

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. โรคจิตเภทและพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภท

1.1 โรคจิตเภท

1.2 พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภท

2. การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

2.1 ความหมายของการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

2.2 กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

2.3 ระบบบริการ การพยาบาลในงานผู้ป่วยในโรงพยาบาล

2.4 แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

2.5 ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

2.6 แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

2.7 บทบาทการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

2.8 สมรรถนะและบทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

3. แนวคิดการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

3.1 ความหมายของการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

3.2 แนวคิดการใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

3.3 ประโยชน์ของการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

3.4 การใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

4. แนวคิดเกี่ยวกับดนตรีและดนตรีบำบัดโรค

4.1 ความหมายของดนตรีบำบัด

4.2 คุณสมบัติของดนตรี

4.3 กลไกของดนตรี

4.4 ดนตรีคุณภาพ

4.5 การนำดนตรีบำบัดไปใช้ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

5. กิจกรรมกลุ่มแบบมีส่วนร่วม
6. โปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ร่วมกับการใช้ดนตรี
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรคจิตเภทและพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภท

1.1 โรคจิตเภท

โรคจิตเภทพบได้มากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด และยังพบทุกกลุ่มประชากร ในระยะแรกใช้คำว่า Dementia praecox ต่อมาจิตแพทย์ชาวสวิสเซอร์แลนด์ชื่อ Eugen Bleuler ได้ใช้คำว่า Schizophrenia จึงได้ใช้คำนี้มาจนถึงปัจจุบันนี้

1.1.1 ความหมาย

ตามความหมายของ ICD-10 (The International Classification of Diseases-10) ขององค์การอนามัยโลก กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะและอารมณ์แบบไม่เหมาะสมหรืออารมณ์ที่อับ (Blunted) สติสัมปชัญญะและเขาวัวปัญญา มักคืออยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียการรับรู้ (Cognitive) (เกษมตันติผลาชีวะ, 2536)

Sadock, B. J. & Sadock, V.A. (2000) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัดมีลักษณะอาการทางบวก (positive symptoms) และอาการทางลบ (negative symptoms) ถึงแม้ไม่มีความผิดปกติทางด้านการรับรู้ (Cognitive disorders) แต่โรคจิตเภทเป็นสาเหตุของความเสื่อมด้านการรับรู้ (Cognitive Impairment) ดังนั้นอาการของโรคจิตเภทมีผลต่อการรับรู้ ความรู้สึก พฤติกรรม สังคมและการทำหน้าที่

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรม อารมณ์ ความรู้สึก โดยไม่พบความผิดปกติโรคทางกายและโรคทางสมอง พบได้มากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด พบได้ในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบทั้งในเพศชายและเพศหญิง

1.1.2 สาเหตุ

Kaplan & Sadock (1995) กล่าวว่า สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท ยังไม่สามารถหาข้อสรุปที่แน่นอนได้ และปัจจัยที่ได้รับการยอมรับอย่างมาก ได้แก่

- 1) ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological Factors) ได้แก่

- พันธุกรรม (Genetic factors) จากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสสูงเมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเภท สมาชิกในครอบครัวมีแนวโน้มที่จะป่วยด้วยโรคจิตเภทมากกว่าประชาชนทั่วไป (ไพรัตน์ พงกษาชาติคุณากร, 2534)

- สารชีวเคมีในสมอง (Biochemical factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกัน สารสื่อประสาทในสมอง (Neurotransmitter) ในระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) สมมติฐานเดิมที่ยังคงเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบัน คือ สมมติฐานโดปามีน (dopamine hypothesis) โดยเชื่อว่า การหลั่งสารโดปามีนมากเกินไป ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการทางจิต ซึ่งสมมติฐานนี้ได้รับการสนับสนุนจากการที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการดีขึ้น เมื่อได้รับยาต้านโรคจิตที่มีฤทธิ์ระงับการทำงานของสารโดปามีน ปัจจุบันเชื่อว่าการบกพร่องของการหลั่งสารโดปามีนในบริเวณ prefrontal cortex ทำให้เกิดอาการทางลบ และการทำงานที่ผิดปกติของโดปามีนที่ striatum ซึ่งทำให้มีการปล่อยสารโดปามีนทำให้เกิดอาการทางด้านบวก นอกจากนี้ยังมีข้อสันนิษฐานว่า โรคจิตเภทเกิดจากภาวะสมดุลระหว่างสารซีโรโตนินกับสารโดปามีนมีความผิดปกติ

- ด้านกายวิภาคของสมอง มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางกายวิภาคของสมอง เช่น มี Ventricle โตกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น มีการศึกษาเกี่ยวกับสมองของผู้ป่วยโรคจิตเภทในช่วงที่มีอาการและช่วงที่ไม่ได้รับการรักษา พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทร้อยละ 20 - 50 มีความผิดปกติของโครงสร้างสมอง (Taylor, 1994)

- ด้านประสาทสรีรวิทยา พบว่า Cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงในบริเวณ frontal lobe

2) ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors) เป็นปัจจัยทางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและปัจจัยทางด้านสังคม ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลิกภาพ ซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่าอาการของโรคจิตเป็นผลมาจากความผิดปกติในหน้าที่ของ Ego และภาวะเครียดทางจิตสังคม นับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้ (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536 และ Taylor, 1994)

3) ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (Social - culture factors) สังคมและสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับโรคจิตเภท ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีอาการ โรคจิตอยู่เรื่อย ๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ได้ในสถานภาพเดิม (Downward drift hypothesis) หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้น ทำให้คนเป็นโรคจิต

เภทมากขึ้น (Social causation hypothesis) นอกจากนี้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวก็ส่งผลต่อการป่วยด้วย โรคจิตเภทได้เช่นกัน (เกษม ดันติผลชีวะ, 2536) อ่ำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2541) อธิบายว่า เดิมเชื่อว่าลักษณะของมารดาบางประการ หรือการเลี้ยงดูในบางรูปแบบ ทำให้เด็กโตขึ้นเป็นโรคจิตเภท แต่จากการศึกษาในช่วงต่อมาไม่พบหลักฐานสนับสนุนความเชื่อนี้ ในแง่ของครอบครัวนั้นพบว่า สภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค โดยในครอบครัวของผู้ป่วยที่อาการกำเริบ บ่อย ๆ พบว่า มีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (expressed emotion) ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) มีท่าทีไม่เป็นมิตร (hostility) หรือจู้จี้ยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (emotional over involvement)

จนถึงปัจจุบันนี้ ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าโรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการซึ่งมีมาจากหลาย ๆ สาเหตุ แนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ Stress-diathesis model ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา โดยแนวโน้มหรือสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีววิทยา จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน

1.1.3 อาการทางคลินิกของโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัดผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น อาการในช่วงกำเริบจะเป็นกลุ่มอาการด้านบวก เช่น ประสาทหลอน หลงผิด และในระยะหลังส่วนใหญ่มีกลุ่มอาการด้านลบ ซึ่งไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา เช่น พูดน้อย เฉื่อยชา แยกตัวเอง อาการแสดงของโรคจิตเภทแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ (มานิช หล่อตระกูล, 2543 : เกษม ดันติผลชีวะ, 2536) มีลักษณะอาการดังต่อไปนี้ คือ

1) กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) แสดงออกในด้านความคิดผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ซึ่งแบ่งตามลักษณะอาการออกเป็น 2 ด้านใหญ่ๆ

- Psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิด และอาการประสาทหลอน
- Disorganization dimension ได้แก่ Disorganized behavior เป็นพฤติกรรมที่ผิดปกติไปอย่างมาก และ Disorganized speech ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอดอาการหลงผิด (Delusion) ชนิดที่พบบ่อยได้แก่ Persecutory delusion, Delusion of reference รวมทั้งอาการหลงผิดที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider ส่วนอาการหลงผิดอื่นๆ ที่พบอาการประสาทหลอน (Hallucination) ที่พบบ่อยเป็น Auditory hallucination

อาการประสาทหลอนชนิดอื่นอาจพบได้บ้าง เช่น Tactile หรือ Somatic hallucination อาการประสาทหลอนที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยได้แก่ Auditory hallucination

โดยประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วย เริ่มมีอาการทางบวกที่เป็นอันตราย (Kaplan & Sadock, 1999) มีความคิดหลงผิด ที่พบในโรคจิตเภทคือ หลงผิดคิดว่ามีคนมาปองร้าย หรือคิดไปเองว่ามีคนพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตนเอง ส่วนอาการประสาทหลอน ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการประสาทหลอนชนิดต่างๆ ชนิดที่พบบ่อยคือ มีอาการหูแว่วซึ่งพบได้ร้อยละ 75 โดยเสียงแว่วที่ได้ยินเป็นเสียงคำพูดว่าหรือสบประมาท มีปัญหาในด้านความคิด ขาดการเชื่อมโยงของเหตุผล

2) กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ อาการเหล่านี้ได้แก่

- Alogia พูดน้อยหรือ ไม่ค่อยพูด เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ

- Affective flattening การแสดงออกด้านอารมณ์ลดน้อยลงมาก หน้าตาเฉยเมยไม่

ค่อยสบตา

- A volition- apathy ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ไม่สนใจเรื่องเรียนหรือทำงาน ผู้ป่วยอาจอยู่เฉยๆทั้งวันโดยไม่ทำอะไร

- Anhedonia-asociality ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่สนใจคบหาสมาคมกับใคร อาการด้านลบในลักษณะนี้อาจเริ่มเห็นตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ยังไม่มีอาการกำเริบที่ชัดเจนในบางคนอาการเด่นจะแสดงออกมาในลักษณะนี้ โดยไม่พบอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนที่ชัดเจนเลยก็มี

ในระยะอาการกำเริบอาการสำคัญส่วนใหญ่จะเป็นอาการในกลุ่มอาการด้านบวก ส่วนกลุ่มอาการด้านลบนั้นมักพบในระยะหลังของโรค และไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการด้านบวก

1.1.4 การรักษา

1) การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลจะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลในกรณีต่อไปนี้

- มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น

- มีปัญหาอื่น ๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง

- เพื่อควบคุมเรื่องยา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา

- มีปัญหาในการวินิจฉัย

การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล จะช่วยลดความเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัวลง ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวช ซึ่งจะช่วยในด้านอื่น ๆ ที่มีปัญหา นอกเหนือไปจากเรื่องระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 3 - 6 สัปดาห์

2) การรักษาด้วยยา

การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตนั้นเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อการควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่กลับมามีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อย ๆ นั้น ส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา

ระยะเวลาในการรักษานั้น ส่วนใหญ่เห็นว่าในผู้ป่วยที่เป็นครั้งแรกนั้น หลังจากอาการโรคจิตดีขึ้นแล้วให้ยาต่อไปอีกประมาณ 1 ปี หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไปประยะยาว เช่น 5 ปี หากเป็นบ่อยกว่านี้ควรให้ยาต่อเนื่องไปตลอด

3) การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy)

การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคจิตเก่านั้นผลไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้ ECT ร่วมไปด้วย นอกจากนี้ยังอาจใช้ในผู้ป่วยชนิด catatonic หรือผู้ป่วยที่มี severe depression ร่วมด้วย

4) การรักษาจิตสังคม

การบำบัดด้านจิตสังคมนี้เป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวเขากับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางด้านสังคมก็ยังคงมีอยู่หากผู้รักษามีได้สนใจช่วยเหลือแก้ไข นอกจากนี้อาการบางอย่าง เช่น อาการ ด้านลบหรือภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นต้องมีผู้รักษาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะเข้าใจและช่วยเหลือเขาได้ในทุกด้าน มิใช่เป็นเพียงผู้รักษาโรคเท่านั้น การรักษาด้านจิตสังคม มีดังนี้

- จิตบำบัด (psychotherapy) ใช้วิธีการของจิตบำบัดชนิดประคับประคอง ผู้รักษาพึงตั้งเป้าหมายตามที่จริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น ช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีแก้ปัญหาในแบบอื่น ๆ ที่เขาพอทำได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการในสถานะของผู้ที่มีความรู้มากกว่าช่วยผู้ป่วยค้นหาว่าความเครียดหรือความกดดันอะไรที่เขามักทนไม่ได้ เป็นต้น

- การให้คำแนะนำปรึกษาแก่ครอบครัว (family counseling or psycho education) ผู้ปกครองมักเข้าใจว่าเป็นเพราะตนเลี้ยงดูไม่ดีจึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต เกิดความรู้สึกผิด หรือกล่าวโทษตนเอง นอกจากนี้บางครั้งครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงและอยู่ใกล้ชิดกับ

ผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจเป็นการไปเพิ่มความกดดันแก่ผู้ป่วย ทั้งสองกรณีนี้การทำ
ครอบครัวบำบัดหรือให้ความรู้ในเรื่องโรค ทั้งสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วย จะช่วยได้เป็นอย่างดี

- กลุ่มบำบัด (group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วยโดย
ส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและให้
คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

- นิเวศน์บำบัด (milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล
เพื่อช่วยส่งเสริมกระบวนการรักษา ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ภายในหอผู้ป่วย การจัด
สภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ระบบการบริหารเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการ
ตัดสินใจเป็นบางส่วน ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่าง ๆ เท่าที่พอทำได้เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่น
ในตนเองของผู้ป่วย

การบริการแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์

โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ เป็นโรงพยาบาลจิตเวชขนาดเล็กแห่งหนึ่งของ
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ตั้งอยู่ในจังหวัดสระแก้ว มีจำนวน 90 เตียง ให้บริการแก่
ประชาชนที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต และจิตเวช โดยมีพันธกิจในการพัฒนาดังนี้

- 1) พัฒนางานวิชาการด้านสุขภาพจิต จิตเวชและการบำบัดรักษาแบบจิตสังคมบำบัด
- 2) พัฒนาให้บริการตามมาตรฐาน HA
- 3) พัฒนาเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและ
ยาเสพติด

การบริการแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทและครอบครัว

โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ มีระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล คือ
มีการจำแนกผู้ป่วยออกเป็น 4 ประเภท คือ ผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยเรื้อรังบำบัด และ
ผู้ป่วยบำบัดระยะยาว โดยให้การบริการแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทและครอบครัว ดังนี้

การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล จะช่วยลดความเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัวลง ผู้ป่วย
ได้รับการดูแลจากบุคลากร ซึ่งจะช่วยเหลือในด้านอื่น ๆ ที่มีปัญหานอกเหนือไปจากเรื่องยา
ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล ประมาณ 3 - 8 สัปดาห์ โดยมีการให้บริการดังนี้

การรักษาด้วยยา

การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตนั้นเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อการควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่กลับมามีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อย ๆ นั้น ส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา

การรักษาด้านจิตสังคม

การบำบัดด้านจิตสังคมนี้เป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวเขากับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้วปัญหาทางด้านสังคมก็ยังคงมีอยู่หากผู้รักษามีได้สนใจช่วยเหลือแก้ไข นอกจากนี้อาการบางอย่าง เช่น อาการด้านลบ หรือ ภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้รักษาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะเข้าใจและช่วยเหลือเขาได้ในทุกด้าน มิใช่เป็นเพียงผู้รักษาโรคเท่านั้น ซึ่งมีบริการดังนี้

1) จิตบำบัด (psychotherapy) ใช้วิธีการของจิตบำบัดชนิดประคับประคองผู้รักษาฟังตั้งเป้าหมายตามที่จริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น ช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีแก้ปัญหาในแบบอื่น ๆ ที่เขาพอทำได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการในฐานะของผู้ที่มีความรู้มากกว่า ช่วยผู้ป่วยค้นหาว่าความเครียดหรือความกดดันอะไรที่เขาทนไม่ได้ เป็นต้น

2) การให้คำแนะนำปรึกษาแก่ครอบครัว (family counseling or psychoeducation) ผู้ปกครองมักเข้าใจว่าเป็นเพราะตนเองไม่ดีจึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต เกิดความรู้สึกผิด หรือกล่าวโทษตนเอง นอกจากนี้บางครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจเป็นการไปเพิ่มความกดดันแก่ผู้ป่วย ทั้งสองกรณีนี้การทำครอบครัวบำบัดหรือให้ความรู้ในเรื่องโรค ทั้งสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วย จะช่วยได้เป็นอย่างดี

3) กลุ่มบำบัด (group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วยโดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

4) นิเวศน์บำบัด (milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมกระบวนการรักษา ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ภายในหอผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ระบบการบริหารเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นบางส่วน ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่าง ๆ เท่าที่พอทำได้เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย

1.2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภท

1.2.1 ความหมาย

ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2527) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง คือ การแสดงออกของแรงขับก้าวร้าว เพื่อการทำลายซึ่งเป็นพลังกำลังของร่างกายที่มุ่งทำอันตรายต่อบุคคลและสิ่งของ

วัลลภา เชยบัวแก้ว (2532) ให้ความหมายว่า เป็นการแสดงออกที่หยาบคาย อยู่ไม่นิ่ง สับสน เอะอะอาละวาด ทบทำลายข้าวของ ทำอันตรายตนเองและผู้อื่นรวมถึงการฆ่าผู้อื่น

สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว (2545) ให้ความหมายว่า เป็นการกระทำเนื่องมาจากความคิดความรู้สึกที่ก้าวร้าว มีผลให้การกระทำดังกล่าวรุนแรงจนก้าวร้าวคนอื่นทั้งทางคำพูดและการกระทำ

Gunn (1973) ให้ความหมายว่า เป็นการแสดงออกอย่าง โดยการทำร้าย เอะอะอาละวาด

Rosen & Digiacomio (1978) ได้ให้ความหมายว่า เป็นรูปแบบหนึ่งของพฤติกรรมก้าวร้าว จะแสดงออกโดยการกระสับกระส่าย อยู่นิ่งไม่ได้ ทำอันตรายตนเองและผู้อื่น

McFarland & Thomas (1990) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการแสดงออก เป็นผลจากอารมณ์โกรธ ความกังวล ความตึงเครียด ความรู้สึกผิด และความอาฆาตแค้น

สรุป พฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง การแสดงออกอย่างรุนแรงของแรงขับก้าวร้าว (Aggressive Drive) เพื่อการทำลายที่มุ่งทำอันตรายต่อบุคคล สิ่งของ อันเป็นผลมาจากความโกรธ ความกังวล ความตึงเครียด ความรู้สึกผิด และความอาฆาตแค้น อาจแสดงออกในรูปของการพูดจา หยาบคาย ทบทำลายข้าวของ ทำร้ายร่างกายจนถึงฆ่าบุคคลอื่น โดยไม่สามารถควบคุมตัวเองได้

1.2.2 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าว

แนวคิดที่ใช้อธิบายการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวไว้หลายแนวคิด ได้แก่ แนวคิดจากจิตวิทยา แนวคิดทางชีวภาพ แนวคิดทางสังคมวัฒนธรรม และแนวคิดทางสิ่งแวดล้อม (Rickelman, 1997)

1) แนวคิดทางจิตวิทยา (psychological perspective)

แนวคิดนี้ได้มีบุคคลกล่าวไว้หลายคนเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวเพื่อเป็นแนวทางในการวิเคราะห์พฤติกรรมก้าวร้าวได้แก่ทฤษฎีของ Lorenz (Lorenz, 1996 cited in Lancaster, 1988) เชื่อว่าความก้าวร้าวเป็นการตอบสนองที่มีมาแต่กำเนิด เป็นสัญชาตญาณของมนุษย์คล้ายกับความหิวความกระหาย ในการพัฒนาของความรุนแรงนั้นเป็นการพัฒนามาจากภายในทั้งหมด ไม่มีอิทธิพลภายนอกมาเกี่ยวข้อง โดยลักษณะก้าวร้าวจะปรากฏอยู่ในยีนส์ ถ้ามีสิ่งกระตุ้นที่ไม่เหมาะสมจะเกิดการต่อต้านสิ่งนั้นจนเกิดความรุนแรงขึ้นได้

สำหรับความคิดในแนวคิดของฟรอยด์ ได้กล่าวเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวไว้ในหนังสือ The goal of life is death ปี ค.ศ. 1920 ได้กล่าวถึง Death instinct ไว้ว่า ในส่วนลึกของจิตได้สำนึก มนุษย์ปรารถนาจะตาย ลักษณะที่เด่นชัดของสัญชาตญาณนี้ คือ แรงกระตุ้นให้ก้าวร้าวและทำลาย บุคคลจะแสดงความก้าวร้าวต่อตนเองและผู้อื่นมากน้อยแตกต่างกันไปแต่ละบุคคล (Freud, 1920 อ้างใน ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2536) ซึ่งผู้ที่มีพัฒนาการทางเพศไม่เหมาะสมจะมีพลังความก้าวร้าวรุนแรง ดัดค้ำแฝงอยู่ในจิตได้สำนึกและพลังส่วนนี้พยายามหาทางออกด้วยวิธีค่อนข้างซับซ้อน นับเป็นพลังที่สำคัญของจิตซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอย่างมาก โดยเฉพาะเวลาที่บุคคลมีความขัดแย้งทางจิตใจจึงเป็นเหตุให้บุคคลแสดงความผิดปกติทางพฤติกรรมหลาย ๆ รูปแบบ (Roliand & Deppoliti, 1996)

ส่วนสัททฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) นั้น กล่าวได้ว่าการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของบุคคลเกิดจากการสังเกต และการเสริมแรงจากความสำเร็จ อันเป็นสิ่งที่ได้รับภายหลังที่บุคคลแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวแต่ละครั้ง รวมถึงการขัดเกลาทางสังคมและประสบการณ์ในอดีต (Bandura, 1973 cited in Zillmann, 1979)

