

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง ผลของการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อระดับความวิตกกังวลในมารดาของทารกป่วยการศึกษาค้นคว้าวิจัยได้ค้นคว้าเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยสรุปสาระสำคัญแล้วกำหนดเป็นหัวข้อนำเสนอ ดังนี้

1. ภาวะทางจิตใจของมารดาหลังคลอด
2. พยาบาลกับกิจกรรมการสอน และให้คำแนะนำ
3. การลดความวิตกกังวลด้วยการผ่อนคลาย
4. แนวคิดเกี่ยวกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

ภาวะทางจิตใจของมารดาหลังคลอด

ความเครียด

หญิงเจริญพันธุ์จะอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น หรือวัยหนุ่มสาว ซึ่งเป็นวัยของการแข่งขัน เมื่อจบการศึกษาเริ่มเข้าสู่การทำงาน มีอาชีพ มีแนวทางหรือปรัชญาการดำเนินชีวิต เริ่มเลือกคู่ครอง สร้างครอบครัวและรับผิดชอบหน้าที่ของพลเมืองที่ดี ส่วนใหญ่ความเครียด (Stress) มักจะมาจากการปรับตัว เช่น ปรับตัวในด้านความสัมพันธ์กับชีวิตคู่ การเลือกคู่ครอง ปรับตัวด้านการทำงาน ปรับตัวเรื่องความเจ็บป่วย หรือเกี่ยวกับความกดดันจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกครอบครัว ที่สำคัญคือ การปรับตัวต่อกระบวนการของการมีบุตร เพราะกระบวนการนี้แม้จะไม่ใช่ภาวะของการเป็นโรค แต่ก็ เป็นภาวะหนึ่งที่วิกฤตต่อเพศหญิง กระบวนการของการมีบุตรนั้นเริ่มตั้งแต่การตั้งครรภ์ ซึ่ง มัวร์ (Moore, 1978) กล่าวว่า จะมีการเปลี่ยนแปลงทางรูปร่างและสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ มีผลกระทบต่อจิตใจอย่างมาก เนื่องจากความหวาดกลัวที่มีต่อตนเองและบุตรในครรภ์ ต่อจากระยะตั้งครรภ์ก็จะเป็นช่วงการ

คลอด ซึ่งจะมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะหญิงครรภ์แรกและสาเหตุก็มีหลายประการ ได้แก่ การไม่ได้เตรียมตัวเตรียมใจที่จะเผชิญกับภาวะการคลอดในห้องคลอด ไม่ทราบว่าจะต้องปฏิบัติอย่างไร ความหวาดกลัวต่อการเจ็บปวดระหว่างคลอด การที่ต้องอยู่ท่ามกลางคนแปลกหน้า หญิงมีครรภ์จะรู้สึกว่าจะเหนื่อยกับภาวะการคลอดในห้องคลอด ไม่ทราบว่าจะพบว่ามีอาการเปลี่ยนแปลงอีกมากมาย เป็นต้นว่า การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ทำให้หญิงหลังคลอดเกิดความไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย สภาพแวดล้อม ซึ่งได้แก่ ขนบธรรมเนียมประเพณี ฐานะครอบครัว ฐานะทางสังคม เหตุการณ์แปลกใหม่ เหล่านี้เป็นสิ่งคุกคามที่ก่อให้เกิดความเครียดขึ้นได้

สิ่งคุกคาม (Stressors) นั้นนอกจากจะมีความหมายดังกล่าวแล้ว ยังรวมถึง สิ่งของบุคคล การสูญเสีย การพลัดพราก ตลอดจนปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งก่อนและหลังคลอดในบางสภาวะ (วิภาดา คุณาวิฑิตกุล, 2524) ได้แก่

1. การตั้งครรภ์โดยไม่คาดคิดมาก่อน (Accidental or unplanned pregnancy) เช่น ความล้มเหลวจากการคุมกำเนิด
2. การตั้งครรภ์โดยไม่มีความต้องการ (Undesired pregnancy) เช่น ถูกบังคับ ถูกข่มขืน
3. การตั้งครรภ์ขณะหย่าร้าง ไม่ได้แต่งงาน หรือไม่ได้จดทะเบียนสมรส
4. มีความรู้สึกว่ามีไม่รัก
5. มีปัญหาในชีวิตสมรส และภายในครอบครัว
6. สุขภาพไม่ดี

สำหรับระยะหลังคลอด เทียมคร ทองสวัสดิ์ (2532) กล่าวถึง ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจไว้หลายประการ ดังนี้

1. ต้องแยกจากครอบครัว และอาจวิตกกังวลถึงบุตร เพราะหลังคลอดใหม่ ๆ
2. อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยทั้งบุคคล สถานที่ และระบบของโรงพยาบาล

3. มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนที่ลดต่ำลงมากใน 3-5 วันแรก

หลังคลอด

4. รู้สึกสูญเสียความงาม

5. ความรู้สึกไม่มั่นใจต่อการปรับตัวรับบทบาทของการเป็นมารดา โดยเฉพาะครั้งแรก การขาดความมั่นใจ จะทำให้ผู้เป็นมารดาเกิดความระแวงต่อข้อเสนอหรือพฤติกรรมของผู้อื่น และต่อความสามารถของตนเองในการดูแลทารก

6. มีความไม่สบายและรำคาญ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในร่างกาย เช่น มีน้ำคาวปลาไหลออกมา เจ็บและตึงบริเวณแผลฝีเย็บ ปวดมดลูก เต้านม หัวนม มีไข้ต่ำ ๆ มีน้ำนมไหล เหงื่อออกมาก ปัสสาวะลำบาก ท้องผูก ฯลฯ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้นหงุดหงิดได้

7. ความรู้สึกสูญเสียทางด้านร่างกายในระยะหลังคลอด เพราะเคยมีทารกอยู่ในครรภ์ถึง 9 เดือน เคยได้รู้สึกถึงการเคลื่อนไหวหรือการดิ้นของทารกในครรภ์ แต่เมื่อถึงเวลาทารกคลอดออกไปแล้ว ผู้เป็นมารดาอาจรู้สึกสูญเสีย รู้สึกถึงความว่างเปล่า

8. ความรู้สึกว่าตนเองสูญเสียความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสนใจเอาใจใส่ของสามี และผู้เกี่ยวข้อง เพราะตัวมารดาเองได้รับความเอาใจใส่มาตลอดระยะของการตั้งครรภ์ แต่เมื่อคลอดแล้วศูนย์กลางของความสนใจจะเปลี่ยนไปอยู่ที่ทารกแทน ซึ่งแม้ตนเองจะพอใจที่สามีสนใจทารก แต่ขณะเดียวกันก็ต้องการที่จะให้สามีเอาใจใส่ตนเองด้วย

9. ความเหน็ดเหนื่อยไม่ได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ หลังคลอดควรได้รับการพักผ่อนมาก ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง 2 สัปดาห์แรกหลังคลอด เนื่องจากเสียพลังงาน เสียเลือด และมีความเครียดทางจิตใจ เนื่องจากการคลอดบุตรหรือเหตุการณ์อื่น ๆ ถ้าไม่ได้รับการพักผ่อนให้เพียงพออาจทำให้อารมณ์เสีย หงุดหงิด

นอกจากนี้ความรู้สึกผิดหวังในตัวบุตรที่ให้กำเนิด ซึ่งอาจจะเกิดจากความเจ็บป่วยหรือมีความพิการก็เป็นสิ่งคุกคามเช่นกัน เพราะมารดาจะเริ่มมีความคิดฝันและความหวังต่อทารกตั้งแต่เริ่มวางแผนการตั้งครรภ์ ภายหลังคลอดถ้าพบว่าทารกไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง จะเกิดความรู้สึกสูญเสียบทบาทในการเป็นมารดา มีความเจ็บปวดทางด้านจิตใจอย่างรุนแรง กอปร

กับความตึงเครียดที่มีอยู่ก่อนแล้ว ย่อมทำให้เกิดการสะสมความเครียดมากขึ้นเป็นลำดับ (Evaus and Hansen, 1980) มารดาส่วนใหญ่จะคิดว่าเป็นความผิดของตนเองที่ทำให้บุตรต้องเจ็บป่วย เนื่องจากไม่สนใจดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์ และไบรท์ (Bright, 1965) กล่าวว่า ถ้าบุตรจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ย่อมจะมีผลกระทบต่อจิตใจของมารดามากขึ้น เพราะภาวะการแยกจากบุตรมักทำให้มารดาคิดว่าบุตรของตนเกิดอาการเจ็บป่วยที่ร้ายแรง

ภาวะการแยก การพรากจากกัน (separation) อาจหมายถึง การอยู่ห่างหรือการแยกจากบุคคลที่เรารัก และด้วยเหตุของการแยกจากกันนี้ สมิธ (Smith, 1975) ได้เขียนบรรยายความรู้สึกของตนเองที่มีต่อภาวะการแยกจากบุตรในช่วงระยะเวลาหนึ่งว่า จะก่อให้เกิดการตอบสนองขึ้น ได้แก่ การปฏิเสธ (denial) มีความรู้สึกผิด (guilt) เห็นแก่ตัว (selfish) ความรู้สึกหมดหวัง (despair) รู้สึกถูกกระตุ้นให้เผชิญและแก้ไขสถานการณ์นั้น (motivated to face situation and resolve it) มารดาแต่ละคนจะมีการตอบสนองในรูปแบบที่แตกต่างกันไป ทั้งนี้จะขึ้นกับประสบการณ์ชีวิต ความเข้าใจและการรับรู้ของบุคคลนั้น ปฏิกริยาทางด้านจิตใจของมารดาที่เกิดขึ้น มีการจัดแบ่งไว้เป็นลำดับ 4 ขั้นตอน (Waechter, Phillips and Bonnie, 1985) ดังนี้

ขั้นแรก จะเกิดอาการช็อก (Shock) มารดาจะรู้สึกมึนงง มีอาการชาทั่วไป ไม่สามารถรวบรวมความคิด หรือทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้

ขั้นที่ 2 การปฏิเสธไม่ยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น

ขั้นที่ 3 รู้สึกตึงเครียด วิตกกังวล โกรธและรู้สึกผิด เมื่อมารดาผ่านขั้นตอนที่ 2 และยอมรับเหตุการณ์แล้ว จะเกิดความเศร้าโศก เสียใจ มีความเครียดเกิดขึ้น รู้สึกโกรธ โทษผู้อื่น มีความวิตกกังวล และรู้สึกผิด

ขั้นที่ 4 ปรับการจัดในตนเอง (Reorganization) คือ เริ่มได้คิดยอมรับสภาพความเป็นจริง และหาทางปรับตัวต่อสิ่งต่าง ๆ

ปฏิบัติการทางด้านจิตใจต่อความเจ็บป่วยของบุตรจะรุนแรงมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น ๆ อีก เช่น (Pillittery, 1981)

1. ความรุนแรงของสิ่งที่คุกคามบุตร
 2. อายุของบุตร
 3. ประสบการณ์การเจ็บป่วย หรือการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
- ครั้งก่อน

4. วิธีการต่าง ๆ ทางการแพทย์ ที่ใช้ในการวินิจฉัยและรักษา
5. ระบบการช่วยเหลือ สนับสนุน การให้กำลังใจที่เป็นประโยชน์
6. ความเข้มแข็งของตนเองและครอบครัว
7. ความเครียดที่เพิ่มขึ้นในครอบครัว
8. ค่านิยม ความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรม
9. ความสามารถในการแก้ไขปัญหาที่ผ่านมา
10. แบบแผนการสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว
11. ระบบเศรษฐกิจของครอบครัว

ความตึงเครียดด้านจิตใจของมารดาที่เกิดขึ้น ถ้าอยู่ในระดับที่เหมาะสมจะกระตุ้นให้เกิดความตื่นตัว กระตือรือร้น มีการรับที่ดี แต่บางครั้งความเครียดมีมากเกินไป ก็อาจเกิดอันตรายต่อภาวะสุขภาพได้ จะเห็นว่าความเครียดให้ผลทั้งแง่บวกและลบ ซึ่งมีผู้นิยามความหมายไว้ดังนี้

เซลเย่ (Selye, 1956) กล่าวถึงความเครียดว่า คือ กลุ่มอาการที่ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคาม อันเป็นผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงภายในร่างกาย เกี่ยวกับโครงสร้างและเคมี เพื่อต่อต้านการคุกคามอันนั้น หมายถึง ผลกระทบทั่วไป (nonspecific effects) ที่เกิดแก่อินทรีย์ เมื่อมีสิ่งรบกวนและที่สำคัญนั้น ร่างกายจะต้องปรับตัว

โมนาเท และลาซารัส (Monat and Lazarus, 1977) ให้ความหมายของความเครียดว่า เป็นภาวะที่มนุษย์หรือสัตว์ได้รับความกดดัน และต้องอาศัยการปรับตัวทั้งทางร่างกายและจิตใจ

ปาหนัน บุญ-หลง (2528) กล่าวว่า ความเครียด หมายถึง ความรู้สึกกดดัน ไม่สบายใจ หรือเป็นภาวะความวุ่นวายทางจิตใจ ซึ่งทำให้บุคคลต้องสูญเสียความสมดุลย์ของตัวเอง และความตึงเครียดนี้จะผลักดันให้บุคคลนั้นต้องเปลี่ยนพฤติกรรม หรือกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่ง ช่วยให้ความรู้สึกดังกล่าวคลายลงและสบายขึ้น เพื่อรักษาความสมดุลย์ให้ได้

สวานีย์ ตันพินัทนานนท์ (2522) ให้ความหมายของความเครียดไว้ 2 แนว คือ เป็นภาวะอารมณ์ปั่นป่วน หรืออารมณ์ไม่สมดุลย์ที่บุคคลประสบ และเป็นสิ่งคุกคามต่อสวัสดิภาพทางร่างกาย ทางด้านจิตใจของบุคคล ก่อให้เกิดความไม่สบายใจ เป็นเหตุให้มีพฤติกรรมแปรปรวนในที่สุด

สรุปได้ว่า ความเครียด หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีความคับข้องใจ ไม่สบายใจ หรือได้รับสิ่งคุกคามจากภายนอกหรือภายในร่างกาย และทำให้บุคคลนั้นสูญเสียความสมดุลย์ จึงเกิดปฏิกิริยาตอบสนอง เพื่อที่จะพยายามรักษาสภาพสมดุลย์เอาไว้ หรือปรับความสมดุลย์ให้เกิดขึ้นใหม่

ปฏิกิริยาตอบสนองของมารดาจะเกิดขึ้นเรื่อย ๆ เพราะการเจ็บป่วยของบุตรเป็นสิ่งที่คุกคามที่ต่อเนื่อง เป็นตัวเหนี่ยวนำความคิดความรู้สึกอยู่ตลอดเวลา และเป็นสภาพการณ์ที่คลุมเครือ ไม่เคยรับรู้มาก่อน ทำให้หมกมุ่นครุ่นคิดและหวาดกลัวต่อสิ่งเลวร้ายที่อาจจะเกิดขึ้นกับตนเองและครอบครัว เกิดความกลัวว่าจะสูญเสียบุตร ไม่สามารถช่วยเหลือบุตรได้ มีความกระวนกระวายใจ ไม่สบายใจ ความรู้สึกเหล่านี้เป็นการบ่งบอกถึงความวิตกกังวล ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์เมื่อเกิดความคับข้องใจ และไม่สามารถแก้ไขหรือควบคุมสถานการณ์ที่เป็นปัญหานั้นได้

ความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรป่วย

ความรู้สึกดังกล่าวเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อความขัดแย้งระหว่าง ความต้องการของมารดาและความคาดหวังของสังคม เป็นผลทำให้เกิดความตึงเครียด มีความวิตกกังวลตามมา ซึ่งความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรป่วยจะมาจากสาเหตุดังนี้ (Bright, 1965 ; Evans and Hansen, 1980)

1. ความเจ็บป่วยของบุตร มารดามักจะต้องการพบแพทย์ด้วยความหวังที่จะ
ได้รู้ว่า เกิดอะไรขึ้นบ้าง บุตรของตนเจ็บป่วยด้วยสาเหตุใด รวมทั้งต้องการให้บุตรได้รับการ
รักษาที่เฉพาะเจาะจง เช่น การฉีดยาสำหรับความวิตกกังวลเรื่องอื่น ๆ ได้แก่ (Azarnoff
and Hardgrove, 1981)

- 1.1 กังวลว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้นกับบุตร
- 1.2 กังวลว่าบุตรจะไม่หายจากการเจ็บป่วย หรืออาจเสียชีวิต
- 1.3 กังวลว่าบุตรจะได้รับ ความเจ็บป่วย ทุกข์ทรมาน
- 1.4 กังวลถึงความไม่แน่นอนเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค และการดูแลรักษา
- 1.5 กังวลถึงวิธีการต่าง ๆ ในการวินิจฉัยตรวจรักษา
- 1.6 กังวลว่าจะมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น และผลกระทบที่จะตามมาจากการ
เจ็บป่วยครั้งนี้
- 1.7 กังวลว่าบุตรจะเป็นโรคติดต่อ และอาจจะแพร่กระจายไปยังบุคคลอื่น
ในครอบครัว

2. การสูญเสียบทบาทการเป็นมารดา ซึ่งเป็นบทบาทใหม่ที่หญิงหลังคลอดควร
แรมมีความตั้งใจและต้องการที่จะกระทำ แต่ตนเองไม่มีโอกาสเหมือนมารดาคนอื่น ๆ ทั่วไป
เพราะบุตรถูกแยกเข้ารักษาในโรงพยาบาล มารดาจะรู้สึกที่ตนเองไร้ความสามารถ ด้อยคุณค่า
และยังกังวลต่อไปอีกว่า เมื่ออนุญาตให้บุตรกลับบ้านได้ ตนเองจะเลี้ยงดูบุตรได้หรือไม่

3. การดูแลรักษาที่บุตรได้รับ เมื่อมารดาได้พบเห็นลักษณะ โดยทั่วไปของบุตร
ซึ่งบางครั้งได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ (Phototherapy) หรือต้องให้น้ำเกลือที่ศีรษะ
ภาพเหล่านี้จะยิ่งทำให้ความวิตกกังวลของมารดาเพิ่มมากยิ่งขึ้น เพราะคิดว่าบุตรคงเจ็บป่วย
หนักและเกิดความกังวลว่าเจ้าหน้าที่จะดูแลรักษาให้หายได้ไหม หากสามารถรักษาให้หายได้
จะกลับคืนสู่สภาพปกติและเจริญเติบโตขึ้นเหมือนเด็กปกติหรือไม่ ระดับสติปัญญาจะเป็นอย่างไร
จะมีความพิการหรือผลแทรกซ้อนเพียงใด สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งเสริมให้เกิดความวิตกกังวลรุนแรงขึ้น



4. สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล จะทำให้มารดาเกิดความไม่สบายใจ และวิตกกังวล เพราะสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลแตกต่างไปจากบ้าน เป็นสถานที่ใหญ่โต มีเจ้าหน้าที่จำนวนมากและหลายระดับ ซึ่งเป็นคนแปลกหน้าสำหรับมารดา กิจวัตรและกฎระเบียบของโรงพยาบาลที่ไม่คุ้นเคย ก็ทำให้มารดาเกิดความวิตกกังวลได้เช่นกัน และในโรงพยาบาลที่ไม่อนุญาตให้มารดาอยู่เฝ้าบุตร กำหนดเวลาเยี่ยมเพียงวันละไม่กี่ชั่วโมง ได้พบเด็กป่วยคนอื่น ๆ ที่เจ็บป่วยรุนแรง ได้เห็นวิธีการตรวจรักษาพยาบาลที่ทำให้เด็กเกิดบาดเจ็บหรือเจ็บปวด ทำให้มารดาหวาดกลัวว่าเหตุการณ์เช่นนี้จะเกิดขึ้นกับบุตรของตนเองบ้าง สิ่งนี้อาจเชื่อมโยงกับความจำที่เจ็บปวดจากประสบการณ์ในอดีต ดังคำกล่าวของอิสส์เนอร์ (Issner, 1972) ที่ว่าโรงพยาบาลในความคิดเห็นของบุคคลบางคน อาจจะเป็นสถานที่ที่จะนำไปสู่ความตายมากกว่าทำให้ดีขึ้น เป็นสิ่งที่น่ากลัวขนาดที่มารดารู้สึกว่า ไม่มีความสำคัญและไร้ประโยชน์

5. ปัญหาด้านเศรษฐกิจการเงิน การที่บุตรจะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาจจะทำให้สร้างปัญหาการเงินให้แก่มารดา ค่าเดินทาง ค่าอาหารและที่พัก ปัญหาการเงินจะเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มารดาของทารกป่วยซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเกิดความวิตกกังวลได้

แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นอารมณ์ขั้นพื้นฐานบุคคลมีความคุ้นเคยดี เพราะพบเสมอในการดำเนินชีวิตประจำวัน ความวิตกกังวลมีรากศัพท์ดั้งเดิมมาจากภาษากรีก หมายถึง กดหรือรัดให้แน่น (To Press Tight or to Strangle) ส่วนในภาษาลาตินจะมีความหมายคล้ายคลึงกัน คือ ความแคบหรือตีบตัน เป็นความไม่สบาย ความหมายดังกล่าวใช้อธิบายความวิตกกังวลที่ครอบคลุมความรู้สึกหงุดหงิด ไม่สบายใจ เป็นความรู้สึกต่อสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนในบางอย่าง ความรู้สึกหวั่นเกรงต่อผลที่อาจจะเกิดขึ้น บางครั้งจะรู้สึกกระสับกระส่าย อึดอัด รู้สึกตื่นกลัว หรือตระหนกตกใจในบางสิ่งที่ยังบอกไม่ได้ นอกจากนี้ก็มีความรู้สึกไม่แน่ใจ หรือไม่มั่นใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (Stuart and Sundeen, 1979)

จุดเริ่มต้นของยุคความวิตกกังวล (Age of Anxiety) นั้น มีมาตั้งแต่กลางคริสต์ศตวรรษที่ 20 ซึ่งมีผู้สนใจศึกษาถึงรายละเอียดตลอดจนข้อเท็จจริงกันอย่างแพร่หลาย และต่อจากนั้นก็ได้อธิบายออกมาเป็นหนังสือบ้าง บทความบ้าง ถ้านับตั้งแต่ ค.ศ. 1950 ถึง 1970 จะมีประมาณ 5,000 เล่ม หลังจากนั้นก็มีจำนวนเพิ่มขึ้นอีกประมาณ 3,500 เล่ม (Endler and Edwards, 1982) นอกจากที่กล่าวถึงแล้ว ความวิตกกังวลยังมีความหมายอื่นอีก ดังนี้

ฟรอยด์ (Freud, 1943) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นประสบการณ์ที่เกิดจากความหวาดหวั่น ความตึงเครียด โดยหาสาเหตุไม่ได้ชัดเจนในแต่ละคน เกี่ยวข้องกับจิตใต้สำนึกที่เกิดจากความรู้สึกขัดแย้งในใจ ระหว่างการตอบสนองต่อความต้องการของตนเอง (Ego) กับความต้องการโดยธรรมชาติ หรือความต้องการตามสัญชาตญาณ (Id)

ไรครอฟท์ (Rycroft, 1971) ได้กล่าวถึงความวิตกกังวลในความหมายที่คล้ายกับ ฮอลล์ และลินด์เซย์ (Halls and Lindsey) ว่า เป็นอารมณ์ที่มีลักษณะเหมือนแรงขับตามธรรมชาติ เช่น ความหิว ความกระหาย และความต้องการอื่น ๆ เนื่องการอยู่รอด ส่วนใหญ่มีจุดเริ่มต้นมาจากความกลัว ที่คาดหมายไว้ล่วงหน้า เป็นสภาวะที่ตึงเครียด ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ จำเป็นต้องขจัดให้หมดไป และเป็นตัวการผลักดันให้มนุษย์กระทำพฤติกรรมบางอย่างที่ถือว่า เป็นแรงจูงใจทั้งนี้ก็เพื่อลดสภาวะเหล่านั้น

ชอร์ทริดจ์ และลี (Shortridge and Lee, 1980) ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ว่า เป็นปฏิกิริยาจิตสรีระ (Psychophysiological reaction) ต่อสิ่งคุกคามภายใน ซึ่งไม่สามารถแยกสิ่งคุกคามนั้นได้โดยตัวมันเอง เป็นความรู้สึกยุ่งยากใจ ไม่สบายใจ ผู้ที่ประสบกับความวิตกกังวล จะรู้ถึงความรู้สึกนั้น สิ่งคุกคามที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล อาจจะมาจกเหตุการณ์หรือสิ่งเร้า จากภายนอกหรือภายใน ความวิตกกังวลนี้เป็นสัญญาณเตือนภัยว่าอันตรายกำลังจะมาถึง ทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและร่างกาย

เบอร์เกส (Burgess, 1981) มีความเห็นว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึก จึงเครียดหวาดหวั่น ตื่นตระหนก ไม่สบายใจต่อสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเกิดขึ้น เช่น อาการใจสั่น ตัวสั่น ปวดศีรษะ ปัสสาวะบ่อย ฯลฯ และถ้ามีความวิตกกังวลในระดับสูง จะมีความรู้สึกตื่นเต้นหวาดกลัวสุดขีด

ลูว์นีย์ เกี่ยวกิงแก้ว (2527) ให้ความหมายว่า ความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยา ของบุคคลที่แสดงออกมา เนื่องจากมีสิ่งคุกคามต่อความมั่นคง ความเชื่อ ความหวัง และค่านิยม ของชีวิต ทำให้เกิดความรู้สึกหวาดหวั่น ไม่เป็นสุข กระวนกระวายใจ ความรู้สึกดังกล่าวจะมี ผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของบุคคล โดยการตอบสนองจะมีทั้งทางด้านร่างกาย จิตอารมณ์ และ พฤติกรรม

สมภพ เรื่องตระกูล (2528) และสุวัฒนา อารินทร์ (2524) ได้กล่าว เติมเต็มว่า ความวิตกกังวลนอกจากจะเกิดความรู้สึกดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังมีอาการทางกาย ร่วมด้วย โดยส่วนใหญ่เป็นอาการที่เกิดจากการตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic Nervous System) เช่น อาการใจสั่น หายใจไม่สะดวก เป็นต้น

อาจสรุปได้ว่า ความวิตกกังวล คือ ความรู้สึกไม่ถ่วงพอใจต่อสถานการณ์ที่เผชิญ อยู่มีความคับข้องใจ ตึงเครียด เนื่องจากไม่รู้ว่าจะมีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นอีก แต่คาดหมาย ล่วงหน้าว่า จะต้องเป็นสิ่งที่ไม่ดี ทำให้เกิดความหวาดกลัว กระวนกระวายใจ ร่างกายจะมีการ ตอบสนองตามมามากุด้าน

ความวิตกกังวลจะเกิดขึ้นได้ทุกสถานการณ์ โดยเฉพาะเมื่อบุคคลนั้นรับรู้ว่าเป็น การคุกคามต่อเอกลักษณ์ของตน (Individual Identity) หรือคุกคามต่อการนับถือตนเอง (Self-Esteem) และตนเองรู้สึกว่าหมดหนทางต่อสู้ ถูกทอดทิ้ง มีความไม่มั่นใจ โดยเฉพาะ ภาวะที่เกี่ยวข้องกับอันตราย ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น จะเป็นความรู้สึกที่คลุมเครือ หวาดหวั่น หงุดหงิด ความรู้สึกเหล่านี้จะไปกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้ร่างกาย

เกิดการตื่นตัว มีการเตรียมพร้อม เพื่อจะต่อสู้หรือถอยหนี (Fight or Flight) สิ่งที่มาคุกคามนั้นจัดแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ (Engel cited by Mitchell, 1977)

1. สิ่งที่มาคุกคามต่อความเป็นบุคคลด้านชีวภาพ รวมถึงความต้องการพื้นฐานด้านร่างกายด้วย
2. สิ่งที่มาคุกคามต่อศักดิ์ศรีของบุคคล มักจะพบว่าเกิดขึ้นเมื่อมีเหตุการณ์ชนิดฉับพลันทันที และยังรวมไปถึงการสูญเสียบางอย่างที่บุคคลยึดถือว่ามีความจำเป็นสำหรับตนเอง

ความวิตกกังวลที่พบว่าเกิดขึ้นโดยทั่วไป จะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพ การตั้งครรภ์ การสอบ ปัญหาด้านการเงิน ด้านกฎหมาย และสาเหตุสำคัญที่กล่าวเน้นกันมากจะเป็นปัญหาด้านสุขภาพ ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ได้แก่ ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการรุนแรงหรือเป็นโรคร้ายแรง การประสบอุบัติเหตุ และเมื่อใดก็ตามที่บุคคลรู้สึกว่ามีสิ่งมาคุกคามต่อศักยภาพในการควบคุมดูแลตนเอง หรือการเผชิญกับประสบการณ์ใหม่ ๆ พบกับสิ่งที่แปลกประหลาด ไม่คุ้นเคย ก็จะก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้ทั้งสิ้น

เกรย์ (Gray, 1978) กล่าวถึงองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ ที่ทำให้บุคคลเกิดความวิตกกังวลขึ้นหลังจากตนเองได้รับรู้ต่อสิ่งที่มาคุกคามนั้นแล้วมีดังนี้

1. สัญลักษณ์ (Symbols)
2. การคาดการล่วงหน้า (Anticipation)
3. ความไม่แน่นอน (Uncertainty)

แต่ละบุคคลจะมีลักษณะของการเกิดความวิตกกังวลเป็นลำดับคล้ายคลึงกัน โดยจะเริ่มจากการมีสิ่งมาคุกคามต่อภาพพจน์ ซึ่งบุคคลมีต่อตนเองเป็นขั้นแรก จากนั้นบุคคลจะมีความรู้สึกตึงเครียด อึดอัดกระวนกระวายใจ หวาดวิตก เกิดพลังงานเพิ่มขึ้น ภาวะเช่นนี้คือกำลังเกิดความวิตกกังวล ซึ่งจะมีผลไปถึงจิตใจและก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ทางด้านสรีรวิทยาตามมา ขั้นสุดท้ายก็จะมีการตอบสนองหรือการแสดงออกของพฤติกรรมแบบต่าง ๆ การแสดงออกของพฤติกรรมจะเป็นวิธีการที่บุคคลใช้ในการจัดพลังงานส่วนเกินโดย

อัตโนมัติ พฤติกรรมที่พบบ่อย ๆ ได้แก่ อาการโกรธ พุดเสียงดังกว่าปกติ มีการเคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้น ซึ่งถ้าบุคคลนั้นรู้จักที่จะผ่อนคลาย ภาวะสมดุลย์ทางด้านจิตใจและด้านอารมณ์ก็จะเกิดขึ้นมาใหม่ แต่ในทางตรงข้ามถ้าพฤติกรรมเหล่านั้นไม่ถูกปรับเปลี่ยน ความวิตกกังวลก็ยังคงอยู่ ภาวะสมดุลย์ก็จะไม่เกิดขึ้น ระดับความวิตกกังวลที่มีอยู่ก็จะสูงขึ้นเรื่อย ๆ ก่อให้เกิดอันตรายต่อบุคคลนั้น

ฟรอยด์ ได้วิเคราะห์ถึงความแตกต่างของความวิตกกังวล โดยใช้ขั้นตอนการพัฒนาการของความวิตกกังวลเป็นเกณฑ์ แล้วจึงจัดแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ ความวิตกกังวลที่มีจุดเริ่มต้นมาจากสาเหตุภายนอก ซึ่งเรียกว่า ความวิตกกังวลปฐมภูมิ กับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นภายหลัง เป็นความขัดแย้งทางอารมณ์ระหว่างความต้องการของสัญชาติญาณและความต้องการทางด้านสังคม มักเกิดขึ้นในบุคคลที่มีการพัฒนาความเป็นตัวของตัวเองมากขึ้น แต่กลไกการป้องกันตนเองยังไม่ดีพอ

สำหรับแหล่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล จะแบ่งได้ทั้งหมด 3 ชนิด (Freud cited by Meissner, 1980) คือ

1. ความวิตกกังวลจากสิ่งที่เป็นจริง (Reality Anxiety) เกิดจากสิ่งคุกคามภายนอกที่มีอยู่จริง
2. ความวิตกกังวลจากโรคประสาท (Neurotic Anxiety) เกิดจากสิ่งคุกคามที่มาจากความต้องการของสัญชาติญาณ ซึ่งบุคคลไม่ทราบว่าเป็นตัวเองกลัวอะไร เพราะเป็นความคิดความรู้สึกที่อยู่ในจิตใจได้สำนึก
3. ความวิตกกังวลจากหลักศีลธรรมจรรยา (Moral Anxiety) เกิดจากการกระทำที่ไม่สอดคล้องกับความรู้สึกผิดชอบชั่วดี ทำให้เกิดความรู้สึกละอายหรือรู้สึกผิด

นอกจากนี้แมนเฟรดา และแครมปีทซ์ (Manfreda and Krampitz, 1977) ยังมีความเห็นว่า ความวิตกกังวลนี้สามารถแบ่งโดยอาศัยลักษณะของการแสดงออกก็ได้ คือจะเป็นความวิตกกังวลอย่างปกติ (Normal Anxiety) และความวิตกกังวลที่ผิดปกติ

(Pathological Anxiety) ซึ่งความวิตกกังวลชนิดที่ผิดปกตินี้ ยังแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ตามที่มาของสาเหตุดังนี้

1. ความวิตกกังวลชนิดที่ผิดปกติ และมีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วยทางกาย (Physical Illness)
2. ความวิตกกังวลชนิดที่ผิดปกติ และมีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วยทางจิตสรีระ (Psychosomatic Conditions)
3. ความวิตกกังวลชนิดที่ผิดปกติ และมีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วยทางจิตเวช (Psychiatric Conditions)
4. ความวิตกกังวลชนิดที่ผิดปกติ และมีสาเหตุมาจากสภาวะวิตกกังวล (Anxiety States) มีลักษณะ 2 แบบ คือ
 - 4.1 สภาวะวิตกกังวลที่เลื่อนลอย หาสาเหตุไม่ได้ (Free-Floating)
 - 4.2 สภาวะวิตกกังวลเนื่องมาจากความกลัว (Phobia Anxiety)

การจัดแบ่งที่นิยมนำไปใช้อย่างกว้างขวางในการศึกษาวิจัยนั้น เป็นของสปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger) เนื่องจากสามารถประเมินความรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้นในขณะนั้น (A-State) และที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ทั่วไปได้ (A-Trait) ความวิตกกังวลแบบสแตต (State Anxiety or A-State) เป็นความวิตกกังวลซึ่งเกิดขึ้นเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์เฉพาะอย่างที่เกิดขึ้นทันทีทันใดนั้น บุคคลจะแสดงพฤติกรรมตอบโต้ซึ่งจะสามารถสังเกตเห็นได้ในช่วงระยะเวลาที่ถูกกระตุ้นนั้น แต่ความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดขึ้นจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล โดยส่วนหนึ่งนั้นขึ้นอยู่กับลักษณะเทรท (A-Trait) และประสบการณ์ในอดีต ส่วนความวิตกกังวลลักษณะเทรท (Trait Anxiety or A-Trait) หมายถึง ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล ค่อนข้างจะคงที่และไม่ปรากฏออกมาในลักษณะของพฤติกรรมโดยตรง แต่จะเป็นตัวประกอบความวิตกกังวลแบบสแตต (A-State)

สำหรับความวิตกกังวลแบบเทรท (A-Trait) นี้เป็นลักษณะประจำตัว มักจะเกิดกับบุคคลนั้นจนติดเป็นนิสัย เป็นลักษณะของบุคลิกภาพที่ฝังแน่น ส่วนความวิตกกังวลแบบสแตต (A-State) เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นชั่วคราวเฉพาะในสถานการณ์นั้น ๆ

ระดับความวิตกกังวล

ในการดำเนินชีวิตประจำวัน บุคคลมักจะพบกับเหตุการณ์ต่าง ๆ มากมาย ซึ่งทำให้เกิดความคับข้องใจ (Frustration) ความขัดแย้งในใจ (Conflict) และความเครียด (Stress) ซึ่งเป็นสาเหตุของความวิตกกังวล ความวิตกกังวลอาจก่อให้เกิดประโยชน์เป็นตัวสร้างสรรค์หรือทำลาย ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของความวิตกกังวล ความเหมาะสมของสถานการณ์และระยะเวลา (Luckman and Sorensen, 1974) จากการศึกษาของ เปปโล (Peplau cited by Stuart and Sundeen, 197) ได้แบ่งระดับความวิตกกังวลออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1. ความวิตกกังวลเล็กน้อย (Mild Anxiety) ความวิตกกังวลระดับนี้ทำให้บุคคลตื่นตัว สนามการรับรู้กว้างขึ้น ความสามารถในการเรียนรู้และการแก้ปัญหาดีขึ้น มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์เกิดขึ้น

2. ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate Anxiety) เป็นระดับที่ทำให้บุคคลสนใจต่อความกังวลใจที่เกิดขึ้นทันทีทันใด สนามการรับรู้แคบลง เลือกสนใจเฉพาะบางส่วนของสถานการณ์ ร่างกายบางส่วนตอบสนองต่อความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น เช่น กล้ามเนื้อตึงตัว หายใจเข้าออกแรง รู้สึกปั่นป่วนในกระเพาะอาหาร หรือปวดศีรษะ เป็นต้น ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง ความวิตกกังวลในระดับนี้ถ้าได้รับการช่วยเหลือให้ลดลง การเรียนรู้จะกลับดีขึ้น

3. ความวิตกกังวลในระดับรุนแรง (Severe Anxiety) เป็นระดับที่ทำให้สนามการรับรู้แคบลงมาก การมองสภาพแวดล้อมบิดเบือนไปจากสภาพความเป็นจริง จะรับรู้รายละเอียดเฉพาะจุดในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ไม่สามารถเชื่อมโยงรายละเอียดไปสู่สถานการณ์ทั้งหมดได้ บุคคลจะมีความไม่สบายทั้งร่างกายและอารมณ์เพิ่มขึ้น พฤติกรรมต่าง ๆ ที่แสดงออกมามีเป้าหมายเพื่อบรรเทาความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น

4. ความวิตกกังวลระดับรุนแรงที่สุด หรือกลัวสุดขีด (Panic) เป็นระดับที่ทำให้สนามการรับรู้แคบลงอย่างมาก หรืออาจไม่ตรงตามความเป็นจริง ในบางรายอาจถึงกับมีสนามการรับรู้ถูกปิดหมด แม้จะพูดหรืออธิบายอย่างไรก็ไม่เข้าใจ บุคคลจะสูญเสีย

การควบคุมตนเอง ไม่สามารถทำในสิ่งที่ยาก ๆ บุคลิกภาพและความคิดจะผิดปกติไป ความสามารถในการติดต่อกับบุคคลอื่นและการเรียนรู้เสียไป

สำหรับสวานีย์ เกี่ยวกิงแก้ว (2527) ได้จำแนกเพิ่มขึ้นอีก 1 ระดับ นอกเหนือจากที่กล่าวมาแล้ว และระดับที่เพิ่มขึ้นนั้นถือเป็นระดับต้นหรือระดับที่ 1 ได้แก่ ภาวะอารมณ์ที่ปราศจากความวิตกกังวล (Euphoria) เป็นภาวะอารมณ์สุขสบายไร้กังวล ไม่ทุกข์ไม่เดือนร้อน ไม่ว่าเหตุการณ์รอบตัวจะเป็นอย่างไร บุคคลนั้นก็จะรู้สึกครื้นเครง อารมณ์ดี หัวเราะได้ตลอดเวลา พบได้ในผู้ที่สูญเสียขา สูบฝิ่น หรือใช้ยาเสพติด

ส่วนปาหนัน บุญหลง (2529) ได้จำแนกเพิ่มขึ้นอีก 2 ระดับ และมีความแตกต่างจากที่กล่าวมาแล้ว คือ ระดับต้น (Ataraxy) เป็นระดับที่ปราศจากความวิตกกังวล หรือมีน้อยจนไม่สามารถกระตุ้นพฤติกรรมได้ ถือว่าไม่ปกติ พบได้ในคนที่ได้รับความตกใจทันทีทันใด แล้วเกิดภาวะช็อก (psychological shock) นิ่งเงียบไปเลย อีกระดับหนึ่งเป็นระดับที่สูงกว่าระดับต้น (Well being) เป็นระดับปกติ พบได้ทั่ว ๆ ไป มีความวิตกกังวลเล็กน้อย แต่สามารถปรับตัวได้ในเวลาอันรวดเร็ว

การตอบสนองต่อความวิตกกังวล

เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และเกิดผลกระทบต่อความสามารถในด้านอื่น ๆ ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ได้แก่ (Goldberger and Jreznitz, 1982)

1.1 ด้านชีวเคมี เมื่อมีสิ่งเร้ามากกระตุ้นที่ตัวรับ แรงกระตุ้นจากตัวรับ จะเคลื่อนเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง (Central Nervous System) คือ สมอง และไขสันหลัง แรงกระตุ้นนี้จะผ่านศูนย์กลางของสมองส่วนกลาง คือ ทาลามัส (Thalamus) แล้วผ่านเข้าไปสู่ไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ซึ่งเป็นศูนย์กลางของอารมณ์ และเป็นสมอง

ส่วนที่ควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติ แรงกระตุ้นจะเคลื่อนผ่านไปยังสมองส่วนบน (Cerebral Cortex) ซึ่งมีหน้าที่รับรู้สิ่งเร้าและเป็นตัวกระตุ้นไฮโปทาลามัส และต่อมพิทูอิทารี (Pituitary gland) ให้ทำงานดังนี้

1.1.1 ไฮโปทาลามัส จะส่งแรงกระตุ้นไปตามระบบประสาทอัตโนมัติ โดยผ่านทางประสาทซิมพาเซติก (Sympathetic nerve) ต่อกับอะดรีนัล-เมดัลลา (Adrenal Medulla) ของต่อมหมวกไต (Adrenal gland) ให้หลั่งสารเคทีโคลามีน (Catecholamine) ซึ่งประกอบด้วยอีพิเนฟริน (Epinephrine) และนอร์-อีพิเนฟริน (Norcpinephrine) เข้าสู่กระแสโลหิต และไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้เกิดพลังงานการหมุนเวียนของโลหิตในกล้ามเนื้อ การบีบตัวของหัวใจและปริมาณโลหิตที่ออกจากหัวใจเพิ่มมากขึ้น ภาวะอาหารถูกกระตุ้นให้มีการขับน้ำย่อยเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังมีผลทำให้ร่างกายมีการตอบสนองในการต่อสู้หรือถอยหนี ในกรณีที่จะหนี (Flight) จะมีการหลั่งสารอีพิเนฟรินมาก แต่ถ้าจะต่อสู้ (Fight) สารนอร์อีพิเนฟริน จะถูกหลั่งมาก

1.1.2 ต่อมพิทูอิทารี แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้า (Anterior Pituitary Gland) และต่อมพิทูอิทารีส่วนหลัง (Posterior Pituitary Gland) เมื่อได้รับแรงกระตุ้นจากสมองส่วนบนจะเกิดผล ดังนี้

ก. ต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้า จะหลั่งฮอร์โมนอะครีโนคอร์ติโคโทรปิก (Adrenocorticotropic Hormone หรือ ACTH) ไปกระตุ้นอะดรีนัลคอร์เทกซ์ (Adrenal Cortex) ของต่อมหมวกไต ให้หลั่งแอดคอร์ติคอยด์ (Adrenocorticoid) ซึ่งประกอบด้วยฮอร์โมน 3 ชนิด คือ

1) มินเนอราโลคอร์ติคอยด์ (Mineralocorticoids) มีหน้าที่ควบคุมความสมดุลของเกลือแร่ (Electrolyte) เช่น โซเดียม โปแตสเซียม และแคลเซียม

2) กลูโคคอร์ติคอยด์ (Glucocorticoids) มีผลต่อการเผาผลาญอาหารจำพวกโปรตีน ไขมัน และน้ำตาล

3) แอนโดรเจน (Androgen) มีผลต่อระบบกล้ามเนื้อและเสริมสร้างลักษณะเพศชาย

ช. ต่อมกนิทวารีย์ส่วนหลัง จะหลั่งฮอร์โมนแอนติไดยูเรติก (Antidiuretic Hormone หรือ ADH) เพื่อควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะให้เป็นปกติ

1.2 ด้านสรีรวิทยาหรือโครงสร้าง ความวิตกกังวลจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย ส่วนใหญ่จะเป็นผลของระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งทำงานโดยอิสระไม่อยู่ใต้อำนาจของจิตใจ ประกอบด้วยระบบประสาทซิมพาเทติกและพาราซิมพาเทติก (Sympathetic and Parasympathetic Nervous System) ประสาททั้ง 2 ระบบนี้ทำหน้าที่ตรงกันข้าม ทั้งนี้เพื่อให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายอยู่ในสภาพสมดุล และถึงแม้ว่าทั้ง 2 ระบบนี้จะเกี่ยวข้องกับการเกิดอารมณ์ แต่ระบบซิมพาเทติก จะมีบทบาทมากกว่าเมื่อความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อย และปานกลาง แต่ถ้ามีความวิตกกังวลระดับสูงและรุนแรงแล้ว ระบบพาราซิมพาเทติก จะมีบทบาทมากกว่า

การเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาจะขึ้นอยู่กับระดับความวิตกกังวล โดยทั่วไปแล้วถ้า ความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อย และปานกลาง จะเพิ่มการทำงานของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย แต่ถ้าความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงและรุนแรงแล้ว จะทำให้ระบบต่าง ๆ หยุดทำงานได้เช่นกัน การเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาที่พบ มีดังนี้ หัวใจเต้นเร็ว หายใจลึกและเร็ว หรือหายใจลำบาก ตัวสั่น ใจสั่น ม่านตาขยาย มีการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิของร่างกาย เหงื่อออกตัวเย็น ผิวหนังซีดเย็น มือเย็นขึ้นมีเหงื่อออกตามฝ่ามือ ปัสสาวะบ่อย ประจำเดือนผิดปกติ ปากแห้ง เบื่ออาหาร ไม่สบายท้อง กล้ามเนื้อเกร็ง โดยเฉพาะกล้ามเนื้อที่คอ นอนไม่หลับ เป็นต้น

2. ผลกระทบต่อความสามารถด้านอื่น ๆ ได้แก่ (สวานีย์ เกี่ยวกิ้งแก้ว, 2527)

2.2 ด้านความสามารถในการสังเกต ความสามารถในการสังเกตจะเพิ่มมากขึ้นหรือลดลงขึ้นอยู่กับระดับของความวิตกกังวล การสังเกต คือ การรับรู้ โดยประสาทสัมผัสทั้ง 5 อันได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนัง ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยจะช่วยให้

ประสาทรับรู้ทั้ง 5 ตื่นตัวดีขึ้น การรับรู้ดีขึ้น การเก็บข้อมูลรอบตัวจะทำได้มากกว่าปกติ ความวิตกกังวลระดับกลางทำให้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ยังคงตื่นตัวอยู่ ขอบเขตของการรับรู้จะแคบลง และมุ่งไปยังจุดที่สนใจเท่านั้น รับรู้เฉพาะสิ่งที่เลือกสรรแล้ว ความวิตกกังวลในระดับรุนแรงขึ้นจะทำให้เกิดความตื่นตัวมากขึ้น แต่ความสามารถในการรับรู้จะแคบลง สนใจในเหตุการณ์เฉพาะหน้าขณะนั้น และยังสามารถบอกความสัมพันธ์ของเหตุการณ์เฉพาะหน้าได้ และเมื่อความวิตกกังวลถึงภาวะตื่นตัวสุดขีด การสังเกตจะแคบลงมาก ไม่สามารถบอกความสัมพันธ์ของเหตุการณ์เฉพาะหน้าได้

2.2 ด้านสมาธิและความจำ ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยและระดับปานกลางจะทำให้มีสมาธิดีขึ้น แต่ในระดับรุนแรงและตื่นตัวสุดขีดในสมาธิอาจลดลง บุคคลในภาวะนี้จะกระสับกระส่ายและอยู่ไม่นิ่ง ส่วนทางด้านความจำก็เช่นกัน ถ้ามีความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ตื่นตัว รับข้อมูลมากขึ้น ทำให้การจดจำมากขึ้น เมื่อการรับรู้น้อย ความจำก็เกิดน้อยในภาวะวิตกกังวลระดับรุนแรงและตื่นตัวสุดขีด ความจำจึงเกิดได้น้อยมาก ถ้าให้บุคคลที่ตื่นตระหนกสุดขีดเล่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น บุคคลนั้นจะเล่าได้ไม่ดี หรืออาจจะเล่าไม่ได้เลย เพราะอาจไม่รู้ลึกตัวได้ทำอะไรลงไปบ้าง

2.3 ด้านการเรียนรู้และการปรับตัว จะขึ้นอยู่กับระดับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเช่นกัน ถ้ามีความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อย กับระดับปานกลางและบุคคลนั้นมีทักษะอยู่แล้ว ก็จะสามารถใช้ทักษะนั้นช่วยให้เกิดการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้นจะสามารถสังเกตวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของสิ่งต่าง ๆ ตรวจสอบ ทดสอบ และสามารถใช้ประสบการณ์เก่า ๆ ได้ แต่ถ้ามีความวิตกกังวลในระดับรุนแรงถึงรุนแรงสุดขีด ไม่ว่าบุคคลนั้นจะมีทักษะหรือไม่ก็ตาม ก็จะไม่สามารถใช้ทักษะในช่วงภาวะดังกล่าว เพราะพฤติกรรมที่ออกมาจะอยู่ในรูปพฤติกรรมอัตโนมัติที่ไม่ต้องคิดก่อน

2.4 ด้านพฤติกรรมกรรมการแสดงออก เมื่อใดก็ตามที่มีความวิตกกังวลเกิดขึ้น บุคคลนั้นจะต้องมีการปรับและเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดหรือขจัดความวิตกกังวล พฤติกรรมการ

แสดงออกอาจจำแนกออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

2.4.1 มีพฤติกรรมในด้านแสดงออกของความรู้สึกก้าวร้าวและไม่เป็นมิตร (Acting-Out Behavior) ซึ่งแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

ก) พฤติกรรมที่แสดงออกของความรู้สึกแบบเปิดเผย (Overt Behavior) ได้แก่ หงุดหงิด โมโหง่าย โกรธ พุดจาซวนทะเลาะ ทำทาง กระสับกระส่าย ไม่อยู่นิ่ง

ข) พฤติกรรมที่แสดงออกของความรู้สึกแบบซ่อนเร้น (Covert Behavior) ได้แก่ รู้สึกขุ่นเคือง รู้สึกไม่เป็นมิตร

2.4.2 การเบนความสนใจไปสู่อากาศหรือความเจ็บป่วยทางร่างกาย (Somatizing) ทั้งนี้เพื่อเป็นการลดภาวะวิตกกังวล เช่น ในผู้ที่เป็นโรคจิตลรีรแปรปรวน (Psychosomatic Disorder) เป็นต้น

2.4.3 การชะงักงันอยู่ในภาวะที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล (Freezing to the spot) พฤติกรรมที่แสดงออก ได้แก่ การถอนตัวหนีจากเหตุการณ์ (Withdrawal) การเก็บกดความรู้สึกไว้ภายในและกลายเป็นอาการซึมเศร้า (Depression) มีพฤติกรรมถดถอยไปสู่พัฒนาการในวัยต้น ๆ (Regression)

2.4.4 การใช้ความวิตกกังวลให้เป็นประโยชน์ต่อประสบการณ์การเรียนรู้ (Using the Anxiety in the Service of Learning) มีพฤติกรรมแสดงออกในรูปแบบที่บุคคลพยายามทำความเข้าใจกับสาเหตุของความวิตกกังวล วิธีการที่ตนเองใช้เพื่อลดหรือขจัดความวิตกกังวล หาสาเหตุว่าอะไรที่ทำให้ตนเองอึดอัดไม่สบายใจ เรียนรู้จากประสบการณ์นี้ เช่น ไม่ได้อ่านหนังสือแล้วเข้าสอบ ทำให้เกิดความรู้สึกหวาดหวั่นไม่มั่นใจ ภายหลังสอบในครั้งต่อมาบุคคลนั้นไม่ต้องการมีประสบการณ์เช่นนั้นอีก จึงหาทางป้องกันโดยอ่านหนังสือและเตรียมตัวให้พร้อมก่อนการสอบ

พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปนี้ ไม่เฉพาะที่พบในมนุษย์เท่านั้น ในสัตว์ประเภทต่าง ๆ ก็สังเกตเห็นว่ามีพฤติกรรมที่แปลกออกไป เมื่อมันอยู่ในสถานการณ์เช่นเดียวกัน ดังการศึกษาของต่างประเทศ เกี่ยวกับพฤติกรรมของมารดาต่อการปลัดพราก หรือการแยกลูกหลังคลอด

คลอส และเคนเนล (Klaus and Kennell) กล่าวว่า อะไรก็ตามที่เกิดขึ้น
 ในระยะหลังคลอดทันที จะเป็นวิกฤติการณ์ในพฤติกรรมของความเป็นมารดาต่อไปภายหลังจาก
 การศึกษาของฮัชเชอร์ (Husher) โดยทดลองในแม่แพะจำนวน 24 ตัว แบ่งเป็น 2 กลุ่ม
 กลุ่มแรกมีการแยกลูกของมันเป็นภายหลังคลอด เป็นช่วง ๆ ละประมาณ 5-10 นาที จนกระทั่ง
 รวมเวลาของการแยกทั้งหมดได้ 1 ชั่วโมง อีกกลุ่มหนึ่งให้การเลี้ยงดูตามปกติ ผลการศึกษา
 พบว่า แม่ที่ถูกแยกลูกไปเมื่อนำลูกกลับมาคืน มันจะดูแลลูกน้อยลง และจะมองลูกของมันด้วย สาย
 ตาที่แปลกกว่ากลุ่มที่ไม่ได้แยก เกิดปฏิกิริยาต่อต้าน ไม่เห็นความแตกต่างระหว่างลูกของตัวเอง
 กับลูกตัวอื่น มีการดูแลลูกของตัวอื่น ๆ มากกว่าลูกของตัวเอง นอกจากนี้ คลอส และ เคนเนล
 ยังได้สรุปการทดลองของริชมอนด์ (Richmond) มัวร์ (Moore) ไลเดอร์แมน (Leiderman)
 และคลอปเฟอร์ (Klopper) ในแพะ แกะ วัว และหนู ว่า เมื่อมีการแยกแม่และลูกออกจาก
 กันในช่วงแรก หรือใน 2-3 ชั่วโมงแรกหลังคลอด แล้วนำกลับมาอยู่ด้วยกัน ผู้เป็นแม่จะ
 แสดงพฤติกรรมในความเป็นแม่ที่มีความทุกข์ วิตกกังวล ล้มเหลวในการดูแลลูก เอาศีรษะชนลูก
 ให้ห่างออกไป เลี้ยงดูลูกตัวเองและลูกของตัวอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ส่วนโรเซนแบลท และลีห์แมน (Rosenblatt and Lehrman) ได้ทำการ
 ทดลองกับหนูจำนวนหนึ่ง ซึ่งมีการแยกจากแม่ของมันในระยะหลังคลอดเป็นเวลา 4 วัน พบว่า
 พฤติกรรมในการสร้างรังของแม่ลดน้อยลง และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลด้วย

สำหรับปี ค.ศ. 1973 โอเรมแลนด์ และโอเรมแลนด์ (Oremland and
 Oremland) ได้เขียนบทความสรุปการทดลองของมัวร์ (Moore) ซึ่งทำในแพะ และแกะ ไว้ว่า
 มีการแยกลูกของมันภายในครึ่งชั่วโมงทันทีหลังคลอด ปรากฏว่า แม่จะดูแลลูกน้อยลงเมื่อนำลูก
 มาคืน และการทดลองของ ฮาร์โล และคณะ (Harlow and Others) ซึ่งศึกษาในลิง ได้
 สรุปไว้ว่า เมื่อมีการแยกแม่และลูกทันทีหลังคลอด แต่ละอนุญาติให้มองเห็นได้ภายในห้องกระจก
 พบว่า จะทำให้ความสนใจของแม่ค่อย ๆ ลดลงภายในเวลา 2 สัปดาห์แรก หลังจากนั้นมันจะ
 ไม่สนใจลูกอีกเลย ซึ่งให้เห็นว่า การมองดูเพียงอย่างเดียว ไม่เป็นสิ่งกระตุ้นที่เพียงพอที่จะคง
 ไว้ซึ่งความสนใจของแม่

นอกจากการแสดงออกทางพฤติกรรมแล้ว เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น จะสังเกตการเปลี่ยนแปลงด้านอื่น ๆ ได้อีก จากการรวบรวมรายงานผลการศึกษาของ โคลบ (Kolb) ลีฟ (Lief) พอร์ตนอย (Portnoy) และวิลเลอร์กับคณะ (Wheeler and Others) โดย ซุง และคาเวินา จูเนียร์ (Zung and Cavenar Jr., 1980) ดังนี้

1. การแสดงออกทางอารมณ์ (Affective Symptoms) ได้แก่ ความรู้สึกหวาดหวั่น กังวลใจ ไม่สบายใจ เกรงกลัว หวาดกลัวโดยไม่มีเหตุผล หงุดหงิด กระวนกระวายใจ อยู่นิ่งเฉยไม่ได้ ตกใจง่าย ความคิดแตกแยก จิตใจไม่สงบ นิ่งขำ หวาดกลัว ภัยอันตราย กลัวตาย รู้สึกหมดหวังที่จะช่วยเหลือตัวเอง

2. อาการแสดงทางร่างกาย (Somatic Symptoms) เกิดอาการตามระบบอวัยวะต่าง ๆ ดังนี้

2.1 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก มีอาการ กล้ามเนื้อตึงตัว ตัวลั่น มือเท้าลั่นกระดูก ปวดกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ ปวดตึงต้นคอ ปวดหลัง ปวดเอว เมื่อยล้า อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เห็นอย่างง่าย การเคลื่อนไหวร่างกายบางส่วนมีความลำบาก

2.2 ระบบหัวใจ และหลอดเลือด มีอาการใจสั่น หัวใจเต้นแรง และเร็ว ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง เจ็บหน้าอก

2.3 ระบบหายใจ มีอาการหายใจไม่เต็มอึด หายใจขัด หายใจตื้น วิงเวียน มีความรู้สึกเหมือนจะเป็นลม แน่นหน้าอก หายใจไม่ออก ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสผิดปกติไป (Paresthesia)

2.4 ระบบทางเดินอาหาร มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ท้องเดิน

2.5 ระบบปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ มีอาการถ่ายปัสสาวะบ่อย

2.6 ระบบผิวหนัง มีอาการหน้าแดง ร้อนวูบวาบหรือหน้าซีด ผิวหนังเย็นขึ้น มือเท้าเย็น เหงื่อออกมาก โดยเฉพาะบริเวณฝ่ามือ ทั้งนี้เพราะต่อมเหงื่อที่ฝ่ามือนั้นถูกควบคุมด้วยประสาท ซิมพาเทติก และมีลักษณะพิเศษ คือ จะไม่ช่วยในการควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย เพราะพบว่าเมื่อระบบประสาทซิมพาเทติกถูกกระตุ้น จะมีเหงื่อออกบริเวณฝ่ามือมาก (เจริญ สมวงษ์ศิริ, 2523)

2.7 ระบบประสาทส่วนกลาง จะมีอาการมึนงง และลึมง่าย สมองไม่ตี ความจำลดลง การรับรู้ลดลง กกระสับกระส่าย อยู่ไม่สุข นอนไม่ค่อยหลับ หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ มีฝันร้าย

เมื่อความคับข้องใจสะสมมาก ๆ เข้าและยากต่อการแก้ไขโดยตรง มารดาของทารกป่วยอาจมีปฏิกิริยาเพื่อป้องกันตนเองจากความรู้สึกที่เกิดขึ้นควบคู่กับความคับข้องใจนั้น ไม่ว่าจะเป็นความตึงเครียด หรือความวิตกกังวลก็ตาม หรืออีกนัยหนึ่งคือ แทนที่จะแก้ไขสาเหตุของความคับข้องใจ ก็อาจหาวิธีลดความไม่สบายใจที่เกิดขึ้นในลักษณะต่าง ๆ เสีย เพราะสาเหตุแก้ไขได้ยากหรือแก้ไขไม่ได้ วิธีลดความเครียด ความไม่สบายใจเนื่องจากความวิตกกังวลสูง อาจจะเรียกได้ว่าเป็นปฏิกิริยาโต้ตอบ (reactions) เพื่อหาทางหลบหลีกให้พ้นจากวิกฤติการณ์ของความวิตกกังวล ซึ่งจะเข้าไปโดยอัตโนมัติในบางครั้ง หรือใช้โดยที่ตั้งใจก็ได้ วิธีนี้เรียกว่า กลไกการป้องกันทางจิต (Coping Mechanism หรือ Defense Mechanism) และอาจจะเป็นแบบแผนเดียวกับที่ตนเองเคยใช้มาแล้ว ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ หรือที่ตนเองไม่เคยใช้มาก่อนก็ได้ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2527)

กระบวนการปรับตัวทางจิตใจ (Psychological Adaptation Process)

เมื่อมีความวิตกกังวล แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ (Luckman and Sorensen, 1974)

1. ระยะเตือน เมื่อบุคคลเกิดความคับข้องใจ ทำให้เกิดภาวะตื่นตัว จะมีพฤติกรรมแสดงออกในรูป ต่อมู่ ก้าวร้าว หิน หรือวิตกกังวล
2. ระยะต่อต้าน บุคคลจะใช้วิธีการเบี่ยงเบนหรือบิดเบือนความเป็นจริงให้สอดคล้องกับความปรารถนาของตน โดยการใช้กลไกการป้องกันทางจิตเป็นทางออก เพื่อทดแทนการแก้ปัญหาโดยตรง และผ่อนคลายความวิตกกังวล
3. ระยะหมดกำลัง ถ้าบุคคลใช้กลไก การป้องกันทางจิตไม่ได้ผล ทำให้จิตเกิดเหนื่อยล้าหมดกำลัง (Exhausted) จะเป็นสาเหตุนำไปสู่การเป็นโรคจิต โรคประสาทได้

กลไกการแก้ปัญหาที่ใช้เพื่อจัดการความวิตกกังวลในระดับต่าง ๆ นั้น ถ้าความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อย บุคคลจะพยายามจัดการโดย การร้องไห้ การนอนหลับ การรับประทานอาหาร หรือหาเวลาพักผ่อน การหัวเราะ การสวด การออกกำลังกาย การฝึกสมาธิ และพฤติกรรมทางปาก เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ถ้าสิ่งคุกคามเป็นตัวบุคคลจะแก้ไขความวิตกกังวลโดยการเมินเฉยไม่สบตา ใช้คำพูดซ้ำ ๆ และระมัดระวังไม่ให้บุคคลอื่นล่วงล้ำเข้ามาใกล้ชิดตน ส่วนความวิตกกังวลในระดับปานกลาง ถึงระดับรุนแรงที่สุด บุคคลต้องใช้พลังงานในการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้นมาก (Menninger cited by Stuart and Sundeen, 1979) สำหรับกลไกในการแก้ปัญหาเพื่อลดความวิตกกังวลในระดับต่าง ๆ ดังกล่าวแล้วนั้น แบ่งออกเป็น 2 วิธี คือ (Stuart and Sundcen, 1979)

1. การแก้ปัญหาเพื่อจัดการความขัดแย้ง โดยใช้สติปัญญาและการกระทำอย่างมีสติต่อสถานการณ์ที่เผชิญตามความเป็นจริง รูฮานี (Rouhani) มีความคิดเห็นว่าการเผชิญหน้ากับสิ่งที่มาคุกคาม เช่น พยายามเปลี่ยนความรู้สึกจากการถูกคุกคามให้เป็นการท้าทายหรือมองปัญหาว่าเป็นสิ่งน่าลองจะช่วยให้ได้เรียนรู้ข้อบกพร่องของตัวเอง แล้วคิดหาทางแก้ไข โดยใช้กระบวนการแก้ปัญหา แสดงถึงความมีวุฒิภาวะของบุคคลนั้น

2. กลไกการป้องกันทางจิต เป็นการแก้ปัญหาโดยใช้จิตใต้สำนึก เพื่อกดหรือบิดเบือนการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง เช่น การปฏิเสธ การเก็บกด การหาเหตุผลให้ตนเอง การกลบเกลื่อน การกล่าวโทษผู้อื่น เป็นต้น

สำหรับกลไกการป้องกันทางจิตนี้ จะต้องเป็นไปในรูปของพฤติกรรมที่ปกติ ซึ่งให้ผลเป็นความพอใจและไม่เหลือรอยขุ่นใจ หรือความข้องใจเอาไว้ ทั้งต้องไม่ก้าวร้าวล่วงล้ำหรือสร้างความไม่พอใจให้กับคนอื่น พฤติกรรมของกลไกการปรับตัวแบบนี้ จะไม่ใช่การตอบสนองในทันที ต้องผ่านการกลั่นกรองพิจารณาอย่างรอบคอบทุกแง่ทุกมุมก่อน (เดโช สวานานนท์, 2527)

กลไกการปรับตัวของมารดาต่อการเจ็บป่วยของบุตร เป็นกลไกการป้องกันตนเองชั่วคราวจากความวิตกกังวล จะช่วยให้มารดารู้สึกปลอดภัยและวิตกกังวลน้อยลง แต่จะกลายเป็นสิ่งที่ผิดปกติ เมื่อมารดาใช้เรื่อยไป จนกระทั่งไม่สามารถแก้ไขปัญหามาตามความเป็นจริง

ได้ วอลเลย์ และวองก์ (Whaley and Wong, 1979) กล่าวถึง กลไกการป้องกันตนเองที่ มารดาใช้บ่อย ๆ ได้แก่

1. การปฏิเสธ สิ่งนี้จะช่วยลดความไม่สบายใจจนกว่ามารดาจะหาวิธีอื่นช่วยในการแก้ไขปัญหา การปฏิเสธความจริงจะกลายเป็นสิ่งผิดปกติเมื่อขัดขวางหรือรบกวน การกระทำที่จะนำไปสู่การตัดสินใจที่ถูกต้องเหมาะสม เช่น การปฏิเสธความรุนแรงในการเจ็บป่วยของบุตรเรื่อยไป
2. การใช้สติปัญญา เป็นการใช้ความรู้เพื่อควบคุมความตึงเครียดด้านอารมณ์จากความเจ็บป่วยของบุตร บิดามารดาจะพยายามหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการเจ็บป่วย แต่จะรู้-สึกล้มเหลวเมื่อต้องพบและเผชิญกับการเจ็บป่วยจริง
3. การกล่าวโทษผู้อื่น ตัวอย่างเช่น ตำหนิ และ โกรธบุตร คู่สมรสหรือเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล สิ่งที่เกิดตามมา คือ รับผิดชอบต่อการเจ็บป่วยของบุตรเพียงเล็กน้อย หรือไม่รับผิดชอบเลย การกล่าวโทษผู้อื่นจะก่อให้เกิดผลเสีย เมื่อความขัดแย้งเกิดขึ้นระหว่าง บิดากับมารดา หรือแหล่งสำคัญที่จะให้การช่วยเหลือ
4. การระบายอารมณ์ไปสู่สิ่งอื่น เช่น มารดา จะถ่ายถอดความกลัวในการฟื้นของบุตรไปสู่ความกังวลกับอาการเฉพาะอย่าง ได้แก่ การเจ็บปวดแผล ความไม่สุขสบาย ฯลฯ
5. การถอยหลัง เช่น แสดงความโกรธ พลุ่่งพลา่่น ทั่่นที่ที่ทราบข่าวการป่วยของบุตร หรือเรียกร้องความสนใจจากคู่สมรส หรือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล
6. การกล่าวโทษตนเอง ตำหนิความสามารถในการเป็นมารดาของตนเอง โทษว่าตนเองเป็นต้นเหตุให้บุตรเจ็บป่วย

การประเมินความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นพลังงานที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้โดยตรง (Taylor, 1982) แต่เราสามารถรู้ได้โดยมีการประเมินอาการแสดงรวมกันหลาย ๆ ด้าน คือ การสังเกตพฤติกรรมและการตอบสนองด้านสรีรของบุคคลที่แสดงออกเพื่อลดความวิตกกังวล และจาก

การรายงานความรู้สึกที่เกิดเฉพาะของบุคคลที่ประสบความวิตกกังวล (Malfreda and Krampitz, 1977) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ นาธาน (Nathan, 1980) รวมทั้ง นิตเชล และ เบอร์สไตน์ (Nietzel and Bernstein, 1981) ที่ได้จำแนกการประเมินความวิตกกังวลออกเป็น 3 วิธี ดังนี้

1. การประเมินความวิตกกังวลจากสภาพทางสรีรวิทยา เป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางร่างกาย เช่น ระดับความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการเต้นของชีพจร การตรวจคลื่นสมอง การขยายของม่านตา ความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ เป็นต้น ซึ่งการวัดนี้มักจะต้องใช้เครื่องมือพิเศษในการวัด เช่น เครื่องมือวัดความดันโลหิต (Sphygmomanometer) เครื่องมือวัดอัตราการเต้นของหัวใจ (Electrocardiograph) เครื่องมือวัดอัตราการเต้นของชีพจร (Mechanical Pulse Detective) เครื่องมือวัดคลื่นสมอง (Electroencephalography) เครื่องมือตรวจม่านตาเพื่อดูการขยายของม่านตา (Pupillorgraph) เครื่องมือวัดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ (Electromyograph) เป็นต้น

การวัดด้วยวิธีนี้ต้องอาศัยผู้ชำนาญทางการตรวจและการแปลผลการเปลี่ยนแปลงจะต้องแม่นยำ อาจเกิดการสับสนต่อการประเมิน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตและอัตราการเต้นของชีพจรนั้น อาจเกิดจากพยาธิสภาพของโรคต่าง ๆ ในระบบประสาทและหลอดเลือดที่บุคคลนั้นเป็นอยู่ เช่น โรคไต โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง หรืออาจเกิดจากผลของการใช้ยาบางชนิด (Graham and Conley, 1971) นอกจากนี้ อาจเกิดจากอาหาร บุหรี่ การออกกำลังกาย ความเจ็บป่วย เป็นต้น จึงเป็นการลำบากในการวัดความวิตกกังวลด้วยวิธีนี้ เนื่องจากระดับความวิตกกังวลจะไม่สัมพันธ์กับอาการแสดงออก นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของแต่ละบุคคลยังมีแบบแผนที่แตกต่างกัน

2. การประเมินความวิตกกังวลโดยการให้บุคคลรายงานความรู้สึกวิตกกังวลของตนเอง ซึ่งอาจเป็นการรายงานด้วยการตอบแบบสอบถาม การเขียนหรือรายงานด้วยวาจาเป็นการวัดความวิตกกังวล ซึ่งเป็นความรู้สึกที่ตนเองรับรู้ได้ โดยใช้แบบสอบถามให้ตอบ



ตามความรู้สึก แล้วนำมาประเมินระดับความวิตกกังวล แบบสอบถามดังกล่าวมีผู้สร้างขึ้นใช้หลายชนิด เช่น แบบวัดความวิตกกังวล STAT (The State-Trait Anxiety Inventory) ของสปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger) ซึ่งแบบวัดนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนแรกเป็นการวัดความวิตกกังวลแบบสแตต มีลักษณะเป็นการประเมินระดับความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นในขณะทำแบบทดสอบประกอบด้วย ข้อความทั้งหมด 20 ข้อ ส่วนที่สองเป็นการวัดความวิตกกังวลแบบเทรต มีลักษณะเป็นการประเมินระดับความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ทั่วไปประกอบด้วยข้อความทั้งหมด 20 ข้อ

แบบประเมินความวิตกกังวลด้วยตนเอง SAS (The Self-Rating Anxiety Scale) ของซุง (Zung, 1971) ซึ่งเป็นแบบประเมินความรู้สึกของตนเองในช่วงเวลานั้น และเวลาใกล้เคียงที่ผ่านมาแล้ว ประกอบด้วยข้อความทั้งหมด 20 ข้อ

การประเมินความวิตกกังวลด้วยวิธีนี้สามารถใช้ได้ง่ายและสะดวกโดยไม่ต้องอาศัยผู้ผ่านการฝึกฝนมาแล้ว ใช้เวลาระยะสั้น ๆ ในการตอบให้คะแนนง่าย เป็นต้น (Zung and Cavenar Jr., 1980)

3. การประเมินความวิตกกังวลจากการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก เป็นการวัดความตอบสนองทางด้านจิตใจ ซึ่งแสดงออกของความแปรปรวนในด้านการเคลื่อนไหว คำพูด การติดต่อสื่อสาร โดยไม่ต้องใช้คำพูด การรับรู้ ความสอดคล้องกันของการทำงาน ของร่างกายกับการรับรู้ ความจำ การเรียนรู้ที่ง่ายหรือซับซ้อน เนื่องจากมีความเชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกมานั้น เป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนมาจากอารมณ์ภายในใจ บุคคลอื่นก็สามารถสังเกตเห็นได้ เช่น อาการกระสับกระส่าย ลุกลุกนอน มือสั่น ถอนหายใจ ร้องไห้ ลักษณะการพูดเปลี่ยนไป เช่น พูดเร็วเร็วขึ้น เป็นต้น

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่ามารดาหลังคลอดที่มีบุตรป่วย จะเกิดความเครียดหลายด้าน มีความวิตกกังวลในระดับสูง เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกาย จิตอารมณ์ และด้านอื่น ๆ ตามมา และมีผลกระทบต่อสภาพสมดลย์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ความรู้สึกนึกคิด ตลอดจนด้านกำลัง ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วจะมีผลอย่างมากต่อการดำเนินชีวิตประจำ

วัน ในสภาวะเช่นนั้น มารดาจะมีร่างกายที่ตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา อารมณ์บ้านปน เป็นผลให้ การปฏิบัติภารกิจบกพร่องหรือปฏิบัติไม่ได้ การแสดงพฤติกรรมอาจไม่เหมาะสม หลีกเลี่ยงการ ติดต่อกับบุคคลอื่น ใช้กลไกทางจิตมากเกินไป อาจจะเกิดความเจ็บป่วยขึ้นได้ เพราะระดับภาวะ สุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลของบุคคลในขณะนั้น (Peplau, 1989) ซึ่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพนอกจากจะเกี่ยวกับโรคทางกายที่มีสาเหตุจากจิตใจ (Psychosomatic disorders) แล้ว มารดาในระยะหลังคลอดยังมีอารมณ์แปรปรวน ไวต่อความรู้สึก ถ้าไม่ สามารถปรับแก้ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์ อาจเสี่ยงต่อการเกิดภาวะผิดปกติทางด้านจิตใจ ก็ เป็นได้ วิภาดา คุณาริกติกุล (2524) กล่าวถึงภาวะผิดปกติทางด้านจิตใจแบ่งได้เป็น 4 อย่างคือ

1. โรคจิตหลังคลอด (Postpartum psychosis)
2. โรคประสาท (Postpartum neurosis)
3. อารมณ์เปลี่ยนแปลงชั่วคราว (Postpartum blues or Third-day blues)
4. ไม่มีความเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติชัดเจน

การเปลี่ยนแปลง 3 อย่างแรก อาจเรียกรวม ๆ กันว่า ภาวะไม่สมดุลย์ทาง อารมณ์ภายหลังคลอด (Postpartum emotional disturbance = PED) ส่วนภาวะผิดปกติ ทางด้านจิตใจภายหลังคลอดที่เกิดขึ้นบ่อย ๆ ได้แก่ ภาวะของอารมณ์เปลี่ยนแปลงชั่วคราว (Postpartum blues or Postpartum tear) ซึ่งมักจะเกิดประมาณวันที่ 3-5 หลังคลอด มารดาจะมีความรู้สึกไม่สบายใจ วิตกกังวล หงุดหงิด เบื่ออาหาร หรืออาจจะรู้สึกผิดหวังจน กระทั่ง เกิดความเศร้าใจ นอนไม่หลับ ร้องไห้บ่อย ๆ โดยไม่มีเหตุผล ที่สำคัญคือ นอนไม่หลับ เพราะระยะหลังคลอดการพักผ่อนนอนหลับเป็นความต้องการอย่างยิ่งของมารดา ตามหลัก ปฏิบัติของต่างประเทศ เช่น ประเทศอังกฤษ ช่วงแรกภายหลังคลอด มารดาควรใช้เวลาอน นักรบนเตียง (Lying-in period) อย่างน้อยที่สุด ประมาณ 10 วัน โดยแต่ละวันควรนอน อย่างน้อย 10-12 ชั่วโมง (Half time rest in bed) เนื่องจากการนอนจะทำให้จิตใจ สงบ บรรเทาความเจ็บปวด ชดเชยพลังที่สูญเสียไปในการคลอด ดังนั้นถ้ามารดาพักผ่อนไม่

เพียงพอ นอนไม่หลับอยู่เรื่อย ๆ (Persistent Insomnia) อาจจะเป็นเนื่องจากความวิตกกังวลดังกล่าวแล้ว เป็นระยะเวลาานาน 3-4 วัน อาจจะเกิดโรคจิตหลังคลอดได้ พยาบาลจึงต้องคอยเฝ้าดูแล ประเมินอาการและพฤติกรรมตลอดจนความรู้สึก เพื่อป้องกันความไม่สบายทางจิตที่อาจจะเกิดขึ้น

ฟาริดา อิบราฮิม (2533) กล่าวว่า การดูแลเป็นหน้าที่โดยตรงของพยาบาล ซึ่งวิชาชีพกำหนดให้เมื่อพูดถึงการดูแล จะช่วยให้มองเป็นภาพรวมของการปฏิบัติที่บุคคลหนึ่งมอบให้แก่อีกบุคคลหนึ่ง ซึ่งอาจอ่อนแอกว่า และต้องการความช่วยเหลือ การดูแลจะช่วยให้เกิดความรู้สึกสุขสบาย พอใจและเป็นสุข ตามคำกล่าวที่ว่า การดูแลเป็นของขวัญที่พระเจ้ามอบให้แก่มนุษย์ ถือเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนจะปฏิบัติต่อกัน ไม่ว่าผู้ปฏิบัติหรือผู้รับการดูแลจะเป็นคนเจ็บป่วยหรือคนปกติก็ตาม มีบางช่วงเวลาที่คนปกติเกิดความรู้สึกอ่อนแอ ต้องการให้มีบุคคลอื่นที่ใกล้ชิดสนใจเอาใจใส่ดูแล บางครั้งกิจกรรมที่เคยปฏิบัติเองได้ อาจเกิดความบกพร่องไป เนื่องจากความอ่อนแอของร่างกาย หรือบางครั้งเกี่ยวข้องกับจิตใจอย่างเดียว แต่ทำให้รู้สึกเหนื่อยล้าอยากจะทำสิ่งทุกอย่างที่เคยปฏิบัติ เพราะหมดแรงใจ การดูแลจึงเป็นการมอบกำลังกาย กำลังใจ หรือกำลังความรู้สึกให้แก่กัน เพื่อกระตุ้นให้บุคคลมีแรงใจและความรู้ที่จะกระทำให้ตนเองและครอบครัว

พยาบาลกับกิจกรรมการสอนและให้คำแนะนำ

โดยแท้จริงแล้วถ้าประชาชนรู้จักป้องกันและทำให้สุขภาพของตนเอง มีความสมบูรณ์แข็งแรงดี อัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ก็จะลดลงและอาจหมดไปในที่สุด การรู้จักแนวทางหรือวิธีการป้องกันโรคนั้น บุคคลจะต้องได้รับความรู้หรือข้อมูลมาก่อน เพราะการเรียนการสอนสุขภาพอนามัยเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพอนามัยและผู้รับบริการ หรือผู้สอนกับผู้เรียน ที่มุ่งสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม การเรียนการสอนสุขภาพอนามัยจึงมีความสำคัญยิ่งต่อผู้รับบริการ ผู้ให้บริการวิชาชีพ การบริหารสุขภาพ และการพัฒนาประเทศ (พวงรัตน์ บุญญาณรงค์, 2532)

ทางการศึกษา เมอร์เรย์ (Murray, 1976) กล่าวถึงการสอนว่า เป็นศิลปะของการช่วยเหลือ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้

ไวลส์ (Wiles) ได้ให้ความหมายของการสอนไว้ 4 ประการ ดังนี้

1. การสอน คือ การชี้แนะ เป็นการช่วยเหลือแนะนำ จัดหาวัสดุและส่งเสริมให้คิดหรือปฏิบัติสิ่งต่าง ๆ ที่ผู้เรียนอยากรู้
2. การสอน คือ การให้ความรู้ในเรื่องต่าง ๆ โดยที่ผู้สอนรวบรวมความรู้แล้วจัดความรู้ที่เกี่ยวกับกฎเกณฑ์ความจริงให้ง่ายและน่าสนใจ เพื่อให้ผู้เรียนเข้าใจได้ง่ายและรับไว้ได้
3. การสอน คือ การทำงานร่วมกันระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนมีประสิทธิภาพในการเรียน ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความรับผิดชอบ รู้จักคิด รู้จักทำด้วยตนเอง
4. การสอน คือ การแนะแนวทางให้แก่ ผู้เรียนด้วยวิธีสอนแบบต่าง ๆ และจัดกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้เรียนได้เจริญงอกงามและพัฒนาไปในทางที่พึงปรารถนา

สรุปแล้วการสอน คือ การช่วยเหลือหรือการจัดประสบการณ์ให้แก่ผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ และพัฒนาไปในทางที่พึงปรารถนา โดยสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ ถ้านำความหมายของการสอนดังกล่าวมาพิจารณาในการสอนผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ก็คงจะหมายถึง การช่วยเหลือการจัดประสบการณ์ให้แก่ผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดการเรียนรู้ และมีการพัฒนาทางด้านสุขภาพร่างกายอย่างสอดคล้องกับสภาวะความเจ็บป่วยหรือปัญหาที่ประสบอยู่ หรือสภาวะทางสุขภาพของผู้รับบริการแต่ละราย กล่าวสั้น ๆ ก็คือ การช่วยเหลือผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยผู้ช่วยเหลือคือ บุคลากรในทีมสุขภาพหรือตัวแทน (Redman, 1976)

สำหรับมารดาในระยะหลังคลอดแม้จะไม่ใช้สภาพของการเจ็บป่วย แต่ก็ เป็นสถานการณ์ที่วิกฤตของชีวิตอันหนึ่ง โดยเฉพาะมารดาที่มีบุตรคนแรกซึ่งป่วยตั้งแต่หลังคลอด ย่อมจะมีความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล เพราะบุตรจะต้องถูกแยกไปอยู่ในสถานที่และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ซึ่งมารดาเองไม่คุ้นเคย เช่น กฎระเบียบของโรงพยาบาล วิธีการรักษา

พยาบาล ฯลฯ นอกจากนี้ยังกังวลเกี่ยวกับตัวบุตรด้วยว่าจะมีอันตราย หรือจะหายเป็นปกติ หรือไม่ ดังนั้นการสอนและการให้คำแนะนำแก่มารดา จึงเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยบรรเทาความวิตกกังวลที่มีสาเหตุมาจากปัจจัยดังกล่าว เพื่อให้มารดาเกิดการเรียนรู้แล้วนำไปประยุกต์ใช้ได้ สถานการณ์จริง ซึ่งกำลังประสบอยู่หรือในการดำเนินชีวิตประจำวันต่อไป

การเรียนรู้

การเรียนรู้เป็นกระบวนการอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งค่อนข้างคงทนถาวร อันเป็นผลมาจากประสบการณ์ของบุคคล (ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา, 2527) การมีชีวิตอยู่รอดได้ ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมที่แสดงออกจากการเรียนรู้ด้วย ไม่ใช่เกิดจากสัญชาตญาณไปทั้งหมด เพราะทุกสิ่งทุกอย่างที่จะต้องปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติก็มีอิทธิพลมาจากการเรียนรู้

กู (Good, 1989) กล่าวว่า การเรียนรู้คือการเปลี่ยนแปลงของการตอบสนอง หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งเกิดจากประสบการณ์เป็นบางส่วนหรือทั้งหมด

จารย์ เงินดี (2529) ได้ให้คำจำกัดความของการเรียนรู้ว่า หมายถึง กระบวนการอย่างหนึ่งที่บุคคลได้ผ่านประสบการณ์หรือการฝึกหัดมา อันก่อให้เกิดผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวของของค่อนข้างถาวร และการเปลี่ยนแปลงโดยนัยนี้อาจเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เหมาะสมหรือไม่ก็ได้

อาจสรุปได้ว่า การเรียนรู้คือ กระบวนการตอบสนองต่อสิ่งเร้าของบุคคล และจะมีการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องเกิดขึ้นอย่างถาวร ซึ่งอาจจะถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ก็ได้

การเรียนรู้มีด้วยกันหลายลักษณะ อาจจะเป็นการเรียนรู้จากสถานการณ์หนึ่งไปยังอีกสถานการณ์หนึ่ง จากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง การรวมเข้าด้วยกัน การเรียงลำดับ การมีอยู่หรือการขาดหายไป เป็นต้น แต่ละอย่างที่กำลังกล่าวมาแล้วจะต้องมีการเกิดด้วยตัวของตัวมันเองอย่างชัดเจน สำหรับการรวมข้อมูลเข้าด้วยกัน หรือการเรียนรู้แบบโยงความสัมพันธ์

เป็นการเรียนรู้แรกเริ่มที่สุด ธอร์นไดค์ (Thorndike) เป็นผู้ตั้งทฤษฎีนี้ ซึ่ง ฮิลการ์ด และ บราวเดอร์ (Hilgard and Bowder, 1975) ได้กล่าวถึงทฤษฎีความสัมพันธ์เชื่อมโยง (Connectism Theory) ว่าประกอบด้วยกฎ 3 กฎคือ

1. กฎแห่งความพร้อม (Law of Readiness) มีประเด็นสำคัญว่า ประสิทธิภาพของการเรียนรู้จะเกิดขึ้นสูงสุดก็ต่อเมื่อผู้เรียนมีความพร้อม ซึ่งความพร้อมได้แก่ ระดับพัฒนาการทางร่างกาย อารมณ์ สติปัญญา วิทยุติ ความสามารถ ประสบการณ์เดิม ฯลฯ โดยความพร้อมในการรับรู้จะมีผลให้เกิดแรงจูงใจที่จะเรียน

2. กฎแห่งผล (Law of Effectiveness) ได้กล่าวถึงความสำคัญของพันธะหรือสิ่งเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนอง โดยจะเกิดพลังขึ้นเมื่อผู้เรียนมีความพอใจ แต่ในทางกลับกันผู้เรียนจะไม่มีพลังในการตอบสนองถ้าไม่ได้รับความพอใจ ซึ่งกฎนี้ธอร์นไดค์ได้เน้นการให้รางวัล

3. กฎแห่งการฝึกหัด หรือการปฏิบัติ (Law of Exercies) ความสำคัญอยู่ที่การสร้างเชื่อมโยงระหว่างการตอบสนองกับสถานการณ์หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ กัน หลายครั้ง ย่อมจะทำให้ความเชื่อมโยงระหว่างสิ่งสองสิ่งแน่นแฟ้นและมั่นคงยิ่งขึ้น ซึ่งก็คือ การฝึกหัดนั่นเอง

การเรียนรู้แบบเชื่อมโยงนี้ เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลอยู่ภายใต้การควบคุมของสิ่งเร้า ปฏิกริยาตอบโต้ของบุคคลจะปรากฏออกมาเนื่องด้วยสิ่งเร้าที่เหมาะสม เป็นลักษณะนิสัยหรือความเคยชิน ดังนั้น สิ่งเร้าจึงมีความสำคัญต่อการเรียนรู้อย่างมาก และถ้าสิ่งเร้าส่งผ่านอวัยวะสัมผัสหลาย ๆ ทางย่อมจะทำให้เกิดผลต่อการเรียนรู้ที่มากกว่าสิ่งเร้าซึ่งส่งผ่านอวัยวะสัมผัสเพียงทางเดียว นอกจากนี้ บุคคลยังมีความแตกต่างกันตามทฤษฎีความแตกต่างระหว่างบุคคล (Individual Differences Theory) โดยความแตกต่างเหล่านั้น ได้แก่ บุคลิกภาพ เจตคติ สติปัญญา ความสนใจ ตลอดจนสภาพในสังคมของผู้รับสารอีกด้วย เช่น อายุ อาชีพ ศาสนา เป็นต้น

การเรียนรู้มีขั้นตอนเป็นระยะดังต่อไปนี้

1. ขึ้นเกิดการจูงใจ หรือระยะตื่นตัว เป็นการศึกษาที่บุคคลตั้งความคาดหวัง ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีและสำคัญที่สุด เพราะความคาดหวังจะทำให้มีระดับการตื่นตัว (Awareness) ความใส่ใจ และความพยายามที่จะใช้วิธีการต่าง ๆ เพื่อเรียนรู้ได้อย่างเหมาะสม การเรียนรู้เกิดขึ้นโดยการได้สนทนาหรือได้รับคำบอกกล่าวจากเพื่อนฝูง คนแปลกหน้า ได้เห็นจากอุปกรณ์สื่อสารทางใดทางหนึ่ง ส่วนมากความรู้ใหม่ ๆ ที่ได้รับจะเป็นเรื่องคร่าว ๆ มีประจักษ์พยานอ้างอิง

2. ขึ้นรับสิ่งเร้า หรือระยะสนใจ เมื่อบุคคลได้รับฟังเรื่องต่าง ๆ จะเกิดความสนใจตามมา และเลือกรับรู้สิ่งที่สอดคล้องกับความคาดหวังที่ตั้งไว้ ยิ่งถ้าเป็นเรื่องที่ตรงกับความสนใจหรือมีความต้องการอยู่แล้ว จะทำให้บุคคลมีความพยายามที่จะให้ไม่หาความรู้เหล่านั้นเพิ่มเติม เพื่อความกระจ่างชัดแจ้งซึ่งการทำความเข้าใจกับสิ่งเร้าจะต้องประกอบด้วยความเอาใจใส่ (attending) และการเลือกรับรู้ (Selective Perception)

3. ขึ้นจำ หรือระยะประเมินผล เมื่อเกิดการใส่ใจและเลือกรับรู้แล้วก็มาถึงขั้นของการตีความหมาย ถอดความ และเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งนับเป็นขั้นสำคัญที่สุดของกระบวนการเรียนรู้ ซึ่งอาจจะมีผลให้รายละเอียดเพิ่มเติมหรือลดลงจากสิ่งที่รับรู้ตอนแรก หรืออาจจะมีลักษณะที่แตกต่างไปจากเดิมก็ได้ การทำงานในระยะนี้มีความลึกลับซับซ้อนมาก เพราะยังไม่มีใครทราบแน่นอนว่า ความรู้ที่ผ่านการตีความและจัดเป็นหมวดหมู่แล้วนั้นจะถูกส่งเข้าไปเก็บไว้ในระบบการจำลักษณะใด

4. ขึ้นนำออกใช้ และสรุปถ่ายโยงหรือระยะทดลองปฏิบัติ นอกจากบุคคลจะสามารถระลึกกลับและนำความรู้มาใช้ได้แล้ว ยังรวมถึงการนำมาใช้ได้ ในสภาพการณ์อื่นที่นอกเหนือจากสถานการณ์เดิมที่ได้เรียนรู้มา ถ้านำกลับมาใช้ได้เพียงระยะสั้น การเรียนรู้ขั้นนี้ก็ไม่มีผลคงทน

5. ขึ้นตอนการปฏิบัติการ และรับทราบผล หรือระยะยอมรับและปฏิบัติ ตาม ในขั้นนี้บุคคลจะแสดงพฤติกรรมออกมาตามที่ระบบควบคุมปฏิบัติการตอบสนองสั่งการ การปฏิบัติเป็นผลที่อาจสังเกตวัด หรือประเมินได้ว่า เกิดการเรียนรู้จริงหรือไม่ บางครั้งบุคคลเข้าใจว่าตนเองเรียนรู้แล้ว แต่เมื่อปฏิบัติจริงอาจปรากฏว่าได้ผลไม่เป็นที่น่าพอใจ ซึ่งความพอใจนี้

จะเป็นแรงเสริม (reinforcement) ตัวหนึ่ง คือ เมื่อกระทำแล้วได้ผลเป็นที่น่าพอใจ การรับทราบผลก็ทำให้เกิดการยอมรับหรือปฏิบัติตามเท่ากับเป็นแรงเสริมให้ความคาดหวัง ที่ตั้งไว้ตั้งแต่เริ่มต้นได้สัมฤทธิ์ผล มองเห็นผลดีที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและครอบครัว บุคคลนั้นก็เชื่อถือความรู้ใหม่และเริ่มปฏิบัติตามความรู้นั้นเรื่อย ๆ ไป

มารดาในระยะหลังคลอดซึ่งมีบุตรเจ็บป่วย และได้เรียนรู้เกี่ยวกับสาเหตุที่นำไปสู่ภาวะผิดปกติทางด้านจิตใจอันได้แก่ ความตึงเครียด ความวิตกกังวล ตลอดจนการแก้ไข นอกจากจะช่วยให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมแล้ว ยังมีผลต่อจุดมุ่งหมายในด้านความร่วมมือในการรักษาพยาบาลอีกด้วย เพราะเมื่อระดับของความวิตกกังวลลดลง มารดามีการปรับตัวที่ดีขึ้น การให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อเติมกิ่งง่ายขึ้น ป้องกันภาวะเสี่ยงอื่น ๆ ที่จะตามมา จากการขาดสมดุลย์ ดังนั้น การเรียนรู้ของมารดาจึงช่วยส่งเสริมการกระทำพฤติกรรมทางสุขภาพอนามัยที่ตามมาจากการเรียนรู้เป็นขั้นตอนแรกที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ (เรียร์ครี วีริลลิว, 2527) ซึ่งเป็นจุดมุ่งหมายหลัก

จะเห็นได้ว่าจุดมุ่งหมายของการสอนมารดา ก็คือ การส่งเสริมให้เกิดความรู้ การคิดอย่างมีเหตุผลและการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพอนามัยที่ถูกต้องเหมาะสม โดยอีกนัยหนึ่งก็คือ การส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยที่สอดคล้องกับการจัดการกับสภาวะของความเจ็บป่วย หรือการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ซึ่งอาจจะไม่ใช่สภาวะของความเจ็บป่วย เพื่อความร่วมมือในการรักษาพยาบาล การคงสภาพที่ดีไว้ และการปลอดภัยจากโรค สรุปลแล้วพัฒนาการเหล่านี้มีทิศทางเช่นเดียวกับการจัดการศึกษาทั่วไป ซึ่งมุ่งให้ผู้เรียนได้เจริญงอกงามทั้งด้านพุทธินิสัย จิตนิสัย และทักษะนิสัย การพัฒนาแต่ละด้านจะสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงการกระทำดังนี้

พัฒนาการด้านพุทธินิสัย (Cognitive Domain) มุ่งหมายให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ความจริง ข้อเท็จจริงได้ใช้ความคิด สติปัญญา ความสามารถที่จะนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม มีเหตุผล ฯลฯ (สมคิด รักษาสิทธิ์ และประนอม โอทกานนท์, 2525) การพัฒนาการเรียนรู้ด้านนี้ จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากไม่รู้ เป็นรู้

พัฒนาการด้านจิตนิสัย (Affective Domain) เกี่ยวข้องกับการพัฒนา ด้านความรู้สึกและอารมณ์ลักษณะของพฤติกรรมที่แสดงออกมาอยู่ในรูปของ ความสนใจ ทศคติ ความชื่นชม คุณค่า และการกำหนดอารมณ์หรือความลำเอียง การพัฒนาการเรียนรู้ด้านนี้ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในลักษณะของ ความมากมายของการยอมรับหรือปฏิเสธ เช่น เปลี่ยนจากไม่ชอบเป็นชอบ หรือจากชอบเป็นไม่ชอบ

พัฒนาการด้านทักษะนิสัย (Psychomotor Domain) มุ่งพัฒนาความสามารถด้านการปฏิบัติโดยตรง พัฒนาการด้านทักษะนิสัยนี้จะสัมฤทธิ์ผลดีไม่น้อยเพียงใดนั้น ผู้เรียนจะต้องมีพัฒนาการในด้านพุทธินิสัยและจิตนิสัยมาเป็นอย่างดี และมั่นคงพอสมควรแล้วจึง จะช่วยให้การเรียนเพื่อให้เกิดทักษะด้านการปฏิบัตินั้น เป็นไปได้โดยอัตโนมัติด้วยความมั่นใจ และ ได้รับผลสูง ฉะนั้นการพัฒนาการเรียนรู้ด้านทักษะนิสัย จะทำให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจาก ไม่ทำไม่เป็น ให้ทำเป็น

ปัจจุบันกิจกรรมการสอนผู้ป่วยนับว่ามีความสำคัญ และได้รับความสนใจจาก บุคลากรในทีมสุขภาพเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องมาจากผลของการเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อมและสังคม หลายอย่าง เช่น

1. ปัจจุบันคนมีอายุยืนนานขึ้น และอุบัติการณ์การเกิดโรคเรื้อรังสูงขึ้น จึงเป็นสาเหตุให้บุคคลเหล่านี้ต้องมีความรู้เพื่อการดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุข
2. ผู้รับบริการมีการศึกษาสูงขึ้น และมีความต้องการที่จะเรียนรู้เรื่อง สุขภาพอนามัยมากขึ้น จึงเป็นความรับผิดชอบของบุคลากรในทีมสุขภาพที่นับได้ว่าเป็นแหล่งความรู้ที่สำคัญ ที่จะต้องตอบสนองความต้องการนี้
3. สิทธิของผู้ป่วยในแง่กฎหมาย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสิทธิในการเรียนรู้ และทำความเข้าใจต่อความเจ็บป่วย การพยากรณ์โรค แนวการรักษา พร้อมทั้งร่วมมือในการ รักษาพยาบาล
4. สถาบันบริการทางสุขภาพบางแห่งได้ให้ความสำคัญของการสอนผู้ป่วย และกำหนดว่า มาตรฐานการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยนั้น จะต้องรวมถึงการสอนให้ผู้ป่วยได้

เรียนรู้สภาวะทางสุขภาพของเขาตลอดจนวิธีการดูแลตนเองที่บ้าน

5. จากรายงานและการศึกษา ได้แสดงถึงผลดีของการสอนผู้ป่วยหลาย
ประการ เช่น

- 5.1 ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเอง
- 5.2 ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ว่า อาการเช่นใดผิดปกติ และรายงาน
ให้แพทย์ทราบได้อย่างถูกต้อง
- 5.3 ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการไปพบแพทย์ตามนัด และฉีดนัด
น้อยลง
- 5.4 ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับอาการผิด
ปกติเฉียบพลันบางอย่างได้ โดยไม่จำเป็นต้องเข้ารับบริการที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลได้
- 5.5 จำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งสามารถป้องกันได้น้อยลง
- 5.6 การสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยต้องการยานอนหลับน้อยลง
และลดระยะเวลาของการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการทางสุขภาพเริ่มมีความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ
และต้องการจะเรียนรู้ด้านสุขภาพมากยิ่งขึ้น ส่วนบุคลากรในทีมสุขภาพหรือผู้ให้บริการก็มุ่งหวัง
ให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ทางสุขภาพเช่นกัน เพื่อความร่วมมือและผลดีในการรักษาพยาบาล และปัจจุบัน
สิ่งที่เน้นกันมากคือ ต้องการให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง ฉะนั้นจึงเป็นความ
รับผิดชอบของทั้งสองฝ่าย กล่าวคือ ฝ่ายบุคลากรในทีมสุขภาพต้องรับผิดชอบต่อการสอน
และแนะนำผู้ป่วย ส่วนผู้ป่วยก็ต้องพยายามเรียนรู้ เพื่อให้การมีพฤติกรรมทางสุขภาพอนามัยที่
ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

บรรดาบุคลากรในทีมสุขภาพ มักคาดหวังกันว่า พยาบาลเป็นผู้เหมาะสมที่จะทำ
หน้าที่ในด้านการสอนและแนะนำผู้ป่วย เนื่องจากอยู่ใกล้ผู้ป่วยและเป็นแหล่งความรู้ที่อยู่ใกล้ตัวผู้
ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง และเป็นหน้าที่ที่สามารถกระทำได้อย่างอิสระ โดยไม่ต้องรอคำสั่งจากผู้
ใด (Bueno, 1978) ดังนั้นการสอนจึงนับเป็นหน้าที่โดยตรงอย่างหนึ่งของพยาบาลที่ต้องทำ

และทำอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ได้ผลตามที่คาดหวัง จะรวมถึงครอบครัวของผู้ป่วย ตลอดจนประชาชนอีกด้วย

พยาบาลมีเครื่องมือในการปฏิบัติของตนเอง จะมีจุดมุ่งหมายที่เป็นเอกลักษณ์ เครื่องมือที่จะทำให้การปฏิบัติพยาบาลมีคุณภาพ คือ กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ซึ่งเป็นวิธีทางวิทยาศาสตร์ ที่มีขั้นตอนการดำเนินงานอย่างมีจุดมุ่งหมายและมีระเบียบแบบแผน กระบวนการพยาบาลประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ 4 ขั้นตอน (Marriner, 1979) คือ การประเมิน (Assessment) การวางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติ (Implementation) และการประเมินผล (Evaluation)

ดังนั้นการสอนผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาลจึงเป็นการปฏิบัติพยาบาลที่จะช่วยตอบสนองต่อความต้องการ และสามารถแก้ปัญหาของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง และได้ผลดี ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ได้ดี การสอนผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาลมีการจัดดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. การประเมิน (Assessment) เป็นขั้นศึกษา ค้นหาหาข้อมูลทั่ว ๆ ไปเกี่ยวกับผู้ป่วยเพื่อนำมาประเมินความต้องการการเรียนรู้ (Assessing Learning) ข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยบอก (Subjective Data) หรือจากการซักถาม แนวทางในทางประเมินมีดังนี้ (Murray, 1976)

1.1 รวบรวมข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย แหล่งข้อมูล คือ ผู้ป่วย ครอบครัว บันทึกและรายงานประจำตัวของผู้ป่วย ลักษณะของข้อมูล แบ่งออกเป็น

ก. ข้อมูลส่วนตัว เช่น ประวัติการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา การศึกษา รายได้ เป็นต้น

ข. ข้อมูลขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล ได้แก่ สภาพเจ็บป่วย ความรู้สึกต่อความเจ็บป่วย พฤติกรรมการแสดงออกทั้งทางร่างกายและจิตใจ

ค. วิธีการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยพิจารณาว่าผู้ป่วยจะดูแลตนเองที่บ้านอย่างไร ใครจะเป็นคนให้ความช่วยเหลือ สถานที่ ที่จะไปปรึกษาต่อเนื่อง

ง. ข้อมูลที่ได้จากการประเมินผลอย่างใกล้ชิด เช่น พฤติกรรม การตอบสนองขณะอยู่โรงพยาบาล พฤติกรรมอะไรที่ควรจะช่วยให้เกิดน้อยลง ผู้ป่วยมีความต้องการที่จะเรียนรู้เรื่องอะไร

1.2 ค้นหาความต้องการการเรียนรู้และปัญหาของผู้ป่วย โดยอาศัยข้อมูลที่รวบรวมไว้ทั้งหมด โรงพยาบาลจะต้องประเมินความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยแต่ละราย โดยพิจารณาทั้งส่วนที่ผู้ป่วยตระหนักถึงความต้องการด้วยการแสดงออก เช่น ชักถาม ขอร้อง เป็นต้น และในส่วนที่ผู้ป่วยไม่ทราบถึงความต้องการเพราะขาดความเข้าใจ

1.3 พิจารณาความพร้อมและความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วยซึ่งจะพิจารณาถึง อายุ การศึกษา ระดับทางสังคม เศรษฐกิจ สภาวะทางกายและทางจิตใจ (Koezier and Erb, 1977) รวมทั้งสติปัญญาด้วย เพราะสิ่งเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการดำเนินกิจกรรมการเรียนการสอน และประสิทธิภาพของการเรียนรู้

2. การวางแผน (Planning) สำหรับการสอน จะต้องประกอบด้วย

2.1 กำหนดจุดมุ่งหมายของการสอน หรือวัตถุประสงค์ของการสอน ซึ่งมีได้หลายประการ เช่น สอนเพื่อลดความวิตกกังวล ความกลัว และป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยทางกาย การกำหนดจุดมุ่งหมายของการสอนหรือวัตถุประสงค์ของการสอน ควรเขียนให้เป็นวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เพื่อชี้บ่งถึงพฤติกรรมเฉพาะที่ผู้ป่วยจะต้องมีพัฒนาการ ซึ่งพฤติกรรมนี้สามารถสังเกตและวัดได้

สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งที่จะช่วยให้การสอนผู้ป่วยประสบความสำเร็จ คือ การให้ผู้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการกำหนดวัตถุประสงค์ของการเรียนการสอนด้วย

2.2 พิจารณาลำดับความสำคัญของเรื่องที่จะสอนว่า เรื่องใดควรสอนก่อนหรือหลัง โรงพยาบาลควรจะแยกให้ได้ว่าในเรื่องที่จะสอนนั้นเนื้อหาใดที่จำเป็นต้องรู้และเนื้อหาใดเป็นเนื้อหาที่นำรู้ เพื่อจะได้จัดลำดับความสำคัญในการสอนได้อย่างถูกต้อง

2.3 กำหนดเนื้อหาที่จะสอน ซึ่งอาจเขียนไว้ในรูปของแผนการสอนหรือเนื้อเรื่องย่อก็ได้ แต่จะต้องมีความชัดเจนพอที่ผู้เกี่ยวข้องจะเข้าใจได้ และครอบคลุมจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้

2.4 เลือกวิธีสอน ควรพิจารณาให้เหมาะสมกับผู้ช่วย อันจะช่วยให้ผู้
 ช่วยเกิดการเรียนรู้ที่ดี วิธีการสอนมีอยู่หลายวิธี ทางการศึกษาได้แบ่งวิธีการสอนออกเป็น 3
 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มแรกจัดตามลักษณะกระบวนการสอน เช่น วิธีประสบประสาน กระบวนการกลุ่ม
 กลุ่มที่สองจัดตามวิธีการสอน เช่น บรรยาย สาธิต อภิปราย ส่วนกลุ่มที่สามจัดตามวิธีปฏิบัติการ
 ของครู เช่น แบบจุลภาค เป็นคณะ แบบโปรแกรม (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2524)

การเลือกวิธีสอนนอกจากจะคำนึงถึงลักษณะของผู้เรียนและจุดมุ่งหมายในการ
 สอนแต่ละคราวแล้ว ยังไม่ควรใช้ลักษณะการสอนเพียงแบบเดียว เพราะจะนำความเบื่อหน่าย
 มาสู่ผู้เรียน ส่วนใหญ่วิธีการสอนผู้ช่วยจะเป็นการสอนรายบุคคล (Individual Teaching)
 และวิธีการสอนเป็นกลุ่ม (Group Teaching) สำหรับลักษณะการสอนจะมีทั้งการบรรยาย
 การอภิปราย การสาธิต เป็นต้น จะนำเสนอเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย คือ

2.4.1 การสอนรายบุคคล เป็นการให้ความรู้ที่ตรงกับปัญหา
 ความเจ็บป่วย และความต้องการของผู้ป่วย การสอนรายบุคคลจะยึดเอาความแตกต่างของบุคคล
 เป็นหลัก ได้แก่ ความแตกต่างในด้านความสามารถ สติปัญญา ความต้องการ ความสนใจ
 ร่างกาย อารมณ์ และสังคม (นิพนธ์ ศุขปริดี, 2529)

ข้อดีของการสอนรายบุคคล คือ ผู้สอนได้ทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับปัญหา
 การเจ็บป่วย การให้ความรู้จะตรงกับความต้องการในรายที่มีปัญหาเฉพาะ ผู้สอนช่วยแนะ
 ทางให้ผู้ป่วยได้มองเห็นปัญหาของตนเอง ซึ่งบางครั้งผู้ป่วยไม่ทราบสาเหตุ นอกจากนี้ยังเป็น
 การสร้างสัมพันธไมตรีที่ดีต่อกัน มีความรู้สึกเป็นกันเอง โดยไม่มีความรู้สึกแปลกหน้าต่อกัน มี
 ความไว้วางใจ ผู้ป่วยกล้าที่จะปรึกษาปัญหาส่วนตัว ผู้สอนมีโอกาสได้ทราบถึงปัญหาข้อสงสัย
 ความคาดหวัง ความผิดหวัง และความไม่พอใจ ผู้สอนได้มีโอกาส ประเมินผลการเรียนรู้ของ
 ผู้ป่วย โดยทราบการสะท้อนกลับได้ทันที เพื่อปรับปรุงการสื่อสารให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย
 สุดท้ายผู้สอนได้ทราบว่าควรจะให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยแต่ละคนมากน้อยเพียงใด (สุรีย์ จันทรโมลี,
 2521)

การสอนผู้ปวยรายบุคคลนี้ เป็นวิธีที่นิยมนำมาใช้ในการสอนผู้ปวยวิธีหนึ่ง แต่มีข้อเสียคือ เปลืองกำลังเจ้าหน้าที่ และเป็นวิธีที่จะต้องเสียเวลามาก นอกจากนี้ส่วนมากจะเป็นการสอนที่ไม่มีรูปแบบ หรือไม่มีแบบแผน คือไม่มีการวางแผนล่วงหน้า เมื่อให้การพยาบาลแก่ผู้ปวยแล้วพบปัญหา หรือผู้ปวยถามข้อข้องใจก็จะให้ความรู้สิ้นแก่ผู้ปวย ซึ่งอาจให้ความรู้ได้อย่างไม่ครอบคลุมและทั่วถึง การสอนอย่างไม่มีรูปแบบ หรือไม่มีแบบแผนนี้มักจะถูกนำไปใช้บ่อยกว่า (Monteiro, 1964) ส่วนการสอนอย่างมีแบบแผนจะต้องกำหนดขั้นตอนของการสอนไว้อย่างชัดเจน

2.4.2 การบรรยาย การสอนแบบบรรยายเป็นวิธีการสอนที่ผู้สอนพูด บอกเล่า หรืออธิบายเนื้อหาเรื่องราวต่าง ๆ ให้ผู้เรียนฟัง โดยผู้สอนเป็นฝ่ายเตรียมการศึกษา ค้นคว้า เรื่องที่จะเสนอมาแล้ว และใช้กันอย่างแพร่หลายในการสอนระดับการศึกษาที่สูง กลุ่มผู้เรียนจะมีขนาดใหญ่หรือเล็กก็ได้

แต่อย่างไรก็ตาม โดยความเป็นจริงแล้ว ลักษณะการสอนแต่ละแบบต่างก็มีข้อดี และข้อบกพร่องในตัวเอง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับตัวแปรหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวมาแล้ว ในที่นี้จะยกตัวอย่างข้อดีของการบรรยาย เช่น ประหยัดค่าใช้จ่ายและเวลา สามารถดัดแปลงให้เหมาะสมกับสถานการณ์ เนื้อหาวิชา อุปกรณ์ และผู้เรียนได้ง่าย ส่วนข้อบกพร่องของการบรรยายก็เช่น จำกัดการมีส่วนร่วมของผู้เรียน ผู้เรียนจำเนื้อหาวิชาได้น้อย เป็นการสอนที่ใช้การติดต่อสื่อสารทางเดียว จึงมีโอกาสน้อยมากหรือไม่มีเลยในการที่ตรวจสอบว่า ผู้เรียนได้เรียนรู้แล้ว (Davies, 1981) เป็นต้น ดังนั้นจึงมีข้อแนะนำว่า การสอนแบบบรรยายควรใช้ร่วมกับวิธีสอนแบบอื่น ๆ ใช้สื่อการสอนประกอบการบรรยาย และดำเนินไปตามขั้นตอนของการบรรยายอย่างครบถ้วนกล่าวคือ ในการบรรยายทุกครั้งจะต้องจูงใจผู้เรียนให้เกิดความสนใจ หรือมีความต้องการที่จะเรียนก่อนการเสนอเนื้อหา และเมื่อจบการเสนอเนื้อหาแล้วต้องกล่าวสรุปเชื่อมโยงสิ่งที่เสนอไปแล้ว ควรเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ซักถามหรือแสดงถามความคิดเห็น

ในการปฏิบัติการพยาบาล การให้คำอธิบายแก่ผู้ปวยที่ข้างเตียงในเรื่องที่ควร จะเข้าใจ ก็อาจเรียกได้ว่าเป็นการสอนแบบบรรยาย การสอนผู้ปวยโดยการบรรยายควรสอน

แบบเป็นกลุ่ม และใช้ร่วมกับวิธีการสอนแบบอื่น ๆ เช่น อภิปราย สาธิต ซึ่งจะได้ประโยชน์ คือ เป็นวิธีที่ประหยัด เพราะสามารถสอนผู้ปวยได้ครั้งละหลายคน และประสบการณ์ของผู้ปวยที่ได้รับจากกลุ่มอาจช่วยให้ผู้ปวยบรรลุผลตามความมุ่งหมาย (Redman, 1980) นอกจากนี้แล้วยังส่งเสริมการติดต่อสื่อสาร ระหว่างพยาบาลกับผู้ปวย และผู้ปวยกับผู้ปวยอีกด้วย

2.4.3 การสาธิต (Demonstration)

การสอนแบบสาธิต เป็นวิธีการสอนที่ผู้สอนแสดงวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องแก่ผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนได้พัฒนาการเรียนรู้ด้านทักษะนิสัย และสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ผู้สอนต้องแสดงให้เห็นกระบวนการปฏิบัติโดยตลอด และดำเนินไปตามลำดับขั้นอย่างช้า ๆ เพื่อให้ผู้เรียนได้คิดและติดตามลำดับขั้นของการกระทำได้ทัน การให้ผู้เรียนได้ฝึกกระทำด้วยตนเอง หรือให้ผู้เรียนกระทำตามเป็นสิ่งเหมาะสมสำหรับการสอนให้เกิดทักษะในการปฏิบัติ (Motor Skill) (Redman, 1980) ขณะสาธิตควรรู้วิธีสอนแบบอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น บรรยาย อภิปราย และถ้าเป็นการสอนผู้ปวยฟังหลักเลี้ยงการใช้คำศัพท์ทางการแพทย์ การสาธิตที่ต้องใช้อุปกรณ์การสอน ผู้สอนจะต้องจัดเตรียมไว้ให้พร้อม ทดลองใช้และตรวจสอบให้อยู่ในสภาพที่ใช้งานได้ เพราะมีฉะนั้นแล้วการสาธิตจะขาดความต่อเนื่องและผู้ปวยอาจเกิดความสับสนได้

2.5 กำหนดแนวทางประเมินผล เพื่อวัดความสามารถและพัฒนาการเรียนรู้ของผู้ปวย ว่าบรรลุตามความมุ่งหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ รวมทั้งวิธีการประเมินผลด้วย เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์ การทดสอบ เป็นต้น

3. การลงมือปฏิบัติ (Implementation) คือ การดำเนินการสอนตามแผนการสอน เป็นขั้นถ่ายทอดความรู้ไปสู่ผู้ปวย ซึ่งผู้สอนและผู้เรียนมีกิจกรรมร่วมกันในการดำเนินการสอนที่มีประสิทธิภาพนั้น ผู้สอนจะต้องพยายามจัดการสอนให้สอดคล้องกับหลักการเรียนรู้ให้มากที่สุด โดยยึดหลักการเรียนรู้และหลักการสอน (ชาญชัย อินทรประวัตติ, 2522)

ก. หลักการเรียนรู้ มีดังนี้

1. ผู้จะเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อมีความพร้อมที่จะเรียน
 2. ผู้เรียนจะเรียนได้อย่างดีถ้ามีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้
- อย่างแท้จริง
3. ผู้เรียนจะเกิดการเรียนรู้ได้ดี ถ้าได้เรียนทีละน้อย และเริ่มจากความง่ายไปหาความยาก
 4. ผู้เรียนต้องการที่จะรับรู้การกระทำของตน
 5. ผู้เรียนต้องการการเสริมแรง
 6. การปฏิบัติซ้ำบ่อย ๆ จะเกิดการเรียนรู้ได้ดี
 7. ความพึงพอใจต่อสิ่งที่เรียนต่อผู้สอน ต่อสถานการณ์รอบ ๆ ตัว จะช่วยให้เรียนรู้ได้ผลดี
 8. การเรียนในสภาพที่คล้ายคลึงความเป็นจริง จะทำให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจอย่างรวดเร็ว
 9. ความแตกต่างระหว่างบุคคลจะทำให้แต่ละคนเกิดการเรียนรู้น้อย เร็วช้าไม่เท่ากัน
 10. ผู้เรียนจะเรียนรู้ได้ดีเมื่อมีความสนใจที่จะเรียน มีความมุ่งหมายแน่นอนในการเรียน

ข. หลักการสอน มีดังนี้

1. สอนให้สอดคล้องกับความพร้อมของผู้เรียน และจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม
2. พยายามให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนการสอนให้มาก ผู้สอนไม่ควรแสดงแต่ผู้เดียว
3. ควรสอนทีละเรื่อง ทีละตอน เริ่มจากใกล้ตัวไปหาสิ่งไกลตัว เริ่มจากรูปธรรมไปสู่นามธรรม

4. ผู้สอนต้องให้ข้อมูลนั้นเกี่ยวกับผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนทราบการกระทำของเรา
5. ผู้สอนต้องให้การชมเชยการให้รางวัลที่เหมาะสมและสม่ำเสมอ
6. เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ฝึกหัดทดลองและปฏิบัติด้วยตนเองบ่อย ๆ
7. ผู้สอนควรปรับปรุงบุคลิกภาพให้เหมาะสม ลดความเครียดความวิตกกังวลของผู้เรียนให้มากที่สุด พยายามเป็นกันเอง สร้างบรรยากาศแบบประชาธิปไตย
8. พยายามจัดสถานการณ์การสอนให้มีการสอน ในสภาพคล้ายคลึงชีวิตจริงหรือความเป็นจริงให้มากที่สุด
9. ปฏิบัติต่อผู้เรียนแตกต่างกันออกไป ตามความแตกต่างของแต่ละคน ความผิดในลักษณะเดียวกันของผู้เรียนหลายคน อาจมีสาเหตุไม่เหมือนกัน
10. ใช้การจูงใจ ช่วยชี้แนะในการตั้งจุดมุ่งหมายในการเรียน สร้างแรงจูงใจทั้งภายในและภายนอกตัวผู้เรียน

4. การประเมินผล (Evaluation) การสอน เป็นกิจกรรมสำคัญที่กระทำเพื่อให้ได้ข้อมูลและข้อเท็จจริงที่จะนำมาสรุปว่า ผู้ป่วยได้พัฒนาการเรียนรู้จนประสบผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมายหรือไม่ มากน้อยเพียงไร ประสิทธิภาพของการดำเนินงานเป็นไปตามที่มุ่งหวังหรือไม่ การใช้วิธีการสอนและสื่อการสอนประสบผลสำเร็จมากน้อยเพียงไร มีสิ่งใดที่บกพร่องและควรจะได้รับการปรับปรุงแก้ไข

จะเห็นได้ว่า การสอนผู้ป่วยนั้นเป็นงานที่จะต้องทำอย่างละเอียดรอบคอบ ต้องใช้เวลาและความอดทน มีการดำเนินงานอย่างเป็นระเบียบแบบแผน และมีจุดมุ่งหมาย มีการวางแผนไว้ล่วงหน้า มีการผสมผสานหลักทางการพยาบาล ดังนั้นการดูแลมารดาหลังคลอดจึงควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการลดระดับของความวิตกกังวล เพราะภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับระดับความวิตกกังวล ด้วยเหตุนี้การสอนให้มารดาปฏิบัติการผ่อนคลาย จึงเป็นการช่วยเหลือให้เกิดความรู้ จากการเรียนรู้ด้านพุทธิพิสัย คือ รู้ถึงปัญหาหรือเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ ส่วนด้านจิตพิสัย จะเป็นผลของการปฏิบัติ เมื่อมีความสุขสบาย เพราะความวิตกกังวล

ลดระดับลง ภายในร่างกายมีการปรับเข้าสู่ภาวะสมดุลย์ มารดาได้รับรู้สิ่งที่ตนเองพอใจ และที่สำคัญเป็นพัฒนาการด้านทักษะนิสัย เกี่ยวกับเทคนิคการปฏิบัติ ซึ่งอาจจะนำไปใช้กับตัวเองหรือบุคคลอื่นต่อไป เนื่องจากกิจกรรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ มีขั้นตอนที่ไม่ยุ่งยาก เป็นแนวทางที่เหมาะสมต่อการบรรเทาระดับความวิตกกังวล ลดการใช้กลไกทางจิตที่บ่อยเกินควร ตลอดจนช่วยป้องกันภาวะเสี่ยงอื่น ๆ ที่มีแนวโน้มว่าจะเกิดขึ้น โดยเฉพาะด้าน การดำเนินชีวิต การปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับใกล้ชิด ได้แก่ สามี ญาติ นอกจากนี้ยังเป็นการถ่ายทอดพลังจากความวิตกกังวลที่มีอยู่ให้ออกมาในรูปของพฤติกรรมสร้างสรรค์จากการเรียนรู้ จึงทำให้เป็นผลดีต่อภาวะสุขภาพ

การลดความวิตกกังวลด้วยการผ่อนคลาย

จาคอบสัน (Jacobson, 1967) กล่าวถึง ความวิตกกังวลว่า เป็นการตอบสนองของร่างกายต่อการถูกคุกคาม แล้วความรู้สึกนี้จะไปกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic Nervous System) อีกต่อหนึ่ง ทำให้บุคคลมีการตื่นตัวและร่างกายมีการเตรียมพร้อมเพื่อโต้ตอบสิ่งนั้นในแนวทางที่จะต่อสู้หรือถอยหนี (Fight or Flight) โดยทางด้านสรีรจะมีการเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตจะสูงขึ้น กล้ามเนื้อเกิดการตึงตัวพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงในระบบอื่น ๆ ซึ่งเป็นเหมือนการรวบรวมกำลังพร้อมที่จะทำหน้าที่บางอย่าง ดังนั้นการเกร็งของกล้ามเนื้อ และการปรับเปลี่ยนต่าง ๆ จึงเป็นสิ่งบ่งบอกถึงภาวะตึงเครียด (Tension) วิตกกังวล ต่อจากนั้นจึงมีการบ่อนกลับไปสู่ระบบประสาทส่วนกลาง (Central Nervous System) ซึ่งการบ่อนกลับนี้จะกระตุ้นให้เกิดการตอบสนองอย่างต่อเนื่อง ถ้าหากมีเหตุการณ์ที่สามารถเหนี่ยวนำให้เกิดความตึงเครียดได้บ่อยครั้งหรือเกิดขึ้นติดต่อกันเป็นระยะเวลาาน ด้วยเหตุนี้จึงไม่เพียงความตึงตัวของกล้ามเนื้อจะยังคงอยู่เท่านั้น แต่ระดับก็จะเพิ่มขึ้นไปอย่างไม่ลดละอีกด้วย ดังนั้นการขัดขวางต่อการบ่อนกลับที่จะไปเพิ่มความวิตกกังวล จึงเป็นการฝึกเพื่อให้กล้ามเนื้อเกิดการหย่อนตัว ซึ่งถ้าหากทำให้เกิดการขัดขวางต่อการบ่อนกลับได้ชั่วระยะเวลาหนึ่ง จะพบว่าระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยจะลดลง มีความรู้สึกสุขสบาย เกิดการผ่อนคลายขึ้น และสามารถเผชิญกับปัญหาในลักษณะที่มีเหตุมีผลมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของสวินนี่

(Sweeny, 1978) และ วอคเกอร์ (Walker, 1981) ที่ว่า กล้ามเนื้อที่มีการผ่อนคลาย และความวิตกกังวลเป็นภาวะทางสรีระที่ตรงกันข้าม ดังนั้นจึงไม่สามารถจะเกิดขึ้นพร้อมกันได้

นอกจากนี้ แมคคาฟเฟอร์รี่ (McCaffery, 1979) ยังกล่าวในทำนองเดียวกันอีกว่า ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และความตึงเครียดทางอารมณ์มีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกัน ซึ่งควรจะเป็นไปได้ว่า การบรรเทาอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง จะช่วยให้เกิดการบรรเทาอาการทั้งสองอย่างพร้อม ๆ กัน โดยเทคนิคหรือวิธีการที่บรรเทาความตึงตัวของกล้ามเนื้อนั้น ควรจะมีผลในการบรรเทาความตึงเครียด ทางด้านอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวลได้ด้วย เพราะในภาวะที่บุคคลมีความตึงเครียด สมอองและกล้ามเนื้อจะทำงานร่วมกัน จากสภาพเหล่านี้ได้มีผู้ศึกษาและให้คำอธิบายไว้แตกต่างกัน ดังนี้

จาคอบสัน (Jacobson) กล่าวถึงความหมายของการผ่อนคลายว่า เป็นภาวะที่กล้ามเนื้อคลายตัวตามธรรมชาติ กระบวนการทางสรีระของร่างกายในขณะที่ผ่อนคลายเช่นนั้น จะใช้พลังงานที่มีอยู่ภายในน้อยที่สุด และทำให้มีความร้อนเกิดขึ้นในระดับต่ำ

เบนสัน (Benson, 1975) กล่าวถึงการผ่อนคลายว่า เป็นกลไกในการป้องกันและต่อต้านความเครียด ในขณะที่ร่างกายมีสภาพผ่อนคลาย การเผาผลาญความร้อนในร่างกายจะมีน้อยที่สุด สมอองส่วนไฮโปทาลามัส (hypothalamus) จะลดการตอบสนองต่อระบบประสาทอัตโนมัติ ยังผลให้มีการใช้ออกซิเจน (oxygen) ลดลง การผลิตคาร์บอนไดออกไซด์ (carbondioxide) ลดลง การหายใจช้าลง ลดอัตราการเต้นของหัวใจ การไหลเวียนของโลหิต และการแลกเปลี่ยนแลคเตท (lactate) ตีขึ้น

สวีเนนีย์ (Sweeny, 1978) บรรยายถึงการผ่อนคลายว่า หมายถึง สภาพที่ปราศจากความตึงเครียด ความเหนียวล้า การเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ การนอนไม่หลับ ความกลัว ความวิตกกังวลและอื่น ๆ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อและระบบประสาท เป็นการผ่อนคลายทางคลินิก (Clinical relaxation) ซึ่งมีความแตกต่างไปจากการพักผ่อนตามธรรมดาโดยทั่วไป

แมคคาฟเฟอร์รี่ (McCaffery) ให้ความหมายของการผ่อนคลายว่า คือการที่ร่างกายและจิตใจปราศจากความตึงเครียด ซึ่งหมายถึง ภาวะที่เป็นกลาง (Neutral state) สรุปได้ว่า การผ่อนคลายนี้หมายถึง สภาพของร่างกาย และจิตอารมณ์ของบุคคลได้ถูกปลดปล่อยออกจากความตึงเครียด ช่วงระยะเวลาที่การผ่อนคลายนั้นเกิดขึ้น ซึ่งจะให้ผลในทางบวกต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลนั้น

โดยแท้จริงแล้วการผ่อนคลายอาจจะเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ศูนย์ถึงหนึ่งร้อยเปอร์เซ็นต์ ซึ่งการผ่อนคลายร้อยเปอร์เซ็นต์นั้น แสดงว่า ไม่มีกล้ามเนื้อส่วนใดเลยของร่างกายที่เกร็งอยู่ เช่น ในขณะที่บุคคลหลับสนิท ผู้ที่ผ่อนคลายอาจจะแสดงการผ่อนคลายทางจิตได้ดังนี้ เมื่อเวลาแข่งโกโรอยู่นาน ๆ คนก็ไม่ผ่อนคลาย เวลาครุ่นคิดถึงอะไรอย่างหนึ่งอย่างมากจนหน้าผากย่น คิ้วขมวดก็ไม่ผ่อนคลาย เวลาเศร้าโศกหรือสะอึกสะอื้นอยู่นาน ๆ ก็ไม่ผ่อนคลาย ขณะที่อิจฉาริษาใครอยู่ก็ไม่ผ่อนคลาย ความว้าวุ่น หวั่นไหว ความไม่ว่างของจิตเหล่านี้ทำให้กล้ามเนื้อเกิดการเกร็ง เมื่อกล้ามเนื้อเกร็งมากขึ้น ก็จะส่งผลสะท้อนทำให้จิตใจว้าวุ่น สับสน เครียดยิ่งขึ้น การลดและการดับอารมณ์เหล่านี้ แทนที่จะบังคับที่จิตใจโดยตรง อาจใช้วิธีทำให้อีกส่วนหนึ่งของจิตส่งคำสั่งไปยังกล้ามเนื้อไม่ให้เกร็งร่วมมือกับอารมณ์ อารมณ์เหล่านั้นก็จะค่อย ๆ สงบลงโดยเร็ว จิตใจและกล้ามเนื้อก็จะผ่อนคลายตามกันไป (อูบล นิวัตชัย, 2528)

ถ้าศึกษารายละเอียดจะเห็นว่า วิธีการหรือเทคนิคการผ่อนคลายต่าง ๆ ที่ใช้ลดความตึงเครียด และความวิตกกังวลนั้น เป้าหมายก็คือ ทำให้อยู่ในสภาวะที่มีความสุขและรู้สึกสบายมากขึ้น โดยทั่วไปแล้วเทคนิคเหล่านี้จะประกอบไปด้วยลักษณะปฏิกิริยาดังนี้ (McCaffery, 1979)

1. มีผลในการเปลี่ยนแปลงความรู้สึก
2. เหนี่ยวนำให้มีการลดการทำงานของของระบบประสาทซิมพาเทติก

(Sympathetic Nervous System) ลดปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายต่อสิ่งรบกวนชีวิต หรือสิ่งที่ทำให้เกิดความตึงเครียด มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาในด้านที่ตรงกันข้าม

เบนสัน (Benson, 1975) กล่าวเพิ่มเติมว่า ร่างกายของคนเรา มีความสามารถในตัวเอง (innate human capability) ที่จะหักล้างปฏิกิริยาของร่างกายที่มีต่อความเครียดด้วยกลไกตามธรรมชาติ เรียกว่า relaxation response ซึ่งหมายถึงปฏิกิริยาที่ต่อสู้กับภาวะเครียด ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนไปในทางที่ดีของร่างกาย ทำให้ร่างกายสดชื่นมีชีวิตชีวา มีพลังกำลังกลับคืน นอกจากนี้ในการปฏิบัติยังกล่าวเน้นว่า ควรคำนึงถึงองค์ประกอบพื้นฐานที่จำเป็นด้วย เพราะจะช่วยให้การผ่อนคลายประสบผลสำเร็จมากขึ้น เบนสันเสนอแนะไว้ 4 อย่างคือ

1. สิ่งแวดล้อมสงบเงียบ (A Quiet Environment) การสอนเกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลาย ควรทำให้สถานที่สงบเงียบ และให้ผู้ปฏิบัติหลับตา เพื่อป้องกันการเบี่ยงเบนหรือหันเหความสนใจไปสู่สิ่งกระตุ้นภายนอกที่อยู่รอบตัว ถ้าหากเรียนรู้เทคนิคดีแล้ว สิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบอาจไม่จำเป็น เพราะสามารถที่จะควบคุมตนเองไม่ให้สนใจสิ่งกระตุ้นภายนอกได้

2. ท่าที่สบาย (A Comfortable Position) การจัดท่าที่เหมาะสมและสุขสบาย จะช่วยลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ สามารถอยู่ในท่านั้น ๆ ได้นานตลอดระยะเวลาที่ปฏิบัติหรือใช้เทคนิคผ่อนคลาย อาจจะนานประมาณ 15-20 นาที โดยอาจจะให้นอนราบ ใช้หมอนหนุนศีรษะหรือรองใต้เข่า บางรายอาจให้นั่งเพื่อป้องกันไม่ให้หลับ ขณะมีการผ่อนคลายจัดให้แขน ขา ปลดปล่อยตามสบาย ไม่ให้ไขว่กัน คลายเสื้อผ้าให้หลวม คลายเข็มขัดและถอดรองเท้า

3. เครื่องมือทางจิต (A Mental Device or Object to dwell upon) ควรมีการกระตุ้นทางจิตใจในระดับคงที่ เช่น การใช้เสียง ถ้อยคำ วลีซ้ำ ๆ ซึ่งอาจจะพูดเบา ๆ ในใจ หรือพูดออกเสียงแต่พอได้ยิน หรือใช้การจ้องเพ่งไปที่วัตถุอันใดอันหนึ่ง เพราะสิ่งที่ยุ่งยากในการตอบสนองต่อการผ่อนคลาย ก็คือ จิตล่องลอยไป (mind wandering) ดังนั้นการใช้ถ้อยคำ ใช้เสียงซ้ำ ๆ หรือการตั้งใจเพ่งไปที่จังหวัดการหายใจตามปกติ และให้ล้มตาถ้าใช้การจ้องเพ่งวัตถุ จุดประสงค์ก็คือ ทำให้รู้สึกเป็นอิสระมากขึ้น มีจิตว่าง เป็นตัวของตัวเอง

4. เจตคติในทางยินยอม (A Passive Attitude) ผู้ปฏิบัติการผ่อนคลายไม่ควรกังวลว่าจะปฏิบัติตามเทคนิคนี้ให้ดีได้อย่างไร เมื่อมีสิ่งมารบกวนความคิดคำนึง เกิดการออกนอกกลุ่มนอกทาง ควรพยายามลืม หรือปล่อยวางเรื่องต่าง ๆ ที่แวะเวียนเข้ามา สลัดทิ้งไป หรือเปิดเฉย แล้วตั้งใจปฏิบัติต่อไปใหม่ โดยมุ่งที่ถ้อยคำซ้ำ ๆ หรือเพ่งดูบางสิ่งเพื่อให้จิตว่าง การทำเช่นนี้จะป้องกันสิ่งรบกวนได้ เจตคติในทางยินยอมนี้เป็นองค์ประกอบสำคัญในการตอบสนองการผ่อนคลาย สำหรับการมีความคิดอื่น ๆ เข้ามาสอดแทรก ไม่ได้หมายความว่า ผู้ปฏิบัติทำผิดเทคนิค

เชสเนย์และเชลตัน (Chesney and Shelton, 1976) ศึกษาเปรียบเทียบการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการใช้เครื่อง อิเล็กโทรไมโอกราฟฟี ไปโอฟิคแบค (Electromyography = EMG Biofeedback) ในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะแบบกล้ามเนื้อตึงตัว กลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 คน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ๆ ละ 6 คน คือ กลุ่มที่ 1 ฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ กลุ่มที่ 2 ฝึกด้วยเครื่องไปโอฟิคแบค กลุ่มที่ 3 ใช้การรักษาผสมระหว่างการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและฝึกด้วย อิ เอ็ม จี ไปโอฟิคแบค กลุ่มที่ 4 เป็นกลุ่มควบคุม ไม่ให้การรักษาใด ๆ ใช้การวัดระดับอาการปวดศีรษะก่อน-หลังการทดลองอย่างละ 1 อาทิตย์ ระยะเวลาที่ทดลองใช้เวลาฝึก 2 อาทิตย์ ผลการศึกษาพบว่า ความถี่ของอาการปวดศีรษะลดลงอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มที่ฝึกด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งเท่ากับผลที่ฝึกในกลุ่มที่ฝึกด้วยการรักษาผสม และประสิทธิภาพในการลดลงดีกว่าในกลุ่มที่ฝึกด้วยไปโอฟิคแบคอย่างเดี่ยวหรือกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาเลย สำหรับระยะเวลาของการปวดศีรษะ มีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มที่ฝึกด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และกลุ่มที่ฝึกด้วยการรักษาผสม ซึ่งประสิทธิภาพในการลดลงดีกว่ากลุ่มที่ฝึกด้วยไปโอฟิคแบคอย่างเดี่ยว ส่วนในด้านความรุนแรงของอาการปวดศีรษะ จะลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ในกลุ่มที่ใช้การรักษาผสม ซึ่งประสิทธิภาพในการลดลงดีกว่ากลุ่มที่ไม่ให้การรักษา

ได้มีผู้ทำการวิจัยได้ผลสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ ค็อกซ์ และคนอื่น ๆ ได้แก่ มาร์ตินและแมทธิว (Martin and Mathews, 1978) ซึ่ง ศึกษาเรื่องผลของการ

ตรวจสอบทางจิตวิทยาและการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะ เนื่องจากความเครียด ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ใช้เครื่อง อี เอ็ม จี กับกลุ่มที่ฝึกการผ่อนคลายแบบพัฒนาโดยมีระยะการทดลอง 14 อาทิตย์ (6 ครั้ง) ระยะติดตามผลในเวลา 1, 2, 3 เดือน ผลการวิจัยพบว่า ประสิทธิภาพของอาการปวดศีรษะลดลงในกลุ่มที่ใช้เครื่อง อี เอ็ม จี และกลุ่มที่ฝึกการผ่อนคลายแบบพัฒนาไม่แตกต่างกัน

เจนเสน (Janssen, 1983) ศึกษาเรื่องประสิทธิภาพที่แตกต่างกันของการใช้เครื่อง อี เอ็ม จี (EMG) กับการใช้เครื่อง อี เอ็ม จี ผสมกับการฝึกผ่อนคลายแบบพัฒนาในการรักษาคนไข้ที่มีอาการปวดศีรษะเนื่องจากความเครียด โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 18 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม กลุ่มที่ใช้การรักษาด้วยเครื่อง อี เอ็ม จี และกลุ่มที่ใช้การรักษาผสมระหว่างการใช้เครื่อง อี เอ็ม จี กับการฝึกการผ่อนคลายแบบพัฒนา โดยมีระยะของการบันทึกเป็นพื้นฐานก่อนการทดลอง 2 สัปดาห์ และกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม ใช้เวลารักษา 12 ครั้ง ระยะติดตามผลหลังการรักษา 3 เดือน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ใช้การรักษาแบบระหว่างการใช้เครื่อง อี เอ็ม จี กับการฝึกการผ่อนคลายแบบพัฒนา จะมีอาการปวดศีรษะลดลงมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ ส่วนในด้านบุคลิกภาพ พบว่า อาการ

การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในช่วงของการผ่อนคลาย

ในขณะที่ร่างกายผ่อนคลาย ระดับความตึงเครียด (Tension state) ของกล้ามเนื้อใหญ่และกล้ามเนื้อเล็กลดลง เกือบถึงระดับใกล้เคียง การหายใจลดลงทั้งอัตราและจำนวนลมผ่านเข้า-ออก หัวใจเต้นช้าและความดันโลหิตก็ลดลงทั้งซิสโตลิก (Systolic pressure) และไดแอสโตลิก (diastolic pressure) การที่เป็นดังนี้เกี่ยวเนื่องกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา ในการผ่อนคลายการตอบสนองจะเป็นไปในทางตรงข้ามกับระยะตื่นเต้นเมื่อบุคคลมีความเครียด ตามคำอธิบายของ เซลเย่ (Selye, 1956) ซึ่งกล่าวว่า มีการเผาผลาญในร่างกายมากขึ้น (hypermetabolic) แต่ในการผ่อนคลายการเปลี่ยนแปลงเป็นลักษณะการเผาผลาญลดลง (hypometabolic) เป็นผลให้ความดันโลหิตลดลง การหายใจ

ใจและการเต้นของหัวใจลดลง การใช้ออกซิเจนในร่างการลดลง แลคเตทในหลอดเลือดแดง (arterial blood lactates) และความตึงของกล้ามเนื้อน้อยลง นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นสมองแอลฟา (Alpha waves) ซึ่งจะเพิ่มมากขึ้น และมีแรงต้านที่ผิวหนังสูงขึ้นด้วย การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เกิดขึ้นเล็กน้อยในแต่ละบุคคล (Pelletier, 1977 cited by Hill and Smith, 1985)

เชื่อกันว่า บุคคลที่ฝึกการผ่อนคลายจะสามารถปรับตัวและเผชิญกับความกดดันในชีวิตประจำวันได้ ทั้งนี้เพราะในภาวะที่ผ่อนคลาย การกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเธติก (Sympathetic nervous system) จะลดลงด้วย จึงช่วยลดอัตราที่จะเกิดจากการที่ร่างกายอยู่ในภาวะเครียดยาวนานได้ นอกจากนี้ยังพบว่าบุคคลที่ฝึกการผ่อนคลายเป็นประจำจะช่วยให้มีภาวะทางจิตใจมั่นคง ความวิตกกังวลอยู่ระดับต่ำ มีความรู้สึกควบคุมตนเองได้และมีศักยภาพสูง

ประโยชน์ของการผ่อนคลาย

มีผู้กล่าวถึงประโยชน์ของการผ่อนคลายไว้ต่าง ๆ กัน Dimotto, 1984 ; Hill and Smith, 1985 ; Griffin, 1986 ; อุบล นิวัติชัย, 2528 ; พรนิรันดร์ อุดมถาวรสุข, 2529) สรุปได้ดังนี้

1. การผ่อนคลายสามารถเรียนรู้ได้โดยบุคคลใดก็ได้ และสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันได้ ไม่มีความลำบากในการฝึกท่าทาง หรือออกกำลังกายอย่างมาก ไม่เปลืองค่าใช้จ่ายใด ๆ ต่างกับการใช้ยา คือ ไม่มีฤทธิ์ข้างเคียงใด ๆ ต้องการเพียงความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการเบื้องต้น
2. การผ่อนคลายช่วยให้ร่างกายสบาย เกิดความพอใจ มีสุขภาพดี เป็นหนทางที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมสาเหตุของความเครียดและความผิดปกติต่าง ๆ ช่วยให้คลายอาการเครียดลงเพื่อสงวนพลังเอาไว้ ผู้ที่ฝึกการผ่อนคลายเป็นประจำจะรู้สึกสดชื่นและมีพลังเกิดขึ้น สามารถปรับตัวต่อสภาวะเครียดและช่วยให้หายเครียดได้โดยตัวของมันเอง ถ้าเพียงแต่



เราให้โอกาสกับการฝึกผ่อนคลายจะช่วยป้องกันหรือบรรเทาอาการเจ็บป่วยที่มีสาเหตุจากความตึงเครียดอันไม่เหมาะสมของกล้ามเนื้อ การผ่อนคลายสามารถเพิ่มทักษะทางร่างกาย โดยสามารถที่จะหลีกเลี่ยงสภาวะความตึงเครียดของกล้ามเนื้อที่ไม่จำเป็น เช่น ช่วยป้องกันไม่ให้บุคคลเข้าสู่ภาวะเครียด ไม่ว่าจะเป็นการเล่นดนตรี หรือเล่นเกมส์ และการผ่อนคลายสามารถลดความวิตกกังวลให้ต่ำลงก่อนที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ช่วยป้องกันมิให้เกิดอาการอ่อนเพลียโดยไม่จำเป็นและเป็นประโยชน์ ในการช่วยให้กลับคืนสู่สภาวะปกติได้ง่าย ช่วยให้กลไกของการหลั่งน้ำนมสำหรับมารดาระยะหลังคลอด การผ่อนคลายช่วยเพิ่มระดับการอดทนต่อความเจ็บปวดต่าง ๆ ได้ดีขึ้น ช่วยควบคุมอวัยวะบางส่วนของร่างกายที่ไม่ทำงานให้สามารถทำงานได้ด้วยตนเอง ใช้รักษาโรคต่าง ๆ เช่น โรคประสาท อีสทิเรีย โรคที่มีอาการทางกายที่มีสาเหตุมาจากจิตใจ (Psychosomatic Disorders) ต่าง ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหอบหืด โรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ อาการนอนไม่หลับ โรคปวดศีรษะเนื่องมาจากความเครียด และโรคที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของระบบไหลเวียนของโลหิต และช่วยระงับอาการเจ็บปวดต่าง ๆ เช่น จากโรคมะเร็ง เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีผลการวิจัยเกี่ยวกับการรักษาสัมระหว่างการทำสมาธิกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อกับการฝึกสมาธิ ได้แก่

วอร์เนอร์ และลันซ์ (Warner and Lance, 1975 cited by Lance, 1982) ได้ศึกษาวิธีการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อผสมกับการฝึกสมาธิแบบ ที เอ็ม (Transcendental meditation TM) ในการรักษาคนไข้ที่มีอาการปวดศีรษะเนื่องจากความเครียดเรื้อรัง จำนวน 17 คน ทำการติดตามผลหลัง 6 เดือน ปรากฏว่าหายปวดศีรษะ 4 คน มีอาการปวดศีรษะลดลงจากที่เคยปวด เดือนละ 12-30 ครั้งมาเป็นเดือนละ 1-4 ครั้ง จำนวน 7 คน มีอาการไม่ดีขึ้น 6 คน มีเพียง 3 คนที่ต้องการยาแก้ปวดหรือยากล่อมประสาท ในขณะที่อีก 14 คน นิยมใช้การฝึกการผ่อนคลายเป็นนิสัย

ศรีนวล พุ่มเจริญ (2523) ศึกษาผลการฝึกผ่อนคลายต่อความดันโลหิตในผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 30 คน โดยใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบเกร็งก่อนร่วมกับไม่ต้องเกร็งก่อน (active and passive progressive relaxation) ผลของการศึกษาพบว่า ค่าความดัน Diastolic ในท่านอน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในสัปดาห์แรกและสัปดาห์ที่ 12 ของการทดลอง แต่ความดัน Systolic ในท่านอนและทำอื่น ๆ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จากการศึกษาความแตกต่างภายในกลุ่มพบว่า ค่าความดัน Systolic ของผู้ป่วยในท่านอนและทำอื่น ๆ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างก่อนการทดลอง (Pretest) ทุก ๆ ระยะเวลาที่ทำการทดลอง ส่วนค่าความดัน Diastolic มีความแตกต่างระหว่างก่อนการทดลอง (Pretest) กับทุกระยะของการทดลอง เฉพาะในท่านอน ส่วนทำอื่น ๆ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ วนการทดสอบความแตกต่างของชีพจรพบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง รวมทั้งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญภายในกลุ่ม ของทุกระยะของการทดลอง สำหรับการทดสอบความแตกต่างระหว่างอาการที่เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ทุกอาการไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

3. นอกจากนี้อการผ่อนคลายช่วยทำให้เกิดความสงบทางอารมณ์และความรู้สึกนึกคิดต่าง ๆ ความรู้สึกที่ไม่ดีต่าง ๆ ให้ผ่อนคลายไป มีความหงุดหงิด ฉุนเฉียว โกรธง่าย น้อยลง

4. ส่วนทางด้านสังคม พบว่า ช่วยเพิ่มสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพราะว่าเป็นการง่ายที่จะ ไปสมาคมกับผู้อื่นได้ เมื่อเราอยู่ในสภาวะที่ผ่อนคลายและรู้สึกสะดวกสบาย

5. ทางด้านการศึกษา การผ่อนคลายมีผลดีต่อการเรียน คือ ทำให้มีสมาธิ ตั้งใจเรียนดีขึ้น มีความคล่องแคล่วในการทำงานมากขึ้น ช่วยให้ความจำดีขึ้น มีความจำที่มั่นคง ผู้ที่มีความจำไม่ดี สามารถรวบรวมสมาธิและจำเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้โดยง่าย

ลามอนเทน และคนอื่น ๆ (Lamontagne and Others, 1985) ศึกษาผลของการผ่อนคลายเพื่อลดความวิตกกังวลเนื่องจากความเครียด โดยทำการทดลองในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 7 ปี 10 เดือน แบ่งเป็นห้อง เอ 23 คน และห้อง บี 21 คน ห้องเอ ได้รับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเนื่องร่วมกับการจินตนาการนาน 14 วัน วันละ 1 ครั้ง ๆ ละ 5-10 นาที ห้องบี ได้รับความรู้เกี่ยวกับการผ่อนคลาย เมื่อสิ้นสุดการทดลองพบว่าทั้งสองกลุ่มมีระดับความวิตกกังวลลดลงไม่แตกต่างกัน แต่ความวิตกกังวลของนักเรียนห้องเอ หลังการฝึกการผ่อนคลายมีระดับลดลงกว่าก่อนการฝึกอย่างมีนัยสำคัญ

เทคนิคการผ่อนคลาย

การผ่อนคลายมีหลายเทคนิคที่สามารถปฏิบัติเพื่อให้ประสบผลสำเร็จได้ เช่น การทำสมาธิ (Meditation) การออกกำลังควบคุมตนเอง (Autogenics) การใช้ปฏิกริยาป้อนกลับทางชีววิทยา (Biofeedback) เช่น การสะกดจิต (Hypnosis) การจินตนาการ (Visualization or Imaginery) โยคะ (Yoga) ที เอ็ม (Transcendental Meditation) การผ่อนคลายแบบก้าวหน้า (Progressive Relaxation) วิธีหายใจลึก ๆ (Deep Breathing) วิธีหายใจพร้อมกับอ้าปากหย่อนขากรรไกรล่างลง (Deep breath clench fists-yawn) และวิธีอื่น ๆ อีกมากมายที่ประยุกต์จากหลักการ หรือเทคนิคที่ใช้ได้ผลในประเทศไทยก็มี การผ่อนคลายความเครียดแบบจิตคลุมกาย (Progressive Relaxed Awareness) ซึ่ง ดร.วัลลภ ปิยะมโนธรรม ได้พัฒนาขึ้นจากประสบการณ์การบำบัดรักษาผู้มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต โดยมีการผ่อนคลายแบบก้าวหน้าเป็นพื้นฐาน

เทคนิคการผ่อนคลายที่ได้รับความนิยมและเป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลาย ได้แก่ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Progressive Muscle Relaxation or Muscle Relaxation) มีชื่อเรียกต่าง ๆ กัน คือ การผ่อนคลายแบบก้าวหน้า การผ่อนคลายแบบพัฒนา (Progressive Relaxation) หรือการผ่อนคลายที่เพิ่มขึ้น เป็นการคลายความเครียดของกล้ามเนื้อกลุ่มต่าง ๆ 39 กลุ่ม โดยในการฝึกครั้งหนึ่ง ๆ นั้น ควรจะปฏิบัติกับกล้ามเนื้ออย่าง

น้อย 4 กลุ่ม และอย่างมาก 16 กลุ่ม (Bernstein and Borkovec, 1973 cited by Renfroe, 1988) การผ่อนคลายวิธีนี้ (วัลลภ ปิยะมโนธรรม, 2528) คือ การคลายกล้ามเนื้อที่ละส่วนของร่างกาย โดยการเกร็งให้เต็มที่ก่อนแล้วคลายออก (activ progressive relaxation) เพื่อให้รู้สึกถึงความแตกต่างระหว่างความเครียดกับการผ่อนคลาย และผ่อนคลายไปทั่วทุกส่วน ทำให้กระบวนการเกร็งอย่างไม่รู้ตัวกลายเป็นรู้ตัว อยู่ในระดับจิตสำนึกขึ้นมาได้ ซึ่งได้มีผู้อธิบายรายละเอียดไว้ดังนี้

เบอร์นสไตน์และบอร์โคเวค (Bernstein & Borkovec, 1973 cited by Walker, 1981) ได้ให้คำอธิบายไว้ว่า การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หมายถึง วิธีการหรือเทคนิคต่าง ๆ ที่ได้ถูกนำมาใช้เพื่อลดความตึงเครียดและความวิตกกังวล โดยการฝึกหัดผู้ป่วยหรือบุคคลซึ่งจะสามารถบังคับกล้ามเนื้อที่อยู่ในอำนาจจิตใจ ในเวลาใดก็ได้ที่เขาต้องการ โดยวิธีการหรือเทคนิคทั้งหมด ซึ่งมีความจริงอยู่ว่า จะช่วยลดความตึงเครียดและความวิตกกังวลทั่ว ๆ ไปของแต่ละบุคคล กล่าวคือ เป็นการฝึกเพื่อจะช่วยลดเฉพาะอาการที่เกิดจากภาวะเครียด โดยไม่ต้องมุ่งแก้ปัญหาที่เป็นสาเหตุของความเครียดนั้น ๆ

นอกจากนี้ จาคอบสัน (Jacobsen) ได้ให้คำจำกัดความของการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยใช้ชื่อการผ่อนคลายแบบก้าวหน้า หรือการผ่อนคลายที่เพิ่มขึ้น (Progressive Relaxation or Progressive Muscle Relaxation or Progressive Muscle Relaxation Training) ว่าหมายถึง เทคนิคการผ่อนคลายโดยเริ่มควบคุมกล้ามเนื้อกลุ่มที่ง่ายที่สุดก่อน ต่อมาเรียนรู้ที่จะผ่อนคลายกล้ามเนื้อกลุ่มต่าง ๆ เพื่อสามารถนำไปสู่การผ่อนคลายทั่วร่างกายได้ในที่สุด (Jacobson, 1938 cited by Wolman, 1973)

วัลลภ ปิยะมโนธรรม (2528) ได้ให้คำอธิบายการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Muscle Relaxation) ว่า เป็นเทคนิคหรือวิธีการหนึ่งซึ่งช่วยให้กล้ามเนื้อของร่างกายหายจากความตึงเครียด เวลาจิตใจตึงเครียดมักจะมีอาการปรากฏอยู่ทางกาย ทำให้เกิดความรู้สึกเมื่อย แต่ความเครียดที่ร่างกายยังอาจค้างอยู่ก่อให้เกิดอาการต่าง ๆ ขึ้นได้ เช่น ปวดศีรษะ

ปวดเกร็ง ที่คอ แขน หน้าอก เมื่อยตา เป็นต้น เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออาจเป็นเทคนิคหนึ่งที่จะช่วยแก้ปัญหาความเครียดตามกล้ามเนื้อร่างกายที่อาจมีผลกลับไปทำให้จิตใจที่ไม่สบายให้ลดลงหรือหมดไปได้ กายกับใจเป็นสิ่งที่แยกจากกันไม่ได้ เมื่อจิตใจเครียดความรู้สึกเครียดจะมีผลไปตามกล้ามเนื้อของร่างกาย เช่นเดียวกับเมื่อกกล้ามเนื้อของร่างกายเครียดหรือปวดเมื่อย ก็จะมีผลต่อความรู้สึกของจิตใจ ดังนั้นเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อจึงเป็นวิธีการที่ช่วยผ่อนคลายความเครียดทางด้านจิตใจได้

จึงสรุปได้ว่า การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หมายถึง วิธีการหรือเทคนิคต่าง ๆ ซึ่งได้นำมาใช้เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดตามกล้ามเนื้อกลุ่มต่าง ๆ ของร่างกาย รวมทั้งลดระดับความวิตกกังวลที่เป็นผลทางจิตใจด้วย

แนวคิดเกี่ยวกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า (Progressive Muscle Relaxation) มีประวัติเริ่มตั้งแต่ ค.ศ. 1929 โดย จาคอบสัน (Jacobson, 1938 cited by Richter and Sloan, 1979) ได้นำมาสอนผู้ป่วยให้รู้จักการเกร็ง (Tense) และการผ่อนคลาย (Relax) ในกลุ่มกล้ามเนื้อหลาย ๆ กลุ่ม โดยเฉพาะที่ปรากฏว่าควบคุมได้ผลดี คือ กล้ามเนื้อกระดูก (Skeletal muscle) และจาคอบสันได้กล่าวว่า ความวิตกกังวลและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ให้ผลทางสรีรวิทยาในทางตรงข้ามกัน ดังนั้นจึงไม่สามารถเกิดขึ้นพร้อมกันได้ ปรากฏทางด้านกายภาพของเทคนิคนี้คือ เป็นไปไม่ได้ที่จะมีอาการทางประสาท (Nervous) ในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ถ้าในส่วนนั้นของบุคคลได้ผ่อนคลายแล้วอย่างสมบูรณ์

จาคอบสัน (Jacobson, 1929 cited by Beech, 1969) ได้เสนอแนะวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า โดยเห็นว่า การที่บุคคลแสดงภาวะทางอารมณ์ออกมาใน ส่วนใหญ่เกิดจากการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ ซึ่งเกิดพร้อม ๆ กับการเกิดอารมณ์ ดังนั้นการผ่อนคลายก็ น่าจะเป็นเงื่อนไขตรงกันข้าม คือ ถ้าไม่มีการตึงตัวของกล้ามเนื้อ บุคคลก็จะไม่รู้สึกถูกกระตุ้นทางอารมณ์ นอกจากนี้ยังได้กล่าวเน้นถึงความสำคัญของการพักผ่อนและการผ่อนคลาย

เพื่อการรักษาความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับความเครียด เขาได้ตั้งทฤษฎีว่า การผ่อนคลายความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ จะช่วยลดการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ โดยเฉพาะระบบซิมพาเทติก (Sympathetic System) เพราะความวิตกกังวลและการผ่อนคลายความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดสภาพที่ตรงกันข้ามทางสรีระ จึงเกิดพร้อมกันไม่ได้ หรืออีกนัยหนึ่ง ความเครียด และความวิตกกังวลเมื่อรวมกับการผ่อนคลาย (Relaxation) แล้วจะเกิดการกำจัดซึ่งกันและกัน (Mutually Exclusive) สิ่งสำคัญก็คือ ทำให้ผู้ปฏิบัติสามารถควบคุมความตึงเครียดและการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อ โดยสามารถแยกแยะการควบคุมกล้ามเนื้อส่วนย่อยในกลุ่มกล้ามเนื้อสำคัญ ๆ ส่วนวอลเลซ และเบนสัน (Wallace and Benson, 1972) ได้อธิบายว่า การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ นั้น สามารถควบคุมได้โดยการผ่อนคลายความตึงเครียด ซึ่งสามารถลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก และเพิ่มการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก (Parasympathetic Nervous System) ได้ ซึ่งเป็นประโยชน์ในการรักษาคนไข้โรคประสาท อันเนื่องมาจากความวิตกกังวล

การพัฒนาเทคนิคการผ่อนคลายแบบก้าวหน้า มีดังนี้คือ โวลเป้ (Wolpe, 1969) ได้ศึกษาของจาโคบสัน และพัฒนาเทคนิคใหม่ขึ้น เรียกว่า การลดความรู้สึกอย่างเป็นระบบ (Systematic Desensitization) และเขาได้ตีพิมพ์หนังสือชื่อ Psychotherapy by Reciprocal Inhibition) ซึ่งเป็นผลจากการศึกษาธรรมชาติของระบบประสาทอัตโนมัติ และกลไกการเรียนรู้และการเรียนรู้ที่ไม่สมบูรณ์แบบต่อความวิตกกังวลของสัตว์และมนุษย์ โดยกล่าวว่า ถ้าสามารถทำให้เกิดการตอบสนองที่ตรงข้ามกับความวิตกกังวลในขณะที่สิ่งเร้าก่อให้เกิดความวิตกกังวลมีอยู่ เพื่อว่าจะได้เกิดการยับยั้งความวิตกกังวลอย่างสมบูรณ์หรือเป็นบางส่วนแล้ว ความเกี่ยวพันระหว่างสิ่งเร้ากับความวิตกกังวลจะอ่อนกำลังลง และละเอียด ชูประยูร (2524) ได้อธิบายเพิ่มเติมว่า วิธีการลดความเครียดโดยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ตามทฤษฎีของเวลเป้ ซึ่งกล่าวว่า ในคนที่เครียด กลัว กังวล นั้น กล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ จะเกร็ง โดยเฉพาะกล้ามเนื้อส่วนต้นคอ หน้าผาก ไหล่ ระบบการทำงานของหัวใจก็เปลี่ยนแปลงไป มีอัตราการเต้นถี่ขึ้น ชีพจรเต้นแรงเร็วขึ้น แรงดันเลือกลูกขึ้น ในทางที่กลับกัน คนที่ผ่อนคลายหรือใจสบายสงบ กล้ามเนื้อก็จะไม่เกร็ง การเต้นของหัวใจ ชีพจร

จะสม่าเสมอ ด้วยหลักที่ว่า ความเครียดกับการผ่อนคลายไม่เกิดขึ้นพร้อมกัน หมายถึงว่า เวลาเราเครียด เราก็ไม่ผ่อนคลาย เวลาเราผ่อนคลายเราก็ไม่เครียด การผ่อนคลายกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ตลอดจนการหายใจ จะช่วยให้เราอยู่ในสภาวะที่ผ่อนคลาย เมื่อฝึกไปนาน ๆ จะเกิดการเรียนรู้ระหว่างเครียดกับคลาย จนกระทั่งในภาวะสิ่งแวดล้อมที่เครียด ก็สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้โดยอัตโนมัติ ทำให้ไม่เครียด ไม่กังวล ไม่กลัว เป็นต้น

บอร์โคเวค (Borkovec, 1979) ได้ทบทวนเอกสารเกี่ยวกับการผ่อนคลายไว้ว่า รูปแบบของการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า มีเป้าหมายเพื่อไม่ให้มีการทำงานของกล้ามเนื้อ และลดการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ และจัดการทำงานด้านความรู้สึนึกคิด (Cognitive Acitivity) ซึ่งความเห็นของเขาก้ยังเป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน และบอร์โคเวค ได้แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมว่า ผู้ที่ทบทวนเอกสารเกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลายที่สมบูรณ์มากคือ เดวิดสัน และชวาท ซึ่งเสนอว่าองค์ประกอบทางด้านจิตสรีระของการผ่อนคลาย คือ การผ่อนคลายด้วยความรู้สึนึกคิด (Cognitive relaxation) การผ่อนคลายด้วยร่างกาย (Somatic relaxation) และการผ่อนคลายด้วยความมีจิตมั่น (attentional component of relaxation response) สะท้อนเป็นมิติที่ต่างกันตามวิธีการทางเทคนิคที่ใช้ต่างกัน ดังนี้

การผ่อนคลายด้วยร่างกาย หมายถึง การลดการทำงานของกล้ามเนื้อส่วนปลาย และลดการทำงานของเส้นประสาท

การผ่อนคลายความรู้สึนึกคิดหรือจิตใจ หมายถึง ความรู้สึกสงบ ไม่คำนึงถึงระดับการทำงานทางด้านร่างกาย

ทั้งการผ่อนคลายด้านร่างกาย และการผ่อนคลายความรู้สึนึกคิดนั้น อาจจะไม่ขึ้นต่อกัน แต่เมื่อมีการผ่อนคลายทั้ง 2 อย่างนี้ เรียกว่าเกิดการผ่อนคลายอย่างลึกซึ้ง (Deep Relaxation)

ส่วนการผ่อนคลายด้วยความมีจิตมั่น หมายถึง การควบคุมตัวเองทั้งในแง่ความรู้สึกนึกคิดและร่างกาย

นอกจากนี้บอร์โคเวค (Borkovec, 1979) ยังกล่าวถึงการวิจัยทางการผ่อนคลายว่า มักอธิบายถึงวิธีการทางเทคนิคต่าง ๆ และยกตัวอย่างถึงวิธีการทำที่ยังไม่มีทฤษฎีมาสนับสนุน เวลาทำการวิจัยก็จะทบทวนวรรณกรรมและดำเนินการโดยเอาเทคนิคของคนหนึ่งมาเปรียบเทียบกับเทคนิคของคนหนึ่ง ต่อจากนั้นจึงหาข้อมูลมาสนับสนุนแล้วสรุปเป็นแบบแผนของตัวเองขึ้น และจากการศึกษาพบว่า เทคนิคที่ใช้การผ่อนคลายทางด้านร่างกายเป็นพื้นฐาน (Somatic based technic) จะให้ผลดีในการลดการทำงานทางด้านสรีระ (Physiological activity) ส่วนเทคนิคที่ใช้การผ่อนคลายทางด้านความรู้สึกนึกคิดเป็นพื้นฐาน (Cognitive-based technic) ให้ผลดีในการลดความวิตกกังวลทางด้านความรู้สึกนึกคิด (Cognitive anxiety) แต่ผลที่ได้ไม่ดีเท่าการใช้ร่างกายเป็นพื้นฐาน (Somatic technic)

การผ่อนคลายกล้ามเนื้อจะมี 4 องค์ประกอบ ซึ่งเป็นองค์ประกอบพื้นฐานของเทคนิคการผ่อนคลายทั้งหลาย คือ ท่าที่สบาย สิ่งแวดล้อมสงบเงียบ (การหลับตา) เครื่องมือทางจิตจะเป็นการพูดคำว่า ผ่อนคลาย (Relax) และเจตคติที่ยอมตามหรือจิตว่าง (Passive Attitude) สำหรับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อจะประกอบด้วย 2 สิ่งที่สำคัญ คือ การคลายความเครียดของกล้ามเนื้อ และการเรียนรู้สิ่งที่ยังไม่รู้หรือตั้งใจให้เข้าถึงความรู้สึกของการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระ

ในปี ค.ศ. 1976 เดวิดสัน และ ชาวท (Davidson and Schwartz cited by Sigman and Amit, 1982) กล่าวถึง การผ่อนคลายว่ามี 2 มิติคือ มิติของการมุ่งมั่นที่จะกระทำและการคล้อยตาม (The Activity/Passivity Dimension) กับมิติของความรู้สึกนึกคิดและร่างกาย (The Cognitive/Somatic Dimension) สำหรับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ตัวมันเองเป็นทั้ง 2 มิติคือ เป็นทั้งมิติที่มุ่งมั่นจะกระทำ และมีการคล้อยตาม แต่ค่อนข้างจะเป็นด้านร่างกาย มากกว่าด้านความรู้สึกนึกคิด การลดลงของการทำงานทางด้านร่างกาย จะเห็นได้หลังจากเกิดการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างลึก (Deep Muscle

Relaxation) นอกจากนี้ ยังกล่าวถึงวิธีการของ จาคอบสัน Jacobson, 1970) ว่า การผ่อนคลายกล้ามเนื้อให้ผล คือ เกิดการผ่อนคลายทางกายภาพ และลดการทำงานทางด้านสรีระ ซึ่งน่าจะไปลดการเร้าของระบบประสาทซิมพาเทติก และเพิ่มการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก เป็นการรักษาพวกความผิดปกติทางด้านความตึงเครียด (Tension Disorders) เช่น โรคกระเพาะอาหาร โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และใช้ลดความวิตกกังวล รวมทั้งพวกความกลัวอย่างเรื้อรัง (Chronic fear) ความเครียด และความวิตกกังวลในการสอบ (Wolpe, 1969; Borkovec, 1979; Jacobson, 1970 cited by Sigman and Amit, 1982)

เบราร์ส์ซาร์ด (Broussard, 1979) นำวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อของจาคอบสัน มาใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) โดยให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 20-30 องศา หลังตาตลอดเวลาที่ฝึกใช้เทคนิคนี้ เริ่มหายใจเข้า-ออก ช้า ๆ ขณะหายใจเข้าให้เกร็งกล้ามเนื้อและคลายขณะหายใจออก ทำสลับกับการหายใจเข้า-ออก ตามปกติ 30-60 วินาที เกร็งและคลายกล้ามเนื้อส่วนแขน ไหล่ ศีรษะ ตา หน้าผาก และขา พบว่า ได้ผลดี ช่วยลดอัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจ

มัวร์ และ อัลท์ไมเออร์ (Moore & Altmaier, 1981) และ คอว์เทนซ์ (Cotanch, 1983) ได้ศึกษาการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรคเครียด พบว่า อาการคลื่นไส้และอาเจียนลดลง ระดับความรุนแรงของความวิตกกังวลก็ลดลงด้วย ผู้ป่วยทุกรายได้รับสารอาหารและแคลอรีเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตและชีพจรลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

ฟีเออร์ และคณะ (Feher and Others, 1989) ได้นำเทคนิคการผ่อนคลายแบบก้าวหน้าหรือแบบพัฒนา ร่วมกับการจินตนาการมาใช้กับมารดาของทารกที่คลอดก่อนกำหนด และเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มารดาในกลุ่มทดลองฝึกการผ่อนคลายร่วมกับการจินตนาการนาน 1 สัปดาห์ กลุ่ม

ควบคุมไม่มีการปฏิบัติใด ๆ ผลการศึกษาพบว่า มารดาในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของปริมาณน้ำนมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ใจรัตน์ ศุภกุล (2530) ได้ศึกษาผลของการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก เป็นผู้ป่วยประเภทไปกลับและรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำ จำนวน 2 ครั้ง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมอย่างละ 10 ราย กลุ่มทดลองใช้วิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 16 กลุ่ม พร้อมกับได้รับคู่มือให้กลับไปฝึกเองที่บ้านนาน 6 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีอาการคลื่นไส้อาการเจียนลดลงกว่าก่อนการฝึกและน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ยังมีผู้ทำการวิจัยเกี่ยวกับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยใช้ความจำอาการปวดศีรษะเป็นแนวทางในการประเมินคือ

สุวรรณี อุนามราชธน (2523) ศึกษาผลของการฝึกผ่อนคลายความเครียดของกล้ามเนื้อ ที่มีต่อช่วงความจำตัวเลข กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาหอพักหญิงของวิทยาลัยครูมหาสารคาม ปีการศึกษา 2522 จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยวิธีสุ่มอย่างมีระบบก่อนการทดลองได้ทำการทดสอบช่วงความจำ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีความสามารถด้านความจำคล้ายคลึงกัน กลุ่มควบคุมได้รับการทดสอบช่วงความจำตัวเลข 3 ครั้ง แต่ไม่ได้รับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ส่วนกลุ่มทดลองแต่ละคนได้รับการทดสอบช่วงความจำตัวเลขก่อนการทดลอง 1 ครั้ง และหลังการทดลองนั่งแท่นบันทึกเสียงเกี่ยวกับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งใช้เทคนิคบางส่วนของผ่อนคลายแบบพัฒนา (Progressive Relaxation และการกำหนดด้วยตนเอง (Autogenic Training) ครั้ง ที่หนึ่งและครั้งที่สอง รวมเป็น 3 ครั้ง ผลปรากฏว่า ในการทดสอบความจำครั้งที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยช่วงความจำตัวเลขของผู้เข้ารับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยช่วงความจำตัวเลขของผู้ที่ไม่ได้รับการฝึก ส่วนในการทดสอบความจำครั้งที่สอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยช่วงความจำตัวเลขจากการวัดครั้งที่ 2 ของผู้เข้ารับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อสูงกว่า

คะแนนเฉลี่ยช่วงความจำตัวเลขของผู้ที่ไม่ได้รับการฝึก สรุปได้ว่าการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อช่วยในด้านความจำ

วิธีปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

ละ เอียด ชูประยูร (2524) ได้กล่าวถึง วิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อของจาคอบสันไว้ คือ เริ่มที่การนั่งในสถานที่สบาย ๆ โดยอาจจะเป็นห้องที่มีมืดเล็กน้อย มีม่านบังแสงมิให้จ้าเกินไป ให้ผู้ปฏิบัตินั่งในเก้าอี้ที่สบาย (relaxing chair) ซึ่งมีที่เท้าแขนรับน้ำหนักทุกส่วนของร่างกายและปรับเอนได้ จากนั้นเริ่มต้นด้วยการหลับตา ทำใจให้สงบ ค่อย ๆ ผ่อนคลายกล้ามเนื้อของร่างกายไปทีละส่วน ขั้นแรกให้มุ่งความสนใจไปที่มือขวา ก่อน ทำให้แน่นสังเกตความตึงเครียดของกล้ามเนื้อสักครู่หนึ่ง แล้วคลายออกและในขณะที่คลายกล้ามเนื้อออกให้สังเกตความรู้สึกสบายผ่อนคลาย แยกความรู้สึกตึงเครียด และผ่อนคลายออกจากกันให้ได้จะเกิดการเรียนรู้ว่า เครียดเกี่ยวข้องกับกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อจะเกร็ง ส่วนความสบายเกี่ยวข้องกับกล้ามเนื้อผ่อนคลายหรือการไม่ใช้กล้ามเนื้อ ให้ผู้ปฏิบัติทำซ้ำอีก เกร็งและคลายไปเรื่อย ๆ มือขวาและมือซ้าย แล้วเริ่มต่อไปยังกล้ามเนื้อส่วนอื่น ๆ หน้าผาก ตา ปาก ต้นคอ ไหล่ หน้าอก ท้อง ขา เท้า เป็นต้น การปฏิบัตินี้สามารถทำได้ด้วยตนเอง โดยฟังจากแถบบันทึกเสียงคำแนะนำการผ่อนคลายดังกล่าว อาจทำวันละ 2 ครั้ง ก่อนนอนและตื่นนอน หรือในช่วงเวลาที่เกิดความเครียดก็ได้ เมื่อปฏิบัติไปเรื่อย ๆ ก็จะมีการเรียนรู้ว่าผ่อนคลายเป็นอย่างไร และนำมาใช้ได้ทันทีที่ต้องการ เช่น การผ่อนคลายปากก็เม้มอยู่ ฟันที่กัดแน่น คอและไหล่ที่เกร็งอยู่ เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม การผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยวิธีการเกร็งกล้ามเนื้อให้เครียดที่สุดก่อนนี้ นอกจากจะเป็นการกำจัดความตึงเครียดที่ตกค้างตามกล้ามเนื้อให้หมดไปแล้ว ยังเป็นการผ่อนคลายความตึงเครียดทางด้านจิตใจโดยอ้อมด้วย เพราะเป็นการฝึกสติไปในตัว ได้แก่ การตั้งเจตนาทำให้กล้ามเนื้อชุดต่าง ๆ เกร็งเครียดและคลายออกอย่างรู้ตัวตลอดเวลา เป็นการทำให้ความรู้สึกเหล่านั้นเกิดขึ้นในจิตสำนึก แทนที่จะเป็นการกระทำโดยไม่รู้ตัว ซึ่งหมายถึงจิตใต้สำนึกหรือความเคยชินที่เป็นมาก่อน มีการศึกษาวิจัยที่แสดงให้เห็นว่า เมื่อคนเรา

กำลังทำอะไรอยู่ก็ตาม กล้ามเนื้อจะเกิดการเกร็งที่ใดที่หนึ่ง ซึ่งจะมีรูปแบบการดึงเครียดของกล้ามเนื้อแต่ละช่วงเกี่ยวข้องกันด้วย ดังนั้นถ้าสามารถลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อที่สัมพันธ์กับการกระทำหรือความคิดคำนึงลงได้ก็เท่ากับเป็นการทำจิตใจให้ผ่อนคลาย ร่างกายกับจิตก็นั้นสัมพันธ์กัน เมื่อสามารถลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อกายลงได้ก็จะสามารถลดความตึงเครียดทางจิตใจได้ด้วย (มยุรี ศิริบุษย์-โสแซนกี, 2534)

ไอเคน (Aiken, 1972) กล่าวถึงการประเมินการผ่อนคลายว่า สามารถประเมินได้ 2 ลักษณะ คือ

1. ประเมินจากความรู้สึกที่ผู้ป่วยบอกรับ
2. ประเมินจากการสังเกต เช่น อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ และความตึงตัวของกล้ามเนื้อ อาจใช้การวัดจากความตึงตัวที่ตอบสนองทางผิวหนัง เรียกว่า เครื่องวัดนี้ว่า Galvanic Skin response และ electromyogram ในการประเมินการผ่อนคลาย แต่การที่ผู้ป่วยบอกถึงความรู้สึกหลังจากการผ่อนคลาย เป็นการประเมินที่เชื่อถือได้ จะบอกถึงสภาวะด้านอารมณ์ของผู้ป่วย ความรู้สึกที่บ่งบอกถึงการผ่อนคลาย เช่น ผู้ป่วยจะรู้สึกสงบ รู้สึกสบาย หรือรู้สึกง่วง เป็นต้น

โทแมน (Toman, 1980) เสนอวิธีการทดสอบผลทางด้านสรีระให้ผู้ป่วยที่ฝึกให้มีการผ่อนคลายไว้ดังนี้

1. ยกแขนผู้ป่วยและประเมินระดับของการผ่อนคลาย
2. สังเกตเหงื่อของผิวหนัง มีการพัก และไม่กระพริบ
3. ซากกรไกรล่างหย่อน อ้าปากเล็กน้อย และเท้าอยู่ในลักษณะผ่อนคลายอยู่ในรูปตัว "วี" ("V" position)
4. อัตราการหายใจลดลง
5. อัตราการเต้นของชีพจรลดลงเล็กน้อย
6. ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตในระยะเวลาบีบตัว และระยะคลายตัว จะลดลง ในระหว่างการฝึกครั้งแรกและครั้งที่สาม

โดยทั่วไปแล้วผู้ที่ฝึกส่วนมากจะรู้สึกกว้างขวางและรู้สึกสบาย จะเห็นได้ว่าการทดสอบเกี่ยวกับการผ่อนคลายนั้นมีการทดสอบได้หลายวิธี พยาบาลสามารถนำเอาวิธีการต่าง ๆ เหล่านี้ไปใช้ประเมินการฝึก วิธีการผ่อนคลายให้กับผู้ป่วย ว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ การซักถามความรู้สึกและการสังเกตเป็นวิธีที่ง่ายและสะดวก ซึ่งพยาบาลไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ที่ยุ่งยากและซับซ้อนช่วยในการประเมิน

สรุปว่า การประเมินการผ่อนคลาย นั้นมี 2 วิธี คือ

1. จากการสัมภาษณ์

1.1 ผู้ที่ฝึกหรือปฏิบัติการผ่อนคลายบอกเล่า เป็นประสบการณ์ส่วนตัวบุคคล เช่น ความรู้สึกสบายใจ โលง ร่างกายเบาเคลื่อนไหวได้คล่องแคล่วมากขึ้นกว่าก่อนฝึก เป็นต้น ความสุขที่แต่ละบุคคลบรรยายออกมานั้นมักใช้เป็นเครื่องแสดงถึงภาวะการผ่อนคลาย

1.2 สอนถามจากความรู้สึกอันเนื่องมาจากอาการทางกายหรืออาการทางจิตใจ อารมณ์ ที่เกิดจากความเครียดทั้งทางตรง ทางอ้อม เช่น การนอนไม่หลับ ความเจ็บปวด อาการปวดศีรษะ ฯลฯ โดยอาจจะใช้แบบวัดที่สร้างขึ้น

2. จากการสังเกต

2.1 ผู้ฝึกหรือปฏิบัติสังเกตเอง เช่น การบอกลับทางชีววิทยา ได้แก่ การใช้เทปสี การวัดอุณหภูมิบนผิวหนัง โดยอาจจะแสดงให้เห็นในรูปของ เซ็มมอเตอร์เสียง ฯลฯ

2.2 ผู้ประเมินสังเกตจากผลทางสรีระที่มีการผ่อนคลาย ตามวิธีการของโทแมน (Toman) ได้แก่ การยกแขนผู้ปฏิบัติแล้วปล่อยลง พบว่า ไม่มีการต่อต้าน สังเกตหน้าตา ขากรรไกรล่างจะหย่อน อ้าปากเล็กน้อย และทำอยู่ในลักษณะตัววี อัตราชีพจร การหายใจ

2.3 สังเกตจากอาการหรือพฤติกรรมอันเนื่องมาจากโรคหรืออาการ ที่เกิดจากสาเหตุของความเครียดทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น พฤติกรรมที่เกิดจากความวิตกกังวล อาการหายใจลำบาก ฯลฯ

2.4 สิ่งเกิดจากอาการที่เกิดขึ้น โดยใช้เครื่องมือตรวจจับ เช่น ความดันโลหิต ความตึงตัวของกล้ามเนื้อตามร่างกาย คลื่นสมอง ซึ่งจะเปลี่ยนจากจังหวะที่สับสนวุ่นวายของเบต้า (Beta waves) มาเป็นอัลฟา (Alpha waves)

สรุปได้ว่า มิติของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค พยาบาลมีบทบาทเด่น เป็นครูให้ความรู้แก่มารดาหลังคลอด ซึ่งมีบุตรป่วย เป้าหมายอยู่ที่การสอนให้ตระหนักถึงอันตรายของการเกิดโรคหรืออาการที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวล เข้าใจถึงความเสี่ยงที่ตนมีอยู่ พยาบาลจะต้องให้ความรู้ในการจัดการกับปัญหาเหล่านี้ รวมทั้งการพักผ่อน อาหาร การออกกำลังกาย และปัจจัยอื่น ๆ ควรแนะนำและช่วยเหลือในการปฏิบัติการณ์ผ่อนคลาย ซึ่งจะช่วยให้ผ่อนคลายง่ายขึ้น ลดความวิตกกังวล ลดความเจ็บปวด เพราะวิธีการผ่อนคลายเป็นแนวทางที่คนเราใช้ควบคุมตนเอง (self control) เป็นการดูแลตนเอง ที่มุ่งส่งเสริมตามหลักของการพึ่งตนเอง และเป็นกลวิธีของการสาธารณสุขมูลฐาน สามารถนำไปใช้ได้ทั้งในคนปกติและผู้ที่มีความเจ็บป่วย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย