเขียน จนกระทั่ง สามารถติดต่อสื่อสารได้ดีทั้ง การพูด การอ่าน และการเขียนในวัยรุ่นซึ่งจะเป็นองค์ประกอบหนึ่ง ที่จะช่วยให้เด็กวัยรุ่นสามารถเรียนรู้ ปรับตัวในสังคม และแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อเด็ก เกิดการเจ็บป่วยรุนแรงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยเด็กบางรายอาจได้รับการรักษา ด้วยการใส่ท่อทางเดินหายใจ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเด็กไม่สามารถสื่อสารได้ตามปกติ ดังนั้นพยาบาล ที่ดูแลผู้ป่วยเด็กเหล่านี้จะต้องมีความรู้เรื่องพัฒนาการด้านการสื่อสารของเด็กแต่ละวัย อันจะนำไปสู่ ความรู้เรื่องวิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสามารถติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก และ ให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจและพยาบาล

การใส่ท่อทางเดินหายใจ หมายถึง การใส่ท่อเข้าไปในหลอดลม เพื่อกดไว้ซึ่งการเปิดของ ทางเดินหายใจ (Deshpande, 2000; Hartshorn, Sole, & Lamborn, 1997) เพื่อให้การช่วยเหลือ และ

รักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบทางเดินหายใจ (จรัสศรี จันทร์สายทอง, 2540) ผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจจะไม่สามารถเปล่งเสียงออกมาได้ เนื่องจากการใส่ท่อทางเดินหายใจทำให้อากาศที่ผ่านเข้าและออกจากปอดไม่สัมผัสกล่องเสียง ดังนั้นผู้ป่วยจึงไม่สามารถสื่อสารด้วยการพูดได้ตามปกติ (Hall, 1996; Fitch, Remus, & Stade, 1998; Wojnicki-Joansson, 2001) ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจและพยาบาล (Johnson & Sexton, 1990; Fowler, 1997)

การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การศึกษาการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจและพยาบาลมีน้อยมากส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ใหญ่ เช่น การศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ พบว่า ผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจเกิดความรู้สึกคับข้องใจเนื่องจากไม่สามารถสื่อสารด้วยการพูดได้ (Stovsky, Rudy, & Dragonette, 1988; Johnson & Sexton, 1990; Williams, 1992; Villaire, 1995; Hafsteindbottir, 1996; Menzel, 1997; Kim, Garvin, & Moser, 1999) ส่งผลทำให้ผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจเกิดความกลัว มีความเครียด (Stovsky et al., 1988; Williams, 1992) รู้สึกโกรธ วิตกกังวล รู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย (Menzel, 1994) รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (Menzel, 1999) และรู้สึกสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง (Boeing & Mongera, 1989; Connolly & Shekleton, 1991; Menzel, 1994)

การศึกษาเกี่ยวกับลักษณะและปัญหาในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อทางเดินหายใจและพยาบาล โดยการสังเกตพยาบาลร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในรูปแบบคล้ายกันพบว่า พยาบาลมีความตระหนักถึงการช่วยเหลือผู้ป่วยด้านวิธีการสื่อสาร และยึดผู้ป่วยเป็นปัจจัยหลักในการสื่อสาร โดยส่วนใหญ่พยาบาลเป็นผู้เริ่มต้นในการสื่อสาร (Ashworth, 1980 cited in Salyer & Stuart, 1985; Leathart, 1994) และมีการใช้ระยะเวลาในการสื่อสารในแต่ละครั้งน้อยกว่า 30 วินาที (Leathart, 1994) ลักษณะของปฏิริยาในการสื่อสารของพยาบาล และปฏิริยาตอบกลับระหว่างผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจและพยาบาลเป็นไปในแนวทางเดียวกันกล่าวคือ ปฏิริยาเชิงบวกจากผู้ป่วยจะนำมาซึ่งปฏิริยาตอบกลับเชิงบวกจากพยาบาล ส่วนปฏิริยาเชิงลบจากผู้ป่วยจะนำมาซึ่งปฏิริยาตอบกลับเชิงลบจากพยาบาลเช่นเดียวกัน (Salyer & Stuart, 1985) โดยแบบแผนการสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจจะเป็นไปในแนวทางที่พยาบาลพิจารณาแล้วว่าสำคัญมากกว่าจากการประเมินความต้องการของผู้ป่วย (Hall, 1996) อย่างไรก็ตาม โดยทั่วไปแล้วพยาบาลรับรู้ถึงความต้องการด้านการสื่อสารของผู้ป่วย เพียงแต่ยังไม่สามารถเรียงลำดับความสำคัญและรายละเอียดได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย (Fitch, Remus, & Stade, 1998) ซึ่งทำให้เกิดความบกพร่องของการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจและพยาบาล ดังที่ฟาวเลอร์ (Fowler, 1997) ได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อทางเดินหายใจจากการผ่าตัด จำนวน 10 ราย ภายหลังการถอดท่อทางเดินหายใจออกพบว่า ผู้ป่วยทุกรายต้องการสื่อสารแต่ไม่ได้รับการช่วยเหลือถึงร้อยละ 50 ซึ่ง

โวจิกิ-โจแฮนสัน (Wojnicki-Joansson, 2001) ศึกษาพบว่า ความบกพร่องของการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจและพยาบาล มีความเกี่ยวข้องกับสภาพการเจ็บป่วย และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น ความอ่อนเพลีย การถูกผูกมัด และการได้รับยาที่มีผลต่อระดับความรู้สึกตัว เป็นต้น ส่วนประสิทธิภาพของการสื่อสารมีความสัมพันธ์กับชนิดของวิธีการสื่อสารที่ใช้ โดยมีการช่วยเหลือของพยาบาล ความคุ้นเคยของพยาบาลต่อความพยายามสื่อสารของผู้ป่วย และปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจต่อพยาบาลเป็นปัจจัยที่มีผลต่อชนิดและจำนวนของวิธีการสื่อสารที่ผู้ป่วยใช้สื่อสารกับพยาบาล (Hall, 1996)

วิธีการสื่อสารที่ผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจใช้กับพยาบาล

การเปลี่ยนแปลงความสามารถในการสื่อสารขณะได้รับการใส่ท่อทางเดินหายใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวโดยการใช้วิธีการสื่อสารด้วยอวัยวะภาษาทดแทนการสื่อสารด้วยการพูด เพื่อให้สามารถถ่ายทอดปัญหา และความต้องการของตนไปสู่พยาบาล (Williams, 1992) จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องของผู้วิจัย แม้ว่าจะยังไม่พบการศึกษาในผู้ป่วยเด็กแต่พอที่จะประมาณได้ว่าผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจน่าจะใช้วิธีการสื่อสารในรูปแบบของทั้งวัจนภาษา และอวัจนภาษาที่เหมาะสมกับความสามารถของตนเองและสถานการณ์ขณะที่สื่อสารเช่นเดียวกับในผู้ป่วยผู้ใหญ่

คอนนอลลี และ เชคเคิลตัน (Connolly & Shekleton, 1991) ได้รวบรวมรายงานถึงวิธีการสื่อสารของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อทางเดินหายใจพบว่า ผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจใช้วิธีการสื่อสาร 10 วิธี และจากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ พหุจะอธิบายรายละเอียดของวิธีการสื่อสารแต่ละวิธีได้ดังนี้

1. การถาม – ตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ เป็นวิธีที่ใช้สื่อสารร่วมกันระหว่างผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจและพยาบาล และเป็นวิธีที่ควรใช้ในการเริ่มต้นสื่อสารของผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ (Easton, 1988; Sitzer, 1993) ด้วยการสร้างเงื่อนไขหรือข้อตกลงเบื้องต้นในการสื่อสารร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน โดยพยาบาลจะถามผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจถึงความต้องการ ความคิดเห็น หรือ ความรู้สึกด้วยคำถามปลายปิด และอาจกำหนดให้ผู้ป่วยแสดงอาการตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ โดยใช้ท่าทาง เช่น การพยักหน้าตอบรับ หรือ ถ่ายหน้าปฏิเสธ หรือ อาจใช้รูปภาพ (visual analogue) ให้ผู้ป่วยเลือกเพื่อแสดงการตอบรับ หรือ ปฏิเสธ การสื่อสารด้วยวิธีถาม-ตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่นี้อาจช่วยให้ผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจสามารถสื่อสารตอบกลับไปสู่พยาบาลได้ (Hazinski, 1999)

2. การขยับริมฝีปากพูด ผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจยังคงสามารถสื่อสารด้วยการพูดได้ด้วยการขยับริมฝีปากพูดคล้ายการพูดปกติแต่ไม่มีเสียงออกมา เมื่อผู้ป่วยสื่อสารด้วยวิธีนี้พยาบาลจะรับสารของผู้ป่วยด้วยการอ่านคำพูดจากการขยับของริมฝีปากผู้ป่วย พยาบาลที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจและคุ้นเคยกับผู้ป่วยจะสามารถอ่านคำพูดจากการขยับริมฝีปากของผู้ป่วยได้ถูกต้องอย่างรวดเร็ว (Menzel, 1998) การสื่อสารด้วยการขยับปากพูดอาจทำได้ยากสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อทางเดินหายใจทางปาก เนื่องจากการคั่งรังของพลาสติกที่ติดท่อทางเดินหายใจกับริมฝีปาก (Connolly & Shekleton, 1991) และเพื่อให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพ พยาบาลควรแนะนำให้ผู้ป่วยขยับปากพูดช้าๆ เน้นแต่ละพยางค์จะช่วยให้พยาบาลอ่านคำพูดของผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น (Ashurst, 1997)

3. การแสดงออกทางใบหน้า เป็นการสื่อสารด้วยอวัจนภาษาที่มองเห็นได้ง่ายที่สุด (Ellis & Nowlis, 1994) ที่แสดงถึงความรู้สึกหรืออารมณ์ในลักษณะต่าง ๆ (Boggs, 1999) โดยเฉพาะอย่างยิ่งอารมณ์พื้นฐานของมนุษย์ ได้แก่ ความรู้สึกรังเกียจ ความโกรธ ความสุข ความเศร้า ความกลัว และความประหลาดใจ (Devito, 1997) ซึ่งแสดงออกด้วยลักษณะการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า รอบปาก คิ้ว และดวงตา เอกแมน (Ekman cited in Devito, 1997) ได้พัฒนาเทคนิคการสังเกตการแสดงออกทางใบหน้า โดยแบ่งใบหน้าออกเป็น 3 ส่วน คือ (1) ใบหน้าช่วงตั้งแต่คิ้วขึ้นไป (2) ช่วงที่เป็นดวงตา และ (3) ช่วงล่างของใบหน้าที่ตั้งแต่จมูกลงมา แล้วสังเกตพบว่า ใบหน้าแต่ละส่วนจะแสดงถึงอารมณ์ที่เฉพาะแตกต่างกัน เช่น ดวงตาจะสื่อถึงอารมณ์กลัวได้ดีที่สุด ส่วนของจมูก ปาก และแก้ม จะสื่อถึงอารมณ์ไม่พึงพอใจหรือความรู้สึกรังเกียจได้ดีที่สุด การแสดงออกทางใบหน้าจะรวมถึงการแสดงออกทางดวงตา และการสบตา สำหรับการประเมินการแสดงออกทางใบหน้าของผู้ป่วยนั้น นอกจากพยาบาลจะสังเกตลักษณะของอารมณ์แล้ว ควรสังเกตการแสดงออกทางใบหน้าที่ไม่เหมาะสมด้วย เช่น การแสดงออกมากเกินไปหรือน้อยเกินไปซึ่งจะสื่อถึงการความผิดปกติของจิตใจ เป็นต้น

4. การใช้สัญญาณศีรษะและสัญญาณมือ มือเป็นอวัยวะที่สำคัญมากในการสื่อสารของผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารด้วยการพูดได้ตามปกติ โดยมีศูนย์ควบคุมการทำงานของมืออยู่ที่สมองส่วนที่ควบคุมอารมณ์ส่วนล่าง (lower temporal lobe) (Givens, 2000) การแสดงท่าทีปฏิกิริยาของมือเป็นสื่อสัญญาณบ่งบอกอารมณ์และความรู้สึกต่างๆ เสมือนการเปลี่ยนพลังของอารมณ์ไปสู่พลังงานของร่างกายซึ่งแสดงถึงความต้องการสื่อสารอย่างมาก (Kozier, Erb, Blais, & Wilkinson, 1995) ตัวอย่างเช่น การบีบมือตนเองหรือการหักนิ้วมือแสดงถึง ความกดดันหรือการรอคอย การโบกมือแสดงถึง การอำลา การจับมือกันแสดงถึง ความเป็นมิตร เป็นต้น นอกจากมือแล้วผู้ป่วยสามารถแสดงท่าทีปฏิกิริยาที่เป็นสัญญาณในการสื่อสารโดยใช้การเคลื่อนไหวของศีรษะ เช่น การผงกศีรษะ

แสดงถึงการให้ความสนใจ การตอบรับ การเห็นด้วย หรือ การส่ายศีรษะหมายถึง การปฏิเสธ เป็นต้น สิ่งที่ควรระวังสำหรับการสื่อสารด้วยการใช้สัญญาณมือและศีรษะคือ การแปลความหมายของสัญญาณดังกล่าวจะมีความแตกต่างกันในแต่ละวัฒนธรรม (Sherman, 1994)

5. การใช้ภาษามือ สัญญาณมือที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้สื่อความหมายแทนการพูด เรียกว่า ภาษามือ แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ ภาษามือธรรมชาติ และภาษามือประดิษฐ์ ภาษามือธรรมชาติเป็นภาษามือที่เลียนแบบจากท่าทางธรรมชาติพบได้ในชีวิตประจำวันของคนที่สามารถได้ตามปกติ ส่วนภาษามือประดิษฐ์เป็นภาษามือที่สร้างขึ้นแทนภาษาพูดและภาษาเขียน เพื่อใช้ในการศึกษาของคนหูหนวก โดยท่าทางตามไวยากรณ์ของคำในภาษาพูดหรือภาษาเขียนของคนปกติ และนำการสะกดนิ้วมือมาใช้ประกอบร่วมด้วย การแปลความหมายของภาษามือจะพิจารณาจากท่าของมือ ตำแหน่ง ทิศทาง การเคลื่อนไหวของมือ เช่น การขยี้มนิ้วมือทำท่าหีบของใส่ปาก หมายถึง การรับประทาน การพนมมือข้างแก้มเอียงศีรษะ หมายถึง การนอน การยกมือข้างหนึ่งแตะหน้าผาก แสดงว่า ไม่สบาย การใช้นิ้วชี้ถูกันที่ข้างศีรษะแสดงว่า ปวดศีรษะ เป็นต้น (องค์การการศึกษาวิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ มูลนิธิคนหูหนวก ในพระบรมราชินูปถัมภ์, มปป)

6. การชี้ด้วยศีรษะและแขนขา การชี้ เป็นการสื่อสารสัญญาณชนิดหนึ่งที่บ่งบอกถึงทิศทางหรือ ตำแหน่งของวัตถุ (Givens, 2000) โดยปกติแล้วการชี้จะกระทำโดยการใช้นิ้วชี้ ซึ่งสามารถทำได้ตั้งแต่เด็กอายุ 12 เดือน แต่ในผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจที่ไม่สามารถใช้นิ้วชี้ได้ เช่น มีบาดแผลบริเวณนิ้วมือ กระดูกหัก หรือถูกผูกมัดที่มือ เป็นต้น ผู้ป่วยอาจใช้อวัยวะส่วนอื่นเพื่อชี้บอกแทนนิ้วมือ เช่น ใช้ศีรษะ แขนหรือขา โดยการเคลื่อนไหวอวัยวะนั้นไปในทิศทางหรือ ตำแหน่งของวัตถุหรือบุคคลที่ผู้ป่วยต้องการบอก อย่างไรก็ตามการสื่อสารวิธีนี้จะยากต่อการแปลความหมายถ้าสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการชี้อยู่ในระยะทางที่ไกลจากตัวขณะที่สื่อสารมาก

7. การสัมผัส เป็นวิธีการสื่อสารที่อาศัยการรับรู้ความรู้สึกจากปลายกระแสประสาทของเซลล์ประสาทที่รับการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิ และการเคลื่อนไหวที่บริเวณผิวหนัง (Givens, 2000) เป็นวิธีการสื่อสารกับผู้อื่นที่ละเอียดอ่อนและทำได้ง่ายที่สุด (Arnold, Virvan, & Kizilay, 1998) เพื่อถ่ายทอดความรู้สึก แสดงความรัก และความใส่ใจ ทำให้ผู้ที่ได้รับการสัมผัสมีความรู้สึกเป็นกันเอง และผ่อนคลาย (Hybels & Weaver, 1995) ในทางการพยาบาล การสัมผัสระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลเป็นการสัมผัสตามหน้าที่ในเชิงวิชาชีพ แบ่งการสัมผัสออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การสัมผัสที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติการพยาบาล เช่น การสัมผัสขณะการช่วยอาบน้ำ หรือฉีดยา เป็นต้น และการสัมผัสที่แสดงความรู้สึกทางด้านจิตใจ (อรพรรณ พุมอาภรณ์, 2533) เช่น ผู้ป่วยอาจสัมผัสหรือกำมือของพยาบาลเพื่อขอความมั่นใจ เป็นต้น (Ellis & Nowlis, 1994) อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่า

การสัมผัสจะช่วยให้สื่อสารความรู้สึกต่างๆ ของผู้ป่วย แต่ก็เป็วิธีที่ยากต่อการแปลความหมายถ้าผู้ป่วยและพยาบาลมีภูมิหลังและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน (Williams, 1992)

8. การเขียนสัญลักษณ์หรือคำ ผู้ป่วยที่การทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อปกติสามารถเขียนหนังสือได้ ไม่ได้รับการผูกมัดหรือให้สารละลายทางหลอดเลือดดำบริเวณมือหรือแขนข้างที่ใช้เขียน อาจใช้วิธีการสื่อสารด้วยวิธีเขียนสัญลักษณ์หรือคำลงบนฝ่ามือของพยาบาลแล้วให้พยาบาลอ่านด้วยความรู้สึก หลังจากนั้นพยาบาลพูดออกมาเพื่อเป็นการตรวจสอบว่าสิ่งที่พยาบาลเข้าใจนั้นถูกต้องหรือไม่ หรือเขียนด้วยปากกาลงในกระดาษหรือกระดาษที่พยาบาลจัดหาให้ การสื่อสารด้วยวิธีการเขียน อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกคับข้องใจ เนื่องจากความอ่อนเปลี้ย การมองไม่ชัด และอาการมือสั่นเนื่องจากความอ่อนเพลีย รวมทั้งการเขียนในท่านอนก็เป็นสิ่งที่ทำได้ลำบาก ทำให้ผู้ป่วยเขียนตัวอักษรหรือสัญลักษณ์ผิดรูปไป พยาบาลต้องใช้ความพยายามอ่านและแปลความหมายของข้อความหลายครั้งจนกว่าจะถูกต้อง (ฐิติณัฐ ศศิฉาย, 2533; Johnson & Sexton, 1990; Elixson, Myrer, & Horn, 1997)

9. การกำมือหรือกระพริบตา ทั้งการกำมือและการกระพริบตาเป็นสัญญาณที่แสดงถึงการถูกระตุ้นให้เกิดอารมณ์เช่นเดียวกัน แต่การกำมือมักจะแสดงถึง อารมณ์โกรธ ตื่นเต้น และกลัว ส่วนการกระพริบตานี้ในคนปกติจะกระพริบตาประมาณ 20 ครั้งต่อนาที การกระพริบตาที่เร็วกว่านี้จะสื่อถึงอารมณ์เครียดหรือการใช้ความคิดต้องตัดสินใจ เช่น ในปฏิกิริยาต่อสู้หรือถอยหนี (fight-or-flight response) (Givens, 2000) สำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจที่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือเป็นอัมพาต ไม่สามารถสื่อสารด้วยวิธีที่ต้องใช้การเคลื่อนไหวของแขนขาได้ วิธีการกำมือหรือกระพริบตาอาจเป็นวิธีที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ในการสื่อสารกับพยาบาลในลักษณะของการตอบคำถามปลายปิดของพยาบาล โดยกำหนดจำนวนครั้งของการกำมือหรือการกระพริบตาเพื่อระบุว่า การตอบว่าใช่ หรือ ไม่ใช่ (Borsig & Steinacker, 1982)

10. การแสดงออกทางอารมณ์ เป็นพฤติกรรมการแสดงออกของอวัจนภาษาในภาพรวมประกอบไปด้วย การแสดงออกทางใบหน้า และการเคลื่อนไหวของร่างกาย รวมทั้งน้ำเสียงที่บ่งบอกถึงลักษณะของอารมณ์ (Givens, 2000) เป็นพฤติกรรมที่ออกมาจากจิตใต้สำนึกไม่สามารถบังคับได้ และสื่อถึงสภาพจิตใจของบุคคลนั้น เช่น การร้องไห้ ท่าทางอึดอัดซึมเศร้า การมีพฤติกรรมถดถอย การถอยหนีจากบุคคล ท่าทางโกรธ การกระโดดด้วยความดีใจ เป็นต้น สำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจซึ่งมีภาวะตึงเครียดจากสภาพความเจ็บป่วย และความคับข้องใจจากความบกพร่องด้านการสื่อสาร อาจทำให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่สื่อถึงอารมณ์ต่างๆ ออกมา ซึ่งเป็นสัญญาณที่พยาบาลจะต้องตระหนักถึงและค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมนั้น เพื่อวางแผน และให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

การศึกษาถึงวิธีการสื่อสารของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อทางเดินหายใจพบว่า ผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจจะเลือกใช้วิธีการสื่อสารที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและความสามารถของตนเอง และมักจะใช้วิธีการสื่อสารหลาย ๆ วิธีร่วมกัน ประมาณ 3-4 วิธี เพื่อช่วยให้การสื่อสารบรรลุเป้าหมาย (Menzel, 1998) โดยที่ความสำเร็จในการสื่อสารไม่มีความสัมพันธ์ที่เฉพาะเจาะจงกับวิธีการสื่อสารกับวิธีการสื่อสารใดวิธีการหนึ่ง (Fitch, Remus, & Stadel, 1998) และวิธีการสื่อสารที่พบในแต่ละการศึกษามีความคล้ายกัน ได้แก่ การแสดงออกทางใบหน้า การขยับปากพูด การชี้ การใช้มือแสดงท่าทาง การเขียนคำลงบนกระดาษหรือกระดาน การสัมผัสด้วยการจับมือ การผิงศีรษะ และการวาดรูป แตกต่างกันเพียงลำดับของวิธีการสื่อสาร เช่น การศึกษาของเมนเซล (Menzel, 1998) พบว่า ผู้ป่วยใช้มือชี้ และแสดงท่าทางมากที่สุด รองลงมาคือ การเขียน การขยับริมฝีปาก และการแสดงออกทางใบหน้า ตามลำดับ เช่นเดียวกับการศึกษาของ จอห์นสันและเซกตัน (Johnson & Sexton, 1990) แต่จากการศึกษาของเพรสตัน (Preston, 1977 cited in Connolly & Shekleton, 1991) สังเกตพบว่า ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการใส่ท่อทางเดินหายใจสื่อสารด้วยการใช้การเคลื่อนไหวของศีรษะมากที่สุด รองลงมาคือ การใช้มือแสดงท่าทาง และการแสดงออกทางใบหน้า แต่การสื่อสารด้วยวิธีเขียน และการอ่านจารึกริมฝีปากพบน้อย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ แฮปป์ (Happ, 2000) ที่ศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ พบว่า วิธีการสื่อสารที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุดคือ การขยับริมฝีปากพูด การใช้ศีรษะเคลื่อนไหว และการใช้ท่าทางตามลำดับ

ความแตกต่างของวิธีการสื่อสารของผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจในแต่ละการศึกษานั้น น่าจะเป็นผลมาจากความแตกต่างของตัวผู้ป่วยเองและสภาพแวดล้อมดังที่กล่าวไว้ในเบื้องต้น แต่การที่ผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจจะใช้วิธีการสื่อสารวิธีใดก็ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ และความต้องการสื่อสารของผู้ป่วยร่วมด้วย โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีความต้องการที่จำเป็นเร่งด่วน เช่น การหายใจไม่ออก ต้องการให้พยาบาลดูดเสมหะในท่อทางเดินหายใจ ผู้ป่วยจะพยายามใช้วิธีการสื่อสารที่รวดเร็วที่สุด และอาจใช้หลายวิธีร่วมกัน เช่น การแสดงท่าทางกวักมือเรียกพยาบาล และชี้ท่อทางเดินหายใจ ในขณะที่สถานการณ์ปกติ ผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลการรักษาผู้ป่วยอาจค่อย ๆ พยายามขยับริมฝีปากพูดซ้ำ ๆ เป็นต้น

การสื่อสารของผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจไม่ว่าจะด้วยวิธีใดก็ตาม พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจะต้องมีความไวต่อการสังเกตและสามารถรับรู้ถึงการสื่อสารนั้น เพื่อที่จะได้ให้การช่วยเหลือหรือตอบสนองต่อการสื่อสารของผู้ป่วย รวมทั้งเลือกใช้วิธีการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ ซึ่งจะช่วยให้การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจและพยาบาลประสบความสำเร็จได้ง่ายยิ่งขึ้น

วิธีการสื่อสารของพยาบาลที่ใช้กับผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ

โดยปกติแล้วพยาบาลจะสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยการใช้วัจนภาษาเป็นส่วนใหญ่ (Arnold, 1999) แต่การสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจที่ไม่สามารถสื่อสารได้ตามปกติ และเป็นวัยที่พัฒนาการด้านการสื่อสาร ความเข้าใจคำศัพท์ และการใช้ภาษายังไม่สมบูรณ์ จะกระทำไดยากมากขึ้น ทำให้พยาบาลต้องปรับเปลี่ยนวิธีการสื่อสารเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การศึกษาวิธีการสื่อสารที่พยาบาลใช้กับผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจพบว่า นอกจากการสื่อสารด้วยวัจนภาษาและอวัจนภาษาแล้ว พยาบาลจะจัดหาอุปกรณ์ช่วยสื่อสารให้ผู้ป่วย โดยพยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ควบคุมการสื่อสาร (Jablonski, 1994) และคอยอำนวยความสะดวกในการสื่อสาร (Connolly & Shekleton, 1991) ดังนั้นจึงพอจะแบ่งวิธีการสื่อสารที่พยาบาลใช้กับผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ ออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. การสื่อสารด้วยวัจนภาษา เป็นวิธีการที่พยาบาลยึดเป็นหลักในสื่อสารกับผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายทางการพยาบาลเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เพื่อถามหรือบอกข้อมูลแก่ผู้ป่วย เพื่อสอนเพื่อออกคำสั่ง และเพื่อช่วยกับผู้ป่วยให้แน่ใจ แต่โดยส่วนใหญ่แล้วพยาบาลจะพูดกับผู้ป่วยเพื่อให้ข้อมูลด้วยประโยคสั้นๆ ถาม และบอกให้ผู้ป่วยกระทำการบางสิ่งบางอย่าง (Asworth, 1980 cited in Elliott & Wright, 1999) สำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจพยาบาลจะใช้วิธีการสื่อสารด้วยการพูด 3 วิธี คือ

1.1 วิธีการพูดบอกเล่า เป็นการอธิบายถึงกิจกรรมการรักษาพยาบาลรวมทั้งสภาพแวดล้อม หรือ สิ่งที่เป็นสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจแก่ผู้ป่วย เช่น การสอนวิธีการสื่อสารวิธีต่างๆ เป็นต้น การอธิบายข้อมูลจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายจากความเครียดและความวิตกกังวล (Johnson & Sexton, 1990) รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและไม่โดดเดี่ยว (Dyer, 1995)

1.2 วิธีการถามแล้วกำหนดข้อตกลงเบื้องต้นเพื่อให้ผู้ป่วยตอบคำถามว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ โดยใช้การแสดงท่าทาง การกระพริบตา และการเขียน เป็นต้น เป็นวิธีการสื่อสารสองทางที่ควรใช้ในการเริ่มต้นสื่อสารร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ ซึ่งช่วยให้พยาบาลและผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ตรงกัน (Sitzer, 1993; Sieh & Brentin, 1997)

1.3 วิธีการอ่านจากริมฝีปากของผู้ป่วยแล้วพยาบาลออกเสียงตามผู้ป่วยพูด และถามผู้ป่วยว่าถูกต้องหรือไม่ เป็นวิธีการที่พยาบาลใช้ร่วมกับการขยับปากพูดของผู้ป่วย ซึ่งทำให้พยาบาลสามารถรับข่าวสารของผู้ป่วยและตรวจสอบความถูกต้องได้

สิ่งที่พยาบาลควรระวังในการสื่อสารด้วยการพูดคือ น้ำเสียงที่ใช้พูด ซึ่งเป็นสิ่งที่บอกถึงอารมณ์ ความรู้สึกของผู้พยาบาลได้เป็นอย่างดี พยาบาลควรใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวล ระดับเสียง และความเร็วที่พอเหมาะ สอดคล้องกับคำพูด เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความปรารถนาดี ความสนใจของพยาบาล สำหรับวัจนภาษาที่เป็นการเขียนนั้นพยาบาลจะใช้ในการสื่อสารกับผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจน้อย ส่วนใหญ่เป็นการจัดหาอุปกรณ์การเขียนเพื่อให้ผู้ป่วยใช้เขียนในการสื่อสาร

2. การสื่อสารด้วยอวัจนภาษา ในขณะที่พยาบาลสื่อสารด้วยการพูดกับผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ บางครั้งพยาบาลอาจใช้ท่าทางประกอบ (Connolly & Shekleton, 1992) เพื่อช่วยเสริมและเน้นความหมายของการพูด การสื่อสารด้วยอวัจนภาษาที่พยาบาลใช้กับผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ มีดังนี้

2.1 การแสดงออกทางใบหน้า การแสดงออกทางใบหน้าของพยาบาลเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยสังเกตได้อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยรู้สึกไม่แน่ใจ หรือมีความรู้สึกไม่สุขสบาย (Kozier, Erb, Blais, & Wilkinson, 1995) พยาบาลต้องระวังและควบคุมการแสดงออกทางใบหน้า โดยเฉพาะกับผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือ ผู้ป่วยที่กลัวว่าจะตนเองถูกรังเกียจ เช่น ผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ ผู้ป่วยที่มีรูเปิดของลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง เป็นต้น เนื่องจากผู้ป่วยจะสำรวจหาอาการที่แสดงถึงความรังเกียจจากใบหน้าของพยาบาล และแม้ว่าการแสดงออกทางใบหน้าจะไม่สามารถถูกควบคุมได้ทุกอย่าง แต่การควบคุมอารมณ์และความรู้สึกของตนเองจะช่วยทำให้พยาบาลสามารถควบคุมการแสดงออกทางใบหน้าได้ดีขึ้น

2.2. การสบตา การสบตาเป็นสัญญาณที่บอกถึงความต้องการเริ่มต้นการสื่อสาร (Davie, 1994) การสบตาของพยาบาลจะแสดงถึง ความสนใจ ความเอาใจใส่ต่อผู้ป่วย และช่วยให้พยาบาลสามารถสังเกตสัญญาณจากใบหน้าและสายตาของผู้ป่วย ลักษณะการสบตาของพยาบาลควรสม่ำเสมอและเป็นธรรมชาติ สายตาของพยาบาลควรแสดงความอบอุ่น และความปรารถนาดี (บุญศรี ปรามณศักดิ์ และ ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2538) ระยะเวลาที่เหมาะสมของการสบตาควรอยู่ในช่วง 2 - 6 วินาที (Sieh & Brentin, 1997) การสบตาที่ไม่เหมาะสม เช่น การจ้องตานานเกินไปจะสื่อถึงการข่มขู่ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัดหรือเกิดความอาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ ส่วนการหลบตาจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกห่างเหิน ไม่แน่ใจ และอาจแสดงถึงความต้องการหลีกเลี่ยงการสื่อสารของพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าพยาบาลขาดความสนใจ ไม่ดูแล และเกิดความรู้สึกไม่ไว้วางใจ (Altschul, 1972 cited in Davies, 1994)

2.3 การใช้ท่าทาง ลักษณะท่าทางของพยาบาลเป็นตัวแทนคำพูดของพยาบาลที่สื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรู้สึก และเจตคติขณะที่สื่อสารของพยาบาล เช่น การกอดอก ขยับตัวไปมา สื่อถึงความเครียดไม่แน่ใจในสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ การเดินถอยหลัง และเบือนหน้าหนี

แสดงความรังเกียจ เบื่อหน่าย เป็นต้น สำหรับท่าทางที่พยาบาลควรใช้ขณะสื่อสารกับผู้ป่วยนั้น คือ ท่าที่โน้มตัวมาด้านหน้าเล็กน้อยเป็นการแสดงถึงความสนใจ เอาใจใส่ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น และเป็นมิตร (Caris-Verhallen, Kerkstra, & Bensing, 1999)

2.4 การแสดงสัญญาณด้วยสีหน้า เป็นลักษณะอาการปฏิกิริยาของพยาบาลที่พบบ่อย และมีความสำคัญในการสื่อสารกับผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการผงกศีรษะ ซึ่งเป็นการยืนยันและสนับสนุนสิ่งที่พยาบาลกำลังพูด รวมทั้งเป็นการแสดงความสนใจและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการสื่อสาร (Caris-Verhallen, Kerkstra, & Bensing, 1999) นอกจากนี้ยังเป็นการแสดงความเป็นมิตรและความห่วงใย (Heintzman, 1993) ส่วนการใช้สีหน้าในการสื่อสารด้วยอาการปฏิกิริยาอื่น เช่น การพยักหน้าแสดงถึง การยอมรับ การส่ายหน้าแสดงการปฏิเสธ เป็นต้น

2.5 การแสดงสัญญาณด้วยการใช้มือ สัญญาณมือที่ใช้กันบ่อยคือ การใช้นิ้วมือชี้ เพื่อระบุทิศทางหรือตำแหน่งสิ่งของหรือบุคคล สำหรับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ พยาบาลอาจใช้มือแสดงท่าทางประกอบในขณะที่พูดเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่ายขึ้น เช่น การส่ายมือไปมา แสดงอาการปฏิเสธขณะที่พูดว่า “หนูยังกินอาหารไม่ได้” หรือ การใช้นิ้วหัวแม่มือจรดกับปลายนิ้วก้อย แสดงว่า จำนวนเล็กน้อย ขณะที่พูดว่า “เจ็บนิดเดียว” เป็นต้น

2.6 การสัมผัส การสัมผัสของพยาบาลเป็นการสื่อสารความรู้สึกที่ละเอียดอ่อน ซึ่งสำคัญมากในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจต้องการการสัมผัสอย่างนุ่มนวล (Hazinski, 1999) แม้ว่าการสัมผัสที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติการพยาบาลจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบายและพบกับความต้องการทางร่างกาย แต่การสัมผัสที่แสดงถึงความเอาใจใส่ จะมีผลต่อผู้ป่วยมากกว่าโดยเฉพาะทางด้านจิตใจ การสัมผัสของพยาบาลจะถ่ายทอดความเห็นใจ ความห่วงใย และการปลอบโยนไปสู่ผู้ป่วย (Caris-Verhallen, Kerkstra, & Bensing, 1999) เป็นวิธีการสื่อสารให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความเอื้ออาทร ความห่วงใย และความปรารถนาดี อย่างไรก็ตาม พยาบาลควรประเมินความต้องการสัมผัสและคำนึงถึงวัฒนธรรมของผู้ป่วยก่อนที่จะสัมผัสผู้ป่วย จะทำให้พยาบาลใช้การสัมผัสอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. การสื่อสารโดยใช้อุปกรณ์ช่วย พยาบาลอาจใช้อุปกรณ์หรือสื่อช่วยในการสื่อสารกับผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม (Connolly & Shekleton, 1991) คือ

3.1 การสื่อสารโดยใช้อุปกรณ์ช่วยในผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจเป็นเวลาน้อยกว่า 5 วัน ประกอบด้วย การเขียนด้วยกระดาษและดินสอ /ชอล์กและกระดาน การเขียนเมจิกบนกระดาน (magic slate) การใช้อักษรแม่เหล็ก (magnetic plastic letters and board) การใช้กระดานอักษร (alphabet board) การใช้กระดานรูปภาพ (picture board) การใช้กระดานสัญลักษณ์

ต่าง ๆ (symbol board) การใช้บัตรคำ (flash card) การใช้ภาพพลิก (flip charts) และ การใช้เครื่องอิเล็กทรอนิกส์สะกดคำ (speak & spell electronic game)

3.2 การสื่อสารโดยใช้อุปกรณ์ช่วยในผู้ป่วยที่ต้องใส่ท่อทางเดินหายใจเป็นระยะเวลานานมากกว่า 5 วัน ประกอบด้วย การใช้พิมพ์ดีดไฟฟ้า การใช้คอมพิวเตอร์ และอุปกรณ์ในการช่วยในการผลิตเสียงพูด เช่น Venti-Voice, Portex Trach-Talk, Pitt - Speaking tube และ Passy-Muir tracheostomy

การศึกษาถึงวิธีการที่พยาบาลใช้สื่อสารกับผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อทางเดินหายใจของ คอนนอลลี และ เชกเกิลตัน (Connolly & Shekleton, 1991) โดยการสอบถามพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย วิกฤตพบว่า วิธีการที่พยาบาลใช้สื่อสารกับผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจบ่อยที่สุดคือ การเขียนด้วยคินสอลงในกระดาษ รองลงมา คือ การใช้กระดานรูปภาพ และการอ่านจากริมฝีปาก อย่างไรก็ตาม พยาบาลมักจะพยายามอ่านการพูดจากริมฝีปากของผู้ป่วยก่อนที่จะเปลี่ยนเป็นให้ผู้ป่วยเขียนในภายหลัง เพราะจะสามารถประหยัดเวลาได้หากสามารถอ่านข้อความจากริมฝีปากได้มากกว่าการรอให้ผู้ป่วยเขียนข้อความ ความแตกต่างของวิธีการที่พยาบาลแต่ละคนใช้สื่อสารกับผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจขึ้นอยู่กับประสบการณ์การปฏิบัติงานในหออภิบาลและการสื่อสารกับผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ พยาบาลที่เพิ่งจบใหม่จะขาดประสบการณ์ และมุ่งความสนใจเกี่ยวกับอุปกรณ์มากกว่าตัวผู้ป่วย ส่วนพยาบาลที่มีประสบการณ์จะคุ้นเคยกับลักษณะการสื่อสารของผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ และสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจได้ดี (Hall, 1996)

การจัดหาทางเลือกและการสอนวิธีการสื่อสารให้แก่ผู้ป่วยเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ ผู้ป่วยจะรู้สึกพึงพอใจในวิธีการสื่อสาร (ฐิตินันท์ ศศิฉาย, 2533) สามารถสื่อสารกับบุคลากรในทีมสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว (Stovsky et al., 1988) และลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับวิธีการสื่อสาร (ลดาวัลย์ จารูนาวัฒน์, 2528) ดังเช่นการศึกษาของ คอสเทลโล (Costello, 2000) ถึงผลการใช้เครื่องมือช่วยในการสื่อสารที่มีลักษณะเป็นเสียงพูด (voice output communication aids : VOCAs) กับผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจในโรงพยาบาลเด็กของบอสตัน โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเด็กภายหลังการจำหน่ายพบว่า การใช้เครื่องมือช่วยสื่อสารทำให้ผู้ป่วยเด็กกลุ่มตัวอย่างทุกรายไม่รู้สึกลำบากหรือวิตกกังวลในการสื่อสารกับพยาบาลและญาติ ทั้งผู้ป่วยและผู้ปกครองมีความพึงพอใจต่อทางเลือกวิธีการสื่อสาร และเครื่องมือช่วยสื่อสารที่ใช้

การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจและพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ส่งผลให้อัตราการใช้ออกซิเจนของผู้ป่วยลดลง และทำให้ฟื้นตัวจากความเจ็บป่วยได้เร็วขึ้น (Johnson & Sexton, 1990) แต่เนื่องจากวิธีการรักษาพยาบาล ลักษณะงานที่ซับซ้อนและมีจำนวนมากในหออภิบาลทำให้พยาบาลต้องเร่งรีบ (Ashrust, 1997) ให้เวลาในการสื่อสารกับผู้ป่วย

เพียงเล็กน้อยเท่านั้น และอาจใช้กลวิธีต่างๆ เพื่อหลีกเลี่ยงการสื่อสาร ดังเช่นการศึกษาของเซลเยอร์ และสจวร์ต (Salyer & Stuart, 1985) ซึ่งสังเกตปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจขณะให้การพยาบาล จำนวน 217 ครั้ง พบว่า พยาบาลไม่มีการสื่อสารขณะที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นจำนวนถึง 43 ครั้ง และเมื่อผู้ป่วยเริ่มต้นการสื่อสารด้วย อวัจนภาษา จำนวน 34 ครั้ง พยาบาลมีปฏิกริยาที่เป็นพฤติกรรมด้านลบถึง 11 ครั้ง เช่น การเดินจากไปโดยไม่สื่อสารกับผู้ป่วย หรือ สื่อสารด้วยท่าทางไม่พอใจ เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม การเลือกวิธีติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจอาจเกิดปัญหาต่าง ๆ ซึ่งสามารถจำแนกได้ 2 ประการ (Williams, 1992) ได้แก่

1. ปัญหาที่เกิดจากผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อทางเดินหายใจมีความเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดความอ่อนเพลีย อ่อนเปลี้ย เป็นอัมพาต หรือมีความผิดปกติทางสรีรวิทยา เช่น มีการบาดเจ็บที่ศีรษะ มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรลัยต์ มีความพิการต่างๆ ที่เป็นอุปสรรคของการสื่อสารหรือทำให้การสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ เช่น หูหนวก ตาบอด เป็นต้น นอกจากนี้การรักษาด้วยยา เช่น ยากล่อมประสาท ยานอนหลับ เป็นต้น ทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึ่งมีผลต่อการสื่อสารเช่นกัน

2. ปัญหาที่เกิดจากเทคนิคของการสื่อสาร เนื่องจากวิธีการสื่อสารแต่ละวิธีมีข้อจำกัดที่แตกต่างกัน บางชนิดต้องใช้เวลานาน เช่น กระดานอักษร เป็นต้น บางชนิดมีราคาแพง และมีใช้น้อย เช่น คอมพิวเตอร์ เป็นต้น บางวิธีการสื่อสารอาจเสี่ยงต่อการแปลความหมายผิดเนื่องจากผลทางวัฒนธรรม บุคลิกส่วนตัว และพัฒนาการด้านการสื่อสาร และวิธีการสื่อสารหลายวิธีต้องอาศัยความแข็งแรงของร่างกาย เช่น การชี้ตัวอักษรหรือภาพ หรือ การเขียน เป็นต้น นอกจากนี้วิธีการสื่อสารบางวิธีมีความซับซ้อนต้องสอนวิธีการให้แก่ผู้ป่วยก่อนใช้ ซึ่งเป็นการเสียเวลา และผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่พร้อมที่จะเรียนรู้เนื่องจากสภาพความเจ็บป่วย

วิลเลียม (Williams, 1992) ได้ศึกษาวิธีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ และพยาบาล และได้สรุปข้อดีและข้อเสียของวิธีการสื่อสารแต่ละวิธี ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของวิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ

วิธีการ	ข้อดี	ข้อเสีย
1. ใช้กระดาษและดินสอ (Paper and pencil)	- ทำได้ง่าย - สามารถเก็บไว้อย่างถาวร - สามารถเข้าใจได้ง่าย	- ผู้ป่วยต้องสามารถอ่านและเขียนได้ - ผู้ป่วยต้องมีความแข็งแรง - ไม่สามารถใช้ในผู้ป่วยที่เป็นอัมพาต
2. การใช้เมจิกเขียนบนกระดาน (Magic slate)	- ทำได้ง่ายแต่น้อยกว่าการใช้ดินสอปากกา - ไม่สามารถเก็บอย่างถาวร - ผู้ป่วยที่นอนหงายสามารถเขียนได้	- ผู้ป่วยต้องสามารถอ่านและเขียนได้ - อาจยุ่งยากในการอ่านและมองเห็น - ไม่สามารถใช้ในผู้ป่วยที่เป็นอัมพาต
3. การใช้นิ้วมือเขียนคำ (Tracing with finger)	- ทำได้ง่าย - สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยที่อ่อนแรง	- ผู้ป่วยต้องสามารถเขียนได้ - ต้องอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และการตีความหมาย
4. การให้สัญญาณมือ (Hand Signals)	- ทำได้ง่าย - มีประสิทธิภาพ	- อาจตีความหมายผิดพลาดได้ง่าย - ไม่เป็นมาตรฐานสากล - ผู้ป่วยต้องมีความแข็งแรง
5. การใช้ภาษามือ (Sign Language)	- มีประสิทธิภาพมาก - เป็นมาตรฐานสากล	- ผู้ป่วยต้องมีความแข็งแรง - ผู้ป่วยและบุคลากรต้องมีความชำนาญในการใช้ภาษามือ
6. การใช้กระดานตัวอักษร (Alphabet Board)	- สามารถทำได้ง่าย - ถ้าผู้ป่วยสะกดคำได้และแข็งแรงจะเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมาก	- ผู้ป่วยต้องสามารถสะกดคำได้ - อาจทำให้ผู้ป่วยบางรายเหนื่อย - อาจยากสำหรับผู้ป่วยในการอ่าน - ผู้ป่วยต้องสามารถมองเห็นและเลือกได้
7. การใช้บัตรคำ (Flash card)	- สามารถปรับใช้กับภาษาต่างกันได้	- ต้องใช้บัตรคำจำนวนมาก

วิธีการ	ข้อดี	ข้อเสีย
8.การใช้กระดานรูปภาพ (Photo Boards)	- ใช้ได้กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถอ่านและเขียนได้ - สามารถใช้กับผู้ป่วยที่ใช้ภาษาต่างกัน - สื่อได้อย่างเที่ยงตรง	- ต้องใช้เวลาและแรงงานในการสร้าง - อาจหาได้ไม่มากนัก - ผู้ป่วยต้องมองเห็นชัดเจนและต้องมีความแข็งแรงบ้าง
9. การอ่านริมฝีปาก (Lip Reading)	- ทำได้ง่าย - มีประสิทธิภาพมาก	- ทำได้ยากในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อทางเดินหายใจทางปาก - อาจแปลความหมายผิดได้ง่าย - ใช้ยากในผู้ป่วยที่ใช้ภาษาต่างกัน - ทำได้ลำบากถ้าไม่มีฟัน
10. การใช้วัจนภาษา (Nonverbal Communication)	- สามารถทำได้ง่าย	- ผู้ป่วยต้องสามารถมองเห็นได้ - เสี่ยงต่อการแปลความหมายผิดพลาด
11. การสัมผัส (Touch)	- สามารถทำได้ง่าย	- ผู้ป่วยต้องสามารถรับรู้ความรู้สึกได้ - อาจเป็นข้อห้ามในบางวัฒนธรรม - ยากต่อการแปลความหมายผิด
12. อุปกรณ์ผลิตเสียง (Texas instruments vocaid)	- สามารถให้ทั้งภาพและเสียง - สามารถสร้างประโยคได้ง่าย	- ผู้ป่วยต้องมีความแข็งแรง - อุปกรณ์หายาก
13. การใช้คอมพิวเตอร์ช่วยในการสื่อสาร (Computer assisted Communication)	- มีประสิทธิภาพมาก	- ผู้ป่วยต้องรู้สึกตัวดี - ผู้ป่วยต้องมีความแข็งแรง และความชำนาญ-มีราคาแพง - ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ต้องมีแรงจูงใจ/ความต้องการสื่อสาร

แหล่งที่มา จาก “An Algorithm for selecting a communication technique with intubated patients” by Williams, M.L. 1992. Dimension of Critical Care Nursing, 11(4). (pp. 224 - 225).

จิตรา วันชนะกิจ (2540) ได้เสนอว่า วิธีการใช้สัญญาณมือ อุปกรณ์ผลิตเสียง และ การใช้คอมพิวเตอร์ช่วยในการสื่อสารไม่เหมาะสำหรับผู้ป่วยและพยาบาลในประเทศไทย อาจเป็นเพราะว่า การใช้ภาษามือจำกัดอยู่ในแวดวงของคนหูหนวก ส่วนคอมพิวเตอร์ก็มีราคาแพงมาก และมีใช้น้อย แต่ในอนาคตอาจมีการนำคอมพิวเตอร์มาช่วยในการสื่อสารกับผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อทางเดินหายใจเหมือนในต่างประเทศ ดังนั้นการเลือกวิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจจึงควรพิจารณาปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยให้เหมาะสมกับวิธีการที่ใช้ โดยพิจารณาจากข้อดีและข้อเสียดังกล่าวข้างต้นประกอบกับพยาบาลเองก็ต้องมีความรู้ ความสามารถในการใช้วิธีการสื่อสารที่ถูกต้องด้วย และก่อนที่จะเลือกวิธีการสื่อสารวิธีใด พยาบาลควรประเมินความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วย ได้แก่ ระดับความรู้สึกร่างกาย การรับรู้ที่เหมาะสมกับอายุ สถานที่และกาลเวลา ภาษาที่ใช้สื่อสาร ก่อนการเจ็บป่วย ระดับความรู้ ความสามารถในการอ่านและการเขียน ทักษะการใช้กล้ามเนื้อเล็ก และกล้ามเนื้อมัดใหญ่ที่จะใช้ในการสื่อสารแบบอวัจนภาษา การได้รับยาที่ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือเป็นอัมพาต (Connolly & Shekleton, 1991; Williams, 1992; Kozier, Erb, Blais, & Wilkinson, 1995) เนื่องจากวิธีการสื่อสารแต่ละวิธีจะมีข้อจำกัดดังแสดงในตารางที่ 1 และผู้ป่วยแต่ละคนจะมีความสามารถในการสื่อสารแตกต่างกัน เช่น ผู้ป่วยเด็กอายุ 6 ขวบ ที่เป็นชาวเขา ไม่เข้าใจภาษาไทย จะไม่สามารถใช้วิธีการสื่อสารด้วยการใช้บัตรคำได้ ในขณะที่ผู้ป่วยเด็กชาวไทย อายุ 10 ปี สามารถอ่านออกเขียนได้ จะสามารถสื่อสารด้วยวิธีใช้บัตรคำ หรือ การอ่านริมฝีปากได้ เป็นต้น ดังนั้น พยาบาลควรประเมินผู้ป่วยก่อนที่ตัดสินใจเลือกวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเพื่อก่อให้เกิดประสิทธิผลในการสื่อสารสูงสุด ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองได้ถูกต้องตรงกับปัญหาและความต้องการ อันเป็นการลดความรู้สึกรับรองข้อจำกัด ความเครียด และความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ ซึ่งเป็นบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลที่ควรตระหนักเสมอ

สรุป การสื่อสารเป็นกระบวนการที่จำเป็นในการดำรงชีวิตของมนุษย์ ซึ่งประกอบด้วย ผู้ส่งและผู้รับข่าวสาร ข่าวสาร ช่องทางการสื่อสาร ปฏิกริยาอันกลับ สิ่งแวดล้อม และสิ่งรบกวน การสื่อสาร มนุษย์จะเริ่มมีการสื่อสารตั้งแต่เป็นทารกและพัฒนาความสามารถในการสื่อสารเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ โดยทารกจะเริ่มสื่อสารด้วยการใช้สื่อสัญญาณซึ่งเป็นภาษาท่าทางก่อน หลังจากนั้นจึงพัฒนาการสื่อสารด้วยภาษาพูดในช่วงท้ายของวัยทารก เมื่อเข้าสู่วัยหัดเดินเด็กรู้จักคำศัพท์เพิ่มขึ้น และเรียนรู้การเรียบเรียงประโยคที่ถูกต้องสามารถเลือกใช้ประโยคที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคลในวัยก่อนเรียน ส่วนเด็กวัยเรียนจะสื่อสารด้วยภาษาพูดได้ดี และเริ่มพัฒนาการสื่อสารด้วยภาษาเขียน เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นเด็กจะมีความสามารถเพิ่มมากขึ้นจนกระทั่งสามารถติดต่อสื่อสารได้ดีเกือบเท่ากับผู้ใหญ่

การสื่อสารด้วยภาษาพูดหรือวจนภาษาของเด็กมักจะถูกใช้ควบคู่กับการใช้วจนภาษา และเมื่อผู้ป่วยเด็กเจ็บป่วยรุนแรงต้องได้รับการใส่ท่อทางเดินหายใจ ทำให้ไม่สามารถสื่อสารด้วยการพูดได้ตามปกติ เด็กจะใช้วิธีการสื่อสารแบบวจนภาษาเพื่อช่วยให้พยาบาลรับทราบความต้องการ และความรู้สึกของตน ดังนั้นวิธีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจและพยาบาลจึงแตกต่างจากวิธีการสื่อสารของผู้ป่วยโดยทั่วไปซึ่งเป็นการสื่อสารที่ใช้วจนภาษาเป็นส่วนใหญ่ ผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจอาจเลือกใช้วิธีการสื่อสารตามความสามารถในการสื่อสารที่เหมาะสมกับวัย และสภาพร่างกายของตนซึ่งมีอยู่หลายวิธี เช่น การขยับริมฝีปากพูด การใช้สัญญาณมือหรือศีรษะ การใช้ภาษามือ การกระพริบตา การกำมือ การแสดงออกทางใบหน้า การสัมผัส การแสดงออกทางอารมณ์ และการเขียนสัญลักษณ์หรือคำ เป็นต้น แต่ละวิธีจะมีข้อจำกัดที่แตกต่างกัน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจมักจะใช้วิธีการสื่อสารหลายวิธีร่วมกัน เพื่อช่วยให้การสื่อสารประสบความสำเร็จ ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจควรสังเกตพฤติกรรมสื่อสารของผู้ป่วยเด็ก และค้นหาวิธีต่างๆที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเด็กให้สามารถสื่อสารกับพยาบาลและ/หรือญาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับวิธีการสื่อสารที่พยาบาลใช้กับผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจก็ควรสอดคล้องกับวิธีการสื่อสารที่ผู้ป่วยเด็กใช้ และมีการตั้งข้อตกลงเบื้องต้นเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน เช่น การถาม - ตอบ ว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ การอ่านจากการขยับของริมฝีปากผู้ป่วย การใช้สัญญาณมือ การใช้สัญญาณศีรษะ การสัมผัส การแสดงออกทางใบหน้า และการสบตา นอกจากจะใช้วิธีการสื่อสารด้วยวจนภาษาและการใช้ภาษาร่างกายแล้ว ยังมีการใช้อุปกรณ์ช่วยในการสื่อสารป็นสื่อกลางในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจและพยาบาล เช่น บัตรคำ กระดานรูปภาพ กระดานอักษร เป็นต้น พยาบาลอาจใช้วิธีการสื่อสารหลายวิธีร่วมกัน เช่นเดียวกับผู้ป่วย เพื่อให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตรงตามปัญหาและความต้องการอย่างรวดเร็ว

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การสื่อสารเป็นการแสดงถึงการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ส่งข่าวสารและผู้รับข่าวสาร ซึ่งได้แก่ พยาบาลและผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจกล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจมีข้อมูลข่าวสาร ผู้ป่วยเด็กจะติดต่อสื่อสารออกมาด้วยการเข้ารหัสสารด้วยวิธีการทั้งที่เป็นวัจนภาษา และ อวัจนภาษาไปสู่พยาบาลผู้รับข่าวสาร ซึ่งพยาบาลจะถอดรหัสข่าวสารที่ผู้ป่วยเด็กส่งมาให้แล้วทำความเข้าใจข่าวสารที่ได้รับ หลังจากนั้นพยาบาลจะเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้ส่งข่าวสารส่งข้อมูลความรู้สึกรหรือการตอบสนองกลับไปเรียกว่า ปฏิกริยาย้อนกลับ ทั้งวิธีที่เป็นวัจนภาษา และ อวัจนภาษา โดยผู้ป่วยเด็กที่ส่งสารในเบื้องต้นจะเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้รับข่าวสารแทน วิธีการสื่อสารที่ผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจใช้กับพยาบาล แบ่งเป็น 10 วิธี ได้แก่ การถาม-ตอบ ว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ การขยับริมฝีปากพูด การแสดงออกทางใบหน้า การใช้สัญญาณศีรษะและสัญญาณมือ การใช้ภาษามือ การเขียนสัญลักษณ์หรือคำ การชี้ด้วยศีรษะและแขนขา การกระพริบตาหรือกำมือ การสัมผัส และการแสดงออกทางอารมณ์ ส่วนวิธีการสื่อสารที่พยาบาลใช้สื่อสารกับผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ แบ่งออกเป็น 10 วิธี คือ การพูดบอกเล่า การถาม-ตอบ ว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ การอ่านจากริมฝีปากของผู้ป่วย การแสดงออกทางใบหน้า การสบตา การใช้ท่าทาง การแสดงสัญญาณศีรษะ การแสดงสัญญาณมือ การสัมผัส และการใช้อุปกรณ์ช่วยสื่อสาร

