

บทความวิชาการ

ความวิตกกังวลในผู้ป่วยบาดเจ็บแผลไหม้

Anxiety in burn patient

นิตสญา ยอดเกิด*

Nitsaya Yodgird *

บทคัดย่อ

อุบัติเหตุแผลไหม้เป็นอุบัติเหตุเฉียบพลันผู้ป่วยมีพยาธิสภาพการบาดเจ็บเป็นบาดแผลเปิดบนผิวหนังบริเวณกว้าง เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป้าหมายการรักษาหลักเพื่อให้เกิดการสมานของบาดแผลบนผิวหนัง ปัจจุบันเทคโนโลยีการรักษาบาดแผลความก้าวหน้าไปมากเพราะมีผู้ทำการศึกษาพัฒนาและเผยแพร่องค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่พบว่าการศึกษานิมิตด้านจิตใจของผู้ป่วยยังมีไม่มากนักจึงเป็นโอกาสให้ผู้เขียนทำการศึกษา เรื่องความวิตกกังวลของผู้บาดเจ็บแผลไหม้ เพื่อพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บแผลไหม้ให้ครบทุกมิติ สร้างความเป็นองค์รวมในการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บแผลไหม้

คำสำคัญ: ผู้ป่วยแผลไหม้/ การพยาบาล/ ความวิตกกังวล

Abstract

Burn accident is an acute accident. The patient has an open wound on skin. Treatment goal is to achieve healing of burn wounds. Today, the technology of wound healing is continually advancing because more people have studied and interested in the continuous development and dissemination of knowledge. But the psychological dimensions of the patient and education has been done to develop the care system less than. It is an opportunity for the author to study on anxiety among injured patients to create holistic care.

Keyword: Burn patients/ Nursing care/ Anxiety

บทนำ

ผู้ป่วยอุบัติเหตุเกิดผลกระทบด้านจิตใจตั้งแต่ระยะแรกเนื่องจากเป็นเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดมาก่อนเกิดขึ้นอย่างกะทันหันผลกระทบทางด้านจิตใจมิได้เกิดขึ้นเฉพาะกับผู้ป่วยแต่ยังเกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัวทำให้ครอบครัวเกิดความวิตกกังวลสูงโดยเฉพาะอย่างยิ่งใน 24-72 ชั่วโมงแรกของการบาดเจ็บ (Harjinder, 2009; Degeneffe, 2008) ครอบครัวมีความวิตกกังวลต่อการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (Hudak, et al., 1998) รวมทั้งการไม่รู้อาการของผู้ป่วย (Testani, et al., 1992) และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Nualsritthong, et al., 2006)

* corresponding author พยาบาล (ผู้ชำนาญการพิเศษ) หน่วยไฟไหม้ น้ำร้อนลวก โรงพยาบาลศิริราช e-mail: nitsy8322@yahoo.com

ครอบครัวที่เกิดความวิตกกังวลสูงส่งผลให้ไม่สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้เกิดความสับสนเกิดความคับข้องใจไม่ทราบว่าควรปฏิบัติตนอย่างไรหากครอบครัวไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการดูแลอย่างถูกต้องและเพียงพอจะทำให้ครอบครัวรู้สึกยากลำบากในการปฏิบัติตัว ก่อให้เกิดความเครียดในระดับสูง (Pandee, et al., 2006)

อุบัติเหตุแผลไหม้เป็นอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นได้ในขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สร้างความเสียหายต่อทรัพย์สิน ส่งผลกระทบต่อระยะยาวทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ปัจจุบันเทคโนโลยีการรักษาบาดแผลมีความก้าวหน้าช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตจากการบาดเจ็บ ในทางตรงกันข้ามมิติทางจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวยังไม่มีการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบการดูแลมากนัก จึงเป็นโอกาสให้ผู้เขียนทำการศึกษา เรื่องความวิตกกังวลของผู้ป่วยบาดแผลไหม้และครอบครัว เพื่อสร้างความเป็นองค์รวมทางการพยาบาล

ความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล (anxiety) เป็นสภาวะอารมณ์พื้นฐานของมนุษย์ เมื่อเกิดความวิตกกังวลบุคคลจะรู้สึกตึงเครียด มีความคิดกังวลและมีอาการแสดงออกทางร่างกาย บุคคลอาจประสบกับความวิตกกังวลได้ในหลากหลายสถานการณ์ทั้งในชีวิตประจำวัน การทำงานหรือแม้แต่บนท้องถนน ความวิตกกังวลในระดับที่เหมาะสมอาจก่อให้เกิดประโยชน์ในการเสริมสร้างแรงจูงใจส่งผลให้บุคคลเกิดความพยายามในการเอาชนะสิ่งที่คุกคามและความท้าทาย ในทางตรงกันข้ามความวิตกกังวลที่มากเกินไปก็สามารถนำความไม่สบายใจและรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันได้และอาจพัฒนาเป็นกลุ่มอาการวิตกกังวล (anxiety disorders) หากตกอยู่ในสภาวะดังกล่าวเป็นระยะเวลาานาน (Anton, 2009)

กล่าวได้ว่าความวิตกกังวลเป็นความไม่สบายใจ ความกระวนกระวายใจ ความหวาดหวั่นพรันพรึง อันเนื่องมาจากการถูกคุกคามต่อความมั่นคงความปลอดภัยของบุคคล ความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้ตลอดชีวิตเนื่องจากมนุษย์ต้องพบเหตุการณ์มากมาย ทั้งเหตุการณ์ที่ทำให้พึงพอใจและเหตุการณ์ที่ทำให้ตึงเครียด (Jampawal, 2018) เหตุการณ์ใด ๆ ที่ทำให้เกิดความรู้สึกดังกล่าว จึงเป็นสถานการณ์ที่กระตุ้นความวิตกกังวล นอกจากนี้ความหวาดหวั่นไม่มั่นใจต่อสถานการณ์ในอนาคต เกรงว่าจะเกิดอันตรายหรือความเสียหายยังเป็นสาเหตุของความวิตกกังวลได้ และบุคคลอาจมีแนวโน้มบุคลิกภาพแบบวิตกกังวล (trait anxiety) อยู่ก่อนแล้ว ซึ่งเป็นลักษณะความวิตกกังวลที่มาจากแนวโน้มของบุคคลเองทำให้บุคคลนั้นไวต่อเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกกังวลได้ง่าย (Spielberger, 1966) ความวิตกกังวลที่มากหรือเป็นเวลานาน ๆ ส่งผลเสียต่อสุขภาพ (Stuart & Sundeen, 1995) ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติให้มีลักษณะสู้หรือหนี (Spieberger & Gorsuch, 1983)

จากประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยไฟไหม้ น้ำร้อนลวกโรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลต่อการทำแผล เมื่อเห็นแพทย์และพยาบาลเตรียมอุปกรณ์ทำแผลก็เกิดอาการปวดแผลมากทั้งที่ยังไม่ได้เปิดแผล หลังทำแผลแม้ไม่มีอาการปวดแผลแต่ผู้ป่วยยังร้องไห้ต่อเนื่องจากอารมณ์เศร้า มีความคิดวนซ้ำกับการเกิดอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยมักพูดว่า “ทำไมเหตุการณ์แบบนี้ต้องเกิดขึ้นกับฉัน” สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความปวดในผู้ป่วยแผลไหม้ของ บุชบา สมใจวงษ์ (2563) ซึ่ง พบว่า ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีอำนาจในการทำนายระดับความปวดโดยผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

ในระดับต่ำส่งผลให้ความรุนแรงของความปวดน้อยและเมื่อเกิดการรับรู้อารมณ์ด้านลบ ส่งผลให้ความอดทนต่อความปวดลดลง บุคคลจึงมีการรับรู้และแสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อความปวดเพิ่มมากขึ้น (Moayed & Davis, 2013) ดังนั้นจึงควรหาแนวทางในการพัฒนากิจกรรมการพยาบาลเพื่อจัดการกับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการความปวดและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแผลไหม้

สรุปความวิตกกังวลเป็นภาวะทางอารมณ์ขั้นพื้นฐานของมนุษย์เริ่มตั้งแต่แรกคลอดและต่อเนื่องไปตลอดชีวิตเกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งกระตุ้นหรือเกิดสถานการณ์ที่คุกคามต่อความปลอดภัยหรือต่อการนับถือตนเอง ผ่านการคาดการณ์และแปลผลตามทัศนศาสตร์ส่วนตัว สร้างความรู้สึกไม่สุขสบายทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจและพฤติกรรมส่งผลต่อการเรียนรู้ การรับรู้ ความคิดและการตัดสินใจความวิตกกังวลในระดับที่เหมาะสมก่อให้เกิดประโยชน์ในการเสริมสร้างแรงจูงใจ ส่งผลให้บุคคลเกิดความพยายามในเอาชนะสิ่งที่คุกคามในทางตรงกันข้ามความวิตกกังวลที่มากเกินไปก็สามารถนำพาความไม่สบายใจและรบกวนชีวิตประจำวันได้ ทั้งยังอาจพัฒนากลายเป็นกลุ่มอาการวิตกกังวล

ประเภทของความวิตกกังวล (type of anxiety)

Spieberger & Gorsuch (1983) แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (state anxiety or S-anxiety or A-state) คือ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเมื่อมีสถานการณ์มากระทบและมีแนวโน้มว่าจะทำให้เกิดอันตรายหรือคุกคามเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นชั่วคราว ทำให้เกิดความรู้สึกตึงเครียดหวาดหวั่น กระวนกระวาย ลักษณะอารมณ์สับสนและพฤติกรรมที่โต้ตอบความวิตกกังวลแบบเผชิญจะสังเกตเห็นได้ ผู้ที่มีความวิตกกังวลสามารถบอกความรุนแรงได้ ระยะเวลาที่เกิดความวิตกกังวลจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพการเรียนรู้และประสบการณ์ในอดีตของบุคคลดังนั้นความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจึงจัดเป็นความวิตกกังวลขณะเผชิญ

2. ความวิตกกังวลแฝง (trait anxiety or T-anxiety or A-trait) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ทั่วไป เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจนเป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคลและเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ (personality trait) จะไม่ปรากฏออกมาในลักษณะของพฤติกรรมโดยตรงแต่จะเพิ่มความรุนแรงของความวิตกกังวลขณะเผชิญบุคคลที่มีความวิตกกังวลแฝงสูงจะรับรู้แปลความและประเมินสถานการณ์ก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้เร็วกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝงต่ำ

ความวิตกกังวลเป็นประสบการณ์ทางจิตใจที่เกิดขึ้นเมื่อมีหรือคาดว่าจะมีสิ่งคุกคามความมั่นคง ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยและปานกลางเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นสำหรับการมีชีวิตช่วยให้คนมีความกระตือรือร้น ตื่นตัว มีการแก้ปัญหาและพัฒนาตนเองส่วนความวิตกกังวลในระดับรุนแรงบุคคลที่ปรับตัวไม่ได้ทำให้มีการรับรู้ผิดพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากปกติและมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วย ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า ความวิตกกังวลแตกต่างจากความเครียดที่เป็นการตอบสนองของจิต ต่อแรงกดดันจากปัญหารอบตัว แต่ความวิตกกังวลเป็นการตอบสนองของร่างกายและจิตใจต่อการหวั่นเกรงอันตรายที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากประสบการณ์ของบุคคลอันตรายจากสภาพรอบตัวและความผิดปกติในร่างกาย เช่น โรครีเอริง เป็นต้น

ความวิตกกังวลในผู้ป่วยบาดเจ็บแผลไหม้

การบาดเจ็บแผลไหม้เป็นอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันที่บุคคลไม่ได้มีการคาดการณ์ไว้ล่วงหน้า จึงเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมากขึ้น (Deniz, & Arslan, 2017) ผู้ป่วยบาดเจ็บแผลไหม้เมื่อเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลต้องเผชิญกับประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลต่าง ๆ มากมาย มีอาการที่ไม่คาดคิดว่าจะเกิด การวินิจฉัยและการรักษาที่คุกคาม (invasive diagnosis and treatment) เช่น การผ่าตัดเนื้อตาย การผ่าตัดปลูกถ่ายผิวหนัง หรือบางรายต้องตัดอวัยวะส่วนที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรง และยังมีเหตุให้ผู้ป่วยและญาติต้องหวั่นเกรงอันตรายที่คาดว่าจะเกิดขึ้นอีกมากมาย เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้เพศหญิงที่มีแผลหลายตำแหน่งโดยเฉพาะบริเวณใบหน้ามีการสูญเสียภาพลักษณ์ร่วมกับการใช้ระยะเวลาอนรรักษาในโรงพยาบาลนานมากกว่า 2 สัปดาห์ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้และเกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรงมากขึ้น (De Sousa, Sonavane & Kurvey, 2013)

ผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ป่วยแผลไหม้ แบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้ (Davis & Sheely-Adolphson, 1997)

1. ระยะเฉียบพลัน (acute stage) เริ่มตั้งแต่วันแรกของการเกิดอุบัติเหตุจนถึง 2-4 สัปดาห์ ระยะนี้ผู้ป่วยจะพบความกดดันทางด้านจิตใจมาก ทั้งจากความกลัวการเสียชีวิตจากแผลไหม้ที่รุนแรงและการสูญเสียทรัพย์สินและบุคคลในครอบครัวจากอุบัติเหตุ
2. ระยะปรับตัว (adaptive stage) 2-4 สัปดาห์จนถึงหลายเดือน ระยะนี้ปฏิกิริยาตอบสนองทางจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล ความสามารถในการปรับตัว ระดับความรุนแรงและตำแหน่งของแผลไหม้
3. ระยะฟื้นตัว (rehabilitation stage) เกิดได้ตั้งแต่หลายเดือนจนถึงหลายปี ผู้ป่วยที่มีความหวังบริเวณแผลไหม้ที่ต้องทำกายภาพบำบัดจะเกิดความวิตกกังวลได้หรือกรณีผู้ป่วยที่สูญเสียภาพลักษณ์อาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้

อาการทางจิตใจของผู้ป่วยแผลไหม้ในแต่ละระยะ (Blakeney, Rosenberg, Rosenberg, & Faber, 2008) ดังนี้

ระยะแรกรับ (admission phase) ผู้ป่วยอาจมีปัญหาความวิตกกังวล หวาดกลัว เศร้าโศก เสียใจ รู้สึกผิด มีการแยกตัว

ระยะวิกฤต (critical care phase) ผู้ป่วยอาจมีปัญหาความเครียดเฉียบพลัน (acute stress disorder) อยากกลับไปแก้ไขสิ่งที่เกิดขึ้น เกิดบุคลิกภาพแปลกแยก (depersonalization) เหม่อลอยแยกตัวเองออกจากผู้ป่วย

ระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (in-hospital recuperation) ผู้ป่วยแผลไหม้อาจมีปัญหาเรื่องความโกรธ แสดงอารมณ์ขึ้นลง นอนไม่หลับ

ระยะฟื้นฟูและระยะเปลี่ยนผ่าน (rehabilitation and reintegration) ซึ่งอาจใช้ระยะเวลาเป็นปีหรือหลายปี ผู้ป่วยอาจมีปัญหา เรื่องภาวะการปรับตัวผิดปกติ (adjustment disorder) เป็นภาวะที่เกิดขึ้นหลังจากมีปัจจัยกดดัน ทำให้เกิดความตึงเครียดจนไม่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม เกิดความบกพร่องในหน้าที่ การงาน การเรียนหรือการเข้าสังคมอย่างชัดเจน ส่งผลให้เกิดอาการทางจิตเวชตามมา และในระยะนี้ผู้ป่วยอาจเกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์ (helplessness) และยังอาจเกิด post-traumatic stress disorder

ซึ่งเป็นโรคจิตเภทชนิดหนึ่งที่เกิดจากสภาวะจิตใจของผู้ป่วยได้รับการกระทบกระเทือนอย่างรุนแรงจากเหตุการณ์เลวร้าย มีความรู้สึกว่าตนเองตกเป็นเหยื่อจากเหตุการณ์ (victimization) นอกจากนี้ความเครียดและความวิตกกังวลก็ยังคงดำเนินมาอย่างต่อเนื่อง

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บแผลไหม้ที่มีความวิตกกังวล

อุบัติเหตุแผลไหม้เป็นสิ่งกระตุ้น เป็นสถานการณ์ที่บุคคลถูกคุกคามต่อความปลอดภัยและส่งผลต่อการนับถือตนเอง เป็นสาเหตุให้เกิดความวิตกกังวลอย่างเฉียบพลันและต่อเนื่องจนอาจพัฒนาเป็นกลุ่มอาการวิตกกังวล ผู้ป่วยแผลไหม้จึงต้องได้รับการพยาบาลเพื่อเสริมสุขภาพจิตและลดความวิตกกังวลดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้เกิดความไว้วางใจแสดงความเข้าใจ และยอมรับพฤติกรรมแสดงออกของผู้ป่วยเช่น อาการหวาดกลัว เศร้าโศก เสียใจ รู้สึกผิด แยกตัว เกิดความเครียดเฉียบพลัน อยากกลับไปแก้ไขสิ่งที่เกิดขึ้น อาจเกิดบุคลิกภาพแปลกแยก เหม่อลอยแยกตัวเอง อาจมีปัญหาเรื่องความโกรธ แสดงอารมณ์ขึ้นลง นอนไม่หลับ และระยะฟื้นฟูและผู้ป่วยอาจมีปัญหาเรื่องการปรับตัวผิดปกติ (Blakeney, Rosenberg, Rosenberg & Faber, 2008)

2. ประเมินความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับความวิตกกังวล และให้ความรู้เรื่องความวิตกกังวล ความวิตกกังวลเกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งกระตุ้นหรือเกิดสถานการณ์ที่บุคคลถูกคุกคามต่อความปลอดภัย สร้างความรู้สึกไม่สุขสบาย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจและพฤติกรรมส่งผลต่อการเรียนรู้ การรับรู้ ความคิดและการตัดสินใจความวิตกกังวลในระดับที่เหมาะสมก่อให้เกิดประโยชน์ส่งผลให้บุคคลเกิดความพยายามในการเอาชนะสิ่งที่คุกคามและความท้าทายต่าง ๆ แต่ความวิตกกังวลที่มากเกินไปก็สามารถนำพาความไม่สบายใจและรบกวนชีวิตประจำวันของบุคคลได้ ทั้งยังอาจพัฒนาจนกลายเป็นกลุ่มอาการวิตกกังวล

3. ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล เช่น การรักษา ค่ารักษาพยาบาล การเงิน การไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่เดิมได้ เป็นต้น

4. ประเมินความสามารถและวิธีลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว ความต้องการความช่วยเหลือเพื่อลดความวิตกกังวล

5. ประเมินผลกระทบจากความวิตกกังวล เช่น นอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้ลดลง ไม่ให้ความร่วมมือกับการรักษาพยาบาล เป็นต้น

6. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเรียบร้อยและดูปลอดภัยโดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยมีอาการผวา หวาดกลัว ตื่นตกใจเหมือนยังอยู่ในเหตุการณ์ที่ถูกคุกคาม

7. ให้การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว ตามปัญหาที่ประเมินได้และตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่มีอำนาจจัดการกับความวิตกกังวล การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะช่วยปกป้องบุคคลจากความวิตกกังวลได้ หากผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จะมีกำลังใจมีอารมณ์ที่มั่นคงและสามารถลดความเครียดและความวิตกกังวลที่จะนำไปสู่ภาวะวิกฤตได้ โดยการสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็น 3 ด้าน (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) ประกอบด้วย

1) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไขสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ การให้ข้อมูลภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัวแผนการรักษาและการดูแลผลลัพธ์การรักษาความก้าวหน้าของโรค กฎระเบียบของการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย การใช้เครื่องมือทางการแพทย์ รวมถึงการสอบถามความต้องการข้อมูลจากครอบครัวโดยคำนึงถึงความพร้อมของผู้รับข้อมูล วิธีการสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง ชัดเจน และมีความต่อเนื่องส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลผู้ป่วย การตัดสินใจและการตั้งเป้าหมายร่วมกับทีมดูแล เพื่อลดความเครียดหรือความวิตกกังวลกับผู้ป่วยและครอบครัวได้

2) การสนับสนุนทางอารมณ์เป็นการสนับสนุนที่แสดงถึงความเอาใจใส่และให้การดูแลซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ เชื่อถือไว้วางใจบุคคลและรู้สึกผ่อนคลาย พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ถ่ายทอดความคิด ความรู้สึก ความคาดหวัง ให้กำลังใจ ปลอบโยน ได้รับความหวังตามความเป็นจริงและให้ความมั่นใจต่อคุณภาพบริการ มีการยืดหยุ่นระบบการเยี่ยม การดูแลหรือการสนับสนุน การตอบสนองด้านจิตวิญญาณและปรับตัวต่อภาวะวิกฤตตามความเชื่อ สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ศาสนา วัฒนธรรม เช่น การให้ครอบครัวอ่านหนังสือธรรมะให้ผู้ป่วยฟังการเปิดเทพธรรมะ การสวดมนต์ ตามแต่ละศาสนาการนั่งสมาธิเป็นต้น ที่ไม่ขัดต่อแผนการรักษา อีกทั้งการส่งเสริมให้ครอบครัวผู้ป่วยเรียนรู้และดูแลผู้ป่วยกิจกรรมการพยาบาลที่สามารถทำได้ เช่น การรับประทานอาหาร การเช็ดตัวทำความสะอาดร่างกายเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความใกล้ชิด ไม่รู้สึกถูกแยกออก ลดความเครียด และความวิตกกังวลในขณะรักษา

3) การสนับสนุนทางด้านสิ่งของและบริการการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามกิจวัตรประจำวันและช่วยเหลือทางด้านสิ่งของหรือสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นไม่ขัดต่อแผนการรักษา

นอกจากนี้การจัดการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว ยังสามารถประยุกต์วิธีการแก้ปัญหาของ Folkman & Lazarus (1984) ซึ่งกล่าวว่าสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหาได้นั้นจะต้องมุ่งไปที่การแก้ปัญหา (problem focused) และการจัดการกับภาวะอารมณ์ (emotional focused) มีรายละเอียดดังนี้

(1) การมุ่งแก้ปัญหา (problem focused) เป็นการจัดการกับคนหรือสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดปัญหาโดยการพยายามที่จะแยกแยะปัญหา ค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาและการกระทำเพื่อแก้ปัญหาโดยตรง

การที่ผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญปัญหาได้บางครั้งเกิดจากการได้รับข้อมูลไม่เพียงพอหรือได้รับข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง เป้าหมายสำคัญของการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจความหมายของเหตุการณ์ประเมินอาการหรือสถานการณ์ได้ถูกต้องตรงกับความจริง การให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวมีหลายรูปแบบ เช่น การพูดคุยตัวต่อตัว พูดคุยรายกลุ่มกับผู้ป่วยที่มีประสบการณ์เพื่อให้เข้าถึงผู้ป่วย การใช้แผ่นเอกสารคู่มือหนังสือ การให้ข้อมูลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ทัศนทัศน์ เป็นต้น

บางกรณีการรับรู้ข้อมูลทั้งหมดอาจทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเครียดหรือความวิตกกังวลมากขึ้นดังนั้นพยาบาลควรประเมินและปรับแผนการพยาบาล โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลในทุกขั้นตอน ซึ่งรวมถึงการประเมินความเชื่อความศรัทธาสังเกตเห็นยิวจิตใจ วัฒนธรรม ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ข้อมูลและคำแนะนำได้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

(2) การจัดการกับภาวะอารมณ์ (emotional focused) บุคคลมีการจัดการกับกระบวนการรับรู้เพื่อลดภาวะเครียดทางอารมณ์หลากหลายวิธี เช่น การหลีกเลี่ยงการเผชิญปัญหา การปฏิเสธลดความสำคัญของปัญหา มุ่งความสนใจไปในเรื่องบางเรื่อง การแยกตนเอง การระบายความโกรธไปสู่ผู้อื่น มองหาส่วนดีจากสถานการณ์และคิดในทางบวก การให้ข้อมูลและการเสริมแรงทางบวกเพื่อให้มีการประเมินสถานการณ์ตรงกับความเป็นจริงช่วยลดปัญหาได้แต่อาจไม่ทั้งหมดเพราะหลายปัญหาไม่สามารถบรรเทาหรือหลีกเลี่ยงได้

8. ให้การพยาบาลเพื่อเสริมปัจจัยที่ช่วยสร้างและพัฒนาการรับรู้สมรรถนะของตนเองประยุกต์ตามแนวคิดของ Bandura (1977) ดังนี้

1) ดูแลให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ประสบความสำเร็จด้วยตัวเอง โดยการเพิ่มความสามารถแบบค่อยเป็นค่อยไป รวมทั้งนำเอาประสบการณ์ในอดีตที่เคยทำแล้วประสบความสำเร็จมาเป็นแรงจูงใจ

2) ดูแลให้ผู้ป่วยได้เห็นตัวแบบหรือเห็นประสบการณ์ของผู้อื่นซึ่งการได้เห็นตัวอย่างจริง และการได้รับทราบประสบการณ์ของผู้อื่นซึ่งมีปัญหาที่คล้ายคลึงกับผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณอื่นทำได้ตนเองก็น่าจะทำได้

3) ดูแลให้คำแนะนำและกระตุ้นให้ทำพฤติกรรมโดยบอกถึงประโยชน์ของการทำกิจกรรมหรือพฤติกรรมนั้น ๆ

4) ลดการกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ โดยการฝึกเผชิญกับสิ่งที่กระตุ้นเร้าต่าง ๆ อย่างค่อยเป็นค่อยไป การฝึกผ่อนคลายการบรรเทาอาการเมื่อถูกกระตุ้นเร้าทางอารมณ์

9. ดูแลให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น เช็ดทำความสะอาดร่างกายบริเวณที่ไม่มีบาดแผล ดูแลจัดอาหารให้ผู้ป่วย ช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพกรณีผู้ป่วยเด็กเล็ก นอกจากการดูแลอย่างใกล้ชิดแล้ว พยาบาลอาจต้องจัดกิจกรรมการเล่น อนุญาตให้น้าของเล่นจากบ้านมาเล่นได้ หรือบางคนอาจต้องร้องเพลงกล่อมให้นอน แตกต่างจากผู้ป่วยสูงอายุที่พยาบาลต้องประเมินความต้องการของผู้ป่วยก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง เพราะผู้สูงอายุผ่านการดำเนินชีวิตและมีประสบการณ์ในชีวิตที่แตกต่างกัน บางคนต้องการอยู่คนเดียวเมื่อมีความวิตกกังวล แต่บางคนกลับต้องการคนดูแลใกล้ชิดเสมือนญาติ

10. ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหาเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น นักสังคมสงเคราะห์ หน่วยแนะนำสิทธิ์ หน่วยการเงิน ศูนย์การพยาบาลต่อเนื่อง เป็นต้น

11. เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายผู้ป่วยทุกราย และติดตามการให้ความรู้ในการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านหรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน ส่งต่อข้อมูลกรณีผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงและมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงประสานกับแพทย์ส่งปรึกษาจิตแพทย์ ดูแลให้ได้รับยาและให้การดูแลอย่างใกล้ชิด (ฉลุย เหลือบรรจงและเนตรนภิศ จินดากร, 2560)

12. บันทึกและส่งต่อข้อมูลปัญหาความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว การพยาบาล การประสานงานและกิจกรรมการพยาบาลที่ต้องดำเนินการเพื่อความต่อเนื่องของกิจกรรมการพยาบาล

การประเมินผลภายหลังให้การพยาบาล เป็นการเปรียบเทียบสภาวะทางจิตของผู้ป่วยในปัจจุบันกับเป้าหมายที่วางไว้ในแผนการพยาบาลตัวอย่างพฤติกรรมเป้าหมายผู้ป่วยดูแลสุขอนามัยพื้นฐานในชีวิตประจำวันได้โดยได้รับการช่วยเหลือหรือมีการกระตุ้นเตือนเพียงเล็กน้อยไม่มีพฤติกรรมวิตกกังวลหรือพฤติกรรม

วิตกกังวลลดลงแสดงพฤติกรรมมีการมีสัมพันธ์ภาพทางสังคมเหมาะสมไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง จัดการกับปัญหาได้เหมาะสมและผู้ป่วยดำเนินชีวิตที่เป็นสุขได้ (ขวัญพนมพร ธรรมไชย, 2554)

สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองที่ได้รับการเตรียมความพร้อมโดยการให้ข้อมูลและมีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อต้องกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลลดลงนับเป็นการส่งเสริมภาวะสุขภาพให้ยั่งยืน อันนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีทั้งต่อตัวผู้ป่วย ผู้ดูแลและรวมไปถึงสมาชิกในครอบครัว (จิรานุวัฒน์ ชาญสูงเนิน, เพ็ญจันทร์ มณี โชติและดวงใจ สวัสดิ์, 2560)

สรุป

ผู้ป่วยแผลไหม้และครอบครัวต้องประสบกับความเจ็บปวดทางกายและความเจ็บปวดทางใจ ผลกระทบจากอุบัติเหตุ มิได้มีเพียงบาดแผลบนผิวหนัง แต่ยัง พบว่า ผู้ป่วยบางรายสูญเสียทรัพย์สินและบางรายสูญเสียบุคคลในครอบครัวเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดความวิตกกังวล พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวก้าวผ่านเหตุการณ์และดำเนินชีวิตต่อไปได้ โดยใช้ความรู้ความสามารถทางการพยาบาลให้ความสำคัญกับผลกระทบทางใจของผู้ป่วยและครอบครัว จัดกิจกรรมการพยาบาลให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมเสริมสร้างปัจจัยที่ช่วยสร้างและพัฒนาการรับรู้สมรรถนะของตนเอง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาได้ เป็นผู้ประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างครอบคลุมทั้งมิติทางกายและทางใจ เพื่อลดความวิตกกังวลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่ระยะแรกรับจนถึงระยะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

- ขวัญพนมพร ธรรมไชย (2554). *การพยาบาลผู้มีความวิตกกังวลและความเครียดผิดปกติ*. การพยาบาลจิตเวชสู่การปฏิบัติ เล่ม 1. โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่: ครองช่างพรินต์ติ้ง จำกัด.
- จิรานุวัฒน์ ชาญสูงเนิน, เพ็ญจันทร์ มณีโชติ และดวงใจ สวัสดิ์. (2560). ความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง. *วารสารเทคโนโลยีภาคใต้*, 10(1), 71-78.
- ฉลวย เหลือบรรจงและเนตรนภิศ จินดากร.(2560). แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 10(3), 14-22.
- บุษบา สมใจวงษ์. (2563). ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความปวดในผู้ป่วยแผลไหม้. *วารสารสภาการพยาบาล*, 35(3), 34-48.
- American Association of Critical-Care Nurses. (2005). Procedure manual for criticalcare. *American Journal of Critical Care*, 14(3), 187-197.
- Anton, B. S. (2009). *Proceedings of the American Psychological Association for the legislative year 2008: minutes of the annual meeting of the Council of Representatives, February 22–24, 2008, Washington, DC, and August 13 and 17, 2008, Boston, MA, and minutes of the February, June, August, and December 2008 meetings of the Board of Directors*. *American Psychologist*, 64(5), 372.

- Bandura, A. (1977). *Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change*. Psychological review, 84(2), 191-215.
- Blakeney, P. E., Rosenberg, L., Rosenberg, M., & Faber, A. W. (2008). *Psychosocial care of persons with severe burns*. Burns, 34(4), 433-440.
- Davis, S. T., & Sheely-Adolphson, P. (1997). *Burn management. Psychosocial interventions: pharmacologic and psychologic modalities*. The Nursing Clinics of North America, 32(2), 331-342.
- De Sousa, A., Sonavane, S., & Kurvey, A. (2013). Psychological issues in adult burn patients. *Delhi Psychiatry Journal*, 16(1), 24-33.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1984). *Stress, appraisal, and coping* (p. 460). New York: Springer Publishing Company.
- Harjinder, S. B. (2009). *Communicating with the caregiver in neurotrauma*. Indian Journal of Neurotrauma, 6, 99-102.
- Hudak, C. M., Gallo, B. M., & Morton, P.G. (1998). *Critical care nursing: A holistic approach*. Philadelphia: Lippincott.
- Jampawal, T. (2018). *State Anxiety*. Journal of Buddhist Psychology, 3(1), 13-20.
- Moayed, M., & Davis, K. D. (2013). *Theories of pain: from specificity to gate control*. Journal of neurophysiology, 109(1), 5-12.
- Nualsrithong, P., Songwathana, P., & Hirunchunha, S. (2006). *Fatigue and fatigue management among caregivers of hospitalized patients with head injuries*. Songklanagarind Medical Journal, 24(3), 153-161. [in Thai]
- Pandee, D., Kunsongkeit, W., Masinghboon, K., & Wachirawat, W. (2006). Predictors of coping strategies among family members of patients with head injury. *Journal of Faculty of Nursing, Burapha University*, 14(3), 52-63. [in Thai]
- Stuart, G. W., & Sundeen, S. J. (1995). *Principle and Practice of Psychiatric Nursing*. St. Louis Missouri. Mosby Year Book Inc.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of behavioral medicine*, 4(4), 381-406.
- Spielberger, C.D. (Ed.). (1966). *Anxiety and Behavior*. New York: Academic Press.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y) ("Self-Evaluation Questionnaire")*.
- Testani, D. L., Chappel, A. L., & Eueidner, S. (1992). Traumatic brain injury: A family experience. *Journal of Neuroscience Nursing*, 24, 317-323.