

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยค้นคว้าจาก ตำรา เอกสาร และงานวิจัยต่าง ๆ ซึ่งรวบรวมนำเสนอเป็นรายละเอียดตามลำดับดังนี้

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล
 - 1.1 ความหมายของความวิตกกังวล
 - 1.2 ความวิตกกังวลกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด
 - 1.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธบำบัด
 - 2.1 ความหมายของสัมพันธบำบัด
 - 2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธบำบัด
3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับดนตรีบำบัด
 - 3.1 ความหมายของดนตรีบำบัด
 - 3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับดนตรีบำบัด

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล เป็นภาวะทางอารมณ์ขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่นักจิตวิเคราะห์เชื่อว่าเริ่มเกิดขึ้นได้ตั้งแต่แรกคลอดและเกิดต่อเนื่องไปจนตลอดชีวิต (Robert & Leonard, 1978, p. 26)

ถ้าปราศจากความวิตกกังวลบุคคลจะขาดแรงจูงใจ การหยังรู้ และขาดการเรียนรู้ทางอารมณ์ (Grinker, n.d. cited in Spielberg, 1966, p. 132) ได้มีนักจิตวิทยาหลายท่านให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ดังนี้

สปีลเบอร์กเกอร์ (Spielberger, 1966, p. 11) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความเครียดซึ่งเกิดจากความมั่นคงปลอดภัยถูกคุกคาม โดยสิ่งคุกคามนั้นอาจมีจริงหรืออาจเกิดจากการทำนายเหตุการณ์ล่วงหน้า

เพปพลาว (Peplau, 1989, p. 279) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดกลัว เป็นสัญญาณอันตรายและเป็นพลังงานรูปแบบหนึ่งที่สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสรีระและพฤติกรรม

เกรแฮม และคอนเลย์ (Graham & Conley, 1971, p. 114) กล่าวว่า ความวิตกกังวล หมายถึงความเครียดที่เกิดจากความกลัวหรือความไม่สบายใจ ซึ่งเกิดจากความนึกคิดหรือทำนายเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองว่าเป็นอันตราย ไม่สามารถกำหนดสาเหตุที่แน่ชัดได้เป็นสัญญาณอย่างหนึ่งที่เตรียมให้บุคคลเตรียมพร้อมเพื่อต่อสู้กับเหตุการณ์ที่คุกคามนั้น

ฉวีวรรณ สุตะบุตร (2524, หน้า 75) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ว่าเป็นความรู้สึกไม่สบายที่เป็นผลมาจากการมีความขัดแย้ง ความคับข้องใจ หรือความต้องการที่ต้องการเผชิญกับประสบการณ์ใหม่ ๆ ทำให้รู้สึกหวาดหวั่นไม่แน่ใจ

จำลอง ดิษยวณิช (2531, หน้า 68) ได้ให้คำจำกัดความของความวิตกกังวลว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกเชิงจิตวิสัยอย่างหนึ่ง (Subjective Feeling) ของความไม่สบายใจ (Uneasiness) และความหวาดหวั่น (Apprehensive) เกี่ยวกับการคุกคามบางอย่างที่จะมาถึง ซึ่งไม่ทราบว่าเป็นอะไร การคุกคามมักเกี่ยวข้องกับร่างกาย เช่น มีสิ่งที่ทำให้ร่างกายบาดเจ็บ เป็นอันตรายถึงชีวิต ส่วนทางจิตใจมักเป็นการคุกคามต่อการยกย่อง หรือศักดิ์ศรีของตนเอง (Self – Esteem) และความผาสุก (Well Being)

สุวันทนา อารีพรต (2524, หน้า 44) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ว่าเป็นภาวะที่ไม่สบายใจ อึดอัด หรือหวาดกลัวอันตรายซึ่งคิดว่าอาจจะเกิดขึ้น และเป็นความรู้สึกที่ไม่ได้สัดส่วนกับอันตรายที่ตนกลัว

จากแนวความคิดหลายทัศนะ พอสรุปได้ว่า ความวิตกกังวล หมายถึงสภาวะเครียดทางอารมณ์ที่บุคคลรู้สึกถูกคุกคามความปลอดภัย ซึ่งสิ่งคุกคามนั้นอาจจะเป็นจริงหรือจากการคาดการณ์ล่วงหน้า และคาดว่าจะอันตราย

สาเหตุของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้ทุกสถานการณ์ขึ้นอยู่กับ การตอบสนองของบุคคลต่อสาเหตุ ความวิตกกังวล ซึ่งได้มีผู้แบ่งสาเหตุความวิตกกังวลได้มากมายหลายสาเหตุ เช่น

ซูทิพย์ ปานปรีชา (2524, หน้า 263 - 265) ได้แบ่งสาเหตุของความวิตกกังวลออกเป็นดังนี้ คือ

1. สาเหตุจากสภาพแวดล้อม ได้แก่ ปัญหาความยุ่งเหยิงในครอบครัว ภาวะตกต่ำทางเศรษฐกิจของส่วนตัว ครอบครัว เป็นต้น
2. สาเหตุความอ่อนแอของจิตใจ ได้แก่ ได้รับการเลี้ยงดูที่ผิด ไม่ได้ได้รับความรัก ความใกล้ชิด ความสนใจ ความอบอุ่นทางใจ
3. สาเหตุความเจ็บปวดทางกายมีผลต่อจิตใจ ได้แก่ โรคที่รักษาไม่หายขาด โรคที่ต้องใช้การรักษาด้วยการผ่าตัด โรคที่ต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก
4. โรคทางกายที่แสดงอาการกระวนกระวาย ได้แก่ ภาวะหยุดยว เป็นต้น

เพปพลาว (Peplau, 1971 อ้างถึงใน ปาหนัน บุญหลง, 2528, หน้า 116) ได้แบ่งสาเหตุของความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

1. เกิดได้จากการคุกคามที่มีต่อความปลอดภัยของแต่ละบุคคล ทำให้เกิดความวิตกกังวล การคุกคามนี้แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

1.1 การคุกคามด้านร่างกาย (Physical Integrity) รวมถึงสิ่งที่มีมารบกวนต่อความพึงพอใจในความต้องการพื้นฐานทางร่างกาย การคุกคามที่มีต่อการรักษาความสมดุลในการดำรงชีวิต หรือทำให้ความสามารถของบุคคลลดลง ได้แก่ การเจ็บป่วย การได้รับอุบัติเหตุ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากพัฒนาการในวัยต่าง ๆ เช่น วัยรุ่น วัยสูงอายุ เป็นต้น

1.2 การคุกคามต่อความเป็นตนเอง (Self Esteem) เป็นการคุกคามที่เกิดจากความรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าและศักดิ์ศรีในตนเอง เช่น การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ การพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การที่ต้องเปิดเผยร่างกาย ความกดดันทางสังคมและวัฒนธรรม เป็นต้น

2. เกิดได้จากบุคคลหนึ่งไปยังบุคคลอื่น ความวิตกกังวลสื่อถึงกันได้เสมอระหว่างบุคคล ผู้มีความวิตกกังวลทำให้ผู้อื่นในสถานการณ์นั้นเกิดความวิตกกังวลได้

จากสาเหตุดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้ในทุกสถานการณ์ที่บุคคลถูกคุกคามความปลอดภัย หรือคุกคามต่อความเป็นตนเองและยังสามารถถ่ายทอดถึงกันได้

ขั้นตอนของการเกิดความวิตกกังวล

ปกติบุคคลทั่วไปย่อมมีความเชื่อ ความหวัง ค่านิยม ซึ่งได้รวมตัวเป็นภาพพจน์ที่บุคคลนั้นมีต่อตนเอง เมื่อใดที่ความเชื่อ ความหวัง ค่านิยมหรือภาพพจน์ที่มีต่อตนเองถูกคุกคามก็เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น ขั้นตอนในการเกิดความวิตกกังวลในแต่ละบุคคลนั้นจะมีลักษณะเหมือนกัน โดยมี 6 ขั้นตอน ดังนี้ (สุวนีย์ ดันติพัฒนานันท์, 2522, หน้า 122)

1. บุคคลมีความเชื่อค่านิยม ความคาดหวังที่ออกมาในรูปของความปรารถนาหรือแรงขับ ซึ่งได้รวมกันก่อนเป็นภาพพจน์ตนเอง
2. มีสิ่งคุกคามต่อภาพพจน์ที่มีต่อตนเอง ทำให้เกิดความไม่สมดุลในอารมณ์
3. บุคคลนั้นเกิดความหวาดหวั่น ไม่มั่นใจ เกิดความรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะแก้ไขเหตุการณ์เฉพาะหน้าได้อย่างไร
4. เกิดความอึดอัด กระวนกระวายใจ เกิดความเครียด มีพลังงานเกิดขึ้น ภาวะนี้เรียกว่า “ความวิตกกังวล” ซึ่งจะสังเกตเห็นได้จากพฤติกรรมและการแสดงออกทางกายที่ปรากฏ
5. บุคคลทำการขจัดพลังงานส่วนเกิน โดยการแสดงออกทางพฤติกรรม เช่น ร้องไห้ เคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้น ทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งทดแทนหรือหลีกเลี่ยง เป็นต้น
6. เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย เกิดความสมดุลทางจิตใจและอารมณ์ขึ้นใหม่

ความแตกต่างระหว่างบุคคลและประสบการณ์ในอดีตจะมีส่วนช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวล ซึ่งจากขั้นตอนการเกิดความวิตกกังวลทั้ง 6 ขั้นตอนนี้ แต่ละบุคคลจะใช้ระยะเวลาแตกต่างกันในการที่จะผ่านขั้นตอนทั้งหมด และแม้แต่ในบุคคลเดียวกันก็ตาม การที่จะใช้เวลาในการผ่านขั้นตอนเหล่านี้ในการเกิดความวิตกกังวลแต่ละครั้งก็ไม่เท่ากัน เช่นกัน และถ้าบุคคลใดสามารถผ่านขั้นตอนทั้งหมดเหล่านี้ได้ก็จะสามารถกลับเข้าสู่ภาวะปกติได้ และยังคงจำเอาประสบการณ์ที่ใช้ในขั้นตอนทั้ง 5 ไปเป็นประโยชน์ที่เกิดจากความวิตกกังวลในครั้งต่อไป แต่ถ้าไม่สามารถผ่านขั้นตอนเหล่านี้ไปได้จะทำให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มระดับความรุนแรงมากขึ้น

ชนิดของความวิตกกังวล

สปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger, 1966 อ้างถึงใน อุบล นิวัติชัย, 2531, หน้า 1113) ได้แบ่งความวิตกกังวลในเชิงจิตวิทยาออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. ความวิตกกังวลในขณะเผชิญ (State Anxiety หรือ A – State) คือ ความวิตกกังวลซึ่งเกิดขึ้นในคาบเวลาที่มีเหตุการณ์มากระตุ้นบุคคลให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรืออยู่ในอันตราย พฤติกรรมการสนองตอบต่อเหตุการณ์ที่เรียกว่าอยู่ในภาวะวิตกกังวล คือ ความไม่สุขสบาย หวั่นวิตก กระวนกระวาย ระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้นให้ทำงานผิดปกติไปจากเดิม ความรุนแรงและความยาวนานของภาวะวิตกกังวลที่เกิดขึ้นแต่ละครั้งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับพื้นฐานนิสัยวิตกกังวลที่ประกอบอยู่ในบุคลิกภาพ
2. ความวิตกกังวลแฝง (Trait Anxiety หรือ A - Trait) คือ ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล ซึ่งประกอบอยู่เป็นพื้นฐานอารมณ์ ที่เป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล ความวิตกกังวลในลักษณะนี้ไม่ปรากฏออกมาเป็นพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งโดยตรง แต่เป็นลักษณะแฝง และจะเป็นตัวเสริมหรือเป็นตัวเพิ่มระดับความรุนแรงของภาวะวิตกกังวลในแต่ละครั้งที่เกิดขึ้น ความวิตกกังวลแฝงเปรียบได้กับลักษณะนิสัยอื่น ๆ ที่ถูกเพาะขึ้นมาจากการฝึกหัด อบรมเลี้ยงดูของครอบครัวเป็นสำคัญ

สวูนิย์ ดันติพัฒนานนท์ (2522, หน้า 130 – 131) จำแนกความวิตกกังวลในคนปกติและคนป่วยออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. ความวิตกกังวลแบบปกติ (Normal Anxiety) ได้แก่ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เป็นแหล่งของพลังงานที่กระตุ้นให้บุคคลมีพลังงานในการต่อสู้เพื่อดำรงชีวิต เป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลคิดวางแผน เพื่อหาทางเอาชนะอุปสรรคที่มาขัดขวาง ความวิตกกังวลประเภทนี้จะเกิดขึ้นได้สัดส่วนกับสิ่งกระตุ้นและจะเกิดขึ้นไม่นาน เมื่อตัวกระตุ้นลดลงความวิตกกังวลก็จะลดลงตามไปด้วย พบได้ในขณะที่บุคคลประสบกับภาวะถูกคามสวัสดิภาพของตน เช่น ความเจ็บป่วย ภาวะการสอบไล่ เป็นต้น

2. ความวิตกกังวลในโรคประสาท (Neurotic anxiety) เป็นภาวะความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นไม่ได้สัดส่วนกับตัวกระตุ้น นั่นคือ สาเหตุของความวิตกกังวลเพียงเล็กน้อยทำให้บุคคลตื่นกลัว และตอบสนองต่อสภาวะความวิตกกังวลเกินขอบเขต

3. ความวิตกกังวลที่เป็นพยาธิสภาพหรือความวิตกกังวลเรื้อรัง (Pathogenic or Chronic Anxiety) เป็นภาวะที่ตึงเครียดตลอดเวลา สาเหตุของความวิตกกังวลแบบนี้มักเกี่ยวกับสิ่งที่เก็บกดไว้ หรือข้อขัดแย้งที่บุคคลยอมรับไม่ได้ มีผลทำให้เกิดพฤติกรรมแปลก ๆ เป็นพฤติกรรมชนิดโรคประสาทหรือโรคจิตทั้งหลาย

จากการแบ่งชนิดของความวิตกกังวลที่กล่าวมาแล้วนี้ จะเห็นได้ว่ามีผู้ให้แนวทางไว้หลายแนวทางซึ่งพอสรุปได้คือ การแบ่งความวิตกกังวลออกไปตามแหล่งที่เกิด การแบ่งตามความคิดเห็นของนักจิตวิทยา การแบ่งความวิตกกังวลตามลักษณะที่แสดงออก เป็นต้น ซึ่งการแบ่งตามลักษณะที่แสดงออกของสปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger) นั้นมีผู้นิยมนำไปใช้อย่างกว้างขวางในการทำวิจัย เนื่องจากสามารถจะประเมินความรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้นในขณะนั้น (A - State) และที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ทั่วไป (A - Trait) ได้เป็นอย่างดี

ระดับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลก่อให้เกิดประโยชน์เป็นตัวสร้างสรรค์หรือทำลายขึ้นอยู่กับระดับ ความรุนแรงของความวิตกกังวล ความเหมาะสมของสถานการณ์และระยะเวลา ความวิตกกังวลในระดับที่เหมาะสมจะก่อให้เกิดประโยชน์คือ เป็นตัวกระตุ้นที่ดี แต่ถ้าความวิตกกังวลมีมากเกินไปจะทำให้ไม่สามารถทำอะไรให้สมความมุ่งหวังได้ จากการศึกษานี้ของเพปพลาว (Peplau, 1989, p. 243) ได้แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 4 ระดับ คือ

1. ความวิตกกังวลเล็กน้อย (Mild Anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเนื่องจากการดำรงชีวิตประจำวัน ความวิตกกังวลระดับนี้จะทำให้บุคคลตื่นตัว สนามการรับรู้กว้างขึ้น ความสามารถในการมองเห็น การได้ยิน ความเข้าใจและการรับรู้รายละเอียดมากขึ้น ความสามารถในการเรียนรู้และการแก้ปัญหาดีขึ้น รวมทั้งมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในตัวบุคคล

2. ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate Anxiety) เป็นระดับที่ทำให้บุคคลสนใจต่อความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นทันทีทันใด สนามการรับรู้แคบลง เลือกลงใจเฉพาะบางส่วนของสถานการณ์ ร่างกายบางส่วนตอบสนองต่อความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น เช่น กล้ามเนื้อตึงตัว หายใจเข้าออกแรง รู้สึกปั่นป่วนในกระเพาะอาหารหรือปวดศีรษะ เป็นต้น ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง ความวิตกกังวลในระดับนี้ถ้าได้รับการช่วยเหลือให้ลดลง การเรียนรู้จะกลับดีขึ้น

3. ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Severe Anxiety) เป็นระดับที่ทำให้สนามการรับรู้แคบลงมาก การมองสภาพแวดล้อมจะบิดเบือนไปจากสภาพความเป็นจริง จะรับรู้รายละเอียด

เฉพาะจุดในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ไม่สามารถเชื่อมโยงรายละเอียดไปสู่สถานการณ์ทั้งหมดได้ บุคคลจะมีความไม่สบายทั้งร่างกายและอารมณ์เพิ่มขึ้น พฤติกรรมต่าง ๆ ที่แสดงออกมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น

4. ความวิตกกังวลระดับรุนแรงที่สุดหรือกลัวสุดขีด (Panic) เป็นระดับที่ทำให้สนามการรับรู้แคบลงมาก หรืออาจไม่ตรงตามความเป็นจริง ในบางรายอาจถึงกับมีสนามการรับรู้ถูกปิดหมด แม้จะพูดหรืออธิบายอย่างไรก็ไม่เข้าใจ บุคคลจะสูญเสียการควบคุมตนเอง ไม่สามารถทำในสิ่งที่ย่าง ๆ บุคลิกภาพและความคิดจะผิดปกติไป ความสามารถในการติดต่อกับบุคคลอื่นและความสามารถในการเรียนรู้เสียไป

องค์การอนามัยโลก (ม.ป.ป.) ได้แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 6 ระดับ คือ

1. ระดับปราศจากความวิตกกังวล (Anxiety - 1) เป็นระดับที่มีความวิตกกังวลน้อยจนไม่สามารถกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมได้ ถือว่าไม่ปกติ พบได้ในคนที่เกิดอาการตกใจทันทีทันใด แล้วเงียบเฉยไปเลย หรือผู้ป่วยที่ได้รับยากล่อมประสาทขนาดหนัก และผู้ที่อยู่ในภาวะ Semiconscious หรือ Unconscious ซึ่งไม่มีการรับรู้ความรู้สึกภายนอก
2. ระดับปกติ (Well Being 0) พบได้ทั่วไป เป็นระดับที่บุคคลเกิดความรู้สึกสบายได้พักผ่อน เกิดขึ้นเมื่อได้รับประสบการณ์ที่พอใจ มีความวิตกกังวล แต่ก็สามารถปรับตัวได้ในเวลาอันสมควร
3. ความวิตกกังวลเพียงเล็กน้อย (Mild Anxiety +1) ความวิตกกังวลในระดับนี้ จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกตื่นเต้นมากขึ้น บุคคลยังสามารถสังเกตความแตกต่างของสิ่งแวดล้อมได้ สามารถมองเห็นความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทันที และสามารถอธิบายความแตกต่างได้ ความรู้สึกไม่สบายในระดับนี้จะช่วยกระตุ้นให้บุคคลทำงานแก้ปัญหาได้ ช่วยให้ตื่นตัวในการดูแลตัวเอง มีสมาธิจำได้แม่นยำ เพิ่มการเรียนรู้และความตั้งใจ ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่สร้างความวิตกกังวลได้ ในคนปกติเมื่อเกิดความวิตกกังวลเพียงเล็กน้อยจะสามารถปรับตัวกลับมาเป็นระดับปกติได้
4. ความวิตกกังวลปานกลาง (Moderate Anxiety +2) ความวิตกกังวลในระดับนี้จะทำให้บุคคลมีความไม่สบายใจมากขึ้นเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ การรับรู้ของบุคคลเริ่มแคบลง มีแรงผลักดันมากขึ้น ตื่นตัวมากขึ้น ว่องไวมากขึ้นเกือบลึกลึกลน อาจมีการปรับตัวแบบสู้หรือหนี
5. ความวิตกกังวลที่รุนแรง (Severe Anxiety +3) ความวิตกกังวลในระดับนี้จะทำให้บุคคลมีความกระวนกระวาย การรับรู้แคบมาก สติสัมปชัญญะลดลง การมองบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมจะแปรปรวนไป บุคคลจะไม่สามารถเข้าใจความจริงที่เกิดขึ้น ควบคุมตนเองไม่ได้ รู้สึกลัวตัวเพิ่ม

มากขึ้น มีอาการกระสับกระส่ายเห็นได้ชัดเจน อาจจะพูดมากและพูดเร็วขึ้น ไม่สามารถทำลายความรู้สึกไม่สบายใจได้

6. ความวิตกกังวลอย่างรุนแรงที่สุดหรือขวัญหนีดีฝ่อ (Panic +4) เป็นภาวะที่บุคคลตื่นกลัวสุดขีด ควบคุมตัวเองไม่ได้ และอาจเกิดอันตรายได้ การรับรู้เสีย ความตั้งใจลดลง ไม่รับความจริง จำไม่นาน ไม่สามารถตัดสินใจ หรือควบคุมความรู้สึกและการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อได้ มีความผิดปกติทางความคิดและบุคลิกภาพ บุคคลจะไม่สามารถช่วยตัวเองให้พ้นจากภาวะที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลใด ๆ ได้จะมีอาการซึมเศร้าสุดขีด

เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลจะมีการเปลี่ยนแปลง สูญเสียความสมดุล และจะปรับตัวให้มีความสมดุล ถ้าไม่ปรับตัวให้อยู่ในภาวะสมดุลจะทำให้บุคลิกภาพเสียไป เช่น ผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษา เมื่อแพทย์รับตัวไว้ให้รักษาในโรงพยาบาล ความรุนแรงในแง่ความรู้สึกจะแตกต่างกัน เช่น คนที่เป็นมะเร็ง คนที่มีภาวะเศรษฐกิจต่างกันก็จะมีอาการวิตกกังวลต่างกัน (พานัน บุญหลง, 2528, หน้า 147)

ผลของความวิตกกังวล

เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น จะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้เป็นผลมาจากการที่สมองส่วนซีรีบรัม (Cerebrum) กระตุ้นต่อมพิทูอิทารี (Pituitary Gland) ไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ทำให้เกิดผลขึ้นสองประการคือ (สุวนีย์ ดันติพัฒนานนท์, 2522, หน้า 126 – 130)

1. ต่อมพิทูอิทารี (Pituitary Gland) จะหลั่งฮอร์โมนเอซีทีเอช (ACTH Hormone) ไปกระตุ้นส่วนคอร์เทก (Cortex) ของต่อมหมวกไต (Adrenal Gland) เกิดการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติคอล (Cortical Hormone) มีผลให้ร่างกายทนทานต่อภาวะความวิตกกังวลได้ดีขึ้น
2. ไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) จะส่งกระแสไปตามระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic Nervous System) ไปที่เมดูลลา (Medulla) ของต่อมหมวกไตทำให้หลั่งอิพิเนพริน (Epinephrine) ซึ่งมีผลให้กล้ามเนื้อเกร็ง ต่อสู้หรือหนี

จากผลการเปลี่ยนแปลงระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ความวิตกกังวลยังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดังนี้

1. ผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านชีวเคมี อิพิเนพริน (Epinephrine) นอร์อิพิเนพริน (Norepinephrine) และอะดรีโนคอร์ติคอลฮอร์โมน (Adreno Cortical Hormone) จะถูกขับออกสู่กระแสเลือดมากขึ้น ซึ่งฮอร์โมนเหล่านี้มีผลต่อการควบคุมความสมดุลของเกลือแร่ สารน้ำ และการเผาผลาญอาหารในร่างกาย

2. ผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา ระดับความวิตกกังวลเกิดขึ้นเนื่องจากระบบซิมพาเทติก (Sympathetic Nervous System) ถูกกระตุ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดังนี้ หัวใจจะเต้นเร็วและถี่ขึ้น การหายใจจะถี่และเร็วขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิของร่างกายและความดันโลหิต มีการเปลี่ยนแปลงของประจำเดือน ปัสสาวะบ่อย ปากแห้ง ความอยากอาหารลดลง เหงื่อออกตัวเย็น ผิวหนังซีดเย็น ม่านตาขยายใหญ่ น้ำตาลถูกขับออกจากตับมากขึ้น กล้ามเนื้อเกร็งตัวสั้น

3. ผลต่อความสามารถในการสังเกต ได้แก่ การรับรู้โดยประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ หู ตา จมูก ลิ้น และผิวหนัง ความสามารถในการสังเกตจะลดลงตามระดับที่เพิ่มขึ้นของความวิตกกังวล

4. ผลต่อสมาธิและความจำ ความวิตกกังวลเล็กน้อยและปานกลางจะมีผลให้มีสมาธิและความจำดีขึ้น แต่ความวิตกกังวลในระดับสูงและรุนแรง จะมีสมาธิและความจำลดลง จะกระสับกระส่ายไม่อยู่นิ่ง

6. ผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ เป็นผลของความรู้สึกขัดแย้งและไม่แน่ใจ จะแสดงออกทางด้านอารมณ์และความรู้สึกนึกคิด ได้แก่ ความรู้สึกอึดอัดใจ กังวล ไม่สบายใจ หวาดหวั่น หงุดหงิด มีความโกรธ อาจมีอารมณ์เศร้า เพราะรู้สึกไม่มีใครสามารถช่วยตนเองได้

7. ผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม บุคคลที่มีความวิตกกังวลจะแสดงพฤติกรรมออกได้ทั้งคำพูดและท่าทาง ได้แก่ การแสดงสีหน้าวิตกกังวล กระสับกระส่าย นั่งเฉยๆ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ก้าวร้าวอะอะ พุดหรือถามซ้ำๆ ในเรื่องเดิม หลบตาหรือกลอกตาไปมา ไม่ให้ความร่วมมือในการกระทำกิจกรรมต่างๆ ทั้งที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นเพราะความวิตกกังวล ซึ่งจะเกิดขึ้นมากหรือน้อยขึ้นกับระดับความวิตกกังวล และจะเกิดขึ้นช่วงสั้นๆ หรือนานก็ขึ้นอยู่กับ การปรับตัวของบุคคลนั้น ซึ่งก็ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ เหตุการณ์ ความสามารถ กำลังใจที่บุคคลนั้นได้รับ

กลวิธีเผชิญความวิตกกังวล

เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น บุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมดังที่กล่าวมาแล้วนั้น ซึ่งเป็นกลไกตามธรรมชาติที่บุคคลพยายามปรับตัวเพื่อรักษาความสมดุลทางจิตไว้ ซึ่งโดยทั่วไปแล้ววิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาความวิตกกังวลที่บุคคลใช้มี 4 ลักษณะใหญ่ๆ คือ (Stuart & Sundeen, 1983, pp. 208 – 209)

1. การลดความขัดแย้งในใจ (Task – Oriented Reaction) หรือสร้างความพึงพอใจให้เกิดขึ้นด้วยการใช้ความสามารถทางสติปัญญาในการแก้ปัญหาตามสถานะความเป็นจริง เป็นปฏิกิริยาตอบสนองที่บุคคลรู้สึกตัว ได้แก่ การต่อสู้ การหลีกเลี่ยง หรือการประนีประนอม

2. การป้องกันตัวเองด้วยการใช้กลไกทางจิต (Ego – Oriented Reaction) กลไกนี้เป็นกระบวนการทางจิตที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ ไม่ช่วยแก้ปัญหาแต่ช่วยขจัดความวิตกกังวลให้หมดไปจากจิตสำนึก เพื่อรักษาสมดุลทางจิตไว้ กลไกทางจิตที่พบบ่อย ๆ ได้แก่ การเก็บกด (Repression) การหาเหตุผลเข้าข้างตนเอง (Rationalization) และความเพ้อฝัน (Fantasy) เป็นต้น กลไกนี้ถ้าบุคคลนำไปใช้จนเกิดความเคยชิน จะเป็นการแสดงให้เห็นว่าบุคคลนั้นไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงแต่จะหลีกเลี่ยงหรือหลบหลีกปัญหา ทำให้ไม่รู้จักรักตัวเองที่แท้จริงจนในที่สุดอาจเกิดโรคจิตโรคประสาทได้ (Rouhani, 1987, p. 26)

3. อาการแสดงทางร่างกาย (Psychological Conversion) จัดเป็นรูปแบบการแก้ไขปัญหาลักษณะไม่เหมาะสม โดยแสดงอาการออกทางร่างกายโดยไม่รู้สึกรู้ส เช่น อาการหอบหืด หรือมีแผลในกระเพาะอาหาร

4. การเปลี่ยนแปลงของระบบการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกาย (Physiological Conversion) มักเกิดกับบุคคลที่มีความวิตกกังวลติดต่อกันเป็นเวลานาน อวัยวะต่าง ๆ เหล่านี้จะถูกทำลายไปทีละน้อยและเกิดโรคในที่สุด ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะจิตสรีรกาย (Psychosomatic Disorders) และเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ไม่สามารถกลับสู่สภาพเดิมได้อีก

การประเมินความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ที่ซึ่งแต่ละบุคคลมีมากน้อยแตกต่างกัน ดังนั้นในการประเมินระดับความวิตกกังวลนั้น นักจิตวิทยาได้มีวิธีการประเมินไว้ 3 วิธี คือ

1. ประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (Physiological Measure of Anxiety) โดยประเมินจากการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจ ความดันโลหิต การขยายของรูม่านตา การมีเหงื่อออก เป็นต้น (Stuart & Sundeen, 1983, pp. 349 – 350)
2. ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral Measure of Anxiety) จากความเชื่อว่าพฤติกรรมแสดงออกของบุคคล เป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนอารมณ์ภายในที่สามารถสังเกตเห็นได้ จากการเปลี่ยนแปลงด้านการเคลื่อนไหว การสื่อสารโดยใช้และไม่ใช้คำพูด การรับรู้ และการเรียนรู้ รวมทั้งความจำและการสอดคล้องของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายในการทำงาน เช่น อาการกระสับกระส่าย ร้องไห้ พุดรัวเร็ว อ่อนหายใจ หงุดหงิด การขาดสมาธิ โดยการประเมินจะใช้เครื่องมือที่สร้างขึ้นให้เหมาะสมตามลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เช่น แบบบันทึกเพื่อสังเกตพฤติกรรมที่สร้างขึ้นโดยเกรแฮมส์และคอนลีย์ (Graham & Conley, 1971, p. 113) แบบบันทึกเพื่อสังเกตพฤติกรรมความวิตกกังวลของผู้ป่วยในขณะผ่าตัดของศิริกาญจน์ เพ็ญเทศ (2527, หน้า 213)

3. การวัดโดยการตอบแบบสอบถามประเมินตนเอง (Self report measure of anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวล ซึ่งเป็นความรู้สึกที่ตนเองรับรู้ได้โดยใช้แบบสอบถาม ให้ตอบตามความรู้สึกของตน แล้วจึงนำมาประเมินความวิตกกังวลนั้น ซึ่งแบบสอบถามมีผู้สร้างขึ้นหลายชนิด เช่น

3.1 แบบสอบถามความวิตกกังวล (The State – Trait Anxiety Inventory, STAI) ของ สปิปลเบอร์เกอร์ (Spielberger & Guerrero, 1976, p. 34) ซึ่งประกอบด้วย 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety) มี 20 ข้อ คำตอบมีลักษณะเป็นการประเมินระดับความรู้สึกตนเอง เกิดขึ้นในขณะที่ทำแบบทดสอบนั้น

ตอนที่ 2 แบบวัดความวิตกกังวลแบบแฝง (Trait Anxiety) มี 20 ข้อ คำตอบมีลักษณะเป็นการประเมินระดับความรู้สึกตนเองที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ทั่วไป

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

การผ่าตัดไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใดก็ตาม ย่อมจะทำให้บุคคลเกิดความกลัวและความวิตกกังวล เพราะมนุษย์ไม่ว่าจะเป็นเพศชายหรือเพศหญิง เมื่อจะต้องเผชิญกับสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ใหม่ๆ ที่คุกคามต่อความปลอดภัยหรือความมั่นคงในการดำเนินในชีวิต ย่อมจะทำให้บุคคลนั้นๆ ตกอยู่ในความหวาดกลัวหรือวิตกกังวลได้ทั้งสิ้น

ในระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยจะรู้สึกหวาดกลัวและวิตกกังวล โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน จะยิ่งเพิ่มความกลัวและความวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่เคยได้รับการผ่าตัดมาแล้ว เนื่องจากการคาดคะเนเหตุการณ์ต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง หรือการที่ต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่แปลกใหม่ในห้องผ่าตัด เป็นต้น จากการศึกษาของแรมเซย์ (Ramsey, 1972, pp. 396 – 402) ที่สัมภาษณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด 24 ชั่วโมง จำนวน 382 ราย เป็นชาย 183 ราย เป็นหญิง 199 ราย พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 74 กลัวการผ่าตัด ร้อยละ 62 กลัวการได้รับยาระงับความรู้สึก เพศหญิงมีระดับความกลัวและความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชาย นอกจากนี้เกรแฮมและคอนเลย์ (Graham & Conley, 1971, pp. 119- 120) ได้ศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและความกลัวมากคือ กลัวตาย กลัวการดมยาสลบ รองลงมาคือกลัวการเป็นมะเร็ง ซึ่งความกลัวที่เกิดขึ้นนี้โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดครั้งแรกจะรู้สึกกลัวมาก เพราะไม่ทราบจะเกิดอะไรขึ้นกับตน บัวร์ (Boore, 1977, p. 409) ได้กล่าวว่า ความกลัวที่เกิดจากการไม่รู้เป็นการแสดงออกที่พบได้บ่อยๆ ในผู้ป่วยที่รอผ่าตัด

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการผ่าตัดเป็นการคุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย และเป็นภาวะวิกฤติที่ก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยได้เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในระยะที่รอทำผ่าตัดพบว่ามี การเพิ่มขึ้นของระดับระดับฮอร์โมนอะดรีโนคอร์ติโคสเตอโรยด์ (Adrenocorticosteroid Hormone)

และพบว่า ระยะเวลาที่ผู้ป่วยรอทำผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเพิ่มขึ้นของระดับฮอร์โมนนี้เช่นกัน (Boore, 1977, p. 409) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการรอผ่าตัดเป็นความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ ซึ่งสอดคล้องกับ Long (1987, p. 443) ที่ได้กล่าวว่าการผ่าตัดเป็นสาเหตุซึ่งก่อให้เกิดปฏิกิริยาความเครียดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น มีการตอบสนองของระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ มีความวิตกกังวลและความกลัวมากขึ้น โดยเฉพาะในขณะที่ผู้ป่วยต้องนอนรอทำผ่าตัดที่ห้องผ่าตัดนั้น จะยิ่งเพิ่มความเครียดและความวิตกกังวลมากขึ้นอีก ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยจะต้องมาอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่แปลกไปจากหอผู้ป่วยเดิมที่เคยอยู่ และพบกับความหนาวเย็นของห้องผ่าตัด ซึ่งการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมที่แปลกใหม่หรือเปลี่ยนไปจากที่คุ้นเคยทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว ความวิตกกังวล ความสามารถควบคุมสติให้มั่นคงและมั่นใจจะลดลง และการปรับสภาพจิตใจให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมก็จะลดลงด้วย (ฟาริดา อิบราฮิม, 2532, หน้า 50) นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยจะต้องถูกแยกจากบุคคลใกล้ชิดต่าง ๆ เช่น ครอบครัว เพื่อน ทำให้ผู้ป่วยขาดการติดต่อ ขาดการรับรู้ ซึ่งเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ และผู้ป่วยยังจะต้องมาพบกับเจ้าหน้าที่ แพทย์ พยาบาลที่สวมเสื้อผ้า สวมหมวก ปิดจมูกมิดชิด ยิ่งทำให้ผู้ป่วยเพิ่มความวิตกกังวลมากขึ้น ซึ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนี้จะมีผลต่อความรู้สึกนึกคิดและพฤติกรรมทางจิตของผู้ป่วยได้ จากการศึกษายามาอิ และคาชิวาบารา (Nyamathi & Kashiwabara, 1988, pp. 164 –169) เกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดพบว่าความสามารถทางจิตวิญญาณลดลง

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าในระยะก่อนผ่าตัด โดยเฉพาะขณะที่ผู้ป่วยต้องนอนรอในห้องรอผ่าตัดนั้น ผู้ป่วยอาจจะเกิดความเครียด วิตกกังวลกับการที่จะต้องทำผ่าตัดแล้ว ผู้ป่วยยังจะต้องพบกับสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ภายในห้องรอผ่าตัดที่เป็นสิ่งแวดล้อมหนึ่งของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสิ่งที่กระตุ้นก่อให้เกิดความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวลได้อย่างมาก (ทัศนยา บุญทอง, 2531, หน้า 1372) และทำให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกนึกคิด แสดงพฤติกรรมความวิตกกังวลออกมาในลักษณะต่าง ๆ กันจนกลายเป็นปัญหาและอุปสรรคต่อการผ่าตัดได้ ดูเกส (Dugas, 1983, p. 578) ได้กล่าวไว้ว่า ผู้ป่วยซึ่งมีความวิตกกังวลสูงมากมีโอกาสเสี่ยงกับการผ่าตัดที่ไม่ดี และผู้ป่วยไม่อาจสามารถเผชิญกับความเครียดที่เพิ่มขึ้นจากการผ่าตัดได้ ซึ่งความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มีอยู่ในระยะก่อนผ่าตัดนั้นจะคงอยู่จนถึงในระยะผ่าตัดและมีผลกระทบต่อการตอบสนองทางสรีรวิทยาในระยะภายหลัง ผ่าตัดด้วย (กันยา ออประเสริฐ, 2541, หน้า 48) ดังเช่นจากการศึกษาของคีเฮลท์ (Kehlet, n.d. cited in Salmon & Kaufman, 1990, p. 1340) พบว่าระดับความวิตกกังวลที่สูงขึ้นในระยะก่อนผ่าตัด มีผลเพิ่มการกระตุ้นการตอบสนองของต่อมไร้ท่อต่อการผ่าตัด และทำให้การกลับฟื้นคืนสู่สภาพปกติยาวนานออกไป นอกจากนี้ แมคคลีน และคูเปอร์ (Mc Cleane & Cooper, 1990, p. 158) พบว่า ระดับความวิตกกังวลที่มีอยู่ในระยะก่อนผ่าตัดจะปล่อยสารแคเทพิโคลามีน

(Catecholamine) ออกมาทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบและเกิดการเปลี่ยนแปลงฤทธิ์ของยาสลบได้ โดยภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการปล่อยสารแคทีโคลามีนออกมานั้น จะกระตุ้นให้มีการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติโคสเตียรอยด์ (Corticosteroid) เข้าสู่กระแสเลือดมากขึ้น มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เช่น การรบกวนต่อสมดุลของสารน้ำในร่างกายทำให้เกิดการคั่งของโซเดียม เพิ่มการเผาผลาญในร่างกาย เพิ่มการทำลายไกลโคเจนในตับและกล้ามเนื้อ เป็นต้น (สุวณีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2527, หน้า 173) และการเปลี่ยนแปลงฤทธิ์ของยาสลบที่เกิดขึ้นอาจมีผลต่อการใช้ยาสลบ เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อการใช้ยาสลบหรือทำให้ต้องเพิ่มจำนวนการใช้ยาสลบมากขึ้น นอกจากนี้ความวิตกกังวลในระยะก่อนผ่าตัดยังมีผลต่อการหายของแผลภายหลังผ่าตัดด้วย ทั้งนี้เนื่องจากภาวะเครียดที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุใดก็ตามจะกระตุ้นให้ร่างกายมีการหลั่งกลูโคคอร์ติคอยด์ออกมามากกว่าปกติ จึงยับยั้งการสังเคราะห์คอลลาเจนและกระบวนการอักเสบ แผลจึงหายช้า (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2527, หน้า 30-35)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด โดยเฉพาะขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องรอผ่าตัดเป็นปัญหาจำเป็นจะต้องหาทางแก้ไข และให้การช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลมากที่สุดก่อนผ่าตัด และช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขสามารถเผชิญกับการผ่าตัดได้โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งขณะผ่าตัดและภายหลังผ่าตัด รวมทั้งช่วยให้การผ่าตัดของแพทย์ดำเนินไปด้วยดี

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล

วีระ จิตทรงเจริญ (2514, หน้า 42) ได้ศึกษาเรื่องความรู้สึกก่อนผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดภายในแผนกศัลยกรรมช่องท้องและทรวงอก ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 120 ราย ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป โดยไม่จำกัดเชื้อชาติ ศาสนา การศึกษา อาชีพ และชนชั้นวรรณะ ผลการวิจัยพบว่า ระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยศัลยกรรมเพศหญิงมีความวิตกกังวลและความกลัวสูงกว่าผู้ป่วยศัลยกรรมเพศชาย ระยะผ่าตัดผู้ป่วยศัลยกรรมเพศหญิงมีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วยศัลยกรรมเพศชาย และระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยศัลยกรรมเพศหญิงมีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วยศัลยกรรมเพศชาย

เชษฐ ยืนยง (2514, หน้า 32-40) ได้ศึกษาเรื่องความรู้สึกก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาการผ่าตัดทรวงอกและอวัยวะสืบพันธุ์ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 90 ราย ผลการวิจัยพบว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดหัวใจและปอด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดหัวใจและปอดเมื่อเปรียบเทียบกับระหว่างเพศไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ และจากการเปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอกกับผู้ป่วยระบบอวัยวะสืบพันธุ์พบว่าไม่มีความแตกต่างกันเช่นกัน

ฉวีวรรณ สิทธิเวช (2521, หน้า 62 – 64) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยศัลยกรรมช่องท้องกับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงของแผนกศัลยกรรมที่เข้ารับการผ่าตัดเกี่ยวกับอวัยวะในช่องท้องของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และวชิรพยาบาล ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง 90 คน จำแนกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ลักษณะท่าทางการแสดงออกของความวิตกกังวลและความกลัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ อัตราการเต้นของชีพจรและความดันโลหิตของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ความวิตกกังวลของผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงในกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ความวิตกกังวลของผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ความวิตกกังวลของผู้ป่วยระหว่างระดับอายุที่แตกต่างกันไม่มีความแตกต่างกัน

ชนินฐา นาคะ (2534, หน้า ก – ข) ได้ศึกษาเรื่องความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 120 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง พบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนผ่าตัดในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ แต่มีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดในระดับสูง ความวิตกกังวลแฝงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยที่มีเพศ อายุ และการศึกษาแตกต่างกัน มีความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยเพศหญิงมีความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญมากกว่าเพศชาย ผู้ป่วยที่มีอายุ 21 – 40 ปี มีความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 61 – 80 ปี และผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่ามีความวิตกกังวลแฝงมากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา และพบว่า ผู้ป่วยที่ผ่าตัดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิงมีความวิตกกังวลแฝงมากกว่าผู้ป่วยที่ผ่าตัดบริเวณช่องท้อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผู้ป่วยที่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วย ประสิทธิภาพการผ่าตัดที่เคยได้รับและการวินิจฉัยโรคแตกต่างกันมีความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญไม่แตกต่างกัน

เกรแฮมท์ และคอนเลย์ (Graham & Conley, 1971, pp. 118 – 119) ได้ทำการศึกษาเรื่องการประเมินความวิตกกังวลและความกลัวในผู้ป่วยศัลยกรรมผู้ใหญ่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ามารับการผ่าตัดในแผนกศัลยกรรมในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในรัฐวอชิงตัน ดี ซี สหรัฐอเมริกา จำนวน 70 ราย โดยจำแนกเป็นเพศชาย 20 ราย เพศหญิง 50 ราย ผู้ป่วยดังกล่าวจะรับการผ่าตัดเกี่ยวกับอวัยวะช่องท้องทั้งหมดรวมถึงอวัยวะระบบสืบพันธุ์ด้วย ผลการวิจัยพบว่า องค์ประกอบที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและความกลัวมากที่สุด คือ กลัวความตายเป็นสาเหตุสำคัญ

อันดับแรก รองลงมาคือ กลัวว่าจะเป็นมะเร็ง กลัวว่าการผ่าตัดจะเป็นผลให้เกิดความไม่สมบูรณ์ ประกอบภารกิจตามปกติไม่ได้ บางรายที่ผ่าตัดส่วนหลังมีความกลัวว่าการผ่าตัดจะทำให้ตนเอง กลายเป็นอัมพาต เมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวล การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่เด่นที่สุดคือ ความดันโลหิตเพิ่มจากระดับปกติทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด โดยเฉพาะในระยะ ก่อนผ่าตัด พฤติกรรมที่เด่นที่สุดที่ผู้ป่วยแสดงออก คือ การพูดถึงสิ่งที่ผู้ป่วยกลัว ร้อยละ 33 การระบายถึงความรู้สึกต่าง ๆ ร้อยละ 17 และอาการปากแห้งร้อยละ 19 ตามลำดับ

โวลเฟอร์ และเดวิส (Wolfer & Davis, 1970, pp. 402 – 414) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การประเมินสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด เกี่ยวกับอวัยวะในช่องท้องทั้งหมด รวมทั้งอวัยวะที่เกี่ยวกับระบบอวัยวะสืบพันธุ์ด้วย ที่โรงพยาบาล แห่งหนึ่งในสหรัฐอเมริกา จำนวน 140 ราย โดยแบ่งออกเป็นเพศชาย 70 ราย เพศหญิง 70 ราย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงมีความวิตกกังวลและกลัวสูงกว่าเพศชายตามนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการทำผ่าตัดเกี่ยวกับอวัยวะระบบสืบพันธุ์โดยเฉพาะการผ่าตัดมดลูก ซึ่งเป็นอวัยวะที่สำคัญมาก สำหรับบทบาททางเพศหญิงอาจมีอิทธิพลอย่างมากต่อความรู้สึกของผู้ป่วยเมื่อเทียบกับการผ่าตัด อวัยวะภายในช่องท้องในเพศชาย และความวิตกกังวลจะสูงมากในคืนก่อนที่จะทำการผ่าตัด

จากเอกสารและงานวิจัยที่ได้เสนอมาช้างต้น จะสรุปได้ว่าเมื่อผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษา ตัวในโรงพยาบาล และได้รับการวินิจฉัยให้ทำการผ่าตัดแล้วจะมีความวิตกกังวลเป็นอย่างมากทั้ง ระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ซึ่งพยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด เป็นผู้ที่เหมาะสมผู้หนึ่งที่จะบรรเทาและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น ขณะรักษาตัวที่โรงพยาบาล

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธบำบัด

สัมพันธบำบัดเป็นการติดต่อสื่อสารทางกายสัมผัสที่ก่อให้เกิดความรู้สึก ซึ่งในบาง สภาพการณ์สามารถใช้แสดงความรู้สึกที่มีความหมายมากกว่าการใช้คำพูด ได้มีผู้ศึกษาและให้ ความหมายการสัมผัสดังนี้

บาร์เน็ต (Barnett, 1972, pp. 108 – 109) กล่าวว่า การสัมผัสเป็นสิ่งที่ต่าง ๆ ดังนี้

1. กลไกการติดต่อสื่อสาร ซึ่งก่อให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นความต้องการ พื้นฐานของมนุษย์และเป็นการติดต่อสื่อสารที่มีความหมายมาก
2. วิธีการติดต่อสื่อสาร โดยมีผิวหนังเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญ มีบทบาทใน การสร้างสัมพันธภาพ และเป็นสิ่งสำคัญต่อการรักษาพยาบาล เพราะการเจ็บป่วยจะมีผลต่อจิตใจ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและความสามารถในการติดต่อสื่อสาร

3. พื้นฐานในการติดต่อสื่อสาร โดยเด็กแรกเกิดจะมีการติดต่อสื่อสารครั้งแรกกับสิ่งแวดล้อม จากการสัมผัสกับร่างกายของมารดาและมือของแพทย์กับพยาบาล ประสิทธิภาพของการได้รับสัมผัสจะมีผลต่อการเรียนรู้ การพัฒนาความเชื่อมั่นและความไว้วางใจในเด็ก

4. วิธีการสื่อสารทางอารมณ์ที่สามารถถ่ายทอดความรู้สึกต่าง ๆ เช่น ความรักหรือความเกลียดไปยังบุคคลอื่นได้

5. วิธีการสื่อสารทางความคิด การติดต่อสื่อสารทำให้กระบวนการเรียนรู้ ซึ่งประสิทธิภาพสัมผัสตั้งแต่แรกเริ่มของทารกจะช่วยพัฒนาร่างกายและสติปัญญาได้

โทวา และแคสมeyer (Tovar & Cassmeyer, 1989, p. 1356) กล่าวว่า การสัมผัสคือการใช้มือและต้องลูบไล้ผิวหนังของผู้รับสัมผัส ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดความสุขสบายและผ่อนคลาย

ลักษณะ ธรรมไพโรจน์ (2532, หน้า 97) กล่าวว่า การสัมผัสเป็นการสื่อสารสัมพันธ์ทางกายอย่างหนึ่ง เป็นแนวทางของการพบปะหรือเกี่ยวข้องกับบุคคลอื่น เป็นแนวทางในการแสดงหรือการนำบางสิ่งไปยังบุคคลอื่น เช่น ความห่วงใย ความเห็นอกเห็นใจ หรือการดูแลเอาใจใส่

จากความหมายที่ได้กล่าวมาแล้วนั้นอาจสรุปได้ว่า สัมผัสบำบัดเป็นการติดต่อสื่อสารอย่างหนึ่งโดยมีผิวหนังเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญ อาจทำได้โดยการใช้มือและต้องหรือลูบไล้ผิวหนัง เพื่อถ่ายทอดความรู้สึกซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความอบอุ่นใจ ความสุขใจ มั่นใจและผ่อนคลาย

ชนิดของสัมผัสบำบัด

การสัมผัสเป็นการถ่ายทอดความอบอุ่น ความเห็นอกเห็นใจ และกำลังใจให้กับผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีความวิตกกังวล มนุษย์เราจะได้รับการสัมผัสตั้งแต่วัยทารกได้รับการสัมผัสจากน้ำคร่ำ จากผนังมดลูก ซึ่งเป็นการสัมผัสที่อบอุ่น และเมื่อคลอดออกมาจะได้รับการสัมผัสจากผู้คลอด มารดา คนเลี้ยง ผู้ใกล้ชิด เช่น จากผู้ครอง ญาติ และเพื่อนฝูง เป็นต้น จึงอาจถือได้ว่าการสัมผัสเป็นสิ่งสำคัญหนึ่งที่ได้รับตลอดชีวิต

นอกจากนี้เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ก็จะได้รับสัมผัสจากพยาบาล และผู้ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ดังนั้นการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยในแต่ละรายนั้น การสัมผัสเป็นสิ่งที่พยาบาลไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ มีผู้แบ่งชนิดของการสัมผัสของการพยาบาลไว้ต่าง ๆ ดังนี้

กูดีกูนต์ (Goodykoontz, 1979, p. 5) แบ่งการสัมผัสออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. การสัมผัสขณะปฏิบัติการพยาบาล (Procedural Touch) หมายถึงการสัมผัสที่เกิดขณะปฏิบัติการพยาบาล เช่น การทำแผล การเช็ดตัว การฉีดยา การตรวจนับชีพจร และการช่วยเหลือในการพุงตัวหรือเคลื่อนย้าย เป็นต้น การสัมผัสในลักษณะนี้จะมีจุดมุ่งหมายในเรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การติดตามการรักษาและการวินิจฉัย รวมทั้งการประเมินทางการพยาบาล ซึ่งบางครั้งอาจก่อให้เกิดภาวะเครียดกับผู้ป่วยได้

2. การสัมผัสที่ไม่ใช่ขณะปฏิบัติการพยาบาล (Non - Procedural Touch) เป็นการสัมผัสแก่ผู้ป่วยเพื่อประคับประคองสภาพจิตใจ ซึ่งอาจเป็นการสัมผัสเพียงอย่างเดียวโดยปราศจากการสนทนาก็ได้

เอสทาบรูคส์ (Estabrooks, 1989, pp. 394 – 397) แบ่งการสัมผัสออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสัมผัสเพื่อการดูแล (Caring Touch) เป็นการสัมผัสที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ มีการตอบสนองต่อการสัมผัสในทางที่ดี ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบาย อาจทำได้โดยการจับมือ แขน และไหล่ของผู้ป่วย เป็นต้น

2. การสัมผัสเพื่อการทำงาน (Task Touch) เป็นการสัมผัสในขณะปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งต้องมีจุดมุ่งหมายในการสัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรง การสัมผัสในลักษณะนี้อาจนุ่มนวลหรือรุนแรงก็ได้ ขึ้นอยู่กับสภาพอารมณ์ของพยาบาลและสถานการณ์ในขณะให้การพยาบาลนั้น ๆ

3. การสัมผัสเพื่อการป้องกัน (Protective Touch) เป็นการสัมผัสเพื่อการป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับร่างกายของผู้ป่วย รวมทั้งร่างกายและอารมณ์ของพยาบาล ดังนี้

3.1 การปกป้องร่างกายของผู้ป่วย เป็นลักษณะการควบคุม ผูกมัดเพื่อมิให้เกิดอันตราย เช่น การผูกมัดเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออก เป็นต้น การสัมผัสในลักษณะนี้ก่อให้เกิดการรับรู้ในด้านลบ ซึ่งผู้ป่วยอาจตอบสนองโดยการต่อต้านได้

3.2 การปกป้องร่างกายของพยาบาล เป็นการสัมผัสในขณะการพยาบาล เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับพยาบาล เช่น การสวมถุงมือสัมผัสผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เป็นต้น

3.3 การปกป้องอารมณ์ของพยาบาล เป็นลักษณะของการหลีกเลี่ยงการให้สัมผัสผู้ป่วยขณะที่พยาบาลเกิดความตึงเครียดในการปฏิบัติงาน เพราะความตึงเครียดที่มีอยู่จะถูกถ่ายทอดไปสู่ผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ต่อการสัมผัสในด้านลบได้

แบลดเลย์ และเอดินเบิร์ก (Bradley & Edinberg, 1986, pp. 40 - 42) ได้แบ่งการสัมผัสออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสัมผัสขณะปฏิบัติการพยาบาล (Procedural Touch)

2. การสัมผัสที่ไม่ใช่ขณะปฏิบัติการพยาบาล (Non Procedural Touch)

3. การสัมผัสเพื่อการดูแล (Caring Touch) ซึ่งเป็นการสัมผัสที่ผสมผสานความรู้สึกต่าง ๆ กัน เป็นการกระทำการสัมผัสทางกายและเป็นตัวแทนในระดับสูงที่เป็นมิติของวิธีการรักษาด้วยกายสัมผัส ซึ่งอาจรวมทั้งความรู้สึกรักใคร่ ห่วงใย การสนับสนุนกำลังใจทางอารมณ์ การหยอกเย้า และการเข้าใจถึงความรู้สึกอารมณ์ของผู้อื่น (Empathy)

วัตสัน (Watson, 1975 cited in Moore & Gilbert, 1995, p. 7) แบ่งการสัมผัสเป็น 2 ชนิด คือ

1. การสัมผัสที่ใช้เป็นสื่อหรือเป็นเครื่องมือ (Instrument Touch) เป็นการสัมผัสทางกายโดยจงใจ หรือเพื่อที่จะกระตุ้นการแสดงออกของบุคคลที่มีจุดมุ่งหมายของการที่จะเข้ามารู้จักในครั้งแรกเหมือนเป็นวิธีปฏิบัติ

2. การสัมผัสที่เต็มไปด้วยความหมาย (Expressive Touch) เป็นการสัมผัสที่เกิดขึ้นโดยตามปกติด้วยความรักความห่วงใย การยอมรับ ความเอาใจใส่ เป็นเหมือนคำปลอบโยน ความสุขสบาย ความอบอุ่น

วอร์เทอร์ม (Vortherms, 1991, p. 7) แบ่งการสัมผัสที่ใช้ในการพยาบาลเป็น 4 ชนิด ได้แก่

1. การสัมผัสด้วยความรักใคร่ห่วงใย (Affectional Touch) เป็นการสัมผัสติดต่อสื่อสารจากพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างจริงใจ โดยเน้นทางด้านจิตใจ อารมณ์ เหมือนเป็นคำปลอบโยน ความสุขสบาย ความเข้าใจ หรือการยอมรับ

2. การสัมผัสตามหน้าที่ (Functional Touch) เป็นการสัมผัสที่ติดต่อซึ่งกันและกันกับการพยาบาลผู้ป่วยหลายๆ อย่าง เช่น การเช็ดตัว การเคลื่อนย้าย หรือการให้น้ำเกลือ รูปแบบของการสัมผัสนี้มีความสำคัญมากเพราะใช้บ่อยในระหว่างการดูแลผู้ป่วย

3. การสัมผัสแบบปกป้อง (Protective Touch) เป็นการสัมผัสที่ใช้ปกป้องผู้ป่วยจากภัยอันตรายหรือการได้รับบาดเจ็บทางด้านร่างกาย หรือการปกป้องพยาบาลทางด้านร่างกายหรืออารมณ์ ซึ่งรูปแบบการสัมผัสแบบนี้ทำให้เกิดความห่างเหินหรือช่องว่างระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เช่น การผูกมัดผู้ป่วยเพื่อที่จะป้องกันอันตรายจากการตกเตียง

4. การสัมผัสที่ไม่ใช้กาย (Nonphysical) เป็นสัมผัสที่เกิดขึ้นเมื่อพยาบาลเข้าไปใกล้ในเขตปลอดภัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ซึ่งขึ้นอยู่กับสภาพของแต่ละบุคคล บ่อยครั้งที่พยาบาลเข้าไปใกล้ชิดในเขตปลอดภัยของผู้ป่วย เพื่อที่จะปฏิบัติการพยาบาล อาจจะเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด หรือความรู้สึกอึดอัด อบอุ่น ปลอดภัย

จากการที่มีผู้แบ่งการสัมผัสออกเป็นชนิดต่างๆ สามารถสรุปชนิดของการสัมผัสได้ดังนี้ คือ การสัมผัสเพื่อการดูแลด้านร่างกาย และการสัมผัสเพื่อประคับประคองสภาพจิตใจซึ่งถือเป็นการดูแล ซึ่งเป็นหน้าที่ของพยาบาลที่ต้องให้กับผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดมีกำลังใจ มีความอบอุ่นใจสามารถปรับตัวและเผชิญกับภาวะวิกฤติต่างๆ ได้ และช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น จะมีผลทำให้ร่างกายปรับตัวอยู่ในภาวะที่สมดุล และสามารถช่วยให้กลับคืนสู่สภาพปกติได้เร็วยิ่งขึ้น

สรีรวิทยาของสัมผัสบำบัด

การที่จะนำสัมผัสบำบัดไปใช้ในการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพนั้น ผู้ใช้จะต้องเข้าใจถึงสรีรวิทยาของการสัมผัสด้วย เพราะการที่บุคคลจะรับรู้และแปลความหมายของการสัมผัสไปในทางใดนั้นเกิดเนื่องจากสรีรวิทยาของการสัมผัสนี้ โดยการสัมผัสจะเป็นการกระตุ้นอวัยวะรับความรู้สึก (Receptor) ที่กระจายอยู่ตามผิวหนังทั่วร่างกาย อวัยวะรับความรู้สึกนี้จะมีความไวมาก แม้น้ำหนักสัมผัสเพียงเล็กน้อยก็สามารถเร้าความรู้สึกให้รับรู้การสัมผัสได้ เมื่อมีการสัมผัสเกิดขึ้นจะเป็นการกระตุ้นอวัยวะรับความรู้สึก (Sensory Receptor) ที่ผิวหนัง กระแสความรู้สึกสัมผัสนั้นจะถูกส่งไปตามทางเดินของกระแสประสาทสัมผัส (Nervous Pathway) ไปยังระบบประสาทส่วนกลาง (Central Nervous System (CNS)) ในสมองส่วนทาลามัส (Thalamus) เพื่อส่งกระแสประสาทไปสู่ซีรีบรัมคอร์ทেকซ์ (Cerebral Cortex) ในส่วนของประสาทรับความรู้สึกทางกายส่วนคอร์ทেকซ์ (Somato Sensory Cortex) ที่บริเวณสมองใหญ่กลีบบน (Parietal Lobe) เพื่อแปลผล การรับรู้ของการสัมผัส ซึ่งประสาทรับความรู้สึกทางกายส่วนคอร์ทেকซ์นี้ จะมีบริเวณรับความรู้สึกทางกาย 2 ส่วน คือ ส่วนที่หนึ่ง (Somato Sensory Area I) ทำหน้าที่ในการบอกตำแหน่งที่มีการสัมผัส และบริเวณรับความรู้สึกทางกายส่วนที่สอง (Somato Sensory Area II) ทำหน้าที่ในการบอกรายละเอียดของสิ่งที่มาสัมผัสว่าเป็นอะไร

นอกจากนี้การกระตุ้นโดยการสัมผัสยังเกี่ยวข้องกับการทำงานของระบบลิมบิก (Limbic System) และระบบเรติคูลาร์ ฟอรัมชัน (Reticular Formation) ซึ่งจะมีความสำคัญในการกำหนดและแสดงพฤติกรรมของบุคคลอีกด้วย ในการสัมผัสแต่ละครั้งสมองจะรับรู้และแปลความแตกต่างออกไป ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์การได้รับการสัมผัสในครั้งก่อน ๆ และคุณภาพของการสัมผัสนั้น

ดังนั้นเห็นได้ว่าการสัมผัสส่งผลทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งการสัมผัสที่เหมาะสมจะส่งผลในด้านบวก ส่วนการสัมผัสที่ไม่เหมาะสมจะส่งผลในทางตรงกันข้าม ซึ่งมีองค์ประกอบด้วยกัน 6 ประการดังนี้ (Weiss, 1979, pp. 77 – 78)

1. ตำแหน่งในการสัมผัส (Location) คือ ส่วนของร่างกายที่ได้รับการสัมผัสในแต่ละตำแหน่งจะให้ความหมายแตกต่างกัน และมีความไวในการรับสัมผัสไม่เท่ากัน อีกทั้งความแตกต่างของบทบาทและเพศของผู้ให้การสัมผัส รวมทั้งความใกล้ชิดสนิทสนมระหว่างผู้สัมผัสและผู้ถูกสัมผัสด้วย มักพบว่าบริเวณใบหน้าและมือเป็นบริเวณที่มีการรับความรู้สึกชัดเจน เนื่องจากเป็นบริเวณที่มีใยประสาทนำเข้า (Offerent Sensory Fibers) มาก ส่วนตำแหน่งที่ได้รับการสัมผัสมากที่สุด คือ บริเวณมือ หน้าผาก และไหล่ นอกจากนี้ตำแหน่งการสัมผัสยังอาจมีผลมาจากสังคมและวัฒนธรรมได้อีกด้วย เช่น คนไทยถือว่าศีรษะเป็นส่วนหนึ่งของร่างกายที่ผู้มิใช่ญาติสนิทจริง ๆ ไม่ควรสัมผัส

2. ช่วงระยะเวลา (Duration) คือ ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มทำการสัมผัสร่างกายจนถึงสิ้นสุดของการสัมผัส การสัมผัสในช่วงสั้น ๆ จะทำให้ผลของการสัมผัสไม่สมบูรณ์ การสัมผัสในช่วงเวลาที่นานขึ้นจะทำให้ร่างกายได้มีโอกาสได้รับการกระตุ้นความรู้สึกมากขึ้น และจะมีผลเพิ่มระดับความเชื่อมั่นในตนเองให้สูงขึ้นด้วย เวลาที่เหมาะสมควรอยู่ในช่วงระหว่าง 10 – 15 นาที (Krieger, 1979, p. 3) จากการศึกษาของเทอร์ตัน (Turton, 1984 อ้างถึงใน ประภาศรี จิระมงคลยิ่ง, 2536, หน้า 22) ใช้เวลาในการสัมผัส 10 – 15 นาที ในการลดความเจ็บปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็งทอเลอ (Casler, n.d. cited in Weiss, 1979, p. 76) ใช้เวลาวันละ 20 นาทีในการสัมผัสทารกแรกเกิด พบว่าทารกแรกเกิดที่ได้รับการสัมผัสสามารถรับรู้ด้านการมองเห็นได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับสัมผัส ภัสพร จำวิชา (2534, หน้า 51) ใช้เวลาสัมผัสเพียง 10 นาที เพื่อลดความวิตกกังวลผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัด ศิริพันธ์ สุคนธรรัตน์ (2527, หน้า 70) ใช้เวลาสัมผัสร่วมกับการกระตุ้นด้วยคำพูด 45 นาที

3. การแสดงออก (Action) การกระทำการสัมผัสที่แสดงถึงอัตราหรือความเร็วของการสัมผัสบนผิวหนัง ด้วยการใช้พลังงานในร่างกายขณะเริ่มต้นการสัมผัส การสัมผัสทันทีทันใดต่อร่างกายจะมีผลให้เกิดแรงต้านของกล้ามเนื้อ และอาจมีผลทำให้เกิดความเครียดแก่ผู้ถูกสัมผัสได้ การสัมผัสที่ค่อยเป็นค่อยไปจะให้ความรู้สึกที่ดีแก่ผู้ถูกสัมผัสมากกว่า

4. ความแรง (Intensity) ความแรงของการสัมผัสที่มีต่อผิวหนังจะมีทั้งแรงปานกลางหรือแผ่วเบา การสัมผัสที่มีความแรงปานกลางจะให้คุณภาพน้อยที่สุด ส่วนการสัมผัสที่มีทั้งแรงและเบาจะมีผลทำให้ศักยภาพต่อการส่งเสริมให้เกิดความมั่นคงและความเป็นตัวของตัวเอง

5. ความบ่อย (Frequency) คือ จำนวนครั้งที่แต่ละบุคคลได้รับการสัมผัส ความบ่อยครั้งของการสัมผัสก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่มั่นคง เพิ่มความรู้สึกใกล้ชิดไว้วางใจ มีการพัฒนาทางชีววิทยาที่ดีและเพิ่มความสามารถทางด้านความคิดและอารมณ์ สำหรับความเหมาะสมของจำนวนครั้งในการสัมผัสนั้น เพอร์ส (Pearce, 1989, p. 28) ได้กล่าวว่า การสัมผัสประมาณ 5 ครั้ง จะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการส่งข่าวสารได้ดีกว่าการติดต่อสื่อสารโดยใช้คำพูด ส่วนความเหมาะสมของระยะห่างในการสัมผัสแต่ละครั้งยังไม่มีรายงานที่ระบุไว้อย่างชัดเจน จึงมีผู้สนใจศึกษาผลของการสัมผัสโดยใช้ระยะห่างของการสัมผัสในแต่ละครั้งแตกต่างกัน เช่น การศึกษาของศิริพันธ์ สุคนธรรัตน์ (2527, หน้า 98) ใช้ระยะห่างของการสัมผัสในแต่ละครั้ง 24 ชั่วโมงเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย ส่วนสุภารัตน์ สุวรรณเทวะกุลปต์ (2535, หน้า 68) ใช้ระยะห่างของการสัมผัสในแต่ละครั้ง 1 ชั่วโมง เพื่อลดความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

6. ความรู้สึก (Sensation) เป็นปฏิกิริยาของผิวหนังต่อการสัมผัสจะมีปฏิกิริยาที่รู้สึกสบายหรือไม่สบายก็เป็นได้ ถ้าการสัมผัสด้วยความรู้สึกที่ดี เห็นอกเห็นใจ เต็มใจ และพร้อม

ที่จะให้การช่วยเหลือ จะทำให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้ถึงความรู้สึกของผู้สัมผัสได้ ก่อให้เกิดความพึงพอใจและพัฒนาในทางบวก

ประโยชน์ของสัมผัสบำบัด

การสัมผัสถึงแม้จะเป็นการใช้มือและเนื้อต้องตัวกันเท่านั้น แต่ก็ก่อให้เกิดความหมายแก่ผู้ได้รับการสัมผัสเป็นอย่างมาก ซึ่งมีผู้กล่าวถึงการสัมผัสอีกรูปแบบหนึ่ง ได้แก่ การสัมผัสเพื่อการรักษา (Therapeutic Touch) ซึ่งต่างจากการสัมผัสในรูปแบบธรรมดา (Touch) ซึ่ง นภวรรณ บุญนิยม (2526, หน้า 8 –18) ได้เรียกการสัมผัสนี้ว่า “พลังสัมผัส” เนื่องจากการสัมผัสที่ผู้สัมผัสใช้มือในการส่งพลังธรรมชาติที่แอบแฝงไปช่วยบำบัดโรคแก่ผู้ป่วย การสัมผัสเพื่อการรักษานี้ ผู้ใช้จะต้องมีความตั้งใจอย่างแรงกล้า และจะต้องได้รับการฝึกฝนจนเกิดความชำนาญ ซึ่งแตกต่างจากการสัมผัสในรูปแบบธรรมดา เพราะการสัมผัสในรูปแบบธรรมดาคือเป็นการสัมผัสที่ใช้มือและต้องร่างกายกัน เป็นการสื่อสารที่แสดงจุดประสงค์เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจ ความอบอุ่นไม่ต้องตั้งใจให้มันจนเป็นการตั้งสมาธิ เพียงแต่ตั้งใจมันพร้อมที่จะถ่ายทอดความรู้สึกต่าง ๆ ให้ความสนใจกับผู้ที่ได้รับการสัมผัสและกระทำด้วยความเต็มใจ การสัมผัสธรรมดานี้จะไม่เกี่ยวข้องกับการถ่ายทอดพลังงาน (Energy) ในตัวหรือระหว่างตัวบุคคล แต่เป็นการถ่ายทอดพลังใจและจะใช้ได้แม้ในผู้ที่มิสุขภาพดีได้ด้วย อีกทั้งผู้ให้การสัมผัสไม่จำเป็นต้องได้รับการฝึกฝนมาก่อน แต่เป็นเพียงทักษะของการสัมผัสในขณะที่ปฏิบัติแล้วทำการประเมินเพื่อปรับปรุงให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น ซึ่งการสัมผัสในรูปแบบธรรมดาคือเป็นสิ่งจำเป็นและสามารถก่อให้เกิดประโยชน์ได้ดังนี้

1. การสัมผัสก่อให้เกิดการพัฒนาการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และบุคลิกภาพ ในทารกแรกเกิดการสัมผัสจะเป็นการติดต่อสื่อสารเริ่มแรกที่เขาเข้าใจมากที่สุด เด็กจะได้รับประสบการณ์สัมผัส โดยได้รับการกอดรัดหรือตบเบา ๆ การสัมผัสสัมผัสปากกับเต้านมมารดา การใช้มือจับต้องจากมารดา ซึ่งจะมีผลทำให้การเจริญเติบโตในระยะเริ่มแรกทั้งทางร่างกายและจิตใจ วัยทารกและวัยเด็กเป็นวัยที่ต้องการการสัมผัสมากที่สุด เมื่อโตขึ้นความต้องการนี้จะลดลง แต่เมื่อมีปัญหาทางจิตใจหรือไม่สบาย จะแสวงหาความอบอุ่นและความมั่นคงทางใจ การสัมผัสจะช่วยตอบสนองความต้องการนี้ได้ (ลักษณะ ธรรมไพโรจน์, 2532, หน้า 97) นอกจากนี้การสัมผัสยังก่อให้เกิดพัฒนาการด้านความรัก ความเชื่อมั่น และความไว้วางใจ

2. การสัมผัสก่อให้เกิดการพัฒนาการเรียนรู้และแบบแผนของการติดต่อสื่อสาร สัมผัสของมารดาที่ให้อ่ลูกนั้น จะทำควบคู่ไปกับการพูด เด็กจะเริ่มเรียนรู้ที่จะเชื่อมโยงทั้งการสัมผัสและคำพูดเข้าด้วยกัน ต่อมาคำพูดเพียงอย่างเดียวก็สามารถแสดงถึงความรู้สึกที่ถ่ายทอดจากมารดาไปยังลูกได้ เช่น มารดาปลอบโยนลูกที่ยังเล็ก ๆ ด้วยการตบเบา ๆ เมื่อโตขึ้นก็จะปลอบโยนด้วยการตบเบา ๆ พร้อมด้วยคำพูด และในที่สุดเพียงแค่การใช้คำพูดอย่างเดียว ก็เป็นการปลอบโยน

ซึ่งทดแทนการสัมผัสได้ ฉะนั้นการรับรู้ของเด็กต่อโลกจะถูกสร้างขึ้นและพัฒนาให้เหมาะสมได้ จากประสบการณ์การสัมผัสที่จะก่อให้เกิดการเรียนรู้และใช้เป็นแบบแผนในการติดต่อสื่อสารต่อไป ถ้าขาดการสัมผัสในระยะเริ่มแรกจะสามารถทำลายความสามารถในอนาคตด้านการเรียนรู้ในการติดต่อสื่อสาร เช่นการพูด การรับรู้สัญลักษณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องความสามารถในการใช้การสัมผัสที่เหมาะสมต่อไป (ศิริพันธ์ สุคนธรัตน์, 2527, หน้า 70)

3. การสัมผัสช่วยเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล ไม่ว่าจะเป็นการจับมือ จับแขน โอบไหล่ การลูบหรืออื่น ๆ สิ่งเหล่านี้จะช่วยเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้แก่กันและกัน ระหว่างผู้ให้การสัมผัสและผู้รับการสัมผัส

4. การสัมผัสก่อให้เกิดการพัฒนาในด้านความรัก ความเชื่อมั่น และความไว้วางใจในการสัมผัสที่มีต่อลูก เป็นการเริ่มให้ความรู้สึกทางอารมณ์และความรักแก่เด็ก ซึ่งความรักและการสัมผัสไม่สามารถแยกออกจากกันได้ นั่นคือความรักไม่สามารถเกิดขึ้นในมนุษย์ได้โดยปราศจากการสัมผัส การสัมผัสที่เด็กได้รับจะก่อให้เกิดการพัฒนาความเชื่อมั่นในโลก และความไว้วางใจในตัวเอง ซึ่งจะสัมพันธ์กับการสัมผัสที่เขาได้รับในตอนเริ่มแรก จะก่อให้เกิดความหมายซึ่งกันและกัน ถึงความหมายของโลกที่มีต่อตัวเขารวมทั้งความหวังและความรู้สึกที่เขามีต่อโลก (ทศนีย์ เชื่อมทอง, 2542, หน้า 37)

5. การสัมผัสก่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้องต่อรูปร่างลักษณะของร่างกาย และความเป็นตัวของตัวเอง การได้รับสัมผัสจากผู้ที่มาติดต่อด้วยนั้นจะก่อให้เกิดความเชื่อมั่น และรับรู้ว่าตัวเองเป็นอิสระ ทำให้เกิดการรับรู้ถึงรูปร่างของตนได้ถูกต้องและมีความรู้ต่อตนเองในทางบวกมากขึ้น (Weiss, 1979, pp. 77 - 78)

6. การสัมผัสช่วยนำให้ผู้ได้รับการสัมผัสได้เข้าสู่โลกแห่งความเป็นจริงในขณะนั้น การสัมผัสเป็นวิถีธรรมชาติและเต็มไปด้วยพลังในการที่จะนำบุคคลเข้าสู่ภาวะ “ที่นี่และเดี๋ยวนี้” (Mason & Pratt, 1980, p. 1001 อ้างถึงใน ทศนีย์ เชื่อมทอง, 2542, หน้า 37) ดังนั้นจึงทำให้บุคคลนั้นได้ตระหนักและยอมรับถึงความเป็นจริงในขณะนั้นว่าตนเองกำลังคิด ทำอะไร กำลังอยู่ในสภาพเช่นไร ไม่ปล่อยจิตและอารมณ์ไปอย่างไร้จุดหมาย เตรียมพร้อมที่จะจัดการกับวิถีชีวิตของตนเองต่อไป ในกรณีของผู้ใกล้ตายนั้น การสัมผัสจะช่วยให้ผู้ใกล้ตายได้ยอมรับความเป็นจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายและความตายที่จะมาถึง โดยทั่วไปแล้วผู้ที่ใกล้ตายจะไม่สามารถสื่อสารด้วยคำพูดกับบุคคลอื่นได้ ไม่สามารถบอกถึงความต้องการของตนในขณะนั้น และอาจจะไม่ยอมรับถึงความเจ็บปวดในระยะสุดท้ายที่กำลังประสบอยู่ รวมทั้งความตายที่กำลังจะมาถึง จากการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยใกล้ตายของคูเบลอร์ รอสส์ (Kubler - Ross, 1969 cited in Pearce, 1989, p. 28) ได้พบว่าการติดต่อสื่อสารที่มีความหมายมากที่สุดระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย

คือ การได้นั่งอยู่ข้าง ๆ ผู้ป่วยอย่างเงียบ ๆ แล้วใช้มือสัมผัสเบา ๆ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจใน ความเจ็บปวดระยะสุดท้ายของเขา จะรู้สึกสงบและผ่อนคลาย และเมื่อมีการตายเกิดขึ้น ย่อมทำให้ ญาติเกิดความเศร้าโศกเสียใจเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่รับรู้การตายนั่น ญาติจะ ไม่สามารถยอมรับได้ว่าได้มีการตายเกิดขึ้น ซึ่งเป็นขั้นตอนแรกของการสูญเสีย การได้รับการสัมผัส จากบุคคลที่ไว้วางใจก็สามารถทำให้เขาได้ยอมรับความจริงที่เกี่ยวกับความตายนั่นได้

7. การสัมผัสเป็นการแสดงถึงการอนุญาต และการกระตุ้นให้ผู้ถูกสัมผัสได้พูดระบาย ความรู้สึกที่อัดอั้นเพื่อช่วยให้บรรเทาและเข้าใจปัญหานั้น ๆ โดยปกติแล้วทุกคนต้องมีความรู้สึก อึดอัดไม่สบายใจได้ในบางครั้ง เมื่อประสบกับปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ อาจเป็นความรู้สึก คับข้องใจ โกรธ สูญเสีย หรือเศร้าโศก บางคนอาจเก็บกดเอาไว้ไม่แสดงออกให้เห็น และบางคน อาจแสดงออกในทางที่เกิดผลเสียหยาได้ เช่น แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นต้น แต่ถ้าบุคคลนั้นได้ แสดงความรู้สึกออกมาด้วยการพูด หรือแม้แต่การร้องไห้กับผู้ที่ไว้วางใจ ก็จะทำให้รู้สึกสบายใจขึ้น การสัมผัสเป็นสัญลักษณ์ของความเห็นใจหรือความเป็นมิตร เมื่อมีการสัมผัสจะทำให้คนยอมรับ ทำตามมากขึ้น และบางครั้งการสัมผัสสามารถทำให้ลดความร้อนรนใจ (นพมาศ ชีรเวทิน, 2539, หน้า 84) ดังนั้นถ้าผู้ที่ไว้วางใจได้ใช้มือสัมผัสผู้ที่อยู่ในภาวะอารมณ์เช่นนั้น เพื่อเป็นการปลอบใจ จะทำให้ผู้ได้รับการสัมผัสได้รับรู้ถึงความรู้สึกที่ถ่ายทอดออกมา เสมือนบอกให้ผู้นั้นได้พูดระบาย ความรู้สึกออกมาเพื่อจะได้สบายใจ (Mason & Pratt, 1980, p. 1001 อ้างถึงใน ทศนีย์ เชื้อมทอง, 2542, หน้า 38) เมื่อมีความสบายใจขึ้นความสามารถในการเข้าใจปัญหาจะเพิ่มมากขึ้นและแก้ปัญหา ได้ในที่สุด

8. การสัมผัสก่อให้เกิดความอบอุ่นและความสุขสบาย บุคคลที่รู้สึกเหงา ว่างเปล่า ย่อมต้องการความอบอุ่นทางใจให้กับตนเอง การได้รับการสัมผัสด้วยความตั้งใจจริง จะก่อให้เกิด ความอบอุ่นใจต่อผู้ได้รับการสัมผัสเป็นอย่างมาก ซึ่งการสัมผัสจะมีความหมายและมีประสิทธิภาพ ต่อด้านจิตใจมากกว่าคำพูด และแม้แต่ผู้ที่อยู่ในภาวะตึงเครียดและเจ็บปวด การได้รับการสัมผัส ก็จะทำให้สุขสบายได้ เนื่องจากการสัมผัสช่วยให้เกิดความผ่อนคลายความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ และบรรเทาความเจ็บปวดได้อีกด้วย (สิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา, 2532, หน้า 70)

จากประโยชน์ของการสัมผัสที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ แสดงให้เห็นว่าการสัมผัสนั้นมี ประโยชน์สำหรับมนุษย์ตั้งแต่แรกเกิด โดยจะมีผลต่อการพัฒนาการของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ บุคลิกภาพและอื่น ๆ ซึ่งเป็นส่วนประกอบของตัวบุคคล นอกจากนี้การสัมผัสยังช่วยดำรงรักษาไว้ ซึ่งสุขภาพจิตที่ดี คลายความเครียดและความวิตกกังวล อีกทั้งยังก่อให้เกิดความอบอุ่นใจ กำลังใจ แก่ผู้ที่ได้รับการสัมผัสแม้กระทั่งผู้ใกล้ตาย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสัมผัสบำบัด

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสัมผัสสามารถสรุปได้ดังนี้

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย

1.1 เพศ พบว่า ในการสัมผัสนั้น เพศมีผลต่อการรับรู้ และการแปลความหมายของการสัมผัสได้ เนื่องจากบางครั้งการสัมผัสถูกใช้สำหรับการกระตุ้นทางเพศ (Goodykoontz, 1979, p. 12) สำหรับแอนเดอร์สันและลีโบวิทซ์ (Anderson & Leibowitz, 1978, p. 840 อ้างถึงใน ทศนีย์ เชื้อทอง, 2542, หน้า 45) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้การสัมผัสของผู้ชายและผู้หญิง พบว่า ผู้ชายมีคะแนนสูงกว่าผู้หญิงในการหลบหลีกการสัมผัสจากเพศเดียวกัน ในขณะที่ผู้หญิงมีคะแนนสูงกว่าผู้ชายในการหลบหนีการสัมผัสจากเพศตรงข้าม นั่นคือ ผู้ชายมักจะ ไม่ยอมให้เพศเดียวกันสัมผัส ซึ่งผู้หญิงมักจะ ไม่ยอมให้เพศตรงข้ามสัมผัส สำหรับในการพยาบาล เพศที่แตกต่างกัน ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย สามารถเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการแปลความหมายของการสัมผัสผิดพลาดได้ จากการศึกษาของศิริพันธ์ สุคนธรรัตน์ (2527, หน้า 98 - 99) พบว่าทั้งเพศหญิงและเพศชายรับรู้ว่าการสัมผัสของพยาบาลเป็นการสัมผัสเพื่อให้กำลังใจและปลอบใจ เป็นการปฏิบัติในลักษณะของวิชาชีพ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล และพบว่าผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงมีระดับความวิตกกังวลลดลงไม่แตกต่างกันภายหลังได้รับการสัมผัส

1.2 อายุ การสัมผัสและการยอมรับการสัมผัสสามารถเปลี่ยนแปลงไปตามอายุและความสมบูรณ์ของพัฒนาการของบุคคล แม้ว่าความต้องการการสัมผัสไม่ได้ลดลงตามอายุ (Montagu, 1978 cited in Mc Cann & Mc Kenna, 1993, p. 840) แต่การรับรู้การสัมผัสมีการเปลี่ยนแปลงตามอายุได้โดยเฉพาะในวัยสูงอายุ อาจจะมีการรับรู้สัมผัสลดลง เนื่องจากความสามารถในการมองเห็นและการได้ยินลดลง ทำให้การแปลผลการรับรู้อาจจะผิดพลาดได้ ซึ่งสอดคล้องกับโทเบียสัน (Tobiason, 1981, p. 729 อ้างถึงใน ภัสพร ขำวิชา, 2534, หน้า 39) ที่กล่าวว่าความต้องการการสัมผัสไม่ได้เพิ่มขึ้นหรือลดลงตามอายุ แต่อาจจะมีความต้องการการสัมผัสเพิ่มขึ้นเมื่ออยู่ในสภาวะที่มีการเบี่ยงเบนของสุขภาพ

1.3 ระยะเวลาเป็นส่วนตัวของบุคคล การที่บุคคลหนึ่งมีพฤติกรรมที่ก้าวล่วงเข้าไปในความเป็นส่วนตัวของบุคคลหนึ่ง อาจได้รับการตอบสนองในรูปของการปฏิเสธ ถึงแม้ว่าการสัมผัสของพยาบาลในระหว่างการปฏิบัติงานถือเป็นบทบาทของวิชาชีพ และเป็นการล่วงล้ำในความเป็นส่วนตัวของบุคคลที่ผู้ป่วยสามารถยอมรับได้ แต่อย่างไรก็ตาม พยาบาลควรมีการสังเกตพฤติกรรมตอบสนองต่อการสัมผัสของผู้ป่วยด้วย เช่น การแสดงออกทางสีหน้า การสบตา การเคลื่อนไหวร่างกาย ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และน้ำเสียง เป็นต้น เพื่อปรับการใช้สัมผัสให้เหมาะสม กู๊ดคูนท์ (Goodykoontz, 1979, p. 6) ได้เสนอระยะห่างบุคคลที่เหมาะสมในขณะให้

การสัมผัสที่ระยะ 6 – 8 นิ้ว และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ระหว่าง 18 นิ้ว – 4 ฟุต (ทัศนีย์ เชื้อมทอง, 2542, หน้า 44) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบทบาทของบุคคลนั้นในสังคม

1.4 วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรมในการสัมผัสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้การสัมผัส (Mc Cann & Mc Kenna, 1993, p. 840) แม้ว่าการสัมผัสจะเป็นการสื่อสารที่ดี แต่บางวัฒนธรรมการสัมผัสบางลักษณะถือว่าเป็นสัมผัสที่ต้องห้าม เช่น ในสังคมไทยถือว่าผู้อ่อนวัยกว่าไม่ควรตอบไหล่หรือจับศีรษะผู้ที่สูงวัยกว่า หรือหญิงไม่ควรสัมผัสชายเกินความจำเป็นในที่สาธารณะ เป็นต้น ฉะนั้นการสัมผัสจึงควรพิจารณาให้สอดคล้องกับสังคมและวัฒนธรรมนั้น ๆ ด้วย

1.5 ทักษะคติที่เกี่ยวข้องกับการสัมผัสขึ้นอยู่กับความเชื่อทางสังคมและประสบการณ์ที่ได้รับจากการสัมผัสว่าจะได้รับสัมผัสในด้านบวกหรือลบ ซึ่งประสบการณ์ของแต่ละบุคคลกับการได้รับการสัมผัสมีอิทธิพลสำหรับการแสดงออกในปัจจุบัน

1.6 ภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ และระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย อาจมีอิทธิพลต่อการรับรู้ โดยเฉพาะโรคของร่างกายที่เกี่ยวข้องกับประสาทรับความรู้สึก เพราะสิ่งเหล่านี้จะมีผลขัดขวางการสัมผัสได้ หรือการที่ผู้ป่วยมีสายระโยงระยางตามร่างกาย มีโอกาสที่จะได้รับการสัมผัสน้อยหรือค่อนข้างยาก

2. ปัจจัยด้านพยาบาล

2.1 ความรู้สึกในขณะสัมผัสผู้ป่วย การสัมผัสจะมีประสิทธิภาพได้นั้น พยาบาลควรมีความรู้สึกสบายใจและให้สัมผัสด้วยความมั่นใจ เต็มใจ เนื่องจากการสัมผัสสามารถถ่ายทอดความรู้สึกทางอารมณ์จากผู้ให้สัมผัสไปสู่ผู้รับสัมผัสได้ เพราะหากพยาบาลให้สัมผัสผู้ป่วยด้วยความรู้สึกไม่เป็นสุข อึดอัด กังวลใจ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกคุกคามได้ เนื่องจากผู้ป่วยจะสามารถรับรู้ความรู้สึกจากการสัมผัสได้ดีกว่าคำพูด

2.2 การให้สัมผัสต้องสอดคล้องกับความรู้สึกของผู้ป่วยในขณะนั้น สิ่งที่ทำให้การสัมผัสมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้ให้สัมผัสจะต้องมีทักษะในการประเมินความรู้สึกของผู้ป่วย และให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับความรู้สึกนั้น ๆ ได้อย่างเหมาะสม

2.3 ต้องมีความเชื่อและแน่ใจในประโยชน์ของการสัมผัส จึงจะสามารถให้การสัมผัสด้วยความเชื่อมั่นและตั้งใจ ถ้าพยาบาลไม่เห็นว่าสัมผัสจะก่อให้เกิดประโยชน์ จะทำให้การสัมผัสนั้น ๆ เป็นไปด้วยความไม่มั่นใจ และไม่เต็มใจ การสัมผัสนั้นก็จะมีประสิทธิภาพ

การที่พยาบาลจะเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยได้นั้น พยาบาลจะต้องมีความมั่นใจ ยอมรับตนเองและเข้าใจตนเองอย่างถ่องแท้เสียก่อน ซึ่งขั้นตอนในการสร้างความเข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วยมี 4 ขั้นตอน ดังจะได้กล่าวต่อไปนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2528, หน้า 147)

1. Identification คือ การโอนอ่อนผ่อนตามให้มีความรู้สึกเหมือนผู้ป่วยในขณะนั้น โดยนำตัวเราไปใส่ในสถานการณ์ของผู้ป่วย
2. Incorporation คือ การรวบรวมประสบการณ์และความรู้สึกของพยาบาลเอง ถ้าหากเข้าไปอยู่ในสถานการณ์ของผู้ป่วย ซึ่งระยะนี้พยาบาลอาจมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น
3. Reverberation คือ การมีปฏิกิริยาตอบโต้ระหว่างความรู้สึกของผู้ป่วยโดยขั้นนี้พยาบาลต้องผสมผสานความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขั้นที่ 1 และขั้นที่ 2 โดยที่พยาบาลยังเป็นตัวของตัวเองอยู่
4. Detachment เป็นระยะสุดท้าย คือ พยาบาลจะแยกตัวออกจากเหตุการณ์ของผู้ป่วย จึงเห็นได้ว่าเมื่อพยาบาลสามารถเข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วยได้แล้ว พยาบาลจะสามารถให้การสัมผัสที่สอดคล้องกับความรู้สึกนั้น ๆ ทำให้การสัมผัสเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สัมผัสบำบัดกับความวิตกกังวล

การสัมผัสเพื่อลดความวิตกกังวลในครั้งนี้เป็นการสัมผัสเพื่อการดูแล และประคับประคองสภาพจิตใจของผู้ป่วย โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพเพื่อเป็นการบอกล่วงหน้า และเป็นการขออนุญาตผู้ป่วยอีกด้วย การสัมผัสเป็นพื้นฐานของสัมพันธภาพต่าง ๆ ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย โดยพยาบาลเป็นผู้สร้างสัมพันธภาพที่ก่อให้เกิดความไว้วางใจกับผู้ป่วยได้ ทั้งนี้คาดหวังว่าในทางบวกเท่านั้น การสัมผัสสามารถให้การช่วยเหลือด้านร่างกายและจิตใจแก่ผู้ป่วยด้วย

วิธีการสัมผัสเพื่อลดความวิตกกังวล ผู้วิจัยได้อาศัยแนวคิดจากการสัมผัสที่ก่อให้เกิดความรู้สึกสุขสบายของโทวาและแคสมเยอร์ (Tovar & Cassmeyer, 1989, pp. 1359 – 1360) อาศัยแนวความคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบที่ทำให้การสัมผัสมีคุณภาพของไวสส์ (Weiss, 1979, pp. 77 – 78) รวมทั้งอาศัยความรู้จากการศึกษาค้นคว้านำข้อมูลต่าง ๆ มาดัดแปลงเป็นโปรแกรมสัมผัสบำบัดร่วมกับการพูดคุย ให้กำลังใจ ให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วย โดยให้การสัมผัสเป็นไปอย่างธรรมชาติที่สุด กระทำโดยใช้มือ จับข้อมือหรือแขนของผู้ป่วย ความแรงในการสัมผัสมีความเหมาะสม และผู้ถูกสัมผัสมีความรู้สึกสุขสบาย การสัมผัสควรทั้งแรงและเบาสลับกันไป เพื่อส่งเสริมให้เกิดความมั่นคงและความเป็นตัวของตัวเองอย่างยิ่ง คริกเกอร์ (Krieger, 1979, p. 93) ได้กล่าวว่า เวลาให้การสัมผัสที่เหมาะสมประมาณ 10 – 15 นาที นอกจากนี้พยาบาลควรสัมผัสด้วยท่าทีที่สงบ มั่นคง สุภาพ อ่อนโยน และเป็นกันเองกับผู้ป่วย เพื่อให้สอดคล้องกับการแสดงออกถึงการสัมผัสที่เป็นการดูแลทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยมากที่สุด ผู้ให้สัมผัสควรให้ด้วยความเต็มใจ ไม่เสแสร้งและขณะสัมผัสจะต้องไม่มีความรู้สึกวิตกกังวล หรือถ้ามีควรจะมีให้น้อยที่สุด และมือของผู้ให้สัมผัสควรจะไม่เย็นจนเกินไป เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่สุขสบายได้

ผลของการสัมผัสจะยับยั้งการทำงานของไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ซึ่งมีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกของอารมณ์ โดยไฮโปทาลามัสจะทำงานร่วมกับระบบประสาทอัตโนมัติ

ไขสันหลัง สมองส่วนเรติคูลาร์ ฟอรัมชั้น (Reticular Formation) ซีรีบรัล คอร์เทกซ์ และระบบ ลิมบิก ทำให้มีการหลั่งนอร์อิพิเนพรีนและอะซิติลโคลีน จากระบบประสาทซิมพาเทติกและ พาราซิมพาเทติก ตามลำดับ ซึ่งพบว่าการมีระดับนอร์อิพิเนพรีนในร่างกายมาก จะทำให้บุคคลมี อารมณ์ดีขึ้น นอกจากนี้ผลการสัมผัสยังลดการทำงานของระบบซิมพาเทติกและกระตุ้นการทำงานของ ประสาทพาราซิมพาเทติก จึงทำให้เกิดการผ่อนคลาย ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ และระดับความวิตกกังวลลดลงอีกด้วย (อุคม บุญยทรัพย์, 2527, หน้า 3 – 22)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสัมผัสบำบัด

ฉวี เบาทรวง (2526, หน้า 69 – 70) ได้ศึกษาผลการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่าง มีแบบแผนและการสัมผัสต่อการลดความวิตกกังวลและพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในระยะ คลอดที่โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงคุณสมบัติที่กำหนดไว้ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองที่ 1 เป็นกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างมี แบบแผน กลุ่มที่ 2 ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผนร่วมกับการสัมผัส และ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่าง มีแบบแผนร่วมกับการสัมผัสมีความวิตกกังวลน้อยที่สุด และแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญจากกลุ่มที่ได้ รับคำแนะนำเพียงอย่างเดียวหรือกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ศิริพันธ์ สุคนธรรัตน์ (2527, หน้า 80) ได้ศึกษาเรื่องผลการสัมผัสต่อระดับความวิตกกังวล ในผู้ป่วยที่รับการรักษาในแผนกอายุรกรรม ตัวอย่างประชากรเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวใน แผนกอายุรกรรมสามัญ จากโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 36 ราย เลือกกลุ่ม ประชากรแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งกลุ่มประชากรออกเป็น 3 กลุ่ม เท่า ๆ กัน กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มตัวอย่างประชากรที่ได้รับการสัมผัสร่วมกับการกระตุ้นด้วยคำพูด กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มที่ได้รับการกระตุ้นด้วยคำพูด กลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัย พบว่าระดับความวิตกกังวลของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการสัมผัสลดลงแตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการ พยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บาร์เน็ต (Barnett, 1972, p. 87) ได้ทำการสำรวจเกี่ยวกับตำแหน่งที่ให้การสัมผัสและ ความบ่อยครั้ง โดยสำรวจในเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพจำนวน 900 ราย และผู้ป่วยจำนวน 540 ราย ในโรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง จากการสำรวจ พบว่า ส่วนของร่างกายที่ผู้ป่วยได้รับการสัมผัสมาก ที่สุดคือ มือ หน้าผาก และไหล่ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่สบายดีจะได้รับการสัมผัส 70 % บ่อยมากกว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติ

แมคคอร์เคิล (Mc Corkel, 1974, pp. 125 – 132) ได้ศึกษาเรื่องผลการสัมผัสต่อผู้ป่วยหนัก โดยศึกษาในผู้ป่วยที่มีอาการหนัก 60 ราย ที่อยู่ในหอผู้ป่วยหลังผ่าตัด ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

(ICU) และหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ (CCU) โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 ให้การสัมผัสร่วมกับการกระตุ้นด้วยคำพูด กลุ่มที่ 2 ให้การกระตุ้นด้วยคำพูดอย่างเดียว ผลการวิจัยพบว่า การแสดงออกทางสีหน้าเป็นไปในทางบวกในกลุ่มที่ 1 ต่างจากกลุ่มที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการแสดงออกทางการเคลื่อนไหวร่างกายไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ส่วนใหญ่จะแสดงออกในทางกลาง ๆ คือ นอนเฉย ไม่เคลื่อนไหว

จากเอกสารและงานวิจัยที่ได้เสนอมาข้างต้น สรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลมีโอกาสที่จะเกิดความวิตกกังวลได้มาก ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลเหล่านี้ ซึ่งการให้การสัมผัสที่เหมาะสมของพยาบาลจะสามารถช่วยให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลงและส่งเสริมการฟื้นสภาพเป็นอย่างดี

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับดนตรีบำบัด

ดนตรี หมายถึง เสียงสูง ๆ ต่ำ ๆ ได้รับการเรียบเรียงไว้อย่างมีแบบแผน เป็นเสียงที่มีอิทธิพลต่อมนุษย์ โดยเนื้อหาของดนตรีเป็นภาษาสากลที่ทำให้ชนชาติต่าง ๆ สามารถติดต่อสื่อสารกันได้โดยไม่ต้องอาศัยคำพูด (Alvin, 1966, p. 97)

ดนตรีเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตมนุษย์ ซึ่งเกิดมาพร้อมกับธรรมชาติ ดนตรีของมนุษย์ในระยะแรก ๆ เกิดจากเสียงฟ้าร้อง ฝนตก น้ำไหล ใบไม้ไหวหรือสัตว์ร้อง นอกจากนี้ยังเกิดขึ้นได้จากการกระทำของมนุษย์ เช่น การเป่าปาก การปรบมือ การเคาะหินหรือการเคาะไม้ ซึ่งในระยะต่อมามนุษย์ได้นำมาปรุงแต่งให้มีระบบระเบียบมากขึ้น โดยอาศัยทั้งกฎเกณฑ์ทางวิทยาศาสตร์แห่งเสียงจากธรรมชาติ เสียงจากเครื่องดนตรีหรือเสียงขับร้องของมนุษย์ที่ประกอบด้วยจังหวะลีลาการเคลื่อนไหวของเสียงสูง ๆ ต่ำ ๆ สลับไปมาอย่างเหมาะสม กลมกลืนจนเป็นศิลปะทางดนตรีขึ้น มนุษย์มีความผูกพันรักกับดนตรีอย่างมากและลึกซึ้งตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต เมื่อเป็นทารกจะได้ยินเสียงเห่กล่อมจากมารดา เมื่อโตขึ้นการจัดงานรื่นเริงก็มีเสียงดนตรีร่วมบรรเลงให้ความสนุกสนาน และวาระสุดท้ายก็มีดนตรีที่จัดให้กับงานศพ ตลอดจนงานอื่น ๆ ที่ต่างวาระกันไป ทั้งนี้เนื่องจากเสียงดนตรีสามารถบันดาลให้เศร้า รัก สนุกสนาน เบิกบาน ชัยชนะ และสามัคคีในมนุษย์ได้อย่างน่าพิศวง ในขณะเดียวกันก็สามารถทำให้แรงดันโลหิตสูงหรือต่ำ และชีพจรเต้นเร็วหรือช้าได้ (จำไพพรรณ ศรีโสภาค, 2511, หน้า 118-126) จากมูลเหตุดังกล่าวทำให้นักวิทยาศาสตร์ นักศิลปะ นักปรัชญา และแพทย์ต่างนำดนตรีมาศึกษาวิเคราะห์เพื่อนำมาใช้ประโยชน์โดยอาศัยองค์ประกอบและคุณสมบัติที่สามารถบันดาลอารมณ์ของบุคคลได้ตามปรารถนา

องค์ประกอบและคุณสมบัติของดนตรี

ในการสร้างเสียงให้อยู่ในระเบียบของจังหวะ ทำนอง สีสัมผัสของเสียงและคีตลักษณ์ ดนตรีไม่ว่าจะเป็นของชาติใดล้วนมีพื้นฐานมาจากส่วนต่าง ๆ เหล่านี้ทั้งสิ้น ความแตกต่างในรายละเอียดแต่ละส่วนนั้น กรอบวัฒนธรรมของแต่ละสังคมจะเป็นปัจจัยที่กำหนดให้ตรงตามรสนิยมของแต่ละวัฒนธรรม จนเป็นผลให้สามารถแยกแยะดนตรีของชาติหนึ่งแตกต่างจากดนตรีของอีกชาติหนึ่ง ดนตรีบำบัดส่วนใหญ่ที่ใช้ในต่างประเทศเป็นดนตรีคลาสสิก การเลือกชนิดของดนตรีเพื่อให้ผู้ป่วยฟังนั้นควรพิจารณาถึงสังคมและวัฒนธรรมของผู้ป่วยประกอบด้วย (Buckwalter, Harthock, & Gaffney, 1985, p. 58) การวิจัยครั้งนี้เลือกดนตรีบรรเลงไทยสากลและไทยลูกทุ่งเป็นดนตรีบำบัดเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ดังนั้นในการศึกษาองค์ประกอบของดนตรีจึงพิจารณาจากลักษณะต่อไปนี้ (พิชัย ปรัชญานุสรณ์, 2537, หน้า 83 – 86)

1. จังหวะ หมายถึง การเคลื่อนไหวของเสียงในช่วงเวลาหนึ่ง เช่น เสียงเดินเป็นจังหวะของชีพจร การตีกลองเป็นจังหวะรัว เสียงที่ได้จากการเป่าลุ่ยเป็นจังหวะสั้นยาว เป็นต้น มีหน่วยเป็นบิทย่อนาที จังหวะเป็นสิ่งประกอบสำคัญสำหรับดนตรี หากจังหวะไม่ดีทำให้ดนตรีขาดความไพเราะ ไม่น่าฟัง ราไพพรรณ ศรีโสภาค (2511, หน้า 2/5) กล่าวว่า จังหวะดนตรีมีอิทธิพลต่อมนุษย์เป็นอย่างมาก มีผลต่อมนุษย์อย่างอัตโนมัติ โดยสามารถกระตุ้น จักระเบียบหรือรักษาได้ เพราะจังหวะของดนตรีสามารถกระตุ้นการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ก่อให้เกิดการตอบสนองทางอารมณ์ได้ เช่น จังหวะที่เร็วไม่สม่ำเสมอ กระตุ้นให้เกิดความรู้สึกตื่นเต้นเร้าใจ จังหวะที่ช้าสม่ำเสมอ ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย จังหวะเคาะระฆังบอกเวลายามค่ำกั้นก่อก่อให้เกิดความรู้สึกวังเวง จังหวะมาร์ช ก่อให้เกิดความตึกตัก ตื่นเต้น เป็นต้น และผลของจังหวะที่มีต่อมนุษย์ คือ ช่วยให้เกิดสมาธิ (Concentration) และช่วยให้เกิดการผ่อนคลายความเครียด

2. ความช้า-เร็วของจังหวะดนตรี หมายถึง อัตราความเร็วในการเคาะจังหวะ สำหรับเพลงนั้น ๆ ซึ่งนิยมนับเป็นจำนวนครั้งต่อ 1 นาที โดยทั่วไป 1 จังหวะจะมีความเร็วอยู่ระหว่าง 50 – 120 เมโตรนอมต่อนาที (MM = Metronom Measurement เป็นเครื่องมือจับจังหวะทางดนตรีต่อนาที ซึ่งเปลี่ยนแปลงได้ตามระดับของจังหวะต่าง ๆ) ซึ่งใช้เทียบมาตรฐานอย่างคร่าว ๆ โดยประมาณว่าเท่ากับอัตราการเต้นของหัวใจมนุษย์ระหว่าง 70 – 80 ครั้ง (Feder, 1981, p. 131) เป็นจังหวะปกติจะทำให้รู้สึกสงบ สร้างสมาธิ และช่วยในการปลดปล่อยอาการเกร็งและความหมกมุ่นต่าง ๆ ของร่างกาย ถ้าความถี่ของการตีจังหวะนับจากเมโตรนอมเร็วกว่าการเต้นของหัวใจเรียกว่า จังหวะเร็ว และถ้าช้ากว่าการเต้นของหัวใจเรียกว่า จังหวะช้า (ราไพพรรณ ศรีโสภาค, 2511, หน้า 2/5) จังหวะของดนตรีที่เร็วกว่าการเต้นของหัวใจ (มากกว่า 80 – 90 ครั้งต่อนาที) จะทำให้รู้สึกเกิดความ

ดังเกรียด จังหวะที่ช้ากว่าการเต้นของหัวใจ (40 – 60 ครั้งต่อนาที) จะทำให้รู้สึกไม่มั่นใจหรือวิตกกังวล และจังหวะที่ปกติที่เร็วเท่ากับอัตราการเต้นของหัวใจ (60 – 80 ครั้งต่อนาที) จะทำให้รู้สึกสงบ (Cook, 1981, p. 259)

3. ระดับเสียง (Pitch) หมายถึง ความถี่ของเสียงเป็นรอบต่อหนึ่งวินาที มีหน่วยเป็นเฮิรตซ์ (Hertz) เสียงที่มีความถี่สูงคือเสียงสูง เสียงที่มีความถี่ต่ำคือเสียงต่ำ มนุษย์สามารถได้ยินเสียงจากความถี่ประมาณ 20 – 20,000 เฮิรตซ์ ซึ่งมีผลต่อร่างกายและจิตใจมนุษย์ และจะมีการปรับปฏิกริยาการแสดงออกของตนให้เข้ากับระดับของเสียงดนตรี โดยเสียงที่ต่ำมากจะให้ความรู้สึกหาวดกลั้ว บรรยากาศน่าเกรงขาม เสียงต่ำจะทำให้เกิดความรู้สึกสงบ เสียงสูงระดับกลางจะให้ความรู้สึกสุขสบาย เสียงสูงมากจะทำให้เกิดความรู้สึกตื่นเต้น เร้าใจ และเหนื่อยได้ เพราะมีผลต่อการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อซึ่งสัมพันธ์กับระบบประสาทซิมพาเทติก (ราไฟพรอน ศรีโสภาค, 2511, หน้า 2/5)

4. ความดังหรือความเข้มของเสียง (Loudness or Volume Intensity) หมายถึง ปริมาณความเข้มของเสียงที่วัดได้เป็นหน่วยเดซิเบล (Decibel) เช่น เสียงใบไม้ไหวจะดังประมาณ 20 เดซิเบล เสียงพูดคุยระดับปกติจะดังประมาณ 50 – 60 เดซิเบล เสียงร้องเพลงห่างจากผู้ฟังระยะ 3 ฟุตดังประมาณ 75 เดซิเบล เสียงที่ดังจนเป็นอันตรายต่อระบบประสาทการรับฟังจะมีขนาด 100 เดซิเบลขึ้นไป เช่น เสียงเครื่องบินเล็กดัง 130 เดซิเบล เป็นต้น คนและสัตว์จะมีปฏิกิริยาโต้ตอบกับสัญญาณของเสียงต่าง ๆ ที่ปรากฏขึ้น ซึ่งเสียงสูงจะเร้าเตือนกระตุ้นอารมณ์และมีผลต่อการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อซึ่งสัมพันธ์กับระบบประสาทซิมพาเทติก และเสียงต่ำทำให้เกิดความสงบและให้ความรู้สึกสบาย ผลของความเข้มของเสียงก่อให้เกิดประโยชน์ คือใช้เป็นสื่อให้เกิดสมาธิได้ กระตุ้นและลดความรู้สึกส่วนลึกทางจิตใจให้สงบหรือตื่นตัวได้ สร้างระเบียบและควบคุมตนเองให้เหมาะสม

5. ทำนองเพลง เกิดจากการนำระดับเสียงสูง ๆ ต่ำ ๆ มาผสมผสานกับจังหวะของแต่ละเสียง โดยคำนึงถึงความสั้นยาวของแต่ละเสียงให้สอดคล้องสัมพันธ์กัน ทำนองเพลง คือ แนวความคิดหลัก (theme) ของดนตรี เป็นส่วนขยายความคิดทางภาษาดนตรี พาร์ริออต (Parriott, 1969, p. 1724) กล่าวว่า ทำนองเพลงมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการรับรู้ของมนุษย์ ดังนั้นจึงเห็นได้ว่า ทำนองเพลงที่มีลีลาเชื่องช้า เสียงไปในบรรยากาศเศร้าที่เรียกว่าไมเนอร์ โมด (Minor Mode) จะให้ความรู้สึกที่เศร้าได้ ตรงกันข้าม ทำนองที่ประกอบด้วยจังหวะเร็วและมีบรรยากาศทางเมเจอร์ โมด (Major Mode) ก็จะทำให้ความรู้สึกที่รื่นเริงได้ ทำนองเพลงจึงสามารถนำมาใช้ในการบำบัดได้ ซึ่งผลของทำนองเพลงจะก่อให้เกิดการสร้างสัมพันธ์ภาพและลดความวิตกกังวล ทำให้รู้สึกสงบ ผ่อนคลายความรู้สึกในส่วนลึกของจิตใจได้ และเกิดความคิดริเริ่มของตนเอง

6. น้ำเสียงหรือความกังวานของเสียง (Tone Colour or Seniority) คือคุณภาพของเสียงดนตรีที่รู้สึกได้จากการขับร้องหรือจากเครื่องดนตรีชนิดต่าง ๆ ทำให้แยกแยะความแตกต่างทางลักษณะเสียง เพราะเสียงทุกเสียงที่เราได้ยิน แม้ว่าจะเป็นชนิดของแหล่งกำเนิดเดียวกัน ก็ให้ความแตกต่างทางลักษณะเสียงได้ เช่น เสียงพ่อกับเสียงลูกชายจะต่างกัน เพราะพ่ามีหลอดเสียง (Vocal Cords) ที่หนากว่า เสียงจิ้งหีวก็ต่างจากเสียงของปลาแมลงก็ต่างกันได้เพราะโครงสร้างของกล่องเสียง ตลอดจนอวัยวะช่องคอ ปาก ต่างกัน หรือแม้แต่เสียงจากเครื่องดนตรีต่างชนิดกัน ที่เล่นโน้ตเดียวกัน (ที่ความถี่เท่ากัน) ก็มีคุณลักษณะเสียงที่ต่างกัน ได้ เช่น เสียงจากไวโอลิน (Violin) ต่างจากเสียงทรัมเป็ต (Trumpet) น้ำเสียงจะช่วยให้ดนตรีมีความหลากหลาย นอกจากนี้ อัลวิน (Alvin, 1966, p. 64) ยังกล่าวอีกว่า น้ำเสียงยังเป็นคุณสมบัติที่จะทำให้ผู้ฟังเกิดความประทับใจ ความพอใจได้โดยไม่ต้องใช้ความสามารถทางสติปัญญา (Intellectual Impression) ซึ่งผู้ฟังไม่ต้องสร้างกลไกการป้องกันตนเอง (Defense Mechanism) อีกทั้งน้ำเสียงจะทำให้เข้าถึงอารมณ์เพลงได้สนิทยิ่งขึ้น เพลงประณีตที่ฟังกันได้นาน ๆ เป็นอมตะ มักจะมีองค์ประกอบของน้ำเสียงเหมาะสมกับทำนองเพลง สามารถทำให้ผู้ฟังเคลิบเคลิ้มเข้าถึงจินตนาการได้

7. ทิศทางของเสียงดนตรี (Direction) ขึ้นอยู่กับทิศทางของแหล่งกำเนิด ตัวกลางที่เสียงเดินทางผ่าน เช่น อุณหภูมิในห้อง ความชื้น ตลอดจนคุณลักษณะความกว้างยาวและสูงของห้อง เป็นต้น เสียงดนตรีมีการหักเหได้เช่นเดียวกับแสง ทำให้เกิดความดัง ความเบา แตกต่างกันในแต่ละจุด นอกจากนี้ก็ยังมีเรื่องของเสียงก้อง เสียงสะท้อน เป็นต้น

8. เสียงประสาน (Harmony) หมายถึง ทำนองตั้งแต่สองแนวขึ้นไป นำมาบรรเลงหรือร้องออกเสียงพร้อมกันในช่วงเวลาเดียวกัน ทำให้เกิดลักษณะเสียงผสมขึ้น ซึ่งอาจสร้างความไพเราะเสนาะหูหรือระคายหูก็ได้แล้วแต่การกระทบกันของเสียงนั้น ๆ การแยกแยะความไพเราะหรือความระคายหูได้ดีเพียงใด ขึ้นอยู่กับระดับสติปัญญาและการได้รับการฝึกฝนเรียนรู้ทางเสียงประสาน

9. ความรู้สึกทางดนตรี (Expression) เป็นหัวใจของดนตรีที่ทำให้ผู้ร้องและผู้ฟังเกิดความเข้าใจและประทับใจถึงอารมณ์และบรรยากาศของเพลงนั้น ๆ เช่น เศร้า อ่อนหวาน ร่าเริง สนุกสนานหรือรูกเร้าใจ เป็นการแสดงความรู้สึกทางอารมณ์ ความคิด ในขณะที่เล่นดนตรีหรือขับร้อง ซึ่งมีการแสดงออกมากมาย เช่น จังหวะช้าหรือเร็วเท่าใด ความดัง – ค่อย การเร่ง – การหน่วง ให้เสียงดนตรีและเสียงประสานไปในแนวของอารมณ์ต่าง ๆ เช่น ความสงบสุข สบายใจ โกรธ เศร้า ความตื่นเต้น ความสง่างาม เป็นต้น (ครุฑณี ลิ้มประเสริฐ, 2539, หน้า 21)

10. แบบแผนการประพันธ์ (Form) คือ โครงสร้าง ซึ่ง สมโภช รอดบุญ (2518, หน้า 11) กล่าวว่า เป็นโครงสร้างขึ้นมาเพื่อเป็นแบบแผนสำหรับยึดถือในการประพันธ์ ซึ่งมีทั้งโครงสร้าง ตั้งแต่ขนาดเล็กจนถึงขนาดใหญ่ ได้แก่ เพลงร้อง (Song) เพลงเดินรำ (Minuet)

โซนาตา (Sonata) รอนโด (Rondo) ออราทอริโอ (Oratorio) คอนแชร์โต (Concerto) และซิมโฟนี (Symphony) แบบแผนการประพันธ์ทำให้เกิดความรู้สึกว่า เพลงแต่ละเพลงนั้นมีเอกลักษณ์ของตนเอง สื่อความหมายได้เหมาะสม ให้ความรู้และสร้างอารมณ์ทางดนตรีดียิ่งขึ้น การทราบแบบแผนการประพันธ์จะทำให้สามารถเข้าใจจิตนิพนธ์นั้นได้ดี อีกทั้งยังสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในดนตรีบำบัดได้อีกด้วย

นอกจากองค์ประกอบของดนตรีที่กล่าวมาแล้ว การนำดนตรีมาใช้จะได้ผลหรือไม่เพียงใดขึ้นอยู่กับ การฟัง (Listening) และความมุ่งหมายของการฟัง การฟังดนตรีมีด้วยกันหลายลักษณะคือ

1. การฟังโดยไม่ตั้งใจ (Passive Listening) ได้แก่การฟังในลักษณะของการได้ยินมิได้ตั้งใจฟัง เช่นการได้ยินเสียงเพลงที่เปิดตามศูนย์การค้า การฟังเพลงขณะรับประทานอาหารเช้า
2. การฟังดนตรีเนื่องจากเสียงดนตรีทำให้สนใจ (Sensuous Listening) ได้แก่การฟังที่เกิดจากความไพเราะของเสียงดนตรี ทำให้ผู้ฟังเกิดความสนใจเสียงดนตรีและเริ่มตั้งใจที่จะฟังเพลง การฟังดนตรีในลักษณะนี้ผู้ฟังจะรู้สึกซาบซึ้งในระดับหนึ่ง แต่ไม่ถึงระดับซาบซึ้งที่แท้จริง
3. การฟังโดยมีอารมณ์ร่วม (Emotional Listening) ได้แก่การฟังโดยผู้ฟังมีอารมณ์ร่วมไปกับบทเพลงคิดและมีความรู้สึกไปเองตามความต้องการของตนเองโดยไม่ได้ศึกษาถึงโครงสร้างของดนตรีหรือบทเพลง
4. การฟังโดยการรับรู้ (Perception Listening) ได้แก่การฟังโดยผู้ฟังตั้งใจอย่างมากและมีการศึกษาถึงโครงสร้างของดนตรีหรือบทเพลงมาก่อนทำให้ทราบลักษณะของบทเพลงอย่างถ่องแท้ ทำให้ได้รับอรรถรสของดนตรีอย่างครบถ้วน

ในการฟังดนตรีของแต่ละคนมีจุดประสงค์ของการฟังที่แตกต่างกัน จุดประสงค์ของการฟังดนตรีแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ (สุกรี เจริญสุข, 2532, หน้า 45)

1. การฟังภายนอกของดนตรี มีจุดประสงค์การฟังดังนี้
 - 1.1 เพื่อความเพลิดเพลิน เป็นลักษณะการฟังที่คนส่วนใหญ่นิยมเพื่อผ่อนคลายความเครียดทางอารมณ์ ไม่สนใจองค์ประกอบและเนื้อหาของดนตรี เช่น การฟังเพลงขณะทำงาน ขับรถ อ่านหนังสือ หรือขณะรับประทานอาหารเช้า เป็นต้น ลักษณะการฟังเป็นการฟังผ่าน แต่สามารถอยู่ในการทำงาน หรือกิจกรรมอื่นๆ ดังกล่าว
 - 1.2 เพื่อความหมาย แบ่งได้เป็น 2 ประเด็นดังนี้
 - 1.2.1 ความหมายในตัวของคนตรีเอง โดยศิลปินที่สร้างงานดนตรีนั้นสอดใส่อารมณ์เพลงที่แฝงความรู้สึกที่มีความหมายไว้
 - 1.2.2 ผู้ฟังดนตรีเชื่อมโยงดนตรีเข้าหาความหมายตามประสบการณ์ของผู้ฟังที่เคยได้รับ

การฟังเพื่อความหมายนั้นผู้ฟังมีอารมณ์ร่วมรับรู้กับดนตรีที่ฟัง เช่น จังหวะ เนื้อร้อง ทำนอง หรือองค์ประกอบของดนตรีอย่างใดอย่างหนึ่งที่สามารถสื่อความหมายต่อผู้ฟังได้ จังหวะ เป็นสื่อความหมายที่ง่ายที่สุด เพราะจังหวะเป็นองค์ประกอบของดนตรีที่สามารถเข้าใจให้ผู้ฟังสนใจ ดนตรี แต่ถ้านำเนื้อร้องเข้ากับทำนองดนตรีเป็นการเพิ่มเสน่ห์น่าสนใจของเพลงนั้นมาก

2. การฟังภายในของดนตรี เป็นการฟังอย่างวิเคราะห์และฟังเพื่อความไพเราะในทางสุนทรียะ จำเป็นต้องเข้าใจถึงรายละเอียดขององค์ประกอบเช่น เสียง จังหวะ ทำนอง คำร้อง และเสียงประสานของดนตรี นำองค์ประกอบต่าง ๆ มาวิเคราะห์

2.1 การฟังเพื่อการวิเคราะห์ เป็นการฟังแบบเจาะลึกเข้าไปภายในของดนตรี ต้องอาศัยความรู้เข้ามาเป็นส่วนช่วยในการฟัง เพราะความรู้เป็นเหตุผลที่ควบคุมอารมณ์อีกระดับหนึ่ง

2.2 การฟังเพื่อสุนทรียะ เป็นการฟังเพื่อความงามความไพเราะต้องอาศัยสมาธิในการฟังความไพเราะครั้งแรกก่อนที่ยังไม่มีความรู้เป็นความไพเราะที่บริสุทธิ์ ปราศจากเหตุผล

การเลือกใช้ดนตรีเพื่อให้เกิดประโยชน์นั้นผู้ใช้อาจเลือกจากองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งเพียงอย่างเดียว เช่น การนำเสนอจังหวะที่สม่ำเสมอเพื่อให้เกิดสมาธิหรือใช้ระดับเสียงไปกระตุ้นให้เกิดความสงบ สบายใจ เพื่อช่วยให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ที่ดีขึ้นหรือการใช้หลายองค์ประกอบร่วมกัน เช่น นำทำนองเพลงและเสียงประสานรวมกันจากเพลงดนตรีประเภทอมตะ (Classic Music) ไปช่วยให้เกิดจินตนาการสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้สอดคล้องกับสภาพจิตใจและสังคม

การแบ่งประเภทของดนตรี

สำหรับดนตรีของนิยามของไทยนั้นแบ่งเป็น 3 ประเภทใหญ่ ๆ ได้แก่ ดนตรีพื้นบ้าน หรือเพลงพื้นบ้าน เพลงลูกกรุงหรือเพลงไทยสากลและเพลงลูกทุ่ง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (สุกรี เจริญสุข, 2532, หน้า 83 -96)

1. เพลงพื้นบ้าน (Folk Music) เพลงพื้นบ้านเป็นศิลปะการเล่นของชาวบ้าน เริ่มตั้งแต่การร้องรำทำเพลง ตีเกราะ เคาะไม้ ดิดีตีตีเป่า เพลงพื้นบ้านมีความเก่าแก่กว่าศิลปะดนตรีประเภทอื่น ๆ ซึ่งต่างก็วิวัฒนาการมาจากเพลงพื้นบ้านเกือบทั้งสิ้น เพลงพื้นบ้านเป็นของชาวบ้านที่ชาวบ้านสร้างขึ้นเพื่อความสนุกสนานหรือประกอบงานพิธีของชาวบ้าน ซึ่งเป็นความบันเทิงที่ทุกชีวิตต้องการเมื่อมีโอกาสดังกล่าวจะหาความบันเทิงได้

เพลงพื้นบ้านมีลักษณะดังนี้

1.1 เป็นเพลงที่ร้องผูกขึ้นโดยอาศัยฉันทลักษณ์ อาจเป็นกลอนตลาด ร่ายยาวมากกว่าฉันทลักษณ์ชนิดอื่น ๆ เพราะทั้งกลอนตลาดและร่ายยาวเป็นฉันทลักษณ์ของชาวบ้าน ซึ่งพบเห็นในแหล่งสภา เพลงยาว

1.2 เพลงพื้นบ้านมีทำนองสั้น ๆ ซ้ำ ๆ วกไปเวียนมา โดยเปลี่ยนเนื้อร้องไปเรื่อย ๆ เข้าหลักที่ว่า “ร้อยเนื้อทำนองเดียว” อาจเป็นการร้องเดี่ยวหรือมีลูกคู่ประกอบ

1.3 เนื้อเรื่องมีความสำคัญยิ่งกว่าสิ่งใด ส่วนใหญ่เป็นนิทานสอนใจ คติธรรม เรื่องราวที่เกี่ยวกับศาสนา ชีวิตความเป็นอยู่ของชาวบ้าน เป็นต้น

1.4 เครื่องดนตรีที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นเครื่องประกอบจังหวะ ซึ่งอาจจะเป็นลิ้ง ฉาบ กรับ เป็นต้น เมื่อมีจังหวะประกอบกับการขับลำนำแล้วเครื่องดนตรีที่สามารถบรรเลงทำนองได้ก็จะบรรเลงประกอบคลอไปกับแนวลำนำ

1.5 แนวนิยมในการบรรเลงเพลงพื้นบ้าน ระบบชาวบ้านเป็นระบบที่สะดวก ดังนั้นการบรรเลงดนตรีของชาวบ้านจึงเป็นแบบตามสะดวก ไม่มีแบบแผนที่รัดกุมนัก เพียงแต่นัดหมายหรือเข้าใจกันว่าเป็นอย่างนั้นเป็นอย่างนี้

1.6 ดนตรีพื้นบ้านไม่ทราบว่ามีใครเป็นผู้แต่ง เพียงแต่สืบทอดกันมาช้านาน ไม่มีการบันทึกข้อมูลหรือประวัติความเป็นมา อาศัยการเล่าสืบทอดกันมาจากบรรพบุรุษ

2. เพลงลูกกรุงหรือเพลงไทยสากล (Light Music) การพัฒนาการเพลงลูกกรุงนั้นเป็นเวลาก่อนข้างยาวนาน “ลูกกรุง” น่าจะมาจากความนิยมของ “ชาวกรุง” คือผู้ที่อยู่ในเมืองได้รับการศึกษา มีความเจริญทางเทคโนโลยีมากกว่าชาวบ้าน ศิลปวัฒนธรรมมีความละเอียดละไมมากกว่า

3. เพลงลูกทุ่ง (Country Music) เป็นเพลงที่เกิดขึ้นในสังคมเกษตรกรรม เป็นการแสดงออกของเกษตรกรที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับท้องทุ่ง ชีวิตความเป็นอยู่ การทำงาน ความรักและสังคมลูกทุ่ง

เพลงลูกทุ่งมีลักษณะที่สำคัญดังนี้

3.1 เป็นเพลงที่มีลีลาจังหวะพื้นบ้าน ในที่นี้หมายถึงจังหวะช้าช้าช้า จังหวะลำตัด จังหวะกลองยาว เป็นต้น

3.2 ทำนองเพลงลูกทุ่งเป็นทำนองเพลงง่าย ๆ สั้น ๆ ซ้ำ ๆ แบบทำนองเพลงพื้นบ้าน เพลงแหล่ เพลงฉ่อย เพลงเรือ เพลงลำตัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเสภา มีทั้งการร้องเดี่ยวและการร้องที่อาศัย “ลูกคู่” ประกอบ

3.3 เนื้อร้องเป็นเรื่องของชาวบ้าน พูดกันอย่างตรงไปตรงมา ไม่มีสำนวนวิจิตรพิสดาร ผูกประโยคของภาษาอย่างง่าย ๆ บรรยายชีวิตความเป็นอยู่ของชนบท ซึ่งสอดคล้องกับที่สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี (2532, หน้า 28-29) ทรงกล่าวว่า เพลงลูกทุ่งมักจะสะท้อนภาพชีวิตจริงของคน ปัญหาเศรษฐกิจ และปัญหาทางการเมืองได้เป็นอย่างดี เรียกได้ว่าเข้าถึงใจคนฟังในเวลาอันรวดเร็ว เป็นคุณสมบัติพิเศษที่เพลงชนิดอื่นทำได้ไม่ดี เพลงลูกทุ่งมีความคล้ายคลึงกับเพลงไทยคือการออกภาษา ลูกทุ่งมีเพลงภาษามากมาย รวมทั้งสำเนียงไทย

ทุกภาค ด้วยเหตุนี้จึงได้รับความนิยมสูง เรียกได้ว่าสามารถเข้าถึงชุมชนน้อยใหญ่ทั่วประเทศได้เป็นอย่างดี

3.4 สำเนียงที่ใช้ในการร้อง ใช้สำเนียงพื้นบ้าน ถ่ายทอดอารมณ์ที่เป็นภาษาชาวบ้าน ธรรมดา สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งคือการใช้ลูกคอ (Vibrato) หรือการระร่ำเสียง ซึ่งเป็นลักษณะเด่นเฉพาะตัวของความเป็นเพลงลูกทุ่ง

3.5 เครื่องดนตรีที่ใช้ประกอบการบรรเลงเพลงลูกทุ่ง มักขึ้นอยู่กับว่ามีเครื่องดนตรีอะไรที่สะดวก เครื่องที่ขาดไม่ได้คือเครื่องที่ประกอบจังหวะ เช่น กลองทุ้ม กลองคองโก (ทอมบ้า) ฉิ่ง ฯลฯ เพราะเครื่องประกอบจังหวะสามารถสร้างความสนุกสนานครึกครื้นเร้าใจ

3.6 การเรียบเรียงเสียงประสานเพลงลูกทุ่งส่วนใหญ่สืบทอดมาจากเพลงพื้นบ้านที่นิยมบรรเลงตามใจชอบ คือไม่มีการเรียบเรียงเสียงประสาน อาศัยทำนองของเนื้อร้องเป็นหลัก

3.7 การถ่ายทอดอารมณ์เพลง ถือเป็นหัวใจสำคัญของเพลงลูกทุ่ง เพลงลูกทุ่งอาศัยเนื้อร้องที่เกี่ยวข้องกับชีวิตจริงแล้วถ่ายทอดอารมณ์ออกมาด้วยความซาบซึ้งกินใจไม่เสแสร้ง อารมณ์ซื่อ ๆ

ผลของดนตรีต่อการเปลี่ยนแปลงของบุคคล

จากองค์ประกอบและคุณสมบัติของดนตรีที่ได้กล่าวมาแล้ว จะเห็นได้ว่าดนตรีมีอิทธิพลต่อมนุษย์ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และความนึกคิด ซึ่งนักจิตสังคมได้ให้คุณค่าของดนตรีที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจไว้ดังนี้ (Patriot, 1969, p. 1723)

1. ดนตรีก่อให้เกิดพลัง (Power)
2. ดนตรีก่อให้เกิดความสว่างแก่จิตใจ (Enlightment)
3. ดนตรีก่อให้เกิดความสุข (Well – Being)
4. ดนตรีก่อให้เกิดทักษะ (Skill)
5. ดนตรีก่อให้เกิดความสมบูรณ์ (Wealth)
6. ดนตรีก่อให้เกิดความผูกพันรักใคร่ (Affection)
7. ดนตรีก่อให้เกิดความเคารพนับถือ (Respect)
8. ดนตรีก่อให้เกิดคุณธรรม (Rectitude)

จากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับดนตรีดังกล่าวมาข้างต้น เป็นเหตุให้มีผู้สนใจศึกษาค้นคว้าผลของดนตรีต่อการเปลี่ยนแปลงของบุคคลมากขึ้น โดยอาศัยหลักการหรือความเชื่อที่ว่าเสียงดนตรีที่เกิดขึ้น เมื่อผ่านเข้าไปอวัยวะเกี่ยวกับการได้ยิน (auditory apparatus) แล้วจะมีเส้นประสาทส่งต่อไปยังสมองทาลามัส (Thalamus) และคอร์ติคอล (Cortical) ในภาวะที่รู้สึกตัวหรือมีสติสัมปชัญญะ ดนตรีจะไปปรับเปลี่ยนอารมณ์และความรู้สึกนึกคิดที่สมองส่วนคอร์ติคอล

ซึ่งเป็นสมองส่วนบน จึงมีผลต่อบุคคลด้านความสนใจ ความคิด แรงจูงใจ ความจำและจินตนาการ ส่วนในภาวะที่ไม่รู้สึกตัว คนตรีจะปรับเปลี่ยนอารมณ์ที่ระดับสมองส่วนทาลามัส ซึ่งเป็นสมองส่วนล่าง และเป็นสถานีใหญ่ในการถ่ายทอดอารมณ์และความรู้สึกไปสู่สมองส่วนซีรีบอลล เฮมิสเฟียร์ (Cerebral Hemisphere) ผ่านไปตามวิถีประสาท คลื่นเสียงที่เข้าไปจึงสามารถกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติได้ ดังนั้นในภาวะที่ไม่รู้สึกตัว บุคคลจึงสามารถได้รับอิทธิพลจากดนตรีที่ระดับทาลามัส (Alvin, 1966, p. 98) ดังนั้นเมื่อบุคคลได้รับการกระตุ้นด้วยเสียงดนตรีจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา คนตรีมีผลต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบหายใจ ระบบกล้ามเนื้อ ระบบประสาท และระบบการเผาผลาญในร่างกาย ซึ่งจากการศึกษาทดลองเกี่ยวกับดนตรีประเภทต่าง ๆ ได้ชี้ให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงคือดนตรีทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของประจุไฟฟ้าในร่างกาย มีอิทธิพลต่อการไหลเวียนของโลหิต ชีพจร ความดันโลหิต การขับเหงื่อในร่างกาย ตลอดจนมีผลต่อการเพิ่มหรือลดการใช้พลังงานของกล้ามเนื้อ โดยดนตรีประเภทที่ทำให้สงบ ทำให้อัตราการไหลเวียนของโลหิตในสมองช้าและมีปริมาณลดลง รวมทั้งยังทำให้อัตราการใช้ออกซิเจนเป็นนาที (Minute Oxygen Consumption) และอัตราการเผาผลาญอาหารในร่างกายลดลงด้วย แต่ดนตรีประเภทที่ทำให้ตื่นเต้นเร้าใจ จะทำให้อัตราการไหลเวียนของโลหิตในสมองเพิ่มขึ้น (Cook, 1981, p. 257; Mac Clelland, 1979, p. 255) นอกจากนี้เสียงดนตรียังมีอำนาจกระตุ้นให้ร่างกายเคลื่อนไหวเป็นจังหวะ เป็นปฏิกิริยาตอบสนองที่เกิดขึ้นเอง การขยับเท้าหรือการหายใจที่เร็วขึ้น สิ่งเหล่านี้เป็นปฏิกิริยาการตอบสนองที่อยู่นอกอำนาจจิตใจ (Alvin, 1966, p. 99) ซึ่งบัควอลเตอร์ ฮาร์ท็อค และเจฟฟี่ (Buckwalter, Harthock, & Gaffney, 1985, p. 62) ได้สรุปผลของดนตรีต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายดังนี้

- 1.1 เพิ่มความตึงตัวและช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
- 1.2 ทำให้กล้ามเนื้อหดตัวและแข็งแรงขึ้น
- 1.3 ทำให้เกิดความล้า
- 1.4 เพิ่มหรือลดผลผลิตในการทำงาน
- 1.5 ทำให้อัตราการเคลื่อนไหวตามจังหวะดนตรี
- 1.6 เพิ่มหรือลดสารขับหลังในร่างกาย
- 1.7 เพิ่มหรือลดการเผาผลาญอาหารและการใช้ออกซิเจนเป็นนาที
- 1.8 เพิ่มหรือลดอัตราการหายใจ การเต้นของหัวใจและความดันโลหิต

นอกจากนี้ นิตึกา และฟรอตส์เชอร์ (Nitecka & Frotscher, 1989, pp. 470 – 488

อ้างอิงใน กัลยาณี เจนอนุศาสตร์, 2542, หน้า 37 - 38) ได้ศึกษาผลของอะมิกดาลาต่อไฮโปธาลามัส ในหนู พบว่า ผลของอะมิกดาลอยด์ นิวคลีโอ (Amygdaloid Nuclei) ที่มีต่อไฮโปธาลามิก นิวคลีโอ (Hypothalamic Nuclei) ที่แตกต่างกันจะก่อให้เกิดการกระตุ้นหรือยับยั้งการทำงานของระบบไร้ท่อ ซึ่งจากการศึกษาถึงสรีระและจุลวิภาคเคมีของอะมิกดาลา สามารถแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ อะมิกดาลา ส่วนเบโซแล็ทเทอร์ (Basolateral Amygdala) และอะมิกดาลา ส่วนเซนโตมีเดียล ถ้ากระตุ้นส่วนเบโซแล็ทเทอร์ จะทำให้เกิดการยับยั้งการทำงานของต่อมไร้ท่อ และถ้ากระตุ้นส่วนเซนโตมีเดียล ก็จะทำให้เกิดการกระตุ้นการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อ โดยการกระตุ้นการได้ยีนจะส่งผลไปยังอะมิกดาลา แล็ทเทอร์ นิวคลีโอ (Amygdala Lateral Nuclei) ซึ่งอยู่ในส่วนเบโซแล็ทเทอร์ ซึ่งการกระตุ้นส่วนเบโซแล็ทเทอร์ อะมิกดาลาอาจจะยับยั้งการทำงานของไฮโปธาลามิก นิวคลีโอ โดยลดการหลั่งคอร์ติโคโทรปิน รีลีสซิง ฮอร์โมนโดยตรง ซึ่งจะลดการหลั่งอะดรีโนคอร์ติโคโทรปิก ฮอร์โมนจากต่อมใต้สมองส่วนหน้า และมีผลให้ระดับคอร์ติซอลในเลือดลดลง ซึ่งการย้อนกลับของระดับคอร์ติซอลในเลือดนี้จะมีอิทธิพลต่ออัตราการผลิตของคอร์ติโคโทรปิน รีลีสซิง ฮอร์โมน และในทางอ้อมจะเป็นการป้องกันการกระตุ้นของส่วนเซนโตมีเดียล อะมิกดาลาด้วย

ดังนั้นดนตรีจึงอาจก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อระบบประสาทได้โดยจะกระทบต่อการหลั่งคอร์ติโคโทรปิน รีลีสซิง ฮอร์โมนจากไฮโปธาลามัสหรือการหลั่งนอร์เอพิเนพรีนจากระบบประสาทซิมพาเทติก

2. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ดนตรีเป็นศิลปะบริสุทธิ์ (Pure Art) (ฝน แสงสิงแก้ว, 2521, หน้า 177) ซึ่งเกี่ยวข้องกับจิตใจโดยตรง ดนตรีเป็นเรื่องของความสวยงามและความชุ่มชื่นใจ ทั้งๆ ที่บางครั้งไม่ทราบว่าบรรเลงเรื่องอะไร ความดัง – ค่อย ซ้ำ – เร็ว การเร่งการผ่อนจังหวะในบทเพลงทำให้อารมณ์เพลงมีความเร้าใจและสูงใจให้ผู้ฟังสนใจ ประทับใจ ไม่เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ดนตรีเป็นอาหารทางใจเช่นเดียวกับธรรมชาติ ถ้าฟังดนตรีอย่างตั้งใจ จะก่อให้เกิดสมาธิ หรือก่อให้เกิดความสงบของอารมณ์ผู้ฟังได้ (วราวุธ สุมาวงศ์, 2531, หน้า 93) เนื่องจากเสียงดนตรีสามารถเข้าไปสู่จิตใจ และมีอำนาจในการควบคุมจิตใจของบุคคลได้ (Sackett & Fitzgerald, 1980, p. 1845) นอกจากนี้บางบทเพลงยังทำให้เกิดความรู้สึกเพลิดเพลิน สนุกสนาน สงบ และสบายใจ ซึ่งมีประโยชน์ในการกระตุ้นความรู้สึกที่ดีต่อกัน กล่าวหาญในเวลาที่เราหวาดกลัวภัย เป็นเพื่อนยามเหงา และโน้มน้าวให้ผู้ฟังเกิดความคิดฝัน ในขณะที่บางบทเพลงอาจทำให้ผู้ฟังรู้สึกเครียด วุ่นวายใจ และเป็นทุกข์ได้ ฉะนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าดนตรีมีพลังอำนาจในการบันดาลอารมณ์ของบุคคลได้

จากแนวคิด จึงมีผู้สนใจนำดนตรีมาทดลองใช้ทั้งในผู้ป่วยโรคจิต โรคประสาท และผู้ที่มีสุขภาพดี ซึ่งพบว่า การใช้ดนตรีจังหวะที่ช้า ๆ ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทหญิงที่มีอาการรุนแรงสงบลง การใช้ดนตรีที่สนุกสนานร่าเริง ทำให้ผู้ป่วยที่เลื้อยขาที่มีการเคลื่อนไหวมากขึ้น สำหรับการนำประเภทยของดนตรีมาทดลองใช้กับนักศึกษามหาวิทยาลัยพบว่า ดนตรีประเภทที่ทำให้สงบสบายใจ และดนตรีคลาสสิกสามารถลดความวิตกกังวลได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะทำให้ความวิตกกังวลในเพศหญิงลดลงมากกว่าเพศชาย ส่วนดนตรีประเภทที่ทำให้ตื่นเต้นและส่งเสริมให้เกิดความก้าวร้าว ครอบงำจิตใจ และเกิดความวิตกกังวลมากกว่าดนตรีประเภทที่ทำให้สงบ และดนตรีประเภทที่ทำให้สงบจะช่วยลดความวิตกกังวลได้มากกว่าไม่ใช้ดนตรีเลย (Cook, 1981, p. 260) ดังนั้นการฮัมเพลง การร้องเพลง หรือแม้แต่การฟังเพลงล้วนแต่ช่วยให้เรามีความสุข มีความคิดแจ่มใสและสบายใจ เนื่องจากต่างก็เป็นการระบายอารมณ์ภายในจิตใจซึ่งสามารถทำให้ความวิตกกังวลลดลงได้

อย่างไรก็ตาม การนำดนตรีมาใช้ลดความวิตกกังวลนั้น อาจลดได้เฉพาะความวิตกกังวลบางประเภทเท่านั้น ซึ่งการทดลองของสตูดเอนไมน์ (บังอร์ เกรียคซ์กูมิ, 2533, หน้า 27 อ้างอิงจาก Stoudenmine, 1975) เกี่ยวกับดนตรีประเภทที่ผ่อนคลายและนุ่มนวลต่อระดับความวิตกกังวลแบบเทรตและแบบสเตทในนักศึกษาหญิงจำนวน 108 ราย พบว่าดนตรีประเภทนี้สามารถลดความวิตกกังวลแบบสเตทได้อย่างมีนัยสำคัญ (Mac Clenlland, 1979, p. 257)

บัควอลเตอร์, ฮาร์ท็อค และเจฟฟี่ (Buckwalter, Harthock, & Gaffney, 1985, p. 62) ได้สรุปประโยชน์ของดนตรีต่ออารมณ์และจิตใจของมนุษย์ ดังนี้

1. ก่อให้เกิดความสนใจ และความกระตือรือร้น
2. กระตุ้นความทรงจำ และความคิดฝัน
3. ช่วยควบคุมอารมณ์ และกระตุ้นความรู้สึกนึกคิด
4. ลดความซึมเศร้า และผ่อนคลายความเครียด
5. ลดความวิตกกังวลแบบสเตท
6. ทำให้จิตสงบและมีสมาธิ
7. ลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและอ้างว้าง
8. ส่งเสริมในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอื่น และทำให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่สภาพความเป็นจริงได้
9. ป้องกันการเกิดโรคประสาท

จะเห็นได้ว่า ดนตรีเข้ามามีบทบาทและอิทธิพลต่อมนุษย์มาก อำนาจของดนตรีเปรียบเสมือนเครื่องบำบัดรักษา มีอำนาจต่อการควบคุมอารมณ์ มีอำนาจในการสื่อความหมาย

และมีอำนาจต่อความรู้สึกตัวของมนุษย์ จากการศึกษาทดลองดังกล่าวมาแล้วข้างต้น จึงเป็นที่เชื่อถือได้ว่า คนตรีมีพลังอำนาจสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการบำบัดรักษาได้ ดังนั้นคนตรีจึงเป็นวิทยาศาสตร์ประยุกต์ คือ เป็นทั้งศิลปะ และวิทยาศาสตร์ เป็นวิทยาการด้านใหม่ที่มนุษย์สามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้อย่างมหาศาล (รำไพพรรณ ศรีโสภาค, 2511, หน้า 2/2)

ในการนำคนตรีมาใช้ประโยชน์ในการรักษาได้เริ่มต้นมาช้านาน การแพทย์ในสมัยโบราณได้นำคนตรีมาใช้ในรูปแบบของเวทย์มนต์คาถา เพราะเชื่อว่า การขับร้อง จังหวะ และเสียงดนตรีสามารถขับไล่วิญญาณชั่วร้ายได้ นอกจากนี้ยังใช้ล้างบาป ใช้เป็นสื่อในการขอพรจากพระเจ้าหรือในการขอบคุณพระเจ้า ชาวอียิปต์เรียกคนตรีว่าเป็น “สรีระแห่งวิญญาณ” (Physic of the Soul) เพราะเชื่อว่า อิทธิพลของคนตรีทำให้สตรีมีบุตรได้มากขึ้น (Cook, 1981, p. 253) ชาวกรีกเป็นชาติแรกที่ได้ศึกษาค้นคว้าและนำคนตรีมาใช้ในการรักษาโรค ทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์อย่างมีหลักการ เป็นระบบระเบียบ เนื่องจากเชื่อว่าอำนาจของคนตรีมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นในยุคต่อมาคนตรีจึงถูกนำมาใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทั้งทางกายและทางจิตมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในสมัยเรเนซองซ์ (Renaissance) ทางด้านการแพทย์ให้ความสนใจผลของคนตรีในการรักษามาก พาร์กเตอร์ (Pargeter) เป็นแพทย์คนแรกที่ยืนยันว่าดนตรีเป็นวิทยาศาสตร์ ซึ่งถ้าหากนำความรู้ทางวิทยาศาสตร์ทางดนตรีนี้ (Scientific Musical Knowledge) นี้ไปใช้อย่างมีหลักการจะสามารถนำมาใช้ในการบำบัดรักษาได้ (Alvin, 1966, p. 53)

ปัจจุบันมีผู้คิดค้นและนำคนตรีมาใช้ประโยชน์อย่างกว้างขวาง โดยรวมเอาหลักทางวิทยาศาสตร์ หลักทางการแพทย์ และดนตรีรวมเข้าด้วยกันเป็นวิชาใหม่ที่เรียกว่า “ดนตรีบำบัด” (Music Therapy) (รำไพพรรณ ศรีโสภาค, 2511, หน้า 117) และเริ่มมีครั้งแรกในรูปของสถาบัน ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย เมื่อปี ค.ศ. 1959 โดยนำไปใช้ในโรงพยาบาลโรคจิต โรคประสาท ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล ช่วยส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอื่น ช่วยควบคุมอารมณ์ ช่วยให้เกิดสมาธิและทำให้เกิดความรู้สึกที่เป็นมิตร นอกจากนี้คนตรียังนำมาใช้กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อความหมายทางวาจาได้ นำมาใช้เป็นเครื่องมือเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของเด็กที่พิการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อช่วยให้เด็กเหล่านี้มีพัฒนาการในทางที่ดีขึ้นมาใช้กับผู้สูงอายุ เพื่อช่วยกระตุ้นความทรงจำ กระตุ้นให้แสดงความรู้สึกหรือพฤติกรรมออกมา ส่งเสริมให้กลับเข้าสู่สภาพความเป็นจริงตลอดจนช่วยลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้าได้ และวิสัญญีแพทย์ได้นำมาใช้กับผู้ป่วยขณะได้รับการผ่าตัดซึ่งได้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่เพื่อให้ผู้ป่วยสงบและพึงพอใจ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ดนตรีเพื่อลดความวิตกกังวล

ในปี ค.ศ. 1967 ได้มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จำนวน 24 ราย ที่พักในห้องไอ ซี ยู เป็นเวลานาน 48 ชั่วโมง จากการสอบถามผู้ป่วยเมื่อภายหลังออกจากห้องไอ ซี ยู ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเห็นว่าห้องไอ ซี ยู เป็นหน่วยงานที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ สำหรับความรู้สึกต่อสิ่งแวดล้อมในห้องไอ ซี ยู นั้น ผู้ป่วยส่วนหนึ่งให้ความเห็นว่า เสียงที่ได้ยินนั้นรบกวนและทำให้ความรู้สึกไม่สุขสบายเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยบางรายรู้สึกกลัวและกังวลมากจนไม่กล้าที่จะหลับตา และต้องการให้เจ้าหน้าที่อยู่ใกล้ ๆ จนกระทั่งหลับไป ซึ่งก็ยังรู้สึกว่าไม่อยากถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว การไม่สามารถรับรู้เวลาเท่าไรเป็นเวลากลางวันหรือกลางคืน ซึ่งสิ่งเหล่านี้ผู้ป่วยรู้สึกว่าสุขสบายน้อยกว่าหอผู้ป่วยธรรมดา (De Meyer, 1967, p. 262)

นอกจากนี้ยังได้มีการนำดนตรีไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทางกายและจิต เช่น ฟาร์นสเวิร์ท (สตาพร กลางการ, 2540, หน้า 28 อ้างอิงจาก รำไพพรรณ ศรีโสภาค, 2511, หน้า 255) ได้สรุปการนำดนตรีบำบัดไปเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมของผู้ป่วยโรคประสาทพิการในหลาย ๆ กลุ่ม เช่น กลุ่มโรคสมองพิการ (Cerebral Palsy) เมื่อเข้าร่วมในกิจกรรมดนตรีบำบัดคือ ใช้ดนตรีสอดแทรกเข้าไปในกิจวัตรประจำวัน พบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น สำหรับผู้ป่วยสูงอายุสามารถทำให้เข้าใจชีวิตบนปลายได้ โดยการให้แสดงออกด้วยตนเอง เช่น ร้องเพลงและเต้นรำไปพร้อม ๆ กัน เพลงที่คุ้นเคยจะทำให้รู้สึกผ่อนคลายลง ในคนตาบอดดนตรีจะไปแทนความรู้สึกที่ถูกปิดกั้นจากโลกภายนอกและลดความกดดันทางอารมณ์ จึงทำให้เพิ่มความรู้สึกไว้วางใจในสิ่งแวดล้อมมากขึ้น ดนตรีสามารถช่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกต่อเวลาการเข้ามายุ่งในโรงพยาบาลผ่านไปไ้เร็ว และการได้ฟังดนตรีที่ชอบด้วยนั้นจะช่วยให้บุคคลนั้นรู้สึกได้พักผ่อน และมีความกระฉับกระเฉงว่องไวขึ้น

ดนตรีบำบัดยังสามารถช่วยในการผ่อนคลายพฤติกรรม ทำให้ลดความตึงเครียด ความวิตกกังวล รวมทั้งการแยกตัวของผู้ป่วยอีกด้วย (Hicks, 1980, pp. 72 – 73) ผู้ป่วยที่ได้รับฟังดนตรีจะสามารถเบี่ยงเบนความสนใจออกจากความวิตกกังวล และการรับรู้ต่อความเจ็บป่วยด้วยการฟังดนตรี จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจมีการสร้างจินตนาการที่ดีไปตามเสียงดนตรี และสิ่งนี้จะช่วยให้เขาสามารถเบี่ยงเบนความสนใจออกจากความรู้สึกวิตกกังวล

วอลเตอร์ (Walters, 1896 อ้างถึงใน โจนนาภา กิตติศัพท์, 2536, หน้า 57) กล่าวว่า ในปี ค.ศ. 1896 ดร. เอ็มแอล แพทริซิ (Dr. M. L. Patrici) ได้นำดนตรีชนิดที่ฟังแล้วก่อให้เกิดความสงบมาสาธิตให้เห็นว่า จะทำให้การไหลเวียนของโลหิตในสมองช้าลงและมีปริมาณลดลงด้วย ในขณะที่ดนตรีชนิดที่ทำให้ความสนุกสนาน ร่าเริง (Lively Music) จะเพิ่มการไหลเวียนของโลหิต พร้อมทั้งสรุปว่า ดนตรีที่ทำให้สนุกสนาน ร่าเริง จะช่วยกระตุ้นอารมณ์ของผู้ป่วย

การค้นพบครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนโดยการศึกษาของ เจ. พี. เชพาร์ด (J. P. Shepard) และฮานส์ เบอร์กเกอร์ (Hans Berger) พบว่า ในสมองมนุษย์มีการเคลื่อนไหวที่เป็นจังหวะเช่นเดียวกับดนตรี (Rhythm in the Human Brain) และจังหวะของดนตรีมีผลอย่างลึกซึ้งต่อจิตใจและหน้าที่ของสมอง (Cook, 1981, p. 257)

ฟอเรสต์ (Forest, 1972 อ้างถึงใน โจนนาท กิตติศัพท์, 2536, หน้า 58) ได้แสดงให้เห็นถึงผลการนำดนตรีบำบัดไปทดลองใช้ปรากฏว่า ผลของดนตรีโดยตรงสามารถทำให้ผู้ป่วยให้ความสนใจตนเองมากขึ้น ปฏิสัมพันธ์กับโลกภายนอกมากขึ้น ดนตรีทำให้ผู้ป่วยเกิดการจูงใจและสนใจตนเองเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากดนตรี (Mc Mahon, 1978 อ้างถึงใน โจนนาท กิตติศัพท์, 2536, หน้า 58) นอกจากนี้ดนตรียังทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนอารมณ์ ความรู้สึกได้ดี โดยเฉพาะดนตรีที่ผู้ฟังชอบและสนใจ (สถาพร กลางคาร, 2540, หน้า 29 อ้างอิงจาก Buckwalter, Harthock, & Gaffney, 1985, p. 62)

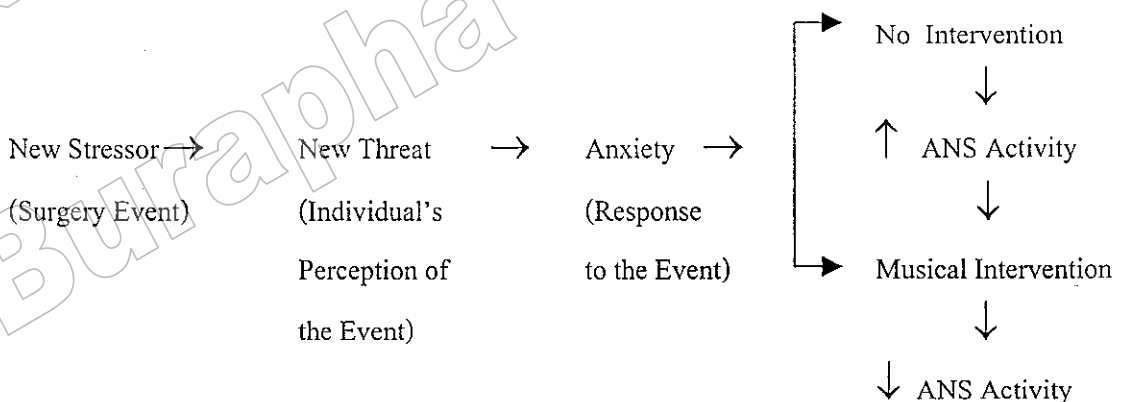
จาคอบ (Jacob, 1986, p. 1034) กล่าวว่า นอกจากดนตรีจะมีอิทธิพลต่อบุคคลที่ฟังดนตรีโดยทั่วไปแล้ว ดนตรียังสามารถทำให้กล้ามเนื้อมีความผ่อนคลาย ก่อให้เกิดความรู้สึกสงบ กระตุ้นให้เกิดความคาดหวัง ดังนั้นการนำดนตรีบำบัดไปใช้ในการพูดกับผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของการเจ็บป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตอบสนองต่อความต้องการของร่างกาย อารมณ์ และความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย และครอบครัวได้ ดังเช่น พาราชิน (Parachin, 1991, pp. 9–11 อ้างถึงใน โจนนาท กิตติศัพท์, 2536, หน้า 60) กล่าวว่าความเครียดทำให้บุคคลรู้สึกวิตกกังวลและท้อแท้ ทำให้อารมณ์แปรปรวน บุคคลที่ประสบกับความเครียดมักจะไม่มีความสุขในชีวิต ดนตรีจะสามารถทำให้อารมณ์แปรปรวนดีขึ้นได้

จากการศึกษาของ กัชเซตต้า (Guzzetta, 1989, pp. 609–616) ศึกษาผลของการผ่อนคลายและดนตรีบำบัดในผู้ป่วย หน่วยดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ ดนตรีที่ใช้คือ ดนตรีคลาสสิกที่คัดเลือกและบันทึกไว้ 20 นาที ผลการศึกษาพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างการผ่อนคลาย และการใช้ดนตรีในการลดอัตราการเต้นของหัวใจ ซึ่งในผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับทั้งการผ่อนคลายหรือการใช้ดนตรีจะมีระดับอัตราการเต้นของหัวใจที่สูงกว่า เช่นเดียวกัน พบว่าอุณหภูมิส่วนปลายของร่างกายจะสูงขึ้น เมื่อผู้ป่วยได้รับการผ่อนคลายและการใช้ดนตรีมากกว่าในกลุ่มควบคุม ซึ่งผลจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายสามารถบ่งบอกถึงสภาพร่างกายและจิตใจที่สามารถผ่อนคลายลงได้เมื่อได้รับการผ่อนคลายหรือได้รับฟังดนตรี

การเลือกใช้ดนตรีต้องคำนึงให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย สมิธ และเมอริส (Smith & Morris, 1976 อ้างถึงใน โจนนาท กิตติศัพท์, 2536, หน้า 61) ได้ศึกษา พบว่า ดนตรีประเภทกระตุ้น (Stimulative Music) จะเพิ่มทั้งความกังวลและอารมณ์หงุดหงิดให้แก่ผู้ฟัง ในขณะที่ดนตรี

ประเภทกล่อมความรู้สึก (Sedative Music) จะช่วยลดความวิตกกังวลได้ (สถาพร กลางคาร, 2540, หน้า 30) เช่นเดียวกับ กรีนเบอร์ก และฟิชเชอร์ (Greenberg & Fisher, 1972 อ้างถึงใน โจนนภา กิตติศัพท์, 2536, หน้า 61) กล่าวว่า คนตรีประเภทตื่นเต้น (exciting music) จะเพิ่มระดับความวิตกกังวลมากกว่าดนตรีประเภทสงบ (Clam Music) ซึ่งต่อมาโบลเวิร์ก (Bolwerk, 1990, pp. 63 – 75) ได้ศึกษาผลของดนตรีประเภทผ่อนคลายต่อระดับความวิตกกังวลแบบสเตทในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผลปรากฏว่า ดนตรีประเภทผ่อนคลายนี้สามารถลดระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ และไวท์ (White, 1992, pp. 58 – 63) ได้ศึกษาผลของดนตรีบำบัดในการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเช่นกัน โดยใช้ดนตรีประเภทคลาสสิกเป็นกิจกรรมที่ให้แก่ผู้ป่วย และประเมินโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลแบบ STAI (The State – Trait Anxiety Inventory) ร่วมกับอัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจปรากฏว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวล อัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม

มอสส์ (Moss, 1988, pp. 64 – 69 อ้างถึงใน สถาพร กลางคาร, 2540, หน้า 30) ได้ศึกษาผลของดนตรีต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัด โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก เพื่อศึกษาผลของดนตรีต่อการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติในผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล โดยเลือกดนตรีประเภทกล่อมประสาท (Sedative Music) มาเป็นกิจกรรมพยาบาล ผลการวิจัยสรุปได้ดังภาพประกอบ



ภาพที่ 2 แผนภูมิแสดงผลของการผ่าตัดต่อการเกิดความวิตกกังวล และการใช้ดนตรีเป็นกิจกรรมการพยาบาล (Moss, 1988, p. 65 อ้างถึงใน โจนนภา กิตติศัพท์, 2536, หน้า 65)

เคมพ์ และเจลาซีส (Kaempf & Amodei, 1989, p. 114) ได้ศึกษาระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัด ปรากฏว่า ระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยกลุ่มควบคุมสูงกว่าในผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับฟังดนตรี

กัสเซตตา (Guzzetta, 1989, p. 186) ได้อธิบายไว้ว่า คนตรีจะมีผลต่อระบบลิมบิก (Limbic System) ซึ่งระบบลิมบิกนี้จะเกี่ยวข้องกับอารมณ์ความรู้สึกวิตกกังวล องค์ประกอบของคนตรีในส่วนของการประสานเสียงและจังหวะ จะมีผลโดยตรงต่อระบบลิมบิกนี้ เมื่อผู้ป่วยได้ฟังดนตรีจึงสามารถทำให้รู้สึกผ่อนคลายและเพลิดเพลินต่อเสียงดนตรี ทำให้ระดับความวิตกกังวลลดลง ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายขึ้น พักผ่อนได้มากขึ้น ลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแทรกซ้อนทางร่างกายและลดการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการหนัก การลดการทำงานของหัวใจจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาวะปกติได้ดีและเร็วยิ่งขึ้น

เฮิร์ท (Herth, 1978 อ้างถึงใน โจนนภา กิตติศัพท์, 2536, หน้า 63) กล่าวว่า ผลของคนตรีจะก่อให้เกิดความรู้สึกสุขสบายและผ่อนคลายนั้นย่อมสัมพันธ์กับชนิดและความรู้สึกชอบของผู้ฟังด้วย ถ้าผู้ฟังสนใจฟังและชอบในดนตรีชนิดนั้น ๆ จะช่วยให้รู้สึกดีและไม่เกิดความรำคาญ จากคำกล่าวของเฮิร์ท จะเห็นได้ว่า ความชอบของประเภทดนตรีมีผลต่อการผ่อนคลาย ซึ่งเมื่อผู้ฟังได้รับฟังดนตรีที่ตนเองชื่นชอบและคุ้นเคยจะกระตุ้นอารมณ์ให้รู้สึกผ่อนคลาย และเบี่ยงเบนความสนใจทำให้ลดความวิตกกังวลลงได้ ส่วนความรู้สึกไม่ชอบเกิดจากบุคคลมีความไม่พึงใจหรือขัดแย้งกับความต้องการของตนเอง เมื่อมีความขัดแย้งเกิดขึ้นจึงนำไปสู่ความไม่พอใจในสิ่งที่ได้รับ โดยอาจจะมีผลต่อความวิตกกังวลของบุคคลนั้น (สถาพร กลางคาร, 2540, หน้า 31-32) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ครรชนี ลิ้มประเสริฐ (2539, หน้า 45) ที่ศึกษาถึงผลของคนตรีต่อการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของผู้คลอดครั้งแรก พบว่าผู้คลอดที่เลือกดนตรีที่ตนเองชอบ ในระยะคลอดจะมีความวิตกกังวลและรู้สึกผ่อนคลาย นอกจากนี้ยังทำให้ผู้คลอดรู้สึกว่าตนเองมีสิ่งที่ผูกพันใกล้ชิด ทำให้คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อม ไม่ถูกทอดทิ้ง ได้รับการช่วยเหลือ ได้รับความเอื้ออาทร ทำให้มีกำลังใจจะต่อสู้กับความเจ็บปวด จึงมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดดีกว่าผู้ที่ไม่ได้ฟังดนตรี

สตีลแมน (Steelman, 1991, pp. 1026-1034) ได้ให้การพยาบาลผู้ป่วยในระหว่างรักษาตัวอยู่ในห้องไอ ซี ยู พบว่า คนตรีสามารถลดความวิตกกังวลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ โดยเฉพาะการใช้หูฟังจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเบี่ยงเบนความสนใจจากเสียงต่าง ๆ ได้ดียิ่งขึ้น

จากการศึกษาและเหตุผลต่าง ๆ จะเห็นได้ว่า การนำดนตรีบำบัดมาใช้ในการรักษาสามารถนำไปใช้ได้หลายแนวทางด้วยกัน รวมทั้งการนำดนตรีบำบัดมาใช้กับผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนที่จะได้รับการผ่าตัดมะเร็งที่เต้านมนั้น จะมีความวิตกกังวลสูง

ความตึงเครียดต่าง ๆ ที่อยู่รอบข้างผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย แผนการรักษาพยาบาล และกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะสนับสนุนให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมีมากขึ้น จากงานวิจัยต่าง ๆ จะเห็นได้ว่า คนตรีมีศักยภาพที่จะสามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงคาดหวังว่าการนำดนตรีบำบัดมาให้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัด จะสามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ เพื่อจะได้นำผลการวิจัยครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยอื่น ๆ ต่อไป

จากการศึกษางานวิจัยและเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นการล้มผลบำบัดและดนตรีบำบัดพอสรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อรับการผ่าตัดนั้น โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งเต้านมย่อมมีความวิตกกังวลทางด้านร่างกายและจิตใจ จากภาวะความเจ็บป่วยของโรค การสูญเสียสัญลักษณ์ของเพศหญิงจากการถูกตัดเต้านม รวมทั้งแพทย์ไม่รับรองผลการรักษาว่าจะหายขาด ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถคาดหวังได้เกี่ยวกับผลลัพธ์จากการผ่าตัดเต้านม และกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในระยะหลังผ่าตัด ซึ่งความวิตกกังวลของผู้ป่วยจะมีความรุนแรงมากน้อยแตกต่างกันไปตามผู้ป่วยแต่ละคน พยาบาลเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดควรตระหนักถึงการช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย ซึ่งจะเป็นการช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ลงได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลล้มผลบำบัดเปรียบเทียบกับดนตรีบำบัดว่าวิธีการใดที่จะสามารถลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ดีกว่ากัน เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยลดความวิตกกังวลและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเผชิญความวิตกกังวลได้