

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยภายใต้หัวข้อ “รูปแบบการส่งเสริมการรักษาแบบผสมผสานด้วยดนตรีบำบัด เพื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้า” ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ในกระบวนการศึกษาทฤษฎีแนวคิดทั้งในส่วนของผลงานวิชาการจากนักวิชาการในประเทศและต่างประเทศรวมทั้งศึกษาและรวบรวมกฎหมายข้อบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการศึกษาวิจัย โดยปราศจากการวิเคราะห์ แต่จะนำข้อมูลที่ได้รับไปใช้ในกระบวนการวิเคราะห์วิจัย และสร้างกรอบแนวคิด (Theoretical Framework)

1. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

1.1 ทฤษฎีดนตรีตะวันตก

ดนตรีศิลปะแขนงหนึ่งที่อยู่ในรูปแบบของคลื่นความถี่ในอากาศโดยเกิดจากการกระทำของมนุษย์เพื่อสร้างสุนทรียภาพทำให้เกิดขึ้นได้ทั้งตนเองและผู้อื่นแม้ว่าดนตรีจะเป็นศิลปะที่มนุษย์ไม่สามารถรับรู้ด้วยการสัมผัสมองเห็นแต่ก็ถือว่าเป็นศิลปะที่หากผู้ใดได้เสพความงดงามของดนตรีแล้วความสวยงามของทำนองนั้นจะว่ายเวียนในจิตสำนึกของผู้ที่ได้รับฟังได้อย่างไม่รู้จบถือเป็นงานศิลปะที่อยู่เหนือกาลเวลาและด้วยคุณสมบัตินี้ดนตรีจึงเปรียบเสมือนเครื่องมือที่ใช้ถ่ายทอดบอกเล่าความเป็นมาทั้งประวัติศาสตร์ วัฒนธรรม ค่านิยมของคนในแต่ละช่วงเวลา (Allen, Cohen, Hager and Taylor, 2014, p. 3)

จากการสืบค้นและรวบรวมความหมายของคำว่าดนตรีผ่านตำราและเอกสารจากนักวิชาการทั้งในและต่างประเทศได้ให้คำนิยามของคำว่าดนตรีไว้ดังนี้ในกลุ่มของเอกสารในกลุ่มของพจนานุกรมหลายฉบับได้ให้ทัศนะต่อความหมายของคำว่าดนตรีไว้ดังนี้ เสียงที่ถูกประกอบรวมกันเป็นท่วงทำนองเพลง (มติชน, 2547, หน้า 312) ซึ่งมีความสอดคล้องกับมุมมองของราชบัณฑิตยสถานที่ให้ทัศนะว่า เสียงที่ประกอบรวมกันเป็นทำนองเพลง ทำให้เกิดความรู้สึกเพลิดเพลิน หรือสร้างอารมณ์ รัก เศร้าหรือร่าเริง ได้ตามทำนองของเพลง (ราชบัณฑิตยสถาน, 2556, หน้า 420-421) และส่วนของเปลื้อง ณ นครนักวิชาการทางด้านภาษาไทยได้ให้คำนิยามว่าดนตรีคือระดับหรือลำดับเสียงอันไพเราะ (เปลื้อง ณ นคร, 2544, หน้า 162)

ขณะที่ในอีกแง่มุมหนึ่งเชิรชัชเอี่ยมวรมะได้ให้ความหมายของคำว่าดนตรีไว้ว่าเป็นการบรรเลงเพลงอันไพเราะ (เชิรชัช เอี่ยมวรมะ, ม.ป.ป., หน้า 177)

ส่วนในหลักฐานเชิงของประวัติศาสตร์จากยุคกรีกโบราณตามหลักฐานของคำสอนจากพีทาโกรัส (Pythagoras) นักปรัชญาและนักคณิตศาสตร์ชาวกรีก ผู้มีชีวิตอยู่ในระหว่างช่วง 570-495 ปีก่อนคริสตกาล ได้อธิบายว่าดนตรีกับตัวเลขนั้นมีความสัมพันธ์ระหว่างกันด้วยรูปแบบลักษณะการเรียงลำดับที่เป็นระเบียบ สามารถใช้เป็นกุญแจเปิดประตูสู่โลกแห่งจิตวิญญาณและจักรวาล (Grout & Palisca, 1996, pp. 4-5) คำสอนข้างต้นถูกนำมาขยายความต่ออย่างเป็นระบบเรียบมากขึ้นผ่านแนวคิดของเพลโต (Plato) นักปรัชญาชาวกรีกในยุคต่อมา

ซึ่งเป็นบทความที่เพลโตได้กล่าวถึงความเป็นอยู่ทางกายภาพของมนุษย์และการพิจารณาธรรมชาติในเชิงปรัชญาซึ่งเขียนขึ้นเมื่อ 360 ปีก่อนคริสตกาลในหนังสือ “Timaeus of Plato” มีการกล่าวถึงดนตรีไว้ในบทความ ในหัวข้อ So the universal design of the ever-living god ผู้วิจิตรของกบระโยคหนึ่งจากบทความลงมานำเสนอในบทบทวนวรรณกรรมเพื่อให้เห็นถึงมุมมองความหมายของดนตรีในทัศนะของนักปรัชญากรีก ดังนี้ “And when the blending was finished, he ordered and apportioned her according to the intervals of musical scale, so that the harmony thereof pervaded all her substance.” (Plato, 1888, p. 103) มีใจความว่าเมื่อการผสมได้สิ้นสุดอย่างบริบูรณ์เขาผู้นั้น (พระเจ้า) ได้เรียบเรียงและแบ่งวางเธอ (จักรวาล) ลงไปตามขั้นคู่แห่งเสียงดนตรีและส่งมอบเสียงประสานของท่วงทำนองเพื่อเป็นอาณัติแห่งเธอ ซึ่งจากบทความข้างต้นของเพลโตสะท้อนถึงความเป็นมาที่ยาวนานและบทบาทของดนตรีที่อยู่คู่กับเผ่าพันธุ์มนุษย์นับแต่ช่วงเวลาในอดีตในฐานะสิ่งที่ถูกสร้างขึ้นพร้อมกับโลกและหลอมรวมเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับชีวิตของมนุษยชาติ

ในความหมายของคณาจารย์กลุ่มวิชาสุนทรียภาพของชีวิตได้ให้ความหมายของคำว่าดนตรี คือ เสียงที่ถูกสร้างและควบคุมโดยนักดนตรี นักร้องหรือคีตกวีซึ่งเกิดจากการกระทำต่อวัตถุที่ทำให้เกิดเสียงโดยเมื่อผู้ฟังได้รับเสียงนั้นก็จำเป็นต้องอาศัยโสตประสาททำหน้าที่รับรู้และตีความด้วยความคิดและจินตนาการ (คณาจารย์กลุ่มวิชาสุนทรียภาพของชีวิต, 2551, หน้า 67)

ขณะที่สำนักการแพทย์ทางเลือก ได้ให้อธิบายถึงความหมายของคำว่าดนตรีในแนวทางที่คล้ายคลึงกัน คือ ศิลปะที่ถูกรังสรรค์ขึ้นด้วยฝีมือของมนุษย์อันเกิดจากแรงผลักดันของจินตนาการโดยอาจมีลักษณะที่แตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับผู้สร้างสรรค์ หรือนักดนตรี ว่าต้องการให้ดนตรีที่ตนบรรเลงมาในอารมณ์หรือบรรยากาศใด ซึ่งการเกิดขึ้นของดนตรีนั้นจะเป็นที่สำเร็จหรือไม่ก็ได้ขึ้นอยู่กับนักดนตรีเพียงผู้เดียว แต่หากอยู่ที่ผู้ฟังหรือผู้รับด้วยว่าสามารถเกิดความรู้สึกคล้อยตามกับความรู้สึกและอารมณ์ที่ผู้บรรเลงต้องการสื่อมาหรือไม่ (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2551, หน้า 14)

สำนักพัฒนาสุขภาพจิตได้ให้ความเห็นต่อความหมายของคำว่าดนตรี คือ เสียงที่ถูกสร้างขึ้น โดยผ่านการจัดสรร และร้อยเรียงอย่างเป็นระบบ ซึ่งต้องมีแบบแผนและโครงสร้างของการจัดวาง ที่ชัดเจน (กรมสุขภาพจิต, กรมการแพทย์, และกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2552, หน้า 2) ขณะที่มุมมองของอาจารย์สงวน รอดบุญ นักวิชาการทางด้านสุนทรียศาสตร์ทางศิลปะ หลายแขนง ได้อธิบายและยกย่องศาสตร์ของดนตรีว่าเป็นศิลปะที่อยู่เคียงข้างกับมนุษยชาติ และมีอิทธิพลการดำรงชีวิตของมนุษย์ อันเป็นศิลปะที่เป็นได้ทั้งศิลป์แห่งการสร้างสรรค์และศิลป์ เพื่อการแสดงซึ่งดนตรีในมุมมองของอาจารย์สงวนดนตรีมิได้เป็นเพียงเสียงที่ได้รับฟังแต่ยังมีผลกระทบต่อแง่มุมความรู้สึกของมนุษย์ในหลายมิติ (A Multisensory Experience) ด้วยอิทธิพลข้างต้นจึงสามารถเรียกได้ว่าเป็น “ศิลปะทิพย์” (The Divine Art) ก็ว่าได้ (สงวน รอดบุญ, 2518, หน้า 105)

ทางด้านนักวิชาการต่างประเทศอย่าง ดร.บรูซเบนวาร์ด นักวิชาการและอาจารย์ประจำ สาขาทฤษฎีดนตรีจาก School of Music, University of Wisconsin และ ดร.มาริลีน เชกเกอร์อาจารย์ ด้านทฤษฎีดนตรีและ โสตทัศนศึกษาแห่ง Eastern Michigan University ได้ให้คำนิยามของคำว่าดนตรี ไว้ในบทนำของหนังสือแบบเรียนวิชาทฤษฎีดนตรี ดังนี้ ดนตรีคือศิลปะของเสียงและกาลเวลาซึ่ง เกิดจากบุคลิกภาพและองค์ประกอบพื้นฐานของเสียง อันได้แก่ ระดับเสียง ระยะเวลา (จังหวะ) ความเข้มของเสียง และสีสันหรือคุณภาพของเสียงที่เกิดขึ้น (Benward & Saker, 2002, p. xiii)

จากข้อมูลข้างต้นเห็นได้ว่า ดนตรีคือศิลปะที่ถือได้ว่าเป็นสิ่งที่อยู่คู่กับมนุษย์มาตั้งแต่ยุคโบราณ เกิดจากการร้อยเรียงเสียงที่ผ่านการสร้างสรรค์ด้วยจินตนาการและการกระทำของมนุษย์เพื่อสื่อสาร ความรู้สึกไปยังผู้อื่นอันเป็นศิลปะที่มีการถ่ายทอดผ่านคลื่นเสียงที่อยู่ในอากาศโดยมีองค์ประกอบ สำคัญได้แก่ระดับเสียงจังหวะความดังเบาและสีสันที่แตกต่างกันออกไปโดยขึ้นอยู่กับแหล่งกำเนิด ซึ่งสามารถสร้างอิทธิพลต่อความรู้สึกและจินตนาการของผู้รับฟังได้ตามความต้องการของผู้บรรเลง หรือผู้ประพันธ์

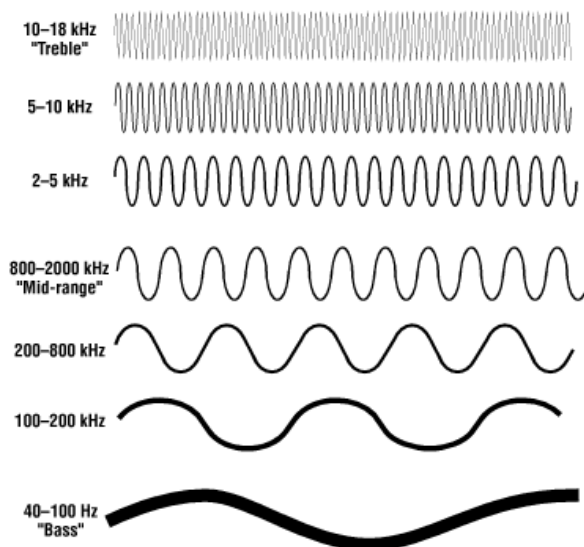
จากความหมายของดนตรีที่กล่าวไปในข้างต้น สิ่งสำคัญอันจะนำมาซึ่งความงดงาม ไพเราะอันเกิดจากเสียงดนตรีในเบื้องต้น ย่อมต้องอาศัยการร้อยเรียงองค์ประกอบต่าง ๆ ของดนตรี เข้าด้วยกันเพื่อให้เกิดเป็นท่วงทำนองเพลง ทั้งนี้ ศาสตร์ทฤษฎีดนตรีตะวันตกนั้น มีการจำแนกสาขาย่อยที่เกี่ยวข้องกับดนตรีไปอีกหลายแขนงและมีรายละเอียดที่ซับซ้อนต่อการรวบรวมเนื้อหาสาระ ทั้งหมดไว้ในกรบททวนวรรณกรรมนี้ ดังนั้นในการทบทวนวรรณกรรมของการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎีดนตรีตะวันตก ว่าด้วยองค์ประกอบของดนตรี ขึ้นพื้นฐาน เพื่อสามารถนำเอาข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม ที่ได้ไปทำการวิเคราะห์ในหัวข้อ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับประเด็นที่ต้องการศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบของดนตรีพบว่า องค์ประกอบของดนตรีประกอบไปด้วยหลายส่วนด้วยกัน ซึ่งแต่ละส่วนนั้นมีรายละเอียดที่ค่อนข้างซับซ้อน ผู้วิจัยจึงได้หยิบยกเฉพาะองค์ประกอบที่มีเนื้อหาประเด็นที่สอดคล้องกับคำถามและวัตถุประสงค์งานวิจัยซึ่งจากการรวบรวมข้อมูลพบว่านักวิชาการส่วนใหญ่ให้ความเห็นต่อองค์ประกอบของดนตรีแยกเป็น 2 ด้านหลักคือ 1) องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับเสียง และ 2) องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับจังหวะซึ่งเป็นองค์ประกอบที่ผู้วิจัยจะขยายความในแต่ละองค์ประกอบต่อไป

ในการทบทวนวรรณกรรมประเด็นนี้ผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมแนวคิดที่มีต่อทฤษฎีดนตรีตะวันตกจากนักวิชาการทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งในส่วนของนักวิชาการชาวไทยผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญต่อแนวคิดของศาสตราจารย์ ดร.ฉัชชา โสคติยานุรักษ์ ภาควิชาศิลปกรรมราชบัณฑิตยสถานรวมทั้งเป็นผู้ที่ได้รับทุนรัฐบาลไทยไปศึกษาต่อยังต่างประเทศตั้งแต่ระดับปริญญาตรีจนถึงระดับปรัชญาดุษฎีบัณฑิต โดยสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี หลักสูตรศิลปศาสตรบัณฑิต (ดนตรี) (เกียรตินิยมอันดับหนึ่ง) ทางด้านการแสดงเปียโนจาก The American University จากนั้นจึงได้ศึกษาต่อในระดับปริญญาโทสาขาทฤษฎีดนตรี และ ระดับปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาทฤษฎีดนตรีและการประพันธ์ดนตรี จาก Kent State University ศาสตราจารย์ ดร.ฉัชชา โสคติยานุรักษ์ ถือว่าเป็นอีกหนึ่งบุคคลสำคัญในวงการทางการศึกษาด้านดนตรีด้วยผลงานทางวิชาการอันเป็นที่ประจักษ์ทางด้านวิชาการแสดงดนตรีจากบทความวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการแสดงเปียโน ที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารราชบัณฑิตยสถาน อีกทั้งนักเรียน นิสิตนักศึกษาทางสายดนตรีทุกแขนงส่วนใหญ่แล้วเคยผ่านการศึกษาทฤษฎีดนตรีตั้งแต่ขั้นพื้นฐานจากผลงานตำราทฤษฎีดนตรีของท่านอันเป็นเสมือนตำราเรียนเล่มแรกของผู้ที่มีความมุ่งมั่นที่จะศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษาทางด้านดนตรีหรือมัธยมศึกษาตอนปลายสายศิลป์ดนตรีเพื่อใช้ทำความเข้าใจและใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิชาทฤษฎีดนตรีตะวันตกตั้งแต่ขั้นพื้นฐานจนถึงระดับที่สูงขึ้นนับว่าตำราภาษาไทยที่ใช้ในการทบทวนวรรณกรรมนี้มีเนื้อหาที่น่าเชื่อถือและมีน้ำหนักเพียงพอต่อการใช้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เสียงและดนตรีมีความสัมพันธ์กันโดยตรง กล่าวคือเสียงมีจุดกำเนิดจากการสั่นสะเทือนของวัตถุที่เป็นแหล่งกำเนิดเสียง ส่งผลให้เกิดคลื่นความถี่ที่เกิดขึ้น และเดินทางไปในอากาศหรือวัตถุต่าง ๆ ก่อนที่จะเข้าสู่ระบบโสตประสาทของมนุษย์ และเกิดการรับรู้และการตีความหมาย ซึ่งลักษณะของเสียงที่มีความแตกต่างกันนั้น ขึ้นอยู่กับแหล่งที่มา ที่แตกต่างกันไป อันส่งผลให้เกิดเสียงที่แตกต่างกันไป โดยจำแนกคุณสมบัติของเสียงออกเป็นองค์ประกอบต่อไปนี้ (ฉัชชา โสคติยานุรักษ์, 2550, หน้า 1)

ในการสร้างหรือบรรเลงดนตรี องค์ประกอบของเสียงที่จัดกลุ่มอยู่ในเรื่องของเสียงเป็นอันดับแรก คือ ระดับเสียง (Pitch) หมายถึง เสียงที่มีระดับสูงหรือต่ำ ซึ่งเกิดจากแหล่งกำเนิดของเสียงที่ต่างกัน โดยในกระบวนการเกิดเสียง เมื่อวัตถุกำเนิดเสียงเกิดการสั่นสะเทือน คลื่นเสียงในอากาศจะเกิดการบีบอัดซึ่งทำให้เกิดช่วงความเร็วของการสั่นของคลื่นที่นับเป็นจำนวนครั้งของการสั่นต่อวินาที ที่เรียกว่าความถี่ (Frequency) เมื่อความถี่ได้เข้าสู่ระบบโสตประสาทของมนุษย์ สมองจะทำหน้าที่ตีความคลื่นความถี่ให้กลายเป็นระดับเสียง ซึ่งความแตกต่างของระดับเสียงที่ได้ยินนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน อาทิ ขนาดของวัตถุที่เป็นแหล่งกำเนิดเสียง หรือวัสดุที่ทำให้เกิดเสียง ตัวอย่างเช่น เสียงร้องของเด็กทารกมักจะมีระดับเสียงที่สูงกว่าเสียงของผู้ใหญ่ อันเป็นผลมาจากขนาดของเส้นเสียง (Vocal Chord) ที่แตกต่างกัน โดยหน่วยสำหรับใช้ในการวัดระดับเสียงทางด้านวิทยาศาสตร์ คือ เฮิรตซ์ (Hertz: Hz) และในกระบวนการรับรู้ทางโสตประสาทของมนุษย์ โดยทั่วไป จะสามารถรับและได้ยินเสียงได้ในช่วงความถี่ตั้งแต่ 20 Hz - 15,000 Hz โดยประมาณ (Allen, Cohen, Hager and Taylor, 2014, p. 4)



ภาพประกอบที่ 1.2 ตัวอย่างคลื่นเสียงที่ทำให้เกิดระดับเสียงที่แตกต่างกัน

ที่มา: O'Reilly & Associates, Online, 2017

แต่อย่างไรก็ดี ในแง่มุมของศิลปะทางด้านดนตรีนั้น การวัดระดับเสียงด้วยหน่วยเฮิรตซ์นั้น ใช้เพื่อการวัดเพื่อหาความเที่ยงตรงของระดับเสียงในโน้ตแต่ละตัวเท่านั้น (Tuning) โดยในส่วนของทฤษฎีดนตรีตะวันตกได้มีการกำหนดระดับเสียงหลักออกเป็น 7 เสียง เป็นไปตามโครงสร้างของบันไดเสียงปัจจุบัน เพื่อให้ง่ายต่อการใช้อ่านและทำความเข้าใจในการตั้งเสียง และบรรเลงในกลุ่มนักดนตรีหรือผู้ที่ต้องการบรรเลงดนตรี โดยถือเป็นมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งระบบเป็นที่แพร่หลาย

และใช้งานเป็นมาตรฐานสำหรับคนตรีตะวันตก มีอยู่ 2 ระบบ คือ 1) ระบบโซ-ฟา (So-Fa, Italian System) และ 2) ระบบตัวอักษร (Letter, American System) (นัชชา โสคติยานุรักษ์, 2550, หน้า 9) มีอันดับการเรียงตัวของโน้ตต่าง ๆ ตามตารางดังนี้

ตารางที่ 2.1 ลำดับของตัวโน้ตคนตรีตะวันตกในระบบโซ-ฟาและระบบอักษร

ลำดับ ระบบ	1	2	3	4	5	6	7
โซ-ฟา	Do	Re	Mi	Fa	Sol	La	Ti (Si)
อักษร	C	D	E	F	G	A	B

โดยในทางปฏิบัติ โน้ตทั้ง 7 ตัวจะสามารถบรรเลงได้กว้างตามคุณสมบัติของเครื่องดนตรีแต่ละชนิด (Range) ซึ่งมีช่วงเสียงที่แตกต่างกัน และเมื่อต้องการเล่นโน้ตที่สูงหรือต่ำกว่าที่ปรากฏในตาราง ก็สามารถเล่นวนตามลำดับ เพื่อให้เกิดระดับเสียงที่เปลี่ยนไปได้ตามต้องการ โดยโน้ตแต่ละตัวจะมีระดับเสียง และมีคลื่นความถี่ของเสียงที่แตกต่างกันออกไปตามวัตถุประสงค์กำเนิดเสียงอย่างที่ได้อธิบายไปในตอนต้น ผู้วิจัยขอยกภาพประกอบ เพื่อแสดงให้เห็นถึงความถี่ของเสียงแต่ละตำแหน่งที่ใช้อยู่ในมาตรฐานสากลในเชิงของทฤษฎีดนตรีตะวันตก ดังภาพประกอบต่อไปนี้



ภาพประกอบที่ 2.2 ภาพแสดงคลื่นความถี่ของโน้ตแต่ละตัว

ที่มา: Alfa Image, , Online, 2017

อัลเลน, โคเฮน, เฮเกอร์ และ เทเลอร์ กล่าวว่า เมื่อนำเอาเสียงที่มีความถี่แตกต่างกันมาร้อยเรียงก็จะเรียกกลุ่มของเสียงเหล่านั้นว่า “ทำนอง” แต่อย่างไรก็ตามระดับเสียงไม่ใช่องค์ประกอบเดียวที่ทำให้ดนตรีเกิดความงามของท่วงทำนอง เนื่องจากระดับเสียงเป็นเพียงแค่การแปลงค่าความถี่ของตัวโน้ตให้เป็นรูปธรรมจากคลื่นเสียงที่อยู่ในอากาศที่ไม่สามารถมองเห็นได้เท่านั้น (Allen, Cohen, Hager and Taylor, 2014, p. 6)

ขณะที่ทางด้านกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกให้ความเห็นต่อระดับเสียง คือ จำนวนความถี่ที่เกิดขึ้นจากการสั่นสะเทือนของวัตถุ ซึ่งส่งผลได้ต่ออารมณ์ของมนุษย์ ในช่วงเสียงที่ต่ำจะให้ความรู้สึกหม่นหมองและในช่วงเสียงสูงจะให้ความรู้สึกสดใสจริง (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2551, หน้า 11)

อีกองค์ประกอบของเสียง คือ ความเข้มของเสียง (Intensity or Volume) อันเป็นองค์ประกอบสำคัญของดนตรีที่นอกเหนือจากระดับเสียง จากการทบทวนวรรณ พบว่า เกรทท์และพาลิสก้าอธิบายถึงความเป็นมาของการใช้ความเข้มของเสียงซึ่งถือว่าเป็นนวัตกรรมทางดนตรีที่เกิดขึ้นในช่วงยุคศตวรรษที่ 16 อันเกิดจากความต้องการของ Giovanni Gabrieli คีตกวี ชาวอิตาลีเยนที่ต้องการให้กลุ่มเครื่องดนตรีที่มีเสียงสูง (Soprano) และกลุ่มเครื่องดนตรีที่มีเสียงต่ำ (Bass) สามารถบรรเลงให้ทำนองของทั้งสองกลุ่มกลมกลืนประสานกันได้ด้วยดี และเป็นจุดเริ่มต้นของการใช้สัญลักษณ์กำกับความดังเบาหรือ “Dynamics Marking” ซึ่งจะกล่าวต่อไป (Grout & Palisca, 1996, p. 230) โดยในอีกทศวรรษหนึ่งต่อคำว่าความเข้มของเสียง มีความหมายว่าระดับของความดังและเบาของเสียง (Allen, Cohen, Hager and Taylor, 2014, p. 6) ขณะที่นักวิชาการชาวไทยได้ให้แนวคิดของความเข้มของเสียงหรือความดังเบาว่าแรงสั่นสะเทือนของวัตถุต้นกำเนิดเสียงเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเข้มของเสียง ยิ่งมีการสั่นของวัตถุแรงมากเท่าใด ความเข้มของเสียงก็ยิ่งชัดเจนตามไปด้วย รวมทั้งความเข้มของเสียงนั้นส่งผลต่อระยะทางที่เสียงจะเดินทางไปได้ ยิ่งเสียงมีความเข้มมากน้อยเท่าใด ระยะทางที่เสียงจะแผ่ขยายกำลังออกไปก็จะเพิ่มหรือลดตาม ไปเช่นกัน (ฉัชชา โสคติยานุรักษ์, 2550, หน้า 2)

ในส่วนของเบนวาร์ดและเซกเกอร์ ให้คำนิยามของคำว่าความเข้มของเสียง คือ ความดังเบาของเสียงที่เกิดขึ้น ซึ่งในทฤษฎีดนตรีมีการแบ่งระดับความดังเบาด้วยการระบุผ่านเครื่องหมายสัญลักษณ์ที่ใช้เป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อให้ให้นักดนตรีทราบว่าจะบรรเลงด้วยระดับความดังมากน้อยเพียงใด ซึ่งทำให้ทำนองที่บรรเลงมานั้น เป็นไปตามความหมายความรู้สึก และอารมณ์ที่ผู้ประพันธ์ต้องการสื่อให้ผู้ฟังคล้อยตาม (Benward & Saker, 2002, p.12)

โดยผู้วิจัยขอนำเสนอสัญลักษณ์กำกับความดังเบา (Dynamic Markings) ทางด้านทฤษฎีดนตรีตะวันตกในระดับเบื้องต้น ซึ่งของสัญลักษณ์ทางดนตรีตะวันตก ตามธรรมเนียมนั้น นิยมใช้ภาษาอิตาลีตามข้อกำหนดทางทฤษฎีดนตรี ซึ่งกฎในตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 สัญลักษณ์กำกับความดังเบา (Dynamics Marking)

สัญลักษณ์	ชื่อ	ความหมาย
pp	Pianissimo	เบามาก
p	Piano	เบา
mp	Mezzo piano	ค่อนข้างเบา
mf	Mezzo forte	ค่อนข้างดัง
f	Forte	ดัง
ff	Fortissimo	ดังมาก

ซึ่งทัศนยะของกลุ่มองค์กรภายใต้กำกับของกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความเห็นต่อคำว่า ความเข้มของเสียงว่า เป็นองค์ประกอบสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ เช่นเสียงที่เบาสามารถช่วยให้ผู้ฟังเกิดความรู้สึกสบาย และผ่อนคลาย ในทางกลับกันหากมีความเข้มของเสียงมีมากเกินไปก็ส่งผลต่อการกระตุกและเกร็งตัวของกล้ามเนื้อได้เช่นกัน ซึ่งหากมีการใช้ระดับความเข้มของเสียงที่เหมาะสมก็ส่งผลให้ผู้ฟังได้รับความสงบและสมาธิ และสามารถใช้ในการสร้างอิทธิพลเพื่อควบคุมการทำงานของร่างกายได้อีกด้วย (กรมสุขภาพจิต, กรมการแพทย์, และกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2552, หน้า 14)

นอกเหนือจากระดับ และความเข้มของเสียงแล้ว สีสันของเสียง (Tone Colors, Timbre) ก็เป็นอีกหนึ่งองค์ประกอบของดนตรีที่สร้างความรู้สึกอารมณ์ที่แตกต่างกันไป ตามเสียงที่รับรู้หรือได้ยิน ซึ่งเป็นส่วนที่ใช้ในการสื่อสารหรือการแสดงออกได้อีกทางหนึ่ง ตามคำนิยามของ ณรุทธ์ สุทธจิตต์ ในตำราว่าด้วยสุนทรียศาสตร์และความซาบซึ้งในดนตรีตะวันตก ได้ให้ความหมายของสีสันของเสียงคือ เป็นส่วนที่แสดงออกถึงคุณภาพของเสียงนั้นที่ปรากฏขึ้น อันเกิดจากคุณลักษณะหรือสภาพทางกายภาพของแหล่งกำเนิดเสียงที่มีความหลากหลาย (ณรุทธ์ สุทธจิตต์, 2557, หน้า 24)

ขณะที่ คมสันต์ วงศ์วรรณ ให้ทัศนยะต่อสีสันของเสียงที่ว่าเป็นคุณสมบัติเฉพาะเครื่องดนตรี และเสียงของมนุษย์แต่ละคน ซึ่งจะก่อให้เกิดเสียงที่แตกต่างกันออกไป และได้มีการยกตัวอย่างเพื่ออธิบายถึงความแตกต่างที่เกิดขึ้นจากเครื่องดนตรีแต่ละชนิด เช่น เสียงฟลูต (Flute) เครื่องลมไม้ มีคุณสมบัติให้สีสันหรือโทนเสียง ที่ล่องลอยเสมือนนกที่โบกโบยอยู่ในท้องฟ้า เสียงเครื่องสายอย่างไวโอลิน (Violin) ที่มีโทนเสียงที่พลิ้วไหว ทำให้ผู้รับฟังคล้อยตามและจินตนาการภาพของสายลมที่กำลังพัดโบก ขณะที่เครื่องเป่าลมตระกูลทองเหลืองอย่าง ทรัมเป็ตและทรอมโบน (Trumpet and Trombone) จะมีเนื้อเสียงหรือสีสันของเสียงที่แสดงออกถึงความยิ่งใหญ่ ความเกรียงไกร

และมีอำนาจ ซึ่งนอกเหนือจากสีสันที่เกิดจากเครื่องดนตรีแล้ว คมสันต์ยังได้มีทักษะเพิ่มเติมต่อมิติเสียงจากเสียงร้องของมนุษย์ที่แตกต่างกันออกไป ตามอัตลักษณ์เฉพาะบุคคล อันเกิดจากโครงสร้างของอวัยวะ เกิดจากโครงสร้างร่างกายของมนุษย์แต่ละคน ที่เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีความเฉพาะตัว ทั้งในเรื่องของเผ่าพันธุ์ เชื้อชาติที่เป็นสิ่งกำหนดโครงสร้างของอวัยวะที่ใช้ในการออกเสียง ทั้งรูปหน้า โพรงจมูก เพศ อายุ รวมทั้งสำเนียงพูดตามชาติกำเนิด ซึ่งเป็นตัวกำหนดวิธีการออกเสียงของมนุษย์ที่ต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ อันเป็นปัจจัยสำคัญต่อความแตกต่างของสีสันของเสียงที่มีความเฉพาะตัว ยกตัวอย่างเช่น หากนำเอาบทเพลงที่มีทำนองเดียวกันมาใช้กับเครื่องดนตรีที่แตกต่างกัน หรือให้มนุษย์สองคนร้อง ก็ย่อมทำให้เกิดเสียงที่มีความแตกต่างกันไปตามคุณสมบัติของวัสดุที่ใช้สร้างเครื่องดนตรีและโครงสร้างของมนุษย์แต่ละคน ทำให้เกิดความรู้สึกของผู้ฟังที่เปลี่ยนไป (คมสันต์ วงศ์วรรณ, 2551, หน้า 15-17)

ทางด้านของ ณิชชา โสคติยานุรักษ์ มีมุมมองที่เพิ่มเติมจากนักวิชาการท่านอื่น คือ ความแตกต่างของสีสันของเสียง มิได้ถูกกำหนดโดยแหล่งกำเนิดเสียงเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับพาร์เชียล (Partials) ของเสียงด้วย กล่าวคือ เสียงที่เราได้รับฟังในแต่ละระดับเสียงนั้น เกิดขึ้นจากการประกอบและรวมตัวของกลุ่มโน้ตที่มีจำนวนมากกว่าหนึ่งตัว ซึ่งจำนวนของพาร์เชียลจะมีมากขึ้นตามระดับความถี่เสียงของโน้ตนั้น ๆ ในทางกลับกันยิ่งระดับความถี่เสียงต่ำน้อยลงเท่าใด พาร์เชียลก็จะมีจำนวนที่ลดลงตาม (ณิชชา โสคติยานุรักษ์, 2550, หน้า 2-3)

ในส่วนของนักวิชาการต่างประเทศอย่าง อัลเลน, โคเฮน, เฮเกอร์ และ เทเลอร์ ได้อธิบายถึงความหมายของสีสันของเสียงไว้ว่า เป็นความเฉพาะตัวของเสียงจากแต่ละเครื่องดนตรี อันเป็นสิ่งที่แสดงความแตกต่างของเครื่องดนตรีแต่ละชนิด ซึ่งสีสันของเสียงก่อให้เกิดปรากฏการณ์ที่แตกต่างออกไป ในการรับรู้ของผู้ฟังที่มีต่อเสียงดนตรี ซึ่งคุณสมบัติเฉพาะของสีสันของเสียงนี้เป็นปัจจัยที่นำไปสู่การวางตำแหน่งเครื่องดนตรี (Orchestration) การเรียบเรียงเสียงประสาน (Arranging) ซึ่งเป็นอีกสาขาวิชาหนึ่งภายใต้ทฤษฎีดนตรีตะวันตกในระดับชั้นกลางไปจนถึงขั้นสูง (Allen, Cohen, Hager and Taylor, 2014, pp. 3, 7-8)

องค์ประกอบต่อมาของดนตรี คือ องค์ประกอบทางด้านจังหวะ (Rhythms) จากการทบทวนวรรณของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กล่าวว่า จังหวะ คือ ความสั้นยาวของเสียงที่เกิดขึ้น เพื่อใช้เป็นส่วนในการกำหนดท่วงทำนองของบทเพลงหรือดนตรี อันเกิดจากการสร้างสรรค์ของมนุษย์ที่ต้องการลอกเลียนพฤติกรรมที่ปรากฏอยู่ในธรรมชาติ อาทิ จังหวะสั้นแสดงออกถึงความกระฉับกระเฉง สดชื่น ร่าเริงและในทางกลับกันจังหวะช้าก็แสดงออกถึง โศกเศร้า นับเป็นส่วนสำคัญต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของดนตรี ที่ผู้บรรเลงต้องให้ความตระหนักถึง กล่าวคือ หากผู้ฟังได้รับฟังดนตรีที่มีจังหวะเร็วกว่าอัตราการเดินทางปกติของ

หัวใจมากจนเกินไป จะส่งผลต่อความรู้สึกของผู้ฟังได้ ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ รวมถึงรูปแบบของจังหวะจากการทบทวนวรรณกรรมเล่มนี้ คณะผู้เขียนได้สรุปรูปแบบจังหวะที่ส่งผลต่อความรู้สึกของมนุษย์ออกเป็น 4 รูปแบบ คือ 1) จังหวะสม่ำเสมอ (Regular Rhythm) จะสร้างความรู้สึกลื่นคลาวยสบายต่อผู้ฟัง 2) จังหวะไม่ปกติไม่สม่ำเสมอ (Irregular Rhythm) มีผลต่อผู้ฟังให้เกิดความรู้สึกไม่สบาย ไม่เป็นธรรมชาติ แต่อย่างไรก็ดีจังหวะประเภทนี้ มันจะถูกใช้ในการสร้างดนตรีที่มีลีลาโดดเด่น หรือเพื่อสร้างเสน่ห์ของบทเพลงที่จะเป็นสัญลักษณ์และบุคลิกภาพเฉพาะตัว 3) จังหวะหนักและเบา (Strong and Weak) คือ การแสดงออกถึงอารมณ์ที่มั่นคง สง่าผ่าเผยหรือเพื่อบ่งชี้ย้ำ และการแสดงออกถึงความอ่อนโยน เบาบาง 4) จังหวะยาวและสั้น (Long and Short) เพื่อแสดงความตอกย้ำต่อผู้ฟัง และสคิส ร่าเริง มีชีวิตชีวา (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2551, หน้า 12-13)

ขณะที่ ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา ให้ความเห็นต่อจังหวะว่าเป็นมีผลต่อการสร้างสมาธิ และเป็นส่วนที่ช่วยให้ผู้ฟังเกิดความรู้สึกผ่อนคลายได้ (ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2550, หน้า 21) ซึ่งคมสันต์ วงศ์วรรณ ได้ให้ความหมายของจังหวะในเชิงดนตรีว่าเป็นการเคลื่อนไหวของทำนองหรือกลุ่มเสียงในขณะหนึ่ง ได้รับอิทธิพลมาจากพฤติกรรมของมนุษย์ เช่น การหายใจ อัตราชีพจร จังหวะการก้าวเดิน รวมทั้งปรากฏการณ์ทางธรรมชาติที่เกิดขึ้น เช่น ลมพัด เสียงของคลื่นน้ำที่พัดเข้าชายฝั่ง เป็นต้น (คมสันต์ วงศ์วรรณ, 2551, หน้า 18)

ในอีกแง่มุมหนึ่ง ณรุทธ์ สุทธจิตต์ อธิบายถึงเวลา (Time) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ใกล้เคียงกับนักวิชาการท่านอื่น ว่าเป็นแนวคิดของเสียงที่ดำเนินผ่านช่วงเวลา และมีองค์ประกอบย่อย 3 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ความเร็วของจังหวะ (Tempo) ซึ่งเป็นศัพท์เฉพาะในทางดนตรี เพื่อใช้กำหนดและควบคุมความเร็วของบทเพลง ผ่านสัญลักษณ์กำกับความเร็ว (Tempo Term) ซึ่งนิยมเขียนเป็นภาษาอิตาเลียน อาทิ Presto (เร็วมาก) Moderato (ปานกลาง) Largo (ช้า) โดยในทางปฏิบัติ นั้นสัญลักษณ์กำกับความเร็วที่ใช้ประกอบการบรรเลงดนตรีมีความหลากหลายมาก ซึ่งในบางกรณีก็นิยมใช้การเขียนตัวเลขของจำนวนจังหวะต่อนาที (BPM: Beats Per Minute) เป็นตัวกำกับ อาทิ 60 มีความหมายว่าในระยะเวลา 1 นาทีจะมีการตบจังหวะที่สม่ำเสมอกัน 60 ครั้ง ซึ่งความเร็วนั้นจะมีความสัมพันธ์กับตัวเลข ยิ่งตัวเลขมีค่ามากขึ้นเท่าใดความเร็วของบทเพลงก็มากขึ้นตาม โดยในการฝึกซ้อมสามารถกำหนดจังหวะผ่าน Metronome หรือ เครื่องมือกำกับจังหวะได้ โดยมีลักษณะดังภาพประกอบที่ 2.3



ภาพประกอบที่ 2.3 เครื่องกำหนดความเร็วจังหวะ (Metronome)

ที่มา: Metronome, Online, 2017

องค์ประกอบย่อยต่อมาในหัวข้อของจังหวะตามที่ ฌูซุทซ์ สุกทิจิตต์ ให้ความเห็น คือ อัตรากาลัง (Meter) ซึ่งจำแนกออกเป็น 3 รูปแบบ คือ อัตรากาลังธรรมดา (Simple Time) คือ อัตรากาลังที่มีการให้จังหวะหนักที่จังหวะที่ 1 ซึ่งประกอบด้วยอัตรากาลังดังตัวอย่างต่อไปนี้ $2/4$, $3/4$, $4/4$ ซึ่งในการนับจังหวะให้เน้นที่จังหวะที่เขียนเป็นตัวเลขหนา ดังนี้ “1-2-3-4”

อัตรากาลังผสม (Compound Time) คือ อัตรากาลังที่มีการให้จังหวะหนักที่จังหวะที่ 1 และ 4 ซึ่งประกอบด้วยอัตรากาลังดังตัวอย่างดังนี้ $6/8$, $9/8$, $12/8$ โดยในการนับจังหวะให้เน้นที่จังหวะที่เขียนเป็นตัวเลขหนา ต่อไปนี้ “1-2-3-4-5-6”

และ อัตรากาลังผสมพิเศษ (Complex Time) ซึ่งส่วนมากจะปรากฏในบทเพลงที่ได้รับการประพันธ์หลังยุคศตวรรษที่ 20 เป็นอัตรากาลังที่เกิดจากการผสมผสานของอัตรากาลัง 2 ชนิดข้างต้นไว้ด้วยกัน เช่น $5/4$, $7/4$ โดยในการบันทึกโน้ต ผู้ประพันธ์จะแสดงการอธิบายการเน้นจังหวะที่ผู้ประพันธ์ต้องการ ซึ่งจำเป็นต้องระบุไว้ให้ผู้บรรเลงทราบ เช่น “1-2-3-4-5” หรือ “1-2-3-4-5” เพื่อให้บทเพลงมีอัตรากาลังที่ถูกต้อง

องค์ประกอบทางจังหวะในแง่มุมมองของ ฌูซุทซ์ สุกทิจิตต์ กล่าวว่า จังหวะ (Rhythm) คือ มิติของการให้ความยาวและการเน้นเสียง ซึ่งความยาวของเสียงก็คือระยะเวลา (Duration) ที่เสียงนั้นเกิดขึ้น ดัง และเงียบไป โดยกำหนดผ่านตัวโน้ตที่เป็นสัญลักษณ์ภาษาทางดนตรี ขณะที่การเน้นจังหวะ (Accents) คือ การให้น้ำหนักกับจังหวะของโน้ตตัวใดตัวหนึ่งมากกว่าโน้ตตัวอื่น ซึ่งสามารถทำได้ทั้งการเน้นที่เป็นธรรมชาติและการเน้นจังหวะที่อยู่ในรูปแบบของจังหวะขัด (Syncopation) (ฌูซุทซ์ สุกทิจิตต์, 2557, หน้า 25-27) ทางด้านของกลุ่มนักวิชาการต่างประเทศอย่าง อัลเลน, โคอเสน, เฮเกอร์ และ เทเลอร์ ให้มุมมองทางด้านจังหวะไว้ว่าเป็นส่วนที่มีความเกี่ยวข้องกับดนตรีและเป็นองค์ประกอบที่ใช้ในการดำเนินบทเพลงไป ซึ่งถูกกำหนดด้วยระยะเวลาและความเร็ว โดยในงานดนตรีบางประเภทนั้น อาจจะมีการใช้จังหวะเพียงอย่างเดียว ส่วนมากจะบรรเลงด้วย

เครื่องกระทบ ซึ่งทำหน้าที่สร้างจังหวะที่หลากหลายเท่านั้น (Allen, Cohen, Hager and Taylor, 2014, pp. 5-6, 102)

จากที่ข้อมูลผู้วิจัยได้รวบรวมและเสนอไปข้างต้น แสดงให้เห็นว่าดนตรีเป็นศาสตร์ที่มีเนื้อหาสาระที่ลึกซึ้งและละเอียดอ่อน ซึ่งในการนำเสนอข้อมูลการทบทวนวรรณกรรมก่อนหน้า เป็นเพียงส่วนหนึ่งต่อการสร้างความรู้และความเข้าใจต่อดนตรีในเบื้องต้นเท่านั้น โดยเห็นได้ว่าดนตรีนั้นถือเป็นงานศิลปะที่ส่งอิทธิพล สามารถสร้างอารมณ์ที่หลากหลายต่อความรู้สึกของผู้ฟังได้ อันเกิดจากการผสมผสานองค์ประกอบที่แตกต่างกัน

ในทบทวนวรรณกรรมพบว่า นักวิชาการและปราชญ์หลายท่านให้แง่คิดหรือทัศนคติ ความสำคัญของดนตรีที่มีต่ออารมณ์และความรู้สึกของมนุษย์ โดยในส่วนของกรทบทวนวรรณกรรมนี้ ผู้วิจัยขอพระราชทานอัญเชิญพระบรมราโชวาท ในพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มหิตลาธิเบศรรามาธิบดี จักรีนฤพดินทร สยามินทราธิราช บรมนาถบพิตร ครั้นทรงพระราชทาน เนื่องในงานสังคีตมงคล ครั้งที่ 2 ณ เวทีลีลาศสวนอัมพร วันพฤหัสบดีที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2515 มีใจความดังนี้

“...การดนตรีจึงมีความหมายสำคัญสำหรับประเทศชาติสำหรับสังคม ถ้าทำดี ๆ ก็ทำให้คนเขามีกำลังใจจะปฏิบัติงานการก็เป็นหน้าที่ส่วนหนึ่งที่ทำให้ความบันเทิง ทำให้คนที่กำลังท้อใจ มีกำลังใจขึ้นมาได้ คือเร้าใจได้ คนกำลังไปทางหนึ่งทางที่ไม่ถูกต้อง ก็อาจจะดึงกลับมาในทางที่ถูกต้องได้ ฉะนั้น ดนตรีก็มีความสำคัญอย่างหนึ่ง จึงพูดได้กับท่านทั้งหลายที่เกี่ยวข้องกับการดนตรีในรูปการณต่าง ๆ ว่า มีความสำคัญและต้องทำให้ถูกต้อง ต้องทำให้ดี ถูกต้องในทางหลักวิชาการดนตรีอย่างหนึ่ง และก็ต้องตามหลักวิชาของผู้ที่มีศีลธรรม มีความซื่อสัตย์สุจริต ก็จะทำให้เป็นประโยชน์อย่างมาก เป็นประโยชน์ทั้งต่อส่วนรวมทั้งส่วนตัว เพราะก็อย่างที่กล่าวมาแล้วเพลงนี้ มันเกิดความปิติภายในของตัวเองได้ ความปิติในผู้อื่นได้ ก็เกิดความดีได้ความเสียก็ได้ ฉะนั้นก็ต้องมีความระมัดระวังให้ดี...” (หอสมุดดนตรีพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9 และห้องสมุดดนตรีพุทธระหม่อมสิรินธร, ออนไลน์, 2560)

ขณะที่ อาจารย์ศิลป์ พีระศรี ศิลปินชาวอิตาลี ผู้ก่อตั้งมหาวิทยาลัยศิลปากร ได้กล่าวถึงดนตรีในแง่มุมของศิลปะที่มีอานุภาพต่อความรู้สึกและอารมณ์มนุษย์ไว้ว่า “ในบรรดาศิลปะด้วยกัน ดนตรีเป็นสิ่งเร้าอารมณ์ความรู้สึกของผู้คนได้มากที่สุด” (สำนักวิทยบริการและเทคโนโลยีสารสนเทศ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม, ออนไลน์, 2560) ทั้งสองคำกล่าวข้างต้น เป็นการแสดงถึงความสัมพันธ์ของดนตรีต่ออารมณ์และความรู้สึกของมนุษย์ จากพระมหากษัตริย์ผู้เป็นประมุข และเป็นที่เกิดทุนของปวงชนชาวไทย รวมทั้งปราชญ์ผู้ก่อตั้งสถาบันระดับอุดมศึกษาทางด้านของศาสตร์ศิลปะได้ให้ทัศนะต่อผลของดนตรีที่มีต่อความรู้สึกของมนุษย์

ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมในประเด็นของดนตรีที่มีผลต่ออารมณ์มนุษย์ พบว่า นักวิชาการทั้งจากภายในและต่างประเทศได้ให้ทัศนะที่มีมุมมองหลากหลาย สำนักแพทย์ทางเลือก ได้ให้แนวคิดต่ออิทธิพลของดนตรีว่าเป็นการใช้ประโยชน์ของดนตรีที่เกิดขึ้นจากการกระทำของมนุษย์ ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นจะมีอย่างน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับความต้องการของทั้งผู้สร้างและผู้รับ ต่อเป้าประสงค์ของการนำเอาดนตรีไปใช้งาน ว่าต้องการให้ดนตรีแสดงอิทธิพลในมิติใด กล่าวคือ ไม่ว่าจะเป็นเพื่อสร้างความบันเทิง สดชื่นด้วยบทเพลงที่มีจังหวะสนุกสนานหรือสร้างความผ่อนคลายด้วยเพลงที่มีจังหวะราบเรียบ อันเป็นไปตามหลักฐานทางประวัติศาสตร์ในยุคกรีกโบราณช่วง ก่อนคริสตศักราชราว 400-600 ปี ที่ชาวกรีกในยุคนั้น หลอมรวมดนตรีเข้าเป็นหนึ่งกับการดำเนินชีวิตผ่านกิจกรรมต่าง ๆ (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2551, หน้า 14-15)

เป็นไปตามข้อคิดเห็นของเกรทท์และพาลิสก้า ที่มีแนวคิดสนับสนุนจากนักปรัชญา ในยุคกรีกอย่างเพลโตและอาริสโตเติล ที่ให้แนวคิดต่อดนตรีในฐานะเครื่องมือทางการเมืองว่ามีอำนาจเหนือจิตใจและความรู้สึกของมนุษย์อันสามารถใช้ควบคุมประชาชนให้อยู่ภายใต้การปกครองได้ หรือตัวอย่างที่เห็นได้ชัดคือ ในช่วงเวลาระหว่างยุคศตวรรษที่ 18 ถึงศตวรรษที่ 19 ที่ดนตรีได้ถูกสร้างสรรค์และพัฒนารูปแบบการใช้งานภายใต้แนวคิดชาตินิยม (Nationalism) ที่เป็นเครื่องมือทางการเมืองสื่อสารอารมณ์ความต้องการของตัวผู้ประพันธ์ เพื่อโน้มน้าวใจความรู้สึกให้เกิดความคล้อยตาม และเข้าใจสำเนียงและอัตลักษณ์จากประเทศบ้านเกิด รวมทั้งเป็นการแสดงออกถึงสำนึกที่มีต่อแผ่นดินบ้านเกิด ของศิลปินผ่านผลงานเพลงอาทิ Frederick Chopin หรือ Giuseppe Verdi ที่สื่อสารและถ่ายทอดสำเนียงของบทเพลงพื้นบ้านผ่านผลงานของตน พัฒนามาสู่แนวคิด Impressionist อาทิ Claude Debussy และ Camille Saen-saints ที่มีใช้บทเพลงในฐานะของเครื่องมือทางศิลปะ เพื่อสะท้อนซึ่งความรู้สึกและห้วงอารมณ์ของตนต่อผู้ฟังถึงสิ่งต่าง ๆ ผ่านการใช้จังหวะสีสันและเสียงประสานในงานประพันธ์หลายชิ้น (Grout & Palisca, 1996, pp. 14, 599, 633, 680)

จากแนวคิดทางดนตรีที่กล่าวไป กลุ่มนักวิชาการชาวไทยให้ความเห็นต่ออิทธิพลของดนตรีทั้งจากองค์ประกอบของจังหวะ ท่วงทำนอง สีสันที่ถูกจัดวางโดยผู้ประพันธ์ หลอมรวมให้บทเพลงหรือเสียงดนตรีมีอิทธิพลต่อการรับรู้ของมนุษย์ที่ต่างชาติพันธุ์ก็จะเกิดการรับรู้ที่คล้ายเคียงหรือเกิดจินตนาการต่อสัมผัสทางโสตประสาทที่ไม่แตกต่างกันนัก โดยดนตรีหรือโสตศิลป์จะสร้างอิทธิพลต่ออารมณ์ของมนุษย์นับตั้งแต่กำเนิด ที่เห็นได้ชัด คือ เมื่อทารกได้ยินเสียงเพลงหรือเสียงที่เกิดขึ้นรอบตัวก็มักจะมีปฏิกิริยาตอบสนองโดยทันที และเมื่อเติบโตขึ้นพัฒนาการทางการแสดงออกของเด็กต่อเสียงดนตรี ก็สามารเห็นได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้นไม่ว่าจะเป็นการแสดงออกผ่านการสร้างจังหวะหรือร้องเพลง และเมื่อมนุษย์เติบโตขึ้นการรับฟังเสียงหรือดนตรีก็จะมีพัฒนาการ

ที่ละเอียดซับซ้อนมากขึ้น ซึ่งหากกระบวนการรับฟังดนตรีมีความสมบูรณ์ครบถ้วน คือ ผู้ฟังรับฟังดนตรีจากสื่อต้นกำเนิดของเสียง ไม่ว่าจะเป็นนักดนตรีหรือเครื่องเล่นอย่างตั้งใจและมีสมาธิแน่วแน่ในการรับฟัง (Perceptive Listening, Serious Listening) ก็ยังเป็นการส่งเสริมอิทธิพลของดนตรีที่รับนั้น ไปสู่การโน้มน้าอารมณ์ของผู้ฟังให้เกิดความคล้อยตาม ความอึดอ้อม และความพึงพอใจได้ (ณรุทธ์ สุทธจิตต์, 2557, หน้า 367-368) โดยความรู้สึกที่เกิดขึ้น เป็นไปตามประเภทของดนตรี อันเกิดจากโครงสร้างและองค์ประกอบที่แตกต่างกันของดนตรี ทำให้การรับฟังดนตรีแต่ละประเภทสร้างความตระหนักรู้ที่หลากหลายและแตกต่างกันต่อความรู้สึกของผู้ฟัง รวมทั้งขึ้นอยู่กับผู้ฟังด้วยว่าจะให้ความสำคัญต่อการรับฟังดนตรีประเภทใด อีกทั้งองค์ประกอบสำคัญต่อความรู้สึกที่จะเกิดขึ้นในผู้ฟัง คือ สถานที่ ๆ มีความเหมาะสม ไม่มีเสียงรบกวน ช่วงเวลาที่รับฟังที่ผู้ฟังมีการรับรู้ที่อยู่ในระดับเหมาะสม รวมทั้งสภาพความพร้อมจากตัวผู้ฟังด้วย (คมสันต์ วงศ์วรรณ, 2551, หน้า 3-4)

ซึ่งในการดำรงชีวิตปัจจุบันนั้นจะเห็นได้ชัดเจนว่าการใช้อิทธิพลของดนตรีต่อความรู้สึกผ่านเหตุการณ์ที่หลากหลาย อันปรากฏและเป็นທີ່ประจักษ์อยู่ในสังคม อาทิ ศุภชัย จารุสมบุญ ยกตัวอย่างการใช้ดนตรีเพื่อปลูกเร้าความฮึกเหิมและเพิ่มพลังกำลังระหว่างการแข่งขัน การใช้อิทธิพลประกอบการแสดงบัลเลต์ เพื่อสร้างบุคลิกภาพที่สง่างามของนักแสดงและสร้างอารมณ์ร่วมของผู้ชมในการชมการแสดง (ศุภชัย จารุสมบุญ, 2547, หน้า 120-121) หรือการรับฟังดนตรีประกอบการกิจกรรมการออกกำลังกายที่พบเห็นได้ในกลุ่มนักกีฬาและกลุ่มคนทั่วไปเพื่อสร้างความทนทานของร่างกายต่อการใช้พลังงานประกอบกิจกรรมต่าง ๆ

โดยแนวคิดข้างต้น มีผลงานวิจัยรับรองอย่างงานวิจัยของ เอกลักษณ์ อ่อนน้อม และ นฤพนธ์ วงศ์จตุรภัทร จากคณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งศึกษาผลการฟังดนตรีในกลุ่มทดลองเพศหญิงอายุระหว่าง 18-20 ปี จำนวน 10 ราย ขณะออกกำลังกายด้วยการปั่นจักรยาน วัตงานจำนวน 4 ครั้ง ครั้งที่ 1 เป็นการปั่นจักรยานเพียงอย่างเดียว ขณะที่ครั้งที่ 2-4 ผู้วิจัยได้ทำการเปิดเพลงคัตสรร (ชุดเพลงที่ได้รับการศึกษาแล้วว่าเหมาะสมต่อการใช้สำหรับสร้างแรงกระตุ้นแรงจูงใจต่อการออกกำลังกาย) และเก็บข้อมูลของกลุ่มทดลอง ตั้งแต่เริ่มออกกำลังกายจนกระทั่งหมดแรง โดยนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (Repeated Measure ANOVA) ผลการวิจัยพบว่า ผลการออกกำลังกายขณะฟังเพลงคัตสรรประกอบการออกกำลังกาย กลุ่มทดลองมีความต้านทานในการออกแรงที่มากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.5) ขณะที่ความรู้สึกระหว่างออกกำลังกายและระดับความเหนื่อยล้าไม่มีผลทางสถิติที่แตกต่างกัน (เอกรัตน์ อ่อนน้อม และนฤพนธ์ วงศ์จตุรภัทร, 2557, หน้า 151-161)

ขณะที่ผลการวิจัยอีกชิ้นหนึ่งจากต่างประเทศ แสดงให้เห็นถึงอิทธิพลของดนตรีต่อความรู้สึกของมนุษย์เช่นกัน ผ่านการศึกษาความเกี่ยวข้องกับจังหวะและความเร็วของบทเพลงที่ใช้ในการประกอบการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นผลความร่วมมือศึกษาวิจัยจากกลุ่มคณะนักวิชาการสาขาจิตวิทยาและสรีรวิทยา จากหลายสถาบันในทวีปยุโรปในหัวข้อ On the Role of Lyrics in the Music-Exercise Performance Relationship โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย คือ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของบทบาทของเนื้อเพลง ที่มีผลต่อจิตวิทยา จิตสรีรวิทยา และกายภาพของผู้ที่ออกกำลังกาย ในกระบวนการทดลองนี้ ใช้กลุ่มทดลองจำนวน 25 ราย โดยให้ทำการปั่นจักรยานที่ความเร็วคงที่ภายใต้อัตราการเต้นของหัวใจ (Heart Rate: HR) ไม่เกินร้อยละ 75 ของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุดต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 นาที โดยระหว่างการปั่นจักรยานนั้นประกอบด้วยกลุ่มทดลองที่ปั่นจักรยานพร้อมเปิดเพลงที่มีเนื้อร้อง กลุ่มทดลองที่ปั่นจักรยานที่มีดนตรีบรรเลงเพียงอย่างเดียว และกลุ่มทดลองที่ปั่นจักรยานโดยไม่มีเสียงดนตรีเลย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่มีการรับฟังดนตรีทั้งกลุ่มที่มีและไม่มีเนื้อร้องนั้น มีอัตราการปั่นจักรยานที่สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีดนตรีประกอบการปั่นจักรยาน ซึ่งดนตรีจะเริ่มส่งผลกระทบต่อกลุ่มทดลองในระหว่างนาทีที่ 2-6 ของการทดลอง โดยคณะผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะว่า เนื้อร้องที่ประกอบบทเพลงนั้น ไม่ได้ส่งผลต่อความรู้สึกระหว่างการออกกำลังกายมากไปกว่าองค์ประกอบของดนตรีที่แท้จริง คือ ดนตรีที่มีอัตราจังหวะเร็ว (Tempo \geq 128 Bpm) ที่จะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการออกกำลังกาย ในแง่การเคลื่อนไหวของร่างกายและสร้างแรงกระตุ้นต่อผู้ฟังได้ดีกว่าเนื้อเพลงประกอบ (Sanchez Xavier et.al, 2014, pp. 132-138)

จากที่ผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลที่ได้รวบรวมจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีดนตรี ทั้งในมิติของความหมายของดนตรี องค์ประกอบของดนตรี ความสัมพันธ์ของดนตรีต่ออารมณ์มนุษย์ ตั้งแต่แนวคิดการใช้งานเพื่อสร้างแรงกระตุ้นต่อความรู้สึกนึกคิดในยุคโบราณ มาจนถึงแนวคิดทางด้านวิทยาศาสตร์ จากผลการวิจัยที่ใช้ดนตรีต่อ ประสิทธิภาพทั้งในเชิงจิตวิทยาและสรีรวิทยา จึงเป็นที่ประจักษ์ได้ว่าดนตรีแม้จะเป็นศิลปะที่มีความเป็นนามธรรมสูง ก็ไม่สามารถจับต้องได้ เป็นสื่อที่ปรากฏขึ้นอยู่ได้เฉพาะช่วงเวลา แต่อิทธิพลต่อความรู้สึกของมนุษย์จากดนตรีนั้นก็ได้ค่อยๆ ปรากฏขึ้นในงานศิลปะแขนงอื่น ดังข้อมูลที่ได้นำเสนอไปข้างต้น

1.2 ทฤษฎีดนตรีบำบัด

การทบทวนวรรณกรรมในส่วนนี้ เป็นรวบรวมข้อมูลจากการสืบค้นผ่านเอกสารทางวิชาการ ตำรา และบทความที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีดนตรีบำบัด โดยผู้วิจัยได้ทำการสืบค้นข้อมูลจากนักวิชาการและกลุ่มองค์กร ทั้งภายในประเทศและต่างประเทศครอบคลุมประเด็นของความหมาย ที่มา การใช้งานที่เป็นอยู่ในต่างประเทศ รวมถึงข้อกำหนดต่าง ๆ จากสหรัฐอเมริกา อันเป็นประเทศแรกที่ตระหนักต่อการนำเอาดนตรีมาใช้ในการบวนการบำบัดรักษาโรค

นิยามของคำว่า “บำบัด” ตามความหมายของพจนานุกรมจากมหาวิทยาลัยอ็อกฟอร์ด ให้ความหมายว่า “Any treatment designed to improve a health problem or disability or to cure an illness.” (Hornby A. S., 1995, p. 1238) ส่วนความหมายของคำว่าดนตรีบำบัด จากการสืบค้นข้อมูลจากองค์กรในระดับสากลอย่าง สมาคมดนตรีบำบัดโลก (World Federation of Music Therapy: WFMT) มีการนิยามความหมายคำว่าดนตรีบำบัด โดยเป็นไปตามคำประกาศจาก Petra Kern ประธานสมาคมเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม ค.ศ. 2011 คือ การกระทำที่ใช้ดนตรีหรือองค์ประกอบส่วนใดส่วนหนึ่งในการบำบัดรักษาทางการแพทย์ การศึกษา ซึ่งสามารถกระทำได้ด้วยบุคคลใดบุคคลหนึ่ง กลุ่มบุคคล ครอบครัวและชุมชน อันจะนำมาซึ่งสุขภาพที่ดี เพื่อนำไปสู่พัฒนาการทางกายภาพ สังคม ทักษะทางการสื่อสาร อารมณ์และสติปัญญา ซึ่งในการดำเนินงานวิจัยทั้งในเชิงปฏิบัติและการศึกษานั้น จะต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของบริบทวัฒนธรรม สังคม และกฎหมายข้อบังคับตามแต่ละท้องถิ่น (World Federation of Music Therapy, Online, 2011)

ในประเทศแคนาดา ได้มีการบัญญัติความหมายของดนตรีบำบัดครั้งสุดท้าย เมื่อเดือนมิถุนายน ค.ศ. 2016 ดังนี้ ดนตรีบำบัดคือการปฏิบัติงานในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการอนุญาตและรับรอง เพื่อใช้ดนตรีเป็นส่วนหนึ่งในการบำบัดรักษา มีวัตถุประสงค์ต่อการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี นักดนตรีบำบัดจำเป็นต้องใช้ดนตรีอย่างปลอดภัยให้สอดคล้องกับจริยธรรมตามความต้องการ การรับรู้ การสื่อสาร อารมณ์ สุนทรียะ กายภาพ สังคมและขอบเขตของจิตวิญญาณแห่งมนุษย์ชน (Canadian Association of Music Therapists, Online, 2016)

และปีต่อมา สมาคมดนตรีบำบัดแห่งสหรัฐอเมริกา (American Music Therapy Association: AMTA) ให้นิยามไว้อีกแง่มุมหนึ่ง ดังนี้ ดนตรีบำบัดคือการรักษาโรคหรืออาการเจ็บป่วย ซึ่งมีรากฐานอยู่บนการใช้ดนตรีประกอบการรักษา เพื่อนำไปสู่ความต้องการทางการรักษาของแต่ละบุคคล โดยผู้ให้การรักษาต้องผ่านความเห็นชอบและได้รับการรับรองจากหลักสูตรหรือสถาบันทางด้านดนตรีบำบัด (American Music Therapy Association, Online, 2017)

ในส่วนของประเทศทางทวีปยุโรปอย่างสหราชอาณาจักร ให้นิยามที่เฉพาะเจาะจงต่างกับกลุ่มประเทศก่อนหน้า คือ ดนตรีบำบัดหมายถึงการใช้จิตวิทยาคลินิกในการรักษา โดยอยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของสภาวิชาชีพด้านสุขภาพ (Health and Care Professions Council: HCPC) ต่อการให้การรับรองนักดนตรีบำบัด เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้คนที่ได้รับผลกระทบจากอาการบาดเจ็บ ความเจ็บป่วยหรือทุพพลภาพ โดยไม่จำกัดช่วงวัย รวมถึงเป็นแนวทางการส่งเสริมทางด้านจิตวิทยา อารมณ์ การรับรู้ กายภาพ การสื่อสาร และความต้องการทางสังคม (British Association for Music Therapy, Online, 2017)

เครื่องรัฐออسترเลียซึ่งอยู่ในกลุ่มประเทศเกิดใหม่ ได้ให้คำนิยามของคำว่าดนตรีบำบัด คือ การศึกษา วิจัยและปฏิบัติ เพื่อช่วยเหลือส่งเสริมบุคคลต่อการพัฒนาทางด้านสุขภาพ ร่างกายให้มีความเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งอยู่ภายใต้การควบคุมของกลุ่มนักดนตรีบำบัดที่ได้รับการอบรมและฝึกฝน ให้มีความเข้าใจถึงผลกระทบต่อพฤติกรรม การรับรู้ ความนึกคิดและอารมณ์ต่อผู้ที่ได้รับการบำบัด ในการเข้ารับการบำบัดรักษา (Australian Music Therapy Association, 2015, p. 5)

ทางด้านนักวิชาการต่างประเทศ อาทิ ราเฟลยัน และ ริส ให้ความเห็นต่อความหมายของดนตรีบำบัด ว่าเป็นการเพิ่มแนวการรักษาทางการแพทย์ในการวางแผนการปฏิบัติงาน อันเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยทั้งในเชิงกายภาพและจิตวิทยา เพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยที่เป็นไปตามข้อกำหนดของสมาคมดนตรีบำบัดแห่งสหรัฐอเมริกา โดยมีเป้าประสงค์หลัก คือ เป็นเครื่องมือขับเคลื่อนการรักษาด้วยดนตรีตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ ซึ่งก่อนการให้การบำบัดรักษา ต้องมีการวางแผนโดยผู้เชี่ยวชาญที่มีคุณสมบัติที่ได้รับการรับรองจากสมาคมสถาบันดนตรีแห่งชาติ (National Association of Schools of Music: NASM) (Rafleyan Roia and Ries Rose, 2007, pp. 47-48)

ขณะที่ เอิร์กกีลา และคณะให้ความเห็นต่อดนตรีบำบัดในแง่มุมมองการใช้งานเชิงปฏิบัติการทางการรักษามากกว่า กล่าวคือ ดนตรีบำบัดเป็นแนวทางบำบัดผ่านอวัจนภาษา ซึ่งถือเป็นทางเลือกในการบำบัดที่ได้ผลเช่นกัน โดยใช้สื่อดนตรีเพื่อเข้าถึงอารมณ์ผู้ป่วยอันจะช่วยให้เกิดการพัฒนาของระดับสัมพันธภาพทางสังคม แต่อย่างไรก็ดีการบำบัดแนวทางดังกล่าว ไม่มีรูปแบบที่แน่นอน ขึ้นอยู่กับการแสดงออกและการเปิดรับของผู้ป่วยแต่ละราย นำไปสู่การเกี่ยวโยงกับความทรงจำและจินตนาการของผู้ป่วยตามแต่ละกรณี (Erkkilä Jaakko et al, 2011, p. 132)

สอดคล้องกับนักวิชาการชาวเอเชียอย่าง อิมและลี ที่ให้มุมมองต่อดนตรีบำบัดไว้ในบทความวิจัยว่าด้วยการใช้ดนตรีบำบัดต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นเสมือนอีกทางเลือกหนึ่งที่ใช้ได้ในการรักษาโรคซึมเศร้าหรือความบกพร่องทางพฤติกรรม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มทักษะต่อกระบวนการทำงานทางด้านพฤติกรรม การรับรู้ และนำไปสู่การรักษา เพื่อให้ภาวะอาการเจ็บป่วยทางด้านอารมณ์หรือพฤติกรรมบรรเทาลง (Im L. Mi and Lee I. Jeong, 2014, p. 454)

ในส่วนของวรรณกรรมภายในประเทศที่เกี่ยวข้องกับดนตรีบำบัดที่ผู้วิจัยได้รวบรวมมาพบว่า นักวิชาการหลายท่านก็ได้ให้ความเห็นที่มีมิติแง่มุมในแต่ละด้าน ดังนี้ ความหมายของคำว่าบำบัดตามนิยามของพจนานุกรมหลายฉบับภายในประเทศ อาทิ ราชบัณฑิตยสถาน ฉบับจากสำนักพิมพ์มติชน และเชียรชัย เอี่ยมวรเมธ ให้ความเห็นว่าการบำบัดคือ ทำให้คลาย ทำให้หาย ทำให้ดีขึ้น รักษา และเยียวยา (ราชบัณฑิตยสถาน, 2556, หน้า 672; มติชน, 2547, หน้า 501; เชียรชัย เอี่ยมวรเมธ, ม.ป.ป., หน้า 275)

โดยเมื่อผู้วิจัยได้ค้นคว้าอย่างละเอียดจากตำราและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับดนตรีบำบัด พบว่า มีนักวิชาการให้ความคิดเห็นที่หลากหลายแตกต่างกัน ตามแง่มุมของแต่ละท่านดังนี้ ศุภชัย จารุสมบุญ ให้ความสำคัญของคนตรีบำบัดว่าเป็นแนวทางการรักษาผ่านการรับฟังเสียงเพลง ซึ่งมุ่งเน้นการใช้งานภายในประเทศจีน เพื่อกระตุ้นให้ร่างกายของผู้ป่วยได้เคลื่อนไหวไปตามท่วงทำนองและจังหวะที่ได้ยิน โดยมีความลักษณะที่แตกต่างกันไปตามแต่ละบทเพลง รวมทั้งอาจมีการใช้มือของนักบำบัดกระตุ้นไปตามตำแหน่งต่าง ๆ ของร่างกาย เพื่อก่อให้เกิดการไหลเวียนของพลังงานกระแสไฟฟ้า ซึ่งจะเข้าไปบำบัดรักษาอาการตามตำแหน่งอวัยวะที่มีความบกพร่อง (ศุภชัย จารุสมบุญ, 2547, หน้า 143-144) ทางด้านของทวิศักดิ์ ลีริรัตน์เรขา จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นให้นิยามคำว่าดนตรีบำบัดที่แตกต่างกับมุมมองนักวิชาการที่กล่าวไปก่อนหน้า คือ เป็นการใช้นักร้องในกระบวนการรักษา ผ่านการวางแผนการใช้งานอย่างถูกต้องตามหลักทฤษฎีดนตรีบำบัด ด้วยผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ซึ่งใช้ได้ทั้งในโรงพยาบาล สถาบันสาธารณสุข และที่พักอาศัยส่วนบุคคล เพื่อการพัฒนาสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งปรับประคับประคองสุขภาพของผู้ที่เข้ารับการบำบัดให้มีความสมบูรณ์พร้อมได้อีกด้วย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความต้องการในการเข้ารับการบำบัดรักษาของผู้ป่วยหรือผู้บำบัดแต่ละราย ว่ามีความต้องการต่อผลการบำบัดรักษาไปในทิศทางใด และมีการแสดงความคิดเห็นในมุมมองที่เพิ่มเติม คือ การใช้ดนตรีบำบัดนั้นไม่ได้ใช้เพื่อการสร้างองค์ความรู้ทางด้านดนตรีต่อผู้เข้ารับการบำบัด แต่เป็นการใช้เพื่อผลประโยชน์ทางการแพทย์เท่านั้น (ทวิศักดิ์ ลีริรัตน์เรขา, 2550, หน้า 19-20)

สอดคล้องกับ จักรกริช กล้าผจญ และคณะให้ความสำคัญเห็นต่อดนตรีบำบัดว่า เป็นกระบวนการบำบัดที่สร้างความลึกซึ้งต่อผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับร่างกายและจิตใจ โดยสามารถประยุกต์ใช้เป็นอีกหนึ่งแนวทางในการบำบัดรักษา ทั้งส่วนของอาการเจ็บป่วยทางกายภาพ รวมถึงการรักษาอาการจิตเวช (Klaphajone, J., et al., 2013, p. 23)

ขณะที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้ให้ความสำคัญเห็นต่อดนตรีบำบัด ว่ามีแนวทางการใช้งานที่หลากหลาย ขึ้นอยู่ตามแต่ท้องถิ่นของการใช้งาน แต่มีวัตถุประสงค์ในการใช้งานเดียวกัน คือ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการบำบัด รักษาผู้ที่มีอาการป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2551, หน้า 9)

ในส่วนของความคิดเห็นจากวิทยาลัยดุริยางคศิลป์ มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันการศึกษาอุดมศึกษาที่มีคณะแพทยศาสตร์ได้กำกับหลายแห่ง และเป็นสถาบันแรกในประเทศไทยที่เปิดสาขาวิชาดนตรีบำบัด ในหลักสูตรปริญญาโทบัณฑิต ให้ความสำคัญคำว่าดนตรีบำบัดไว้ว่าเป็นการใช้องค์ประกอบของคนตรีมาเป็นเครื่องมือในการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพของร่างกาย

ซึ่งต้องขึ้นอยู่กับความชื่นชอบของผู้บำบัดที่มีต่อดนตรีและลักษณะเอกลักษณ์ของดนตรีในแต่ละพื้นที่ ถิ่นฐานและวัฒนธรรม (วิทยาลัยดุริยางคศิลป์ มหาวิทยาลัยมหิดล, ม.ป.ป.)

จากที่ผู้วิจัยได้รวบรวมและนำเสนอมาข้างต้นแล้วนั้น ดนตรีบำบัดจึงมีความหมายหรือนิยามในภาพรวมคือศาสตร์และแนวทางการดูแล เสริมสร้างสุขภาวะให้มีความสมบูรณ์รวมทั้ง บำบัด บรรเทา รักษาอาการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ผ่านการใช้องค์ประกอบต่าง ๆ ของดนตรีเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งในกระบวนการบำบัดนั้น จำเป็นต้องได้รับการวางแผนแนวทางการปฏิบัติงานตามแต่ละกรณี โดยเป็นไปตามความต้องการของผู้เข้ารับการบำบัดแต่ละราย โดยมีความจำเป็นต้องอยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของนักดนตรีบำบัดที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ มีคุณสมบัติที่ได้รับการรับรองจากองค์กรหรือสถาบันที่เกี่ยวข้อง ซึ่งหัวใจสำคัญของการบำบัดนั้นคือ เพื่อให้การรักษาฟื้นฟูและส่งเสริมผู้ป่วยอันเป็นไปตามจริยธรรมทางด้านแพทย์ สิ่งสำคัญคือผลของการบำบัดรักษาต้องไม่สร้างผลกระทบ ที่เกิดความเสียหายต่อร่างกายหรือจิตใจของผู้เข้ารับการบำบัด

ด้วยบทบาทของดนตรีบำบัดในฐานะของทางเลือกหนึ่งในการส่งเสริม รักษาและฟื้นฟูสุขภาพร่างกายของมนุษย์ ทำให้บรรดากลุ่มนักวิชาการตั้งแต่อดีตตระหนักถึงความสำคัญ และช่วยกันพัฒนาให้ดนตรีบำบัดเป็นศาสตร์ที่มีการยอมรับเทียบเท่าศาสตร์อื่น ๆ ทางด้านการแพทย์

ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมของนักวิชาการจากต่างประเทศอย่าง Debbie Carroll ศาสตราจารย์ทางด้านดนตรีบำบัดจาก ภาควิชาดนตรีบำบัด มหาวิทยาลัย Quebec Montreal ประเทศแคนาดา พบว่า ความเป็นมาของดนตรีบำบัดตามข้อมูลจากเอกสารจากนักวิชาการ ที่ผู้วิจัยสืบค้นมีข้อบ่งชี้ถึงการใช้นดนตรีบำบัดมาตั้งแต่ยุค โบราณ โดยมีความเปลี่ยนแปลงตามบริบทและความก้าวหน้าของวิทยาการอื่น ๆ ที่เข้ามามีอิทธิพลเกี่ยวข้อง กับการใช้นดนตรีบำบัดแต่ละช่วงสมัย (Carroll Debbie, 2011, pp. 171-178)

เริ่มต้นจากการใช้งานเพื่อขับไล่วิญญาณหรือปีศาจที่สิงสถิตในร่างกายของผู้ป่วยตามความเชื่อของผู้คนในสมัยโบราณ ก่อนยุคกรีก (500,000 ปีก่อนยุคประวัติศาสตร์) กล่าวได้ว่าผู้ทำหน้าที่บำบัดในช่วงเวลานั้น คือ หมอผีของแต่ละกลุ่มสังคม ที่ได้รับความยอมรับในความสามารถด้านดนตรี โดยในกระบวนการรักษาจะมีการประ โคมร่ายรำและบรรเลงบทเพลง เพื่อขับไล่โรคหรืออาการเจ็บป่วยที่เกิดจากปีศาจตามความเชื่อ เพื่อปลดปล่อย ชำระล้างและรักษาอาการในผู้ป่วยด้วยบทเพลงที่ได้รับการประพันธ์ไว้ก่อนเริ่มพิธีการ (Pre-composed) หรือจะเป็นการบรรเลงแบบด้นสด (Improvisation) โดยเครื่องดนตรีที่ใช้นั้น มักจะเป็นเครื่องดนตรีที่ดัดแปลงมาจากวัสดุที่มีอยู่ในธรรมชาติ อาทิ กระจุก งาช้าง ขอนไม้ โดยมีรูปแบบการรักษาที่แตกต่างกันไปตามอาการ เช่น ในผู้ป่วยที่มีอุณหภูมิร่างกายสูง จะใช้บทเพลงที่มีอัตราความเร็วต่ำถึงปานกลาง (ราว ๆ 72 BPM)

เพื่อลดอุณหภูมิในตัวผู้ป่วยลง ขณะที่ความเร็วของคนตรีจะเร่งขึ้นและใช้จังหวะที่มีความซับซ้อนในการเพิ่มความอบอุ่นกับร่างกาย

บทความของนักวิชาการท่านนี้ ได้แทรกเรื่องราวเชิงประวัติศาสตร์ของคนตรีบำบัดในช่วง 1037 ปีก่อนคริสตศักราช ซึ่งเป็นเรื่องเล่าจากกลุ่มชาวยิว กล่าวอ้างถึงเดวิด (David) ที่ถวายนการบรรเลงดนตรีด้วย Lyre เครื่องดนตรีโบราณประเภทสาย ถวายแด่พระมหากษัตริย์ซาอูล แห่งอิสราเอล (King Saul) เพื่อรักษาพระอาการประชวรจากความกลัวและหวาดระแวง อันมาจากปีศาจที่ครอบสิงในพระวรกาย ด้วยความตั้งใจแน่วแน่ที่จะให้พระองค์มีพระอาการที่ทุเลาลง การรักษาก็เป็นผลสำเร็จ และนับได้ว่าเดวิดเป็นนักดนตรีบำบัดคนแรกในมุมมองทางประวัติศาสตร์

ข้อมูลนั้นสอดคล้องกับบทความจากกรีนเบิร์ก นักดนตรีบำบัดทางด้านจิตเวชจากมหาวิทยาลัยเคมบริดจ์ที่ได้กล่าวถึงเหตุการณ์ที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และได้อ้างไปถึงบทความจากพระคัมภีร์ไบเบิลตอนหนึ่ง เพื่อสนับสนุนข้อมูลให้มีความหนักแน่นขึ้น ดังนี้ “And it happened that whenever the spirit of melancholy from God was upon Saul, David would take the lyre (harp) and play it. Saul would then feel relieved and the spirit of melancholy would depart from him” (I Samuel, 16:23) แนวคิดนี้ กล่าวอ้างถึงการใช้ดนตรีของเดวิดต่อการรักษาพระอาการประชวร โดยจากบันทึกทางประวัติศาสตร์ ในเหตุการณ์ถวายนการรักษารั้งนั้น กรีนเบิร์กได้วิเคราะห์ว่าพระอาการที่ทรงพระประชวรคืออาการ “โรคซึมเศร้า” ซึ่งทางคณะนักวิชาการของกรีนเบิร์กได้ตั้งข้อสังเกตและสรุปว่าดนตรีที่เล่นถวายเป็นบทเพลงที่มีความนุ่มนวลและท่วงทำนองที่ไม่ดั่งจนเกินไปนัก อันเกิดจากคุณสมบัติในการให้เสียงของ Lyre ที่เป็นไปอย่างราบเรียบ รวมทั้งจังหวะที่ใช้บรรเลงน่าจะเป็นจังหวะที่ช้า ซึ่งเข้าไปบรรเทาอารมณ์ตื่นตระหนกของพระองค์และทำให้พระอาการประชวรที่เกิดขึ้นนั้นทุเลาลงในที่สุด (Greenberg M. David, Online, 2017)



ภาพประกอบที่ 2.4 เดวิดถวายนการรักษาด้วยการบรรเลง Lyre

ที่มา: The World's First Music Therapist, An account from over two thousand years ago, Online, 2017

ต่อมาในยุคกรีกโบราณ หรือราว 600 ปีก่อนคริสตกาล การใช้งานดนตรีบำบัดนั้น ถูกกำหนดกฎระเบียบที่มากยิ่งขึ้น อันเป็นไปตามคำสอนทางศาสนาความเชื่อ ที่ให้ความสำคัญต่อดนตรีในฐานะสื่อที่ทรงอิทธิพลและมีอำนาจต่อการควบคุมจิตใจและอารมณ์มนุษย์ จากคำสอนของนักปราชญ์และนักปรัชญาอย่างเพลโต ที่ให้แนวคิดว่าดนตรีมีคุณสมบัติในการควบคุมคนหมู่มากได้ ในการเปลี่ยนแปลงโหมด (บันไดเสียงโบราณ) ของดนตรีเพียงครั้งเดียว ย่อมส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงรากฐานของสังคมได้อย่างฉับพลัน ทำให้การใช้งานของดนตรีบำบัดในช่วงเวลานั้นอยู่ภายใต้การดูแลของกลุ่มนักบวช ที่มีหน้าที่กำหนดจัดวางองค์ประกอบต่าง ๆ ทางดนตรีให้เหมาะสมต่อการใช้งานในการรักษา ขณะที่กลุ่มผู้รับการบำบัดในยุคกรีกโบราณไม่ได้เข้ารับการบำบัดเพื่อฟื้นฟูสุขภาพแต่อย่างใด แต่เป็นการรับการรักษาเพื่อโน้มน้าวอารมณ์และความเห็น ต่อการเมืองการปกครอง รวมทั้งใช้ปรับสภาพอารมณ์ให้เกิดความผ่อนคลาย หรือแม้แต่การใช้เพื่อกระตุ้นความฮึกเหิมของเหล่านักรบ เพื่อเข้าสู่สมรภูมิสงคราม ผ่านการใช้โหมดต่าง ๆ ทางดนตรี อาทิ Dorian Mode จะใช้กับการทำสมาธิเพื่อนำมาซึ่งความสงบทางด้านจิตใจสำหรับนักบวชในกรุงเอเธนส์ ขณะที่ Phrygian Mode ใช้ในการปลุกกระตุ้นความกล้าหาญ บำปิ่นก่อนเข้าสู่สมรภูมিরบของเหล่าทหารในเมืองทรอย

โดยผลงานทางด้านวิชาการในปัจจุบัน ได้มีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นถึงผลความแตกต่างทางอารมณ์ที่หลากหลายต่อการรับฟังดนตรีในโหมดที่แตกต่างกัน จากงานวิจัยของ รามอส บูเอโน และบิกัน กลุ่มนักวิชาการจากสหพันธ์สาธารณรัฐบราซิลและสาธารณรัฐฝรั่งเศส ที่ทดลองความแตกต่างของอารมณ์ผู้ฟังในบทเพลงที่มีโหมดและความเร็วที่แตกต่างกันออกไป พบว่าผลของอารมณ์ผู้รับฟังทั้งกลุ่มของนักดนตรีด้วยกันและผู้ฟังที่ไม่ใช่นักดนตรี ก็เกิดความรู้สึกที่แตกต่างในการรับฟังโหมดที่ความเร็ว ที่แตกต่างอย่างมีนัยยะสำคัญ (D.Ramos, J.L.O.Bueno & E. Bigand, 2011, pp.168-170) อันเป็นการวิจัยเชิงทดลองที่เป็นอีกหนึ่งหลักฐาน อันแสดงถึงอิทธิพลของดนตรีต่ออารมณ์ที่สอดคล้องกับข้อมูลหลักฐานการใช้งานจากในยุคอดีต

บทบาทของดนตรีบำบัดในวัฒนธรรมฝั่งตะวันตกยังถูกใช้งานโดยนักบวช ซึ่งปรากฏอยู่ในช่วงต้นของคริสต์ศตวรรษ (ระหว่างปี ค.ศ. 476-1450) การใช้งานนั้นถูกควบคุมอยู่ภายใต้ความเชื่อทางศาสนา โดยในการบำบัดนั้น ถูกนำเสนอต่อผู้ป่วยผ่านทางบทเพลงที่ใช้สรรเสริญพระเจ้าผู้เป็นเจ้าของ รวมถึงชี้แนะเพื่อสร้างจินตนาการต่อมโนสำนึกของผู้ป่วยให้เห็นภาพของสรวงสวรรค์ในกรณีผู้ป่วยนั้นมีอาการแยกว่าที่แพทย์ในยุคนั้นจะให้การรักษา มากกว่าการนำเอาดนตรีมาบรรเทาความเจ็บป่วย อันเป็นอิทธิพลที่ได้รับจากความเชื่อตามช่วงเวลา ถือว่าดนตรีคือสื่อที่ใช้ส่งสารระหว่างมนุษย์และพระเจ้า

ต่อมาในยุคฟื้นฟูศิลปวิทยาการหรือระหว่างช่วง ค.ศ. 1580-1750 คนตรีบำบัด ถูกให้ความสำคัญในบทบาทของเครื่องมือในการรักษาความผิดปกติทางร่างกายอีกครั้ง ซึ่งในครั้งนี้นี้ กลุ่มนักฟิสิกส์ได้ค้นพบความสัมพันธ์ระหว่างคลื่นเสียงต่อองค์ประกอบของธาตุต่าง ๆ ในร่างกายของมนุษย์ โดยใช้คนตรีบำบัดเพื่อรักษาอาการที่เกิดขึ้นจากความนึกคิดของผู้ป่วย ทั้งให้ความร่าเริง สดใส ลดความตระหนก กังวล หวาดกลัว ก้าวร้าว ภายใต้นิวทิดที่กล่าวว่างค์ประกอบของคนตรี อาทิ จังหวะ ทำนองนั้น มีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบทางกายภาพมนุษย์ อันได้แก่ การหายใจ ชีพจร ความดันเลือด ฯลฯ อันส่งผลต่อความนึกคิดและร่างกายได้

ตามแนวคิดจาก Rene Descartes ที่ให้ความสำคัญเห็นว่าระยะห่างของโน้ตแต่ละตัว (Intervals) มีอิทธิพลต่อ ความรู้สึกของผู้ฟังได้โดยตรง อาทิ โน้ตที่มีระยะห่างกันและจังหวะที่มีความเร็วมาก จนเกินไปสามารถสร้างความรู้สึกตึงเครียด ในขณะที่โน้ตที่มีขึ้นคู่ใกล้กันและมีการดำเนินจังหวะที่ช้าสม่ำเสมอ นั้น จะสร้างความสงบและสมาธิต่อตัวผู้ฟังได้มากกว่า

สอดคล้องกับข้อความที่ปรากฏในหนังสือที่รวบรวมแนวคิดของนักวิชาการหลายท่าน อันเกี่ยวข้องกับแนวคิดทางด้านปรัชญาสมัยนิยม ซึ่งข้อความจาก Rene Descartes แสดงถึงพลวัติของคนตรีต่ออารมณ์มนุษย์ มีใจความว่า “Music charms us, although its beauty consists only in the agreement of numbers and in the counting, which we do not perceive but which the soul nevertheless continues to carry out, of the beats or vibrations of sounding bodies which coincide at certain intervals.” (Sweetman Brendan Eds., 1999, chapter 3, p. 38)

นับแต่ช่วงศตวรรษที่ 17 เป็นต้นมา คนตรีบำบัดถูกตระหนักถึงในแง่ของศิลปะ ที่นอกจากจะสร้างความบันเทิงแก่มนุษย์แล้ว ยังมีการศึกษา ทดลองเพื่อนำเอาคนตรีเข้ามาเป็น เครื่องมือบำบัดหรือเป็นส่วนหนึ่งทางการแพทย์อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งความสำคัญนี้ ก่อให้เกิด อิทธิพลในประเทศต่าง ๆ ทั้งในส่วนของนักวิชาการและองค์กรในการให้ความสำคัญต่อคนตรี บำบัด ในฐานะศาสตร์ที่มีอิทธิพลต่อการรักษาความเจ็บป่วย รวมทั้งการจัดตั้งสถาบันองค์กร ที่เกี่ยวข้องกับคนตรีบำบัด โดยจากการทบทวนวรรณกรรมของบุษกร บิณฑสันต์ (2553, หน้า 10-16) ได้กล่าวถึงความเป็นมาของคนตรีบำบัด ทั้งในเชิงของการศึกษา การปฏิบัติ และการจัดตั้งสถาบัน ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ไว้ดังนี้ ในปี ค.ศ. 1729 บทความวิชาการจากมหาวิทยาลัยฟิลาเดเฟีย สหรัฐอเมริกา ในชื่อ “Effects of Singing, Music, and Dancing on Human Bodies” โดย Samuel J. Mathews นำเสนอเนื้อหาสาระถึงการใช้คนตรีในการลดอาการเจ็บป่วย ซึ่งผลของการใช้คนตรีในกระบวนการ รักษาและผลตอบสนองของผู้ป่วยแต่ละราย ขึ้นอยู่กับความชอบต่อประเภทของบทเพลง ตามแต่ละบุคคลว่ามีรสนิยมคนตรีฟังในรูปแบบใด อันเป็นไปตามความต้องการเฉพาะตัว

โดยได้รับการเผยแพร่และถือว่าเป็นบทความทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับดนตรีบำบัดฉบับแรกที่ปรากฏอยู่ในรูปแบบเอกสารทางวิชาการ

ต่อมาในปี ค.ศ. 1806 ผลกระทบของสงครามโลกครั้งที่ 1 ทำให้เกิดผู้ที่มีอาการบาดเจ็บทั้งทางร่างกายและจิตใจเป็นจำนวนมาก กลุ่มนักดนตรีอาสาสมัครจึงรวมตัวกันเพื่อร่วมมือบรรเลงดนตรีให้กับผู้ป่วยตามศูนย์และโรงพยาบาล ซึ่งมีผลตอบรับในทิศทางบวกหลังจากการรับฟังแพทย์และพยาบาลจึงได้ตัดสินใจจัดหาช่างนักดนตรีเข้ามาแสดงดนตรีที่โรงพยาบาลเป็นประจำ ถือเป็นการจุดประกายความคิดต่อการอบรมนักดนตรี ให้มีความรู้ทางด้านจิตวิทยา เพื่อปูพื้นฐานต่อการปฏิบัติหน้าที่ร่วมกับแพทย์ และให้การรักษาผู้ป่วย

ขณะที่ในปี ค.ศ. 1934 ทางด้านสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี นายแพทย์ Karl Heinz Polter ได้เผยแพร่หนังสือเกี่ยวกับการใช้ดนตรีบำบัดเป็นเครื่องมือในการรักษา ซึ่งมีประเด็นสำคัญของการใช้ดนตรีในกระบวนการบำบัดรักษา และนับว่าเป็นจุดเริ่มต้นของศาสตร์ดนตรีบำบัดในสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี

ต่อมาในปี ค.ศ. 1940 มหาวิทยาลัยแห่งรัฐมิชิแกน ก็ได้จัดตั้งหลักสูตรดนตรีบำบัดขึ้นในระดับอุดมศึกษาเป็นครั้งแรก และถัดจากนั้นราวหนึ่งทศวรรษ ในวันที่ 2 มิถุนายน ค.ศ. 1950 การจัดประชุมเพื่อจัดตั้งสมาคมดนตรีบำบัดแห่งชาติก็เกิดขึ้น ซึ่งผลจากมติการจัดการประชุม คือ สมาคมดนตรีบำบัดในสหรัฐอเมริกา ได้ก่อตั้งขึ้นภายใต้ชื่อว่า “The National Association of Music Therapy: NAMT” อันเป็นสมาคมที่ทำหน้าที่กำหนดระเบียบ ข้อบังคับของสาขาอาชีพดนตรีบำบัด

ระหว่างช่วงปี ค.ศ. 1950-1959 Paul Nordoff และ Clive Robbins ได้ร่วมกันเขียนหนังสือแนวทางการบำบัดด้วยดนตรีเพื่อผู้ป่วยเด็กทุพพลภาพ (Therapy in Music for Handicapped Children) เพื่อเสนอแนวคิดว่าดนตรีสามารถใช้บำบัดได้ในกลุ่มคนทุกเพศ วัย และสถานะ รวมทั้งเป็นเครื่องมือชิ้นสำคัญต่อการเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารของมนุษย์ ทำให้ผู้ได้รับการบำบัดมีความคิดเชิงสร้างสรรค์และกระตุ้นเสริมสร้างกำลังใจให้กับผู้ป่วยในการดำเนินชีวิต อันเป็นที่มาของการได้รับทุนไปทำงานวิจัยด้านดนตรีบำบัด โดยในระยะเวลาต่อมาทั้งสองได้ร่วมมือกันเขียนหนังสืออีกเล่ม ในชื่อว่า “Creative Music Therapy” ซึ่งนำเสนอแนวทางการใช้งานดนตรีบำบัด อันมีบทบาทต่อการพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ของผู้ป่วยทุกช่วงวัย ในช่วงปี ค.ศ. 1962-1967 นับได้ว่าเป็นการเริ่มต้นการใช้งานดนตรีบำบัดตามวิธีของ Nordoff-Robbins ซึ่งเป็นการให้ผู้ป่วยหรือผู้รับการบำบัดได้ร่วมบรรเลงดนตรีด้วยการด้น (Improvisation) และมีความรู้สึกสนุกสนานร่วมไปกับเสียงที่ได้ยินภายใต้การควบคุมของนักดนตรีบำบัด อันเป็นแนวทางที่ใช้งานและเป็นแนวทางต้นแบบของการใช้ดนตรีบำบัดจนถึงในช่วงปัจจุบัน

เมื่อการใช้งานดนตรีบำบัดได้เป็นที่แพร่หลายทั้งในสหรัฐอเมริกาและฝั่งสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีแนวคิด รวมทั้งประโยชน์จากดนตรีบำบัดได้แพร่กระจายไปยังภูมิภาคอื่นในทวีปยุโรปอย่างสหราชอาณาจักร ส่งผลให้ในปี ค.ศ. 1958 Juliette Alvin นักเชลโล่ชาวฝรั่งเศสได้ชักชวนกลุ่มสมาชิกและทำการจัดตั้งสมาคมดนตรีบำบัดแห่งสหราชอาณาจักร (The British Society for Music Therapy) ขณะที่ Hildebrand R. Teirich จิตแพทย์ชาวเยอรมันประจำโรงพยาบาลแห่งมหาวิทยาลัยฮันโนเฟอร์ได้เขียนหนังสือ “Music and Medicine” ในปีเดียวกันอันเป็นตำราที่เป็นที่ยอมรับและถือว่าเป็นหลักฐานทางวิชาการสำคัญอีกชิ้นหนึ่ง ต่อการนำเสนอแนวทางการใช้ดนตรีบำบัดในผู้ป่วยหลายประเภท อาทิ ผู้ป่วยทางจิตเวช ผู้ป่วยเรื้อรัง ส่งผลให้ในปีถัดมาประเทศออสเตรเลียจึงได้มีการจัดการประชุมครั้งแรกภายในประเทศภายใต้หัวข้อดนตรีบำบัดขึ้น แต่ก็ยังมุ่งเน้นการให้ความสำคัญต่อการใช้ดนตรีคลาสสิกในการบำบัดเท่านั้น

ซึ่งนอกเหนือจากการจัดการประชุมแล้ว การเปิดหลักสูตรดนตรีบำบัดในระดับปริญญาโทและปริญญาตรี ภายใต้มหาวิทยาลัยประจำกรุงเวียนนา ก็ได้เริ่มต้นขึ้น พร้อมกันกับการทดลองการใช้ดนตรีบำบัดของ Alfred Schmoetz ที่เป็นรูปแบบการบำบัดผ่านการโต้ตอบระหว่างนักดนตรีบำบัดและผู้ป่วย ที่ผลัดกันบรรเลงดนตรีด้วยทำนองที่แต่งขึ้นเอง ซึ่งเครื่องดนตรีที่ใช้ระหว่างกระบวนการนั้นเป็นเครื่องดนตรีแบบเดียวกัน การบำบัดรูปแบบนี้เรียกว่า “Partnerspiel” หรือ “Partner Play” เป็นที่มาแนวทางการใช้ดนตรีบำบัดของประเภทของการเล่นดนตรีของผู้ป่วยในปัจจุบัน

ทางด้านฝั่งของทางสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 1971 ได้มีการจัดตั้งสมาคมดนตรีบำบัดขึ้นอีกแห่งหนึ่งในชื่อ The American Association for Music Therapy หรือ AAMT ภายใต้วัดอุประสงค์ที่ต่างกับสมาคมดนตรีบำบัดแห่งชาติ (NAMT) ซึ่งวัดอุประสงค์การจัดตั้ง ก็มุ่งเน้นต่อความสำคัญต่อการใช้ดนตรีบำบัดในเชิงของพฤติกรรมศาสตร์และการวิเคราะห์ทางด้านจิตวิทยา จากความสำคัญของดนตรีบำบัดในสหรัฐอเมริกาที่เกิดขึ้น สร้างกระแสความตระหนักต่อความสำคัญของดนตรีบำบัดในประเทศใกล้เคียงอย่างประเทศแคนาดา

โดยในเวลาสามปีต่อมา สมาคมดนตรีบำบัดประจำประเทศแคนาดาก็ได้ถือกำเนิดขึ้นด้วยการบุกเบิกของ Norma Sharpe นักดนตรีบำบัดประจำโรงพยาบาลจิตเวชเซนต์โทมัส ภายใต้อินชื่อ Canadian Association for Music Therapy (CAMT) ที่มีเป้าหมายเพื่อให้ความรู้กับผู้สนใจศาสตร์ด้านดนตรีบำบัดภายในประเทศและทำหน้าที่กระจายองค์ความรู้ของดนตรีบำบัดไปยังพื้นที่ต่าง ๆ

ด้วยประโยชน์ต่อแง่บวกของการใช้ดูแลรักษาสุขภาพ ทำให้ความต้องการของประชาชนภายในกลุ่มประเทศสหราชอาณาจักร มีแนวโน้มความต้องการต่อการรับบริการทางด้านดนตรีบำบัดที่เพิ่มมากขึ้น สมาคมวิชาชีพดนตรีบำบัดแห่งสหราชอาณาจักร (The Association of

Professional Music Therapist: APMT) จึงได้ก่อตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 1976 เพื่อทำหน้าที่ผลิตบุคลากรทางด้านดนตรีบำบัดให้เพียงพอต่อความต้องการ อิทธิพลของการจัดตั้งสมาคมวิชาชีพทำให้รัฐบาลของประเทศอังกฤษจึงได้ยกระดับอาชีพทางด้านดนตรีบำบัดให้เทียบเท่ากับสายอาชีพทางการแพทย์ทางหลักตั้งตั้งแต่ปี ค.ศ. 1982 ทั้งค่าตอบแทนและสวัสดิการที่ได้รับ (Simon Procter, 2008, p. 62)

ซึ่งสายวิชาชีพของดนตรีบำบัดในระดับสากลของทางฝั่งประเทศในทวีปยุโรปและอเมริกาก็ต่างให้ความสำคัญกันมากขึ้น จึงก่อเป็นที่มาของการจัดตั้งสมาคมดนตรีบำบัดโลก (The World Federal of Music Therapy: WFMT) ซึ่งเป็นองค์กรไม่แสวงหาผลกำไร มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนส่งเสริม และเผยแพร่ให้ความรู้ทางด้านดนตรีบำบัดภายในกลุ่มนักดนตรีบำบัดหรือนักศึกษาทางด้านดนตรีบำบัดทั่วโลก เพื่อขยายผลไปสู่ความเป็นอยู่หรือสุขภาวะของผู้คนที่ดีขึ้นโดยไม่จำกัดประเทศ และในปี ค.ศ. 1998 สมาคมดนตรีบำบัดแห่งชาติ (NAMT) และสมาคมดนตรีบำบัดแห่งอเมริกา (AAMT) ได้ควรวรวมเป็นองค์กรเดียวกันในชื่อ สมาคมดนตรีบำบัดแห่งสหรัฐอเมริกา (AMTA) ซึ่งได้เปิดทำการมาจนถึงปัจจุบัน

จากที่กล่าวมา เห็นได้ว่าการจัดตั้งองค์กรที่เกี่ยวข้องกับศาสตร์ทางด้านดนตรีบำบัดที่เกิดขึ้นในหลายประเทศ สะท้อนให้เห็นถึงการให้ความสำคัญต่อการใช้ดนตรีมาเป็นอีกแนวทางหนึ่งในการรักษาโรคหรืออาการต่าง ๆ อย่างไรก็ตามในกระบวนการให้การบำบัดรักษา ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานที่มีผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยตรง ไม่ว่าจะเป็นร่างกายหรือจิตใจของมนุษย์ ดังนั้นผู้ที่ทำหน้าที่กำกับดูแลและบุคลากรในระดับปฏิบัติการต้องคำนึงถึงการกำหนดทิศทางหรือข้อปฏิบัติในกระบวนการปฏิบัติงานต่อผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น

ทั้งนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์หลักของการวิจัยนี้ คือ เพื่อสร้างรูปแบบการส่งเสริมการรักษาทางเลือกด้วยดนตรีบำบัด เพื่อผู้ป่วยซึมเศร้า ผู้วิจัยจึงได้ทำการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการใช้ดนตรีบำบัดที่เกิดขึ้นในต่างประเทศต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและข้อกำหนดการปฏิบัติงานด้านดนตรีบำบัดจากสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นประเทศที่มีการใช้ดนตรีบำบัดอย่างแพร่หลายเป็นระยะเวลายาวนานอย่างที่กล่าวไปในส่วนของความเป็นมาก่อนหน้า อันเป็นต้นแบบหรือแนวทางเบื้องต้น สำหรับการประยุกต์ใช้กับการกำหนดองค์ประกอบสำคัญที่จะนำมาเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการสร้างรูปแบบการใช้ดนตรีบำบัดในประเทศต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมจากต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง พบว่า การใช้ดนตรีบำบัดในต่างประเทศกับกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในปัจจุบัน มีแนวทางการใช้งานอยู่ด้วยกันหลายแนวทาง โดยจากการทบทวนวรรณกรรมของ Kenneth E. Bruscia ได้สรุปแนวทางการใช้ดนตรีบำบัดดนตรีบำบัดมาด้วยกันทั้งสิ้น 4 แนวทางหลัก ซึ่งมีรูปแบบการบำบัดเฉพาะที่แตกต่างกันออกไป

โดยไม่ได้มุ่งเน้นการสร้างดนตรีที่ไพเราะหรือสมบูรณ์แบบแต่เป็นการใช้ดนตรีต่อการเยียวยาความรู้สึกและอารมณ์ของผู้ป่วย ดังนี้ (Bruscia E. Kenneth, 2014, pp. 128-139)

1) การค้นสด (Improvisational Method)

เป็นวิธีการบำบัดที่สร้างประสบการณ์ให้ผู้ป่วยได้สร้างสรรค์ทำนอง จังหวะ หรือบทเพลงอย่างทันทีด้วยเครื่องดนตรีชนิดใดชนิดหนึ่งหรือเสียงร้องของผู้ป่วย การบำบัดนี้ใช้ได้ทั้งในรูปแบบการเล่นเดี่ยว ร่วมกันบรรเลงกับผู้ป่วยรายอื่น ซึ่งผู้บำบัดจะเป็นผู้อธิบายวิธีการใช้งานเครื่องดนตรีหรือให้แนวทางการบรรเลงต่อผู้ป่วยก่อนเริ่มกิจกรรม รวมถึงมีการอธิบายผ่านการบรรเลงเพลงตัวอย่างให้ผู้ป่วยรับฟังก่อน รวมถึงการพูดเพื่อกระตุ้นจินตนาการ เช่นการเล่าเรื่องและอธิบายภาพเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับการบรรเลงของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ของการบำบัดแนวทางนี้มีความสอดคล้องกับการรักษาโรคซึมเศร้าต่อการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีพื้นที่การแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่สามารถใช้คำพูดอธิบายได้ ผู้ป่วยได้มีอิสระของการใช้ความคิดสร้างสรรค์ผ่านเสียงเพลงที่ได้บรรเลง พัฒนาทักษะทางการรับรู้ อีกทั้งหากมีการใช้แนวทางนี้ในรูปแบบการประกอบกิจกรรมแบบกลุ่ม ก็ถือว่าเป็นการพัฒนาทักษะความสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้ป่วยรายอื่นผ่านการใช้ดนตรีในการสื่อสาร รวมทั้งเป็นแนวทางที่ใช้ลดการแยกตัวออกจากสังคมของผู้ป่วยได้อีกทางหนึ่ง

ในกิจกรรมการค้นสดนี้ สามารถเลือกแนวทางการดำเนินกิจกรรมได้หลายแนวทาง ตั้งแต่การให้ผู้ป่วยสร้างเสียงดนตรีด้วยเครื่องดนตรีที่ตนเองเป็นผู้เลือก โดยผู้บำบัดไม่จำเป็นต้องให้แนวทางไว้ก่อนเริ่มกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยได้สร้างเสียงดนตรีตามความต้องการของตน หรือผู้บำบัดสามารถเพิ่มในส่วนของการอธิบายภาพ ความรู้สึก เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ต้องการให้ผู้ป่วยสื่อสารผ่านเสียงเพลง

การค้นสดที่มีการใช้เนื้อเพลงมาเป็นองค์ประกอบ ซึ่งการบำบัดรูปแบบนี้มักมีการใช้ดนตรีประกอบเข้ามาใช้ร่วมกิจกรรม โดยมีการให้ผู้ป่วยรับทราบคำร้องของบทเพลงที่ผู้ป่วยรู้จักอยู่แล้ว และนำเอาบทนั้นมาใช้ในการดำเนินกิจกรรม ซึ่งจะเป็นกิจกรรมที่มีความคล้ายคลึงกับกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยได้ร้องเพลงแบบค้นสดด้วยการออกเสียง โดยผู้บำบัดไม่จำเป็นต้องให้แนวทางก่อนเริ่มกิจกรรม

กิจกรรมการบรรเลงแบบค้นสดที่ใช้ร่างกายเข้ามาเป็นองค์ประกอบ คือ การให้ผู้ป่วยสร้างจังหวะต่าง ๆ โดยไม่มีการกำหนดไว้ก่อนเริ่มกิจกรรม เช่น การปรบมือ การเคาะตามลำตัวให้เกิดเสียง การตีดนิ้ว การกระแทบเท้า ฯลฯ

นอกเหนือจากนั้น แม้แต่การใช้กิจกรรมต่าง ๆ ข้างต้นมารวมไว้ในการบำบัดครั้งเดียวก็สามารถดำเนินกิจกรรมได้ ซึ่งอาจจะเป็นการผสมผสานของการใช้การร้องกับการใช้จังหวะ

โดยการปรบมือ หรือมีการให้ผู้ป่วยฮัมเสียงต่าง ๆ เพื่อใช้เป็นคนตรีประกอบ โดยผู้บำบัดอาจจะมีการกำหนดแนวทางไว้ก่อนหรือไม่ก็ได้ ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัด ซึ่งนักดนตรีบำบัดนั้นจะต้องเป็นผู้พิจารณา

2) การสร้างสรรค์บทเพลง (Re-Creative Method)

การบำบัดแนวทางนี้สามารถดำเนินกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในลักษณะรูปแบบการบำบัดกลุ่มแบบกลุ่ม ซึ่งผู้ป่วยจะได้รู้ซึ้งซ้อม การร้องหรือการบรรเลงบทเพลงที่มีการเตรียมไว้ให้ก่อนเริ่มกิจกรรมการบำบัด โดยขณะการบำบัดนั้นการบรรเลงจะดำเนินไปตามโครงสร้างของบทเพลงที่นักดนตรีบำบัดจะมอบไว้ให้ก่อนเริ่มกิจกรรม อันเป็นหน้าที่ของนักดนตรีบำบัดที่ต้องวางแผน โครงสร้างของบทเพลงให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมการบำบัด

สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า นั้น วัตถุประสงค์อันจะนำมาซึ่งความสำเร็จของการบำบัดแนวทางนี้ ผู้ป่วยจะได้รับการพัฒนาในการใช้สมาธิ การปรับตัวให้เข้าสู่ภาวะความเป็นจริงอีกครั้ง พัฒนาการเข้าร่วมสังคมผ่านการเปิดเผยตนเองและรู้จักการยอมรับผู้อื่น ผ่านการปลดปล่อยความรู้สึกที่เหมาะสมและปลอดภัย นำไปสู่การพัฒนาทักษะการรับรู้ การปฏิสัมพันธ์ การสื่อสาร หรืออธิบายความคิดและอารมณ์ของตนเอง

ในกระบวนการดำเนินกิจกรรมด้วยการสร้างสรรค์บทเพลงนี้ สามารถทำได้ตั้งแต่การร่วมกันร้องเพลงประเภทต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นเพลงสวด เพลงใช้เทคนิคการประสานเสียง เพลงที่มีการร้องประกอบกับการพูดออกเสียง หรือแม้แต่การขยับปากตามเสียงเพลงที่ได้ยิน (Lip Synching)

อีกขั้นหนึ่งของรูปแบบการบำบัดนี้ คือ หากผลการประกอบกิจกรรมนั้นมีความพร้อมสำหรับนำไปใช้การแสดง ผู้บำบัดสามารถนำเอาการแสดงไปเผยแพร่ให้ผู้อื่นได้รับฟังได้ในรูปแบบการแสดงดนตรีหรือการแสดงละครเพลง โดยอาจมีการแลกเปลี่ยนการแสดง ระหว่างกลุ่มผู้ป่วย การเข้าชมของคณะนักบำบัดรายอื่น เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจและเกิดแรงกระตุ้นต่อความสุขที่เกิดจากการแสดงดนตรี

และที่เพิ่มเติม คือ การนำเอากิจกรรมเกมต่าง ๆ เข้ามาใช้ร่วมกับกระบวนการบำบัด ก็เป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่สามารถทำได้ อาทิ การเล่นเกมตอบชื่อเพลง จากบทเพลงที่ได้รับ การสร้างสรรค์อีกครั้งของกลุ่มผู้ป่วย การเล่นเกมเก้าอี้ดนตรีระหว่างการแสดงดนตรี ซึ่งจะทำให้งิจกรรมการบำบัดมีความน่าสนใจและสนุกสนานมากขึ้น ไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกที่กำลังอยู่ในกระบวนการบำบัดแต่เป็นการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อความบันเทิงมากกว่า

3) การประพันธ์เพลง (Compositional Method)

ในวิธีการบำบัดด้วยการประพันธ์เพลง นักบำบัดจะเป็นผู้แนะนำแนวทางการประพันธ์ให้กับผู้ป่วยได้หลายแนวทาง ทั้งการประพันธ์ทำนองเพลง การเขียนเนื้อเพลง หรือการให้ผู้ป่วยเลือกเครื่องดนตรีมาจัดเรียงให้มีความเหมาะสมกับทำนอง (Orchestration) และจึงทำการนำเสนอผ่านสื่อโสตทัศนหรือวีดิทัศน์ตามความเหมาะสม ซึ่งนักดนตรีบำบัดต้องตระหนักและพึงระลึกว่าการบำบัดวิธีนี้ไม่ได้มีเป้าหมายประสงค์เพื่อการพัฒนาการหรือองค์ความรู้ทางด้านดนตรีในเชิงการแสดงหรือการศึกษาแก่ผู้ป่วย แต่เป็นการใช้ดนตรีมาเป็นเครื่องมือรักษาอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยนักดนตรีบำบัดอาจให้การสนับสนุนการบำบัดเช่นการเล่นดนตรีประกอบให้ผู้ป่วยได้ประพันธ์ทำนองง่าย ๆ ด้วยเครื่องดนตรีที่ผู้ป่วยแต่ละรายมีความถนัด โดยระหว่างการทำบำบัดทำนองที่ผู้ป่วยเล่นนั้นควรเป็นทำนองหลัก ขณะที่ดนตรีประกอบของนักดนตรีบำบัดจะเป็นเสียงประสานเพื่อสร้างความน่าสนใจให้กับบทเพลงเท่านั้น

ประโยชน์ของการบำบัดที่ผู้ป่วยจะได้รับจากแนวทางนี้ คือ การพัฒนาทักษะการสร้างสรรค์ด้วยตนเองผ่านทางความคิดและอารมณ์ โดยสื่อสารไปยังผู้อื่น ในขณะการประพันธ์นั้นผู้ป่วยจะผ่านกระบวนการคิด วิเคราะห์ จัดเรียงบทเพลงให้มีความเหมาะสม อันถูกกำหนดด้วยโครงสร้างของบทเพลง ซึ่งจะช่วยให้ระบบความคิดของผู้ป่วยได้รับการพัฒนาทักษะทางความคิด รวมทั้งได้รับการพัฒนาการแสดงออกทางอารมณ์และความคิดผ่านบทเพลงที่มีโครงสร้าง ซึ่งจะเกิดจากการที่ผู้ป่วยได้ใช้การตัดสินใจในขั้นตอนของการประพันธ์บทเพลง เพื่อให้ผลงานของตนเองนั้นมีความเหมาะสมและเกิดความไพเราะตามเท่าที่ความสามารถของผู้ป่วยจะกระทำได้

รูปแบบของการบำบัดนั้นทำได้ตั้งแต่ การแปลงเพลง ด้วยการให้ผู้พวายนำเอาบทเพลงที่มีอยู่เดิมมาทำการเรียบเรียงขึ้นมาใหม่ ในส่วนของการเปลี่ยนเนื้อร้อง การเปลี่ยนรูปประโยคเพลง โดยคงไว้ซึ่งทำนองหลักเดิมของเพลงที่นำมาเอาไปใช้ในการบำบัด

อีกรูปแบบหนึ่ง คือ การบำบัดโดยให้ผู้ผู้ป่วยได้ประพันธ์บทเพลงตามความต้องการของตนเอง ซึ่งบทเพลงที่ใช้ในรูปแบบนี้ใช้ได้ทั้งบทเพลงที่มีเนื้อร้องหรือจะเป็นบทเพลงบรรเลงก็ได้ ขึ้นอยู่กับความชอบของผู้ป่วย และการพิจารณาความเหมาะสมของนักดนตรีบำบัด ในกระบวนการนั้นผู้ป่วยอาจจะไม่ได้ประพันธ์บทเพลงใหม่ทั้งหมด แต่อาจจะเลือกประพันธ์เฉพาะส่วนที่ผู้ป่วยมีความถนัด อาทิ เนื้อร้องทำนองหรือดนตรีประกอบ ซึ่งต้องขึ้นอยู่กับวิจารณญาณที่เหมาะสมของนักดนตรีบำบัดที่ให้การดูแล โดยการบำบัดรูปแบบดังกล่าวคุณสมบัตินักดนตรีบำบัดที่สำคัญคือ ต้องมีความรู้ความสามารถทางด้านทฤษฎีดนตรี การบันทึกโน้ตและการบันทึกเสียง เพื่อนำไปสู่

การให้ความช่วยเหลือในกระบวนการการประพันธ์ รวมถึงการผลิตวัสดุบันทึกต่าง ๆ ในช่วงสิ้นสุดกิจกรรม เช่น โน้ตเพลง ซีดี ฯลฯ

รวมถึงในกลุ่มผู้ปวยที่มีความรู้ทางด้านโครงสร้างและทฤษฎีดนตรี นักดนตรีบำบัดอาจให้ผู้ปวยได้สร้างบันไดเสียงหรือกลุ่มอัตราจังหวะขึ้นมาใหม่ เพื่อนำมาใช้ในการประพันธ์บทเพลงที่มีเอกลักษณ์เป็นของตนเอง หรืออาจให้ผู้ปวยได้นำเอาประโยคในบทเพลงหลายเพลง มาทำการตัดปะ (Music Collage) เพื่อสร้างสรรค์ผลงานใหม่ ของตนเองขึ้นมาก็สามารถทำได้

4) การรับรู้ทางดนตรี (Receptive Method)

เป็นวิธีการบำบัดที่ให้ผู้ปวยได้มีประสบการณ์ทางด้านดนตรีผ่านการรับฟัง และได้แสดงออกถึงความรู้สึกด้วยการพูดปกติ โดยสามารถรับฟังได้จากรูปแบบการแสดงดนตรีสดจากบทเพลงที่นักดนตรีบำบัดเป็นผู้บรรเลง หรือการรับฟังผ่านบทเพลงที่ได้รับการบันทึกไว้ก่อนหน้า ซึ่งส่วนใหญ่จะมีแนวทางที่ชัดเจนหรือเป็นประเภทดนตรีความความชอบของผู้ปวย เช่น ดนตรีคลาสสิก แจ๊ส ร็อก ลูกทุ่ง ฯลฯ ซึ่งนักดนตรีบำบัดต้องทำการศึกษาพื้นฐานของผู้ปวยก่อนเริ่มกระบวนการบำบัดเพื่อนำเอามาจัดสรรและเลือกใช้นิวเพลงที่มีความเหมาะสม โดยปัจจัยต่อการเลือกใช้นั้น ประกอบไปด้วย สภาวะทางกายภาพ สภาวะทางอารมณ์ ความเข้าใจหรือความชอบในดนตรีแต่ละแนวอันต้องมีความสอดคล้องกับภูมิหลังของผู้ปวยแต่ละราย

การบำบัดวิธีนี้มีเป้าหมายประสงค์สำคัญ คือ เพื่อส่งเสริมทักษะทางการรับรู้ของโสตประสาท กระตุ้นการตอบสนองทางร่างกาย ช่วยให้ผู้ปวยได้ลดความตึงเครียดลง กระตุ้นหรือโน้มนำผู้ปวยไปสู่ความนึกคิดหรือเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้น สร้างภาพในจิตใต้สำนึก หรือการร่วมกันฟังในกลุ่มผู้ปวยหลายรายเพื่อสร้างทัศนคติร่วมกัน วิธีการบำบัดที่ว่าด้วยการรับรู้ของผู้ปวยต่อดนตรีสำหรับผู้ปวยโรคซึมเศร้านั้น สามารถกระทำได้หลายรูปแบบ ด้วยรูปแบบที่มีความเหมาะสม ประกอบไปด้วยรูปแบบต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

4.1) Somatic Listening คือ การใช้ซ็องก์ประกอบของดนตรีหลายองค์ประกอบมาผสมผสานอย่างมีโครงสร้าง เพื่อให้เกิดการกระตุ้นต่อการทำงานของระบบสมองและส่งผลต่อการสร้างสารชีวเคมีในสมองขึ้น เพื่อให้ผู้ปวยมีความรู้สึกที่แตกต่างกันไปตามความถี่ที่ได้รับ

ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยและเอกสารทางวิชาการของกลุ่มนักวิชาการชาวไทย อย่างภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และ วรินยาอร เหลืองบริบูรณ์ ศุภวรรณ ต้นตายนนท์ และยศนันท์ วงศ์สวัสดิ์ ซึ่งได้อธิบายถึงคลื่นสมองแต่ละช่วงต่อความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นกับมนุษย์ ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 2.3 แสดงความถี่ของคลื่นสมองต่อพฤติกรรมมนุษย์

คลื่นสมอง	ความถี่ (โดยประมาณ)	สาเหตุ/พฤติกรรมที่เกิดขึ้น
แกมมา (Gamma)	สูงกว่า 40 เฮิร์ต	การใช้กระบวนการทางร่างกายและความคิดที่มีความซับซ้อน เช่น การใช้ความคิดในการแก้ปัญหาที่ซับซ้อน การใช้ความทรงจำ ระยะสั้นการเคลื่อนไหวที่มีความซับซ้อนกว่าการเคลื่อนไหวปกติ
เบต้า (Beta)	ระหว่าง- 14 เฮิร์ต 40	การใช้ความคิดในกระบวนการทำงานของชีวิตประจำวัน เช่น การใช้สมาธิระหว่างการทำงาน การรับรู้โดยปกติ
แอลฟา (Alpha)	ระหว่าง -8 เฮิร์ต 9.13	กระบวนการใช้ความคิดลดลง ร่างกายเข้าสู่สภาวะพักผ่อน เริ่มมีความรู้สึกสงบ เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นก่อนเข้าสู่สภาวะนอนหลับ
เธต้า (Theta)	ระหว่าง 9.7-4 เฮิร์ต	ร่างกายจะอยู่ในช่วงของการนอนหลับ อาจมีการสร้างภาพหรือความฝันเกิดขึ้นในจิตสำนึกการรับรู้
เดลต้า (Delta)	ระหว่าง -1.0 เฮิร์ต 9.3	ร่างกายจะอยู่ในช่วงของการนอนหลับลึกและปราศจากภาพต่าง ๆ ไม่มีปรากฏการณ์ความฝันเกิดขึ้น

ที่มา: Veerinyaorn Luangboriboon, Supawan Tantayanon, Yodchanan Wongsawat, 2013, p. 74; ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2557, หน้า 2

เห็นได้ว่าการควบคุมคลื่นความถี่ของสมองผู้ป่วยได้โดยเหมาะสมสามารถใช้ในการรักษาการบำบัดโรคซึมเศร้าได้ โดยผ่านโครงสร้างของการบำบัดรูปแบบ Somatic Listening โดยการรักษาแบบนี้แบ่งระดับการใช้งานได้อีก 4 ระดับ ได้แก่

(1) Entrainment คือ การใช้การสั่น เสียง และดนตรี ที่ผสมผสานกันอย่างมีรูปแบบ แล้วจึงให้ผู้ป่วยได้รับฟังเพื่อสร้างการประสานเชื่อมโยงของระบบอวัยวะหรือระบบการรับรู้ผ่านการตอบสนองของร่างกาย ระหว่างร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่งหรือทั้งหมดกับเสียงที่ได้ยิน

(2) Resonance (Toning) คือ การใช้การสั่น เสียง และดนตรี ที่ผสมผสานกัน เพื่อให้ร่างกายหรืออวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของผู้ป่วย เกิดคลื่นความถี่ขึ้น ทำให้เกิดการเข้าถึงสภาวะการรับรู้ของผู้ป่วยผ่านคลื่นความถี่นั้น ๆ

(3) Vibroacoustic Music คือ การใช้แรงสั่นสะเทือนจากคลื่นความถี่เข้าไปสร้างการกระตุ้นต่อร่างกายของผู้ป่วยโดยตรง ขณะที่ผู้ป่วยกำลังรับฟังดนตรีอยู่ระหว่างการบำบัด ซึ่งสามารถใช้ได้ตามแรงสั่นของบทเพลงที่เปิดให้ผู้ป่วยรับฟังได้เช่นกัน

(4) Music Biofeedback คือ การใช้ดนตรีเป็นเครื่องมือจำลองสถานการณ์หรือสร้างอารมณ์ ขณะประกอบกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสังเกตปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย เช่น ความดันโลหิต อัตราการเต้นของชีพจร ระดับฮอร์โมน อัตราการหลั่งสารของต่อมในร่างกาย โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อศึกษาความสามารถในการกระตุ้นการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกายผ่านเสียงดนตรี รวมถึงสามารถใช้ในการศึกษาอัตราความสามารถของดนตรีต่อประสิทธิภาพในการลดความตึงเครียดได้อีกทางหนึ่ง

4.2) Music Relaxation คือ รูปแบบการฟังดนตรีที่มีเป้าประสงค์เพื่อลดสภาวะความเครียดของผู้ป่วย โดยการใช้ดนตรีเพื่อโน้มนำให้ความเครียดของผู้ป่วยลดลง หรือทำให้สภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยอยู่ในระดับที่เหมาะสม ผ่านคลื่นความถี่ที่แทรกอยู่ในบทเพลง

4.3) Subliminal Listening คือ การใช้เสียงดนตรีเป็นส่วนที่ผู้ป่วยรับรู้หรือรับฟัง โดยขณะที่ได้ยินนั้นจะมีการแทรกข้อความหรือคำพูดต่าง ๆ ที่เหมาะสมต่อการบำบัดรักษาเข้าไปสู่สภาวะจิตใต้สำนึกของผู้ป่วย

4.4) Stimulative Listening คือ การใช้การฟังดนตรีต่อการกระตุ้นความรู้สึก เพื่อสร้างความกระฉับกระเฉง การรับรู้สภาวะความจริงและการเพิ่มปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นหรือสภาพแวดล้อม อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีผลกำลังที่มากขึ้น เป็นรูปแบบการบำบัดเพื่อดึงให้ร่างกายเกิดการเคลื่อนไหวและการทำงานของระบบประสาททางด้านการรับรู้หรือเพื่อปรับระดับของอารมณ์ให้แจ่มใสสว่างยิ่งขึ้น

4.5) Contingent Listening คือ การนำดนตรีที่มีความเหมาะสมต่อการบำบัด มาใช้ในการรับฟัง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการปรับพฤติกรรมไปในทิศทางที่ดีขึ้น ซึ่งอาจจะเป็นเพลงที่กำลังเป็นที่นิยม แต่ต้องมียุทธศาสตร์ประกอบทางดนตรีและเนื้อร้องที่เหมาะสม ต่อการบำบัดรักษาอาการของผู้ป่วยแต่ละราย

ทางด้านของสมาคมนักดนตรีบำบัดประเทศแคนาดา ได้จำแนกรูปแบบหรือเทคนิคการใช้ดนตรีมาเป็นเครื่องมือในกระบวนการบำบัดรักษาไว้หลายแนวทาง ซึ่งในการเลือกใช้งานแต่ละประเภทไม่ได้จำกัดรูปแบบอย่างตายตัว เพื่อให้มีความเปิดกว้างและสามารถปรับใช้ได้ตามความเหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการของผู้เข้ารับการบำบัด โดยเทคนิคของการใช้ดนตรีบำบัดที่ได้รับการจำแนกมีทั้งสิ้น 7 เทคนิคด้วยกัน โดยในแต่ละเทคนิคนั้นมีลักษณะที่แตกต่างกันออกไป ดังนี้ (Canadian Association of Music Therapists, Online, 2017)

1) เทคนิคการร้อง (Singing) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีพัฒนาการในการออกเสียง การใช้จังหวะและการควบคุมการหายใจ รวมทั้งการบำบัดด้วยกิจกรรมการร้องเพลงแบบเป็นหมู่คณะ จะช่วยเพิ่มทักษะทางด้านสังคมต่อการกล้าแสดงออกและมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับผู้อื่น ลดความตึงเครียด

หรือความหวาดกลัวลง ในส่วนของการรักษาในผู้ป่วยจิตเวชการร้องเพลงยังช่วยให้ผู้ป่วยได้ยอมรับต่อเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นและนำไปสู่กระบวนการทำความเข้าใจยอมรับต่อเหตุการณ์ร้ายที่เป็นต้นตอของความเจ็บป่วย สำหรับการร้องเพลงเป็นรายบุคคลจะเป็นเครื่องมือต่อการช่วยส่งเสริมการควบคุมการหายใจและเพิ่มอัตราความอึดตัวของออกซิเจนในร่างกาย นอกจากนั้นในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการพูดสื่อสาร การร้องเพลงจะเป็นส่วนช่วยกระตุ้นให้เกิดการทำงานการใช้ความคิดในการสื่อสารด้วยคำพูดด้วยการร้องเพลงได้อีกทางหนึ่ง

2) เทคนิคการบรรเลง (Playing) ถือเป็นเทคนิคที่เป็นการบำบัดการทำงานของร่างกายได้เกือบทุกส่วน และมีประสิทธิภาพต่อการช่วยพัฒนาการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ ที่ได้รับบาดเจ็บหรือเกิดจากความผิดพลาดในการทำงานของระบบประสาท ในส่วนของประโยชน์ทางด้านพฤติกรรมเทคนิคการบำบัดด้วยการบรรเลงมีอิทธิพลในการบำบัดรักษาต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย การใช้สมาธิ และในผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ดำเนินการบรรเลง ก็ได้รับการพัฒนาทักษะทางด้านความเป็นผู้นำควบคุมไปด้วย ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีทักษะในการบรรเลงดนตรีอยู่แล้วนั้น การบำบัดวิธีนี้ถือเป็นการฟื้นฟูความสามารถของผู้ป่วยที่มีอยู่เดิมให้เกิดการพัฒนาขึ้น และในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เคยเล่นดนตรีมาก่อน ผลของการบำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง และช่วยเสริมสร้างสุขภาวะทางด้านอารมณ์ และถือเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดทุกประเภท เกิดความรู้สึกสนุกสนานไปกับกิจกรรมการบรรเลงดนตรี

3) การใช้จังหวะ (Rhythmic) เป็นการดำเนินกิจกรรมที่ใช้การเคลื่อนไหวของร่างกายเป็นพื้นฐานในกระบวนการบำบัด ซึ่งมีความหลากหลายของผลจากการบำบัด อาทิ ช่วยเพิ่มสมรรถนะในการเคลื่อนไหว การทำงานประสานกันของอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกาย เพิ่มความคล่องแคล่ว แข็งแรง สร้างความสมดุลย์ในการควบคุมร่างกาย รวมถึงช่วยให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย โดยระหว่างการเคลื่อนไหวร่างกายผ่านจังหวะที่เกิดขึ้นในการบำบัดนั้น จะช่วยเพิ่มอัตราการหายใจและการเต้นของหัวใจไปอย่างควบคู่กัน ซึ่งดนตรีจะเข้ามาเป็นส่วนช่วยสนับสนุนในการสร้างแรงกระตุ้นและเป็นสื่อในการดำเนินกิจกรรม โดยการบำบัดด้วยการใช้จังหวะมีความเหมาะสมต่อกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางการแสดงออกและอาการที่เกิดจากระบบสัมผัสของประสาท มีผลในเชิงบวกต่อพัฒนาการทางการปรับตัวเข้ากับสังคมและกระบวนการทำงานของประสาทสัมผัสในผู้ป่วย

4) การด้นสด (Improvisation) เป็นเทคนิคการบำบัดที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้ฝึกฝนทักษะการใช้ความคิดสร้างสรรค์ ผ่านการใช้วจนภาษาเพื่อแสดงความรู้สึกนึกคิด รู้สึกที่ซับซ้อนต่อการอธิบายเป็นคำพูด รวมถึงเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้สร้างการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นระหว่างการบำบัดได้ปลดปล่อยอารมณ์ความรู้สึกผ่านการบรรเลงดนตรีตามอิสระ และอาจสามารถพบความสามารถ

ทางด้านทักษะทางดนตรีของตนได้ ผ่านการใช้โทนเสียงหรือสื่อของเสียงที่มีความหลากหลาย เพื่อส่งเสริมให้เกิดสุขภาวะที่ดีทั้งทางอารมณ์และร่างกาย โดยในกระบวนการบำบัดนั้นผู้ป่วยไม่ต้องเตรียมการบรรเลงล่วงหน้า และทำการบรรเลงดนตรีที่เป็นการบรรเลงพื้นฐานเท่านั้น โดยปราศจากการตัดสินว่าจากนักดนตรีบำบัดว่าการบรรเลงนั้นไพเราะและถูกต้องตามหลักการทางด้านดนตรีหรือไม่

5) การประพันธ์ดนตรี (Composing/Songwriting) เป็นเทคนิคการบำบัดรักษาที่ให้ผู้ป่วยได้ใช้ดนตรีเป็นสื่อในการสื่อสารและแสดงออกความรู้สึกนึกคิดหรือประสบการณ์ของตนเอง อาทิ กลุ่มผู้ป่วยเด็กที่พำนักในโรงพยาบาลสามารถใช้การบำบัดเทคนิคนี้ เพื่อการแสดงความรู้สึกหรืออธิบายความหวาดกลัวของตนให้ผู้อื่นได้เข้าใจ กลุ่มผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตสามารถแสดงหรือบอกต่อเรื่องราวของตนเอง หรือถ่ายทอดความรู้สึกต่อความหมายของการมีชีวิตอยู่ผ่านบทประพันธ์ที่ตนแต่งขึ้น เพื่อเล่าหรือบอกต่อเรื่องราวให้กับผู้อื่น อาทิ ผู้ดูแลหรือบุคคลรอบตัว หรือแม้แต่กลุ่มเยาวชนที่ผ่านประสบการณ์ถูกระงับการกระทำรุนแรง มีอาการเจ็บป่วยจนได้รับความทรงจำที่เจ็บปวด ก็สามารถนำเทคนิคนี้เป็นเครื่องมือในการสื่อสารอารมณ์ความรู้สึกไปสู่สังคม ผ่านสื่อดนตรีที่เป็นรูปแบบการสื่อสารที่เป็นที่ยอมรับทดแทนการแสดงออกที่ไม่ถูกต้องได้อีกทางหนึ่ง

6) Imagery คือเทคนิคการบำบัดที่ใช้ดนตรีต่อการกระตุ้นจินตนาการของผู้ป่วยกับเหตุการณ์ในอดีตทั้งในรูปแบบความทรงจำหรือภาพจำจากจิตใต้สำนึกของผู้ป่วย โดยสะท้อนผ่านการแสดงออกด้วยกิจกรรมอื่น อาทิ การวาดภาพประกอบ การเล่าเรื่อง การแสดงท่าทาง เพื่อให้ผู้ได้รับการบำบัดได้เข้าถึงและเข้าใจเหตุของปัญหาที่เป็นความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้

7) การฟังดนตรี (Listening) เป็นรูปแบบการบำบัดที่สามารถประยุกต์ใช้ได้หลายแนวทาง อาทิ การรับฟังดนตรีของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัด เพื่อช่วยให้ลดอาการวิตกกังวลกับสภาวะที่จะเกิดขึ้นภายในห้องผ่าตัด การฟังดนตรีในกลุ่มหญิงระยะตั้งครรรภ์ เพื่อเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างทารกในครรภ์และสภาวะจากภายนอก รวมทั้งช่วยลดความตึงเครียดของมารดาระหว่างการคลอดบุตร การใช้ดนตรีกับกลุ่มเด็กทารกเพื่อเสริมสร้างพัฒนาการ การฟังดนตรีของกลุ่มผู้ป่วยทางจิตเวชที่มีอาการจิตเสื่อมในระยะเริ่มต้นถึงปานกลางเพื่อช่วยกระตุ้นการรับรู้ต่อสภาพความเป็นจริงของสิ่งรอบตัว กับผู้ป่วยโรคสองบุคลิก (Bipolar) การฟังดนตรีก็ถือเป็นอีกแนวทางหนึ่งเพื่อเพิ่มการเปิดรับและกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาปฏิบัติสัมพันธ์กับสังคมโดยรอบได้อีกทางหนึ่ง

โดยวิธีการบำบัดข้างต้นที่ผู้วิจัยได้นำเสนอนั้น เป็นเพียงไม่กี่วิธีที่มีการใช้งานอยู่ในกระบวนการบำบัดที่เป็นอยู่ในต่างประเทศ อันเนื่องจากในการใช้งานดนตรีบำบัดในกระบวนการปฏิบัติงานต่อผู้ป่วยจริง Gooding F. Lori ได้เสนอว่าในการรักษาด้วยดนตรีบำบัดควรนำเอาหลักเกณฑ์การดำเนินงาน ที่ให้ความสำคัญต่อผู้ป่วยเป็นแกนหลักของการดำเนิน

กิจกรรมการรักษา เพื่อสร้างผลลัพธ์ที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่สุดในผู้ป่วยแต่ละราย (Gooding F. Lori, 2014, p.53) ซึ่งนักคนตรีบำบัดต้องดำเนินการปฏิบัติงานอยู่ภายใต้หลักการดำเนินงานของรูปแบบการใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง หรือ Patient-Centered-Care ที่กำหนดโดย Institute for Patient and Family Centered Care (2017, p. 4) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญในการดำเนินงาน ดังนี้

1) ให้การเคารพต่อศักดิ์ศรีของผู้ป่วย ด้วยการรับฟังความคิดเห็น การตัดสินใจของผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย ให้ความสำคัญต่อความรู้ ความเชื่อ วัฒนธรรมพื้นประเพณีของผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อนำมาเพื่อใช้เป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการให้บริการทางด้านสุขภาพ

2) ในการให้ข้อมูลต้องนำเสนอข้อมูลที่ปราศจากความเอนเอียงกับผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งข้อมูล que ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับต้องเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยเอง ในการให้ข้อมูลต้องเป็นไปอย่างกระชับ ถูกต้องสมบูรณ์เที่ยงตรง ทั้งในแง่ของผลการรักษาที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย อันเกิดจากการตัดสินใจของผู้ป่วยเอง

3) ผู้ป่วยและครอบครัวต้องได้รับการส่งเสริมสนับสนุนในการมีส่วนร่วมต่อการตัดสินใจที่ตนเป็นผู้เลือกตามความเหมาะสม

4) บุคลากรที่ทำการรักษา ผู้ป่วยและครอบครัว ต้องให้ความร่วมมือต่อกัน ระเบียบข้อบังคับ ในกระบวนการรักษาไม่ว่าจะเป็นการดำเนินงาน การประเมิน ในแง่มุมมองของการเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสม การเก็บข้อมูลการรักษาเพื่อนำไปพัฒนาทางการศึกษา เพื่อส่งมอบการรักษาที่ดีที่สุดต่อผู้ป่วย

ต่อมาองค์ประกอบทั้ง 4 ข้างต้น ได้ถูกนำมาพัฒนาอีกครั้ง โดย Harvard Medical School และ Picker Institute ซึ่งแสดงถึงองค์ประกอบสำคัญต่อการให้บริการทางด้านสุขภาพครอบคลุมถึงการใช้คนตรีบำบัด ทั้งสิ้น 8 องค์ประกอบ ดังนี้ (Picker Institute, Online, 2017)

1) เคารพต่อคุณค่าของผู้ป่วยทุกราย ทั้งความต้องการที่แสดงออกและความพึงพอใจ คือ การให้ความสำคัญต่อผู้ป่วยในการให้ข้อมูลการรักษาแต่ละรายโดยเป็นไปตามสภาพการณ์ทางสุขภาพที่มีความเป็นเฉพาะบุคคล กล่าวคือ นักคนตรีบำบัดจำเป็นต้องศึกษาหรือประเมินอาการของผู้ป่วยทีละราย โดยเป็นไปตามความต้องการหรือการตัดสินใจของผู้ป่วยเองให้สอดคล้องกับศักดิ์ศรีและวัฒนธรรมพื้นฐานของผู้ป่วยแต่ละราย ต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพื่อสามารถให้การบำบัดรักษาได้อย่างตรงจุด

2) การดูแลที่มีบูรณาการและมีส่วนร่วม

คือ การทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กล่าวคือ ด้วยสภาพปัญหาทางสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ก่อให้เกิดความอ่อนแอและเปราะบางต่อความรู้สึกของผู้ป่วย ดังนั้นการร่วมมือของบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งการให้บริการเฉพาะหน้า การให้บริการระหว่าง

บำบัดรักษา และการติดตามผลการรักษาของบุคลากร จะช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายและความรู้สึกของผู้ป่วยให้กลับคืนแข็งแรงและเป็นไปอย่างสมบูรณ์

3) การให้ข้อมูล การสื่อสารและชี้แจงความรู้ที่เกี่ยวข้อง

คือ ในระหว่างกระบวนการให้ข้อมูล ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเกิดความรู้สึกกลัว ส่งผลให้เกิดการละเลย เพิกเฉย ปฏิเสธ ต่อการรับทราบข้อมูลทางการรักษาหรืออาการของตน ดังนั้น บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือนักดนตรีบำบัดจำเป็นต้องอธิบายต่อผู้ป่วยถึงข้อมูลที่จำเป็นต้องทราบอย่างรอบคอบ เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่านการให้ข้อมูลดังต่อไปนี้ ได้แก่ ข้อมูลอาการ ที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ ขั้นตอนการรักษาที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งชี้แนะแนวทางต่อการรักษาตนเอง เพื่อให้อาการของผู้ป่วยทุเลาลงอย่างรวดเร็วที่สุด

4) การให้ความช่วยเหลือทางกายภาพ

คือ ด้วยสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยที่กำลังมีความทุกข์ทรมาน อันเกิดจากโรคหรืออาการไม่พึงประสงค์ ย่อมส่งผลต่ออาการที่เป็นอยู่นั้นอย่างแรง ดังนั้น การให้การช่วยเหลือทางกายภาพในเบื้องต้น ถือเป็นองค์ประกอบที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกทุเลาต่ออาการลง ซึ่งนักดนตรีบำบัดควรตระหนักถึงการสอบถามอาการเพื่อประเมินสภาพอาการเบื้องต้น ให้คำปรึกษาหรือแนะนำแนวทางการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมกับผู้ป่วย รวมทั้งในพื้นที่ให้บริการ ต้องให้ความสำคัญต่อความสะอาดและความเป็นส่วนตัวของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว อีกทั้งควรมีการจัดหาอุปกรณ์อำนวยความสะดวกต่าง ๆ ตามความจำเป็นจัดเตรียมไว้

5) การให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจ เพื่อบรรเทาความกลัวหรือความวิตกกังวล

คือ ความรู้สึกกลัวและวิตกกังวล เป็นตัวแปรสำคัญต่ออาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับร่างกายของผู้ป่วย ดังนั้น บุคลากรที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญในการพิจารณาความวิตกกังวลของผู้ป่วยในแง่มุมต่อไปนี้ ความวิตกต่ออาการ ขั้นตอนการบำบัดและผลของการรักษา ความวิตกต่ออาการของตนเองที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วย และความวิตกต่อค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในกระบวนการรักษาพยาบาล

6) การมีส่วนร่วมของบุคคลรอบข้างของผู้ป่วย

คือ บุคคลรอบข้าง อาทิ ครอบครัวหรือเพื่อน เป็นตัวแปรสำคัญต่อทิศทางของอาการในผู้ป่วย ดังนั้น บุคลากรที่มีความเกี่ยวข้องกับการรักษาควรให้ความสำคัญ ในแง่มุมของการพูดคุยหรือตกลงกับบุคคลรอบข้างผู้ป่วย เพื่อแนะนำแนวทางต่อการให้กำลังใจ หรือแนะนำแนวทางการปฏิบัติตัวอันการให้การสนับสนุนและแสดงออกถึงความใส่ใจต่อผู้ป่วย ทั้งด้านความต้องการของผู้ป่วยต่อการตัดสินใจในกระบวนการรักษา รวมถึงบุคลากรที่เกี่ยวข้องต้องให้การเคารพต่อบุคคลรอบข้างของผู้ป่วยทั้งในส่วนของการตัดสินใจร่วมและความต้องการต่าง ๆ เช่นกัน

7) การให้ความสำคัญต่อกระบวนการส่งต่อการรักษา

คือ ในผู้ป่วยบางรายอาจจะเกิดความวิตกเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการรักษา ดังนั้น บุคลากรที่มีความเกี่ยวข้องจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญต่อการจัดหาและอธิบายข้อมูลทั้งในส่วนการรักษา ข้อจำกัดที่เกิดจากกายภาพของผู้ป่วย หรือแม้แต่แนะนำการเลือกรับประทานอาหารที่มีความเหมาะสม อันเป็นสิ่งจำเป็นต่อการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ครอบคลุมถึงการจัดการรูปแบบการรักษาขั้นต่อไปที่สอดคล้องกับสภาพปัจจัยของผู้ป่วยทั้งด้านสังคม ความเป็นอยู่และสถานะทางการเงิน โดยเมื่อได้ทำการส่งต่อไปแล้วก็ควรมีการติดตามเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยหรือบุคคลรอบข้างนั้นมีความเข้าใจต่อข้อมูลที่ได้รับไปอย่างถูกต้อง

8) การให้ความสำคัญในการจัดการกระบวนการรักษา

ถือได้ว่าเป็นส่วนสำคัญขององค์ประกอบ อันเนื่องจากผู้ป่วยจะต้องการรับทราบข้อมูลต่าง ๆ หรือเข้าถึงบริการก็ต่อเมื่อตนเองมีปัญหาสุขภาพเท่านั้น ผู้เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญต่อระยะเวลาการรอรับบริการของผู้ป่วย พื้นที่การรักษาและจำนวนของบุคลากร ที่เพียงพอเหมาะสม การเตรียมความพร้อมด้านการเดินทางรับส่งผู้ป่วย การจัดการตาราง การนัดหมายที่ง่ายต่อความเข้าใจ มีการเผื่อเวลาสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการเข้ารับบริการฉุกเฉินมีบุคลากรเชี่ยวชาญเฉพาะด้านรวมทั้งข้อมูลทางการรักษาเฉพาะด้านไว้รองรับในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการ

ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 8 นั้นถือเป็นองค์ประกอบที่ใช้ในกระบวนการให้บริการที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ซึ่งผ่านอาการคิดวิเคราะห์ห้อย่างรอบคอบภายใต้ความต้องการของผู้ป่วยที่มีต่อการรับบริการทางการรักษา อันเป็นหัวใจสำคัญต่อแนวทางการดำเนินงานสถาบันดนตรีบำบัดหรือสถาบันบำบัดอื่น ๆ เช่นกัน

อีกทั้งจากการค้นคว้าข้อมูลจากบทความในวารสารวิชาการ ผลงานวิชาการจากคณะนักวิชาการชาวแคนาดา ประกอบด้วย Foster Bev, Pearson Sarah & Berrends Aimee (2016, pp. 199-206) ภายใต้หัวข้อ “10 Domains of Music Care” ซึ่งมีเนื้อหาสาระที่ว่าด้วยขอบเขตขององค์ประกอบสำคัญในการส่งมอบการให้บริการทางด้านดนตรีบำบัด ตามแนวทางเวชปฏิบัติของประเทศแคนาดา ซึ่งข้อสรุปจากบทความดังกล่าวประกอบด้วยองค์ประกอบขอบเขตสำคัญทั้งสิ้น 10 ประการที่คณะผู้เขียนได้ถือเป็นกรอบการดำเนินงานที่ผสมผสานทั้งในส่วนองประเด็นด้านความเชี่ยวชาญทางการดูแลผู้ป่วยและความเชี่ยวชาญทางด้านเทคนิคทางการแพทย์ ซึ่งจากบทความคณะผู้เขียนได้ให้ความเห็นต่อความหมายของคำว่าดนตรีบำบัดภายในประเทศแคนาดาไว้ว่ายังไม่มีการบัญญัติความหมายที่ชัดเจนตามข้อกำหนด เนื่องจากคำว่า “Music Therapy” เป็นการสมาธิคำสองคำ คือ “Music” และ “Therapy” ไว้ด้วยกัน ดังนั้น ในทางปฏิบัติคำว่าดนตรีบำบัดภายในประเทศก็ยังคงถือว่าเป็นศาสตร์สาขาวิชาที่ยังไม่มีความชัดเจนเท่าใดนัก ทั้งนี้ เป้าหมายสูงสุดของงานวิชาการชั้นนี้ คือ

เพื่อสร้างองค์ประกอบและขอบเขตที่จะนิยามความหมายของคำว่าดนตรีบำบัดให้ได้ชัดเจนมากที่สุด ผ่านทางการกำหนดองค์ประกอบทั้ง 10 ประการประกอบด้วยองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้

1) กลุ่มสังคม (Community) คือ องค์ประกอบที่กล่าวถึงลักษณะและวัตถุประสงค์การดำเนินงานทางด้านดนตรีที่เกิดขึ้น อาทิ การแสดงดนตรีของวงดนตรีประจำโรงเรียน การรวมวงของกลุ่มประชาชนภายในชุมชนเดียวกัน การร่วมร้องเพลงในขณะนักร้องเสียงประสานในโบสถ์ ไปจนถึงการแสดงขนาดใหญ่ อาทิ คอนเสิร์ตดนตรีคลาสสิก หรือ การแสดงอุปรากรและละครเพลง ซึ่งครอบคลุมถึงการดำเนินงานของนักดนตรีบำบัดด้วยเช่นกัน

2) ความพิเศษ (Specialties) คือ องค์ประกอบที่มีเนื้อหาสาระถึงความพิเศษแตกต่างของการใช้ดนตรีบำบัด ซึ่งผู้ให้การบำบัดหรือกลุ่มนักดนตรีที่ทำหน้าที่บำบัดต้องผ่านการฝึกอบรมเพิ่มเติม เนื่องจากการใช้งานดนตรีบำบัดนั้นมีหลากหลายแนวทาง อาทิ ดนตรีบำบัดเพื่อกลุ่มผู้ป่วยวาระสุดท้าย หรือ การใช้เครื่องดนตรีฮาร์ปมาเป็นเครื่องมือทางการรักษาซึ่งจะต้องอาศัยความเชี่ยวชาญเฉพาะเป็นอย่างดี โดยในกระบวนการฝึกฝนอบรมนั้นหลักสูตรต้องมีวัตถุประสงค์ที่แตกต่างจากการศึกษาทางด้านดนตรีทั่วไป คือ เป็นการให้การศึกษาทางด้านดนตรีที่มุ่งเน้นเพื่อการรักษาผู้ป่วยโดยเฉพาะ ซึ่งควรมีข้อบัญญัติทางด้านกฎหมายเป็นส่วนรองรับ และมีการออกใบประกอบวิชาชีพเฉพาะ เพื่อให้กลุ่มบุคลากรข้างต้นที่สำเร็จการศึกษาสามารถปฏิบัติงานได้ตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตรที่ตนสำเร็จการศึกษามา

3) ดนตรีบำบัด (Music Therapy) คือ การกำหนดขอบเขตของการใช้ดนตรีเพื่อเครื่องมือที่นำไปสู่เป้าหมายต่อการบำบัดรักษาโดยเฉพาะ หรือการส่งเสริมสุขภาพโดยเฉพาะ รายละเอียดย่อยขององค์ประกอบนี้กลุ่มผู้เขียนได้ยกตัวอย่างเป้าหมายของการใช้ดนตรีบำบัดไว้ เช่น การบำบัดเพื่อทุเลาอาการเจ็บป่วย การดูแลรักษาประคับประคองอาการเจ็บป่วยในระยะยาว การใช้ดนตรีบำบัดในสถานศึกษา การใช้ดนตรีบำบัดกับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช รวมถึงการรับรองการใช้งานตามเป้าประสงค์ข้างต้นที่เป็นไปตามกฎหมาย โดยคณะผู้เขียนได้ยกตัวอย่างรัฐออนตาริโอ (Ontario) ซึ่งเป็นหนึ่งพื้นที่ภายในประเทศแคนาดาที่มีการอนุมัติบัญญัติกฎหมายจากภาครัฐที่ใช้ดูแล ควบคุม การดำเนินงานทางด้านดนตรีบำบัด ภายใต้องค์กรที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่กำกับดูแล อย่าง College of Registered Psychotherapists and Counsellors

4) “Musicking” ถือเป็นองค์ประกอบที่ผู้วิจัยไม่สามารถหาความหมายในภาษาไทยได้ เนื่องจากเป็นการบัญญัติคำว่า “ดนตรี” ขึ้นมาใหม่ในบริบทของคำที่เป็นคำกริยาตามแนวคิดของ Christopher Small นักมานุษยวิทยาที่เขียนอยู่ในบทความ Musicking: A Ritual in Social Space (Christopher Small, Online, 1996) มีความหมายถึงกิจกรรมต่าง ๆ ที่ใช้ดนตรีเป็นส่วนประกอบ อาทิ การบรรเลง การเต้น หรือแม้แต่การฮัมเพลง โดย Small ได้กล่าวไว้ว่าการฟังเพลงเองก็นับว่า

เป็น Musicking เช่นกัน สืบเนื่องจากโดยบริบททางธรรมชาติของคนตรีแล้วการสร้างสรรค์ดนตรีใด ๆ ก็ตามมักเกิดจากมนุษย์เป็นเหตุปัจจัยหลัก ไม่ว่าจะเป็นผู้แสดงหรือผู้รับฟัง ซึ่งทั้งสองกลุ่มบุคคลจะมีส่วนร่วมระหว่างกันและกัน โดยลักษณะของการเกิด Musicking จะขึ้นอยู่กับความชอบ ความสนใจของกลุ่มบุคคลที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้น ซึ่งเป็นที่มาโดยธรรมชาติของความแตกต่างในแต่ละประเภทดนตรี อันนำไปสู่กำหนดการ หรือ “Programmed” ที่เป็นองค์ประกอบถัดไป

5) กำหนดการ (Programmed) คือ การวางแผนการสร้างกิจกรรมทางด้านดนตรีที่มีเนื้อหาตั้งแต่การเลือกแนวเพลงที่ใช้ การเพิกถอนกิจกรรมอื่นนอกเหนือจากการใช้ดนตรีเข้ามามีส่วนร่วมกับกิจกรรมการบำบัด หรือแม้แต่การใช้ดนตรีเป็นศูนย์กลางของกิจกรรมนั่นเอง อาทิ การจัดการแสดงดนตรี การเลือกบรรเลงเครื่องดนตรีสักชิ้น หรือแม้แต่การบูรณาการกิจกรรมที่มาจากความหลากหลายเข้าไว้ด้วยกัน นอกเหนือจากที่ยกตัวอย่างไป กำหนดการของคนตรีบำบัดยังรวมถึงช่วงการใช้งานที่เหมาะสมซึ่งคณะผู้เขียนได้ยกตัวอย่างการใช้ดนตรีบำบัดตามสถานการณ์ต่าง ๆ อาทิ การเปิดเพลงขณะออกกำลังกาย การเปิดเพลงระหว่างการรับประทานอาหาร หรือแม้แต่ให้ผู้ป่วยได้ร้องเพลงขณะที่พยาบาลผู้ดูแลกำลังทำหน้าที่ทำความสะอาดร่างกายและเปลี่ยนเครื่องแต่งกายให้บนเตียงขณะช่วงเวลาพักฟื้น เป็นต้น

6) เทคโนโลยี (Technology) คือ องค์ประกอบที่เกิดจากความตั้งใจของทั้งผู้บำบัดและผู้ป่วยต่อการนำเอาเครื่องมือสื่อสารสนเทศหรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ เข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด อาทิ iPod ซึ่งผู้ป่วยจะใช้เครื่องมือชิ้นนี้เป็นสื่อที่บรรเลงดนตรีในรูปแบบดิจิทัลที่ตนเองต้องการภายใต้การดูแลของนักบำบัดที่มีความเหมาะสม โดยหลักการใช้เทคโนโลยีทางด้านดนตรีบำบัด ส่วนใหญ่มักใช้กับผู้ป่วยที่สูญเสียสมรรถภาพอย่างกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ อาทิ กลุ่มผู้ป่วยติดเตียงหรือผู้ป่วยอัมพาต เพื่อใช้ดนตรีเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหวร่างกายได้บ้าง เช่น การกระพริบตา หรือเคลื่อนไหวศีรษะตามจังหวะของเพลงเล็กน้อย

7) สภาพแวดล้อมทางเสียง (Sound Environment) คือ บรรยากาศของเสียงที่ถูกกำหนดขึ้นภายในพื้นที่บำบัด อาทิ เสียงโดยรอบทั้งก่อนและขณะการบำบัด ยกตัวอย่างเช่น เสียงของน้ำไหล เสียงของกระดิ่งที่มีความดังไม่มากนักที่เกิดขึ้นภายในพื้นที่ รวมไปถึงจนถึงการควบคุมระดับความดังของเสียงเหล่านั้น ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้ นักจิตวิทยาต่างให้ความเห็นว่ามีผลต่อผลของการบำบัดได้ทั้งทางบวกและทางลบ จึงเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จำเป็นต้องควบคุมให้เป็นอย่างดีต่อการส่งมอบการให้บริการทางด้านดนตรีบำบัด และถือได้ว่าเป็นโครงสร้างพื้นฐานของการกำหนดรูปแบบหนึ่งในพื้นที่ที่ใช้ส่งมอบการบำบัด ตั้งแต่ระบบเสียงที่ใช้ภายในสถานที่ (Sound Reinforcement, PA System) คุณภาพและประเภทของเครื่องมือที่เป็นตัวกำหนดการเกิดปัจจัยองค์ประกอบนี้

8) การใช้ดนตรีต่อการบำบัด (Music Medicine) เป็นองค์ประกอบที่เป็นส่วนที่ครอบคลุมและแสดงถึงภาพรวมทางการบำบัด ซึ่งจะมีส่วนเกี่ยวข้องจากการเลือกใช้นโยบายการบำบัดรักษาด้วยดนตรีเป็นพื้นฐานของการกำหนดการใช้งาน และมีผลโดยตรงต่อผลการบำบัด ตัวอย่างเช่น การกระตุ้นการรับรู้ของผู้ป่วยด้วยการใช้จังหวะ จะมีผลต่อเสถียรภาพทางการเคลื่อนไหวร่างกาย การบำบัดที่เน้นการใช้ระดับเสียง จะช่วยให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะทางการออกเสียง หรือการให้ผู้ป่วยรับฟังคลื่นความถี่ต่ำก็มีผลต่อการบรรเทาอาการเจ็บปวดของกล้ามเนื้อได้

9) การอบรม (Training) เป็นองค์ประกอบที่ว่าด้วยเรื่องของการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ทั้งผู้บำบัดเองรวมถึงผู้ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัด เพื่อนำเอาความรู้ที่ได้จากการอบรมไปปฏิบัติงานให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด อีกทั้งยังเป็นการเพิ่มความเชี่ยวชาญและความมั่นใจต่อตนเองในการให้บริการทางด้านสาธารณสุข โดยองค์ประกอบส่วนนี้ครอบคลุมตั้งแต่การอบรมขึ้นพื้นฐานตามเกณฑ์ระเบียบตามข้อกำหนดวิชาชีพด้านดนตรีบำบัดที่เป็นไปตามหลักของกฎหมาย รวมถึงการอบรมเสริมอื่น ๆ อาทิ การอบรมผ่านสื่อออนไลน์ การเข้าร่วมหลักสูตรพิเศษเพิ่มเติมที่จัดขึ้นโดยสถาบันต่าง ๆ ซึ่งการเข้ารับการอบรมเพิ่มเติมของบุคลากรแต่ละรายไม่ได้เป็นเพียงแค่การเพิ่มคุณวุฒิของผู้ให้การบำบัดรายบุคคลเท่านั้น แต่เป็นการเพิ่มมูลค่าของการให้บริการทางสุขภาพผ่านทางบริบทของการพัฒนาองค์ความรู้ทางด้านดนตรีบำบัด ที่จะมีส่วนต่อภาพรวมของสถาบันบำบัดให้ประจักษ์ต่อสายตาผู้รับบริการได้

10) งานวิจัย (Research) เป็นการรวบรวมข้อมูลหลักฐานทางด้านดนตรีบำบัดที่เกิดขึ้นจากการค้นคว้า ทดลอง สังเกตและถูกนำมาจัดเรียงอย่างมีระบบระเบียบ ภายใต้กรอบขององค์ความรู้ทางด้านดนตรีบำบัดหรือองค์ความรู้ที่มีความเกี่ยวข้องต่อการให้บริการ ซึ่งสามารถประยุกต์ได้ตามบริบทของหัวข้องานวิจัย โดยคณะผู้เขียนได้รวบรวมรายชื่อของสถาบันวิจัยทางด้านดนตรีบำบัดภายในประเทศแคนาดาในปัจจุบัน ดังนี้ Music and Health Research Collaboratory, McMaster Institute for Music and the Mind, Conrad Institute for Music Therapy Research, S.M.A.R.T. Lab (Science of Music, Auditory Research and Technology), Laboratory for Music Research Perception, Cognition and Expertise ขณะที่สถาบันวารสารวิชาการทางด้านดนตรีบำบัดที่ทำหน้าที่ตรวจสอบและเผยแพร่ผลงานวิชาการภายในประเทศก็ถือเป็นส่วนหนึ่งขององค์ประกอบทางการวิจัยด้วยเช่นกัน เนื่องจากถือเป็นสื่อกลางที่ทำหน้าที่ให้บรรดานักวิชาการหรือผู้ที่สนใจได้มีโอกาสในการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ผ่านบทความประเภทต่าง ๆ ซึ่งในปัจจุบันสถาบันวารสารวิชาการทางด้านดนตรีบำบัดที่เป็นที่ยอมรับภายในประเทศแคนาดามีรายนาม ดังนี้ Music and Medicine, Arts in Health Care, Music Perception, Journal of Music Therapy, The Arts in Psychotherapy ซึ่งถึงแม้ว่าในแต่ละสถาบันวิจัยหรือสถาบันวารสารวิชาการจะมีวิสัยทัศน์ต่อการดำเนินงานที่แตกต่างกันไป

แต่สิ่งหนึ่งที่เป็นเหมือนเป้าประสงค์หลักร่วมกัน คือ การเพิ่มมูลค่าและเผยแพร่องค์ความรู้ทางด้านดนตรีบำบัดให้เป็นที่แพร่หลายที่จะนำมาซึ่งการพัฒนาคุณภาพหรือแนวทางเทคนิคของการบำบัดรักษาด้วยการใช้ดนตรีให้มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพมากขึ้น อันเป็นเป้าประสงค์หลักของการใช้ดนตรีบำบัด

ทั้งนี้ คณะผู้เขียนได้อธิบายถึงข้อเสนอแนะและการนำเอาองค์ประกอบ 10 ประการมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในกระบวนการดำเนิน ซึ่งองค์ประกอบข้างต้นทางคณะผู้เขียนได้คิดค้นภายใต้กรอบของประโยชน์ 3 ข้อ ได้แก่ 1) เพื่อให้คำอธิบายทั้งบุคลากรของสถานบำบัดและผู้ป่วย (Clarify) ด้วยเหตุผลที่ว่าการศึกษาด้วยดนตรีบำบัด จำเป็นต้องอาศัยหลักของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การอธิบายถึงแนวทางการบำบัดจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อกระบวนการสร้างความเข้าใจ ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ 2) เพื่อใช้ต่อการวางแผนการให้การบำบัด (Mapping) มาจากแนวคิดว่าการบำบัดแต่ละครั้งไม่ได้มีแผนการดำเนินงานที่เหมือนกัน แต่ขึ้นอยู่กับกรณีตามแต่อาการของผู้ป่วย ดังนั้นการวางแผนการรักษาจึงเป็นส่วนที่มีความสำคัญและมีความรัดกุม เพื่อให้ผู้ป่วยแต่ละรายมีอาการที่ดีขึ้นให้ได้มากที่สุด 3) เพื่อการประยุกต์ใช้งานตามความเหมาะสม (Optimization) เนื่องจากดนตรีบำบัดมีแนวทางการใช้งานหรือเทคนิคที่หลากหลาย อาทิ ใช้รักษาผู้ป่วยที่เป็นลักษณะของการฟื้นฟูหรือเพื่อบำบัดจิตใจ การปรับแต่งองค์ประกอบในแต่ละครั้งควรคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นสำคัญ เช่น ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการตื่นตัวมากกว่าปกติ ก็ควรใช้สภาวะของเสียงในสถานที่ ที่เป็นท่วงทำนองสงบ ช้าและเบา เพื่อลดอาการข้างต้น

โดยกรอบของประโยชน์ 3 ข้อที่กล่าวไปนั้น อยู่ภายใต้ประเด็นสำคัญ 4 ประการ ดังนี้

- 1) ประเด็นของผู้ที่ทำหน้าที่บำบัด ว่ามีคุณสมบัติเหมาะสมเพียงพอต่ออาการผู้ป่วยรายนั้นหรือไม่
- 2) การบำบัดในแต่ละครั้ง ผู้ป่วยมีอาการเช่นไรและสมควรได้รับการบำบัดด้วยแนวทางหรือวิธีการใด
- 3) เป้าประสงค์ของการบำบัดของผู้ป่วยแต่ละรายคืออะไร ผู้ป่วยหรือญาติต้องการให้ผลการบำบัดออกมาในทิศทางใด
- 4) การบำบัดที่วางแผนไว้ จะสามารถสร้างผลต่อผู้ป่วยได้มากน้อยเพียงใด

ซึ่งจากประเด็นสำคัญดังกล่าว ทางคณะผู้เขียนได้ทำการยกตัวอย่างแนวทางการปฏิบัติงานในรูปแบบของตาราง เพื่อให้เห็นภาพรวมของการดำเนินงานทางด้านดนตรีบำบัดในแต่ละครั้ง ซึ่งเป็นการสมมติเหตุการณ์ กรณีการให้บริการด้านดนตรีบำบัดไว้ โดยผู้วิจัยขอเสนอตามเอกสารที่ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมมาในหน้าถัดไป

ตารางที่ 2.4 ตัวอย่างกลุ่มองค์ประกอบกรให้บริการคนตรีบำบัด

ประเด็น สำคัญ	ผู้ทำหน้าที่บำบัด				ผู้รับการบำบัด			เป้าหมาย ต่อการบำบัด			ผลลัพธ์ของ การบำบัดที่ต้องการ		
	นักดนตรี	นักดนตรีที่ผ่านการ สอบใบประกอบ	ผู้เชี่ยวชาญทางด้าน สุขภาพที่ผ่านการสอบ	ผู้ได้ใจได้	ผู้ป่วย	ผู้ดูแลผู้ป่วย	ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ ทฤษฎี	เพื่อสร้าง ความผ่อนคลาย	เพื่อการรักษา	เพื่อปรับสภาพอาการ และระบบประสาทให้บริการ	มีผลโดยตรง	เป็นเพียงการสร้าง สถานะการช้	สร้างการมีส่วนร่วม ทางการบำบัด
กลุ่มสังคม	✓						✓	✓	✓			✓	
ความพิเศษ		✓			✓					✓	✓		
ดนตรีบำบัด		✓			✓					✓	✓		
Musicking				✓			✓	✓	✓		✓		
กำหนดการ				✓	✓			✓			✓		
สภาวะ แวดล้อม ทางเสียง				✓			✓		✓			✓	
เทคโนโลยี			✓		✓			✓			✓		
การใช้ดนตรี ต่อการบำบัด			✓		✓				✓		✓		
การอบรม		✓				✓				✓			✓
การวิจัย						✓				✓			✓

ที่มา: Foster Bev, Pearson Sarah & Berrends Aimee, 2016, p. 204

โดยสรุป คือ องค์ประกอบทั้ง 10 ประการ ภายใต้นี้แนวคิดที่สร้างจากประโยชน์การ
ใช้งานทั้ง 3 ข้อ เป็นการแสดงให้เห็นถึงแนวทางการดำเนินงานทางด้านดนตรีบำบัดของแต่ละ
สถานบำบัด ซึ่งทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยภายนอก ณ ที่นี้ก็คือตัวผู้ป่วยว่ามีอาการเช่นไร อีกทั้ง
คณะผู้เขียนยังได้เสนอความเห็นส่วนสุดท้ายว่ากรอบแนวคิดข้างต้นเป็นแนวทางการปฏิบัติงานที่
ศึกษาจากข้อมูลภายในประเทศแคนาดาเท่านั้น โดยหากจะในเอกรอบแนวคิดดังกล่าวไปประยุกต์
ยังพื้นที่อื่น ผู้ให้บริการต้องศึกษาข้อมูลของปัจจัยในแต่ละพื้นที่ความเหมาะสม ที่มีพื้นฐานทางด้าน
วัฒนธรรม ความเชื่อ ที่แตกต่างกัน ไปกรอบแนวคิดนี้จึงจะสามารถก่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อ
ผลการดำเนินงานการส่งมอบบริการคนตรีบำบัดได้

ขณะที่สมาคมดนตรีบำบัดแห่งสหรัฐอเมริกา (AMTA) ได้กำหนด มาตรฐานการปฏิบัติงาน
ของนักดนตรีบำบัดต่อการรักษาอาการต่าง ๆ ซึ่งในกระบวนการรักษา โรคทางจิตเวชนั้นจำเป็นต้อง
มีการประเมินสภาพอาการของผู้ป่วยทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการบำบัด เพื่อนำเอามาเลือก
แนวทางหรือรูปแบบการบำบัดที่เหมาะสมที่สุด เพื่อลดหรือบรรเทาอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยลงตาม
แนวทางของการรักษาที่เป็นรูปแบบการรักษาแบบบูรณาการ และมีความสอดคล้องกับ
องค์ประกอบของการรักษาที่ใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางก่อนหน้า เพื่อให้ผลสัมฤทธิ์ของการใช้ดนตรี

บำบัดนั้น เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของผู้เข้ารับการบำบัดหรือผู้ป่วยด้วยกันทั้งสิ้น 7 ประการ ดังนี้

- 1) ข้อกฎหมายและข้อปฏิบัติ
- 2) การปฏิบัติตามสนธิสัญญาว่าด้วยการควบคุมการค้าเรื้อรังของอาการ
- 3) การดำเนินงานทางเอกสาร
- 4) การปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด
- 5) ความรู้และความเชี่ยวชาญของบุคลากรที่เหมาะสม
- 6) มีระบบการเก็บรวบรวมรายละเอียดของผู้ป่วย
- 7) กระบวนการทดลองทางดนตรีบำบัด เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการ

การดำเนินงานภายใต้ข้อประกอบทั้ง 7 ประการข้างต้น จะทำให้คุณภาพของการให้บริการทางด้านสาธารณสุขของสถาบันดนตรีบำบัดมีการพัฒนาที่จะส่งผลให้เกิดความโอกาสของผู้ป่วยต่อการเลือกการบำบัดได้ ซึ่งถือว่าเป็นการให้บริการทางด้านสุขภาพที่มีความยั่งยืนได้อีกทางหนึ่ง (Gooding F. Lori, 2014, pp. 53-54)

อีกทั้ง ทางส่วนของสมาคมดนตรีบำบัดแห่งประเทศไทย (AMTA) ก็ได้กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงานของนักดนตรีบำบัดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ นักดนตรีบำบัดสามารถทำงานได้อย่างเป็นระบบตามแนวทางการทำงานที่ได้กำหนดไว้ ซึ่งมาตรฐานการปฏิบัติงานที่จะนำเสนอต่อไปนี้ เป็นมาตรฐานการปฏิบัติงานของนักดนตรีบำบัดต่อผู้ป่วยทางจิตเวชที่ใช้งานอยู่จริง สหรัฐอเมริกา ซึ่งมีเป้าประสงค์เพื่อรักษาบรรเทาและพัฒนาการทำงานของร่างกายผู้ป่วย ทั้งในแง่ของการรับรู้ จิตวิทยา สัมพันธภาพต่อสังคม พัฒนาการทางด้านอารมณ์ พัฒนาการทางการสื่อสาร และการทำงานทางกายภาพของร่างกาย ซึ่งได้รับการพิจารณาครั้งสุดท้ายเมื่อเดือนพฤศจิกายน ปี ค.ศ. 2013 อันประกอบด้วยมาตรฐานการดำเนินงาน 8 ประการตั้งแต่ก่อนให้การบำบัดจนเสร็จสิ้นการบำบัด (American Music Therapy Association, Online, 2013) ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวในเชิงลึกจะอยู่ในส่วนของรายละเอียดเนื้อหาในบทวิเคราะห์การดำเนินงานทางด้านดนตรีบำบัดในต่างประเทศในบทที่ 4

1.3 แนวคิดเซลล์สมองกระจกเงา (The Mirror Neuron System)

เป็นอีกหนึ่งแนวคิดทางการแพทย์ โดยผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรมจากผลงานวิชาการที่เขียนโดยนักวิชาการทางการแพทย์ ซึ่งผู้วิจัยมีเหตุผลในการเลือกที่ทำการทบทวนวรรณกรรมในแนวคิดนี้ว่าอีกหนึ่งแนวคิดสำคัญที่จะใช้ในการหาคำตอบทั้งในส่วนของคำถามงานการวิจัย และการหาข้อยุติถึงวัตถุประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นของความสัมพันธ์ระหว่างอิทธิพลของดนตรีที่มีต่อมนุษย์ ว่าดนตรีส่งผลต่ออารมณ์ความรู้สึกของมนุษย์หรือไม่

เซลล์สมองกระจกเงาหรือที่ทางการแพทย์เรียกว่า Mirror Neuron System ได้รับการค้นพบจากการวิจัยในสัตว์ที่มีความใกล้เคียงกับมนุษย์มากที่สุด โดย Di Pellegrino et al. (1992, pp. 176-180) และการวิจัยในครั้งนั้นยังเป็นการจุดประกายให้เกิดการวิจัยในอย่างต่อเนื่องในปี ค.ศ. 1996 โดย Gallese et al. (pp. 593-609) โดยงานการวิจัยทั้งสองครั้งนั้น ได้ทำการทดลองในลิงว่าเซลล์แนวคิดกระจกเงา เกิดขึ้นในส่วนของพื้นที่ F5 ซึ่งเป็นชั้นเนื้อเยื่อสมองของ Cerebrum ที่มีหน้าที่ควบคุมการทำงานในการเคลื่อนไหวร่างกาย (Premotor Cor-tex) ของทั้งมนุษย์และลิง โดยกระบวนการวิจัยนั้นใช้วิธีการให้ลิงได้มองเห็นท่าทางการเคลื่อนไหวจากมนุษย์ และผลลัพธ์ที่ได้คือลิงที่ใช้ในการทดลองสามารถมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อท่าทางการเคลื่อนไหวร่างกาย ที่ผู้วิจัยได้แสดงเป็นตัวอย่างให้เห็น ซึ่งเป็นคำตอบว่าเซลล์สมองกระจกเงาในลิงบนพื้นที่ของส่วน F5 นั้นมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อการรับรู้และการแสดงออกลักษณะเดียวระหว่างคนและสัตว์ทดลอง

และในช่วงเวลาต่อมาผลลัพธ์จากงานวิจัยช่วงริเริ่มได้เกิดการต่อยอดในกลุ่มนักวิชาการอีกหลายท่าน ภายใต้แนวคิดที่ว่าเซลล์สมองกระจกเงา ไม่ได้สะท้อนหรือมีอิทธิพลต่อการรับรู้ผ่านการมองเห็นและการเคลื่อนไหวร่างกายเพียงอย่างเดียว แต่แนวคิดนี้ยังได้ถูกตั้งเป็นสมมติฐานว่า “เสียง” ก็สามารถเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการทำงานของสมองส่วน F5 ได้เช่นกัน โดยการทดลองในลิงของ Kohler et al. (2002) ได้ใช้เสียงเป็นเครื่องมือกระตุ้นการทำงานของระบบเซลล์สมองกระจกเงา และผลลัพธ์ที่ได้รับคือลิงทดลองก็มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อเสียง ได้ที่ฟังเช่นเดียวกับปฏิกิริยาตอบสนองจากการมองเห็น

ในส่วนของการศึกษา ทดลองแนวคิดนี้ในมนุษย์ ในปีมีการทดลองโดย Paget (1930) ผ่านการสังเกตการณ์กระบวนการทำงานของการรับรู้ผ่านเสียงที่นำไปสู่การสร้างแรงกระตุ้นหรืออิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรับรู้ของมนุษย์ ที่ให้ตัวอย่างที่เป็นกิจกรรมในชีวิตประจำวันพื้นฐานไว้ว่าเมื่อมนุษย์ได้ยินเสียงคำว่า “หมา-หมา” สิ่งแรกที่ผู้ฟังจะนึกถึงได้คือการรับประทานอาหาร นับเป็นหลักฐานทางการทดลองว่า “เสียง” สามารถกระตุ้น “การรับรู้” ต่อมนุษย์ได้

ทั้งนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม ในประเด็นของแนวคิดเซลล์สมองกระจกเงา (Mirror Neuron System) ที่มีความเชื่อมโยงกับศาสตร์ทางด้านดนตรีต่อสุนทรียภาพที่มีอิทธิพลต่อมนุษย์ มีบทความในประเด็นของความดนตรีที่เป็นบทบาทของประสบการณ์ทางสุนทรียภาพผ่านการสะท้อนตัวตนของผู้บรรเลง โดยนักวิชาการจากสหรัฐอเมริกาอย่าง Tyler Olsson (2013, Online) ได้ให้ความคิดเห็นโดยสรุปว่า ณ ขณะที่นักกีตาร์ที่กำลังดีดสายเพื่อสร้างเสียงดนตรีขึ้นในฐานะผู้สร้างหรือผู้ส่งสาร (Producer) ก็จะเป็นช่วงเวลาเดียวกันที่นักดนตรีคนนั้นจะได้ยินเสียงที่ตัวเองสร้างขึ้น และเสพย์กำซาบเสียงที่ตนบรรเลงด้วยในช่วงเวลาเดียวกันในฐานะผู้รับสารที่ได้ยินเสียงที่ตนสร้างขึ้นอย่างลุ่มลึก (Contemplator) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาสั้นๆข้างต้น นับว่าเป็น

ประสบการณ์ทางสุนทรียศาสตร์ที่เกิดขึ้นในการรับรู้ของมนุษย์ผ่านประสบการณ์การได้ยิน และมีอิทธิพลให้เกิดการสะท้อนตัวตน (Self-Reflexive) โดยนักวิชาการท่านนี้ได้ต่อยอดต่อสิ่งที่เกิดขึ้นว่าเป็นปรากฏการณ์ชัดเจนที่แสดงให้เห็นว่า แม้ว่าดนตรีจะเป็นโสตศิลปะที่ไม่สามารถสัมผัสและเกิดขึ้นเฉพาะช่วงเวลาเท่านั้น แต่อิทธิพลของดนตรีมีแรงกระตุ้นมากพอที่จะสร้างภาพสะท้อนต่อประสบการณ์การรับรู้ และอย่างไร้ข้อกังขาในแง่มุมมองของความสัมพันธ์ภาพระหว่างมนุษย์และพลังงานที่มีอยู่ในธรรมชาติอย่างคลี่คลาย โดยในการทบทวนวรรณกรรมชิ้นนี้ผู้เขียนได้กล่าวไว้ว่า “An examination of aesthetic experience as that which gives rise to the possibility of the semi-religious.” กล่าวคือ ประสบการณ์ทางสุนทรียศาสตร์อาจมีอิทธิพลที่เข้าใกล้หรือเทียบเท่ากับความเชื่อทางศาสนาได้เช่นกัน

จากผลงานวิจัยในประเด็นของเซลล์สมองกระจกเงาของ Katie Overy และ Istvan Monar-Szakacs (2009, pp. 489-504) ได้ที่สร้างรูปแบบของกระบวนการรับรู้ จากสื่อดนตรีสู่อารมณ์และความรู้สึกมนุษย์ในชื่อว่า “Shared Affective Motion Experience: SAME” ที่มีรากของแนวคิดที่ว่า เสียงดนตรีนั้นไม่ได้เป็นเพียงการรังสรรค์คลื่นเสียงที่มีอยู่ในธรรมชาติ ให้เป็นระบบระเบียบและก่อให้เกิดเป็นสังคีตศิลป์ที่ให้ผู้ฟังรับและนำไปสู่ความบันเทิงทางอารมณ์เท่านั้น

ขณะเดียวกันดนตรียังมีกระบวนการทำงานในช่วงเวลาที่เกิดขึ้นอีกมิติหนึ่ง อันเกิดจากหน้าที่หลักของสมอง คือ ควบคุมการทำงานของร่างกาย ขับเคลื่อนอารมณ์ในรูปแบบที่หลากหลายเป็นส่วนควบคุมการเรียนรู้ต่อสื่อที่เกิดขึ้นรอบตัว และเป็นส่วนที่ทำหน้าที่เก็บความทรงจำ ส่งผลให้เกิดปรากฏการณ์ภายในสมองของผู้ฟังโดยที่ผู้ฟังไม่ทันตระหนักรู้ เสมือนเป็นกิจกรรมของระบบโสตประสาทของสมองที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน ซึ่งเมื่อเกิดเสียงดนตรีและมีการรับฟังของผู้รับกระบวนการที่เกิดขึ้นนั้นผู้วิจัยได้ให้คำนิยามเฉพาะว่า “Flow of Activity” เป็นการทำงานของสมองที่เกิดขึ้นจากเสียงที่ได้รับและส่งต่อให้เกิดผลลัพธ์ในกระบวนการรับรู้ภายในสมอง ในรูปแบบของการรับรู้ข้อมูลของคลื่นเสียงด้วยการทำงานของสมอง และแปรผลเป็นข้อมูลต่าง ๆ ในรูปแบบจากบนลงล่างจากสมองไปยังระบบประสาทส่วนอื่นภายในร่างกาย “Top-down” คือ การควบคุมการตระหนักรู้ ข้อมูลที่ส่งผลต่อผู้ฟัง และการทำงานของระบบประสาทที่เชื่อมโยงกับการเคลื่อนไหวของร่างกายไปตามเสียงที่ได้รับฟัง

ซึ่งรูปแบบ Shared Affective Motion Experience (SAME) ได้รับการทดลองในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช 3 ประเภทด้วยกัน ดังนี้ 1) Dyslexia (อาการความผิดปกติในการอ่าน) 2) Aphasia (อาการบาดเจ็บทางสมองทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการพูด) และ 3) Autism (อาการผิดปกติทางอารมณ์) ซึ่งอาการทั้ง 3 เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของสมองซีกขวาที่ทำหน้าที่ควบคุมความคิดทางด้านตรรกะ การใช้เหตุผล และการคำนวณ โดยจากผลการใช้ทดลอง

พบว่าผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่ม มีแนวโน้มการตอบสนองในทิศทางที่ดีขึ้นจากองค์ประกอบของดนตรี อาทิ ระดับเสียงและความดังเขาส่งผลต่ออารมณ์ ทั้งกระตุ้นความตึงเครียดหรือสร้างความผ่อนคลาย ความเร็วและจังหวะส่งผลต่อการเคลื่อนไหวของร่างกายและความคล่องตัวในการเคลื่อนไหว การใช้เทคนิคการบรรเลงส่งผลต่อการทำงานของสมองซีกขวาที่เป็นส่วนของการทำงานด้านการควบคุมอารมณ์ อันนำไปสู่การที่ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะใช้ดนตรีเป็นเครื่องมือรักษา เพื่อใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้

อีกทั้งในช่วงท้ายของการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับประเด็นเซลล์ซึ้นนี้ คณะผู้สร้างได้ลงมติความเห็นในช่วงข้อเสนอแนะว่า ประสบการณ์ทางด้านดนตรีที่ก่อให้เกิดสุนทรียภาพในการรับรู้ อาจมีอิทธิพลต่อผู้รับฟังหรือผู้บรรเลงได้ถึงกับ “สูญเสียความเป็นตัวตน” ได้ และอาจเกิดปรากฏการณ์นี้ขึ้นได้ตั้งแต่มนุษย์ยังเป็นทารกที่อยู่ในครรภ์ อันเป็นแนวคิดที่มีความเกี่ยวข้องกับการนำเอาดนตรีไปใช้ให้เกิดประโยชน์มากกว่าการใช้เพื่อสร้างความบันเทิงในบริบทของศิลปะ ด้วยดนตรีเป็นสื่อที่มีอยู่ในธรรมชาติอยู่แล้วและมีประสิทธิภาพที่ครอบคลุมการรับรู้ ไม่ว่าจะเป็นปัจเจกบุคคล หรือ กลุ่มคนหมู่มาก อีกทั้งประสิทธิภาพของดนตรียังสามารถเข้าถึงการทำงานของทั้งกายภาพและความรู้สึกหรืออารมณ์ของมนุษย์ได้ ผ่านการรับฟังทั้งตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ได้ เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นโดยปราศจากเงื่อนไขทางสังคม อาทิ อายุ วัฒนธรรม และการใช้รูปแบบ SAME ในการบำบัดรักษาจะมีผลลัพธ์ที่ชัดเจนมากขึ้น หากมีองค์ประกอบของเข้าถึงของทั้งผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด การสื่อสารที่เข้าใจระหว่างกันและกัน และความรู้ทางด้านดนตรีบำบัด โดยนักวิชาการทั้งสองท่านนี้ได้ทิ้งท้ายข้อคิดสำคัญของงานวิชาการชิ้นนี้ไว้ว่า “ดนตรีมิได้สร้างมนุษย์” แต่ทว่า “มนุษย์ถูกขัดเกลาคด้วยดนตรี”

1.4 ทฤษฎีด้านการบริหาร

ในกระบวนการจัดทำรูปแบบการส่งเสริมการรักษาทางเลือกด้วยดนตรีบำบัด เพื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำเป็นต้องใช้แนวคิดทางด้านการบริหารมาเป็นส่วนสำคัญ เพื่อกำหนดองค์ประกอบต่าง ๆ ที่ใช้ในการจัดทำรูปแบบ ซึ่งในความหมายของคำว่า “บริหาร” นั้นจากการทบทวนวรรณกรรมของนักวิชาการหรือเอกสารทางด้านภาษา ได้ให้คำนิยามไว้หลากหลาย ดังนี้ ราชบัณฑิตยสถาน และสำนักพิมพ์มติชน ได้ให้ความหมายของคำว่าบริหารในทิศทางเดียวกัน คือเป็นการดำเนินการและจัดการ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2556, หน้า 655; มติชน, 2547, หน้า 489)

ขณะที่เปลื้อง ณ นครให้ความหมายของคำว่าบริหารในแง่มุมที่มีบริบทที่กว้างขึ้น กล่าวคือการดูแล รักษา ปกครอง แก้ไข และดำเนินงานตามข้อบัญญัติทางกฎหมาย (เปลื้อง ณ นคร, 2544, หน้า 261) ในส่วนของมุมมองจากต่างประเทศให้นิยามคำว่าการบริหารตามพจนานุกรมโดยนักวิชาการจากมหาวิทยาลัยออกฟอร์ดว่า การบริหาร คือ การควบคุมหรือกระทำการตัดสินใจ

ในการดำเนินธุรกิจและองค์กร หรือ กระบวนการที่ว่าด้วยการทำข้อตกลงหรือควบคุมบุคลากรและเครื่องมือ (Hornby A. S., 1995, p. 712)

อันเป็นที่มาของการเลือกทฤษฎีทางการบริหารที่มีความเหมาะสมกับแนวคิดที่มีต่อการบริหารข้างต้น โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการบริหาร โดยมีการทบทวนวรรณกรรม 4 ทฤษฎี ดังนี้

1.4.1 แผนผังแสดงเหตุและผลของคาโอรุ อิชิกาว่า (Ishikawa Diagram, Cause-and-effect Diagram, Fish-bone Diagram)

เป็นเครื่องมือเพื่อศึกษาและวิเคราะห์สภาพปัญหาในด้านต่าง ๆ เพื่อให้เข้าใจถึงภาวะอันเป็นอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากสภาพปัจจุบันต่อการสร้างรูปแบบการส่งเสริมการรักษาแบบผสมผสานด้วยดนตรีบำบัด เพื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยผลข้อมูลที่ผ่านการวิเคราะห์ ผู้วิจัยจะนำไปวิเคราะห์อีกครั้งด้วยทฤษฎีทางการบริหารและทฤษฎีที่ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอื่น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่านักวิชาการได้ให้ความเห็นต่อคุณสมบัติของการวิเคราะห์ปัญหาแบบก้างปลาไว้ ดังนี้

ไฮเซอร์และเจย์ (เจย์ ไฮเซอร์ และเบอริ เรนเดอร์, 2549, หน้า 115) การวิเคราะห์ปัญหาแบบก้างปลาเป็นเครื่องมือที่ใช้สำหรับการตรวจสอบเหตุที่มาของปัญหาในภาพรวมที่เกิดขึ้นต่อการดำเนินงานที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ขององค์กร โดยในการวิเคราะห์จะต้องศึกษาถึงเหตุปัจจัยที่จำแนกออกเป็นด้านต่าง ๆ ได้แก่ 1) วัตถุประสงค์ 2) เครื่องจักรและอุปกรณ์ 3) บุคลากร 4) วิธีการปฏิบัติงาน โดยเมื่อได้วิเคราะห์ปัจจัยในทุกด้านแล้ว จึงทำการหาความเชื่อมโยงของปัญหาในแต่ละด้าน เพื่อหาข้อสรุปทางแก้ไขที่มีความกระจ่างชัดเจนเพื่อกำจัดปัญหาที่เกิดขึ้นเหล่านั้น ซึ่งสาระข้างต้นนั้นก็มีความเห็นจากนักวิชาการชาวไทยอย่าง สุรพันธ์ ฉันทแดนสุวรรณ (2553, หน้า 189) ได้แสดงความเห็นไว้ใกล้เคียงกันว่าการวิเคราะห์ปัญหาแบบก้างปลาสามารถใช้ในกระบวนการค้นหาสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อนำมาใช้ในการลดปัญหาด้วยการจัดเรียงลำดับปัญหาอย่างเป็นระบบ

ในส่วนของความเห็นจากคณะนักวิชาการชาวโรมาเนียที่ได้เขียนผลงานวิชาการในบทความของการใช้งานแผนผังเหตุและผลต่อการระบุความเสี่ยงจากหลายประเด็นองค์ประกอบโดยอิลีและชอคชอวี่ (Gheorghe Ilie and Nadia Ciocoiu, 2010, pp. 1-2) นำเสนอเนื้อหาของที่มีความสำคัญ และคุณสมบัติของแผนผังแสดงเหตุและผลว่าถูกคิดค้นโดย คาโอรุ อิชิกาว่า (Kaoru Ishikawa) นักวิชาการชาวญี่ปุ่น ในช่วงประมาณปี ค.ศ. 1960 เพื่อใช้ในการวิเคราะห์เหตุและผลที่ส่งผลกระทบต่อควบคุมคุณภาพการดำเนินงานอย่างมีโครงสร้างและเป็นไปอย่างมีระบบ เนื่องจากการศึกษาวิเคราะห์ปัญหาตั้งแต่รากของปัญหาที่แท้จริงไปจนถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น

เพื่อให้ผู้วิเคราะห์ได้นำเอาข้อมูลที่ได้รับมาปรับใช้ต่อการแก้ไขปัญหา ซึ่งเครื่องมือนี้สามารถประยุกต์ใช้ได้ทั้งในการวิเคราะห์ความเสี่ยงหรือปัญหาที่มีอยู่ทั้งในเชิงคุณภาพและปริมาณ โดยในการวิเคราะห์จะแบ่งขั้นตอนของปัญหาออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละด้านขององค์ประกอบ และปัญหาย่อยที่อยู่ภายใต้องค์ประกอบในแต่ละด้านในกระบวนการวิเคราะห์ โดยในการวิเคราะห์นั้น องค์ประกอบแต่ละด้านที่จะทำการวิเคราะห์จะขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของเป้าหมายที่ต้องการศึกษา ซึ่งไม่ได้มีการระบุไว้ตายตัวเพื่อให้การใช้เครื่องมือดังกล่าว สามารถปรับใช้งานได้ตามความเหมาะสมของการใช้งานในแต่ละหัวข้อ

ซึ่งการแสดงปัญหาที่ค้นพบ จะถูกเรียบเรียงและแสดงเป็นภาพแผนผัง ที่มีลักษณะคล้ายกิ่งปลา โดยตามจุดของปลายกิ่งปลานั้นจะเป็นปัญหาในภาพรวม และมีการแยกย่อยประเด็นปัญหาในเชิงละเอียดตามแนวทแยงของแต่ละกิ่ง ซึ่งทุกประเด็นปัญหาที่ค้นพบจะนำไปสู่ปัญหาหลักที่ต้องการแนวทางแก้ไข เพื่อให้ผลของการดำเนินงานตอบตามวัตถุประสงค์หลัก ผ่านการเชื่อมโยงปัญหาทุกปัญหาไว้ด้วยกันในเส้นแนวนอน

ขณะที่ฮิกเนตและกริฟฟิธ (Sue Hignett and Paula Griffiths, 2009, pp. 176-177) เขียนผลงานวิชาการทางด้านการบริหารงานทางสาธารณสุข เพื่อลดความเสี่ยงของผู้ป่วยระหว่างกระบวนการรับตัวจากที่อยู่ของผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลและส่งกลับไปยังที่พัก โดยใช้ทฤษฎีนี้เข้ามาเป็นเครื่องมือการวิเคราะห์ผลการศึกษาวิจัย ได้ให้อธิบายสาระของแผนผังแสดงเหตุและผลว่าเป็นเครื่องมือที่ใช้เพื่อระบุประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นและแสดงความเชื่อมโยงของปัญหาแต่ละส่วนอย่างเป็นระบบในภาพกว้าง สำหรับนำเอาข้อมูลที่ได้รับมาเป็นแนวทางในการแก้ไขได้ใช้เครื่องมือแผนผังเหตุและผลในการนำเสนอการจำแนกปัญหาที่มีผลต่อความเสี่ยงของผู้ป่วยในกระบวนการส่งต่อระหว่างบ้านผู้ป่วย – โรงพยาบาล – บ้านผู้ป่วย โดยออกเป็น 8 องค์ประกอบภายใต้ 4 ช่วงสถานที่ ดังนี้

- 1) บ้านผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษา ประกอบด้วยปัจจัยต่อความเสี่ยงในภาพรวม คือ (1) ข้อมูลผู้ป่วย (Information about Patient) และ (2) การรักษา เครื่องมือและสถานที่
- 2) บนรถพยาบาล ประกอบด้วยปัจจัยต่อความเสี่ยงในภาพรวม คือ (1) เครื่องมือและพาหนะ (Equipment/Vehicle) และ (2) การเข้าถึงผู้ป่วย (Access)
- 3) โรงพยาบาล ประกอบด้วยปัจจัยต่อความเสี่ยงในภาพรวม คือ (1) เครื่องมือทางการแพทย์และอุปกรณ์ภายในสถานที่ (Equipment) และ (2) กระบวนการรักษา (Clinical)
- 4) บ้านผู้ป่วยหลังเข้ารับการรักษา ประกอบด้วยปัจจัยต่อความเสี่ยงในภาพรวม คือ (1) เครื่องมือ (Equipment) และ (2) การดูแลรักษาผู้ป่วย (Clinical)

ซึ่งมีรายละเอียดปลีกย่อยของแต่ละกระบวนการนั้นผู้เขียนได้เสนอปัญหาต่าง ๆ ไว้ในผลงานวิจัย อาทิ ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย ขนาดห้องพักหรือพื้นที่ภายในบ้านของผู้ป่วย ความกว้างของบันได ระบบการรับส่งผู้ป่วย รถเข็นสำหรับผู้ป่วย กระบวนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เส้นทางการรับส่ง อุปกรณ์ภายในห้องน้ำโรงพยาบาล ช่องทางการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่กรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน การดูแลหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ฯลฯ เป็นต้น

จากข้อมูลที่ได้นำเสนอในการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น จึงแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการนำเอาทฤษฎีฝั่งเหตุและผลเข้ามาเป็นเครื่องมือหนึ่งในการหาข้อค้นพบของปัญหาที่ได้รับจากการเก็บข้อมูลจากกลุ่มประชากรจากการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อนำไปสู่ผลการวิเคราะห์ที่จะตอบวัตถุประสงค์งานวิจัยต่อไป

1.4.2 ทฤษฎีกรอบองค์ประกอบพื้นฐาน 7 ประการของแมคคินซี (7S McKinsey Framework)

จากการค้นคว้าเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีกรอบองค์ประกอบพื้นฐาน 7 ประการ (7S McKinsey's Framework) จากเอกสารทางวิชาการหลายชิ้น อาทิ ราเวนฟาร์ (Mohammad Mehdi Ravanfar, 2015, p.7) ได้กล่าวถึงความเป็นมาของทฤษฎีว่าเป็นเครื่องมือทางด้านการบริหารธุรกิจและการจัดการวางแผนปฏิบัติงานที่คิดค้นจากความร่วมมือของกลุ่มนักวิชาการ ได้แก่ Tom Peters, Robert Waterman และ Julien Philips ภายใต้การดูแลของ Richard Pascale และ Anthony G. Athos ในช่วงปี ค.ศ. 1980 โดยเอกสารทางวิชาการที่เขียนโดยปีเตอร์ (Tom Peter, Online, 2011) หนึ่งในผู้คิดค้นทฤษฎีดังกล่าวและได้นำเสนอเครื่องมือในเอกสารประกอบงานสัมมนาที่ประเทศคูโบ เมื่อปี ค.ศ. 2008 โดยอธิบายถึงทฤษฎีนี้เป็นเครื่องมือเพื่อใช้ในการรวบรวมและวิเคราะห์องค์ประกอบพื้นฐานในการบริหารจากปัจจัยที่มีความสอดคล้องระหว่างกันทั้ง 7 ด้านองค์ประกอบ เพื่อนำองค์การไปสู่ความเติบโตอย่างยั่งยืน

โดยทางด้านนักวิชาการภายในประเทศ อาทิ ฌ็องซูพันธ์ เขจรนันท์ (2552, หน้า 251-253) ให้ความเห็นต่อทฤษฎีกรอบพื้นฐาน 7 ประการ หรือ แบบจำลอง 7S ว่าเป็นเครื่องมือที่ใช้สร้างความสำเร็จต่อผลการดำเนินงานขององค์การ ด้วยการให้ความสำคัญต่อปัจจัยต่าง ๆ ตั้งแต่กระบวนการวางแผนจนถึงกระบวนการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดความสอดคล้อง สมดุล และเป็นไปตามสภาพจากทั้งภายในและภายนอกของทุกด้านปัจจัยที่มีผลต่อองค์การ ทั้งในด้านของการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม หรืออัตลักษณ์ขององค์กรที่มีความเป็นนามธรรม ซึ่งจะถูกกำหนดด้วยผลของการวิเคราะห์ทางทฤษฎี อันเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินองค์การ ขณะที่ ราเวนฟาร์ได้ให้ความเห็นต่อทฤษฎีนี้ไว้ว่าเป็นเครื่องมือที่สามารถใช้ได้ทั้งในกระบวนการศึกษาวิจัยหรือการปฏิบัติงานขององค์การในกระบวนการวางแผนการดำเนินงานจากองค์ประกอบทั้ง 7 ด้าน

โดยในกระบวนการวิเคราะห์ด้วยทฤษฎีนี้สามารถประยุกต์ใช้งานได้ตามความเหมาะสมหรือบริบทของการใช้งาน เพื่อให้องค์กรหรือผู้ที่ใช้ทฤษฎีดังกล่าวสามารถเข้าใจถึงสิ่งที่เกิดขึ้นภายในองค์กร นำมาซึ่งแนวทางการกำหนดกระบวนการปฏิบัติงานที่เหมาะสม หรือใช้คาดคะเนปัจจัยภายในอนาคตที่อาจเกิดขึ้น หรือแม้แต่ช่วยให้การดำเนินงานของส่วนต่าง ๆ เป็นไปอย่างราบรื่นเรียบร้อย เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงานขององค์กร (Mohammad Mehdi Ravanfar, 2015, pp. 7-8)

ซึ่งในองค์ประกอบของทฤษฎีกรอบพื้นฐาน 7 ประการนี้ เนื้อหาสาระที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องของนักวิชาการทั้งภายในประเทศและต่างประเทศทั้งหมดทุกท่านข้างต้น ได้ให้ความคิดเห็นที่เป็นไปและสอดคล้องกับ Tom Peters (Online, 2011) ผู้คิดค้นทฤษฎีที่ได้บัญญัติองค์ประกอบทั้ง 7 โดยมีรายละเอียดขององค์ประกอบ แบ่งจำแนกออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ดังนี้

1) กลุ่มองค์ประกอบที่จับต้องได้ (Hard Elements) คือ กลุ่มขององค์ประกอบที่สามารถระบุ หรือกำหนดได้ หรือสามารถนำเอาองค์ประกอบขององค์กรอื่นมาปรับใช้ได้ตามความเหมาะสม ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้

(1) กลยุทธ์ (Strategy) คือ องค์ประกอบอันเป็นแนวทางที่ได้กำหนดขึ้น เพื่อให้ส่วนอื่นภายในองค์กรได้ปฏิบัติตามเพื่อความอยู่รอด ซึ่งในการกำหนดกลยุทธ์ถือเป็นภาระของผู้บริหารที่ให้ความสำคัญต่อการวางแผนกำหนดกลยุทธ์อย่างรอบคอบรัดกุม โดยคำนึงถึงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งจากภายในองค์กรและภายนอก ซึ่งต้องกำหนดทั้งในส่วนของแผนระยะสั้นและระยะยาว อันจะนำพาองค์กรไปสู่ความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนด ทั้งในรูปแบบของผลการดำเนินงานหรือผลประกอบการ

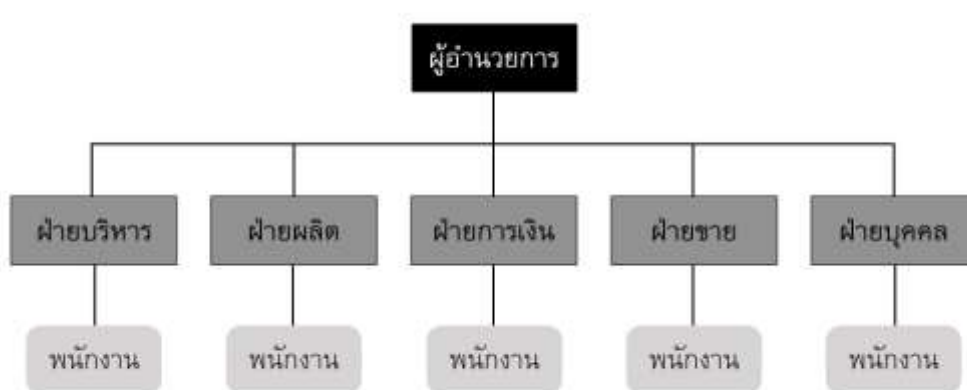
โดยการทบทวนวรรณกรรมจาก ไฮเซอร์และเจย์ (เจย์ ไฮเซอร์ และเบอริ์ เรนเคอร์, 2549, หน้า 17) ได้แยกแนวทางการกำหนดกลยุทธ์ต่อการดำเนินงานองค์กรไว้เป็น 3 ด้าน ได้แก่

1) กลยุทธ์ที่มุ่งเน้นความแตกต่างของผลการดำเนินงานหรือการให้บริการสินค้า (Differentiation) คือ มุ่งเน้นการสร้าง ความแตกต่างของผลการดำเนินงานต่อผู้เข้ารับบริการหรือกลุ่มลูกค้าขององค์กร 2) กลยุทธ์ทางด้านราคา (Cost Leadership) คือ มุ่งเน้นการนำเสนอสินค้าหรือบริการที่มี ภาระค่าใช้จ่ายต่อการครอบครองหรือได้มาซึ่งบริการจากองค์กรของลูกค้า ที่ต่ำกว่าองค์กรอื่น ในประเภทสินค้าหรือบริการเดียวกัน และ 3) กลยุทธ์ทางด้าน การตอบสนองตามความต้องการ (Quick Response) คือ มุ่งเน้นการนำเสนอสินค้าหรือบริการที่สามารถตอบสนองและตรงตาม ความต้องการ ของลูกค้าหรือผู้เข้ารับบริการให้ได้มากที่สุด

(2) โครงสร้าง (Structure) คือ การกำหนดตำแหน่ง หน้าที่รับผิดชอบของบุคคลในองค์กร ให้มีความสัมพันธ์สอดคล้องกับความสามารถของบุคคลที่ได้รับมอบหมายตามแต่ละส่วนงาน รวมถึงการกำหนดรูปแบบการใช้อำนาจของผู้บังคับบัญชาหรือผู้บริหาร เพื่อให้กระบวนการปฏิบัติงานภายใต้การบังคับบัญชาของทุกส่วนขององค์กรเป็นไปอย่างราบรื่น และเป็นไปตามกลยุทธ์หรือแนวทางที่ผู้บริหารได้กำหนดไว้ อันเป็นองค์ประกอบหนึ่งเพื่อสร้างความสำเร็จขององค์กร

ซึ่งในตามความเห็นของสมคิด บางโม (2558, หน้า 120-124) ได้จำแนกรูปแบบของโครงสร้างองค์กรไว้ 4 แบบด้วยกัน โดยในแต่ละรูปแบบมีลักษณะและข้อดีข้อด้อยแตกต่างกันไป ดังนี้

(2.1) โครงสร้างแบบงานหลัก (Line Organization) เป็นการจัดวางโครงสร้างของแต่ละส่วนงานตามภารกิจหลัก โดยการแยกสายงานจากผู้บังคับบัญชาโดยตรง เป็นรูปแบบโครงสร้างที่เหมาะสมกับองค์กรที่มีขนาดไม่ใหญ่มาก ข้อดี คือ เป็นโครงสร้างที่ไม่ซับซ้อน มีความชัดเจนของสายงานและอำนาจหน้าที่ของบุคลากร ทำให้สะดวกรวดเร็วต่อการควบคุมดูแล ขณะที่ข้อด้อย คือ ผู้บริหารจะมีภาระมากขึ้น เนื่องจากการวางโครงสร้างที่ใช้การควบคุมสายตรง การทำงานที่มีความซับซ้อนหรือมีลักษณะงานเฉพาะอาจไม่ครอบคลุม สอดคล้องกับโครงสร้างเนื่องจากไม่มีการกำหนดหน้าที่ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะของแต่ละด้าน รวมทั้งโครงสร้างที่จำกัดไม่อาจครอบคลุมเนื้อหาสาระของการดำเนินงานได้ทั้งหมด โดยผู้วิจัยได้นำเสนอภาพประกอบที่ได้รับจากการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้



ภาพประกอบที่ 2.5 โครงสร้างแบบงานหลัก

ที่มา : สมคิด บางโม, 2558, หน้า 120

(2.2) โครงสร้างแบบงานหลักและงานที่ปรึกษา (Line and Staff) เป็นลักษณะการจัดวางโครงสร้างที่มีส่วนของหน่วยงานที่มีหน้าที่หลักและมีหน้าที่ให้คำปรึกษาเพิ่มเข้ามา เพื่อดำเนินการให้คำปรึกษาหรือแนะนำแนวทางการดำเนินงานของส่วนงานอื่น ซึ่งส่วนงานให้คำปรึกษาจะอยู่ได้บังคับบัญชาของผู้บริหาร และไม่มีอำนาจสั่งงานหน่วยงานที่สัมพันธ์กัน แต่จะมีภาระต่อการให้คำปรึกษาหรือช่วยเหลือการประสานงานในแต่ละส่วนงานให้เกิดความคล่องตัว เพื่อให้การทำงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ข้อดี คือ การตัดสินใจต่าง ๆ ของหน่วยงานในองค์กรจะมีความถูกต้องและแม่นยำขึ้น มีข้อผิดพลาดน้อยลง เนื่องจากได้รับคำปรึกษาจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ ซึ่งทำให้ผู้บริหารมีภาระที่ลดลง แต่อย่างไรก็ดีพนักงานระดับปฏิบัติงานอาจเกิดความสับสนต่อการรับคำสั่ง เนื่องจากมีการให้คำแนะนำจากส่วนงานที่ปรึกษา ทำให้การดำเนินงานอาจขาดความคล่องตัว รวมทั้งเมื่อมีจำนวนของบุคลากรมากขึ้นอาจส่งผลให้เกิดความขัดแย้งเพิ่มขึ้นตามและบทบาทของผู้บริหารอาจลดลง เนื่องจากการดำเนินงานของที่ปรึกษาที่มีต่อพนักงานระดับปฏิบัติการในการให้ความเห็นข้อเสนอแนะต่อการทำงาน

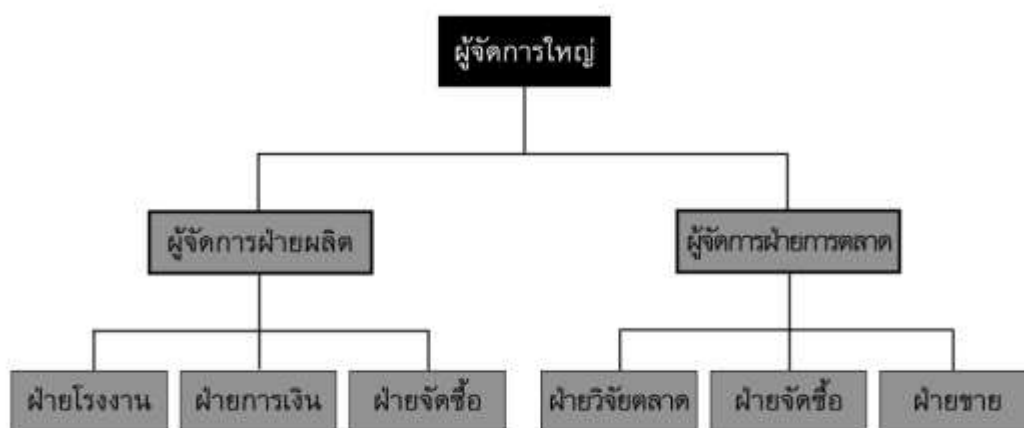


ภาพประกอบที่ 2.6 โครงสร้างแบบงานหลักและงานที่ปรึกษา

ที่มา : สมคิด บางโม, 2558, หน้า 121

(2.3) โครงสร้างแบบหน้าที่การงานเฉพาะ (Functionalized Organization) เหมาะสำหรับองค์กรขนาดกลาง ที่ต้องการแยกกลุ่มส่วนงานออกตามความเชี่ยวชาญ โดยในแต่ละกลุ่มของส่วนงานจะมีผู้บังคับบัญชาที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านนั้น ๆ ทำหน้าที่ควบคุมดูแลและมีอำนาจเด็ดขาดต่อส่วนงานใต้บังคับบัญชา ซึ่งการวางโครงสร้างลักษณะนี้ส่งผลให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่องในการปฏิบัติงาน เพราะบุคลากรระดับปฏิบัติการสามารถเข้าหาผู้บังคับบัญชาเพื่อขอรับ

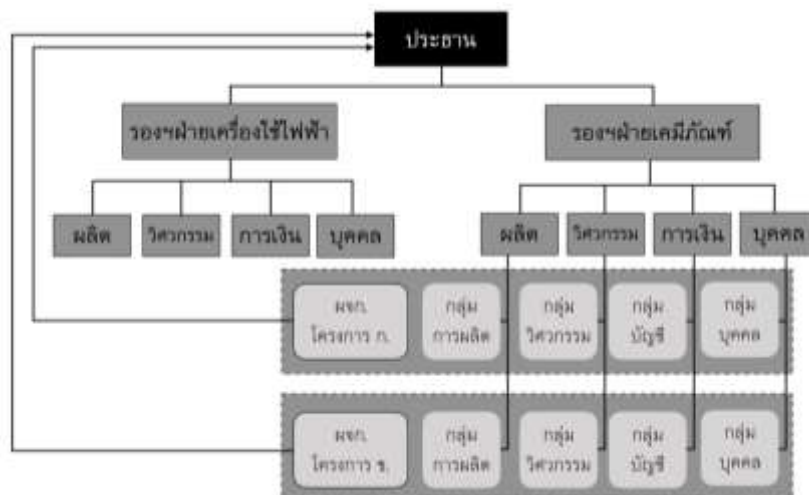
คำปรึกษาได้โดยตรง รวมถึงการจัดวางโครงสร้างตามหน้าที่การงานเฉพาะถือเป็นการลดค่าใช้จ่ายขององค์กรได้อีกทางหนึ่ง แต่ในมุมมองกลับกันด้วยการแบ่งสายงานตามผู้บังคับบัญชาที่มีหลายส่วน อาจสร้างปัญหาจากการเกิดการใช้อำนาจแบบเผด็จการได้ในแต่ละส่วนงาน เนื่องจากกลุ่มบุคลากรจะอยู่ใต้บังคับบัญชาของผู้จัดการโดยตรง ซึ่งเมื่อมีปัญหาในกระบวนการทำงาน การรายงานปัญหาที่เกิดขึ้นไปยังผู้บริหารจะเป็นไปอย่างมีขั้นตอนที่ซับซ้อนกว่า รวมทั้งในการประสานระหว่างส่วนงานเฉพาะอาจมีขั้นตอนที่ซับซ้อนเนื่องจากมีผู้บังคับบัญชาหลายราย



ภาพประกอบที่ 2.7 โครงสร้างแบบหน้าที่การงานเฉพาะ

ที่มา : สมคิด บางโม, 2558, หน้า 122

(2.4) โครงสร้างแบบเมทริกซ์หรือแบบผสม (Matrix Organization) เป็นลักษณะโครงสร้างที่ใช้งานกับหน่วยงานที่มีโครงการหรือกิจกรรม ที่จำเป็นต้องอาศัยทักษะหรือความรู้จากบุคลากรแต่ละส่วนงานตามช่วงเวลาหรือตามโครงการที่จัดขึ้น ซึ่งบุคลากรที่ทำหน้าที่ปฏิบัติงานในโครงการจะอยู่ภายใต้บังคับบัญชาของผู้จัดการโครงการแค่ช่วงเวลาที่มีการจัดโครงการขึ้นเท่านั้น ซึ่งเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงาน โครงการแล้ว บุคลากรก็จะกลับไปปฏิบัติหน้าที่ตามส่วนงานของตนอีกครั้งหนึ่ง โดยลักษณะโครงสร้างนี้เป็นการจัดโครงสร้างที่เกิดขึ้นตามองค์การขนาดใหญ่ที่ต้องอาศัยการประสานงานและความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านสูง เพื่อป้องกันความผิดพลาดของการดำเนินงาน อาทิ องค์การนาซ่า (NASA) กองอำนาจการรักษาความปลอดภัย (กอ.รมน.) เป็นต้น



ภาพประกอบที่ 2.8 โครงสร้างแบบเมทริกซ์

ที่มา: สมคิด บางโม, 2558, หน้า 123

(3) ระบบ (System) คือ การวางแผนทาง กระบวนการวิธีการปฏิบัติงานภายในองค์กรให้เป็นไปตามโครงสร้างและสอดคล้องกับกลยุทธ์ ซึ่งระบบนั้นสามารถกำหนดได้ทั้งแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ซึ่งในมุมมองของ เกษม พิพัฒน์เสรีธรรม (2556, ออนไลน์) ได้อธิบายถึงคำว่า “ระบบ” ว่าในการปฏิบัติงานตามสภาพการดำเนินงานในองค์กรนั้น ในภาพรวมจะมีการแยกระบบตามส่วนงานต่าง ๆ อาทิ ระบบบริหาร ระบบบัญชี ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ โดยระบบที่เกิดขึ้นสามารถแยกได้เป็นระบบหลักภายในองค์กรและระบบสนับสนุนภายในองค์กร

2 กลุ่มองค์ประกอบที่จับต้องไม่ได้ (Soft Elements) คือ กลุ่มขององค์ประกอบที่ไม่สามารถระบุ หรือกำหนดได้ กล่าวคือ เป็นกลุ่มองค์ประกอบที่มีความเฉพาะตัวของแต่ละองค์กร ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในที่ผู้บริหารมีหน้าที่กำหนดขึ้น ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้

(3.1) รูปแบบ (Style) คือ ลักษณะของวัฒนธรรมของแต่ละองค์กรซึ่งมีความแตกต่างกันไปตามตามค่านิยม พฤติกรรม ลักษณะการดำเนินงาน ซึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะการกำหนดของผู้บริหารว่าต้องการให้องค์กรมีรูปแบบอย่างไรผ่านการสร้างแนวคิดไปยังสมาชิกภายในองค์กร ซึ่งรูปแบบขององค์กรนั้นมีลักษณะที่หลากหลาย อาทิ มุ่งเน้นความก้าวหน้าขององค์กร มุ่งเน้นผลประโยชน์จากการดำเนินองค์กร มุ่งเน้นผลประโยชน์ต่อสังคม หรือรูปแบบการดำเนินองค์กรแบบอนุรักษ์นิยม

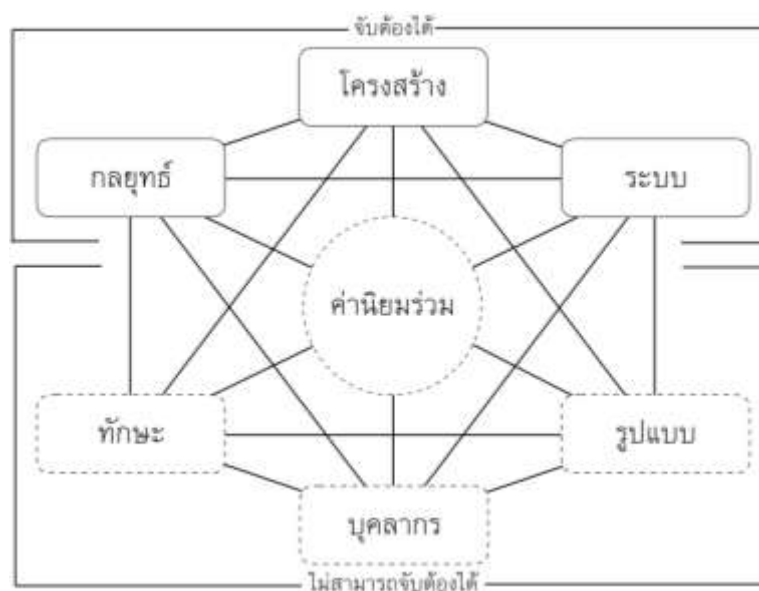
(3.2) บุคลากร (Staff) คือ การบริหารทรัพยากรมนุษย์ภายในองค์กร ซึ่งเริ่มต้นตั้งแต่การกำหนดคุณสมบัติบุคลากรแต่ละส่วนงาน การคัดเลือกบุคลากร การบริหารบุคลากร ทั้งส่วนของการควบคุมดูแลให้บุคลากรมีผลการดำเนินงานที่เป็นไปตามข้อกำหนดที่ได้สร้างไว้

หรือการสร้างแรงจูงใจต่อบุคลากรเพื่อให้ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ การออกแบบทลงโทษสำหรับบุคลากรที่มีผลการดำเนินงานที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งถือว่าเป็นองค์ประกอบที่จะส่งผลต่อองค์ประกอบรูปแบบขององค์กรและสภาวะแวดล้อมในการปฏิบัติงานของบุคลากร

(3.3) ทักษะ (Skills) คือ ความรู้ ความเชี่ยวชาญ ความสามารถของบุคลากรที่เป็นตัวกำหนดผลการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นภายในองค์การ ให้มีผลที่เป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือแผนการดำเนินงานในระยะต่าง ๆ ซึ่งทักษะที่เกิดขึ้นของบุคลากรเกิดขึ้นได้จากทั้งคุณสมบัติเฉพาะของแต่ละบุคคล หรือการฝึกอบรมให้ความรู้จากองค์การสู่บุคลากร เพื่อเพิ่มพูนทักษะความสามารถให้เป็นที่ไปตามต้องการ และตอบรับกับแนวทางการปฏิบัติงานของแต่ละองค์การ

(3.4) ค่านิยมร่วม (Superordinate Goals, Shared Values) เปรียบเสมือนหัวใจของการขับเคลื่อนองค์การในภาพรวม เป็นองค์ประกอบที่เชื่อมโยงองค์ประกอบต่าง ๆ ทุกด้านเข้าไว้ด้วยกัน ซึ่งค่านิยมร่วมนั้นมักอยู่ในรูปแบบของปรัชญา วัฒนธรรมขององค์การแต่ละแห่ง ซึ่งไม่จำเป็นต้องอยู่ในลักษณะของลายลักษณ์อักษร แต่เป็นทัศนคติร่วมของทุกส่วนขององค์การ เพื่อส่งผลให้การดำเนินงานขององค์การในภาพรวมนั้นเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อตอบสนองวัตถุประสงค์หรือวิสัยทัศน์ขององค์การที่ได้วางไว้

โดยจากองค์ประกอบพื้นฐานทั้ง 7 ด้านขององค์การที่ผู้วิจัยได้เสนอไว้ข้างต้น จากการทบทวนวรรณกรรมของนักวิชาการทุกท่าน ได้เสนอกรอบแนวคิดของทฤษฎีองค์ประกอบพื้นฐานทั้ง 7 ไว้ในแบบเดียวกัน ดังภาพต่อไปนี้



ภาพประกอบที่ 2.9 กรอบแนวคิดองค์ประกอบพื้นฐานทั้ง 7 (7S McKinsey's Framework)

ที่มา: Mohammad Mehdi Ravanfar, 2015, p. 8

1.4.3 ทฤษฎีการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมองค์กร (SWOT Analysis)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมองค์กร (SWOT Analysis) พบว่า ริทสัน ได้อธิบายความสำคัญของการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมองค์กรว่าเป็นการวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อระบุยุทธศาสตร์ที่เหมาะสมกับการดำเนินงานองค์กร ทั้งในด้านการจัดการทรัพยากรภายในองค์กร ความสามารถขององค์กร ให้เป็นไปตามความต้องการของสภาวะแวดล้อม (Ritson Neil, 2017, p. 44) ขณะที่ดาวนีย์ให้ได้ความเห็นต่อการวิเคราะห์องค์กรในแง่มุมมองทางธุรกิจและมีความสอดคล้องกับริทสันว่าเป็นเครื่องมือที่ใช้งานต่อการช่วยให้องค์กรได้เข้าใจถึงองค์ประกอบของตนเอง ทั้งในด้านจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคที่มีความเกี่ยวข้องกับโครงการหรือกิจกรรมทางการประกอบธุรกิจ ผ่านรูปแบบของตารางสี่ช่องซึ่งปัจจัยแต่ละด้านนั้นมาจากการระบุวัตถุประสงค์ของโครงการหรือองค์กร และค้นหาปัจจัยทั้งจากภายนอกและภายในที่มีความสำคัญ เพื่อนำมาประกอบรวมอันจะนำมาซึ่งแนวทางและวิธีการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ (Downy Jim, 2007, p. 5)

กลุ่มนักวิชาการจากต่างประเทศอย่าง เคเดิล พอลและเทิร์นเนอร์ นักวิชาการจาก The Chartered Institute for IT ประเทศอังกฤษได้ให้ขอบเขตของการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมองค์กร คือ ผลรวมของการวิเคราะห์ความเป็นไปหรือสิ่งที่เป็นอยู่ของปัจจัยทั้งจากภายในและภายนอกองค์กร ที่มีการสรุปรวมเป็นสถานการณ์ที่องค์กรจะต้องเผชิญ ซึ่งในการกำหนดวางแผนควรเอาความสำคัญจากประเด็นที่ได้พบจากการวิเคราะห์มาเป็นส่วนช่วยสร้างอัตลักษณ์หรือจุดเด่นขององค์กร เพื่อให้การดำเนินงานขององค์กรนั้นมีทิศทางที่เป็นไปตามบริบทของสภาวะแวดล้อมและจากภายในตัวองค์กรเอง (Cadle James, Paul Debra and Turner Paul, 2010, p. 2)

ในส่วนของนักวิชาการภายในประเทศอย่างอภิชัย ศรีเมือง ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาทรัพยากรบุคคล (Human Capital Development) อธิบายถึงความสำคัญและหน้าที่ของการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมองค์กรว่าเป็นเครื่องมือทางการบริหารที่ใช้ในการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลขั้นปฐมภูมิขององค์กร เพื่อให้เข้าถึงสภาพความเป็นจริงที่องค์กรประสบอยู่ เพื่อใช้เป็นแนวทางต่อการดำเนินงานหรือพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานที่เป็นอยู่เดิม โดยสามารถใช้ได้ในองค์กรส่วนของภาครัฐบาลและเอกชนในทุกขนาด ผลของการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมองค์กรจะนำไปสู่การกำหนดระบบบริหารที่เป็นไปตามวัตถุประสงค์หลักขององค์กร ซึ่งทัศนะสำคัญจากนักวิชาการท่านนี้คือ หากองค์กรใดไม่ได้ทำการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมองค์กรแล้ว ก็เหมือนว่าไม่ได้รู้จักตนเองอย่างแท้จริง ส่งผลให้องค์กรไม่มีทิศทางการทำงานที่ชัดเจนและไม่เกิดการพัฒนาภายในกระบวนการทำงาน รวมทั้งเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ก็ไม่สามารถแก้ไขได้อย่างถูกต้องอันเนื่องจากไม่มีข้อมูลรองรับเพียงพอ (อภิชัย ศรีเมือง, 2555, หน้า 18-19, 60)

ในส่วนของมุมมองจาก พัชสิริ ชมพุกำ ได้ให้ความคิดเห็นต่อการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมองค์กร ว่าเป็นการศึกษาจุดเด่นและจุดด้อยขององค์กร เพื่อให้ทราบขีดความสามารถในการดำเนินงาน พร้อมทั้งศึกษาปัจจัยโดยรอบที่มีอิทธิพลต่อองค์กร ให้เสมือนแนวทางที่เรียกว่ารู้เขารู้เรา ซึ่งเมื่อได้รับรู้ถึงขีดความสามารถภายในและปัจจัยที่ส่งผลจากภายนอกแล้ว ผู้บริหารองค์กรจะเห็นส่วนที่มีความได้เปรียบและเสียเปรียบทั้งจากภายในและภายนอก จึงสามารถนำเอาข้อสรุปนั้นมาเป็นข้อมูลในการปรับแนวทางการดำเนินงานให้มีความเหมาะสม (พัชสิริ ชมพุกำ, 2551, หน้า 100-102) และในมุมมองที่กระชับจากพัชรพร เหลืองอุษากุล ได้แนะนำถึงการวิเคราะห์การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมองค์กร เข้ามาเป็นเครื่องมือสำคัญในการวิเคราะห์สภาพทางธุรกิจที่ใช้ในการกำหนดทิศทางการดำเนินงาน ทั้งจากปัจจัยภายในและภายนอก (พัชรพร เหลืองอุษากุล, 2557, หน้า 278) ซึ่งสมคิด บางโม ก็ได้กล่าวถึงการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมองค์กรไว้ในมุมมองที่ไม่แตกต่างกัน ว่าการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมองค์กร เป็นเครื่องมือสำคัญต่อการวิเคราะห์สถานการณ์ทั้ง 4 ด้านขององค์กร (สมคิด บางโม, 2555, หน้า 338-339)

โดยองค์ประกอบแต่ละด้านทั้งจากปัจจัยภายในและภายนอกของเครื่องมือนี้ นักวิชาการทุกท่านที่ได้กล่าวไปก่อนหน้านี้ ได้ให้นิยามขององค์ประกอบในแต่ละด้านที่สอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ดังนี้ องค์ประกอบภายในองค์กรประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์จุดแข็ง (Strengths: S) 2) การวิเคราะห์จุดอ่อน (Weaknesses: W) ในส่วนขององค์ประกอบปัจจัยจากภายนอกองค์กรได้แก่ 1) การวิเคราะห์โอกาส (Opportunities: O) และ 2) การวิเคราะห์อุปสรรค (Threats: T) ซึ่งผู้วิจัยขอยกภาพตัวอย่างเพื่อแสดงให้เห็นถึงมิติมุมมองของการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมองค์กร ที่มีความสัมพันธ์กันในแต่ละด้าน ดังนี้

	ปัจจัยที่ส่งผลเชิงบวก (ส่งผลดี)	ปัจจัยที่ส่งผลเชิงลบ (สร้างผลเสีย)
ปัจจัยภายนอก	จุดแข็ง (Strengths: S)	จุดอ่อน (Weaknesses: W)
ปัจจัยภายใน	โอกาส (Opportunities: O)	อุปสรรค (Threats: T)

ภาพประกอบที่ 2.10 A Power Complement to SWOT

ที่มา: UNICEF, Online, 2017

ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมจากคณบดีวิชาการข้างต้นทั้งในและต่างประเทศถึงประเด็นตัวอย่าง อันเป็นรายละเอียดภายใต้องค์ประกอบแต่ละส่วนนั้น ผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมและนำเสนอในรูปแบบตาราง ดังนี้

ตารางที่ 2.5 แนวทางประเด็นการวิเคราะห์องค์ประกอบสภาพแวดล้อมองค์กร

องค์ประกอบ	ประเด็น
จุดแข็ง (Strengths: S)	<ul style="list-style-type: none"> - ความรู้ความสามารถของบุคลากรที่เพียงพอ - เทคโนโลยีที่ใช้งานภายในองค์กรมีความทันสมัย - ที่ตั้งของสถานที่มีความเหมาะสม เดินทางสะดวก
จุดอ่อน (Weaknesses: W)	<ul style="list-style-type: none"> - จำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอ - ปัญหาที่เกิดจากขาดการวิจัยและพัฒนา (R&D) - ขาดการควบคุมรูปแบบการบริหารที่ชัดเจน
โอกาส (Opportunities: O)	<ul style="list-style-type: none"> - กฎหมายและนโยบายของรัฐบาลที่ส่งเสริมการดำเนินงาน - ค่านิยมและสถานะสังคมที่มีเปลี่ยนแปลงต่อแนวทางการรักษาสุขภาพ - เทคโนโลยีที่ก้าวหน้า
อุปสรรค (Threats: T)	<ul style="list-style-type: none"> - ตลาดแรงงานไม่เพียงพอ - ข้อจำกัดทางประเพณี วัฒนธรรม สังคม - ข้อจำกัดทางด้านกฎหมายต่อการดำเนินงาน

จากประเด็นข้างต้นสรุปได้ว่าการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมองค์กรนั้น คือ การศึกษาปัจจัยหรือตัวแปรต่าง ๆ มีเป็นอยู่เพื่อนำมาวิเคราะห์สถานะการที่ส่งผลทางบวกต่อการดำเนินงาน ทั้งจากความสามารถภายในกลุ่มคนหรือองค์กรเอง ซึ่งสามารถใช้ในส่วนนี้เป็นแนวทางการดำเนินงานในเชิงรุก ขณะที่ปัจจัยภายนอกนั้นที่มีประเด็นครอบคลุมถึงสภาพสังคม กฎหมาย เทคโนโลยีก็สามารถนำมาใช้เป็นส่วนสนับสนุนการทำงานขององค์กรให้มีความรู้ค้ำและก้าวหน้า สภาวะการณ์ของสังคมภายนอก

ในขณะที่ปัจจัยหรือตัวแปรทางด้านลบ ก็เป็นสิ่งที่ควรตระหนักถึงในการวางแผนองค์กรเช่นกัน อาทิ ปัญหาทางด้านความสามารถของทรัพยากรบุคคล ปัญหาทางการเงิน ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการบริหารก็เป็นส่วนที่องค์กรควรให้ความสำคัญและแก้ไขให้ปัญหาที่ผู้วิจัยยกตัวอย่างข้างต้นลงหรือเบาบางลง รวมถึงปัญหาหรือข้อขัดขัดจากภายนอกก็เป็นสิ่งที่ควร

ระลึกถึง อาทิ ข้อจำกัดทางกฎหมาย วัฒนธรรม สภาพคล่องทางการเงินของประชาชน เพื่อใช้ในการวางแผนป้องกันอันเป็นแนวทางหลักเลี่ยงปัญหาที่จะตามมาภายหลัง

โดยบทบาทของการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมองค์กรนั้น มีความสำคัญต่อการนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการศึกษาวิจัยภายใต้หัวข้อรูปแบบการส่งเสริมการรักษาทางเลือกว่าด้วยคนตรีบำบัด เพื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในส่วนของการวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นอยู่ อันจะส่งผลต่อการกำหนดรูปแบบการดำเนินงานของสถาบันที่ใช้ในการส่งเสริมให้คนตรีบำบัดเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาแพทย์ทางเลือกภายในประเทศ

ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทางด้านข้อบัญญัติทางกฎหมายว่าด้วยประเด็นของการรักษาทางเลือกจากพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 ที่ไม่ได้กฎหมายเนื้อหาของข้อบังคับการใช้คนตรีบำบัดในฐานะแพทย์ทางเลือกไว้แต่อย่างใด ทำให้ผู้วิจัยจึงได้เลือกเครื่องมือทางการบริหารอีกทฤษฎี เพื่อนำมาเป็นเครื่องมือวิเคราะห์ข้อมูลทางด้านกฎหมาย อันจะนำมาซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลในเบื้องต้นต่อแนวทางนำเสนอการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยคนตรีบำบัด เข้าเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาแพทย์ทางเลือกในประเทศไทย

1.4.4 ทฤษฎีการวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก (PESTLE Analysis)

จากการทบทวนวรรณกรรมของมุมมองจากนักวิชาการต่างประเทศอย่าง โฮ จากสาธารณรัฐประชาชนจีนให้แนวคิดต่อทฤษฎีการวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกว่าเป็นการวิเคราะห์ปัจจัยจากภายนอก ในมุมมองของนักวิชาการท่านนี้ ได้ให้ความสำคัญต่อการวิเคราะห์ในเบื้องต้นอยู่ 4 ปัจจัยได้แก่ 1) การเมือง (Political: P) 2) เศรษฐกิจ (Economic: E) 3) สังคม (Social: S) และ 4) เทคโนโลยี (Technology: T) ซึ่งมีเป็นการวิเคราะห์ในภาพกว้างต่อสภาพแวดล้อมภายนอกอันผลกระทบต่อการทำงานภายใน โดยในการใช้เครื่องมือนี้ องค์กรที่ทำการวิเคราะห์ สามารถปรับแต่งการใช้งานด้วยการผสมผสานปัจจัยที่เกิดจากปัญหาเดียวกัน หรือส่งผลในทิศทางใกล้เคียงรวมไว้ในกลุ่มเดียวกันได้ โดยผลดีของการวิเคราะห์สภาพจากภายนอกนั้น จะช่วยให้เกิดการคิดวางแผนการดำเนินงาน ที่เป็นระบบและมีความสอดคล้องกับสภาวะภายนอกได้เป็นอย่างดี (Ho K. Joseph, 2014, pp. 6478-6498)

ขณะที่ข้อมูลจากเอกสารขององค์กรระดับโลกอย่างยูนิเซฟ ให้ความหมายของการวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกที่มีความลึกซึ้งยิ่งขึ้น ว่าเป็นเครื่องมือเสริมหลังจากได้ทำการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมองค์กรที่ผู้วิจัยได้กล่าวไปก่อนหน้านี้ ใช้เพื่อศึกษาบริบทปัจจัยภายนอกที่มีความละเอียดและเฉพาะเจาะจงในประเด็นที่หลากหลาย ส่งผลต่อกระบวนการในการปฏิบัติงานขององค์กร ซึ่งในนิยามของยูนิเซฟได้ให้องค์ประกอบของการวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกเพิ่มเข้าอีก 2 ปัจจัย คือ สิ่งแวดล้อม (Environment: E) และ กฎหมาย (Legal: L) เมื่อรวมกับปัจจัยที่ได้กล่าวไปก่อนหน้านี้

จะได้เป็นองค์ประกอบของทฤษฎีที่เรียกว่า PESTEL โดยในการใช้งานเครื่องมือทางการวิเคราะห์นี้ จำเป็นจะต้องทำการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมองค์กรก่อน และนำเอาผลของปัจจัยภายนอกได้ที่รับมาเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกอีกครั้ง เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่มีความสมบูรณ์ครบถ้วน (UNICEF, 2017, Online, pp. 2-3)

โดยสถาบันทางการบริการอย่าง Chartered Management Institute ให้ความหมายของการวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกไว้ว่า เป็นเทคนิคหรือแนวทางเพื่อใช้ในการระบุหรือประเมินสถานการณ์จากภายนอกที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานขององค์กร ทำให้ผู้บริหารเห็นถึงปัญหาหรือโอกาสได้ในมุมมองที่ลึกลงไป รวมทั้งผลของการวิเคราะห์นั้นสามารถนำมาเป็นส่วนประกอบในการตัดสินใจที่มีต่อองค์กรในทิศทางต่าง ๆ ได้อีกด้วย ในแง่ขององค์ประกอบนั้น คณะนักวิชาการกลุ่มนี้ได้ให้ความเห็นต่อองค์ประกอบด้านวัฒนธรรมที่เพิ่มขึ้น (Culture: C) และเสนอว่าแนวทางการวิเคราะห์ด้วยเครื่องมือนี้ มีความยืดหยุ่นสามารถปรับวางหรือเรียงลำดับต่อการใช้งานได้ตามความเหมาะสมของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและผู้บริหารองค์กรให้ความสำคัญ ดังตัวอย่างที่ยกจากเอกสารที่ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมต่อไปนี้

ตารางที่ 2.6 ตัวอย่างรูปแบบการจัดความสำคัญของการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมองค์กร

องค์ประกอบ	ความหมาย
PESTLE	การเมือง เศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี กฎหมาย สิ่งแวดล้อม
SPECTACLES	สังคม การเมือง เศรษฐกิจ วัฒนธรรม เทคโนโลยี ความสวยงามหรือภาพลักษณ์ กลุ่มลูกค้า กฎหมาย สิ่งแวดล้อม ส่วนแบ่งทางธุรกิจ
PEST-C	การเมือง เศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี กฎหมาย สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม
SLEEPT-C	สังคม กฎหมาย เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม การเมือง เทคโนโลยี วัฒนธรรม

ที่มา: Chartered Management Institute, 2013, p. 1

โดยความเห็นต่อการใช้งานเครื่องมือการวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก กลุ่มนักวิชาการจาก Chartered Management Institute ได้ให้ความเห็นว่าควรเลือกใช้ประเด็นที่มีความเหมาะสมและเรียงลำดับความสำคัญจากผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อองค์กร โดยมีการแยกประเภทของข้อมูลเป็นส่วนของตัวเองที่จะส่งผลเชิงบวกและเชิงลบออกจากกัน เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ได้ว่า จะจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น ได้อย่างไร อีกทั้งในการวิเคราะห์ควรนำเอาทฤษฎีการวิเคราะห์รูปแบบอื่นมารวมใช้ด้วย อาทิ การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมองค์กร (SWOT Analysis) หรือ การวิเคราะห์ความได้เปรียบทางการแข่งขัน (Porter's Five-Forces Model) ซึ่งจะแสดงผลการวิเคราะห์ที่ครอบคลุมมากกว่า (Chartered Management Institute, 2014, pp.1-4)

ขณะที่มุมมองจากนักวิชาการภายในประเทศอย่าง พิชสิรี ชมพุกำ ให้แนวคิดที่แตกต่างออกไปจากนักวิชาการต่างประเทศก่อนหน้าการวิเคราะห์ โดยได้แบ่งกลุ่มของการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอกออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1) กลุ่มเฉพาะ คือ กลุ่มตัวแปรที่มีผลกระทบต่อการดำเนินงานโดยตรง หากกลุ่มตัวแปรเหล่านี้เกิดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มเฉพาะนั้นสามารถเกิดขึ้นได้อย่างฉับพลัน ได้แก่ กลุ่มลูกค้า กลุ่มคู่แข่งและกลุ่มคู่ค้าหรือกลุ่มผู้ขายวัตถุดิบ

2) กลุ่มทั่วไป คือ กลุ่มของตัวแปรที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานอยู่ตลอดเวลา กล่าวคือ เป็นตัวแปรที่มีหน้าที่กำหนดกฎเกณฑ์และบทบาทของการองค์กร ซึ่งองค์กรจะเห็นหรือรับทราบแนวโน้มของความเปลี่ยนแปลงจากตัวแปรกลุ่มนี้ได้ง่ายกว่ากลุ่มเฉพาะ อาทิ การเมือง กฎหมาย สภาวะทางเศรษฐกิจ สภาพสังคมและเทคโนโลยี

ซึ่งผลของการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมจะนำมาซึ่งแนวทางในการดำเนินงานขององค์กร ให้มีความสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงที่อยู่รอบองค์กร ส่งผลให้องค์กรสามารถเดินหน้าได้อย่างได้เปรียบและยั่งยืน (พิชสิรี ชมพุกำ, 2551, หน้า 40-46)

ขณะที่เว็บไซต์อ็อกซ์ฟอร์ดซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลที่แพร่หลายภายในประเทศที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินธุรกิจ อธิบายถึงการวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกว่าเป็นการวิเคราะห์องค์ประกอบสำคัญที่ใช้ในการดำเนินงานอันเนื่องมาจากปัจจัยที่เกิดขึ้นภายนอกองค์กรนั้น เป็นปัจจัยที่ยากต่อการควบคุม ดังนั้นการศึกษาและนำข้อมูลที่ได้รับมาทำการวิเคราะห์และใช้ในการปรับเปลี่ยน แก้ไขรูปแบบการดำเนินงานให้มีความเหมาะสมสอดคล้องผลกระทบต่อองค์กรในแง่ของการวางแผนการดำเนินงาน (อ็อกซ์ฟอร์ด, ออนไลน์, 2560)

ซึ่งข้อมูลจากกลุ่มนักวิชาการที่ผู้วิจัยได้รวบรวมมากในช่วงต้นนั้น มีทัศนะที่เป็นไปใกล้เคียงกันในประเด็นของทั้งความหมาย ความสำคัญของการใช้เครื่องมือการวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก รวมถึงแนวทางการใช้งานที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่เหมาะสมต่อการบริหารองค์กรให้มีความเป็นไปได้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน

ในส่วนของการทบทวนวรรณกรรมทฤษฎีทางด้านบริหารไม่ว่าจะเป็นการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมองค์กร ข้อมูลของทฤษฎีการวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกที่ผู้วิจัยได้เสนอไปนั้น แสดงให้เห็นถึงความสำคัญต่อการวิเคราะห์สภาวะแวดล้อมที่เป็นอยู่ทั้งจากภายในและภายนอก ในมุมมองและลบ อันส่งผลต่อการดำเนินงานทางการรักษาทางเลือกด้วยคนตรีบำบัด ซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งในการใช้พัฒนาเป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ข้อมูล ทั้งในแง่มุมมองของทางด้านองค์ประกอบทางด้านความพร้อมของบุคลากร นโยบายทางการเมือง สภาพเศรษฐกิจ สภาพทางด้านสังคม เทคโนโลยีหรือปัจจัยภายนอกด้านอื่นที่เกี่ยวข้องในเชิงลึก เพื่อจัดสร้างรูปแบบการส่งเสริม

การรักษาทางเลือกด้วยดนตรีบำบัดในกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รวบรวมจากการสัมภาษณ์เชิงลึกต่อไป

1.5 การแพทย์ผสมผสาน (Complementary and Alternative Medicine: CAM)

การใช้ดนตรีบำบัดนั้นถึงแม้ว่าในต่างประเทศอย่างกลุ่มประเทศสหราชอาณาจักร จะได้รับการยกระดับให้มีฐานะเทียบเท่าศาสตร์สาขาวิชาชีพทางการแพทย์แผนปัจจุบัน แต่ภายในประเทศไทยแล้วการแพทย์แผนปัจจุบันก็ยังคงเป็นแนวทางหลักต่อการรักษาโรคซึมเศร้า อย่างไรก็ตามในแนวทางการรักษาที่ผ่านมา ซึ่งด้วยลักษณะของศาสตร์ทางด้านดนตรีบำบัดเองเป็นใช้สื่อคลื่นของเสียงเข้ามาเป็นองค์ประกอบสำคัญการบำบัด จึงทำให้ดนตรีบำบัดในทัศนะของสังคมไทยนั้นเป็นศาสตร์ที่ว่าด้วยแพทย์แบบผสมผสานภายในประเทศ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ทั้งจากองค์กรและนักวิชาการที่เกี่ยวข้องทั้งต่างประเทศและในประเทศ พบว่าทัศนะต่อความหมายของคำว่าแพทย์แบบผสมผสานนั้น มีความแตกต่างกันไปตามมุมมองของแต่ละแหล่งข้อมูลที่ได้สืบค้น ดังนี้

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำนิยามของคำว่าแพทย์แบบผสมผสาน (Complementary and Alternative Medicine: CAM) ไว้ว่า การแพทย์ทางเลือกหรือการแพทย์เสริม สามารถเรียกแทนกันระหว่างได้ รวมถึงคำว่าแพทย์พื้นบ้านสำหรับบางประเทศ การแพทย์ทางเลือกส่วนใหญ่ คือการบำบัดรักษาที่ให้องค์ความรู้เฉพาะท้องถิ่นเป็นมีส่วนในการรักษา แต่ไม่รวมถึงการบำบัดรักษาที่เป็นไปตามวัฒนธรรมของพื้นที่ ดังนั้น ในบางบริบทการแพทย์ทางเลือกจึงหมายถึงการบำบัดรักษาด้วยยาตามแผนแพทย์ทางเลือก (Conventional Medicine) ซึ่งในบางประเทศอาจให้สถานะภาพของการแพทย์แบบผสมผสานเทียบเท่ากับการแพทย์แผนปัจจุบัน รวมทั้งมีการกำหนดให้กระบวนการรักษาหรือคุณสมบัติของแพทย์ทางเลือกอยู่ภายใต้การดูแล ควบคุมเหมือนแพทย์ทางเลือก (World Health Organization, 2001, p.1) ต่อมาในปี ค.ศ. 2013 นิยามของคำว่าแพทย์ทางเลือกจากองค์การอนามัยโลก ก็ได้มีการปรับเปลี่ยนอีกครั้ง ซึ่งปรากฏในแผนยุทธศาสตร์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2014-2023 โดยเป็นคำนิยามที่ยังใช้อยู่ในปัจจุบัน คือ การแพทย์แบบผสมผสาน หมายถึง รูปแบบการบำบัดรักษา ที่มีใช้ส่วนหนึ่งของการรักษาตามแนวทางของแต่ละท้องถิ่นหรือแนวทางการแพทย์ทางเลือก และมีใช้เป็นการแพทย์บูรณาการที่นำใช้ต่อระบบสาธารณสุข สำหรับบางประเทศอาจมีความหมายถึงการแพทย์พื้นบ้านของประเทศนั้น (World Health Organization, 2013, p. 15)

ขณะที่สถาบันการแพทย์ทางเลือกและบูรณาการแห่งสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นองค์กรที่ดูแลการแพทย์ทางเลือกในสหรัฐอเมริกาที่ได้เปลี่ยนชื่อจากสถาบันการแพทย์ทางเลือกและการแพทย์ทางเลือก (National Center for Complementary and Alternative Medicine: NCCAM) ซึ่งต่อมาในปี ค.ศ. 2014 เปลี่ยนชื่อเป็นสถาบันการแพทย์ทางเลือกและบูรณาการแห่งสหรัฐอเมริกา (National

Complementary and Integrative Health: NCCIH) ตามมติของสภาองค์การอนามัยโลกในเดือนธันวาคม ค.ศ. 2014 จนถึงปัจจุบัน ได้จำแนกความหมายของคำว่าแพทย์ทางเลือกออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้ 1) การแพทย์ทางเลือกเสริม (Complementary Medicine) คือ การรักษาทางเลือกที่นำมาใช้รวมกันกับการแพทย์ทางหลัก ในบทบาทของการรักษาเสริม 2) การแพทย์ทางเลือก (Alternative Medicine) คือ การรักษาทางเลือกที่นำมาใช้ทดแทนหรือแทนที่การแพทย์ทางหลัก และ 3) การรักษาแบบบูรณาการ (Integrative Medicine) คือ การร่วมมือเพื่อทำการบำบัดรักษาโดยผสมผสานแนวทางของแพทย์ทางหลักและแพทย์ทางเลือกอย่างสอดคล้องกลมกลืนกัน มีเป้าประสงค์ต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ของผู้ป่วยในทิศทางที่ดีขึ้นภายใต้ระบบกระบวนการให้การรักษาของกระทรวงสาธารณสุขแห่งสหรัฐอเมริกา ซึ่งแนวทางการรักษาของการแพทย์แบบบูรณาการ จะได้จากการศึกษาค้นคว้าของนักวิจัยที่ค้นหาแนวทางการรักษาที่เป็นผลประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากที่สุดผ่านเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านมา อาทิ การรักษากองกำลังทหารในสงคราม การรักษาม้าและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาวะของประชาชน (National Complementary and Integrative Health, Online, 2016)

โดยในส่วนของข้อมูลจากแผนยุทธศาสตร์ประจำปี ค.ศ. 2016 ของ NCCIH ก็ได้ระบุถึงความหมายของแนวทางการรักษาทางเลือกที่แยกย่อยทั้งในส่วนของการรักษาทางเลือกเสริม และการรักษาแบบบูรณาการไว้ ดังนี้ การรักษาทางเลือกเสริม คือ ระบบการรักษาสุขภาพ รวมถึงผลิตภัณฑ์ที่มีใช้ส่วนหนึ่งของการแพทย์ทางหลักหรือใช้ยาแผนปัจจุบัน โดยสามารถใช้รวมกับการรักษาทางหลักได้ ขณะที่การรักษาแบบบูรณาการหมายถึง การรักษาที่มุ่งเน้นรูปแบบการรักษาร่วมกัน โดยลดการใช้เทคโนโลยีให้น้อยที่สุด โดยแพทย์ทางหลักที่ใช้แนวทางการรักษาแบบผสมผสาน จะเป็นผู้เลือกแนวทางการรักษาทางเลือกเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการปฏิบัติงานทางการรักษาที่ (National Complementary and Integrative Health, 2016, p.6)

ขณะที่มาโยคลินิก กลุ่มองค์กรอิสระที่ไม่แสวงหาผลกำไร ที่จัดตั้งเพื่อการสนับสนุนทางด้านการศึกษา การวิจัยได้ให้ความเห็นต่อแนวทางแพทย์แบบผสมผสานว่าเป็นรูปแบบการรักษามีใช้การรักษาของแพทย์ทางหลัก ซึ่งอย่างไรก็ดีได้มีการพยายามผลักดันแนวทางการรักษาแบบผสมผสานบางรูปแบบให้เข้าสู่การรักษาของแพทย์ทางหลัก โดยเมื่อการรักษาแพทย์ทางเลือกได้ผนวกรวมกับการรักษาแพทย์ทางหลักแล้ว จะเรียกว่าเป็นการแพทย์แบบผสมผสาน (Mayo Clinic, 2011, p.2)

ในขณะที่มุมมองจากนักวิชาทางสหพันธ์สาธารณสุขรัฐเยอรมนี อย่างแอมมอนและคณะ ให้คำนิยามของการแพทย์แบบผสมผสาน คือ ระบบการรักษาทางการแพทย์ที่มีความแตกต่างและหลากหลาย ซึ่งมีรากฐานอยู่บนความรู้ ทักษะทางเวชปฏิบัติที่มีแนวคิดปรัชญาหรือทฤษฎีรองรับ

มีวัตถุประสงค์เพื่อการรักษาและพัฒนาสุขภาพ ทั้งในแง่ของการวินิจฉัยและบรรเทาอาการป่วยจากโรคทางกายและจิตใจ โดยมีใช้การแพทย์แผนหลัก แต่ในบางประเทศก็มีการนำเอาการแพทย์ทางเลือกเข้าไปเป็นส่วนหนึ่ง หรือใช้ทดแทนการแพทย์ทางเลือกเช่นกัน (Ammon V. Klaus et.al, 2013, p. 10) ใกล้เคียงกับแนวคิดจาก Eurocam เครื่องมือของการรักษาสุขภาพด้วยการแพทย์แบบผสมผสานในทวีปยุโรป ที่ให้ความหมายของคำว่า การแพทย์แบบผสมผสานไว้ดังนี้ การแพทย์แบบผสมผสานคือการรูปแบบการรักษาตามแต่ละท้องถิ่นซึ่งมีอายุกว่าพันปี อาทิเช่น แพทย์แผนจีน การแพทย์อายุรเวท หรือแนวทางการแพทย์อื่นทั่วโลก ซึ่งระบบการรักษานี้มุ่งเน้นไปที่การรักษาแบบองค์รวม คือ เชื่อมโยงระหว่างความเป็นอยู่ที่ดีและการรักษาสมดุลของร่างกาย จิตใจและความเชื่อที่โยงใยกันผ่านสภาพแวดล้อมธรรมชาติ และวัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่น (Eurocam, 2014, p.10)

ในส่วนของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ซึ่งเป็นองค์กรการกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ให้ความหมายของแพทย์ทางเลือก ซึ่งเป็นคำที่ได้บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 ซึ่งมีความหมายใกล้เคียงกับการแพทย์แบบผสมผสานว่า เป็นแนวทางการดูแลรักษาสุขภาพ เพื่อดูแล ป้องกันและรักษาโรคในแบบองค์รวม ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ทางเลือก การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านภายในประเทศ (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก, ไม่ปรากฏปี) ซึ่งเป็นมุมมองที่แตกต่างกับมุมมองขององค์กรจากต่างประเทศ โดยที่นักวิชาการชาวไทยที่ให้ความเห็นที่ตรงกันกับข้อมูลจากกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย อย่าง เทวัญ ธานีรัตน์ ให้มุมมองของการแพทย์ทางเลือกในบริบทของสังคมไทย คือ การรักษาแนวทางอื่น ซึ่งอยู่นอกเหนือการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทยและแผนไทยพื้นบ้าน นับเข้าเป็นการแพทย์ทางเลือกได้ทั้งสิ้น (เทวัญ ธานีรัตน์, 2551, หน้า 7)

ขณะที่ ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา ได้ให้ความคิดเห็นที่แตกต่างกันออกไปจากข้อมูลภายในประเทศข้างต้น คือ การแพทย์ทางเลือกถึงแม้ว่าจะเป็นศาสตร์ที่มีความหลากหลายทางการใช้งาน แต่ในภาพรวมคือแนวทางทางการรักษาที่ไม่ใช้การแพทย์แผนปัจจุบัน รวมทั้งไม่มีบรรจุอยู่ตามโรงเรียนแพทย์ทั่วไป ซึ่งการแพทย์ทางเลือกนั้นจะทำให้การบำบัดรักษาที่ครอบคลุมทั้งในส่วนของกายภาพ จิตใจ ที่เป็นไปตามวัฒนธรรมและภูมิปัญญาของแต่ละท้องถิ่น โดยเน้นแนวทางการดูแลสุขภาพด้วยธรรมชาติ เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อน การเลือกรับประทานอาหาร (ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2550, หน้า 6) ซึ่งแนวคิดสนับสนุนที่เป็นไปอย่างคล้ายคลึงกันกับ ปริญญา จิตอาสา ได้ให้นิยามของคำว่าแพทย์ทางเลือกไว้ว่าเป็นแนวทางการบำบัดรักษาที่ยังไม่มีการเรียนการสอนอยู่ภายในสาขาแพทยศาสตร์ โดยผู้ให้การรักษานั้นอาจจะมิใช่แพทย์ที่สำเร็จการศึกษาจากสาขาทางด้าน

แพทยศาสตร์แต่อย่างใด แต่เป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญและได้รับการอบรมและผ่านการรับรองซึ่งจะต้องได้รับใบประกอบโรคศิลปะ โดยผู้เชี่ยวชาญด้านแพทย์ทางเลือกนั้นจะต้องปฏิบัติงานภายใต้การควบคุมของกระทรวงสาธารณสุขเช่นกับบุคลากรทางสาขาวิชาชีพแพทย์สาขาอื่นเช่นกัน (ปริญา จิตอาสา, 2557, หน้า 2-3)

จากที่ข้อมูลที่รวบรวมและนำเสนอมาข้างต้นนั้น คำว่า แพทย์แบบผสมผสานจึงสามารถตีความได้หลายแนวทางตามแต่มุมมองและทัศนะขององค์กรหรือนักวิชาการแต่ละท่าน ซึ่งความหมายในภาพรวม คือ การดูแลรักษาสุขภาพที่ไม่ได้มีการใช้แนวทางของแพทย์ทางเลือก แต่ให้ความสำคัญกับการรักษาสุขภาพด้วยวิธีของการใช้ศาสตร์อื่นที่เข้ามาเป็นส่วนประกอบ โดยเป็นการรักษาในรูปแบบองค์รวม กล่าวคือ เป็นการรักษาที่ให้ความสำคัญกับทั้งส่วนของร่างกายและจิตใจของผู้เข้ารับการรักษาหรือบำบัด ซึ่งในกระบวนการรักษาทางเลือกนั้นจะเน้นการใช้องค์ประกอบทางธรรมชาติเป็นส่วนใหญ่

โดยในส่วนของรูปแบบการจำแนกวิธีการรักษาของแพทย์แบบผสมผสาน จากการการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า สามารถจำแนกได้ตามมุมมองต่าง ๆ ตามความเห็นของนักวิชาการหรือแหล่งข้อมูลที่ได้ ดังนี้ ในสหรัฐอเมริกานั้นมีแนวทางการรักษาทางเลือกมากกว่า 350 แนวทาง ซึ่งทางสถาบันการแพทย์ทางเลือกและบูรณาการแห่งสหรัฐอเมริกา ได้จำแนกประเภทของรูปแบบแพทย์ทางเลือกไว้ 7 ประเภท (Jonas b. Wayne, Levin S. Jeffrey, p. 33) ดังนี้

- 1) การรักษาทางกายและจิตใจ (Mind-Body Interventions)
- 2) ระบบการรักษาแบบบูรณาการ (Alternative System of Medical Practice)
- 3) การรักษาด้วยมือ (Manual Healing Method)
- 4) การรักษาด้วยเภสัชวิทยาและชีววิทยา (Pharmacological and Biological Treatments)
- 5) การรักษาด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Bioelectromagnetic Applications)
- 6) การรักษาด้วยสมุนไพร (Herbal Medicine)
- 7) การใช้สารอาหารและการควบคุมสารอาหาร (Diet and Nutrition)

ขณะที่ Mayo Clinic ได้จำแนกวิธีการของแพทย์แบบผสมผสานออกเป็น 5 วิธี (Mayo Clinic, 2011 p. 6-24) ดังนี้

- 1) การใช้สมุนไพร (Herbal Supplements, Botanicals)
- 2) หัตถการบำบัด (Hands-on therapies)
- 3) การรักษาทางกายและจิตใจ (Mind-Body Practice)
- 4) การใช้พลังงานบำบัด (Energy Therapies)
- 5) แนวทางการบำบัดอื่น เช่น อายุรเวท โยมิโอพาธิ์ นูโรพาธิ์

ในส่วนของประเทศไทยข้อมูลจาก ทวีวัฒน์ สิริเรขา ได้จำแนกแนวทางการรักษาทางเลือกออกเป็น 5 แนวทาง ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับการจำแนกแนวทางการแพทย์แบบผสมผสานของ Mayo Clinic เช่นกัน โดยได้จำแนกมาทั้งสิ้น 5 วิธีการ (ทวีวัฒน์ สิริเรขา, 2550, หน้า 7-9) ดังนี้

- 1) การบำบัดด้วยมือ เช่น การนวด การฝังเข็ม การจัดกระดูก
- 2) การบำบัดร่างกายและจิตใจ เช่น การสวดมนต์ การสะกดจิต ดนตรีบำบัด นั่งสมาธิ
- 3) การใช้การเคลื่อนไหวน้อยๆ อย่าง โทชิ โยคะ การเดิน
- 4) พฤษยาบำบัด อย่าง การใช้สมุนไพร อโรมาเทอราพี
- 5) การบำบัดอื่น เช่น การใช้คลื่นแม่เหล็ก การใช้พลังงานธรรมชาติ บั๊สสาวะบำบัด

ซึ่งจะเห็นได้ว่าแนวทางการจำแนกรูปแบบการบำบัดภายในประเทศและต่างประเทศนั้น ไม่ได้มีความแตกต่างกันเท่าใดนัก เนื่องจากการบำบัดรักษาแบบผสมผสานส่วนใหญ่จะตั้งอยู่บนแนวคิดพื้นฐานเดียวกัน คือ การรักษาด้วยการรักษาองค์รวม ซึ่ง ทวีวัฒน์ สิริเรขา ได้ให้ความเห็นว่าไม่ควรเลือกใช้การบำบัดชนิดใดชนิดเดียว แต่ควรบูรณาการรูปแบบการบำบัดที่ส่งเสริมกัน หรือใช้การบำบัดทางอื่นเข้ามาเป็นส่วนเสริมควบคู่การรักษาแพทย์ทางหลัก ซึ่งจะให้ผลของการรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า รวมทั้งก่อนการบำบัดควรผู้ป่วยทำการศึกษาข้อมูลจากงานวิจัยเพื่อรับทราบผลที่จะเกิดขึ้นสำหรับนำไปใช้เป็นส่วนประกอบต่อการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาที่เหมาะสมกับสภาพความพร้อมของร่างกายให้ได้มากที่สุด (ทวีวัฒน์ สิริเรขา, 2550, หน้า 10)

ขณะที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้เสนอข้อในการพิจารณาต่อการรับการบำบัดรักษาเข้าสู่ระบบแพทย์ทางเลือกของประเทศ ซึ่งเป็นแนวทางที่มีความสอดคล้องกับการผสมผสานการรักษาทางอื่นเข้ากับการแพทย์แผนหลักไว้ด้วยกัน 4 ประการ ดังนี้

- 1) ต้องมีการประมวลความรู้ความเข้าใจของการแพทย์ทางเลือกนั้น จากผลการใช้งานทั้งในประเทศและต่างประเทศ
- 2) การแพทย์ทางเลือกนั้น ต้องมีความปลอดภัย เป็นที่น่าเชื่อถือ มีประสิทธิภาพต่อการรักษาหรือป้องกันอาการเจ็บป่วยได้ อีกทั้งยังมีค่าใช้จ่ายเหมาะสมเป็นไปตามผลการรักษา
- 3) สามารถประยุกต์ใช้ได้ในพื้นที่ และกลุ่มบุคคลต่าง ๆ ทั้งตามที่พักอาศัย สถานบริการสุขภาพ โรงพยาบาล สถาบันการศึกษา

4) ออกประกาศ เพื่อให้ประชาชนรับทราบต่อการเลือกการใช้งานครบที่มีความเหมาะสม ถึงแม้ว่าการแพทย์ทางเลือกภายในประเทศไทยจะได้รับอนุญาตให้มีการนำมาใช้แต่จากเอกสารประมวลปัญหาและสภาวการณ์ปัจจุบัน นโยบายและเป้าหมายการพัฒนา วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกระยะ 4 ปี (พ.ศ. 2560-2563) เพื่อใช้เป็นกรอบและทิศทางการในการสรรหาคนบดี จากมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย เป็นแนวทางการรักษาที่ใกล้เคียงกับ

การแพทย์แบบผสมผสาน พบว่า สภาพปัจจุบันของการแพทย์ทางเลือกในประเทศไทยนั้น ถึงแม้จะได้รับ การผลักดันผ่านแนวนโยบายแห่งรัฐ ตามมาตรา 55 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ต่อการปฏิรูปแนวทางการดำเนินงานทางด้านแพทย์ทางเลือก โดยในทางปฏิบัติ ผลที่ได้จากการให้ความสำคัญตามข้อกฎหมายข้างต้น คือ มหาวิทยาลัยสามารถผลิตกำลังคน ทางด้านแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกได้โดยเฉลี่ยราย 700 ราย ซึ่งแนวทางการปฏิบัติงานของ แพทย์ทางเลือกก็ถือว่าได้พัฒนาไปไกลในแง่ของการให้บริการทางด้านสาธารณสุขที่มี ประสิทธิภาพเทียบเท่าในอัตราค่าบริการที่ถูกกว่า รวมทั้งบุคลากรภายในวงการวิชาชีพแพทย์ ทางเลือกทั้งนักศึกษาหลักสูตรมหาบัณฑิตและคณาจารย์ ก็ให้ความสำคัญต่อการสร้างผลงานวิจัย เพื่อพัฒนาการรักษาโรคตามรูปแบบของ Clinical Practice Guideline (CPG) ซึ่งจะใช้เป็นเอกสาร ยืนยันต่อการแสดงผลการรักษาด้วยแนวทางแพทย์ทางเลือก เพื่อให้เป็นที่ยอมรับภายในประเทศ

แต่อย่างไรก็ดี ข้อติดขัดบางประการที่เกิดขึ้นกับการแพทย์แผนไทยภายในประเทศ ยังคงเป็นอุปสรรคที่ทำให้การแพทย์แบบผสมผสานของประเทศพัฒนาได้อย่างไม่เต็มที่เท่าที่ควร อาทิ ปัญหาการขาดแคลนตำราเรียนที่ได้มาตรฐาน เป็นไปตามที่สากลยอมรับ ซึ่งหากได้รับการ แก้ไขปัญหาแล้ว บรรดาบุคลากรเฉพาะทางก็สามารถในเอาข้อมูลที่ได้รับมาทำการศึกษา เพื่อ พัฒนาต่อยอดให้การแพทย์ทางเลือก มีมาตรฐานเทียบเท่ากับการแพทย์ทางเลือกหรือเป็นไปตาม หลักการทางด้านวิทยาศาสตร์ได้มากยิ่งขึ้น ปัญหาต่อมาคือระยะเวลาของการเรียนการสอน หลักสูตรแพทย์ทางเลือกปัจจุบันใช้ระยะเวลา 4 ปี ซึ่งถือว่าน้อยกว่ามาตรฐานเมื่อเทียบกับหลักสูตร แพทย์ทางเลือกอื่นในประเทศแถบเอเชีย ซึ่งใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 5-6 ปี รวมทั้งควรมีการจำแนก สาขาย่อยของการเรียนแพทย์ทางเลือกและแพทย์แผนไทยออกจากกันอย่างชัดเจน ทั้งด้าน อุดสาหกรรมเภสัชกรรม เภสัชเกษตร หรือหลักสูตรทางการรักษา เพื่อให้ผู้เรียนได้ศึกษาศาสตร์ ของตนเองในแง่มุมที่มีความลึกซึ้งยิ่งขึ้น และงบประมาณที่ได้รับจากภาครัฐในส่วนของ การสนับสนุนการศึกษาทางการแพทย์ทางเลือกนั้นยังไม่เพียงพอต่อการนำมาพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน ต่าง ๆ เช่น อาคารเรียนที่มีความเหมาะสมมีการให้พื้นที่ในส่วนของป่าสมุนไพรเพื่อใช้ในการศึกษา หรืองบประมาณสนับสนุนต่อนักศึกษาผู้มีโอกาสน้อย ซึ่งจะเป็นส่วนที่ช่วยผลักดันให้แพทย์ ทางเลือกนั้นมีการพัฒนามากขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการของกลุ่มผู้ป่วยต่อทางเลือกอื่นในการ รักษาสุขภาพ

สอดคล้องกับข้อมูลจากธีรยา นิยมศิลป์ และ ัญญูฐิตา คำผลที่ให้ความเห็นต่อแนวโน้มของ แพทย์ทางเลือกว่าเป็นไปผู้ป่วยจำนวนหนึ่งมีการเปิดรับการรักษาด้วยแพทย์ทางเลือกมากขึ้น ด้วย สาเหตุของการรักษาโรคบางประเภทด้วยแพทย์ทางเลือกนั้นมีการใช้ยาซึ่งส่งผลกระทบต่อสภาพ ร่างกายมากเกินไป อาทิ การรักษามะเร็งด้วยเคมีบำบัดที่มีความรุนแรงมาก ทำให้ผู้ป่วยบางราย

พยายามหาวิธีการอื่นเข้ามาทดแทน หรือกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจและเบาหวานที่ใช้แนวทางการดูแลสารอาหารเข้ามาเป็นทางออกของการรักษาโรค รวมไปถึงการรักษาความเครียดในกลุ่มผู้ป่วยจิตไม่ปกติด้วยแนวทางการรักษาทางเลือก การรับฟังดนตรีเพื่อปรับอารมณ์ การสัมผัสเบา ๆ ระหว่างการนวดกดจุดบำบัด การเคลื่อนไหวอย่างไทชิ การนวดกดจุด ก็ช่วยให้ผู้ป่วยได้คลายความวิตกกังวล ส่งผลให้อารมณ์กลับมามีอยู่ในสภาวะปกติได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้ การรักษาทางเลือกนั้นจะมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นหากได้ทำการรักษาควบคู่ไปกับการรักษาแพทย์ทางหลัก ซึ่งจะส่งผลดีในระยะยาวต่อตัวผู้ป่วย เนื่องจากเป็นทั้งการบำบัดรักษาอาการเจ็บป่วยและเป็นการปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำของโรคได้อีกทางหนึ่ง (ธีรยา นิยมศิลป์ และณัฐญา คำผล, 2552, หน้า 65-67)

1.6 โรคซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมและสืบค้นข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้องจาก ฟรอยด์ ได้กล่าวถึงความแตกต่างของความรู้สึกเศร้า (Mourning) และอาการซึมเศร้า (Melancholia) ซึ่งในช่วงเวลานั้นยังไม่ได้มีนิยามของคำว่า “Depression” ไว้ว่าอาการเศร้าสามารถเกิดขึ้นในมนุษย์ทุกคน เป็นผลจากเหตุการณ์ที่สร้างความกระทบกระเทือนต่อจิตใจ แต่ความรู้สึกดังกล่าวก็จะหายไปเมื่อมีเหตุการณ์อื่นเข้ามาแทนที่ เช่น การสูญเสียสิ่งของหรือคนรักก็จะมีผลให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกเสียใจซึ่งเป็นกลไกธรรมชาติของมนุษย์ แต่เมื่อเวลาเปลี่ยนแปลงไปหรือมีบุคคลหรือสิ่งของอื่นเข้ามาเติมเต็มหรือทดแทนความรู้สึกได้นั้น ก็ทำให้อาการเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นคลายไปในที่สุด ซึ่งในทัศนะจากฟรอยด์กล่าวว่าความรู้สึกเศร้าของมนุษย์มีหน้าที่เสมือนความรู้สึกเจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ขณะที่อาการซึมเศร้า (Melancholia) จะมีความรุนแรงกว่าความรู้สึกเศร้าอยู่ในส่วนที่เกิดจากกลไกการยอมรับสภาวะความจริงที่ได้เกิดขึ้น ทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกสับสนภายในความคิดของตนเอง และติดขัดกับอารมณ์ความรู้สึกเศร้าจนแสดงออกมาผ่านอาการผิดปกติทางร่างกาย เช่น การเคลื่อนไหวหรือการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ที่ช้าลง มีการให้คุณค่าต่อตัวเองหรืออัตตา (Ego) ที่ลดลง โดยผู้ป่วยจะคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่าแสดงออกผ่านการต่อต้านสังคมหรือคนรอบข้าง เพื่อเป็นการลดโทษตนเองต่อความผิดหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น อันเป็นผลจากการผูกมัดกับความรู้สึกเศร้าเป็นระยะเวลานานและก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารชีวเคมีในสมอง (Freud Sigmund, 1917, pp. 244-246)

ผู้วิจัยได้สืบค้นไปยังที่มาของคำว่า “ซึมเศร้า” หรือ “Depression” โดยศึกษาไปยังรากศัพท์ภาษาละตินพบว่าตรงกับคำว่า “Depresio, Depresionis” มีความหมายว่า ความจมดิ่ง ความลดลง และความจบสิ้นของความกระวนกระวายใจ ซึ่งเป็นความหมายในภาพกว้างของคำ โดยจากการทบทวนวรรณกรรมด้วยการสืบค้นข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศได้มีนักวิชาการและองค์กรที่เกี่ยวข้องได้ให้คำนิยามของโรคซึมเศร้าไว้ดังต่อไปนี้

องค์การอนามัยโลกหรือ (World Health Organization: WHO) ให้แนวคิดเกี่ยวกับสาเหตุของโรคซึมเศร้าไว้ว่า เกิดจากการปฏิสัมพันธ์ของการทำงานด้านจิตวิทยาและชีวเคมีที่เกิดขึ้นในสมอง ซึ่งเป็นผลมาจากเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยได้เผชิญ เช่น การสูญเสียตำแหน่งหน้าที่ทางราชการ การสูญเสียบุคคลที่ตนเองรัก รวมไปถึงความบกพร่องทางด้านจิตเวช ซึ่งความรู้สึกที่เกิดขึ้นทำให้เกิดผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะในสำคัญอย่างสมอง ทำให้พัฒนาจากความเครียดปกติเข้าสู่อาการของโรคซึมเศร้า (World Health Organization, Online, 2017) และอีกแง่มุมหนึ่งจาก Psychology Today ซึ่งเป็นนิตยสารทางด้านจิตเวชจากสหราชอาณาจักร ได้ให้คำนิยามของโรคซึมเศร้าว่าเป็นอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นต่อร่างกาย อารมณ์ และความคิด โดยสามารถส่งผลกระทบต่อดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยได้ อีกทั้งผลกระทบดังกล่าวยังมีอิทธิพลไปยังผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยได้เช่นกัน ซึ่งอาการป่วยของโรคนั้นจะแสดงอาการมากกว่าความรู้สึกโศกเศร้าเสียใจของคนปกติทั่วไป ซึ่งส่วนใหญ่แล้วตัวผู้ป่วยเองจะไม่ทราบว่าตนมีอาการโรคซึมเศร้าอยู่ โดยผู้เขียนบทความได้ให้ความเห็นว่าโรคซึมเศร้านั้นไม่สามารถหายขาดเองได้ แต่จำเป็นต้องอาศัยการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (Psychology Today, Online, 2017)

ขณะที่สถาบันจิตวิทยาแห่งสหรัฐอเมริกา (National Institute of Mental Health: NIMH) ได้ให้ข้อมูลที่สอดคล้องกับกลุ่มนักวิชาการชาวไทยอย่าง อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย ได้อธิบายถึงที่มาของอาการซึมเศร้าว่าเกิดจากปัจจัย 3 ประการได้แก่ ระดับความสมดุลของสารชีวเคมีในสมอง ประวัติการใช้สารเสพติด และเหตุการณ์ที่มีผลกระทบรุนแรงต่อจิตใจ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ประสบการณ์ทางลบที่เกิดขึ้นในวัยเด็กหรือสภาวะแวดล้อมที่มีความกดดันเกินไป ซึ่งปัจจัยทั้งสามประการข้างต้น ส่งผลให้เกิดความรู้สึกตึงเครียดที่มากเกินไปและส่งอิทธิพลต่อสารชีวเคมีในสมอง ทำให้เกิดภาวะสมดุลในการผลิตสารสื่อประสาทของสมอง (Neurotransmitter) เป็นผลให้ระดับการทำงานของไบโอเจนิคเอมีนส์ (Biogenic Amines) เกิดความผิดปกติ ซึ่งเป็นสาเหตุของการหลั่งฮอร์โมนที่ลดลงและไม่เป็นไปตามปกติ ได้แก่ นอร์เอพิเนฟริน (Norepinephrine) ทำหน้าที่ต่อต้านสภาพความเครียดที่ร่างกายได้รับ รวมทั้งช่วยในการใช้สมาธิและควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจที่มีความเหมาะสม ซึ่งหาก นอร์เอพิเนฟรินมีการหลั่งที่ลดลงหรือมากเกินไปก็ส่งผลกระทบต่อร่างกาย เช่น เกิดอาการซึมเศร้าหรือคุ้มคลั่งได้ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง มีสมรรถนะการทำงานที่ลดลง และในกรณีที่สารดังกล่าวลดลงมากกว่าเกณฑ์ปกติร่างกายจะมีอุณหภูมิที่ต่ำลงอันเป็นผลต่อเนื่องมาจากอัตราการเต้นของหัวใจที่ลดลง

ขณะที่เซโรโทนิน (Serotonin) เป็นสารที่ทำหน้าที่ควบคุมการแสดงอารมณ์ไม่พึงพอใจ เช่น โกรธ ก้าวร้าว รวมทั้งเป็นสารที่ทำหน้าที่ควบคุมวงจรการนอนหลับของมนุษย์ให้เป็นปกติ ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้านั้น หากเซโรโทนินที่เกิดขึ้นในสมองมีน้อยเกินไปก็ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม

การนอนหลับ ทำให้ผู้ป่วยประสบปัญหาพักผ่อนไม่เพียงพอซึ่งจะส่งผลให้เกิดความเครียดขึ้นได้มากกว่าเดิม รวมทั้งการขาดสารเซโรโทนินจะแสดงออกทางพฤติกรรมที่ก้าวร้าว โมโหร้าย อันเกิดจากฮอร์โมนที่ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานทางการแสดงออกมีประสิทธิภาพที่ลดลง แต่อย่างไรก็ดี หากผู้ป่วยมีการหลั่งสารเซโรโทนินมากเกินไป ก็จะส่งผลต่อพฤติกรรมเช่นกัน คือแสดงออกด้วยอาการที่นิ่ง สงบ หรือไม่มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้อาการซึมเศร้านั้นกำเริบได้อีกได้

ในส่วนหน้าที่ของโดพามีน (Dopamine) มีหน้าที่สร้างความรู้สึกระงับกระเฉง ำรงไว้กับมนุษย์ รวมถึงเป็นฮอร์โมนที่ทำหน้าที่เพิ่มแรงดันโลหิต ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้น อัตราการหลั่งของโดพามีนจะน้อยกว่าปกติ ส่งผลให้ขาดความรู้สึกลดชื่น การตอบสนองต่อสิ่งรอบตัวลดลง มีขีดความสามารถในการใช้สมาธิที่ถดถอย (National Institute of Mental Health, 2015, pp. 3-4; อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญวัชชัย, 2553, หน้า 4-6)

ขณะที่ นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ ให้มุมมองต่อสาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าว่าเป็นผลพวงที่เกิดจากความเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมในหลายด้าน ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันทำให้มนุษย์ที่อยู่ในสังคมนั้นจำเป็นต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านของเศรษฐกิจ การศึกษา การทำงาน ความคาดหวังจากผู้อื่น ซึ่งเมื่อปัจจัยทั้งหมดที่กล่าวไปเกิดขึ้นในเวลาเดียวกันก็จะทำให้เกิดแรงกดดันและเปลี่ยนเป็นความเครียดและความวิตกกังวลต่อการดำเนินชีวิต อันเป็นสาเหตุของโรคได้ ในที่สุด ซึ่งความสำคัญของโรคซึมเศร้าที่ควรตระหนัก คือ หากอาการของโรคดำเนินไปจนถึงขั้นรุนแรงแล้วผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงที่จะก่อเหตุการณ์ฆ่าตัวตาย เพื่อใช้หนีความรู้สึกที่กดทับ ซึ่งผลกระทบจะไม่ได้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเพียงรายเดียว แต่จะส่งผลไปสู่บุคคลใกล้ชิดตัวเช่นครอบครัว หรือบุคคลสนิท และอาจได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์นั้นจนอาการภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นในที่สุด ซึ่งหากเป็นอย่างนั้นแล้ว โรคซึมเศร้าก็ถือว่าเป็นโรคที่มีความรุนแรงและสร้างผลกระทบต่อประเทศได้ ทั้งด้านทรัพยากรมนุษย์และความเป็นอยู่ (นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ, 2559, หน้า 107-108)

ในส่วนของ สายฝน เอกวรารังกูร ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชและสุขภาพจิต ได้อธิบายถึงกระบวนการเกิดขึ้นของโรคซึมเศร้า โดยแบ่งสาเหตุและที่มาของอาการไว้ 3 ด้าน ดังนี้ (สายฝน เอกวรารังกูร, 2553, หน้า 14-21)

1) ด้านร่างกาย ประกอบด้วยสาเหตุย่อย ดังนี้

(1) การเกิดจากสภาวะทางพันธุกรรม (Genetic Transmission) อันเป็นผลมาจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้จากกรณีที่บิดามารดาคนใดคนหนึ่ง มีประวัติป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ลูกก็มีโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับพันธุกรรมที่ส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้าได้สูงถึงร้อยละ 27 ขณะที่หากในครอบครัวมีประวัติเป็นป่วยโรคซึมเศร้าทั้งในบิดาและมารดาเด็กที่เกิดมา

นั่นก็จะได้รับความเสี่ยงที่สูงขึ้นที่ร้อยละ 54 อีกทั้งในกลุ่มของเพศหญิงนั้นมีแนวโน้มต่อการเป็นโรคซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชายถึง 2-3 เท่า

(2) สารชีวเคมี (Biochemical) เป็นสาเหตุที่เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของสารสื่อประสาทสมอง (Neurotransmitter) 2 กลุ่ม ดังนี้

(2.1) ไบโอเจนิค เอมีนส์ (Biogenic Amines) ซึ่งประกอบด้วยฮอร์โมน เซโรโทนิน (Serotonin) อันเป็นฮอร์โมนสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะของโรคซึมเศร้าได้โดยตรง โดยทำหน้าที่เป็นส่วนควบคุมการแสดงออกหรือพฤติกรรมที่เหมาะสม

(2.2) แคทีโคลามีนส์ (Catecholamine) ประกอบด้วย ฮอร์โมนสองตัวด้วยกัน ได้แก่ โดพามีน (Dopamine) และ นอร์เอปิเนฟริน (Norepinephrine) กระบวนการของโรคเริ่มต้นจากกระบวนการดึงกลับของฮอร์โมนที่มากเกินไป (Ove reuptake Process) ทำให้สารสื่อประสาทที่ทำหน้าที่กำหนดสถานะของอารมณ์ที่มีความเหมาะสมนั้นผิดเพี้ยนไป ทำให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่แจ่มใส รู้สึกท้อแท้ โดดเดี่ยว ขาดความสุข รวมทั้งมีวงจรการนอนหลับที่เปลี่ยนไป เช่น ในช่วงเวลาเข้านอนจะหลับยากกว่าปกติ หรือนอนไม่หลับเลยและในบางรายอาจมีอาการนอนหลับช่วงหัวค่ำ แต่ตื่นขึ้นระหว่างคืนและไม่สามารถนอนหลับต่อได้อีกด้วย

2) ด้านจิตใจประกอบด้วยสาเหตุย่อย 3 สาเหตุโดยมีทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาเป็นส่วนรองรับ ดังนี้

(1) ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive Theory: CT)

ว่าด้วยเหตุของบุคคลที่ได้รับประสบการณ์และเลือกที่จะเก็บความคิด ความรู้สึก และการรับรู้ที่เกิดขึ้นในทางลบ ในมุมมองต่อตนเองและสภาพแวดล้อม ซึ่งเมื่อแนวคิดข้างต้นถูกใช้เป็นระยะเวลาาน สมองจะทำหน้าที่เปลี่ยนความคุ้นชินที่เกิดขึ้น เป็นระบบทางความคิดต่อการดำเนินชีวิต ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความคิดทางลบทั้งต่อตนเอง สภาพแวดล้อมและ เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (Rehm P. Lynn, 2015, pp. 35-37)

ซึ่งภาพที่ผิดจากปกติ ที่ปรากฏในความนึกคิดของผู้ป่วยนั้นมักเป็นไปในทิศทางที่เป็นลบต่อตนเอง อาทิ ไม่เก่ง หน้าตาไม่ดี เป็นบุคคลที่ไม่มีความสามารถ รวมทั้งมีทัศนคติต่อผู้อื่นในทางลบเช่นกัน ไม่ว่าจะเป็นความรู้สึกว่าไม่ได้เป็นที่รักของคนในครอบครัว หรือบุคคลรอบตัว ต้องการจับผิดตนเองอยู่ตลอดเวลา ทำให้รู้สึกว่าตนเป็นส่วนเกิน ด้วยอิทธิพลของระบบความคิดที่เปลี่ยนไปส่งผลให้ผู้ป่วยเลือกที่ปลีกตนออกจากสังคมและขังตัวเองไว้กับความรู้สึกของตน ซึ่งทำให้รูปแบบการดำเนินชีวิตประจำวันเปลี่ยนไป และเข้าสู่ภาวะซึมเศร้าเต็มรูปแบบในที่สุด

(2) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory)

กล่าวถึงโครงสร้างของบุคลิกภาพของมนุษย์แต่ละคน ประกอบด้วย ส่วนที่แสดงความเป็นอัตบุคคล หรือการแสดงออกตามสัญชาตญาณความต้องการในแต่ละบุคคล (Id) ส่วนที่คอยทำหน้าที่ดูแลมิให้การแสดงออกนั้นเป็นไปอย่างเหมาะสมหรือคอยให้มนุษย์มีการยับยั้งชั่งใจ เมื่อจะกระทำที่ไม่เหมาะสม (Superego) และส่วนที่ทำหน้าที่สร้างความตระหนักต่อความเป็นจริง โดยรอบด้วยตรรกะเหตุผล (Ego) โดยทั้งสามส่วนนั้นมีหน้าที่ทำงานร่วมกัน เพื่อควบคุมพฤติกรรมให้เป็นไปอย่างเหมาะสมตามจารีต หรือสภาวะแวดล้อม โดยไม่ละทิ้งความเป็นตัวของตัวเอง และหากส่วนใดส่วนหนึ่งทำหน้าที่มากเกินไปก็จะส่งผลกับการแสดงออก เช่น เมื่อ Id มีมากกว่า Superego ก็จะส่งผลให้บุคคลนั้นแสดงออกตามความต้องการของตนเองแต่เพียงผู้เดียว โดยปราศจากการคำนึงถึงผลที่จะเกิดขึ้นกับผู้อื่น ในทางกลับกัน สาเหตุของอาการซึมเศร้าตามแนวคิดจากฟรอยด์ เกิดจากการที่ Superego ใช้งานมากกว่า Id บุคคลนั้นจึงไม่สามารถแสดงออกตามความต้องการได้อย่างเหมาะสม และนำเอาอารมณ์ความต้องการที่แท้จริงเก็บเข้าสู่ส่วนของความคิดได้สำนึก (Unconscious) ในรูปแบบของอารมณ์ที่เก็บกด (Repression) ซึ่งเมื่อได้รับการสะสมเป็นระยะเวลานาน เมื่อถึงเวลาที่คลายอารมณ์ที่เก็บไว้ออกมา ผู้ป่วยก็จะเข้าสู่สภาวะซึมเศร้าทันที อันเกิดจากความเจ็บป่วยทางจิตใจ ความผิดปกติทางด้านอารมณ์ (Lapsley K. Danial and Stey C. Paul, 2011, pp. 1-2)

ส่วนใหญ่แล้วลักษณะการเกิดขึ้นของอาการในลักษณะนี้ จะพบได้ในกลุ่มบุคคลที่ขาดทักษะในการควบคุมอารมณ์ จากการเลี้ยงดูในครอบครัวที่ขาดความอบอุ่น ให้ความคาดหวังสูง ทำให้พัฒนาการทางด้านอารมณ์นั้นเกิดความผิดปกติ ซึ่งจากกระบวนการแสดงออกที่ได้กล่าวไปก่อนหน้านี้ เมื่อถึงวัยเป็นผู้ใหญ่แล้วหากได้พบเหตุการณ์ที่เป็นตัวกระตุ้น หรือย้อนให้กลับไปนึกถึงสถานการณ์ในวัยเด็กอีกครั้ง ก็ส่งผลให้เกิดการเชื่อมโยงของอารมณ์ที่ถูกเก็บไว้กับภาวะที่เป็นอยู่ ทำให้เกิดความเครียด กังวลหรือโกรธ ซึ่งเมื่อความรู้สึก ที่เกิดขึ้นและไม่สามารถระบายออกได้ เป็นผลมาจากรูปแบบการทำงานที่เก็บกดของอารมณ์ ผู้ป่วยจึงเริ่มโทษว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของตนเอง และเปลี่ยนความรู้สึกกลับที่มีต่อสภาพแวดล้อมเข้าหาตัวเอง โดยให้คุณค่าต่อตัวเองลดลง จนนำพามาซึ่งอาการซึมเศร้าในที่สุด

(3) ทฤษฎีความสูญเสียและความเศร้าโศก (Grief and Loss Theory)

แบ่งออกเป็นสองช่วง คือ ช่วงของความสูญเสียอันเกิดจากการพลัดพรากจากสิ่งที่เป็นบุคคลนั้นพึงพอใจ ทั้งสิ่งที่เป็นนามธรรมอย่างสิ่งของ บุคคล ทรัพย์สินเงินตรา และสิ่งที่เป็นรูปธรรมอย่าง ตำแหน่ง หน้าที่ ความเคารพ ความภูมิใจต่อตนเอง ความรัก โดยเมื่อเกิดการสูญเสียขึ้น กลไก

ทางประสาทการรับรู้จะทำงานผ่านการแสดงออกทางอารมณ์ที่เรียกว่าความเศร้าโศก โดยแบ่งออกเป็น 5 ช่วง คือ

(3.1) ซ็อกและปฏิเสธ คือ เมื่อบุคคลได้รับทราบถึงความสูญเสียที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ร่างกายจะตอบสนองด้วยการลดอุณหภูมิร่างกายลง อันเกิดจากความไม่พร้อมต่อสิ่งที่เกิดขึ้นยังไม่ยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น และแสดงออกด้วยอาการอ่อนแรง

(3.2) โกรธ คือ ภาวะที่เกิดการต่อต้านจากสิ่งที่เกิดขึ้นจะแสดงออกผ่านอารมณ์โกรธ ต่อสิ่งรอบตัว ในบางรายจะมีอาการร้องไห้ร่วมด้วย

(3.3) ต่อรอง คือ ภาวะที่บุคคลจะพยายามหาสิ่งอื่นเข้ามาทดแทนสิ่งที่สูญเสียไป ทั้งการแสวงหาสิ่งทดแทน การหาที่พึ่งพิงต่าง ๆ

(3.4) ซึมเศร้า คือ เป็นระยะที่บุคคลได้เข้าใจถึงความสูญเสียที่เกิดขึ้น และรับรู้ว่าจะไม่สามารถได้รับสิ่งที่ต้องการอีกต่อไป ร่างกายจึงแสดงกลไกผ่านการแสดงออกด้วยการปลีกตัวและเกาะยึดกับอารมณ์ของความเศร้านั้นเอาไว้

(3.5) ยอมรับ คือ ระยะที่บุคคลได้ทำความเข้าใจต่อสิ่งที่เกิดขึ้นและมีการยอมรับต่อความเป็นจริงอย่างสมบูรณ์ และกระบวนการจะสิ้นสุดลงเมื่อมีความรู้สึกรับได้กับสิ่งที่เกิดขึ้น

หากกระบวนการสูญเสียและโศกเศร้านั้นมีกระบวนการที่ครบทุกระยะ บุคคลจะสามารถผ่านพ้นวิกฤตที่เกิดขึ้นกับชีวิตได้ แต่ในทางกลับกัน ผู้ที่ติดอยู่กับระยะที่ 4 นานเกินไปจะมีแนวโน้มสูงต่อการเข้าสู่สภาวะของโรคซึมเศร้าได้ในที่สุด

3) ด้านสิ่งกระตุ้น เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสังคมที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ทั้งในแง่ของการทำงาน ด้านเศรษฐกิจ ความสัมพันธ์ระหว่างคนสนิท เหตุการณ์ที่ไม่เป็นไปตามที่บุคคลนั้นต้องการ ทำให้บุคคลที่ไม่สามารถปรับตัวได้ทันจะเกิดความรู้สึกเครียด วิตกกังวล ล้มเหลว และเริ่มแยกตัวออกจากสังคม อันเนื่องมาจากความรู้สึกว่าตนเองนั้นเป็นผู้ที่ไม่มีคุณค่า ไม่เป็นที่ต้องการเป็นภาระต่อผู้อื่น รวมทั้งเกิดจากความรู้สึกระแวงที่มีต่อคนรอบข้าง จนเข้าสู่สภาวะของการเป็นโรคซึมเศร้าในที่สุด

ในส่วนของระดับความรุนแรงและการลุกลามของโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้น จากการค้นคว้าข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าจากกลุ่มนักวิชาการทางด้านจิตเวชภายในประเทศ จากเอกสารประกอบการอบรมทางด้านโรคซึมเศร้า ได้แจกแจงอาการของโรคซึมเศร้า โดยไล่ระดับความรุนแรงของอาการ ซึ่งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้กล่าวถึงลักษณะอาการของโรคซึมเศร้าไว้ว่ามีความรุนแรงกว่าอารมณ์เศร้า ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้เป็นครั้งคราว โดยจำแนกอาการของโรคซึมเศร้า โดยทั่วไปแล้วหากมีอาการอย่างน้อย 5 อาการจากทั้งหมด 9 อาการเป็น

ระยะเวลาต่อเนื่องมากกว่า 2 สัปดาห์ ซึ่งจะต้องประกอบด้วยอาการในข้อ 1 และ ข้อ 2 ร่วมด้วย แพทย์จึงจะวินิจฉัยว่าผู้เข้ารับการรักษารายนั้นมีอาการป่วยเป็น โรคซึมเศร้า ซึ่งอาการทั้ง 9 ประการ ที่ได้กล่าวไปประกอบไปด้วย (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2553, หน้า 49-51)

(1) ผู้ป่วยจะตกอยู่ในความรู้สึกเศร้าเสียใจอยู่ตลอดทั้งวัน ซึ่งระดับความเศร้า จะขึ้นอยู่กับแต่ละวัน

(2) ผู้ป่วยมักให้ความสนใจต่อสิ่งกระตุ้นที่ตนเองเคยชอบลดลงอย่างเห็นได้ชัด

(3) มีอาการเบื่ออาหารหรือเจริญอาหารมากขึ้นอย่างรวดเร็ว จนน้ำหนักตัวสามารถ บวกลบได้ถึง 2-3 กิโลกรัมต่อเดือน

(4) การนอนหลับของผู้ป่วยขาดความต่อเนื่อง ร่วมกับอาการนอนไม่หลับเกิดขึ้น หรือในบางรายอาจมีอาการนอนได้น้อยลงเข้ามาาร่วมด้วย

(5) ความคล่องตัวลดลง ไม่ว่าจะเป็นในการพูด การกระทำต่าง หรือทางด้านความคิด ขณะที่อีกลักษณะจะมีอาการหงุดหงิดและอารมณ์ขุ่นมัวเข้าร่วม ส่งผลให้เกิดความรู้สึก กระสับกระส่ายและทำกิจกรรมต่าง ๆ รวดเร็วเกินกว่าปกติ

(6) เกิดความรู้สึกอ่อนเพลีย ไร้พลังกำลังในการใช้ชีวิตประจำวัน

(7) ไม่เห็นคุณค่าของตนเองและสิ่งรอบตัว เช่น รู้สึกตนเองไร้ความสามารถ มีรูปร่างหน้าตาที่ไม่น่ามอง หรือเกิดความรู้สึกต่อต้านสังคมอันเป็นผลจากความคิดต่อสภาพแวดล้อม รอบตัวว่าไม่ดี มีดমন ผู้คนรอบกายไม่ได้ให้ความสำคัญกับตนเอง

(8) การใช้สมาธิลดลงและสั้นลงกว่าเดิม

(9) ไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป คิดถึงแต่การฆ่าตัวตายอยู่อย่างสม่ำเสมอ

ทางด้านของ สมภพ เรื่องตระกูล ได้แสดงแนวคิดของลักษณะของอาการภาวะ โรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับผู้ที่มีแนวโน้มต่อการฆ่าตัวตาย โดยจำแนกอาการออกได้ทั้งสิ้น 13 ลักษณะ อาการ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) ดังนี้

(1) มีอารมณ์โศกเศร้าเสียใจ แต่การแสดงออกของอารมณ์อาจจะไม่ได้แสดงออก โดยตลอดเวลา ซึ่งจะแสดงตามช่วงเวลาอาการของโรคมีความรุนแรง ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมี ช่วงเวลาที่แสดงอาการมากที่สุดในช่วงเวลาเช้าและอาการจะค่อย ๆ ลดลงในเวลาเย็น

(2) ด้วยสภาพของอารมณ์ที่อยู่เหนือการควบคุมในบางขณะ ผู้ป่วยอาจมีอาการ โมโห อารมณ์ร้อนง่ายกว่าผู้ที่ไม่มีอาการ อันเป็นผลมาจากการสูญเสียการควบคุมพฤติกรรม ซึ่งหากได้ กระทำพฤติกรรมบางอย่างที่ไม่สมควรลงไปแล้ว ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกโทษตนเองและมีอาการ โมโห หงุดหงิด แต่เมื่อถามถึงเหตุผลที่มาของอารมณ์ ก็มักจะไม่ได้รับคำตอบ เนื่องจากผู้ป่วย

มักคิดว่าไม่มีใครเข้าใจความรู้สึกของตนเอง รวมทั้งในช่วงที่แสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมนั้น ความนึกคิดของผู้ป่วยจะอยู่ในสภาพสูญเสียการควบคุมชั่วขณะ

(3) ผู้ป่วยจะมีอาการเบื่อกิจกรรมเดิมที่เคยชื่นชอบ และสูญเสียความสนใจต่อกิจกรรมเดิมของตนเอง รวมถึงร้อยละ 60 จะมีอาการเสื่อมสมรรถนะทางเพศลดลง หรือไม่มีความต้องการทางเพศเลย

(4) ความผิดปกติทางพฤติกรรมในการรับประทานอาหารก็ถือเป็นอาการหนึ่งที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ป่วย ผู้ป่วยจะมีความอยากอาหารลดลง โดยเริ่มตั้งแต่มีอาการป่วยเกิดขึ้นส่งผลให้การรับรสผิดปกติและทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ต้องการที่จะรับประทานอาหาร ถึงแม้ว่าจะเป็นสิ่งที่ตนเองเคยชื่นชอบมาก่อนในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยบางรายจะมีอาการเจริญอาหารเพิ่มขึ้นมากกว่าคนธรรมดา

(5) ผลจากสภาวะที่เกิดความเครียดและความโศกเศร้าสะสมในความนึกคิด ผู้ป่วยมักมีอาการนอนไม่หลับปรากฏขึ้นมาในช่วงระยะเวลา 1-2 อาทิตย์แรก ต่อมาอาการจะทวีความรุนแรงโดยมีอาการฝันร้ายหรือมีภาพฝันแปลก ๆ เกิดขึ้นขณะนอนหลับ ส่งผลให้ผู้ป่วยจะตื่นขึ้นระหว่างคืนและ อีกอาการคืออาการ “นอนไม่หลับตอนปลาย” (Terminal Insomnia) ซึ่งอาการนี้ ผู้ป่วยจะสามารถเข้านอนได้ตามปกติในช่วงเวลาหัวค่ำ แต่จะตื่นขึ้นมากลางคืนระหว่างเวลาตี 2-3 ส่งผลให้ไม่สามารถนอนหลับต่อได้อย่างสนิท เสมือนเวลาการนอนได้ถูกกำหนดให้ตื่นขึ้นระหว่างคืน ทำให้ในช่วงเวลากลางวันนั้นผู้ป่วยจะมีอาการหงุดหงิด ขณะที่อาการที่ใกล้เคียงกันอีกอาการหนึ่งคือ ผู้ป่วยสามารถเข้านอนได้ตามปกติแต่จะตื่นขึ้นก่อนเวลาตื่นปกติประมาณ 1-2 ชั่วโมง

(6) จากความผิดปกติทั้งพฤติกรรมการนอน พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยตื่นขึ้นเพื่อมาทำกิจกรรมปกติ หรือประกอบชีวิตประจำวัน อาการที่ตามมา คือ ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนล้า อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรงในการดำเนินกิจกรรม ซึ่งอาการสามารถเกิดขึ้นได้เฉพาะจุด อาทิ เจ็บแน่นหน้าอก แขนขาอ่อนแรง เวียนศีรษะ ใจสั่น

(7) นอกเหนือพฤติกรรมและอาการทางกายภาพที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยส่วนมากจะมีอาการสูญเสียสมรรถนะทางด้านความคิด ทำให้ผู้ป่วยนั้นคิดช้าลงส่งผลให้แสดงออกด้วยพฤติกรรมการพูดหรือการกระทำที่ช้าลงตาม สังเกตได้จากผู้ป่วยจะมีอาการเซื่องซึม พูดน้อย ไม่กระตือรือร้นต่อกิจกรรมใด ๆ อันเป็นผลจากความกังวลที่เกิดขึ้นในภavnะนึกคิดของผู้ป่วย ในบางรายผู้ป่วยอาจพยายามจะทำตัวให้เป็นปกติ เพื่อฝืนพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปที่เกิดขึ้น แต่ก็เป็นเรื่องยากที่จะปฏิบัติตัวได้เหมือนก่อนมีภาวะอาการ เนื่องจากผู้ป่วยได้สูญเสียความสนใจต่อสิ่งรอบตัวลง ส่งผลต่อทักษะทางด้านต่าง ๆ อาทิ การทำงาน การขับเคลื่อนการใช้สมาธิในระยะเวลาอันลดลง

(8) สมาธิในการประกอบกิจกรรมที่ลดลงก็เป็นหนึ่งในอาการของผู้ป่วยซึมเศร้า ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยจะมีอาการนี้ปรากฏตั้งแต่เริ่มเข้าสู่ภาวะของโรค ตัวอย่างของการแสดงอาการ คือ ในบางช่วงเวลาผู้ป่วยจะไม่สามารถปฏิบัติงานในระยะยาวได้ตามปกติ ทำให้ผลการปฏิบัติงานของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพที่ลดลงหรืออาจเกิดความผิดพลาดในการทำงานได้ รวมถึงความสามารถในการจำที่ถดถอย ผู้ป่วยจะทักะในการจดจำที่ลดลงกว่าแต่ก่อน อันเกิดจากความสับสนภายใน ความนึกคิด หรือบางครั้งที่ผู้ป่วยต้องการสื่อสารกับผู้อื่นด้วยก็จะไม่สามารถสื่อสารตอบโต้ได้อย่าง ทันท่วงที เนื่องด้วยประสิทธิภาพในการทำงานของสมองที่ลดลงกว่าเดิม

(9) ผลกระทบจากสมรรถนะด้านต่าง ๆ ที่ลดลงทำให้ผู้ป่วยมองเห็นคุณค่าของตนเอง ค่อยลง ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกด้อยค่า ไร้ความสามารถ จากทัศนคติของผู้ป่วยที่มีต่อตนเองข้างต้นนั้น ส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะก่อเหตุฆ่าตัวตาย ด้วยเหตุที่ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระ ต่อผู้อื่น เป็นคนไม่มีค่าให้กับผู้ใดทั้งสิ้น ซึ่งหากไม่มีตนเองอยู่ บุคคลแวดล้อมจะมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ผู้ป่วยบางรายจึงอาจเลือกที่จะจบชีวิตตัวเองเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในภาวะนี้

(10) มีอคติต่อตนเอง อันมาจากความรู้สึกถึงสภาวะตนเองทำให้ผู้อื่นเคียดริ้น ผู้ป่วยจึงเลือกที่จะตำหนิตนเอง รวมทั้งตัดสินตนเองว่าไม่ควรมีชีวิตอยู่ เพราะจะเป็นภาระแก่บุคคล รอบข้าง ซึ่งความคิดนี้จะทวีความรุนแรงขึ้นตามอาการของผู้ป่วยแต่ละราย

(11) มีความคิดที่ต้องการฆ่าตัวตาย เกิดจากเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับความทุกข์ใน ความนึกคิดมากขึ้น ก็จะส่งผลต่อความรู้สึกทางกายภาพและแสดงออกทางร่างกายด้วยอาการ เจ็บไข้ได้ป่วยเมื่อความรู้สึกนั้นทวีมากขึ้น และผู้ป่วยไม่สามารถหาทางออกได้ การฆ่าตัวตายจึงเป็น ทางออกที่ผู้ป่วยใช้ตัดสินใจหลีกเลี่ยงปัญหา โดยเฉลี่ยร้อยละ 25 ของผู้ป่วยที่มีอาการเศร้าในขั้น รุนแรงจะมีแนวโน้มที่จะก่อเหตุฆ่าตัวตาย แต่อย่างไรก็ดีในผู้ป่วยบางรายก็เลือกที่จะไม่บอก ความรู้สึกนึกคิดทั้งหมด เมื่อได้พูดคุยกับแพทย์ แพทย์หรือผู้บำบัดจึงควรให้ความสนใจต่อผู้ป่วย ที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรง เพื่อสืบค้นอาการที่ผู้ป่วยอาจบ่นเบี่ยงไว้

(12) อาการวิตกกังวลกับสิ่งรอบตัวและตนเอง ผู้ป่วยซึมเศร้าจะมีอาการวิตกกังวล ต่ออาการของตน บางรายก็กลัวว่าอาการจะไม่หาย ในบางกรณีอาจกลัวการอยู่คนเดียว หรือกลัวต่อ สิ่งอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับชีวิตของตนเอง

(13) อาการป่วยทางกายภาพ เป็นอาการที่เกิดในระบบอวัยวะอื่นของผู้ป่วย นอกเหนืออาการทางจิต ซึ่งเป็นผลมาจากความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น แสดงผ่านทางอาการไม่สบาย ต่าง ๆ อาทิ ปวดศีรษะ ปวดท้อง ปวดตามเนื้อตัว แน่นหน้าอก ซึ่งเมื่อมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นผู้ป่วยจะ ยิ่งเกิดความกังวลต่ออาการมากขึ้น เพราะคิดว่าอาการดังกล่าวไม่สามารถให้หายขาดได้

ถึงแม้ว่าโรคซึมเศร้านั้นจะระดับความรุนแรงที่แตกต่างกันออกไป แต่ในการแบ่งประเภทของโรคซึมเศร้า ก่อนข้างมีความหลากหลายในการจำแนก ซึ่งขึ้นอยู่กับมุมมองของนักวิชาการหรือสถาบัน องค์การแต่ละราย ผู้วิจัยจึงได้รวบรวมข้อมูลโดยจำแนกตามแนวคิดของแต่ละมุมมอง เพื่อใช้เปรียบเทียบความแตกต่างของการจำแนกประเภทของโรคซึมเศร้าได้ ดังนี้

ในส่วนของ National Institute of Mental Health หรือ NIH ซึ่งเป็นหน่วยงานภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุขและการบริการมนุษย์แห่งประเทศสหรัฐอเมริกา ให้ความเห็นที่แตกต่างอีกมุมมองหนึ่งต่อรูปแบบของอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยซึมเศร้า โดยอธิบายว่ารูปแบบของการแสดงอาการนั้น จะแสดงออกตามช่วงสถานภาพของผู้ป่วยโดยแบ่งได้ตามเพศ และ ช่วงอายุ (National Institute of Mental Health, 2015, pp. 6-9) ดังนี้

1) เพศหญิงจะแสดงอาการผ่านการแสดงออกถึงความรู้สึกเสียใจ รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่ารวมทั้งกล่าวโทษตนเอง ซึ่งอาการที่แสดงในกลุ่มเพศหญิงนั้นจะมีความหลากหลายมากกว่ากลุ่มอื่น เนื่องจากปัจจัยของเพศสภาพ อันได้แก่ การถูกทารุณกรรม การตั้งครรภ์ ผลของฮอร์โมนในร่างกายที่เกิดการเปลี่ยนแปลง

2) เพศชายจะแสดงอาการผ่านการแสดงพฤติกรรมเหน้อยถ้อย ก้าวร้าว มีความสนใจต่อกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงร่วมกับมีอาการนอนไม่หลับร่วมด้วย ความแตกต่างของการแสดงอาการที่ชัดเจนกว่าในเพศชาย คือ อาจจะมีอาการติดแอลกอฮอล์ร่วมด้วย ในบางรายก็มักจะใช้วิธีการทำงานหนักเพื่อเลี้ยงที่จะพบหน้าคนรู้จักและคนในครอบครัว แต่สิ่งสำคัญ คือ ผู้ป่วยเพศชายที่มีอาการซึมเศร้ามีแนวโน้มต่อการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสูงกว่าเพศหญิง

3) กลุ่มเด็กจะแสดงอาการที่ค่อนข้างบ่งชี้ได้ยาก ผ่านการแสดงออกทางพฤติกรรมต่าง ๆ อาทิ มีความกังวลต่อการสูญเสียพ่อแม่หรือผู้ปกครองมากเกินไป ติดผู้ปกครอง มีพฤติกรรมไม่ยอมไปโรงเรียน แสดงอาการป่วยทางกายภาพ เช่น ปวดท้อง ปวดศีรษะเมื่อทราบว่าจะต้องแยกกับผู้ปกครอง ซึ่งการแสดงออกของกลุ่มเด็กนั้นมีความซับซ้อนอันเนื่องจากพฤติกรรมข้างต้นเป็นพฤติกรรมปกติที่เด็กเล็กแสดงออกตามสัญชาตญาณในช่วงวัยเด็ก ผู้ปกครองจึงไม่ควรวินิจฉัยโรคเอง แต่ควรเข้ารับคำปรึกษาจากแพทย์เฉพาะทาง เช่น กุมารแพทย์หรือจิตแพทย์ เพื่อความถูกต้องในการวินิจฉัยโรค

4) กลุ่มวัยรุ่น ถือเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงอีกกลุ่ม อันเป็นผลจากความเครียดที่เกิดขึ้นขณะอยู่ที่สถานศึกษา โดยมักแสดงออกด้วยการปลีกตัวเพียงลำพัง เลี่ยงที่จะพบหรือพูดคุยกับผู้ปกครอง ในบางรายอาจแสดงอาการน้อยใจ มองโลกในแง่ลบและอารมณ์เสียกับคนในครอบครัว คบรวมถึงอาการไม่เจริญอาหารและการแสดงออกถึงความกังวลที่มีต่อเครื่องของใช้ส่วนตัวอีกด้วย

5) กลุ่มผู้สูงอายุ ด้วยอายุที่สูงกว่ากลุ่มอื่น ผู้ป่วยกลุ่มนี้ถือได้ว่าเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ระบุนาการของโรคได้ยากที่สุด สืบเนื่องจากสุขภาพพื้นฐานเดิมของผู้สูงอายุจะต้องรับประทานยา ซึ่งอาจจะมีผลข้างเคียงที่ทำให้เกิดการซึมเศร้าได้ อีกส่วนหนึ่งอาจเกิดจากอาการเจ็บป่วย ทางกายภาพที่เป็นอยู่เดิม อาทิ โรคมะเร็ง โรคหัวใจ ฯลฯ ผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าบางราย จึงอาจแสดงอาการด้วยการแสดงอาการ โมโหกับสิ่งแวดล้อม เหนื่อยง่าย นอนหลับยากและมองโลกในแง่ลบ ขณะที่บางส่วนจะมีสภาพสูญเสียความทรงจำหรือที่รู้จักกันทั่วไปว่า “อัลไซเมอร์” เกิดขึ้นสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีประวัติเคยป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในช่วงเด็กหรือหนุ่มสาวมาก่อน จะมีภาวะความเสี่ยงต่อการเป็นซ้ำได้สูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีประวัติเจ็บป่วย

ซึ่งจากการสืบค้นข้อมูลในบทความที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่เขียนโดย นายแพทย์ชินนทร์ สกุลอิสริยาภรณ์ (ออนไลน์, 2561) จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคซึมเศร้า ได้กล่าวไว้ในบทความดังกล่าวว่าเมื่ออายุของมนุษย์เข้าสู่ช่วงวัยที่เรียกว่า “ผู้สูงอายุ” ระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายจะเริ่มเกิดภาวะที่ถดถอยลง โดยเฉพาะระบบการทำงานของประสาทและสมอง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจและอารมณ์ความรู้สึกในผู้สูงอายุ โดยเหตุปัจจัยของอาการซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุบางรายอาจจะไม่ได้เกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง แต่มีเหตุมาจากภาวะแทรกซ้อนของโรคทางกายอื่น ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย และทำให้อาการซึมเศร้าปรากฏขึ้นได้ในภายหลัง ซึ่งลักษณะของผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในลักษณะดังกล่าว ปัจจุบันคิดเป็นร้อยละ 54.5 ของกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุทั้งหมด

ซึ่งจากข้อมูลที่แสดงในบทความดังกล่าว ได้ระบุถึงอาการซึมเศร้าในผู้สูงวัยว่าไม่ได้มีความแตกต่างจากผู้ป่วยในช่วงวัยอื่น แต่ผลกระทบของอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจะมีผลพวงหรือผลกระทบต่ออาการดำเนินของโรคอื่นที่ผู้สูงอายุมีอาการอยู่แล้ว ทำให้ร่างกายอาจได้รับการพักผ่อนที่น้อยเกินไปหรือได้รับสารอาหารที่จำเป็นต่อการฟื้นฟูจากภาวะความอยากอาหารลดลง ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งที่ควรกังวลต่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มากกว่า

สำหรับแนวทางการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ จำเป็นจะต้องอาศัยการดูแลจากบุคคลรอบข้างซึ่งมีหลายแนวทาง อาทิ การพูดคุยเพื่อทำความเข้าใจกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการยอมรับต่อสภาพความเป็นจริงของปัญหาทางด้านสุขภาพ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาได้ทันท่วงที ร่วมกับบุคคลรอบตัวควรทำการสำรวจหรือศึกษาพฤติกรรมความเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุภายในครอบครัว เพื่อไต่ถามและรับทราบถึงความต้องการหรือเหตุปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยรายนั้นได้ อีกทั้งแนวทางการเสริมสร้างสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีอาการโรคซึมเศร้าตามคำแนะนำของแพทย์รายนี้ ได้ให้ทัศนะว่าผู้สูงอายุนั้นควรใช้เวลาในการนอนหลับที่ระหว่าง 5-6 ชั่วโมง ซึ่งถือว่าเป็นระยะเวลาที่เพียงพอต่อการพักผ่อน

แต่สิ่งสำคัญ คือ หลังจากที่สูงอายุตื่นนอนแล้ว ผู้ดูแลควรให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมกลางแจ้งเพื่อสัมผัสแสงแดดหรืออยู่ในห้องที่มีพื้นที่สว่างเป็นระยะเวลาประมาณ 30 นาทีโดยเฉลี่ย เพื่อกระตุ้นการทำงานของระบบนาฬิกาชีวิตให้มีประสิทธิภาพตามความเหมาะสมของช่วงวัย และเมื่อถึงกำหนดการตรวจสุขภาพตามนัดของแพทย์ประจำตัว ผู้สูงอายุควรเข้าพบแพทย์ตามกำหนด เพื่อตรวจสภาพการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ร่วมกับหลีกเลี่ยงการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือเสพสารเสพติดชนิดต่าง ๆ ที่ถือว่าเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ก่อให้เกิดอาการซึมเศร้าได้

ในระบบสาธารณสุขของประเทศไทยในปัจจุบัน จากการทบทวนวรรณกรรมจากมานิช หล่อตระกูล และพิชญา กุศลรักษ์ (2558, หน้า 68-76) ได้ให้ขอบเขตของคำนิยามของกลุ่มโรคจิตเวชว่าเป็นภาวะที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน โดยเป็นภาวะของอาการเจ็บป่วยที่จะแสดงอาการกับอารมณ์ ความนึกคิด ครอบคลุมถึงพฤติกรรม ซึ่งกลุ่มโรคจิตเวชนั้นมีประเภทของอาการและโรคที่ซับซ้อน และมีการจำแนกอาการต่าง ๆ อย่างละเอียดตามอาการเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งในขั้นต้นก่อนที่แพทย์จะวินิจฉัยผู้ป่วยว่ามีความผิดปกติด้วยโรคทางจิตเวชโรคใด จำเป็นต้องใช้หลักการทางการวินิจฉัยโรคของมาเป็นหลักในการระบุผู้ป่วยก่อน ว่ามีความผิดปกติทางจิตเวชหรือไม่ โดยหลักเกณฑ์ที่ใช้อยู่ในปัจจุบันในการระบุผู้ป่วยทางจิตเวช ได้แก่ หลักเกณฑ์การวินิจฉัยและระบุอาการทางจิตเวช (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders: DMS-V) ซึ่งเป็นแนวทางจากสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association: APA) โดยได้ระบุอาการของกลุ่มโรคทางจิตเวชไว้ 4 ข้อ ดังนี้

1) กลุ่มอาการทางจิตเวชจะส่งผลให้เกิดความผิดปกติต่อการนึกคิด การแสดงอารมณ์ที่เหมาะสม รวมถึงพฤติกรรมผิดปกติต่าง ๆ ที่มีความสำคัญในมุมมองของแพทย์ ซึ่งความผิดปกตินั้นมาสาเหตุมาจาก ความบกพร่องหรือผิดปกติ ของการทำงานทางด้านความคิดของร่างกาย กระบวนการทางชีววิทยา สารชีวเคมีในร่างกาย และพัฒนาการของร่างกายที่เป็นไปอย่างไม่เหมาะสม

2) อาการที่เกิดขึ้น จะส่งผลกระทบต่อร่างกายของผู้ป่วยและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป อันเกิดจากความทรمانที่มาจากอาการของโรค ความบกพร่องในการประกอบชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

3) อาการที่เกิดขึ้นต้องไม่เป็นอาการที่บุคคลปกติสามารถเป็นได้ เช่น อาการผิดหวังจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ความโศกเศร้าที่เกิดจากการพลัดพรากจากคนหรือสิ่งของที่เป็นที่รัก

4) พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป อันเป็นผลมาจากมุมมองทางการเมือง ความเชื่อเพศ ปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคลต่อสังคม จะไม่ถือว่าเป็นอาการทางจิตเวช เว้นแต่กรณีที่ปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นมาสาเหตุมาจากความผิดปกติในข้อที่ 1

ซึ่งเกณฑ์ทั้ง 4 ข้อที่ผู้วิจัยได้ศึกษามาจากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น เป็นเพียงเกณฑ์ที่ใช้ระบุว่าบุคคลนั้นเป็นผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติทางจิตเวชเพียงอย่างเดียว แต่ยังไม่ได้เป็นการระบุว่าเกิดความผิดปกติด้วยโรคประเภทใด ซึ่งในการระบุแยกกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นสามารถกระทำได้ด้วยกัน 2 แนวทาง คือ การใช้เกณฑ์การประเมินอาการขององค์การอนามัยโลก (International Classification of Diseases and Health-related Problems: ICD-10) และ เกณฑ์ DSM-V ซึ่งเกณฑ์ทั้งสองมีแนวทางการวินิจฉัยและจำแนกกลุ่มโรคทางจิตเวชที่ใกล้เคียงกัน โดยในส่วนของข้อมูลการจำแนกกลุ่มโรคตามเกณฑ์ DSM-V และ ICD-10 ผู้วิจัยได้แสดงไว้ในภาคผนวกในช่วงท้าย

ในส่วนของคุณลักษณะสำคัญของการจำแนกโรคด้วยเกณฑ์ DSM-V นั้นประกอบด้วยลักษณะสำคัญทั้งสิ้น 5 ลักษณะ ดังนี้

1) เป็นการจำแนกโรคตามอาการที่แสดงกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยไม่ได้จำแนกสาเหตุตามทฤษฎีจิตทฤษฎีหนึ่ง

2) ในการศึกษาและวิจัย อาจใช้การวินิจฉัยโรคด้วยวิธีการอ้างอิงตามเกณฑ์การวินิจฉัยเพื่อให้เกิดความชัดเจนต่อการจำแนก แต่อย่างไรก็ดี ในทางปฏิบัติหรืออาการของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงนั้นอาจมีความเหลื่อมของอาการหลายโรคแสดงอยู่ และไม่ได้ตรงกับเกณฑ์ของแต่ละโรคทั้งหมด รวมถึงในกลุ่มผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเดียวกัน อาจมีการแสดงอาการที่แตกต่างกันออกไปตามแต่ละบุคคล ดังนั้น การวินิจฉัยด้วยเกณฑ์ตามประเด็นจึงเหมาะสมกับการใช้ในกระบวนการวิจัยมากกว่า ขณะที่ในการปฏิบัติงานทางการแพทย์อาจใช้เกณฑ์เป็นแค่แนวทางการรักษาเท่านั้น เพื่อให้เกิดความยืดหยุ่นเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

3) ในเกณฑ์ของ DSM-V จะแสดงการเรียงลำดับของกลุ่มโรคตามช่วงวัย ตั้งแต่วัยเด็ก วัยรุ่น วัยทำงานและกลุ่มผู้สูงวัย ซึ่งโรคที่แสดงตามลำดับจะมีความสอดคล้องกับพัฒนาการของแต่ละช่วงอายุ เพื่อให้เกิดความสะดวกในการวินิจฉัยตามอายุของผู้ป่วย ทำให้การดำเนินงานของแพทย์สะดวกมากยิ่งขึ้น

4) ผลของการวินิจฉัยอันเกิดจากปัจจัยทางด้านวัฒนธรรม ที่จะมีผลต่อการทำงานในการจำแนกอาการ อันแสดงออกจากตัวผู้ป่วยและบุคคลรอบข้าง เช่น มุมมอง ทักษะคิด การยอมรับต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยจากบุคคลรอบข้าง ความเข้าใจและสามารถอธิบายสาเหตุที่มาของโรค การยอมรับของผู้ป่วยต่ออาการของตนเอง การปรับตัวของผู้ป่วยต่อการเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา แรงสนับสนุนจากกลุ่มสังคมและบุคคลรอบข้างที่มีต่อผู้ป่วย

5) เพศของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่กำหนดอาการของโรคได้อีกลักษณะหนึ่ง กล่าวคือโรค Premenstrual Dysphoric Disorder จะมีความเสี่ยงและเกิดขึ้นได้กับเพศหญิงเท่านั้น หรือในกลุ่มผู้ป่วยเพศหญิงที่มีอาการ Bipolar, Depressive Disorder, Anxiety Disorder จะสามารถบรรยาย

อาการที่เกิดขึ้นกับความผิดปกติของตนเองได้ดีกว่าผู้ป่วยเพศชาย รวมถึงการแสดงออกของอาการในแต่ละเพศก็มีความแตกต่างกันออกไป อาทิ อาการสมาธิสั้นในกลุ่มเด็กเพศหญิงจะมีความรุนแรงที่แตกต่างกับเด็กเพศชาย

ซึ่งลักษณะข้างต้นนั้น มีความสำคัญที่ใช้ในการซักถามผู้ที่เข้ารับบริการ เพื่อรับคำปรึกษาหรือคำปรึกษาทางด้านจิตเวช เพื่อให้ผู้ที่ทำหน้าที่วินิจฉัย สามารถรวบรวมข้อมูลจากผู้ที่เข้ารับบริการ ซึ่งจะต้องระบุรายละเอียดข้อมูลที่ได้จากการสอบถาม ดังต่อไปนี้

1) ทราบถึงสาเหตุของการตัดสินใจต่อการเข้าพบแพทย์
2) มองหาอาการผิดปกติของอาการในเบื้องต้น และนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์การวินิจฉัย

3) สอบถามถึงการดำเนินของโรค ตั้งแต่สาเหตุที่มาของอาการที่เกิดขึ้น เหตุการณ์ระหว่างที่เกิดขึ้นก่อนตัดสินใจพบแพทย์ ระยะเวลา ช่วงอายุ หรือในผู้ป่วยบางรายอาจมีการแสดงอาการที่สัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมทางสังคมขณะอยู่ในกระบวนการรับการรักษา

4) ให้มีการวินิจฉัยโรคทางกายแยกออกจากกัน รวมถึงอาการผิดปกติที่มีผลมาจากการใช้เคมีหรือสารเสพติด

5) ให้มีการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชแยกออกจากกัน โดยแยกโรคที่มีอาการทางจิตเวชแยกออกจากความผิดปกติอื่น ที่มีการแสดงอาการที่คล้ายคลึงกัน

โดยในกระบวนการประเมินผู้ป่วย แพทย์หรือผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ตรวจควรให้ความสำคัญต่อความเข้าใจในตัวผู้ป่วยอย่างรอบคอบในประเด็นและแง่มุมต่าง ๆ เพื่อใช้ข้อมูลหรือผลการตัดสินใจที่ได้จากการประเมินนำไปวางแผนในกระบวนการบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการที่ทุเลาลง ซึ่งประเด็นในการประเมินนั้น ประกอบด้วย 5 ประเด็น ดังนี้

1) ใช้อาการของผู้ป่วยเป็นส่วนสำคัญต่อการกำหนดแนวทางการรักษา คือ การให้ยาถือเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดของกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภท ขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาในการปรับตัวให้เข้ากับสังคม (Adjustment Disorder) ควรใช้แนวทางการรักษาด้วยการให้คำปรึกษาหรือการใช้แนวทางการรักษาด้วยจิตบำบัด

2) เข้าถึงประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมากกว่าอาการที่แสดงออก เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะอาจมีความวิตกกังวลและส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความกังวล นอนหลับยาก หดแรงแต่อการดำเนินชีวิตและซึมเศร้า ซึ่งเป็นอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แต่ในประเด็นของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจริงนั้น คืออาการปวดศีรษะ ซึ่งหายแพทย์มุ่งเน้นการรักษาเพื่อบรรเทาอาการซึมเศร้า อาการปวดศีรษะซึ่งเป็นต้นเหตุของความเจ็บป่วยก็จะไม่บรรเทาส่งผลให้การรักษานั้นไม่สามารถบรรลุผลได้

3) ปัจจัยที่มีผลต่อโรค เป็นประเด็นที่แพทย์ควรให้ความสำคัญต่อปัจจัยรอบตัวของผู้ป่วยที่ส่งผลต่อพัฒนาการ บุคลิกภาพ ลักษณะพฤติกรรม การปรับตัว อันนำมาซึ่งอาการที่เกิดขึ้นและการแสดงออกของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้แพทย์มีความเข้าใจผู้ป่วยที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้น

4) แนวทางการรักษาควรมีการวางแผนให้เป็นการรักษาที่ครอบคลุมทั้งการรักษาทางร่างกาย จิตใจ และสังคมไปพร้อมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสุขภาพได้อย่างเหมาะสมตามสภาพของแต่ละบุคคล อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีการมุ่งเน้นการรักษาในแต่ละด้านที่ไม่เท่ากัน อันเป็นสาเหตุของความเป็นปัจเจกบุคคล

5) การพยากรณ์โรค นอกเหนือจากการพยากรณ์ตามรูปแบบการดำเนินเฉพาะโรคแล้ว แพทย์ควรใช้บุคลิกภาพเดิมของผู้ป่วย ความร่วมมือในกระบวนการรักษาทั้งจากผู้ป่วยและญาติในแต่ละกรณีมาเป็นส่วนหนึ่งของข้อมูลต่อการพยากรณ์โรคด้วย

โดยจากการสืบค้นข้อมูลจากวีดิทัศน์ที่เผยแพร่ทางช่อง Chakriwat Vivacharawongse, MD ทางเว็บไซต์ Youtube ซึ่งช่องของสถาบัน Chakriwat Medical Information Center (CMIC) ซึ่งเป็นสถาบันที่มีวิสัยทัศน์เพื่อเผยแพร่ข้อมูลทางด้านสุขภาพจากสหรัฐอเมริกา โดยมีนายแพทย์ จักรวัชร วิวัชรวงศ์เป็นผู้ก่อตั้งและผู้บริหาร อีกทั้งยังเป็นพระโอรสในสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณ บดินทรเทพยวรางกูร ได้อธิบายถึงแนวทางการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของแพทย์ในสหรัฐอเมริกาว่าแพทย์จะให้ความสำคัญกับการประเมินสภาพอาการของผู้ป่วยผ่านทางพฤติกรรมการพักผ่อนและการรับประทานอาหารก่อนในเบื้องต้น โดยอาการที่ปรากฏของผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนมาก คือ ผู้ป่วยจะเก็บตัวและเลี้ยงที่จะพบเจอผู้อื่น ร่วมกับอาการอ่อนเพลียและมีประสิทธิภาพในการใช้สมาธิที่ลดลง ซึ่งอาการในผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการลดระดับความสนใจต่อสิ่งที่คุณเองเคยชอบพอที่เปลี่ยนไปอย่างเห็นได้ชัด โดยในกลุ่มที่มีอาการรุนแรงอาจเกิดความคิดที่จะทำร้ายร่างกาย (Suicidal Idea) เนื่องจากผลกระทบจากการที่ผู้ป่วยลดคุณค่าที่มีต่อตนเอง ทั้งนี้ อาการข้างต้นจะต้องกินระยะเวลามากกว่า 2 อาทิตย์ขึ้นไป แต่อย่างไรก็ดี ในกรณีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เป็นลักษณะในทางตรงข้าม (Atypical Depression) ผู้ป่วยจะมีอาการที่เป็นไปในทิศทางตรงกันข้ามกับอาการของผู้ป่วยซึมเศร้าทั่วไป อาทิ พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มากกว่าปกติ รวมทั้งใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการนอนหลับ ร่วมกับมีพฤติกรรมแสดงออกหรือมีส่วนร่วมต่อสังคมที่ลดลง

แต่อย่างไรก็ดี ในการวินิจฉัยของแพทย์ในต่างประเทศจะไม่ได้สังเกตอาการของผู้ป่วยจากพฤติกรรมหรือการแสดงออกเท่านั้น แต่จะทำการตรวจระดับฮอร์โมนในร่างกายอย่าง “Thyroid-stimulating Hormone” เพื่อแสดงถึงระดับการทำงานในการผลิตฮอร์โมนของต่อมไทรอยด์ เนื่องจากฮอร์โมนนี้เป็นส่วนที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการเผาผลาญพลังงานในร่างกาย

ซึ่งถ้าระดับฮอร์โมนแสดงผลในระดับที่สูงหรือน้อยกว่าปกติก็อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการผิดปกติทางพฤติกรรมของร่างกายที่เกิดขึ้น

ในส่วนต่อไปแพทย์จะต้องทำการตรวจเม็ดเลือดแดง (Hemoglobin) เพื่อการรับเข้าของระดับออกซิเจนที่ใช้ในกระบวนการทำงานของส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งถ้าผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการส่งผ่านออกซิเจนทางเม็ดเลือดแดง ก็อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ส่งผลต่อระบบการทำงานของสมองได้เช่นกัน

อีกทั้งการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือการใช้สารเสพติด ก็ถือได้ว่าเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคซึมเศร้า เนื่องจากสารเคมีในเครื่องดื่มและสารเสพติดจะออกฤทธิ์ต่อระบบโลหิตซึ่งส่งผลต่อการทำงานของเม็ดเลือดแดงและการทำงานของต่อมไทรอยด์ได้เช่นกัน ซึ่งถ้าผู้ป่วยไม่ได้มีพฤติกรรมใช้สารข้างต้น แพทย์ก็สามารถวินิจฉัยได้ว่าเหตุของอาการเกิดจากพฤติกรรมอื่นในการใช้ชีวิตประจำวัน

โดยคำถามที่แพทย์ในต่างประเทศนิยมใช้ในการวินิจฉัยผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าเมื่อเข้ารับการวินิจฉัย คือ “คุณมีความคิดหรือแนวโน้มที่จะทำร้ายร่างกายตนเองหรือไม่” ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีผลกระทบจากอาการของความผิดปกติของร่างกายและความคิด รวมทั้งมีแนวโน้มต่อการทำร้ายร่างกายตนเอง แพทย์จึงวินิจฉัยว่าผู้ป่วยรายนั้นมีอาการของโรคซึมเศร้า (จักรีวัชร วิวัชรวงศ์. ออนไลน์, 2560)

ซึ่งจากข้อมูลที่ได้นำเสนอไป เป็นข้อมูลในส่วนของความสำคัญของการใช้แนวทางการวินิจฉัยเบื้องต้นกับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช และลักษณะเฉพาะของการจำแนกด้วยเกณฑ์ DSM-V รวมถึงประเด็นต่าง ๆ ที่แพทย์ควรให้ความสำคัญต่อการวินิจฉัยกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีกลุ่มโรคแยกย่อยอีกหลายกลุ่ม

โดยสำหรับกลุ่มโรคซึมเศร้า จากการทบทวนวรรณกรรมของ พิชัย อภิภูสกุล และศิริไชย หงษ์สงวนศรี (2558, หน้า 167-187) ได้กล่าวไว้ว่า กลุ่มโรคซึมเศร้านั้นเป็นกลุ่มอาการป่วย ที่มีลักษณะแสดงออกของผู้ป่วย คือ มีความรู้สึกโศกเศร้า หม่นหมอง ขาดเป้าหมายในการดำรงชีวิตต่อไป ในบางรายอาจมีอาการหงุดหงิด โมโห ร่วมกับอาการที่แสดงออกทางร่างกาย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้และมีผลกระทบการใช้ชีวิต ซึ่งจำแนกโรคในกลุ่มซึมเศร้าตามเกณฑ์ DSM-V ออกได้ 4 โรค และแนวทางการวินิจฉัยอาการของแต่ละโรคไว้ ดังนี้

1) Disruptive Mood Dysregulation Disorder (DMDD)

เป็นโรคที่มีความชุกในกลุ่มผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น ผ่านการแสดงออกทางอารมณ์ที่ก้าวร้าว รุนแรงมากกว่าปกติ ทั้งจากการตอบสนองต่อสิ่งยั่ว หรือการใช้พฤติกรรมคำพูดและการแสดงออกต่อคนหรือสิ่งของในกรณีที่เกิดความไม่พอใจ โดยไม่เหมาะสมตามพัฒนาการทางอายุ

โดยอาการดังกล่าวจะดำเนินลักษณะเป็นโรคเรื้อรัง ในเชิงของระบาดวิทยาโรคนี้สามารถพบได้ในกลุ่มเด็กร้อยละ 2-5 และมีอัตราการเกิดโรคในกลุ่มเพศชายมากกว่าเพศหญิงที่สัดส่วน 3:1 ซึ่งในเกณฑ์การวินิจฉัยโรคใช้เกณฑ์ข้อสังเกตทั้งสิ้น 8 ประเด็นด้วยกัน ดังนี้

(1) มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่อสิ่งยั่วยุที่รุนแรงทั้งระดับความรุนแรงและระยะเวลาที่มากกว่าปกติอย่างเห็นได้ชัดอยู่บ่อยครั้ง ผ่านการแสดงออกทางคำพูด และ/หรือพฤติกรรม เช่น ทำร้ายผู้อื่น ทำลายสิ่งของ

(2) ในการแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรงนั้น ไม่สอดคล้องเหมาะสมกับอายุ

(3) มีการระเบิดอารมณ์มากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยเฉลี่ย

(4) ในช่วงที่ไม่มีอาการระเบิดอารมณ์ ผู้ป่วยจะแสดงออกด้วยสีหน้าท่าทาง หรือพฤติกรรมหงุดหงิด อารมณ์เสียหรือโกรธแค้นอยู่เกือบตลอดเวลา

(5) มีการดำเนินของอาการนานกว่า 1 ปีขึ้นไป และในช่วงที่ไม่แสดงอาการนั้น จะกินระยะเวลาไม่เกิด 3 เดือน

(6) ในการระเบิดอารมณ์ 1 ใน 2 ของสถานการณ์ที่เกิดขึ้น จะต้องเป็นเหตุการณ์ที่มีความรุนแรง

(7) ผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 6-18 ปี

(8) ไม่ปรากฏการแสดงอาการของ Mania หรือ Hypomania (อาการของโรคแสดงในภาคผนวก) นานกว่า 1 วัน โดยเหตุของโรคไม่ได้เกิดจากอาการ Major Depressive Disorder หรืออาการอื่นทางจิตเวช หรือเป็นผลมาจากฤทธิ์ของยา สารเสพติดและความเจ็บป่วยทางร่างกาย

2) Major Depressive Disorder

โรคนี้เป็นโรคที่มีการระบาดชั่วชีวิต (Lifetime Prevalence) ในส่วนของประเทศไทยพบการระบาดของโรคในกลุ่มเพศหญิงสูงกว่าเพศชายที่อัตราส่วน 1.6:1 โดยปรากฏพื้นที่ความชุกของโรคสูงสุดในประเทศ คือ พื้นที่กรุงเทพมหานคร ลักษณะของอาการสามารถแสดงออกได้หลายรูปแบบ ทั้งอาการด้านอารมณ์ที่หดหู่ เศร้าหมอง ผู้ป่วยจะรู้สึกอ่อนไหวต่อสิ่งรอบตัวได้ง่าย เกิดความเบื่อหน่ายต่อการใช้ชีวิต ไร้ความสดชื่น โดยอาการข้างต้นจะเกิดขึ้นเกือบทั้งวันและมีระยะเวลาของการแสดงอาการนานกว่า 2 สัปดาห์ ขณะที่อาการด้านความผิดปกติทางร่างกายแสดงออกผ่านทางพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เปลี่ยนไป เช่น รู้สึกขาดพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวันนอนไม่หลับหรือหลับได้ยากกว่าเดิม รับประทานอาหารน้อยลงส่งผลให้น้ำหนักตัวลดลง หรือในทางตรงข้ามบางรายอาจรับประทานอาหารและนอนมากกว่าพฤติกรรมปกติ รวมถึงอาการประจำเดือนมาไม่ปกติ ซึ่งเกิดได้ในกลุ่มผู้ป่วยเพศหญิง อาการด้านทักษะพิสัย (Psychomotor)

ที่เปลี่ยนไป เช่น พฤติกรรมทางด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่ลดน้อยหรือซาลง ทั้งความคิด การพูด การเคลื่อนไหวร่างกาย สามารถอยู่เฉยได้เป็นระยะเวลาานเกินควร หรือแม้แต่ในทางตรงข้าม ในผู้ป่วยบางรายอาจแสดงออกด้วยอาการอยู่ไม่นิ่ง มีการลุกเดินไปมา หรือรู้สึกกระสับกระส่าย และอาการด้านสุดท้ายของโรคนี้ คือ อาการด้านการรับรู้ แสดงอาการโดยผู้ป่วยจะมีความสามารถในการใช้สมาธิที่ลดน้อยลง มีพฤติกรรมเหม่อลอย คิดซ้ำ ขาดความสามารถในการตัดสินใจยับยั้ง ขาดความสามารถในการใช้ความทรงจำระยะสั้น ไม่มีความมั่นใจต่อตนเอง ซึ่งเป็นผลให้กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการข้างต้น มองว่าตนเองเป็นบุคคลที่ไม่มีความสำคัญต่อคนรอบข้าง และในกรณีที่เกิดความผิดพลาดขึ้นผู้ป่วยจะคิดว่าตนเองเป็นสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยอาจมีความคิดก่อเหตุทำร้ายร่างกาย หรือฆ่าตัวตายได้ในที่สุด โดยเกณฑ์ที่ใช้การวินิจฉัยโรค Major Depressive Disorder นั้นประกอบไปด้วยเกณฑ์ 3 ประเด็นหลัก และมีข้อตระหนัก คือ ผู้ป่วยต้องไม่เคยมีประวัติของอาการ Mania หรือ Hypomania มาก่อน

(1) มีการแสดงตามอาการต่อไปนี้ อย่างต่ำ 5 อาการ และต้องมีอาการข้อที่ 1 หรือ 2 รวมด้วยหนึ่งข้อ โดยมีระยะเวลาการแสดงอาการมาแล้วไม่ต่ำกว่า 2 สัปดาห์

(1.1) รู้สึกเศร้าทั้งวัน

(1.2) ความสนใจต่อสิ่งรอบตัว รวมถึงความสุขต่อสิ่งที่เคยให้ความสนใจ ลดลงอย่างเห็นได้ชัด

(1.3) รับประทานอาหารน้อยลงหรือมากกว่าปกติ มีความเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวที่ชัดเจนมากกว่า ร้อยละ 5 ภายในระยะเวลา 1 เดือน

(1.4) นอนไม่หลับ หรือนอนมากกว่าปกติ

(1.5) มีอาการทางด้านทักษะพิสัย คือ นิ่งเฉย เฉื่อยชา หรือ กระวนกระวาย ไม่สามารถอยู่กับที่

(1.6) รู้สึกอ่อนเพลีย ไร้พลังกำลัง หดแรงแรง

(1.7) มีความทัศนคติทางลบต่อตัวเอง คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า หรือโทษตัวเองกับเหตุการณ์ที่ผิดพลาดมากกว่าปกติ

(1.8) ขาดทักษะในการใช้สมาธิและการตัดสินใจ

(1.9) คิดถึงการฆ่าตัวตาย หรือพยายามก่อเหตุฆ่าตัวตาย

(2) ผู้ป่วยเกิดความทรมานจากอาการที่เกิดขึ้น และส่งผลให้การดำเนินชีวิตประจำวันบกพร่องกว่าที่เคยเป็น ทั้งการทำงาน การเข้าสังคมร่วมกับบุคคลอื่น

(3) สาเหตุไม่ได้เกิดจากความเจ็บป่วยทางร่างกาย หรือมีประวัติการใช้สารเสพติดของผู้ป่วย

นอกเหนือจากการวินิจฉัยเฉพาะอาการของ โรคซึมเศร้าประเภท MDD โรคซึมเศร้ากลุ่มนี้ สามารถจำแนกย่อยตามลักษณะของอาการตามช่วงของผู้ป่วยได้อีก 7 กลุ่ม ดังต่อไปนี้

(1) กลุ่มแสดงออกด้วยความเครียด (With Anxious Stress) ผู้ป่วยมักมีความกังวลหรือกลัวต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดในอนาคต หรืออาจมีประสิทธิภาพในการควบคุมตนเองลดลง ระยะเวลาของโรคประเภทนี้ส่วนใหญ่จะมีอาการของโรคมานานเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้การตอบสนองต่อการรักษาต่ำ และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง

(2) กลุ่มอาการผสม (Mixed Features) ผู้ป่วยมีแสดงอาการของโรค Mania หรือ Hypomania ร่วมด้วยอย่างต่ำ 3 อาการ แต่ไม่ยังไม่รุนแรงจนเข้าตามเกณฑ์ของการวินิจฉัยโรคทั้งสองข้างต้น

(3) กลุ่มแสดงอาการเศร้า (Melancholic Features) ผู้ป่วยมักแสดงออกว่าเบื่อหน่ายต่อสิ่งรอบตัว น้ำหนักตัวลดลง ส่วนใหญ่ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะตื่นเช้ากว่าปกติ และแสดงอาการในช่วงเวลาเช้าของวันมีการเคลื่อนไหวร่างกายหรือการแสดงออกทางการพูดที่ช้าหรือไม่แสดงเลย รวมทั้งผู้ป่วยมักมีความรู้สึกผิดหรือมูมมองแง่ลบต่อตนเอง ซึ่งส่งผลต่อการก่อเหตุฆ่าตัวตายได้ในกรณีที่โรคมีอาการรุนแรง

(4) กลุ่มอาการทางจิต (Psychotic Features) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการประสาทหลอนหลงผิด เกิดจากความรู้สึกผิดต่อตนเองหรือความคิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า

(5) กลุ่มลักษณะผิดปกติ (Atypical Features) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการแสดงของโรคที่แตกต่างจากกลุ่มก่อนหน้า คือ รับประทานอาหารมากกว่าปกติ ส่งผลให้มีน้ำหนักตัวมากขึ้น นอนมาก โดยในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เมื่อถูกการปฏิเสธจะเกิดความรู้สึกอ่อนไหวได้ง่ายกว่าปกติ โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถพบได้ตั้งแต่วัยเด็ก รวมถึงมีโรคอื่นร่วมด้วย อาทิ Panic Disorder, Somatization Disorder หรือมีประวัติการใช้ยาเสพติด

(6) กลุ่มลักษณะเคลื่อนไหวผิดปกติ (Catatonic Features) ผู้ป่วยจะมีอาการเคลื่อนไหวตัวน้อยและช้าลงอย่างเห็นได้ชัด มีการแสดงออกทางสีหน้าน้อยกว่าปกติ โดยที่อาการข้างต้น สามารถพบได้ในโรคจิตเวชประเภทอื่น และโรคทางกายได้เช่นกัน

(7) กลุ่มระหว่างภาวะตั้งครรภ์ (Peripartum Onset) เป็นกลุ่มที่แสดงออกทางอาการวิตกกังวล หรือมีอาการทางจิตอื่นร่วมด้วย เกิดขึ้นได้เฉพาะกลุ่มเพศหญิง ที่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ หรือหลังคลอดในระยะเวลาไม่เกิน 4 สัปดาห์

3) Persistent Depressive Disorder (Dysthymia)

อาการของโรคนี้คือผู้ป่วยมีอาการเศร้าตลอดวัน โดยมีระยะเวลาดำเนินของโรคอย่างน้อย 2 ปี ซึ่งแบ่งได้เป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มที่มีอาการของโรค Major Depressive Disorder

เป็นระยะเวลา 2 ปี และอีกกลุ่ม คือ กลุ่มที่แสดงอาการของโรคซึมเศร้าชนิดต่าง ๆ แต่มีความรุนแรงของอาการที่ต่ำกว่า ซึ่งมีการดำเนินของโรคที่เป็นระยะเวลานาน อาการที่พบจะเป็นอาการทางด้านอารมณ์ ความคิด ผู้ป่วยจะมีทัศนคติต่อสิ่งรอบตัวในแง่ลบ มีอาการเบื่อหน่าย ท้อแท้ต่อการใช้ชีวิต คิดว่าตนเองเป็นสาเหตุของความผิดต่าง ๆ ส่วนใหญ่พัฒนาการของโรคจะค่อย ๆ แสดงอาการตั้งแต่อายุยังน้อย เป็นลักษณะของโรคเรื้อรัง มีอาการขึ้นลงเป็นช่วง ๆ ใช้ระยะเวลาของโรกระหว่าง 2-20 ปี ซึ่งตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคประกอบด้วย 6 ประเด็นหลักในการวินิจฉัย ได้แก่

- (1) มีอารมณ์เศร้าหมองเกือบตลอดเวลา ซึ่งต้องเป็นมากกว่า 2 ปีขึ้นไป ในกลุ่มของเด็กและวัยรุ่นอาจมีอาการหงุดหงิด โมโหร้ายร่วมด้วย ซึ่งมีระยะเวลาดำเนินอาการอย่างน้อย 1 ปี
- (2) ในช่วงที่มีอาการซึมเศร้า ผู้ป่วยต้องมีอาการดังต่อไปนี้ อย่างน้อย 2 อาการขึ้นไป
 - (2.1) รับประทานอาหารน้อยลงหรือมากกว่าปกติ
 - (2.2) นอนไม่หลับหรือนอนมากจนเกินไป
 - (2.3) ไม่มีแรง
 - (2.4) ขาดความเชื่อมั่นต่อตนเอง
 - (2.5) ประสิทธิภาพในการใช้สมาธิและการตัดสินใจลดลง
 - (2.6) เกิดความรู้สึกท้อแท้
- (3) หากมีช่วงที่อาการหายไปจะมีระยะเวลาของอาการที่ดีขึ้นไม่เกิน 2 เดือนในรอบ 2 ปีหรือ 1 ปีสำหรับผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น
- (4) อาจมีอาการของ Major Depressive Disorder ร่วมด้วยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 2 ปี

(5) ด้วยลักษณะของอาการของโรค ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมที่ผิดปกติส่งผลกระทบต่อประกอบอาชีพหรือการเข้าร่วมสังคม หรือพฤติกรรมในชีวิตประจำวันที่เปลี่ยนไปมากกว่าปกติ

(6) อาการข้างต้นไม่ได้มีสาเหตุจากโรคทางร่างกาย หรือประวัติการใช้สารเสพติด

4) Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD)

เป็นอาการที่เกิดขึ้นเฉพาะกลุ่มเพศหญิงช่วงก่อนการมีประจำเดือน โดยแสดงอาการรุนแรงที่สุดในช่วงใกล้กำหนดการมีประจำเดือนและอาการจะทุเลาลงเมื่อหมดช่วงการมีประจำเดือน ลักษณะของอาการจะแสดงออกผ่านทางอารมณ์ที่อ่อนไหว มีอารมณ์หงุดหงิด วิตกกังวลจนส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต ซึ่งโรคนี้สามารถพบได้ที่อัตราร้อยละ 1.8-5.8 ในกลุ่มหญิงมีประจำเดือน โดยเกณฑ์การวินิจฉัยโรคแบ่งออกเป็น 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

(1) ก่อนมีประจำเดือน 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยต้องมีอาการดังต่อไปนี้ 5 อาการ โดยอาการจะทุเลาลงภายในระยะเวลา 2-3 วัน หลังมีประจำเดือน และค่อย ๆ หายไปหลังหมดประจำเดือนไม่เกิน 1 สัปดาห์

(2) ผู้ป่วยจะมีอาการต่อไปนี้ อย่างน้อย 1 อาการ

- (2.1) ขาดความเสถียรของอารมณ์
- (2.2) อ่อนไหว อารมณ์ขึ้นลง หรือมีปัญหาเกี่ยวกับบุคคลอื่น
- (2.3) มีความรู้สึกเศร้าโศก สิ้นหวัง หรือมองตนเองในแง่ลบ
- (2.4) มีความกังวล เครียด และ/หรือ ตื่นเต้น

(3) มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 1 อาการ เพิ่มเติมในข้อที่ (2)

- (3.1) ให้ความสนใจส่งรอบตัวลดลง
- (3.2) ขาดสมาธิ
- (3.3) อ่อนล้า ไม่มีแรง
- (3.4) รับประทานอาหารมากขึ้น และมีอยากอาหารบางประเภท
- (3.5) นอนไม่หลับ หรือนอนมากกว่าปกติ
- (3.6) รู้สึกว่าตนเองกำลังเผชิญปัญหามากกว่าปกติ และไม่สามารถควบคุมหรือ

แก้ไขปัญหานั้นได้

ทั้งนี้ จากที่ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมยังมีการแบ่งประเภทของโรคซึมเศร้า ออกทั้งตามสภาพอาการ บัณฑิตยาระดับที่ก่อให้เกิดอาการ และความรุนแรงของโรคสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ (บุญยกภพ สิทธิพรอนันต์, 2550) ที่ให้ทัศนะต่อประเภทของโรคซึมเศร้าว่า เท่าที่พบโดยส่วนมากในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะมีอาการ “โรคซึมเศร้าประเภทรุนแรง หรือ (Major Depression Disorder)” มากกว่าประเภทที่รุนแรงกว่าที่เรียกว่า “โรคซึมเศร้าประเภทเมลาโงคิก (Melancholic Depression)” ซึ่งเป็นอาการที่มีอาการรุนแรงกว่าโดยผู้ป่วยจะไม่มีการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งเร้าที่สามารถสร้างความพึงพอใจได้โดยสิ้นเชิง รวมถึงจะสูญเสียความรู้สึกสนใจต่อกิจกรรมต่าง ๆ ในเชิงบวกที่เกิดขึ้นรอบตัว ขณะเดียวกันหากย้อนกลับไปศึกษาอาการซึมเศร้าประเภทรุนแรงซึ่งมีอาการที่ทุเลากว่า ก็สามารถจำแนกประเภทของอาการซึมเศร้าออกย่อยได้อีกทั้งสิ้น 5 ประเภทด้วยกัน ดังนี้

(1) โรคจิตอารมณ์ซึมเศร้า (Psychotic Depression) อาการของประเภทนี้ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกผิดต่อตนเองจนไม่สามารถให้อภัยได้ โดยมีอาการประสาทหลอน หูแว่วพร้อมด้วยอารมณ์โศกเศร้า ซึ่งอาการประเภทนี้มีความเสี่ยงต่อการก่อเหตุทำร้ายร่างกายมากที่สุด

(2) โรคซึมเศร้าแบบ (Atypical Depression) ผู้ป่วยจะแสดงอาการความต้องการทางกายภาพมากกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าปกติ กล่าวคือ ผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้า ขาดความร่าเริงในสนใจการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ แต่จะมีพฤติกรรมในการรับประทานอาหารและนอนหลับที่มากกว่าคนปกติ ซึ่งสวนทางกับผู้ป่วยซึมเศร้าทั่วไป ส่วนใหญ่แล้วอาการประเภทนี้ จะพบในกลุ่มผู้ป่วยตั้งแต่ช่วงวัยรุ่น โดยจะมีลักษณะอาการป่วยที่เรื้อรัง อันเป็นสาเหตุมาจากความรู้สึกที่ถูกกระทบกระเทือนจากความผิดหวัง ทั้งจากการถูกปฏิเสธอย่างรุนแรง หรือประสบเหตุที่ไม่เป็นไปตามที่ตนเองต้องการ

(3) โรคซึมเศร้าประเภทอ่อนแอแต่เรื้อรัง (Dysthymia) โรคประเภทนี้ผู้ป่วยจะไม่ทราบว่าตนเองมีอาการซึมเศร้า เพราะอย่างรุนแรงแบบเฉียบพลัน แต่จะเริ่มรู้สึกว่าคุณมีอาการผิดปกติเพียงเล็กน้อยและจะทวีความรุนแรงขึ้นภายในระยะเวลาอย่างต่ำ 2 ปี ผู้ป่วยประเภทนี้จะมีอาการขาดความสุขตลอดเวลาอันเป็นผลมาจากความกังวลต่อการทำงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยจะมูมานะทำงานหรือภาระกิจของตนเองตลอดเวลาจนไม่มีเวลาสำหรับพักผ่อนหรือปฏิเสธที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบตัว สิ่งที่น่ากังวลของผู้ป่วยประเภทนี้คือหากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา อาการดังกล่าวจะมีแนวโน้มที่จะพัฒนาก่อตัวเป็นโรคซึมเศร้ารุนแรงต่อไป หรือในบางรายอาจเข้าสู่ภาวะซึมเศร้าซ้ำซ้อน (Double Depression) ซึ่งยากต่อการรักษา และโดยส่วนใหญ่จะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ในทางตรงกันข้ามอาการจะทวีความรุนแรงขึ้นกว่าเดิม

(4) โรคซึมเศร้าประเภทมีอารมณ์แปรปรวน (Bipolar Disorder) โรคซึมเศร้าประเภทนี้ผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้าสลับกับร่าเริงเป็นช่วง และในระหว่างช่วงที่สลับอารมณ์จะมีอาการปกติหรือเกือบปกติขึ้นกลางอยู่ในระยะเวลาชั่วคราว แล้วจึงกลับมาเข้าสู่ช่วงซึมเศร้าเป็นระยะเวลาประมาณ 6-9 เดือนอาการซึมเศร้ารูปแบบนี้ในผู้ป่วยบางรายสามารถเกิดขึ้นซ้ำเป็นรอบได้ถึง 4 รอบภายในระยะเวลา 1 ปีขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการในแต่ละบุคคล ซึ่งในช่วงที่แสดงอาการร่าเริงนั้นผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรม ที่แปลกไปจากโรคซึมเศร้าประเภทอื่น กล่าวคือ ผู้ป่วยจะเปลี่ยนบุคลิกเป็นคนที่มีพลังกำลังเพิ่มขึ้น เชื่อมมั่นในตนเองสูงขึ้นรู้สึกว่าคุณมีอำนาจ ตัดสินใจได้อย่างรวดเร็ว ประกอบกับมีความกล้ามากกว่าคนทั่วไป อารมณ์ส่วนมากของผู้ป่วยนั้นจะขึ้นลงอย่างรวดเร็วและแปรปรวนทั้งอารมณ์ดีและอารมณ์ร้าย โกรธง่ายหายเร็ว ในบางรายอาจมีการแสดงออกที่นำกลัว ขอบขี้ขลาดหรือก้าวร้าว รวมถึงมีการใช้สารเสพติดเข้าร่วมด้วย

ด้วยพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปในช่วงที่ผู้ป่วยมีอารมณ์ขึ้นนั้น ถือได้ว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อบุคคลรอบตัวและตนเองได้ อันเนื่องมาจากการตัดสินใจที่รวดเร็ว ผู้ป่วยอาจจะสร้างความเสียหายทั้งในด้านของทรัพย์สิน หรือทำร้ายผู้อื่นหรือตนเองได้

(5) โรคซึมเศร้าประเภทตามฤดูกาล (Seasonal Affective Disorder: S.A.D.) เป็นอาการซึมเศร้าที่พบได้น้อยมากในประเทศไทยแต่จะพบในต่างประเทศที่มีฤดูกาลที่อากาศครึ้ม แดดอ่อน อุณหภูมิต่ำ ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมเหมือนโรคซึมเศร้าทั่วไป เช่น ความต้องการทางเพศลดลง ไม่มีแรงขับในการดำเนินชีวิต พยายามหลีกเลี่ยงสังคม นอนไม่หลับหรือหลับมากกว่าคนทั่วไป จนส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยอาการดังกล่าวจะแสดงอาการอยู่ประมาณ 5 เดือน

จากที่กล่าวไปเห็นได้ว่าโรคซึมเศร้านั้น มักมีอาการหลักที่แสดงออกในผู้ป่วย คือ ตกอยู่ในอารมณ์โศกเศร้า หม่นหมอง หดหู่ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมอื่น ๆ ที่จะตามมาภายหลัง ขึ้นอยู่กับประเภทของโรคที่แตกต่างกันไป แต่อย่างไรก็ตามโรคซึมเศร้าก็มีอิทธิพลต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและสามารถสร้างผลกระทบในเชิงลบได้ตั้งแต่หน่วยทางสังคมขนาดเล็กอย่างครอบครัว ไปจนถึงผลกระทบขนาดใหญ่ในระดับสังคมได้

สำหรับแนวทางการรักษาโรคซึมเศร้าโดยแพทย์ทางหลัก (Conventional Treatment) ที่ใช้อยู่ในปัจจุบันจากการทบทวนวรรณภายในประเทศของ พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย อาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ สายฝน เอกวารงกูร อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ได้เสนอแนวทางบำบัดรักษาทางใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในสถานพยาบาลด้วยกัน 3 แนวทางหลัก (พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553, หน้า 18-23; สายฝน เอกวารงกูร, 2553, หน้า 98-116) ดังนี้

(1) แนวทางการรักษาทางด้านชีวภาพหรือยา (Biological or Medicine Treatment) คือ แนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยด้วยการใช้ยาแผนปัจจุบัน (Psychopharmacotherapy) ซึ่งแนวทางการรักษาด้วยกลุ่มยาด้านเศร้า หรือ Antidepressants จะประกอบไปด้วยยาหลายกลุ่มด้วยกัน ซึ่งในแต่ละกลุ่มนั้นจะมีคุณสมบัติด้านผลการออกฤทธิ์ที่ไม่ต่างกันนัก แต่ความแตกต่างจะขึ้นอยู่กับผลข้างเคียงของยา ระยะเวลาของการกระจายและสลายตัว กลไกการออกฤทธิ์ ปฏิกริยาของยาด้านเศร้ากับกลุ่มยาดูอื่น รวมถึงความสะดวกในการเพิ่มหรือลดขนาดของยาและการหยุดยา โดยปกติร่างกายของผู้ป่วยจะแสดงผลการใช้ยาด้านเศร้าหลังจากการรับยาครั้งแรกประมาณ 20-30 วัน หรือในรายที่ไม่แสดงอาการอาจเกิดจากการจ่ายยาที่มีขนาดต่ำเกินไปหรืออาจจะใช้ระยะเวลาที่ไม่เพียงพอ เวลาที่เหมาะสมสำหรับการตอบสนองฤทธิ์ของยานั้นอยู่ระหว่าง 30-40 วัน สำหรับกลุ่มยาด้านเศร้านั้น ประกอบด้วยกันทั้งสิ้น 5 กลุ่มย่อยที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

(1.1) Serotonin-Specific Reuptake Inhibitors (SSRIs)

เป็นยาในกลุ่มด้านเศร้าที่ใช้งานอย่างเป็นทางการเป็นที่นิยม เนื่องจากมีขนาดเม็ดไม่ใหญ่มาก และใช้เพียงครั้งละเม็ดเท่านั้น จึงสะดวกกับผู้ป่วยต่อการรับประทาน รวมทั้งยากลุ่มนี้มีความปลอดภัยสูง และมีผลข้างเคียงที่ต่ำ สามารถใช้ได้ในกลุ่มผู้ป่วยเด็ก สูงอายุ และสตรีมีครรภ์ ซึ่งยากลุ่มนี้

ประกอบด้วย Citalopram, Escitalopram, Fluoxetine, Fluvoxamine, Paroxetine และ Sertraline ซึ่งจะออกฤทธิ์ด้วยการยับยั้งการดูดกลับของสาร Norepinephrine หรือ Dopamine ในระดับต่ำ ขณะที่ยาอีก 2 สูตรอย่าง Citalopram และ Escitalopram มีคุณสมบัติเฉพาะต่อการยับยั้งการดูดซึมสาร Serotonin ได้ดีกว่า

อย่างไรก็ตามผลข้างเคียงของยากลุ่มนี้ที่พบได้ในผู้ป่วยบางรายในช่วงของการรับยาช่วงแรกมักเกิดอาการ คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายท้อง ปวดหรือวิงเวียนศีรษะ นอนไม่หลับหรือง่วงนอน เชื่องซึม สมรรถนะทางเพศลดลง และอาการข้างเคียงที่สำคัญคือ Extrapyrarnidal เช่น อาการอยู่ไม่นิ่ง มือสั่น อันเกิดจากผลการทำงานของยาต่อการยับยั้งการทำงานในส่วนของสมองที่ควบคุมการเคลื่อนไหว และอาจมีอาการ Anticholinergic Effects ที่พบได้บ่อยร่วมด้วย เช่น ปวดศีรษะ คอแห้ง ปากแห้ง ขับถ่ายไม่ปกติ ขณะที่ผลข้างเคียงต่อการมองเห็นที่พบบ่อยอาจจะมีได้ไม่บ่อยนัก ซึ่งผู้ป่วยสามารถลดอาการข้างเคียงเหล่านั้นได้ด้วยการดื่มน้ำตามในปริมาณที่มากกว่าปกติ เพื่อเพิ่มปริมาณน้ำในร่างกายและเจือจางสารเคมีจากยาที่อยู่ในกระแสโลหิต

(1.2) Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitors (SNRIs)

ยากลุ่มนี้เป็นยาที่ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการดูดกลับของต่อสาร Serotonin และ Norepinephrine โดยตรงทำให้เห็นผลของการออกฤทธิ์ที่เร็วกว่ายากลุ่มอื่น ซึ่งจะเริ่มเห็นผลในระยะเวลา 2 สัปดาห์หลังได้รับยา ซึ่งโดยทั่วไปยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Venlafaxine

โดยผลข้างเคียงที่อาจแสดงได้ในกลุ่มผู้ที่รับยาทั่วไป คืออาการความดันเลือดสูงขึ้น และในกลุ่มผู้ที่รับยาที่มีขนาดสูง มักจะแสดงอาการ คลื่นไส้ ความอยากอาหารลดลง ไม่สามารถอยู่นิ่ง ปากแห้ง คอแห้ง มีความผิดปกติในการขับถ่าย ตาพร่าและสมรรถนะทางเพศลดลง ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยได้ที่รับยานี้จำเป็นต้อง หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่มีความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุ อย่างการขับขี่ยานพาหนะ หรือทำงานใกล้เครื่องจักร รวมถึงเมื่อมีอาการเวียนศีรษะก็ควรนอนพัก โดยทันที อันเป็นผลจากฤทธิ์การกดประสาทของยา

(1.3) Tricyclic และ Tetracyclic Antidepressants (TCAs)

ที่มาของชื่อ Tricyclic มาจากองค์ประกอบทางโครงสร้างของโมเลกุล 3 วง ซึ่งยากลุ่มนี้ประกอบไปด้วย Amitriptyline, Nortriptyline, Clomipramine และ Imipramine เป็นกลุ่มยาที่ใช้เป็นต้นแบบของยาด้านเศร้ากลุ่มอื่นในปัจจุบัน ซึ่งใช้ได้ดีในกลุ่มของผู้ป่วยที่มีอาการ นอนไม่หลับ มีความอยากอาหารต่ำ อ่อนแรง ขาดสมาธิ รู้สึกว่าตนไม่มีคุณค่า โดยในกลไกการออกฤทธิ์ของยา จะเข้าไปทำการยับยั้งการดูดกลับของสาร Serotonin และ Norepinephrine พร้อมทั้งมีผลต่อการเพิ่มตัวของ Postsynaptic Receptors หรือสารสื่อประสาททำให้ผู้ป่วยเมื่อได้รับยาแล้วจะมีอาการดีขึ้น ภายใน 2-4 สัปดาห์

แต่ด้วยผลข้างเคียงที่ค่อนข้างมากจากการใช้ยาในกลุ่มนี้ อาทิ ง่วงนอน ปากคอแห้ง ตาพร่า ปัสสาวะติดขัด ท้องผูก ควบคุมร่างกายได้ไม่ดีเท่าที่ควร น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น และหากมีการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างรวดเร็ว เช่น การลุกขึ้นหรือนั่งลงทันทีอาจมีอาการหน้ามืด อันเป็นผลจากความดันโลหิตที่ลดลง รวมถึงฤทธิ์ของยาส่งผลต่อระบบการทำงานของหัวใจที่อาจเกิดการเต้นผิดปกติ ซึ่งก่อนจ่ายยาต้องทำการตรวจสอบประวัติผู้ป่วยหรือสภาวะการทำงานของหัวใจก่อน อีกทั้งยาในกลุ่มนี้ค่อนข้างมีปฏิริยากับยากลุ่มอื่นมาก อย่างยากลุ่ม MAOIs เพราะหากรับยาทั้งสองกลุ่มพร้อมกันเกิดปฏิกิริยาเสริมระหว่างกลุ่มยาที่มีความรุนแรง จึงต้องควบคุมการจ่ายยาให้เป็นไป ด้วยความรอบคอบ

กลุ่มผู้ป่วยที่ควรหลีกเลี่ยงยาในกลุ่มนี้ คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะต่อหินเนื่องจากยาจะส่งผลต่อความดันภายในลูกนัยตา ทำให้เกิดอาการตามัว หรือม่านตาขยายมากจนเกินไป กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการลูกหมากโตและกลุ่มสตรีมีครรภ์ที่มีอายุครรภ์ไม่เกิน 3 เดือนรวมทั้งมารดาที่อยู่ระหว่างช่วงให้นมบุตร

(1.4) Noradrenergic และ Specific Serotonergic Antidepressants (NaSSa)

ยาในกลุ่มนี้คือ Mirtazapine มีกลไกการออกฤทธิ์โดยการต่อต้าน Presynaptic Alpha 2 และ Adrenergic Receptor ซึ่งทำหน้าที่ดูดกลับสาร Serotonin และ Norepinephrine ทำให้สารทั้งสองตัวสามารถเข้าไปทำงานในส่วนของการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้ปกติ นอกจากนี้ฤทธิ์ของยาในกลุ่มนี้ยังออกฤทธิ์ควบคุมการทำงานของ 5-HT₂ และ 5-HT₃ ซึ่งเป็นสารที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลในกลุ่มผู้ป่วย ขณะที่ 5-HT_{1A} ซึ่งมีหน้าที่สร้างสาร Serotonin จะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเมื่อร่างกายได้รับยาในกลุ่มนี้เข้าไป ผลของการทำงานของยาในกลุ่มนี้ คือ ช่วยลดอาการวิตกกังวลลง ทำให้ผู้ป่วยหลับได้ง่าย และเจริญอาหารยิ่งขึ้น ซึ่งอาจมีผลให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตามทั้งจากพฤติกรรมในการรับประทานอาหารที่มากขึ้นและอีกส่วนหนึ่งมาจากฤทธิ์ของยาที่มีผลต่อการลดการผลิต Metabolism ซึ่งเป็นสารที่ช่วยกระตุ้นระบบเผาผลาญพลังงานในร่างกาย

สำหรับผลข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้ ประกอบด้วย อาการง่วงซึม อยากอาหารเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตลดลง แต่ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นในระบบหัวใจและหลอดเลือดนั้น มีอัตราการเกิดน้อยกว่ายากลุ่มอื่น รวมทั้งยังมีปฏิริยาค่าเมื่อรับประทานร่วมกับยากลุ่มอื่น จึงสามารถใช้ได้กับผู้ป่วยและผู้สูงอายุและผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการทำงานของหัวใจ

(1.5) Monoamine Oxidase Inhibitors (MAOIs)

ยาในกลุ่มนี้คือ Moclobemide มีกลไกการออกฤทธิ์โดยทำหน้าที่ยับยั้งการทำงานของ Monoamine Oxidase ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่ทำหน้าที่ย่อยสลาย Serotonin และ Norepinephrine ทำให้ปริมาณของ Serotonin และ Norepinephrine นั้นมีปริมาณเพิ่มขึ้น จึงถือว่ายาในกลุ่มนี้เป็นยาที่

ออกฤทธิ์ได้เร็ว เหมาะสมต่อการใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการวิตกกังวลแบบเฉียบพลัน รวมถึงผู้ป่วยที่มีอาการหวาดกลัวและแสดงออกทางร่างกาย

ซึ่งผลข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้อาจเกิดขึ้นได้ในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มี Tyramine ในปริมาณสูง เช่น เนยแข็ง เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน ไวน์ อาหารประเภทหมักดองหรือรมควัน ทำให้เกิดอาการความดันโลหิตสูงขึ้น ส่งผลให้เกิดอาการต่าง ๆ เช่น น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ รวมทั้งสมรรถนะทางเพศลดลง ในกลุ่มที่มีอาการรุนแรงอาจจะมีอาการเส้นโลหิตในสมองแตกและเสียชีวิตได้ ผู้รับยาในกลุ่มนี้จึงต้องใส่ใจกับการเลือกรับประทานอาหารเป็นพิเศษ

(2) การใช้ไฟฟ้าในการรักษา (Electroconvulsive Therapy: ECT)

เป็นแนวทางการรักษาที่จิตแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญมักเลือกใช้เป็นวิธีสุดท้ายหรือในกรณีจำเป็น เนื่องจากการรักษาด้วยวิธีนี้ ใช้การปล่อยกระแสไฟฟ้าเข้าไปกระตุ้นการทำงานของสมองในส่วนที่มีความผิดปกติส่งผลกระทบต่อสมองโดยตรง เพื่อให้กระแสไฟฟ้าเข้าไปทำการปรับสมดุลของสารเคมีในสมอง ถึงแม้ว่าการรักษาด้วยการใช้ไฟฟ้านั้นจะเห็นผลทันทีหลังจากให้การรักษา แต่ก็มักจะเลือกใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงเท่านั้น เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีแนวโน้มหรือความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง กลุ่มผู้ป่วยที่มีการแสดงออกรุนแรงและต้องการจะทำร้ายผู้อื่นหรือมีพฤติกรรมหวาดระแวง เห็นภาพหลอน กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการเคลื่อนไหวไม่เป็นปกติ และกลุ่มผู้ป่วยที่เคยผ่านการรับยาแล้วแต่ไม่มีการตอบสนองกับฤทธิ์ของยา

โดยความถี่ในการให้การรักษาอยู่ที่ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งอาการจะดีขึ้นหลังได้รับการบำบัดไปเป็นระยะเวลา 6-12 ครั้ง แต่อย่างไรก็ตาม การรักษาด้วยการใช้ไฟฟ้า ก็มีผลข้างเคียงต่อผู้ป่วยเช่นกัน โดยการแสดงอาการของผลข้างเคียงเป็นไปได้ทั้งแสดงอาการต่อระบบความคิด เช่น มีอาการหลงลืมหรือประสิทธิภาพในการใช้ความทรงจำที่ลดลง ซึ่งส่วนใหญ่อาการดังกล่าวจะทุเลาลงภายในระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน

ขณะที่ผลข้างเคียงทางกายภาพของผู้ป่วย คือ เมื่อกระแสไฟฟ้าได้เข้าสู่สมอง อาจส่งผลให้สมองมีอาการบวมและเคลื่อนที่ออกจากกะโหลกศีรษะ หรืออาจเกิดเนื้องอกในสมองได้ ส่วนของระบบทางเดินโลหิตผลข้างเคียง คือ ความดันโลหิตที่เพิ่มสูงขึ้นและอาจเกิดภาวะขาดเลือดในหลอดเลือดหัวใจ ด้วยผลข้างเคียงทางกายภาพผู้บำบัดหรือแพทย์จึงมีความจำเป็นต้องอธิบายผลที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้ป่วยและญาติให้ทราบถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นก่อน รวมทั้งผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินความพร้อมทางร่างกายจากแพทย์ที่ดูแลร่างกาย และระหว่างการควบคุมต้องมีแพทย์ทางกายภาพให้การดูแลควบคุม เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

(3) การบำบัดด้านจิตใจและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT)

เป็นแนวทางการบำบัดที่แพทย์นิยมใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง และกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงระดับปานกลางควบคู่กับการใช้ยา ผ่านวิธีการพูดคุยเพื่อปรับวิธีการคิด ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาที่มีพื้นฐาน บนแนวคิดที่ว่าโรคซึมเศร้ามีสาเหตุจากวิธีคิดที่ผิดเพี้ยนไปต่อความเป็นจริง 3 ประการ คือ มองตนเอง สภาพแวดล้อม และอนาคตในแง่ลบ ซึ่งถูกสะสมมาเป็นระยะเวลานาน ผู้ป่วยจึงมีทัศนคติทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น สิ่งแวดล้อม และมีความวิตกกังวลต่อสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น ดังนั้น การรักษาวิธีนี้คือการพูดคุย เพื่อให้ผู้ป่วยได้ปรับทัศนคติให้เป็นไปในทิศทางที่เหมาะสม โดยให้ผู้ป่วยได้ทำความเข้าใจและวิเคราะห์กับสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีตและยอมรับว่าเกิดขึ้นจริง แต่ไม่นำเหตุการณ์นั้นมาเป็นส่วนที่มีบทบาทในการใช้ชีวิตต่อไป รวมทั้งชี้แนะให้ผู้ป่วยได้ศึกษาและวิเคราะห์ตนเอง เพื่อให้เห็นมุมมองและทางเลือกในการใช้ชีวิต จากทัศนคติเชิงบวกของชีวิตที่เป็นอยู่ ทั้งจากความสามารถของตัวผู้ป่วย หรือพูดสร้างแรงจูงใจต่อการใช้ชีวิตต่อไปในอนาคต ทำให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของชีวิตตนเองก่อให้เกิดความกล้าที่จะก้าวออกจากความรู้สึก โศกเศร้า กลับมามีชีวิตร่วมกับผู้อื่นอีกครั้ง โดยขณะอยู่ระหว่างกระบวนการให้การบำบัด แพทย์หรือนักบำบัดต้องเน้นการพูดและการใช้ท่าทาง เพื่อให้เข้าถึงความรู้สึกที่แท้จริงของผู้ป่วย

ขณะที่แนวคิดจากจักรีวัชร วิวัชรวงศ์ (2560) ได้กล่าวถึงแนวทางการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าในต่างประเทศไว้ ดังนี้ วิธีในการบำบัดรักษาส่วนมากจะใช้วิธีจิตบำบัด (Psycho Therapy, Cognitive Therapy) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้หาสาเหตุของที่มาของอาการซึมเศร้า จากการพูดคุยกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ได้พูดหรือระบายเหตุการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต โดยที่การบำบัดด้วยวิธีดังกล่าวสิ่งที่สำคัญคือผู้ป่วยจะต้องเปิดใจยอมรับความเป็นจริงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีตและต้องเปิดเผยข้อมูลให้กับแพทย์ผู้ทำการรักษาอย่างตรงไปตรงมา และทำความเข้าใจต่ออาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความทุกข์หรือความโศกเศร้าที่เกิดจากอาการของโรคได้ อย่างไรก็ตามก็ได้นอกเหนือจากวิธีจิตบำบัดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นแล้ว แพทย์ท่านนี้ยังได้กล่าวถึงการจ่ายยาในกลุ่ม SSRI เพื่อช่วยให้อาการทุเลาลง แต่ก็ไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยหายขาดจากอาการซึมเศร้าได้ ด้วยเหตุว่าการรักษาโรคซึมเศร้าสิ่งสำคัญคือตัวผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ให้จมหรือคล้อยตามความรู้สึกผิดปกติกี่เกิดขึ้นของร่างกาย โดยใช้ยาเป็นส่วนเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางจิตใจในระดับหนึ่งเท่านั้น

โดยในประเด็นของการวินิจฉัยผู้ป่วยที่ได้นำเสนอก่อนหน้านี้ จากการทบทวนวรรณกรรมของ ทานตะวัน อวิรุทธวรกุล และสุวรรณี พุทธิศรี (2558, หน้า 582-584) ให้แนวคิดต่อระบบการให้บริการทางด้านจิตเวช เพื่อหาแนวทางการป้องกันและรักษาโรคร้ายในประเทศไทย

แบ่งออกเป็น 3 ระดับชั้น ได้แก่ 1) ปฐมภูมิ 2) ทติภูมิ และ 3) ตติภูมิ ซึ่งมีรายละเอียดของกลุ่มผู้รับบริการที่แตกต่างกันไป ดังต่อไปนี้

(1) ชั้นปฐมภูมิ (Primary Prevention)

คือ การป้องกันปัญหาทางด้านสุขภาพ เพื่อลดเหตุของการเกิดโรคและจำนวนความชุกของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อันเป็นแนวทางเพื่อป้องกันการแพร่ขยายของจำนวนผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้น ผ่านกิจกรรมกับกลุ่มผู้ประชาชนทั่วไป เช่น การจัดกิจกรรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจในสถานที่ทำงาน สถานศึกษา หรือการให้ความรู้กับกลุ่มครอบครัว เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันทางด้านจิตใจ หรือเผยแพร่แนวทางการลดความตึงเครียดที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิต รวมถึงการให้คำปรึกษาทางพันธุกรรมต่อผู้ที่ต้องการมีบุตรถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางจิตเวช กับกลุ่มผู้ที่เป็นหรือเคยเป็นโรคทางจิตเวชที่สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้

(2) ชั้นทุติภูมิ (Secondary Prevention)

คือ การป้องกันการแพร่ขยายของโรคที่มีการดำเนินมาเป็นช่วงเวลานาน ด้วยการสืบหาผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง เพื่อให้การรักษาอย่างทันทั่วถึง ซึ่งจะลดอัตราความชุกและการขยายตัวของโรคได้ช่วงเวลาหนึ่ง โดยการป้องกันในขั้นนี้มักปรากฏระบบการดำเนินงานในสถาบันทางจิตเวชระดับต่าง ๆ อาทิ คลินิกชุมชน คลินิกประจำสถาบันการศึกษา โรงพยาบาลทั่วไปทั้งในส่วนของภาครัฐและเอกชน หรือโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช

(3) ชั้นตติภูมิ (Tertiary Prevention)

คือ ขั้นตอนของการบำบัดฟื้นฟูกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการในระดับปานกลางถึงรุนแรงซึ่งส่วนใหญ่จะมีอาการเรื้อรัง และมีพฤติกรรมที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้ชีวิตในสังคม การป้องกันในขั้นนี้มีหน้าที่เพื่อรักษาให้กลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว สามารถฟื้นฟูร่างกายและจิตใจให้กลับเข้าสู่สังคมได้อีกครั้งหนึ่ง ซึ่งส่วนใหญ่การบำบัดในขั้นนี้จะปรากฏในศูนย์ฟื้นฟูเฉพาะทางจิตเวชโดยตรง

อย่างไรก็ดี ในการป้องกันโรคทางจิตเวชทุกระดับชั้น จำเป็นต้องมีการบริหารจัดการทรัพยากรต่าง ๆ ให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับภารกิจและเป้าหมายของการป้องกันในแต่ละชั้น ซึ่งการนำเอาคนตรีบำบัดเข้ามาใช้เป็นส่วนหนึ่งของการรักษาโรคซึมเศร้านั้น จำเป็นต้องมีการศึกษาความเห็นจากผู้มีอำนาจและผู้เชี่ยวชาญต่อแนวทางการใช้คนตรีบำบัดให้มีความเหมาะสมซึ่งองค์ประกอบของการบริหารและการจัดการทรัพยากรด้านต่าง ๆ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเสนอไว้ในส่วนของการทบทวนวรรณกรรมทฤษฎีทางการบริหารก่อนหน้า

1.7 นโยบายที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยภายใต้หัวข้อ รูปแบบการส่งเสริมการรักษาแบบผสมผสานด้วยคนตรีบำบัด เพื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าเอกสารที่เกี่ยวข้องกับนโยบายทางด้านสาธารณสุขภายในประเทศมาเป็นข้อมูลประกอบการศึกษาวิจัย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง อาทิ ราชบัณฑิตยสถาน (ออนไลน์, 2560) ได้ให้ความหมายคำว่า นโยบาย คือ หลักและวิธีปฏิบัติ ซึ่งถือเป็นแนวดำเนินการ ขณะที่ความหมายของคำว่าสาธารณสุขนั้น หมายถึง กิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกัน การบำบัดโรค การรักษา และส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ขณะที่ในมุมมองทางด้านธุรกิจจากบอลและคณะ (Donald A. Ball et. al, 2008, p. 367) ให้คำนิยามของนโยบายว่าเป็นแนวทางการปฏิบัติในภาพกว้าง กำหนดขึ้นโดยผู้บริหารระดับสูง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การช่วยเหลือหรือมอบอำนาจแก่บุคลากรระดับปฏิบัติการต่อตัดสินใจการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในกระบวนการดำเนินงาน ซึ่งทำให้การดำเนินงานขององค์กรเป็นไปอย่างราบรื่นและลดงบประมาณที่เกิดขึ้นได้มากที่สุด ด้วยแนวทางการปฏิบัติงานของที่แตกต่างกันตามภาระของแต่ละส่วนงาน ขณะที่ศิริวรรณ เสรีรัตน์, ปริญา ลักมิตานนท์ และสมชายหิรัญกิตติ (2538, หน้า 253-254) ได้ให้ความหมายของคำว่านโยบายไว้ว่า เป็นแนวทางที่สร้างจากเป้าหมายและแผนกลยุทธ์ขององค์กร เพื่อเป็นขอบเขตต่อการดำเนินงานและการจัดการที่ชัดเจน รวมทั้งใช้เป็นข้อกำหนดต่อการตัดสินใจ ซึ่งความสำเร็จของนโยบายในแต่ละองค์กรจะได้รับผลสำเร็จหรือไม่ ขึ้นอยู่กับความเข้าใจของบุคลากรที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันต่อวัตถุประสงค์ขององค์กร โดยนโยบายสามารถจำแนกได้ตามระดับชั้นขององค์กร อาทิ นโยบายหลัก นโยบายรอง นโยบายตามหน้าที่ นโยบายย่อย

จากการสืบค้นข้อมูลเอกสารนโยบายรัฐบาลที่แถลงโดย พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 12 กันยายน พ.ศ. 2557 แถลงต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ มีทั้งสิ้น 11 ด้าน มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางของคณะรัฐมนตรีต่อการบริหารประเทศ (สำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรี, 2557) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว มีเนื้อหา นโยบายที่ปรากฏในเอกสาร 2 ด้าน ที่มีความเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วย

1) การยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุข และสุขภาพของประชาชน

มีเป้าหมายเพื่อกำหนดรากฐานอันนำไปสู่การพัฒนา และเพิ่มคุณภาพในการให้บริการทางด้านสาธารณสุขและสุขภาพของประชาชนภายในประเทศ ให้ได้รับบริการทางด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพมีคุณภาพเหมาะสม และมีความทั่วถึง โดยแบ่งนโยบายดังกล่าวออกเป็น 7 ประเด็นย่อย ดังนี้

(1) สร้างรากฐานของระบบประกันสุขภาพให้มีความครอบคลุมแก่ประชาชนในทุกพื้นที่ ให้ได้รับคุณภาพของการรับบริการที่เท่าเทียมกันในทุกระบบประกันสุขภาพ

โดยปราศจากความเหลื่อมล้ำของคุณภาพการให้บริการในแต่ละระบบ รวมทั้งมีการประสานบูรณาการข้อมูลระหว่างระบบ เพื่อให้การบริหารจัดการทางด้านสาธารณสุขเป็นไปด้วยประสิทธิภาพ

(2) พัฒนาระบบบริการสุขภาพ ที่มุ่งเน้นการป้องกันมากกว่าการรอให้ประชาชนเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพ ผ่านการสร้างกลไกการจัดการสุขภาพในระดับเขต ด้วยการใช้นโยบายการจ้างงาน การกระจายทรัพยากรทางด้านบุคคลและทรัพยากรอื่นที่เกี่ยวข้อง ให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละท้องถิ่น รวมถึงเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนได้มีส่วนร่วมในการให้บริการทางด้านสาธารณสุขผ่านการควบคุมดูแลจากภาครัฐ นำไปสู่การมีส่วนร่วมของทั้งสองส่วนต่อการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ และส่งเสริมการลงทุนและการใช้บุคลากรร่วมกัน อันเป็นไปตามข้อตกลงที่รัดกุมและยุติธรรมต่อทุกภาคส่วน

(3) สร้างความแข็งแกร่งของระบบเฝ้าระวังโรคระบาด ที่มุ่งเน้นโรคเกิดใหม่ และโรคที่มีอัตราสูงทางด้านระบาดวิทยาในปัจจุบัน ด้วยการจัดให้มีเครือข่ายเฝ้าระวัง ส่วนงานตรวจวินิจฉัยโรค และหน่วยงานหรือองค์กรที่สามารถทำหน้าที่ตัดสินใจในการกำหนดนโยบาย เพื่อป้องกันการขยายตัวของโรคหรือภาวะวิกฤติทางด้านสุขภาพได้ทันที

(4) ป้องกันและแก้ไขวิกฤติปัญหาทางด้านอุบัติเหตุทางการจราจร ที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนต่อความสูญเสียทางร่างกายและชีวิต ผ่านความร่วมมือของส่วนงานหรือฝ่ายต่าง ๆ ในการตรวจจับเพื่อป้องกัน การรายงานผลสภาวะอุบัติเหตุทางการจราจร และให้การดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ

(5) ส่งเสริมกิจกรรมทางการกีฬา เพื่อใช้เป็นสื่อกลางต่อการพัฒนาลักษณะนิสัยของกลุ่มเยาวชนให้มีน้ำใจนักกีฬา สร้างความมีระเบียบวินัยด้วยการเคารพกฎระเบียบกติกา อีกทั้งยังเป็นแนวทางในการสร้างความสามัคคีให้เกิดขึ้น รวมถึงผลที่ได้จากนโยบายด้านนี้ จะเป็นอีกหนึ่งแนวทางที่เป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างนักกีฬามืออาชีพ ที่มีศักยภาพต่อการแข่งขันในระดับโลก นำมาซึ่งชื่อเสียงให้กับประเทศชาติ

(6) ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครกในกลุ่มวัยรุ่น ปัญหาด้านการแพทย์และจริยธรรมการอุ้มบุญ การปลูกถ่ายอวัยวะและสเต็มเซลล์ ด้วยการเชื่อมโยงและประสานการปฏิบัติงานระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ผ่านการออกมาตรการและกฎหมายที่เป็นไปอย่างรัดกุมและเหมาะสม สอดรับกับประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นใหม่ตามสภาพสังคม

(7) พัฒนาความสามารถในการดำเนินงานวิจัยทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข ผ่านการจัดบุคลากรและเครื่องมือที่เป็นไปตามวิทยาการทางการแพทย์ และสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานองค์กรในประเทศและต่างประเทศ เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดจากโรคหรือภาวะการณ์ทางด้านสุขภาพที่มีความสำคัญ

2) การพัฒนาและส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีการวิจัยและพัฒนา และนวัตกรรม

เป็นนโยบายที่รัฐบาลได้ให้ความสำคัญต่อการวิจัยพัฒนา และสร้างนวัตกรรมใหม่ เพื่อนำไปสร้างกระบวนการผลิตและบริการที่มีความทันสมัย อันนำพาประเทศไปสู่การเติบโตอย่างยั่งยืน ประกอบด้วยนโยบายย่อย 5 ประเด็น ดังนี้

(1) ขยายงบประมาณในการดำเนินงานวิจัยและพัฒนาภายในประเทศ เพื่อก่อให้เกิดการพัฒนารายได้ไปสู่อัตราร้อยละ 1 ของรายได้ประชาชาติเป็นอย่างน้อย โดยมีสัดส่วนรัฐต่อเอกชนที่อัตรา 30 ต่อ 70 อันเป็นไปตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ทั้งนี้ ผลจากการเพิ่มงบประมาณดังกล่าวจะส่งผลให้ประเทศเกิดความสามารถทางการแข่งขันรวมทั้งมีความเจริญก้าวหน้าทัดเทียมประเทศอื่นที่มีการพัฒนาในระดับใกล้เคียงกัน รวมทั้งสร้างระบบการบริหารงานทางด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิจัยและนวัตกรรมให้เกิดความเป็นเอกภาพและมีประสิทธิภาพ ผ่านความเชื่อมโยงระหว่างภาครัฐและเอกชน

(2) สร้างเสริมนวัตกรรมทางสังคม ผ่านการส่งเสริมระบบการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กันระหว่างวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิศวกรรมศาสตร์และคณิตศาสตร์ เพิ่มจำนวนบุคลากรในสาขาที่ขาดแคลน พัฒนาความเชื่อมโยงระหว่างภาคการศึกษาและภาคการทำงาน ผลักดันให้บุคลากรทางด้านการวิจัยจากภาครัฐสามารถเข้าสู่ระบบการทำงานของภาคเอกชน และเสริมสร้างให้อุตสาหกรรมขนาดกลางและขนาดย่อมได้รับเทคโนโลยีด้วยความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐและสถาบันการศึกษาของรัฐ

(3) ปรับปรุงระบบการมอบสิ่งจูงใจ ระเบียบและกฎหมายที่เป็นข้อติดขัดต่อการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้หรือพัฒนาต่อยอดและใช้ประโยชน์ จัดทำแผนการพัฒนาการวิจัยในระดับภาคและกลุ่มจังหวัด เพื่อให้เป็นไปตามความต้องการของแต่ละท้องที่ ผลักดันส่งเสริมผลการดำเนินงานวิจัยไปสู่การใช้ให้เกิดประโยชน์ในเชิงพาณิชย์ ด้วยการส่งเสริมความร่วมมือระหว่างสถาบันระดับอุดมศึกษา หน่วยงานวิจัยภาครัฐและเอกชน

(4) ส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากผลการวิจัยในมิติของเครื่องมือ วัสดุ และสินค้าที่ใช้ในโครงการขนาดใหญ่ของประเทศ อาทิ โครงการด้านพลังงานสะอาด ระบบราง ยานพาหนะไฟฟ้า การจัดการน้ำและขยะตามความเหมาะสม โดยไม่มุ่งเน้นการพึ่งพาเทคโนโลยีจากต่างประเทศ หรือในกรณีที่มีการใช้วัสดุ อุปกรณ์และเทคโนโลยีจากต่างประเทศเข้ามาประกอบโครงการ จะต้องเป็นไปตามนโยบายจัดซื้อจัดจ้างที่ภาครัฐเป็นผู้กำหนด รวมถึงต้องมีเงื่อนไขการส่งต่อเทคโนโลยีเพื่อใช้ต่อการพึ่งพาตนเองได้ในอนาคต

(5) พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานทางการศึกษา ด้วยการปรับปรุงและจัดเตรียมโครงสร้างทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ทางด้านการวิจัยและพัฒนา เพื่อต่อยอดไปสู่การประยุกต์ใช้เชิงพาณิชย์ของส่วนอุตสาหกรรมภายในประเทศให้มีความพร้อม ทันสมัย ทัวถึงตามพื้นที่ต่าง ๆ อาทิ การพัฒนาระบบเทคโนโลยีทางการสื่อสาร การจัดตั้งศูนย์วิเคราะห์ สถานที่ปฏิบัติการหรือสถาบันวิจัย เป็นต้น

ขณะที่ศาสตราจารย์คลินิก เกียรติคุณ นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข อันเป็นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการควบคุม ดูแลกระบวนการทางด้านบริการสุขภาพทั้งส่วนของหน่วยงานภาครัฐและเอกชนภายในประเทศได้แถลงนโยบายในระดับกระทรวงไว้ทั้งสิ้น 8 นโยบาย เมื่อวันที่ 24 สิงหาคม พ.ศ. 2558 ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ได้ พบว่านโยบายที่มีความสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยชิ้นนี้ประกอบด้วยนโยบาย 5 ด้าน ดังต่อไปนี้

(1) บูรณาการเชื่อมโยงองค์ประกอบ บทบาทเขตสุขภาพระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้การดูแลสุขภาพของชาวไทยเป็นไปด้วยประสิทธิภาพในทุกระดับและทุกมิติ

(2) พัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคให้ประชาชนทุกช่วงวัย เพื่อป้องกันความเสี่ยงทางด้านสุขภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค ผ่านความร่วมมือของทุกภาคส่วน เพื่อให้คนไทยมีโอกาสได้ร่วมคิด ร่วมนำ ร่วมทำ และร่วมรับผิดชอบด้วย เป็นการอภิบาลแบบเครือข่ายเอื้ออำนวยระบบสุขภาพแห่งชาติ เชื่อมประสานทุกภาคส่วนเข้าด้วยกัน

(3) ให้ความสำคัญในการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขทั้งความรู้ ทักษะ การผลิต การใช้การสร้างขวัญกำลังใจภายใต้การเปลี่ยนแปลงของภาวะเศรษฐกิจและสังคมปัจจุบัน

(4) เร่งรัดปรับปรุงกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับที่มีอำนาจบังคับใช้ ให้เป็นไปอย่างสอดคล้องกับการปฏิบัติงานทางด้านสาธารณสุข เพื่อผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพต่อสุขภาพของประชาชน

(5) สนับสนุนส่งเสริมกลไกการปฏิบัติงานทางด้านสาธารณสุข เพื่อส่งเสริมความมั่นคงและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชนไทยและประชาชนโลก

ตามคำประกาศนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้กำหนดข้างต้น ได้มีการระบุแนวทางการดำเนินงานสำหรับเป็นกรอบดำเนินการควบคู่กับการดำเนินนโยบาย คือ ดำเนินงานภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อสร้างสุขภาวะที่ดีของประชาชน อันเป็นเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งต้องเป็นไปตามนโยบายที่กำหนดโดยรัฐบาล รวมทั้งมีการสานต่อนโยบายและโครงการในอดีตที่สร้างเสริมคุณภาพชีวิตให้กับประชาชน ผ่านความร่วมมือจากบุคลากรทุกภาคส่วนของกระทรวง

ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ค้นคว้าข้อมูลจากเอกสารแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) (2559, หน้า 23-24) ซึ่งเป็นเอกสารที่รวบรวมรายละเอียดของแผนงานและโครงการภายใต้นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยผู้วิจัยขอเสนอโครงการภายใต้แผนงานและยุทธศาสตร์ที่มีความเชื่อมโยงกับงานวิจัยในครั้งนี้ จาก 4 ยุทธศาสตร์ 16 แผนงาน 48 โครงการ ดังนี้

(1) Prevention & Promotion Excellence (ยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและความป้องกันโรคเป็นเลิศ)

(1.1) แผนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย

- 1) โครงการลดการตายก่อนวัยอันควร
- 2) โครงการสร้างความเข้มแข็งและความอบอุ่นของครอบครัวไทย

(1.2) การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

- 1) โครงการเสริมสร้างสุขภาพประชาชนบนผืนแผ่นดินไทย
- 2) โครงการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

(1.3) การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

- 1) โครงการพัฒนาคุณภาพสถานบริการภาครัฐ

(2) Service Excellence (ยุทธศาสตร์บริการเป็นเลิศ)

(2.1) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

- 1) โครงการระบบบริการสุขภาพสาขาหลัก
- 2) โครงการพัฒนาระบบส่งต่อ

(2.2) ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์

- 1) โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านบริการ
- 2) โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านการศึกษา
- 3) โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านการวิจัย

(2.3) ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติและเขตเศรษฐกิจ

- 1) โครงการศูนย์กลางบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Wellness Hub)

(3) People Excellence (ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ)

(3.1) การวางแผนความต้องการด้านอัตรากำลัง (HRP)

- 1) โครงการคาดการณ์และวิเคราะห์อัตรากำลังบุคคลทั้งในระดับมหภาค

และจุลภาค

- 2) โครงการจัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติงานและติดตามประเมินผล

ด้านกำลังคน

- 3) โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการวางแผนกำลังคน
- (3.2) การผลิตและพัฒนากำลังคน (HRD)
 - 1) โครงการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ
 - 2) โครงการพัฒนาทักษะ Hard Skill และ Soft Skill
 - 3) โครงการพัฒนาการบุคลากรสาธารณสุขด้าน Talent Management
- (3.3) การพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ (HRM)
 - 1) โครงการบริหารจัดการกำลังคน
 - 2) โครงการสร้างขวัญและแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน
- (3.4) การพัฒนาเครือข่ายภาคประชาชนและภาคประชาสังคมด้านสุขภาพ
 - 1) โครงการพัฒนาเครือข่าย
- (4) Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารจัดการเป็นเลิศ)
 - (4.1) ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
 - 1) การพัฒนาระบบบริการข้อมูลสุขภาพ (HIS)
 - 2) การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล
 - 3) ศูนย์สุขภาพข้อมูล (HDC)
 - (4.2) ระบบประกันสุขภาพ
 - 1) โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 ระบบ
 - 2) โครงการสร้างความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพ
 - (4.3) ความมั่นคงด้านยาและเวชภัณฑ์และการคุ้มครองผู้บริโภค
 - 1) โครงการคุ้มครองผู้บริโภค
 - 2) โครงการจัดซื้อร่วมยาเวชภัณฑ์มีโซ่ยาและวัสดุวิทยาศาสตร์
 - (4.4) ระบบธรรมาภิบาล
 - 1) ระบบควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง
 - 2) โครงการหน่วยงานคุณธรรม
 - 3) โครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นเป็นการนำเสนอข้อมูลของนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ และโครงการที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยในครั้งนี้ นอกจากนั้น ผู้วิจัยได้ทำการรองค้ำการที่อยู่ภายใต้ การดูแลของกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยครั้งนี้ ประกอบไปด้วยนโยบายหลัก จากหน่วยงานต่อไปนี้

จากการทบทวนวรรณกรรมของกรมสุขภาพจิต (สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต, 2560, หน้า 24-27) ได้แสดงขอบเขตของภาระรับผิดชอบตามพันธกิจ คือ เป็นหน่วยงานที่สร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนทุกช่วงวัยต่อการดูแลสุขภาพจิตของตนเอง ให้การสนับสนุน ต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตครอบคลุมทุกมิติในทุกระดับ และพัฒนากลไกการดำเนินงานทางด้านสุขภาพจิตเพื่อกำหนดทิศทางการดำเนินงานสุขภาพจิตของประเทศ ภายใต้วิสัยทัศน์ “การเป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพจิต เพื่อประชาชนมีสุขภาพจิตดี มีความสุข” ได้กำหนดนโยบายการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ ในระดับกรมไว้ 4 นโยบาย ดังนี้

(1) การพัฒนาสุขภาพจิตตามกลุ่มวัย โดยได้กล่าวถึงการเน้นการเข้าถึงการดูแลสุขภาพทางจิตของแต่ละกลุ่มตามอายุไว้ ประกอบด้วยนโยบายย่อย ดังนี้

(1.1) กลุ่มเด็กปฐมวัย เน้นการติดตามกระตุ้นพัฒนาการทางจิตของเด็กที่มีปัญหาทางพัฒนาการหรือมีพัฒนาการล่าช้า ผ่านทางกลุ่มผู้ปกครองด้วยการใช้แนวทาง Psychosocial Development สำหรับกลุ่มเด็กปกติจะเน้นการเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เพื่อวางรากฐานต่อพัฒนาการของเด็กผู้วัยเรียนต่อไป

(1.2) กลุ่มวัยเรียน มุ่งเน้นการเฝ้าระวัง และให้ความช่วยเหลือแก่เด็กที่มีปัญหาทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ผ่านระบบการดูแลสุขภาพจิตของกลุ่มเป้าหมายที่มีความเชื่อมโยงกันระหว่างสถาบันการศึกษาและสาธารณสุข เพื่อพัฒนาความพร้อมของกลุ่มเด็กวัยเรียนต่อทักษะการใช้ชีวิต ส่งเสริมลักษณะแนวทางการดูแลของผู้ปกครอง เพื่อให้เด็กมีความฉลาดทางอารมณ์ และสติปัญญาที่เหมาะสมตามเกณฑ์มาตรฐานสากล เพื่อก้าวสู่สถานะภาพวัยรุ่นที่มีคุณภาพ

(1.3) วัยรุ่น เน้นการดูแลให้ความช่วยเหลือกับกลุ่มที่มีปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม ทั้งในและนอกระบบการศึกษา ด้วยการเฝ้าระวัง ป้องกัน ดูแลและเยียวยากลุ่มวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อเรื่องเพศ ความรุนแรง การใช้สารเสพติด และการแสดงอารมณ์ ด้วยการพัฒนานักจิตสุขภาพวัยรุ่น (Teen Manager) ตามสถานศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษา ระดับอาชีวศึกษาและในชุมชน ตามพื้นที่ต่าง ๆ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายมีทักษะต่อการใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพ

(1.4) วัยทำงาน มุ่งเน้นให้ประชาชนกลุ่มดังกล่าวมีคุณภาพชีวิตที่ดี ด้วยการดำเนินชีพออย่างมีความสุข โดยการใช้หลักสูตรการให้คำปรึกษาเพื่อลดข้อขัดแย้งในครอบครัว พัฒนาและสนับสนุนระบบการดูแลช่วยเหลือทางด้านสังคม ตามโรงพยาบาลระดับชุมชน เพื่อส่งเสริมและป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิตของวัยทำงาน ที่มีอาการป่วยเรื้อรัง ติดสุราหรือสารเสพติด และกลุ่มที่มีปัญหาความรุนแรงในครอบครัว

(1.5) กลุ่มผู้สูงอายุ เน้นการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ ซึ่งมีการระบุโรคซึมเศร้าไว้เป็นหนึ่งในกลุ่มโรคที่ให้ความสำคัญ ด้วยการคัดกรองและวินิจฉัย

ให้การดูแลทางสังคมและจิตใจแก่กลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable diseases: NCD) คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งให้บริการแนะนำการเสริมสร้างสุขภาวะด้วยการพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพจิตด้วยตนเองตามหลักของ (Walking Laughing Working Learning: WLWL) ซึ่งถือเป็นแนวทางการเฝ้าระวังการเกิดของโรคซึมเศร้า รวมถึงอีกแนวทางการดูแลผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ

(1.6) กลุ่มผู้พิการ เน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจ พฤติกรรมสติปัญญา การเรียนรู้ ให้ได้รับการดูแลฟื้นฟูทางสุขภาพและสังคม อันเป็นไปตามกฎหมาย เพื่อฟื้นฟูสภาพจิตใจและปัญหาทางด้านสังคมอย่างเต็มประสิทธิภาพ เป็นไปตามสิทธิที่เท่าเทียมและเป็นธรรม

(2) การพัฒนาความเป็นเลิศทางบริการ/วิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ประกอบด้วยนโยบายย่อย ดังนี้

(2.1) พัฒนาการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนในระบบบริการปฐมภูมิ เน้นการบูรณาการกระบวนการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในกลุ่มประชาชน ผ่านกลไกของระบบสาธารณสุขระดับอำเภอ รวมถึงการขยายเครือข่ายสู่ระดับตำบล ให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน เพื่อให้ระบบการดูแลผู้ป่วยทางกายและผู้ป่วยทางจิต สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(2.2) พัฒนาคุณภาพมาตรฐานของระบบสุขภาพจิตและจิตเวชของหน่วยบริการในเขตสุขภาพ เป็นการเน้นการเพิ่มประสิทธิภาพในกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน และผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป ตามสถานบริการสาธารณสุขในทุกระดับเขตสุขภาพ ด้วยแนวทางการเพิ่มการเข้าถึงกลุ่มผู้ป่วยในกลุ่มโรค ดังนี้ โรคจิต โรคซึมเศร้า ผู้พยายามฆ่าตัวตาย และโรคทางจิตเวชอื่น ๆ โดยครอบคลุมตั้งแต่การคัดกรอง ประเมินอาการ บัดบรักษา ฟื้นฟูสภาพจิตใจ และเฝ้าระวังเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำของโรค

(2.3) พัฒนาระบบการดำเนินงานทางด้านจิตเวชด้วยกลไกทางกฎหมาย เน้นการผลักดัน และติดตามการใช้อำนาจทางกฎหมายของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการบังคับใช้อำนาจตามพระราชบัญญัติข้างต้น ในสถานบำบัดรักษาทางจิตเวช ด้วยการออกประกาศหรือกฎระเบียบต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน ใช้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 เป็นเครื่องมือต่อการเฝ้าระวัง ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพจิตของผู้ป่วยหรือประชาชนอย่างปลอดภัย ร่วมกับการใช้การสื่อสารสาธารณะ เพื่อสร้างความตระหนักรู้ต่อการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ได้รับการบำบัด รักษา ดูแลที่เหมาะสมและปลอดภัย

(2.4) พัฒนาวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช มุ่งเน้นการสร้างนวัตกรรม เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชภายในประเทศอย่างเหมาะสมตามบริบทของสังคม ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ทางวิชาการด้านสุขภาพจิตชุมชนกับเครือข่ายระดับนานาชาติ อย่างน้อยปีละ 2 หัวข้อ เพื่อก่อให้เกิดการพัฒนานวัตกรรมหรือองค์ความรู้ต่อการใช้งานภายในประเทศ อีกทั้งยังเป็นการยกระดับองค์การภายใต้การดูแลของกรมสุขภาพจิตให้มุ่งสู่องค์การแห่งการเรียนรู้

(3) การพัฒนากลไกเพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจของประชาชนที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิต ด้วยการส่งมอบและสร้างความรู้ความเข้าใจของประชาชนต่อสุขภาพจิต และสร้างมุมมองทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ป่วยจิตเวช ผ่านสื่อต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนเกิดความเข้าใจต่อภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตในประเด็นที่ครอบคลุมตั้งแต่สาเหตุ วิธีการรักษา การรับรู้ต่ออาการเจ็บป่วยทางจิตของตนเอง ทักษะและแนวทางการดูแลสุขภาพจิตด้วยตนเอง การเข้าถึงข้อมูลและรับทราบแนวทางช่วยเหลือ สร้างทัศนคติที่ดีต่อการรับการบำบัดรักษาและต่อผู้ป่วยจิตเวช รวมถึงสร้างความตระหนักต่อปัญหาสุขภาพจิต เพื่อให้ประชาชนสามารถยอมรับและให้โอกาสกับผู้ป่วยหรือมีภาวะความผิดปกติทางจิตในการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกัน อีกทั้งยังเป็นแนวทางต่อการลดทัศนคติเชิงลบของผู้ป่วยหรือผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่มีต่อตนเอง

(4) การพัฒนาระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช มุ่งเน้นการให้ความสำคัญต่อหลักธรรมาภิบาลต่อการดำเนินงานที่มีคุณธรรมและมีความโปร่งใส ผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (Public Sector Management Quality Award: PMQA) อันเป็นเครื่องมือต่อการพัฒนาองค์การ เพื่อนำเอาผลที่ได้รับจากการประเมิน ไปใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงทางวิชาการตั้งแต่ระดับเขตสุขภาพถึงระดับกลุ่มประเทศอาเซียน ต่อการจัดทำระบบในส่วนของ การวางแผน การบริหาร บุคลากร การบริหารค่าตอบแทน ให้สอดคล้องกับนโยบายระดับชาติ

โดยจากการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (2557, หน้า 5, 9-11) ได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของเกณฑ์ PMQA เพื่อยกระดับให้คุณภาพการดำเนินงานของส่วนงานภาครัฐเป็นไปตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 อันจะส่งผลให้หน่วยงานภาครัฐได้นำเอาเกณฑ์ดังกล่าวไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพในการบริหาร ให้เป็นไปตามระดับมาตรฐานสากล และสามารถใช้ในการประเมินตนเองหรือเป็นบรรทัดฐานของการติดตามผลการดำเนินงานและใช้ประเมินผลการบริหารจัดการของหน่วยงานภาครัฐ โดยเกณฑ์การประเมิน PMQA ประกอบด้วยเกณฑ์ 4 เกณฑ์ด้วยกัน ดังนี้

- (1) เกณฑ์มุ่งเน้นผลลัพธ์
- (2) เกณฑ์สามารถปรับใช้ได้ตามภารกิจของหน่วยงาน
- (3) เกณฑ์สนับสนุนมุมมองเชิงระบบเพื่อให้เป้าประสงค์สอดคล้องไปในทางเดียวกัน
- (4) เกณฑ์สนับสนุนการตรวจประเมินที่เน้นเป้าประสงค์

ในส่วนของ การสืบค้นนโยบายที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า จากการค้นคว้าข้อมูลจากหน่วยงานภายใต้กำกับของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า นโยบายที่เกี่ยวข้องเป็นนโยบายจากกรมอนามัย ซึ่งเป็นองค์กรที่แสดงพันธกิจคือ ทำหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพรวม เพื่อกำหนดนโยบายและออกแบบระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยการประสานงานสร้างความร่วมมือและกำกับดูแลเพื่อให้เกิดความรับผิดชอบต่อการทำงาน โดยมุ่งสู่วิสัยทัศน์ของกรม คือ กรมอนามัยเป็นองค์กรหลักของประเทศในการดูแล ปกป้อง คุ้มครองระบบส่งเสริมสุขภาพและระบบอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อประชาชนสุขภาพดี (กรมอนามัย, ออนไลน์, 2560)

และจากเอกสารนโยบายของกรมอนามัยในหัวข้อ “นโยบายการดูแลโรคซึมเศร้า Depression: Let’s talk ซึมเศร้าเราคุยกันได้” (กรมอนามัย, ออนไลน์, 2560) โดยเริ่มการดำเนินโครงการตามนโยบาย เมื่อวันที่ 7 เมษายน พ.ศ. 2560 ภายใต้วัตถุประสงค์การณรงค์จากองค์การอนามัยโลก (WHO) ตามกลุ่มเป้าหมาย 3 ข้อ คือ

- (1) ประชาชนทั่วไปสามารถรับรู้ถึง เหตุ ผลกระทบของโรคซึมเศร้า และแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วย
- (2) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถขอรับความช่วยเหลือได้
- (3) กลุ่มบุคคลใกล้ชิดและดูแลผู้ป่วย อาทิ เพื่อน สมาชิกในครอบครัวมีความรู้ต่อการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้

ซึ่งแนวทางการดำเนินนโยบาย เพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพ เพื่อประชาชนประกอบไปด้วย 6 นโยบายต่อการพัฒนาระบบสุขภาพ เพื่อผู้ป่วยซึมเศร้า ดังนี้

- (1) ปรับทัศนคติของประชาชนและบุคลากรที่มีต่อโรคซึมเศร้า
- (2) จัดการประเมิน คัดกรองเบื้องต้นให้กับผู้ที่มีความเสี่ยง
- (3) ให้การวินิจฉัยและรักษาโรคที่เป็นไปอย่างถูกต้อง
- (4) เพิ่มแนวทางการบูรณาการในกระบวนการรักษากับระบบสาธารณสุข
- (5) วางแนวทางป้องกันปัญหาแทรกซ้อนของโรค
- (6) พัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และมีการติดตามประเมินผลอาการ

โดยภายใต้ นโยบายที่ผู้วิจัยได้เสนอไปข้างต้น ใช้กลยุทธ์จัดการ 5 องค์ประกอบภายใต้ชื่อกลยุทธ์ คือ “PIRAB” ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้

(1) “P” เป็นการบูรณาการร่วมกันระหว่างระบบบริการสุขภาพ จากกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานภาคเอกชน หรือกลุ่มชุมชนในทุกระดับ

(2) “I” เป็นกลยุทธ์ที่ด้วยการลงทุน ด้วยการพัฒนาคุณภาพของบุคลากรตั้งแต่ระดับอาสาสมัครหมู่บ้าน พยาบาล ไปจนถึงระดับแพทย์ พัฒนาระบบข้อมูลของโรคซึมเศร้าในระดับชาติ อาทิ ข้อมูลการเข้าถึงการรับบริการและข้อมูลทางด้านงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

(3) “R” เป็นกลยุทธ์ที่ใช้กลไกของ PP และแผนการบริการ (Service Plan) เพื่อเพิ่มโอกาสต่อการเข้ารับบริการของประชาชนในกระบวนการรักษา

(4) “A” เป็นกลยุทธ์เพื่อรณรงค์ ชี้นำ และสร้างกระแสต่อการตระหนักถึงความสำคัญของโรคซึมเศร้า

(5) “B” เป็นกลยุทธ์เพื่อเสริมสร้างศักยภาพต่อองค์ความรู้ของโรค เทคโนโลยีต่าง ๆ งานวิจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการตระหนักต่อโรค

และในการดำเนินงานทางด้านกลยุทธ์ที่ผู้วิจัยได้นำเสนอไปข้างต้น ในเอกสารได้มีการระบุถึงความท้าทายต่อประเด็นของโรคซึมเศร้าในช่วงเวลาปัจจุบัน แสดงเป็น 4 กลุ่มของปัญหาดังนี้

(1) กลุ่มผู้สูงอายุ มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าได้จากปัญหาทางด้านสุขภาพ เช่น อาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ปัญหาขาดบุคคลดูแลส่งผลให้เกิดภาวะเครียดและมีความเสี่ยงต่อการเข้าสู่ภาวะอาการโรคซึมเศร้าได้ในที่สุด

(2) กลุ่มสังคมโดดเดี่ยว ประกอบด้วย 2 ช่วงวัย คือ กลุ่มเด็กและวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมติดเกมสื่อกอมพิวเตอร์หรือมีพฤติกรรมรุนแรง ก็สามารถเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้ และกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีความเครียดสูง อาจส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและลูกหลานไปสู่การเจ็บป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้เช่นกัน

(3) ปัญหาที่เกิดจากความเปลี่ยนแปลงของปัจจัยต่าง ๆ ในสังคม อาทิ เทคโนโลยีการแข่งขัน อาจสร้างผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้คนและนำไปสู่เหตุของการทำร้ายร่างกายตนเองจนถึงการก่อเหตุฆ่าตัวตาย

(4) การเปลี่ยนแปลงของโลกและเหตุการณ์ภัยพิบัติ เป็นอีกปัญหาต่อทิศทางของแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น

ซึ่งจากข้อมูลที่แสดงในเอกสาร ได้นำเสนอการจัดกิจกรรมตามนโยบาย ประกอบไปด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้

(1) กิจกรรมแถลงข่าววันเกิดตัวครบรอบอนามัยโลก 5 เมษายน

(2) กิจกรรมเดิน วิ่ง เต็ม ด้านเศร้า “Mental Health Mini Marathon 2017”

- (3) กิจกรรมการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า
- (4) กิจกรรมสัปดาห์สุขภาพจิต
- (5) จัดประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ
- (6) จัดกิจกรรมรณรงค์ค้นหาและนำผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้ารับบริการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.)

ขณะที่นโยบายจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หนึ่งในขององค์การภายใต้กำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ได้แสดงวิสัยทัศน์และพันธกิจต่อการบริหารงานบนหน้าเวบไซต์ของกรม (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, ออนไลน์, 2560) ดังนี้ เป็นองค์กรหลักคุ้มครองผู้บริโภค และส่งเสริมผู้ประกอบการด้านบริการสุขภาพเพื่อประชาชนมีสุขภาพดี ชุมชนมีศักยภาพในการพึ่งพาตนเอง โดยมีพันธกิจ คือ มุ่งมั่นส่งเสริม พัฒนา และอภิบาล ระบบบริการสุขภาพให้ได้มาตรฐานสากล โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งนโยบายต่อการกำหนดทิศทางการดำเนินงานขององค์การของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มีความเกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยในครั้งนี้ที่ปรากฏ แยกออกเป็น 2 นโยบาย ดังต่อไปนี้ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, ออนไลน์, 2560)

(1) นโยบายผู้บริหาร ประกอบด้วยนโยบายย่อย 3 ด้าน ดังนี้

(1.1) ปฏิบัติงานตามนโยบายรัฐบาล นโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และนโยบายปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

(1.2) ส่งเสริมบทบาทหน่วยงานภายใต้สังกัดกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ต่อการประสานการดำเนินงานระหว่างสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข

(1.3) พัฒนาการจัดทำยุทธศาสตร์ แผนงาน และโครงการให้เป็นไปตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และนโยบายจากรัฐบาล

(2) นโยบายกำกับองค์กร ประกอบด้วยนโยบายย่อย 4 ด้านดังนี้

(2.1) ด้านรัฐ สังคมและสิ่งแวดล้อม ด้วยการสร้างระบบการมีส่วนร่วมขององค์กรทางด้านสุขภาพ ที่มุ่งเน้นการหาฉันทามติที่ก่อให้เกิดประโยชน์กับสังคมในระดับประเทศ

(2.2) ด้านผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วย นโยบายย่อย ดังนี้

1) การสร้างจิตสำนึกในการให้บริการ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เข้ารับบริการได้อย่างเท่าถึงและเสมอภาค

2) สร้างระบบต่อการรับรู้และเข้าถึงความต้องการของผู้เข้ารับบริการ เพื่อให้การให้บริการเป็นไปตามความต้องการได้อย่างครอบคลุม

3) ให้ความสำคัญในการรับฟังข้อร้องเรียน ข้อเสนอแนะ คำชมเชยที่เกิดจากการรับบริการ

(2.3) ด้านองค์การ

1) มุ่งมั่นต่อการดำเนินงานตามที่ภารกิจของกรม ให้บรรลุผลการดำเนินงาน โดยใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและเกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อให้เกิดที่ยอมรับจากสังคม

2) สร้างความเข้มแข็งของกรมด้วยการมีส่วนร่วมของบุคลากร เพื่อบรรลุผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพและเป็นประโยชน์สูงสุด

3) ใช้หลักธรรมาภิบาลต่อการสร้างจิตสำนึก คุณธรรม จริยธรรมในการดำเนินงานของบุคลากร

(2.4) ด้านผู้ปฏิบัติงาน

1) ส่งเสริมสมรรถนะของบุคลากรด้วยการจัดกระบวนการเรียนรู้ เพื่อการตอบสนองความต้องการหรือความคาดหวังจากผู้รับบริการ

2) สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ขององค์การ อันนำไปสู่การเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้

โดยในส่วนของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งเป็นองค์การที่ได้ประกาศเป้าหมายขององค์การ คือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน ตามพันธกิจด้วยการพัฒนาวิชาการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยคุ้มครองอนุรักษ์และส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์ไทย ส่งเสริมแลพัฒนาการจัดการระบบความรู้ และสร้างมาตรฐานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกให้ทัดเทียมการแพทย์แผนปัจจุบัน และนำไปใช้ในระบบสุขภาพอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย เพื่อเป็นทางเลือกแก่ประชาชนในการดูแลสุขภาพ มุ่งสู่วิสัยทัศน์คือ เป็นองค์การหลักด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพื่อการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพและส่งเสริมเศรษฐกิจอย่างยั่งยืน (กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, ออนไลน์, 2560) มิได้แสดงนโยบายที่มีความเกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ และจากการสืบค้นข้อมูลของสำนักการแพทย์ทางเลือก องค์การที่อยู่ภายใต้กำกับของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกก็มิได้แสดงนโยบายที่มีความเชื่อมโยงกับงานวิจัยนี้ โดยจากหน้าเว็บไซต์ของสำนักได้ปรากฏวิสัยทัศน์คือ มุ่งมั่นพัฒนาการแพทย์ทางเลือก เพื่อการพึ่งพาตนเองของมวลมนุษยชาติ โดยยึดพันธกิจตามกระทรวงสาธารณสุขไว้ 6 ประการ (สำนักการแพทย์ทางเลือก, ออนไลน์, 2560) ดังนี้

(1) ศึกษา วิเคราะห์ และวิจัย พัฒนาองค์ความรู้และคัดกรองศาสตร์การแพทย์แผนจีน และการแพทย์อื่น รวมถึงผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง

(2) ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการแพทย์แผนจีนและการแพทย์ทางเลือกอื่น ที่มีความเหมาะสม

(3) กำหนดพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน และเสนอคุณภาพต่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการแพทย์แผนจีนและการแพทย์ทางเลือกอื่น

(4) พัฒนารูปแบบ ส่งเสริม และสนับสนุนให้มีบริการแพทย์แผนจีนและการแพทย์ทางเลือกอื่นผสมผสานในระบบสุขภาพ

(5) ทำหน้าที่ประสานความร่วมมือระหว่างประเทศ ในด้านของการแพทย์แผนจีนและการแพทย์ทางเลือกอื่น

(6) ปฏิบัติงานร่วม หรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่น ตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย

1.8 กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

1) กฎหมายระหว่างประเทศ

(1) สิทธิเพื่อสุขภาพ ปี ค.ศ. 1946

คือ สิทธิที่ได้รับการประกาศจากองค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 1948 มีลำดับศักดิ์ทางกฎหมายเทียบเท่ากับรัฐธรรมนูญทางด้านสุขภาพ ซึ่งมีเนื้อหาว่าด้วยสุขภาพเป็นพื้นฐานที่มีความจำเป็นและเป็นสิ่งสำคัญที่สุดต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ สิทธิฉบับนี้ให้ความสำคัญต่อประเด็นของสิทธิสุขภาพของปัจเจกบุคคล อันเป็นรากฐานของสิทธิมนุษยชน เพื่อสร้างความเข้าใจต่อศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ เป็นสิทธิแห่งความพึงพอใจสูงสุด เพื่อบรรลุความต้องการอันเป็นมาตรฐานของสุขภาพทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งได้กำหนดคำนิยามของคำว่าสุขภาพ คือ สภาพที่สมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และความเป็นอยู่ ซึ่งไม่จำกัดด้วยการปราศจากโรคภัยไข้เจ็บหรือความ อ่อนแอของร่างกาย ซึ่งต่อมากำว่าสุขภาพได้รับการแก้ไขนิยามอีกครั้ง เพื่อให้มีเนื้อหาสาระที่ครอบคลุมขึ้น กล่าวคือ สุขภาพเป็นความพึงพอใจสูงสุดจากมาตรฐานทางด้านสุขภาพะ เป็นหนึ่งของพื้นฐานแห่งสิทธิที่มนุษย์ทุกคนพึงมี โดยปราศจากความแตกต่างทางเชื้อชาติ ศาสนา ความเชื่อทางการเมือง สภาพทางด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยในปี ค.ศ. 1948 สิทธิเพื่อสุขภาพได้ถูกกำหนดให้เป็นส่วนหนึ่งในมาตรฐานการดำรงชีวิตของมนุษย์ ตามหลักปรัชญาญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน

(2) ปณิญาสาทกลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศ ปี ค.ศ. 1948

คือ ข้อตกลงระหว่างประเทศที่ได้รับมติยอมรับและเห็นชอบจากคณะสมาชิกที่ประชุมสมัชชาสหประชาชาติ สมัยสามัญที่ 3 เมื่อวันที่ 10 ธันวาคม ค.ศ. 1948 ณ กรุงปารีส สาธารณรัฐฝรั่งเศส ซึ่งประเทศไทยได้เป็นส่วนหนึ่งของสมาชิกที่ลงมติเห็นชอบต่อข้อตกลงนี้

ซึ่งข้อตกลงมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นข้อบังคับและปฏิบัติต่อการวางรากฐานทางด้านสิทธิมนุษยชน อันเป็นสิทธิที่คุ้มครองปัจเจกบุคคล ต่อการได้รับศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์และอิสรภาพนับแต่กำเนิด เพื่อให้เป็นมาตรฐานต่อการกำหนดข้อกำหนดในกลุ่มประเทศสมาชิก

(3) กฎอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2005

คือ กฎที่ได้รับการรับรองผ่านที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก โดยได้รับการพัฒนา มาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1969 และได้ถูกแก้ไขอีก 3 วาระ ระหว่างปี ค.ศ. 1973 ถึงปี ค.ศ. 1995 ว่าด้วยเรื่อง การกักกันโรคระบาด ต่อมา ในการประชุมครั้งที่ 58 เมื่อวันที่ 23 กรกฎาคม ค.ศ. 2005 ได้ลงความเห็นชอบต่อการแก้ไขอีกครั้ง เพื่อให้ผลบังคับใช้ครอบคลุมถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากการแพร่ระบาดของโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (Severe Acute Respiratory Syndrome: SARS) โดยมีอำนาจ บังคับใช้ต่อกลุ่มประเทศสมาชิกสมัชชา ตั้งแต่วันที่ 15 มิถุนายน ค.ศ. 2007

ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมในประเด็นของวัตถุประสงค์สำคัญที่ปรากฏ ในกฎอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2005 มีเนื้อหาแสดงถึงเจตนารมณ์และขอบเขตของการ “ปกป้อง คุ้มครอง ควบคุมและตอบโต้ทางด้านสาธารณสุขต่อการแพร่กระจายของโรคติดต่อและภัยสุขภาพระหว่าง ประเทศ ด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับภาวะเสี่ยงด้านสาธารณสุขเพื่อหลีกเลี่ยงการรบกวนที่ไม่จำเป็น ต่อการเจรจาและการค้าระหว่างประเทศ” ซึ่งประเด็นของเจตนารมณ์และขอบเขตข้างต้นมีเนื้อความที่ ปรากฏก่อนวัตรกรรมทางด้านสิทธิมนุษยชน และผู้เดินทาง อันเป็นประเด็นที่มีความสัมพันธ์กับ หนึ่งในวัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้ (สำนักระบาดวิทยา, 2556, หน้า ช.)

2) กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับดนตรีบำบัดในสหรัฐอเมริกา

(1) Music Therapy Act, 2015 (AB 1279, Chapter 10.7)

คือ พระราชบัญญัติดนตรีบำบัดแห่งสหรัฐอเมริกา ซึ่งมีอำนาจบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 27 สิงหาคม ปี ค.ศ. 2015 มีเนื้อหาว่าด้วยประมวลกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบกิจการดนตรี บำบัด และข้อกำหนดที่ว่าด้วยกระบวนการปฏิบัติของบุคคลที่มีความประสงค์จะปฏิบัติงานด้าน ดนตรีบำบัด ในส่วนของคุณสมบัติทางการศึกษาและขั้นตอนการสอบขอรับใบอนุญาต

(2) An Act Concerning Music and Art Therapy, 2015 (SB 354)

คือ พระราชบัญญัติว่าด้วยข้อบังคับของนักดนตรีบำบัดและศิลปะบำบัดต่อการรับ ใบอนุญาต ตามมติจากกระทรวงสาธารณสุขแห่งสหรัฐอเมริกา (Department of Public Health: DPH) เพื่อใช้ในการปฏิบัติงาน มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม ปี ค.ศ. 2016 มีเนื้อหาว่าด้วยคำนิยาม ของดนตรีบำบัดและศิลปะบำบัด ข้อกำหนดและข้อยกเว้นใบอนุญาต ข้อกำหนดคุณสมบัติของผู้ที่ ต้องการรับใบอนุญาต กระบวนการขอรับใบอนุญาต และการต่ออายุ ข้อกำหนดของใบอนุญาต ชั่วคราว ข้อกำหนดของการบังคับใช้และบทลงโทษ

(3) Music Therapy Clinical for Mental Health Self-Assessment Guide

คือ แนวทางมาตรฐานการปฏิบัติงานที่กำหนดโดย คณะกรรมการด้านกฎหมาย สมาคมดนตรีบำบัดแห่งสหรัฐอเมริกา ว่าด้วยการมาตรฐานการให้การบำบัดรักษาต่อผู้ป่วยจิตเวช ของนักดนตรีบำบัดในสหรัฐอเมริกา ซึ่งอยู่ภายใต้วัตถุประสงค์ของมาตรฐาน 3 ประการ ได้แก่

(3.1) เพื่อใช้เป็นเกณฑ์มาตรฐานในการให้บริการต่อผู้ป่วย

(3.2) เพื่อให้การสนองความต้องการส่วนบุคคลของผู้ป่วย และ

(3.3) เพื่อใช้ประเมินผลการปฏิบัติงานด้านดนตรีบำบัด ให้เป็นไปตามมาตรฐาน ที่ได้กำหนดไว้

ซึ่งในประเด็นของรายละเอียดของมาตรฐานการปฏิบัติงานต่อผู้ป่วยจิตเวช 8 มาตรฐาน ผู้วิจัยได้นำเสนอไว้ในส่วนของการทบทวนวรรณกรรมทฤษฎีดนตรีบำบัด ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการ ปฏิบัติงานในต่างประเทศ

3) กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับ “สิทธิของผู้ป่วย” และ “การแพทย์ทางเลือก”

(1) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560

คือ กฎหมายสูงสุดที่ตราขึ้นเพื่อใช้ในการปกครองประเทศ ภายใต้ระบอบ ประชาธิปไตย อันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข ตราขึ้นเมื่อวันที่ 6 เมษายน พ.ศ. 2560 ในรัชสมัยแห่งสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณ บดินทรเทพยวรางกูร

โดยในประเด็นของสิทธิผู้ป่วย เป็นประเด็นที่ถูกบัญญัติไว้ในประเด็นของ สิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน ซึ่งปรากฏขึ้นตั้งแต่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรสยาม พุทธศักราช 2475 หมวดที่ 2 สิทธิและหน้าที่ของชนชาวสยาม และมีปรากฏในรัฐธรรมนูญทุกฉบับเรื่อยมาจนถึง รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 อันเป็นหนึ่งในวัตถุประสงค์ของกฎหมาย คือ การคุ้มครองและปกป้องสิทธิเสรีภาพของปวงชนชาวไทย

ในประเด็นของแพทย์ทางเลือก กฎหมายนี้เป็นแผนแม่บทต่อการกำหนดและ บัญญัติกฎหมายอื่นภายในประเทศ ซึ่งหากกฎหมายใดมีข้อบัญญัติที่ขัดต่อกฎหมายรัฐธรรมนูญ ก็ถือว่า กฎหมายฉบับนั้นเป็นโมฆะต่อการบังคับใช้ ซึ่งกฎหมายรัฐธรรมนูญมีวัตถุประสงค์ เพื่อใช้ เป็นหลักในการปกครอง เป็นแนวทางของการบัญญัติกฎหมายอื่น ผ่านกลไกการจัดระเบียบทางการ ปกครอง นำไปสู่ความเข้มแข็งของประเทศชาติ ผ่านหลักโครงสร้างหน้าที่และอำนาจของส่วน องค์กรต่าง ๆ ในเป็นไปตามกฎหมายรัฐธรรมนูญ ให้มีความสมดุลระหว่างอำนาจของฝ่ายนิติบัญญัติ และฝ่ายบริหาร การให้อำนาจในการตรวจสอบแก่สถาบันศาลและองค์กรอิสระอื่นต่อการดำเนินงาน ของรัฐ ทำให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สุจริต เทียงธรรม เป็นส่วนหนึ่งในการ

ป้องกันและแก้ไขวิกฤติภัยที่เกิดขึ้นกับประเทศ ด้วยความเหมาะสมตามสภาวะการ นำมาซึ่งผลประโยชน์ตามสิทธิและเสรีภาพที่ประชาชนควรได้รับ ตามขอบเขตของกฎหมาย

(2) พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534

ตราขึ้นเมื่อวันที่ 21 สิงหาคม พ.ศ. 2534 มีวัตถุประสงค์ว่าด้วยการกำหนดขอบเขตการดำเนินงานของส่วนราชการ ให้มีขอบเขตที่ชัดเจนต่ออำนาจและกระบวนการปฏิบัติงานอำนาจของแต่ละส่วนงาน ให้มีประสิทธิภาพ และป้องกันการซ้ำซ้อนของการปฏิบัติงาน

อนึ่ง กฎหมายฉบับนี้เป็นกฎหมายที่มีอำนาจบังคับใช้ในทุกส่วนงานของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอยู่ภายใต้การกำกับดูแล ตั้งแต่การจัดตั้ง การให้อำนาจในการดำเนินงาน วัตถุประสงค์ของการดำเนินงานภายในส่วนงานทุกส่วน รวมถึงสำนักการแพทย์ทางเลือก ที่ได้รับพันธกิจตามกฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขในบทบาทของส่วนงานภาครัฐที่ทำหน้าที่ ศึกษา วิเคราะห์วิจัย พัฒนาองค์ความรู้ทางการแพทย์ทางเลือก เพื่อผลักดันให้การแพทย์ทางเลือกของประเทศมีการพัฒนาต่อการเข้าสู่ระบบสุขภาพภายในประเทศ รวมถึงบทบาทต่อการกำหนดและควบคุมการกำกับดูแลมาตรฐานของการให้บริการทางการแพทย์ทางเลือกให้เป็นไปตามคุณภาพที่ได้ตั้งไว้ ต่อการให้บริการกับประชาชน

(3) พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542

ตราขึ้นเมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม พ.ศ. 2542 มีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดองค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะ และคุณสมบัติของผู้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ในสาขาต่าง ๆ ให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพในกระบวนการดำเนินงาน รวมทั้งส่งเสริมให้การประกอบโรคศิลปะในแต่ละสาขามีความอิสระและคล่องตัวในการดำเนินงานอย่างเป็นไปตามกฎหมาย และเพื่อควบคุมมิให้มีการแสวงหาผลประโยชน์ มีการเลือกปฏิบัติต่อบุคคลหรือใช้วิชาชีพโดยมิชอบ อันจะก่อให้เกิดความเสียหายกับประชาชน

(4) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

ตราขึ้นเมื่อวันที่ 3 มีนาคม พ.ศ. 2550 ตามวัตถุประสงค์ คือ เพื่อวางกรอบและแนวทางต่อการกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์และกระบวนการดำเนินงานทางด้านสุขภาพภายในประเทศ รวมทั้งกำหนดกลไกขององค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดระบบที่ใช้ในการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและได้ความร่วมมือจากทุกส่วนงาน ทั้งภาครัฐ เอกชนและประชาชนให้มีความรู้เท่าทัน อันจะนำไปสู่เป้าหมายต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ในการดูแลแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างครอบคลุม ทั้งในด้านความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ ปัญญาและสังคมได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

(5) พระราชบัญญัติสุขภาพจิตแห่งชาติ พ.ศ. 2551

ตราขึ้นเมื่อวันที่ 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 ตามวัตถุประสงค์ คือ เพื่อกำหนดกระบวนการในการบำบัดรักษาผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต รวมทั้งให้ความคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยและสังคม รวมถึงในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในกระบวนการสอบสวน การไต่สวนมูลฟ้องหรือพิจารณา หรือภายหลังจากที่ศาลอาญามีคำพิพากษาคดี ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างกระบวนการนั้น ย่อมอยู่ภายใต้การคุ้มครองของกฎหมายนี้ เป็นผลมาจากความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติของประชาชนทางด้านลบ ที่มีต่อผู้ป่วยที่ผิดปกติทางจิต ส่งผลให้กลุ่มผู้ป่วยนี้ยังขาดการได้รับการดูแล รักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม ส่งผลให้อาการผิดปกติมีความรุนแรงขึ้น ถึงขั้นเป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น ทั้งในด้านชีวิต ร่างกายและทรัพย์สิน

(6) พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541

ตราขึ้นเมื่อวันที่ 15 มีนาคม พ.ศ. 2541 ตามวัตถุประสงค์ เพื่อให้ให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนผู้เข้ารับบริการจากสถานพยาบาล เกี่ยวกับการอนุญาตประกอบกิจการ การเลิก การย้าย การปิดสถานพยาบาล การเพิกถอนใบอนุญาต การโฆษณากิจการสถานพยาบาล ทั้งส่วนภาครัฐและเอกชน ให้มีลักษณะและมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด หรือผ่านการรับรองคุณภาพโดยหน่วยงานที่กำหนด รวมทั้งกำหนดขอบเขตและหน้าที่ของผู้รับใบอนุญาต ผู้ดำเนินสถานพยาบาล พนักงานและเจ้าหน้าที่ภายใต้อำนาจของสถานพยาบาลให้มีความเหมาะสมในลักษณะของบริการทางสาธารณสุข ก่อให้เกิดประโยชน์กับประชาชน รวมถึงมีการบัญญัติองค์ประกอบคณะกรรมการเปรียบเทียบคดี และบทกำหนดโทษของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ในกรณีที่มีได้ปฏิบัติตามบัญญัติของกฎหมาย อันจะนำพามาซึ่งผลกระทบหรือความเสียหายกับประชาชน ทั้งร่างกาย จิตใจและทรัพย์สิน

(7) พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559

ตราขึ้นเมื่อวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2559 ตามวัตถุประสงค์ คือ เพื่อกำกับ ควบคุมดูแลให้การผู้ประกอบการหรือผู้ดำเนินการ ปฏิบัติงานตามมาตรการในกระบวนการให้บริการของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ให้เป็นไปตามมาตรฐานที่ปรากฏในบัญญัติของกฎหมาย นำไปสู่ผลและคุณภาพของการให้บริการของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่มีมาตรฐานและไม่สร้างความเสียหายหรือส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจของผู้รับบริการ อันจะนำพาซึ่งความเชื่อมั่นของผู้รับบริการทั้งในประเทศและต่างประเทศ

(8) พระราชบัญญัติส่งเสริมรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535

ตราขึ้นเมื่อวันที่ 29 มีนาคม พ.ศ. 2535 ตามวัตถุประสงค์ คือ กำหนดให้มาตรการในการดูแลสิ่งแวดล้อมภายในประเทศให้มีความเหมาะสมและเป็นไปตามมาตรฐาน รวมทั้ง

ให้ประชาชนและส่วนงานเอกชน ได้มีความรู้ความเข้าใจต่อการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม ในขณะที่ส่วนภาครัฐนั้นมีหน้าที่กำกับดูแล บริหารจัดการและควบคุมให้คุณภาพของสิ่งแวดล้อมอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาทางด้านมลภาวะที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน รวมทั้งมีการบัญญัติบทลงโทษทางกฎหมายสำหรับผู้ฝ่าฝืนข้อกำหนดในพระราชบัญญัติไว้อย่างชัดเจน

อนึ่ง ภายใต้อำนาจของมาตรา 32 (5) แห่งพระราชบัญญัตินี้ มีผลต่อคำประกาศจากคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 15 ปี พ.ศ. 2540 ว่าด้วยเรื่องของการกำหนดระดับมาตรฐานของเสียงโดยทั่วไป โดยกำหนดให้ระดับความดังของเสียงสูงสุดอยู่ที่ 115 dB(A) และค่าเฉลี่ยของเสียงในระยะเวลา 24 ชั่วโมงไม่เกิน 70 dB (A) และระบุวิธีการตรวจสอบระดับของเสียงไว้อย่างชัดเจน อันเป็นวิธีที่การที่องค์กรมาตรฐานระหว่างประเทศ (International Organization for Standardize: ISO) ได้กำหนดไว้

(9) คำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย พ.ศ. 2558

คือ ข้อบัญญัติที่กลุ่มคณะกรรมการผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพได้ประกาศขึ้น เพื่อสร้างความเข้าใจที่ชัดเจนให้กับผู้ป่วยหรือผู้เข้ารับบริการทางด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดความชัดเจนต่อขอบเขตความคุ้มครองและผลประโยชน์อันชอบธรรมแก่ตนเองจากการรับบริการให้เป็นไปอย่างถูกต้อง เหมาะสมและไม่เป็นการละเมิดสิทธิของผู้อื่น อันจะนำไปให้เกิดผลของการรับบริการทางด้านสุขภาพที่ดี และปราศจากข้อขัดแย้งระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสุขภาพและผู้รับบริการ ซึ่งองค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพได้ประกาศใช้ครั้งแรกเมื่อวันที่ 16 เมษายน พ.ศ. 2541 ในชื่อว่า “สิทธิผู้ป่วย” และต่อมาได้มีการปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง โดยมีการปรับปรุงเนื้อหาในส่วนสิทธิและมีการเพิ่มเติมเนื้อหาของข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย ในวันที่ 12 สิงหาคม พ.ศ. 2558 และเปลี่ยนแปลงเป็น “คำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย” โดยมีคำประกาศและข้อพึงปฏิบัติดังนี้

สิทธิของผู้ป่วย

(1) ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิขั้นพื้นฐานที่จะได้รับการรักษาพยาบาลและการดูแลด้านสุขภาพตามมาตรฐานวิชาชีพจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ

(2) ผู้ป่วยที่ขอรับการรักษาพยาบาลมีสิทธิที่ได้รับทราบข้อมูลที่เป็นจริงและเพียงพอเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การตรวจ การรักษา ผลดีและผลเสียจากการตรวจ การรักษาจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ด้วยภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ

เลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่ในกรณีฉุกเฉินอันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต

(3) ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่ต้องคำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่

(4) ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบชื่อ สกุล และวิชาชีพของผู้ให้การรักษายาบาลแก่ตน

(5) ผู้ป่วยมีสิทธิขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้การรักษายาบาลแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพหรือเปลี่ยนสถานพยาบาลได้ ทั้งนี้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ของสิทธิการรักษาผู้ป่วยที่มีอยู่

(6) ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการปกปิดข้อมูลของตนเอง เว้นแต่ผู้ป่วยจะให้ความยินยอมหรือเป็นการปฏิบัติตามหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อประโยชน์โดยตรงของผู้ป่วยหรือตามกฎหมาย

(7) ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้เข้าร่วมหรือผู้ถูกทดลองในการทำการวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

(8) ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษายาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอตามขั้นตอนของสถานพยาบาลนั้น ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิหรือข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลของผู้อื่น

(9) บิดา มารดา หรือผู้ชอบแทน โดยธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่ถึงสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

ข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย

(1) สอบถามเพื่อทำความเข้าใจข้อมูลและความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นก่อนลงนามให้ความยินยอม หรือไม่ยินยอมรับการตรวจวินิจฉัยหรือรักษายาบาล

(2) ให้ข้อมูลด้านสุขภาพและข้อเท็จจริงต่าง ๆ ทางการแพทย์ที่เป็นจริงและครบถ้วนแก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพในกระบวนการรักษายาบาล

(3) ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรักษายาบาล ในกรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติตามได้ให้แจ้งผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพทราบ

(4) ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของสถานพยาบาล

(5) ปฏิบัติต่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ผู้ป่วยรายอื่น รวมทั้งผู้ที่มาเยี่ยมเยียนด้วยความสุภาพให้เกียรติและไม่กระทำการที่รบกวนผู้อื่น

(6) แจ้งสิทธิการรักษาพยาบาลพร้อมหลักฐานที่ตนมีให้เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องทราบ

(7) ผู้ป่วยพึงรับทราบข้อเท็จจริงทางการแพทย์ ดังต่อไปนี้

(7.1) ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่ได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานและจรรยาบรรณย่อมได้รับความคุ้มครองที่กฎหมายกำหนดและมีสิทธิได้รับความคุ้มครองตามที่กฎหมายกำหนด และมีสิทธิได้รับความคุ้มครองจากการถูกกล่าวหาโดยไม่เป็นธรรม

(7.2) การแพทย์ในที่นี้ หมายถึง การแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งได้รับการพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์ โดยองค์ความรู้ในขณะนั้นว่ามีประโยชน์มากกว่าโทษสำหรับผู้ป่วย

(7.3) การแพทย์ไม่สามารถวินิจฉัย ป้องกัน หรือรักษาให้หายได้ทุกโรคหรือทุกสภาวะ

(7.4) การรักษาพยาบาลทุกชนิดมีความเสี่ยงที่จะเกิดผลอันไม่พึงประสงค์ได้ นอกจากนี้ เหตุสุดวิสัยอาจเกิดขึ้นได้ แม้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพจะให้ความระมัดระวังอย่างเพียงพอตามภาวะวิสัยและพฤติการณ์ในการรักษาพยาบาลนั้น ๆ แล้ว

(7.5) การตรวจเพื่อคัดกรอง วินิจฉัย และติดตามการรักษาโรค อาจให้ผลที่คลาดเคลื่อนได้ด้วยข้อจำกัดของเทคโนโลยีที่ใช่ และปัจจัยอื่น ๆ ที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามมาตรฐานการปฏิบัติงาน

(7.6) ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพมีสิทธิใช้ดุลพินิจในกระบวนการเลือกรักษาพยาบาลตามหลักวิชาชีพทางการแพทย์ ตามความสามารถและข้อจำกัดตามภาวะวิสัยและพฤติการณ์ที่มีอยู่ รวมทั้งการปรึกษาหรือส่งต่อโดยคำนึงถึงสิทธิประโยชน์โดยรวมของผู้ป่วย

(7.7) เพื่อประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วย ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอาจให้คำแนะนำหรือส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาตามความเหมาะสม ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องไม่อยู่ในสภาวะฉุกเฉิน อันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายถึงชีวิต

(7.8) การปกปิดข้อมูลสุขภาพ และข้อเท็จจริงต่าง ๆ ทางทางการแพทย์ของผู้ป่วยต่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ อาจส่งผลเสียต่อกระบวนการรักษาพยาบาล

(7.9) ห้องฉุกเฉินของสถานพยาบาล ให้สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินอันจำเป็นเร่งด่วน และเป็นอันตรายต่อชีวิต

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทำการการสืบค้นและรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยได้จำแนกเนื้อหาจากงานวิจัยไว้ตามประเด็น ดังต่อไปนี้

อิทธิพลของดนตรีต่ออารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับมนุษย์ พบว่างานวิจัยของ Susan E. Mandel, Beth A. Davis และ Michelle Secic (2014) ในหัวข้อ “Effects of Music Therapy on Patient Satisfaction and Health-Related Quality of Life of Hospital Inpatient” เพื่อศึกษาผลกระทบของดนตรีบำบัดต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย และความสัมพันธ์ทางด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มประชากรที่ได้รับการบำบัดด้วยดนตรีบำบัดควบคู่กับการรักษาอื่นในโรงพยาบาล มีความพึงพอใจต่อผลการรักษาและมีสุขภาวะที่ดีขึ้น รวมทั้งมีแนวโน้มที่จะบอกต่อหรือแนะนำวิธีการรักษาด้วยดนตรีบำบัดไปยังกลุ่มบุคคลอ้างอิง หรือบุคคลรอบข้าง อันแสดงถึงอิทธิพลของดนตรีบำบัดในเชิงบวก เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับผลวิจัยที่แสดงผลลัพธ์ของดนตรีบำบัดในงานวิจัยจาก สุมลชาติ ดวงบุบผา, สมจิต หนูเจริญกุล และชาญเกียรติ บุญศรี (2008) ภายใต้อำนาจหัวข้อ “ประสิทธิภาพของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลการตอบสนองทางสรีระ ความจุของปอด และความอึดตัวของออกซิเจนในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ” ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการฟังดนตรีเป็นระยะเวลา 30 นาที มีผลการตอบสนองของร่างกายในส่วนของ อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และ ค่าความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ค่าความอึดตัวของออกซิเจนเป็นไปในทิศทางที่สูงขึ้น และจากการสอบถามกลุ่มทดลองต่อความพึงพอใจในการใช้ดนตรีบำบัด พบว่า กลุ่มทดลองให้ความเห็นต่อความพึงพอใจในการใช้ดนตรีบำบัดในระดับมาก โดยแสดงความคิดเห็นต่อประโยชน์ของการบำบัดด้วยดนตรีว่า 1) สามารถช่วยบรรเทาความวิตกกังวล (ร้อยละ 70) 2) บรรเทาความเจ็บปวด (ร้อยละ 50) และ 3) ส่งผลในนอนหลับได้ง่ายขึ้น (ร้อยละ 43.3) ตามลำดับ ขณะที่ผลการวิจัยภายใต้อำนาจหัวข้อ “Effects of background music on concentration of workers” โดย Rong-Hwa Huang และ Yi-Nuo Shih (2014) ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบของดนตรีที่เปิดระหว่างการทำงานที่ส่งผลต่อการใช้สมาธิของพนักงาน พบว่า กลุ่มที่ทำงานแบบไม่มีดนตรีประกอบจะมีสมาธิในการทำงานสูงกว่ากลุ่มที่ทำงานแบบมีดนตรีประกอบ โดยมีข้อเสนอแนะจากคณะผู้วิจัยว่าควรให้ความสำคัญต่อแนวเพลงของกลุ่มผู้ฟังที่มีภูมิหลังหรือข้อมูลประชากรส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน เพราะส่งผลต่อความชอบในแต่ละประเภทของดนตรีตามคุณลักษณะเฉพาะของผู้ฟังแต่ละราย ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับงานวิจัยของ นอร์ธ ฮาร์กรีเวสและเดวิด ในหัวข้อการวิจัยเรื่อง “The Social and Applied Psychology of Music” เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแนวเพลง (Genre) ที่มีต่อบุคลิกภาพของบุคคล ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่าแนวเพลงตาม

ความชอบที่แตกต่างกันไป ส่งผลให้ผู้ฟังมีบุคลิกภาพที่มีความชัดเจนแตกต่างกันตามแต่ละแนวเพลง ดังนี้ ดังนี้ 1) กลุ่มผู้ฟังเพลงแจ๊สและแนวเพลงอื่น ๆ ที่เป็นแนวเพลงย่อยของแจ๊ส (Jazz, Blues, Soul and etc.) มีลักษณะที่มีความภูมิใจต่อตัวเองสูง มีความคิดสร้างสรรค์ นิยมการเข้าสังคม มีความสุภาพและค่อนข้างจะใช้ชีวิตเรียบง่ายติดดิน 2) กลุ่มผู้ฟังเพลงคลาสสิก (Classical Music) มีลักษณะที่ใกล้เคียงกันกับกลุ่มผู้ฟังเพลงแจ๊ส แต่จะแตกต่างกันตรงที่ค่อนข้างเป็นคนเก็บตัว ไม่นิยมการเข้าสังคมเท่าใดนัก 3) กลุ่มผู้ฟังเพลงแรพ (Rap) มักมีความมั่นใจในตัวเองสูงและนิยมการเข้าสังคม 3) กลุ่มผู้ฟังเพลงชอปราก (Opera) มักจะมีความภาคภูมิใจต่อตนเอง มีความคิดสร้างสรรค์และมีความสุภาพต่อผู้อื่นสูง 4) กลุ่มผู้ฟังเพลงพื้นเมืองของแถบตะวันตก (Country and Western) จะเป็นคนที่มีความกระตือรือร้นในการทำงานและนิยมการเข้าสังคม 5) กลุ่มผู้ฟังเพลงเร็กเก้ (Reggae) มีความภาคภูมิใจในตัวเองสูงและมีความคิดสร้างสรรค์ แต่ค่อนข้างจะรักสบายใช้ชีวิตง่าย ๆ ชอบการเข้าสังคมและมีความสุภาพ 6) กลุ่มผู้ฟังเพลงแดนซ์ (Dance) มักจะมีความคิดสร้างสรรค์ ชอบการเข้าสังคม แต่มีข้อเสียคือขาดความสุภาพเรียบร้อย 7) กลุ่มผู้ฟังเพลงอินดี้ (Indie) มีความมั่นใจในตนเองค่อนข้างต่ำ รักสบาย ไม่ชอบทำงานหนัก ขาดความสุภาพ แต่มีความคิดสร้างสรรค์ที่มากกว่ากลุ่มอื่น ๆ 8) กลุ่มผู้ฟังเพลงร็อกและเฮฟวี เมทัล (Rock and Heavy Metal) มีความคิดสร้างสรรค์ สุภาพ ใช้ชีวิตติดดิน แต่มีข้อเสียคือขาดความมั่นใจในตนเอง ไม่ชอบการปรับตัวเข้าสังคม และค่อนข้างจะรักสบาย 9) กลุ่มผู้ฟังเพลงป๊อปหรือเพลงตามสมัยนิยม (Popular Music) มักจะมีความมั่นใจสูง ทำงานหนักชอบการเข้าสังคมและมีความสุภาพปรับตัวเก่ง แต่ขาดความคิดสร้างสรรค์ อีกทั้งยังมีรสนิยมสูงในการใช้ชีวิต ซึ่งจากผลการค้นพบดังกล่าวนี้ แสดงให้เห็นถึงอิทธิพลจากการรับฟังดนตรีที่สามารถสร้างผลกระทบต่อตัวบุคคลได้ ไม่ว่าจะเป็นด้านบุคลิกภาพและการใช้ชีวิต อีกทั้งคณะผู้วิจัยได้ให้ทัศนะต่องานวิจัยของตนเองในครั้งนี้ว่า แม้แนวเพลงบางประเภทจะมีอิทธิพลต่อบุคลิกภาพที่คล้ายคลึงกัน อาทิ กลุ่มผู้ฟังเพลงคลาสสิกและเฮฟวี เมทัล แต่จากผลการวิจัยก็มีความแตกต่างทางด้านอายุ คือ กลุ่มผู้ฟังเพลงคลาสสิกส่วนมากแล้วเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ขณะที่กลุ่มเด็กวัยรุ่นจะนิยมเพลงเฮฟวี เมทัลมากกว่า อย่างไรก็ตามทั้งสองกลุ่มนี้ มักจะมีแรงจูงใจต่อการฟังเพลงที่คล้ายคลึงกัน กล่าวคือ นิยมบทเพลงที่มีเนื้อหาชัดเจน เข้มข้น และแสดงออกถึงความรักอย่างรุนแรง แต่สิ่งที่ประเด็นน่าสนใจจากงานวิจัยคือ กลุ่มผู้ฟังเพลงเฮฟวี เมทัลนั้นมีแนวโน้มที่จะเกิดความเครียดและการทำร้ายตัวเองสูงกว่า อันเป็นผลมาจากอายุและประสบการณ์การใช้ชีวิตที่น้อยกว่า ส่งผลให้ขาดความยังคิดยังทำ ทั้งนี้ เมื่อนอร์ธ ได้ทดลองให้กลุ่มผู้ฟังเพลงเฮฟวี เมทัลได้รับฟังเพลงที่มีท่วงทำนองที่รุนแรง มีความเข้มของเสียงมาก และมีความหุนหันพลันแล่น อย่างของคีตกวีชาวเยอรมัน อาทิ ริชาร์ด วากเนอร์ (Richard Wagner) ก็พบว่า สามารถนำเอาบทเพลงคลาสสิกบางประเภทเข้ามาปรับแนวคิดของกลุ่มเฮฟวี เมทัลได้เช่นกัน ซึ่งงานวิจัยชิ้นนี้นับว่าเป็นหลักฐานยืนยันแนวทาง

ของบทบาทของดนตรีต่อทัศนคติ บุคลิกภาพ และอารมณ์ของผู้ฟัง ได้อย่างชัดเจน (North Adrian & Hargreaves, J. David, 2008)

ในด้านของการใช้ดนตรีบำบัดต่อกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ จากการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า งานวิจัยภายใต้หัวข้อ “ผลของดนตรีบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ” จาก กาญจนา พิบูลย์, พวงทอง อินใจ และเอียน สมิต (2009) ภายใต้วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุและศึกษาประสิทธิผลของดนตรีบำบัดในการนำเอามาเป็นเครื่องมือลดภาวะซึมเศร้า ผลการวิเคราะห์หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (The Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) อยู่ที่ระดับคะแนน 1.16 ซึ่งต่ำกว่าก่อนเริ่มการทดลอง คือ 4.11 และผลการวิเคราะห์หลังจากเสร็จสิ้นการทดลองเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยต่ำกว่าก่อนการทดลองแต่สูงกว่าการวิเคราะห์หลังเสร็จสิ้นการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยแสดงผลการวิเคราะห์อยู่ที่ 13.2 ซึ่งทางคณะผู้วิจัยจึงสรุปผลการทดลองได้ว่าดนตรีบำบัดนั้นสามารถนำเอามาใช้เป็นเครื่องมือหนึ่งในการรักษาอาการซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ และคณะผู้ให้การดูแลรักษาทางด้านสุขภาพต่อกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ ควรคำนึงถึงการนำเอาดนตรีบำบัดเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการดูแล ซึ่งมีข้อเสนอแนะต่อรูปแบบการบำบัดแบบกลุ่มเพื่อลดความรุนแรงของอาการในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ รวมถึงใช้บรรเทาอาการป่วยที่เกิดขึ้นจากทั้งส่วนของทางสุขภาพกายและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุ และให้ความสำคัญต่อการศึกษาวิจัยการนำเอาดนตรีบำบัดไปใช้ในการรักษาผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยอาการอื่น ขณะที่ผลงานวิจัยจากนักวิชาการสาธารณสุขเกาหลีอย่าง อิมและลี ได้ทำการวิจัยภายใต้หัวข้อ “Effects of Art and Music Therapy on Depression and Cognitive Function of the Elderly” และเผยแพร่ในวารสารวิชาการ Technology and Health Care โดยวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบจากการนำเอาศิลปะและดนตรีบำบัดเข้าใช้ในเป็นเครื่องมือในการทดสอบการรับรู้และอาการซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ในเขตเมืองหลวงของประเทศเกาหลีใต้ ผลการวิจัยพบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดมีการรับรู้ที่เพิ่มขึ้นและระดับอาการซึมเศร้าที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.003$) โดยกลุ่มผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญเห็นต่อผลการวิจัยว่าควรมีการนำเอาดนตรีและศิลปะบำบัดเข้ามาใช้เป็นเครื่องมือเสริม ในกระบวนการให้บริการทางสาธารณสุข เพื่อเพิ่มช่องทางต่อการรับการรักษาทางเลือกให้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Im L. Mi, Lee I. Jeong, 2014, pp. 453-458)

นอกเหนือจากผลการวิจัยโดยการใช้ดนตรีบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าสูงวัยแล้ว การวิจัยหัวข้อ “Pivotal Moments and Changes in Bonny Method of Guided Imagery and Music for Patients with Depression” โดย Mei-Feng Lin และคณะนักวิชาการจากประเทศไต้หวัน ที่นำเอา

การรักษาดนตรีบำบัดรูปแบบ Guide Imagery and Music เพื่อหาข้อสรุปตามวัตถุประสงค์ คือ เพื่อหาจุดเปลี่ยนสำคัญของความรู้สึก ขณะการใช้ดนตรีบำบัดร่วมกับเทคนิค Guided Imagery ในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผลการวิจัยจากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ป่วยพบว่า ผลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ผ่านกระบวนการบำบัด ได้ให้ความเห็นต่อความรู้สึกขณะและหลังการบำบัดว่า แนวทาง Bonny Method of Guided Imagery and Music ช่วยให้ผู้รู้สึกถึงอิสระของร่างกายและความนึกคิดได้อย่างดี เกิดความตระหนักรู้และแรงบันดาลใจต่อการใช้ชีวิต รวมทั้งเกิดการยอมรับและการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดขึ้นจากภายใน (Lin Mei-Feng Et.al, 2010, pp.1139-1148) ขณะทำงานวิจัยจากกลุ่มนักวิชาการในแถบประเทศสแกนดิเนเวีย ได้ทำการศึกษาวิจัยผลการใช้งานดนตรีบำบัดกับกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน ในหัวข้อ “Individual Music Therapy for Depression: Randomized Controlled Trial” ภายใต้วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของดนตรีบำบัดในการรักษาโรคซึมเศร้า โดยเปรียบเทียบกับผลการรักษาแบบปกติในกลุ่มผู้ป่วยวัยทำงาน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธีดนตรีบำบัดมีระดับความเครียดที่ลดลงและมีพัฒนาการทางด้านการแสดงออกทางอารมณ์ ดีกว่ากลุ่มที่รับการบำบัดปกติเพียงอย่างเดียวถึงร้อยละ 95 อีกทั้งภายหลังจากการทดลองเสร็จลงสามเดือน คณะวิจัยได้นัดพบกับกลุ่มทดลองอีกครั้ง เพื่อสอบถามถึงอาการของโรค ก็พบว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยแนวทางดนตรีบำบัด มีความเครียดและอาการของโรคที่ลดลงมากกว่ากลุ่มที่รักษาทางหลักเพียงอย่างเดียวเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยก่อนหน้านี้ ที่มีแนวทางหรือวัตถุประสงค์เกี่ยวข้องกับการนำเอาดนตรีบำบัดเข้ามาใช้ลดความวิตกกังวลและความตึงเครียดในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Erkkilä Jaakko et al., 2011, pp.132-139) และในส่วนของงานวิจัยในประเด็นของการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยดนตรีบำบัด ในรูปแบบของงานวิจัยเชิงเอกสารจาก โกลด์, วอร์แซคและวิแกรม ได้ทำการศึกษาวิจัยในหัวข้อ “Effects of music therapy for children and adolescents with psychopathology: a meta-analysis” โดยกำหนดวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อค้นหาประสิทธิภาพโดยรวมของดนตรีบำบัดที่มีต่อกลุ่มเด็กและวัยรุ่นที่มีอาการทางจิตพยาธิวิทยา ด้วยวิธีการวิจัยทางเอกสารจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับแนวทางการใช้ดนตรีบำบัดต่อผู้ป่วย เด็กและวัยรุ่นทั้งสิ้น 11 ชิ้น ผ่านจำแนกประเด็นสำคัญของงานวิจัยที่ใช้ในการศึกษาทุกชิ้น ผลของการวิจัยพบว่า สามารถจำแนกประเด็นสำคัญของการใช้งานดนตรีบำบัดได้ทั้งสิ้น 118 แนวทาง ซึ่งจากการวิเคราะห์ความเอนเอียงงานวิจัยที่ใช้ในการศึกษา พบว่า ไม่ปรากฏผลของความเอนเอียง (Bias) ในผลงานวิจัยที่ใช้ในการศึกษา ในส่วนผลของการใช้ดนตรีบำบัดที่วิเคราะห์จากข้อมูลเอกสารที่ใช้วิเคราะห์ แสดงถึงผลต่อผู้ป่วยในแง่บวกในระดับปานกลางถึงมาก ($ES=.61$) โดยประสิทธิผลของการใช้ดนตรีบำบัดในการรักษานั้นมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) คณะผู้วิจัยให้ความเห็นต่อการใช้ดนตรีบำบัดว่า

สามารถส่งผลต่อพัฒนาการทางด้านพฤติกรรมและพัฒนาการของสุขภาวะทางจิตใจ ได้สูงการพัฒนาทางด้านอารมณ์ และจะมีประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้นหากนำเอาดนตรีบำบัดไปใช้ผสมผสานกับศาสตร์การรักษาทางด้านอื่น ๆ อาทิ การบำบัดด้วยพลวัตทางจิต การบำบัดด้วยศิลปะ อันจะเป็นผลดียิ่งขึ้นต่อการพัฒนาทักษะการเข้าสังคมและการให้ทัศนคติต่อตนเองของผู้ป่วย (Gold, Vorcek and Wigram, 2004, pp. 1054-1063)

ทางด้านกลุ่มนักวิชาการภายในประเทศ ที่ได้นำเสนอผลงานวิจัยผ่านวารสารระดับนานาชาติ ในหัวข้อ “Active versus receptive group music therapy for major depressive disorder -pilot study” ได้ให้ความเห็นต่อโรคซึมเศร้าว่าถือเป็นวิกฤติระดับโลก เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ ในอัตราส่วน 1 ต่อ 3 จะไม่มีผลการตอบสนองจากการใช้ยาต้านเศร้า ขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่รักษาด้วยแนวทางจิตบำบัดหรือ CBT มีผลตอบสนองการรักษาเพียงร้อยละ 30 จึงเป็นที่มาของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งคณะผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญของการใช้ดนตรีบำบัดไว้ 4 ประการด้วยกันดังนี้

- 1) เป็นแนวทางที่สามารถสร้างความภาคภูมิใจ แรงกระตุ้นของชีวิตและความสุขให้กับผู้ป่วย
- 2) มีส่วนช่วยในการเร้าอารมณ์ของผู้ป่วยให้เป็นไปในทิศทางที่เหมาะสม
- 3) เป็นกิจกรรมที่ช่วยสร้างภูมิคุ้มกันต่อการกลับมาของอาการซึมเศร้า และ
- 4) เสริมสร้างการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วย ซึ่งผลของการใช้ดนตรีบำบัดที่กล่าวไปข้างต้นจะเกิดขึ้นได้เมื่อมีการใช้ร่วมกับการรักษาด้วยการใช้ยาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน

โดยงานวิจัยชิ้นนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลกระทบบทกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ได้รับการบำบัดด้วยดนตรีระหว่างการใช้ดนตรีบำบัดแบบมีส่วนร่วม (Active) และ ดนตรีบำบัดแบบรับฟัง (Receptive) และกลุ่มที่รับการบำบัดด้วยการให้คำปรึกษาทางจิตเวชสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder: MDD) เพียงอย่างเดียว ผ่านการเก็บข้อมูลการรักษาในแต่ละวิธีการ จากกลุ่มประชากรทั้งสิ้น 14 ราย มีอายุระหว่าง 18-65 ปี ซึ่งกลุ่มทดลองจะต้องผ่านเกณฑ์ ICD-10 ซึ่งเป็นแบบประเมินอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนการเข้ารับการทดลอง และต้องมีผลคะแนนมากกว่า 7 ขึ้นไปร่วมกับแบบทดสอบ Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) ที่แปลเป็นภาษาไทย เพื่อประเมินอาการซึมเศร้าของกลุ่มประชากร โดยกลุ่มทดลองทั้งหมดจะถูกวินิจฉัยจากคณะผู้วิจัยแล้วว่ามีเหมาะสมกับการบำบัดด้วยแนวทางการรักษาด้วยดนตรีบำบัด

สำหรับขั้นตอนการทดลองแบ่งออกเป็น 12 ครั้งที่ได้รับการบำบัด โดยแบ่งออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่ ช่วงเริ่มต้นใช้ระยะเวลาประมาณ 10-15 นาที ช่วงการบำบัดใช้ระยะเวลา 15-45 นาที และช่วงปิดการบำบัดใช้ระยะเวลา 5-10 นาที โดยการบำบัดทุกครั้งจะใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมงโดยประมาณ

โดยรายละเอียดของกลุ่มการบำบัดแต่ละแนวทางมีรายละเอียด ดังนี้

1) กลุ่มที่รับการบำบัดแบบเข้าร่วมกิจกรรมทางดนตรี (Active Music Therapy) จะเริ่มต้นการบำบัดด้วยการร้องเพลง โดยขั้นตอนหลักของการบำบัดจะให้กลุ่มทดลองได้ร่วมกันเล่นเครื่องดนตรีอังกฤษ เครื่องเคาะจังหวะ และกระดิ่งมือ ร่วมกับการบรรเลงบทเพลงที่กลุ่มทดลองเป็นผู้ประพันธ์ขึ้น โดยช่วงสิ้นสุดของการบำบัดแต่ละครั้งจะให้กลุ่มทดลองได้ร่วมกันด้นสด (Improvisation) ด้วยเครื่องดนตรีประเภทเขย่าชนิดต่าง ๆ อาทิ มาราคัส เครื่องเขย่ารูปไข่ หรือการเคาะด้วยแท่งจังหวะ และสิ้นสุดด้วยกิจกรรมการร้องเพลงร่วมกัน

2) กลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบรับฟัง (Receptive Music Therapy) มีกระบวนการเริ่มต้นการบำบัดด้วยการฟังดนตรี ต่อมาจึงให้กลุ่มทดลองได้ทำกิจกรรมวิเคราะห์เนื้อเพลงและร่วมกันพูดคุยแบ่งปันความคิดเห็นระหว่างกันและกัน ในช่วงที่สองจะเป็นกิจกรรมให้กลุ่มทดลองได้ร่วมกันเขียนเพลงภายใต้การควบคุมของนักดนตรีบำบัด ซึ่งถ้อยคำที่ใช้เขียนเนื้อเพลงนั้นกลุ่มทดลองจะเป็นผู้เลือกเองตามความต้องการ และสิ้นสุดกระบวนการบำบัดด้วยการวาดรูประหว่างรับฟังบทเพลงเพื่อสร้างความผ่อนคลาย

3) กลุ่มที่รับการบำบัดด้วยวิธีจิตบำบัด (CBT) ใช้กระบวนการจิตบำบัดตามแนวทางเวชปฏิบัติทั่วไปโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาสาเหตุของอาการซึมเศร้า และรับฟังแนวทางเพื่อปรับวิถีคิดหรือทัศนคติ เพื่อเสริมสร้างทักษะต่อการใช้ชีวิตเป็นระยะเวลา 1 ชั่วโมงตามวิธีการบำบัดปกติ

จากการประเมินผลการวิจัย 3 ครั้ง คือ เมื่อสิ้นสุดเดือนแรก (หลังจากการบำบัด 4 ครั้ง) เมื่อครบกำหนดการทำลองที่ระยะ 3 เดือน (สิ้นสุดบำบัด) และระยะ 5 เดือน (3 เดือนหลังได้รับการบำบัด) ผลของการวิจัยในครั้งนี้จาก 3 กลุ่มทดลองพบว่า ในแต่ละกลุ่มมีพัฒนาการของอารมณ์ที่แตกต่างกันไปด้วยการหาค่าทางสถิติด้วยสถิติ ANOVA และ Kruskal-Wallis Test พบว่า การบำบัดทั้งสามรูปแบบมีค่านัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งทางคณะวิจัยได้สรุปออกมาเป็นกราฟผลการวิจัยในแต่ละกลุ่มทดลอง ด้วยแบบทดสอบที่ใช้ในการประเมินความรุนแรงของโรคซึมเศร้า 3 ประเภท ได้แก่ 1) The Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MASRD Thai) 2) Thai Depression Inventory (TDI) 3) Short Form Health Survey (SF-36 Thai) ซึ่งผู้วิจัยขอเสนอเป็นตารางเปรียบเทียบโดยแยกผลทดลองตามแต่ละเกณฑ์การวัดค่าการประเมินความรุนแรงของโรคซึมเศร้าและแสดงค่าการประเมินที่ให้ผลลัพธ์ที่ตอบสนองสูงสุดในแต่ละช่วงด้วยตัวอักษรหนา เพื่อให้ง่ายต่อความเข้าใจ ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 2.7 เปรียบเทียบผลประเมินความรุนแรงของกลุ่มทดลองตามเกณฑ์ The Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MASRD Thai)

กลุ่มที่รับการบำบัดด้วยวิธีจิตบำบัด (CBT)							
ช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล (เดือน)	0	1 (4 ครั้ง)	2	3 (12 ครั้ง)	4	5	6 (3 เดือน หลังการทดลอง)
คะแนนตามผลการวิจัย	0	-6	/	-1	/	/	-1.5
กลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบรับฟัง (Receptive Music Therapy)							
คะแนนตามผลการวิจัย	0	5.5	/	5.5	/	/	-8.25
กลุ่มที่รับการบำบัดแบบเข้าร่วมกิจกรรมทางดนตรี (Active Music Therapy)							
คะแนนตามผลการวิจัย	0	-11.75	/	-10.8	/	/	14.4

ประยุกต์จาก: Penchaya Atiwannapat et. at., 2016, p. 114

จากผลตามที่ปรากฏในตารางที่ 2.7 พบว่าผลการรวบรวมข้อมูลตามเกณฑ์ตามเกณฑ์ The Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MASRD Thai) ในช่วงแรกของการบำบัดกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยการเข้าร่วมกิจกรรมทางดนตรี (Active Music Therapy) ให้ผลการประเมินค่าอาการของโรคซึมเศร้าที่ลดลงมากที่สุด ต่อมาในระหว่างช่วงการทดลองในการเก็บข้อมูลรอบที่สองสาม คือ หลังเสร็จสิ้นการทดลอง พบว่า กลุ่มที่รับการบำบัดด้วยวิธีจิตบำบัด ให้ผลประเมินค่าอาการของโรคซึมเศร้าที่ลดลงมากที่สุด

ตารางที่ 2.8 เปรียบเทียบผลประเมินความรุนแรงของกลุ่มทดลองตามเกณฑ์ Thai Depression Inventory (TDI)

กลุ่มที่รับการบำบัดด้วยวิธีจิตบำบัด (CBT)							
ช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล (เดือน)	0	1 (4 ครั้ง)	2	3 (12 ครั้ง)	4	5	6 (3 เดือน หลังการทดลอง)
คะแนนตามผลการวิจัย	0	5.5	/	0.5	/	/	1
กลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบรับฟัง (Receptive Music Therapy)							
คะแนนตามผลการวิจัย	0	-6.5	/	-8.25	/	/	-8
กลุ่มที่รับการบำบัดแบบเข้าร่วมกิจกรรมทางดนตรี (Active Music Therapy)							
คะแนนตามผลการวิจัย	0	-6.75	/	-8.4	/	/	-10.6

ประยุกต์จาก: Penchaya Atiwannapat et. at., 2016, p. 114

จากผลตามที่ปรากฏในตารางที่ 2.8 พบว่าผลการรวบรวมข้อมูลตามเกณฑ์ Thai Depression Inventory (TDI) ในช่วงแรกของการบำบัดกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยการเข้าร่วมกิจกรรมทางดนตรี (Active Music Therapy) ให้ประเมินค่าอาการของโรคซึมเศร้าที่ลดลงมากที่สุด ต่อมาในระหว่างช่วงการทดลองในการเก็บข้อมูลรอบที่สองได้รับการบำบัดแบบรับฟัง (Receptive Music Therapy) กลุ่มสามปรากฏประเมินค่าอาการของโรคซึมเศร้าที่ลดลงมากที่สุด และเมื่อสิ้นสุดการครบ 3 เดือนพบว่า กลุ่มที่รับการบำบัดด้วยวิธีจิตบำบัด ให้ประเมินค่าอาการของโรคซึมเศร้าที่ลดลงมากที่สุด

ตารางที่ 2.9 เปรียบเทียบผลประเมินความรุนแรงของกลุ่มทดลองตามเกณฑ์ Short Form Health Survey (SF-36 Thai)

กลุ่มที่รับการบำบัดด้วยวิธีจิตบำบัด (CBT)							
ช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล (เดือน)	0	1 (4 ครั้ง)	2	3 (12 ครั้ง)	4	5	6 (3 เดือน หลังการทดลอง)
คะแนนตามผลการวิจัย	0	16.39	/	14.48	/	/	14.23
กลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบรับฟัง (Receptive Music Therapy)							
คะแนนตามผลการวิจัย	0	0.74	/	8.36	/	/	13.53
กลุ่มที่รับการบำบัดแบบเข้าร่วมกิจกรรมทางดนตรี (Active Music Therapy)							
คะแนนตามผลการวิจัย	0	12.94	/	19.36	/	/	13.44

ประยุกต์จาก: Penchaya Atiwannapat et. at., 2016, p. 114

จากผลตามที่ปรากฏในตารางที่ 2.9 พบว่าผลการรวบรวมข้อมูลตามเกณฑ์ Short Form Health Survey (SF-36 Thai) ในช่วงแรกของการบำบัดกลุ่มที่รับการบำบัดด้วยวิธีจิตบำบัด (CBT) ประเมินค่าอาการของโรคซึมเศร้าที่ลดลงมากที่สุด ต่อมาในระหว่างช่วงการทดลองในการเก็บข้อมูลรอบที่สองกลุ่มที่รับการบำบัดแบบเข้าร่วมกิจกรรมทางดนตรี (Active Music Therapy) มีประเมินค่าอาการของโรคซึมเศร้าที่ดีขึ้นมากที่สุด และเมื่อสิ้นสุดการครบ 3 เดือน พบว่า กลุ่มที่รับการบำบัดด้วยวิธีจิตบำบัด ให้ประเมินค่าอาการของโรคซึมเศร้าที่ลดลงมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการประเมินตามเกณฑ์ The Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MASRD Thai) และ Thai Depression Inventory (TDI)

ซึ่งเมื่อผู้วิจัยได้นำค่าการประเมินทั้งสามเกณฑ์มาเปรียบเทียบกันในภาพรวมแล้ว พบว่า หากไม่รวมกันรักษาด้วยวิธีการจิตบำบัดหรือ CBT การใช้บำบัดด้วยวิธีการทั้งสอง คือ การบำบัดแบบมีส่วนร่วมและการบำบัดแบบรับฟังดนตรี ให้ผลลัพธ์ต่อการบำบัดที่แตกต่างกันออกไป กล่าวคือ การบำบัดแบบมีส่วนร่วมจะปรากฏผลที่ค่อนข้างต่ำกว่าการบำบัดด้วยการรับฟังดนตรี ในช่วงแรก ขณะที่ผลลัพธ์ของการบำบัดในระยะยาวการบำบัดด้วยวิธีการให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมกับ

กิจกรรมทางดนตรีจะให้ผลลัพธ์ที่มีผลตอบสนองที่ต่ำกว่าในช่วงเริ่มต้น แต่กลับแนวโน้มสูงขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ใช้การบำบัดแบบรับฟัง (Penchaya Atiwannapat et. al., pp. 141-145)

นอกเหนือจากใช้ดนตรีบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยทางจิตเวชแล้ว การรักษาด้วยดนตรีบำบัดก็สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพทางร่างกายได้เช่นกัน โดยจากผลการวิจัยของ จักรกริช กล้าผจญ และคณะ ได้ทำการศึกษาวิจัยหัวข้อ “Assessment of Music Therapy for Rehabilitation Among Physically Disabled People in Chiang Mai Province: A Pilot Study” โดยได้กำหนดวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาผลการใช้งานดนตรีที่ใช้ในการบำบัดเด็กพิการ เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ ความจุของปอด ความเคารพต่อตนเองและระดับคุณภาพชีวิต (Quality of Life: QOL) ผ่านการทดลองโดยให้ผู้ป่วยได้บรรเลงดนตรีด้วยเครื่องดนตรีชนิดต่าง ๆ และทำการวัดผลการทดสอบ เพื่อวิเคราะห์ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ พบว่า ความเปลี่ยนแปลงทางกายภาพของกลุ่มทดลอง 3 อันดับแรกประกอบด้วย 1) การยืดตัวของกล้ามเนื้อข้อศอกด้านขวาสูงขึ้นร้อยละ 42.1 2) การเคลื่อนไหวของหัวไหล่ซ้ายสูงขึ้นร้อยละ 31.6 และ 3) การเคลื่อนไหวของหัวไหล่ขวาสูงขึ้นร้อยละ 21.1 อีกทั้งยังมีการวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้เข้าร่วมการทดลองด้วยแบบทดสอบวัดระดับคุณภาพชีวิต (QOL) พบว่าปัจจัยที่สูงขึ้น 3 อันดับแรกประกอบด้วย 1) ความพึงพอใจในการใช้ชีวิต มากขึ้นร้อยละ 88.9 2) การใช้สมาธิระหว่างการเล่นดนตรีและการเข้าสังคมมากขึ้นร้อยละ 83.3 และ 3) ความพึงพอใจต่อการเล่นดนตรีมากขึ้นร้อยละ 77.8 คณะผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่าการนำเอาดนตรีบำบัดเข้ามาใช้ในกลุ่มคนพิการนั้น สามารถก่อให้เกิดกระบวนการพัฒนาการได้ทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์ รวมถึงผู้ที่ได้เข้ารับการบำบัดด้วยดนตรีนั้นจะมีความภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าของตนเองมากยิ่งขึ้น (Klaphajone et al., 2013, pp. 23-30)

ในบทความรายงานผลการวิจัยของนัทธี เชียงชนะ และสมชัย ตรีการรุ่ง (2558, หน้า 116-133) ได้ทำการศึกษาถึงวิธีการบำบัดด้วยดนตรีผ่านการวิเคราะห์เนื้อหาจากงานวิจัยภายในประเทศที่เกี่ยวข้องกับดนตรีบำบัดระหว่างปี พ.ศ. 2528-2553 จำนวนทั้งสิ้น 65 หัวข้อ ผ่านการคัดกรองข้อมูลด้วยแนวทางการวิจัยเชิงเอกสาร และวิเคราะห์สังเคราะห์องค์ความรู้ที่ได้รับด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และนำเสนอข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Analysis) ในการวิเคราะห์ค่าความถี่และร้อยละของวิธีการบำบัดด้วยดนตรี ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยซึมเศร้าด้วยดนตรีบำบัด พบว่าบทความดังกล่าวให้ความหมายของดนตรีบำบัด คือ แนวทางการใช้ดนตรีเป็นเครื่องมือในเชิงการแพทย์เพื่อเป้าประสงค์ในการรักษา บำบัดและฟื้นฟูอาการเจ็บป่วยด้วยองค์ประกอบของดนตรี โดยวิธีการที่ใช้มากที่สุด คือ การฟังดนตรี (ร้อยละ 55.4) กิจกรรมดนตรีที่มีแนวทางหลากหลาย ได้แก่การฟัง

การร้อง การบรรเลง การเคลื่อนไหว และการสร้างผลงาน (ร้อยละ 10.8) การบำบัดด้วยดนตรีควบคู่กับการรักษาแนวทางอื่น (ร้อยละ 9.2) และการใช้แนวทางของออร์ฟ ถือเป็นแนวทางที่มีการเลือกใช้น้อยที่สุด อยู่ที่ค่าร้อยละ 3.1 ซึ่งจากกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้การรักษาด้วยดนตรีบำบัด ผู้ป่วยจิตเวชถือเป็นกลุ่มที่มีการใช้ดนตรีเข้ามาเป็นส่วนประกอบในการบำบัดน้อยที่สุด อีกทั้งเมื่อสังเกตจากประเด็นที่จำแนกด้วยพฤติกรรมก็พบว่า ภาวะซึมเศร้า มีจำนวนร้อยละเพียง 7.7 จากจำนวนกลุ่มพฤติกรรมทั้งหมด อย่างไรก็ตามข้อค้นพบหนึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมนี้ ได้นำเสนอถึงข้อสรุปในการใช้ดนตรีเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างสุขภาวะได้เป็นอย่างดี ซึ่งประสิทธิภาพของการใช้ดนตรีในการบำบัดนั้นสามารถสร้างภาวะที่ผ่อนคลายให้กับผู้รับการบำบัด ผ่านการเบี่ยงเบนความสนใจของอาการวิตกกังวล ไปสู่การรับฟังที่จะเป็นตัวกระตุ้นการผลิตสาร Endorphins ในสมองทำให้ผู้บำบัดเกิดความสุขเพิ่มได้

โดยในส่วนข้อเสนอแนะจากงานวิจัยชิ้นนี้ประกอบด้วย 1) แนวทางการใช้ดนตรีบำบัดภายในประเทศยังไม่มีหลากหลาย โดยผู้เขียนได้เสนอให้มุ่งเน้นการใช้ดนตรีเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการบำบัดรักษาอาการเจ็บป่วย ในเชิงของกระบวนการรักษาแบบบูรณาการ เพื่อให้การรักษาในแต่ละครั้งได้ผลลัพธ์ที่เป็นไปตามเป้าประสงค์ 2) ผลจากการค้นคว้าทางเอกสารวิจัย แสดงให้เห็นว่า การใช้ดนตรีบำบัดภายในประเทศส่วนมาก ยังขาดความสมบูรณ์ในการรายงานผลการดำเนินงานและมีการรายงานผลที่ไม่ชัดเจนเท่าที่ควร ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอองค์ประกอบของการรายงานการวิจัยไว้ทั้งสิ้น 7 ด้าน ดังนี้ 3.1) ระบุทฤษฎีในเทคนิคทางการบำบัดที่ชัดเจน 3.2) เนื้อหาของกระบวนการ 3.3) แสดงระยะเวลาที่ใช้ในกระบวนการ 3.4) ข้อมูลผู้ให้การบำบัด 3.5) ระบุความแม่นยำและความน่าเชื่อถือในกระบวนการบำบัด 3.6) สถานที่ให้การบำบัด และ 3.7) ลักษณะของหน่วยในการบำบัดแต่ละครั้ง ที่เป็นไปตามแนวทางของกลุ่มนักวิชาการต่างประเทศ (Robb, Burns & Carpenter, 2010, pp. 342-52)

ขณะที่ผลของงานวิจัยอีกชิ้นหนึ่งจากกลุ่มนักวิชาการชาวไทยในหัวข้อ “Effects of Music Intervention on Patients undergoing Hemodialysis in the Bangkok Metropolitan Administration Hospitals” โดยบุษกร บิณฑสันต์ และคณะที่ได้ทำการทดลองใช้ดนตรีบำบัดในรูปแบบของการฟังดนตรีกับผู้ป่วยที่มีอาการไตวาย ก่อนเข้ารับกระบวนการฟอกเลือดมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการใช้ดนตรีในการบำบัดระหว่างผู้ป่วยที่รับฟังผ่านรับฟังดนตรีสดที่บรรเลงโดยนักดนตรีบำบัดข้างเตียง และ การรับฟังผ่านหูฟังผ่านเครื่องเล่น mp3 ก่อนการเข้ารับกระบวนการ ผลการวิจัยพบว่าในกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่ม ค่าความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจของกลุ่มทดลองไม่พบความเปลี่ยนแปลงทั้งก่อนและหลังการเข้ารับการฟอกเลือด แต่ในส่วนของระดับความเจ็บปวดและความเครียดของกลุ่มทดลองนั้น พบนัยสำคัญทางสถิติต่ออาการความเจ็บและความตึงเครียดที่ลดลง

ทั้งก่อนและหลังการเข้ารับการฟอกเลือด อย่างไรก็ตาม ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่มนั้นมีความสอดคล้องกับสถิติข้างต้นคือ ความดันเลือดและอัตราการเต้นของหัวใจในกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่มไม่มีความเปลี่ยนแปลงทั้งก่อนและหลังการเข้ารับการฟอกเลือด แต่ระดับความเจ็บปวดและความตึงเครียดของกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่มลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งคณะผู้วิจัยสรุปและให้ข้อคิดเห็นว่าการใช้ดนตรีบำบัดนั้นมีความคุ้มค่าต่อผู้ป่วยในกระบวนการบำบัดรักษา เพื่อลดความตึงเครียด แต่ควรคำนึงถึงความจำเป็นในแง่มุมมองของ ความพร้อมของสถานที่และงบประมาณของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง (Bussakorn Binson et.al, 2013, pp. 188-193)

ซึ่งจากข้อเสนอแนะข้างต้นต่อรูปแบบการกำหนดกระบวนการบำบัดรักษา และความพร้อมของสถานพยาบาลความความเห็นของคณะนักวิจัยท่านก่อน ผู้วิจัยจึงได้รวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการสถานพยาบาล และสถาบันดนตรีบำบัดทั้งจากในประเทศและต่างประเทศ ดังนี้ Jana Gegus Lok (2013) ได้ทำการศึกษาวิจัยในหัวข้อ “Nurses’ Awareness of and Intention to Use Music Therapy in Practice” มีวัตถุประสงค์เพื่อหาปัจจัยต่อความตระหนักในการนำเอาดนตรีบำบัดมาใช้ในกระบวนการจัดการความตึงเครียดและภาวะบาดเจ็บของผู้ป่วย จากการวิจัยพบว่า ปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของกลุ่มพยาบาลด้วยดนตรีบำบัดประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) บุคลิกภาพส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่พยาบาล มีรายละเอียดและความสำคัญตามลำดับ ดังนี้ ความรู้ในการปฏิบัติงานและทัศนคติต่อการปฏิบัติงาน 2) บุคลิกภาพส่วนบุคคลของผู้ป่วย โดยจำแนกเป็นรายละเอียดตามลำดับความสำคัญ ดังนี้ ความพึงพอใจต่อการรับการรักษา ประเภทหรือลักษณะอาการเจ็บป่วย ข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละราย (สุขภาพ/อายุ/วัฒนธรรมความเชื่อส่วนบุคคล) ประสบการณ์จากการบำบัดด้วยดนตรีบำบัดในอดีต และผลข้างเคียงของยาที่ใช้ ในการรักษา 3) ประเภทและสภาพแวดล้อมของหน่วยงานที่ใช้ศึกษา ซึ่งมีรายละเอียดและความสำคัญตามลำดับ ดังนี้ ทรัพยากรภายในหน่วยงาน (เครื่องมือทางการแพทย์/สื่อดนตรี/สภาพคล่องทางการเงิน) ประเภทของหน่วยงานที่ศึกษา การยอมรับการนำเอาดนตรีเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงาน ความหนาแน่นของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในหน่วยงาน สภาพแวดล้อมทางกายภาพของหน่วยงาน และนโยบายหรือกฎหมายข้อบังคับที่ใช้ในการปฏิบัติงาน โดยในส่วนท้ายของงานวิจัยผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะต่อการตระหนักใช้ดนตรีบำบัดของพยาบาลไว้ว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีทัศนคติในเชิงบวกต่อการใช้ดนตรีบำบัดเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการปฏิบัติงาน แต่อย่างไรก็ตามมีอีกบางส่วนซึ่งค่อนข้างไม่มั่นใจต่อการใช้ดนตรีบำบัด ด้วยเหตุผลจากอุปสรรคด้านความรู้ความเข้าใจในการใช้งาน ดังนั้น ผู้วิจัยได้เสนอให้ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้กับกลุ่มพยาบาล หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่มีหน้าที่ใช้ดนตรีบำบัดในการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดำเนินงานของบุคลากรเหล่านั้น และความปลอดภัยต่อผู้ป่วย ขณะทำงานวิจัย

ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาข้อมูลจากกลุ่มบุคลากรทางด้านดนตรีบำบัด ภายใต้ชื่อหัวข้อ “My Profession, My voice Results of Australian Music Therapy Association’s 2016 Workforce Census” จาก นาดาตี แจ็คและคณะ (Jack Natalie, et.al, 2016) ซึ่งอยู่ภายใต้การสนับสนุนจากสมาคมดนตรีบำบัด เครือรัฐออสเตรเลีย ทำการศึกษาวิจัย เพื่อรวบรวมข้อมูลรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการดนตรีบำบัด ทั้งข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการปฏิบัติงาน เพื่อนำผลของการศึกษาวิจัยนี้เป็นไปใช้ ข้อมูลสนับสนุนต่อพัฒนางานวิจัยชิ้นอื่น ๆ ตามบริบท ตามแนวทางของคณะกรรมการสมาคมดนตรีบำบัดแห่งประเทศไทย โดยทำการเก็บข้อมูลด้วยเครื่องมือแบบสอบถาม (Survey Research) จากการรวบรวมข้อมูลพบว่า กลุ่มประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 321 ราย มีอายุระหว่าง 30-39 ปี จากจำนวนทั้งหมดมีผู้ตอบแบบสอบถาม 371 รายเป็นนักดนตรีบำบัดที่ได้รับการจดทะเบียน สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีมีจำนวน 107 รายที่สำเร็จการศึกษา ระหว่างปี ค.ศ. 2011-2015 ปัจจุบันกำลังศึกษาต่อในระดับปริญญาโทบัณฑิต หลักสูตรไม่ต้องการทำวิทยานิพนธ์หรือค้นคว้าอิสระจำนวน 160 ราย พื้นที่ที่ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ปฏิบัติงาน อยู่ในพื้นที่ เมลเบิร์น จำนวน 122 ราย ประเด็นที่น่าสนใจคือมีจำนวน 13 ราย ที่เดินทางไปปฏิบัติงานยังต่างประเทศ อาทิ ไต้หวัน ฮองกง อินโดนีเซีย ยุโรป เนปาล สิงคโปร์และมาเลเซีย

ประชากรจำนวน 171 รายให้ความเห็นต่อการเปลี่ยนงานไม่มีปัจจัยส่งผลกระทบต่อตัดสินใจ อยู่ที่ 171 ราย และจำนวน 107 รายสำหรับความคิดเห็นต่อการเปลี่ยนงานตามคำแนะนำของครอบครัว สำหรับจำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานทั้งสัปดาห์อยู่ที่ระหว่าง 10-19 ชั่วโมง 75 ราย 30-39 ชั่วโมง 64 ราย และ 20-29 ชั่วโมง 62 ราย

รายได้ก่อนหักภาษีส่วนใหญ่ของประชากรสามอันดับแรก จำนวน 78 รายได้รับค่าตอบแทนเฉลี่ยเดือนละ 40,000 – 49,000 \$ จำนวน 76 รายได้รับค่าตอบแทนเฉลี่ย 20,000-39,000\$ และจำนวน 56 ราย รายได้รับค่าตอบแทนเฉลี่ย 5,000-19,000\$

ในการปฏิบัติงานกลุ่มผู้เข้ารับการรักษา 3 อันดับแรกคือ เด็กมีจำนวน 208 ราย กลุ่มวัยทำงาน 195 ราย และกลุ่มช่วงเด็กก่อนปฐมวัย 174 ราย โดยประเด็นที่ได้รับมอบหมายในการบำบัดคือ บำบัดอาการออทิสติกจำนวน 171 ราย ช่วยเหลือในด้านความบกพร่องทางจิตในเด็กจำนวน 170 ราย และพัฒนาสติปัญญาเด็กเล็กกับรักษาอาการทางจิตเวชในจำนวนเท่ากันคือ 131 ราย

จากการศึกษาทางด้านโครงสร้างการปฏิบัติของกลุ่มประชากรพบว่า ส่วนใหญ่นิยมทำงานกันภายใต้รูปแบบทีมที่มีการจัดตั้งอย่างมีโครงสร้าง จำนวน 118 ราย รองลงคือปฏิบัติงานโดยไม่ได้ขึ้นอยู่กับโครงสร้างหรือผู้ควบคุม 91 ราย และสุดท้ายปฏิบัติงานร่วมกับผู้เชี่ยวชาญรายอื่นได้ แต่ไม่อยู่ภายใต้กรอบโครงสร้างของการปฏิบัติงานจำนวน 48 ราย

สำหรับระยะเวลาในการปฏิบัติงานนั้น ประชากรจำนวน 184 รายให้ความเห็นว่า ระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงานอยู่มีความเหมาะสม ขณะที่อีก 145 รายให้ความเห็นว่าต้องการเพิ่ม ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และมีเพียง 22 รายเท่านั้นที่ให้ความเห็นว่าระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ของตนเองมากจนเกินไป

โดยในการปฏิบัติงานแต่ละช่วงประชากรจำนวน 103 รายใช้เวลาปฏิบัติงานประมาณ 331-45 นาที 72 รายใช้เวลา 46-60 นาที และ 61 รายใช้เวลาปฏิบัติงานอยู่ที่ 16-30 นาที ทั้งนี้ในการ ดำเนินงานแต่ละครั้งส่วนใหญ่จะมีผู้เข้ารับการบำบัดระหว่าง 5-14 ราย รองลงมาคือการทำบริการ คราวละ 1-4 ราย และให้บริการ 15-24 รายเป็นอันดับสุดท้าย

ซึ่งการให้การบำบัดในกลุ่มประชากรผู้ให้ข้อมูลจะมีความหลากหลายแตกต่างกันไป ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้สรุป 3 แนวทางที่กลุ่มประชากรให้ข้อมูลสูงสุด 3 อันดับ ร้อยละ 51 ใช้วิธีพบเจอ ผู้เข้ารับการบำบัดแบบตัวต่อตัวคิด ตามมาด้วยติดต่อผ่านผู้รับบริการทางการจัดประชุมหรือ ผ่านการส่งข้อความร้อยละ 18 และศึกษาข้อมูลผ่านทางเอกสารต่าง ๆ ร้อยละ 8

ในส่วนของที่สนะต่อความพึงพอใจในอาชีพของนักดนตรีบำบัดนั้นพบว่าร้อยละ 52 ของ ประชากรไม่ต้องการเปลี่ยนงานในช่วงระยะเวลา 1 ปีก่อนหน้าและ ร้อยละ 44 พยายามหาตำแหน่ง นักดนตรีบำบัดในสถานปฏิบัติงานแห่งอื่น ตามด้วยร้อยละ 18 ที่มีความต้องการพยายามหาอาชีพ อื่นเข้ามาทดแทน

ทั้งนี้ในช่วงท้ายของงานวิจัยมีการนำเสนอประเด็นปัญหาที่กลุ่มประชากรพบ 3 อันดับแรก ดังนี้ คนตรีบำบัดยังไม่เป็นที่รู้จัก ขาดการเผยแพร่และการสนับสนุนที่ดี จำนวน 115 ราย ขาดความ ได้รับความยอมรับ ความเคารพ และคุณค่าจากสังคม 95 ราย และมีการสนับสนุนทางด้านงบประมาณ ที่ไม่เพียงพอหรือลดลง 76 ราย

ทางด้านของประเด็นการแพทย์ทางเลือกนั้น ผู้วิจัยได้สืบค้นงานวิจัยทางการแพทย์ ทางเลือก โดยผลของการสืบค้นงานวิจัย มีดังนี้ ปกิตตา จารุวรรณชัย และกฤษ จรินโท ทำการวิจัย เรื่อง “องค์ประกอบด้านคุณภาพขององค์กรแพทย์ทางเลือกที่มีต่อความสำเร็จ ในด้านความเป็นเลิศ ขององค์กรแพทย์ทางเลือก” ภายใต้วัตถุประสงค์ 2 ข้อ คือ 1) ศึกษาสภาพการดำเนินงานขององค์กร แพทย์ทางเลือกในประเทศไทย และ 2) เพื่อศึกษาองค์ประกอบด้านคุณภาพ เพื่อนำองค์กรแพทย์ ทางเลือกไปสู่ความยั่งยืน ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 พบว่า การแพทย์ทางเลือกในประเทศไทย ยังประสบกับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ทางด้านบุคลากร กล่าวคือ บุคลากรขาด ความก้าวหน้าในการประกอบอาชีพ เนื่องจากไม่มีตำแหน่งที่ชัดเจน ส่งผลต่อความรู้สึกมั่นคง ในหน้าที่การงานของบุคลากร ทำให้กลุ่มบุคลากรแพทย์ทางเลือกนั้นมีอัตราการเปลี่ยนงานหรือ ลาออกสูง อันเป็นที่มาของปัญหาจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ และขาดบุคลากรที่มีความสามารถ

เชี่ยวชาญเฉพาะทาง อีกแง่มุมหนึ่งคือ ปัญหาทางด้านงบประมาณที่มีข้อจำกัด โดยเฉพาะงบประมาณด้านสถานที่และอุปกรณ์ ส่งผลให้การบริหารจัดการเกิดข้อจำกัดตามงบประมาณที่ได้รับ อีกทั้งยังพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับนโยบายจากภาครัฐที่ขาดความชัดเจน ส่งผลต่อการประชาสัมพันธ์แพทย์ทางเลือกไปยังกลุ่มประชาชน ทำให้ประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจถึงองค์กรแพทย์ทางเลือกในประเทศ ในส่วนของผลวิจัยจากข้อมูลที่วิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 พบว่า องค์กรประกอบสำคัญต่อคุณภาพองค์กรแพทย์ทางเลือก คือ ผู้บริหารระดับสูงควรมีวิสัยทัศน์และนโยบายในการขับเคลื่อนองค์กร ซึ่งการวางแผนกลยุทธ์นั้นต้องสอดคล้องกับนโยบายที่ทางภาคส่วนรัฐบาลกำหนด และควรให้ความสำคัญกับผู้รับบริการ ผู้มีส่วนได้เสียกับองค์กร รวมถึงมีการประเมินความสำเร็จขององค์กรในด้านต่าง ๆ ดังนี้ ด้านประสิทธิผลการรักษา ด้านคุณภาพบริการ ด้านประสิทธิภาพการดำเนินงาน และด้านการพัฒนาองค์กรแพทย์ทางเลือก (ปัทิตตา จารุวรรณชัย และกฤษ จรินโท, 2559, หน้า 54-64)

โดยงานวิจัยที่มีประเด็นการศึกษาที่ใกล้เคียงกัน คืองานวิจัยภายใต้หัวข้อ “การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ ในการจัดบริการสุขภาพด้านการแพทย์ทางเลือก ในสถานบริการของรัฐ: กรณีศึกษา โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี” โดย บุญใจ ลิ่มศิลา มีวัตถุประสงค์เพื่อปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ ในการจัดบริการสุขภาพด้านการแพทย์ทางเลือก ในพื้นที่โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี โดยผู้วิจัยได้แบ่งปัจจัยที่ใช้ในการศึกษาออกเป็น 6 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านภาวะผู้นำ 2) รูปแบบการบริหารจัดการ 3) ความพร้อมของสถานที่ให้บริการ ครอบคลุมถึงบุคลากรและงบประมาณ 4) บทบาทความพื้นที่ ในฐานะแหล่งท่องเที่ยว 5) การสนับสนุนจากส่วนกลางและส่วนภูมิภาค 6) ความพึงพอใจจากผู้เข้ารับบริการ โดยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้บริหาร โรงพยาบาลจำนวน 10 ราย และเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามจากผู้เข้ารับบริการจำนวน 100 ราย ซึ่งจากการศึกษาผลที่ได้รับจากการรวบรวมข้อมูลพบว่า ปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อความสำเร็จ ในการให้บริการสุขภาพด้านแพทย์ทางเลือก 4 อันดับแรก ได้แก่ 1) ผู้นำควรมีวิสัยทัศน์ต่อการปรับกระบวนการทัศนคติการปฏิบัติงาน รวมทั้งควรมีการให้ นโยบายที่มีความยืดหยุ่นในการให้บริการ 2) โครงสร้างและการวางระบบการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ที่มีความเชี่ยวชาญ 3) จำนวนเจ้าหน้าที่ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อรองรับการให้บริการที่เพียงพอ และควรมีงบประมาณที่เหมาะสม 4) พื้นที่ของโรงพยาบาลตั้งอยู่ในแหล่งท่องเที่ยว ขณะที่ปัจจัยรองที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการให้บริการแพทย์ทางเลือก 4 อันดับ ประกอบด้วย 1) งบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจากส่วนกลาง 2) การมอบหมายนโยบายต่อการสนับสนุนแพทย์ทางเลือกที่มีความต่อเนื่องและชัดเจน เพื่อการพัฒนาการให้บริการแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาลของภาครัฐ 3) การจัดการทำประชาสัมพันธ์

กิจกรรมการให้บริการ 4) ควรเพิ่มตำแหน่งนักการตลาดสำหรับวางแผนการตลาดภายในโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มยอดการรับบริการในรูปแบบของธุรกิจ

ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะถึงแนวทางการมุ่งสู่ความสำเร็จในการให้บริการของการแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาลไว้ ดังนี้ ผู้นำของโรงพยาบาลเป็นองค์สำคัญต่อการบริหารงานสถาบันแพทย์ทางเลือก เนื่องจากเป็นผู้ที่กำหนดนโยบายการดำเนินงาน ซึ่งผลของการทำงานของเจ้าหน้าที่ภายในโรงพยาบาลจะเป็นไปในทิศทางเช่นไรนั้น ก็ขึ้นอยู่กับแนวทางที่ผู้บริหารได้มอบหมายไว้ รวมทั้งตัวเจ้าหน้าที่และบุคลากรระดับปฏิบัติงานเอง ก็ต้องเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในหน้าที่หรือตำแหน่งงานของตน เพื่อให้การดำเนินงานตอบตามเป้าประสงค์ที่ผู้บริหารได้กำหนดไว้ รวมทั้งงบประมาณที่ได้รับจากส่วนกลาง ก่อนข้างส่งผลต่อการดำเนินงาน เนื่องจากการมีงบประมาณที่จำกัดนั้น มีผลกระทบต่อการจัดสรรหรือจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้ในกระบวนการให้บริการ รวมถึงการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ของโรงพยาบาลอีกด้วย ขณะที่ตำแหน่งของโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่บนพื้นที่ท่องเที่ยว ส่งผลให้มีกลุ่มผู้เข้ารับบริการในเชิงของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ก็นับได้ว่าเป็นโอกาสที่ดี ที่จะขยายขอบเขตการให้บริการไปยังกลุ่มนักท่องเที่ยวได้อีกทางหนึ่ง รวมทั้งผู้วิจัยได้เสนอแนะให้ผู้วิจัยท่านอื่น ที่มีความสนใจหรือมีความเชี่ยวชาญที่ใกล้เคียงควรทำการศึกษาวิจัยทางด้านการผลักดันการแพทย์ทางเลือกในพื้นที่ของโรงพยาบาลอื่นด้วยเช่นกัน (บุญใจ ลิ้มศิลา, 2551, หน้า 29-34)

โดยงานวิจัยที่มีการศึกษาความคิดเห็นของผู้รับบริการและแพทย์ต่อการใช้แพทย์ทางเลือกในสถานประกอบการพยาบาลเอกชนของ ภรณี เกตุชชะในหัวข้อ “The Alternative Medicine in Thai Society: A Case Study of Balavi Natural Health Center” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาศึกษารูปแบบการให้บริการศูนย์ธรรมชาติบำบัดบัว การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้บริหาร แพทย์ที่ปฏิบัติงานภายในศูนย์ และกลุ่มผู้เข้ารับบริการครอบคลุมในประเด็นอาการเจ็บป่วยของผู้เข้ารับบริการ และปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับบริการ การรักษาในแนวทางธรรมชาติบำบัด รวมทั้งความพึงพอใจต่อการรักษา และความคิดเห็นของแพทย์ทางหลักที่มีต่อแนวทางการรักษาทางเลือกภายในประเทศ จากการศึกษาวิจัยพบว่า ศูนย์บัวใช้แนวทางการดำเนินงานในรูปแบบผสมผสานระหว่างการแพทย์ทางหลักและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งแบ่งออกเป็นส่วนของคลินิก ในแนวทางการรักษาแพทย์ทางหลักและศูนย์ธรรมชาติบำบัด ภายใต้แนวทางของการรักษาทางเลือกอันเป็นส่วนให้บริการที่ทางบัวให้ความสำคัญ ในส่วนของผู้เข้ารับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป ก่อนเข้ามาใช้บริการที่ศูนย์เคยเข้ารับบริการแพทย์ทางหลักมาก่อน จากอาการเจ็บป่วยชนิดเรื้อรังนานกว่า 1 เดือน ส่วนใหญ่ของกลุ่มผู้เข้ารับบริการป่วยด้วยอาการมะเร็ง สำหรับปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับบริการ คือ มีความมั่นใจต่อ

แนวทางการแพทย์ทางเลือกที่มีความปลอดภัยสูง สามารถส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรงขึ้นและมีภูมิคุ้มกันโรคที่สูงขึ้น โดยไม่ต้องอาศัยแพทย์ทางเลือกซึ่งผู้เข้ารับบริการส่วนมากประสบปัญหาทางการแพทย์ที่ไม่หายขาด

สำหรับในแง่มุมมองของการส่งมอบการให้บริการทางระบบสาธารณสุขด้วยดนตรีบำบัด งานวิจัยภายใต้หัวข้อ “10 Domains of Music Care: A Framework for Delivering Music in Canadian Healthcare Settings” จากคณะนักวิชาการชาวแคนาดา ประกอบด้วย Foster Bav, Pearson Sarah & Berrends Aimee (2016) ได้กำหนดวัตถุประสงค์ของงานวิจัยชิ้นนี้ เพื่อค้นหาและนำเสนอ

อีกประเด็นที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยครั้งนี้ที่ควรให้ความสำคัญคือประเด็นจากการสัมภาษณ์แพทย์ทางเลือกในทัศนคติที่มีต่อการแพทย์ทางเลือก จากการสัมภาษณ์แพทย์ที่ปฏิบัติงานภายในศูนย์บำบัด พบว่า แพทย์จำนวน 2 จาก 7 ราย ได้ปฏิบัติงานเป็นแพทย์ทางเลือกด้วยวิธีการฝังเข็ม ณ สถานบำบัดอื่นด้วย ขณะที่แพทย์ทั้งหมดให้ความเห็นตรงกันต่อการแพทย์ทางเลือกภายในประเทศว่า สามารถนำเอาการรักษาทางเลือกมาช่วยลดภาระในส่วนของการแพทย์ทางเลือกพร้อมให้ความเห็นว่า การใช้แนวทางการแพทย์แบบผสมผสานทั้งแพทย์ทางเลือกและทางเลือกรุ่นจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น เนื่องจากการใช้แพทย์ทางเลือกเพียงอย่างเดียวในการรักษาทางกรณินั้นเป็นเพียงการรักษาแต่ทางกายภาพเท่านั้น ไม่ได้ครอบคลุมถึงจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งไม่ได้เป็นการรักษาแบบองค์รวม

ในส่วนมุมมองต่อสถานการณ์การแพทย์ทางเลือกในปัจจุบัน แพทย์จำนวน 5 รายให้ความเห็นว่าด้วยปัญหาและขอบเขตของการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยบางโรคไม่มีประสิทธิภาพในการรักษาให้หายขาดได้ ทำให้เกิดช่องว่างของกระบวนการรักษาและนำไปสู่การหาแนวทางการรักษาอื่นของผู้ป่วยเรื้อรังในบางกรณีที่มีการรักษาแผนปัจจุบันไม่สามารถเยียวยาได้ อย่งไรก็ดีสถานการณ์ข้างต้นก็นำร่องไปสู่การแสวงหาแนวทางการรักษาด้วยการแพทย์ทางเลือกภายในประเทศกับกลุ่มผู้ป่วยและแพทย์ในวงจำกัด ซึ่งส่วนใหญ่คนไทยยังขาดความมั่นใจต่อการรักษาด้วยการแพทย์ทางเลือกอันเนื่องมาจากยังไม่เป็นที่รู้จักในประเทศ รวมทั้งปัญหาด้านจำนวนบุคลากรทางด้านแพทย์ทางเลือก

จากข้อคิดเห็นของแพทย์ผู้ให้สัมภาษณ์ต่อการดำเนินงานการแพทย์ทางเลือก ให้ความเห็นว่าสถานพยาบาลก็ควรให้การส่งเสริมการแพทย์ทางเลือก แต่ก็ต้องดำเนินงานภายใต้การวินิจฉัยและดูแลของแพทย์ทางเลือก เพื่อให้เกิดการบูรณาการระหว่างแพทย์ทั้งสองด้านอันจะเป็นผลดีต่อตัวผู้ป่วย โดยหลักแล้วแพทย์ทางเลือกจะมีประสิทธิภาพที่ชัดเจนกว่าแพทย์ทางเลือกในส่วนของการกระทบต่อความรู้สึกและอารมณ์ของผู้ป่วยมากกว่าความเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ (Paranee Pesatcha, 2004)

ขณะที่แง่มุมของการยอมรับของประชาชนต่อการใช้แพทย์ทางเลือกนั้นปรากฏอยู่ในงานวิจัยจากอมร เปรมกมล และคณะ ทำการศึกษาในหัวข้อ “การศึกษาสถานการณ์การใช้แพทย์ทางเลือกของประชาชนเขตเมือง” ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ โดยมีวัตถุประสงค์เป็นไปตามชื่อหัวข้องานวิจัย จากผลการวิจัยพบว่า ประชากรผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 67.4 มีอายุระหว่าง 46-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.3 มีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลร้อยละ 84.9 โดยในรอบ 1 ปี ก่อนการสำรวจข้อมูล พบว่า ร้อยละ ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีอาการเจ็บป่วยเลือกใช้แพทย์ทางเลือกหรือทางเลือกเสริมร้อยละ 13.3 และใช้แพทย์ทางเลือกเพียงอย่างเดียวอยู่ที่จำนวนร้อยละ 0.9 ซึ่งแพทย์ทางเลือกที่ได้รับการเลือกใช้จากกลุ่มผู้ใช้บริการแพทย์ทางเลือก 3 อันดับแรก ประกอบด้วย การนวดร้อยละ 87 ฟังเข็มร้อยละ 6.8 และเตียงแม่เหล็กร้อยละ 5.8 ตามลำดับ ในส่วนของการเปิดเผย ผู้ที่ใช้แพทย์ทางเลือกจะทำการแจ้งกับแพทย์แผนปัจจุบันร้อยละ 45.9 โดยมีเหตุผลสำคัญต่อการเลือกใช้แพทย์ทางเลือก 3 อันดับแรก ดังนี้ มีอาการปวดเมื่อยธรรมดา ร้อยละ 36.7 ใช้ยาแผนปัจจุบันแล้วอาการไม่บรรเทาและไม่อยากรับประทานยามาก ร้อยละ 9.2 และต้องการทดลอง ร้อยละ 7.7 สำหรับตัวแปรส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลที่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อการเลือกใช้บริการแพทย์ทางเลือก คือ การศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าและอายุที่มากกว่า 45 ปีขึ้นไป โดยมีค่า Adjusted Odds Ratio ที่ ร้อยละ 95 CI (อมร เปรมกมล และคณะ, 2554, หน้า 38-48)

โดยจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยจากสถาบันองค์กรที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ทางเลือกในประเทศไทย อาทิ รายงานสังเคราะห์องค์ความรู้สู่การปฏิรูประบบสุขภาพ เรื่อง การพัฒนาระบบสุขภาพทางเลือกในระบบสุขภาพไทย โดยคณะดำเนินการวิจัยที่มี ยงศักดิ์ ตันติปฏิภ เป็นผู้นำการดำเนินงานวิจัยนี้ ภายใต้วัตถุประสงค์ 4 ข้อ ดังนี้ 1) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ในภาพรวมทั้งทางเลือกจากการทำงานของระบบสุขภาพทางเลือกในประเทศไทย 2) เพื่อศึกษาทบทวนบทเรียนจากต่างประเทศ เกี่ยวกับการพัฒนาบทบาทของระบบสุขภาพทางเลือกในระบบสุขภาพ 3) เพื่อสังเคราะห์หาแนวทางที่เหมาะสม ในการพัฒนาระบบสุขภาพทางเลือกให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ และ 4) เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอสาระบัญญัติที่ควรกำหนดในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ที่เกี่ยวกับการพัฒนาระบบสุขภาพทางเลือก โดยในส่วนของคำจำกัดความในงานวิจัยนี้ ได้ระบุการรักษาด้วยดนตรีบำบัดไว้เป็นส่วนหนึ่งของการแพทย์ทางเลือก ซึ่งองค์ความรู้ดังกล่าว ถือเป็นองค์ความรู้เฉพาะด้านของผู้ประกอบวิชาชีพเฉพาะ ที่ไม่ได้มีการเรียนการสอนอยู่ในหลักสูตรการแพทย์แผนหลัก โดยในการจำแนกนั้นใช้วิธีการจำแนกตามหลักของระดับสากล ซึ่งดนตรีบำบัดได้ถูกบรรจุไว้ในกลุ่มของศาสตร์ที่ให้ความสำคัญต่อศักยภาพจิตใจ ที่มีอิทธิพลผลกระทบต่อร่างกาย อันเป็นการรักษาที่มีจุดกำเนิดในรูปแบบของการแพทย์แผนประเพณี เช่นเดียวกับการบำบัดด้วยแนวทางสมาธิบำบัดและศิลปะบำบัด

จากผลการวิจัยพบว่า ศาสตร์ของการแพทย์ทางเลือกในประเทศไทยมีมากกว่า 38 ศาสตร์การรักษามีจำนวน 35 ศาสตร์ที่มีการใช้งานอยู่ในระบบการรักษาทางเลือกของสถานพยาบาลภายในประเทศ โดยคนตรีบำบัดจัดอยู่ในกลุ่มศาสตร์ที่เป็นทางเลือกใหม่ของการรักษา ซึ่งอยู่ภายใต้ขอบเขตของศาสตร์ที่ว่าด้วยการบำบัดจิตใจและร่างกาย (Mind and Body Control) ซึ่งในการให้การบำบัดนั้นจะอยู่ในรูปแบบการให้บริการผ่านศูนย์บริการทางด้านสุขภาพ อย่างโรงพยาบาล คลินิก หรือสถานพยาบาลเอกชน ขณะที่จากการทบทวนข้อมูลของต่างประเทศ พบว่า ในสหรัฐอเมริกา มีการกำหนดให้ศูนย์การแพทย์ทางเลือกและการแพทย์ทางเลือกแห่งชาติ (National Center for Complementary and Alternative Medicine: NCCAM) อันเป็นองค์กรที่ทำหน้าที่กำกับ ดูแลและควบคุมการดำเนินงานทางการแพทย์ทางเลือกในประเทศของสมาคมองค์กรการแพทย์ทางเลือก อยู่ภายใต้กำกับดูแลของ สถาบันสุขภาพแห่งชาติ (National Institutes of Health) กระทรวงสาธารณสุขและการให้บริการประชาชน (US. Department of Health and Human Services: DHHS) ซึ่งองค์กรที่กล่าวไปข้างต้นทั้งหมดอยู่ใต้อำนาจการควบคุมของ US. Public Health Service โดยหน้าที่ของ ศูนย์การแพทย์ทางเลือกและการแพทย์ทางเลือกแห่งชาติ นั้นมีตั้งแต่การดูแลงบประมาณด้านการแพทย์ทางเลือก การจัดตั้งศูนย์เฉพาะสาขาแพทย์ทางเลือก การดำเนินงานวิจัยเพื่อพัฒนาการแพทย์ทางเลือก ประชาสัมพันธ์ข้อมูลแก่ประชาชน ติดต่อกับผู้เชี่ยวชาญของการรักษาทางเลือกในแต่ละสาขา รวมทั้งเป็นส่วนฝึกอบรมบุคลากรเฉพาะด้านการแพทย์ทางเลือกให้มีคุณสมบัติที่เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด รวมทั้งให้การคุ้มครองกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดด้วยการเสนอแนะแนวทางในการเลือกรับการรักษาตามแนวทางแพทย์ทางเลือก 5 ประเด็น ดังนี้ 1) เลือกแนวทางการรักษาที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพจากข้อมูลต่าง ๆ อาทิ ข้อมูลจากการประชาสัมพันธ์ของหน่วยงาน การสอบถามจากผู้ให้คำปรึกษาทางด้านแพทย์ทางเลือก หรือแม้แต่การสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ โดยตรง 2) ตรวจสอบข้อมูลของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะก่อนตัดสินใจใช้บริการ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผู้เชี่ยวชาญรายนั้น มีความรู้ความสามารถและคุณสมบัติเพียงพอ เป็นไปตามที่ข้อกำหนดได้ระบุไว้ 3) พิจารณาความเหมาะสมของบริการแพทย์ทางเลือก ทั้งในด้านของค่าบริการที่เหมาะสมต่อผลการรักษา ด้วยการเข้าไปสอบถามเจ้าหน้าที่ภายในศูนย์บริการ หรือถามลูกค้าเดิมถึงผลการให้บริการ 4) พิจารณาค่าใช้จ่ายในการบำบัดว่ามีการคิดค่าบริการอย่างเป็นธรรม รวมถึงการรักษาสามารถเบิกจ่ายกับประกันต่าง ๆ ได้ และ 5) ให้ขอรับคำปรึกษาจากผู้ให้บริการโดยตรง เพื่อคลายข้อสงสัยหรือเพิ่มความเข้าใจต่อข้อมูลรายละเอียดในทุกประเด็น ที่เกิดจากการเข้ารับบริการ

โดยในผลรายงานที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ของแพทย์ทางเลือกในประเทศไทยปัจจุบัน พบว่าการแพทย์ทางเลือกของประเทศไทยนั้น มีจุดกำเนิดของการแพทย์ทางเลือกในแบบจากล่างสู่บน

คือ เป็นการพัฒนารักษาจากการรักษาที่มีอยู่เฉพาะกลุ่มให้เข้าสู่ระบบสุขภาพทางหลักมากกว่า การเจริญเติบโตแบบอิสระ ในส่วนของรูปแบบการกระจายตัวของการแพทย์ทางเลือกในประเทศ พบว่า เป็นไปในเชิงของการแพร่กระจายแนวนอน ผ่านสื่อประชาสัมพันธ์ต่าง ๆ มากกว่าการ นำเสนอขององค์กรทางด้านสาธารณสุขเอง โดยทางคณะผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอต่อการจัดตั้ง “คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพทางเลือก” เพื่อให้มีขอบเขตหน้าที่เพื่อกำหนดนโยบาย แนวทางการดำเนินงาน โครงสร้าง แผนการดำเนินงาน และคุณสมบัติของบุคลากรทางการแพทย์ ทางเลือก โดยการดำเนินงานภายใต้อำนาจการดูแลของสภากาชาดสุขภาพแห่งชาติ โดยในกรณีที่มีการแพทย์ทางเลือกใดต้องการบรรจุเข้าสู่ระบบสาธารณสุข ก็เสนอแนะให้มีแนวทางการบรรจุได้ 2 แนวทาง คือ 1) สามารถบรรจุเข้าสู่ระบบสาธารณสุขได้โดยทันที และ 2) ให้มีการศึกษาวิจัย เพิ่มเติมต่อผลการรักษาด้วยการรักษาทางเลือกนั้น

ในด้านของบุคลากรทางการแพทย์ทางเลือก คณะผู้วิจัยได้เสนอให้มีการจัดองค์กรอิสระ เฉพาะการแพทย์ทางเลือกอย่าง “โรงพยาบาลของศาสตร์การแพทย์ทางเลือก” เพื่อให้ขอบเขตการ ดำเนินงานเป็นไปอย่างชัดเจน โดยไม่ขึ้นกับส่วนงานราชการและทำหน้าที่พัฒนาองค์ความรู้ คุณสมบัติบุคลากรทางการแพทย์ทางเลือกโดยเฉพาะ รวมทั้งรับผิดชอบในส่วนการค้นคว้าวิจัยทาง การแพทย์ทางเลือก เพื่อสร้างการพัฒนาของระบบสาธารณสุขภายในประเทศ

และด้านของผู้รับบริการ เสนอให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการจากผู้แทนของกลุ่มองค์กร คุ่มครองผู้บริโภคเข้ามาทำหน้าที่เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ ทางเลือกผ่านทางวิทยุ รวมทั้งมีหน้าที่สร้างความตระหนักรู้ต่อสิทธิของผู้บริโภคในการเข้ารับ บริการทางสาธารณสุข จากประสบการณ์ของผู้บริโภคที่เคยเข้ารับบริการการแพทย์ทางเลือกมาก่อน เพื่อสร้างการรับรู้ต่อการป้องกันการถูกละเมิดสิทธิ ให้แพร่ขยายไปในกลุ่มประชาชน โดยทั่วกัน (ยงศักดิ์ ตันติปิฎก และคณะ, 2543)

ซึ่งผลการวิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่มีหัวข้อในประเด็นใกล้เคียงกัน จากผลงาน การวิจัยของ เพ็ญจันทร์ เซอร์เรอร์ และพีระพงศ์ วงศ์อุปราช (2552) ภายใต้หัวข้อและวัตถุประสงค์ คือ สถานการณ์การใช้แพทย์ทางเลือกของคนไทย ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed - Method Research) ซึ่งผลจากการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ในมิติมุมมองจากประชาชน ได้ให้ ความหมายของการแพทย์ทางเลือก คือ แนวทางการดูแลสุขภาพองค์รวม ที่มีการผสมผสาน ศาสตร์หลายแนวทางเข้าไว้ด้วยกัน โดยในการตัดสินใจเลือกใช้บริการรักษาทางเลือกนั้น ให้มีความสำคัญต่อการรักษาที่เป็นการบำบัดด้วยธรรมชาติมากกว่าการใช้แนวทางการรักษาแบบ แผนจากทางประเทศแถบตะวันตก เพื่อป้องกันหรือเสริมสร้างสุขภาพให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น หรือ แม้แต่สร้างสมดุลของร่างกาย ซึ่งในการรักษาทางเลือกนั้นต้องมีความสอดคล้องกับสภาพทางสังคม

ทั้งวัฒนธรรมและประเพณี โดยรูปแบบการแพทย์ทางเลือกที่เป็นที่นิยมที่สุด ได้แก่ การออกกำลังกาย การบริโภคอุปโภคสมุนไพร การนวด การควบคุมสารอาหาร การใช้ผลิตภัณฑ์ที่ผลิตจากวัตถุดิบทางธรรมชาติ รวมถึงการปรับพฤติกรรมการใช้ชีวิต ซึ่งตัวแปรต่อการนำเอาการแพทย์ทางเลือกมาใช้ในชีวิตประจำวัน คือ ต้องสามารถใช้งานได้เองในครัวเรือน

โดยผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอต่อการบรรจุนโยบายของการแพทย์ทางเลือกเข้าสู่ระบบสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งครอบคลุมถึงกลไกของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในรูปแบบของยุทธศาสตร์แบบบูรณาการทางด้านสุขภาพทางเลือก โดยมีหน้าที่จัดการองค์ความรู้ ประสานงานกับส่วนงานสุขภาพอื่น เพื่อกำหนดมาตรฐานการใช้งานการแพทย์ทางเลือกให้เป็นไปอย่างเป็นรูปธรรม รวมถึงมีการประกันคุณภาพจากการเข้ารับบริการ อีกทั้งยังควรมีการประชาสัมพันธ์การแพทย์ทางเลือกให้เป็นที่รู้จักในกลุ่มประชาชนอีกด้วย

ในประเด็นของสิทธิของผู้ป่วย จากการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่างานวิจัยจาก พงษ์ทิพย์ ทองเพ็ญจันทร์ และ พิชัย อภิภูสกุณ ได้ทำการศึกษาวิจัยในแง่มุมของความรู้ความเข้าใจของพยาบาลและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลต่อสิทธิการรักษาของผู้ป่วยจิตเวชภายใต้หัวข้อ “ความรู้และทัศนคติต่อการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าของพยาบาลจิตเวชและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดนครศรีธรรมราช” เพื่อศึกษาองค์ความรู้และทัศนคติในการรักษาต่อผู้ป่วยจิตเวชด้วยวิธีการใช้ไฟฟ้า จากการรวบรวมและสรุปข้อมูลพบว่า ประชากรร้อยละ 61.7 ทราบแนวทางการใช้ไฟฟ้าบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชจากการเข้ารับการอบรม รองลงมาร้อยละ 18.3 ทราบจากคำบอกเล่าของจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยา อีกร้อยละ 13.3 รับทราบแนวทางผ่านผลงานวิจัย รวมถึงวารสารทางการแพทย์ และอีกร้อยละ 6.1 ทราบด้วยแนวทางอื่น ในส่วนของประเด็นที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติต่อวิธีการรักษาด้วยไฟฟ้า พบว่า ในกรณีที่ตนเองหรือญาติรวมทั้งคนรู้จักจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาดังกล่าว ส่วนใหญ่ของกลุ่มประชากรให้ความเห็นว่ามีความรู้สึกกลัวและกังวลใจต่อการเข้ารับการรักษา เนื่องด้วยเหตุผลว่า ไม่ทราบว่าจะมีผลอย่างไรหลังเสร็จสิ้นการรักษา ร้อยละ 30 อาจมีความรู้สึกเจ็บปวดจากการรักษาดังวิธีนี้ร้อยละ 26.7 และอีกร้อยละ 25 มีความกังวลต่อความเสียหายที่จะเกิดขึ้นกับสมองของผู้เข้ารับการรักษา และในประเด็นที่สำคัญ คือ กลุ่มประชากรส่วนใหญ่ให้ความเห็นต่อการรักษาโรคซึมเศร้าในระดับที่ไม่รุนแรงมากนัก ว่ายังไม่ควรใช้ไฟฟ้าบำบัด แต่ควรใช้แนวทางการบำบัดทางเลือกอื่น อาทิ การเข้าพบพระสงฆ์หรือผู้นำทางศาสนา การบำบัดรักษาทางธรรมชาติหรือแนวทางการแพทย์ทางเลือก การพูดคุยกับนักจิตเวช หรือแม้แต่การพักผ่อนหรือหยุดจากปัญหาที่เป็นประเด็นของอาการซึมเศร้า ซึ่งเป็นความคิดเห็นที่สะท้อนถึงการยอมรับต่อทางเลือกอื่นในกระบวนการรักษา มากกว่าการใช้ไฟฟ้าบำบัดจากมุมมองของผู้ที่มีความใกล้ชิดและทำงานร่วมกับผู้ป่วยกลุ่มทางจิตเวช (พงษ์ทิพย์ ทองเพ็ญจันทร์ และพิชัย อภิภูสกุณ,

2558, หน้า 59-69) ขณะทำงานวิจัยที่มีประเด็นการศึกษาวิจัยที่ใกล้เคียงกันในหัวข้อ “การปฏิบัติของพยาบาลในการเคารพเอกลิทธิผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชภาคใต้” อันเป็นวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งเป็นงานวิจัยจาก ญานี อภัยภักดี, วันดี สุทธีรังสี และทัศนีย์ นะแส ทำการวิจัยเชิงปริมาณด้วยเครื่องมือแบบสอบถาม โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลและข้อเสนอแนะ ดังนี้ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับ พบว่า ผลต่อการให้เอกลิทธิของผู้ป่วยที่อยู่ในระดับมาก ประกอบด้วย การปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเวชโดยเป็นไปตามเอกลิทธิของผู้ป่วย และให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติงานในทุกกระบวนการ ($M = 3.27, S.D. = 0.38$) โดยให้ความสำคัญต่อการเปิดเผยข้อมูล ($M = 3.52, S.D. = 0.35$) มีการสอบถามและประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยต่อข้อมูลที่ได้เปิดเผย ($M = 3.32, S.D. = 0.71$) มีการประเมินความสามารถของการตัดสินใจของผู้ป่วยจิตเวช ($M = 3.24, S.D. = 0.51$) และเคารพการกระทำที่ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจ ($M = 2.96, S.D. = 0.66$) และให้ความเคารพต่อการตัดสินใจ ($M = 2.94, S.D. = 0.65$) ตามลำดับ ซึ่งคณะผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะต่อการประสานระหว่างการค้าดำเนินการกับจิตแพทย์ ในกรณีที่ผู้ป่วยหรือผู้แทนผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจต่อแนวทางการรักษา อาทิ การใช้ไฟฟ้าบำบัดระหว่างกระบวนการรักษา (ญานี อภัยภักดี, วันดี สุทธีรังสี และทัศนีย์ นะแส, 2556, หน้า 15-30) ทางด้านของโสรัตน์ วงศ์สุธิธรรม ได้ทำการศึกษาวิจัยเพื่อหาข้อค้นพบต่อกระบวนการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในมิติของสิทธิผู้ป่วย ภายใต้วัตถุประสงค์ “กระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ” อันเป็นหัวข้องานวิจัย โดยผลของการศึกษาวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีลำดับกระบวนการปกป้องสิทธิของผู้ป่วยอยู่ 3 ขั้นที่ต่อเนื่องกัน ประกอบด้วย 1) ขั้นเรียนรู้และทำตามคำแนะนำหรือสั่งเหตุการณ์จากพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานสูงกว่า เพื่อนำมาใช้ในกระบวนการปฏิบัติงานของตนเอง 2) ขั้นเกิดความอึดอัดและขัดแย้ง เป็นช่วงที่พยาบาลมีความเข้าใจต่อการให้ความช่วยเหลือปกป้องและคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย ซึ่งในบางกรณีที่ไม่สามารถให้ความช่วยเหลือต่อผู้ป่วยให้เป็นไปตามสิทธิได้ พยาบาลจะเกิดความรู้สึกเป็นกังวลต่ออาการของผู้ป่วยและมีความอึดอัดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และ 3) ขั้นทုံเท ซึ่งจะเกิดในกรณีที่พยาบาลตระหนักได้ว่าสิทธิผู้ป่วยนั้น เป็นสิทธิที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย แต่กลับไม่ได้รับการดูแลอันเป็นไปตามสิทธิที่พึงได้รับ กลุ่มพยาบาลจะปฏิบัติงานอย่างสุดความสามารถ ด้วยวิธีการใช้ความร่วมมือระหว่างกลุ่มพยาบาล สนองกับการวางแผนการปฏิบัติงานที่เป็นแนวทางเฉพาะตามแต่กรณีที่เกิดขึ้น เพื่อปกป้องสิทธิของผู้ป่วยรายนั้น ซึ่งผู้วิจัยได้กล่าวถึงปัจจัยต่อการให้ค่าความสำคัญของสิทธิผู้ป่วยในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ว่าเกิดจากความรู้ความเข้าใจต่อสิทธิของผู้ป่วย ประสบการณ์ทำงานของพยาบาล ความเชื่อต่อจรรยาบรรณทางวิชาชีพและแรงสนับสนุน ที่จะสร้างความตระหนักรู้ต่อสิทธิพื้นฐานทั้งในด้านของผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพ โดยในช่วงท้ายผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะว่าการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลนั้น เป็นสำนึกของ

แต่ละบุคคลในการประกอบวิชาชีพ ซึ่งผู้ที่มีอำนาจตั้งแต่ในระดับองค์กรไปจนถึงส่วนงานภาครัฐ ควรวางนโยบายให้กลุ่มวิชาชีพพยาบาลได้มีความรู้ความเข้าใจต่อสิทธิของผู้ป่วยตั้งแต่ในช่วงยังเป็นนักศึกษา เพื่อปลูกฝังจรรยาบรรณทางวิชาชีพ รวมทั้งสามารถนำเอาองค์ความรู้นั้นไปใช้ในกระบวนการปฏิบัติงานจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อก่อให้เกิดผลของการดูแลปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ (โสรัตน์ วงศ์สุทธิธรรม, 2558)

ซึ่งลักษณะพฤติกรรมของผู้ป่วยทางจิตเวชส่วนมาก มักมีพฤติกรรม ทัศนคติ และความรู้สึกในเชิงลบต่อตนเอง ซึ่งในประเด็นข้างต้นงานวิจัยจากกลุ่มนักวิชาการภายในประเทศ ประกอบด้วย ชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ, ชูชาติ วงศ์อนุชิต และเบญจพร ปัญญา (2558, หน้า 25-37) ศึกษาถึงประเด็นของการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเวช ภายใต้วัตถุประสงค์การวิจัย คือ เพื่อศึกษาระดับปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปกับความภาคภูมิใจในตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งการศึกษาครั้งนี้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มประชากรผู้ป่วยนอก ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาจำนวน 390 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเครื่องมือแบบทดสอบการวัดการรับรู้ตราบาปภายในใจตนเองของการมีภาวะทางจิต และแบบวัดความภาคภูมิใจในตนเองของ Rosenberg และนำเอาข้อมูลที่ได้รับมาทำการวิเคราะห์เชิงสถิติด้วยการหาค่าความสัมพันธ์การรับรู้ตราบาป ด้วยเครื่องมือสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Multiple Linear Regression) โดยจากการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า จากกลุ่มประชากรทั้งหมด 390 ราย เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.3 ของกลุ่มประชากรทั้งหมด ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ในภาพรวม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาป 6 ปัจจัยแรก ประกอบด้วย ระดับการศึกษา สถานะภาพการทำงาน ประเภทของโรคทางจิตเวช ประสบการณ์การกีดกันด้านการหางาน และการปิดบังอาการ และการบอกรับจากสังคม ซึ่งตราบาปที่เกิดขึ้นในความคิดของผู้ป่วยจะเป็นไปในทิศทางที่ตรงข้ามกับความภาคภูมิใจต่อตนเอง กล่าวคือ หากผู้ป่วยมีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ ตราบาปที่เกิดขึ้นจะเป็นไปในระดับสูง ซึ่งจากผลวิจัยกล่าวไว้ว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อยจะมีความรับรู้ตราบาปที่มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีระดับการศึกษาสูง รวมถึงคณะผู้วิจัยได้แสดงความคิดเห็นว่าผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ หรือไม่มีงานทำจะมีตราบาปสูงกว่าผู้ที่มีการทำงาน ซึ่งเป็นเหตุให้ผู้ป่วยอาจเกิดความภาคภูมิใจต่อตนเองที่ลดลงหากไม่สามารถทำงานได้ ซึ่งจะเป็นผลกระทบในเชิงลบต่อลักษณะการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยต่อไป

ขณะทำงานวิจัยจากทางประเทศปากตะวันออกกลางของ ฟาร์เซียนพัร์ และคณะ ที่ได้ทำการวิจัยในประเด็นความสัมพันธ์ของสิทธิผู้ป่วยและความพึงพอใจของกลุ่มผู้ป่วยในหัวข้อ “Relationship Between ‘Patient’s Rights Charter’ and Patients’ Satisfaction in Gynecological Hospitals” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อกำหนดทางด้านสิทธิผู้ป่วยและความพึงพอใจ

ในการรับบริการของผู้ป่วยในโรงพยาบาลหญิงล้วนของมหาวิทยาลัยเตหะราน สาธารณรัฐอิสลามอิหร่าน ในปี ค.ศ. 2015 โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มประชากรทั้งสิ้นจำนวน 304 ราย ด้วยเครื่องมือแบบสอบถาม ผลการศึกษาประเด็นของสิทธิผู้ป่วย พบว่า สิทธิของผู้ป่วยที่ประชากรส่วนใหญ่รับรู้และให้ความสำคัญ 2 ประเด็น ดังนี้ 1) สิทธิในการรับการรักษาที่มีคุณภาพ 2) สิทธิต่อการรับทราบคำรักษาพยาบาลและสามารถสอบถามได้ ขณะที่การรับรู้สิทธิของตนเองต่อการให้ความคิดเห็นต่อแพทย์และเจ้าหน้าที่ ซึ่งสิทธิในข้ออื่นนั้นอยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงค่ามาตรฐาน ยกเว้นสิทธิต่อการได้รับฟังคำอธิบายต่อข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากการรับการรักษาที่มีค่าอยู่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน อย่างไรก็ตามกลุ่มประชากรส่วนใหญ่ให้ความพึงพอใจตามค่าเฉลี่ยต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่พยาบาล ในส่วนของความสัมพันธ์ระหว่างสิทธิของผู้ป่วยและความพึงพอใจนั้น พบว่า สิทธิในการรับการรักษาที่มีคุณภาพและสิทธิต่อความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ในอันดับต้น ที่ใกล้เคียงกัน ขณะที่ประเด็นของสิทธิในการเปลี่ยนแปลงแพทย์และเลือกแนวทางการรักษาของกลุ่มผู้ป่วยนั้นมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจที่น้อยที่สุด

โดยในส่วนของข้อเสนอแนะจากคณะผู้วิจัยได้ให้ความเห็นว่าควรมีการเพิ่มคุณภาพการให้บริการภายในโรงพยาบาล เพื่อสร้างความพอใจของผู้ป่วยที่มากขึ้น อีกทั้งบุคลากรและเจ้าหน้าที่ควรตระหนักต่อสิทธิของผู้ป่วยมากกว่าที่เป็นอยู่เดิม ซึ่งจะสามารถใช้เป็นกลยุทธ์ในกระบวนการขับเคลื่อนผลการให้บริการของโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น (Farzianpour et.al, 2016, pp. 476-483)

โดยจากการสืบค้นข้อมูลจากสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ผู้วิจัยได้ค้นพบผลงานวิชาการจากกลุ่มคณะบุคลากรด้านสาธารณสุขจากองค์กรต่าง ๆ ที่ร่วมมือดำเนินการวิจัยในหัวข้อ “การจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย การให้บริการโรคจิตเวชภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ซึ่งกลุ่มผู้วิจัยประกอบด้วยกลุ่มบุคลากรจากสถาบันทางด้านสาธารณสุข ดังนี้ 1) สำนักงานศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี 2) สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และ 3) ศูนย์การแพทย์ปัญญา นันทภิกขุชลประทาน มศว. (ฉันทน์ สกฤตอิสริยาภรณ์ และคณะ, ออนไลน์, 2552)

ซึ่งงานวิจัยชิ้นนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ภายใต้วัตถุประสงค์ของงานวิจัย ประกอบด้วย การประเมินสถานการณ์ทางระบาดวิทยาของโรคจิตเวชภายในประเทศ และสถานการณ์การให้บริการที่เป็นอยู่ภายในประเทศ ทั้งในมิติของระยะเวลาการให้การรักษางบประมาณที่ใช้ในการให้บริการผู้ป่วยทางจิตเวชของโรงพยาบาลภายใต้สังกัดกรมสุขภาพจิตรวมทั้งสถาบันการศึกษาทางด้านแพทยศาสตร์ภายในประเทศ รวมถึงมีการทบทวนวรรณกรรมของรูปแบบการให้บริการทางจิตเวชในต่างประเทศ เพื่อนำเอาข้อมูลที่ได้รับมาใช้ในการพัฒนาต่อยอดองค์ความรู้และทิศทาง

ในการให้บริการทางจิตเวชภายในประเทศ รวมทั้งใช้ในการประมาณการงบประมาณที่จำเป็นต่อการให้บริการต่อกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชให้เป็นอย่างดีเหมาะสม เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยมากที่สุด

สำหรับขั้นตอนการศึกษาของงานวิจัยนี้ ประกอบด้วยกระบวนการศึกษา 3 กระบวนการดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 จัดประชุมการระดมความเห็นจากกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ (Policy Maker) และกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้บริการทางด้านจิตเวช เพื่อเสนอแนวทางและกระบวนการให้บริการทางจิตเวชภายในประเทศจำนวน 2 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 2 สืบค้นข้อมูลเอกสาร (Documentary Research) จากแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง อาทิ รายงานจากกรมสุขภาพจิต สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ครอบคลุมถึงวารสารวิชาการที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ เพื่อให้ทราบข้อมูลของการดำเนินงานทางด้านจิตเวชในรูปแบบที่หลากหลาย ซึ่งจะสามารถนำมาวิเคราะห์เพื่อหาข้อสรุปต่อการนำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์หลัก

ขั้นตอนที่ 3 ทำการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) จากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) ตั้งแต่ผู้บริหารสถาบันสาธารณสุขทางจิตเวช กลุ่มบุคลากรภายใต้สังกัด รวมถึงกลุ่มผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยจิตเวชครอบคลุมถึงญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย

ซึ่งข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษาค้นคว้าทั้ง 3 ขั้นตอนข้างต้นได้ถูกนำมาวิเคราะห์เป็นข้อเสนอรูปแบบการให้บริการที่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัยที่คณะผู้วิจัยได้กำหนดไว้ในตอนต้น ดังนี้

ผลของการศึกษาข้อมูลในประเด็นของสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยเพศชายจะก่อเหตุอัตวินิบาตกรรมในอัตราร้อยละ 2.1 คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตอันดับที่ 12 ในขณะที่ผู้ป่วยเพศหญิงจะมีอัตราการก่อเหตุที่ร้อยละ 0.9 คิดเป็นอันดับที่ 20 จากจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมดทั่วประเทศในช่วงเวลาที่มีการสำรวจข้อมูล ในประเด็นของการระบาดวิทยาของโรคทางจิตเวช ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้สรุปว่าอัตราการขยายตัวของโรคทางจิตเวชในกลุ่มผู้ใหญ่จะอยู่ที่อัตราระหว่างร้อยละ 20-30 ขณะที่กลุ่มเยาวชนจะมีอัตราที่สูงกว่า คืออยู่ที่อัตราระหว่างร้อยละ 25-35 ขณะที่ผลการสำรวจข้อมูลภายในประเทศจากกรมสุขภาพจิต ในปี พ.ศ. 2547 พบว่ามีประชากรจำนวนร้อยละ 36.5 ที่มีปัญหาทางด้านจิตเวช แต่ในทิศทางที่ขัดแย้งกันประชากรที่เข้าถึงบริการทางจิตเวชและได้รับการรักษาภายในประเทศนั้นมีเพียงร้อยละ 6-10 จากจำนวนประชากรทั้งหมดเท่านั้น

ซึ่งผลสรุปจากคณะของรายงานที่เกี่ยวข้องกับประเด็นของจำนวนผู้ป่วยจิตเวชจากงานวิจัยชิ้นนี้ ผู้วิจัยได้ทำการสรุปยอดจำนวนผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง โดยในการทบทวนวรรณกรรมในหัวข้อนี้ ผู้วิจัยได้ทำการนำเสนอในรูปแบบของตาราง เพื่อให้ผู้อ่านสามารถเข้าใจได้ง่ายกว่าการรายงานผลการทบทวนวรรณกรรมในลักษณะการรายงานผลแบบพรรณนา ซึ่งข้อมูลดังกล่าวเป็นไปดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 2.10 รายงานผลข้อมูลผู้ป่วยทางจิตเวชภายในประเทศ

ประเด็น	จำนวน / ค่าร้อยละ
จำนวนการส่งตัวผู้ป่วยนอก (ครั้ง)	1,030,596
จำนวนการส่งตัวผู้ป่วยใน (ครั้ง)	512,355
จำนวนผู้ป่วยใน (ราย)	87,776
จำนวนครั้งการส่งตัวผู้ป่วยไปเป็นผู้ป่วยใน (ราย)	5.84
สัดส่วนผู้ป่วยที่รับเข้า (Admit) ในโรงพยาบาลเฉพาะทาง	ร้อยละ 59.28
จำนวนการส่งตัวผู้ป่วยฟื้นฟู (ครั้ง)	63,818

ในประเด็นของระยะเวลาของการเข้ารับบริการทางจิตเวช คณะผู้วิจัยได้ทำการสืบค้นข้อมูลจากระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปี พ.ศ. 2544 พบว่าบริการสาธารณสุขทางจิตเวชนั้น จัดอยู่ในกลุ่มประเภทของบริการใดที่ไม่ครอบคลุม (Exclusion List) ส่งผลให้ในกรณีที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลามากกว่า 15 วัน ผู้ป่วยจะไม่สามารถได้รับงบประมาณคืนได้ อันเป็นผลจากข้อกำหนดภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คณะผู้วิจัยจึงสรุปว่าประเด็นข้างต้นเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นต่อการให้บริการทางจิตเวชภายในประเทศ ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรงต่อการบำบัดรักษาและฟื้นฟูอาการเจ็บป่วย ด้วยขอบเขตจำกัดด้วยข้อบัญญัติทางด้านกฎหมาย โดยแนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าวคณะผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลความเห็นจากกลุ่มประชาชน และได้รับข้อสรุปว่าสมควรให้มีการยกเลิกหรือแก้ไขบทบัญญัติที่กำหนดระยะเวลาในการเข้ารับบริการทางด้านจิตเวชด้วยแนวทางการนำเสนอโนบายต่อผู้มีอำนาจ เพื่อขยายเวลาในการรับตัวผู้ป่วยจิตเวชเพื่อพักฟื้นในสถานพยาบาลให้มากกว่า 15 วัน อันเป็นไปตามพันธกิจของคณะกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ ตามแนวทางของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้เกิดขอบเขตของสิทธิในการเข้ารับบริการของผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยเอง สอดรับกับวิสัยทัศน์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในปี พ.ศ. 2552 ที่ระบุไว้ว่า

“มีระบบหลักประกันสุขภาพ ที่ประชาชนเข้าถึงด้วยความมั่นใจ และผู้ให้บริการมีความสุข”
(สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553, หน้า 93)

ในส่วนของผลการรวบรวมข้อมูล ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นของงบประมาณที่ใช้ในการบริการด้านสุขภาพจิตของปี พ.ศ. 2547 พบว่ามีมูลค่าที่ 1,721 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 3.5 ของงบประมาณทางด้านสาธารณสุขทั้งหมด ซึ่งจากวงเงินงบประมาณ 1,721 ล้านบาท ร้อยละ 57 ถูกใช้จ่ายไปกับการดำเนินงานของโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช ซึ่งในทางกลับกันผลสำรวจพบว่า สัดส่วนของการให้บริการทางจิตเวชภายในประเทศ กลับมีสัดส่วนที่ ผู้ป่วย 1 ล้านรายต่อเตียง สำหรับเข้ารับการรักษา อีกทั้งงบประมาณดังกล่าวยังไม่ได้มีการหรือแนวโน้มของการนำไปใช้เพื่อจัดสร้างองค์กรที่ทำหน้าที่ดูแลกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชภายในประเทศ (Mental Health Community Resident)

ขณะที่การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการดำเนินงานทางการให้บริการของสถาบันจิตเวชในต่างประเทศ คณะผู้วิจัยได้ทำการสรุปผลรูปแบบการดำเนินงานออกมาเป็นข้อมูลเชิงนโยบายและในแต่ละประเทศ ดังนี้

เครือรัฐออสเตรเลีย รัฐวิกตอเรีย เนื่องจากเป็นประเทศที่มีการเข้าถึงบริการทางจิตเวชมากที่สุด ไม่มีข้อกำหนดทางด้านระยะเวลาในการเข้าพักรักษาตัวของผู้ป่วย จึงกำหนดนโยบายทางจิตเวชให้เป็นนโยบายระดับชาติ ซึ่งงบประมาณที่ใช้มีสัดส่วนที่น้อยเมื่อเปรียบเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมทางด้านสาธารณสุขภายในประเทศ (Gross Domestic Product: GDP) โดยมีการใช้ระบบการดำเนินงานแบบบูรณาการเข้ามาเป็นแนวทางการให้บริการ กล่าวคือ มีการใช้ทรัพยากรบุคคลด้านอื่นนอกเหนือจากแพทย์เข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการทางจิตเวช ทำให้การดำเนินงานทางด้านจิตเวชภายในประเทศค่อนข้างมีความเป็นอิสระ และความแข็งแกร่งในการแสวงหาองค์ความรู้ต่าง ๆ ที่นอกเหนือจากองค์ความรู้ทางการแพทย์ในการให้บริการทางด้านจิตเวช

ประเทศศรีลังกา กำหนดนโยบายทางด้านสุขภาพจิตเป็นวาระระดับชาติ โดยมีการบูรณาการการให้บริการทางการแพทย์กับการบำบัดรักษาด้วยองค์ความรู้ท้องถิ่น (Traditional Health care) และองค์ความรู้ทางการแพทย์ด้วยความเชื่อทางศาสนา โดยใช้แนวทางการกระจายอำนาจทางด้านจิตเวชร่วมกับระบบบริการทางการแพทย์สาขาอื่น อีกทั้งยังเปิดโอกาสให้กลุ่มสถาบันทางด้านจิตเวชสามารถร่วมงานกับกลุ่มองค์กรอิสระได้อย่างเต็มที่ รวมทั้งเมื่อเกิดเหตุการณ์ภัยพิบัติทางธรรมชาติ บรรดาบุคลากรที่เกี่ยวข้องจะรีบเข้าปฏิบัติงานเพื่อฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ที่ได้รับผลกระทบอย่างทันทีทันใด

ในขณะที่ประเทศไทยได้หันซึ่งอยู่ในทวีปเอเชียเช่นเดียวกับสาธารณรัฐสังคมนิยมประชาธิปไตยศรีลังกา กลับให้ความสำคัญต่่อนโยบายทางด้านจิตเวชในระดับกระทรวงเท่านั้น

โดยในภาพรวมของระบบการให้บริการทางจิตเวชค่อนข้างมีความคล้ายคลึงกับประเทศไทย แต่มีความโดดเด่นในส่วนของการใช้แนวทางการให้บริการทางจิตเวชร่วมกับองค์การที่เกี่ยวข้องกับศาสนา เพื่อให้เกิดการบูรณาการผสมผสานระหว่างการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันและการดูแลทางด้านจิตใจผ่านทางความเชื่อและศรัทธาของประชาชนในประเทศ

ขณะที่ประเทศใกล้เคียงอย่างประเทศญี่ปุ่น พบว่า มีการเข้าถึงบริการทางจิตเวชต่ำ แต่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลได้นานที่สุดในโลก (ประมาณ 1 ปี) ซึ่งเป็นผลมาจากโรงพยาบาลทางจิตเวชภายในประเทศมีจำนวนมาก อีกทั้งยังมีสัดส่วนของเตียงนอนต่อผู้ป่วยอยู่ที่สัดส่วน 550 เตียง / ผู้ป่วย 100,000 ราย แต่อย่างไรก็ดีด้วยอัตราค่าครองชีพที่สูงภายในประเทศ ส่งผลให้อัตราค่าบริการในการรับบริการทางจิตเวชมีค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องใช้ในการเข้ารับการรักษาแต่ละครั้งที่เยอะเป็นเงาตามตัว

ซึ่งประเด็นของค่าใช้จ่ายในเข้ารับบริการที่สูง ก็สอดคล้องกับสหรัฐอเมริกาที่มีอัตราค่าบริการที่สูงเช่นกัน ส่งผลให้มีการเข้าถึงบริการทางจิตเวชในอัตราที่ต่ำ ด้วยอัตราส่วนร้อยละ 8-15 อีกทั้งยังให้สิทธิประโยชน์ในด้านสุขภาพทางจิตเวชที่น้อยกว่าร้อยละ 30 รวมทั้งรูปแบบการให้บริการทางจิตเวชภายในสหรัฐอเมริกายังไม่ยอมรับการใช้ระบบสหสาขาวิชาชีพในการรักษาผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งถือว่าเป็นข้อจำกัดที่เกิดขึ้นทางการรักษา

ทางด้านกลุ่มประเทศสหราชอาณาจักร ได้กำหนดนโยบายทางจิตเวชผ่านศูนย์บริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service: NHS) ด้วยการกำหนด NHS Trust ซึ่งเป็นข้อกำหนดในการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย โดยการให้บริการทางจิตเวชของสหราชอาณาจักรมุ่งเน้นแนวทางการให้บริการด้วยระบบสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary) ซึ่งในกระบวนการให้บริการจะเปิดโอกาสให้บุคคลที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มของบุคลากรวิชาชีพเฉพาะทางการแพทย์เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการ ซึ่งทำให้การให้บริการค่อนข้างครอบคลุมและมีช่องทางเลือกให้กับผู้ป่วยที่หลากหลาย รวมทั้งนโยบายของศูนย์บริการสุขภาพแห่งชาติก็ไม่ได้จำกัดสิทธิที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาการเข้ารับบริการ แต่อย่างไรก็ดีด้วยแนวทางของนโยบายดังกล่าวส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านงบประมาณที่สูง รวมทั้งด้วยทางเลือกที่อาจมีมากเกินไปก็ถือว่าเป็นอุปสรรคต่อการตอบสนองการให้บริการที่ตรงตามความต้องการของกลุ่มผู้ป่วย

โดยในส่วนของการสรุปข้อเสนอแนะการจัดทำนโยบาย คณะผู้วิจัยได้ยกตัวอย่างพื้นที่จังหวัดยะลาขึ้นเป็นกรณีศึกษา เพื่อแสดงถึงปัญหาที่เกิดขึ้นต่อการเข้ารับบริการทางด้านจิตเวช โดยประกอบด้วยประเด็นต่าง ๆ ดังนี้ ปัญหาขาดทรัพยากรบุคคล อาทิ จิตแพทย์ในการให้บริการ รวมทั้งสถานพยาบาลเฉพาะทางมีจำนวนจำกัด อีกทั้งยังเกิดจากสถานะการณ์ไม่ปกติภายในพื้นที่

ส่งผลให้กลุ่มประชาชนในจังหวัดต้องทำหน้าที่ โดยมีส่วนร่วมดูแลช่วยเหลือระหว่างกันและกัน ด้วยวิธีการเยี่ยมเยียนผู้ป่วยจิตเวชตามที่อยู่อาศัย

ขณะที่สถาบันจิตเวชสมเด็จพระยาใช้แนวทางการลดจำนวนผู้ป่วยนอกด้วยการใช้กิจกรรมให้บุคลากรภายใน โรงพยาบาลที่เป็นลักษณะกลุ่มสหสาขาวิชาชีพติดตามอาการผู้ป่วย ด้วยการเข้าเยี่ยม เพื่อติดตามผลการรักษาตามที่พักอาศัย ซึ่งเป็นความร่วมมือของหน่วยงานหลายฝ่าย ทั้งจากส่วนของสำนักกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ รวมถึงสถาบันการศึกษาต่าง ๆ ในส่วนของโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ มีประสบการณ์ต่อแนวทางการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพผ่านการติดตามผลอาการของผู้ป่วยเมื่อกลับไปรักษาตัว ณ ที่พักอาศัย (Discharge: D/C) ซึ่งถือได้ว่าโรงพยาบาลที่กล่าวไปข้างต้นทั้ง 2 แห่ง ถือเป็นแม่แบบของการให้บริการทางจิตเวชที่มีประสิทธิภาพภายในประเทศที่มีผลการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม และสามารถนำเอาแนวทางดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ให้เกิดผลสัมฤทธิ์ทางการรักษาได้จริง