

ประสิทธิผลของโปรแกรมผ่อนคลายความเครียดสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ปริญญานิพนธ์
ของ
ณัฏชา หงษ์เวียงจันทร์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา
พฤษภาคม 2551

ประสิทธิผลของโปรแกรมผ่อนคลายความเครียดสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ปริญญานิพนธ์
ของ
ณัฏชา หงษ์เวียงจันทร์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา
พฤษภาคม 2551
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประสิทธิผลของโปรแกรมผ่อนคลายความเครียดสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

บทคัดย่อ
ของ
ณัชชา หงษ์เวียงจันทร์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา
พฤษภาคม 2551

ณัชชา หงษ์เวียงจันทร์. (2551). *ประสิทธิผลของโปรแกรมผ่อนคลายความเครียด สำหรับผู้ป่วย*
อายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. ปริญญานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม :
รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌิมานุกร, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน.

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม
ผ่อนคลายความเครียด สำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กลุ่มตัวอย่างเป็น
ผู้ป่วยอายุรกรรม คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต กระทรวง
สาธารณสุข ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบ
ค่าที่

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ป่วยอายุรกรรมภายหลังได้รับโปรแกรมผ่อนคลายความเครียด มีระดับความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมผ่อนคลายความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ผู้ป่วยอายุรกรรมภายหลังได้รับโปรแกรมผ่อนคลายความเครียด มีระดับความเครียดต่ำกว่าผู้ป่วยอายุรกรรมที่ไม่ได้รับโปรแกรมผ่อนคลายความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

EFFECTIVENESS OF RELAXATION STRESS PROGRAM FOR PATIENTS
IN INTERNAL MEDICINE AT PRAMONGKUTKLAO HOSPITAL

AN ABSTRACT
BY
NATCHA HONGWIANGJAN

Presented in partial fulfillment of the requirements
for the Master of Sciences degree in Health Education
at Srinakharinwirot University

May 2008

Natcha Hongwiangjan. (2008). *Effectiveness of Relaxation stress program for patients in Internal medicine at Pramongkutklao Hospital*. Master thesis, M.Sc. (Health Education). Bangkok : Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee : Assoc.Prof.Napaporn mutayamarngkoon, Asst.Prof . Kamonmarn Viratsetazin.

This quasi – experimental research was designed to study Effectiveness of relaxation stress program for patients in Internal medicine, Pramongkutklao Hospital. The Samples, 60 patients in Internal medicine, were divided into 2 groups. The data were collected by Thai Self-Stress Test Questionnaire (Department of Mental Health, Ministry of Public Health) and processing on computer to analyze through percentage, arithmetic means, standard deviation, t-test dependent and t-test independent.

The results were as follows :

1. Patients in Internal medicine with relaxation stress program had significantly lower stress test than prerecieved program at .05 level
2. Patients in Internal medicine with relaxation stress program had significantly lower stress test than those without program at .05 level.

ปริญญานิพนธ์
เรื่อง
ประสิทธิผลของโปรแกรมผ่อนคลายความเครียดสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ของ
ร้อยเอกหญิงณัฏฐา หงษ์เวียงจันทร์

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญศิริ จีระเดชากุล)
วันที่ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2551

คณะกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์

คณะกรรมการสอบปากเปล่า

.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌิมานุกร)

.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงเดือน ศาสตรภักดิ์)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.พรสุข หุ่นนรินทร์)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌิมานุกร)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ นภาพร มัชฌมางกูร ประธานกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ท่านทั้งสองได้เสียสละเวลาอันมีค่า เพื่อให้คำปรึกษาแนะนำในการจัดทำงานวิจัยนี้ทุกขั้นตอนที่มีคุณค่ายิ่ง ตลอดจนการแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ มาโดยตลอด รวมทั้ง รองศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วิมลวัตรเวที ผู้ช่วยศาสตราจารย์เฉลิมพล งามสุทธิ อาจารย์สุปราณี คุณกิตติ พันโทนายแพทย์อศรา รักษ์กุล ร้อยเอกหญิงสุรัสวดี ร้อยพุทธ ร้อยเอกหญิงสรินทร เชี่ยวโสธร ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยในครั้งนี้ รวมทั้งรองศาสตราจารย์ ดร.ดวงเดือน ศาสตรภักดิ์ และ รองศาสตราจารย์ ดร.พรสุข หุ่นนิรันดร์ ที่กรุณาเป็นประธานและกรรมการสอบปากเปล่าปริญญานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความเมตตาที่ได้รับเป็นอย่างยิ่งจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ คณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า หัวหน้าพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและเวชกรรมฉุกเฉิน หัวหน้าหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ 4 ตลอดจนเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ 4 ทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวก ช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและให้การสนับสนุนด้วยดีมาตลอด ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี

อนึ่งการวิจัยครั้งนี้จะสำเร็จลงไม่ได้ หากปราศจากความกรุณาและให้ความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณด้วยความซาบซึ้งยิ่ง

ท้ายสุดผู้วิจัยขอขอบพระคุณ พ่อ แม่ พี่ น้อง และเพื่อนๆทุกคนที่ให้ทั้งกำลังใจและกำลังใจที่ดีเยี่ยมตลอดระยะเวลาที่ศึกษาและทำงานวิจัย

ผู้วิจัยขอขอบปริญญานิพนธ์ฉบับนี้เป็นเครื่องบูชาพระคุณของคุณพ่อ คุณแม่ คุณครู อาจารย์และผู้มีพระคุณทุกท่านที่ให้การศึกษอบรม และช่วยเหลือจนผู้วิจัยประสบความสำเร็จในการศึกษาตราบเท่าทุกวันนี้

ณัชชา หงษ์เวียงจันทร์

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง.....	1
จุดมุ่งหมายของการวิจัย.....	3
ความสำคัญของการวิจัย.....	3
ขอบเขตของการวิจัย.....	4
ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย.....	4
ตัวแปรที่ศึกษา.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
สมมติฐานในการวิจัย.....	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
ความรู้เกี่ยวกับความเครียด.....	9
ทฤษฎีความเครียด.....	10
แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม.....	33
การสร้างสัมพันธภาพ.....	39
การให้สุขศึกษา.....	41
ความรู้เกี่ยวกับสมาธิ.....	45
ความรู้เกี่ยวกับดนตรีเพื่อการผ่อนคลาย.....	52
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	56
งานวิจัยในต่างประเทศ.....	56
งานวิจัยภายในประเทศ.....	59
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	66
การกำหนดประชากรและเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	66
รูปแบบการวิจัย.....	67
รูปแบบการทดลอง.....	68
การดำเนินการทดลอง.....	69
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	70

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3 (ต่อ)	
การเก็บรวบรวมข้อมูล	74
การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	74
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	79
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	79
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	79
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	80
5 สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอ.....	84
สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีการวิจัย.....	84
สมมติฐานของการวิจัย	84
วิธีดำเนินการวิจัย.....	84
สรุปผลการวิจัย.....	86
อภิปรายผล.....	86
ข้อเสนอแนะ.....	90
บรรณานุกรม.....	93
ภาคผนวก.....	106
ภาคผนวก ก.....	107
ภาคผนวก ข.....	117
ภาคผนวก ค.....	123
ภาคผนวก ง.....	126
ภาคผนวก จ.....	129
ประวัติย่อผู้วิจัย	148

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	80
2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเครียดภายในกลุ่ม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม.....	82
3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเครียดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับโปรแกรม.....	83
4 การศึกษาเบื้องต้น.....	124

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	7
2 การประเมินค่าเชิงการรู้เกี่ยวกับสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อม.....	11
3 ตัวแบบเชิงชีวิตสังคมและจิตวิญญาณของความเครียดและ ความเจ็บป่วย.....	18
4 การสนับสนุนทางสังคมและกลไกการยับยั้งความเครียด.....	38
5 รูปแบบการวิจัย.....	67
6 รูปแบบการทดลอง.....	68

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

โรคทางอายุรกรรมเป็นโรคที่แพทย์ให้การรักษาโดยใช้ยาเป็นหลัก จากรายงานสถิติปี พ.ศ. 2549 พบว่า มีประชากรที่เข้าพักรักษาในสถานพยาบาล 4.1 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 6.4 ของประชากรทั่วประเทศ 65.2 ล้านคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2549) ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าเป็นโรคทางอายุรกรรม เช่น โรคติดเชื้อ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น บางครั้งต้องนอนโรงพยาบาลนานเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค เป็นโรคเรื้อรัง หรือมีภูมิคุ้มกันต่ำ ทำให้ติดเชื้อในกระแสโลหิตซ้ำซ้อนได้ ซึ่งในการเข้าพักรักษาในสถานพยาบาลแต่ละครั้งผู้ป่วยจะต้องเสียค่าใช้จ่าย เสียเวลา เสียโอกาสในการประกอบอาชีพ ผลกระทบต่างๆเหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดความเครียดในผู้ป่วยได้

“ความเครียด” โดยปกติเกิดขึ้นได้กับบุคคลทั่วไป และถ้าบุคคลนั้นมีภาวะของการเจ็บป่วยทางกายอยู่แล้วก็จะยิ่งทำให้เกิดความเครียดได้ง่ายและมากกว่าคนปกติ เพราะเมื่อมีการเจ็บป่วยไม่ว่าด้วยโรคใดก็ตามที่ทำให้อยู่ในภาวะวิกฤตทางจิตใจ โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่บุคคลทั่วไปไม่คาดคิดมาก่อนว่าจะเกิดขึ้น จะส่งผลต่อจิตใจอย่างรุนแรง มีความวิตกกังวล และเกิดความเครียด เนื่องจากผู้ป่วยจะนึกถึงความตาย ความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยจะเกิดความท้อแท้หมดหวังกับชีวิต บางโรคเมื่อเป็นแล้วจะสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ที่ป่วยไปตลอดชีวิต ส่งผลให้เกิดความเครียดสะสมและเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง (จำเนียร โกชนพันธ์. 2548 :3) และการที่แพทย์รับผู้ป่วยไว้เพื่อให้อำนาจในการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เช่น ต้องเข้ามาอยู่ในสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย ต้องนอนรวมอยู่กับผู้ป่วยคนอื่น ทำให้ไม่มีความเป็นส่วนตัวของตนเอง ต้องปฏิบัติตามกฎของโรงพยาบาล เช่น การจำกัดเวลาเยี่ยมของญาติ สวมใส่เสื้อผ้าของโรงพยาบาล ห้ามออกนอกหอผู้ป่วยก่อนได้รับอนุญาต เป็นต้น นอกจากนี้การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ที่สัมผัสภาพก็เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ป่วยได้ เนื่องจากการตอบคำถามหรือการซักถามของพยาบาลต่อผู้ป่วยด้วยท่าทีเร่งรีบ ย่อมมีผลต่อความรู้สึกของผู้ป่วยได้ ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าซักถาม และเกิดความไม่สบายใจ (ศิริลักษณ์ สนน้อย. 2543 : 2) ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของลาซาลัส (Lazarus. 1976)ที่ว่าเหตุการณ์ต่างๆที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงชีวิตประจำวันส่งผลให้บุคคลเกิดความเครียดได้

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยต้องเผชิญเหตุการณ์ต่างๆ อันเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด ความเครียดที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อผู้ป่วย ซึ่งลาซาลัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman. 1984 : 231-232) กล่าวว่า ภาวะความเครียดที่เกิดขึ้นมีผลทำให้บุคคลใช้สติปัญญา ความคิดในการประเมินสถานการณ์ แล้วเกิดปฏิกิริยาตอบสนองความเครียดที่เกิดขึ้นในแต่ละ

บุคคลมีลักษณะต่างกัน เช่น แยกตัว ร้องไห้ นอนไม่หลับ ซึมเศร้า ไม่สบายใจ โกรธ กลัว รวมทั้งความเครียดยังก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองด้านร่างกายที่เห็นได้ชัดคือ ส่งผลกระทบต่อระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic) ทำให้มีการหลั่งอิพิเนฟริน(Epinephrin) และนออิพิเนฟริน (Norepinephrin) มีผลทำให้อวัยวะต่างๆถูกเร่ง เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจสูงขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น เหงื่อออก ตัวเย็น เป็นต้น ซึ่งอาการต่างๆเหล่านี้ก็อาจมีผลกระทบกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ และอาจจะทำให้มีความคลาดเคลื่อนทางการรักษาพยาบาลได้ ปกติคนเราไม่สามารถทนต่อความรู้สึกเครียดได้นาน จึงต้องมีการกระทำบางอย่างเพื่อลดความเครียดนั้นๆ คนที่มีสุขภาพจิตดีมักมีความสามารถที่จะหาวิธีจัดการโดยตรง (Direct Coping) กับความเครียดนั้น ในทางตรงกันข้าม บางคนเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่คุกคามและก่อให้เกิดความเครียด กลับหาทางแก้ปัญหาด้วยการกลบเกลื่อน บิดเบือน ซึ่งเป็นวิธีจัดการโดยทางอ้อม (Indirect Coping) โดยใช้กลไกทางจิต (Mental Mechanism) จนทำให้สุขภาพจิตเสีย และเกิดความผิดปกติทางจิตใจชนิดต่างๆได้ เช่น โรคประสาท โรคจิต โรคทางกายสาเหตุจากจิตใจ เป็นต้น (จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช. 2525 : 81-82)

ในขณะที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล การสร้างสัมพันธภาพ การชี้แจง ให้คำแนะนำกับผู้ป่วยในการทำกิจกรรม เป็นการลดความเครียด ความวิตกกังวล ความรู้สึกกลัว และสามารถเผชิญกับสิ่งที่เข้ามากระทบทั้งร่างกายและจิตใจได้อย่างเหมาะสม ตามแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของ โคเฮน และวิลส์ (Kohen & Wills. 1985 : 310 - 357) ซึ่งกล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลมีอารมณ์มั่นคง ส่งผลกระทบต่อระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกันโรค (Neuroendocrine and immune system) ทำงานดีขึ้น และยังส่งผลให้คนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น และการสนับสนุนทางสังคมยังช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะวิกฤตในชีวิต โดยจะช่วยลดความเครียดที่ทำให้เกิดภาวะวิกฤตซึ่งจะเชื่อมโยงไปสู่การเจ็บป่วยได้ โดยเจ้าหน้าที่ในทีมการรักษาพยาบาลจะเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ อีกแนวทางหนึ่งที่พยาบาลสามารถนำมาใช้เพื่อผ่อนคลายความเครียดของผู้ป่วยได้คือ การฝึกสมาธิใช้สติกำหนดลมหายใจ สามารถทำได้ทุกเวลาทุกสถานที่ ซึ่งจะช่วยให้เป็นผู้มีจิตใจและมีบุคลิกลักษณะเข้มแข็ง หนักแน่น มองดูรู้จักตนเองตามความเป็นจริง และยังช่วยให้จิตใจผ่อนคลาย เกิดความสงบ (พระราชวรมุณี. 2529 : 834) นอกจากนี้การฟังดนตรี เป็นการผ่อนคลายความเครียดได้ เนื่องจากการเบี่ยงเบนความสนใจจากภาวะตึงเครียด เป็นวิธีที่ง่ายและสะดวก ดนตรีมีผลกระทบต่อระบบประสาทอัตโนมัติโดยกระตุ้นต่อมใต้สมอง (Pituitary Gland) ให้หลั่งสารเอ็นดอร์ฟิน (Endorphins) เป็นสารที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟินซึ่งมีฤทธิ์บรรเทาความเจ็บปวดตามธรรมชาติและช่วยลดความเครียด (Lane. 1992 : 864)

สำหรับโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จากสถิติผู้ป่วยแผนกอายุรกรรมของโรงพยาบาล ปี พ.ศ.2549 พบว่า มีผู้ป่วยที่แพทย์รับไว้เพื่อให้การรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 3,881 ราย เฉลี่ยวันรักษาต่อราย 14.63 วัน และค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อรายสำหรับผู้ป่วยใน 44,608 บาท และถ้ามีภาวะแทรกซ้อนจะทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น มีผลทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น จากการศึกษาเบื้องต้น เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2549 ในผู้ป่วยอายุรกรรมที่

แพทย์รับไว้เพื่อให้การรักษาในโรงพยาบาล แผนกอุบัติเหตุ 4 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 30 ราย ให้ทำแบบทดสอบความเครียด ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้ป่วยมีความเครียดถึง ร้อยละ 93.33 แบ่งเป็นระดับความเครียดสูงกว่าปกติมาก ร้อยละ 26.66 ระดับความเครียดสูงกว่าปกติปานกลาง ร้อยละ 16.67 และระดับความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย ร้อยละ 50.00 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มีความเครียดอยู่ในระดับที่สูงกว่าปกติมากและสูงกว่าปกติปานกลางถึง ร้อยละ 43.33 ซึ่งจากการศึกษาเบื้องต้นดังกล่าวหากให้ความเครียดดำเนินต่อไปโดยไม่ได้แก้ไขอย่างเหมาะสมและถูกวิธี อาจส่งผลกระทบต่อโรคทางกายที่เป็นอยู่ซึ่งส่งผลเสียต่อผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิดได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องหาวิธีจัดหรือผ่อนคลายความเครียดลง จากความสำคัญและเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นบุคลากรในทีมการรักษาพยาบาลและเป็นผู้ที่ดูแลใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด มีความสนใจในการจัดโปรแกรมผ่อนคลายความเครียดสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม โดยการสร้างสัมพันธภาพ การให้สุศึกษา การฝึกสมาธิ และการฟังดนตรีเพื่อการผ่อนคลาย เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมซึ่งในการปฏิบัติการพยาบาลนั้น เป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic care) การดูแลบุคคลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมโดยไม่แบ่งแยกด้านใดด้านหนึ่ง เป็นบทบาทการพยาบาลที่ทำให้ได้โดยอิสระ และเพื่อเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมผ่อนคลายความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยให้ลดลง ซึ่งนับว่าเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมพยาบาลที่มีคุณภาพ เพื่อที่ผู้ป่วยจะสามารถป้องกันและขจัดความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ลดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

จุดมุ่งหมายของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งความมุ่งหมายไว้ดังนี้
เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมผ่อนคลายความเครียดสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ความสำคัญของการวิจัย

ผลของการวิจัยครั้งนี้ จะทำให้ทราบถึงผลของการใช้โปรแกรมผ่อนคลายความเครียด ซึ่งคาดว่าจะประโยชน์ต่อพยาบาลวิชาชีพ และวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมผ่อนคลายความเครียดสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม และประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยแผนกอื่นๆในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ประชากร คือ ผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหญิงที่แพทย์รับไว้เพื่อการรักษา ในแผนกอุบัติเหตุชั้น 4 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าจำนวน 816 ราย (สถิติผู้ป่วยปี พ.ศ. 2549)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหญิงที่แพทย์รับไว้เพื่อการรักษาในแผนกอุบัติเหตุชั้น 4 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้มาโดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เฉพาะผู้ป่วยประเภท 3 (ภาคผนวก ค) โดยให้ทำแบบประเมินความเครียดและคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคะแนนความเครียดตั้งแต่ 26 คะแนนขึ้นไป จำนวน 60 คน จัดแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน โดยการจับคู่ (Match paired) ตัวแปรเพศ

ตัวแปรที่จะศึกษา

1. ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมผ่อนคลายความเครียด
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ ความเครียด

นิยามคำศัพท์เฉพาะ

1. ประสิทธิภาพของโปรแกรมผ่อนคลายความเครียด

หมายถึง การเปลี่ยนแปลงระดับความเครียด ภายหลังได้รับโปรแกรมผ่อนคลายความเครียดตามรูปแบบที่กำหนด โดยประเมินจากคะแนนเฉลี่ยของความเครียดจากแบบทดสอบความเครียดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. โปรแกรมผ่อนคลายความเครียด

หมายถึง การดำเนินกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อช่วยผ่อนคลายความเครียด แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้วิจัย เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎระเบียบในหอผู้ป่วย และการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ เพื่อสร้างความคุ้นเคยและเป็นกันเอง ก่อให้เกิดความไว้วางใจของผู้ป่วย ตลอดจนยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก โดยมีการสร้างสัมพันธภาพตั้งแต่แรกเริ่ม

2. การให้สุขศึกษา หมายถึง การให้คำแนะนำกลุ่มย่อยเกี่ยวกับ การจัดการความเครียด

3. กิจกรรมการผ่อนคลาย หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยได้คัดเลือกจากวิธีผ่อนคลายความเครียดหลายๆวิธี เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพของผู้ป่วยและหอผู้ป่วย ได้แก่

- 3.1 การฝึกสมาธิ หมายถึง การฝึกจิตในผู้ป่วยรายกลุ่มย่อย เพื่อให้จิตสงบ ผ่อนคลาย โดยกำหนดความสนใจและจดจ่ออยู่กับลมหายใจเข้าออก ทั้งนี้เพื่อให้สติระลึกไปตาม

อริยาบถปัจจุบันของร่างกาย ทำการฝึกสมาธิในวันที่ 2 เวลา 20.00 – 20.30 น. วันที่ 3 และวันที่ 4 เวลา 14.00 – 14.30 น. และ เวลา 20.00 – 20.30 น.

3.2 ดนตรีเพื่อการผ่อนคลาย หมายถึง ดนตรีที่ผู้วิจัยได้พิจารณาและคัดเลือกมาเป็นกิจกรรมเสริมในการปฏิบัติพยาบาลเพื่อลดความเครียดให้กับผู้ป่วย ลักษณะดนตรีเป็นดนตรีบรรเลงประเภทผ่อนคลาย (Relaxing music) มีเสียงธรรมชาติ เช่น เสียงนกร้อง เสียงน้ำตก เสียงคลื่น เป็นต้น กำหนดอัตราความเร็วของจังหวะดนตรีให้มีความเร็วอยู่ระหว่าง 66 -112 เมโตรนอม ซึ่งเทียบเท่ากับอัตราการเต้นของหัวใจระหว่าง 60-80 ครั้งต่อนาที เป็นจังหวะปกติ ก่อให้เกิดความเพลิดเพลิน ช่วยกล่อมจิตใจให้สงบ ผ่อนคลายอารมณ์ และลดความตึงเครียด และเปิดความตึงไม่เกิน 75 เดซิเบล โดยการเปิดดนตรี 20 นาทีก่อนทำสมาธิ วันที่ 2 เวลา 19.40 – 20.00 น. วันที่ 3 และวันที่ 4 เวลา 13.40 – 14.00 น. และเวลา 19.40 – 20.00 น.

3. การให้สุศึกษาตามปกติ หมายถึง กิจกรรมพยาบาลที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยกระทำต่อผู้ป่วยทุกราย

4. ความเครียด หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองทางกายเนื่องจากสภาวะทางจิตใจ ความรู้สึกไม่สบายใจ ท้อแท้ สิ้นหวัง วิตกกังวล ขณะที่แพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยประเมินได้จากแบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต

5. ผู้ป่วยอายุรกรรม หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์รับไว้เพื่อให้การรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้ยาเป็นหลัก แบ่งเป็น 5 ประเภท ได้แก่

ผู้ป่วยประเภท 1 (Self care) ต้องการการดูแล 1.5 ชั่วโมง/ราย/วัน ได้แก่

1. ช่วยเหลือตนเองได้ สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติ ไม่ต้องเปลี่ยนแปลงการกิจวัตรประจำวัน เช่น รับประทานอาหารได้เอง ไม่จำกัดชนิดของอาหาร
2. รู้สึกตัวดี ให้ความร่วมมือในการรักษา
3. ต้องการการทำการกิจกรรมอย่างง่าย เช่น รอผลการตรวจเพื่อการจำหน่าย หรือ ผู้ป่วยหลังจากสวนหัวใจ 48 ชั่วโมง

ผู้ป่วยประเภท 2 (Minimal care) ต้องการการดูแล 3.5 ชั่วโมง/ราย/วัน ได้แก่

1. ต้องการการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันเพียงเล็กน้อย เช่น พยุงเข้าห้องน้ำ เตรียมของใช้ให้ เตรียมอาหารและน้ำโดยให้ผู้ป่วยรับประทานเอง

2. ระยะพักฟื้น จำเป็นต้องควบคุมกิจกรรมบางอย่าง ต้องการรักษาเพียงเล็กน้อย เช่น ทำกายภาพบำบัด ผู้ป่วยหลังสวนหัวใจ 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพไม่รุนแรง สัญญาณชีพไม่คงที่ ไม่ต้องดูแลตลอดเวลา เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีรักษาไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยที่มีภาวะเส้นเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

3. ผู้ป่วยที่ต้องสังเกตอาการเป็นระยะไม่เกิน 24 ชั่วโมง เช่น

- ต้องการการเตรียมตรวจ ผ่าตัด ทำกิจกรรมการรักษา เช่น รอให้ยา รอทำฟัน ตรวจตา ที่ต้องการสังเกตอาการหลังทำเป็นระยะเวลาสั้นๆ

- รวบรวมข้อมูล เช่น อัลตราซาวด์ เอ็กซเรย์ เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ เป็นต้น
ผู้ป่วยประเภท 3 (Intermediate care) ต้องการการดูแล 5.5 ชั่วโมง/ราย/วัน

ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย จำกัดกิจกรรมบนเตียง (Bed rest) เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการปวด ภาวะกระดูกกร่อน ต้องการการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน เช่น ช่วยเช็ดตัว ป้อนอาหาร ได้รับอาหารเฉพาะโรค

2. ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของโรครุนแรงแต่ไม่ปรากฏอาการรุนแรงชัดเจน หรือ เป็นการป่วยชนิดปานกลางต้องควบคุมกิจกรรม เช่น ผู้ป่วยซีดได้รับยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยหลังจากมีอาการโรคหัวใจขาดเลือด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยเรื้อรังให้ออกซิเจนทางจมูก วัดสัญญาณชีพ ทุก 6 ชั่วโมง ได้รับยาขยายหลอดเลือดตามเวลา

3. ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลพิเศษ อย่างต่อเนื่อง 1-2 ชั่วโมง เช่น ผู้ป่วยหลัง ทำหัตถการ เช่น ผู้ป่วยเจาะไขกระดูก การส่องกล้องทางเดินอาหาร เจาะหลัง เป็นต้น

ผู้ป่วยประเภท 4 (Modify intensive care) ต้องการการดูแล 7.5 ชั่วโมง/ราย/วัน

ได้แก่

1. ผู้ป่วยจำกัดกิจกรรมบนเตียงอย่างสมบูรณ์ (Absolute bed rest) ต้องการ การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันทุกอย่าง

2. ผู้ป่วยที่มีอาการป่วยอย่างเฉียบพลันต้องสังเกตอาการป่วย เช่น หอบหืด เฉียบพลัน หัวใจล้มเหลว ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ อาจเป็นหรือไม่เป็นผู้ป่วยในระยะสุดท้ายก็ได้ ต้องเช็คสัญญาณชีพ ทุก 1-4 ชั่วโมง มีแนวโน้มที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพ ผู้ป่วยที่มี อาการแสดงความผิดปกติรุนแรงบ่อยครั้ง ต้องสังเกตอาการใกล้ชิดและต่อเนื่อง เช่น ผู้ป่วยที่มี อาการชักที่มีอาการและอาการแสดงทางระบบประสาทเปลี่ยนแปลง

3. ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ต่อเนื่องภายหลังได้รับการทำ หัตถการที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายได้ เช่น การเจาะตับ การเจาะไต การเจาะปอด การ เจาะคอ การล้างไตทางหน้าท้อง หรือได้รับรังสีรักษา หรือเคมีบำบัดที่มีภาวะแทรกซ้อน หรือ ภายหลังได้รับ Stem cell จากการปลูกถ่ายไขกระดูก ก่อนและหลังการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ

ผู้ป่วยประเภท 5 (Intensive care) ต้องการการดูแล 12.5 ชั่วโมง/ราย/วัน ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องการการพยาบาลทั้งหมด

2. อยู่ในภาวะวิกฤติของชีวิต มีการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพเร็ว เช่น

- มีภาวะของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดระยะเฉียบพลันใน 24 ชั่วโมงแรก

- ผู้ป่วยที่มีอาการหอบเหนื่อย มีภาวะของหัวใจล้มเหลว มีอาการช็อก

3. ต้องการการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ทั้งสัญญาณชีพ คลื่นหัวใจ ต้องการการ บันทึกทุก 1-2 ชั่วโมง หรือน้อยกว่านั้น เช่น

- ผู้ป่วยที่ On Invasive Hemodynamic Monitoring เช่น IABP A-Line

Swan Ganz

- ผู้ป่วยภายหลังทำหัตถการสำคัญเสี่ยงต่อชีวิต เช่น PCI CABG 24 ชั่วโมงแรก

- ผู้ป่วยได้รับยาที่มีฤทธิ์ข้างเคียงรุนแรงชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด หรือให้ทางน้ำเกลือ และต้องได้รับการสังเกตอาการขณะให้ยาและหลังให้ยาอย่างใกล้ชิด เช่น Dopamine Dobutrex SK Xylocaine เป็นต้น

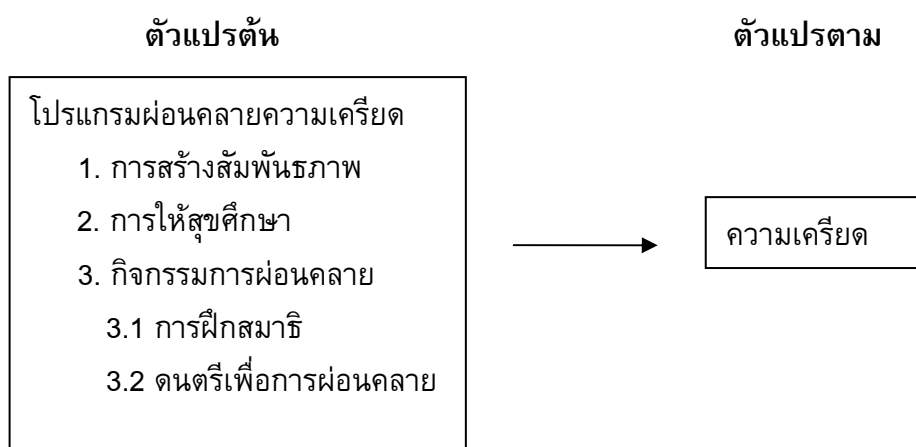
- ผู้ป่วยที่ทำ การล้างไตทางหน้าท้อง การฟอกเลือด ที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น Hemodynamic unstable หรือ ผู้ป่วยวิกฤติที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วเฉียบพลันต่ออวัยวะสำคัญ ได้แก่ สมอง หัวใจ ไต ปอด ตับ ต้องการการดูแลในระยะ 24 ชั่วโมงทุก 15-30 นาที ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยประเภท 3

6. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

หมายถึง โรงพยาบาลของกองทัพบก ขึ้นตรงต่อศูนย์อำนวยการแพทย์พระมงกุฎเกล้า กรมแพทย์ทหารบก มีภารกิจหลักในการให้บริการรักษาพยาบาลและส่งเสริมสุขภาพ อนามัย แก่ทหาร ครอบครัวตลอดจนประชาชนทั่วไป ทั้งนี้เพื่อช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กองทัพ รวมทั้งเพื่อพัฒนาชีวิตของกำลังพล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยพบว่า การที่ผู้ป่วยที่แพทย์รับไว้เพื่อให้การรักษาในโรงพยาบาล มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวัน ก่อให้เกิดภาวะเครียดแก่ผู้ป่วย ซึ่งส่งผลคือ จำนวนวันนอนนานขึ้น สูญเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น และสูญเสียโอกาสในการประกอบอาชีพ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมผ่อนคลายความเครียด โดยการสร้างสัมพันธภาพ การให้สุขศึกษา การฝึกสมาธิ และการฟังดนตรีเพื่อการผ่อนคลาย มาสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังปรากฏตามภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

สมมติฐานในการวิจัย

- 1.ผู้ป่วยอายุรกรรมภายหลังได้รับโปรแกรมผ่อนคลายความเครียดมีระดับความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมผ่อนคลายความเครียด
- 2.ผู้ป่วยอายุรกรรมภายหลังได้รับโปรแกรมผ่อนคลายความเครียดมีระดับความเครียดต่ำกว่าผู้ป่วยอายุรกรรมที่ไม่ได้รับโปรแกรมผ่อนคลายความเครียด

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมผ่อนคลายความเครียดสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย โดยศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งต่างประเทศและในประเทศไทย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

- 1.1 ความรู้เกี่ยวกับความเครียด
- 1.2 ทฤษฎีความเครียด
- 1.3 แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม
- 1.4 การสร้างสัมพันธภาพ
- 1.5 การให้สุขศึกษา
- 1.6 ความรู้เกี่ยวกับสมาธิ
- 1.7 ความรู้เกี่ยวกับดนตรีเพื่อการผ่อนคลาย

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

- 2.1 งานวิจัยในต่างประเทศ
- 2.2 งานวิจัยภายในประเทศ

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

1.1 ความรู้เกี่ยวกับความเครียด

ความหมายของความเครียด

ความเครียด (Stress) เป็นคำที่ยืมมาจากภาษาฟิสิกส์ ซึ่งอธิบายว่าความเครียดเป็นความกดดัน (Pressure) หรือแรง (Force) ที่มีต่อร่างกายของคนเรา นอกจากนั้น Stress ยังมีรากศัพท์มาจากภาษาละติน “Strictus” แปลว่า ความตึงแน่น (Bound tight) ในทางจิตวิทยา ความเครียด หมายถึง สิ่งที่ต้องการ(Demand) ที่มีผลต่ออินทรีย์เพื่อก่อให้เกิดการปรับตัว (Adaptation) สิ่งที่ต้องการคือสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกที่มีผลกระทบต่อคนเรา การปรับตัวที่เป็นผลตามมาทำให้คนเราเกิดสภาวะของความตึง (Tension) หรือการคุกคาม

สำหรับความหมายของความเครียด ได้มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายดังต่อไปนี้

เซลเย่ (Selye. 1965 : 53-54) กล่าวถึงความเครียดว่า เป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของร่างกายที่ไม่จำเพาะเจาะจงต่อสิ่งที่มีผลกระทบกับร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นอะไรก็ตาม เช่น การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้น การใช้สารเคมี ความร้อน ความเย็น ความรื้นเร้ง ความเศร้า

ความผิดหวัง ยา ฮอร์โมน และอื่นๆ ทั้งหมดนี้มีสิ่งที่เหมือนกันคือ ทำให้เกิดปฏิกิริยาการปรับตัว (Adaptation) เพื่อนำมาซึ่งภาวะธำรงดุล (Homeostasis) ของร่างกาย

แร็พพอร์ท (Rapport. 1970 : 272) กล่าวว่า ความเครียดเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของแต่ละบุคคลต่อสิ่งเร้าซึ่งทำให้เกิดอันตราย ส่วนใหญ่จะหมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียดกับปฏิกิริยาโต้ตอบของแต่ละบุคคล

ฟาร์เมอร์ ลินน์ และเฮเคเลอร์ (Farmer, Lynn and Hekeler. 1984 : 12) กล่าวว่า ความเครียดเป็นระดับความวิตกกังวลที่บุคคลรับรู้ อันเนื่องจากสภาวะการณ์ต่างๆ ซึ่งในสภาวะการณ์เดียวกันบุคคลจะมีความเครียดต่างกัน

ลาซาลัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman. 1984 : 21) กล่าวว่า ความเครียดเป็นสิ่งที่เกิดจากการกระทำระหว่างกัน (Interaction) ที่จำเพาะเจาะจงระหว่างบุคคล (Person) กับสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อม (Environment stimulus) บุคคลจะมองดูว่าสิ่งเร้าดังกล่าวที่ก่อให้เกิดความเครียด และประเมินด้วยสติปัญญาว่าความสัมพันธ์นั้นจะเกินความสามารถของตนในการจัดการและเป็นอันตรายต่อตัวเขามากน้อยเพียงไร

จอห์นสัน (Johnson. 1980 : 145-152) กล่าวว่าความเครียด หมายถึง การตอบสนองของร่างกายโดยทั่วไปหรือไม่เฉพาะเจาะจง ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนให้รู้ถึงความจำเป็นที่จะต้องมีการปรับเปลี่ยนให้เกิดความเหมาะสม เพื่อจะได้กลับคืนสู่สภาวะปกติ อารมณ์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความเครียด ได้แก่ ความโกรธ ความวิตกกังวล ความกลัว ความคับข้องใจ

กรมสุขภาพจิต (2540 : 9) ให้ความหมายของความเครียดว่า เป็นภาวะของอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจหรือถูกบีบคั้น กดดันจนทำให้เกิดความรู้สึกทุกขใจ สับสน โกรธ หรือ เสียใจ ความเครียดที่ไม่มีมากนักจะเป็นแรงกระตุ้นให้คนเกิดแรงมูมานะที่จะเอาชนะปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ได้ คนที่มีความรับผิตชอบสูงมักหนีความเครียดไปไม่พ้นความเครียดที่เป็นอันตราย คือ ความเครียดในระดับสูงที่คงอยู่เป็นเวลานาน จะส่งผลเสียต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต พฤติกรรม ครอบครัว การทำงาน และสังคมได้

จากที่กล่าวมาพอสรุปได้ว่า ความเครียด หมายถึงภาวะของจิตใจที่เผชิญกับสถานการณ์อันไม่พึงประสงค์ ทำให้เกิดความกดดันทางอารมณ์ เกิดปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายขึ้นเฉพาะแต่ละบุคคลไม่จำเป็นต้องเหมือนกัน เพื่อรักษาสมดุลของร่างกายไว้ให้ได้

1.2 ทฤษฎีความเครียด

ทฤษฎีความเครียดของ Lazarus

ทฤษฎีของความเครียด แบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. ทฤษฎีเชิงสิ่งเร้า (Stimulus-oriented Theories) เกิดจากแนวคิดของ โฮมและ เรห์ (Holmes & Rahe) ในปี ค.ศ. 1967

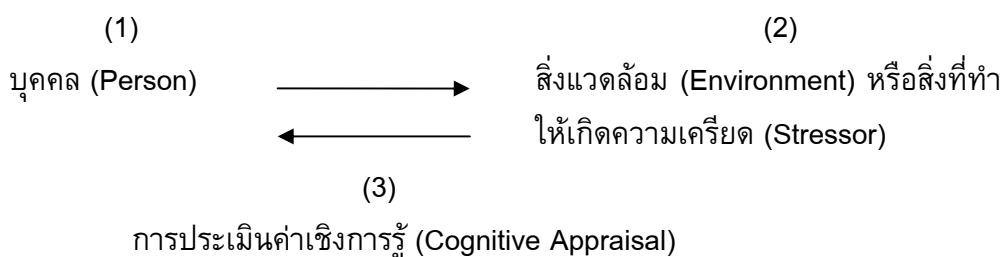
2. ทฤษฎีเชิงการตอบสนอง (Response - oriented Theories) เกิดจากแนวคิดของ เซลเย (Selye) ในปี ค.ศ.1956 และ 1993

3. ทฤษฎีเชิงอันตรกิริยา (Interactional Theories) เกิดจากแนวคิดของ ลาซาลัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman) ในปี ค.ศ.1984 และ ลาซาลัส (Lazarus) ในปี ค.ศ. 1987 และ 1993

สำหรับงานวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดทฤษฎีความเครียดเชิงอันตรกิริยาของลาซาลัส (Lazarus) ดังนี้

ทฤษฎีเชิงอันตรกิริยา (Interactional Theories)

บางทีเรียกว่า ทฤษฎีเชิงการกระทำระหว่างกันเกี่ยวกับการรู้ (Cognitive transaction theory) ของความเครียด ลาซาลัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman) กล่าวว่า ความเครียดทางจิตใจ (Psychological stress) เป็นสิ่งที่เกิดจากการกระทำระหว่างกัน (Interaction) ที่จำเพาะเจาะจงระหว่างบุคคล (Person) กับสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อม (Environment Stimulus) บุคคลจะมองดูว่าสิ่งเร้าดังกล่าวที่ก่อให้เกิดความเครียด จะเกินความสามารถของตนในการจัดการ และเป็นอันตรายต่อตัวเขามากน้อยเพียงไร การประเมินค่าด้วยการรู้ (Cognitive appraisal) มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 3 อย่าง ดังนี้



ภาพประกอบ 2 การประเมินค่าเชิงการรู้เกี่ยวกับสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อม

ที่มา: จำลอง ดิษยวณิช; และ พร้มเพรา ดิษยวณิช. (2525). *ความเครียด ความวิตกกังวล และสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: แสงศิลป์เชียงใหม่. หน้า 12.

ในรูปนี้จะเห็นอันตรกิริยาหรือการกระทำระหว่างกัน (Interaction) ของ (1) บุคคลกับ (2) สิ่งแวดล้อมหรือสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด เมื่อบุคคลเผชิญกับความเครียด รวมทั้งสาเหตุของความเครียด ก็ต้องอาศัยความรู้ความสามารถและประสบการณ์ของตนเพื่อ (3) การประเมินค่าด้วยการรู้ (Cognition) ลาซาลัส (Lazarus) เชื่อว่า ความเครียดและสุขภาพต่างมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน กล่าวคือ ความเครียดมีผลกระทบอย่างแรงต่อสุขภาพ และในทางกลับกันสุขภาพสามารถมีอิทธิพลต่อความต้านทานและความสามารถในการจัดการกับความเครียดได้

จุดสำคัญของทฤษฎีเชิงอันตรกิริยานี้มีหลักว่า “ความเครียดไม่ใช่สิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อม ไม่ใช่ลักษณะเฉพาะบุคคล และไม่ใช้การตอบสนอง แต่เป็นสัมพันธ์ภาพระหว่างสิ่งสามสิ่งนี้” จะเห็นได้ชัดว่าการวิเคราะห์เชิงสัมพันธ์ภาพเป็นกุญแจสำคัญของทฤษฎีนี้ ลาซาลัส (Lazarus) แนะนำว่าการประเมินค่ามีอยู่สามอย่าง ซึ่งต่างก็มีความหมายและอิทธิพลต่อกระบวนการ (Coping process) ได้แก่ การประเมินค่าปฐมภูมิ การประเมินค่าทุติยภูมิ และการประเมินค่าใหม่

1. การประเมินค่าปฐมภูมิ (Primary Appraisal) เป็นการประเมินค่าจากการรับรู้เบื้องต้น เพื่อดูว่าสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียด (Stressor) มีความรุนแรงมากน้อยเพียงไร จะเกินความสามารถของตนหรือไม่ เช่น ดูว่าสาเหตุของความเครียดนั้นเป็นเรื่องง่ายหรือยาก หากสิ่งนั้นยากมากก็จะเกิดความเครียดสูง ถ้าดูเป็นเรื่องง่ายก็จะดูเบาสบาย ไม่ค่อยเครียดและวิตกกังวลเท่าไร

2. การประเมินค่าทุติยภูมิ (Secondary Appraisal) เป็นวิธีหรือตัวแบบของการจัดการ (Coping Model) ที่คนเราใช้กับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด เพื่อทำให้ความเครียดลดลงหรือหมดไป เช่น การแสวงหาสารนิเทศหรือรายละเอียด (Information Seeking) และการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เป็นต้น

3. การประเมินค่าใหม่ (Reappraisal) เป็นการประเมินค่าที่ขึ้นอยู่กับผลป้อนกลับ (Feedback) จากปฏิสัมพันธ์ระหว่างการประเมินค่าทั้งสองอย่างข้างต้น สิ่งนี้อาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในการประเมินค่าปฐมภูมิ ซึ่งอาจกลับมาอิทธิพลต่อการรับรู้ของคนเราในการใช้ทักษะที่เหมาะสมกว่าเพื่อจัดการกับสถานการณ์นั้นๆ ได้ดีขึ้น

กลไกการจัดการและการป้องกัน (Coping and Defense Mechanisms)

การจัดการ (Coping) ตามศัพท์แปลว่า “การดิ้นรน (Struggling)” หรือการต่อสู้ (Contending)” หมายถึงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับพลังงาน และความใส่ใจทั้งทางร่างกายและอารมณ์เป็นพิเศษ ซึ่งต้องการนำมาใช้เพื่อจัดการกับสถานการณ์ที่ลำบากและยุ่งยาก Lazarus ในปี ค.ศ.1977 ได้กล่าวถึงวิธีจัดการ หรือกฎเกณฑ์แห่งตน (Self-regulation) กับความเครียดที่เกิดขึ้นว่ามี 2 ชนิด คือ

1. การกระทำโดยตรง (Direct action) ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อคนเราพยายามที่จะเปลี่ยนแปลง หรือเอาชนะสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี เช่น พยายามทำลาย หลีกเลียง หรือหลบหนีสิ่งที่ทำให้เกิดอันตราย หรือเตรียมพร้อมที่จะเผชิญต่ออันตรายนั้นๆ ตัวอย่าง นักศึกษาเมื่อทราบกำหนดการสอบไล่ครั้งใหญ่ เขาต้องเตรียมตัวดูหนังสือล่วงหน้าเป็นเวลานานพอสมควรแสดงว่านักศึกษาใช้วิธีการจัดการแบบการกระทำโดยตรง ความรู้สึของการเอาชนะและความพร้อม โดยคำนึงถึงเหตุผลอย่างเหมาะสมจะช่วยลดปฏิกิริยาต่อความเครียดก่อนเวลาที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์จริง

2. การบรรเทาหรือการผ่อนคลาย (Palliation) มักใช้เมื่อกลไกชนิดแรกมีราคาหรือค่าใช้จ่ายสูง หรือเมื่อคนเราไม่สามารถจัดการกับการทำหายจากสิ่งแวดล้อมได้สำเร็จ วิธีการเช่นนี้ คือการใช้กลไกป้องกันโดย Ego นั้นเอง และยังรวมถึงการใช้ยาสงบประสาท เหล้า บุหรี่ ยา นอนหลับ หรือเทคนิคบางอย่างเพื่อคลายเครียด เช่น การทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย การออกกำลังกาย การเดินแอโรบิค สมาธิ โยคะ เป็นต้น วิธีการจัดการแบบบรรเทาเช่นนี้เน้นที่วิธีการต่างๆ เพื่อลด

ความเครียดทั้งทางอารมณ์ ร่างกาย อวัยวะภายใน และการเคลื่อนไหวซึ่งตรงข้ามกับความพยายามที่จะเอาชนะการทำลายจากสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดความเครียด การที่ทำให้อาการทุกข์ทรมานต่าง ๆ ลดลงมีผลทำให้คนเราได้มีเวลาคิดมากขึ้น รู้จักแก้ปัญหา หรือแม้แต่กล้าเผชิญกับสถานการณ์ที่ตามปกติเรามักพยายามหลีกเลี่ยง

สำหรับการศึกษาค้นคว้านี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดตามทฤษฎีความเครียดของลาซาลัส คือการประเมินค่าสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ ถ้าก่อให้เกิดความเครียดหาวิธีจัดการกับความเครียดนั้น และประเมินค่าย้อนกลับไปที่ยังเป็นสิ่งเร้านั้นว่ายังเป็นความเครียดอยู่หรือไม่

ปัจจัยและสาเหตุของความเครียด

ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและความเจ็บป่วย เป็นกระบวนการซับซ้อนที่เครียดอย่างเดียวอาจก่อให้เกิดผลลัพธ์แตกต่างกันในระหว่างบุคคล ความเครียดชนิดเดียวกันแต่เกิดต่างเวลากันก็มีผลต่างกัน ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้เกิดผลต่อสิ่งนั้น ขณะเดียวกันทรัพยากรที่นำมาแก้ปัญหา ถ้ามีตัวกระตุ้นหลายตัว ก็ทำให้เกิดภาวะไม่สมดุล

ลักแมน และ ซอเรนเซน (Luckmann & Sorensen. 1980 : 52-60) ได้แบ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดโรค ดังนี้

1. ด้านพันธุกรรม (Genetic factors) ได้แก่ การทำงานของระบบต่างๆภายในร่างกายที่ผิดปกติ ภูมิต้านทานโรคต่ำ ทำให้เกิดโรคได้ง่าย ตลอดไปจนถึงโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม เช่น โรคโลหิตจางแบบซิกเคิล เซลล์ (Sickle cell anemia) เป็นต้น

2. ด้านฟิสิกส์และเคมี (Physical and Chemical factors) แบ่งออกเป็น 3 ประเภทคือ

2.1 อันตรายจากสิ่งแวดล้อมภายนอก เช่น ความร้อน ความเย็น รังสี

2.2 อันตรายจากสภาพภายในร่างกาย เช่น ร่างกายผลิตอินซูลิน (Insulin) มากเกินไป ทำให้เกิดภาวะหมดสติ (Shock) หรือร่างกายสะสมคอเลสเตอรอล (Cholesterol) ไว้มากเกินไป ทำให้เกิดภาวะเส้นเลือดแข็ง (Arteriosclerosis) เป็นต้น

2.3 อันตรายจากการขาดสิ่งที่จำเป็นสำหรับชีวิต เช่น สารอาหารประเภทต่างๆ ออกซิเจน ตลอดจนการสูญเสียสิ่งที่มีประโยชน์สำหรับร่างกาย เช่น สูญเสียเกลือแร่ (Electrolyte) ทำให้เกิดภาวะขาดน้ำและเกลือแร่อย่างรุนแรง

3. ด้านจุลินทรีย์และปรสิต (Microorganism and Parasites) ได้แก่ จุลินทรีย์ต่างๆที่ทำให้เกิดโรคได้ เช่น แบคทีเรีย ไวรัส เป็นต้น รวมทั้งสิ่งมีชีวิตอย่างอื่นที่สามารถอาศัยอยู่ในร่างกายมนุษย์ได้ เช่น พยาธิต่างๆ เป็นต้น

4. ด้านจิตใจ (Psychologic factors) ได้แก่ สภาพการเจริญเติบโตที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามวัย เช่น การย่างเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ (Puberty) การตั้งครรภ์ รวมไปถึงกระบวนการเจริญเติบโตและพัฒนาในช่วงวัยต่างๆ เช่น วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Adolescent) เป็นวัยที่

ต้องเข้าสังคมต้องต่อสู้แข่งขัน ฉะนั้นจึงพบได้ว่าชีวิตช่วงนี้มักจะประสบอุบัติเหตุหรือเกิดโรคติดต่อได้ง่าย ส่วนวัยผู้ใหญ่ตอนกลางจะรู้สึกว่าการชีวิตต้องวุ่นวาย ผิดกับปัญหาต่างๆมากมาย ทำให้เกิดภาวะอ่อนล้าและโรคตามมา ได้แก่ โรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ (Stress ulcers) โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคพิษสุราเรื้อรัง (Alcoholism) ส่วนวัยผู้ใหญ่ตอนปลายจะรู้สึกว่าการชีวิตไม่มีคุณค่า ร่างกายมีแต่ทางเสื่อมสลาย ทำให้รู้สึกสิ้นหวังและว่าเหว

