



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมรายละเอียดแล้วกำหนดหัวข้อตามลำดับ ดังนี้ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคต้อกระจก มโนทัศน์ของความวิตกกังวล ความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคต้อกระจก การลดความวิตกกังวลการสอนผู้ป่วย และการใช้กระบวนการกลุ่มในการสอนผู้ป่วย

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคต้อกระจก

ดวงตา ถึงแม้จะเป็นอวัยวะที่เล็กแต่ก็มีความสำคัญต่อชีวิตเป็นอย่างมาก และมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับสภาพเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ดวงตา นอกจากจะเป็นส่วนที่เชิดชูความงามของใบหน้าแล้ว ยังเป็นสื่อถ่ายทอดอารมณ์ ทำให้เกิดความทุกข์ความคึกคาง ๆ การรู้จักป้องกันและถนอมดวงตาจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง โรคของตาส่วนมากไม่มีอันตรายถึงชีวิต แต่ก็จะทำให้บุคคลนั้นหมดสมรรถภาพไปอย่างมาก เป็นผลกระทบกระเทือนในการดำรงชีวิต ประสบกับความทุกข์ทั้งร่างกายและจิตใจ เป็นภาระอันหนักต่อครอบครัวของผู้ป่วย และสังคมก็จะขาดศักยภาพของทรัพยากรมนุษย์ในการสร้างผลผลิตอย่างมีประสิทธิภาพ อันเป็นสาเหตุของการสูญเสียทางเศรษฐกิจ ประเทศไทยมีคนตาบอดประมาณ 150,000-200,000 คน และมีผู้เป็นโรคต้อกระจกซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของอาการตาบอดที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ถึง 80,000 คน (กระทรวงสาธารณสุข 2526 : 1)

การมองเห็นของคนเรานั้น เกิดจากแสงสว่างผ่านกระจกตา หรือตาคำ (Cornea) น้ำภายในลูกตาส่วนหน้า (Aqueous Humor) แก้วตา (Lens) และน้ำวุ้นตา หรือน้ำวุ้นภายในลูกตาส่วนหลัง (Vitreous Humor) แล้วแสง-

สว่างนั้นจะไปตกที่จอตา (Retina) จอตานี้เป็นตัวทำหน้าที่รับภาพที่ผ่านเข้ามา แล้วส่งต่อไปที่เส้นประสาทตา (Optic Nerve) เพื่อให้ส่งต่อไปที่สมองบริเวณ ศูนย์ควบคุมการเห็น (Visual Center) สมองก็จะแปลออกมาเป็นการมองเห็น (สนั่น สุขวัจน์ 2512 : 270) การมองเห็นภาพโคซ์คั้นนั้นของอาศัยแก้วตาเป็น ตัวหักเหแสง (Refraction) เพื่อปรับภาพให้ตกชัดที่จอตา

แก้วตา ลักษณะเป็นรูปโค้ง 2 ด้าน (Biconvex) ความโค้งของ ด้านหลังมีมากกว่าด้านหน้าเล็กน้อย แก้วตาจะใส ไม่มีสี และโปร่งแสงอยู่หลัง ม่านตา ทรงขอบแก้วตาจะมีเอ็นเยื่อ (Suspensory Ligament หรือ Zonular Fibres) โยงแก้วตาไปติดกับกล้ามเนื้อซึ่งทำหน้าที่เปลี่ยนความหนา ของแก้วตาหรือเปลี่ยนรูปร่างของแก้วตานั่นเอง ด้านหน้าของแก้วตาจะอยู่ติดกับ น้ำภายในลูกตาสวนหน้า ส่วนด้านหลังของแก้วตาอยู่ติดกับน้ำวุ้นตา แก้วตาไม่มี เส้นเลือดมาเลี้ยง (นอกจากระยะที่มีทารกอยู่ในครรภ์ หรือ Fetal Life) จึงได้รับอาหารจากสารน้ำภายในลูกตา แก้วตามีเปลือก (Capsule) บาง และใสหุ้มอยู่เปลือกด้านหน้า (Anterior Capsule) หนากว่าเปลือกด้าน หลัง (Posterior Capsule) เปลือกหุ้มนี้ทำหน้าที่เป็นเยื่อที่กั้นไม่ให้สาร บางอย่างผ่านเข้าออก แต่ยอมให้สารบางอย่างผ่านเข้าออกได้ (Semipermeable Membrane) แก้วตาประกอบด้วยน้ำประมาณ ร้อยละ 65 และโปรตีน ประมาณ ร้อยละ 35 ซึ่งเป็นโปรตีนที่มีจำนวนมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับอวัยวะ อื่น และมีเกลือแร่อยู่อีกจำนวนเล็กน้อย สารโปแตสเซียม จะมีอยู่ในแก้วตา มากกว่าอวัยวะส่วนอื่นเช่นกัน นอกจากนี้ยังพบกรดแอสคอร์บิก (Ascorbic Acid) และสารกลูตาไทโอน (Glutathione) ในแก้วตาอีกด้วย แก้วตานอกจากจะ ไม่มีเส้นเลือดมาเลี้ยงแล้ว ยังไม่มีเส้นประสาทอีกด้วย จึงไม่มีความเจ็บปวด เกิดขึ้น

เนื้อแก้วตาในวัยหนุ่มสาว จะประกอบด้วยส่วนรอบนอก (Cortex) และส่วนตรงกลาง (Nucleus) ส่วนตรงกลางจะมีความแข็งกว่าส่วน รอบนอก เมื่ออายุมากขึ้นขนาดของส่วนตรงกลางจะใหญ่ขึ้น แต่ส่วนรอบนอกจะ

เล็กลง ในวัยสูงอายุ แก้วตาจะมีลักษณะเป็นส่วนตรงกลางทั้งหมด มีความแข็งตัว
ไม่ยืดหยุ่นเหมือนวัยหนุ่มสาว

แก้วตามีหน้าที่รวมแสงให้ภาพตกลงบนจอตา ถ้ามองวัตถุที่อยู่ใกล้ตา
แก้วตาจะหนาขึ้น โดยความโค้งด้านตาของแก้วตาจะเพิ่มมากขึ้น เนื่องจาก
อำนาจการหักเหของแสง (Refractive Power) ของแก้วตาเพิ่มขึ้น ทำให้
มองเห็นวัตถุที่อยู่ใกล้ชัด การเปลี่ยนแปลงของแก้วตานี้เรียกว่า Accomoda-
tion ซึ่งจะลดลงเรื่อย ๆ ตามอายุที่เพิ่มขึ้น (Luckmann and Sorensen
1974 : 1496, Vaughan and Asbury 1980 : 127) นอกจากนี้ที่
น่าสนใจ คือ จะมีเซลล์ที่สร้างตัวแก้วตาอยู่เฉพาะตอนหน้าของแก้วตา และการ
เจริญเติบโตของแก้วตาไม่มีวันสิ้นสุด เริ่มตั้งแต่อายุในท้องจนกระทั่งผู้นั้นตาย เนื้อ
แก้วตาที่เกิดขึ้นใหม่จะอยู่รอบนอก ผนังของเเกาแน่นเข้าไปตรงกลางเป็น เซลล์นี้
ตลอดไป คล้ายกับไม้ยืนต้นขนาดใหญ่ ถ้าถูกตัดจะเห็นวงปีต่าง ๆ (จี เมฆ
กาญจนารัตน์ 2528 : 21-22)

ความหมายของโรค

โรคต้อกระจก หมายถึง ภาวะที่แก้วตาซึ่งปกติมีลักษณะโปร่งใส ไม่มีสี
เกิดการขุ่นหรือทึบแสงขึ้น การขุ่นของแก้วตานี้อาจเกิดขึ้นที่ส่วนรอบนอก ส่วน
ตรงกลางหรือที่เปลือกหุ้มก็ได้ (Scheie and Albert 1977 : 28)

สาเหตุของโรค

โรคต้อกระจกมีสาเหตุมากมาย แต่ส่วนใหญ่เข้าใจกันว่า การขุ่นของ
แก้วตาอาจเป็นการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีภายในแก้วตา ทั้งนี้โดยในระยะเริ่มแรก
จะมีการซึมผ่านของน้ำเพิ่มขึ้นทำให้เนื้อเยื่อของแก้วตาวม และเมื่อถึงระยะต้อ-
กระจกสูง จำนวนน้ำที่เพิ่มขึ้นจะลดลง ความหนาแน่นของแก้วตาจะค่อย ๆ ลดลง
ด้วย จะมีการสูญเสียไปแคสเทียม และโซเดียม จะเข้ามาแทนที่เพื่อรักษาสมดุลย์
สำหรับแคลเซียมจะมีการสะสมเพิ่มจำนวนขึ้น โดยสัมพันธ์กับการขุ่นที่เพิ่มขึ้นของ
แก้วตา แต่การใช้ออกซิเจนลดลง สารกลูตาไธโอน (Glutathione) ใน

แก้วตาหายไป ความเข้มข้นของกรดแอสคอร์บิก (Ascorbic Acid) ลดลง ในที่สุดจำนวนโปรตีนจะลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรคคอตีบจากภาวะพราก ความเข้มข้นของโปรตีนจะลดลงจากระดับปกติ (ร้อยละ 80) เหลือเพียง ร้อยละ 50 (Olson 1984 : 8) และการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีที่เกิดขึ้นนี้ก็ยังไม่ทราบ สาเหตุว่าเกิดขึ้นเพราะเหตุใด (Vaughan and Asbury 1980 : 127)

อาการของโรค

อาการที่บ่งชี้เฉพาะของโรคคอตีบ คือ การที่สายตามัวลงเรื่อย ๆ ในระยะแรกผู้ป่วยอาจมองเห็นเป็นจุดในลูกตาและจะขยายมากขึ้นเรื่อย ๆ สายตาจะมัวลงทีละน้อย เหมือนมีหมอกหรือกระจกฝ้าบัง อาการตามัวจะเป็นมากในเวลากลางวัน แต่ในที่ร่มหรือมีแสงสลัว เช่น กลางคืน สายตาจะมองเห็นชัดเจน เนื่องจากในเวลากลางวัน หรือที่มีแสงจ้า ร่มานตาจะหดตัวเล็กน้อย ทำให้แสงไม่สามารถผ่านส่วนของแก้วตาที่ขุ่นเข้าไปได้ แต่เมื่ออยู่ในที่ร่มหรือมีแสงสลัว เช่น กลางคืน ร่มานตาขยายกว้างขึ้น แสงสามารถผ่านส่วนของแก้วตาที่ใสเข้าไปจึงมองเห็นชัดขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เป็นโรคคอตีบที่ความขุ่นเกิดขึ้นบริเวณตรงกลาง จะเปรียบเทียบการมองเห็นในที่มืดและสว่างได้ชัดเจน

บางรายอาจสังเกตเห็นว่าตาข้างมัวมองเห็นเป็น 2 ภาพ หรือมากกว่า (Unilateral Diplopia หรือ Polyopia) บางรายอาจมองดวงไฟเห็นเป็นแสงรั้งกระจายรอบดวงไฟ (Halo) ซึ่งอาจทำให้เข้าใจผิดว่าเป็นโรคต้อหิน แต่ในความเป็นจริงแล้วเหตุทั้ง 2 ประการนั้น เกิดจากความขุ่นที่ไม่เท่ากันหรือไม่สม่ำเสมอภายในแก้วตา ทำให้การหักเหของแสงไปรวมแสงที่บริเวณแมคคิวลาไม่ตรงจุดเดียวกัน (แมคคิวลา หรือจุดเหลืองอยู่ตรงกลางของจอตา เป็นจุดที่ทำให้เห็นทุกสิ่งได้ชัด และละเอียดละเอียดที่สุด)

ในโรคคอตีบระยะแรกซึ่งมีการบวมของแก้วตา ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดสายตาสั้นชั่วคราว เนื่องจากดัชนีการหักเหของแสง (Refractive Index) ของแก้วตาเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยอาจใช้แว่นสายตาสั้นสวมช่วยให้เห็นชัดขึ้นได้ระยะหนึ่ง

หรือถ้ามีสายตาวาวในผู้สูงอายุ (Presbyopia) และใช้แว่นอ่านหนังสือ
 อยู่ก่อน ระยะเวลานี้อาจจะอ่านหนังสือได้โดยไม่ต้องใช้แว่น และเมื่อสายตาวาวลงมาก
 เรื่อย ๆ จนกระทั่งแกวตาชู้บตีบหมด สายตาวาวป่วยจะเห็นเพียงเงาเคลื่อนไหว
 (Hand Movement หรือ Hm) หรือมองเห็นเพียงแสงไฟ (Perception of
 Light หรือ Pl) เท่านั้น จะเป็นระยะที่ต้อกระจกสุกเต็มที่ ระยะเวลา
 ที่แกวตาจะสุกเต็มที่อาจใช้เวลาตั้งแต่ 2-3 เดือน จนถึงหลาย ๆ ปี (สัญญา
 ปิลกศิริ 2522 : 144-145) โรคต้อกระจกอาจเป็นกับตาข้างเดียวหรือสองข้าง
 ก็ได้ ผู้ป่วยจะไม่มีอาการปวดศีรษะหรือความเจ็บปวดอื่น ๆ (Weinstock
 1984 : 447) รวมทั้งไม่มีการอักเสบของดวงตา ยกเว้นผู้ที่เป็นโรคต้อกระจก
 จากภัยอันตราย (สัญญา ปิลกศิริ 2522 : 145)

การจำแนกชนิดของโรค

โรคต้อกระจก อาจจำแนกออกเป็น 8 ชนิด คือ (Luntz 1984 :
 1-19)

1. โรคต้อกระจกจากภาวะชรา (Senile Cataract)
2. โรคต้อกระจกโดยกำเนิด (Congenital Cataract)
3. โรคต้อกระจกในวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ (Juvenile and Presenile
 Cataract)
4. โรคต้อกระจกที่เกิดแทรกซ้อน (Complicated Cataract)
5. โรคต้อกระจกที่เกิดร่วมกับการเป็นโรคในระบบอื่น ๆ (Cataract
 Associated with Systemic Disease)
6. โรคต้อกระจกที่เกิดจากสารพิษและอาหาร (Toxic and Nutri-
 tional)
7. โรคต้อกระจกที่เกิดร่วมกับโรคที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติในการเผาผลาญ
 สารอาหารในผู้ใหญ่ (Cataract Associated with Metabolic Disease in
 Adult)
8. โรคต้อกระจกจากภัยอันตราย (Traumatic Cataract)

1. โรคต้อกระจกจากภาวะชรา (Senile Cataract)

โรคต้อกระจกชนิดนี้มีสาเหตุมาจากการเสื่อมของแก้วตาไปตามอายุขัย หรือการเสื่อมถอยไปตามวัย พบได้มากที่สุดประมาณร้อยละ 95 ของโรคต้อกระจก ทั้งหมด (McCoy 1981 : 405) ส่วนมากพบในคนอายุ 45 ปีขึ้นไป (อเนก เพทวิช 2523 : 20, นิเว จิมพยอม 2520 : 77, ชุต อัยสุวสิทธ์ 2517 : 41) การขุ่นของแก้วตานั้นเป็นทั้งสองตา แต่อาจไม่พร้อมกัน (สัญญา ปิลาศิริ 2522 : 144)

โรคต้อกระจกจากภาวะชรา แบ่งออกเป็น 3 ประเภทใหญ่ ๆ คือ (Newell 1982 : 330-331)

1.1 ต้อกระจกที่มีการขุ่นที่บริเวณส่วนตรงกลางของแก้วตา (Nuclear Cataract หรือ Hard Cataract) การขุ่นจะเป็นไปอย่างช้า ๆ จนกระทั่งขุ่นหมดทั่วทั้งส่วนตรงกลาง ในระยะแรกจะพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของดัชนีหักเหของแสง ทำให้การมองเห็นระยะใกล้ดีขึ้น การมองเห็นนี้เป็นการมองเห็นครั้งที่สอง (Second Sight)

1.2 ต้อกระจกที่มีการขุ่นที่บริเวณส่วนรอบนอกของแก้วตา (Cortical Cataract หรือ Soft Cataract) การขุ่นนี้ถึงแม้ว่าจะมีมากก็ไม่รบกวนสายตาของผู้ป่วย จนกว่าการขุ่นจะลามไปถึงส่วนตรงกลางของแก้วตา จึงจะทำให้สายตามัวลง

1.3 ต้อกระจกที่มีการขุ่นเกิดขึ้นบริเวณใต้เปลือกหุ้มแก้วตาด้านหลัง (Posterior Subcapsular Cataract) เป็นต้อกระจกชนิดที่พบได้บ่อยที่สุด ต้อกระจกชนิดนี้ทำให้สายตามัวลงเร็วกว่าชนิดอื่น

สำหรับระยะต่าง ๆ ของโรคต้อกระจก แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ (อเนก เพทวิช 2523 : 20-21)

ระยะที่ 1 ต้อกระจกระยะเริ่มเป็น (Incipient Cataract) ระยะนี้แก้วตาอาจจะขุ่นหรือทึบที่ส่วนรอบ ๆ แต่ตรงกลางยังใส หรืออีกลักษณะหนึ่งก็คือ ตรงกลางแก้วตาขุ่นทึบ แต่ส่วนรอบ ๆ ใส

ระยะที่ 2 ต้อกระจกระยะยังไม่สุก (Immature Cataract) ระยะนี้ต้อกระจกจะเป็นมากขึ้นและแยกกระจายออก แก้วตาจะขมม มีความทึบแสงมากขึ้น การขมมของแก้วตาอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน กลายเป็นโรคค้อหินได้ และจากการตรวจโดยการฉายแสงเจียง ๆ จะพบเงาของม่านตามองเห็นเป็นเงาดำ ๆ หลังม่านตา เป็นรูปพระจันทร์เสี้ยว (Crescentic) บนแก้วตา

ระยะที่ 3 ต้อกระจกระยะสุกแล้ว (Mature Cataract) ระยะนี้แก้วตาจะทึบมากจนทั่วแก้วตา ทำให้มองเห็นแก้วตาขุ่นขาว และเมื่อตรวจด้วยวิธีฉายแสงเจียง ๆ จะไม่พบเงาม่านตา สภาพสายตา (Visual Acuity) ของผู้ป่วยจะเห็นเพียงเงาเคลื่อนไหว (Hand Movement หรือ Hm) หรือบอกทิศทางของแสงไฟที่ส่อง (Light Projection หรือ Pj) ใดถูกต้อง

ระยะที่ 4 ต้อกระจกระยะสุกเกิน (Hypermature Cataract) เป็นระยะสุดท้ายของโรคต้อกระจก แก้วตาจะเริ่มเปลี่ยนแปลง มีการละลายของเนื้อแก้วตา มองดูเห็นขุ่นขาวมากคล้ายน้ำมัน ทำให้ส่วนตรงกลางของแก้วตาดกลงสู่ส่วนล่างภายในแก้วตา สภาพสายตาของผู้ป่วยอาจบอกทิศทางของแสงไฟที่ส่อง (Pj) ใดถูกต้อง หรือบอกได้เพียงว่าเห็นแสงไฟ (Pl) แต่บอกทิศทางของแสงไฟที่ส่องไม่ถูกต้อง โรคต้อกระจกระยะนี้หากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษา ข้างนั้นอาจจะบอกได้จากรโรคแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ โรคยูเวียอักเสบ (ยูเวียเป็นผนังชั้นกลางของลูกตา อยู่ระหว่างตาขาวและจอตา) และโรคค้อหิน เป็นต้น

2. โรคต้อกระจกโดยกำเนิด (Congenital Cataract)

โรคต้อกระจกโดยกำเนิดมักพบได้ประมาณ ร้อยละ 11 ของเด็ก ความผิดปกติในวัยเรียน (Scheie and Albert 1977 : 582) เป็นโรคต้อกระจกที่พบตั้งแต่แรกเกิด หรือเกิดภายใน 3 เดือนหลังคลอด ในบางรายที่มีแก้วตาขุ่นเพียงเล็กน้อยก็ยังไม่เกิดปัญหาในการมองเห็น แต่ในบางรายที่มีแก้วตาขุ่นมากก็จะเป็นปัญหาในการมองเห็น การขุ่นของแก้วตาอาจจะคงที่หรือขุ่นมากขึ้นตามวัย ซึ่งมักจะทำให้สายตามัวลงมากเมื่ออายุมากขึ้น โรคต้อกระจกโดยกำเนิด

อาจเป็นกับตาข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง อาจเป็นบางส่วนของแก้วตา หรือเป็นหมด
ทุกส่วนของแก้วตาก็ได้

สาเหตุส่วนใหญ่ของโรคต้อกระจกโดยกำเนิด มักเกิดจากพันธุกรรม
ซึ่งพบได้ถึง ร้อยละ 25 (Scheie and Albert 1977 : 296) ลันท์
(Luntz 1984 : 1-8) กล่าวว่า สาเหตุที่พบได้บ่อย มักเกิดจาก

2.1 การฉายรังสี (X - Irradiation) ระหว่างตั้งครรภ์
โดยเฉพาะอย่างยิ่งการฉายรังสีบริเวณกระดูกเชิงกราน (Pelvis) ขณะตั้งครรภ์
ใน 3 เดือนแรก

2.2 การกินยาบางชนิดในขณะตั้งครรภ์ 3 เดือนแรก ยาที่มีอันตราย
มาก คือ คอร์ติโคสเตียรอยด์ (Corticosteroid) รวมทั้งยาปฏิชีวนะพวก
ซัลโฟนาไมด์ (Sulfonamide)

2.3 โรคที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติในการเผาผลาญสารอาหาร
(Metabolic Disease) ในตัวแม่ และตัวอ่อน (Embryo) เช่น แม่เป็น
เบาหวาน เป็นต้น

2.4 การติดเชื้อในมดลูกขณะตั้งครรภ์ 3 เดือนแรก โรคที่สำคัญ
คือ โรคหัดเยอรมัน การติดเชื้อพวกไวรัส เช่น คางทูม ไซนัสหลังอักเสบ เป็นต้น

2.5 การที่แม่ขาดสารอาหาร (Maternal Malnutrition)

สำหรับสาเหตุอื่น ๆ ที่พบอีก เช่น มีความผิดปกติทางโครโมโซม
เช่น โรคปัญญาอ่อนในเด็กที่เรียกว่า Down's Syndrome การคลอดก่อน
กำหนด การที่เด็กทารกเป็นโรคในระยะอื่น เช่น โรคไซนัสอักเสบ รวมทั้งการ
มีโรคภายในลูกตาโรคอื่นอยู่ด้วย เช่น โรคยูเวียอักเสบ เนื้ออกในลูกตา และ
โรคจอตาอักเสบ

โรคต้อกระจกโดยกำเนิดนี้ เป็นสาเหตุส่งเสริมให้เกิดโรคต้อกระจก
ในวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ด้วย

3. โรคต้อกระจกในวัยเด็ก และวัยผู้ใหญ่ (Juvenile and Presenile Cataract)

โรคต้อกระจกที่เกิดขึ้นภายหลัง 3 เดือนแรกหลังคลอด จนถึงวัยรุ่น เรียกว่า Juvenile Cataract สาเหตุและอาการของโรคจะเหมือนกับโรคต้อกระจกโดยกำเนิด ส่วนต้อกระจกที่เกิดขึ้นในวัยผู้ใหญ่ เรียกว่า Presenile Cataract ซึ่งพบว่ามีส่วนสาเหตุและอาการคล้ายกับโรคต้อกระจกจากภาวะชรา

4. โรคต้อกระจกที่เกิดแทรกซ้อน (Complicated Cataract)

โรคต้อกระจกที่เกิดแทรกซ้อน เป็นโรคต้อกระจกที่เกิดร่วมกับโรคภายในลูกตาโรคอื่น ๆ สาเหตุจากการมีการรบกวนของการเผาผลาญสารอาหาร (Metabolism) ของแก้วตา โดยที่สารพิษ (Toxin) ของโรคหรือการอักเสบได้ซึมผ่านเปลือกหุ้มแก้วตาเข้าไป และเนื่องจากเปลือกหุ้มแก้วตาคำนหลังเป็นส่วนที่บางที่สุด ดังนั้น การขุ่นมักจะเกิดขึ้นที่บริเวณนี้ก่อน

โรคภายในลูกตาต่าง ๆ นั้น ได้แก่ โรคยูเวียอักเสบ สายตาสั้นมาก ๆ มีเนื้องอกในลูกตา โรคต้อหิน โรคเกี่ยวกับจอตา เช่น จอตาหลุดลอก เป็นต้น

5. โรคต้อกระจกที่เกิดร่วมกับการเป็นโรคในระบบอื่น (Cataract Associated with Systemic Disease)

โรคทางระบบอื่นที่พบร่วมกับโรคต้อกระจก ได้แก่ โรคผิวหนังบางชนิด (เช่น Atopic Dermatitis เป็นต้น) ซึ่งโรคต้อกระจกชนิดนี้พบได้น้อย

6. โรคต้อกระจกที่เกิดจากสารมีพิษและอาหาร (Toxic and Nutritional)

ทิวยาสำคัญที่ทำให้เกิดโรคต้อกระจก ได้แก่ (Newell 1982 : 331) ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ (Corticosteroid) และยาหดม่านตา (Myotic Drugs) ซึ่งใช้ในการรักษาโรคต้อหิน สำหรับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์

(Corticosteroid) นั้น ไม่ว่าจะเป็นการกิน การฉีด หรือหาเฉพาะที่ เป็นระยะเวลานาน ก็จะทำให้เกิดโรคต้อกระจกได้ทั้งสิ้น

นอกจากนี้โรคต้อกระจกยังเกิดจาก ยาฆ่าแมลง (Paradichlorobenzene) ยาลดน้ำหนักรุนแรง (Dinitrophenol) เป็นต้น (สัญญา ปิลาศิริ 2522 : 144) และยังมีผู้พบว่า ยาหอมผมและยาหอมขมตา ก็มีสาเหตุทำให้เกิดโรคต้อกระจกได้ (Doenges, Jeffries and Moorhouse 1984 : 219)

สำหรับโรคต้อกระจกที่เกิดจากการขาดสารอาหารอย่างรุนแรงนั้น เกิดได้น้อยมาก

7. โรคต้อกระจกที่เกิดร่วมกับโรคที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติในการเผาผลาญสารอาหารในผู้ใหญ่ (Cataract Associated with Metabolic Disease in Adult)

ที่พบบ่อย ได้แก่ โรคต้อกระจกที่เกิดร่วมกับโรคเบาหวาน ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ โรคต้อกระจกในคนอายุน้อยที่เป็นโรคเบาหวานระยะรุนแรงซึ่งพบได้น้อย และโรคต้อกระจกในคนสูงอายุที่เป็นเบาหวาน ซึ่งพบได้บ่อย

(Vaughan and Asbury 1980 : 261)

นอกจากนี้ยังพบโรคต้อกระจกที่เกิดร่วมกับภาวะที่มีแคลเซียมในเลือดต่ำ (Hypocalcemia) ซึ่งพบได้น้อย เป็นต้น

8. โรคต้อกระจกจากภยันตราย (Traumatic Cataract)

โรคต้อกระจกจากภยันตราย พบได้มากที่สุดในวัยหนุ่มสาว โดยทั่วไปจะเป็นกับตาข้างเดียว สาเหตุของโรคมีหลายประการ คือ

8.1 มีการเปลี่ยนแปลงของแรงกดดันในการให้สารบางอย่างผ่านเข้าออก และไม่ยอมให้สารบางอย่างผ่านเข้าออก (Osmotic Pressure) ทางแก้วตา การที่แก้วตาถูกรบกวน โดยมีการดูดซึมที่ไม่ปกติเช่นนี้ ทำให้ความสมดุลเปลี่ยนแปลงไปในระยะแรก ๆ อาจกลีบสุญภาวะปกติได้ แต่เมื่อมีการตกตะกอนหรือเกิดการจับตัว

ของโปรตีนก็จะทำให้เกิดการ เป็นดาวร ใด ลักษณะเช่นนี้อาจพบได้ในการ เจริญตาม
ระยะของการ เกิดโรคต้อกระจก และในผู้ป่วยที่เป็นโรคต้อกระจกจากเบาหวาน

8.2 ความร้อนและความเย็น ความเย็นจัดอาจทำให้แก้วตาชุน
อย่างดาวร และถ้าได้รับความร้อนสูงกว่า 65°C แก้วตาอาจชุนได้เช่นกัน

8.3 กระแสไฟฟ้า (Electric) การที่แก้วตาได้รับกระแสไฟฟ้า
แรงสูง ไม่ว่าจะได้จากการรักษาโดยใช้ไฟฟ้ากระตุ้น หรือจากการมองดูแสงไฟ
ที่มีกำลังส่องสว่างสูง เช่น ฟาผ่า ฟาแอม แสงที่เกิดจากการเชื่อมโลหะ
เป็นต้น อาจทำให้โปรตีนของแก้วตาเกิดการจับตัว และชุนอย่างดาวร

8.4 การฉายรังสี (Radiation) ต้อกระจกที่เกิดจากการฉาย
รังสี พบในเด็กที่มารดาได้รับการฉายแสงมากไปในระยะที่ตั้งครรภ์ได้ 3 เดือนแรก
หรือ ผู้ที่มีมะเร็งบริเวณเบ้าตาและรักษาด้วยรังสี ซึ่งรังสีอาจอีก
ลงไปโดนแก้วตาทำให้ชุน และเกิดโรคต้อกระจกได้ (สุรพงษ์ กวงรัตน์
2528 : 17)

8.5 การถูกกระแทกอย่างแรง (Concussion) ต้อกระจก
ชนิดนี้เกิดจากอุบัติเหตุต้อดวงตาชนิดบาดแผลไม่แทงทะลุ (Non-Penetrating)
โดยถูกกระแทกอย่างแรง มีพกชำ

ต้อกระจกชนิดนี้อาจเกิดขึ้นภายใน 24-48 ชั่วโมง หรือนานกว่านี้
ภายหลังจากที่ตาได้รับอุบัติเหตุชนิดพกชำ (สัญญา ปิลาศิริ 2522 : 222)

8.6 การที่ลูกตาได้รับบาดแผลแทงทะลุ (Perforating
Injuries) ต้อกระจกที่เกิดจากลูกตาได้รับอุบัติเหตุจากบาดแผลแทงทะลุ ทำให้
เปลือกหุ้มแก้วตาฉีกขาด หรือแก้วตาแตก การชุนของแก้วตามักจะดำเนินอย่าง
รวกเร็ว จนในที่สุดชุนหมดทั้งแก้วตา

8.7 มีสิ่งแปลกปลอมเข้าไปในลูกตา (Intraocular Foreign
Bodies) ต้อกระจกที่เกิดจากแก้วตาถูกกระแทกจากสิ่งแปลกปลอมโดยตรง หรือ
เกิดจากปฏิกิริยาเป็นพิษของโลหะซึ่งเป็นสิ่งแปลกปลอมเข้าไปในตานั้น โดยการชุน

จะเป็นไปอย่างช้า ๆ ลักษณะของการขุ่นจะต่างกัน ถ้าโลหะเป็นทองแดง จะทำให้เกิดต้อกระจกที่มีลักษณะคล้ายคอกทานตะวัน (Chalcosis Lentis) ถ้าโลหะเป็นเหล็ก จะทำให้เกิดการขุ่นเป็นสีน้ำตาลสนิมเหล็ก หรือขุ่นเป็นสีเหลือง (Siderosis Lentis)

8.8 จากการผ่าตัดต้อกระจกชนิดที่ลอกเอาแก้วตาและเปลือกหุ้มแก้วตาค้นหน้าออกไป เหลือเปลือกหุ้มแก้วตาค้นหลังไว้ (Extracapsular Aphakia) ซึ่งการผ่าตัดชนิดนี้อาจมีชิ้นส่วนของแก้วตายังตกค้างอยู่ภายหลังการผ่าตัด ถ้าแก้วตาไม่ถูกดูดซึมให้หมด ก็จะทำให้เศษแก้วตาที่ตกค้างเกิดขุ่นขึ้นบังสายตาของผู้ป่วย ทำให้เกิดเป็นต้อกระจก (After Cataract) ได้ หรืออาจเกิดจากอุบัติเหตุต่อแก้วตา ทำให้แก้วตาแตก และมีการดูดซึมของแก้วตาโดยปฏิกิริยาธรรมชาติของร่างกาย แต่ไม่หมด ยังเหลือตกค้างอยู่ ก็จะเกิดเป็นโรคต้อกระจกชนิดนี้ได้เช่นกัน ทำให้ต้องผ่าตัดใหม่

การป้องกันโรคต้อกระจก

การป้องกันโรคต้อกระจกไม่ให้เกิดขึ้นนั้นเป็นเรื่องค่อนข้างยาก สำหรับโรคต้อกระจกโดยกำเนิดนั้นอาจป้องกันไว้ก่อนได้ เช่น มารดาที่ตั้งครรภ์ 3 เดือนแรก ถ้ามีแผ่นหักเยอรมัน ต้องรีบไปปรึกษาแพทย์

ส่วนต้อกระจกชนิดอื่นที่เกิดตามสาเหตุ เช่น จากแรงกระแทก จากรังสี จากยาหรือสารพิษต่าง ๆ และจากการอักเสบ เป็นต้น ก็ต้องพยายามหลีกเลี่ยงไม่ให้กระทบสิ่งที่เป็นสาเหตุ แต่ถ้าเกิดขึ้นแล้วโรคจะดำเนินต่อไปจนกระทั่งต้อกระจกสุก คือ ขุ่นขาวทั้งแก้วตา ยับยั้งไม่ได้ และถ้าเป็นโรคต้อกระจกจากภาวะชรา ก็ยิ่งยากจะป้องกัน ถ้าสามารถป้องกันหรือหยุดความแก่ได้ ก็อาจจะหยุดการเกิดของโรคต้อกระจกได้ (สุรพงษ์ ควงรัตน์ 2528 : 28)

การรักษาโรคต้อกระจก

โรคต้อกระจกเป็นโรคที่ทำให้ตาบอดชั่วคราว เพราะสามารถรักษาให้คืนสู่สภาพที่ดีขึ้นได้ด้วยการผ่าตัด ปัจจุบันนี้ยังไม่สามารถใช้ยาชนิดใดช่วยรักษา

โรคต้อกระจกได้ การรักษาโรคต้อกระจกมีอยู่เพียงวิธีเดียว คือ การผ่าตัดเอา แก้วตาที่ขุ่นออก แล้วใส่แว่นตาเลนส์สัมผัส หรือแก้วตาเทียม เพื่อช่วยให้มองเห็นภาพได้ชัดเจนยิ่งขึ้น (Cotlier 1977 : 398-399) ผู้ป่วยบางรายกลัว การผ่าตัด จึงไปให้หมอเถื่อนทำการรักษา โดยการกดแก้วตาให้ตกลงไปอยู่ใน น้ำวุ้นตา วิธีนี้เรียกว่า Couching ซึ่งเป็นการรักษาที่ผิด ผู้ป่วยจะมองเห็น ได้ดีในระยะแรก แต่เมื่อถึงไว้นานจะทำให้เกิดต้อหิน ประสาทตาฝ่อ จอตาอักเสบ และตาบอดในที่สุด (ชุก อุษสวัสดิ์ 2517 : 49)

ผู้ป่วยที่เป็นโรคต้อกระจกไม่จำเป็นจะต้องได้รับการผ่าตัดรักษาอย่างรีบ ความทุกราย จักษุแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาตามความเหมาะสม เนื่องจากการผ่าตัด อาจเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนเช่นกัน

ข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัดต้อกระจก ได้แก่ (Scheie and Albert 1977 : 580)

1. สายตามัวลงไม่ว่าจะมากหรือน้อยก็ตาม ทำให้เป็นอุปสรรคในการ ประกอบอาชีพและการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลนั้น
2. ต้องรีบทำผ่าตัดก่อนจะเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ในรายที่ต้อกระจก อยู่ในระยะสุกเกิน (Hypermatre Cataract) เพราะจะทำให้เกิดโรค ยูเวียอักเสบ หรือโรคต้อหินได้ ทั้งนี้เพื่อถนอมสายตาของผู้ป่วยไม่ให้เสียไปจาก โรคแทรกซ้อนเหล่านั้น
3. ตาอยู่ในสภาพปกติ ไม่มีโรคภายในลูกตาอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น โรคของจอตา โรคของประสาทตา เป็นต้น ทั้งนี้เพราะการผ่าตัดต้อกระจก จะได้ผลดี เมื่อส่วนประกอบอื่น ๆ ที่สำคัญภายในดวงตายังดีอยู่
4. สภาพร่างกายทั่วไปปกติ ปราศจากโรคทางระบบอื่น หรือตามีโรค ประจำตัวก็ควรจะได้รับ การควบคุมโรคให้ไว้ก่อน เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

วิธีการผ่าตัดโรคต้อกระจก (Cataract Surgery)

การผ่าตัดต้อกระจกเป็นการผ่าตัดที่ละเอียดมาก จักษุแพทย์จะต้องใช้กล้องจุลทรรศน์สองตาขณะผ่าตัด เข็มและไหมที่ใช้ก็มีขนาดเล็ก ทั้งนี้เพื่อให้การผ่าและการเย็บแผลทำได้อย่างประณีต และส่วนต่าง ๆ ภายในลูกตาได้รับความกระทบกระเทือนและบอบช้ำน้อยที่สุด

การผ่าตัดต้อกระจกแบ่งออกเป็น 2 วิธี คือ

1. การผ่าตัดลอกเอาแก้วตา รวมทั้งเปลือกหุ้มแก้วตากันหน้าออกไป เหลือแต่เปลือกหุ้มแก้วตากันหลังไว้ที่บริเวณเดิม (Extracapsular Cataract Extraction) การทำผ่าตัดชนิดนี้จะทำเมื่อต้อกระจกสุกแล้ว เนื่องจากส่วนรอบนอกของแก้วตาเสื่อมลง และเหลวสามารถล้างออกได้ง่ายหลังจากที่เอาส่วนตรงกลางของแก้วตาซึ่งแข็งกว่าออกก่อน ถ้าต้อกระจกยังอยู่ในระยะเริ่มเป็นหรือระยะที่ยังไม่สุก ส่วนรอบนอกของแก้วตาจะเหนียว และเกาะติดแน่น เมื่อทำผ่าตัดไปแล้ว จะมีบางส่วนหลงเหลืออยู่บนเปลือกหุ้มแก้วตากันหลัง ซึ่งจะเป็นสาเหตุของการอักเสบอย่างรุนแรง และทำให้ตาบอด (Phacoanaphylaxis) ได้ หรืออาจทำให้เกิดโรคต้อกระจก (After Cataract) ต้องทำผ่าตัดใหม่ วิธีนี้นิยมทำกับผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 30 ปี และผู้ป่วยที่เป็นต้อกระจกโดยกำเนิด รวมทั้งในกรณีที่ใส่แก้วตาเทียมชนิดที่ใส่อยู่นานมาแล้ว (Posterior Chamber Lens) (Scheie and Albert 1977 : 578-582)

ปัจจุบันการผ่าตัดด้วยวิธีนี้มีการพัฒนาวิธีการผ่าตัดให้ทันสมัยยิ่งขึ้น โดยวิธีทำให้ส่วนตรงกลางของแก้วตาแตกตัวออกด้วยการใช้แรงสั่นสะเทือนที่มีความเร็วเท่ากับอุลตราซาวด์ คือ 400,000 รอบต่อวินาที แล้วจึงดูด (Aspiration) แก้วตาทั้งส่วนตรงกลางและส่วนรอบนอกออกมา วิธีการนี้เรียกว่า ฟาโคเอมัลซิฟิเคชัน (Phacoemulsification) ซึ่งใช้ได้กับผู้ป่วยทุกระยะอายุ แต่ส่วนมากนิยมใช้กับคนอายุไม่เกิน 70 ปี (Luckmann and Sorensen 1980 : 1993)

2. การผ่าตัดลอกเอาแก้วตาพร้อมทั้งเปลือกหุ้มออกมาทั้งหมด (Intracapsular Cataract Extraction) เป็นวิธีผ่าตัดที่นิยมใช้อย่างกว้างขวางในผู้ป่วยโรคต้อกระจกจากภาวะชรา (Senile Cataract) แต่ไม่นิยมใช้ในผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่อายุต่ำกว่า 30 ปี ทั้งนี้เพราะเอ็นเยื่อที่ยึดแก้วตามีความเหนียวมาก และเปลือกหุ้มแก้วตาส่วนหนึ่งยังติดแน่นกับผิวหน้าของน้ำวุ้นตา ถ้าทำผ่าตัดแล้วจะมีน้ำวุ้นตาไหลออกมาด้วย (Vitreous Loss) เนื่องจากต้อออกแรงดึงแก้วตาและเปลือกหุ้มออก ซึ่งเกิดอันตรายมาก ทำให้ดวงตาเสื่อมลง มีการลอกของจอตา เป็นต้น (Scheie and Albert 1977 : 578-579)

การใช้การผ่าตัดด้วยวิธีโคนั้นขึ้นกับชนิดของโรคต้อกระจก อายุผู้ป่วย และการวางแผนหลังการผ่าตัดเพื่อช่วยปรับการมองเห็นของผู้ป่วย สำหรับการเลือกชนิดของยาระงับความรู้สึกนั้นขึ้นกับแพทย์ผู้ทำผ่าตัด อายุ และสภาพทั่วไปของผู้ป่วย (McCoy 1981 : 407) แต่ส่วนใหญ่ทุกรายจะใช้วิธีฉีดยาเฉพาะที่ (Local Anesthesia) การดมยาสลบ (General Anesthesia) จะทำเฉพาะในผู้ป่วยที่เป็นเด็กเล็ก ๆ หรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ (จริเมช กาญจนารัตน์ 2528 : 81)

อุปกรณ์ที่ต้อใช้แทนแก้วตาภายหลังการผ่าตัดต้อกระจก

ในดวงตาที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกแล้วคือไม่มีแก้วตา (Aphakia) แสงจากวัตถุที่ต้อการมองเห็นจะสามารถผ่านไปได้ แต่แสงนั้นจะไปตกหลังจอตา ทำให้เห็นวัตถุไม่ชัดเจน เพราะว่าดวงตาขาดแก้วตาที่จะรวมแสง ในภาพไปตกบนจอตา ดังนั้น จึงต้อหาอุปกรณ์อื่นมาทดแทนแก้วตา เพื่อช่วยให้มองเห็นภาพได้ชัดเจนยิ่งขึ้น อุปกรณ์ต่าง ๆ เหล่านั้น ได้แก่

1. แว่นต้อต้อกระจก (Cataract Glasses) เป็นแว่นต้อการระจกนูน ทำให้ภาพขยาย ร้อยละ 25-30 การมองเห็นชัดเจนเฉพาะตรงกลางกระจกเท่านั้น ส่วนทางด้านข้างมองเห็นภาพบิดเบี้ยว (McCoy 1981 : 408) แว่นต้อต้อกระจกนั้นนอกจากจะช่วยทำให้มองเห็นชัดแล้วยังปลอดภัยในการสวมใส่ และราคาถูก แต่มี

ข้อเสีย คือ ทำให้เห็นภาพใหญ่กว่าของจริงประมาณ 1 ใน 4 คือ ร้อยละ 25 มองด้านข้างเห็นไม้ชัด ทุกอย่างดูใกล้ตัวและขนาดใหญ่กว่าของจริง แวนมีความหนาและหนัก ในรายผ่าตัดต้อกระจกข้างเดียว และตาอีกข้างหนึ่งยังดีอยู่ จะใช้แว่นตาเพียงข้างเดียว และมีปัญหาถ้าใช้สองตาพร้อมกัน จะทำให้เห็นภาพ 2 ชั้น อาจเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย (สวิสกี โทชิกัจร 2527 : 24) ทั้งนี้เนื่องจากเลนส์สายตามีขอบเขตจำกัด การปรับระยะทางเสียไป ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกง่วงงัวไก้ (Roper-Hall, 1984 : 1)

2. เลนส์สัมผัส (Contact Lens) ทำด้วยสารพลาสติกมีทั้งชนิดแข็งและอ่อน เลนส์สัมผัสทำให้ภาพขยาย ร้อยละ 7 เท่านั้น และสามารถปรับภาพให้เห็นเป็นภาพเดียวได้เมื่อใช้สองตาพร้อมกัน (McCoy 1981 : 408) การใช้เลนส์สัมผัสไม่เหมาะที่จะใส่ในสิ่งแวกลอมที่เต็มไปด้วยฝุ่น และเนื่องจากโรคต้อกระจกมักเป็นในผู้สูงอายุ การใช้เลนส์สัมผัสจึงมักประสบปัญหาเนื่องจากผู้สูงอายุเรียนรู้วิธีการใช้ และปรับตัวในการใช้โคซา (Roper-Hall 1984 : 1) เลนส์สัมผัสนี้ราคาแพงกว่าแว่นตาท้อกระจก และใช้ไม่สะดวกนัก

3. แกวตาเทียม (Intraocular Lens หรือ IOL) เป็นวิธีที่ใหม่และกำลังได้รับความนิยม ทำด้วยสารพลาสติก (Polymethyl Methacrylate) ซึ่งต่างจากของเลนส์สัมผัส ข้อดีของแกวตาเทียม คือ สามารถทำให้เห็นภาพทุกอย่างได้ปกติเท่าของจริงหลังผ่าตัด (Luckmann and Sorensen 1980 : 1995) แกวตาเทียมนี้ราคาแพงกว่าแว่นตาท้อกระจกและเลนส์สัมผัส และต้องฝังไว้ในดวงตา

การใส่แกวตาเทียมไม่ควรทำในผู้ป่วยโรคต้อหิน โรคเบาหวาน โรคจอตาหลุดลอก เป็นต้น (Roper-Hall 1984 : 2)

โรคแทรกซ้อนที่เกิดจากการผ่าตัดต้อกระจก

การผ่าตัดต้อกระจกก็เช่นเดียวกับการผ่าตัดอื่น ๆ ที่อาจเกิดโรคแทรกซ้อนได้ แต่ก็มีจำนวนไม่มากนัก โรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดบางโรคมีอันตรายมาก

เพราะอาจจะทำให้การมองเห็นเสียไปได้ โรคแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ ม่านตา
โผล่อื่นออกมาจากแผลที่ผ่าตัด (Iris Prolapse) แผลแยก (Wound
Rupture) ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดกระจกตาหรือตาคำขุ่น (Corneal Opacity)
แผลติดเชื้อ (Infection) ยูเวียอักเสบ (Uveitis) ต้อหิน
(Glaucoma) นอกจากนี้ยังพบของคาสวนหน้าตื้น (Flat Anterior Chamber)
ซึ่งถ้าปล่อยทิ้งไว้นานก็จะทำให้เกิดต้อหิน (Aphakic Secondary Angle
Closure Glaucoma) โรคแทรกซ้อนที่พบอีก คือ เลือดออกในลูกตา (Hyphema)
การอักเสบภายในลูกตาทั้งหมด (Endophthalmitis) การไหลออกของน้ำวุ้น
ภายในลูกตาส่วนหลัง (Vitreous Loss) ซึ่งเป็นสาเหตุของต้อหิน
(Glaucoma) ยูเวียอักเสบ (Uveitis) และจอตาหลุดลอก (Retinal
Detachment) เป็นต้น (Luckmann and Sorensen 1980 : 1996)

สำหรับการใส่แก้วตาเทียม ยังอาจพบโรคแทรกซ้อนอื่นอีก เช่น ม่านตา
อักเสบ (Iritis) วัณตาอักเสบ (Vitritis) กระจกตาหรือตาคำเสื่อม
(Degeneration of Cornea) ยูเวียอักเสบเรื้อรัง (Chronic Uveitis)
แก้วตาเทียมอยู่ผิดที่ เป็นต้น (Brunner and Suddarth 1982 : 681)

มโนทัศน์ของความวิตกกังวล

ภาวะอารมณ์ที่ทำให้พฤติกรรมของมนุษย์มีการเปลี่ยนแปลงนั้นมีมากมาย
และภาวะอารมณ์หนึ่งที่มนุษย์มีความคุ้นเคยดี ก็คือ ความวิตกกังวล ซึ่งมักจะพบ
อยู่เสมอในการดำรงชีวิตประจำวัน ความวิตกกังวลนั้นจัดเป็นอารมณ์ขั้นพื้นฐาน
ของมนุษย์ ซึ่งนักจิตวิทยาเชื่อว่าเริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่ระยะแรกคลอดจากครรภ์มารดา
และเกิดต่อเนื่องไปตลอดจนวาระสุดท้ายของชีวิต

คำว่า วิตกกังวล เป็นคำที่ได้รับการกล่าวขวัญถึงมาก เนื่องจากขณะนี้
ยังอยู่ในยุคของความวิตกกังวล (Age of Anxiety) ซึ่งมีจุดเริ่มต้นมาตั้งแต่
กลางคริสตศตวรรษที่ 20 ได้มีผู้สนใจศึกษาเรื่องของความวิตกกังวลกันอย่างกว้าง-

ขวาง โคย เอนเลอร์ และ เอกเวอร์ส (Endler and Edwards 1982 : 38) กล่าวว่า ถ้านับตั้งแต่ ค.ศ. 1950 ถึง ค.ศ. 1970 มีหนังสือและบทความเกี่ยวกับความวิตกกังวลที่ได้รับการตีพิมพ์ไว้ 5,000 เล่ม และตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 เป็นต้นมา การตีพิมพ์เรื่องของความวิตกกังวลมีอีกประมาณ 3,500 เล่ม สำหรับความหมายของความวิตกกังวลนั้น มีผู้ให้ความหมายแยกแยะออกไปหลายแนวคิด คงจะยกมากล่าวพอเป็นสังเขป ดังนี้

เลเดอร์ และ มาร์ค (Lader and Marks 1971 : 3) รวมทั้ง สจวต และ ซันดีน (Stuart and Sundeen 1979 : 74) ใช้อธิบายถึงรากศัพท์ดั้งเดิมของความวิตกกังวล (Anxiety) ว่ามาจากภาษากรีก ซึ่งหมายถึง กดให้แน่น รั้งให้แน่น (To Press Tight or to Strangle) ซึ่งเป็นความบีบคั้น และในภาษาละติน ก็มีความหมายถึง ความแคบ หรือตีบตัน ซึ่งเป็นความไม่สุขสบาย ความหมายดังกล่าวใช้อธิบายความวิตกกังวลที่ครอบคลุมความรู้สึกต่อไปนี้ คือ ความรู้สึกหงุดหงิดไม่สบายใจต่อสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน ความรู้สึกหวั่นเกรงต่อผลที่จะเกิดขึ้น ความรู้สึกกระสับกระส่ายอึดอัดไม่สบายใจ ความรู้สึกตื่นกลัวตระหนกตกใจในบางสิ่งบางอย่างที่บอกไม่ได้ และความรู้สึกไม่แน่ใจ ไม่นับใจเกี่ยวกับอนาคต

ฟรอยด์ (Freud 1943 : 341-348) กล่าวถึงความหมายของความวิตกกังวล ว่าเป็นประสบการณ์ ความหวาดหวั่น ความตึงเครียด โดยภาษาเหตุไต่ไม่ชัดเจนของแต่ละบุคคล ซึ่งเกี่ยวข้องกับจิตใต้สำนึก ที่เกิดจากความรู้สึกขัดแย้งในใจ ระหว่างการตอบสนองความต้องการของตนเอง (Ego) และความต้องการโดยธรรมชาติ หรือความต้องการของสัญชาตญาณ (Id)

ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ที่มีลักษณะคล้ายแรงขับตามธรรมชาติ เช่น ความหิว ความกระหาย และความต้องการอื่น ๆ เพื่อความอยู่รอด ส่วนใหญ่มีจุดเริ่มต้นจากความกลัวที่คาดหมายไว้ล่วงหน้า เป็นสภาวะที่ตึงเครียดทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ซึ่งจำเป็นต้องขจัดให้หมดไป และเป็นตัวการผลักดันให้มนุษย์กระทำพฤติกรรมบางอย่างซึ่งถือว่าเป็นแรงจูงใจ ทั้งนี้เพื่อลดสภาวะดังกล่าว

(Rycraft 1971 : 2, Hall and Lindzey 1970 : 44)

สำหรับ สวิฟท์ (Swift 1969 : 34) มีความเห็นสอดคล้องกับ
 เอลลิส และ ฮาร์เปอร์ (Ellis and Harper 1978 : 145-147) โดย
 ให้ความหมายของความวิตกกังวลในรูปของความกลัว โดยที่บุคคลนั้นไม่ทราบว่
 สิ่งที่ถูกกลัวคืออะไร ไม่สามารถกำหนดสาเหตุได้แน่ชัด เป็นความคิดที่ปราศจาก
 เหตุผล กล่าวคือ ถ้ามีบางอย่างที่ดูเหมือนจะมีอันตรายหรือน่ากลัวแล้ว จะต้อง
 กลัวไว้ก่อน และ ลูอิส (Lewis 1970 : 77) ได้กล่าวเพิ่มเติมว่า ความ
 วิตกกังวลนั้นนอกจากจะสนองตอบต่อสถานการณ์ด้วยความกลัว แล้วยังมีความ
 กระวนกระวาย ความตื่นตระหนก ความหวาดหวั่น ความรู้สึกไม่สบายใจ ความ
 รู้สึกต่าง ๆ นี้เกิดขึ้นเพราะสาเหตุการรบกวนหน้าในอนาคต และความรู้สึกนี้ไม่ได้
 สัมพันธ์กับสิ่งเร้าที่มาคุกคาม ซึ่งมีผลให้บุคคลไม่สามารถรักษาภาวะสมดุลย์ของ
 ร่างกายและจิตใจไว้ได้

ส่วน ชอรัทริจ และ ลี (Shortridge and Lee 1980 : 401)
 ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่า เป็นปฏิกิริยาจิตสรีร (Psychophy-
 siologic Reaction) ต่อสิ่งคุกคามภายในที่ไม่สามารถแยกสิ่งคุกคามได้โดยตัวมัน
 เอง เป็นความรู้สึกยุ่งยากใจ ไม่สบายใจ ผู้ที่ประสบความวิตกกังวลจึงจะรู้ถึง
 ความรู้สึกนั้น สิ่งคุกคามที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลอาจเกิดจากเหตุการณ์หรือสิ่งเร้า
 จากภายนอกหรือภายใน ความวิตกกังวลนี้เป็นสัญญาณเตือนภัยถึงอันตรายที่กำลังจะ
 มาถึง ทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงทางค่านจิตใจ และร่างกาย

สพิลเบอร์เกอร์ (Spielberger 1979 : 17) เบอร์เกส
 (Burgess 1981 : 30) อัลท์ชูล และ ซิมป์สัน (Altshul and Simpson
 1977 : 327-328) มีความเห็นตรงกันว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกตึงเครียด
 หวาดหวั่น ตื่นตระหนก ไม่สบายใจ คือสภาพการณ์ที่เผชิญอยู่ และจะมีผลให้เกิดการ
 เปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเกิดขึ้น ซึ่งอาการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นได้
 ได้แก่ ใจสั่น ตัวสั่น ปวดศีรษะ ปัสสาวะบ่อย เป็นต้น และถ้ามีความวิตกกังวล
 สูงจะมีความรู้สึกตื่นตระหนกหวาดกลัวสุดขีด (Zung 1980 : 348-357)

ปิยวรรณ วิรัชชัย (2525 : 2) และ สุวนีย์ เกียรติงแก้ว (2527 : 168) มีความเห็นที่คล้ายคลึงกันว่า ความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาของบุคคลที่แสดงออกมาเนื่องจากมีสิ่งมาคุกคามต่อความมั่นคง ความเชื่อ ความหวัง และค่านิยมของชีวิต ทำให้เกิดความรู้สึกหวาดหวั่น ไม่เป็นสุข กระทบกระชวยใจ ความรู้สึกดังกล่าวจะมีผลกระทบต่อระบบการทำหน้าที่ของบุคคล มีการตอบสนอง ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม

ความวิตกกังวลเป็นสภาวะที่ไม่สบายใจ อึดอัด หรือหวาดหวั่นในอันตราย ซึ่งคาดหมายว่าจะเกิดขึ้น และเป็นความรู้สึกที่ไม่ได้ชักส่วนกับเหตุการณ์หรืออันตรายที่เกี่ยวข้อง (จำลอง กิษยวณิช 2522 : 44, สุวิธนา อารีพรศ 2524 : 302) และ สมภพ เรื่องตระกูล (2524 : 4) ได้กล่าวเพิ่มเติม ทั่วยว่า ความวิตกกังวลนอกจากจะมีความรู้สึกดังกล่าวข้างตนแล้ว ยังมีอาการทางกายรวมทั่วย ส่วนใหญ่เป็นอาการ ของระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น ใจสั่น หายใจไม่สะดวก เป็นต้น

จากความหมายของความวิตกกังวลดังที่กล่าวมาแล้ว อาจสรุปได้ว่า ความวิตกกังวล คือ ความรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้นเมื่อรู้สึกว่าตนเองเหมือนถูกคุกคาม ตกอยู่ในอันตราย ไม่ปลอดภัย ความรู้สึกนี้ทำให้บุคคลรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น กระทบกระชวยใจ กลัว และการตอบสนองของบุคคลที่เกิดขึ้นมีทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรม

เมื่อพิจารณาถึงความวิตกกังวลแล้ว จะพบว่า นักจิตวิทยามีความเห็นว่ ความกลัวเป็นส่วนหนึ่งของความวิตกกังวล (Izard 1972 : 40) หรือเมื่อมีความกลัวก็จะทำให้มีความวิตกกังวลเกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (ฉวีวรรณ สุตะบุตร 2524 : 75, ประมวญ กิคคินสัน 2511 : 46) ความวิตกกังวล และความกลัวมีลักษณะที่คล้ายคลึงกันมาก เป็นสิ่งที่แยกออกจากกันได้ยาก แต่ว่ ทั้งสองสภาวะอารมณ์นี้ไม่เหมือนกันเลยที่เดียว ในส่วนที่คล้ายคลึงกันนั้น เทย์เลอร์ (Taylor 1982 : 86) และ เลวิท (Levitte 1967 : 5-11) กล่าวว่ ทั้งความวิตกกังวลและความกลัวเป็นปฏิกิริยาของอารมณ์ที่มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยน-



แปลงของร่างกายได้เหมือนกัน ฮิลการ์ด (Hilgard 1975 : 346-347) ซึ่ง
ให้เห็นความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดระหว่างความวิตกกังวลและความกลัว ไว้ว่า ความ
วิตกกังวลมีสภาพคล้ายความกลัว บางครั้งอาจเรียกความวิตกกังวลว่าความกลัวที่
เลื่อนลง ซึ่งคล้ายกับความกลัวในแง่ที่ว่า เป็นสภาพที่ทำให้บุคคลรู้สึกไม่สบายใจ
และต้องการหลีกเลี่ยง ในส่วนที่แตกต่างหรือไม่เหมือนกันนั้น คือ ความวิตกกังวล
เป็นความกลัวต่ออันตรายหรือสิ่งคุกคามซึ่งไม่สามารถทราบว่าเป็นอะไร เป็นความ
กลัวที่ไม่เฉพาะเจาะจง และเป็นความหวั่นกลัวล่วงหน้า ส่วนความกลัวนั้นมีสาเหตุ
มาจากวัตถุ บุคคล หรือสถานที่ที่สามารถบอกได้แน่นอน

การเกิดความวิตกกังวล

ในการดำเนินชีวิตประจำวัน บุคคลมักจะพบเหตุการณ์ต่าง ๆ มากมาย
ซึ่งทำให้เกิดความคับข้องใจ (Frustration) ความขัดแย้งในใจ (Conflict)
และความเครียด (Stress) ซึ่งเป็นสาเหตุของความวิตกกังวล การจะรับรู้
เหตุการณ์ใดเป็นตัวก่อความวิตกกังวลขึ้นหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล (Luckmann
and Sorensen 1974 : 111) ความวิตกกังวลเกิดขึ้นเพราะมนุษย์ต้องการ
ความมั่นคงปลอดภัยของบุคคล สิ่งที่มากุณคามนั้นอาจมีจริง อาจเกิดจากความคิด
หรือการทำนายเหตุการณ์ล่วงหน้า (Sullivan cited by Spielberger
1966 : 11) สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลและเป็นสิ่งกระตุ้นสำคัญซึ่งคุกคามต่อความมั่นคง
ของตนเองนั้น คือ ความรู้สึกหมดหวังที่จะช่วยเหลือตนเอง (Sense of
Helplessness) ความรู้สึกว่าถูกแยกจากผู้อื่น (Sense of Isolation)
และความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย (Sense of Insecurity) (Roy 1976 :
218-219)

ความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้ทุกสถานการณ์ที่มีการคุกคามต่อเอกลักษณ์ของ
บุคคล (Individual's Identity) หรือคุกคามต่อการนับถือตนเอง (Self-
Esteem) ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองหมดหนทาง และถูกทอดทิ้ง เกิดความ
ไม่มั่นใจ ความวิตกกังวลนี้เกิดขึ้นเมื่อบุคคลรู้สึกว่าตนเองจะมีอันตราย เมื่อเกิดขึ้น

แล้วไม่สามารถแยกจากความกลัวได้ เป็นความรู้สึกที่คลุมเครือ หวาดหัวน และ หงุดหงิด ความรู้สึกนี้ทำให้ประสาทและร่างกายตื่นตัว ระบบประสาทอัตโนมัติถูก กระตุ้น มีปฏิกิริยาเตรียมพร้อมที่จะต่อสู้หรือถอยหนี (Mereness and Taylor 1978 : 63) ลีโอนาร์ด และ เรดแลนด์ (Leonard and Redland 1981 : 81) มีความเห็นว่าความวิตกกังวลเกิดจากสถานการณ์ที่คุกคามต่ออัตมโนทัศน์ ภาวลักษณะ สัตว์ศึก ความมั่นคงปลอดภัย และบทบาทของตนเอง สำหรับ ชอร์ทริดจ์ และ ลี (Shortridge and Lee 1980 : 404) กล่าวว่า เมื่อ ใดก็ตามที่บุคคลรู้สึกหรือรับรู้ว่ามีสิ่งมาคุกคามต่อศักยภาพในการควบคุมตนเอง บุคคลนั้นจะเกิดความวิตกกังวลขึ้น การที่ท้องเผชิญกับประสบการณ์ใหม่ ๆ พบกับ สิ่งที่แปลกและไม่คุ้นเคย การคาดการณ่วงหน้าในสิ่งที่ยังมาไม่ถึง รวมทั้งความ ซัดแย้งในใจ ก็เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้

พริสท์ (Priest 1983 : 9-15) อธิบายว่า โดยทั่วไปความวิตก กังวลเกิดจากสัมพันธภาพ สุขภาพ การตั้งครมภ์ การย้ายเข้าสู่วัยชรา การปรับ- ปรุงเปลี่ยนแปลงภายในบ้าน งานอาชีพ การเลื่อนตำแหน่ง ปัญหาทางการเงิน ปัญหาความกฎหมาย การสอบ นอกจากนี้ยังได้เห็นว่า ปัญหาความเจ็บป่วยทางค่าน รางกายก็เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ซึ่งคล้ายกับความคิดเห็นของ ครอฟฟอร์ด และ คิลานเดอร์ (Crawford and Kilander 1980 : 55) ที่ว่า ความวิตกกังวลอาจเป็นผลมาจากความเจ็บป่วยที่รุนแรงทันทีทันใด การพบอุบัติเหตุ ที่ร้ายแรง หรือการสูญเสียของรัก

เอนเจล (Engel cited by Mitchell 1977 : 217-218) ได้จำแนกสิ่งที่มาคุกคามออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. สิ่งที่มาคุกคามต่อความเป็นตนเองค่านชีวะภาพ ซึ่งรวมถึงสิ่งที่มา รบกวนต่อความพึงพอใจของความต้องการพื้นฐานค่านร่างกาย
2. สิ่งที่มาคุกคามต่อศักดิ์ศรีของตนเอง เกิดขึ้นเมื่อมีเหตุการณ์ชนิด ฉับพลันทันทีทันใดหรือเหตุการณ์ที่ใกล้จะมาถึง รวมทั้งการสูญเสียบางอย่างซึ่งบุคคล ยึดถือว่าจำเป็นต่อการคงไว้ในความเป็นตนเอง หรือบุคลิภาพของตน

เกรย์ (Gray 1978 : 81) ได้สรุปว่า องค์ประกอบสำคัญที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล มี 3 ประการ คือ

1. สัญลักษณ์ (Symbols) ได้แก่ ความคิดเห็น (Ideas) มโนทัศน์ (Concepts) ค่านิยม (Values) หรือระบบของความคิด (Systems of Thought) ซึ่งบุคคลจะให้ความหมายของสัญลักษณ์เหล่านี้ทั้งต่อสิ่งภายนอก และภายในตนเองเมื่อเกิดการคุกคาม หรือสูญเสียสัญลักษณ์เหล่านี้ ก็ทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นได้

2. การคาดการณ่วงหน้า (Anticipation) คือ การประเมินหรือการคาดการณ่วงหน้าถึงสิ่งที่จะมาคุกคาม ทำให้เกิดความขัดแย้ง ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ทั้งในจิตสำนึก และจิตใต้อำนาจ ความขัดแย้งนี้เป็นผลให้เกิดความวิตกกังวล

3. ความไม่แน่นอน (Uncertainty) คือ ความคลุมเครือของเหตุการณ์ในอนาคต เป็นสิ่งที่ไม่อาจล่วงรู้ได้ และเป็นสิ่งที่ไม่แน่นอน ซึ่งบุคคลรู้สึกว่าเป็นการคุกคาม เป็นผลให้เกิดความวิตกกังวล

ขั้นตอนของการเกิดความวิตกกังวล

ปกติธรรมชาติบุคคลโดยทั่วไปย่อมมีความเชื่อ ความหวัง ค่านิยม ซึ่งได้รวมตัวกันเป็นภาพพจน์ที่บุคคลนั้นมีต่อตนเอง เมื่อใดที่ความเชื่อ ความหวัง ค่านิยม หรือภาพพจน์ที่มีต่อตัวเองถูกคุกคามก็เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น ขั้นตอนในการเกิดความวิตกกังวลในแต่ละบุคคลนั้นจะมีลักษณะเหมือนกัน โดยมี 3 ขั้นตอน ดังนี้ (AJN 1965 : 134)

1. มีสิ่งมาคุกคามต่อภาพพจน์ที่บุคคลมีต่อตนเอง
2. บุคคลนั้นจะมีความรู้สึกถึงเครียด อึดอัด กระวนกระวายใจ หวาดวิตก มีพลังงานเกิดขึ้น ภาวะนี้เรียกว่า ความวิตกกังวล ซึ่งมีผลต่อจิตใจทำให้ตื่นตัว ประสาทสัมผัสเตรียมตัวเพื่อรับรู้อารมณ์เปลี่ยนแปลงไวต่อสิ่งกระตุ้น และมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา ซึ่งเกิดจากการกระตุ้นของระบบประสาทอัตโนมัติ
3. มีการแสดงออกของพฤติกรรมต่าง ๆ

ขั้นตอนนี้บุคคลจะทำการขจัดพลังงานส่วนเกินอย่างอัตโนมัติ โดยเปลี่ยนพลังงานออกเป็นพฤติกรรมอัตโนมัติ เช่น โกรธ เสียงกឹង มีอาการเคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้น (สุวินัย เกี่ยวกิ่งแก้ว 2527 : 168)

ถ้าบุคคลนั้นรู้สึกผ่อนคลายก็จะเกิดภาวะสมคูลย์ทางจิตใจและอารมณ์ขึ้นใหม่ และในทางตรงข้าม ถ้าบุคคลนั้นไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะวิตกกังวล ภาวะสมคูลย์ทางจิตใจและอารมณ์ไม่เกิดขึ้น ก็จะทำให้มีระดับความวิตกกังวลสูงขึ้น มีความรู้สึกถึงเครียด ซึ่งจะเป็นอันตรายต่อบุคคลผู้นั้น

ชนิดของความวิตกกังวล

ฟรอยด์ (Freud cited by Stuart and Sundeen 1979 : 76-77) ได้แบ่งความวิตกกังวลตามขั้นตอนของการพัฒนาการของความวิตกกังวล ออกเป็น 2 ชนิด ดังนี้

1. ความวิตกกังวลปฐมภูมิ เป็นภาวะถึงเครียดหรือแรงขับที่มีจุดเริ่มต้นจากสาเหตุภายนอก เป็นผลจากสิ่งกระตุ้นที่ทันใจ และความเจ็บปวดในกระบวนการทดลองเนื่องกับความต้องการทางกายที่ไม่ได้รับการตอบสนอง
2. ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นภายหลัง เป็นความขัดแย้งทางอารมณ์ระหว่างความต้องการของสัญชาตญาณกับความต้องการด้านสังคม เกิดขึ้นในบุคคลที่พัฒนาความเป็นตัวของตัวเองมากขึ้น ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ไม่ใช่เฉพาะสิ่งคุกคามมีมาก แต่เกิดเนื่องจากสิ่งคุกคามนั้นเป็นสิ่งใหม่ และกลไกการป้องกันตนเองยังไม่ดีพอ ทำให้ไม่ได้เตรียมที่จะรับการคุกคามนั้น

นอกจากนี้ ฟรอยด์ (Freud cited by Meissner 1980 : 690) ยังได้แบ่งชนิดของความวิตกกังวลออกไปตามแหล่งที่ทำให้เกิด ซึ่งมีทั้งหมด 3 ชนิด คือ

1. ความวิตกกังวลจากสิ่งที่เป็นจริง (Reality Anxiety) เกิดจากสิ่งคุกคามภายนอกที่มีอยู่จริง

2. ความวิตกกังวลจากโรคประสาท (Neurotic Anxiety) เกิดจากสิ่งคุกคามที่มาจากความต้องการของสัญชาตญาณ ซึ่งบุคคลไม่ทราบว่าตนเองกลัวอะไร เพราะอยู่ในจิตใต้สำนึก

3. ความวิตกกังวลจากหลักศีลธรรมจรรยา (Moral Anxiety) เกิดจากการกระทำที่ไม่สอดคล้องกับความรู้สึกนึกชอบชีวิต ทำให้เกิดความรู้สึกละอาย หรือรู้สึกผิดขึ้นในจิตใจ

ฮิว สัทส์ (Hughes 1971 : 17-18) มีความเห็นตรงกับแมนฟรีดา และ เครัมปีทซ์ (Manfreda and Krampitz 1977 : 123-124) ว่า ความวิตกกังวลแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ ซึ่งเป็นการจำแนกตามลักษณะการแสดงออก ดังนี้

1. ความวิตกกังวลอย่างปกติ (Normal Anxiety) เป็นปรากฏการณ์เพื่อการปรับตัวของบุคคล ซึ่งถือเป็นเรื่องปกติในการดำเนินชีวิตประจำวัน ความวิตกกังวลจะช่วยให้เกิดภาวะตื่นตัว ทำให้การประกอบกิจกรรมดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ แต่ถ้าเกิดขึ้นและคงอยู่นานเกินไป หรือเปลี่ยนเป็นความวิตกกังวลที่รุนแรงยอมนำไปสู่สภาวะของการเจ็บป่วย

2. ความวิตกกังวลที่ผิดปกติ (Pathological Anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในภาวะต่าง ๆ ซึ่งแยกออกเป็น 4 ชนิด ดังนี้

2.1 สาเหตุจากการเจ็บป่วยทางกาย (Physical Illness) เป็นปฏิกิริยาที่มีต่อการเจ็บป่วยของร่างกาย ทั้งนี้เพราะความเจ็บป่วยตามความนึกคิดของผู้ป่วยย่อมหมายถึง การสูญเสียหน้าที่ และความเข้มแข็งทั้งทางร่างกายและจิตใจ จึงเปรียบเสมือนสถานการณ์ที่เป็นอันตรายคุกคามต่อผู้ป่วย

2.2 การเจ็บป่วยทางจิตสรีร (Psychosomatic Illness) ภัยคุกคามที่ภาวะวิตกกังวลของบุคคลนั้นมักเกิดขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดำเนินชีวิตในปัจจุบันนี้มนุษย์เราต้องเผชิญกับความหวาดหวั่นมากมาย ทำให้ร่างกายต้องอยู่ในภาวะที่เตรียมพร้อมตลอดเวลาสำหรับการต่อสู้

หรือถอยหนี (Fight or Flight) ซึ่งเป็นพฤติกรรมเพื่อการปรับตัวทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อเนื้อทั้งทางร่างกายและจิตใจ จนในที่สุด ทำให้ลักษณะหรือโครงสร้างของอวัยวะ หรือระบบนั้น ๆ ชำรุดเสียหาย เกิดเป็นวงจรร้าย แล้วส่งผลกลับมาทำให้มีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้นอีก โรคทางกายที่อาจมีสาเหตุจากความวิตกกังวล ได้แก่ โรคทางผิวหนัง เช่น ผื่น ผื่นแดง รังแค โรคทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูก เช่น โรคปวดหลัง ตะคริว ข้ออักเสบ โรคทางระบบทางเดินหายใจ เช่น หอบหืด เสียงแหบ นอกจากนี้ยังมีโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไต โรคทางนรีเวช ปัญหาทางเพศ พฤติกรรมต่อต้านสังคม การติดยาเสพติด ความจำเสื่อม เป็นต้น

2.3 ภาวะการเจ็บป่วยทางจิตเวช (Psychiatric Conditions) ได้แก่ ภาวะสับสน (Confusion State) โรคจิตจากความผิดปกติทางสมอง (Organic Brain Psychosis) ภาวะการอดเหล้าหรือยาบางชนิด โรคจิตเภท (Schizophrenia) ภาวะซึมเศร้ารุนแรง และโรคจิตประสาทประเภทย้ำคิดย้ำทำ

2.4 สภาวะวิตกกังวล (Anxiety States) แบ่งออกเป็น

2.4.1 ความวิตกกังวลที่เลื่อนลอยหาสาเหตุไม่ได้ (Free Floating) เป็นภาวะวิตกกังวลที่รุนแรงและมีอยู่เกือบตลอดเวลา

2.4.2 ความวิตกกังวลจากความกลัว (Phobia Anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเมื่อต้องประสบกับสถานการณ์เฉพาะหรือสิ่งที่ทำให้หวาดกลัว

สำหรับ สปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger cited by Endler and Edwards 1982 : 40) ก็ได้จำแนกความวิตกกังวลตามลักษณะที่แสดงออกเช่นเดียวกัน โดยแบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. ความวิตกกังวลแบบเทรท (Trait Anxiety or A-Trait) คือ ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล เป็นลักษณะที่ค่อนข้างจะคงที่ และจะไม่ปรากฏออกมาในลักษณะของพฤติกรรมโดยตรง แต่จะเป็นตัวเสริม

หรือตัวประกอบของความวิตกกังวลแบบสเทท โดยเมื่อมีสิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจ หรือจะเป็นอันตรายมากกระตุ้น บุคคลที่มีความวิตกกังวลแบบเทรท ค่อนข้างสูง จะรับรู้สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรืออันตราย ได้เร็วกว่าผู้มีเทรท ต่ำกว่า นอกจากนี้ระดับความวิตกกังวลแบบ เทรท ที่มีอยู่สูงกว่า จะเป็นตัวเสริม หรือไปประกอบความวิตกกังวลแบบสเทท ให้มีความรุนแรง และมีระยะเวลาการ เกิดนานมากกว่าบุคคลที่มี เทรท ต่ำกว่า

2. ความวิตกกังวลแบบสเทท (State Anxiety or A-State)

คือ ความวิตกกังวลซึ่งเกิดขึ้นเพื่อสนองตอบต่อสถานการณ์เฉพาะอย่างยิ่งที่เกิดขึ้นทันทีทันใดในขณะนั้น โดยเมื่อมีสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่จะทำให้เกิดความไม่พอใจ หรือ เกิดอันตรายมากกระตุ้น บุคคลจะแสดงพฤติกรรมที่ตอบที่สามารถจะสังเกตเห็นได้ ในช่วงระยะเวลาที่ถูกกระตุ้นนั้น เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกวาทังเครียด หวาคหัวน กระวนกระวาย ระบบการทำงานของประสาทอัตโนมัติตื่นตัวสูง ซึ่งความรุนแรง และระยะเวลาที่เกิดขึ้นจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะ เทรท และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล

จะเห็นได้ว่า ความวิตกกังวลแบบเทรท (A-Trait) นี้เป็นลักษณะประจำตัว มักจะเกิดกับบุคคลนั้นจนเป็นนิสัย เป็นลักษณะของบุคลิกภาพที่ฝังแน่น ส่วนความวิตกกังวลแบบสเทท (A-State) เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นชั่วคราวเฉพาะในสถานการณ์นั้น ๆ

จากการแบ่งชนิดของความวิตกกังวลที่กล่าวมาแล้วนี้ จะเห็นได้ว่าไคมี ผู้ให้ไว้หลายแนวทาง ซึ่งพอสรุปได้คือ การแบ่งความวิตกกังวลตามขั้นตอนของการพัฒนาการของความวิตกกังวล การแบ่งความวิตกกังวลออกไปตามแหล่งที่ทำให้เกิด การแบ่งความวิตกกังวลตามลักษณะที่แสดงออก ซึ่งการแบ่งตามลักษณะที่แสดงออกของ สpielberger เกอร์ (Spielberger) นี้มีผู้นิยมนำไปใช้อย่างกว้างขวางในการทำวิจัย เนื่องจากสามารถจะประเมินความรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้นในขณะนั้น (A-State) และที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ทั่วไป (A-Trait)

ระดับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลอาจก่อให้เกิดประโยชน์เป็นตัวสร้างสรรค์ หรือทำลาย ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของความวิตกกังวล ความเหมาะสมของสถานการณ์ และระยะเวลาความวิตกกังวลในระดับที่เหมาะสม จะก่อให้เกิดประโยชน์คือเป็น ตัวกระตุ้นที่ดี แต่ถ้าความวิตกกังวลมีมากเกินไป จะทำให้ไม่สามารถทำอะไรให้ สมความมุ่งหวังได้ (Luckmann and Sorensen 1974 : 112) จากการ ศึกษาของ เปเปลอ (Peplau cited by Stuart and Sundeen 1979 : 76) ได้แบ่งระดับความวิตกกังวลออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1. ความวิตกกังวลเล็กน้อย (Mild Anxiety) เป็นความวิตกกังวล ที่เกิดขึ้นเนื่องจากการดำรงชีวิตประจำวัน ความวิตกกังวลระดับนี้ทำให้บุคคลตื่นตัว สนามการรับรู้กว้างขึ้น ความสามารถในการเห็น การได้ยิน ความเข้าใจและ การรับรู้รายละเอียดมากขึ้น ความสามารถในการเรียนรู้และการแก้ปัญหาดีขึ้น รวมทั้งมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในตัวบุคคล
2. ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate Anxiety) เป็น ระดับที่ทำให้บุคคลสนใจต่อความกังวลที่เกิดขึ้นทันทีทันใด สนามการรับรู้แคบลง เลือกสนใจเฉพาะบางส่วนของสถานการณ์ ร่างกายบางส่วนตอบสนองต่อความวิตก กังวลที่เพิ่มขึ้น เช่น กล้ามเนื้อตึงตัว หายใจเข้าออกแรง รู้สึกปั่นป่วนในกระเพาะ อาหาร หรือปวดศีรษะ เป็นต้น ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง ความวิตก กังวลในระดับนี้ถ้าได้รับการช่วยเหลือให้ลดลง การเรียนรู้จะกลับดีขึ้น
3. ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Severe Anxiety) เป็นระดับ ที่ทำให้สนามการรับรู้แคบลงมาก การมองสภาพแวดล้อมจะบิดเบือนไปจากสภาพ ความเป็นจริง จะรับรู้รายละเอียดเฉพาะจุดในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ไม่สามารถ เชื่อมโยงรายละเอียดไปสู่สถานการณ์ทั้งหมดได้ บุคคลจะมีความไม่สบายทั้งร่างกาย และอารมณ์เพิ่มขึ้น พฤติกรรมต่าง ๆ ที่แสดงออกมามีเป้าหมายเพื่อบรรเทาความ วิตกกังวลที่เกิดขึ้น

4. ความวิตกกังวลระดับรุนแรงที่สุด หรือกลัวสุดขีด (Panic) เป็นระดับที่ทำให้สนามการรับรู้แคบลงอย่างมาก หรืออาจไม่ตรงตามความเป็นจริง ในบางรายอาจถึงกับมีสนามการรับรู้ถูกปิดหมด แม้จะพูดหรืออธิบายอย่างไรก็ไม่เข้าใจ บุคคลจะสูญเสียการควบคุมตนเอง ไม่สามารถทำในสิ่งที่ย่าง ๆ บุคลิกภาพ และความคิดจะฉีกปกติไป ความสามารถในการติดต่อกับบุคคลอื่น และความสามารถในการเรียนรู้เสียไป

ระดับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนั้นจะมากน้อยเท่าใดขึ้นอยู่กับบุคคล และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยทั่วไป สำหรับ สุวินัย เกียวกิ่งแก้ว (2527 : 170-171) ได้ให้ความคิดเห็นเรื่องระดับของความวิตกกังวลคล้ายคลึงกับของ เปปเปลอ (Peplau cited by Stuart and Sundeen 1979 : 76) ดังที่กล่าวข้างต้น แต่ได้จำแนกระดับความวิตกกังวลให้ละเอียดเพิ่มขึ้นอีก 1 ระดับ จึงรวมเป็นทั้งหมดมี 5 ระดับ ระดับที่เพิ่มขึ้นนั้นถือเป็นระดับต้น หรือระดับที่ 1 ได้แก่ ภาวะอารมณ์ที่ปราศจากความวิตกกังวล (Euphoria) เป็นภาวะอารมณ์สุขสบายไร้กังวล ผู้ที่มีอารมณ์ชนิดนี้จะไม่มีความทุกข์หรือเคียดแค้น ไม่ว่าเหตุการณ์รอบตัวจะเป็นอย่างไร บุคคลผู้นั้นจะรู้สึกรื่นเริง อารมณ์ดี หัวเราะได้ตลอดเวลา พบได้ในผู้สมบูรณ์สุขภาพ สุขุมฉิน หรือโชยาสะพัตติก

นอกจากนี้ยังมีผู้จัดแบ่งระดับของความวิตกกังวลไว้อีกแบบหนึ่ง คือ แบ่งเป็น 6 ระดับ มีตั้งแต่ภาวะตื่นตัวเล็กน้อย จนถึงภาวะตื่นตัวมาก โดยใช้เครื่องหมาย + และเครื่องหมาย - เป็นตัวออกระดับ ดังนี้ (ชมชื่น สมประเสริฐ 2526 : 46-48)

1. ระดับที่ปราศจากความวิตกกังวล หรือมีน้อยมากจนไม่สามารถกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมได้ (Atraxy -1) ระดับนี้ถือว่า ไม่ปกติ พบได้ในคนที่ได้รับความตกใจทันทีทันใด (Psychological Shock) แล้วเงิบเฉยไปเลย อาจพบได้ในผู้ป่วยที่ได้รับยากล่อมประสาทมาก ผู้ที่อยู่ในภาวะไม่รู้สึกรู้สีกตัวหรือรู้สึกตัวบ้างเล็กน้อย

2. ระดับปกติที่พบได้ทั่วไป (Well Being 0) ระดับนี้ทำให้เกิดความรู้สึกสบายใจเมื่อได้รับเหตุการณ์ที่พอใจ อาจมีความวิตกกังวลบ้าง แต่ก็สามารถปรับตัวได้ในเวลาอันสมควร

3. ความวิตกกังวลระดับต่ำ (Mild Anxiety +1) ระดับนี้จะมี ความไม่สบายใจเล็กน้อย และรู้สึกตื่นเต้นมากขึ้น เตรียมพร้อมที่จะรับรู้และปรับตัว เข้ากับเหตุการณ์ได้ มีการสังเกต รับฟัง และเข้าใจได้มากขึ้น สามารถสังเกต ความแตกต่างของสิ่งแวดล้อม และมองเห็นความเกี่ยวข้องระหว่างเหตุการณ์ที่ เกิดขึ้น ความวิตกกังวลระดับนี้เป็นแรงกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้

4. ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate Anxiety +2) เกิดขึ้นขณะเผชิญเหตุการณ์ที่ไม่สบายใจมากขึ้น ทำให้การรับรู้แคบลง มีแรงผลักดัน มากขึ้น มีการตื่นตัวและว่องไวมากขึ้นจนเกือบลุลลุกลอน อาจมีการปรับตัวแบบท้อสู หรืออดอยหนี

5. ความวิตกกังวลระดับสูงหรือรุนแรง (Severe Anxiety +3) การรับรู้จะแคบมาก เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้ ไม่สามารถเข้าใจความจริงที่เกิดขึ้น มีความกระวนกระวาย ความกลัวเพิ่มขึ้น อารมณ์เปลี่ยนแปลงวันไหน

6. ความวิตกกังวลระดับรุนแรงที่สุด (Panic +4) ไม่สามารถ ควบคุมตนเองได้ การรับรู้เสียไป ไม่ยอมรับความจริง มักกลัว โกรธ หรือซึม- เศร้าสุดขีด ระยะนี้บุคคลใกล้ชิดจะได้รับความเดือดร้อนไปด้วย

ส่วน ลัคแมน และ ซอเรนเซน (Luckmann and Sorensen 1974 : 112) ได้กล่าวสรุปความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับความวิตกกังวลไว้ว่า ความวิตก- กังวลที่มีเล็กน้อยจะช่วยให้เกิดผลสำเร็จในการปรับตัวในชีวิตประจำวัน เพราะทำให้ บุคคลเกิดภาวะตื่นตัว มีการรับรู้และการเรียนรู้ดีขึ้น รู้จักวิธีแก้ไขปัญหามีสติ- ภาวะระดับความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น จะสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ให้มีประสิทธิ- ภาพในขณะนั้น สมองการรับรู้จะแคบลง สนใจแต่เพียงบางส่วนของสถานการณ์ และเมื่อความวิตกกังวลเพิ่มสูงมากขึ้น จนอยู่ในระดับรุนแรง (Panic) จะทำให้

การรับรู้และการเรียนรู้เสียไป ไม่สามารถเข้าใจสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างตลอด และละเอียดถี่ถ้วน มีการบิดเบือนไปจากความจริง ความคิดแตกแยกสับสน ไม่เข้าใจซึ่กว่าสิ่งใดที่ได้รับการบอกเล่า และหวังให้ปฏิบัติตาม ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ให้บรรลุจุดหมายที่ตั้งไว้ หวังขาดการปรับตัวที่ดี

ผลของความวิตกกังวล

เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลขึ้นนั้น จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอันเป็นผลกระทบทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ดังนี้

1. ผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ไค้แก (Goldberger and Breznitz 1982 : 11-13, Saxton and Haring 1975 : 22, มหาวิทยาลัยรามคำแหง 2521 : 162-163)

1.1 ก้านไขว้เคมี เมื่อมีสิ่งเรามากกระตุ้นที่ตัวรับสิ่งเร้า แรงกระตุ้นจากตัวรับสิ่งเร้าจะเคลื่อนเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง คือ สมอง และไขสันหลัง แรงกระตุ้นนี้จะผ่านศูนย์กลางของสมองส่วนกลาง คือ ทาลามัส (Thalamus) แล้วผ่านเข้าไปสู่ ไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ซึ่งเป็นศูนย์กลางของอารมณ์ และเป็นสมองส่วนที่ควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติ แรงกระตุ้นจะเคลื่อนผ่านไปยังสมองส่วนบน (Cerebral Cortex) ซึ่งมีหน้าที่รับรู้สิ่งเร้า และทำหน้าที่เป็นตัวกระตุ้นไฮโปทาลามัส และต่อมพิทูอิทารี (Pituitary) ให้ทำงาน ดังนี้

1.1.1 ไฮโปทาลามัส จะส่งแรงกระตุ้นไปตามระบบประสาทอัตโนมัติ โดยผ่านทางประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic Nerve) ไปที่อะดรีนอลเมดัลลา (Adrenal Medulla) ของต่อมหมวกไต (Adrenal Gland) ให้หลั่ง สารแคทีโคลามีน (Catecholamine) ซึ่งประกอบด้วย อีพิเนพรีน (Epinephrine) และ นอร์อีพิเนพรีน (Norepinephrine) เข้าสู่กระแสโลหิต และไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้เกิดพลังงาน การหมุนเวียนของโลหิตในกล้ามเนื้อ การบีบตัวของหัวใจ และปริมาณโลหิตที่ออกจากหัวใจเพิ่มมากขึ้น

กระเพาะอาหารถูกกระตุ้นให้มีการขับน้ำย่อยเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังมีผลทำให้ร่างกายมีการตอบสนองในการต่อสู้หรือถอยหนี ในกรณีที่หนี (Flight) จะมีการหลั่งสารอิพิเนพรีนมาก แต่ถาจะต่อสู้ (Fight) สารนอร์อิพิเนพรีน จะถูกหลั่งมาก

1.1.2 ต่อมพิทูอิทารีรี่ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ต่อมพิทูอิทารีรี่ส่วนหน้า (Anterior Pituitary Gland) และต่อมพิทูอิทารีรี่ส่วนหลัง (Posterior Pituitary Gland) เมื่อได้รับแรงกระตุ้นจากสมองส่วนบน จะเกิดผล ดังนี้

ก) ต่อมพิทูอิทารีรี่ส่วนหน้า จะหลั่งฮอร์โมนอะกรีโนคอร์ติโคโทรปิก (Adrenocorticotrophic Hormone หรือ ACTH) ไปกระตุ้นอะกรีโนลคอร์เทค (Adrenal Cortex) ของต่อมหมวกไต ให้หลั่งแอดคอร์ติโคอยด์ (Adrenocorticoid) ซึ่งประกอบด้วยฮอร์โมน 3 ชนิด คือ

1) มินเนอราโลคอร์ติโคอยด์ (Mineralocorticoids) มีหน้าที่ควบคุมความสมดุลของเกลือแร่ (Electrolyte) เช่น โซเดียม โพแทสเซียม และแคลเซียม

2) กลูโคคอร์ติโคอยด์ (Glucocorticoids) มีผลต่อการเผาผลาญอาหารจำพวกโปรตีน ไขมัน และน้ำตาล

3) แอนโดรเจน (Androgen) มีผลต่อระบบกล้ามเนื้อและเสริมสร้างลักษณะเพศชาย

ข) ต่อมพิทูอิทารีรี่ส่วนหลัง จะหลั่งฮอร์โมนแอนติไดยูเรติก (Antidiuretic Hormone หรือ ADH) เพื่อควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะให้เป็นปกติ

1.2 ค่านสรีรวิทยา ความวิตกกังวลจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย ส่วนใหญ่จะเป็นผลของระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งทำงานโดยอิสระไม่อยู่ใต้อำนาจของจิตใจ ประกอบด้วยระบบประสาทซิมพาเทติก และพาราซิมพาเทติก (Sympathetic and Parasympathetic Nervous System)

ประสาททั้ง 2 ระบบนี้ทำหน้าที่ตรงข้ามกัน ทั้งนี้เพื่อให้งานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายอยู่ในสภาพสมดุล และถึงแม้ว่าทั้ง 2 แบบนี้จะเกี่ยวข้องกับการเกิดอารมณ์ แต่ระบบซิมพาเทติก จะมีบทบาทมากกว่าเมื่อความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อย และปานกลาง แต่ถ้ามีความวิตกกังวลระดับสูงและรุนแรงแล้ว ระบบพาราซิมพาเทติก จะมีบทบาทมากกว่า

การเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาจะขึ้นอยู่กับระดับความวิตกกังวล โดยทั่วไปแล้วถ้าความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อย และปานกลาง จะเพิ่มการทำงานของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย แต่ถ้าความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงและรุนแรงแล้ว จะทำให้ระบบต่าง ๆ หยุดทำงานได้เช่นกัน การเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาที่พบ มีดังนี้ หัวใจเต้นเร็ว หายใจลึกและเร็ว หรือหายใจลำบาก ตัวสั่น ใจสั่น ม่านตาขยาย มีการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิของร่างกาย เหงื่อออกตัวเย็น ผิวหนังซีดเย็น มือเย็นขึ้นมีเหงื่อออกตามฝ่ามือ ปัสสาวะบ่อย ประจำเดือนผิดปกติ ปากแห้ง เบื่ออาหาร ไม่สบายท้อง กล้ามเนื้อเกร็ง โดยเฉพาะกล้ามเนื้อที่คอ นอนไม่หลับ เป็นต้น

2. ผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ไค้แก (สุวณีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว 2527 : 174-176)

2.1 ผลต่อความสามารถในการสังเกต ความสามารถในการสังเกต จะเพิ่มมากขึ้นหรือลดลงขึ้นอยู่กับระดับของความวิตกกังวล การสังเกต คือ การรับรู้ โดยประสาทสัมผัสทั้ง 5 อันได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนัง ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยจะช่วยให้ประสาทรับรู้ทั้ง 5 ตื่นตัวดีขึ้น การรับรู้ที่ตื่น การเก็บข้อมูลรอบตัวจะทำไ้มากกว่าปกติ ความวิตกกังวลระดับกลางทำให้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ยังคงตื่นตัวอยู่ ชอบเชกของการรับรู้จะแคบลง และเพ่งไปยังจุดที่สนใจเท่านั้น รับรู้เฉพาะสิ่งที่เลือกสรรแล้ว ความวิตกกังวลในระดับรุนแรงขึ้น จะทำให้เกิดความตื่นตัวมากขึ้น แต่ความสามารถในการรับรู้จะแคบลง สนใจในเหตุการณ์เฉพาะหน้าขณะนั้น และยังสามารถบอกความสัมพันธ์ของเหตุการณ์เฉพาะหน้าได้ และเมื่อความวิตกกังวลกับภาวะตื่นตัวสูงขีด การสังเกตจะแคบลงมาก ไม่สามารถบอกความสัมพันธ์ของเหตุการณ์เฉพาะหน้าได้

2.2 ผลต่อสมาธิและความจำ ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย และระดับปานกลางจะทำให้มีสมาธิดีขึ้น แต่ในระดับรุนแรงและตื่นตัวสุดขีดนั้นสมาธิ อาจลดลง บุคคลในภาวะนี้จะกระสับกระส่ายและอยู่ไม่นิ่ง ส่วนทางด้านความจำ ก็เช่นกัน ถ้ามีความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยประสาทสัมผัสทั้ง 5 ตื่นตัว รับข้อมูล มากขึ้น ทำให้การจดจำมากขึ้น เมื่อการรับรู้น้อย ความจำก็เกิดน้อยในภาวะวิตก กังวลระดับรุนแรงและตื่นตัวสุดขีด ความจำจึงเกิดได้น้อยมาก ถ้าให้บุคคลที่ตื่น- ตระหนกสุดขีดเล่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น บุคคลนั้นจะเล่าได้ไม่ถี่ หรืออาจจะเล่า ไม่ได้เลย เพราะอาจไม่รู้สึกตัวว่าทำอะไรลงไปบ้าง

2.3 ผลต่อการเรียนรู้และการปรับตัว จะขึ้นอยู่กับระดับความวิตก กังวลที่เกิดขึ้นเช่นกัน ถ้ามีความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อย กับระดับปานกลาง และบุคคลนั้นมีทักษะอยู่แล้ว ก็จะสามารถใช้ทักษะนั้นช่วยให้เกิดการเรียนรู้ได้ดี ยิ่งขึ้น จะสามารถสังเกต วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของสิ่งต่าง ๆ ทดสอบ ทดสอบ และสามารถใช้ประสบการณ์เก่า ๆ ได้ แต่ถ้ามีความวิตกกังวลในระดับ รุนแรงถึงรุนแรงสุดขีด ไม่ว่าจะบุคคลนั้นจะมีทักษะหรือไม่ก็ตาม ก็จะไม่สามารถใช้ ทักษะในช่วงภาวะดังกล่าว เพราะพฤติกรรมที่ออกมาจะอยู่ในรูปพฤติกรรมอัตโนมัติ ที่ไม่ต้องคิดก่อน

2.4 ผลต่อพฤติกรรมการแสดงออก เมื่อใดก็ตามที่มีความวิตกกังวล เกิดขึ้น บุคคลนั้นจะต้องมีการปรับและเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดหรือขจัดความวิตกกังวล พฤติกรรมการแสดงออกอาจจำแนกออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

2.4.1 มีพฤติกรรมในค่านแสดงออกของความรู้สึกก้าวร้าว และไม่เป็นมิตร (Acting-Out Behavior) ซึ่งแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

ก) พฤติกรรมที่แสดงออกของความรู้สึกแบบเปิดเผย (Overt Behavior) ได้แก่ หงุดหงิด โมโหง่าย โกรธ พูดยาชวนทะเลาะ หาทางกระสับกระส่าย ไม่อยู่นิ่ง

ข) พฤติกรรมที่แสดงออกของความรู้สึกแบบซ่อนเร้น (Covert Behavior) ได้แก่ รู้สึกขุ่นเคือง รู้สึกไม่เป็นมิตร

2.4.2 การเบนความสนใจไปสู่อาการหรือความเจ็บป่วยทางร่างกาย (Somatizing) ทั้งนี้เพื่อเป็นการลดภาวะวิตกกังวล เช่น ในผู้ที่เป็นโรคจิตสรีรแปรปรวน (Psychosomatic Disorder) เป็นต้น

2.4.3 การชะงักงันอยู่ในภาวะที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล (Freezing to the Spot) พฤติกรรมที่แสดงออก ได้แก่ การถอนตัวหนีจากเหตุการณ์ (Withdrawal) การเก็บกักความรู้สึกไว้ภายในและกลายเป็นอาการซึมเศร้า (Depression) มีพฤติกรรมถดถอยไปสู่พัฒนาการในวัยต้น ๆ (Regression)

2.4.4 การใช้ความวิตกกังวลให้เป็นประโยชน์ต่อประสบการณ์การเรียนรู้ (Using the Anxiety in the Service of Learning) มีพฤติกรรมแสดงออกในรูปแบบที่บุคคลพยายามทำความเข้าใจกับสาเหตุของความวิตกกังวล วิธีการที่ตนเองใช้เพื่อลดหรือขจัดความวิตกกังวล หาสาเหตุว่าอะไรที่ทำให้ตนเองอึดอัดไม่สบาย เรียนรู้จากประสบการณ์นี้ เช่น ไม่ได้อ่านหนังสือแล้วเข้าสอบทำให้เกิดความรู้สึกหวาดหวั่นไม่มั่นใจ ภายหลังสอบในครั้งต่อมาบุคคลนั้นไม่ต้องการให้มีประสบการณ์นั้นอีก จึงหาทางป้องกันโดยอ่านหนังสือและเตรียมตัวให้พร้อมก่อนสอบ

ซุง และ คาเวินา จูเนียร์ (Zung and Cavenar Jr. 1980 : 351) ได้รวบรวมรายงานผลการศึกษาของ โคลบ (Kolb) ลีฟ (Lief) พอร์ทนอย (Portnoy) และ วีลเลอร์ กับคณะ (Wheeler and Others) แล้วอธิบายสรุปกลุ่มอาการของความวิตกกังวลซึ่งแสดงออกทั้งทางร่างกายและจิตใจ ไว้ดังนี้

1. อาการแสดงออกทางอารมณ์ (Affective Symptom) ได้แก่ มีความรู้สึกหวาดหวั่น กังวลใจ ไม่สบายใจ เกรงกลัว หวาดกลัวโดยไม่มีเหตุผล หงุดหงิด กระวนกระวายใจ อยู่นิ่งเฉยไม่ได้ ตกใจง่าย ความคิดแตกแยก จิตใจไม่สงบ ฟุ้งซ่าน หวาดกลัวภัยอันตราย กลัวตาย รู้สึกหมกมุ่นที่จะช่วยเหลือตนเอง

2. อาการแสดงออกทางร่างกาย (Somatic Symptoms) เกิดอาการตามระบบอวัยวะต่าง ๆ ดังนี้

2.1 ระบบกล้ามเนื้อจะกระตุก มีอาการกล้ามเนื้อตึงตัว ตัวสั่น มือเท้าสั่นกระตุก ปวดกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ ปวดตึงต้นคอ ปวดหลัง ปวดคอ เมื่อยล้า อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เหนื่อยง่าย การเคลื่อนไหวร่างกายบางส่วนเกิดการเจ็บปวด

2.2 ระบบหัวใจและหลอดเลือด มีอาการใจสั่น หัวใจเต้นแรงและเร็ว ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง เจ็บหน้าอก

2.3 ระบบหายใจ มีอาการหายใจไม่เต็มอิ่ม หายใจชั๊ก หายใจถี่ วิงเวียน มีความรู้สึกเหมือนจะเป็นลม แน่นหน้าอกหายใจไม่ออก ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสผิดปกติไป (Paresthesia)

2.4 ระบบทางเดินอาหาร มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ท้องเกิน

2.5 ระบบปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ มีอาการถ่ายปัสสาวะบ่อย กลั้นปัสสาวะไม่อยู่

2.6 ระบบผิวหนัง มีอาการหน้าแดงร้อนวูบวามหรือหน้าซีด ผิวหนังเย็นชื้น มือเท้าเย็น เหงื่อออกมากโดยเฉพาะบริเวณฝ่ามือ ทั้งนี้เพราะต่อมเหงื่อที่ฝ่ามือนั้นถูกควบคุมด้วยประสาทซิมพาเทติก และมีลักษณะพิเศษ คือ จะไม่ช่วยในการควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย และพบว่าเมื่อระบบประสาทซิมพาเทติกถูกกระตุ้นจะมีเหงื่อออกบริเวณฝ่ามือมาก (เจริญ สมวงษ์ศิริ 2523 : 11)

2.7 ระบบประสาทส่วนกลาง มีอาการมึนงง หงุดหงิดง่าย สมาธิไม่ตีความจำลดลง การรับรู้ลดลง กระสับกระส่ายอยู่ไม่สุข นอนไม่ค่อยหลับ หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ ฝันร้าย

การปรับตัวของบุคคลเมื่อเกิดความวิตกกังวล

เมื่อบุคคลใดถูกคุกคามให้เกิดความวิตกกังวล บุคคลนั้นย่อมพยายามหาทางออกเพื่อผ่อนคลาย โดยใช้วิธีการต่อสู้ปสรรคซึ่งเป็นวิธีการที่เคยใช้มาแล้วและได้ผลเป็นที่น่าพอใจ วิธีการเหล่านี้เรียกว่า แบบแผนการต่อสู้ปสรรค (Coping Pattern) ซึ่งจะหาไปโดยอัตโนมัติในบางครั้ง หรือใช้โดยที่ตั้งใจก็ได้ แบบแผนการต่อสู้ปสรรค

นั้นมีหน้าที่ป้องกันตัวตน (Ego หรือ Self) ของบุคคลนั้นให้ปลอดภัยในขณะที่มีความวิตกกังวลขึ้น และเมื่อบุคคลนั้นมีความวิตกกังวลสูงมากและใกล้จะถึงภาวะวิกฤติ. ในภาวะดังกล่าวบุคคลนั้นจะมองหาทางหลบหนีให้พ้นจากวิกฤติการณ์ของความวิตกกังวล โดยการใช้วิธีที่เรียกว่ากลไกการป้องกันทางจิต (Coping Mechanism หรือ Defense Mechanism) ที่ตนเองไม่เคยใช้มาก่อนก็ได้ (จินตนา ยูนิพันธ์ 2527 : 31-32)

กระบวนการปรับตัวของจิตใจ (Psychologic Adaptation Process) เมื่อมีความวิตกกังวล แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ (Luckmann and Sorensen 1974 : 113)

1. ระยะเตือน เมื่อบุคคลเกิดความคับข้องใจทำให้เกิดภาวะที่ตัวจะมีพฤติกรรมแสดงออกในรูป ทอสู กาวราว หัน หรือวิตกกังวล
2. ระยะต่อต้าน บุคคลจะใช้วิธีการ เบี่ยงเบนหรือมิดเบือนความเป็นจริง ให้สอดคล้องกับความปรารถนาของตน โดยการใช้กลไกการป้องกันทางจิตเป็นทางออกเพื่อทดแทนการแก้ปัญหาโดยตรง และผ่อนคลายความวิตกกังวล
3. ระยะหมดกำลัง ถ้าบุคคลใช้กลไกการป้องกันทางจิตไม่ได้ผล ทำให้จิตเกิดเหนื่อยล้าหมดกำลัง (Exhausted) จะเป็นสาเหตุนำไปสู่การเป็นโรคจิตโรคประสาทได้

กลไกการแก้ปัญหาที่บุคคลใช้เพื่อขจัดความวิตกกังวลในระดับต่าง ๆ นั้น ถ้าความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย บุคคลพยายามขจัดโดย การร้องไห้ การนอนหลับ การกิน การหาว การหัวเราะ การสงบ การออกกำลังกาย การฝึกกลางวัน และพฤติกรรมทางปาก เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา สำหรับในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล บุคคลที่เกิดความวิตกกังวลจะแก้ปัญหาโดยการเหมินเฉย ไม่สนใจคำพูดซ้ำ ๆ และระมัดระวังไม่ให้บุคคลอื่นล่วงล้ำเข้ามาใกล้ชีวิตตน ส่วนความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงที่สุด บุคคลต้องใช้พลังงานในการแก้ปัญหาเพิ่มมากขึ้น (Menninger cited by Stuart and Sundeen 1979 : 82) สำหรับกลไกในการแก้ปัญหาเพื่อลดความวิตกกังวลในระดับดังกล่าวแล้วนั้น แบ่งออก

เป็น 2 วิธี คือ (Stuart and Sundeen 1979 : 83-84)

1. การแก้ปัญหาเพื่อขจัดความขัดแย้งโดยใช้สติปัญญาและการกระทำอย่างมีสติต่อสถานการณ์ที่เผชิญตามความเป็นจริง รูฮานี (Rouhani 1978 : 26-27) มีความคิดเห็นว่าการเผชิญหน้ากับสิ่งที่มาคุกคาม เช่น พยายามเปลี่ยนความรู้สึกจากการถูกคุกคามให้เป็นการท้าทาย หรือมองปัญหาว่าเป็นสิ่งที่ท้าทายจะช่วยให้ใคร่เรียนรู้ขอบบพรองของตนเอง แล้วคิดหาทางแก้ไขโดยใช้กระบวนการแก้ปัญหา แสดงถึงความมีวุฒิภาวะของบุคคลนั้น

2. กลไกการป้องกันทางจิต เป็นการแก้ปัญหาโดยจิตใต้สำนึกเพื่อลดหรือบดเบือนการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง เช่น การปฏิเสธ การเก็บกด การหาเหตุผลให้ตนเอง การกลบเกลื่อน การกล่าวโทษผู้อื่น เป็นต้น

สำหรับกลไกการป้องกันทางจิตนี้มีประโยชน์ในการเป็นเครื่องรักษาสภาพจิตของบุคคลไม่ให้ประสบกับความวิตกกังวลมากเกินไป เป็นการลดความทุกข์เพื่อหาวิธีแก้ปัญหาให้เหมาะสม (สุชา จันทน์เอม 2524 : 73) บุคคลสามารถใช้การปรับตัวทางจิตนำทางไปสู่การปรับตัวที่ดีได้ โดยจะต้องเป็นไปในรูปพฤติกรรมที่ปกติซึ่งให้ผลเป็นความพอใจและไม่เหลือรอยขุ่นใจ หรือความข้องใจเอาไว้ ทั้งต้องไม่ก้าวร้าวล่วงล้ำ หรือสร้างความไม่พอใจให้แก่ผู้อื่น พฤติกรรมของกลไกการปรับตัวแบบนี้ จะไม่ใช่การตอบสนองในทันที ต้องผ่านการกลั่นกรองพิจารณาอย่างรอบคอบในทุกแง่มุม (เทโซ สวานานท์ 2520 : 110) แต่กลไกการป้องกันทางจิตจะไม่เป็นผลดีต่อพัฒนาการของสุขภาพจิต ถ้าบุคคลนั้นนำไปใช้จนเกิดความเคยชิน เพราะสาเหตุของปัญหายังคงอยู่แต่กลับหลีกเลี่ยงหรือหลบหลีกปัญหา ทำให้บุคคลไม่รู้จักตนเองที่แท้จริง ในที่สุดจะเกิดความทุกข์ เบื่อหน่าย และอาจเกิดอาการทางโรคจิตโรคประสาทตามมา (Rouhani 1978 : 26)

การประเมินความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นพลังงานที่ไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง (Taylor 1982 : 86) แต่เราสามารถรู้ได้โดยมีการประเมินอาการแสดงร่วมกันหลาย ๆ

คาม คือ การสังเกตพฤติกรรมและการตอบสนองด้านสรีรของบุคคลที่แสดงออกเพื่อลดความวิตกกังวล (Hames and Joseph 1980 : 47) และจากรายงานความรู้สึที่ เกิดเฉพาะของบุคคลที่ประสบความวิตกกังวล (Manfreda and Krampitz 1977 : 120) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ นาธาน (Nathan 1980 : 245) รวมทั้ง นิทเชล และ เบอร์สไตน์ (Nietzel and Berstein 1981 : 215-241) ที่ได้จำแนกการประเมินความวิตกกังวลออกเป็น 3 วิธี ดังนี้

1. การประเมินความวิตกกังวลจากสภาพทางสรีรวิทยา เป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางร่างกาย เช่น ระดับความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการเต้นของซีพจร การตรวจคลื่นสมอง การขยายของม่านตา ความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ เป็นต้น ซึ่งการวัดนี้มักจะต้องใช้เครื่องมือพิเศษในการวัด เช่น เครื่องมือวัดความดันโลหิต (Sphygmomanometer) เครื่องมือวัดอัตราการเต้นของหัวใจ (Electrocardiograph) เครื่องมือวัดอัตราการเต้นของซีพจร (Mechanical Pulse Detective) เครื่องมือวัดคลื่นสมอง (Electroencephalograph) เครื่องมือตรวจม่านตาเพื่อดูการขยายของม่านตา (Pupillograph) เครื่องมือวัดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ (Electromyograph) เป็นต้น

การวัดด้วยวิธีนี้ต้องอาศัยผู้ชำนาญทางการตรวจและการแปลผลการเปลี่ยนแปลงจะต้องแม่นยำ อาจเกิดการสับสนต่อการประเมิน เนื่องจาก ในการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตและอัตราการเต้นของซีพจรนั้น อาจเกิดจากพยาธิสภาพของโรคต่าง ๆ ในระบบประสาทและหลอดเลือดที่บุคคลนั้นเป็นอยู่ เช่น โรคไต โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง หรืออาจเกิดจากผลของการใช้ยาบางชนิด (Graham and Conley 1971 : 115-116) นอกจากนี้ อาจเกิดจากอาหาร บุหรี่ การออกกำลังกาย ความเจ็บปวด เป็นต้น (Kirkendal, et al. 1967 : 982) จึงเป็นการลำบากในการวัดความวิตกกังวลด้วยวิธีนี้ เนื่องจากระดับความวิตกกังวลจะไม่สัมพันธ์กับอาการแสดงออก นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของแต่ละบุคคลยังมีแบบแผนที่ต่างกัน (Hodges cited by Nathan 1980 : 245)

2. การประเมินความวิตกกังวลโดยการให้บุคคลรายงานความรู้สึกวิตกกังวลของตนเอง ซึ่งอาจเป็นการรายงานด้วยการตอบแบบสอบถาม การเขียนหรือรายงานด้วยวาจา เป็นการวัดความวิตกกังวลซึ่งเป็นความรู้สึกที่ตนเองรับรู้ได้โดยใช้แบบสอบถามให้ตอบตามความรู้สึก แล้วนำมาประเมินระดับความวิตกกังวลแบบสอบถามดังกล่าวมีผู้สร้างขึ้นหลายชนิด เช่น แบบวัดความวิตกกังวล STAI (The State-Trait Anxiety Inventory) ของ สปีลเบอร์กเกอร์ (Spielberger 1970) ซึ่งแบบวัดนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนแรกเป็นการวัดความวิตกกังวลแบบสเทท มีลักษณะเป็นการประเมินระดับความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นในขณะที่ทำแบบทดสอบ ประกอบด้วยข้อความทั้งหมด 20 ข้อ ส่วนที่สอง เป็นการวัดความวิตกกังวลแบบเทรท มีลักษณะเป็นการประเมินระดับความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ทั่วไป ประกอบด้วยข้อความทั้งหมด 20 ข้อ

แบบประเมินความวิตกกังวลด้วยตนเอง SAS (The Self-Rating Anxiety Scale) ของซุง (Zung 1971) ซึ่งเป็นแบบประเมินความรู้สึกของตนเองในช่วงเวลานั้น และเวลาใกล้เคียงที่ผ่านมาแล้ว ประกอบด้วยข้อความทั้งหมด 20 ข้อ

การประเมินความวิตกกังวลด้วยวิธีนี้สามารถใช้ได้ทั้งและสะดวกโดยไม่ต้องอาศัยผู้ผ่านการฝึกฝนมาแล้ว ใช้เวลากระยะสั้น ๆ ในการตอบ ให้คะแนนง่าย เป็นต้น (Zung and Cavenar Jr. 1980 : 349)

3. การประเมินความวิตกกังวลจากการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก เป็นการวัดการตอบสนองทางค่านจิตใจ ซึ่งแสดงออกของความแปรปรวนในค่าน การเคลื่อนไหว คำพูด การติดต่อสื่อสารโดยไม่ต้องใช้คำพูด การรับรู้ ความสอดคล้องกันของการทำงานของร่างกายกับการรับรู้ ความจำ การเรียนรู้ที่ง่ายหรือซับซ้อน เนื่องจากมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกมานั้นเป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนมาจากอารมณ์ทางในใจ บุคคลอื่นก็สามารถสังเกตเห็นได้ เช่น อาการกระสับกระส่าย ลูกตุ้มลูกกลม มือสั่น ถอนหายใจ ร้องไห้ ลักษณะการพูดเปลี่ยนไป เช่น พูดเร็วเร็วขึ้น เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีผู้ทำการศึกษากการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจในผู้หญิงที่มีความวิตกกังวล พบว่า ร้อยละ 73 มีอาการใจสั้น หายใจไม่สะดวก ร้อยละ 68 นอนไม่ค่อยหลับ ร้อยละ 60 มีอาการมือสั่น ร้อยละ 47 มีเหงื่อออกง่ายกว่าปกติ และร้อยละ 43 มีอาการปวดเมื่อยตึงตสนคอ (Priest 1983 : 11)

แบบวัดที่ทองใช้ผู้ประเมินโดยการสังเกตพฤติกรรมนี้ ได้แก่ แบบสังเกตพฤติกรรมของเกรแฮม และ คอนเลย์ (Graham and Conley 1971 : 112-122) เพื่อประเมินความวิตกกังวลและความกลัวในผู้ป่วยศัลยกรรมผู้ใหญ่

จากวิธีการประเมินความวิตกกังวลทั้ง 3 วิธีนี้ จะเห็นได้ว่า การประเมินความวิตกกังวลโดยให้บุคคลรายงานความรู้สึกด้วยตนเอง และการประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกนั้นมีความเป็นไปได้สูง มีผู้นิยมใช้กันอย่างกว้างขวาง เพราะสามารถประเมินได้อย่างครอบคลุมและใช้ได้สะดวก

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก

เมื่อบุคคลรู้สึกว่าคุณเองเกิดความเจ็บป่วยไม่สบายขึ้น ก็จะมีการแก้ไขปัญหาเพื่อช่วยเหลือตนเองด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การรักษาเองตามที่เคยมีประสบการณ์มาก่อน การไปขอความช่วยเหลือจากนักบวช การพูดคุยปรึกษากับญาติหรือเพื่อน และถ้าอาการเหล่านั้นยังไม่ทุเลาหรือไม่หายขาด บุคคลผู้นั้นจะเกิดความไม่สบายใจ หวาดหวั่น กระวนกระวายใจ ทำให้ต้องไปขอความช่วยเหลือจากแพทย์ ซึ่งบุคคลส่วนมากมักจะใช้เป็นวิธีสุดท้าย (Leigh and Reiser 1980 : 4-12)

ความเจ็บป่วยถือเป็นวิกฤติการณ์สำคัญที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตบุคคลทั้งร่างกายและจิตใจ การเปลี่ยนแปลงนี้เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ทำให้บุคคลนั้นเกิดการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง และสภาพแวดล้อมไปในทางลบ (Driever 1976 : 233) ทั้งนี้เพราะความเจ็บป่วยมักจะเกี่ยวข้องกับความตาย ความพิการ ความทุกข์ทรมาน การต้องพลัดพรากจากสังคม และสิ่งแวดล้อมที่เคยชิน อีกทั้งต้องสูญเสียความสามารถในการประกอบอาชีพ ซึ่งประการหลังนี้เป็นการสูญเสียที่ผู้ป่วยรู้สึกว

มีความสำคัญต่อความมีคุณค่าของตนเอง (Altman 1972 : 22) ถ้าความเจ็บป่วยนั้นต้องได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องอย่างใกล้ชิด บุคคลนั้นก็มีความจำเป็นจะต้องเข้ารับการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล การเจ็บป่วยและการเข้าอยู่ในโรงพยาบาล จะทำให้บุคคลส่วนมากเกิดความวิตกกังวล (Handerson and Nite 1978 : 1622)

การเข้ารับรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ทำให้บุคคลนั้นต้องเปลี่ยนจากบทบาทเดิมมาอยู่ในบทบาทของผู้ป่วย ซึ่งเป็นบทบาทที่ผู้ให้การรักษาพยาบาลคาดหวังให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติ ได้แก่ ต้องอดทนขณะรับการรักษาพยาบาล ยอมรับการรักษาที่เจ็บปวดไม่สะดวกสบาย ไม่มีสิทธิ์ที่จะเรียกร้องสิ่งใด ๆ ทั้งสิ้นเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวัน และจะต้องให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล (จินตนา ยูนิพันธุ์ 2527 : 34) ท้องพลัดพรากจากครอบครัว บุคคลใกล้ชิด และวิถีชีวิตที่คุ้นเคย เข้ามาสู่สิ่งแวดล้อมที่แปลกใหม่ภายในโรงพยาบาล พบกับผู้ป่วยอื่น ซึ่งเป็นคนแปลกหน้าและกำลังทุกข์ทรมาน ต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบต่าง ๆ ของโรงพยาบาล ต้องมาอยู่ในบทบาทผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้ล้วนแต่จะมีผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล และต้องการความช่วยเหลือเพื่อให้สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม (Kornfeld 1979 : 155) ซึ่งตรงกับที่ บาร์เน็ต (Barnette 1972 : 106) ได้เสนอความคิดเห็นไว้ว่า การตอบสนองอย่างหนึ่งของผู้ป่วยที่มีต่อความเจ็บป่วยและการอยู่ในโรงพยาบาลซึ่งพบได้น้อยที่สุด เป็นการตอบสนองที่รุนแรงที่สุด คือ ความวิตกกังวล

เลย์ และ โรเซอร์ (Leigh and Reiser 1980 : 281-286)

กล่าวว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลมีสาเหตุหลายประการ ได้แก่ ความเข้าใจว่าตนเองมีอาการหนักจึงต้องเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาล การพบกับการตรวจร่างกายเพื่อการวินิจฉัยซึ่งมีมากมาย ความสงสัยในวิธีการรักษาพยาบาล ความไม่แน่ใจ ไม่มั่นใจในผลของการรักษา รู้สึกว่าตนเองกำลังเผชิญอยู่ระหว่างทางสองแพร่ง คือ ความอยุ่รอด และความตาย รู้สึกขาดความเป็นอิสระ ไม่เป็นตัวของตัวเอง ไม่มีความเป็นส่วนตัวเฉพาะตัว การต้องอยู่ร่วมกับผู้ป่วยอื่นอีกหลายคนในห้องเดียวกัน การกระทำกิจกรรมบางอย่างของเจ้าหน้าที่ซึ่งไม่ระมัดระวัง เช่น การใช้เสียงดังในการซักถาม พูดคุย และถกเถียง

ปัญหาในสิ่งที่ผู้ป่วยถือว่าเป็นความล้มเหลว กิจกรรมการดูแลรักษาพยาบาลบางอย่างก็ทำ
 อย่างไม่มีชีวิต เช่น การเช็ดตัว การเปลี่ยนเสื้อผ้า การให้ยาจนเพื่อการรับประทานอาหาร
 การเปิดเตียงร่างกายเพื่อตรวจโดยมีแพทย์ พยาบาล และนักศึกษาจำนวนมากมาเกี่ยว-
 ข้อง การไม่ใส่ใจหรือไม่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยในเรื่องต่าง ๆ เช่น
 อาหาร สารน้ำ ฯ การใช้ภาษาหรือคำพูดที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ การที่ต้องเปลี่ยนแปลง
 แบบแผนการดำเนินกิจกรรมประจำวัน สิ่งเหล่านี้มักทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวล ไม่สบายใจ
 คับข้องใจ แต่ไม่กล้าซักถามหรืออธิบายความรู้สึกให้ทราบ เนื่องจากกลัวจะทำให้
 เกิดความขุ่นเคือง และประการสำคัญคือรู้สึกว่าชีวิตอยู่ในกำมือของแพทย์และพยาบาล

นอกจากนี้ คลาร์ค (Clarke 1980 : 29-31) ยังได้กล่าวสรุปถึง
 สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล ดังนี้

1. กลัวการสูญเสียสายตา การได้ยิน กลัวเป็นมะเร็ง กลัวการผ่าตัด
2. ไม่แน่ใจว่าตนเองเจ็บป่วยเป็นอะไรแน่ เนื่องจากไม่ได้รับการบอก

กล่าวถึงการวินิจฉัยโรค

3. ไม่ทราบถึงเหตุผลของการรักษาพยาบาล และเมื่อซักถามไม่ได้คำตอบ
 ที่กระจ่างพอ

4. แพทย์และพยาบาลพูดเร็วเกินไป และใช้ถ้อยคำที่เข้าใจยาก
5. เจ้าหน้าที่ต่าง ๆ ทำงานกันอย่างเร่งรีบ และไม่คอยมีเวลาให้ซักถาม
6. ไม่ทราบว่าตนเองจะได้รับการรักษาพยาบาลอะไรบ้าง และในเวลาใด
7. ไม่สามารถติดต่อสื่อสารไปยังครอบครัวและเพื่อนได้สะดวก
8. ไม่มีญาติที่ห้อง เพื่อนฝูงมาเยี่ยม
9. ไม่ได้รับการผูกมิตรจากเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน
10. ไม่คุ้นเคยต่อกลิ่นและเครื่องมือเครื่องใช้ในโรงพยาบาล

เมื่อผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลนั้นไม่เพียงแต่จะนำความเจ็บป่วยทางร่างกาย
 เข้าไป แต่ส่วนใหญ่จะนำเอาความวิตกกังวล และความกลัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วย
 ของตนเองเข้าไปด้วย (Pruss and Solomon cited by Barnette 1972:

106) ความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้เสมอกับผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษายู่ในโรงพยาบาล

แต่ถ้าจะต้องทำผ่าตัดแล้ว ระดับความวิตกกังวลจะสูงขึ้น (Lader and Marks 1971 : 8) การรักษาโดยการผ่าตัดเป็นสิ่งที่คุกคามต่อภาพพจน์ของตนเอง ผู้ป่วยบางรายรู้สึกว่าการผ่าตัดเป็นสัญลักษณ์ของการเสียชีวิต บางรายรู้สึกว่าการดมยาผสมทำให้ไม่สามารถควบคุมตนเองและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ป่วยจะมีความกลัวเกี่ยวกับการได้รับการผ่าตัดและความเจ็บปวด (Norris 1970 : 54) คลาร์ค (Clarke 1980 : 29-31) กล่าวว่า ในผู้ป่วยที่ท้องผ่าตัดซึ่งผู้ป่วยกลัวมาก คือ กระบวนการผ่าตัด และสิ่งที่เกี่ยวข้องของทุกชนิด รวมทั้งกลัวเจ็บ กลัวการรับความรู้สึกกลัวสูญเสียอวัยวะ เป็นต้น

ความวิตกกังวลที่พบบ่อยในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด คือ กลัวโดยไม่ทราบสาเหตุ กลัวความตาย กลัวการสูญเสียสมรรถภาพ กลัวสภาพหลังการผ่าตัด กลัวความเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย กลัวจะรักษาไม่หายหรือกลัวการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี (LeMaitre and Finnegan 1980 : 55) ซึ่งสิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นจากการคาดการณ์ว่านายสิ่งที่เกิดขึ้นล่วงหน้า ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค การรักษาที่ตนเองกำลังประสบอยู่ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่แน่ใจและกลัวในสิ่งที่ต้องเผชิญในระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด (Beland and Passos 1981 : 1143-1144)

ดังที่กล่าวมาแล้วว่า ความวิตกกังวลจะพบได้ในผู้ป่วยเป็นส่วนมาก แต่มักจะพบว่าระดับความวิตกกังวลจะสูงขึ้นในผู้ป่วยที่ท้องรับการรักษาโดยการผ่าตัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ท้องรับการผ่าตัดควงตา ผู้ป่วยยังจะมีความหวาดหวั่นเป็นอย่างมาก เนื่องจากเกรงว่าตนเองอาจจะตาบอดได้ (McCoy 1981 : 409) โศกที่ควงตาเป็นอวัยวะที่สำคัญที่สุด เพราะมนุษย์ใช้ประสาทสัมผัสทางตา รับข้อมูลจากสิ่งแวดล้อมประมาณ ร้อยละ 70-80 (Clarke 1980 : 41-42) ซึ่ง จักก์ (Judd 1983 : 698) ก็ได้กล่าวไว้ว่า ควงตาเป็นอวัยวะที่มีความเฉพาะพิเศษที่สุดในร่างกาย และมีความสำคัญอย่างมหาศาลในชีวิตของแต่ละคน โรคหรืออันตรายที่จะมีผลต่อควงตาจะเป็นความหายนะที่ยิ่งใหญ่ที่สุดในชีวิตมนุษย์ เพราะถ้าตาบอดก็ไม่สามารถทำให้เห็นได้ และจากการศึกษาของ โวลีเชอร์ และ โยเฮนนอน



(Volicer and Bohannon 1975 : 352-359) พบว่า เหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วย มีความตึงเครียด ไม่สบายใจ วิตกกังวลมากที่สุด ได้แก่ การที่อวัยวะรับความรู้สึก เสียหน้าที่ไป คือ ตามอก หูหนวก ดังนั้น ผู้ป่วยที่จะต้องได้รับการผ่าตัดดวงตา ย่อมมีแนวโน้มที่จะเกิดความวิตกกังวลสูง และโดยที่ผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่เข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลนั้น จะต้องรับการรักษาควยวิธีการผ่าตัดเพียงวิธีเดียว เพื่อเอา แก้วตาที่ขุ่นออก ทำให้แสงผ่านเข้าไปเกิดการมองเห็นได้ จึงเป็นผู้ป่วยที่มีแนวโน้มที่จะเกิดความวิตกกังวลสูงควย

วิธีลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

เป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่า ความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้เสมอสำหรับบุคคลที่ เจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลนั้น มีผู้ศึกษาพบว่า ระดับความวิตกกังวล จะเกิดขึ้นตั้งแต่ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนมาใช้เสื้อผ้าของโรงพยาบาลเมื่อเริ่มเข้ารับการรักษาตัว ในวันแรก (Davidhyzar 1973 : 129-131) และสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการทราบ ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล คือ การวินิจฉัยสาเหตุของความเจ็บป่วย ระยะ เวลาที่ต้องพักรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่จะต้องรับการรักษาควยการผ่าตัดนั้น ต้องการทราบรายละเอียดของการผ่าตัด การรักษาพยาบาลที่จะ ใ้ได้รับ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย และกิจกรรมที่ต้องจำกัดในระยะพักฟื้น (Dodge 1969 : 505) โดยที่พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยและมีเวลา อยู่กับผู้ป่วยมากที่สุด เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างมากที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดีขึ้น เมื่อเจ็บป่วย หรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ประคอง อินทรสมบัติ 2524: 6) พยาบาลจะต้องช่วยเหลือให้ความกระจ่างในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่รู้ หรือต้องการรู้ ทั้งนี้เพราะความวิตกกังวลและความกลัวอันยิ่งใหญ่เกิดจากความไม่รู้ จึงทำให้อាកการณ์ในสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนเองไปในทางที่ไม่ดีล่วงหน้า (Beland and Passos 1981 : 268-269) พยาบาลจะต้องเตรียมพร้อมและคุ้นตัวในความ ต้องการของผู้ป่วย ปล่อยให้ผ่อนคลายใจ คุยและอย่างใกล้ชิด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ ระบายความวิตกกังวล โดยเป็นผู้รับฟังที่ดี แสดงให้เห็นว่ามีความสนใจ และตั้งใจ ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในระหว่างที่อยู่ในภาวะวิกฤต (Kyes and Hofling

1974 : 182-186) หน้าที่สำคัญของพยาบาล คือ การดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายเท่าที่จะกระทำได้ รวมทั้งให้ความมั่นใจ ความปลอดภัยทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคที่เป็นอยู่ได้เร็วขึ้น (Bowman 1975 : 1147) พยาบาลจึงเป็นบุคคลสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่จะต้องรักษาด้วยการผ่าตัดเพื่อบรรเทาความวิตกกังวลและความกลัวให้ลดลง การช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยนั้นมีแนวปฏิบัติอยู่หลายรูปแบบด้วยกัน

บรุนเนอร์ และ ซัคคาร์ท (Brunner and Suddarth 1982 : 926) ได้กล่าวถึงวิธีการที่จะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยสรุป ดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย
2. พูดกับผู้ป่วยด้วยถ้อยคำที่สั้น และเข้าใจง่าย
3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยจะได้รับ หรือต้องปฏิบัติในขณะที่อยู่ใน

โรงพยาบาล

4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกออกมา
5. เป็นผู้รับฟังที่ดี
6. ให้อำนาจใจ และความมั่นใจแก่ผู้ป่วยด้วยการใช้การสัมผัส

นอกจากนี้ พุทท์ (Putt 1970 : 493) ยังได้ทำการศึกษาพบว่าการให้การพยาบาลทางด้านจิตใจและการสอนผู้ป่วยโดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องของความเจ็บป่วย แผนการรักษาพยาบาล และวิธีปฏิบัติต่าง ๆ เพื่อให้หายจากโรค เป็นวิธีการที่ดีที่สุดในการช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

โดยเหตุที่ความวิตกกังวลมีผลในทางลบต่อผู้ป่วยทั้งในระหว่างการรักษา ผ่าตัด และหลังผ่าตัด ดังนั้น พยาบาลจึงพยายามศึกษาหาวิธีลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ซึ่งมีความวิตกกังวลสูง ด้วยวิธีการต่าง ๆ การศึกษานายใน ประเทศและต่างประเทศในส่วนที่เป็นการศึกษาลดความวิตกกังวลที่กระทำต่อผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเป็นรายบุคคล เช่น

พนารัตน์ โทษาเจริญ (2519 : 27-31) ได้ทำการวิจัย เรื่องการแนะนำผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหรงอกหรือของห้อง เพื่อลดความวิตกกังวลโดยใช้การสอน

ที่มีการเตรียมการอย่างมีแบบแผน และเน้นให้ผู้ป่วยทราบถึงสาเหตุของความวิตกกังวล และผลที่จะมีต่อการผ่าตัด ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง

ลินดีแมน และ สเตทเซอร์ (Lindeman and Stetzer 1973 : 4-16)

ไคท์ทำการศึกษา เรื่อง ผลการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยพยาบาลห้องผ่าตัดจะไปให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับในวันผ่าตัด พร้อมทั้งตอบคำถามในสิ่งที่ผู้ป่วยสงสัย ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลภายหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับผ่าตัดเล็กลดลง

สำหรับความพยายามที่จะลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเป็นรายกลุ่มนั้น ได้มีผู้นำเอาการสอนโดยการใช้กระบวนการกลุ่มมาใช้เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย พบเฉพาะการวิจัยที่ทำในต่างประเทศ ไคท์แก

ชมิท และ วูลดริจ (Schmitt and Wooldridge 1973 : 109-115)

ไคท์ทำการวิจัย เรื่อง ผลการเตรียมทางจิตใจในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โดยให้ผู้ป่วยได้อภิปรายกันในกลุ่มย่อย มีการพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สึกนึกคิด ความวิตกกังวลที่มีต่อการผ่าตัดในระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน โดยมีพยาบาลเป็นผู้คอยให้ข้อมูลที่ถูกต้อง พร้อมทั้งสอนและให้คำแนะนำในโอกาสที่เหมาะสมในเรื่องของการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดลดลง

จากแนวทางและวิธีการต่าง ๆ นี้ จะเห็นได้ว่า การสอนผู้ป่วยเป็นวิธีที่ดีวิธีหนึ่งในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลลงได้ การสอนผู้ป่วย ก็คือ การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งผู้ช่วยเหลือ คือ บุคลากรในทีมสุขภาพหรือตัวแทน (Fuerst, Wolf and Weitzel 1974 : 148) สำหรับบรรดาบุคลากรในทีมสุขภาพนั้น มักจะมีการคาดหวังกันว่าพยาบาลเป็นผู้เหมาะสมที่จะทำหน้าที่ในการสอนและแนะนำผู้ป่วย เนื่องจากอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย และเป็นแหล่งความรู้ที่อยู่ใกล้ตัวผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง นอกจากนี้ยังเป็นหน้าที่ที่สามารถกระทำได้อย่างอิสระโดยไม่ต้องรอคำสั่งจากผู้ใด (Bueno 1978 : 3) ด้วยเหตุนี้ การสอนผู้ป่วยจึงเป็นหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงอย่างหนึ่งของพยาบาลที่จะต้องทำ และสามารถทำได้เป็นอย่างดี

การวัดความวิตกกังวลควยการสอนผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาลนั้นจะเห็นได้ว่าแตกต่างจากกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยอื่น ๆ อย่างเห็นได้ชัดเจน ทั้งนี้เพราะพยาบาลมีเครื่องมือในการปฏิบัติของตนเอง และมีจุดมุ่งหมายที่เป็นเอกลักษณ์ทางการพยาบาล เครื่องมือที่จะทำให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพ คือ กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ซึ่งเป็นวิธีการทางวิทยาศาสตร์ที่มีขั้นตอนการดำเนินงานอย่างมีจุดมุ่งหมายและมีระเบียบแบบแผน กระบวนการพยาบาลประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ 4 ขั้นตอน (Marriner 1979: 1) คือ การประเมิน (Assessment) การวางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติ (Implementation) และการประเมินผล (Evaluation)

ดังนั้น การสอนผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาลจึงเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่จะช่วยตอบสนองต่อความต้องการ และสามารถแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และได้ผลดี ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ได้ดี การสอนผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาลมีการจัดดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. การประเมิน (Assessment) เป็นขั้นศึกษา ค้นคว้าหาข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยเพื่อนำมาประเมินความต้องการการเรียนรู้ (Assessing Learning) ข้อมูลต่าง ๆ อาจได้จากการสังเกต (Objective Data) และจากการที่ผู้ป่วยบอก (Subjective Data) หรือจากการซักถาม แนวทางในการประเมินมีดังนี้ (Murray 1976 : 235-237)

1.1 รวบรวมข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย แหล่งข้อมูล คือ ผู้ป่วย ครอบครัว บันทึกและรายงานประจำตัวของผู้ป่วย ลักษณะของข้อมูล แบ่งออกเป็น

ก. ข้อมูลส่วนตัว เช่น ประวัติการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา การศึกษา รายได้ เป็นต้น

ข. ข้อมูลขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล ได้แก่ สภาพเจ็บป่วย ความรู้สึกที่มีต่อความเจ็บป่วย พฤติกรรมการแสดงออกทั้งทางร่างกายและจิตใจ

ค. วิธีการดูแลผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยพิจารณาว่าผู้ป่วยจะดูแลตนเองที่บ้านอย่างไร ใครจะเป็นคนให้ความช่วยเหลือ สถานที่ที่จะไปรักษาต่อเนื่อง

ง. ข้อมูลที่ได้จากการประเมินผลอย่างใกล้ชิด - เช่น พฤติกรรมการตอบสนองของขณะอยู่โรงพยาบาล พฤติกรรมอะไรที่ควรจะช่วยให้เกิดน้อยลง ผู้ป่วยมีความต้องการที่จะเรียนรู้เรื่องอะไร

สำหรับวิธีการรวบรวมข้อมูลซึ่งจะใช้วิธีสัมภาษณ์ สังเกต และตรวจต่าง ๆ นั้น พยายามจำเป็นจะต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยก่อน และควรเป็นจุดเริ่มต้นของสัมพันธภาพที่มีการไว้วางใจซึ่งกันและกัน การรวบรวมข้อมูลอาจจะถือว่าเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งที่พยาบาลแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าพยาบาลสนใจปัญหาของเขา อันเป็นจุดเริ่มต้นที่ดี (จินตนา บุญพันธุ์ 2527 : 14)

1.2 ค้นหาความต้องการการเรียนรู้และปัญหาของผู้ป่วย โดยอาศัยข้อมูลที่รวบรวมไว้ทั้งหมด พยายามจะต้องประเมินความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยแต่ละราย โดยพิจารณาทั้งส่วนที่ผู้ป่วยตระหนักถึงความต้องการด้วยการแสดงออก เช่น ชักถาม ขอร้อง เป็นต้น และในส่วนที่ผู้ป่วยไม่ทราบถึงความต้องการเพราะขาดความเข้าใจ

1.3 พิจารณาความพร้อมและความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วย ซึ่งจะพิจารณาถึง อายุ การศึกษา ระดับทางสังคม เศรษฐกิจ สภาพร่างกายและทางจิตใจ (Kozeir and Erb 1979 : 433) รวมทั้งสติปัญญาด้วย เพราะสิ่งเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการกำหนดกิจกรรมการเรียนการสอนและประสิทธิภาพของการเรียนรู้ เช่น การศึกษาจะมีความสัมพันธ์กับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพและโรคต่าง ๆ อายุของผู้ป่วยจะมีส่วนสัมพันธ์ในการเลือกวิธีการสอน และอุปกรณ์การสอน เป็นต้น

พยาบาลจะต้องรู้ถึงธรรมชาติของมนุษย์คว่ำว่า มนุษย์มีความแตกต่างกัน (Individual Difference) ทั้งในด้านการรับรู้ ความสามารถ ความต้องการ และการตอบสนอง ดังนั้น พยาบาลจึงต้องมีความรอบคอบในการพิจารณา

2. การวางแผน (Planning) สำหรับการสอน จะต้องประกอบด้วย

2.1 กำหนดจุดมุ่งหมายของการสอน หรือวัตถุประสงค์ของการสอน ซึ่งมีได้หลายประการ เช่น สอนเพื่อลดความวิตกกังวล ความกลัว และป้องกัน

ไม่ให้เกิดปัญหาทางค่านิยมอื่นเนื่องมาจากความเจ็บป่วยทางกาย สอนเพื่อให้ผู้ช่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลได้ดียิ่งขึ้น

การกำหนดจุดมุ่งหมายของการสอนหรือวัตถุประสงค์ของครูสอน ควรเขียนให้เป็นวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เพื่อชี้บ่งถึงพฤติกรรมเฉพาะที่ผู้ช่วยจะต้องมีพัฒนาการ ซึ่งพฤติกรรมนี้สามารถสังเกตและวัดได้

สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งที่จะช่วยให้การสอนผู้ช่วยประสบความสำเร็จ คือ การให้ผู้ช่วยได้มีส่วนร่วมในการกำหนดวัตถุประสงค์ของการเรียนการสอนด้วย

(Narrow and Buschle 1982 : 265)

2.2 พิจารณาลำดับความสำคัญของเรื่องที่จะสอนว่าเรื่องใดควรสอนก่อนหรือหลัง พยายามควรจะแยกให้ได้ว่าในเรื่องที่จะสอนนั้นเนื้อหาใดที่จำเป็นต่อครู และเนื้อหาใดเป็นเนื้อหาที่น่ายุ เพื่อจะได้จัดลำดับความสำคัญในการสอนได้อย่างถูกต้อง

2.3 กำหนดเนื้อหาที่จะสอน ซึ่งอาจเขียนไว้ในรูปของแผนการสอนหรือเนื้อเรื่องย่อก็ได้ แต่จะต้องมีความชัดเจนพอที่ผู้เกี่ยวข้องจะเข้าใจได้ และครอบคลุมจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้

2.4 เลือกวิธีสอน ควรพิจารณาให้เหมาะสมกับผู้ช่วย อันจะช่วยให้ผู้ช่วยเกิดการเรียนรู้ที่ดี วิธีการสอนมีอยู่หลายวิธี ทางการศึกษาได้แบ่งวิธีการสอนออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มแรกจัดตามลักษณะกระบวนการสอน เช่น วิธีประสมประสาน กระบวนการกลุ่ม กลุ่มที่สองจัดตามวิธีการสอน เช่น บรรยาย สาธิต อภิปราย ส่วนกลุ่มที่สามจัดตามวิธีปฏิบัติของครู เช่น แบบจุลภาค เป็นคณะ แบบโปรแกรม (กุลยา ตันติผลาชีวะ 2524 : 86) นอกจากนี้แล้ว ควรรู้จักเลือกใช้สื่อการสอนอย่างเหมาะสมเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้

2.5 กำหนดแนวทางประเมินผล เพื่อวัดความสามารถและพัฒนาการการเรียนรู้ของผู้ช่วย ว่าบรรลุผลตามความมุ่งหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ วิธีการประเมินผล เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์ การทดสอบ เป็นต้น

3. การลงมือปฏิบัติ (Implementation) คือการดำเนินการสอนตามแผนการสอน เป็นขั้นถ่ายทอดความรู้ไปสู่ผู้ช่วย ซึ่งผู้สอนและผู้เรียนมีกิจกรรมร่วมกันในการดำเนินการสอนที่มีประสิทธิภาพนั้น ผู้สอนจะพยายามจัดการสอนให้สอดคล้องกับหลักการเรียนรู้ใหม่มากที่สุด โดยยึดหลักการเรียนรู้และหลักการสอน ดังนี้ (ชาญชัย อินทรประวัติ 2522 : 32-33)

ก. หลักการเรียนรู้ มีดังนี้

1. ผู้เรียนจะเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อมีความพร้อมที่จะเรียน
2. ผู้เรียนจะเรียนรู้ได้อย่างดีถ้ามีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้
3. ผู้เรียนจะเกิดการเรียนรู้ได้ดี ถ้าได้เรียนทีละน้อย และเริ่มจากความง่ายไปหาความยาก
4. ผู้เรียนต้องการที่จะรับรู้การกระทำของตน
5. ผู้เรียนต้องการการเสริมแรง (Reinforcement)
6. การปฏิบัติซ้ำบ่อย ๆ จะเกิดการเรียนรู้ได้ดี
7. ความพึงพอใจต่อสิ่งที่เรียนต่อผู้สอน ทอสถานการณรอบ ๆ ตัว จะช่วยให้การเรียนรู้ได้ผลดี
8. การเรียนในสภาพที่คล้ายคลึงความเป็นจริง จะทำให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจอย่างรวดเร็ว
9. ความแตกต่างระหว่างบุคคลจะทำให้แต่ละคนเกิดการเรียนรู้นานน้อย เร็วช้าไม่เท่ากัน
10. ผู้เรียนจะเรียนรู้ได้ดีเมื่อมีความสนใจที่จะเรียน มีความมุ่งหมายแน่นอนในการเรียน

ข. หลักการสอน มีดังนี้

1. สอนให้สอดคล้องกับความพร้อมของผู้เรียน และจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม

2. พยายามให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนการสอนให้
มาก ผู้สอนไม่ควรแสดงแก่ผู้เรียน
3. ควรสอนทีละเรื่อง ทีละตอน เริ่มจากใกล้ตัวไปหาสิ่งไกลตัว
เริ่มจากรูปธรรมไปสู่นามธรรม
4. ผู้สอนต้องให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนทราบ
การกระทำของเขา
5. ผู้สอนต้องให้การชมเชย การให้รางวัลที่เหมาะสมและ
สม่ำเสมอ
6. เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ฝึกหัดทดลองและปฏิบัติด้วยตนเองบ่อยๆ
7. ผู้สอนควรปรับปรุงบุคลิกภาพให้เหมาะสม ลดความเครียด
ความวิตกกังวลของผู้เรียนให้มากที่สุด พยายามเป็นกันเอง สร้างบรรยากาศแบบ
ประชาธิปไตย
8. พยายามจัดสถานการณ์การสอนให้มีสภาพคล้ายคลึงชีวิตจริง
หรือความเป็นจริงให้มากที่สุด
9. ปฏิบัติต่อผู้เรียนแตกต่างกันออกไป ตามความแตกต่างของ
แต่ละคน ความคิดในลักษณะเดียวกันของผู้เรียนหลายคน อาจมีสาเหตุไม่เหมือนกัน
10. ใช้การจูงใจ ช่วยชี้แนะในการ ตั้งจุดมุ่งหมายในการเรียน
สร้างแรงจูงใจทั้งภายในและภายนอกตัวผู้เรียน

4. การประเมินผล (Evaluation) การสอน เป็นกิจกรรมสำคัญที่
กระทำเพื่อให้ได้ข้อมูลและข้อเท็จจริงที่จะนำมาสรุปว่า ผู้ป่วยได้พัฒนาการเรียนรู้
จนประสบผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมายหรือไม่ มากน้อยเพียงไร ประสิทธิภาพของการ
ดำเนินงานเป็นไปตามที่มุ่งหวังหรือไม่ การใช้วิธีการสอนและสื่อการสอนประสบ
ผลสำเร็จมากน้อยเพียงไร มีสิ่งใดที่ยังบกพร่องและควรจะได้รับปรับปรุงแก้ไข

จะเห็นได้ว่า การสอนผู้ป่วยนั้นเป็นงานที่ต้องทำอย่างละเอียดรอบคอบ
ต้องใช้เวลาและความอดทน มีการดำเนินงานอย่างมีจุดมุ่งหมายและมีระเบียบแบบ-
แผน มีการวางแผนไว้ล่วงหน้า มีการผสมผสานหลักการทางการพยาบาล และ

หลักการทางการศึกษาเข้าไว้ด้วยกัน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ช่วยเกิดการเรียนรู้ใหม่มากที่สุด พยายามเองก็จะมีพรหม ความมั่นใจในการสอนให้สำเร็จลุล่วงไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

วิธีการสอนผู้ช่วยมีหลายวิธี การจะเลือกใช้วิธีการสอนแบบใดนั้นขึ้นอยู่กับความเหมาะสมขององค์ประกอบต่าง ๆ คือ จุดมุ่งหมายของการสอน เนื้อหาที่จะสอน ความต้องการของผู้เรียน ความรู้ความสามารถ และความถนัดของผู้สอน วัสดุอุปกรณ์ ตลอดจนเวลาและสถานที่ที่จะใช้สอน (สุนทรี ภาณุทัต 2524 : 12)

โดยทั่วไป การสอนผู้ช่วยในหอผู้ป่วยที่นิยมใช้มีอยู่ 2 วิธีหลัก คือ

1. การสอนรายบุคคล เป็นการให้ความรู้ที่ตรงกับปัญหาความเจ็บป่วยและความต้องการของผู้ป่วย (สุริย์ จันทรโมลี 2521 : 83) การสอนรายบุคคลจะยึดเอาความแตกต่างของบุคคลเป็นหลัก ได้แก่ ความแตกต่างในด้านความสามารถ สติปัญญา ความต้องการ ความสนใจ ร่างกาย อารมณ์ และสังคม (นิพนธ์ ศุขปริที 2519 : 92)

ข้อดีของการสอนรายบุคคล มีดังนี้ (สุริย์ จันทรโมลี 2521 : 85)

1.1 ผู้สอนได้ทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับปัญหาการเจ็บป่วย การให้ความรู้จะตรงกับความต้องการในรายที่มีปัญหาเฉพาะ

1.2 ผู้สอนช่วยแนะแนวทางให้ผู้ช่วยได้มองเห็นปัญหาของตนเอง ซึ่งบางครั้งผู้ช่วยไม่ทราบสาเหตุ

1.3 เป็นการสร้างสัมพันธไมตรีที่ดีต่อกัน มีความรู้สึกเป็นกันเอง โดยไม่มีความรู้สึกแปลกหน้าต่อกัน มีความไว้วางใจ ผู้ป่วยกล้าที่จะปรึกษาปัญหาส่วนตัว ผู้สอนมีโอกาสได้ทราบถึงปัญหาข้อสงสัย ความคาดหวัง ความผิดหวัง และความไม่พอใจ

1.4 ผู้สอนได้มีโอกาสได้ประเมินผลการเรียนรู้ของผู้ป่วย โดยทราบการสะท้อนกลับไต่หัตถ์ เพื่อจะได้รับการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้ช่วยแต่ละราย

1.5 ผู้สอนทราบว่าควรจะให้กำลังใจแก่ผู้ช่วยแต่ละคนมากน้อยเพียงใด

การสอนผู้ช่วยรายบุคคลนี้ เป็นวิธีที่นิยมนำมาใช้ในการสอนผู้ช่วยวิธีหนึ่ง แต่มีข้อเสีย คือ เปลืองกำลังเจ้าหน้าที่ และเป็นวิธีที่จะต้องเสียเวลามาก นอกจากนี้ส่วนมากจะเป็นการสอนที่ไม่มีรูปแบบ หรือไม่มีแบบแผน คือไม่มีการวางแผนล่วงหน้า เมื่อให้การพยาบาลแก่ผู้ช่วยแล้วพบปัญหา หรือผู้ช่วยถามข้อข้องใจ ก็จะทำให้ความรู้แก่นผู้ช่วย ซึ่งอาจให้ความรู้ได้อย่างไม่ครอบคลุมและทั่วถึง นอกจากนี้ การให้คำอธิบายแก่ผู้ช่วยที่ข้างเคียงในเรื่องที่ควรจะทำความเข้าใจ ก็อาจเรียกได้ว่าเป็นการใช้วิธีการสอนแบบบรรยาย (Redman 1980 : 120) ซึ่ง เคเวียส (Davies 1981 : 39) กล่าวว่า วิธีบรรยายนี้เป็นการสอนที่ใช้การติดต่อสื่อสารทางเดียว จึงมีโอกาสน้อยมาก หรือไม่มีเลยในการที่จะตรวจสอบว่าผู้เรียนได้เรียนรู้แล้ว

มอนไทโร (Monteiro 1964 : 27-28) ได้ให้ข้อคิดเห็นว่า การสอนอย่างไม่มีรูปแบบ หรือไม่มีแบบแผนนี้มักจะถูกนำไปใช้อย่างไม่เหมาะสม เพราะเป็นการพูดคุยหรือตอบคำถามแก่ผู้ช่วย ส่วนการสอนอย่างมีแบบแผนจะกำหนดขั้นตอนของการสอนไว้อย่างชัดเจน

2. การสอนเป็นกลุ่ม เป็นการสอนโดยจัดให้ผู้ที่ควรจะได้รับการสอนในเรื่องเดียวกันอยู่รวมกัน

การสอนเป็นกลุ่มจะมีกำหนดเวลาและสถานที่แน่นอน ผู้ช่วยได้รับการสอนที่ตรงกัน และเป็นการช่วยให้ผู้ช่วยสบายใจขึ้นที่ได้พบผู้ที่มีปัญหาเหมือนกัน

(Murray 1976 : 239) นอกจากนี้การสอนเป็นกลุ่มยังเป็นวิธีที่ประหยัดสามารถสอนผู้ช่วยได้ครั้งละหลายคน และประสบการณ์ของผู้ช่วยที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มอาจช่วยให้ผู้ช่วยได้บรรลุผลตามจุดมุ่งหมาย การสอนผู้ช่วยเป็นกลุ่มนั้น เมื่อก่อนนี้นิยมใช้วิธีบรรยาย (Redman 1980 : 121-122) ซึ่งชอบทบทวนของการสอนแบบบรรยาย ได้แก่ การจำกัดการมีส่วนร่วมของผู้เรียน ผู้เรียนจำเนื้อหาวิชาได้น้อย เป็นต้น ปัจจุบันได้มีการพัฒนาปรับปรุงเทคนิคการสอนผู้ช่วยเป็นกลุ่ม โดยนำเอากระบวนการกลุ่มมาใช้ในการสอนผู้ช่วย

กระบวนการกลุ่มเป็นกระบวนการ เพื่อใช้กลุ่มในการแก้ปัญหาหรือกระทำ
 สิ่งใดสิ่งหนึ่งร่วมกันเพื่อเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ผู้เรียนจะเป็นผู้เข้าร่วมกิจกรรมการ
 เรียนรู้ด้วยตนเอง และใช้วิถีวิเคราะห์พฤติกรรมของผู้เรียนซึ่งเกิดขึ้นในขณะนั้น
 เป็นกระบวนการสำคัญของการเรียนรู้ (ทศนา เทียนเสมอ 2515 : 31) วิธีการสอน
 โดยการใช้กระบวนการกลุ่มเป็นวิธีการเรียนรู้จากการทำงานร่วมกันเป็นกลุ่มย่อย
 หลักการสอนโดยการใช้กระบวนการกลุ่มเป็นการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ โดย
 ให้ผู้เรียนเป็นผู้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Learning by Doing)
 ซึ่งจะทำให้การเรียนรู้เป็นประสบการณ์ที่เต็มไปด้วยความมีชีวิตชีวา เราใจ ไม่
 เฉื่อยชา (Active Learning) นอกจากนี้ การเรียนรู้จะเป็นประสบการณ์ที่มี
 คุณค่าและมีความหมายต่อผู้เรียนมากขึ้น ถ้าผู้เรียนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการ
 เรียนรู้ ในฐานะที่เป็นสมาชิกคนหนึ่งของกลุ่ม (Group Participation) การ
 ลงมือปฏิบัติ การแสดงความคิดเห็น การมีความรู้สึกและอารมณ์ร่วมในสิ่งที่ได้
 กระทำ จะทำให้เกิดแนวคิดและสามารถจดจำเนื้อหาวิชาได้นาน และจากการมี
 ส่วนร่วมในกลุ่ม ก็จะทำให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ช่วยให้การเรียนรู้
 เป็นไปอย่างกว้างขวางและได้ผลดี สามารถนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้
 (เขาวพา เศษะคุปต์ 2522 : 229-230)

การใช้กระบวนการกลุ่มในการสอนผู้ป่วย

ในวงการพยาบาลได้มีการนำเอากระบวนการกลุ่มมาใช้ในการสอนผู้ป่วย
 ที่มีความเจ็บป่วยทางกาย โดยดัดแปลงมาจากวิธีการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเป็นกลุ่ม
 หรือจิตบำบัดกลุ่ม (Group Psychotherapy) ผู้ป่วยทางกายโดยทั่วไป ได้แก่
 ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยทางอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ เช่น ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ผู้ป่วย
 ที่ต้องเปลี่ยนไต ผู้ป่วยโรคหัวใจ เป็นต้น

การสอนผู้ป่วยโดยการใช้กระบวนการกลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้
 เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ความเจ็บป่วย และเพื่อป้องกันหรือลดปัญหาทางด้านจิตใจ
 ความแปรปรวนทางอารมณ์ (Psychological Deterioration) อันเนื่อง

มาจากความเจ็บป่วยทางกายของตน การสอนผู้ป่วยด้วยวิธีนี้ไม่ใช่เป็นการรักษา โดยตรงเหมือนการทำจิตบำบัดกลุ่ม แต่เป็นการป้องกันและให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วย สามารถพัฒนาตัวเองให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤต อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยทางกาย ไปได้ควยติ (Marram 1978 : 22-24) นอกจากนี้ ยังมีวัตถุประสงค์เพื่อ แก่ไขในสิ่งที่ผู้ป่วยเข้าใจผิด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในธรรมชาติของความ เจ็บป่วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การช่วยเหลือตนเอง เป็นต้น การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการได้รับฟังปัญหาจากผู้ป่วยที่มีปัญหา คล้าย ๆ กัน จะช่วยให้เกิดความเข้าใจ และมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนิน ชีวิต หรือมีการปฏิบัติไปในทางที่ถูกต้องตามหลักสุขภาพอนามัย (Skiff 1973 : 117-120)

ในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดนั้น มีผู้นิยมเอากระบวนการกลุ่มมาใช้ในการสอน ผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวลและความเครียดของผู้ป่วย อันเนื่องมาจากการผ่าตัด (Dziurbeiko and Larkin 1978 : 1892, Walters 1979 : 1090-1091) ทั้งนี้เพราะการที่ผู้ป่วยได้เข้ากลุ่มร่วมกับผู้อื่นที่มีปัญหาคล้าย ๆ กันในระยะก่อนผ่าตัด จะช่วยให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้ สึกนึกคิดเกี่ยวกับความคาดหวังต่อความเจ็บปวด ความวิตกกังวล ความไม่สุขสบาย ความคาดหวังเกี่ยวกับผลของการผ่าตัด ความ กลัวการผ่าตัดในระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน จะช่วยลดความวิตกกังวลและความกลัวของ ผู้ป่วยได้ก็สามารถช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวเข้ากับสภาพความเจ็บป่วยและการอยู่โรง- พยาบาลได้ดีขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยสามารถที่จะจำวิธีการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด บางอย่างที่ยาบาลให้คำแนะนำและสอนในระหว่างการเข้ากลุ่ม และนำไปใช้ได้ เป็นอย่างดี (Marram 1978 : 24-27)

นอกจากนี้ ยังมีผู้ใช้กระบวนการกลุ่มในการสอนผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพื่อ ให้ผู้ป่วยเรียนรู้กับอาการ สาเหตุของโรค การวินิจฉัยโรค และการรักษา โดย มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ สึก ความกลัวเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ในระหว่าง ผู้มีปัญหาคคล้าย ๆ กัน โดยมีพยาบาลคอยให้คำแนะนำและตอบข้อสงสัย วิธีการนี้

สามารถทำให้ผู้ช่วยลดความวิตกกังวล มีความรู้สึกนึกคิด และคาดหวังเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ไปในทางที่ดีขึ้น มีกำลังใจ เพิ่มพูนความสนิทสนมไว้วางใจ และเกิดความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดระหว่างสมาชิกในกลุ่ม (Whitman, Gustafson and Coleman 1979 : 910-913, Kelly and Ashby 1979 : 914-915, Krum, Vannatta and Sanders 1979 : 916)

วิธีการสอนผู้ช่วยโดยการใช้กระบวนการกลุ่ม

การสอนผู้ช่วยโดยการ ใช้กระบวนการกลุ่มนั้นเป็นการสอนผู้ช่วยในกลุ่มย่อย วิธีการสอนผู้ช่วยเป็นกลุ่มย่อยนั้นมักจะใช้วิธีการอภิปรายกลุ่ม ซึ่งเป็นวิธีที่มีประโยชน์มากที่สุด ช่วยให้ผู้ช่วยใ้ยอมรับผลตามจุดมุ่งหมาย มีการพัฒนาทางด้านทัศนคติ ความรู้ ความเข้าใจ แนวคิด (Redman 1980 : 122) เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เข้ากลุ่มได้แลกเปลี่ยนความคิดและประสบการณ์ รวมทั้งได้ฝึกทักษะการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น ทั้งที่ แสตนฟอร์ด และ แสตนฟอร์ด (Standford and Standford 1969 : 15) กล่าวว่า การอภิปรายกลุ่มจะมีจุดมุ่งหมายหลายประการด้วยกัน คือ เพื่อแก้ปัญหาาร่วมกันเพื่อให้ทราบความคิดเห็นของบุคคลอื่น ๆ เพื่อให้ทราบความรู้สึกนึกคิดของบุคคลอื่นในแง่ของการยอมรับความรู้สึก และการมีส่วนร่วมในกลุ่ม ตลอดจนเพื่อตั้งความคิดออกมาเป็นการกระทำร่วมกัน

การอภิปรายกลุ่มเป็นการช่วยให้ผู้ช่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี ส่งเสริมให้ผู้ช่วยสามารถเปลี่ยนวิธีการดำรงชีวิต ความเชื่อต่าง ๆ ซึ่งเป็นผลจากการเรียนรู้จากกระบวนการกลุ่ม และการที่ผู้ช่วยได้แสดงความรู้สึก ความคิดเห็นซึ่งมีประสบการณ์มาก่อน เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยทราบถึงปัญหาทางด้านจิตใจของตนเองด้วย (Klein 1972 : 124)

การแบ่งกลุ่มย่อยนั้นไม่ใช่เพื่อการอภิปรายเพียงอย่างเดียว แต่ยังมีหมายถึงการแบ่งกลุ่มย่อยเพื่อจุดประสงค์อื่นด้วย เช่น การสอนแบบที่เลี้ยง (Tutorial) เป็นการสอนแบบช่วยเหลือในกลุ่มที่ละคน การใช้กลุ่มเพื่อเสนอการสอนเนื้อหาวิชา (Diadactic Presentation) เป็นการจัดให้ผู้ที่มิปัญหาหรือความสนใจคล้าย ๆ กัน

มารวมกลุ่ม แล้วผู้สอนเสนอเนื้อหาวิชาโดยให้มีการอภิปรายซักถาม หรือการจัดแบ่งกลุ่มย่อยเพื่อเป็นการฝึกการซักซ้อมทบทวน (Rehearsal) ซึ่งเป็นการฝึกหัดร่วมกันเป็นกลุ่มเล็ก เหล่านี้เป็นต้น (Deighton 1971 : 229-233)

บทบาทและหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม

องค์ประกอบ 3 ประการ ที่จะทำให้การทำงานกลุ่มเกิดผล คือ การปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม การจัดตั้งโครงสร้างและการดำเนินงานของกลุ่ม และประการสุดท้าย คือ คุณลักษณะความเป็นผู้นำ ผู้ที่มีความสามารถผสมผสานองค์ประกอบทั้งสามให้เข้ากันเพื่อการทำงานกลุ่มที่ประสบผลสำเร็จอย่างดียิ่ง คือ ผู้นำกลุ่มนั่นเอง เพราะผู้นำกลุ่มสามารถจะกำหนดเกณฑ์ในการเลือกสมาชิกกลุ่ม ทำการสร้างสัมพันธ์ภาพสร้างปฏิสัมพันธ์ให้เกิดขึ้นในกลุ่ม สร้างโครงสร้าง การดำเนินงานและบรรยากาศของกลุ่ม ตลอดจนนำเอาทักษะความเป็นผู้นำมาใช้ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการทำงานที่กำหนดไว้ (Marram 1978 : 121)

จะเห็นได้ว่า ผู้นำกลุ่มมีบทบาทสำคัญมากในการทำงานกลุ่ม มาร์ราม (Marram 1978 : 124) ได้กำหนดบทบาทของผู้นำกลุ่มไว้ 2 ด้าน คือ หน้าที่ของผู้นำกลุ่ม (Leadership Functions) และการปฏิบัติการในการเป็นผู้นำกลุ่ม (Leadership Interventions) ซึ่งทั้ง 2 ด้านนี้มีความแตกต่างกัน คือ หน้าที่ของผู้นำกลุ่ม คือ ความรับผิดชอบในการเอื้ออำนวยให้เกิดความสามัคคีภายในกลุ่ม (Cohesion) การจัดสร้างบรรยากาศให้มั่นคงปลอดภัยภายในกลุ่ม การตรวจตราและการส่งเสริมความเจริญของงานของบุคคลในการทำงาน สำหรับ การปฏิบัติการในการเป็นผู้นำกลุ่มนั้น เป็นพฤติกรรมหรือการกระทำที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งเป็นการเอื้ออำนวยให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการทำงาน และอาจจะให้กลุ่มมีส่วนร่วมในการกระทำนี้ได้ นั้นหมายถึงว่าสมาชิกในกลุ่มสามารถที่จะมีการปฏิบัติการในการเป็นผู้นำกลุ่มได้ แต่ไม่สามารถจะทำหน้าที่ของผู้นำกลุ่มได้ เนื่องจากไม่ใช่หน้าที่ที่จะรับผิดชอบ

ความเป็นผู้นำเป็นพื้นฐานของการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ในกลุ่มให้มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพราะเป็นการช่วยเหลือสนับสนุนให้กลุ่มได้บรรลุวัตถุประสงค์ สมาชิกมีส่วนร่วมในกลุ่มอย่างมีชีวิตชีวา และมีการปฏิสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพ

หน้าที่ของผู้นำกลุ่ม มี 4 ประการ ดังนี้

1. ผู้นำกลุ่มจะต้องเอื้ออำนวยประโยชน์ให้แก่สมาชิก โดยการตอบสนองความต้องการของสมาชิก 3 ด้าน คือ ความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย (Security) ความรู้สึกเป็นเจ้าของ รู้สึกว่าเป็นสมาชิกของกลุ่ม (Belonging) และความเป็นเพื่อนกับผู้อื่น (Companionship) ผู้นำกลุ่มจะต้องให้โอกาสแก่สมาชิกในการที่จะตระหนักถึงความสามารถเฉพาะของตน และความรับผิดชอบของตนที่พึงมีต่อหมู่คณะด้วย

2. ผู้นำกลุ่มจะต้องสร้างบรรยากาศที่มีชีวิตชีวาให้เกิดขึ้นในกลุ่ม ให้สมาชิกทุกคนมีอิสระในการแสดงความรู้สึก ความคิดเห็น ปัญหาต่าง ๆ ที่พบ ตลอดจนมีอิสระในการหาแนวทางการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ร่วมกัน ทั้งนี้โดยให้บรรยากาศภายในกลุ่มไม่อยู่ในภาวะตึงเครียดจนเกินไป สัมพันธภาพระหว่างบุคคลยังคงมั่นคงเป็นที่น่าพึงพอใจ

3. ผู้นำกลุ่มจะต้องมีหน้าที่ตรวจสอบดูแลความก้าวหน้าหรือความเจริญงอกงามของการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มมีความรับผิดชอบโดยตรงในการดำเนินการให้กลุ่มได้บรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ และจะต้องมีการประเมินผลความก้าวหน้าของการทำกลุ่มเป็นระยะ ๆ

4. ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่กำหนดจุดมุ่งหมายเฉพาะของสมาชิกแต่ละคน เนื่องจากสมาชิกแต่ละคนย่อมจะใช้เวลาในการที่จะบรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่มได้ต่างกัน

แซมสัน และ มาร์ธาส์ (Sampson and Marthas 1972 : 188) ได้สรุปหน้าที่ของผู้นำกลุ่มไว้ดังนี้

1. ช่วยให้ผู้สมาชิกในกลุ่มได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายของกลุ่มที่กำหนดไว้
2. ช่วยให้ผู้สมาชิกทุกคนในกลุ่มได้ตระหนักถึงบทบาทของตนเองในการเข้า

รวมกลุ่ม เพื่อให้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายร่วมกัน โดยนำเอาวิธีของกระบวนการแก้ปัญหา มาใช้

3. ช่วยให้สมาชิกตระหนักถึงความสามารถของตนในการแก้ปัญหาต่าง ๆ
 4. ประเมินผลความก้าวหน้าของกลุ่ม
 5. ช่วยให้สมาชิกในกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนความรู้สึคนึกคิด ประสบการณ์ โดยควบคุมไม่ให้สมาชิกในกลุ่ม เกิดความรู้สึกรู้สึกขัดแย้ง
 6. ช่วยให้อุบัติการณ์เกิดการ เรียนรู้จากประสบการณ์ของสมาชิกในกลุ่ม
- แต่ละคน

ในการจัดทำกลุ่มนั้น ผู้นำกลุ่มจะต้องมีการปฏิบัติการในการ เป็นผู้นำกลุ่ม ที่เหมาะสมเพื่อทำหน้าที่ของผู้นำกลุ่มที่มีประสิทธิภาพ อันจะช่วยให้การทำกลุ่มได้รับ ผลสำเร็จเป็นอย่างดี ผู้นำจะต้องมีการดำเนินการปฏิบัติ ดังนี้ (Marram 1978 : 127-139)

1. กำหนดจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่มอย่างชัดเจน และต้องอธิบายให้ สมาชิกทุกคนเข้าใจถึงจุดมุ่งหมาย และวิธีดำเนินการของกลุ่ม การที่สมาชิกมาเข้าร่วมในกลุ่มโดยไม่ทราบวัตถุประสงค์ที่ชัดแจ้งนั้น จะทำให้สมาชิกมีความวิตกกังวล เพิ่มขึ้น

2. สร้างแบบแผนของการทำกลุ่ม เพื่อช่วยให้การทำกลุ่มมีประสิทธิภาพดี ช่วยให้สมาชิกในกลุ่มมีความกระตือรือร้น และสมาชิกเข้ามามีส่วนร่วมในกลุ่มอย่างเต็มที่ โดยจะต้องมีการวางแผนในเรื่องของโครงสร้าง และองค์ประกอบภายนอก โดยทั่ว ๆ ไปที่จะมีอิทธิพลต่อการรวมกลุ่ม เช่น จำนวนสมาชิกในกลุ่ม การกำหนด เวลา ระยะเวลา สถานที่ การจัดที่นั่ง ลักษณะของสมาชิก เป็นต้น

3. กระตุ้นและเพิ่มพูนการมีปฏิสัมพันธ์กันในระหว่างสมาชิก ผู้นำกลุ่มจะต้องกระตุ้นให้สมาชิกได้มีการพูดจาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ทำให้สมาชิกได้รับทราบถึงปัญหาของผู้อื่น ได้ทราบว่าผู้อื่นก็มีปัญหาเช่นเดียวกับตน มีความเข้าใจในปัญหา ของกันและกัน หาทางช่วยเหลือกัน ปฏิสัมพันธ์นั้นอาจอยู่ในรูปของการพูดจา หรือ ความเข้าใจร่วมกัน (Mutual Understanding) สิ่งเหล่านี้เป็นการสร้างให้

สมาชิกมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ รู้สึกว่าเป็นสมาชิกของกลุ่ม (Belonging) มีความเป็นเพื่อนกับผู้อื่น (Companionship) และความรูสึกมั่นคงปลอดภัย (Security) นอกจากนี้ ผู้นำกลุ่มอาจกระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มให้เพิ่มมากขึ้น โดยการใช้โซเชียลมีเดีย การเล่นเกมส หรืออื่น ๆ

4. กระตุ้นให้สมาชิกได้ทูละบายและแลกเปลี่ยนปัญหาซึ่งพบได้ร่วมกัน ผู้นำกลุ่มต้องพยายามให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ การทำกลุ่มจะมีความหมายและได้รับความสนใจอย่างมากจากสมาชิก ถ้าสิ่งที่ได้พูดในกลุ่มเป็นปัญหาของสมาชิกทุกคน หรือสมาชิกส่วนมากในกลุ่ม นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างความรู้สึกร่วมกันอีกด้วย ทำให้สมาชิกในกลุ่มรู้สึกว่าเป็นที่ยอมรับและได้รับการช่วยเหลือให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

5. วางแผนการทำกลุ่มสำหรับสมาชิกแต่ละคน เนื่องจากสมาชิกแต่ละคนมีความสามารถในการบรรลุถึงจุดมุ่งหมายของกลุ่มต่างกัน ผู้นำกลุ่มจะต้องสามารถหาวิธีแก้ไขในสิ่งที่เกิดขึ้นในกลุ่ม สามารถแยกได้ว่ามีองค์ประกอบอะไรที่ทำให้การดำเนินการของกลุ่มไม่ต่อเนื่องกัน หรือทำให้การอภิปรายกลุ่มไม่เป็นไปตามรูปแบบ เช่น สมาชิกบางคนผูกขาดการสนทนาคนเดียว ผู้นำกลุ่มอาจพูดว่า ขณะนี้ดูเหมือนว่าจะมีบุคคลเพียงคนเดียวรับผิดชอบในการอภิปรายกลุ่ม ทำไมจึงเป็นเช่นนั้น แล้วให้สมาชิกในกลุ่มทุกคนได้แสดงความคิดเห็น การใช้วิธีนี้จะทำให้กลุ่มได้เข้าใจดีขึ้นว่าอะไรคือความต้องการของกลุ่ม และสมาชิกแต่ละคนจะสามารถดำเนินการเพื่อสอดคล้องกับความต้องการของตนในการจะบรรลุถึงวัตถุประสงค์ของกลุ่มได้อย่างไร เป็นต้น

6. ช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิก ผู้นำกลุ่มควรช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิกตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกของการทำกลุ่ม โดยผู้นำกลุ่มจะต้องแจ้งวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนของการทำกลุ่ม และวิธีที่สมาชิกในกลุ่มจะต้องดำเนินการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ผู้นำกลุ่มจะต้องมีท่าทีแสดงความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจ เฝ้ามอง และพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิก

7. การสรุปความก้าวหน้าของการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องควบคุมดูแลความก้าวหน้าในการดำเนินการของการทำกลุ่มทุกระยะจนกว่าจะสิ้นสุดการทำกลุ่ม เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้

การที่ผู้นำกลุ่มจะปฏิบัติการด้วยรายละเอียดดังกล่าวได้นั้น ผู้นำกลุ่มจะต้องมีความรู้ในทฤษฎีต่าง ๆ อย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถตรวจตราความก้าวหน้าของกลุ่มและกำหนดหรือสร้างความเจริญงอกงามในสมาชิกแต่ละคนได้ พร้อมทั้งต้องอาศัยหลักทฤษฎีต่าง ๆ มาเป็นตัวกำหนด การกำหนดจุดมุ่งหมายทั่วไปของการทำกลุ่ม และจุดมุ่งหมายเฉพาะรายบุคคล จะต้องขึ้นกับทฤษฎีต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกัน ซึ่งผู้นำกลุ่มจะต้องเลือกใช้ให้เหมาะสม เช่น ถ้าผู้นำกลุ่มต้องการเพิ่มทักษะในการติดต่อสื่อสารของสมาชิก ก็ต้องนำทฤษฎีการติดต่อสื่อสารมาใช้ เป็นต้น

กระบวนการในการจัดการสอนผู้ช่วยโดยใช้กระบวนการกลุ่ม

แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ

1. การจัดตั้งกลุ่ม (Group Formation)
2. การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม (Phase of Group Experience)

การจัดตั้งกลุ่ม (Group Formation)

สิ่งสำคัญที่จะต้องนึกถึง คือ

1. การกำหนดวัตถุประสงค์ของกลุ่ม

วัตถุประสงค์ของกลุ่มเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากเป็นอันดับแรกในการสอนผู้ช่วย การกำหนดวัตถุประสงค์ของกลุ่มแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ วัตถุประสงค์ทั่วไป และวัตถุประสงค์เฉพาะรายบุคคล

การกำหนดวัตถุประสงค์จะต้องคำนึงถึงองค์ประกอบเหล่านี้ (Marram

1.1 ความรู้พื้นฐานของทฤษฎีต่าง ๆ เช่น ทฤษฎีการติดต่อสื่อสาร ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นต้น นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงปรัชญา ทักษะ ความสามารถ และความสนใจของพยาบาล

1.2 ลักษณะของผู้ป่วยที่มาเข้ากลุ่ม

1.3 นโยบายและจุดมุ่งหมายของหน่วยงานที่ทำงานอยู่

1.4 หน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลระดับวิชาชีพ

2. การคัดเลือกผู้ป่วยที่จะนำมาเข้ากลุ่ม

ในการคัดเลือกผู้ป่วยที่จะมาเข้ากลุ่ม พยาบาลควรพิจารณาถึง คุณลักษณะและความพร้อมของผู้ป่วยในการเข้ากลุ่ม เพื่อจะได้คัดเลือกได้ว่าคุณป่วย คนใดสมควรจะนำมาเข้ากลุ่มเพื่อการสอน พยาบาลควรมีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ป่วยทั้งทางอ้อม คือจากแผนรายนงานที่เกี่ยวข้องกับประวัติผู้ป่วย และสัมภาษณ์ผู้ป่วย เป็นรายบุคคลโดยตรง โดยมีขั้นตอน ดังนี้ (Marram 1978 : 145-148)

2.1 ประเมินสภาพอารมณ์ของผู้ป่วย สิ่งที่จะประเมิน ได้แก่

2.1.1 ลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ (Affective or Mood Characteristics) เช่น ผู้ป่วยมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายหรือไม่

2.1.2 แบบแผนความรู้สึนึกคิด (Thinking Pattern) เช่น ผู้ป่วยมีความหลงผิด (Delusion) ประสาทหลอน (Hallucination) หรือไม่

2.1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relationships) เช่น ผู้ป่วยมีท่าทีไม่เป็นมิตร และปลีกตัวต่อครอบครัว และ หน้าที่พยาบาลหรือไม่

2.1.4 การประจักษ์ในคุณค่าตนเองของผู้ป่วย (Self-Esteem and Self-Concept) เช่น ผู้ป่วยมองตนเองอย่างไร

2.1.5 ความเป็นตัวของตัวเอง หรืออัตตาของผู้ป่วย (Ego-Strength) เช่น ผู้ป่วยเป็นคนมีเหตุผลในการตัดสินใจความคิดเห็นหรือการกระทำของตนเองอย่างไร

2.1.6 แบบแผนการติดต่อสื่อสาร (Communication Patterns) เช่น ผู้ป่วยมีรูปแบบการติดต่อสื่อสารอย่างไร สามารถถ่ายทอดความคิดเห็นของตนเองให้ผู้อื่นเข้าใจความหมายได้ก็เพียงไร

พยายามดูว่ากลุ่มจะตองนำเอาข้อมูลที่ไดทั้งหมดมาพิจารณา วมกันอีกครั้ง เพื่อควาผู้ป่วยมีความพร้อมเพียงใดสำหรับการเข้ากลุ่ม เช่น สามารถที่จะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเอง และยอมรับทั้งปัญหาของผู้อื่นหรือไม่ ผู้ป่วยสามารถที่จะหนีรับฟังข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมของตนได้หรือไม่ เป็นคนผู้ป่วยบางรายอาจไม่เหมาะกับการเข้ากลุ่ม ถ้าเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหารุนแรง

2.2 ประเมินความต้องการในการเข้ากลุ่มของผู้ป่วย โดยแจ้งผู้ป่วยให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ในการสอนผู้ป่วยโดยการไขกระบวนกรกลุ่ม ชักถาม ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยที่จะได้จากการทำกลุ่ม ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นและแสดงความสนใจในการที่จะเป็นสมาชิกของกลุ่ม

ยาม (Yalom 1970 : 173-177) ได้แสดงความคิดเห็นโดยสรุปไว้ว่า ประสบการณ์การเรียนรู้ที่ประสบผลสำเร็จของสมาชิกในกลุ่มจะเกิดขึ้นจากการรับรู้ว่าการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ในกลุ่มตรงกับความต้องการของตน จากการมีสัมพันธภาพที่น่าพึงพอใจกับผู้อื่น จากการมีส่วนร่วมในการทำงานกลุ่ม มีความรู้สึกเป็นเจ้าของ และมีความสนใจในการเข้ากลุ่ม

เมื่อมีการคัดเลือกผู้ป่วยที่จะนำมาเข้ากลุ่มได้แล้ว จะมีการทำสัญญาตกลงยินยอมในการเป็นสมาชิกกลุ่ม โดยในสัญญานั้นจะแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่ม ประโยชน์ของการทำกลุ่มที่บุคคลนั้นพึงจะได้ กฎและแนวทางในการปฏิบัติตัวในฐานะสมาชิกของกลุ่ม การทำสัญญาดังกล่าวยินยอมนี้มักจะทำในกรณีที่มีการเข้ากลุ่มมากกว่า 1 ครั้ง อาจจะทำเป็นลายลักษณ์อักษรหรือเป็นวาจาคำพูดก็ได้ (Clark 1977 : 66)

3. โครงสร้างของกลุ่ม

กลุ่มควรประกอบด้วยสมาชิกไม่น้อยกว่า 3 คน แต่ไม่ควรเกิน 20 คน (Taylor 1982 : 183) เคลน (Klein 1972 : 65) กล่าวว่า

สำหรับกลุ่มย่อยขนาด 5-7 คนนั้น จะเปิดโอกาสให้สมาชิกมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด และ คลาร์ก (Clark 1977 : 62) ใ้ให้ความเห็นว่า กลุ่มที่มีคน 4-12 คน เป็นกลุ่มขนาดที่เหมาะสมที่สุดที่ทำให้เกิดการปฏิสัมพันธ์กันมากที่สุด และมีความเป็นปึกแผ่นมากที่สุดควย หากกลุ่มมีขนาดใหญ่ขึ้น ความสนใจซึ่งกันและกันจะน้อยลง เพราะโอกาสปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกน้อยลง

3.1 ขนาดของกลุ่มที่พอเหมาะยังเป็นที่ยกเถียงกันอยู่ จึงเป็นหน้าที่ของผู้นำกลุ่มที่จะต้องตัดสินใจว่าจะจัดกลุ่มขนาดใด ทั้งนี้ขึ้นกับวัตถุประสงค์เฉพาะกลุ่มและความสามารถของสมาชิกที่จะใช้ข้อมูลย้อนกลับจากกลุ่มให้เป็นประโยชน์แก่ตนเอง (Marram 1978 : 151)

สำหรับการจัดรูปของกลุ่มนั้น กลุ่มที่มีขนาดเล็กควรจัดกลุ่มให้หนึ่งเป็นวงกลม จะช่วยให้สมาชิกพอใจในการมีส่วนร่วมมาก (Leavitt cited by Deighton 1971 : 226 การให้สมาชิกในกลุ่มนั่งหันหน้าเข้าหากัน (Face to Face Group) จะทำให้การสื่อสารของสมาชิกเป็นไปอย่างคล่องตัว หัวถึงและมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด จะทำให้ความรู้สึกรักใคร่ และอารมณ์เป็นไปในทางที่ดีขึ้น (Withal and Levis 1963 : 684)

3.2 เวลาและสถานที่ในการทำกลุ่ม

โดยที่สถานที่นั้นเป็นสิ่งที่ จะส่งเสริมให้ผู้ช่วยรู้สึกมีความมั่นคงและปลอดภัย จึงควรจัดหาสถานที่ในการทำกลุ่มให้เป็นสัดส่วนเฉพาะ (Privacy) และเงียบสงบ ไม่มีเสียงรบกวน หรือเบี่ยงเบนความสนใจ จะต้องจัดสภาพแวดล้อมและบรรยากาศให้เหมาะในการเรียนรู้มากที่สุด เช่น ห้องไม่แออัด ที่นั่งสบาย เป็นต้น

เวลาที่เหมาะสมนั้นควรจะเป็นเวลาที่ว่าง ไม่มีกิจกรรมอื่นของทั้งสมาชิกและผู้นำกลุ่ม ควรกำหนดวันเวลาที่แน่นอนสำหรับการทำกลุ่ม การทำกลุ่มจะต้องมีการเริ่มและมีการสิ้นสุดให้ตรงเวลา

สำหรับระยะเวลาในการทำกลุ่ม ควรทำครั้งละประมาณ 1 - 1 1/2 ชั่วโมง สำหรับความถี่ของการเข้ากลุ่มนั้นอาจจะจัดกลุ่มสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง

ส่วนจำนวนครั้งที่จะใช้ในการเข้ากลุ่มขึ้นอยู่กับเป้าหมายของกลุ่ม (Marram 1978 : 152-153)

3.3 อายุและเพศของสมาชิกในกลุ่ม

ในการจัดกลุ่มสำหรับผู้ใหญ่ นั้น องค์ประกอบในเรื่องอายุ และเพศ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการทำกลุ่ม เนลสัน (Nelson 1979 : 610) ได้ทำการศึกษาพบว่า ในการสอนผู้ใหญ่ อายุของผู้เรียนจะไม่มีผลต่อการเรียนรู้ ไม่ว่าจะอยู่ในกลุ่มอายุระดับใดต่างก็สามารถรับในสิ่งที่เรียนรู้ได้ทัดเทียมกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลินดีแมน (Lindeman 1972 : 207) ที่พบว่า ผู้ใหญ่ที่มีอายุ เกินกว่า 60 ปีขึ้นไป ก็มีความสามารถในการเรียนรู้ในกลุ่มผู้ช่วยด้วยกันได้ดีเท่า ผู้มีอายุ 15 ปี

นอกจากนี้การ จัดกลุ่มให้ มีทั้งสองเพศละกันเหมาะสำหรับการ ทำกลุ่มในเด็กวัยรุ่น และผู้ใหญ่ เพราะมีสภาพที่คล้ายสังคมนอก (Trotzer อ้างใน ชูชัย สมิทธิไกร 2527 : 20)

จะเห็นได้ว่า ก่อนที่จะมีการพบกันในกลุ่มเป็นครั้งแรกนั้น พยายาม ผู้นำกลุ่มจะต้องมีการ จัดเตรียมวางแผนไว้ล่วงหน้า จะต้องรู้ว่าเป้าหมายของกลุ่ม คืออะไร การคัดเลือกสมาชิกจะต้องทำอย่างไร นักการศึกษาผู้เชี่ยวชาญในการจัด ประสพการณ์เกี่ยวกับกลุ่มมีความเห็นพ้องตรงกันว่า การ จัดเตรียมงานก่อนล่วงหน้า มีความสำคัญมาก ความสำเร็จของกลุ่มจะ เกี่ยวข้องกับการ จัดเตรียมกลุ่มล่วงหน้า ซึ่งเป็นหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม (Marram 1978, Yalom 1975 cited by Janosik and Phipps 1982 : 119)

นอกจากนี้ ประโยชน์ที่เห็นได้อย่างเด่นชัดจากการที่ พยายามผู้นำกลุ่ม มีการจัดเตรียมงานล่วงหน้า คือ ได้มีโอกาสสร้างสัมพันธ์กับผู้ช่วยก่อนเข้ากลุ่ม พฤติกรรมของพยามาลที่แสดงออกไม่ว่าจะเป็นการแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง น้ำเสียง หรือความกระตือรือร้นที่จะให้ความช่วยเหลือ สิ่งเหล่านี้มีความหมายต่อ ผู้ช่วยมาก เพราะจะทำให้ผู้ช่วย เกิดทัศนคติที่ดีต่อพยามาล (Knight 1976 : 20-22) ผู้ช่วยส่วนมาก กล่าววว่า ถึงแม้พยามาลจะเป็นคนแปลกหน้าสำหรับผู้ช่วย

ก็ตาม แต่การที่พยาบาลให้การช่วยเหลือและพูดคุยกับผู้ป่วย ก่อให้เกิดความไว้วางใจมากกว่าบุคคลอื่น ๆ ในโรงพยาบาล (Durr 1971 : 201) การที่ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีและมีความไว้วางใจในพยาบาลผู้นำกลุ่ม จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่มอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น อันจะทำให้การจัดการสอนผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการกลุ่มได้รับผลสำเร็จมากขึ้น

2. การจัดการประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม (Phase of Group Experience)

การจัดการประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่มมีขั้นตอน ดังนี้ (Marram 1978 : 154-161)

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย

เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลผู้นำกลุ่มกับผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกในกลุ่ม และสร้างสัมพันธภาพในระหว่างสมาชิกด้วยกัน พยาบาลจะต้องเป็นผู้สร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้กับผู้ป่วย ในตอนเริ่มต้นของกลุ่ม พยาบาลควรจะได้กล่าวคำให้ผู้ป่วยทุกคนได้เข้าใจจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่ม กฎ และแนวทางในการปฏิบัติตัวในฐานะสมาชิก เพื่อสร้างความรู้สึกผ่อนคลายขึ้นในกลุ่ม พยาบาลจะต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็น ความรู้สึก แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันอย่างอิสระ การเข้าใจในวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มอย่างชัดเจน การอยู่ในบรรยากาศสภาพแวดล้อมที่น่าพึงพอใจ มีความมั่นคงปลอดภัย จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบาย ได้แสดงความรู้สึก ความคิดของตนออกมา

คลาร์ค (Clark 1977 : 71) ได้เสนอแนะไว้ว่า ในการเริ่มทำกลุ่มนั้น ผู้นำกลุ่มจะต้องพยายามกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มได้แสดงความคิดเห็น ความรู้สึก ปัญหาหรือความสนใจของตนออกมาให้กลุ่มรับรู้ เพราะประโยชน์ที่สำคัญอย่างหนึ่งในการเกิดประสบการณ์การเรียนรู้ในกลุ่ม ก็คือ การที่รู้ว่าสมาชิกในกลุ่มทุกคนก็ต้องต่อสู้กับปัญหาหรืออุปสรรคที่เหมือน ๆ กัน ซึ่งการรับรู้เช่นนี้เป็น

การสร้างพื้นฐานร่วมกัน เพื่อให้สมาชิกสามารถจะติดต่อกับสัมพันธ์ซึ่งกันและกันได้ ช่วยให้สมาชิกไม่รู้สึกโดดเดี่ยว และเริ่มมีความไว้วางใจในกลุ่ม อันจะนำไปสู่ความสัมพันธ์ที่เหนียวแน่น (ซูซีย์ สมิตทิกเกอร์ 2527 : 23-24)

พยาบาลผู้นำกลุ่มจะต้องสร้างความไว้วางใจ (Trust) ให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในกลุ่ม ซึ่ง โรบินสัน (Robinson cited by Meize-Grochowski 1984 : 566) โคลกล่าวว่าการแสดงท่าทีที่อบอุ่นเป็นมิตร สนใจ ตั้งใจฟัง เข้าใจ และยอมรับในความคิดเห็น และพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยไม่ใช้ความคิดเห็นของตนเป็นเครื่องตัดสิน (Nonjudgemental Manner) เป็นการสร้างความไว้วางใจในตัวผู้นำกลุ่มให้เกิดขึ้นกับสมาชิก

สมิท และ บาส (Smith and Bass 1979 : 85) กล่าวว่า การประสานสายตาในระหว่างการสนทนาก็เป็นการสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นได้เช่นกัน

มิทเชล และ ลูสต์อว์ (Mitchell and Loustau cited by Meize-Grochowski 1984 : 566) กล่าวเสริมว่า เมื่อมีความไว้วางใจเกิดขึ้น บุคคลจะเต็มใจเปิดเผย ระบายความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์ของตน จะมีความมั่นใจในการให้และรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น

เมื่อผู้ป่วยมีความไว้วางใจ มีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในกลุ่มแล้ว จะมีการเปิดเผยตนเอง (Self Disclosure) การเปิดเผยตนเองของผู้ป่วย คือการที่ผู้ป่วยเล่าปัญหาส่วนตัว ปัญหาที่รบกวนจิตใจ ซึ่งไม่มีใครถามให้ผู้ป่วยในกลุ่มฟัง ซึ่ง โปสต์ และคณะ (Post et al 1978 : 12-19) ก็ได้อธิบายความหมายของการเปิดเผยตนเองไว้ 3 ประการ คือ การแสดงตัวให้ผู้อื่นมองเห็น การบอกข้อมูลส่วนตัวให้ผู้อื่นทราบ และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิด ลักษณะนิสัย และความรู้ความสามารถ ซึ่งสิ่งที่เปิดเผยออกมานั้นเป็นทั้งความลับ ความคุ้นเคย หรือการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และความรู้สึก และถ้าบุคคลใดมีพฤติกรรมที่เปิดเผยก็จะกระตุ้นให้อีกบุคคลหนึ่งเปิดเผยตนเองด้วย ซึ่งจะมีผลให้เป็นการช่วยลดความวิตกกังวลด้วยกันทั้งสองฝ่าย (Jourad cited by Johnson 1979 : 9)

ในระยะนี้ภายในกลุ่มจะมีการสร้างบรรทัดฐานของกลุ่ม (Norms) เพื่อเป็นกฎเกณฑ์พื้นฐานสำหรับสมาชิกในกลุ่มใช้เป็นหลักในการปฏิสัมพันธ์กัน ซึ่งบรรทัดฐานนี้ ผู้นำกลุ่มได้สร้างขึ้นไว้แล้วเป็นบางส่วนก่อนการเข้ากลุ่ม และสมาชิกในกลุ่มมีส่วนร่วมสร้างขึ้นในบางส่วนขณะทำกลุ่มก็ได้

จะเห็นได้ว่า การสร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยด้วยบรรยากาศแห่งความเป็นมิตรและน่าไว้วางใจ จะทำให้สมาชิกในกลุ่มรู้สึกอิสระในการ เป็นตัวของตัวเอง มีการรับทราบว่าสิ่งที่พูดหรือพฤติกรรมที่แสดงออกจะเป็นความลับภายในกลุ่ม ย่อมมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน เกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน มีความเต็มใจที่จะเปิดเผยตนเอง

ระยะที่ 2 ระยะที่ช่วยให้ผู้ช่วยยอมรับและเข้าใจปัญหาของตนเอง และของผู้อื่น ช่วยกันแก้ไขปัญหาร่วมกัน เป็นระยะแก้ไขและเปลี่ยนแปลง

ระยะนี้เป็นระยะที่ผู้ช่วยมีความรู้สึกไว้วางใจและเชื่อมั่นในกลุ่ม ตลอดจนผู้นำกลุ่ม ความใกล้ชิดสนิทสนม และความเชื่อมั่นในกลุ่ม จะทำให้สมาชิกในกลุ่มมีการระบายความรู้สึกนึกคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น ผู้ช่วยจะมุ่งความสนใจอยู่ที่ปัญหา ยอมรับว่าตนเองมีปัญหา หาทางแก้ปัญห และเลือกวิธีแก้ไขปัญหา โดยมีเพื่อนสมาชิกในกลุ่มคอยช่วยเหลือสนับสนุน การที่ได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มนี้จะทำให้เกิดความคิดใหม่ ๆ มาใช้ในการปรับปรุงแก้ไขปัญหาของตน นอกจากนี้ความเชื่อมั่นในกลุ่มจะทำให้ผู้ช่วยสามารถรับข้อมูลย้อนกลับ และให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้ สมาชิกจะมีบทบาททั้งผู้ให้และผู้รับ สมาชิกจะรู้สึกว่าตนเองมีค่า และมีศักดิ์ศรีมากขึ้นที่สามารถเข้าใจปัญหาของตนเอง สามารถเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา ตลอดจนสามารถช่วยเหลือสมาชิกผู้อื่นให้เข้าใจและแก้ไขปัญหาวางอย่าง ระยะนี้เป็นระยะระดมเอาพลังของสมาชิกทุกคนออกมาเพื่อแก้ไขปัญหา

ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่สำคัญในการให้กลุ่มได้บรรลุจุดมุ่งหมาย เสริมสร้างความเชื่อมั่นของสมาชิก เอื้ออำนวยให้กลุ่มได้อภิปรายปัญหาและหาทางแก้ไข

ช่วยเหลือในการทดสอบความถูกต้อง เพื่อให้สมาชิกเชื่อมั่นใจในการนำวิธีการแก้ไข
ปัญหาไปใช้ต่อไป

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม

เป็นระยะที่พยาบาลผู้นำกลุ่มจะต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำ
กลุ่ม พยาบาลจะต้องช่วยให้สมาชิกในกลุ่มประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลง
ในทางองงามของตนเอง ความสำเร็จของกลุ่ม นอกจากจะใช้การประเมินผล
ควยวาจาจากสมาชิกในกลุ่มแล้ว ยังต้องประเมินจากพฤติกรรมของสมาชิกที่แสดง
ออก จากการประเมินของบุคคลอื่นนอกกลุ่ม และบางครั้งอาจมีเกณฑ์ที่ตั้งไว้เฉพาะ
เจาะจง ในการที่จะสิ้นสุดการทำกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยได้รับประโยชน์เต็มที่จากการทำ
กลุ่มหรือไม่ ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าคุณเองสามารถเผชิญปัญหาและจัดการชีวิตด้วยตนเอง
หรือไม่ เป็นต้น ก่อนที่จะสิ้นสุดการทำกลุ่ม พยาบาลควรจะต้องบอกผู้ป่วยล่วงหน้า

ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดความวิตกกังวลที่จะมีการสิ้นสุดการทำกลุ่ม
พยาบาลจะต้องให้โอกาสผู้ป่วยใคร่บายนความรู้สึกนึกคิดอย่างเต็มที่ พยาบาลจะ
ต้องพยายามชี้แนะให้เห็นถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับเมื่อออกจากกลุ่มไป

จากการศึกษาจะเห็นได้ว่า การสอนผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการกลุ่มนี้
เป็นกระบวนการสอนที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยในกลุ่มที่มีความต้องการคล้าย ๆ กัน ได้
แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น ปัญหา และความรู้สึกต่าง ๆ ความคาดหวัง
ในสิ่งที่จะเกิดขึ้น มีการศึกษาค้นหาวิธีแก้ไขปัญหา และฝึกฝนวิธีการต่าง ๆ นั้นเพื่อ
สามารถนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้กับสภาพ
เจ็บป่วยและการอยู่โรงพยาบาลได้ดีขึ้น ซึ่งน่าจะเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยคลาย
ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดลงได้