

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิธีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ และพยาบาล โดยการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมขณะเกิดเหตุการณ์สื่อสาร จากผู้ป่วยเด็กจำนวน 19 ราย และพยาบาล 25 ราย ในหออภิบาลกุมารเวชกรรม และหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งออกเป็น 4 ส่วนดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
 - 1.1 ผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ
 - 1.2 พยาบาลที่มีการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ
2. วิธีการสื่อสารที่ผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจใช้กับพยาบาล
3. วิธีการสื่อสารที่พยาบาลใช้กับผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ
4. สถานการณ์ขณะที่มีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจและพยาบาล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ นำเสนอโดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ ดังตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กจำแนกตามอายุ เพศ ระดับการศึกษา การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ และประเภทของการได้รับออกซิเจน

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n = 19)	ร้อยละ
อายุ		
1-3 ปี (วัยหัดเดิน)	7	36.8
> 3-6 ปี (วัยก่อนเรียน)	4	21.1
> 6-12 ปี (วัยเรียน)	4	21.1
> 12-15 ปี (วัยรุ่น)	4	21.1
เพศ		
หญิง	10	52.6
ชาย	9	47.4
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เข้าเรียน	8	42.1
อนุบาล	3	15.2
ประถม	6	31.1
มัธยม	2	10.5
การวินิจฉัยโรค		
โรคระบบทางเดินหายใจ	9	47.4
โรคระบบประสาท	4	21.1
โรคระบบหัวใจ และหลอดเลือด	2	10.5

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n = 19)	ร้อยละ
โรกระบบทางเดินอาหาร	1	5.3
โรกระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ	1	5.3
โรกระบบสืบพันธุ์	1	5.3
โรกระบบเมตาบอลิซึม	1	5.3
ระยะเวลาที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ		
< 1 สัปดาห์	16	84.7
1-2 สัปดาห์	1	5.3
> 4 สัปดาห์	2	10.5
ประเภทของการได้รับออกซิเจน		
Ventilator	17	89.5
T-piece	1	5.3
room air	1	5.3

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจแบ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.6 และเพศชายร้อยละ 47.4 ผู้ป่วยเด็กร้อยละ 42.1 ยังไม่ได้เข้าเรียน ผู้ป่วยที่เรียนระดับประถม ร้อยละ 31.1 ระดับอนุบาลร้อยละ 15.2 และระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 10.5 ผู้ป่วยเด็กร้อยละ 47.4 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรกระบบทางเดินหายใจ รองลงมาคือ โรกระบบประสาทร้อยละ 21.1 โรกระบบหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 10.5 และโรกระบบทางเดินอาหาร โรกระบบกระดูก และกล้ามเนื้อ โรกระบบสืบพันธุ์ และโรกระบบเมตาบอลิซึม ร้อยละ 5.3 เท่ากัน ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเด็ก ได้รับการใส่ท่อทางเดินหายใจส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.7) เป็นระยะเวลาภายในหนึ่งสัปดาห์ โดยร้อยละ 89.5 ได้รับการต่อเข้ากับเครื่องช่วยหายใจ

ตารางที่ 3

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กจำแนกตามความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขน และขา การใช้นิ้วมือ และการรักษาพยาบาลที่มีผลต่อการเคลื่อนไหว

การเคลื่อนไหว	จำนวน (n= 19)	ร้อยละ
ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขน		
เกรด 2	1	5.3
เกรด 4	7	36.8
เกรด 5	11	57.9
ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา		
เกรด 0	3	15.8
เกรด 4	6	31.6
เกรด 5	10	52.6
การใช้นิ้วมือ		
ทำได้ดี	10	52.6
ต้องใช้ความพยายาม	8	42.1
ไม่สามารถทำได้	1	5.3
การรักษาพยาบาลที่มีผลต่อการเคลื่อนไหว*		
ไม่ได้รับ	1	5.3
ได้รับ	18	94.7
- การใส่เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ	18	94.7
- การผูกยึดบริเวณแขน	15	78.9
- การให้น้ำทางหลอดเลือดดำบริเวณมือ	12	63.2
- การใส่ท่อระบายทรวงอก	7	36.8

ตารางที่ 3 (ต่อ)

การเคลื่อนไหว	จำนวน (n= 19)	ร้อยละ
- การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำบริเวณขา	4	21.1
- การใส่สายสวนคาปีสสาวะ	3	15.8
- การผูกยึดบริเวณขา	1	5.3

หมายเหตุ * = ผู้ป่วยบางรายได้รับการรักษาพยาบาลหลายอย่าง

จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจร้อยละ 57.9 มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนระดับเกรด 5 รองลงมาคือ เกรด 4 และเกรด 2 ร้อยละ 36.8 และ 5.3 ตามลำดับ ผู้ป่วยเด็กร้อยละ 52.6 มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาในระดับเกรด 5 รองลงมาคือ เกรด 4 ร้อยละ 31.6 และเกรด 0 ร้อยละ 15.8 เนื่องจากขาเป็นอัมพาต ผู้ป่วยเด็กร้อยละ 52.6 สามารถใช้นิ้วมือได้ดี ร้อยละ 42.1 ต้องใช้ความพยายามในการใช้นิ้วมือ และมี 1 รายที่ไม่สามารถขยับนิ้วมือได้ ผู้ป่วยเด็ก ร้อยละ 94.7 ได้รับการรักษาพยาบาลที่มีผลต่อการเคลื่อนไหว โดยผู้ป่วยเด็กร้อยละ 94.7 ได้รับการใส่เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ ร้อยละ 78.9 ถูกผูกยึดที่แขน ผู้ป่วยเด็กร้อยละ 63.2 ได้รับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำบริเวณมือ ร้อยละ 36.8 ได้รับการใส่ท่อระบายทรวงอก และ ร้อยละ 15.8 ได้รับการใส่สายสวนคาปีสสาวะ

1.2 กลุ่มตัวอย่างพยาบาล นำเสนอโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ ดังตาราง
ที่ 4 และ 5

ตารางที่ 4

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลจำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา สถานที่ปฏิบัติงาน
ประสบการณ์การเคยให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ และการเคยอบรมเกี่ยวกับการ
สื่อสาร

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n = 25)	ร้อยละ
อายุ		
20-25 ปี	3	12.0
26-30 ปี	12	48.0
31-35 ปี	8	32.0
36-40 ปี	2	8.0
$\bar{X} \pm S.D.$	29.15 $\pm$ 4.12	
Range	39.02 – 24.07	
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	24	96.0
ปริญญาโท	1	4.0
สถานที่ปฏิบัติงาน		
หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1	15	60.0
หออภิบาลกุมารเวชกรรม	10	40.0

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n = 25)	ร้อยละ
การเคยให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ		
< 1 ปี	2	8.0
1- 5 ปี	11	44.0
> 5 ปี	12	48.0
X ± S.D.	5.64 ± 3.61	
Range	0.04 – 12.00	
การเคยอบรมเกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วย		
เคย	2	8.0
ไม่เคย	23	92.0

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างพยาบาลจำนวน 25 ราย มีอายุระหว่าง 24 ปี 7 เดือน ถึง 39 ปี 2 เดือน เฉลี่ยมีอายุ 29.15 ปี โดยร้อยละ 48.0 มีอายุอยู่ในช่วง 25 - 30 ปี กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 96.0) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มีเพียง 1 ราย ที่มีการศึกษาระดับปริญญาโท กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.0 ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 และร้อยละ 40.0 ปฏิบัติงานในหออภิบาลกุมารเวชกรรม ประสพการณ์การเคยให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 4 เดือน ถึง 12 ปี เฉลี่ย 5.64 ปี ร้อยละ 48.0 มีประสบการณ์มากกว่า 5 ปี และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 92.0 ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยมาก่อน

ตารางที่ 5

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลจําแนกตามวิธีการสื่อสารที่เคยใช้สื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ประสบการณ์การพบวิธีการสื่อสารที่ผู้ป่วยเด็กใช้ และปัญหาในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ

การสื่อสาร	จำนวน (n = 25)	ร้อยละ
วิธีการสื่อสารที่เคยใช้กับผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ *		
- การพูดบอกเล่า	25	100.0
- การถาม-ตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่	25	100.0
- การแสดงออกทางใบหน้า	24	96.0
- การแสดงท่าทาง	24	96.0
- การใช้สัญญาณศีรษะ	24	96.0
- การอ่านจากกริมฝีปากผู้ป่วย	23	92.0
- การสบสายตา	23	92.0
- การใช้สัญญาณมือ	23	92.0
- การสัมผัส	22	88.0
- การใช้อุปกรณ์ช่วยสื่อสาร	21	84.0
กระดาน และปากกา	18	72.0
รูปภาพ	4	16.0
กริ่ง/กระดิ่ง	3	12.0
ตุ๊กตามีเสียง	3	12.0
กระดานสื่อสาร	1	4.0

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n = 25)	ร้อยละ
ประสบการณ์การพบวิธีการสื่อสารที่ผู้ป่วยเด็ก ที่ใส่ท่อทางเดินหายใจใช้กับพยาบาล *		
- การแสดงออกทางใบหน้า	25	100.0
- การใช้สัญญาณศีรษะและสัญญาณมือ	25	100.0
- การขยับริมฝีปากพูด	24	96.0
- การใช้ภาษามือ	24	96.0
- การกระพริบตาหรือการกำมือ	23	92.0
- การแสดงออกทางอารมณ์	23	92.0
- การเขียนสัญลักษณ์หรือคำ	22	88.0
- การชี้ด้วยศีรษะหรือแขนขา	21	84.0
- การสัมผัส	19	76.0
- การถาม-ตอบ ว่า ใช่ หรือไม่ใช่	15	60.0
- การวาดภาพ	1	4.0
- การใช้ของเล่นมีเสียง	3	12.0
ปัญหาในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อ ทางเดินหายใจ		
- ไม่เข้าใจสิ่งที่ผู้ป่วยพยายามจะสื่อ	14	56.0
- ใช้ภาษาต่างกัน	13	52.0
- เด็กโตแต่เขียนหนังสือไม่ได้	6	24.0
- ใช้เวลาในการสื่อสารนาน	5	20.0
- อ่านการขยับริมฝีปากของผู้ป่วยไม่ถูก	5	20.0
- ไม่เข้าใจการแสดงท่าทางสื่อสารของ เด็กที่ยังพูดไม่ได้	5	20.0
- เด็กโมโห และยุติการสื่อสาร	2	8.0

หมายเหตุ * เลือกตอบได้หลายข้อ

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกรายเคยใช้วิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจด้วยการพูดนอกเล่า และการถาม-ตอบว่าใช่หรือไม่ และ ร้อยละ 96.0 ใช้วิธีการแสดงออกทางใบหน้า การแสดงท่าทาง และการใช้สัญญาณศีรษะ ร้อยละ 92.0 ใช้วิธีการอ่านจากขั้วริมฝีปากของผู้ป่วย การสบตา และการใช้สัญญาณมือ ร้อยละ 88.0 ใช้วิธีการสัมผัส และร้อยละ 84.0 เคยการใช้อุปกรณ์ช่วยสื่อสาร ซึ่งอุปกรณ์ที่ใช้ส่วนใหญ่ได้แก่ กระดาษ และปากกา

ส่วนประสบการณ์การพบวิธีการสื่อสารของผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจนั้น กลุ่มตัวอย่างทุกรายพบว่า ผู้ป่วยเด็กใช้วิธีการแสดงออกทางใบหน้า และการใช้สัญญาณมือและสัญญาณศีรษะ ร้อยละ 96.0 พบว่า ผู้ป่วยเด็กใช้วิธีการขยับริมฝีปากพูด การใช้ภาษามือ ร้อยละ 92.0 ใช้วิธีการกระพริบตาหรือกำมือ และการแสดงออกทางอารมณ์ ร้อยละ 88.0 ใช้วิธีการเขียนสัญลักษณ์หรือคำ ร้อยละ 84.0 ใช้วิธีการชี้ด้วยศีรษะหรือแขนขา ร้อยละ 76.0 ใช้วิธีการสัมผัส และร้อยละ 60.0 ใช้วิธีการถาม-ตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเคยประสบปัญหาในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ โดยร้อยละ 56.0 ประสบปัญหาไม่เข้าใจสิ่งที่ผู้ป่วยเด็กพยายามจะสื่อ รองลงมาคือ ร้อยละ 52.0 การใช้ภาษาต่างกัน

ส่วนที่ 2 วิธีการสื่อสารที่ผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจใช้กับพยาบาล

วิธีการสื่อสารที่ผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจใช้สื่อสารกับพยาบาล ได้แก่ การถาม - ตอบ ว่าใช่หรือไม่ใช่ การขยับริมฝีปากพูด การแสดงออกทางใบหน้า การใช้ภาษามือ การใช้สัญญาณ ศีรษะและสัญญาณมือ การชี้ด้วยศีรษะหรือแขนขา การกระพริบตาหรือการกำมือ การสัมผัส การเขียนสัญลักษณ์หรือคำ การแสดงออกทางอารมณ์ และ วิธีการอื่น ๆ นำเสนอโดยการแจกแจง ความถี่ และร้อยละ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6

จำนวน และร้อยละของเหตุการณ์สื่อสารระหว่างผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจและพยาบาล จำแนกตามวิธีการสื่อสาร และวัยของผู้ป่วย

วิธีการสื่อสาร *	วัยหัดเดิน (n = 70)	วัยก่อนเรียน (n = 40)	วัยเรียน (n = 40)	วัยรุ่น (n = 40)	รวม (n = 190) (%)
1. การแสดงออกทางใบหน้า	68 (97.1)	40 (100)	39 (97.5)	37 (92.5)	184 (96.8)
2. การใช้สัญญาณศีรษะ /มือ	45 (64.2)	33 (82.5)	33 (82.5)	33 (82.5)	144 (75.8)
3. การถาม-ตอบ ว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่	7 (10.0)	15 (37.5)	38 (95.0)	29 (72.5)	89 (46.8)
4. การแสดงออกทางอารมณ์	28 (40.0)	14 (35.0)	7 (17.5)	3 (7.5)	52 (27.4)
5. วิธีอื่น ๆ**	22 (31.4)	5 (12.5)	7 (17.5)	8 (20.0)	42 (22.1)
6. การขยับริมฝีปากพูด	1 (1.4)	6 (15.0)	10 (25.0)	15 (37.5)	32 (16.8)
7. การใช้ภาษามือ	0	0	2 (5.0)	12 (30.0)	14 (7.4)
8. การเขียนสัญลักษณ์หรือคำ	0	0	4 (10.0)	7 (12.5)	11 (5.8)
9. การสัมผัส	1 (1.4)	1 (2.5)	1 (2.5)	5 (12.5)	8 (4.2)
10. การกระพริบตาหรือการกำมือ	0	0	2 (5.0)	3 (7.5)	5 (2.6)
11. การชี้ด้วยศีรษะหรือแขนขา	0	0	1 (2.5)	1 (2.5)	2 (1.1)
จำนวนวิธีการสื่อสารที่ใช้ (Mode)	3	2,3	3	3	3
Range	1-4	1-5	1-6	1-7	1-7

หมายเหตุ * = ในแต่ละเหตุการณ์สื่อสารมีการใช้วิธีการสื่อสารได้หลายวิธี ในการวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยเด็กใช้วิธีการสื่อสารเพียง 1 วิธี ในการสื่อสาร จำนวน 20 ครั้ง แบ่งเป็น การแสดงออกทางใบหน้า 18 ครั้ง (ร้อยละ 90) และ การใช้สัญญาณมือ 2 ครั้ง (ร้อยละ 10)

** = วิธีการสื่อสารอื่น ได้แก่ การยื่นขาเข้าพยาบาล เกร็งขา การใช้มือบีบขาแน่น การถูขาไปมา การไอ การจ้องมองต่อทางเดินหายใจ ใช้ดินสอเคาะเตียง ใช้เท้าคืบเชือกที่ผูกต่อกับเตียง

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจทุกวัยใช้การแสดงออกทางใบหน้าสื่อสารกับพยาบาลมากที่สุด โดยผู้ป่วยเด็กวัยหัดเดิน วัยก่อนเรียน และวัยรุ่นใช้สัญญาณมือและสัญญาณศีรษะเป็นอันดับรองลงมา คิดเป็นร้อยละ 64.2 82.5 และ 82.5 ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยเด็กวัยเรียนใช้วิธีการถาม-ตอบว่าใช่หรือไม่เป็นอันดับรองลงมา คิดเป็นร้อยละ 95.0 โดยผู้ป่วยเด็กวัยหัดเดินและวัยก่อนเรียนไม่มีการใช้ภาษามือ การเขียนสัญลักษณ์หรือคำ การกระพริบตาหรือกำมือ และการชี้ด้วยแขนหรือขา แต่จะมีการใช้วิธีการสื่อสารดังกล่าวเพิ่มขึ้นในวัยเรียนและวัยรุ่นตามลำดับ และผู้ป่วยเด็กวัยหัดเดินจะมีการใช้วิธีการแสดงออกทางอารมณ์มากกว่าวัยอื่นๆ โดยผู้ป่วยเด็กจะมีการใช้วิธีนี้ลดลงเมื่ออยู่ในวัยก่อนเรียน วัยเรียน และวัยรุ่นตามลำดับ จำนวนวิธีการสื่อสารที่ผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจใช้น้อยที่สุด 1 วิธี มากที่สุด 7 วิธี ค่าฐานนิยมของจำนวนวิธีการสื่อสารที่ใช้มากที่สุดเท่ากับ 3 วิธี โดยเด็กจะใช้วิธีการสื่อสารหลายอย่างมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น

ส่วนที่ 3 วิธีการสื่อสารที่พยาบาลใช้กับผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ

วิธีการสื่อสารที่พยาบาลใช้กับผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ ได้แก่ การพูดบอกเล่า การถาม-ตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ การอ่านจากกริมีปากผู้ป่วย การแสดงออกทางใบหน้า การสบสายตา การแสดงท่าทาง การใช้สัญญาณศีรษะ การใช้สัญญาณมือ การสัมผัส การใช้อุปกรณ์ช่วยสื่อสาร นำเสนอโดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7

จำนวน และร้อยละของเหตุการณ์สื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดิน จานแนกตาม วิธีการสื่อสารของพยาบาล และวัยของผู้ป่วย

วิธีการสื่อสาร *	วัยหัดเดิน (n = 70)	วัยก่อนเรียน (n = 40)	วัยเรียน (n = 40)	วัยรุ่น (n = 40)	รวม (n = 190) (%)
1. การพูดบอกเล่า	69 (98.6)	39 (97.5)	36 (90.0)	39 (97.5)	183 (96.3)
2. การแสดงท่าทาง	65 (92.9)	35 (87.5)	34 (85.0)	36 (90.0)	170 (89.5)
3. การสบสายตา	60 (85.7)	36 (90.0)	35 (87.5)	33 (82.5)	164 (86.3)
4. การถาม-ตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่	36 (51.4)	16 (40.0)	39 (97.5)	33 (82.5)	124 (65.3)
5. การสัมผัส	38 (54.3)	10 (25.0)	15 (37.5)	13 (32.5)	76 (40.0)
6. การแสดงออกทางใบหน้า	32 (45.7)	20 (50.0)	6 (15.0)	11 (27.5)	69 (36.3)
7. การใช้สัญญาณศีรษะ	24 (34.3)	15 (37.5)	7 (17.5)	6 (15.0)	52 (27.4)
8. การใช้สัญญาณมือ	2 (2.9)	9 (22.5)	6 (15.0)	9 (22.5)	26 (13.7)
9. การอ่านจากกริมีปากผู้ป่วย	0	4 (10.0)	6 (15.0)	16 (40.0)	26 (13.7)
10. การใช้อุปกรณ์ช่วยสื่อสาร	0	0	3 (7.5)	7 (17.5)	10 (5.3)
11. วิธีอื่น ๆ **	3 (4.3)	1 (2.5)	0	2 (5.0)	8 (4.2)
จำนวนวิธีการสื่อสารที่ใช้(Mode)	4, 5	5	5	4	4, 5
Range	1-8	1-9	1-7	3-9	1-9

หมายเหตุ * = ในแต่ละเหตุการณ์สื่อสาร มีการใช้วิธีการสื่อสารหลายวิธี

** = วิธีการอื่นๆ ได้แก่ การจับ มัด หรือผูกยึดแขนขาผู้ป่วย

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างพยาบาลใช้วิธีการสื่อสารโดยการพูดบอกเล่ากับผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 96.3 รองลงมาคือ การแสดงท่าทาง คิดเป็นร้อยละ 89.5 โดยใช้วิธีการพูดบอกเล่าบ่อยที่สุดกับผู้ป่วยเด็กทุกวัยคิดเป็นร้อยละ 90.0-98.6 รองลงมาคือ ใช้วิธีการแสดงท่าทางกับเด็กวัยหัดเดิน (ร้อยละ 92.9) วิธีการสบสายตากับเด็กวัยก่อนเรียน (ร้อยละ 90.0) วิธีการถาม-ตอบว่าใช่หรือไม่ใช่กับผู้ป่วยเด็กวัยเรียน (ร้อยละ 97.5) และการแสดงท่าทางกับผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น (ร้อยละ 90.0) โดยไม่มีการใช้วิธีการอ่านจากริมฝีปากผู้ป่วย และการใช้อุปกรณ์ช่วยสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กวัยหัดเดิน และไม่มีการใช้อุปกรณ์ช่วยสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียน โดยพยาบาลใช้จำนวนวิธีการสื่อสารน้อยที่สุด 1 วิธี มากที่สุด 9 วิธี และมีค่าฐานนิยมของจำนวนวิธีการสื่อสารที่ใช้คือ 4 และ 5 วิธี โดยพยาบาลใช้วิธีการสื่อสารจำนวนเท่าๆ กันในเด็กแต่ละวัย

ตารางที่ 8

จำนวน และร้อยละของเหตุการณ์สื่อสารระหว่างผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจกับพยาบาล จำแนกตามวิธีการสื่อสารที่ผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจแต่ละวัยใช้ ในกรณีที่เป็นผู้เริ่มต้นการสื่อสาร

วิธีการสื่อสาร *	วัยหัดเดิน (n = 17)	วัยก่อนเรียน (n = 9)	วัยเรียน (n = 12)	วัยรุ่น (n = 14)	รวม (n = 52) (%)
1. การใช้สัญญาณมือ	5 (29.4)	6 (66.7)	5 (41.7)	7 (50.0)	23 (44.2)
2. การแสดงออกทางใบหน้า	7 (41.2)	3 (33.3)	4 (33.3)	3 (21.4)	17 (32.7)
3. การแสดงออกทางอารมณ์	9 (52.9)	1 (11.1)	0	1 (7.1)	11 (21.2)
4. การขยับริมฝีปากพูด	0	0	3 (25.0)	4 (33.3)	7 (13.5)
5. การเคาะให้เกิดเสียงดัง	0	0	1 (8.3)	3 (21.4)	4 (7.7)
6. การเขียนสัญลักษณ์หรือคำ	0	0	0	1 (7.1)	1 (1.9)

หมายเหตุ * ผู้ป่วยเด็กบางรายใช้วิธีการสื่อสารมากกว่า 1 วิธี ในการเริ่มต้นการสื่อสารกับพยาบาล

จากการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจและพยาบาล 190 เหตุการณ์ ผู้ป่วยเด็กเป็นผู้เริ่มต้นการสื่อสาร 52 ครั้ง โดยผู้เด็กวัยหัดเดินจะการใช้การแสดงออกทางอารมณ์มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 52.9 รองลงมาคือ การใช้สัญญาณมือ และการแสดงออกทางใบหน้า คิดเป็นร้อยละ 41.2 และ 29.4 ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียน วัยเรียน และวัยรุ่นใช้สัญญาณมือมากที่สุด โดยเด็กวัยก่อนเรียน และวัยเรียนใช้การแสดงออกทางใบหน้าเป็นอันดับรองลงมา ในขณะที่เด็กวัยรุ่นใช้การขยับริมฝีปากพูดเป็นอันดับรองลงมา คิดเป็นร้อยละ 33.3 เท่ากันทั้งสามวัย

ส่วนที่ 4 สถานการณ์ขณะที่มีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ และพยาบาล

สถานการณ์ขณะที่มีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจและพยาบาล ได้แก่ ลักษณะและอาการของผู้ป่วยเด็ก กิจกรรมการพยาบาล และสถานการณ์ภายในหอผู้ป่วย นำเสนอโดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9

จำนวน และร้อยละของสถานการณ์ขณะที่มีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ และพยาบาล จำแนกตามลักษณะและอาการของผู้ป่วยเด็ก กิจกรรมการพยาบาล และสถานการณ์ภายในหอผู้ป่วย

สถานการณ์ขณะสื่อสาร	จำนวนครั้ง (n=190)	ร้อยละ
ลักษณะ และอาการของผู้ป่วย*		
อาการไม่เปลี่ยนแปลง	94	49.5
ไอ มีเสมหะมาก	45	23.7
หายใจหอบเหนื่อย	33	17.4
กำลังจับถ่าย	16	8.4
มีไข้	6	3.2
ท้องอืด อาเจียน	3	2.1
มีภาวะเลือดออกมาก	3	1.1
กิจกรรมการพยาบาล		
ดูดเสมหะ	63	36.8
ตรวจเย็บมอาการ	44	25.7
เจาะเลือด นิคยา ทำแผล	26	15.2
ดูแลความสะอาดเมื่อผู้ป่วยจับถ่าย	19	11.1
อาบน้ำ เช็ดตัว	11	6.4
วัดสัญญาณชีพ	8	4.7

หมายเหตุ* ในแต่ละเหตุการณ์สื่อสารสามารถเกิดได้หลายสถานการณ์

จากตารางที่ 9 พบว่า ขณะเกิดเหตุการณ์การสื่อสารผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจร้อยละ 49.5 มีอาการไม่เปลี่ยนแปลง ร้อยละ 23.7 ไอและมีเสมหะ และร้อยละ 17.4 มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ส่วนกิจกรรมการพยาบาลขณะเกิดเหตุการณ์การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจและพยาบาลเป็นการดูดเสมหะร้อยละ 36.8 ขณะตรวจเย็บอาการร้อยละ 25.7 และร้อยละ 15.2 เกิดขึ้นขณะทำการเจาะเลือด / ฉีดยา / ทำแผล

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจและพยาบาล นำเสนอการอภิปรายผลตามลำดับดังนี้

1. วิธีการสื่อสารที่ผู้ป่วยเด็กแต่ละวัยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจใช้สื่อสารกับพยาบาล
2. วิธีการสื่อสารที่พยาบาลใช้สื่อสารกับผู้ป่วยเด็กแต่ละวัยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ

1. วิธีการสื่อสารที่ผู้ป่วยเด็กแต่ละวัยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจใช้สื่อสารกับพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจจำนวน 19 ราย ใช้วิธีการสื่อสารที่อาจจำแนกออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มแรก เป็นวิธีการสื่อสารที่ถูกใช้มากและสามารถทำได้ง่าย ได้แก่ วิธีการแสดงออกทางใบหน้า (ร้อยละ 96.8) และการใช้สัญญาณศีรษะ หรือสัญญาณมือ (ร้อยละ 75.8) (ตารางที่ 6) สอดคล้องกับที่พยาบาลกลุ่มตัวอย่างเคยพบว่า วิธีการสื่อสารที่ผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจใช้มากที่สุดคือการแสดงออกทางใบหน้า (ร้อยละ 100) และการใช้สัญญาณศีรษะและสัญญาณมือ (ร้อยละ 100) (ตารางที่ 5) เนื่องจากการแสดงออกทางใบหน้าเป็นปฏิกิริยาอัตโนมัติของร่างกายที่ตอบสนองเมื่อได้รับสิ่งเร้า โดยเกิดการหดตัวของกล้ามเนื้อต่างๆบริเวณใบหน้าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงลักษณะของใบหน้าที่สื่อถึงอารมณ์และความรู้สึก ซึ่งบุคคลอื่นสามารถมองเห็นได้ง่ายและชัดเจน ส่วนการใช้สัญญาณศีรษะและสัญญาณมือนั้น อาจเนื่องจากเมื่อไม่สามารถสื่อสารด้วยการพูดได้ตามปกติ ผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจจะพยายามใช้วิธีต่างๆ ที่มีอยู่เพื่อช่วยในการสื่อสาร (ภัทรพร จันทร์ประดิษฐ์, 2544) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้มือซึ่งสามารถเคลื่อนไหวได้หลายทิศทาง และศีรษะซึ่งไม่ถูกผูกยึด สามารถทำได้ง่าย และมองเห็นได้ง่าย

กลุ่มที่สอง เป็นวิธีการสื่อสารที่ถูกใช้บ่อยปานกลางซึ่งเป็นวิธีที่เกี่ยวข้องกับความเข้าใจทางด้านภาษา ได้แก่ วิธีการถาม-ตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ (ร้อยละ 46.8) อันเป็นวิธีสื่อสารที่ใช้ร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจด้วยการใช้ภาษาอย่างง่าย ซึ่งผู้ป่วยเด็กที่มีความเข้าใจภาษาสามารถสื่อสารตอบกลับไปสู่พยาบาลได้ เมื่อพยาบาลใช้วิธีการถามว่าใช่หรือไม่สื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก

กลุ่มที่สาม เป็นวิธีการสื่อสารที่ถูกใช้น้อย ได้แก่ การแสดงออกทางอารมณ์ (ร้อยละ 27.4) การขยับริมฝีปากพูด (ร้อยละ 16.8) การใช้ภาษามือ (ร้อยละ 7.4) การเขียนสัญลักษณ์หรือคำ (ร้อยละ 5.8) การสัมผัส (ร้อยละ 4.2) การกระพริบตาหรือกำมือ (ร้อยละ 2.6) การชี้ด้วยศีรษะหรือแขนขา

(ร้อยละ 1.1) วิธีการสื่อสารเหล่านี้ถูกใช้น้อยเนื่องจากสาเหตุที่แตกต่างกัน เช่น การแสดงออกทางอารมณ์เป็นวิธีที่ส่วนใหญ่ถูกใช้ในผู้ป่วยเด็กเล็กที่ยังไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเอง และใช้ภาษาในการสื่อสารได้น้อย ส่วนการขยับริมฝีปากพูดนั้นผู้ป่วยเด็กที่ใช้การสื่อสารวิธีนี้จะต้องเข้าใจและใช้ภาษาพูดได้ดี แต่มีความลำบากเนื่องจากการตั้งรั้งของพลาสติกที่ติดต่อทางเดินหายใจอาจเป็นสาเหตุส่งเสริมที่ทำให้มีการใช้วิธีนี้น้อย สำหรับการใช้ภาษามือ การเขียนสัญลักษณ์หรือคำ การกระพริบตาหรือกำมือ และการชี้ด้วยศีรษะหรือแขนขา เป็นวิธีที่ต้องใช้ความสามารถทางสติปัญญา เหตุผล และการประยุกต์ ซึ่งสามารถทำได้ในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น นอกจากนี้การถูกจำกัดการเคลื่อนไหวของแขน (ร้อยละ 78.9) (ตารางที่ 3) และสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคทางระบบประสาท (ร้อยละ 21.1) (ตารางที่ 2) ซึ่งจะส่งผลต่อการทำงานของระบบความคิด การใช้เหตุผลเปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งไม่สามารถการเคลื่อนไหวของอวัยวะต่าง ๆ ได้ตามปกติ อาจเป็นสาเหตุที่วิธีการสื่อสารเหล่านี้ถูกใช้น้อย

ส่วนวิธีการสื่อสารอื่นๆ (ร้อยละ 22.1) (ตารางที่ 6) ที่พบในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ การยื่นขามาเขียนพยาบาล การเกร็งขา การใช้มือบีบขานั่น การใช้ขาไปมา การใช้ดินสอเคาะเตียง การจ้องมอง การพยายามไอ การใช้เท้าตบเชือกที่ผูกต่อทางเดินหายใจกับเตียง ซึ่งเป็นวิธีที่ผู้ป่วยเด็กใช้ร่วมกับวิธีการสื่อสารอื่นๆ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ในการสื่อสารแต่ละครั้งผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจใช้วิธีการสื่อสารหลายวิธีร่วมกันโดยคำนวณนิยมนำเท่ากับ 3 วิธี (ตารางที่ 6) สอดคล้องกับผลการศึกษาของเมนเซล (Menzel, 1998) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อทางเดินหายใจใช้วิธีการสื่อสารร่วมกันประมาณ 3-4 วิธี เนื่องจากวิธีการสื่อสารแต่ละวิธีมีข้อจำกัดแตกต่างกัน (ตารางที่ 1) ทำให้ผู้ป่วยเด็กซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการใส่ท่อทางเดินหายใจภายใน 1 สัปดาห์ (ร้อยละ 84.7) (ตารางที่ 2) ยังไม่สามารถเรียนรู้วิธีการสื่อสารที่เหมาะสมกับสภาพของตนเอง ประกอบกับความเจ็บป่วย โดยเฉพาะโรคทางระบบประสาท (ร้อยละ 21.1) (ตารางที่ 2) ที่ทำให้การรับรู้และการเรียนรู้ของผู้ป่วยลดลงและไม่สามารถใช้การสื่อสารแต่ละวิธีได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจมักมีอาการไม่สุขสบายต่างๆ เช่น มีเสมหะ หายใจเหนื่อยหอบ มีไข้ ขับถ่าย (ตารางที่ 9) ซึ่งต้องการการดูแลจากพยาบาล ดังนั้นผู้ป่วยจึงพยายามสื่อสารโดยใช้วิธีการสื่อสารหลายวิธีร่วมกันเพื่อบรรเทาความสนใจของพยาบาลและเพื่อให้การสื่อสารประสบผลสำเร็จ

การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจและพยาบาลในการวิจัยครั้งนี้ แม้ว่าส่วนใหญ่พยาบาลจะเป็นผู้เริ่มต้นการสื่อสาร แต่จากการสังเกตของผู้วิจัยพบว่า ผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจเป็นฝ่ายเริ่มต้นการสื่อสาร 52 ครั้ง จากจำนวนเหตุการณ์สื่อสาร 190 เหตุการณ์ โดยวิธีการสื่อสารที่ผู้ป่วยเด็กใช้มีความแตกต่างกันในแต่ละวัย และวิธีที่ถูกใช้น้อยมากที่สุดคือการใช้สัญญาณมือ (ร้อยละ 44.2) รองลงมาคือ การแสดงออกทางใบหน้า (ร้อยละ 32.7) (ตารางที่ 8)

นอกจากนี้ยังพบอีกว่า ผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจใช้วิธีการสื่อสารเพียง 1 วิธี ในการสื่อสารแต่ละเหตุการณ์ เป็นจำนวน 20 ครั้ง โดยในจำนวนนี้เกือบทั้งหมดเป็นการแสดงออกทางใบหน้า (ร้อยละ 90) มี 2 ครั้ง (ร้อยละ 10) ที่ใช้สัญญาณมือ (ในหมายเหตุ ของตารางที่ 6) ผลการศึกษาที่ได้เป็นเสมือนสิ่งที่บ่งบอกถึงวิธีการสื่อสารของผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจที่พยาบาลควรใส่ใจต่อการสังเกตและศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติม ได้แก่ การแสดงออกทางใบหน้า และ การใช้สัญญาณมือ เพื่อให้เกิดองค์ความรู้และสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้มากยิ่งขึ้น

เนื่องจากผู้ป่วยเด็กแต่ละวัยมีระดับของพัฒนาการด้านการสื่อสารแตกต่างกัน ทำให้มีการใช้วิธีการสื่อสารที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้ป่วยเด็กวัยหัดเดินยังไม่สามารถสื่อสารด้วยการพูดได้ดี และมีพัฒนาการของสติปัญญาน้อย จะใช้วิธีการสื่อสารที่เกี่ยวข้องกับภาษาพูดน้อยและไม่ใช้ภาษาเขียน หรือวิธีการสื่อสารที่มีความซับซ้อน แต่จะใช้การแสดงออกทางอารมณ์มาก โดยวิธีการสื่อสารที่เกี่ยวข้องกับภาษาจะถูกใช้เพิ่มมากขึ้น ซับซ้อนมากขึ้น และวิธีการแสดงออกทางอารมณ์จะถูกใช้น้อยลงในผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียน วัยเรียน และวัยรุ่น เนื่องจากมีพัฒนาการด้านการสื่อสารเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ดังนั้นจึงแบ่งการอภิปรายผลการศึกษาดมวัยของผู้ป่วยเด็ก ดังนี้

1.1 วิธีการสื่อสารที่ผู้ป่วยเด็กวัยหัดเดินที่ใส่ท่อทางเดินหายใจใช้สื่อสารกับพยาบาล

การสื่อสารที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กวัยหัดเดินที่ใส่ท่อทางเดินหายใจส่วนใหญ่คือร้อยละ 97.1 ใช้สื่อสารกับพยาบาลคือ การแสดงออกทางใบหน้า รองลงมาคือ การใช้สัญญาณศีรษะหรือสัญญาณมือ (ร้อยละ 64.2) (ตารางที่ 6) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ซัมเนอร์ และ สปีทซ์ (Sumner & Spietz, 1994) ที่พบว่า สื่อสัญญาณของทารกและเด็กเล็กส่วนใหญ่เป็นการแสดงออกทางใบหน้าและการแสดงกิริยาท่าทาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเนื่องจากใบหน้าเป็นอวัยวะแรกสุดที่มีการเปลี่ยนแปลงเมื่อบุคคลได้รับสิ่งกระตุ้นหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ประกอบกับสภาพความเจ็บป่วย ได้แก่ อาการเหนื่อยหอบจากการไม่สามารถหายใจได้เองอย่างเพียงพอต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ และ การรักษาพยาบาลที่เป็นอุปสรรคในการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยเด็ก (ร้อยละ 94.7) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการผูกมัดที่แขน (ร้อยละ 78.9) (ตารางที่ 3) ทำให้ผู้ป่วยเด็กวัยหัดเดินที่ใส่ท่อทางเดินหายใจไม่สามารถสื่อสารด้วยการแสดงกิริยาท่าทางได้มากนัก และอีกส่วนหนึ่งอาจเนื่องจากเด็กวัยหัดเดินกำลังอยู่ในระยะเริ่มต้นของการเรียนรู้วิธีการสื่อสารด้วยภาษา ยังไม่สามารถสื่อสารด้วยการพูดได้ดี จึงเป็นสาเหตุที่ผู้ป่วยเด็กวัยหัดเดินใช้วิธีการสื่อสารโดยการแสดงออกทางใบหน้ามากกว่าวิธีอื่นๆ

ผู้ป่วยเด็กวัยหัดเดินที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ ร้อยละ 40.0 สื่อสารกับพยาบาลด้วยวิธีการแสดงออกทางอารมณ์ สอดคล้องกับคำกล่าวของบอล และบายด์เลอร์ (Ball & Bindler, 1995) ที่ว่าการแสดงออกทางอารมณ์เป็นวิธีการสื่อสารอย่างหนึ่งที่พบได้บ่อยในเด็กวัยหัดเดิน ซึ่งอธิบายได้ว่าเนื่องจากเด็กวัยนี้ยังไม่สามารถสื่อสารด้วยการพูดได้ดี และคิดถึงแต่ตัวเองเป็นจุดศูนย์กลาง รวมทั้งไม่สามารถควบคุมอารมณ์ และการแสดงออกของตนเอง ดังนั้นเมื่อไม่สามารถสื่อสารได้ตามปกติ ผู้ป่วยเด็กวัยหัดเดินซึ่งมีพัฒนาการทางด้านสติปัญญาที่ยังไม่รู้จักเหตุผล และไม่สามารถแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อนได้จึงเกิดความรู้สึกคับข้องใจและความรู้สึกวิตกกังวล และใช้การแสดงออกทางอารมณ์เพื่อดึงดูดความสนใจจากผู้ดูแลให้เข้ามาหาและทำตามความต้องการ บางครั้งผู้ป่วยเด็กอาจแสดงออกในลักษณะที่ค่อนข้างรุนแรง เช่น การร้องไห้ การใช้แขน ขาฟาดพื้นเตียง ซึ่งเป็นลักษณะการแสดงออกปกติที่พบได้ในเด็กวัยหัดเดิน (Polan, 1999) ซึ่งอาจเนื่องจากกิจกรรมการพยาบาลบางชนิดทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดความเจ็บปวดหรือความไม่สุขสบาย ได้แก่ การดูดเสมหะ และการเจาะเลือด/ ฉีดยา/ ทำแผล (ตารางที่ 8) ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเด็กวัยหัดเดินเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดการต่อต้าน (สุวดี ศรีเลณวัติ, 2530) และแสดงออกทางอารมณ์อย่างรุนแรงและมากขึ้น

ผลของการศึกษาไม่พบว่า ผู้ป่วยเด็กวัยหัดเดินที่ใส่ท่อทางเดินหายใจใช้ภาษามือซึ่งเป็นระบบสัญลักษณ์ที่ซับซ้อน (Bemdt, 1997) การเขียนคำหรือสัญลักษณ์ การกระพริบตาหรือกำมือ และการชี้นิ้วหรือชี้ระยะหรือแขนขา ทั้งนี้เนื่องจากวิธีการสื่อสารเหล่านี้ต้องอาศัยความพร้อมทางด้านร่างกาย เช่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมัดเล็กของนิ้วมือในการจับดินสอหรือปากกาเพื่อเขียน ความพร้อมทางด้านสติปัญญาในการเรียนรู้สัญลักษณ์ของภาษามือ และภาษาเขียน รวมทั้งความสามารถในการแก้ไขปัญห และประยุกต์ใช้วิธีต่าง ๆ เพื่อช่วยในการสื่อสารด้วยการสร้างเงื่อนไข แต่ผู้ป่วยเด็กวัยหัดเดินแม้จะสามารถใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กได้แต่ก็ยังไม่แข็งแรง และมีพัฒนาการด้านสติปัญญาอยู่ในระยะก่อนที่จะมีเหตุผล (pre-operational period) ขึ้นก่อนที่จะมีความคิดรวบยอด (pre-conceptual stage) ซึ่งยังไม่เข้าใจเหตุผลและไม่สามารถใช้สติปัญญาเพื่อแก้ไขปัญหาคือการประยุกต์ได้ ดังนั้นผู้ป่วยเด็กวัยหัดเดินไม่สามารถใช้วิธีการสื่อสารดังกล่าว

1.2 วิธีการสื่อสารที่ผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนที่ใส่ท่อทางเดินหายใจใช้สื่อสารกับพยาบาล

การสื่อสารที่กลุ่มตัวอย่างผู้เด็กวัยก่อนเรียนที่ใส่ท่อทางเดินหายใจทั้งหมด (ร้อยละ 100) ใช้สื่อสารกับพยาบาล คือ การแสดงออกทางใบหน้า ร้องลงมา คือ การใช้สัญญาณศีรษะหรือสัญญาณมือ (ร้อยละ 82.5) (ตารางที่ 6) ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า แม้ว่าผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนจะสามารถเข้าใจ และใช้ภาษาพูดได้ดีขึ้น แต่เนื่องจากการแสดงออกทางใบหน้าเป็นปฏิกิริยาอัตโนมัติซึ่งจะปรากฏอย่าง

รวดเร็วเมื่อนักคิดได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้าทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จึงทำให้พบว่าผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนใช้การแสดงออกทางใบหน้านามากที่สุด และเนื่องจากพัฒนาการทางด้านสติปัญญาและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนสามารถเรียนรู้วิธีการใช้กิริยาท่าทาง สัญญาณศีรษะ หรือสัญญาณมือที่เฉพาะเจาะจง และหลากหลายมากขึ้น ผลการศึกษาพบว่าวิธีการสื่อสารของผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนแตกต่างจากผู้ป่วยเด็กวัยหัดเดินที่เห็นเด่นชัด ได้แก่ วิธีการถาม-ตอบว่าใช่หรือไม่ (ร้อยละ 37.5) ที่มีการใช้เพิ่มมากขึ้น และใช้การแสดงออกทางอารมณ์ลดลง (ร้อยละ 35.0) (ตารางที่ 6) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพัฒนาการทางด้านสติปัญญาที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้เด็กวัยก่อนเรียนมีพัฒนาการด้านการสื่อสารด้วยภาษาพูดดำเนินไปอย่างรวดเร็ว สามารถเข้าใจ และใช้คำศัพท์ที่เหมาะสมกับสถานการณ์ ไวยากรณ์ที่ซับซ้อนมากขึ้น และสามารถสื่อสารด้วยการพูดได้ดี ดังเช่นการศึกษาของ แวกแมน และโคโซวสกี (Waxman & Kosowski, 1990) ที่พบว่า เด็กในวัยก่อนเรียนมีการรับรู้ที่เป็นรูปธรรม และสามารถจัดกลุ่มคำได้ดีกว่าเด็กวัยหัดเดิน นอกจากนี้แม้ว่าเด็กวัยก่อนเรียนจะยังยึดตนเองเป็นจุดศูนย์กลางเช่นเดียวกับเด็กวัยหัดเดิน แต่เด็กวัยก่อนเรียนก็มีพัฒนาการทางด้านสติปัญญามากกว่า และเริ่มเรียนรู้การควบคุมอารมณ์ของตนเอง จึงเป็นเหตุผลที่ทำให้การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนลดลงจากผู้ป่วยวัยหัดเดิน

นอกจากนี้ ผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนสามารถสื่อสารด้วยการพูดในลักษณะการสนทนาคั้งแต่อายุประมาณ 3 ปี (Krug & Mikus, 1999) ดังนั้นผู้ป่วยเด็กวัยนี้จึงสามารถสื่อสารโต้ตอบกับพยาบาลผู้ดูแลได้มากขึ้น อย่างไรก็ตาม การสื่อสารด้วยวิธีการถาม-ตอบว่าใช่หรือไม่ใช้เป็นวิธีการสื่อสารที่ใช้ร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่พยาบาลเป็นผู้เริ่มต้นการสื่อสาร ดังนั้นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยใช้วิธีการนี้มากขึ้นอาจเนื่องมาจากพยาบาลใช้วิธีการสื่อสารนี้กับผู้ป่วยเด็กเพิ่มมากขึ้น และแม้ว่าผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนตอนปลายจะสามารถสื่อสารด้วยการใช้ภาษาพูดได้ดี แต่ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนก็ใช้วิธีขยับริมฝีปากพูดเพียง ร้อยละ 15.0 (ตารางที่ 6) ซึ่งอาจเป็นผลจากความลำบากในการขยับริมฝีปากพูดจากการใส่ท่อทางเดินหายใจ และการดึงรั้งของพลาสติกที่ติดท่อทางเดินหายใจกับมุมปาก

ผลของการศึกษาไม่พบว่า ผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนใช้ภาษามือ การเขียนคำหรือสัญลักษณ์ การกระพริบตาหรือกำมือ และการชี้ด้วยศีรษะหรือแขนขาเช่นเดียวกับผู้ป่วยวัยหัดเดิน ถึงแม้ว่าผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนจะความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้น แต่เนื่องจากพัฒนาการทางด้านสติปัญญายังอยู่ในระยะก่อนที่จะมีเหตุผล (pre-operational period) แม้จะในขั้นของการรับรู้ (perceptual stage) ซึ่งเด็กเริ่มที่จะเข้าใจเหตุผลบ้างในช่วงวัยก่อนเรียนตอนปลาย แต่ก็ยังไม่เพียงพอสำหรับการเรียนรู้สัญลักษณ์ทางภาษามือ ภาษาเขียน การแก้ไขปัญหา และประยุกต์ใช้วิธีต่าง ๆ เพื่อช่วยในการสื่อสาร จึงทำให้ผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนไม่สามารถใช้วิธีการสื่อสารดังกล่าว

1.3 วิธีการสื่อสารที่ผู้ปวยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อทางเดินหายใจใช้สื่อสารกับพยาบาล

การสื่อสารที่กลุ่มตัวอย่างผู้ปวยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อทางเดินหายใจส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 97.5 (ตารางที่ 6) ใช้สื่อสารกับพยาบาล คือ การแสดงออกทางใบหน้า เช่นเดียวกับผู้ปวยเด็กวัยหัดเดิน และวัยก่อนเรียนซึ่งอาจอธิบายได้ว่า แม้ว่าผู้ปวยเด็กวัยเรียนจะสามารถควบคุมการแสดงออกของตนเองได้แล้ว แต่เนื่องจากการแสดงออกทางใบหน้าเป็นปฏิกิริยาอัตโนมัติ และเป็นพฤติกรรมทั่วไป ซึ่งแสดงออกได้ง่ายที่สุดจึงทำให้วิธีการแสดงออกทางใบหน้าเป็นวิธีที่ถูกใช้มากที่สุด ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปวยเด็กวัยเรียนมีการสื่อสารด้วยภาษาเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การถาม-ตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ ซึ่งถูกใช้มากเป็นอันดับที่สอง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความก้าวหน้าของพัฒนาการด้านสติปัญญาที่ส่งผลให้ผู้ปวยเด็กวัยเรียนมีพัฒนาการด้านการสื่อสารมากขึ้น เนื่องจากพัฒนาการด้านการสื่อสารเป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการด้านสติปัญญา (สุวดี ศรีเลณวัติ, 2530) ทำให้ผู้ปวยเด็กวัยเรียนสามารถเข้าใจ และใช้ภาษาในการสื่อสารได้ดีขึ้นเป็นลำดับ และอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้ผู้ปวยเด็กวัยเรียนใช้วิธีการสื่อสารด้วยการขยับริมฝีปากพูดมากขึ้น (ร้อยละ 25.0) (ตารางที่ 6)

ผลการศึกษายังพบอีกว่า ผู้ปวยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อทางเดินหายใจเริ่มมีการใช้วิธีการสื่อสารด้วยการเขียนสัญลักษณ์หรือคำ (ร้อยละ 10.0) ภาษามือ (ร้อยละ 5.0) การกระพริบตาหรือการกำมือ (ร้อยละ 5.0) และการชี้ด้วยศีรษะหรือแขนขา (ร้อยละ 2.5) (ตารางที่ 6) ซึ่งไม่พบในการสื่อสารของผู้ปวยวัยหัดเดิน และวัยก่อนเรียน โดยวิธีการสื่อสารที่ผู้ปวยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อทางเดินหายใจใช้นี้เป็นสิ่งที่สอดคล้องกับพัฒนาการทางด้านการสื่อสารของเด็กวัยนี้ที่ได้เข้าโรงเรียน เริ่มเรียนรู้ และพัฒนาด้านภาษาเขียน นอกจากนี้ผู้ปวยเด็กวัยเรียนยังมีพัฒนาการด้านสติปัญญาอยู่ในขั้นของการใช้ความคิดอย่างมีเหตุผลเชิงรูปธรรม (concrete operation period) สามารถใช้สมองคิดอย่างมีเหตุผลในเชิงวิทยาศาสตร์ และแก้ไขปัญหาได้ จึงสามารถเรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหาในการสื่อสารด้วยการใช้อวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ดังเช่นการศึกษาของ การ์เบอร์ อาลิบานี และ เจลดิน-มีโดว์ (Garber, Alibani, & Geldin-Meadow, 1998) ซึ่งพบว่า เด็กวัยเรียนสามารถใช้กิริยาท่าทางเพื่อแสดงถึงความรู้ และการแก้ปัญหาทางคณิตศาสตร์ได้ โดยกิริยาท่าทางของเด็กจะเป็นสื่อในการถ่ายทอดความรู้และสะท้อนให้เห็นถึงมโนทัศน์ในการเรียนรู้ของเด็ก ซึ่งสามารถแสดงท่าทางเองโดยไม่ได้รับการสอน ดังนั้นผู้ปวยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อทางเดินหายใจจึงสามารถประยุกต์ใช้วิธีการสื่อสารต่างๆ เช่น การใช้ศีรษะหรือแขนขาชี้แทนมือที่ถูกผูกยึดหรือไม่สามารถขยับได้ สามารถใช้การสร้างเงื่อนไขและข้อคดงในการสื่อสาร และเรียนรู้วิธีการใช้มือแสดงท่าทางที่ซับซ้อนมากขึ้นในระดับของภาษามือที่เลียนแบบท่าทางตามธรรมชาติได้

1.4 วิธีการสื่อสารที่ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นที่ใส่ท่อทางเดินหายใจใช้สื่อสารกับพยาบาล

วิธีการสื่อสารที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นที่ใส่ท่อทางเดินหายใจส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 92.5 ใช้สื่อสารกับพยาบาลคือ การแสดงออกทางใบหน้า ซึ่งเป็นวิธีที่ถูกใช้มากที่สุดเช่นเดียวกับผู้ป่วยเด็กวัยอื่น รองลงมา ได้แก่ การใช้สัญญาณศีรษะและสัญญาณมือ (ร้อยละ 82.5) และ การถาม-ตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ (ร้อยละ 72.7) (ตารางที่ 6) การที่ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นซึ่งปกติแล้วสามารถเข้าใจและสื่อสารด้วยวิธีวัจนภาษาได้ดี ใช้วิธีการสื่อสารด้วยสัญญาณศีรษะและสัญญาณมือมากกว่าวิธีการถาม-ตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ นอกจากส่วนหนึ่งจะขึ้นอยู่กับวิธีการสื่อสารที่พยาบาลใช้สื่อสารกับผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นอีกส่วนหนึ่ง อาจเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น อันเป็นผลจากความเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การใส่ท่อทางเดินหายใจ ตลอดจนวิธีการรักษาพยาบาลที่รุกราน ความเป็นส่วนตัวทำให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นรู้สึกอึดอัด และถูกควบคุม (Craven & Hemle, 2001) ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นเกิดความรู้สึกต่อต้าน และแสดงปฏิกิริยาตอบกลับการสื่อสารของพยาบาล น้อยกว่าที่ควรจะเป็น นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาถึงวิธีการสื่อสารอื่นๆ ที่ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นที่ใส่ท่อทางเดินหายใจใช้สื่อสารพบว่า วิธีการสื่อสารที่ใช้ภาษา วิธีการที่มีความซับซ้อน หรือ ต้องใช้การประยุกต์ถูกใช้เพิ่มมากขึ้นจากวัยเรียน ได้แก่ การขยับริมฝีปากพูด (ร้อยละ 37.5) การใช้ภาษามือ (ร้อยละ 30.0) การเขียนสัญลักษณ์หรือคำ (ร้อยละ 12.5) การสัมผัส (ร้อยละ 12.5) การกระพริบตา หรือการกำมือ (ร้อยละ 7.5) การชี้ด้วยศีรษะหรือแขนขา (ร้อยละ 2.5) (ตารางที่ 6) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นมีพัฒนาการด้านสติปัญญาที่มากกว่าเด็กวัยเรียน โดยอยู่ในขั้นของการใช้ความคิดอย่างมีเหตุผลเชิงนามธรรม (formal operation period) เข้าใจสิ่งที่เป็นนามธรรม สามารถคิดได้อย่างมีเหตุผล วิเคราะห์ปัญหาได้อย่างมีระบบ และแก้ปัญหาในทางที่เป็นไปได้โดยคำนึงถึงหลักความเป็นจริง (สุวดี ศรีเลณวัติ, 2530) ดังนั้นผู้ป่วยจึงสามารถเรียนรู้และประยุกต์ใช้วิธีต่างๆ ในการสื่อสาร แสวงหาแนวทางในการสื่อสารได้มากขึ้น และใช้วิธีการสื่อสารที่มีความเฉพาะเจาะจง ซึ่งส่งผลให้วิธีการแสดงออกทางอารมณ์ถูกใช้น้อยลงจากผู้ป่วยเด็กวัยอื่น (ร้อยละ 7.5) (ตารางที่ 6)

อย่างไรก็ตาม วิธีการสื่อสารที่ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นที่ใส่ท่อทางเดินหายใจใช้สื่อสารกับพยาบาล อาจเทียบได้กับวิธีการสื่อสารของผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ ทั้งนี้เนื่องจากเด็กวัยรุ่นมีพัฒนาการด้านการสื่อสารทั้งด้วยวัจนภาษาที่เป็นภาษาพูด ภาษาเขียน และอวัจนภาษาต่าง ๆ เทียบเท่ากับผู้ใหญ่แล้วตั้งแต่อายุ 12 ปี (Kelly & Sally, 1999) ผลการศึกษาที่ได้พบว่า วิธีการที่ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นที่ใส่ท่อทางเดินหายใจใช้สื่อสารกับพยาบาลมีความสอดคล้องกับการศึกษาวิธีการสื่อสารของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ โดยผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นจะใช้วิธีการแสดงออกทางใบหน้า การใช้สัญญาณศีรษะและสัญญาณมือ การถาม-ตอบว่าใช่หรือไม่ และการขยับริมฝีปากพูดมากเช่นเดียว

กับผู้ป่วยผู้ใหญ่ ถึงแม้ว่าอันดับของการใช้วิธีการสื่อสารจะไม่สอดคล้องกับการศึกษาโดยเฉพะเจาะจง แต่ความแตกต่างของอันดับวิธีการสื่อสารนี้ก็พบได้ในกลุ่มของการศึกษาในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่เช่นเดียวกัน (Preston, 1977 cited in Connolly & Shekleton, 1991; Fitch, Remus, & Stadel, 1998; Menzel, 1998; Johnson & Sexton, 1990; Happ, 2000)

2. วิธีการสื่อสารที่พยาบาลใช้สื่อสารกับผู้ป่วยเด็กแต่ละวัยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ

การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจและพยาบาลในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล (ตารางที่ 9) ซึ่งพยาบาลควรต้องบอกถึงเหตุการณ์ อุปกรณ์ และวิธีการพยาบาลแก่ผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจรับทราบทั้งก่อนและขณะปฏิบัติการพยาบาลทุกครั้ง (Miles & Warner, 1992; Doherty, Plowfield, Ware, & West, 1999; Craven & Hirnle, 2000) จากผลการศึกษาพบว่า วิธีการที่พยาบาลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 ราย ใช้สื่อสารกับผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจมากที่สุด คือ การพูดบอกเล่า (ร้อยละ 96.3) รองลงมาคือ การแสดงท่าทาง (ร้อยละ 89.5) และการสบสายตา (ร้อยละ 86.3) (ตารางที่ 7) สอดคล้องกับที่พยาบาลเคยมีประสบการณ์ใช้วิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจด้วยการพูดบอกเล่ามากที่สุด (ร้อยละ 100) โดยการแสดงท่าทาง (ร้อยละ 96) และการสบสายตา (ร้อยละ 92) (ตารางที่ 5) ถูกใช้เป็นอันดับรองลงมา ซึ่งทั้งสามอันดับเป็นวิธีการที่ถูกใช้มากในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กทุกวัย ส่วนวิธีการถาม-ตอบ ว่าใช่หรือไม่ใช่ การสัมผัส การแสดงออกทางใบหน้า การใช้สัญญาณศีรษะ การใช้สัญญาณมือ การอ่านจากริมฝีปากผู้ป่วย และการใช้อุปกรณ์สื่อสารถูกใช้แตกต่างกันในผู้ป่วยเด็กแต่ละวัย ทั้งนี้อาจเนื่องจากพยาบาลมีความรู้ และความเข้าใจถึงพัฒนาการด้านการสื่อสารของผู้ป่วยจึงเลือกใช้วิธีการสื่อสารที่เหมาะสมกับพัฒนาการด้านการสื่อสารของผู้ป่วยเด็กแต่ละวัย สอดคล้องกับแนวคิดของ ซันดีน สจ๊วต แรกกิน และโคเฮน (Sundeen, Stuart, Rankin, & Cohen, 1998) ซึ่งกล่าวว่าสิ่งสำคัญในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กคือ ความรู้เกี่ยวกับระดับพัฒนาการของเด็กและความชำนาญในการเลือกใช้วิธีการสื่อสาร ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 48.0 (ตารางที่ 5) มีประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจมากกว่า 5 ปี ซึ่งถือว่าเป็นพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ และร้อยละ 44 มีประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจอยู่ในช่วง 1-5 ปี ซึ่งถือว่าเป็นผู้ที่มีความสามารถ และมีความชำนาญในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ ดังเช่นการศึกษาของ เบนเนอร์ แทนเนอร์ และ เชสลา (Benner, Tanner, & Chesla, 1992) ที่ศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของพยาบาลที่มีทักษะขั้นสูงที่เพิ่งปฏิบัติงาน (advance beginner) จนถึงพยาบาลระดับผู้เชี่ยวชาญในการพยาบาลในหออภิบาล

ผู้ใหญ่ เด็กโต และทารกจำนวน 8 แห่ง โดยแบ่งระดับประสบการณ์ทางคลินิกออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับผู้เริ่มต้นมีประสบการณ์ทางคลินิกมากกว่า 6 เดือน - 1 ปี ระดับมีความสามารถ (competent) ถึงระดับชำนาญ (proficient) มีประสบการณ์ทางคลินิก 1-5 ปี และระดับผู้เชี่ยวชาญ (expert) มีประสบการณ์ทางคลินิกอย่างน้อย 5 ปีขึ้นไป พบว่า ระยะเวลาปฏิบัติงานที่นานขึ้นทำให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงความแตกต่างของผู้รับบริการแต่ละคน สอดคล้องกับการศึกษาของ เบอร์กบอม-อิงเบอร์ก และฮาลจาแม (Bergbom-Engberg, & Haljamae, 1993) ที่ศึกษาพบว่า ประสบการณ์การทำงานของพยาบาลมีผลต่อความสามารถในการสื่อสารกับผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ และพบว่ามี ความแตกต่างระหว่างพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 5 ปี กับพยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่า 5 ปี กล่าวคือ พยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 5 ปี ประสบปัญหาในการสื่อสารกับผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ ทำให้เกิดความไม่แน่ใจ และความเครียดในการปฏิบัติงาน ขณะที่พยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่า 5 ปี จะวิตกกังวลเกี่ยวกับญาติของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม เนื่องจากวิธีการสื่อสารที่พยาบาลใช้กับผู้ป่วยเด็กแต่ละวัยมีความแตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงแบ่งการอภิปรายผลตามวัยของผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ ดังนี้

2.1 วิธีการสื่อสารที่พยาบาลใช้สื่อสารกับผู้ป่วยเด็กวัยหัดเดินที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ

วิธีการที่พยาบาลกลุ่มตัวอย่างใช้สื่อสารกับผู้ป่วยเด็กวัยหัดเดินที่ใส่ท่อทางเดินหายใจมากที่สุด คือ การพูดบอกเล่า (ร้อยละ 98.6) รองลงมาคือ วิธีการแสดงท่าทาง (ร้อยละ 92.9) และการสบสายตา (ร้อยละ 85.7) (ตารางที่ 7) อาจอธิบายได้ว่า เนื่องจากการพูดเป็นวิธีการสื่อสารที่พยาบาลใช้เป็นปกติในชีวิตประจำวันและเป็นวิธีการสื่อสารที่ชัดเจนที่สุด (Hunsberger, 1994) และ ผลการศึกษาพบว่า ความถี่ของการใช้วิธีการพูดบอกเล่า การแสดงท่าทาง และการสบสายตามีค่าสูงใกล้เคียงกัน ซึ่งแสดงถึงแนวโน้มของการถูกใช้ร่วมกันของวิธีการสื่อสารทั้งสามอันดับ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการสื่อสารแต่ละครั้ง นอกจากพยาบาลจะใช้ภาษาพูดแล้วยังใช้อวัจนภาษาร่วมด้วย ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติในการสื่อสารของมนุษย์ โดยท่าทางของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลขณะสื่อสารเป็นลักษณะของการโน้มตัวเข้าไปหาผู้ป่วยเด็กซึ่งเป็นท่าทางที่แสดงถึงความสนใจ เอาใจใส่ผู้ป่วย (Caris-Verhallen, Kerkstra, & Bensing, 1999) และท่าทางที่โน้มตัวเข้าหาผู้ป่วยเด็กจะเป็นการลดระยะห่างระหว่างผู้ป่วยเด็กและพยาบาล ซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นกันเองและไว้วางใจจากผู้ป่วยอันเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาล และผู้ป่วย (Sundeen, Stuart, Rankin, & Cohen, 1998) นอกจากนี้ การโน้มตัวเข้าไปใกล้ผู้ป่วยเด็กจะทำให้พยาบาลสามารถมองเห็น และสังเกตอาการของผู้ป่วยเด็กได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

กลุ่มตัวอย่างพยาบาลร้อยละ 54.3 ใช้วิธีการสัมผัส เป็นวิธีอันดับที่ 4 ในการสื่อสารกับผู้ป่วย เด็กวัยหัดเดินที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ สอดคล้องกับคำกล่าวของฮาซินสกี (Hazinski, 1999) ที่ว่า ผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจต้องการการสัมผัส เนื่องจากการสัมผัสของพยาบาลจะถ่ายทอดความรู้สึกอบอุ่นและห่วงใยไปสู่ผู้ป่วยเด็ก เป็นวิธีสื่อสารที่มีความหมายมากสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต (Craven, & Hirle, 2000) ซึ่งกำลังต้องการที่พึ่ง และกำลังใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การสัมผัสในผู้ป่วยเด็กวัยหัดเดินเป็นวิธีการที่ช่วยให้เด็กสงบและรู้สึกสบาย (Sieh & Brentin, 1997) คลายความตื่นกลัวจากสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ได้ดีกว่าการพูดอธิบายที่ยืดยาวซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเด็กวัยหัดเดินเกิดความวิตกกังวลมากขึ้น (Lewandoski, 1992; Kathol, 1999) เนื่องจากผู้ป่วยเด็กวัยหัดเดินมีช่วงเวลาคความสนใจสั้นเพียง 5-10 นาที และมีความเข้าใจภาษาพูดได้น้อย (Muscari, 2001) วิธีการสื่อสารด้วยภาษาพูดอย่างง่าย ๆ เช่น วิธีการถาม-ตอบว่าใช่หรือไม่ ที่กลุ่มตัวอย่างพยาบาล ร้อยละ 51.4 ใช้สื่อสารกับผู้ป่วยเด็กวัยหัดเดินที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ จึงน่าจะเหมาะสมที่จะใช้กับผู้ป่วยเด็กวัยหัดเดินซึ่งมีความเข้าใจภาษาที่ไม่ซับซ้อน คำที่มีความหมายง่าย ๆ สั้น และชัดเจน (Wong et al., 1999; Bowden, Dickey, & Greenberg, 1998) และแม้ว่าการแสดงออกทางใบหน้าเป็นส่วนหนึ่งของร่างกายที่แสดงออกมากที่สุด (Potter & Perry, 2001) แต่พยาบาลกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 45.7 ใช้การแสดงออกทางใบหน้าในขณะที่สื่อสารกับผู้ป่วยเด็กวัยหัดเดินที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ เนื่องจากข้อจำกัดในการเก็บข้อมูลในการวิจัยนี้ การสังเกตการสื่อสารขณะที่พยาบาลปฏิบัติ การพยาบาลผู้ป่วยเด็ก ซึ่งบางครั้งพยาบาลมีการสวมผ้าปิดปากและจมูกเพื่อเป็นการป้องกันตนเองตามหลักของการป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ จึงทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถสังเกตเห็นการแสดงออกทางใบหน้าได้ นอกจากนี้ อาจเนื่องจากพยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีความระมัดระวังตนเอง และควบคุมการแสดงความรู้สึกออกทางใบหน้าที่ของตนเอง

ส่วนวิธีการสื่อสารอื่นๆที่พยาบาลใช้ (ร้อยละ 4.3) ได้แก่ การผูกมัด และห่อตัวผู้ป่วย อาจอธิบายได้ว่า เนื่องจากผู้ป่วยเด็กวัยหัดเดินยังไม่เข้าใจเหตุผลและไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเอง ประกอบกับกิจกรรมการพยาบาลบางอย่างก่อให้เกิดความไม่สุขสบายและความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยเด็กจึงดิ้นและขัดขืนการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่พยาบาล ทำให้บางครั้งพยาบาลต้องใช้การผูกมัดและพันธนาการผู้ป่วยเพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการปฏิบัติงาน เนื่องจากสถานการณ์ภายในหอผู้ป่วยอภิบาลส่วนใหญ่มีงานยุ่ง และเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเด็กเอามือจับอุปกรณ์ที่ใช้ขณะนั้น เพื่อความสะดวกและปราศจากเชื้อ

ผลการศึกษาครั้งนี้ ไม่พบการสื่อสารโดยการอ่านจากริมฝีปากของผู้ป่วยเด็ก เนื่องจากผู้ป่วยเด็กวัยหัดเดินยังใช้ภาษาพูดได้ไม่ดี แม้ว่าผู้ป่วยเด็กกลุ่มตัวอย่างจะมีการขยับปากพูด 1 ครั้ง แต่อาจเป็นเพราะความไม่ชัดเจนในการสื่อสารของเด็ก หรือพยาบาลกลุ่มตัวอย่างขาดการสังเกตเนื่องจาก

กำลังมุ่งความสนใจในการพยาบาลที่กำลังปฏิบัติ จึงทำให้พยาบาลไม่ได้รับสารของผู้ป่วยเด็ก และแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างพยาบาลส่วนใหญ่จะเคยมีประสบการณ์ใช้อุปกรณ์ช่วยสื่อสาร (ร้อยละ 84) (ตารางที่ 5) แต่อุปกรณ์ช่วยสื่อสารส่วนใหญ่ที่พยาบาลใช้เป็นกระดากและปากกาซึ่งใช้กับเด็กโต มีเพียงร้อยละ 12 เท่านั้นที่เคยใช้ตุ๊กตาซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่เหมาะสมในการช่วยสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก วัยหัดเดิน ผลการศึกษาไม่พบการใช้อุปกรณ์ช่วยการสื่อสารใดๆ กับผู้ป่วยเด็กวัยหัดเดินที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเหตุการณ์สื่อสารเกิดขึ้นขณะปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล อีกทั้งลักษณะงานที่เร่งรีบและจำนวนมากในหออภิบาล ทำให้พยาบาลไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กวัยหัดเดินซึ่งยังมีความเข้าใจน้อยต้องใช้เวลาในการอธิบายและใช้วิธีการสื่อสารอื่นแทน

2.2 วิธีการสื่อสารที่พยาบาลใช้สื่อสารกับผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ

วิธีการที่พยาบาลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สื่อสารกับผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนสามอันดับแรก ยังคงเป็นการพูดบอกเล่า (ร้อยละ 97.5) รองลงมาคือ การสบสายตา (ร้อยละ 90.0) การแสดงท่าทาง (ร้อยละ 87.5) เช่นเดียวกับที่ใช้สื่อสารกับผู้ป่วยเด็กวัยหัดเดิน พยาบาลกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40.0 ใช้วิธีการถาม-ตอบว่าใช่หรือไม่มากกว่าวิธีการสัมผัส (ร้อยละ 25.0) และเริ่มมีการใช้วิธีการอ่านจากริมฝีปากของผู้ป่วยเด็ก (ร้อยละ 10.0) แตกต่างจากวิธีการสื่อสารที่ใช้กับผู้ป่วยเด็กวัยหัดเดินซึ่งใช้วิธีการสัมผัสมากกว่า และ ไม่มีการใช้วิธีการอ่านจากริมฝีปากของผู้ป่วยเด็ก ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาขั้นต่ำในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 98.0) (ตารางที่ 4) ซึ่งเคยได้รับการสอนเรื่องพัฒนาการของเด็ก ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และความเข้าใจถึงพัฒนาการของผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนนี้ว่า สามารถเข้าใจ และสื่อสารด้วยการพูดได้ดี จึงสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กด้วยการพูดถามผู้ป่วยว่าใช่หรือไม่ สอดคล้องกับไซส์ และ เบรนต์นิน (Sieh & Brentin, 1997) ซึ่งแนะนำให้ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนมีส่วนร่วมในการแสดงความเห็นแม้ว่าผู้ป่วยเด็กจะไม่สามารถสื่อสารได้ปกติซึ่งพยาบาลควรหาวิธีการช่วยในการสื่อสารกับผู้ป่วย และการที่พยาบาลกลุ่มตัวอย่างเริ่มใช้วิธีการอ่านจากริมฝีปากของผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียน สอดคล้องกับวิธีการสื่อสารของผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนที่ใส่ท่อทางเดินหายใจที่ใช้วิธีขยับริมฝีปากพูด เนื่องจากพัฒนาการของด้านการสื่อสารของผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนซึ่งมีความเข้าใจภาษาและสื่อสารด้วยการพูดได้ดีขึ้น ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าพยาบาลใช้ปฏิกิริยาและวิธีการสื่อสารของผู้ป่วยเป็นหลักสำคัญในการสื่อสาร ดังเช่นในการศึกษาของเซลเยอร์ และ สตีวต (Salyer & Stuart, 1985) ที่พบว่าลักษณะปฏิกิริยาของพยาบาลจะเป็นไปในแนวเดียวกับปฏิกิริยาของผู้ป่วย ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนที่ใส่ท่อทางเดินหายใจใช้วิธีการสื่อสารด้วยการขยับริมฝีปากพูด พยาบาลจึงใช้วิธีการอ่านจากริมฝีปากของผู้ป่วยในการถอดรหัส

สารที่ผู้ป่วยเด็กส่งมาให้ และวิธีการสื่อสารต่างๆ ที่เพิ่มมากขึ้นอาจเป็นเหตุผลส่วนหนึ่งที่ทำให้วิธีการสัมผัสถูกใช้น้อยลง

อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้ไม่พบว่าพยาบาลกลุ่มตัวอย่างใช้อุปกรณ์ช่วยสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างพยาบาลมีความรู้และความเข้าใจถึงวิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจไม่เพียงพอ เนื่องจากไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการสื่อสารของผู้ป่วย (ร้อยละ 92.0) (ตารางที่ 4) ทำให้ไม่ทราบถึงแนวทางในการเลือกใช้วิธีการและอุปกรณ์ช่วยในการสื่อสาร สำหรับผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนการจัดหารูปภาพหรือภาพถ่ายให้ผู้ป่วยเด็กซึ่งเป็นเครื่องมือที่ดีที่สุดที่จะช่วยในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก (Sieh & Brentin, 1997) และแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างพยาบาลร้อยละ 16 (ตารางที่ 5) เคยมีประสบการณ์ใช้รูปภาพช่วยในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก แต่จากการสังเกตของผู้วิจัยไม่พบว่ามีอุปกรณ์ช่วยสื่อสารที่เป็นรูปภาพหรือหนังสือภาพสำหรับเด็กของหอผู้ป่วย จากการศึกษาของ โบลว์ แมคอินทอช และทอร์น (Bowles, Mackintosh, & Torn, 2001) พบว่า การฝึกอบรมทักษะในการสื่อสารส่งผลด้านบวกต่อการสื่อสารของพยาบาลทั้งกับผู้ป่วยและเพื่อนร่วมงาน โดยความรู้และทักษะที่เพิ่มขึ้นทำให้พยาบาลมีความเต็มใจและมั่นใจในการสื่อสารเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นถ้ากลุ่มตัวอย่างพยาบาลมีประสบการณ์อบรมเรื่องเกี่ยวกับการสื่อสารอาจทำให้ตระหนักถึงความสำคัญและวิธีการสื่อสารกับผู้ป่วย รวมทั้งจัดหา และใช้อุปกรณ์ที่ช่วยสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ

2.3 วิธีการสื่อสารที่พยาบาลใช้สื่อสารกับผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ

การสื่อสารที่พยาบาลกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด คือ ร้อยละ 97.5 (ตารางที่ 7) ใช้กับผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อทางเดินหายใจคือ การถาม-ตอบว่าใช่หรือไม่สื่อสารซึ่งสอดคล้องกับวิธีการที่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อทางเดินหายใจจำนวนมากใช้สื่อสารกับพยาบาล อาจอธิบายได้ว่า การถาม-ตอบว่าใช่หรือไม่นี้เป็นวิธีการสื่อสารสองทางที่ช่วยให้พยาบาลและผู้ป่วยเด็กมีความเข้าใจที่ตรงกัน ช่วยต่อการใช้ของพยาบาล และการแสดงปฏิกิริยาตอบกลับของผู้ป่วยเด็ก จึงเป็นวิธีที่ควรใช้ในการเริ่มต้นสื่อสารกับผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ (Easton, 1988; Sitzer, 1993) ที่สามารถเข้าใจภาษาพูดได้ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยเด็กวัยเรียนซึ่งเป็นวัยที่อยากรู้อยากเห็นสนใจสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับตนเอง ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนจะพยายามฟังการสนทนาของผู้ใหญ่ซึ่งบางสิ่งอาจเข้าใจอย่างไม่ถูกต้อง (Wong et al., 1999) ดังนั้นพยาบาลควรอธิบายข้อมูลต่างๆ แก่ผู้ป่วยเด็ก และภายหลังจากอธิบายข้อมูลแก่ผู้ป่วยแล้วพยาบาลควรสอบถามผู้ป่วยเพื่อตรวจสอบความเข้าใจ ซึ่งจะช่วยให้ข้อมูลชัดเจน

มากขึ้น (Sieh & Brentin, 1997) รวมทั้งเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเด็กได้มีส่วนร่วมในการสื่อสารและ
มีโอกาสดแสดงความคิดเห็น อันจะเป็นการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็กได้ส่วนหนึ่ง

วิธีการที่พยาบาลเริ่มใช้สื่อสารในผู้ป่วยเด็กวัยเรียน แต่ไม่พบในผู้ป่วยวัยก่อนเรียนและ
วัยหัดเดินคือ การใช้อุปกรณ์ช่วยสื่อสาร (ร้อยละ 7.5) ได้แก่ การจัดหากระดาษ และดินสอให้ผู้ป่วย
เด็กเขียนบอกเล่าถึงปัญหาและความต้องการ เนื่องจากผู้ป่วยเด็กวัยนี้ได้เรียนในโรงเรียนแล้ว
จึงสามารถใช้วิธีการสื่อสารด้วยการเขียนได้แล้ว แสดงถึงความรู้และความเข้าใจถึงพัฒนาการด้าน
การสื่อสารของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนของพยาบาล และการประเมินความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วย
เด็กก่อนที่จะเลือกใช้วิธีการสื่อสาร ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างพยาบาลอาจเรียนรู้จากประสบการณ์การสื่อสาร
กับผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างพยาบาลร้อยละ 48.0 มีประสบการณ์ในการ
พยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจมากกว่า 5 ปี (ตารางที่ 5) ถือว่าเป็นพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ
ในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ สามารถเข้าใจแนวทางในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก
ที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ และเลือกใช้วิธีการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเด็กแต่ละวัยตามระดับของ
พัฒนาการ

2.4 วิธีการสื่อสารที่พยาบาลใช้สื่อสารกับผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ

วิธีการที่กลุ่มตัวอย่างพยาบาลใช้สื่อสารกับผู้ป่วยวัยรุ่นที่ใส่ท่อทางเดินหายใจมากที่สุดคือ
การพูดบอกเล่า (ร้อยละ 97.5) (ตารางที่ 7) สอดคล้องกับผลการศึกษาในผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ของ
แอสเวิร์ธ (Ashworth, 1980 cited in Leathart, 1994) ที่ศึกษาถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยที่ใส่ท่อ
ทางเดินหายใจและพยาบาลพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่สื่อสารกับผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจด้วยการ
พูดกับผู้ป่วยด้วยถ้อยคำสั้นๆ หรือสั่งให้ปฏิบัติตาม ทั้งนี้เนื่องจากวิธีการบอกเล่าหรือสั่งให้ทำตาม
เป็นการสื่อสารทางเดียวที่รวดเร็วและใช้เวลาน้อย ประกอบกับลักษณะงานในหอผู้ป่วยที่จำเป็น
เร่งด่วนเพื่อให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตได้ทันเวลา ทำให้พยาบาลใช้วิธีการพูด
บอกเล่าเป็นจำนวนมาก

การสื่อสารที่กลุ่มตัวอย่างพยาบาลร้อยละ 90.0 ใช้ในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นที่ใส่ท่อ
ทางเดินหายใจคือ การแสดงท่าทาง สอดคล้องกับผลการศึกษาของวอยนิค-โจแฮนสัน (Wojnicki-
Johansson, 2001) ที่พบว่า พยาบาลใช้ภาษาร่างกายเพื่อช่วยในการสื่อสารกับผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดิน
หายใจมากที่สุดและเป็นวิธีที่ผู้ป่วยชอบมาก ซึ่งผู้วิจัยสังเกตพบว่า ท่าทางที่พยาบาลใช้ส่วนใหญ่
เป็นท่าทางโน้มตัวเข้าหาผู้ป่วยเนื่องจากจะทำให้พยาบาลสามารถสังเกตอาการของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน
และเป็นท่าทางที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับความเอาใจใส่จากพยาบาล (Caris-Verhallen, Kerkstra, &

Bensing, 1999) และขณะที่พยาบาลสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างพยาบาลร้อยละ 82.5 มีการสบสายตากับผู้ป่วยเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของลิธาร์ด (Leathart, 1994) ที่พบว่า พยาบาล ใช้การสบสายตาในการสื่อสารมากถึงร้อยละ 71-100 อาจอธิบายได้ว่า เนื่องจากพยาบาลต้องใช้ สายตาในการสังเกตสัญญาณจากใบหน้าและสายตาของผู้ป่วย และการสบสายตาก็ก็นับเป็นการที่ พยาบาลใช้เพื่อถ่ายทอดความสนใจ และความปรารถนาดีไปสู่ผู้ป่วยเด็ก

พยาบาลกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40.0 ใช้วิธีการอ่านจากริมฝีปากของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นที่ใส่ท่อทาง เคนหายใจ และ ร้อยละ 17.5 ใช้อุปกรณ์ช่วยสื่อสาร ได้แก่ กระดาษ และ ดินสอ ซึ่งวิธีการสื่อสาร ทั้งสองวิธีสอดคล้องกับวิธีการที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นใช้สื่อสาร และมีการใช้มากกว่าผู้ป่วย วัยเรียน เนื่องจากผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นสามารถสื่อสารได้ดีขึ้นทั้งด้านวัจนภาษา (ภาษาพูดและภาษาเขียน) และอวัจนภาษา ดังนั้นพยาบาลสามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นแสดงความต้องการ ความคิดเห็น ด้วยการจัดหาวิธีการต่างๆ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้ โดยใช้การประเมินความสามารถ ในการสื่อสารของผู้ป่วย พิจารณาถึงความเหมาะสมของวิธีการสื่อสารกับสถานการณ์และสิ่งแวดล้อม เช่น การจัดหากระดาษ และ ดินสอ หรือ กระดาษที่มีเสียงแก่ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นที่สามารถใช้มือได้ และ อาจใช้อุปกรณ์ช่วยในการสื่อสารของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อทางเคนหายใจกับผู้ป่วยวัยรุ่นได้ เช่น อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์กดปุ่มที่มีภาพและเสียงที่ ฐิติณัฐ ศศิณาย (2533) ศึกษาพบว่า อุปกรณ์นี้ ทำให้ผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเคนหายใจเกิดความพึงพอใจเนื่องจากสามารถถ่ายทอดปัญหาและความ ต้องการไปสู่พยาบาลได้ จากการที่ผู้วิจัยทดลองนำอุปกรณ์ดังกล่าวมาใช้กับผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นที่ใส่ท่อ ทางเคนหายใจพบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการใช้อุปกรณ์ช่วยสื่อสารเช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตาม อุปกรณ์มีขนาดเล็กค่อนข้างใหญ่ทำให้ประสบปัญหาในการจัดวางในหอผู้ป่วยซึ่งมีอุปกรณ์ทางการ แพทย์จำนวนมาก ดังนั้นอุปกรณ์หรือวิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเคนหายใจที่มีใช้อยู่ทั้งใน ประเทศและต่างประเทศควรได้รับการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงเพื่อให้เหมาะสมกับวัยของผู้ป่วย และลักษณะของหอผู้ป่วยเพื่อให้มีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ ซึ่งจะช่วยให้การสื่อสารระหว่าง ผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเคนหายใจและพยาบาลมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการพยาบาลที่ ตรงกับปัญหาและความต้องการ อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กฟื้นตัว จากความเจ็บป่วยได้เร็วขึ้น