

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษา เรื่องผลของการสัมผัสต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยหลังผ่าตัด นำเสนอในรูปแบบตาราง ประกอบคำบรรยายโดยแบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลที่ได้จากมาตรวัดความวิตกกังวล
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลที่ได้จากแบบประเมินของสปิลเบอร์กเกอร์

ส่วนที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 30 ราย จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา ความวิตกกังวลแฝง การวินิจฉัยโรค การผ่าตัด และการได้รับยาแก้ปวด ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1 ถึงตารางที่ 4

ตารางที่ 1 จำนวนตัวอย่างของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา และระดับความวิตกกังวล

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน		รวม	ร้อยละ	หมายเหตุ
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม			
อายุ					
20 - 40 ปี	8	10	18	60	
41 - 60 ปี	7	5	12	40	
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	13	13	26	86.67	
มัธยมศึกษา	1	1	2	6.67	
อาชีวศึกษา	1	1	2	6.67	
อุดมศึกษา	-	-	-	-	
ระดับความวิตกกังวล					
ต่ำ	3	3	6	20	
ปานกลาง	12	12	24	80	
สูง	-	-	-	-	

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20 - 40 ปี จำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 ส่วนในช่วงอายุ 41 - 60 ปี มีจำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 40 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ใน ระดับประถมศึกษาถึง 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 86.67 ส่วนระดับมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษามีจำนวนเท่ากันคือ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.67 สำหรับระดับความวิตกกังวลแฝงของกลุ่มตัวอย่างนั้น พบว่าไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง แต่ส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางโดยมีจำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 80 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความวิตกกังวลต่ำมีเพียง 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 20

ตารางที่ 2 จำนวนตัวอย่างของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่จำแนกตาม การวินิจฉัยโรค

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน		รวม	ร้อยละ	หมายเหตุ
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม			
การวินิจฉัยโรค					
คอปอก	3	3	6	19.99	
นิ้วในถุงน้ำดี	1	1	2	6.67	
กระดูกแขนหัก	1	1	2	6.67	
มะเร็งเต้านม	1	1	2	6.67	
เนื้องอกเต้านม	1	1	2	6.67	
มะเร็งปากมดลูก	2	2	4	13.33	
เนื้องอกของอวัยวะ					
สืบพันธุ์สตรี	4	4	8	26.67	
เส้นประสาทของ					
ไขสันหลังถูกกด	2	2	4	13.33	

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็น
เนื้องอกของอวัยวะสืบพันธุ์สตรีมากที่สุด คือจำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.67 รองลงมาคือ
คอพอก ซึ่งมีจำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.99 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่า
เป็นมะเร็งปากมดลูกและเส้นประสาทของไขสันหลังถูกกด มีจำนวนเท่ากันคือ 4 ราย คิดเป็น
ร้อยละ 13.33 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็น นิ่วในถุงน้ำดี กระดูกแขนหัก
มะเร็งและเนื้องอกเต้านม มีเพียงอย่างละ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.67

ตารางที่ 3 จำนวนตัวอย่างของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามชนิดของการผ่าตัด

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน		รวม	ร้อยละ	หมายเหตุ
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม			
การผ่าตัด					
ผ่าตัดต่อมธัยรอยด์	3	3	6	19.99	
ผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดี	1	1	2	6.67	
ผ่าตัดตามกระดูกแขน	1	1	2	6.67	
ผ่าตัดมะเร็งเต้านม	1	1	2	6.67	
ผ่าตัดไส้เนืองอกเต้านม	1	1	2	6.67	
ผ่าตัดมะเร็งปากมดลูก	2	2	4	13.33	
ผ่าตัดไส้เนืองอกของ					
อวัยวะสืบพันธุ์สตรี	4	4	8	26.67	
ผ่าตัดไขสันหลัง	2	2	4	13.33	

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับเนื้องอกของอวัยวะสืบพันธุ์สตรีมากที่สุด คือจำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.67 รองลงมาคือ การผ่าตัดต่อมธัยรอยด์ ซึ่งมีจำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.99 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและกระดูกไขสันหลัง มีจำนวนเท่ากันคือ 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.33 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการผ่าตัด นิ้วในถุงน้ำดี ตามกระดูกแขน มะเร็งและเนื้องอกเต้านม มีเพียงอย่างละ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.67

ตารางที่ 4 จำนวนตัวอย่างของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่จำแนกตาม การได้รับยาแก้ปวด

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน		รวม	ร้อยละ	หมายเหตุ
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม			
การได้ยาแก้ปวด					
มอร์ฟีน	2	6	8	26.67	
เพธาดีน	4	6	10	33.33	

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่า ยาแก้ปวดที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมากที่สุดคือเพธาดีน มีจำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.33 รองลงมาคือ มอร์ฟีน มีจำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.67 จะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการใช้ยาแก้ปวดเพธาดีน และมอร์ฟีนร่วมกัน จำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 โดยกลุ่มควบคุมมีอัตราการใช้ยาแก้ปวดสูงกว่ากลุ่มทดลองคือมีจำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนกลุ่มทดลองมีเพียง 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 20

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลที่ได้จากมาตรวัดความวิตกกังวล

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความวิตกกังวลด้วยมาตรวัดความวิตกกังวลทั้งหมด 6 ครั้ง โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการประเมินความวิตกกังวลครั้งแรกก่อนการให้สัมผัส ส่วนครั้งต่อไป จะประเมินหลังจากได้รับการสัมผัสจากผู้วิจัยแล้ว สำหรับผู้ป่วยกลุ่มควบคุมนั้น จะได้รับการประเมินความวิตกกังวลตามเวลาที่กำหนดไว้ โดยไม่ได้รับการสัมผัสจากผู้วิจัย ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลที่ได้จากมาตรวัดความวิตกกังวล ดังแสดงไว้ในตารางที่ 5 ถึง ตารางที่ 10

ตารางที่ 5 แสดงคะแนนความวิตกกังวล ค่าเฉลี่ย ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้จากมาตรวัดความวิตกกังวล และจากแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ ของ สปีลเบอร์เกอร์

ลำดับที่ ของผู้ป่วย	คะแนนจากมาตรวัดความวิตกกังวลของการประเมินครั้งที่						คะแนน ความวิตกกังวล ขณะเผชิญ
	1	2	3	4	5	6	
1	39	33	26	21	17	9	37
2	66	41	25	9	5	5	39
3	49	43	33	22	10	14	31
4	41	27	15	3	0	0	28
5	59	31	19	14	11	4	32
6	42	27	15	11	7	7	37
7	43	30	25	19	15	6	24
8	86	78	47	28	12	12	39
9	32	26	24	17	10	3	32
10	49	41	36	31	26	26	47
11	42	37	32	25	18	11	44
12	50	45	41	34	29	23	26
13	44	31	26	18	11	3	36
14	25	16	9	0	0	0	27
15	47	35	30	25	22	11	36
รวม	714	541	403	277	193	124	515
ค่าเฉลี่ย	47.6	36.1	26.9	18.5	12.9	8.3	34.3

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่าผลรวมของคะแนนความวิตกกังวล และค่าเฉลี่ยของผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ประเมินได้ในแต่ละช่วงเวลา มีระดับลดลงตามลำดับ เมื่อพิจารณาเป็นรายบุคคลในแต่ละช่วงเวลา ก็ยังพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนความวิตกกังวลลดลงตามลำดับ เช่นเดียวกัน คือมีจำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.67 ส่วนผู้มีคะแนนความวิตกกังวลเท่ากันในการประเมินครั้งที่ 5 และ 6 มีจำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.67 มีเพียง 1 ราย เท่านั้น ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 6.67 ที่มีคะแนนความวิตกกังวลในการประเมินครั้งที่ 6 มากกว่าครั้งที่ 5

ตารางที่ 6 แสดงคะแนนความวิตกกังวล ค่าเฉลี่ย ของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้จากมาตรวัดความวิตกกังวล และจากแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ ของ สปีดเบอร์ดเกอร์

ลำดับที่ ของผู้ป่วย	คะแนนจากมาตรวัดความวิตกกังวลของการประเมินครั้งที่						คะแนน ความวิตกกังวล ขณะเผชิญ
	1	2	3	4	5	6	
1	64	64	39	49	75	28	50
2	67	67	51	28	11	7	46
3	42	42	42	36	27	20	27
4	50	59	59	62	58	58	53
5	71	60	49	35	24	13	36
6	56	42	33	30	30	24	37
7	48	48	34	34	26	8	42
8	45	45	39	39	23	30	42
9	40	40	49	37	30	24	45
10	52	64	57	38	33	32	47
11	45	45	37	37	31	31	46
12	57	57	50	50	44	36	46
13	62	70	41	41	35	29	38
14	17	6	2	0	0	0	35
15	43	63	53	26	26	10	44
รวม	759	772	635	542	473	350	634
ค่าเฉลี่ย	50.6	51.5	42.3	36.1	31.5	23.3	42.3

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่าผลรวมของคะแนนความวิตกกังวล และค่าเฉลี่ยของผู้ช่วยกลุ่มควบคุม ที่ประเมินได้ในครั้งที่ 2 มีค่ามากกว่าครั้งที่ 1 ส่วนการประเมินในครั้งต่อไป พบว่า ผลรวมของคะแนนความวิตกกังวลและค่าเฉลี่ยมีระดับลดลงตามลำดับ แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายบุคคล ในแต่ละช่วงเวลา ส่วนใหญ่มีคะแนนความวิตกกังวล เท่าเดิม เพิ่มขึ้น หรือลดลง คือมีจำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 86.67 มีเพียง 2 รายเท่านั้น ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 13.33 ที่มีคะแนนความวิตกกังวลลดลงตามลำดับ

ตารางที่ 7 แสดงการเปรียบเทียบความวิตกกังวลทั้ง 6 ครั้ง ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางเมื่อมีการวัดซ้ำ

แหล่งความแปรปรวน	df	ss	ms	F
ระหว่างบุคคล		28077.57		
กลุ่มตัวอย่าง	1	9088.01	9088.01	13.40**
ความคลาดเคลื่อนระหว่างกลุ่ม	28	18989.56	678.20	
ภายในบุคคล		35744.50		
ระยะเวลาในการประเมิน	5	24542.90	4908.58	68.79**
การมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน	5	1209.02	241.80	16.94**
ความคลาดเคลื่อนภายในกลุ่ม	140	9992.58	71.36	
รวมทั้งหมด	179	63822.07		

** $p < .01$

จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม และยังพบว่าผลรวมของค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลระหว่างผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่ประเมินได้ในแต่ละครั้งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้ยังมีปฏิสัมพันธ์ (interaction) ร่วมกันระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับระยะเวลาที่ประเมินความวิตกกังวล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จึงทดสอบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลเป็นรายคู่ ด้วยวิธีการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณแบบดุกี้ ดังแสดงไว้ในตารางที่ 8 ถึง ตารางที่ 10

ตารางที่ 8 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลภายในผู้ป่วยกลุ่มทดลอง เป็นรายคู่ด้วยวิธีการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณแบบตู่กี

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวล	ครั้งที่	1	2	3	4	5	6
	ค่าเฉลี่ย	47.6	36.07	26.87	18.47	12.87	8.27
ครั้งที่ 1	47.6	-	11.53**	20.73**	29.13**	34.73**	39.33**

** $p < .01$ ($T_{01} (12, 140) = 11.53$)

จากตารางที่ 8 แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังการสัมผัส มีค่าแตกต่างกัน โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลที่ประเมินได้ในครั้งที่ 1 หรือก่อนการสัมผัส แตกต่างจากค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลที่ประเมินได้ในครั้งที่ 2 3 4 5 และ 6 หรือภายหลังได้รับการสัมผัสจากผู้วิจัย ซึ่งมีค่าแตกต่างกันเท่ากับ 11.53 20.73 29.13 34.73 และ 39.33 ตามลำดับ เมื่อทดสอบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังการสัมผัส เป็นรายคู่ด้วยวิธีการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณแบบตู่กี ปรากฏผลว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลที่ประเมินได้ในครั้งที่ 1 แตกต่างจากค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลที่ประเมินได้ในครั้งที่ 2 3 4 5 และ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลหลังจากการสัมผัส ลดลงมากกว่าก่อนการสัมผัส

ตารางที่ 9 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลภายใน
ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม เป็นรายคู่ด้วยวิธีการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณแบบตูกี้

	ครั้งที่	1	2	3	4	5	6
ค่าเฉลี่ยของคะแนน ความวิตกกังวล	ค่าเฉลี่ย	50.6	51.47	42.33	36.13	31.53	23.33
ครั้งที่ 1	50.6	-	.87	8.27	14.47**	19.07**	27.27**

$$** p < .01 (T.01_{(12, 140)} = 11.53)$$

จากตารางที่ 9 แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลในแต่ละช่วงเวลา มีความแตกต่างกัน โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลที่ประเมินได้ในครั้งที่ 1 แตกต่างจาก ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลที่ประเมินได้ในครั้งที่ 2 3 4 5 และ 6 ซึ่งมีค่าแตกต่างกันเท่ากับ .87 8.27 14.47 19.07 และ 27.27 ตามลำดับ เมื่อทดสอบค่าเฉลี่ย ของคะแนนความวิตกกังวลในแต่ละช่วงเวลาเป็นรายคู่ ด้วยวิธีการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณแบบตูกี้ ปรากฏผลว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลที่ประเมินได้ในครั้งที่ 1 แตกต่างจากค่าเฉลี่ย ของคะแนนความวิตกกังวลที่ประเมินได้ในครั้งที่ 4 5 และ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลที่ประเมินได้ในครั้งที่ 1 มีค่ามากกว่าค่า เฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลที่ประเมินได้ในครั้งที่ 4 5 และ 6

ตารางที่ 10 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลระหว่างผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นรายคู่ด้วยวิธีการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณแบบดุกี

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุม	ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลอง					
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	ครั้งที่ 5	ครั้งที่ 6
47.60	36.07	26.87	18.47	12.87	8.27	
ครั้งที่ 1 50.60	3					
ครั้งที่ 2 51.47		15.40**				
ครั้งที่ 3 42.33			15.46**			
ครั้งที่ 4 36.13				17.66**		
ครั้งที่ 5 31.53					18.66**	
ครั้งที่ 6 23.33						15.06**

** $p < .01$ ($T_{.01(12, 140)} = 11.53$)

จากตารางที่ 10 แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลที่ประเมินได้ในครั้งเดียวกันระหว่างผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าแตกต่างกัน โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มที่ประเมินได้ในครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 6 มีค่าความแตกต่างเท่ากับ 3 15.40 15.46 17.66 18.66 และ 15.06 ตามลำดับ เมื่อทดสอบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลที่ประเมินได้ในครั้งเดียวกัน ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่ด้วยวิธีการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณแบบตู่ก็ปรากฏผลว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลระหว่างผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่ประเมินได้ในครั้งที่ 2 ถึงครั้งที่ 6 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลที่ประเมินได้ในครั้งที่ 1 ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าไม่แตกต่างกัน ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลที่ประเมินได้ในครั้งที่ 2 ถึงครั้งที่ 6 ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลที่ได้จากแบบประเมินความ
วิตกกังวลขณะเผชิญของสปีลเบอร์กเกอร์

ผู้ช่วยทุกรายจะได้รับการประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของสปีลเบอร์กเกอร์ เพื่อ
เป็นการยืนยัน และตรวจสอบผลที่ได้จากมาตรวัดความวิตกกังวล เนื่องจากแบบประเมินความ
วิตกกังวลขณะเผชิญของสปีลเบอร์กเกอร์ เป็นที่นิยมใช้ มีความเที่ยงตรงและค่าความเชื่อมั่นสูง
โดยผู้ช่วยกลุ่มทดลองจะได้รับการประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของสปีลเบอร์กเกอร์ หลังจาก
ที่ได้รับการสัมผัสและประเมินด้วยมาตรวัดความวิตกกังวลครั้งสุดท้ายแล้ว ส่วนผู้ช่วยกลุ่มควบคุมจะ
ได้รับการประเมินหลังจากประเมินด้วยมาตรวัดความวิตกกังวลครั้งสุดท้าย ผลการวิเคราะห์
เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญของสปีลเบอร์กเกอร์ ดังแสดงราย
ละเอียดในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญ
ของสปีลเบอร์กเกอร์ระหว่างผู้ช่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยวิธี $t - test$

กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{X}$	SD	t
กลุ่มทดลอง	34.33	6.37	3.35**
กลุ่มควบคุม	42.27	6.43	

** $p < .01$

จากตารางที่ 11 แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญเท่ากับ 34.33 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.37 ส่วนผู้ป่วยกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญเท่ากับ 42.27 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.43 เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญระหว่างผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธี $t - test$ ปรากฏว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญ มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งผลของการทดสอบนี้ สอดคล้องกับการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวล ที่ได้จากมาตรวัดความวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นรายคู่ ด้วยวิธีการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณแบบตูกี้ ในการวัดครั้งที่ 6 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 10 แล้ว

การอภิปรายผล

การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับ ผลการสัมผัสต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยหลังผ่าตัด สามารถนำมาอภิปรายผล ตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานของการวิจัยดังนี้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทาง เมื่อมีการวัดซ้ำ และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนแต่ละคู่ โดยใช้วิธีการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณแบบตู่ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลลดลงมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังแสดงไว้ในตารางที่ 7 และ 10 นอกจากนี้ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญระหว่างผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธี $t - test$ ยังพบว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังแสดงไว้ในตารางที่ 11 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 3 ที่กล่าวว่า ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองจะต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองหลังการสัมผัสลดลงมากกว่าก่อนการสัมผัส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังแสดงไว้ในตารางที่ 8 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 ที่กล่าวว่า ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองภายหลังการสัมผัสจะต่ำกว่าก่อนการสัมผัส สำหรับค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ประเมินได้ในครั้งที่ 1 มีค่ามากกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลที่ประเมินได้ในครั้งที่ 4 5 และ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังแสดงไว้ในตารางที่ 9 ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานข้อที่ 2 ที่กล่าวว่า ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมในแต่ละช่วงเวลาไม่แตกต่างกัน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่สนับสนุนสมมติฐานที่กล่าวว่า ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองจะต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม และระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองภายหลังการสัมผัสจะต่ำกว่าก่อนการสัมผัส สามารถอธิบายได้ว่าการสัมผัสทำให้ความวิตกกังวลลดลง ได้ดังนี้

เนื่องจากผู้ป่วยหลังผ่าตัด จะมีความวิตกกังวลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวดจากการมีบาดแผล กลัวสภาพแวดล้อม และสิ่งที่ไม่คุ้นเคยภายในห้องผ่าตัด กลัวความไม่ปลอดภัย กลัวไม่ได้รับการดูแลและการช่วยเหลือจากแพทย์และพยาบาล กลัวการถูกทิ้งให้อยู่เพียงลำพัง ผู้ป่วย

จึงต้องการความมั่นใจ ความปลอดภัย ความอบอุ่นใจ รวมทั้งการพยาบาล และความช่วยเหลือต่าง ๆ (Samarel, 1990, pp. 31 - 32) สำหรับการพยาบาลที่ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้รับคือการวัดสัญญาณชีพ การพูดเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจว่า "ผ่าตัดเรียบร้อยแล้ว" หรือ "ไม่เป็นอะไรแล้วนะ" และการได้รับยาแก้ปวด นอกจากนี้มีผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเฉพาะที่รับการรักษาที่ตึกนรีเวชกรรม 1, 2 เท่านั้น ที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลในเรื่องความสะอาดของร่างกาย เช่น การเช็ดตัว และการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ เป็นต้น

แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการสัมผัสจากพยาบาล โดยการวัดสัญญาณชีพ และการทำความสะอาดบริเวณร่างกาย แต่การสัมผัสในลักษณะดังกล่าว เป็นการสัมผัสเพื่อการทำงาน ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเครียด หรือความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพอารมณ์ของพยาบาล และสถานการณ์ในขณะนั้น (Estabrooks, 1989, pp. 394 - 395) แต่สิ่งเหล่านี้ยังไม่เพียงพอที่จะทำให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้องการสิ่งกระตุ้นที่มีความหมาย จากการได้ยิน การมองเห็น และการสัมผัส (Samarel, 1990, p.34) เช่น จากการศึกษาในครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างคนหนึ่งพูดกับผู้วิจัย ในขณะที่อยู่ในห้องพักฟื้นว่า "ชอบจับมือหน่อยได้ไหม" ซึ่งเป็นสิ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยต้องการการสัมผัสจากพยาบาล และการให้สัมผัสที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยในขณะนั้น จะทำให้ผลของการสัมผัสมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกไว้วางใจ เชื่อมั่น อบอุ่นใจ และปลอดภัย (Barnett, 1972, p. 108) การสัมผัสยังทำให้ผู้ป่วยรับรู้ ว่า ผู้ป่วยมิได้ถูกทอดทิ้งให้อยู่เพียงลำพัง แต่ยังมีผู้ให้สัมผัสอยู่ใกล้ ๆ และพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือ (Turton, 1984, p. 47) นอกจากนี้การสัมผัสยังทำให้ความวิตกกังวลลดลง ร่างกายเกิดการผ่อนคลาย และสุขสบายอีกด้วย (Tovar & Cassmeyer, 1989, p. 1356) ดังนั้นเมื่อผู้วิจัยเข้าไปให้การสัมผัสผู้ป่วยกลุ่มทดลอง จึงทำให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลง เห็นได้อย่างชัดเจน ดังแสดงไว้ในตารางที่ 10 กล่าวคือในการประเมินความวิตกกังวลครั้งแรกซึ่งใช้เป็นตัวเปรียบเทียบกับครั้งต่อ ๆ ไป ของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ปรากฏผลว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน แต่หลังจากกลุ่มทดลองได้รับการสัมผัสในแต่ละครั้งแล้ว พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในการประเมินครั้งที่ 2 3 4 5 และ 6 ลดลงแตกต่างกัน

กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งผลการศึกษา^๕สอดคล้องกับการศึกษาของจวี เบาทรวง (2526, หน้า 69 - 70) เรื่องผลของการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผน และการสัมผัสต่อความวิตกกังวล และพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในระยะคลอดของผู้คลอด ที่พบว่า กลุ่มผู้คลอดที่ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผนร่วมกับการให้การสัมผัส จะมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างเดียว และน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามกิจวัตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ ศิริพันธ์ สุคนธ์รัตน์ (2527, หน้า 84) เรื่องผลการสัมผัสต่อระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตัวในแผนกอายุรกรรม ที่พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการสัมผัสร่วมกับการกระตุ้นด้วยคำพูด จะมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการกระตุ้นด้วยคำพูดเพียงอย่างเดียว และน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามกิจวัตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งชี้ให้เห็นว่า สิ่งกระตุ้นที่มีความหมายสำหรับผู้ป่วย เป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่จะทำให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลง แต่การกระตุ้นด้วยคำพูดเพียงอย่างเดียวไม่สามารถลดความวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่นเดียวกับคำกล่าวของบาร์เนต (Barnett, 1972, p. 103) ที่ว่าการให้สัมผัสร่วมกับการใช้คำพูด จะมีประสิทธิภาพ และให้ความหมายลึกซึ้งมากกว่าการใช้คำพูดเพียงอย่างเดียว และสนับสนุนคำกล่าวของ ซาเมเรล (Samarel, 1990, p. 34) ที่ว่า ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลต้องการสิ่งกระตุ้นที่มีความหมาย จากการได้ยิน การมองเห็น และการสัมผัส นอกจากนี้ยังสนับสนุนผลการศึกษาของภัสพร ขำวิชา (2534, หน้า 60 - 61) เรื่องผลของการสัมผัสต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ที่พบว่า ระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการสัมผัสลดลงมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามกิจวัตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบอีกว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการสัมผัสมีค่าเฉลี่ยของผลต่างความดันซิสโตลิก และชีพจร ลดลงมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามกิจวัตร จากผลการศึกษาของ ภัสพร ขำวิชา แสดงให้เห็นว่าการสัมผัสสามารถกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาธิก ทำให้ผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลาย และสุขสบาย รวมทั้งทำให้ระดับความวิตกกังวล ค่าของความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจลดลงอีกด้วย (Tovar & Cassmeyer, 1989, p. 1359)

แม้ว่าการสัมผัสจะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยมาก แต่การสัมผัสผู้ป่วยควรมีการสังเกตปฏิกิริยาของผู้ป่วยร่วมไปในขณะเดียวกันด้วย ดังข้อเสนอแนะของโทวาและแคสเมเยอร์ (Tovar & Cassmeyer, 1989, p. 1359) ที่ว่าพยาบาลควรมีการสังเกตพฤติกรรมการตอบสนองต่อการสัมผัสของผู้ป่วย เช่น การแสดงออกทางสีหน้า การสบตา ลักษณะการเคลื่อนไหวร่างกาย ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และ น้ำเสียง ทั้งนี้เพื่อปรับการใช้สัมผัสให้เหมาะสม เพราะจากการศึกษาในครั้งนี้ มีผู้ป่วยจำนวน 1 ราย ที่ปฏิเสธการสัมผัสและการประเมินความวิตกกังวล ด้วยการขมวดคิ้ว การถอนหายใจ และบอกกับผู้วิจัยว่าต้องการพักผ่อน ผู้วิจัยจึงหยุดให้การสัมผัสและการประเมินความวิตกกังวลผู้ป่วยรายนั้นทันที แต่อย่างไรก็ตาม จากการสอบถามผู้ป่วยที่ได้รับการสัมผัส พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 14 ราย บอกว่าต้องการการสัมผัสจากพยาบาล มีเพียง 1 รายเท่านั้นที่บอกว่า ไม่ต้องก็ได้ เพราะรู้สึกเกรงใจพยาบาล แต่ผู้ป่วยทุกรายมีความรู้สึกในด้านบวกต่อการสัมผัส โดยกล่าวว่า รู้สึกสบาย ทำให้ไม่คิดอะไร รู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย และมีกำลังใจ รวมทั้งรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนสนใจ ดูแล เอาใจใส่ เป็นต้น ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงสรุปได้ว่า การสัมผัสผู้ป่วยหลังผ่าตัด สามารถช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ แต่อาจมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งเสริมให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองลดลงอีก เช่น การตอบสนองของพยาบาลต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วย การเยี่ยมของญาติ การรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเองภายหลังการผ่าตัด เป็นต้น ซึ่งจะกล่าวในรายละเอียดต่อไป

ผลการวิเคราะห์ที่ปฏิเสธสมมติฐานที่ว่า ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมในแต่ละช่วงเวลาไม่แตกต่างกัน ซึ่งสาเหตุที่ทำให้การประเมินความวิตกกังวลครั้งที่ 1 แตกต่างจากการประเมินในครั้งที่ 4 5 และ 6 อาจมีปัจจัยหลายอย่างร่วมกันคือ

1. การตอบสนองของพยาบาลต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดส่วนใหญ่ จะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บปวด จากการมีแผลผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แม็คคลีนและคูเปอร์ (McClean & Cooper, 1990, p.154) ที่พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เนื่องจากกลัวความเจ็บปวดภายหลังผ่าตัดมากเป็นอันดับ 1 ถึงร้อยละ 65 เช่นเดียวกับการศึกษาของสมศรี เจริญหล้า (2525, หน้า 81 - 82) ที่พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดจะมีความวิตกกังวลในเรื่อง การปฏิบัติตนขณะเกิดความเจ็บปวดมากที่สุด ดังนั้น

เมื่อพยาบาลให้การตอบสนอง เรื่องที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวด ซึ่งเป็นเรื่องที่ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล โดยการให้ยาแก้ปวดแก่ผู้ป่วย จึงอาจทำให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลงได้ เพราะหากว่า ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวด ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นนี้จะไปรบกวนอารมณ์ ทำให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้นอีก (สุพร พลยานันท์, 2528, หน้า 44) และจากการศึกษาในครั้งนี้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอัตราการให้ยาแก้ปวดถึงร้อยละ 60 โดยผู้ป่วยกลุ่มควบคุมมีอัตราการให้ยาแก้ปวด ร้อยละ 40 ซึ่งผู้ป่วยมักได้รับในช่วงเวลาที่ 1.00 หรือ 2.00 ชั่วโมงของช่วงการทดลอง ยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับมากที่สุดคือ เพธาซีน รองลงมาคือ มอร์ฟีน ซึ่งมีฤทธิ์ลดปวดได้นานประมาณ 2 - 4 และ 4 - 6 ชั่วโมง ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าช่วงเวลาที่เหมาะสมความวิตกกังวลครั้งที่ 4 5 และ 6 นั้นเป็นช่วงที่ฤทธิ์ยาอยู่ในระดับที่ลดความเจ็บปวดได้พอดี จึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้การประเมินความวิตกกังวลในครั้งที่ 4 5 และ 6 ลดลงมากกว่าการประเมินได้ในครั้งที่ 1

แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบอัตราการให้ยาแก้ปวดระหว่างผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีอัตราการให้ยาแก้ปวดน้อยกว่าถึงร้อยละ 50 ทั้งนี้เป็นเพราะการสัมผัสจะทำให้มีการหลั่งของสารเอ็นดอร์ฟิน (endorphin) ซึ่งมีฤทธิ์ระงับปวดและทำให้อารมณ์เป็นสุข (Wall & Melzack, 1989, p. 949) ซึ่งสนับสนุนผลการศึกษาของ สุตารัตน์ สุวรรณเทวะคุปต์ (2535, หน้า 68) เรื่องผลการสัมผัสต่อระดับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยเด็กวัยเรียน ที่พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการสัมผัสมีคะแนนความเจ็บปวดน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับการสัมผัส จึงอาจกล่าวได้ว่า การสัมผัสนั้นนอกจากจะลดความวิตกกังวลได้โดยตรงแล้ว ยังสามารถลดความวิตกกังวลได้โดยทางอ้อมอีกด้วย โดยการลดความเจ็บปวด ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ความวิตกกังวลในผู้ป่วยกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ทั้ง ๆ ที่มีอัตราการให้ยาแก้ปวดน้อยกว่า

2. การเยี่ยมของญาติ

การเยี่ยมของญาติถือเป็นการสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่ง โดยทางโรงพยาบาลกำหนดให้มีการเยี่ยมได้ ตั้งแต่เวลา 15.00 น - 18.00 น แต่ญาติที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรง เช่น สามี หรือ มารดา หรือ บุตร จะอยู่กับผู้ป่วยจนกระทั่งเวลา 20.00 น - 21.00 น ขณะที่ญาติอยู่กับผู้ป่วยนั้น มักจะพูดปลอบโยน ให้กำลังใจ สนใจ และเอาใจใส่ ในเรื่องความเจ็บปวด

ของผู้ป่วย ให้ความช่วยเหลือต่าง ๆ เท่าที่จะทำได้ เช่น การลูบหลังเมื่อผู้ป่วยอาเจียน ช่วยพลิกตัว หรือจัดท่านอนเพื่อที่จะทำให้เกิดความสบาย รวมทั้งการเช็ดตัว การทำความสะอาดบริเวณร่างกาย สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้มีความหมายสำหรับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล รู้สึกสบาย ผ่อนคลาย อบอุ่น และมีกำลังใจพร้อมที่จะต่อสู้กับความเจ็บปวดได้มากยิ่งขึ้น ซึ่งสนับสนุนคำกล่าวของ เพนเดอร์ (Pender, 1987, p. 397) ที่ว่าการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเกิดจากบุคคลในครอบครัว เช่น บิดา มารดา คู่ครอง บุตร หรือ สมาชิกคนใด ๆ ในครอบครัว จะมีความหมายและเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการมาก นอกจากนี้ นอร์ทเฮาส์ (Northouse, 1988, p. 91) ยังได้กล่าวอีกว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถลดความเครียดได้โดย ทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเครียดได้ดีขึ้น ทำให้การรับรู้และการตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคามลดลง อาจกล่าวได้ว่าการเยี่ยมของญาติเป็นปัจจัยสำคัญทางสังคมที่ทำให้ ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลง ดังนั้นการประเมินความวิตกกังวลครั้งที่ 4 5 และ 6 ซึ่งเป็นเวลาที่ญาติยังอยู่กับผู้ป่วย จึงมีระดับต่ำกว่าการประเมินในครั้งที่ 1

3. การรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเองภายหลังการผ่าตัด

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด นอกจากจะมีความวิตกกังวลที่เกี่ยวกับความเจ็บปวดจากการผ่าตัดแล้ว ผู้ป่วยยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการได้รับยาระงับความรู้สึก โดยกลัวว่า จะรู้สึกตัวขณะผ่าตัด กลัวว่าจะไม่ฟื้นภายหลังการผ่าตัด เป็นต้น (McClellan & Cooper, 1990, p.154) แต่เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี และพบว่าได้ผ่านเหตุการณ์ต่าง ๆ มาได้อย่างปลอดภัย จะทำให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลง ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ จอห์นสัน และคณะ (Johnson, Dabbs, & Leventhal, 1970, p. 23) ที่ว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยจะค่อย ๆ ลดลงภายหลังผ่าตัด สำหรับการศึกษานี้ มีการประเมินความวิตกกังวลครั้งที่ 4 5 และ 6 หลังผ่าตัดแล้วประมาณ 5 - 7 ชั่วโมง ผู้ป่วยจึงรู้สึกตัว สามารถพูดคุยได้ตามปกติ และมีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม ต่อมธัยรอยด์ กระดูกแขน หรือ กระดูกสันหลัง บางรายสามารถดื่มน้ำ และรับประทานอาหาร ได้ตามปกติ สิ่งเหล่านี้อาจทำให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลงได้ เพราะรับรู้ว่าจะปลอดภัย แม้ว่าจะมีปัจจัยที่ทำให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เช่น ความเจ็บปวด แต่ผู้ป่วยก็ได้รับการตอบสนองจากพยาบาล โดยการได้รับยาแก้ปวด จึงทำให้ความวิตกกังวลที่ประเมินได้ในครั้งที่ 4 5 และ 6 มีค่าน้อยกว่าการประเมินในครั้งที่ 1

ผลการวิจัยเรื่อง ผลของการสัมผัสต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยหลังผ่าตัด อาจกล่าวได้ว่า การสัมผัสสามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยทำให้ผู้ป่วย รู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย มีกำลังใจ สุขสบาย และผ่อนคลาย รวมทั้งมีความรู้สึก ว่า ผู้ป่วยมิได้ถูกทอดทิ้งให้อยู่เพียงลำพัง แต่มีพยาบาลอยู่ใกล้ ๆ คอยให้ความช่วยเหลือ เอาใจใส่ดูแลอย่างต่อเนื่อง และตลอดเวลา

อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้ ยังพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับการสัมผัส ก็มีความวิตกกังวลลดลงเช่นกัน เพียงแต่ต้องใช้ระยะเวลานานกว่าและลดลงน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการสัมผัส ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยได้รับการตอบสนองต่อความเจ็บปวด โดยการได้รับยาแก้ปวด ตลอดจน การเยี่ยมของญาติ และการรับรู้ความเจ็บป่วยของตนภายหลังการผ่าตัด มีผลต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย