

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาผลของการสัมผัสต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยหลังผ่าตัดนั้น ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอเป็นหัวข้อตามลำดับดังนี้

1. มโนทัศน์ของความวิตกกังวล
2. มโนทัศน์ของการสัมผัส
3. การสัมผัสเพื่อลดความวิตกกังวล
4. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มโนทัศน์ของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นภาวะทางอารมณ์ที่มนุษย์ทุกคนคุ้นเคยและประสบอยู่เสมอในการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นอารมณ์ขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่นักจิตวิเคราะห์เชื่อว่าเกิดขึ้นได้ตั้งแต่แรกคลอดจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต มีผลต่อร่างกาย อารมณ์และจิตใจ โดยมีผู้ศึกษาและให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ดังนี้

สปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger, 1966, p. 11) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความเครียด ซึ่งเกิดจากความมั่นคงปลอดภัยถูกคุกคาม โดยสิ่งคุกคามนั้นอาจมีจริงหรืออาจเกิดจากการทำนายเหตุการณ์ล่วงหน้าก็ได้

แกรห์มและคอนลีย์ (Graham & Conley, 1971, p. 114) กล่าวว่า ความวิตกกังวล เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นเนื่องจากความกลัว ความหวาดหวั่น หรือความไม่สบายใจ ซึ่งเกิดจากความรู้สึกนึกคิด หรือทำนายเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองในอนาคต ว่าจะมีอันตราย โดยไม่สามารถกำหนดสาเหตุที่แน่ชัดได้ เป็นสัญญาณอย่างหนึ่งเพื่อเตือนให้บุคคลเตรียมพร้อมที่จะต่อสู้กับเหตุการณ์ที่มาคุกคาม

ฟรอยด์ (Freud cited in Shives, 1986, pp. 233 - 234) กล่าวว่า ความวิตกกังวล เป็นสัญญาณอันตรายของบุคคล ที่ตอบสนองการรับรู้ทางด้านร่างกายต่อสิ่งที่มาคุกคาม เป็นความรู้สึกไม่แน่ใจ ไม่สุขสบายของบุคคลในการตอบโต้ต่อสิ่งหรือสถานการณ์ที่ไม่แน่ชัด โดย การตอบโต้นี้อาจแสดงอาการต่อสู้ หรือถอยหนีก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของบุคคลนั้นต่อสิ่งคุกคาม

เพปเปลอ (Peplau, 1989, p. 279) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดกลัว เป็นสัญญาณอันตรายและเป็นพลังงานรูปหนึ่งที่สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสรีรวิทยาและพฤติกรรม

จินตนา ลีละไกรวรรณ (2533, หน้า 99) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นสภาพทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่มีตัวกระตุ้นที่ชัดเจน เป็นความรู้สึกที่ถ่ายทอดสู่กัน ได้ และสามารถสังเกตได้จากพฤติกรรมที่แสดงออก

ความวิตกกังวลที่กล่าวมานั้นอาจสรุปได้ว่า เป็นความรู้สึกตึงเครียดทางอารมณ์ หรือความรู้สึกไม่สบายใจ ไม่ปลอดภัย สามารถถ่ายทอดสู่กัน ได้ ทำให้มีการตอบสนองด้านร่างกายและอารมณ์ ซึ่งสามารถแสดงออกและประเมินได้

ประเภทของความวิตกกังวล

สปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger cited in Parker, 1981, p. 334 ; Shives, 1986, p. 234) ได้แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. ความวิตกกังวลเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง หรือความวิตกกังวลขณะเผชิญ (state anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเวลาที่มีเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งมากระตุ้นบุคคลให้เกิดความไม่พึงพอใจ กระวนกระวายใจ มีระยะเวลาและความรุนแรงแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและพฤติกรรม

2. ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะเฉพาะตัว ของแต่ละบุคคล หรือความวิตกกังวลแฝง (trait anxiety) เป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล มีลักษณะค่อนข้างคงที่และไม่ปรากฏออกมาเป็นพฤติกรรมโดยตรง แต่จะเป็นตัวเสริมและเพิ่มความรุนแรงของความวิตกกังวลขณะเผชิญกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง

สาเหตุของความวิตกกังวล

สาเหตุของความวิตกกังวลนั้นเกิดจากการมีสิ่งคุกคามต่อสวัสดิภาพของร่างกาย และจิตใจ โดยสิ่งคุกคามนั้นจะเป็นจริงหรือเป็นเพียงความคาดคะเน ก็ได้ แต่ต่างก็มีผลต่อจิตใจ และอารมณ์เช่นเดียวกัน ทำให้เกิดความหวาดหวั่น ไม่มั่นใจ มีการตอบสนองด้านสรีรวิทยาและพฤติกรรม (สวณีย์ เกียรติกัณฑ์, 2527, หน้า 68) นอกจากนี้ความวิตกกังวลยังเกิดจากสิ่งคุกคามดังต่อไปนี้ (Ames & Kneisl, 1988, p. 66; Stuart & Sundeen, 1987, pp. 349 - 350; Thompson, McFarland, Hirsch, Tucker & Bowers, 1989, p.1741)

1. สิ่งคุกคามทางชีวภาพ (biological integrity) เป็นสิ่งคุกคามที่ทำให้เกิดความไม่สมดุลในการดำรงชีวิต หรือทำให้ความสามารถของบุคคลลดลง ได้แก่ ความเจ็บป่วย การได้รับอุบัติเหตุ การขาดปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตและการเจริญเติบโต ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เป็นภาวะวิกฤตจากการเปลี่ยนวัย เช่น วัยรุ่น วัยหมดประจำเดือน วัยสูงอายุ เป็นต้น
2. สิ่งคุกคามในระบบตนเอง (self system) เป็นสิ่งคุกคามที่เกิดจากความรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าและศักดิ์ศรีในตนเอง เช่น การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่การทำงาน การพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือการประกอบกิจกรรมในสังคม เป็นต้น

ผลของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลจะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในร่างกาย ซึ่งสามารถสรุปได้ 4 ด้านดังนี้ (สวณีย์ เกียรติกัณฑ์, 2527, หน้า 173 - 176; Bysshe, 1988, pp. 36 - 37; Stuart & Sundeen, 1987, pp. 349 - 350; Thompson, McFarland, Hirsch, Tucker & Bowers, 1989, p. 1741)

1. การเปลี่ยนแปลงด้านชีวเคมี เมื่อบุคคลเกิดความวิตกกังวล ระบบการทำงานภายในร่างกายจะทำให้ฮอร์โมนอีพิเนฟริน (epinephrine) นอร์อีพิเนฟริน (nor-epinephrine) และแอดรีโนคอร์ติโคโทรฟิค (adrenocorticotrophic) ถูกหลั่งออกมาสู่กระแสเลือดมากขึ้น โดยแอดรีโนคอร์ติโคโทรฟิคจะกระตุ้นให้เนื้อเยื่อส่วนแกนของต่อมหมวกไต (adrenal cortex)

หลังฮอร์โมนอัลโดสเตอโรน (aldosterone) และคอร์ติซอล (cortisol) ซึ่งจะมีผลต่อการขับและดูดซึมโซเดียม และโปตัสเซียม ในร่างกาย จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสมดุลของอิเล็กโตรลัยท์ นอกจากนี้ยังมีผลให้ร่างกายมีการสลายไกลโคเจนในตับ และกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ทำให้กระบวนการเผาผลาญในร่างกายมีระดับสูงกว่าปกติ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา

2. การเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา เกิดขึ้นเนื่องจากระบบประสาทซิมพาธิกถูกกระตุ้น ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และความดันโลหิตสูงขึ้น ริมฝีปากแห้ง เกิดความรู้สึกแห้งในลำคอ กล้ามเนื้อเกร็ง เหงื่อออก ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะบ่อย ประจำเดือนผิดปกติ ความสามารถทางเพศลดลง เป็นต้น

3. การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ จะทำให้ตกใจง่าย หงุดหงิด กระสับกระส่าย และขาดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

4. การเปลี่ยนแปลงด้านความคิด ความจำ การรับรู้ ทำให้ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมทั่วไปลดลง ไม่มีสมาธิ ครุ่นคิดและหมกหมุ่น นอกจากนี้ความวิตกกังวลยังมีผลทำให้การตัดสินใจไม่ดี การรับรู้ผิดพลาด เป็นต้น

ระดับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลมีความรุนแรงไม่เท่ากัน ทั้งขึ้นอยู่กับสิ่งกระตุ้น ความหมายของเหตุการณ์ และบุคลิกภาพของบุคคลนั้น ๆ (สวณีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2527, หน้า 170) โดยทั่วไปสามารถแบ่งได้ 4 ระดับ คือ (Peplau, 1989, p. 243 ; Stuart & Sundeen, 1987, p. 343; Wilson & Kneisl, 1988, pp. 134 - 135)

1. ความวิตกกังวลระดับต่ำ (mild anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน บุคคลที่มีความวิตกกังวลในระดับนี้จะมีความตื่นตัว กระฉับกระเฉงว่องไว สามารถสังเกตความแตกต่างของสิ่งแวดล้อมได้ มีการเตรียมที่จะรับรู้และปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ ตลอดจนมีความสามารถในการเรียนรู้และการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ดีขึ้น

2. ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (moderate anxiety) ทำให้บุคคลมีความสามารถในการรับรู้แคบลง จดจ่ออยู่กับบางสิ่งที่น่าสนใจเท่านั้น ความสามารถในการแก้ไขปัญหา ลดลง ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลง เช่น ระดับเสียงจะมีลักษณะ ดัง รวดเร็ว อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และความตึงตัวของกล้ามเนื้อจะเพิ่มขึ้น

3. ความวิตกกังวลระดับสูง (severe anxiety) ทำให้ความสามารถในการรับรู้ของบุคคลแคบลงมาก จะรับรู้เฉพาะส่วนปลีกย่อย มองสภาพแวดล้อมบิดเบือนไปจากความเป็นจริง ประสิทธิภาพในการทำงานของร่างกายลดลง มีการเคลื่อนไหวของร่างกายโดยไม่มีจุดมุ่งหมาย ปัสสาวะบ่อย นอนไม่หลับ อัตราการหายใจและอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น

4. ความวิตกกังวลระดับสูงสุด (panic) จะมีผลทำให้การรับรู้ต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ผิดไปจากสภาพความเป็นจริง บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ มีการเคลื่อนไหวของร่างกายเพิ่มขึ้น ความสามารถในการติดต่อกับบุคคลอื่นลดลง และความสามารถในการเรียนรู้จะเสียไป

ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล

ปัจจัยที่มีผลทำให้บุคคลมีระดับความวิตกกังวลแตกต่างกันมีหลายประการดังต่อไปนี้

1. เพศ เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาบุคลิกภาพด้านร่างกาย (สวณีย์ เกียรติกั้งแก้ว, 2527, หน้า 108) จากการศึกษาพบว่าในระยะก่อนได้รับการผ่าตัด เพศหญิงจะมีระดับความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Domar, Everett & Keller, 1989, p. 766; Graham & Conley, 1971, p. 120) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพฤติกรรมการเล่นตุ๊กตา และความคาดหวังของสังคมเกี่ยวกับเรื่องเพศไว้ว่า เพศชายจะต้องมีลักษณะเข้มแข็ง อดทน และเป็นผู้นำ ส่วนเพศหญิงจะมีลักษณะละเอียดอ่อน ซ้ำงคิด และมีโอกาสแสดงออกได้น้อยกว่าเพศชาย

2. อายุ เป็นสิ่งที่สามารถใช้ประเมินความสมบูรณ์ของจิตใจและอารมณ์ เป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการด้านร่างกาย (พยอม อิงคตานุวัฒน์, 2523, หน้า 1) จากการศึกษาของ ชนิษฐานาคะ (2534, หน้า 36) พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 21 - 40 ปี มีความวิตกกังวลขณะเผชิญและความวิตกกังวลแฝง มากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 61-80 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้

เพราะผู้ใหญ่วัยต้นซึ่งมีอายุระหว่าง 21-40 ปี ต้องเผชิญกับปัญหาในการปรับตัว ทำให้เกิดภาวะความตึงเครียดทางอารมณ์ได้ง่าย ต่างจากผู้ใหญ่วัยชราซึ่งผ่านประสบการณ์มามาก ทำให้มีความสามารถในการแก้ไขปัญหามีการปรับตัวได้ดีกว่า จึงอาจเป็นสาเหตุทำให้ผู้ใหญ่วัยชรามีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ใหญ่วัยต้นได้ แต่ขัดแย้งกับผลการศึกษาของแกร์ทึม และคอนลีย์ (Graham & Conley, 1971, p. 121) รวมทั้งของโดมาร์ และคณะ (Domar, Everett & Keller, 1989, p. 765) ซึ่งพบว่าอายุที่ต่างกันไม่ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลแตกต่างกัน

3. การศึกษา เป็นส่วนหนึ่งของแหล่งประโยชน์ในการเพิ่มทักษะการแก้ไขปัญหามนุษย์ (Lazarus & Folkman, 1984, p. 163) จากการศึกษาของ ชนิษฐา นาคะ (2534, หน้า 36) พบว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า จะมีระดับความวิตกกังวลแฝงมากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการศึกษาของโดมาร์ และคณะ (Domar, Everett & Keller, 1989, p. 765) พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูง มีแนวโน้มว่าจะมีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ เพราะสามารถแสดงถึงความรู้สึกได้ดีกว่า

4. ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วย แม้ว่ารายได้จะเป็นแหล่งประโยชน์ด้านวัตถุที่คอยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเผชิญกับความเจ็บป่วยได้ แต่จากการศึกษาของ ชนิษฐา นาคะ (2534, หน้า 43) พบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในระหว่างเจ็บป่วยแตกต่างกัน จะมีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน เนื่องจากค่ารักษาในโรงพยาบาลของรัฐบาลไม่สูงจนเกินไป ประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรู้ตัวล่วงหน้าว่าจะต้องผ่าตัด จึงได้เตรียมค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ไว้ หรือถ้ามีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายจริง ๆ โรงพยาบาลก็มีแผนกสังคมสงเคราะห์ที่จะให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยได้

5. บริเวณของร่างกาย หรืออวัยวะที่ได้รับการผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดบริเวณอวัยวะที่แสดงถึงสัญลักษณ์ หรือเกี่ยวกับภาพลักษณ์ เช่น อวัยวะสืบพันธุ์ เต้านม และมดลูก จะมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดบริเวณช่องท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Domar, Everett & Keller, 1989, p. 763)

6. ประสบการณ์ที่เคยได้รับการผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์ผ่าตัดมาแล้วจะมีผลต่อระดับความวิตกกังวลในการผ่าตัดครั้งต่อไป กล่าวคือหากผู้ป่วยได้รับประสบการณ์เกี่ยวกับ

การผ่าตัดในทางลบ จะมีผลทำให้ระดับความวิตกกังวลในการผ่าตัดครั้งใหม่เพิ่มขึ้น (Patrick, 1991, p. 353) แต่ขัดแย้งกับผลการศึกษาของ ชนิษฐา นาคะ (2534, หน้า 49) รวมทั้งของ โดมาร์และคณะ (Domar, Everett & Keller, 1989, p. 765) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์ผ่าตัดมาก่อน จะมีความวิตกกังวลไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเป็นครั้งแรก ทั้งนี้เนื่องจากการผ่าตัดเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะเวลาสั้น ๆ ช่วงเวลาหนึ่งแล้วหายไป และไม่มีการกระตุ้นเป็นระยะ ๆ ทำให้ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์ผ่าตัดมาแล้วจำเหตุการณ์นั้นได้น้อย นอกจากนี้ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์ผ่าตัดมาแล้ว หากได้รับการผ่าตัดที่แตกต่างไปจากเดิม ความสามารถในการนำประสบการณ์ผ่าตัดเดิมมาใช้ในการประเมินเหตุการณ์ครั้งใหม่จึงไม่แตกต่างจากผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ผ่าตัดมาก่อน

7. การรับรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยของบุคคล การเจ็บป่วยทางกายเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกกลัว ลี้ภัย หวั่น ท้อแท้ และคับข้องใจ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยเริ่มรับรู้ถึงความเจ็บป่วยของตนเอง จึงอาจทำให้เกิดความกดดันทางด้านจิตใจ และมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น รวมทั้งมีพฤติกรรมก้าวร้าว หงุดหงิด ไม่ร่วมมือในการรักษาพยาบาลได้ (บุญวดี เพชรรัตน์ , 2535, หน้า 28,30)

8. ความหวังของบุคคล ความหวังของบุคคลจะมีผลต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่มีความหวังสูงจะมีความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้ป่วยที่รู้สึกสิ้นหวัง เพราะความหวังเปรียบเสมือนอำนาจที่แฝงอยู่ในตัวของบุคคล ช่วยทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจเข้มแข็ง พร้อมทั้งจะเผชิญกับความทุกข์ทรมานต่าง ๆ และอดทนต่อความเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ความหวังยังทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงสิ่งที่มาคุกคามนั้น ไม่ใช่สิ่งที่รุนแรงเกินกว่าจะแก้ไข แต่สำหรับผู้ป่วยที่สิ้นหวังนั้นจะมีสภาวะทางอารมณ์ที่แปรเปลี่ยนไปจากปกติ ทำให้เกิดความวิตกกังวล และซึมเศร้าได้ (สายพิน เกษมกิจวัฒนา , 2532 , หน้า 76,78)

การประเมินความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ที่มนุษย์มีการแสดงออกแตกต่างกัน ซึ่งสามารถประเมินได้หลายวิธี ดังนี้

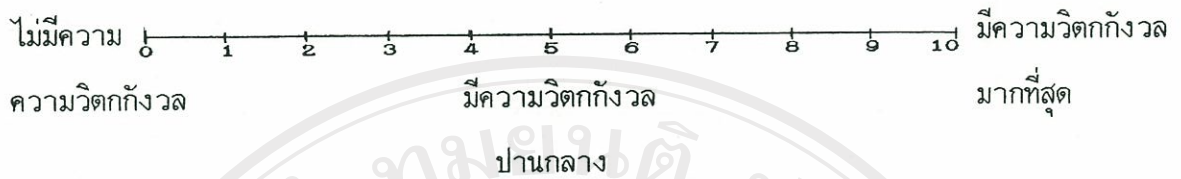
1. ประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (physiological measure of anxiety) โดยประเมินจากการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจ ความดันโลหิต การขยายของรูม่านตา การมีเหงื่อออก เป็นต้น (Stuart & Sundeen, 1987, pp. 349-350)

2. ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (behavioral measure of anxiety) จากความเชื่อที่ว่าพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคลเป็นปฏิกิริยาสะท้อนอารมณ์ภายในที่สามารถสังเกตเห็นได้ จากความเปลี่ยนแปลงด้านลักษณะการเคลื่อนไหวของร่างกาย การสื่อสารโดยใช้และไม่ใช่คำพูด การรับรู้และการเรียนรู้ รวมทั้งความจำและความสอดคล้องของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายในการทำงาน เช่น อาการกระสับกระส่าย ร้องไห้ ถอนหายใจ พุดรัวเร็ว เป็นต้น (Graham & Conley, 1971, pp. 113)

3. การใช้แบบประเมินด้วยตนเอง (self - report measure of anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวล ซึ่งเป็นความรู้สึกที่ตนเองรับรู้ได้ โดยใช้แบบประเมินให้ตอบตามความรู้สึกของตน แบบประเมินความวิตกกังวลนี้สามารถสรุปได้ 2 ลักษณะดังนี้

3.1 แบบสอบถามเพื่อประเมินความวิตกกังวล เช่น แบบประเมินความวิตกกังวลของสปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger, 1976, pp. 34-37) ที่มีชื่อเรียกว่า state - trait anxiety inventory (STAI) ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนแรกเป็นการประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ หรือแบบสเทท (state) ซึ่งเป็นความวิตกกังวลในสถานการณ์หนึ่ง ๆ ที่เกิดขึ้นชั่วคราว มี 20 ข้อคำถาม ส่วนที่สองเป็นการประเมินความวิตกกังวลแฝง หรือแบบเทรท (trait) ซึ่งเป็นความวิตกกังวลที่มีลักษณะคงที่ในตัวบุคคล มี 20 ข้อคำถามเช่นเดียวกับส่วนแรก สำหรับการแปลผลคะแนน ผู้ที่มีคะแนนรวมสูงแสดงว่ามีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่มีคะแนนรวมต่ำ

3.2 มาตราวัดความวิตกกังวล (visual analogue scale) ของวีเวอร์และโลวี (Wewers & Lowe, 1990, pp. 227 - 229) ซึ่งมีลักษณะเป็นเส้นตรงที่มีความยาวประมาณ 100 มิลลิเมตร หรือ 10 เซนติเมตร บนเส้นตรงนี้จะมีการกำหนดความวิตกกังวลตั้งแต่ไม่มีความวิตกกังวลไปจนถึงการมีความวิตกกังวลมากที่สุด ซึ่งแสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงการกำหนดระดับความวิตกกังวลบนมาตรวัด

สำหรับการประเมินความวิตกกังวลนั้น ผู้ถูกประเมินจะต้องทำเครื่องหมายลงบนมาตรวัด ตามความรู้สึกวิตกกังวลที่มีอยู่จริงในขณะนั้น ให้คะแนนตามการวัดความยาวจากจุดที่ไม่มีวิตกกังวล ไปจนถึงจุดที่ผู้ป่วยทำเครื่องหมายไว้ ผู้ที่มีคะแนนมากจะมีความวิตกกังวลมากกว่า ผู้ที่มีคะแนนน้อย (Gift, 1989, pp. 286-287)

การประเมินความวิตกกังวลนั้นอาจประเมินได้จากวิธีใดวิธีหนึ่งหรือหลายวิธีร่วมกัน ก็ได้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการศึกษา และสำหรับการศึกษารุ่นนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์ ซึ่งใช้กันอย่างแพร่หลาย เป็นที่ยอมรับ เนื่องจากมีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและมีความเชื่อมั่นสูง เช่น จากการนำไปหาความเชื่อมั่นของ ชนิษฐา นาคะ (2534, หน้า 24) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบประเมิน STAI Form X-I เท่ากับ .93 และ STAI Form X-II เท่ากับ .82 เป็นต้น แต่เนื่องจากผู้ป่วยหลังผ่าตัดในระยะแรก อาจมีข้อจำกัดในการตอบแบบประเมิน ผู้วิจัยจึงใช้มาตรวัดความวิตกกังวลที่ดัดแปลงมาจากวีเวอร์และโลวีร่วมด้วย เพราะสามารถใช้ได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

ภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยอาจจะมีภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจ และหลอดเลือด ระบบทางเดินอาหาร ระบบการขับถ่ายปัสสาวะ ตลอดจนสมดุลของสารเหลว และอิเล็กโตรลัยท์ ทั้งนี้เนื่องจากผลของยาระงับความรู้สึกร่วมกับการสูญเสียสารเหลวและเลือด

ในระหว่างการทำผ่าตัด (Patrick, 1991, pp. 390-393) ดังนั้นในระยะแรกภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยจะถูกนำไปยังห้องพักฟื้นเพื่อรับการดูแลอย่างใกล้ชิด จนกระทั่งสัญญาณชีพคงที่สามารถตอบคำถามได้ รวมทั้งรู้จักเวลาและสถานที่ ถูกต้องแล้ว ผู้ป่วยจึงถูกส่งไปยังหอผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อไป ขณะที่อยู่ในห้องพักฟื้นนั้น ผู้ป่วยจะรู้สึกวุ่นวายตนเองสูญเสียการควบคุมอวัยวะรู้สึกโดดเดี่ยว ไม่คุ้นเคยกับบุคคลและสภาพแวดล้อมที่มีสิ่งกระตุ้น เช่น เสียงและแสงสว่างที่มีมากกว่าปกติ (Samarel, 1990, p. 31) และเมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวมักพบว่าตนได้รับการใส่ท่อระบายการคาสายยางเพื่อดูดสารเหลวจากกระเพาะอาหาร การคาสายสวนปัสสาวะ รวมทั้งการได้รับสารเหลวหรือเลือด นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังอาจมีอาการเจ็บคอเนื่องจากเกิดการระคายเคืองจากการใส่ท่อช่วยหายใจ เจ็บปวดจากการมีแผลผ่าตัด จึงทำให้เกิดความกลัวและความวิตกกังวล (ประภาพรณ ศรีจินไตย, ศิริพร ยุทธวรารณ, และดวงแข แสงหิรัญ, 2531, หน้า 131; Luckmann & Sorensen, 1987, p. 293) เพราะความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดจะไปรบกวนทำให้เกิดความวิตกกังวลได้ (สุพร พลยานันท์, 2528, หน้า 44) นอกจากนี้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดอาจมีสาเหตุมาจากความไม่สุขสบาย จากความรู้สึกวุ่นวายตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ การสูญเสียหน้าที่การทำงานของอวัยวะหรือความพิการที่อาจเกิดขึ้นกับร่างกาย กลัวการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ การดำเนินชีวิตและบทบาทในครอบครัว สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับเลือดภายหลังการผ่าตัดอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นอีก เพราะกลัวว่าเลือดที่กำลังได้รับมีเชื้อไวรัสเอดส์ หรือไวรัสตับอักเสบบวมอยู่ด้วย (Patrick, 1991, pp. 352 - 353)

สำหรับในเรื่องความวิตกกังวลของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดนั้น ได้มีรายงานการศึกษาของสมศรี เจริญหล้า (2525, หน้า 81 - 82) เรื่อง ความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจในระยะหลังผ่าตัด ต่อช่วงเวลาที่ต้องการยาแก้ปวดและประสบการณ์ความเจ็บปวดในผู้ป่วย 30 คนพบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดจะมีความวิตกกังวลในเรื่องการปฏิบัติตนขณะเจ็บปวด กลัวไม่ได้รับความช่วยเหลือจากแพทย์ พยาบาล กลัวตายหรือไม่หายจากโรคและกลัวว่าเมื่อหายแล้วจะประกอบภารกิจตามปกติไม่ได้ รวมทั้งยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องเศรษฐกิจและครอบครัวอีกด้วย

กิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวล

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจะเกิดความวิตกกังวลได้ทุกระยะของการผ่าตัด ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลที่จะต้องให้การดูแลด้วยวิธีที่เหมาะสมเพื่อลดความวิตกกังวล ซึ่งอาจประยุกต์ได้จากการพยาบาลทั่วไปสำหรับผู้ที่มีความวิตกกังวลดังนี้ (อุบล นิวัติชัย, 2527, หน้า 174 - 176; Caine & Bufalino, 1988, pp. 251 - 252; Grainger, 1990, p. 14)

1. ประเมินและบันทึกอาการที่แสดงถึงความวิตกกังวลของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ
 2. อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย และให้การสัมผัสด้วยความนุ่มนวล แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่รับรู้ว่ามีพยาบาลอยู่ด้วย เพราะถ้าไม่มีใครอยู่ด้วย ผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกโดดเดี่ยวเพิ่มขึ้น
 3. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ด้วยท่าที่สงบ อ่อนโยน เพราะถ้าพยาบาลมีความวิตกกังวล จะทำให้ความรู้สึกนั้นถ่ายทอดไปสู่ผู้ป่วยได้
 4. พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงหนักแน่น ใช้ประโยคสั้น ๆ ที่สื่อความรู้สึกมั่นคง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีที่พึ่ง
 5. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบ ดูแลความสะดวกสบายของร่างกายให้มีความสุขสบาย จัดท่านอนที่เหมาะสมและปลอดภัย เพื่อให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเต็มที่ และเกิดการผ่อนคลาย
 6. แนะนำวิธีผ่อนคลาย เช่น การมีจินตนาการในเชิงบวก การควบคุมการหายใจ เป็นจังหวะสม่ำเสมอ เป็นต้น
 7. ให้ข้อมูล หรือคำอธิบายต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในแผนการรักษาพยาบาล และให้ความร่วมมือ
 8. สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก
 9. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาคลายความวิตกกังวลตามแผนการรักษา
- จะเห็นได้ว่าการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลนั้น ส่วนหนึ่งเกี่ยวข้องกับการให้กำลังใจ ปลอบโยน การอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย ให้การพยาบาลที่นุ่มนวล มั่นคงและอ่อนโยน รวมทั้งการสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งสิ่งเหล่านี้พยาบาลสามารถปฏิบัติได้โดยการใช้การสัมผัสที่เหมาะสม (Turton, 1984; p. 47)

มโนทัศน์ของการสัมผัส

มนุษย์ทุกคนในชุมชน หรือสังคมระดับใดก็ตาม ย่อมต้องมีการติดต่อสื่อสารกันในชีวิตประจำวัน ซึ่งอาจทำได้โดยการใช้หรือไม่ใช้คำพูดก็ได้ การสัมผัสถือเป็นการติดต่อสื่อสารอย่างหนึ่ง ซึ่งในบางสถานการณ์สามารถใช้แสดงความรู้สึกที่มีความหมายมากกว่าการใช้คำพูดและเป็นองค์ประกอบพื้นฐานในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Barnett, 1972, p. 103) มีผู้ศึกษาและให้ความหมายของการสัมผัสไว้ดังนี้

โทวา และแคสเมเยอร์ (Tovar & Cassmeyer, 1989, p. 1356) กล่าวว่า การสัมผัสคือการใช้มือแตะต้องหรือลูบไล้ผิวหนึ่งของผู้รับสัมผัส ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดความสุขสบายและผ่อนคลาย

กูดีคูนท์ซ (Goodykoontz, 1979, p. 14) กล่าวว่า การสัมผัสเป็นการติดต่อสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูดที่สามารถถ่ายทอดความรู้สึกต่าง ๆ ของผู้ให้ไปสู่ผู้รับสัมผัสได้

บาร์เน็ต (Barnett, 1972, pp. 108 - 109) กล่าวว่า การสัมผัสเป็นสิ่งที่ต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. กลไกการติดต่อสื่อสาร ซึ่งก่อให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ และเป็นการติดต่อสื่อสารที่มีความหมายมาก
2. วิธีการติดต่อสื่อสาร โดยมีผิวหนังเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญ มีบทบาทในการสร้างสัมพันธภาพ และเป็นสิ่งสำคัญต่อการรักษาพยาบาล เพราะการเจ็บป่วยจะมีผลต่อจิตใจ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และความสามารถในการติดต่อสื่อสาร
3. พื้นฐานในการติดต่อสื่อสาร โดยเด็กแรกเกิด จะมีการติดต่อสื่อสารครั้งแรกกับสิ่งแวดล้อม จากการสัมผัสกับร่างกายของมารดาและมือของแพทย์กับพยาบาล ประสบการณ์ของการได้รับสัมผัสจะมีผลต่อการเรียนรู้ การพัฒนาความเชื่อมั่นและความไว้วางใจของเด็ก
4. วิธีการสื่อสารทางอารมณ์ ที่สามารถถ่ายทอดความรู้สึกต่าง ๆ เช่น ความรักหรือความเกลียด ไปยังบุคคลอื่นได้

5. วิธีการสื่อสารทางความคิด การติดต่อสื่อสารทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ ซึ่งประสบการณ์สัมผัสตั้งแต่เริ่มแรกของทารกจะช่วยพัฒนาร่างกายและสติปัญญาได้

จากความหมายที่ได้กล่าวมานั้นอาจสรุปได้ว่า การสัมผัสเป็นการติดต่อสื่อสารอย่างหนึ่ง อาจทำได้โดยการใช้มือแตะต้องหรือลูบไล้ผิวหนึ่ง เพื่อถ่ายทอดความรู้สึกซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดความอบอุ่นใจ มั่นใจ สุขสบาย และผ่อนคลาย

ชนิดของการสัมผัส

การสัมผัสเป็นการสื่อสารที่แสดงถึงการดูแล เอาใจใส่ ช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ซึ่งก่อให้เกิดความมั่นใจ อบอุ่นใจ สุขสบายและผ่อนคลาย โดยผู้ให้สัมผัสต้องตั้งใจและพร้อมที่จะถ่ายทอดความรู้สึกต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจ (สิริรัตน์ นัตรชัยสุชา, 2532, หน้า 71 - 72) การให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยในแต่ละรายนั้น การสัมผัสเป็นสิ่งที่พยาบาลไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ มีผู้แบ่งชนิดของการสัมผัสของพยาบาลไว้ต่าง ๆ กันดังนี้

กูดีคูนท์ซ์ (Goodykoontz, 1979, p. 5) แบ่งการสัมผัสออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. การสัมผัสขณะปฏิบัติการพยาบาล (procedural touch) ซึ่งหมายถึงการสัมผัสที่พยาบาลให้แก่ผู้ป่วยขณะปฏิบัติการพยาบาล เช่น การเช็ดตัว การทำแผล การตรวจนับชีพจร การฉีดยา และการช่วยเหลือในการพุงตัวหรือเคลื่อนย้าย เป็นต้น การสัมผัสในลักษณะนี้จะมีจุดมุ่งหมายในเรื่องของการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การติดตามการรักษาและการวินิจฉัย รวมทั้งการประเมินทางการพยาบาล ซึ่งบางครั้งอาจก่อให้เกิดภาวะเครียดแก่ผู้ป่วยได้

2. การสัมผัสที่มีใช้ขณะปฏิบัติการพยาบาล (non-procedural touch) เป็นการสัมผัสแก่ผู้ป่วยเพื่อประคับประคองสภาพจิตใจ ซึ่งอาจเป็นการสัมผัสในขณะสนทนา ชักถามหรืออธิบายข้อมูลต่าง ๆ หรืออาจเป็นการสัมผัสเพียงอย่างเดียวโดยปราศจากการสนทนาก็ได้

เอสตาบรูกส์ (Estabrooks, 1989, pp. 394 - 397) แบ่งการสัมผัสออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสัมผัสเพื่อการดูแล (caring touch) เป็นการสัมผัสที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ มีการตอบสนองต่อการสัมผัสในทางที่ดี ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบาย อาจทำได้โดยการจับมือ แชน และโหล่ของผู้ป่วย เป็นต้น

2. การสัมผัสเพื่อการทำงาน (task touch) เป็นการสัมผัสในขณะปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งต้องมีจุดมุ่งหมายในการให้สัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรง การสัมผัสในลักษณะนี้อาจนุ่มนวลหรือรุนแรงก็ได้ ขึ้นอยู่กับสภาพอารมณ์ของพยาบาล และสถานการณ์ในขณะให้การพยาบาลนั้น ๆ

3. การสัมผัสเพื่อการปกป้อง (protective touch) เป็นการสัมผัสเพื่อการป้องกันอันตราย ที่จะเกิดขึ้นกับร่างกายของผู้ป่วย รวมทั้งร่างกายและอารมณ์ของพยาบาล ดังนี้

3.1 การปกป้องร่างกายของผู้ป่วย เป็นลักษณะการควบคุม ผูกมัด เพื่อมิให้เกิดอันตราย เช่น การผูกมัดเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออก เป็นต้น การสัมผัสในลักษณะนี้ก่อให้เกิดการรับรู้ในด้านลบ ซึ่งผู้ป่วยอาจตอบสนอง โดยการต่อต้านได้

3.2 การปกป้องร่างกายของพยาบาล เป็นการสัมผัสในขณะให้การพยาบาล เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับพยาบาล เช่น การสวมถุงมือสัมผัสผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เป็นต้น

3.3 การปกป้องอารมณ์ของพยาบาล เป็นลักษณะของการหลีกเลี่ยงการให้สัมผัสผู้ป่วยขณะที่พยาบาลเกิดความตึงเครียดในการปฏิบัติงาน เพราะความรู้สึกตึงเครียดที่มีอยู่จะถูกถ่ายทอดไปสู่ผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ต่อการสัมผัสในด้านลบได้

จากการที่ผู้แบ่งการสัมผัสออกเป็นชนิดต่าง ๆ สามารถสรุปชนิดของการสัมผัสได้ดังนี้

1. การสัมผัสเพื่อดูแลด้านร่างกาย
2. การสัมผัสเพื่อประคับประคองสภาพจิตใจ

สำหรับการสัมผัสเพื่อประคับประคองสภาพจิตใจนี้ ถือเป็นการดูแลซึ่งเป็นหน้าที่ของพยาบาลที่จะต้องให้กับผู้ป่วย ด้วยจิตใจ ด้วยความเต็มใจ และด้วยความรัก เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ และความอบอุ่นใจ

สรีรวิทยาของการสัมผัส

การสัมผัสเป็นการกระตุ้นอวัยวะรับความรู้สึก (receptors) ที่กระจายอยู่ตามผิวหนังทั่วร่างกายโดยจะพบประมาณ 9 - 300 จุดต่อ 1 ตารางเซนติเมตร อวัยวะรับความรู้สึกเหล่านี้จะมีความไวมาก แม้ว่าหน้สัมผัสเพียงเล็กน้อยก็สามารถเร้าความรู้สึกให้รับรู้ถึงการสัมผัสได้

(จำเนียร ช่วงโชติ, 2519, หน้า 62) โดยกระแสความรู้สึกสัมผัสจะถูกส่งไปตามเส้นทางกระแสประสาทสัมผัส (sensory pathway) ไปยังระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system) ในสมองส่วนทาลามัส (thalamus) เพื่อส่งกระแสประสาทไปสู่ซีรีบรัมคอร์เท็กซ์ (cerebral cortex) ในส่วนของประสาทรับรู้ความรู้สึกทางกายส่วนคอร์เท็กซ์ (somato sensory cortex) ที่บริเวณสมองใหญ่กลีบบน (parietal lobe) เพื่อแปลผลการรับรู้ของการสัมผัส ซึ่งประสาทรับรู้ความรู้สึกทางกายส่วนคอร์เท็กซ์นี้จะมีบริเวณรับรู้ความรู้สึกทางกาย 2 ส่วน คือบริเวณรับรู้ความรู้สึกทางกายส่วนที่หนึ่ง (somato sensory area I) ทำหน้าที่ในการบอกตำแหน่งที่มีการสัมผัส และบริเวณรับรู้ความรู้สึกทางกายส่วนที่สอง (somato sensory area II) ทำหน้าที่ในการบอกรายละเอียดของสิ่งที่มาสัมผัสว่าเป็นอะไร (Guyton, 1987, pp. 158 - 162)

นอกจากนี้การกระตุ้นโดยการสัมผัสยังเกี่ยวข้องกับการทำงานของระบบลิมบิก (limbic system) และระบบเรติคูลาร์ ฟอร์เมชัน (reticular formation) ซึ่งมีความสำคัญในการกำหนด และแสดงพฤติกรรมของบุคคลอีกด้วย การสัมผัสยังมีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic nervous system) โดยการสัมผัสที่ไม่เหมาะสมจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาธิกทำให้ความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ส่วนการสัมผัสที่เหมาะสมจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาธิก ทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย ความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจลดลง (Tovar & Cassmeyer, 1989, pp. 1356 - 1357)

การสัมผัสที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ แต่อย่างไรก็ตามการแปลผล การรับรู้ และความหมายของการสัมผัสในแต่ละครั้งจะมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่เคยได้สัมผัส รวมทั้งคุณภาพของการสัมผัส ซึ่งมีองค์ประกอบด้วยกัน 6 ประการ ดังนี้ (Weiss, 1979, pp. 76 - 77)

1. ตำแหน่งในการสัมผัส (location) คือส่วนของร่างกายที่ได้รับการสัมผัส ในแต่ละตำแหน่งจะให้ความหมายแตกต่างกันและมีความไวในการรับสัมผัสไม่เท่ากัน เช่น บริเวณใบหน้าและมือ ซึ่งเป็นบริเวณที่มีใยประสาทนำเข้า (afferent sensory fibers) มาก จึง

ทำให้มีการรับรู้ลึกซึ้งชัดเจน ส่วนตำแหน่งของร่างกายที่ได้รับการสัมผัสมากที่สุด คือ บริเวณมือ หน้าผาก และไหล่ (McCorkle, 1974, p. 126) นอกจากนี้ตำแหน่งของการสัมผัสอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (Oliver & Redfern, 1991, p. 35) เช่น ในสังคมไทย ถือว่าศีรษะเป็นส่วนของร่างกายที่ไม่สมควรสัมผัส โดยเฉพาะในผู้ที่สูงวัยกว่า ฉะนั้นการสัมผัสจึงควรเลือกตำแหน่งที่เหมาะสมด้วย (สิริรัตน์ นิตระชัยสุชา, 2532, หน้า 72)

2. ช่วงระยะเวลา (duration) หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มการให้สัมผัสไปจนกระทั่งสิ้นสุดของการสัมผัส การให้สัมผัสในระยะเวลาสั้น ๆ จะทำให้ผลของการสัมผัสไม่สมบูรณ์ การสัมผัสในช่วงเวลาที่นานขึ้นจะทำให้ร่างกายได้รับการกระตุ้นความรู้สึกมากขึ้น ระยะเวลาในการสัมผัสนั้นอาจขึ้นอยู่กับสรีรวิทยาที่เกี่ยวกับกลไกการกระตุ้นของร่างกาย เช่น ในบางคนอาจต้องใช้เวลามาก เพราะต้องใช้เวลาในการแปลสิ่งที่มากระตุ้นความรู้สึก จึงมีผู้ศึกษาผลของการสัมผัสโดยใช้เวลาแตกต่างกัน เช่น ภัสพร ขำวิชา (2534, หน้า 51) ใช้เวลาสัมผัสเพียง 10 นาที เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัด ศิริพันธ์ สุคนธ์รัตน์ (2527, หน้า 70) ใช้เวลาสัมผัสร่วมกับการกระตุ้นด้วยคำพูด 45 นาที เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยอายุรกรรม ส่วน เทอร์ตัน (Turton, 1984, p. 47) ใช้เวลา 10 - 15 นาที ในการลดความเจ็บปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

3. ความแรง (intensity) ความแรงของการสัมผัสที่มีต่อผิวหนังจะมีทั้งขนาดแรงปานกลางและแผ่วเบา ไวส์ส (Weiss, 1979, p. 78) เสนอว่า การสัมผัสที่มีความแรงในระดับปานกลางจะให้คุณภาพน้อยกว่าการสัมผัสที่มีทั้งความแรงและความแผ่วเบาสลับกันไป ซึ่งจะมีผลในการเสริมสร้างความมั่นคงและความเป็นตัวของตัวเอง ต่อมา ไวส์ส (Weiss, 1986, p. 498) ได้เสนอแนวคิดอีกว่า ความแตกต่างของระดับความแรงจะมีผลแตกต่างกัน การให้สัมผัสที่เบาเกินไปทำให้มีการกระตุ้นและการรับรู้ลดลง ส่วนการให้สัมผัสที่รุนแรงมาก อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการตอบสนองของระบบประสาทได้ ดังนั้นความแรงในการสัมผัสจึงควรมีทั้งความแรงและแผ่วเบา แต่ต้องไม่เบาจนเกินไป หรือไม่แรงจนก่อให้เกิดความเจ็บปวด

4. การแสดงออก (action) เป็นคุณภาพการสัมผัสที่เกี่ยวข้องกับอาการปฏิกิริยาหรือการเคลื่อนไหวในระหว่างให้สัมผัส เช่น การลูบคลำ การนวด การจับ การกอดรัด ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นสิ่งที่แสดงความหมายในแต่ละสังคม

5. ความบ่อย (frequency) คือจำนวนครั้งของการได้รับสัมผัส ความบ่อยครั้งของการได้รับสัมผัสจะช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่มั่นคงและเพิ่มความรู้สึกไว้วางใจ รวมทั้งการเพิ่มความสามารถทางด้านความคิดและอารมณ์ สำหรับความเหมาะสมของจำนวนครั้งในการให้สัมผัสนั้น เพอร์ส (Pearce, 1988, p. 28) ได้กล่าวว่า การสัมผัสประมาณ 5 ครั้ง จะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการส่งข่าวสารได้ดีกว่าการติดต่อสื่อสารโดยใช้คำพูด ส่วนความเหมาะสมของระยะห่างในการสัมผัสแต่ละครั้ง ยังไม่มีรายงานที่ระบุไว้อย่างชัดเจน จึงมีผู้สนใจศึกษาผลของการสัมผัสโดยใช้ระยะห่างของการสัมผัสในแต่ละครั้งแตกต่างกัน เช่น จากการศึกษาของ ศิริพันธ์ สุคนธรัตน์ (2527, หน้า 98) ใช้ระยะห่างของการสัมผัสในแต่ละครั้ง 24 ชั่วโมง เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย ส่วน สุตารัตน์ สุวรรณเทวะคุปต์ (2535, หน้า 68) ใช้ระยะห่างของการสัมผัสในแต่ละครั้ง 1 ชั่วโมง เพื่อลดความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

6. ความรู้สึก (sensation) เป็นปฏิกิริยาของผิวหนังต่อการสัมผัส ถ้าพยาบาลสัมผัสผู้ป่วยด้วยความรู้สึกที่ดี เห็นอกเห็นใจ เต็มใจและพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือ จะทำให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้ถึงความรู้สึกของผู้ให้สัมผัสได้ ก่อให้เกิดความพึงพอใจและพัฒนาการในทางบวก

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสัมผัส

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสัมผัสสามารถสรุปได้ดังนี้

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย

1.1 เพศ พบว่าพยาบาลมักหลีกเลี่ยงการให้สัมผัสกับเพศตรงข้าม เนื่องจากเกรงว่าผู้รับสัมผัสจะแปลความหมายของการสัมผัสเป็นการกระตุ้นทางเพศ (Ujhely, 1979, p. 29) แต่จากการศึกษาของศิริพันธ์ สุคนธรัตน์ (2527, หน้า 98 - 99) พบว่าทั้งเพศหญิงและเพศชายรับรู้ว่าการสัมผัสของพยาบาลเป็นการสัมผัสเพื่อให้กำลังใจและปลอบใจ เป็นการปฏิบัติในลักษณะของวิชาชีพ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล

1.2 อายุ ความต้องการสัมผัสของบุคคลจะไม่เพิ่มหรือลดลงตามอายุ (Tobiason, 1981, p.729) แต่จากการศึกษาของเอสตาบรูคส์ (Estabrooks, 1989, p. 339) พบว่าพยาบาลมักสัมผัสผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยเด็กมากกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในวัยหนุ่มสาว อาจเนื่องมาจาก

การรับรู้ว่าการสัมผัสเป็นภาษาที่เด็กเข้าใจได้ง่ายที่สุด และการสัมผัสจะช่วยทำให้เด็กทารกเกิดกระบวนการเรียนรู้ การพัฒนาร่างกาย และสติปัญญาในด้านบวก (Barnett, 1972, p. 108) สำหรับผู้สูงอายุนั้นแม้มีความสามารถในการได้ยินและการมองเห็นเสื่อมลง พยาบาลจึงมักใช้การสัมผัสร่วมกับการใช้คำพูดในการติดต่อสื่อสาร เพราะการสัมผัสเป็นการติดต่อสื่อสารที่ผู้ป่วยยอมรับ และจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการตอบสนองได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม การรับรู้ในการสัมผัสของผู้สูงอายุอาจลดลงได้เช่นกัน โดยเกิดจากการแปลผลการรับรู้ที่ไม่แน่นอน (Goodykoontz, 1979, p. 12)

1.3 ระยะเวลาเป็นส่วนตัวของบุคคล การที่บุคคลหนึ่งมีพฤติกรรมที่ก้าวล่วงเข้าไปในความเป็นส่วนตัวของบุคคลหนึ่ง อาจได้รับการตอบสนองไปในรูปของการปฏิเสธ (Estabrooks & Morse, 1992, p. 453) ทำให้เกิดปฏิกิริยาต่อต้านการสัมผัสได้ เช่น จากการศึกษาเรื่องผลของการสัมผัสในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยวิกฤตจำนวน 60 ราย ของ แมคคอร์เคิล (McCorkle, 1974, pp. 129-130) พบว่า ผู้ป่วยแสดงความไม่พอใจโดยการขมวดคิ้ว ร้อยละ 3.3 โดยการร้องไห้ ร้อยละ 3.3 มีท่าทางไม่เป็นมิตร ร้อยละ 3.3 และเบี่ยงตัวหนีจากพยาบาล ร้อยละ 16.7 กูดี้คุนทซ์ (Goodykoontz, 1979, p. 6) จึงได้เสนอระยะห่างระหว่างบุคคลที่เหมาะสมในขณะให้สัมผัสที่ระยะ 6 - 18 นิ้ว ส่วน เมสัน และพราต (Mason & Pratt, 1980, p. 1000) กล่าวว่า การสัมผัสของพยาบาลในระหว่างการปฏิบัติงานถือเป็นบทบาทของวิชาชีพ และเป็นการล่วงล้ำในความเป็นส่วนตัวของบุคคลที่ผู้ป่วยสามารถยอมรับได้ แต่อย่างไรก็ตามพยาบาลควรมีการสังเกตพฤติกรรมการตอบสนองต่อการสัมผัสของผู้ป่วย เช่น การแสดงออกทางสีหน้า การสบตา การเคลื่อนไหวของร่างกาย ความตึงตัวของกล้ามเนื้อและน้ำเสียง ทั้งนี้เพื่อปรับการใช้สัมผัสให้เหมาะสม (Tovar & Cassmeyer, 1989 p. 1359)

1.4 วัฒนธรรม แม้ว่าการสัมผัสจะเป็นการสื่อสารที่ดีที่สุด แต่บางวัฒนธรรมการสัมผัสบางลักษณะถือเป็นสัมผัสที่ต้องห้าม (Goodykoontz, 1979, p. 9) เช่น ในสังคมไทยถือว่าผู้อ่อนวัยกว่าไม่ควรตบไหล่ หรือ จับศีรษะผู้ที่สูงวัยกว่า หรือ หญิงไม่ควรสัมผัสชายเกินความจำเป็น ในที่สาธารณะ เป็นต้น ฉะนั้นการสัมผัสจึงควรพิจารณาให้สอดคล้องกับสังคม และวัฒนธรรมนั้น ๆ ด้วย

1.5 ภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยโดยเฉพาะโรคของร่างกายที่เกี่ยวข้องกับประสาทรับรู้สีกส่วนของคอร์เทกซ์ และวิถีทางนำเข้าของระบบประสาท เป็นต้น เพราะสิ่งเหล่านี้จะมีผลขัดขวางต่อการรับสัมผัสได้ (Weiss, 1986, p. 500)

1.6 ทศนคติที่เกี่ยวข้องกับการสัมผัส ขึ้นอยู่กับความเชื่อของสังคมและประสบการณ์ที่ได้รับจากการสัมผัสว่าจะได้รับสัมผัสในด้านบวก หรือด้านลบ (Weiss, 1986, p. 499) จากการศึกษาของมูเลคและคณะ (Mulaik, Cannon, Cannella, Megenity, Chance, Garland & Gilead, 1991, pp. 306 - 322) ในเรื่องการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพยาบาลในการให้สัมผัสผู้ป่วย 98 ราย พบว่าการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการสัมผัสของพยาบาลนั้นส่วนใหญ่เป็นการรับรู้ในด้านบวก

2. ปัจจัยด้านพยาบาล

2.1 ความรู้สึกในขณะที่ให้สัมผัสผู้ป่วย พยาบาลควรมีความรู้สึกสบายใจและให้สัมผัสด้วยความมั่นใจ เต็มใจ เนื่องจากการสัมผัสสามารถถ่ายทอดความรู้สึกทางอารมณ์จากผู้ให้สัมผัสไปสู่ผู้รับสัมผัสได้ (Goodykoontz, 1979, p.14) เพราะหากพยาบาลให้สัมผัสผู้ป่วยด้วยความรู้สึกไม่เป็นสุข อึดอัด กังวลใจ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกคุกคามได้

2.2 การให้สัมผัสต้องสอดคล้องกับความรู้สึกของผู้ป่วยในขณะนั้น สิ่งที่ทำให้การสัมผัสมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ผู้ให้สัมผัสจะต้องมีทักษะในการประเมินความรู้สึกของผู้ป่วย และให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับความรู้สึกนั้น ๆ ได้อย่างเหมาะสม (Barnett, 1972, p. 108)

ประโยชน์ของการสัมผัส

การสัมผัสเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ตั้งแต่การมีปฏิสัมพันธ์จนกระทั่งเสียชีวิต และเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องการ สามารถก่อให้เกิดประโยชน์ได้ดังนี้

1. การสัมผัสก่อให้เกิดพัฒนาการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และบุคลิกภาพในเด็กแรกเกิด โดยการได้รับประสบการณ์สัมผัสจากการกอดรัด หรือตบเบา ๆ นอกจากนี้ การสัมผัสยังก่อให้เกิดพัฒนาการด้านความรัก ความเชื่อมั่น และความไว้วางใจ (Barnett, 1972, p. 104)

2. การสัมผัสเป็นพื้นฐานในการสร้างสัมพันธภาพที่อาจใช้เวลาเพียงสั้น ๆ เท่านั้นซึ่งอาจทำได้โดยการจับมือ และบริเวณแขนหรือไหล่ เป็นต้น (McCorkle, 1974, p.125; Tovar & Cassmeyer, 1989, p. 1359)

3. การสัมผัสสามารถลดช่องว่างระหว่างบุคคล และเป็นแหล่งก่อให้เกิดความสุขสบาย ความพึงพอใจ เนื่องจากสามารถกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาธิก ทำให้เกิดการผ่อนคลาย รวมทั้งทำให้ระดับความวิตกกังวล ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจลดลง (Barnett, 1972, p. 103; Goodykoontz, 1979, p.9; Tovar & Cassmeyer, 1989, p. 1359)

4. การสัมผัสโดยเฉพาะการนวด จะช่วยให้การไหลเวียนของเลือดและน้ำเหลืองดีขึ้น (ชัยพร เรืองกิจ, 2530, หน้า 123)

5. การสัมผัสเป็นสิ่งที่แสดงว่าผู้รับสัมผัสได้ถูกทอดทิ้งให้อยู่เพียงลำพัง แต่ยังมีผู้ให้สัมผัสอยู่ใกล้ ๆ และพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือ (Turton, 1984, p. 47)

6. การสัมผัสจะช่วยให้ผู้รับสัมผัสสามารถปรับตัวและค่อย ๆ พิจารณายอมรับสิ่งต่าง ๆ ได้ เช่น ทำให้ผู้ป่วยใกล้ตายยอมรับความจริง และความตายที่จะมาถึง (McCorkle, 1974, p. 126; Weiss, 1986, p. 497)

จะเห็นว่าการสัมผัสทำให้ผู้รับสัมผัสมีความอบอุ่นใจ มั่นใจ สุขสบาย และผ่อนคลาย รวมทั้งทำให้ผู้รับสัมผัสสามารถปรับตัว ยอมรับสิ่งต่าง ๆ ได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะมีผลทำให้ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลงได้

ขั้นตอนการสัมผัส

การสัมผัสที่มีประสิทธิภาพจะประกอบด้วย 2 ระยะ (Estabrooks & Morse, 1992, p. 453) คือ

1. ระยะเริ่มแรก (entering) เป็นระยะที่พยาบาลจะต้องเข้าไปในขอบเขตความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยอาจจะปฏิเสธ ถ้าการล้วงล้ำนั้นไม่เหมาะสม ในระยะนี้พยาบาลควรใช้การสื่อสารโดยคำพูด ทั้งนี้เพื่อมีจุดประสงค์ 2 ประการ คือ

1. เพื่อเป็นการเริ่มต้น และเป็นการบอกให้ผู้ป่วยทราบล่วงหน้า

2. เป็นการขออนุญาตผู้ป่วย เพื่อให้พยาบาลได้รับทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความ ต้องการของผู้ป่วย

การสื่อสารโดยคำพูดในระยะนี้ อาจพูดในลักษณะเสริมความมั่นใจ และ/หรือปลอบใจ แล้วจึงเริ่มให้สัมผัสแก่ผู้ป่วย (Tovar & Cassmeyer, 1989, p. 1359)

2. ระยะเชื่อมสัมพันธ์ (connecting) เป็นระยะที่ทั้งการสัมผัสร่วมกับการสื่อสาร โดยคำพูด ลักษณะของการสัมผัสไม่ควรแรงจนทำให้ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวด แต่ควรมีทั้งความ แรงและแผ่วเบาสลับกัน (Weiss, 1979, p. 78) สำหรับระยะทางระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล ที่เหมาะสมควรมีระยะประมาณ 6 - 18 นิ้ว (Goodykoontz, 1979, p. 6) การสัมผัสอาจ ทำโดยการจับมือ การตบเบา ๆ การลูบไล้บริเวณแขนและไหล่ด้วยจังหวะสม่ำเสมอและด้วย ความมั่นคง ในระหว่างการสัมผัสพยาบาลควรสังเกตปฏิกิริยาการตอบสนองของผู้ป่วย เช่น การแสดงสีหน้า การเคลื่อนไหวของร่างกายด้วยเช่นกัน ส่วนการสื่อสารด้วยคำพูดให้ทำใน ลักษณะเดียวกับระยะที่ 1 (Tovar & Cassmeyer, 1989, p. 1359)

สำหรับวิธีการสัมผัสของโทวา และแคสเมเยอร์ (Tovar & Cassmeyer, 1989, p. 1359) นั้นเป็นการให้สัมผัสขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องรอผ่าตัด ซึ่งมีการสัมผัสร่วมกับการสื่อสาร ด้วยคำพูดที่มีลักษณะเสริมความมั่นใจและปลอบใจผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลายและ สุขสบาย โดยการสัมผัสนั้นพยาบาลกระทำด้วยท่าทางสงบและนุ่มนวล เพื่อมิให้ผู้ป่วยตกใจและ ต่อด้าน สำหรับความแรงที่ใช้ในการสัมผัสเป็นความแรงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึก แต่ไม่แรงจนทำให้ ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวด และมีทั้งความแรงสลับกับเบา ส่วนการกระทำการสัมผัสที่แสดงถึงอัตรา หรือความเร็วมีเพียงเล็กน้อยเท่านั้น เช่น การลูบไล้หรือตบเบา ๆ อย่างสุภาพ ตามขั้นตอนดังนี้

1. วางมือบนบริเวณหลังเท้าหรือข้อเท้าของผู้ป่วย
2. จากนั้นให้พยาบาลค่อย ๆ เดินเลื่อนตัวมาด้านหัวเตียงของผู้ป่วย และวางมือลงบน หน้าผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล พร้อมพูดคุยกับผู้ป่วยด้วยถ้อยคำที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสบายใจ แล้ว จีบปับ หรือลูบไล้แขน และไหล่ของผู้ป่วย

3. ก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับยาระงับความรู้สึก พยาบาลควรยืนอยู่ข้าง ๆ พร้อมกับบีบมือ เบา ๆ และ ลูบไล้แขนของผู้ป่วยร่วมกับการใช้ถ้อยคำที่เสริมสร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วยอีกครั้ง

ขณะที่ให้การสัมผัสผู้ป่วยนั้น โทวาและแคสเมเยอร์แนะนำว่าควรมีการสังเกตพฤติกรรม
การตอบสนองต่อการสัมผัสของผู้ป่วยตามที่ได้กล่าวไว้แล้ว

การสัมผัสเพื่อลดความวิตกกังวล

วิธีการสัมผัสเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้วิจัยได้สร้างจากแนวความคิดการ
สัมผัสที่ก่อให้เกิดความสุขสบายและผ่อนคลายของโทวาและแคสเมเยอร์ (Tovar & Cassmeyer,
1989, pp. 1359-1360) กับแนวความคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบที่ทำให้การสัมผัสมีคุณภาพของ
ไวส์ (Weiss, 1979, pp. 77-78) รวมทั้งความรู้จากการศึกษาค้นคว้า แล้วนำข้อมูลมา
ดัดแปลงเพื่อให้เกิดความเหมาะสม

การสัมผัสเพื่อลดความวิตกกังวลในครั้งนี้เป็นการสัมผัสเพื่อการดูแลและประคับประคอง
สภาพจิตใจของผู้ป่วย โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพเพื่อเป็นการบอกให้ผู้ป่วยทราบล่วงหน้า
และเป็นการขออนุญาตผู้ป่วยตามแนวคิดของ เอสตาบรูคส์ และมอร์ส (Estabrooks &
Morse, 1992, p. 453) สำหรับขั้นตอนของการสัมผัสจะมีการสื่อสารด้วยคำพูดในลักษณะให้
กำลังใจ และสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วย กับสัมผัสซึ่งมีทั้งการจับ การลูบไล้ การบีบ การตบ
เบา ๆ ที่บริเวณหลังมือ มือ และแขนของผู้ป่วยด้วยความแรงและเบาสลับกันเป็นจังหวะสม่ำเสมอ
นุ่มนวล โดยมีความถี่ของการสัมผัส 5 ครั้ง ๆ ละ 10 นาที (Pearce, 1988, p. 28;
Tovar & Cassmeyer, 1989, pp. 1359 - 1360) และมีระยะห่างของการสัมผัสในแต่ละ
ครั้ง 50 นาที

ผลของการสัมผัสจะยับยั้งการทำงานของไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ซึ่งมีหน้าที่
เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ โดยไฮโปทาลามัสจะทำงานร่วมกับระบบประสาทอัตโนมัติ
ไซสันหลัง สมองส่วนเรติคูลาร์ ฟอร์เมชัน (reticular formation) ซีรีบรัล คอร์เทกซ์ และ
ระบบลิมบิก ทำให้มีการหลั่งนอร์อิพิเนเฟรินและอะซิติลโคลีน จากระบบประสาทซิมพาธิกและ
พาราซิมพาธิก ตามลำดับ ซึ่งพบว่าการมีระดับนอร์อิพิเนเฟรินในร่างกายมาก จะทำให้บุคคล
มีอาการตื่นขึ้น นอกจากนั้นผลของการสัมผัสยังลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาธิกและกระตุ้น

การทำงานของประสาทพาราซิมพาธิก จึงทำให้เกิดการผ่อนคลาย ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจและระดับความวิตกกังวลลดลงอีกด้วย (อุดม บุญยธรรม, 2527, หน้า 3 - 22, 6 - 12; Tovar & Cassmeyer, 1989, p. 1356)

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีผู้สนใจศึกษาผลของการสัมผัสเพื่อลดความวิตกกังวล ดังนี้คือ

ฉวี เบาพรวง (2526, หน้า 69 - 70) ได้ศึกษาเรื่องผลของการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผน และการสัมผัสต่อการลดความวิตกกังวล และพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในระยะคลอดของผู้คลอดจำนวน 30 ราย พบว่า กลุ่มผู้คลอดที่ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผนร่วมกับการให้สัมผัส จะมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างเดียว และน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามกิจวัตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศิริพันธ์ สุคนธรัตน์ (2527, หน้า 84) ได้ศึกษาเรื่องผลการสัมผัสต่อระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตัวในแผนกอายุรกรรม จำนวน 36 ราย พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการสัมผัสร่วมกับการกระตุ้นด้วยคำพูด จะมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการกระตุ้นด้วยคำพูดเพียงอย่างเดียวและน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามกิจวัตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภัสพร ขำวิชา (2534, หน้า 60 - 61) ได้ศึกษาเรื่องผลการสัมผัสต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด จำนวน 60 ราย พบว่า ระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการสัมผัส ลดลงมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามกิจวัตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการสัมผัสมีค่าเฉลี่ยของผลต่างความดันซิสโตลิกและชีพจรลดลงมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามกิจวัตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน

วิทเชอร์และฟิชเชอร์ (Whitcher & Fisher cited in May, 1986, p.30) ได้ศึกษาผลการสัมผัสของพยาบาลระหว่างการสอนการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ต่อการตอบ

สนองด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลและความดันโลหิตลดลง รวมทั้งมีพฤติกรรมด้านบวกก่อนผ่าตัดเพิ่มมากขึ้น

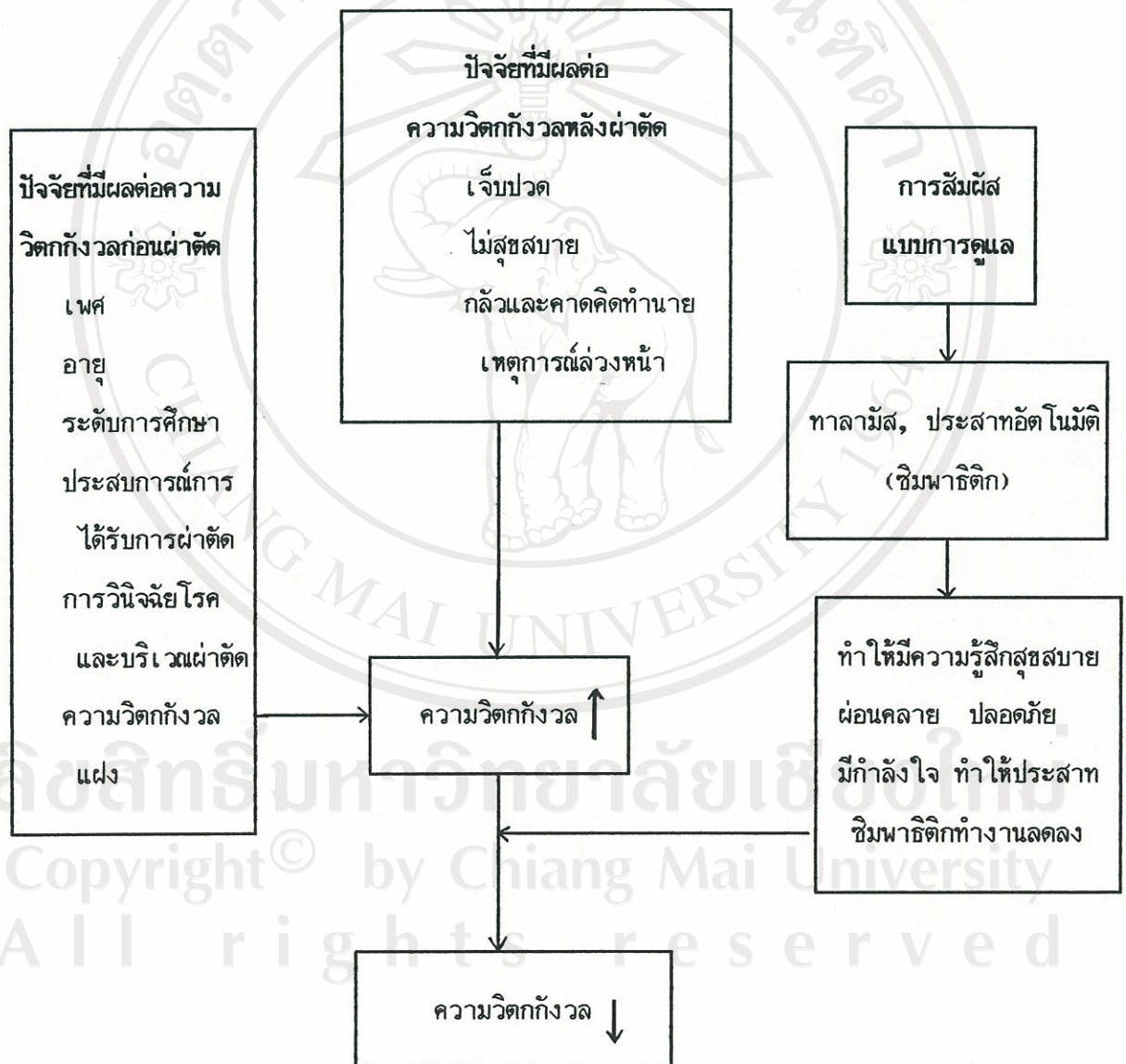
สรุป

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด จะเกิดความกลัว และคาดคิดทำนายเหตุการณ์ต่าง ๆ ล่วงหน้าทำให้เกิดความวิตกกังวลในเรื่องเกี่ยวกับเศรษฐกิจ การปฏิบัติด้วยขณะเจ็บปวด การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ การเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัวและกลัวความตายหรือความพิการที่อาจจะเกิดขึ้นกับร่างกาย ซึ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนี้จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน มีความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น มีการใช้เวลาในการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดนานกว่าปกติ มีภูมิคุ้มกันต่ำ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อได้ง่าย ดังนั้นการลดความวิตกกังวลจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพราะการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สามารถปรับตัวและฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้โดยปราศจากภาวะแทรกซ้อน

การสัมผัสเป็นวิธีการลดความวิตกกังวล ที่พยาบาลสามารถกระทำได้อย่างอิสระ และมีประสิทธิภาพ โดยไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องมือใด ๆ การสัมผัสที่เหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย ผ่อนคลาย เชื่อมั่น เต็มใจให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ซึ่งจะมีผลให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพปกติโดยปราศจากภาวะแทรกซ้อนในที่สุด

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

จากแนวคิดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผลของการสัมผัสต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วย
หลังผ่าตัด ผู้วิจัยนำมาสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้คือ



ภาพที่ 2 แสดงผลของการให้สัมผัสต่อการลดความวิตกกังวล