

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงผลของการฝึกการผ่อนคลายต่อระดับความวิตกกังวลและความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ ตามลำดับดังนี้

- 2.1 การเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็ง
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการผ่อนคลาย

2.1 การเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็ง

ผู้ป่วยมะเร็งเป็นผู้ที่เผชิญกับสิ่งรบกวนชีวิตสูงสุด เนื่องจากมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่มีระยะของความรุนแรงเฉียบพลัน จากการศึกษาของครอส (Krause, 1991) ถึงการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งจำนวน 82 คน พบว่าผู้ป่วยจะรู้สึกช็อค รู้สึกตกใจกลัว โกรธ และรู้สึกถูกละทิ้ง ผู้ป่วยจะปฏิเสธ ซึมเศร้า หรืออาจจะมีพฤติกรรมมุ่งร้าย มีความวิตกกังวล รู้สึกต้องพึ่งพาผู้อื่น บางรายอาจจะแยกตัวออกจากสังคม และรู้สึกกลัวปัญหาต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น เช่น การเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณ์ กลัวต้องจากบุคคลที่ตนรัก กลัวปัญหาทางเศรษฐกิจจะเกิดตามมา ปัญหาที่ผู้ป่วยต้องเผชิญทั้งจากภาวะของโรคและผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล หดหู่ ซึมเศร้ามากขึ้น และรู้สึกไม่แน่นอน ดังนั้นผู้ป่วยจึงพยายามหาวิธีการเผชิญปัญหาเพื่อลดความวิตกกังวลและความเครียด จากปัญหาต่าง ๆ ฟรีดแมน (Friedman, 1980) ได้สรุปถึงพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มี 10 วิธีดังนี้

1. การค้นหาข้อมูล (Seeking information) การวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยมีความกลัวและวิตกกังวล ดังนั้นการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องราวต่าง ๆ ของโรคมะเร็งจะสามารถช่วยลดความวิตกกังวล และความกลัวของผู้ป่วยได้
2. การแสวงหาแหล่งสนับสนุนจากบุคคลอื่น (Turning of others for support)

โดยการช่วยเหลือสนับสนุน จะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ

3. การปฏิบัติตามแผนการรักษา (Functioning as patient : following-orders) ผู้ป่วยมักจะวิ่งทั่วไปมักจะศรัทธาต่อแพทย์ผู้ดูแล และปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด เพราะเชื่อว่า การปฏิบัติตามคำแนะนำนั้นจะช่วยป้องกันการคุกคามของโรคได้

4. การปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยง (Denial/escape) จะพบว่าผู้ป่วยไม่กล่าวถึงความเจ็บป่วยและความวิตกกังวลของตน เพื่อหนีความจริงที่คุกคาม

5. การทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรค (Finding meaning in the disease) ถึงความทรมานที่เกิดจากโรค ภาวะบีบคั้นต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นในชีวิต เพื่อเผชิญกับปัญหาเหล่านั้น ซึ่งเป็นลักษณะการต่อสู้เพื่อการมีชีวิตอยู่ โดยทำให้สิ่งต่างๆ ที่คุกคามอยู่เป็นประสบการณ์ที่มีคุณค่า และมีความหมายต่อชีวิต

6. การเตรียมตัวรอความตาย (Preparing for death) เป็นการยอมรับความจริงของผู้ป่วย แต่ก็ยังรู้สึกว่ามีความหวังเล็กน้อยที่จะมีชีวิตอยู่

7. การกลับเข้าทำงาน (Returning to employment) วิธีการนี้เป็นการบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีการเผชิญปัญหาที่ดี และมีแนวโน้มว่าเป็นไปได้น้อยที่ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกต่อไปนี้ ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ เสียขวัญ วิตกกังวล ซึมเศร้า ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าโรคมะเร็งเป็นภาวะคุกคามต่อตนเพียงเล็กน้อย

8. การใช้วิธีเผชิญปัญหาที่เคยใช้ในอดีต (Relying on past coping strategies) วิธีการนี้หากเคยใช้วิธีเผชิญปัญหาในอดีตได้เหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจในการใช้วิธีเผชิญปัญหาที่เคยใช้ และสามารถแก้ไขปัญหาดได้อย่างเหมาะสม แต่ถ้าไม่สามารถแก้ไขปัญหาดได้ ความเครียดจะคงอยู่ต่อไป

9. การใช้วิธีลดความตึงเครียด (Tension-reducing strategies) ได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา รับประทานอาหารมากกว่าปกติ ผีกการผ่อนคลาย ทำสมาธิ เป็นต้น กิจกรรมเหล่านี้จะเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยออกจากปัญหา และทำให้ลดความตึงเครียดได้

10. การตำหนิ (Blaming) อาจจะเป็นการตำหนิตนเองหรือผู้อื่น ผู้ป่วยบางรายอาจจะรู้สึกคิด และลงโทษตนเองที่มีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น

นอกจากนี้ จากการศึกษาของเพย์น (Payne, 1990) ถึงการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่าผู้ป่วยมีการเผชิญความเครียดดังนี้

