

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดครรภ์แรกระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพพร้อมกับการฟังดนตรีกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจาก ตำรา วารสาร บทความ และงานวิจัยต่างๆในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล
2. แนวคิดเกี่ยวกับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
3. แนวคิดเกี่ยวกับดนตรีบำบัด
4. การดูแลหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด: บทบาทพยาบาล
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นอารมณ์ขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่พบได้ตั้งแต่วัยทารกและต่อเนื่องไปจนตลอดชีวิต ความวิตกกังวลเปรียบเสมือนสัญญาณเตือนภัยให้บุคคลทราบว่า เริ่มมีความไม่สมดุลเกิดขึ้นแล้วในจิตใจ จำเป็นที่บุคคลต้องกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อรักษาสมดุลทางอารมณ์ไว้ (Stuart, 1995)

1.1 ความหมายของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล (anxiety) มีรากศัพท์จากภาษาละตินคือ *anxietas* หมายถึง ปัญหาในจิตใจ (Wilson-Barnett, 1992) ได้มีนักวิชาการหลายท่านให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ โดยแกรแฮมและคอนลีย์ (Graham & Conley, 1971) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นภาวะทางอารมณ์ที่เกิดความกดดัน ความกลัว ความหวาดหวั่น หรือความไม่สบายใจหงุดหงิดต่อเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นหรือเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ในขณะนั้น ซึ่งสาเหตุของความวิตกกังวลไม่สามารถบอกได้แน่ชัด ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะเป็นปฏิกิริยาที่เป็นสัญญาณเตือนว่าเกิดความผิดปกติ และมีสิ่งคุกคามขึ้นกับบุคคล มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมที่สามารถรับรู้ได้ (โธมสัน กิตติศัพท์, 2536) เช่นเดียวกับ สปีลเบิร์ก (Spielberger, 1976) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ว่า เป็นความรู้สึกถึงความตึงเครียด หวาดหวั่น กลัวและกังวลของบุคคล จะกระตุ้นให้ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานเพิ่มมากขึ้น ความวิตกกังวลเกิดจากการประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบว่าคุณคามหรืออาจทำให้เกิดอันตรายต่อตนเองและทารกในครรภ์ โดยสิ่งคุกคามอาจมีจริงหรืออาจเป็นสิ่งที่คาดการณ์ล่วงหน้า นอกจากนี้ คาร์เพนิโต (Carpenito, 1989 cited in Mynchenberg & Dungan, 1995) กล่าวว่าความวิตกกังวลเป็นภาวะที่บุคคลหรือกลุ่มคนมีความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น และกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติให้ตอบสนองต่อความรู้สึกคลุมเครือและสิ่งเร้าที่คุกคาม

จากความหมายของความวิตกกังวลที่กล่าวมาข้างต้น ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ความหมายของความวิตกกังวลตามแนวคิดของสปีลเบิร์กว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกไม่สบายใจ หงุดหงิด ตึงเครียด หวาดหวั่น กลัวและกังวล ซึ่งสาเหตุของความวิตกกังวลไม่สามารถบอกได้แน่ชัดและจะกระตุ้นให้ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานเพิ่มขึ้น ความวิตกกังวลเกิดจากการประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบว่าคุณคามหรืออาจทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง โดยสิ่งที่คุกคามอาจเกิดขึ้นจริงหรืออาจเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้า ในการศึกษาครั้งนี้จะศึกษาความวิตกกังวล ซึ่งเกิดจากการตอบสนองต่อภาวะเครียดจากเหตุการณ์ที่มาคุกคาม คือ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนถึงกำหนดคลอด ความวิตกกังวลเป็นประสบการณ์ของบุคคลที่เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวันโดยเฉพาะเมื่อเกิดการเจ็บป่วย การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดก่อให้เกิดผลกระทบต่อน้องตั้งครรภ์ เป็นอย่างมากทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ดังที่กล่าวมาข้างต้น สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความวิตกกังวลและส่งผลเสียแก่หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ทำให้เสี่ยงต่อการสูญเสีย ดังนั้นการ

เข้าใจถึงภาวะความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะทำให้สามารถให้ความช่วยเหลือและบรรเทาความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้

1.2 สาเหตุของความวิตกกังวล

บุคคลที่มีความวิตกกังวล บางคนสามารถบอกถึงสาเหตุได้ชัดเจนแต่บางคนไม่สามารถบอกได้ ความวิตกกังวลมีสาเหตุทั้งจากภายในและภายนอกตัวบุคคล ซึ่งอาจมีสาเหตุจากความคับข้องใจ ความรู้สึกขัดแย้งในใจ ความเครียด ความไม่แน่ใจ ความรู้สึกผิด หรือจากการที่ความปรารถนาหรือแรงขับไม่ได้รับการตอบสนอง (Luckmann & Sorensen, 1980) ซึ่งสรุปสาเหตุของความวิตกกังวลไว้ดังนี้

1.2.1 ความไม่สุขสบาย หรือการที่ความต้องการไม่ได้รับการตอบสนองหรือทำให้ไม่พอใจ

1.2.2 พัฒนาการ พัฒนาการในช่วงวัยต่าง ๆ จะทำให้บุคคลเผชิญกับความรู้สึกของการแยกจาก (separate) ทำให้บุคคลมีความรู้สึกวิตกกังวล นอกจากนี้พัฒนาการทำให้พบกับสถานการณ์ที่มีลักษณะคุกคามเป็นอันตราย เช่น ในระยะพัฒนาการในวัยเด็กจะเกิดความรู้สึกกลัว การสูญเสียมารดา การเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดจากพัฒนาการในวัยต่างๆ สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่บุคคล

1.2.3 การที่ต้องเผชิญเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิต เช่น การเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การต้องเข้ารับการรักษา บุคคลจะเกิดความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลต่ออาการที่แสดงออกมา ความบกพร่องของอวัยวะในร่างกาย นอกจากนี้ถ้าแหล่งประโยชน์ที่จะใช้ในการแก้ปัญหาไม่เพียงพอ บุคคลจะรับรู้ถึงสัญญาณอันตราย และรับรู้ว่าการณ์นั้นมีความหมายต่อตนเอง เกิดการเตรียมที่จะสู้หรือหนี (fight or flight) ถ้าเหตุการณ์ที่คุกคามนั้นยังคงอยู่เป็นระยะเวลาอันยาวนาน ความวิตกกังวลจะเพิ่มมากขึ้น บุคคลต้องแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

1.2.4 การต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ทำให้บุคคลเกิดการปรับตัว ก่อให้เกิดความเครียด และเกิดความวิตกกังวลขึ้น เช่น การแต่งงาน การมีบุตร การคลอด การหย่าร้าง เป็นต้น

นอกจากนี้ประสบการณ์สามารถก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้ โดยประสบการณ์ที่มีผลทำให้เกิดความวิตกกังวล แบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ

1.2.5 ประสบการณ์ในอดีต ความวิตกกังวลจะมีสะสมในตัวบุคคลมาตั้งแต่เด็ก เช่น สัมผัสอาการหวางมารดาและทารก มารดาที่เคร่งเครียด มีสีหน้าท่าทางที่กังวลจะมีผลทำให้เด็กเกิดความรู้สึกที่ไม่มั่นคง อิทธิพลของครอบครัวเป็นจุดเริ่มต้นของความวิตกกังวลในวัยเด็ก สิ่งสำคัญก็คือทัศนคติของบิดามารดาที่มีต่อบุตรของตน สายตาที่เย็นชา การตีตบ การเกลียดชัง หรือการบังคับ สิ่งเหล่านี้ทำให้เด็กเกิดความคับข้องใจ รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ตกอยู่ในภาวะของความวิตกกังวล เมื่อโต

ขึ้น ต้องมาเกี่ยวข้องกับบุคคลอื่น ๆ ที่ตนต้องพึ่งพา เช่น แพทย์ และพยาบาล เป็นต้น ท่าทีและการปฏิบัติที่ได้รับจะทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกวิตกกังวลเพิ่มขึ้นได้

1.2.6 ประสบการณ์ในชีวิตประจำวัน ชีวิตประจำวันของคนเราจะมีเหตุการณ์ต่างๆ เกิดขึ้นเสมอ ปัญหาประจำวันมักทำให้เกิดความไม่พึงพอใจในความต้องการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งก่อให้เกิดความวิตกกังวล ที่พบบ่อยได้แก่ ปัญหาการเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงในชีวิต เช่น การตั้งครรภ์ การคลอด เป็นสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้

1.3 ชนิดของความวิตกกังวล

สปีลเบิร์ก (Spielberger, 1976) ได้แบ่งความวิตกกังวลเป็น 2 ชนิด คือ ความวิตกกังวลแบบแฝง (Trait-Anxiety) และความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State-Anxiety)

1.3.1 ความวิตกกังวลแบบแฝง (Trait-Anxiety) คือความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล เป็นลักษณะที่ค่อนข้างคงที่และจะปรากฏออกมาในลักษณะของบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล และจะเป็นตัวเสริมหรือตัวประกอบของความวิตกกังวลขณะเผชิญในแต่ละครั้งที่เกิดขึ้น เช่น เมื่อมีสิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจหรือจะเป็นอันตรายมากกระตุ้น บุคคลที่มีความวิตกกังวลแบบแฝงค่อนข้างสูงจะรับรู้สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรือจะเกิดอันตรายได้เร็วกว่าผู้ที่มีระดับความวิตกกังวลแบบแฝงต่ำ

1.3.2 ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State-Anxiety) คือความวิตกกังวลซึ่งเกิดขึ้นในเวลาเฉพาะเมื่อมีสถานการณ์เฉพาะหรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่จะทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรือเกิดอันตรายมากกระตุ้น และแสดงพฤติกรรมโต้ตอบที่จะสามารถสังเกตได้ในช่วงระยะเวลาที่ถูกกระตุ้นนั้น เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกตึงเครียด ไม่สุขสบาย หวาดหวั่น กระวนกระวาย ระบบการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติตื่นตัวสูง ความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับอุปนิสัยและประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล

1.4 ระดับความวิตกกังวล

สามารถแบ่งระดับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลทั้งในด้านความรู้สึกและพฤติกรรมที่แสดงออกได้เป็น 4 ระดับ (Peplau, 1968 cited in Varcarolis, 1998) คือ

1.4.1 ความวิตกกังวลในระดับน้อย (mild anxiety) เป็นความวิตกกังวลในระดับปกติที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ความวิตกกังวลระดับนี้ จะทำให้บุคคลตื่นตัว พยายามที่จะค้นหาแหล่งประโยชน์เพื่อใช้ในการแก้ปัญหาให้ตีมีประสิทธิภาพ อาการทางร่างกายที่แสดงออกมาเมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย คือ รู้สึกไม่ค่อยสุขสบาย นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย หรือมีพฤติกรรมที่แสดงถึงความตึงเครียดเล็กน้อย เช่น กัดเล็บ ใช้นิ้วมือเคาะโต๊ะ เป็นต้น

1.4.2 ความวิตกกังวลในระดับปานกลาง (moderate anxiety) เมื่อมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น จะทำให้การรับรู้ข้อมูลและความสามารถในการสังเกตรายละเอียดลดลง สามารถที่จะเห็นรับรู้และเข้าใจข้อมูลต่างๆ ได้ลดลง การเรียนรู้และการแก้ไขปัญหายังสามารถทำได้แต่ไม่เต็มประสิทธิภาพสูงสุด อาการทางด้านร่างกายที่ปรากฏออกมาเมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง คือ มีความตึงเครียด มีชีพจร และอัตราการหายใจเพิ่มขึ้น เหงื่อออก ปวดศีรษะ ปวดปัสสาวะ

1.4.3 ความวิตกกังวลระดับสูง (severe anxiety) ความวิตกกังวลระดับนี้จะทำให้บุคคลมีการรับรู้ลดลงมาก ไม่สามารถจดจำรายละเอียดได้ ไม่สามารถเรียนรู้และแก้ไขปัญหาได้ มีอาการมึนงงและสับสน จะมีการปวดศีรษะ คลื่นไส้ เวียนศีรษะ นอนไม่หลับอย่างรุนแรง มีอาการใจสั่น อาจมีอาการหายใจเร็ว บุคคลจะแสดงพฤติกรรมเป็นไปโดยอัตโนมัติเพื่อบรรเทาความวิตกกังวล

1.4.4 ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (panic anxiety) บุคคลจะรับรู้ต่อสถานการณ์สิ่งแวดล้อมต่างๆ บิดเบือนไปจากความเป็นจริง ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ มีอาการสับสน เอะอะวอยวาย กรีดร้อง หรือ แยกตัว มีการเห็นภาพหลอน ติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นลดลง

1.5 ผลของความวิตกกังวล

เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นจะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ดังนี้ (ซ็อลดา พันธุเสนา, 2536; Chisolm, 1988; Kneisl, 1996)

1.5.1 ผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

1.5.1.1 การเปลี่ยนแปลงทางประสาท สรีระวิทยา เมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นที่ตัวรับ สิ่งเร้าที่แรงที่มากกระตุ้นจะเคลื่อนเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง คือ สมองและไขสันหลัง แรงกระตุ้นนี้จะผ่านศูนย์กลางของสมองส่วนล่าง คือ ทาลามัส (thalamus) และผ่านเข้าสู่ไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ซึ่งเป็นศูนย์กลางของอารมณ์ไปยังสมองส่วนบน คือ cerebrum ซึ่งทำหน้าที่รับรู้สิ่งเร้าและกระตุ้นต่อม pituitary gland และ hypothalamus ทำให้ต่อม pituitary หลั่งฮอร์โมน adrenocorticotrophic hormone ไปกระตุ้นต่อมหมวกไตชั้นใน (renal medullar) ให้หลั่งฮอร์โมนคอร์ติเคิล (Cortical hormone) มีผลทำให้ร่างกายต้านทาน ต่อภาวะความวิตกกังวลได้ดีขึ้นถ้าระดับความวิตกกังวลมีเล็กน้อย ส่วนไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ซึ่งเป็นสมองส่วนที่ควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติจะส่งแรงกระตุ้นต่อไปยังต่อมหมวกไตชั้นในให้หลั่งสารอิพิเนฟริน (Epinephrine) ซึ่งมีผลทำให้ร่างกายมีการตอบสนองในการที่จะต่อสู้หรือหนี ในขณะที่แรงกระตุ้นถูกส่งไปยังสมองส่วนบน สมองส่วนนี้จะทำหน้าที่คิด โดยแยกแยะข้อมูลที่ได้ ออก แล้วเปรียบเทียบกับประสบการณ์ในอดีตที่เก็บไว้ใน hippocampus ถ้าเห็นว่าเป็นอันตรายก็จะกระตุ้นระบบ reticular activating เพื่อให้เกิดความสมดุลในขณะที่สมองส่วนบน มีการทำงานมาก ระบบนี้จะถูกกดไว้เพื่อที่จะลดไม่ใหส่งข้อมูลมาที่สมองมากเกินไป แต่ถ้าระบบนี้ทำงานไม่ได้เต็มที่ไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใดก็ตาม การส่ง

ข้อมูลเข้าสู่สมองจะเพิ่มขึ้น สมองส่วนบนจะทำหน้าที่มากขึ้นโดยไม่หยุดยั้ง จนในที่สุดผลที่ออกมาจะเกิดเป็นอาการวิตกกังวลอย่างรุนแรง

1.5.1.2 การเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี ขณะที่มีความวิตกกังวลเกิดขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีในร่างกาย โดยต่อม pituitary ส่วนหน้าจะหลั่งฮอร์โมน adrenocorticotrophic hormone ไปกระตุ้นต่อมหมวกไตชั้นนอกให้หลั่ง adrenocort hormone และทำให้มีการทำงานที่ผิดปกติ เช่น เกิดการคลังของโซเดียมมีการเผาผลาญอาหารจำพวกโปรตีน ไขมัน และน้ำตาล ในร่างกายเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ทำให้เกิดอาการกล้ามเนื้อตึงตัวปวดเมื่อยได้ ในส่วนของต่อม Pituitary ส่วนหลัง ซึ่งจะหลั่งฮอร์โมน antidiulitic เพื่อควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะให้เป็นปกติ แต่ถ้าเกิดความวิตกกังวลจะทำให้ปัสสาวะบ่อยขึ้น ส่วน hypothalamus จะส่งผ่านปลายประสาท ซิมพาเทติก (Sympathetic) ไปยังต่อมหมวกไตชั้นใน ให้หลั่งฮอร์โมนแคทีโคลามีน (Catecholamine) ประกอบด้วย อีพิเนฟริน (Epinephrine) และนอร์อีพิเนฟริน (Norepinephrine) เข้าสู่กระแสโลหิต และไปยังส่วนต่างๆของร่างกาย ทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรง ความดันโลหิตสูงขึ้น เส้นเลือดส่วนปลายหดตัว ทำให้มือและเท้าซีดเย็น

1.5.1.3 การเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา ความวิตกกังวลมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาของร่างกาย ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผลของระบบประสาทอัตโนมัติที่ทำงานโดยอิสระไม่อยู่ใต้อำนาจของจิตใจ ประกอบด้วยระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic) และพาราซิมพาเทติก (Parasympathetic) ทั้ง 2 ระบบนี้ทำงานตรงข้ามกัน ทั้งนี้เพื่อการทำงานของอวัยวะต่างๆในร่างกายอยู่ในสภาพสมดุลถึงแม้ว่า ทั้ง 2 ระบบนี้จะเกี่ยวข้องกับการเกิดอารมณ์แต่พบว่าระบบซิมพาเทติก (Sympathetic) จะมีบทบาทมากกว่า เมื่อมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง คือ ทำให้มีแคทีโคลามีน (Catecholamine) ในกระแสเลือดสูงขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง คือ หัวใจเต้นเร็วและถี่ขึ้น ความดันโลหิตสูง หายใจเร็ว ปากแห้ง เหงื่อออก ท้องผูก แต่ถ้ามีความวิตกกังวลในระดับสูงและรุนแรงแล้ว ระบบพาราซิมพาเทติก (Sympathetic) จะมีบทบาทมากกว่า ส่งผลให้หัวใจเต้นช้า ความดันโลหิตต่ำ ท้องเสีย ปัสสาวะบ่อย

1.5.2 ผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ อารมณ์และ พฤติกรรม

ความวิตกกังวลเป็นลักษณะหนึ่งของอารมณ์ที่เป็นทุกข์ เมื่อบุคคลถูกคุกคามจนเกิดความวิตกกังวล บุคคลนั้นย่อมพยายามที่จะหาทางออกเพื่อผ่อนคลายหรือ หลบหนีให้พ้นจากความวิตกกังวล ปฏิกริยาที่มีต่อความวิตกกังวลของบุคคล พบได้ทั้งทางจิตสำนึกและจิตใต้สำนึก ในภาวะที่เกิดความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย จะทำให้บุคคลตื่นตัว มีการรับรู้และตระหนักต่อสิ่งแวดล้อมมากขึ้น เกิดความตั้งใจมากขึ้น แต่ถ้ามีความวิตกกังวลมากขึ้น จะเกิดความรู้สึกกระวนกระวาย หวาดหวั่น ไม่สบายใจ ความคิดฟุ้งซ่าน หวาดกลัว เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดต่ำลง จิตใจไม่สงบ สมาธิลดลง บุคคลอาจแสดงพฤติกรรมถอยหนี (flight behavior) โดยการถอยหนีออกจากเหตุการณ์ (withdrawal) การปฏิเสธ (denial) และเกิดความซึมเศร้าได้ (Chisholm)

1.6 ความวิตกกังวลในหญิงที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

หญิงตั้งครรภ์โดยส่วนใหญ่แม้จะเป็นการตั้งครรภ์ปกติก็ตาม มักจะรู้สึกวิตกกังวลเนื่องจากการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์แรก เนื่องจากยังไม่เคยมีประสบการณ์การตั้งครรภ์มาก่อน ความวิตกกังวลนั้น เนื่องมาจากความรู้สึกเกี่ยวกับตนประการหนึ่งและอีกประการหนึ่งของความรู้สึกเกี่ยวกับทารกในครรภ์ (Croteau, 1990) ความรู้สึกเกี่ยวกับตน ได้แก่ ความคาดหวังว่าตนจะสามารถตั้งครรภ์ได้จนครบกำหนดแต่ขณะเดียวกันก็เกิดความไม่แน่ใจ ว่าตนจะกระทำสำเร็จหรือไม่ จะมีความผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นกับตนในระหว่างตั้งครรภ์หรือไม่ ครุ่นคิดเกี่ยวกับบทบาทใหม่ของตนส่วนความรู้สึกเกี่ยวกับทารกในครรภ์นั้น หญิงตั้งครรภ์จะวิตกกังวลต่อสุขภาพของทารกในครรภ์ว่าจะมีความสมบูรณ์แข็งแรงหรือไม่ รวมทั้งเพศของบุตรเป็นตามความคาดหวังของตนหรือสามีหรือไม่ ต่อมาเมื่อหญิงตั้งครรภ์มีความผิดปกติจะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่าทำให้เกิดประสบการณ์ ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลในระดับสูงกว่าปกติ

รูบิน (Rubin) กล่าวว่า การตั้งครรภ์เป็นช่วงเวลาของการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจเป็นพัฒนาการเฉพาะของการเป็นมารดา (Maternal tasks) ที่สมบูรณ์ หญิงตั้งครรภ์มีความต้องการผ่านประสบการณ์นี้ไปอย่างอบอุ่นและปลอดภัย เป็นไปในทางที่ดี มีคนระดับประคองสนับสนุนให้กำลังใจถ้ามีเหตุการณ์ที่คุกคามหรือรู้สึกเป็นอันตรายต่อตัวหญิงตั้งครรภ์ หรือและทารกในครรภ์แล้ว หญิงตั้งครรภ์จะรู้สึกวิตกกังวลและต้องปรับตัว (Loos & Julius, 1989) จากการศึกษาของมัวร์ (Moore, 1983) พบว่าในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ มีประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดที่ไม่น่าพึงพอใจ เช่น มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ทารกคลอดก่อนกำหนดหรือตายในครรภ์ เหล่านี้ล้วนเป็นประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลในระดับสูง เนื่องจากรู้สึกว่าการตั้งครรภ์ไม่เป็นไปตามที่คาดหวังไว้รู้สึกด้อยคุณค่า กังวลเกี่ยวกับความอยู่รอดของตน และทารกในครรภ์ นอกจากนี้บางคนจะรู้สึกผิด ต่ำหนืดตนเองว่าเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยหรืออาจรู้สึกล้มเหลวถ้าไม่สามารถตั้งครรภ์หรือคลอดได้ตามปกติบางคนรู้สึกสองฝักสองฝ่าย (ambivalence) ว่าตนจะสามารถผ่านการคลอดไปได้โดยปลอดภัย หรืออาจประสบอันตรายต่อตนเองและบุตร (Jones, 1979 อ้างถึงใน ยาวลักษณะ เสรีเสถียร, 2530) และยังเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เสี่ยงอันตรายต่อทารกในครรภ์ หญิงตั้งครรภ์จะกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของทารกในครรภ์และรู้สึกผิดมากยิ่งขึ้น กังวลเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยเพื่อค้นหาปัญหา ทำให้เกิดความกลัว กลัวต่อการสูญเสีย มีความวิตกกังวลสูงขึ้น (Bobak, 1992)

สำหรับหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดพบว่าสิ่งแรกที่กังวล คือทำอย่างไรให้สามารถตั้งครรภ์จนกระทั่งครบกำหนดได้ โอกาสที่จะคลอดก่อนกำหนดเป็นสิ่งที่หญิงตั้งครรภ์ไม่คาดคิดหรือเตรียมการไว้ก่อน เปรียบเสมือนภาวะช็อค (Kaplan & Mason, 1960) และการจากการศึกษาของแมคเคย์และคอสเตอร์-ชูลท์ส (Mackey & Coster-schultz, 1992) พบว่าหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจะรอช่วงเวลาการพบแพทย์ การดูแลจากครอบครัว เมื่อเกิดอาการกังวลเกี่ยวกับทารก และ

ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ นอกจากนั้น การเข้ารับการรักษาทำให้ต้องถูกแยกจากครอบครัว ว่าเหว่ เบื่อหน่าย สูญเสียพลังอำนาจ (Loos & Julius, 1989) รู้สึกขาดความเป็นส่วนตัว ปฏิบัติกิจกรรมตามกำหนดเวลาของโรงพยาบาลปรับบทบาทมาเป็นผู้ป่วย รู้สึกไม่สุขสบายทางกายและไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียงของยา กังวลเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล (Waldron & Asayama, 1985) หญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต้องปรับตัวต่อภาวะวิกฤติ 2 ประเด็น คือ การพยายามทำให้กระบวนการตั้งครรภ์ดำเนินไปด้วยดีและปรับตัวต่อการรักษาที่ได้รับ (Waldron & Asayama, 1985) จากการศึกษาของอูมาน และแบลค (Aumann & Blake, 1982) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการหดตัวของมดลูกมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย วิตกกังวล ความรู้สึกไวต่อสิ่งกระตุ้น เป็นสาเหตุให้เกิดความบกพร่องของการควบคุมจิตใจได้ ความรู้สึกเหล่านี้ เกิดขึ้นถึงแม้ว่าหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจะเข้าใจดีว่าภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจำเป็นต้องใช้ยาและต้องรักษาในโรงพยาบาลก็ตาม

แมคเคน และเดียร์ทริก (McCain & Deatric, 1994) ศึกษาถึงปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่าปฏิกิริยาตอบสนองด้านอารมณ์มี 3 ระยะ คือ

1.6.1 รู้สึกไม่มั่นคง เนื่องจากไม่แน่ใจ ต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์จะแสวงหาข้อมูลเพื่อหาสาเหตุการวินิจฉัยของแพทย์ แสวงหาความปลอดภัยและการดูแล

1.6.2 รู้สึกวิตกกังวลเพิ่มขึ้น เกิดเมื่ออาการแย่ง หรือถูกจำกัดกิจกรรม เช่น การนอนพักบนเตียง เช่น อาการผิดปกติทางกาย และการได้รับยาขับยั้งการหดตัวของมดลูก ระยะนี้หญิงตั้งครรภ์ต้องการการสนับสนุน ประคับประคองจากพยาบาล แต่พยาบาลมักดูแลในด้านปัญหาทางการแพทย์มากกว่าการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์

1.6.3 รู้สึกว่าตนเองไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หญิงตั้งครรภ์ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับ โอกาสที่ทารกในครรภ์จะรอดชีวิตและการดูแลที่ทารกในครรภ์จะได้รับ

นอกจากนี้สภาพแวดล้อม บรรยากาศของโรงพยาบาลการติดอุปกรณ์เพื่อสังเกตอาการของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ที่ไม่พบในหญิงเจ็บครรภ์คลอดปกติ จะยิ่งทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกถึงสถานการณ์เลวร้ายที่อาจเป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์ (Kaplan & Mason, 1960) รวมทั้งการติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ การถูกจำกัดกิจกรรมทำให้เกิดความเบื่อหน่าย เหนื่อยล้าและความเครียดเพิ่มขึ้นด้วย (Guppon, et al., 1997)

จึงอาจพอสรุปสาเหตุที่ทำให้หญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีความวิตกกังวลเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คือ

1.6.4 การเจ็บป่วยโดยตรง หญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจะวิตกกังวลและเริ่มกลัวเกี่ยวกับอาการของตน กลัวต่อการคลอดก่อนกำหนด กลัวบุตรในครรภ์เสียชีวิต มีการคาดการณ์ไปในทางเลวร้าย บางครั้งอาจรู้สึกขัดแย้งต่อการปรับบทบาทปกติสู่การเป็นผู้ป่วย

1.6.5 สภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล การรู้สึกถูกแยกจากครอบครัว รู้สึกสูญเสียรูปแบบการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การถูกจำกัดกิจกรรม การพักผ่อนเพียง รู้สึกความเป็นสัดส่วนน้อยลง นอกจากนี้ยังรู้สึกแปลกสถานที่ แปลกหน้า ไม่นึกเคยต่อการสื่อสารทั้งกับเจ้าหน้าที่และหญิงตั้งครรภ์อื่น

1.6.6 วิธีการรักษาเฉพาะทั้งการตรวจเลือด ตรวจพิเศษเพื่อดูสภาพของทารกในครรภ์รวมทั้งการได้รับยาซึ่งมีฤทธิ์และอาการข้างเคียง เหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุให้เกิดความรู้สึกไม่คุ้นเคย กลัว และวิตกกังวลได้

1.6.7 ภาวะเศรษฐกิจ ทั้งการพักรักษาในโรงพยาบาล และการตรวจพิเศษต่างๆ อาจทำให้เกิดปัญหาค่าใช้จ่ายทำให้ต้องครุ่นคิด วิตกกังวลได้

1.6.8 สภาพครอบครัวและสังคม หญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจะรู้สึกถูกแยกจากครอบครัว เหงา ว้าเหว่ นอกจากนี้ยังต้องละทิ้งงานที่เคยทำ เป็นเหตุให้วงหน้าพะวงหลัง ห่วงบุตรและคนอื่นๆ ที่อยู่บ้าน เป็นต้น

1.7 การประเมินระดับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลสามารถประเมินได้หลายวิธี สปิลาเบร์กได้เสนอแนะว่าผู้ประเมินควรพิจารณาเลือกวิธีการประเมินให้เหมาะสม ซึ่งสามารถกระทำได้ 2 ด้าน (Wilson-Barnet, 1992) คือ

1.7.1 การประเมินการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระวิทยา เป็นการประเมินทางด้านร่างกาย โดยวัดจากการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต อัตราการหายใจ การขยายของม่านตา เป็นต้น ซึ่งต้องใช้เครื่องมือต่าง ๆ ช่วยในการวัด แต่การวัดแบบนี้แลตเดอร์ (Lader, 1975 cited in Wilson-Barnet, 1992) กล่าวว่า เป็นการลำบากในการวัดความวิตกกังวลโดยวิธีนี้ เนื่องจากระดับความวิตกกังวลอาจไม่สัมพันธ์กับอาการที่แสดงออกของบุคคล

1.7.2 การประเมินด้านจิตใจ ประกอบด้วย การประเมิน 2 วิธี คือ

1.7.2.1 การสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavior measure of anxiety) เป็นการสังเกตพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปในด้านการเคลื่อนไหว คำพูด การรับรู้ เนื่องจากความเชื่อที่ว่าพฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคลเป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนออกมาจากอารมณ์ภายใน ทำให้บุคคลอื่นสามารถสังเกตเห็นได้ เช่น มีอาการกระสับกระส่าย มือสั่น ถอนหายใจ พุดรัวเร็ว หรือร้องไห้ เป็นต้นพยาบาลจึงสามารถประเมินความวิตกกังวลได้จากการสังเกตพฤติกรรมต่างๆ เหล่านี้ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของรัชแมน (Rachman, 1974 cited in Wilson-Barnet, 1992) พบว่า การสังเกตความวิตกกังวลจากการแสดงออกทางสีหน้า ไม่สามารถแยกได้จากอารมณ์อื่นๆ เช่น ความกลัว ความเจ็บปวด นอกจากนี้การแสดงออกของพฤติกรรมยังขึ้นอยู่กับอายุ วัฒนธรรม และประสบการณ์พื้นฐานด้วย

1.7.2.2 การประเมินด้วยการให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self – report measure of anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวล ซึ่งเป็นความรู้สึกที่ตนเองรับรู้ โดยใช้แบบสอบถามให้ตอบตามความรู้สึกของตนเอง แล้วจึงนำมาประเมินระดับความวิตกกังวล เครื่องมือที่นิยมใช้ในการประเมินแบบนี้ ได้แก่ แบบสอบถามความวิตกกังวล (The state-Trait Anxiety Inventory) ของ สปิลเบิร์ก (Spielberger, 1970) ประกอบด้วยแบบสอบถามที่ใช้วัดความวิตกกังวล 2 ประเภท (Spielberger, 1975)

1.7.2.2.1 แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety Inventory or A-state Inventory) เป็นแบบประเมินความรู้สึกที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาขณะหนึ่งของบุคคล ในสถานการณ์หนึ่งๆ มี 20 ข้อคำถาม โดยจะวัดเกี่ยวกับความรู้สึกตึงเครียด กระวนกระวาย กังวล และหวั่นใจ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับสภาวะที่ไม่สงบ ไม่มั่นคงปลอดภัย ไม่พอใจของบุคคล และวัดการไม่มีความรู้สึกดังกล่าวด้วย ในขณะที่เดียวกันคะแนนจะเพิ่มขึ้นในสถานการณ์ที่เครียดซึ่งบุคคลรู้สึกว่าคุณคุกคาม

1.7.2.2.2 แบบสอบถามความวิตกกังวลแฝง (Trait Anxiety Inventory or A-Trait Inventory) เป็นการประเมินบุคลิกภาพของบุคคลมี 20 ข้อคำถาม วัดความรู้สึกต่างๆไปของบุคคล ซึ่งค่อนข้างคงที่ ไม่เปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ที่เครียด

สำหรับการศึกษานี้ เนื่องจากความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในขณะที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นลักษณะของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นชั่วคราวในช่วงเวลาขณะหนึ่งของบุคคลในสถานการณ์ที่เครียดเท่านั้น ไม่ใช่ลักษณะของความวิตกกังวลแฝงที่มีลักษณะค่อนข้างคงที่ประจำตัว ไม่เปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ที่เครียด และถึงแม้ว่าความวิตกกังวลแฝงจะเป็นตัวเสริมความวิตกกังวลขณะเผชิญในแต่ละครั้งที่เกิดขึ้น แต่จากการศึกษาพบว่า ในภาวะที่ได้รับอันตราย เช่น ความเจ็บปวดหรืออันตรายทางร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของความวิตกกังวลขณะเผชิญไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลแฝง (Hodges & Felling, 1970 cited in Spielberger, 1975) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญของสปิลเบิร์กวัดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเพียงอย่างเดียว

1.8 วิธีลดความวิตกกังวล

ระดับความวิตกกังวลที่สูง ก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อร่างกายและจิตใจอย่างมาก การบรรเทาความวิตกกังวลให้อยู่ในระดับที่สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยลดความรุนแรงที่เกิดจากความวิตกกังวลได้ วิธีบรรเทาความวิตกกังวลมี ดังนี้

1.8.1 วิธีลดความวิตกกังวลโดยใช้ยา การใช้ยาเพื่อบรรเทาความวิตกกังวลจะใช้ในผู้ที่มีระดับความวิตกกังวลรุนแรงที่สุด (panic anxiety) แต่แพทย์ผู้รักษาบางท่านอาจใช้ยาเพื่อบรรเทาความวิตกกังวลตั้งแต่เริ่มมีความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย (Barry, 1996) ยาที่บรรเทาความวิตกกังวล

เรียกว่า antianxiety agents หรือ anxiolytic drug ในปัจจุบันยังไม่มียาตัวใดที่ใช้เป็นยาต้านความวิตกกังวลที่ได้ผลดีเนื่องจากยาแต่ละตัวมักมีข้อเสียไม่มากนักน้อย ยาที่ใช้ลดความวิตกกังวลแบ่งเป็นยาที่อยู่ในกลุ่ม benzodiazepine และยาที่ไม่อยู่ในกลุ่ม benzodiazepine (Carson & Arnold, 1996) ดังนี้

1.8.1.1 ยาที่อยู่ในกลุ่ม benzodiazepine ได้แก่ chlordiazepoxide (Librium) diazepam (Valium) chorazepate (Tranxene) prazepam (Prasepine) lorazepam (Ativan) alprazolam (Xanax) การออกฤทธิ์ของยาจะกดการสร้างสารสื่อประสาทในสมองส่วนลิมบิก (Limbic) และบริเวณเปลือกสมอง (cortical areas) ฤทธิ์ข้างเคียงของยากลุ่มนี้มีน้อย และไม่มีอันตรายโดยทั่วไปทำให้ง่วงนอน ความคิดช้า อาการอื่นที่พบได้แต่พบน้อย ได้แก่ สับสน วุ่นวาย ผื่นขึ้นตามผิวหนัง และคลื่นไส้อาเจียน

1.8.1.2 ยาที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่ม benzodiazepine ได้แก่ buspirone (Buspar) การออกฤทธิ์ของยาจะกดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางเล็กน้อย และยาจะจับตัวรับสารสื่อประสาท ซีโรโทนิน และโดปามีน ฤทธิ์ข้างเคียงของยาอาจทำให้ง่วง คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ตกใจง่าย ตื่นเต้นง่าย

1.8.2 วิธีลดความวิตกกังวลโดยไม่ใช้ยา จะใช้ในผู้ที่ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (moderate anxiety) ถึงระดับรุนแรง (Severe anxiety) (Barry, 1996) วิธีลดความวิตกกังวลโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ (Shives, 1994)

1.8.2.1 การสร้างจินตภาพ (imagery) จะเบี่ยงเบนความสนใจร่วมกับการผ่อนคลายในการสร้างจินตภาพ ซึ่งเทคนิคนี้ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลขณะที่ผู้ป่วยเริ่มผ่อนคลาย จะต้องสร้างภาพจากจินตนาการไปยังสถานที่หรือสิ่งๆ ที่สร้างความพึงพอใจ แต่อาจใช้ไม่ได้ผลในบุคคลที่ไม่สามารถสร้างจินตนาการได้อย่างเหมือนจริง เพราะอาจสร้างภาพในทางลบขึ้นมาแทน (ปริญญา สนิทวาทิ, 2542) และต้องอาศัยกระบวนการคิดและการทำงานของสมองค่อนข้างมากต้องมีการฝึกให้ชำนาญ จึงยากที่จะนำมาใช้กับหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

1.8.2.2 การฟังดนตรี ดนตรีมีผลต่อการรับรู้ หรือปรับเปลี่ยนอารมณ์ ที่ระบบประสาทส่วนกลาง ระดับเปลือกสมอง ซึ่งจะมีผลต่อบุคคลที่มีสติสัมปชัญญะทางด้านความสนใจ และจินตนาการทางอารมณ์ เป็นวิธีที่ง่าย ปลอดภัย ไม่ต้องฝึกฝน ทำให้ลดความตึงเครียดทางอารมณ์ แต่ต้องขึ้นกับชนิดและความชอบของผู้ฟังด้วย (Hicks, 1992)

1.8.2.3 การฝึกสมาธิ (meditation) เป็นการฝึกจิต โดยเป็นการพัฒนาในระดับจิตสำนึก เมื่ออยู่ในภavnะนี้จิตสำนึกจะตื่นตัวในขณะที่ร่างกายและจิตใจได้พักผ่อนระดับลึก ต้องมีการฝึกฝนอย่างสม่ำเสมอและต้องได้รับการฝึกจากผู้ชำนาญ

1.8.2.4 การฝึกการผ่อนคลาย (relaxation exercise) มีวิธีการหลายอย่างที่จะช่วยให้บุคคลเรียนรู้การผ่อนคลาย ขั้นตอนโดยทั่วไปของการผ่อนคลาย คือการฝึกการหายใจเข้า

ออกลึกๆ ทำให้กล้ามเนื้อแต่ละส่วนของร่างกายตึงเครียดหลังจากนั้นทำให้เกิดการผ่อนคลาย โดยเริ่มจากศีรษะไปจนถึงนิ้วเท้าและในที่สุดร่างกายทุกส่วนจะเกิดการผ่อนคลายขึ้นพร้อมๆกัน การฝึกการผ่อนคลายต้องใช้เวลาในการฝึกอย่างสม่ำเสมอและจริงจังจึงจะเกิดผล

1.8.2.5 การสะกดจิต (hypnosis) นักพฤติกรรมบำบัดบางคนจะใช้การสะกดจิต เพื่อทำให้เกิดการผ่อนคลายและการสร้างจินตภาพเพิ่มขึ้น บุคคลจะได้รับการสอนการสะกดจิตด้วยตนเองเพื่อใช้ลดความวิตกกังวลต้องกระทำโดยผู้ที่มีความชำนาญ (สุวิชัย ปรัชญาปารมิตา, 2541)

1.8.2.6 การสัมผัส (touch) การสัมผัสเป็นการสื่อสารชนิดหนึ่งที่แสดงถึงความอบอุ่น หวังดี การดูแลเอาใจใส่จากผู้สัมผัสสู่ผู้ถูกสัมผัส ทำให้ร่างกายเกิดการผ่อนคลายจึงช่วยลดความวิตกกังวลลงได้ แต่การสัมผัสต้องเหมาะสมและสอดคล้องกันทั้งทางการแสดงออกทางสีหน้าและทางคำพูด และสำหรับการพยาบาลที่ผู้หญิงสัมผัสชาย ผู้ป่วยอาจจะรับรู้และแปลความหมายของการสัมผัสไปในทางลบได้ เพราะบางคนตีความหมายของการสัมผัสเป็นการกระตุ้นทางเพศอย่างหนึ่ง (Day, 1973)

1.8.2.7 การนวดหรือการออกกำลังกาย (massage or massage) การนวดจะช่วยบรรเทาความเจ็บปวดและช่วยให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย ส่วนการออกกำลังกายสามารถช่วยระบายความตึงเครียดและความวิตกกังวล โดยช่วยให้ร่างกายหลั่งเอนโดρφิน (endorphin) ซึ่งเป็นสารแห่งความสุข ทำให้เกิดการผ่อนคลายและลดความวิตกกังวล

1.8.2.8 การเปลี่ยนสถานที่หรือสถานการณ์ (change of place or scenery) เป็นการเปลี่ยนสถานที่ไปจากแหล่งหรือสาเหตุที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล เช่น การเดินเล่น การเลี้ยงสัตว์ หรือการทำงานอดิเรก เป็นต้น

1.8.2.9 การป้อนกลับข้อมูลทางชีวภาพ (biofeedback) บุคคลสามารถที่จะติดตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงต่างๆของร่างกายตนเองได้ จากสัญญาณเสียงหรือรูปภาพที่เกิดขึ้น เทคนิคนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตนเอง เพื่อลดการตอบสนองทางสรีระวิทยา วิธีการนี้มีประสิทธิภาพในการจัดการกับสภาวะต่างๆ เช่น อาการปวดศีรษะ ความเจ็บปวด ที่เป็นผลมาจากความเครียดและความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้น

1.8.2.10 การฝึกการลดหรือขจัดความกลัว (systematic desensitization) เป็นการฝึกที่บุคคลได้เผชิญกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความกลัว ภายใต้การดูแลของผู้เชี่ยวชาญ เช่น นักจิตวิทยา นักพฤติกรรมบำบัด เป็นต้น และมีระบบการดูแลที่เป็นแบบแผน เพื่อลดความกลัวที่เกิดขึ้นอย่างผิดปกติ

การนำดนตรีมาใช้เพื่อบรรเทาความวิตกกังวล เป็นทางเลือกหนึ่งที่มีความเหมาะสมในการนำมาใช้กับหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดครรภ์แรก ที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลก่อนถึงกำหนดคลอด เพราะดนตรีสามารถดึงดูดความสนใจของหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดครรภ์แรก

ให้เบี่ยงเบนจากสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลและมุ่งความสนใจไปสู่เสียงเพลง ทำให้เกิดความเพลิดเพลิน ผ่อนคลาย โดยเฉพาะการรับฟังดนตรีเป็นวิธีที่สามารถทำได้ง่าย สะดวก และทำให้นกขี้เจี๊ยบคลออดก่อนกำหนดครั้งแรกเกิดการผ่อนคลายได้ทันที นอกจากนี้ยังไม่ต้องใช้ทักษะในการฝึกฝนปลอดภัย ส่งเสริมพัฒนาการต่อทารกในครรภ์ และในนกขี้เจี๊ยบคลออดก่อนกำหนดครั้งแรกที่มีความวิตกกังวลสูง จะมีสมาธิในการรับฟังดนตรี มากกว่าการใช้คำพูดที่ชักนำให้ผ่อนคลายในวิธีการอื่นๆ เช่น การสร้างจินตภาพ นอกจากนี้การรับฟังดนตรีโดยการใช้หูฟังจะช่วยป้องกันเสียงรบกวนจากภายนอก ที่จะมารบกวนและก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้

1.9 บทบาทของพยาบาลในการลดความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล เกิดขึ้นกับนกขี้เจี๊ยบคลออดก่อนกำหนด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนมาก่อน เป็นช่วงเวลาสำคัญมากในนกขี้เจี๊ยบคลออดก่อนกำหนด ทุกอย่าง ดังนั้นจึงเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่จะต้องชี้แนะแนวทางหรือหาวิธีการที่เหมาะสมมาใช้ เพื่อลดความวิตกกังวลของนกขี้เจี๊ยบคลออดก่อนกำหนด ในขณะนั้น ซึ่งโดยทั่วไปสามารถทำได้หลายวิธี ดังนี้

1.9.1 การสร้างสัมพันธภาพที่เปิดเผยมุม เป็นที่ไว้วางใจของนกขี้เจี๊ยบคลออดก่อนกำหนด โดยการอยู่กับนกขี้เจี๊ยบคลออดก่อนกำหนด ฟังนกขี้เจี๊ยบคลออดก่อนกำหนด อย่างสนใจ พร้อมทั้งกระตุ้นให้นกขี้เจี๊ยบคลออดก่อนกำหนด ได้พูดถึงความวิตกกังวล ความคับข้องใจ และตอบคำถามของนกขี้เจี๊ยบคลออดก่อนกำหนด อย่างตรงไปตรงมา ตลอดจนยอมรับพฤติกรรมที่นกขี้เจี๊ยบคลออดก่อนกำหนด แสดงออก

1.9.2 การลดสิ่งกระตุ้น หรือสิ่งเร้าอารมณ์ด้วยการจัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบ รบกวนนกขี้เจี๊ยบคลออดก่อนกำหนด ให้น้อยที่สุด พยาบาลต้องมีท่าทีสงบ สุขุม เพื่อส่งเสริมให้นกขี้เจี๊ยบคลออดก่อนกำหนด ได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ

1.9.3 กระตุ้นให้มีกิจกรรมอื่นๆ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจออกจากตนเอง หรือเพื่อคลายความตึงเครียด เช่น การฟังเพลง การนวด การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นต้น

1.9.4 การให้ยาคลายความวิตกกังวล ซึ่งพยาบาลต้องดูแลฤทธิ์ข้างเคียงของยา พร้อมทั้งประเมินอาการแสดงของความวิตกกังวลร่วมด้วย

1.9.5 แนะนำให้นกขี้เจี๊ยบคลออดก่อนกำหนด เกิดการเรียนรู้วิธีที่จะเผชิญกับความวิตกกังวล หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเรียนรู้ใหม่ในการแก้ไขความวิตกกังวล

1.9.6 การให้ข้อมูลและคำอธิบายแก่นกขี้เจี๊ยบคลออดก่อนกำหนด จะช่วยให้นกขี้เจี๊ยบคลออดก่อนกำหนด เกิดความเข้าใจและสบายใจขึ้น พร้อมทั้งยังทำให้นกขี้เจี๊ยบคลออดก่อนกำหนด ให้ความร่วมมือในการรักษาอีกด้วย

สำหรับการพยาบาลนกขี้เจี๊ยบคลออดก่อนกำหนด ท่ามกลางความวุ่นวายที่เกิดขึ้นเหล่านี้ บทบาทพยาบาลไม่เพียงแต่ให้การดูแลด้านร่างกายเท่านั้น พยาบาลยังต้องดูแลทั้งทางจิตใจและ

อารมณ์ควบคุมไปด้วย การจัดสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่แปลกใหม่ให้เหมาะสมและมีความหมาย จะเป็นการช่วยลดพฤติกรรมที่ผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นด้วย ดังนั้นการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลในระยะนี้จึงจำเป็นต้องหาวิธีใหม่ๆที่เป็นผลดีทั้งต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ อีกทั้งต้องคำนึงถึงความปลอดภัยและวิธีใช้ที่สะดวกไม่ต้องเสียเวลาฝึกฝน มาใช้เป็นส่วนเสริมกิจกรรมการพยาบาลให้สมบูรณ์ขึ้น ซึ่งผู้วิจัยสนใจที่จะนำดนตรีมาใช้ เพื่อช่วยสร้างบรรยากาศให้หญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด รู้สึกพอใจโดยอาศัยหลักการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยให้ออกจากความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวลในภาวะคุกคามที่เกิดขึ้น ในขณะที่การฟังเสียงดนตรี จะสามารถลดสิ่งเร้าทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากสภาพแวดล้อมในห้องคลอดและช่วยทำให้เกิดความเพลิดเพลิน

2. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

การสนับสนุนด้านข้อมูล เป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดประสบการณ์ มีผลทำให้บุคคล ครอบครัว หรือ ชุมชน ได้รับความรู้ เกิดทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้อง (Close, 1988) การให้ข้อมูลสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ นำข้อมูลที่ได้รับไปประมวลผลและเชื่อมโยงกับความรู้และประสบการณ์เดิม กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ซึ่งจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพเดิม ไปสู่พฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม และคงอยู่ถาวร (ธีรพันธ์ สิงห์เฉลิม, 2542; Duffy, 1997)

2.1 ความหมายของข้อมูล

ในทางสังคมวิทยาและจิตวิทยา ข้อมูล หมายถึง รายละเอียดเกี่ยวกับสิ่งที่เราต้องศึกษา (ปทานุกรมฉบับหลวง, 2524) ข้อมูลจะเป็นประโยชน์ต่อผู้รับเมื่อนำเอาข้อมูลนั้นไปใช้ประกอบการตัดสินใจและวางแผนเพื่อให้สามารถปรับเข้าสถานการณ์ต่างๆ (มะเดื่อ เสมอ, 2527)

ข้อมูล หมายถึง ข้อเท็จจริงหรือสิ่งที่ถือ หรือยอมรับว่าเป็นข้อเท็จจริง สำหรับใช้เป็นหลักฐานหารความเป็นจริง หรือการคำนวณ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2530)

ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ หมายถึง รายละเอียดหรือคำอธิบายเกี่ยวกับสาเหตุ และการกระทำผลที่คาดหวังจะได้รับจากการรักษา และการบริการพยาบาล รวมทั้งรายละเอียดต่างๆเกี่ยวกับการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับ ตลอดจนวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง (Perry, 1981)

การให้ข้อมูล หมายถึง กระบวนการที่ก่อให้เกิดประสบการณ์ มีผลทำให้บุคคล ครอบครัว หรือชุมชนได้รับความรู้ เกิดทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้อง (Close, 1988)

การให้ข้อมูล เป็นรูปแบบของการช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้สิ่งที่ตนเองต้องประสบล่วงหน้า จะช่วยเพิ่มความรู้สึกสามารถควบคุมตนเอง และช่วยลดความรู้สึกทรมานจากผลที่เกิดจากเหตุการณ์

นั้นเป็นการเพิ่มพลังอำนาจช่วยให้บุคคลสามารถรับรู้ และประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความจริง สามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองได้ (Lazarus and Folkman, 1984)

กระบวนการให้ข้อมูลประยุกต์มาจากทฤษฎีของการติดต่อสื่อสารซึ่ง หมายถึง การส่งต่อข้อมูลเพื่อให้ทราบว่าจะมีสิ่งใดเกิดขึ้น มีสิ่งกระตุ้นที่แน่นอนและมีการตอบสนองของคุณภาพของการให้ข้อมูลไม่ได้เกิดขึ้นกับสิ่งกระตุ้นเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นกับประสบการณ์ในอดีตของบุคคลนั้นด้วย การให้ข้อมูลเป็นรูปแบบหนึ่งของการสื่อสาร ซึ่งเป็นกระบวนการของการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่น พยาบาลต้องสื่อสารกับผู้ป่วย ผู้ร่วมงาน รวมถึงประชาชนทั่วไป ลักษณะการสื่อสารของพยาบาล มีทั้งเป็นการสื่อสารระหว่างบุคคลเป็นกลุ่มใหญ่ สื่อสารในองค์กร และการสื่อสารมวลชน เป้าหมายของการสื่อสารมีทั้งที่เป็นการสอน การแนะนำ การโน้มน้าวใจ การแลกเปลี่ยน และการแสวงหาข้อมูล เพื่อเป็นการประสานงานการวางแผน การตัดสินใจ และการสร้างความสัมพันธ์อันดี

2.2 ประเภทของข้อมูล สามารถจำแนกประเภทของข้อมูลได้ตามลักษณะดังต่อไปนี้

2.2.1 จำแนกตามเนื้อหาของข้อมูล (Johnson, 1972)

2.2.1.1 ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่ผู้ป่วยจะได้รับ (procedure information) เป็นข้อมูลที่บอกถึงเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้น อธิบายเป็นลำดับขั้นตอน ช่วยให้สามารถควบคุมความรู้ความเข้าใจต่อเหตุการณ์ (Cognitive control)

2.2.1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกที่ผู้ป่วยอาจต้องประสบ (sensory information) เป็นข้อมูลที่บอกถึงความรู้สึกที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยอธิบายถึงความรู้สึกที่ผู้ป่วยคนอื่นเคยประสบมาแล้วจากสถานการณ์เดียวกัน ซึ่งความรู้สึกนี้จะรับรู้โดยประสาทสัมผัสทั้ง 5 ช่วยให้สามารถควบคุมปฏิกิริยาตอบสนอง (response control)

2.2.1.3 ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเผชิญต่อภาวะคุกคาม (coping information) เป็นข้อมูลที่บอกถึงวิธีการต่างๆ ที่ควรปฏิบัติ อันจะเป็นผลดีต่อตนเองในสภาวะที่ต้องเผชิญกับสิ่งคุกคามต่างๆ ช่วยทำให้สามารถควบคุมพฤติกรรมได้ (behavioral control)

2.2.2 จำแนกตามลักษณะของข้อมูล (Auerbach, 1983)

2.2.2.1 ข้อมูลทั่วไป (General information) เป็นข้อมูลทั่วไป ในลักษณะกว้างๆ เนื้อหาข้อมูลคล้ายกับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่ผู้ป่วยจะได้รับ

2.2.2.2 ข้อมูลเฉพาะเจาะจง (Specific information) เป็นการให้ข้อมูลในรายละเอียดเฉพาะแต่ละสถานการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญต่อภาวะคุกคาม

2.2.3 จำแนกตามรายละเอียดของข้อมูล (วิภาภัทร ชังขาว, 2544)

2.2.3.1 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค หรือเหตุผลของการรักษา

2.2.3.2 ข้อมูลรายละเอียดขั้นตอนการตรวจรักษาที่ได้รับ

2.2.3.3 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกที่อาจเกิดขึ้นจากการตรวจรักษา

2.2.3.4 ข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเผชิญกับเหตุการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้น

2.3 วิธีการและแนวทางเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านข้อมูล

ในการสนับสนุนด้านข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องเลือกวิธีการให้เหมาะสมกับผู้รับข้อมูล เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากที่สุด โดยมีการสอน 2 วิธี ดังนี้ (Katz, 1997)

2.3.1 การสอนเป็นรายบุคคล เป็นการสอนแบบตัวต่อตัว สามารถให้ข้อมูลได้ละเอียด เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้สอนและผู้รับข้อมูล เกิดการกระตุ้นการเรียนรู้ที่เหมาะสมเป็นการให้ข้อมูลโดยยึดหลักความแตกต่างระหว่างบุคคล ในด้านความสามารถทางสติปัญญาความสนใจความต้องการ สภาวะร่างกาย อารมณ์ เพิ่มโอกาสการซักถามข้อสงสัย

2.3.2 การสอนเป็นกลุ่ม เป็นการให้ข้อมูลที่มีผู้รับข้อมูลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เป็นการให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์ระหว่างบุคคลในกลุ่ม โดยกลุ่มสามารถกระตุ้นให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้ ความรู้ แนวคิด และการปฏิบัติตัวได้

2.4 ลักษณะของข้อมูลที่ดี

ข้อมูลที่ดีต้องมีความถูกต้อง เที่ยงตรงและมีประโยชน์ มาจากแหล่งที่เชื่อถือได้ เป็นข้อมูลที่ทันสมัยและครอบคลุมเนื้อหาอย่างสมบูรณ์ ข้อมูลที่ดีจะเป็นรากฐานที่ถูกต้องในการปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องในภาวะต่างๆ ส่วนข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง จะทำให้ผู้รับข้อมูลเกิดความเข้าใจและความรู้สึกผิดๆ เมื่อนำมาใช้จะเกิดอันตรายมากกว่าการปล่อยให้ไม่ได้รับข้อมูลอะไรเลย (คมเพชร ฉัตรศุภกุล, 2522)

จากแนวคิดของ Thelma (1960) กล่าวว่า คุณลักษณะที่ดีของข้อมูลสำหรับผู้ป่วยควรมีลักษณะดังนี้ คือ

2.4.1 ข้อมูลที่จำเป็น ได้แก่ ข้อมูลที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องในขณะที่อยู่โรงพยาบาลและกลับบ้าน เช่น การวินิจฉัยโรค แผนการรักษา การปฏิบัติตนในภาวะต่างๆ เป็นต้น

2.4.2 ข้อมูลที่สนองความต้องการทางอารมณ์และจิตใจ ซึ่งจะช่วยผ่อนคลายความวิตกกังวล ความเคร่งเครียด ในขณะที่เข้ารับการรักษาพยาบาลอยู่ในโรงพยาบาล เช่น การให้คำปรึกษา แนะนำเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล คำแนะนำในปัญหาเฉพาะเรื่อง que ผู้ป่วยกำลังมีปัญหา

การสนับสนุนด้านข้อมูลเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วย มีข้อควรคำนึงถึงในการให้ข้อมูล ดังนี้

2.4.3 ประเมินภาวะอารมณ์ ความพร้อมต่อการรับรู้ ความสามารถที่จะรับข้อมูล ความต้องการข้อมูล และสาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดของผู้รับข้อมูล (Manley, 1988)

2.4.4 สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้รับข้อมูล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ โดยใช้คำพูดที่สุภาพ แสดงความจริงใจ กริยาท่าทางแสดงความเป็นมิตร และให้ความสนใจผู้รับข้อมูลมากที่สุด (Manley, 1988)

2.4.5 ควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย มีความชัดเจนไม่ควรใช้ศัพท์ทางการแพทย์ เพราะอาจทำให้ผู้รับข้อมูลแปลความหมายผิด เกิดความวิตกกังวลได้ และควรให้ข้อมูลเท่าที่จำเป็น

2.4.6 มีขั้นตอนการให้ข้อมูล เปิดโอกาสให้ผู้รับข้อมูลได้ซักถามข้อสงสัย ระบายความรู้สึก (Stanik, 1990)

2.4.7 จัดสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศให้เป็นส่วนตัวหลีกเลี่ยงสิ่งรบกวนขณะให้ข้อมูล (McGregor, Fuller and Lee, 1981)

2.5 ประโยชน์ของการให้ข้อมูล

สกิปเปอร์ (Skipper, 1975) กล่าวว่าประโยชน์ของการให้ข้อมูลไว้พอสรุปได้ดังนี้

2.5.1 ช่วยลดความวิตกกังวล ความเครียดของผู้ป่วยช่วยให้เกิดความเข้าใจและรู้สึกสบายใจขึ้น

2.5.2 ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลรักษาของแพทย์ ต่อความเจ็บป่วยที่กำลังเผชิญอยู่ จะช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพปกติได้เร็วขึ้น

2.5.3 ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี

2.5.4 ผู้ป่วยสามารถประเมินเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม

รายละเอียดเกี่ยวกับผลของการให้ข้อมูลชนิดต่าง ๆ นี้ทั้งการศึกษาในห้องปฏิบัติการ และการศึกษาในคลินิก เพื่อศึกษาว่าการให้ข้อมูลชนิดใดจะช่วยให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยมากที่สุด ซึ่งผลสรุปยังไม่แน่ชัด เพียงแต่ช่วยให้เก็บแนวทางว่าการให้ข้อมูลหลายชนิดร่วมกันอย่างเหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวมีปฏิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์และพฤติกรรม ในการเผชิญภาวะวิตกกังวลได้ดีกับการให้ข้อมูลเพียงชนิดใดชนิดหนึ่ง อย่างเดียวและขึ้นอยู่กับคุณลักษณะของสถานการณ์ที่มาคุกคาม ข้อมูลบางชนิด ใช้ได้ผลดีกับผู้ป่วยในสถานการณ์หนึ่ง แต่อาจใช้ไม่ได้ผลกับผู้ป่วยในอีกสถานการณ์หนึ่ง (พูนศรี เหมือนคิด, 2532) กล่าวว่า ความวิตกกังวลที่เกิดจากการไม่ได้รับข้อมูลเป็นความกังวลที่เกิดขึ้นโดยไม่จำเป็น หรือไม่น่าจะทำให้เกิดขึ้น พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดและจะต้องให้บริการแก่ผู้รับบริการ ดังนั้น พยาบาลจึงควรทราบถึงความต้องการ ของผู้รับบริการ

การที่หญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดครั้งแรก ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมหรือคาดเดาได้เป็นสาเหตุของการเกิดความวิตกกังวล ดังนั้นการให้ข้อมูลก่อนที่จะต้องเผชิญกับสถานการณ์นั้นๆจะทำให้เกิดความเครียดน้อยลง (Auerbach and Martelli, 1983)

เฮย์และแอนเดอร์สัน (Hay & Anderson อ้างถึงใน ศิริกาญจน์ เมื่อกเทศ, 2527) ได้ศึกษาถึงความคาดหวังของผู้รับบริการที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่คาดหวังว่าโรงพยาบาลจะสามารถช่วยเหลือและตอบสนองความต้องการ พื้นฐานในการดำรงชีวิตรวมทั้งความต้องการที่จะได้รับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลที่ได้รับ แต่พยาบาลไม่ได้ให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความคาดหวังของผู้รับบริการ เนื่องจากรู้สึกว่าคุณรับบริการไม่ได้รับรู้เกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยที่กำลังประสบอยู่และแนวทางการรักษาพยาบาลทำให้ ผู้รับบริการเกิดความวิตกกังวลและความกลัว ซึ่ง สคิปเปอร์ และคนอื่นๆ (Skipper et al., 1975 อ้างถึงใน ศิริกาญจน์ เมื่อกเทศ, 2527) พบว่า ผู้รับบริการมีความเห็นว่าการพูดคุยและการได้รับข้อมูลจากบุคลากรในโรงพยาบาล ทำให้ทราบถึงความต้องการ ความคาดหวังของแพทย์ พยาบาล และแนวทางการเตรียมตัว การปฏิบัติตน ที่จะให้ความร่วมมือ ซึ่งสรุปได้ว่า การให้การพยาบาลร่วมกับการให้ข้อมูล เกี่ยวกับความเจ็บป่วย แผนการรักษาพยาบาลและวิธีปฏิบัติตน เพื่อให้หายจากโรคเป็นวิธีที่ดีที่สุดวิธีหนึ่งในการลดความวิตกกังวล ของผู้รับบริการ

จากการศึกษาของพอร์เตอร์ และคนอื่นๆ (Porter, et al., 1977) พบว่าข้อมูลที่คุณรับบริการต้องการในระยะ 24 ชั่วโมงแรกที่สำคัญ คือ ข้อมูลเกี่ยวกับกฎระเบียบของโรงพยาบาล ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคม รวมทั้งวิธีการปฏิบัติตัวและค่าใช้จ่ายส่วนข้อมูลที่คุณรับบริการต้องการทราบก่อนออกจากโรงพยาบาล คือ ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวการตรวจรักษาต่อเนื่องระยะเวลาและกิจกรรมที่ต้องจำกัดและยังมีการศึกษาเพิ่มเติมพบว่ายังมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับคำแนะนำเรื่องการไต่ยา ความรู้ในการปฏิบัติตัว การควบคุมอาการ (Ait, 1966) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ ลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Flokman, 1984) ที่กล่าวว่าบุคคลพยายามจะแสวงหาข้อมูลเพื่อหาแนวทางในการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม และจากการศึกษาของ อารีย์ บุญบรรรัตนกุล (2538) พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการลดความวิตกกังวล ต้องการข้อมูลและต้องการกำลังใจ และระบายความรู้สึก ซึ่ง ไลแนม และมิลเลอร์ (Lynam & Miller, 1992) ศึกษาในหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดพบว่ามีความต้องการที่สำคัญคือ ความคิดเห็น ข้อมูล เรื่องชนิดของการคลอด ข้อมูลเกี่ยวกับทารก การให้สามีอยู่ด้วยขณะคลอด เจ้าหน้าที่ตอบคำถาม อย่างตรงไปตรงมา ได้รับความมั่นใจ ถึงความปลอดภัยของทารก ได้รับคำอธิบายจากเจ้าหน้าที่และแพทย์ รวมทั้ง ต้องการทราบว่าภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเกิดขึ้นได้อย่างไร

ชลดา จันทร์ขาว (2541) ได้ศึกษาความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในหญิงที่มีการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดภายใน 24 ชั่วโมงแรก ของการนอนพักในโรงพยาบาล พบว่า ความวิตกกังวลมี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการข้อมูลค่อนข้างมาก แยกเป็นรายด้านตามลำดับ ความต้องการ ข้อมูลดังนี้

- 1) การใช้ยา ผลข้างเคียงของยา ต่อาหารกในครรภ์ และต่อตนเอง เหตุผลการใช้ยา ชนิดและวิธีการให้ยา
- 2) ภาวะสุขภาพ เช่น ภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์และตนเอง การเปลี่ยนแปลง ภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์และของตนเอง หลังการตรวจทุกครั้ง
- 3) การรักษา และการดูแล เช่น เหตุผลการรักษา ระยะเวลาและผลของการรักษา
- 4) ความรุนแรงของโรค เช่น รักษาหายหรือไม่ และอันตรายที่อาจเกิดขึ้นต่อทารกในครรภ์
- 5) ผลลัพธ์การตั้งครรภ์หรือการพยากรณ์โรค เช่น โอกาสที่จะคลอดก่อนกำหนด โอกาสที่ทารกจะแข็งแรงหากต้องคลอดก่อนกำหนด
- 6) การป้องกันโรค เช่น โอกาสที่จะกลับเป็นซ้ำ การดูแลตนเอง ต่อที่บ้านหลังการรักษา
- 7) โรคหรือการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เช่น ชื่อของโรค หรือภาวะที่กำลังจะเกิดขึ้น อาการที่เด่นชัด ของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผลของการค้นหาสาเหตุในครั้งนี้
- 8) ภาวะทางจิตใจ อารมณ์ และความรู้สึก เช่น การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ที่อาจเกิดขึ้น เป็นส่วนใหญ่ กับหญิงที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
- 9) อื่นๆ เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับ กฎระเบียบของโรงพยาบาล สภาพแวดล้อม สถานที่ เครื่องมือต่างๆ ชื่อแพทย์ พยาบาล ผู้ให้การดูแล ค่ารักษาพยาบาล

2.6 บทบาทของพยาบาลในการสนับสนุนด้านข้อมูล

การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ และการสอน เป็นบทบาทหน้าที่โดยตรงและเป็นหน้าที่ที่สำคัญของพยาบาล พยาบาลจะต้องมีการติดต่อสื่อสารข้อมูลข่าวสารกับบุคคลที่เกี่ยวข้องตลอดเวลา โดยเฉพาะกับหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การให้ข้อมูลข่าวสารจำเป็นต้องคำนึงถึงคุณภาพของการสื่อสารว่าเป็นไปตามจุดมุ่งหมายหรือไม่เพียงใด เพราะหากไม่เป็นไปตามจุดมุ่งหมายหรือขาดคุณภาพ จะได้พิจารณาแก้ไขปรับปรุงจุดบกพร่อง เพื่อป้องกันความผิดพลาด อันอาจมีผลให้หญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไม่สามารถคลายความวิตกกังวล หรือสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม การให้ข้อมูลที่จะทำให้เกิดประสิทธิภาพต่อหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พยาบาลจะต้องมีเวลาสำหรับการให้ความรู้และความเข้าใจอย่างจริงจัง มีการวางแผนการสอนอย่างมีระบบแบบแผนตามขั้นตอน มีการค้นหาปัญหาและความต้องการของหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด วางแผนการให้ข้อมูล ดำเนินการให้ข้อมูล และมีการประเมินผล (Schrankel, 1978)

สมจิต หนูเจริญกุล (2536) ได้กล่าวถึงหลักในการสอนผู้ป่วยดังนี้

2.6.1 สอนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเรียนรู้ โดยพยาบาลมีการไต่ถาม และรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วยซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง อีกทั้งรู้สึกว่าคุณพยาบาล

สนใจค้นหาความต้องการของเธอในการเรียนรู้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและนับถือในตัวยพบาล ซึ่งจะช่วยเพิ่มความสนใจในการเรียนรู้มากขึ้น

2.6.2 เนื้อหาที่สอนจะต้องสอนเสริมจากความรู้เดิม ประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลต้องนำมาพิจารณาในการตั้งเป้าหมาย และวางแผนดำเนินการสอนเพื่อเสริมให้ผู้ป่วยเรียนรู้มากขึ้น

2.6.3 ความพร้อมของผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็น สำหรับการเรียนรู้ ถ้าอ่อนเพลีย มีไข้สูง มีความวิตกกังวลสูง ซึมเศร้า สูญเสียความหวัง ย่อมมีข้อจำกัดในการเรียนรู้

2.6.4 การเรียนรู้จะเพิ่มขึ้นจากการมีส่วนร่วมและฝึกปฏิบัติโดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง โดยการพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล หรือระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน

2.6.5 การประเมินโดยการไต่ถาม จะช่วยผู้ป่วยในการเรียนรู้ และปรับพฤติกรรม ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินถึงความก้าวหน้าในการเรียน กิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำไม่ถูกต้องพยาบาลต้องชี้แจงแก้ไข แต่พยายามหลีกเลี่ยงการติเตียนแต่ให้คำชม และให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยกระทำการดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะกระทำกิจกรรมนั้นๆ ได้ดีขึ้น

2.6.6 เนื้อหา และวิธีการสอนจะต้องปรับให้เข้ากับความสามารถ ในการเรียนรู้ของผู้ป่วยแต่ละคนซึ่งแตกต่างกัน

2.6.7 การจัดควบคุมสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม และไม่ขัดขวางต่อกระบวนการเรียนรู้

2.6.8) สัมพันธภาพที่ดีและอบอุ่น ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการติดต่อสื่อสาร

2.6.9 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเอง

จะเห็นได้ว่าหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดนั้นมีความวิตกกังวลมีความต้องการข้อมูลทั้งด้านสุขภาพตนเองและทารกในครรภ์ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมต่างๆ ความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องหนทางหนึ่งที่จะช่วยให้หญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเผชิญต่อภาวะวิตกกังวลได้นั้น คือ การรับรู้ต่อเหตุการณ์ตามความเป็นจริง การได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและสอดคล้องตามความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ เพราะถ้าการให้ข้อมูลที่ไม่สอดคล้องต่อความต้องการการแก้ปัญหาย่อมไม่ประสบผลสำเร็จ แต่อาจกลายเป็นสิ่งรบกวนจิตใจ สร้างความเครียดแก่หญิงตั้งครรภ์มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ การให้ความรู้เป็นปัจจัยสำคัญในการช่วยป้องกันการคลอดก่อนกำหนดอีกด้วย (Creasy, 1993)

3. แนวคิดเกี่ยวกับดนตรีบำบัด

ดนตรี มีความเกี่ยวข้องและมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของคนมาช้านานแล้ว จากหลักฐานที่พบในสมัยกรีกโบราณและอียิปต์เมื่อ 5,000 ปี ในสมัยก่อนมนุษย์ได้นำดนตรีมาใช้ในการเวทย์มนต์คาถา โดยมีความเชื่อว่า สามารถขับไล่วิญญาณชั่วร้าย สามารถล้างบาปได้ หรือใช้ดนตรีเพื่อขอพรจากพระเจ้า ใช้ปลุกใจกองทัพในยามสงคราม และใช้ดนตรีเพื่อบำบัดโรค ในศตวรรษที่ 20 ได้มีการศึกษาค้นคว้าอย่างจริงจัง และนำดนตรีมาใช้ในการรักษาความผิดปกติทางร่างกายและจิตใจ โดยเป็นที่ยอมรับกันว่าดนตรีเป็นภาษาสากลที่สามารถใช้ติดต่อสื่อสารได้กับทุกคน ทุกระดับ ทุกเชื้อชาติ ดนตรีทำให้เกิดความรู้สึกซาบซึ้ง เกิดการเรียนรู้มีอิทธิพลทั้งต่อร่างกายและจิตใจของผู้ฟัง การนำดนตรีและกิจกรรมต่างๆทางดนตรีมาใช้ เพื่อปรับพฤติกรรมและเสริมสมรรถภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมไปถึงอารมณ์ ใช้ได้ทั้งกับบุคคลทั่วไปและผู้ป่วย การนำดนตรีมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยทางการแพทย์จึงเรียกว่า ดนตรีบำบัด (Music Therapy) (เสาวนีย์ สังฆโสมณ, 2537 อ้างถึงใน มนสกลาส วิฑูรเมธา, 2542)

3.1 ความหมายของดนตรีบำบัด

ดนตรีบำบัดเป็นการประยุกต์ใช้ศิลปะทางดนตรีอย่างมีหลักเกณฑ์ทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของดนตรีบำบัดไว้ดังนี้

Munro and Mount (1978 cited in Snyder, 1992) ให้คำจำกัดความของดนตรีบำบัดว่าเป็นดนตรีที่มีอิทธิพลและใช้ควบคุมมนุษย์ ใช้รักษาในด้านสรีระวิทยา พยาธิสรีระวิทยา และอารมณ์ ให้ผู้ป่วย จึงเป็นคำจำกัดความที่ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในงานวิจัยทางสาขาพยาบาลศาสตร์

สมาคมดนตรีบำบัดแห่งชาติ (The National Association for Music Therapy, 1977 cited in Buckwalter, Hartsock, and Gaffney, 1985) ได้อธิบายว่า ดนตรีบำบัด เป็นการใช้ดนตรีเพื่อบรรลुวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ คือช่วยให้การซ่อมแซม คงไว้และปรับปรุงสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของมนุษย์

Bunt (1994 cited in Chlan and Tracy, 1999) กล่าวว่า ดนตรีคือประสบการณ์ที่เป็นพลวัต ก่อให้เกิดการตอบสนองทั้งทางร่างกายและจิตใจ และ White (2000) ได้อาศัยแนวคิดเดิมของ Bunt ให้ความหมายของดนตรีบำบัดว่าเป็นกระบวนการที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงจากความไม่พอใจ ความไม่สุขสบาย สู่อารมณ์ที่ดีด้วยการใช้ดนตรี

Seaward (1999) กล่าวว่า ดนตรีบำบัดคือการใช้ดนตรีช่วยให้ผู้รับบริการมีการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพร่างกายและอารมณ์ และมีประสบการณ์ในการใช้กระบวนการของจังหวะและเสียงที่แตกต่างกันเพื่อการเปลี่ยนแปลงร่างกายและอารมณ์ตนเอง

ดวงดาว ดุลยธรรม (2544) กล่าวว่า ดนตรีบำบัดเป็นการประยุกต์ใช้ศิลปะทางดนตรีอย่างมีหลักเกณฑ์ทางวิทยาศาสตร์ อันได้แก่ องค์ประกอบต่างๆของดนตรีเป็นสื่อในการบำบัดรักษาผู้ป่วยทั้ง

ทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ โดยอาศัยความรู้หลายสาขา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายและจิตใจ สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้

กัลยา สรรพอุดม (2546) กล่าวว่า ดนตรีบำบัดเป็นการประยุกต์ใช้องค์ประกอบทางดนตรีอย่างมีหลักเกณฑ์เพื่อผลทางสรีระวิทยาและจิตวิทยา ในการรักษา บรรเทา ส่งเสริม ฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายและจิต ของบุคคลทั้งผู้ที่มีสุขภาพดีและผู้เจ็บป่วย

สรุป ดนตรีบำบัดเป็นการประยุกต์ใช้ดนตรีตามหลักเกณฑ์ทางวิทยาศาสตร์ ที่มีลักษณะที่ก่อให้เกิดความสงบ ผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ และลดความวิตกกังวล โดยอาศัยองค์ประกอบและคุณสมบัติของดนตรีประเภทผ่อนคลาย ในการก่อให้เกิดผลการผ่อนคลายต่อผู้รับฟัง

3.2 ผลขององค์ประกอบและคุณสมบัติของดนตรีบำบัด

ดนตรีเป็นสื่อภาษาสากลที่มีพลังอำนาจในการโน้มน้าวจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดและความจำของมนุษย์ จนถึงระดับจิตวิญญาณ (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2542) ดนตรีเป็นลักษณะของเสียงที่ได้รับการจัดเรียบเรียงไว้อย่างเรียบร้อย โดยมีแบบแผนและโครงสร้างที่ชัดเจนถือว่าเป็นวิทยาศาสตร์ประยุกต์เป็นการผสมผสานกันระหว่างศิลปะกับวิทยาศาสตร์ จึงมีคุณค่าทำให้เกิดความอบอุ่น มั่นคงทางจิตใจได้สูงกว่าเสียงที่ขาดระเบียบโดยดนตรีบำบัดที่นำมาใช้ต้องผ่านการประยุกต์อย่างมีระเบียบและที่สำคัญคือดนตรีต้องมีอารมณ์ในการที่จะสื่อไปยังผู้ฟัง (สุกรี เจริญสุข, 2532) ดังที่พลาโต (Plato cited in Lindsays, 1993) กล่าวว่า จังหวะ การประสานเสียงของดนตรีจะเป็นพลังที่ผ่านเข้าไปถึงส่วนลึกของจิตวิญญาณมนุษย์ได้ และนอกจากนี้คุณสมบัติของดนตรีมีอิทธิพลต่อผู้ฟังแตกต่างกันทั้งขึ้นอยู่กับ ชนิดหรือประเภทขององค์ประกอบของดนตรี โดยผลของดนตรีจะขึ้นอยู่กับคุณลักษณะและการเรียบเรียงของดนตรี ดังต่อไปนี้

3.2.1 จังหวะ (Rhythm) หมายถึง การเคลื่อนไหวของเสียงในช่วงเวลาหนึ่ง ดนตรีแต่ละชนิดจะมีจังหวะหรือลีลาเฉพาะที่แตกต่างกัน จังหวะเป็นส่วนประกอบสำคัญและเป็นสิ่งแรกของดนตรีหากจังหวะไม่ดีทำให้ดนตรีขาดความไพเราะ จังหวะของดนตรีจึงมีผลต่อความรู้สึกเป็นอย่างมาก (สุกรี เจริญสุข, 2532) และจังหวะดนตรีจะมีอิทธิพลต่อมนุษย์มากที่สุด สามารถกระตุ้น กลไกการทำงานของระบบต่างๆในร่างกายและทำให้เกิดการตอบสนองทางอารมณ์ได้ (Marwick, 2000) โดยลักษณะจังหวะของดนตรีผ่อนคลายจะมีจังหวะที่ช้า มั่นคง สม่ำเสมอ จะทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย เกิดอารมณ์สงบ และช่วยในการผ่อนคลาย (เสาวนีย์ สังฆโสภณ, 2537) ประโยชน์ที่ได้จากจังหวะดนตรี คือ ช่วยทำให้เกิดสมาธิช่วยในการผ่อนคลาย และการหดตัวหรือเกร็งตัวของกล้ามเนื้อส่วนต่างๆของร่างกาย (รำไพพรรณ ศรีโสภาค, 2511)

3.2.2 ระดับเสียง (Pitch) หมายถึง เสียงสูง-ต่ำ ที่มีความถี่เป็นรอบต่อวินาที (Chlan and Tracy, 1999) มีหน่วยเป็น เฮิรตซ์ (Hertz) เสียงที่มีความถี่สูง คือ เสียงสูง เสียงที่มีความถี่ต่ำ คือ เสียงต่ำ มนุษย์สามารถรับฟังเสียงที่มีความถี่ ตั้งแต่ 20-20,000 เฮิรตซ์ ซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกได้

เช่นเดียวกับจังหวะเสียงที่ต่ำมากจะให้ความรู้สึกน่ากลัว ไม่มั่นใจ สร้างบรรยากาศน่าเกรงขาม ถ้าระดับของเสียงของดนตรีมีระดับเสียงที่ต่ำ หรือทุ้มนุ่มนวล จะทำให้รู้สึกสบายผ่อนคลายและสงบ (Cook, 1981) แต่ถ้าเสียงสูงมากจะทำให้เกิดความรู้สึกตื่นเต้น เร้าใจ (เสาวนีย์ สังฆโสภณ, 2537)

3.2.3 ความดังของเสียง (Volume intensity) คือ ปริมาณความเข้มของเสียงที่วัดได้ มีหน่วยเป็นเดซิเบล (decibel) ซึ่งเสียงของดนตรีมีความหมาย โดยเสียงดังจะเร้า กระตุ้นอารมณ์ และมีผลต่อการทำงานของต่อมไร้ท่อ ซึ่งสัมพันธ์กับระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic) เสียงเบาๆ นุ่มนวล จะทำให้เกิดความสงบสุข และทำให้เกิดความรู้สึกสบายใจ (เสาวนีย์ สังฆโสภณ, 2537) ดนตรีที่มีเสียงดังสม่ำเสมอคงที่นั้นจะไปรบกวนและทำให้ผู้ฟังเหนื่อยล้าได้ เสียงเบา นุ่มนวล (soft sound) ทำให้เกิดความสงบสุข สบายใจ แต่อาจเกิดความขัดแย้งกันระหว่างเสียงเบาและเสียงดัง (The soft and the loud) ความดังของเสียงดนตรีนำมาใช้ประโยชน์ได้ กล่าวคือใช้เป็นสื่อให้เกิดสมาธิ และกระตุ้นหรือลดความรู้สึกส่วนลึกของจิตใจให้สงบหรือไม่สงบได้ตามความต้องการ รวมทั้งช่วยในการสร้างระเบียบและควบคุมตนเองให้เข้าระดับปกติได้ (ราไพพรรณ ศรีโสภาค, 2511) คนและสัตว์ จะมีปฏิกิริยาโต้ตอบกับความดังของเสียงต่างๆ การรับฟังดนตรีให้เกิดความผ่อนคลายควรใช้ความดังเบาของเสียงอยู่ในช่วง 40-60 เดซิเบล ไม่ควรเกิน 90 เดซิเบล เพราะจะก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย (Chlan, 1998) และการรับฟังเสียงที่อยู่ใกล้หูและมีเสียงที่ดังมาก อาจเป็นอันตรายต่อเยื่อแก้วหู และเป็นสาเหตุให้หูหนวกได้ (Shealy, 1996)

3.2.4 ทำนองเพลง (Melody) หมายถึง การนำเอาระดับเสียงสูง เสียงต่ำ ต่างกันมาจัดเรียงผสมผสานกับจังหวะของแต่ละเสียง (Chlan and Tracy, 1999) ไว้อย่างมีศิลปะ มีชีวิตชีวา โดยคำนึงถึงความสั้นยาวของเสียง แต่ละเสียงให้สอดคล้อง สัมพันธ์กัน ทำนองเพลง คือ แนวคิดหลัก (Theme) ของดนตรีเป็นส่วนขยายความคิดทางภาษาดนตรี ที่เปรียบเหมือนคำพูดที่เป็นวลีประโยคนั้นเองและมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกของมนุษย์ นักดนตรี หรือ นักร้อง ถ่ายทอดความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ต่างๆ ได้โดยผ่านทางทำนองเพลง การสร้างทำนองเพลงที่ดี มักจะเกิดจากแรงขับภายใน (motive) ของผู้ประพันธ์เพลงนั้นก่อนเสมอ (พิชัย ปรัชญาอนุสรณ์, 2534) ทำนองเพลงที่มีลีลาเชิงซ้ำ เสียงเป็นบรรยากาศเศร้าให้ความรู้สึกที่เศร้าได้ ตรงกันข้ามทำนองเพลงที่ประกอบด้วยจังหวะรวดเร็ว ก็ให้ความรู้สึกรื่นเริงได้ ทำนองเพลงที่มีความสอดคล้องกลมกลืนสามารถนำมาใช้ในการบำบัด จะช่วยลดความวิตกกังวลทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ความรู้สึกในส่วนลึกของจิตใจ และทำให้เกิดความคิดริเริ่ม (เสาวนีย์ สังฆโสภณ, 2537)

3.2.5 การเร่งเร้าของจังหวะดนตรี (Tempo) หมายถึง อัตราความเร็วในการเคาะจังหวะ สำหรับเพลงนั้นๆ ซึ่งนิยมนับเป็นจำนวนครั้งต่อ 1 นาที โดยทั่วไปใน 1 จังหวะ จะมีความเร็วอยู่ระหว่าง 50-120 เมโตรโนม (mm = metronome measurement หมายถึง เครื่องมือจับจังหวะดนตรีต่อนาที ซึ่งเปลี่ยนแปลงได้ตามระดับของจังหวะต่างๆ) ซึ่งใช้เทียบมาตรฐานอธิบายคร่าว ๆ โดยประมาณว่าเท่ากับการเต้นของหัวใจมนุษย์ระหว่าง 70-80 ครั้งต่อนาที เป็นจังหวะปกติจะทำให้

รู้สึกสงบผ่อนคลาย (Cook, 1981) ความเร็ว ช้าของจังหวะ เมื่อนับเทียบจากเครื่องนับจังหวะ ถ้าเร็วกว่าการเต้นของหัวใจ เรียกว่า จังหวะเร็ว (มากกว่า 80-90 ครั้งต่อนาที) จะทำให้รู้สึกตึงเครียด ส่วนจังหวะที่ช้ากว่าการเต้นของหัวใจ เรียกว่า จังหวะช้า ลักษณะจังหวะดนตรีบำบัดจะมีจังหวะที่ช้าอยู่ในช่วงประมาณ 60 ครั้งต่อนาที (Hicks, 1992) หรือ 70-80 ครั้งต่อนาที (เทียบเท่ากับการเต้นของหัวใจ) จะทำให้มีความรู้สึกสงบ สบาย และผ่อนคลาย (Johnston & Rohaly-Davis, 1996)

3.2.6 เสียงประสาน (Harmony) เป็นผลรวมจากการที่เสียงตั้งแต่ 2 เสียงดังขึ้นพร้อมๆกันเป็นการประสมประสานกันของเสียงหลายชนิดที่มีลักษณะแตกต่างกัน โดยจังหวะและทำนองที่สอดคล้องสัมพันธ์กัน ซึ่งช่วยให้เพิ่มมิติพิเศษให้ดนตรีมีความลึกซึ้งขึ้น (ไมเคิล ซอร์ท, 2539) ช่วยเกื้อหนุนความงามของบทเพลง (สุกรี เจริญสุข, 2532) เช่น การขับร้องประสานเสียง หรือการประสมประสานน้ำเสียงของเครื่องดนตรีที่ต่างชนิดกัน เสียงที่ไม่สอดคล้องกลมกลืนกันจะทำให้เกิดอารมณ์ค้าง (dissonance) ส่วนเสียงที่กลมกลืนกันจะทำให้รู้สึกปลอดภัย สบายหู รู้สึกอบอุ่น และอิสระ (दनัย, 2522 อ้างถึงใน บังอร เครียดชัยภูมิ, 2533)

3.2.7 น้ำเสียงหรือความกังวานของเสียง (Tone color or sonority) เป็นความแตกต่างทางลักษณะเสียงเพราะเสียงทุกเสียง แม้ว่าจะมีชนิดของแหล่งกำเนิดเดียวกันก็ให้ความแตกต่างทางลักษณะต่างกันได้ หรือแม้แต่จากเครื่องดนตรีต่างชนิดกันที่เล่นโน้ตเดียวกันก็มีความแตกต่างกันได้ น้ำเสียงจะช่วยให้ดนตรีมีความหลากหลาย (พิชัย ปรัชญานุสรณ์, 2534) เป็นประเด็นสำคัญที่ชี้ให้เห็นว่าผู้ประพันธ์เพลงได้ฝากความไพเราะ หรือฝากความรู้สึกเหมือนถูกกักขัง (Limbo) ไว้ในบทเพลง และผู้ที่สามารถแยกแยะน้ำเสียงได้แสดงถึงความมีสมาธิ

3.2.8 ความรู้สึกทางดนตรี (Expression of music) เป็นหัวใจของดนตรีที่ทำให้ผู้ร้องและผู้ฟังเกิดความเข้าใจ และประทับใจถึงอารมณ์ และบรรยากาศของเพลงนั้นๆ (บังอร เครียดชัยภูมิ, 2533) เป็นการแสดงความรู้สึกทางอารมณ์ ความคิดในขณะที่เล่นดนตรี หรือขับร้อง เช่น ความสบายใจ เศร้า อุนเฉียว ตื่นเต้น เป็นต้น (พิชัย ปรัชญานุสรณ์, 2534)

3.2.9 ทิศทางของเสียงดนตรี (Direction) ขึ้นอยู่กับทิศทางของแหล่งกำเนิด ตัวกลางที่เสียงเดินทางผ่านเสียงดนตรีมีการหักเหเดินทางได้เช่นเดียวกับแสง ทำให้เกิดความดัง ความเบาแตกต่างกันในแต่ละจุด นอกจากนี้ยังมีเรื่องของเสียงก้อง เสียงสะท้อน เป็นต้น (พิชัย ปรัชญานุสรณ์, 2534)

3.2.10 ฉันทลักษณ์ หรือลักษณะรูปแบบของดนตรี (Form) เกี่ยวข้องกับส่วนประกอบของโครงสร้างของดนตรีทั้งหมด เพลงหนึ่งๆจะมีรูปแบบดนตรีของการนำเสนอและความสัมพันธ์ของส่วนประกอบดนตรี เช่น การเปลี่ยนแปลงจากทำนองหนึ่งไปอีกทำนองหนึ่ง หรือการเปลี่ยนจากท่วงทำนองหนึ่งไปอีกท่วงทำนองหนึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้ดนตรีแตกต่างกัน

องค์ประกอบและคุณสมบัติต่างๆของดนตรีดังที่ได้กล่าวมานี้ เมื่อนำมารวมเข้าด้วยกันตามความเหมาะสมและให้สอดคล้องสัมพันธ์กัน จะมีอิทธิพลต่อผู้ฟังทำให้เกิดความผ่อนคลายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ แต่ในการนำดนตรีประเภทผ่อนคลายมาใช้ยังมีข้อจำกัดตรงที่ผลของการ

ผ่นคลายจากการรับฟังดนตรีมีระยะเวลาค่อนข้างสั้น (Chlan, 1998) และระยะเวลาที่การรับฟังดนตรีจะมีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลยังไม่แน่ชัด โดยไวท์ (White, 1999) ได้ศึกษาถึงผลของดนตรีผ่นคลายต่อความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า ผลของดนตรีผ่นคลายจะลดความวิตกกังวลทันที หลังจากได้รับฟังดนตรีเป็นเวลา 20 นาที และผลยังคงอยู่หลังจากรับฟังดนตรีแล้ว 1 ชั่วโมง นอกจากนี้การฟังดนตรีให้ได้ประสิทธิภาพสูงสุดควรฟังในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยต้องการและพร้อมที่จะรับฟังทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ฟังรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตดีขึ้น และจากการศึกษาการใช้ดนตรีผ่นคลายเพื่อลดความวิตกกังวล ซึ่งแต่ละการศึกษาได้ใช้ระยะเวลาในการให้ผู้ผู้ป่วยได้รับฟังดนตรีที่แตกต่างกัน โดยโบลเวอร์ก (Bolwerk, 1990) ได้ศึกษาผลของดนตรีประเภทผ่นคลายต่อระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญ ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยในกลุ่มทดลองจะได้รับการประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนได้รับฟังดนตรีวันละ 1 ครั้งเป็นเวลา 3 วัน แล้วประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญอีกครั้ง หลังจากรับฟังดนตรีครบ 3 วัน พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับฟังดนตรีมีระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ในงานวิจัยนี้ไม่ได้มีการประเมินความวิตกกังวล ในแต่ละวันซึ่งอาจเป็นประโยชน์ต่องานวิจัยมากขึ้น ว่าการรับฟังดนตรีในช่วงวันใดจะมีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลมากที่สุด และไวท์ (White, 1992) ได้ศึกษาผลของดนตรีผ่นคลายในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยกลุ่มทดลองจะเลือกรับฟังดนตรีผ่นคลายที่จัดเตรียมไว้ให้ 4 ชุด รับฟังเป็นเวลา 25 นาที 1 ครั้ง แล้วประเมินความวิตกกังวลซ้ำพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับฟังดนตรีจะมีระดับความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

3.3 ชนิดของดนตรีที่นำมาใช้ในการบำบัด

การเลือกชนิดดนตรีที่ใช้ในการบำบัดเป็นสิ่งที่จะต้องพึงระวัง เนื่องจากบุคคลมีประสบการณ์ทางดนตรีที่แตกต่างกัน และการตอบสนองของคนจะขึ้นอยู่กับประสบการณ์ (Snyder, 1992) ชนิดของดนตรีที่นำมาใช้ในการบำบัด ได้แก่ ดนตรีที่ไม่มีคำร้อง (ดนตรีบรรเลง) ดนตรีที่เป็นเสียงจากธรรมชาติ เช่น เสียงน้ำไหล เสียงคลื่น เสียงลม ดนตรีที่มีคำร้อง ได้แก่ Classical, Country, Rock, Pop, Jazz

3.4 ทฤษฎีเกี่ยวกับดนตรีบำบัด

จากแนวคิดของ Watkins (1997) ดนตรีมีผลทั้งด้านร่างกายและจิตใจของมนุษย์ สามารถอธิบายด้วยแนวคิด 3 ประการ คือ

3.4.1 Biochemical theory ดนตรีมีผลต่อสรีรวิทยา ผ่านทางระบบประสาทการได้ยินด้วยการสั่นสะเทือนของเสียงและผ่านกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางเคมีของใยประสาท ไปยังสมอง

ซึ่งขวาสู่ต่อมใต้สมองและต่อมใต้สมองส่วนหน้า เสียงของดนตรีจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ (sympathetic and parasympathetic) ลดการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติโคโทรฟิน (Adrenocorticotrophine) และลดระดับคอร์ติซอล (cortisol) ในเลือดทำให้ความเครียดในผู้ป่วยลดลง นอกจากนี้ยังมีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ (sympathetic and parasympathetic) โดยจะลดการกระตุ้น locus ceruleus ซึ่งอยู่ในส่วนของ midbrain และ pons ที่มีหน้าที่หลั่ง norepinephrine และ epinephrine จาก adrenal medulla

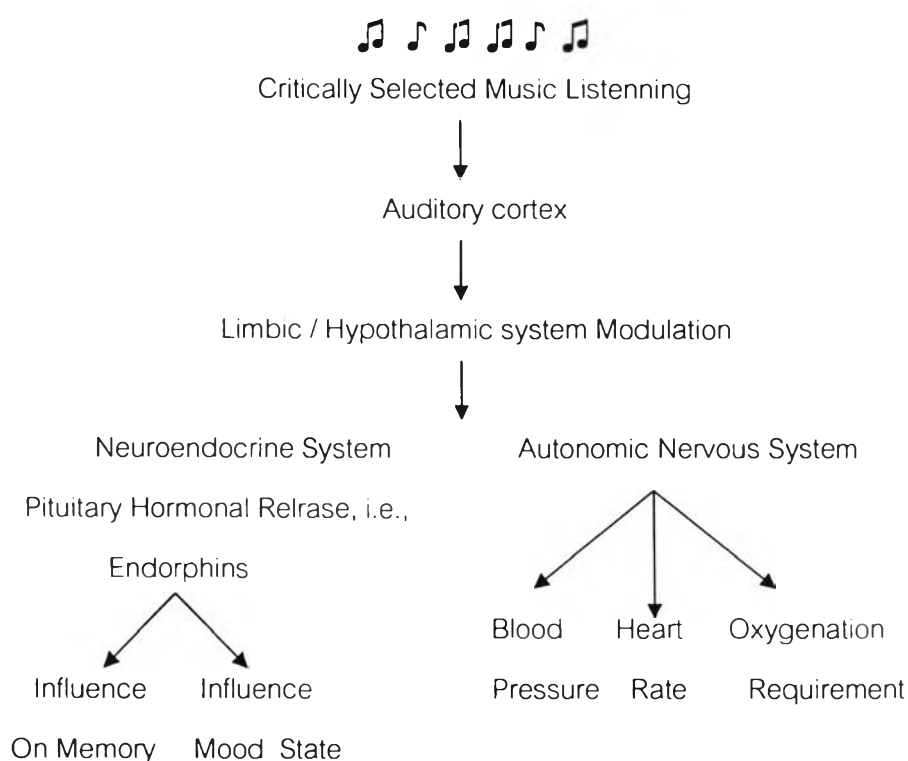
3.4.2 Entrainment theory เป็นการรับและส่งทางดนตรี เริ่มจากการส่งทางดนตรี และการรับเข้าสู่สนามพลังงานของมนุษย์ อาศัยหลักความพ้องกันของจังหวะที่ส่งและสนามพลังงานที่รับ จังหวะที่เหมาะสมดังกล่าวเรียกว่า matched rhythm

3.4.3 Metaphysical theory มีแนวคิดที่ว่าดนตรีเป็นการหยั่งรู้ในธรรมชาติ อาศัยการรวมหลักทางกายภาพหลายด้านเข้าผสมผสานกันอย่างกลมกลืน

นอกจากแนวคิดทั้ง 3 ประการแล้ว จากการศึกษาของ Watkins (1997) ได้แสดงกรอบแนวคิดเกี่ยวกับดนตรีบำบัดไว้ว่าดนตรีบำบัดเป็นสิ่งที่มียุทธศาสตร์ทั้งในด้านจิตวิทยา และด้านสรีระวิทยา โดยเสียงของดนตรีจะมีผลต่อสมอง 2 ส่วน คือ ระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system : CNS) ซึ่งตอบสนองต่อภาวะเครียดโดยการหลั่งฮอร์โมนจากต่อมไร้ท่อ ซึ่งประกอบด้วย Corticotropine releasing hormone (CRH) ซึ่งหลั่งมาจาก Hypothalamus ความเครียดจะกระตุ้น ACTH ให้หลั่งจาก anterior pituitary เป็นผลให้ระดับ cortisol ในเลือดสูงขึ้น และระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic nervous system : ANS) เมื่อมีภาวะเครียดจะกระตุ้น locus ceruleus (LC) ซึ่งอยู่ในส่วนของ Midbrain และ Pons หลั่ง norepinephrine และ epinephrine จาก adrenal medulla มีผลเพิ่มความวิตกกังวล อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิต

ต่อมาในปี 1998 Linda Chlan ได้อธิบายกรอบแนวคิดเพิ่มเติมในงานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการใช้ดนตรีบำบัดในการผ่อนคลายและลดความวิตกกังวล โดยอธิบายว่าดนตรีที่ถูกนำมาใช้ในการบำบัดมีจุดมุ่งหมายในการผ่อนคลาย จะเน้นที่การรับรู้และการกระตุ้น ดนตรีที่มีจังหวะช้าเท่ากับอัตราการเต้นของหัวใจ จะมีลักษณะเป็นดนตรีที่ผ่อนคลาย มีลักษณะสอดคล้องเป็นจังหวะเดียวกับจังหวะภายในร่างกาย กระบวนการที่เกิดขึ้นมีการลั่นสะท้อนในความรู้สึกเดียวกันกับร่างกาย จะไปลดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางและระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้ลดการหลั่ง Adrenaline และสารสื่อประสาท กระตุ้นกล้ามเนื้อต่าง ๆ สิ่งที่น่าทึ่งทางกายภาพก็คือ การผ่อนคลาย การลดลงของอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ อัตราการเผาผลาญอาหาร การใช้ออกซิเจน ความตึงตัวของกระดูกและกล้ามเนื้อ ระดับอิพิเนฟริน (Epinephrine) การหลั่งของกรดในกระเพาะอาหาร การหลั่งของต่อมเหงื่อ และลดความดันโลหิต ผลทางจิตใจคือ การผ่อนคลาย ลดความเครียดและความวิตกกังวล

ดนตรีบำบัดถูกนำมาใช้กับผู้ป่วยหลายกลุ่ม โดยอาศัยหลักการเบี่ยงเบน ความสนใจของดนตรี (Distraction) ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นกิจกรรมหนึ่งในการพยาบาล โดยร่วมกับการรักษาของแพทย์ได้ และเป็นกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลที่ เรียกว่า การบำบัดแบบผสมผสาน (complementary therapy) ซึ่งปัจจุบันเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในกิจกรรมการพยาบาล โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อนำไปสู่องค์รวมแห่งสุขภาพของบุคคล McCaffery and Beebe (1989) ได้อธิบายว่าการเบี่ยงเบนความสนใจเป็นการสร้างเกราะหุ้มความรู้สึก (sensory shielding) ที่ป้องกันบุคคลด้วยการทำให้บุคคลเพ่งความสนใจทั้งหมดอยู่กับสิ่งหนึ่งที่ใช้เป็นจุดรวมความสนใจ โดยหันเหความรู้สึกออกไป ซึ่ง Updike (1990) ได้แสดงถึงหลักการเบี่ยงเบนต่อระบบประสาทจากการใช้ดนตรีบำบัดไว้ดังนี้



นอกจากนี้ เฮอร์แมน (Herman, 1954 cited in Gerdner & Buckwalter, 1999) กล่าวว่าดนตรีมีผลต่อความตั้งใจของบุคคล โดยดนตรีจะทำให้เกิดความผ่อนคลาย มีสมาธิและทำให้ความตั้งใจมีระยะเวลานานขึ้นช่วยแทนที่ภาวะอารมณ์หนึ่งไปสู่ภาวะอารมณ์อื่นๆ เช่น การลดความวิตกกังวล เกิดความรู้สึกสงบ ผ่อนคลาย และดนตรีจะช่วยระบายความเครียดในใจ โดยผ่านทางกรร้องหรือฮัมเพลง ทำให้ช่วยลดแรงกดดันและความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ นอกจากนี้จังหวะของดนตรีจะกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้บุคคลสนใจอยู่กับสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ดนตรียังช่วยให้เกิดความสามารถในการระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตและปัจจุบัน ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเอง อึดมโนทัศน์ในตนเอง และให้อยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง (reality) รวมทั้งการแสดงออกถึงจินตนาการ

(Van de Wall, 1946 cited in Gerdner & BuckWalter, 1999) และดนตรียังสามารถทำให้กล้ามเนื้อ มีการผ่อนคลาย ก่อให้เกิดความรู้สึกสงบ กระตุ้นให้เกิดความหวัง ดังนั้นในการนำดนตรีบำบัดไปใช้ใน หญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จะช่วยให้หญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดลดความวิตกกังวลลง และมีผลลัพธ์การคลอดที่ดี

อย่างไรก็ตาม การนำดนตรีมาใช้ลดความวิตกกังวลนั้น อาจใช้ได้เฉพาะความวิตกกังวลบาง ประเภทเท่านั้น ซึ่งจากการทดลองของสตูดินไมร์ (Stoudenmire, 1975) เกี่ยวกับดนตรีประเภทที่ผ่อนคลายและนุ่มนวลต่อระดับความวิตกกังวลแบบเทรท และแบบเสตท ในนักศึกษาหญิงจำนวน 108 ราย พบว่า ดนตรีประเภทผ่อนคลายนี้สามารถลดความวิตกกังวลแบบเสตทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (MacClelland, 1979) จะเห็นได้ว่าดนตรีเข้ามามีบทบาทและอิทธิพลต่อมนุษย์มาก อำนาจของ ดนตรีเปรียบเสมือนเครื่องบำบัดรักษา มีอำนาจต่อการควบคุมอารมณ์ มีอำนาจในการสื่อความหมาย และมีอำนาจต่อความรู้สึกตัวของมนุษย์ จากการศึกษาข้างต้น จึงเป็นที่เชื่อได้ว่าดนตรีมีพลัง อำนาจ สามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการบำบัดรักษาได้ ดังนั้น ดนตรีจึงเป็นวิทยาศาสตร์ ประยุกต์ คือเป็นทั้งวิทยาศาสตร์และศิลปะ เป็นวิทยาการด้านใหม่ที่มนุษย์สามารถนำมาใช้ให้เกิด ประโยชน์ได้อย่างมาก

3.5 แนวทางในการรับฟังดนตรีเพื่อลดความวิตกกังวลให้เกิดประสิทธิภาพ

แนวทางในการรับฟังดนตรีเพื่อลดความวิตกกังวลให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด มีดังต่อไปนี้

3.5.1 ต้องคำนึงถึงวัตถุประสงค์ของการให้รับฟังดนตรี เช่น ให้ฟังดนตรีเพื่อปรับ สภาพอารมณ์และจิตใจในทางลบ เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ให้เข้าสู่สภาวะปกติ เกิดความผ่อนคลาย สงบ (เสาวนีย์ สังฆโสภณ, ม.ป.ป.)

3.5.2 ต้องพิจารณาถึงอารมณ์ของผู้รับฟังดนตรี การให้รับฟังดนตรีให้ได้ผลดีต้อง อาศัยอารมณ์ของผู้ฟังเป็นสำคัญ จึงควรจัดให้รับฟังดนตรีในช่วงเวลาที่เหมาะสม เช่น จัดให้รับฟัง ดนตรีในช่วงเวลาที่ไม่มีกิจกรรมทางการแพทย์หรือการรักษา เป็นต้น (เสาวนีย์ สังฆโสภณ, ม.ป.ป.)

3.5.3 ประเภทของดนตรี ต้องคำนึงถึงหลักเกณฑ์ทางดนตรีบำบัดร่วมกับความพึง พพอใจของผู้ป่วย ควรให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกชนิดของดนตรีที่จะรับฟังจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความ พึงพอใจสนใจต่อดนตรี ทำให้มีความผ่อนคลายมากขึ้น (เสาวนีย์ สังฆโสภณ, ม.ป.ป.; Henry, 1995)

3.5.4 การเลือกใช้ดนตรีบำบัดต้องคำนึงถึงความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน เช่น ประสบการณ์ของผู้รับฟังดนตรี โดยผู้ป่วยจะเกิดความสนใจที่จะรับฟังดนตรีที่คุ้นเคย หรือเคยมี ประสบการณ์ในอดีตและจะก่อให้เกิดความสนใจเมื่อได้รับฟังอีกครั้ง (Van de Wall, 1961) และการ ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการเลือกรับฟังดนตรีที่ตนเองชอบ และคุ้นเคยจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึง พพอใจ สนใจต่อดนตรี และทำให้มีความผ่อนคลายมากขึ้น (Henry, 1995)

3.5.5 การใช้ดนตรีบรรเลงจะสามารถช่วยลดความวิตกกังวลได้ ดีกว่าการใช้ดนตรีที่มีเนื้อร้องประกอบเพราะการให้ผู้ป่วยรับฟังดนตรีที่มีเนื้อร้อง จะทำให้ผู้ป่วยมุ่งความสนใจไปยังเนื้อร้องและความหมายมากกว่าที่จะปล่อยอารมณ์ให้คล้อยตามและเพลิดเพลินตามเสียงดนตรี

(Halpern & Savary, 1985 cited in Johnston & Rohaly-Davis, 1996)

3.5.6 ควรจัดทำของผู้ป่วยให้อยู่ในลักษณะที่สุขสบาย เช่น อยู่ในท่านั่ง หรือท่านอนที่สุขสบาย เป็นต้น (เสาวนีย์ สังฆโสภณ, ม.ป.ป.)

3.5.7 สถานที่และสิ่งแวดล้อมที่จัดให้ผู้ป่วยได้รับฟังดนตรี ควรมีอุณหภูมิห้องที่เหมาะสม อากาศถ่ายเทได้ดี มีแสงสว่างพอควร ควรเป็นห้องที่เป็นสัดส่วน มีความเป็นส่วนตัว และควรมีเสียงรบกวนจากภายนอกให้น้อยที่สุด (เสาวนีย์ สังฆโสภณ, ม.ป.ป.)

3.5.8 เครื่องเล่นเทปที่ใช้กับผู้ป่วยควรมีขนาดเล็ก สามารถเคลื่อนย้ายได้สะดวก มีกลไกการใช้งานที่ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน เพื่อสะดวกในการใช้ (Henry, 1995)

3.5.9 ควรใช้หูฟังในการรับฟังดนตรี สำหรับผู้ป่วยที่รับการรักษาในห้องคลอด เนื่องจากการใช้หูฟังจะทำให้ผู้ป่วยมุ่งความสนใจอยู่ที่เสียงของดนตรีมากกว่าเสียงรบกวนอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นภายในหอผู้ป่วยและป้องกันการรบกวนจากผู้ป่วยอื่นๆและเจ้าหน้าที่ (Henry, 1995)

3.5.10 ระยะเวลาที่เหมาะสมในการให้รับฟังดนตรี ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดไว้ท์ (White, 2001) แนะนำว่าควรให้รับฟังดนตรีโดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่จะทำให้เห็นผลของดนตรีและคงความสนใจของผู้รับฟังดนตรีไว้ได้ และการให้ผู้ป่วยได้รับฟังดนตรีวันละ 2 ครั้งจะช่วยให้ผลของดนตรีช่วยให้เกิดความผ่อนคลาย และเบี่ยงเบนความสนใจจากสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลในระหว่างวันของการเข้ารับการรักษาได้ และการรับฟังดนตรีวันละ 2 ครั้งเป็นการรับฟังดนตรีที่ไม่มากจนเกินไป จนอาจทำให้เกิดความรำคาญหรือความเบื่อหน่ายได้โดยแวน เอ วอล (Van de wall, 1961) กล่าวไว้ว่า การให้ผู้ป่วยรับฟังดนตรีที่มากเกินไปจะทำให้มีการกระตุ้นที่มากเกินไป และบางครั้งอาจเป็นสาเหตุของความเบื่อหน่าย เหนื่อยล้าและไม่สนใจในดนตรีที่รับฟังได้ เช่นเดียวกับโอซูลิแวน (O'Sullivan, 1991 cited in Johnston & Rohaly-Davis, 1996) ที่กล่าวว่า การให้รับฟังดนตรีไม่ควรเปิดให้ฟังตลอดเวลาเพราะอาจก่อให้เกิดความรำคาญมากกว่าจะเกิดความสนใจ หรือพึงพอใจ

4. การดูแลหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด : บทบาทพยาบาล

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คือ การเจ็บครรภ์ที่เริ่มเมื่ออายุครรภ์ 28 สัปดาห์ถึงก่อนที่ครบ 37 สัปดาห์ โดยมีการหดตัวของมดลูกนาน 30 วินาที ทุก 10 นาที เป็นเวลานานกว่า 1 ชั่วโมง (Auvenshine & Enriquez, 1990: 647 ; Pilitteri, 1992 : 398)

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุที่ทำให้มีทารกคลอดก่อนกำหนดถึงร้อยละ 50 -80 การคลอดก่อนกำหนดหากคลอดเร็วมากเท่าใด โอกาสที่จะเกิดอันตรายต่อทารกจะเสียชีวิตหรือ

ทุกพลภาพก็มากขึ้นเท่านั้น การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ของการตั้งครรภ์ ทั้งนี้นโยบายของรัฐบาลและการปฏิบัติทั้งส่วนกลางและชุมชนต่างพยายามลดอัตราดังกล่าว ซึ่งหลักการสำคัญ คือ การป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการยับยั้งอาการเจ็บครรภ์ (Creasy, 1993) ด้านการป้องกันมีความสำคัญมากกว่าเนื่องจากถ้ามีอาการเจ็บครรภ์จริงแล้วการรักษาในขั้นนี้ มักไม่ได้ผล ซึ่งปัจจัยที่สัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดอีกหลายประการ เช่น อายุน้อยกว่า 17 ปี หรือมากกว่า 35 ปี การศึกษาน้อย มีภาวะทุพโภชนาการ มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงปรารถนา (Hogue & Hargraves, 1995) ด้านภาวะจิตใจพบว่าอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีความสัมพันธ์กับความเครียดและความวิตกกังวล (Copper, et al., 1996) และมีความสัมพันธ์กับเหตุการณ์ที่มีอิทธิพลต่อจิตใจอีกด้วย (Hedegaard, et al., 1996)

เมื่อมีภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเกิดขึ้น Creasy (1993) กล่าวว่า ควรเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและวินิจฉัยการเจ็บครรภ์คลอดด้วยตนเองให้เร็วที่สุด และรีบมาโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาด้วยยาเร่งรับอาการเจ็บครรภ์จึงจะได้ผลสำเร็จสูง ดังนั้นการวินิจฉัยการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดด้วยตนเองนั้น เอมส์และคนอื่นๆ (Iams, et al., 1988) พบว่าการคลำมดลูกโดยการสัมผัสทางหน้าท้องกับการติดอุปกรณ์เพื่อวัดการหดตัวของมดลูก สามารถวินิจฉัยได้ไม่แตกต่างกันทางสถิติ การสอนให้หญิงตั้งครรภ์สังเกตการหดตัวของมดลูกด้วยตนเองน่าจะเป็นทางออกที่ดี โดยแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์นอนตะแคงซ้ายกึ่งคว่ำและใช้ฝ่ามือวางบริเวณหน้าท้องตรงตำแหน่งยอดมดลูก โดยใช้ส่วนปลายนิ้วสัมผัสโดยตรงที่ผิวหนังหน้าท้อง จะพบว่ามดลูกตึงแข็งขึ้นและกระตมมากขึ้น จากนั้นจะนุ่มลงและเกิดใหม่อีก มดลูกหดตัวอาจสั้นเพียง 20-30 วินาที หรือนานกว่านี้ และสัมพันธ์กับอาการเจ็บครรภ์ ซึ่งจะเจ็บครรภ์ขึ้นเรื่อยๆทุก 10-15 นาที และไม่สัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวของทารกที่มีการโก่งตัวที่อาจทำให้ท้องแข็ง แต่จะไม่ใช้บริเวณยอดมดลูก (เกสราศรีพิชญการ, มปป.)

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต้องดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเอง และมีการปฏิบัติตนที่นอกเหนือกว่าหญิงตั้งครรภ์ปกติ พยาบาลต้องให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับสุขภาพ และควรมีหนังสือคำแนะนำให้แก่หญิงที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อนำไปทบทวนหรือใช้เตือนความจำ เนื้อหาต้องเข้าใจง่าย มีความชัดเจน มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงค่านิยม ความเชื่อ ระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจของหญิงมีครรภ์แต่ละราย ข้อควรปฏิบัติต่างๆ ต้องระบุให้ชัดเจนว่าต้องปฏิบัติอย่างไร เมื่อใด อธิบายถึงเหตุผลหรือข้อดีของการปฏิบัติให้เข้าใจและถ้าไม่ปฏิบัติแล้วจะมีผลเสียอย่างไร ข้อควรปฏิบัติบางประการอาจมีหลายวิธีการ ควรชี้แนะให้หญิงตั้งครรภ์เลือกวิธีที่เหมาะสมกับตนเองมากที่สุด ซึ่งจะแตกต่างกันไปในหญิงตั้งครรภ์แต่ละราย

เมื่อมีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจำเป็นต้องรับหญิงตั้งครรภ์ไว้ในโรงพยาบาล เพื่อทำการยับยั้งการคลอดหรือประคับประคองให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปจนครบ หรือเกือบครบกำหนด ซึ่งมีแนวทางการดูแลรักษาหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ดังนี้

4.1 การนอนหลับและการพักผ่อน จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาให้การยอมรับว่า การนอนพักผ่อนมีส่วนสำคัญในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด อย่างไรก็ตามการนอนพักเป็นวิธีที่ทำได้ง่าย ไม่มีอันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ทั้งนี้ควรนอนตะแคงซ้ายและหนุนหมอนเพียง 1 ใบ อาจยกขาและเท้าสูงไม่ควรนอนในท่ายกศีรษะและลำตัวสูง และหากนอนหลับเชื่อว่าการนอนหลับทำให้มีเลือดไปเลี้ยงมดลูกได้ดีขึ้น กล้ามเนื้อมดลูกจึงอยู่ในสภาวะสงบและไม่เกิดการหดตัว นอกจากนี้ยังช่วยให้ส่วนน้ำไม่มากคบริเวณปากมดลูก จึงลดการกระตุ้นการหลั่งของสาร Oxytocin เพื่อช่วยลดแรงดันต่อปากมดลูกไม่ให้ขยายออกไปและถ้าอนตะแคงซ้ายจะช่วยเพิ่มปริมาณเลือดมาเลี้ยงมดลูกเป็นการช่วยลดการหดตัวของมดลูกด้วย พบว่า การนอนพักอย่างเดียวสามารถทำให้การเจ็บครรภ์หายไปได้ร้อยละ 20-40

4.2 การตรวจภายในเพื่อประเมินสภาวะของปากมดลูก ไม่ควรกระตุ้นหรือตรวจบ่อย

4.3 การตรวจดูการหดตัวของมดลูก ความรุนแรง ระยะเวลา และความถี่ห่าง

4.4 การตรวจดูการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์

4.5 การตรวจหาสาเหตุของการเจ็บครรภ์ เช่น ตรวจปัสสาวะ รวมทั้งการเพาะเชื้อ

4.6 การตรวจพิเศษเพิ่มเติมเพื่อหาสาเหตุการเจ็บครรภ์ โดยพิจารณาเป็นรายๆไป เช่น การตรวจอัลตราซาวด์ การเจาะตรวจน้ำคร่ำ ตรวจเลือด และตรวจปัสสาวะ เป็นต้น

4.7 ในกรณีที่ปากมดลูกไม่เปลี่ยนแปลงอาจพิจารณาให้ยาแก้ปวด (analgesics) เช่น Pethidine

4.8 การให้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูก (tocolytic agents) ยาที่นิยมใช้กันมาก คือ ยากลุ่มเบต้า-อะดรีเนอร์จิก (beta-adrenergic drugs) เช่น Terbutaline ขณะเดียวกันก็ให้ยากระตุ้นให้ปอดทารกสร้างสารเคลือบถุงลมปอดร่วมด้วย ขณะที่หญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้รับยายับยั้งการหดตัวของมดลูก อาจพบผลข้างเคียง คือ ช่วงห่างระหว่างความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก (pulse pressure) กว้างมากขึ้น หัวใจเต้นเร็วผิดปกติเพราะหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง อาจมีใจสั่น มือสั่น แน่นหน้าอก ระดับโปแตสเซียมในเลือดต่ำ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ร้อนวูบวาบตามใบหน้า มึนงง ปวดศีรษะ อาการเหล่านี้จำเป็นต้องตระหนักถึง ต้องอธิบายให้หญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเข้าใจ และถ้ามีอาการข้างเคียงมาก คือ อัตราการเต้นของหัวใจหญิงตั้งครรภ์เร็วกว่า 140 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตลดต่ำลง (ความดันซิสโตลิกลดลงมากกว่า 20 mmHg. ความดันไดแอสโตลิกลดลงมากกว่า 10 mmHg.) และมีภาวะขาดออกซิเจนของทารก จะต้องระงับการให้ยาไว้ก่อน

4.9 เตรียมการดูแลทารกขณะคลอดและหลังคลอดเพื่อลดอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะหายใจลำบาก และอันตรายจากภาวะขาดออกซิเจน

สำหรับข้อห้ามในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คือ ปากมดลูกขยายเกินกว่า 4 เซนติเมตร ถุงน้ำแตก มีโรคแทรกซ้อนในแม่ เช่น ตกเลือดก่อนคลอด ครรภ์แฝดน้ำ ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น เด็กเสียชีวิตในครรภ์หรืออยู่ในภาวะอันตราย เด็กพิการแต่กำเนิด แม่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ เช่น ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ความผิดปกติทางฮีโมโกลบิน เบาหวาน และมีภาวะติดเชื้อขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น

เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว อาการเจ็บครรภ์ทุเลาจนสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว หญิงตั้งครรภ์ต้องปฏิบัติตัวเพิ่มเติมจากที่เคยปฏิบัติขณะตั้งครรภ์ปกติ เพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอีก ดังนี้

4.10 พักผ่อน ควรนอนหลับตอนกลางคืนวันละ 8 ชั่วโมงเป็นอย่างน้อย และนอนกลางวันเพิ่มขึ้นเป็นวันละ 2-3 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง ควรนอนตะแคงซ้ายหนุนหมอน 1ใบ เพราะเลือดไปเลี้ยงมดลูกดีขึ้น ไม่ควรนอนในท่ายกศีรษะและลำตัวสูง เช่น นอนเก้าอี้โยก เชื่อว่าจะทำให้ส่วนนำของทารกไปกดบริเวณปากมดลูก กระตุ้นให้มดลูกหดตัวได้

4.11 ดื่มน้ำ อย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว หรือประมาณวันละ 2,000-2,500 มิลลิลิตร ถ้ามีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดควรดื่มเพิ่มอีกวันละ 4-5 แก้ว นมและน้ำผลไม้สามารถใช้ดื่มแทนน้ำได้ แต่ไม่ควรดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนหรือแอลกอฮอล์ เนื่องจากภาวะขาดน้ำจะกระตุ้นให้ต่อมใต้สมองหลังฮอร์โมน Oxytocin ดังนั้นหญิงที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดควรดื่มน้ำมากๆ

4.12 ต้องรับประทานอาหารครบทุกมื้อ ห้ามงดอาหารเช้าและห้ามอดอาหาร หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต้องบำรุงร่างกายด้วยอาหารที่มีประโยชน์เพิ่มมากขึ้น เพราะภาวะทุพโภชนาการเป็นปัจจัยส่งเสริมของการคลอดก่อนกำหนดและการแตกของถุงน้ำคร่ำ นอกจากนี้แล้วยังช่วยลดอัตราการตายและเจ็บป่วยของทารกเมื่อมีการคลอดก่อนกำหนด

4.13 ไม่ควรออกกำลังกาย เช่น วิ่ง เดินติดต่อกันนานๆ หรือทำกิจกรรม เช่น ยกของหนัก ขึ้นลงบันไดบ่อยๆ เคลื่อนย้ายสิ่งของ และไม่เดินทางไกลนานเกินกว่า 90 นาที ไม่ทำกิจกรรมต่างๆ ที่ต้องออกแรงมากๆ และไม่ทำติดต่อกันเป็นเวลานาน

4.14 งดทำงานหนักหรือปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานเพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ไม่ควรทำงานติดต่อกันนานเกินกว่า 5 ชั่วโมง และต้องเปลี่ยนอิริยาบถบ่อยๆ ไม่ซักผ้าด้วยมือ ไม่ขัดถูพื้นห้อง งดรดน้ำต้นไม้ โดยการถือถังน้ำ ควรหยุดพักการทำงานเป็นระยะๆ ไม่นั่งนานหรือยืนนาน ไม่ทำงานจนร่างกายเหนื่อยล้า

4.15 เว้นระยะห่างหรืองดการมีเพศสัมพันธ์ อาจปรับเปลี่ยนวิธีการร่วมเพศมาเป็นการให้ภรรยาสำเร็จความใคร่ให้สามี เพื่อลดการเกิดจุดสุดยอดในหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งจะกระตุ้นให้มดลูกหดตัวตามมา หรืออาจให้ฝ่ายสามีสวมถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันสาร Prostaglandin ในน้ำอสุจิถูกดูดซึม

เข้าปากมดลูกและกระแสเลือดของหญิงตั้งครรภ์ หากมีเพศสัมพันธ์ควรสังเกตการหดตัวของมดลูก ถ้าเกิดอาการเจ็บครรภ์มากกว่า 1 ชั่วโมง ต้องรีบไปพบแพทย์

4.16 งดการนวดและเตรียมเต้านม ไม่คลึงหัวนมจนกว่าจะถึง 3 สัปดาห์ก่อนวันกำหนดคลอด เนื่องจากเป็นการกระตุ้นการหลั่งสาร Oxytocin ทำให้มดลูกมีการหดตัวมากยิ่งขึ้น

4.17 ห้ามกลั้นปัสสาวะ ควรขับถ่ายปัสสาวะทุกครั้งที่ปวด หรือทุก 2-4 ชั่วโมง ซึ่งช่วยป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมอย่างหนึ่งของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และภายหลังจากขับถ่ายปัสสาวะแล้วให้ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกและซับให้แห้งสนิท

4.18 การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติด หญิงตั้งครรภ์ควรงดเว้น ซึ่งการสูบบุหรี่นั้นหมายรวมถึงการสูดควันบุหรี่จากผู้อื่นด้วย

4.19 การคลายเครียด โดยการพูดคุย ระบายความรู้สึก กับสามี บุคคลใกล้ชิด แพทย์หรือพยาบาล ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เช่น การหายใจเข้าออกลึกๆ การทำสมาธิ ฟังดนตรีบำบัด เป็นต้น

4.20 สังเกตอาการของการเจ็บครรภ์ทุกวันโดยประเมินการหดตัวของมดลูกทุกวัน ๆ ละ 1-2 ครั้ง เช่น ปวดหลัง ปวดต้นขา

4.21 มาฝากครรภ์ตามนัดทุกครั้ง คือทุกๆ 2 สัปดาห์ในระยะเวลาครรภ์ 20-24 สัปดาห์ขึ้นไป และถี่ขึ้นเป็นทุก 1 สัปดาห์ เมื่ออายุครรภ์ 28-30 สัปดาห์ขึ้นไป

4.22 การเตรียมพร้อมที่จะมาโรงพยาบาล หญิงมีครรภ์ต้องเตรียมพร้อมเสมอที่จะมาโรงพยาบาลได้ทันทีเมื่อมีอาการของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยเตรียมสิ่งที่ต้องนำมาโรงพยาบาล ซึ่งได้แก่ บัตรประจำตัวผู้ป่วย สมุดนัด และของใช้ที่จำเป็น เตรียมพร้อมเรื่องพาหนะในการเดินทางมาโรงพยาบาลซึ่งรวมทั้งช่วงเวลากลางคืน

นอกจากเรื่องการดูแลตนเองแล้ว พยาบาลต้องให้ข้อมูลในเรื่องการสังเกตของการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด (warning signs and symptom of preterm labor) ยิ่งทราบเร็วเพียงใดจะยิ่งช่วยให้การยับยั้งการคลอดประสบความสำเร็จมากขึ้น ในทางตรงกันข้ามถ้ารอจนกระทั่งปากมดลูกเปิดมากแล้วคือ 4 เซนติเมตรขึ้นไป การรักษาเพื่อยับยั้งการคลอดจะไม่ประสบความสำเร็จ ในกรณีที่ไม่สามารถยับยั้งการคลอดไว้ได้ การวินิจฉัยได้เร็วที่สุดนั้นจะมีประโยชน์ในการช่วยให้มีเวลาเพียงพอที่จะให้ยากระตุ้นความสมบูรณ์ของปอดทารก ในการให้ข้อมูลจึงต้องอธิบายถึงประโยชน์ของการวินิจฉัยให้ได้เร็วที่สุดให้หญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเข้าใจด้วย อธิบายให้เข้าใจถึงอาการและอาการแสดงที่เตือนว่าอาจจะเกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ตลอดจนการแก้ไขเบื้องต้น ที่สำคัญคือมีหญิงตั้งครรภ์จำนวนไม่น้อยที่ทราบว่าการตั้งครรภ์ครบกำหนด และการตั้งครรภ์ไม่ครบกำหนดนั้นคิดอย่างไร พยาบาลต้องอธิบายความหมายของการคลอดก่อนกำหนด บอกให้หญิงมีครรภ์ทราบว่าการคลอด

ครบกำหนดของแต่ละคนนั้นตรงกับช่วงวันที่เท่าใด และควรจัดทำเอกสารที่ระบุถึงอาการเตือนและการปฏิบัติตนเมื่อมีอาการเตือนเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้ทบทวนและปฏิบัติตามคำแนะนำ

อาการและอาการแสดงที่เตือนว่ามีการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดมีดังต่อไปนี้

1. มดลูกหดรัดตัวบ่อย เป็นสิ่งเตือนที่สำคัญและมักจะเกิดการเจ็บครรภ์ตามมา ซึ่งอาจนานเป็นสัปดาห์ หากมดลูกหดรัดตัวถี่มากจะเกิดการเจ็บครรภ์ตามมา ภายใน 12-48 ชั่วโมง ขณะที่มดลูกหดรัดตัวอาจมีหรือไม่มีอาการเจ็บปวดร่วมด้วย

2. มีอาการปวดท้องหรือปวดเหนือหัวเหน่า ลักษณะปวดเป็นพักๆ คล้ายปวดประจำเดือน เป็นอาการเตือนที่สำคัญ

3. ปวดต้นขา

4. ปวดหลังส่วนล่างบริเวณบั้นเอว ลักษณะปวดตื้อ ๆ พบประมาณ 1 ใน 4 ในหญิงที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

5. ปวดถ่วงในช่องคลอด ทวารหนัก และฝีเย็บ พบประมาณ 1 ใน 4 ของหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เชื่อว่าเกิดจากส่วนน้ำเคลื่อนลงมาต่ำ

6. มีน้ำใส ๆ ออกทางช่องคลอด ซึ่งอาจมีเลือดปนออกมาด้วยเป็นสีแดงจางๆ เป็นอาการเตือนที่พบได้ 1 ใน 2 ของหญิงที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

7. ภู่น้ำทุนหัวแตก ทำให้มีน้ำใสๆ ไหลออกจำนวนมาก

8. มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด ลักษณะเหนียว มีเลือดปนเป็นสีแดงจางๆ หรือสีน้ำตาล

9. ปัสสาวะบ่อยขึ้น

10. รู้สึกทารกดิ้นผิดปกติไปจากเดิม

11. มีอาการท้องเสีย

12. มีความรู้สึกว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้นในร่างกาย

สิ่งสำคัญ คือ การสังเกตอาการเจ็บครรภ์ นอกจากอาการหดรัดตัวของมดลูกที่บางครั้งหญิงตั้งครรภ์อาจแยกไม่ได้แน่ชัดจากอาการเจ็บครรภ์เตือน และการเคลื่อนไหวของทารกในครรภ์ ให้สังเกตอาการร่วมดังที่กล่าวมาข้างต้น (Peterson, 1994)

ดังนั้น ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ ซึ่งปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัดและมีผลกระทบทางด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์และครอบครัว ทั้งยังมีผลต่อจิตใจก่อให้เกิดความวิตกกังวล และในสถานการณ์ที่หญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดพักรักษาอยู่นี้ ผู้ที่ใกล้ชิดและเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญที่สุดคือพยาบาล ที่สามารถให้การสนับสนุนทั้งด้านการให้การดูแลรักษาตามแนวทาง การให้ความช่วยเหลือ การให้ข้อมูล เพื่อความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งให้กำลังใจและนำวิธีการบำบัดแบบผสมผสานมาใช้ เพื่อให้ความวิตกกังวลลดลงเพราะหากปล่อยให้ความวิตกกังวลดำเนินต่อไป อาจทำให้เกิดผลสะท้อนกลับต่อการเจ็บ

ควรฝึกคลอด้ก่อนกำหนดได้ ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญ สามารถกระทำได้โดยอิสระ เพื่อให้หญิงเจ็บครรภ์คลอด้ก่อนกำหนดสามารถเผชิญกับภาวะคุกคามนี้ได้เหมาะสมตามบริบทที่ควรเป็น

5.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

While (2000) ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต จำนวน 40 คน เป็นการดำเนินโครงการกึ่งทดลองแบบวัดก่อนและหลังการทดลองโดยแบ่งกลุ่มตัวอย่าง เป็น 2 กลุ่ม จากการสุ่มจัดกระทำกับกลุ่มทดลอง โดยให้ฟังดนตรีที่เลือกสรร ส่วนกลุ่มควบคุมให้พักโดยปราศจากการรบกวนนาน 25 นาทีเท่ากัน วัดความวิตกกังวลโดยใช้แบบวัด State-trait Anxiety Inventory (STAI) ส่วนอัตราการเต้นของหัวใจ ใช้การฟังชีพจร เมื่อครบ นาทีที่ 30 พร้อมกับสังเกตอัตราการหายใจจากการวิเคราะห์ด้วย (Multiple analysis of covariance) (MANCOVA) พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีอัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจลดลง และลดลงมากกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

Wong , Lopez and Molassiotis (2001) ศึกษาถึงผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยวิกฤตของโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยในฮ่องกง ซึ่งสามารถเข้าใจภาษาจีนกวางตุ้ง หรือ ภาษาอังกฤษ อายุ 18-85 ปี การรับรู้ปกติไม่มีปัญหาการได้ยิน ใช้เครื่องช่วยหายใจและไม่ได้รับยาลดปวดแบบต่อเนื่องทางหลอดเลือดดำ การไหลเวียนโลหิตปกติ และไม่เคยเข้าร่วมงานวิจัยลักษณะนี้มาก่อน จำนวน 24 คน เป็นการดำเนินโครงการกึ่งทดลองแบบวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยสุ่มแยกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองให้ฟังเพลงที่ผู้ป่วยเลือกเอง ในขณะที่กลุ่มควบคุมให้พักโดยปราศจากการรบกวนนาน 30 นาทีเท่าๆกัน ทั้ง 2 กลุ่ม การทำวัดทางสรีระวิทยาทุก 5 นาที เครื่องมือที่ใช้วัดความวิตกกังวลประกอบด้วย การวัดทางจิตวิทยา ใช้ State-trait Anxiety Inventory (STAI) ซึ่งเป็นฉบับแปลและดัดแปลงเป็นภาษาจีน และการวัดทางสรีระวิทยาจากอัตราการหายใจและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตใช้ SPSS for PC วิเคราะห์ข้อมูลเชิงบรรยายสถิติเปรียบเทียบ t-test ใช้วัดความแตกต่างของระดับความวิตกกังวล ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต อัตราการหายใจ ร่วมกับการเปรียบเทียบ ผลการทดสอบก่อน หลังการทดลอง Repeated measures analysis of variance (RANOVA) ใช้อธิบายค่าเฉลี่ยความดันโลหิตและอัตราการหายใจ ทุก 5 นาทีตลอดการให้ Intervention จากการดำเนินโครงการพบว่าระดับความวิตกกังวลกลุ่มทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ระดับ ความเชื่อมั่น .01 จากค่าเฉลี่ยความดันโลหิตและอัตราการหายใจพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทั้ง 2 กลุ่ม

โธมนภา กิตติศัพท์ (2536) ศึกษาผลของดนตรีต่อการรับรู้ความเจ็บปวด และความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของดนตรีต่อการลดความเจ็บปวด และความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในระยะ 48 ชั่วโมง จำนวน 40 ราย

แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุมที่เป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการฟังดนตรี และกลุ่มทดลองคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการจัดดนตรีให้ฟังในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ดนตรีที่ให้เป็นดนตรีคลาสสิก ทั้งเพลงไทย และสากล ใช้การบรรเลงโดยตลอด ใช้แบบประเมินความเจ็บปวด ด้วยมาตรวัดความเจ็บปวดด้วยใบหน้า และแบบสัมภาษณ์วัดความวิตกกังวลของสปีลเบิร์ก State - Trait Anxiety Inventory (STAI) ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด เมื่อครบ 48 ชั่วโมง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และกลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลหลังผ่าตัด เมื่อครบ 48 ชั่วโมงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

พิมพร ลีละวัฒนากุล (2546) ศึกษาผลของดนตรีประเภทผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นการดำเนินวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลและระยะเวลาที่มีประสิทธิภาพของดนตรีประเภทผ่อนคลาย ในการลดความวิตกกังวลขณะเผชิญ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน กลุ่มทดลองได้รับการฟังดนตรีประเภทผ่อนคลายจากผู้ดำเนินโครงการทั้งหมด 3 วัน วันละ 2 ครั้ง โดยจัดให้รับฟังในช่วงเช้า 1 ครั้ง และช่วงบ่าย 1 ครั้ง ครั้งละ 20 นาที และได้รับการวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ ในช่วงเช้านั้นได้ฟังดนตรี 1 ครั้ง และตอนบ่ายหลังรับฟังดนตรี 1 ครั้ง ทุกวัน จนครบ 3 วัน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และ ใช้แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety) ของสปีลเบิร์ก ผลการศึกษาพบว่า ดนตรีประเภทผ่อนคลายสามารถลดความวิตกกังวลขณะเผชิญในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ โดยมีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลในวันแรกของการทดลองมากที่สุด

กัลยา สรรพอุดม (2546) ศึกษาถึงผลการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและดนตรีบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมระยะวิกฤติ เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมระยะวิกฤติระหว่างกลุ่มที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและดนตรีบำบัดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและดนตรีบำบัด แบบวัดการรับรู้ความเครียดในผู้ป่วยระยะวิกฤติ และแบบวัดคุณภาพการนอนหลับ ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมระยะวิกฤติกลุ่มที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและดนตรีบำบัด สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

แมคเคย์และคอสเตอร์-ซูลซ์ (Mckey & Coster-Schulz, 1992) ทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative) ถึงการคิดพิจารณา ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีประสบการณ์การเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด และมีการคลอดก่อนกำหนดเกิดขึ้น จำนวน 20 คน การสัมภาษณ์ให้กลุ่มตัวอย่างบรรยายถึงการแปลความหมายประสบการณ์ พบว่า หญิงที่มีการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดทุกคนมีความกังวลเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด โดยกังวลและเป็นห่วง เนื่องจากต้องการทารกที่มีสุขภาพ

สมบูรณ์ นอกจากนั้นหลายคนยังกังวลเกี่ยวกับผลของยาที่ใช้รักษาต่อทารก รู้สึกตื่นตระหนกถ้าต้องคลอด เพราะเป็นการเพิ่มความเสี่ยงของทารกในครรภ์ พวกเขาต้องการให้ทารกคลอดครบกำหนดหรือใกล้ครบกำหนดมากที่สุด อย่างไรก็ตามหญิงที่มีการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด 6 คน ที่มีอายุครรภ์ 30-34 สัปดาห์ กลับต้องการที่จะคลอดเนื่องจากเคยมีประสบการณ์คลอดก่อนกำหนดมาก่อน หรือ มีความกังวลเกี่ยวกับผลเสียที่อาจเกิดขึ้นในการยับยั้งการเจ็บครรภ์นี้ ผู้วิจัยสรุปว่าปฏิกิริยาตอบสนองของขณะที่กลุ่มตัวอย่างให้สัมภาษณ์ แสดงให้เห็นถึงความต้องการอย่างมากที่จะให้พยาบาลประเมินทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม ในระหว่างที่มีการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด เพื่อจะได้ทราบถึงสิ่งที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล และให้การดูแลตอบสนองความต้องการให้ถูกต้อง ดังที่กลุ่มตัวอย่างได้กล่าวว่า การพูดคุยถึงประสบการณ์การเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด โดยเฉพาะกับพยาบาลเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ

ไลแนม และมิลเลอร์ (Lynam & Miller, 1992) ได้ศึกษาถึงความแตกต่างของการรับรู้ความต้องการของหญิงเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดระหว่างตัวผู้ป่วยกับพยาบาล โดยศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective) ให้หญิงหลังคลอดก่อนกำหนด 14 คน พยาบาล 25 คน ตอบแบบสอบถามความต้องการในขณะที่มีการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด (Preterm Labor Needs Questionnaire) จำนวน 56 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์รายชื่อแล้วจะพบว่ามีความแตกต่างของการรับรู้ความต้องการของหญิงที่มีการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดระหว่างตัวผู้ป่วยกับพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ความต้องการได้รับการยืนยันถึงภาวะสุขภาพของทารก ต้องการได้รับข้อมูลว่าทารกจะทนต่อขบวนการคลอดได้อย่างไร โดยหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดรับรู้ว่าการเหล่านี้สำคัญกว่าที่พยาบาลรับรู้ สำหรับความต้องการของหญิงที่เคยมีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ตัวผู้ป่วยรับรู้เรียงตามลำดับค่าเฉลี่ยความต้องการมากไปน้อยมีดังนี้ต้องการถามคำถามและได้รับคำตอบที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ต้องการได้รับข้อมูลยืนยันถึงผลลัพธ์ของภาวะสุขภาพของทารก ต้องการได้รับคำอธิบายที่ใช้ภาษาง่าย ๆ ต้องการทราบถึงสาเหตุของการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ต้องการทราบถึงเหตุผลของการให้ยาและผลข้างเคียงของยา ต้องการทราบเหตุผลของการเฝ้าประเมินทารกในครรภ์ ต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการหายใจในระหว่างมีการหดตัวของมดลูก ต้องการได้รับข้อมูลหากจะต้องคลอดจะมีอาการอย่างไร ต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกที่อาจมีในขณะที่เจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ต้องการมีโอกาสที่จะถามคำถามเกี่ยวกับการพยาบาลและการตรวจต่างๆ ต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้โดยไม่ต้องถาม และจากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ป่วยต้องการถามคำถามมากมายว่าทำไมจึงปฏิบัติเช่นนั้น ผู้ป่วยบางคนบอกว่าต้องการทราบในหลายเรื่องแต่ไม่เคยได้รับการบอก เช่น การให้น้ำนั้นเพื่ออะไร จะช่วยได้อย่างไร และต้องให้นานเท่าใด เมื่อใดจะเลิกให้ คำตอบเป็นสิ่งที่ต้องการในช่วงเวลานี้

แมคเคนและดีทริค (McCain & Deatrick, 1994) ศึกษาถึงปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงและคลอดก่อนกำหนด โดยศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 คน อายุระหว่าง 21-36 ปี ซึ่งส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีภาวะการเจ็บครรภ์คลอด

ก่อนกำหนด เป็นภาวะเสี่ยงสูงในระหว่างตั้งครรภ์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ย้อนหลัง (retrospective) ในวันที่ 10 หลังคลอดก่อนกำหนด ผลการวิจัยพบว่า มีปฏิกิริยาตอบสนองของทางอารมณ์เปลี่ยนแปลง 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 รู้สึกไม่มั่นคง เนื่องจากไม่แน่ใจต่อผลลัพธ์ ของการตั้งครรภ์ คิดว่าผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์อยู่ในภาวะเสี่ยงต่ออันตราย ในระยะนี้หญิงตั้งครรภ์จะแสวงหาการดูแลจากแพทย์ และแสวงหาข้อมูลเพื่อต้องการทราบถึงสาเหตุ การวินิจฉัยและอาการที่ยืนยันให้แน่ใจ ซึ่งเป็นกลวิธีที่หญิงตั้งครรภ์ใช้จัดการกับความรู้สึกไม่มั่นคง ระยะที่ 2 เป็นระยะที่มีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น เกิดเมื่ออาการแย่ลงและถูกจำกัดกิจกรรม จะมีความวิตกกังวล เช่น การอยู่โรงพยาบาล การนอนพัก อาการผิดปกติทางกายที่เกิดขึ้น และการได้รับยาเพื่อรักษาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในระยะนี้หญิงตั้งครรภ์ต้องการการสนับสนุนจากพยาบาล แต่พยาบาลมักสนใจปัญหาทางการแพทย์มากกว่าการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ ระยะที่ 3 เป็นระยะที่รู้สึกว่าตนเองไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เมื่อการคลอดใกล้เข้ามา หญิงตั้งครรภ์จะต้องการข้อมูลถึงโอกาสการมีชีวิตรอดของทารก และการดูแลที่ทารกจะได้รับ ผู้วิจัยสรุปว่าการทราบถึงปฏิกิริยาตอบสนองของหญิงตั้งครรภ์ จะช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินและให้การดูแลสนับสนุน ได้ถูกต้อง ซึ่งจะเป็นการช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถจัดการกับเหตุการณ์ได้

ทศมา โรจนประดิษฐ์ (2541) ศึกษาถึงผลการสนับสนุนและให้ข้อมูลต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจในการพยาบาลของหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของการสนับสนุนและให้ข้อมูลต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจในการพยาบาลของหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยใช้ทฤษฎีความเครียดของลาซารัส และโพลด์แมน เป็นกรอบแนวคิดกลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจง เป็นหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 50 คน เครื่องมือใช้แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของสปีลเบิร์กและคนอื่นๆ (Spielberger, et al., 1970) ผลการวิจัยพบว่า หญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนและให้ข้อมูลร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีคะแนนความวิตกกังวลเมื่อ 24-36 ชั่วโมงของการเข้ารับการรักษาในห้องคลอดน้อยกว่าภายใน 12 ชั่วโมงแรกของการเข้ารับการรักษาในห้องคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ชลดา จันทร์ขาว (2541) ได้ศึกษาถึงความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในหญิงที่มีการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด โดยเป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการรักษาอาการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด จำนวน 64 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความวิตกกังวล ซึ่งเป็นแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของสปีลเบิร์กและคนอื่นๆ (1970) และแบบสอบถามความต้องการข้อมูลของหญิงที่มีการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลระดับปานกลางและมีความต้องการข้อมูลมาก ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความ ต้องการข้อมูลของหญิงที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) อายุ

กรรม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการข้อมูลของหญิงที่มีการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนอายุ จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และลำดับที่การตั้งครรภ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ความต้องการข้อมูลรายด้านพบว่าด้านการให้ยาเป็นข้อมูลที่มีค่าเฉลี่ยซึ่งหญิงที่มีการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดต้องการมากที่สุด รองลงมา คือ ความต้องการด้านภาวะสุขภาพ

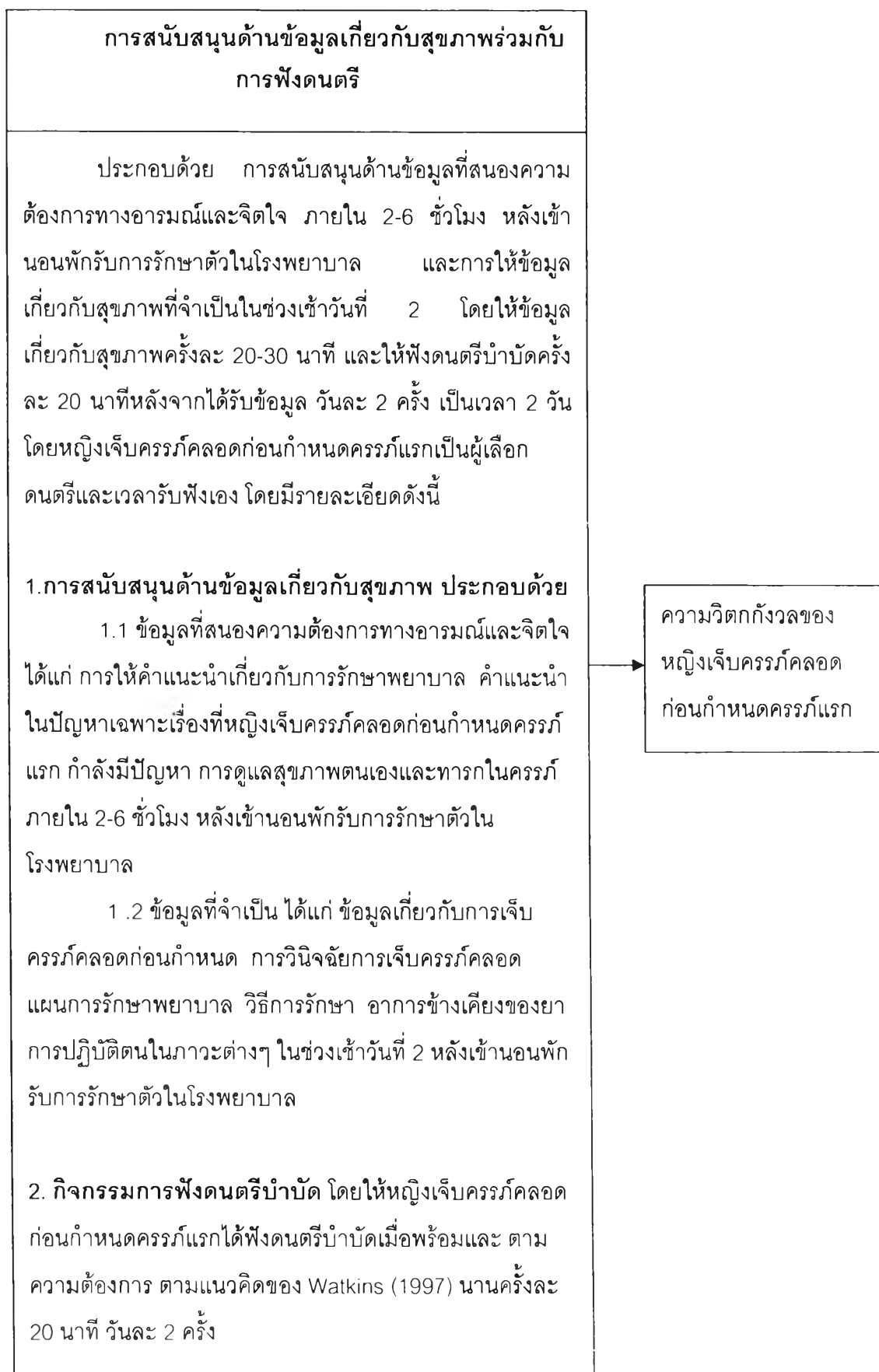
ชูลีกร ด่านยุทธศิลป์ (2541) ได้ศึกษาผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลและการปรับตัวในบทบาทการเป็นมารดาของมารดาคลอดบุตรก่อนกำหนด โดยศึกษาในมารดาครรภ์แรกที่คลอดบุตรก่อนกำหนด จำนวน 44 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มทดลองได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนจากผู้วิจัย และกลุ่มควบคุมได้รับการสอนแบบปกติ จากเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนการทดลอง แต่กลุ่มทดลองมีคะแนนความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดพบว่าสถานการณ์ที่หญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต้องเผชิญนั้นก่อให้เกิดความวิตกกังวล ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นมากในขณะที่เข้ารับการรักษาพยาบาลก่อนกำหนด ก่อให้เกิดผลกระทบต่อทั้งหญิงตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์และครอบครัว จากการศึกษาพบว่าหากหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีความวิตกกังวลลดลงจะส่งเสริมให้มีผลลัพธ์การคลอดที่ดี สิ่งก่อกำเนิดความวิตกกังวลของหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่สำคัญ คือ การขาดข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้หญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเพิ่มความสามารถในการพยากรณ์เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ มีการประเมินสิ่งที่เข้ามาคุกคามตามข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพที่ได้รับ ช่วยให้ไม่คาดการณ์เกินจริง ซึ่งจะก่อให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น และอีกประการหนึ่งคือความวิตกกังวลจากการถูกรบกวนจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย จากกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ได้รับในขณะที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วย

ดังนั้น หากมีการสนับสนุนข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและกำจัดสิ่งรบกวนจากสิ่งแวดล้อม โดยการนำดนตรีบำบัดมาใช้จะช่วยเบี่ยงเบนความสนใจของหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยหันเหความรู้สึกวิตกกังวลไปจากภาวะคุกคามที่เกิดขึ้น และเสียงดนตรียังช่วยในการบรรเทาความเจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูก ส่งเสริมพัฒนาการของทารกในครรภ์ เกิดความเชื่อมโยงกันทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะช่วยให้ความวิตกกังวลลดลง

ผู้วิจัยจึงมีความต้องการที่จะศึกษาวิธีที่จะสามารถลดความรู้สึกวิตกกังวลของหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดครรภ์แรก โดยศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลของหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดครรภ์แรก

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ต้นฉบับ หน้าขาดหาย