ในการศึกษาของ Novaco (1976) ซึ่งให้เห็นว่า ความก้าวร้าว นั้นเกิดจากกระบวนการความคิด โดยบุคคลจะประเมินเหตุการณ์ต่าง ๆ ว่าเป็นสิ่งคุกคาม กระบวนการคิดจากการประเมินนี้นำไปสู่การกระตุ้นให้เกิดอารมณ์และการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย นอกจากนี้ Beck (1998) กล่าวถึงกลไกการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวว่า อาจเกิดขึ้นทันทีทันใดหรือสะสมหรือแบบแผนมาตั้งแต่วัยเด็ก โดยเริ่มตั้งแต่บุคคลรู้สึกว่าคุณถูกคุกคาม หรือมีความต้องการในบางสิ่งแต่ไม่ได้รับการตอบสนอง ซึ่งสิ่งที่คุณค่านั้นอาจมีตัวตนหรืออาจเป็นสิ่งที่เกิดจากการรับรู้ที่ผิดในผู้ป่วยจิตเวช เมื่อผู้ป่วยรับรู้เช่นนั้นจะเริ่มมีความเครียดความวิตกกังวล ถ้าความรู้สึกนี้ไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้เกิดความโกรธ ถ้าได้ระบายออกมาด้วยคำพูดจะทำให้ความเครียดลดลง ความโกรธจะหายไป แต่ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขจะมีความรู้สึกต้องการอำนาจ มีความรู้สึกไม่มั่นคง ไม่เพียงพอต่อต้าน ปฏิเสธความโกรธ ทำให้ความโกรธไม่ได้ระบายออก ยังคงอยู่ภายในจิตใจบุคคลนั้น

และทวีความรุนแรงขึ้นเป็นความอาฆาตเคັน ถ้ายังไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องอีกผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงออกมา

2) แนวคิดทางชีวภาพ (biological perspective)

จากการศึกษามากมายเกี่ยวกับพื้นฐานทางชีวภาพของพฤติกรรมก้าวร้าว เช่น ด้านกรรมพันธุ์ อาจเกิดความผิดปกติที่โครโมโซมเพศ โดยเฉพาะความผิดปกติของ XXY โครโมโซมในเพศชาย ซึ่งจากการศึกษาของเชียวี เทียลการ์ด และ โ欧文 (Schiavi, Theilgaard, & Owen, 1984) พบว่ามีโครโมโซมยวชนิตพิเศษ (Extra Y chromosome) ในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

ในด้านฮอร์โมนจากการศึกษาของ Dabbs, Jurkovic & Frady, (1991) พบว่า ในผู้ชายที่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวมีฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (testosterone) จำนวนมากกว่าระดับปกติ ส่วนในผู้หญิงอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมนในผู้หญิงคือระดับของ เอสโตรเจน (estrogen) และ โปรเจสเตอโรน (progesterone) ในวัยก่อนหมดประจำเดือนลดลงต่ำกว่าระดับปกติ

ในด้านการสื่อประสาทนั้น เกิดจากการหลั่ง นอร์อิพิเนพริน (norepinephrine) มากกว่าปกติ จากการศึกษาของกลาเซอร์ และ คิคสัน (Glazer & Dickson, 1998) พบว่า ในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวมีอัตราการเผาผลาญของโดปามีน (Dopamine) มากกว่าปกติ และการใช้ยา โคลซาปีน (clozapine) สามารถลดระดับของจำนวนโดปามีนลงได้ ส่วน ซีโรโทนิน (serotonin) จะมีจำนวนน้อยลง (Krakowski & Czobor, 1994)

ส่วนด้านสรีรวิทยาของระบบประสาทเกิดจากความผิดปกติของสมองจากการกระทบกระเทือน การมีรอยโรค หรือสื่อไฟฟ้าในสมองผิดปกติการเป็นโรคลมชักชนิดเทมโพรอลโลบอิพิเลปซี (temporal lobe epilepsy) ซึ่งเหล่านี้มีผลต่อสมองส่วนไฮโปทาลามัส (hypothalamus) และอมิกดาลา (amygdala) ซึ่งความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ (Garza - Trevino, 1994) นอกจากนี้ เพศเป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านร่างกายซึ่งอาจมีผลต่อการเลี้ยงดูทำให้บุคลิกภาพ อุปนิสัย ความคิด ความรู้สึกมีความแตกต่างกันออกไป (Glazer & Dickson, 1998)

3) แนวคิดทางสังคมวัฒนธรรม (sociocultural perspective)

เป็นแนวคิดเกี่ยวกับค่านิยม ทัศนคติ แบบแผนของพฤติกรรม ที่นำไปสู่พฤติกรรมก้าวร้าว โดยในกลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมและเชื้อชาติซึ่งในการพิจารณาที่มาของพฤติกรรม อารมณ์ กลไกการเกิดพฤติกรรมนั้นย่อมมีความแตกต่างกันออกไป ซึ่ง Blue & Griffith (1995) ได้กล่าวไว้ว่า ในสังคมอเมริกันมีความก้าวร้าวมากกว่าสังคมอื่น

เนื่องจากสังคมดังกล่าวมีความเป็นอิสระไม่จำกัดชนชาติในการเข้าอยู่อาศัยทำให้มีความหลากหลายในเชื้อชาติ ประเพณี วัฒนธรรม โดยเฉพาะชนชาวอเมริกัน - แอฟริกัน (American - African) จะถูกแบ่งเป็นประชาชนระดับล่างของสังคม การได้รับการปฏิบัติคล้ายทาส (slaves) ถูกกีดกันทางสังคมและสัญชาติ ส่งผลให้บุคคลเหล่านี้ได้รับความกดดันจนแสดงออกด้วยความรุนแรงมาก

ถ้าพิจารณาตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมในครอบครัว บุคคลมีการแสดง ความก้าวร้าวเกิดขึ้นภายในครอบครัว บุคคลในครอบครัวเหล่านี้จะได้รับประสบการณ์ชีวิตที่มีการ ใช้ความรุนแรง ซึ่งความรุนแรงนั้นทำให้สมาชิกในครอบครัวได้เรียนรู้พฤติกรรมก้าวร้าวดังกล่าว และเมื่อถูกกระทำความก้าวร้าวซ้ำ ๆ ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่จะกระทำความก้าวร้าวต่อบุคคลอื่น โดยเฉพาะเมื่อมีความวิตกกังวล ความคับข้องใจและความขัดแย้งใจ บุคคลจะมีการเผชิญปัญหา ด้วยความก้าวร้าวทั้งทางคำพูดและท่าทาง นอกจากนี้ในการใช้สื่อในสังคมก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บุคคลได้รับอิทธิพลของความก้าวร้าว เช่น โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ ภาพยนตร์ หรือวิดีโอเกมส์ เป็นต้น ซึ่งสื่อต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ที่จะปฏิบัติตามทั้งเจตนาและไม่เจตนาส่งผล ให้พฤติกรรมที่แสดงออกนั้นกระทบต่อตนเองและผู้อื่นได้ (Johnson, 1997)

1.2.3 สาเหตุและวงจรการเกิดพฤติกรรม

1) สาเหตุการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเกิดได้จากสาเหตุและปัจจัยหลายประการ วาสนา แลล้มเขตร, (2544) ได้แบ่งสาเหตุของความก้าวร้าวรุนแรง เป็น 3 ด้าน ดังนี้

- เกิดจากด้านชีวภาพ เช่น โครงสร้างของสมองและสารสื่อประสาท (Neurotransmitter) ในสมองผิดปกติ เช่น สารซีโรโทนิน (Serotonin) ในสมองต่ำกว่าปกติ เชื่อว่าสัมพันธ์กับความก้าวร้าว การพยายามฆ่าตัวตายที่รุนแรง สัมพันธ์กับ 5 - Hydroxyindole acetic acid ในน้ำไขสันหลังต่ำ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่แขนคอตาย

ในด้านฮอร์โมน พบว่าผู้ชายจะมีระดับ Testosterone จำนวนมากกว่าระดับปกติส่วนในผู้หญิงอาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในผู้หญิง คือระดับของ Estrogen และ Progesterone ในวัยก่อนหมดประจำเดือนลดลงต่ำกว่าระดับปกติ ผู้ป่วยที่มีความไม่สมดุลของกระบวนการเผาผลาญในร่างกาย หรือระบบต่อมไร้ท่อไม่สมดุล รวมทั้งพวกที่มีไขมันสูงหรือพิษในร่างกาย มีผลให้กระบวนการคิดอย่างมีเหตุผลเปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวได้ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเครียด

- ด้านจิตใจ มีหลายทฤษฎีได้กล่าวถึงพฤติกรรมก้าวร้าวไว้ ได้แก่ ทฤษฎีของ Lorenz เชื่อว่าความก้าวร้าวเป็นการตอบสนองที่มีมาแต่กำเนิด เขาอธิบายว่าการพัฒนาความก้าวร้าว เป็นการพัฒนาจากภายในโดยสิ้นเชิง ไม่มีอิทธิพลภายนอก (External influence) มาเกี่ยวข้อง โดยลักษณะก้าวร้าวจะบรรจุอยู่แล้วบนยีนส์ เมื่อไรที่มีสิ่งกระตุ้นที่เหมาะสมก็จะเกิดการต่อต้านขึ้น ส่วนทฤษฎีของแรงขับของซิกมันด์ ฟรอยด์ กล่าวว่าแรงขับความก้าวร้าวเป็น สัญชาตญาณของความรู้สึกอยากทำลายหรือกำจัด ซึ่งเป็นแรงขับหนึ่งในสองประเภทของบุคคลที่มีมาแต่กำเนิด

ผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตและผู้ป่วยจิตเวช เช่น โรคจิตเภทเฉียบพลัน (Acute schizophrenia) มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน มีเสียงสั่งให้ฆ่าตัวตาย ฆ่าบุคคลอื่นและอาจมีอาการ panic อย่างรุนแรงร่วมกับมีภาวะสับสน

ผู้ป่วยหวาดระแวง (Paranoid psychosis) จะมีแบบแผนของความคิด ผิดไปจากความเป็นจริง จะเป็นลักษณะกล่าวโทษผู้อื่นและมีการหลงผิดคิดว่าผู้อื่นจะมาทำร้ายตนเอง ผู้ป่วยไม่สามารถตรวจสอบความจริงได้ ดังนั้นผู้ป่วยจึงพยายามป้องกันตนเองสำหรับในกรณีที่ผู้ป่วยมีการหวาดระแวงอย่างเฉียบพลัน มักจะมีอาการประสาทหลอนทางตาและทางหู ซึ่งไม่เคยเกิดมาก่อนทำให้ผู้ป่วยสับสนและเกิดความกลัวมาก และประสาทหลอนเหล่านี้มักจะเป็นสิ่งแปลกประหลาดน่ากลัว ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ตนเองตกอยู่ในอันตราย จนกระทั่งผู้ป่วยต้องแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเพื่อป้องกันตนเองจากอันตราย

- ทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ สภาพสังคมที่ได้รับการศึกษาน้อยขาดโอกาส ขาดแคลนนิสัย การแสดงออกเพื่อความคับข้องใจจะออกมาในทางที่ก้าวร้าว ทั้งนี้เนื่องจากการเรียนรู้จากการเลียนแบบพฤติกรรมผู้อื่นจนคิดเป็นลักษณะเฉพาะตัว ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura (1986) กล่าวถึง การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของบุคคลว่าเป็นผลมาจากการสังเกต การเอาอย่าง การลอกเลียนและการเสริมแบบจากสื่อต่าง ๆ ทั้งจากหนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ และวีดีโอเกมส์ ที่สื่อถึงพฤติกรรมรุนแรงรวมถึงการขัดเคาะทางสังคมและประสบการณ์ในอดีต (วาสนา แฉล้มเขตร, 2544) รวมทั้งสิ่งแวดล้อมใกล้ตัวและสภาพบุคคล ซึ่งหมายถึง เจ้าหน้าที่ผู้ป่วยอื่น ญาติ สถานที่ ความเป็นอยู่ที่ผู้ป่วยประสบทุกวัน ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ มีความคับข้องใจตลอดเวลาแม้จะเป็นเรื่องเล็กน้อย แต่เมื่อมีสิ่งอื่นมากระตุ้นความไม่พึงพอใจ มีความคับข้องใจตลอดเวลาแม้จะเป็นเรื่องเล็กน้อย ผู้ป่วยมีโอกาสแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมาได้ง่าย (Burrow, 1994 ; Finnema et al., 1994)

2) วงจรการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

ธีระ ลีตานันทกิจ (2541) ได้แบ่งวงจรการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงไว้ 5 ระยะ ดังนี้คือ

ระยะที่ 1 มีสิ่งกระตุ้น (Triggering event) ซึ่งอาจจะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในหรือภายนอกร่างกายก็ได้ มีผลส่งผลให้เกิดการเสียสมดุลของร่างกาย เช่น การมีภาวะหูแว่วเสียง คุด่าหวาดระแวงกลัวคนทำร้าย

ระยะที่ 2 ระยะที่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงขึ้น (Escalation phase) เป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น บางคนก็อาจจะควบคุมและจัดการกับสิ่งกระตุ้นนั้นได้ ซึ่งในระยะนี้ ผู้ป่วยจะมีอาการกระวนกระวายใจ เคลื่อนไหวมากขึ้น

ระยะที่ 3 ระยะวิกฤต (Crisis phase) ถ้าไม่มีการช่วยเหลือในระยะที่ 2 หรือช่วยเหลือไม่สำเร็จ ก็จะทำให้เกิดภาวะวิกฤตตามมา มีการแสดงออกทางร่างกายและการกระทำที่รุนแรง จะสูญเสียการควบคุมตัวเอง

ระยะที่ 4 เป็นระยะคืนสู่สภาวะปกติ (Recovery phase) ซึ่งเป็นระยะที่บุคคลสามารถควบคุมตัวเองได้ ร่างกายเริ่มเข้าสู่การผ่อนคลาย

ระยะที่ 5 ระยะหลังภาวะวิกฤต (Post - crisis depression phase) ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีการสงบลงมาก บางคนอาจนอนหลับ ระยะนี้ควรใช้การพูดคุยเป็นรายบุคคล ค้นหาว่าอะไรเป็นสิ่งกระตุ้น ในระยะนี้ถ้าการช่วยเหลือไม่เหมาะสม สามารถกลับสู่ภาวะวิกฤตได้อีก

สรุป พฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง การแสดงออกของแรงขับก้าวร้าวเพื่อการทำลายที่มุ่งทำอันตรายต่อบุคคลและสิ่งของ ซึ่งลักษณะของพฤติกรรมที่แสดงออกมีพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายตนเอง พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายผู้อื่นและพฤติกรรมก้าวร้าวด้านการทำลายสิ่งของ สาเหตุเกิดจากด้านชีวภาพ เช่น โครงสร้างของสมองและสารสื่อประสาทผิดปกติ ด้านจิตใจเนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิตและโรคจิตเวชและด้านสังคม เศรษฐกิจเกิดจากขาดโอกาสขัดเกลานิสัยและการเรียนแบบจากสื่อต่าง ๆ

1.2.4 ลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ได้มีผู้แบ่งลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าวได้ดังนี้

Yudofsky et al. (1986) ได้แบ่งพฤติกรรมก้าวร้าวออกเป็น 4 ลักษณะดังนี้

1) พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด (Verbal violent behavior) ประกอบด้วย การส่งเสียงดังหรือตะโกนด้วยความโกรธ ตะโกนว่ากล่าวดูถูกคนอื่น เช่น “คุณช่างโง่อะไรเชื่อนี้” คำสาปแช่งอย่างรุนแรงด้วยภาษาที่เต็มไปด้วยความโกรธ คำพูดที่คุกคามขู่จะทำร้าย

2) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายตัวเอง (Physical violent behavior against self) ประกอบด้วย พฤติกรรมหยิก ข่วนผิวหนัง ชกตีตัวเอง ดึงเส้นผม สีรษะโขกพื้น กำป็นชกสิ่งของ กระแทกฝ่าตัวกับผนังห้องมีรอยฟกช้ำ ที่ลำตัว

3) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายคนอื่น (Physical violent behavior against other people) ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมกระชากเสื้อผ้า ลำตัว ชกตอย ทำร้ายร่างกายผู้อื่น ทำให้เกิดฟกช้ำ บวมหรือรุนแรงจนกระดูกหัก มีบาดแผลลึก

4) พฤติกรรมก้าวร้าวด้านทำลายสิ่งของ (Violent behavior against object) ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมเขย่าประตู ฉีกเสื้อผ้า ไม่รักษาความสะอาด สกปรก ปิดสิ่งของลงพื้น เตะเฟอร์นิเจอร์ภายในห้อง ขีดเขียนฝาผนังห้อง ทบกระแจก

สรุป ลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกที่ทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและสิ่งของ ซึ่งพฤติกรรมนั้นอาจจะแสดงด้วยสีหน้า ท่าทาง คำพูด หรือการกระทำ

1.2.5 ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภท

จินตนา ยูนิพันธุ์, (2527) ได้สรุปเกี่ยวกับปัจจัย ที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง คือ การเป็นโรคทางจิตเวช ซึ่งได้แก่ โรคจิตเภทเฉียบพลัน (Acute schizophrenia) ที่มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน อาจได้ยินคำสั่งให้ฆ่าตัวตาย ฆ่าบุคคลอื่น และอาจมีอาการกลัวอย่างรุนแรง ร่วมกับสับสน นอกจากนี้ในผู้ป่วยหวาดระแวง (paranoid psychosis) ซึ่งอาจจะมีผลมาจากพยาธิสภาพทางสมอง ผู้ป่วยประเภทนี้เป็นอันตรายต่อผู้อื่นมาก เนื่องจากแบบแผนความคิดของผู้ป่วยจะเป็นลักษณะกล่าวโทษผู้อื่นและมีความคิดหลงผิดว่าผู้อื่นจะมาทำร้ายตน ผู้ป่วยจึงพยายามป้องกันตนเองจากอันตรายนั้นตลอด ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเนื่องจากความผิดปกติของสมอง (organic brain syndrome) ในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีปัญหาที่เพิ่มขึ้นคือ สูญเสียการรับรู้สิ่งแวดล้อมในเรื่อง เวลา สถานที่ บุคคล และสูญเสียความจำระยะใกล้ และมีประสาทหลอนทางตาเกิดขึ้นบ่อย ๆ ส่วนในผู้ป่วยโรคลมชัก (epilepsy) ผู้ป่วยประเภทนี้อาจเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวขึ้นอย่างทันทีทันใด การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคลมชั่มักจะเป็นอันตรายน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองส่วนเทมโพรล โลบ (temporal lobe) นอกจากนี้ในผู้ป่วยซึมเศร้า (depressive psychosis) อาจแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวหรือทำร้ายตนเองซึ่งไม่สามารถทราบได้แน่นอนว่าจะเกิดขึ้นได้แน่นอนว่า

จะเกิดขึ้นเมื่อใด แต่ผู้ป่วยที่จะเกิดพฤติกรรมนี้ได้มากถ้าผู้ป่วยซึมเศร้าในระยะปานกลางหรือรุนแรง รวมไปถึงผู้ป่วยคลั่ง (mania) จะมีอาการหงุดหงิดพูดไม่หยุดเคลื่อนไหวตลอดเวลา โกรธง่าย ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ชอบทะเลาะวิวาท ก้าวร้าวและมีอารมณ์รุนแรงแล้วแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงตามมา รวมไปถึงปัจจัยใด ๆ ก็ตามที่ส่งผลต่อสมองและระบบประสาท ทำให้บุคคลควบคุมตนเองไม่ได้ เช่น เนื้องอกในสมอง ฝืนสมอง หรือสมองได้รับความกระทบกระเทือนอย่างรุนแรงและหมดสติเป็นเวลานาน หลังจากนั้นมักแสดงพฤติกรรมรุนแรง

นอกจากนี้ยังอาจกล่าวได้ว่ามีความผิดปกติของการเผาผลาญของร่างกายผู้ป่วยที่มีความไม่สมดุลของกระบวนการเผาผลาญในร่างกายหรือระบบต่อมไร้ท่อไม่สมดุล รวมทั้งที่มีไข้สูงหรือพิษในร่างกายมีผลให้กระบวนการคิดอย่างมีเหตุผลเปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงแสดงความรุนแรงได้ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวจากความเครียด รวมไปถึงการได้รับพิจารณาจากยา เช่น พิษจากยาแอมเฟตามีน และผู้ป่วยที่ติดยาแล้วหยุดยาทันที (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2528)

2. การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

2.1 ความหมายของการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

Travelbee (1973) อธิบายว่าการพยาบาลจิตเวชเป็นกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันหรือดูแลผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตและหาสาเหตุของพฤติกรรมผิดปกติในผู้ป่วยทั้งรายบุคคล ครอบครัวและชุมชน

Evan (1992) กล่าวว่า การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นการพยาบาลสาขาหนึ่งซึ่งเน้นการพยาบาลด้านจิตใจ ทั้งด้านการดูแล รักษา ฟื้นฟู ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้รับบริการรายบุคคล ครอบครัวและชุมชนทั้งในภาวะสุขภาพดี เบี่ยงเบนและเจ็บป่วย โดยพยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในศาสตร์ทางการพยาบาลด้านจิตใจและที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมนุษย์ ตลอดจนแนวทางการบำบัดรักษาที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิด อารมณ์และความรู้สึก และสามารถประยุกต์ความรู้และความเข้าใจดังกล่าวในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับผู้รับบริการ

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2536) กล่าวว่า การพยาบาลเป็นกิจกรรมการดูแล ช่วยเหลือบุคคลในด้านสุขภาพ ตั้งแต่ร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการและครอบครัวในลักษณะที่คำนึงถึงคนทั้งคนเป็นหน่วยเดียว นั่นคือการยึดหลักปัจเจกบุคคลหรือที่เรียกว่าการพยาบาลแบบองค์รวม

บุญวดี เพชรรัตน์ (2539) กล่าวว่า การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นการพยาบาลสาขาหนึ่งที่เน้นการพยาบาลด้านจิตสังคม โดยใช้แนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยา ตลอดจนศาสตร์อื่นๆ

ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมนุษย์ เป็นกรอบแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันการเกิดอาการทางจิต ช่วยฟื้นฟูบุคลิกภาพแก่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์ และการปรับตัว ทั้งในภาวะสุขภาพปกติ เบี่ยงเบนและเจ็บป่วยทางจิต

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวช คือการพยาบาลเฉพาะทางสาขาหนึ่งซึ่งต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ และใช้ตนเองอย่างมีวัตถุประสงค์ในการพยาบาล ซึ่งเป็นศิลปะที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตัว ต้องใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด อีกทั้งให้การบำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยให้ยอมรับตัวเอง ปรับปรุงตัวเอง ยินยอมให้การรักษาพยาบาล มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และพึ่งพาตนเองได้

อ่ำไพ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543) กล่าวว่า การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทถือเป็นแนวทางการพยาบาล โดยรวม ของผู้ป่วยโรคจิตเภทเกือบทั้งหมด เพราะผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการผิดปกติหลายประการพยาบาลจึงยึดหลักการปฏิบัติ 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพ การปฏิบัติแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะคือ 1) การปฏิบัติงานที่ไม่อิสระคือต้องให้การบำบัดตามคำสั่งแพทย์ 2) การปฏิบัติกึ่งอิสระ คือ ปฏิบัติงานที่ใช้การพิจารณาตัดสินใจบนพื้นฐานความรู้ความเข้าใจ ทักษะและประสบการณ์ 3) การปฏิบัติงานอย่างอิสระ คือการพยาบาลและบำบัดรักษาในขอบเขตของวิชาชีพ โดยอาศัยความรู้ หลักการ ทักษะและประสบการณ์

สรุป การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ด้วยกระบวนการปฏิสัมพันธ์ พร้อมกับการให้ความรู้ การให้สุขศึกษาในการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพสุขภาพจิต โดยการให้การดูแลนั้นต้องใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ และศิลปะในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีสุขภาพจิตที่ดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสมสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปและสามารถพึ่งตนเองได้ตามศักยภาพ

2.2 กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช หมายถึงการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบในการเข้าช่วยเหลือปัญหาทางจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การกำหนดปัญหา การลงมือปฏิบัติการ และการประเมินผล เพื่อเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาหรือสามารถปรับตัวได้ต่อสภาพปัญหาของตนเอง (Shives,1994 อ้างใน เศรษฐพงษ์ บุญหมั่น ,2548) ประกอบด้วย

1) การเก็บรวบรวมข้อมูล (Assessment) แหล่งข้อมูลคือ ผู้ป่วย ครอบครัว บุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย บันทึกของทีมสุขภาพ โดยแบ่งข้อมูลเป็น การเจ็บป่วยทางจิต ประวัติส่วนตัว ประวัติทางสังคมและครอบครัว สุขภาพทั่วไปการเจ็บป่วยทางจิตและการตรวจสภาพจิต

2) การวิเคราะห์/การวินิจฉัย (Analysis or Diagnosis) เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลมาพิจารณา ตรวจสอบเปรียบเทียบกับสภาพทั่วไปของบุคคล ในด้านความต้องการพื้นฐาน การปฏิบัติกิจกรรมตามหน้าที่และการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันตามสภาพสังคมเพื่อให้การพยาบาลตอบสนองความต้องการของบุคคล

3) การวางแผนการพยาบาล (Planning) ขั้นตอนการวางแผนการพยาบาลประกอบด้วย 3 ส่วน คือ การตั้งเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ การกำหนดแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล และการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาตามความต้องการของบุคคลเป็นลำดับ โดยเริ่มจากความต้องการพื้นฐาน จนกระทั่งถึงการทำความเข้าใจตนเองและจัดการกับสถานการณ์

4) นำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ (Intervention) การปฏิบัติการพยาบาลควรเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับบริการ โดยเริ่มจากการปฏิบัติการพยาบาลโดยทั่วไป เมื่อได้ข้อมูลเพิ่มเติมมากขึ้นจึงมีการปรับเปลี่ยนแนวทางในการดูแลให้มีความเหมาะสมเพิ่มขึ้น โดยจะต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

5) การประเมินผล (Evaluation) เป็นการเปรียบเทียบผลของการพยาบาลที่ให้แกผู้ป่วยว่าผลที่ได้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยการประเมินผลแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ การประเมินจากพัฒนาการของผู้ป่วยและการประเมินจากปฏิบัติงานของพยาบาล

จากกระบวนการพยาบาลดังกล่าวนี้ ต้องมีการปฏิบัติการพยาบาลโดยมีมิติทางการพยาบาล ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้แก่ สิ่งแวดล้อมกับความเป็นบุคคลของผู้ป่วย

2.3 ระบบบริการ การพยาบาลในงานผู้ป่วยในโรงพยาบาล

การรับผู้ป่วยโรคจิตเภทไว้ในโรงพยาบาล จะกระทำในกรณีต่อไปนี้ คือผู้ป่วยมีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น หรือก่อให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น มีปัญหาอื่นๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงรุนแรงจากยาเพื่อควบคุมเรื่องยา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาหรือมีปัญหาในการวินิจฉัย เป็นต้น (ไพรัตน์ พุกษาชาติคุณากร, 2543)

ขณะที่รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการ ทางจิตรุนแรง (Acute phase) ทั้งอาการด้านบวกและด้านลบ มีความผิดปกติทางด้านความคิด การตัดสินใจ (Herz and Marder, 2002) การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ

เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตตามปกติ สามารถทำได้โดยใช้แนวคิดการพยาบาลเพื่อชีวิตปกติสุข (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542) ดังนี้

2.3.1. การดูแลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการรับรู้ วัน เวลา สถานที่ บุคคล

2.3.2. การช่วยเหลือให้ผู้รับบริการสามารถจัดการกับความวิตกกังวล อารมณ์ และการแสดงออก การควบคุมอารมณ์และการแสดงพฤติกรรมของตน

2.3.3. การช่วยเหลือให้ผู้รับบริการสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข โดยเสริมสร้างศักยภาพส่วนบุคคล ด้านต่างๆ ดังนี้

- การดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การที่บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานทางด้านร่างกาย เช่น การดูแลทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การดูแลเคลื่อนไหวร่างกายและ การขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ เป็นต้น

- การดำรงตนในฐานะสมาชิกของสังคม ได้แก่ ความสามารถของบุคคลด้านสังคมในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่อยู่รอบข้าง และการมีกิจกรรมเพื่อการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่น

- การมีสัมพันธภาพเชิงบำบัด ได้แก่ ความสามารถของบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลและทีมสุขภาพที่ส่งผลต่อการบำบัดทางจิต เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก การแสดงออกและการกระทำ

- การมีสมรรถนะทางด้านร่างกาย หรือมีความแข็งแรงด้านร่างกาย ได้แก่ การดำรงรักษาเสริมสร้างความแข็งแรงของระบบกายวิภาค และเสรีภาพของบุคคลให้ทำหน้าที่ในการสร้างความมั่นคงแก่บุคคล สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุขการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล สามารถช่วยลดความตึงเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัว จะได้รับการดูแลจากบุคลากรทางด้านจิตเวชซึ่งจะช่วยในด้านอื่นๆ ที่นอกเหนือ ไปจากเรื่องยา

2.4 แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

2.4.1 แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบมากที่สุด และมีลักษณะเป็นโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติของความคิดและการรับรู้เป็นลักษณะเด่น ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ การเผชิญกับความบกพร่องและพฤติกรรมก้าวร้าว (อนุชิต พิมสิม, 2548) ที่ส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว เป้าหมายหลักของการพยาบาลจึงไม่ได้มุ่งดูแลเฉพาะการบำบัดอาการของโรค การดูแล

ผู้ป่วยจึงต้องให้การดูแล “บุคคล” สำคัญที่พยาบาลต้องคำนึงถึง (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542) ดังนี้

1) เน้นให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยการฝึกปฏิบัติการพยาบาลต้องเน้นการให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งรวมถึงจิตสังคมและวิญญาณ

2) คำนึงถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือ การทำหน้าที่ของพยาบาลจะสมบูรณ์ตามขอบเขตของกฎหมายได้ นอกจากให้ความใส่ใจต่อการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัว รวมทั้งดำเนินการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพนั้นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนอีกด้วย

3) การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การกระทำหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ต้องครอบคลุมการดูแลและการช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว และชุมชนทั้งในภาวะเมื่อเจ็บป่วย คือ การช่วยให้สภาพการเจ็บป่วยหายไป (Restoration) ด้วยการช่วยเหลือดูแลบำบัดรักษา/บรรเทาอาการของโรค การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เพื่อกระตุ้นหรือรักษาระดับของการฟื้นหาย (Recover or Healing) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันโรค (Disease Prevention) การป้องกันสุขภาพ (Health Protection)

ในสภาพของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่มุ่งพัฒนาระบบบริการพยาบาล โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพและความคุ้มค่าในการบริการควบคู่กันไป ในฐานะที่บุคคลเป็นองค์รวม และหลักปฏิบัติที่พยาบาลควรมี เสริมจากแนวการพยาบาลที่มีอยู่ เพื่อให้เกิดการพยาบาลแบบองค์รวมที่สมบูรณ์ขึ้น ได้แก่

1) การแลกเปลี่ยนข้อมูลและให้การศึกษาแก่ผู้รับบริการ (Sharing information and education) เพื่อให้ผู้รับบริการได้นำข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจในการรักษาและการปฏิบัติอันแสดงถึงความรับผิดชอบที่ผู้รับบริการพึงมีต่อตนเองและการรักษาสุขภาพของตนเอง

2) การให้ผู้รับบริการได้ร่วมตัดสินใจ (Sharing of decision making) เพื่อให้ผู้รับบริการได้เลือกสิ่งที่เหมาะสมและดีที่สุดสำหรับตนเองเพราะตัวผู้ป่วยเองเท่านั้นที่จะรู้ว่าสถานการณ์ของตนเองเป็นอย่างไรและควรเลือกอะไรสิ่งสำคัญที่สุดคือการให้ข้อมูลต้องชัดเจนและเพียงพอ

3) การตั้งเป้าหมายในการรักษาพยาบาล ต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความจริงที่เหมาะสม (Realistic Goal-setting) จะต้องตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้รับบริการ โดยเป้าหมายที่ตั้งไว้จะต้องอยู่บนเหตุผลของความถูกต้องเหมาะสมกับผู้รับบริการรับได้

4) พยาบาลและผู้รับบริการจะต้องปฏิบัติร่วมกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย (Working together in therapy) ดังนั้น สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการจะต้องเป็นไปในลักษณะสร้างสรรค์และเป็นสัมพันธภาพเพื่อการรักษา

2.4.2 แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

การช่วยเหลืออยู่ที่ว่าวิธีการที่ใช้อยู่สามารถทำให้สถานการณ์คลี่คลายมาน้อยเพียงใด เพื่อพิจารณาเปลี่ยนแปลงวิธีการช่วยเหลือเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้

การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว มีแนวคิดดังนี้

การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว วาสนา แฉล้มเขตร (2544) ได้ให้แนวความคิดในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว โดยใช้กระบวนการพยาบาลประกอบด้วยขั้นตอน 5 ขั้นตอน ดังนี้

1) การประเมินสภาพผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

การประเมินสภาพผู้ป่วยเป็นขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญมากในกระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว การประเมินสภาพผู้ป่วยต้องทำอย่างรวดเร็วและระมัดระวัง การประเมินเป็นการประเมินเพื่อการวินิจฉัย (Diagnostic assessment) และนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลในขั้นตอนนี้พยาบาลต้องรวบรวมข้อมูลที่เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกมาในขณะนั้น ซึ่งรวบรวมข้อมูลโดยจากการสังเกต สัมภาษณ์ และวิธีอื่น ๆ ข้อมูลที่พยาบาลต้องรวบรวมในขั้นนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีนัยน์ตาแข็งกร้าว หน้าแดง เหงื่อออก กำมือแน่น ร่างกายเกร็ง เคลื่อนไหวไปมา ไม่สามารถอยู่นิ่งได้ หงุดหงิดคนเดียว ทำอันตรายผู้อื่นหรือสิ่งของ ทำอันตรายตัวเอง มาตัวตาย เป็นต้น

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2527) ได้สรุปรายละเอียดและเกณฑ์ในการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 ตารางแสดงรายละเอียดและเกณฑ์ในการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

เกณฑ์	รายละเอียดของพฤติกรรม
1. การเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น	1. เดินไปเดินมา 2. ไม่สามารถจะนั่งอยู่นิ่ง ๆ 3. หยุดการกระทำที่ทำอยู่อย่างทันทีทันใด
2. คำพูดที่แสดงอันตรายที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งท่าทางที่แสดงออกต่อสิ่งของหรือบุคคลที่จะเป็นอันตราย ไม่ว่าจะความจริง	1. คำพูดก้าวร้าวต่อบุคคลจริงและไม่จริง 2. พฤติกรรมก้าวร้าวที่สนองตอบประสาทหลอนทางหูหรือทางตา 3. พฤติกรรมก้าวร้าวที่สนองตอบการหลงผิด

เกณฑ์	รายละเอียดของพฤติกรรม
หรือคิดเอาเองก็ตาม	
3. ความรู้สึกรุนแรง	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทำทางเครียดมาก 2. การเปลี่ยนความรู้สึกทันทีทันใด 3. อาการรุนแรงอย่างทันที
4. ประวัติการมีพฤติกรรมรุนแรง	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีประวัติการกระทำรุนแรงในอดีต 2. มีพฤติกรรมรุนแรงเมื่อมีความวิตกกังวลสูง 3. ไม่มีพฤติกรรมรุนแรงในอดีต
5. ดื่มเหล้าหรือติดยา	<ol style="list-style-type: none"> 1. ในระยะ Intoxication 2. ในระยะอดยา
6. มีอาการ OBS อย่างเฉียบพลัน	<ol style="list-style-type: none"> 1. การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึก 2. สับสนเกี่ยวกับเวลา สถานที่ บุคคล 3. สูญเสียความจำระยะใกล้ 4. ประสาทหลอนทางหู 5. ประสาทหลอนทางตาโดยไม่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา 6. การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อผิดปกติ

2) การวินิจฉัยทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

การวินิจฉัยทางการแพทย์เป็นขั้นตอนที่จะนำผลการประเมินสภาพผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว นำมาวินิจฉัยปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือทางการแพทย์ ตามลำดับความเร่งด่วนของปัญหา กำหนดปัญหาและสิ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย ขั้นตอนระบุปัญหานี้ เมื่อเทียบกับกระบวนการพยาบาลที่ใช้กันโดยทั่วไป ก็คือ “ผู้ป่วยทำอันตรายบุคคลอื่น เนื่องจากสูญเสียการรับรู้” “ผู้ป่วยมีแนวโน้มได้รับอันตราย เนื่องจากปฏิเสธการพักผ่อน น้ำ อาหาร และยา” “ผู้ป่วยฆ่าตัวตายเนื่องจากได้ยินเสียงคนสั่งให้ปฏิบัติ” “ผู้ป่วยตบตีบุคคลอื่นเนื่องจากควบคุมความโกรธไม่ได้” เป็นต้น

3) การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

การวางแผนการพยาบาลประกอบด้วยการกำหนดเป้าหมายในการพยาบาลว่ามุ่งเป็นการป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับตัวผู้ป่วยเองและผู้ป่วยอื่น และเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับภาวะอารมณ์ของตนเองในขณะนั้นได้ ซึ่งเป็นเป้าหมายที่สอดคล้องกับปัญหาการพยาบาล

ตารางที่ 2 ตารางแสดงการกำหนดเป้าหมายการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

ปัญหา	เป้าหมาย
1. ผู้ป่วยทำอันตรายบุคคลอื่น	1. ผู้ป่วยไม่ทำอันตรายบุคคลใด
2. ผู้ป่วยมีแนวโน้มได้รับอันตรายเนื่องจากปฏิเสธการพักผ่อน น้ำ อาหารและยา	2. ผู้ป่วยพักผ่อน รับประทานอาหาร น้ำและยาตามปกติ
3. ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย เนื่องจากได้ยินเสียงคนสั่งให้ปฏิบัติ	3. ผู้ป่วยไม่ฆ่าตัวตายและไม่มีอาการหูแว่ว
4. ผู้ป่วยตบตีบุคคลอื่น เนื่องจากควบคุมความโกรธไม่ได้	4. ผู้ป่วยไม่ทำอันตรายผู้ใดและสามารถระบายความโกรธได้อย่างเหมาะสม

4) การปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลเป็นการปฏิบัติการช่วยเหลือที่มีลักษณะมุ่งเป้าหมาย (Directed goal) เพื่อจัดการต่อปัญหาที่มีลักษณะเฉพาะ (Specific problem) ของสถานการณ์และบุคคลที่มีความแตกต่างกัน เป็นการปฏิบัติการให้การช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินและภายใต้การจำกัดของเวลา (วาสนา แฉล้มเขตร, 2544) พยาบาลต้องแสดงออกถึงการมีปฏิสัมพันธ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างเปิดเผย คล่องแคล่ว มีการตื่นตัวในการปฏิบัติการให้การช่วยเหลือ ไวต่อการสังเกต การเปลี่ยนแปลง มีความตระหนักรู้ในตนเองและสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา รวมทั้งสามารถคิดและตัดสินใจได้อย่างสร้างสรรค์ เป็นขั้นตอนในการปฏิบัติการพยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวตามลำดับความจำเป็นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อคงไว้ซึ่งความปลอดภัยในชีวิตของผู้ป่วยและลดระดับความก้าวร้าวของความรู้สึกและพฤติกรรมรุนแรงลง วิธีการปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วยวิธีการต่อไปนี้

- การช่วยเหลือโดยการพูดคุย (Verbal intervention) การจัดการด้วยวาจา เป็นวิธีที่ทำให้การพยาบาลสามารถสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือกับผู้ป่วยเป็นอันดับแรก นอกจากนั้นการจัดการด้วยวาจายังมีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบาย

ความรู้สึกออกมาโดยวิธีการพูด พยาบาลต้องสามารถนำทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยซึ่งขาดการควบคุมตัวเอง การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยนั้น ต้องทำด้วยความเมตตากรุณาและเคารพในความเป็นคนของผู้ป่วย และต้องคิดอยู่เสมอว่า มีหน้าที่ช่วยเหลือเพื่อลดความกลัวและความกังวลของผู้ป่วย โดยการใช้คำพูด สื่อความรู้สึกเอื้ออาทร (Caring) เจตคติต่อการช่วยเหลือด้วยความเต็มใจ (วาสนา แฉล้มเขตร, 2544) ซึ่งพยาบาลต้องมีความรู้และทักษะเรื่องการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การปฏิสัมพันธ์ทางจิตสังคม ระบบข่าวสาร การดูแล และระดับความมั่นใจ โดยวิเคราะห์การช่วยเหลือและแยกแยะพฤติกรรมที่ผิดปกติไปที่ละขั้น

- การจัดการด้านกายภาพ (Physical interventions) การปฏิบัติช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในบางสถานการณ์จำเป็นต้องเลือกวิธีการจัดการทางกายภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยและผู้ป่วยอื่น วิธีการจัดการทางกายภาพได้แก่ การรักษาทางยา (Pharmacologic intervention) ถ้าความพยายามควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยคำพูดและทีมการรักษาไม่ได้ผล จะต้องใช้วิธีให้ยาสงบประสาทชนิดที่ออกฤทธิ์รวดเร็ว ติดต่อกัน (Rapid tranquilizer) ทางกล้ามเนื้อ

การนำผู้ป่วยไปในห้องจำกัดพฤติกรรม (Seclusion) การใช้ห้องจำกัดพฤติกรรมนั้น เป็นการใช้กรณีที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมาและส่งผลกระทบต่อผู้อื่นและสิ่งของมาก ซึ่งการให้ห้องแยกนี้พยาบาลต้องคำนึงถึงความเป็นบุคคลและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยด้วย ไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าถูกทำโทษ อับอาย หรือเป็นการประจานความผิด เพราะจะทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล คับข้องใจมากยิ่งขึ้น ควรดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยทั้งด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล อธิบายให้เข้าใจถึงการนำผู้ป่วยไปไว้ในห้องจำกัดพฤติกรรม ให้กำลังใจผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวตนเองได้

การใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัด (Restraint) เป็นวิธีการสุดท้ายที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยหลังจากใช้วิธีการอื่นไม่ได้แล้ว และผู้ป่วยมีแนวโน้มทำร้ายตนเองและผู้อื่นจะพิจารณาใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัด แต่เลือกใช้เป็นวิธีการสุดท้ายเมื่อใช้วิธีอื่นใดไม่ได้ผลแล้วเท่านั้น (Block, 1976 ; Lehane & Ree, 1996) การใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัด เมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวล กระสับกระส่ายอยู่หนึ่งไม่ได้ แสดงพฤติกรรมทำลายที่รุนแรงใช้คำพูดยับยั้งไม่ได้อีกแล้ว และไม่สนองตอบต่อยา (Telintelo et.al, 1983) เพื่อป้องกันผู้ป่วยทำอันตรายตนเองผู้อื่น มาตัวตาย ทั้งในกรณีที่เกิดจากความโกรธและการควบคุมตัวเองไม่ได้ จากอาการทางจิต เช่น หลงผิด ประสาทหลอน เพื่อป้องกันผู้ป่วยสร้างความวุ่นวายแก่สิ่งแวดล้อมและก่อกวนแผนการรักษา

- จัดสิ่งแวดล้อม เพื่อการรักษาและการจัดโปรแกรมเพื่อการรักษา (Therapeutic environment and programming) สิ่งแวดล้อมและโปรแกรมต่าง ๆ ที่ห่อหุ้มผู้ป่วยจัดให้มีขึ้นอาจส่งผล

กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวได้ การจัดสิ่งแวดล้อมและโปรแกรมต่าง ๆ จึงต้องระมัดระวังให้กระตุ้นพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด คำนี้ถึงการจัดการที่สร้างความปลอดภัยให้กับตัวพยาบาลและบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ การจัดสิ่งแวดล้อมจึงต้องคำนึงคุณภาพของเฟอร์นิเจอร์ สี แสง อุณหภูมิ และเสียง บรรยากาศของสัมพันธภาพในหอผู้ป่วยทัศนคติของผู้ป่วยต่อเจ้าหน้าที่และต่อผู้ป่วยอื่น

ในการเลือกวิธีการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าว พยาบาลอาจใช้ทั้ง 3 วิธีการที่กล่าวมาพร้อมกันหรืออาจเลือกวิธีใดวิธีหนึ่งตามความเหมาะสม ในขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว พยาบาลต้องมีการตรวจสอบผลการปฏิบัติการระหว่างการช่วยเหลือและปรับแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการช่วยเหลือในขณะนั้นต้องทำการประเมินซ้ำ ในระหว่างให้การช่วยเหลือว่าวิธีการที่ใช้ยังสามารถทำให้สถานการณ์คลี่คลายมากน้อยเพียงใดเพื่อพิจารณาเปลี่ยนแปลงวิธีการช่วยเหลือเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้

5) การประเมินผลการพยาบาล

การประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล พยาบาลต้องประเมินผลการช่วยเหลือที่ได้ปฏิบัติไปแล้วว่าบรรลุเป้าหมายเพียงใด เป็นการประเมินประสิทธิผลการพยาบาลว่า การพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับนั้นสามารถช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวในทางที่เหมาะสมหรือไม่ เช่น “ผู้ป่วยสามารถระบายความโกรธในทางที่เหมาะสม” “ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวน้อยลง” “ไม่มีผู้ใดได้รับอันตรายจากการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย” เป็นต้น รวมทั้งการสนับสนุนให้กำลังใจต่อผู้ป่วยและทีมบุคลากรที่ให้การช่วยเหลือ ตลอดจนการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลทุกครั้งเมื่อกระบวนการช่วยเหลือสิ้นสุดลง

สรุป การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นการปฏิบัติการให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งเป็นการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการประเมินสถานการณ์ วางแผนและเลือกวิธีจัดการต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะเวลาอันจำกัด โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและคนอื่น พยาบาลจิตเวชในฐานะเป็นบุคลากรในทีมจิตเวชและมีบทบาทในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวจะใช้กระบวนการพยาบาลซึ่งเป็นกระบวนการแก้ปัญหาอย่างมีขั้นตอนในการปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว โดยการดำเนินการตามขั้นตอนตั้งแต่การประเมินสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

2.5 ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

การพยาบาลเป็นการปฏิบัติที่ใช้ความรู้ในศาสตร์การพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในการทำความเข้าใจกับความต้องการของบุคคลที่เป็นผู้ใช้บริการจากพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ ตามขอบเขตของกฎหมายและจริยธรรมแห่งวิชาชีพเพื่อเกิดผลลัพธ์ คือ การเปลี่ยนแปลงของบุคคลสู่การมีสภาพชีวิตที่ปกติสุขหรือมีสุขภาวะ

2.6 แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชยึดหลักการปฏิบัติ เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล ซึ่งลักษณะสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล คือ

1) พยาบาลต้องมีความยึดมั่นผูกพัน (Commitment) ต่อการปฏิบัติการพยาบาลเป็นเบื้องต้น การพยาบาลมีความเมตตา กรุณา ยึดมั่นประโยชน์ที่ผู้ใช้บริการจะได้รับเป็นสำคัญ (Compassion) ให้ความสำคัญกับความต้องการและการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการอย่างเป็นธรรมชาติ เต็มกำลัง เต็มความสามารถตลอดเวลา ดูแลช่วยเหลือจนเกิดผลลัพธ์ โดยผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจ มีความสุข สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นสุข (Conscience)

2) พยาบาลต้องศึกษาหาความรู้จนเข้าใจธรรมชาติของผู้ใช้บริการ ธรรมชาติของการเจ็บป่วย การดำรงชีวิตของผู้ป่วย หรือผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพภายใต้สภาพแวดล้อมที่เป็นสภาพการณ์จริง ทำความเข้าใจกับประสบการณ์ความเจ็บป่วย ตามมุมมองของผู้ป่วย ตลอดจนการพัฒนาความรู้และความชำนาญในการดูแลช่วยเหลือ สามารถแก้ปัญหาสุขภาพ บรรเทาความทุกข์ของผู้ป่วย สร้างความสุขสบาย และสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตที่เป็นสุขภายในครอบครัวที่อบอุ่น

3) พยาบาลใช้วิธีการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งเป็นระบบการพยาบาลที่ยึดผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็นเป้าหมาย ด้วยการปฏิบัติเป็นขั้นตอน ดังนี้

- วินิจฉัยปัญหาหรือความต้องการการพยาบาลของผู้ใช้บริการ โดยการคิดไตร่ตรอง วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของผู้ใช้บริการ และองค์ความรู้ทางการพยาบาลอย่างรอบคอบ

- กำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์ ทั้งผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์สำหรับผลลัพธ์นั้นๆ

- กำหนดวิธีปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ทั้งที่เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำโดยตรงต่อผู้ใช้บริการ และครอบครัว รวมทั้งการบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลที่มุ่งสู่ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ตั้งไว้

- ปฏิบัติกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ รวมทั้งรวบรวมผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ทั้งที่เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงและผลลัพธ์อื่นๆที่ตามมา

- ประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาลจากความสอดคล้องของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง กับผลลัพธ์ที่คาดหวัง และพิจารณาคูณค่าของผลลัพธ์อื่นๆที่เกิดขึ้น ต่อการดำรงชีวิตของผู้ใช้บริการร่วมด้วย

- จัดระบบการพยาบาลใหม่อย่างต่อเนื่องเพื่อมุ่งสู่ผลลัพธ์ระยะยาว คือ การมีสุขภาพดี หรือการมีชีวิตที่ปกติสุข

สิ่งสำคัญของการพยาบาล คือ การทำงานตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล แบบมีผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง ดังนั้นการปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวช จึงครอบคลุมบทบาทที่หลากหลายขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมและภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ ครอบคลุม บทบาทของพยาบาลจิตเวช 6 บทบาท คือ

1) บทบาทผู้เลี้ยงดู โดยการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งอันตรายที่เกิดจากปัจจัยภายในผู้ป่วยเองและปัจจัยภายนอก พยาบาลจะต้องยอมรับผู้ป่วยอย่างมีเงื่อนไข และมุ่งสนับสนุนและพัฒนาการส่วนบุคคลในทุกด้าน

2) บทบาทผู้ประสานงาน พยาบาลจะต้องวางแผน ดำเนินการและประสานการจัดกิจกรรมในหอผู้ป่วย ทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล กิจกรรมทางสังคม กิจกรรมสันทนาการและกิจกรรมอื่นๆที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ใช้บริการ พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จึงรับหน้าที่ประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการรักษาพยาบาล และบันทึกผลการประเมินนี้สำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ

3) บทบาทผู้แทนสังคม พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพัฒนาพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสม โดยการจัดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ฝึกทดลองพฤติกรรมทางสังคมใหม่ ในการดำรงชีวิตประจำวันร่วมกับบุคคลอื่นเป็นกลุ่มเล็กและให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วย และการตอบสนองของผู้ป่วยต่อบุคคลรอบตัว ทั้งนี้เพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ทนทานหรือปรับตัวได้ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ในโรงพยาบาล และในสังคมที่บ้านหรือในชุมชน

4) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ใช้บริการให้สำรวจปัญหา แบบแผนการแก้ปัญหาเดิมของตน และพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาวิธีใหม่ ปรับวิธีการคิด ปรับความรู้สึกต่อตนเองใหม่ รวมทั้งรับฝึคชอบในการกระทำของตนเองเพื่อตนเอง เพื่อลดความทุกข์ทรมานของตนเอง และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ใกล้ชิดและทีมสุขภาพได้ช่วยให้ผู้ใช้บริการมีกำลังใจจะต่อสู้และปรับตัวในสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น

5) บทบาทผู้ให้ความรู้/ผู้สอน พยายามจะทำหน้าที่เป็นครู หรือผู้สอนให้ความรู้ สนับสนุนให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้กำลังใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลตนเองทั้งด้าน ร่างกายจิตใจและสังคมอย่างถาวร

6) บทบาทผู้เชี่ยวชาญทางเทคนิค พยายามจะช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการกระทำ กิจกรรมแทนผู้ป่วยในส่วนผู้ป่วยกระทำเองไม่ได้ การดูแลผู้ป่วยในด้านที่เกี่ยวกับการ รักษาพยาบาลและการช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ พยายามจะต้องใช้ความรู้ ความสามารถทางเทคนิคการรักษาพยาบาล การสนับสนุน การ ปรึกษาประคองช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีปัญหาเฉพาะอย่าง

จากคำจำกัดความและแนวคิดดังกล่าวนำมาปรับใช้กับการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท กล่าวได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ การปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิต ใช้กระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีระบบและขั้นตอน ทั้ง แบบตัวต่อตัวหรือเป็นกลุ่ม อย่างมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ผู้การมีสุขภาพดี

2.7 บทบาทการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

Evan (1992) กล่าวว่า การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นการพยาบาลสาขาหนึ่ง ซึ่งเน้นการพยาบาลด้านจิตใจ ทั้งด้านการดูแล รักษาฟื้นฟู ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้รับบริการรายบุคคล ครอบครัวและชุมชนทั้งในภาวะสุขภาพดี เบี่ยงเบนและเจ็บป่วย โดย พยายามจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในศาสตร์ทางการพยาบาลด้านจิตใจและที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมของมนุษย์ ตลอดจนจนแนวทางการบำบัดรักษาที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิด อารมณ์และความรู้สึก และสามารถประยุกต์ความรู้สึกความเข้าใจดังกล่าวในการ ปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับผู้รับบริการ

Travelbee (1973) อธิบายว่า การพยาบาลจิตเวชเป็นกระบวนการสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคล โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันหรือดูแลผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตและหา สาเหตุของพฤติกรรมผิดปกติในผู้ป่วยทั้งรายบุคคล ครอบครัวและชุมชน

บุญวดี เพชรรัตน์(2539) กล่าวว่า การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นการ พยาบาลสาขาหนึ่งที่เน้นการพยาบาลด้านจิตสังคม โดยใช้แนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยา ตลอดจนศาสตร์อื่นๆที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมนุษย์ เป็นกรอบแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันการเกิดอาการทางจิต ช่วยฟื้นฟูบุคลิกภาพแก่ผู้ป่วยที่มีความ ผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์ และการปรับตัว ทั้งในภาวะสุขภาพปกติ เบี่ยงเบนและเจ็บป่วยทางจิต

2.8 สมรรถนะและบทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในขั้นสูง (Advanced Practice Nurses Competencies and Roles) ประกอบด้วย (Hickey, J.V. et al., 1999)

- 1) การเป็นผู้ชำนาญการด้านการปฏิบัติการพยาบาล (expert clinical practice)
- 2) การมีทักษะในการสอนอบรม และแนะนำความรู้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว (education)
- 3) การเป็นที่ปรึกษา (consultation)
- 4) การประสานงาน ทั้งในสาขาวิชาชีพเดียวกัน ต่างสาขาวิชาชีพ (collaboration)
- 5) บทบาท change agent
- 6) การเป็นผู้นำและผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก (clinical and professional leadership)
- 7) การใช้ผลงานการวิจัย (researcher) เพื่อพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล
- 8) บทบาทในการตัดสินใจทางจริยธรรม (ethical)
- 9) การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล (evaluation of outcomes)
- 10) การประกันคุณภาพ (quality assurance) ทางพยาบาล

การดำเนินโครงการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้สมรรถนะและกิจกรรมที่สะท้อนบทบาทของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ดังนี้

1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง โดยการประเมิน วินิจฉัย วิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาลที่ซับซ้อนและให้การพยาบาล การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ประเมินสถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล นำข้อมูลด้านระบาดวิทยา สถิติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและและผู้ให้การดูแล ให้การวินิจฉัยทางการพยาบาลและวิเคราะห์ปัญหาที่ซับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวและพฤติกรรมกรรมการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม เพื่อวางแผนการในการจัดการกับอาการที่เหมาะสม ดำเนินการโดยใช้กระบวนการกลุ่ม โดยมีกรอบแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยต่างๆเป็นแนวทางในการปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยและการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทถึงสาเหตุ อาการและการรักษาผลกระทบของความเจ็บป่วยและประสบการณ์การในการจัดการกับอาการในอดีต ให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในกลุ่ม และสอนกลยุทธ์การจัดการอาการหูแว่ววิธีต่างๆที่มีงานวิจัยออกมาว่าใช้แล้วได้ผลดี และลดลักษณะและความรุนแรงของกับพฤติกรรมก้าวร้าว

2) ด้านการให้ความรู้ การสอน การชี้แนะแก่ผู้ป่วย ในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าว ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ถึงสาเหตุ อาการและการรักษา สอนกลยุทธ์การจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าววิธีต่างๆที่มีงานวิจัยออกมาว่าใช้แล้วได้ผลดี ฝึกทักษะในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งในการสอนและฝึกทักษะต้องใช้เทคนิคหลากหลายเช่นการสาธิต การทดลองปฏิบัติ

3) ด้านการให้คำปรึกษา เป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ป่วยและพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเกี่ยวกับการพัฒนาความสามารถในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งให้ในระหว่างการดำเนินการและเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือหลังจากดำเนินการศึกษาในระหว่างที่ผู้ป่วยยังอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาล

4) ด้านการประสานงานประสานงานกับโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ โดยประสานงานกับผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล คณะกรรมการจริยธรรม หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลจิตเวชในหอผู้ป่วยใน โดยชี้แจงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินงาน เพื่อประสานขอความร่วมมือ อำนวยความสะดวกในการดำเนินการศึกษา

5) ด้านการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง เป็นผู้นำแห่งการเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ด้านการใช้โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วเพื่อลดลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วในผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งถือเป็นบทบาทหน้าที่หลักของพยาบาลจิตเวช ภายหลังจากดำเนินการศึกษา มีการพัฒนาคุณภาพบริการ เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านระบบบริการ มีความตระหนักในบทบาทเรื่องการเสริมสร้างพัฒนาความสามารถในการจัดการกับอาการหูแว่วของผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อป้องกันอาการทางจิตกำเริบและการกลับเป็นซ้ำ

6) ด้านการนำผลงานวิจัยมาใช้ จากการศึกษาปรากฏการณ์ในโรงพยาบาลจิตเวชและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องช่วยสนับสนุนปัญหาการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นปัญหาที่ต้องหาแนวทางการแก้ไข พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองด้านการจัดการกับอาการที่เหมาะสม เพื่อป้องกันอาการทางจิตกำเริบและการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท

3..แนวคิดเกี่ยวกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

3.1 ความหมายของการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

3.1.1 ความหมายของการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Muscle Relaxation)

Jacobson. (1962) กล่าวว่า การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หมายถึง การที่กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกายปราศจากการหดเกร็งกล้ามเนื้อจะคลายไม่เคลื่อนไหว และไม่แสดงอาการต่อต้าน หรือขัดขืนต่อการเหยียดหรืองอของกระบวนการทำงานของสรีระ เมื่อกำลังอยู่ในสภาพที่ผ่อนคลายอย่างแท้จริง เส้นประสาทที่ออกมาจากกล้ามเนื้อเหล่านั้นจะสงบนิ่ง ซึ่งจากการทดสอบด้วยกระแสไฟฟ้า พบว่า เส้นประสาทในกล้ามเนื้อไม่มีการเคลื่อนไหวเมื่อกำลังอยู่ในสภาพผ่อนคลาย

Herbert. (1978) กล่าวว่า เทคนิคการผ่อนคลาย คือ วิธีการลดความคิดที่ไม่สอดคล้องกับการกระทำซึ่งเกิดจากอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงในช่วงหนึ่ง เช่น การต่อสู้ นุนเฉียว หรือความคับข้องใจ การผ่อนคลายจึงเป็นภาวะที่สงบสบายทั้งร่างกายและจิตใจ ก่อให้เกิดความสงบและไม่เกิดการรุกร้าวทางอารมณ์ใดๆ

วัลลภ ปิยะมโนธรรม (2536) กล่าวว่า เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นเทคนิคที่สามารถกำจัดความเครียดทางจิตใจที่ปรากฏออกมาอยู่ตามกล้ามเนื้อภายในส่วนต่างๆ เช่น อาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยต้นคอ จุกแน่นหน้าอก หรือเครียดตามบริเวณใบหน้า เป็นต้น

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การผ่อนคลายเป็นเทคนิคหนึ่งที่สามารถนำมาช่วยลดความกังวล วิตกกังวล ความเจ็บปวดและอารมณ์ด้านอื่นๆ ส่งผลต่อการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายให้มีการเปลี่ยนแปลง ช่วยทำให้ลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ ทำให้ความเจ็บปวดลดลง เกิดความสบายกาย สบายใจ

3.2 แนวคิดการใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

Groatein and Foa (1980) กล่าวว่า เป็นการผ่อนคลายไปที่ละส่วนของร่างกายจนครบทุกส่วน ซึ่งมีทั้งการปลดปล่อยความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ (Muscle Tension Released) และเกิดการเรียนรู้ที่จะเข้าใจและใส่ใจกับความรู้สึกสัมผัสที่เกิดขึ้นในระบบสรีระทำให้มีความนึกคิดอย่างรู้ตัว (Cognitive Awareness) ว่ารู้สึกอย่างไรในขณะที่ตึงเครียดและผ่อนคลายซึ่งความสามารถในการแยกแยะความรู้สึกเครียดและผ่อนคลายนี้จะทำให้เกิดความสามารถในความควบคุมความตึงเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพขึ้นไปอีก ความสามารถนี้จะประโยชน์ต่อผู้ฝึกที่สามารถใช้ร่างกายของตน เป็นเหมือนเครื่องวัดความต้านทานกระแสไฟฟ้าที่ผิวหนัง (Biofeedback) ที่จะรู้ถึงสัญญาณเตือนของความเครียดที่เพิ่มอยู่ในร่างกายและสามารถผ่อนคลายได้เมื่ออยู่ในภาวะก่อให้เกิดความเครียด ทั้งทำให้มีความสามารถในการควบคุมจิตใจ โดยที่ผู้ฝึกจะเรียนรู้การควบคุมจิตใจของตนเองอย่างมีเป้าหมายไม่ปล่อยให้ความคิดเลื่อนลอย

3.3 ประโยชน์ของการผ่อนคลาย

Jacobson (1962) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการผ่อนคลาย ดังนี้ การผ่อนคลายมีผลต่อการขจัดความเครียด กล่าวคือ โครงสร้างกล้ามเนื้อของร่างกายมนุษย์จะมีประมาณ 620 มัด เป็นกล้ามเนื้อที่ใช้ในการเคลื่อนไหว กล้ามเนื้อจะประกอบไปด้วยเส้นใย (Fiber) ที่ขนานกันและห่อหุ้มด้วยเนื้อเยื่อที่แข็งแรงเส้นใยแต่ละเส้นจะประกอบด้วยเส้นใยเล็กๆ จำนวนมากที่มีคุณสมบัติยึดหดได้เช่นเดียวกับยางยืด เส้นใยนี้จะหดตัวเมื่อมีความตึงเครียดและจะยืดตัวเมื่อมีการผ่อนคลาย ข้วสารที่สมองส่งมาตามเส้นประสาทจะเข้าสู่กล้ามเนื้อ และที่ปลายประสาทจะปล่อยสารเคมีเพื่อให้เกิดพลังงาน ซึ่งพลังงานทางเคมีนี้จะเปลี่ยนแปลงเป็นพลังงานความร้อน โดยการสลายตัว

ทางเคมีของไกลโคเจน ในรูปของน้ำตาลและออกซิเจน ผลของการสลายตัวของไกลโคเจนนี้จะทำให้เกิดกรดแลคติกซึ่งเป็นตัวก่อให้เกิดการเหนื่อยล้า การผ่อนคลายจะช่วยให้กรดแลคติกถูกขับออกจากกระแสเลือด

Madders (1983) ได้กล่าวว่า การที่จะรู้จักการผ่อนคลายจำเป็นต้องรู้จักความตึงเครียดเสียก่อนว่า ความตึงเครียดเป็นอย่างไร คือต้องรู้จักสภาวะของกล้ามเนื้อเสียก่อน วิธีการที่จะรู้สภาวะของกล้ามเนื้อมีด้วยกันหลายวิธี เช่น

- การรับรู้ด้วยการสัมผัส ซึ่งเป็นวิธีการที่ธรรมชาติที่สุดและมีประสิทธิภาพมากที่สุด
- การทดสอบสภาวะการผ่อนคลายโดยใช้เพื่อนช่วยทดลอง
- การเรียนรู้โดยการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความเครียดกับการผ่อนคลาย ซึ่งเป็นวิธีที่รู้จักกันดีในหมู่จิตวิทยาคลินิก

- การเรียนรู้โดยการสังเกตการเคลื่อนไหวของคนอื่น

- การทดสอบโดยใช้เครื่องวัดความต้านทานกระแสไฟฟ้าที่ผิวหนัง (Bio Feedback) ในระยะที่มีความเครียดจะพบว่าความต้านทานไฟฟ้าที่ผิวหนังต่ำลง

- การวัดชีพจร ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจซึ่งจะพบความแตกต่างของอัตราการเต้นเหล่านี้ระหว่างความเครียดและการผ่อนคลาย และในขณะที่ผ่อนคลายอย่างที่สุดนั้น หัวใจจะเต้นช้าลงเพราะร่างกายต้องการพลังงานน้อยและต้องการออกซิเจนน้อยลงด้วย

Madders (1979) ได้กล่าวสรุปถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการผ่อนคลายดังนี้

- เป็นการป้องกันอาการเคล็ดขัดยอก ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ อันเนื่องจากร่างกายทำงานหนักเกินไป

- ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น แกร่งขึ้น ทนทานต่อการใช้งานหนักเกินไป
- เป็นการปลูกเร้าให้กล้ามเนื้อตื่นตัวอยู่เสมอ นับไวอยู่ตลอดเวลา
- การฝึกผ่อนคลายอย่างสม่ำเสมอประกอบกับความเข้าใจ การทำงานของกล้ามเนื้อในร่างกายของตนเองแล้ว จะช่วยให้ควบคุมสภาพตัวเองได้ดี ทำให้การใช้พลังงานของตนไม่ฟุ่มเฟือยจนเกินไปรู้จักออมหรือพักกล้ามเนื้อ

3.4 การใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

3.4.1 ข้อควรปฏิบัติในการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

- สถานที่ใช้ฝึกควรเป็นห้องที่มีแสงสว่างไม่จ้ามากเกินไป ถ้าห้องนั้นมีม่านกันแสงจะช่วยให้เหมาะสมกับการฝึกและช่วยผ่อนคลายได้ง่ายขึ้น

- เป็นสถานที่ๆ เงียบปราศจากเสียงรบกวนจากภายนอก

- ให้ผู้รับการฝึกหลับตาและมุ่งความสนใจ ไปยังกล้ามเนื้อแต่ละส่วน โดยทำตามคำแนะนำของผู้ฝึกที่บอกให้ทำ ผู้รับการฝึกต้องติดตามคำแนะนำและทำตามได้ทุกขั้นตอนที่ผู้ฝึกบอกให้ทำ โดยไม่จับหลักระหว่างการฝึก

- ระยะเวลาที่เกร็งและผ่อนคลายอาจแตกต่างกันไปในแต่ละคนอย่างไรก็ตามจำไว้เสมอว่าช่วงที่เกร็งจะใช้เวลา 10-15 วินาที เป็นต้น การที่ช่วงเวลาที่ใช้ผ่อนคลายยาวนานกว่าช่วงที่เกร็งก็เพื่อช่วยให้ผู้รับการฝึกเรียนรู้ความรู้สึกผ่อนคลายได้แม่นยำขึ้น ส่วนช่วงที่เกร็งใช้เวลานั้นกว่าเนื่องจากต้องการให้ผู้รับการฝึกการเรียนรู้ความรู้สึกที่เกร็งกล้ามเนื้อว่ามีความตึงเครียดและไม่สบายอย่างไรเท่านั้น แต่ไม่ต้องการให้จำหรือให้ความรู้สึกนี้ติดตัวไปในภายหลัง โดยเน้นให้จำความรู้สึกผ่อนคลาย ซึ่งต้องติดตัวไปมากกว่าและพร้อมที่จะผ่อนคลายได้อย่างอัตโนมัติในทุกสถานการณ์ที่มีการกระตุ้นเร้าให้เครียด ซึ่งเป็นวัตถุประสงค์ของการฝึก

- เมื่อสิ้นสุดการฝึกแต่ละครั้งจะด้อยหายใจลึกๆ สัก 2-3 ครั้งจะรู้สึกผ่อนคลายจากนั้นจึงค่อยๆ ลืมตาขึ้น อย่าลืมตาทันทีเพราะจะเกิดอันตรายเนื่องจากประสาทตาปรับไม่ทัน

- การฝึกด้วยตนเองในแต่ละครั้งไม่ควรหักโหม ควรใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที แต่ไม่ควรจะฝึกโดยใช้เวลามากกว่า 45 นาที

- ควรฝึกอย่างสม่ำเสมอ โดยฝึกทุกวันหรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง

- ระยะเวลาในการฝึกในช่วงแรกที่ต้องเกร็งและผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เรียกว่า active relaxation แต่หลังจากที่ผู้รับการฝึกเกิดการเรียนรู้และผ่อนคลายเป็นแล้ว ผู้รับการฝึกจะได้รับการบอกให้ผ่อนคลายอย่างเดียวโดยไม่ต้องเกร็งกล้ามเนื้ออีก วิธีนี้เรียกว่า passive relaxation

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้เทคนิคการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Progressive muscle Relaxation Training ตามวิธีการของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2541 : 46-50) ดังรายละเอียดในภาคผนวก

3.4.2 วิธีฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

วิธีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อมีหลายรูปแบบ เช่น

- การฝึกผ่อนคลายแบบพัฒนาอย่างเป็นขั้นตอน (Progressive Relaxation)

Goldstein and Foa (1980) กล่าวว่า เป็นการฝึกการผ่อนคลายไปที่ละส่วนของร่างกายจนครบทุกส่วน ซึ่งมีทั้งการปลดปล่อยความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ (Muscle Tension - Released) และเกิดการเรียนรู้ที่จะเข้าใจและใส่ใจกับความรู้สึกสัมผัสที่เกิดขึ้นในระบบสรีระ ทำ

ให้มีความนึกคิดอย่างรู้ตัว (Cognitive awareness) ว่ารู้สึกอย่างไร ในขณะที่ตั้งเครียดและผ่อนคลาย ซึ่งความสามารถในการแยกแยะความรู้สึกเครียดและผ่อนคลายนี้ จะทำให้เกิดความสามารถในการแยกแยะความรู้สึกเครียดและผ่อนคลายนี้ จะทำให้เกิดความสามารถในการควบคุมความตึงเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพขึ้นไปอีก ความสามารถนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ฝึกที่สามารถใช้ร่างกายของตนเป็นเหมือนเครื่องวัดความต้านทานกระแสไฟฟ้าที่ผิวหนัง (Biofeedback) ที่จะรู้ถึงสัญญาณเตือนของความเครียดที่เพิ่มขึ้นอยู่ภายในร่างกาย และสามารถผ่อนคลายได้เมื่ออยู่ในภาวะที่ก่อให้เกิดความเครียด ทั้งยังทำให้มีความสามารถในการควบคุมจิตใจโดยที่ผู้ฝึกจะเรียนรู้การควบคุมจิตใจของตนเองอย่างมีเป้าหมาย ไม่ปล่อยให้ความคิดเลื่อนลอย

- การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Muscle relaxation)

Borkovec. (1982) อธิบายว่าเป็นการฝึกผ่อนคลายแบบพัฒนาอย่างเป็นขั้นตอนแบบหนึ่ง โดยจะเน้นการผ่อนคลายที่กล้ามเนื้อเท่านั้น ไม่ใช่จินตภาพ ความคิดหรือความรู้สึกที่จะมีผลให้จิตใจผ่อนคลายด้วย ซึ่งการผ่อนคลายกล้ามเนื้อจะทำให้ผู้ฝึกรู้สึกผ่อนคลาย สบายและสงบ โดยช่วงที่ฝึกนั้นให้ผู้ฝึกหลับตา จะนั่งหรือนอนก็ได้ให้อยู่ในท่าที่สบายใช้เวลาทั้งหมด 10-30 นาที และให้ผู้ฝึกนำไปฝึกเองที่บ้านทุกวัน โดยต้องฝึกในที่สงบและเลือกฝึกในช่วงเวลาที่ว่าง

ละเอียดย ชูประยูร (2524) ได้กล่าวถึงวิธีการลดความเครียด โดยการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกาย โดยกล่าวว่า ในคนที่เครียดนั้นกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ จะเกร็ง โดยเฉพาะกล้ามเนื้อส่วนต้นคอ หน้าผาก ไหล่ ระบบการทำงานของหัวใจก็เปลี่ยนแปลงไป อัตราการเต้นถี่ขึ้น ชีพจรเต้นแรงเร็วขึ้น แรงดันเลือดสูงขึ้น ในทางกลับกัน คนที่ผ่อนคลายหรือใจสบายสงบกล้ามเนื้อจะไม่เกร็ง การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอด้วยหลักที่ว่า ความเครียดกับการผ่อนคลายไม่เกิดขึ้นพร้อมกัน หมายถึงเวลาเครียดก็ไม่ผ่อนคลาย เวลาผ่อนคลายก็ไม่เครียด การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ตลอดจนการหายใจจะช่วยให้บุคคลนั้นอยู่ในสภาวะที่ผ่อนคลาย และเมื่อฝึกไปนานจะเกิดการเรียนรู้ระหว่างความเครียดกับคลายจนในกระทั่งภาวะเครียด ก็สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้โดยอัตโนมัติ ทำให้ไม่เครียด

วัลลภ ปิยะมโนธรรม (2528) ได้กล่าวถึงการผ่อนคลายกล้ามเนื้อว่า เป็นเทคนิคหรือวิธีการหนึ่งที่ช่วยให้กล้ามเนื้อของร่างกายหายจากความตึงเครียด เพราะโดยปกติความเครียดมักปรากฏอยู่ตามระบบประสาทกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ เมื่อยต้นคอ แน่นหน้าอก มือสั่น เป็นต้น ความเครียดมักมีสาเหตุจากความคิดที่วุ่นวายสับสน หมกมุ่น ย้ำคิด วิตกกังวล คิดระแวง มองโลกในแง่ร้ายหรือเกิดมาจากด้านอารมณ์ ซึ่งถูกกระตุ้นให้หัวนั้ไหว ตื่นเต้น ซึมเศร้า ดังนั้น การคลายเครียดชนิดเรื้อรังที่ได้ผลจึงต้องคลายระบบเส้นประสาทกล้ามเนื้อก่อนเพราะเมื่อกล้ามเนื้อของร่างกายตึงเครียดจะมีผลกระทบทำให้อารมณ์และความคิดผิดปกติ เพราะกายกับใจ

เป็นสิ่งแยกจากกันไม่ได้ ดังนั้นเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อจึงเป็นวิธีที่ช่วยให้ผ่อนคลายได้ทั้งร่างกายและจิตใจ

มองพรรณ เกิดพิทักษ์ (2534) ได้กล่าวถึงหลักการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อไว้ 2 ประการคือ

- การเกร็งและคลายกล้ามเนื้อที่ละส่วนของร่างกายในขั้นแรก ให้ผู้ฝึกเกร็งกล้ามเนื้อจนเครียด และเกร็งไว้สักครู่ เพื่อให้ผู้ฝึกเรียนรู้ที่จะรับรู้ถึงความเครียดที่เกิดขึ้นในกล้ามเนื้อ ต่อมาให้คลายกล้ามเนื้อ จนถึงจุดที่รู้สึกว่าการคลายได้อย่างเต็มที่ การเกร็งและคลายกล้ามเนื้อนี้จะทำให้กล้ามเนื้อของร่างกายได้ผ่อนคลายอย่างเต็มที่

- ให้พยายามแยกแยะความรู้สึกที่เกิดขึ้น เมื่อเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งทำให้ผู้ฝึกรู้สึกมากขึ้น เมื่อเกิดความเครียด จะสามารถผ่อนคลายได้เองในภายหลังทั้งนี้เนื่องจากขณะที่มีอาการเกร็งเครียดเกิดขึ้นนั้น บุคคลไม่รู้ตัวว่ามีการทำให้ร่างกายตัวเองเครียดอย่างไร กระบวนการเกร็งของกล้ามเนื้อตามส่วนต่างๆ ของร่างกายนั้น มักกระทำไปโดยจิตใต้สำนึก ดังนั้นการพยายามแยกแยะความรู้สึกหรือผลที่เกิดขึ้นเมื่อเกร็งหรือคลายกล้ามเนื้อนั้น จึงเป็นการทำให้กระบวนการเกร็งเองอย่างไม่รู้ตัวเป็นการเกร็งที่รู้ตัวหรืออยู่ในระดับจิตสำนึก

สรุปวิธีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยในการลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อต่างๆ ของร่างกาย ทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวลและสามารถช่วยในการเบี่ยงเบนความรู้สึกจากเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่ได้ ช่วยในการลดพฤติกรรมก้าวร้าวลง โดยในการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อสามารถที่จะฝึกได้กับผู้เชี่ยวชาญและเมื่อฝึกจนเกิดความชำนาญก็สามารถที่จะนำไปปฏิบัติด้วยตนเองได้ และภายหลังการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อจะทำให้เกิดความรู้สึกทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจด้วย

4. แนวคิดเกี่ยวกับดนตรีและดนตรีบำบัดโรค

ดนตรีถูกใช้มาตั้งแต่สมัยโบราณเป็นเวลานานแล้วในด้านการรักษาพยาบาลมากกว่า 4,000 ปีมาแล้ว ชาวอียิปต์ได้ทำการบันทึกไว้ว่าได้นำทำนองการรำยเวทมนตร์ มาใช้ในการรักษาหญิงตั้งครรภ์ ในคัมภีร์ไบเบิล David ใช้ดนตรีเสียงลักษณะคล้ายพิณรักษาภาวะซึมเศร้าของกษัตริย์ Saul (Synder, 1992) Florence Nightingale ได้ตระหนักถึงพลังอำนาจของดนตรีและนำมาใช้ช่วยในการรักษาผู้เจ็บป่วย จากการศึกษาทางการแพทย์ การเลือกดนตรีนำมาใช้ในการสนับสนุนภาวะสุขภาพและการมีสุขภาวะที่ดีได้ถูกเรียกว่าเป็น “ดนตรีบำบัด” (Chlan and Tracy, 1999)

4.1 ความหมายของดนตรีบำบัด

Munro and Mount (1978 cited in Watkins G.R.,1997) กล่าวว่า ดนตรีบำบัดเป็นการใช้ดนตรีที่ควบคุมองค์ประกอบ และมีอิทธิพลต่อสภาวะของมนุษย์ในการรักษาทั้งด้านสรีระวิทยา พยาธิสรีระวิทยา และอารมณ์ในภาวะที่เจ็บป่วยและพิการ

Mac Clelland (1979 cited in cook J.D.1981) กล่าวว่า ดนตรีบำบัด เป็นการนำศาสตร์ของดนตรีมาให้เป็นประโยชน์ในการทำหน้าที่โดยนักบำบัด ซึ่งถึงเห็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลที่เป็นลักษณะเฉพาะ

Bunt (1994 cited in chlan and Tracy ,1999) กล่าวว่า ดนตรี เป็นเครือข่ายที่ซับซ้อนของการแสดงออกของเสียงซึ่งประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบที่สำคัญ คือ จังหวะ ทำนอง และเสียงประสาน ที่เป็นพลวัตรมีผลต่อทั้งร่างกายและจิตใจ

บำเพ็ญจิต แสงชาติ (2530) กล่าวว่า ดนตรีบำบัด หมายถึงการนำเอาดนตรีมาประยุกต์ใช้อย่างมีหลักเกณฑ์ทางวิทยาศาสตร์เพื่อช่วยในการบำบัดรักษาภาวะความเจ็บป่วย หรือภาวะทุพพลภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

พิชัย ปรัชญานุสรณ์ (2534) กล่าวว่า ดนตรีบำบัดเป็นการนำดนตรีแบบกิจกรรมดนตรีต่างๆ ไปใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ โดยคำนึงถึงวัยของผู้ป่วย ลักษณะของโรค อาการ เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพของตนเองให้ดำเนินชีวิตทั้งต่อตนเองและต่อสังคมได้อย่างปกติสุข

เสาวนีย์ สังฆโสภณ (2541) กล่าวว่า ดนตรีเป็นศิลปะที่อาศัยเสียงเพื่อถ่ายทอดอารมณ์ไปสู่ผู้ฟัง เป็นศิลปะที่ง่ายต่อการสัมผัส ก่อให้เกิดความสุข ความปีติพอใจแก่มนุษย์ เมื่อได้ฟังดนตรีที่เลือกสรรแล้วจะช่วยทำให้มีสุขภาพจิตดีซึ่งมีผลต่อสุขภาพร่างกายด้วย

ดวงดาว คุณยธรรม (2544) กล่าวว่า ดนตรีบำบัดเป็นการประยุกต์ใช้ศิลปะทางดนตรีอย่างมีหลักเกณฑ์ทางวิทยาศาสตร์ อันได้แก่ องค์ประกอบต่างๆ ของดนตรีเป็นสื่อในการบำบัดรักษาผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ โดยอาศัยความรู้หลายสาขา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายและจิตใจ สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้

จากความหมายของดนตรีบำบัดที่กล่าวมา สรุปได้ว่า เป็นการนำเอาดนตรีมาประยุกต์ใช้อย่างมีหลักเกณฑ์ทางวิทยาศาสตร์ในการบำบัดรักษา บรรเทา ส่งเสริมและฟื้นฟู ซึ่งมีผลต่อทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์

ขบวนการทำดนตรีบำบัดมีลักษณะดังนี้ คือ

การฟังเสียงดนตรี เป็นวิธีที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์และความคิดได้มากมายไม่ว่าจะเป็นอารมณ์ที่สงบเยือกเย็นลง ความคิดที่เป็นหนึ่งเดียว (มีสมาธิ) อารมณ์ที่อ่อนโยนยอมรับผู้อื่นได้ง่าย จากเพลงประเภทนุ่มนวล (Soothing music) หรือหากต้องการความเข้มแข็งทางจิตใจ ก็ใช้

เพลงประเภทมีจังหวะเร้าอารมณ์ ปลุกให้เกิดความกล้าหาญ เช่น เพลงมาร์ช เสียงดนตรี ทำให้ผู้ฟังมีความสุขและประทับใจหลังจากการฟังอีกด้วย ผู้เข้าถึงเสียงดนตรีจำนวนไม่น้อยสามารถสร้างความคิดใหม่ๆ ประดิษฐ์สิ่งที่มีประโยชน์ และบางครั้งก็แก้ปัญหาที่ค้างคาในจิตใจสำเร็จลุล่วงไปได้จากการฟังโดยใช้จินตนาการตามเสียงดนตรี

ดังนั้นเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดจากการฟังดนตรี เสียงดนตรีจึงควรเป็นศิลปะที่ประณีตดังนี้ คือ

- สามารถสร้างอารมณ์อันละเอียดลึกซึ้งแก่ผู้ฟัง อารมณ์ที่หลากหลายดื่มด่ำ
- มีศิลปะก่อเกิดรสนิมที่ดีทำให้ไวต่อการรับรู้ กระตือรือร้นและมีความหวัง
- ให้ความงดงามแก่จิตใจยกระดับปัญญา มีความคิดสร้างสรรค์
- ช่วยเร้าให้แสดงความรู้สึกร่างกายจิตใจที่ซ่อนเร้นอยู่ได้อย่างเหมาะสมและเต็มที่

แนวคิดตามการศึกษาของพัชรา พุ่มพชาติ (2533) ที่กล่าวว่า ดนตรีสามารถใช้ควบคุมและมีอิทธิพลต่อการควบคุม ร่างกายจิตใจ อารมณ์ของแต่ละคนในการเจ็บป่วยหรือไร้ความสามารถ เป็นศิลปะก่อให้เกิดความสุข

4.2 คุณสมบัติของดนตรีที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

การใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวนั้นควรใช้ดนตรีประเภทผ่อนคลาย (relaxing music) (พิชัย ปรัชญานุสรณ์, 2534) ซึ่งเป็นดนตรีที่มีลักษณะที่ก่อให้เกิดความสงบ (calm) ผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ และลดความวิตกกังวลโดยอาศัยองค์ประกอบและคุณสมบัติดนตรีประเภทผ่อนคลาย ในการก่อให้เกิดผลการผ่อนคลายต่อผู้รับฟัง ดนตรีเป็นลักษณะของเสียงที่ได้รับการจัดเรียงไว้อย่างเรียบร้อย โดยมีแบบแผนและโครงสร้างที่ชัดเจน ถือว่าเป็นวิทยาศาสตร์ประยุกต์ เป็นการผสมผสานกันระหว่างศิลปะกับวิทยาศาสตร์ จึงมีคุณค่าทำให้เกิดความอบอุ่น มั่นคงทางจิตใจได้สูงกว่าเสียงที่ขาดระเบียบ โดยผลของดนตรีประเภทผ่อนคลายจะขึ้นอยู่กับลักษณะ และการเรียบเรียงของดนตรี ดังต่อไปนี้ (พิมพร ลีละวัฒนากุล, 2546)

1) จังหวะ (Rhythm) หมายถึง การเคลื่อนไหวของเสียงในช่วงเวลาหนึ่ง ดนตรีแต่ละชนิดจะมีจังหวะหรือลีลาเฉพาะที่แตกต่างกัน จังหวะเป็นส่วนประกอบสำคัญและเป็นสิ่งแรกของดนตรี และจังหวะดนตรีจะมีอิทธิพลต่อมนุษย์มากที่สุด สามารถกระตุ้นกลไกการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย และทำให้เกิดการตอบสนองทางอารมณ์ โดยลักษณะจังหวะของดนตรีผ่อนคลายจะมีจังหวะที่ช้า มั่นคง สม่ำเสมอ จะทำให้รู้สึกมั่นคง ปลอดภัย เกิดอารมณ์สงบ และช่วยในการผ่อนคลาย (โสมนภา กิตติศัพท์, 2536 ,เสาวนีย์ สังฆโศภณ, 2537)

2) ระดับเสียง (pitch) หมายถึง เสียงสูง ต่ำ ที่มีความถี่เป็นรอบต่อวินาที มีหน่วยเป็นเฮิรตซ์ เสียงที่มีความถี่สูง คือ เสียงสูง เสียงที่มีความถี่ต่ำ คือ เสียงต่ำ มนุษย์สามารถรับฟัง เสียงที่มี