เฮิร์ท (Herth. 1989 : 68) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญปัญหาของบุคคลดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ทักษะ ทักษะการศึกษ ภาวะสุขภาพ ประสบการณ์ในการแก้ปัญหา ความเชื่อ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 อายุ เนื่องจากอายุจะสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต ซึ่งจะส่งผลถึงการตอบสนองต่อปัญหาของบุคคล โดยในช่วงแรกของชีวิตหรือผู้ที่มีอายุน้อย จะมีข้อจำกัดในการใช้พฤติกรรมในการเผชิญปัญหา เนื่องจากต้องอาศัยพัฒนาการทางด้านร่างกายและประสบการณ์การเรียนรู้ (Clark. 1984 : 8-9) บุคคลที่มีอายุที่แตกต่างกันจึงเลือกใช้วิธีในการเผชิญปัญหาต่างกัน แมสแลช (Maslach. 1995 : 60) กล่าวว่า ผู้ที่มีอายุน้อยจะมีความเครียดสูงกว่าผู้ที่มีอายุมากขึ้น เป็นเพราะอายุที่เพิ่มขึ้นได้สะสมประสบการณ์ของการทำงาน มีวุฒิภาวะ สุขุม รอบคอบ รู้จักชีวิตสามารถปรับตัวได้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เป็นจริงได้ดีกว่า

1.2 เพศ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหา เพศหญิงจะมีความคิดที่ซับซ้อนมากกว่าเพศชาย แต่เพศชายจะมีความคิดที่ยาวไกลกว่า แต่ยังไม่มีการวิจัยที่แน่นอนว่าเพศใดมีความเครียดมากกว่ากัน

1.3 วุฒิการศึกษา การศึกษาจะช่วยพัฒนาแนวคิดต่างๆต่อการดำรงชีวิตที่ดีขึ้น ทำให้บุคคลสามารถปรับตัว ปรับพฤติกรรม ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในปัจจุบันได้ กิบสัน และคณะ (Gibson. 1992 : 51-66) กล่าวว่า การศึกษาเป็นสาเหตุของความเครียด และมีความสัมพันธ์กับคุณภาพของการจัดการกับความเครียดของบุคคล

1.4 ประสบการณ์ในการแก้ปัญหา บุคคลที่มีการแก้ไขปัญหทั้งในเรื่องง่าย ๆ หรือซับซ้อนและเป็นผู้ที่สามารถเข้าใจ และแก้ไขปัญหได้ดีกว่าบุคคลที่ไม่เคยมีประสบการณ์ (Fuller & Ayers. 1990 : 469)

1.5 ความเชื่อ นับว่าเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้พฤติกรรม และความสามารถเผชิญปัญหาความเชื่อทางจิตวิญญาณ สามารถช่วยให้บุคคลมีการเผชิญปัญหาที่ดีได้ และช่วยให้สามารถควบคุมอารมณ์ให้สงบได้ (Bear & Myers. 1994 : 42)

2. ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ระบบสนับสนุนทางสังคม ฐานะทางเศรษฐกิจ วัฒนธรรม และธรรมเนียมประเพณี สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 อาชีพ บุคคลในอาชีพราชการได้รับผลตอบแทนในรูปเงินน้อยกว่าเอกชน อาชีพจะมีความสัมพันธ์กับรายได้ อาชีพที่มั่นคงรายได้จะดีด้วย เช่น อาชีพครู ตำรวจ ทหาร

มีสวัสดิการให้ในการรักษาความเจ็บป่วย ต่างจากประชาชนที่ไม่ได้รับสวัสดิการต่าง ๆ นั้น อาชีพที่ต่างกันย่อมมีความเครียดเกิดขึ้นต่างกัน

2.2 รายได้ต่อเดือน ซึ่ง ฟาร์เมอร์ และคณะ (Farmer, et al. 1984 : 44) กล่าวว่า ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับ ดุบริน (Dubrin. 1990 : 177) ที่กล่าวว่า หากเราไม่สามารถมีเงินใช้จ่ายในปัจจัยพื้นฐานของชีวิตแล้ว ย่อมก่อให้เกิดความกดดันและวิตกกังวล

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ได้แก่ ชนิดของโรค ความรุนแรงของโรค ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 ระยะเวลาของการเป็นโรค และปัจจัยด้านความเจ็บป่วย (ปาลชาติ ชาวโพธิ์หลวง. 2543 : 59) ได้กล่าวไว้ว่า

3.1.1 ระยะเวลาของการเกิดปัญหา (Onset) เช่น ในบุคคลที่สูญเสียอวัยวะต่างๆ ระยะแรกอาจไม่สามารถเผชิญปัญหาต่อสภาพการสูญเสียได้ เมื่อเวลาผ่านไปบุคคลนั้นจะค่อยๆปรับตัวได้ในที่สุด เนื่องจากบุคคลค่อยๆเรียนรู้การเผชิญปัญหาที่มีความเหมาะสมและแก้ไขปัญหาได้มากขึ้น

3.1.2 ปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นไปโดยไม่คาดคิดมาก่อน (Unexpected) เช่นการเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุ ย่อมมีผลกระทบกระเทือนต่อจิตใจมากกว่าการเจ็บป่วยที่ค่อยๆเกิดขึ้น พฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ผู้ป่วยนำมาใช้จึงมีความยุ่งยากและซับซ้อนมากกว่า

3.1.3 ชนิดและความรุนแรงของโรค บุคคลที่มีความเจ็บป่วยรุนแรง และต้องการคนดูแลใกล้ชิดจะมีปัญหาทางจิตใจ เกิดภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล มากกว่าบุคคลที่มีความเจ็บป่วยไม่รุนแรง

3.1.4 ตำแหน่งหรืออวัยวะที่เกิดพยาธิสภาพ ถ้าเป็นตำแหน่งหรืออวัยวะที่บุคคลให้ความสำคัญมากก็จะยิ่งทำให้เกิดภาวะความเครียดสูง ทำให้มีผลต่อการเผชิญปัญหาได้

3.2 ภาวะสุขภาพ กำลังความสามารถ และกำลังใจ บุคคลที่มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์และมองโลกในแง่ดี จะมีความสามารถเผชิญปัญหาได้ดีกว่าบุคคลที่เจ็บป่วยอ่อนแอหรือท้อแท้ (ซอลดา พันธุ์เสนา. 2536 : 36)

สาเหตุของความเครียด 3 ประการ (กรมสุขภาพจิต. 2540 :3) คือ

1. สาเหตุทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความกลัวว่าจะไม่ได้ดังหวัง กลัวจะไม่สำเร็จ หนักใจในงานที่ได้รับมอบหมาย รู้สึกว่าตนต้องทำในสิ่งที่ยากเกินความสามารถ มีความวิตกกังวลล่วงหน้ากับสิ่งที่ยังไม่เกิด

2. สาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ได้แก่ การเปลี่ยนวัยการเริ่มเข้าทำงานการเปลี่ยนงาน การเกษียณอายุ การสูญเสียคนรัก

3. สาเหตุจากการเจ็บป่วยทางกาย ได้แก่ การเจ็บไข้ การเจ็บป่วยที่รุนแรง

ชูทิติย์ ปานปรีชา (2529 : 481-491) แบ่งสาเหตุของความเครียดออกเป็น

2 สาเหตุ ดังนี้

1. สาเหตุภายใน หมายถึง ความเครียดที่เกิดจากสาเหตุหรือปัจจัยต่างๆที่มาจากตัวบุคคล ได้แก่

1.1 สาเหตุทางร่างกาย เป็นภาวะบางอย่างของร่างกายที่ทำให้เกิดความเครียดที่ยังไม่รุนแรงถึงขั้นเป็นโรค หรือป่วยเป็นโรคก็ได้ บางคนเรียกว่า “ร่างกายเครียด” ซึ่งจะมีผลกระทบไปยังจิตใจด้วย เพราะร่างกายและจิตใจเป็นสิ่งที่แยกกันไม่ได้ เช่น ความเจ็บป่วยทางร่างกาย ภาวะติดสุราหรือยาเสพติด เป็นต้น

1.2 สาเหตุทางจิตใจ เช่น อารมณ์ไม่ดีต่างๆ ได้แก่ ความกลัว ความโกรธ ความวิตกกังวล ความเศร้า อารมณ์เหล่านี้บางคนเรียกว่า “อารมณ์เครียด” หรือความรู้สึกสูญเสียชื่อเสียง ความคับข้องใจ ความไม่พอใจ ความรู้สึกบีบคั้น ความทุกข์ใจ ความรู้สึกเสียความภาคภูมิใจ หรือบุคลิกภาพบางชนิดทำให้เกิดความเครียดได้ง่าย เช่น ก้าวร้าว(Aggressive) เจ้าระเบียบ(Perfectionist) ควบคุมอารมณ์ไม่อยู่(Poor emotional control) ต้องพึ่งพาผู้อื่นอยู่เสมอ(Dependence) เป็นต้น

2. สาเหตุภายนอก หมายถึง สาเหตุต่างๆนอกตัวบุคคล ได้แก่

2.1 การสูญเสียสิ่งที่รัก เช่น คนรัก ของรัก ทรัพย์สิน หน้าที่การงาน

2.2 การเปลี่ยนแปลงในชีวิต เช่น การเข้าโรงเรียนครั้งแรก การทำงานครั้งแรก การแต่งงานใหม่ๆ การมีบุตรคนแรก วัยหมดประจำเดือน เป็นต้น นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม ก็เป็นสาเหตุของความเครียดชนิดหนึ่ง เช่น การย้ายบ้าน การย้ายงาน เป็นต้น

2.3 ภัยอันตรายต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นภัยที่มนุษย์สร้างขึ้นหรือภัยธรรมชาติ เช่น ถูกขู่ทำร้ายร่างกาย น้ำท่วม ไฟไหม้บ้าน ภาวะดังกล่าวทำให้เกิดความกดดันทางจิตใจ ซึ่งส่งผลให้เกิดความเครียดอย่างรุนแรงได้

2.4 การทำงานชนิดที่ทำให้เกิดความเครียด เช่น งานในตำแหน่งสูง งานเสี่ยงอันตราย เช่น ตำรวจ นักบิน แพทย์ เป็นต้น

2.5 ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ ยากจน เป็นหนี้สิน ฯลฯ

2.6 สภาพสังคมเมือง เช่น ที่อยู่อาศัย การจราจรติดขัด อากาศเป็นพิษ ชีวิตที่ต้องแข่งขัน ฯลฯ

กล่าวโดยสรุปได้ว่า สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดมีปัจจัยหลายประการคือ ปัจจัยทางด้านจิตใจที่แตกต่างกันอันเนื่องมาจากองค์ประกอบของแต่ละบุคคล ได้แก่ ทัศนคติ ลักษณะประจำตัว รวมถึงสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติ สิ่งแวดล้อมทางสังคม สิ่งแวดล้อมในการทำงาน การเปลี่ยนแปลงต่างๆในชีวิต ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงการทำงาน การสูญเสียคนรัก การเกษียณอายุ รวมไปถึงอาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ที่เป็นผลก่อให้เกิดความเครียดและความไม่สมดุลภายในตัวบุคคล

แนวคิดของความเครียดและความเจ็บป่วย (Concepts of Stress and Illness)

(จำลอง ดิษยวณิช; และ พรหมเพรา ดิษยวณิช. 2525 : 120)

เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นอาจนำไปสู่ความเจ็บป่วยได้ เนื่องจาก

1. การเปลี่ยนแปลงในระบบประสาท ภูมิคุ้มกันหรือต่อมไร้ท่อ จนทำให้มีการปรับเปลี่ยนในอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต หน้าที่ของ Hypothalamus , Pituitary , และ กระบวนการทางสรีรวิทยาอื่นๆ เชื่อว่าปฏิกิริยาทางสรีรวิทยา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Sympathetic nervous system ในการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด จากการที่มีระดับของ Plasma catecholamine สูงขึ้น กระบวนการนี้อาจช่วยเพิ่มการหดตัวหรือการทำลาย Endothelial cells ของหลอดเลือด ความสมดุลระหว่าง Sympathetic และ Parasympathetic system ในการตอบสนองต่อความเครียด อาจนำไปสู่ภาวะหัวใจเสียจังหวะที่เป็นอันตรายแก่ชีวิตได้ การวิจัยในเรื่องของจิตประสาทวิทยาภูมิคุ้มกัน (Psychoneuroimmunology) ได้แสดงให้เห็นว่าสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด อาจนำไปสู่การกดระงับของหน้าที่ภูมิคุ้มกัน สถานการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วซ้ำอีกอาจมีผลต่อความสามารถของเราในการปรับตัว และยังมีความเชื่อมโยงกับความถี่ที่เพิ่มขึ้นของความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และแผลเปื่อย รวมทั้งความต้านทานที่ลดลงต่อไวรัส และเซลล์เนื้องอก

2. การสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ ที่เพิ่มแนวโน้มของการเกิดโรคหรือการบาดเจ็บ ตัวอย่างการจัดการปัญหากับปัญหายุ่งยากในชีวิต ด้วยการสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า และการใช้สารเสพติด อย่างหนัก มีนิสัยในการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ดำเนินวิถีชีวิตแบบเดิมๆ ทำให้คนเรามีอัตราการเกิดโรค และอัตราการตายเพิ่มขึ้น

3. ความเครียดและวิธีการที่ปรับตัวไม่ดีอาจนำไปสู่ความเจ็บป่วย หมายถึง อิทธิพลทางจิตใจและสังคม ที่พยายามทำให้คนเราลดความสำคัญของอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้น้อยลง การลดหรือการปฏิเสธความสำคัญของการประเมินทางการแพทย์และการรักษา รวมทั้งความล้มเหลวที่จะใช้มาตรการป้องกัน สิ่งเหล่านี้อาจทำให้เกิดความล่าช้าในการดูแลของแพทย์ และอาจนำไปสู่ความเจ็บป่วย หรือแม้แต่ว่าความตายในที่สุด

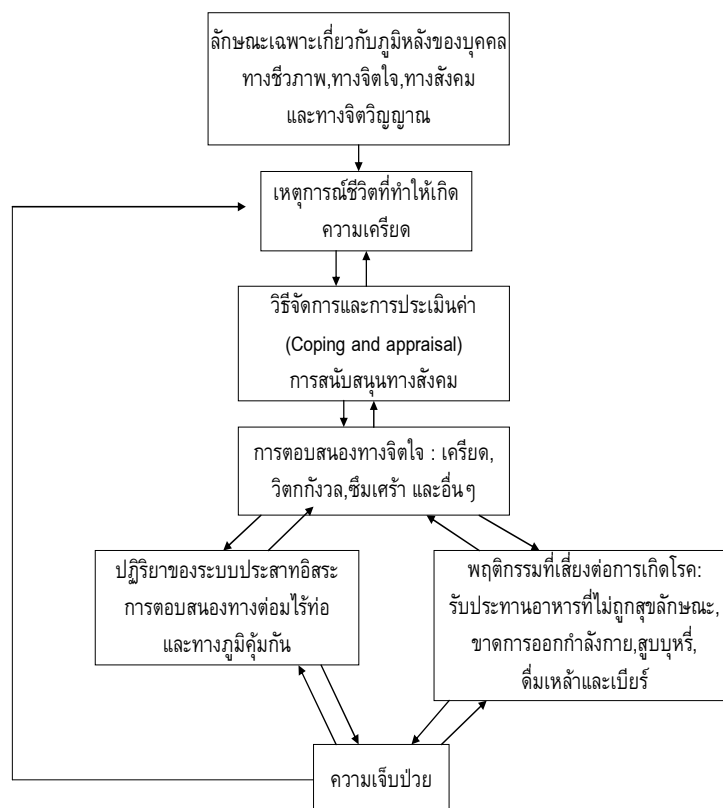
ปัจจัยเหล่านี้อาจทำงานพร้อมกันในผู้ป่วยจนทำให้เกิดความเสี่ยงหลายๆ อย่างต่อการเกิดโรค คนที่มีพื้นฐานทางอารมณ์ชอบหงุดหงิดและก้าวร้าวง่าย บางครั้งอาจรู้สึกไม่มั่นคงแยกตัวเองจากสังคม หลีกเลียงการแสดงตน การจัดการกับความเครียดด้วยการสูบบุหรี่และดื่มเหล้าอย่างหนัก คนที่มีนิสัยเกลียดสังคม มีความรู้สึกไม่เป็นมิตรและความโกรธเป็นประจำอาจเกิด

1. การกระตุ้นทางสรีรวิทยาแบบเรื้อรัง

2. การเพิ่มแนวโน้มของนิสัยที่ไม่ดีเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การไม่ออกกำลังกาย การไม่ดูแลสุขภาพของตน

3. การไม่สนใจในการสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยให้เข้าถึงการดูแลสุขภาพทางการแพทย์ และการป้องกันผลเสียของความเครียด

สิ่งที่กล่าวมานี้อาจเพิ่มความกดดัน ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ประสาทต่อมไร้ท่อ และภูมิคุ้มกัน ดังภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 ตัวแบบเชิงชีวิตจิตสังคมและจิตวิญญาณของความเครียดและความเจ็บป่วย

ที่มา : จำลอง ดิษยวณิช; และ พร็ัมเพรา ดิษยวณิช. (2525). *ความเครียด ความวิตกกังวล และสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: แสงศิลป์เชียงใหม่. หน้า 122.

ความเครียดในผู้ป่วยอายุรกรรม

จากแนวคิดของลาซาลัสและฟอล์คแมน (1984) ซึ่งมองความเครียดว่าเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมโดยบุคคลจะประเมินสิ่งเร้าที่มากกระทบที่ตนเองไม่สามารถรับมือได้ เนื่องจากศักยภาพของคนที่มียู้น้อยกว่าความรุนแรงของสิ่งเร้า แหล่งประโยชน์ในการจัดการกับสิ่งเร้ามีไม่เพียงพอและ/ หรือประเมินว่าสิ่งเร้าดังกล่าวจะเข้ามาคุกคามหรือทำอันตรายต่อตนเอง โรคทางอายุรกรรมเป็นความเจ็บป่วยที่ใช้ยารักษาเป็นหลัก บางโรคเป็นเรื้อรัง บางโรครักษาไม่หายขาดต้องรับประทานยา หรือรักษาตลอดชีวิต เช่น โรคไต ความเครียดจึงกลายเป็นปัญหาใหญ่ที่ส่งสัญญาณผิดปกติบางอย่างภายในจิตใจโดยจะแสดงออกทางร่างกาย คือ ปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูง (ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ, 2541)

ในภาวะปกติผู้ป่วยจะมีความเครียดอยู่แล้ว เนื่องจากต้องมีการปรับตัวและบางครั้งอาจต้องเปลี่ยนบทบาทในครอบครัว และถ้าการเจ็บป่วยนั้นต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลก็จะยิ่งเพิ่มความเครียดให้กับผู้ป่วยได้ ซึ่ง เอลลิส และ นาวลิส (เรณู มีชนะ. 2544 : 17 ; อ้างอิงจาก Ellis & Nowlis. 1985 : 96-98) ได้กล่าวถึงสาเหตุของความเครียดไว้ 2 ประการ ได้แก่ สาเหตุจากองค์ประกอบภายในร่างกาย และ สาเหตุจากองค์ประกอบภายนอก ได้แก่ สิ่งแวดล้อม ซึ่งตัวโรคทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายทางสรีรวิทยา และเมื่อต้องมาอยู่โรงพยาบาลผู้ป่วยต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมใหม่ๆ ไม่ว่าจะเป็นสถานที่ บุคคล กฎระเบียบของโรงพยาบาล การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ รวมทั้งเกิดปัญหาทางการเงินสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เนื่องจากขาดรายได้ และต้องยกจากครอบครัว เพื่อนฝูง เป็นต้น ก่อให้เกิดความเครียดในผู้ป่วยอายุรกรรมได้

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยอายุรกรรมที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความเครียดจากการเจ็บป่วย แผนการรักษาพยาบาล จากสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล จากการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย และความเครียดเกี่ยวกับครอบครัว มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ความเครียดจากการเจ็บป่วย

เมื่อเกิดความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะเกิดความเครียดเกี่ยวกับสภาวะของโรคที่เป็น ซึ่งความเจ็บป่วยดังกล่าวทำให้สมรรถภาพการทำงานของร่างกายลดลง เช่น มีความรู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ลดลง เดินหรือเคลื่อนไหวไม่ได้ ผู้ป่วยบางรายต้องใช้เครื่องมือทางการแพทย์ช่วยเหลือเพื่อรักษาชีวิตและควบคุมการทำงานของอวัยวะ เช่น ใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือเครื่องควบคุมการเต้นของหัวใจ ทำให้มีผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย (ประคอง อินทสมบัติ. 2540 : 4-5)

2. ความเครียดจากแผนการรักษาพยาบาล

เมื่อเกิดความเจ็บป่วย และแพทย์รับไว้เพื่อให้การรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยไม่เข้าใจหรือไม่ทราบเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติการรักษาพยาบาล ไม่ทราบผลการตรวจรักษา ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้เป้าหมาย รู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมตนเองหรือสิ่งแวดล้อมได้ ไม่รู้ว่าอะไรจะเกิดขึ้นในแต่ละวัน ไม่รู้ว่าจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้เมื่อใด ไม่มีโอกาสวางแผนและพูดคุยเรื่องต่างๆ เหล่านี้กับเจ้าหน้าที่ (ประคอง อินทสมบัติ. 2540 : 4)

3. ความเครียดจากสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล

เป็นความเครียดที่เกิดจากการเข้ามาอยู่ในสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย เริ่มตั้งแต่เตียงและการจัดเตียงจะเรียงเป็นแถว และต้องนอนใกล้ชิดกับผู้ป่วยอื่นซึ่งเป็นคนแปลกหน้าทั้งสิ้น ต้องใช้ห้องน้ำร่วมกับผู้อื่น ในขณะที่คนเราต้องการสถานที่และอาณาบริเวณที่เป็นของตนเองเพื่อจะได้ทำกิจวัตรประจำวันได้สะดวก สบาย แต่การอยู่โรงพยาบาลต้องมาอยู่ในที่จำกัดจึงไม่มีอิสระ (ประคอง อินทสมบัติ. 2540 : 4) ขาดความเป็นสัดส่วน (Privacy) รวมทั้งกฎระเบียบต่างๆ เช่น ต้องสวมใส่เสื้อผ้าของโรงพยาบาล , ถูกจำกัดเวลาเยี่ยมของญาติ เป็นต้น

4. ความเครียดจากการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย

เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยเป็นแหล่งความเครียดที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง ซึ่งมักจะแสดงบทบาทเป็นบิดามารดา (Parenthood) ซึ่งจะตัดสินใจแทน และกระทำการต่างๆ ได้เกือบทั้งหมด เช่น การขอความยินยอมในการรักษาพยาบาล จะให้ข้อมูลในทางดีเพียงด้านเดียว และถือว่าการตัดสินใจของเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ถูกต้องที่สุด การแสดงความไม่ยินยอมดูจะเป็นเรื่องผิดปกติ ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถทำตามแผนการรักษาพยาบาลได้จะถูกตำหนิ โดยไม่ได้ให้ข้อมูลที่จำเป็นในการให้ผู้ป่วยได้คิดและตัดสินใจ ขาดความเป็นสัดส่วน วิธีการรักษาพยาบาลบางอย่างมักกระทำอย่างเปิดเผย โดยคำนึงถึงสิทธิและเกียรติของผู้ป่วยน้อย เช่น การซักประวัติส่วนตัวและครอบครัว บางครั้งถามเสียงดังอาจทำให้ผู้ป่วยคนอื่นได้ยินในขณะที่ผู้ป่วยถือว่าสิ่งเหล่านี้เป็นความลับสำหรับเขา และยังอาจรู้สึกว่าการมีเสียงของเจ้าหน้าที่มีท่าทีข่มขู่บังคับเพื่อเอาความจริงและมีท่าทีเร่งรีบเพื่อให้ได้คำตอบโดยไม่คำนึงถึงองค์ประกอบอื่น เช่น การสร้างสัมพันธภาพ การแนะนำตัว

5. ความเครียดเกี่ยวกับครอบครัว

เมื่อต้องเข้ามาอยู่โรงพยาบาลผู้ป่วยจะรู้สึกถูกแยกจากบ้าน ครอบครัว เพื่อนฝูง และความเจ็บป่วยยังมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจ การงาน ทำให้รายได้ลดลง อาจมีปัญหาเศรษฐกิจตามมา หรือรับรู้ว่าคุณภาพลดลงจนไม่สามารถประกอบอาชีพได้และคุณค่าในตนเองลดลงด้วยความเจ็บป่วยทำให้การปฏิบัติตามบทบาทในครอบครัวเปลี่ยนไป เช่น ไม่สามารถทำหน้าที่ในฐานะหัวหน้าครอบครัว บทบาทบิดา มารดา ภรรยา หรือในฐานะบุตรได้เหมือนเดิม

บทบาทของพยาบาล คือการช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ เพื่อให้เกิดบุรณภาพของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญภาวะเครียดได้เหมาะสม

ประเภทของความเครียด

ความเครียดที่เกิดขึ้นกับคนเรา ไม่ว่าจะเป็นความเครียดทางด้านร่างกายหรือจิตใจจะมีสาเหตุที่แตกต่างกันไปและปริมาณความเครียดที่เกิดขึ้นก็จะมีผลแตกต่างกันไป มีผู้แบ่งประเภทของความเครียดแตกต่างกันไปหลายแบบดังนี้

1. ประเภทของความเครียดแบ่งตามผลที่เกิด

เซลเย (Selye. 1965 : 18) ได้แบ่งความเครียดออกเป็น 2 ชนิดคือ

1. ความเครียดทางบวก เกิดขึ้นจากการต้องเผชิญกับความท้าทายของอุปสรรค ความเครียดชนิดนี้จะปรากฏเป็นความสำเร็จ และผลดีก็คือ ช่วยให้สามารถเอาชนะอุปสรรคได้

2. ความเครียดทางลบ เกิดขึ้นเนื่องจากถูกครอบงำ การแสดงออกของความเครียดชนิดนี้คือ ขาดการควบคุมตนเอง คับอกคับใจ เกิดความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย รู้สึกหวั่นไหวถึงความล้มเหลวจากปรากฏการณ์นี้ ถ้าความเครียดนี้ไม่ถูกควบคุมหรือทำให้หมดไปก็อาจเกิดปัญหาทั้งสุขภาพทางด้านร่างกายและ สุขภาพทางด้านจิตใจที่รุนแรงได้

2. ประเภทของความเครียดแบ่งตามที่เกิด

มิลเลอร์และคีน (Miller and Keane. 1972 : 915-916) ได้แบ่งความเครียดออกเป็น 2 ชนิด

2.1. ความเครียดทางด้านร่างกาย (Physical Stress) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

2.1.1 ความเครียดชนิดเฉียบพลัน (Emergency Stress) เป็นสถานการณ์ที่มาคุกคามชีวิตอย่างทันทีทันใด เช่น การได้รับบาดเจ็บ การเกิดอุบัติเหตุ หรือตกอยู่ในสถานการณ์ที่น่ากลัว

2.1.2 ความเครียดชนิดต่อเนื่อง (Continuing Stress) เป็นสถานการณ์ที่มาคุกคามชีวิตอย่างต่อเนื่อง เช่น การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในวัยต่างๆ หรือการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในบางโอกาส เช่น การตั้งครรภ์ การเจ็บป่วย ความพิการหรือทุพพลภาพ เป็นต้น

2.2 ความเครียดทางด้านจิตใจ (Psychological Stress) เป็นการตอบสนองของร่างกายอย่างเฉียบพลัน เมื่อมีสิ่งเร้าที่มากกระตุ้นทำให้ดุลยภาพของจิตเสียไป จะเกิดขึ้นเมื่อคิดว่าจะมีอันตราย อาจเกิดจากคำบอกเล่าของผู้อื่น ประสบการณ์ในอดีต การชมภาพยนตร์ หรืออ่านหนังสือที่ตื่นเต้นน่ากลัว จนทำให้บุคคลนั้นเกิดความว้าวุ่นใจ เกิดความเครียดของกล้ามเนื้อ จนทำให้หัวใจเต้นแรงและเร็วซึ่งส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ

3. ประเภทของความเครียดแบ่งตามสาเหตุที่เกิด

อัลเบิร์ต (Albrecht. 1979 : 86-97) ได้แบ่งประเภทของความเครียดตามสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดสอดคล้องกับ เซฟาร์ท (Seyfarth. 1991 : 235-237) ซึ่งอธิบายว่าอย่างน้อยความเครียดจะมีสาเหตุมาจากสิ่งต่างๆดังนี้

3.1. ความเครียดเกิดจากเวลา เป็นความเครียดที่เกิดจากการมีเวลาไม่เพียงพอที่จะทำงานได้สำเร็จ

3.2. ความเครียดจากสถานการณ์ เป็นความเครียดที่เป็นผลมาจากบุคคลอยู่ในสถานการณ์ที่ถูกคุกคามทางจิตวิทยา ซึ่งไม่สามารถควบคุมหรือแก้ไขได้

3.3. ความเครียดเกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้า เป็นความทุกข์ใจ หรือกังวลต่อเหตุการณ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ซึ่งเหตุการณ์นั้นอาจจะเกิดขึ้นหรือไม่เกิดขึ้นก็ได้

3.4. ความเครียดเกิดจากการเผชิญหน้า เป็นความทุกข์ใจต่อการที่จะต้องติดต่อกับบุคคลที่เข้ากันไม่ได้หรือเป็นความเครียดที่จะต้องเผชิญหน้ากับบุคคลที่มีพฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนาและไม่อาจจะคาดหวังได้ว่า บุคคลที่จะพบนั้นจะแสดงพฤติกรรมอย่างไรออกมา

ระดับของความเครียด

เฟรน และวาลิกา (Frain & Valiga. 1973 : 45-49) ได้แบ่งระดับความเครียดออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ความเครียดที่เกิดขึ้นตามปกติในชีวิตประจำวัน (Day to day stress) ความเครียดในระดับนี้ทำให้บุคคลมีการปรับตัวอย่างอัตโนมัติและใช้พลังงานในการปรับตัวน้อยที่สุด เช่น ชีวิตประจำวันที่เร่งรีบ การเดินทางในสภาพจราจรติดขัด การปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ความเครียดในระดับนี้มีน้อยมากและจะหมดไปในระยะเวลาอันสั้น จึงไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิต

ระดับที่ 2 ความเครียดระดับต่ำ (Mild stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันเนื่องจากมีสิ่งมาคุกคาม เช่น การถูกสัมภาษณ์เพื่อเข้าทำงาน หรือการพบเหตุการณ์ที่สำคัญในสังคม ความเครียดระดับนี้ทำให้บุคคลตื่นตัวและร่างกายจะเกิดปฏิกิริยาต่อต้านขึ้น ความเครียดในระดับนี้จะสิ้นสุดลงในระยะเวลาเพียงไม่กี่นาทีหรือชั่วโมงเท่านั้น

ระดับที่ 3 ความเครียดระดับปานกลาง (Moderate stress) เป็นความเครียดที่รุนแรงกว่าในระดับ 1 และ 2 อาจปรากฏอยู่เป็นเวลานานและไม่สามารถปรับตัวได้ในเวลาอันรวดเร็ว เช่น ความเครียดที่เกิดจากการอยู่แบบประจำในสถานศึกษาแห่งใหม่ที่กฎระเบียบเข้มงวด การเข้าทำงานใหม่ การทำงานหนัก การเจ็บป่วยที่รุนแรง สภาวะเช่นนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกถูกคุกคาม เนื่องจากอยู่ระหว่างความสำเร็จและความล้มเหลว บุคคลอาจไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ได้ และมีอาการแสดงออกทางอารมณ์เพื่อลดความเครียด ความเครียดในระดับนี้จะเกิดเป็นสัปดาห์ เป็นเดือน หรือเป็นปี

ระดับที่ 4 ความเครียดระดับสูง (Severe stress) เกิดจากสถานการณ์ที่คุกคามยังดำเนินไปอย่างต่อเนื่องจนทำให้บุคคลเกิดความเครียดสูงขึ้น มักทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเองล้มเหลวในด้านต่างๆ ความเครียดระดับนี้จะทำให้บุคคลเกิดปัญหาในการปรับตัวอย่างรุนแรงในระยะท้ายที่สุดมักแยกตัว ไม่สนใจการเรียน ครอบครัว สังคม และขาดงาน ความเครียดระดับนี้จะเกิดขึ้นและคงอยู่เป็นเดือน หรือเป็นปี

เซเวอรี่ (Savery. 1989 : 17-20) จำแนกความเครียดเป็น 4 ระดับคือ

1. ความเครียดระดับที่ 1 (Level 1) เป็นความเครียดชั่วคราว เป็นผลให้เกิดการเพิ่มของอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต และมีการเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญ (Metabolism) ในร่างกาย

2. ความเครียดระดับที่ 2 (Level 2) เป็นความเครียดที่เพิ่มความรุนแรงขึ้น ผลกระทบต่อสุขภาพจิต คือ มีอาการกระสับกระส่าย หงุดหงิด ไม่มีสมาธิ วิตกกังวล ตกใจง่าย มีอาการของความเครียดระดับที่ 1 เป็นเวลานาน

3. ความเครียดระดับที่ 3 (Level 3) เป็นความเครียดที่เพิ่มความรุนแรงขึ้น ทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ อาหารไม่ย่อย เจ็บหน้าอก ต้องปรึกษาแพทย์เพื่อบรรเทาอาการ

4. ความเครียดระดับที่ 4 (Level 4) เป็นความเครียดที่รุนแรงที่สุด ทำให้เกิดอาการเป็นแผลในกระเพาะอาหาร เป็นลมบ่อย ติดสุรา ติดยาคลายเครียด หรือยาระงับประสาท มีอาการทางจิตประสาทที่บ่งชี้ความรุนแรงของความเครียด และอาจรุนแรงถึงหัวใจหยุดเต้นได้

ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความเครียด

บรรจง สืบสมาน (จุฬารัตน จักษุจินดา. 2537 : 24-25 ; อ้างอิงจาก บรรจง สืบสมาน. 2531 : 10) กล่าวว่า เมื่อบุคคลอยู่ในสภาวะความเครียดจะรู้สึกเป็นทุกข์ ไม่สบายทั้งกายและใจ บุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองทั้งร่างกายและจิตใจ ขนาดและความรุนแรงของปฏิกิริยาตอบสนอง จะมากหรือน้อยในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน แม้จะมีสาเหตุเดียวกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ

1. พื้นฐานทางอารมณ์และบุคลิกภาพ ว่าเป็นผู้มีสุขภาพจิตเป็นอย่างไร มีการใช้กลไกทางจิตเหมาะสมหรือไม่
2. มีปัจจัยเกื้อหนุนต่างๆ เช่น ตำแหน่งการงาน ฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา เพื่อนและบุคคลคอยช่วยเหลืออยู่มากน้อยเท่าใด
3. บุคคลนั้นมีความรู้ความคิด หรือประสบการณ์ในชีวิต การรับรู้และการแปลความหมาย วุฒิภาวะ และเชาว์ปัญญาเป็นอย่างไร
4. ลักษณะของการเปลี่ยนแปลง หากการเปลี่ยนแปลงดำเนินไปอย่างช้าๆ บุคคลจะเกิดการรับรู้และปรับตัว จะทำให้เกิดความเครียดน้อยกว่าการเปลี่ยนแปลงกะทันหัน หรือนับป่วน

กล่าวโดยสรุปได้ว่า บุคคลมีระดับความเครียดมากน้อยแตกต่างกัน เนื่องจากปัจจัยด้านความแตกต่างของความรุนแรงของสถานการณ์ที่บุคคลเผชิญ บุคลิกภาพของแต่ละบุคคล การรับรู้ การแปลและการประเมินความสำคัญของสถานการณ์ที่บุคคลเผชิญอยู่ ตลอดจนปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับ

อาการของความเครียด

เมื่อเกิดความเครียดขึ้นร่างกายจะมีปฏิกิริยาของอาการต่างๆ เพื่อปรับตัวทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ดังที่ สันต์ หัตถิรัตน์ (2534 : 35-48) กล่าวว่า อาการเครียดเป็นอาการที่แสดงออกโดยตรงกับสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการเครียด เช่น ความตื่นเต้น ความตกใจ ความประหม่า ความอาย ความโกรธ เกลียด หรือความไม่พอใจ ความรัก ความดีใจ ฯลฯ

กนกรัตน์ สุขะตุงคะ (2537 : 10-11) กล่าวถึง อาการของความเครียด โดยจำแนกออกเป็น 5 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. ด้านร่างกาย เช่น ความดันโลหิตสูง อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ปากคอแห้ง เหงื่อออกมาก แขนขาหรือมีอาการกระตุก กล้ามเนื้อตึงเครียด มีปัญหาการทำงานของระบบย่อยอาหารและการขับถ่าย มือเท้าเย็น
2. ด้านพฤติกรรม เช่น โมโหง่าย คิดมากหรือตรงกันข้าม ไม่อยากอาหาร ดื่มและสูบบุหรี่มากขึ้น ลุกลุกนอน หุนหันพลันแล่น เป็นต้น
3. ด้านจิตใจ เช่น มีความวิตกกังวล ก้าวร้าวหรือเฉยชา เบื่อ เศร้าหรือชอบเป็นลม คับข้องใจ รู้สึกผิด รู้สึกอับอาย หงุดหงิด อารมณ์เสื่อง่าย เป็นต้น

4. ด้านความรู้ความเข้าใจ เช่น ตัดสินใจไม่ได้ และสมาธิไม่ดี สมองง่าย คิดอะไรไม่ค่อยออก อ่อนไหวต่อคำวิจารณ์ง่าย

5. ด้านสังคม เช่น ไม่ค่อยอยู่รวมกลุ่มกับใคร ไม่ค่อยยุ่งกับใครและไม่ค่อยมีผลงาน ต่อต้านที่ทำงาน เป็นต้น

พรรณราย ทรัพย์ประภา (2524 : 48-50) ได้กล่าวถึงโอกาสที่จะมีความเครียดเกิดขึ้น โดยอธิบายว่า สามารถตรวจสอบสัญญาณเตือนภัย จากร่างกายและจิตใจของตนเองดังต่อไปนี้

1. สัญญาณแสดงถึงความเครียดทางกาย เมื่อตรวจสอบสัญญาณทางกายต่อไปนี้แล้วหากพบว่า มีอาการต่อไปนี้อยู่เป็นประจำ มากกว่า 2 ข้อขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะมีปัญหาเกี่ยวกับความเครียดทางด้านร่างกายขึ้นแล้ว

1. น้ำหนักตัวลดหรือน้ำหนักเพิ่มขึ้น
2. ความดันโลหิตสูงเกินกว่า 150/90 มิลลิเมตรปรอท ในอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป

ไป

3. เบื่ออาหาร
4. ยากับประทานอาหารเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น
5. เจ็บเสียวหน้าอกอยู่เป็นประจำ (จนนึกเอาเองว่าเป็นโรคหัวใจ)
6. ท้องร่วงหรือท้องผูกประจำ
7. นอนไม่หลับ หลับยาก หลับๆตื่นๆ ผื่นร้ายหรือละเมอเพ้อพอกอยู่เป็นประจำ
8. รู้สึกเหน็ดเหนื่อยอ่อนเพลียมากเกินไป ทั้งๆที่ไม่ได้ทำอะไรมากนัก
9. ปวดศีรษะข้างเดียวบ่อยๆ จนมีอาการเหมือนโรคไมเกรน
10. กินยาแก้ปวดศีรษะหรือยาบางอย่างทุกวันโดยไม่จำเป็น
11. รู้สึกอึดอัด ทั้งๆที่ไม่ได้รับประทานอาหาร
12. หายใจขัดๆ หรือหายใจไม่สะดวก
13. เป็นลมหรือคลื่นไส้ อาเจียนได้ง่าย
14. ร้องไห้โดยไม่มีเหตุอันควร
15. มีปัญหาทางเพศอยู่เป็นประจำ เช่น เบื่อหน่าย เย็นชา เสื่อมหรือหมด

สมรรถภาพทางเพศ

16. กระสับกระส่าย ร้อนรน นิ่งไม่ติด

2. สัญญาณแสดงถึงความเครียดทางจิตใจ หากมีอาการต่อไปนี้เป็นประจำมากกว่า 4 ข้อ แสดงว่าบุคคลผู้นั้นกำลังมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาเกี่ยวกับความเครียดทางจิตใจ

1. รู้สึกหงุดหงิด กระสับกระส่ายอยู่เป็นประจำ
2. เบื่ออาหารหรือรำคาญคนในครอบครัว เช่น ภรรยาสามี ลูก ฯลฯ และเพื่อนร่วมงานโดยไม่มีสาเหตุ
3. เบื่อชีวิต ท้อแท้ หมดอาลัยตายอยากในชีวิต

4. ทนต่อปัญหาต่างๆในชีวิตไม่ได้
5. กลัวจะเป็นโรคมะเร็ง หรือโรคหัวใจ ทั้งๆที่ไม่เป็น
6. กลัวความตายของตนเองและผู้อื่นเป็นที่รัก
7. เก็บความโกรธเอาไว้เป็นเวลานานเกินสมควร
8. ไร้อารมณ์โดยสิ้นเชิง
9. รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า
10. รู้สึกผิดหวัง ขมขื่น ว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว
11. วิตกกังวลอยู่แต่เรื่องเงิน
12. กลัววันหยุดสุดสัปดาห์
13. สิ่งเลวที่จะขอลาพักผ่อน หรือลาพักร้อนทั้งๆที่ควรลาอย่างยิ่ง
14. รู้สึกไม่สามารถเล่าปัญหาของตนให้ใครฟังได้
15. ขาดสมาธิในการทำงาน
16. กลัวความสูง กลัวที่แคบๆ หรือกลัวฟ้าร้อง ฟ้าผ่า

ดูแกน และคนอื่นๆ (วณิ เทศน์ธรรม. 2541 : 20-21; อ้างอิงจาก Dougan and others. 1986 : 191-198) กล่าวถึงอาการของความเครียด โดยจำแนกออกเป็น 4 ด้านดังต่อไปนี้

1. ด้านอารมณ์ (Mood) เช่น รู้สึกหงุดหงิด โมโหง่าย กังวลใจ รู้สึกสับสน หลงลืมง่าย เบื่อหน่ายง่าย เป็นต้น

2. ด้านอวัยวะ (Organ) เช่น หัวใจเต้นแรง หายใจถี่ กระเพาะอาหารปั่นป่วน เหนื่อยออกง่ายกว่าปกติ วิงเวียนศีรษะ ปวดศีรษะข้างเดียว ปากแห้ง ปัสสาวะบ่อย ท้องเสียหรือ ท้องผูกบ่อยๆ เป็นต้น

3. ด้านกล้ามเนื้อ (Muscle) เช่น มือและนิ้วสั่น เส้นกระตุก กล้ามเนื้อตึง พุดตะกุกตะกักขบกรามบ่อยๆ ตาพร่าตามัว ปวดหลัง เป็นต้น

4. ด้านพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavior) เช่น ลุกลุกนอน เดินตัวเกร็ง นอนไม่หลับ ตื่นแล้วยังนอนต่อ ความต้องการทางเพศลดลง มีอุบัติเหตุเกิดขึ้นบ่อยครั้ง ต้องพึ่งพายา หรือไปพบแพทย์บ่อยขึ้น เป็นต้น

กล่าวโดยสรุป อาการของความเครียดนั้นจะแสดงออกได้หลายทาง คือ แสดงออกทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม เช่น หงุดหงิดมีอาการกระสับกระส่ายเป็นประจำ นอนไม่หลับ ปวดศีรษะข้างเดียวบ่อยๆ โมโหง่าย สับสนหวั่นไหวขึ้น ซึ่งอาการเหล่านี้ถือว่าเป็นอันตรายต่อสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตของบุคคล

ผลของความเครียด

ความเครียดจะทำให้เกิดผลเสียต่างๆ ต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่ง มีผู้ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลของความเครียดไว้ดังนี้

ซูทิตย์ ปานปรีชา (2529 : 481-491) กล่าวถึงผลของความเครียดที่มีต่อสุขภาพ และชีวิตความเป็นอยู่ของคน โดยกล่าวว่าธรรมชาติของคนมีการปรับตัวมีความสามารถในการควบคุม และทนต่อความเครียดได้ระดับหนึ่ง โดยทำให้จิตอยู่ในสมดุล (Psychological Equilibrium) หรือเป็นปกติเหมือนคนทั่วไป แต่ถ้ามีความเครียดเพิ่มขึ้นเรื่อยๆและปล่อยให้มีอยู่นานเกินความสามารถที่คนทั่วไปจะปรับตัวควบคุมได้ก็จะเกิดผลเสียต่อร่างกาย จิตใจ และชีวิตความเป็นอยู่ได้ดังต่อไปนี้

1. ผลเสียต่อร่างกาย ความเครียดทำให้ร่างกายเกิดความแปรปรวนและผิดปกติได้หลายประการดังนี้

1.1 ทำให้ร่างกายเหมือนอยู่ในสภาพคนทำงานหนัก อ่อนเพลีย อ่อนแอ แม้จะไม่ได้ออกกำลังกายก็ตาม ความอ่อนแอของร่างกายทำให้ภูมิคุ้มกันในตัวต่ำลง มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย คนที่เครียดจึงมักเป็นหวัด ป่วยบ่อยๆและไม่ค่อยหาย

1.2 เกิดโรคในกลุ่มที่เรียกว่า ความผิดปกติทางสรีรวิทยา เนื่องจากสาเหตุทางจิต (Psychophysiologic Disorders) โรคที่พบบ่อยในปัจจุบันนี้ เช่น ปวดศีรษะ ปวดต้นคอ ปวดหลัง ปวดศีรษะข้างเดียว ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดที่หัวใจตีบ เป็นแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น

1.3 สิว ความเครียดทำให้ผิวหนังผลิตเคราติน (Keratin) เพิ่มขึ้น เคราตินเป็นเหตุให้เกิดสิบนานบนใบหน้า นอกจากนี้ความเครียดทำให้คนชอบเกา ชอบแกะหรือชอบแคะสิว ทำให้มีสิวเพิ่มขึ้น

1.4 ผมหงอกเร็วขึ้น ผมร่วงมากขึ้นความเครียดทำให้เส้นเลือดที่มาเลี้ยงผิวหนัง โดยเฉพาะบริเวณศีรษะหดตัว ทำให้ผิวหนังบริเวณศีรษะมีเลือดมาเลี้ยงน้อยลงหรือไม่เพียงพอ เป็นผลให้เส้นผมบริเวณศีรษะขาดอาหาร จึงเปลี่ยนเป็นสีขาวหรือหลุดร่วงจากศีรษะได้

1.5 แก่ก่อนวัย อายุสั้น

2. ผลเสียต่อจิตใจและชีวิตความเป็นอยู่ ความเครียดทำให้จิตใจ และชีวิตความเป็นอยู่แปรปรวน และเกิดความผิดปกติได้หลายชนิดดังนี้

2.1 ชีวิตไม่มีความสุข ความเครียดทำให้จิตใจไม่เบิกบานเหมือนถูกบีบคั้นทางจิตใจ รู้สึกหงุดหงิด รำคาญ ใจน้อย อารมณ์เสียได้ง่าย มักจะหมกมุ่นครุ่นคิดอยู่ตลอดเวลา ไม่ยินดียินร้ายต่อสิ่งเร้าที่เคยให้ความสุข

2.2 นอนไม่หลับ ความเครียดทำให้จิตใจไม่สงบ ฟุ้งซ่านคิดไปต่างๆ นานา คิดวกไปเวียนมา ความคิดจับต้นชนปลายไม่ถูกไม่สามารถหาข้อสรุปและหยุดความคิดได้ตลอดเวลา ทำงาน ยามว่าง ยามพักผ่อน ไม่ว่าเวลากลางวัน หรือกลางคืน จึงทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ

2.3 เป็นโรคจิตหรือโรคประสาท คนที่มีความเครียดในระดับสูงและมีอยู่เป็นเวลานานเป็นผลทำให้อารมณ์ ความคิด การรับรู้ การตัดสินใจและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปมาก ไม่สามารถปรับตัวได้จะเกิดเป็นโรคจิตโรคประสาทในที่สุด

2.4 ติดสุรา ยาเสพติด เป็นทั้งเหตุและเป็นทั้งผลของความเครียด ผู้ที่มีความเครียดและไม่รู้จักระบายหรือจัดการความเครียดอย่างถูกต้อง อาจหันไปใช้วิธีดื่มสุราหรือใช้ยาเสพติด ซึ่งเกิดผลในระยะสั้นคือทำให้ผ่อนคลายความเครียดลง แต่ผลในระยะยาวอาจทำให้ความเครียดเพิ่มขึ้น เมื่อดื่มสุราหรือหันไปใช้ยาเสพติดเพื่อลดความเครียดบ่อยๆเข้าในที่สุดก็ต้องติดสุราและยาเสพติด

2.5 ครอบครัวไม่มีความสุข ความเครียดทำให้จิตใจอ่อนแอ หงุดหงิด ขาดความอดทน ขาดเหตุผล อารมณ์เสื่อง่าย ใครพูดจาไม่ถูกใจหรือถูกขัดใจก็จะรู้สึกไม่พอใจและแสดงออกมาทางใบหน้า คำพูดและการกระทำ ทำให้ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดหรือผู้ที่อยู่ร่วมบ้านเรือนเดียวกัน เกิดความเครียดขึ้นด้วย ทำให้มีเรื่องระหองระแหง โกรธ ทะเลาะเบาะแว้งกันระหว่างสมาชิกครอบครัว เกิดความไม่สงบสุขในครอบครัว

2.6 นิสัยเปลี่ยนแปลง ความเครียดทำให้นิสัย หรือการดำเนินชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลงไปมาก เช่น สูบบุหรี่จัดหรือการรับประทานอาหารบอญขึ้น เพื่อให้หายเครียด ทำให้ติดบุหรี่ ร่างกายอ้วน หรือมีน้ำหนักตัวมากเกินไป บางรายลดความเครียดโดยออกเที่ยวเตร่หาเมรัยหาเมา เล่นการพนันใช้เงินเกินตัว ทำให้ร่างกายทรุดโทรม เงินทองหมดตัวเป็นหนี้เป็นสินได้

จะเห็นได้ว่าความเครียดของแต่ละคนไม่เท่ากัน ถ้าความเครียดอยู่ในระดับต่ำๆก็จะเป็นพลังผลักดันให้คนทำงานดีขึ้น เพราะเขาจะไม่เกียจคร้านไม่นั่งดูตายเพื่อหวังผลในการจัดการความเครียดต่ำนี้ให้หมดไปเขาก็จะได้มีความสุข แต่ถ้ามีความเครียดอยู่ในระดับกลางอาจทำให้เกิดผลกระทบต่องานประจำวันได้ เช่นทำให้อ่อนไม่หลับ เกิดอาการกินมากกว่าปกติ ติดยาเสพติด และถ้าความเครียดอยู่ในระดับรุนแรง บุคคลอาจมีพฤติกรรมก้าวร้าว ซึมเศร้า หรือคุ้มคลั่ง เพราะหมดอำนาจในการควบคุมตนเอง และหากปล่อยความเครียดไว้ระยะเวลายาวนานก็จะทำให้เกิดโรคทางกาย เช่น โรคหัวใจ โรคกระเพาะ และเป็นผลให้บุคคลที่เครียดแก่เร็วกว่าที่ควรและอายุสั้น ซึ่งเมื่อร่างกายมีความเครียดเกิดขึ้น ก็เกิดปฏิกิริยาทางร่างกายเพื่อปรับตัว 3 ขั้นตอน (Selye.1956: 31-33) ดังนี้

ขั้นตอนแรก เป็นอาการบอกเหตุ (Alarm Reaction stage) ภาวะสัญญาณเตือนจะเกิดขึ้นเฉพาะแห่งซึ่งเนื่องมาจากตัวเร่งทำให้เกิดความเครียด ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นจะเกิดโดยผ่านระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ เช่น ต่อมพิทูอิทารี (Pituitary) จะหลั่งฮอร์โมนออกมา ทำให้ร่างกายสามารถต่อต้านต่อตัวเร่งความเครียดและปรับร่างกายให้อยู่ในสภาวะสมดุล ความรุนแรงในภาวะสัญญาณเตือนจะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดในขั้นเบา (Mild) รุนแรง (Severe) มากหรือน้อยขึ้นอยู่กับพันธุกรรมของบุคคลและตัวแปรที่สำคัญ เช่น ประสบการณ์ที่ได้รับสิ่งมากระทบ (Stressor) และสิ่งนำเข้าอื่นๆ (Input) ที่ได้รับมาจากสิ่งแวดล้อมภายนอกขณะนั้น (Exogenous Conditioning) ถ้าสิ่งที่มากระทบรุนแรงมาก ระยะเวลาที่เกิดขึ้นอาจรุนแรงถึงขั้นไม่สามารถปรับตัวได้ ทำให้เกิดปฏิกิริยาสะท้อนกลับ (Negative Feed Back) หรือเข้าสู่ระยะต่อต้าน

ได้ก็จะดำเนินไปสู่ระยะหมดกำลังและตายได้โดยเร็ว โดยพบว่า ภาวะความเครียดที่รุนแรงและเกิดเป็นระยะเวลานานๆนั้น จะมีผลทำให้เกิดการกระตุ้นประสาทซิมพาทิติกแทน ทำให้เกิดปฏิกิริยาตรงข้ามกับระบบประสาทซิมพาทิติก เช่น

- การไหลเวียนของเลือดพบว่า มีเลือดออกจากหัวใจน้อยลง ชีพจรเบาช้า ความดันโลหิตต่ำลง มีเลือดไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญ คือ หัวใจ สมองลดลง แต่มีเลือดส่วนปลายมากขึ้น ทำให้ผิวหนังแดงร้อน เป็นต้น

- การหายใจลำบาก เนื่องจาก หลอดลมหดรััดตัว มีการหายใจเร็ว ร่วมกับอาการเวียนศีรษะ

- การเผาผลาญอาหารเพิ่มขึ้น โดยดึงไกลโคเจนที่สะสมไว้มามากขึ้น ทำให้รู้สึกคลื่นไส้ หิว ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ

- กล้ามเนื้อคลายตัว มีการประสานงานกันไม่ดี

- ม่านตาหด ทำให้ตาเลาย ไม่ปรับการรับภาพ

- กล้ามเนื้อหูรูดของการขับถ่ายปัสสาวะ และอุจจาระเสียการตั้งตัว ทำให้ท้องเดิน ถ่ายปัสสาวะบ่อยขึ้น

ภาวะเครียดที่เกิดขึ้นเป็นเวลานานจะทำให้การกระตุ้นการหลั่งสารฮอร์โมนของต่อมพิทูอิทารีในสมองอยู่นานเช่นกันมีผลทำให้ต่อมหมวกไต ต่อมไทมัส และต่อมน้ำเหลืองฝ่อเล็กลง มีแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ น้ำหนักตัวลดลง อุณหภูมิร่างกายไม่สม่ำเสมอ ความดันโลหิตสูง ปวดศีรษะ แบบแผนการกิน การนอน และการขับถ่ายเปลี่ยนแปลงไป เกิดความไม่สมดุลของฮอร์โมน นอกจากนั้นภาวะความเครียดที่มีเป็นเวลานานมีผลทำให้ระบบสร้างภูมิคุ้มกันโรคของร่างกายถูกกด กลไกการต่อต้านเชื้อโรคทางธรรมชาติเสียไปจึงทำให้ติดเชื้อโรคได้ง่าย เสี่ยงต่อความเจ็บปวดเป็นโรคได้ง่าย และหากภาวะความเครียดเกิดขึ้นเป็นเวลานานจะทำให้ร่างกายมีความต้านทานต่ำลง มีการปรับตัวล้มเหลวทำให้เกิดโรคได้ง่าย ซึ่งเซลเย (Selye) เรียกโรคที่เกิดขึ้นเพราะความบกพร่องในการปรับตัวนี้ว่า "Disease of Adaptation" (Pelletier. 1977 : 76) ได้แก่ โรคแพ้ภูมิตนเอง (S.L.E.) โรคข้ออักเสบ (Arthritis) ความดันโลหิตสูง (Essential Hypertension) โรคแผลในกระเพาะอาหาร (Peptic Ulcer) โรคหอบหืด (Asthma) ฯลฯ

ขั้นตอนที่สอง จะเกิดอาการต่อต้าน (Resistance Stage) ในช่วงนี้การเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยาจะเกิดขึ้นเพื่อรักษาสภาพต่อต้านสิ่งที่มีชีวิตต่อตัวเรงความเครียด ในบางสถานการณ์ทำให้เกิดระดับความสมดุลทางสรีรวิทยาเป็นระยะที่มีการปรับตัวอย่างแท้จริง การปรับตัวเกิดเป็นปฏิกิริยาย้อนกลับ (Negative Feed Back) ทำให้อัตราการเร่งต่างๆลดลงสู่ภาวะปกติ ในระยะนี้การทำงานของระบบประสาทซิมพาทิติกจะลดลง การหลั่งฮอร์โมนของต่อมหมวกไตส่วนคอร์เทกซ์สูงกว่าปกติเล็กน้อย มีการใช้กลไกเฉพาะอย่าง มากยิ่งขึ้น เช่น ดับมีหน้าที่เก็บและทำลายสารสร้างใหม่ ไตมีหน้าที่ปรับระดับน้ำและอิเล็กโตรไลต์จะต้องทำงานหนัก อาจมีการปรับตัวเฉพาะที่ เช่น การอักเสบเฉพาะที่เกิดขึ้น

ในกรณีที่สิ่งกระทบไม่รุนแรงมาก การเกิดปฏิกิริยาย้อนกลับ (Negative Feed Back) ในระยะนี้จะปรับกลับไปสู่การยุติขบวนการปรับตัวตอบโต้ของกลไกต่างๆได้ ไม่เกิดระยะหมดกำลังอีก ถ้าสิ่งกระทบรุนแรงมากจะมีการลดอัตราเร่งในระยะต่อต้าน แต่จะกระตุ้นให้เกิดระยะสัญญาณเตือนขึ้นอีก

ขั้นตอนสุดท้าย เป็นขั้นหยุดทำงาน (Exhaustion Stage) ถ้ามนุษย์อยู่ภายใต้เหตุการณ์ที่มีความเครียดนานๆ อาการต่อต้านจะทำให้ร่างกายไม่สามารถรักษาสภาพคงที่ไว้ได้ และความเครียดยังคงมีอยู่ต่อไปอาจจะตายได้ เพราะอวัยวะหยุดทำงาน เป็นระยะที่มีการย้อนกลับเข้าสู่ระยะสัญญาณเตือนใหม่ภายหลังระยะต่อต้าน ระยะนี้จะเกิดในกรณีที่สิ่งกระทบรุนแรงอาการของปฏิกิริยาในระยะของสัญญาณเตือนและจะปรากฏขึ้นใหม่เมื่อร่างกายเริ่มอ่อนแอลง การเร่งกลไกการตอบสนองของครั้งนี้จะล้มเหลวได้ง่ายถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือ ทำให้ร่างกายมีการชำรุดของอวัยวะและตายได้ เป็นผลมาจากปฏิกิริยาตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติ (Automatic Nervous System) ทั้งระบบซิมพาธิค (Sympathetic Nervous System) และพาราซิมพาธิค (Parasympathetic Nervous System) ร่วมกับปฏิกิริยาของฮอร์โมนของต่อมพิทูอิทารี (Pituitary gland) และต่อมหมวกไตเป็นระยะที่ร่างกายไม่สามารถปรับให้คืนสู่ภาวะปกติได้

ตัวเร่งความเครียดต่างๆ จะมีผลต่ออารมณ์ ถ้ามีความตกใจหรือมีความโกรธ จะมีการทำงานร่วมกัน ระหว่างระบบประสาทและระบบต่อมไร้ท่อ โดยจะมีเซลล์ประสาทรับกระแสความรู้สึกส่งไปยังสมองส่วนไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติโคโทรฟิน รีลีสซิงฮอร์โมน (Corticotrophin Releasing Hormone) ผ่านเข้าไปในกระแสเลือด ซึ่งมีผลต่อต่อมใต้สมองพิทูอิทารี (Pituitary) ทำให้มีการหลั่ง ACTH ฮอร์โมนอะดรีโนคอร์ติโคโทรฟิค (Adrenocorticotrophic Hormone) ซึ่งควบคุมการทำงานของต่อมหมวกไตส่วนคอร์เทก (Cortex) เป็นผลทำให้กลูโคคอร์ติคอยด์ (Glucocorticoid) หลั่งออกมาในกระแสเลือดมากกว่าปกติ เป็นเหตุให้มีการสลายคาร์โบไฮเดรตและเพิ่มน้ำตาลในเลือด เม็ดเลือดแดงถูกสร้างเพิ่มขึ้นมาอีกเป็นจำนวนมาก

วิธีการเผชิญความเครียด

ลาซาลัส (Lazarus. 1976 : 74) กล่าวว่า วิธีการเผชิญปัญหาเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอด เป็นสัญลักษณ์ของการปรับตัวและเป็นการใช้ความสามารถทางสติปัญญาและด้านพฤติกรรมของแต่ละบุคคลในการจัดการกับความเครียด ซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นทั้งสิ่งแวดล้อมภายนอกและสิ่งแวดล้อมภายใน

เรย์ (Ray. 1982 : 387) กล่าวว่า พฤติกรรมการเผชิญปัญหาเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความเครียด ซึ่งมีความเป็นอิสระในแต่ละบุคคล พฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่บุคคลนำมาใช้ในการจัดการกับความเครียดนั้นมีวิธีต่างๆมากมาย ซึ่งได้มีผู้นำเอาวิธีการต่างๆมารวบรวมไว้เป็นหมวดหมู่หลายรูปแบบ

ลาซาลัส (Lazarus. 1976 : 74) ได้แบ่งวิธีการเผชิญปัญหาตามลักษณะพฤติกรรม การเผชิญความตึงเครียดออกเป็น 2 รูปแบบด้วยกันคือ

1. วิธีการเผชิญความเครียดโดยการควบคุมอารมณ์หรือแก้ไขความรู้สึกที่เป็นทุกข์ (Affective Oriented Methods) เป็นวิธีการที่บุคคลพยายามที่จะจัดการอารมณ์และความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้น อันเนื่องมาจากสถานการณ์ที่ตึงเครียดโดยมิได้มุ่งแก้ไขที่ปัญหาหรือสาเหตุ ลาซาลัสเรียกวิธีการนี้ว่า " การบรรเทา " (Palliative) ซึ่งรวมถึงการที่บุคคลนั้นได้นำเอากลไกการป้องกันตนเองมาใช้ด้วย อย่างไรก็ตามวิธีการเผชิญปัญหาโดยวิธีนี้ถือว่าเป็นรูปแบบที่บุคคลต้องการใช้ กระบวนการทางความคิดเช่นเดียวกัน แต่ไม่มีความซับซ้อนมากนัก วิธีการต่างๆในรูปแบบของการควบคุมอารมณ์ หรือแก้ไขความรู้สึกที่เป็นทุกข์นี้ได้แก่ การปฏิเสธ การหลีกเลี่ยง การผัดผ่อนวันหรือเพื่อผัดผ่อน การแยกตนเอง การทำให้เห็นเป็นเรื่องเล็ก การพึ่งพาอาศัยผู้อื่น การโยนความผิดให้ผู้อื่น การระบายความโกรธไปสู่ผู้อื่น รวมทั้งการผ่อนคลาย การออกกำลังกาย เหล่านี้เป็นต้น

2. วิธีการเผชิญภาวะความเครียดโดยการแก้ไขตามปัญหาที่เกิดขึ้น (Problem Oriented Methods) เป็นวิธีการที่มุ่งแก้ไขปัญหาหรือสถานการณ์ที่ตึงเครียดนั้น การแก้ไขปัญห เหล่านี้อาจจะเป็นการจัดการที่ตัวปัญหาและมุ่งแก้ไขที่ตัวเอง หรือปรับสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นลักษณะของการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้สถานการณ์ที่ตึงเครียดนั้นดีขึ้น เป็นกลวิธีที่ใกล้เคียงกับการแก้ปัญหาทางวิทยาศาสตร์ ได้แก่การหาข้อมูลเพิ่มเติม การวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น การเผชิญหน้ากับปัญหาที่ท้าทาย การยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงทั้งการเอาประสบการณ์ที่เคยใช้ได้ผลในอดีตมาร่วมแก้ปัญหา เป็นต้น

ลาซาลัสและโพล์แมน (Lazarus & Folkman. 1984 : 31-33) ได้ทำการพัฒนาวิธีการเผชิญปัญหาซึ่งแบ่งออกเป็น 8 ลักษณะ คือ

1. การเผชิญหน้ากับปัญหา เป็นลักษณะการก้าวร้าว พยายามที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์และการกระทำพฤติกรรมที่เสี่ยง เช่น การมุ่งมั่นและต่อสู้ในสิ่งที่ต้องการ การแสดงอารมณ์โกรธต่อบุคคลที่เป็นต้นเหตุ

2. การยอมรับ เป็นการยอมรับของบุคคลต่อปัญหานั้น และพยายามทำสิ่งที่ถูกต้อง การวิเคราะห์หรือกล่าวหาตนเอง สัญญากับตนเองว่าจะไม่ทำสิ่งนั้นต่อไปอีก

3. การแก้ไขปัญห เป็นความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์คู่กับการวิเคราะห์การแก้ปัญหา เช่น เมื่อมีปัญหาในการทำงาน มักจะเสนอความคิดเห็นให้พยายามปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น

4. การถอยห่างจากเหตุการณ์นั้นเป็นความรู้ความเข้าใจ ที่พยายามที่จะปลื้มตัวเองและให้ความสำคัญต่อเหตุการณ์นั้นเพียงเล็กน้อย เช่น มองหาสิ่งที่ไม่ให้ความหวังเพื่อพุดคุย พยายามมองหาสิ่งที่ไม่ให้เสีย รำเรง พยายามลืมทุกสิ่ง ปล่อยให้มันเป็นไปตามโชคชะตา บางครั้งคิดว่าโชคไม่ดี การทำเหมือนไม่มีอะไรเกิดขึ้น ปฏิเสธที่จะคิดถึงเหตุการณ์นั้นมากเกินไป

5. การควบคุมตนเอง เป็นความพยายามที่จะบังคับความรู้สึกและการกระทำของตน เช่น พยายามเก็บความรู้สึกของตนไม่ให้ผู้อื่นรู้ในสิ่งที่ไม่ดีเกิดขึ้น การยึดถือบุคคลที่นิยมนับถือมาเป็นแบบอย่างในการควบคุมสถานการณ์

6. การหาแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นความพยายามที่หาแรงสนับสนุนทางด้านข้อมูล สิ่งของ อารมณ์ เช่น การถามญาติหรือเพื่อนที่นับถือ เพื่อขอคำแนะนำ พูดกับใครบางคนเกี่ยวกับความรู้สึกของตนเอง การได้รับความเห็นอกเห็นใจและความเข้าใจจากบางคน

7. การหลีกเลี่ยง เป็นความต้องการของความคิด และพฤติกรรมที่พยายามหลีกเลี่ยงหรือหลีกเลี่ยงปัญหา เช่น หวังว่าอภินิหารจะเกิดขึ้น การหลบหน้าผู้คน การนอนหลับมากกว่าปกติ

8. การประเมินการตัดสินใจใหม่ในทางที่ดี เป็นความพยายามที่จะสร้างความหมายในทางบวก โดยพัฒนาการของบุคคลในมิติศาสนา เช่น การค้นพบความเชื่อถือหรือสร้างศรัทธาใหม่ การสวดมนต์ การค้นพบสิ่งที่สำคัญในชีวิต

สำหรับวิธีการเผชิญปัญหานั้น ลาซาลัส (Lazarus, 1976 : 258-262) ได้แบ่งวิธีการเผชิญปัญหาตามลักษณะการตอบสนองต่อความเครียดเป็น 3 ลักษณะคือ

1. การเข้าต่อสู้ (Attack) เป็นความพยายามของบุคคล ที่จะจัดสิ่งที่มาขัดขวาง เป้าหมายโดยพยายามเอาชนะอุปสรรคนั้นๆ ด้วยวิธีการต่างๆที่เหมาะสม พัฒนาความสามารถ พยายามค้นหารายละเอียดใหม่ๆหรือปรับปรุงวิธีการที่มีอยู่เพื่อเอาชนะอุปสรรค

2. การถอยหนี (Withdrawal) เกิดจากการที่บุคคลเกิดการเรียนรู้ตั้งแต่วัยเด็ก เมื่อพบกับสิ่งที่เป็นอันตรายจะใช้วิธีการถอยหนี เช่น การชักมือชักเท้าเพื่อหนีไฟ หรือความเจ็บปวด เมื่อเป็นผู้ใหญ่ก็จะใช้วิธีการแบบเดิมที่เคยใช้ในวัยเด็ก คือ ลักษณะการหลีกเลี่ยงลดการเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องกับสถานการณ์เหล่านั้น ได้แก่ การเก็บกด (Depress) การถอยหนี (Regress) การเพ้อฝัน (Fantasy) การแยกตนเองหรือหลีกเลี่ยงหรือหลีกเลี่ยง (Withdrawal) เป็นต้น

3. การประนีประนอม (Compromise) บุคคลที่จะใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบประนีประนอม เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาที่ยุ้งยากมากๆ ซึ่งไม่สามารถเอาชนะได้ ขณะเดียวกันก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ บุคคลจะใช้วิธีการประนีประนอมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายได้มากที่สุดหรือบางครั้งอาจต้องเปลี่ยนเป้าหมายใหม่ ได้แก่ การชดเชย (Compensation) การเลียนแบบ (Identification) การหาเหตุผลเข้าข้างตนเอง (Rationalization) เป็นต้น

จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้นอาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า วิธีการเผชิญปัญหาหมายถึงกระบวนการที่บุคคลแสดงออกมอย่างต่อเนื่องในรูปแบบต่างๆเพื่อแก้ไข บรรเทา สิ่งที่มาคุกคามหรือความเครียด เพื่อให้จิตใจและอารมณ์ กลับสู่สภาวะสมดุลตามปกติ

วิธีผ่อนคลายความเครียด

ถ้าความเครียดเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว และสามารถทำความเครียดนั้นให้หายไปได้ การดำเนินชีวิตก็จะเป็นไปตามปกติ แต่ถ้าความเครียดเกิดขึ้นบ่อยๆ นานๆ และติดต่อกันไปเรื่อยๆ เมื่อไม่สามารถขจัดได้ก็จะทำให้เกิดความแปรปรวนทั้งร่างกายและจิตใจ ดังนั้นจึงควรรู้จักวิธีการลดและขจัดความเครียด ซึ่งมีหลายวิธีดังนี้

1. การนอนหลับ เป็นวิธีที่ธรรมชาติที่ดีที่สุด เพราะการนอนหลับอยู่ภายใต้การควบคุมของศูนย์ประสาท ซึ่งอยู่ภายในสมอง การนอนหลับจะเกิดขึ้นเมื่อกล้ามเนื้อเกิดการเหนื่อยล้า จนต้องพัก การนอนหลับจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา คือ หัวใจเต้นช้าลง 10 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจช้าลง ประมาณ 4 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตลดลง อุณหภูมิของร่างกายลดลง ประมาณ 1 องศาเซลเซียส และกระบวนการไฟฟ้าในเปลือกสมองลดลง ซึ่งเห็นได้ว่าการนอนหลับทุกส่วนของร่างกายจะทำงานน้อยลง จึงเป็นการลดความเครียดไปด้วย (วีระ ไชยศรีสุข. 2533 : 187)

2. การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Muscle relaxation Training) เป็นวิธีการลดความเครียด ด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกาย โดยมีหลักการว่า คนเราขณะที่มีความเครียด กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ จะเกร็งตัว ความเครียดและกล้ามเนื้อที่ผ่อนคลายจะเกิดขึ้นไม่พร้อมกัน เมื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อได้แล้วความเครียดจะลดลง การฝึกนิยมให้ผู้ฝึกหรือผู้ที่มีความเครียดนั่งบนเก้าอี้ที่มีที่เท้าแขน นั่งในท่าสบาย ในห้องที่มีแสงสว่างน้อยกว่าปกติ

3. การฝึกการหายใจ การหายใจเพื่อให้เกิดการผ่อนคลายนั้น ต้องหายใจให้ลึก ช้าสม่ำเสมอ (Miller. 1987 : 486-487) วิธีการหายใจที่ถูกต้องเป็นการใช้ผนังหน้าท้องและกระบังลม ซึ่งหมายถึง การหายใจลงไปถึงส่วนล่างสุดของปอด ทำให้กระบังลมดันท้องให้พองออกเวลาหายใจเข้า และยุบลงเวลาหายใจออก ซึ่งการหายใจวิธีนี้ หากฝึกเป็นนิสัยจะช่วยลดความเครียดได้

4. การฝึกสมาธิ เพื่อทำให้จิตใจสงบ เป็นการผ่อนคลายเท่านั้น ไม่ก้าวลึกในแง่ของการปฏิบัติธรรม การฝึกให้มุ่งความสนใจจดจ่ออยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงอย่างเดียว เช่น ลมหายใจเข้าออก การยุบพองของท้อง หรือคำพูดสองสามพยางค์ ทั้งนี้เพื่อให้สติระลึกไปตามอิริยาบถในปัจจุบันของร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงของจิตใจ อารมณ์ การฝึกสมาธิในลักษณะนี้ช่วยให้ร่างกายพักผ่อนเต็มที่ เป็นการบรรเทาความกดดันและความตึงเครียด

5. ดนตรีเพื่อการผ่อนคลาย ควรเป็นดนตรีบรรเลงที่มีจังหวะช้า ทุ้มเสียงปานกลางถึงต่ำ จะมีผลทำให้คลื่นสมองมีความถี่ช้าลง จะช่วยลดความตึงเครียดและเรียกประสิทธิภาพในการทำงานกลับคืนมา เช่น เพลงมานโตวานี (Mantovani) เพลงของพอล โมริอาต์ (Paul Mauriat) หรือเพลงของ ริชาร์ด เคลเลอร์แมน (Richard Calyderman) เพลงคลาสสิก เช่น ซิมโฟนีหมายเลข 5 ของบีโธเฟน (Beethoven's Symphony NO.5 in C.Minor) หรือเพลงของไชคอฟสกี (Tchaikofsky) เป็นต้น นอกจากนี้เพลงที่มีเสียงธรรมชาติผสมผสานกับเครื่องดนตรีประเภทไวโอลิน พิณฝรั่ง คลาวิเน็ต หรืออื่นๆ เช่น เพลงของ คิทาโร่ (Kitaro)(กรมสุขภาพจิต. 2543:14-15)

6. การออกกำลังกาย (Exercise) เป็นวิธีที่ง่ายที่สุดและได้ผลดีในการลดความเครียด สถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด มีผลกระทบต่อนระบบประสาทอิสระและทำให้ร่างกายตื่นตัวจนเกินปกติ ภายหลังการออกกำลังกายภาวะของการตื่นตัวจะกลับคืนสู่ความสมดุลตามปกติ ทำให้รู้สึกผ่อนคลายและสดชื่น สภาพสังคมปัจจุบันสับสนวุ่นวาย โอกาสที่คนเราจะหาเวลาสำหรับการออกกำลังกายจึงมีน้อย การไม่ออกกำลังกายมีผลทำให้สุขภาพเสื่อมโทรมได้ มีแนวโน้มที่จะเกิดเป็นโรคเกี่ยวกับหัวใจ ความดันโลหิต ความอ้วน ข้อ และกระดูก รวมทั้งอาการอ่อนเพลีย กล้ามเนื้อตึงเครียด วิตกกังวลและซึมเศร้า

สรุปได้ว่า การผ่อนคลายความเครียดมีหลายวิธี เช่น การนอนหลับ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ การฝึกสมาธิ การฟังดนตรีผ่อนคลาย การออกกำลังกาย สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการ การฝึกสมาธิ และดนตรีผ่อนคลาย ดังจะกล่าวในรายละเอียดต่อไป

1.3 แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

ได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมหลายท่าน และกล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญความเครียด เพราะการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับนั้นจะช่วยให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีอารมณ์มั่นคง เกิดความรู้สึกมั่นใจในตัวเอง และแก้ปัญหาได้ตรงจุด นอกจากนี้สมาชิกในสังคมจะส่งเสริมให้บุคคลเผชิญความเครียด โดยช่วยจัดหาข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำ ตลอดจนแนวทางเลือกที่เหมาะสม ทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของความหมายของการสนับสนุนทางสังคม ดังต่อไปนี้

คอบบ์ (Cobb. 1976 : 300) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทำให้เข้าใจว่า มีคนรัก คนสนใจ ยกย่อง และมองเห็นคุณค่าและรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

เพนเดอร์ (Pender. 1996 : 257) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลรู้ถึงการเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก ได้รับการยกย่องนับถือ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยได้รับจากคนในระบบของสังคมนั่นเอง เป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านการประเมิน การรับรองการกระทำที่จะทำให้คนนั้นดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

ลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman. 1984 : 164) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า คือการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้ได้รับความช่วยเหลือ

ประคับประคองจากบุคคลในเครือข่ายสังคมในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การช่วยเหลือด้านอารมณ์ ข้อมูลคำแนะนำในการแก้ปัญหา สิ่งของหรือเงินทอง ได้รับรู้ถึงความรักใคร่ผูกพัน รับรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้มีขวัญกำลังใจ และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

โคเฮน และวิลส์ (Kohen & Wills. 1985 : 310 - 357) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลมีอารมณ์มั่นคง ส่งผลต่อระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกันโรค (Neuroendocrine and immune system) ทำงานดีขึ้น และยังส่งผลให้คนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น การสนับสนุนทางสังคมยังช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะวิกฤตในชีวิต โดยจะช่วยลดความเครียดที่ทำให้เกิดภาวะวิกฤตซึ่งจะเชื่อมโยงไปสู่การเจ็บป่วย เมื่อมีความเครียดบุคคลจะเกิดความรู้สึกว่าไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รู้สึกด้อยค่า เป็นสาเหตุให้บุคคลเกิดความล้มเหลวในการดูแลสุขภาพตนเองและเกิดพฤติกรรมเสี่ยง

โดยสรุปแล้ว อาจกล่าวได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือทั้งด้านวัตถุ ด้านอารมณ์และจิตใจ หรือข้อมูลต่างๆ จากบุคคลหรือกลุ่มคน ทำให้ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมรู้สึกว่าคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายสังคม และสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

เพนเดอร์ (Pender. 1996 : 257-259) ได้แบ่งแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Nature support system) ได้แก่ ครอบครัว ซึ่งเป็นกลุ่มของแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปฐมภูมิ ครอบครัวที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมสมาชิกในครอบครัวต้องรับรู้ถึงความต้องการของกันและกัน มีการสื่อสารภายในครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ นับถือหรือยอมรับความต้องการส่วนรวมและให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2. กลุ่มเพื่อน (Peer support system) คนกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เคยได้รับประสบการณ์ที่มีผลกระทบที่รุนแรงในชีวิต ประสบผลสำเร็จในการปรับตัว และมีการพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น ทำให้คนกลุ่มนี้มีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง และสามารถให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาในส่วนที่คล้ายคลึงกับประสบการณ์ที่เขาเคยประสบมา

3. กลุ่มองค์กรทางศาสนา (Organized religious support system) เป็นกลุ่มองค์กรที่มีการพบปะกันในสถานที่ที่ศาสนาจัดไว้ เพื่อให้การช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลในศาสนา นั้นๆ การชุมนุมเป็นการแบ่งปันความรู้สึกมีคุณค่า ความเชื่อเกี่ยวกับจุดมุ่งหมายในชีวิต ธรรมเนียมปฏิบัติทางศาสนาและแนวทางในการดำเนินชีวิต นำไปสู่ความเข้าใจด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น

4. กลุ่มองค์กรที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือของกลุ่มผู้ให้การดูแล หรือการให้ความช่วยเหลือองค์กรวิชาชีพ (Organized support system of care giving or helping professional)

ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลสุขภาพ ผู้ช่วยเหลือที่มีทักษะ และการบริการที่เฉพาะเจาะจงที่ให้แก่ผู้รับบริการ บุคคลจะแสวงหากลุ่มสนับสนุนทางสังคมกลุ่มนี้ ก็ต่อเมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และเพื่อนไม่เพียงพอ หรือการสนับสนุนนั้นไม่ได้ผลหรืออาจถูกนำไปใช้หมดแล้ว กลุ่มบุคคลในวิชาชีพด้านสุขภาพจะเข้ามาให้การสนับสนุนในส่วนนี้ได้

5. กลุ่มองค์กรที่ไม่ใช่กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Organized support groups not dissected by Health professional) ประกอบด้วย กลุ่มอาสาสมัคร และกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน กลุ่มอาสาสมัครเป็นกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือบุคคลที่มีความต้องการหรือมีเหตุผลบางอย่างที่บุคคลไม่สามารถจะจัดหาบริการให้แก่ตนเองได้ ส่วนกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และเป็นกลุ่มบุคคลที่พยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสมาชิก หรือส่งเสริมการปรับตัวไปจนถึงการเปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็นอยู่

ระดับของการสนับสนุนทางสังคม

กอตต์ลิบ (สุริย์มาศ นาคะผดุงรัตน์. 2542 : 28 ; อ้างอิงจาก Gottlieb. 1985.

Health Education Quarterly. : 5-22) แบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ระดับกว้าง (Macrolevel) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วม หรือการมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ ด้วยความสมัครใจและดำเนินชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม

2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzolevel) เป็นการมองที่โครงสร้างและหน้าที่ของเครือข่ายสังคม ด้วยการวัดอย่างเฉพาะเจาะจงถึงกลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน ชนิดของการสนับสนุนทางสังคมในระดับนี้ คือ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัตถุ ความเป็นมิตร การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการยกย่อง

3. ระดับแคบหรือระดับลึก (Microlevel) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความสนิทสนมมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อว่า คุณภาพของความสัมพันธ์มีความสำคัญมากกว่าปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์ การสนับสนุนในระดับนี้ได้แก่ สามี ภรรยา บุตร และสมาชิกในครอบครัว หรือคนรัก ซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ให้การสนับสนุนทางจิตใจ แสดงความรักและห่วงใย (Affective support)

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็น 2 ประเภทหลัก ดังนี้

1. การช่วยเหลือทางอารมณ์และสังคม (Social – emotional aid) เป็นการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ ในด้านความรัก ความสนิทสนม ความไว้วางใจ การดูแลเอาใจใส่ การยกย่อง การเห็นคุณค่า การช่วยให้เกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (ณัฐพงศ์ อนุวัตรบรรจง. 2540 : 43-44 ; อ้างอิงจาก Cobb. 1976.

Psychosomatic Medicine. p. 300 ; Wiess. 1974. *The Provision of Social Relationships*. p.

17) การสนับสนุนในด้านอารมณ์และสังคม แบ่งออกได้ดังต่อไปนี้

1.1 การสนับสนุนทางสังคมที่เป็นการให้ความรักใคร่ผูกพัน (Attachment) ส่งผลต่ออารมณ์โดยส่วนรวม คือ ทำให้บุคคลรู้สึกสบายใจ มีความรู้สึกว่าได้ความรัก ความสนใจ ดูแลเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิดที่มีความสัมพันธ์และไว้วางใจซึ่งกันและกัน เกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยและอบอุ่น สัมพันธ์เช่นนี้จะพบใน คู่สมรส เพื่อน หรือสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน ทำให้เกิดความรู้สึกผูกพันทางอารมณ์และความคิด

1.2 การรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) เป็นความสัมพันธ์จากการที่บุคคลเข้าไปร่วมกิจกรรมทางสังคมของกลุ่ม ทำให้เกิดการแบ่งปัน แลกเปลี่ยนในด้านความคิด กำลังทรัพย์ กำลังคน ตามโอกาสอันควร ก่อให้เกิดความเข้าใจและห่วงใยกันทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับ และมีคุณค่าต่อกลุ่ม

1.3 การมีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่น (Opportunity for nurturance) เป็นการทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของผู้อื่นและผู้อื่นพึ่งพาได้ ถ้าหากไม่ได้ทำหน้าที่นี้จะเกิดความคับข้องใจ รู้สึกว่าชีวิตไม่สมบูรณ์ ไร้จุดหมาย

1.4 การให้ความมั่นใจว่ามีคุณค่า (Reassurance of worth) เป็นการให้การยอมรับในสถาบันครอบครัว หรือเมื่อบุคคลมีพฤติกรรมที่สามารถแสดงบทบาททางสังคม บทบาทนั้นอาจเป็นบทบาทในครอบครัว หรือในอาชีพ ถ้าคนเราไม่ให้การยอมรับจะทำให้ขาดความเชื่อมั่นหรือมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

1.5 ความเชื่อถือไว้วางใจคนอื่น (A sense of reliable alliance) เป็นการให้ความช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลเกิดความแน่ใจว่าจะได้รับการช่วยเหลือเมื่อเกิดความทุกข์ หรือต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ โดยบุคคลจะรับรู้ว่ามีผู้ที่สามารถให้ความช่วยเหลือและสามารถช่วยเหลือได้อย่างต่อเนื่อง

1.6 การได้รับคำชี้แนะ (The obtaining of guidance) เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคลที่มีความสามารถ หรือความสำคัญเหนือกว่าตัวเรา ในสถานการณ์ที่เราตกอยู่ในภาวะตึงเครียด ต้องการกำลังใจ ต้องการคำปณิธาน ชี้แนะ ในการแก้ปัญหา

2. การช่วยเหลือในเชิงเครื่องมือและสิ่งของ (Instrumental aids) เป็นการให้ความช่วยเหลือในด้านการให้ข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำ และสิ่งของ แบ่งการสนับสนุนในเชิงเครื่องมือและสิ่งของออกเป็น 3 ประเภท คือ

2.1 การสนับสนุนด้านสิ่งของ เครื่องมือ (Instrumental support) เป็นการให้ความช่วยเหลือในด้านแรงงาน สิ่งของ (Material support) และบริการต่างๆ รวมทั้งการสนับสนุนทางการเงิน (Financial aid)

2.2 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ ข้อเท็จจริง แนวทางเลือกปฏิบัติ เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาทั้งด้านการงานและเรื่องส่วนตัวที่เผชิญอยู่

2.3 การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเอง โดยเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นที่อยู่ในสถานการณ์คล้ายกัน ซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นใจ เปรียบเสมือนการเสริมแรงทางสังคม (Social reinforcement)

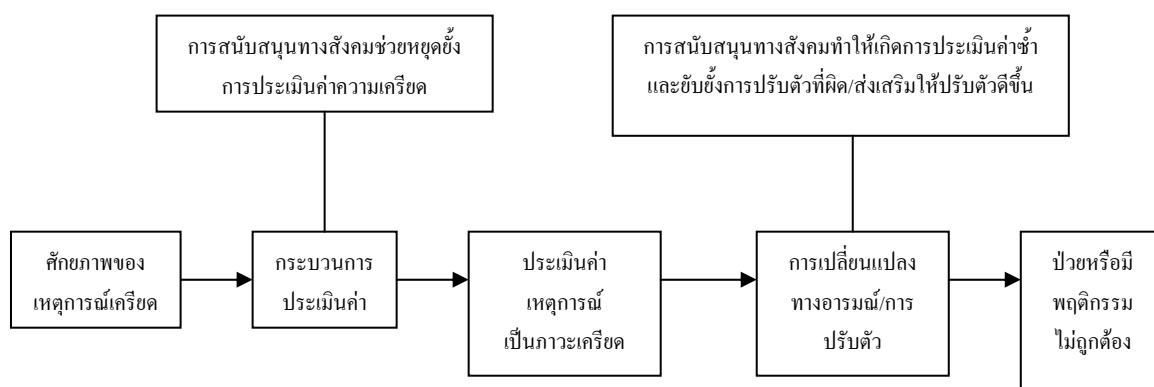
สรุป การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ จะช่วยลดความเครียด สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีกลไกในการช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี เกิดความสุขได้ เผชิญกับภาวะเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองได้อีกด้วย

ผลการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะเครียด

จากผลการวิจัยของนักวิจัยหลายท่าน เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ชี้ให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง และการปรับตัวในภาวะเครียด ซึ่งโคเฮนและวิลส์ (Cohen & Wills. 1985 : 310-357) ซึ่งได้สรุปบทบาทของการสนับสนุนทางสังคมต่อการส่งเสริมสุขภาพไว้ 2 แนวคิด คือ

1. การสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ (The Main Effect Model) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม หรือการช่วยเหลือโดยตรงทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคงต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และตระหนักถึงการมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ของระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาท ระบบภูมิคุ้มกัน (Neuroendocrine and Immune System) ทำงานดีขึ้น ดังนั้นบุคคลที่มีการสนับสนุนทางสังคมดี จะส่งผลโดยตรงต่อการมีภาวะสุขภาพดี ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลมีความรู้สึกว่าด้อยคุณค่า ภาวะเช่นนี้จะทำให้บุคคลไม่สนใจสุขภาพตนเอง มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค ในขณะเดียวกันก็มีผลไปรบกวนสมดุลระบบดังกล่าว ทำให้บุคคลมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรค

2. การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด (Buffering Effect Model) โดยอธิบายถึงกลไกนี้ว่ามี 2 จุดที่การสนับสนุนทางสังคมสามารถหยุดยั้ง (Block) ภาวะเครียดไม่ให้เกิดความเจ็บป่วย หรือมีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ ดังภาพประกอบ 4 (Cohen & Wills. 1985 : 310-357) ซึ่งอธิบายได้ดังนี้



ภาพประกอบ 4 การสนับสนุนทางสังคมและกลไกการยับยั้งความเครียด

ที่มา : Cohen,S. and T.A. Wills. (1985,February). (1985). "Stress Social Support and The Buffering Hypothesis," *Psychological Bulletin*. 98: 313.

2.1 การสนับสนุนทางสังคมช่วยลดจุดประเมินความเครียด (Appraisal) เมื่อบุคคลกำลังเผชิญต่อสิ่งเร้านั้นว่าเป็นความเครียด บุคคลนั้นก็จะเกิดความเครียด หากบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี มีการอธิบายให้ข้อมูลหรือให้กำลังใจ บุคคลก็ไม่เห็นสิ่งเร้านั้นเป็นความเครียด โดยช่วยให้บุคคลประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าไม่รุนแรง หรือลดความรุนแรงลงเพราะการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่า ไม่ว่าจะเกิดเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นจะมีผู้ที่สามารถให้ความช่วยเหลือ จึงประเมินความเครียดลดลง

2.2 การสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลกลับมาประเมิน หรือพิจารณาสิ่งเร้าใหม่ (Reappraisal) เมื่อบุคคลไม่สามารถหลีกเลี่ยงภาวะเครียดนั้น โดยช่วยลดและขัดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียดหรือผลของความเครียดที่มีต่อร่างกายโดยตรง ทำให้บุคคลได้มีการแก้ไขปัญหา ลดการรับรู้ถึงความรุนแรงของปัญหาที่มีผลต่อการทำงานของฮอร์โมน นอกจากนั้นยังมีผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อมมากขึ้น มีความเข้าใจในเหตุการณ์นั้นยิ่งขึ้น ด้วยการประเมินเหตุการณ์ซึ่งทำให้ควบคุมสถานการณ์นั้นได้ ช่วยให้ผู้บุคคลมีการตัดสินใจได้ถูกต้อง มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และร่างกาย มีการปรับตัวที่ถูกต้องเหมาะสมเป็นการสนับสนุนให้บุคคลมีความพยายามที่จะเผชิญปัญหา หากบุคคลไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมก็จะเกิดความไม่สมดุลทั้งร่างกายและจิตใจทำให้เกิดความเจ็บป่วยมีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากปกติได้

จากการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมของนักวิจัยหลายท่าน ผู้วิจัยได้นำแนวคิดและทฤษฎีมาปรับใช้ เพื่อให้เข้ากับโปรแกรมผ่อนคลายความเครียดที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น

1.4 การสร้างสัมพันธภาพ

การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม เพื่อยับยั้งการประเมินค่าความเครียด ตามแนวความคิดการสนับสนุนทางสังคมของ โคเฮนและวิลส์ ในระยะแรกที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล เป็นช่วงที่ผู้ป่วยรู้สึกตกใจ สับสน ไม่คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมและบุคลากร แม้ว่าจะมีการเน้นในเรื่องการสร้างสัมพันธภาพ แต่ในสภาพการณ์จริงการทำความรู้จักระหว่างบุคลากรกับผู้ป่วยมีน้อยมาก เริ่มจากการถูกบังคับให้ทำกิจกรรมต่างๆ เช่น เปลี่ยนเสื้อผ้า วัตถุประสงค์ของร่างกาย ถูกซักประวัติ ตรวจร่างกาย และอื่นๆจนผู้ป่วยไม่มีโอกาสได้มีความเป็นส่วนตัว และผู้ป่วยกับบุคลากรยังคงเป็นคนแปลกหน้า ฝ่ายผู้ป่วยเองจะต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการสร้างสัมพันธภาพ และแสดงความเป็นมิตรกับบุคลากรโดยแสดงความพึงพอใจ และยินยอมกระทำการกิจกรรมไม่ว่าจะต้องพยายามอย่างไรก็ตาม (ประคอง อินทสมบัติ. 2540 : 3)

การดำเนินสัมพันธภาพระหว่างบุคลากรกับผู้ป่วย เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 2 คน โดยที่ฝ่ายหนึ่ง(หรืออาจจะทั้งสองฝ่าย) มีความปรารถนาที่จะช่วยเหลืออีกฝ่ายหนึ่ง(หรือต่อกันและกัน) ปฏิสัมพันธ์นี้เป็นกระบวนการที่มีเป้าหมายชัดเจนเพื่อส่งเสริมคุณภาพะ พัฒนาการชีวิต ปรับปรุงความสามารถ และเผชิญปัญหาในชีวิต ผู้ป่วยทุกคนมีปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัยทั้งทางกายและทางจิตใจในระดับความรุนแรงมากน้อยต่างกันไป แต่สิ่งที่ผู้ป่วยทุกคนต้องการเหมือนกันคือ ต้องการการดูแลเอาใจใส่ การพยาบาลที่ดีจากพยาบาล ทางด้านตัวพยาบาลการปฏิบัติการพยาบาลต่างๆก็ล้วนมีเป้าหมายเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งสิ้น แต่การปฏิบัติการพยาบาลนั้นจะเกิดขึ้นและมีผลสำเร็จอย่างไรนั้น ขึ้นดินและคณะ (Sundeen ; et al. 1986) กล่าวว่าขึ้นอยู่กับเครื่องมือที่สำคัญ คือ สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย

การดำเนินสัมพันธภาพเป็นทักษะที่จำเป็น และทักษะการสื่อสารที่เป็นองค์ประกอบสำคัญในการการดำเนินสัมพันธภาพให้ดำเนินไปด้วยดี มีอยู่ 5 ประการคือ (บุญศรี ปรารณศักดิ์ และ ศิริพร จิรวรรณกุล. 2534 : 77-89)

1. การเคารพในความเป็นบุคคล (Respect) ของผู้อื่น

การเคารพในความเป็นบุคคลของผู้อื่นเป็นรากฐานที่สำคัญของการดำเนินสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพราะการได้รับความเคารพ การได้รับเกียรติเป็นความต้องการพื้นฐานทางจิตใจของมนุษย์ ที่ทำให้มนุษย์รู้ว่าตนเองเป็นคนมีคุณค่า การที่จะแสดงออกถึงการเคารพในความเป็นบุคคลของผู้อื่นนั้น สมิต (Smith. 1986) ได้เสนอพฤติกรรมต่างๆในแต่ละขั้นตอนของการดำเนินสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และนำมาประยุกต์ให้เหมาะสมกับคนไทยดังนี้

1.1 ขั้นเริ่มทำความรู้จักกับผู้ป่วย ขณะพูดกับผู้ป่วยต้องมองหน้า สบตาผู้ป่วย แนะนำตัวเอง และเรียกชื่อผู้ป่วยด้วยคำนำหน้าชื่อที่สุภาพ เหมาะสมกับสภาวะการณ์ตามความเป็นจริงของผู้ป่วย เช่น มีคำว่า “คุณ” นำหน้าชื่อ ถ้าเป็นผู้สูงอายุควรใช้สรรพนามที่ยกย่อง เช่น คุณตา คุณยาย นอกจากนั้นสีหน้าก็เป็นสิ่งสำคัญที่ควรคำนึงถึง สีหน้าที่แสดงความเอาใจใส่ ไม่เย็นชา เบื่อหน่าย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น

1.2 ขั้นเริ่มต้นสัมพันธภาพ ให้ผู้ป่วยเข้าใจบทบาทหน้าที่ของพยาบาล ถามความต้องการของผู้ป่วยแจ้งให้ผู้ป่วยเข้าใจอย่างชัดเจนว่าพยาบาลจะช่วยอะไรได้บ้าง และไม่ นำความลับของผู้ป่วยไปเปิดเผย

1.3 ขั้นดำเนินสัมพันธภาพ สนองความต้องการแก้ปัญหาของผู้ป่วยใน ขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาล จัดจำเรื่องราวของผู้ป่วยได้ ไม่นำเรื่องของผู้อื่นมา วิพากษ์วิจารณ์ ให้คำแนะนำสถานที่ หรือบุคคลที่ผู้ป่วยจะขอรับความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม ในขั้นนี้พยาบาลสามารถสร้างเสริมบรรยากาศที่ดีในการสนทนากับผู้ป่วยได้โดยแจ้งถึงระยะเวลาที่จะ สนทนา นัดหมายเพิ่มเติมในกรณีที่เรื่องที่พูดมีมากจนเวลาไม่พอ สนทนาเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วยใน สถานที่ที่เป็นส่วนตัว สนทนากับผู้ป่วยตามเวลาที่นัดหลีกเลี่ยงการเลื่อนนัดและไม่ควรผัดนัด

1.4 ขั้นสิ้นสุดสัมพันธภาพ ต้องแจ้งการสิ้นสุดสัมพันธภาพแก่ผู้ป่วยล่วงหน้า มีการสรุปว่าการสนทนาที่ผ่านมาโดยตลอดนั้นมีเรื่องอะไรบ้าง ทำอะไรไปแล้วบ้าง และมีอะไรที่ต้อง ทำอีก สรุปประเด็นสำคัญบันทึกไว้ในกรณีที่มีการติดต่อกับผู้ป่วยอีกในอนาคต

ในระหว่างขั้นตอนการสิ้นสุดสัมพันธภาพนี้ ส่วนใหญ่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยจะกลับบ้าน พยาบาลจะต้องเตรียมผู้ป่วยให้พร้อม ให้ผู้ป่วยได้พูดถึงความรู้สึกต่อการสิ้นสุดสัมพันธภาพ และพยาบาลก็ต้องแสดงความรู้สึกต่อภาวะนี้โดยทำให้ผู้ป่วยรู้ว่าพยาบาลยังเอาใจใส่ต่อผู้ป่วย

2. การยอมรับ (Acceptance)

การยอมรับ หมายถึง การยอมรับในความเป็นบุคคลของผู้ป่วยตามความเป็นจริง ซึ่งรวมทั้งความเข้าใจและยอมรับถึงสภาพความเจ็บป่วย และความผิดปกติที่เกิดขึ้น เปิดโอกาส ให้ผู้ป่วยได้ให้ข้อมูล เหตุผลต่างๆที่เกี่ยวข้อง และช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นการกระทำของตนเอง จะ ช่วยให้ผู้ป่วยจัดการต่อปัญหาของตนเองได้ พฤติกรรมการแสดงออกถึงการยอมรับของพยาบาล แสดงออกได้ทั้งทางวาจา และท่าทาง น้ำเสียง สีหน้า ท่าทาง และคำพูด สามารถบ่งบอกถึงการ ตัดสินถูก ผิด ดี เลว ได้โดยไม่ต้องพูดตรงๆว่า “คุณทำไม่ถูก”

3. การเห็นใจ เข้าใจในความรู้สึกของผู้อื่น (Empathy)

การที่พยาบาลแสดงให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า พยาบาลเข้าใจว่าผู้ป่วยรู้สึกอย่างไร ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเช่นนั้น ต้องรับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ และถามตนเองว่าขณะนี้ผู้ป่วยกำลังรู้สึกอย่างไร คำตอบที่พยาบาลได้รับจะช่วยให้พยาบาลเข้าถึงความรู้สึกของผู้ป่วยและสื่อสารที่พยาบาลเข้าใจไป ยังผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่ายพบาลเห็นใจและเข้าใจในความรู้สึกของเขา เขาก็จะมีความรู้สึกที่ดีใน การดำเนินสัมพันธภาพกับพยาบาล

4. ความเชื่อถือไว้วางใจ (Trust)

ความเชื่อถือไว้วางใจ หมายถึง การที่บุคคลมีความยอมรับ เชื่อถือ มั่นใจ ว่า บุคคลที่เชื่อถือนั้นจะกระทำในสิ่งที่ดีที่สุดกับเขา และไม่เป็นอันตรายกับเขา การสื่อสารที่จะทำให้ ผู้ป่วยเกิดความเชื่อถือและไว้วางใจพยาบาลนั้น สามารถกระทำได้ทั้งโดยวาจา อากัปกิริยาที่จะทำให้ ผู้ป่วยรับทราบว่ายพบาลซื่อสัตย์ ไว้วางใจได้ และสม่ำเสมอ เช่น การไม่ผัดนัด การบอกเล่าถึง ความเป็นจริง (ในขอบเขตบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของพยาบาล)

5. การดูแลเอาใจใส่ (Caring)

เป็นการแสดงออกถึงความสนใจอย่างจริงใจที่จะช่วยเหลือบุคคลอื่นๆ สามารถแสดงออกได้ทั้งวาจาและท่าทาง เช่น การฟังอย่างตั้งใจเมื่อผู้ป่วยพูด การปฏิบัติอย่างนุ่มนวล การดูแลใกล้ชิด ต่อเนื่อง

1.5 การให้สุขศึกษา

สุขศึกษา เป็นขบวนการในการเลือกตัดสินใจของบุคคล โดยใช้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพตลอดจนองค์ประกอบทางด้านสติปัญญา จิตวิทยา และสังคม เป็นพื้นฐานเพื่อการตัดสินใจกระทำหรือไม่กระทำในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ การตัดสินใจนี้จะมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่และสุขภาพของบุคคลครอบครัวและชุมชน ขบวนการนี้ปฏิบัติตามหลักการทางด้านวิทยาศาสตร์ เพื่อให้บุคลากรทางสาธารณสุข ประชาชน รวมทั้งเด็กและเยาวชนได้เกิดการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (พรสุข หุ่นรินทร์. 2545 : 40)

การให้สุขศึกษา เป็นวิธีการทางสุขศึกษา หมายถึง กระบวนการการจัดโอกาสและประสบการณ์การเรียนรู้ เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยอย่างมีระบบและมีจุดมุ่งหมายที่จะให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน สามารถคิดและหาเหตุผลด้วยตนเอง รวมทั้งการเลือกและตัดสินใจที่จะปฏิบัติตนในทางที่ถูกต้องเพื่อให้เกิดสุขภาพดีตลอดไป (บุญยง เกี่ยวการค้า. 2526 : 328-383)

วิธีการทางสุขศึกษา ในแต่ละสาขาวิชาชีพ จะมีความแตกต่างกันบ้าง วิธีที่นำมาใช้ในการให้สุขศึกษา แบ่งเป็น การให้สุขศึกษาแบบรายบุคคล การให้สุขศึกษาแบบกลุ่ม และการให้สุขศึกษาแบบมวลชน

วิธีการให้สุขศึกษาทำได้หลายวิธี เช่น การบรรยาย การอภิปราย การสาธิต/การฝึกปฏิบัติ หนังสือคู่มือ การใช้ภาพพลิก และ การใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เป็นต้น สำหรับการวิจัยครั้งนี้เลือกใช้วิธีการให้สุขศึกษาแบบบรรยายเป็นรายกลุ่ม ดังต่อไปนี้

การบรรยาย (Lecture) (สุริย์ จันทรโมลี. 2543 : 113-118)

การบรรยายเป็นวิธีการสอนที่มีความคุ้นเคยกันมาเป็นเวลานาน และนิยมใช้กันอยู่ทั่วไป บางครั้งเรียกว่า “การปาฐกถา” เป็นวิธีการสอนที่จัดทำได้ง่าย เพราะมีเพียงผู้บรรยายและผู้เรียน มีจุดมุ่งหมายให้ผู้เรียนได้ฟัง คิด พิจารณา เข้าใจ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ และการจดบันทึกข้อความสำคัญๆ วิธีการนี้ผู้สอนเป็นผู้เตรียมเนื้อหาศึกษาความรู้เพิ่มเติมจากตำรา หนังสือ การศึกษาวิจัย ตลอดจนจากประสบการณ์ จากการทำงาน และแหล่งประโยชน์อื่นๆ เพื่อนำมาบอกเล่าอธิบายให้ผู้เรียนได้เข้าใจ

องค์ประกอบที่ควรคำนึงถึงในการบรรยาย

องค์ประกอบที่ควรคำนึงถึงในการบรรยายมีดังนี้

1. ตั้งจุดมุ่งหมายในการบรรยายแต่ละครั้ง ต้องการให้ผู้เรียนมีความรู้ ทักษะ ความสามารถในการปฏิบัติในเรื่องอะไรบ้าง หรือต้องการให้เกิดความคิดรวบยอดในเรื่องอะไรบ้าง
2. ผู้บรรยายควรได้ศึกษา วิเคราะห์ผู้เรียนล่วงหน้า เพื่อให้ทราบว่าผู้เรียนคือใคร มีจำนวนเท่าไร ระดับการศึกษา อายุ ประสบการณ์ ความสนใจความรู้พื้นฐานของผู้ฟัง หน้าที่ความรับผิดชอบ อาชีพ ปัญหา ในการให้การศึกษาถ้าได้รู้จักผู้เรียนมากเพียงใดยิ่งเป็นประโยชน์ในการปูพื้นฐานความรู้ การเชื่อมโยงความรู้ที่จะให้ การเรียงลำดับความยากง่ายของเนื้อหา การยกตัวอย่าง ประกอบ การพิจารณาถึงโอกาสที่จะนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงานในชีวิตประจำวัน โดยคำนึงถึงประโยชน์ของผู้เรียนเป็นหลัก
3. ผู้บรรยายจะต้องมีความรู้ในเรื่องที่จะบรรยายเป็นอย่างดี ในการบรรยายแต่ละครั้ง ผู้บรรยายต้องเตรียมตัวล่วงหน้า รู้จักที่จะใช้วิธีการสอนแบบใหม่ ๆ มาประกอบการบรรยาย โดยทั่วไปการบรรยายเป็นเรื่องที่ทำได้ง่าย ซึ่งใครก็ตามที่มีความรู้ก็สอนได้ แต่จะสอนให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้นั้นเป็นเรื่องยาก เรามักได้ยินคำวิจารณ์จากผู้เรียนเสมอว่า “ผู้บรรยายมีความรู้ดีแต่สอนไม่เก่ง” หรือ “ผู้บรรยายสอนเก่งแต่ความรู้ไม่ดี” หรือ “เรียนด้วยความสนุกสนานหัวเราะกันทั้งชั่วโมง เมื่อบรรยายจบผู้เรียนไม่ได้รับเนื้อหาสาระความรู้เลย” เป็นต้น ดังนั้นการสอนแบบบรรยายจึงจำเป็นต้องมีศิลปด้านการสอนควบคู่ไปกับความรู้ที่จะสอน
4. พิจารณาจัดแบ่งเวลาให้เหมาะสมในการบรรยายแต่ละครั้งไม่ควรนานเกิน 1 ชั่วโมง ถ้าจำเป็นต้องบรรยายติดต่อกันหลายชั่วโมง ต้องให้มีช่วงพักระหว่างชั่วโมง ถ้าเป็นเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ หรือผู้ไม่คุ้นเคยกับการนั่งฟังนานๆ ควรใช้เวลาสั้นๆ ประมาณ 15-20 นาที การบรรยายควรเป็นแบบการพูดคุย สนทนา ควรรักษาเวลาเข้าสอนและจบการบรรยายตามเวลา
5. ในการบรรยายแต่ละครั้ง ไม่ควรครอบคลุมหัวเรื่องหรือแนวคิดมากเกินไป ในการบรรยายอาจยกตัวอย่างประกอบเป็นบางครั้งเพื่อช่วยให้เข้าใจเรื่องที่สอนได้ดีขึ้น ควรจะเน้นประเด็นเรื่องที่มีความสำคัญ ไม่ควรจะเสียเวลากับเรื่องที่ไร้สาระ ไม่มีความสำคัญ ควรพิจารณาเนื้อหาเรียงลำดับขั้นตอน ง่ายแก่การจำและมองเห็นความเชื่อมโยงของเรื่องที่บรรยาย ระมัดระวังอย่าบรรยายออกนอกเรื่องตลอดเวลา ไม่ควรยกตัวอย่างหรือเรื่องส่วนตัวมากเกินไป
6. ถ้าการบรรยายติดต่อกันหลายครั้ง วิธีการนี้ผู้บรรยายอาจต้องทำงานหนัก เตรียมการบรรยายให้ติดต่อกัน ควรจะทำประมวลการสอนให้ผู้เรียนได้ทราบถึงหัวข้อที่จะเรียนทั้งหมด เพื่อสะดวกในการที่ผู้เรียนจะได้เตรียมตัว ศึกษาหาความรู้ เตรียมคำถามไว้ล่วงหน้า
7. ในระหว่างการบรรยายควรสร้างบรรยากาศให้มีความเป็นกันเอง ดึงดูดความสนใจผู้ฟัง มีอารมณ์ขันบ้าง ผู้บรรยายควรมีความเป็นผู้ใหญ่ ไม่โกรธง่าย จุนเจียวหรือรีบร้อน จนผู้เรียนหมดโอกาสซักถามหรือไม่กล้าซักถาม ไม่โมโหเมื่อถูกซักถามจนตอบไม่ได้ เมื่อตอบไม่ได้ก็ควรยอมรับไม่ต้องกลัวเสียหน้า เพราะครุมีโอกาสนำมาจากการซักถามของผู้เรียนเป็นอย่างมาก

8. ผู้บรรยายควรเตรียมโน้ตการสอนหรือโน้ตย่อการสอนล่วงหน้าทุกครั้ง การบรรยายไม่ควรเป็นแบบอ่านโน้ต หรือสอนให้ผู้เรียนฟังแล้วจดตาม นอกจากบางครั้งต้องการให้ผู้เรียนได้จดบันทึกเนื้อหาสำคัญให้ครบถ้วน ผู้บรรยายอาจบอกซ้ำๆ เพื่อให้จดโน้ตได้ครบ

9. การบรรยายไม่ใช่เป็นการให้เนื้อหาความรู้ข้อมูลเพียงอย่างเดียว ผู้บรรยายควรเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ซักถามข้อสงสัย ผู้บรรยายอาจทิ้งปัญหาให้ผู้เรียนได้คิดบ้างเพื่อช่วยให้ผู้เรียนมีความกระตือรือร้น ติดตามการเรียนการสอน อยากรู้ อยากศึกษาต่อไป เฮลเลอร์ (Heller, 1962) ได้สนับสนุนแนวคิดอันนี้ได้กล่าวว่า การสอบแบบบรรยายสามารถจะจัดให้เป็นการสอนแบบท้าทายกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความคิด ความต้องการอยากรู้อยากเห็น พัฒนาผู้เรียนให้รู้จักคิด รู้จักใช้คำถาม เพื่อจะสืบหาความรู้และสนับสนุนให้ผู้เรียนมีความคิดสร้างสรรค์

10. การบรรยายจะเพิ่มให้เกิดความสนใจยิ่งขึ้น ถ้าผู้บรรยายรู้จักใช้สื่อเป็นเครื่องมือช่วยประกอบในการบรรยาย เช่น การใช้ภาพยนตร์ สไลด์ วีดิโอเทป ของจริง ภาพพลิก แผ่นภาพ ทำให้ผู้เรียนสนใจร่วมกัน และอาจนำไปสู่การซักถามของผู้เรียน นอกจากนั้นการใช้สื่อประกอบการสอนทำให้ผู้บรรยายมีโอกาสพักบ้าง แทนที่จะต้องพูดติดต่อกันตลอดเวลา ผู้เรียนก็จะได้มีโอกาสได้ผ่อนคลายในการที่จะต้องตั้งใจฟังการบรรยายและจดตามตลอดเวลา ดังนั้นการใช้สื่อประกอบการบรรยายจึงมีความจำเป็นโดยเฉพาะเนื้อหาความรู้ที่ใหม่ต่อผู้เรียน หรือการบรรยายในกลุ่มผู้เรียนที่มีระดับการศึกษาน้อย

11. การจดโน้ตของผู้เรียนในขณะที่ฟังคำบรรยาย เป็นการช่วยให้ผู้เรียนได้สนใจ ฟังคำบรรยาย การจดโน้ตของผู้เรียนไม่ใช่การจดให้ทันตามคำพูดทุกคำของผู้บรรยาย ผู้เรียนที่สามารถจดโน้ตการสอนได้ดี คือ ผู้ที่มีความสามารถ มีทักษะในการฟัง สามารถจับใจความสำคัญ ติดตามเรื่องและสรุปประเด็นสำคัญๆ เข้าใจถึงเหตุผลขั้นตอนผู้บรรยายมีส่วนช่วยให้ผู้เรียนได้จดโน้ต ได้เนื้อหา ข้อมูล ได้ถูกต้องชัดเจนยิ่งขึ้น โดยการเขียนหัวข้อ โครงเรื่อง แยกแยะขั้นตอนสำคัญๆ ลงบนกระดาน หรือผู้บรรยายอาจเตรียมเอกสารคำบรรยายแจกให้ผู้เรียนได้ติดตามคำบรรยายได้ตลอด เป็นวิธีที่ใช้มากในการฝึกอบรมในปัจจุบัน

12. ผู้บรรยายต้องรู้จักสังเกต มีความไวต่อความรู้สึกของผู้เรียน และความไม่สบายอารมณ์ของผู้เรียน เช่น ผู้เรียนอาจแสดงความเบื่อหน่าย ง่วงนอน ไม่สนใจ กระสับกระส่าย หันไปคุยไป ทำท่าไม่เห็นด้วยกับผู้บรรยายในบางเรื่อง หรือผู้บรรยายอาจจะแสดงความตลกแก่ผู้เรียนโดยไม่ตั้งใจ ทำให้เกิดความไม่พอใจ ผู้เรียนอาจไม่สนใจเพราะสอนเกินเวลาหรือสอนในเรื่องที่ไม่น่าสนใจ ยากแก่การเข้าใจ สิ่งเหล่านี้ผู้สอนควรสังเกตพฤติกรรมของผู้เรียนเพื่อหาสาเหตุ ปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงการสอนให้เหมาะสม ก่อนจบการบรรยายควรสรุปเนื้อหาที่ได้บรรยายมาแล้วอย่างย่อๆ สรุปประเด็นสำคัญและเชื่อมโยงแต่ละประเด็นเพื่อย้ำความเข้าใจ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ซักถามข้อสงสัย หรือให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

13. ในการบรรยายทุกครั้ง ควรกำหนดขั้นตอนการบรรยายมี 3 ขั้นตอน คือ 1. ขั้นนำเข้าสู่บทเรียน 2. ขั้นบรรยาย เป็นการเริ่มเนื้อหาการบรรยายที่ได้จัดเตรียมมาตามลำดับความสำคัญ 3. ขั้นสรุป ก่อนจบการบรรยาย สรุปย่อสิ่งที่ได้บรรยายมา ถ้าจะมีการบรรยายต่อเนื่อง

อาจพูดถึงความสำคัญของเรื่องที่จะบรรยายครั้งต่อไป เพื่อผู้เรียนอาจไปศึกษาล่วงหน้าทำให้มีพื้นฐานความรู้ที่จะฟังการบรรยายครั้งต่อไป

14. เมื่อจบการบรรยาย ควรจะมีการประเมินผลการบรรยาย ในระหว่างการบรรยายควรสังเกตปฏิกิริยาของผู้เรียน เพื่อพิจารณาว่าผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตรงจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ เพื่อปรับปรุงการบรรยายให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ผู้สอนควรหาวิธีประเมินผลตัวเอง จากการเปิดเทปฟังการบรรยายของตัวเอง และจากข้อมูลย้อนกลับจากผู้เรียน

ข้อดีของการบรรยาย

ข้อดีของการบรรยายมีดังนี้

1. เป็นวิธีการที่ให้ความรู้ เนื้อหา ข้อมูล แก่ผู้เรียนได้มากภายในเวลาที่กำหนดให้ ถ้าเปรียบเทียบกับวิธีการสอนแบบอื่น อาจใช้เวลาสอนมาก เนื้อหาน้อย การบรรยายจึงเป็นวิธีการที่เหมาะสมสำหรับการสอนนักศึกษาในระดับสูง การฝึกอบรม ซึ่งต้องการรายละเอียดของเนื้อหาวิชามาก
2. เหมาะสำหรับการปูพื้นฐานความรู้เบื้องต้น การเสนอความรู้ใหม่ๆ การสรุปบทเรียนที่เรียนมาแล้ว การอธิบายขยายความเรื่องที่เข้าใจยาก และเหมาะสำหรับการเสนอผลงานหรือให้ความรู้ในเรื่องที่เข้าใจยากที่มีหลักการสำคัญที่หาไม่ได้จากที่อื่น
3. เป็นวิธีการถ่ายทอดความรู้ให้กับกลุ่มผู้เรียนได้จำนวนมาก ถ้าใช้การบรรยายพร้อมกับการถ่ายทอดทางวิดีโอ จะสามารถให้กับผู้เรียนกลุ่มใหญ่ได้
4. ในช่วงที่ความรู้ทางวิชาการก้าวหน้าไปไกล ตำราเกี่ยวกับเรื่องนั้นๆยังไม่มีเขียน ผู้บรรยายสามารถนำมาอธิบายเพิ่มเติมความรู้ใหม่ๆประสบการณ์ หรือการศึกษาวิจัยที่ได้รวบรวมไว้แก่ผู้เรียนได้
5. ผลดีต่อผู้เรียน คือ ช่วยประหยัดเวลาในการที่จะต้องไปทดลองค้นคว้าศึกษาหาความรู้เอง ลดภาระการอ่านหนังสือ หรือค้นคว้าในห้องสมุด หรือบางครั้งจะได้ทราบถึงแหล่งการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมจากผู้บรรยาย ช่วยนำทางในการอ่านตำราเพื่อให้ความรู้พื้นฐานและกระตุ้นความสนใจผู้เรียน
6. เป็นการช่วยพัฒนาทักษะของผู้เรียนในการฟัง คิด พิจารณา ทำความเข้าใจจดบันทึก ซึ่งจำเป็นสำหรับผู้เรียนในระดับสูงๆ ควรเป็นการบรรยาย 2 ทาง (Two-way communication)
7. ใช้การบรรยายประกอบสื่อ เช่น สไลด์ รูปภาพ วิดีโอเทป ภาพพลิก ช่วยให้การบรรยายได้ผ่านประสาทสัมผัสมากขึ้น ก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการเรียนรู้

ข้อจำกัดของการบรรยาย

ข้อจำกัดของการบรรยายมีดังนี้

1. ผู้บรรยายต้องทำงานหนักในการเตรียมสอน ถ้าผู้บรรยายขาดศิลปะในการสอน ขาดความรู้ในเรื่องที่สอน ก็จะทำให้ผู้เรียนเกิดความเบื่อหน่าย
2. ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้การสอนน้อย ได้แต่ฟังและจดบันทึกทำให้ผู้เรียนขาดทักษะของการใช้ความคิด เพราะมักพะวงอยู่กับการจดให้ทันคำบรรยาย บางครั้งจดบันทึกการสอนแล้วอ่านไม่รู้เรื่อง โดยเฉพาะถ้าใช้บรรยายกับกลุ่มผู้เรียนเป็นจำนวนมาก ไม่มีโอกาสที่ซักถามข้อสงสัย
3. การเรียนจะไม่มีประโยชน์ถ้าผู้บรรยายคัดลอกเนื้อหา ความรู้จากหนังสือแล้วมาอ่านให้ฟัง
4. ถ้าเนื้อหาความรู้ยากเกินไป หรือง่ายเกินไป จะทำให้ผู้เรียนเกิดความเบื่อหน่าย
5. การสอนแบบบรรยายไม่สามารถจะปรับปรุงความรู้ให้เหมาะสมกับผู้เรียนแต่ละคนได้ ทำให้การฟังการบรรยายเป็นประสบการณ์ที่ทรมานสำหรับบางคน

1.6 ความรู้เกี่ยวกับสมาธิ

สมาธิ (Meditation) เป็นหนึ่งในคำสอนหลักของพุทธศาสนา แยกจากศีลและปัญญา มีเนื้อหาที่สัมพันธ์กัน โดยเฉพาะเมื่อกล่าวถึงในด้านปฏิบัติธรรม “สมาธิ” เป็นหนึ่งในมรรคองค์แปด ที่เรียกว่า “สัมมาสมาธิ” ซึ่งเป็น มัชฌิมาปฏิปทา หรือทางสายกลางของพระพุทธศาสนา อันมีจุดมุ่งหมายเพื่อแก้ปัญหา กำจัดทุกข์ให้แก่มนุษย์

สมาธิ แปลว่า ความตั้งมั่นของจิต หรือภาวะที่จิตแน่วแน่ต่อสิ่งที่กำหนด ดังนั้นเมื่อเราทำสมาธิได้สำเร็จ จิตจะมีคุณสมบัติ เรียกว่า คุณสมบัตินี้ดีกว่าลักษณะ 3 ประการนี้คือ จิตจะบริสุทธิ์ จิตจะตั้งมั่น จิตจะควรแก่การทำงาน กล่าวโดยสรุป สมาธิ คือการอบรมจิตใจให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (พุทธทาสภิกขุ. 2536)

การฝึกอบรมสมาธินั้นมีขอบเขตกว้างขวาง เป็นการปฏิบัติทางจิต (Mental development) มีความหมายว่า การอบรมจิต เพราะคำว่า “ภาวนา” มีความหมายว่า การอบรม การเจริญ การทำให้มีขึ้น นอกจากคำว่า “จิตภาวนา” แล้ว ในคัมภีร์บางเล่ม ใช้คำว่า “กรรมฐาน” หรือ “กัมมัฏฐาน” ด้วย

วิธีเจริญสมาธิมีหลายวิธี ผู้วิจัยได้เลือกการทำสมาธิแบบอานาปานสติของท่านพุทธทาส มาประยุกต์ใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้ ซึ่งเป็นวิธีที่สามารถปฏิบัติได้สะดวก เพราะลมหายใจมีอยู่กับบุคคลทุกคนสามารถใช้ได้ตลอดเวลา ทุกสถานที่ ไม่ต้องเตรียมอุปกรณ์ ขณะเดียวกันอารมณ์ก็เป็นรูปธรรมสามารถกำหนดได้ชัดเจน เมื่อเริ่มปฏิบัติก็ได้รับประโยชน์ทันทีไม่ต้องรอจนเกิดสมาธิที่เป็นขั้นตอนในระดับสูง ประการสำคัญการปฏิบัติสมาธิแบบอานาปานสติไม่กระทบกระเทือนต่อสุขภาพ

ซึ่งพุทธองค์ตรัสไว้ถึงประสบการณ์ของพระองค์ดังนี้ เมื่อเราอยู่ด้วยวิหารธรรมอันมีอานาปานสติ แม้ทำมากตาก็ไม่เมื่อย กายก็ไม่เมื่อย ตรงกันข้ามกลับจะเกื้อกูลแก่สุขภาพให้ดีขึ้น การใช้พลังงานจะน้อยลง (พระราชนิพนธ์. 2527 : 589)

อานาปานสติ หมายความว่า การระลึกอยู่ในลมหายใจเข้าออก คำนี้เมื่อแยกบทแล้ว มีสามบทคือ อาน + ปาน(หรือ อปาน) + สติ อาน คือ หายใจเข้า (Breathing in) ปาน หรือ อปาน คือ หายใจออก (Breathing out) สติ คือ ความระลึก (Mindfulness) เมื่อรวมแล้วเป็น อานาปานสติ ซึ่งหมายถึง การระลึกอยู่ในลมหายใจเข้าออก (Mindfulness of Breathing in and out) (จำลองติชชวณิช ; และ พริ้มเพรา ติชชวณิช. 2525 : 241)

ท่านพุทธทาสภิกขุ (พุทธทาสภิกขุ. 2543 : 5-7) อธิบายว่า “อานาปานสติภาวนา” เป็นสมาธิภาวนาแนวหนึ่ง โดย “อานาปานัสสติ” ก็คือ สติที่เป็นไปในลมหายใจออกและเข้า หรือเรียกว่า การกำหนดลมหายใจเข้า-ออก การจะเพ่งจิตของเราเข้าไปในลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งนั้น เราต้องเพ่งได้ตลอดเวลาจริงๆ คือ เพ่งได้ตลอดที่หายใจเข้า-ออก อยู่จริงๆ คือไม่เว้นระยะ การจะเพ่งอะไรให้ได้ หรือว่าคิดอะไรให้ได้ หรือกำหนดอะไรให้ได้ อยู่ที่การกำหนดลมหายใจเข้า-ออกเสียก่อน ฉะนั้นการที่ยกเอาอานาปานสติภาวนามา เพราะเหตุสะดวก ง่าย และทุกคนก็หายใจอยู่แล้วโดยธรรมชาติ

ขั้นตอนการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ

1. สถานที่ มีบรรยากาศเงียบสงบ อากาศถ่ายเทดี ทำให้เกิดความวิเวก หรือความสงบทางร่างกายและจิตใจได้ง่าย

2. ทำนั่งสมาธิ ให้นั่งขัดสมาธิแบบอุ้งปลั่ง คือ นั่งคุกเข่าเข้ามาโดยรอบเท้าขวาทับเท้าซ้าย มือขวาทับมือซ้าย ให้หัวแม่มือจรดกัน แต่อย่าให้ตึงจนเกินไป ตั้งกายให้ตรง ให้กระดูกสันหลังอยู่ในแนวตั้ง พยายามปรับร่างกายให้อยู่ในท่าที่สบายที่สุด สำหรับผู้หญิงถ้าใช้ท่านั่งอย่างดอกบัวหรือนั่งขัดตะหมาดดูแล้วไม่เหมาะสมในบางโอกาส อาจใช้ท่านั่งพับเพียบแทนได้ เมื่อตรวจดูท่านั่งเรียบร้อยแล้ว พึงดำรงสติไว้เฉพาะหน้า มุ่งตรงต่อการทำสมาธิ สำหรับการวิจัยนี้เป็นแบบประยุกต์ใช้วิธีอานาปานสติ และเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยซึ่งบางรายมีข้อจำกัดในการนั่ง ดังนั้นขณะฝึกสมาธิจึงให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่เหมาะสมกับข้อจำกัดของแต่ละราย

3. วิธีกำหนดลมหายใจ ที่นิยมใช้คือ

คณนา (Counting) หมายถึงการนับในขณะที่กำหนดลมหายใจเข้า-ออกนั้น ให้ใช้การนับควบคู่ไปด้วยเพื่อป้องกันไม่ให้จิตวอกแวกหรือฟุ้งซ่าน วิธีนับมีอยู่ 2 แบบ คือ การนับช้า และการนับเร็ว

การนับอย่างช้า เมื่อหายใจเข้านับ 1 หายใจออกนับ 1 ต่อมาหายใจเข้านับ 2 หายใจออกนับ 2 ให้ทำอย่างนี้ตามลำดับโดยมีสูตรดังนี้

หมวดที่ 1 นับ 1-1, 2-2, 3-3, 4-4, 5-5

หมวดที่ 2 นับ 1-1, 2-2, 3-3, 4-4, 5-5, 6-6

หมวดที่ 3 นับ 1-1, 2-2, 3-3, 4-4, 5-5, 6-6, 7-7

หมวดที่ 4 นับ 1-1, 2-2, 3-3, 4-4, 5-5, 6-6, 7-7, 8-8

หมวดที่ 5 นับ 1-1, 2-2, 3-3, 4-4, 5-5, 6-6, 7-7, 8-8, 9-9

หมวดที่ 6 นับ 1-1, 2-2, 3-3, 4-4, 5-5, 6-6, 7-7, 8-8, 9-9, 10-10

พอครบหมวดที่ 6 แล้ว ให้ตั้งต้นนับตั้งแต่หมวดที่ 1 จนถึงหมวดที่ 6 ใหม่วนเวียนกันอยู่เช่นนี้ สำหรับผู้ปฏิบัติขั้นต้นต้องมีการหายใจเข้าออกอย่างช้าๆ เพื่อจะได้กำหนดรู้ทันและนับถูก

การนับอย่างเร็ว การนับแบบนี้หมายความว่าเมื่อทำการนับลมหายใจเข้าออกแบบซ้ำดังกล่าวยุ่เรื่อยๆ นั้น ความรู้สึกชัดเจนทางใจก็จะมีขึ้นทุกๆ ขณะการหายใจเข้าและการหายใจออก เนื่องจากมีสมาธิ ความไม่รู้สึกชัดเจนก็หมดไป การหายใจเข้าออกก็จะเร็วขึ้น การกำหนดนับก็เร็วตามไปด้วย โดยเหตุนี้จึงต้องพยายามนับให้ถูกต้องตามลำดับของลม และของเลขการนับอย่างนับด้วยปาก แต่ต้องกำหนดนับด้วยใจ

เพื่อความสะดวกแก่อาจารย์บางท่าน สอนให้ใช้คำภาวนาต่างๆ แทนการนับลมหายใจ จุดมุ่งหมายก็เป็นอย่างเดียวกัน คือ เป็นการช่วยให้จิตอยู่กับลมหายใจ จิตจะได้ไม่วอกแวก ฉะนั้นท่านจึงสอนให้บริกรรมว่า พุท เวลาหายใจเข้า โธ เวลาหายใจออก หรือสัมมา อรหัง หรืออะไรก็ได้ การบริกรรมว่า พุท-เข้า โธ-ออก มีผลดีอีกอย่างหนึ่งคือ เป็นการเจริญอานาปานสติ และพุทธานุสสติกรรมฐานควบคู่กันไป

ในการเจริญอานาปานสติ มีข้อควรแนะนำดังต่อไปนี้ (จำลอง ดิษยวณิช, ปริမ်เพรา ดิษยวณิช. 2525 : 241)

1. พยายามให้มีสติ (ความระลึกได้) และสัมปชัญญะ(ความรู้ตัว) อยู่ตลอดเวลา กำหนดรู้อยู่ที่จิตกับลมหายใจ ถ้าจิตยังวุ่นวายกับสิ่งเร้าภายนอกมากเกินไป วิธีแก้ที่ได้ผลคือ ให้สูดลมเข้าให้มากที่สุด จนกว่าจะไม่มีที่เก็บ แล้วค่อยๆ ปล่อยลมออกให้มากที่สุด จนกว่าลมจะหมดท้อง

2. จิตจะยึดเอาลมหายใจเป็นอารมณ์จริงๆ จิตกับลมหายใจไม่พรากออกจากกันในช่วงแรก เมื่อจิตสงบมากขึ้น จิตจะกำหนดรู้อยู่ที่ปลายจมูกหรือริมฝีปากเบื้องบนเพียงจุดเดียว เพียงแต่ให้สังเกตลมหายใจอยู่เฉยๆ พยายามทำจิตให้เป็นกลางอย่าไปยินดียินร้ายกับลมหายใจ

3. เมื่อประกอบสติให้มั่นคงมากขึ้นจะสังเกตลมหายใจที่ละเอียดอ่อนได้เองตามปกติเมื่อลมหายใจยังหยาบอยู่ผู้ปฏิบัติจะได้ยินเสียงของลมหายใจเข้าออก เมื่อปฏิบัติต่อไปเรื่อยๆ และมีความชำนาญมากขึ้น ลมหายใจจะค่อยๆ ละเอียด สุขุม และเบาลง จนกระทั่งไม่ได้ยินเสียงลมหายใจเข้าออก จะสังเกตรู้ได้แต่เพียงการสัมผัสของลมที่ปลายจมูกหรือริมฝีปากเบื้องบน ลมหายใจตอนนี้เป็นลมที่อยู่ในห้วงลึกของจิตใจ

4. เมื่อมาถึงขั้นนี้แล้ว ผู้ปฏิบัติจะเกิดความรู้สึกว่ากาย และจิตสงบ เบา อ่อน สบาย ควรแก่การงาน คล่องแคล่วและเที่ยงตรง ความสงบทางกายและทางใจจะปรากฏขึ้น ความ

วิตกกังวลและความตึงเครียดจะลดลงหรือหมดไป กล้ามเนื้อทุกส่วนในร่างกายอยู่ในสภาพที่มีการผ่อนคลายเต็มที่

5. เมื่อภาพหรือนิมิต (Mental images) ใดๆเกิดขึ้น อย่าได้สนใจ ต้องทำความเข้าใจว่า นิมิตส่วนมากเกิดจากจิต และเป็นเพียงเครื่องวัดระดับของจิตเท่านั้น ถ้าไปสนใจในสิ่งเหล่านี้สมาธิจะถอยหรือเสื่อมได้

6. จิตจะค่อยๆนิ่งแน่วแน่ และจะรวมเป็นหนึ่ง เรียกว่า “เอกัคคตาจิต” (One pointedness of mind) จิตจะปล่อยวางทั้งหมด มีความรู้สึกกว้างเปล่า ปลอดโปร่ง และเป็นสุขมาก และอาจมีความรู้สึกว่างลมหายใจละเอียดดีขึ้นจนดูเหมือนกับว่าหายไป บางคนเกิดความกลัว ตกใจ มักกลัวเป็นอันตรายถึงแก่ความตาย

7. คนส่วนมากเกิดความสงสัยว่า “เมื่อลมหายใจไม่มีทีี่นี้จะเอาอะไรเป็นอารมณ์ต่อไปอีกเล่า” เคล็ดลับก็คือ เอาความรู้นี้แหละเป็นอารมณ์ต่อไป ความรู้ในที่นี้หมายถึงความรู้ที่ว่างลมหายใจ ไม่มี ลมไม่มีอยู่อย่างนี้เสมอๆ หรือให้กำหนดตัวผู้รู้ (จิต) ว่างๆ หรือไม่มีตัวตนนั้นให้ได้ แต่ถ้าสมาธิเกิดถอยหรือทำไม่ได้จริงๆ ให้ยึดเอาคำบริกรรมหรือลมหายใจเข้าออกเป็นอารมณ์อยู่ไปก่อน เมื่อจิตเข้าถึงความเป็นหนึ่งแล้ว จะมีสติสมบูรณ์เต็มที่ ไม่ว่าจะอยู่ในอิริยาบถใดๆก็มีสติรู้ตัวอยู่ทุกเมื่อ มีอารมณ์เดียวแน่อนไม่หวั่นไหว ตอนนี้อย่างไรก็ทำให้จิตเป็นสมาธิอีกแล้ว

8. เมื่อสมาธิถึงขั้นนี้ จะมีความรู้สึกสสารพัดอย่างที่มีมันรู้อยู่ในจิตของเรา เช่น บางที่ร่างกายก็เบาที่สุด บางที่เหมือนกับไม่มีร่างกายคล้ายๆหนึ่งอยู่ในอากาศ จิตจะตั้งมั่นเป็นหนึ่ง เพราะไม่มีอารมณ์ใดมากระทบ จิตจะข้ามพ้นความเจ็บปวด ผู้ปฏิบัติจะออกจากสมาธิก็ได้หรือไม่ออกก็ได้ เมื่ออยู่ในสมาธิก็อยู่อย่างสบาย เมื่อออกมาแล้วก็ทรงความรู้สึกเช่นเดิมไว้ได้

9. ปรากฏการณ์ทางจิตที่เกิดขึ้นเป็นผลจากการเจริญสมถกรรมฐาน (Concentration meditation) จิตขั้นนี้ยังไม่สำเร็จมรรคผลใดๆ เป็นแต่เพียงความหลุดหรือความรวมตัวของจิตเข้าไปสู่สภาพความเป็นหนึ่งอันเป็นพื้นฐานสำหรับการสร้างพลังในทางจิต เป็นจิตที่เข้าถึงความบริสุทธิ์ ความตั้งมั่น และความสมควรแก่การงานอย่างสูงสุด

ประโยชน์ของสมาธิ

มีหลักฐานการวิจัยหลายแห่งที่แสดงว่าระหว่างการฝึกสมาธิร่างกายและจิตใจอยู่ในสภาพผ่อนคลาย สงบและเยือกเย็น ปริมาณการใช้ออกซิเจนลดลงอย่างชัดเจน อัตราการเต้นของหัวใจและการหายใจลดลง ความต้านทานทางกระแสไฟฟ้า (Electrical resistance) ของผิวหนังเพิ่มขึ้นระหว่างการฝึกสมาธิ ความเครียด (Stress) และความวิตกกังวล (Anxiety) ลดลงอย่างชัดเจน โดยนัยเดียวกันความเข้มข้นของ Lactate ในกระแสโลหิตซึ่งมักสูงขึ้นในภาวะที่มีความวิตกกังวลก็ลดลงไปด้วย (Disayavanish P. 1994) สิ่งที่น่าสนใจอีกอย่าง คือ การฝึกสมาธิทำให้มีการหลั่งของสารประเภทเอนโดรฟินออกมาในสมอง สารนี้เรียกว่า Endorphin มีผลทำให้ผู้ฝึกมีความรู้สึกสดชื่น อิ่มเอิบและสุขสบาย (จำลอง ดิษยวณิช. 2544 :5-7)

ระหว่างการฝึกสมาธิ คลื่นไฟฟ้าสมอง (Electroencephalogram) จะมีคลื่นอัลฟา (Alpha wave) เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน และบางช่วงจะมีคลื่นธีตา (Theta wave) ปรากฏออกมา รวมทั้งลักษณะของการกลับไปกลับมาของคลื่นไฟฟ้าสมองระหว่างภาวะตื่นตัว (Wakefulness) และภาวะหลับ (Sleep) แสดงว่าสมาธิก่อให้เกิดภาวะการเปลี่ยนแปลงของจิตสำนึก (Altered state of conscious) สิ่งที่น่าแปลกคือ สมาธิทำให้เกิดความผ่อนคลายทางสรีรวิทยาอย่างลึก (Deep physiological relaxation) เหมือนกับอยู่ในภาวะที่หลับ โดยปราศจากความฝัน แต่ขณะเดียวกันก็มีการตื่นตัวอยู่ตลอดเวลา (Wallace & Benson. 1972: 84-90)

เชื่อว่าสมาธิก่อให้เกิดภาวะการเผาผลาญภายในร่างกายที่ต่ำลง (Hypometabolic state) ซึ่งขณะนั้นการเปลี่ยนแปลงอาหารในร่างกายให้กลายเป็นพลังงานจะลดน้อยลง ระบบประสาทอยู่ในภาวะสงบแทนที่จะถูกกระตุ้น ซึ่งเป็นผลดีต่อสุขภาพอย่างมาก (พริ้มเพรา ดิษยวณิช. 2538) ภายหลังการฝึกให้เกิดความผ่อนคลายทุกวันเป็นเวลาหลายอาทิตย์หรือเดือน ผู้ป่วยจะมีความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ลดลง ผู้รับการทดลองจะมีระดับของ Norepinephrine ในเลือดสูงขึ้น แม้ว่าจะระดับของสารนี้สูงขึ้น แต่อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตไม่เพิ่มขึ้น สิ่งนี้แสดงว่าผู้รับการทดลองได้พัฒนาวิธีการที่จะควบคุมการกระตุ้นของ Norepinephrine ดีขึ้น

ส่วนผลของสมาธิต่อสุขภาพความเครียดและความวิตกกังวลนั้น คาร์ริงตัน และ อีฟอน (Carrington & Ephron. 1975: 101-108) พบว่าการฝึกสมาธิทำให้อาการของโรคประสาทและโรคซึมเศร้าลดลง โดยมีการเพิ่มการควบคุมภายใน การรู้จักตนเองดีขึ้นและการพบกับความสุขในชีวิต ในผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการฝึกสมาธิ ผลปรากฏว่าความเครียดและความวิตกกังวลลดลง ปริมาณการรับประทานยาลดน้อยลง และมีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพในทางที่ดีขึ้น (Disayavanish P. 1994) Carrington และ Ephron ยังได้เสนอแนะให้มีการฝึกสมาธิเพื่อเป็นสิ่งช่วยเสริม (Adjunct) ในการบำบัดสำหรับผู้ป่วยบางราย จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกสมาธิแล้ว ความเครียดและความวิตกกังวลลดลง ความผิดปกติของร่างกายและจิตใจ เช่น อาการเหนื่อยอ่อน ใจสั่น หวาดกลัว ย้ำคิดและย้ำทำ และอาการซึมเศร้าลดลง แต่กลับมีความอดทนต่อความคับข้องใจมากขึ้น

พระราชวรมูณี (2527 : 834) กล่าวถึงประโยชน์ของผู้ที่ฝึกสมาธิแบบอานาปานสติไว้ว่า จะทำให้เป็นผู้มีจิตใจ และบุคลิกภาพเข้มแข็ง หนักแน่น มั่นคง สุขภาพ มีเมตตา กรุณา รู้จักตนเอง และผู้อื่นตามความเป็นจริง (ปราศจากนิเวศ) จิตอยู่ในสภาพพร้อมต่อการรับการปลูกฝังคุณธรรมต่างๆ และส่งเสริมให้มีนิสัยที่ดี รู้จักทำใจให้สงบ สามารถยับยั้งความทุกข์ที่เกิดขึ้นได้ มีความมั่นคงทางอารมณ์ ช่วยให้มีความรู้เท่าทันพฤติกรรมทางวาจา ความรู้สึกนึกคิด และภาวะจิตใจที่เกิดขึ้นด้วย

วริยา ชินวรรโณ และคณะ (2548 : 488-493) ได้กล่าวถึงประโยชน์จากการปฏิบัติสมาธิ ดังต่อไปนี้

1. ประโยชน์ต่อตนเองของแต่ละบุคคล

ประโยชน์และผลที่จะเกิดขึ้นเป็นผลดีแก่แต่ละบุคคลนั้น สามารถจำแนกได้คือ

1.1 ประโยชน์ต่อสุขภาพร่างกาย

มีผู้ทำสมาธิหลายคน เมื่อทำอย่างต่อเนื่องก็สามารถทำให้สุขภาพร่างกายดีขึ้น อาการโรคภัยไข้เจ็บ เช่น ปวดศีรษะ อาการเครียด กระวนกระวายใจ ส่งผลให้ระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ ไม่ประสานงานกันอย่างสมบูรณ์ การทำสมาธิทำให้ร่างกายผ่อนคลาย ปรับสมดุลในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ อาการเจ็บป่วยทางกายทุเลาลงจนหายเป็นปกติได้ แล้วแต่ว่าอาการรุนแรงขนาดไหน

1.2 ประโยชน์ทางด้านสุขภาพและจิตใจ

บุคคลที่ฝึกสมาธิอย่างต่อเนื่อง จะเป็นผู้มีจิตใจที่สงบ เยือกเย็น ลดความเร่าร้อนในอารมณ์ ลดความกระวนกระวายใจ ลดความตึงเครียด หรือความบีบคั้นทางจิตใจให้คลาย ทุเลาเบาบางลง ระวังความรู้สึกที่พลุ่งพล่านลงได้ การมีจิตใจเยือกเย็นอันเกิดจากการทำสมาธินี้สามารถทำให้บุคคลรู้จักการควบคุมตนเอง ควบคุมอารมณ์ ตลอดจนควบคุมการแสดงออกได้เป็นอย่างดี ความใจเย็นยอมทำให้เป็นผู้มีวินัยในการทำงานหรือในการทำหน้าที่ต่างๆ อย่างมีสติ รอบคอบ มีความถูกต้องและรอบคอบในการทำงาน ซึ่งจะทำให้เป็นผู้มีความมั่นใจในตนเองตามมา ในด้านการพัฒนาทางกำลังความคิด และสติปัญญา พบว่า สมาธิช่วยให้มีการพัฒนาทางด้านสติปัญญา ความคิด ความจำ จิตใจปลอดโปร่งความคิดความอ่านแจ่มใส มีการจัดลำดับความคิดได้ อย่างเป็นระเบียบ จึงทำให้มีความจำที่ดีและส่งผลให้เกิดการตัดสินใจที่ดีด้วย

2. ประโยชน์ต่อครอบครัว

การทำสมาธินอกจากจะส่งผลดีในระดับบุคคลแล้ว ยังส่งผลดีให้ปรากฏในระดับครอบครัว ซึ่งเป็นหน่วยสังคมเล็กๆ หน่วยหนึ่งซึ่งประกอบด้วยสมาชิกที่ใกล้ชิดผูกพันอีกด้วย สัมพันธภาพอันดีระหว่างพ่อ แม่ ลูก หรือ สามี ภรรยา กับ บุตร-ธิดา ถือเป็นสิ่งสำคัญของสถาบันครอบครัว

สมาธิทำให้สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้มีจิตใจเยือกเย็น หนักแน่น ไม่ถือเอาอารมณ์เป็นใหญ่ แต่ละคนสามารถจะควบคุมตนเองได้ ทำให้ครอบครัวมีความสุข ทำให้ครอบครัวมีความสุข เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นสามารถช่วยกันแก้ไขทำความเข้าใจ หรือปรับความเข้าใจจนเกิดความเข้าใจและปรารถนาดีต่อกัน ทำให้ครอบครัวมีความอบอุ่น เพราะจิตใจของแต่ละบุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันในสิ่งที่ดีงาม ทำให้มีความสมัคปรองดองรักใคร่สามัคคีกัน มีความปรองดองพร้อมใจกันที่จะช่วยงานของครอบครัวให้ก้าวหน้าลุกล่งไปด้วยดี ทั้งยังเป็นการสร้างฐานะ ตลอดจนความเจริญรุ่งเรืองทางอาชีพอีกด้วย

3. ประโยชน์ต่อประเทศชาติ

การที่สังคมใดจะลดหรือควบคุมปัญหาของสังคมได้ ย่อมจะต้องมีสมาชิกของสังคมเป็นผู้ประกอบด้วยศีลธรรมจรรยาที่ดี ปัญหาสังคมที่ร้ายแรงระดับต่างๆ เช่น อบายมุข ปัญหา ยาเสพติด ปัญหาอาชญากรรม ย่อมเกิดมาจากจิตใจของเขาเหล่านั้นหันเหไปหาต่ออำนาจของกิเลส

ไม่มีความอายหรือเกรงกลัวต่อบาป แม้ความเป็นจริงไม่สามารถทำให้คนในสังคมทั้งหมดสนใจฝึกสมาธิ แต่การมีบุคคลส่วนหนึ่งในสังคมแม้จะมีจำนวนไม่มากนักแต่มีบทบาทในการปกครองประเทศชาติบ้านเมืองเห็นคุณค่า และนำไปปฏิบัติก็จะช่วยทำให้ปัญหาสังคมลดน้อยลงไปได้ ในการทำให้ประชาชนเห็นคุณค่าของการทำสมาธินี้ มีสำนักต่างๆดำเนินการสอนและปลูกฝังให้ประชาชนรู้จักการทำสมาธิ เผยแพร่วิธีการปฏิบัติตามโรงเรียนต่างๆเป็นการแนะนำ ทำให้เยาวชนของชาติได้รู้จักแนวทางปฏิบัติสมาธิ และยังเป็นการทำให้อุบัติที่พึงพอใจ ทำให้เป็นสมาชิกที่ดีของสังคมได้

4. ประโยชน์ต่อพุทธศาสนา

ประโยชน์ต่อพุทธศาสนาอันเกิดจากการทำสมาธิ ถือเป็นประโยชน์ที่เกิดขึ้นโดยตรง เพราะการทำสมาธิทำให้ผู้ประพฤติปฏิบัติมีความเข้าใจในหลักธรรมทางพุทธศาสนาอย่างลึกซึ้ง การทำสมาธิจะทำให้เกิด “ปัญญา” และการทำสมาธิได้ดีนั้นย่อมจะมีการรักษา “ศีล” มาก่อน เพราะฉะนั้นบุคคลย่อมจะรู้จักและเข้าใจในหลักธรรมอันสำคัญนี้คือ “หลักไตรสิกขา” นั่นเอง ซึ่งไตรสิกขาก็คือหลักการศึกษาทางพุทธศาสนาที่ประกอบด้วย ศีล สมาธิ ปัญญา ดังนั้นสมาธิจึงเป็นวิธีการนำไปสู่ความมีปัญญา ทำให้เป็นผู้มีสัมมาทิฐิ มีความรู้ความเห็นที่ถูกต้อง เข้าใจในหลักธรรมและนำมาใช้ประโยชน์ ตลอดจนยึดเป็นที่พึ่งทางใจได้เป็นอย่างดี เมื่อมีความเข้าใจถูกต้องแล้ว ย่อมจะทำให้สามารถปฏิบัติหลักธรรมได้ถูกต้องทางก่อให้เกิดผลดีแก่แต่ละบุคคล ทำให้เกิดความศรัทธาเลื่อมใสในพุทธศาสนามากยิ่งขึ้น ทำให้มุ่งที่จะส่งเสริมเชิดชูและทำนุบำรุงพระพุทธศาสนาให้เจริญก้าวหน้ายิ่งขึ้นไป

5. ประโยชน์ในด้านอื่นๆ

จากการที่ได้กล่าวถึงประโยชน์ในด้านต่างๆนั้นถือว่าเป็นประโยชน์ที่เอื้ออำนวยให้เกิดผลดีในปัจจุบันหรือในภพชาตินี้ หากจะกล่าวโดยความเชื่อพื้นฐานทางพุทธศาสนาถึงประโยชน์ในภพชาติหน้านั้น ก็จะพบว่า การทำสมาธินอกจากจะให้ประโยชน์ในภพชาตินี้ ดังที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น ยังสามารถก่อให้เกิดประโยชน์ในภพชาติหน้าหรือภพชาติต่อไปได้ จนถึงทำให้ได้ประโยชน์อันยิ่ง อันเป็นเป้าหมายสูงสุดของพุทธศาสนา คือ “นิพพาน” กล่าวคือ การทำสมาธิจะทำให้บุคคลมีกาย วาจา ใจ บริสุทธิ์ สามารถรู้จักทุกข์ ตลอดจนการดับทุกข์ร้อนทางกาย-ใจได้ การได้ปฏิบัติธรรมด้วยการทำสมาธิ แม้จะยังไม่บรรลุถึงนิพพาน ก็จะทำให้บุคคลนั้นได้ชื่อว่ามีชีวิตที่ประเสริฐ สามารถทำให้เกิดปัจจัยให้บรรลุผลในภพชาติต่อไปได้ เมื่อบุคคลละโลกหรือตายไปก็จะไปเกิดในภพภูมิที่ดี หรือที่เรียกว่าไปสู่สวรรค์ ทำให้ไม่ไปเกิดอบายภูมิหรือนรก

ดังนั้น การทำสมาธิ นอกจากจะให้ประโยชน์ในชาตินี้แล้ว ยังสามารถก่อให้เกิดประโยชน์ในภพชาติต่อไปข้างหน้า และยังทำให้เกิดประโยชน์อันสูงสุดที่เป็นจุดหมายคือ “นิพพาน” นั่นเอง

1.7 ความรู้เกี่ยวกับดนตรีเพื่อการผ่อนคลาย

ดนตรี หมายถึง เสียงสูงๆต่ำๆ ได้รับการเรียบเรียงไว้อย่างมีแบบแผน เป็นเสียงที่มีอิทธิพลต่อมนุษย์ โดยเนื้อหาของดนตรีเป็นภาษาสากลที่ทำให้ชนชาติต่างๆ สามารถติดต่อสื่อสารกันได้โดยไม่ต้องอาศัยคำพูด (รำไพพรรณ ศรีโสภาค. 2511 : 118-126 ; อ้างอิงจาก Alvin. 1966 : 97) ดนตรีมีพลังอำนาจในการดึงดูด โน้มน้าวจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก และการซาบซึ้งเข้าถึงจิตวิญญาณของมนุษย์ จนเกิดจินตนาการและความทรงจำ ซึ่งไม่สามารถสัมผัสหรือบรรยายได้ (Lane. 1992: 52-54)

มนุษย์มีความผูกพันกับดนตรีอย่างมากมาย และลึกซึ้งตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต เมื่อเป็นทารกจะได้ยินเสียงเหงื่ออมจากมารดา เมื่อโตขึ้นการจัดงานรื่นเริงก็มีดนตรีร่วมบรรเลงให้ความสนุกสนาน และสุดท้ายก็มีดนตรีที่จัดให้กับงานศพ ตลอดงานอื่นๆที่ต่างวาระกัน ทั้งนี้เนื่องจากเสียงดนตรีสามารถบันดาลอารมณ์ให้เศร้า รัก สนุกสนาน เบิกบาน ชัยชนะ และสามัคคีในมนุษย์ได้อย่างน่าพิศวง ในขณะที่เดียวกันก็สามารถทำให้แรงดันโลหิตสูงหรือต่ำ และชีพจรเต้นเร็วหรือช้าได้ (รำไพพรรณ ศรีโสภาค. 2511: 118-126) ดังนั้น ดนตรีได้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในชีวิต เสียงดนตรีแต่ละประเภทให้อารมณ์และความรู้สึกที่แตกต่างกันไป และยังส่งผลต่อร่างกายและจิตใจทำให้เกิดความรู้สึกสบาย ผ่อนคลาย (ขวัญหทัย ยิ้มละมัย. 2547: 28)

องค์ประกอบและคุณสมบัติของดนตรี

คุณสมบัติของดนตรีมีอิทธิพลต่อผู้ฟังแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับชนิดหรือประเภทขององค์ประกอบของดนตรีนั้นๆ ได้แก่

1. เสียง (Tone) เสียงของดนตรี เป็นพลังที่มีคุณสมบัติและมีประโยชน์ต่อมนุษย์ แบ่งออกเป็นลักษณะต่างๆ ดังนี้

1.1 ระดับเสียงหรือความถี่ (Pitch or Frequency) เกิดจากการสั่นสะเทือนของวัตถุจนมีความถี่พอที่จะรับสัมผัสได้ด้วยหู (บังอร เครียดชัยภูมิ. 2533 : 23 ; อ้างอิงจาก ดนัย ลัมปดณัย. 2522 : 7) ซึ่งมีผลต่อร่างกายและจิตใจของมนุษย์ ระดับเสียงที่มีอัตราเร่งมากหรือเสียงสูง จะกระตุ้นหรือเร่งการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้เกิดความรู้สึกตึงเครียดและว้าวุ่นใจได้ง่าย ในขณะที่เสียงต่ำหรือเสียงทุ้มนุ่มนวล จะทำให้รู้สึกผ่อนคลายและทำให้อารมณ์สงบ (Alvin. 1966 :70 ; Moss. 1988 : 64)

1.2 ความเข้มหรือความดังของเสียง (Volume intensity) หมายถึง ปริมาณความดังค่อยของเสียงที่นำมาใช้ในการบรรเลง วัดได้เป็นหน่วยเดซิเบล (Decibel) เช่น เสียงใบไม้ไหวจะดังประมาณ 20 เดซิเบล เสียงพูดคุยระดับปกติดังประมาณ 50-60 เดซิเบล เสียงร้องเพลงที่ห่างจากผู้ฟังประมาณ 3 ฟุตดังประมาณ 75 เดซิเบล เสียงที่ตั้งจนเป็นอันตรายต่อระบบประสาทการรับฟังจะมีขนาด 100 เดซิเบลขึ้นไป เช่น เสียงเครื่องบินเล็กดัง 130 เดซิเบล เป็นต้น คนและ

สัทร์จะมีปฏิกิริยาโต้ตอบกับสัญญาณของเสียงต่างๆที่ปรากฏขึ้น เสียงที่ดังจะเร่งเร้ากระตุ้นอารมณ์ และการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อซึ่งมีความสัมพันธ์กับระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic Nervous System) เสียงเบานุ่มนวลจะทำให้เกิดความสุขสบายใจ (รำไพพรรณ ศรีโสภาค. 2511 : 118-126) และเสียงที่ดังคงที่สม่ำเสมอติดต่อกันเป็นเวลานานจะรบกวนผู้ฟัง ทำให้เกิดความรู้สึกเมื่อยล้าได้

2. ทำนอง (Melody) คือ ผลที่ได้จากการนำเสียงซึ่งมีความสูง-ต่ำ สั้น-ยาว ดัง-ค่อย และเสียงที่มีคุณภาพต่างๆมาเรียบเรียงด้วยวิธีการและคุณลักษณะแตกต่างกันไป ทำนองมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับความรู้สึกของมนุษย์ ผลของทำนองทำให้เกิดการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ช่วยลดความวิตกกังวล ทำให้รู้สึกสงบ ผ่อนคลายความรู้สึกในส่วนลึกของจิตใจ และทำให้เกิดความคิดริเริ่ม (รำไพพรรณ ศรีโสภาค. 2511 : 118-126)

3. จังหวะเวลา (Time) เป็นองค์ประกอบของดนตรีที่เกี่ยวกับระยะเวลา และความรู้สึกในการเคลื่อนไหว ได้แก่

3.1 ความเร็วของจังหวะดนตรี (Tempo) หมายถึง อัตราความเร็วในการเคาะจังหวะ (Beats) สำหรับเพลงนั้นๆซึ่งนิยมนับเป็นจำนวนครั้งต่อ 1 นาที โดยทั่วไป 1 จังหวะ จะมีความเร็วอยู่ระหว่าง 50-120 เมโตรโนม (Metronom) ซึ่งใช้เปรียบเทียบเป็นมาตรฐานอย่างคร่าวๆ โดยประมาณเท่ากับอัตราการเต้นของหัวใจมนุษย์ (70-80 ครั้งต่อนาที) เป็นจังหวะปกติจะทำให้รู้สึกสงบ ผ่อนคลาย ถ้าความถี่ของจังหวะที่นับจากเมโตรโนมเร็วกว่าอัตราการเต้นของหัวใจ (มากกว่า 80-90 ครั้งต่อนาที) เรียกว่า จังหวะเร็ว จะทำให้เกิดความรู้สึกตึงเครียด และถ้าช้ากว่าอัตราการเต้นของหัวใจ (40-60 ครั้งต่อนาที) เรียกว่า จังหวะช้า จะทำให้รู้สึกไม่มั่นใจหรือวิตกกังวล

3.2 จังหวะลีลา (Rhythm) หมายถึง การนำเสียงมาจัดเป็นระบบระเบียบให้คล้องจองกัน ซึ่งเป็นเรื่องของความรู้สึก ช้า เร็ว ให้อารมณ์ครึกครื้น อับเฉา เป็นต้น จังหวะจะมีผลต่อความรู้สึกมาก ดนตรีแต่ละชนิดจะมีจังหวะหรือลีลาเฉพาะที่แตกต่างกัน ซึ่งมีอิทธิพลต่อมนุษย์มากที่สุด โดยสามารถเป็นตัวกระตุ้นหรือรักษาผู้ป่วยได้ เพราะจังหวะหรือลีลาของดนตรีทำให้เกิดความรู้สึกกล้าทำ กล้าแสดงออก มีการโต้ตอบการเคลื่อนไหว ของร่างกายโดยอัตโนมัติ และยังกระตุ้นการทำงานของระบบต่างๆในร่างกาย ทำให้เกิดการตอบสนองทางอารมณ์ จังหวะหรือลีลาที่มั่นคงทำให้รู้สึกถึงความปลอดภัย จังหวะหรือลีลาสงบราบเรียบ สม่ำเสมอ ทำให้รู้สึกพึงพอใจ ปลอดภัยและสงบ จังหวะหรือลีลาไม่สม่ำเสมอจะสร้างความประหลาดใจหรือน่าขบขันได้ ประโยชน์ที่ได้จากจังหวะของดนตรี คือ ช่วยทำให้เกิดสมาธิ ช่วยในการผ่อนคลายอาการหดหู่เรื้อรังของกล้ามเนื้อส่วนต่างๆของร่างกาย

4. การประสานเสียง (Harmony) เป็นการผสมประสานกันของเสียงหลายชนิดที่มีลักษณะแตกต่างกัน โดยมีจังหวะลีลา และท่วงทำนองที่สอดคล้องสัมพันธ์กัน เช่น การขับร้องประสานเสียงหรือการประสานเสียงของเครื่องดนตรีต่างชนิดกัน เสียงที่สอดคล้องกลมกลืนกันจะทำให้รู้สึกปลอดภัย สบายหู รู้สึกอบอุ่น และอิสระ

5. ความรู้สึกทางดนตรี (Expression of music) เป็นหัวใจของดนตรีที่ทำให้ผู้ร้องและผู้ฟังเกิดความเข้าใจ ประทับใจถึงอารมณ์และบรรยากาศของเพลงนั้นๆ เป็นการแสดงความรู้สึกทางอารมณ์ ความคิด ในขณะที่เล่นดนตรีหรือขับร้อง ทำให้เกิดอารมณ์รัก โกรธ เศร้า ร่าเริง สนุกสนานหรือเศร้าใจได้

6. ความกังวานของเสียง (Sonority) หมายถึง คุณลักษณะของเสียง ที่มาจากแหล่งกำเนิดเสียงแตกต่างกัน แหล่งกำเนิดเสียงดังกล่าวเป็นได้ทั้งเสียงร้องของมนุษย์และเครื่องดนตรีชนิดต่างๆ ความกังวานเป็นองค์ประกอบที่บอกว่าเสียงมีความสมบูรณ์ และเป็นประเด็นสำคัญที่ชี้ให้เห็นว่าผู้ประพันธ์เพลงได้ฝากความไพเราะไว้ในบทเพลง

7. ทิศทางของเสียงดนตรี (Direction) ขึ้นอยู่กับทิศทางของแหล่งกำเนิด ตัวกลางที่เสียงเดินทางผ่าน เช่น อุณหภูมิในห้อง ความชื้น ตลอดจนลักษณะความกว้างยาวและสูงของห้อง เป็นต้น เสียงดนตรีมีการหักเหได้เช่นเดียวกับแสง ให้เกิดความดัง ความเบา แตกต่างกันในแต่ละจุด นอกจากนี้ยังมีเรื่องของเสียงก้อง เสียงสะท้อน เป็นต้น

8. แบบแผนการประพันธ์ (Form) คือ โครงสร้าง ซึ่ง สมโภช รอดบุญ (2518 : 11) กล่าวว่า เป็นโครงสร้างขึ้นมาเพื่อเป็นแบบแผนสำหรับยึดถือในการประพันธ์ ซึ่งมีทั้งโครงสร้างตั้งแต่ขนาดเล็กจนถึงขนาดใหญ่ ได้แก่ เพลงร้อง(Song) เพลงเต้นรำ(Minuet) โซนาตา(Sonata) รอนโด(Rondo) ออราทอรีโอ(Oratorio) คอนเซอร์โต(Concerto) และซิมโฟนี(Symphony) แบบแผนการประพันธ์ทำให้เกิดความรู้สึกว่า เพลงแต่ละเพลงนั้นมีเอกลักษณ์ของตนเอง สื่อความหมายได้เหมาะสม ให้ความเข้าใจและสร้างอารมณ์ทางดนตรีดียิ่งขึ้น การทราบแบบแผนการประพันธ์จะทำให้สามารถเข้าใจคตินิพนธ์นั้นได้ดี อีกทั้งยังสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในดนตรีบำบัดได้อีกด้วย

ผลของดนตรีต่อการเปลี่ยนแปลงของบุคคล

จากองค์ประกอบและคุณสมบัติของดนตรีที่กล่าวมาแล้ว จะเห็นได้ว่าดนตรีมีอิทธิพลต่อมนุษย์ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และความนึกคิด ซึ่งนักจิตสังคมได้ให้คุณค่าของดนตรีที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจิตใจไว้ดังนี้ (Parriot. 1969 : 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)

จากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับดนตรีดังได้กล่าวมาข้างต้น เป็นเหตุให้ผู้สนใจศึกษาค้นคว้าผลของดนตรีต่อการเปลี่ยนแปลงของบุคคลมากขึ้น โดยอาศัยหลักการหรือความเชื่อที่ว่า เสียงดนตรีที่เกิดขึ้นเมื่อผ่านเข้าไปอวัยวะเกี่ยวกับการได้ยิน (Auditory apparatus) แล้วจะมีเส้นประสาทส่งต่อไปยังสมองทาลามัส (Thalamus) และคอร์ติคอล (Cortical) ในภาวะที่รู้สึกตัวหรือมีสติสัมปชัญญะ ดนตรีจะไปปรับเปลี่ยนอารมณ์และความรู้สึกนึกคิดที่สมองส่วนคอร์ติคอลซึ่งเป็นสมองส่วนบน จึงมีผลต่อบุคคลด้านความสนใจ ความคิด แรงจูงใจ ความจำและจินตนาการ ส่วนในภาวะที่ไม่รู้สึกตัว ดนตรีจะไปปรับเปลี่ยนอารมณ์ที่ระดับสมองส่วนทาลามัสซึ่งเป็นสมองส่วนล่าง และเป็นสถานีใหญ่ในการถ่ายทอดอารมณ์และความรู้สึกไปสู่สมองส่วนซีรีบอล เอมิสเฟียร์ (Cerebral Hemisphere) ผ่านไปตามวิถีประสาท คลื่นเสียงที่เข้าไปจึงสามารถกระตุ้นประสาทอัตโนมัติได้ ดังนั้นในภาวะที่ไม่รู้สึกตัว บุคคลจึงสามารถได้รับอิทธิพลจากดนตรีที่ระดับทาลามัสนี้ (Alvin. 1966 : 98) ดังนั้นเมื่อบุคคลได้รับการกระตุ้นด้วยเสียงดนตรีจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา ดนตรีมีผลต่อการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบหายใจ ระบบกล้ามเนื้อ ระบบประสาท และระบบการเผาผลาญในร่างกาย ซึ่งจากการศึกษาทดลองเกี่ยวกับดนตรีประเภทต่าง ๆ ซึ่งให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงคือ ดนตรีทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของประจุไฟฟ้าในร่างกาย มีอิทธิพลต่อปริมาณการไหลเวียนของโลหิต ชีพจร ความดันโลหิต การขับหลั่งสารภายในร่างกาย ตลอดจนมีผลต่อการเพิ่มหรือลดการใช้พลังงานของกล้ามเนื้อ โดยดนตรีประเภทที่ทำให้สงบ (Smoothing music) ทำให้อัตราการไหลเวียนของโลหิตในสมองช้าและมีปริมาณลดลง รวมทั้งทำให้อัตราการใช้ออกซิเจนเป็นนาที (Minute oxygen consumption) และอัตราการเผาผลาญสารอาหารในร่างกายลดลงด้วย แต่ดนตรีประเภทที่ทำให้ตื่นเต้น เร้าใจ (Live music) จะทำให้ปริมาณและอัตราการไหลเวียนของโลหิตในสมองเพิ่มขึ้น (Cook. 1981 : 257) นอกจากนี้เสียงดนตรียังมีอำนาจกระตุ้นให้ร่างกายเคลื่อนไหวเป็นจังหวะ เป็นปฏิกิริยาตอบสนองที่เกิดขึ้นเอง การขยับเท้าหรือการหายใจที่เร็วขึ้น สิ่งเหล่านี้เป็นปฏิกิริยาตอบสนองที่อยู่นอกอำนาจจิตใจ (Alvin. 1966 : 99)

บัควอลเตอร์ (Buckwalter. 1985 : 62) ได้สรุปผลของดนตรีต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ดังนี้ เพิ่มความตึงตัวและช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อหดตัวและแข็งแรงขึ้น ทำให้เกิดความล้า เพิ่มหรือลดผลผลิตในการทำงาน ทำให้ร่างกายเคลื่อนไหวตามจังหวะดนตรี เพิ่มหรือลดสารขับหลั่งในร่างกาย เพิ่มหรือลดการเผาผลาญสารอาหารและการใช้ออกซิเจนเป็นนาที และ เพิ่มหรือลดอัตราการหายใจ การเต้นของหัวใจ และความดันโลหิต

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ดนตรีเป็นศิลปะบริสุทธิ์ (Pure art) (บังอร เจริญชัยภูมิ. 2533: 27 ; อ้างอิงจาก ฝน แสงสิงแก้ว. 2518: 177) ซึ่งเกี่ยวข้องกับจิตใจโดยตรง ดนตรีเป็นเรื่องของความสวยงามและความชุ่มชื่นใจ ทั้งๆที่บางครั้งไม่ทราบว่าเขาบรรเลงเรื่องอะไร ความดังค่อย ช้าเร็ว การเร่ง การผ่อนจังหวะในบทเพลง ทำให้อารมณ์เพลงมีความเร้าใจและจูงใจให้ผู้ฟังสนใจประทับใจไม่เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ดนตรีเป็นอาหารทางใจเช่นเดียวกับธรรมชาติ

ถ้าฟังดนตรีอย่างตั้งใจจะก่อให้เกิดสมาธิหรือก่อให้เกิดความสงบของอารมณ์ผู้ฟังได้ (วราวุธ สุมาวงศ์. 2525: 93) เนื่องจากเสียงของดนตรีสามารถเข้าไปสู่จิตใจ และมีอำนาจในการควบคุมจิตใจของบุคคลได้ (Sackett & Fitzgerald. 1980: 1845) นอกจากนี้บางบทเพลงอาจให้ความรู้สึกเพลิดเพลิน สนุกสนาน สงบ และสบายใจ ซึ่งมีประโยชน์ในการกระตุ้นความรู้สึกให้คิดค้น กล้าหาญ ในเวลาที่หวาดกลัวภัย เป็นเพื่อนในเวลาเหงา และโน้มน้าวให้ผู้ฟังเกิดความคิดฝัน ในขณะที่บางบทเพลงอาจทำให้ผู้ฟังรู้สึกตึงเครียด วุ่นวายใจ และเป็นทุกข์ได้ ฉะนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า ดนตรีมีพลังอำนาจในการบำบัดอารมณ์ของบุคคลได้

บัควอลเตอร์ (Buckwalter. 1985 : 62) ได้สรุปผลของดนตรีต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ ดังนี้ ก่อให้เกิดความสนใจและความกระตือรือร้น กระตุ้นความทรงจำและความคิดฝัน ช่วยควบคุมอารมณ์และกระตุ้นความรู้สึกนึกคิด ลดความซึมเศร้าและผ่อนคลายความเครียด ลดความวิตกกังวลแบบสเตท (State Anxiety หรือ A-State) ซึ่งเป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลแต่ละบุคคลในบางสถานการณ์เท่านั้น ดนตรีจะทำให้จิตใจสงบและมีสมาธิ ลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและอ้างว้าง ส่งเสริมในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและทำให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่สภาพความเป็นจริงได้ และป้องกันการเกิดโรคประสาท

จะเห็นได้ว่า ดนตรีเข้ามามีบทบาทและอิทธิพลต่อมนุษย์มาก อำนาจของดนตรีเปรียบเสมือนเครื่องบำบัดรักษา มีอำนาจต่อการควบคุมอารมณ์ มีอำนาจในการสื่อความหมาย และมีอำนาจต่อความรู้สึกของมนุษย์ จากการศึกษาทดลองดังกล่าวมาแล้วข้างต้น จึงเป็นที่เชื่อได้ว่า ดนตรีมีพลังอำนาจสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการบำบัดรักษาได้ ดังนั้นดนตรีจึงเป็นวิทยาศาสตร์ประยุกต์ คือ เป็นทั้งศิลปะและวิทยาศาสตร์ เป็นวิทยาการด้านใหม่ที่มนุษย์สามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้อย่างมหาศาล (สุนีย์ สุธีวัชร. 2547: 46 ; อ้างอิงจาก ราไพพรรณ ศรีโสภาค. 2511: 118-126)

2.งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

2.1 งานวิจัยในต่างประเทศ

2.1.1 งานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมและการให้สุขศึกษา

แลม แนร์คิงส์ และไวท์ (Lam; Naar-King; & Wright. 2007: Abstract) ได้ศึกษาถึงแรงสนับสนุนทางสังคมและการเปิดเผย ที่มีผลต่อสุขภาพจิตในผู้ป่วยวัยหนุ่มที่ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี อายุ 16-25 ปี จำนวน 66 คน และประเมินเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม การเปิดเผยสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวี และภาวะทางร่างกาย เริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม 2002 ถึง เดือนพฤษภาคม 2003 พบว่า 50 เปอร์เซ็นต์ของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอาการทางสุขภาพจิตสูงกว่าระดับคะแนนสูงสุดอย่างมีนัยสำคัญ และแรงสนับสนุนทางสังคมที่ต่ำ ระดับไวรัสสูง การเปิดเผยสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีกับคนรู้จัก และการเริ่มเป็นเกย์ เลสเบี้ยน และไบเซ็กชวล (Bisexual) ล้วนมีความสำคัญในการนำมาซึ่งอาการทางสุขภาพจิต แต่การ

เปิดเผยสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีกับครอบครัว และมีการติดต่อกับบริการช่วยเหลือที่จัดไว้ให้ ไม่มีผลต่อสุขภาพจิตมากนัก

โคว และคณะ (Kuo, et al. 2007: Abstract) ศึกษาการเปรียบเทียบความแตกต่างของอาการคลื่นไส้อาเจียนอย่างรุนแรงในระหว่างการตั้งครรภ์ กับความสัมพันธ์ของความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวในการเป็นมารดา กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์แรกจากคลินิก ในประเทศไต้หวันตอนใต้ ระหว่างปี 2002 และ 2003 จำนวน 150 คน มีความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียนต่างกัน 3 กลุ่ม คือ อาการเล็กน้อย ปานกลาง และรุนแรง จากการวิเคราะห์ความแตกต่างแสดงให้เห็นว่า หญิงตั้งครรภ์ทั้ง 3 กลุ่มมีความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนเล็กน้อยจะมีความเครียดน้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนอย่างรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญ และอาการคลื่นไส้อาเจียนมีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวในการเป็นมารดา

อัลซาอิด และคณะ (Al-Saeed et al. 2003: abstract) ศึกษาการแพร่หลายและปัจจัยเสี่ยงทางสังคมเศรษฐกิจของโรคอ้วนในนักเรียนหญิง ในเมืองอัลกอบาร์ ซาอุดีอาระเบีย ตะวันออก ในช่วงเวลาเดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม 2003 มีนักเรียนหญิงทั้งหมด 2,239 คน สุ่มเลือกมาจาก 30 โรงเรียน มีอายุเฉลี่ย 6-17 ปี เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และการวัดดัชนีมวลกาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS version 10 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย และความแตกต่างทางเศรษฐกิจสังคม ผลการศึกษาพบว่า มีเด็กที่น้ำหนักเกิน 20 เปอร์เซ็นต์ และเป็นโรคอ้วน 11 เปอร์เซ็นต์ เด็กที่มีน้ำหนักเกินนั้นพบในเด็กที่มีพ่อทำงานส่วนตัว ($P < 0.01$) และแม่ที่มีการศึกษา ($P = 0.008$) จึงสรุปได้ว่า โปรแกรมสุขศึกษาที่เน้นถึงโรคอ้วนควรจัดในเด็กนักเรียนทั้งโรงเรียน รวมถึงครอบครัวของเด็ก และครูในโรงเรียนทั้งหมด

สแตนส์เฟลด์ และ แคนดี้ (Stansfeld; & Candy. 2006: 443-462) ศึกษาเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่ก่อให้เกิดผลทางจิตสังคมและสุขภาพจิต เป็นการศึกษาระยะยาวจากการประมวลและการศึกษาจากเอกสารและตำรา โดยใช้ฐานข้อมูล 7 แห่ง ในปี 1994-2005 ที่มีมาตรฐานและคุณภาพ จากเอกสาร 24,939 ฉบับ มี 50 ฉบับที่ตรงประเด็น 38 ฉบับที่ตรงกับเกณฑ์ และ 11 ฉบับที่เหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์ ผลการศึกษาพบว่า ความเครียดของงานที่ทำการขาดอิสระในการตัดสินใจ แรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ ความต้องการด้านจิตใจสูง ค่าตอบแทนที่ไม่เป็นธรรม งานที่ไม่มั่นคง มีผลต่อความผิดปกติทางจิต และความเครียดของงานที่ทำการ ค่าตอบแทนที่ไม่เป็นธรรมส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตอย่างมาก

2.1.2 งานวิจัยเกี่ยวกับสมาธิ

คูเรียติ และคณะ (Curiati, et al. 2005: 465-472) ศึกษาเกี่ยวกับสมาธิที่มีผลในการลดการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในผู้สูงอายุที่เป็นโรคหัวใจล้มเหลว ประเมินผลโดยระดับของสารนอร์อีพิเนพริน (Norepinephrin) ในเลือด และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยการสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในโรงพยาบาลประเทศบราซิล จำนวน 19 คน ในเดือน เมษายน ปี 2000 ถึงเดือน ตุลาคม ปี 2001 อายุระหว่าง 68-81 ปี ให้การรักษาตามปกติ และหลังจากนั้น 2 เดือนสุ่มผู้ป่วยออกมาและแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองให้ฝึกสมาธิโดยให้ฟังเทปที่บ้านวันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที เป็นเวลา 12 สัปดาห์ และมาพบกันสัปดาห์ละ 1 ครั้ง กลุ่มควบคุมไม่ได้ให้ฟังเทป แต่มาพบกันสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ฝึกสมาธิมีสารนอร์อีพิเนพริน (Norepinephrin) ในเลือดลดลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งผลครั้งนี้มีความเป็นไปได้ที่การฝึกสมาธิจะเป็นความหวังใหม่ในการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว

มอริทซ์ และคณะ (Moritz, et al. 2006: Abstract) ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมพื้นฐานทางจิตใจเพื่อลดภาวะอารมณ์ที่เป็นทุกข์และเพิ่มคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างจากคลินิกประเทศแคนาดา จำนวน 165 คน เป็นผู้มีคะแนนของแบบสอบถามด้านจิตใจและอารมณ์ (Profile of Mood Stete) มากกว่า 40 คะแนน เก็บข้อมูลเดือน สิงหาคม 2000 ถึง มีนาคม 2001 แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ให้ฟังเทปที่บ้านเกี่ยวกับโปรแกรมพื้นฐานทางจิตใจ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มที่ 2 ฝึกสมาธิโดยใช้เทป เป็นเวลา 8 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมไม่ให้โปรแกรมใดๆ ผลการศึกษาหลังจาก 8 สัปดาห์พบว่า กลุ่มที่ 1 มีคะแนนเพิ่มขึ้นคิดเป็น 48.6 เปอร์เซนต์ กลุ่มที่ 2 คะแนนเพิ่มขึ้นคิดเป็น 22.3 เปอร์เซนต์ ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเพิ่มขึ้นคิดเป็น 16.1 เปอร์เซนต์

วิลเลียม และคณะ (Williams, et al. 2007: 939-952) ศึกษาเกี่ยวกับผลของสมาธิและการนวดในการเพิ่มคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้าย ได้มาโดยการสุ่มในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2001 ถึง เดือนกันยายน 2003 ผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้าย ที่อยู่ที่บ้านจำนวน 58 คน (เป็นผู้ป่วยหญิง 43 เปอร์เซนต์) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ให้ฝึกสมาธิอย่างเดี่ยวโดยฟังจากเทปเองทุกวัน กลุ่มที่ 2 ได้รับการนวดโดยผู้เชี่ยวชาญ วันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน กลุ่มที่ 3 ฝึกสมาธิร่วมกับการนวด และกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาตามมาตรฐานปกติ ผลการศึกษาพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงของดัชนีชีวิตด้านคุณภาพชีวิต และจิตใจ โดยกลุ่มที่ 3 ที่ได้รับการฝึกสมาธิร่วมกับการนวดมีคะแนนดีขึ้นกว่าทุกกลุ่ม ใน 8 สัปดาห์ สรุปได้ว่าการฝึกสมาธิร่วมกับการนวดบำบัดมีผลทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้ายดีขึ้นกว่าการฝึกสมาธิหรือการนวดเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญ

2.1.3 งานวิจัยเกี่ยวกับกับดนตรี

คิม ลี และซ็อก (Kim; Lee; & Sok. 2006: 321-329) ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยขณะฟอกเลือด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 36 คน เป็นผู้ป่วยที่ต้องฟอกเลือดในโรงพยาบาล 3 แห่ง ในกรุงโซว แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 18 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 18 คน วัดผลโดยใช้วัดความชอบทางดนตรี ความเครียด ความซึมเศร้า เก็บข้อมูลตั้งแต่ 26 ธันวาคม 2006 ถึง 2 เมษายน 2005 โดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยขณะฟอกเลือดที่ได้รับดนตรีบำบัดมีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับดนตรีบำบัด ($P < 0.008$) และผู้ป่วยขณะฟอกเลือดที่ได้รับดนตรีบำบัดมีความซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับดนตรีบำบัด ($P < 0.002$)

แบ็ต ลอเดน (Batt Rawden. 2006: Abstract) ศึกษาเกี่ยวกับดนตรีในการสนับสนุนการฟื้นฟูสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 22 คน อายุ 34-65 ปี ในประเทศนอร์เว โดยให้ฟังดนตรีทุกวันเป็นเวลา 1 ปี (2004-2005) ผลการศึกษาพบว่า สามารถเพิ่มการรับรู้ในตนเอง เพิ่มสติ การฟังดนตรีและการพูดคุยเกี่ยวกับดนตรีเป็นเครื่องมือที่สำคัญของกระบวนการเปลี่ยนแปลงสติ การกระทำ และการพัฒนาตนเอง ส่งเสริมให้มีสุขภาพดี เป็นปัจจัยที่จำเป็นในกระบวนการพักฟื้นและสนับสนุนคุณภาพชีวิตถึงแม้ว่าจะมีความเจ็บป่วยอยู่ก็ตาม

โอวาโยลู (Ovayolu, et al. 2006: Abstract) ศึกษาผลของการฟังดนตรีแนวตลกเพื่อลดความวิตกกังวล ความเจ็บปวด ความไม่พึงพอใจ และขนาดของการใช้คลายเครียดและยาแก้ปวดในผู้ป่วยระหว่างการส่องกล้องลำไส้เล็ก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มาส่องกล้องลำไส้เล็ก ในระหว่างเดือน ตุลาคม (2005) ถึงเดือนกุมภาพันธ์ (2006) เลือกโดยการสุ่ม กลุ่มที่ 1 จำนวน 30 คน ให้ฟังดนตรี และกลุ่มที่ 2 จำนวน 30 คน ไม่ให้ฟังดนตรี การให้ยาคลายเครียดและยาแก้ปวด (Midazolam & Meperidine) ตามความต้องการของผู้ป่วยและมีการบันทึกไว้ ใช้แบบวัดความเครียดแบบ แบบสเตทและเทรท ส่วนการประเมินความไม่พึงพอใจ ความเจ็บปวด ใช้แบบสังเกต ผลการศึกษาพบว่า การใช้ยาคลายเครียดและยานอนหลับในกลุ่มที่ 1 น้อยกว่า กลุ่มที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญ ระดับความวิตกกังวลกลุ่มที่ 1 ต่ำกว่า กลุ่มที่ 2 ($P < 0.001$) คะแนนความพึงพอใจในกลุ่มที่ 1 สูงกว่า กลุ่มที่ 2 ($P < 0.001$) และคะแนนความเจ็บปวดในกลุ่มที่ 1 ต่ำกว่า กลุ่มที่ 2 ($P < 0.001$) สรุปได้ว่า การฟังดนตรีระหว่างการส่องกล้องลำไส้เล็ก สามารถลดขนาดของการใช้ยาคลายเครียด ความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความรู้สึกไม่พึงพอใจระหว่างทำได้

2.2 งานวิจัยในประเทศไทย

2.2.1 งานวิจัยเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมและการให้สุขศึกษา

ศิริมา เขมะเพชร (2541 : 147-150) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดระดูที่คลินิกวิทยาทอง โรงพยาบาลตำรวจ กรุงเทพมหานคร โดยการให้ความรู้ การสาธิตวิธีการออกกำลังกาย การอภิปรายกลุ่มย่อย ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ การจัดการความเครียด การเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพทางการสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับความรู้เกี่ยวกับของสตรีวัยหมดระดู การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติของกลุ่มทดลองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วันดี ชวบุญ (2542: 44-45) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อความเครียดและพฤติกรรมผ่อนคลายความเครียด ในหญิงตั้งครรภ์แรก จังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 30 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 15 คนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น กลุ่มควบคุมจำนวน 15 คน ได้รับสุขศึกษาแบบปกติ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ และการปฏิบัติตัวในการผ่อนคลายความเครียดดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่ระดับความเครียดของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน

วราภรณ์ อมรเพชรกุล (2543 : บทคัดย่อ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยส่วนบุคคล กับการเผชิญความเครียดของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานคร จำนวน 324 คน พบว่า ตำรวจจราจรส่วนใหญ่ประเมินตนเองว่าไม่เครียด ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในระดับสูง จากผู้บังคับบัญชา และจากเพื่อนร่วมงานในระดับปานกลาง และใช้การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับปัญหามากกว่าด้านการจัดการด้านอารมณ์ นอกจากนี้พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับปัญหา และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ ส่วนการสนับสนุนทางสังคมพบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากผู้บังคับบัญชา จากเพื่อน ผู้ร่วมงาน และจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับปัญหา และมีเพียงการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ผู้ร่วมงานเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ ปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า มีเพียงการศึกษาเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับปัญหา ส่วนสถานภาพสมรสและรายได้นั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์

จินตนา ตรีเงิน (2544 : บทคัดย่อ) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ สำหรับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจในสถาบันโรคหัวใจโรงพยาบาลราชวิถี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจในตึกสามัญศัลยกรรมหัวใจโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน กลุ่มทดลองได้รับการสอนสุขศึกษาตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น กลุ่มควบคุมได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่องการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจมีความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนให้โปรแกรมสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กุลอนงค์ จัตรทอง (2544: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อลดระดับความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดของผู้ป่วยโรคเนื้องอกในกล้ามเนื้อตลก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเนื้องอกในกล้ามเนื้อตลกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่ม และกลุ่มควบคุม 30 คน ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเนื้องอกในกล้ามเนื้อตลกที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มมีระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา และมีความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้ป่วยได้รับโปรแกรมสุขศึกษาตามปกติ

อมรรัตน์ อัญชลิสังกาศ(2544:115-118) ได้ศึกษาการประยุกต์ใช้ ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี โดยใช้การบรรยายประกอบภาพพลิก สื่อวีดิทัศน์ การอภิปรายกลุ่ม การเสนอตัวแบบ การฝึกทักษะการเลือกประเภทอาหาร และการฝึกการออกกำลังกาย พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอ้างอิง และพฤติกรรมด้านการปฏิบัติตัวด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารลดลงจากก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา และลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นนุช ศรีตระกูล (2545 : ก) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวทฤษฎีแบบผสมผสานและการฝึกผ่อนคลายต่อการลดความเครียดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 16 ราย โดยจัดให้ผู้ป่วย 8 รายแรกเป็นกลุ่มทดลองที่ 1 คือได้รับคำปรึกษาและการฝึกผ่อนคลาย และ 8 รายต่อมาเป็นกลุ่มทดลองที่ 2 คือได้รับการฝึกผ่อนคลาย

คล้าย ระยะเวลาทดลอง 10 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่า ทั้ง 2 กลุ่มภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียด ซีพจร การหายใจ ความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนการทดลอง และมีอุณหภูมิปลายนิ้วสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความเครียด ซีพจร การหายใจ ความดันโลหิตตัวบนน้อยกว่ากลุ่มทดลองที่ 2 และมีอุณหภูมิปลายนิ้วสูงกว่ากลุ่มทดลองที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จำเนียร โกชนพันธ์ (2548 : บทคัดย่อ) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการผ่อนคลายความเครียดโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองที่มีผลต่อความเครียด ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระบบทางเดินอาหารโรงพยาบาลราชบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งระบบทางเดินอาหารโรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 30 คน เป็นกลุ่มทดลอง 15 คน ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และกลุ่มควบคุม 15 คน ไม่ได้รับโปรแกรม ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาในการผ่อนคลายความเครียดโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองที่มีผลต่อความเครียด กลุ่มทดลองมีระดับความเครียดลดลง และมีระดับความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.2.2 งานวิจัยเกี่ยวกับสมาธิ

พัทยา จิตสุวรรณ (2535 : บทคัดย่อ) ศึกษาผลการฝึกอานาปานสติสมาธิต่อความวิตกกังวลและความซึมเศร้าของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียมของมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย โรงพยาบาลสงฆ์ โดยเป็นฆราวาสที่ไม่ได้ฝึกสมาธิสมาธิสม่ำเสมอทุกวัน กลุ่มทดลอง 21 ราย ผู้ป่วยจะได้รับการเยี่ยมการพูดคุยเรื่องทั่วไป และได้รับการฝึกสมาธิจากผู้วิจัย กลุ่มเปรียบเทียบ 24 ราย จะได้รับการเยี่ยมการพูดคุยเรื่องทั่วไป แต่ไม่ได้รับการฝึกสมาธิจากผู้วิจัย ใช้แบบสัมภาษณ์วัดความวิตกกังวลของซุง และแบบสัมภาษณ์วัดความซึมเศร้าของซุง เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลและความซึมเศร้าภายหลังการฝึกสมาธิน้อยกว่าก่อนการฝึกสมาธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีความวิตกกังวลและความซึมเศร้าภายหลังการฝึกสมาธิน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สุวรรณา อนุสันติ (2535: บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องรูปแบบการพัฒนาหลักสูตรนักศึกษาพยาบาลเพื่อลดความเครียด โดยมีการแบ่งระดับความเครียดในนักศึกษาพยาบาล เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง โดยให้นักศึกษาพยาบาลที่มีความเครียดระดับเล็กน้อยอ่านคู่มือลดความเครียด นักศึกษาพยาบาลที่มีความเครียดระดับปานกลางอ่านคู่มือลดความเครียด และการฝึกเทคนิคลดความเครียดประกอบด้วยการฝึกสมาธิและการหายใจ และ

นักศึกษาพยาบาลที่มีความเครียดระดับรุนแรงอ่านคู่มือลดความเครียด ผีกเทคนิคลดความเครียด และการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ซึ่งผลการวิจัยพบว่า หลังจากเข้าโปรแกรมเพื่อลดความเครียด คะแนนของความเครียดของนักศึกษากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นิภาพร ละครวงศ์ (2542: บทคัดย่อ) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม การฝึกสมาธิ และการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มรวมกับการฝึกสมาธิต่อสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2542 มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 30 คน คัดเลือกโดยให้ทำแบบวัดสุขภาพจิตเลือกเฉพาะผู้ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่ม และคัดเลือก 30 คน แรกที่สมัครใจเข้าร่วมกลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 3 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน กลุ่มที่ 1 ให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม กลุ่มที่ 2 ให้ฝึกสมาธิ กลุ่มที่ 3 การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มรวมกับการฝึกสมาธิ ผลการศึกษาพบว่านักศึกษาที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตทั้ง 3 วิธี เมื่อเปรียบเทียบทั้งก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ และเปรียบเทียบหลังการทดลอง 1 สัปดาห์กับหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ มีสุขภาพจิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และนักศึกษาที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตทั้ง 3 วิธีมีสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จิตติวิมล สุขป้อม (2545 : บทคัดย่อ) ศึกษาการเปรียบเทียบผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติกับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่มีต่อความเครียดในการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนมัธยมสันพิทยา กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนที่มีความเครียดในการเรียนสูง จำนวน 40 คน เป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติและกลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 มีความเครียดในการเรียนลดลง หลังได้รับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ และหลังได้รับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ที่ได้รับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ กับนักเรียนที่ได้รับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ มีความเครียดในการเรียนลดลงไม่แตกต่างกัน

2.2.3 งานวิจัยเกี่ยวกับดนตรี

บังอร เครียดชัยภูมิ (2533: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลของดนตรีต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยขณะได้รับการผ่าตัด โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการยาระงับความรู้สึกเฉพาะบริเวณขณะได้รับการผ่าตัดซ่อมแซมไส้เลื่อน ผ่าตัดเลาะถุงน้ำหรือเส้นเลือดในถุงอัณฑะ ผ่าตัดเส้นเลือดขอดที่ขา และผ่าตัดแยกเอ็นขวางคาร์ปัล จำนวน 40 ราย โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละเท่าๆกัน กลุ่มทดลองได้รับการจัดดนตรีให้ฟังทางหูฟัง ส่วนกลุ่ม

ควบคุมไม่ได้รับการจัดดนตรีให้ฟังขณะทำผ่าตัด โดยใช้ดนตรีคลาสสิก (ซิมโฟนี) วัดความวิตกกังวล โดยใช้แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลและแบบสังเกตพฤติกรรมความวิตกกังวล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลขณะได้รับการผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

เพ็ญศรี สุฤทธิ์ดำรง (2537: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลของดนตรีบำบัด ต่อ ความเครียดของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัด ช่องท้อง จำนวน 36 ราย โดยกลุ่มทดลองได้ฟังดนตรีบรรเลงชนิดมโหรี 2 ครั้ง ใน 1 วัน นานครั้งละ 17 นาที ห่างกัน 6 ชั่วโมง ให้เริ่มฟังครั้งแรกหลังผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย ความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอุณหภูมิปลายนิ้วสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สถาพร กลางคาร (2540: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลของดนตรีตามความรู้สึกชอบต่อการลดความวิตกกังวลของบุคคลที่มีภาวะเจ็บป่วยและรู้สึกตัวในห้องไอ.ซี.ยู พบว่า ความวิตกกังวลเมื่อจำแนกตามกลุ่มเพศ และอายุ กับปฏิสัมพันธ์ของดนตรีที่จัดให้ฟังไม่แตกต่างกัน และพบความแตกต่างของความวิตกกังวลกับดนตรีที่จัดให้ฟัง พบว่า กลุ่มที่ได้รับฟังดนตรีแล้วรู้สึกชอบ มีความวิตกกังวลลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการจัดดนตรีให้ฟังแล้วรู้สึกไม่ชอบ และกลุ่มที่ไม่ได้รับการจัดดนตรีให้ฟัง ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้รับการจัดดนตรีให้ฟังมีความวิตกกังวลลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการจัดดนตรีให้ฟังแล้วรู้สึกไม่ชอบ

ดวงดาว ดุลยธรรม (2542: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อการลดปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดตึงกระดูกต้นขา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักจำนวน 30 ราย โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 15 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 15 ราย โดยให้กลุ่มทดลองฟังดนตรีที่ควบคุมการฟังด้วยตนเองในระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า (1) คะแนนความเจ็บปวดในระยะ 24 ชั่วโมงแรกและในช่วง 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (2) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างของจำนวนครั้งเฉลี่ยของการใช้ยาระงับปวดทั้งในระยะ 24 ชั่วโมงแรกและในช่วง 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (3) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของอัตราชีพจร อัตราการหายใจ และความดันโลหิต ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกและในช่วง 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุชาดา จันทรวีเมื่อง (2547: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการใช้ดนตรีในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โดยใช้ยาระงับความรู้สึกแบบเฉพาะที่ ใน

โรงพยาบาลกลาง สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดโดยใช้ยาระงับความรู้สึกแบบเฉพาะที่ จำนวน 63 คน และแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 21 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ เครื่องวัดสัญญาณชีพและแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะผ่าตัด (A-STATE) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการใช้ดนตรีมีความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับฟังดนตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ขวัญหทัย ยิ้มละมัย (2547: บทคัดย่อ) ศึกษาผลของดนตรีบำบัดและการใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เพื่อลดความรู้สึกเจ็บปวดภายหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดใส่เหล็กตามกระดูก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักแบบปิดที่ได้รับการผ่าตัดใส่เหล็กตามกระดูก ณ โรงพยาบาลพิจิตร จำนวน 18 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 6 คน ได้แก่กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มที่ได้รับการจัดให้ฟังดนตรี และกลุ่มทดลองที่ 2 กลุ่มที่ได้รับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการจัดให้ฟังดนตรีมีระดับความรู้สึกเจ็บปวดแผลผ่าตัด อัตราชีพจร อัตราการหายใจ และความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการจัดให้ฟังดนตรีและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างของจำนวนครั้งการใช้ยาระงับปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อมีระดับความรู้สึกเจ็บปวดแผลผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการจัดให้ฟังดนตรีมีระดับอัตราชีพจร อัตราการหายใจ และความดันโลหิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการศึกษาและทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปว่าการให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่บุคคล ไม่ว่าจะเป็นด้านการช่วยเหลือทางอารมณ์และสังคม เช่น การให้ความรัก การให้คำชี้แนะ การให้ความมั่นใจว่ามีคุณค่า รู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และช่วยเหลือเชิงเครื่องมือและสิ่งของ เช่น ข้อมูลข่าวสาร แนวทางเลือกปฏิบัติ สามารถลดความวิตกกังวลและคลายความเครียดได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการจัดโปรแกรมผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีข้อจำกัดของภาวะโรคและร่างกาย ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความเครียด การฝึกสมาธิโดยการประยุกต์สมาธิแบบอานาปานสติ และการฟังดนตรีเพื่อการผ่อนคลาย เพื่อศึกษาว่าโปรแกรมผ่อนคลายความเครียดดังกล่าวจะสามารถลดความเครียดในผู้ป่วยอายุรกรรมได้หรือไม่ ซึ่งผู้วิจัยคาดหวังว่าจะนำผลของการศึกษาวิจัยครั้งนี้มาเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลให้กับผู้ป่วยอายุรกรรมให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจต่อไป

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมผ่อนคลายความเครียดสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. การกำหนดประชากรและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหญิงที่แพทย์รับไว้เพื่อให้การรักษา ในแผนกอุบัติเหตุชั้น 4 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าจำนวน 816 ราย (สถิติผู้ป่วย ปี พ.ศ. 2549)

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหญิงที่แพทย์รับไว้เพื่อให้การรักษาในแผนกอุบัติเหตุชั้น 4 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 60 ราย จัดแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย โดยการจับคู่ (Match paired) ตัวแปรเพศ โดยมีคุณสมบัติดังนี้

คุณสมบัติในการคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นผู้ป่วยประเภท 3 จากการจำแนกประเภทผู้ป่วยตามความต้องการการพยาบาล (Warstler.1974)

2. ให้ทำแบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต และคัดเลือกผู้ที่มีคะแนนของระดับความเครียดตั้งแต่ 26 คะแนนขึ้นไป

3. มีอายุระหว่าง 20 – 60 ปี

4. พูดภาษาไทยได้ การได้ยินปกติ และการมองเห็นปกติ

5. มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อความหมายเข้าใจได้

6. นับถือศาสนาพุทธ

คุณสมบัติในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง

มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นในขณะที่ทำการวิจัย เช่น อาการรุนแรงขึ้นเปลี่ยนเป็นผู้ป่วยประเภท 4 หรือ ประเภท 5

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความเครียด 2 ครั้ง โดยครั้งแรกเป็นการประเมินความเครียดก่อนการทดลอง ครั้งที่ 2 เป็นการประเมินความเครียดหลังการทดลอง โดยใช้แบบ Before and After Control Group หรือ Pretest-Posttest Control Group Design (สมหวัง พิธิยานุวัฒน์. 2538) ดังภาพประกอบ 5

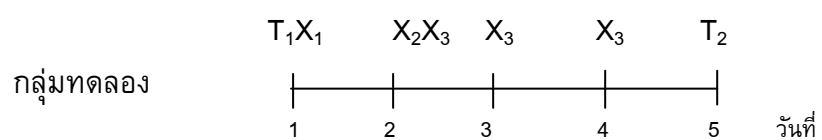
กลุ่มทดลอง	(Experiment group)	MT ₁	X	T ₂
กลุ่มควบคุม	(Control group)	MT ₁	~X	T ₂

โดยกำหนดให้

M	แทน	การ Match paired ตัวแปรเพศ
T ₁	แทน	การประเมินความเครียดก่อนการให้โปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
T ₂	แทน	การประเมินความเครียดหลังการให้โปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
X	แทน	ได้รับโปรแกรมผ่อนคลายความเครียด
~X	แทน	การให้สุขศึกษาตามปกติ

ภาพประกอบ 5 รูปแบบของการวิจัย

รูปแบบการทดลอง



โดยกำหนดให้

T_1	แทน	การเก็บข้อมูลก่อนจัดโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยแบบประเมินความเครียด
T_2	แทน	การเก็บข้อมูลหลังการให้โปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยแบบประเมินความเครียด
X_1	แทน	การสร้างสัมพันธภาพ
X_2	แทน	การให้สุศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความเครียด
X_3	แทน	การฟังดนตรี และการฝึกสมาธิ
$\sim X$	แทน	การให้สุศึกษาตามปกติ

ภาพประกอบ 6 รูปแบบการทดลอง

การดำเนินการทดลอง

การดำเนินการทดลองครั้งนี้ ใช้เวลา 5 วัน โดยมีการสร้างสัมพันธภาพ การให้สุขศึกษาและทำกิจกรรมผ่อนคลายคือ การฟังดนตรีและการฝึกสมาธิ เป็นแบบกลุ่มย่อย 3-5 คน ดังต่อไปนี้

วันที่ 1 Pre-test 15 นาที และสร้างสัมพันธภาพ 20 นาที

วันที่ 2 ให้สุขศึกษาเกี่ยวกับ การจัดการความเครียด 30 นาที ฟังดนตรี 20 นาที และฝึกสมาธิ 30 นาที

วันที่ 3 และ 4 ฟังดนตรี 20 นาที และฝึกสมาธิ 30 นาที

วันที่ 5 Post-test 15 นาที

เวลาในการฟังดนตรีและฝึกสมาธิ ในวันที่ 2,3 และ 4 มีดังนี้

ฟังดนตรี เวลา 13.40 – 14.00 น. และ 19.40 – 20.00 น.

ฝึกสมาธิ เวลา 14.00 – 14.30 น. และ 20.00 – 20.30 น.

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นโปรแกรมผ่อนคลายความเครียด ในผู้ป่วยอายุรกรรม ได้แก่

1. แผนการให้สุขศึกษา เกี่ยวกับ การจัดการความเครียด
2. ซีดีการฝึกสมาธิ
3. ซีดีดนตรีเพื่อการผ่อนคลาย

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง
2. จัดทำแผนการให้สุขศึกษา ซีดีการฝึกสมาธิ และซีดีดนตรีเพื่อการผ่อนคลาย
3. นำเครื่องมือในข้อ 2 ทั้งหมด ไปให้คณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์

ตรวจสอบ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข

4. นำเครื่องมือที่ตรวจแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

4.1 นำแผนการให้สุขศึกษา ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ด้านจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช 1 ท่าน พยาบาลประจำหอผู้ป่วยจิตเวช 1 ท่าน และอาจารย์ในคณะพลศึกษา 2 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความชัดเจนของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

4.2 ซีดีการฝึกสมาธิ เป็น บันทึกคำสอน เรื่องการบำเพ็ญสมาธิเบื้องต้น โดย พระเทพเจติยาจารย์ มุนินทิลวงพ่อดิวิย์ร์ สิริธโร สถาบันพลังจิตตานุภาพ วัดธรรมมงคล มีความยาวประมาณ 30 นาที

4.3 ซีดีดนตรีเพื่อการผ่อนคลาย เป็นดนตรีบรรเลง จากเพลงในอัลบั้มชุด Song of leaf และ Season of life ของ จาร์ส เศวตภรณ์ มีความยาวประมาณ 20 นาที โดยการคัดเลือกดนตรีมีขั้นตอนดังนี้

4.3.1 ศึกษาค้นคว้า เกี่ยวกับ คุณสมบัติและองค์ประกอบของดนตรีประเภทต่างๆ ตลอดจนอิทธิพลของดนตรีต่อร่างกาย อารมณ์ และจิตใจของบุคคล จากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4.3.2 คัดเลือกเพลงประเภทที่ทำให้ผู้ฟังรู้สึกเพลิดเพลิน และผ่อนคลาย เป็นเพลงไทยบรรเลง มีเสียงธรรมชาติ เช่น เสียงนกร้อง เสียงลม เสียงฝนตก เสียงคลื่น เป็นต้น มีความเร็วของจังหวะอยู่ประมาณ 66- 112 เมโตรนอม ซึ่งใช้เวลาในการบรรเลงทั้งหมดประมาณ 20 นาที

4.3.3 เมื่อคัดเลือกดนตรีได้เหมาะสมแล้ว ผู้วิจัยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ทางด้านดนตรี พิจารณาอีกครั้งหนึ่ง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเครียด ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรค ปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียด ของกรมสุขภาพจิต 20 ข้อ ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.86 มีค่าจุดตัด 17 คะแนน ค่าความไวร้อยละ 70.4 ค่าความจำเพาะร้อยละ 64.6 การให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ พร้อมเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมาย

ผู้วิจัยได้ให้เกณฑ์ประเมินเครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ดังนี้

แบบประเมินความเครียด โดยผู้ป่วยประเมินตนเองว่าข้อความนั้นตรงกับตนเอง มากน้อยเพียงใด โดยเกณฑ์การให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ

เกณฑ์การให้คะแนน

ไม่เคยเลย	ให้คะแนน	0
เป็นครั้งคราว	ให้คะแนน	1
เป็นบ่อยๆ	ให้คะแนน	2
เป็นประจำ	ให้คะแนน	3

การแปลความหมายของคะแนน

คะแนนความเครียด เป็นคะแนนรวมจากแบบประเมินทั้งหมดมีคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน สูงสุด 60 คะแนน โดยถือเกณฑ์ดังนี้

0-5 คะแนน หมายถึง ระดับความเครียดต่ำกว่าเกณฑ์ปกติอย่างมาก ซึ่งอาจหมายความว่า

- ท่านตอบไม่ตรงตามความจริง
- ท่านเป็นคนเฉื่อยชา ขาดแรงจูงใจในการดำเนินชีวิต หรือ
- ในขณะนี้ท่านมีความพึงพอใจในชีวิตแล้ว
- หากท่านต้องการทราบผลการประเมินและวิเคราะห์ความเครียดของท่านว่าเป็นอย่างไรในความเป็นจริง โปรดเริ่มต้นทำใหม่อีกครั้ง

6-17 คะแนน หมายถึง ระดับความเครียดอยู่ในเกณฑ์ ปกติ ซึ่งความเครียดในระดับนี้ถือว่าเป็นประโยชน์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นแรงจูงใจที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในชีวิตได้

18-25 คะแนน หมายถึง ระดับความเครียดอยู่ในเกณฑ์ สูงกว่าปกติ เล็กน้อย

อาจเป็นเพราะท่านกำลังมีปัญหาบางอย่าง และยังไม่สามารถแก้ปัญหาได้ และท่านเองอาจไม่รู้ตัวว่ามีความเครียด เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมไม่มากนัก

- หากท่านรู้จักการผ่อนคลายความเครียดเป็นประจำ เช่น ออกกำลังกาย พักผ่อนหย่อนใจ ทำงานอดิเรก ฯลฯ จะช่วยลดความเครียดของท่านลงได้

26-29 คะแนน หมายถึง ระดับความเครียดอยู่ในเกณฑ์ สูงกว่าปกติปานกลาง อาจเนื่องมาจาก ท่านกำลังมีปัญหาที่รุนแรงในชีวิต เช่น มีความขัดแย้งกับผู้ใกล้ชิด มีปัญหาความเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ในชีวิต เป็นต้น

- ท่านอาจมีความเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม อย่างเห็นได้ชัด เช่น มีอาการปวดศีรษะ ปวดท้อง นอนไม่หลับ ระบบขับถ่ายผิดปกติ หงุดหงิดง่าย วิดกกังวล ไม่มีสมาธิ ทำงานผิดพลาด ตีミスมากขึ้น ต้องใช้ยาเสพติด เป็นต้น

- ท่านจำเป็นต้องเร่งแก้ปัญหาของท่านโดยเร็ว และควรฝึกเทคนิคคลายเครียดแบบต่างๆ เช่น การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ การใช้จินตนาการ การทำสมาธิ เป็นต้น ควบคู่ไปกับการผ่อนคลายความเครียดแบบทั่วไป ไปด้วย

30-60 คะแนน หมายถึง ระดับความเครียดอยู่ในเกณฑ์ สูงกว่าปกติมาก อาจเนื่องมาจากท่านกำลังประสบปัญหาวิกฤติในชีวิต เช่น เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงหรือเรื้อรัง ประสบอุบัติเหตุจนพิการ สูญเสียบุคคลที่รัก ตกงาน ล้มละลาย ฯลฯ

- ท่านอาจมีความเจ็บป่วยรุนแรง เช่น เป็นโรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ด้านจิตใจก็ฟุ้งซ่าน คิดมาก ใจน้อย ตัดสินใจผิดพลาด ก้าวร้าวหรือไม่ก็ ซึมเศร้าคิดอยากฆ่าตัวตาย

- หากท่านมีความเครียดสูงมากเช่นนี้ นอกจากจะต้องแก้ปัญหาโดยด่วน และฝึกเทคนิคคลายเครียดแบบต่าง ๆ แล้ว อาจจำเป็นต้องไปพบผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต เพื่อปรึกษาปัญหาและขอรับการช่วยเหลือเป็นการเฉพาะด้วย

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลพื้นฐานจากการศึกษาเบื้องต้นในผู้ป่วยอายุรกรรม

2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างเครื่องมือ จากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3. สร้างแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และนำแบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต มาใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้

4. นำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินความเครียด ไปให้คณะกรรมการควบคุมปริญญาานิพนธ์ตรวจสอบ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข

5. นำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินความเครียดทั้งหมด ไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่านพิจารณาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และข้อเสนอแนะต่าง ๆ จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม และนำเสนอให้คณะกรรมการควบคุมปริญญาานิพนธ์ตรวจสอบอีกครั้ง

6. นำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน

วิธีการหาคุณภาพเครื่องมือ

การหาคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. การหาความเที่ยงตรง (Content validity)

แบบประเมินความเครียด ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความเครียดที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์ในมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ คณะพลศึกษาภาควิชาสุขศึกษา 2 ท่าน และคณะศิลปกรรมศาสตร์ ภาควิชาดุริยางคศาสตร์ไทย 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความชัดเจนของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และข้อเสนอแนะต่าง ๆ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

2.การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ก่อนนำแบบประเมินความเครียดไปใช้ ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีคุณลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน นำมาตรวจให้คะแนนและวิเคราะห์ความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha – coefficient) ของครอนบาค (Cronbach. 1990 : 161) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540: 125 - 127) แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต มีค่าความไว เท่ากับ 70.4 ค่าความจำเพาะ เท่ากับ 64.6 และค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.86 เมื่อผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้พบว่า มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อขอความอนุเคราะห์และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยติดต่อหัวหน้าฝ่ายวิชาการ กองการพยาบาล หัวหน้าพยาบาลตึกอุบัติเหตุฯ หัวหน้าหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ 4 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อแนะนำตัว และขออนุญาตเก็บข้อมูล
3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมผ่อนคลายความเครียดที่กำหนดไว้ โดยการตอบแบบประเมินความเครียดก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมผ่อนคลายความเครียด
4. ผู้วิจัยนำแบบประเมินความเครียดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูล และรวบรวมข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไปแจกแจง และวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ตรวจสอบเรียบร้อยแล้วมาวิเคราะห์ ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. หาค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเครียดภายในกลุ่ม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ Dependent t-test เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ Independent t-test เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2

4. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่

4.1.1 ค่าร้อยละ (P) โดยใช้สูตร

$$P = \frac{f \times 100}{n}$$

เมื่อ	P	แทน	ค่าร้อยละ
	f	แทน	ค่าความถี่ที่ต้องการแปลงเป็นร้อยละ
	n	แทน	ค่าจำนวนความถี่ทั้งหมด

4.1.2 ค่าเฉลี่ย (Mean) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541: 35)

$$\bar{X} = \frac{\sum x}{n}$$

เมื่อ	$\bar{X}$	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ย
	$\sum x$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
	n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

4.1.3 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541: 79)

$$S = \sqrt{\frac{n \sum x^2 - (\sum x)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ	S	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	$\sum x^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
	$(\sum x)^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
	n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

4.2 สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพแบบประเมินความเครียด

4.2.1 การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยใช้สูตร IC (พวงรัตน์ ทวีรัตน์.

2540: 117)

$$IC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ	IC	แทน	ดัชนีความสอดคล้องของแบบทดสอบ
	$\sum R$	แทน	ผลรวมของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
	N	แทน	จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

4.2.2 การหาค่าอำนาจจำแนก โดยวิธีหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนแต่ละข้อ และคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) โดยใช้สูตร (สุนีย์ รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117) ดังนี้

$$r_{xy} = \frac{n\sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{[n\sum X^2 - (\sum X)^2] [n\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

เมื่อ	r_{xy}	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร X กับตัวแปร
	$\sum X$	แทน	ผลรวมของคะแนนรายข้อ (Item) ของกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum Y$	แทน	ผลรวมของกำลังสองของคะแนน X
	$\sum X^2$	แทน	ผลรวมของกำลังสองของคะแนน Y
	$\sum Y^2$	แทน	ผลรวมของผลคูณระหว่าง X กับ Y
	N	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

4.2.3 การหาความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha – coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540: 125 - 126)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum Si^2}{St^2} \right]$$

เมื่อ	α	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
	n	แทน	จำนวนข้อของแบบสอบถาม
	Si^2	แทน	คะแนนของความแปรปรวนแต่ละข้อ
	St^2	แทน	คะแนนของความแปรปรวนรวมทั้งฉบับ

4.3 สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

4.3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติค่าที (t-test dependent) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 165) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 โดยใช้สูตร

$$t = \frac{\sum D}{\sqrt{\frac{n \sum D^2 - (\sum D)^2}{n-1}}}$$

$$df = n-1$$

เมื่อ	t	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาในการแจกแจงแบบที
	D	แทน	ความแตกต่างระหว่างคะแนนก่อนการทดลองและหลังการทดลอง
	n	แทน	จำนวนคน
	df	แทน	ชั้นแห่งความอิสระ

4.3.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกัน โดยการทดสอบค่าที (t-test independent) (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2531 : 102) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2 โดยใช้สูตร

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

โดย

$$df = \frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}{\frac{\left[\frac{S_1^2}{n} \right]^2}{n-1} + \frac{\left[\frac{S_2^2}{n} \right]^2}{n-1}}$$

เมื่อ	t	แทน	ค่าใช้พิจารณาใน t-distribution
	$\bar{X}_1 - \bar{X}_2$	แทน	คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2
	S_1^2, S_2^2	แทน	ค่าความแปรปรวนของคะแนนในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2
	n_1, n_2	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2
	df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	ค่าเฉลี่ย
S	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
df	แทน	ค่าความเป็นอิสระ (Degree of freedom)
t	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาการแจกแจงความถี่แบบที (t-distribution)
p	แทน	ความน่าจะเป็น
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าความถี่ และค่าร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ ระยะเวลาที่ป่วย

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเครียดภายในกลุ่ม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติที (t-test dependent) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติที (t-test independent)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ ระยะเวลาที่ป่วย ดังปรากฏตามตาราง 1

ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
อายุ				
20-30 ปี	5	16.7	6	20.0
31-40 ปี	8	26.7	7	23.3
41-50 ปี	6	20.0	5	16.7
51-60 ปี	11	36.7	12	40.0
รวม	30	100.0	30	100.0
เพศ				
ชาย	10	33.3	10	33.3
หญิง	20	66.7	20	66.7
รวม	30	100.0	30	100.0
สถานภาพสมรส				
โสด	12	40.0	9	30
คู่	15	50.0	16	53.3
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	3	10.0	5	16.7
รวม	30	100.0	30	100.0
ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่าประถมศึกษา	0	0	2	6.7
ประถมศึกษา	2	30.0	8	26.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	8	26.7	10	33.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	5	16.7	3	10.0
ปริญญาตรี/ปวส.	8	26.7	6	20.0
ปริญญาโท/เอก	0	0	1	3.3
รวม	30	100.0	30	100.0

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
อาชีพ				
รับราชการ	7	23.3	4	13.3
ค้าขาย	7	23.3	9	30.0
เกษตรกรรม	0	0	9	30.0
รับจ้าง	11	36.7	5	16.7
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5	16.7	3	10.0
รวม	30	100.0	30	100.0
รายได้โดยรวมของผู้ป่วยและบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือต่อเดือน				
ต่ำกว่า 5,000 บาท	11	36.7	8	26.7
5,000 – 10,000 บาท	3	10.0	9	30.0
10,001 – 15,000 บาท	12	40.0	7	23.3
มากกว่า 15,000 บาท	4	13.3	6	20.0
รวม	30	100.0	30	100.0
ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่เป็นอยู่ปัจจุบัน				
น้อยกว่า 1 ปี	10	33.3	12	40.0
ระหว่าง 1-3 ปี	8	26.7	10	33.3
ระหว่าง 3-5 ปี	8	26.7	6	20.0
5 ปี ขึ้นไป	4	13.3	2	6.7
รวม	30	100.0	30	100.0

จากตาราง 1 แสดงว่า ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง อายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 51-60 ปี ในกลุ่มทดลองรองลงมาอายุ 31-40 ปี 41-50 ปี และ 20-30 ปีตามลำดับในกลุ่มควบคุมรองลงมาอายุ 31-40 ปี 21-30 ปี และ 41-50 ปี ตามลำดับ เพศ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายทั้งสองกลุ่ม สถานภาพสมรสของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นคู่ รองลงมาเป็นโสด หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ตามลำดับ ระดับการศึกษาของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา รองลงมาเป็นระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และระดับปริญญา

ตรี/ปวส. ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นระดับมัธยมศึกษาตอนต้น รองลงมาเป็นระดับประถมศึกษา และระดับปริญญาตรี/ปวส.ตามลำดับ อาชีพของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง รองลงมา รับราชการ ค้าขาย และไม่ได้ประกอบอาชีพตามลำดับ กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อาชีพค้าขาย และเกษตรกรรม รองลงมา รับจ้าง รับราชการ และไม่ได้ประกอบอาชีพตามลำดับ รายได้โดยรวมของผู้ป่วยและบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือต่อเดือนในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10,001 – 15,000 บาท รองลงมาต่ำกว่า 5,000 บาท มากกว่า 15,000 บาท และ 5,000-10,000 บาท ตามลำดับ ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้ 5,000 – 10,000 บาท รองลงมาต่ำกว่า 5,000 บาท 10,001-15,000 บาท และมากกว่า 15,000 บาทตามลำดับ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่เป็นอยู่ปัจจุบันในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่น้อยกว่า 1 ปี รองลงมา 1-3 ปี 3-5 ปี มีจำนวนเท่ากัน และ 5 ปีขึ้นไปตามลำดับ ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่น้อยกว่า 1 ปี รองลงมา 1-3 ปี 3-5 ปี และ 5 ปีขึ้นไปตามลำดับ

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเครียดภายในกลุ่ม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติที่ (t-test dependent) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติที่ (t-test independent) ดังปรากฏตามตาราง 2 และ 3

ตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเครียดภายในกลุ่ม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	S	df	t	p
กลุ่มทดลอง						
ก่อนทดลอง	30	28.400	1.849			
หลังทดลอง	30	18.633	2.370	29	16.432*	.000
กลุ่มควบคุม						
ก่อนทดลอง	30	29.266	2.099			
หลังทดลอง	30	26.800	3.507	29	3.596*	.005

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 2 แสดงว่า กลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความเครียด 28.400 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความเครียด 18.633 เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 คือ ผู้ป่วยอายุรกรรมภายหลังได้รับโปรแกรมผ่อนคลายความเครียดมีระดับความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมผ่อนคลายความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
ภายหลังได้รับโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	S	df	t	p
ก่อนทดลอง						
กลุ่มทดลอง	30	28.40	1.850	58	1.696	.095
กลุ่มควบคุม	30	29.27	2.100			
หลังทดลอง						
กลุ่มทดลอง	30	18.63	2.371	58	10.566*	.000
กลุ่มควบคุม	30	26.8	3.508			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 3 แสดงว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความเครียด 18.63 กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของความเครียด 26.8 เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2 คือ ผู้ป่วย อายุรกรรมภายหลังได้รับโปรแกรมผ่อนคลายความเครียดมีระดับความเครียดต่ำกว่าผู้ป่วย อายุรกรรมที่ไม่ได้รับโปรแกรมผ่อนคลายความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายและข้อเสนอแนะ

สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีการวิจัย

ความมุ่งหมายของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมผ่อนคลายความเครียดสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้ป่วยอายุรกรรมภายหลังได้รับโปรแกรมผ่อนคลายความเครียดมีระดับความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมผ่อนคลายความเครียด
2. ผู้ป่วยอายุรกรรมภายหลังได้รับโปรแกรมผ่อนคลายความเครียดมีระดับความเครียดต่ำกว่าผู้ป่วยอายุรกรรมที่ไม่ได้รับโปรแกรมผ่อนคลายความเครียด

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experiment research) แบบแผนการทดลองชนิด Pre-test Post-test control group design กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหญิงที่แพทย์รับไว้เพื่อให้การรักษาในแผนกอุบัติเหตุชั้น 4 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 60 ราย จัดแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย โดยการจับคู่ (Match paired) ตัวแปรเพศ โดยมีคุณสมบัติดังนี้

คุณสมบัติในการคัดเลือกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นผู้ป่วยอายุรกรรมประเภท 3 จากการจำแนกประเภทผู้ป่วยตามความต้องการการพยาบาล (โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. 2548 ; อ้างอิงจาก Warstler. 1974.)
2. ให้ทำแบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต และคัดเลือกผู้ที่มีคะแนนของระดับความเครียด 26 คะแนนขึ้นไป
3. มีอายุระหว่าง 20 – 60 ปี
4. พูดภาษาไทยได้ การได้ยินปกติ และการมองเห็นปกติ
5. มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อความหมายเข้าใจได้
6. นับถือศาสนาพุทธ

คุณสมบัติในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง

มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นในขณะทำการวิจัย เช่น อาการรุนแรงขึ้นเปลี่ยนเป็นผู้ป่วยประเภท 4 หรือ ประเภท 5

เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมผ่อนคลายความเครียด และกลุ่มควบคุมได้รับสุขศึกษาตามปกติ ทั้งสองกลุ่มต้องทำแบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต 2 ครั้ง คือ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นโปรแกรมผ่อนคลายความเครียด สำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม ได้แก่

1. แผนการให้สุขศึกษา เกี่ยวกับ การจัดการความเครียด
2. ซีดีการฝึกสมาธิ
3. ซีดีดนตรีบรรเลง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเครียด ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่เป็นอยู่ ปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต มีค่าความเชื่อมั่น 0.86

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ตรวจสอบเรียบร้อยแล้วมาวิเคราะห์ ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และแบบประเมินความเครียดแต่ละฉบับ
2. ตรวจให้คะแนนแบบประเมินความเครียด ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

3. หาค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเครียดภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test

5. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเครียดหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมผ่อนคลายความเครียดสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มีดังนี้

1. ผู้ป่วยอายุรกรรมภายหลังได้รับโปรแกรมผ่อนคลายความเครียดมีระดับความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมผ่อนคลายความเครียด
2. ผู้ป่วยอายุรกรรมภายหลังได้รับโปรแกรมผ่อนคลายความเครียดมีระดับความเครียดต่ำกว่าผู้ป่วยอายุรกรรมที่ไม่ได้รับโปรแกรมผ่อนคลายความเครียด

อภิปรายผล

จากการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมผ่อนคลายความเครียดสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผลการศึกษามีดังนี้

1. ผู้ป่วยอายุรกรรมภายหลังได้รับโปรแกรมผ่อนคลายความเครียด มีระดับความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมผ่อนคลายความเครียด เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 ผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ โคเฮน และวิลส์ (Kohen & Wills. 1985 : 310 - 357) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลมีอารมณ์มั่นคง ส่งผลต่อระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกันโรค (Neuroendocrine and immune system) ทำงานดีขึ้น และยังส่งผลให้คนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น การสนับสนุนทางสังคมยังช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะวิกฤตในชีวิต โดยจะช่วยลดความเครียดที่ทำให้เกิดภาวะวิกฤตซึ่งจะเชื่อมโยงไปสู่การเจ็บป่วย เมื่อมีความเครียดบุคคลจะเกิดความรู้สึกว่าไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รู้สึกด้อยค่า เป็นสาเหตุให้บุคคลเกิดความล้มเหลวในการดูแลสุขภาพตนเองและเกิดพฤติกรรมเสี่ยง การสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทำให้เข้าใจว่า มีคนรัก คนสนใจ ยกย่อง และมองเห็นคุณค่าและรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน (Cobb. 1976 : 300) สอดคล้องกับการศึกษาของ จำเนียร โกชนพันธ์ (2548 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการผ่อนคลายความเครียดโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองที่มีผลต่อความเครียด ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระบบทางเดินอาหารโรงพยาบาลราชบุรี ผลการศึกษพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาในการผ่อนคลายความเครียดโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้

ความสามารถตนเองที่มีผลต่อความเครียด กลุ่มทดลองมีระดับความเครียดลดลง และมีระดับความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนการฝึกสมาธินั้น วิธีเจริญสมาธิมีหลายวิธี ผู้วิจัยได้เลือกการทำสมาธิแบบอานาปานสติมาประยุกต์ใช้ ซึ่งเป็นวิธีที่สามารถปฏิบัติได้สะดวก เพราะลมหายใจมีอยู่กับบุคคลทุกคนสามารถใช้ได้ตลอดเวลา ทุกสถานที่ ไม่ต้องเตรียมอุปกรณ์ ขณะเดียวกันอารมณ์ก็เป็นรูปธรรมสามารถกำหนดได้ชัดเจน เมื่อเริ่มปฏิบัติก็ได้รับประโยชน์ทันทีไม่ต้องรอจนเกิดสมาธิที่เป็นขั้นตอนในระดับสูง ประการสำคัญการปฏิบัติสมาธิแบบอานาปานสติไม่กระทบกระเทือนต่อสุขภาพ ซึ่งพุทธองค์ตรัสไว้ถึงประสบการณ์ของพระองค์ดังนี้ เมื่อเราอยู่ด้วยวิหารธรรมอันมีอานาปานสติ แม้ท่ามากตาก็ไม่เมื่อย กายก็ไม่เมื่อย ตรงกันข้ามกลับจะเกื้อกูลแก่สุขภาพให้ดีขึ้น (พระราชวรคุณ . 2527 : 589) และการศึกษาของ วอลเลส และ เบนสัน (Wallace & Benson. 1972) กล่าวว่า ระหว่างการฝึกสมาธิ คลื่นไฟฟ้าสมอง (Electroencephalogram) จะมีคลื่นอัลฟา (Alpha wave) เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน แสดงว่าร่างกายมีความเครียดลดลง ซึ่งคลื่นอัลฟา มีความถี่ 6-13 ไซเคิล เป็นคลื่นที่ไม่เหมือนจิตสำนึกที่พบในภาวะตื่น หลับ หรือฝัน แต่เป็นภาวะที่มีลักษณะพิเศษจากภาวะของการตื่นตัวแบบเครียด ไปสู่ภาวะของการตื่นตัวรับรู้แบบพร้อมแต่ไม่ตื่นเต้น (restful alertness) ทำให้ง่ายต่อการพักผ่อน สามารถคลายความเครียดและความวิตกกังวลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลเลียม และคณะ (Williams, et al. 2005: Abstract) ศึกษาเกี่ยวกับผลของสมาธิและการนวดในการเพิ่มคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้าย พบว่าการฝึกสมาธิร่วมกับการนวดบำบัดมีผลทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้ายดีขึ้น และสอดคล้องกับ พัทยา จิตสุวรรณ (2535 : บทคัดย่อ) ศึกษาผลการฝึกอานาปานสติสมาธิต่อความวิตกกังวลและความซึมเศร้าของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลและความซึมเศร้าภายหลังการฝึกสมาธิน้อยกว่าก่อนการฝึกสมาธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีความวิตกกังวลและความซึมเศร้าภายหลังการฝึกสมาธิน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในส่วนของการฟังดนตรีเพื่อการผ่อนคลายนั้น เสียงดนตรีที่เกิดขึ้นเมื่อผ่านเข้าไปในอวัยวะเกี่ยวกับการได้ยิน (Auditory apparatus) แล้วจะมีเส้นประสาทส่งต่อไปยังสมองทาลามัส (Thalamus) และคอร์ติคอล (Cortical) ในภาวะที่รู้สึกตัวหรือมีสติสัมปชัญญะ ดนตรีจะไปปรับเปลี่ยนอารมณ์และความรู้สึกนึกคิดที่สมองส่วนคอร์ติคอลซึ่งเป็นสมองส่วนบน จึงมีผลต่อบุคคลด้านความสนใจ ความคิด แรงจูงใจ ความจำและจินตนาการ ส่วนในภาวะที่ไม่รู้สึกตัว ดนตรีจะไปปรับเปลี่ยนอารมณ์ที่ระดับสมองส่วนทาลามัสซึ่งเป็นสมองส่วนล่าง และเป็นสถานีใหญ่ในการถ่ายทอดอารมณ์และความรู้สึกไปสู่สมองส่วนซีรีบรอล เฮมิสเฟียร์ (Cerebral Hemisphere) ผ่านไปตามวิถีประสาท คลื่นเสียงที่เข้าไปจึงสามารถกระตุ้นประสาทอัตโนมัติได้ (Alvin. 1996 : 98) สอดคล้องกับ บัควอลเตอร์ (Buckwalter. 1985 : 62) ที่กล่าวว่าดนตรีมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ คือก่อให้เกิดความสนใจและความกระตือรือร้น กระตุ้นความทรงจำและความคิด ฝัน ช่วยควบคุมอารมณ์และกระตุ้นความรู้สึกนึกคิด ลดความซึมเศร้าและผ่อนคลายความเครียด ลดความวิตกกังวลแบบเสถียร ทำให้จิตใจสงบและมีสมาธิ ลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและอ้างว้าง ส่งเสริมใน

การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและทำให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่สภาพความเป็นจริงได้ และป้องกันการเกิดโรคประสาท ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แบ็ต ลอเดน (Batt Rawden. 2006: Abstract) ศึกษาเกี่ยวกับดนตรีในการสนับสนุนการฟื้นฟูสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ในประเทศนอร์เว โดยให้ฟังดนตรีทุกวันเป็นเวลา 1 ปี (2004-2005) ผลการศึกษาพบว่า สามารถเพิ่มการรับรู้ในตนเอง เพิ่มสติ การฟังดนตรีและการพูดคุยเกี่ยวกับดนตรีเป็นเครื่องมือที่สำคัญของกระบวนการเปลี่ยนแปลงสติ การกระทำ และการพัฒนาตนเอง ส่งเสริมให้มีสุขภาพดี เป็นปัจจัยที่จำเป็นในกระบวนการพักฟื้นและสนับสนุนคุณภาพชีวิตถึงแม้ว่าจะมีความเจ็บป่วยอยู่ก็ตาม และสอดคล้องกับ สุชาติา จันทวีเมลิ้ง (2547: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการใช้ดนตรีในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โดยใช้ยาระงับความรู้สึกแบบเฉพาะที่ ในโรงพยาบาลกลาง สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการใช้ดนตรีมีความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับฟังดนตรี

2. ผู้ป่วยอายุรกรรมภายหลังได้รับโปรแกรมผ่อนคลายความเครียด มีระดับความเครียดต่ำกว่าผู้ป่วยอายุรกรรมที่ไม่ได้รับโปรแกรมผ่อนคลายความเครียด เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2 เนื่องจากโปรแกรมผ่อนคลายความเครียดที่ใช้ในการวิจัยเป็นโปรแกรมที่ดี เข้าใจง่าย สะดวกในการฝึกฝน และสามารถฝึกฝนได้เองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และโปรแกรมผ่อนคลายความเครียดเป็นการให้การสนับสนุนทางสังคมดังที่ลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman. 1984 : 164) กล่าวว่า การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้ได้รับความช่วยเหลือ ประคับประคองจากบุคคลในเครือข่ายสังคมในด้านต่างๆ ได้แก่ การช่วยเหลือด้านอารมณ์ ข้อมูล คำแนะนำในการแก้ปัญหา สิ่งของหรือเงินทอง ได้รับรู้ถึงความรักใคร่ผูกพัน และเมื่อผู้ป่วยได้รับรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้มีขวัญกำลังใจ และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยปกติบุคคลนั้นมีวิธีการเผชิญปัญหาในการหาแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่แล้ว เป็นความพยายามที่หาแรงสนับสนุนทางด้านข้อมูล สิ่งของ อารมณ์ เช่น การถามญาติหรือเพื่อนที่นับถือ เพื่อขอคำแนะนำ พูดกับใครบางคนเกี่ยวกับความรู้สึกของตนเอง การได้รับความเห็นอกเห็นใจและความเข้าใจจากบางคน และสอดคล้องกับ โคเฮนและวิลส์ (Cohen & Wills. 1985 : 310-357) ที่กล่าวว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม หรือการช่วยเหลือโดยตรงทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคงต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และตระหนักถึงการมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ของระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาท ระบบภูมิคุ้มกัน (Neuroendocrine and Immune System) ทำงานดีขึ้น ดังนั้นบุคคลที่มีการสนับสนุนทางสังคมดี จะส่งผลโดยตรงต่อการมีภาวะสุขภาพดี ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลมีความรู้สึกลดคุณค่า ภาวะเช่นนี้จะทำให้บุคคลไม่สนใจสุขภาพตนเอง มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค ในขณะเดียวกันก็มีผลไปรบกวนสมดุลระบบดังกล่าว ทำให้บุคคลมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรค สอดคล้องกับ การศึกษา

ของ แลม แนร์คิงส์ และไวท์ (Lam; Naar-King; & Wright. 2007: 20-29) ได้ศึกษาถึงแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีผลต่อสุขภาพจิตในผู้ป่วยวัยหนุ่มที่ติดเชื่อเฮโรอีน พบว่า การให้แรงเสริมทางสุขภาพจิตเป็นสิ่งสำคัญ และระดับของการให้แรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้สุขภาพจิตดีขึ้น และการศึกษาของโคว และคณะ (Kuo, et al. 2007: Abstract) ศึกษาการเปรียบเทียบความแตกต่างของอาการคลื่นไส้อาเจียนอย่างรุนแรงในระหว่างการตั้งครรภ์ กับความสัมพันธ์ของความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวในการเป็นมารดา พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนเล็กน้อยจะมีความเครียดน้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนอย่างรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญ แรงสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวในด้านจิตสังคมไม่แตกต่างกัน ระดับของความเข้าใจในเรื่องความเครียด และการปรับสภาพจิตสังคมในการเป็นมารดา อาจจะสัมพันธ์กับอาการคลื่นไส้อาเจียนที่รุนแรงในระหว่างตั้งครรภ์ ในส่วนของการฝึกสมาธิมีหลักฐานการวิจัยหลายแห่งที่แสดงว่าระหว่างการฝึกสมาธิร่างกายและจิตใจอยู่ในสภาพผ่อนคลาย สงบและเยือกเย็น ปริมาณการใช้ออกซิเจนลดลงอย่างชัดเจน อัตราการเต้นของหัวใจและการหายใจลดลง ความต้านทานทางกระแสไฟฟ้า (Electrical resistance) ของผิวหนังเพิ่มขึ้นระหว่างการฝึกสมาธิ ความเครียด (Stress) และความวิตกกังวล (Anxiety) ลดลงอย่างชัดเจน ความเข้มข้นของ Lactate ในกระแสโลหิตลดลง มีผลให้ระดับความเครียดลดลงด้วย (Disayavanish P. 1994) และการฝึกสมาธิทำให้มีการหลั่งของสารประเภทฝิ่นออกมาในสมอง สารนี้เรียกว่า Endorphin มีผลทำให้ผู้ฝึกมีความรู้สึกสดชื่น อิ่มเอิบและสุขสบาย (จำลอง ดิษยวณิช. 2544 :5-7) สอดคล้องกับการศึกษาของคาริงตันและอีฟอน (Carrington & Ephron. 1975: 101-108) พบว่าการฝึกสมาธิทำให้อาการของโรคประสาทและโรคซึมเศร้าลดลง โดยมีการเพิ่มการควบคุมภายใน การรู้จักตนเองดีขึ้นและการพบกับความสุขในชีวิต ในผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการฝึกสมาธิ ผลปรากฏว่าความเครียดและความวิตกกังวลลดลง ปริมาณการรับประทานยาลดน้อยลง และมีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพในทางที่ดีขึ้น และสอดคล้องกับ คูเรียติ และคณะ (Curiati , et al. 2005: 465-472) ศึกษาเกี่ยวกับสมาธิที่มีผลในการลดการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในผู้สูงอายุที่เป็นโรคหัวใจล้มเหลว ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ฝึกสมาธิมีสารนอร์อีพิเนฟริน (Norepinephrin) ในเลือดลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และจากการสังเกตของผู้วิจัยในขณะที่ดำเนินการทดลอง พบว่าผู้ป่วยมีความสนใจ เอาใจใส่ และตั้งใจในการปฏิบัติตามขั้นตอนการฝึกสมาธิอย่างเคร่งครัด ได้รับความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างเป็นอย่างดี ไม่มีผู้ป่วยคนใดขอถอนตัวออกจากการวิจัยในครั้งนี้ อีกทั้งการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติเป็นแบบพื้นฐาน เข้าใจง่าย โดยมีการกำหนดลมหายใจเข้าออก พร้อมทั้ง

ภาวนาว่า พุท เมื่อหายใจเข้า และ โธ เมื่อหายใจออก ส่วนดนตรีที่ผู้วิจัยคัดเลือกมานั้น เป็นดนตรีบรรเลงประเภทผ่อนคลาย (Relaxing music) มีเสียงธรรมชาติ เช่น เสียงนกร้อง เสียงน้ำตก เสียงคลื่น ความดังไม่เกิน 75 เดซิเบล และกำหนดอัตราความเร็วของจังหวะดนตรีให้มีความเร็วอยู่ระหว่าง 66 -112 เมโตรนอม ซึ่งเทียบเท่ากับอัตราการเต้นของหัวใจระหว่าง 60-80 ครั้งต่อนาที เป็นจังหวะปกติ ก่อให้เกิดความเพลิดเพลิน ช่วยกล่อมจิตใจให้สงบ ผ่อนคลายอารมณ์ และลดความตึงเครียด สอดคล้องกับ เลน (Lane. 1992 : 864) ที่กล่าวว่าการฟังดนตรีเพื่อการผ่อนคลายเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจจากภาวะตึงเครียด เป็นวิธีที่ง่ายและสะดวก ดนตรีมีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติโดยกระตุ้นต่อมใต้สมอง (Pituitary Gland) ให้หลั่งสารเอ็นดอร์ฟิน (Endorphins) เป็นสารที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟินซึ่งมีฤทธิ์บรรเทาความเจ็บปวดตามธรรมชาติและช่วยลดความเครียดได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ คิม ลี และซ็อก (Kim; Lee; & Sok. 2006: 321-329) ที่ศึกษาผลของดนตรีบำบัด ต่อความวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยขณะฟอกเลือด ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยขณะฟอกเลือดที่ได้รับดนตรีบำบัดมีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับดนตรีบำบัด และผู้ป่วยขณะฟอกเลือดที่ได้รับดนตรีบำบัดมีความซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับดนตรีบำบัด และการศึกษาของ โอวาโยลู (Ovayolu, et al. 2006: Abstract) ศึกษาผลของการฟังดนตรีแนวตุรกี เพื่อลดความวิตกกังวล ความเจ็บปวด ความไม่พึงพอใจ และขนาดของการใช้คลายเครียดและยาแก้ปวดในผู้ป่วยระหว่างการส่องกล้องลำไส้เล็ก ผลการศึกษาพบว่า การฟังดนตรีระหว่างการส่องกล้องลำไส้เล็ก สามารถลดขนาดของการใช้ยาคลายเครียด ความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความรู้สึกไม่พึงพอใจระหว่างทำได้ ส่วนในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมผ่อนคลายความเครียดแต่ได้รับสุขศึกษาตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย จะมีความเครียดลดลงน้อยกว่ากลุ่มทดลอง เนื่องจากบุคคลอาจจะใช้ประสบการณ์ในการเผชิญความเครียด หรือจัดการกับความเครียดด้วยตนเอง ด้วยวิธีที่เหมาะสมหรือไม่เหมาะสมบ้าง อาจทำให้ความเครียดลดลงบ้างเล็กน้อย แต่ถ้าได้รับโปรแกรมผ่อนคลายความเครียดก็จะทำให้จัดการกับความเครียดในทางที่ถูกต้องเหมาะสมกว่า ซึ่งจะช่วยลดความเครียดได้ดีกว่า

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการทดลองไปใช้

- 1.จากการศึกษาพบว่า บริเวณห้องที่ใช้ในการทดลอง เป็นห้องเตรียมอาหารสายยางสำหรับผู้ป่วย บั่น Hematocrit และตึกผู้ป่วยติดกับถนนใหญ่ ทำให้มีเสียงดัง มีเจ้าหน้าที่เปิดห้องเข้ามาปฏิบัติงานขณะที่มีการให้สุขศึกษา หรือขณะฝึกสมาธิ ซึ่งเป็นการรบกวนผู้ป่วย ควรจัดบริเวณพื้นที่ให้เป็นสัดส่วน เงียบสงบ ผู้คนไม่พลุกพล่าน

2. จากการศึกษพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองบางคนไม่ชอบเพลงที่ผู้วิจัยเลือกมาให้ เนื่องจากผู้ป่วยมีช่วงอายุที่แตกต่างกัน จึงทำให้มีความชอบแตกต่างกันได้ ดังนั้นจึงควรจัดเพลงให้ผู้ป่วยเลือกฟังได้ตามชอบ

3. จากการศึกษพบว่า ผู้ป่วยเสนอให้มีกิจกรรมคลายความเครียดหลากหลาย เช่น โยคะ แอโรบิค เป็นต้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากการวิจัย พบว่าโปรแกรมผ่อนคลายความเครียดสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นต่อไปนี้

1. ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมผ่อนคลายความเครียด กับการฟังดนตรีประเภทที่ผู้ป่วยเลือกตามใจชอบ

2. ควรเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมผ่อนคลายความเครียด กับการให้สุขศึกษาร่วมกับการฟังดนตรีเพียงอย่างเดียว และการให้สุขศึกษาร่วมกับการฝึกสมาธิเพียงอย่างเดียว

3. ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมผ่อนคลายความเครียด ในกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน เช่น ผู้ป่วยแผนกอื่นๆ

4. ควรเปรียบเทียบประสิทธิผลในการผ่อนคลายความเครียด จากจำนวนครั้งที่ให้โปรแกรม เช่น 3 วัน 5 วัน 7 วัน

5. ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนต่างๆ เช่น อายุที่แตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่าง ระดับการศึกษา ฯลฯ ซึ่งจะทำให้การวิจัยมีคุณภาพมากยิ่งขึ้นและมีความคลาดเคลื่อนน้อยลง

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กนกรัตน์ สุชะตุงคะ. (2534). *สุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งและปอดเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาคลินิก). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กรมสุขภาพจิต. (2540). *คู่มือคลายเครียด*. กรุงเทพฯ: บริษัทสยามเอ็มแอนด์บี พับลิชชิง จำกัด.
- กรมสุขภาพจิต. (2543). *คลายเครียด*. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.
- กรวิภา กัญญะลา. (2546). *ความเครียดในการเรียนของนิสิตระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตร การศึกษามหาบัณฑิต ภาคพิเศษ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (การอุดมศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- กาญจน์ โชติชัยวิวงศ์กุล. (2547). *ปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของนักศึกษา แพทย์ชั้นปีที่ 1 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- เก็จทอง เสตะกสิกร. (2541). *ผลของการฝึกสมาธิชนิดอัปปมัญญา 4 ในผู้ป่วยแผลไหม้*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กุลอนงค์ ฉัตรทอง. (2544). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อลด ระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อดลูก ณ โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ขวัญตา เพชรณิโชติ. (2543). *ผลการฝึกสมาธิตามแบบพุทธวิธีต่อการลดความวิตกกังวลและ ความเจ็บปวดของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาล สาธารณสุข). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ขวัญหทัย ยิ้มละมัย. (2547). *ผลของดนตรีบำบัดและการใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อลด ความรู้สึกปวดภายหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดไส้หลักตามกระดูก*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยา-การแนะแนว). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- จันทร์แรม กิจเหมาะ. (2539). *ประสิทธิผลของการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อลดความเครียดใน นักศึกษาพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- จิราภรณ์ โมลิตโชติ. (2543). การศึกษาปัจจัยบางประการที่ส่งผลต่อความเครียดของข้าราชการ
ตำรวจที่ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. (การวัดผลการศึกษา).
กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- จินตนา ตรีเงิน. (2544). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อน
ผ่าตัดหัวใจ สำหรับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจในสถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี.
ปรินญานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2529). ทฤษฎีการพยาบาล. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จำเนียร โกชนพันธ์. (2548). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการผ่อนคลายความเครียดโดย
ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองที่มีผลต่อความเครียด ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง
ระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลราชบุรี. ปรินญานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ:
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- จรัส เศวตาภรณ์. (2544). SEASON OF LIFE. (ซีดี). กรุงเทพฯ : ลิตเติลเบิร์ตเรคคอร์ด.
- จรัส เศวตาภรณ์. (2544). SONG OF LEAF. (ซีดี). กรุงเทพฯ : ลิตเติลเบิร์ตเรคคอร์ด.
- จำลอง ดิษยวณิช. (2544). จิตวิทยาของความดับทุกข์. เชียงใหม่ : กลางเวียงการพิมพ์.
- จำลอง ดิษยวณิช; และ ฟรีมเพรา ดิษยวณิช. (2525). ความเครียด ความวิตกกังวล และสุขภาพ.
กรุงเทพฯ: แสงศิลป์เชียงใหม่.
- จุไรวรรณ จักขุจินดา. (2537). ผลของการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางเพื่อลด
ความเครียดของสตรีครรภ์แรกในระยะก่อนคลอด โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน
กรุงเทพมหานคร. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว). กรุงเทพฯ:
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ชนรรทร พร้อมทรัพย์สิน. (2548). ประสิทธิภาพโปรแกรมการนัดต่อความเครียดและการเผชิญ
ความเจ็บปวดในการคลอด. ปรินญานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ:
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ชอลดา พันธุ์เสนา. (2536). การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤติตามแบบแผนสุขภาพ.
กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป.
- ชูทิพย์ ปานปรีชา. (2529). “ความเครียด”. ใน จิตวิทยาทั่วไป. หน้า 481-491. นนทบุรี:
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. (2541). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: เทพเนรมิตการพิมพ์.

- ชูริยา ชนินเียง. (2547). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระเจดด้วย คลื่นเสียงความถี่สูงของผู้ป่วยโรคต่อกระเจก วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและ วชิรพยาบาล.ปริญญานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- จิตวิมล สุขป้อม. (2545). การเปรียบเทียบผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติกับการฝึกการ ผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่มีต่อความเครียดในการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนมัธยมสันพิทยา กรุงเทพมหานคร. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ ; สมจิตร มณีกันนัท ; และ สมจิตร ห่องบุญศรี. 2544. ประสิทธิผล ของโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 46 : 13-24.
- ณัฐพงศ์ อนุวัตรบรรยง. (2540). การเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ของผู้สูงอายุชาวไทยพุทธและชาวไทยมุสลิมในภาคใต้ตอนบน. วิทยานิพนธ์ สค.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ดวงดาว ดุลยธรรม. (2542). ผลของดนตรีบำบัดต่อการลดปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูก ต้นขา. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สงขลา: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์. ถ่ายเอกสาร.
- นัยนา เหลืองประวดี. (2547). ผลของการใช้วิธีการจัดการกับความเครียดโดยการฝึกสมาธิ การคิด แบบอริยสัจและการฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ เพื่อการจัดการกับความเครียด ของนิสิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ปริญญานิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- นิภาพร ละครองศ์. (2542). ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม การฝึกสมาธิ และการให้คำปรึกษา แบบกลุ่มร่วมกับการฝึกสมาธิต่อสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การแนะแนวและให้คำปรึกษา). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- นงนุช ศรีตระกูล. (2545). ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวทฤษฎีแบบผสมผสานและ การฝึกผ่อนคลายต่อการลดความเครียดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (การแนะแนวและให้คำปรึกษา). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.

- นุชนาถ สุขาวดี. (2548). ความเชื่อทางด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนประถมศึกษาโรงเรียนในสังกัดสำนักบริหารงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน กรุงเทพมหานคร. ปรินญานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- บังอร เครียดชัยภูมิ. (2533). ผลของดนตรีต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยขณะได้รับการผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- บุญยง เกี่ยวการค้า. (2526). วิธีการสุขศึกษา. ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา. หน่วยที่ 8-15: 328-383. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- บุญศรี ปรารบณศักดิ์; และ ศิริพร จิรวินกุล. (2534). การสื่อสารเพื่อคุณภาพการพยาบาล. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปติฐา อิศริยชัย. (2545). บทบาทในด้านงานสุขศึกษาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ประคอง อินทรสมบัติ. (2540). ความเครียดของผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. ใน การพยาบาลทางอายุรศาสตร์เล่ม 3. สมจิต หนูเจริญกุล. หน้า 1-8. กรุงเทพฯ: วี เจ พรินต์ติ้ง.
- ปาลชาติ ชาวโพธิ์หลวง. (2543). ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความเครียด และวิธีเผชิญความเครียดในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ตำรวจจราจรชั้นประทวน กองบังคับการตำรวจจราจร. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- มุสดี เฉลิมสุข. (2542). ผลการฝึกควบคุมตนเองและการฝึกสมาธิที่มีต่อการปรับพฤติกรรมไม่สนใจในการเรียนและผลสัมฤทธิ์ในการเรียนภาษาอังกฤษของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนกัลยาณวัตร อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา). มหาสารคาม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. ถ่ายเอกสาร.
- มุสดี หนังสือ. (2542). ผลของการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อลดความวิตกกังวลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี วชิระ กรุงเทพมหานคร. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. (2548). การจำแนกประเภทผู้ป่วยอายุรกรรม 5 ประเภท. (เอกสารประกอบการวางแผนให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย). กรุงเทพฯ: แผนกพยาบาลอายุรกรรม. ถ่ายเอกสาร.

- ฝน แสงสิงแก้ว. (2518). ศิลปะดนตรีและวัฒนธรรมอีสาน. ใน เรื่องของสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรไทย.
- พัชรา พุ่มพชาติ. (2533). อิทธิพลของเสียงดนตรีที่มีต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กปฐมวัย. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (การศึกษาปฐมวัย). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- พัทยา จิตสุวรรณ. (2535). ผลของการฝึกอานาปานสติสมาธิต่อความวิตกกังวลและความซึมเศร้าของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียม. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พระราชวรมนูณี. (2527). พจนานุกรมพุทธศาสน์ฉบับประมวลศัพท์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: อมรินทร์.
- พระเทพเจติยาจารย์. (2545). บันทึกคำสอน การบำเพ็ญสมาธิขั้นต้น. มูลนิธิหลวงพ่อวिरียังค์ สิริธโร สถาบันพลังจิตตานุภาพ วัดธรรมมงคล.
- พรรณราย ทรัพย์ประภา. (2524,สิงหาคม) การฝึกพฤติกรรมที่เหมาะสมในการแสดงออก. วารสารจิตวิทยาคลินิก. 12: 48-50.
- พรนภา ทรัพย์นุต. (2540). ความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ สด.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พรสุข หุ่นนิรันดร์. (2545). พฤติกรรมศาสตร์ทางสุขศึกษา. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- พริ้มเพรา ดิษยวณิช. (2538,ตุลาคม). ผลของวิปัสสนากรรมฐานที่มีต่อความเครียดและความวิตกกังวล. วารสารวิชาการคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 22-38.
- พุทธทาสภิกขุ. (2543). อานาปานสติสมบรูณ์แบบ. กรุงเทพฯ: เม็ดทราย.
- เพ็ญศรี สุฤทธิ์ดำรง. (2537). ผลของดนตรีบำบัดต่อการลดความเครียดในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจเทียมและเครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2540). วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- เรณู มีชนะ. (2544). เปรียบเทียบผลของการนวดไทยประยุกต์กับการใช้ยาพาราเซตามอล ในบุคคลที่มีอาการปวดศีรษะเนื่องจากความเครียด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. (2548). รายงานสถิติ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พ.ศ.2548. กรุงเทพฯ: เอส อาร์ พรินติ้ง แมสโปรดักส์ จำกัด.

- รำไพพรรณ ศรีโสภาค. (2511,เมษายน-มิถุนายน). ดนตรีบำบัด. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 13(1): 118-126.
- ล่อ หุตางกูร. (2534). หลักพื้นฐานเพื่อการพยาบาล ชีว-จิต-สังคม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรังสิต ศูนย์เทคโนโลยีทางการศึกษา.
- ล้วน ลายยศ; และ อังคณา ลายยศ. (2531). หลักการวิจัยทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัทศึกษาพร.
- วรารุณ สุมาวงศ์. (2525,พฤศจิกายน). “ดนตรีกับผู้สูงอายุ”. วารสารโรคเบาหวาน. 14: 92-100.
- วณิ เทศน์ธรรม. (2541). ความเครียดของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ศรีธัญญา. ปรินิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- วราภรณ์ อมรเพชรกุล. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยส่วนบุคคล กับการเผชิญความเครียดของตำรวจจราจรในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วริยา ชินวรรณ; และคนอื่นๆ. (2548). สมานในพระไตรปิฎก. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันดี ช่วยบุญ. (2542). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาต่อความเครียดและพฤติกรรมผ่อนคลายความเครียดในหญิงตั้งครรภ์แรก โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี. ปรินิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- วันเพ็ญ เสรีพงษ์. (2548). ประสิทธิภาพโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มาใช้บริการที่คลินิกวัยทอง โรงพยาบาลราชบุรี. ปรินิพนธ์ วท.ม.(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- วาสนา เจริญรัตนโชติ. (2546). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มย่อยที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรม ต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. ปรินิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- วีระ ไชยศรีสุข. (2533). สุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: แสงศิลป์การพิมพ์.
- ศศิธร พุมดวง. (2548). ดนตรีบำบัด. ใน. สงขลานครินทร์เวชสาร. หน้า 185 – 191. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- ศิริมา เขมะเพชร. (2541). *ประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดระดู ที่คลินิกวัยทอง โรงพยาบาลตำรวจ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.*
- ศิริลักษณ์ สนน้อย. (2543). *ผลการพยาบาลแบบประคับประคองต่อระดับความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ พย.ม (การพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.*
- สถาพร กลางคาร. (2540). *ผลของการฟังดนตรีตามความรู้สึกชอบต่อการลดความวิตกกังวลของบุคคลที่มีภาวะเจ็บป่วย และรู้สึกตัวในห้อง ไอ.ซี.ยู. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.*
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2534). *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์เล่ม 4. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ.พรินต์.*
- สมทรง เฟ่งสุวรรณ. (2528). *ผลของการฝึกสมาธิต่อการลดความวิตกกังวล และความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.*
- สมนึก สกุลหงส์โสภณ. (2540). *ประสิทธิผลการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยต่อการลดความเครียดและเพิ่มความสามารถการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.*
- สมหวัง พิธิยานุวัฒน์. (2538). “บทที่ 3 การออกแบบวิจัย,” *วิจัยทางการศึกษา : หลักและวิธีการสำหรับนักวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- สันต์ หัตถิรัตน์. (2534). “การตรวจรักษาอาการเครียด”, *หมอชาวบ้าน. 13(145): 35-48.*
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. (2539). *การวิเคราะห์ข้อมูลด้วย SPSS. กรุงเทพฯ: สำนักคอมพิวเตอร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.*
- สุรีย์ จันทรโมลี. (2543). *กลวิธีทางสุขภาพ(Health Strategy). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: เจริญวิทย์การพิมพ์.*
- สุวรรณ อนุสันติ. (2541). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่มีต่อทัศนคติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยมิชชั่น กรุงเทพมหานคร. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.*

- สุชาดา จันทร์วิเมลิ้ง. (2547). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการใช้ดนตรีในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ในโรงพยาบาลกลาง สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. ปริญญาโท วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุนีย์ สุธีวีระขจร. (2547). เปรียบเทียบผลของสัมผัสบำบัดกับดนตรีบำบัดต่อระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา). ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา. ถ่ายเอกสาร.
- สุรีย์มาศ นาคะผดุงรัตน์. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อผู้สูงอายุ : ศึกษาเฉพาะกรณีชมรมข้าราชการและครูอาวุโสของกระทรวงศึกษาธิการ. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (พัฒนาศักยภาพ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- สุวรรณณี ลิ้มศิลา. (2547). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียด ของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลรามาธิบดี. ปริญญาโท วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- เสรี วุฒิสรีเสถียรกุล. (2538). ผลของการฝึกสมาธิและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความวิตกกังวลของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ปีการศึกษา 2535 โรงเรียนวัดโป่งพิทยาคม อำเภอวังโป่ง จังหวัดเพชรบูรณ์. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว). พิษณุโลก: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร. ถ่ายเอกสาร.
- โสมย์จรรย์ เตชะวรวิภา. (2542). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยการใช้รูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมของสตรีวัยหมดประจำเดือน. ปริญญาโท วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2549). ผู้ป่วยในจากสถานบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 13 พฤศจิกายน 2549, จาก http://service.nso.go.th/nso/g_data23_4.html.
- อัจฉรา พุ่มดวง. (2527). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนกับพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อมรรัตน์ อัญชลีสังกาศ. (2544). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2541). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. กรุงเทพฯ: วี.เจ.พรินติ้ง.

- Albrecht,Karl. (1979). *Stress and the manager*. Eaglewood Cliffs,N.J.: Prentice-Hall.
- Alvin,J. (1966). *Music therapy*. London: John Baker.
- Al-Saeed,WY.; et al. (2007,March). Prevalence and socioeconomic risk factors of obesity among urban female students in AL-Khobar city,Eastern Saudi Arabia,2003. *Obesity Reviews “ An Official journal of the International association for the study of obesity*. 8(2): 93-99. Retrieved March 3, 2007, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=Display&DB=pubmed>.
- Argstatter,H.; Haberbosch,W.; & Bolay,HV. (2006,October). Study of the effectiveness of musical stimulation during intracardiac catheterization. *Clinical Research in cardiology : Official Journal of the German Cardiac Society*. 95(10): 514-522. Retrieved March 3, 2007, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=Abs...>
- Batt-Rawden,KB. (2006, June). Music : a strategy to promote health in rehabilitation? An evalution of participation in a music and health promotion project. *International journal of rehabilitation research*. 29(2): 171-173. Retrieved March 26, 2007, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=Display&DB=pubmed>
- Bear,P.G.;& Myer,J.L. (1994). *Adult Health Nursing*. St.Louis; the C.V.Mosby Company.
- Brodie,DA.; Inoue,A.; & Shaw,DG. (2007,January 25). Motivational interviewing to change quality of life for people with chronic heart failure : A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*. Retrieved March 24, 2007, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=Display&DB=pubmed>
- Buckwalter,K.; et al. (1985). Music therapy. *Nursing intervention : Treatment for Nursing Diagnosis*. Philadelphia: W.B.Saunders.Co.
- Buffum,MD.; et al. (2006 ,September). A music intervention to reduce anxiety before vascular angiography procedures. *Journal of vascular nursing*. 24(3): 68-73. Retrieved March 16, 2007, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=Abs...>
- Carrington, P; & Ephorn, HS. (1975). Clinical use of meditation. In *Masserman JH,editor,Current psychiatric therapy*. V. 15. Pp. 101-108. New York: Grune & Stratton.

- Chou,MH.; & Lin,MF. (2006,June). Exploring the listening experiences during guided imagery and music therapy of outpatients with depression. *The Journal of nursing research : JNR*. 14(2): 93-102. Retrieved March 26, 2007, from [http://www .ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=Display&DB=pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=Display&DB=pubmed).
- Cobb,S. (1976,September-October). "Social Support as a Moderator of Life Stress," *Psychosomatic Medicine*. 38: 300-313.
- Cohen,S. and T.A. Wills. (1985,February). (1985). "Stress Social Support and The Buffering Hypothesis," *Psychological Bulletin*. 98: 310-357.
- Cook,J. (1981). The therapeutic use of music : A Literature review. *Nursing Forum*. 20(3): 252-266.
- Cronbach,L.J. (1990). *Essentials of phychological testing*. 5th ed. New York : Harper Collins.
- Curiati,JA ; et al. (2005,June). Meditation reduces sympathetic activation and improves the quality of life in elderly patients with optimally treated heart failure : a prospective randomized study. *Journal of alternative and complementary medicine*. 11(3) : 465-472. Retrived March 26,2007, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD= Display&DB=pubmed>.
- Disayavanish, P. (1994). The effect of Buddhist insight meditation on stress and anxiety. *Doctoral dissertation*. Normal : Illinois State University.
- Dubrin,A.J. (1990). *Effective Business Psychology*. 3rd ed. London : Prentice-Hall,International.
- Farmer,Richard E.; Lynn.Hunt Monahan.; & Hekeler,Reinhold W. (1984). *Stress Management for Human Service*. Beverly Hills: Sage Publications Inc.
- Frian,M. & Valiga,T.M. (1973). The multiple dimensions of stress. In D.C.Sutterley & G.F. Donnelly (Eds). *Coping with Stress*. Rockville: Aspen.
- Fuller,J.; & Ayers,J.S. (1990). *Health and Assessment : A Nursing Approach*. Philadelphia: J.B.Lippincott.
- Gibson,A. (1992). Personal experience of individuals using meditation from a metaphysical source. *Master abstracts of University of Alaska*. 112: 51-66.
- Herth,K.A. (1989). The relationship between level of hope and level of coping response and other variable in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*. 16(1): 67-72.
- Hoffman, J. (1997). "Turning in to the power of music," *RN*. 60(6) : 52-54.

- Jaber,S.; et al. (2007,January). Effect of music therapy in intensive care unit without sedation in weaning patients versus non-ventilated patients. *Annales francaises d'anesthesie ety de reanimation*. 26(1): 30-38. Retrieved March 11, 2007, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=Abs...>
- Johnson,M. (1980). Anxiety in surgical patients. *Psychological Medicine*. 1: 145-152.
- Kim,KB.; Lee,MH.; & Sok,SR. (2006,April). The effect of music therapy on anxiety and depression in patients undergoing hemodialysis. *Yathan Kanho Hakhoe chi*. 36(2): 321-329. Retrieved March 16,2007, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=Display&DB=pubmed>.
- Kuo,SH.; et al. (2007,January). A comparison of different severities of nausea and vomiting during pregnancy relative to stress, social support, and maternal adaptation. *Journal of Midwifery & Woman's Haelth* . 52(1): e1-e7. Retrieved March 16,2007, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=Display&DB=pubmed>.
- Lam,PK.; Naar-King,S.;& Wright,K. (2007,January). Social support and disclosure as predictors of mental in HIV-positive youth. *AIDS Patient Care STDS*. 21(1): 20-29. Retrieved March 16, 2007, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=Display&DB=pubmed>.
- Lane,D. (1992). Music Therapy. *A gift beyond measure and other health preffessionans*. Boston: Little Brown.
- Lazarus,Richard S. (1976). *Patterns of Adjustment and Human Effectiveness*. Tokyo Japan: Mc Graw-Hill.
- Lazarus, R.S. & Folkman,S. (1984). *Stress Appraisal and Coping*. New York: Spring Publishing Company.
- Luckmann,John.; & Sorensen,Karen C. (1980). *Medical Surgical Nursing*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Maslach,C. (1995). *Burnout : the Cost of Caring*. 2nd ed. New Jersey: Prentice-hall.
- Miller,Benjamin F.; & Keane,B. (1972). *Encyclopedia and Dictionary of Medicine and Nursing*. Philadelphia; W.b> Saunders.
- Miller,K.M. (1987). Deep Breathing Relaxation : A Pain Management Technique. *AORN Journal*. 45(2): 486-487.

- Moritz,S.; et al. (2006,November-December). A home study-based spirituality education program decreases emotional distress and increases quality of life—a randomized, controlled trial. *Alternative therapies in health and medicine*. 12(6): 26-35.
Retrieved March 26, 2007, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=Display&DB=pubmed>.
- Moss,Vicki A. (1988,July). Music and the Surgical Patient. *AORN Journal*. 48: 64-68.
- Ovayolu,N.; et al. (2006,December 14). Listening to Turkish classical music decreases patients' anxiety, pain, dissatisfaction and the dose of sedative and analgesic drugs during colonoscopy : a prospective randomize controlled trial. *World Journal of Gastroenterology : WJG*. 12(46): 7532-7536. Retrieved March 11, 2007, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?Db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=Abs...>
- Parriot,S. (1969,August). Music as therapy. *American Journal of Nursing*. 69: 1723-1726.
- Pellitteri,A. (1992). *Maternal and Child Health Nursing*. New York : J.B.Lippincott.
- Pender,N.J. (1996). *Health promotion in nursing practice 2nd ed*. California : Appleton & Lange. 257-259.
- Ray,Colette. (1982). The surgical patient : Psychological Stress and Coping Response. In *Social Psychology and Behavioral Medicine*. J.Richard Eiser. New York: John Wiley & Son.
- Sackett,J.; & Fitzgerald,J. (1980,October). Music in Hospital. *Nursing Times*. LXX VI,16: 1845-1848.
- Savery,Lowson K. (1989,May). "Stress and the Employee". *Leadership and Organization Development Journal*. 7(2): 17-20.
- Selye,Hans. (1956). *The Stress of life*. London : Longmens Green.
- Selye,Hans. (1965). The Stress Syndrome. *American Journal of Nursing*. 65: 97-99.
- Seyfarth,John T. (1991). *Personal Managrment for Effective Schools Boston*. Allyn and Bacon.
- Smith,S. (1986). *Communication in Nursing*. Toronto: McGraw-Hill Ryerson Limited.
- Stansfeld,S.; & Candy,B. (2006,December). Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of work, Environmental & Health*. 32(6): 443-462. Retrieved March 23, 2007, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=Display&DB=pubmed>
- Sundeen,SJ.; et al. (1985). *Nurse-client Interaction : Implementing the Nursing Process*. St.Louis: The C.V.Mosby Com.

- Twiss,E.; Seaver,J.; & McCaffrey,R. (2006,September-October). The effect of music listening on older adults undergping cardiovascular surgery. *Nursing of Critical care*. 11(5): 224-231. Retrieved March 16, 2007, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=Display&DB=pubmed>
- Wallace,RK.; & Benson,H. (1972). *The phychology of meditation*. 226: 84-90.
- Williams,AL.; et al. (2007,October). A Randomized controlled trial of meditation and massage effects on quality of life in people with late-state disease : a pilot study. *Journal of Palliative medicine*. 8(5): 939-952. Retrieved March 26, 2007, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=Display&DB=pubmed>
- Yamane, Taro. (1973). *Statistic and introduction Analysis*. 2nd ed. New York: Haeper and Row.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้เชี่ยวชาญ
หนังสือขอความอนุเคราะห์
หนังสือแจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัย

รายนามผู้เชี่ยวชาญ

- | | |
|--|--|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์เฉลิมพล งามสุทธิ | คณะศิลปกรรมศาสตร์
สาขาดุริยางคศาสตร์ศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วิมลวัตรเวที | คณะพลศึกษา สาขาสุขศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 3. อาจารย์สุปราณี คุณกิตติ | คณะพลศึกษา สาขาสุขศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 4. พันโทนายแพทย์อิสรา รักษ์กุล | จิตแพทย์
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
หัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช 8/8
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า |
| 5. พันตรีหญิงสุรัสวดี ร้อยพุทธ | อาจารย์พยาบาลแผนกจิตเวช
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก |
| 6. ร้อยเอกหญิงสรินทร เชี่ยวโสธร | |



ที่ ศธ 0519.12/4 ๖๘๔

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

3 กรกฎาคม 2550

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

เนื่องด้วย ร้อยเอกหญิงฉษชา หงษ์เวียงจันทร์ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมผ่อนคลายความเครียด สำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า” โดยมีรองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมากร ประธานควบคุมปริญญานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ในการนี้บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ พันโทนายแพทย์อิตรา รักษ์กุล เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบประเมินความเครียด, ซิตีคนตรีบรรเลงและซิติการฝึกสมาธิ และพันตรีหญิงสุรัสวดี ร้อยพุทธ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแผนการสอนการจัดการความเครียด, แบบประเมินความเครียด, ซิตีคนตรีบรรเลงและซิติการฝึกสมาธิ

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญ ร้อยเอกหญิงฉษชา หงษ์เวียงจันทร์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญศิริ จิระเชษฐกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-6495063, 02-6641000 ต่อ 5731, 5646

หมายเหตุ: สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อนิติศาสตร์ โทรศัพท์ 086-311-0135



ที่ ศธ 0519.12/ 4688

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

3 กรกฎาคม 2550

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

เนื่องด้วย ร้อยเอกหญิงฉันทา หงษ์เวียงจันทร์ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพ
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมผ่อนคลาย
ความเครียด สำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า” โดยมีรองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌิมานุกร
ประธานควบคุมปริญญานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์
ในการนี้บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ร้อยเอกหญิงฉันทา หงษ์เวียงจันทร์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแผนการสอนการ
จัดการความเครียด,แบบประเมินความเครียดและชี้ติการฝึกสมาธิ

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญ
ร้อยเอกหญิงฉันทา หงษ์เวียงจันทร์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพณุตีร์ จีระเชชากุล)

กณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานกณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-6495063 , 02-6641000 ต่อ 5731 , 5646

หมายเหตุ: สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อนิสิต โทรศัพท์ 086-311-0135



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โทร. 5646 , 5731

ที่ ศร 0519.12/468๕ วันที่ 3 กรกฎาคม 2550

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เชิญผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณะบดีคณะศิลปกรรมศาสตร์

เนื่องด้วย ร้อยเอกหญิงฉันทา หงษ์เวียงจันทร์ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมผ่อนคลายความเครียด สำหรับผู้ป่วยอาชญากรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า” โดยมีรองศาสตราจารย์ณภาพร มัชฌมางกูร ประธานควบคุมปริญญานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ในการนี้บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์เฉลิมพล งามสุทธิ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบชี้คณคร์ิบรลง

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชิญหาให้ ร้อยเอกหญิงฉันทา หงษ์เวียงจันทร์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญศิริ จีระเชรากุล)

คณะบดีบัณฑิตวิทยาลัย



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โทร. 5646 , 5731

ที่ ศธ 0519.12/4685

วันที่ 3 กรกฎาคม 2550

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เชิญผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณะบดีคณะพลศึกษา

เนื่องด้วย ร้อยเอกหญิงฉันทา หงษ์เวียงจันทร์ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาศึกษามหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมผ่อนคลายความเครียด สำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า” โดยมี รองศาสตราจารย์ธนภาพร มัชฌมาบุตร ประธานควบคุมปริญญานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ในการนี้บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ธาดา วิมลวัชรเวที เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแผนการสอบการจัดการความเครียด,แบบประเมินความเครียด,ซีดีดนตรีบรรเลงและซีดีการฝึกสมาธิและอาจารย์สุปราณี คุณกิตติ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแผนการสอบการจัดการความเครียด,แบบประเมินความเครียดและซีดีการฝึกสมาธิ

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชิญหาให้ ร้อยเอกหญิงฉันทา หงษ์เวียงจันทร์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญศิริ จิระเชชากุล)

คณะบดีบัณฑิตวิทยาลัย



ที่ ศธ 0519.12/4690

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

กันยายน 2550

เรื่อง ขอลความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

เนื่องด้วย ร้อยเอกหญิงฉันทา หงษ์เวียงจันทร์ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมผ่อนคลายความเครียด สำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า” โดยมีรองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌิมานุกร ประธานควบคุมวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลการวิจัย โดยขอให้ผู้ป่วยอายุรกรรมประเภท 3 ทำแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล , แบบประเมินความเครียด , แผนการจัดการเรียนรู้เรื่อง การจัดการความเครียด และใช้ชีตี้คนตรีบรรเลง และชีตี้ฝึกสมาธิ ขอเก็บข้อมูลจำนวน 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ขอเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยอายุรกรรมประเภท 3 จำนวน 30 คน และครั้งที่ 2 ขอเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยอายุรกรรมประเภท 3 จำนวน 60 คน ใน โดยขอเก็บข้อมูลที่หอผู้ป่วย อุบัติเหตุ 4 ระหว่างเดือนมกราคม 2551- เดือนมิถุนายน 2551

จึงเรียนมาเพื่อขอลความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ ร้อยเอกหญิงฉันทา หงษ์เวียงจันทร์ ได้เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญศิริ จีระเชษฐกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-6495063 , 02-6641000 ต่อ 5731, 5646

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกรุณาติดต่อ นิสิต มือถือ 086-311-0135



ที่ ศธ 0519.12/4689

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

3 กรกฎาคม 2550

เรื่อง ขออนุญาตเคราะห้เพื่อการวิจัย

เรียน อธิบดีกรมสุขภาพจิต

เนื่องด้วย ร้อยเอกหญิงฉษชา หงษ์เวียงจันทร์ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมผ่อนคลายความเครียด สำหรับผู้ป่วยอาชญากรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า” โดยมีรองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมาศกูร ประธานควบคุมปริญญานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลการวิจัย โดยขออนุญาตใช้แบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง 20 ข้อ ของกรมสุขภาพจิตและขอสนับสนุนหนังสือ คู่มือคลายเครียดด้วยตนเอง 120 เล่ม มาใช้ในการทำปริญญานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อขออนุญาตเคราะห้ ได้โปรดพิจารณาให้ ร้อยเอกหญิงฉษชา หงษ์เวียงจันทร์ ได้เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญศิริ จิระเชชากุล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัยปฏิบัติราชการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-6495063 , 02-6641000 ต่อ 5731 , 5646

หมายเหตุ: สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกรุณาติดต่อ นิสิต มือถือ 086-311-0135

สำเนา คู่มือฉบับ

115

ที่ ศธ ๐๘๐๖ / ๔๔๖๓

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๕ กรกฎาคม ๒๕๕๐

เรื่อง อนุญาตให้ใช้แบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง

เรียน คณะคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

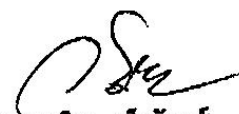
อ้างถึง หนังสือบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่ศธ.๐๕๐๘.๑๒ / ๔๖๘๕
ลงวันที่ ๓ กรกฎาคม ๒๕๕๐

ตามหนังสือที่อ้างถึง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้ขออนุญาตใช้แบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง เพื่อประกอบกรทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา ชื่อ ร้อยเอกหญิงณัฏฐา หงษ์เวียงจันทร์ จ้างทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ ประสิทธิภาพของโปรแกรมคัดลอกความเครียด สำหรับผู้ป่วยอาชุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า” ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

กรมสุขภาพจิต พิจารณาแล้ว อนุญาตให้ใช้แบบประเมินความเครียดด้วยตนเองในการศึกษาดังกล่าวได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

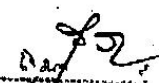
ขอแสดงความนับถือ


(นายวชิระ เพ็งจันทร์)
รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน
อธิบดีกรมสุขภาพจิต

สำนักพัฒนาสุขภาพจิต

โทรศัพท์ ๐๒ ๕๕๐ ๘๒๒๕

โทรสาร ๐๒ ๕๕๑ ๑๓๘๔, ๘๖


อธิบดี
กรมสุขภาพจิต



คณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมแพทยทหารบก

ชั้น 5 อาคารพระมงกุฎเกล้าเวชวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

317 ถนน ราชวิถี เขต ราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ (662)354-7600-28 ต่อ 94270 โทรสาร (662)354-9011

ที่ 060 /2551

วันที่ 22 มกราคม 2551

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัย

เรียน ร้อยเอกหญิง ณัฏฐา หงส์เวียงจันทร์ นักศึกษาปริญญาโท สาขาสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สิ่งที่ส่งมาด้วย - แบบรายงานสรุปผลการวิจัย

ตามที่ ท่านได้ส่งโครงการวิจัย เรื่อง "ประสิทธิผลของคปรแกรมผ่อนคลายความเครียดสำหรับผู้ป่วย
กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า" [EFFECTIVENESS OF RELAXATION STRESS PROGRAM FOR
PATIENTS IN INTERNAL MEDICINE, PRAMONGKUTKLAO HOSPITAL.] เพื่อพิจารณาระเบียบวิธีวิจัย และ
จริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยทหารบก เพื่อประกอบการพิจารณาสนับสนุนการเก็บ
ข้อมูล นั้น คณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยทหารบก อนุมัติเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2550 เมื่อท่านได้
ทำวิทยานิพนธ์เสร็จสิ้นลง กรุณาส่งวิทยานิพนธ์ของท่านและแบบรายงานสรุปผลการวิจัย มายังคณะกรรมการฯ 1
ชุด

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

พันเอกหญิง

(เยาวนา ธนพัฒน์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยทหารบก

ภาคผนวก ข

หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
แบบสอบถามการวิจัย

**หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent)
รับรองโดยคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พบ.**

ชื่อโครงการวิจัย ประสิทธิภาพของโปรแกรมผ่อนคลายความเครียดสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

วันที่ลงนาม.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยปราศจากการบังคับหรือขู่ขู่

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกนี้จะไม่มีผลต่อ

การรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับในปัจจุบันและในอนาคต

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะในรูปของสรุปผลการวิจัยโดยไม่มีการระบุชื่อนามสกุลของข้าพเจ้า การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จะกระทำด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากการวิจัย ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาล และได้รับค่าชดเชย ตามที่ระบุในเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้าจะได้รับเอกสารชี้แจงและหนังสือยินยอมที่มีข้อความเดียวกันกับที่นักวิจัยเก็บไว้ เป็นส่วนตัว ข้าพเจ้าเอง 1 ชุด

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อความข้างต้นแล้ว มีความเข้าใจดีทุกประการ และลงนามในใบยินยอมด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ ร.อ.หญิง.....ผู้ดำเนินโครงการวิจัย
(นัชชา หงษ์เวียงจันทร์ ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....ชื่อ -นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)



เอกสารนี้ได้รับการอนุมัติจาก

คณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย

เมื่อ 2 ธ.ค. 2556

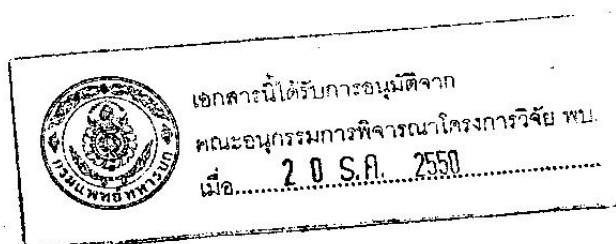
ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย อายุต่ำกว่า 18 ปี / ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง และไม่
สามารถลงลายมือชื่อด้วยตนเอง

ข้าพเจ้า.....ในฐานะเป็น.....
(ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ปกครอง / บิดา-มารดา / สามี - ภรรยา)
ของ.....อนุญาตให้.....เข้าร่วมใน
โครงการวิจัยในครั้งนี้

ลงชื่อ.....ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ปกครอง / บิดา-มารดา/สามี-ภรรยา)
(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....ชื่อ -นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....ชื่อ -นามสกุล ตัวบรรจง)



แบบสอบถามการวิจัย

- เรื่อง** ประสิทธิภาพของโปรแกรมผ่อนคลายความเครียดสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
- คำชี้แจง** แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วย 2 ตอน ได้แก่
ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (7 ข้อ)
ตอนที่ 2 แบบประเมินความเครียด (20 ข้อ)

ในแบบสอบถามแต่ละตอนมีข้อความให้ท่านอ่าน เพื่อพิจารณาตามความเป็นจริง ตามความรู้สึก และความคิดเห็นว่าตรงกับข้อความแต่ละข้อความ มาก-น้อยเพียงใด ดังนั้นคำตอบจึงไม่มีถูกหรือผิด ขอให้ท่านตอบให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด เพื่อให้ผู้วิจัยสามารถนำข้อมูลที่ได้นำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ทางวิชาการ โดยข้อมูลจากคำตอบของท่านจะเป็นความลับและไม่มีผลกระทบใดๆต่อการให้การรักษาพยาบาลหรือการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ หรือเกิดผลเสียต่อตัวท่านแต่ประการใด

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อความอย่างรอบคอบ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริง และความรู้สึกของท่านมากที่สุด และในแต่ละข้อให้ท่านเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียว ขอความกรุณาท่านได้ตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ

ขอขอบคุณเป็นอย่างยิ่งในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

ร้อยเอกหญิง

(ณิชชา หงษ์เวียงจันทร์)

นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเติมคำ หรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่ตรงตามความเป็นจริงของท่าน

1. อายุ ปี (ระบุอายุปีเต็ม)
2. เพศ
() ชาย () หญิง
3. สถานภาพสมรส
() โสด () คู่
() หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา
() ต่ำกว่าประถมศึกษา () ประถมศึกษา
() มัธยมศึกษาตอนต้น () มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช
() ปริญญาตรี / ปวส () ปริญญาโท/เอก
5. อาชีพ
() รับราชการ () ค้าขาย
() เกษตรกรรม () รับจ้าง
() ไม่ได้ประกอบอาชีพ () อื่นๆ ระบุ
6. รายได้โดยรวมของผู้ป่วยและบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือต่อเดือน
() ต่ำกว่า 5,000 บาท () 5,000 – 10,000 บาท
() 10,001 – 15,000 บาท () มากกว่า 15,000 บาท
7. ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่เป็นอยู่ปัจจุบัน
() น้อยกว่า 1 ปี (ระบุ)..... () ระหว่าง 1-3 ปี
() ระหว่าง 3-5 ปี () 5 ปี ขึ้นไป (ระบุ).....

ตอนที่ 2 แบบประเมินความเครียด

คำชี้แจง ในระยะ 2 เดือนที่ผ่านมาท่านมีอาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึกต่อไปนี้มาน้อยเพียงใด โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องแสดงระดับอาการที่เกิดขึ้นกับตัวท่าน ตามความเป็นจริงมากที่สุด

อาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึก	ระดับอาการ			
	ไม่เคยเลย	เป็นครั้งคราว	เป็นบ่อย ๆ	เป็นประจำ
1. นอนไม่หลับเพราะคิดมาก หรือกังวลใจ				
2. รู้สึกหงุดหงิดหรือรำคาญใจ				
3. ทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียด				
4. มีความวุ่นวายใจ				
5. ไม่อยากพบปะผู้คน				
6. ปวดศีรษะข้างเดียว หรือปวดบริเวณขมับทั้งสองข้าง				
7. รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง				
8. รู้สึกหมดหวังในชีวิต				
9. รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า				
10. กระวนกระวายอยู่ตลอดเวลา				
11. รู้สึกว่าตนเองไม่มีสมาธิ				
12. รู้สึกเปลืองเงินไม่มีแรงจะทำอะไร				
13. รู้สึกเหนื่อยหน่ายไม่อยากทำอะไร				
14. มีอาการหัวใจเต้นแรง				
15. มีอาการเสียงสั่น ปากสั่น หรือมือสั่นเวลาไม่พอใจ				
16. รู้สึกกลัวผิดพลาดในการทำสิ่งต่างๆ				
17. ปวดหรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย หลัง หรือไหล่				
18. ตื่นเต้นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย				
19. มึนงง หรือเวียนศีรษะ				
20. ความสุขทางเพศลดลง				

★ โปรดตรวจสอบให้แน่ใจว่าท่านได้ตอบครบทุกข้อแล้ว ★

ขอขอบคุณที่ท่านให้ความร่วมมืออย่างดียิ่ง

ภาคผนวก ค

ข้อมูลการศึกษาเบื้องต้น
การจำแนกประเภทผู้ป่วยอายุรกรรม 5 ประเภท

ข้อมูลการศึกษาเบื้องต้น

การศึกษาเบื้องต้นครั้งนี้ทำในผู้ป่วยอายุรกรรมที่แพทย์รับไว้เพื่อให้การรักษา แผนกอุบัติเหตุชั้น 4 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 30 คน เมื่อ พฤศจิกายน 2549 ดังตาราง 4

ตาราง 4 การศึกษาเบื้องต้น

ประเภทผู้ป่วย	คน (ร้อยละ)
ผู้ป่วยประเภท 1	6 (20.00)
ผู้ป่วยประเภท 2	9 (30.00)
ผู้ป่วยประเภท 3	15 (50.00)
ระดับความเครียด	
ปกติ	2 (6.67)
สูงกว่าปกติ	28 (93.33)
สูงกว่าปกติเล็กน้อย	15 (50.00)
สูงกว่าปกติปานกลาง	5 (16.67)
สูงกว่าปกติมาก	8 (26.66)

จากตาราง 4 แสดงว่า

การศึกษาเบื้องต้น ในผู้ป่วยอายุรกรรมที่แพทย์รับไว้เพื่อให้การรักษาในโรงพยาบาล แผนกอุบัติเหตุชั้น 4 จำนวน 30 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยประเภท 1 จำนวน 6 คนคิดเป็นร้อยละ 20 ผู้ป่วยประเภท 2 จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 30 และผู้ป่วยประเภท 3 จำนวน 15 คนคิดเป็นร้อยละ 50 พบว่าผู้ป่วยมีระดับความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 ระดับความเครียดสูงกว่าปกติจำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 93.33 แบ่งเป็นระดับความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อยจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 ระดับความเครียดสูงกว่าปกติปานกลางจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 และระดับความเครียดสูงกว่าปกติมากจำนวน 8 คนคิดเป็นร้อยละ 26.66

การจำแนกประเภทผู้ป่วยอายุกรรม 5 ประเภท (ผู้ป่วยในแผนกพยาบาลอายุกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า)

ประเภทที่ 1 (Self care)	ประเภทที่ 2 (Minimal care)	ประเภทที่ 3 (Intermediate care)	ประเภทที่ 4 (Modify intensive care)	ประเภทที่ 5 (Intensive care)
1.ช่วยเหลือตนเองได้ สามารถปฏิบัติกิจกรรม ได้ตามปกติ ไม่ต้อง เปลี่ยนแปลงการกั กิจวัตรประจำวัน - รับประทานอาหารได้ เอง ไม่จำกัดชนิดของ อาหาร 2.รู้สึกตัวดี ให้ความ ร่วมมือในการรักษา 3.ต้องการการทำการ อย่างง่าย - รอยผลการตรวจเพื่อการ จำหน่าย หรือ Post Cath 48 ชม.	1.ต้องการความช่วยเหลือในการทำการกิจวัตร ประจำวันเพียงเล็กน้อย เช่น พยุงเก้าอี้ห้องน้ำ เตรียมของใช้ให้ เตรียมอาหารและน้ำโดยให้ ผู้ป่วยรับประทานเอง 2.ระยะพักฟื้น จำเป็นต้องควบคุมกิจกรรม บางอย่าง ต้องการการรักษาเพียงเล็กน้อย เช่น ทำกายภาพบำบัด, Post CAG, PTCA 24 ชม. -ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพไม่รุนแรง สัญญาณชีพไม่ คงที่ ไม่ต้องดูแลตลอดเวลา เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับ การฉายรังสีรักษาไม่มีการแทรกซ้อน, Stroke ที่ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน 3.ผู้ป่วยที่ต้องสังเกตอาการเป็นระยะไม่เกิน 24 ชม. -ต้องการการเตรียมตรวจ,ผ่าตัด, ทำกิจกรรมการ รักษา เช่น รอให้ยาออกฤทธิ์, ตรวจตา ที่ต้องการ สังเกตอาการหลังทำเป็นระยะเวลานานๆ -ตรวจวินิจฉัย เช่น US, X-ray, Plain abdomen, CT เป็นต้น	1.ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย จำกัดกิจกรรม บนเตียง(Bed rest) เช่น ผู้ป่วยที่มีการ ปวด ภาวะกระดูกอ่อน ต้องการการ ช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน เช่น Partial bed bath, ป้อนอาหาร, ได้รับ อาหารเฉพาะโรค 2.ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของโรครุนแรง แต่ไม่ปรากฏอาการรุนแรงชัดเจนหรือ เป็นการป่วยชนิดปานกลางต้องควบคุม กิจกรรม เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการฉาย รังสี, Post MI ไม่มีการแทรกซ้อน -ผู้ป่วยเรื้อรัง On O ₂ nasal canular, วัด V/S ทุก 6 ชม., ได้รับยาขยายหลอดลม ตามเวลา 3.ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลอย่างพิเศษ อย่างต่อเนื่อง1-2 ชม.เช่น ผู้ป่วยหลังทำ หัตถการ เช่น ผู้ป่วยเจาะไขกระดูก การ ส่องกล้อง,TACE,Endoscopy,LP เป็นต้น	1.ผู้ป่วยจำกัดกิจกรรมบนเตียงอย่างสมบูรณ์ (Absolute bed rest) ต้องการความช่วยเหลือในกิจวัตร ประจำวันทุกอย่าง 2.ผู้ป่วยที่มีอาการป่วยเฉียบพลันต้องสังเกตอาการ บ่อย เช่น หอบเหนื่อย, หัวใจ, HF, Hypoglycemia อาจ เป็นหรือไม่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายก็ได้ต้องเช็ค V/S ทุก 1-4 ชม. มีแนวโน้มที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลง สัญญาณชีพ -ผู้ป่วยที่มีการแสดงความคิดผิดปกติรุนแรงบ่อยครั้ง ต้องสังเกตอาการใกล้ชิดและต่อเนื่อง เช่น ผู้ป่วยที่มี อาการชัก ที่มี Neuro signs เปลี่ยนแปลง 3.ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง ภายหลังได้รับการผ่าตัดทางทรวงอก, เกิดภาวะแทรกซ้อน ที่อันตรายได้ เช่น Liver Bx, Kidney Bx, Pleural tapping, Tracheostomy, ใส่ Central line, ICD, Percutaneous tapping, ได้รับ RT, Chemo ที่มี ภาวะแทรกซ้อน, ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่รับชิ้นเนื้อหรือมี ภาวะแทรกซ้อนหรือภายหลังได้รับ Stem cell จากการ ทำ BMT, ก่อนและหลังการใส่ Pace maker	1.ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ต้องการพยาบาล ทั้งหมด 2.อยู่ในภาวะวิกฤตของชีวิต มีการเปลี่ยนแปลงสัญญาณ ชีพเร็ว -มีภาวะของ Acute MI ระยะเฉียบพลันใน 24 ชม.แรก -ผู้ป่วยที่มีอาการหอบเหนื่อย มีภาวะของ CHF, มีอาการ ของ Shock 3.ต้องการการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ทั้งสัญญาณชีพ ,EKG Monitoring ต้องการการบันทึกทุก 1-2ชม. หรือน้อยกว่านั้น -ผู้ป่วยที่ On Invasive Hemodynamic Monitoring เช่น IABP,A-Line,Swan Ganz etc. -ภายหลังทำการหัตถการสำคัญเสี่ยงต่อชีวิต เช่น PCI,Post CABG 24ชม.แรก -ผู้ป่วยที่มีฤทธิ์ทางเคมีรุนแรง ชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด หรือให้ทางน้ำเกลือ และต้องได้รับการสังเกตอาการและ ให้ยา และหลังให้ยาอย่างใกล้ชิด เช่น Dopamine,Dobutrex,SK,Xylocaine etc. -ผู้ป่วยที่ทำ ICD,Hemodialysis ที่มีภาวะแทรกซ้อน รุนแรง เช่น Hemodynamic unstable หรือ ผู้ป่วยระยะ วิกฤตที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจนต้อง อวัยวะสำคัญ ได้แก่ สมอง,หัวใจ,ไต,ปอด,ตับ ต้องการ ดูแลในระยะ 24ชม. ทุก 15-30 นาที

หมายเหตุ : เกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยตามความต้องกรการพยาบาล (Wastler, 1974) ประเภทที่ 1 ต้องการการดูแล 1.5 ชม./รายวัน ประเภทที่ 2 ต้องการการดูแล 3.5 ชม./รายวัน ประเภทที่ 3 ต้องการการดูแล 5.5 ชม./รายวัน

ประเภทที่ 4 ต้องการการดูแล 7.5 ชม./รายวัน ประเภทที่ 5 ต้องการการดูแล 12 ชม./รายวัน

แผนกพยาบาลอายุกรรม

ภาคผนวก ง

โปรแกรมผ่อนคลายความเครียด
แผนการให้สุขศึกษา

โปรแกรมผ่อนคลายความเครียด

กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยอายุรกรรมประเภท 3 ที่แพทย์รับไว้เพื่อให้การรักษาในแผนกอุบัติเหตุชั้น 4 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
ประเภท	กลุ่มย่อย
สถานที่	หอผู้ป่วยอุบัติเหตุชั้น 4 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
เวลา	30 นาที
ผู้สอน	ร้อยเอกหญิง ณัฏฐา หงษ์เวียงจันทร์
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเครียดที่ถูกต้องเหมาะสม 2. เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนเกี่ยวกับการฝึกสมาธิและฟังดนตรีได้อย่างถูกต้อง 3. เพื่อให้ผู้ป่วยลดความเครียดลงได้โดยการฝึกสมาธิและการฟังดนตรี
แนวคิดหลัก	ผู้ป่วยอายุรกรรมมีความเครียด การได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการ ความเครียด การพูดคุย ชักถาม การฝึกสมาธิ และการฟังดนตรี จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย มีการจัดการความเครียดที่ถูกต้องเหมาะสม และลดความเครียดลงได้
กิจกรรม/เนื้อหา	โปรแกรมผ่อนคลายความเครียด 1. การสร้างสัมพันธภาพ 2. การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความเครียด 3. กิจกรรมผ่อนคลาย 3.1 การฝึกสมาธิ 3.2 การฟังดนตรี
การประเมินผล	1. ประเมินจากความสนใจของผู้ป่วยระหว่างการจัดกิจกรรม 2. สังเกตจากการซักถาม ตอบคำถาม และการปฏิบัติของผู้ป่วย 3. คะแนนความเครียด จากแบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต
สื่อการสอน	1. ภาพพลิก 2. เอกสารประกอบการสอน 3. เครื่องเล่นซีดี แผ่นซีดีดนตรีบรรเลง แผ่นซีดีการฝึกสมาธิ

แผนการให้สุขศึกษา
เรื่อง การจัดการความเครียด
เวลา 30 นาที

1. วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยอายุรกรรมอธิบายความรู้เรื่องการจัดการความเครียดที่ถูกต้องเหมาะสม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยอายุรกรรมสามารถปฏิบัติตนในการจัดการความเครียดได้ถูกต้องเหมาะสม

2. สาระสำคัญ

การให้สุขศึกษาเป็นวิธีการหนึ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยอายุรกรรมเรียนรู้ถึงสาเหตุของความเครียดและสามารถปฏิบัติตนตามแนวทางจัดการความเครียดของตนเองได้อย่างที่ถูกต้องเหมาะสม

3. ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้ให้สุขศึกษาสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย
2. ผู้ให้สุขศึกษาแจ้งวัตถุประสงค์ของกิจกรรม
3. ผู้ให้สุขศึกษานำเข้าสู่เนื้อหาและบรรยายเรื่องการจัดการความเครียดตามคู่มือคลายเครียดด้วยตัวเอง ของกรมสุขภาพจิต
4. ให้ผู้ป่วยฟังดนตรีบรรเลง
5. ให้ผู้ป่วยฝึกการทำสมาธิ
6. ผู้ให้สุขศึกษาสรุปสาระสำคัญ

4. สื่อ/อุปกรณ์

1. คู่มือคลายเครียดด้วยตัวเอง ของกรมสุขภาพจิต
2. เครื่องเล่นซีดี
3. ซีดีดนตรีบรรเลง
4. ซีดีการฝึกสมาธิ
5. ภาพพลิก

5. การประเมินผล

1. จากการสอบถามโดยใช้แบบสอบถาม
2. สังเกตการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และความสนใจของผู้ป่วย

ภาคผนวก จ

ภาพพลิก

เอกสาร เรื่อง การจัดการความเครียด

การจัดการความเครียด



โดย... ร้อยเอกหญิง ณัฏฐา หงษ์เวียงจันทร์

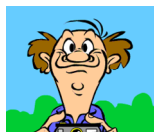
ความเครียดคืออะไร



ร่างกาย + จิตใจที่เกิด
การตื่นตัวเตรียมรับ
เหตุการณ์ใดเหตุการณ์
หนึ่ง ซึ่งไม่น่าพอใจ รู้สึก
หนักใจ เป็นทุกข์ และ
เกิดอาการผิดปกติทาง
ร่างกาย + พฤติกรรม

ความเครียดเกิดจากอะไร

- สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่น ปัญหาการเงิน ปัญหาครอบครัว ฯลฯ
- การคิดและการประเมินสถานการณ์ของบุคคล เช่น คนที่มองโลกในแง่ดีจะมี ความเครียดน้อยกว่า คนที่มองโลกในแง่ร้าย



ผลของความเครียด

1. ผลต่อร่างกาย : ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ ท้องอืดเฟ้อ อาหารไม่ย่อย
2. ผลต่อจิตใจ : คิดมาก วิตกกังวล หงุดหงิด ซึมเศร้า ลึนหัว
3. ผลต่อพฤติกรรม : เจ็บข้อมือ เก็บตัว ใช้อาหารนอนหลับ ใช้สารเสพติด



การผ่อนคลายความเครียดแบบทั่วไป

- นอนหลับพักผ่อน
- ออกกำลังกาย
- ฟังเพลง
- เล่นกีฬา
- ปลูกต้นไม้ , เลี้ยงสัตว์
- ท่องเที่ยวเปลี่ยนบรรยากาศ



เทคนิคการคลายเครียดของกรมสุขภาพจิต

- การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
- การฝึกการหายใจ
- การทำสมาธิ
- การจินตนาการ
- การคลายเครียดจากใจสู่กาย
- การนวดคลายเครียด



การฝึกสมาธิ

การเอาใจไปจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง
เพียงอย่างเดียว ซึ่งในที่นี้จะใช้การ
กำหนดลมหายใจเป็นหลัก



ประโยชน์ของสมาธิ

1. ต่อตนเอง : สุขภาพกายดีขึ้น
จิตใจสงบ ลดความกระวนกระวาย
ลดความเครียด
2. ต่อครอบครัว : สมาชิกมีจิตใจเยือกเย็น
,หนักแน่น ไม่ถือเอาอารมณ์เป็นใหญ่
ครอบครัวมีความสุข



ประโยชน์ของสมาธิ (ต่อ)

3. ต่อประเทศชาติ : ลดปัญหาทางสังคม
เช่น ยาเสพติด,อาชญากรรม
4. ต่อพุทธศาสนา : เกิดความศรัทธา
เลื่อมใสในพุทธศาสนามากขึ้น ทำให้
มุ่งส่งเสริม ทำนุบำรุงพุทธศาสนาให้
เจริญต่อไป



การฟังดนตรี

- 1.เปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา : ระบบหัวใจและ
หลอดเลือด, ระบบหายใจ,ระบบกล้ามเนื้อ,
ระบบประสาท,ระบบการเผาผลาญใน
ร่างกาย
- 2.เปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ : ก่อให้เกิดสมาธิ
ความสงบของอารมณ์,
ผ่อนคลายความเครียด



คู่มือคลายเครียดด้วยตัวเอง 😊

ความเครียดคืออะไร

ความเครียด เป็นเรื่องของร่างกายและจิตใจ ที่เกิดการตื่นตัว เตรียมรับมือกับเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งซึ่งเราคิดว่าไม่น่าพอใจ เป็นเรื่องที่หนักหนาสาหัสเกินกำลังทรัพยากรที่เรามีอยู่ หรือเกินความสามารถของเราที่จะแก้ไขได้ ทำให้รู้สึกหนักใจ เป็นทุกข์ และพลอยทำให้เกิดอาการผิดปกติทางร่างกายและพฤติกรรมตามไปด้วย ความเครียดนั้นเป็นเรื่องที่มีกันทุกคน จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสภาพปัญหา การคิด และการประเมินสถานการณ์ของแต่ละคน ถ้าเราคิดว่าปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ร้ายแรง เราก็จะรู้สึกเครียดน้อยหรือแม้เราจะรู้สึกว่าปัญหานั้นร้ายแรง แต่เราพอจะรับมือไหว เราก็จะไม่เครียดมาก แต่ถ้าเรามองว่าปัญหานั้นใหญ่ แก้ไม่ไหว และไม่มีใครช่วยเราได้ เราก็จะเครียดมาก ความเครียดในระดับพอดี จะช่วยกระตุ้นให้เรา มีพลัง มีความกระตือรือร้นในการต่อสู้ชีวิต ช่วยผลักดันให้เราเอาชนะปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ได้ดีขึ้น แต่เมื่อใดที่ความเครียดมากเกินไป จนเรควบคุมไม่ได้ เมื่อนั้นที่เราจะต้องมาผ่อนคลายความเครียดกัน

ความเครียดเกิดจากอะไร

ความเครียดเกิดจากสาเหตุสำคัญ ๒ ประการคือ

๑. สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่น ปัญหาการเงิน ปัญหาการงาน ปัญหาครอบครัว ปัญหาการเรียน ปัญหาสุขภาพ ปัญหามลพิษ ปัญหาการติด ปัญหาหนี้ท่วม ปัญหาฝนแล้ง ปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคล ฯลฯ ปัญหาเหล่านี้จะเป็นตัวกระตุ้นให้คนเรากเกิดความเครียดขึ้นมาได้

๒. การคิดและการประเมินสถานการณ์ของบุคคล เราจะสังเกตได้ว่า คนที่มองโลกในแง่ดี มีอารมณ์ขัน ใจเย็น จะมีความเครียดน้อยกว่าคนที่มองโลกในแง่ร้าย เอาจริงเอาจังกับชีวิต และใจร้อน นอกจากนี้คนที่รู้สึกว่าตัวเองมีคนคอยให้การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา เช่น มีคู่สมรส มีพ่อแม่ ญาติพี่น้อง มีเพื่อนสนิทที่รักใคร่ และไว้วางใจกันได้ ก็มีความเครียดน้อยกว่าคนที่อยู่โดดเดี่ยวตามลำพัง ความเครียดมักไม่ได้เกิดจากสาเหตุเพียงใดสาเหตุเดียว แต่มักจะเกิดจากทั้งสองสาเหตุประกอบกัน คือมีปัญหาเป็นตัวกระตุ้น และมีการคิด การประเมินสถานการณ์ เป็นตัวบ่งบอกว่าจะเครียดมากน้อยแค่ไหนนั่นเอง

การจัดการกับความเครียด

แนวทางในการจัดการกับความเครียด มีดังนี้

๑. หมั่นสังเกตความผิดปกติทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมที่เกิดจากความเครียด ทั้งนี้อาจใช้แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองก็ได้
๒. เมื่อรู้ว่าเครียดจากปัญหาใด ให้พยายามแก้ปัญหานั้นให้ได้โดยเร็ว
๓. เรียนรู้การปรับเปลี่ยนความคิดจากแง่ลบให้เป็นแง่บวก
๔. ผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีที่คุ้นเคย
๕. ใช้เทคนิคเฉพาะในการคลายเครียด

การสำรวจความเครียดของตนเอง

ความเครียดจะส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางร่างกาย จิตใจและพฤติกรรมดังนี้

- ความผิดปกติทางร่างกาย ได้แก่ ปวดศีรษะ ไมเกรน ท้องเสียหรือท้องผูก นอนไม่หลับหรือ

ง่วง

เหงาหาวนอนตลอดเวลา ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เบื่ออาหารหรือกินมากกว่าปกติ ท้องอืดเฟ้อ อาหารไม่ย่อย

ประจำเดือนมาไม่ปกติ เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ มือเย็นเท้าเย็น เหงื่อออกตามมือตามเท้า ใจสั่น ถอนหายใจบ่อย

ๆ ผิวหนังเป็นผื่นคัน เป็นหวัดบ่อย ๆ แพ้อากาศง่าย ฯลฯ

- ความผิดปกติทางจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล คิดมาก คิดฟุ้งซ่าน หลงลืมง่าย ไม่มีสมาธิ

หุดหิดใจ โกรธง่าย ใจน้อย เบื่อหน่าย ซึมเศร้า เหงา ว้าวุ่น สิ้นหวัง หดความรู้สึกสนุกสนาน เป็นต้น

- ความผิดปกติทางพฤติกรรม ได้แก่ สูบบุหรี่ ดื่มสุรามากขึ้น ใช้สารเสพติด ใช้นอนหลับ จู้จี้

ขี้บ่น

ชวนทะเลาะ มีเรื่องขัดแย้งกับผู้อื่นบ่อย ๆ ดึงผม กัดเล็บ กัดฟัน ผุดลุกผุดนั่ง เจ็บขบขมิ้น เกือบตัว เป็นต้น ทั้งนี้ อาจ

สำรวจความเครียดของคุณได้โดยการใช้แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง

แก้ปัญหาได้ก็หายเครียด

ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต เป็นสาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดความเครียด ในช่วยที่ยังแก้ปัญหาไม่ได้ จะรู้สึก

เครียดมากเมื่อแก้ปัญหาได้แล้ว ความเครียดก็จะหมดไป เราจึงจำเป็นต้องเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาที่ถูกต้อง

เหมาะสม เพื่อจะได้แก้ปัญหาได้ดีและรวดเร็วยิ่งขึ้น จงละเว้นการแก้ปัญหาแบบต่าง ๆ ต่อไปนี้

อย่า! แก้ปัญหาแบบว่าวาม ใช้อารมณ์เป็นใหญ่

เมื่อเจอปัญหา ให้พยายามสงบสติอารมณ์ อย่าเพิ่งอะอะโวยวาย ให้หายใจช้า ๆ ลึก ๆ สัก 4 -

5

ครั้ง หรือนับ 1 - 10 ก่อนจะตอบโต้อะไรออกไป จะได้ไม่ต้องมานั่งเสียใจภายหลังกับสิ่งที่ได้ทำไปเพราะอารมณ์ชั่ววูบ

อย่า! หินปัญหา แล้วหันเข้าหาบุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนัน การเที่ยวกลางคืน ฯลฯ เพื่อช่วยให้สบายใจ

ขึ้นชั่วคราว จงกล้าเผชิญกับปัญหา และอย่าผัดวันประกันพรุ่ง รีบแก้ปัญหาเสียแต่เนิ่น ๆ อย่าปล่อยให้ค้างคาอยู่

เป็นเวลานาน เพราะความเครียดจะสะสมมากขึ้นด้วย

อย่า! คิดแต่จะพึ่งพาผู้อื่นอยู่รำไป

จงถือคติ "ตนเป็นที่พึ่งแห่งตน" หัดใช้ความสามารถของตัวเองบ้าง แล้วจะเกิดความภาคภูมิใจ

ในตัวเอง แต่ถ้าปัญหานั้นเหลือบ่ากว่าแรงจริง ๆ และลองใช้ความสามารถของตัวเองแล้วก็ยังไม่ได้ผล การขอ

ความช่วยเหลือจากผู้อื่นก็เป็นเรื่องที่พึงทำได้

อย่า! เอาแต่ลงโทษตัวเอง

คนเราทำผิดกันได้ ถ้าพลาดไปแล้ว จงให้ออกาสตัวเองที่จะแก้ไข และอย่าได้ทำผิดในเรื่องเดิม

ซ้ำอีกการเฝ้าคิดลงโทษตัวเองไม่ได้ช่วยแก้ปัญหา และไม่ได้อะไรขึ้นมา นอกจากความทุกข์ใจเท่านั้น

อย่า! โยนความผิดให้คนอื่น

จงรับผิดชอบในสิ่งที่ได้ทำร่วมกัน การปฏิเสธไม่ยอมรับผิดชอบโดยโยนความผิดให้คนอื่น ไม่ช่วยแก้ปัญหา มีแต่จะก่อความแตกแยกให้มากขึ้นเท่านั้นเอง

จงแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ ใช้เหตุผลและใช้ความคิดพิจารณาให้ถี่ถ้วน โดย

- คิดหาสาเหตุของปัญหาด้วยใจเป็นธรรม ไม่เข้าข้างตนเอง ไม่โทษคนอื่น
- คิดหาวิธีแก้ปัญหาหลาย ๆ วิธี ถ้าคิดเองไม่ออก อาจปรึกษาผู้ใกล้ชิด หรือผู้ที่มีประสบการณ์มากกว่า
- ลงมือแก้ปัญหาตามวิธีที่คิดไว้ อาจต้องใช้ความกล้าหาญ อดทน หรือต้องใช้เวลาบ้าง อย่าได้ท้อถอยไปเสียก่อน
- ประเมินผลดูว่าวิธีที่ใช้ได้ผลหรือไม่ ถ้าไม่ได้ผลก็เปลี่ยนไปใช้วิธีอื่น ๆ ที่เตรียมไว้ จนกว่าจะได้ผล

เมื่อแก้ปัญหาได้ ก็จะหายเครียด และเกิดความภาคภูมิใจในตัวเองด้วย

คิดอย่างไรไม่ให้เครียด

ความคิด เป็นตัวการสำคัญที่ทำให้คนเราเกิดความเครียด หากรู้จักคิดให้เป็น ก็จะช่วยลดความเครียดไปได้มาก

วิธีคิดที่เหมาะสม

๑. คิดในแง่ยึดหยุ่นให้มากขึ้น

อย่าเอาแต่เข้มงวด จับผิด หรือตัดสินผิดถูกตัวเองและผู้อื่นอยู่ตลอดเวลา จงละวาง ผ่อนหนักผ่อนเบา ลดทิฐิมานะ รู้จักให้อภัย ไม่ถือโทษโกรธเคือง หัดลืมเสียบ้าง ชีวิตจะมีความสุขมากขึ้น

๒. คิดอย่างมีเหตุผล

อย่าด่วนเชื่ออะไรง่าย ๆ แล้วเก็บเอามาคิดวิตกกังวล ให้พยายามใช้เหตุผลตรวจสอบหาข้อเท็จจริง ไตร่ตรองให้รอบคอบเสียก่อน นอกจากจะไม่ต้องตกเป็นเหยื่อให้ใครหลอกได้ง่าย ๆ แล้ว ยังตัดความกังวลลงได้ด้วย

๓. คิดหลาย ๆ แง่มุม

ลัดคิดหลาย ๆ ด้าน ทั้งด้านดีและด้านไม่ดี เพราะไม่ว่าคนหรือไม่ว่าเหตุการณ์อะไรก็ตาม ย่อมมีทั้งส่วนดีและไม่ดีประกอบกันทั้งนั้น อย่ามองเพียงด้านเดียวให้ใจเป็นทุกข์ นอกจากนี้ควรหัดคิดในมุมมองของคนอื่นบ้าง เช่น สามีจะคิดอย่างไร ลูกจะรู้สึกอย่างไร เจ้านายจะแก้ปัญหานี้อย่างไร เป็นต้น จะช่วยให้มองอะไรได้กว้างไกลกว่าเดิม

๔. คิดแต่เรื่องดี ๆ

ถ้าคอยคิดถึงแต่เรื่องร้าย ๆ หรือความล้มเหลว ผิดหวัง หรือไม่เป็นเป็นสุขทั้งหลาย ก็วยังเครียดกันไปใหญ่ ควรคิดถึงเรื่องดี ๆ ให้มากขึ้น เช่น คิดถึงประสบการณ์ที่เป็นสุขในอดีต ความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมา คำชมเชยที่ได้รับ ความดีของกลุ่มสมรส ความมีน้ำใจของเพื่อน ฯลฯ จะช่วยให้สบายใจมากขึ้น

๕. คิดถึงคนอื่นบ้าง

อย่าคิดหมกมุ่นอยู่กับตัวเองเท่านั้น เปิดใจให้กว้าง รับรู้ความเป็นไปของคนใกล้ชิดและใส่ใจที่จะช่วยเหลือสนใจปัญหาของผู้อื่นในสังคมบ้าง บางทีคุณอาจจะพบว่าปัญหาที่คุณกำลังเครียดอยู่นี้ช่างเล็กน้อยเหลือเกินเมื่อเทียบกับปัญหาของผู้อื่น ๆ คุณจะรู้สึกดีขึ้น และยังถ้าคุณช่วยเหลือคนอื่นได้ คุณจะสุขใจขึ้นเป็นทวีคูณด้วย

การผ่อนคลายความเครียดแบบทั่ว ๆ ไป

เมื่อรู้สึกเครียด คนเราจะมีวิธีการผ่อนคลายความเครียดที่แตกต่างกันออกไป ส่วนใหญ่จะเลือกวิธีที่ตนเองเคย

ชิน ถนัด ชอบ หรือสนใจ ทำแล้วเพลิดเพลิน มีความสุข ซึ่งวิธีคลายเครียดโดยทั่ว ๆ ไป มีดังนี้ คือ

- นอนหลับพักผ่อน
- ออกกำลังกาย ยืดเส้นยืดสาย เดินแอโรบิค ว่ายน้ำ เล่น โยคะ ฯลฯ
- ฟังเพลง ร้องเพลง เล่นดนตรี
- เล่นกีฬาประเภทต่าง ๆ
- ดูโทรทัศน์ ดูภาพยนตร์
- เดินรำ ลีลาศ
- ทำงานศิลปะ งานฝีมือ งานประดิษฐ์ต่าง ๆ
- ปลูกต้นไม้ ทำสวน
- เล่นกับสัตว์เลี้ยง
- จัดห้อง ตกแต่งบ้าน
- อ่านหนังสือ เขียนหนังสือ เขียนบทกลอน
- สะสมแสตมป์ สะสมเครื่องประดับ
- ถ่ายรูป จัดอัลบั้ม
- เล่นเกมคอมพิวเตอร์ ท่องอินเทอร์เน็ต
- พุดคุย พบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูง
- ไปเสริมสวย ทำผม ทำเล็บ
- ไปซื้อของ
- ไปท่องเที่ยวเปลี่ยนบรรยากาศ
- ฯลฯ

สิ่งที่สำคัญคือ เมื่อเกิดความเครียด อย่าได้ทำสิ่งที่ไม่เหมาะสม เช่น สุบบุหรี ดื่มสุรา ใช้สารเสพติด เล่นการ

พนัน เทียวกลางคืน กินจุบกินจิบ ฯลฯ เพราะนอกจากจะทำให้เสียสุขภาพและเสียเงินเสียทองแล้ว ยังทำให้เกิดปัญหาอื่น ๆ ตามมาอีกมาก เช่น เมมาแล้วขับรถทำให้เกิดอุบัติเหตุ เสียพนันแล้วทำให้เกิดหนี้สิน เกิดความขัดแย้งในครอบครัว หรือใช้สารเสพติดแล้วนำไปสู่ปัญหาอาชญากรรม เป็นต้น ซึ่งจะมีแต่ทำให้เครียดกว่าเดิมอีกหลายร้อยเท่าทีเดียว

เทคนิคในการคลายเครียด

เทคนิคในการคลายเครียดที่จะนำเสนอในที่นี้มี ๖ วิธีคือ

๑. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
๒. การฝึกหายใจ
๓. การทำสมาธิ

๔. การจินตนาการ
๕. การคลายเครียดจากใจสู่กาย
๖. การนวดคลายเครียด

แต่ละวิธีมีรายละเอียดแตกต่างกันออกไป คุณไม่จำเป็นต้องฝึกทั้ง ๖ วิธีก็ได้ เพียงเลือกวิธีใดวิธีหนึ่งที่คุณ

ชอบ

สะดวก ทำแล้วคลายเครียดได้ดีเท่านั้นก็พอ เมื่อฝึกการคลายเครียดไปสักระยะหนึ่ง คุณจะรู้สึกได้ว่าตัวคุณมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น เช่น ใจเย็นลง สบายใจขึ้น สุขภาพดีขึ้น ความจำดีขึ้น สมาธิดีขึ้น การเรียนหรือการทำงานดีขึ้น ความสัมพันธ์กับคนรอบข้างดีขึ้น ฯลฯ

การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

หลักการ

ความเครียดมีผลทำให้กล้ามเนื้อหดตัว สังเกตได้จากอาการหน้าผ่นิ้วคิ้วขมวด กำหมัด กัดฟัน

ฯลฯ

การเกร็งตัวของกล้ามเนื้อทำให้เกิดอาการเจ็บปวด เช่น ปวดต้นคอ ปวดหลัง ปวดไหล่ เป็นต้น การฝึกการคลายกล้ามเนื้อจะช่วยให้อาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อลดลง ในขณะที่ฝึก จิตใจจะจดจ่ออยู่กับการคลายกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ทำให้ลดการคิดฟุ้งซ่าน และวิตกกังวล จิตใจจะมีสมาธิมากขึ้นกว่าเดิมด้วย

วิธีการฝึก

เลือกสถานที่ที่สงบ ปราศจากเสียงรบกวน นั่งในทางที่สบาย คลายเสื้อผ้าให้หลวม ถอดรองเท้า หลับตา ทำใจให้ว่าง ตั้งสมาธิอยู่ที่กล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ

ฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ ๑๐ กลุ่มดังนี้

๑. มือและแขนขวา โดยกำมือ เกร็งแขน แล้วคลาย
๒. มือและแขนซ้าย โดยทำเช่นเดียวกัน
๓. หน้าผาก โดยเลิกคิ้วสูงแล้วคลาย ขมวดคิ้วแล้วคลาย
๔. ตา แก้ม จมูก โดยหลับตาแน่น ย่นจมูกแล้วคลาย
๕. ขากรรไกร ลิ้น ริมฝีปาก โดยกัดฟัน ใช้นิ้วดันเพดานปาก แล้วคลาย เม้มปากแน่น แล้ว

คลาย

๖. คอ โดยก้มหน้าให้คางจดคอแล้วคลาย เงยหน้าจนสุดแล้วคลาย
๗. ออก ไหล่ และหลัง โดยหายใจเข้าลึก ๆ กลั้นไว้แล้วคลาย ยกไหล่สูงแล้วคลาย
๘. หน้าท้อง และก้น โดยแขม่วท้องแล้วคลาย ขมิบก้นแล้วคลาย
๙. เท้าและขาขวา โดยเหยียดขา งอตัวเท้าแล้วคลาย เหยียดขา กระดกปลายเท้าแล้วคลาย
๑๐. เท้าและขาซ้าย โดยทำเช่นเดียวกัน

ข้อแนะนำ

๑. ระยะเวลาที่เกร็งกล้ามเนื้อ ให้น้อยกว่าระยะที่ผ่อนคลาย เช่น เกร็ง ๓ - ๕ วินาที ผ่อนคลาย ๑๐ - ๑๕ วินาที เป็นต้น
๒. เวลาทำมือ ระวังอย่าให้เล็บจิกเนื้อตัวเอง
๓. ควรฝึกประมาณ ๘ - ๑๒ ครั้ง เพื่อให้เกิดความชำนาญ
๔. เมื่อคุ้นเคยกับการผ่อนคลายแล้ว ให้ฝึกคลายกล้ามเนื้อได้เลย โดยไม่จำเป็นต้องเกร็งก่อน
๕. อาจเลือกคลายกล้ามเนื้อเฉพาะส่วนที่เป็นปัญหาเท่านั้นก็ได้ เช่น บริเวณใบหน้า ต้นคอ หลัง

ไหล เป็นต้น ไม่จำเป็นต้องคลายกล้ามเนื้อทั้งตัว จะช่วยให้ใช้เวลาน้อยลง และสะดวกมากขึ้น

การฝึกการหายใจ

หลักการ

ตามปกติคนทั่วไปจะหายใจตื้น ๆ โดยใช้กล้ามเนื้อหน้าอกเป็นหลัก ทำให้ได้ออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกายน้อยกว่าที่ควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเวลาเครียด คนเราจะยิ่งหายใจถี่และตื้นมากกว่าเดิม ทำให้เกิดอาการถอนหายใจเป็นระยะ ๆ เพื่อให้ได้ออกซิเจนมากขึ้นการฝึกหายใจช้า ๆ ลึก ๆ โดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมบริเวณท้องจะช่วยให้ร่างกายได้ออกซิเจนเข้าสู่ปอดมากขึ้น เพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือด และยังช่วยเพิ่มความแข็งแรงแก่กล้ามเนื้อหน้าท้องและลำไส้ด้วย การฝึกหายใจอย่างถูกวิธี จะทำให้หัวใจเต้นช้าลง สมอ่งแจ่มใส เพราะได้ออกซิเจนมากขึ้น และการหายใจออกอย่างช้า ๆ จะทำให้รู้สึกว่าได้ปลดปล่อยความเครียดออกไปจากตัวจนหมดสิ้น

วิธีการฝึก

นั่งในที่สบาย หลับตา เอามือประสานไว้บริเวณท้อง ค่อย ๆ หายใจเข้า พร้อม ๆ กับนับเลข ๑ ถึง ๔ เป็นจังหวะช้า ๆ ๑...๒...๓...๔... ให้มือรู้สึกวาท้องพองออก กลับหายใจเอาไว้อ้าวครุ นับ ๑ ถึง ๔ เป็นจังหวะช้า ๆ เช่นเดียวกับเมื่อหายใจเข้า ค่อย ๆ ฝ่อลมหายใจออก โดยนับ ๑ ถึง ๔ อย่างช้า ๆ ๑...๒...๓...๔...๕...๖...๗...๘... พยายามไล่ลมหายใจออกมาให้หมด สังเกตว่าหน้าท้องแฟบลง ทำซ้ำอีก โดยหายใจเข้าช้า ๆ กลับไว้ แล้วหายใจออก โดยช่วงที่หายใจออกให้นานกว่าช่วงหายใจเข้า

ข้อแนะนำ

การฝึกการหายใจ ควรทำติดต่อกันประมาณ ๔ - ๕ ครั้ง ควรฝึกทุกครั้งที่มีรู้สึกเครียด รู้สึกโกรธ รู้สึกไม่สบายใจ หรือฝึกทุกครั้งที่มีนึกได้ ทุกครั้งที่หายใจออก ให้รู้สึกได้ว่าผลักดันความเครียดออกมาด้วยจนหมดเหลือไว้แต่ความรู้สึกโล่งสบายเท่านั้น ในแต่ละวัน ควรฝึกการหายใจที่ถูกวิธีให้ได้ประมาณ ๔๐ ครั้ง แต่ไม่จำเป็นต้องทำติดต่อกันคราวเดียวกัน

ผลดีจากการฝึกคลายเครียด

ขณะฝึก

- อัตราการเผาผลาญอาหารในร่างกายลดลง
- อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง
- อัตราการหายใจลดลง
- ความดันโลหิตลดลง
- ความตึงเครียดของกล้ามเนื้อลดลง

หลังการฝึก

- ใจเย็นขึ้น
- ความวิตกกังวลลดลง สบายใจมากขึ้น
- สมารถดีขึ้น
- ความจำดีขึ้น
- ความสัมพันธ์กับผู้อื่นดีขึ้น
- สมอ่งแจ่มใส คิดแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ดีขึ้นกว่าเดิม

การทำสมาธิ

หลักการ

การทำสมาธิถือเป็นการผ่อนคลายความเครียดที่ลึกซึ้งที่สุด เพราะจิตใจจะสงบ และปลอดจากความคิดที่ซ้ำซาก ฟุ้งซ่าน วิตกกังวล เศร้า โกรธ ฯลฯ หลักของการทำสมาธิ คือการเอาใจไปจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงอย่างเดียว ซึ่งในที่นี้จะใช้การนับลมหายใจเป็นหลัก และยุติการคิดเรื่องอื่น ๆ อย่างสิ้นเชิง หากฝึกสมาธิเป็นประจำ จะทำให้จิตใจเบิกบาน อารมณ์เย็น สงบแจ่มใส หายเครียดจนตัวเองและคนใกล้ตัวรู้สึกถึงความเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีนี้ได้อย่างชัดเจน

วิธีการฝึก

ขั้นที่ ๑

นั่งในท่าที่สบาย จะเป็นการนั่งขัดสมาธิ นั่งพับเพียบ หรือนอนก็ได้ในกรณีที่เป็นผู้ป่วย

หลับตา หายใจเข้า หายใจออกช้า ๆ

เริ่มนับลมหายใจเข้าออกดังนี้

หายใจเข้านับ ๑ หายใจออกนับ ๑

หายใจเข้านับ ๒ หายใจออกนับ ๒

นับไปเรื่อย ๆ จนถึง ๕ แล้วเริ่มนับ ๑ ใหม่

นับจนถึง ๖ แล้วเริ่ม ๑ ใหม่

นับจนถึง ๗ แล้วเริ่ม ๑ ใหม่

นับจนถึง ๘ แล้วเริ่ม ๑ ใหม่

นับจนถึง ๙ แล้วเริ่ม ๑ ใหม่

นับจนถึง ๑๐

ครบ ๑๐ ถือเป็น ๑ รอบ

แล้วเริ่ม ๑ - ๕ ใหม่ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

๑,๑ ๒,๒ ๓,๓ ๔,๔ ๕,๕

๑,๑ ๒,๒ ๓,๓ ๔,๔ ๕,๕ ๖,๖

๑,๑ ๒,๒ ๓,๓ ๔,๔ ๕,๕ ๖,๖ ๗,๗

๑,๑ ๒,๒ ๓,๓ ๔,๔ ๕,๕ ๖,๖ ๗,๗ ๘,๘

๑,๑ ๒,๒ ๓,๓ ๔,๔ ๕,๕ ๖,๖ ๗,๗ ๘,๘ ๙,๙

๑,๑ ๒,๒ ๓,๓ ๔,๔ ๕,๕ ๖,๖ ๗,๗ ๘,๘ ๙,๙ ๑๐,๑๐

๑,๑ ๒,๒ ๓,๓ ๔,๔ ๕,๕

ฯลฯ

ในการฝึกครั้งแรก ๆ อาจยังไม่มีสมาธิพอ ทำให้นับเลขผิดพลาด หรือบางทีอาจมีความคิดอื่นแทรกเข้ามาทำให้ลืมนับเป็นบางช่วง ถือเป็นเรื่องปกติ ต่อไปให้พยายามตั้งสติใหม่ เมื่อมีความคิดอื่นแทรกเข้ามา ก็ให้รับรู้ แล้วปล่อยให้ผ่านไป ไม่เก็บมาคิดต่อ ในที่สุดก็จะสามารถนับเลขได้อย่างต่อเนื่องและไม่ผิดพลาด เพราะมีสมาธิขึ้น

ขั้นที่ ๒

เมื่อจิตใจสงบมากขึ้น ให้เริ่มนับเลขแบบเร็วขึ้นไปอีกคือ

หายใจเข้านับ ๑ หายใจออกนับ ๒

หายใจเข้านับ ๓ หายใจออกนับ ๔

หายใจเข้านับ ๕

หายใจออกนับ ๑ ใหม่ จนถึง ๖, ๗, ๘, ๙, ๑๐ ตามลำดับดังนี้

๑ ๒ ๓ ๔ ๕

๑ ๒ ๓ ๔ ๕ ๖

๑ ๒ ๓ ๔ ๕ ๖ ๗

๑ ๒ ๓ ๔ ๕ ๖ ๗ ๘

๑ ๒ ๓ ๔ ๕ ๖ ๗ ๘ ๙

๑ ๒ ๓ ๔ ๕ ๖ ๗ ๘ ๙ ๑๐

๑ ๒ ๓ ๔ ๕

ฯลฯ

ขั้นที่ ๓

เมื่อนับลมหายใจได้เร็วและไม่ผิดพลาด แสดงว่าจิตใจสงบมากแล้ว

ขั้นที่ ๔

คราวนี้ให้ใช้สติรับรู้ลมหายใจเข้าออกเพียงอย่างเดียว ไม่ต้องนับเลขอีก และไม่คิดเรื่องใด ๆ ทั้งสิ้น มีแต่ความสงบเท่านั้น

ข้อแนะนำ

ควรฝึกสมาธิเป็นประจำทุกวัน โดยเฉพาะก่อนนอน จะช่วยให้นอนหลับได้ดี ไม่มีฝันร้ายด้วย

การจินตนาการ

หลักการ

การใช้จินตนาการ เป็นกลวิธีอย่างหนึ่งที่จะเบี่ยงเบนความสนใจจากสถานการณ์อันเคร่งเครียดในปัจจุบัน ไปสู่ประสบการณ์เดิมในอดีตที่เคยทำให้จิตใจสงบและเป็นสุขมาก่อน การย้อนระลึกถึงประสบการณ์ที่สงบสุขในอดีต จะช่วยให้จิตใจผ่อนคลายละวางจากความเครียดได้ระยะหนึ่ง การใช้จินตนาการเป็นวิธีการคลายเครียดได้ชั่วคราว ไม่ใช่วิธีการแก้ปัญหาที่สาเหตุ จึงไม่เหมาะที่จะนำมาใช้บ่อย ๆ

ในขณะจินตนาการ ต้องพยายามให้เหมือนจริงที่สุดคล้ายจะสัมผัสได้ครบทั้งภาพ รส กลิ่น เสียง และสัมผัส เพื่อจะได้เกิดอารมณ์คล้ายตามความรู้สึกสุขสงบได้เหมือนอยู่ในสถานการณ์นั้นจริง ๆ

วิธีการฝึก

เลือกสถานที่ที่สงบ เป็นส่วนตัว ปลอดภัยจากการรบกวนของผู้อื่น นั่งในที่สบาย ถ้าได้เก้าอี้ที่มีพนักพิงศีรษะด้วยจะเป็นการดีมาก หลังตาลง เริ่มจินตนาการถึงเหตุการณ์ที่สงบสุขในอดีต เช่น การนั่งดูพระอาทิตย์ตก การดำน้าชมธรรมชาติ การเดินชมสวนดอกไม้ การนั่งตกลาริมตลิ่ง เมื่อจินตนาการจนจิตใจสงบและเพลิดเพลินแล้ว ให้บอกสิ่งดี ๆ กับตัวเองว่า ฉันเป็นคนดี ฉันเป็นคนเก่ง ฉันไม่หวั่นกลัวต่ออุปสรรคใด ๆ ฉันสามารถเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ ได้อย่างแน่นอน นับ ๑...๒...๓... แล้วค่อย ๆ สืบตาค้นคงความรู้สึกสงบเอาไว้ พร้อมทั้งจะต่อสู้กับปัญหาอุปสรรคในชีวิตต่อไป

ตัวอย่างเรื่องที่จินตนาการ

ฉันกำลังเดินเล่นริมชายหาด ผืนทรายแสนจะอ่อนนุ่ม และอบอุ่น ได้ยินเสียงคลื่นที่ซัดสาดเข้ามาแลเสียงนกร้องเป็นระยะ ๆ

ฉันค่อย ๆ ลุยลงไปในทะเล น้ำทะเลเย็นฉ่ำชื่นใจและใสราวกระจก มองเห็นเปลือกหอย ปลาตา และฝูงปลาตัวเล็ก ๆ สีเงิน ว่ายวนเวียนไปมา

ฉันเริ่มแหวกว่ายน้ำทะเล รู้สึกตัวเบาหวิว เป็นอิสระจากความเครียดทั้งปวง บรรยากาศช่างสงบ เป็นธรรมชาติ และช่วยให้ฉันผ่อนคลายได้มากเหลือเกิน

ตอนนี้ฉันพร้อมแล้วที่จะต่อสู้กับอุปสรรคในชีวิต ฉันจะไม่หวั่นกลัวต่อสิ่งใด ฉันต้องเอาชนะปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างแน่นอน

การคลายเครียดจากใจสู่กาย

หลักการ

ตามหลักวิชาการด้านสุขภาพจิต ถือกันว่า "จิตเป็นนายกายเป็นบ่าว" จิตมีอำนาจที่จะสั่งร่างกายได้ การคลายเครียดจากใจสู่กาย จึงเป็นเทคนิคที่ผู้ฝึกสามารถผ่อนคลายได้โดยใช้ใจสั่งหรือบอกกับตัวเองด้วยคำพูดง่าย ๆ แต่จะได้ผลถึงการผ่อนคลายในระดับจิตใต้สำนึก คำสั่งที่ใช้ จะเน้นให้อวัยวะต่าง ๆ รู้สึกหนักและอบอุ่น เนื่องจากในภาวะเครียด กล้ามเนื้อจะเกร็งตัว และอุณหภูมิจะลดต่ำลง การบอกกับตัวเองให้กล้ามเนื้อคลายตัวจนรู้สึกหนัก และทำให้ร่างกายรู้สึกอุ่นขึ้น จึงเป็นการช่วยคลายเครียดได้เป็นอย่างดี

วิธีการฝึก

ก่อนการฝึกเทคนิคนี้ ผู้ฝึกควรฝึกการหายใจอย่างถูกวิธี และฝึกการจินตนาการให้ชำนาญเสียก่อนจึงจะฝึกวิธีนี้ได้อย่างได้ผล

การปฏิบัติขณะฝึก

นั่งในท่าที่สบาย หลับตา หายใจเข้า หายใจออกช้า ๆ ใช้กล้ามเนื้อกระบังลมช่วยในการหายใจ เวลาหายใจเข้า จะรู้สึกว้างท้องพองออก ส่วนเวลาหายใจออกจะรู้สึกว้างท้องแฟบ หายใจไปเรื่อย ๆ จนรู้สึกผ่อนคลาย จากนั้นให้จินตนาการถึงอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย โดยบอกอวัยวะนั้น ช้า ๆ กัน ๓ ครั้ง ตามลำดับดังนี้

๑. แขนขวาของฉันหนัก ... ๆ ... ๆ
๒. แขนซ้ายของฉันหนัก ... ๆ ... ๆ
๓. ขาขวาของฉันหนัก ... ๆ ... ๆ
๔. ขาซ้ายของฉันหนัก ... ๆ ... ๆ
๕. คอและไหล่ของฉันหนัก ... ๆ ... ๆ
๖. แขนขวาของฉันอุ่น ... ๆ ... ๆ
๗. แขนซ้ายของฉันอุ่น ... ๆ ... ๆ
๘. ขาขวาของฉันอุ่น ... ๆ ... ๆ
๙. ขาซ้ายของฉันอุ่น ... ๆ ... ๆ
๑๐. คอและไหล่ของฉันอุ่น ... ๆ ... ๆ
๑๑. หัวใจของฉันเต้นอย่างสงบและสม่ำเสมอ ... ๆ ... ๆ
๑๒. ฉันหายใจได้อย่างสงบและสม่ำเสมอ ... ๆ ... ๆ
๑๓. ท้องของฉันอุ่นและสงบ ... ๆ ... ๆ

๑๔. หน้าผากของฉันทสหายและสงบ ... ๆ ... ๆ

เมื่อทำครบแล้ว ให้ค่อย ๆ ลืมตาขึ้น ขยับแขนขาให้สบาย และคงความรู้สึกสดชื่นไว้ พร้อมทั้งจะทำกิจกรรมต่าง ๆ ต่อไป

ผลดีจากการฝึก

เทคนิคนี้ใช้ได้ผลดีกับการรักษาอาการหรือความผิดปกติของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย อันเนื่องมาจากความเครียด ได้แก่

- ระบบทางเดินหายใจ เช่น การหายใจถี่ เร็ว และอาการหอบหืด
- ระบบทางเดินอาหาร เช่น อาการท้องผูก ท้องเดิน
- ระบบการไหลเวียนของเลือด เช่น ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว ปวดศีรษะข้างเดียว (ไมเกรน)
- นอกจากนี้ยังช่วยลดอาการวิตกกังวล หงุดหงิด เหนื่อยล้า ฯลฯ ที่เกิดจากความเครียดได้ด้วย

การหนดคลายเครียด

หลักการ

ความเครียดเป็นสาเหตุทำให้กล้ามเนื้อหดเกร็ง เลือดไหลเวียนไม่สะดวก ปวดต้นคอ ปวดหลัง เป็นต้น การนวดจะช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อ กระตุ้นการไหลเวียนของเลือด ทำให้รู้สึกปลอดโปร่ง สบายตัว หายเครียด และลดอาการเจ็บปวดต่าง ๆ ลง การนวดที่จะนำเสนอในที่นี้ เป็นการนวดไทย ซึ่งสามารถนวดได้ด้วยตนเอง และเหมาะสำหรับผู้ที่มีการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยบริเวณต้นคอ บ่า และไหล่ อันมีสาเหตุมาจากความเครียด

ข้อควรระวัง

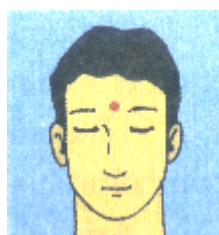
๑. ไม่ควรนวดขณะที่กำลังเป็นไข้ หรือกล้ามเนื้อบริเวณนั้นอักเสบ หรือเป็นโรคผิวหนัง ฯลฯ
๒. ควรตัดเล็บให้สั้นก่อนนวดทุกครั้ง

หลักการนวดที่ถูกต้อง

๑. การกด ให้ใช้ปลายนิ้วที่ถนัด ได้แก่ นิ้วหัวแม่มือ นิ้วชี้ หรือนิ้วกลาง
๒. ในที่นี้การนวดจะใช้การกด และการปล่อยเป็นส่วนใหญ่ โดยใช้เวลากดแต่ละครั้งประมาณ ๑๐ วินาที และใช้เวลาปล่อยนานกว่าเวลากด
๓. การกดให้ค่อย ๆ เพิ่มแรงทีละน้อย และเวลาปล่อยให้ค่อย ๆ ปล่อย
๔. แต่ละจุด ควรนวดซ้ำประมาณ ๓ - ๕ ครั้ง

จุดที่นวดมีดังนี้

๑. จุดกลางระหว่างคิ้ว ใช้ปลายนิ้วชี้ หรือนิ้วกลางกด ๓ - ๕ ครั้ง



๒. จุดใต้หัวคิ้ว ใช้ปลายนิ้วชี้ หรือนิ้วกลางกด ๓ - ๕ ครั้ง



๓. จุดขอบกระดูกท้ายทอย จุดกลาง ใช้นิ้วหัวแม่มือกด ๓ - ๕ ครั้ง จุดสองจุดด้านข้าง ใช้วิธีประสานมือบริเวณท้ายทอย แล้วใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างกดจุดสองจุดพร้อม ๆ กัน ๓ - ๕ ครั้ง



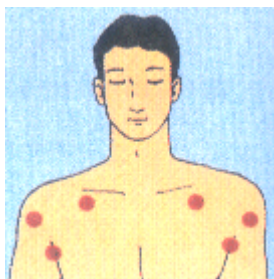
๔. บริเวณต้นคอ ประสานมือบริเวณท้ายทอย ใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างกดตามแนวสองข้างของกระดูกต้นคอ โดยกดไล่จากตีนผมลงมาถึงบริเวณบ่า ๓ - ๕ ครั้ง



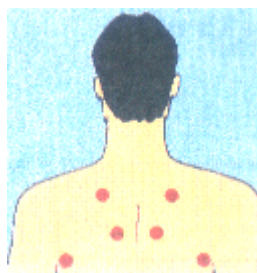
๕. บริเวณบ่า ใช้ปลายนิ้วมือขวามือซ้ายช่วยไล่จากบ่าเข้าหาต้นคอ ใช้ปลายนิ้วมือซ้ายมือขวาไล่จากบ่าเข้าหาต้นคอ ทำซ้ำ ๓ - ๕ ครั้ง



๖. บริเวณบ่าด้านหน้า ใช้นิ้วหัวแม่มือขวาจุดใต้กระดูกไหปลาร้า จุดต้นแขน และจุดเหนือรักแร้ของบ่าซ้าย ใช้นิ้วหัวแม่มือซ้ายกดจุดเดียวกันที่บ่าขวา ทำซ้ำ ๓ - ๕ ครั้ง



๗. บริเวณบ่าด้านหลัง ใช้นิ้วที่ถนัดของมือขวาอ่อนไปกดจุดบนและจุดกลางของกระดูกสะบัก และจุดรักแร้ด้านหลังของบ่าซ้าย ใช้นิ้วที่ถนัดของมือซ้ายกดจุดเดียวกันที่บ่าขวา ทำซ้ำ ๓ - ๕ ครั้ง



เทคนิคการผ่อนคลาย

เมื่อท่านเกิดความเครียดขึ้น ท่านมีวิธีผ่อนคลายความเครียดนั้นอย่างไรบ้าง ซึ่งวิธีการผ่อนคลายความเครียดจะมีอยู่ด้วยกันหลายวิธีให้ท่านได้เลือกปฏิบัติกันไปตามความถนัดของแต่ละบุคคล ในที่นี้ อยากจะขอแนะนำเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดอย่างง่าย ๆ ให้ท่านได้เลือกปฏิบัติกัน โดยเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดนี้ จะเป็นวิธีการเฉพาะที่จะทำให้ท่านเกิดการผ่อนคลายทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งวิธีการปฏิบัติ นั้นจะมีอยู่ด้วยกันหลากหลายวิธี แต่วิธีการปฏิบัติส่วนใหญ่เราจะเน้นตรงเทคนิคสองอย่างคือ การควบคุมการหายใจ และการทำให้กล้ามเนื้อหายตึง การผ่อนคลายจะได้ผลดีหรือไม่ ขึ้นอยู่กับท่านว่าจะสามารถที่จะขจัดความกดดันต่าง ๆ ออกไปจากร่างกายและจิตใจได้หรือไม่ ถึงแม้ว่าหลาย ๆ ท่านอาจจะบอกว่า ไม่เห็นจำเป็นต้องมานั่งฝึกการผ่อนคลายเลย เพราะการนอนหลับก็สามารถช่วยให้ท่านเกิดการผ่อนคลายได้เหมือนกัน แต่ในสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันนี้ การนอนหลับเพียงอย่างเดียวดูเหมือนจะไม่เพียงพอ ควรจะมีการผ่อนคลายอื่น ๆ ควบคู่ไปด้วย เพื่อที่จะช่วยให้ท่านผ่อนคลายได้ในขณะที่ท่านยังรู้สึกตัวอยู่

ความเครียดและความกดดันทางจิตใจต่าง ๆ มักจะมีร่วมกันกับการตึงเครียดของกล้ามเนื้อที่ถูกกระตุ้นนาน ๆ ก็จะทำให้เกิดความตึงและล้า ดังนั้นความตึงเครียดของร่างกายทั้งระบบจึงทำให้กล้ามเนื้อตึงแข็ง ล้าและปวดเมื่อย โดยเฉพาะกล้ามเนื้อบริเวณรอบหัวไหล่ คอ ศีรษะ อาการตึงเครียดที่เกิดขึ้นนี้ หากไม่ได้รับการแก้ไขให้หมดไปแล้ว อาการตึงเครียดนี้จะค่อย ๆ เพิ่มพูนมากขึ้นจนส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกายและจิตใจของท่าน ตลอดจนส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของท่านด้วย ดังนั้นเพื่อเป็นการป้องกันมิให้ท่านเกิดความตึงเครียดมากเกินไป ท่านควรรู้จักหาวิธีการผ่อนคลายความเครียดไว้บ้าง เพื่อที่ท่านจะได้ใช้เป็นวิธีคลาย

เครียดตอนเมื่อท่านเกิดความตึงเครียดขึ้นและเมื่อท่านเริ่มฝึกผ่อนคลายความเครียดแล้ว วิธีการผ่อนคลายนี้ จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อท่าน ๒ ประการคือ

๑. เมื่อท่านเริ่มฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย ท่านจะรู้ว่าคุณส่วนใดของร่างกายที่เครียดเกร็งหรือเจ็บง่าย จะป้องกันไม่ให้เกิดอาการเหล่านี้ขึ้น ด้วยการระมัดระวังการยืน เดิน และการเคลื่อนไหวโดยทั่วไป รวมถึงการเลือกโต๊ะ เก้าอี้ เตียง เสื้อผ้า รองเท้าไว้ใช้ด้วย

๒. ท่านจะรู้สึกดีขึ้นทันทีที่เริ่มฝึกการผ่อนคลายใบหน้า คอ และไหล่เพียง ๕ นาที จะทำให้ท่านหาปวดศีรษะและรู้สึกตึงเครียดขึ้น การผ่อนคลายอย่างลึก ๒๐ นาที จะช่วยทำให้สมองและร่างกายได้พักผ่อนมากเท่า ๆ กับได้นอนหลับถึง ๒ ชั่วโมง มาถึงตรงนี้หลาย ๆ ท่านอาจจะเกิดความกังวลว่า วิธีการปฏิบัติยุ่งยากซับซ้อนหรือไม่ ซึ่งตามความเป็นจริงแล้ววิธีการฝึกผ่อนคลายส่วนใหญ่จะเป็นวิธีที่ค่อนข้างง่ายและได้ผลเร็ว แต่ก็อาจจะมีเป็นบางวิธีที่ค่อนข้างยากและปฏิบัติยากในช่วงแรก ซึ่งวิธีการผ่อนคลายที่จะกล่าวต่อไปนี้ หลาย ๆ ท่านอาจจะบอกว่ามันมีวิธีปฏิบัติมากเกินไป ท่านจะไม่มีเวลาปฏิบัติให้ครบได้ทุกท่า ท่านอาจจะเลือกทำท่าใดท่าหนึ่งก็ได้ เพราะวิธีที่จะเสนอต่อไปนี้ จะเป็นวิธีที่ช่วยท่านผ่อนคลายร่างกายบางส่วน ท่านสามารถเลือกทำท่าใดท่าหนึ่งก็ได้ที่ท่านเกิดความตึงเครียดตรงส่วนไหนของร่างกาย ก็ให้ท่านเลือกวิธีฝึกผ่อนคลายที่ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดตรงส่วนนั้น เช่น ท่านเกิดอาการเกร็งที่ศีรษะ คอ ก็ให้ท่านเลือกทำการบริหารเฉพาะส่วนที่มีอาการตึงเครียด

กล้ามเนื้อที่ควรฝึกมี ๑๐ กลุ่มคือ

๑. แขนขวา
๒. แขนซ้าย
๓. หน้าผาก
๔. ตา แก้ม และจมูก
๕. ขากรรไกร ริมฝีปาก และลิ้น
๖. คอ
๗. อก หลัง และไหล่
๘. หน้าท้อง และก้น
๙. ขาขวา
๑๐. ขาซ้าย

วิธีการฝึก

- นั่งในท่าที่สบายที่สุด วางแขนขาอย่างสบาย ๆ ทั้งน้ำหนักตัวทั้งหมดลงในเก้าอี้และหลังตาลง
 - เกร็งกล้ามเนื้อไปที่ละกลุ่ม ค้างไว้สัก ๑๐ วินาที แล้วจึงค่อย ๆ คลายออก จากนั้นเริ่มเกร็งใหม่ สลับกันไปประมาณ ๑๐ ครั้ง ค่อย ๆ ทำไปจนครบทั้ง ๑๐ กลุ่ม
 - เริ่มจากการกำมือ มุ่งความสนใจไปที่มือและแขนทั้งสองข้าง กำมือและเกร็งแขนให้แน่นจนรู้สึกเกร็งมากที่สุด เกร็งไว้ประมาณ ๑๐ นาที แล้วจึงค่อย ๆ คลายออก
 - บริเวณหน้าผาก คิ้ว ตา และจมูกให้เกร็งโดยการย่นหน้าผาก คิ้ว ตา และจมูกให้มากที่สุด ค้างไว้สักครู่หนึ่ง แล้วค่อยคลายออก
 - ขากรรไกร คอ ริมฝีปาก และลิ้น ให้เหยียดริมฝีปากออกไปให้มากที่สุด พร้อมทั้งให้ท่านกดลิ้นที่เพดานปากให้แน่นที่สุด ท่านจะรู้สึกตึงเครียดบริเวณลำคอ ริมฝีปาก ขากรรไกร ลิ้น เกร็งไว้ ประมาณ ๑๐ วินาที แล้วจึงค่อยผ่อนคลาย
 - อกหลังและไหล่ ให้ท่านหายใจเข้าลึก ๆ และกลั้นหายใจไว้สักครู่หนึ่ง ท่านจะรู้สึกตึงเครียด

บริเวณหน้าอก

- หน้าท้องและกัน ให้ท่านแขม่วท้อง โดยทำท้องให้แฟบมากที่สุด เกร็งไว้สักครูแล้วจึงค่อยผ่อนคลาย คราวนี้ให้ท้องพองออกมากที่สุด เกร็งไว้สักครูแล้วค่อยผ่อนคลาย ส่วนบริเวณกันให้ท่านใช้วิธีขมิบก้นแล้วคลาย

- เท้าทั้งสองข้าง ให้ท่านกดปลายเท้าทั้งสองข้างลงกับพื้นให้มากที่สุด ท่านจะรู้สึกตึงเครียดบริเวณกล้ามเนื้อน่อง เกร็งไว้สักครูหนึ่งแล้วจึงค่อยผ่อนคลาย หลังจากที่ท่านทำครบทั้ง ๑๐ ขั้นตอนแล้ว ให้ท่านลองสำรวจดูกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของท่านอีกครั้ง ท่านจะรู้สึกถึงความผ่อนคลายได้มากยิ่งขึ้น และท่านจะรู้สึกถึงความแตกต่างระหว่างความตึงเครียดและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้ดี การฝึกผ่อนคลายนี้จะได้ผลดีก็ต่อเมื่อท่านได้ฝึกเป็นประจำสม่ำเสมอ

ดนตรีนั้นสำคัญไฉน

เมื่อเอ่ยถึงดนตรี แทบจะไม่มีใครปฏิเสธว่าไม่รู้จัก แต่ที่มาของดนตรีนี้เล่าเกิดขึ้นได้อย่างไร วิวัฒนาการของดนตรีได้เริ่มต้นจากเสียงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ อาทิเช่น เสียงฝนตก เสียงใบไม้ไหว เสียงคลื่น เสียงลมพัด เสียงร้องของแมลงหรือสัตว์ต่าง ๆ เสียงเหล่านี้จะมีลักษณะของเสียงที่เฉพาะเจาะจง มีความไพเราะที่แตกต่างกันและด้วยความซาบซึ้งในความไพเราะนี้เอง ที่ทำให้มนุษย์พยายามประดิษฐ์อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นมาผสมผสานกันให้เป็นจังหวะเป็นทำนอง และเพิ่มเนื้อหาสาระจนกลายมาเป็นดนตรีหลากหลายรูปแบบดังที่เราได้ยินได้ฟังกันในทุกวันนี้

การฟังดนตรีที่มีท่วงทำนองที่แตกต่างกัน จะทำให้ผู้ฟังเกิดความรู้สึกที่แตกต่างกันด้วย ดนตรีที่มีจังหวะท่วงทำนองเร็ว ทำให้เกิดความรู้สึกสนุกสนาน จังหวะช้าทำให้เกิดความรู้สึกเศร้า และดนตรีที่มีเสียงสูงต่ำดังกึ่งกลางจะทำให้เกิดความรู้สึกตื่นเต้นเร้าใจ อย่างไรก็ตามคนทั่วไปมักเลือกฟังดนตรีแนวที่ตนชอบมากกว่า บางคนชอบฟังดนตรีที่มีจังหวะเร็ว มันสะใจ จะเลือกฟังเพลงร็อค เพลงดิสโก้ บางคนเลือกฟังแร็ปตามสมัยนิยมและบางคนชอบดนตรีเบาสบายก็เลือกฟังเพลงคลาสสิก แต่ก็รู้กันหรือไม่ว่า ดนตรีที่เราฟังกันอยู่นี้มีผลอย่างไรต่อร่างกายของเรา ในบางขณะดนตรีบางประเภทอาจทำให้เรารู้สึกหงุดหงิด หรือตึงเครียดมากขึ้น แต่ดนตรีอีกประเภทหนึ่งสามารถทำให้เรารู้สึกผ่อนคลายความสับสนวุ่นวายลง ทำให้จิตใจแจ่มใสขึ้นได้ ดนตรีแต่ละประเภทที่ว่านี้แตกต่างกันอย่างไร ก่อนอื่นเราต้องมาทำความรู้จักกับสภาวะของสมองในฐานะที่เป็นศูนย์ควบคุมอารมณ์ต่าง ๆ ของเรากันเสียก่อน

ในสภาวะปกติสมองจะรับข้อมูลต่าง ๆ จากภายนอกเป็นจำนวนมาก บางคนมีเรื่องสับสนวุ่นวายให้คิดมากมาย คลื่นสมองที่เกิดขึ้นในช่วงนี้จึงมีความถี่สูง เรียกคลื่นสมองช่วงนี้ว่า "คลื่นเบต้า" (Beta Wave) รูปร่างของคลื่นเบต้ามักมีลักษณะคล้ายเส้นกราฟที่ขยุกขยิกขึ้น-ลง ขึ้น-ลง สลับกัน คล้าย ๆ เวลาเราลากเส้นสลับฟังปลานั่นเอง ถ้าสมองมีเรื่องต้องคิดวุ่นวายมาก เส้นกราฟจะขยุกขยิกมากด้วย ภาวะเช่นนี้จะรู้สึกหงุดหงิด กระสับกระส่าย ประสิทธิภาพในการคิดตัดสินใจไม่ดี

ส่วนสภาวะที่ทำให้เราทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จิตใจและสมองต้องอยู่ในสภาวะที่สงบ เยือกเย็น ทั้งนี้เพราะว่า คลื่นสมองในช่วงนี้หรือเรียกว่า "คลื่นอัลฟา" (Alpha Wave) จะมีความถี่ช้ากว่า มีขนาดใหญ่กว่า และมีพลังงานมากกว่าคลื่นเบต้า รูปร่างของคลื่นอัลฟามีลักษณะคล้ายรูปลูกคลื่น ไม่ขยุกขยิกเหมือนคลื่นเบต้า คลื่นอัลฟานี้ช่วยทำให้ความสับสนวุ่นวายในสมองลดลง จิตใจจึงสงบและเยือกเย็นขึ้น ซึ่งพร้อมที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ

และตอนนี้ก็เข้าถึงเรื่องของดนตรีกับคลื่นสมองกันเสียที ดนตรีที่มีจังหวะเร็ว หรือดนตรีที่มีจังหวะไม่เป็น

ระเบียบ เช่น เพลงดิสโก้ จะทำให้คลื่นสมองมีความถี่สูงขึ้น โดยเฉพาะในคนที่กำลังมีความตึงเครียดอยู่แล้ว จะทำให้ยิ่งเครียดมากขึ้นไปอีก นอกจากนี้ยังพบว่า เด็ก ๆ ที่ฟังเพลงดิสโก้ขณะที่ดูหนังสือจะทำให้สมองปั่นป่วนและการเรียนไม่ได้ผล ดังนั้นจึงต้องหาวิธีที่ช่วยทำให้คลื่นสมองมีความถี่ช้าลง ซึ่งจะช่วยลดความตึงเครียดและเรียกประสิทธิภาพในการทำงานกลับคืนมาก วิธีหนึ่งที่ช่วยได้คือ การฟังเพลงประเภทต่าง ๆ ดังนี้ เพลงบรรเลงเบา ๆ เช่น เพลงมานโตวานี (Mantovani) เพลงของพอล โมริอาต์ (Paul Mauriat) หรือเพลงของริชาร์ด เคลเลอร์แมน (Richard C. Calyberman) เพลงคลาสสิก เช่น ซิมโฟนีหมายเลข ๕ ของบีโธเฟ่น (Beethoven's Symphony NO.5 in C.Minor) หรือเพลงของไชคอฟสกี (Tchaikovsky) เป็นต้น นอกจากนี้เพลงที่มีเสียงธรรมชาติผสมผสานกับเครื่องดนตรีประเภทไวโอลิน พิณฝรั่ง คลาริเน็ต หรืออื่น ๆ เช่น เพลงของคิทาโร่ (Kitaro)

มาถึงตอนนี้แล้วพอจะบอกกับตัวเองได้หรือยังว่า ควรฟังเพลงประเภทใดจึงจะก่อให้เกิดประโยชน์กับตัวเองหากยังไม่แน่ใจลองอ่านต่อไปอีกสักนิดก็แล้วกัน มีข้อมูลทางการแพทย์พบว่า ดนตรีที่มีคุณภาพทั้งเนื้อร้อง ทำนอง จังหวะ และความถี่ของเสียง จะช่วยกระตุ้นให้สมองของมนุษย์หลั่งสารแห่งความสุข หรือเอนโดर्फิน (Endorphin) เพิ่มขึ้น ซึ่งมีผลดีต่อการทำงานของระบบอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย นอกจากนี้ดนตรีที่มีคุณภาพยังมีผลต่อการเพิ่มความสามารถในการจำ สร้างสรรค์ความคิดริเริ่ม หรือพูดง่าย ๆ ก็คือช่วยพัฒนาสมองนั่นเอง

ดังนั้นการเลือกฟังเพลงหรือดนตรีจึงเป็นอีกกิจกรรมหนึ่งที่เราจะต้องพิถีพิถันกันมากขึ้นกว่าเดิม ถ้าหากเราต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตัวเองให้ดีขึ้น

ที่มา : กรมสุขภาพจิต. (2543). คลายเครียด. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข,

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ สกุล

ร้อยเอกหญิง ณัฏฐา หงษ์เวียงจันทร์

วันเดือนปีเกิด

7 มกราคม 2516

ที่อยู่ปัจจุบัน

40/64 หมู่ 14 ถ.บางนา-ตราด กม.8 ต.บางแก้ว

อ.บางพลี จ.สมุทรปราการ 10540

โทร 02-3165126

ที่ทำงานปัจจุบัน

หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ 4 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ถ.ราชวิถี เขตราชเทวี ต.ทุ่งพญาไท กรุงเทพฯ 10400

โทร 02-3547711 ต่อ 93422 , 93429

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2533

จบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายจากโรงเรียนพิบูลวิทยาลัย
จังหวัดลพบุรี

พ.ศ. 2538

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

จากวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก รุ่นที่ 28

พ.ศ. 2551

วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