



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาค้นคว้าผลของการฝึกฝนคลายด้วยวิธีบริหารการหายใจแบบลึกต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่พบก่อนบริเวณเต้านมระยะรอดวินิจฉัย ซึ่งผู้วิจัยได้ ศึกษา ค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจาก ตำรา เอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการดำเนินการวิจัย โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1. โรคของก้อนเต้านม
2. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับความวิตกกังวล
3. บทบาทพยาบาลในการลดความวิตกกังวล
4. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการผ่อนคลาย
5. การฝึกฝนคลายด้วยวิธีบริหารการหายใจแบบลึก
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. โรคของก้อนเต้านม

ความผิดปกติของเต้านม แสดงออกในหลายรูปแบบต่าง ๆ กัน ตามการเปลี่ยนแปลงตลอดอายุขัยของสตรี อาการส่วนใหญ่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเต้านม ในช่วงของการเจริญเติบโตและพัฒนา (Development) การเปลี่ยนแปลงตามรอบเดือน (Cyclical change) และการฝ่อตัวของต่อมเต้านมหลังการเปลี่ยนแปลงตามรอบเดือน (Involution) ดังนั้น อาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ ร้อยละ 80-90 เนื่องมาจากการคลำพบก้อนบริเวณเต้านม รองลงมา คือ อาการเจ็บปวด คัดตึงเต้านม พบได้ประมาณร้อยละ 66 (กรีซ โพธิสุวรรณ, 2547: 20 อ้างถึงในอดุลย์ รัตนวิจิตราศิลป์, 2547) การมีของเหลวไหลออกจากหัวนม พบได้ในผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ ร้อยละ 10-13 และการอักเสบติดเชื้อของเต้านม (สุमित วงศ์เกียรติขจร, 2547: 92, 137 อ้างถึงในอดุลย์ รัตนวิจิตราศิลป์, 2547)

ก้อนบริเวณเต้านมที่เกิดขึ้นมีหลายลักษณะ อาจเป็นก้อนโตเต็มเต้านม หรือพบเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งของเต้านม ซึ่งอาจเป็นข้างเดียวหรือสองข้างก็ได้ (สมปอง รักษาสุข, 2529: 59-60; อดุลย์ รัตนวิจิตราศิลป์, 2547: 61) โดยเต้านมโตทั้งเต้า หรือมีก้อนเต็มเต้านม เป็นการเพิ่มขนาดโดยทั่วไปของเต้านม ที่พบบ่อย คือ การเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาตามปกติ เช่น ในหญิงตั้งครรภ์ และมีการสร้างน้ำนม การเจริญเติบโตของเต้านมในระยะแตกเนื้อหนุ่มสาว (puberty) เป็นต้น

นอกจากนั้น อาจพบเป็นก้อนเนื้ออก ที่ประกอบด้วยเส้นใย (Fibroadenoma) ที่พบได้น้อย เช่น การขยายใหญ่ของเต้านมจากการเพิ่มของเซลล์ (Hypertrophy) ก้อนเนื้อร้ายที่ประกอบด้วยถุงน้ำ (Cystosarcoma) เป็นต้น ส่วนการมีก้อนเฉพาะบางส่วนของเต้านม อาจพบตำแหน่งเดียวหรือหลาย ๆ ตำแหน่งในเต้านมข้างเดียวกัน และพบได้ในเต้านมข้างเดียวหรือสองข้างก็ได้ สาเหตุของการเกิดก้อนบริเวณเต้านม มีดังต่อไปนี้ (สมปอง รักษาสุข, 2529: 60-67)

1. การอักเสบติดเชื้อ (Infection) เช่น เต้านมอักเสบเฉียบพลัน (acute mastitis) ฝีเต้านม (Breast abscess) ในระยะที่มีการอักเสบ มักจะคลำไม่ได้ขอบเขตของก้อนชัดเจน แต่มีลักษณะของการอักเสบร่วมด้วย คือ ปวด บวม ผิวหนังแดง ร้อน และอาจมีไข้ นอกจากนี้ อาจคลำพบก้อนจากวัณโรคของเต้านมได้ แต่พบได้ค่อนข้างน้อย

2. การได้รับบาดเจ็บบริเวณเต้านม ภายหลังการบาดเจ็บที่ไม่มากพอที่จะทำให้เกิดบาดแผล(Trauma) แต่ทำให้มีเลือดออกภายใต้ผิวหนัง เกิดเป็นก้อนเลือดแข็งตัว (Hematoma) และอาจทำให้เกิดการตายของเนื้อไขมัน (Fat necrosis) บางครั้งอาจเห็นรอยช้ำเขียวคล้ำได้เป็นไตแข็ง อาจปวดหรือไม่ปวด หรือปวดเมื่อแตะต้อง (Tenderness)

3. ก้อนที่เกิดจากโรคของก้อนเนื้อเต้านม (Mammary dysplasia) เช่น โรคถุงน้ำพังผืดของเต้านม (Fibrocystic disease) เป็นโรคที่พบบ่อยและมีความสำคัญ เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งเต้านม โรคท่อน้ำนมโป่งพอง (Mammary duct ectasia) เป็นต้น

4. ก้อนจากเนื้ออกชนิดไม่ร้ายแรง (Benign) คลำก้อนได้ขอบเขตชัดเจน จับเคลื่อนไหวไปมาได้ (Movable) ยืดหยุ่นดี ผิวเรียบ เช่น ก้อนเนื้ออกที่ประกอบด้วยเส้นใย (Fibroadenoma) ก้อนเนื้ออกของท่อน้ำนม (Duct papilloma) ก้อนเนื้ออกที่ประกอบด้วยเนื้อไขมัน (Fibrolipoma) เป็นต้น ความอ่อนแข็งของก้อน ขึ้นอยู่กับชนิดของเนื้อเยื่อที่ประกอบขึ้นเป็นก้อน บางชนิดเป็นถุงน้ำ (cyst) หรือในผู้หญิงที่เพิ่งคลอดบุตรและมีน้ำนมค้างเหลือเป็นถุงน้ำ ที่เรียกว่า กาลแลคโตซีส (galactocele)

5. ก้อนที่เกิดจากมะเร็งเต้านมชนิดต่าง ๆ มักคลำได้เป็นก้อนแข็งในเต้านม ขอบเขตไม่ชัดเจน บางครั้งจะพบก้อนติดกับผิวหนัง หรือผนังทรวงอก และกดไม่เจ็บ เช่น มะเร็งท่อน้ำนม (Infiltrating duct carcinoma) มะเร็งของเนื้อส่วนต่าง ๆ ของเต้านม เช่น Medullary breast carcinoma, Lobular carcinoma, Mucinous carcinoma เป็นต้น

6. ก้อนที่ไม่อยู่ในเนื้อเต้านม เช่น ฝีของผนังทรวงอก (Retromammary abscess) เนื้ออกของกระดูกซี่โครง (Chondroma) เป็นต้น

7. ก้อนที่เกิดจากสิ่งแปลกปลอมจากการทำศัลยกรรมตกแต่งทรวงอก ก้อนที่เกิดจากการฉีดพาราฟิน (Paraffinoma) มักคลำได้เป็นก้อนแข็งมีลักษณะเป็นปุ่ม (Nodular) ส่วนการเสริม

เต้านมด้วยวัตถุเสริม (Prosthesis) ชนิดเป็นถุงบรรจุของเหลว จะคล้ำได้เป็นถุงนํมอยู่ในชั้นที่ลึกกว่าต่อมนํม

การคลำพบก้อนบริเวณเต้านมในลักษณะต่าง ๆ นับเป็นอาการสำคัญ ถึงแม้ว่าส่วนใหญ่มาก่อนบริเวณเต้านมที่พบ จะมีเพียงร้อยละ 9.05-12.6 ที่เป็นมะเร็งเต้านม (Barrere, 1992: 1372; สมปอง รักษาสุข, 2529: 59-60) แต่หากพบก้อนบริเวณเต้านมแล้ว จะต้องดำเนินการวินิจฉัยให้ได้แน่นอนที่สุด เนื่องจากก้อนที่เกิดจากถุงน้ำพังผืดของเต้านม (Fibrocystic disease) ซึ่งพบบ่อยในช่วงอายุ 25-40 ปี เป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งเต้านม (ปรมาภรณ์ ปราสาททองโอสถ, 2547: 61 อ้างถึงใน อุดุลย์ รัตนวิจิตรศิลป์, 2547) ดังนั้น การวินิจฉัยในระยะแรกที่นิยมทำ คือ การผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อและตัดเต้านมออกหมดโดยสิ้นเชิง (Radical mastectomy) ในขั้นตอนเดียวภายใต้การดมยาสลบ ถ้าผลการตรวจชิ้นเนื้ออย่างรวดเร็วที่เรียกว่า Flozen section เป็นก้อนเนื้อร้าย (Poole, 1997: 274) แต่การผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อและการตัดเต้านมออกทั้งหมดในขั้นตอนเดียว ส่งผลกระทบอย่างมากต่อความรู้สึกของผู้ป่วย หลังผ่าตัดผู้ป่วยต้องเผชิญกับการสูญเสียภาพลักษณ์พร้อมกับการได้รับผลวินิจฉัยว่า เป็นมะเร็งเต้านม (Hughson และคณะ, 1988 อ้างถึงใน Poole, 1997: 247) การวินิจฉัยก่อนบริเวณเต้านม จึงนิยมใช้การประเมินร่วมกัน 3 วิธี คือ การตรวจทางคลินิกโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (Clinical examination) การตรวจทางรังสี โดยการตรวจเอกซเรย์เต้านม หรือการตรวจเต้านมด้วยคลื่นเสียง (Mammogram or Breast ultrasound) และการตรวจชิ้นเนื้อเต้านมทางพยาธิวิทยา (Pathological diagnosis) (Cytology Subgroup of the national Coordinating Committee, 1993 อ้างถึงใน Poole, 1997: 274)

การวินิจฉัยก่อนที่เต้านม ประกอบด้วย การตรวจดังต่อไปนี้ (บัณชูร นนทสุติ, 2546)

1. การตรวจทางคลินิกโดยผู้เชี่ยวชาญ เป็นขั้นตอนแรกของการวินิจฉัยก่อนบริเวณเต้านม ประกอบด้วย การซักประวัติ และตรวจร่างกาย

1.1 การซักประวัติที่สำคัญ ได้แก่ อายุ ประวัติและระยะเวลาของการมีประจำเดือน ประวัติการคลำพบก้อนเต้านม อาการเจ็บ คัดตึงเต้านม การเปลี่ยนแปลงของก้อนตามรอบประจำเดือน การรับประทานยาคุมกำเนิด ประวัติการเป็นโรคเกี่ยวกับเต้านมในครอบครัว และการประเมินปัจจัยเสี่ยงหลัก และปัจจัยเสี่ยงรอง ดังต่อไปนี้

การประเมินปัจจัยเสี่ยงหลัก ประกอบด้วย

1.1.1 พันธุกรรม ได้แก่ การมีประวัติมะเร็งเต้านม หรือมะเร็งรังไข่ในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเกิดมะเร็งในผู้ป่วยที่มีญาติสายตรงเป็นมากกว่าหนึ่งคนและมีอายุน้อย

1.1.2 ประวัติโรคเกี่ยวกับเต้านมที่เคยเป็นมา เช่น เคยเป็นโรคมะเร็งเต้านมมาก่อน พยาธิสภาพเกี่ยวกับเต้านมที่มีโอกาสกลายเป็นมะเร็งสูง ได้แก่ มะเร็งของท่อน้ำนม (ductal carcinoma in situ) มะเร็งของกลีบเต้านม (lobular carcinoma in situ) เนื้องอกของท่อน้ำนมโดยไม่ทราบสาเหตุ (atypical ductal hyperplasia) เนื้องอกของกลีบเต้านมโดยไม่ทราบสาเหตุ (atypical lobular hyperplasia)

1.1.3 การได้รับรังสีรักษาที่ผ่านบริเวณเต้านมมาก่อน จะเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมหลังจากการได้รับรังสีรักษาประมาณ 10-15 ปี

1.1.4 อายุที่มากขึ้นมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมสูงขึ้น พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมประมาณร้อยละ 78 อายุมากกว่า 50 ปี และมีเพียงร้อยละ 6.5 ของผู้ป่วยมีอายุน้อยกว่า 40 ปี

การประเมินปัจจัยเสี่ยงรอง ประกอบด้วย

1.2.1 ประวัติการเจริญพันธุ์ ได้แก่ การมีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุน้อยกว่า 12 ปี และหมดประจำเดือนอายุมากกว่า 55 ปี การคลอดบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 30 ปี และการไม่มีบุตร เป็นต้น

1.2.2 การดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนหลังจากหมดประจำเดือน

1.2.3 น้ำหนักผู้ป่วยที่เกินหลังจากหมดประจำเดือนจะมีความเสี่ยงของมะเร็งเต้านมสูงขึ้น

1.2.4 การประเมินอาการต่าง ๆ ไม่มีอาการใดที่เฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยที่พบก้อนเต้านม หากสตรีวัยหมดประจำเดือนพบก้อนบริเวณเต้านมให้คิดถึงมะเร็งเต้านมไว้ก่อนจนกว่าจะพิสูจน์ได้ว่าก้อนที่พบไม่ใช่มะเร็งเต้านม

1.2 การตรวจร่างกาย โดยใช้การดูและการคลำลักษณะของก้อนที่เป็น การตรวจหาความผิดปกติต่างๆ ของเต้านม หัวนม ลานนม บริเวณรักแร้ การตรวจต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ เนื้อกระดูกไหปลาร้า และทุกส่วนรอบวงของเต้านม (Stein และ Zera, 1991: 941; Buyske และคณะ, 1996: 65) โดยปฏิบัติดังต่อไปนี้

1.2.1 การดู (inspection) เริ่มจากท่านั่ง แขนแนบลำตัวและยกแขนเหนือศีรษะ ดูความสมส่วน เท่ากันของเต้านมทั้งสองข้าง อาการบวมของผิวหนังบริเวณเต้านม การมีแผล ลักษณะของเต้านมมีรอยบุ๋มหรือการดิ่งรั้งของผิวหนังบริเวณเต้านม สังเกตและเปรียบเทียบกล้ามเนื้อบริเวณทรงอกขณะเกร็งและคลายตัว โดยให้เท้าสะเอว ถ้าก้อนเต้านมติดกับกล้ามเนื้อจะพบว่าไม่สามารถโยกได้เฉพาะเวลาเกร็งกล้ามเนื้อเท่านั้น แต่ถ้าก้อนติดกับผนังทรงอกจะไม่สามารถโยกได้ แม้กล้ามเนื้อจะคลายตัว



1.2.2 การคลำ (palpation) เป็นการตรวจบริเวณเหนือกระดูกไหปลาร้า และต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้โดยทำนั้ง ตรวจบริเวณรักแร้ โดยให้แขนสตรีพับบนแขนผู้ตรวจ เพื่อให้หัวไหล่กางเล็กน้อย และกลำเนื้อบริเวณทรวงอกคล้ายตัว คลำกดซี่โครงเบา ๆ ส่วนบริเวณเหนือกระดูกไหปลาร้า ตรวจโดยยืนคลำข้างหลังสตรี ลักษณะที่บ่งว่าเป็นก้อนที่เต้านม ได้แก่ ลักษณะที่เป็นสามมิติแตกต่างจากเนื้อเยื่อข้างเคียง ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการตรวจเต้านม โดยเฉพาะในสตรีที่ยังไม่หมดประจำเดือน ควรเป็นช่วงเวลาที่เต้านมได้รับอิทธิพลจากฮอร์โมนน้อยที่สุด คือวันที่ 7 หลังจากเริ่มมีประจำเดือนวันแรก ลักษณะจากการตรวจร่างกายที่สงสัยว่าจะเป็นมะเร็งเต้านม ได้แก่ การพบก้อนเดี่ยว แข็ง ยึดติดกับเนื้อเยื่อข้างเคียง การพบรอยบุ๋มของผิวหนังบริเวณเต้านม ผิวหนังบริเวณเต้านมมีลักษณะเหมือนเปลือกส้ม การพบหัวนมบอดที่เพิ่งเกิดขึ้น หัวนมเป็นแผล หรือมีการอักเสบของเต้านม

## 2. การตรวจทางรังสี

2.1 Mammography เป็นการตรวจเอกซเรย์เต้านม ที่ใช้ในการค้นหาความผิดปกติของเต้านมในระยะเริ่มแรก เนื่องจากสามารถตรวจพบก้อนได้ตั้งแต่ก้อนขนาด 1 มิลลิเมตร และตรวจพบได้ก่อนจะมีอาการหรือคลำพบก้อน ประมาณ 2 ปี การตรวจเอกซเรย์ mammogram ของเต้านม สามารถทำได้สะดวกและรวดเร็ว (Stein และ Zera, 1991: 941-942; Buyske และคณะ, 1996: 65) ปัจจุบันจึงนำมาใช้ในการค้นหาผู้ป่วยในระยะแรก (Screening) และพบว่า ช่วยลดอัตราการตายได้ถึงร้อยละ 30 นอกจากนี้ ยังมีประโยชน์ในการติดตามดูการเปลี่ยนแปลงของก้อนเต้านม (Schapira และ Levine, 1996: 22) อย่างไรก็ตาม การเอกซเรย์เต้านมก็มีโอกาสผิดพลาด (false-negative) ได้ประมาณร้อยละ 10-15 เนื่องจากความหนาแน่นของก้อน อาจใกล้เคียงกับเนื้อเต้านมปกติ การตรวจคัดกรอง จะทำในสตรีทั่วไปที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป และตรวจทุก 1-2 ปี สำหรับอายุที่จะหยุดทำการตรวจคัดกรอง ให้พิจารณาอายุขัย และโรคประจำตัวเป็นราย ๆ ไป ในกรณีที่สตรีมีปัจจัยเสี่ยงหลัก ควรแนะนำให้ทำการตรวจคัดกรองด้วยการทำ mammogram ตั้งแต่อายุ 25-35 ปี หรือตั้งแต่ 5 ปีก่อนอายุที่น้อยที่สุดที่คนในครอบครัวเป็นมะเร็ง

2.2 Ultrasonography เป็นการตรวจเต้านมด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงส่งผ่านเข้าเนื้อเยื่อ และสะท้อนกลับเข้าเครื่องและแปลกระแสไฟฟ้าให้เป็นภาพ ใช้เสริมกับการทำ mammography สามารถแยกก้อนชนิดถุงน้ำ (cyst) กับก้อนแข็ง (solid) ได้ง่าย นอกจากนั้น ยังสามารถบอกขอบเขตของก้อนได้อย่างชัดเจน พร้อมกับบอกรูปร่างได้ ทำให้แยกก้อนเนื้ออกชนิดไม่ร้ายแรง (Benign) จากก้อนเนื้อชนิดร้ายแรง (Malignant) ได้ เนื่องจากก้อนเนื้อชนิดร้ายแรง มักมีขอบไม่ชัดเจน และไม่เรียบ (วิลเลอร์ โพรสิสุวรรณ, 2547: 52; Schapira และ Levine, 1996: 22-24) นิยมใช้ตรวจประเมินก้อนเต้านมในสตรีอายุน้อยกว่า 30 ปี เนื่องจากมีความหนาแน่นของเนื้อเต้านมสูง

ทำให้ความไวในการตรวจด้วย mammography ลดลง ไม่ต้องสัมผัสต่อรังสีโดยไม่จำเป็น และใช้เป็นการช่วยนำทางในการตัดชิ้นเนื้อออกตรวจ กรณีที่คลำก้อนไม่ได้หรือคลำได้ไม่ชัดเจน

3. การตรวจชิ้นเนื้อเต้านมทางพยาธิวิทยา เป็นการตรวจที่ช่วยให้วินิจฉัยโรคได้อย่างแน่นอนมากที่สุด มักใช้เป็นการวินิจฉัยขั้นสุดท้าย ซึ่งมีวิธีการทำดังต่อไปนี้ (Poole, 1997: 247)

3.1 กรณีที่คลำก้อนได้ การรักษาก่อนที่เต้านมโดยเฉพาะในรายที่สงสัยมะเร็งเต้านม มักทำเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นแรก นำชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยาก่อน และทำการตรวจเพิ่มเติมหรือวางแผนการรักษาแก่ผู้ป่วยตามผลชิ้นเนื้อที่ออกมา ก่อนที่จะทำการรักษาขั้นที่สอง หรือขั้นสุดท้ายต่อไป โดยแบ่งวิธีการตรวจเป็น (Klein, 2005)

3.1.1 Fine Needle Aspiration (FNA) เป็นการตรวจโดยใช้เข็มขนาดเล็กและกระบอกฉีดยาแทงผ่านผิวหนังไปยังก้อนที่สงสัย แล้วใช้แรงสุญญากาศภายในกระบอกฉีดยาดูดเอาเซลล์หรือตัดชิ้นเนื้อเล็ก ๆ ไปตรวจทางพยาธิวิทยา สามารถทำได้ในห้องตรวจผู้ป่วยนอก สะดวก ปลอดภัย เสียค่าใช้จ่ายน้อย ส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ และความรู้สึกของผู้ป่วยน้อย ผลการวินิจฉัยถูกต้อง ร้อยละ 89-98 และไม่กระตุ้นให้เกิดการแพร่กระจายของก้อนเนื้อ แต่ต้องอาศัยความชำนาญของผู้เชี่ยวชาญในการทำ (ห้องสิน ตระกูลทิวากร, 2538: 220)

3.1.2 Core Needle Biopsy (CNB) เป็นการตรวจโดยใช้เข็มขนาดใหญ่ขึ้น เจาะดูดทำให้ได้ชิ้นเนื้อมากขึ้น

3.1.3 Breast biopsy เป็นการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านม โดยการเอาก้อนที่บริเวณเต้านมออกไปตรวจทางพยาธิวิทยา โดยใช้ยาชาเฉพาะที่หรือดมยาสลบในขณะที่ผ่าตัด พิจารณาตามความจำเป็น การผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อวิธีนี้เป็นชนิด 2 ขั้นตอน (two-stage procedure) เป็นการแยกขั้นตอนการวินิจฉัยออกจากการรักษา รวมทั้งการให้ผลตรวจที่แน่นอน ผู้ป่วยทราบการวินิจฉัย และสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาได้ มีเวลาในการปรับตัว หรือขอความคิดเห็นจากบุคคลสำคัญของผู้ป่วย จึงแตกต่างจากวิธีการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อ และผ่าตัดเต้านมออกหมดโดยสิ้นเชิงในขั้นตอนเดียว การผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านมทำได้ 2 วิธี คือ

3.1.3.1 Incisional biopsy เป็นการผ่าตัดชิ้นเนื้อบางส่วนของก้อนบริเวณเต้านม โดยการตัดผ่านเข้าไปในก้อนเนื้ออกนั้น แล้วเอาเนื้อเพียงบางส่วนของเนื้ออกไปตรวจ นิยมทำในกรณีที่ก้อนมีขนาดใหญ่มาก ๆ และไม่สามารถเลาะออกให้หมดได้ด้วยวิธีการง่าย ๆ

3.1.3.2 Excisional biopsy เป็นการผ่าตัดเอาก้อนบริเวณเต้านมออกทั้งหมด โดยตัดเอาก้อนเนื้ออกออกหมด และอาจตัดเลาะเอาเนื้อที่หุ้มก้อนเนื้ออกโดยรอบออกไปด้วย

### 3.2 กรณีที่คลำก้อนไม่ได้ วิธีการนำชิ้นเนื้อในกรณีนี้มาตรวจมีหลายวิธี ได้แก่

3.2.1 Needle localization for surgical excision เป็นวิธีการใช้เข็มเจาะดูหรือตัดชิ้นเนื้อภายใต้การเอกซเรย์เต้านมหรือเครื่องตรวจด้วยคลื่นเสียง ที่ช่วยให้เกิดความแม่นยำในการตัดชิ้นเนื้อและลดปริมาณชิ้นเนื้อที่เอาออกมาตรวจ

3.2.2 Percutaneous image guide core breast biopsy เป็นการใส่เข็มขนาดใหญ่ตัดชิ้นเนื้อเต้านมออกมาตรวจ โดยอาศัยการถ่ายภาพเอกซเรย์นำทางผ่านผิวหนัง หรือการตัดชิ้นเนื้อผ่านทางผิวหนัง (Percutaneous biopsy)

3.2.3 Stereotaxis เป็นการตัดชิ้นเนื้อเต้านมออกมาตรวจ ขณะทำการตรวจเอกซเรย์เต้านม

4.2.4 Ultrasound เป็นการตัดชิ้นเนื้อเต้านมออกมาตรวจ ขณะทำการตรวจเต้านมด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ใช้ไม่ได้กับกรณีหินปูนหรือก้อนขนาดเล็กมาก ๆ

การวินิจฉัยก่อนบริเวณเต้านมในผู้ป่วยแต่ละราย แตกต่างกันไป ตามลักษณะอาการของก้อนที่เป็น และปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม ก้อนเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงจะติดตามดูการเปลี่ยนแปลงของก้อนโดยนัดผู้ป่วยมาตรวจ 2-3 เดือนต่อครั้ง ประมาณ 6 เดือนหรือ 12 เดือนถึง 18 เดือน โดยการตรวจทางคลินิกจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ การเอกซเรย์เต้านมหรือการตรวจเต้านมด้วยคลื่นเสียง หากก้อนหายไปตัวเองหรือไม่มีการเปลี่ยนแปลง อาจเฝ้าระยะเวลาในการตรวจเป็นปีละครั้ง แต่ถ้าลักษณะของก้อนเสี่ยงต่อการมะเร็ง หรือเกิดการเปลี่ยนแปลงหลังการติดตามตรวจ อาจได้รับการพิจารณาผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านมเพื่อวินิจฉัยพยาธิสภาพของเนื้อ (Schapira และ Levine, 1996: 22-24)

การคลำพบก้อนบริเวณเต้านม นับว่าเป็นอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ ร้อยละ 80-90 (กรีซ โพธิสุวรรณ, 2547: 20 อ้างถึงใน อุดุลย์ รัตนวิจิตราศิลป์, 2547; สมปอง รักษาสุข, 2529: 59) ส่วนใหญ่ผู้หญิงมักคลำก้อนได้เอง ซึ่งอาจคลำพบโดยบังเอิญหรือจากการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จากการสำรวจของวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งอเมริกาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 17,000 ราย ถึงวิธีการพบก้อนบริเวณเต้านม พบว่า ร้อยละ 42 ผู้ป่วยคลำพบก้อนได้เอง (กรีซ โพธิสุวรรณ, อ้างถึงใน อุดุลย์ รัตนวิจิตราศิลป์, 2547: 54) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑา ลัมทองกุล (2535) พบว่า ในผู้ป่วยที่พบก้อนบริเวณเต้านมจำนวน 80 ราย กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 100 คลำพบก้อนบริเวณเต้านมด้วยตนเอง อย่างไรก็ตามผู้ป่วยบางรายพบก้อนเต้านมจากการตรวจเอกซเรย์เต้านม (Mammogram) หรือจากการตรวจโดยบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งจากการศึกษาของ Benedict และคณะ (1994) พบว่า ร้อยละ 39 พบก้อนเต้านมจากการเอกซเรย์เต้านม ร้อยละ 28 พบก้อนเต้านมจากการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 17 ตรวจพบโดยแพทย์ ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า

การตรวจเต้านมด้วยวิธีต่าง ๆ มีประโยชน์ในการค้นพบก้อนบริเวณเต้านมตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันเวลาและได้ผลดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Cretain (1989: 250 อ้างถึงใน วราภรณ์ ทิพย์สุวรรณกุล, 2541: 13) ที่กล่าวว่า การตรวจวินิจฉัยและรักษามะเร็งเต้านม ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก มีความสำคัญต่อผลการรักษาและการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย

## 2. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับความวิตกกังวล

### ความหมาย

ความวิตกกังวล มีรากศัพท์เดิมมาจากภาษากรีก หมายถึง การกดให้แน่น รัดให้แน่น ซึ่งเป็นความบีบคั้น ในภาษาละติน หมายถึง ความแคบหรือตีบตัน ซึ่งเป็นความไม่สุขสบาย ความรู้สึกหงุดหงิด ไม่สบายใจต่อสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน ความรู้สึกหวั่นเกรงต่อผลที่จะเกิดขึ้น ความรู้สึกอึดอัด ตื่นกลัวในบางสิ่งบางอย่างที่บอกไม่ได้ ไม่แน่ใจ และรู้สึกไม่มั่นใจเกี่ยวกับอนาคต (Stuart และ Suddeen, 1987) ความวิตกกังวล เป็นประสบการณ์ทางอารมณ์อย่างหนึ่งของมนุษย์ เนื่องจากความวิตกกังวล มีบทบาทในเรื่องของความเจ็บป่วยและพฤติกรรมที่ผิดปกติหลาย ๆ อย่าง บางครั้ง คำว่า ความวิตกกังวล ความเครียด และความกลัว ถูกนำมาใช้ในความหมายเดียวกัน นักทฤษฎีทางการพยาบาล Peplau (1992) อธิบายถึง ความวิตกกังวลว่าเป็นแหล่งพลังงานที่ไม่สามารถแยกออกจากบุคคลได้ ตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย และเป็นสิ่งจำเป็นในการเจริญเติบโต ด้านชีววิทยาและอารมณ์ ความวิตกกังวลเกิดขึ้นเมื่อบุคคลเกิดความรู้สึกว่าถูกคุกคามต่อร่างกาย และจิตใจ รู้สึกไม่ปลอดภัย ตามแนวคิดของ Peplau แบ่งความวิตกกังวลเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ ความวิตกกังวลที่เป็นนามธรรม (Subjective anxiety) และความวิตกกังวลที่เป็นรูปธรรม (Objective anxiety) ความวิตกกังวลที่เป็นนามธรรม หมายถึง พลังงานที่ไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง แต่สามารถรับรู้และบอกเล่าได้โดยบุคคลที่ประสบอยู่ ส่วนความวิตกกังวลที่เป็นรูปธรรม หมายถึง การเปลี่ยนรูปของพลังงานเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมา ให้ทราบว่ามีความวิตกกังวล ซึ่งการเปลี่ยนรูปของพลังงานเป็นพฤติกรรมนี้ Peplau เรียกว่า เป็นพฤติกรรมการผ่อนคลาย (Relief behaviors) และพฤติกรรมนี้จะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับระดับความวิตกกังวลที่บุคคลนั้นกำลังประสบอยู่ Burgess (1990) ให้ความหมายของความวิตกกังวลคล้ายกับ Peplau ว่า เป็นอารมณ์ขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาตั้งแต่แรกเกิดจนตลอดชีวิต เป็นภาวะที่บุคคลเกิดความกดดัน ทำให้เกิดความรู้สึกตึงเครียด ไม่สบายใจ รู้สึกตกอยู่ในอันตราย เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย

Spielberger (1972) กล่าวถึง ความวิตกกังวลว่า เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นที่เรียกว่า ความเครียด แต่ความวิตกกังวลไม่ใช่เป็นเพียงการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นที่เป็น



ความเครียด แต่เป็นผลจากเหตุการณ์เฉพาะ (situational - specific condition) อีกด้วย จากแนวคิดนี้ ทำให้เกิดการแบ่งแยกระหว่างความวิตกกังวลแฝง (Trait anxiety) และความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety) ในความหมายของ Spielberger ความวิตกกังวล คือ สภาพอารมณ์ ความหวาดหวั่นหรือตื่นเครียด ที่ตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดจากสิ่งคุกคาม ที่อาจมีจริงหรือเกิดจากความคิดก็ได้ โดยจะเกิดร่วมกับการกระตุ้นของระบบประสาทอัตโนมัติ Spielberger (1972) กล่าวว่า ความวิตกกังวลแบบแฝง เป็นลักษณะของแต่ละบุคคล ที่มีแนวโน้มจะเกิดความวิตกกังวล ที่เป็นลักษณะประจำตัว หรือเป็นนิสัย ความวิตกกังวลขณะเผชิญ เป็นการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ตามเวลาชั่วครั้งชั่วคราว ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น จะแปรผันไปตามสิ่งเร้า เช่น ถ้าสิ่งเร้ามาก ความวิตกกังวลก็จะมากตามไปด้วย ความวิตกกังวลทั้งสองชนิดนี้ จะมีความสัมพันธ์กัน คือ เมื่อมีสิ่งเร้ามากกระทบบุคคล ความวิตกกังวลแฝง จะทำหน้าที่ประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ เมื่อประเมินได้ว่า สิ่งเร้าจะมาทำอันตรายหรือคุกคามตนเอง จะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสถานการณ์นั้น ๆ แสดงออกเป็นความวิตกกังวล บุคคลที่มีความวิตกกังวลแฝงสูง จะเป็นตัวเสริมให้ความวิตกกังวลขณะเผชิญ รุนแรงกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝงต่ำ

ดังนั้น สรุปได้ว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกตื่นเครียดทางอารมณ์ เป็นภาวะที่บุคคลมีความรู้สึก เหมือนถูกคุกคามให้ตกอยู่ในความไม่มั่นคง ปลอดภัย โดยสิ่งที่คุกคามนั้น อาจมีจริงหรือเกิดจากการทำนายเหตุการณ์ล่วงหน้า ทำให้บุคคลรู้สึกหวาดหวั่น ตื่นเครียด ไม่สบายใจ มีผลต่อความสมดุลทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ซึ่งสามารถประเมินความแตกต่างของความวิตกกังวลได้ จากการแสดงออกตามระดับความรู้สึก ระยะเวลา และความรุนแรงที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล

### สาเหตุของความวิตกกังวล

โดยทั่วไปความวิตกกังวลเกิดได้จากสาเหตุหลายประการ อาจเป็นสาเหตุจากภายนอกหรือภายในของบุคคล โดยบุคคลนั้นรู้สึกว่า มีสิ่งคุกคามต่อสวัสดิภาพของตนเอง ทำให้เกิดความไม่สมดุลทางด้านร่างกาย และจิตใจขึ้น ซึ่ง Kneisl (1996) ได้แบ่งสาเหตุของความวิตกกังวลตามสิ่งที่คุกคามต่อร่างกาย เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ ดังนี้

1. สิ่งคุกคามทางชีวภาพ (Threats to biologic integrity) เป็นการคุกคามที่เกิดขึ้นในเวลาปัจจุบัน และขัดขวางต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล เช่น ความต้องการอาหาร เครื่องดื่ม หรือความอบอุ่น ซึ่งทำให้เกิดความไม่สมดุลในการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลนั้น ๆ
2. สิ่งคุกคามต่อความปลอดภัยของตนเอง (Threats to the security of the self) เช่น คุกคามต่อความมั่นคง ความหวัง ศักดิ์ศรีของตนเอง การถูกรังเกียจจากบุคคลอื่น การขาดทรัพย์สิน เงินทอง หรือการเปลี่ยนบทบาทของตนเอง

จะเห็นได้ว่า ความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้ทุกสถานการณ์ ที่บุคคลนั้นถูกคุกคามต่อความมั่นคง และความปลอดภัยของตนเอง อาจมีสาเหตุทั้งจากภายในและภายนอกของตัวบุคคล หรือเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ชีวเคมี หรือทางด้านจิตใจ อาจเกิดจากสาเหตุเพียงอย่างเดียว หรือหลายสาเหตุประกอบกัน ซึ่งบางคนสามารถบอกถึงสาเหตุได้ชัดเจน แต่บางคนไม่สามารถบอกได้ ถ้าบุคคลรู้สาเหตุที่แท้จริง ก็ย่อมจะหาทางแก้ไขปัญหาได้ ซึ่งจะทำให้เกิดความวิตกกังวลอยู่ในระดับที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับผู้ป่วยที่พบก่อนบริเวณเต้านมในระยะวินิจฉัยนั้น สาเหตุของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนั้น เกิดจากการที่ผู้ป่วยมีสิ่งคุกคามต่อความมั่นคงปลอดภัยของตนเอง เนื่องจากเข้าใจว่า การมีก้อนบริเวณเต้านม คือ ความผิดปกติที่พบ และเป็นสาเหตุ หรืออาการเริ่มแรกที่น่าไปสู่การเป็นมะเร็งเต้านม (Barrere, 1992: 1376) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตกใจ กลัว เครียด และเป็นช่วงเวลาที่มีความวิตกกังวลมากที่สุด (Payne และคณะ, 1996: 89)

#### กลไกการเกิดความวิตกกังวล

Lader และคณะ (1972) อธิบายถึง สาเหตุและองค์ประกอบของความวิตกกังวลทั้งสองชนิด ได้แก่ Trait anxiety และ State anxiety โดยอาศัยรูปแบบของความวิตกกังวลในภาวะปกติ (A Model of Normal Anxiety) ซึ่งสังเคราะห์โดย Spielberger ดังนี้

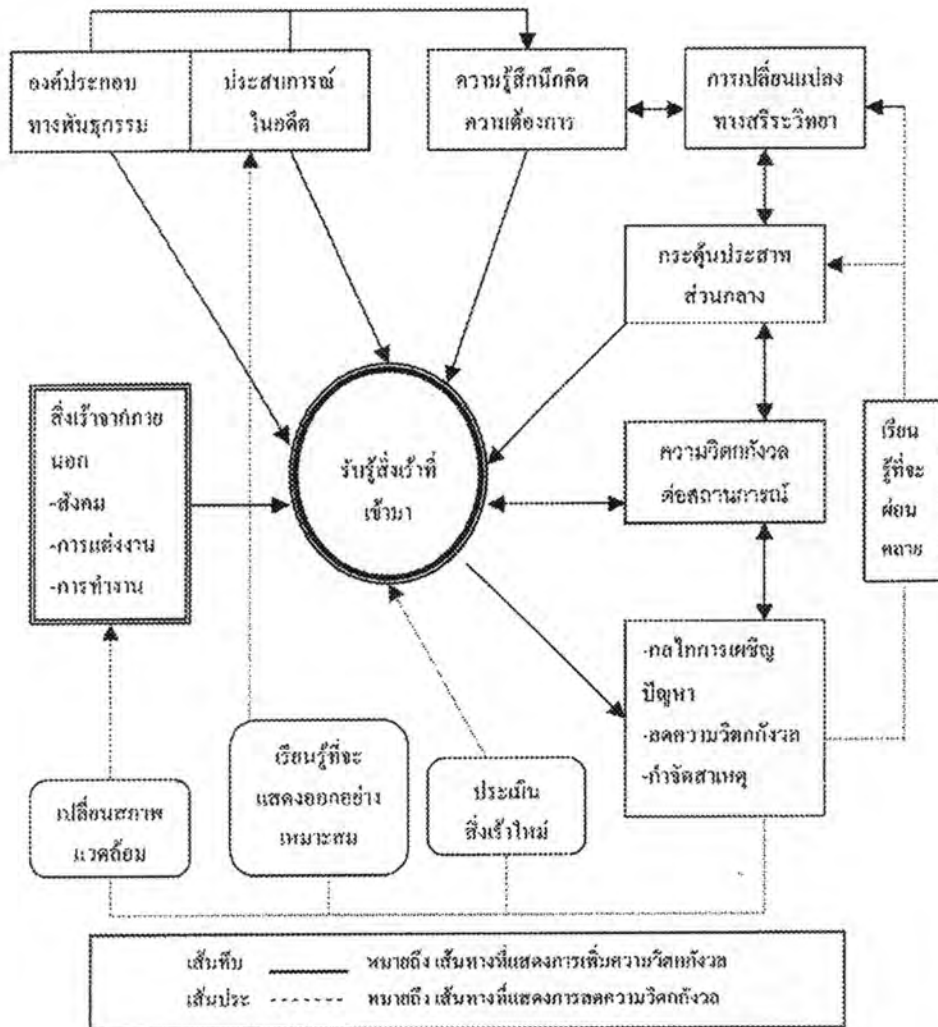
องค์ประกอบที่มีผลต่อการเกิดความวิตกกังวลโดยตรง คือ กรรมพันธุ์ ประสบการณ์ในอดีต และสถานการณ์ในปัจจุบัน ซึ่งหมายถึง ความคิด ความต้องการ และความรู้สึกในขณะนั้น โดยทั้งสามอย่างนี้มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน และก่อให้เกิดความโน้มเอียงที่จะมีความวิตกกังวลแบบแฝงตลอดไป นอกจากองค์ประกอบทั้งสามแล้ว ยังมีปฏิสัมพันธ์กับจุดอื่น ๆ เป็นลูกโซ่ ซึ่งก่อให้เกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญ เมื่อมีสิ่งกระตุ้นจากภายนอก เช่น สังคม การทำงาน เข้ามาคุกคาม และมีการรับรู้ของเปลือกสมองใหญ่ (Cerebral cortex) ว่าเป็นอันตราย ร่วมกับอิทธิพลที่ได้รับจากความวิตกกังวลแบบแฝง โดยจะมีการแสดงออกมา 3 อย่าง คือ

1. เกิดความรู้สึกวิตกกังวลที่แสดงออกเห็นชัดเจน โดยผ่านทางศูนย์ควบคุมทางอารมณ์ (Limbic system)
2. เกิดการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ผ่านทาง Reticular Formation ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาได้หลายอย่าง เช่น หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออกมาก เป็นต้น
3. แสดงออกโดยใช้กลไกทางจิต เพื่อลดความวิตกกังวล และกำจัดสาเหตุของความวิตกกังวล

การแสดงออกทั้ง 3 ด้านนี้ จะมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน อาจเกิดพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งก่อน แล้วโยนไปสู่อีกพฤติกรรมอื่น ๆ การรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา และอารมณ์

ผ่านทางการประเมินความรู้สึกนี้เอง ทำให้บุคคลรับรู้ว่าเขารู้สึกวิตกกังวล บุคคลจึงพยายามลดความวิตกกังวล โดยผ่านทางการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ ที่จะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง และกลไกทางจิตให้น้อยลง ทั้งนี้อาจกระทำได้หลายวิธี ดังแสดงในภาพที่ 1

**ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัว**



ภาพที่ 1 แบบความวิตกกังวลปกติ (A Model of Normal Anxiety)  
ที่มา : Lader และ Mark (1972) อ้างถึงใน นันทินี ศุภมงคล (2547: 15)

**ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล**

ปัจจัยที่มีผลทำให้บุคคลมีระดับความวิตกกังวลแตกต่างกัน มีหลายประการดังนี้

1. เพศ เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาบุคลิกภาพด้านร่างกาย ที่มีผลต่อความวิตกกังวล โดยเป็นผลจาก การหลั่งของฮอร์โมนจากต่อมหมวกไตที่ต่างกัน ทำให้ปฏิกิริยาตอบสนองต่อ

เหตุการณ์ของเพศหญิงและเพศชายต่างกัน จากการศึกษาพบว่า ในระยะก่อนได้รับการผ่าตัด เพศหญิง จะมีระดับความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Domar, Everett และ Keller, 1989; อ้างถึงใน ประภาศรี จีระยิ่งมงคล, 2536) ทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมการเลี้ยงดูและความคาดหวังของสังคมเกี่ยวกับเรื่องเพศว่า เพศชายจะต้องมีลักษณะเข้มแข็ง อดทน และเป็นผู้นำ ส่วนเพศหญิงจะมีลักษณะละเอียดอ่อน ช่างคิด และมีโอกาสแสดงออกได้น้อยกว่าเพศชาย ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า ความแตกต่างด้านเพศทำให้ความวิตกกังวลต่างกัน

2. อายุ การพัฒนาในแต่ละวัย ตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยผู้สูงอายุ จะส่งเสริมให้เกิดความวิตกกังวลได้ต่าง ๆ กัน (ชมชื่น สมประเสริฐ, 2526 อ้างถึงใน พัฒนกร ทองคำ, 2548) ดังนี้

2.1 วัยเด็ก ความวิตกกังวลเรื้อรังก่อให้เกิดความแปรปรวนของนิสัย เช่น การกัดเล็บ การดูดหัวแม่มือ การถ่ายปัสสาวะรดที่นอน

2.2 วัยรุ่น ปัญหาด้านการเรียน ความสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศ การเลือกอาชีพ ศาสนา การเงิน ซึ่งต้องพึ่งพาผู้ใหญ่ อารมณ์จึงเปลี่ยนแปลงง่ายโดยไม่มีเหตุผล ขาดการควบคุมอารมณ์

2.3 วัยผู้ใหญ่ วัยนี้ผ่านระยะการพัฒนาทางบุคลิกภาพโดยสมบูรณ์แล้ว มีเอกลักษณ์ของตนเอง มีบทบาททางเพศถูกต้อง มีความรับผิดชอบ พร้อมจะดำเนินชีวิต และการทำงาน สามารถปรับตัวให้เข้ากับภาวะทางสังคม และปัญหาทางอารมณ์ได้เหมาะสม ความวิตกกังวลในวัยนี้ มักเกิดจากความใฝ่สูงมากเกินไป (Over expectation) และความพยายามที่จะบรรลุเป้าหมาย ซึ่งอาจจะเป็นไปได้ ทำให้ตนเองรู้สึกไม่มีค่า แสดงความวิตกกังวลออกมาในรูปแบบต่าง ๆ กัน เช่น เกิดเป็นโรคประสาท

2.4 วัยสูงอายุ เป็นวัยที่มีความวิตกกังวลมักเป็นผลมาจากความขัดเคืองและความโกรธที่ถูกเก็บกดเอาไว้ ความรู้สึกเช่นนี้ เกี่ยวข้องกับความกลัวว่าจะถูกทอดทิ้ง ไม่มีใครเอาใจใส่ดูแล และมีความรู้สึกว่าเหว่ เดียวดาย จากการศึกษาของ ชนิษฐา นาคะ (2534) พบว่า ผู้ป่วยที่อายุระหว่าง 21-40 ปี มีความวิตกกังวลขณะเฉื่อย และความวิตกกังวลแฝง มากกว่าผู้ป่วยที่อายุระหว่าง 61-80 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะผู้ใหญ่วัยต้นซึ่งมีอายุระหว่าง 21-40 ปี ต้องเผชิญกับปัญหาในการปรับตัว ทำให้เกิดภาวะตึงเครียดทางอารมณ์ได้ง่าย ต่างจากผู้สูงอายุ ซึ่งผ่านประสบการณ์มามาก ทำให้มีความวิตกกังวลน้อยกว่าในผู้ใหญ่วัยต้น

3. การศึกษา เป็นส่วนหนึ่งของแหล่งประโยชน์ในการเพิ่มทักษะการแก้ไขปัญหาของบุคคล จากการศึกษาของ ชนิษฐา นาคะ (2536) พบว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า จะมีระดับความวิตกกังวลแฝงมากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



4. ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วย จากการศึกษาของ ชนิษฐา นาคะ (2536) อ้างอิงใน ประภาศรี จีระยิ่งมงคล พบว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในระหว่างเจ็บป่วยแตกต่างกัน จะมีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน เนื่องจากค่ารักษาในโรงพยาบาลของรัฐไม่สูงจนเกินไป

5. การรับรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยของบุคคล การเจ็บป่วยทางกาย เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกกลัว สิ้นหวัง ท้อแท้ และคับข้องใจ ซึ่งนำไปสู่ความกดดันด้านจิตใจและมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น รวมทั้งมีพฤติกรรมก้าวร้าว หงุดหงิด ไม่ร่วมมือในการรักษาพยาบาลได้ (บุญศรี เพชรรัตน์, 2535 อ้างถึงใน ประภาศรี จีระยิ่งมงคล, 2536)

6. ความหวังของบุคคล จะมีผลต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยผู้ที่มีความหวังสูง จะมีความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้ป่วยที่รู้สึกสิ้นหวัง และความหวังเปรียบเสมือนอำนาจที่แฝงอยู่ในตัวบุคคล ช่วยทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจเข้มแข็ง พร้อมทั้งจะเผชิญกับความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ความเจ็บป่วยที่สิ้นหวังนั้น จะมีภาวะทางอารมณ์แปรเปลี่ยนไปจากปกติ ทำให้เกิดความวิตกกังวลและซึมเศร้าได้ (สายพิน เกษมกิจวัฒน์, 2532 อ้างถึงใน ประภาศรี จีระยิ่งมงคล, 2536)

#### ประเภทของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล แบ่งออกได้หลายประเภทแตกต่างกันไป การวิจัยเกี่ยวกับความวิตกกังวล ส่วนใหญ่ และในการศึกษาครั้งนี้ ได้นำแนวคิดของ Spielberger มาใช้เป็นแนวทางในการศึกษา Spielberger (1983) แบ่งความวิตกกังวล ออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. ความวิตกกังวลแบบแฝง หรือความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะเฉพาะประจำตัวของบุคคล (Trait anxiety) เป็นความวิตกกังวล ที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ทั่ว ๆ ไป ที่ประเมินว่าเป็นอันตราย หรือถูกคุกคาม เป็นลักษณะประจำตัวและเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพในแต่ละบุคคล หรือที่เรียกว่า เป็นนิสัย จะมีลักษณะคงที่ และมีอิทธิพลต่อการรับรู้และการประเมินสิ่งเร้า ความวิตกกังวลในแต่ละบุคคล จะมากหรือน้อยแตกต่างกันไป ผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝงในระดับสูงจะรับรู้ว่าเป็นอันตรายที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอันตราย และกำลังคุกคามตนเองมากกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝงต่ำ โดยเฉพาะเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคาม หรือทำให้รู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง (self esteem) และผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝงในระดับสูงนั้น มีแนวโน้มว่าความวิตกกังวลขณะเผชิญอยู่ในระดับสูงมากด้วย ความวิตกกังวลแฝงจะส่งผลต่อการตอบสนองต่อสภาวะการณ์ที่ประเมินว่า เป็นอันตรายหรือถูกคุกคาม ที่เกิดขึ้นตามความรุนแรงของการโต้ตอบต่อความวิตกกังวลตามสภาวะการณ์ที่เพิ่มขึ้นของบุคคลนั้น

2. ความวิตกกังวลขณะเผชิญหรือความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ (State anxiety) เป็นการตอบสนองทางอารมณ์ ที่มีความซับซ้อนที่เกิดขึ้นกับบุคคล โดยมีการประเมินหรือตีความสถานการณ์ในขณะนั้นว่า เป็นอันตรายหรือคุกคาม ทำให้เกิดความตึงเครียดและกลัว ระบบ

ประสาทอัตโนมัติ ถูกกระตุ้นให้ทำงานมากขึ้น ความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์นี้ ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของภาวะคุกคามที่บุคคลนั้นรับรู้ และการตีความว่าสถานการณ์ที่เป็นอันตรายนั้นยังคงอยู่ บุคคลจะมีความวิตกกังวลขณะเผชิญอยู่ในระดับต่ำ เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่ก่อให้เกิดความเครียด หรืออยู่ในสภาวะแวดล้อมที่เป็นอันตราย แต่ไม่รับรู้ว่ายู่ในภาวะคุกคาม

ความแตกต่างของความวิตกกังวลทั้งสองชนิดนี้ Spielberger กล่าวว่า ความวิตกกังวลขณะเผชิญ เป็นอารมณ์หลายอารมณ์ที่เกิดขึ้นผสมกัน (mixed emotions) เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นภาวะคุกคาม ส่วนความวิตกกังวลแฝง เป็นอารมณ์พื้นฐานบางอารมณ์ที่เกิดขึ้นผสมกันบ่อย ๆ นาน ๆ เข้า จะค่อนข้างเป็นอารมณ์ที่คงที่ของบุคคลนั้น ๆ ในขณะที่ความวิตกกังวลขณะเผชิญนั้น สามารถเปลี่ยนแปลงได้

สำหรับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่พบก่อนเข้ามามีในระยะวินัจฉัยนั้น เป็นความวิตกกังวลแบบแฝง ซึ่งเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในสถานการณ์ที่ประเมินว่า การพบก่อนบริเวณเต้านมเป็นอันตราย เมื่อผู้ป่วยวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้นและนาน ๆ เข้า จะส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนั้น เกิดจากการที่ผู้ป่วยเข้าใจว่าการมีก้อนบริเวณเต้านม คือ ความผิดปกติที่พบและเป็นสาเหตุหรืออาการเริ่มแรก ที่นำไปสู่การเป็นมะเร็งเต้านม (Barrere, 1992: 1376) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตกใจ กลัว เครียดและเป็นช่วงเวลาที่มีความวิตกกังวลมากที่สุด ซึ่ง Poole (1997: 274) กล่าวว่า เป็นช่วงเวลาของความคลุมเครือ สงสัย ไม่แน่ใจ มีความวิตกกังวลควบคู่ไปกับการคาดหวังตลอดระยะเวลารอดผล (Krumm, 1982: 730) มีการคาดการณ์ถึงอันตรายที่จะเกิดกับตนเองในอนาคต (Threat or anticipate threat) ทำให้ผู้ป่วยมีการตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional response) คือ มีความวิตกกังวลสูง และมีความกดดันทางอารมณ์ในระดับสูงร่วมด้วย (Emotional distress) (Northouse และคณะ, 1995: 196-200) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hughson และคณะ (1988 อ้างถึงใน Poole, 1997: 247) ที่เปรียบเทียบระหว่างผู้หญิงที่พบก้อนบริเวณเต้านม และรอตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา 91 คน กับผู้หญิงที่รอทำผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดี 30 คน พบว่า ผู้หญิงที่มีผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา เป็นเนื้องอกธรรมดา จะมีระดับความผิดปกติทางจิตใจ และมีความวิตกกังวลในช่วงก่อนการได้รับการผ่าตัดสูงกว่าผู้หญิงที่รอทำผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดี ซึ่งสอดคล้องกับ Scott (1983) ที่พบว่า ผู้หญิงที่รอผลการตรวจชิ้นเนื้อบริเวณเต้านม มีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยทั่วไป และสอดคล้องกับการศึกษาของ Benedict และคณะ (1994) ที่ศึกษา ระดับความวิตกกังวลในสตรีที่ได้รับการผ่าตัดก้อนบริเวณเต้านม และอยู่ในระยะรอดผลวินัจฉัย โดยการส่งแบบสอบถามไปยังผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการผ่าตัดชิ้นเนื้อเต้านมมาแล้ว ภายในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา จำนวน 412 ราย ได้รับการตอบกลับ 238

ราย พบว่า ร้อยละ 10 ของสตรีที่ได้รับการผ่าตัดก้อนบริเวณเต้านมในระยะรอดผลวินิจฉัย มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 32 มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 58 มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง

### ระดับของความวิตกกังวล

โดยทั่วไปความวิตกกังวลสามารถแบ่งออกเป็นระดับได้ 4 ระดับ คือ (Stuart และ Laraia, 2001)

1. วิตกกังวลเล็กน้อย (Mild anxiety) ความวิตกกังวลในระดับนี้ เป็นการเตรียมพร้อมที่จะรับรู้ และปรับตัวให้เข้ากับเหตุการณ์ประจำวัน บุคคลที่มีความวิตกกังวลในระดับนี้ จะมีความตื่นตัวของระบบประสาทซิมพาเทติกในระดับต่ำ มีความตึงตัวของระบบโครงร่าง และกล้ามเนื้อในระดับต่ำถึงปานกลาง ความรู้สึกไม่สบายใจในระดับนี้ จะช่วยกระตุ้นให้บุคคลทำงานแก้ไขปัญหาได้ดีขึ้น มีความสามารถในการเรียนรู้และทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองได้ มีความรู้สึกมั่นคงไว้วางใจ มีความคิด และสามารถอธิบายความแตกต่างได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลได้ ความวิตกกังวลระดับนี้ จะเกิดขึ้นและสิ้นสุดในระยะเวลาสั้น ๆ

2. วิตกกังวลปานกลาง (Moderate anxiety) ทำให้บุคคลมีความตื่นตัวและว่องไวมากขึ้น ระบบประสาทซิมพาเทติก จะทำงานมากขึ้น ความดันโลหิต ชีพจร และอัตราการหายใจเพิ่มขึ้น รุ่มาตาขยาย มีการกระตุ้นต่อมเหงื่อ หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว กล้ามเนื้อกระดูกและตึงตัวมากขึ้น มีความกระตือรือร้นมากขึ้น พูดเร็ว เสียงสูง การรับรู้แคบลง สนใจเฉพาะสิ่งกระตุ้นที่อยู่ตรงหน้า สิ่งกระตุ้นอื่น ๆ จะถูกตัดออกไป ต้องใช้ความพยายามมากขึ้นในการเรียนรู้หรือรับรู้ข้อมูล ความวิตกกังวลระดับนี้ ถ้าได้รับความช่วยเหลือด้วยการฟังดนตรี การสร้างจินตภาพ การใช้พลังสัมผัส การใช้เทคนิคผ่อนคลาย และการนวด จะทำให้ความวิตกกังวลลดลง และความสามารถต่าง ๆ จะกลับดีขึ้น

3. รุนแรง (Severe anxiety) ทำให้ความสามารถในการรับรู้ของประสาทสัมผัสต่าง ๆ แคบลง ระบบประสาทซิมพาเทติกทั่วร่างกายจะทำงานมากขึ้น มีการกระตุ้นต่อมหมวกไตส่วนเมดุลลาให้หลั่งแคททีโคลามีนเพิ่มขึ้น ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น การไหลเวียนเลือดไปสู่ระบบทางเดินอาหารลดลง หายใจเร็ว ลึก การทำงานของร่างกายเพิ่มขึ้นและไม่ประสานกัน สั่น บางครั้งอาจมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ การแสดงออกทางคำพูด จะพูดติดอ่าง พูดเร็ว เสียงสูง พูดแบบไม่แน่ใจ การแสดงทางสีหน้า จะกลอกตาไปมา ไม่สบตา มีอาการชากรรไกรเกร็ง มีการตอบสนองแบบสู้หรือหนี การรับรู้จะจำกัดความสนใจเฉพาะการกระตุ้นจากสิ่งเดียว (ภายในหรือภายนอก) ปฏิเสธหรือไม่สนใจสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ที่เป็นอันตราย มีการมอง

สภาพแวดล้อม บิดเบือนไปจากความเป็นจริง ไม่สามารถเชื่อมโยงรายละเอียดของเหตุการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้นได้ ขาดประสิทธิภาพในการแก้ปัญหา ไม่รับรู้เวลา สถานที่ สำหรับความวิตกกังวลอย่างรุนแรง เมื่อเกิดขึ้นแล้ว บุคคลจะมุ่งความสนใจไปที่จุดใดจุดหนึ่ง จนทำให้ไม่สามารถคิดถึงเรื่องอื่นได้เลย บุคคลจะแสดงพฤติกรรมให้เห็นและพยายามที่จะหาวิธีผ่อนคลายความวิตกกังวล ความวิตกกังวลระดับนี้ Barry (1996) กล่าวว่า สามารถบรรเทาลงด้วยวิธีการฟังดนตรี การสร้างจินตภาพ การใช้พลังสัมผัส การใช้เทคนิคผ่อนคลาย และการนวด

4. รุนแรงมากจนกลายเป็นความตกใจกลัวได้ (Panic) จะเกิดร่วมกันความรู้สึกสูญเสีย การควบคุมและหวาดกลัว มีการกระตุ้นทางด้านร่างกายอย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถควบคุมการทำงานของกลุ่มเนื้อได้ มีพฤติกรรมถดถอยทั้งทางด้านคำพูด การรับรู้ ความสามารถในการรับรู้ต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ผิดไปจากความเป็นจริง ความคิดไม่ต่อเนื่อง กระบวนการทางความคิดเปลี่ยนแปลงไป ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ ความสนใจต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ลดลง การส่งสัญญาณประสาทจากระบบประสาทซิมพาเทติกหยุดชะงัก การไหลเวียนเลือดลดลง ความดันโลหิตต่ำ วิงเวียนศีรษะ เป็นลมและหมดแรง อ่อนเพลีย การแสดงออกทางคำพูด จะพูดเสียงสูง และดังมาก อาจพูดววน พูดน้อยลง เสียงสั่น อาจมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน แสดงความก้าวร้าวอย่างรุนแรง จะทำให้บุคคลนั้นมีความสามารถในการทำงาน หรือความกระตือรือร้นในการทำงานลดลง และจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจได้อย่างมาก การแก้ไขความวิตกกังวลระดับรุนแรงที่สุดนี้ จำเป็นต้องใช้ยาเพื่อลดความวิตกกังวล (Barry, 2000)

#### **ผลกระทบของความวิตกกังวล**

ความวิตกกังวล เป็นการตอบสนองของระบบหลายระบบในร่างกาย (Multi - system response) ที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีภาวะคุกคามหรืออันตราย จะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางจิตใจ และระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ดังนี้ (Kneisl, 1996)

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เป็นผลมาจากการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ เพื่อตอบสนองต่อภาวะตึงเครียดที่เกิดขึ้น โดยจะมีอาการและอาการแสดง ดังนี้

1.1 ด้านชีวเคมี (Biochemical) เมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นที่ตัวรับ แรงกระตุ้นจะเคลื่อนที่เข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system) คือ สมองและไขสันหลัง ผ่านศูนย์กลางของสมองส่วนกลาง คือ thalamus แล้วผ่านเข้าสู่ hypothalamus ซึ่งเป็นศูนย์กลางของอารมณ์ และเป็นสมองส่วนที่ควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติ แรงกระตุ้นจะเคลื่อนผ่านไปยังสมองส่วน cerebral cortex ซึ่งมีหน้าที่รับรู้สิ่งเร้า และเป็นตัวกระตุ้น hypothalamus และ pituitary gland ให้ทำงาน ดังนี้



1.1.1 Hypothalamus จะส่งแรงกระตุ้นไปตามระบบประสาทอัตโนมัติ โดยผ่าน  
ไปทางประสาท sympathetic ต่อไปที่ adrenal medulla ของต่อมหมวกไต (adrenal gland) ให้  
หลังสาร catecholamine ซึ่งประกอบด้วย epinephrine และ norepinephrine เข้าสู่กระแสโลหิต  
และไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกายทำให้เกิดพลังงานการหมุนเวียนของโลหิตในกล้ามเนื้อ การบีบ  
ตัวของหัวใจและปริมาณโลหิตที่ออกจากหัวใจเพิ่มมากขึ้น ภาวะอาหารถูกกระตุ้นให้มีการขับ  
น้ำย่อยเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีผลทำให้ร่างกายมีการตอบสนองในการต่อสู้หรือถอยหนี ใน  
กรณีที่จะหนีจะมีการหลั่งสาร epinephrine มากขึ้น แต่ถ้าจะต่อสู้ สาร norepinephrine จะถูก  
หลั่งมากขึ้น

1.1.2 Pituitary gland แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ anterior pituitary gland และ  
posterior pituitary gland เมื่อได้รับแรงกระตุ้นจากสมองส่วนบนจะเกิดผลทำให้ anterior  
pituitary gland หลั่ง adrenocorticotrophic hormone (ACTH) ไปกระตุ้น adrenal cortex ของ  
ต่อมหมวกไตให้หลั่ง adrenocorticoid ซึ่งประกอบไปด้วยฮอร์โมน 3 ชนิด คือ mineralocorticoid  
ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมสมดุลของเกลือแร่ เช่น โซเดียม โปแตสเซียม และแคลเซียม glucocorticoid มี  
ผลต่อการเผาผลาญอาหารจำพวกโปรตีน ไขมันและน้ำตาล และ androgen มีผลต่อลักษณะของ  
เพศชาย ส่วน posterior pituitary gland จะหลั่ง antidiuretic hormone (ADH) ออกมา ทำให้การ  
ขับน้ำออกจากร่างกายโดยผ่านทางไตลดลง ดังนั้น จะพบว่า ผู้ที่อยู่ในภาวะวิตกกังวล การเผา  
ผลาญและการดูดซึมอาหารจะลดลง การขับน้ำย่อยในภาวะอาหารจะมากขึ้น เป็นเหตุให้เกิด  
แผลในกระเพาะอาหาร นอกจากนี้ยังพบว่า มีการคั่งของน้ำ โซเดียมและคลอไรด์ มีการสูญเสีย  
โปแตสเซียมมากขึ้น จำนวนเม็ดโลหิตขาวที่ทำหน้าที่ต้านทานโรค (neutrophils) ลดลง ระดับ  
ไขมันในเลือด (cholesterol) สูงขึ้น

1.2 ด้านสรีระวิทยา (Physiological) ความวิตกกังวลจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลง  
การทำงานของระบบต่าง ๆ ซึ่งเป็นผลของระบบประสาทอัตโนมัติที่ทำงานโดยอิสระ ไม่อยู่ใต้  
อำนาจจิตใจ ประกอบด้วย sympathetic และ parasympathetic nervous system ระบบ  
ประสาททั้งสองนี้ จะทำหน้าที่ตรงข้ามกัน เพื่อให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายอยู่ใน  
สภาพสมดุล ทั้ง 2 ระบบจะเกี่ยวข้องกับการเกิดอารมณ์ ระบบ sympathetic จะมีบทบาทมากกว่า  
เมื่อมีความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง แต่ถ้ามีความวิตกกังวลสูงและรุนแรงแล้ว  
ระบบ parasympathetic จะมีบทบาทมากกว่า

การเปลี่ยนแปลงด้านสรีระวิทยาจะขึ้นอยู่กับระดับความวิตกกังวล โดยทั่วไปแล้วถ้าความ  
วิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อยและปานกลาง จะมีผลเพิ่มการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย  
แต่ถ้าความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงและรุนแรงแล้ว จะมีผลทำให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายหยุด

ทำงานได้เช่นกัน การเปลี่ยนแปลงด้านสรีระวิทยาที่พบ มีดังนี้ หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็วและลึก หรือ หายใจลำบาก ตัวสั่น ใจสั่น ม่านตาขยาย มีการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิของร่างกาย เหงื่อออกมาก ตัวเย็น ผิวหนังซีดเย็น มือเย็นขึ้น มีเหงื่อออกตามฝ่ามือ ปัสสาวะบ่อย ประจำเดือนผิดปกติ ปากแห้ง เบื่ออาหาร ไม่สบายท้อง กล้ามเนื้อเกร็ง โดยเฉพาะกล้ามเนื้อคอ นอนไม่หลับ เป็นต้น

2. การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ พบว่า บุคคลจะมีอารมณ์ตึงเครียด อึดอัด อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด ตกใจ กลัว กระวนกระวาย วิดกกังวล ท้อแท้ และรู้สึกไม่มีคุณค่า เป็นต้น

3. การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวล พฤติกรรมที่แสดงออกจะมีหลายรูปแบบ เช่น สีหน้าแสดงความวิตกกังวล พูดเร็วและย่ำถ้อยคำ ไม่อยู่นิ่ง เคลื่อนไหวโดยไม่มีจุดมุ่งหมาย แยกตัว หรือถอยหนีต่อเหตุการณ์ เก็บกดความรู้สึก จนกลายเป็นซึมเศร้า เป็นต้น

4. การเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด สติปัญญา การรับรู้ บุคคลที่มีความวิตกกังวลจะมีความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมลดลง ความคิดหมกมุ่น ไม่มีสมาธิ ลืมง่าย ไม่แน่ใจ ความจำลดลง สูญเสียความตั้งใจ การตัดสินใจผิดพลาด การรับรู้โดยประสาททั้ง 5 ลดลง เป็นต้น และความวิตกกังวลในระดับที่สูงขึ้น ระดับการรับรู้จะลดลงเรื่อย ๆ

ดังนั้นสรุปได้ว่า ความวิตกกังวลมีผลกระทบต่อระบบความคิด ความรู้สึก และประสิทธิภาพในการทำงาน สุขภาพ ร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งการปรับตัวและการเรียนรู้ เมื่อมีความวิตกกังวลในระดับต่ำจนถึงปานกลาง เมื่อความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางจะส่งผลให้ประสาทสัมผัส การรับรู้แคบลง สนใจสิ่งหนึ่งสิ่งใดมาก และมีความพยายามแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541) ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือก็จะพัฒนาไปสู่ระดับความวิตกกังวลในระดับสูงและรุนแรงที่สุดได้ ซึ่งมีผลต่ออาการปรับตัว พฤติกรรม สมาธิ ความจำได้

#### การประเมินความวิตกกังวล

การประเมินความวิตกกังวลสามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่ การรับฟังและการพูดคุย การถามคำถาม การสัมภาษณ์ การสังเกต หรือการใช้เครื่องมือในการประเมิน เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น อาการและอาการแสดงของความวิตกกังวลจะแสดงออกได้ ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรม (Smeltzer และ Bare, 2000) การประเมินความวิตกกังวลนั้นจึงสามารถประเมินได้ทั้งทางสรีระวิทยา ประเมินด้วยตนเองและประเมินได้จากพฤติกรรมที่แสดงออกมา ดังนี้

1. การประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา (Physiological measure of anxiety) ได้แก่ การวัดความดันโลหิตแดงเฉลี่ย (MAP) อัตราการเต้นของหัวใจ (Carpenito, 1993 อ้างถึงใน Shuldham และคณะ, 1995) การวัดปริมาณการมีเหงื่อออกที่มือ (palmar sweat) โดยใช้เครื่อง Servo-Med Evaporimeter นอกจากนี้ ยังมีการวัดระดับ catecholamines ใน plasma

และปัสสาวะ ระดับ cortisol ใน plasma และการตอบสนองของผิวหนังต่อการกระตุ้นด้วย กระแสไฟฟ้า (Shuldham และคณะ, 1995) การวัดทางสรีระวิทยาที่ค่อนข้างทำได้ลำบาก เนื่องจากเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย หรืออารมณ์ในลักษณะต่าง ๆ อาจส่งผลให้เกิด การเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาได้เช่นเดียวกัน (Grimm, 1997) ดังนั้น ระดับความวิตกกังวลอาจ ไม่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

2. การประเมินด้วยตนเอง (Self-report measure of anxiety) เป็นการประเมินความ วิตกกังวลด้วยตัวบุคคลเองนั้น ได้แก่

2.1 มาตรฐานวัดความวิตกกังวล (Visual analogue scale) เป็นการประเมินระดับของ ความรู้สึกที่แสดงถึงความวิตกกังวล ได้แก่ ความหวาดกลัว ความตึงเครียด ความหวาดหวั่น หรือ ความกังวล มีลักษณะเป็นเส้นตรงที่มีความยาว 100 มิลลิเมตร หรือ 10 เซนติเมตร วาดลงบน กระดาษ A4 ปลายสุดทางด้านซ้ายมือจะตรงกับความรู้สึกไม่มีความวิตกกังวล และเพิ่มมากขึ้นไป ทางขวามือ ตำแหน่งปลายสุดทางขวามือจะตรงกับความรู้สึกมีความวิตกกังวลมากที่สุด ผู้ที่ทำ แบบประเมินนี้จะทำเครื่องหมายกากบาทลงบนเส้นตรงตามระดับความวิตกกังวลที่มีอยู่ของ บุคคลนั้น แบบประเมินนี้สามารถทำได้ง่าย แต่ในการวัดซ้ำอาจไม่ใช่ความรู้สึกที่แท้จริง เพราะผู้ที่ ทำแบบประเมินอาจจำได้ว่าครั้งแรกเคยทำเครื่องหมายไว้ที่ตำแหน่งใด (Brown, 2000)

2.2 Taylor Manifest Anxiety Scale สร้างขึ้นโดย Taylor (1950 อ้างถึงใน Grimm, 1997) ประกอบด้วยข้อคำถาม 50 ข้อที่เลือกมาจากแบบประเมินบุคลิกภาพ Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) ให้ตอบว่า ถูกหรือผิดในแต่ละข้อคำถาม แบบวัดนี้ เริ่มแรกใช้ในกลุ่มนักเรียนในวิทยาลัย และป่วยทางจิต แต่ต่อมาได้นำมาใช้กับผู้ใหญ่โดยทั่วไป

2.3 Anxiety Status Inventory (ASI-SAS) พัฒนาโดย Zung (1971 อ้างถึงใน Grimm, 1997) ASI ประกอบด้วย 2 แบบวัด คือ ASI และ Self-rating Anxiety Scale (SAS) ทั้ง สองแบบวัดนี้ ใช้ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยทางจิตในคลินิก แต่มีรายงานว่าสามารถใช้ได้ กับบุคคลที่ไม่มีอาการทางจิตได้เช่นกัน

2.4 The Institute for Personality and Ability Testing (IPAT) ในส่วนของ Anxiety Scale Questionnaires (ASQ) พัฒนาขึ้นโดย Cattell และ Scheier ในปี 1903 เพื่อประเมินภาวะ วิตกกังวลของผู้ป่วยในคลินิก โดยให้ผู้ตอบคำถามเลือกตอบจากคำตอบที่มีอยู่ และใช้การ วิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analytic) เป็นเกณฑ์ที่พิจารณาเลือกข้อคำถาม ASQ เป็นคำถามที่ เกี่ยวกับความรู้สึกทั่ว ๆ ไป และพฤติกรรมที่แสดงออก (trait anxiety)

2.5 State-Trait Anxiety Inventory (STAI) สร้างขึ้นโดย Spielberger และคณะ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 มีการพัฒนาและปรับปรุงเรื่อยมาและแก้ไขใหม่ในปี ค.ศ. 1983 (Spielberger,

และคณะ, 1983 อ้างถึงใน สุนันทา ตั้งปณิธานดี, 2001) โดยมีแนวคิดพื้นฐานที่ให้ความสนใจต่อสิ่งเร้า ที่มากระทบกระบวนการทางปัญญา ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการทางปัญญา และแสดงออกทางพฤติกรรม ซึ่งเป็นแนวคิดของกลุ่มพฤติกรรม-ปัญญานิยม (दारारวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2534: 67) เป็นแบบประเมินความวิตกกังวลด้วยตนเอง แบบวัดนี้จะแยกประเมินความวิตกกังวลตามสถานการณ์และความวิตกกังวลแฝง ซึ่ง STAI Form Y-1 เป็นแบบประเมินความวิตกกังวลตามสถานการณ์ หรือความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เฉพาะ (A-State) เป็นความวิตกกังวลในขณะนั้น ส่วน STAI Form Y-2 เป็นแบบประเมินความวิตกกังวลของตนเองโดยทั่ว ๆ ไป (A-Trait) ซึ่งแบบวัดแต่ละชนิด ประกอบไปด้วย ข้อคำถาม 20 ข้อ เลือกตอบได้ 4 คำตอบ จากไม่มีความรู้สึกนั้นเลย จนถึงมีมากที่สุด ข้อคำถามบางข้อของ STAI Form Y-1 และ STAI Form Y-2 จะเหมือนกัน เนื่องจากการแสดงออกถึงความวิตกกังวลทั้งแบบลักษณะของบุคคล (A-Trait) หรือสถานะได้ตอบสนองต่อสถานการณ์ มีลักษณะคล้ายกัน ความคิดของ Spielberger ต่อมาเขาพบว่าความวิตกกังวลทั้งสองแบบมีลักษณะที่แตกต่างกันอยู่ จึงปรับแบบวัดนี้ใหม่ โดยข้อคำถามของ STAI Form Y-2 จะเลือกเฉพาะที่มีความสัมพันธ์กับข้อคำถามของแบบวัดความวิตกกังวลของ Taylor's Manifest Anxiety Scale และ IPAT ในส่วนความวิตกกังวลที่มีลักษณะค่อนข้างสม่ำเสมอในระยะเวลาหนึ่งและไม่ได้ถูกกระทบจากสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ส่วน STAI Form Y-1 จะเลือกจากข้อคำถามที่มีลักษณะความวิตกกังวลที่เปลี่ยนไปตามสถานการณ์ ดังนั้นข้อคำถามที่เหลือ จึงเป็นลักษณะความวิตกกังวลที่พบได้ในทั้งสองลักษณะ ข้อคำถามของ STAI จะไม่มีการตัดสินว่าถูกหรือผิด การตอบในแต่ละข้อ ผู้ตอบต้องไม่ใช้เวลาในการตัดสินใจนานมากเกินไป จึงจะเป็นการตอบแบบประเมินความวิตกกังวลที่ตรงกับภาวะจริงมากที่สุด การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ State-Trait Anxiety Inventory (STAI) เป็นแบบประเมินความวิตกกังวล State-Trait Anxiety Inventory (STAI) เป็นที่นิยมใช้ และสามารถใช้ได้แพร่หลายในบุคคลหลายกลุ่ม (Grimm, 1997) มีค่าความเชื่อมั่นและค่าความเที่ยงตรงเป็นที่ยอมรับ (Spielberger, Gorsuch, Lushence, Vagg, และ Jacobs, 1983 อ้างถึงใน Leske, 1996) และยังไม่พบปัญหาในการใช้แบบสอบถามข้ามวัฒนธรรม (Spielberger, และ Krasner, 1988) แบบวัดความวิตกกังวลชุดนี้ ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย และผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้วโดยผู้เชี่ยวชาญทางเครื่องมือและภาษา ซึ่งมีขั้นตอนในการแปล และใช้ ดังต่อไปนี้ (นิตยา คชสิลา, 2548)

1. ดร. ธาตรี นนทศักดิ์ นักจิตวิทยาทางการบิน (Aviation Psychologist) ผู้ทำงานด้านการพัฒนาแบบทดสอบทางจิตวิทยา เพื่อคัดเลือกนักบินของกองทัพเรือสหรัฐอเมริกามาเป็นเวลา 15 ปี ทำการแปลแบบวัดจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย



2. ดร.จิ้น แบรี อาจารย์ประจำภาควิชาจิตวิทยา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้มีความชำนาญทั้งภาษาอังกฤษและภาษาไทยเป็นอย่างดีมากกว่า 10 ปี เป็นผู้แปลกลับจากฉบับภาษาไทยที่ ดร. ธาตรี นนทศักดิ์ แปลเป็นภาษาไทยไว้กลับไปเป็นภาษาอังกฤษ เพื่อตรวจสอบและปรับความถูกต้อง ทั้งในด้านภาษาและความหมายทางจิตวิทยา

3. ดร. สมโภชน์ เขี่ยมสุภาษิต อาจารย์ประจำภาควิชาจิตวิทยา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้นำมาปรับความชัดเจน ทั้งในด้านภาษาและความหมายทางจิตวิทยาซ้ำอีกครั้ง

หลังจากนั้น ดาราวรรณ ต๊ะปินตา (2534) ได้นำแบบวัดฉบับภาษาไทยไปหาค่าความเชื่อมั่นกับกลุ่มพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของโรงพยาบาลนครพิงค์เชียงใหม่ จำนวน 86 ราย ทดสอบค่าความเที่ยงด้วยวิธีหาค่าความคงที่ภายใน (internal consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .90

รัตนา อยู่เปลว (2543) ได้นำแบบวัดนี้ไปวัดความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย โดยหาค่าความเชื่อมั่นในกลุ่มของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 10 ราย ทดสอบค่าความเที่ยง ด้วยวิธีหาค่าความคงที่ภายใน (internal consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .93

3. การประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral measure of anxiety) ได้แก่ แบบบันทึกเพื่อสังเกตพฤติกรรมที่สร้างโดย Graham และ Conley (1971) จะประเมินเกี่ยวกับลักษณะการแสดงออกทางด้านพฤติกรรม เช่น กัดเล็บหรือกัดปาก มือสั่น กระสับกระส่าย การแสดงออกทางการพูด เช่น พูดเร็วขึ้น พูดตะกุกตะกัก พูดเสียงดังหรือเสียงแหลม การแสดงออกทางสีหน้าที่แสดงถึงความตึงเครียด ร้องไห้ หรือยื่นกอดอก เป็นต้น

การประเมินความวิตกกังวลนั้น อาจประเมินได้จากวิธีใดวิธีหนึ่ง หรือหลายวิธีร่วมกันก็ได้ ขึ้นกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดความวิตกกังวล โดยไม่ได้วัดทางด้านสรีระ เพราะได้พิจารณา และพบว่ามีความแปรแทรกซ้อนที่ควบคุมไม่ได้มากกว่าที่จะนำผลของการวัดทางด้านสรีระมาอธิบายผลการทดลองได้ จึงเลือกใช้แบบประเมินความวิตกกังวลของสปีลเบิร์กเกอร์ (STAI) คือ แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (The State Anxiety Inventory Form Y-1) ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยคลำพบก้อนบริเวณเต้านม

#### **ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่คลำพบก้อนบริเวณเต้านม**

ธรรมชาติของการดำรงชีวิต มนุษย์จำเป็นต้องดิ้นรนต่อสู้ เพื่อเผชิญปัญหาต่าง ๆ อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม หรือการเปลี่ยนแปลงในตัวมนุษย์ ล้วนเป็นสิ่งรบกวน

ก่อให้เกิดการคับข้องใจ (frustration) ขัดแย้ง (conflict) วิตกกังวล (anxiety) เป็นผลให้บุคคลมีความตึงเครียดทางจิตใจ และอารมณ์ (mental and emotional stress) อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่คลำพบก้อนบริเวณเต้านม จะรู้สึกตกใจ กลัว และเกิดความเครียด ซึ่งมีต้นเหตุจากการคลำพบก้อนเต้านมเป็นสิ่งเร้า ให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลซึ่งเป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ทำให้มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจและอารมณ์ เนื่องจากเข้าใจว่า การมีก้อนบริเวณเต้านม คือความผิดปกติที่พบและเป็นสาเหตุใหญ่หรืออาการเริ่มแรกที่น่าไปสู่การเป็นมะเร็งเต้านม (Barrere, 1992: 1376) ซึ่งโดยทั่วไปรับรู้ว่าเป็นโรคที่อันตรายร้ายแรงใกล้เคียงความตาย คุกคามต่อชีวิต (Life - threatening disease) ความเป็นอยู่ ครอบครัวและสังคม แม้ว่าก้อนบริเวณเต้านมจะมีเพียง ร้อยละ 9.05-12.6 เท่านั้น ที่เป็นมะเร็งเต้านม (สมปอง รักษาสุข, 2539: 59-60) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่พบก้อนบริเวณเต้านมขณะรอผลการตรวจระยะวินิจฉัย (Diagnosis phase) เป็นผลมาจากความไม่แน่ใจ กลัวว่าผลการตรวจจะเป็นมะเร็ง เพราะคิดว่ามะเร็งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และมีการคาดการณ์ถึงเหตุการณ์ ถ้าผลการตรวจเป็นมะเร็ง กลัวต้องสูญเสียเต้านม ซึ่งเป็นอวัยวะที่มีความสำคัญต่อความงามและภาพลักษณ์ของความเป็นผู้หญิง เป็นสัญลักษณ์ทางเพศ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและคู่สมรส กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวการผ่าตัด การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลัวโรคที่เป็นจะถ่ายทอดทางพันธุกรรม การขาดข้อมูลความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค การรักษา และแหล่งประโยชน์ในการรับบริการช่วยเหลือ เกิดความรู้สึกที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจมากขึ้น ความสามารถในการคิดและตัดสินใจลดลง เป็นช่วงเวลาของความคลุมเครือ สงสัย ไม่แน่ใจ (Poole, 1997: 274) นอกจากนี้ ยังพบว่า คู่สมรสหรือครอบครัวของผู้ป่วยยังเกิดความวิตกกังวลเช่นเดียวกับผู้ป่วยด้วย ดังการศึกษาของ Northouse และคณะ (1989) ที่ศึกษา ผลกระทบของโรคมะเร็งเต้านมต่อผู้ป่วยและคู่สมรสในระยะรอผลวินิจฉัย พบว่า ร้อยละ 83 ของคู่สมรส กล่าวว่า ระยะรอผลการตรวจชิ้นเนื้อ เป็นระยะที่ก่อให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลมากที่สุด เนื่องจากเกิดความไม่แน่นอน และรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาที่ภรรยาจะได้รับ กลัวภรรยาเป็นมะเร็ง ขาดข้อมูลความรู้และไม่มั่นใจในการรักษาเช่นเดียวกับผู้ป่วย ซึ่งไม่มีผู้ใดสามารถบอกได้ถึง การตัดสินใจในการตรวจรักษา การตัดสินใจนั้นขึ้นอยู่กับตนเองและผู้ป่วยทั้งสิ้น สิ่งเหล่านี้ เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยและคู่สมรสเกิดความวิตกกังวล และรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เนื่องจากสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะคู่สมรส เป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิด และมีความสำคัญ ในการช่วยเหลือดูแลและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย



### 3. บทบาทพยาบาลในการลดความวิตกกังวล

การพยาบาลบุคคลที่มีความวิตกกังวล จะมุ่งการช่วยส่งเสริมให้บุคคลสามารถควบคุมความวิตกกังวลให้อยู่ในระดับต่ำลง จนกระทั่งสามารถขจัดความวิตกกังวลต่าง ๆ ได้ โดยมีเป้าหมาย ดังนี้

เป้าหมายการพยาบาลระยะสั้น

1. ความวิตกกังวลลดลงตามลำดับ จนถึงระดับปกติ
2. บุคคลสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ
3. บรรเทาความไม่สุขสบายทางร่างกาย

เป้าหมายการพยาบาลระยะยาว

1. บุคคลรู้จักความรู้สึกวิตกกังวล รู้ถึงกระบวนการ เหตุผลของการเกิดความวิตกกังวล ตลอดจนมีวิธีการและหลีกเลี่ยงความวิตกกังวลอย่างมีประสิทธิภาพ

2. การเกิดความวิตกกังวลครั้งต่อไป จะมีความรุนแรงลดลง

3. ปราศจากความวิตกกังวลเรื้อรัง

4. ความถี่ของการเกิดความวิตกกังวลลดลง

5. สามารถปรับปรุงบุคลิกภาพและใช้กลไกทางจิตที่เหมาะสม

6. สามารถขจัดความขัดแย้ง และเผชิญสถานการณ์ที่คุกคามได้อย่างมั่นใจยิ่งขึ้น

การพยาบาลบุคคลที่มีความวิตกกังวล มีดังต่อไปนี้

1. การช่วยลดความวิตกกังวลให้เป็นปกติ (Decreasing anxiety as normal) สามารถกระทำได้ตามระดับความรุนแรงของความวิตกกังวล ดังนี้

1.1 การช่วยลดความวิตกกังวลระดับสูงและรุนแรง (Decreasing severe and panic anxiety) พยาบาลสามารถให้การช่วยเหลือบุคคลที่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงและรุนแรงได้ โดย

1.1.1 การตระหนักถึงความรู้สึกของพยาบาล (Self awareness) การดูแลผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลในระดับสูง ๆ อาจทำให้พยาบาลเกิดความวิตกกังวล ซึ่งเป็นผลเสียต่อการสร้างสัมพันธภาพ และช่วยเหลือผู้ป่วย เพราะความวิตกกังวลในตัวพยาบาล ทำให้พยาบาลไม่สามารถแยกแยะได้ว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยอยู่ในระดับใด และจะถ่ายทอดความวิตกกังวลไปสู่ผู้ป่วย เป็นการเพิ่มปัญหาให้ผู้ป่วยมากขึ้น ดังนั้น พยาบาลจะต้องตื่นตัวต่อความวิตกกังวลในตัวเอง ยอมรับและหาสาเหตุ ตระหนักถึงบทบาทของตน ช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยท่าทีสงบ

1.1.2 สร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจ (Establishing a trusting relationship) การลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยนั้น พยาบาลต้องสร้างสัมพันธภาพที่เปิดเผยไว้วางใจ พยาบาล

จะต้องตั้งใจฟังผู้ป่วย และช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดถึงความวิตกกังวล ความรู้สึกผิดหวัง คับข้องใจ ความโกรธ ตอบคำถามของผู้ป่วยโดยตรงไปตรงมา ยอมรับผู้ป่วยอย่างไม่มีเงื่อนไข การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย ทั้งที่เป็นคำพูดและไม่ใช่คำพูด ต้องคำนึงถึงความรู้สึกของผู้ป่วย เคารพในระหว่างระหว่างบุคคลของผู้ป่วย

1.1.3 ปกป้องผู้ป่วย (Protecting the patient) ให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในความปลอดภัยของตนเอง ให้อิสระผู้ป่วยในการจัดการกับความวิตกกังวลตามความสามารถ ไม่บังคับ ไม่ตำหนิการใช้กลไกการปรับตัวของผู้ป่วย ในผู้ป่วยที่มีอาการย้ำคิดย้ำทำ หรือกลัวพยาบาลจะไม่บังคับให้ผู้ป่วยหยุดพฤติกรรม หรือบังคับให้ผู้ป่วยเผชิญกับสิ่งที่กลัว ไม่อ้างเหตุผลเพื่อหยุดยั้งพฤติกรรมของผู้ป่วย ไม่ให้ความสนใจอาการกลัว ย้ำคิดย้ำทำ หรืออาการทางกายของผู้ป่วยมากเกินไป เพราะจะยิ่งส่งเสริมอาการเหล่านั้นเพิ่มขึ้น พยาบาลจะให้เวลาผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อาจมีการจำกัดขอบเขตของพฤติกรรมบางอย่าง และพยายามช่วยผู้ป่วยในการหาสิ่งที่พึงพอใจของชีวิตด้านอื่น ๆ

1.1.4 ปรับปรุงสิ่งแวดล้อม (Modifying the environment) พยายามลดสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลกับผู้ป่วย จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ลดสิ่งกระตุ้น จำกัดการติดต่อกับผู้ป่วยอื่น เพิ่มความสบายทางร่างกาย เช่น การอาบน้ำอุ่น การนวด เป็นต้น

1.1.5 ส่งเสริมการทำกิจกรรม (Encouraging activity) พยาบาลควรจะช่วยให้ผู้ป่วยสนใจในการทำกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยไม่มีเวลาสำหรับการใช้กลไกการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม ลดความตึงเครียด เพิ่มความสนใจและเพลิดเพลินกับด้านอื่น ๆ ของชีวิต กิจกรรมที่จัดให้ผู้ป่วย เช่น การเล่นเกมง่ายๆ ๆ ทำงานศิลปะ อาชีวะบำบัด การออกกำลังกาย พยาบาลควรเข้าร่วมในกิจกรรมกับผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับตัว ให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม และให้กำลังใจผู้ป่วย

1.1.6 ผู้ป่วยอาจต้องได้รับยาลดความวิตกกังวลตามการรักษาของแพทย์ และพยาบาลต้องสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ให้เข้าร่วมกับการรักษาด้านอื่น

1.1.7 ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย (Provide physical needs) เช่น การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล

1.2 การช่วยลดความวิตกกังวลในระดับปานกลาง (Decreasing moderate anxiety) ความวิตกกังวลในระดับปานกลาง แม้ว่าขอบเขตการรับรู้จะแคบลง แต่ความเข้าใจในเหตุการณ์และความสนใจในปัญหายังมีอยู่ การช่วยเหลือบุคคลในภาวะนี้มีจุดมุ่งหมายให้บุคคลสามารถแก้ปัญหา ปรับตัว เรียนรู้วิธีการควบคุมความวิตกกังวล การช่วยเหลือบุคคลที่มีความวิตกกังวลปานกลางสามารถทำได้ ดังนี้



1.2.1 ช่วยให้ผู้บุคคลรู้ว่ามีอาการวิตกกังวล (Recognition of anxiety) โดยการช่วยให้บุคคลสำรวจความรู้สึกของตนเอง ด้วยคำถาม เช่น “ขณะนี้คุณรู้สึกวิตกกังวลหรือไม่” “คุณไม่สบายหรือไม่” พยาบาลอาจเชื่อมโยงพฤติกรรมหรืออาการของบุคคลกับความรู้สึกวิตกกังวล ให้บุคคลทราบ จะช่วยให้บุคคลตระหนักรู้ และพูดเกี่ยวกับความรู้สึกของตน

1.2.2 ช่วยให้ผู้บุคคลมีความเข้าใจความวิตกกังวล (Insight into the anxiety) พยาบาลและผู้รับบริการร่วมกันหาสาเหตุของการเกิดความวิตกกังวล วิเคราะห์สาเหตุของความขัดแย้งในใจ สำรวจวิธีการลดความวิตกกังวลในอดีต และวิธีใดที่ใช้ได้ผลดี

1.2.3 ช่วยในการปรับตัว (Coping with the threat) ถ้าการปรับตัวในครั้งก่อน ๆ มีความเหมาะสม พยาบาลควรส่งเสริมการปรับตัวนั้น ถ้าไม่เหมาะสม พยาบาลต้องแสดงให้เห็นถึงผลเสีย และช่วยบุคคลเรียนรู้วิธีการใหม่ในการปรับตัว บุคคลรับรู้ถึงความถูกต้องตามความเป็นจริงหรือไม่ ให้บุคคลเล่าความวิตกกังวลให้สมาชิกครอบครัว เพื่อน จะช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ที่ถูกต้องขึ้น มีการออกกำลังกาย หาแหล่งพึ่งพา เช่น สมาชิกครอบครัว เพื่อนสนิท เป็นต้น

1.2.4 ส่งเสริมให้มีการผ่อนคลายความวิตกกังวล (Promote the relaxation response) พยาบาลจะสอนผู้ป่วยในการลดความวิตกกังวลซึ่งมีหลายวิธี เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Muscle relaxation) การทำสมาธิ การควบคุมการหายใจ

1.2.5 การช่วยเหลือปัญหาทางกายอื่น ๆ (Provide physical needs) เช่น การรับประทานอาหาร การพักผ่อนให้เพียงพอ

2. การช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และรู้จักความวิตกกังวล (Acknowledging anxiety) วิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ดังกล่าวได้คือ การสนทนาโต้ตอบอย่างมีระบบวนการตามลำดับขั้น ดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 การสังเกตพฤติกรรมที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ได้แก่ การเคลื่อนไหวที่มากขึ้น หรือทำกิจกรรมมากขึ้นกว่าปกติ กลัว โกรธ หรือแยกตัว เรียกร้องบ่อย หรือร้องไห้ พูดให้ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับความรู้สึกวิตกกังวลในพฤติกรรมนั้น ๆ

ขั้นที่ 2 การเชื่อมโยงความรู้สึกวิตกกังวลกับอาการที่เกิดขึ้น เช่น กระสับกระส่าย เครียด ใจสั่น ตึงตามต้นคอ เป็นต้น รวมทั้งรายละเอียดของการหาทางผ่อนคลายความวิตกกังวลที่ผู้ป่วยใช้

ขั้นที่ 3 ให้รู้จักการเปลี่ยนแปลงฉับพลัน ซึ่งเป็นสาเหตุนำของความวิตกกังวล โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดทบทวน บรรยายประสบการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดความวิตกกังวลทั้งด้านความคิด การกระทำ และความรู้สึก

ขั้นที่ 4 ช่วยให้ผู้ป่วยตั้งข้อสังเกต และวิเคราะห์ว่าอะไรเป็นต้นเหตุให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและเกิดอะไรขึ้นภายหลังที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกวิตกกังวล วิธีนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเหตุผลของการเกิดความวิตกกังวล

ขั้นที่ 5 การพิจารณาค้นหาวิธีการและแนวทางในการแก้ปัญหา

ขั้นที่ 6 การวางแผนและทดลองแก้ไขความรู้สึกวิตกกังวล รวมทั้งการให้กำลังใจเพิ่มขึ้น

3. การช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและจัดการกับความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม (Appropriate coping with anxiety) สามารถกระทำได้โดย

3.1 การแก้ปัญหา (Problem solving) พยาบาลจะช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการแก้ปัญหาโดย

3.1.1 ติดต่อกับบุคคลที่มีความวิตกกังวลด้วยอารมณ์มั่นคง สงบ

3.1.2 พูดคุยกับบุคคลที่มีความวิตกกังวลด้วยเสียงเบา ห่ม ชัดเจน

3.1.3 อธิบายให้บุคคลทราบถึงลักษณะของความวิตกกังวล และให้ยอมรับว่าการเกิดความวิตกกังวลเป็นเรื่องธรรมดา หลีกเลียงไม่ได้

3.1.4 ช่วยให้ผู้คลลดความละอายใจเกี่ยวกับการแสดงอาการวิตกกังวล หรือความไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเอง

3.1.5 ช่วยให้ผู้คลสามารถตระหนักถึงการเกิดความวิตกกังวลในอารมณ์ของตนโดยการบันทึกการกระทำ การเกิดเหตุการณ์ขณะเกิดความวิตกกังวล หรือบันทึกระดับความวิตกกังวล

3.1.6 ถามคำถามสั้น ๆ เข้าใจง่าย เพื่อให้บุคคลพูดถึงประเด็นต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับอาการวิตกกังวล จะช่วยให้บุคคลเข้าใจการเกิดความวิตกกังวล ทราบสาเหตุ และมองเห็นแนวทางการแก้ไข

3.2 การผ่อนคลายความวิตกกังวลด้วยตนเอง (Anxiety relaxation) วิธีการผ่อนคลายความวิตกกังวลด้วยตนเองสามารถกระทำได้โดย

3.2.1 เรียนรู้ทักษะการแสดงออกที่เหมาะสม (Assertiveness skills) พยาบาลจะช่วยให้บุคคลสามารถพูดถึงความรู้สึกของตนอย่างเปิดเผย โดยรักษาสีขีของตนและไม่ละเมิดสิทธิของผู้อื่น

3.2.2 ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Muscle relaxation) กล้ามเนื้อที่อยู่ในอำนาจจิตใจทุกส่วนของร่างกายจะได้รับการเกร็งและผ่อนคลายทีละส่วนตามลำดับ ความตึงตัวของ

กล้ามเนื้อ มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล เมื่อกล้ามเนื้อผ่อนคลาย ความวิตกกังวลจะลดลงด้วย

3.2.3 การควบคุมการหายใจ (Breathing control) ผู้ที่มีความวิตกกังวลมักจะหายใจเร็วและตื้น ซึ่งจะทำให้เกิดความไม่สุขสบายทางร่างกาย การควบคุมการหายใจจะช่วยให้บุคคลมีสมาธิขึ้น จิตใจสงบขึ้น และลดความวิตกกังวล การควบคุมการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง หายใจเข้าช้า ๆ ลึก ๆ กล้ามเนื้อหน้าท้องขยายขึ้น นับ 1-5 ในใจแล้วหยุดค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออก กล้ามเนื้อหน้าท้องแฟบลง พร้อมกับนับ 1-5 ทำติดต่อกันไป 10 ครั้ง การหายใจแบบนี้ร่างกายได้รับออกซิเจนมากขึ้น ทำให้สมองแจ่มใส ร่างกายกระปรี้กระเปร่า

3.2.4 การทำสมาธิ (Meditation) นั่งขัดสมาธิ หรือนั่งพับเพียบ หรือในท่าที่สบาย กำหนดลมหายใจเข้า-ออก หายใจเข้าท้องพอง หายใจออกท้องยุบ เอาใจใส่ตลอดเวลา กับลมที่มากกระทบปลายจมูก หรือท้องที่พองหรือยุบ ให้รู้ว่ขณะนั้นหายใจเข้าหรือออก

3.2.5 การออกกำลังกาย (Exercise) การออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ ทำให้ร่างกายและจิตใจแข็งแรง ผ่อนคลายจากความตึงเครียด เพราะขณะออกกำลังกายจะมีการหลั่งสาร Endorphins ซึ่งจะช่วยให้จิตใจแจ่มใส มีความสุข การออกกำลังกายควรให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล

3.2.6 การทำกิจกรรมที่สนใจ (Doing interested activity) ช่วยให้เกิดความเพลิดเพลิน ผ่อนคลายความตึงเครียด เช่น ทำสวน การฝีมือ ทำอาหาร ทัศนศึกษา ทำบุญไหว้พระ

#### 4. ช่วยให้ผู้คนที่ได้รับการบำบัดที่เหมาะสม (Appropriate therapies) ได้แก่

4.1 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Therapeutic relationship) เพื่อให้บุคคลที่วิตกกังวลเกิดความรู้สึกไว้วางใจ มั่นคง ปลอดภัย ด้วยการสร้างสัมพันธภาพแบบหนึ่งต่อหนึ่ง พูดคุยด้วยกิริยาที่สงบ ท่าที่เชื่อมั่น น้ำเสียงมั่นคง ใช้ภาษาที่สั้นกะทัดรัด และเข้าใจง่าย แสดงออกถึงความเข้าใจผู้ป่วย ให้ข้อมูลที่ชัดเจน ถูกต้องตามความจำเป็น

4.2 จิตเภสัชบำบัด (Psychopharmacotherapy) ดูแลให้ได้รับยาสงบระงับ (Sedation) ซึ่งเป็นยากล่อมประสาทชนิดอ่อน บางครั้งอาจต้องใช้ยา Antipsychotic drugs, Antidepressant drugs สำหรับผู้ที่มีความวิตกกังวลระดับ panic หรือวิตกกังวลผิดปกติอื่น ๆ การใช้ยา เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสงบขึ้น มีสมาธิสามารถร่วมมือในการรักษาในด้านอื่น ๆ ได้ดีขึ้น ซึ่งการบำบัดผู้ที่มีความวิตกกังวลจำเป็นต้องใช้หลาย ๆ วิธี

4.3 จิตบำบัด (Psychotherapy) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ มีกำลังใจ สามารถระบายความรู้สึกต่าง ๆ ยอมรับอาการของตนเอง ตระหนักรู้ถึงความรู้สึกของตน มองเห็น

ความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ต่าง ๆ กับการเกิดความวิตกกังวล และผลภายหลังความวิตกกังวล รวมทั้งสามารถควบคุมและลดความวิตกกังวลด้วยตนเอง

4.4 พฤติกรรมบำบัด (Behavioral therapy) ใช้หลักการเรียนรู้ มีการวางเงื่อนไข การให้แรงเสริม มักใช้กับผู้ที่มีความวิตกกังวลผิดปกติ เช่น Phobic disorder

4.5 สิ่งแวดล้อมบำบัด (Milieu therapy) เป็นการจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเงียบ มีความสะดวกสบาย ปลอดภัย บรรยากาศอบอุ่น เป็นมิตร เป็นกันเอง บุคลากรต่าง ๆ มีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย เข้าใจ ยอมรับ เอาใจใส่ดูแลช่วยเหลือด้วยความจริงใจ ให้โอกาสผู้ป่วยในการแสดงออก และปรับตัวโดยจัดกิจกรรมต่าง ๆ ให้ทำตามความเหมาะสม ส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

5. การนำญาติ สมาชิกในครอบครัว หรือบุคคลใกล้ชิด เข้ามามีส่วนร่วมในการเรียนรู้ร่วมกับผู้ป่วยด้วย Somchit Hanucharumkul (1988: 13, 47) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ การแนะนำหรือการให้ความรู้แก่บุคคลอื่น ตลอดจนการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เพื่อช่วยส่งเสริมพัฒนาการของแต่ละบุคคล โดยได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การให้ความช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูลข่าวสาร (Information support) ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา คำแนะนำในการแก้ปัญหาและให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการปฏิบัติของบุคคล

2. การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์ (Emotional support) ได้แก่ การให้ความสำคัญ ให้ความมั่นใจ ความรู้สึกที่จะพึ่งพาและไว้วางใจผู้อื่น ทำให้รู้สึกว่าได้รับความเอาใจใส่ รักใคร่

3. การให้ความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม (Tangible support) คือ การให้ความช่วยเหลือโดยตรง หรือการให้สิ่งของ การให้บริการ

Orem (1995: 175-176) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลได้ระบายความทุกข์ ความกังวลที่มีอยู่ ทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่า มีความสำคัญ รวมทั้งหมายถึง การมีบุคคลที่ไว้วางใจให้การสนับสนุนทั้งข้อมูล ข่าวสาร ทรัพย์สิน เงินทอง และร่วมมือกันนำสู่การมีสุขภาพดี

การลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่คลำพบก้อนบริเวณเต้านม ถือเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย จากการศึกษาของ Benedict และคณะ (1994) พบว่าระดับความวิตกกังวลของสตรีที่ได้รับการผ่าตัดก้อนบริเวณเต้านมและอยู่ในระยะระดมวินิจฉัยร้อยละ 58 มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง ควรได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพ เพราะเมื่อบุคคลเกิดความวิตกกังวลมากเกินไป ร่างกายจะมีการตอบสนองและ



แสดงอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ออกมา เกิดผลเสียต่อร่างกาย จิตใจ และการปรับตัว ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลเป็นอย่างมาก การลดความวิตกกังวลให้อยู่ในระดับที่เอื้ออำนวยในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข เป็นสิ่งสำคัญต่อการดำเนินชีวิต ซึ่งปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยที่คลำพบก้อนบริเวณเต้านมเกิดความวิตกกังวล ได้แก่ ความไม่แน่ใจกลัวว่าผลการตรวจจะเป็นมะเร็ง จะต้องสูญเสียเต้านม กลัวการผ่าตัด การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลัวสามีทอดทิ้ง การขาดข้อมูลความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค การรักษา และแหล่งประโยชน์ในการรับบริการช่วยเหลือ กลัวโรคที่เป็นจะถ่ายทอดทางพันธุกรรม และผู้ป่วยยังวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ และนอกจากนี้ยังพบว่า คู่สมรสหรือครอบครัวของผู้ป่วยยังเกิดความวิตกกังวลเช่นเดียวกับผู้ป่วย

ดังนั้น การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกแนวทางในการช่วยเหลือ เพื่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่คลำพบก้อนบริเวณเต้านม โดยการนำแนวคิดความเชื่อมโยงของร่างกายและจิตใจ โดยการฝึกผ่อนคลายด้วยวิธีบริหารการหายใจแบบลึก (Breathing relaxation) สามารถลดความวิตกกังวลได้ เนื่องจากผู้ที่มีความวิตกกังวลมักจะหายใจเร็วและตื้น ซึ่งจะทำให้เกิดความไม่สุขสบายทางร่างกาย การบริหารการหายใจจะช่วยให้คุณมีสมาธิดีขึ้น จิตใจสงบขึ้น และลดความวิตกกังวล เพราะร่างกายและจิตใจเป็นสิ่งที่แยกออกจากกันไม่ได้ เมื่อจิตใจเกิดความวิตกกังวล จะมีผลกระทบต่อร่างกายโดยตรง การบริหารการหายใจกระทำโดยการหายใจ โดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง หายใจเข้าช้า ๆ ลึก ๆ กล้ามเนื้อหน้าท้องขยายขึ้น นับ 1-5 ในใจแล้วหยุด ค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออก กล้ามเนื้อหน้าท้องแฟบลง พร้อมกับนับ 1-5 ทำติดต่อกันไป 10 ครั้ง การหายใจแบบนี้ร่างกายได้รับออกซิเจนมากขึ้น ทำให้สมองแจ่มใส ร่างกายกระปรี้กระเปร่า เป็นการส่งเสริมให้ร่างกายเกิดการผ่อนคลายเพื่อเรียกสติกลับคืนมา ทำให้จิตใจสงบรวมกันเป็นหนึ่ง มีผลทำให้ความวิตกกังวลและความเครียดลดลง ดังการศึกษาของ อภิญา วังศศิริโยธา (2535) ที่ศึกษาผลของการฝึกผ่อนคลายต่อการลดความวิตกกังวลและความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยใช้การผ่อนคลายแบบการหายใจของ Benson's พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกการผ่อนคลายมีความวิตกกังวลลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

และในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำสมาชิกในครอบครัว โดยเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจ โดยเฉพาะคู่สมรส ซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิด และมีความสำคัญต่อผู้ป่วย เข้าร่วมในงานวิจัยครั้งนี้ด้วย เนื่องจาก คู่สมรสสามารถให้ความใกล้ชิด และส่งผลต่ออารมณ์ของผู้ป่วยได้ กล่าวคือ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น มีกำลังใจ มีความมั่นคงในอารมณ์ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ดีขึ้น (Orem, 2001) สอดคล้องกับความเชื่อที่ว่า กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโสด หม้าย หรือแยกกันอยู่ มักขาดคนปลอบใจหรือให้กำลังใจ ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่มีคู่สมรส จะมีการช่วยเหลือค้ำจุนกัน และ

สามารถช่วยลดความตึงเครียด ความวิตกกังวลต่าง ๆ ได้ มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโสด (Somchit Hanucharumkul, 1988: 1)

#### 4. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการผ่อนคลาย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำการบำบัดทางการพยาบาลตามแนวคิดความเชื่อมโยงของร่างกายและจิตใจ (Mind – Body Connection) โดยเลือกใช้เทคนิคการบริหารการหายใจแบบลึก (Deep breathing exercise) มาใช้ในการฝึกผ่อนคลาย เพื่อเป้าหมายในการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่คลำพบก้อนบริเวณเต้านม ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

##### ความหมายของการผ่อนคลาย

การให้ความสำคัญกับจิตใจในการรักษาความเจ็บป่วย เป็นศาสตร์ที่ได้รับความสนใจมาเนิ่นนาน ทฤษฎีที่ว่าด้วยความเชื่อมโยงของร่างกายและจิตใจ (Mind–Body Connection) ได้ถูกพัฒนาครั้งแรก เมื่อ ค.ศ.1930 - 1940 โดย Flander Dunbar และ Franz Alexander (อัจฉรา นุตตะโร, 2546: 14) โดยแนวคิดนี้เชื่อว่า บุคลิกภาพของคนมีความเกี่ยวข้องกับโรคที่มีปัจจัยเกี่ยวข้องเนื่องกัน โดยสภาวะผ่อนคลาย ถูกค้นพบโดยบังเอิญ ภายหลังจากการฝึกสมาธิ เป็นระยะเวลา นานกว่า 20 ปี (Benson, 2001: 57) เป็นภาวะที่กล้ามเนื้อเกิดการคลายตัวตามกระบวนการทางสรีระวิทยา ร่วมกับการลดการทำงานของร่างกาย ซึ่งสังเกตได้จากอัตราการการเต้นของหัวใจที่ลดลง อัตราการการเต้นของชีพจรและการหายใจลดลง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง เป็นต้น

Benson (1976: 17) ได้ให้ความหมายของการผ่อนคลายว่า เป็นการผสมผสานในการตอบสนองของไฮโปทาลามัส ซึ่งมีผลในการลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้อัตราการการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตลดลง เป็นปฏิกิริยาที่ยับยั้งกลไกของร่างกายที่เกิดเมื่อร่างกายเผชิญความเครียดหรือความวิตกกังวล

Jacobson (1978 อ้างถึงใน สิรินาถ มีเจริญ, 2541: 14) กล่าวว่า การผ่อนคลายเป็นภาวะที่กล้ามเนื้อคลายตัวตามธรรมชาติ กระบวนการทางสรีระวิทยาของการผ่อนคลาย ทำให้ร่างกายใช้พลังงานและความร้อนน้อยลง

Mast et al. (1987: 217-225) กล่าวว่า ร่างกายและจิตใจของคนเราไม่สามารถแยกจากกันได้ และบุคคลสามารถเรียนรู้วิธีการฝึกผ่อนคลาย เพื่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจในทางตรงข้ามกับความเครียด ที่เรียกว่าปฏิกิริยาการผ่อนคลาย (Relaxation response) ซึ่งมีผลในการลด

โรจน์ จินตนาวัฒน์ (2536 อ้างถึงใน อัจฉรา นุตตะโร, 2546: 14) ได้ให้ความหมายของการผ่อนคลายว่า การผ่อนคลายเป็นสภาวะที่ทั้งร่างกายและจิตใจปราศจากความตึงเครียด ซึ่งผลของการผ่อนคลายจะช่วยลดผลที่เกิดจากความเครียด ลดความวิตกกังวลอย่างเฉียบพลัน ลด

ความเหนื่อยล้า ลดการหดตัวของกล้ามเนื้อ เพิ่มความรู้สึกสุขสบายทำให้บรรเทาความเจ็บปวด ส่งเสริมประสิทธิภาพการบรรเทาความเจ็บปวดโดยวิธีอื่น ซึ่งสอดคล้องกับ McCaffery (1980: 58) ที่กล่าวว่า การผ่อนคลายเป็นความรู้สึกอิสระจากความกดดัน หรือความตึงเครียด ทั้งทางร่างกาย และจิตใจ

ดังนั้น การผ่อนคลาย จึงเป็นปฏิบัติการตอบสนองของร่างกายที่ตรงข้ามกับการเกิดความเครียด (Well – Federman, 1995: 59 - 66) ซึ่งหมายถึง กระบวนการทางสรีระวิทยาจากปฏิบัติการตอบสนองของร่างกาย ซึ่งใช้พลังงานและความร้อนน้อยมาก เนื่องจากกระบวนการภายในระบบประสาท ที่ส่งผลยับยั้งกลไกเผชิญความตึงเครียดของทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้การทำงานของร่างกายลดลง กล้ามเนื้อในร่างกายเกิดการคลายตัว การผ่อนคลายเป็นสภาวะที่ทั้งร่างกายและจิตใจปราศจากความตึงเครียดและการผ่อนคลายจะเกิดได้ดีจะต้องมีการเตรียมพร้อมทั้งด้านสิ่งแวดล้อมและตัวผู้ฝึก ถ้ามนุษย์ไม่สามารถใช้กลไกจากปฏิบัติการตอบสนองของร่างกายอย่างเหมาะสมจะทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้

ทฤษฎีที่ว่าด้วยความเชื่อมโยงของร่างกายและจิตใจ เน้นความสัมพันธ์ระหว่างระบบประสาทที่เชื่อมต่อกันกับระบบประสาทในการทำหน้าที่ของร่างกาย และระบบประสาทต่อมไร้ท่อ (neuroanatomy, neurophysiology, neuroendocrinology) ซึ่งกล่าวว่า การตอบสนองต่อการผ่อนคลายของร่างกาย มีจุดกำเนิดที่ hypothalamus เนื่องจาก hypothalamus เป็นตำแหน่งที่ควบคุมภาวะสมดุลของร่างกาย เมื่อร่างกายเกิดการผ่อนคลาย การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ และระบบประสาทต่อมไร้ท่อ จะลดน้อยลงพร้อม ๆ กันทันที ปัจจุบันเรียกแนวคิดนี้ว่า ทฤษฎีองค์รวม (Holistic Theory) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าโลกของสิ่งมีชีวิต มีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกัน ตั้งแต่ระดับเซลล์ไปจนถึงสิ่งแวดล้อม บางครั้งอาจเรียกทฤษฎีนี้ว่า Natural system theory (Guzzetta, 1989 อ้างถึงใน อัจฉรา นุตตะโร, 2546) เช่นเดียวกับทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างร่างกายและจิตใจ ของ Well - Federman (1995) ซึ่งกล่าวถึงจุดเด่นว่า เป็นทฤษฎีการพยาบาลที่ให้ความสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างร่างกายและจิตใจ มากกว่า Bio - medical theory โดยเฉพาะความเป็นองค์รวม ซึ่งพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างร่างกายและจิตใจ จะมีการสื่อสารกันอย่างต่อเนื่องผ่าน 3 ระบบหลัก คือ ระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic nervous systems, ANS) ระบบประสาทกล้ามเนื้อเรียบ (Musculoskeletal systems, MSS) และระบบจิตประสาทต่อมไร้ท่อ (Psychoneuroendocrine system) ซึ่งระบบเหล่านี้จะตอบสนองต่อข้อมูลที่ผ่านเข้ามาในร่างกาย และร่างกายจะตอบสนองโดยแสดงเป็นปฏิบัติการตอบสนอง ดังนี้

### ปฏิกิริยาตอบสนองของความเครียด (The stress response)

การตอบสนองของความเครียดจะเกิดขึ้น เมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีภาวะคุกคามตน หรือรับรู้ว่ามีสถานการณ์ที่คุกคามต่อความผาสุกทางร่างกาย อารมณ์ ความคิด จิตวิญญาณ หรือสังคม การรับรู้นี้ ก่อให้เกิดผลทางเคมีชีววิทยาต่อกันมาเป็นขั้น ๆ ในระบบประสาทส่วนกลาง โดยเริ่มจาก cerebral cortex จะบันทึกว่า ตัวกระตุ้นหรือสถานการณ์ใดเป็นภาวะคุกคาม ต่อมา hypothalamus จะถูกกระตุ้นและส่งผลต่อไปยังประสาทซิมพาเทติก (sympathetic) ของระบบประสาทอัตโนมัติ ผ่านมาทางสารสื่อประสาท (norepinephrine and epinephrine) ที่หลั่งมาจาก adrenal medulla and postganglionic neurons จนมีผลโดยตรงต่อหัวใจและหลอดเลือด ทำให้เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิต เพิ่มการระแวดระวังในสิ่งแวดล้อม เพิ่มปริมาณเลือดไหลเวียนในอวัยวะภายในใหญ่ ๆ เพิ่มความตึงตัวของกล้ามเนื้อ การเผาผลาญไขมันเปลี่ยนแปลง เพิ่มความสามารถในการรวมกัน ของเกล็ดเลือด เพิ่มอัตราการหายใจและเรียกการตอบสนองของความเครียดของร่างกายนี้ว่า Flight or fight response การเปลี่ยนแปลงของระบบจิตประสาทต่อมไร้ท่อ ในการตอบสนองต่อความเครียดเกี่ยวข้องกับ hypothalamic – pituitary – adrenal axis) โดย hypothalamus จะหลั่งฮอร์โมน corticotrophin จนกระตุ้นต่อมใต้สมองส่วนหน้า ให้หลั่งฮอร์โมน adrenocorticotrophin และเป็นสาเหตุให้ต่อมหมวกไต หลั่ง corticosteroids ที่ทำให้เพิ่มระดับน้ำตาลในเลือด เพิ่มการคงไว้ของเกลือโซเดียม มีการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการเผาผลาญไขมัน เพิ่มการตอบสนองต่อการอักเสบในระยะแรก แต่ในระยะยาว จะทำให้ลดกลไกภูมิคุ้มกันของร่างกาย คล้ายกับในการตอบสนองความเครียดที่มีผลในการควบคุมฮอร์โมนตัวอื่น จากระบบจิตประสาทต่อมไร้ท่อ เช่น ในระบบสืบพันธุ์ และ growth hormone, endorphins, enphalins ที่ต่างก็ได้รับผลจากการตอบสนองต่อความเครียด ระบบประสาทลิมบิกของระบบประสาทส่วนกลาง จะบูรณาการความคิด ความรู้สึก อารมณ์ ในขณะที่ส่วน hypothalamic ของระบบประสาทลิมบิก จะปรับสมดุลของร่างกาย โดยการมีปฏิกิริยาย้อนกลับของร่างกาย – จิตใจ อย่างต่อเนื่อง

การตอบสนองความเครียดจะเกิดขึ้นซ้ำอีก เมื่อเราเผชิญเรื่องท้าทายในแต่ละวัน โดยที่การตอบสนองอย่างอัตโนมัติของร่างกายต่อตัวกระตุ้นความเครียด จำเป็นต้องประสบความสำเร็จต่อข้อเรียกร้องนั้น มิฉะนั้น การตอบสนองความเครียดอาจก่อให้เกิดกลุ่มอาการเฉียบพลันได้ เช่น ความวิตกกังวล อาการเจ็บหน้าอก หัวใจเต้นผิดจังหวะ ปวด ปวดศีรษะจากความเครียด นอนไม่หลับ ระบบทางเดินอาหารแปรปรวน แต่ถ้ามีความเครียดทางร่างกาย หรือทางจิตใจเกิดขึ้นซ้ำอีก หรือใช้เวลานานมากขึ้นก็จะเป็นสาเหตุของโรคและกลุ่มอาการของโรค ที่ถูกควบคุมและเกี่ยวข้อง



ระบบประสาทส่วนกลางทั้งหมด (Cohen, Tyrrell และ Smith, 1991 อ้างถึงใน Well – Federman, 1995: 59-66)

### ปฏิกิริยาตอบสนองการผ่อนคลาย (The Relaxation Response)

ปฏิกิริยานี้แสดงผลตรงกันข้ามกับการตอบสนองของความเครียด การตอบสนองการผ่อนคลาย เป็นบูรณาการการตอบสนองทางร่างกายที่มีจุดกำเนิดที่ hypothalamic ไปสู่การลดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง Wellace, Benson และ Wilson (1971 อ้างถึงใน อัจฉรา นุตตะโร, 2546: 17) ได้อธิบายการตอบสนองการผ่อนคลายครั้งแรก ในการสังเกต ระยะการเผาผลาญอาหารต่ำในขณะการฝึกสมาธิ (TM) และอธิบายว่า การตอบสนองการผ่อนคลาย คือ การพักผ่อนขั้นลึก (Deep rest) ซึ่งได้มาจาก การตั้งใจให้จดจ่ออยู่กับสิ่งหนึ่ง ได้แก่ คำ วลี ภาพ ทำให้เกิดความเกี่ยวข้องกับการลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก เป็นผลให้อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต อัตราการหายใจ อัตราการเผาผลาญอาหาร ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดต่ำลง จนกล่าวได้ว่า การตอบสนองการผ่อนคลาย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตรงกันข้ามกับการตอบสนองความเครียด การทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก เพื่อตอบสนองต่อการผ่อนคลายนั้น เกิดขึ้นทันทีที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วด้านร่างกาย และจะเกิดขึ้นเมื่อมีการตอบสนองการผ่อนคลายจริงเกิดขึ้นเท่านั้น Hoffman และคณะ (1981) ได้ทดสอบการเปลี่ยนแปลงระยะยาวหลังมีการตอบสนองการผ่อนคลายจริง โดยหาระดับ norepinephrine ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ขณะอยู่ในภาวะ Orthostatic, Isometric, and Mental stress ในกลุ่มทดลองหลังวัดระดับ norepinephrine ครั้งแรก จะได้รับการฝึกเทคนิคง่าย ๆ ของการตอบสนองการผ่อนคลาย 20 นาทีวันละ 2 ครั้ง ตลอด 28 วัน และวัดอีกครั้งด้วย The Above Stress Protocol เมื่อมีความเครียดอีกพบว่า อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต อัตราการหายใจ อัตราการเผาผลาญอาหาร ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง และที่น่าสนใจ คือ มีการเพิ่มระดับ norepinephrine ในการวัดครั้งที่สอง ซึ่งมีนัยสำคัญสูงสุด เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ทฤษฎีที่มีข้อค้นพบสวนทางกันนี้ สามารถอธิบายว่า หลังเกิดการตอบสนองการผ่อนคลายจริง อวัยวะจะลดการตอบสนองต่อ norepinephrine ในระดับปกติ ซึ่งประโยชน์ของการตอบสนองการผ่อนคลายจริง จะขยายผลการตอบสนองทั้งระยะเฉียบพลันและระยะยาว

นอกจากนี้การตอบสนองการผ่อนคลายจริง สามารถหยุดวงจรของอาการ หรือความเจ็บป่วยจากความเครียด หรือการกำเริบของกลุ่มอาการเหล่านั้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งประโยชน์จากการตอบสนองการผ่อนคลายจริง นี้ ได้รับการยืนยันจากกลุ่มประชากรทางคลินิกจำนวนมาก (Mandle, Jacobs, และ Domar, 1996: 4 - 26)

การทำความเข้าใจในสรีระวิทยาของการตอบสนองการผ่อนคลาย ทำให้เข้าใจเหตุผลของการปฏิบัติพยาบาลในลักษณะการบำบัดทางการพยาบาลต่อการเยียวยา (Healing) และการส่งเสริมภาวะสุขภาพ ขณะที่พยาบาลให้การพยาบาล เช่น นวดหลัง ดนตรีบำบัด หรือสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การทำสมาธิ การสร้างจินตภาพ การที่พยาบาลแสดงถึงความเข้าใจและความมั่นใจในกระบวนการของการตอบสนองการผ่อนคลาย จะทำให้ผู้ป่วยประเมินภาวะคุกคามหรือความเครียดลดลง ช่วยลดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การใช้มิติทางสรีระวิทยาในเรื่องนี้ ทำได้โดยการเข้าใจกับความสัมพันธ์ของร่างกาย – จิตใจ ซึ่งมีความสำคัญต่อการนำไปใช้ปฏิบัติการพยาบาล ในวิธีการพูด การฟัง การสัมผัส ที่สามารถส่งเสริมการเยียวยามากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ภายหลังเกิดการตอบสนองการผ่อนคลายจริง ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าเป็นเรื่องง่ายในการฝึกการผ่อนคลาย ดังนั้นก่อนที่ผู้ป่วยจะสนใจการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมของตนเอง ผู้ป่วยจะเลือกใช้วิธีการเข้าใจกับความสัมพันธ์ของร่างกาย – จิตใจนี้ แทนวิธีคิดเดิมหรือพฤติกรรมเดิม เนื่องจากวิธีเดิม ๆ ไม่ทำให้สถานการณ์ของเขาดีขึ้นเท่าวิธีใหม่ นอกจากนี้การเข้าใจความสัมพันธ์ของร่างกาย – จิตใจ ยังช่วยให้เขาคิดในทางบวกมากขึ้น และส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นด้วย (Benson และ Stuart, 1993 อ้างถึงใน Well – Federman, 1995: 59-66) จนเกิดแนวทางใหม่ที่เปลี่ยนพฤติกรรมให้ส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น และเป็นทางเลือกใหม่ในการดำเนินชีวิต การตอบสนองการผ่อนคลายจริงของผู้ป่วย ยังเปิดโอกาสให้พยาบาล และผู้ป่วยเกิดประสบการณ์ ในมิติด้านจิตวิญญาณของการเชื่อมโยงกาย-จิต โดยเพิ่มระดับของความเปิดเผยส่วนบุคคลและความกลมกลืนต่อกัน คำกล่าวของผู้ป่วย ที่ในระหว่างและหลังทำการตอบสนองการผ่อนคลายจริง จะอธิบายถึงความผาสุก ความสงบของใจ ผู้ป่วยจะมีโอกาสพัฒนามุมมองด้านจิตวิญญาณ จนพัฒนาไปสู่การมีคุณค่า และความเชื่อของความสำเร็จในการเติบโต และพัฒนาในตน ซึ่งช่วยส่งเสริมสุขภาพ และการตัดสินใจต่อการเจ็บป่วย (Stuart และ Laraia, 2001)

#### การประเมินภาวะการผ่อนคลาย

การประเมินภาวะผ่อนคลาย แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ การประเมินภาวะผ่อนคลายขณะใช้เทคนิคการผ่อนคลาย และการประเมินภาวะผ่อนคลายภายหลังการฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย ซึ่งการประเมินภาวะผ่อนคลายภายหลังการฝึกเทคนิคการผ่อนคลายนั้น ผู้ฝึกควรผ่านระยะเวลาในการฝึกอย่างน้อยที่สุด 1 สัปดาห์ หรือนานกว่านั้น (Greenberg, 1996: 133) การประเมินภาวะผ่อนคลายทำได้โดยการประเมิน 2 ลักษณะ คือ

1. การประเมินจากการสังเกตการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม (Objective data) ถึงสภาวะผ่อนคลายของผู้ฝึก หรือใช้เครื่องมือวัดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้ป่วย ในขณะที่การฝึกการผ่อนคลาย

1.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม พบว่า ในขณะที่มีภาวะผ่อนคลาย ผู้ฝึกจะไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่มีการตอบสนองทางคำพูด ไม่มีการเคลื่อนไหว

1.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย พบว่า ในขณะที่ร่างกายผ่อนคลาย อัตราการเต้นของชีพจร อัตราการหายใจ ความดันโลหิตและความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง ลักษณะการหายใจสม่ำเสมอ มีการผ่อนคลายใบหน้าและริมฝีปาก ขากรรไกรหย่อน เห่าแยกและปลายเท้าชี้แยกออกจากกัน มีอาการง่วงนอน ม่านตาหดตัว อยู่ในภาวะคล้ายกับหลับ เส้นเลือดขยาย ทำให้อุณหภูมิผิวหนังเพิ่มสูงขึ้น

2. การประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง (Subjective data) เป็นการประเมินภาวะผ่อนคลาย โดยให้ผู้ป่วยบอกถึงความรู้สึกหลังการฝึกการผ่อนคลาย ซึ่งเป็นการประเมินที่เชื่อถือได้ เพราะความรู้สึกบ่งบอกถึงการผ่อนคลายที่เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล ได้แก่ รู้สึกสงบ สบายหรือว่าง และความรู้สึกเบาเนื้อเบาตัว สบายใจ ใจโล่ง เป็นต้น (เนาวรัตน์ ศรีพงษ์พันธ์กุล, 2537)

นอกจากนี้ พรนิรันดร อุดมถาวรสุข (2534: 82 อ้างถึงใน จุไรพร โสภากาจารย์, 2536: 53) ยังแนะนำเพิ่มเติมว่า สามารถใช้วิธีให้ผู้ป่วยสำรวจทั่วร่างกายอาจเริ่มจากศีรษะลงไป หรือเริ่มสำรวจความรู้สึกจากปลายเท้าขึ้นมาถึงส่วนบนของร่างกาย เพื่อดูว่าอวัยวะส่วนใดยังมีอาการเกร็งอยู่บ้าง ถ้าพบให้รีบคลายกล้ามเนื้อลงอย่างรวดเร็ว ส่วนใหญ่ที่พบจะเป็นกล้ามเนื้อไหล่ ต้นคอ ขากรรไกร แล้วให้สำรวจเป็นระยะ ๆ ทั่วร่างกายอย่างรวดเร็ว เพื่อคลายกล้ามเนื้อให้ได้ทั่วร่างกายอย่างครบถ้วน นอกจากนี้อาจใช้เทคนิคเพิ่มเติมโดยการใช้เทปสีเงินติดไว้ที่หน้าปิดนาฬิกา ทุกครั้งที่ผู้ป่วยดูนาฬิกาจะถูกกระตุ้นด้วยเทปสีเงิน ดังนั้นผู้ป่วยจะทราบเองว่ายิ่งดูนาฬิกาบ่อยครั้งแสดงว่ายังไม่ผ่อนคลาย ซึ่งวิธีนี้เป็นวิธีที่ง่ายและใช้ได้ผลดี

### เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation Techniques)

เทคนิคการผ่อนคลาย เป็นการบำบัดทางการพยาบาลที่ถูกนำมาใช้ เพื่อให้เกิดผลในการผ่อนคลายมาเป็นระยะเวลาเกินกว่า 20 ปี (Benson, 2001: 57) โดยอาศัยความสัมพันธ์ของร่างกาย และจิตใจ เทคนิคการผ่อนคลายเหล่านี้ ได้แก่ การนวด การใช้ดนตรีบำบัด การทำสมาธิ ชีกง โยคะ การฝึกออกคำสั่งตนเอง การสร้างจินตภาพ การฝึกหายใจด้วยการผ่อนคลาย หรือการฝึกหายใจอย่างมีขั้นตอน และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า เป็นต้น

เทคนิคการผ่อนคลาย หมายถึง การช่วยทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวตามกระบวนการทางสรีระวิทยาของร่างกาย ด้วยวิธีการหรือเทคนิคต่าง ๆ เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ และเป็นการช่วยเหลือด้านร่างกาย เพื่อให้เกิดผลทางจิตใจ (Body oriented psychotherapy) โดยเปลี่ยนการรับรู้ในระดับสมองและการเร้าอารมณ์ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายขึ้น (Boss, 1992 อ้างถึงใน สิรินาถ มีเจริญ, 2541: 18) และช่วยบรรเทาอาการทางด้านจิตใจร่วมด้วย

ณัฐนาฏ สระอุบล (2540 อ้างถึงใน อัจฉรา นุตตะโร, 2546: 22) ให้ความหมายของการฝึก การผ่อนคลายกล้ามเนื้อว่า เป็นวิธีการหรือเทคนิคต่าง ๆ ที่นำมาใช้ เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด ของกล้ามเนื้อร่างกาย ซึ่งส่งผลถึงด้านจิตใจ โดยสามารถลดความวิตกกังวลได้ วิธีนี้สามารถทำได้ ทั้งรายบุคคลและเป็นกลุ่ม

Pruitt และ Stein (1994: 80) กล่าวว่า การฝึกการผ่อนคลายหมายถึง วิธีการและเทคนิคที่ นำมาใช้ เพื่อลดความตึงเครียดหรือความวิตกกังวล โดยทำให้ผู้ฝึกสามารถบังคับกล้ามเนื้อที่อยู่ใต้ อำนาจจิตใจได้ตามเวลาที่ต้องการ เป็นการฝึกเพื่อลดกลุ่มอาการที่เกิดจากความปวด ความเครียด ความวิตกกังวล โดยไม่มุ่งแก้ปัญหาที่เป็นสาเหตุของอาการเหล่านั้น

### องค์ประกอบพื้นฐานที่จำเป็นในการผ่อนคลาย

การผ่อนคลายจะประสบความสำเร็จได้นั้น ต้องประกอบด้วยองค์ประกอบ ดังนี้ (Well-Federman, 1995: 63)

1. สิ่งแวดล้อมที่สงบเงียบ (A quiet environment) โดยการจัดให้ผู้ฝึกการผ่อนคลายอยู่ใน บริเวณที่มีเสียงรบกวนน้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ แล้วให้ผู้ฝึกหลับตา เพื่อมิให้ผู้ฝึกเบี่ยงเบน หรือหันเหความสนใจไปสู่สิ่งกระตุ้นภายนอกที่อยู่รอบตัว แต่เมื่อผู้ฝึกเรียนรู้เทคนิควิธีการผ่อนคลายดีแล้ว สิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบอาจไม่จำเป็น เพราะผู้ฝึกจะสามารถควบคุมตนเองและ สามารถแยกจากจากสิ่งกระตุ้นภายนอกได้

2. การอยู่ในท่าที่สบาย (A comfortable position) การจัดทำท่าที่เหมาะสมจะทำให้ผู้ ฝึกเกิดความสบาย และช่วยลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ สามารถใช้ท่านั่งเอนหลัง หรือท่านอนก็ได้ การใช้ท่านอนราบ ควรให้หมอนรองใต้ศีรษะและที่ใต้เข่าทั้งสองข้าง แต่พบว่า นิยมใช้ท่า นิ่งมากกว่าท่านอน เนื่องจากการใช้ท่านอนมีแนวโน้มทำให้ผู้ฝึกหลับได้มากกว่า อีกประการหนึ่ง คือ ระยะเวลาในการใช้เทคนิคการผ่อนคลายจะนานประมาณ 15-20 นาที การใช้ท่าที่สบาย จะทำให้ผู้ฝึกสามารถฝึกได้จนครบตามเวลา

3. การมุ่งความสนใจไปที่คำใดคำหนึ่ง (Concentration on a single word) โดยใช้ เครื่องมือหรือสิ่งเร้า เช่น การใช้เสียง ถ้อยคำหรือวลีซ้ำ ๆ (Repetition of a word, sound, or phrase) นิยมให้ผู้ฝึก ฟังเสียงจากเทปบันทึกเสียง และให้ผู้ฝึกหลับตาเพื่อรวบรวมจุดสนใจได้ดีขึ้น

4. ทศนคติหรือจิตที่ว่าง (A passive attitude when other thoughts come into consciousness) ผู้ฝึกต้องไม่ต่อต้าน หรือขัดแย้งกับตัวเองมากเกินไป ไม่ควรกังวลว่าจะ ปฏิบัติเทคนิคให้ดีหรือไม่ เพราะจะก่อให้เกิดความเครียด และไม่สามารถเกิดการผ่อนคลายได้ อย่างแท้จริง ไม่ควรมีความคิดออกนอกกลุ่มนอกทาง ควรพยายามสลัดทิ้งไปโดยมุ่งจุดสนใจไปที่ ถ้อยคำ หรือวลีซ้ำ ๆ ที่กำหนดขึ้นตามแบบฝึก



### ชนิดของเทคนิคการผ่อนคลาย (Type of Relaxation Techniques)

บุคคลสามารถบังคับให้กล้ามเนื้อทำงานด้วยการเกร็งหรือคลายได้โดยธรรมชาติ แต่การบังคับให้กล้ามเนื้อทำงานประสานกัน เพื่อการบำบัดจนบรรลุถึงภาวะที่มีการผ่อนคลาย จำเป็นต้องมีการเรียนรู้เทคนิควิธีต่าง ๆ ร่วมกับการฝึกทักษะ เทคนิคการผ่อนคลาย มีหลายรูปแบบ และสามารถใช้ร่วมกันได้มากกว่าหนึ่งชนิดในแต่ละครั้ง เทคนิคการผ่อนคลายเหล่านี้ ได้แก่

1. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อทีละส่วนของร่างกาย (Progressive muscle relaxation) เป็นวิธีที่ใช้หลักสำคัญ 2 ประการ คือ การเกร็งและคลายกล้ามเนื้อทีละส่วนของร่างกาย และการเรียนรู้ความรู้สึกที่เกิดขึ้น ขณะที่เกร็งและคลายกล้ามเนื้อ เป็นวิธีที่ต้องฝึกฝนกล้ามเนื้อถึง 218 มัด ใช้เวลาฝึกบ่อย ๆ ครั้ง นานถึง 1 ปี ในระยะต่อมา ได้มีการปรับปรุงเพื่อให้สะดวกมากยิ่งขึ้น เช่น วิธีของ Berstein และ Boukovec (Synder, 1984 อ้างถึงใน ดวงกมล แสนสุโพธิ์, 2542: 17) ซึ่งใช้การฝึกกล้ามเนื้อเพียง 16 มัด และใช้เวลาฝึกเพียง 1 ครั้ง การผ่อนคลายกล้ามเนื้อทีละส่วนของร่างกาย เป็นวิธีที่ใช้รักษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า มีความวิตกกังวลชนิดต่าง ๆ หรือผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพอารมณ์ที่ผิดปกติจนทำให้กล้ามเนื้อมีความตึงตัวมาก

2. การออกคำสั่งให้กับตนเอง (Autogenic training) คือ การเรียนรู้ที่จะควบคุมการทำงานของอวัยวะในร่างกายด้วยตนเอง เป็นวิธีควบคุมตนเองให้อยู่ในอำนาจจิตใจ คล้ายการสะกดจิตตนเอง โดยการบอกตนเองในใจซ้ำ ๆ ซ้ำ ๆ ด้วยคำหรือวลีที่เกี่ยวข้องกับสรีระวิทยาของร่างกาย เช่น บอกให้กล้ามเนื้อต่าง ๆ ผ่อนคลาย

3. การจินตภาพ (Guided imagery) เป็นจินตนาการในการนึกภาพในทางบวกของบุคคล เมื่อเกิดจินตนาการที่บุคคลพึงพอใจ จะเกิดปฏิกิริยาการผ่อนคลายที่ทำให้บุคคลรู้สึกสงบและสบาย เช่น ให้อยู่ในท่าที่สบาย และผ่อนคลายทุกส่วน แล้วนึกถึงภาพที่รื่นรมย์ หรือที่ใดก็ได้ ที่ให้ความรู้สึกสดชื่นผ่อนคลายมากขึ้น เช่น ชายทะเล สวนดอกไม้ ที่ใดที่หนึ่งที่ทำให้บุคคลรู้สึกสบาย หรือสดชื่นขึ้น (อุบล นิวัติชัย, 2535)

4. การฝึกการหายใจแรงลึก (Deep breathing) การหายใจเพื่อให้เกิดการผ่อนคลายนั้น ต้องหายใจลึก ช้า และสม่ำเสมอ โดยสูดลมหายใจลงไปให้ลึกถึงส่วนล่างของปอด ทำให้กระบังลมดันท้องให้พองออกเวลาหายใจเข้า และยุบลงเวลาหายใจออก แต่ไม่ใช่หายใจแบบยกไหล่ขยายส่วนบนของอกอย่างเดียว ถ้ารู้สึกทำได้ยากให้นอนหงายวางมือบนหน้าท้อง แล้วฝึกหายใจให้ลึกและช้าอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเพิ่มการนำเข้าของออกซิเจน แล้วลองสังเกตมือทั้งสองข้างจะมีการเคลื่อนขึ้น-ลง ตามจังหวะการหายใจ การหายใจวิธีนี้ จะช่วยให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายและสงบ วิธีนี้หากทำให้เป็นนิสัยจะช่วยลดความตึงเครียดที่เกิดขึ้นได้ (Mast และคณะ, 1987)

5. การฝึกสมาธิ (Meditation) เป็นการฝึกให้จิตใจสงบ ผ่อนคลาย โดยมุ่งความสนใจให้จดจ่อสงบนิ่งอยู่ที่สิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงอย่างเดียว เช่น ลมหายใจเข้าออก การยุบพองของท้อง การพูดสองสามพยางค์ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการมีสติระลึกรู้ไปตามอริยาบทปัจจุบันของร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงของจิตใจ อารมณ์ และถ้ามีการฝึกเป็นประจำจะช่วยลดระดับการตื่นตัวทางสรีระได้ (อุบล นิวัตติชัย, 2535) เป็นวิธีที่ประชาชนทางตะวันตก ฝึกปฏิบัติกันมาก ทั้งทางประเพณีและวัฒนธรรม เพื่อมุ่งให้เกิดการผ่อนคลาย และบรรเทาความตึงเครียดได้

สำหรับเทคนิคการผ่อนคลายด้วยวิธีบริหารการหายใจแบบลึก (Rhythmic deep breathing exercise) เป็นเทคนิคการผ่อนคลาย ที่ใช้รูปแบบการหายใจที่เกิดขึ้นในภาวะที่บุคคลสงบ เป็นกระบวนการฝึกการหายใจหรือควบคุมการหายใจ โดยการหายใจเข้าและออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ อย่างสม่ำเสมอ โดยให้การหายใจออกนานเป็น 2 เท่าของการหายใจเข้า การหายใจจะหายใจเข้าให้ลงไปถึงส่วนล่างสุดของปอด ส่งเสริมให้ถุงลมเล็ก ๆ ในปอดขยายตัว เพื่อเพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจน การหายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ จะช่วยให้มีการไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น ทำให้ร่างกายและจิตใจคลายความเครียด ความวิตกกังวลลงได้ เนื่องจากผู้ฝึกมุ่งความสนใจไปที่จังหวะของการหายใจ ลดการรับรู้ต่อสิ่งกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทลิมบิก ไฮโปทาลามัส และเรติคิวลาร์ โฟร์เมชัน ซึ่งมีหน้าที่ตอบสนองด้านอารมณ์ และควบคุมการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ส่งผลให้การทำงานของระบบซิมพาเทติกลดลง ระบบประสาทพาราซิมพาเทติกทำงานเด่นขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา ได้แก่ ระดับความดันโลหิตลดลง อัตราการเต้นของหัวใจลดลง อัตราการหายใจลดลง การใช้ออกซิเจนลดน้อยลง (Well-Federman, 1995: 61; Seaward, 1996: 29; Benson, 2001: 56) ลดอาการอ่อนเพลีย ลดการใช้พลังงาน การหายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ ทำให้ร่างกายไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxia) ซึ่งภาวะพร่องออกซิเจนจะทำให้เกิดอาการกระสับกระส่าย วิตกกังวล ซึมเศร้า กล้ามเนื้อตึงเครียด และเหนื่อยล้า การหายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ ทำให้ผู้ฝึกรู้สึกสงบ ผ่อนคลาย มีความสามารถในการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้น ทำให้สุขภาพกายและสุขภาพจิตกลับเข้าสู่ภาวะที่ดี เทคนิคการผ่อนคลายวิธีนี้สามารถฝึกได้ง่าย สะดวก ประหยัด ไม่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ใด ๆ การฝึกปฏิบัติครั้งละ 15-20 นาที วันละ 1-3 ครั้ง จะมีผลให้ร่างกายและจิตใจเกิดการผ่อนคลายได้ตลอดวัน (McCaffery, 1979)

ด้วยเหตุผลดังกล่าวแล้วข้างต้น การฝึกการผ่อนคลาย ที่สำคัญ 3 ประการ ที่จำเป็นจะต้องทำให้เกิดขึ้น คือ กล้ามเนื้อผ่อนคลาย จิตสงบ และมีสติในการควบคุมการหายใจ โดยในกระบวนการของการควบคุมการหายใจ ร่างกายและจิตจะอยู่ในความควบคุม ด้วยเหตุผลนี้เทคนิคต่าง ๆ ที่ใช้เพื่อให้เกิดผ่อนคลาย จึงมีการหายใจเป็นจุดรวมความสนใจ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้

เทคนิคการผ่อนคลายด้วยวิธีการบริหารการหายใจแบบลึก เพื่อให้ผู้ป่วยที่พบก่อนหน้านั้นและบุคคลใกล้ชิดได้ร่วมฝึกผ่อนคลาย เพื่อเป้าหมายในการลดความวิตกกังวลในระยะรอผลวินิจฉัย ซึ่งผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ฝึกได้โดยอิสระ เพื่อให้เกิดการผ่อนคลายต่อร่างกายและจิตใจได้ในทุกเวลาและสถานที่

เทคนิคการผ่อนคลายด้วยวิธีการบริหารการหายใจแบบลึกนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎีการผ่อนคลาย ที่มีผู้ศึกษาไว้หลาย ๆ แบบ และนำมาพัฒนาเป็นรูปแบบการฝึกผ่อนคลายในงานวิจัยนี้ โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติ ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่ผ่อนคลายที่สุดเท่าที่จะทำได้ ท่านั่ง ควรนั่งตัวตรง หลังพิงพนักเก้าอี้วางมือ 2 ข้างไว้บนหน้าท้อง ท่านอนควรมีสองสิ่งหนุนรองรับร่างกายทุกส่วนและอยู่ในท่าที่ผ่อนคลาย โดยให้ข้อต่อทั้งหมด งอเล็กน้อย หลังตรง หนุนหมอนบาง ๆ ไว้ที่บริเวณท้ายทอย มือ 2 ข้างวางบนหน้าท้อง

2. จัดสิ่งแวดล้อมให้อยู่ในสภาวะที่เงียบ หลับตา จิตมุ่งอยู่กับการหายใจเข้าและหายใจออกให้เป็นจังหวะสม่ำเสมอ

3. เริ่มฝึกการหายใจโดยหายใจเข้าลึก ๆ ช้า ๆ 2-3 ครั้ง สังเกตมือที่วางบนหน้าท้อง จะพบว่า มือทั้งสองข้างมีการเคลื่อนขึ้น-ลง ตามจังหวะการหายใจ

4. กำหนดจิตมุ่งอยู่กับการหายใจ โดยหายใจเข้าลึก ๆ ช้า ๆ ทางจมูก และเพิ่มความลึกของการหายใจให้มากขึ้น จนรู้สึกว่หน้าท้องโป่งตึง หน้าอกมีการขยายไปพร้อมกัน ผ่อนลมหายใจออกทางปากช้า ๆ เบา ๆ คล้ายลูกบอลลูกที่กำลังอ่อนตัวลง ทำเช่นนี้ 4-5 ครั้ง จนรู้สึกสบายขึ้น

5. หายใจเข้าช้า ๆ ลึก ๆ ทางจมูก และหายใจออกทางปากอย่างช้า ๆ ให้รู้สึกถึงลมที่ผ่านเข้าออกทางจมูก โดยให้ลมเข้าไปพองที่ท้อง แล้วผ่อนหายใจออกช้า ๆ

6. หายใจเข้าและออกช้า ๆ ลึก ๆ เช่นนี้ประมาณ 10 นาที ปล่อยความคิดและสิ่งรบกวนวายยุ่งเหยิงที่ผ่านเข้ามาในจิตใจให้ผ่านออกไป พยายามกำหนดจิตให้อยู่กับลมหายใจ ปล่อยความรู้สึกให้ผ่อนคลาย และรู้สึกถึงการผ่อนคลายที่มากขึ้น มากขึ้น จนรู้สึกเบาสบาย

7. เมื่อครบกำหนดเวลา 10 นาที ให้หายใจตามปกติ ก่อนเลิกจากการฝึก ควรตรวจสอบความรู้สึกของการผ่อนคลาย เปรียบเทียบกับความรู้สึกก่อนการฝึกทักษะ แล้วค่อย ๆ สิ้นสุด

ควรฝึกตามขั้นตอนที่ 1-7 อย่างน้อย วันละ 2 ครั้ง ๆ ละ 10-15 นาที ทุกวัน เมื่อฝึกได้แล้ว จะสามารถฝึกทักษะการผ่อนคลายได้ทุกครั้ง และทุกที่ที่ต้องการให้เกิดการผ่อนคลาย และในการแนะนำผู้ป่วยฝึกการผ่อนคลาย จะต้องชี้ให้เห็นว่า แบบแผนการหายใจจะเปลี่ยนไป โดยมีลักษณะการหายใจช้าและเป็นจังหวะสม่ำเสมอมากขึ้น ซึ่งเป็นอาการแสดงของการผ่อนคลาย

การฝึกทักษะการผ่อนคลายโดยการหายใจเป็นจังหวะช้า ๆ สม่่าเสมอ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงต่อร่างกาย ให้ความรู้สึกสงบ อารมณ์มั่นคง ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง ความรู้สึกของการผ่อนคลายสามารถสังเกต หรือวัดได้จากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายหลังการฝึก เช่น อัตราการเต้นของชีพจร และการหายใจจะลดลงประมาณ 2 – 5 ครั้งต่อนาที หรือจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นหลังการฝึก เช่น รู้สึกสงบ สบาย หรือรู้สึกง่วงนอน เป็นต้น (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) เนื่องจากการผ่อนคลาย จัดว่าเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล จึงถือว่าการประเมินจากคำบอกเล่าเป็นการประเมินที่เชื่อถือได้

การฝึกการผ่อนคลาย จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความผ่อนคลาย ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ทำให้เกิดผลดีต่อผู้ฝึก โดยลดความเครียด และความวิตกกังวล ช่วยให้การทำงานของร่างกายกลับคืนสู่สภาพปกติได้เร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Vataraus (1979 อ้างถึงใน เนาวรัตน์ ศรีพงษ์พันธุ์กุล, 2537:81) ที่พบว่า การฝึกทักษะการผ่อนคลายด้วยการหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ ช้า ๆ และผ่อนลมหายใจออกทางปาก เป็นวิธีฝึกที่ไม่ยาก สะดวก และได้รับความสนใจอย่างมาก เพราะเป็นการเปลี่ยนแปลงทางสรีระไปในทางที่ดี และช่วยให้มีการผ่อนคลายที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Schott และ Luff (1988 อ้างถึงใน เนาวรัตน์ ศรีพงษ์พันธุ์กุล, 2537:82) พบว่าการผ่อนคลายช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวลน้อยลง ผู้ป่วยจะรู้สึกสุขสบายและสงบ ทำให้อนอนหลับได้ดีขึ้น มีจิตใจเข้มแข็ง เชื่อมมั่นในตัวเองมากขึ้น จากการศึกษาของ Matthews (1989 อ้างถึงใน เนาวรัตน์ ศรีพงษ์พันธุ์กุล, 2537: 30) โดยการสังเคราะห์ข้อค้นพบจากงานวิจัย ที่เป็นแนวทางในการฝึกทักษะการผ่อนคลาย พบว่า การผ่อนคลาย ช่วยลดความวิตกกังวลในบุคคลที่มีความวิตกกังวลสูง ได้มากกว่าบุคคลที่มีความวิตกกังวลต่ำ ยิ่งฝึก ยิ่งได้ผล และการสอนเป็นรายบุคคล จะได้ผลดีกว่าการใช้เทป ซึ่งจากการศึกษาของ อัจฉรา นุตตะโร (2546) ที่ศึกษาถึงประสิทธิผลของการบำบัดทางการพยาบาล ด้วยการใช้เทคนิคการผ่อนคลายในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ การวิเคราะห์อภิमान พบว่า การกำหนดลมหายใจเข้าออก เป็นวิธีการทำสมาธิที่ถูกนำมาใช้มากที่สุด และการผ่อนคลายที่ได้รับความสนใจ คือ การหายใจซึ่งมักจะนำมาใช้ฝึกพร้อมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ พบมากถึงร้อยละ 54.9 เพื่อประสิทธิผลในการมุ่งลดอาการที่เกิดจากความเครียด ความวิตกกังวล โดยไม่ได้มุ่งแก้ปัญหาที่มีสาเหตุของอาการ (Pruitt และ Stein, 1994) แต่มีผลต่อผลลัพธ์ทางด้านจิตใจและทางด้านสรีระมากที่สุด

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินสภาวะการผ่อนคลายของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการนับอัตราการเต้นของชีพจรต่อนาที โดยการให้กลุ่มตัวอย่าง ตรวจนับอัตราการเต้นของชีพจรก่อนและหลังการฝึกผ่อนคลายด้วยวิธีบริหารการหายใจแบบลึกในแต่ละครั้ง ลงในแบบบันทึกการฝึกผ่อนคลายด้วยตนเอง เมื่ออยู่ที่บ้านที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เนื่องจากเมื่อฝึกผ่อนคลาย จะเกิดปฏิกิริยาผ่อนคลาย



คลาย ซึ่งมีผลต่อสมองส่วน hypothalamus ลดการทำงานของระบบประสาท sympathetic ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย คือ ร่างกายมีการใช้ออกซิเจนลดลง กล้ามเนื้อมีความตึงตัวลดลง อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และความดันโลหิตลดลง (Benson, 1976; Well-Federman, 1995: 61; Seaward, 1996: 29; Benson, 2001: 56) เมื่อสอบถามถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นหลังการฝึก ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะบอกว่า รู้สึกสงบ ผ่อนคลาย และเบาสบายขึ้น

##### 5. การฝึกผ่อนคลายด้วยวิธีบริหารการหายใจแบบลึก

ความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่พบก่อนบริเวณเต้านม เป็นผลมาจากการเข้าใจว่า การมีก้อนบริเวณเต้านม คือ ความผิดปกติที่พบและเป็นสาเหตุใหญ่หรืออาการเริ่มแรกที่น่าไปสู่การเป็นมะเร็งเต้านม แม้ว่าจะมีเพียงร้อยละ 9.05-12.6 เท่านั้น ที่มีผลตรวจเป็นมะเร็งเต้านม (Barrere, 1992: 1372-1376; สมปอง รักษาสุข, 2539: 59-60) แต่ก็เป็นช่วงเวลาที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตกใจกลัว เครียดและวิตกกังวลมากที่สุด (Payne และคณะ, 1996: 89) สอดคล้องกับการศึกษาของ MacFarlane และ Sony (1992: 23-32) พบว่า ผู้ป่วยที่พบก้อนบริเวณเต้านมระยะวินิจฉัยจะมีความวิตกกังวลสูง ความสามารถในการคิดและตัดสินใจลดลง และมีความรู้สึกที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ เป็นช่วงเวลาของความคลุมเครือ สงสัยไม่แน่ใจ (Poole, 1997: 274) ไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ในอนาคตได้ มีความวิตกกังวล ควบคุมไปกับการคาดหวังและคาดการณ์ถึงอันตรายที่จะเกิดกับตนเองในอนาคตตลอดระยะเวลาของผล (Krumm, 1982: 730) ทำให้ผู้ป่วยมีการตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional response) คือ มีความวิตกกังวลสูง (MacFarlane และ Sony, 1992: 23-32; Benedict และคณะ, 1994: 1723 - 1727; Seckel และ Bimey, 1996: 137-143) และมีความกดดันทางอารมณ์ในระดับสูงร่วมด้วย (Emotional distress) (Northouse และคณะ, 1995: 196-200)

จากการศึกษาของ Northouse และคณะ (1989) ถึงผลกระทบของโรคมะเร็งเต้านมต่อผู้ป่วยและคู่สมรส พบว่าร้อยละ 83 ของคู่สมรส กล่าวว่า ระยะระงผลวินิจฉัย เป็นระยะที่เกิดความเครียดมากที่สุด เนื่องจากรู้สึกถึงความไม่แน่นอนเช่นเดียวกับผู้ป่วย ขาดข้อมูลความรู้ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลการตรวจและการรักษาที่รพยาจะได้รับ การตัดสินใจในการตัดสินใจเต้านมไปตรวจหรือไม่ตรวจ ไม่มีผู้ใดสามารถบอกได้ถึงการตัดสินใจนั้น ทุกอย่างขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของตนเองและภรรยาทั้งสิ้น และรู้สึกกลัวภรรยาจะเป็นมะเร็ง สิ่งเหล่านี้ เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยและคู่สมรสเกิดความวิตกกังวล ความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ และรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เนื่องจากสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะคู่สมรส เป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดและมีความสำคัญต่อผู้ป่วย เนื่องจากคู่สมรสสามารถให้ความใกล้ชิด และมีผลต่ออารมณ์ของผู้ป่วย กล่าวคือ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น มีกำลังใจ มีความมั่นคงในอารมณ์ ช่วยเหลือค้ำจุน

และสามารถช่วยลดความตึงเครียดความวิตกกังวลต่าง ๆ ได้ (Somchit Hanucharumkul, 1988: 1) ผู้วิจัย จึงได้นำสมาธิในครอบครัว โดยเฉพาะ คู่สมรส หรือบุคคลที่ใกล้ชิดและสำคัญสำหรับผู้ป่วยเข้าร่วมในงานวิจัยครั้งนี้ด้วย เนื่องจาก Orem (1995: 175-176) และ House (1985) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม จะช่วยให้บุคคลได้ระบายความทุกข์ ความกังวลที่มีอยู่ ทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่า มีความสำคัญและร่วมมือกันนำสู่การมีสุขภาพที่ดี ส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ดีขึ้น (Orem, 2001) มีการผ่อนคลายจากความเครียดและความวิตกกังวลที่มีอยู่ เนื่องจากการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและบุคคลที่ใกล้ชิด ได้มีส่วนร่วมในการดูแลซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอบอุ่น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และการฝึกทักษะการผ่อนคลายด้วยวิธีบริหารการหายใจเข้าแบบลึก จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบ ผ่อนคลาย มีความสามารถในการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้น ทำให้สุขภาพกายและสุขภาพจิตกลับเข้าสู่สภาวะที่ดี ช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบาย และมีความวิตกกังวลลดลง (เนาวรัตน์ ศรีพงษ์พันธุ์กุล, 2537)

ผู้วิจัย จึงได้นำการฝึกผ่อนคลายด้วยวิธีบริหารการหายใจแบบลึกมาใช้ เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่พบก่อนบริเวณเต้านม ซึ่งสร้างขึ้นจากแนวคิดความเชื่อมโยงของร่างกายและจิตใจ ที่เรียกว่า เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation techniques) โดยผู้วิจัยเลือกใช้การฝึกผ่อนคลายด้วยวิธีบริหารการหายใจแบบลึก ซึ่งเป็นเทคนิคที่สะดวก ประหยัดเวลา ทนทุกข์ มีประโยชน์ต่อทั้งตัวผู้ป่วยและบุคคลที่ใกล้ชิด เนื่องจากการหายใจเป็นสิ่งที่มนุษย์ต้องทำอยู่อย่างเป็นปกติ (Seaward, 1996 อ้างถึงใน อัจฉรา นุตตะสาโร, 2546) เป็นวิธีที่ไม่รบกวนผู้อื่น สามารถกระทำได้อย่างต่อเนื่อง และไม่ต้องอาศัยเครื่องมือพิเศษในการปฏิบัติ ดังมีรายละเอียดของโปรแกรมต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีก้อนบริเวณเต้านม และแพทย์ได้นัดผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อจากก้อนเต้านม ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิดที่ผู้ป่วยระบุ หลังจากนั้นประเมินความพร้อม ความต้องการและปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกที่คลำพบก้อนเต้านม ชักถามปัญหา ให้กำลังใจ และสร้างความเชื่อมั่น มีการสัมผัสผู้ป่วยตามความเหมาะสม

ขั้นที่ 2 การให้ข้อมูลความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิดที่ผู้ป่วยระบุ ประกอบด้วย

2.1 การให้ข้อมูลความรู้และคำปรึกษาเรื่องโรคของเต้านม การรักษา ประโยชน์และความจำเป็นในการผ่าตัดเพื่อตรวจชิ้นเนื้อของก้อนเต้านมเพื่อการวินิจฉัย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม พร้อมทั้งแสดงความเอื้ออาทร ความปรารถนาดีร่วมกับการให้คำแนะนำ คำพูด

สนับสนุน ให้กำลังใจ กระตุ้นชี้แนะ และให้การสนับสนุนโดยกิริยาท่าทางผู้วิจัย เช่น การมอง การสัมผัส ต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน

2.2 การสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยการฝึกการผ่อนคลายด้วยวิธีบริหารการหายใจแบบลึก ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้นำฝึกทักษะ และสาธิตแก่ผู้ป่วยให้ฝึกปฏิบัติตามเป็นรายบุคคล ในสถานที่ที่สงบและเป็นส่วนตัว โดยฝึกการหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ ซ้ำ ๆ และหายใจออกทางปาก โดยค่อย ๆ เป่าลมออกช้า ๆ และแผ่วเบา หลังตาขณะฝึกการหายใจและวางมือทั้ง 2 ข้างบนหน้าท้อง เป็นเวลา 10-15 นาที ถ้าทำถูกต้อง จะพบว่า หน้าท้องและมือจะถูกยกขึ้น เมื่อหายใจเข้า แนะนำให้ฝึกอย่างน้อย 2 ครั้งต่อวัน ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที และผู้วิจัยจะทบทวนความรู้อีกครั้งในวันที่แพทย์นัดผู้ป่วยมาผ่าตัด

ขั้นที่ 3 ผู้วิจัยให้การสนับสนุนและชี้แนะแก่ผู้ป่วย โดยแจกคู่มือความรู้เรื่องโรคและการรักษาก่อนบริเวณเต้านม และการฝึกผ่อนคลายด้วยวิธีบริหารการหายใจแบบลึก เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปฝึกปฏิบัติที่บ้านทุกวัน อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 20 วัน โดยให้บันทึกวัน เวลา และอัตราการเต้นของชีพจรก่อนและหลังการฝึกผ่อนคลาย ลงในแบบบันทึกการฝึกผ่อนคลายด้วยตนเอง เมื่ออยู่ที่บ้านที่ผู้วิจัยแจกให้ โดยผู้วิจัยจะสอนวิธีการนับอัตราการเต้นของชีพจรและการหายใจแก่ผู้ป่วยร่วมด้วย

ขั้นที่ 4 การประเมินผลในอีก 20 วันหลังจากพบผู้ป่วยครั้งแรก เป็นวันที่นัดผู้ป่วยมาฟังผลวินิจฉัย ก่อนผู้ป่วยเข้าพบแพทย์ จะให้ตอบแบบสอบถาม ประเมินความวิตกกังวลตามสถานการณ์ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

จากองค์ความรู้ดังกล่าว ผู้วิจัยคาดหวังว่า การฝึกผ่อนคลายด้วยวิธีบริหารการหายใจแบบลึกที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น จะช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่พบก่อนบริเวณเต้านม โดยพยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริมและเพิ่มศักยภาพแก่ผู้ป่วย โดยการให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรคและการรักษา ก่อนบริเวณเต้านม รวมถึงการผ่อนคลายด้วยวิธีบริหารการหายใจแบบลึก โดยมีบุคคลใกล้ชิดที่ผู้ป่วยระบุเข้าร่วมในงานวิจัยครั้งนี้ด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอบอุ่น ส่งเสริมให้มีกำลังใจ และผ่อนคลายความวิตกกังวลได้อีกด้วย

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อภิญา วงศ์พิริโยธา (2535) ศึกษาผลของการฝึกการผ่อนคลายต่อการลดความวิตกกังวลและความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน กลุ่มทดลองได้รับการฝึกการผ่อนคลาย โดยการจัดให้ผู้ปวยนั่งในท่าที่สบายที่สุด จากนั้นให้ผู้ปวยปิดตาและ

เริ่มผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยเริ่มจากบริเวณเท้ามาที่บริเวณใบหน้า พร้อมทั้งมีการกำหนดลมหายใจให้ทราบว่าจะหายใจเข้าหรือหายใจออก กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนผ่าตัด 3 วัน จากนั้นให้ผู้ป่วยฝึกการผ่อนคลายครั้งละ 15 นาที วันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 วัน และฝึกการผ่อนคลายหลังผ่าตัดอีก 1 ครั้ง และประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญหลังผ่าตัด ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการประเมินความวิตกกังวลเหมือนกลุ่มทดลอง ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลหลังผ่าตัดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

ธนอมศรี คูอาริยะกุล (2538) ศึกษา ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนและความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการตัดเต้านม โดยโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ให้กำลังใจ และสร้างความเชื่อมั่นในขณะที่มีการให้ความรู้กับผู้ป่วย ในระยะก่อนผ่าตัด เกี่ยวกับประโยชน์และความจำเป็นของการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก และซักถามข้อสงสัย มีการกระตุ้นการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดอย่างสม่ำเสมอ การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทุกวันหลังผ่าตัดเป็นเวลา 7 วัน และการปฏิบัติตัวขณะที่กลับไปอยู่บ้าน กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 ราย ผลการวิจัย พบว่า หลังการให้โปรแกรมในกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีความวิตกกังวลลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

Lund (1988, อ้างถึงใน สายชล จันทร์วิจิตร, 2539: 47) พบว่า การใช้เทปเสียงฝึกการผ่อนคลาย ซึ่งประกอบด้วย การควบคุมการหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ร่วมกับการจินตนาการ สามารถลดความวิตกกังวลได้และยังพบว่า ระดับคอร์ติซอลในปัสสาวะซึ่งแสดงถึงการตอบสนองต่อความเครียด และการอักเสบของแผลในผู้ป่วยกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Holiday และ Hyers (1990 อ้างถึงใน ดวงกมล วัฒนกิจไกรเลิศ, 2541: 75) ได้ศึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจจำนวน 40 ราย สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับการฝึก อี เอ็ม จี ไบโอฟีดแบคเพื่อฝึกการผ่อนคลาย ขณะฝึกจะใช้ T-piece หรือ IMV แทนเครื่องช่วยหายใจ ทำการฝึกครั้งละ 30-50 นาที วันละ 1 ครั้ง 5 วัน ต่อสัปดาห์ การฝึกแต่ละครั้งแบ่งออกเป็น 4 ช่วง ช่วงแรกเป็นการพูดคุยกับผู้ป่วย ช่วงที่สองวัดค่าของตัวแปรต่างๆเพื่อใช้เป็นพื้นฐาน ช่วงที่สามฝึกการหายใจแบบลึก ช่วงที่สี่ฝึกการผ่อนคลายด้วยตนเองโดยใช้การฝึก อี เอ็ม จี ไบโอฟีดแบค กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษา



พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีจำนวนวันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจน้อยกว่า มี Tidal Volume เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ และผู้ป่วยรายงานถึงการลดความวิตกกังวลและอาการหายใจลำบากลงได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

Houldin, McCorkle และ Lowery (1993, อ้างถึงใน สายชล จันทรวิจิตร, 2539: 47) ศึกษาถึงผลการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ร่วมกับการสร้างจินตนาการ ต่อภาวะจิตใจและภูมิคุ้มกันของผู้ที่สูญเสียคู่สมรส โดยวัดสภาพจิตใจ ระดับภูมิคุ้มกันก่อนและหลังการผ่อนคลายเป็นระยะ พบว่าภาวะความตึงเครียดด้านจิตใจลดลงและระดับภูมิคุ้มกันสูงขึ้น

Rees (1995) ศึกษาผลของการผ่อนคลายและจินตนาการต่อความวิตกกังวล ความซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของมารดาหลังคลอดครั้งแรก กลุ่มตัวอย่าง 60 คน ได้รับการฝึกการผ่อนคลายและจินตนาการ 4 สัปดาห์หลังคลอด พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวล ความซึมเศร้าต่ำ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สายชล จันทรวิจิตร (2539) ศึกษา ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไต โดยโปรแกรมการให้ความรู้ ประกอบด้วย การให้ความรู้ถึงเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยต้องประสบ วิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องก่อนและหลังผ่าตัด มีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามความรู้ที่ได้รับในระยะหลังผ่าตัดตั้งแต่วินาทีที่สี่เป็นต้นไปจนถึงวันที่ 10 และการผ่อนคลาย กระทำโดยการทำให้ร่างกายและจิตใจคลายความเครียด ความวิตกกังวล โดยมุ่งความสนใจไปที่การหายใจเข้า-ออก เป็นจังหวะลึก ๆ ช้า ๆ ซึ่งดัดแปลงจากเทคนิคการผ่อนคลายของ McCaffery (1979) โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลาย และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดไตในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพด้านกายภาพ จิตใจและอารมณ์สูงกว่ากลุ่มควบคุม

ดวงกมล วัฒนกิจไกรเลิศ (2541) ศึกษาผลของการใช้ อี เอ็ม จี ไบโอฟีดแบค ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟต่อความวิตกกังวล การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบาก อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากโรงพยาบาลโรคทรวงอก 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับการฝึก อี เอ็ม จี ไบโอฟีดแบคร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟกับผู้วิจัยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง และฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเกี่ยวกับแถบเสียงที่บ้านวันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลและอาการหายใจลำบากลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จันทิการพี รัตนจิรากร (2542) ได้ศึกษาผลของการทำจิตบำบัดแบบประคับประคองควบคู่กับการฝึกผ่อนคลาย เพื่อลดความตึงเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า ในกลุ่มทดลองมีความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

วิภาภัทร ชังขาว (2544) ศึกษาถึง ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยผู้ป่วยระยะวิกฤติที่จะได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ จำนวน 32 ราย เป็นกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน และการฝึกเทคนิคการผ่อนคลายโดยวิธีบริหารการหายใจในกลุ่มทดลอง จำนวน 16 ราย ผลการวัดความวิตกกังวลก่อนและหลังทดลองของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการใช้เทคนิคการผ่อนคลายมีความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม

นิตยา คชศิลา (2548) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ใช้แบบสอบถามวัดความวิตกกังวลตามสถานการณ์ The State Anxiety Inventory Form Y-1 (STAI form Y-1) ของ Spielberger ผลการศึกษา พบว่า ความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการในกลุ่มทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล และการบำบัดทางการพยาบาล เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการลดความวิตกกังวลมีให้ศึกษามากพอสมควร แต่การศึกษาเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่พบก่อนบริเวณเต้านมโดยเฉพาะ ยังมีงานวิจัยที่สนับสนุนและเกี่ยวข้องน้อยมาก ผู้วิจัย จึงได้ทำการรวบรวมการบำบัดทางการพยาบาลที่สำคัญประกอบด้วย การฝึกผ่อนคลายด้วยวิธีบริหารการหายใจแบบลึก และการนำบุคคลใกล้ชิดที่ผู้ป่วยระบุ โดยอาจจะเป็นคู่สมรส หรือบุคคลในครอบครัวที่ผู้ป่วยใกล้ชิดมากที่สุด ร่วมกันฝึกผ่อนคลายด้วยวิธีบริหารการหายใจแบบลึก ซึ่งผู้วิจัยคาดหวังว่า จะช่วยทำให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่พบก่อนบริเวณเต้านมลดลงได้

## กรอบแนวคิดการวิจัย

### ขั้นที่ 1. การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

1. สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิดที่ผู้ป่วยระบุ
2. ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติระบายความรู้สึก ชักถาม ข้อสงสัย ให้กำลังใจ

### ขั้นที่ 2. การให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิดที่ผู้ป่วยระบุ

1. การให้ข้อมูลความรู้และคำปรึกษาเรื่องโรคของเต้านม การรักษา ประโยชน์และความจำเป็นในการผ่าตัดชิ้นเนื้อของก้อนเต้านม เพื่อการวินิจฉัย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย แสดงความเอื้ออาทร ความปรารถนาดีร่วมกับการให้คำแนะนำ คำพูด ให้กำลังใจ กระตุ้นชี้แนะ และการสนับสนุนโดยกิริยาท่าทาง เช่น การมอง การสัมผัส ต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน
2. การสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยการฝึกผ่อนคลายด้วยวิธีการหายใจแบบลึก ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้นำฝึกทักษะและสาธิตแก่ผู้ป่วยให้ฝึกปฏิบัติตามเป็นรายบุคคล ในสถานที่ที่สงบและเป็นส่วนตัว ฝึกการหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ ช้า ๆ และหายใจออกทางปาก โดยค่อย ๆ เป่าลมออกช้า ๆ และแผ่วเบา หลังตาขณะฝึกการหายใจ และวางมือทั้ง 2 ข้างบนหน้าท้อง เป็นเวลา 10-15 นาที ถ้าทำถูกต้อง จะพบว่า หน้าท้องและมือจะถูกยกขึ้นเมื่อหายใจเข้า แนะนำให้ฝึกอย่างน้อย 2 ครั้งต่อวัน ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที และผู้วิจัยจะทบทวนความรู้อีกครั้งในวันถัดมาผู้ผู้ป่วยมาผ่าตัด

### ขั้นที่ 3. การฝึกผ่อนคลายด้วยวิธีการหายใจแบบลึกที่บ้าน

ผู้วิจัยแจกคู่มือความรู้เรื่องโรคและการรักษาก้อนบริเวณเต้านม และการฝึกผ่อนคลายด้วยวิธีการหายใจแบบลึก เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปฝึกปฏิบัติที่บ้านทุกวัน อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง โดยให้บันทึกวัน เวลา และอัตราการเต้นของชีพจรก่อนและหลังการฝึกผ่อนคลาย ลงในแบบบันทึกการฝึกผ่อนคลายด้วยตนเองเมื่ออยู่ที่บ้านตามที่ผู้วิจัยแจกให้ ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้สอนนับอัตราการเต้นของชีพจรแก่ผู้ป่วยร่วมด้วย

### ขั้นที่ 4. การประเมินผล

การประเมินผลในอีก 20 วัน หลังจากพบผู้ป่วยครั้งแรก เป็นวันที่นัดผู้ป่วยมาฟังผลวินิจฉัยก่อนผู้ป่วยเข้าพบแพทย์ ผู้วิจัยให้ผู้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม ประเมินความวิตกกังวลตามสถานการณ์ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ความ  
วิตก  
กังวล