ความถี่ตั้งแต่ 20-20,000 เฮิรตซ์ ตามปกติบุคคลจะมีการปรับปฏิกิริยาการแสดงออกให้เข้ากับระดับเสียงของคนตรี ในสังคมทั่วไปเสียงแหลม (high pitch) จะสัมพันธ์กับปฏิกิริยาที่มีความสดใส ร่าเริง ในขณะที่มีระดับต่ำ (low pitch) จะหมายถึงความมึนหมอง หรือซึมเศร้าระดับของเสียงที่มีอัตราเร่งมากจะกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกงุนวายได้ง่าย ในขณะที่เดียวกันอัตราเชิงช้าจะก่อให้เกิดอารมณ์สงบคลาย (โจนนภา กิตติศัพท์,2536) ดังนั้นเสียงคนตรีประเภทอ่อนคลายควรมีระดับเสียงที่ต่ำ หรือทุ้มนุ่มนวล จะทำให้รู้สึกผ่อนคลายและสงบ (เสาวนีย์ สังฆโสภณ,2537)

3) ความดังของเสียง (volume intensity) คือ ปริมาณความเข้มของเสียงที่วัดได้มีหน่วยเป็นเดซิเบล คนสัตว์จะมีปฏิกิริยาโต้ตอบกับความดังของเสียงต่างๆ เสียงเบาๆ นุ่มนวล จะทำให้เกิดความสงบสุขและทำให้เกิดความรู้สึกสบายใจ (เสาวนีย์ สังฆโสภณ, 2537) การรับฟังดนตรีให้เกิดความผ่อนคลาย ควรใช้ความดังเบาของเสียงอยู่ในช่วง 40-60 เดซิเบล ไม่ควรเกิน 90 เดซิเบล เพราะจะก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย (Chalm,1998 อ้างใน พิมพร ลีละวัฒนากุล, 2546) และการรับฟังเสียงที่อยู่ใกล้หูและมีเสียงที่ดังมาก อาจเป็นอันตรายต่อเยื่อแก้วหู และเป็นสาเหตุให้หูหนวกได้ (Shealy, 1996 พิมพร ลีละวัฒนากุล,2546) ความดังของเสียงคนตรีสามารถนำมาใช้เป็นประโยชน์โดยช่วยให้เกิดสมาธิ กระตุ้นและลดความรู้สึกส่วนลึกของจิตใจให้สงบหรือไม่สงบได้ตามต้องการ รวมทั้งช่วยในการสร้างระเบียบและควบคุมตนเองให้เข้าระดับปกติได้ (โจนนภา กิตติศัพท์ ,2536)

4) ทำนองเพลง (Melody) หมายถึง การนำเอาระดับเสียงสูงต่ำต่างกันมาจัดเรียงกันไว้ อย่างมีศิลปะ มีชีวิตชีวา โดยคำนึงถึงความสั้นยาวของเสียงแต่ละเสียง ให้สอดคล้องสัมพันธ์กัน ทำนองเพลงคือ ส่วนขยายความคิดทางเสียงคนตรีที่เปรียบเหมือนคำพูดที่เป็นวลีประโยคนั้นเอง นักดนตรีถ่ายทอดความรู้สึกนึกคิดอารมณ์ต่างๆ ได้โดยผ่านทางทำนองเพลง การสร้างทำนองเพลงที่ดีมักเกิดจากแรงขับภายใน (Motive) ของผู้ประพันธ์เพลงนั้นก่อนเสมอ (พิชัย ปรัชญานุสรณ์ 2534 อ้างใน พิมพร ลีละวัฒนากุล ,2546) โดยผลของทำนองจะช่วยเสริมให้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การระบายความรู้สึกส่วนลึกของจิตใจ และเกิดการสร้างสัมพันธ์ภาพขึ้น สาระหว่างผู้ไปด้วยกันหรือช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล (โจนนภา กิตติศัพท์ ,2536)

5) ความเร่งช้าของจังหวะคนตรี (Tempo) หมายถึง อัตราความเร็วในการเคาะจังหวะสำหรับเพลงนั้นๆ ซึ่งนิยมนับเป็นจำนวนครั้งต่อ 1 นาที โดยทั่วไปใน 1 จังหวะ จะมีความเร็วอยู่ระหว่าง 50-120 เมโตรนอม (mm = metronome measurement หมายถึง เครื่องมือจับจังหวะคนตรีต่อนาที ซึ่งเปลี่ยนแปลงได้ตามระดับของจังหวะต่างๆ) ซึ่งใช้เทียบมาตรฐานอธิบายคร่าวๆ โดยประมาณว่าเท่ากับการเต้นของหัวใจ เรียกว่า จังหวะช้า โดยที่จังหวะเร็วจะทำให้ผู้ฟังตื่นเต้นหรือเกิดความตึงเครียดได้มากกว่าจังหวะที่ช้า (โจนนภา กิตติศัพท์ ,2536) ลักษณะจังหวะคนตรีประเภทอ่อนคลายจะมีจังหวะที่ช้าอยู่ในช่วงประมาณ 60 ครั้งต่อนาที (Hicks,1992 อ้างใน พิมพร

ลีละวัฒน์นากุล ,2546) หรือ 70-80 ครั้งต่อนาที (เทียบเท่ากับการเต้นของหัวใจ) จะทำให้มีความรู้สึกสงบ สบาย ผ่อนคลาย ลดความตึงเครียดได้ (Johnston and Rohaly – Davis, 1996 อ้างใน พิมพร ลีละวัฒน์นากุล ,2546)

6) ความกังวานของเสียง (sonority) เป็นส่วนประกอบที่บอกได้ว่าเสียงมีความสมบูรณ์ ก้องกังวานภายในของเสียงที่ได้แต่ละเสียงในแต่ละวลีมากน้อยเพียงใด (โจนนภา กิตติศัพท์ , 2536)

7) ความรู้สึกด้านดนตรี (expression of music) เพลงและบทเพลงสามารถแสดงออกซึ่งความรู้สึกและอารมณ์ได้มากมาย ทั้งอารมณ์รัก เศร้า ดีใจ ทุกข์ สุข หรือตลกขบขันเป็นต้น (สุกรี เจริญสุข , 2532) ดนตรีเป็นภาษาของอารมณ์ ซึ่งความรู้สึกด้านดนตรีนับว่าเป็นหัวใจของดนตรี ที่ทำให้ผู้ฟังเกิดความเข้าใจ ประทับใจถึงอารมณ์ และบรรยากาศของเพลงนั้นๆ (บังอร เจริญชัยภูมิ , 2533)

องค์ประกอบและคุณสมบัติต่างๆ ของดนตรีประเภทผ่อนคลายเป็นที่กล่าวมา เมื่อนำมารวมเข้าไว้ด้วยกันตามความเหมาะสมและสอดคล้องสัมพันธ์กัน จะมีอิทธิพลต่อผู้ฟังทำให้เกิดความผ่อนคลายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สำหรับระยะเวลาในการฟังดนตรีจะแตกต่างกันไปตามการวิจัย จากการศึกษาของWhite (1992 cited in Henry , 1995) พบว่าระยะเวลาเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 25-90 นาที ต่อวัน Guzzetta (1989) พบว่าใช้เวลาในการฟังดนตรี วันละ 2 ครั้งๆ ละ 20 นาที เป็นเวลา 3 วัน ซึ่งได้ผลดี ส่วน Zimmerman และคณะ (1989) และUpdike (1990) ใช้เวลาในการฟังดนตรีอยู่ที่ 30 นาที Whipple และ Glynn (1992) ใช้เวลา 45 นาที ซึ่งพบว่าเป็นจำนวนที่จำเป็นซึ่งมีผลกระทบต่อความเจ็บปวดและระบบซึมพาทเรติก จากการศึกษาเวลาที่ดียที่สุดที่เป็นพื้นฐานเฉลี่ยอยู่ที่ 25-90 นาที ต่อวัน และพบว่าเมื่อนำมาใช้ผลการตอบสนองต่อความเจ็บปวดและความวิตกกังวลลดลง (Henry ,1995)

4.3 กลไกของดนตรี

ดนตรีนับว่าเป็นหนึ่งในกิจกรรมการพยาบาลซึ่งถูกพิจารณาว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลองค์รวมอย่างแท้จริง การค้นพบทางการวิจัยและทางคลินิกสนับสนุนการใช้ดนตรีอย่างมากในสภาวะทางร่างกายและจิตใจ ยังแสดงออกมาในรูปการส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Gerdner and Buckwalter ; 1999) การรับรู้หรือการได้ยินเสียงของบุคคลเกิดขึ้นเมื่อเสียงผ่านเข้าไปยังอวัยวะเกี่ยวกับการได้ยินเสียง (auditory apparatus) ส่งทอดไปตามเส้นประสาท นำสู่สมองส่วน Thalamus และ cortical ในการฟังดนตรี ถ้าบุคคลอยู่ในภาวะที่รู้สึกตัวหรือมีสติสัมปชัญญะ ดนตรีจะปรับเปลี่ยนอารมณ์และความรู้สึกนึกคิดที่สมองส่วน cortical ซึ่งจะมีผลต่อจินตนาการทางอารมณ์ เซวณปัญญาและความจำ ทำให้เกิดความรู้สึกนึกคิด

แรงจูงใจ ความสนใจ มีสมาธิ ลดความเครียดหรือสภาวะทางอารมณ์ต่างๆ ส่วนในภาวะที่ไม่รู้สึกตัวหรือขาดสติสัมปชัญญะ คนตรีจะปรับเปลี่ยนอารมณ์ที่สมองส่วน Thalamus ซึ่งเป็นสมองส่วนล่าง และเป็นสถานีใหญ่ในการถ่ายทอดอารมณ์และความรู้สึกไปยังสองส่วน cerebral hemisphere คลื่นเสียงที่นำส่งไปตามวิถีประสาทนี้สามารถกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติและระบบกล้ามเนื้อได้ (Alvin , 1966; Cook, 1981 ; 1986 อ้างใน บำเพ็ญจิต แสงชาติ ,2530)

4.3.1 ผลกระทบทางด้านสรีระวิทยา

ร่างกายทั้งหมดของมนุษย์ตอบสนองต่อเสียง ไม่ว่าจะฟังเสียงอย่างมีสติสัมปชัญญะหรือไม่ก็ตาม เสียงหลายชนิดทำร้ายร่างกายมนุษย์ เพราะไม่สามารถประสานเข้ากับแบบแผนการสันตะเทือนของมนุษย์ ในขณะที่เสียงการสันตะเทือนของคนตรีจะประสานเข้ากับแบบแผนการสันตะเทือนของมนุษย์ และอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของร่างกายและจิตใจ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และการทำงานของอวัยวะต่างๆ ควบคุมและส่งเสริมการทำงานของหน้าที่ของร่างกายให้กลับสู่สภาวะปกติ ซึ่งสามารถวัดหรือประเมินได้จากการรับรู้หรือการได้ยิน

1) ระบบทางเดินหายใจและระบบหัวใจและหลอดเลือด

ดนตรีมีผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจและระบบหัวใจและหลอดเลือดซึ่งมีความแปรปรวนขึ้นอยู่กับระดับของเสียง ความดังของเสียง และคุณสมบัติของเสียง คนตรีที่ผ่อนคลายมีประสิทธิผลต่อการลดอัตราการเต้นของหัวใจ อันเป็นผลของการลดความวิตกกังวล ซึ่งเป็นองค์ประกอบทางร่างกาย (Gerdner and Buckwalter ; 1999) Walter(1954 cited in cook ,1981) กล่าวถึงการศึกษาของพราทิจิ (Patrici) พบว่า คนตรีประเภทสงบ (soothing music) จะทำให้ระบบไหลเวียนโลหิตในสมองช้าและมีปริมาณลดลง ในขณะที่ดนตรีที่ทำให้มีความร่าเริง สนุกสนาน (lively music) ทำให้เพิ่มปริมาณการไหลเวียนโลหิตและช่วยกระตุ้นภาวะอารมณ์ของผู้ป่วย ไคติ Diseren and Fine(1939 cited in cook . 1981) พบว่าดนตรีมีผลต่อสรีระวิทยาของร่างกายโดยระดับเสียง ความดัง และจังหวะจะมีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงไป

2) ความเจ็บปวด

ดนตรีมีผลต่อการบรรเทาความเจ็บปวดทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง ด้านความเจ็บปวดเฉียบพลัน Herth (1978 cited in Gerdner and Buckwalter ; 1999) พบว่า ลดปริมาณการใช้ยาบรรเทาความเจ็บปวดได้ 30 % เมื่อใช้ดนตรีร่วมในการบำบัด ประสิทธิภาพในการบรรเทาความเจ็บปวดเรื้อรังในผู้ป่วยใช้รูมาติก (Schoor , 1993 cited in Gerdner and Buckwalter ; 1999) และผู้ป่วยมะเร็ง (Beck , 1991 ; Zimmerman , Pozehi , Duncan and Schimitz , 1989 cited in Gerdner and Buckwalter ; 1999) เสียงดนตรีที่ปลุกเร้าผ่านการได้ยิน มีผลกระทบต่อสรีระและร่างกาย ซึ่งมี

ความสัมพันธ์กับทฤษฎีควบคุมประตู (Gate control theory) ของความเจ็บปวด ความดังของเสียง จะเร้าผ่านไปยัง thalamus , midbrain และ brain stem ทำให้ผลิตสาร เช่น endorphin และ serotonin ซึ่งยับยั้งการนำสื่อประสาท และกระตุ้นให้ประตูปิดไม่เกิดความรู้สึกเจ็บปวด และในด้านความสนใจต่อสิ่งที่ทำให้เจ็บปวดซึ่งมีมากกว่าความรู้สึกพึงพอใจต่อสิ่งเร้าก็จะลดลง ความรู้สึกผ่อนคลายจะเกิดขึ้น เป็นการลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อบริเวณที่บาดเจ็บด้วย

3) การเคลื่อนไหว มีการศึกษามานานในการตอบสนองของระบบกล้ามเนื้อและระบบประสาทต่อผลกระทบทางดนตรี ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับการหดตัว การคลายตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและปฏิกิริยาตอบโต้ Diseren and Fine(1939 cited in Gerdner and Buckwalter ; 1999) พบว่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่เพิ่มขึ้นมาจากการกระตุ้นของระดับของเสียงและความดังของเสียง การตอบสนองซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์และอิทธิพลของการสั่นสะเทือนของเสียงที่แสดงในร่างกายมนุษย์ (McMahon, 1978 cited in Gerdner and Buckwalter ; 1999) การศึกษาของ Bernard (1992 , cited in Gerdner and Buckwalter ; 1999) ศึกษาผลกระทบของดนตรีต่อการออกกำลังกายซ้ำๆ ในผู้ป่วยหญิง 25 คนที่ป่วยเป็นโรคกระดูกและข้อส่วนบน อายุระหว่าง 65-99 ปี พบว่ากลุ่มที่ได้รับการฟังดนตรีประเภท Fast – paced jazz มีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับฟังดนตรี

4) พัฒนาการล่าช้า (developmental delay) ดนตรีบำบัดมีผลนัยสำคัญทางคลินิกในการพัฒนาปรับปรุงการได้ยิน การพูด ความสัมพันธ์ระหว่างมือและสายตา และปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า (Aldridge, Gustroff and neugebauer, 1995 cited in Gerdner and Buckwalter ; 1999) มีผู้วิจัยได้ขยายผลประโยชน์จากการศึกษานี้ในด้านการได้ยิน ความสัมพันธ์ระหว่างมือและสายตา

5) อาการคลื่นไส้และอาเจียน มีผู้ป่วยมากมายที่ได้รับยาเคมีบำบัดและมีประสบการณ์เรื่องอาการคลื่นไส้อาเจียน ซึ่ง Frank (1985 cited in Gerdner and Buckwalter ; 1999) ได้ให้สมมติฐานว่าความคาดหวังเสริมแรงให้วิตกกังวลมากขึ้นทำให้ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียนมีมากขึ้น และต่อมาภายหลังได้ศึกษาผลกระทบของดนตรีและการใช้จินตนาการต่อผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด ผลการศึกษาพบว่าระยะเวลาประสบการณ์ของอาการคลื่นไส้ลดลง อาการอาเจียนลดลงด้วย

4.3.2 ผลกระทบด้านจิตใจ

ดนตรีมีอิทธิพลอย่างมากต่อศูนย์ควบคุมสมองระดับสูง(higher cerebral centers) ซึ่งมีผลต่อความตั้งใจ แรงจูงใจ ความจำและความฝัน Altshuler ทำการศึกษาในช่วงต้นคริสต์ศตวรรษที่ 1940 เชื่อว่าดนตรีสามารถเปลี่ยนแปลงอารมณ์ได้ทั้งในภาวะที่มีสติสัมปชัญญะและขาด

สติสัมปชัญญะ โดยคนตรีจะไปปรับเปลี่ยนอารมณ์ที่สมองส่วนคอร์ติคอล โดยไปกระตุ้นการ
สร้างจินตนาการและสติปัญญาความเฉลียวฉลาด ส่วนในภาวะสติสัมปชัญญะ คนตรีจะไป
ปรับเปลี่ยนอารมณ์ที่สมองส่วนทาลามิก ซึ่งเป็นสถานีใหญ่ในการส่งและถ่ายทอดอารมณ์และ
ความรู้สึกไปสู่ซีกิริบรัลเฮมิสเฟียร์ (cerebral hemisphere) โดยนำส่งไปตามวิถีประสาท (Gerdner
and Buckwalter ; 1999 , พิมพ์ ตีพิมพ์ ธันวาคม ม 2546) ซึ่งทิศทางการเปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่กับ
ชนิดของคนตรีและเป้าหมายในการบำบัด (บำเพ็ญจิต แสงชาติ,2542)

- ความวิตกกังวล คนตรีถูกนำมาใช้เป็นประโยชน์ในด้านการลดความวิตก
กังวลมีการนำมาใช้อย่างกว้างขวางในหลายสถานการณ์ ในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อน
ผ่าตัดขณะรอผ่าตัด (Augustin and Hains 1996 ; cited in Gerdner and Buckwalter ; 1999) Updike
(1990 cited in Gerdner and Buckwalter ; 1999) พบว่าคนตรีสามารถลดความวิตกกังวลสามารถ
วัดได้ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจในผู้ป่วยวิกฤติซึ่งนอนพักในหอผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจและหอ
ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

- อาการกระสับกระส่าย (agitation) Godder and Abraham (1994 cited in
Gerdner and Buckwalter ; 1999) ให้สมมติฐานว่า คนตรีที่ผ่อนคลายจะช่วยปกป้องระดับเสียงที่
รบกวนในหน่วยดูแลผู้ป่วยซึ่งทำให้สงบและลดความถี่ของอาการกระสับกระส่ายในผู้ป่วยที่มีการ
รับรู้ที่ผิดปกติได้และพบว่าจากการสังเกตมีการลดลงของพฤติกรรมกระสับกระส่าย

- กวาะซึมเศร้า คนตรีมีผลกระทบในทางบวกต่อผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า ซึ่ง
Hanser (1990 cited in Gerdner and Buckwalter ; 1999) พบว่าการฟังคนตรีเป็นกลยุทธ์ที่ช่วยใน
การเผชิญปัญหาต่อภาวะความวิตกกังวลที่มีความวิตกกังวลที่มีภาวะซึมเศร้าได้

4.4 คนตรีคุณภาพ

ความเห็นจากทั้งจิตแพทย์และผู้เชี่ยวชาญด้านดนตรีเห็นตรงกันว่า คนตรีที่ให้คุณค่าต่อ
พัฒนาการเชิงบวกมากที่สุดเป็นคนตรียุคบาโรค (Baroque) ยุคคลาสสิกและโรแมนติกโดยเฉพาะ
คนตรีจากยุคบาโรคซึ่งจะมีจังหวะในดนตรีประมาณ 6 บีทต่อนาที ซึ่งส่งผลดีต่อจิตใจนอกจากนั้น
เสียงธรรมชาติก็เป็นทางเลือกที่ดีที่สุดทางหนึ่ง แต่ต้องเลือกกว่าเป็นเสียงที่ก่อให้เกิดความสุข
อบอุ่น ปลอดภัย เช่น เสียงคลื่นซัดเบาๆ หรือเสียงนกร้องซึ่งเป็นสัญญาณแห่งการเริ่มต้นวันใหม่
นอกจากมีผลดีกับจิตใจแล้ว คนตรีไพเราะยังช่วยกระตุ้นเซลล์สมองให้ทำงานได้ดีขึ้น เพราะสมอง
มีสองซีกคือซ้ายและขวา ความสามารถทางดนตรี (การจดจำ ทำนองเพลง คุณภาพเสียงและอื่นๆ)
ของมนุษย์อยู่ภายใต้อิทธิพลของสมองซีกขวา ส่วนเวลาฟังเพลงหรือบรรเลงเพลงจะต้องใช้สมอง
ซีกซ้าย ซึ่งทำหน้าที่ในการควบคุมลักษณะของคนตรีที่ซับซ้อนอย่างจังหวะหรือตัวโน้ต

วิธีการใช้ดนตรีนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์และความคิดได้มากมายไม่ว่าจะเป็นอารมณ์ที่สงบเยือกเย็นลง ความคิดที่เป็นหนึ่งเดียว (มีสมาธิ) อารมณ์ที่อ่อนโยน ยอมรับผู้อื่นได้ง่าย จากเพลงประเภทนุ่มนวล (Soothing music) หรือหากต้องการความเข้มแข็งทางจิตใจ ก็ใช้เพลงประเภทมีจังหวะเร้าอารมณ์ ปลุกให้เกิดความกล้าหาญ เช่น เพลงมาร์ช เสียงดนตรี ทำให้ผู้ฟังมีความสุขและประทับใจภายหลังการฟังอีกด้วย ผู้เข้าถึงเสียงดนตรีจำนวนไม่น้อย สามารถสร้างความคิดใหม่ๆ ประดิษฐ์สิ่งที่มีประโยชน์ และบางครั้งก็แก้ปัญหาที่ค้างคาในจิตใจสำเร็จลุล่วงไปได้จากการฟังโดยใช้จินตนาการตามเสียงดนตรี

ดังนั้นเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดจากการฟังดนตรี พิชัย ปรัชญาอนุสรณ์(2534) กล่าวถึง ศิลปะทางเสียงดนตรีว่า เสียงดนตรีจึงควรเป็นศิลปะที่ประณีต คือ

- สามารถสร้างอารมณ์อันละเอียดลึกซึ้งแก่ผู้ฟัง อารมณ์ที่หลากหลายดื่มด่ำ
- มีศิลปะก่อเกิดรสนิยมที่ดีทำให้ไวต่อการรับรู้ กระตือรือร้นและมีความหวัง
- ให้ความงดงามแก่จิตใจยกระดับสติปัญญา มีความคิดสร้างสรรค์
- ช่วยเร้าให้แสดงความรู้สึภายในจิตใจที่ซ่อนเร้นอยู่ได้อย่างเหมาะสมและเต็มที่

ฉะนั้นเมื่อเราได้ฟังหรือบรรเลงเพลงที่มีคุณภาพ สมองจะเริ่มทำงานและกระตุ้นความแข็งแรงของใยประสาทให้เพิ่มพูนขึ้น เส้นใยเหล่านี้จะเพิ่มปริมาณสร้างแขนขาไปเชื่อมต่อระหว่างเซลล์สมองด้วยกัน เมื่อได้ฟังบ่อย ๆ การเชื่อมโยงจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากร้อยเป็นพันจุด และเป็นแรงผลักดันสำคัญที่ช่วยกระตุ้นการทำงานของสมอง โดยเฉพาะในส่วนที่ช่วยสร้างความคิดในเชิงความเป็นเหตุเป็นผล

คุษฎี พนมยงค์ บุญทัศนากุล. (2543 : 21-22) กล่าวว่า ดนตรีที่มีคุณภาพ จะช่วยทำให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายเกิดความพร้อม สมองจะหลั่งสารแห่งความสุขที่เรียกว่า เอนดอร์ฟิน (Endorphin) เมื่อสารตัวนี้หลั่งออกมาจะทำให้ระบบต่างๆ ในร่างกาย เช่น ระบบหลอดเลือด ระบบหายใจ ระบบย่อยอาหาร ระบบขับถ่าย ระบบผิวหนัง ฯลฯ ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งตรงนั้นจะทำให้เรารู้สึกสบายกาย เมื่อกายสบาย จิตใจก็เบิกบานแจ่มใส มีความสุข ตามหลักพุทธศาสนาจะบอกว่า จิตเป็นนาย กายเป็นบ่าว เมื่อเราไม่สบายใจเราจะปวดหัวตัวร้อน เป็นโน่นเป็นนี่พอไปหาหมอ หมอบอกว่าไม่ได้เป็นอะไร ที่จริงคือเรามีความทุกข์ ดนตรีที่มีคุณภาพสามารถทำให้เราสบายทั้งกายและใจ ทำให้เกิดความสมดุลและได้เปรียบเทียบระหว่างดนตรีที่มีคุณภาพและไม่มีคุณภาพตาม ดังนี้

ตารางที่ 3 ตารางเปรียบเทียบดนตรีที่มีคุณภาพกับดนตรีที่ไม่มีคุณภาพ

ดนตรีที่มีคุณภาพ	ดนตรีที่ไม่มีคุณภาพ
1. ต้องมีทำนองสูงต่ำที่ไพเราะ ไม่จำเป็นต้องเป็นเพลงคลาสสิก จะเป็นเพลงไทยเดิมหรือไทย	1. ไม่มีทำนอง อย่างเช่นเสียงบัน เป็นตัน

ดนตรีที่มีคุณภาพ	ดนตรีที่ไม่มีคุณภาพ
สากล	
2. ต้องมีจังหวะสม่ำเสมอ เพราะการแพทย์พบว่าเมื่อฟังดนตรีนานเกิน 3 นาทีขึ้นไป อัตราการเต้นของหัวใจจะเข้าไปสัมพันธ์สอดคล้องกับจังหวะของบทเพลง	2. จังหวะไม่สม่ำเสมอ เดี่ยวเร็ว เดี่ยวช้า
3. ต้องมีเนื้อหาในเชิงสร้างสรรค์ ถึงจะเป็นเรื่องบรรยายความเศร้า แต่ก็จะเป็นความเศร้าแล้วพบทางแก้ไข ลูกชิ้นตู้ ให้กำลังใจ เป็นต้น	3. เนื้อร้องส่อไปทางต่ำ ลามก อนาจาร
4. ต้องมีเสียงประสานถูกต้อง กลมกลืนกันตามหลักการประพันธ์เพลง หรือที่เรียกว่า concord	4. การประสานเสียงผิดเพี้ยนไปจากหลักการทางดนตรี หรือที่เรียกว่า discord

4.5 การนำดนตรีบำบัดไปใช้ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

การนำดนตรีมาเพื่อบำบัดความทุกข์ถือเป็นการนำสิ่งที่อยู่ใกล้ตัวมนุษย์มาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์มากขึ้นไปกว่าการฟังเพื่อความเพลิดเพลินหรือใช้ดนตรีเพื่อประกอบกิจกรรมอื่น ๆ ตามต้องการ การนำดนตรีมาเพื่อการบำบัดจึงมุ่งเน้นไปใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์

ดนตรีบำบัดจะมีประโยชน์ในการรักษาได้ต้องขึ้นอยู่กับชนิดและประเภทของดนตรีที่เปิดหรือเล่นให้ผู้ป่วยฟังและต้องเข้าใจเบื้องต้นว่า ดนตรีบำบัดเป็นการรักษาอย่างหนึ่งซึ่งไม่ต้องใช้คำพูด โดยอาศัยคุณสมบัติต่างๆ ของเสียงดนตรีมาเป็นสื่อกลางในการติดต่อกับผู้ป่วย ดนตรีบำบัดมีวัตถุประสงค์หลักคือ ใช้ดนตรีเพื่อการป้องกันและบำบัดรักษาโรคภัยต่างๆ ได้ เบี่ยงเบนความเจ็บปวด เป็นสื่อกลางที่ส่งเสริมให้เข้าถึงสมาธิ เพิ่มพูนจินตนาการ เป็นต้น ดนตรีบำบัดจัดเป็นการบำบัดโดยหลักการทางธรรมชาติเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ สามารถสร้างความสุขใจให้กับผู้รับการบำบัดได้อย่างรวดเร็วและไม่มีผลข้างเคียงที่เป็นผลลบต่อสุขภาพ การนำดนตรีบำบัดไปใช้รักษาแบ่งออกเป็น 2 ฝ่าย ดังนี้

1) ทางฝ่ายกาย ใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัด ลดอาการเจ็บปวด กังวล ใช้ในกายภาพบำบัดที่ต้องใช้เวลานานๆ โรคเครียด ที่ส่งผลต่อระบบต่างๆ คนพิการทางกาย เด็กมีปัญหาในการพูด การฟัง การเคลื่อนไหวร่างกายผู้ป่วย ปัญหาเสพติด

2) ทางฝ่ายจิต ใช้กับผู้ป่วยสติปัญญาต่ำ โรคเครียด ผิดปกติทางอารมณ์และความคิดแยกตัวออกจากสังคม ผู้ก้าวร้าวผิดปกติ ผู้ที่มีปัญหาในการปรับตัว โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท

สรุปดังนั้น การนำดนตรีบำบัดมาใช้ในการรักษา สามารถที่จะใช้รักษาผู้ป่วยทั้งฝ่ายกาย ฝ่ายจิต โดยอาศัยคุณสมบัติและองค์ประกอบต่างๆ ของดนตรี และเลือกให้เหมาะสมกับประเภท ของผู้ป่วย ดนตรีบำบัดสามารถนำมาใช้รักษาได้ทั้งแบบกลุ่มและเป็นรายบุคคล โดยที่จะทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น

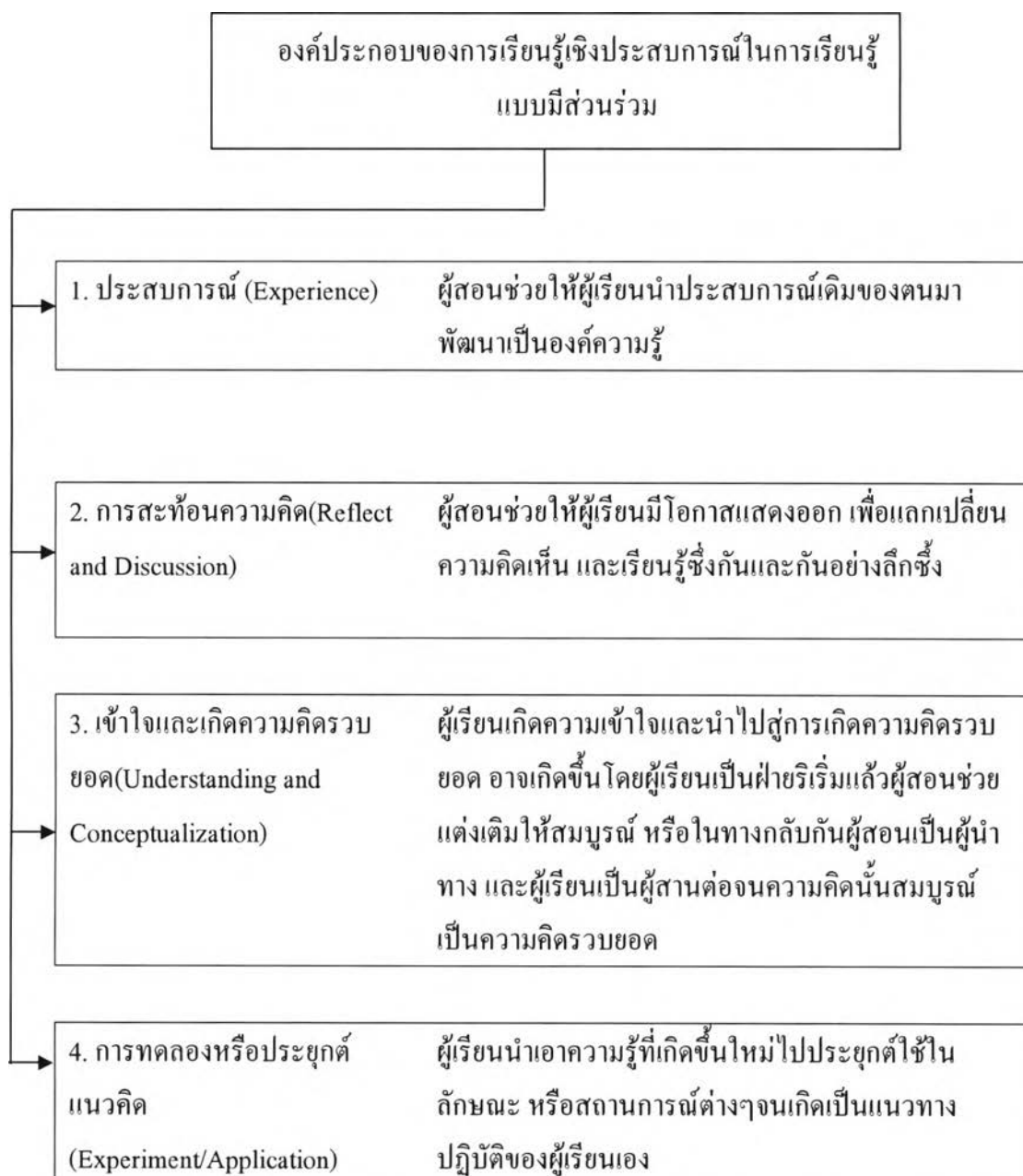
5. กิจกรรมกลุ่มแบบมีส่วนร่วม

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning)

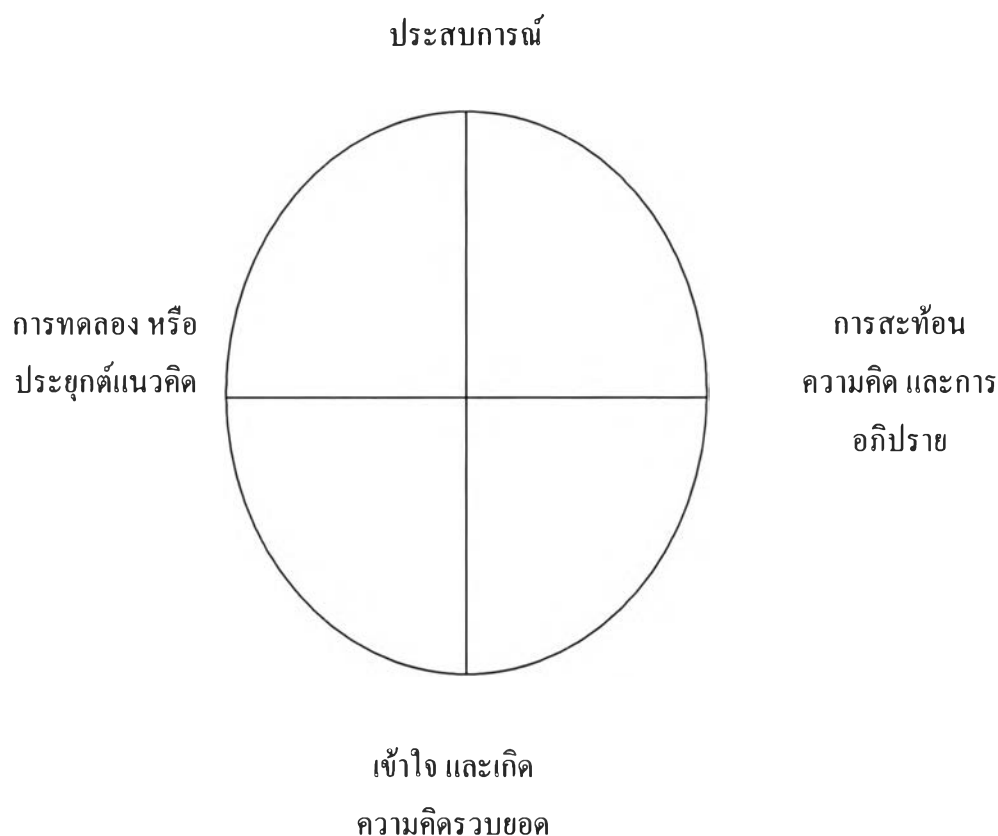
การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมอาศัยหลักการเรียนรู้ที่ชี้ให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง โดยให้ผู้เรียนเป็นผู้สร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีหลักสำคัญ 5 ประการ คือ(เทคโนโลยีการดูแลญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท กรมสุขภาพจิต, 2541)

- 1) เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์ของผู้เรียน
- 2) ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆ ที่ท้าทาย อย่างต่อเนื่อง และเป็การเรียนรู้ที่เรียกว่า Active Learning
- 3) มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยตนเอง และระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน
- 4) ปฏิสัมพันธ์ที่ทำให้เกิดการขยายตัวของเครือข่ายความรู้ที่ทุกคนมีอยู่ออกไปอย่างกว้างขวาง
- 5) มีการสื่อสาร โดยการพูด หรือการเขียน เป็นเครื่องมือในการแลกเปลี่ยน การวิเคราะห์และสังเคราะห์ความรู้

องค์ประกอบของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ในการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
องค์ประกอบสำคัญของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีอยู่ 4 ประการ คือ ประสบการณ์ การสะท้อน
ความคิดและการอภิปราย เข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด และการทดลองหรือประยุกต์แนวคิด
(เทคโนโลยีการดูแลญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท กรมสุขภาพจิต, 2541)



องค์ประกอบเหล่านี้สามารถสรุปเป็นภาพรวมรวมดังรูปภาพ



รูปภาพที่ 1 แสดงองค์ประกอบ 4 ประการของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้ง 4 ประการ จะเป็นไปอย่างพลวัตร โดยอาจเริ่มต้นจากจุดใดจุดหนึ่งและเคลื่อนย้ายไปมาระหว่างองค์ประกอบต่างๆ ดังนั้นในแง่ของการเรียนการสอนจึงอาจเริ่มต้นที่จุดใดก่อนก็ได้ แต่ต้องจัดกิจกรรมการเรียนการสอนให้ครอบคลุมองค์ประกอบ

การสอนในลักษณะดังกล่าว นอกจากจะเป็นพื้นฐานของการสอนทักษะชีวิตในด้านพุทธิพิสัยโดยมุ่งเน้นให้เกิดความคิดสร้างสรรค์และความคิดวิเคราะห์วิจารณ์แล้วยังเป็นพื้นฐานในการสอนทักษะอื่นๆในด้านจิตพิสัยและทักษะพิสัยอีกด้วย (เทคโนโลยีการดูแลญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท กรมสุขภาพจิต, 2541)

การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ

การจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพหรือผู้เรียนเกิดการเรียนรู้สูงสุด โดยเน้นที่การให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้มากที่สุด (Maximum participation) ในทุกๆองค์ประกอบก็คือการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การได้สะท้อนความคิดและการอภิปรายการสรุปความคิดรวบยอดตลอดจนได้ทดลองหรือประยุกต์แนวคิดและในทุกกิจกรรม

ขององค์ประกอบนั้นจะต้องเกิดการเรียนรู้สูงสุดหรือที่เรียกว่าการบรรลุงานสูงสุด (Maximum performance) (เทคโนโลยีการดูแลญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท กรมสุขภาพจิต, 2541)

ดังนั้นในการดำเนินโปรแกรมในครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้กระบวนการกลุ่มแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้เป็นประโยชน์สูงสุดกับผู้เข้าร่วมโปรแกรม

6. โปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเนื้อร่วมกับการใช้ดนตรีในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

แนวคิดที่ใช้ในการสร้างโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเนื้อร่วมกับกิจกรรมดนตรีสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวกับการลดพฤติกรรมก้าวร้าวผู้ป่วยโรคจิตเภทตามการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการควบคุมและการผ่อนคลายอารมณ์ โดยใช้ศาสตร์ความรู้ทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชรวมทั้งศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้องจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุม ทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินโปรแกรมจะช่วยลดความก้าวร้าวของผู้ป่วยตามกิจกรรมที่ได้พัฒนาขึ้น ดังนั้น กิจกรรมที่ทำด้วยกระบวนการกลุ่มแบบมีส่วนร่วมจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนาถึงการสร้างสัมพันธภาพ ได้มีการพบปะ ปรีกษาหารือ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งสามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้โดยในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้การผสมผสานแนวทางการศึกษาของ พัชรา พุ่มพชาติ (2533) ซึ่งเป็นเรื่องการศึกษาเรื่องดนตรี ร่วมกับการศึกษาของ Lance (1982) ในส่วนของ การใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อซึ่งผู้ศึกษาพัฒนามาดำเนินการศึกษาทั้งหมด 6 กิจกรรม โดยจัดกระทำเป็นรูปแบบกระบวนการกลุ่ม ประกอบด้วยผู้ป่วย 20 คนแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน สัปดาห์ละ 3 ครั้ง/กลุ่ม เป็นจำนวน 2 สัปดาห์ ครั้งละ 90 นาที มีขั้นตอนดังนี้ คือ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมของสมาชิก ประเมินแบบวัดพฤติกรรมก้าวร้าว ชี้แจงและตอบคำถามสมาชิกรายบุคคล เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ และวิธีดำเนินการศึกษา กำหนดบทบาท กติกากลุ่ม

กิจกรรมที่ 2 การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ประโยชน์ที่เกิดขึ้นคือช่วยลดระดับความวิตกกังวล ช่วยลดความเครียดจากภาวะที่มากกระตุ้น ช่วยลดปัญหาที่ตามมาอันเป็นผลมาจากความเครียด ช่วยปรับปรุงด้านบุคลิกภาพ ทำให้มีสติ เพิ่มความเชื่อมั่นและการยอมรับตนเอง การผ่อนคลายทำให้สามารถใช้ความคิดได้อย่างมีเหตุผลมากกว่าอยู่ในภาวะเครียด การตัดสินใจดีกว่า ซึ่งจะช่วยให้สัมพันธภาพกับคนอื่นดีด้วย (Wolpe, 1973)

กิจกรรมที่ 3 การฟังเพลงบรรเลง โดยการปฏิบัติทางจังหวะ จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดสมาธิ ความจำ เบี่ยงเบนความสนใจจากเรื่องราวที่ผู้ป่วยยึดติดอยู่ ลดความเครียดทางอารมณ์และจิตใจ

สร้างสัมพันธภาพกับบุคคลในกลุ่ม ตลอดจนได้รับการกระตุ้นให้กล้าแสดงออก โดยปฏิบัติกิจกรรมจังหวะของตนเองและอารมณ์ของจังหวะนั้นๆ (Moss, 1988)

กิจกรรมที่ 4 การเล่นดนตรีประเภทเครื่องเคาะ ทำให้ผู้ป่วยสามารถแสดงอารมณ์ความรู้สึกของตนเองผ่านอุปสรรคภายนอก คือเครื่องดนตรีที่จัดไว้ให้ได้ เกิดความเพลิดเพลิน และมีความสุขจากความสามารถที่แสดงออกมาทำให้ไม่ตึงเครียดและทำให้พฤติกรรมก้าวร้าวลดลง (ศิริรัตน์วดี ปิยะศิลป์, 2540)

กิจกรรมที่ 5 การร้องเพลง ผู้ป่วยมีโอกาสใช้เสียงของตนเองเป็นจังหวะ มีความคิดสร้างสรรค์ เป็นการระบายความเครียดในใจ โดยผ่านการร้องออกเสียงเป็นจังหวะและทำนองเพลงอีกด้วยทำให้ลดภาวะกดดันที่เป็นแรงขับให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภท (Tang, Yao, Zheng, 1994)

กิจกรรมที่ 6 การเคลื่อนไหวร่างกายประกอบเสียงดนตรี ผู้ป่วยมีโอกาสเคลื่อนไหวไปในการทำทางต่างๆ โดยมีจังหวะและทำนองดนตรีเป็นตัวกระตุ้น ทำให้ผู้ป่วยมีปริมาณออกซิเจนเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้ให้วัชวะของร่างกายทำงานกับจิตใจ สามารถปรับอารมณ์ให้เหมาะสมและสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น (พัชรา พุ่มพชาติ, 2533)

ดังนั้นการให้ความช่วยเหลือผู้ที่มีการก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภท ในบทบาทพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงสามารถจัดการทำได้โดยการค้นหาแนวความคิดมาใช้ในการให้การบริการผู้ป่วย โดยมีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านในการให้การพยาบาล และต้องได้รับการฝึกฝนจากผู้เชี่ยวชาญ รวมถึงการใช้ผลงานวิจัยและทฤษฎี มาใช้ในการให้พยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นคือ การใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อเนื้อร่วมกับการใช้ดนตรีสามารถที่จะลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ โดยที่การใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อนั้นสามารถลดความตึงเครียดของผู้ป่วยได้ตามทฤษฎีของ Groatein and Foa (1980) และแนวคิดตามการศึกษาของ Wang (2002) เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง สามารถกลับไปอยู่ร่วมกับครอบครัว และสังคมต่อไปได้

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่ปรากฏผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเนื้อร่วมกับการใช้ดนตรีในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวโดยตรง จึงนำเสนอผลงานวิจัยที่ใกล้เคียง ดังนี้

7.1 งานวิจัยที่เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

อนุชิต พิมสิม (2548) เป็นการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมรุนแรงและจำนวนวันนอนของผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 40 คน ซึ่งคัดเลือกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ด้วยการจับคู่ตามอายุและระยะเวลาของการเจ็บป่วย พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมมีพฤติกรรมรุนแรงและมีจำนวนวันนอนลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เจตน์ภาดา นาคบุตร (2547) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจและผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้รับการช่วยเหลือจนระดับความรุนแรงของพฤติกรรมลดลงที่ระดับปกติ และมีความพึงพอใจในระดับสูงต่อการได้รับการดูแลขณะถูกจำกัดพฤติกรรม

กชพงษ์ สารการ (2542) ศึกษาพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการของบุคลากรโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยจิตเวชชายและหญิง จำนวน 149 คน กลุ่มที่สองเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวชชายและหญิง จำนวน 45 คน พบว่า ร้อยละ 37.6 ของผู้ป่วยจิตเวชมีพฤติกรรมรุนแรงทางคำพูดมากที่สุด รองลงมา คือ พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น พฤติกรรมรุนแรงด้านการทำลายสิ่งของ และพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง การจัดการสำหรับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชแต่ละลักษณะของบุคลากรแต่ละระดับพบว่า พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคใช้วิธีการพูดคุยกับผู้ป่วยมากที่สุด ส่วนผู้ช่วยเหลือคนไข้ ใช้การเฝ้าสังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิดมากที่สุด ด้านพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคใช้วิธีการพูดคุยกับผู้ป่วยมากที่สุด ส่วนผู้ช่วยเหลือคนไข้ใช้วิธีการนำผู้ป่วยไปไว้ในห้องจำกัดพฤติกรรม และการผูกมัดผู้ป่วยมากที่สุด ด้านพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น พยาบาลวิชาชีพใช้วิธีการพูดคุยกับผู้ป่วยมากที่สุด พยาบาลเทคนิคใช้วิธีการพูดคุยกับผู้ป่วยและการให้ยาคืนมากที่สุด ส่วนผู้ช่วยเหลือคนไข้ใช้วิธีการผูกมัดผู้ป่วยมากที่สุด และสำหรับพฤติกรรมรุนแรงด้านการทำลายสิ่งของ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และผู้ช่วยเหลือคนไข้ใช้วิธีการพูดคุยกับผู้ป่วยมากที่สุด

7.2 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับดนตรีบำบัด

7.2.1 งานวิจัยต่างประเทศ

Symny and Wydenfeller (1963) ได้ศึกษาผลกระทบของดนตรีทำให้เกิดความตื่นเต้นและความสงบต่อการตอบสนองของผิวหนังและอัตราการเต้นของหัวใจ ผู้เข้ารับการทดลอง

เป็นนักศึกษาชาย 10 คน หญิง 8 คน โดยให้ฟังเพลงคลาสสิก ซึ่งได้รับการพิจารณาว่าเป็นเพลงประเภทตื่นเต้น(Exciting)เพลงปกติ(Neutral)และเพลงสงบหรือเพลงเย็นๆ (Clam) เป็นเวลาครั้งละ 6 นาที การตอบสนองของผิวหนัง และอัตราการเต้นของหัวใจ เป็นตัววัดทางด้านสรีรวิทยา ที่แสดงถึงการตอบสนองทางด้านจิตใจ ผลการวิจัยพบว่า การตอบสนองของผิวหนังเมื่อได้ยินเพลงตื่นเต้นจะลดการต้านทานลง แสดงว่า มีการเพิ่มการเร้าอารมณ์ขณะที่เพลงปกติและเพลงสงบไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใดๆรวมทั้งอัตราการเต้นของหัวใจ

Aivin (1966) กล่าวว่า เสียงดนตรีที่เกิดขึ้นเมื่อผ่านเข้าไปยังอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการได้ยิน(Auditory Apparatus)แล้วจะมีเส้นประสาทส่งต่อไปยังสมองส่วนทาลามัส (Thalamus) และคอร์ติคอล(Corticoa) อวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการได้ยินเสียงจากการค้นคว้างานวิจัยทางด้านสมองของนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยมอนทรีออลและมหาวิทยาลัยแมคกิล ประเทศแคนาดา ก็ศึกษาพบว่า เมื่อตรวจคลื่นสมองเกี่ยวกับอารมณ์ด้วยเครื่อง MRI พบว่าเสียงดนตรีสามารถทำให้สมองส่วนที่เรียกว่า พาราฮิปโปแคมปัส ไรรัส มีปฏิกิริยาตอบสนองได้ดีกว่า (ศ.นพ.อนุวัตร ถิมสุวรรณ:2542)

Janet et al. (1974) ได้ศึกษาผลของเสียงเพลงกับการตอบสนองทางสรีรวิทยา โดยการศึกษ้อัตราการเต้นของหัวใจของนักศึกษาจำนวน 22 คน โดยการศึกษ้อัตราการเต้นของหัวใจของนักศึกษาจำนวน 22 คน โดยให้ฟังเพลงซิมโฟนี (Beethoven's fifth symphony) สำหรับการวัดผลจะให้แตกต่างกัน 3 เวลา จนถึง 6 สัปดาห์ โดยวัดทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยการฟังเทปหรือฟังจากอุปกรณ์การฟังแบบพิเศษเป็นกลุ่ม ผลการวิจัยพบว่า อัตราการเต้นของหัวใจตอบสนองต่อเสียงเพลง หรือเสียงเพลงทำให้มีการตอบสนองต่ออัตราการเต้นของหัวใจ

Wemner (1980) ได้ทำการศึกษาทดลองถึงผลของดนตรีต่อภาวะจิตใจ โดยได้ใช้เสียงเปียโน(Piano) กับผู้ป่วยโรคจิตหญิงจำนวน 1,400 ราย พบว่า จังหวะของดนตรีก่อให้เกิดการตอบสนองบางอย่างในกลุ่มตัวอย่างทุกๆคนแต่ไม่มีการตอบสนองในการใช้ทำนองของดนตรีที่ไม่มีจังหวะ

Cook (1981) ได้ทำการศึกษาผลของดนตรีประเภทที่ฟังแล้วก่อให้เกิดความรู้สึกสงบโดยใช้หูฟัง ในผู้ป่วยมะเร็งขณะได้รับรังสีรักษา โดยจัดให้กลุ่มทดลองได้ฟังดนตรี ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้ฟังดนตรี และได้ยินเสียงการทำงานของเครื่องจักรซึ่งมีความดังมากกว่า 100 เดซิเบลตลอดระยะเวลาที่ทำการทดลอง 10 วัน เมื่อสำรวจสภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ภายหลังการทดลองพบว่า คะแนนที่แสดงออกถึงความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ยิ่งกว่านั้นผู้ป่วยหลายรายกล่าวว่าดนตรีทำให้ช่วงเวลาของการรักษาผ่านไปอย่างรวดเร็ว สำหรับการให้หูฟังนั้นทำให้ลดระดับของเสียงจากสภาพแวดล้อมลงทำให้รู้สึกผ่อนคลาย รวมทั้งชวนให้รู้สึกว่าการรักษานั้นมีความรื่นรมย์ Cook (1981)กล่าวว่า ดนตรี เป็นสิ่งที่เหมาะสมที่สุดในการนำไปใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมที่มากหรือน้อยเกินไป หรือแม้แต่การได้รับ

สิ่งกระตุ้นที่ไม่มี ความหมาย ซึ่งการฟังดนตรีด้วยหูฟังจะสามารถต่อต้านสิ่งที่เป็นปฏิปักษ์ต่อความรู้สึกในสิ่งแวดล้อมนั้นๆ ได้

Moss (1988) ได้ศึกษาผลของดนตรีที่ทำให้รู้สึกสงบ (Sedative or Soothing music) ต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยขณะได้รับการผ่าตัดข้อกระดูกที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย โดยที่แพทย์ไม่ได้รับไว้ค้ำคั้นในโรงพยาบาล จำนวน 17 คน อายุระหว่าง 20-40 ปี โดยจัดดนตรีให้ฟังผ่านทางหูฟังหลังจากได้รับยาระงับความรู้สึกไปจนกระทั่งเสร็จสิ้นการผ่าตัด และเริ่มจัดดนตรีให้ผู้ป่วยฟังอีกครั้ง เมื่อผู้ป่วยกลับไปห้องพักฟื้น ซึ่งการจัดดนตรีให้ผู้ป่วยฟังขณะได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายนั้น เพราะเชื่อว่าในขณะที่ไม่รู้สึกตัว สมอส่วนทาลามัส จะสามารถรับความรู้สึกสัมผัสจากเสียงดนตรี จากผลการศึกษพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้ฟังดนตรีในขณะที่ผ่าตัดมีระดับความวิตกกังวลในระยะหลังผ่าตัดลดลงจากก่อนที่ได้รับการผ่าตัดมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ฟังดนตรีอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ป่วยบอกว่าดนตรีเป็นสิ่งที่ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย จิตใจสงบ รู้สึกชอบดนตรีที่จัดให้ทำให้เวลาที่รอคอยผ่านไปอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้การใช้หูฟังยังสามารถปิดกั้นเสียงรบกวนได้อีกด้วย

Synder (1992) กล่าวว่า ดนตรีสามารถมีผลโดยตรงต่อการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก โดยมีอิทธิพลต่อสมองส่วนที่มีหน้าที่เกี่ยวกับประสบการณ์ด้านอารมณ์ ได้แก่ ระบบลิมบิก เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านร่างกายและจิตใจตามเสียงดนตรีนั้นๆ

White (1992) กล่าวว่า ดนตรีสามารถมีอิทธิพลต่อระบบประสาท ที่เกี่ยวข้องกับการประสบการณ์ทางด้านอารมณ์และความรู้สึก โดยมีผลต่อระบบลิมบิกความรู้สึกพึงพอใจจะรับรู้ได้ทางสมองซีกขวา เป็นเหตุให้ต่อมพิทูอิทารีหลังสารเอนโดรฟินมากขึ้น ระดับสารแคทีโคลามีนลดลงได้จากดนตรีที่บรรเลงอย่างนุ่มนวล (Soothing Music) ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น สามารถลดความวิตกกังวลได้

Pavlicevic et al. (1994) ได้ทำการศึกษาการใช้ดนตรีบำบัดแบบรายบุคคลในผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 41 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 21 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ใช้แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) และ Assessment of Negative Symptoms (SANS) เพื่อประเมินอาการก่อนและหลังการทดลอง ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มควบคุม คะแนนก่อนและหลังการทดลองในแบบประเมินทั้งสองไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มทดลองคะแนนหลังการทดลองในแบบประเมิน BPRS ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในแบบประเมิน SANS คะแนนหลังการทดลองมีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย

Tang, Yao and Zheng (1994) ศึกษาผลของการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิด residual schizophrenia ใน Shanghai City Mental Health Center ด้วยการใช้ดนตรีบำบัดกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 76 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งทั้งสองกลุ่มนี้ยังคงได้รับการรักษาตาม

มาตรฐานการรักษาตามปกติ แต่กลุ่มทดลองจะได้รับการบำบัดด้วยดนตรีบำบัดแบบ Passive listening และ active participation ในการร้องเพลงประเภทป๊อป (pop song) เป็นจำนวน 19 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ในระยะเวลา 1 เดือน และทำการประเมินอาการโดยพยาบาล 4 คน ด้วยแบบประเมินอาการทางลบ ฉบับภาษาจีน (Chinese Version of the Scale for Assessment of Negative Symptoms) และแบบประเมินการไร้ความสามารถสำหรับผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลของ WHO (the World Health Organization's Disability Assessment Scale) ผลการศึกษาพบว่า ดนตรีบำบัดลดอาการทางลบและการแยกตัวออกจากสังคมของผู้ป่วยได้ และเพิ่มความสามารถในการสนทนากับผู้อื่นและระดับความสนใจต่อเหตุการณ์ต่างๆรอบตัวผู้ป่วยได้

You and Wang (2002) ได้ทำการศึกษาผลของดนตรีบำบัดกับผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังในจีนโดยศึกษาจากผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 603 ราย โดยการสุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติส่วนกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับดนตรีบำบัด และใช้แบบประเมินBPRS ในการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยผลในระยะสั้นนั้นกลุ่มที่ได้รับดนตรีร่วมกับการดูแลตามปกตินั้นได้ผลในทางบวกกับผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง แต่ในระยะยาวนั้นยังไม่สรุปผลแน่นอนต้องอาศัยการศึกษาต่อไป

Rickson and Watkins (2003) ได้ทำการศึกษาการใช้ดนตรีบำบัดในกลุ่มเด็กวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในประเทศนิวซีแลนด์ โดยทำการศึกษาในระยะสั้นๆกับกลุ่มเด็กวัยรุ่น โดยมีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติในห้องเรียนส่วนกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับการให้ดนตรีบำบัดกับกิจกรรมที่จัดให้ผลคือเด็กที่ได้รับดนตรีบำบัดร่วมด้วยกับการดูแลตามปกติสามารถความคุมอารมณ์ได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับดนตรีและการเรียนในห้องเรียนเด็กที่รับดนตรีจะมีความตั้งใจและมีสมาธิมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับดนตรี

7.2.2 งานวิจัยในประเทศ

พิชรา พุ่มพชาติ (2533) ได้ทำการศึกษาโดยการใช้เสียงดนตรี ในการลดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กประถมวัย และเปรียบเทียบผลของการจัดกิจกรรมสร้างสรรค์ที่ใช้เสียงดนตรีประกอบการจัดกิจกรรมสร้างสรรค์ปกติ ต่อการลดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กประถมวัย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้เป็นเด็กนักเรียนที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ระดับชั้นอนุบาลปีที่ 1 อายุ 4-5 ปี ในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2533 โรงเรียนอนุบาลวัดธาตุทองกรุงเทพมหานคร จำนวน 2 ห้องเรียน ห้องเรียนละ 8 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการจัดกิจกรรมสร้างสรรค์ที่ใช้เสียงดนตรีประกอบและกลุ่มควบคุมได้รับการจัดกิจกรรมสร้างสรรค์ตามปกติตามแผนการจัดประสบการณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 5 วัน ผลการศึกษาวิจัยพบว่า เสียงดนตรีช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กประถมวัย ทั้งก้าวร้าวโดยการกระทำและคำพูด และ

การใช้เสียงดนตรีประกอบการจัดกิจกรรมสร้างสรรค์ทำให้เด็กประถมวัยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวมีพฤติกรรมลดลงมากกว่าเด็กประถมวัยที่ได้รับการจัดกิจกรรมสร้างสรรค์ตามปกติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01

จินตนา ตั้งศ์ประเสริฐ และคณะ (2538) ได้นำดนตรีบำบัดมาใช้กับผู้ป่วยโดยการเปิดเทปจังหวะเร้าใจ และมีการขับตัวเข้าจังหวะ ใช้ดนตรีแบบเคาะจังหวะ และอุปกรณ์เกิดเสียงให้ผู้ป่วยได้เขย่าหรือฟังเพลง แล้วให้ออกถึงความรู้สึกที่ได้จากเพลง โดยการบำบัดครั้งละ 1-1.30 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรัง พฤติกรรมถดถอย แยกตัว จะกลับเข้าสู่สังคมได้โดยเร็ว นอกจากนี้สิ่งที่ได้รับการนำดนตรีบำบัดมาใช้คือ ผู้ป่วยไม่อยู่ในโลกส่วนตัว อาการสงบเร็ว อัตราการอยู่โรงพยาบาลลดจำนวนวันลง กลับบ้านได้เร็วขึ้น

สุวินัย ภรณวลัย (2541) พบว่าผู้ที่นิยมเพลงที่แสดงออกทางอารมณ์หรือทางดนตรีในเชิงก้าวร้าวรุนแรง เช่น ฮาร์ดร็อก พบว่า พวกเขาบางคนพบว่า มีพฤติกรรมต่างต่าง ในเชิงรุนแรงที่สอดคล้องกับเพลงที่เขาฟัง จนบางครั้งก่อให้เกิดการทำร้ายร่างกายซึ่งกันและกัน แต่ในทางตรงกันข้ามกลุ่มคนที่นิยมในเพลงบรรเลงเช่นดนตรีคลาสสิก พบว่าจำนวนมากเป็นบุคคลที่มีใจเยือกเย็น สุขุม คัมภีร์ภาพเป็นผู้มีความเฉลียวฉลาดทางอารมณ์และชาวปัญญาที่ดี

ดวงดาว ดุลยธรรม (2543) ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อการลดปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยกระดูกสันหลังหักจำนวน 30 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงและแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 15 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 15 ราย โดยให้กลุ่มทดลองฟังดนตรีที่ควบคุมการฟังด้วยตนเองในระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า (1) คะแนนความปวดในระยะ 24 ชั่วโมงแรกและในช่วง 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด กลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (2) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างของจำนวนครั้งเฉลี่ยของการใช้ยาระงับปวดทั้งในระยะ 24 ชั่วโมงแรกและในช่วง 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (3) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของอัตราชีพจร อัตราการหายใจ และความดันโลหิต ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกและในช่วง 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อรรถพงษ์ ถนิมพาสน์และคณะ (2546) ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อการลดกลุ่มอาการทางลบของในผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบ One group pretest-posttest design ผลวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดด้วยเสียงดนตรีบำบัดมี negative Symptoms ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 2 อาการคือ การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติและการแยกตัวทางด้านอารมณ์

7.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

7.3.1 งานวิจัยต่างประเทศ

Chesney and Shelton (1976) ศึกษาเรื่องการเปรียบเทียบการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการใช้เครื่องมือ อี เอ็ม จี ไบโอฟีดแบค ในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะแบบกล้ามเนื้อตึงตัว กลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 คน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ๆ ละ 6 คน คือกลุ่มที่ 1 ฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ กลุ่มที่ 2 ฝึกด้วยเครื่องไบโอฟีดแบค กลุ่มที่ 3 ใช้การรักษาผสมผสานระหว่างการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและฝึกด้วยอี เอ็ม จี ไบโอฟีดแบค กลุ่มที่ 4 เป็นกลุ่มควบคุม ใช้การวัดระดับอาการปวดศีรษะก่อน-หลัง การทดลองอย่างละ 1 สัปดาห์ ระยะเวลาที่ทดลองใช้เวลาฝึก 2 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ความถี่ของอาการปวดศีรษะลดลงอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มที่ฝึกด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเท่ากับผลที่ฝึกด้วยการรักษาแบบผสม ซึ่งมีประสิทธิภาพในการลดลงดีกว่าในกลุ่มที่ฝึกด้วยไบโอฟีดแบคเพียงอย่างเดียวหรือกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาเลย สำหรับระยะเวลา (Duration) ของการปวดศีรษะลดลงอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มที่ฝึกด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและกลุ่มที่ฝึกด้วยการรักษาแบบผสม ซึ่งประสิทธิภาพลดลงดีกว่ากลุ่มที่ฝึกด้วยไบโอฟีดแบคเพียงอย่างเดียว ส่วนในด้านความรุนแรงนั้นลดลงอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มที่ใช้ในการรักษาผสมซึ่งมีประสิทธิภาพในการลดลงดีกว่ากลุ่มที่ไม่ให้การรักษา

Lance. (1982) ได้ศึกษาวิธีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อผสมกับการฝึกสมาธิ ในการรักษาคนไข้ที่มีอาการปวดศีรษะเนื่องมาจากความเครียดเรื้อรัง พบว่า คนไข้มีอาการปวดศีรษะลดลงจากที่เคยปวดเดือนละ 12-30 ครั้ง เว้นมาเป็นเดือนละ 1-4 ครั้ง จำนวน 7 คน มีอาการไม่ดีขึ้นเพียง 6 คน มีเพียง 3 คน ที่ต้องการยาแก้ปวดหรือยากล่อมประสาท ในขณะที่อีก 14 คน นิยมใช้การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเป็นนิสัย

7.3.2 งานวิจัยในประเทศ

จันทจิการพ์ รัตนจิรากร (2542) ได้ศึกษาผลของการทำจิตบำบัดแบบประคับประคองควบคู่กับการฝึกผ่อนคลายเพื่อลดความตึงเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมวชิรพยาบาลกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการทำจิตบำบัดแบบประคับประคองควบคู่กับการฝึกผ่อนคลาย มีความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

กรอบแนวคิดในการศึกษา

โปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อร่วมกับการใช้ดนตรีต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้น ผู้ศึกษาได้ใช้การผสมผสานตามแนวทางการศึกษาของ พัชรา พุ่มพชาติ (2533) ซึ่งเป็นเรื่องการศึกษาเรื่องดนตรี ร่วมกับการศึกษาของ Lance (1982) ในส่วนของการใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

