



บทที่ 2

เอกสาร และ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร งานวิจัย และสภาพการณ์จริงในหัวข้อเรื่อง
ดังนี้ คือ

1. ภาวะการหายใจล้มเหลว
2. การติดต่อสื่อสาร

1. ภาวะการหายใจล้มเหลว

1.1 นิยาม

ภาวะการหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) หมายถึง การที่มีความผิดปกติเกิดขึ้นในสัณฐานใดสัณฐานหนึ่งของระบบการหายใจ จนเป็นเหตุให้เกิดความผิดปกติของระดับออกซิเจนและ/หรือคาร์บอนไดออกไซด์ในร่างกาย ระดับของก๊าซในเลือดแดง (arterial blood gas) จะช่วยบอกถึงภาวะการหายใจล้มเหลว ซึ่งเกณฑ์ที่เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปคือ ระดับความดันของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดง (arterial carbon dioxide tension = PaCO_2) สูงกว่า 50 มม.ปรอท และ/หรือความดันของออกซิเจนในเลือดแดง (arterial oxygen tension = PaO_2) ต่ำกว่า 60 มม.ปรอท (ริงสรรค์ ปุษปาคม 2523 : 5 และวัลลา คันดโยทัย และคณะ 2524 : 169 - 170)

ระบบการหายใจซึ่งประกอบด้วย ปอด ทรวงอก กล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการหายใจ และประสาทที่ควบคุมการหายใจจะทำงานประสานกันตลอดเวลา เพื่อนำออกซิเจนจากอากาศภายนอกผ่านทางเดินหายใจเข้าสู่ปอด ออกซิเจนจะแพร่กระจายผ่านผนังถุงลมของปอดเข้าสู่กระแสโลหิตไปยังเซลล์ต่าง ๆ ทั่วร่างกาย เพื่อทำปฏิกิริยากับสารอาหารในร่างกายจนได้พลังงานที่ใช้ในการดำรงชีวิต และก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ซึ่งเป็นผลจากปฏิกิริยาเคมีจะถูกขับออกทางปอดเพื่อรักษาระดับก๊าซในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ

1.2 สาเหตุของภาวะการหายใจล้มเหลว

ภาวะการหายใจล้มเหลวอาจเกิดจาก (ริงส์เวิร์ค นุชปากม 2523 : 6 และวัลลา คันคโยทัย และคณะ 2524 : 171)

1.2.1 ความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system)

1.2.1.1 จากยาซึ่งกดระบบประสาทส่วนกลาง เช่น ยาระงับประสาท ยาแก้ปวด ยาสลบ

1.2.1.2 ความผิดปกติที่ก้านสมอง (Brain stem) จากความผิดปกติ ในหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง การติดเชื้อที่สมอง สมองอักเสบ เนื้อสมองตายจากการขาด เลือดไปเลี้ยง ข้อค ภายหลังหัวใจหยุดเต้น การกระทบกระเทือนที่กระดูกสันหลัง ความดันในกระดูกสันหลังเพิ่มขึ้น

1.2.2 ความผิดปกติที่ระบบประสาทส่วนปลาย (Peripheral nervous system) เช่น โพลิโอไมอีไลติส (Poliomyelitis) กีแรงมาเรซินโครม (Gullain-Barre syndrome) มัยแอสทีเนีย กราวิส (Myasthenia Gravis) บาดทะยัก ยาฆ่าแมลง เป็นต้น

1.2.3 ความผิดปกติของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการหายใจ เช่น โรคกล้ามเนื้อลีบ (Muscular dystrophies) มัยโอโทเนีย (Myotonia) โพลีมัยโอซัยติส (Polymyositis)

1.2.4 ความผิดปกติของทรวงอกและเยื่อหุ้มปอด เช่น ซโคลิโอซิส (scoliosis) กระดูกซี่โครงหักหลายซี่ภายหลังได้รับการทำผ่าตัดทรวงอก มีน้ำหรือลมในเยื่อหุ้มปอดหรือมีพังผืดเกิดขึ้น (fibrosis) เป็นต้น

1.2.5 ความผิดปกติที่ทางเดินหายใจ

1.2.5.1 ความผิดปกติในหลอดลม มีสิ่งแปลกปลอมเข้าไปอุดกั้นในหลอดลม หลอดลมอักเสบ หอบหืด กล้องเสียงอักเสบ การสูดดมควันไฟมาก ๆ หรือสูดดมก๊าซพิษ

1.2.5.2 ความผิดปกติที่ถุงลม และเนื้อเยื่อ เช่น ถุงลมโป่งพอง ปอดคั่งน้ำ ปอดบวม วัณโรคปอด เนื้อปอดเป็นพังผืด (fibrosis)

1.2.5.3 ความผิดปกติเกี่ยวกับหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงปอด เช่น มีก้อนเลือด ไขมัน หรือลมไปอุดกั้นหลอดเลือดของปอด

1.2.6 ความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น หัวใจซีกซ้ายล้มเหลว
ซอก

1.2.7 ความผิดปกติอื่น ๆ ที่ทำให้การเคลื่อนไหวของกระบังลมลดลง เช่น ท้องมาน
เบื่อนูช่องท้องอักเสบ ภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ดับอ่อนอักเสบ

1.3 การรักษาพยาบาลโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ

1.3.1 การใส่ท่อช่วยหายใจ หมายถึง การใส่ท่อช่วยหายใจเทียม (endotracheal tube) ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลว โดยมีจุดประสงค์สำคัญ 5 ประการคือ เพื่อเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง ป้องกันการสำลักสารน้ำจากปากหรือกระเพาะ เข้าสู่ปอด กำจัดเสมหะโดยง่าย เพื่อต่อกับเครื่องช่วยหายใจและในกรณีที่ต้องการให้ออกซิเจนที่มีความเข้มข้นสูงกว่า 60 เปอร์เซ็นต์ (Bushnell 1973 : 51 และประกิจ วาทีสาธกกิจ 2523 : 469)

1.3.2 ชนิดของท่อช่วยหายใจ

ท่อช่วยหายใจมี 2 ชนิดคือ ชนิดที่มีกระเปาะลมและชนิดที่ไม่มีกระเปาะลม วัสดุที่ใช้มี 2 ประเภทคือ ชนิดยางแดง และชนิดที่ทำด้วยสารสังเคราะห์ ชนิดยางแดงเป็นท่อช่วยหายใจที่ทำด้วยยางชนิดแข็ง ซึ่งท่อชนิดนี้มีแรงดันของกระเปาะลมสูงมาก อาจทำลายเยื่อหุ้มหลอดลมและเกิดปฏิกิริยาระคายเคืองเนื้อเยื่อได้ ชนิดที่ทำด้วยสารสังเคราะห์เป็นท่อช่วยหายใจที่ทำด้วยสารประเภทโพลีไวนิล หรือซิลิโคน (Polyvinyl or silicone) ท่อชนิดนี้ความดันในกระเปาะลมจะต่ำ (Low pressure cuff) อันตรายที่เกิดกับเยื่อหุ้มหลอดลมจึงน้อยกว่าชนิดแรก

1.3.3 วิธีการใส่ท่อช่วยหายใจ

การใส่ท่อช่วยหายใจทำได้ 3 วิธีคือ ใส่ทางปาก (Orotracheal intubation) ใส่ทางจมูก (Nasotracheal intubation) และใส่ทางหลอดลมโดยตรง (Tracheostomy) (Bushnell 1973 : 51 - 58 และประกิจ วาทีสาธกกิจ 2523 : 470)

1.3.4 ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

ทวีลักษณ์ วรณฤทธิ (2526 : 67) ได้ทำการวิจัย เรื่อง การประเมิน

คุณภาพทางการพยาบาลในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ พบว่า ปัญหาที่พบเป็นอันดับแรกและพบในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจทุกราย คือ การติดต่อบุคคลอื่นไม่ได้เนื่องจากพูดไม่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับ บังอร ผลเมืองมา และสมพันธ์ ทิณชिरันท์ (2523 : 158) และเนลสัน (Neilson 1980 : 2212) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจจะมีปัญหาเรื่องการติดต่อบุคคลอื่น ผู้ป่วยไม่สามารถจะพูดได้เนื่องจากท่อช่วยหายใจที่ใส่อยู่ จึงควรใช้วิธีการอื่นช่วยในการติดต่อบุคคลอื่น

มิเชล (Micheal 1975 : 1805 - 1807) กล่าวถึง ความรู้สึกของ เขาที่ต้องเผชิญขณะที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจในหออภิบาลผู้ป่วยหนักว่า นอกจากความเจ็บปวดทรมานแล้ว สิ่งที่ทำให้เขาคับข้องใจอย่างยิ่งคือ การที่ไม่สามารถสื่อสารให้พยาบาลทราบว่า เขาต้องการพลิกตัว ระบายน้ำ ร้อน ปวดเมื่อย ช่วยดูดเสมหะให้ที่ การที่พูดไม่ได้ทำให้ความต้องการของเขาไม่ได้รับการตอบสนอง เป็นเหตุให้เขาเกิดความท้อแท้ และรู้สึกสูญเสียศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

ลอเลส (Lawless 1975 : 2151) ได้สำรวจความคิดเห็นของพยาบาล ที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก และผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจพบข้อสรุป 4 ประการ คือ

ประการที่ 1 โดยทั่วไปผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจจะได้รับคำอธิบายถึงสาเหตุ ที่ต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ แต่เขาไม่ทราบความจำกัดของร่างกาย รวมทั้งการที่ไม่ เข้าใจความหมายของศัพท์แพทย์ที่ได้ยินทำให้เขาเกิดความรำคาญ

ประการที่ 2 ความต้องการของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจเป็นความต้องการ เช่นเดียวกับผู้ป่วยอื่น สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการบอกหรือขอความช่วยเหลือคือ ความเจ็บปวด อากาศ ช่วยดูดเสมหะ

ประการที่ 3 มีความต้องการที่จะใช้วิธีการสื่อความหมายหลาย ๆ วิธี ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถ เข้าใจวิธีใช้ได้อย่างถูกต้อง

ประการที่ 4 สิ่งสำคัญภายใต้ภาวะเครียดเหล่านั้น ผู้ป่วยต้องการที่จะ ได้รับการสอนวิธีการซึ่งจะสามารถ ใช้สื่อสารกับผู้อื่นให้ทราบความต้องการ เพื่อลดความคับข้องใจ และทำให้เขาเกิดความพึงพอใจ

ดังนั้นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจคือ การที่ไม่สามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ ซึ่งเป็นเหตุให้ความต้องการของผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนอง และการที่ไม่ได้ รับการตอบสนองความต้องการขณะที่เขารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความ

เครียดอย่างมาก (Davidlaizar 1973 : 129 - 131)

1.3.4.1 ความต้องการ

كرون (Kron 1971 : 11) กล่าวว่า ความต้องการ เป็นสิ่งที่แต่ละบุคคลต้องการเพื่อการดำรงชีวิต หรือเพื่อดำเนินการตามหน้าที่ของร่างกายภายใต้ขอบเขตจำกัดของสังคม

ไรน์ และมอนแทค (Rines and Montag 1976 : 16 - 21) ได้ให้ความหมายของความ ต้องการไว้ว่า หมายถึง องค์ประกอบของชีวิต ซึ่งเป็นความจำเป็นของแต่ละบุคคลเพื่อการดำรงชีวิต และได้กำหนดเกณฑ์เพื่อจำแนกสิ่งที่เป็นความต้องการของมนุษย์ไว้ 3 ประการ ดังนี้คือ ประการแรก สิ่งนั้นเป็นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน ประการที่สอง เป็นความจำเป็นสำหรับมนุษย์ในการที่จะทำให้อวัยวะต่าง ๆ ทำหน้าที่เพื่อการดำรงชีวิตอยู่ ประการที่สาม ถ้าขาดสิ่งเหล่านั้นไปจะทำให้เกิดความเจ็บป่วยทั้งร่างกาย จิตใจ และวิญญาณ

ทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ (Maslow 1970 : 35 - 51) ได้จำแนกความต้องการของมนุษย์โดยเรียงลำดับความต้องการจากขั้นต่ำสุดถึงสูงสุดไว้ 5 ชั้น ได้แก่ ความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological needs) ซึ่งได้แก่ ความต้องการอาหาร น้ำ อากาศ การพักผ่อน และการขับถ่าย ซึ่งถือเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย (Safety needs) ความต้องการความรัก และความเป็นเจ้าของ (Love and belonging needs) ความต้องการเห็นตนเองมีคุณค่า (Esteem needs) และความต้องการความสำเร็จในชีวิต (Needs for self - actualization)

เคนเนอร์ (Kenner 1981 : 54) และเซกตัน (Sexton 1981 : 210) กล่าวว่า ในระยะที่มีความเจ็บป่วยรุนแรงบุคคลจะมีความต้องการอย่างยิ่ง 2 ประการ คือ ความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological needs) และความต้องการความปลอดภัย (Safety needs)

ความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological needs) ได้แก่ อาหาร อากาศ น้ำ การควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย การขับถ่าย การนอนหลับพักผ่อน และการหลีกเลี่ยงจากความเจ็บปวด ซึ่งถือเป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตที่มนุษย์ทุกคนจะต้องได้รับการตอบสนอง

ความต้องการความปลอดภัย (Safety needs) ได้แก่ ความมั่นคง ความปลอดภัย และการป้องกันดูแล บุคคลทุกคนต้องการความปลอดภัยในชีวิตของตน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะที่เจ็บป่วย ความรู้สึกต่อความปลอดภัยในชีวิตของตนจะเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากกลัวความพิการ กลัวตาย เป็นต้น

เครน (Crane 1980 : 124) กล่าวว่า จุดมุ่งหมายของการพยาบาล คือ การช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการตอบสนองความต้องการของคนอย่างรวดเร็ว และบุคคลทุกคนจะต้องได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย ความปลอดภัย จิตใจ สังคม และวิญญาณ (Beland and Possos 1981 : 79) และโดยปกติบุคคลทั่วไปจะสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนได้ด้วยตนเอง แต่ในขณะที่เจ็บป่วยรุนแรงและมีปัญหาในด้านความจำกัดของร่างกายเนื่องจากสภาวะของโรค และความจำเป็นในด้านการรักษาพยาบาล ย่อมจะเป็นการผลักดันให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาอาศัยบุคคลอื่นมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนักจำเป็นต้องอาศัยความช่วยเหลือทุก ๆ ด้านในการตอบสนองความต้องการของคนจากพยาบาล (Lawless 1975 : 2151) และการที่จะให้พยาบาลช่วยตอบสนองปัญหาของคนได้นั้นผู้ป่วยจะต้องสื่อสาร เพื่อให้พยาบาลทราบความต้องการ แต่จากปัญหาความบกพร่องในการติดต่อสื่อสารของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจดังกล่าวมาแล้ว ทำให้ความต้องการของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจมิได้รับการตอบสนองอย่างถูกต้องและรวดเร็ว เท่าที่ควร และเมื่อความต้องการที่เกิดขึ้นแล้วถูกสกัดกั้นไว้ไม่อาจจะเนื่องจากสาเหตุภายในตัวบุคคลหรือภายนอกที่เป็นอุปสรรคมายังมิให้ความต้องการนั้นบรรลุผลตามที่มุ่งหมายย่อมก่อให้เกิดความงุ่นง่าน ความคับข้องใจ และความวิตกกังวล (ประมวญ ดิศกินสัน 2519 : 281)

1.3.4.2 ความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลหรือความกังวล เป็นเรื่องที่บุคคลทุกคนจะได้ยินและคุ้นเคย เป็นคำที่ใช้อธิบายถึงความรู้สึกและอารมณ์ (Priest 1981 : 8) และได้มีผู้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ดังนี้

ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกไม่สบาย ไม่สบาย นึกกลัว พร่ามัว ซึ่งในสภาวะนี้บุคคลนั้นไม่สามารถช่วยตนเองให้จัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้จะเกิดความท้อแท้และหมดหวัง (Arndt 1974)

ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกหวาดกลัว ไม่เป็นสุข โดยคาดว่า จะมีบางสิ่งบางอย่างเกิดขึ้นในทางไม่ดี ส่วนใหญ่มักเนื่องมาจากมีสิ่งคุกคามความมั่นคงของบุคคล (Grace 1981)

ลาเดอร์ และมาร์ค (Lader and Mark 1971) อธิบายว่า ความวิตกกังวลครอบคลุมถึง ความหงุดหงิด ไม่สบายต่อเหตุการณ์ที่ไม่แน่นอน รู้สึกหวาดหวั่น ต่อผลที่เกิดขึ้นอยู่ในสถานะที่กระสับกระส่าย อึดอัด ไม่สบายใจ มีความรู้สึกตื่นกลัว ตระหนัก ในบางสิ่งบางอย่างที่บอกไม่ได้ ไม่แน่ใจ และไม่มั่นใจเกี่ยวกับอนาคต

ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลคิดว่ามีบางสิ่ง บางอย่างที่ไม่พึงพอใจกำลังจะเกิดขึ้น (Priest 1981 : 8)

เจริญ สมบัติศิริ (2523 : 1) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็น สภาวะจิตที่มีลักษณะ 3 ประการคือ เป็นความรู้สึกที่ไม่สบาย มีความรู้สึกว่าจะมีสิ่งเลวร้ายหรือ อันตรายเกิดขึ้นโดยบอกสาเหตุไม่ได้ และอาจมีความรู้สึกกลัวรวมอยู่ด้วยก็ได้

ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า ความวิตกกังวล เป็นสภาวะทางอารมณ์ที่ทำให้บุคคลไม่เป็นสุข หวาดกลัว กระวนกระวายใจ ไม่แน่ใจ เนื่องจากคาดว่าจะมีบางสิ่ง บางอย่างคุกคามความมั่นคงและค่านิยมของชีวิตตน ซึ่งความรู้สึกที่เกิดขึ้นจะมีผลให้บุคคลนั้นมี พฤติกรรมผิดปกติไปจากเดิม

สาเหตุของความวิตกกังวล

ลักแมน และโซเรนเซ่น (Luckman and Sorensen 1974 : 111) กล่าวว่า สิ่งที่ทำให้เกิดความคับข้องใจ ความขัดแย้งหรือความ เครียดขึ้นในตัวบุคคลเป็น สาเหตุให้บุคคลนั้น เกิดความวิตกกังวล

สอึ้ง อภิบาลกุล (2525 : 8 - 9) กล่าวว่าสาเหตุที่ทำให้ เกิดความ เครียดมีมากมายในการดำเนินชีวิตประจำวัน เนื่องจากบุคคลจะต้องมีปฏิสัมพันธ์กับ สิ่งแวดล้อมและบุคคลอื่น และสาเหตุของความ เครียดนั้น เกิดได้ทั้งจากภายในและภายนอกร่างกาย ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 3 หมวดใหญ่ ๆ ดังนี้คือ

ความ เครียดจากพัฒนาการของร่างกายหรือพัฒนาการของชีวิต (Developmental stress) เช่น การเปลี่ยนแปลงจากวัยรุ่นไปสู่วัยผู้ใหญ่ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลง เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนบทบาทในสังคม ซึ่งทำให้บุคคลเกิดความ

คับข้องใจ

ความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ (Biological stress) เช่น ความเสื่อมโทรมของร่างกาย เนื่องจากสูงอายุซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง และอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายหรือการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากการเกิดพยาธิสภาพของโรคมบางชนิดหรือระดับฮอร์โมนที่เปลี่ยนแปลงถือได้ว่าเป็นความเครียดทางชีวภาพ

ความเครียดจากสถานการณ์ (Situational stress)

เป็นความเครียดที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมและสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เช่น การสูญเสีย ความเจ็บป่วย ความขัดแย้งระหว่างบุคคล ความคับข้องใจหรือสถานการณ์คับขันบางอย่าง

โฮลล์ และ เรช (Holme and Rahe quoted in Kelly 1980 : 88 - 89) ได้ศึกษาถึงสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดในบุคคลทั่วไปโดยใช้แบบสอบถามที่เกี่ยวกับเหตุการณ์สำคัญในชีวิต ซึ่งคาดว่าจะ เป็นมูลเหตุของความเครียดที่เรียกว่า Social Readjustment Rating Scale (SRRS) จำนวน 42 ข้อ พบว่า สาเหตุที่ได้คะแนนความสำคัญสูงสุดเรียงตามลำดับ 10 ประการแรก คือ การตายของคู่สมรส การหย่าร้าง การแยกกันอยู่ของคู่สมรส การถูกจำคุก การตายของบุคคล ใกล้ชิดในครอบครัว การเจ็บป่วยของตนเอง การสมรส การถูกไล่อหรือปลดออกจากงาน การคืนดีกันใหม่ภายหลังการหย่าร้าง การปลดเกษียณ

พริชท์ (Priest 1983 : 9) กล่าวว่า ต้นเหตุของความวิตกกังวลโดยทั่วไปเกิดจาก สัมพันธภาพ สุขภาพ บุตร การตั้งครรภ์ การย้ายเข้าสู่วัยชรา การเปลี่ยนแปลงภายในบ้าน งาน การเลื่อนตำแหน่ง ปัญหาด้านการเงิน ปัญหาด้านกฎหมาย การสอบ เป็นต้น และสาเหตุสำคัญทางด้านร่างกายซึ่งเป็นสาเหตุให้บุคคลเกิดความวิตกกังวลคือการเจ็บป่วย (Priest 1983 : 15)

ขั้นตอนของการเกิดความวิตกกังวล

ดูนีย์ ดันดิทล์มานันท์ (2522 : 122) กล่าวว่า ขั้นตอนของการเกิดความวิตกกังวลมีดังนี้

ขั้นที่ 1 บุคคลมีความเชื่อ ความหวัง ค่านิยม ซึ่งได้รวมกันก่อตั้ง เป็นภาพพจน์ที่เขามีต่อตนเอง

ขั้นที่ 2 ความเชื่อ ความหวัง ค่านิยม หรือภาพพจน์ที่มีต่อตนเอง ถูกคุกคาม ทำให้เกิดความไม่สมดุลย์ในอารมณ์

ขั้นที่ 3 บุคคลนั้นเกิดความหวาดหวั่น ไม่มั่นใจ (insecure) เกิดความรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะแก้ไขเหตุการณ์เฉพาะหน้าได้อย่างไร (sense of helplessness and powerlessness)

ขั้นที่ 4 เกิดความอึดอัด กระวนกระวายใจขึ้น เกิดความเครียด มีพลังงานเกิดขึ้น ภาวะนี้เรียกว่า ความวิตกกังวล (anxiety)

เมื่อเกิดพลังงานขึ้นบุคคลก็จะทำการขจัดพลังงานส่วนเกินโดยอัตโนมัติ โดยการเปลี่ยนพลังงานออกเป็นพฤติกรรมซึ่งจะออกมาในรูปของพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากเดิม ซึ่งพฤติกรรมที่แสดงออกมีหลายรูปแบบทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

ระดับของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในบุคคลแต่ละครั้งจะมีความรุนแรงไม่เท่ากัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งกระตุ้น ความหมายของเหตุการณ์ และบุคลิกภาพของบุคคลนั้น ๆ ความวิตกกังวลอาจแบ่งออกได้เป็น 4 ระดับ (จินตนา ยูนิพันธ์ 2527 : 120 และสุนีย์ คันทิพัฒนานันท์ 2522 : 124 - 125) คือ

ระดับที่ 1 ระดับน้อย (Mild anxiety) คือ ความวิตกกังวลในระดับอ่อน ๆ ซึ่งมีผลให้บุคคลตื่นตัวขึ้น มีความกระตือรือร้น ว่องไว การรับรู้และความจำดีขึ้น ความวิตกกังวลในระดับนี้มีผลให้ประสาทรับรู้ทั้ง 5 มีการตื่นตัวพร้อมที่จะรับสิ่งกระตุ้น

ระดับที่ 2 ระดับปานกลาง (Moderate anxiety) ในระดับนี้ความกระตือรือร้น ว่องไว จะมากขึ้นจนดูเกือบจะลุลลุลกลน ขอบเขตของการรับรู้จะแคบลงอยู่เฉพาะที่ตนสนใจ พลังงานที่เกิดขึ้นในระดับนี้มีมากขึ้นทำให้บุคคลไม่อาจอยู่นิ่งได้ และจะแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อขจัดพลังงานส่วนเกินนี้โดยการลุกเดินหรือออกแรงทำงาน

ระดับที่ 3 ระดับสูง (Severe anxiety) ความวิตกกังวลในระดับนี้จะมากขึ้นจนทำให้บุคคลนั้นอยู่นิ่งไม่ได้บุคคลที่อยู่ในภาวะนี้จะกระสับกระส่ายอย่างเห็นได้ชัดเจนมีอาการลุลลุลกลน อาจจะมีพูดมากหรือเร็วขึ้นหรืออาจจะพูดไม่ออกเลย เสียงอาจจะสั่นเร็ว และการรับรู้จะแคบลงมาก

ระดับที่ 4 ระดับรุนแรง (Panic) เป็นภาวะที่บุคคลมีความวิตกกังวลอย่างรุนแรง อยู่ในภาวะที่ตื่นกลัวสุดขีด ซึ่งอาจมีผลให้บุคคลมีพลังงานเกิดขึ้นมากที่สุด และจะสามารถแสดงพฤติกรรมที่ในยามปกติไม่สามารถกระทำได้ หรือในทางตรงกันข้ามอาจตื่นกลัวจนซอกหมกสติไปก็ได้ ในภาวะที่มีความวิตกกังวลรุนแรงนี้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 จะทำหน้าที่ได้ไม่เต็มที่ การรับรู้จะน้อยมากและเป็นระยะที่อันตรายอย่างยิ่ง

ผลของความวิตกกังวล

เซลย์ (Selye อ้างถึงในลออ พุดางกูร 2522 : 76)

กล่าวว่า เมื่อมีสิ่งมารบกวนดุลยภาพของบุคคลจะทำให้บุคคลนั้นมีการปรับตัวที่เรียกว่า General Adaptation Syndrome (GAS) ซึ่งการปรับตัวนี้จะขึ้นอยู่กับระดับของความรุนแรงของสิ่งที่มารบกวนดุลยภาพหรือระดับความวิตกกังวลของบุคคลนั้น และผลของความวิตกกังวลจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในด้านต่าง ๆ 4 ด้าน สรุปได้ดังนี้ คือ (Goldberger and Breznitz 1982 : 11 - 13, Stephenson 1977 : 1807 - 1809 และสุนีย์ ดันดีพัฒนานันท์ 2522 : 126 - 130)

ด้านที่ 1 ชีวเคมี (Biochemical) ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะมีผลต่ออวัยวะสำคัญของร่างกาย 2 ระบบคือ สมองและต่อมไร้ท่อ โดยที่ไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ซึ่งเป็นศูนย์กลางของอารมณ์ (The seat of emotion) และความคุมเกี่ยวกับระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic nervous system) จะถูกกระตุ้นและจะส่งกระแสไปตามระบบประสาทอัตโนมัติไปที่ส่วนกลางของต่อมอดรีนาล (Adrenal medulla) และผ่านประสาทเวกัส (vagus nerve) ไปสู่กระเพาะอาหาร (stomach)

การที่ส่วนกลางของต่อมอดรีนาลถูกกระตุ้นจะทำให้อวัยวะส่วนนี้หลั่งสารที่เรียกว่า แคตชิโคลามีน (catechalamine) ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดพลังงาน การหมุนเวียนของโลหิตในกล้ามเนื้อ การบีบตัวของหัวใจ และปริมาณโลหิตที่ออกจากหัวใจเพิ่มมากขึ้น และการที่กระเพาะอาหารถูกกระตุ้นจะทำให้มีการขับน้ำย่อยในกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้นผลของการที่ไฮโปทาลามัสถูกกระตุ้นจะทำให้ต่อมพิทูอิทารี (Pituitary gland) ถูกกระตุ้นด้วยซึ่งทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติโคโทรฟิกฮอร์โมน (Adrenocorticotrophic hormone = ACTH) ที่จะไปกระตุ้นส่วนนอกของต่อมอดรีนาล (Adrenal cortex) ให้หลั่งคอร์ติคอลฮอร์โมน (Cortical hormone) ซึ่งประกอบด้วยฮอร์โมน 3 ชนิดคือ กลูโคคอร์ติคอย (Glucoc-

corticoids) จะมีผลในการเพิ่มพลังงานการเผาผลาญอาหารจำพวกโปรตีน ไขมัน และน้ำตาล
 มินเนอรอลโคर्टิโคอยด์ (Mineralocorticoids) มีหน้าที่ในการควบคุมความสมดุลของ
 เกลือแร่ และน้ำในร่างกายและโซมาโตโทรฟิก หรือโกรทฮอร์โมน (Somatotrophic hormone
 หรือ Growth hormone) ซึ่งมีหน้าที่เสริมปฏิกิริยาต่อต้านของร่างกาย และในขณะเดียวกันต่อม
 พิทูอิทารีส่วนหลัง (Posterior pituitary gland) ก็จะมีแอนตี้ไดยูเรติกฮอร์โมน
 (Antidiuretic hormone = ADH) ออกมาทำให้การขับน้ำออกจากร่างกายโดยผ่านทาง
 ไตลดลง

ดังนั้นจะพบว่า ผู้ที่อยู่ในภาวะวิตกกังวลการเผาผลาญและการ
 ดูดซึมอาหารจะลดลง การขับน้ำย่อยในกระเพาะอาหารจะมากขึ้น เป็นเหตุให้เกิดแผลในกระเพาะ
 อาหาร นอกจากนี้ยังพบว่ามีอาการคันของน้ำ ไซโตเดียมและคลอไรด์ และมีการสูญเสียไปแคสเซียม
 มากขึ้น จำนวนเม็ดโลหิตขาวที่ทำหน้าที่ต้านทานโรค (Eosinophile) ลดลง ระดับไขมัน
 ในเลือด (cholesterol) สูงขึ้น และเลือดจะแข็งตัวเร็วขึ้น (Simmon and Pardes
 1977 : 199)

ด้านที่ 2 สรีรวิทยา (Physiological) การเปลี่ยนแปลง
 ด้านสรีรวิทยาจะขึ้นอยู่กับระดับของความวิตกกังวล โดยปกติความวิตกกังวลในระดับน้อย (Mild)
 และปานกลาง (Moderate) จะกระตุ้นให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายทำงานเพิ่มขึ้น แต่ความ
 วิตกกังวลในระดับมาก (Severe) และรุนแรง (Panic) จะทำให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกาย
 หยุดทำงานได้เช่นกัน การเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาที่พบในผู้ที่มีความวิตกกังวลได้แก่ หัวใจ
 เต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น หายใจลึกและเร็ว หรือหายใจลำบาก ม่านตาขยาย ปากแห้ง
 เหงื่อออกมาก ผ่ามือเย็นขึ้น เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน ท้องอืดเพื่อ มีสภาวะบ่งบอก
 กล้ามเนื้อเกร็งโดยเฉพาะกล้ามเนื้อบริเวณคอ ตัวสั่น นอนไม่หลับ ประจำเดือนผิดปกติ

ด้านที่ 3 อารมณ์ จะมีอาการตกใจง่าย โกรธง่าย หงุดหงิด
 กระสับกระส่าย หวาดหวั่น สงสัยบ่อย และชักถามมากขึ้น เรียกร้องการพึ่งพาผู้อื่น ซึมเศร้า
 เหนื่อยหน่าย ท้อแท้ใจ ขาดความสนใจ แยกตัว ร้องไห้ เป็นต้น

ด้านที่ 4 ความคิด ความจำ และการรับรู้ มีอาการหมกมุ่น
 ครุ่นคิด ความคิดและการใช้ภาษาผิดพลาด และคิดขัด ลืมง่าย ไม่มีสมาธิ ลังเล ไม่แน่ใจ
 และการรับรู้ผิดพลาด เป็นต้น

1.4 การวัดความวิตกกังวลและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โครน และลักซ์ (Krohne and Laux 1982 : 27 - 28) กล่าวถึง การวัดความเครียดโดยจำแนกตามการตอบสนองของระบบต่าง ๆ ของร่างกายออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านสรีรวิทยา (Physiological) ด้านจิตใจ (Psychological) ด้านพฤติกรรม ปฏิบัติงาน (Task behavior) และด้านพฤติกรรมระหว่างบุคคล (Interpersonal behavior) ดังมีรายละเอียดคือ ด้านสรีรวิทยา เป็นการวัดเกี่ยวกับหน้าที่และสภาวะทาง ด้านสรีรวิทยา ด้านจิตใจเป็นการวัดความรู้ ความเข้าใจ สภาวะอารมณ์ ขวัญ และกำลังใจ ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติงาน เป็นการวัดการตอบสนองของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายซึ่งปรากฏ ในด้านการกระทำที่สัมพันธ์กับ เครื่องมือหรือวิธีการที่กำหนดให้เป็นเกณฑ์ ด้านพฤติกรรมระหว่างบุคคล เป็นการวัดการตอบสนองของบุคคลที่แสดงออกต่อสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ในสังคม

เคลลี (Kelly 1980 : 121 - 193) กล่าวถึงการวัดการตอบสนองของร่างกาย ต่อความวิตกกังวลไว้ 3 ด้าน คือ

ด้านที่ 1 การวัดการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา (Physiological measurement) เป็นการวัดการตอบสนองของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายทางด้านสรีรวิทยาที่มีต่อความวิตกกังวล (Zung and Cavenar Jr. 1980 : 349) เช่น การตรวจคลื่นสมอง (Electroencephalography = EEG) เพื่อดูการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiography) เพื่อดูการทำงานของหัวใจและการไหลเวียนของโลหิต การวัด จังหวะและความลึกของการหายใจ การทำงานของกระเพาะอาหารและระดับ pH ของน้ำย่อย การตรวจคลื่นไฟฟ้าเพื่อดูการทำงานของกล้ามเนื้อ (Muscle blood flow) การวัดความต้านทานของไฟฟ้าที่ฝ่ามือเพื่อตรวจสอบปริมาณของเหงื่อที่ออกบริเวณฝ่ามือ และดูการขยายของ ม่านตาโดยการใช้เครื่องมือตรวจม่านตา (Pupillography) เป็นต้น

เจริญ สมวงษ์ศิริ (2523 : 10 - 11) กล่าวว่า อาการสำคัญของ ความวิตกกังวลอยู่ในกลุ่มอาการทางประสาทอัตโนมัติ โดยเฉพาะส่วนของประสาทซิมพาธิค (Sympathetic nerve) พบว่า ขณะที่กำลังมีความวิตกกังวลอย่างรุนแรงระดับแคตาคอลามีน (catecholamines) ในเลือดจะสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว การเปลี่ยนแปลงของประสาทซิมพาธิคในตำแหน่งที่เกี่ยวกับความวิตกกังวลที่มีการศึกษากันอย่างมาก ก็คือ ส่วนของระบบหัวใจ การไหลเวียนของโลหิตและการมีเหงื่อออกที่ฝ่ามือ โดยพบว่า เมื่อมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นหัวใจจะเต้นเร็วขึ้น การโคจรของโลหิตในร่างกายจะเร็วขึ้นและการที่ร่างกายรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงที่

เกิดขึ้นนี้จะทำให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นจะเป็นผลย้อนกลับให้มีอาการเพิ่มมากขึ้นอีก ตัวอย่าง เช่น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Hypertension) ที่มีระดับความวิตกกังวลสูงบางคนจะชวนขยายหาเครื่องวัดความดันโลหิตมาวัดวันละหลาย ๆ ครั้ง ผู้ป่วยประเภทนี้จะควบคุมความดันโลหิตได้ยาก เพราะมักจะมีระดับของความดันโลหิตจะไม่ค่อยลดลง

คอมพิวเตอร์ที่ฝ่ามือนั้นถูกควบคุมด้วยประสาทซิมพาธิติก เช่นกันและมีลักษณะพิเศษคือ จะไม่ช่วยในการควบคุมอุณหภูมิของร่างกายพบว่า ปริมาณของเหงื่อที่ออกบริเวณฝ่ามือจะขึ้นอยู่กับระดับความวิตกกังวล ถ้าระดับความวิตกกังวลสูงจะมีเหงื่อออกมากปริมาณเหงื่อที่ออกผันแปรตามระดับความวิตกกังวลนี้มีประโยชน์มากในการทดลอง เพราะจะสามารถวัดได้โดยตรง โดยการใช้เครื่องมือวัดความต้านทานของไฟฟ้าที่ผิวหนังบริเวณฝ่ามือ ถ้าความวิตกกังวลสูงเหงื่อจะออกมากและความต้านทานของผิวหนังจะลดลง ซึ่งหลักการนี้นำไปใช้ในการวัดความต้านทานไฟฟ้าของผิวหนัง (Galvanic skin response) (เจริญ สมวงษ์ศิริ 2523 : 11)

มีผู้เชี่ยวชาญบางท่านกล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงของอัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตอาจเกิดขึ้นเองได้ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทและหลอดเลือด โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคไต ต่อมไร้ท่อ โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคทางระบบประสาท หรืออาจเกิดจากยาบางชนิด เช่น ยากล่อมประสาท ยาแก้ปวด (Graham and Conley 1971 : 115 - 118) ซึ่งเคอร์เคนดัล และคณะ (Kirkendal and et al 1967 : 982) พบว่า อิทธิพลทางชีวภาพที่มีผลต่อความดันโลหิต ได้แก่ ความวิตกกังวล ความยุ่งยากทางอารมณ์ อาหาร มุทรี กระเพาะปัสสาวะเต็ม การเปลี่ยนแปลงของภูมิอากาศ การออกกำลังกายและความเจ็บปวด ดังนั้น จึงไม่นิยมวัดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายทางด้านสรีรวิทยาที่ตอบสนองต่อความวิตกกังวล โดยการใช้อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิต เป็นเกณฑ์

การศึกษาการตอบสนองทางด้านสรีรวิทยาของร่างกายต่อความวิตกกังวล ได้มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

วูลฟ (Wolf 1969 : 29 - 34) ได้ศึกษาถึงผลการตอบสนองของระบบประสาทส่วนกลางที่มีต่อภาวะเครียดของร่างกาย พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ (Coronary Care Unit = CCU) และได้พบเห็นปฏิบัติการฟื้นคืนชีวิต (Cardiopulmonary Resuscitation = CPR) ของผู้ป่วยข้างเคียง จะมีการตอบสนองของร่างกายต่อภาวะเครียดที่เกิดขึ้นโดยการมีภาวะของหัวใจ เต้นผิดปกติ

(Cardiac arrhythmia) อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นและความดันโลหิตสูงขึ้นกว่าเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเขาสรุปว่าจะสามารถวัดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาของร่างกายได้เมื่อมีภาวะ เครียด เกิดขึ้น

สครีคาร์ล่า (Sczekalla 1973 : 65 - 69) ได้ศึกษาปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายต่อภาวะ เครียดของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เข้ารับการรักษาในหอภิบาล ผู้ป่วยหนักโรคหัวใจที่ได้พบเห็นพฤติกรรมการฟื้นคืนชีวิตของผู้ป่วยข้างเคียงเช่นกัน โดยศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในโรงพยาบาล เซนต์หลุยส์ และมิสซูรี พบว่า อัตราการเต้นของหัวใจในผู้ป่วยกลุ่มทดลองของทั้ง 2 โรงพยาบาลเพิ่มขึ้นจากปกติ และถึงแม้ว่าจะพักระยะ 4 ชั่วโมงไป แล้วอัตราการเต้นของหัวใจของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง จำนวน 21 คน จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 คน ยังคงสูงกว่าระดับปกติอยู่ ผลการศึกษาสรุปได้ว่า อัตราการเต้นของหัวใจในผู้ป่วยกลุ่มทดลอง แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 สครีคาร์ล่า กล่าวว่า ผลการศึกษา นี้สนับสนุนการศึกษาของวูลฟท์ว่า สามารถจะวัดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาของร่างกายที่เกิดขึ้นในการตอบสนองต่อภาวะ เครียดได้

ด้านที่ 2 การวัดการเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวเคมี (Biochemical Measurement) เป็นการวัดผลการตอบสนองทางด้านชีวเคมีของร่างกายต่อความวิตกกังวล พบว่า ผู้ที่อยู่ในภาวะ วิตกกังวลจะมีระดับของไขมันในเลือด (serum cholesterol) สูง (Friedman and Rosenman quoted in Simons and Pardes 1977 : 299)

ในปี 1971 เคลลี และคณะ ได้ทำการศึกษาถึงระดับของกรดแลคติก (Lactic acid) ในผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลโดยการทดลองในผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล 2 กลุ่ม พบว่า ผลของการประเมินความวิตกกังวลโดยการสังเกต และการให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง ร่วมกับการวัดปริมาณของเลือดที่ไหลผ่านบริเวณแขน (Forearm blood flow) และอัตราการเต้นของหัวใจของกลุ่มที่ได้รับโซเดียมแลคเตต (Sodium lactate) กับกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 85 ของผู้ป่วยที่ได้รับโซเดียมแลคเตตมีอาการแสดงของความวิตกกังวลอย่างชัดเจน ซึ่งสนับสนุนการศึกษาของพิทท์ และแมคเคลว (Pitts and McClure 1967) ซึ่งพบว่า ร้อยละ 93 ของผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลจะมีความวิตกกังวลรุนแรงขึ้นเมื่อได้รับโซเดียมแลคเตต (Kelly 1980 : 195 - 196)

ด้านที่ 3 การวัดการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ (Psychological Measurement)

เป็นการวัดการตอบสนองทางด้านจิตใจของบุคคลคือความวิตกกังวล ซึ่งแสดงออกในลักษณะของความแปรปรวนของพฤติกรรม บุคลิกภาพ คำพูด ความคิด ความจำ การติดต่อสื่อสาร การรับรู้ ฯลฯ เนื่องจากพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกมานั้น เป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนถึงจิตใจและอารมณ์ที่ผู้อื่นจะสามารถสังเกตเห็นได้ และบุคคลนั้นก็จะสามารถรับรู้หรือรู้สึกถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง เช่น อាកาใจสั้น หายใจลำบาก นอนไม่หลับ ถอนหายใจบ่อย ๆ ร้องไห้ กระสับกระส่าย หงุดหงิด หงาดกิ้ว หลงลืม ไม่มีสมาธิ เป็นต้น

พริชท (Priest 1983 : 8) ศึกษาพบว่า อាកาใจทั่วไปที่พบในผู้หญิงที่มีความวิตกกังวลมีดังนี้ ร้อยละ 75 มีอาการใจสั้น หายใจลำบาก ร้อยละ 68 นอนไม่หลับ ร้อยละ 60 มีอาการมือสั่น ร้อยละ 47 มีเหงื่อออกง่ายกว่าปกติ และร้อยละ 43 มีอาการปวดเมื่อยบริเวณคอ

ลาซารัส และคณะ (Lazarus and Others quoted in Derogatis 1982 : 272 - 278) ได้กล่าวถึงการวัดความเครียดโดยการใช้ทฤษฎีหรือรูปแบบของความเครียด 3 ประเภท ซึ่งได้แก่ ทฤษฎีที่กล่าวถึงสิ่งกระตุ้น (Stimulus oriented theory) ทฤษฎีที่กล่าวถึงการตอบสนอง (Response oriented theory) และทฤษฎีที่กล่าวถึงการปฏิสัมพันธ์ (Interactional oriented theory) เป็นเกณฑ์ในการวัดความเครียด ดังนี้

การวัดโดยใช้ทฤษฎีที่กล่าวถึง สิ่งที่เป็นตัวกระตุ้น (Stimulus oriented measures) โดยการวัดจากสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียด และหาระดับของความเครียดจากการกำหนดค่าน้ำหนักหรือปริมาณของสิ่งแวดล้อมที่เป็นตัวกระตุ้นเหล่านั้น หรือศึกษาถึงสิ่งแวดล้อมที่เป็นสาเหตุที่คุกคามชีวิต ตัวอย่างเช่น การศึกษาของฮาวกินส์ และโฮลล์ม (Hawkins and Holmes) ในปี ค.ศ. 1957 ซึ่งใช้เครื่องมือที่เรียกว่า 'Schedule of Recent Experience' (SRE) ทำการวัดประสบการณ์ของชีวิตที่ผ่านมาการศึกษาของโฮลล์ม และ เรช (Holmes and Rahe) ในปี ค.ศ. 1967 โดยใช้เครื่องมือที่เรียกว่า Social Readjustment Rating Questionnaire (SRRQ) ซึ่งเป็นคำถามจำนวน 42 รายการที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่ถือเป็นสิ่งที่คุกคามจิตใจ - สรีระของบุคคล และต่อมาได้ปรับปรุงเครื่องมือดังกล่าวโดยเรียกชื่อใหม่ว่า Social Readjustment

Rating Scale (SRRS)

ในปี ค.ศ. 1973 โวลีเชอร์ (Volicer 1975 : 491 - 497) ได้ศึกษาถึงเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ป่วยในขณะที่อยู่โรงพยาบาล โดยใช้เครื่องมือวัดความเครียดที่คัดแปลงมาจากโฮล์ม และ เรช ร่วมกับการหาข้อมูลของแหล่งความเครียดจากบุคลากรทางการแพทย์ ประชาชนทั่วไปและผู้ป่วย โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 216 ราย พบว่าสิ่งที่ผู้ป่วยกลัวมากที่สุดคือ กลัวผอมผา ขูหนวก แต่เหตุการณ์ที่เกี่ยวกับค่านการเงินมีความสำคัญน้อยมาก และได้ทำการศึกษาอีกครั้งในปี ค.ศ. 1975 โดยปรับปรุงเครื่องมือวัดความเครียดใหม่รวบรวมเป็นเหตุการณ์จำนวน 49 เหตุการณ์ นำไปศึกษาในผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 261 ราย โดยให้ผู้ป่วยจัดอันดับตำแหน่งของเหตุการณ์ตามความรู้สึกของตนเองว่าเหตุการณ์เหล่านั้นก่อให้เกิดความเครียดสูง ปานกลาง หรือต่ำ พบว่า เรื่องที่ก่อให้เกิดความเครียดสูงคือ การที่ไม่ได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับเหตุผลในการตรวจรักษา คำทำนายโรคที่ตนเองยังไม่ทราบและสิ่งที่กลัวคือ กลัวเป็นมะเร็ง และเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดต่ำคือ การที่นอนอยู่ในห้องเดียวกับคนแปลกหน้า (Valicer 1975 : 352 - 359)

การวัดโดยใช้ทฤษฎีที่กล่าวถึงการตอบสนอง (Response oriented measures) เป็นการวัดการตอบสนองของบุคคลที่มีต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นต้นเหตุให้เกิดความเครียด ในส่วนของรูปแบบและลักษณะของอารมณ์ที่ตอบสนองคือสิ่งกระตุ้น ซึ่งใช้เป็นข้อสันนิษฐานในการประเมินระดับความเครียด เป็นลักษณะของการประเมินทางจิตใจโดยตรง โดยประเมินอาการแสดงทางจิตใจหรือพยาธิสภาพของจิต อารมณ์ บุคลิกภาพและสังคมที่บุคคลแสดงออก ส่วนมากเป็นการวัดผลกระทบหรืออารมณ์ที่แสดงออกในทางลบ ซึ่งเครื่องมือที่ใช้วัดการตอบสนองมี 2 ชนิดคือ เครื่องมือที่ประเมินอาการหรืออาการแสดงรวมกันหลาย ๆ ด้าน (Multidimensional instruments) และเครื่องมือที่ประเมินอาการหรืออาการแสดงเพียงด้านเดียว (Unidimensional instruments)

เครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการหรืออาการแสดงรวมกันหลาย ๆ ด้าน ได้แก่ Psychological Symptom Inventory ของฮาธาเวย์ และแมคคินเลย์ (Hathaway and McKinley) ซึ่งสร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1940 และต่อมาได้มีผู้นำมาปรับปรุงใช้อย่างแพร่หลายและ The SCL - 90 - R ซึ่งดีโรกาติส ลิปแมน และโควี (Derogatis, Lipman & Covi) ได้นำมาปรับปรุงคะแนนใหม่ในปี ค.ศ. 1973 และในปี 1975 เครื่องมือนี้ก็เป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลาย

เครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการแสดงเพียงด้านเดียว ได้แก่ Beck Depression Inventory ของเบค (Beck : 1961) ซึ่งวัดภาวะซึมเศร้า The STAI (The State - Trait Anxiety Inventory) ซึ่งเป็นการประเมินอารมณ์ที่แสดงออกถึงความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์ (Spielberger : 1970) และ Self - Rating Depression Scale และ Self - Rating Anxiety Scale ของซุง (Zung : 1965, 1971)

การวัดโดยใช้ทฤษฎีที่กล่าวถึงการปฏิสัมพันธ์ (Interaction oriented measures) เป็นการวัดในส่วนของความรู้ ความเข้าใจ คุณลักษณะ อุบิสัยของบุคคลที่ตอบสนองต่อความเครียดตลอดจนบุคลิกลักษณะ รูปแบบการแก้ไขเหตุการณ์และกลไกในการต่อสู้ด้านจิตใจ การวัดการปฏิสัมพันธ์เป็นแนวทฤษฎีที่ใหม่กว่า 2 ประการแรกที่กล่าวมาแล้ว เครื่องมือในการวัดในแนวทฤษฎีนี้ได้แก่ Jenkin Activity Survey ของเจนคิน และคณะ (Jenkin and Other 1967, 1975 and 1976) ซึ่งใช้วัดรูปแบบของพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งรู้จักกันในชื่อของรูปแบบพฤติกรรมประเภท เอ (Type A. behavior pattern) Derogatis Stress Profile (DSP) ซึ่งเป็นเครื่องมือใหม่ที่เป็นที่ยอมรับว่าสามารถใช้วัดได้ครอบคลุมทั้งในด้านพฤติกรรม บุคลิกภาพ ทัศนคติ าลา และ The Rating of Statement List ซึ่งใช้ในการทำนายผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงสูงในการเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของ แวน ไคจี และนาเจลเคริก (Van Dije and Nagelkerke 1980) เป็นต้น

โดยทั่วไปแบบวัดหรือแบบประเมินความวิตกกังวลจะแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด (Zung and Cavenar Jr. 1980 : 349) คือ

แบบที่ 1 แบบวัดชนิดที่ให้ผู้ถูกประเมินตอบคำถามด้วยตนเอง (Self Rating Scale - SR) เป็นแบบประเมินที่ผู้ป่วยหรือผู้ถูกประเมินทำการประเมินตนเองโดยการตอบคำถามตามความรู้สึกหรือการรับรู้ของตน แพทย์บางคนกล่าวว่า ผู้ป่วยจะไม่สามารถตอบคำถามหรือตัดสินใจเลือกคำตอบได้อย่างถูกต้อง แต่บางคนกล่าวว่า ผู้ป่วยเท่านั้นที่จะสามารถอธิบายหรือทราบได้อย่างแน่ชัดว่า เขามีความรู้สึกอย่างไร

แบบประเมินความวิตกกังวลด้วยตนเองที่ดีควรมีลักษณะดังนี้คือ มีข้อมูลที่ครอบคลุม ผู้ที่ตอบคำถามต้องไม่ใช่ผู้ที่ผ่านการฝึกหัดมาแล้ว ใช้เวลาในการตอบคำถามเพียงระยะสั้น ๆ เป็นแบบสอบที่ให้คะแนนได้ง่าย ข้อมูลต้องมีจุดมุ่งหมายที่แน่ชัด วิธีการเก็บรวบรวม

ข้อมูลควรทำได้หลายวิธี และประการสุดท้ายควรมีราคาถูก

ตัวอย่างของแบบประเมินความวิตกกังวลด้วยตนเอง ได้แก่ Self Rating Anxiety scale ของซุง (William W. K Zung) ซึ่งมีจำนวน 20 ข้อ และ The State - Trait Anxiety Inventory (STAI) ของสปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger) (Zung and Cavenar Jr. 1980 : 354 - 355)

แบบที่ 2 แบบวัดชนิดที่ต้องใช้ผู้ประเมิน โดยการสังเกตพฤติกรรมหรือสัมภาษณ์ (Observe Rating scale = OR) ได้แก่ แบบสังเกตพฤติกรรมของเกรแฮม และคอนเลย์ (Graham and Conley 1971 : 113 - 122) มีจำนวน 20 ข้อ ซึ่งสร้างขึ้นเพื่อประเมินความวิตกกังวลและความกลัวของผู้ป่วยศัลยกรรม

จะเห็นได้ว่าความวิตกกังวล เมื่อเกิดขึ้นแล้วย่อมมีผลกระทบต่อบุคคลอย่างยิ่ง โดยเฉพาะผู้ที่เจ็บป่วย ซิมมอน (Simmon 1980 : 151) กล่าวว่า ผู้ป่วยจะเกิดภาวะซึมเศร้า ภายหลังความวิตกกังวล โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องอยู่โรงพยาบาลนาน ๆ เนื่องมาจากการถูกจำกัด การเคลื่อนไหว ความรู้สึกสูญเสียคุณค่าของตนเอง ความกังวลเกี่ยวกับอนาคตหรือเกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีอนาคตอีกต่อไป ปัญหาด้านจิตใจที่เกิดขึ้นจะส่งผลให้สภาวะของโรคเลวลง ผู้ป่วยที่พบว่ามึระดับความวิตกกังวลสูงและมีอาการซึมเศร้าจะเป็นเหตุให้การพยากรณ์โรคไม่ดี เนื่องจากความวิตกกังวลมีผลต่อการทำงานของสมองอันก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา ดังกล่าวมาแล้ว ดังนั้น ภาวะประสาทหลอน หรือ ICU Psychosis ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนักจึงเป็นเรื่องปกติที่พบได้บ่อย อาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากความวิตกกังวลจึงเป็นเรื่องที่ผู้ที่ให้การรักษายาบาลควรคำนึงถึง มิใช่มุ่งแต่เพียงเฉพาะว่าสาเหตุของประสาทหลอนนั้นเกิดจากพยาธิสภาพทางกายของผู้ป่วยเท่านั้น (Simmon 1980 : 134)

พริทชาร์ด (Pritchard 1981 : 164) กล่าวว่า วิธีการง่าย ๆ ที่จะช่วยป้องกันหรือลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ก็โดยการติดต่อสื่อสารและการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เพราะการสื่อสารที่ดีจะทำให้พยาบาลเข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วยและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพนั้นมีองค์ประกอบหลายประการ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และสภาวะของผู้ป่วย เป็นต้น ตัวอย่างเช่น ถ้าผู้ป่วยนั้นยังได้รับเครื่องช่วยหายใจหรือใส่ท่อช่วยหายใจอยู่ การสื่อสารต้องใช้วิธีการพิเศษร่วมด้วย (รัชณี ศรีสวาสดี 2527 : 46)

2. การติดต่อสื่อสาร

2.1 นิยาม

แอนเดอร์สัน (Anderson quoted in Alplblaum and other 1975 : 5) กล่าวว่า การติดต่อสื่อสาร เป็นกระบวนการซึ่งเราทำความเข้าใจผู้อื่นและในทางกลับกันก็พยายามจะให้ผู้อื่น เข้าใจเราด้วย เป็นหลังความสัมพันธ์ต่อกันที่เกิดขึ้นตลอดเวลา

เบอร์นาร์ด และ เกรย์ (Bernard and Gray 1964 : 527) กล่าวว่า การติดต่อสื่อสาร เป็นการส่งทอด (Transmission) ข่าวสาร ความคิด อารมณ์ และทักษะต่าง ๆ โดยใช้สัญลักษณ์ เช่น คำพูด รูปภาพ ท่าทาง และแผนภูมิ

เซียร์รา - ฟรานโก (Seirra - Franco 1978 : 7) กล่าวว่า การติดต่อสื่อสาร เป็นสิ่งที่ซับซ้อน เป็นกระบวนการของการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกซึ่งกันและกัน

รูชด์ และ เบทีสัน (Ruesch and Bateson quoted in Sundeen and other 1981 : 78) กล่าวว่า เป็นวิธีปฏิบัติโดยบุคคลหนึ่งซึ่งส่งผลกระทบต่อบุคคลอื่นและวิธีปฏิบัตินั้นไม่เพียงแต่การส่งข่าวสารโดยการใช้ภาษา เท่านั้นยังหมายรวมถึงพฤติกรรมของมนุษย์และศิลปะด้วยความหมายของการติดต่อสื่อสารนั้นครอบคลุมถึงจุดมุ่งหมายของพฤติกรรมหรือความคิดของบุคคลด้วย

สตีวท์ (Stewart 1968 : 22) กล่าวว่า การติดต่อสื่อสารเป็นกระบวนการของจิต - สรีระ ซึ่งจะทำหน้าที่ล้วงเอาความจริงของความหมายที่เจตนา

ซันดีน และคณะ (Sundeen and other 1981 : 78) กล่าวว่า การติดต่อสื่อสารเป็นการถ่ายทอดข้อมูลหรือ เปรียบเสมือนส่วนประกอบพื้นฐานของสัมพันธภาพ

การติดต่อสื่อสาร หมายถึง การถ่ายทอด แลกเปลี่ยนเรื่องราว (information) ความรู้สึกนึกคิด (feeling and thought) ความคิดเห็น (idea) ความเชื่อ (believe) ความรู้ (knowledge) และทัศนคติ (attitude) ของบุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไป โดยฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งจะเป็นผู้ถ่ายทอดให้อีกฝ่ายหนึ่ง และอีกฝ่ายหนึ่งมีปฏิกิริยาโต้ตอบมาด้วย (การพยาบาลจิตเวช 2525 : 30)

หลุยส์ จำปาเทศ (อ้างถึงในทิสนา ขัมมณี และคณะ 2522 : 77) ได้ให้ความหมายตามปทานุกรมสังคมศาสตร์ว่า การติดต่อสื่อสาร คือ การส่งข่าวสาร ข้อเท็จจริง

ความคิด เห็น และท่าทีต่าง ๆ จากบุคคลหนึ่งหรือหลายคนไปยังบุคคลหนึ่งหรือหลายคน

เอมเมอท์ และโดแนค (Emmert and Donaghy 1981 : 28) ได้ศึกษาเรื่อง การติดต่อสื่อสารโดยใช้คำถามเพื่อที่จะทราบความต้องการในการติดต่อสื่อสารของบุคคลหลาย อาชีพ พบว่า คำตอบที่ได้รับ คือ ติดต่อสื่อสารเพื่อจุดมุ่งหมายในการแลกเปลี่ยนข่าวสาร ชักชวน หรือเกลี้ยกล่อมบุคคลอื่น เข้าใจบุคคลอื่น ให้คำแนะนำหรือแนวทาง แสดงอารมณ์และเพื่อ ค้นพบตนเอง เป็นต้น

ดังนั้นอาจสรุปความหมายของการติดต่อสื่อสารได้ว่า เป็นกระบวนการแลกเปลี่ยน หรือถ่ายทอดข่าวสาร ข้อเท็จจริง ความคิด ความรู้สึก อารมณ์ ทัศนคติ ระหว่างบุคคล หรือกลุ่มบุคคล และกระบวนการติดต่อสื่อสารที่ได้ผลนั้นจะต้องอาศัยความรู้สึกของการมีส่วนร่วม ความเข้าใจที่ตรงกันและการตอบสนองที่ถูกต้อง

2.2 องค์ประกอบของการติดต่อสื่อสาร

เสถียร เศษประดับ (2522 : 50) กล่าวถึงกระบวนการติดต่อสื่อสารซึ่งได้ ปรับปรุงมาจากรูปแบบของโรเจอร์ และชูเมคเกอร์ (Rogers and Shomaker) เบอร์โล (Berlo) และแชนนอน และวีฟเวอร์ (Shannon and Weaver) ว่าประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ

องค์ประกอบที่ 1 แหล่งสารหรือผู้ส่งสาร (Source or Sender) อาจจะเป็น บุคคลเดียวหรือกลุ่มบุคคลซึ่งเป็นผู้พูด ผู้เขียน เจ้าของข้อความหรือความคิด ชนชั้น และคณะ (Sundeen and other 1981 : 87) กล่าวไว้ว่า ผู้ส่งสารมิได้หมายถึงแค่เพียงบุคคลผู้ส่งสาร เท่านั้นแต่หมายรวมถึงอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายที่ทำหน้าที่ในการส่งสารทั้งการใช้คำพูดและ ภาษาท่าทาง มีปัจจัยสำคัญ 4 ประการที่เกี่ยวข้องกับผู้ส่งสารที่จะกำหนดประสิทธิผลของการ ติดต่อสื่อสาร คือ ทักษะในการติดต่อสื่อสาร ทัศนคติ ความรู้ และระดับของสังคมและวัฒนธรรม

องค์ประกอบที่ 2 สาร (Message) หมายถึง ข่าวสาร ความรู้ ความคิด เห็น ความรู้สึก ระเบียบข้อบังคับ ฯลฯ ที่จะส่งไปยังผู้รับ

องค์ประกอบที่ 3 ช่องทาง (Channel) หมายถึง วิธีการของการติดต่อสื่อสาร ได้แก่ สื่อหรือเครื่องมือที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร (Media of communication) ซึ่งจะอาศัย ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การสัมผัส การดมกลิ่น และการสัมผัส เป็นแนวทางในการปฏิบัติ เพื่อที่จะใช้วิธีการนำสารหรือหาช่องทางส่งสาร เช่น การพูด , การสาธิต

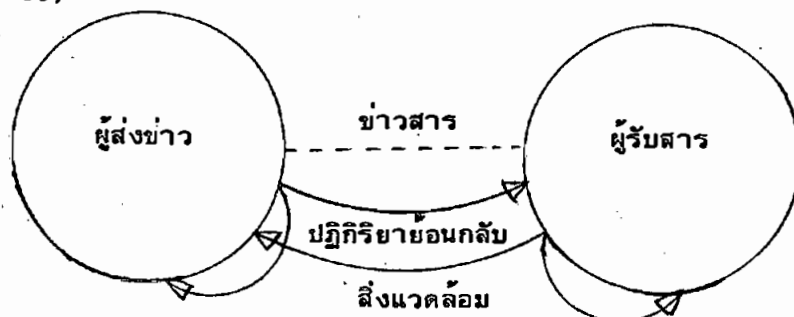
ภาพยนตร์ คำสั่งเป็นลายลักษณ์อักษร ภารกิจท่าทาง และสัญลักษณ์ เป็นต้น

องค์ประกอบที่ 4 ผู้รับสาร (Receiver) คือบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่ใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 รับข่าวสารจากผู้ส่งสารและหมายรวมถึงโครงสร้างทางกายวิภาคของร่างกายที่จำเป็นต้องใช้ในการรับสาร ตลอดจนประสาททั้งหมดที่ใช้ในการรับข่าวสารโดยการใช้ภาษาท่าทางด้วย (Sudeen and other 1981 : 88) ซึ่งการที่ผู้รับสารจะสามารถรับได้ดีเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัย 4 ประการ เช่นเดียวกับผู้ส่งสาร

องค์ประกอบที่ 5 ผลของการติดต่อสื่อสาร (Result) การติดต่อสื่อสารที่ดีย่อมต้องการให้เกิดความเข้าใจ (Understanding) การแปลความหมายที่ถูกต้องเพื่อการตอบสนอง (Response) ที่ตรงตามจุดหมาย

องค์ประกอบที่ 6 ปฏิกริยาตอบสนอง (Feedback) หมายถึง สิ่งที่ย้อนกลับ ถ้าหากการติดต่อสื่อสารมีสิ่งที่ย้อนกลับมากเพียงใดย่อมหมายถึงประสิทธิภาพของการติดต่อสื่อสารนั้น ชันดิน และคณะ (Sundeen and other 1981 : 88) กล่าวว่า ปฏิกริยาย้อนกลับ เป็นปฏิกริยาที่ผู้รับสารตอบสนองต่อผู้ส่งสารและไม่เพียงแต่ผู้ส่งสารเท่านั้นที่จะได้รับปฏิกริยาย้อนกลับผู้ที่ทำหน้าที่รับสารอาจจะได้รับปฏิกริยาย้อนกลับจากผู้ส่งสารด้วยก็ได้ และทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสารอาจจะได้รับปฏิกริยาย้อนกลับภายในของตนเองด้วย ปฏิกริยาย้อนกลับภายในบุคคล ได้แก่ การอาเจียน การหนาว หรือท้องที่ร้อยเมื่อเลยเวลาอาหาร เป็นปฏิกริยาย้อนกลับภายในที่ให้ข้อมูลในตนเองว่า "จำเป็น" "ต้องการ" หรือวิตกกังวล เป็นต้น ซึ่งบุคคลนั้นจะต้องตอบสนองต่อปฏิกริยาย้อนกลับภายในที่เกิดขึ้นนั้น

องค์ประกอบของการติดต่อสื่อสารที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ สิ่งแวดล้อม (Context) สิ่งแวดล้อมในขณะที่มีการติดต่อสื่อสาร หรือมีปฏิสัมพันธ์เกิดขึ้นนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้ทราบความหมายที่แท้จริงหรือปฏิกริยาที่เกิดขึ้นจากการติดต่อสื่อสาร (Sundeen and other 1981 : 89)



แผนภูมิที่ 1 องค์ประกอบของกระบวนการติดต่อสื่อสารของชันดินและคณะ

2.3 รูปแบบของการติดต่อสื่อสาร

การติดต่อสื่อสารอาจจำแนกออกได้หลายแบบแล้วแต่ว่าจะพิจารณาในประเด็นใด บอร์ซิง และสไตเนคเคอร์ (Borsing and Steinacker 1982 : supplement 2 - 3) ได้จำแนกรูปแบบของการสื่อสารตามสื่อที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารออกเป็น 2 แบบคือ

แบบที่ 1 การติดต่อสื่อสารโดยการใช้ภาษาหรือถ้อยคำ (Verbal communication) เป็นวิธีการติดต่อสื่อสารหรือสื่อความหมายของข้อมูล ทศนคติและความรู้สึกนึกคิดต่าง ๆ ด้วยวิธีการ 2 วิธีคือ การพูด และการเขียน

การพูดโดยการใช้ภาษาอาจจะ เป็นประโยค การสะกดคำ คำศัพท์ ระดับของเสียงที่สูงหรือต่ำ ดังหรือเบา เป็นต้น และคำพูดอาจแสดงให้รู้ถึงความรู้สึกของผู้พูดได้ เช่น รัก โกรธ เสียใจ พอใจ เป็นต้น

การเขียนโดยการใช้เขียนด้วยมือ การพิมพ์ ภาพเขียน ภาพพิมพ์ โครงสร้างหรือแผนภูมิต่าง ๆ

การพูดและการเขียนเป็นวิธีการติดต่อสื่อสารที่นิยมใช้กันโดยทั่วไปเพราะเป็นวิธีการที่ง่ายต่อการแปลและเข้าใจความหมาย สิ่งสำคัญคือ ภาษาพูดและภาษาเขียนจะต้องเป็นภาษาที่ทั้งผู้รับและผู้ส่งสารเข้าใจร่วมกัน การติดต่อสื่อสารด้วยวิธีนี้จึงจะทำให้เกิดความเข้าใจตรงกัน และมีปฏิกริยาตอบสนองอย่างถูกต้อง

แบบที่ 2 การติดต่อสื่อสารโดยไม่ใช้ภาษาหรือถ้อยคำหรือการติดต่อสื่อสารโดยการใช้ภาษาท่าทาง (Non - verbal communication) เป็นการสื่อสารซึ่งใช้วิธีการ 3 ประการคือ การสื่อสารด้วยจิตใจ (mind) สัญลักษณ์ (symbols) และการสัมผัส (skin contact)

การสื่อสารด้วยจิตใจ ได้แก่ การแสดงท่าทาง และสีหน้า การใช้สายตา และการเคลื่อนไหว เป็นต้น

สัญลักษณ์ ได้แก่ สีต่าง ๆ เครื่องหมาย การใช้มือ แสดงท่าทาง หรือสัญญาณ

การสัมผัส ได้แก่ การถูกต้องร่างกาย ความรู้สึก การช่วยประคอง ประคอง การกระตุ้นร่างกายด้วยความร้อนหรือความเย็น การนวดหรือกดด้วยความอ่อนโยน และนุ้มนวด เป็นต้น

ลอร์ (Lore 1981 : 47) กล่าวว่า การติดต่อสื่อสารโดยการใช้อำนาจภาษาท่าทางจะบอกถึงสภาวะอารมณ์ที่แท้จริงได้ดีกว่าการติดต่อสื่อสารโดยการใช้อำนาจหรือถ้อยคำ ซึ่งการติดต่อสื่อสารโดยการใช้อำนาจภาษาท่าทางในทางการพยาบาลอาจจำแนกออกเป็น 6 ประการ (Munn 1980 : 89 - 93 และ Lore 1981 : 47 - 51) ได้แก่

ประการที่ 1 การแสดงสีหน้า (Facial expression) เป็นภาษาท่าทางที่สำคัญที่สุด นักมนุษยวิทยาเชื่อว่าการแสดงสีหน้าเป็นผลของปฏิกิริยาตามธรรมชาติของกล้ามเนื้อ เส้นประสาทของใบหน้าและการอบรมเลี้ยงดู ซึ่งจะควบคุมการแสดงออกของอารมณ์ ลักษณะพื้นฐานของการแสดงออกทางใบหน้านั้นมี 6 ลักษณะ คือ รังเกียจ ประหลาดใจ มีความสุข โกรธ เสียใจ และกลัว ซึ่งลักษณะดังกล่าวพยาบาลจะสังเกตเห็นได้

ประการที่ 2 สายตา (Eye contact) การมองมีความหมายมากกว่าการเห็น การสบสายตาคือเป็นรูปแบบที่สูงสุดของการติดต่อสื่อสารโดยการใช้อำนาจภาษาท่าทางของบุคคล และแววตาของผู้ป่วยจะแสดงออกถึงความรู้สึกที่แท้จริง

ประการที่ 3 การสัมผัส (Touching) เป็นวิธีการติดต่อสื่อสารที่ผู้รับจะแปลความหมายได้รวดเร็ว การสัมผัสจะบอกถึงความรู้สึกที่ล้ำลึกซึ่งไม่สามารถอธิบายได้ด้วยการสื่อสารภาษา ในการให้การพยาบาลผู้ป่วย การสัมผัสเป็นวิธีการติดต่อสื่อสารที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งเพราะการสัมผัสเป็นการแสดงถึงความรัก และความเอาใจใส่ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก หักสนคดี และความต้องการของเขาออกมาให้ทราบเนื่องจากผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกสบายใจ อบอุ่นใจ มั่นใจ ยอมรับและเกิดกำลังใจ อันจะนำไปสู่การยินยอมที่จะปฏิบัติตามด้วยความเต็มใจ

ประการที่ 4 ระยะทางและท่าทาง (Distance and Posture) ฮอล (Hall quoted in Munn 1980 : 91) เชื่อว่าระยะทางหรือช่วยห่างระหว่างบุคคล (The use of space) เป็นวิธีการติดต่อสื่อสารวิธีการหนึ่ง ช่วยระยะที่บุคคลหนึ่งยืนหรือนั่งห่างจากบุคคลอื่น ในขณะที่ติดต่อสื่อสารกันจะบอกให้ทราบถึงสัมพันธ์ภาพของบุคคลทั้ง 2 ฝ่าย ตลอดจนจุดมุ่งหมายในการติดต่อสื่อสารด้วย ดังนั้นตำแหน่งที่พยาบาลยืนหรือสภาพในการติดต่อสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจะบอกได้แน่ชัดถึงความรู้สึกหรือสัมพันธ์ภาพที่พยาบาลมีต่อผู้ป่วย การที่พยาบาลยืนอยู่หน้าผู้ป่วยในระยะที่ใกล้ชิดพอควรแสดงถึงความไว้วางใจ ความอบอุ่นและการยอมรับ แต่ถ้าพยาบาลยืนอยู่ไกลจากผู้ป่วยอาจแปลความหมายได้ว่า มีความรู้สึกเบื่อหน่าย



รำคาญ รังเกียจ หรือไม่ยอมรับ เป็นต้น ทำหน้าที่ที่คล้ายคลึงและเป็นกันเองในขณะที่คิดคือสื่อสารจะ ทำให้เกิดบรรยากาศที่อบอุ่น และไม่เพียงแต่ท่าทางของพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วยเท่านั้น ท่าทางของ ผู้ป่วยในขณะนั้นด้วย การที่ผู้ป่วยนั่งห่อไหล่อาจจะหมายถึงว่าเขาเศร้าใจ ท้อแท้ หรือเจ็บปวด เป็นต้น

ประการที่ 5 ระดับเสียง (Tone of voice) ระดับของเสียงจะบอก ถึงความหมายที่แตกต่างกัน ระดับเสียงที่สูงต่ำ เน้นหนัก เบา การทอดเสียงและจังหวะใน การพูดจะบอกถึงสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยว่า กำลังโกรธ พ้อใจ เบื่อหน่าย สนใจ รังเกียจ หรือคับข้องใจ เป็นต้น

ประการที่ 6 กิริยาท่าทาง (Body action) สิ่งสำคัญที่แสดงออกซึ่ง ภาพพจน์ของบุคคลคือ กิริยาท่าทาง ภาพลักษณะที่แสดงให้บุคคลอื่นเห็นจะบอกได้ถึงสภาวะจิตใจ ของบุคคลนั้น ซึ่งอธิบายได้จากปฏิกริยาที่แสดงออกมา กิริยาท่าทางและการเคลื่อนไหวของ ศีรษะ เป็นวิธีการติดต่อสื่อสารโดยการใช้ภาษาท่าทางที่สำคัญประการหนึ่งซึ่งแสดงถึงทัศนคติของ บุคคลทั้งในด้านบวกและด้านลบ และยังบอกถึงสัมพันธภาพของบุคคลในการติดต่อสื่อสารด้วย ทุอาร์ (Lare 1981 : 50) กล่าวว่า โดยปกติการแสดงท่าทางหรือสัญญาณ (Gesture) จะเป็นการ ช่วยลดความตึงเครียด บอกถึงความคิดและความสนใจ ท่าทางที่แสดงออกโดยทั่วไปได้แก่ การ กำมือ ยกไหล่ การนั่งกระสับกระส่าย เป็นต้น ท่าทางที่ผู้ป่วยแสดงออกจะบอกถึงความตื่นเต้น กระตือรือร้น พ้อใจ ในทางตรงกันข้ามอาจบอกถึงความเบื่อหน่าย ง่วงนอน ท้อแท้ใจ หรือ ซึมเศร้า มีสราเมียน (Mehrabian quoted in Munn 1980 : 91) เชื่อว่า การเคลื่อนไหวของแขน ขา และศีรษะไม่เพียงแต่จะบอกทัศนคติของบุคคลเท่านั้นยังบอกถึงความหวาดกลัวและ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นว่าอย่างน้อยเพียงใดในสภาวะนั้น ๆ การแสดงท่าทางแต่เพียงอย่างเดียวอาจ จะให้ความหมายได้หลายประการ และพยาบาลอาจแปลความหมายผิดได้ วิธีที่จะให้แน่ใจว่าแปลความ หมายของกิริยาท่าทางนั้นได้ถูกต้องก็โดยการสอบถามผู้ป่วย และพยาบาลก็สามารถใช้การเคลื่อนไหว ของร่างกายหรือกิริยาท่าทางแทนคำพูดได้เช่นกัน

การติดต่อสื่อสารโดยการใช้ภาษาท่าทางจะบอกให้รู้ถึงความรู้สึกที่แท้จริงมากกว่าการใช้ภาษาหรือถ้อยคำ ซึ่งมักจะถูกควบคุมให้อยู่ภายในใจและจะต้องอาศัยการสังเกตและ ประสบการณ์ของผู้รับสารมากพอสมควร (การพยาบาลจิตเวช 2525 : 31) แต่การติดต่อสื่อสาร ด้วยวิธีการนี้มีทั้งความง่ายและยากในการแปลความหมาย ถ้าเป็นภาษาท่าทางที่เกิดจากข้อตกลง เป็นที่ทราบและยอมรับกันโดยทั่วไปก็จะง่ายต่อการแปลความหมาย แต่ถ้าเป็นภาษาท่าทางที่ผู้ส่งสาร

- และผู้รับสารไม่เข้าใจซึ่งกันและกัน ผู้รับสารจะต้องพยายามแปลความหมายเองก็จะเกิดความผิดพลาดและปัญหาตามมาและเมื่อผู้ส่งสารไม่สามารถทำให้ผู้รับสาร เข้าใจความหมายได้ถูกต้อง การตอบสนองและปฏิกิริยาย้อนกลับก็จะไม่เกิดขึ้น

โดยแท้จริงแล้วภาษาท่าทางและภาษาพูดต้องอาศัยซึ่งกันและกัน จึงจะให้ความหมายที่ถูกต้องและแท้จริง ภาษาพูดแต่เพียงอย่างเดียวไม่สามารถให้ความหมายอย่างเต็มที่แก่เราได้และภาษาท่าทางแต่เพียงอย่างเดียวก็มิได้ให้ความหมายทั้งหมดแก่เราเช่นกัน ถ้าเราฟังแต่คำพูดเพียงอย่างเดียว ความหมายอาจผิดเบือนได้ เช่นเดียวกับเราดูจากภาษาท่าทางเพียงอย่างเดียว (Munn 1980 : 87 - 88)

2.4 อุปสรรคของการติดต่อสื่อสาร

อุปสรรคในการติดต่อสื่อสารของมนุษย์ในอันที่จะทำให้เกิดความเข้าใจในข่าวสารของผู้อื่นและการสร้างสัมพันธภาพมี 7 ประการ (ขวัญเรือน กิติวัฒน์ 2527 : 116 และ Parry quoted in Sundeen 1981 : 98 - 100) คือ

ประการที่ 1 ความสามารถที่จำกัดของผู้รับสาร (Limitation of the receiver's capacity) เนื่องจากพื้นฐานความสามารถที่ไม่เท่าเทียมกันในการได้ยินการมองเห็น และความเข้าใจในสิ่งกระตุ้น ดังนั้นถ้าผู้ส่งสารในวิธีการซับซ้อนหรือใช้ภาษาท่าทางที่ผู้รับสารไม่คุ้นเคยมาก่อน ผู้รับสารก็จะไม่สามารถรับข้อมูลหรือแปลความหมายได้ถูกต้อง ซึ่งไม่เพียงแต่ความสามารถที่จำกัดของผู้ส่งสารเท่านั้น ความสามารถที่จำกัดของผู้รับสารก็เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสารเช่นกัน และอุปสรรคในด้านการสื่อสารจะน้อยลงหรือไม่เกิดขึ้นเลย ถ้าหากผู้ส่งสารและผู้รับสารมีทั้งความรู้ ความสามารถในเรื่องราวที่สื่อสารกัน ตลอดจนมีทักษะในกระบวนการสื่อสารควบคู่กันไปด้วย

ประการที่ 2 สิ่งรบกวน (Distraction) สิ่งรบกวนอาจจะเป็นจากภายนอกและภายใน

สิ่งรบกวนภายนอก ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทั่วไป เช่น ความร้อน ความเย็น ความแออัด เสียงที่ดังจากเครื่องมือ หรืออุปกรณ์ในการรักษาพยาบาลหรือสิ่งรบกวนอื่น ซึ่งเป็นการรบกวนสมาธิของผู้ป่วยและพยาบาล เช่น การที่ถูกจำกัดเวลาในการเยี่ยม การที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวโดยการผูกตรึงมือหรือเท้าไว้ หรือการที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจไว้ในปาก ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจะติดต่อสื่อสารได้หรือทำได้ในขอบเขตที่จำกัด

แมคคินนอน - เคสเลอร์ (Mackinnon - Kesler 1983 : 42)

กล่าวว่า การเยี่ยมที่จำกัดทั้งเวลาและบุคคลซึ่งถือเป็นกฎของหอภิบาลผู้ช่วยหนักแต่ละแห่งนั้นก่อนให้เกิดปัญหาอย่างยิ่งโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจซึ่งมีปัญหาในด้านการติดต่อสื่อสาร และถ้ายังต้องอยู่ในห้องแยกด้วยแล้วการติดต่อสื่อสารกับบุคคลทั่วไปรวมทั้งพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเองก็ใช้เวลาไม่น้อยมากในการที่จะติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยประเภทนี้

สิ่งรบกวนภายใน หมายถึง สิ่งกระตุ้นที่ซ่อนเร้นอยู่ในกระบวนการติดต่อสื่อสาร ได้แก่ ความวิตกกังวล ความรู้สึกท้อแท้หมดกำลังใจ ความรู้สึกไร้คุณค่าของคน ความทิวหรือความอ่อนเพลีย เป็นต้น ซึ่งการจะลดสิ่งรบกวนภายในเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก การติดต่อสื่อสารโดยใช้ภาษาท่าทางจะบอกได้ถึงสิ่งรบกวนภายในของผู้ป่วย เช่น อาการกระสับกระส่าย การบิดมือไปมา ซึ่งอาจจะบอกให้ทราบถึงความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น

ประการที่ 3 การไม่ระบุข้อตกลง (Unstate assumption) สาเหตุของความเข้าใจผิดส่วนใหญ่มีต้นเหตุมาจากการที่ผู้พูด ผู้เขียน หรือผู้ฟังสันนิษฐานเองจากสิ่งที่เขาคิด และสิ่งสำคัญที่มีผลต่อการคาดคะเนหรือสันนิษฐานนั้นขึ้นอยู่กับระดับการศึกษาและพื้นฐานทางวัฒนธรรม

ประการที่ 4 แบบแผนที่ไม่ตรงกัน (Incompatibility of schemas) แบบแผนหรือลักษณะเฉพาะของบุคคลเป็นสิ่งที่ฝังรากลึกและจำแนกแนวทางของบุคคลในการที่จะเข้าใจความคิดและพฤติกรรมของบุคคลอื่น

ประการที่ 5 อิทธิพลของกลไกความไม่รู้สติและกึ่งรู้สติ (Influence of unconscious and partly conscious mechanisms) เป็นความรู้สึกในระดับของจิตใต้สำนึกหรือความเชื่อมั่นในตนเอง ความรู้สึกดังกล่าวนี้จะทำให้ผู้ป่วยไม่สนใจที่จะรับฟังคำแนะนำจากพยาบาล หรือทำให้พยาบาลไม่สนใจ มองข้าม เกิดความคิดในทางลบหรือเกิดความลำเอียงต่อผู้ป่วยซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญในการติดต่อสื่อสาร

ประการที่ 6 การพูดหรืออธิบายด้วยความคิดที่สับสน (The idea of confused presentation) ถ้าผู้ส่งสารมีวิธีการพูดที่ซับซ้อน วกวน ขาดการเรียบเรียงความคิด หรือใช้ภาษาท่าทางที่ซับซ้อนก็จะทำให้ผู้รับสารไม่เข้าใจหรือไม่กระจ่างในข่าวสารนั้น

ประการที่ 7 การขาดช่องทางในการติดต่อสื่อสาร (Absence of channels) ถ้าไม่มีช่องทางให้ผู้ส่งสารและผู้รับสารสื่อสารกันได้หรือวิธีการที่ทำได้นั้นไม่เหมาะสมก็จะเป็นการบิ่ดกั้นการติดต่อสื่อสาร เช่น การสื่อสารจะไม่ได้ผลถ้าใช้ภาษาพูดที่ต่างกัน หรือการใช้ภาษาท่าทาง

ที่ไม่สามารถจะเข้าใจกันได้

บอร์ซิง และสไตเนคเคอร์ (Borsing and Steinacker 1982 : supplement

๘) กล่าวถึงอุปสรรคในการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลว่ามี 5 ประการ คือ

ประการที่ 1 สาเหตุทางด้านจิตใจหรือสภาวะทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกไม่พอใจ ภาวะซึมเศร้า โรคจิต อารมณ์เครียดหรือความวิตกกังวล โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก สภาวะเจ็บป่วยรุนแรงทางด้านร่างกายและสภาพแวดล้อมรอบ ๆ ตัวเขาก่อให้เกิดความเครียดอย่างรุนแรง ซึ่งอาจเป็นเหตุให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า ประสาทหลอน ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการติดต่อสื่อสาร

ประการที่ 2 สาเหตุจากสภาวะด้านสังคม (Social conditioned causes) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยต้องถูกแยกจากครอบครัว เพื่อนฝูง และสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคยมาอยู่ในสภาพแวดล้อมใหม่ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักซึ่งมีกฎระเบียบในการจำกัดเวลาเยี่ยม การถูกแยกให้อยู่ในห้องแยก การได้ยินศัพท์ทางด้านวิชาการซึ่งผู้ป่วยไม่เข้าใจ หรือบางครั้งภาษาพูดหรือสำเนียงของผู้ป่วยที่ใช้สื่อสารก็ไม่เป็นที่เข้าใจของบุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาล

ประการที่ 3 สาเหตุทางด้านเคมี (Chemically conditioned causes) ซึ่งอาจจะเนื่องมาจากฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ และยาต่าง ๆ การใช้ยาเพื่อการรักษาก็เป็นสาเหตุร่วมประการหนึ่ง เช่น การให้ยากล่อมประสาท ยานอนหลับ เพื่อให้ผู้ป่วยสงบหรือนอนหลับเป็นอุปสรรคต่อการสื่อสารเช่นกัน

ประการที่ 4 สาเหตุจากสภาพแวดล้อม (Environmental causes) สภาพแวดล้อมที่ดีจะช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพของการสื่อสาร เสียง ช่วงระยะทางไกล และความไม่ไว้วางใจจะเป็นอุปสรรคต่อการสื่อสาร

เสียงอาจเป็นเสียงจากโทรศัพท์ เครื่องมือและอุปกรณ์ในการรักษาพยาบาล เช่น เสียงจากเครื่องตรวจหัวใจ เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น โดยเฉพาะเสียงเตือนของเครื่องช่วยหายใจ เบนเนตแคมเบอร์ เอ วัน (Bennett MA I) เมื่อสายหรือข้อต่อต่าง ๆ หลุดโดยวัดระดับเสียงที่บริเวณศีรษะของผู้ป่วยพบว่าดังถึง 92 เดซิเบล และเสียงของลมที่เครื่องปั๊มเข้าสู่ปอดในแต่ละครั้งจะดัง 77 เดซิเบล ซึ่งระดับเสียงดังกล่าวนี้นี้เทียบได้กับสำนักงานธุรกิจซึ่งเต็มไปด้วยพนักงานพิมพ์ดีดและโทรศัพท์ (Redding and Minsky 1977 : 275 - 276) นอกจากนี้ยังมีเสียงจากผู้ป่วยข้างเคียง ผู้มาเยี่ยมและบุคลากรทางการแพทย์ด้วย

จากการศึกษาของโนเบิล (Noble 1979 : 195) ถึงการคิดต่อสื่อสารของเจ้าหน้าที่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักว่าเป็นการรักษาพยาบาลหรือเป็นการรบกวนผู้ป่วย ผลการศึกษาสรุปได้ว่าการพูดคุย การรับและส่งเวร การปฏิบัติงาน และการรักษาพยาบาลเป็นสิ่งรบกวนการพักผ่อนของผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดี และต้องการพักผ่อน และเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะ ICU Psychosis ขึ้นได้ เสียงที่รบกวนผู้ป่วยมากที่สุดคือ เสียงพูดคุยของเจ้าหน้าที่ซึ่งทำให้ผู้ป่วยกลัวและวิตกกังวล สภาพแวดล้อมอื่น ๆ เช่น แสงสว่าง สีที่อ่อนนุ่ม และเย็นตาของห้อง คลอดจนลักษณะท่าทางและช่วงระยะที่ใกล้ชิดในขณะที่ทำการสื่อสารกับผู้ป่วยเป็นสิ่งช่วยเสริมประสิทธิภาพของการสื่อสารเช่นกัน

ประการที่ 5 สาเหตุจากความผิดปกติของอวัยวะและจากการรักษาพยาบาล (Organically and therapeutically condition causes) สิ่งรบกวนที่เป็นอุปสรรคในการสื่อสารเนื่องจากความผิดปกติของอวัยวะของร่างกาย ได้แก่ การเป็นอัมพาต ระบบทางเดินหายใจที่ผิดปกติ การอักเสบติดเชื้อ เนื้ออก เป็นต้น และที่มีสาเหตุมาจากการรักษาพยาบาล ได้แก่ การได้รับการทำผ่าตัด การที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ การเจาะคอ เป็นต้น สิ่งต่าง ๆ ดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีความจำกัดในการติดต่อสื่อสารหรือบางครั้งก็ไม่สามารถจะคิดต่อสื่อสารได้เลย

ดังนั้นจะเห็นได้ว่ามีสาเหตุหลายประการที่เป็นอุปสรรคในการคิดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลและบุคคลทั่วไปซึ่งสาเหตุสำคัญประการหนึ่งคือ การที่ผู้ป่วยต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อการรักษาพยาบาลในกรณีที่มีภาวะการหายใจล้มเหลว บอร์ซิงและสไตแนคเคอร์ (Borsing and Steinacker 1982 : supplement 2) กล่าวว่า ผู้ที่เคยเยี่ยมผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจคงจะจำได้ดีถึงสภาวะที่สูญสิ้นพลังในการที่บอกบางสิ่งบางอย่างแก่ผู้อื่น แม้แต่พยาบาลและแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานให้บริการการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจมาเป็นจำนวนมากและติดต่อกันมาเป็นเวลานาน ก็ยังต้องเผชิญกับปัญหาความลำบากในการที่จะเข้าใจหรือแปลความหมายในสิ่งที่ผู้ป่วยพยายามจะบอก

2.5 การคิดต่อสื่อสารของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจที่รู้สึกตัวดีจะใช้วิธีการคิดต่อสื่อสารกับพยาบาล 2 วิธี

(Borsing and Steinacker 1982 : supplement 3 and Lawless 1975 : 2152) คือ

2.5.1 การเขียนข้อความ พยายามจะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยคิดค่อสื่อสารได้โดยการเขียนข้อความ ด้วยการจัดหาอุปกรณ์ในการเขียน เช่น กระดาษ ดินสอ หรือปากกา หรืออาจเป็นกระดานเล็ก ๆ สำหรับเขียนด้วยปากกาชนิดพิเศษ เพื่อให้ผู้ป่วยเขียนข้อความที่ต้องการ ในกรณีที่ผู้ป่วยรายนั้นสามารถจะเขียนหนังสือได้และมีข้งที่จะใช้เขียน เป็นอิสระจากการผูกคั้ง ในกรณีที่ผู้ป่วยเขียนไม่ได้ อาจใช้วิธีให้ชี้ตัวอักษรบนกระดาษหรือหยิบตัวอักษรพลาสติก เพื่อประสมเป็นคำหรือประโยค

บอร์ซิง และสไตแนคเคอร์ได้ศึกษาการคิดค่อสื่อสารในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และได้ให้ผู้ป่วยเขียนข้อความที่ต้องการลงบนกระดาษ พบว่า ข้อความที่ผู้ป่วยเขียนนั้นอ่านหรือแปลความหมายได้ยาก เพราะอักษรที่เขียนออกมาผิดจากรูปร่างปกติมาก (Borsing and Steinacker 1982 : supplement 6) ประโยคต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยเขียนออกมานั้นเมื่อพยายามอ่านหรือแปลแล้วต้องทบทวนความถูกต้องของความหมายในประโยค เหล่านั้นกับผู้ป่วยก่อนทุกครั้ง และปัญหาที่พบคือ ถ้าตัวอักษรผิดรูปร่างไปมาก พยายามก็จะต้องเดาคความหมายของข้อความนั้น ๆ หลาย ๆ ครั้งจนกว่าจะถูกต้องและบางครั้งการสื่อสารก็ล้มเหลว

ผู้วิจัยได้ศึกษาการคิดค่อสื่อสารโดยการเขียนข้อความของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวน 6 ราย พบว่า การเขียนเป็นปัญหาสำหรับผู้ป่วยดังตัวอย่าง

สุวิทย์

สุวิทย์

จากการสังเกตพบว่า คำว่า "ทิวน้ำ" ซึ่งเป็นคำเพียง 2 คำนั้น ผู้ป่วย ต้องใช้เวลาในการเขียนประมาณ 2 นาที เช่นเดียวกับคำว่า "ขอกินน้ำ" ส่วนประโยคที่ว่า "แอมมาให้มาหาหน่อย" ผู้ป่วยใช้เวลาในการเขียนนานถึง 3 นาที และพยายามใช้เวลาในการ ทบทวนความถูกต้องของข้อความอีก 2 นาที ผู้ป่วยจึงพยักหน้าว่าถูกและบ่อยครั้งที่ข้อความที่ผู้ป่วย เขียนก็ไม่มีผู้ใดแปลความหมายที่ต้องการได้ถูกต้อง

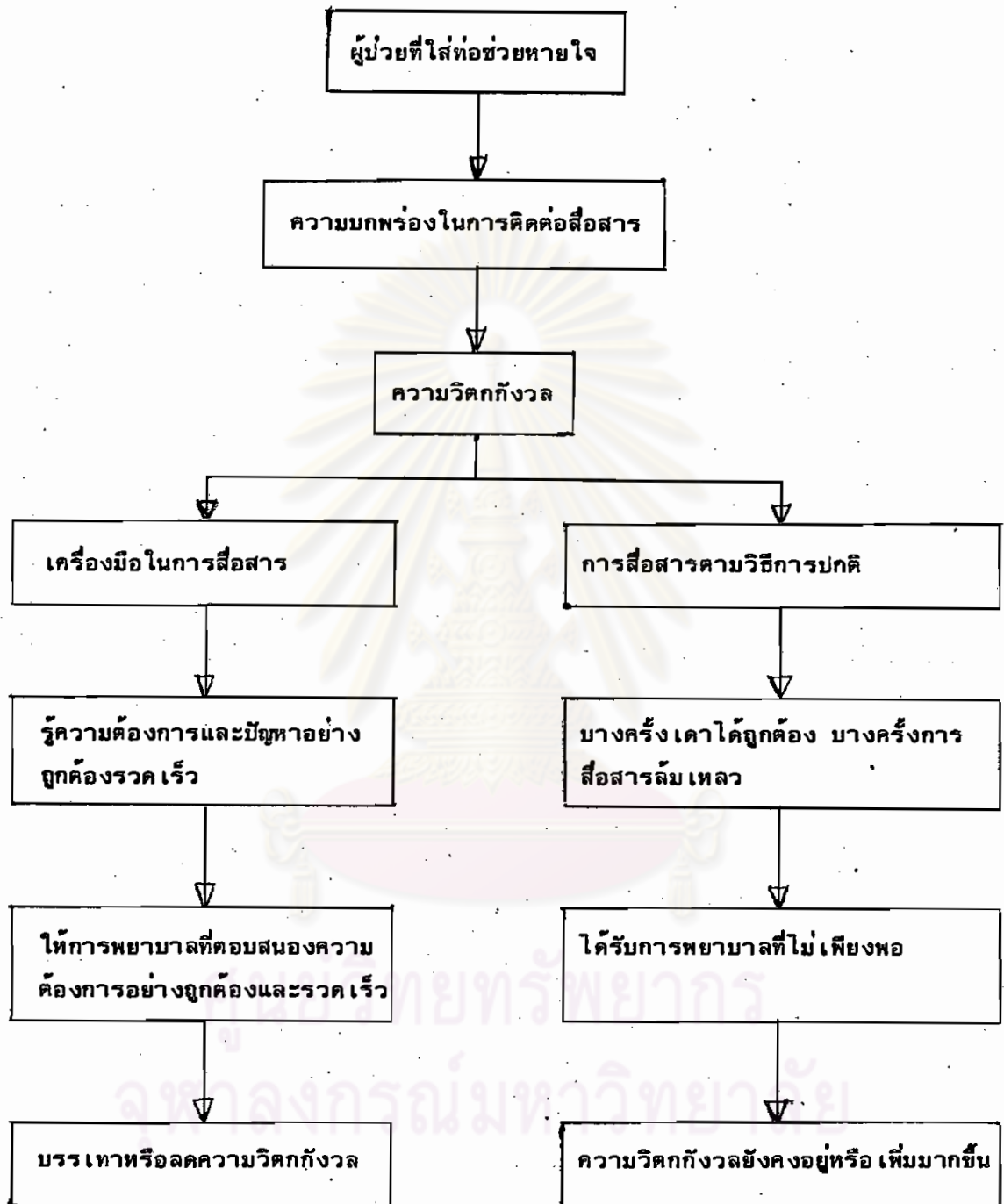
ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการใช้วิธีการเขียนข้อความ เป็นการสื่อสารที่ทำได้ในวง จำกัด ส่วนการให้ผู้ป่วยใช้อักษรหรือหยาบอักษร เพื่อประสมคำนั้นพบปัญหาว่าผู้ป่วยต้องใช้เวลาใน การค้นหาตัวอักษรและใช้เวลาในการคิดนานกว่าจะต่อ เป็นคำหรือประโยคได้

2.5.2 การใช้ภาษาท่าทาง พบว่า เป็นวิธีการที่ผู้ป่วยนิยมใช้โดยการใช้ภาษา เครื่องหมายหรือการใช้ภาพลึง เป็นต้น

ภาษาเครื่องหมายโดยการทำสัญลักษณ์ด้วยมือ บางอย่างง่าย ๆ และเคยมี ประสิทธิภาพในการติดต่อสื่อสารมาแล้วก็จะทำให้พยายามเข้าใจได้ง่าย แต่วิธีการนี้มีความจำกัด จะสื่อสารได้เพียงเล็กน้อยเท่านั้น (Lawless, 1975 : 2152)

การใช้ภาพลึงอาจทำ เป็นแผ่นพลาสติกใส่ไว้ในกล่องให้ผู้ป่วยเลือกหรือทำ เป็นแผ่นกระดาษแข็งติดไว้บนที่ดั่งขนาดใหญ่พอควร โดยการจัด เรียงลำดับข้อความที่คิดว่าสำคัญ สำหรับผู้ป่วยไว้ เช่น "ปวด" "พลิกตัว" "ถ่ายอุจจาระ" "ปัสสาวะ" เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยต้อง พยายามค้นหา เพราะการ เรียงลำดับความสำคัญของความต้องการตามความคิดเห็นของพยายาม กับผู้ป่วยย่อมแตกต่างกัน (Lawless 1975 : 2152)

ดังนั้นการติดต่อสื่อสารทั้ง 2 วิธีก็มีผลทำให้ผู้ป่วยและพยายามต้องใช้เวลา นาน หรือเกิดความล้มเหลวในการติดต่อสื่อสารได้เท่า ๆ กัน อย่างไรก็ตามเพื่อประสิทธิภาพใน การให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วย พยายามจำเป็นต้องหาวิธีการติดต่อสื่อสารที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ดังที่คลาร์ค และบาร์เนส (Clarke and Barnes 1980 : 176) กล่าวว่า จำเป็นต้องจัดหาแนวทางในการติดต่อสื่อสารให้กับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ อาจจะเป็นกระดาษ ดินสอ และปากกา หรือถ้าเป็นไปได้ควรมีเครื่องมือสำเร็จรูปซึ่งใช้เทคนิคใหม่ ๆ เข้าช่วย ผู้วิจัย เห็นว่าการ ใช้อุปกรณ์ทางด้านอิ เลค โทรนิก เพื่อช่วย เหลือผู้ป่วยในการติดต่อสื่อสารจะช่วยอำนวยความสะดวกและรวดเร็วในการติดต่อสื่อสารของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจได้ และความสำ เร็จใน การติดต่อสื่อสารจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานที่จำเป็นอย่างถูกต้องและ รวดเร็ว ซึ่งจะช่วยให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตลดลงได้ สรุปเป็นขั้นตอนดังนี้



แผนภูมิที่ 2 ผลของการใช้เครื่องมือช่วยในการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจกับพยาบาล