

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของเทคนิคการฝึกการรู้สติให้อยู่กับปัจจุบันต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ ในการศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยมีหัวข้อตามลำดับ ดังนี้

1. มโนทัศน์ของความวิตกกังวล
2. ความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ
3. เทคนิคการฝึกการรู้สติให้อยู่กับปัจจุบัน (here and now technique)
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 มโนทัศน์ของความวิตกกังวล

2.1.1 ความหมายของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นการแสดงออกทางอารมณ์อย่างหนึ่งของบุคคล ถือว่าเป็นอารมณ์พื้นฐานอย่างหนึ่งของบุคคล (Vacarolis, 1994) จะพบอยู่ในพฤติกรรมทุกรูปแบบ ทั้งที่ในภาวะปกติหรือผิดปกติ (อุบล นิวัติชัย, 2527) พบตั้งแต่แรกเกิดและต่อเนื่องไปตลอดตามพัฒนาการของชีวิตเมื่อมีสิ่งมากระตุ้น โดยสิ่งกระตุ้นนั้นมาจากภายในจิตใจของบุคคล หรือว่ามาจากสิ่งแวดล้อมภายนอก มาคุกคามต่อความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยต่ออีโก้ (ego) หรืออัตมโนทัศน์ของบุคคล (self-concept) (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) โดยอีโก้เป็นตัวควบคุมในการเผชิญต่อสิ่งกระตุ้นที่เข้ามาในชีวิต ถ้าอีโก้แข็งแกร่งก็จะสามารถจัดหรือสู้กับสิ่งกระตุ้นไม่ให้คุกคามได้ หากอีโก้ไม่สามารถต่อสู้หรือจัดสิ่งกระตุ้นได้ คนเราจะรู้สึกถูกคุกคามและเกิดความวิตกกังวลได้ เป็นเหตุให้เกิดปัญหาด้านจิตใจ ตึงเครียด ไม่สบายใจ อึดอัด กอดดัน หวาดหวั่นหรือกลัวในสถานการณ์ที่ยังไม่เกิดขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย อันเป็นผลมาจากปฏิกิริยาสู้หรือหนี (fight or flight reaction) ซึ่งเกิดจากการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ มีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม ด้านการรับรู้ การคิดการตัดสินใจ รวมทั้งการเรียนรู้ พอสรุปได้ว่าความวิตกกังวล มีผลต่อบุคคลด้านร่างกาย จิตใจ และความคิด ความวิตกกังวลไม่ใช่จะมีผลด้านลบเสมอไปยังถือว่าเป็นเรื่อง

จำเป็นต่อการดำรงชีวิต (กนกรัตน์ สุชะตุงคะ, 2538) ทำให้บุคคลเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงปรับตัวต่อการมีชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมนั้น ๆ รวมทั้งช่วยให้บุคคลพ้นจากสภาพความไม่สุขสบายต่าง ๆ ความไม่สมดุล หรือความกดดันที่เกิดขึ้น

ความวิตกกังวล มีรากศัพท์มาจากภาษากรีกว่า "To press tight" หรือ "To strangle" หมายถึง กดให้แน่น รัดให้แน่น และมาจากภาษาลาตินว่า "Anxious" หมายถึง การบีบรัดหรือการคับแค้น ซึ่งมีความหมายเดียวกันคือ ความไม่สุขสบาย (Stuart and Sundeen, 1991) ความวิตกกังวลเป็นประสบการณ์ทางอารมณ์ที่ซับซ้อน ได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลไว้หลายแนวคิด ดังนี้

Freud (อ้างถึงใน Gomez et al, 1984; Stuart and Sundeen, 1991) ได้อธิบายความวิตกกังวลว่าเป็นประสบการณ์ของแต่ละบุคคล เป็นผลจากความขัดแย้งของจิตใต้สำนึก (unconscious) หรือเมื่อเกิดความขัดแย้งภายในจิตใจจากแรงขับทางเพศถูกกดดัน หรือยับยั้งไว้ ต่อมา Freud ได้อธิบายเพิ่มเติมว่า เป็นความตึงเครียด หวาดหวั่น โดยไม่มีสาเหตุแน่ชัด จากการได้รับสิ่งกระตุ้นหรือคุกคามต่ออีโก้ของบุคคล เกิดขึ้นตั้งแต่แรกคลอดที่ถูกคุกคามจากการคลอดและถึงวัยต่าง ๆ ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขก็จะสะสมไว้มาก่อให้เกิดปัญหาด้านจิตใจ (Neurotic anxiety)

Sullivan (อ้างถึงในสุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537; Gomez et al, 1984; Vacarolis, 1994) กล่าวว่าความวิตกกังวลเป็นผลมาจากความขัดแย้งระหว่างบุคคล (interpersonal conflicts) โดยมีจุดเริ่มต้นที่ความสัมพันธ์ระหว่างมารดา หรือผู้ใกล้ชิดกับเด็กเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ในวัยต่อมาก็เป็นความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับบุคคลอื่น ๆ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพ ไม่ได้รับการยอมรับหรือถูกปฏิเสธจากคนใกล้ชิดความรู้สึกปลอดภัย การยอมรับนับถือตนเอง และความเชื่อมั่นในตนเองจะลดลงทำให้บุคคลรู้สึกว่าไม่มั่นคงปลอดภัย ไม่มีคุณค่า จะเกิดความรู้สึกตึงเครียดจากความกังวลใจขึ้นมา

Guzzetta (1979) อธิบายถึงความวิตกกังวลว่า เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้าที่คุกคามทั้งที่เกิดขึ้นจริงหรือคาดการณ์ว่าจะเกิด การตอบสนองด้านร่างกายที่เด่นชัด คือ การเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หายใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้นจากระบบประสาทซิมพาเธติกถูกกระตุ้นการตอบสนองด้านจิตใจคือ ความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่นต่อเหตุการณ์ข้างหน้าที่บุคคล คาดว่าจะเกิดขึ้น

Spielberger et al (1970) ได้กล่าวถึงความวิตกกังวลในแนวคิดของทฤษฎีความเครียด ว่าเป็นความรู้สึกทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคล ในสถานการณ์ที่ประเมินว่าเป็นอันตรายต่อตนเอง

ทำให้มีความรู้สึกตึงเครียด หวั่นวิตก กระวนกระวาย มีการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ และต่อมาบุคคลจะใช้กลไกทางจิต หรือกลวิธีในการเผชิญปัญหาเพื่อลดความวิตกกังวล

Perls (อ้างถึงในวัลลภ ปิยะมโนธรรม, 2531) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ว่า คือ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อความคิด ความรู้สึกของบุคคลกระโดดจากปัจจุบันไปอยู่กับอนาคต หรือ การที่เราคอยไปคิดแต่ในเรื่องที่ไม่ดีที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต

วัลลภ ปิยะมโนธรรม (2531) ความวิตกกังวลคือความทุกข์ใจของบุคคลเมื่อบุคคลชอบฝึกความคิดให้คาดหมายเหตุการณ์อนาคตในแง่ร้ายต่าง ๆ หรือคิดแต่เรื่องที่ยังไม่ทันได้เกิดขึ้น

จากแนวความคิดหลาย ๆ แนวความคิด พอสรุปได้ว่าความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งกระตุ้นหรือคุกคาม ทั้งที่เกิดขึ้นจริงและคาดคิดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต ทำให้เกิดความรู้สึกหวาดหวั่น ไม่สบายใจ และกลัวขึ้นมา มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย ความคิด และจิตใจ เมื่อเกิดความวิตกกังวลขึ้น และบุคคลไม่สามารถแก้ไขได้ ความวิตกกังวลก็จะคงอยู่ ทำให้เกิดผลร้ายต่อสุขภาพ และเสียชีวิตได้ (สัจจิรา เหลืองอมรเลิศ, 2537)

ตามแนวคิดของทฤษฎีความเครียดของ Lazarus and Folkman (Guzzetta, 1979) ได้อธิบายความวิตกกังวลไว้ว่าเป็นรูปแบบหนึ่งของความเครียด เป็นบุคลิกเฉพาะตัวของแต่ละบุคคล เมื่อบุคคลประเมินว่าสิ่งคุกคาม หรือกระตุ้นนั้นคุกคามต่ออัตมโนทัศน์ของตนก็จะหาวิธีลด หรือ ป้องกัน ถ้าความวิตกกังวลมีไม่มากเกินไป จะช่วยให้เกิดความเปลี่ยนแปลงหรือมีการพัฒนาขึ้น แต่ถ้ามากเกินไปทำให้บุคคลมีพฤติกรรมตอบสนองได้หลายรูปแบบ ตั้งแต่มีการเจ็บป่วยทางกาย เพียงเล็กน้อย จนถึงความผิดปกติทางจิตอย่างรุนแรง ขึ้นอยู่กับระดับของความวิตกกังวล อย่างไรก็ตามในแต่ละสถานการณ์จะก่อให้เกิดความวิตกกังวลต่างกันไป ขึ้นอยู่กับการรับรู้การแปลความหมายของสิ่งกระตุ้นว่าจะคุกคามหรือไม่ (Guzzetta, 1989)

2.1.1 สาเหตุของความวิตกกังวล

โดยทั่วไปแล้วบุคคลจะมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับสิ่งแวดล้อม และในสิ่งแวดล้อมมีสิ่งคุกคามต่าง ๆ มากมาย ทั้งทางด้านจิตใจ ด้านชีวภาพ กายภาพ และสังคมทำให้เกิดความไม่สมดุลทางด้านร่างกายและจิตใจ บางครั้งบุคคลที่เกิดความวิตกกังวลก็ไม่สามารถบอกได้ว่า อะไรคือสาเหตุความวิตกกังวล (สัจจิรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) ได้มีผู้จำแนกสิ่งคุกคามออกเป็น

1) สิ่งคุกคามจากภายนอก ได้แก่ อุณหภูมิที่ร้อนจัด เย็นจัดเกินไป ความกดดันของบรรยากาศ ความมืด แสงและเสียงที่รบกวน การสูญเสียอวัยวะ การเกิดโรคและความเจ็บป่วย การเปลี่ยนสถานที่อยู่ที่คุ้นเคย เช่น การมาอยู่ในโรงพยาบาล การได้รับการตรวจด้วยเครื่องมือต่าง ๆ ที่ไม่คุ้นเคยและก่อให้เกิดความเจ็บปวด การต้องอยู่ร่วมกับผู้ป่วยอื่น ๆ การที่ความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ไม่ได้รับการตอบสนอง เช่น ความหิว ความกระหาย การนอนไม่เพียงพอ

2) สิ่งคุกคามจากภายใน ได้แก่ สิ่งคุกคามต่อจิตใจและการรับรู้คุณค่าแห่งตน ความคับข้องใจ ความรู้สึกขัดแย้งในใจที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องเลือกตัดสินใจใน 2 เหตุการณ์ หรือเป็นความขัดแย้งระหว่างอีโก้กับซูเปอร์อีโก้ (superego) ถือเป็นสัญญาณเตือนให้อีโก้ที่เป็นคนกลางตระหนักถึงอันตรายที่จะมาถึง (Stuart and Sundeen, 1991)

พอสรุปได้ว่า ความวิตกกังวลเป็นประสบการณ์ทางอารมณ์ของบุคคล ซึ่งเป็นอารมณ์พื้นฐาน และประกอบอยู่ในอารมณ์อื่น ๆ เช่น โกรธ เศร้า โศก เกิดตั้งแต่แรกเกิดและต่อเนื่องตามพัฒนาการตลอดชีวิต เกิดเมื่อบุคคลประเมินว่าสิ่งที่คุกคามทั้งจากภายในจิตใจของบุคคล หรือจากสิ่งแวดล้อมนั้นคุกคามต่ออัตมโนทัศน์ หรือเอกลักษณ์ของตนเอง (identity) ต่อสุขภาพหรือเมื่อต้องทำอะไรเกินความสามารถของตนเอง (กนกรัตน์ สุชะตุงคะ, 2538) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่มีลักษณะเด่น คือ ปฏิกริยาสู้หรือหนี เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น มีผลต่อการรับรู้และความคิด รวมทั้งมีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยพฤติกรรมที่แสดงออกจะมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับระดับของความวิตกกังวลของบุคคล มิใช่ว่าความวิตกกังวลจะให้ผลทางด้านลบด้านเดียว แต่มีผลทางด้านบวกคือทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงปรับตัวเพื่อดำรงไว้ซึ่งความสมดุลของตนเอง ทำให้บุคคลตื่นตัวต่อสิ่งแวดล้อม และเรียนรู้ที่จะแก้ปัญหาต่าง ๆ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537)

2.1.2 ชนิดของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลอาจแบ่งได้อย่างง่าย ๆ ตามลักษณะที่เกิดขึ้นมี 2 ลักษณะ คือ (Vacarolis, 1994; อุบล นิวัติชัย, 2527)

1) ความวิตกกังวลที่เป็นปกติ (Normal anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นบ่อย ๆ ในชีวิตประจำวันของบุคคล โดยอารมณ์และความรู้สึกดังกล่าว จะสอดคล้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งเริ่มด้วยที่เหตุการณ์ที่ทำให้หวาดหวั่นเกิดขึ้นก่อน เช่น การเจ็บป่วย การเปลี่ยนงาน ประกอบกับมีเหตุการณ์อื่น ๆ มาพร้อมกันหลายอย่างจนไม่สามารถบอกได้ว่าเกิดความกังวลจากเหตุใด

2) ความวิตกกังวลผิดปกติ (Neurotic anxiety) บุคคลจะรู้สึกวิตกกังวล ทุกข์ร้อนหวาดหวั่น กระวนกระวายอย่างเห็นได้ชัด โดยอารมณ์ความรู้สึกเหล่านี้จะไม่ได้สัดส่วนกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น มักจะเกินกว่าสภาวะความเป็นจริง เนื่องจากบุคคลมีเรื่องราวที่ถูกกดเก็บไว้ มีความขัดแย้งในใจซ่อนเร้นเป็นพื้นเดิมอยู่ก่อน ปฏิกริยาการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมักเป็นแบบอัตโนมัติ ขาดการตระหนักรู้ (awareness)

ตามแนวคิดของ Freud ซึ่งได้ศึกษาถึงความเป็นมาและสาเหตุของปรากฏการณ์ความวิตกกังวลนี้ เป็นบุคคลแรกในเชิงจิตวิเคราะห์ ได้แบ่งชนิดของความวิตกกังวลออกเป็น 3 ชนิด คือ

1) ความวิตกกังวลจากสาเหตุประจักษ์ชัด (Object anxiety) ความวิตกกังวลชนิดนี้เทียบกับความกลัว โดยสาเหตุหน้านั้นจะเกิดขึ้นจริงมีตัวตน (real threat) และอารมณ์ที่เกิดขึ้นเป็นสัญญาณเตือนถึงอันตรายต่อบุคคล (warning) ปฏิกริยาที่แสดงออก ได้แก่ ตกใจ ตื่นกลัว และเตรียมพร้อมที่จะต่อสู้กับภาวะการณ์ต่อไป

2) ความวิตกกังวลจากมโนธรรม (Moral anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่มีสาเหตุจากจิตใจของตนเอง บุคคลเกิดความรู้สึกผิด ละอายต่อบาป รู้สึกเสื่อมค่า อยากได้รับการลงโทษ มีอาการซึมเศร้า ท้อถอย หดหู่ อาการจะมากขึ้นขึ้นอยู่กับอีโก้ที่ไม่สามารถควบคุมอิด (id) ไว้ได้ และจากการที่ซูเปอร์อีโก้มีความแข็งแกร่งเกินไป

3) ความวิตกกังวลแบบโรคประสาท (Neurotic anxiety) ความวิตกกังวลนี้เกิดจากอีโก้ไม่มีกำลังพอที่จะควบคุมอิด เนื่องจากพลังของอิดซึ่งมาจากภาวะต่างๆ ที่ถูกเก็บไว้ในจิตไร้สำนึกมีมากกว่าและพลังเหล่านั้นไม่สามารถแสดงออกโดยตรง ใดๆ แต่เปลี่ยนรูปเสียดลอดความสามารถของอีโก้ที่จะควบคุมไว้ได้ ความจริงแล้วอีโก้ก็รับรู้ได้ก่อน แต่เนื่องจากอิดมีกลุบายที่เหนือกว่าจึงทำให้อีโก้เกิดความสับสนอ่อนแรง หมดหนทางจะช่วยเหลือตนเอง พฤติกรรมที่แสดงออกมาคือ อาการต่าง ๆ ของโรคประสาท ตัวอย่างเช่น บุคคลที่มีอาการย้ำคิดย้ำทำ

การแบ่งชนิดของความวิตกกังวล Spielberger และคณะ (1970) ได้แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ชนิดคือ

1) ความวิตกกังวลแบบเทรท (Trait-Anxiety, A-Trait) คือ ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวของบุคคล เป็นลักษณะค่อนข้างคงที่ และไม่ปรากฏออกมาเป็นพฤติกรรมโดยตรงแต่เป็นตัวเสริมความวิตกกังวลแบบสเททที่เกิดขึ้นในแต่ละสถานการณ์ (A-State) เช่น เมื่อมีสิ่งมาคุกคามที่ไม่พึงพอใจ หรือเป็นอันตรายมากระตุ้น บุคคลที่มีความวิตกกังวลแบบเทรทค่อนข้างสูง จะแสดงพฤติกรรมและการตอบสนองต่อสิ่งคุกคามในสถานการณ์นั้น ค่อนข้างจะรุนแรงมากกว่าบุคคลที่มีความวิตกกังวลแบบเทรทที่ต่ำกว่า

2) ความวิตกกังวลแบบสเทท (State-Anxiety, A-State) คือ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเวลาเฉพาะที่มีสถานการณ์เฉพาะ หรือมีสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรืออันตรายมาคุกคาม บุคคลจะแสดงพฤติกรรมหรือการตอบสนองที่สามารถสังเกตเห็นได้ในช่วงเวลาที่ถูกคุกคามเท่านั้น ซึ่งเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกถึงเครียดหวาดหวั่น ไม่สุขสบาย กระวนกระวาย ระบบการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติตื่นตัวสูง โดยระดับความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิด

ขึ้นจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความวิตกกังวลแบบเทรท และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล

ในทางการแพทย์ได้นำเอาแนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวลมาใช้อย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะแนวความคิดของ Spielberg และคณะ(1970) ได้กล่าวถึงความวิตกกังวลว่าเป็นความรู้สึกทางด้านอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคล เมื่อบุคคลประเมินสถานการณ์นั้นว่าคุกคาม หรือเป็นอันตรายต่อตนเอง ทำให้บุคคลมีความตึงเครียด หวาดหวั่น กระวนกระวาย จะเกิดขึ้นชั่วคราว โดยมีระยะเวลาและความรุนแรงที่เกิดขึ้นจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ตามแนวคิดนี้แบ่งความวิตกกังวลออกได้เป็น 2 ชนิด คือ ชนิดประจำตัวและแบบเฉพาะตามสถานการณ์

2.1.3 ระดับของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นของบุคคลเป็นเรื่องเฉพาะตัว ระดับความรุนแรงและยาวนานจะแตกต่างกันไป ขึ้นกับสิ่งที่มาคุกคามหรือกระตุ้น ประสิทธิภาพในการรับรู้ (perception) และการแปลความ (interpretation) ของเหตุการณ์นั้น ๆ ว่ามีอะไรเกิดขึ้นมีความหมาย ความสำคัญกับตนเพียงไร โดยทั่วไปความวิตกกังวลแบ่งได้เป็น 4 ระดับ (อุบล นิวัติชัย, 2527; Stuart and Sundeen, 1991) จากการศึกษาของ Spielberg และคณะ(1970) ได้กำหนดคะแนนของระดับความวิตกกังวลแบบเฉพาะตามสถานการณ์ (A-State) ให้มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน แต่ไม่ได้แบ่งช่วงคะแนนของระดับความวิตกกังวลเพียงแต่กล่าวว่า ถ้าคะแนนมากแสดงว่าบุคคลนั้นมีความวิตกกังวลมาก ชนิษฐา นาคะ (2534) ได้นำคะแนนของระดับความวิตกกังวลมาจัดแบ่งตามความหมายของความวิตกกังวลที่ได้ทบทวนร่วมกับผลการศึกษาของ Spielberg และคณะ(1970) ออกเป็น 4 ระดับจากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยจึงพิจารณาแบ่งระดับของความวิตกกังวลตามระดับของคะแนนความวิตกกังวลที่ ชนิษฐา นาคะ(2534) ศึกษาไว้ ร่วมกับพฤติกรรมการแสดงออกที่ Stuart and Sundeen (1991) แบ่งไว้ดังนี้ คือ

1) ระดับเล็กน้อย (Mild anxiety) มีคะแนนอยู่ระหว่าง 20-40 คะแนน เป็นความวิตกกังวลในระดับปกติที่บุคคลมักจะเกิดขึ้นจากความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน ประสาทสัมผัสทุกส่วนมีลักษณะตื่นตัว ว่องไว เตรียมพร้อมที่จะรับรู้ หรือเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคาม หรือเป็นอันตราย สนามการรับรู้ขยายกว้าง (perceptual field) สมาธิและความจำดี มีปฏิกิริยาตอบสนองที่แสดงออกให้เห็นเพียงเล็กน้อย สามารถกลับคืนเป็นปกติได้โดยง่ายและรวดเร็ว จะมีความรู้สึกหงุดหงิด กระวนกระวายเล็กน้อย อาจมีอาการเคาะนิ้วมือหรือนิ้วเท้า (foot or finger tapping) หรืออยู่ไม่สุข บุคคลจะมีความสามารถควบคุมและปรับตัวได้

2) ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate anxiety) มีคะแนนอยู่ระหว่าง 41-60 คะแนน ความวิตกกังวลในระดับนี้ ประสาทสัมผัสบางส่วนรับรู้แคลงและช้ากว่าเดิม

สนามการรับรู้แคบลง เลือกลงใจเฉพาะบางส่วนของเหตุการณ์ ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง มีการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระพบว่า ความดันโลหิตสูงขึ้น ชีพจรเต้นเร็วขึ้น อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น ม่านตาขยาย กล้ามเนื้อตึงตัว พูดเร็ว และเสียงสูงขึ้น บุคคลยังสามารถควบคุมได้แต่บางคนอาจต้องการความช่วยเหลือ

3) ความวิตกกังวลระดับสูง (Severe anxiety) มีคะแนนอยู่ระหว่าง 61-70 คะแนน ความวิตกกังวลในระดับนี้ ประสาทสัมผัสและสนามการรับรู้จะแคบมาก ให้ความสนใจหรือรับรู้เหตุการณ์บางส่วนที่จำเป็น มองสิ่งแวดล้อมบิดเบือนจากความเป็นจริง ไม่สามารถแก้ไขปัญหาของตนเองได้ การเปลี่ยนแปลงทางสรีระจะเป็นปฏิกิริยาตอบสนองแบบสู้หรือหนี (fight or flight response) อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มเร็วขึ้น ใจสั่น น้ำตาลในเลือดสูงขึ้น เลือดไหลเวียนในระบบย่อยอาหารลดลง หายใจเร็วขึ้น กล้ามเนื้อตึงตัวมากขึ้น รู้สึกสับสน ปวดศีรษะ มีปัญหาในการนอนหลับหรืออาจมีพฤติกรรมถดถอย (withdrawal)

4) ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Panic anxiety) มีคะแนนอยู่ระหว่าง 71-80 คะแนน สนามการรับรู้ของบุคคลแปรปรวนโดยสิ้นเชิง จะรับรู้เป็นส่วน ๆ และเบี่ยงเบนจากความเป็นจริง กระบวนการคิดไม่เป็นระบบ มีพฤติกรรมตอบสนองไม่เหมาะสม หรือมีอาการประสาทหลอนหรือหลงผิด (hallucinations or delusion) มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระเป็นอย่างมากและปรากฏชัดเจน เช่น ม่านตาขยาย มีการเคลื่อนไหวแบบขาดการควบคุมและไร้ความหมาย มีอาการตัวชั๊ตสัน พฤติกรรมถดถอยมากขึ้น การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นลดลง กระวนกระวาย หวาดหวั่นและตื่นตระหนก รุนแรงไปจนถึงตกใจสุดขีดอาจหมดสติ หรือส่งเสียงร้องกรีด หรือตะเบ็งเสียง (screaming or shouting) ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าบุคคลนั้นอยู่ในภาวะวิกฤตทางอารมณ์

ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง มีผลทำให้บุคคลมีความตื่นตัว การรับรู้กว้างขึ้น สามารถเรียนรู้และแก้ปัญหาได้ดี มีความกระฉับกระเฉงว่องไวและความจำดี บุคคลยังสามารถที่จะควบคุมหรือหาวิธีการที่จะลดความวิตกกังวล ที่ตนกำลังเผชิญอยู่ได้ แต่ถ้าความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นสู่ระดับสูง การรับรู้แคบลงมาก มีความสนใจและรับรู้เหตุการณ์บางส่วนที่จำเป็น และถ้าความวิตกกังวลถึงระดับรุนแรง ผู้ป่วยจะสูญเสียการควบคุม มีพฤติกรรมที่เกิดเป็นอันตรายทั้งต่อผู้ป่วยและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง บุคคลต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรที่มีความรู้

2.1.4 การตอบสนองของบุคคลเมื่อมีความวิตกกังวล

บุคคลเมื่อเผชิญต่อสิ่งคุกคามที่คุกคาม ต่อความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต และอัตมโนทัศน์ของตนจะทำให้บุคคลเกิดความวิตกกังวลขึ้น จะมีผลทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อความรู้สึกดังกล่าว ทั้งทางด้านร่างกาย และ จิตใจ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537 ; Stuart and Sundeen ,1991) ปฏิกิริยาตอบสนองต่อความวิตกกังวลมีดังนี้คือ

1) ปฏิกริยาตอบสนองทางด้านร่างกาย (Physiological response) ระบบต่าง ๆ ของร่างกายจะเกิดการปรับตัว เพื่อช่วยให้บุคคลมีพลังงานเพิ่มขึ้นต่อการที่จะสู้ หรือหนีต่อสิ่งคุกคามนั้น โดยที่ความวิตกกังวลไปกระตุ้นไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) และต่อมพิทูอิทารี (Pituitary gland) ให้กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งจะไปกระตุ้นต่อมอดรีนอลเมดัลลา (Adrenal medulla gland) ของต่อมหมวกไตให้หลั่งสารอิพิเนฟริน (Epinephrine) มีผลต่อร่างกายทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น ม่านตาขยาย กล้ามเนื้อตึงตัวเพิ่มขึ้น ระบบย่อยอาหารจะลดหน้าที่ลง ทำงานมากขึ้น เกิดการหลั่งน้ำตาลมากขึ้น

2) ปฏิกริยาตอบสนองทางด้านจิตใจแสดงออกทางพฤติกรรมแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

2.1) พฤติกรรมที่แสดงออกภายในร่างกาย เช่น ปวดศีรษะเจ็บหน้าอก กล้ามเนื้อตึงตัว ไม่มีสมาธิ กลัว ละอาย ชีพเศร้า ไม่แน่ใจ ประสาทหลอนใจเต้นแรง ปากแห้ง สับสน เป็นพฤติกรรมซ่อนเร้นอยู่ในตัวบุคคล ซึ่งสามารถวัดได้จากการใช้แบบสอบถามและให้บุคคลตอบคำถามตามที่เขารู้สึก คะแนนที่ได้ถือว่าเป็นจำนวนที่บ่งบอกระดับความวิตกกังวลของบุคคล

2.2) พฤติกรรมที่แสดงออกภายนอก เช่น การหายใจเพิ่มขึ้นมีอาการสั่น อาเจียน ปัสสาวะบ่อย ม่านตาขยาย ร้องไห้ พุดตลก โกรธอย่างรุนแรง กระตือรือร้น ซ้ำพจน์เพิ่มขึ้น แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง เสียสมาธิได้ง่าย กระวนกระวาย เหงื่อออกมาก เศร้าหรือพุดมากกว่าปกติ สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดลง มักจะหลีกเลี่ยงหรือแยกตนเองจากบุคคลอื่น ๆ เป็นพฤติกรรมที่สามารถสังเกตเห็นและประเมินได้

2.1.5 การประเมินความวิตกกังวล

เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวล จะเกิดปฏิกริยาตอบสนองทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ดังนั้นในการประเมินความวิตกกังวลต้องให้ครอบคลุม ถึงปฏิกริยาตอบสนองในทุกด้าน Chisholm (1993) ได้เสนอว่าการประเมินบุคคลที่มีความวิตกกังวล ต้องดูที่ปฏิกริยาตอบสนองทางด้านร่างกาย การตอบสนองทางด้านสติปัญญาหรือการใช้เหตุผล (intellectual responses) และการตอบสนองทางด้านสังคม (social responses) พอที่จะสรุปถึงการประเมินความวิตกกังวลของบุคคลได้ดังนี้คือ

1) การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Physiological responses) เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการตอบสนองทางด้านร่างกาย ที่เกิดจากระบบประสาทอัตโนมัติและต่อมพิทูอิทารีในสมองถูกกระตุ้น เช่น การตรวจคลื่นสมอง อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น

อัตราการหายใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น การขยายของม่านตา หรือการที่มีเหงื่อออก (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537)

2) การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจซึ่งประเมินได้จากพฤติกรรมที่แสดงออกทั้งภายในและภายนอก

2.1) พฤติกรรมที่แสดงออกภายนอก (External behavioral responses) ซึ่งสามารถสังเกตเห็นและประเมินได้ เช่น การเปลี่ยนแปลงด้านคำพูด การเคลื่อนไหว การติดต่อสื่อสาร เสียสมาธิง่าย ร้องไห้ มีอาการกระสับกระส่าย หรือลุกลี้ลุลน ถอนหายใจ พุดรัวเร็วหรือเสียงสั้น มือสั่น อาเจียน ปัสสาวะบ่อย เป็นต้น

2.2) พฤติกรรมที่แสดงออกภายใน (Internal behavioral responses) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่รับรู้ได้ เช่น ความรู้สึกตึงเครียด ตื่นตัวมากขึ้น ปวดศีรษะ กลัว รู้สึกกระวนกระวายใจ ละอายใจ หวาดหวั่น ไม่แน่ใจ ไม่มีสมาธิ ซึ่งสามารถวัดได้โดยใช้แบบสอบถามและให้บุคคลตอบคำถามตามที่เขารู้สึก (self-report questionnaire) มีนักวิชาการได้สร้างขึ้นมาใช้หลายแบบด้วยกัน ดังเช่น The Taylor Manifest Anxiety Scale (Taylor MAS) เป็นแบบสอบถามเพื่อดูแนวโน้มของบุคคล ในการที่จะเกิดความวิตกกังวลมากกว่า ความรู้สึกวิตกกังวลในสถานการณ์ที่บุคคลเผชิญอยู่ขณะนั้น หรือ The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) ของ Spielberger และคณะ (1970) ซึ่งใช้ประเมินความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เฉพาะ ได้แก่ แบบสอบถามแบบสเทท (State Anxiety : From X-I) ใช้ประเมินความวิตกกังวลในสถานการณ์ที่บุคคลถูกคุกคาม เช่น การผ่าตัดและใช้ประเมินความวิตกกังวลที่มีอยู่ประจำตัวของบุคคลหรือวิตกกังวลแบบแฝง ได้แก่แบบสอบถามแบบเทรท (Trait Anxiety : From X-II) แบบสอบถาม STAI นี้เป็นที่นิยมใช้กันมากในทางการแพทย์ โดยเฉพาะแบบประเมินความวิตกกังวลแบบสเทท (State anxiety) เนื่องจากสามารถประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ในทุกสถานการณ์ และสามารถประเมินได้ถึงพฤติกรรมที่แสดงออกทั้งจากภายใน และภายนอกของบุคคลได้ดี ดังที่ Graham and Conley (1971) ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าการประเมินความวิตกกังวลที่น่าจะได้ผลดี คือ การสอบถามความวิตกกังวลของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการแสดงออกทางด้านพฤติกรรมตอบสนองภายในนั่นเอง

3) การประเมินสิ่งคุกคามหรือสิ่งกระตุ้นที่ชักนำให้เกิดความวิตกกังวล (precipitating stressors) (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537; Stuart and Sundeen, 1991) เป็นการค้นหาเหตุการณ์หรือสิ่งใด ในสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย ที่คุกคามความมั่นคงปลอดภัยทางด้านร่างกาย (threats to physical integrity) ซึ่งมีทั้งจากภายในและภายนอกของบุคคล นอกจากนี้ยังมีสิ่ง

คุกคามต่อระบบอัตตาของบุคคล (threats to self-system) ทำให้คุกคามต่อความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน (self esteem) โดยมีสาเหตุทั้งจากภายในและภายนอกของบุคคล

นอกจากการประเมินดังที่กล่าวมาแล้ว Vacarolis(1994) ได้เสนอถึงการประเมินความวิตกกังวลว่าต้องประเมินว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับใดโดยที่สังเกตจากปฏิกิริยาการแสดงออกทางร่างกาย และพฤติกรรมการตอบสนองทั้งจากภายในและภายนอก และจะต้องประเมินว่า ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมในการลดความวิตกกังวลของตนเองอย่างไร (assessment relief behavior) ซึ่งจะมีทั้ง พฤติกรรมที่ช่วยลดความวิตกกังวลระหว่างบุคคล (interpersonal relief behavior) และพฤติกรรมที่ช่วยลดความวิตกกังวลภายในตัวบุคคล (intrapsychic relief behavior) ซึ่งก็คือกลไกทางจิตนั่นเอง (defense mechanisms)

2.1.6 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลซึ่งมีปัจจัยดังต่อไปนี้

1) เพศ เป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพด้านร่างกาย ซึ่งมีผลต่อความวิตกกังวล โดยเป็นผลจากการหลั่งฮอร์โมนจากต่อมหมวกไตต่างกัน ทำให้มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อเหตุการณ์ของเพศชายและเพศหญิงต่างกัน (ชนิษฐา นาคะ, 2534) โดยเพศหญิงจะมีอารมณ์เศร้า หงุดหงิด กังวล เมื่อระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนต่ำลงมาก ได้มีผู้ทำการศึกษาถึงระดับความวิตกกังวลระหว่างเพศชายและเพศหญิง เช่น Bergbom-Engberg and Haljame (1989) ศึกษาพบว่าความวิตกกังวลทางเพศหญิงที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และเครื่องช่วยหายใจจะมีมากกว่าเพศชาย และ Domar et al (1989) พบว่าความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของเพศหญิงจะมากกว่าเพศชาย ส่วนการศึกษาของ Schuster and Waldron (1991) ถึงความวิตกกังวลแบบแฝงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่หน่วยฟื้นฟูปฐมภาพ พบว่าเพศหญิงมีความวิตกกังวลแบบแฝงมากกว่าชาย แต่จากการศึกษาของ Webb and Riggin (1993) พบว่าความวิตกกังวลทั้งแบบ State และ Trait ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (MI) ไม่แตกต่างกันทั้งเพศหญิงและเพศชาย และจากการศึกษาถึงความวิตกกังวลขณะเผชิญในผู้ป่วยโรคหัวใจก่อนทำการสวนหัวใจ (cardiac catheterization) ของ Peterson (1991) พบว่า เพศไม่มีผลต่อระดับความวิตกกังวล จึงไม่อาจสรุปได้ว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลหรือไม่

2) อายุ เป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการด้านร่างกาย จากการศึกษาของ ชนิษฐา นาคะ (2534) ถึงความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 21-40 ปี จะมีความวิตกกังวลขณะเผชิญมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 61-80 ปี และจากการศึกษาของ Bergbom-Engberg and Haljame ถึงประสบการณ์ของผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจพบว่า รู้สึกวิตกกังวลมาก โดยเฉพาะในกลุ่มอายุต่ำกว่า 30 ปี และอยู่ระหว่าง 30-60 ปี ซึ่งมากกว่ากลุ่มที่อายุ 60 ปีขึ้นไป แต่จากการ

ศึกษาของ Domar et al (1989) พบว่า อายุที่แตกต่างกันไม่ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดแตกต่างกัน จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่าอายุที่แตกต่างกันไม่ได้มีผลต่อความวิตกกังวล

3) การศึกษา เป็นส่วนหนึ่งของแหล่งประโยชน์ในการเพิ่มทักษะการแก้ปัญหา จากการศึกษาของ ชนิษฐา นาคะ (2534) พบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา หรือต่ำกว่าจะมีความวิตกกังวลแบบแฝงมากกว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา แต่ผู้ป่วยที่มีการศึกษาที่แตกต่างกัน มีความวิตกกังวลขณะเผชิญไม่แตกต่างกัน แต่จากการศึกษาของ Domar et al (1989) พบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงมีแนวโน้มที่จะมีความวิตกกังวล สูงกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาต่ำ เนื่องจากสามารถแสดงออกถึงความรู้สึกได้ดีกว่า จากการศึกษาทั้ง 2 กลุ่ม มีความขัดแย้งกันด้านการศึกษาจึงยังไม่อาจจะสามารถสรุปได้ว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลหรือไม่

4) ความหวังของบุคคล ความหวังของบุคคลจะมีผลต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยโดยผู้ป่วยที่มีความหวังสูง จะมีความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้ป่วยที่สิ้นหวัง เพราะความหวังเป็นอำนาจที่แฝงอยู่ในตัวของบุคคล ช่วยทำให้บุคคลมีกำลังใจเข้มแข็ง พร้อมทั้งจะเผชิญกับความทุกข์ทรมานต่าง ๆ และอดทนต่อความเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ความหวังยังทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณค่าความนั้นไม่รุนแรงเกินกว่าที่จะแก้ไข แต่สำหรับผู้ป่วยที่สิ้นหวังจะมีสภาวะทางอารมณ์ที่แปรเปลี่ยนไปจากปกติ ทำให้เกิดความวิตกกังวลและซึมเศร้าได้ (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา อ้างถึงใน ชนิษฐา นาคะ, 2534)

5) การวินิจฉัยโรคหรือบริเวณผ่าตัด เป็นส่วนหนึ่งของเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ซึ่งจะมีความรุนแรงแตกต่างกันตามอวัยวะนั้น ๆ ตามความรุนแรงของโรค หรือระยะของโรคและชนิดของโรคที่เห็นว่าคุกคามต่อความรู้สึก มั่นคงปลอดภัยของผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด (Lazarus and Folkman, 1984) จากการศึกษาของ Domar et al (1989) พบว่า การผ่าตัดที่อวัยวะที่เป็นสัญลักษณ์ หรือเกี่ยวกับภาพลักษณ์ เช่นการผ่าตัดเต้านม ผ่าตัดมดลูก ผ่าตัดแขนขา ก่อให้เกิดความวิตกกังวลมากกว่าการผ่าตัดบริเวณอื่น ๆ และจากการศึกษาของ ชนิษฐา นาคะ (2534) พบว่าผู้ป่วยที่ผ่าตัดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง จะมีความวิตกกังวลแฝงมากกว่าผู้ป่วยที่ผ่าตัดช่องท้อง จากการศึกษาดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยที่มีบริเวณผ่าตัดหรือการวินิจฉัยโรคแตกต่างกันมีความวิตกกังวลแตกต่างกัน

6) ประสบการณ์ในอดีต เป็นส่วนหนึ่งของการควบคุมด้วยสติปัญญา (cognitive control) ซึ่งเกี่ยวข้องกับความทรงจำในอดีตที่ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าเหตุการณ์ที่เผชิญเหมือนเดิมหรือต่างไปจากเดิม (Lazarus and Folkman, 1984) จากการศึกษาของ Domar et al (1989) พบว่า ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์ผ่าตัดมาก่อนกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเป็นครั้งแรก มีความวิตก

กังวลก่อนผ่าตัดไม่แตกต่างกัน หรือแม้แต่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดชนิดเดียวกับที่เคยผ่าตัดมาก่อน หรือการผ่าตัดคนละชนิดกับที่เคยผ่าตัดมาก่อน ก็มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดไม่แตกต่างกัน

7) ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม เช่น แสงที่เปิดจ้าตลอดเวลาทั้งกลางวันและกลางคืนและเสียงที่ดังอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา โดยเฉพาะระดับเสียงอยู่ระหว่าง 60-100 เดซิเบล (dB) มีผลทำให้ขัดขวางการนอนหลับพักผ่อน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ผ่อนคลาย กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ โดยเฉพาะระบบประสาท Sympathetic ส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ทำให้รู้สึกปวดศีรษะได้มีผลทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น (Baker, 1992; Halm and Alpen, 1993; Fontaine, 1994)

2.2 ความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ

การเจ็บป่วยคือภาวะวิกฤตอย่างหนึ่งของผู้ป่วย ซึ่งก่อให้เกิดความวิตกกังวล โดยเฉพาะในภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ที่ต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจทำให้ผู้ป่วยมีแบบแผนการหายใจที่เปลี่ยนไปต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ หรือผู้ป่วยบางกลุ่มอาจมีปัญหาคาดการหายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่อง จนเกิดอาการที่เรียกว่าต้านเครื่องช่วยหายใจ (fighting the ventilator) (Tobbin, 1991) และการเข้ารับการรักษาที่หออภิบาลผู้ป่วยหนัก ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับสิ่งคุกคาม ทั้งจากภายในและจากภายนอกที่มีผลกระทบต่อความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยของบุคคลดังที่ Fontaine (1994) กล่าวว่าผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจจะพบปัญหาที่สำคัญคือ ความเจ็บปวด (pain) การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ (sleeplessness) และความวิตกกังวล ซึ่งเป็นวงจรที่เชื่อมโยงกัน ถ้าเกิดปัญหาหนึ่งปัญหาใดขึ้นก็จะส่งผลให้เกิดปัญหาอื่นเพิ่มขึ้น การที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ ต้องแยกจากครอบครัวสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยมาอยู่ในสิ่งแวดล้อมและบุคคลที่ไม่คุ้นเคย มีสิ่งรบกวนมากมายต่อความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัยในชีวิต กลัวตาย กลัวเครื่องไม่ทำงาน และความรู้สึกไม่แน่ใจ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยทั้งสิ้น ผู้ป่วยจะไม่นึกถึงเฉพาะในเรื่องความปลอดภัยในชีวิตของตนเองอย่างเดียวเท่านั้น (Bush, 1986) แต่เขาจะคิดกังวลว่าต้องเข้ารับการรักษายู้นานเท่าใด ต้องเสียค่าใช้จ่ายเท่าใด จะกลับไปทำงานได้เหมือนเดิมหรือไม่ ครอบครัวของตนเอง จะเป็นเช่นไร กลัวความพิการและกลัวตาย ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยคาดการณ์ว่าอาจจะเกิดขึ้นกับตนดังที่การที่ผู้ป่วยคาดคิดหรือทำนายสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง ไปในทางที่ไม่ดีไวล่วงหน้า ยังผลทำให้เกิดความวิตกกังวลและกลัวได้(ทิพวัลย์ โพธิ์แทน, 2531) และการที่ผู้ป่วยมีแต่คอยคิดกังวลในเรื่องที่ยังไม่เกิดขึ้นหรืออดีตที่ผ่านมาแล้ว เชื่อมโยงสับสนไปหมด ทำให้ขาดสติหรือสติจางหายไป ไม่

ตระหนักรู้หรือกำหนดรู้ในสิ่งที่มากระทบประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ ไม่ตระหนักรู้ (sensory awareness) ในสิ่งที่มองเห็น สิ่งที่ได้ยิน สิ่งที่ได้สัมผัสหรือกระทำ ที่เป็นปัจจุบันที่เขากำลังเผชิญอยู่

Bergbom-Engberg and Haljame (1989) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยใช้เครื่องช่วยหายใจมีความวิตกกังวลถึงร้อยละ 47 จากการที่ไม่สามารถสื่อสารได้ Johnson and Sexton (1989) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจมีความวิตกกังวลสูงถึงร้อยละ 100 คือ การที่ไม่สามารถสื่อสารได้ ความเจ็บปวด ความไม่สุขสบายต่าง ๆ และการไม่สามารถรับรู้เวลากลางวันกลางคืนเป็นปัจจัยรองลงมาซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา สิมะจารึก (2538) ถึงการรับรู้ประสบการณ์ในหออภิบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต พบว่าการใส่ท่อช่วยหายใจ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และการปฏิบัติการรักษาพยาบาล เป็นสิ่งรบกวนและเป็นประสบการณ์ด้านลบที่ก่อให้เกิดความรู้สึกรำคาญและวิตกกังวล นอกจากนี้ สุพัตรา อยู่สุข (2536) ยังศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ มีความทุกข์ทรมานในระดับมาก โดยมีปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานคือ ปัญหาในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น การเจ็บปวดจากการดูดเสมหะ และความไม่สุขสบายจากการเคลื่อนไหวที่ต้องถูกจำกัด หรือการที่ต้องได้รับการผูกมัดข้อมือเพื่อป้องกันการดึงท่อช่วยหายใจออก

จากการวิจัยที่ผ่านมาจะพบว่า การที่ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกถึงความไม่ปลอดภัยของชีวิต กลัวตาย กลัวพิการ ซึ่งอาจจะเกิดขึ้นกับตนเองได้ในอนาคต ความเจ็บปวด รวมทั้งความรู้สึกไม่สุขสบายต่าง ๆ ผลของความวิตกกังวลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหวาดหวั่น กระวนกระวายใจ สมองการรับรู้แคบลง สมาธิสั้น ความนึกคิดและความสามารถในการแก้ปัญหาเสียไป ผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อันเกิดจากการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ โดยเฉพาะระบบประสาทซิมพาเธติก มีผลให้หลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดงส่วนปลายหดตัว อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น หายใจเพิ่มขึ้น ในบางครั้งจะมีการหายใจลำบาก จากการหดตัวของหลอดลม ทำให้ผู้ป่วยต้องออกแรงในการหายใจเพิ่มขึ้น ความต้องการการใช้ออกซิเจน (oxygen consumption) เพิ่มขึ้น (Johnson and Sexton, 1989) ทำให้ผู้ป่วยต้องเพิ่มระยะเวลาของการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจยาวนานออกไปอีก ส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะการติดเชื้อของระบบหายใจ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้มากที่สุด (เพ็ญศรี สุทธิพดาร์, 2537)

2.2.1 การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวล

การดูแลผู้ป่วยที่เป็นบุคคลทุกคนซึ่งประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อมที่ทำงานผสมผสานกันอย่างเป็นระบบ เมื่อบุคคลเกิดความวิตกกังวลมักจะหาวิธีการที่จะลดความ

รู้สึกดังกล่าว โดยที่ตั้งใจ และไม่ได้ตั้งใจ ซึ่งจะมีรูปแบบการตอบสนองที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล และขึ้นกับประสบการณ์ที่ผ่านมา วิธีการที่บุคคลใช้ลดความวิตกกังวลจะมีอยู่ 4 ลักษณะใหญ่ ๆ คือ (Stuart and Sundeen, 1979 : 1991 ; บังอร เครียดชัยภูมิ, 2533)

1) การลดความขัดแย้งในใจ (Task-oriented reaction) หรือการสร้างความพึงพอใจให้เกิดขึ้น ด้วยการใช้ความสามารถทางสติปัญญา ความสุขุมรอบคอบ ในการแก้ปัญหาตามสภาพความเป็นจริง โดยบุคคลจะรู้ตัว ได้แก่ พฤติกรรมการต่อสู้ (attack behavior) ซึ่งผลที่ออกมา มี 2 ทางคือ ในทางทำลาย (destructive) หรือในทางสร้างสรรค์ (constructive) พฤติกรรมการหลีกเลี่ยง (withdrawal behavior) เช่น การแสดงอาการเชื่องซึม ไม่สนใจ (apathetic) หรือพฤติกรรมในทางประนีประนอม (compromise)

2) การป้องกันตนเองด้วยการใช้กลไกทางจิต (Ego-oriented reaction) ซึ่งเป็นกระบวนการทางจิตที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ เนื่องจากในบางครั้งการแก้ปัญหาด้วยความสามารถทางสติปัญญา (task-oriented reaction) ใช้งานจะไม่ประสบผลสำเร็จเสมอไป บุคคลจะใช้กลไกทางจิตเพื่อกำจัดความวิตกกังวลให้หมดไปจากจิตสำนึก หรือเพื่อให้ความวิตกกังวลลดน้อยลงพอที่บุคคลจะทนได้ และรักษาความสมดุลของจิตใจไว้ ทำให้รู้สึกมีความมั่นคง บุคคลจะใช้กลไกป้องกันตนเองทางจิตซึ่งอาจจะใช้กลไกเหล่านี้ 1 ถึง 2 วิธี ที่คุ้นเคย และประสบความสำเร็จมาแล้วในอดีต Elliott (อ้างถึงใน Stuart and Sundeen, 1991) กล่าวว่ากลไกทางจิตที่บุคคลใช้เป็นอันดับแรก คือการปฏิเสธ (denial) ถ้าสิ่งคุกคามยังอยู่และมีความวิตกกังวลที่ต่อเนื่องไปอีก บุคคลจะใช้กลไกอื่น ๆ อีก เช่น มีพฤติกรรมเก็บกด (repression) พฤติกรรมถดถอย (regression) การหาเหตุผลเข้าข้างตนเอง (rationalization) หรือการโยนความผิดให้แก่คนอื่น (introjection) และการเพ้อฝัน (fantasy) เป็นต้น กลไกเหล่านี้บุคคลจะใช้ได้ระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น แต่ถ้ายังใช้อยู่ต่อไปเป็นระยะเวลานาน ๆ โดยที่ไม่ได้แก้ไขที่สาเหตุ ทำให้บุคคลมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สุจิตรา ลิมอำนวยลาภ, 2538) นอกจากนี้ยังเป็นวิธีหลีกเลี่ยงหรือหลบหลีกปัญหา ทำให้ไม่รู้จักตัวเองที่แท้จริง จนอาจเกิดโรคจิต โรคประสาทได้ (Stuart and Sundeen, 1991)

3) อาการแสดงทางกาย (Physiological Conversion) เป็นรูปแบบการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม ซึ่งอาจจะแสดงออกไปโดยไม่รู้ตัว หรือโดยการใช้กลไกทางจิต สามารถสังเกตเห็นพฤติกรรมที่แสดงออกเหล่านี้ได้ เช่น อาการหอบหืดหายใจเร็ว (hyperventilation) หรือมีแผลในกระเพาะอาหารซึ่งสัมพันธ์กับแรงขับ หรือกดดันในภาวะจิตใต้สำนึก เพื่อลดความวิตกกังวล

4) มีการเปลี่ยนแปลงของระบบการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกาย (Psychological conversion) เกิดกับบุคคลที่มีความวิตกกังวลต่อเนื่อง เป็นเวลานานแล้วส่งผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ซึ่งจะถูกทำลายไปที่ละน้อยจนกระทั่งเกิดโรคในที่สุด ซึ่งจะ

นำไปสู่การเกิดโรคทางกายที่เกิดจากจิตได้ และจะเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้อีก

จะเห็นได้ว่าบุคคลเมื่อมีความวิตกกังวลก็จะมีวิธีที่จะลดความรู้สึกนั้น ทั้งในวิธีที่เหมาะสมสามารถแก้ไขที่ปัญหาได้ แต่ถ้าเป็นวิธีที่ไม่เหมาะสม เช่นการใช้กลไกทางจิตเพียงอย่างเดียวเป็นเวลานาน โดยที่ไม่แก้ไขที่สาเหตุย่อมส่งผลให้ความวิตกกังวลยังอยู่ และอาจเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้มีผลเสียทั้งต่อสุขภาพร่างกาย และจิตใจของบุคคล จนเกิดโรคทางกายที่เกิดจากจิตได้ ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย มองเห็นปัญหาของผู้ป่วย และเป็นบุคคลสำคัญในการที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล ให้สามารถแก้ไขหรือกำจัดความวิตกกังวลได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ จะต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดอยู่ในหน่วยพิเศษหรือหออภิบาลผู้ป่วยหนัก จะมีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยทั่วไป เนื่องจากต้องได้รับการบำบัดรักษาด้วยเครื่องมือพิเศษ เพื่อช่วยชีวิตของผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องครอบคลุม ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ควบคู่กันไปเสมอไม่สามารถแยกออกจากกันได้ โดยพยาบาลมีทั้งบทบาทอิสระและไม่อิสระในบทบาทอิสระนั้นพยาบาลเองต้องมีการพัฒนาและเลือกเทคนิคต่าง ๆ ที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยในการลดความวิตกกังวล ซึ่งมีอยู่หลายวิธีให้เหมาะสมกับ ผู้ป่วยเฉพาะราย

ได้มีผู้ทำการศึกษาค้นคว้าถึงวิธีการในการที่จะลดความวิตกกังวลไว้มากมาย (อุบล นิวัติชัย, 2527; Haber et al, 1982 ; Stuart and Sudeen, 1991) ซึ่งพอที่จะสรุปได้ดังนี้คือ

1) การสร้างสัมพันธภาพที่เปิดเผย อ่อนน้อม การแสดงออกซึ่งความเอาใจใส่เอื้ออาทรและละมุนละม่อม ไม่ว่าจะเป็นการกระทำหรือคำพูด จะทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจ อ่อนน้อมใจว่าเขาอยู่ในอ้อมมือของพยาบาลที่มีความสามารถ สนใจฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูดหรือระบาย ยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก เป็นการใช้ภาษาท่าทางที่ดูสงบ ดูอบอุ่น (Badger, 1994) ขณะพูดคุยควรมีการประสานสายตากับผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ

2) การลดสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งเร้าทางอารมณ์ เช่น การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมทางด้านเสียงและแสง ดูแลให้รู้สึกปลอดภัย รบกวนผู้ป่วยน้อยที่สุด มีการยืดหยุ่นเวลาเยี่ยม ดูแลให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายทางร่างกาย เช่น การอาบน้ำอุ่นให้ การนวดเพื่อคลายปวดเมื่อย

3) การกระตุ้นหรือส่งเสริมให้มีกิจกรรมอื่น หรือ การเบี่ยงเบนความสนใจออกจากตัวเขาหรือสิ่งที่เขาวิตกกังวล เพื่อคลายความตึงเครียด เช่น การนวด (massage) การเล่นเกมต่าง ๆ การใช้ศิลปรักษา (art therapy) เช่น การวาดภาพต่าง ๆ การให้มองสิ่งที่น่าสนใจและดึงดูดได้ดี (visualization) และการฝึกหายใจเป็นจังหวะ เป็นต้น



4) การให้ยาเพื่อการรักษา(Intervening with medication) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแนวทางการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงของยา พร้อมกับการประเมินอาการการแสดงของความวิตกกังวล

ซึ่งวิธีการลดความวิตกกังวล ในวิธีที่ 1-4 เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงถึงรุนแรง (Stuart and Sundeen, 1991) ซึ่งเป็นวิธีที่จะทำให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลงมาสู่ระดับปานกลางโดยเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะเรียนรู้ที่จะเผชิญความวิตกกังวล ด้วยวิธีการที่มุ่งแก้ปัญหาซึ่งจะมี 3 วิธีการดังนี้

5) การเรียนรู้เกี่ยวกับความวิตกกังวล (Insight into the anxiety) และการเผชิญสิ่งคุกคามหรือสาเหตุของความวิตกกังวล (coping with the threat) ซึ่งเป็นการเผชิญปัญหา โดยเน้นการแก้ปัญหาเป็นหลัก เป็นวิธีการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ และได้เรียนรู้เกี่ยวกับความวิตกกังวล และการลดความวิตกกังวลของตนเอง สามารถที่จะพูดคุยหรือหารือกับพยาบาลในเรื่องความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม (สจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) โดยมีเป้าหมายคือ ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้เกี่ยวกับความวิตกกังวล ปฏิกริยาตอบสนองของตน เมื่อเกิดความวิตกกังวล ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยค้นหาสาเหตุหรือสิ่งคุกคามต่อตนเอง และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถ เลือกใช้วิธีการเผชิญต่อความวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีวิธีการคือ

5.1) สอนให้ผู้ป่วยเข้าใจแนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล

5.2) ให้ผู้ป่วยเรียนรู้เกี่ยวกับปฏิกริยาตอบสนองทางร่างกาย และพฤติกรรมในขณะเกิดความวิตกกังวล ให้ผู้ป่วยสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นว่ามีอะไรบ้าง ทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านพฤติกรรมและให้จดบันทึกการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ไว้ พยาบาลและผู้ป่วยจะแสวงหาแนวทางร่วมกันในการที่จะพยายามลดสิ่งคุกคามนั้น ๆ หรือเปลี่ยนการรับรู้ของผู้ป่วยต่อสิ่งคุกคามนั้น

6) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการผ่อนคลาย (Promote the relaxation) เช่นการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (muscle relaxation) การสวดมนต์หรือการทำสมาธิ (meditation) หรือดนตรีบำบัด เป็นต้น โดยหลักการของวิธีต่าง ๆ ก็เป็นการเบี่ยงเบนความสนใจของบุคคลออกไปจากสิ่งคุกคาม หรือเป็นการลดความรุนแรงและสามารถควบคุมการตอบสนองของร่างกายต่อสิ่งคุกคามได้

7) การให้ข้อมูลและคำอธิบายแก่ผู้ป่วย จะช่วยให้เกิดความเข้าใจ มีความมั่นใจพร้อมทั้งให้ความร่วมมือในการรักษา โดยจำแนกข้อมูลออกเป็น 2 ประเภท (ทิพวัลย์ โพธิ์แทน, 2531) คือ ประเภทที่จำเป็นหรือข้อมูลสิ่งเร้าตรง ที่จะทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และข้อมูลที่จะตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์หรือข้อมูลที่เป็นสิ่งเร้าร่วม

ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาหรือนำเทคนิคต่างๆ มาใช้ในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยอย่างกว้างขวาง เช่น การสอนอย่างมีแบบแผนในการที่จะลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนย้ายออกจาก ซีซียู. โดยเริ่มให้ตั้งแต่วັນแรกของการเข้ารับการรักษา (วริยา วชิราวัณ, 2526) การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม เป็นข้อมูลสิ่งเร้าตรงและสิ่งเร้าร่วม เพื่อลดความวิตกกังวลก่อนการหยาเครื่องช่วยหายใจ (ทวนทอง พันธะโร, 2538) หรือการฝึกการผ่อนคลายโดยใช้เทคนิคของ Benson's Respiratory one Method ในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (อภิญา วงศ์พิริโยธา, 2535) และการใช้ดนตรีบำบัด เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจเทียมและเครื่องช่วยหายใจภายหลังผ่าตัดช่องท้องส่วนบน (เพ็ญศรี สุทธดาร์ง, 2537) ซึ่งวิธีการดังกล่าวได้มีการนำไปใช้ หรือพัฒนาเพิ่มขึ้นในคลินิกเพื่อให้เหมาะกับผู้ป่วยเฉพาะราย ยังมีอีกวิธีหนึ่งคือเทคนิคการฝึกการรู้สติให้อยู่กับปัจจุบัน (here and now technique) โดยนำมาใช้ลดความวิตกกังวล ในผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจากการจราจร (ทิพวัลย์ โพธิ์แทน, 2531) เป็นเทคนิคที่เป็นการปรับเปลี่ยนการเรียนรู้วิธีใหม่ ให้คิดอย่างมีระบบระเบียบ รู้จักฝึกความนึกคิดให้อยู่ร่วมกับความรู้สึกที่เป็นปัจจุบันที่นี้และเดี๋ยวนี้ โดยการให้มองดูภาพหรือฟังเสียงที่ดึงดูดความสนใจ

2.3 เทคนิคการฝึกการรู้สติให้อยู่กับปัจจุบัน

เทคนิคนี้ ดร.วัลลภ ปิยะมโนธรรม คิดค้นขึ้นโดยอาศัยแนวความคิดการเจริญสติในพุทธศาสนา กับการทำจิตบำบัดแบบเกสตัลท์ (Gestalt therapy) ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษา ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ การเจริญสติ การทำจิตบำบัดแบบเกสตัลท์ และเทคนิคการฝึกการรู้สติให้อยู่กับปัจจุบัน ดังต่อไปนี้

2.3.1 การเจริญสติ

ในพุทธศาสนาเชื่อว่าบุคคลประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ร่างกาย (รูปธรรม) และจิตใจ (นามธรรม) อันได้แก่ เวทนา (ความรู้สึก) สัญญา (ความจำได้) สังขาร (ความคิด) และวิญญาณ (ความรู้) กล่าวอีกนัยหนึ่งว่าชีวิตของบุคคลประกอบไปด้วย รูป เวทนา สัญญา สังขาร และวิญญาณที่เรียกว่า "ขันธ 5" (เจก ธนะสิริ, 2533) ถ้าขาดไปอย่างใดอย่างหนึ่งความเป็นบุคคลจะไม่สมบูรณ์ (พิศ เภาเกาะ, 2530) โดยขันธทั้ง 5 จะทำงานเชื่อมโยงกันคือ กาย (รูป) รับสัมผัส (ผัสสะ) มาจากภายนอก โดยผ่านประสาทสัมผัสทั้งหลาย อันได้แก่ การเห็นทางตา ได้ยินทางหู ได้กลิ่นทางจมูก ได้รสทางลิ้น และรับสัมผัสทางผิวหนัง เมื่อรับสัมผัสแล้วจะนำไปเก็บไว้ในความทรงจำ ความทรงจำก็จะมากำหนดความคิด และแสดงออกเป็นความรู้สึกทุกข์หรือสุขอยู่ที่ความคิด ด้วยเหตุนี้ถ้าต้องการจะกำจัดทุกข์ก็ควรควบคุมความคิด ซึ่งวิธีที่จะควบคุมได้ก็คือ การเจริญสติ

สติ (mindfulness) คือ ความระลึกได้ ความไม่เผลอ (สัญญา สัญญาวิวัฒน์, 2533) หมายถึง การตระหนักรู้ (awareness) หรือการรู้ตัวอยู่กับปัจจุบัน การระลึกรู้ทางกายก็คือ การรู้ว่าร่างกายทุกส่วนของเรามีอาการอย่างไร การที่เราจับอะไรก็ให้รู้ว่าจับอะไร การนั่งการเดิน การสูดลมหายใจเข้าออก ส่วนการระลึกรู้ทางใจก็คือ เรากำลังคิดอะไรอยู่ ดีหรือไม่ดี เหมาะสมหรือไม่เหมาะสมรู้ถึงอาการของความคิดแทบทุกอย่าง สติถือว่าเป็นองค์ประกอบพื้นฐานของชีวิตทั้งในมนุษย์หรือสัตว์ จะมีทั้งลักษณะประจำตัว (trait) และลักษณะที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเฉพาะหน้า (stait) ช่วยให้ชีวิตปลอดภัย รักษาตนให้อยู่ในทุกสถานการณ์ (พุทธทาสภิกขุ, 2540) ช่วยไม่ให้หลงลืม หรือไม่คิดฟุ้งซ่าน และทำให้บุคคล มีชีวิตอยู่ในขณะนั้นด้วยความเป็นจริง โดยไม่พะวงถึงสิ่งที่ยังมาไม่ถึง หรือคิดถึงแต่ในอดีตที่ผ่านมาไปแล้ว (พระประชาปสนมโหม อ่างถึงในทิพวัลย์ โพธิแทน, 2531) แต่สติที่มีอยู่ตามธรรมชาติไม่เพียงพอ จะเฉื่อยเชื่องช้า และงุ่มง่ามแต่ถ้าสติที่ได้รับการฝึกหัดหรือฝึกฝนที่ดี จะมีความรวดเร็วมากพอและลึกซึ้ง ช่วยให้มนุษย์มีชีวิตที่ปลอดภัยมากขึ้น และมีประโยชน์ต่อมนุษย์มากมาย ดังที่พระราชมนี (2539) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการฝึกสติไว้ว่า

1) ระลึกรู้ทันก่อนที่จะทำ จะพูด จะคิดหรือเคลื่อนไหว ระลึกรู้ทันขณะที่ทำ พูด คิด หรือเคลื่อนไหว และระลึกรู้ได้ทันทั่วทั้งที่เมื่อได้ทำ ได้พูด ได้คิด หรือเคลื่อนไหวไปแล้ว ทำให้ตระหนักรู้ได้ทันทีในสิ่งที่ต้องทำ และสิ่งที่ไม่ควรทำ

2) สามารถควบคุมตนเองให้อยู่ในภาวะที่ต้องการได้ โดยการตรวจกระบวนการรับรู้และคิด เลือกรับในสิ่งที่ต้องการและไม่รับในสิ่งที่ไม่ต้องการ

3) สามารถสร้างนิสัยใหม่ จากการกระทำด้วยความเคยชิน หรืออัตโนมัติมาเป็นการกระทำด้วยสติ รู้เท่าทันการคิดและการกระทำในปัจจุบัน

4) สามารถดึงเอาความรู้ที่มีอยู่มาใช้ได้ผลดีที่สุด หรือรู้ตามความจริง ทำให้สามารถใช้ปัญญาได้อย่างเต็มที่นั่นเอง

5) ทำให้มองเห็นตนเองได้มากขึ้นจะช่วยให้รับรู้ และเผชิญสภาพที่เป็นจริงของตนเองตามที่มันเป็น ไม่เป็นการหลีกหนีหรือหลอกตนเอง และเมื่อได้รับการสนับสนุนด้วยความรู้ต่าง ๆ จะช่วยให้แก้ปัญหของตนเองได้

6) การรู้เท่าทันความคิดของตนเองตั้งแต่ระยะเตือนก่อนเข้าสู่ปัญหา จะทำให้สามารถเลือกกระทำในสิ่งที่ต้องการ และจำเป็นได้ก่อนเข้าสู่ปัญหา

สติเป็นเรื่องที่ฝึกหัดได้ การฝึกหัดสติของเราให้ดีขึ้นหรือเรียกว่า การเจริญสติ (mindfulness meditation) (วัลลภ ปิยะมโนธรรม, 2531) ซึ่งทำได้โดยการกำหนดรู้ถึงอริยาบถการเคลื่อนไหว ทุกจังหวะของการเคลื่อนไหว เราหัดกำหนดรู้ตัวอย่างรู้สึกจริง ทำได้โดย

อาศัยวิถีธรรมชาติที่ธรรมดาที่สุด โดยเริ่มตั้งแต่ลืมตาตื่นขึ้นมาให้อาสติ การระลึกได้หรือการรู้ตัวตามรู้อยู่กับอริยาบถในปัจจุบันเดี๋ยวนั้น เราลุกขึ้นก็ให้รู้ว่าลุก ทำกิจวัตรประจำวัน อ่านหนังสือก็ให้รู้ตัวอยู่ แทนที่จะปล่อยให้เกิดสิ่งนั้นโดยอัตโนมัติ (อมรา มลิล, 2537) ถ้ากระทำแบบนั้นแล้วเราก็จะมีสติที่เจริญขึ้นมา เมื่อกระทำอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ความคิดและความรู้สึกทำงานประสานกันอย่างสมดุลกลมกลืน ก็จะเป็นคนที่ไม่หวั่นไหว หรือตื่นผวาง่าย ๆ จะเปลี่ยนการทำทุกอย่างโดยอัตโนมัติหรือเคยชินเป็นการกระทำอย่างรู้สติ ทำให้จิตใจสงบ ไร้วิตกกังวลหรือเครียด ไม่กระวนกระวายไม่หวั่นไหวไปตามอารมณ์ในอดีตหรืออนาคต โดยละเว้นปัจจุบัน คือต้องไม่ปล่อยให้ความรู้สึกหรือความคิดใด ๆ เกิดขึ้นโดยไม่รู้เท่าทันอย่างมีสติ ความสำคัญอยู่ที่ว่าเมื่อเกิดความคิดขึ้นเราต้องรู้ต้องเห็น จึงจะเข้าใจความคิดนั้นได้ ดังนั้นเมื่อมีการสัมผัสผ่านประสาทสัมผัสทั้งหลาย ถ้าไม่มีสติในการรับรู้ก็จะรับรู้ผิดหมดเกิดกระแสไหลไปสู่ความทุกข์ แต่เมื่อมีสติ สติจะกั้นกระแสนั้นไม่ให้ไหลไปทางแห่งทุกข์ บุคคลจึงไม่มีทุกข์ (ทิพวัลย์ โพธิ์แทน, 2531)

ดังนั้นจึงพอสรุปได้ว่า การเจริญสติคือ การกำหนดรู้หรือตระหนักรู้ให้ทันสิ่งที่มากระทบกับตัวเรา โดยผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5 อันได้แก่ หู ตา จมูก ลิ้น และกาย ไม่ว่าจะอยู่ในอริยาบถใด เป็นการรู้ให้ทันตลอดเวลาตามความเป็นจริงคือ รู้ให้ทันในปัจจุบันขณะนั้น จะทำให้เรามองเห็นตนเองมากขึ้น ช่วยให้อำนาจและเผชิญสภาพที่เป็นจริงของตนเองตามที่พึงเป็น ไม่หลีกหนี ไม่หลอกตนเองและเมื่อได้รับการสนับสนุนด้วยความรู้ต่าง ๆ จะสามารถช่วยให้เขาแก้ปัญหาของตนเองได้

2.3.2 การรักษาแบบเกสตาลท์ (Gestalt therapy)

เกสตาลท์ (Gestalt therapy) เป็นการรักษาทางจิต หรือจิตบำบัดอย่างหนึ่งซึ่ง Perls (อ้างถึงใน วัลลภ ปิยะมโนธรรม, 2531) ที่เป็นนักจิตวิทยาชาวอเมริกันเชื้อชาติยิวคนแรกที่ได้แนะนำแนวทางปฏิบัติของพุทธศาสนานิกายเซ็น มาใช้บำบัดทางจิต แนวคิดของการรักษาด้วยจิตบำบัดแบบเกสตาลท์ เป็นการรักษาคอนทั้งคน (whole) ซึ่ง Perls เชื่อว่ามนุษย์ไม่ใช่เป็นเพียงแค่จิตหรือกาย หรือจิตกับกายรวมกัน แต่มนุษย์ยังต้องรวมกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวเรา ดังนั้นสุขภาพจิตของเราจะดีหรือไม่ดี ขึ้นอยู่กับการปรับตัวอย่างสมดุล หรือไม่สมดุล ของร่างกายและจิตใจ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่ต้องเผชิญอยู่ตลอดเวลา ความรู้สึกของร่างกายจะทำงานสัมพันธ์กันอย่างสมดุลกับความต้องการด้านจิตใจเสมอ ทำให้เราทราบว่าเราต้องการอะไร จากสิ่งแวดล้อมในขณะนั้น จะมีทั้งการเข้าไป "เผชิญ" และอยาก "หนี" ถ้าถูกสิ่งแวดล้อมคุกคาม การ "เผชิญ" และ "หนี" สิ่งแวดล้อม เป็นการทำงานของร่างกายอย่างเป็นอัจฉริยะที่รู้ตัวอยู่ตลอดเวลาว่าตัวเราต้องการอะไร สิ่งที่เราต้องการก็เรียกว่าเป็น "ภาพ" (figure) ส่วนสิ่งที่เราไม่ต้องการแล้วเรียกว่า "ฉาก" (background) ลงไป "ภาพ" และ "ฉาก" จะขึ้นลงสลับสับเปลี่ยนกันไปตลอดเวลา ตามภาวะของความรู้สึกของร่างกาย และความต้องการด้านจิตใจที่ต้องปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมขณะนั้น ดังนั้น

คนที่มีสุขภาพจิตดีจึงเป็นคนที่ไม่ฝืนธรรมชาติของร่างกาย และจิตใจตนเองจนเกินไปรู้จักความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปเสมอตามกาลเทศะ รู้ว่าตนกำลังต้องการอะไร รู้จักจำและรู้จักลืมตามธรรมชาติ แต่เมื่อคนเราเกิดไม่ยอมรับในสิ่งที่เราเป็นอยู่ในขณะนั้น การพยายามไม่ลืมเรื่องในอดีตที่ผ่านไปแล้ว หรือก็คือไม่มีการสลับระหว่าง “ฉาก” กับ “ภาพ” ลงไปจะทำให้เกิดภาพค้างอยู่แทนการสลับขึ้นลงทำให้เกิด “ภาพมายา” ซ่อนอยู่ทำให้เราไม่อาจรับรู้ “ภาพ” หรือความต้องการที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งส่วนใหญ่แล้วมีแรงกดดันจากสิ่งแวดล้อมและสังคม การที่เราไม่ยอมลืมเรื่องอดีตที่ผ่านไปแล้วรวมทั้งคอยคิดไปแต่เรื่องต่าง ๆ ที่ยังไม่เกิดขึ้น โดยเฉพาะการคิดเรื่องนั้นในทางที่ร้าย จะทำให้มีความวิตกกังวลได้ทันที (วัลลภ ปิยะมโนธรรม, 2531) หรือก็คือคนที่ไม่รู้จักว่าเวลาไหนที่ควรจะ “เผชิญ” หรือ ควรจะ “หนี” กับสิ่งแวดล้อม คือ เวลาที่เขา “เผชิญ” เช่น กำลังอ่านหนังสืออยู่แต่กลับไปคิดถึงแต่เรื่องอื่นแต่ถ้าเป็นเวลาที่เขากำลัง “หนี” เช่น การนอนพัก ความคิดกลับไป “เผชิญ” กับสิ่งที่ต้องทำในอนาคตหรืออดีต ทำให้มีความรู้สึกขัดแย้งในใจ (อมรา มลิลลา, 2537) จิตใจสับสนเกี่ยวกับคตินั้นเดียวคิดเรื่องนี้สลับไปมา

เป้าหมายของการรักษาแบบเกสตาลท์ ก็คือการมีสติขึ้นมามากครั้ง หรือการทำให้เกิดการตระหนักรู้ (sensory awareness) ด้วยตัวเอง ซึ่งจะเกิดได้ก็ต่อเมื่อรู้ตัวว่าอย่างไรคือสิ่งที่เขาเป็นอยู่ในปัจจุบัน “ขณะนี้และเป็นที่นี้” เท่านั้น

2.3.2 เทคนิคการรักษาแบบเกสตาลท์

การรักษาแบบเกสตาลท์ (Gestalt therapy) เป็นการให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ด้วยตัวเอง โดยเน้นที่ประสบการณ์ในปัจจุบันเป็นสิ่งสำคัญ ให้ผู้ป่วยรับรู้ความรู้สึกของตนเองที่เป็นที่นี้และเดี๋ยวนี้ (here and now) จะไม่เน้นความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้นในอดีต แต่ให้ความสำคัญของอดีตในรูปปัจจุบันคือ เหตุการณ์ในอดีตก่อให้เกิดความรู้สึกอย่างไรต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน (อาภา จันทรสกุล, 2535) ดังที่ Perls ได้เสนอแนวคิดของเขาออกมาเป็นสมการว่า “เดี๋ยวนี้” = ประสบการณ์ = การมีสติ = ความเป็นจริง (now = experience = sensory awareness = reality) โดยใช้วิธีการที่เรียกว่า กฎ (rule) หรือ เกมส์ (games) เป็นตัวที่จะปรับเปลี่ยนการรับรู้ (Perls อ้างถึงใน Fegan and Shepherd, 1970; ทิพวัลย์ โพธิ์แท่น, 2531)

เทคนิคการรักษาแบบเกสตาลท์ สามารถทำได้ 2 ลักษณะ คือ สามารถใช้ได้ทั้งส่วนบุคคลและเป็นกลุ่มหรือครอบครัว ส่วนเทคนิคหรือวิธีการที่เรียกว่ากฎ (rule) ก็คือ การที่ทำให้ผู้ป่วยมีความคิดมาอยู่ร่วมกับความรู้สึก (unifying thought with feeling) ที่เกิดขึ้นในการกระทำที่เป็นปัจจุบันนั้น เป็นการส่งเสริมให้เขาเกิดการตระหนักรู้ (self awareness) ในขณะนั้นอย่างต่อเนื่อง (Fegan and Shepherd, 1970) ส่วนวิธีการที่เรียกว่า เกมส์ (games) คือ วิธีการเฉพาะที่ทำได้โดยผู้รักษาเลือกเองตามสถานการณ์การรักษา หรือตามประสบการณ์ของผู้ป่วยในการใช้เกมส์

ถ้าเน้นทางด้านความคิดเห็นและความคิด (ideal and thought) เรียกว่าระบบปิด (close system) แต่ถ้าเน้นการตอบสนองทางด้านร่างกายและจิตใจ (organismic responses) เรียกว่าระบบเปิด (open system) และการรักษาจะเริ่มต้นกับจิตใจส่วนที่มีปฏิกิริยา (activity mental) เช่น เหตุการณ์ที่จำได้ หรือจินตนาการด้านต่าง ๆ โดยให้ผู้ป่วยรับรู้ในระดับความเป็นจริง ซึ่งจัดว่าเป็น การรับรู้ความรู้สึกอันเป็นประสบการณ์ในระดับจิตสำนึกอย่างมีสติ (ทิพวัลย์ โพธิ์แท่น, 2531)

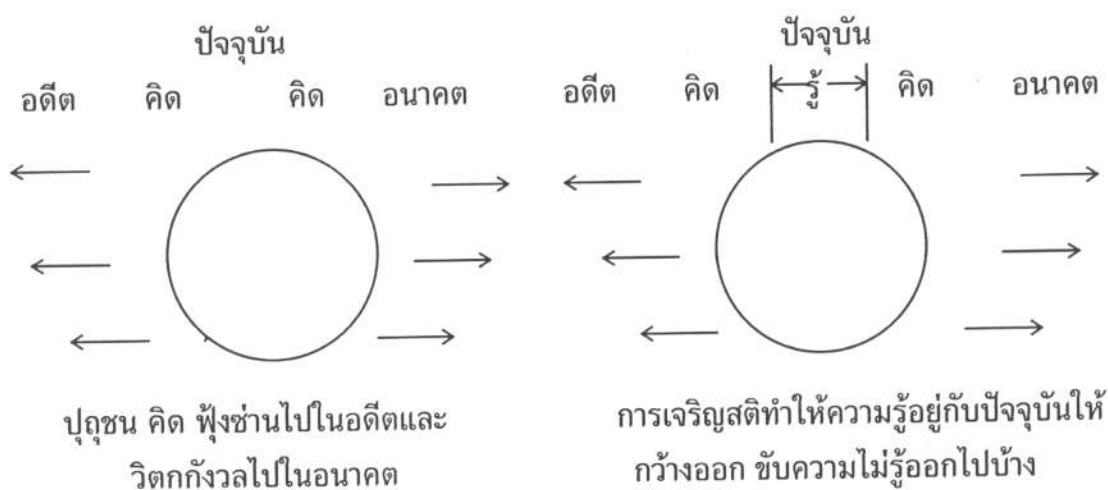
สรุปได้ว่า การรักษาแบบเกสตัลท์ (Gestalt therapy) จะให้ความสำคัญของ ประสบการณ์ที่เป็นที่นี้และเดี๋ยวนี้ (here and now) ด้วยการรับรู้อย่างมีสติ (self awareness) โดย ผ่านประสาทสัมผัสของผู้ป่วยเอง ปล่องวางอดีตที่ผ่านมาและอนาคตที่ยังมาไม่ถึง รวมทั้งการเข้า ใจบุคคลในองค์ประกอบทั้งหมดของเขา (holism) ที่ประกอบด้วยชั้น 5 ทำให้เกิดการสลับขึ้นลง ของ “ภาพ” และ “ฉาก” สิ่งที่เขากำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบันขณะนั้น ถือว่าเป็น “ภาพ” ส่วนอดีตหรือ อนาคตที่ยังมาไม่ถึงให้ถือว่าเป็น “ฉาก”

2.3.3 เทคนิคการฝึกการรู้สติให้อยู่กับปัจจุบัน

เทคนิคการฝึกการรู้สติให้อยู่กับปัจจุบัน เป็นเทคนิคที่ ดร. วัลลภ ปิยะมโนธรรม คิดค้นขึ้นโดยอาศัยหลักการของการเจริญสติในพุทธศาสนา กับการทำจิตบำบัดแบบเกสตัลท์ เป็นเทคนิคที่นำมาใช้ลดความวิตกกังวลหรือความทุกข์ใจ ซึ่งเป็นความรู้สึกที่ความคิดของบุคคล กระโดดออกจากปัจจุบันไปอยู่ในอดีตที่แก้ไขไม่ได้ หรืออนาคตที่ยังมาไม่ถึง และคาดหมาย เหตุการณ์อนาคตในแง่ร้าย (วัลลภ ปิยะมโนธรรม, 2531) หรือเป็นช่องว่างระหว่างเดี๋ยวนี้และ อดีต (anxiety is a gap between the now and the later) Perls (อ้างถึงใน อาภา จันทรสกุล, 2535) ดังนั้น เทคนิคที่จะเอาชนะความวิตกกังวลได้ ก็คือการรู้จักฝึกความรู้สึกนึกคิดให้อยู่กับ ปัจจุบันที่เป็นที่นี้และเดี๋ยวนี้ เป็นการฝึกปรับเปลี่ยนนิสัยให้เหมาะสมใหม่นั้นเอง เทคนิคการฝึก การรู้สติให้อยู่กับปัจจุบัน เป็นเทคนิคที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในทางพุทธศาสนา ได้เน้นการฝึก สติฐาน 4 เป็นหัวใจของการฝึกฝนและเมื่อได้รับการฝึกฝนจนชำนาญจะทำให้บุคคลเกิดความเข้าใจ ในกระบวนการคิดของตนเอง ว่ามีรูปแบบที่จะแปลผลประสบการณ์ไปในทางที่ดีหรือร้าย ถ้าคิด ไปในทางดีก็จะก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนวิธีการคิดไปในทางที่ดี ให้กับตนเองเพิ่มขึ้น ที่จะช่วยให้ บุคคลรู้จักควบคุมความคิดอย่างมีระบบระเบียบ และยังเป็นพื้นฐานของการเจริญสติที่จะพัฒนา บุคลิกภาพให้ดีขึ้น(อวิชชัย กฤษณะประกรกิจ, 2539)

ตามปกติคนเรามักคิดไปในอดีตแล้วเชื่อมโยงกับอนาคตโดยไม่รู้ตัว ไม่อยู่เนืองนิจ จะคิดเรื่องโน้นเรื่องนี้ ซึ่งต้องแก้โดยการทำให้รู้ตัวอยู่กับปัจจุบัน ซึ่งแต่เดิมความคิดปัจจุบันไม่มี ที่อยู่ เนื่องจากความคิดในอดีตและอนาคตเบียดบังไปหมด จำเป็นต้องหาที่อยู่ให้กับปัจจุบันด้วย การทำให้ความรู้อยู่กับปัจจุบันกว้างออก ก็จะเบียดบังความคิดเกี่ยวกับอดีตและอนาคตออกไป

โดยปัจจุบันเข้ามาแทนที่มากขึ้น นั่นคือการทำเราเอาสติมาควบคุมใจไว้ตลอด เพราะสติที่อยู่กับใจ จะคอยรั้งใจให้อยู่กับปัจจุบัน เราต้องฝึกซ้อมไปเรื่อยๆ ไม่ว่าอะไรก็ตามให้ใจอยู่แต่กับปัจจุบันไม่ สนุกกับความคิด เนื่องจากเมื่อยิ่งคิดใจยิ่งหวั่นไหว ฟุ้งซ่าน (ทิพวัลย์ โพธิ์แทน, 2531) ดังภาพ



แผนภาพที่ 1 แสดงการเขย่าธาตุรู้ให้อยู่กับปัจจุบัน

ที่มา : ทิพวัลย์ โพธิ์แท่น (2531 : 25)

เมื่อเรามีสติและสามารถนำมาควบคุมความคิดให้อยู่กับปัจจุบันได้แล้ว ก็จะทำให้จิตมีพลังพอที่จะจัดการกับความวิตกกังวลที่มีอยู่ได้

วิธีการฝึกเทคนิคการรู้สติให้อยู่กับปัจจุบัน ก่อนที่จะฝึกบุคคลนั้นจะต้องสลัดเรื่องราวของอดีตออกไปจากตัวเสียก่อน ยอมรับว่าสิ้นสุดแล้ว และอนาคตก็ยังมาไม่ถึง เทคนิคนี้เป็น การฝึกในเวลาที่คุณกำลังทำอะไรอยู่ในชีวิตประจำวัน ไม่ต้องใช้เวลาออกมานั่งฝึกแต่อย่างใด เพียง แต่เมื่อตามองอะไรก็ให้รู้ว่าเป็นอะไรอย่างรู้ตัวเท่านั้น เช่น เวลาเห็นแปรงสีฟันที่เคยใช้อยู่ก็ให้รู้ ว่า ลักษณะขนแปรงเป็นอย่างไร นุ่มหรือแข็ง ขณะที่แปรงฟันก็ให้รู้ว่าเป็นแปรงฟันอยู่ไม่ใช่คิดถึงเรื่องอื่น ทั้งที่ผ่านมาแล้วหรือยังไม่เกิดขึ้น แต่ให้ความคิดมาอยู่ร่วมกับความรู้สึกไม่ว่าจะเป็นการมองเห็น อะไร การได้ ยืนการสัมผัส การได้กลิ่นหรือรับรสอะไร ไม่ใช่ทำไปอย่างอัตโนมัติ เวลาที่ใช้ในการ ฝึก เพียง 30 นาที ก็เพียงพอในแต่ละวัน (วัลลภ ปิยะมโนธรรม, 2531) ในระยะแรกของการฝึก อาจทำให้รู้สึกอึดอัดใจบ้างที่คิดอะไรหรือทำอะไรต่าง ๆ ซ้ำลง หรือการที่เดี๋ยวคิดเรื่องนั้นเดี๋ยวคิด เรื่องนี้สลับไปมา แต่ไม่เป็นไรถ้ารู้ตัวว่าความคิดคอยแต่จะเผลอไปคิดเรื่องอื่นก็ปล่อยให้เผลอไป พอรู้ตัวก็ดึงความคิดกลับมาอยู่กับความรู้สึกที่เป็นที่นี้และเดี๋ยวนี้กันใหม่ได้เสมอ เทคนิคนี้สามารถ กระทำได้ทุกเวลาสถานที่และเริ่มต้นใหม่ได้เสมอ จะทำให้บุคคลเราสร้างเสริมแบบอย่างในการคิด การกระทำอย่างมีสติ

จึงพอที่จะสรุปได้ว่าเทคนิคการฝึกการรู้สติให้อยู่กับปัจจุบัน เป็นวิธีการควบคุม ความคิดให้คิดอย่างมีระบบระเบียบ ซึ่งถือว่าการเอาชนะความวิตกกังวลได้ เป็นการช่วยให้เรา สามารถทำงานหรือเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากการที่เราสังเกตสิ่งต่าง ๆ รอบ ตัวเราอย่างรู้ตัว และกระทำทุกอย่างอย่างรู้ตัว ทำให้เป็นการเพิ่มพลังแห่งการรู้เท่าทันความคิด และอารมณ์ต่าง ๆ ของเรา จิตใจจะสงบลงได้ไม่เกิดความคิดฟุ้งซ่าน เป็นการยกระดับมาตรฐาน ของสติให้ดียิ่งขึ้น โอกาสที่สุขภาพจิตเสื่อมก็ลดน้อยลง

เทคนิคการฝึกการรู้สติให้อยู่กับปัจจุบัน ใช้หลักของการเจริญสติ การทำจิตบำบัด แบบเกสโตลท์ โดยที่สื่อที่จะใช้ดึงดูดความสนใจได้นั้น ต้องเป็นสื่อที่สามารถกระตุ้นประสาท สัมผัสได้ดี โดยเฉพาะทางสายตา และการได้ยิน (ทิพวัลย์ โพธิ์แทน, 2531) ดังที่ McCaffery (1979) กล่าวว่า สิ่งที่จะดึงดูดความสนใจได้นั้น คือการเพ่งสายตาไปที่สิ่งใดสิ่งหนึ่ง (visual concentration point) การนวดเป็นจังหวะ (rhythmic massage) การหายใจเป็นจังหวะ (rhythmic breathing) การกระตุ้นด้วยเสียง โดยการฟังจากหูฟัง (auditory stimulation earphone) การใช้ อารมณ์ขัน และการบรรยายภาพ (describing a series of picture) ซึ่งเป็นภาพที่มีรายละเอียด น่าสนใจ เช่น ภาพต้นไม้ ดอกไม้

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจที่จะนำภาพและเสียงมาใช้เป็นสื่อกลาง ในการ ที่จะดึงความคิดความรู้สึกมาอยู่กับภาพและเสียงที่ผู้วิจัยนำเสนอ เนื่องจากภาพและเสียงเป็นสื่อที่ สามารถกระตุ้นประสาทสัมผัสได้ดี และจากการวิจัยของ ทิพวัลย์ โพธิ์แทน ที่ใช้ภาพและเสียงเป็น

สื่อ สามารถลดความวิตกกังวลได้ โดยภาพที่ใช้ต้องเป็นภาพที่มีลักษณะสวยงาม มองดูแล้วสดชื่น สบายใจ มีรายละเอียดที่จะให้ผู้ป่วยได้คิดตามภาพและเสียง ดังที่ McCaffery (1979) กล่าวว่า ภาพที่จะใช้ต้องเป็นภาพที่ดูแล้วผ่อนคลาย มีรายละเอียดที่จะดึงดูดความสนใจได้ จำนวนภาพที่พอเหมาะคือ 3-5 ภาพ และใช้เวลาประมาณ 20 นาที จะสามารถดึงดูดความสนใจได้ดี ส่วนในด้านเสียงนั้น ผู้วิจัยใช้เสียงที่เกิดจากเสียงธรรมชาติ (Sound effect) เป็นเสียงที่เหมาะสมที่จะเป็นสื่อในการดึงดูดความสนใจได้ดี (โกวิท เขมานันท์ อ่างถึงใน ทิพวัลย์ โปธิแท่น, 2531)

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรม จะพบว่าผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ และต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต ซึ่งต้องเผชิญกับสิ่งคุกคามต่อความมั่นคง และปลอดภัยในชีวิตมากมาย จึงมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับค่อนข้างสูง เมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวลขึ้น ก็จะทำให้หาวิธีในการที่จะลดความวิตกกังวลลงโดยเร็ว โดยการใช้กลไกการป้องกันตัวซึ่งเป็นวิธีที่ใช้ได้เพียงชั่วคราวเท่านั้น แต่ถ้าผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับสิ่งคุกคามนั้น อย่างต่อเนื่องตลอดเวลาที่อยู่รับการรักษา ระดับความวิตกกังวลก็ยิ่งจะเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้องมากมาย พยาบาลคือผู้มีบทบาทในการที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย ให้สามารถลดความวิตกกังวลลงโดยเร็ว หรือทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้วิธีในการที่จะลดความวิตกกังวลได้ อย่างถูกต้องเหมาะสมที่พยาบาลสามารถกระทำได้ ภายใต้ขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจ ที่จะนำเทคนิคการฝึกการรู้สติให้อยู่กับปัจจุบัน ซึ่งอาศัยภาพและเสียงจากธรรมชาติมาใช้ดึงดูดความคิดของผู้ป่วย จากความวิตกกังวลมาอยู่ที่ภาพที่เห็นและเสียงที่ฟัง โดยจะมีบทบาทพูดหรือคำถามในลักษณะชักชวน ให้สนใจรายละเอียดของภาพและเสียง ซึ่งจะเป็นสิ่งที่เรียกสติ ความคิดมาอยู่ร่วมกับความรู้สึกขณะที่ตามองดูภาพ และหูฟังเสียงตามที่ผู้วิจัยนำเสนอ ก็จะทำให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลง เพื่อที่จะสามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้เหมาะสม ตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาล ประกอบกับที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาสำรอง การใช้เทคนิคการฝึกการรู้สติให้อยู่กับปัจจุบันในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ จำนวน 5 ราย โดยใช้ ภาพผลไม้ แจกันดอกไม้ และธรรมชาติ เป็นสื่อในการดึงความคิดให้มาอยู่ร่วมกับความรู้สึก ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยมองดูภาพ ประมาณ 10-15 นาที ผู้ป่วยให้ความสนใจ สามารถทราบรายละเอียดของภาพได้ดี ตามที่ผู้วิจัยถามคำถาม และภายหลังจากมองดูภาพแล้ว ผู้ป่วยรู้สึกสดชื่นสบายใจขึ้น

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Ulrich (1983) ได้ศึกษาถึงผลของการตกแต่งห้องพักฟื้นหลังผ่าตัดให้มีหน้าต่างมองเห็นภาพธรรมชาติที่จัดไว้ในสวนหย่อม ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดถุงน้ำดี จำนวน 46 คน แบบจับคู่

โดยแยกเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 23 คน โดยกลุ่มควบคุมให้พักผ่อนอยู่ในห้องที่ไม่มีหน้าต่าง ผับห้องสีขาวโล่ง ไม่มีการตกแต่ง กับกลุ่มทดลองที่อยู่ในห้องที่มีหน้าต่าง มองเห็นภาพธรรมชาติในสวน ห้อยมพบว่า กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลลดลงมากกว่า มีอัตราการหายใจ การใช้ยาแก้ปวดหลัง ผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และระยะเวลาที่อยู่รับการรักษาในโรงพยาบาลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

Sudsuang, R. et al (1991) ได้ศึกษาผลของการนั่งสมาธิทางพุทธศาสนาต่อค่าคอติซอล (cortisol) ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ ความจุของปอดและปฏิกิริยาโต้ตอบ พบว่ากลุ่มทดลองที่นั่งสมาธิ จำนวน 52 คน ทำให้ค่าคอติซอล ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ความจุของปอดและปฏิกิริยาโต้ตอบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Green and Hiebert (อ้างถึงในดรรารวรรณ ตะปันทา, 2534) ได้ทำการทดลองเปรียบเทียบผลของการฝึกสติ (meditation mindfulness) และการฝึกการสังเกตกระบวนการทางปัญญา (cognitive process) ด้วยตนเองต่อสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 จำนวน 24 คน โดยแยกออกเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 12 คน กลุ่มที่ได้รับการฝึกสติจะให้ฝึกสติ 2 แบบ คือฝึกสติโดยกำหนดลมหายใจ โดยให้ความสนใจอยู่ที่การเคลื่อนไหวขึ้นและลงของผนังหน้าท้องที่เกิดจากการหายใจทำการฝึก 2-3 ครั้ง แล้วให้ฝึกสติด้วยการคิดคือ เมื่อเกิดความคิดเรื่องใดก็ตาม ให้คิดว่า "คิด คิด" แต่ไม่ต้องคิดต่อจากเรื่องนั้น เพียงแต่ให้รู้ว่าตนกำลังคิดอยู่เท่านั้น หลังจากนั้นให้ฝึกเป็นการบ้านพร้อมเขียนรายงาน ประสพการณ์ และจดบันทึกการฝึกสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ส่วนอีกกลุ่มจะได้รับการฝึกกระบวนการทางปัญญา โดยใช้รูปแบบการพิจารณาหาเหตุผลและอารมณ์ (RET) ด้วยการฝึกการแยกความเชื่อที่มีเหตุผลออกจากความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล แล้วฝึกการแยกความเชื่อออกจากความคิด และให้ฝึกการสังเกตความคิดจากสถานการณ์สมมติ รวมทั้งฝึกสังเกตความคิดในลักษณะอื่น ผลการทดลองพบว่าทั้งการฝึกสติและการฝึกทางปัญญา มีผลทำให้สุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างดีได้เท่า ๆ กัน คือ สามารถพัฒนาความไวในการทราบถึงความต้องการ ความรู้สึกของตนเองการยอมรับตนเอง และสัมพันธ์ภาพกับคู่ครองดีขึ้นทั้ง 2 กลุ่ม รวมทั้งยังเพิ่มความสามารถในการอยู่กับปัจจุบันมากขึ้น มีหลักการและค่านิยมภายในดีขึ้น

Yu-SH (1994) ได้ศึกษาถึงการบำบัดด้วยวิธี Qigong กับการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ โดยใช้วิธีการบำบัดที่เรียกว่า การฝึกสมาธิ (meditation) หรือ โยคะ (yoga) หรือ เซน (zen) ผลของการฝึกมีผลต่อการทำงานของกระบังลม มีผลต่อการปรับอุณหภูมิของผิวหนัง การเผาผลาญอาหารดี ต่อระบบภูมิคุ้มกัน และต่อจิตใจทำให้ผู้ที่ฝึกมีความสามารถด้านจิตใจ เข้าใจสภาพจิตใจของผู้อื่น

สุริยาพร พุตระกูล (2531) ได้ศึกษาถึงผลการฝึกการเจริญสติตามวิธีการของหลวงพ่อเทียนต่อความจำ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนชินโนรวิทยาลัทธิกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มจากนักเรียนที่มีความจำปัจจุบัน ระหว่างเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25-75 จำนวน 20 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 10 คน กลุ่มทดลอง 10 คน ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการฝึกการเจริญสติ นักเรียนกลุ่มทดลองมีความจำปัจจุบันสูงขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้รับเพียงข้อเสนอแนะเกี่ยวกับสติเท่านั้น ก็พบว่ามีค่าจำปัจจุบันสูงขึ้นเช่นกันแต่ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการฝึกสติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ทิพวัลย์ โพธิ์แท่น (2531) ได้ศึกษาผลของเทคนิคการฝึกการรู้สติให้อยู่กับปัจจุบัน ต่อระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุทางจราจรบก ที่รับไว้รักษาในตึกอุบัติเหตุ 3 โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 30 คน โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 10 คน คือ กลุ่มควบคุมที่ 1 เป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ประจำการ กลุ่มควบคุมที่ 2 เป็นกลุ่มที่ได้รับข้อมูลเพื่อช่วยการปรับตัวและการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับข้อมูล เพื่อช่วยการปรับตัวและการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องร่วมกับการได้รับเทคนิคการฝึกการรู้สติให้อยู่กับปัจจุบัน วันละ 2 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที โดยมีระยะเวลาห่างกัน 6 ชั่วโมง เป็นเวลาติดต่อกัน 3 วัน โดยใช้รูปภาพขนาด 10 นิ้วจำนวน 6 ภาพ เป็นภาพธรรมชาติ ดอกไม้ และผักผลไม้ และใช้เสียงร้องของพวกนก ช้าง สิงห์โต เสียงของธรรมชาติ เช่นเสียงฝนตก ฟังร้อง น้ำไหล เสียงของเทคโนโลยีสมัยใหม่ เช่น เสียงของนาฬิกา รถไฟ เครื่องบิน และเสียงดนตรีบรรเลงของ บาดช์ (Bach) และ บีโทเฟน (Beethoven) โดยในแต่ละภาพและแต่ละช่วงเสียงจะมีคำพูดหรือคำถาม ที่มีลักษณะที่ชักชวนดึงดูดให้ความคิดมาอยู่ร่วมกับความรู้สึกขณะมองดูภาพหรือฟังเสียง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลอง ที่ได้รับข้อมูลการปรับตัวร่วมกับการได้รับการฝึกเทคนิคการรู้สติให้อยู่กับปัจจุบัน มีคะแนนความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เฉพาะ ลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับเฉพาะข้อมูลการปรับตัว และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

เรณู นุ่มอาษา (2532) ทำการศึกษาวิจัยถึงผลของการฝึกสมาธิด้วย "การเจริญสติภาวนา อำไพ-เทคนิค" ต่อพฤติกรรมด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม และสติปัญญา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นอนุบาลปีที่ 2 จำนวน 30 คน ครูประจำชั้นของกลุ่มตัวอย่าง 1 คน และผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่าง 30 คน โดยใช้เวลาในการฝึกทั้งหมด 5 สัปดาห์ ทำการวัดค่าคะแนนของระดับสมาธิ พฤติกรรมด้านร่างกาย อารมณ์จิตใจ สังคม และสติปัญญา ก่อนและหลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างเด็กปฐมวัยที่ได้รับการฝึกสมาธิด้วย "การเจริญสติภาวนา อำไพ-เทคนิค" มีสมาธิจริง คะแนนค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมด้านร่างกาย อารมณ์จิตใจ สังคม และสติปัญญา สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ดาราวรรณ ตะปินตา (2534) ได้ศึกษาวิจัยถึงวิธีการลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลประจำการแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่ จำนวน 18 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 6 คน ใช้ระยะเวลาในการฝึก 8 สัปดาห์ โดยกลุ่มที่ 1 ให้ฝึกการใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและการฝึกสติ กลุ่มที่ 2 ฝึกการใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดเพียงอย่างเดียว และกลุ่มที่ 3 ฝึกสติเพียงอย่างเดียว ทำการประเมินคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลอง ระหว่างทำการทดลองสัปดาห์ที่ 3 ระยะเวลาหลังทดลอง และระยะติดตามผล (1 เดือน) ประเมินระดับสติในระหว่างการทดลองสัปดาห์ที่ 3 ระยะเวลาหลังทดลองและระยะติดตามผล (1 เดือน) ของกลุ่มทดลองทั้ง 3 กลุ่ม ผลจากการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ 1 ที่ฝึกการใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิด และการฝึกสติสามารถลดความวิตกกังวลของพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ได้ โดยมีคะแนนความวิตกกังวลในระยะทดลอง ระยะเวลาหลังทดลอง และระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่คะแนนความวิตกกังวลทั้ง 3 ระยะ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างทั้ง 3 กลุ่ม พบว่าไม่แตกต่างกัน ส่วนระดับสติพบว่าเพิ่มขึ้นทั้ง 3 กลุ่ม ซึ่งการทดลองนี้ไม่มีกลุ่มควบคุมที่ไม่มีการฝึกใดมาเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

พริ้มเพรา (อ้างถึงในธีรภา ธาณี, 2539) ได้ศึกษาผลของวิปัสสนากรรมฐานที่มีต่อความเครียดและความวิตกกังวล โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง จากผู้ที่ฝึกวิปัสสนากรรมฐาน 3 แห่ง ในจังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มละ 50 คน โดยก่อนและหลังฝึกมีการทดสอบด้วยแบบทดสอบ SCL-90-R ซึ่งสะท้อนถึงกลุ่มอาการทางจิต 9 ชนิด ใช้เวลาฝึก 7 วัน พบว่าระดับของความวิตกกังวลและความเครียดลดลง 8 ชนิด เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ฝึก ยกเว้นอาการทางกายไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่าเพศไม่มีผลต่อตัวแปรกลุ่มอาการทางจิต 9 ชนิด

จากรายงานการวิจัยที่ได้ทบทวนมาจะเห็นได้ว่า การฝึกสมาธิหรือการฝึกสติให้รู้เท่าทันความคิดความรู้สึกที่เป็นปัจจุบันของตนเอง น่าจะเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาคความวิตกกังวลได้ดี จากการที่คนเรามีสติ มีผลทำให้คนเรามีจิตใจที่สงบผ่อนคลาย ความคิดฟุ้งซ่านลดลง และถือว่าเป็นการปรับเปลี่ยนวิธีการคิดให้คิดอย่างมีระบบระเบียบ ช่วยให้บุคคลนั้นสามารถที่จะเรียนรู้หรือตระหนักรู้สิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัวเราอย่างรู้ตัว ถูกต้องตามความเป็นจริง ทำให้เราเกิดปัญญา ดังเช่น การศึกษาของ สุริยาพร พุตระกูล (2530) ดาราวรรณ ตะปินตา (2534) และเรณู นุ่มอาษา (2533) ที่ใช้แนวคิดการเจริญสติหรือการฝึกสติ การฝึกสมาธิ นอกจากนี้การศึกษาของ ทิพวัลย์ โพธิ์แท่น (2531) ที่ใช้เทคนิคการฝึกการรู้สติให้อยู่กับปัจจุบัน ซึ่งการวิจัยดังกล่าวมาสามารถลดความวิตกกังวลได้ จากการที่คนเรามีสติ มีผลทำให้เรามีจิตใจที่สงบ ผ่อนคลาย การที่ผู้ป่วยได้รับการผ่อนคลาย จะสามารถควบคุมการตอบสนองของร่างกายต่อสิ่งคุกคามได้ (Stuart

and Sundeen, 1991) ก็จะส่งผลให้การตอบสนองทางร่างกายต่อความวิตกกังวลอันได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้น ลดลงได้ ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาเทคนิคการฝึกการรู้สติให้อยู่ปัจจุบันว่ามีผลต่อการลดความวิตกกังวล โดยประเมินจากคะแนนความวิตกกังวล อัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิตซิสโตลิก ได้หรือไม่

เทคนิคการฝึกการรู้สติให้อยู่กับปัจจุบัน โดยอาศัยภาพเป็นสิ่งที่ดึงดูดความคิดมาอยู่ร่วมกับความรู้สึกขณะมองดูภาพที่เป็นภาพธรรมชาติ มองดูแล้วสวยงาม ผ่อนคลาย รวมทั้งเสียงที่เป็นเสียงธรรมชาติ ซึ่งสามารถดึงดูดความคิดมาอยู่ร่วมกับความรู้สึกขณะฟังเสียง น่าจะเหมาะสมในการที่จะมาเป็นเครื่องมือ หรือกิจกรรมการพยาบาลที่เป็นบทบาทอิสระอย่างหนึ่ง ในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และเครื่องช่วยหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงผลของเทคนิคการฝึกการรู้สติให้อยู่กับปัจจุบัน ต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อที่จะได้นำผลที่ได้ไปใช้เป็นกิจกรรมการพยาบาลในการแก้ไขปัญหความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจต่อไป