1. ลดการรับรู้ (Reducing awareness) เพื่อลดความรู้สึกถูกคุกคามจากโรคมะเร็ง

2. ปฏิเสธ (Denial) มักพบในระยะแรกหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง การปฏิเสธนี้ อาจะกินเวลานานเป็นเดือนหรือเป็นปี
3. เก็บความรู้สึก (Restraint of emotion)
4. เบี่ยงเบนความสนใจไปในทางเพลิดเพลิน (Diversion) เพื่อจะได้ไม่คิดถึงการคุกคามของโรค
5. การเลือกสนใจเฉพาะสิ่ง (Selective attention) เช่น กรณีที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด และจะต้องได้รับยาเคมีบำบัดต่อ ผู้ป่วยอาจจะมุ่งความสนใจไปที่การผ่าตัดมากกว่าการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
6. การทำให้เป็นเรื่องเล็ก (Minimization) เป็นการเพิกเฉยความเครียดได้ระยะหนึ่ง เพราะถ้ามีการแพร่กระจายของโรค เกิดการคุกคามมากขึ้น วิธีนี้อาจจะใช้ไม่ได้ผลอีกต่อไป ดังนั้นวิธีนี้จึงใช้ได้ผลดีในระยะแรก ๆ ของการเพิกเฉยความเครียด
7. การทำให้ขบขัน (Humour) เป็นการลดความรู้สึกถูกคุกคามจากโรคมะเร็งได้ระยะหนึ่ง เพื่อที่จะหาวิธีอื่น ๆ ในการเพิกเฉยความเครียดต่อไป
8. การเพ้อฝัน (Wishful thinking) เป็นการบิดเบือนข้อมูลหรือเหตุการณ์จริงที่คุกคามผู้ป่วยอยู่ โดยพยายามสร้างความคิดฝัน และคิดว่าสิ่งที่ปรารถนานั้นจะเป็นความจริง เช่น คิดว่าวิทยาการทางวิทยาศาสตร์จะต้องค้นพบวิธีการรักษาโรคมะเร็งได้
9. ซึมเศร้า (Depression) วิธีนี้มักจะพบในระยะที่มีการคุกคามจากโรคมะเร็ง โดยไม่สามารถแก้ไขได้ ผู้ป่วยมักจะมีความรู้สึกท้อแท้และกลัวร่วมด้วย
10. ความวิตกกังวล (Anxiety) ผู้ป่วยส่วนใหญ่รายงานว่า มีความรู้สึกตื่นตระหนก หวาดวิตก และกลัว ความรู้สึกดังกล่าวนี้ เป็นความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับเหตุการณ์เฉพาะที่เกิดขึ้น เช่น ระยะเริ่มให้ยาเคมีบำบัด
11. โกรธ (Anger) ผู้ป่วยมักโกรธตนเองที่มีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น และทำให้เป็นภาระแก่ครอบครัว
12. รู้สึกไม่แน่นอน (Uncertainty) เพราะผู้ป่วยไม่ทราบว่าจะมีอะไรเกิดขึ้นจากภาวะของโรคและการรักษา ความรู้สึกไม่แน่นอนจะรุนแรงมากขึ้น ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอ ความรู้สึกนี้จะทำให้ผู้ป่วยเป็นทุกข์มากขึ้น
13. สร้างอารมณ์ในทางบวก (Positive emotions) วิธีนี้จะใช้เมื่อผู้ป่วยมีการประเมินซ้ำ (Re-evaluation) โดยพิจารณาว่า โรคมะเร็งไม่ใช่โรคที่ทำให้เกิดผลในทางลบ

เท่านั้น อาจจะมีผลในทางบวกก็ได้

จะเห็นว่าวิธีเผชิญปัญหาของผู้ป่วย มีทั้งลักษณะการมุ่งแก้ไขปัญหา และการมุ่งใช้อารมณ์ ลักษณะการมุ่งแก้ไขปัญหาก็ได้แก่ การค้นหาข้อมูล การทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ส่วนการแก้ไขปัญหาก็ได้แก่ การโกรธ การทำให้ขบขัน การปฏิเสธ เป็นต้น ถ้าหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยมีการยอมรับได้ดีขึ้นและมีความเครียดลดลง แต่ถ้าพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม ความเครียดจะยังคงอยู่ และทำให้ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อความวิตกกังวล ดังนั้นถ้าผู้ป่วยเผชิญปัญหาไม่เหมาะสมเมื่อความเครียดคงอยู่ พฤติกรรมตอบสนองด้วยความวิตกกังวลจะตามมา และมีระดับความวิตกกังวลสูงขึ้น

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล เป็นประสบการณ์ที่บุคคลเผชิญอยู่ตลอดเวลา ซึ่งเปรียบเสมือนสัญญาณเตือนบุคคลว่ามีภาวะไม่สมดุลเกิดขึ้น สปีลเบร์เกอร์ (Spielberger, 1966) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด เมื่อบุคคลประสบเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นว่า ทำให้เกิดอันตราย หรือคุกคามต่อความมั่นคงปลอดภัยของตน โดยสิ่งที่คุกคามนั้นอาจมีจริง หรืออาจเกิดจากการคาดการณ์ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล

ลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus and Folkman, 1984) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลดังนี้

1. เพศ เป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการของบุคลิกภาพด้านร่างกายที่มีผลต่อความวิตกกังวล โดยเป็นผลจากการหลั่งฮอร์โมนจากต่อมหมวกไตต่างกัน ทำให้มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อเหตุการณ์ของเพศชายและเพศหญิงแตกต่างกัน
2. อายุ เป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการของบุคลิกภาพด้านร่างกาย ซึ่งแบ่งวัยผู้ใหญ่เป็น 3 ระยะ คือ ,
 - วัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุ 21-40 ปี เป็นวัยที่สามารถเผชิญปัญหาชีวิตได้อย่างไม่หวาดหวั่น มองโลกในแง่ดี สุขุมรอบคอบ
 - วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง อายุ 41-60 ปี เป็นระยะที่สร้างครอบครัวเป็นปีกแผ่น อกหักแรงกายเพื่องาน
 - วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย อายุ 61-80 ปี เป็นระยะสูญเสียความเป็นผู้นำหรือคู่สมรส รายงานผลการศึกษาถึงความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของ ขนิษฐา นาคะ

(2534) พบว่าอายุที่แตกต่างกันมีความวิตกกังวลแพ่งและความวิตกกังวลชั่วขณะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่มีอายุ 21-40 ปี มีความวิตกกังวลแพ่ง และความวิตกกังวลชั่วขณะมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 61-80 ปี แต่จากการศึกษาของเกรแฮมและคอนเลย์ และโดมาร์ และคณะ (Graham and Conley, 1991 ; Domar, et al. 1989 อ้างถึงใน ขนิษฐา นาคะ, 2534) พบว่าอายุที่แตกต่างกัน ไม่ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลแตกต่างกัน ดังนั้นจึงสรุปยังไม่ได้ว่าอายุที่แตกต่างกันทำให้ความวิตกกังวลแตกต่างกัน

3. การศึกษา เป็นส่วนหนึ่งของแหล่งประโยชน์ในการปรับตัว ที่ช่วยเพิ่มทักษะในการแก้ไขปัญหาของบุคคล จากรายงานการศึกษาถึงความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ของขนิษฐา นาคะ (2534) พบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาแตกต่างกัน มีความวิตกกังวลแพ่ง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า มีความวิตกกังวลแพ่งมากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา แต่จากการศึกษาของโดมาร์ และคณะ (Domar, et al., 1989 อ้างถึงใน ขนิษฐา นาคะ, 2534) พบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูง มีแนวโน้มที่จะมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาต่ำกว่า จึงสรุปยังไม่ได้ว่า การศึกษาแตกต่างกันทำให้ความวิตกกังวลแตกต่างกัน

4. ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วย เป็นส่วนหนึ่งของรายได้หรือแหล่งประโยชน์ด้านวัตถุ ที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยเผชิญความเจ็บป่วยได้อย่างเต็มที่ ลาซารัสและโพลค์แมน (Lazarus and Folkman, 1984) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้มากจะมีความสามารถในการต่อสู้กับความเจ็บป่วย ได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำ แต่จากการศึกษาของขนิษฐา นาคะ (2534) ถึงความวิตกกังวล และความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด พบว่าปัญหาค่าใช้จ่ายแตกต่างกัน ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลแพ่งและความวิตกกังวลชั่วขณะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงยังไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของความวิตกกังวลกับปัญหาค่าใช้จ่ายได้แน่ชัด

5. การวินิจฉัยโรค เป็นส่วนหนึ่งของเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญ ซึ่งจะมีความรุนแรงแตกต่างกัน ตามความสำคัญของอวัยวะนั้น ๆ ตลอดจนความรุนแรง ระยะของโรค และชนิดของโรคที่เป็นว่าคุกคามต่อความมั่นคงปลอดภัยของผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด จากรายงานการศึกษาของวูลเฟอร์และเดวิส (Wolfer and Davis, 1970 อ้างถึงใน ขนิษฐา นาคะ, 2534) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดอวัยวะที่เป็นสัญลักษณ์ หรือเกี่ยวกับภาพลักษณ์ เช่น ผ่าตัดเต้านม มดลูก แขน ขา ก่อให้เกิดความวิตกกังวลมากกว่าการผ่าตัดอวัยวะอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่รายงานการศึกษาของขนิษฐา นาคะ (2534) เกี่ยวกับความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูล

ในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด พบว่าการผ่าตัดผู้ป่วยที่บริเวณผ่าตัดแตกต่างกันคือ บริเวณศีรษะและคอ ช่องท้อง และอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของการวินิจฉัยโรคกับความวิตกกังวลได้แน่ชัด

6. ประสบการณ์ในอดีต เป็นส่วนหนึ่งของการควบคุมด้วยสติปัญญา (Cognitive control) ซึ่งเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ หรือความทรงจำในอดีต ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าเหตุการณ์ที่เผชิญเหมือนเดิมหรือแตกต่างไปจากเดิม โดมาร์และคณะ (Domar et al., 1989 อ้างถึงใน จนิษฐา นาคะ, 2534) พบว่าผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์ผ่าตัดมาก่อนกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดครั้งแรก มีความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลชั่วขณะ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แม้ว่าความสามารถในการเผชิญปัญหา และความวิตกกังวลของผู้ป่วยจะขึ้นกับปัจจัยหลายประการก็ตาม การช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล และเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมก็เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง พยาบาลในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จึงมีบทบาทสำคัญในการค้นหาเทคนิคต่าง ๆ ที่มีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือผู้ป่วย เทคนิคการผ่อนคลายเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งสามารถตรวจสอบความเป็นไปได้ในการปฏิบัติและถูกนำมาใช้มากขึ้นเพื่อบรรเทาอาการต่าง ๆ เช่น ความเจ็บปวด นอนไม่หลับ ความตึงเครียดและความวิตกกังวล เป็นต้น

2.3 ระดับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในบุคคลแต่ละครั้ง มีความรุนแรงไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับสิ่งกระตุ้น ความหมายของเหตุการณ์และบุคลิกภาพของบุคคลนั้น แบ่งออกได้ 3 ระดับดังนี้ (McFarland and McFarland, 1989)

1. ความวิตกกังวลระดับปกติ (Mild anxiety) ความวิตกกังวลระดับนี้พบได้ทั่วไป มีผลให้บุคคลตื่นตัว กระตือรือร้น มีการเรียนรู้และมีแนวคิดริเริ่มดี การรับรู้่องไว และอยู่ในขอบเขต มีความจำดี สมาธิดี อารมณ์และการกระทำไม่เปลี่ยนไปจากปกติมากนัก การเปลี่ยนแปลงทางสรีระ เนื่องจากระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้นอาจจะมีบ้าง เช่น หัวใจเต้นเร็วขึ้น ม่านตาขยาย ฝ่ามือมีเหงื่อออก การเคลื่อนไหวเร็วขึ้น อาการเหล่านี้จะหายไปในเวลารวดเร็ว บุคคลจะสามารถควบคุมและจัดการกับตัวเองได้

2. ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Severe anxiety) ความวิตกกังวลในระดับนี้มีการเปลี่ยนแปลงจากปกติหลายอย่าง เช่น ประสาทสัมผัสและการรับรู้แคบ จนทำให้บุคคลหมกมุ่นครุ่นคิดในรายละเอียดเกินไป ไม่สามารถจับสาระสำคัญของเรื่องได้ ความสามารถในการแก้ไขปัญหาอันยถาภูมิ มักจะทำงานได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ รู้สึกสับสน ไม่รับรู้และเข้าใจเหตุการณ์อย่างต่อเนื่อง มีพฤติกรรมป้องกันตัวมากกว่าเดิม พฤติกรรมทั่ว ๆ ไป ก่อความเดือดร้อนแก่ตัวเองและบุคคลรอบข้าง เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย กระสับกระส่าย ขาดเหตุผลเรียกร้องเกินกว่าเหตุต่อต้าน ไม่ร่วมมือ ตื่นกลัว ปวดศีรษะ ท้องเดิน นอนไม่หลับ เป็นต้น บุคคลที่มีความวิตกกังวลระดับนี้ส่วนมากต้องการความช่วยเหลือ

3. ความวิตกกังวลระดับรุนแรงที่สุด (Panic anxiety) ความวิตกกังวลในระดับนี้บุคคลจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จะมีพฤติกรรมเปลี่ยนไปจากปกติ เช่น ตื่นกลัว ตกใจสุดขีดจนอาจวิงวุ่นไร้จุดหมาย

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการผ่อนคลาย

ดังกล่าวมาแล้วว่า เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น จะมีปฏิกิริยาตอบสนองด้วยความวิตกกังวล และปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดมีผลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยหลักการของความสัมพันธ์ระหว่างร่างกายและจิตใจนี้ ได้มีการศึกษาถึงการผ่อนคลาย เพื่อช่วยลดความเครียด ซึ่งการตอบสนองต่อการผ่อนคลายนี้ จะมีผลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จาค็อบสัน (Jacobson, 1938) กล่าวว่า การผ่อนคลายเป็นภาวะที่กล้ามเนื้อคลายตัวตามธรรมชาติ โดยกระบวนการทางสรีระของการผ่อนคลายนี้ จะใช้พลังงานที่ร่างกายและจิตใจปราศจากความตึงเครียด ความเหนื่อยล้า การเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ การนอนไม่หลับ ความกลัว และความวิตกกังวลอื่น ๆ จึงพอสรุปได้ว่า การผ่อนคลายเป็นภาวะที่ร่างกายและจิตใจปราศจากความตึงเครียด ทำให้กล้ามเนื้อมีการคลายตัวตามธรรมชาติ ช่วยลดความตึงเครียดและความเหนื่อยล้า ลดความวิตกกังวลและความกลัว ทำให้นอนหลับพักผ่อนได้ดี กระบวนการผ่อนคลายเช่นนี้จะใช้พลังงานที่มีอยู่ในตัวและให้ความร้อนน้อยมาก

2.4.1 ปฏิกิริยาตอบสนองต่อการผ่อนคลาย

เบนสัน (Benson, 1977) กล่าวถึงปฏิกิริยาตอบสนองต่อการผ่อนคลายว่า ทำให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจลดลง การเผาผลาญลดลง

อัตราการหายใจลดลง และทำให้เกิดความสมดุลของภาวะสุขภาพ นอกจากนี้การผ่อนคลายยังช่วยป้องกันการเจ็บป่วยจากภาวะสโตรค ความดันโลหิตสูง และอาการหัวใจเต้นผิดปกติได้ ไดมอทโต (Dimotto, 1984) ได้รายงานถึงผลการฝึกการผ่อนคลายต่อร่างกาย สมองและพฤติกรรม ดังในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 1 แสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อการผ่อนคลายด้านร่างกาย สมอง และพฤติกรรม
(Dimotto, 1984)

ทางร่างกาย	ทางสมอง	ทางด้านพฤติกรรม
1. ลดอัตราชีพจร	1. เปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว	1. ไม่สนใจและเกี่ยวข้องกับ การกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม
2. ลดความดันโลหิต		
3. ลดการหายใจ		
4. ลดการใช้ออกซิเจน	2. เพิ่มสมาธิให้สนใจจุดใดจุด หนึ่ง	2. ไม่มีปฏิสัมพันธ์ทางคำพูด (No verbal interaction)
5. ลดปริมาณของคาร์บอน ไดออกไซด์	3. เมื่อได้รับคำแนะนำที่ดีมีการ ตอบสนองได้ง่าย	3. ไม่มีการควบคุมการเปลี่ยนแปลงของท่าทาง (No voluntary change of position)
6. ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ		4. ทำ Passive movement ได้ง่าย
7. ลดอัตราการเผาผลาญ		
8. ม่านตาหดตัว		
9. หลอดเลือดส่วนปลาย ขยาย		
10. อุณหภูมิส่วนปลายเพิ่มขึ้น		

จะเห็นว่า ปฏิกิริยาตอบสนองต่อการผ่อนคลาย มีลักษณะตรงกันข้ามกับปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด ได้มีการศึกษาถึงผลการผ่อนคลายต่อการลดปัญหาต่าง ๆ มากขึ้น เช่น บุริสและไลเลส (Burish and Lyles, 1980) ศึกษาถึงผลของการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

อย่างต่อเนื่อง และการทำให้เกิดจินตนาการต่อการลดปฏิกิริยาทางอารมณ์ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาเคมีบำบัด ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกการผ่อนคลายมีผลทำให้ความรู้สึกทุกข์ทรมาน (Distress) ความวิตกกังวล (Anxiety) และความรู้สึกซึมเศร้า ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกการผ่อนคลาย มีอัตราการเต้นของชีพจรลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของเลอแมนและคณะ (Lerman, et al., 1990) ซึ่งศึกษาถึงผลของวิธีการเพชฌัญญาและการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่อง ต่อผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด และการตอบสนองทางอารมณ์ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาเคมีบำบัด ผลการวิจัยพบว่า การเพชฌัญญาโดยการเบี่ยงเบนความสนใจช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ลดลง ความวิตกกังวลลดลง และความรู้สึกซึมเศร้าลดลงทั้งในระยะระหว่างและหลังการให้ยาเคมีบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกการผ่อนคลายมีความวิตกกังวล ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยจะมุ่งความสนใจในการฝึกการผ่อนคลาย ทำให้ความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ ลดลง จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การผ่อนคลายช่วยลดอาการไม่พึงประสงค์จากการให้ยาเคมีบำบัด และยังช่วยลดความเครียด ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย บุริชและไลเลส (Burish and Lyles, 1980) กล่าวว่า การฝึกการผ่อนคลายช่วยให้ผู้ป่วยมีความคาดหวังในทางบวก รู้สึกได้รับความช่วยเหลือจากการมีสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่น ช่วยให้สามารถเพชฌัญญาได้ดีขึ้น ดังนั้นการฝึกการผ่อนคลายจึงเป็นกิจกรรมทางการแพทย์ที่น่าสนใจ ซึ่งสามารถนำไปฝึกการผ่อนคลายได้หลายวิธีดังนี้

2.4.2 เทคนิคการผ่อนคลาย

เทคนิคการผ่อนคลายมีหลายวิธี ตั้งแต่วิธีที่ฝึกยากและใช้เวลานาน จนถึงวิธีที่ฝึกง่ายใช้เวลาสั้น แต่ละวิธีอาจจะมาจากพื้นฐานเดียวกัน ทำให้มีลักษณะการปฏิบัติคล้ายกัน เทคนิคการผ่อนคลายต่าง ๆ พอสรุปได้ดังนี้ (Bulecheck and McClosekey, 1985)

1. การฝึกสมาธิ (Meditation) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้จิตใจสงบ โดยมุ่งความสนใจ จดจ่อ สงบนิ่งอยู่กับสิ่งหนึ่งสิ่งใดเพียงอย่างเดียว เช่น ลมหายใจเข้าออก การยุบพองของท้อง เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อให้มีสติระลึก รู้ไปตามอริยาบทปัจจุบันของร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงของจิตใจอารมณ์

2. โยคะ (Yoga) เป็นวิธีการออกกำลังกายโดยการเคลื่อนไหวช้า ๆ ทำ

ให้การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น และลดความเมื่อยล้า แต่วิธีการนี้ต้องใช้เวลานาน และเรียนรู้เป็นรายบุคคล ต้องเอาใจใส่มาก

3. การฝึกตามแนวคิดของเซน (Zen) คล้ายวิธีการฝึกโยคะและรวมการฝึกสมาธิร่วมด้วย โดยใช้การกลั่นหายใจเป็นเวลานาน ๆ เพื่อให้เกิดสมาธิแน่น จิตใจว่างเปล่า ไม่วอกแวกสับสน

4. การออกคำสั่งให้ตนเองผ่อนคลาย (Autogenic training) คล้ายการสะกดจิตตนเอง คือ การบอกตนเองซ้ำ ๆ ซ้ำ ๆ กัน ให้กล้ามเนื้อคลายตัวทีละส่วน

5. การสร้างจินตภาพ (Visualization) และการทำให้เกิดจินตนาการ (Guided imagery) เป็นการสร้างจินตนาการในใจ และนึกภาพ ในขณะที่จิตใจผ่อนคลายโดยมีผู้ออกนำให้เกิดจินตนาการ มาสและคณะ (Mast et al., 1987) กล่าวว่า การนำให้เกิดจินตนาการ เป็นการจินตนาการให้เกิดการตอบสนองทางร่างกาย และพฤติกรรมตามที่ผู้ฝึกได้จินตนาการ ถ้าจินตนาการเกี่ยวกับความไม่สุขสบาย ความผิดหวัง จะกระตุ้นให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ถ้าจินตนาการถึงความสุขสบาย ภาพการผ่อนคลายจะทำให้เกิดความรู้สึกสงบและสุขสบายขึ้น

6. การสะกดจิต (Hypnosis) เป็นการฝึกการผ่อนคลายขั้นสูง ผู้ที่จะปฏิบัติได้ต้องอยู่ภายใต้การควบคุมของผู้ชำนาญ และอยู่ในวิชาชีพนั้นโดยเฉพาะ

7. การสะกดจิตตนเอง (Self hypnosis) อาจทำได้โดยการอ่านข้อความที่นำไปสู่การถูกสะกดจิต วัลลภ ปิยะมโนธรรม (2531) กล่าวว่า การสะกดจิตตนเองเป็นการฝึกสร้างนิสัย การนึกคิดใหม่ที่ดี และถูกต้องกว่าขึ้นมาแทนที่นิสัยการนึกคิดเก่า ๆ ที่มักไม่ดี เพื่อที่จะได้เป็นคนมีสุขภาพจิตดีติดตัวอยู่อย่างมั่นคงตลอดไป

8. Biofeedback เป็นเทคนิคการผ่อนคลายอย่างหนึ่ง ที่เกิดจากศาสตร์ทางจิต สรีระและความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี โดยใช้เครื่องมือป้อนกลับทางชีวภาพ ซึ่งเป็นการวัดการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของอวัยวะในร่างกาย แล้วสะท้อนให้เห็นการทำงานของร่างกาย จะตรวจวัดอย่างใดอย่างหนึ่งใน 3 อย่างคือ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Electromyography) คลื่นสมอง (Encephalography) ปริมาณเหงื่อหรืออุณหภูมิของผิวหนัง (Galvanic Skin Response) เครื่องมืดังกล่าวช่วยให้คนเราได้รับรู้ถึงความสัมพันธ์ของสรีระ และนำไปสู่การควบคุมสรีระของตนเองได้สำเร็จ

9. การฝึกหายใจแบบสงบ คือการหายใจที่ใช้กระบังลมและช่องท้อง มีการ

หายใจที่ลึกและสม่ำเสมอ โดยสูดลมหายใจไปถึงส่วนล่างสุดของปอด ทำให้กระบังลมดันท้องให้พองออกเวลาหายใจเข้าและยุบเวลาหายใจออก วิธีการนี้มาสและคณะ (Mast et al., 1987) กล่าวถึงประโยชน์ว่า ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนเพิ่มขึ้น นำไปสู่การผ่อนคลายรู้สึกสงบและสามารถเผชิญความเครียดได้

10. การออกกำลังกาย การออกกำลังกายด้วยวิธีง่าย ๆ อย่างสม่ำเสมอไม่หักโหม โดยไม่มุ่งแข่งขันเอาชนะกันหรือเพื่อให้มีชื่อเสียง จะช่วยให้การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น ภายหลังจากกล้ามเนื้อได้เกร็งเครียดอยู่นาน

11. การนวด เป็นการสัมผัสส่วนต่าง ๆ ของร่างกายอย่างมีระบบ เพื่อช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อ อาจจะทำด้วยตนเองหรือผู้อื่นก็ได้

12. การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่อง (Progressive muscle relaxation) วิธีนี้จาค็อบสัน (Jacobson, 1938) เป็นผู้ริเริ่มนำมาใช้ในการลดความวิตกกังวล โดยทั่วไปมีการฝึก 2 วิธีคือ วิธีเกร็งกล้ามเนื้อให้เต็มที่แล้วคลายออก กับวิธีผ่อนคลายกล้ามเนื้อทีละส่วนโดยไม่ต้องเกร็งกล้ามเนื้อก่อน หลักการเรียนรู้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อคือการรู้จักทำให้กล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ หรือชุดต่าง ๆ เกิดความเกร็งเครียดถึงขั้นสูงสุดก่อน ทั้งนี้เพราะคนที่มีความเครียดมักไม่รู้ว่าตนทำให้ตนเองเครียดอย่างไร รู้แต่ว่าเครียด เพราะฉะนั้นการเกร็งกล้ามเนื้อให้เครียดที่สุดเป็นการทำให้การเกร็งกล้ามเนื้ออย่างไม่รู้ตัว กลายเป็นรู้ตัวอยู่ในระดับจิตสำนึกขึ้นมากได้ ถ้าได้รับการฝึกอย่างสม่ำเสมอ ช่วงเวลาประมาณ 2 สัปดาห์ถึง 1 เดือนแรก ผู้ฝึกจะสามารถรู้ตัวเองได้ทันที เมื่อกล้ามเนื้อตนเองเกิดอาการเกร็งขึ้นมาจะสามารถรู้จักคลายเครียด ผ่อนคลายกล้ามเนื้อและอารมณ์อยู่ในภาวะปกติได้

ผู้ศึกษาเห็นว่า การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่อง เป็นวิธีที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง และประเมินความเครียดของกล้ามเนื้อได้ด้วยตนเอง ตลอดจนใช้ระยะเวลาในการฝึกไม่นานนัก จึงสนใจนำวิธีดังกล่าวนี้ไปศึกษา

2.4.3 ข้อตกลงเบื้องต้นของเทคนิคการผ่อนคลาย

มาสและคณะ (Mast et al., 1987) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับข้อตกลงเบื้องต้นของเทคนิคการผ่อนคลายไว้ดังนี้

1. จิตใจและร่างกายแยกออกจากกันไม่ได้ ความคิดและความรู้สึกแสดงออกโดยการตอบสนองทางร่างกาย เช่นเดียวกันความรู้สึกทางร่างกายจะกระตุ้นให้เกิดการตอบ

สนองทางอารมณ์ ความทุกข์ทรมานของร่างกายและจิตใจ จะกระตุ้นให้เกิดการตอบสนองต่อความเครียดทำให้เกิดปฏิกิริยาสู้หรือถอยหนี

2. บุคคลแต่ละบุคคล สามารถทำให้ร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงกลับสมดุล โดยการเรียนรู้เทคนิคการผ่อนคลาย

ดังนั้นจึงพอสรุปได้ว่า ร่างกายและจิตใจแยกจากกันไม่ได้ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม สามารถทำให้กลับภาวะสมดุลได้ โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย แต่การทำให้เกิดการผ่อนคลายได้สำเร็จนั้น ต้องมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้ (Benson, 1977)

1. สภาพแวดล้อมที่เงียบสงบ (Quiet environment) เทคนิคการผ่อนคลายทุกเทคนิค แนะนำให้ผู้ปฏิบัติอยู่ในสถานที่เงียบสงบ ไม่มีการรบกวนจากเสียงดังหรือผู้คนพลุกพล่าน ไม่สนใจต่อสิ่งที่มารบกวนได้

2. อิริยาบถที่สบาย (Comfortable position) การจัดท่าที่สบายช่วยลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ โดยให้ผู้ปฏิบัตินอนราบ ใช้หมอนหนุนศีรษะ และรองใต้เข่า ผู้ฝึกบางรายจะให้ผู้ปฏิบัติอยู่ในท่านั่ง เพื่อไม่ให้หลังขณะมีการผ่อนคลาย การจัดท่าที่สบาย ควรจัดไม่ให้ขาไขว้กันปล่อยแขนตามสบาย เท้าวางแนบกับพื้นมือแยกจากกันฝ่ามือหงายวางไว้บนตัก คลายเนื้อผ้าให้หลวม

3. มีความพร้อมด้านจิตใจ (Mental device) โดยการรวบรวมสมาธิเพ่งความสนใจไปที่สิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่น การหายใจหรือการเต้นของหัวใจ หรือวัตถุอื่น ๆ บางครั้งอาจใช้จินตนาการในใจจุดประสงค์ของการทำจิตใจให้มีสมาธิ ก็เพื่อให้จิตใจสงบหลีกเลี่ยงความคิดถึงเรื่องอื่น และช่วยให้เกิดการตอบสนองต่อการผ่อนคลาย

4. Passive attitude เป็นการมุ่งความสนใจในการฝึกการผ่อนคลายเท่านั้น เพราะความคิด ความรู้สึก และการจินตนาการที่ไม่สัมพันธ์กับเทคนิคการผ่อนคลายอาจจะมีอยู่ในใจทำให้เบี่ยงเบนความสนใจจากการฝึกการผ่อนคลาย

จะเห็นว่า ภาวะของจิตใจ และทัศนคติ มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ปฏิบัติโดยตรง ถ้าผู้ปฏิบัติไม่มีสมาธิ และไม่อยู่ในสภาพที่จะฝึกการผ่อนคลาย และการตอบสนองต่อการผ่อนคลายจะไม่เกิดขึ้น

2.4.4 ลักษณะของผู้ป่วยที่ผ่อนคลาย

ไดมอทโต (Dimotto, 1984) ได้สรุปลักษณะของผู้ป่วยที่ผ่อนคลายจากการใช้เทคนิคการผ่อนคลายไว้ดังนี้

1. การหายใจเป็นจังหวะ เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะผ่อนคลายจะใช้ออกซิเจนน้อยลง อัตราการหายใจจะช้าลงมีจังหวะคงที่
2. การตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง การใช้เทคนิคการผ่อนคลายเกือบทุกวิธีไม่ว่าผู้ปฏิบัติจะเข้าสู่ภาวะผ่อนคลายหรือไม่ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อจะลดลง
3. มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว ระดับความรู้สึกตัว มีความสัมพันธ์กับคลื่นสมอง ในภาวะผ่อนคลายคลื่นสมองจะเปลี่ยนเป็นแอลฟา ซึ่งอยู่ระหว่างการรู้สึกตัวและการไม่รู้สึกตัว ในระหว่างที่มีการเปลี่ยนแปลงนี้ ความคิดเกี่ยวกับการมีเหตุผลจะลดลงแต่จะเพิ่มความคิดด้านสร้างสรรค์

จากแนวความคิดการผ่อนคลายดังเสนอมาช้างต้น จะเห็นว่า ผลของการผ่อนคลายมีทั้งทางตรงและทางอ้อม ผลทางตรงได้แก่ช่วยให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ช่วยลดอัตราการหายใจช่วยลดอัตราการเต้นของชีพจร เป็นต้น ส่วนผลทางอ้อม ได้แก่ ช่วยเบี่ยงเบนความสนใจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับความช่วยเหลือ และส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรผู้ดูแล ดังนั้นการนำเทคนิคการผ่อนคลายไปใช้ร่วมกับกิจกรรมการพยาบาลอื่น ๆ จึงเป็นที่ควรสนใจ มาสและคณะ (Mast, et al., 1987) ได้เสนอถึงข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ควรเลือก เทคนิคการผ่อนคลายไปใช้ร่วมกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาดังนี้

1. มีความไม่สุขสบาย : เจ็บปวด เนื่องจากการดำเนินของโรค
2. มีความวิตกกังวลระดับเล็กน้อยหรือปานกลาง เนื่องจากการอยู่ในโรงพยาบาล การใช้เคมีบำบัด เป็นต้น

3. รู้สึกสูญเสียอำนาจ เนื่องจากอยู่โรงพยาบาล
4. แบบแผนการนอนหลับถูกรบกวน เนื่องจากความวิตกกังวลและความกลัว
5. เพchyปัญหาไม่เหมาะสม เนื่องจากซึมเศร้า
6. กลัว เนื่องจากความเจ็บป่วย

บุเลคเช็ค และแม็คคลอสกี (Bulecheck and McClosekey, 1985) ได้เสนอข้อวินิจฉัยการพยาบาลเพิ่มอีก 3 ข้อ ที่สามารถนำเทคนิคการผ่อนคลายไปใช้ได้ คือ

7. แบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ

8. ความทนต่อกิจกรรมลดลง (Activity intolerance)

9. การเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่อง (Impaired physical mobility)

จากข้อวินิจฉัยการพยาบาลดังกล่าว ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด เป็นผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งที่ประสบกับปัญหาข้างต้น เช่น มีความไม่สบาย เจ็บปวดเนื่องจากการดำเนินของโรค มีความวิตกกังวล แบบแผนการนอนหลับถูกรบกวน เป็นต้น ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจนำเทคนิคการผ่อนคลายมาศึกษา เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้ มุ่งศึกษาถึงผลของการฝึกการผ่อนคลายต่อระดับความวิตกกังวลและความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด