

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้



สุกฤตา กุญโถมุท

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2553

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้

.....  
สุกฤตา กุญโฆมุท

นางสาวสุกฤตา กุญโฆมุท  
ผู้วิจัย

.....  
กุศลใจ อรุณรุ่งเรือง

อาจารย์กุศลใจ อรุณรุ่งเรือง,  
Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก

.....  
น.น. น.น.น.

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นิโรบล กนกสุนทรรัตน์,  
พย.ด.

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม

.....  
Linn DR

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....  
อรสา พันธุ์ภักดี

รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์ภักดี,

พย.ด.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

วันที่ 21 ตุลาคม พ.ศ. 2553

..... สุกฤตา กุชโกมุท .....

นางสาวสุกฤตา กุชโกมุท

ผู้วิจัย

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิโรบล กนกสุนทรรัตน์,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พรทิพย์ มาลาธรรม,

Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์รังสิมันต์ สุนทรไชยา,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

.....

อาจารย์กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

.....

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน,

พ.บ.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

## กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยดีด้วยความกรุณาของ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม และอาจารย์กรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่ได้กรุณา สละเวลาอันมีค่ายิ่งให้คำปรึกษา แนะนำ ช่วยเหลือ และข้อคิดเห็นต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ทำให้ สารนิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ด้วยความเอาใจใส่ และให้กำลังใจด้วยดีตลอดเวลา ซึ่งผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล คณาจารย์ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ เจ้าหน้าที่ห้องสมุด และบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่านซึ่งผู้ศึกษามีโอกาสล่วงนามได้ทั้งหมด ที่ให้ความอนุเคราะห์ ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำตลอดระยะเวลาของการศึกษาค้นคว้าผู้ศึกษาขอขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ร่วมปฏิบัติงานทุกท่านในหน่วยสัลยกรรมไฟไหม้ น้ำร้อนลวก วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล สำนักการแพทย์ และศูนย์บริการสาธารณสุข 67 ทวีวัฒนา สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ในการสนับสนุนให้ผู้ศึกษาได้มีโอกาสศึกษา ให้ความช่วยเหลือในการขึ้นปฏิบัติงานแทน ตลอดจนการให้เวลาศึกษาหรือพบอาจารย์ รวมทั้งคอยให้กำลังใจตลอดมาตั้งแต่เริ่มต้นกระทั่งสารนิพนธ์เล่มนี้สมบูรณ์ ขอขอบคุณ พี่ น้อง เพื่อน นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ทุกคน ที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจตลอดระยะเวลาการศึกษา ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ท้ายสุดนี้ ขอขอบคุณสมาชิกในครอบครัวทุกคน บิดา มารดา พี่น้อง ที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจสำคัญในทุกๆ ด้าน แก่ผู้ศึกษาอย่างดีที่สุด จนกระทั่งสารนิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลงด้วยดี

สุกฤตา กุญโถมุท

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้

## A LITERATURE REVIEW OF ANXIETY REDUCTION IN BURN PATIENTS

สุกฤตา กุญโกมุท 5036184 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์, Ph.D. (NURSING),

นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, Ph.D. (NURSING)

### บทคัดย่อ

ความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ส่งผลกระทบต่อด้านสรีระ ความคิด พฤติกรรมและจิตใจ หากไม่ได้รับการดูแลใส่ใจอาจกลายเป็น ภาวะผิดปกติทางจิตใจภายหลังเหตุการณ์สะเทือนใจส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยแผลไหม้ภายหลังจำหน่ายได้ ดังนั้น การจัดการเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยแผลไหม้จึงมีความสำคัญและเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสืบค้นหลักฐานทางวิชาการที่เชื่อถือได้ รวบรวม วิเคราะห์งานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับวิธีการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้โดยสืบค้นจากแหล่งข้อมูลในช่วงปี ค.ศ. 1993 - 2009 เป็นงานวิจัยจำนวน 10 เรื่อง จัดอยู่ในระดับ A จำนวน 7 เรื่อง ระดับ B จำนวน 3 เรื่อง

ผลการศึกษา พบว่า วิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ ได้แก่ การนวด การสะกดจิต การสร้างจินตภาพ การใช้ดนตรีร่วมกับการสร้างจินตภาพร่วมกับการใช้ดนตรีที่ชอบ การใช้ดนตรีที่ผ่อนคลาย therapeutic touch โปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ การฝึกสมาธิชนิดอัมปลิฟิเคชัน 4 และการใช้ยาร่วมในการลดความวิตกกังวล ผลลัพธ์ของวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ ได้แก่ ความปวด ระดับของคอร์ติซอลในน้ำลาย ภาวะซึมเศร้า และอาการคันลดลง สัญญาณชีพซ้าลง การนอนหลับและพฤติกรรมที่แสดงออกดีขึ้น องค์ประกอบสำคัญของวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ ได้แก่ อุปกรณ์ สถานที่ ผู้บำบัด และเครื่องมือที่ใช้วัดผลความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ ได้แก่ ระดับของคอร์ติซอลในน้ำลาย สัญญาณชีพ การประเมินด้านพฤติกรรม Visual Analog Scale และ State Trait Anxiety Inventory วิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้มักเกี่ยวข้องกับความปวด จึงควรมีการจัดการกับความปวดที่เหมาะสม สถานที่ต้องมีบรรยากาศที่เงียบสงบ สามารถผ่อนคลายได้ดี ควรเป็นในห้องพักของผู้ป่วย และใช้ดนตรีที่ผ่อนคลายร่วมกับการให้ข้อมูล เครื่องมือที่เหมาะสมคือ Visual Analog Scale

คำสำคัญ: วิธีการลดความวิตกกังวล / ความวิตกกังวล / ผู้ป่วยแผลไหม้

**A LITERATURE REVIEW OF ANXIETY REDUCTION IN BURN PATIENTS**

SUKITTA KUYKOMOOT 5036184 RAAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: KUSUMA KHUWATSAMRIT, Ph.D. (NURSING), NIROBOL KANOGSUNTHORNAT, Ph.D. (NURSING)

**ABSTRACT**

Anxiety in burn patients affects their physiological condition, thinking, behavior, and mind. In the case of lack of attention, it might become a mental disorder after facing traumatic events that could affect the burn patients' mental condition in the long term, after hospital discharge. Therefore, the need to reduce anxiety in burn patients is significant and helps to improve nursing quality. This study aimed to investigate reliable academic evidences, collected and analyzed relevant to the interventions for reducing anxiety in burn patients from the resources derived during the period 1993-2009 with a total of 10 research papers consisting of 7 titles at level A and 3 titles at level B.

The findings of the study revealed that some interventions for reducing anxiety in burn patients included massage, hypnosis, Rapid Induction Analgesia (RIA), music therapy along with RIA, relaxation music, therapeutic touch, health education programs along with emotional support, Appamanya 4 meditation, and medication. The outcome of anxiety reduction in burn patients was a decrease in pain, saliva cortisol level, depression and irritation, slower vital signs, better sleep and behavior. Some important components of anxiety reduction in burn patients consisted of equipment, places, therapists, and tools for monitoring anxiety in burn patients e.g. saliva cortisol level, vital signs, behavior evaluation, Visual Analog Scale, and State Trait Anxiety Inventory. The methods used to reduce anxiety in burn patients is often associated with the level of pain, which should be appropriate to deal with the pain. The patient's room should be quiet so they can relax better with relaxing music while collecting the data from the patient. The right tool is the Visual Analog Scale.

**KEY WORDS:** INTERVENTIONS FOR REDUCING ANXIETY / ANXIETY /  
BURN PATIENTS

168 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ซ
<b>บทที่ 1 บทนำ</b>	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามในการศึกษา	3
วัตถุประสงค์	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
นิยามศัพท์	3
<b>บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม</b>	
การเกิดแผลไหม้	6
ความวิตกกังวล	15
ความรุนแรงและผลกระทบของความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้	27
ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้	29
<b>บทที่ 3 ระเบียบวิธีการศึกษา</b>	37
<b>บทที่ 4 ผลการศึกษา</b>	46
<b>บทที่ 5 การอภิปรายผล</b>	69
<b>บทที่ 6 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ</b>	81
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	90
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	103
บรรณานุกรม	115
ภาคผนวก	128
ประวัติผู้วิจัย	168

## สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	แสดงการบันทึกการสืบค้นจำนวนงานวิจัยในการศึกษาครั้งนี้	39
2	แสดงการสรุปจำนวนหลักฐานงานวิจัยที่ได้จากการสืบค้นข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้	43
3	แสดงวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้	47
4	แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีลดความวิตกกังวล ในผู้ป่วยแผลไหม้	129

## สารบัญภาพ

ภาพ

1 แสดงมาตรวัดความวิตกกังวล

หน้า

21



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเกิดแผลไหม้เป็นอุบัติการณ์ ที่พบได้บ่อยขึ้นในปัจจุบัน จนเป็นสาเหตุการตายหนึ่งในสามของสหรัฐอเมริกา (Cromes & Helm as cited in Field et al., 2000) จากสถิติสมาคมแผลไหม้แห่งประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 2000-2004 พบว่ามีประชากรประมาณ 5 แสนรายต่อปี ต้องเผชิญกับการเกิดแผลไหม้ และในการรวบรวมข้อมูลในหน่วย burn center 70 แห่ง ของอเมริกาในปี ค.ศ. 1995-2005 พบว่ามีผู้ป่วยแผลไหม้ประมาณ 126,000 ราย ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และยังพบว่าในปี ค.ศ. 2004 มีผู้ป่วยที่ต้องสูญเสียชีวิตจากการเกิดไฟไหม้และแผลไหม้จำนวน 4,000 ราย (American Burn Association, 2008) สำหรับในประเทศไทยก็ต้องเผชิญกับเหตุการณ์นี้เช่นกัน จากรายงานของคณะกรรมการป้องกันอุบัติภัยแห่งชาติพบผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุและเกิดแผลไหม้ ในปี พ.ศ 2540-2549 เฉลี่ย 165 รายต่อปี (กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, 2549) ในกรุงเทพมหานครพบผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุและเกิดแผลไหม้ในปี พ.ศ 2547-2550 เฉลี่ยจำนวน 106 รายต่อปี (สถิติกรุงเทพมหานคร, 2551) นอกจากนี้จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวกของแต่ละโรงพยาบาลมีดังนี้ โรงพยาบาลศิริราช ในปี พ.ศ. 2544-2548 เฉลี่ยปีละ 69 ราย (วาริ หาญพิศุทธิ์, อรพินท์ แดงเทศ, และพรพรหม เมืองแมน, 2550) โรงพยาบาลรามธิบดี พ.ศ. 2546-2550 เฉลี่ยปีละ 29 ราย (สถิติหน่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวกโรงพยาบาลรามธิบดี, 2550) วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ในปี พ.ศ. 2546-2550 เฉลี่ยปีละ 53 ราย (สมพิศ คุ่มบุญ, 2551) ซึ่งการเข้ารับการรักษา ฟื้นฟู จากทีมสุขภาพในโรงพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญ และจำเป็น (Church, Elsayed, Reid, Winston, & Lindsay, 2006) เพื่อช่วยชีวิตของผู้ป่วยแผลไหม้ในระยะวิกฤติได้อย่างรวดเร็ว (Singh, Devgan, Bhat, & Milner, 2007)

การเกิดแผลไหม้เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน และเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตรวมทั้งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพของผิวหนังจนกระทบต่ออวัยวะ (Er-ming Ye, 1998; Williams & Griffiths, 1991; พรรณี ชัยโพธิ์ศรี, 2538) และเกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางจิตใจ

(Mateu & Hernandez, 1996; Williams & Griffiths, 1991) จนแสดงออกมาเป็นอาการทางจิตเวชของผู้ป่วยแผลไหม้ได้ เช่น อาการสับสน การปรับตัวผิดปกติ ซึมเศร้า โรคนิ่ว (สุมิตรา เมืองขวา, 2551) และบุคลิกภาพผิดปกติ เป็นต้น (ฉนทัย วงศ์ปกรันย์, ทินกร วงศ์ปกรันย์, วิทวัส อังคทะวานิช, และสมบุญรณ์ ชัยศรีสวัสดิ์สุข, 2546) ความวิตกกังวลเป็นอาการแรกเริ่มตามเกณฑ์ของการเกิดภาวะผิดปกติทางจิตใจภายหลังการเกิดเหตุการณ์สะเทือนใจ (posttraumatic stress disorder: PTSD) มักจะปรากฏให้เห็นตามมาภายหลังการเกิดแผลไหม้ได้เสมอ (Delilah & Faust, 2007) ซึ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นมักจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแผลไหม้โดยตรง

ความวิตกกังวลส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแผลไหม้ได้ทั้งด้านสรีระ ความคิด พฤติกรรม และจิตใจ ผู้ป่วยแผลไหม้ภายหลังการเกิดความวิตกกังวล มีคุณภาพการนอนหลับลดลง (นภาพร สุขงกข, 2546) มีเลือดออกในกระเพาะอาหารส่วนบน (Robbins, Idjadi, Stahl, & Essiet., 1972) มีการแสดงออกทางอารมณ์เปลี่ยนไปและไม่เหมาะสม (เก็จทอง เสตะกสิกร, 2541) พักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น (Williams & Griffiths, 1991) คุณภาพชีวิตลดลง (Er-ming Ye, 1998) ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น (Mateu & Hernandez, 1996) และเกิดปัญหาทางจิตเวชจนไม่สามารถเผชิญกับการเกิดแผลไหม้ (White, 1982) หรือหลีกเลี่ยงปัญหาต่างๆของตนเอง โดยการฆ่าตัวตาย (Fukunishi, Tanaka, Maruyama, & Takahashi, 1998) ดังนั้น การจัดการเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยแผลไหม้จึงมีความสำคัญ

วิธีการรักษาเพื่อลดความวิตกกังวล แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) และวิธีลดความวิตกกังวล มีหลายวิธี ได้แก่ การสอนและการให้ข้อมูล การใช้เทคนิคบำบัดทางการพยาบาล การใช้กระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ และการใช้แบบหลายวิธีร่วมกัน (สุรศักดิ์ พุฒินิชย์, 2545) วิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ อาจเป็นการลดความวิตกกังวล หรือลดปัจจัยของความวิตกกังวล (Gilboa, 2001; Blakeney, Rosenberg, Rosenbery, & Faber, 2008) สาเหตุและปัจจัยของความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ที่สำคัญ คือ ความปวด จากการทำแผลไหม้ (Carrougner et al., 2006) ผู้ป่วยแผลไหม้จำเป็นต้องทำแผลเป็นประจำ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ และส่งเสริมการหายของแผล ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว ความวิตกกังวล ก่อนการทำแผล ดังนั้นจึงควรหาวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ จากการศึกษาพบว่า ในช่วงระยะเวลาการทำแผล เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลมากที่สุด (อนงค์ ประสาธน์วันกิจ, ขนิษฐา นาคะ, และชอลดา พันธุเสนา, 2546) เนื่องจากอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแผลไหม้ได้

ผลกระทบของความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านสรีระ ความคิด พฤติกรรมและจิตใจ หากไม่ได้รับการดูแลใส่ใจอาจกลายเป็น ภาวะผิดปกติทางจิตใจ ภายหลังเหตุการณ์สะเทือนใจ ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยแผลไหม้ภายหลังจำหน่ายได้ (Andreasen, Norris, & Hartford, 1971) พยาบาลเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเหล่านี้อย่างใกล้ชิด จึงมีบทบาทสำคัญอย่างมากเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความวิตกกังวล สามารถปรับตัวและมีคุณภาพชีวิตได้ตามปกติ (ปริดาภรณ์ สีปากดี, 2546) ซึ่งที่ผ่านมามองเห็นว่ามีการศึกษาเกี่ยวข้องกับ ความวิตกกังวลและวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ แต่ยังไม่มีการศึกษาและรวบรวมอย่างเป็นระบบ ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะรวบรวมวิเคราะห์ องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการลดความวิตกกังวล ในผู้ป่วยแผลไหม้ และส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งทางสรีระ ความคิด พฤติกรรมและจิตใจ

### คำถามในการศึกษา

มีวิธีใดบ้างในงานวิจัยที่ผ่านมาที่ลดความวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพในผู้ป่วยแผลไหม้ขณะอยู่โรงพยาบาล

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วิเคราะห์งานวิจัย ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับวิธีการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

สามารถนำองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแผลไหม้ที่มีความวิตกกังวล มาพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก และเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ต่อไปในอนาคต

### นิยามศัพท์

แผลไหม้ หมายถึง การที่ผิวหนังหรือเนื้อเยื่ออวัยวะต่างๆ เกิดการบาดเจ็บโดยมีสาเหตุจากความร้อน หรือการบาดเจ็บเฉียบพลันอื่นๆ ถูกทำลายเกิดขึ้นทั้งหมดหรือบางส่วนของเซลล์ผิวหนังจาก ของเหลวร้อน (Scalds) ของแข็งร้อนหรือความเย็น (contact burns) เปลวไฟ (flame burns) หรือการที่ผิวหนังหรือเนื้อเยื่ออวัยวะต่างๆ ได้รับบาดเจ็บจากกระแสไฟฟ้า สัมผัสกับสารเคมี การฉายรังสี และสารกัมมันตรังสี (Kagan et al., 2009: 8)

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกถึงความตึงเครียด ความเกรงกลัว ความตื่นกลัวและ  
กังวล จนกระตุ้นให้ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานเพิ่มขึ้น ความวิตกกังวลเกิดจากการประเมินสิ่ง  
เร้าที่เข้ามาคุกคามหรืออาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง โดยสิ่งที่เข้ามาคุกคามอาจมีจริงหรืออาจเป็น  
การคาดการณ์ล่วงหน้า (Spielberger, 1976)



## บทที่ 2

### ทบทวนวรรณกรรม

การทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้เพื่อให้ครอบคลุมความรู้ที่จะนำมาเป็น วิธีการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ ผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

1. การเกิดแผลไหม้
  - 1.1 ความหมายของแผลไหม้
  - 1.2 ระดับความรุนแรงของแผลไหม้
  - 1.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงของแผลไหม้
  - 1.4 การเปลี่ยนแปลงภายหลังการเกิดแผลไหม้
    - 1.4.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายภายหลังการเกิดแผลไหม้
    - 1.4.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจภายหลังการเกิดแผลไหม้
2. ความวิตกกังวล
  - 2.1 ความหมายของความวิตกกังวล
  - 2.2 ชนิดของความวิตกกังวล
  - 2.3 ระดับของความวิตกกังวล
  - 2.4 การประเมินความวิตกกังวล
  - 2.5 การดูแลผู้ที่มีความวิตกกังวล
3. ความรุนแรงและผลกระทบของความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้
4. ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้

## 1. การเกิดแผลไหม้

### 1.1 ความหมายของแผลไหม้

มนุษย์รู้จักใช้ไฟตั้งแต่ก่อนประวัติศาสตร์ และพบว่าจากการบันทึกที่เก่าแก่ของคน ปีกิ่งในประเทศจีนเมื่อประมาณสองแสนห้าหมื่นปีก่อนคริสต์ศักราช ขณะที่โลกมีความเจริญก้าวหน้า ก็พบอุบัติการณ์การบาดเจ็บและการตายจากแผลไหม้แล้ว และยังพบได้อีกทั่วไปเพิ่มขึ้นในทุกพื้นที่ โดยประมาณในสมัยมนุษย์ยุคหิน (neanderthal man) ในช่วง 60,000 ปี ก่อนคริสต์ศักราช ได้พบ บันทึกการรักษาอาการบาดเจ็บจากแผลไหม้ปรากฏใน Ebers Papyrus (Haynes as cited in Richard Staley & Finley, 1994) จากอุบัติการณ์ที่พบได้ทั่วไปก่อให้เกิดสมาคมแผลไหม้แห่งประเทศไทย สหรัฐอเมริกา (American Burn Association; ABA) ซึ่งมีหน้าที่สนับสนุนด้านการดูแล การศึกษาวิจัย การฟื้นฟู ในผู้ป่วยแผลไหม้และป้องกันการเกิดแผลไหม้ โดยมีสมาชิก มากกว่า 3,000 คน จากในสหรัฐอเมริกา แคนาดา ยุโรป เอเชีย และลาตินอเมริกัน บุคคลที่เป็นสมาชิกประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพ นักจิตวิทยา นักวิจัย นักสังคมสงเคราะห์ นักดับเพลิง โรงพยาบาลต่างๆ และหน่วยไฟไหม้ นำร้อนลวกโรงพยาบาลต่างๆ สมาคมแผลไหม้แห่งประเทศไทยได้ก่อตั้งขึ้น ในปี ค.ศ. 1967 ทำหน้าที่เผยแพร่ความรู้ทางวารสาร the Journal of Burn Care and Research และได้สรุปความหมายของ แผลไหม้ไว้ โดยกล่าวว่า การที่ผิวหนังหรือเนื้อเยื่ออวัยวะต่างๆ เกิดการบาดเจ็บ โดยมีสาเหตุจากความร้อน หรือการบาดเจ็บเฉียบพลันอื่นๆ ถูกทำลายเกิดขึ้นทั้งหมดหรือบางส่วน ของเซลล์ผิวหนังจาก ของเหลวร้อน (scalds) ของแข็งร้อนหรือความเย็น (contact burns) เปลวไฟ (flame burns) หรือการที่ผิวหนังหรือเนื้อเยื่ออวัยวะต่างๆ ได้รับบาดเจ็บจากกระแสไฟฟ้า สัมผัสกับ สารเคมี การฉายรังสี และสารกัมมันตรังสี (Kagan et al., 2009: 8)

### 1.2 ระดับความรุนแรงของแผลไหม้

สมาคมแผลไหม้แห่งประเทศไทย (Barret-Nerin & Herndon, 2004) ได้ จำแนกระดับความรุนแรงของแผลไหม้ในผู้ใหญ่ ออกเป็น 3 ระดับ เริ่มจากรุนแรงน้อย รุนแรง ปานกลางและรุนแรงมาก ดังนี้

ระดับความรุนแรงน้อย (minor burns) กำหนดความกว้างของแผลไหม้น้อยกว่าร้อยละ 15 ของพื้นที่ผิวกายทั้งหมด หรือกำหนดความกว้างของแผลไหม้น้อยกว่าร้อยละ 3 ของพื้นที่ผิวกาย ทั้งหมด และความลึกระดับ 3 ไม่เกี่ยวข้องกับบริเวณศีรษะ เท้า มือ หรือฝีเย็บ

ระดับความรุนแรงปานกลาง (moderate burns) กำหนดความกว้างของแผลไหม้ร้อยละ 15-25 ของพื้นที่ผิวกายทั้งหมด หรือกำหนดความกว้างของแผลไหม้น้อยกว่าร้อยละ 3-10 ของพื้นที่ ผิวกายทั้งหมด และความลึกระดับ 3 หรือกำหนดความกว้างของแผลไหม้และความลึกระดับ 2

บริเวณศีรษะ เท้า มือ หรือฝ่าเท้า หรือเกิดการบาดเจ็บอื่นร่วมด้วย หรือมีโรคที่สำคัญร่วมอยู่ด้วยก่อน หรืออายุมาก

ระดับความรุนแรงมาก (major burns) กำหนดความกว้างของแผลไหม้มากกว่าร้อยละ 25 ของพื้นที่ผิวกายทั้งหมด หรือกำหนดความกว้างของแผลไหม้มากกว่าร้อยละ 10 ของพื้นที่ผิวกายทั้งหมด และความลึกระดับ 3 หรือบาดแผลไหม้ระดับลึก (deep burn) แผลบริเวณศีรษะ มือ เท้า และฝ่าเท้า หรือแผลไหม้ที่มีการสูดสำลักควัน (inhalation injury) หรือมีบาดแผลไหม้จากสารเคมี หรือไฟฟ้า

ในการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่าผู้ป่วยแผลไหม้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีระดับความรุนแรงของแผลไหม้ในระดับ moderate burns มากที่สุด รองลงมาคือ major burns (สมพิศ คุ่มบุญ, 2551) ดังนั้นในหอผู้ป่วยแผลไหม้จึงพบผู้ป่วยแผลไหม้ที่มีอาการรุนแรง ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน นอกจากนี้ในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยแผลไหม้ อาจพบว่าระดับความรุนแรงของแผลไหม้สามารถเพิ่มขึ้นได้อีกและต้องการดูแลที่ใกล้ชิดขึ้น จากปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงของแผลไหม้

### 1.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงของแผลไหม้

ภายหลังการเกิดแผลไหม้ พบว่ามีการทำลายและเกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของผิวหนังเกิดขึ้น ผิวหนังเป็นอวัยวะที่สำคัญและใหญ่ที่สุดในร่างกาย (Falkel, 1994) ในผู้ใหญ่ผู้นั้นมีเนื้อที่กว้างกว่า 2 ตารางเมตร โดยจากภาวะปกติผิวหนังแบ่งออกเป็น 3 ชั้น ได้แก่ หนังกำพวด (epidermis) หนังแท้ (dermis) และชั้นไขมัน (subcutaneous tissue) ดังนี้ ชั้นแรก หนังกำพวด เป็นชั้นนอกสุดไม่มีเลือดมาเลี้ยงมีความหนา ความบาง แตกต่างกันไปตามอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกาย และจะรับสารอาหารจากชั้นหนังแท้ ชั้นที่สอง หนังแท้ ถัดจากหนังกำพวดลงไปหนาประมาณ 1-2 มิลลิเมตร ชั้นนี้จะประกอบด้วย เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (connective tissue) มีเส้นเลือดมาหล่อเลี้ยงค่อนข้างมาก มีต่อมไขมัน และบางส่วนของรูขุมขน ชั้นสุดท้าย ชั้นไขมัน ประกอบด้วยไขมัน ต่อมเหงื่อและรูขุมขนส่วนที่เหลือ ส่วนของผม เล็บ ต่อมไขมันและต่อมเหงื่อเป็นส่วนหนึ่งของผิวหนังประกอบด้วยเซลล์ไขมันเป็นหลัก ความหนาของชั้นนี้ขึ้นกับปริมาณไขมันของแต่ละบุคคล ชั้นนี้ทำหน้าที่ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย คล้ายฉนวนกันความร้อนช่วยลดแรงกระทบกระแทกจากภายนอก (Church, Elsayed, Reid, Winston, & Lindsay, 2006; Falkel, 1994; เพ็ญจันทร์ สุวรรณแสง โมไนยพงศ์, 2550) ความร้อนมีผลก่อให้เกิดการทำลายโครงสร้างของผิวหนัง การสูญเสียหน้าที่ของผิวหนัง จึงเกี่ยวข้องกับความรุนแรงของแผลไหม้ นอกจากความร้อนแล้วพบว่ายังมีปัจจัยอีกหลายประการที่มีอิทธิพลทำให้เกิดการทำลายโครงสร้างของผิวหนัง ก่อให้เกิดความรุนแรงของแผลไหม้

เล็กน้อยแตกต่างกัน ได้แก่ ความกว้างหรือขนาดของแผลไหม้ ความลึกของแผลไหม้ อายุ ส่วนของร่างกายที่ถูกไหม้ การบาดเจ็บร่วม ประวัติสุขภาพในอดีต ประเภทของแผลไหม้ ดังนี้

ความกว้างหรือขนาดของแผลไหม้ การคำนวณพื้นที่ผิวในการทำลายเป็นเปอร์เซ็นต์ของพื้นที่ผิวกาย (percent of total body surface area: TBSA) วิธีคำนวณที่นิยมใช้คือ rule of nine คำนวณโดยแบ่งส่วนของร่างกายออกเป็นส่วนๆ เท่ากับร้อยละ 9 ดังนี้ ศีรษะ แขน 2 ข้าง แต่ละส่วนคิดเป็นร้อยละ 9 ลำตัวด้านหน้า ด้านหลัง ขาทั้ง 2 ข้าง แต่ละส่วนคิดเป็นร้อยละ 18 แขน และบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์คิดเป็นร้อยละ 1 รวมทั้งหมดของพื้นที่ผิวกายเท่ากับร้อยละ 100 (Valentino, 1996; วันดี เสวตมาลัย, และวนิดา ออประเสริฐศักดิ์, 2546) นอกจากนี้การประเมินประมาณค่าแบบง่ายและสะดวกอีกวิธีหนึ่งคือ ขนาดของแผลไหม้โดยการใช้ หนึ่งฝ่ามือนิ้วชี้คั่นของผู้ป่วยในการเปรียบเทียบเท่ากับร้อยละ 1 ของพื้นที่ผิวกาย (TBSA) วิธีนี้ใช้คิดเฉพาะแผลไหม้ที่ลึกระดับ 2-3 เท่านั้น (Valentino, 1996; ขจี สีสลับ, 2540) ดังนั้นหากคำนวณพบ TBSA ถูกทำลายกว้าง ทำให้ระดับความรุนแรงเพิ่มขึ้น ส่งผลให้อัตราการตายของผู้ป่วยแผลไหม้สูงตามมา (วาริ ชาญพิศุทธิ์, อรพินท์ แดงเทศ, และพรพรหม เมืองแมน, 2550; สมพิศ คุ้มบุญ, 2551)

ความลึกของแผลไหม้ (depth of burn) แบ่งเป็น 3 ระดับ (Valentino, 1996) ได้แก่

1. First degree burn หรือ  $1^{\circ}$  burn หรือ superficial partial-thickness burn จะพบการทำลายเฉพาะในชั้นของหนังกำพร้าเท่านั้น บริเวณที่ถูกทำลายจะมีสีชมพูหรือสีแดง มีความนุ่ม ไม่พบตุ่มพอง (bleb หรือ blister) มีอาการปวดแสบ ปวดร้อน จะหายไปหลัง 24-48 ชั่วโมง ลักษณะตัวอย่างแผลไหม้ประเภทนี้ เช่น แผลไหม้จากแสงแดด ผิวน้ำจะลอกและหายเป็นปกติในเวลาประมาณ 5-7 วันโดยไม่เหลือร่องรอยแผลไหม้

2. Second degree burn หรือ  $2^{\circ}$  burn หรือ moderate partial-thickness burn จะพบการทำลายของชั้นหนังกำพร้า และลึกลงไปชั้นของหนังแท้ ผิวหนังพองเป็นถุงน้ำ (bleb) ขึ้นมา มีพลาสมาไหลซึมและมีการบวมของอวัยวะส่วนนั้นมากกว่าในแผลไหม้ความลึก  $1^{\circ}$  burn ระยะเวลาการหายของแผลประมาณ 7-21 วัน ซึ่งเมื่อแผลหายแล้วจะเกิดเป็นเนื้อนูนขึ้นได้ แบ่งเป็น 2 ระดับคือ ระดับที่หนึ่ง Superficial partial thickness มีการทำลายชั้นหนังกำพร้าทั้งหมดและบางส่วนของหนังแท้ ได้แก่ ต่อมเหงื่อ ต่อมไขมัน รากขน ยังคงอยู่ ผิวจะมีสีแดง มีตุ่มพอง ปวดแสบมาก เพราะมีเส้นประสาทรับความรู้สึกอยู่ในชั้นหนังแท้ ระยะเวลาในการหายของแผลประมาณ 7-14 วัน ระดับที่สอง Deep partial thickness มีการทำลายของชั้นหนังกำพร้าทั้งหมด ลึกลงถึงชั้นหนังแท้ ลักษณะสีผิวจะเป็นสีขาว ซีด ตุ่มพองมีน้อยหรือแฟบ ความรู้สึกปวดแสบลดลง ระยะเวลาในการหายของแผลประมาณ 14-21 วัน

3. Third degree burn หรือ 3<sup>o</sup> burn หรือ Full thickness จะพบการทำลายผิวหนังทุกชั้น ตั้งแต่ชั้นหนังกำพร้า จนถึงหนังแท้ อาจถึงชั้นกล้ามเนื้อหรือกระดูก แผลไหม้มีลักษณะสีขาวซีด เหลือง น้ำตาลไหม้ หรือดำ หนาแข็ง แห้ง อาจมองเห็นหลอดเลือด ไม่แสดงอาการปวด ต้องใช้เวลาานกว่าจะหาย และต้องทำ skin graft ร่วม (พรพรหม เมืองแมน, 2550) หลังจากนั้นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญเมื่อผิวหนังถูกทำลายระดับลึกมาก ได้แก่ การดิ่งรั้งของแผลไหม้ เกิดข้อยึดติด และอาจพบแผลเป็นเนื้อนูน (hypertrophic scar หรือ keloid) (ธีรนุช อินทร์ทองน้อย, 2551) นอกจากนี้การศึกษาของ สมพิศ กุ่มบุญ (2551) พบว่าการเกิดแผลไหม้ในระดับลึกร่วมกับร้อยละของพื้นที่ผิวถูกทำลายกว้าง ส่งเสริมให้ระดับความรุนแรงเพิ่มขึ้น อัตราการตายของผู้ป่วยแผลไหม้ก็จะสูงตามมาเนื่องจากการติดเชื้อของแผลไหม้

การจำแนกตามความลึกบาดแผลไหม้ นี้ สามารถแบ่งได้อีกแบบหนึ่งคือ (สุนันท์ สิ้นชื่อสัตย์กุล, 2536) 1) Partial thickness injury หมายถึง แผลไหม้ระดับ 1<sup>o</sup> - 2<sup>o</sup> burn และ 2) Full thickness injury หมายถึง แผลไหม้ระดับ 3<sup>o</sup> burn

อายุ แผลไหม้ที่เกิดในผู้สูงอายุหรือเด็ก อัตราการตายจะสูงขึ้น โดยเฉพาะในช่วงอายุน้อยกว่า 2 ปี และมากกว่า 60 ปี (Valentino, 1996; ขจี สีสลับ, 2540) เนื่องจากลักษณะผิวหนังของผู้สูงอายุ และเด็กบอบบางกว่ากลุ่มอื่นๆ จึงเกิดการทำลายของผิวหนัง ในระดับลึกมากกว่าและความกว้างของผิวหนังของเด็กมีผลต่อระดับความรุนแรงเพิ่มขึ้นมากกว่าผู้ใหญ่ ระบบต่างๆ ในร่างกายทำงานได้ไม่เต็มที่ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ได้แก่ การติดเชื้อของแผลไหม้ ระยะเวลาการหายของแผลไหม้นานขึ้น (Saffle, & Schnebly, 1994)

ส่วนของร่างกายที่ถูกไหม้ ก่อให้เกิดความรุนแรงของแผลไหม้แตกต่างกัน ได้แก่ บริเวณใบหน้า คอ เนื่องจากอาจพบ การบาดเจ็บสำลักเขม่าควัน (inhalation injury) ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตจากระบบทางเดินหายใจถูกความร้อนทำลาย หรือการสูดควันพิษระหว่างเกิดการเผาไหม้เข้าไป (จักพันธุ์ เมืองแมน และอภิชาติ พลอยสังวาล, 2550) นอกจากนี้การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อส่วนต่างๆก็ยกขึ้น หากเกิดใกล้บริเวณขยับ่าย ได้แก่ แก้มก้น ฝ่าเท้า อวัยวะเพศ เพราะง่ายต่อการติดเชื้อมากกว่าส่วนอื่นๆ (วิจิตรา กุสมภ์ และขจี พงศธรวิบูลย์, 2546) ส่วนในบริเวณมือ เท้า และข้อต่อต่างๆนั้น เมื่อหายแล้วโอกาสเกิดความพิการตามมาได้มาก สาเหตุจากการดิ่งรั้งของข้อทำให้อวัยวะต่างๆ ผิดรูป หรือข้อยึดติด ความสามารถในการใช้ข้อจึงลดลง (Valentino, 1996)

การบาดเจ็บร่วม (injury) ในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุแผลไหม้มีการบาดเจ็บอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น กระดูกหัก ข้อเคลื่อน เนื่องจากตกจากที่สูง หรือมีการสูดควันเข้าไปจำนวนมาก เป็นต้น ทำให้ความรุนแรงของแผลไหม้เพิ่มมากขึ้นได้ (Valentino, 1996) และส่งผลต่อการรักษาเช่นกัน

สอดคล้องกับการศึกษาของสมพิศ คุ่มบุญ (2551) พบว่าการเกิดการบาดเจ็บร่วม มักเกิดในแผลไหม้จากกระแสไฟฟ้า ได้แก่ ตกจากที่สูงทำให้มีการบาดเจ็บของอวัยวะภายใน มีการเคลื่อนหรือแตกหักของกระดูกส่วนต่างๆ หรือร่วมกับการหดรัดตัวของกล้ามเนื้ออย่างรุนแรง ส่งผลต่อการรักษาที่ยุ่งยาก ซับซ้อนมากขึ้น

ประวัติสุขภาพในอดีต โรคประจำในอดีตมีความสำคัญต่อการพิจารณาระดับความรุนแรงของการเกิดแผลไหม้ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคปอด โรคตับ โรคไต เป็นต้น จะทำให้ความรุนแรงในผู้ป่วยแผลไหม้เพิ่มขึ้น (Valentino, 1996) ส่วนโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ โรคเบาหวาน รองลงมาคือ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานทำให้เกิดการหายของแผลช้า อัตราเสี่ยงต่อการเกิดเนื้อตาย (gangrene) จากการขาดเลือดมาเลี้ยงบริเวณแผลไหม้ โดยเฉพาะแผลไหม้ที่ขาและเท้า (Saffle & Schnebly, 1994; สมพิศ คุ่มบุญ, 2551) ฉะนั้นโรคประจำในอดีตจึงทำให้อาการในผู้ป่วยแผลไหม้รุนแรงเพิ่มมากขึ้น ผลต่อระยะเวลาการหายของแผลไหม้และผลลัพธ์ของการรักษาแตกต่างกัน (Kavanagh & Jong, 2004)

ประเภทของแผลไหม้ (type of burn) สามารถแบ่งตามสาเหตุได้ 5 ประเภท (วิจิตรา กุสุมภ์ และจจี พงศธรวิบูลย์, 2546) ดังนี้ แผลไหม้จากความร้อน (thermal injury) รังสี (radiation injury) ความเย็น (cold injury) สารเคมี (chemical injury) กระแสไฟฟ้า (electrical injury)

1. ความร้อน (thermal injury) ได้แก่ ไฟไหม้ หรือน้ำร้อนลวก ผิวหนังสามารถทนความร้อนได้ถึง 45 องศาเซลเซียส เป็นเวลานานหลายนาที แต่ถ้าอุณหภูมิเพิ่มขึ้นเป็น 60 องศาเซลเซียส ผิวหนังสัมผัสกับความร้อนเป็นเวลาไม่เกิน 5 วินาทีเท่านั้นก็จะตาย ดังนั้น การทำลายผิวหนังจึงขึ้นอยู่กับอุณหภูมิกับระยะเวลา การทำลายผิวหนังที่ลึกทั้งหมด เป็นการทำลายโปรตีน ทำให้เกิดการแข็งตัวของเลือด (วิจิตรา กุสุมภ์, และจจี พงศธรวิบูลย์, 2546; ประยูทธ โชครุ่งวรานนท์, 2549) และเซลล์ตาย ความร้อนสามารถแบ่งออกเป็น ความร้อนชื้นหรือเปียก (moist heat) ได้แก่ ใช้น้ำ น้ำเดือด เรียกว่า scald burn และความร้อนแห้ง (dry heat) ได้แก่ เปลวไฟต่างๆ ทำให้เกิด flame burn หรือการถูกวัตถุหรือโลหะร้อน flash burn (วันดี เสวตมาลย์, และวนิดา ออประเสริฐศักดิ์, 2546)

2. รังสี (radiation injury) จากรังสีที่ใช้ในการรักษามะเร็งทำให้ผิวหนังค่อยๆ ไหม้เกรียมได้แก่ กัมมันตภาพรังสีจากการฉายแสงประเภท เรเดียมหรืออูเรเนียมไอโอดีน รวมทั้งแสงแดด (sun burn) (วันดี เสวตมาลย์ และวนิดา ออประเสริฐศักดิ์, 2546) ผลเสียที่ถาวรจากรังสีจะปรากฏภายใน 5-20 ปี ในขณะที่ได้รับรังสี ผิวหนังจะแดงและพองเกิดถุงน้ำ (blister หรือ bleb) มีความเจ็บปวด อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันเครื่องมือและเทคนิคในการใช้รังสีรักษาดียิ่งขึ้น ทำให้อุบัติการณ์ของ radiation injury ลดน้อยลง (ประยูทธ โชครุ่งเรือง, 2547)

3. ความเย็น (cold injury) ความเย็นทำให้เนื้อเยื่อใต้ผิวหนังถูกทำลายจนเกิดเป็นแผลไหม้ได้ (วิจิตรา กุสุมภ์ และขจี พงศธรวิบูลย์, 2546) พบปัญหานี้ในเขตเมืองหนาว ความเย็นจัดทำให้มีผลึกน้ำแข็งในเนื้อเยื่อ โดยเฉพาะระหว่างเซลล์ ผลที่ตามมาคือน้ำในเซลล์แห้ง เนื้อเยื่อขาดเลือดจากการหดตัวของเส้นเลือด และจากความเข้มข้นของเลือดที่เพิ่มขึ้น เนื้อที่ตายส่วนมากมักเกิดที่บริเวณนิ้วมือ นิ้วเท้าและหู (ประยูทธ โชครุ่งเรือง, 2547)

4. สารเคมี (chemical injury) ถึงแม้ว่าอัตราการเกิดแผลไหม้จากสารเคมีจะพบได้น้อย แต่ผู้ป่วยจะได้รับความรุนแรงเกี่ยวกับการทำลายผิวหนังเฉพาะที่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของสารเคมี ซึ่งการบาดเจ็บจะแตกต่างจากแผลไหม้หรือน้ำร้อนลวก เพราะเนื้อเยื่อจะถูกทำลายไปจนกว่าสารเคมีจะถูกซักออกไปได้หมด หรือจนกว่าจะมีฤทธิ์เป็นกลาง (วิจิตรา กุสุมภ์ และขจี พงศธรวิบูลย์, 2546) สารเคมีที่ทำให้เกิดแผลไหม้ สามารถแบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่ กรด เช่น ไฮโดรคลอริก ซัลฟูริก ไนตริก เป็นต้น และด่าง เช่น โซเดียมไฮดรอกไซด์ โพแทสเซียมไฮดรอกไซด์ เป็นต้น (วันดี เสวตมาลย์ และวนิดา ออประเสริฐศักดิ์, 2546)

5. กระแสไฟฟ้า (electrical injury) แบ่งเป็นกระแสไฟฟ้าแรงสูง (มากกว่า 1,000 โวลต์) และต่ำ (ต่ำกว่า 1,000 โวลต์) กระแสไฟฟ้าแรงสูงจะทำให้ผู้ป่วยหยุดหายใจ หัวใจหยุดทำงานทันที และมีการทำลายของเนื้อเยื่อ เส้นประสาท กระดูก แต่กระแสไฟฟ้าแรงต่ำจะทำลายเฉพาะโครงสร้างและหน้าที่ของผิวหนังเท่านั้น (วิจิตรา กุสุมภ์, และขจี พงศธรวิบูลย์, 2546) การศึกษาของสุภาพร โอภาสานนท์ และพรพรหม เมืองแมน (2551) พบว่า กระแสไฟฟ้าสูงหรือต่ำ มีผลต่อความรุนแรงของแผลไหม้ อาจพบลักษณะบวมแดงเฉพาะที่เพียงเล็กน้อย (local erythema) จนถึงการทำลายของผิวหนังอย่างรุนแรง (full thickness injury)

ความรุนแรงของแผลไหม้แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับปัจจัยดังที่ได้กล่าวไปข้างต้นนั้น ผู้ป่วยแผลไหม้ที่มีอาการรุนแรงมาก ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงภายหลังการเกิดแผลไหม้ ทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ

#### 1.4 การเปลี่ยนแปลงภายหลังการเกิดแผลไหม้

การเปลี่ยนแปลงภายหลังการเกิดแผลไหม้ที่พบได้ชัดเจนคือ ผิวหนัง จากการทบทวนวรรณกรรมการเปลี่ยนแปลงภายหลังการเกิดแผลไหม้ แบ่งเป็น การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ ดังนี้

##### 1.4.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายภายหลังการเกิดแผลไหม้

แผลไหม้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายหลายระบบ ได้แก่ ระบบผิวหนัง ระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินอาหาร ระบบไต ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ และระบบภูมิคุ้มกัน ดังนี้

ระบบผิวหนัง เมื่อเกิดแผลไหม้ก่อให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ของผิวหนังที่สำคัญ คือ การควบคุมการระเหยของสารน้ำและเกลือแร่ (Falkel, 1994) ทำให้เกิดการสูญเสียน้ำเริ่มจากภายนอกเซลล์เข้าสู่ภายในเซลล์ ผิวหนังบริเวณนั้นจะเกิดการบวม ผิวหนังชั้นนอกถูกทำลาย และมีทางออกสู่ภายนอก จึงเกิดการติดเชื้อได้ง่าย นอกจากนี้หน้าที่อื่นๆ ของผิวหนังจะสูญเสียไปด้วย เช่น การป้องกันอันตรายจากภายนอก การควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย การสร้างหรือผลิตวิตามินดี การเจริญของเส้นผมและขน (Valentino, 1996) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามพยาธิสภาพของผิวหนังและเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บ สามารถแบ่งเป็น 3 ชั้น ชั้นแรก (zone of coagulation) เป็นบริเวณที่เซลล์ถูกทำลายจนตายหมด ชั้นที่สอง (zone of stasis) เป็นบริเวณที่เซลล์มีการบาดเจ็บ และถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องจะตายภายใน 24-48 ชั่วโมง ชั้นที่สาม (zone of hyperemia) เซลล์ในบริเวณนี้ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อยและจะหายเองภายใน 7 วัน โดยทั่วไปผิวหนังสามารถทนความร้อนถึง 45 องศาเซลเซียส ได้เป็นเวลานานหลายนาทีก่อน แต่ถ้าอุณหภูมิเพิ่มขึ้นเป็น 60 องศาเซลเซียส ผิวหนังสัมผัสกับความร้อนเป็นเวลาไม่เกิน 5 วินาที ก็จะพบการตายของผิวหนังบริเวณนั้นเป็นแผลไหม้ระดับ 3<sup>o</sup> burn (Church, Elsayed, Reid, Winston, & Lindsay, 2006; ประยูทธ โชครุ่งรานนท์, 2549)

ระบบทางเดินหายใจ การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อยเป็นผลมาจากเนื้อเยื่อและอวัยวะทางเดินหายใจถูกทำลาย ซึ่งเกิดจากผู้บาดเจ็บสำลักเขม่าควัน (inhalation injury) และเป็นปัจจัยสำคัญในการเสียชีวิต (Johnson, 1994) ส่วนใหญ่ไม่ได้เสียชีวิตจากแผลไหม้ แต่จากความร้อนที่เข้าทำลายระบบทางเดินหายใจโดยตรงบริเวณ กล้องเสียงและเนื้อเยื่อทางเดินหายใจจะบวม ส่งผลให้เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจ การแลกเปลี่ยนอากาศลดลง เกิดการคั่งค้างของของเหลวต่างๆ มีผลให้เกิดภาวะปอดบวม และผลของการสูดก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ ที่เกิดจากการเผาไหม้ ทำให้เกิดภาวะออกซิเจนในร่างกายต่ำ (hypoxia) ถ้าพบก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ในเลือดร้อยละ 40-50 ขึ้นไป การทำงานของหัวใจลดลงส่งผลต่อการไหลเวียนโลหิต ถ้าสถานการณ์ดังกล่าวเกิดร่วมกัน มักจะพบภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวภายใน 18-24 ชั่วโมงแรกหรือเสียชีวิตได้ (จักพันธ์ เมืองแมน และอภิชาติ พลอยสังวาล, 2550)

ระบบหัวใจและหลอดเลือด ผลของการสูญเสียน้ำ และโปรตีนออกนอกหลอดเลือดฝอยเข้าสู่เนื้อเยื่อทำให้พบผู้ป่วยแผลไหม้มีอาการบวม จำนวนน้ำในหลอดเลือดและความดันโลหิตลดลง ปัสสาวะออกน้อย ซีพจรเร็วขึ้น สีมาโตคริตจะสูง หากผู้ป่วยได้รับสารน้ำเข้าไปทดแทนไม่ทันในช่วงในระยะแรก 24-48 ชั่วโมงแรก อาจเกิดภาวะช็อกจากแผลไหม้ได้ ความรุนแรงของภาวะช็อกในการเกิดแผลไหม้ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ขนาดของแผล ความลึก อายุผู้ป่วย เป็นต้น (Valentino, 1996; วิจิตรา กุสุมภ์, และขจี พงศธรวิบูลย์, 2546)

ระบบทางเดินอาหาร ในผู้ป่วยที่มีแผลไหม้ ร้อยละ 25 TBSA ขึ้นไป เลือดที่ไปเลี้ยงลำไส้จะลดลงทำให้หยุดการเคลื่อนไหว (paralytic ileus) ถ้าหากขาดเลือดมาเลี้ยง ลำไส้สั้นๆ อาจทำให้เยื่อลำไส้ตาย เกิดการติดเชื้อได้ง่าย และมีเลือดออกจากการหลังกรดออก มากกว่าปกติ (วิจิตรา กุสุมภ์ และขจี พงศธรวิบูลย์, 2546) ทำให้เส้นเลือดเปราะและฉีกขาดได้ง่าย บางรายจะพบมีแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น (curling's ulcer) ซึ่งพบในระยะ 24-48 ชั่วโมงแรก การรักษาควรลดการหลังกรด และให้ผู้ป่วยแผลไหม้ได้รับสารอาหารที่เพียงพอกับความ ต้องการของร่างกาย (Valentino, 1996) โดยการให้อาหารทางปากหรือทางหลอดเลือดดำ ตั้งแต่ระยะแรกของการเกิดแผลไหม้ เพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากผู้ป่วยแผลไหม้ระดับรุนแรง ตั้งแต่ร้อยละ 50 TBSA ขึ้นไป จะพบภาวะการเผาผลาญอาหารสูงกว่าผู้ป่วยที่เกิดการบาดเจ็บรุนแรง ทั่วไปประมาณ 2 เท่า หรือมากกว่า 2 เท่าของภาวะเผาผลาญอาหารปกติของคนๆ นั้น (จอมจักร จันทรสกุล, 2551)

ระบบไต จากการสูญเสียหน้าที่ของไตในการควบคุมสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ อัตราการกรองของไตจึงน้อยลง เนื่องจากสูญเสียน้ำออกนอกระบบไหลเวียน เกิดการหดตัวของหลอดเลือดที่ไต ก่อให้เกิดของเสียคั่ง ค่าครีเอตินินและยูเรียไนโตรเจนในเลือดเพิ่มขึ้น หากปล่อยไว้อาจเกิดไตวายเฉียบพลัน การกลับสู่สภาพปกติจะเป็นไปได้ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยได้รับสารอาหาร และน้ำทดแทนอย่างเพียงพอ โดยสามารถสังเกตจากปริมาณ ปัสสาวะของผู้ป่วยควรออก 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง อาจจำเป็นต้องใส่สายสวนปัสสาวะ เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว (Valentino, 1996; วิจิตรา กุสุมภ์ และขจี พงศธรวิบูลย์, 2546; สิริมา มงคลสัมฤทธิ์, 2548)

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก กล้ามเนื้อที่ถูกทำลายจากแผลไหม้จะปล่อยสาร myoglobin และขับออกมาทางปัสสาวะ ซึ่งมีพิษต่อไต อาจทำให้เกิดภาวะไตวายได้ ส่วนแผลไหม้ที่เกิดบริเวณข้อพับต่างๆ อาจทำให้เกิดข้อติด การหดรัดตามข้อพับ และพังผืดเหนียวจากแผลเป็นภายหลังแผลไหม้หาย ทำให้อวัยวะนั้นๆ ผิดรูปไปจากเดิมได้ (วิจิตรา กุสุมภ์, และขจี พงศธรวิบูลย์, 2546)

ระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ อันตรายจากการเกิดแผลไหม้ก่อนให้เกิดภาวะเครียดจากความเจ็บปวด ทำให้สมองส่วนไฮโปธาลามัสหลั่งฮอร์โมน adreno cortico hormone (adreno cortico hormone: ACTH) แล้วไปกระตุ้น adrenal medulla ให้หลั่งสาร catecholamines ส่งผลให้ alpha cells ของตับอ่อนหลั่ง glucagon เพิ่มมากขึ้นขณะเดียวกันกระตุ้นให้ beta cells ของตับอ่อนหลั่งอินซูลิน (insulin) น้อยลง จึงพบภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (pseudodiabetes) (สิริมา มงคลสัมฤทธิ์, 2548)

ระบบภูมิคุ้มกัน การทำงานของเม็ดเลือดขาวชนิด lymphocyte ลดลง (ศิริมา มงคลสัมฤทธิ์, 2548) การผลิต immunoglobulin ลดลง T-helper cell ทำงานลดลงจากการเกิดแผลไหม้ร่วมกับการถูกทำลายของผิวหนัง ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง เกิดการติดเชื้อได้ง่าย (วิจิตรา กุสุมภ์, และขจี พงศธรวิบูลย์, 2546)

#### 1.4.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจภายหลังการเกิดแผลไหม้

การเกิดแผลไหม้ เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดฝันมาก่อน เป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิต ร่วมกับเมื่อผู้ป่วยแผลไหม้ต้องประสบกับการบาดเจ็บทางด้านร่างกาย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพการบาดเจ็บของผิวหนัง และมักจะพบปฏิกิริยาตอบสนองต่อการบาดเจ็บทางจิตใจตามมาได้ (Andreasen, Norris, & Hartford, 1971; Mateu & Hernandez, 1996; Williams & Griffiths, 1991) จึงพบอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจภายหลังการเกิดแผลไหม้ ได้แก่ การแยกตัว (withdrawal) การปฏิเสธ (denial) พฤติกรรมถดถอย (regression) ความรู้สึกโกรธและไม่เป็นมิตร (anger and hostility) (รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2538) นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสามารถก่อให้เกิดโรคทางจิตเวชดังนี้ ภาวะสับสน (delirium) ภาวะผิดปกติทางจิตใจภายหลังการเกิดเหตุการณ์สะเทือนใจ (posttraumatic stress disorder: PTSD) การปรับตัวผิดปกติ (adjustment disorder) โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ภาวะเครียดรุนแรง (acute stress disorder) นอนไม่หลับ (insomnia) โรคจิตเภท (schizophrenia) (สุมิตรา เมืองขวา, 2551) โรคคลั่งตัวเอง (narcissistic personality disorder) (ฉหทัย วงศ์ปการันย์, ทินกร วงศ์ปการันย์, วิทวัส อังคทะวานิช, และสมบุญชัยศรีสวัสดิ์สุข, 2546) ความวิตกกังวล (Taal & Faber, 1997; Travado, Ventura, Martins, & Veloso, 2001; Mannan et al., 2006; Park, Choi, Jang, & Oh, 2008; White, 1982; รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2538; อนงค์ ประสานวันนกิจ, และคณะ, 2546) การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจภายหลังการเกิดแผลไหม้หลายภาวะดังที่กล่าวมาแล้ว พบว่าความวิตกกังวลเป็นอาการพื้นฐานที่เกิดกับผู้ป่วยแผลไหม้ได้ทุกคน และหากมีความวิตกกังวลเรื้อรังจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแผลไหม้ในระยะยาว (Willebrand, Andersson, & Ekselius, 2004) จนพัฒนากลายเป็นโรคทางจิตเวชต่างๆ ดังที่ได้กล่าวข้างต้น หากไม่ได้รับการดูแลรักษาความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น อาจกลายเป็นโรค PTSD ซึ่งเป็นโรคทางจิตใจในผู้ป่วยแผลไหม้โรคหนึ่ง (Delilah & Faust, 2007; Dyster-Aas, 2006; Ehde, Patterson, Wiechman, & Wilson., 1999; Taal, & Faber., 1998) ก่อให้เกิดเป็นปัญหาสำคัญพบได้บ่อย ร้อยละ 33 ของผู้ป่วยแผลไหม้ (Taal, & Faber., 1998) นอกจากนี้ จากการที่กรมสุขภาพจิต สำรวจปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญของประเทศไทย พบว่าความวิตกกังวล พบมากเป็นอันดับสองรองจาก ภาวะซึมเศร้า

(กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546) จึงจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยแผลใหม่ให้ได้รับการดูแลลดความวิตกกังวลอย่างมีประสิทธิภาพ

## 2. ความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล ได้รับความสนใจศึกษา วิจัยในทางการแพทย์ครั้งแรกตอนปลายศตวรรษที่ 17 (Sims & Snaith, 1988; Spielberger & Vagg, 1995) เริ่มจากในช่วงเวลาก่อนหน้านี้ความวิตกกังวลได้ถูกพิจารณาเด่นออกมาจากภาวะสุขภาพทางการแพทย์หลายอย่าง ในปี ค.ศ. 1871 DaCosta ได้อธิบายว่า ความวิตกกังวลเป็นกลุ่มอาการของโรคหัวใจเรื้อรัง ประกอบด้วยอาการทางด้านจิตใจและกลุ่มอาการที่แสดงออกของทวาร คือลักษณะอาการรุนแรงของจิตใจ (irritable heart syndrome) เนื่องมาจากอาการที่เกิดขึ้นเองของโรคหัวใจ ต่อมาถูกเรียกว่า DaCosta Syndrome หลังจากนั้นพบว่าทวารผ่านศึก ในสงครามโลกครั้งที่ 2 และผู้รอดชีวิตจากสงครามโลกคนอื่นๆ แสดงกลุ่มอาการซึ่งคล้ายคลึงกัน ที่เกิดเนื่องจากความตึงเครียดรุนแรงสุดท้ายจึงเรียกว่า posttraumatic stress disorder (Sandock & Sandock, 2003 as cited in Shive, 2005) นอกจากนี้ ศตวรรษที่ 19 ความวิตกกังวล ยังใช้แทน อาการวุ่นวาย (agitation) ในผู้ป่วยจิตเวชจากอาการซึมเศร้า รวมถึงใน ค.ศ. 1920 โรคจิตประสาท (anxiety neurosis) ใช้อธิบายถึงผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลผิดปกติด้วยเช่นกัน จากนั้นช่วงท้ายของศตวรรษที่ 19 ซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud) เป็นนักทฤษฎีคนแรกที่กำลังกล่าวถึงความวิตกกังวล ว่าเป็นการแสดงสัญญาณความกลัว แสดงออกถึงการตอบสนองต่อการรับรู้ความกลัว ความเจ็บปวดด้านร่างกายหรือภัยอันตราย และยังคงกล่าวว่าความวิตกกังวล เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของโรคทางด้านจิตใจ (Sims, & Snaith, 1988; Shive, 2005) ส่วนในทางการแพทย์เวลานั้น เพปพลา (Peplau) เป็นนักทฤษฎีทางการแพทย์คนแรกที่กำลังกล่าวถึงความวิตกกังวล (Vaccaro, 1998) ในปี ค.ศ. 1950 เพปพลา (Peplau) ได้พัฒนาทฤษฎีความวิตกกังวลและแบ่งลักษณะระดับของความวิตกกังวลจากระดับน้อยไปจนถึงระดับรุนแรง และในช่วง ค.ศ. 1990 จนถึงปัจจุบัน ในทางการแพทย์ก็มีการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับสภาพการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ปัญหาการไหลเวียนโลหิต แผลเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง การตั้งครรภ์ และเป็นกิริยาตอบสนองกับอุบัติเหตุต่างๆ การผ่าตัดทางศัลยกรรม รวมถึงความสำคัญจากผลกระทบของความวิตกกังวลต่อความสามารถที่จะรับรู้ข้อมูลต่างๆ ในการเรียนรู้ (Taylor, 1994)

### 2.1 ความหมายของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล (anxiety) มาจากภาษาละติน ว่า “ anxietas ” หมายถึง ความทุกข์ภายในจิตใจ และได้ใช้คำนี้มามากกว่า 2000 ปี แต่ความหมายก็ยังคงบรรยายเกี่ยวกับสภาวะของ

จิตใจกับการปรับเปลี่ยนไปไม่สอดคล้องกับสิ่งต่างๆรอบตัว คำนี้มาจากภาษายุโรป 2 คำ รวมกันโดยเซอร์ อูเบรีย เลวิน (Sir Aubrey Lewis) จากคำว่า “angh” จากภาษา Indo-Germanic root และ “anxo” ในภาษากรีก หมายถึง “ถูกบีบคั้น โดนโอบล้อมไว้ หรืออึดอัด (Sims, & Snaith, 1988) นอกจากนี้ ความวิตกกังวล (anxiety) ถูกนำมาใช้อธิบายความรู้สึกของบุคคลในความหมายเดียวกับคำว่า ความเครียด (stress) โดยทั่วไปแล้วคำสองคำนี้มีความหมายแตกต่างกัน แต่มีความสัมพันธ์กัน ความเครียด หมายถึง แรงกดดันหรือแรงกระตุ้นต่างๆ ทั้งภายในตัวบุคคลและภายนอกบุคคล ที่มารุกเร้า คุกคามหรือทำอันตรายต่อตัวบุคคลนั้น มีผลทำให้บุคคลที่ได้รับการรุกราน คุกคามหรือทำอันตราย มีปฏิกิริยาโต้ตอบ ซึ่งปฏิกิริยาโต้ตอบนี้ อาจจะมีได้ในหลายลักษณะและความวิตกกังวล เป็นปฏิกิริยาโต้ตอบทางอารมณ์ชนิดหนึ่งที่พบได้ทั่วไป (อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) นอกจากนี้ ยังมีความหมายแตกต่างกับความกลัว (fear) ทั้งที่มีผลทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่ออันตรายที่เข้ามาเช่นกัน (Stuart, 2005) แต่ความกลัวเป็นสัญลักษณ์อันหนึ่งของ ความวิตกกังวล เป็นความกลัวที่มากมายไม่สมเหตุสมผล และไม่สามารถควบคุมได้ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2549) ดังนั้นสรุปได้ว่า ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกถึงความตึงเครียด ความเกรงกลัว ความตื่นกลัวและกังวล จนกระตุ้นให้ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานเพิ่มขึ้น ความวิตกกังวลเกิดจากการประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามา คุกคามหรืออาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองโดยสิ่งที่เข้ามาคุกคามอาจมีจริงหรืออาจเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้า (Spielberger, 1976)

## 2.2 ชนิดของความวิตกกังวล

นักทฤษฎีหลายท่านได้ศึกษาและเสนอแนวคิดเกี่ยวกับชนิดของความวิตกกังวลไว้ เช่น ฟรอยด์ ซัลลิแวน เพพพลาว และสปีลเบอร์เกอร์ เป็นต้น โดยจากแนวคิดของซิกมันด์ ฟรอยด์ แยกความวิตกกังวลออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่ ความวิตกกังวลแบบวัตถุวิสัย (objective) หมายถึง อารมณ์ที่มีการตอบสนองจริงต่ออันตรายที่เกิดขึ้นในขณะนั้น และความวิตกกังวลแบบโรคประสาท (neurotic) หมายถึง อารมณ์ที่มีการตอบสนองต่ออันตรายมากกว่าความเป็นจริง (Spielberger, & Vagg, 1995) ส่วนแนวคิดของซัลลิแวน อธิบายว่า ความวิตกกังวลเกิดจากความขัดแย้งของสัมพันธภาพ และจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม (Vaccarolis, 1998) โดยความวิตกกังวลเป็นอารมณ์พื้นฐานของบุคคลที่แสดงออกมาต่อสิ่งที่มากระทบ เป็นการเผชิญหรือหลีกเลี่ยงเป็นสิ่งที่บุคคลนั้นให้ความสำคัญ และเกิดขึ้นเป็นประสบการณ์ของเขาต่อสิ่งที่มาคุกคาม ซึ่ง ซัลลิแวน กล่าวว่า ประสบการณ์ของมนุษย์เริ่มเกิดตั้งแต่แรกเกิด จากพื้นฐานความต้องการทางด้านร่างกาย (Taylor, 1994) เช่นเดียวกับแนวคิดของเพพพลาว ที่ให้ความสำคัญกับความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ว่าจำเป็นต้องได้รับอย่างพอเพียงทั้งความต้องการทางสรีระวิทยา และการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งมีลักษณะคู่ขนาน

ไปกับแรงผลักดัน ความพึงพอใจ และมั่นคง สอดคล้องกับแนวคิดของซัลลิแวน ที่เชื่อว่าประสบการณ์ในวัยต้นมีอิทธิพลอย่างมากต่อสุขภาพจิตของบุคคลในวัยหลังของชีวิต ประสบการณ์ที่สำคัญก็คือ ความวิตกกังวล (อรรถพรณ ถีอนุชวรัชชัย, 2545) นอกจากนี้ยังมีผู้ศึกษาและอธิบายปรากฏการณ์ภายในตัวบุคคลที่เรียกว่า ความวิตกกังวล ไว้หลากหลายลักษณะ จึงทำให้แบ่งชนิดของความวิตกกังวล มีความแตกต่างกันออกไปสุดแต่การพิจารณาว่าจะใช้เกณฑ์จากแนวคิดของใคร ใน การศึกษานี้เป็นแนวคิดของสปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger, 1976: 1-25) ได้แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ชนิด ดังนี้

1. ความวิตกกังวลแฝง (trait anxiety) เป็นความวิตกกังวลลักษณะเฉพาะของบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้และการประเมินสิ่งเร้า มีแนวโน้มที่จะรับรู้และประเมินหรือการคาดคะเนสิ่งเร้าว่าอาจเกิดอันตรายหรืออาจคุกคามตนเองได้ ก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นมักจะเกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ทั่วไป โดยทั่วไปแล้วทุกคนจะมีความวิตกกังวลประเภทนี้ซึ่งจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล และความวิตกกังวลแฝงนี้เป็นตัวเสริมความวิตกกังวลขณะเผชิญ ความวิตกกังวลแบบนี้จึงเปลี่ยนแปลงได้ค่อนข้างช้า

2. ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (state-anxiety) ความวิตกกังวลซึ่งเกิดขึ้นในเวลาเฉพาะ หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่จะทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรือเกิดอันตรายมากระตุ้นและแสดงพฤติกรรมโต้ตอบที่สามารถสังเกตเห็นได้ในระยะเวลาช่วงที่ถูกกระตุ้นนั้น เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น กระวนกระวาย ระบบการทำงานของประสาทอัตโนมัติตื่นตัวสูง ซึ่งความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะเฉพาะตัว และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล

การที่บุคคลเกิดแผลไหม้ขึ้นทำให้บุคคลรับรู้ และประเมินเหตุการณ์ขณะเกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งที่คุกคาม หรืออาจทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิต นอกจากนี้ผู้ป่วยแผลไหม้ยังอาจถูกกระตุ้นจากสถานการณ์เข้ารับการรักษาแบบฉุกเฉิน เป็นเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดคิด รวดเร็ว สิ่งเหล่านี้จึงเป็นสิ่งเร้าที่กระตุ้น ทำให้เกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญขึ้น โดยเฉพาะระยะเวลาช่วง 24-48 ชั่วโมงแรกของการเข้ารับการรักษาในหน่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวก ร่วมกับความวิตกกังวลยังคงอยู่ และกับความปวดจากแผลไหม้ จนเป็นสาเหตุหนึ่งที่สำคัญของการเกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ จึงไม่สามารถแยกชนิดออกได้ชัดเจน เพราะการเกิดแผลไหม้เป็นเหตุการณ์ที่มากระทบบุคคลทำให้เกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญได้ แต่หากผู้ป่วยแผลไหม้มีบุคลิกภาพที่เกิดความวิตกกังวลง่ายมาก่อน อาจกลายเป็นความวิตกกังวลแฝง ร่วมกับปัจจัยอื่นๆ ของผู้ป่วยแผลไหม้ อาจส่งผลต่อระดับความรุนแรงของความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น

### 2.3 ระดับของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ สามารถพบได้ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับของความวิตกกังวล ถ้ายิ่งระดับสูงขึ้นจะยิ่งมีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นตามไปด้วย ซึ่งระดับของความวิตกกังวลที่แตกต่างกันสามารถพบได้ตั้งแต่ระดับต่ำจนถึงรุนแรงมาก สจิวทและซันดีน (Stuart & Sundeen, 1995: 328) อธิบายถึงระดับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลตามแนวคิดของเพปพลา (Peplau) แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ความวิตกกังวลระดับต่ำ (mild anxiety) ความวิตกกังวลระดับกลาง (moderate anxiety) ความวิตกกังวลระดับสูง (severe anxiety) ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (panic anxiety)

1. ความวิตกกังวลระดับต่ำ (mild anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในการดำรงชีวิตประจำวันของบุคคล ทำให้บุคคลมีความตื่นตัว และการรับรู้เพิ่มขึ้น ความวิตกกังวลในระดับนี้สามารถทำให้เกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้ และสามารถเจริญเติบโตเกิดการ พัฒนาได้ เกิดความคิดสร้างสรรค์ ในการกระทำสิ่งต่างๆ ให้สำเร็จลุล่วงได้

2. ความวิตกกังวลระดับกลาง (moderate anxiety) เป็นภาวะที่บุคคลมีจุดรวม จดสนใจในขณะนั้นถูกปิดกั้นจากรอบข้าง การรับรู้แคบลง บุคคลจะเลือกรับรู้ และจะแสดงออก เฉพาะที่สนใจ รับรู้แบบเพิกเฉย แต่ก็เกิดการรับรู้ได้ในขอบเขตที่กว้างขึ้นได้ด้วยตนเอง

3. ความวิตกกังวลระดับสูง (severe anxiety) เป็นภาวะที่บุคคลมีการรับรู้ ที่แคบลงมาก บุคคลเกิดการรับรู้รายละเอียดเลือกเฉพาะสิ่งที่กำลังทำอยู่และความสามารถในการคิด ลดลง ไม่สามารถคิดเกี่ยวกับอย่างอื่นได้เลย พฤติกรรมทั้งหมดมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาความวิตก กังวล โดยบุคคลต้องการรับรู้บางสิ่งโดยตรงไม่ต้องการรับรู้อย่างอื่นอีกเลย

4. ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (panic anxiety) เป็นระดับของความวิตก กังวลเกี่ยวข้องกับความกลัว ความหวาดกลัว และถูกคุกคาม จะแสดงอาการออกมามากน้อยเท่านั้น เพราะสูญเสียการควบคุมตนเอง ทำให้บุคคลไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ได้ ตื่นตระหนก กลายเป็นบุคคลที่มีบุคลิกวุ่นวาย สับสน และผลคือระบบการทำงานของร่างกายทำงานเพิ่มมากขึ้น ไม่สัมพันธ์กับความสามารถที่ลดลง ประสิทธิภาพในตัวบุคคลลดลง การรับรู้ผิดปกติและสูญเสีย การตัดสินใจ ไม่มีเหตุผลในชีวิต ถ้ามีอาการต่อเนื่องในระยะยาวทำให้เป็นคนหมดหวังในชีวิตและ เป็นสาเหตุของการตาย

ระดับของการเกิดความวิตกกังวลในระดับต่างกั้ดังกล่าวข้างต้น พบว่าเกี่ยวข้องกับ ลักษณะการเผชิญต่อภาวะคุกคามต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิต ตามพื้นฐานบุคลิกของแต่ละ บุคคล ส่งเสริมให้เกิดการรับรู้และการตัดสินใจแสดงออกมาเป็นอาการ และพฤติกรรมต่างๆ กันแต่ละ ระดับที่เกิดขึ้น ต่อภาวะคุกคามของแต่ละบุคคล จนก่อให้เกิดอาการทางจิตเวชได้ นอกจากนี้

ความหมายของ ความวิตกกังวล จากที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้นนั้นจะเห็นได้ว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวข้องกับสองเรื่องด้วยกัน คือ ความกลัว และเหตุการณ์ในอนาคต จึงสามารถสรุปได้ว่าความวิตกกังวลของคนเราจะเกิดขึ้นในขณะเหตุการณ์ที่สามารถก่อให้เกิดความกลัวยังไม่ได้เกิดขึ้น ซึ่งในเรื่องที่เกิดขึ้นมาจากกระบวนการคิดของบุคคลเกี่ยวกับเรื่องที่ยังไม่เกิดขึ้น จนเป็นผลทำให้บุคคลเกิดความกลัวไปเอง ซึ่งความคิดดังกล่าวนี้เองที่ทำให้บุคคลเกิดการสนองตอบไม่เหมาะสม ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการที่บุคคลมีความวิตกกังวลสูง หรือต่ำนั้น จึงเกี่ยวข้องกับกระบวนการคิดของแต่ละบุคคล และสิ่งเร้าที่เป็นตัวกระตุ้นทำให้บุคคลคิด ถ้าบุคคลมีความไวในการรับรู้สิ่งเร้าที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองก็จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความวิตกกังวลได้สูงและเร็ว (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต และประไพพรรณ ภูมิวุฒิสาร, 2548)

#### 2.4 การประเมินความวิตกกังวล

การที่บุคคลเกิดความวิตกกังวลขึ้นจะทำให้พบการเปลี่ยนแปลงแสดงออกมาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จึงสามารถประเมินได้จากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ โดยใช้ แบบวัดความวิตกกังวลซึ่งพบว่ามีหลายแบบให้เลือกนำมาใช้ เช่น The Test Anxiety Scale (The Test Anxiety Scale: TAS) (Spielberger, & Vagg, 1995) The Hospital Anxiety and Depression (The Hospital Anxiety and Depression: HAD) Scale The Focused Anxiety Schedule Clinical Anxiety Scale (Sims, & Snaith, 1988) แต่เนื่องจากความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ เป็นภาวะคุกคามจากการเกิดแผลไหม้ มีลักษณะเฉพาะของความเจ็บปวดในผู้ป่วยแผลไหม้ และต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทุกวัน ทำให้มีผู้สนใจศึกษาแบบวัดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ (Taal, Faber, Loey, Reynders, & Hofland, 1999) ในการศึกษาจึงขอกกล่าวถึงแบบประเมินที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา การสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก และการให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ดังนี้

1. การประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (Physiological Measure of Anxiety) โดยสามารถพบจากการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต เป็นต้น (Stuart & Sundeen, 1995) ข้อจำกัดของวิธีการประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา คือ การประเมินจะต้องมีเครื่องมือเฉพาะ เช่น เครื่องมือที่ใช้ติดตามการทำงานของหัวใจ เครื่องมือวัดชีพจร เป็นต้น การใช้เครื่องมือในการประเมินแตกต่างกัน อาจทำให้แปลความหมายได้ไม่ตรง (valid) เท่าที่ควร (Ferguson, 2004) ความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆ ได้ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของแต่ละบุคคลก็มีแบบแผนที่แตกต่างกัน

ซึ่งต้องจำแนกออกจากพยาธิสภาพของโรคด้วย เนื่องจากผู้ป่วยวิกฤตจะมีภาวะร่างกายที่ประเมินก่อนข้างลำบาก (วิจิตรา กุสุมภ์, 2546)

2. การประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral Measure of Anxiety) เป็นแบบวัดจากการสังเกตด้านต่างๆ ของผู้ป่วย เช่น การแยกตัว ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การเคลื่อนไหว การพูด การรับรู้ การขาดสมาธิ กระสับกระส่าย หงุดหงิด นอนไม่หลับ ลูกถี่ลูกถน เป็นต้น (Stuart & Sundeen, 1995: วิจิตรา กุสุมภ์, 2546)

3. การประเมินจากการให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self-report measure of anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวลโดยให้ตอบตามความรู้สึก และการรับรู้ของตนเองโดยใช้แบบสอบถามแล้วนำมาให้เป็นคะแนนระดับความวิตกกังวล ที่นิยมใช้ คือ แบบวัดความวิตกกังวล (The State-Trait Anxiety Inventory: STAI), มาตรฐานวัดความวิตกกังวล (visual analogue scale: VAS), The Self-rating Anxiety Scale (Self-rating Anxiety Scale: SAS), The Burn Specific Pain Anxiety Scale (The Burn Specific Pain Anxiety Scale: BSPAS)

3.1 แบบวัดความวิตกกังวล The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) ของสปีลเบอร์เกอร์และคณะ (Speilberger, et al., 1970: 20-21 อ้างใน วัชรวิ กลิ่นเฟื่อง, 2535) เป็นแบบประเมินวัดความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆ ไป หรือเหตุการณ์เรื่องราวที่เฉพาะเจาะจงที่เชื่อมโยงไปสู่ความวิตกกังวล แบ่งออกเป็นแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญกับแบบวัดความวิตกกังวลแฝง โดยให้ผู้ประเมินทำเครื่องหมายถูกต้องตรงช่องที่ตรงกับความรู้สึกจริงในขณะนั้น สำหรับในประเทศไทย นิตยา คชภักดี, สายฤดี วรกิจโกคาทร, และมาลี นิสสัยสุข ได้นำมาแปลและถอดความเป็นภาษาไทย แบบวัด The State-Trait Anxiety Inventory Form X-1 มีลักษณะเป็นคำถามเป็นการประเมินระดับความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะทำแบบสอบถาม จำนวน 20 ข้อ ได้รับการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญทางเครื่องมือและทางด้านภาษา ก่อนนำไปหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา แบบ face validity ก่อนนำไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) จากการทดสอบซ้ำ (test-retest method) กับกลุ่มนักศึกษาชั้นปีที่ 1 คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในปี 2523-2524 ทดสอบด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่าค่า  $r = .27$  จากคู่มือ STAI พบว่าแบบวัด The State-Trait Anxiety Inventory Form X-1 มี  $r = .16 - .54$  ซึ่งค่านี้มีค่าเชื่อมั่นต่ำเนื่องจากว่าเป็นธรรมชาติของความวิตกกังวลขณะใดขณะหนึ่ง แล้วแต่ละสถานการณ์ที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน ดังนั้นการตอบสนองของร่างกายในแต่ละขณะจะแตกต่างกัน ตามความเข้มของสิ่งเร้าในขณะนั้น และจากการทดสอบดังกล่าว ชมชื่น สมประเสริฐ (2526: 64) ได้นำมาใช้ในการศึกษาผลของการฝึกอานาปานสติสมาธิต่อระดับความวิตกกังวลของนักศึกษามหาวิทยาลัยมหิดล

3.2 มาตรวัดความวิตกกังวล (VAS) เป็นแบบประเมินโดยให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง เป็นรูปหน้าหรือตัวเลขตั้งแต่ 0-10 และดัดแปลงมาจาก Trippett Objective Muscle Relaxation Inventory Completed จะประเมินด้านพฤติกรรม ซึ่พจร ของผู้ป่วยที่มีต่อความตึงเครียด (Fratiante et al., 2001) นอกจากนี้อาจใช้เป็น คำถามมีลักษณะเป็นเส้นตรงแนวนอน 10 เซนติเมตร ปลายปิดทางด้านซ้ายจะตรงกับความรู้สึก “ไม่มีความวิตกกังวล” คะแนนเท่ากับ 0 และความวิตกกังวลจะเพิ่มมากขึ้นไปทางขวามือจนถึงปลายปิดทางขวามือจะตรงกับความรู้สึก “มีความวิตกกังวลมากที่สุด” คะแนนเท่ากับ 10 (Byers, Bridges, Kijek, & LaBorde, 2001). ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 แสดงมาตรวัดความวิตกกังวล

3.3 Self-rating Anxiety Scale (SAS) พัฒนาโดยซุง (Zung, 1975 อ้างใน นงลักษณ์ พรหมดีการ, 2545) ตามความเป็นจริงแล้วประกอบไปด้วย 2 แบบวัดคือ Anxiety Status Inventory (Anxiety Status Inventory: ASI) และ SAS ทั้ง 2 แบบวัดนี้ใช้ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยทางจิตในคลินิก อย่างไรก็ตามซุงรายงานว่าได้มีการศึกษาและใช้กับบุคคลที่ไม่มีอาการป่วยทางจิตได้ (นงลักษณ์ พรหมดีการ, 2545) และยังพบว่า SAS ในผู้ป่วยแผลไหม้ได้ถูกนำมาใช้ในการศึกษาเรื่องการประเมินภาวะทางจิตเวชของผู้ป่วยแผลไหม้ในโรงพยาบาลโดยทราวาโด เวนตุลา มาร์ติน และเวโลโซ (Travado, Ventura, Martins, & Veloso, 2001) พบว่าภายหลังการเกิดแผลไหม้ จะเกิดความวิตกกังวลตามมา และไม่มีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้า

3.4 The Burn Specific Pain Anxiety Scale (BSPAS) เป็นแบบประเมินความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ เป็นลักษณะของความสัมพันธ์ของแผลไหม้ กับความปวด ความวิตกกังวล (Taal & Faber, 1997) เนื่องจากลักษณะเฉพาะของความวิตกกังวล และประสบการณ์ความปวดที่เกิดขึ้นในการทำแผลไหม้ ทาลและฟาเบอร์ (Taal & Faber, 1997) จึงสนใจศึกษาเรื่องเครื่องมือที่ใช้วัดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ โดยออกแบบเครื่องมือในการประเมินให้มีความสัมพันธ์กับ ความวิตกกังวล ความปวดในผู้ป่วยแผลไหม้ ชื่อว่า The Burn Specific Pain Anxiety Scale เป็นลักษณะคำถาม จากการเปรียบเทียบกับแบบวัด State-Trait Anxiety Inventory (State-Trait Anxiety Inventory: STAI) ของ Spielberger แบบประเมินความปวด (Visual Analog

Thermometer) ของชอนนีเออร์และ (Choniere et al., 1994 as cited in Taal & Faber, 1997) และแบบประเมินความตึงเครียด (Visual Analog Observation Scale) โดยแบบวัด BSPAS มีคำถาม 9 ข้อเกี่ยวกับความกลัว และความปวดจากการทำแผลใหม่ จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยแผลใหม่จำนวน 35 รายพบว่าแบบวัด BSPAS มีความสัมพันธ์กับแบบวัด STAI ความปวด และความตึงเครียด ที่เกิดในผู้ป่วยแผลใหม่ นอกจากนี้แบบวัด BSPAS นำมาหาความเชื่อมั่นโดยวิธีของครอนบาช (Cronbach's method) จากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha coefficient) เท่ากับ .94 และทดสอบด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันพบว่าค่า  $r = .76$  ต่อมาทาลและคณะ (Taal, Faber, Loey, Reynders, & Hofland, 1999) ศึกษาและพัฒนาแบบวัด BSPAS อีกครั้งเหลือเพียงข้อคำถาม 5 ข้อ ภายหลังมีผู้สนใจนำมาศึกษาต่อ ได้แก่ อารอนและคณะ (Aaron, Patterson, Finch, Carrougher, & Heimlich, 2001) ศึกษาการทำนายความปวดและการทำงานของร่างกายขณะอนุญาตให้กลับบ้าน พบว่าเมื่อนำแบบวัด BSPAS มาใช้สามารถทำนายความสามารถการทำงานของร่างกายขณะอนุญาตให้กลับบ้านในผู้ป่วยแผลใหม่ลดลง แต่จากข้อมูลความวิตกกังวล ความปวด อารมณ์ ไม่สามารถนำไปใช้ทำนายระดับความปวดที่จะเกิดขึ้นในแต่ละวันได้

## 2.5 การดูแลผู้ที่มีความวิตกกังวล

บุคคลที่มีความวิตกกังวลผิดปกติ นั้น ส่วนมากมารักษาด้วยอาการเฉียบพลัน หรืออาการทางกาย ในการช่วยเหลือแรกเริ่มจำเป็นต้องจำแนกว่า ผู้ป่วยไม่ได้มีปัญหาจากการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย จากนั้นจึงพิจารณาเลือกวิธีการรักษาเพื่อลดความวิตกกังวลจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวล แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม (ฮาไพวอร์ธ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) ดังนี้

1. ด้านร่างกาย ส่วนมากเป็นการรักษาด้วยยา โดยแพทย์จะใช้ยากับผู้ป่วยบางราย ในช่วงเวลาสั้นๆ ซึ่งมียารักษาเฉพาะแล้วแต่ละกรณี ส่วนมากเป็นยาในกลุ่มคลายกังวล (antianxiety drug) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสงบ ส่งผลให้อาการแสดงออกของความวิตกกังวลลดลง ทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ความคิดในการเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น ได้แก่ benzodiazepine และ beta-blockers ส่วนมากแพทย์นิยมใช้ยาในกลุ่ม benzodiazepine และมักถูกใช้บ่อยในกรณีผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวลหรือนอนหลับมากที่สุด เช่น diazepam ขนาด 2-60 มิลลิกรัมต่อวัน โดยให้ยาก่อนนอนวันละครั้งหรือไม่เกิน 2 มื้อต่อวัน การลดยา เพื่อหยุดเมื่อครบกำหนดรักษา ควรค่อยๆ ปรับลดลงทีละน้อย มักลดขนาดยาตลอดร้อยละ 25 ของขนาดสูงสุดที่เคยใช้ทุก 1-2 สัปดาห์ จนหยุดยาได้ใน 4-8 สัปดาห์ ยาที่นิยมใช้บ่อยในกลุ่มนี้คือ lorazepam (ativan) รองลงมาคือ diazepam (valium) (Robert, Blakeney, Villarreal, & Meyer, 2000) ข้อควรตระหนัก สำหรับการให้ยาในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ

การใช้ยาในทางที่ผิด เช่น ยานอนหลับต่างๆ ใช้เป็นยาเสพติดหรือขาดยาไม่ได้หรือนำไปใช้ในการฆ่าตัวตาย (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) ส่วนในกลุ่ม beta-blockers ยาที่ใช้คือ propranolol เป็นยาในกลุ่มนี้ที่นำมาใช้รักษาอาการวิตกกังวลบ่อยที่สุด เนื่องจากมีหลักฐานการทดลองยืนยันชัดเจน โดยเฉพาะกลุ่มอาการที่เป็นผลจาก sympathetic เช่น ซิพจรเต้นเร็ว ใจสั่น เหงื่อออกมาก มือสั่น เป็นต้น นอกจากนี้ ยังอาจนำไปใช้เป็นการชั่วคราวกับผู้ที่มีความตื่นเต็นก่อนที่จะต้องออกพูด หรือแสดงต่อหน้าคนมากๆ (performance anxiety) แต่มีผลต่อการลดความรู้สึกเครียดหรือกังวลใจไม่ดีเท่า วิธีใช้ propranolol ขนาด 10-80 มิลลิกรัมต่อวัน วันละ 2-3 ครั้ง ส่วน atenolol ขนาด 50-100 มิลลิกรัมต่อวัน ซึ่งเป็นยาอีกตัวในกลุ่มนี้ที่ใช้ได้ผลดี ในการลดอาการของความวิตกกังวลได้เช่นกันนั้น แต่สามารถใช้ได้เพียงวันละครั้งเดียวเพราะมีข้อควรระวัง คือ ควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยโรคหอบหืด โรคเบาหวาน ภาวะหัวใจล้มเหลว เป้าหมายในการใช้ยา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสงบ ส่งผลให้อาการแสดงออกของความวิตกกังวลลดลง ทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ความคิดในการเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, และมาโนช หล่อตระกูล, 2540)

2. ด้านจิตใจ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ มีกำลังใจ ผู้ป่วยต้องการคนให้กำลังใจ และความเข้าใจ อันจะช่วยให้ความวิตกกังวลลดลง ในการช่วยเหลือทางด้านจิตใจในผู้ป่วยวิตกกังวลผิดปกตินี้ ควรกระทำเมื่อภายหลังจากการช่วยเหลือในภาวะวิกฤตผ่านพ้นไปแล้ว โดยพิจารณาให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

3. ด้านพฤติกรรม พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) เป็นวิธีที่ใช้มากในการลดความวิตกกังวลและบุคคลที่มีความกลัวชนิดต่างๆ มีเป้าหมายเพื่อช่วยปรับปรุงวิธีการเผชิญปัญหาใหม่ โดยนำหลักการของการเรียนรู้ มีการวางเงื่อนไข มีการนำหลักการของการให้รางวัลและลงโทษมาใช้ วิธีของพฤติกรรมบำบัดมีหลายวิธีขึ้นอยู่กับผู้รักษาจะนำมาใช้ ที่นิยม คือ การฝึกผู้ป่วยให้รู้จักผ่อนคลายอย่างเป็นระบบหรืออย่างมีขั้นตอน เมื่อผ่อนคลายแล้วจึงนำผู้ป่วยไปเผชิญกับสิ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีลดความวิตกกังวล พบว่ามีการศึกษาถึงแนวทางที่จะให้ความช่วยเหลือเพื่อลดความวิตกกังวลในกลุ่มต่างๆ จำนวนมาก พบทั้งวิธีทางการพยาบาลวิธีเดียว และหลายวิธีร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรศักดิ์ พุฒินิชย์ (2545) ศึกษาวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยสัลยกรรม พบว่ามีอยู่ด้วยกันหลายแบบ สามารถแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ การสอนและการให้ข้อมูล การใช้เทคนิคบำบัดทางการพยาบาล การใช้กระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ และการใช้แบบหลายวิธีร่วมกัน ดังนี้

3.1 การสอนและการให้ข้อมูล เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน โดยผู้สอนจะมีการจัดสถานการณ์หรือกิจกรรมต่างๆ ให้ผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนเกิด

การเรียนรู้ เปลี่ยนแปลงทัศนคติ และพฤติกรรมไปในทางที่ดี สำหรับวิธีการสอนมีหลายรูปแบบ เช่น การให้ความรู้ การให้ข้อมูล การให้คำแนะนำ และการใช้สื่อการสอน เป็นต้น นอกจากนี้การ สอนและการให้ข้อมูลเป็นหน้าที่หลักของพยาบาลที่สามารถปฏิบัติได้โดยง่าย เนื่องจากพยาบาลเป็น ผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา และต้องให้การดูแลแบบองค์รวม (สุรศักดิ์ พุฒิวณิชย์, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของพิกุลรัตน์ วงศ์พานิชย์, และวิไล ตั้งสติดพร (2548) ศึกษาผลการให้ข้อมูล ต่อความวิตกกังวลของมารดาผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก พบว่าการให้ข้อมูล อย่างเป็นระบบ คือ มีแบบบันทึกการให้ข้อมูลญาติผู้ป่วย ข้อมูลที่ให้ ได้แก่ อาการและการ รักษาพยาบาล, เครื่องมือที่ใช้กับผู้ป่วย แนะนำสถานที่ ระเบียบเยี่ยม การปฏิบัติตัวขณะเยี่ยม สิทธิ ค่ารักษาพยาบาล แพทย์ผู้ดูแลรักษา เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อ กรณีผ่าตัด แนะนำให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด เป็นต้น โดยพยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ให้ข้อมูลอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง และทุกครั้งที่มี อาการเปลี่ยนแปลง การให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบมีผลให้มารดาผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลงอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

3.2 การใช้เทคนิคบำบัดทางการพยาบาล ประกอบไปด้วย การสัมผัส การใช้ดนตรี การใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ การฝึกการผ่อนคลาย การพยาบาลแบบ ฝ่าดูแลประคับประคองด้านจิตใจ ดังนี้

การสัมผัส เป็นการติดต่อสื่อสารทางกายอย่างหนึ่ง โดยผู้ สัมผัสใช้มือสัมผัสบริเวณหลังมือ ข้อมือ หรือแขนของผู้ป่วยอย่างนุ่มนวลร่วมกับการพูดคุยแสดง ความเห็นใจ ห่วงใยพร้อมทั้งให้กำลังใจและความมั่นใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย ซึ่งวิธี นี้อาจนำมาใช้ยาก เพราะต้องอาศัยบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ ทักษะและความชำนาญในเรื่อง นั้น (สุรศักดิ์ พุฒิวณิชย์, 2545) การสัมผัสที่ถูกต้องจึงสามารถก่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ สุขสบาย มีเพื่อนไม่ว่าแห้ว และสามารถช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทพร ขำวิชา (2534) ศึกษาผลของการสัมผัสต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่อยู่ในห้องรอผ่าตัด โดย พบว่าภายหลังที่ได้รับการสัมผัสความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่อยู่ในห้องรอผ่าตัด ก่อนผ่าตัดขณะที่อยู่ ในห้องรอผ่าตัดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .0005$ )

การใช้ดนตรี เสียงดนตรีที่ได้รับการเรียบเรียงไว้อย่างมี แบบแผน การประสานเสียงของคนตรีชนิดต่างๆ ทำให้ผู้ฟังเกิดความรู้สึกเพลิดเพลิน สบายใจ และ ช่วยผ่อนคลายอารมณ์ได้ (สุรศักดิ์ พุฒิวณิชย์, 2545) ดนตรีบำบัด (music therapy) เป็นพฤติกรรม ศาสตร์ที่นำดนตรีไปใช้อย่างเป็นระบบเพื่อให้บุคคลผ่อนคลาย เปลี่ยนแปลงอารมณ์ พฤติกรรมและ การทำงานของร่างกาย ผู้ให้การบำบัดคือนักดนตรี ส่วน Music intervention มีวัตถุประสงค์ในการ ใช้ดนตรีเพื่อให้บุคคลผ่อนคลาย ลดความกังวล ลดความกลัว ลดความตึงเครียด และลดความคิดที่

ทำให้ไม่สบายใจลง (ศศิธร พุ่มดวง, 2548) คนตรีบำบัด อาศัยหลักการหรือความเชื่อพื้นฐานว่าเสียงดนตรีที่เกิดขึ้น เมื่อผ่านเข้าไปยังอวัยวะเกี่ยวกับการได้ยิน แล้วจะมีเส้นประสาทส่งผลต่อไปยังสมองทาลามัสและคอร์ติคอล ในภาวะที่รู้สึกตัวหรือมีสติสัมปชัญญะ(ดวงดาว ดุลยธรรม, 2544) คนตรีจึงมีผลต่อสรีรวิทยา เช่น กระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบหัวใจและหลอดเลือด และระบบหายใจ เป็นต้น และคนตรีมีผลต่อจิตใจ ได้แก่ อารมณ์และจิตใจของบุคคลทั้งในภาวะที่มีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ (สมพร ชินโนรส, 2548) ซึ่งวิธีนี้สามารถนำมาใช้ได้ง่ายและสะดวกสอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพา ถิระวัฒนากุล, ศิริรัตน์ ปานทัย, และลดาวัลย์ ภูมิวิชชเวช (2547) พบว่าคนตรีประเภทผ่อนคลายสามารถลดความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก มีประสิทธิภาพในช่วง 24-48 ชั่วโมงแรกของการเข้ารับการรักษามากที่สุด

การใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นการจัดกิจกรรมต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยหันเหความสนใจจากสิ่งที่กำลังรู้สึกอยู่ไปสู่สิ่งใหม่ที่ น่าสนใจกว่า ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเพลิดเพลินและผ่อนคลาย (สุรศักดิ์ พุฒินิษฐ์, 2545) การฝึกการผ่อนคลาย โดยการจัดให้ผู้ป่วยนั่งในท่าที่สบายที่สุด จากนั้นให้ผู้ป่วยปิดตาและเริ่มผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยเริ่มจากบริเวณเท้ามาที่บริเวณใบหน้าพร้อมทั้งมีการกำหนดลมหายใจให้ทราบว่าขณะนี้กำลังหายใจเข้าหรือหายใจออก แต่วิธีนี้อาจนำมาใช้ยาก เพราะต้องอาศัยบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ ทักษะและความชำนาญ (สุรศักดิ์ พุฒินิษฐ์, 2545) นอกจากนี้ยังมีวิธีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยการให้ผู้ป่วยฝึกเกร็งและผ่อนคลายกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกายทีละส่วนสลับกันไป ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยฝึกเกิดการเรียนรู้ที่จะแยกความแตกต่างของความรู้สึก ระหว่างตึงเครียดและผ่อนคลาย โดยเกิดการเรียนรู้ว่ากล้ามเนื้อที่เกร็งจะสัมพันธ์กับความตึงเครียด ความไม่สบาย และกล้ามเนื้อผ่อนคลายจะสัมพันธ์กับความสบายจากการผ่อนคลาย (ละเอียด ชูประยูร, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิภาพร อังกุล (2543) ศึกษาการเปรียบเทียบระหว่างวิธีการทางจิตเวชมาตรฐานกับ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อร่วมกับวิธีการทางจิตเวชมาตรฐาน ในผู้ป่วยโรควิตกกังวล พบว่าการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อร่วมกับวิธีการทางจิตเวชมาตรฐานในผู้ป่วยโรควิตกกังวล สามารถลดความวิตกกังวลลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการพยาบาลแบบเฝ้าดูแลประทับใจระดับประคองด้านจิตใจ หรือการใช้สัมพันธภาพเชิงบำบัดเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมั่นใจในความปลอดภัย โดยการพูดคุยให้กำลังใจ มีความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกออกมา ตลอดจนหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกอบอุ่น มีความรู้สึกในทางที่ดีและสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้เหมาะสม ซึ่งวิธีนี้ประกอบไปด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรักความห่วงใย การดูแลเอาใจใส่ การให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยอื่นซักถามและระบาย

ความรู้สึกรออกมา จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ รู้สึกอบอุ่น มีความมั่นใจในการรักษาและบริการ (สุรศักดิ์ พุฒิวณิชย์, 2545)

3.3 การใช้กระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ เป็นการรวมกันของผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายกัน มีโอกาสได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ ความรู้สึกต่างๆ และช่วยกันหาแนวทางในการแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาได้ดี ซึ่งการนำกลุ่มต้องสัมพันธ์มาใช้นั้นต้องอาศัยบุคลากรที่มีทักษะ และความเชี่ยวชาญ เพื่อให้กระบวนการกลุ่มดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพบรรลุวัตถุประสงค์ (สุรศักดิ์ พุฒิวณิชย์, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของ ลดา สรณารักษ์ และคณะ (2539) ศึกษาผลของการให้สุขศึกษาโดยกระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่อกระจกในผู้สูงอายุก่อนการผ่าตัด พบว่าภายหลังการให้สุขศึกษาโดยกระบวนการกลุ่มสัมพันธ์สามารถลดระดับความวิตกกังวลลงได้

3.4 การใช้แบบหลายวิธีร่วมกัน เป็นการผสมผสานกิจกรรมที่จัดให้แก่ผู้ป่วยในรูปแบบต่างๆ ตั้งแต่ 1 วิธีขึ้นไป เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและคลายความวิตกกังวล ได้แก่ การให้ข้อมูล การฝึกการผ่อนคลาย การสัมผัส และการติดตามการเยี่ยมให้กำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจในการเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นจากการผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้การใช้แบบหลายวิธีร่วมกันส่วนใหญ่จะเน้นการให้ความเห็นอกเห็นใจ การให้กำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น และไม่รู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง การกระทำดังกล่าวส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง นอกจากนี้การใช้แบบหลายวิธีร่วมกันไปประยุกต์ใช้ควรเลือกวิธีการต่างๆ ที่เหมาะสมกับความรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวล (สุรศักดิ์ พุฒิวณิชย์, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของ นัทรศิริ เมฆวิวัฒน์วงศ์. (2543). ศึกษาผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การฝึกประสาทอัตโนมัติ และไบโอฟีดแบคต่อความวิตกกังวลและอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว พบว่าขณะฝึกวิธีการผ่อนคลายด้วยวิธีการฝึกประสาทอัตโนมัติ ร่วมกับไบโอฟีดแบค ผู้ป่วยผ่อนคลายมากขึ้น ลืมความวิตกกังวล พักหลับได้ดี กำลั้งใจดีขึ้น ไม่เบื่ออาหาร

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้สนใจศึกษาและวิจัยเกี่ยวกับความวิตกกังวลและวิธีการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ซึ่งเป็นอาการสำคัญที่เกิดขึ้น และสามารถพบได้ทุกคน ก่อให้เกิดความรุนแรงจนพัฒนากลายเป็นโรคทางจิตเวชที่สำคัญได้แก่ PTSD ส่งผลต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วยแผลไหม้ขณะอยู่โรงพยาบาล ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ วิเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับวิธีการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้

### 3. ความรุนแรงและผลกระทบของความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้

อุบัติการณ์การบาดเจ็บและการตายจากแผลไหม้ สามารถพบได้ทั่วไปและเพิ่มขึ้นในทุกพื้นที่ ในช่วง 60,000 ปี ก่อนคริสต์ศักราช ได้พบบันทึกการรักษาอาการบาดเจ็บจากแผลไหม้ปรากฏใน Ebers Papyrus (Haynes as cited in Richard Staley & Finley, 1994) ภายหลังจากนั้นก็พบมีผู้สนใจศึกษาการดูแลผู้ป่วยแผลไหม้ต่อเนื่องมาจนในปี ค.ศ.1943 จึงมีผู้ศึกษาผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ป่วยแผลไหม้ (Adler, 1943 as cited in Williams & Griffiths., 1991; Cobb & Lindemann, 1943) เนื่องจากในปี ค.ศ. 1942 ได้เกิดเหตุการณ์โศกนาฏกรรมไฟไหม้ที่ Coconut Grove Night Club ในบอสตัน พบผู้เสียชีวิต 492 ราย ผู้บาดเจ็บ 166 ราย (Beller, & Sapochetti, 2000) หลังเหตุการณ์ดังกล่าว ทำให้มีผู้สนใจศึกษาผลกระทบทางด้านจิตใจภายหลังการเกิดแผลไหม้ของบุคคลที่รอดชีวิต โคบบและลินเดอร์แมน (Cobb & Lindemann, 1943) รายงานกรณีศึกษาผู้ป่วยแผลไหม้พบว่าผู้ป่วยที่มีแผลไหม้ระดับรุนแรงที่ใบหน้าและมือ มีอาการหวาดกลัว ความวิตกกังวล สิ้นหวัง ไม่มีความสุขในชีวิต พฤติกรรมเปลี่ยนไป มีอาการต่อเนื่องจนต้องพบผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชภายหลังจำหน่าย นอกจากนี้การเกิดความวิตกกังวลของผู้ป่วยแผลไหม้ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยแผลไหม้ คือ ภาวะนอนกรนหายใจของแผลไหม้นานขึ้น เลือดออกในกระเพาะอาหารส่วนบน คุณภาพการนอนหลับลดลง เกิดปัญหาทางจิตเวช คุณภาพชีวิตลดลง กลับไปทำงานช้า ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา จิตใจ เกิดการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ดังนี้

3.1 ภาวะนอนกรนหายใจของแผลไหม้นานขึ้น ภาวะนอนกรนหายใจของแผลไหม้เป็นสิ่งสำคัญในผู้ป่วยแผลไหม้ การเกิดความวิตกกังวลทำให้ผู้ป่วยแผลไหม้อยู่ในความกลัวกับการเปลี่ยนแปลงของแผลไหม้จนนอนไม่หลับ ทำให้อาการภาวะนอนกรนหายใจของแผลไหม้ได้ (Mostaghimi, Obermeyer, Ballamudi, Martinezgonzalez, & Benck, 2005) และไม่สามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆได้ เมื่อตกอยู่ในภาวะซึมเศร้า (depression) (สุมิตรา เมืองขวา, 2551) จึงทำให้การดูแลตนเองลดลง ขาดความสนใจสุขภาพตนเอง ละเลยต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จึงส่งผลให้แผลไหม้หายช้า เช่น ไม่สนใจรับประทานอาหารที่ส่งเสริมการหายของแผลไหม้ การดูแลความสะอาดของร่างกาย ไม่มีกำลังใจขาดแรงจูงใจในการดูแลรักษาตนเอง

3.2 เลือดออกในกระเพาะอาหารส่วนบน (upper gastrointestinal bleeding) การเผชิญกับความวิตกกังวล เครียด ร่วมกับการบาดเจ็บจากแผลไหม้ ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อการบาดเจ็บที่รุนแรงของร่างกาย อาจแสดงอาการให้เห็นจากการมีเลือดออกในกระเพาะอาหาร (Robbins, Idjadi, Stahl, & Essiet, 1972)

3.3 คุณภาพการนอนหลับ จากการสำรวจคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยแผลไหม้ของ นภาพร สุบงกช (2546) พบว่าปัจจัยภายในที่รบกวนการนอนหลับมากที่สุดคือ ความวิตกกังวล เมื่อผู้ป่วยแผลไหม้เกิดความวิตกกังวลจากสาเหตุต่างๆทำให้ผู้ป่วยครุ่นคิด นอนไม่หลับ ประสิทธิภาพจากแผลไหม้ที่ทำให้ต้องมานอนโรงพยาบาล ผื่นร้ำเย็บเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ผ่านมา เกิดอาการหวาดกลัว หรือการจัดการความปวดที่ไม่เหมาะสม ความกลัวและความวิตกกังวลมีผลต่อการกระตุ้นให้ร่างกายหลั่ง noradrenaline ซึ่งมีผลกับ sympathetic nervous system ทำให้ adrenaline และ corticosteroid release ส่งผลให้อัตราการหายใจ ความดันโลหิต และแรงดึงตัวของกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ นอนไม่หลับ หลับๆตื่นๆ ทำให้ตื่นบ่อยในช่วงกลางคืนและนอนต่ออีกลำบากเมื่อตื่นแล้ว (Ehde, Patterson, Wiechman, & Wilson, 1999; นภาพร สุบงกช, 2546)

3.4 ปัญหาทางจิตเวช ที่เกิดตามมาหลังจากเกิดความวิตกกังวลของผู้ป่วยแผลไหม้ เมื่อผู้ป่วยแผลไหม้มีความวิตกกังวลมากไม่สามารถเผชิญได้ ได้แก่ ภาวะกลัวตาย อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย (White, 1982) เนื่องจากปัจจัยหลายประการที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ ได้แก่ การที่ต้องทนอยู่กับความรู้สึกรบกวน การมองดูแผลเป็นเนื้อนูนของตนเอง การเกิดความวิตกกังวลที่คงอยู่ยาวนาน การที่ต้องทนกับสิ่งเร้าต่างๆที่เข้ามา หากไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือ บรรเทาความรุนแรง ปลดปล่อยให้ผู้ผู้ป่วยใช้ชีวิตในการเผชิญแบบไม่เหมาะสมจะพัฒนาไปเป็นโรคทางจิตเวชได้ (Taal, & Faber., 1998) จึงทำให้ผู้ป่วยแผลไหม้ที่มีความวิตกกังวล มีความคิดลึกลับปัญหาต่างๆของตนเอง หาทางออกด้วยตนเองโดยการฆ่าตัวตายได้ (Fukunishi, Tanaka, Maruyama, & Takahashi, 1998; เกียรติทองเสตะกสิกร, 2541) หรืออาจพบว่าผู้ป่วยแผลไหม้ที่มีความวิตกกังวลสูงอาจเกิด ภาวะซึมเศร้า (Depression) ร่วมด้วยได้เช่นกัน (Mannan, Ghani, Clarke, White, Salmanta, & Butler, 2006)

3.5 คุณภาพชีวิต ที่พบในผู้ป่วยแผลไหม้ จากความวิตกกังวลความสามารถในการเคลื่อนไหว จนสูญเสียงาน การดำเนินชีวิตจะเปลี่ยนไป ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ภาวะกลัวตายที่ไม่ต้องการพบปะผู้อื่น ในรายที่มีความพิการต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นร่วมกับการแก้ไข ปัญหาหรือการเผชิญกับปัญหาไม่ได้ จึงพบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยแผลไหม้ (Er-ming Ye., 1998)

3.6 การกลับไปทำงาน จากการศึกษาผู้หญิงในประเทศบังคลาเทศพบว่า ผู้หญิงที่มีแผลไหม้จากน้ำกรด เมื่อเกิดความวิตกกังวล ร่วมกับภาวะซึมเศร้า ผู้หญิงเหล่านั้นจะแยกตนเองออกจากสังคม ขาดการยอมรับจากสังคม ร่วมกับภาวะกลัวตายที่เปลี่ยนไปของตนเอง ผู้ป่วยแผลไหม้จึงต้องใช้เวลาในการรอคอย การยอมรับจากสังคมและตนเอง ภายหลังจำหน่าย จึงจะเข้าสู่สังคมเดิม และกลับไปทำงานเหมือนเดิมอีกครั้ง (Mannan et al., 2006)

3.7 ค่าใช้จ่ายในการรักษา หากความวิตกกังวลยังคงมีและดำเนินต่อไปเป็นโรคทางจิตเวช จะต้องมีการรักษาเพิ่ม จากการที่มีโรคร่วม ส่งผลให้มีการรักษาที่ยาวนานออกไป ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นทั้งของโรงพยาบาลเอง เช่น ค่ายา อัตราการครองเตียงนานขึ้น และค่าใช้จ่ายของญาติในการเดินทางมาดูแลและเยี่ยมผู้ป่วยแผลไหม้ (Mateu & Hernandez, 1996)

3.8 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา จิตใจ และพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา เป็นผลเนื่องมาจากการเร่งทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ เพื่อตอบสนองต่อความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น อาการและอาการแสดง ได้แก่ หัวใจเต้นแรงและเร็วขึ้น แน่นหน้าอก ความดันโลหิตสูงขึ้น ปวดศีรษะ เป็นลม ถอนหายใจบ่อย หายใจถี่ และเร็ว หน้ามืดวิงเวียน หน้าแดงหรือซีด เหงื่อออกมาก ม่านตาขยาย ท้องอืด ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหารนอนไม่หลับ ระบบขับถ่ายและประจำเดือนผิดปกติ (เก็จทอง เสดะกสิกร, 2541; วิจิตรา กุสุมภ์, 2546)

3.9 เกิดการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี เช่น ฮอร์โมนอิพิเนฟริน นอร์อิพิเนฟริน และอะดรีโนคอร์ติคอยด์ถูกขับเข้ากระแสโลหิตเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เช่น มีการกั่งของโซเดียม การเผาผลาญในร่างกายเพิ่มขึ้น เพิ่มการทำลายไกลโคเจนในตับและกล้ามเนื้อ เป็นต้น (เก็จทอง เสดะกสิกร, 2541; วิจิตรา กุสุมภ์, 2546)

3.10 การเปลี่ยนแปลงด้านทางด้านอารมณ์และความรู้สึกนึกคิด ได้แก่ รู้สึกหงุดหงิด โมโหง่าย เศร้าหมอง หดหู่ท้อแท้ รู้สึกทุกข์ทรมานตลอดเวลา ก้าว ตื่นเต้น ความจำและความสนใจ สิ่งแวดล้อมลดลง (เก็จทอง เสดะกสิกร, 2541)

ความวิตกกังวลส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแผลไหม้ทั้งตัวผู้ป่วยเอง สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งสาเหตุของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นมักจะมาจากปัจจัยต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยแผลไหม้ต้องได้รับการดูแลและช่วยเหลือให้สามารถเผชิญกับความวิตกกังวล

#### 4. ปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้

ปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยแผลไหม้เกิดความวิตกกังวลแบ่งเป็น ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล ปัจจัยจากการเกิดแผลไหม้ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ดังนี้

##### 4.1 ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล

4.1.1 มีประวัติทางจิตเวชมาก่อน เมื่อผู้ป่วยมีประวัติทางจิตเวชมาก่อน ร่วมกับการเกิดแผลไหม้เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมกัน ทำให้พบว่ามีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงมากขึ้น เช่น อาการหลอน (hallucination) พฤติกรรมวุ่นวาย (agitation) สับสน (delirium) ขณะอยู่โรงพยาบาล หรือผู้ป่วยที่มีอาการติดสุราเรื้อรังมาก่อน (alcoholic) ก่อให้อัตราการเกิดความวิตกกังวลสูงในผู้ป่วยแผลไหม้ได้ (Berry, Patterson, Wachtel, & Frank, 1984; Williams & Griffiths, 1991) และ

สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องประวัติทางจิตเวชและการปรับตัวในผู้ป่วยแผลไหม้ ของไคสเตอร์แอส (Dyster-Aas, 2006) พบว่า หากมีประวัติทางจิตเวชมาก่อนโอกาสในการเกิดโรคทางจิตเวชสูง ภายหลังจากเกิดแผลไหม้ได้ ในผู้ป่วยแผลไหม้การมีโรคจิตเวชเดิมนั้นทำให้การดูแลตนเองลดลง เมื่อมีพฤติกรรมเปลี่ยนไปในตอนกลางคืนมักเกิดพฤติกรรมถดถอย (regression) จะแกะแผลและดึงสาย ท่อต่างๆทำให้มีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้ง่าย ส่งผลต่อระยะเวลาในการหายของแผลไหม้ ผู้ป่วยแผลไหม้ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลกับสภาพของตนเองได้

4.1.2 อายุ จากการศึกษาของ ฉนทัย วงศ์ปการันย์ และคณะ (2546) พบว่า วัยรุ่นที่มีแผลไหม้เกิดโรคทางจิตเวชสูง อาจเนื่องมาจากวัยรุ่นเป็นวัย ที่อยู่ในช่วงพัฒนาการของวัยที่สนใจตนเอง สนใจภาพลักษณ์ ขาดประสบการณ์การเผชิญกับปัญหาที่คุกคามชีวิตได้ไม่ดี จึงเกิดความวิตกกังวลมากกว่าวัยอื่นๆ หรือมีพฤติกรรมแยกตัว เกี่ยวเนื่องจากผู้ป่วยแผลไหม้ในวัยรุ่นเมื่อต้องนอนโรงพยาบาล ทำให้ไม่ได้ไปโรงเรียนมีกิจกรรมกับเพื่อนลดลงจึงรู้สึกว่าการแตกต่างจากเพื่อน เข้ากับเพื่อนไม่ได้ จึงรู้สึกน้อยใจ (Er-ming Ye., 1998; รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2538) ส่วนผู้ป่วยแผลไหม้ในวัยผู้ใหญ่ที่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ที่สูงกว่า สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆได้ อย่างเหมาะสมกว่าผู้ป่วยแผลไหม้ในวัยรุ่น (สุกัญญา บุรณะพันธ์, 2547) จากการศึกษาพบความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ได้ในทุกช่วงอายุ เนื่องจากพัฒนาการและประสบการณ์ชีวิตของคนในแต่ละวัยแตกต่างกัน อายุจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ (Delilah & Faust, 2007)

4.1.3 เพศ เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ได้ จนเป็นสาเหตุการเกิดปัญหาทางจิตเวชในผู้ป่วยแผลไหม้ จากการศึกษาพบว่าในแต่ละเพศมีความวิตกกังวลที่แตกต่างกัน โดยเป็นผลมาจากการหลังฮอร์โมนจากต่อมหมวกไตต่างกัน ซึ่งเพศหญิงจะมีอารมณ์หงุดหงิดวิตกกังวลเมื่อระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนต่ำลง ส่วนเพศชายจะมีฮอร์โมนแอนโดรเจน มีผลให้เพศชายมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่าเพศหญิง (Grabow & Buse, 1990) โดยเพศชายเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับ หน้าที่การทำงานของร่างกายหลังจากแผลไหม้หายแล้ว จนต้องเผชิญกับการตกงาน และคุณภาพชีวิตลดลง (Dyster-Aas, Kildal, & Willebrand., 2007) เนื่องมาจากเพศชาย คำนึงถึงอนาคต ความมั่นคง และความรับผิดชอบต่อครอบครัว (Delilah & Faust, 2007; Travado, Ventura, Martins, & Veloso, 2001; สุมิตรา เมืองขวา, 2551) ส่วนสาเหตุการเกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้เพศหญิงนั้น มักจะเป็นเรื่องความอาย ขาดความมั่นใจในตนเอง เมื่อต้องพบผู้อื่น หาก ร่องรอยแผลไหม้อยู่บนอกร่มผ้ากลัวว่าผู้อื่นจะรังเกียจ รู้สึกวิตกกังวลกับภาพลักษณ์มากกว่าเพศชาย ขาดความมั่นใจ จึงมีความกลัวการออกไปพบปะผู้คน (Travado, Ventura, Martins, & Veloso, 2001; Mannan, Ghani, Clarke, White, Salmanta, & Butler, 2006; สุนันท์ สิ้นชื่อสัตย์กุล, 2536) จาก

เหตุผลดังกล่าวจึงสรุปได้ว่า เพศชายและเพศหญิงมีโอกาสในการเกิดความวิตกกังวลได้เท่าๆ กัน (White, 1982)

4.3.4 ระดับการศึกษา ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการใช้สติปัญญา และมีการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม (Leske, 1993) ในระดับการศึกษา ต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ นั้นยังไม่พบผู้ที่ศึกษาเฉพาะด้านนี้โดยตรง แต่พบว่าผู้ป่วยแผลไหม้ส่วนใหญ่มักจะพบในผู้ที่มีการศึกษา ระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (สมพิศ คุ่มบุญ, 2551)

## 4.2 ปัจจัยจากการเกิดแผลไหม้

4.2.1 ความปวด ผู้ป่วยแผลไหม้มีการถูกทำลายของผิวหนัง ชั้นของผิวหนัง เป็นที่อยู่ของประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวด ถ้าผิวหนังถูกทำลายมากการส่งกระแสความเจ็บปวดก็มากตามมาด้วย ผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมานทั้งขณะทำแผลไหม้ หรือในขณะที่พัก แม้ลมพัดผ่านผิวหนัง ผู้ป่วยแผลไหม้จะรู้สึกปวดแสบ ความหวาดกลัวต่อการทำแผลไหม้ในแต่ละวัน จนทำให้ทุกข์ทรมาน จนก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้ (Byers, Bridges, Kijek, & LaBorde, 2001; Carrougher et al., 2006; พรรณี ชัยโพธิ์ศรี, 2538; อนงค์ ประสาธน์วนกิจ, ขนิษฐา นาคะ, และชอลดา พันธุเสนา, 2546) ความทุกข์ทรมานจากความปวดนี้จึงก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้

4.2.2 การผ่าตัด ผู้ป่วยแผลไหม้ที่จำเป็นต้องผ่าตัดด้วยระยะออก หรือผ่าตัดเอาเนื้อตายหลายครั้ง ผู้ป่วยแผลไหม้จะมีประสบการณ์ตรงของความปวดแสบ และการเปิดแผลไหม้ เพื่อทำแผลในวันแรกของการผ่าตัดครั้งแรก หรือการผ่าตัดเนื้อตายซ้ำหลายๆครั้ง จะทำให้ผู้ป่วยแผลไหม้หวาดกลัวถึงประสบการณ์ความเจ็บปวดที่เคยได้รับจากการผ่าตัดที่ผ่านมาครั้งก่อนๆ ก่อให้เกิดความกลัว ทุกข์ทรมาน จินตนาการเหตุการณ์ที่จะพบล่วงหน้า นอนไม่หลับ จนทำให้เกิดความวิตกกังวลตามมาภายหลังได้ (สุมิตรา เมืองขวา, 2551) นอกจากนี้ การรอผ่าตัดเพื่อแก้ไข หรือความไม่พึงพอใจเทคนิคการผ่าตัด โดยเฉพาะบริเวณใบหน้า (Er-ming Ye., 1998) เช่น สิวภายหลังปะหนังก (skin graft) จะเป็นสีดำคล้ำแตกต่างจากบริเวณข้างเคียง ผู้ป่วยแผลไหม้ก็จะเกิดความวิตกกังวลกับผลของการผ่าตัดตกแต่งแก้ไข

4.2.3 แผนการรักษา การรักษาที่ยู่ยากขึ้นตอนต่างๆ ในโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยแผลไหม้ทราบแผนการรักษาของแพทย์ พยาบาลที่ให้ปฏิบัติตามคำสั่งต่างๆ ผู้ป่วยอาจปฏิบัติตามไม่ได้ทั้งหมด เนื่องจากอาจไม่เข้าใจ หรือยังยอมรับไม่ได้ ยังรู้สึกไม่สบายต้องการพักมากกว่า เมื่อต้องขัดต่อคำสั่งการรักษา จะรู้สึกกลัวหากแพทย์และพยาบาลอาจจะโกรธ ไม่พอใจตนเอง ทำให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น (เก็จทอง เสดะกสิกร, 2541) เพราะหากเกิดแผลไหม้

รุนแรงการผ่าตัดเนื้อตายหลายครั้งเป็นเรื่องจำเป็นจนกว่าผิวหนังจะหายดีขึ้น จึงเป็นสาเหตุการเกิดความวิตกกังวลได้

4.2.4 การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์เป็นภาวะแทรกซ้อนของแผลไหม้ที่พบและสังเกตได้ด้วยตนเอง เช่น ความกลัวความพิการ (พรรณี ชัยโพธิ์ศรี, 2538) หรือถูกตัดอวัยวะบางส่วนไป เกิดข้อจำกัดจนไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ทำให้กลัวคนรอบข้างสังเกตได้จากสิ่งที่เปลี่ยนไป กลัวว่าจะเป็นจุดสนใจได้ หวาดระแวงว่าจะมีคนมองเห็น (สุมิตรา เมืองขวา, 2551) สามารถรับรู้ด้วยตนเองว่าผิวหนังของตนเองมีสภาพที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม รู้สึกว่าสีผิว ความสวยงามเปลี่ยนไป เป็นสิ่งที่ผู้อื่นสามารถสังเกตเห็นผิวของตน เป็นความรู้สึกอายที่จะมีคนมองเห็น (Mannan et al., 2006) จึงทำให้ผู้ป่วยแผลไหม้มีความรู้สึกไม่พึงพอใจในภาพลักษณ์ตนเอง เช่น บริเวณที่พบเห็นได้ง่าย โดยเฉพาะบริเวณใบหน้า ที่ต้องใช้มองและถูกมองมากที่สุด จะทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมาก (Mannan et al., 2006; White, 1982; เก็จทอง เสดะกสิกร, 2541; ณททัย วงศ์ปาริณย์, และคณะ, 2546) ดังนั้น ความรู้สึกอาย การอำพราง และการซ่อนบริเวณผิวหนังที่ถูกความร้อนทำลาย กลัวคนพบเห็นอวัยวะที่ถูกตัดไป ทำให้กลัวการเปรียบเทียบกับผู้อื่น ความมั่นใจในการเข้าพบปะพูดคุยกับผู้อื่น ปัจจัยเหล่านี้จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลด้านภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปมากขึ้น

4.2.5 วิธีการเผชิญปัญหา ผู้ป่วยแผลไหม้ที่มีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการเผชิญกับภาวะคุกคามชีวิต มองว่าเป็นธรรมชาติของการบาดเจ็บทั้งทางตรงและทางอ้อม ในทางตรงกันข้ามหากผู้ป่วยแผลไหม้มีทัศนคติที่ไม่ดี มีการใช้กลไกการปรับตัวที่ผิด ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง มีพฤติกรรมถดถอย เกิดภาวะพึ่งพาผู้อื่นมาก (Williams & Griffiths, 1991) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เครียดกับสภาพที่ต้องหาคนพึ่งพา กลัวไม่มีคนเลี้ยงดู สิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลตามมา

4.2.6 กิจกรรมการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยแผลไหม้ ตามกระบวนการหายของแผลไหม้ หากมีการทำลายถึงชั้นผิวหนังแท้ จะทำให้เกิดการแผลเป็นและข้อดิ่งรังได้ (ศิริยศ ก่อเกียรติ, 2542) เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน จึงจำเป็นต้องทำกายบริหารด้วยท่าทางต่างๆ แต่ในการขยับร่างกายจากการทำกายบริหารแต่ละครั้ง จะทำให้ผู้ป่วยแผลไหม้รู้สึกปวด นอกจากนี้การทำกายบริหารต้องใช้ระยะเวลาอันยาวนานเป็นปี จึงจะเห็นประโยชน์ของกายบริหาร หรือเพียงเพื่อลดความรุนแรงภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยเบื่อหน่ายในการทำกายบริหาร มีผลทำให้เกิดความวิตกกังวล (Park, Choi, Jang, & Oh, 2008) ยิ่งไปกว่านั้นขณะบริหารร่างกายผู้ป่วยแผลไหม้อาจต้องเผชิญกับปัญหาแผลปริแตก หรืออุ้งน้ำจากการเสียดสีกับผ้าหรือวัตถุต่างๆ เนื่องจากผิวหนังยังบอบบางอยู่ จึงรับรู้ถึงความกลัวที่จะทำกายบริหาร กลัวความปวดและทุกข์ทรมาน กลัวความพิการที่จะตามมาเมื่อ

ไม่ประสบความสำเร็จในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ส่งผลต่อการเกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ได้ (Williams & Griffiths, 1991)

4.2.7 ความต้องการข้อมูลในการรักษาของตนเอง ผู้ป่วยแผลไหม้จะรับรู้ว่าคุณพบกับอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นกะทันหัน ตกใจกับสิ่งที่เกิดกับตนเอง ความเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ความเจ็บปวดที่เผชิญอยู่ เครื่องมือทางการแพทย์ที่อยู่รอบๆ ตัว ไม่สามารถคาดการณ์สิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ เป็นความกลัว ไม่เข้าใจเหตุการณ์ที่พบอยู่ จนก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้ (Williams & Griffiths, 1991) ผู้ป่วยแผลไหม้ส่วนมากจะพบในผู้ที่ระดับการศึกษาน้อย เช่นไม่มีความรู้เกี่ยวกับไฟฟ้าอย่างเพียงพอในการประกอบอาชีพ ประกอบกับความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลการดูแลตนเองมีน้อย ไม่เข้าใจเกี่ยวกับวิธีการรักษา โดยเฉพาะการดูแลร่องรอยแผลไหม้ของตนเอง ถึงแม้จะได้รับข้อมูลในการดูแลแผลไหม้มาแล้ว ก็ไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้ข้อมูลอย่างเพียงพอ จึงก่อให้เกิดความกลัวกับสิ่งที่ตนเองไม่ทราบ เนื่องจากภาวะอารมณ์ในขณะนั้นไม่พร้อมที่จะรับข้อมูล ทำให้ไม่สามารถเข้าใจการดูแลแผลไหม้ หากไม่อธิบายซ้ำๆ กันหลายครั้ง จะเกิดความวิตกกังวลตามมาได้ (Mateu & Hernandez, 1996)

4.2.8 ตำแหน่งของแผลไหม้ หรือบริเวณที่เกิดแผลไหม้มีผลทำให้เกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ได้อีกปัจจัยหนึ่ง (Delilah & Faust, 2007) จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ตำแหน่งของแผลไหม้ภายนอกและภายในร่มผ้า ประเภทแรก บริเวณภายนอกที่พบมากที่สุด เช่น แผลไหม้ในบริเวณ แขนขา (สมพิศ คุ้มบุญ, 2551; Frans, Keli, & Maduro, 2008) สำหรับแผลไหม้ภายนอกบริเวณใบหน้า มีผลกับภาพลักษณ์ เป็นบริเวณที่เปิดเผยสามารถมองเห็นได้ทันที และกลัวที่จะมีคนเห็นร่องรอยแผลไหม้ รู้สึกกลัวตนเองขาดความเชื่อมั่นในตนเอง และส่วนที่เกิดแผลไหม้บริเวณที่เป็นข้อนั้น จะทำให้การเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ ลดลง ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรชีวิตประจำวันได้ ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง กลัวความพิการ ความวิตกกังวลกับความสามารถของตนเองที่ลดลงทุกวัน (Er-ming Ye, 1998; Williams & Griffiths, 1991; ฅหทัย วงศ์ปการันย์ และคณะ, 2546; พรรณี ชัยโพธิ์ศรี, 2538; สุกัญญา บุรณะพันธ์, 2547) และประเภทที่สองภายในร่มผ้า เช่น แผลไหม้บริเวณท้อง อวัยวะสืบพันธุ์ หน้าอกในผู้หญิง เห็นได้ว่าเป็นบริเวณที่สามารถปกปิดได้ก็จริงแต่มีผลต่อความวิตกกังวลได้ เช่น เมื่อผิอรูปร่างไปเกิดความพิการ ทำให้สูญเสียความมั่นใจในเพศของตนเอง มีความกลัวว่าสามีหรือภรรยาของตนเองจะเปลี่ยนไป (Williams & Griffiths, 1991; ฅหทัย วงศ์ปการันย์ และคณะ, 2546)

4.2.9 พื้นที่ผิว ผู้ป่วยแผลไหม้ที่มีพื้นที่ผิวในการเกิดแผลไหม้กว้างและลึก ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลสูง (Andreasen, Norris, & Hartford, 1971; Kimmo, Jyrki, & Sirpa, 1998; ฅหทัย วงศ์ปการันย์ และคณะ, 2546) เกี่ยวเนื่องจากพื้นที่ผิวหนังเมื่อมีการถูกทำลายเป็น

บริเวณกว้างและลึก มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงในการเกิดแผลใหม่ ผู้ป่วยจึงมีโอกาสอยู่ในภาวะวิกฤติรุนแรงเป็นเวลานาน มีโอกาสเกิดพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงในช่วงนี้ จึงอาจพัฒนาไปสู่การเกิดความวิตกกังวลได้ (Clarke & Alexander, 2003; Moss, Everett, & Patterson, 1993) ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา ฟื่นฟูนานกว่าฟื่นที่ผิวและลึกน้อย จากการศึกษาพบว่าหากเกิดแผลใหม่มากกว่าร้อยละ 30 ของฟื่นที่ผิวทั้งหมดทำให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น (Delilah & Faust, 2007)

4.2.10 จำนวนวันนอนโรงพยาบาล การนอนโรงพยาบาลมากกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป ทำให้เกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลใหม่ (ฉหทัย วงศ์ปการันย์ และคณะ, 2546) ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่าย เนื่องจากต้องเผชิญกับการรักษาแผลใหม่เป็นเวลานาน จึงทำให้การนอนโรงพยาบาลนาน มีความสัมพันธ์กับแผลใหม่รุนแรง (Frans, Keli, & Maduro, 2008; Williams & Griffiths, 1991) นอกจากนี้ยังพบว่าการนอนโรงพยาบาลนานทำให้เกิดอาการประสาทหลอน (hallucination) (Berry, Patterson, Wachtel, & Frank, 1984)

4.2.11 อาการคัน (pruritus) เป็นอาการที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลใหม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยแผลใหม่รุนแรงเกินกว่าร้อยละ 30 ส่วนใหญ่ มีโอกาสเกิดแผลเป็นเนื้องูนได้สูง (สุนันท์ สินชื้อสัตย์กุล, 2536) จากการศึกษาเรื่องประวัติทางจิตเวชและการปรับตัวในผู้ป่วยแผลใหม่ ของไคสเตอร์แอส (Dyster-Aas, 2006) พบว่า อาการคันที่เกิดขึ้นจากแผลเป็นเนื้องูนเป็นปัจจัยที่สำคัญในการเกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลใหม่ เนื่องมาจากลักษณะสภาพผิวตามร่างกายของผู้ป่วยแผลใหม่ที่เกิดจากปฏิกิริยาของร่างกายเพื่อให้แผลใหม่หาย แผลที่เคยเรียบ จนเริ่มแดง คันและนูนขึ้น ออกนอกขอบเขตของแผลเดิม (ศิริยศ ก่อเกียรติ, 2542) อาการคัน (pruritus) จากแผลเป็นเนื้องูนทำให้ผู้ป่วยแผลใหม่ต้องทนอยู่กับความเครียดที่ยาวนาน อาจนำไปสู่ PTSD (Taal, & Faber, 1998) ผู้ป่วยแผลใหม่จะรู้สึกรำคาญ หงุดหงิด และรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ความรู้สึกทรมาน ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ จนก่อให้เกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลใหม่

4.2.12 พฤติกรรมการบริการของเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ก็เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้เช่นกัน เนื่องจากพยาบาลอาจมองผู้ป่วยแผลใหม่ที่อยู่ในความดูแลคือบุคคลที่อยู่ในปกครอง เพราะการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมีลักษณะเป็นทางการ (formal) การออกคำสั่งให้ผู้ปฏิบัติ เช่น ห้ามลุกจากเตียงโดยไม่อธิบายเหตุผล ผู้ป่วยแผลใหม่อาจปฏิบัติตามไม่ได้ทั้งหมดเนื่องจากไม่เข้าใจหรือยอมรับไม่ได้ ทำให้เจ้าหน้าที่พยาบาลแสดงความไม่พอใจย่อมมีผลต่อความรู้สึกของผู้ป่วยแผลใหม่ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับความอบอุ่น ความเห็นอกเห็นใจ หรือการตอบข้อซักถามจากเจ้าหน้าที่ขณะปฏิบัติงานอย่างเร่งรีบ โดยไม่ได้คำนึงถึงองค์ประกอบอื่นๆ เช่น การสร้างสัมพันธภาพทำให้ผู้ป่วยแผลใหม่รู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้ง ไม่สามารถปรึกษาซักถามข้อ

ข้อใจต่างๆ หรือระบายความรู้สึกกับใครคนหนึ่งโดยเฉพาะได้และการที่บุคคลปฏิบัติงานในสิ่งแวดล้อมที่มีคนเจ็บป่วยทุกข์ทรมานและเสียชีวิตเป็นเวลานาน จนเกิดความเคยชินทำให้ความเห็นอกเห็นใจน้อยลง จนก่อให้เกิดความเศร้าโศกทรมานใจ และความไม่สบายใจแก่ผู้ป่วยแผลใหม่ (ซิดซไม พยาน้อย, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของราฟาโอ ออสโคยูอิ นิกราเวส (Rafii, Oskowie, & Nikraves, 2007) พบว่าหากผู้ดูแลมีจิตใจที่สมบูรณ์ และพฤติกรรมบริการที่ดี ผู้ป่วยจะรับรู้ถึงความเอาใจใส่ ความห่วงใย และการดูแลแบบเอื้ออาทร หากผู้ดูแลเบื่อหน่าย เพิกเฉยต่อการร้องขอ ทำให้ผู้ป่วยแผลใหม่รู้สึกโดดเดี่ยวไร้ที่พึ่ง จึงเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลใหม่ได้

#### 4.3 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

4.3.1 แรงสนับสนุนทางสังคม การที่ผู้ป่วยแผลใหม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในห้องปราศจากเชื้อ ทำให้ผู้ป่วยต้องถูกแยกออกจากครอบครัว เพื่อน คนที่ไว้วางใจ ไม่มีญาติที่คอยช่วยเหลืออยู่ใกล้ๆ จึงมีความต้องการการเยี่ยมของญาติผู้ป่วยแผลใหม่ (Delilah & Faust, 2007; Mannan, Ghani, Clarke, White, Salmanta, & Butler, 2006; ณหทัย วงศ์ปการันย์ และคณะ, 2546) กำลั้งใจ และแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุด สามารถเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกว่าถูกทอดทิ้งให้เผชิญกับปัญหาเพียงลำพัง เนื่องจากการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยแผลใหม่ในห้องปราศจากเชือนั้น มีขั้นตอน และข้อจำกัดกับญาติ มากกว่าการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยทั่วไปเพื่อป้องกันการติดเชื้อของแผลใหม่ หากญาติผู้ป่วยไม่เข้าใจในเหตุผลของการป้องกันการติดเชื้อ จำนวนครั้งในการเยี่ยมจะลดลง แล้วทำให้มีการขาดความสัมพันธ์กับครอบครัวและญาติได้ จึงมีผลต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลใหม่ (สุกัญญา บุรณะพันธ์, 2544) นอกจากนี้ ฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยแผลใหม่ส่วนใหญ่ใช้สิทธิในการรักษาเป็น ประกันสุขภาพถ้วนหน้า รัฐบาลเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษา (Marchesan, Ferreira da Silva, Canalli, & Ferreira, 1997; พจน์ธีรคุปต์, 2548; สมพิศ กลุ่มบุญ, 2551) ถึงแม้ญาติไม่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษา แต่ก็ไม่มีเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาให้กำลั้งใจผู้ป่วยได้ทุกวัน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ากลัวการถูกทอดทิ้งกังวล และเฝ้าคอยการมาของญาติในแต่ละวัน แรงสนับสนุนทางสังคมจึงมีผลต่อสภาพจิตใจในการฟื้นฟูของผู้ป่วยแผลใหม่ (Davidson, Bowden, Tholen, James, & Feller, 1981)

4.3.2 สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล การเกิดแผลใหม่เป็นเหตุการณ์ฉุกเฉิน ผู้ป่วยต้องเข้าโรงพยาบาลโดยไม่ได้คาดคิดหรือวางแผนมาก่อน ก่อให้เกิดความวิตกกังวลจากความกลัวในสิ่งที่เกิดขึ้นกะทันหัน และต้องพบกับสถานที่ใหม่ ที่ไม่ใช่บ้านตนเอง ไม่คุ้นเคยทั้งสถานที่แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ต่างๆ ที่หมุนเวียนกันในแต่ละวัน ผู้ป่วยอาจรู้สึกว่าคุณเองถูกจำกัดโดย

กฎระเบียบข้อบังคับของโรงพยาบาล ต้องพบเห็นและอยู่ร่วมกับผู้ป่วยแผลไหม้คนอื่นๆ เสียขรื่อง โอดครวญจากความเจ็บปวด เกิดเป็นความกลัวขึ้นภายในจิตใจ (เก็จทอง เสดะกสิกร, 2541) ก่อให้เกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ได้

จากการทบทวนวรรณกรรมในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยแผลไหม้ทางด้านร่างกายควรควบคู่กับทางด้านจิตใจ เนื่องจากความรุนแรงของการเกิดแผลไหม้ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อหลายระบบการทำงานต่างๆ ของร่างกาย จนส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อการบาดเจ็บทางจิตใจตามมา ทำให้พบอาการและพฤติกรรมแสดงออกของผู้ป่วยแผลไหม้ขณะนอนโรงพยาบาล จนเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจภายหลังการเกิดแผลไหม้ที่สำคัญหลายอาการ แต่ความวิตกกังวลเป็นอาการพื้นฐานที่เกิดกับผู้ป่วยแผลไหม้ได้ทุกคน จนเพิ่มระดับความรุนแรงมากขึ้น หากไม่จัดการลดระดับความวิตกกังวลลง จะพบอาการทางจิตเวชอื่นๆ รุนแรงตามมาได้เช่นกัน ก่อให้เกิดผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการดูแลรักษา และการฟื้นฟูของผู้ป่วยแผลไหม้ในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังไม่พบผู้รวบรวม วิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้อย่างเป็นระบบ ผู้ศึกษาจึงสนใจทำการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และวิเคราะห์องค์ความรู้วิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้

### บทที่ 3

## วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์งานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับวิธีการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ โดยทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic reviews) ประกอบด้วยขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาวิธีการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ (Polit, Beck, & Hungler, 2001; เรณู พุกบุญมี, 2551) โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การสืบค้นแหล่งข้อมูล
2. การคัดเลือกข้อมูลที่น่ามาศึกษา
3. การประเมินคุณภาพของหลักฐานทางวิชาการ เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ในการนำมาใช้ทางคลินิก
4. นำหลักฐานทางวิชาการที่รวบรวมได้และผ่านการประเมินคุณภาพแล้วมาประมวลเป็นองค์ความรู้เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป

### 1. การสืบค้นแหล่งข้อมูล

1.1 ใช้การสืบค้นจากคอมพิวเตอร์ (computer search) โดยสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (electronic database) ที่เกี่ยวข้อง ผ่านทางระบบข้อมูลที่มีบริการอยู่ของภายในห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล (<http://www.li.mahidol.ac.th/>) ตั้งแต่ พฤศจิกายน 2551 – ธันวาคม พ.ศ. 2552 ได้แก่

1.1.1 จากฐานข้อมูลและเว็บไซต์ที่เกี่ยวข้องกับวารสารทางการพยาบาล การแพทย์และสาขาที่เกี่ยวข้อง จาก 1. CINAHL 2. OVID 3. Science Direct 4. Blackwell Synergy 5. The Cochrane Library 6. Pro Quest Nursing 7. PubMed 8. The Joanna Briggs Institute 9. Psycinfo และ 10. กรมสุขภาพจิต (<http://www.dmh.go.th/>)

1.1.2 วิทยานิพนธ์มหาวิทยาลัยต่างๆ จากฐานข้อมูลและเว็บไซต์ จาก <http://www.ThaiLIS.com> และ OPAC มหาวิทยาลัยต่างๆ ได้แก่ มหาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.2 จากการค้นคว้าด้วยตนเอง (manual search) จากเอกสารอ้างอิงและบรรณานุกรมของตำรา บทความทางวิชาการ งานวิจัยที่สนใจ และไม่ได้อยู่ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์

1.3 กำหนดคำสำคัญ โดยคำสำคัญ (key word) ที่ใช้ในการสืบค้นหลักฐานงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้ศึกษาได้กำหนดคำที่เกี่ยวข้องในการศึกษา จากการสืบค้นครั้งนี้ Burn and anxiety, Burn and anxiety and reduction, Burn and anxiety management, Burn and anxiety and guideline, Burn and anxiety and nursing, Burn and anxiety and medicine, Burn and anxiety and intervention and guideline, แผลไหม้, แผลไฟไหม้, วิตกกังวล

1.4 กำหนดปีที่ใช้ในการสืบค้นตั้งแต่ ค.ศ. 1943-2009 เนื่องจากในปี ค.ศ. 1942 ได้เกิดเหตุการณ์โศกนาฏกรรมไฟไหม้ที่ Cocoanut Grove Night Club (Beller, & Sapochetti, 2000) ทำให้มีผู้สนใจศึกษาผลกระทบทางด้านจิตใจ ของผู้ป่วยแผลไหม้ที่รอดชีวิตในเหตุการณ์ดังกล่าว (Adler, 1943 as cited in Williams & Griffiths., 1991; Cobb & Lindemann, 1943) จึงมีรายงานการศึกษาในผู้ป่วยแผลไหม้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1943

## 2. การคัดเลือกข้อมูลที่น่ามาศึกษา

การคัดเลือกข้อมูลที่น่ามาศึกษา มีวิธีการคือ เลือกหัวข้อวิจัยและหลักฐานอ้างอิงที่เกี่ยวข้องโดยการอ่านบทคัดย่อ (abstract) ในแต่ละเรื่องและเลือกงานวิจัยหรือบทความทางวิชาการที่มีขอบเขตที่เกี่ยวข้อง จากนั้นจึงนำบทคัดย่อเหล่านั้นมาค้นหาบทความฉบับเต็ม (full text) โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเข้า (inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) เป็นงานวิจัยหรือบทความทางวิชาการที่มีคุณสมบัติดังนี้

### 2.1 เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

2.1.1 เป็นรายงานวิจัยหรือหลักฐานทางวิชาการเต็มฉบับ (full text) ที่สามารถค้นหาได้ในเมืองไทยซึ่งตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 1943-2009 ทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ

2.1.2 เกี่ยวกับการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้

2.1.3 ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปที่ได้รับไว้ในโรงพยาบาล

### 2.2 เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

2.2.1 งานวิจัยซ้ำกันหรือไม่สามารถเข้าถึงรายละเอียดได้ เช่น ไม่ใช่ภาษาอังกฤษ

จำนวนหลักฐานทางวิชาการจากการสืบค้นในแหล่งต่างๆ รวม 10,219 เรื่อง ผู้ศึกษาได้คัดเลือกหลักฐานทางวิชาการ พิจารณาตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก คงเหลืองานวิจัยที่น่ามาประเมินและนำไปวิเคราะห์จำนวนทั้งสิ้น 10 เรื่อง รายละเอียดดังแสดงไว้ในตาราง 1

ตาราง 1 แสดงการบันทึกการสืบค้นจำนวนงานวิจัยในการศึกษาครั้งนี้

ฐานข้อมูล	คำสำคัญ	จำนวน งานวิจัยที่ สืบค้น	จำนวน งานวิจัยที่ คัดเลือก
1. CINAHL	Burn and anxiety	120	2
	Burn and anxiety and reduction	7	0
	Burn and anxiety management	21	0
	Burn and anxiety and guideline	1	0
	Burn and anxiety and nursing	16	0
	Burn and anxiety and medicine	2	0
	Burn and anxiety and intervention and guideline	0	0
2. OVID Medline	Burn and anxiety	138	1
	Burn and anxiety and reduction	10	0
	Burn and anxiety management	6	2
	Burn and anxiety and guideline	2	0
	Burn and anxiety and nursing	10	0
	Burn and anxiety and medicine	2	0
	Burn and anxiety and intervention and guideline	10	0
3. Science Direct	Burn and anxiety	1,294	0
	Burn and anxiety and reduction	463	0
	Burn and anxiety management	804	0
	Burn and anxiety and guideline	441	0
	Burn and anxiety and nursing	842	0
	Burn and anxiety and medicine	1,019	0
	Burn and anxiety and intervention and guideline	308	0

**ตาราง 1** แสดงการบันทึกการสืบค้นจำนวนงานวิจัยในการศึกษานี้ (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญ	จำนวน งานวิจัยที่ สืบค้น	จำนวน งานวิจัยที่ คัดเลือก
4. Blackwell Synergy	Burn and anxiety	714	0
	Burn and anxiety and reduction	121	0
	Burn and anxiety management	255	0
	Burn and anxiety and guideline	110	0
	Burn and anxiety and nursing	208	0
	Burn and anxiety and medicine	402	0
	Burn and anxiety and intervention and guideline	51	0
5. Cochrane	Burn and anxiety	54	0
	Burn and anxiety and reduction	0	0
	Burn and anxiety management	45	0
	Burn and anxiety and guideline	17	0
	Burn and anxiety and nursing	22	0
	Burn and anxiety and medicine	34	0
	Burn and anxiety and intervention and guideline	17	0
6. Pro Quest Nursing	Burn and anxiety	43	0
	Burn and anxiety and reduction	2	0
	Burn and anxiety management	0	0
	Burn and anxiety and guideline	1	0
	Burn and anxiety and nursing	12	0
	Burn and anxiety and medicine	7	0
	Burn and anxiety and intervention and guideline	1	0

**ตาราง 1** แสดงการบันทึกการสืบค้นจำนวนงานวิจัยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญ	จำนวน งานวิจัยที่ สืบค้น	จำนวน งานวิจัยที่ คัดเลือก
7. Pubmed	Burn and anxiety	394	0
	Burn and anxiety and reduction	29	0
	Burn and anxiety management	102	0
	Burn and anxiety and guideline	5	0
	Burn and anxiety and nursing	39	0
	Burn and anxiety and medicine	93	0
	Burn and anxiety and intervention and guideline	0	0
8. The Joanna Briggs Institute	Burn and anxiety	4	0
	Burn and anxiety and reduction	10	0
	Burn and anxiety management	11	0
	Burn and anxiety and guideline	18	0
	Burn and anxiety and nursing	21	0
	Burn and anxiety and medicine	17	0
	Burn and anxiety and intervention and guideline	17	0
9. Psychinfo	Burn and anxiety	3	0
	Burn and anxiety and reduction	3	0
	Burn and anxiety management	3	0
	Burn and anxiety and guideline	3	0
	Burn and anxiety and nursing	3	0
	Burn and anxiety and medicine	3	0
	Burn and anxiety and intervention and guideline	3	0

**ตาราง 1** แสดงการบันทึกการสืบค้นจำนวนงานวิจัยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญ	จำนวน งานวิจัยที่ สืบค้น	จำนวน งานวิจัยที่ คัดเลือก
10. <a href="http://www.ThaiLIS.or.th/">http://www.ThaiLIS.or.th/</a>	แผลไหม้	0	0
	แผลไฟไหม้	0	0
	วิตกกังวล	0	0
	Burn and anxiety	1	0
11. กรมสุขภาพจิต <a href="http://www.dmh.go.th/">http://www.dmh.go.th/</a>	แผลไหม้	1	0
	แผลไฟไหม้	1	0
	วิตกกังวล	109	0
	Burn and anxiety	1	0
12. มหาวิทยาลัยมหิดล	แผลไหม้	35	2
	แผลไฟไหม้	8	0
	วิตกกังวล	153	
13. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	แผลไหม้	12	0
	แผลไฟไหม้	7	0
	วิตกกังวล	118	0
	Burn and anxiety	253	0
14. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	แผลไหม้	1	0
	แผลไฟไหม้	1	0
	วิตกกังวล	14	0
	Burn and anxiety	0	0
15. มหาวิทยาลัยขอนแก่น	แผลไหม้	18	0
	แผลไฟไหม้	3	0
	วิตกกังวล	210	0
	Burn and anxiety	1	0

ตาราง 1 แสดงการบันทึกการสืบค้นจำนวนงานวิจัยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญ	จำนวนงานวิจัยที่สืบค้น	จำนวนงานวิจัยที่คัดเลือก
16. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	แผลไหม้	51	0
	แผลไฟไหม้	29	0
	วิตกกังวล	153	0
	Burn and anxiety	620	0
17. Manual Search		5	3
รวม		10,219	10

หมายเหตุ: นับเฉพาะงานวิจัยที่ไม่ซ้ำ

ตาราง 2 แสดงการสรุปจำนวนหลักฐานงานวิจัยที่ได้จากการสืบค้นข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

แหล่งที่มา	จำนวนของหลักฐานงานวิจัย
การสืบค้นจากคอมพิวเตอร์	
ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์	5
วิทยานิพนธ์มหาวิทยาลัยต่างๆ	2
จากการค้นคว้าเอกสารด้วยมือ	3
รวม	10

จากคำสำคัญที่กำหนดสามารถสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากทุกแหล่งที่กล่าวมาแล้วได้จำนวน 10,219 เรื่อง แต่เมื่อพิจารณาจากหลักเกณฑ์เลือกเข้า และคัดเรื่องที่ไม่ซ้ำกันในแต่ละฐานข้อมูล พบงานวิจัยที่อยู่ในเกณฑ์ นำไปประเมินคุณภาพได้จำนวน 10 เรื่อง ส่วนงานวิจัยที่เหลือทั้งหมดจำนวน 10,209 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่ไม่ได้รับคัดเลือกมาใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เนื่องจากงานวิจัยไม่มีผลลัพธ์การศึกษาเกี่ยวข้องกับวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ บางงานวิจัยซ้ำกันและบางงานวิจัยที่สืบค้นได้นั้นไม่มีความเกี่ยวข้องกับเรื่องที่ผู้ศึกษาสนใจ

### 3. การประเมินคุณภาพของหลักฐานทางวิชาการ เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ในการนำมาใช้ทางคลินิก

#### 3.1 การประเมินคุณภาพของหลักฐานทางวิชาการ

เกณฑ์ที่ใช้ประเมินคุณภาพของข้อมูล/แหล่งข้อมูล โดยการจำแนกคุณภาพของหลักฐานงานวิจัยอ้างอิงจาก คณะกรรมการ Evidence-Based Medicine & Clinical Practice Guidelines ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ได้แบ่ง Evidence ออกเป็น 4 ระดับดังนี้ (สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2544: 41) ซึ่งมีการแบ่งระดับหลักฐานทางวิชาการไว้ 4 ระดับ ดังนี้

ระดับ A หมายถึง หลักฐานที่ได้จาก systematic review ของ randomized controlled clinical trials หรือหลักฐานที่ได้จาก randomized controlled clinical trial ที่ดำเนินการอย่างเหมาะสม

ระดับ B หมายถึง หลักฐานที่ได้จาก systematic review ของ controlled clinical study หรือ หลักฐานที่ได้จาก controlled clinical study (เช่น non-randomized controlled trial, cohort study, case-control study, cross sectional study) ที่ดำเนินการอย่างเหมาะสม หรือ หลักฐานที่ได้จากการวิจัยทางคลินิกที่ใช้รูปแบบการวิจัยอื่น และผลการวิจัยพบประโยชน์หรือโทษจากการปฏิบัติรักษาที่เด่นชัดมาก หรือเรื่องดังกล่าวไม่มีผลงานวิจัยประเภท randomized controlled clinical trial แต่ได้นำเอาหลักฐานที่ได้จากรandomized controlled clinical trial ในประชากรกลุ่มอื่นหรือเรื่องอื่นที่คล้ายคลึงกันมาใช้เป็นหลักฐาน หรือหลักฐานที่ได้จาก systematic review ของ randomized controlled clinical trials หรือ randomized controlled clinical trial ที่ดำเนินการไม่เหมาะสม

ระดับ C หมายถึง หลักฐานที่ได้จาก systematic review ของ descriptive study หรือ หลักฐานที่ได้จาก descriptive study ซึ่งหมายถึง รายงานผู้ป่วยหนึ่งรายหรือมากกว่า หรือหลักฐานที่ได้จาก systematic review ของ controlled clinical study หรือ controlled clinical study ที่ดำเนินการไม่เหมาะสม หรือหลักฐานที่ได้จาก controlled clinical trial ในประชากรกลุ่มอื่นหรือเรื่องอื่นที่คล้ายคลึงกัน

ระดับ D หมายถึง หลักฐานที่ได้จากความเห็นหรือฉันทามติ (consensus) ของคณะผู้เชี่ยวชาญ เนื่องจากไม่มีหลักฐานจากผลงานวิจัยทางคลินิก หรือผลงานวิจัยทางคลินิกที่มีอยู่ไม่สอดคล้องหรือเหมาะสมกับสถานการณ์และสถานภาพของการประกอบวิชาชีพในประเทศไทยหรือมีเพียงหลักฐานทางห้องปฏิบัติการ

### 3.2 การพิจารณาความเป็นไปได้ในการนำมาใช้ทางคลินิก

การวิเคราะห์หลักฐานทางวิชาการในด้านความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ทางคลินิกพิจารณาตามเกณฑ์ของโพลิต เบค และฮังเกอร์ (Polit, Beck, & Hungler, 2001) และเรณู พุกบุญมี (2551) มีหลักการดังนี้

1. ผลของหลักฐานทางวิชาการที่นำมาศึกษาตรงกับประเด็นของเรื่องที่กำลังศึกษาอยู่ (Clinical Relevance)
2. ผลของหลักฐานทางวิชาการที่มีความน่าเชื่อถือ (Scientific Merit) โดยพิจารณาจากการออกแบบงานวิจัย การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัยและการวัดตัวแปร การใช้สถิติในการวิเคราะห์ ความตรงภายใน ความตรงภายนอก รวมทั้งจุดเด่นและจุดด้อยของระเบียบวิธีวิจัย
3. แนวโน้มหรือ ความเป็นไปได้ที่จะนำผลของหลักฐานทางวิชาการไปใช้ในการปฏิบัติ (Implementation Potential) ประกอบด้วย

3.1 ผลงานวิจัยที่จะนำไปใช้มีความเหมาะสม (Transferability of the findings) โดยพิจารณาถึงความเหมาะสมกับหน่วยงาน กลุ่มผู้ป่วยและปรัชญาการดูแลของเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ

3.2 มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ (Feasibility of implementation) โดยคำนึงถึงพยาบาลสามารถปฏิบัติได้โดยมีเอกสิทธิ์ ผู้ร่วมงานให้ความร่วมมือในการปฏิบัติ

3.3 มีความคุ้มค่า (Cost-Benefit ratio) ผลของหลักฐานทางวิชาการที่จะนำไปใช้นั้นเกิดประโยชน์มากเพียงพอ คุ้มค่าใช้จ่ายในการดูแลที่ต้องสูญเสียในการปฏิบัติในรูปแบบเดิม

จากการสืบค้นพบว่า มีงานวิจัยที่อยู่ระดับ A จำนวน 7 เรื่อง ระดับ B จำนวน 3 เรื่อง รวมทั้งหมด 10 เรื่อง ดังแสดงในตาราง 4 (ภาคผนวก) โดยนำเสนอการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบโดยการวิเคราะห์งานวิจัยในรูปของตารางซึ่งมีรูปแบบที่ดัดแปลงมาจากแผนงานของโพลิต เบค และฮังเกอร์ (Polit, Beck, & Hungler, 2001) และเรณู พุกบุญมี (2551) ประกอบด้วยขอบเขตของข้อมูลที่จะดึงออกมาจากงานวิจัย ดังนี้ คือ ชื่อผู้เขียน ปีที่ศึกษา การประเมินระดับคุณภาพงานวิจัย วัตถุประสงค์ของงานวิจัย การออกแบบวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่วิจัย สถานที่ เครื่องมือที่ใช้ วิธีวิจัย ผลการวิจัย การวิเคราะห์ ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้

## บทที่ 4

### ผลการศึกษา

ผลจากการสืบค้นหลักฐานทางวิชาการที่เชื่อถือได้ รวบรวม วิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ ประกอบไปด้วย

1. คุณภาพของหลักฐานทางวิชาการ
2. วิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้
3. องค์ประกอบของการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้
  - 3.1 อุปกรณ์
  - 3.2 ผู้บำบัด
  - 3.3 ลักษณะของผู้ป่วยแผลไหม้
  - 3.4 เครื่องมือประเมินความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้

#### 1. คุณภาพของหลักฐานทางวิชาการ

จากการศึกษางานวิจัยทั้งหมด 10 เรื่อง เมื่อนำมาประเมินคุณภาพงานวิจัย พบว่าเป็นงานวิจัยที่เป็น Randomized controlled trial อยู่ในระดับ A จำนวน 7 เรื่อง (Field et al, 1998; Turner et al, 1998; Field et al, 2000; Wright, & Drummond, 2000; Frenay et al, 2001 ; Ferguson, 2004; Harandi et al, 2004) และเป็น Quasi experimental research อยู่ในระดับ B จำนวน 3 เรื่อง (Fratianne et al, 2001; เกียรติทอง เสตะกสิกร, 2541; สุกัญญา บุรณะพันธ์, 2547)

#### 2. วิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้

จากการวิเคราะห์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับวิธีการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ สามารถรวบรวมวิธีการลดความวิตกกังวลได้ทั้งหมด 9 วิธี ได้แก่ การนวด การสะกดจิต การสร้างจินตภาพ (Rapid Induction Analgesia: RIA) การใช้ดนตรีร่วมกับการสร้างจินตภาพร่วมกับการใช้ดนตรีที่ชอบ การใช้ดนตรีที่ผ่อนคลาย therapeutic touch โปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ การฝึกสมาธิชนิดอัปปัญญา 4 และการใช้ยา ร่วมในการลดความวิตกกังวล รายละเอียดดังแสดงในตาราง 3

**ตาราง 3 แสดงวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลใหม่**

วิธีลด ความวิตกกังวล ในผู้ป่วยแผลใหม่	ระยะของ ผู้ป่วยแผลใหม่/ อุปกรณ์ที่ใช้/ ยาที่ใช้	เครื่องมือที่ใช้ วัดความวิตกกังวล ในผู้ป่วยแผลใหม่	ผู้บำบัด/ สถานที่	ประสิทธิภาพ/ ผลลัพธ์ของการ ลดความวิตก กังวล
<b>1. การนวด</b>				
1.1 การนวด แบบ 5 ขั้นตอน (Field et al, 2000: ระดับ A)	ระยะของ ผู้ป่วยแผลใหม่ ระยะทำแผล อุปกรณ์ที่ใช้ น้ำมันจากเมล็ด โกโก้ ยาที่ใช้ ไม่ได้ระบุ	- State Trait Anxiety Inventory (State Trait Anxiety Inventory : STAI)	ผู้บำบัด พยาบาลและ แพทย์จิตเวช ผู้เชี่ยวชาญ ด้านการนวด สถานที่ ไม่ได้ระบุ	ประสิทธิภาพ สามารถลดความ วิตกกังวลได้ ผลลัพธ์ของการ ลดความวิตก กังวล ภายหลังการ นวด แบบ 5 ขั้นตอน สามารถลด ความปวด อาการคัน และมี ภาวะซึมเศร้า ลดลง
1.2 การนวด แบบสวีดิช (Field et al, 1998)	ระยะของ ผู้ป่วยแผลใหม่ ระยะทำแผล อุปกรณ์ที่ใช้ ไม่มี ยาที่ใช้ benzodiazepine - ยาบรเวทา ความเจ็บปวด แต่ไม่ได้ระบุ รายละเอียดและ ชื่อยาที่ใช้	1. The State Anxiety Inventory (The State Anxiety Inventory : STAI) 2. ประเมินระดับของ cortisol ในน้ำลาย 3. Behavior observation scale	ผู้บำบัด นักจิตวิทยา แพทย์ เภสัช ผู้เชี่ยวชาญ ด้านการนวด สถานที่ ไม่ได้ระบุ	ประสิทธิภาพ สามารถลดความ วิตกกังวลได้ ผลลัพธ์ของการ ลดความวิตก กังวล ภายหลังการนวด แบบสวีดิชใน ผู้ป่วยแผลใหม่ มี ระดับความ ปวด ซีพอร์ และ ระดับของคอร์ติ

**ตาราง 3 แสดงวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ (ต่อ)**

วิธีลด ความวิตกกังวล ในผู้ป่วยแผลไหม้	ระยะของ ผู้ป่วยแผลไหม้/ อุปกรณ์ที่ใช้/ ยาที่ใช้	เครื่องมือที่ใช้ วัดความวิตกกังวล ในผู้ป่วยแผลไหม้	ผู้บำบัด/ สถานที่	ประสิทธิภาพ/ ผลลัพธ์ของการ ลดความวิตก กังวล
	ระบุเพียงเป็น narcotics drug			ซอลในน้ำลาย ลดลง พฤติกรรม ด้านความรู้สึกร กิจกรรมที่ทำ และการให้ ความร่วมมือ ปรับปรุงไป ในทางที่ดีขึ้น
2 การสะกดจิต				
2.1 การสะกด จิต แบบ hypnotherapy  (Harandi et al, 2004 : ระดับ A)	ระยะของ ผู้ป่วยแผลไหม้ ระยะฟื้นฟู  อุปกรณ์ที่ใช้ ไม่มี ยาที่ใช้ ไม่ได้ระบุ	Visual Analogue Scale (VAS)	ผู้บำบัด ไม่ได้ระบุว่า ผู้ทำ การสะกดจิต (ในการศึกษานี้ ผู้ศึกษาวิจัยมี เพียง นักจิตวิทยา) สถานที่ - ห้องทำ กายภาพบำบัด - ต้องมี บรรยากาศที่ เงียบสงบ สามารถผ่อนคลาย ได้ดี	ประสิทธิภาพ สามารถลดความ วิตกกังวลได้ ผลลัพธ์ของการ ลดความวิตก กังวล ภายหลังการ สะกดจิตแบบ hypnotherapy ในผู้ป่วยแผล ไหม้ มีระดับ ความปวดลดลง จากการทำ กายภาพบำบัด

**ตาราง 3 แสดงวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ (ต่อ)**

วิธีลด ความวิตกกังวล ในผู้ป่วยแผลไหม้	ระยะของ ผู้ป่วยแผลไหม้/ อุปกรณ์ที่ใช้/ ยาที่ใช้	เครื่องมือที่ใช้ วัดความวิตกกังวล ในผู้ป่วยแผลไหม้	ผู้บำบัด/ สถานที่	ประสิทธิภาพ/ ผลลัพธ์ของการ ลดความวิตก กังวล
2.2 การสะกด จิต แบบ hypnosis (Frenay et al, 2001: ระดับ A)	ระยะของ ผู้ป่วยแผลไหม้ ระยะทำแผล อุปกรณ์ที่ใช้ ไม่มี ยาที่ใช้ - Midazolam 5 mg - Piritramide 20 mg - ยาบรเทา ความเจ็บปวด (ไม่ได้ระบุ รายละเอียดและ ชื่อยาที่ใช้)	Visual Analogue Scale (VAS)	ผู้บำบัด ไม่ได้ระบุว่า ผู้ทำ การสะกดจิต (ในการศึกษานี้ ผู้ศึกษาวิจัยมี เพียง นักจิตวิทยา) สถานที่ ต้องมีบรรยากาศ ที่เงียบสงบ สามารถผ่อนคลาย ได้ดีต้องมี บรรยากาศที่ เงียบสงบ สามารถผ่อนคลาย ได้ดี	ประสิทธิภาพ สามารถลดความ วิตกกังวลได้ ผลลัพธ์ของการ ลดความวิตก กังวล ภายหลังการ สะกดจิตแบบ hypnosis และ เทคนิคการผ่อนคลาย ร่วมกับการ การสะกดจิต (Stress reducing strategies : SAS) ช่วยลด ความปวดได้
2.3 เทคนิค การผ่อนคลาย ร่วมกับการสะกด จิต (Stress reducing strategies : SAS) (Frenay et al, 2001: ระดับ A)	ระยะของ ผู้ป่วยแผลไหม้ ระยะทำแผล อุปกรณ์ที่ใช้ ไม่มี ยาที่ใช้ - Midazolam 5 mg - Piritramide 20 mg	Visual Analog Scale (Visual Analog Scale : VAS)	ผู้บำบัด นักจิตวิทยา สถานที่ ต้องมีบรรยากาศ ที่เงียบสงบ สามารถผ่อนคลาย ได้ดีต้องมี บรรยากาศที่ เงียบสงบ สามารถผ่อนคลาย ได้ดี	ประสิทธิภาพ สามารถลดความ วิตกกังวลได้ ผลลัพธ์ของการ ลดความวิตก กังวล ภายหลังการ สะกดจิตแบบ hypnosis และ เทคนิคการผ่อนคลาย

**ตาราง 3** แสดงวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ (ต่อ)

วิธีลด ความวิตกกังวล ในผู้ป่วยแผลไหม้	ระยะของ ผู้ป่วยแผลไหม้/ อุปกรณ์ที่ใช้/ ยาที่ใช้	เครื่องมือที่ใช้ วัดความวิตกกังวล ในผู้ป่วยแผลไหม้	ผู้บำบัด/ สถานที่	ประสิทธิภาพ/ ผลลัพธ์ของการ ลดความวิตก กังวล
	- ขาบรรเทา ความเจ็บปวด (ไม่ได้ระบุ รายละเอียดและ ชื่อยาที่ใช้)		คล้ายได้ดี	คล้ายร่วมกับ การสะกดจิต (Stress reducing strategies : SAS) ช่วยลด ความปวดได้
3. การสร้าง จินตภาพ (Rapid Induction Analgesia: RIA or hypnotic induction) (Wright, & Drummond, 2000: ระดับ A)	ระยะของ ผู้ป่วยแผลไหม้ ระยะทำแผล อุปกรณ์ที่ใช้ ไม่มี ยาที่ใช้ - Morphine - Paracetamol with Codeine	The STAI From Y – I of the Spielberger State – Trait Anxiety Inventory (STAI)	ผู้บำบัด นักจิตวิทยา สถานที่ - ในห้องพักของ ผู้ป่วย - ต้องมี บรรยากาศที่ เงียบสงบ สามารถผ่อนคลาย คล้ายได้ดี	ประสิทธิภาพ สามารถลดความ วิตกกังวลได้ ผลลัพธ์ของการ ลดความวิตก กังวล ภายหลังจากการ ทำแผลเมื่อใช้วิธี การสร้างจินต ภาพ (Rapid Induction Analgesia) ใน ผู้ป่วยแผลไหม้ สามารถลด ระดับความปวด ด้านความรู้สึก ด้านอารมณ์ และความรู้สึก ผ่อนคลาย เพิ่มขึ้น

**ตาราง 3 แสดงวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ (ต่อ)**

วิธีลด ความวิตกกังวล ในผู้ป่วยแผลไหม้	ระยะของ ผู้ป่วยแผลไหม้/ อุปกรณ์ที่ใช้/ ยาที่ใช้	เครื่องมือที่ใช้ วัดความวิตกกังวล ในผู้ป่วยแผลไหม้	ผู้บำบัด/ สถานที่	ประสิทธิภาพ/ ผลลัพธ์ของการ ลดความวิตก กังวล
4. การใช้ดนตรี ร่วมกับการสร้าง จินตภาพร่วมกับ การใช้ดนตรีที่ ชอบ(Fratiante et al, 2001: ระดับ B)	ระยะของ ผู้ป่วยแผลไหม้ ระยะทำแผล และระยะฟื้นฟู อุปกรณ์ที่ใช้ - เทปคลาสเซ็ท เพลง - จังหวะของ ดนตรี ที่เป็น เครื่องสาย ยาที่ใช้ - ระบุว่ามีการใช้ ยาคลายความ วิตกกังวล แต่ ไม่ได้ระบุ รายละเอียดและ ชื่อยาที่ใช้ - ขาบรรเทา ความเจ็บปวด (ไม่ได้ระบุ รายละเอียดและ ชื่อยาที่ใช้)	- แบบวัดระดับความปวดและ ความวิตกกังวล (Combined vertical Wong/ Barker Faces Rating Scale และ Visual Analogue Scale) - ซีพีजर - Behavior observation scale	ผู้บำบัด นักอาชีวบำบัด และนัก กายภาพบำบัด แพทย์ เกสซ์ ผู้เชี่ยวชาญด้าน ดนตรี สถานที่ - ในห้องพักของ ผู้ป่วย - ห้องทำแผล - ต้องมี บรรยากาศที่ เงียบสงบ สามารถผ่อน คลายได้ดี	ประสิทธิภาพ สามารถลดความ วิตกกังวลได้ ผลลัพธ์ของการ ลดความวิตก กังวล ภายหลังการใช้ ดนตรีร่วมกับ การสร้างจินต ภาพร่วมกับการ ใช้ดนตรีที่ชอบ ในผู้ป่วยแผล ไหม้ ความปวด และ ซีพีजरลดลง
5. การใช้ดนตรีที่ ผ่อนคลาย (Ferguson, 2004: ระดับ A)	ระยะของ ผู้ป่วยแผลไหม้ ระยะทำแผล และระยะฟื้นฟู	-The State-Trait Anxiety Inventory (The State-Trait Anxiety Inventory : STAI) - ศึกษานานชีพ ประเมินจาก ความดันโลหิต	ผู้บำบัด นักอาชีวบำบัด และนัก กายภาพบำบัด	ประสิทธิภาพ ไม่สามารถลด ความวิตกกังวล ในผู้ป่วย แผลไหม้

**ตาราง 3** แสดงวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ (ต่อ)

วิธีลด ความวิตกกังวล ในผู้ป่วยแผลไหม้	ระยะของ ผู้ป่วยแผลไหม้/ อุปกรณ์ที่ใช้/ ยาที่ใช้	เครื่องมือที่ใช้ วัดความวิตกกังวล ในผู้ป่วยแผลไหม้	ผู้บำบัด/ สถานที่	ประสิทธิภาพ/ ผลลัพธ์ของการ ลดความวิตก กังวล
	<p><b>อุปกรณ์ที่ใช้</b></p> <p>เทปคลาสเซ็ท</p> <p><b>ยาที่ใช้</b></p> <p>- ระบุว่ามีการใช้ ยากลายความ วิตกกังวล แต่ ไม่ได้ระบุ รายละเอียดและ ชื่อยาที่ใช้</p> <p>- ขาดบรรเทา ความเจ็บปวด (ไม่ได้ระบุ รายละเอียดและ ชื่อยาที่ใช้)</p>	<p>อัตราการหายใจและอัตราการ เต้นของหัวใจ</p>	<p><b>สถานที่</b></p> <p>- ในห้องพักของ ผู้ป่วย - ต้องมี บรรยากาศที่ เงียบสงบ สามารถผ่อนคลาย ได้ดี</p>	<p><b>ผลลัพธ์ของการ ลดความวิตก กังวล</b></p> <p>ภายหลังการใช้ ดนตรีที่ผ่อนคลาย อัตราการ หายใจช้าลง</p>
6. therapeutic touch หรือพลังสัมผัส (Turner et al, 1998: ระดับ A)	<p><b>ระยะของ ผู้ป่วยแผลไหม้</b></p> <p><b>ระยะทำแผล</b></p> <p><b>อุปกรณ์ที่ใช้</b></p> <p>ไม่มี</p> <p><b>ยาที่ใช้</b></p> <p>- ขาดบรรเทา (ไม่ได้ระบุ รายละเอียดและ ชื่อยาที่ใช้)</p> <p>- ขาดคลายความ วิตกกังวล (ไม่ได้ระบุ</p>	<p>Visual Analogue Scale for Anxiety (Visual Analogue Scale for Anxiety : VASA)</p>	<p><b>ผู้บำบัด</b></p> <p>พยาบาล และ นักศึกษาแพทย์</p> <p><b>สถานที่</b></p> <p>- ในห้องพักของ ผู้ป่วย - ต้องมี บรรยากาศที่ เงียบสงบ สามารถผ่อนคลาย ได้ดี</p>	<p><b>ประสิทธิภาพ</b></p> <p>สามารถลดความ วิตกกังวลได้</p> <p><b>ผลลัพธ์ของการ ลดความวิตก กังวล</b></p> <p>ภายหลัง therapeutic touch สามารถ ลดความปวดใน ผู้ป่วยแผลไหม้ ได้</p>

**ตาราง 3 แสดงวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ (ต่อ)**

วิธีลด ความวิตกกังวล ในผู้ป่วยแผลไหม้	ระยะของ ผู้ป่วยแผลไหม้/ อุปกรณ์ที่ใช้/ ยาที่ใช้	เครื่องมือที่ใช้ วัดความวิตกกังวล ในผู้ป่วยแผลไหม้	ผู้บำบัด/ สถานที่	ประสิทธิภาพ/ ผลลัพธ์ของการ ลดความวิตก กังวล
	รายละเอียดและ ชื่อยาที่ใช้) - ยาลดอาการ ซึมเศร้า (ไม่ได้ ระบุรายละเอียด และชื่อยาที่ใช้) - Morphine			
7 โปรแกรมการ ให้ความรู้ ด้านสุขภาพ ร่วมกับ การสนับสนุน ทางอารมณ์ (สุกัญญา บุรณะ พันธ์, 2547: ระดับ B)	ระยะของ ผู้ป่วยแผลไหม้ ระยะทำแผล และระยะฟื้นฟู อุปกรณ์ที่ใช้ - โปรแกรมการ ให้ความรู้ด้าน สุขภาพร่วมกับ การสนับสนุน ทางอารมณ์และ คู่มือการปฏิบัติ ตัวสำหรับผู้ป่วย ที่มีแผลไหม้ - คู่มือการปฏิบัติ ตัวสำหรับผู้ป่วย ที่มีแผลไหม้ มี เนื้อหาเกี่ยวกับ การดูแลแผล และผิวหนัง การ ป้องกันการเกิด	แบบสัมภาษณ์วัดความวิตก กังวลของผู้ป่วย ขณะเผชิญ สถานการณ์ของสปีดเบอร์เกอร์	ผู้บำบัด พยาบาลจิตเวช สถานที่ ในหน่วยงานไฟ ใหม่น้ำร้อนลวก	ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ สามารถลดความ วิตกกังวลได้ ผลลัพธ์ของการ ลดความวิตก กังวล มีความรู้ความ เข้าใจด้าน สุขภาพเพิ่มขึ้น

**ตาราง 3 แสดงวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ (ต่อ)**

วิธีลด ความวิตกกังวล ในผู้ป่วยแผลไหม้	ระยะของ ผู้ป่วยแผลไหม้/ อุปกรณ์ที่ใช้/ ยาที่ใช้	เครื่องมือที่ใช้ วัดความวิตกกังวล ในผู้ป่วยแผลไหม้	ผู้บำบัด/ สถานที่	ประสิทธิภาพ/ ผลลัพธ์ของการ ลดความวิตก กังวล
	<p>แผลเป็น การ รับประทาน อาหาร และการ บริหารร่างกาย เพื่อป้องกันข้อ ยึดติด</p> <p><b>ยาที่ใช้</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ยาบรรเทา ความเจ็บปวด (ไม่ได้ระบุ รายละเอียดและ ชื่อยาที่ใช้)</li> </ul>			
8 การฝึกสมาธิ ชนิดอัปมัณฑา (ที่ทอง เตะกะสิกร, 2541: ระดับ B)	<p><b>ระยะของ</b> ผู้ป่วยแผลไหม้ <b>ระยะทำแผล</b> <b>และระยะฟื้นฟู</b></p> <p><b>อุปกรณ์ที่ใช้</b> บทสวดพระ คาถาเมตตา หลวงของพระ ญาณสิทธาจารย์</p> <p><b>ยาที่ใช้</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Morphine</li> <li>- Pethidine</li> <li>- Paracetamol</li> </ul>	<p>แบบสัมภาษณ์วัดความวิตก กังวลของผู้ป่วย ขณะเผชิญ สถานการณ์ของสปีดเบอร์เกอร์</p>	<p><b>ผู้บำบัด</b> พยาบาล <b>สถานที่</b> - ในห้องพักของ ผู้ป่วย - ต้องมี บรรยากาศที่ เงียบสงบ สามารถผ่อนคลาย ได้ดี</p>	<p><b>ประสิทธิภาพ</b> สามารถลดความ วิตกกังวลได้ <b>ผลลัพธ์ของการ</b> <b>ลดความวิตก</b> <b>กังวล</b> ผู้ป่วยแผลไหม้ ขณะฝึกสมาธิ รู้สึกผ่อนคลาย ลง สัมความ เจ็บปวด ความ วิตกกังวล กำลังใจดีขึ้น จิตใจสงบ</p>

**ตาราง 3 แสดงวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ (ต่อ)**

วิธีลด ความวิตกกังวล ในผู้ป่วยแผลไหม้	ระยะของ ผู้ป่วยแผลไหม้/ อุปกรณ์ที่ใช้/ ยาที่ใช้	เครื่องมือที่ใช้ วัดความวิตกกังวล ในผู้ป่วยแผลไหม้	ผู้บำบัด/ สถานที่	ประสิทธิภาพ/ ผลลัพธ์ของการ ลดความวิตก กังวล
				เยื่อเข็น แจ่มโต ขึ้น การนอนหลับจึง ดีขึ้น และไม่ฝัน ร้าย การหายใจ ความดันโลหิต ซิสโตลิตลดลง และมีอุณหภูมิที่ ผิวหนังสูงขึ้น
9 การใช้เข้าร่วมใน การลดความวิตก กังวล (Ferguson, 2004: ระดับ A; Field et al, 1998: ระดับ A; Fratianne et al, 2001: ระดับ B; Frenay et al, 2001: ระดับ A; Turner et al, 1998: ระดับ A; Wright, & Drummond, 2000: ระดับ A; เก็จทอง เสดะ กสิกร, 2541: ระดับ B; สุกัญญา บุรณะพันธ์, 2547: ระดับ B)	ระยะของ ผู้ป่วยแผลไหม้ ระยะก่อนทำ แผล ระยะทำแผล ระยะฟื้นฟู อุปกรณ์ที่ใช้ ไม่ได้ระบุ ชัดเจน ยาที่ใช้ 1. ยานอนหลับ (ไม่ได้ระบุ รายละเอียดและ ชื่อยาที่ใช้) 2. ยาคลายความ วิตกกังวล ได้แก่ benzodiazepine และ midazolam	ไม่ได้ระบุชัดเจน	ผู้บำบัด พยาบาลประจำ หน่วยงาน สถานที่ - ในห้องพักของ ผู้ป่วยก่อนเริ่ม ทำการรักษา	ประสิทธิภาพ ไม่ได้ระบุ ชัดเจน ผลลัพธ์ของการ ลดความวิตก กังวล ไม่ได้ระบุ ชัดเจนว่าความ วิตกกังวลลดลง แต่ระบุมีการใช้ ยาลดลง

**ตาราง 3 แสดงวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ (ต่อ)**

วิธีลด ความวิตกกังวล ในผู้ป่วยแผลไหม้	ระยะของ ผู้ป่วยแผลไหม้/ อุปกรณ์ที่ใช้/ ยาที่ใช้	เครื่องมือที่ใช้ วัดความวิตกกังวล ในผู้ป่วยแผลไหม้	ผู้บำบัด/ สถานที่	ประสิทธิภาพ/ ผลลัพธ์ของการ ลดความวิตก กังวล
	3. ขาดอาการ ซีมีเศร้า			
	4. ใช้ยาบรรเทา ความเจ็บปวด ได้แก่ morphine pethidine paracetamol Paracetamol with Codeine piritramide และ ระบุเพียงเป็น narcotics drug			

2.1 การนวด จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา พบวิธีการนวด 2 วิธี ได้แก่ การนวด แบบ 5 ขั้นตอน (Field et al, 2000: ระดับ A) และการนวดแบบสวีดิช (Field et al, 1998: ระดับ A)

2.1.1 วิธีการนวด แบบ 5 ขั้นตอน ใช้เวลาในการนวด 30 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้

2.1.1.1 ใช้แรงกดลักษณะถูเบาๆ (stroking fashion) ด้วยแรงเล็กน้อยถึงปานกลางบริเวณแผลเป็นเนื้อนูนที่ทำห่อถ่อด้วยน้ำมันจากเมล็ดโกโก้

2.1.1.2 ใช้ส่วนปลายของแต่ละนิ้วกดลง และเคลื่อนไหวไป-มา บริเวณริมขอบแผลเป็นเนื้อนูน แล้วขยับไปมาระหว่างตรงกลางของแผลเป็นเนื้อนูน

2.1.1.3 ใช้แรงกดปานกลาง วนรอบๆแผล ในแนวขวาง แล้วจึงทุบลงเล็กน้อยถึงปานกลางตรงๆ บนบริเวณแผลเป็นเนื้อนูนประมาณ 10 นาที

2.1.1.4 บีบและจับยกแผลเป็นเนื้อนูนขึ้นด้วยนิ้ว จากนั้นเปลี่ยนสลับตำแหน่งที่บีบและจับยกไปจนทั่วบริเวณนั้น

2.1.1.5 ทูบลงตรงๆ เป็นแนวยาว เพื่อเป็นการสิ้นสุดการ  
นวดในบริเวณนั้นๆ

2.1.2 การนวดแบบสวีดิช ใช้เวลาในการนวดนาน 20 นาที ทุกวันเป็นเวลา  
1 สัปดาห์ เริ่มการนวดในเวลาเช้าก่อนทำแผล ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน

2.1.2.1 จัดทำผู้ป่วยนอนหงาย ใช้แรงกดเบาๆ (stroked) 5  
ตำแหน่ง ได้แก่บริเวณใบหน้า ออก หน้าท้อง ขา และแขน

2.1.2.1 จัดทำผู้ป่วยในท่านอนคว่ำ เพื่อนวดบริเวณหลัง  
จากการศึกษาพบว่า วิธีการนวด แบบ 5 ขั้นตอน ลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลใหม่  
ได้ ( $p < .005$ ) (Field et al, 2000) และวิธีการนวดแบบสวีดิช ลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลใหม่  
( $p < .001$ ) (Field et al, 1998)

2.2 การสะกดจิต จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา พบวิธีการสะกดจิต 3 วิธี ได้แก่ การ  
สะกดจิต แบบ hypnotherapy (Harandi et al, 2004 : ระดับ A) การสะกดจิตแบบ hypnosis และ  
เทคนิคการผ่อนคลายร่วมกับการสะกดจิต (Stress reducing strategies : SAS) (Frenay et al, 2001:  
ระดับ A)

2.2.1 การสะกดจิต (hypnotherapy) มีวิธีการปฏิบัติดังนี้

2.2.1.1 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยที่หือผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยนอนพักอยู่  
บนเตียง เพื่ออธิบายวิธีการรักษาโดยการสะกดจิตแบบ hypnotherapy ในตอนเย็น

2.2.1.2 เช้าวันรุ่งขึ้น ก่อนการไปทำกายภาพบำบัด ผู้วิจัยจะ  
ประยุกต์หลักการของ การสร้างจินตภาพ (Rapid Induction Analgesia: RIA) โดยให้ผู้ป่วยมีระดับ  
ความรู้สึกตัวที่สงบ แต่ยังสามารถรับรู้ได้ หลังจากนั้นผู้วิจัยจะกระตุ้นผู้ป่วยตื่นภายหลังการทำ  
กายภาพบำบัดเพื่อประเมินระดับความวิตกกังวลและความปวดขณะทำกายภาพบำบัด

2.2.2 การสะกดจิตแบบ hypnosis มีวิธีการปฏิบัติดังนี้ สะกดจิตผู้ป่วย  
ขณะทำแผล เริ่มต้นการสะกดจิตโดยให้ผู้ป่วยจ้องตานิ่ง ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และปล่อยตัวตามสบาย  
เทคนิคการชักนำจะใช้คำพูดที่มีความหลากหลาย ขึ้นอยู่กับการสังเกตพฤติกรรม และสนองตอบ  
ตามความต้องการของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยแต่ละคนนึกถึงสถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการไป คิดถึง  
ประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความพึงพอใจ มีความสุข ผู้วิจัยจะหลีกเลี่ยงการใช้คำว่าสะกดจิต แต่จะ  
อธิบายว่าเป็นภาวะครึ่งหลับครึ่งตื่น (hypnotic state) ที่ผู้ป่วยสามารถแยกตนเองในขณะระลึกถึง  
ประสบการณ์ชีวิตที่มีความสุข

2.2.3 เทคนิคการผ่อนคลายร่วมกับการสะกดจิต (Stress reducing  
strategies : SAS) ในขณะทำแผล 1. โดยสอนให้ผู้ป่วยหายใจเข้า-ออกลึกๆ และค่อยๆ ผ่อนคลายเพื่อ

ลดการตอบสนองต่อความปวดและความเครียด 2. ให้ผู้ป่วยแผลไหม้หนักถึงความทรงจำที่มีความสุขและอารมณ์ทางด้านบวก เพื่อให้เกิดความคิดทดแทนความทรงจำเหตุการณ์ทางด้านลบ การเผชิญกับความคิดหรือการจัดการกับความคิด (Cognitive coping) โดยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนการรับรู้ และการไม่ให้ความสนใจ เป็นกลยุทธ์ที่ผู้ป่วยใช้ ในการเปลี่ยนความคิดและความรู้สึกเพื่อลดความปวด

จากการศึกษาวิธีการสะกดจิต แบบ hypnotherapy แบบ hypnosis และเทคนิคการผ่อนคลายร่วมกับการสะกดจิต (Stress reducing strategies : SAS) พบว่าสามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ได้ ( $p < .0001$ ,  $p < .05$ ,  $p < .05$ ) ตามลำดับ (Frenay et al, 2001: ระดับ A; Harandi et al, 2004: ระดับ A)

2.3 การสร้างจินตภาพ (Rapid Induction Analgesia: RIA or hypnotic induction) เป็นวิธีที่ปฏิบัติในสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบ ภายในห้องของผู้ป่วย หลังจากทำความสะอาดร่างกายเจ้าหน้าที่จะจัดทำให้ผู้ป่วยนอนบนเตียง คลุมแผลไหม้ด้วยผ้าปิดแผล และเจ้าหน้าที่ถูกเชิญออกจากห้องทำแผล ผู้วิจัยอีกคนจะเป็นผู้ทำ hypnotic induction ตามขั้นตอน ของ RIA เป็นเวลา 15 นาที ซึ่ง RIA เป็นเทคนิคช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสุขสบาย ผ่อนคลายมากที่สุด ร่วมกับการให้ยาแก้ปวดสำหรับการสร้างจินตภาพ และ ประเมินตัดสินใหม่ (reappraisal) จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรวบรวมความรู้สึกที่สุขสบาย ผ่อนคลาย และการรับรู้ประสบการณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวด การสร้างจินตนาการ 20 ชั้น เมื่อเริ่มนับถึง 20 แสดงว่าผู้ป่วยสุขสบาย ผ่อนคลาย ในขณะที่ตายังคงหลับอยู่ให้ผู้ป่วยคงความรู้สึกนี้อย่างต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่จึงกลับเข้ามาให้การพยาบาล ผู้ป่วยต้องได้รับการเฝ้าระวังในขณะที่ได้รับการพยาบาล โดยสังเกตความสุขสบาย และผ่อนคลายของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจะลืมตาหรือหลับตาก็ได้ ผู้ป่วยต้องเคลื่อนไหวร่างกายตามคำสั่งเพื่อให้การพยาบาลได้ ในระหว่างให้การพยาบาลผู้ป่วยถูกประเมินซ้ำเกี่ยวกับความปวดและการผ่อนคลาย โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินความรู้สึกและระดับความปวดในการทำแผลแต่ละตำแหน่ง หลังการทำแผลเจ้าหน้าที่จะออกจากห้อง ผู้ป่วยจะถูกจัดอยู่ในท่าที่สุขสบายมากที่สุด เพื่อให้อยู่ในการสร้างจิตภาพต่อไป จากการศึกษาพบว่า ผลลัพธ์ของการสร้างจินตภาพ สามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ได้ ( $p < .05$ ) (Wright, & Drummond, 2000: ระดับ A)

2.4 การใช้ดนตรีร่วมกับการสร้างจินตภาพร่วมกับการใช้ดนตรีที่ชอบ มีวิธีการปฏิบัติดังนี้ โดยเริ่มจากการใช้ดนตรีร่วมกับการสร้างจินตภาพ (Musical Based Imagery: MBI) นักดนตรีบำบัดจะเป็นผู้เข้ามาในห้องผู้ป่วยและประเมินดนตรีที่ผู้ป่วยชอบ หลังจากนั้นนักดนตรีบำบัดจะพยายามให้ผู้ป่วยคิดถึงและบรรยายถึงสถานที่ที่ผู้ป่วยรู้สึกเป็นส่วนตัว มีความปลอดภัย และผ่อนคลาย โดยให้ผู้ป่วยบรรยายรายละเอียดของภาพเหตุการณ์ดังกล่าวให้มากที่สุด เช่น สี ความรู้สึกกลิ่น และอุณหภูมิ นักดนตรีบำบัดจะบอกวิธีปฏิบัติตัวให้กับผู้ป่วยในระหว่างที่เปิดเพลงบรรเลง

ดังนี้ 1. ให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหรือท่านั่งที่สุขสบายและผ่อนคลาย 2. หายใจเข้าออกลึกๆ ด้วยความเร็วตามจังหวะของดนตรี 3. หลับตาลง 4. ให้จินตนาการว่าตนเองอยู่ในสถานที่ดังกล่าวข้างต้น

เมื่อเข้าห้องทำแผล จะสอบถามเพลงที่ผู้ป่วยชอบอีกครั้งหนึ่ง ประเมินปฏิกิริยาของผู้ป่วย และความต้องการของผู้ป่วยในขณะนั้น เพื่อที่จะตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติย่อยที่เหมาะสม ที่อยู่ภายใต้แนวทางปฏิบัติของดนตรีบำบัดร่วมกับเพลงที่ผู้ป่วยชอบ (Musical Alternate Engagement: MAE) ถ้าผู้ป่วยมีการตอบสนองในระดับปานกลางถึงสูง และมีความเครียดเพิ่มขึ้น (เช่น การร้องไห้ บอกด้วยคำพูด แสดงออกทางสีหน้า) นักดนตรีบำบัดจะพิจารณาเลือกแนวทางปฏิบัติย่อยที่เหมาะสมใหม่ ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเลือกได้ นักดนตรีบำบัดจะเป็นผู้ตัดสินใจเลือกให้ตามความชอบของผู้ป่วย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยร้องเพลงตามไปด้วย เมื่อมีโอกาสที่เหมาะสมสนับสนุนให้บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ร่วมร้องเพลงไปด้วย ถ้าผู้ป่วยไม่ชอบวิธีการของ MAE และต้องการความสงบ ไม่ต้องการเสียงดนตรีก็ให้กลับไปใช้วิธีการใช้ดนตรีร่วมกับการสร้างจินตภาพ ในระหว่างนี้สามารถปรับแนวทางปฏิบัติย่อยได้ตามความต้องการของผู้ป่วย ระยะของวิธี MAE ประมาณ 15-60 นาที ขึ้นอยู่กับระยะเวลาในการทำแผลของผู้ป่วยแต่ละราย

ภายหลังการทำแผลผู้ป่วยจะกลับไปห้อง นักดนตรีบำบัดจะแนะนำ แนวทางปฏิบัติการใช้ดนตรีร่วมกับการสร้างจินตภาพ ครั้งที่สอง เพื่อให้ผู้ป่วยเริ่มจินตภาพใหม่ทันทีที่ทำแผลเสร็จหรือถึงจินตภาพในครั้งแรก ต่อเนื่องอีกประมาณ 15-30 นาที

จากการศึกษา พบว่า ผลลัพธ์ของการการใช้ดนตรีร่วมกับการสร้างจินตภาพร่วมกับการใช้ดนตรีที่ชอบ ไม่สามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ในช่วงของการทำแผลได้ในทางสถิติ ( $p = .088$ ) และภายหลังการทำแผล ( $p = .643$ ) แต่หากเปรียบเทียบจากค่าเฉลี่ยในกลุ่มที่ฟังดนตรีมีความวิตกกังวลลดลง 1.1 คะแนน ในขณะที่ไม่ได้ฟังดนตรีความวิตกกังวลลดลงเพียง 0.72 คะแนน (Fratiante et al, 2001: ระดับ B)

2.5 การใช้ดนตรีที่ผ่อนคลาย ในขณะบริหารข้อ มีวิธีการปฏิบัติดังนี้ ในช่วงเช้าของทุกวันก่อนการทำแผล จะบันทึกระดับของความปวด ความวิตกกังวล อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต การหายใจ วัดคองสาของข้อ (length of range-of-motion treatment) และการใช้ยาลดความปวด และให้ผู้ป่วยแผลไหม้เลือกดนตรีที่ชอบ จากเทปคลาสเซ็ท 6 ตลับ ตามที่นักดนตรีบำบัดจัดไว้ให้ (เลือกจากแนวทางการบำบัดด้วยเพลงในระดับปานกลาง จาก lifescapes series เปิดเพลงในระหว่างทำการบริหารข้อ โดยการบริหารข้อ 3 รูปแบบ: แบบผู้ป่วยบริหารเอง แบบช่วยผู้ป่วยบริหารบางส่วน หรือแบบช่วยผู้ป่วยบริหารทั้งหมด (active, active-assistive, or passive) จำนวนครั้งในการทำซ้ำ และแบบของการบริหารข้อ ขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย การบริหารข้อจะทำใน

ห้องผู้ป่วยและในระหว่างนั้นจะ ดัดป้าย “ห้ามรบกวน” เปิดไฟ ปิดโทรทัศน์ ภายหลังการบริหารจึง เก็บข้อมูลตัวแปรเดิม

จากการศึกษา พบว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยแผลไหม้ก่อนและหลังบริหารข้อของกลุ่มที่ฟังดนตรีและไม่ฟังดนตรีไม่แตกต่างกัน ( $p = .94$ ) และจากการศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลของกลุ่มผู้ป่วยแผลไหม้ที่ฟังดนตรีในระหว่างบริหารข้อแตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยแผลไหม้ที่ไม่ได้ฟังดนตรี ( $p = .04$ ) (Ferguson, 2004: ระดับ A)

2.6 therapeutic touch หรือพลังสัมผัส ผู้ปฏิบัติต้องได้รับการฝึกทางด้าน พลังสัมผัส โดยผ่านการอบรมแบบ Krieger-Kunz method โดยผู้ปฏิบัติและผู้ป่วยจะอยู่ในห้องตามลำพัง ไม่มีญาติอยู่ด้วย จากนั้นเริ่มสร้างบรรยากาศให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย อาจอยู่ในท่านอนบนเตียง หรือนั่งบนเก้าอี้ พยายามให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายมากที่สุด และหลับตาลง ภายในห้องเปิดแสงสว่างสลัวๆ ร่วมกับเปิดดนตรีบรรเลงเบาๆ ในระหว่างทำ พลังสัมผัส จากนั้นเมื่อเห็นว่าผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายแล้ว จะใช้ฝ่ามือวางไว้เหนือร่างกายของผู้ป่วยประมาณ 2-5 นิ้ว แล้วทำการประเมินพลังงานของผู้ป่วย จัดการให้เกิดความสมดุลของพลังงาน โดยใช้ระยะเวลา 5-20 นาที ขึ้นอยู่กับพลังงานของแต่ละบุคคล และให้ผู้ป่วยได้พักต่ออีก 5-10 นาที หลังประเมินพลังงานแล้ว ซึ่งวิธี พลังสัมผัส จะไม่มีการแตะหรือสัมผัส ถูกแผลไหม้ของผู้ป่วยโดยตรง เพื่อป้องกันความเจ็บปวดหรือไม่สุขสบายที่อาจเกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ ผู้ป่วยจะต้องไม่ได้รับยาแก้ปวด ยาคลายกังวล ยานอนหลับ ก่อนทำ พลังสัมผัส หรือภายหลังจากรับยาดังกล่าวข้างต้นไปแล้ว 4 ชั่วโมง จึงจะเริ่มทำ พลังสัมผัส ได้

จากการศึกษา พบว่า ผลลัพธ์ของ พลังสัมผัส พบว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยแผลไหม้ลดลง ( $p < .05$ ) (Turner et al, 1998: ระดับ A)

2.7 โปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ มีวิธีการปฏิบัติดังนี้ ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยแผลไหม้ด้านร่างกายและจิตใจก่อนเข้ารับ โปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ โดยแบ่งเป็น 4 ระยะ

2.7.1 ระยะแรก 1-2 วันแรก หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษา มีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและระบายความรู้สึกการให้กำลังใจ และความเชื่อมั่น สัมผัสผู้ป่วยตามความเหมาะสม ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับสถานที่ กฐระเบียบ เครื่องใช้และอุปกรณ์ต่างๆ รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลที่จะให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย

2.7.2 ระยะดูแลรักษาบาดแผล 2 วัน หลังจากแรก 1-2 วัน ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจก่อนให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุน ทางอารมณ์ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและระบายความรู้สึก ให้กำลังใจและความเชื่อมั่น การสัมผัสผู้ป่วยตาม

ความเหมาะสม และให้ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับแผลใหม่ การทำแผล (รวมทั้งการกำจัดเนื้อตาย, การปลุกผิวหนัง ในรายที่มีข้อบ่งชี้หรือมีแนวโน้มที่จะได้รับการรักษาพยาบาลด้วยวิธีดังกล่าว) การดูแลแผล การรับประทานอาหารและยาตามแผนการรักษาของแพทย์

2.7.3 ระยะฟื้นฟู 1 สัปดาห์หลังจากระยะดูแลบาดแผล ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจก่อนให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ทุกครั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และระบายความรู้สึก ให้กำลังใจ และความเชื่อมั่น สัมผัสผู้ป่วยตามความเหมาะสม และให้ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลเป็นชนิดนูนหนา การบริหารข้อต่อต่างๆ ของร่างกายที่มีแผลใหม่ เพื่อป้องกันแผลเป็นคิงรั้ง ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดปัญหาข้อยึดติดได้

2.7.4 ระยะก่อนกลับบ้าน 1 สัปดาห์ หลังจากระยะฟื้นฟู ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจก่อนให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ทุกครั้ง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและระบายความรู้สึก ให้กำลังใจและความเชื่อมั่น สัมผัสผู้ป่วยตามความเหมาะสม และให้ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวกลับไปอยู่ที่บ้าน ได้แก่ การดูแลแผลและผิวหนังการบริหารร่างกายเพื่อป้องกันข้อยึดติด การป้องกันการเกิดแผลเป็นเนื้องอก การรับประทานอาหารตลอดจนการปฏิบัติตัวด้านต่างๆ เพื่อให้สุขภาพแข็งแรงและหายจากการเจ็บป่วยจากการศึกษา พบว่า ภายหลังโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ สามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลใหม่ ( $p < .001$ ) (ศุภัญญา นูระณะพันธ์, 2547: ระดับ B)

## 2.8 การฝึกสมาธิชนิดอัปมัญญา 4 มีวิธีการปฏิบัติดังนี้

2.8.1 จัดสถานที่และสิ่งแวดล้อม หากผู้ป่วยพักอยู่ห้องแยกให้ปิดประตู ถ้าพักอยู่ห้องรวมกันม่าน จัดสภาพแวดล้อมให้อากาศถ่ายเทและปลอดโปร่ง เช่น เปิดพัดลมดูดอากาศ ดูแลความเหมาะสมของแสงสว่าง

2.8.2 เตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ ได้แก่ บัตรแข็งบทสวดมนต์ เครื่องวัดสัญญาณชีพอัตโนมัติ นาฬิกาข้อมือ ปรอทวัดอุณหภูมิที่ผิวหนัง แถบกาวยสำหรับติดปรอท

2.8.3 บอกให้ผู้ป่วยทราบว่าจะเริ่มสวดมนต์

2.8.4 สอบถามผู้ป่วยและตอบสนองความต้องการโดยให้ความช่วยเหลือ เช่น การดื่มน้ำ การปัสสาวะ หากผู้ป่วยกลับจากห้องน้ำให้นอนพักก่อน 10 นาที

2.8.5 ให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่รู้สึกสบายและผ่อนคลาย ติดปรอทวัดอุณหภูมิที่ผิวหนัง

2.8.6 ในช่วงเย็นก่อนนอน เริ่มปฏิบัติโดยอ่านอุณหภูมิตีผิวหน้าก่อนการสวดมนต์และลงบันทึก

2.8.7 วัดระดับความเจ็บปวด ซีพจร การหายใจ ความดันโลหิต และวัดความวิตกกังวล ก่อนการสวดมนต์

2.8.8 ให้ผู้ป่วยฝึกสมาธิชนิดอัปมัณญา 4 โดยอ่านบทสวดพระคาถาเมตตาคหลวงของพระญาณสิทธาจารย์ ประกอบด้วย คำสวดแผ่เมตตาข้อ 12 ข้อ คำสวดแผ่กรุณาข้อ 12 ข้อ คำสวดแผ่มุทิตาข้อ 12 ข้อ คำสวดแผ่อุเบกขาข้อ 12 โดยผู้วิจัยและผู้ป่วยกล่าวพร้อมกันจนจบ หากผู้ป่วยรายใดมีปัญหาเกี่ยวกับการได้รับบาดเจ็บที่ดวงตา ให้ท่องบทสวดตามเทปบันทึกเสียงซึ่งอัดจากเสียงผู้วิจัย

2.8.9 เมื่อสวดมนต์จบบทสวด ประเมินผลของสมาธิโดยใช้เวลา 5 นาที ให้ผู้ป่วยนับเลขโดยการกำหนดลมหายใจเข้าออก แนะนำให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าหากจิตนึกคิดไม่นิ่งอยู่กับลมหายใจ คิดถึงสิ่งต่างๆ หรือฟุ้งซ่านให้เริ่มนับ 1 ใหม่ เช่นนี้ไปเรื่อยๆ เมื่อครบเวลา 5 นาที ประเมินผลดังนี้ เกรดที่ 1 ผู้ป่วยจะนับเลขจากการกำหนดลมหายใจเข้าและออกได้จำนวน 80-100 นับได้ติดต่อกันไม่ขาดตอน แสดงว่าการระลึกรู้ตัวย้อนไปข้างหลังและการระลึกรู้ตัวปัจจุบันดี ถือว่าสติดีทั้ง 2 ส่วน ประเมินผลว่าสมาธิดี เกรดที่ 2 ผู้ป่วยนับเลขจากการกำหนดลมหายใจเข้าและออกได้จำนวนต่ำกว่า 80 หรือเริ่มต้นนับ 1 ใหม่ แสดงว่าการระลึกรู้ตัวย้อนไปข้างหลังดี ถือว่าสติดี การระลึกรู้ปัจจุบันดี ประเมินผลว่า สติดี สมาธิไม่ดี เกรดที่ 3 ผู้ป่วยนับเลขจากการกำหนดลมหายใจเข้าออกได้เช่นเดียวกับ เกรดที่ 1 แต่ขาดตอนไม่ต่อเนื่อง ไม่มีการนับขึ้นต้นนับ 1 ใหม่ นับต่อไปเรื่อยๆ หรือนับได้เกิน 100 แสดงว่าการระลึกรู้ปัจจุบันไม่ดี ฟุ้งซ่านหรือมีความเครียดมาก ประเมินผลว่าสมาธิไม่ดี

2.8.10 อ่านอุณหภูมิตีผิวหน้าจากปรอทหลังการฝึกสวดมนต์และลงบันทึก

2.8.11 วัดระดับความเจ็บปวด ซีพจร การหายใจ ความดันโลหิต และวัดความวิตกกังวล หลังการสวดมนต์

2.8.12 วันที่ 5 ถึงวันที่ 18 ของการได้รับบาดเจ็บจากแผลไหม้ ให้ผู้ป่วยฝึกสวดมนต์โดยผู้วิจัยแนะนำกับผู้ป่วยว่า การทำสมาธิต้องทำให้สม่ำเสมอเป็นประจำทุกวัน โดยเฉพาะหลังตื่นนอนตอนเช้าและก่อนนอน เวลาเย็นก่อนนอนผู้ป่วยจะฝึกปฏิบัติพร้อมกับผู้วิจัยทั้งหมด 15 ครั้ง หลังตื่นนอนตอนเช้า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง จำนวน 15 ครั้ง โดยผู้วิจัยจะสอบถามปัญหาอุปสรรคการฝึกสวดมนต์ของผู้ป่วยทุกวัน ในช่วงเวลาเย็น ตลอดจนคอยกระตุ้นให้กำลังใจ ช่วยเหลือ แนะนำ เป็นประจำทุกวัน จากคำบอกเล่าของผู้ป่วยว่าสามารถฝึกปฏิบัติได้เพราะมีประสบการณ์จากการฝึกพร้อมผู้วิจัยในเวลาเย็นก่อนนอน

จากการศึกษา พบว่าภายหลังการฝึกสมาธิชนิดอัปมัญญา 4 สามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ ( $p < .05$ ) (เก็จทอง เสดะกสิกร, 2541: ระดับ B)

## 2.9 การใช้ยาร่วมในการลดความวิตกกังวลจากการศึกษาพบ ดังนี้

2.9.1 ยานอนหลับ (ไม่ได้ระบุรายละเอียดและชื่อยาที่ใช้) (Turner et al, 1998: ระดับ A)

### 2.9.2 ยากล่อมความวิตกกังวล

2.9.2.1 benzodiazepine (Field et al, 1998: ระดับ A)

2.9.2.2 Midazolam 5 mg ก่อนทำแผลให้ในแต่ละวันตามมาตรฐาน 20 นาที โดยไม่ได้คำนึงถึงน้ำหนักตัวผู้ป่วย (Frenay et al, 2001: ระดับ A)

2.9.2.3 ระบุว่ามีการใช้ยากล่อมความวิตกกังวล แต่ไม่ได้ระบุรายละเอียดและชื่อยาที่ใช้ (Ferguson, 2004: ระดับ A; Fratianne et al, 2001: ระดับ B; Turner et al, 1998: ระดับ A)

2.9.3 ยาลดอาการซึมเศร้า (ไม่ได้ระบุรายละเอียดและชื่อยาที่ใช้) (Turner et al, 1998: ระดับ A)

### 2.9.4 ใช้ยาระงับความเจ็บปวด

2.9.4.1 Morphine (Turner et al, 1998: ระดับ A; Wright, & Drummond, 2000: ระดับ A; เก็จทอง เสดะกสิกร, 2541: ระดับ B)

2.9.4.2 Pethidine (เก็จทอง เสดะกสิกร, 2541: ระดับ B)

2.9.4.3 Paracetamol (เก็จทอง เสดะกสิกร, 2541: ระดับ B)

2.9.4.4 Paracetamol with Codeine (Wright, & Drummond, 2000: ระดับ A)

2.9.4.5 Piritramide 20 mg ก่อนทำแผลให้ในแต่ละวันตามมาตรฐาน 20 นาที โดยไม่ได้คำนึงถึงน้ำหนักตัวผู้ป่วย (Frenay et al, 2001: ระดับ A)

2.9.4.6 ยาระงับความเจ็บปวด แต่ไม่ได้ระบุรายละเอียดและชื่อยาที่ใช้ (Fratianne et al, 2001: ระดับ B; Ferguson, 2004: ระดับ A; Frenay et al, 2001: ระดับ A; สุกัญญา บุรณะพันธ์, 2547: ระดับ B) และระบุเพียงเป็น narcotics drug (Field et al, 1998: ระดับ A)

วิธีการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยแผลไหม้มีหลายวิธี แต่ละวิธีต่างก็มุ่งที่จะลดความวิตกกังวล และอาจส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จึงพบว่านอกจากจะลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้แล้วยังส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในด้านอื่นๆ อีกเช่นกัน ผลลัพธ์ของการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ เป็นการลดสาเหตุและปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตก

กังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ จากการวิเคราะห์พบว่า ความปวดเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ของการลดความวิตกกังวล จำนวน 8 เรื่อง (Field et al, 1998: ระดับ A; Field et al, 2000: ระดับ A; Fratianne et al, 2001: ระดับ B; Frenay et al, 2001: ระดับ A; Harandi et al, 2004: ระดับ A; Turner et al, 1998: ระดับ A; Wright, & Drummond, 2000: ระดับ A; เกียรติทอง เสดะกสิกร, 2541: ระดับ B) การนอนหลับ จำนวน 1 เรื่อง (เกียรติทอง เสดะกสิกร, 2541: ระดับ B) สัญญาณชีพ จำนวน 4 เรื่อง (Ferguson, 2004: ระดับ A; Field et al, 1998: ระดับ A; Fratianne et al, 2001: ระดับ B; เกียรติทอง เสดะกสิกร, 2541: ระดับ B) ระดับของคอร์ติซอลในน้ำลาย ลดลง จำนวน 1 เรื่อง (Field et al, 1998: ระดับ A) ภาวะซึมเศร้า จำนวน 1 เรื่อง (Field et al, 2000: ระดับ A) อาการคัน จำนวน 1 เรื่อง (Field et al, 2000: ระดับ A) พฤติกรรมที่แสดงออก จำนวน 1 เรื่อง (Field et al, 1998: ระดับ A) และมีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น (สุกัญญา นูระณะพันธ์, 2547: ระดับ B)

สามารถกล่าวสรุปได้ว่า เมื่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ลดลงจะส่งผลต่อผู้ป่วยแผลไหม้ในด้านอื่นๆ ได้แก่ ความปวด การนอนหลับ สัญญาณชีพ ระดับของคอร์ติซอลในน้ำลาย ภาวะซึมเศร้า อาการคัน และพฤติกรรมที่แสดงออก นอกจากนี้ยังพบว่าในการศึกษาด้วยวิธีลดความวิตกกังวลต่างๆ มีการใช้อุปกรณ์ที่หลากหลายประกอบในการวิจัย

### 3. องค์ประกอบของการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้

จากการวิเคราะห์ผลการวิจัยพบว่า องค์ประกอบของการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ ทั้งหมด 4 หัวข้อ ได้แก่ อุปกรณ์ สถานที่ ผู้บำบัด ลักษณะของผู้ป่วยแผลไหม้ และเครื่องมือที่ใช้วัดผลความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ มีรายละเอียดดังนี้

**3.1 อุปกรณ์** จากการวิเคราะห์ผลการวิจัย พบว่า การใช้อุปกรณ์ในการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ ได้แก่

3.1.1 เทปคลาสเซ็ทเพลง จังหวะดนตรีที่ใช้จะอยู่ในระดับ 60 beat/ min และระดับเสียงดนตรีใช้ระดับปานกลางถึงต่ำ ใช้เวลาในการเปิดดนตรีประมาณ 15-30 นาที (Fratianne et al, 2001: ระดับ B) และจากเทปคลาสเซ็ท 6 ตลับ ตามที่นักดนตรีบำบัดจัดไว้ให้ (เลือกจากแนวทางการบำบัดด้วยเพลงในระดับปานกลาง จาก Lifescapes series (Ferguson, 2004: ระดับ A)

3.1.2 บทสวดพระคาถาเมตตาหลวงของพระญาณสิทธาจารย์ วัดเทพพิทักษ์ปุณณาราม ตำบลกลางดง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ประกอบด้วย คำสวดแผ่เมตตาข้อ 12 ข้อ คำสวดแผ่กรุณาข้อ 12 ข้อ คำสวดแผ่มุทิตาข้อ 12 ข้อ คำสวดแผ่อุเบกขาข้อ 12 ข้อ (เกียรติทอง เสดะกสิกร, 2541: ระดับ B)

3.1.3 โปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทาง  
อารมณ์ (รายละเอียดในหัวข้อที่ 2 หน้า 60-61) (สุกัญญา บุรณะพันธ์, 2547: ระดับ B)

3.1.4 คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่มีแผลใหม่ มีเนื้อหาเกี่ยวกับการ  
ดูแลแผลและผิวหนัง การป้องกันการเกิดแผลเป็น การรับประทานอาหาร และการบริหารร่างกาย  
เพื่อป้องกันข้อยึดติด (สุกัญญา บุรณะพันธ์, 2547: ระดับ B)

3.1.5 น้ำมันจากเมล็ดโกโก้ใช้หล่อลื่นผิวเพื่อการนวด (ระดับ A: Field et  
al, 2000)

3.1.6 จังหวะของดนตรี ที่เป็นเครื่องสาย ใช้ระดับเสียงและความเร็วใน  
ระดับปานกลาง ตามความรู้สึกของนักดนตรีบำบัด และตั้งชื่อตามจินตนาการของผู้ป่วย ลักษณะ  
ของดนตรีที่เปิดกระตุ้นจังหวะของการหายใจลึกๆ และจินตภาพซึ่งสัมพันธ์กับการผ่อนคลายของ  
กล้ามเนื้อ จังหวะดนตรีจะถูกลดลง จนถึงระดับ 60 beat/min และระดับเสียงดนตรีใช้ระดับปานกลาง  
ถึงต่ำ ใช้เวลาในการเปิดดนตรีประมาณ 15-30 นาที การเปิดเพลงจะสิ้นสุดเมื่อพยาบาลเข้ามารับ  
ผู้ป่วยเพื่อไปทำแผลในห้องทำแผล (Fratianne et al, 2001: ระดับ B)

3.2 สถานที่ ต้องมีบรรยากาศที่เงียบสงบ สามารถผ่อนคลายได้ดี (Ferguson, 2004:  
ระดับ A; Fratianne et al, 2001: ระดับ B; Frenay et al, 2001: ระดับ A; Harandi et al, 2004: ระดับ  
A; Turner et al, 1998: ระดับ A; Wright, & Drummond, 2000: ระดับ A; เกียรติทอง เสดะกสิกร, 2541:  
ระดับ B) นอกจากนี้สถานที่ที่ใช้ในการศึกษาอาจจะเป็น ในห้องพักของผู้ป่วย (Ferguson, 2004:  
ระดับ A; Fratianne et al, 2001: ระดับ B; Turner et al, 1998: ระดับ A; Wright, & Drummond,  
2000: ระดับ A; เกียรติทอง เสดะกสิกร, 2541: ระดับ B) ห้องทำแผล (Fratianne et al, 2001: ระดับ B)  
หรือห้องทำกายภาพบำบัด (Harandi et al, 2004: ระดับ A)

3.3 ผู้บำบัด จากการวิเคราะห์ผลการวิจัย พบว่า ผู้บำบัด คือ พยาบาล จำนวน 4 เรื่อง  
(Field et al, 2000: ระดับ A; Turner et al, 1998: ระดับ A; เกียรติทอง เสดะกสิกร, 2541: ระดับ B; สุ  
กัญญา บุรณะพันธ์, 2547: ระดับ B) แพทย์ จำนวน 4 เรื่อง (Harandi et al, 2004: ระดับ A; Field et al,  
1998: ระดับ A; Field et al, 2000: ระดับ A; Turner et al, 1998: ระดับ A) นักจิตวิทยา จำนวน 3 เรื่อง  
(Field et al, 1998: ระดับ A; Frenay et al, 2001: ระดับ A; Wright, & Drummond, 2000: ระดับ A)  
เภสัชกร จำนวน 1 เรื่อง (Field et al, 1998: ระดับ A) ผู้เชี่ยวชาญด้านการนวด จำนวน 2 เรื่อง (Field  
et al, 1998: ระดับ A; Field et al, 2000: ระดับ A) นักอาชีวบำบัด จำนวน 2 เรื่อง (Fratianne et al,  
2001: ระดับ B; Ferguson, 2004: ระดับ A) นักกายภาพจำนวน 2 เรื่อง (Fratianne et al, 2001: ระดับ  
B; Ferguson, 2004: ระดับ A) และผู้เชี่ยวชาญด้านดนตรี จำนวน 1 เรื่อง (Fratianne et al, 2001:  
ระดับ B)

**3.4 ระยะของผู้ป่วยแผลใหม่** จากการวิเคราะห์ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยแผลใหม่ที่อยู่ในระยะทำแผลจำนวน 5 เรื่อง (Field et al, 1998: ระดับ A; Field et al, 2000: ระดับ A; Frenay et al, 2001: ระดับ A; Turner et al, 1998: ระดับ A; Wright, & Drummond, 2000: ระดับ A) อยู่ในระยะฟื้นฟูจำนวน 1 เรื่อง (Frenay et al, 2001: ระดับ A) และอยู่ในระยะฟื้นฟูและระยะทำแผลจำนวน 4 เรื่อง (Fratianne et al, 2001: ระดับ B; Ferguson, 2004: ระดับ A; เกียรติทอง เสดะกสิกร, 2541: ระดับ B; สุกัญญา บุรณะพันธ์, 2547: ระดับ B)

**3.5 เครื่องมือที่ใช้วัดผลความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลใหม่** จากการศึกษา พบว่ามีการประเมินระดับของความวิตกกังวลที่นำมาใช้ในงานวิจัยเรื่องวิธีการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลใหม่ ขณะอยู่โรงพยาบาล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลของผู้ป่วยแผลใหม่ ระดับของคอร์ติซอลในน้ำลายของผู้ป่วยแผลใหม่ สัญญาณชีพ ประเมินด้านพฤติกรรม Visual Analog Scale และ State Trait Anxiety Inventory (State Trait Anxiety Inventory : STAI) ดังนี้

**3.5.1 แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลของผู้ป่วยแผลใหม่** สร้างขึ้นจากการดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์ภาวะเครียดในผู้ป่วยแผลใหม่ของ พรธณี ชัยโพธิ์ศรี เป็นเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ทำให้วิตกกังวลของผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล 4 ด้าน คือ ด้านสิ่งแวดล้อม ภาวะเจ็บป่วยของโรงพยาบาล ด้านการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ด้านภาพลักษณ์ และด้านครอบครัว เศรษฐกิจสังคม มี 2 ส่วน คือ ซ้ำมือเป็นข้อความเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ ขวามือเป็นความรู้สึก ระดับความวิตกกังวลเป็นมาตรฐานประเมินค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่มีเลย เล็กน้อย มาก และมากที่สุด จำนวน 35 ข้อ ส่วนข้อที่ 36 เป็นคำถามปลายเปิดให้ตอบเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ทำให้วิตกกังวลนอกเหนือจากข้อความที่กล่าวมาแล้ว ในการตอบแบบสัมภาษณ์ ให้ผู้ป่วยแผลใหม่ประเมินด้วยตนเองว่าข้อความนั้นก่อให้เกิดความวิตกกังวลหรือไม่เล็กน้อยเพียงใด โดยให้คะแนน ดังนี้ เหตุการณ์นั้นไม่มีความวิตกกังวล ให้คะแนน 1 คะแนน เหตุการณ์นั้นทำให้เกิดความวิตกกังวลเล็กน้อย มาก และมากที่สุด ให้คะแนน 2, 3 และ 4 คะแนน ตามลำดับ (เกียรติทอง เสดะกสิกร, 2541: ระดับ B)

**3.5.2 ประเมินระดับคอร์ติซอลในน้ำลายของผู้ป่วยแผลใหม่** โดยเก็บก่อนและ 20 นาทีภายหลังทำการทดลองในเวลาเดียวกันทุกวัน (9.00นาฬิกา) ของทุกวัน (Field et al, 1998: ระดับ A)

**3.5.3 สัญญาณชีพ** ประเมินจากความดันโลหิต อัตราการหายใจ และอัตราการเต้นของหัวใจ (Ferguson, 2004: ระดับ A) ชีพจร (Fratianne et al, 2001: ระดับ B; Field et al, 1998: ระดับ A) โดยประเมินจากสัญญาณชีพข้างต้นทั้งก่อนและหลังได้รับการบำบัด ด้วยเครื่องวัดสัญญาณชีพอัตโนมัติที่ได้มาตรฐาน ได้แก่ Hewlett-Packard Component Monitoring

System (Hewlett-Packard, Palo Alto, CA) Dinamap 8100 Portable Vital Signs Monitor (GE Medical Systems, Schenectady, NY) (Ferguson, 2004: ระดับ A) เครื่องวัดสัญญาณชีพอัตโนมัติ รุ่น 1846 (Critikon Dinamaps) ของบริษัทจอห์นสันแอนด์จอห์นสัน นาฬิกาข้อมือชนิดที่มีเข็มวินาที และปรอทวัดอุณหภูมิที่ผิวหนังหรือปรอทวัดอุณหภูมิปลายนิ้ว (เก็จทอง เสตะกสิกร, 2541: ระดับ B)

3.5.4 ประเมินด้านพฤติกรรม ประเมินด้านพฤติกรรมจากแบบประเมิน Behavior observation scale ใช้สังเกตพฤติกรรมก่อนและภายหลังทำการทดลอง 20 นาที มี 5 ข้อย่อยๆละ 3 คะแนน ประกอบไปด้วยการสังเกตพฤติกรรมด้านความรู้สึก กิจกรรมที่ทำ การใช้เสียง ความวิตกกังวล และการให้ความร่วมมือ (Field et al, 1998: ระดับ A; Fratianne et al, 2001: ระดับ B)

3.5.5 Visual Analog Scale (Visual Analog Scale: VAS) พบทั้งหมด 4 รูปแบบมีรายละเอียดดังนี้

3.5.5.1 Visual Analog Scale (Visual Analog Scale: VAS) ประเมินระดับความวิตกกังวลมากน้อยเป็นตัวเลข เส้นตรง ในแนวขวาง มีความยาว 10 เซนติเมตร โดยใช้ประเมินความวิตกกังวลบอกเป็นตัวเลข จากเส้นตรง (0 หมายถึง ไม่มีความวิตกกังวล และ 10 หมายถึง มีความวิตกกังวล มากที่สุด) (Frenay et al, 2001: ระดับ A)

3.5.5.2 Visual Analogue Scale (Visual Analogue Scale : VAS) ประเมินระดับความวิตกกังวลมากน้อยเป็นตัวเลข เส้นตรง เป็นแนวตั้ง แบ่งเป็น 100 มิลลิเมตร ด้านล่างสุด จะหมายถึง ไม่มีความวิตกกังวล ด้านบนสุด หมายถึง มีความวิตกกังวลมาก ให้ผู้ป่วยเลือกจากเส้นตรงตามตัวเลข (Harandi et al, 2004: ระดับ A)

3.5.5.3 Visual Analogue Scale for Anxiety (Visual Analogue Scale for Anxiety: VASA) ประเมินระดับความวิตกกังวลมากน้อยเป็นตัวเลขในแนวตั้งยาว 20 เซนติเมตร จุดต่ำสุดคือ ไม่มีความวิตกกังวล จุดสูงสุดคือ มีความวิตกกังวล มากที่สุด (Turner et al, 1998: ระดับ A)

3.5.5.4 แบบวัดระดับความวิตกกังวล (Combined vertical Wong/ Barker Faces Rating Scale และ Visual Analogue Scale) เป็นแบบประเมินให้ผู้ป่วยประเมินตนเองเป็นรูปหน้าหรือเป็นตัวเลขตั้งแต่ 0-10 โดยดัดแปลงมาจาก Trippett Objective Muscle Relaxation Inventory Completed จะประเมินด้านพฤติกรรม ชีพจร ของผู้ป่วยที่มีต่อความตึงเครียด (Fratianne et al, 2001: ระดับ B)

3.5.6 State Trait Anxiety Inventory (State Trait Anxiety Inventory : STAI) คิดค้นและพัฒนาโดย สปีลเบอร์เกอร์และคณะ (Spielberger & Vagg, 1995) เป็นแบบประเมินวัดความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆ ไป หรือเหตุการณ์เรื่องราวที่เฉพาะเจาะจงที่

เชื่อมโยงไปสู่ความวิตกกังวล แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยข้อรายการที่แสดงถึงความรู้สึกเกี่ยวข้องกับ ความวิตกกังวลขณะเผชิญ มี 2 ด้าน คือ ซ้ายมือเป็นรายการของความรู้สึก ขวามือเป็นระดับ ความรู้สึกที่เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่มีเลย เล็กน้อย มาก และมากที่สุด จำนวน 20 ข้อ เป็นความรู้สึกทางบวก 10 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 ที่เหลือ เป็นความรู้สึกทางลบ ข้อที่มีความหมายทางลบให้คะแนนเรียงลำดับจากไม่มีเลย 1 คะแนนถึงมีมากที่สุด 4 คะแนน และข้อที่มีความหมายทางบวก ให้คะแนนเรียงลำดับจากไม่มีเลย 4 คะแนน ถึงมากที่สุด 1 คะแนน (Ferguson, 2004: ระดับ A; Field et al, 1998: ระดับ A; Field et al, 2000: ระดับ A; Wright, & Drummond, 2000: ระดับ A; เกียรติทอง เสดะกสิกร, 2541: ระดับ B; สุกัญญา บุรณะพันธ์, 2547: ระดับ B)

ในการศึกษาครั้งนี้สามารถสรุปได้จากผลการสืบค้นหลักฐานทางวิชาการที่เชื่อถือได้ รวบรวม วิเคราะห์งานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ จากการศึกษา งานวิจัยทั้งหมด 10 เรื่อง เมื่อนำมาประเมินคุณภาพงานวิจัย พบว่าเป็นงานวิจัยที่เป็น Randomized controlled trial อยู่ในระดับ A จำนวน 7 เรื่อง และเป็น Quasi experimental research อยู่ในระดับ B จำนวน 3 เรื่อง สามารถรวบรวมวิธีการลดความวิตกกังวลได้ทั้งหมด 9 วิธี ได้แก่ การนวด การสะกดจิต therapeutic touch การสร้างจินตภาพ (Rapid Induction Analgesia: RIA) การใช้ดนตรีร่วมกับการสร้างจินตภาพร่วมกับการใช้ดนตรีที่ชอบ การใช้ดนตรีที่ผ่อนคลาย โปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ การฝึกสมาธิชนิดอัปมัณฑูยา 4 และการใช้ยา ซึ่งนอกจาก การลดความวิตกกังวลแล้วยังส่งผลต่อผู้ป่วยแผลไหม้ในด้านอื่นๆ อีก เช่น ความปวด การนอนหลับ ระดับของคอร์ติซอลในน้ำลาย อาการคัน เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบองค์ประกอบของการลดความ วิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ ได้แก่ อุปกรณ์ สถานที่ ผู้บำบัด ลักษณะของผู้ป่วยแผลไหม้ และ เครื่องมือที่ใช้วัดผลความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้

## บทที่ 5

### การอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ โดยผู้ศึกษาได้แบ่งการอภิปรายได้ดังนี้

1. คุณภาพของหลักฐานทางวิชาการ
2. วิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้
3. องค์ประกอบของการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้
  - 3.1 อุปกรณ์
  - 3.2 ผู้บำบัด
  - 3.3 ลักษณะของผู้ป่วยแผลไหม้
  - 3.4 เครื่องมือประเมินความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้

#### 1. คุณภาพของหลักฐานทางวิชาการ

จากการศึกษางานวิจัยทั้งหมด 10 เรื่อง เมื่อนำมาประเมินคุณภาพงานวิจัย พบว่าเป็นงานวิจัยที่เป็น Randomized controlled trial อยู่ในระดับ A จำนวน 7 เรื่อง (Field et al, 1998; Turner et al, 1998; Field et al, 2000; Wright, & Drummond, 2000; Frenay et al, 2001; Ferguson, 2004; Harandi et al, 2004) และเป็น Quasi experimental research อยู่ในระดับ B จำนวน 3 เรื่อง (Fratianne et al, 2001; เกียรติทอง เสดะกสิกร, 2541; สุกัญญา บุรณะพันธ์, 2547) จากการรวบรวมพบจำนวนของการศึกษาวิจัยน้อยและวิธีการลดความวิตกกังวลของแต่ละการศึกษา เป็นการศึกษาเพียงวิธีเดียว จึงไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบได้ว่าวิธีใดดีกว่า ดังนั้นการนำไปใช้จึงจำเป็นต้องพิจารณาตามบริบทของผู้ป่วยแต่ละรายเป็นสำคัญ นอกจากนี้ ในแต่ละงานวิจัยขนาดของกลุ่มตัวอย่างเล็ก ทำให้ความน่าเชื่อถือมีน้อย ในการศึกษาวิจัยถ้ารวบรวมกลุ่มตัวอย่างจากหลายแห่งมารวมกัน ก็อาจมีปัญหาเรื่องตัวแปรแทรกซ้อนอื่นๆ ได้ และเป็นการศึกษาแต่ผู้ป่วยแผลไหม้ที่อยู่ในโรงพยาบาลเท่านั้น ไม่พบผู้ป่วยแผลไหม้ในชุมชน และยังไม่พบการศึกษาต่อเนื่องภายหลังจากจำหน่าย ในการศึกษาครั้งนี้สามารถรวบรวมองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาเกี่ยวกับวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ 10 ฉบับ

ผลลัพธ์ที่พบนอกจากช่วยลดความวิตกกังวลแล้วยังมีผลด้านอื่นๆ ตามมาด้วย รวมถึงเป็นแนวทางในการศึกษาต่อไป ซึ่งเป็นโอกาสในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอีกทางหนึ่ง

## 2. วิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้

จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 10 เรื่อง สามารถอภิปรายผลที่ได้จากการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ ดังนี้

2.1 การนวด จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาพบ 2 เรื่อง (Field et al, 1998; Field et al, 2000) สามารถลดความวิตกกังวลได้เพราะประโยชน์ของการนวดนอกจากจะรักษาโรค หรือฟื้นฟูสมรรถภาพแล้วยังสามารถผ่อนคลายร่างกาย และจิตใจได้ (กองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2549) นอกจากนี้วิธีการนวดก็เป็นการใช้สัมผัสร่างกายอย่างมีแบบแผน เช่น สัมผัส ลูบไล้หรือบีบ เคลื่อนคลึง เป็นต้น เมื่อเกิดความเจ็บป่วยหรือไม่สบาย (สมบัติ ตาปัญญา, 2544) ช่วยให้อาการผ่อนคลายได้ (Blumenfield, & Schoeps, 1993) เนื่องจากการนวดเป็นการกระตุ้น peripheral receptor ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว ส่งกระแสประสาทไปตามเส้นประสาทขนาดใหญ่ (beta nerve fiber) ประสาทไขสันหลัง และสมอง สามารถยับยั้งอาการปวด ซึ่งความปวดจะส่งกระแสประสาทวิ่งไปตามเส้นประสาทขนาดเล็ก ร่วมกับผลของการหลั่งสาร enkephalins นอกจากนี้ อาจกระตุ้นให้มีการหลั่ง endorphins ทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย รู้สึกสบาย ลดความวิตกกังวล มีผลทำให้เพิ่มภูมิคุ้มกันโรค (psyconeuroimmunology) (ชนินทร์ ลีวานันท์, 2549) การไหลเวียนเลือดดีขึ้น เส้นเลือดฝอยขยายตัว ขับถ่ายของเสียจากเซลล์สู่ระบบเลือดดำ และปัสสาวะเพิ่มขึ้น (สมบุญเกียรติ นันทน์, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของนางลักขณ์ พรหมดีการ (2545) พบว่าการนวดเท้าสามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ( $p = .01$ )

2.2 การสะกดจิต จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาพบ 3 เรื่อง (Frenay et al, 2001; Harandi et al, 2004) การสะกดจิตเป็นวิธีที่ดี แต่ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญ เป็นการจูงใจ ด้วยการใช้คำพูดที่มีลักษณะซ้ำกัน และเสียงที่พูดก็มีระดับเสมอกัน (monotonous reiteration) เช่น บทสวดมนต์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกเคลิบเคลิ้มจนกระทั่งอยู่ในภาวะครึ่งหลับครึ่งตื่น (trance-like state) หลังจากนั้นผู้สะกดจิตจะพุดจูงใจหรือสั่งให้อาการผิดปกติบางอย่างหายไป (จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2542) การสะกดจิตอาจช่วยให้ผู้ป่วยได้ล่วงรู้ถึงสิ่งที่ถูกเก็บกดในจิตสำนึก (unconscious repressed materials) ซึ่งก่อให้เกิดอาการของความวิตกกังวล ความหวาดกลัว และอาการอื่นๆ นอกจากนั้นอาจใช้ได้ผลในการควบคุมอาการวิตกกังวล อาการปวด และพฤติกรรมซ้ำๆ ที่ผิดปกติ (จำลอง ดิษยวณิช, 2542) ในทางตรงข้ามในขณะที่ผู้ป่วยถูกสะกดจิต อาการปวด ความวิตกกังวล จะหายไปชั่วขณะหนึ่ง แต่หลังจากถูกสะกดจิตแล้วผู้ป่วยจะมีอาการกลับคืนเหมือนเดิม เช่น อาการปวด

ความวิตกกังวล (จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2542) ดังนั้นการสะกดจิตน่าจะใช้ได้ผล ในระยะเวลาสั้นๆ เช่น ขณะทำแผลในผู้ป่วยแผลใหม่ เพื่อลดความปวดที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล

2.3 การสร้างจินตภาพ (Rapid Induction Analgesia: RIA) จากการวิเคราะห์ผลการศึกษารวมทั้งหมด 1 เรื่อง (Wright, & Drummond, 2000) การสร้างจินตภาพสามารถลดความวิตกกังวลได้ อาจเนื่องมาจากการสร้างภาพในใจนึกถึงสิ่งที่ทำให้มีความรู้สึกสดชื่น แจ่มใส พอใจ อาจเป็นภาพทิวทัศน์หรือภาพที่มีความหมายในทางบวกต่อบุคคล ทำให้จิตใจผ่อนคลาย ร่างกายเข้าสู่ภาวะผ่อนคลาย การเบี่ยงเบนความสนใจของบุคคลไปจากสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยการจินตนาการหรือสร้างมโนภาพไปยังเหตุการณ์ หรือสถานที่ที่ทำให้มีความพึงพอใจ ความสุขสบาย และความสุข โดยสถานที่นั้นเป็นสถานที่ที่เกิดขึ้นในความเป็นจริง ซึ่งในกระบวนการสร้างจินตภาพจะใช้ประสาทสัมผัสทั้งห้า ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การสัมผัส การได้กลิ่น และการรับรส เพื่อให้มองเห็นภาพนั้นได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเองควบคุมสถานการณ์ได้ (ปริญา สนิกะวาทิ, 2542) การสร้างจินตภาพจะกระตุ้นการทำงานของเปลือกสมองซีกขวา ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับความมีสุนทรียภาพ โดยมีการกระตุ้นให้มีการใช้ความคิดให้เห็นภาพ (imagic thought) ซึ่งเป็นภาพบรรยากาศ หรือสถานที่ที่สร้างความพึงพอใจ ให้ความสุขสบายและเป็นสุข ซึ่งจะมีผลกระตุ้นการทำงานของระบบลิมบิกในส่วนที่รับรู้อารมณ์ทางด้านบวก ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความผ่อนคลาย สงบและสบายใจที่เกิดขึ้น และลดความเจ็บปวดลง (แสงหล้า พลนอก, 2542) สอดคล้องกับการใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย (สุรศักดิ์ พุฒิวณิชย์, 2545) โดยการสร้างจินตภาพสามารถลดการช่วยเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยออกจากเหตุการณ์ที่เป็นสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล นอกจากนี้ยังพบว่ามีผลการสร้างจินตภาพ มาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีคะแนนความวิตกกังวลลดลง หลังการสร้างจินตภาพ ( $p < .001$ ) (ปริญา สนิกะวาทิ, 2542)

2.4 การใช้ดนตรีร่วมกับการสร้างจินตภาพร่วมกับการใช้ดนตรีที่ชอบ จากการวิเคราะห์ผลการศึกษารวมทั้งหมด 1 เรื่อง (Fratianne et al, 2001) ผลลัพธ์ของการใช้ดนตรีร่วมกับการสร้างจินตภาพร่วมกับการใช้ดนตรีที่ชอบ ไม่สามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลใหม่ในช่วงของการทำแผล ( $p = .088$ ) และภายหลังการทำแผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .643$ ) แต่คะแนนความวิตกกังวลมีแนวโน้มลดลงหลังจากการใช้ดนตรีร่วมกับกลุ่มที่ฟังดนตรีมีความวิตกกังวลลดลง 1.1 คะแนน ในขณะที่ไม่ได้ฟังดนตรีความวิตกกังวลลดลงเพียง 0.72 คะแนน (Fratianne et al, 2001) ซึ่งอาจเนื่องจากมีข้อจำกัดจากความสามารถในการสร้างจินตภาพ และขนาดของกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก (จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 25 คน) ทำให้ไม่สามารถทดสอบนัยสำคัญได้ วิธีนี้เป็นการใช้แบบหลายวิธีร่วมกัน เป็นการผสมผสานกิจกรรมที่จัดให้แก่ผู้ป่วย ตั้งแต่ 1 วิธีขึ้นไป เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย

คลายและคลายความวิตกกังวล ได้แก่ คนตรีบำบัดสามารถช่วยผ่อนคลายความวิตกกังวล (จิราพร ชลธิชาชลาลักษณ์, 2547) และการสร้างจินตภาพสามารถช่วยเบี่ยงเบนความสนใจลดความวิตกกังวล (ปริญญา สนิกะวาทิ, 2542) ซึ่งจากการศึกษาแต่ละกิจกรรมสามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ได้ (Wright, & Drummond, 2000; Ferguson, 2004) ดังนั้นการใช้หลายกิจกรรมร่วมกันจึงน่าจะลดความวิตกกังวลร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การประยุกต์ใช้หลายกิจกรรมร่วมกันมีโอกาสนในการใช้กิจกรรมที่เหมาะสมกับความรู้ความสามารถร่วมกับความชอบของผู้ป่วยได้

2.5 การใช้ดนตรีที่ผ่อนคลาย จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาพบ 1 เรื่อง (Ferguson, 2004) การใช้ดนตรีที่ผ่อนคลายสามารถลดความวิตกกังวลได้อาจเนื่องมาจากเสียงดนตรีที่เกิดขึ้นเมื่อผ่านเข้าไปยังอวัยวะเกี่ยวกับการได้ยิน จะมีเส้นประสาทส่งผลต่อไปยังสมองทาลามัสและคอร์ติคอลในภาวะที่รู้สึกตัวหรือมีสติสัมปชัญญะ (ดวงดาว คุณธรรม, 2544) การประสานเสียงของคนตรีชนิดต่างๆ ทำให้ผู้ฟังเกิดความรู้สึกเพลิดเพลิน สบายใจ ช่วยผ่อนคลายอารมณ์ได้ (สุรศักดิ์ พุฒินิธิชัย, 2545) และลดความคิดที่ทำให้ไม่สบายใจ (ศศิธร พุ่มดวง, 2548) นอกจากนี้ยังมีการใช้ดนตรีที่ผ่อนคลายกับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยศึกษาผลและระยะเวลาที่มีประสิทธิภาพของคนตรีประเภทผ่อนคลายในการลดความวิตกกังวลขณะเผชิญ พบว่าดนตรีประเภทผ่อนคลายสามารถลดความวิตกกังวลขณะเผชิญในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภายใน 24-48 ชั่วโมงแรกของการเข้ารับ (พิมพ์า ลีละวัฒนากุล, ศิริรัตน์ ปานทัย, และลดาวลัย ภูมิวิษณุเวช, 2547)

2.6 therapeutic touch หรือพลังสัมผัส จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาพบ 1 เรื่อง (Turner et al, 1998) พลังสัมผัส เป็นการปฏิบัติที่ง่าย ส่งเสริมการผ่อนคลาย บรรเทาอาการปวด ลดความวิตกกังวล เป็นการให้กำลังใจผู้ป่วยได้อีกวิธีหนึ่ง เนื่องจากเมื่อทำ พลังสัมผัส ผู้ป่วยหรือผู้รับพลังของ พลังสัมผัส จะหายใจลึก กล้ามเนื้อหย่อนคลาย หลับตาลง และยังช่วยลดการกระตุ้นประสาทซิมพาเทติก พลังงานถูกนำไปใช้ ในกระบวนการหาย (healing process) ทำให้ร่างกายหลั่งสารเอ็นดอร์ฟินส์ ซึ่งเป็นสารแห่งความสุขออกมา เพื่อลดหรือบรรเทาความเจ็บปวด เพราะพลังสัมผัสเป็นการจัดระบบพลังในบุคคล ทำให้พลังงานทั้งหมดถูกเหวี่ยงไปสู่สุขภาพทางบวกเป็นการกำหนดและความตั้งใจของบุคคลนั้น นอกจากนี้พลังสัมผัสเป็นการแสดงให้เห็นถึงความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน ไม่มีการใส่สารหรือวัตถุใดเข้าไปในร่างกายและจากผลการวิจัยไม่มีผลทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนใดๆ เกิดขึ้น ทั้งนี้การปฏิบัติยังง่ายและประหยัดค่าใช้จ่าย นอกจากนี้การใช้พลังสัมผัสนั้น ผู้ที่ให้และผู้รับพลังจะเป็นใครก็ได้ สามารถใช้ได้ร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบัน ซึ่งเครื่องมือมีเพียงอย่างเดียวคือ “มือ” ของผู้ส่งพลัง (กระทรวงสาธารณสุข กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กองการแพทย์ทางเลือก, 2549)

2.7 โปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ จากการวิเคราะห์ผลการศึกษายพบ 1 เรื่อง (สุกัญญา บุรณะพันธ์, 2547) สามารถลดความวิตกกังวลได้ เนื่องมาจากเป็นการส่งเสริมการเผชิญของผู้ป่วยแผลใหม่ โดยการให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และความรู้ที่เป็นประโยชน์ของผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวล จะช่วยให้ผู้ป่วยคาดคะเนเหตุการณ์ได้ ใกล้เคียงกับความจริง เมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้องแล้ว จะมีความมั่นใจในการรักษาพยาบาล ไม่คาดการณ้อย่างผิดๆ ลดความวิตกกังวล และความกลัวลงได้ เพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหา โดยผู้ป่วยได้มีการเตรียมจิตใจเพื่อที่จะเผชิญกับปัญหา เกิดการเรียนรู้จากความรู้ที่ได้รับ และวิธีนี้เป็น การลดปัจจัยที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้นจากแผนการรักษา การรักษาที่ยู่ยากขึ้นตอนต่างๆ ในโรงพยาบาล (เก็จทอง เสดะกสิกร, 2541) ดังนั้นความรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นการให้ความ กระจ่างและแก้ไขความเข้าใจผิดๆ ทำให้ลดความวิตกกังวล ความกลัว และความเครียดของผู้ป่วยลง ได้ สามารถเผชิญกับการเกิดแผลใหม่ได้อย่างเหมาะสม (Williams & Griffiths, 1991) นอกจากนี้ยัง สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มอื่นเช่น การศึกษาผลการให้ข้อมูลต่อความวิตกกังวลของมารดา ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก พบว่าการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบ คือ มีแบบบันทึก การให้ข้อมูลญาติผู้ป่วย ข้อมูลที่ให้ ได้แก่ อาการและการรักษาพยาบาล, เครื่องมือที่ใช้กับผู้ป่วย แนะนำสถานที่ ระเบียบเยี่ยม การปฏิบัติตัวขณะเยี่ยม สิทธิคำรักษาพยาบาล แพทย์ผู้ดูแลรักษา เบอร์ โทรศัพท์ที่ติดต่อ กรณีผ่าตัด แนะนำให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด เป็นต้น โดยพยาบาลเจ้าของ ใช้เป็นผู้ให้ข้อมูลอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง และทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง การให้ข้อมูลอย่างเป็น ระบบมีผลให้มารดาผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลงภายหลังการให้ข้อมูล ( $p = .05$ ) (พิกุลรัตน์ วงศ์ พานิชย์, และวิไล ตั้งสถิตพร, 2548) และภายหลังการเตรียมญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหน่วย บำบัดพิเศษโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน สามารถลดระดับของความวิตกกังวลลง ( $p = .01$ ) (พิกุล ต้นดิธรรม, 2533)

2.8 การฝึกสมาธิชนิดอัมปลัญญา 4 จากการวิเคราะห์ผลการศึกษายพบ 1 เรื่อง (เก็จทอง เสดะกสิกร, 2541) จากการศึกษากการฝึกสมาธิชนิดอัมปลัญญา 4 ในผู้ป่วยแผลใหม่ สามารถลดความ วิตกกังวลได้ เนื่องมาจากการฝึกสมาธิชนิดอัมปลัญญา 4 เป็นการฝึกจิต โดยเป็นการพัฒนาในระดับ จิตสำนึก เมื่ออยู่ในภavnีจิตสำนึกจะตื่นตัวในขณะที่ร่างกายและจิตใจได้พักผ่อนระดับลึก ต้องมี การฝึกอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้มีสุขภาพดี และช่วยส่งเสริมสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง โดยการฝึก สมาธิ เปรียบเสมือนยาที่ให้ทางจิต ผู้ปฏิบัติจะรู้ได้เองจากการที่มีจิตใจสงบมีความสุข เยือกเย็น ขณะ อารมณ์ที่ไม่ดีของตนเอง ผลของสมาธิยังไม่มีใครปฏิเสธว่าไม่ดี นอกเสียจากผู้ที่ไม่ทดลองปฏิบัติก็ จะกล่าวว่เสียเวลางมงาย (สุนันทา กระจ่างแดน, 2544) ฉะนั้นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถฝึก ปฏิบัติสมาธิได้สำเร็จคือ ความศรัทธาในศาสนา ความตั้งใจเพียรพยายาม มีพื้นฐานเกี่ยวกับสมาธิ

ครอบครัวมีการสนับสนุนและกระตุ้นเตือน (อพัชชา ผ่องญาติ, 2543) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชมชื่น สมประเสริฐ (2526) พบว่าภายหลังนักศึกษาปีที่ 1 คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ฝึก อานาปานสติสมาธิ มีผลต่อระดับความวิตกกังวลลดลง ( $p = .05$ )

2.9 การใช้ร่วมในการลดความวิตกกังวล จากการศึกษาพบครั้งนี้ ไม่พบการระบุชื่อ ขนาด เวลา และวิธีการใช้ยาที่ชัดเจน จึงเป็นตัวแปรแทรกซ้อน ที่ทำให้ผลของงานวิจัยคลาดเคลื่อนได้ ระบุเพียงยานอนหลับ ยาลดความวิตกกังวล ยาลดอาการซึมเศร้า ยาบรรเทาความเจ็บปวด เนื่องจากการรักษาทางด้านร่างกาย ส่วนมากเป็นการรักษาด้วยยา โดยแพทย์จะใช้ยากับผู้ป่วย บางราย ในช่วงเวลาสั้นๆ ซึ่งมียารักษาเฉพาะแล้วแต่ละกรณี ส่วนมากเป็นยาในกลุ่มคลายกังวล (antianxiety drug) ทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ความคิดในการเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น (ปราโมทย์ สุทธิชัย, และมาโนช หล่อตระกูล, 2540; อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) นอกจากนี้ การเกิดความวิตกกังวลภายหลังการเกิดแผลใหม่ มักเกิดภาวะอื่นๆ ตามมา ได้แก่ การแยกตัว (withdrawal) การปฏิเสธ (denial) พฤติกรรมถดถอย (regression) ความรู้สึกโกรธ และไม่เป็นมิตร (anger and hostility) (รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2538) ภาวะสับสน (delirium) ภาวะผิดปกติทางจิตใจ ภายหลังการเกิดเหตุการณ์สะเทือนใจ (posttraumatic stress disorder: PTSD) การปรับตัวผิดปกติ (adjustment disorder) ภาวะซึมเศร้า (depression) นอนไม่หลับ (insomnia) โรควิตกกังวล (schizophrenia) (สุมิตรา เมืองขวา, 2551) และถ้าผู้ป่วยแผลใหม่มีความวิตกกังวลสูงในระหว่างการ ทำแผล จะมีผลต่อปริมาณการใช้ยาบรรเทาปวดตามมาด้วยเช่นกัน (Geisser, Bingham, & Robinson, 1995) จึงจำเป็นต้องพิจารณาการใช้ยานอนหลับ ยาลดความวิตกกังวล ยาลดอาการซึมเศร้า และ พบว่ามีการใช้ยาบรรเทาความเจ็บปวดร่วมในการลดความวิตกกังวล ในการรักษาผู้ป่วยภายหลังการ เกิดแผลใหม่มากที่สุด เนื่องมาจากความปวดเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลใหม่ที่ สำคัญปัจจัยหนึ่ง (Byers, Bridges, Kijek, & LaBorde, 2001; Carrougher et al., 2006)

กล่าวโดยสรุป การใช้วิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลใหม่ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับ การแพทย์ทางเลือกและการใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ ส่วนการใช้กิจกรรมหลายอย่างร่วมกัน เช่น การให้ข้อมูล การฝึกการผ่อนคลาย การสัมผัส และการติดตามการเย็บให้กำลังใจ ซึ่งจาก การศึกษาวิธีการลดความวิตกกังวลเหล่านี้ ส่งผลต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลใหม่ได้เป็น ส่วนใหญ่ ทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจในการเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ แต่ ในการศึกษารุ่นนี้พบว่า ทุกวิธีที่ใช้ลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลใหม่ก็เกี่ยวข้องกับความปวด จึงควรมีการจัดการกับความปวดที่เหมาะสมและการใช้ดนตรีที่ผ่อนคลายร่วมกับการให้ข้อมูล อาจเป็น วิธีที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยแผลใหม่ เพราะสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ร่วมกับได้รับข้อมูลให้สามารถ เผชิญกับการเกิดแผลใหม่ได้ แต่ควรมีการศึกษาเรื่องดนตรีที่เหมาะสมในไทยก่อน อย่างไรก็ตาม

ยังมีวิธีการลดความวิตกกังวลอีกหลายวิธีที่ยังไม่ได้นำมาศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยแผลไหม้ ได้แก่ การใช้กระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ การพยาบาลแบบเฝ้าดูแลประทับใจหรือการใช้สัมพันธ์ภาพเชิงบำบัด จึงควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในอนาคตต่อไป

จากการศึกษาพบว่า การลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ เป็นการลดสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ได้แก่ ความปวด การนอนหลับ สัญญาณชีพ ระดับของ saliva cortisol ภาวะซึมเศร้า อาการคัน พฤติกรรมที่แสดงออก รายละเอียดดังนี้

ความปวด เป็นความทุกข์ทรมานจากการทำแผลของผู้ป่วยแผลไหม้ ความปวดของผู้ป่วยแผลไหม้จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ได้ (Geisser, Bingham, & Robinson, 1995) จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความปวดและความวิตกกังวล พบว่าความปวดมีความสัมพันธ์ โดยตรงกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ (Weinberg, Birdsall, Vail, Marano, Petrone, & Hani, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของ ไกสเซอร์ บิงก์แฮม และ โรบินสัน (1995) ศึกษาความสัมพันธ์ของความปวดและความวิตกกังวล ก่อนและระหว่างการทำแผลไหม้ จากการประเมินโดยผู้ป่วยแผลไหม้และพยาบาล พบว่า ความวิตกกังวลในระหว่างการทำแผลไหม้มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาบรรเทาปวดที่ได้รับ ( $p < .01$ ) อย่างไรก็ตามความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้จะคงอยู่แม้จะไม่ได้มีการทำแผลก็ตาม (Weinberg et al., 2000) ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ภายหลังจากสะกดจิตแบบ hypnotherapy ในผู้ป่วยแผลไหม้ มีระดับความปวดลดลงมากที่สุด ภายหลังจากทำกายภาพบำบัด ( $p < .0001$ ) (Harandi et al, 2004) นอกจากนี้ ในเรื่องการเปรียบเทียบปริมาณของการใช้ยา มีเพียงการศึกษาจากการสร้างจินตภาพ พบว่า เมื่อความปวดลดลงผู้ป่วยจะมีการใช้ยา Paracetamol with Codeine ลดลง ( $p < .01$ ) (Wright, & Drummond, 2000) จึงไม่สามารถเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการใช้ยาเพื่อจัดการกับความปวดในผู้ป่วยแผลไหม้ได้ ฉะนั้นบุคลากรทางสุขภาพจึงจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยแผลไหม้ให้สามารถจัดการกับความปวดได้ เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้

การนอนหลับ ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับ (ผาณิตา ชนวมณี, สุนุดตรา ตะบูนพงศ์, และถนอมศรี อินทนนท์, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาของนภาพร สุนงข (2546) จากการสำรวจคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยแผลไหม้ พบว่า ปัจจัยภายในที่รบกวนการนอนหลับมากที่สุดคือ ความวิตกกังวล นอกจากนี้ความกลัวและความวิตกกังวลมีผลต่อการกระตุ้นให้ร่างกายหลั่ง noradrenaline ซึ่งมีผลกับ sympathetic nervous system ทำให้ adrenaline และ corticosteroid release ส่งผลให้อัตราการหายใจ ความดันโลหิต และแรงดึงตัวของกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้นอนไม่หลับ หลับๆ ตื่นๆ ทำให้ตื่นบ่อยในช่วงกลางคืนและนอน

ต่ออีกลำบากเมื่อตื่นแล้ว (Ehde, Patterson, Wiechman, & Wilson, 1999; นภาพร สุนงกช, 2546) ใน การศึกษานี้พบเพียงวิธีเดียว ได้แก่ ภายหลังการฝึกสมาธิชนิดอัปมัณฑูยา 4 มีผลทำให้ผู้ป่วยแผล ใหม่มัขณะฝึกสมาธิรู้สึกผ่อนคลายลง ลืมความเจ็บปวด ความวิตกกังวล กำลังใจดีขึ้น จิตใจสงบ เขือก เย็น แจ่มใสขึ้น การนอนหลับจึงดีขึ้น และไม่ฝันร้าย (เก็จทอง เสดะกสิกร, 2541)

สัญญาณชีพ การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพในผู้ป่วยแผลใหม่ เกิดเนื่องจากการเร่ง ทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ เพื่อตอบสนองต่อความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น (เก็จทอง เสดะกสิกร, 2541; วิจิตรา กุสุมภ์, 2546) เมื่อผู้ป่วยแผลใหม่รับรู้ถึงความผ่อนคลาย สงบและสบายใจ ความวิตก กังวลลดลง มีผลกระตุ้นการทำงานของระบบลิมบิกในส่วนที่รับรู้อารมณ์ทางด้านบวก ทำให้มีการ ตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติ การช่วยเหลือในการลดความวิตกกังวลโดยเพิ่มการทำงาน ของพาราซิมพาเธติก มีผลให้อัตราชีพจรช้าลง ระดับความดันโลหิตและอัตราการหายใจลดลง จึง สามารถนำมาใช้ในการประเมินความวิตกกังวลได้อีกวิธีหนึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร ชลธิชชาลักษ์ (2547) พบว่าผู้ป่วยระหว่างหยาเครื่องช่วยหายใจ ได้รับดนตรีบำบัดนาน 30 นาที เพื่อลดความวิตกกังวลในขณะที่ได้รับฟังดนตรีบำบัดผู้ป่วยมีความวิตกกังวล อัตราการหายใจและ ความดันเฉลี่ยของหลอดเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระดับของคอร์ติซอลในน้ำลาย จากการศึกษาความวิตกกังวล ความกลัว ความปวด มี ผลต่อระดับของคอร์ติซอลในน้ำลาย เนื่องจากความกลัว ความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และไม่สุข สบาย จะมีผลกระตุ้นให้สมองหลังฮอว์โมนคอร์ติซอลเพิ่มขึ้น (Kohlman & Lindsey, 1993 อ้างใน ประราณี โอภาสนันท์, 2545) เพราะเมื่อสมองได้รับการกระตุ้นจากสาเหตุของความเครียด แล้วส่ง สัญญาณประสาทไปยัง hypothalamus กระตุ้นให้ anterior pituitary gland กระตุ้น adrenocorticotrophic hormone จากนั้นจะไปกระตุ้นต่อมหมวกไตส่วนนอกให้หลั่ง คอร์ติซอลเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ระดับ ของ cortisol จะพบสูงสุดในช่วงเวลา 8.00 นาฬิกา โดยสามารถตรวจหาระดับของ cortisol ได้จาก เลือด น้ำลาย ปัสสาวะ เฉลี่ยพบใน plasma concentration 13 µg/dL และ Secretion rate 15 mg/dl (อมร อุปแก้ว, 2547) ความวิตกกังวลจากความกลัว ความเจ็บปวดจึงมีผลต่อการเพิ่มระดับของ cortisol ฉะนั้น การตรวจหาระดับของคอร์ติซอล สามารถนำมาใช้ในการประเมินความวิตกกังวลได้ อีกวิธีหนึ่ง แต่จะทำให้เกิดค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ใช้ระยะเวลาในการคอยผล และในการตรวจหาระดับ ของคอร์ติซอลในกระแสเลือด นั้นอาจมีผลคลาดเคลื่อนจากช่วงเวลาในขณะที่มีการเจาะเลือดอาจ ก่อให้เกิดความกลัวและความเจ็บปวดได้ จากเหตุผลดังกล่าวจึงหลีกเลี่ยงมาใช้วิธีตรวจหาระดับของ คอร์ติซอล จากน้ำลายและปัสสาวะแทน สอดคล้องกับการศึกษาของสุดาพร พุ่มเมือง และคณะ (2549) โดยเก็บตัวอย่างน้ำลายเพื่อวัดระดับคอร์ติซอล หลังตื่นนอนในหญิงไทยอ้วน พบว่าระดับ ของคอร์ติซอลในน้ำลายไม่มีผลต่อความเครียดในชีวิตประจำวันของหญิงไทยอ้วน

ภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยแผลไหม้มักเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาภายหลังการเกิดแผลไหม้ เนื่องจาก การเกิดความวิตกกังวลที่คงอยู่นาน การที่ต้องทนกับสิ่งเร้าต่างๆ ที่เข้ามา หากไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือ บรรเทาความรุนแรง ปล่อยให้ผู้ป่วยใช้วิธีในการเผชิญแบบไม่เหมาะสม อาจเกิดภาวะซึมเศร้า ตามมาได้ (White, 1982; Mannan et al., 2006) ฉะนั้น หากมีการช่วยเหลือผู้ป่วยแผลไหม้ที่เหมาะสม ลดความวิตกกังวลได้ดีย่อมส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของพทาเชค แพทเทอร์สัน และเฮมบาซซ์ (2002) ภายหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลหาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจากหน่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวก จำนวน 209 คน พบว่าภาวะซึมเศร้าสูง ความวิตกกังวลก็จะสูง และจะค่อยๆลดลงเมื่อใกล้กลับบ้าน (Ptacek, Patterson, & Heimbach., 2002) การช่วยเหลือผู้ป่วยจาก ภาวะซึมเศร้า จึงควรใช้วิธีการนวด เพราะวิธีการนวด น่าจะเกิดขึ้นและพัฒนาจากพฤติกรรมตามธรรมชาติของคนและสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมทั่วไป ที่ใช้การสัมผัส ลูบไล้หรือบีบ เคล้นคลึง เมื่อเกิดความเจ็บป่วยหรือไม่สบาย (สมบัติ ตาปัญญา, 2544) ก่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ สุขสบาย มีเพื่อนไม่ว้าเหว และสามารถช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้

อาการคัน อาการคันมีสาเหตุจากแผลเป็นเนื้อนูนเนื่องมาจากลักษณะสภาพผิวตามร่างกายของผู้ป่วยแผลไหม้ที่เกิดจากปฏิกิริยาของร่างกายเพื่อให้แผลไหม้หาย อาการคันที่เกิดขึ้นจากแผลเป็นเนื้อนูน จะก่อให้เกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ได้ (สุนันท์ ลินเชื้อสัจย์กุล, 2536) หากช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายขึ้น ไม่ต้องทนทุกข์ทรมานกับอาการคัน จนรบกวนการดำเนินชีวิต เมื่ออาการคันทุเลาลง จะส่งผลให้ความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ลดลงด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของไดสเตอร์แอส (Dyster-Aas, 2006) พบว่า อาการคันที่เกิดขึ้นจากแผลเป็นเนื้อนูน เป็นปัจจัยสำคัญในการเกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การนวด สามารถช่วยป้องกันการเกิดแผลเป็นเนื้อนูน ที่ก่อให้เกิดอาการคัน และยังช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยแผลไหม้ได้ (Patino, Novick, Merlo, & Benaim., 1999)

พฤติกรรมที่แสดงออก ได้แก่ การให้ความร่วมมือในการรักษา อาจเนื่องจากเมื่อผู้ป่วยแผลไหม้มีความวิตกกังวลและไม่สามารถเผชิญกับการเกิดแผลไหม้ จากเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด กิจกรรมประจำวันที่เปลี่ยนไป สิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย โดยเฉพาะการที่ต้องอยู่ในห้องที่ปลอดเชื้อหรือห้องแยก กฎระเบียบที่เป็นทางการ และความเจ็บปวดจากการทำแผลไหม้ เมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลหรือการช่วยเหลือที่เหมาะสม สภาพจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยเริ่มดีขึ้น ความวิตกกังวลลดลง สามารถเผชิญกับการเกิดแผลไหม้ ได้ดี จึงทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของราฟไอ ออสโคยูอิ นิคราวาส (2007) พบว่าหากผู้ดูแลมีจิตใจที่สมบูรณ์ และพฤติกรรมบริการที่ดี ผู้ป่วยจะรับรู้ถึงความเอาใจใส่ ความห่วงใย และการดูแลแบบเอื้ออาทร

หากผู้ดูแลเบื้องต้น เพิกเฉยต่อการร้องขอ ทำให้ผู้ป่วยแผลไหม้รู้สึกโดดเดี่ยวไร้ที่พึ่ง ดังนั้น โปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ จึงน่าจะเป็นวิธีที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยแผลไหม้ การลดความวิตกกังวล มักจะเป็นการศึกษา การลดสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล โดยเฉพาะความปวดจากการทำแผลเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ในผู้ป่วยแผลไหม้ อย่างไรก็ตาม ความวิตกกังวลของผู้ป่วยแผลไหม้ในแต่ละระยะน่าจะมีสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลแตกต่างกัน นอกจากนี้ การลดความวิตกกังวล อาจจะเป็นตัวชี้วัดที่ระบุระดับความวิตกกังวล เช่น สัญญาณชีพ และระดับคอร์ติซอลในน้ำลาย ดังนั้นความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ จึงควรคำนึงถึงระยะของแผลไหม้ร่วมกับสาเหตุและปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล เนื่องจากการสอนและการให้ข้อมูล เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน โดยผู้สอนจะมีการจัดสถานการณ์หรือกิจกรรมต่างๆ ให้ผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ เปลี่ยนแปลงทัศนคติ และพฤติกรรมไปในทางที่ดี นอกจากนี้การสอนและการให้ข้อมูลเป็นหน้าที่หลักของพยาบาลที่สามารถปฏิบัติได้โดยง่าย เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา และต้องให้การดูแลแบบองค์รวม (สุรศักดิ์ พุฒินิษฐ์, 2545)

### 3. องค์ประกอบของการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้

จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 10 เรื่อง สามารถอภิปรายผลองค์ประกอบสำคัญของการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ ดังนี้

3.1 อุปกรณ์ ในการศึกษาครั้งนี้พบวิธีที่หลากหลาย อุปกรณ์จึงมีความแตกต่างกันออกไปตามแต่ละวิธีที่ใช้ในการลดความวิตกกังวล เช่น การใช้ดนตรี การสร้างจินตภาพ การฝึกสมาธิชนิดอปปัมัญญา 4 จะเห็นได้ว่าขึ้นอยู่กับวิธีการที่ใช้ลดความวิตกกังวล เพราะจะกำหนดอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยเฉพาะในวิธีนั้นอยู่แล้ว แต่อุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วยควรมีการตรวจสอบความเหมาะสมก่อนที่จะนำมาใช้กับผู้ป่วยก่อน เนื่องมาจากอาจมีความแตกต่างกันในเรื่องวัฒนธรรม ภาษา และการดำรงชีวิต เช่น การเลือกใช้นดนตรีต่างๆ

3.2 สถานที่ สถานที่ที่ใช้ในการศึกษาและการเก็บข้อมูลมีหลายแห่ง ได้แก่ ในห้องพักของผู้ป่วย ห้องทำแผล และห้องทำกายภาพบำบัด แต่จะเห็นได้ว่าสิ่งๆ ที่เหมือนกันคือ ต้องมีบรรยากาศที่เงียบสงบ สามารถผ่อนคลายได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของจำรัสย์ หอมพรมมา (2551) พบว่า ส่วนองค์ประกอบของการใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวล ได้แก่ สถานที่ ต้องเป็นห้องที่ค่อนข้างมืด เงียบ บรรยากาศดี

3.3 ผู้บำบัด จากการศึกษาพบมีผู้สนใจทำการศึกษาวิธีการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้หลากหลายวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาล แพทย์ นักจิตวิทยา เกษัชกร ผู้เชี่ยวชาญด้านการนวด

นักอาชีวบำบัด นักกายภาพ ผู้เชี่ยวชาญด้านดนตรี เนื่องจากวิธีการลดความวิตกกังวล มีความหลากหลาย จำเป็นต้องอาศัยความชำนาญเฉพาะด้านของแต่ละบุคคล และในปัจจุบันได้มีการดูแลแบบสหสาขาเกิดขึ้นจึงทำให้มีการศึกษาร่วมกันมากขึ้น และเป็นที่น่าสังเกตได้ว่า ผู้บำบัดบางคนไม่ได้เป็นผู้ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแผลไหม้โดยตรง ไม่ได้จำกัดเฉพาะวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่ง เพราะในบางวิธีต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญหรือต้องได้รับการอบรมก่อน เช่น การนวด การสร้างจินตภาพ ดนตรีบำบัด เป็นต้น อย่างไรก็ตามบทบาทของพยาบาลที่สำคัญในการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ ได้แก่ การให้ข้อมูล เพราะนอกจากพยาบาลมักเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดตลอด 24 ชั่วโมง ดังนั้นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยแผลไหม้ จึงจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพของตนเอง หรือประสานการทำงานร่วมกับสหสาขา เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ให้มีประสิทธิภาพ จากการศึกษาของวิมา ไชชาติกุล และอารีย์วรรณ อ่วมธานี (2550) เรื่อง การศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานแผลไหม้-น้ำร้อนลวก พบว่าจากการรวบรวมความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในทีมสุขภาพผู้ป่วยแผลไหม้แล้ว 25 ท่าน สรุปว่าสมรรถนะด้านทักษะการพยาบาลผู้ป่วยที่ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน และมีความสำคัญมากที่สุดคือ การให้คำปรึกษาและแก้ไขปัญหาด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยแผลไหม้ เนื่องจากผู้ป่วยแผลไหม้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ความปวดของแผลไหม้ การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของร่างกาย การเกิดความพิการ หรือสูญเสียอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกาย นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยแผลไหม้มีปัญหาซับซ้อนด้านจิตใจ ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานแผลไหม้-น้ำร้อนลวกจึงเป็นกำลังสำคัญในการให้คำปรึกษาและแก้ไขปัญหาด้านจิตใจให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวได้ดีที่สุด

3.4 ระยะของผู้ป่วยแผลไหม้ จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยแผลไหม้ที่คัดเข้าในการศึกษาส่วนใหญ่มุ่งไปที่ช่วงระยะเวลาในการทำแผล ฉะนั้นในการศึกษานี้ระยะเวลาในการทำแผล จึงเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมในการเลือกวิธีการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ที่เหมาะสมมาใช้ เนื่องจากความปวดจากการทำแผล คือสิ่งที่รบกวนผู้ป่วยมากที่สุด และเป็นปัจจัยที่สำคัญในการเกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ (อนงค์ ประสานนันทกิจ, ขนิษฐา นาคะ, และชอลดา พันธุเสนา, 2546) ส่วนในระยะฉุกเฉิน เป็นการดูแลผู้ป่วยแผลไหม้ในระยะ 2-3 วันแรกหลังอุบัติเหตุ ส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับเรื่องการให้สารน้ำทดแทน ส่วนระยะของการดูแลแผล การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ที่ต้องใช้ระยะเวลานานควรจะเริ่มตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Osborn, 2003; สิริมา มงคลสัมฤทธิ์, 2548) นอกจากนี้ปัจจัยสำคัญของระยะผู้ป่วยแผลไหม้ คือความพร้อมของผู้ป่วยในการรับข้อมูลข่าวสารต่างๆ ด้วย

3.5 เครื่องมือที่ใช้ประเมินความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลใหม่ จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าการประเมินระดับของความวิตกกังวล โดยมีตัวชี้วัดที่ใช้แบบวัดภูวิสัย และจิตวิสัย ตัวชี้วัดแบบวัดภูวิสัย ได้แก่ ระดับของคอร์ติซอลในน้ำลาย สัญญาณชีพ ตัวชี้วัดแบบจิตวิสัย ได้แก่ แบบประเมินด้านพฤติกรรม Visual Analog Scale (Visual Analog Scale: VAS) และ State Trait Anxiety Inventory (State Trait Anxiety Inventory : STAI) การเลือกใช้จึงขึ้นกับบริบทของแต่ละการศึกษา และแต่ละเครื่องมือหรือตัวชี้วัดมีข้อดีและข้อจำกัดแตกต่างกัน แบบสอบถามต้องใช้ระยะเวลามาก ในการตอบแบบสอบถามและ ทำความเข้าใจในคำถามก่อน จึงนิยมนำมาใช้ในทางคลินิกน้อย ซึ่งอาจจะไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยแผลใหม่ที่อยู่ในระยะทำแผล จึงควรพิจารณาเครื่องมือหรือตัวชี้วัดที่มีความเชื่อมั่นและความตรงอื่นๆ (มานิต ศรีสุรภานนท์, พร็ิมเพรา ดิษยวณิช, และจำลอง ดิษยวณิช, 2544) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าวิธีที่สื่อสารง่าย สะดวก รวดเร็ว ไม่รบกวนผู้ป่วย คือวิธี Visual Analog Scale ประเมินโดยให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง เป็นรูปหน้าหรือตัวเลขตั้งแต่ 0-10 และเหมาะแก่การนำไปปฏิบัติทางคลินิก

โดยสรุป วิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลใหม่ เป็นประเด็นที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยแผลใหม่ และจากการใช้วิธีต่างๆ ดังที่ได้กล่าวข้างต้น โดยแต่ละวิธีมีความสำคัญ มีข้อดีที่แตกต่างกันไป และมีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลได้ จึงควรให้ความสนใจและศึกษาเกี่ยวกับเทคนิคต่างๆ รวมทั้งเป็นการทำงานประสานกับสหสาขาวิชาชีพในการดูแลและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยแผลใหม่ และครอบครัว ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการศึกษาครั้งนี้ ทุกวิธีที่ใช้ลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลใหม่ มักเกี่ยวข้องกับความปลอดภัย จึงควรมีการจัดการกับความปวดที่เหมาะสม และการใช้ดนตรีที่ผ่อนคลายร่วมกับการให้ข้อมูล อาจเป็นวิธีที่ดีที่สุดในผู้ป่วยแผลใหม่ เนื่องจากการลดปัจจัยสำคัญต่างๆ ที่สามารถก่อให้เกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลใหม่ได้ เช่น ความปวด ความต้องการข้อมูลในการรักษาของตนเอง วิธีการเผชิญปัญหา แผนการรักษา การรักษาที่ยุ่ยากขึ้นตอนต่างๆ ในโรงพยาบาล เป็นต้น แต่ผลการศึกษาอาจยังไม่ครอบคลุม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก และในการศึกษาครั้งนี้ไม่พบแผลใหม่ที่มาจากความเย็น จึงอาจไม่เหมาะสมกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลใหม่ที่มีสาเหตุจากความเย็น

## บทที่ 6

### สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ มีงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ทั้งหมด 10 เรื่อง พบว่าเป็นการศึกษาที่เป็น Randomized controlled trial อยู่ในระดับ A จำนวน 7 เรื่อง และเป็น Quasi experimental research อยู่ในระดับ B จำนวน 3 เรื่อง ผลจากการศึกษา วิเคราะห์งานวิจัยทั้งหมดสามารถสรุปสาระสำคัญของวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้วิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ผลลัพธ์ของการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ และองค์ประกอบของการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้คือ

#### 1. วิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ที่นำมาใช้ได้แก่

1.1 การนวด สามารถแบ่งวิธีการนวดออกเป็น 2 วิธี ได้แก่ การนวด แบบ 5 ขั้นตอน และการนวดแบบสวิตซ์

1.1.1 วิธีการนวด แบบ 5 ขั้นตอน ใช้เวลาในการนวด 30 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้

1.1.1.1 ใช้แรงกดลักษณะลูบเบาๆ (stroking fashion) เล็กน้อยถึงปานกลางกดลงบริเวณแผลเป็นเนื้อนูนที่ทาหล่อลื่นด้วยน้ำมันจากเมล็ดโกโก้

1.1.1.2 ใช้ส่วนปลายของแต่ละนิ้วกดลง และเคลื่อนนิ้วไป-มา บริเวณริมขอบแผลเป็นเนื้อนูน แล้วขยับไปมาระหว่างตรงกลางของแผลเป็นเนื้อนูน

1.1.1.3 ใช้แรงกดปานกลาง วนรอบๆแผล ในแนวขวาง แล้วจึงทุบลงเล็กน้อยถึงปานกลางตรงๆ บนบริเวณแผลเป็นเนื้อนูนประมาณ 10 นาที

1.1.1.4 บีบและจับยกแผลเป็นเนื้อนูนขึ้นด้วยนิ้ว จากนั้นเปลี่ยนสลับตำแหน่งที่บีบและจับยกไปจนทั่วบริเวณนั้น

1.1.1.5 ทุบลงตรงๆ เป็นแนวยาว เพื่อเป็นการสิ้นสุดการนวดในบริเวณนั้นๆ

1.1.2 การนวดแบบสวิตซ์ ใช้เวลาในการนวดนาน 20 นาที ทุกวันเป็นเวลา 1 สัปดาห์ เริ่มการนวดในเวลาเช้าก่อนทำแผล ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน

1.1.2.1 จัดทำผู้ป่วยนอนหงาย ใช้แรงกดเบาๆ (stroked) 5 ตำแหน่ง ได้แก่บริเวณใบหน้า ออก หน้าท้อง ขา และแขน

1.1.2.1 จัดทำผู้ป่วยในท่านอนคว่ำ เพื่อบริเวณหลัง

1.2 การสะกดจิต สามารถแบ่งวิธีการสะกดจิต 3 วิธี ได้แก่ การสะกดจิต แบบ hypnotherapy การสะกดจิตแบบ hypnosis และเทคนิคการผ่อนคลายร่วมกับการสะกดจิต (Stress reducing strategies : SAS)

1.2.1 การสะกดจิต (hypnotherapy) มีวิธีการปฏิบัติดังนี้

1.2.1.1 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยที่หอบผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยนอนพักอยู่บนเตียง เพื่ออธิบายวิธีการรักษาโดยการสะกดจิตแบบ hypnotherapy ในตอนเย็น

1.2.1.2 เช้าวันรุ่งขึ้น ก่อนการไปทำกายภาพบำบัด ผู้วิจัยจะประยุกต์หลักการของ การสร้างจินตภาพ (Rapid Induction Analgesia: RIA) โดยให้ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวที่สงบ แต่ยังสามารถรับรู้ได้ หลังจากนั้นผู้วิจัยจะกระตุ้นผู้ป่วยตื่นภายหลังการทำกายภาพบำบัดเพื่อประเมินระดับความวิตกกังวลและความปวดขณะทำกายภาพบำบัด

1.2.2 การสะกดจิตแบบ hypnosis มีวิธีการปฏิบัติดังนี้ นักจิตวิทยาจะสะกดจิตผู้ป่วยขณะทำแผล ตามเทคนิคดังต่อไปนี้ โดยให้ผู้ป่วยแต่ละคนนึกถึงสถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการไป คิดถึงประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความพึงพอใจ มีความสุข ผู้วิจัยจะหลีกเลี่ยงการใช้คำว่าสะกดจิต แต่จะอธิบายว่าเป็นภาวะครึ่งหลับครึ่งตื่น (hypnotic state) ที่ผู้ป่วยสามารถแยกตนเอง ในขณะที่ระลึกถึงประสบการณ์ชีวิตที่มีความสุข เริ่มต้นการสะกดจิตโดยให้ผู้ป่วยจ้องตานิ่ง ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และปล่อยตัวตามสบาย เทคนิคการชักนำจะใช้คำพูดที่มีความหลากหลาย ขึ้นอยู่กับการสังเกตพฤติกรรม และสนองตอบตามความต้องการของผู้ป่วย

1.2.3 เทคนิคการผ่อนคลายร่วมกับการสะกดจิต (Stress reducing strategies : SAS) มีวิธีการปฏิบัติดังนี้ นักจิตวิทยาจะอยู่กับผู้ป่วยในขณะที่ทำแผล และปฏิบัติตามเทคนิคดังต่อไปนี้ 1. นักจิตวิทยาจะสอนให้ผู้ป่วยหายใจเข้า-ออกลึกๆ และค่อยๆ ผ่อนคลายเพื่อลดการตอบสนองต่อความปวดและความเครียด 2. ให้ผู้ป่วยแผลใหม่สร้างความทรงจำที่มีความสุขและอารมณ์ทางด้านบวก เพื่อให้เกิดความคิดทดแทนความทรงจำเหตุการณ์ทางด้านลบ สามารถเผชิญกับความคิดหรือการจัดการกับความเครียดได้ ให้ผู้ป่วยเปลี่ยนการรับรู้ และการไม่ให้ความสนใจซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่ผู้ป่วยใช้ในการเปลี่ยนความคิดและความรู้สึกเพื่อลดความปวด

1.3 การสร้างจินตภาพ (Rapid Induction Analgesia: RIA or hypnotic induction) เป็นวิธีที่ปฏิบัติในสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบ ภายในห้องของผู้ป่วย หลังจากทำความสะอาดร่างกายเจ้าหน้าที่จะจัดทำให้ผู้ป่วยนอนบนเตียง คลุมแผลใหม่ด้วยผ้าปิดแผล และเจ้าหน้าที่ถูกเชิญออกจาก

ห้องทำแผล ผู้วิจัยอีกคนจะเป็นผู้ทำ hypnotic induction ตามขั้นตอนปรับปรุงของ RIA เป็นเวลา 15 นาที ซึ่ง RIA เป็นเทคนิคช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกที่สุขสบาย ผ่อนคลายมากที่สุด ร่วมกับการให้ยาแก้ปวด สำหรับการสร้างจินตภาพ และ ประเมินตัดสินใหม่ (reappraisal) จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรวบรวมความรู้สึกที่สุขสบาย ผ่อนคลาย และการรับรู้ประสบการณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวด การสร้างจินตนาการ (Visualization) 20 ชั้น เมื่อเริ่มนับถึง 20 แสดงว่าผู้ป่วยสุขสบาย ผ่อนคลาย ในขณะที่ตายังคงหลับอยู่ ให้ผู้ป่วยคงความรู้สึกนี้อย่างต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่จึงกลับเข้ามาให้การพยาบาล ผู้ป่วยต้องได้รับการเฝ้าระวังในขณะที่ได้รับการพยาบาล โดยสังเกตความสุขสบาย และผ่อนคลายของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจะลืมตาหรือหลับตาก็ได้ ผู้ป่วยต้องเคลื่อนไหวร่างกายตามคำสั่งเพื่อให้การพยาบาลได้ ในระหว่างให้การพยาบาลผู้ป่วยถูกประเมินซ้ำเกี่ยวกับความปวดและการผ่อนคลาย โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินความรู้สึกและระดับความปวดในการทำแผลแต่ละตำแหน่ง หลังการทำแผลเจ้าหน้าที่จะออกจากห้อง ผู้ป่วยจะถูกจัดอยู่ในท่าที่สุขสบายมากที่สุด เพื่อให้ใช้ในการสร้างจินตภาพต่อไป

1.4 การใช้ดนตรีร่วมกับการสร้างจินตภาพร่วมกับการใช้ดนตรีที่ชอบ มีวิธีการปฏิบัติดังนี้ โดยเริ่มจากการใช้ดนตรีร่วมกับการสร้างจินตภาพ (Musical Based Imagery: MAE) นักดนตรีบำบัดจะเป็นผู้เข้ามาในห้องผู้ป่วยและประเมินดนตรีที่ผู้ป่วยชอบ หลังจากนั้นนักดนตรีบำบัดจะพยายามให้ผู้ป่วยคิดถึงและบรรยายถึงสถานที่ที่ผู้ป่วยรู้สึกเป็นส่วนตัว มีความปลอดภัย และผ่อนคลาย โดยให้ผู้ป่วยบรรยายรายละเอียดของภาพเหตุการณ์ดังกล่าวให้มากที่สุด เช่น สี ความรู้สึก กลิ่น และอุณหภูมิ นักดนตรีบำบัดจะบอกวิธีปฏิบัติตัวให้กับผู้ป่วยในระหว่างที่เปิดเพลงบรรเลง ดังนี้ 1. ให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหรือท่านั่งที่สุขสบายและผ่อนคลาย 2. หายใจเข้าออกลึกๆ ด้วยความเร็วตามจังหวะของดนตรี 3. หลับตาลง 4. ให้จินตนาการว่าตนเองอยู่ในสถานที่ดังกล่าวข้างต้น

จังหวะของดนตรี ที่เป็นเครื่องสาย ใช้ระดับเสียงและความเร็วในระดับปานกลาง ตามความรู้สึกของนักดนตรีบำบัด และตั้งชื่อตามจินตนาการของผู้ป่วย ลักษณะของดนตรีที่เปิดกระตุ้นจังหวะของการหายใจลึกๆ และจินตภาพซึ่งสัมพันธ์กับการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อ จังหวะดนตรีจะถูกลดลง จนถึงระดับ 60 beat/ min และระดับเสียงดนตรีใช้ระดับปานกลางถึงต่ำ ใช้เวลาในการเปิดดนตรีประมาณ 15-30 นาที การเปิดเพลงจะสิ้นสุดเมื่อพยาบาลเข้ามารับผู้ป่วยเพื่อไปทำแผลในห้องทำแผล

ในห้องทำแผลสอบถามเพลงที่ผู้ป่วยชอบอีกครั้งหนึ่ง ประเมินปฏิกิริยาของผู้ป่วย และความต้องการของผู้ป่วยอย่างรีบด่วนในขณะนั้น เพื่อที่จะตัดสินแนวทางปฏิบัติย่อยที่เหมาะสม ที่อยู่ภายใต้ แนวทางปฏิบัติของนักดนตรีบำบัดร่วมกับเพลงที่ผู้ป่วยชอบ (Musical Alternate Engagement: MAE) ถ้าผู้ป่วยมีการตอบสนองในระดับปานกลางถึงสูง และมีความเครียดเพิ่มขึ้น (เช่น การร้องไห้ บอกด้วยคำพูด แสดงออกทางสีหน้า) นักดนตรีบำบัดจะพิจารณาเลือกแนวทางปฏิบัติย่อยที่เหมาะสม

ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเลือกได้ นักดนตรีบำบัดจะเป็นผู้ตัดสินใจเลือกให้ตามความชอบของผู้ป่วย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยร้องเพลงตามไปด้วย เมื่อมีโอกาสที่เหมาะสมสนับสนุนให้บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ร่วมร้องเพลงไปด้วย ถ้าผู้ป่วยไม่ชอบวิธีการของ MAE และต้องการความสงบ ไม่ต้องการเสียงดนตรีก็ให้กลับไปใช้ชีวิต MBI ในระหว่างนี้สามารถปรับแนวทางปฏิบัติย่อยได้ตามความต้องการของผู้ป่วย ระยะของวิธี MAE ประมาณ 15 - 60 นาที ขึ้นอยู่กับระยะเวลาในการทำแผลของผู้ป่วยแต่ละราย

ภายหลังการทำแผลผู้ป่วยจะกลับไปห้อง นักดนตรีบำบัดแนะนำ แนวทางปฏิบัติ MBI ครั้งที่สอง เพื่อให้ผู้ป่วยเริ่มจินตภาพใหม่ทันทีที่ทำแผลเสร็จหรือนึกถึงจินตภาพในครั้งแรกต่อเนื่องอีกประมาณ 15-30 นาที

จากการศึกษา พบว่า ผลลัพธ์ของการการใช้ดนตรีร่วมกับการสร้างจินตภาพร่วมกับการใช้ดนตรีที่ชอบ ไม่สามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ในช่วงของการทำแผลได้ในทางสถิติ ( $p = 0.088$ ) และภายหลังการทำแผล ( $p = 0.643$ ) แต่หากเปรียบเทียบจากค่าเฉลี่ยในกลุ่มที่ฟังดนตรีมีความวิตกกังวลลดลง 1.1 คะแนน ในขณะที่ไม่ได้ฟังดนตรีความวิตกกังวลลดลงเพียง 0.72 คะแนน (Fratiante et al, 2001)

1.5 การใช้ดนตรีที่ผ่อนคลาย ในขณะที่บริหารข้อมีวิธีการปฏิบัติดังนี้ ในช่วงเช้าของทุกวันก่อนการทำแผล จะบันทึกระดับของความปวด ความวิตกกังวล อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต การหายใจ วัดคองสาของข้อ (length of range-of-motion treatment) และการใช้ยาลดความปวด ให้ผู้ป่วยแผลไหม้เลือกดนตรีที่ชอบก่อนที่จะเริ่มการบริหารข้อในตอนเช้า จากเทปคลาสเซ็ท 6 ตลับ ตามที่นักดนตรีบำบัดจัดไว้ให้ (เลือกจากแนวทางการบำบัดด้วยเพลงในระดับปานกลาง จาก lifescapes series) จะเปิดเพลงในระหว่างทำการบริหารข้อ โดยการบริหารข้อ 3 รูปแบบ: แบบผู้ป่วยบริหารเอง แบบช่วยผู้ป่วยบริหารบางส่วน หรือแบบช่วยผู้ป่วยบริหารทั้งหมด (active, active-assistive, or passive) จำนวนครั้งในการทำซ้ำ และแบบของการบริหารข้อ ขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย การบริหารข้อจะทำในห้องผู้ป่วยและในระหว่างนั้นจะ ดัดป้าย “ห้ามรบกวน” เปิดไฟปิดโทรทัศน์ ภายหลังการบริหารจึงเก็บข้อมูลตัวแปรเดิม

1.6 therapeutic touch หรือพลังสัมผัส ผู้ปฏิบัติต้องได้รับการฝึกทางด้าน พลังสัมผัส โดยผ่านการอบรมแบบ Krieger-Kunz method โดยผู้ปฏิบัติและผู้ป่วยจะอยู่ในห้องตามลำพัง ไม่มีญาติอยู่ด้วย จากนั้นเริ่มสร้างบรรยากาศให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย อาจจะทำในท่านอนบนเตียง หรือนั่งบนเก้าอี้ พยายามให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายมากที่สุด และหลับตาลง ภายในห้องเปิดแสงสว่างสลัวๆ ร่วมกับเปิดดนตรีบรรเลงเบาๆ ในระหว่างทำ พลังสัมผัส จากนั้นเมื่อเห็นว่าผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายแล้ว จะใช้ฝ่ามือวางไว้เหนือร่างกายของผู้ป่วยประมาณ 2-5 นิ้ว แล้วทำการประเมินพลังงานของผู้ป่วย

จัดการให้เกิดความสมดุลของพลังงาน โดยใช้ระยะเวลา 5-20 นาที ขึ้นอยู่กับพลังงานของแต่ละบุคคล และให้ผู้ป่วยได้พักต่ออีก 5-10 นาที หลังประเมินพลังงานแล้ว ซึ่งวิธี พลังสัมผัส จะไม่มีการแตะหรือสัมผัส ถูกแผลไหม้ของผู้ป่วยโดยตรง เพื่อป้องกันความเจ็บปวดหรือไม่สุขสบายที่อาจเกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ ผู้ป่วยจะต้องไม่ได้รับยาแก้ปวด ยาคลายกังวล ยานอนหลับ ก่อนทำ พลังสัมผัส หรือภายหลังจากรับยาดังกล่าวข้างต้นไปแล้ว 4 ชั่วโมง จึงจะเริ่มทำ พลังสัมผัส ได้

1.7 โปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ มีวิธีการปฏิบัติดังนี้ ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยแผลไหม้ด้านร่างกายและจิตใจก่อนเข้ารับ โปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ โดยแบ่งเป็น 4 ระยะ

1.7.1 ระยะแรกรับ 1-2 วันแรก หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษา มีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและระบายความรู้สึกการให้กำลังใจ และความเชื่อมั่น สัมผัสผู้ป่วยตามความเหมาะสม ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับสถานที่ กฎระเบียบ เครื่องใช้และอุปกรณ์ต่างๆ รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ที่จะให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย

1.7.2 ระยะดูแลรักษาบาดแผล 2 วัน หลังจากแรกรับ ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจก่อนให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุน ทางอารมณ์เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและระบายความรู้สึก ให้กำลังใจและความเชื่อมั่น การสัมผัสผู้ป่วยตามความเหมาะสม และให้ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับแผลไหม้ การทำแผล (รวมทั้งการกำจัดเนื้อตาย, การปลูกผิวหนัง ในรายที่มีข้อบ่งชี้หรือมีแนวโน้มที่จะได้รับการรักษาพยาบาลด้วยวิธีดังกล่าว) การดูแลแผล การรับประทานอาหารและยาตามแผนการรักษาของแพทย์

1.7.3 ระยะฟื้นฟู 1 สัปดาห์หลังจากระยะดูแลบาดแผล ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ก่อนให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ทุกครั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และระบายความรู้สึก ให้กำลังใจ และความเชื่อมั่น สัมผัสผู้ป่วยตามความเหมาะสม และให้ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลเป็นชนิดนูนหนา การบริหารข้อต่อต่างๆ ของร่างกายที่มีแผลไหม้ เพื่อป้องกันแผลเป็นดิงรั้ง ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดปัญหาข้อยึดติดได้

1.7.4 ระยะก่อนกลับบ้าน 1 สัปดาห์ หลังจากระยะฟื้นฟู ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ก่อนให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ทุกครั้ง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและระบายความรู้สึก ให้กำลังใจและความเชื่อมั่น สัมผัสผู้ป่วยตามความเหมาะสม และให้ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวกลับไปอยู่ที่บ้าน ได้แก่ การดูแลแผลและผิวหนังการบริหารร่างกายเพื่อป้องกันข้อยึดติด การป้องกันการเกิดแผลเป็นนูน การรับประทานอาหารตลอดจนการปฏิบัติตัวด้านต่างๆ เพื่อให้สุขภาพแข็งแรงและหายจากการเจ็บป่วย

### 1.8 การฝึกสมาธิชนิดอัปปมัญญา 4 มีวิธีการปฏิบัติดังนี้

1.8.1 จัดสถานที่และสิ่งแวดล้อม หากผู้ป่วยพักอยู่ห้องแยกให้ปิดประตู ถ้าพักอยู่ห้องรวมกันม่าน จัดสภาพแวดล้อมให้อากาศถ่ายเทและปลอดโปร่ง เช่น เปิดพัดลมดูดอากาศ ดูแลความเหมาะสมของแสงสว่าง

1.8.2 เตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ ได้แก่ บัตรแข็งบทสวดมนต์ เครื่องวัดสัญญาณชีพอัตโนมัติ นาฬิกาข้อมือ პროთვადოუნჰუმითქვიწინი แถบกาบสำหรับติดปรอท

1.8.3 บอกให้ผู้ป่วยทราบว่าจะเริ่มสวดมนต์

1.8.4 สอบถามผู้ป่วยและตอบสนองความต้องการโดยให้ความช่วยเหลือ เช่น การดื่มน้ำ การปัสสาวะ หากผู้ป่วยกลับจากห้องน้ำให้นอนพักก่อน 10 นาที

1.8.5 ให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่รู้สึกสบายและผ่อนคลาย ติดปรอทวัดอุณหภูมิที่ข้อมือ

1.8.6 ในช่วงเย็นก่อนนอน เริ่มปฏิบัติโดยอ่านอุณหภูมิต่อหน้าก่อนการสวดมนต์และลงบันทึก

1.8.7 วัดระดับความเจ็บปวด ซึ่พจร การหายใจ ความดันโลหิต และวัดความวิตกกังวล ก่อนการสวดมนต์

1.8.8 ให้ผู้ป่วยฝึกสมาธิชนิดอัปปมัญญา 4 โดยอ่านบทสวดพระคาถาเมตตาคหลวงของพระญาณสิทธาจารย์ ประกอบด้วย คำสวดแผ่เมตตาข้อ 12 ข้อ คำสวดแผ่กรุณาข้อ 12 ข้อ คำสวดแผ่เมตตาข้อ 12 ข้อ คำสวดแผ่อุเบกขาข้อ 12 โดยผู้วิจัยและผู้ป่วยกล่าวพร้อมกันจนจบ หากผู้ป่วยรายใดมีปัญหาเกี่ยวกับการได้รับบาดเจ็บที่ดวงตา ให้ท่องบทสวดตามเทปบันทึกเสียงซึ่งอัดจากเสียงผู้วิจัย

1.8.9 เมื่อสวดมนต์จบบทสวด ประเมินผลของสมาธิโดยใช้เวลา 5 นาที ให้ผู้ป่วยนับเลขโดยการกำหนดลมหายใจเข้าออก แนะนำให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าหากจิตนึกคิดไม่นิ่งอยู่กับลมหายใจ คิดถึงสิ่งต่างๆ หรือฟุ้งซ่านให้เริ่มนับ 1 ใหม่ เช่นนี้ไปเรื่อยๆ เมื่อครบเวลา 5 นาที ประเมินผลดังนี้ เกรดที่ 1 ผู้ป่วยจะนับเลขจากการกำหนดลมหายใจเข้าและออกได้จำนวน 80-100 นับได้ติดต่อกันไม่ขาดตอน แสดงว่าการระลึกรู้ตัวย้อนไปข้างหลังและการระลึกรู้ตัวปัจจุบันดี ถือว่าสติดีทั้ง 2 ส่วน ประเมินผลว่าสมาธิ เกรดที่ 2 ผู้ป่วยนับเลขจากการกำหนดลมหายใจเข้าและออกได้จำนวนต่ำกว่า 80 หรือเริ่มต้นนับ 1 ใหม่ แสดงว่าการระลึกรู้ตัวย้อนไปข้างหลังดี ถือว่าสติดี การระลึกรู้ปัจจุบันดี ประเมินผลว่า สติดี สมาธิไม่ดี เกรดที่ 3 ผู้ป่วยนับเลขจากการกำหนดลมหายใจเข้าออกได้เช่นเดียวกับ เกรดที่ 1 แต่ขาดตอนไม่ต่อเนื่อง ไม่มีการนับขึ้นต้นนับ 1 ใหม่ นับต่อไปเรื่อยๆ หรือนับได้เกิน 100 แสดงว่าการระลึกรู้ปัจจุบันไม่ดี ฟุ้งซ่านหรือมีความเครียดมาก ประเมินผลว่าสมาธิไม่ดี

1.8.10 อ่านอุณหภูมิต่อผิวหนังจากปรอทหลังการฝึกสวดมนต์และลงบันทึก

1.8.11 วัดระดับความเจ็บปวด ซีพจร การหายใจ ความดันโลหิต และวัดความวิตกกังวล หลังการสวดมนต์

1.8.12 วันที่ 5 ถึงวันที่ 18 ของการได้รับบาดเจ็บจากแผลไหม้ ให้ผู้ป่วยฝึกสวดมนต์โดยผู้วิจัยแนะนำกับผู้ป่วยว่า การทำสมาธิต้องทำให้สม่ำเสมอเป็นประจำทุกวัน โดยเฉพาะหลังตื่นนอนตอนเช้าและก่อนนอน เวลาเย็นก่อนนอนผู้ป่วยจะฝึกปฏิบัติพร้อมกับผู้วิจัยทั้งหมด 15 ครั้ง หลังตื่นนอนตอนเช้า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง จำนวน 15 ครั้ง โดยผู้วิจัยจะสอบถามปัญหาอุปสรรคการฝึกสวดมนต์ของผู้ป่วยทุกวันในช่วงเวลาเย็น ตลอดจนคอยกระตุ้นให้กำลังใจ ช่วยเหลือ แนะนำ เป็นประจำทุกวัน จากคำบอกเล่าของผู้ป่วย ว่าสามารถฝึกปฏิบัติได้เพราะมีประสบการณ์จากการฝึกพร้อมผู้วิจัยในเวลาเย็นก่อนนอน

1.9 การใช้ร่วมในการลดความวิตกกังวล จากการศึกษาพบดังนี้ ยานอนหลับ ยาคลายความวิตกกังวล ยาลดอาการซึมเศร้า และใช้ยาบรรเทาความเจ็บปวด

การลดสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ ได้แก่ ความปวด การนอนหลับ สัญญาณชีพ ระดับของคอร์ติซอลในน้ำลาย ภาวะซึมเศร้า อาการคัน พฤติกรรมที่แสดงออก

## 2. องค์ประกอบสำคัญของวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้

2.1 **อุปกรณ์** ได้แก่ เทปคลาสเซ็ทเพลง บทสวดพระคาถาเมตตาหลวงของพระญาณสิทธาจารย์ โปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่มีแผลไหม้ มีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลแผลและผิวหนัง การป้องกันการเกิดแผลเป็น การรับประทานอาหาร และการบริหารร่างกายเพื่อป้องกันข้อยึดติด และน้ำมันจากเมล็ดโกโก้ใช้หล่อลื่นผิวเพื่อการนวด

2.2 **สถานที่** ต้องมีบรรยากาศที่เงียบสงบ สามารถผ่อนคลายได้ดี

2.3 **ผู้บำบัด** ได้แก่ พยาบาล แพทย์ นักจิตวิทยา เภสัชกร ผู้เชี่ยวชาญด้านการนวด นักอาชีวบำบัด นักกายภาพ ผู้เชี่ยวชาญด้านดนตรี ทั้งนี้ก็อาจมาจากความชำนาญเฉพาะด้านของ

2.4 **ลักษณะของผู้ป่วยแผลไหม้** ผู้ป่วยแผลไหม้ที่อยู่ใน ระยะทำแผล ระยะฟื้นฟู และระยะฟื้นฟูและระยะทำแผล

2.5 **เครื่องมือที่ใช้วัดผลความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้** จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่ามีการประเมินระดับของความวิตกกังวลที่นำมาใช้ในงานวิจัยเรื่องวิธีการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ ได้แก่ ระดับของคอร์ติซอลในน้ำลาย สัญญาณชีพ ประเมินด้านพฤติกรรม Visual

Analog Scale (Visual Analog Scale: VAS) และ State Trait Anxiety Inventory (State Trait Anxiety Inventory : STAI)

### 3. ข้อเสนอแนะ

#### การนำผลการศึกษาไปใช้ทางการพยาบาล

ผู้ป่วยแผลไหม้มีโอกาสเกิดความวิตกกังวลสูง สำหรับการปฏิบัติทางการพยาบาล วิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ เป็นอีกแนวทางหนึ่ง ในการดูแลทางด้านจิตสังคม พยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ เพื่อเพิ่มคุณภาพของการพยาบาลและการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแผลไหม้ แต่ทั้งนี้ต้องมีความรู้ความเข้าใจในแต่ละวิธีเป็นอย่างดีเพื่อให้ ผู้ป่วยแผลไหม้มีความวิตกกังวลลดลง เฝื่อนต่อการเจ็บป่วยได้อย่างปลอดภัยสำหรับประเทศไทยยังมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ ค่อนข้างน้อย ควรทำการศึกษามากขึ้น เพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จะนำไปประกอบเป็นแนวทางในการดูแลลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด จากการศึกษาทุกวิธีที่ใช้ลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ มักเกี่ยวข้องกับระยะการทำแผลและความปวด ดังนั้นการลดปัจจัยต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ เช่น ความปวด ความต้องการข้อมูลในการรักษาของตนเอง วิธีการเผชิญปัญหา แผนการรักษา การรักษาที่ยุ่งยากขึ้นตอนต่างๆ ในโรงพยาบาล เป็นต้น จึงน่าจะสามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ยังมีวิธีการบำบัดอื่นๆ ที่สามารถลดความวิตกกังวลในกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ แต่ยังไม่เคยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยแผลไหม้ จึงเป็นโอกาสที่จะพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ๆ ได้อีก

### 4. จุดเด่นของงานวิจัยที่ทบทวน

หลักฐานงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นวิธีการบำบัดต่างๆ ที่มีความหลากหลายสามารถนำมาประยุกต์ใช้ และเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแผลไหม้ ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

### 5. ข้อจำกัดของการศึกษา

1. งานวิจัยบางเรื่องศึกษาวิจัยแต่ในเด็ก ซึ่งมีความแตกต่างจากผู้ใหญ่ในเรื่องพัฒนาการตามวัยในเด็ก การแยกจาก นอกจากนี้ยังรายงานเป็นภาษาอื่นๆ นอกเหนือจากภาษาไทยและอังกฤษ บางงานวิจัยไม่สามารถเข้าถึงงานวิจัยฉบับเต็มได้ (full text) เนื่องจากเป็นภาษาจีนจำนวนหลายฉบับ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าในประเทศไทยมีความสนใจ และใช้การแพทย์ทางเลือกในการดูแลรักษาผู้ป่วยแผลไหม้

2. ขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย หากกลุ่มตัวอย่างยากและถ้าการศึกษาวิจัยใช้กลุ่มตัวอย่างจากหลายแห่งมารวมกันก็อาจมีปัญหาเรื่องตัวแปรแทรกซ้อนอื่นๆ ได้
3. ในการศึกษาครั้งนี้ไม่พบการบำบัด รักษาในแผลใหม่ที่มาจากความเย็น จึงอาจไม่เหมาะสมกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลใหม่ที่มีสาเหตุจากความเย็น



การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้

A LITERATURE REVIEW OF ANXIETY REDUCTION IN BURN PATIENTS

ศุภฤตา กุญโถมุท 5036184 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : กุสุมา กุววัฒนสัมฤทธิ์, Ph.D. (NURSING),  
นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, Ph.D. (NURSING)

## บทสรุปแบบสมบูรณ์

### ที่มาและความสำคัญของปัญหา

การเกิดแผลไหม้เป็นอุบัติการณ์ ที่พบได้บ่อยขึ้นในปัจจุบัน จนเป็นสาเหตุการตายหนึ่งในสามของสหรัฐอเมริกา (Cromes & Helm as cited in Field et al., 2000) สำหรับในประเทศไทยก็ต้องเผชิญกับเหตุการณ์นี้เช่นกัน ซึ่งผู้ป่วยแผลไหม้ต้องได้รับการดูแลรักษา ฟันฟู จากทีมสุขภาพในโรงพยาบาล (Church, Elsayed, Reid, Winston, & Lindsay, 2006) เพื่อช่วยชีวิตของผู้ป่วยแผลไหม้ในระยะวิกฤต (Singh, Devgan, Bhat, & Milner, 2007) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยแผลไหม้มีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพของผิวหนังจนกระทบต่อภาพลักษณ์ (Er-ming Ye, 1998; Williams & Griffiths, 1991; พรรณี ชัยโพธิ์ศรี, 2538) และเกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางจิตใจ (Mateu & Hernandez, 1996; Williams & Griffiths, 1991) จนแสดงออกมาเป็นอาการทางจิตเวช (สุมิตรา เมืองขวา, 2551) ความวิตกกังวลเป็นอาการแรกเริ่มตามเกณฑ์ของการเกิดภาวะผิดปกติทางจิตใจภายหลังการเกิดเหตุการณ์สะเทือนใจ (posttraumatic stress disorder: PTSD)

ความวิตกกังวลส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแผลไหม้ได้ทั้งด้านสรีระ ความคิด พฤติกรรม และจิตใจ ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับลดลง (นภาพร สุนงข, 2546) เลือดออกในกระเพาะอาหารส่วนบน (Robbins, Idjadi, Stahl, & Essiet., 1972) มีการแสดงออกทางอารมณ์เปลี่ยนแปลงไปและไม่เหมาะสม (เก็งทอง เสดะกสิกร, 2541) พักรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน (Williams & Griffiths, 1991) คุณภาพชีวิตลดลง (Er-ming Ye, 1998) ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น (Mateu & Hernandez, 1996) และเกิดปัญหาทางจิตเวชจนไม่สามารถเผชิญกับการเกิดแผลไหม้ (White, 1982)

หรือหลีกเลี่ยงปัญหาต่างๆของตนเอง โดยการฆ่าตัวตายได้ (Fukunishi, Tanaka, Maruyama, & Takahashi, 1998) ดังนั้น การจัดการเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยแผลใหม่จึงมีความสำคัญพยาบาลเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ได้อย่างใกล้ชิด จึงมีบทบาทสำคัญอย่างมากเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความวิตกกังวล การศึกษาครั้งนี้จึงสนใจที่จะรวบรวมวิเคราะห์องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลใหม่ และส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งทางสรีระ ความคิด พฤติกรรมและจิตใจ

### คำถามในการศึกษา

มีวิธีใดบ้างในงานวิจัยที่ผ่านมาที่ลดความวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพในผู้ป่วยแผลใหม่ขณะอยู่โรงพยาบาล

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วิเคราะห์งานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับวิธีการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลใหม่

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

สามารถนำองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแผลใหม่ที่มีความวิตกกังวล มาพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก และเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลใหม่ต่อไปในอนาคต

### นิยามศัพท์

แผลใหม่ หมายถึง การที่ผิวหนังหรือเนื้อเยื่ออวัยวะต่างๆ เกิดการบาดเจ็บโดยมีสาเหตุจากความร้อน หรือการบาดเจ็บเฉียบพลันอื่นๆ ถูกทำลายเกิดขึ้นทั้งหมดหรือบางส่วนของเซลล์ผิวหนังจาก ของเหลวร้อน (Scalds) ของแข็งร้อนหรือความเย็น (contact burns) เปลวไฟ (flame burns) หรือการที่ผิวหนังหรือเนื้อเยื่ออวัยวะต่างๆ ได้รับบาดเจ็บจากกระแสไฟฟ้า สัมผัสกับสารเคมี การฉายรังสี และสารกัมมันตรังสี (Kagan et al., 2009: 8)

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกถึงความตึงเครียด ความเกรงกลัว ความตื่นกลัวและกังวล จนกระตุ้นให้ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานเพิ่มขึ้น ความวิตกกังวลเกิดจากการประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามาคุกคามหรืออาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง โดยสิ่งที่เข้ามาคุกคามอาจมีจริงหรืออาจเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้า (Spielberger, 1976)

## วิธีดำเนินการศึกษา

### 1. การสืบค้นแหล่งข้อมูล

1.1 ใช้การสืบค้นจากคอมพิวเตอร์ (computer search) โดยสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (electronic database) ที่เกี่ยวข้อง ผ่านทางระบบข้อมูลที่มีบริการอยู่ของภายในห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล (<http://www.li.mahidol.ac.th/>) ช่วง พฤศจิกายน – ธันวาคม พ.ศ. 2552 ได้แก่

#### 1.1.1 จากฐานข้อมูลและเว็บไซต์ที่เกี่ยวกับวารสาร

ทางการพยาบาลการแพทย์และสาขาที่เกี่ยวข้อง จาก 1. CINAHL 2. OVID 3. Science Direct 4. Blackwell Synergy 5. The Cochrane Library 6. Pro Quest Nursing 7. PubMed 8. The Joanna Briggs Institute 9. Psycinfo และ 10. กรมสุขภาพจิต (<http://www.dmh.go.th/>)

1.1.2 วิทยานิพนธ์มหาวิทยาลัยต่างๆ จากฐานข้อมูลและเว็บไซต์ จาก <http://www.ThaiLIS.com> และ OPAC มหาวิทยาลัยต่างๆ ได้แก่ มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.2 จากการค้นคว้าด้วยตนเอง (manual search) จากเอกสารอ้างอิงและบรรณานุกรมของตำรา บทความทางวิชาการ งานวิจัยที่สนใจ และไม่ได้อยู่ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์

1.3 กำหนดคำสำคัญ โดยคำสำคัญ (key word) ที่ใช้ในการสืบค้นหลักฐานงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้ศึกษาได้กำหนดคำที่เกี่ยวข้องในการศึกษา จากการสืบค้นครั้งนี้ Burn and anxiety, Burn and anxiety and reduction, Burn and anxiety management, Burn and anxiety and guideline, Burn and anxiety and nursing, Burn and anxiety and intervention and guideline, แผลไหม้, แผลไฟไหม้, วิตกกังวล

1.4 กำหนดปีที่ใช้ในการสืบค้นตั้งแต่ ค.ศ. 1943-2009 เนื่องจากในปี ค.ศ. 1942 ได้เกิดเหตุการณ์โศกนาฏกรรมไฟไหม้ที่ Coconut Grove Night Club (Beller, & Sapochetti, 2000) ทำให้มีผู้สนใจศึกษาผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ป่วยแผลไหม้ที่รอดชีวิตในเหตุการณ์ดังกล่าว (Adler, 1943 as cited in Williams & Griffiths., 1991; Cobb & Lindemann, 1943) จึงมีรายงานการศึกษาในผู้ป่วยแผลไหม้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1943

### 2. เกณฑ์ในการคัดเลือกข้อมูลที่น่าสนใจ

#### 2.1 เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

2.1.1 เป็นรายงานวิจัยหรือหลักฐานทางวิชาการฉบับเต็ม (full text) ที่สามารถค้นหาได้ในเมืองไทยซึ่งตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 1943-2009 ทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ

2.1.2 เกี่ยวกับการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้

2.1.3 ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปที่ได้รับไว้

ในโรงพยาบาล

## 2.2 เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

2.2.1 งานวิจัยซ้ำกันหรือไม่สามารถเข้าถึงรายละเอียดได้

เช่น ไม่ใช่ภาษาอังกฤษ

จำนวนหลักฐานทางวิชาการจากการสืบค้นในแหล่งต่างๆรวม 10,219 เรื่อง ผู้ศึกษาได้คัดเลือกหลักฐานทางวิชาการ พิจารณาตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก คงเหลืองานวิจัยที่นำมาประเมินและนำไปวิเคราะห์จำนวนทั้งสิ้น 10 เรื่อง

3. การประเมินคุณภาพและวิเคราะห์หลักฐานทางวิชาการ เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ทางคลินิก

เกณฑ์ที่ใช้ประเมินคุณภาพของข้อมูล/แหล่งข้อมูล โดยการจำแนกคุณภาพของหลักฐานงานวิจัยอ้างอิงจาก คณะกรรมการ Evidence-Based Medicine & Clinical Practice Guidelines ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ได้แบ่ง Evidence ออกเป็น 4 ระดับดังนี้ (สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2544: 41) ซึ่งมีการแบ่งระดับหลักฐานทางวิชาการไว้ 4 ระดับ ดังนี้

ระดับ A หมายถึง หลักฐานที่ได้จากการรวบรวมงานวิจัยมาวิเคราะห์เชิงอภิมาน (Meta-analysis) ของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มแบ่งกลุ่ม (randomized controlled trials, RCT) หรืองานวิจัยเดี่ยวที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มแบ่งกลุ่ม (randomized controlled trials, RCT)

ระดับ B หมายถึง หลักฐานที่ได้จาก systematic review ของ controlled clinical study หรือ หลักฐานที่ได้จาก controlled clinical study (เช่น non-randomized controlled trial, cohort study, case-control study, cross sectional study) ที่ดำเนินการอย่างเหมาะสม หรือ หลักฐานที่ได้จากการวิจัยทางคลินิกที่ใช้รูปแบบการวิจัยอื่น และผลการวิจัยพบประโยชน์หรือโทษจากการปฏิบัติรักษาที่เด่นชัดมาก หรือเรื่องดังกล่าวไม่มีผลงานวิจัยประเภท randomized controlled clinical trial แต่ได้นำเอาหลักฐานที่ได้จากรandomized controlled clinical trial ในประชากรกลุ่มอื่นหรือเรื่องอื่นที่คล้ายคลึงกันมาใช้เป็นหลักฐาน หรือหลักฐานที่ได้จาก systematic review ของ randomized controlled clinical trials หรือ randomized controlled clinical trial ที่ดำเนินการไม่เหมาะสม

ระดับ C หมายถึง หลักฐานที่ได้จาก systematic review ของ descriptive study หรือ หลักฐานที่ได้จาก descriptive study ซึ่งหมายถึง รายงานผู้ป่วยหนึ่งรายหรือมากกว่า หรือหลักฐานที่ได้จาก systematic review ของ controlled clinical study หรือ controlled clinical study ที่ดำเนินการ

ไม่เหมาะสม หรือหลักฐานที่ได้จาก controlled clinical trial ในประชากรกลุ่มอื่นหรือเรื่องอื่นที่คล้ายคลึงกัน

ระดับ D หมายถึง หลักฐานที่ได้จากความเห็นหรือฉันทามติ (consensus) ของคณะผู้เชี่ยวชาญ เนื่องจากไม่มีหลักฐานจากผลงานวิจัยทางคลินิก หรือผลงานวิจัยทางคลินิกที่มีอยู่ไม่สอดคล้องหรือเหมาะสมกับสถานการณ์และสถานภาพของการประกอบวิชาชีพในประเทศไทยหรือมีเพียงหลักฐานทางห้องปฏิบัติการ

การวิเคราะห์หลักฐานทางวิชาการในด้านความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ทางคลินิกพิจารณาตามเกณฑ์ของโพลิตและคณะ (Polit, Beck, & Hungler, 2001) มีหลักการดังนี้

1. ผลงานวิจัยที่นำมาศึกษาตรงกับประเด็นของปัญหาที่กำลังศึกษาอยู่ (clinical relevance)
2. ผลงานวิจัยมีความถูกต้องน่าเชื่อถือ (scientific-merit) โดยพิจารณาจากการออกแบบงานวิจัย การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัยและการวัดตัวแปร การใช้สถิติในการวิเคราะห์ ความตรงภายใน ความตรงภายนอก รวมทั้งจุดเด่นและจุดด้อยของระเบียบวิธีวิจัย
3. แนวโน้มหรือความเป็นไปได้ที่จะนำผลงานไปใช้ในการปฏิบัติ (implementation potential) ประกอบด้วย

3.1 ผลงานที่จะนำไปใช้มีความเหมาะสม (transferability of findings) โดยพิจารณาถึงความเหมาะสมกับหน่วยงาน กลุ่มผู้ป่วยและปรัชญาการดูแลของเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ

3.2 มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ (feasibility of implementation) โดยคำนึงถึงพยาบาลสามารถนำไปใช้ได้โดยมีเอกสิทธิ์ ผู้ร่วมงานให้ความร่วมมือในการปฏิบัติ

3.3 มีความคุ้มค่า (cost-benefit ratio) ผลงานวิจัยที่จะนำไปใช้นั้นเกิดประโยชน์มากเพียงพอ คุ้มกับค่าใช้จ่ายเมื่อเทียบกับการปฏิบัติในรูปแบบเดิม

## ผลการศึกษา

### 1. คุณภาพของหลักฐานทางวิชาการ

จากการศึกษางานวิจัยทั้งหมด 10 เรื่อง เมื่อนำมาประเมินคุณภาพงานวิจัย พบว่าเป็นงานวิจัยที่เป็น Randomized controlled trial อยู่ในระดับ A จำนวน 7 เรื่อง (Ferguson, 2004; Frenay et al, 2001 ;Field et al, 1998; Field et al, 2000; Harandi et al, 2004;Turner et al, 1998; Wright, & Drummond, 2000) และเป็น Quasi experimental research อยู่ในระดับ B จำนวน 3 เรื่อง (Fratianne et al, 2001; เกียรติทอง เสดะกสิกร, 2541; สุกัญญา บุรณะพันธ์, 2547)

### 2. วิธีการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลใหม่

จากการวิเคราะห์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับวิธีการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ สามารถรวบรวมวิธีการลดความวิตกกังวลได้ทั้งหมด วิธี ได้แก่ การนวด การสะกดจิต การสร้างจินตภาพ (Rapid Induction Analgesia: RIA) การใช้ดนตรีร่วมกับการสร้างจินตภาพร่วมกับการใช้ดนตรีที่ชอบ การใช้ดนตรีที่ผ่อนคลาย therapeutic touch หรือพลังสัมผัส โปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ การฝึกสมาธิชนิดอัปมัณฑูยา 4 และการใช้ยา รายละเอียดดังนี้

2.1 การนวด จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา พบวิธีการนวด 2 วิธี ได้แก่ การนวด แบบ 5 ขั้นตอน (Field et al, 2000: ระดับ A) และการนวดแบบสวีดิช (Field et al, 1998: ระดับ A)

2.1.1 วิธีการนวด แบบ 5 ขั้นตอน ใช้เวลาในการนวด 30 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง

2.1.2 การนวดแบบสวีดิช ใช้เวลาในการนวดนาน 20 นาที ทุกวันเป็นเวลา 1 สัปดาห์ เริ่มการนวดในเวลาเช้าก่อนทำแผล

2.2 การสะกดจิต จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา พบวิธีการสะกดจิต 3 วิธี ได้แก่ การสะกดจิต แบบ hypnotherapy (Harandi et al, 2004: ระดับ A) การสะกดจิตแบบ hypnosis และเทคนิคการผ่อนคลายร่วมกับการสะกดจิต (Stress reducing strategies : SAS) (Frenay et al, 2001: ระดับ A)

2.3 การสร้างจินตภาพ (Rapid Induction Analgesia: RIA or hypnotic induction) เป็นวิธีที่ปฏิบัติในสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบ ภายในห้องของผู้ป่วย เป็นเทคนิคช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสุขสบาย ผ่อนคลายมากที่สุด ก่อนการทำแผลไหม้ (Wright, & Drummond, 2000: ระดับ A)

2.4 การใช้ดนตรีร่วมกับการสร้างจินตภาพร่วมกับการใช้ดนตรีที่ชอบ เป็นวิธีการช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายร่วมกับการใช้ดนตรีที่ผู้ป่วยชอบ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นส่วนตัว มีความปลอดภัย และผ่อนคลาย ในระยะก่อนการทำแผลและระหว่างทำแผล (Fratianne et al, 2001: ระดับ B)

2.5 การใช้ดนตรีที่ผ่อนคลาย ในขณะบริหารข้อ (Ferguson, 2004: ระดับ A)

2.6 therapeutic touch หรือพลังสัมผัส ผู้ปฏิบัติต้องได้รับการฝึกทางด้านพลังสัมผัส โดยผ่านการอบรมแบบ Krieger-Kunz method โดยผู้ปฏิบัติและผู้ป่วยจะอยู่ในห้องตามลำพัง เป็นวิธีการที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย และผ่อนคลายมากที่สุด ร่วมกับการจัดการให้เกิดความ

สมมูลของพลังงาน โดยใช้ระยะเวลา 5-20 นาที ขึ้นอยู่กับพลังงานของแต่ละบุคคล (Turner et al, 1998: ระดับ A)

2.7 โปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ มีวิธีการปฏิบัติ โดยการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจในทุกระยะ แบ่งเป็น 4 ระยะ ระยะแรก เป็นการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ระยะที่สอง การดูแลรักษาบาดแผล เป็นการให้ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับแผลไหม้ การทำแผล การดูแลแผล การรับประทานอาหาร และยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ระยะที่สาม ระยะฟื้นฟู เป็นระยะให้ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลเป็นชนิดนูนหนา การบริหารข้อต่อต่างๆ ระยะที่สี่ เป็นระยะให้ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ได้แก่ การดูแลแผลและผิวหนังการบริหารร่างกายเพื่อป้องกันข้อยึดติด การป้องกันการเกิดแผลเป็นนูน การรับประทานอาหารตลอดจนการปฏิบัติตัวด้านต่างๆ เพื่อให้สุขภาพแข็งแรงและหายจากการเจ็บป่วย (สุกัญญา บุรณะพันธ์, 2547: ระดับ B)

2.8 การฝึกสมาธิชนิดอัปมัณฑู 4 เป็นการฝึกสวดมนต์อย่างสม่ำเสมอ จากบทสวดพระคาถาเมตตาหลวงของพระญาณสิทธาจารย์จากบัตรแข็งหรือจากเสียงบันทึก ถ้าผู้ป่วยแผลไหม้มีการบาดเจ็บที่ดวงตา เพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย และประเมินระดับความเจ็บปวด ซึพจร การหายใจ ความดันโลหิต และความวิตกกังวล หลังการสวดมนต์ (เก็จทอง เสดะกสิกร, 2541: ระดับ B)

2.9 การใช้ยาร่วมในการลดความวิตกกังวล โดยการใช้นอนหลับ (Turner et al, 1998: ระดับ A) ยาลดความวิตกกังวล (Field et al, 1998: ระดับ A, Frenay et al, 2001: ระดับ A) ยาลดอาการซึมเศร้า (Turner et al, 1998: ระดับ A) และยาบรรเทาความเจ็บปวด (Turner et al, 1998: ระดับ A; Wright, & Drummond, 2000: ระดับ A; เก็จทอง เสดะกสิกร, 2541: ระดับ B)

โดยสรุป วิธีการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยแผลไหม้มีหลายวิธีแต่ละวิธีต่างก็มุ่งที่จะลดความวิตกกังวล และส่งผลต่อการลดหรือบรรเทาความเจ็บปวดในระยะทำแผล หรือระยะฟื้นฟูร่างกาย วิธีการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยแผลไหม้มีหลายวิธีแต่ละวิธีต่างก็มุ่งที่จะลดความวิตกกังวล และอาจส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง จึงพบว่า นอกจากจะลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้แล้วยังส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในด้านอื่นๆ อีกเช่นกัน การลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ เป็นการลดสาเหตุและปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ จากการวิเคราะห์พบว่า ความปวดเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ของการลดความวิตกกังวล จำนวน 8 เรื่อง (Field et al, 1998: ระดับ A; Field et al, 2000: ระดับ A; Fratianne et al, 2001: ระดับ B; Frenay et al, 2001: ระดับ A; Harandi et al, 2004: ระดับ A; Turner et al, 1998: ระดับ A; Wright, & Drummond, 2000: ระดับ A; เก็จทอง เสดะกสิกร, 2541: ระดับ B) การนอนหลับ จำนวน 1 เรื่อง

(เก็จทอง เสดะกสิกร, 2541: ระดับ B) สัญญาณชีพ จำนวน 4 เรื่อง (Ferguson, 2004: ระดับ A; Field et al, 1998: ระดับ A; Fratianne et al, 2001: ระดับ B; เก็จทอง เสดะกสิกร, 2541: ระดับ B) ระดับของคอรัติซอลในน้ำลาย ลดลง จำนวน 1 เรื่อง (Field et al, 1998: ระดับ A) ภาวะซึ่มเศร้า จำนวน 1 เรื่อง (Field et al, 2000: ระดับ A) อาการคัน จำนวน 1 เรื่อง (Field et al, 2000: ระดับ A) พฤติกรรมที่แสดงออก จำนวน 1 เรื่อง (Field et al, 1998: ระดับ A) และมีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น (สุกัญญา บุรณะพันธ์, 2547: ระดับ B) นอกจากนี้เมื่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ลดลงจะส่งผลต่อผู้ป่วยแผลไหม้ในด้านอื่นๆ ได้แก่ ความปวด การนอนหลับ สัญญาณชีพ ระดับของคอรัติซอลในน้ำลาย ภาวะซึ่มเศร้า อาการคัน และพฤติกรรมที่แสดงออก นอกจากนี้ยังพบว่าในการศึกษาด้วยวิธีลดความวิตกกังวลต่างๆ มีการใช้อุปกรณ์ที่หลากหลายประกอบในการวิจัย

### 3. องค์ประกอบของการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้

จากการวิเคราะห์ผลการวิจัยพบว่า องค์ประกอบของการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ ทั้งหมด 4 หัวข้อ ได้แก่ อุปกรณ์ สถานที่ ผู้บำบัด ลักษณะของผู้ป่วยแผลไหม้ และเครื่องมือที่ใช้วัดผลความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ มีรายละเอียดดังนี้

3.1 อุปกรณ์ จากการวิเคราะห์ผลการวิจัย พบว่า การใช้อุปกรณ์ในการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ ได้แก่ เทปคลาสเซ็ทเพลง บทสวดพระคาถาเมตตาหลวงของพระญาณสิทธาจารย์ (เก็จทอง เสดะกสิกร, 2541: ระดับ B) โปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ (สุกัญญา บุรณะพันธ์, 2547: ระดับ B) คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่มีแผลไหม้ (สุกัญญา บุรณะพันธ์, 2547: ระดับ B) และน้ำมันจากเมล็ดโกโก้ใช้หล่อลื่นผิวเพื่อการนวด (Field et al, 2000: ระดับ A)

3.2 สถานที่ ต้องมีบรรยากาศที่เงียบสงบ สามารถผ่อนคลายได้ดี (Ferguson, 2004: ระดับ A; Fratianne et al, 2001: ระดับ B; Frenay et al, 2001: ระดับ A; Harandi et al, 2004: ระดับ A; Turner et al, 1998: ระดับ A; Wright, & Drummond, 2000: ระดับ A; เก็จทอง เสดะกสิกร, 2541: ระดับ B) นอกจากนี้สถานที่ที่ใช้ในการศึกษาอาจจะเป็น ในห้องพักของผู้ป่วย (Ferguson, 2004: ระดับ A; Fratianne et al, 2001: ระดับ B; Turner et al, 1998: ระดับ A; Wright, & Drummond, 2000: ระดับ A; เก็จทอง เสดะกสิกร, 2541: ระดับ B) ห้องทำแผล (Fratianne et al, 2001: ระดับ B) หรือห้องทำกายภาพบำบัด (Harandi et al, 2004: ระดับ A)

3.3 ผู้บำบัด จากการวิเคราะห์ผลการวิจัย พบว่า ผู้บำบัด คือ พยาบาล จำนวน 4 เรื่อง (Field et al, 2000: ระดับ A; Turner et al, 1998: ระดับ A; เก็จทอง เสดะกสิกร, 2541: ระดับ B; สุกัญญา บุรณะพันธ์, 2547: ระดับ B) แพทย์ จำนวน 4 เรื่อง (Field et al, 1998: ระดับ A;

Field et al, 2000: ระดับ A; Harandi et al, 2004: ระดับ A; Turner et al, 1998: ระดับ A) นักจิตวิทยา จำนวน 3 เรื่อง (Frenay et al, 2001: ระดับ A; Field et al, 1998: ระดับ A; Wright, & Drummond, 2000: ระดับ A;) เกสัชกร จำนวน 1 เรื่อง (Field et al, 1998: ระดับ A) ผู้เชี่ยวชาญด้านการรูด จำนวน 2 เรื่อง (Field et al, 1998: ระดับ A; Field et al, 2000: ระดับ A) นักอาชีพบำบัด จำนวน 2 เรื่อง (Ferguson, 2004: ระดับ A; Fratianne et al, 2001: ระดับ B) นักกายภาพจำนวน 2 เรื่อง (Ferguson, 2004: ระดับ A; Fratianne et al, 2001: ระดับ B) และผู้เชี่ยวชาญด้านดนตรี จำนวน 1 เรื่อง (Fratianne et al, 2001: ระดับ B)

3.4 ลักษณะของผู้ป่วยแผลไหม้ จากการวิเคราะห์ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยแผลไหม้ที่อยู่ในระยะทำแผลจำนวน 5 เรื่อง (Frenay et al, 2001: ระดับ A ; Field et al, 1998: ระดับ A; Field et al, 2000: ระดับ A; Turner et al, 1998: ระดับ A; Wright, & Drummond, 2000: ระดับ A) อยู่ในระยะฟื้นฟูจำนวน 1 เรื่อง (Frenay et al, 2001: ระดับ A) และอยู่ในระยะฟื้นฟูและระยะทำแผลจำนวน 4 เรื่อง (Ferguson, 2004: ระดับ A; Fratianne et al, 2001: ระดับ B; เก็จทอง เสดะกสิกร, 2541: ระดับ B; สุกัญญา บุรณะพันธ์, 2547: ระดับ B)

3.5 เครื่องมือที่ใช้วัดผลความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ จากการวิเคราะห์ พบว่าเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินระดับของความวิตกกังวลที่นำมาใช้ในงานวิจัยเรื่อง วิธีการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลของผู้ป่วยแผลไหม้ (เก็จทอง เสดะกสิกร, 2541: ระดับ B) ระดับของคอร์ติซอลในน้ำลาย (Field et al, 1998: ระดับ A) สัญญาณชีพ (Ferguson, 2004: ระดับ A; Field et al, 1998: ระดับ A; Fratianne et al, 2001: ระดับ B; เก็จทอง เสดะกสิกร, 2541: ระดับ B) ประเมินด้านพฤติกรรม (Field et al, 1998: ระดับ A; Fratianne et al, 2001: ระดับ B) Visual Analog Scale (VAS) (Frenay et al, 2001: ระดับ A; Harandi et al, 2004: ระดับ A) Visual Analogue Scale for Anxiety (VASA) (Turner et al, 1998: ระดับ A) Combined vertical Wong/ Barker Faces Rating Scale (Fratianne et al, 2001: ระดับ B) และ State Trait Anxiety Inventory (STAI) (Ferguson, 2004: ระดับ A; Field et al, 1998: ระดับ A; Field et al, 2000: ระดับ A; Wright, & Drummond, 2000: ระดับ A; เก็จทอง เสดะกสิกร, 2541: ระดับ B; สุกัญญา บุรณะพันธ์, 2547: ระดับ B)

## การอภิปรายผล

1. คุณภาพของหลักฐานทางวิชาการ จากการรวบรวมงานวิจัยทั้งหมด 10 เรื่อง พบว่าเป็นงานวิจัยที่อยู่ในระดับ A ระดับ B จึงเหมาะสมในการนำมาวิเคราะห์หาคำตอบเกี่ยวกับวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้

## 2. วิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้

2.1 การนวด เป็นการกระตุ้น peripheral receptor ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว ส่งกระแสประสาทไปตามเส้นประสาทขนาดใหญ่ (beta nerve fiber) ประสาทไขสันหลัง และสมอง สามารถยับยั้งอาการปวด ร่วมกับผลของการหลั่งสาร enkephalins ทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย รู้สึกสบาย ลดความวิตกกังวล มีผลทำให้เพิ่มภูมิคุ้มกันโรค (psyconeuroimmunology) (ชินินทร์ ลีวานันท์, 2549) การไหลเวียนเลือดดีขึ้น เส้นเลือดฝอยขยายตัว ขับถ่ายของเสียจากเซลล์สู่ระบบเลือดดำ และปัสสาวะเพิ่มขึ้น (สมบูรณ์ เกียรตินันท์, 2545)

2.2 การสะกดจิต เป็นการจูงใจ ด้วยการใช้คำพูดที่มีลักษณะซ้ำกัน และเสียงที่พูดก็มีระดับเสมอกัน (monotonous reiteration) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกเคลิบเคลิ้มจนกระทั่งอยู่ในภาวะครึ่งหลับครึ่งตื่น (trance-like state) ช่วยให้ผู้ป่วยได้ล่วงรู้ถึงสิ่งที่ถูกเก็บกดในจิตสำนึก ซึ่งก่อให้เกิดอาการของความวิตกกังวล ความหวาดกลัว และอาการ (จำลอง ดิษยวิช และพริ้มเพรา ดิษยวิช, 2542)

2.3 การสร้างจินตภาพ (Rapid Induction Analgesia: RIA) การสร้างจินตภาพสามารถลดความวิตกกังวลได้ อาจเนื่องมาจากการสร้างภาพในใจนึกถึงสิ่งที่ทำให้มีความรู้สึกสดชื่น แจ่มใส พอใจ อาจเป็นภาพทิวทัศน์หรือภาพที่มีความหมายในทางบวกต่อบุคคล ทำให้จิตใจผ่อนคลาย การเบี่ยงเบนความสนใจของบุคคลไปจากสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด (ปริญญา สนิกะวาที, 2542)

2.4 การใช้ดนตรีร่วมกับการสร้างจินตภาพร่วมกับการใช้ดนตรีที่ชอบ เป็นการผสมผสานกิจกรรมที่จัดให้แก่ผู้ป่วย ตั้งแต่ 1 วิธีขึ้นไป เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและคลายความวิตกกังวล โดยดนตรีบำบัดสามารถช่วยผ่อนคลายลดความวิตกกังวล (จิราพร ชลธิชาชลาลักษณ์, 2547) และการสร้างจินตภาพสามารถช่วยเบี่ยงเบนความสนใจลดความวิตกกังวล (ปริญญา สนิกะวาที, 2542)

2.5 การใช้ดนตรีที่ผ่อนคลาย การใช้ดนตรีที่ผ่อนคลายสามารถลดความวิตกกังวลได้ อาจเนื่องมาจากเสียงดนตรีที่เกิดขึ้น เมื่อผ่านเข้าไปยังอวัยวะเกี่ยวกับการได้ยิน จะมีเส้นประสาทส่งผลต่อไปยังสมองทาลามัสและคอร์ติคอล ในภาวะที่รู้สึกตัวหรือมีสติสัมปชัญญะ (ดวงดาว ดุลยธรรม, 2544) และการประสานเสียงของดนตรีทำให้ผู้ฟังเกิดความ รู้สึกเพลิดเพลินสบายใจ ช่วยผ่อนคลายอารมณ์ได้ (สุรศักดิ์ พุฒิวินิจฉัย, 2545) และลดความคิดที่ทำให้ไม่สบายใจ (ศศิธร พุ่มดวง, 2548)

2.6 therapeutic touch หรือพลังสัมผัส เป็นการปฏิบัติที่ง่าย ส่งเสริมการผ่อนคลาย บรรเทาอาการปวด ลดความวิตกกังวล เป็นการให้กำลังใจผู้ป่วยได้อีกวิธีหนึ่ง เนื่องจาก

เมื่อทำ พลังสัมผัส ผู้ป่วยหรือผู้รับพลังของ พลังสัมผัส จะหายใจลึก กล้ามเนื้อหย่อนคลาย หลับตาลง และยังช่วยลดการกระตุ้นประสาทซิมพาเทติก พลังงานถูกนำไปใช้ในกระบวนการหาย (healing process) ทำให้ร่างกายหลั่งสารเอ็นดอร์ฟินส์ ซึ่งเป็นสารแห่งความสุขออกมา เพื่อลดหรือบรรเทาความเจ็บปวด (กระทรวงสาธารณสุข กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กองการแพทย์ทางเลือก, 2549)

2.7 โปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ สามารถลดความวิตกกังวลได้เนื่องมาจากการส่งเสริมการเผชิญของผู้ป่วยแผลใหม่ โดยการให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและความรู้ที่เป็นประโยชน์ของผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวล จะช่วยให้ผู้ป่วยคาดคะเนเหตุการณ์ได้ใกล้เคียงกับความจริง (พิบูล ดันดิธรรม, 2533)

2.8 การฝึกสมาธิชนิดอัมปมัญญา 4 สามารถลดความวิตกกังวลได้เนื่องมาจากการฝึกสมาธิชนิดอัมปมัญญา 4 เป็นการฝึกจิต โดยเป็นการพัฒนาในระดับจิตสำนึก เมื่ออยู่ในภาวนี้จิตสำนึกจะตื่นตัวในขณะที่ร่างกายและจิตใจได้พักผ่อนระดับลึก ต้องมีการฝึกอย่างสม่ำเสมอ (สุนันทา กระจ่างแดน, 2544)

2.9 การใช้เข้าร่วมในการลดความวิตกกังวล ช่วยให้ผู้ป่วยสงบ ส่งผลให้อาการแสดงออกของความวิตกกังวลลดลง ทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ความคิดในการเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น (อ่ำไพบวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

จากการศึกษาพบว่า การลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลใหม่ เป็นการลดสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ได้แก่ ความปวด การนอนหลับ สัญญาณชีพ ระดับของ saliva cortisol ภาวะซึมเศร้า อาการคัน พฤติกรรมที่แสดงออก รายละเอียดดังนี้

ความปวด เป็นความทุกข์ทรมานจากการทำแผลของผู้ป่วยแผลใหม่ ความปวดของผู้ป่วยแผลใหม่จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลใหม่ได้ (Geisser, Bingham, & Robinson, 1995) จากการศึกษา พบว่าความปวดมีความสัมพันธ์ โดยตรงกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลใหม่ (Weinberg et al., 2000) บุคลากรทางสุขภาพจึงจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือ ลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลใหม่

การนอนหลับ ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับ (ผาณิตา ชนมะณี, สุนุดตรา ตะบุนพงศ์, และณอมศรี อินทนนท์, 2549) นอกจากนี้ปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับมากที่สุดคือ ความวิตกกังวล

สัญญาณชีพ การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพในผู้ป่วยแผลใหม่ เกิดเนื่องจากการเร่งทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ เพื่อตอบสนองต่อความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น (เก็ทอง เสดะกสิกร, 2541; วิจิตรา กุสุมภ์, 2546) เมื่อผู้ป่วยแผลใหม่รับรู้ถึงความผ่อนคลาย สงบและสบายใจ ความวิตก

กังวลลดลง มีผลกระทบต่องานของระบบลิมบิกในส่วนที่รับรู้อารมณ์ทางด้านบวก ระดับของคอร์ติซอลในน้ำลาย ความกลัว ความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และไม่สุขสบาย จะมีผลกระทบทำให้สมองหลังฮอร์โมนคอร์ติซอลเพิ่มขึ้น (Kohlman&Lindsey, 1993 อ้างใน ประลาลี โอภาสนันท์, 2545) เนื่องจากสมองได้รับการกระตุ้นจากสาเหตุของความเครียด แล้วส่งสัญญาณประสาทไปยัง hypothalamus กระตุ้นให้ anterior pituitary gland กระตุ้น adrenocorticotrophic hormone จากนั้นจะไปกระตุ้นต่อมหมวกไตส่วนนอกให้หลั่ง cortisol เพิ่มขึ้น

ภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยแผลไหม้มักเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาภายหลังการเกิดแผลไหม้ เนื่องจาก การเกิดความวิตกกังวลที่คงอยู่นาน การที่ต้องทนกับสิ่งเร้าต่างๆที่เข้ามา หากไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือ บรรเทาความรุนแรง ปล่อยให้ผู้ป่วยใช้วิธีในการเผชิญแบบไม่เหมาะสม อาจเกิดภาวะซึมเศร้า ตามมาได้ (White, 1982: Mannan, Ghani, Clarke, White, Salmanta, & Butler, 2006)

อาการคัน มีสาเหตุจากแผลเป็นเนื้องอก เนื่องจากกลไกขณะสภาพผิวหนังตามร่างกายของผู้ป่วยแผลไหม้ที่เกิดจากปฏิกิริยาของร่างกายเพื่อให้แผลไหม้หาย อาการคันที่เกิดขึ้นจากแผลเป็นเนื้องอก จะก่อให้เกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ได้ (สุนันท์ สิ้นชื่อสัตย์กุล, 2536) เมื่ออาการคันทุเลาลง จะส่งผลให้ความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ลดลงด้วยเช่นกัน

พฤติกรรมที่แสดงออก ผู้ป่วยแผลไหม้มีความวิตกกังวลและไม่สามารถเผชิญกับการเกิดแผลไหม้ จากเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด กิจกรรมประจำวันที่เปลี่ยนไป สิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย โดยเฉพาะการที่ต้องอยู่ในห้องที่ปิดเชื้อ หรือห้องแยก กฎระเบียบที่เป็นทางการ และความเจ็บปวดจากการทำแผลไหม้ เมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลหรือการช่วยเหลือที่เหมาะสม สภาพจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยเริ่มดีขึ้น ความวิตกกังวลลดลง สามารถเผชิญกับการเกิดแผลไหม้ได้ดี จึงทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา

### 3. องค์ประกอบของการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้

3.1 อุปกรณ์ วิธีลดความวิตกกังวลมีความหลากหลาย อุปกรณ์จึงมีความแตกต่างกันไปตามความเหมาะสม

3.2 สถานที่ สถานที่ที่ใช้ในการศึกษาและการเก็บข้อมูลมีหลายแห่ง ได้แก่ ในห้องพักของผู้ป่วย ห้องทำแผล และห้องทำกายภาพบำบัด แต่สิ่งที่เหมือนกันคือ ต้องมีบรรยากาศที่เงียบสงบ สามารถผ่อนคลายได้ดี

3.3 ผู้บำบัด มีหลากหลายวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาล แพทย์ นักจิตวิทยา เภสัชกร ผู้เชี่ยวชาญด้านการนวด นักอาชีวบำบัด นักกายภาพ ผู้เชี่ยวชาญด้านดนตรี เนื่องจากวิธีการลดความวิตกกังวล มีความหลากหลาย จำเป็นต้องอาศัยความชำนาญเฉพาะด้านของแต่ละบุคคล และในปัจจุบัน ได้มีการดูแลแบบสหสาขาเกิดขึ้นจึงทำให้มีการศึกษาร่วมกันมากขึ้น

3.4 ลักษณะของผู้ป่วยแผลใหม่ จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยแผลใหม่ที่คัดเข้าในการศึกษาส่วนใหญ่มุ่งไปที่ช่วงระยะเวลาในการทำแผล เนื่องจากความปวดจากการทำแผลคือสิ่งที่รบกวนผู้ป่วยมากที่สุด และเป็นปัจจัยที่สำคัญในการเกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลใหม่ (อนงค์ ประสาธน์วนกิจ, ขนิษฐา นาคะ, และช่อลดา พันธุเสนา, 2546)

3.5 เครื่องมือที่ใช้ประเมินความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลใหม่ จากการศึกษาพบว่าการประเมินระดับของความวิตกกังวล โดยใช้ตัวชี้วัดที่เป็นวัดวิสัย และจิตวิสัย ตัวชี้วัดแบบวัดวิสัยสามารถบ่งบอกค่าปกติ เช่น ระดับของ cortisol ในน้ำลาย สัญญาณชีพ ตัวชี้วัดแบบจิตวิสัย เช่น แบบประเมินด้านพฤติกรรม Visual Analog Scale (Visual Analog Scale: VAS) และ State Trait Anxiety Inventory (State Trait Anxiety Inventory : STAI) จึงควรเลือกใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละการศึกษา

### การนำผลการศึกษาไปใช้

จากการศึกษาในแต่ละวิธีของการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลใหม่ มีความสำคัญและข้อดีที่แตกต่างกันไป มีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลได้ จึงควรให้ความสนใจและศึกษาเกี่ยวกับเทคนิคต่างๆ ให้เข้าใจ เปรียบเทียบ เพื่อนำมาปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยแผลใหม่ต่อไป

### ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการศึกษาไปใช้ทางการแพทย์

ผู้ป่วยแผลใหม่มีโอกาสเกิดความวิตกกังวลสูง สำหรับการปฏิบัติทางการแพทย์ วิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลใหม่ เป็นอีกแนวทางหนึ่ง ในการดูแลทางด้านจิตสังคม พยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ เพื่อเพิ่มคุณภาพของการพยาบาลและการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแผลใหม่ แต่ทั้งนี้ต้องมีความรู้ความเข้าใจในแต่ละวิธีเป็นอย่างดี การลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลใหม่มักเกี่ยวข้องกับระยะทำแผลและความปวด จึงควรมีการจัดการกับความปวดที่เหมาะสมและคำนึงถึงระยะของการทำแผลใหม่ นอกจากนี้จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ยังมีวิธีการบำบัดอื่นๆ ที่สามารถลดความวิตกกังวลในกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ แต่ยังไม่เคยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยแผลใหม่ จึงเป็นโอกาสที่จะพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ๆ ได้อีก

### ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่มีแผลใหม่ เนื่องจากผู้ป่วยเด็กที่มีแผลใหม่ต้องคำนึงถึงพัฒนาการตามวัย การแยกจาก การรับรู้ และการเรียนรู้ตามวัย นอกจากนี้ควรศึกษาเพิ่มเติมผู้ป่วยแผลใหม่ที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม

**A LITERATURE REVIEW OF ANXIETY REDUCTION IN BURN PATIENTS**

SUKITTA KUYKOMOOT 5036184 RAAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: KUSUMA KHUWATSAMRIT,  
Ph.D. (NURSING), NIROBOL KANOVSUNTHORNTRAT, Ph.D. (NURSING)**EXTENDED SUMMARY****Background and Significance of the Problem**

Burn injury was an incidence more often found at present causing one-third of death in USA (Cromes & Helm as cited in Field et al., 2000). Thailand also faced this incidence. Burn patients had to be treated and rehabilitated by health team members in the hospital (Church, Elsayed, Reid, Winston, & Lindsay, 2006) for the rescue during crisis (Singh, Devgan, Bhat, & Milner, 2007). However, burn patients had changed their skin pathology affecting their image (Er-ming Ye, 1998; Williams & Griffiths, 1991; Chaiphosri, P., B.E. 2538) and had mental reaction (Mateu & Hernandez, 1996; Williams & Griffiths, 1991) leading to psychiatric disorders (Muangkwa, S., B.E. 2551). Anxiety was an early symptom of posttraumatic stress disorder (PTSD).

Anxiety affected burn patients in terms of physiological condition, thinking, behavior, and mind, for example, reduced quality of sleep (Subongkot, N., B.E. 2546), gastrointestinal bleeding (Robbins, Idjadi, Stahl, & Essiet, 1972), changed and improper emotional expression (Setakasikorn, K., B.E. 2541), long stay in the hospital (Williams & Griffiths, 1991), reduced quality of life (Er-ming Ye, 1998), increased medical expenses (Mateu & Hernandez, 1996), and psychiatric problems causing them unable to face the burn injury (White, 1982) or possibly to escape from their problems by committing suicide (Fukunishi, Tanaka, Maruyama, & Takahashi,

1998). Therefore, to reduce anxiety in burn patients were significant. Nurses who closely took care of these patients took major roles in enabling patients to cope with their anxiety. Thus, this study focused on collecting, analyzing knowledge of how to reduce anxiety in burn patients affecting their changes in terms of physiological condition, thinking, behavior, and mind.

### **Research Question**

Are there any in the past research that reduces the anxiety effective in burn patients while in the hospital?

### **Objectives**

To analyze some researches, related to the interventions for reducing anxiety in burn patients.

### **Expected Outcomes**

To be able to develop and increase knowledge of nursing care for burn patients with anxiety in order to improve clinical nursing practices and utilize as a guideline for further study on the interventions for reducing anxiety in burn patients.

### **Definition**

Burn was defined as the skin or tissue injury caused by heat or other immediate injuries against partial or whole skin cells caused by hot liquid (scalds), hot solid material (contact burns), flame (flame burns), or the injury from electricity, as well as exposure to chemical agents, radiation, and radioactive materials (Kagan et al., 2009: 8).

Anxiety was defined as a feeling of tension, fear, panic, and concern that stimulated more functions of autonomic nervous system. Anxiety came from the evaluation of either actual or anticipated stimulus that might threaten or be harmful to them (Spielberger, 1976).

## Research Methodology

### 1. Data search

1.1 Computer search – This was to search from relevant electronic database via Mahidol University library's information system (<http://www.li.mahidol.ac.th/>) during November – March B.E. 2552 as follows:

1.1.1 Database and website related to nursing and medical journal as well as other relevant fields: 1. CINAHL 2. OVID 3. Science Direct 4. Blackwell Synergy 5. The Cochrane Library 6. Pro Quest Nursing 7. PubMed 8. The Joanna Briggs Institute 9. Psychinfo and 10. Department of Mental Health (<http://www.dmh.go.th/>).

1.1.2 Thesis of some universities from database and websites retrieved from <http://www.ThaiLIS.com> and OPAC of some universities comprising Mahidol University, Chiang Mai University, Prince of Songkla University, Khon Kaen University, and Chulalongkorn University.

1.2 Manual search – This was to search from reference and bibliography of textbooks, academic articles, and interested researches that were excluded from the electronic database.

1.3 Key words for searching from relevant researches were described by the researcher as follows: Burn and anxiety, Burn and anxiety and reduction, Burn and anxiety management, Burn and anxiety and guideline, Burn and anxiety and nursing, Burn and anxiety and intervention and guideline, แผลไหม้, แผลไฟไหม้, วิตกกังวล.

1.4 Years for searching were from 1943-2009 because in 1942 there was a fire accident at Coconut Grove Night Club (Beller, & Sapochetti, 2000). After that in 1943, some researchers started to get interested in studying mental effects on burn patients who had survived from the accident (Adler, 1943 as cited in Williams & Griffiths., 1991; Cobb & Lindemann, 1943).

### 2. Selection criteria

#### 2.1 Inclusion criteria

2.1.1 Being full text version of researches or academic evidences available in Thailand being published in 1943-2009 in either Thai or English.

2.1.2 Being related to anxiety reduction in burn patients.

2.1.3 Being conducted with patients aged 15 years up admitted in the hospital.

## 2.2 Exclusion criteria

2.2.1 Being duplicated or inaccessible e.g. not publish in English.

There were totally 10,219 subjects of academic evidences searched from several resources. The researcher selected these academic evidences based on the inclusion and exclusion criteria. As a result, there were remaining 10 subjects for the assessment.

3. Academic evidence quality assessment and analysis for considering clinical implementation potential.

Scientific-merit assessment was made by using the research quality assessment criteria of the Royal College of Physician of Thailand (Evidence-Based Medicine & Clinical Practice Guidelines Sub-Committee, the Royal College of Physician of Thailand, B.E. 2544: 41) that classified academic evidences into 4 levels as below:

Level A: This level came from Meta-analysis of Randomized controls trials (RCT) or single research regarded as Randomized controls trials (RCT).

Level B: This level came from Meta-analysis of Randomized controls trials (RCT) at least 1 research or the systematic single research regarded as the quasi-experimental study or the experimental study without sampling.

Level C: This level came from the comparative study or other descriptive study.

Level D: This level came from consensus of experts, textbooks, and academic paper.

Academic evidence analysis in terms of clinical implementation potential was made based on the criteria of Polit et al (Polit, Beck, & Hungler, 2001) as below:

1. Having clinical relevance.
2. Being scientific-merit, considering from research design, sampling, research instrument and variable measurement, analytical statistics, internal validity, external validity, as well as strength and weakness of research methodology.
3. Implementation potential included:
  - 3.1 Transferability of findings. This was to consider research appropriateness with organizations, patient groups, and nursing philosophy of health team members.
  - 3.2 Feasibility of implementation. This was to ensure that nurses had privilege of implementation and their colleagues gave cooperation in the implementation.
  - 3.3 Cost-benefit ratio. This was to ensure effectiveness, worthiness, and cost benefit when comparing with the old implementation.

## Results

1. Quality of academic evidences

According to the research quality assessment of total 10 subjects, it was found that there were 7 Randomized controlled trials in level A (Ferguson, 2004; Field et al, 1998; Field et al, 2000; Frenay et al, 2001; Harandi et al, 2004; Turner et al, 1998; Wright, & Drummond, 2000), and 3 Quasi experimental researches in level B (Buranaphan, S., B.E. 2547; Fratianne et al, 2001; Setakasikorn, K., B.E. 2541).
2. The interventions for reducing anxiety in burn patients

According to the analysis of studies on the interventions for reducing anxiety in burn patients, there were totally 9 types as follows: massage, hypnosis, Rapid Induction Analgesia (RIA), music therapy along with RIA, relaxation music, therapeutic touch, health education program along with emotional support, Appamanya 4 meditation, and medication as described below:
- 2.1 Massage – According to the analysis, there were 2 types of massage: Five-step massage (Field et al, 2000: Level A), and Swedish massage (Field et al, 1998: Level A).
  - 2.1.1 Five-step massage took for 30 minutes twice a week.

2.1.2 Swedish massage took for 20 minutes every day for 1 week, starting in the morning before wound dressing.

2.2 Hypnosis – According to the analysis, there were 3 types of hypnosis: hypnotherapy (Harandi et al, 2004: Level A), hypnosis, and Stress reducing strategies (SAS) (Frenay et al, 2001: Level A).

2.3 Rapid Induction Analgesia (RIA) or hypnotic induction – This type was implemented in a peaceful patient room. It was the technique most contributing to patients' comfortable feeling and relaxation before burn wound dressing (Wright, & Drummond, 2000: Level A).

2.4 Music therapy along with RIA – This type helped patients feel relaxed, have privacy, and feel safe before and during wound dressing (Fratianne et al, 2001: Level B).

2.5 Relaxation music was applied during joint exercise (Ferguson, 2004: Level A).

2.6 Therapeutic touch – The therapist had to be trained about therapeutic touch through Krieger-Kunz method. The therapist and the patient would stay in the room alone. This type made patients feel comfortable and relaxed most, and was implemented along with keeping energy balance for 5-20 minutes depending on each person's energy (Turner et al, 1998: Level A).

2.7 Health education program along with emotional support – This type assessed patients' readiness physically and mentally in every stage with a total of 4 stages: First stage was to build relationship with the patients, second stage was to provide knowledge about burn wound, wound dressing, wound care, eating, and medication, third stage or rehabilitation stage was to provide knowledge about how to prevent keloid scar and joint exercises, fourth stage was to provide knowledge about self-care at home e.g. wound and skin care, exercise for preventing joint stiffness, prevention of keloid scar, eating, and other self-care behaviors for healthy condition (Buranaphan, S., B.E. 2547: Level B).

2.8 Appamanya 4 meditation – This type was to regularly practice praying the goodwill verse of Phra Yana Siddhachahn from praying card or recorded voice in case of burn patients with eyesore for patients' relaxation, and assess

pain level, pulse, respiration, blood pressure, and anxiety after praying (Setakasikorn, K., B.E. 2541: Level B).

2.9 Medication included sleeping pill (Turner et al, 1998: Level A), anxiolytic drugs (Frenay et al, 2001: Level A; Field et al, 1998: Level A), antidepressant (Turner et al, 1998: Level A), and analgesic (Setakasikorn, K., B.E. 2541: Level B; Turner et al, 1998: Level A; Wright, & Drummond, 2000; Level A).

In conclusion, each intervention for reducing anxiety in burn patients focused on reducing or relieving pain during wound dressing or rehabilitation stage. According to the analysis of total 10 subjects, outcomes of anxiety reduction in burn patients could be concluded as follows: pain (Ferguson, 2004: Level A; Field et al, 1998: Level A; Field et al, 2000: Level A; Frenay et al, 2001: Level A; Harandi et al, 2004: Level A; Setakasikorn, K., B.E. 2541: Level B; Turner et al, 1998: Level A; Wright, & Drummond, 2000: Level A) sleep (Setakasikorn, K., B.E. 2541: Level B) vital sign (Fratianne et al, 2001: Level B; Field et al, 1998: Level A) saliva cortisol level (Field et al, 1998: Level A) depression (Field et al, 2000: Level A) irritation (Field et al, 2000: Level A) and behaviors (Field et al, 1998: Level A). In conclusion, anxiety reduction in burn patients could result in positive outcomes e.g. pain, sleep, vital sign, saliva cortisol level, depression, irritation, and behaviors. In addition, it was found that the study on the interventions for reducing anxiety had utilized several kinds of equipment.

### 3. Components of anxiety reduction in burn patients

According to the findings analysis, it was found that there were totally 4 components of anxiety reduction in burn patients: equipment, place, therapist, characteristics of burn patients, and tools for monitoring anxiety in burn patients as described below:

3.1 Equipment - According to the findings analysis, it was found that some equipment for reducing anxiety in burn patients included cassette tapes, the goodwill verse of Phra Yana Siddhachahn (Setakasikorn, K., B.E. 2541: Level B), health education program along with emotional support (Buranaphan, S., B.E. 2547: Level B), self-care manual for burn patients (Buranaphan, S., B.E. 2547: Level B), and cocoa oil for moistening skin during massage (Field et al, 2000: Level A).

3.2 Place had to be peaceful and was proper for relaxation. The place for the study might be the patient room, wound dressing room, or physical therapy room.

3.3 Therapist - According to the findings analysis, it was found that the therapists were nurses, doctors, psychologists, massage experts, occupational therapists, physical therapists, and music experts.

3.4 Characteristics of burn patients - According to the findings analysis, burn patients included those who were in the stage of wound dressing and the rehabilitation stage.

3.5 Tools for monitoring anxiety in burn patients - According to the analysis, it was found that tools for monitoring anxiety in burn patients in relevant studies included the interview of anxiety in burn patients (Setakasikorn, K., B.E. 2541: Level B), Saliva cortisol level (Field et al, 1998: Level A), vital sign (Ferguson, 2004: Level A; Field et al, 1998: Level A; Fratianne et al, 2001: Level B; Setakasikorn, K., B.E. 2541: Level B), Behavior assessment (Field et al, 1998: Level A; Fratianne et al, 2001: Level B;), Visual Analog Scale (VAS) (Frenay et al, 2001: Level A; Harandi et al, 2004: Level A), Visual Analogue Scale for Anxiety (VASA) (Turner et al, 1998: Level A), Combined vertical Wong/ Barker Faces Rating Scale (Fratianne et al, 2001: Level B), and State Trait Anxiety Inventory (STAI) (Buranaphan, S., B.E. 2547: Level B; Ferguson, 2004: Level A; Field et al, 1998: Level A; Field et al, 2000: Level A; Setakasikorn, K., B.E. 2541: Level B; Wright, & Drummond, 2000: Level A).

## **Discussion**

1. According to the academic evidence quality assessment for total 10 studies, they were the studies in level A and level B. Therefore, it was proper to be utilized for analyzing knowledge about anxiety reduction in burn patients.

2. The interventions for reducing anxiety in burn patients

2.1 Massage was the stimulation of peripheral receptor contributing to muscle relaxation that transmitted nerve impulse along beta nerve fiber, spinal nerve, and brain together with enkephalins release enabling pain relieve. As a result, patients felt relaxed, comfortable, and had reduced anxiety leading to

better psyconeuroimmunology (Levanun, C., B.E. 2549), better blood circulation, vasodilatation, more excretion from cells through venous system and urinary system (Kiertinan, S., B.E. 2545).

2.2 Hypnosis was to motivate with repetitive speech and monotonous reiteration in order to make patients enter into trance-like state, realize their consciousness that caused anxiety and fear.

2.3 Rapid Induction Analgesia (RIA) could reduce anxiety possibly because it was the imagination of something fresh, delightful, satisfied such as scenic images or positive images resulting in relaxation, distraction from tension stimulus.

2.4 Music therapy along with RIA was to mix one or more activities for making patients feel relaxed and reduce anxiety. Music therapy could relieve anxiety (Chontichachalalauka, J., B.E. 2547) and RIA could distract and reduce anxiety (Sanigavatee, P., B.E. 2542).

2.5 Relaxation music could reduce anxiety possibly because when hearing music, it would be transmitted to thalamus and cortical area under consciousness (Dulyatham, D., B.E. 2544), and harmony could make audiences feel enjoyable, comfortable, relaxed (Putthivanich, S., B.E. 2545), and reduce anxiety (Phumdoung, S., B.E. 2548).

2.6 Therapeutic touch was a simple practice that enhanced relaxation, relieved pain, reduced anxiety, and encouraged patients because patients or receivers of therapeutic touch would breathe deeply, have muscle relaxation, and close their eyes. In addition, it could help decrease sympathetic stimulation leading to healing process enabling endorphine release for reducing or relieving pain.

2.7 Health education program along with emotional support could relieve anxiety because this was to provide proper self-care information and essential knowledge for reducing anxiety and enabling patients to estimate situations similarly.

2.8 Appamanya 4 meditation could reduce anxiety because this was the consciousness development. During this state, consciousness would be alert while body and mind would take a deep rest. The medication needed to be practiced regularly.

2.9 Medication could make patients calm resulting in reduced anxiety that enabled patients to consider how to cope with problems more properly (Pumsrisawat. A., B.E. 2543).

According to the study, each intervention for reducing anxiety in burn patients was reduction of causes and factors related to anxiety as described below:

Pain – Pain was the suffering of burn patients from wound dressing. Thus, pain was one of factors causing anxiety in burn patients (Geisser, Bingham, & Robinson, 1995). According to the study, it was found that pain was directly related to anxiety in burn patients (Weinberg et al., 2000), so health team members needed to assist in reducing anxiety in burn patients.

Sleep – Anxiety was related to sleep and sleep quality (Chanamane, P., Tabunphong, S., and Inthanon. T., B.E. 2549). In addition, a factor that most disturbed sleep was anxiety.

Vital sign – Change of vital sign in burn patients was caused by acceleration of autonomic nervous system for responding to anxiety (Setakasikorn, K., B.E. 2541; Kusum, V., B.E. 2546). When burn patients could feel relaxed, calm, and reduce anxiety, it would stimulate the limbic system related to perceived positive feelings.

Saliva cortisol level – Fear, anxiety, pain, and uncomfortable feeling would stimulate brain to increasingly release cortisol (Kohlman&Lindsey, 1993 cited in Opananant, P., B.E. 2545) because brain was stimulated by tension and transmitted nerve impulse to hypothalamus that stimulated anterior pituitary gland to stimulate adrenocorticotrophic hormone, and then stimulated Adrenal cortex to release more cortisol.

Depression – Burn patients always had depression after burn injury due to long-lasting anxiety. If patients had to face several stimulations inappropriately without any assistance or relieve, depression was likely to occur (White, 1982: Mannan, Ghani, Clarke, White, Salmanta, & Butler, 2006).

Irritation - Irritation was caused by keloid scar due to physical reaction of self-healing. Such irritation could cause anxiety in burn patients (Sinsuesatkul, S., B.E. 2536). When the irritation became relieved, their anxiety would be reduced accordingly.

Behaviors – Burn patients felt anxious and could not cope with the burn injury, unexpected events, changed daily routines, unfamiliar environments especially in the separated clean room with rules and regulations, and pain from wound dressing. When patients received information or proper assistance, their mental and emotional condition was getting better that enabled them to cope with burn injury effectively. As a result, patients gave cooperation in treatment.

### 3. Components of anxiety reduction in burn patients

3.1 Equipment – As there were several interventions for reducing anxiety, equipment was varied accordingly.

3.2 Place – There were several places for the study and the data collection e.g. patients room, wound dressing room, and physical therapy room. These places had the same peaceful atmosphere contributing to relaxation.

3.3 Therapist consisted of several professionals e.g. doctors, nurses, psychologists, pharmacists, massage experts, occupational therapists, physical therapists, and music experts. As there were several interventions for reducing anxiety, it was necessary to rely on special expertise of each individual. In addition, available multidisciplinary team at present had increased mutual studies.

3.4 Characteristics of burn patients – According to this study, most burn patients were in the wound dressing stage because pain from wound dressing most disturbed patients and it was an important factor causing anxiety in burn patients (Prasartwanakit, A., Naka, K., and Phantusena, C., B.E, 2546).

3.5 Tools for monitoring anxiety in burn patients – According to the study, anxiety were measured by objective and subjective indicators. Objective indicators could indicate normal value such as saliva cortisol level, and vital sign. Subjective indicators included Visual Analog Scale (VAS), and State Trait Anxiety Inventory (STAI). Each tool should be chosen appropriately with the context of each study.

## Research Utilization

According to the study, each intervention for reducing anxiety in burn patients had different advantages and efficiency for reducing anxiety. Therefore, it was

necessary to pay attention to the interventions and techniques and make comparison for further application to take care burn patients.

### **Suggestions for Nursing Practices**

Burn patients have high level of anxiety. Nursing practice to reduce anxiety was a psychosocial nursing care to improve the quality of care and meet the needs of burn patients. However, nurses have to understand those techniques. Anxiety reduction was associated with time of wound dressing and level of pain. Therefore, there should be appropriate to deal with the pain and time of wound dressing. Furthermore, this study also found that there were other methods of treatments to reduce anxiety in difference group of patients. Those methods were not used in burn patients. Hence, they will be the chance to develop those methods for burn patients.

### **Suggestions for Next Studies**

It was suggested further studying child patients with burn injury that needed to consider their development, separation, perception with their age. In addition, it was suggested further studying burn patients in different cultures.

## บรรณานุกรม

- เก็จทอง เสตะกสิกร. (2541). *ผลของการฝึกสมาธิชนิดอัปปมัญญา 4 ในผู้ป่วยแผลไหม้*. วิทยานิพนธ์  
หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาเอกพยาบาล  
สาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- กระทรวงสาธารณสุข กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กองการแพทย์ทางเลือก.  
(2549). *พลังสัมผัสเพื่อดูแลสุขภาพ*. Retrieved March 10, 2010, from <http://www.dtam.moph.go.th/>
- กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย. (2549). *สรุปสถานการณ์อัคคีภัยของประเทศไทยในปี พ.ศ.  
2532-2549 กลุ่มงานคณะกรรมการป้องกันอุบัติภัยแห่งชาติ (กปอ.)*. Retrieved  
September 11, 2008, from <http://61.19.54.137/public/disaster01/data20y/fire20y.htm>.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2546) *การสำรวจระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิต: ศึกษาระดับ  
ประเทศไทยปี 2546*. บริษัททวงศ์กมล.
- กองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2549) *ตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไป  
สาขาเวชกรรม เล่ม 3*. กรุงเทพฯ: ไทภูมิ พบลีซิ่ง.
- ขจี สีสลับ. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างร่องรอยแผลไหม้กับการปรับตัวของผู้ป่วยแผลไหม้*.  
วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จักพันธุ์ เมืองแมน และอภิชาติ พลอยสังวาล. (2550). *บาดเจ็บสำคัญเขม่าควัน. วารสารบาดเจ็บไฟ  
ไหม้ น้ำร้อนลวกแห่งประเทศไทย, 2(1), 43-50.*
- จำรัช หอมพรมมา. (2551). *การใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าเพื่อลดความวิตกกังวลใน  
ผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD*. สารนิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,  
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิราพร ชลธิชาชลาลักษณ์. (2547). *ผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวล การตอบสนองทางสรีระ  
และตัวแปรในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยระหว่างหย่าจากเครื่องช่วยหายใจ*.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จำลอง ดิษขวนิช (2542) *การรักษาทางจิตเวชของเด็กและวัยรุ่น (psychosocial treatment in children  
and adolescents)* ใน มานิต ศรีสุรภานนท์, และจำลอง ดิษขวนิช (บรรณาธิการ), *ตำรา*

- จิตเวชศาสตร์ โครงการตำรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์, หน้า 561-579.
- จำลอง ดิษขวณิช และพริ้มเพรา ดิษขวณิช. (2542). การรักษาทางจิตสังคมในผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ (psychosocial treatment in adult psychiatric patients) ใน มานิต ศรีสุรภานนท์, และจำลอง ดิษขวณิช (บรรณาธิการ), ตำราจิตเวชศาสตร์ โครงการตำรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์, หน้า 521-560.
- จอมจักร จันทรสกุล. (2551). การรักษาและป้องกันแผลติดเชื้อในผู้ป่วยแผลไหม้รุนแรง ใน พรพพรหม เมืองแมน จอมจักร จันทรสกุล, และพรเทพ เปรมโยธิน (บรรณาธิการ), Update on wound care 2008, กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร, หน้า 30-35.
- นัทรศิริ เมฆวิวัฒนาวงศ์. (2543). ผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การฝึกประสาทอัตโนมัติ และไบโอฟีดแบคต่อความวิตกกังวลและอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว. วิทยานิพนธ์ปริญญาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร) สาขาเอกพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2549). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 9. นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- ชิดขไม พยาน้อย. (2541). การลดความเครียดของผู้ป่วยแผลไหม้ ด้วยการฝึกผ่อนคลาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกจิตวิทยาการแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ชนินทร์ ลีวานันท์. (2549). Thai Traditional Massage for Back Pain. การสัมมนาวิชาการแพทย์ทางเลือก ครั้งที่ 2 เรื่อง การดูแลผู้ป่วยปวดหลังปวดเอวด้วยการแพทย์ผสมผสาน 23-24 มี.ค. 2549 กองการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.
- ชมชื่น สมประเสริฐ. (2526). ผลของการฝึกสมาธิต่อระดับความวิตกกังวล. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาคลินิก) มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณททัย วงศ์ปการันย์, ทินกร วงศ์ปการันย์, วิทวัส อังคทะวานิช, และสมบุญ ชัยศรีสวัสดิ์สุข. (2546). โรคทางจิตเวชในผู้ป่วยแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวก. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 48(4), 223-229.
- ดวงดาว คุลยธรรม. (2544). ผลของดนตรีบำบัดต่อการลดปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขา. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- ทิภาพร อังคกุล. (2543). การเปรียบเทียบระหว่างวิธีการทางจิตเวชมาตรฐานกับ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อร่วมกับวิธีการทางจิตเวชมาตรฐาน ในผู้ป่วยโรควิตกกังวล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธีรนุช อินทร์ทองน้อย. (2550). บทบาทของการให้การปรึกษาควบคู่กับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่มีผลต่อการลดระดับความเครียดในผู้ป่วยแผลไหม้ในโรงพยาบาลรามารับดี. *วารสารบาดเจ็บไฟไหม้น้ำร้อนลวกแห่งประเทศไทย*, 2(1), 6-13.
- นงลักษณ์ พรหมดีงการ. (2545). ผลของการนวดเท้าต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นภาพร สุบงกช. (2546). การสำรวจคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยแผลไหม้. สารนิพนธ์ศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปริญญา สนิกะวาที. (2542). ผลของการสร้างจินตภาพต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปรีดาภรณ์ สีปากดี. (2546). Burn wound management and psychosocial support. In ศรีชัย ชัยพฤกษ์, อนันต์ชัย เดชอมรธัญ & วัฒนาศักดิ์ เพิ่มทรัพย์ (Eds.), *Critical Practice in Burn* (pp. 140-156). กรุงเทพฯ: โฟร์พลัส โปริเจ็คท์.
- ปราโมทย์ สุคนิชย์, และมาโนช หล่อตระกูล. (2540). *คู่มือการวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วยโรควิตกกังวล*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เอส. ซี. พรีเมี่ยม.
- ประยูทธ ไชกรุ่งวารานนท์. (2549). Burn and other thermal injuries. ใน ชาญวิทย์ ดันดีพิพัฒน์ & ธนิต วัชรพุกก์ (Eds.), *ตำราศัลยศาสตร์* (หน้า 755-765). พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปะราลี โอภาสนันท์, (2545). การพักผ่อนนอนหลับในผู้สูงอายุ. ใน บุญศรี นุเกตุ, และคณะ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้สูงอายุ* (หน้า 99-106), นนทบุรี, ยูทริเน็ท.
- ผาณิตา ชนมะณี, สุนุดตรา ตะบูนพงศ์, และณอมศรี อินทนนท์. (2549). คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับนักศึกษาพยาบาลในภาคใต้. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 24(3), 163-172.

- พิกุล ตันติธรรม. (2533). ผลการเตรียมญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวล. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิกุลรัตน์ วงศ์พานิชย์, และวิไล ตั้งสถิตพร. (2548). การพัฒนาคุณภาพงานโดยการให้ข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยเด็ก (PICU). *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 23(ฉบับพิเศษ2), 239-244.
- พจน์ ชีรคุปต์. (2548). ระบาดวิทยาของโรคไฟไหม้น้ำร้อนลวกของผู้ป่วยวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. *วชิรสาร*, 49(2), 77-81.
- เพ็ญจันทร์ สุวรรณแสง โมโนยพงศ์. (2550). *คู่มือตรวจผู้ป่วยนอก*. กรุงเทพฯ: วิ. เจ. พรินต์ติ้ง.
- พิมพา ลีละวัฒนากุล, สิริรัตน์ ปานทัย, และลดาวลัย ภูมิวิชชเวช, 2547. (2547). ผลของดนตรีประเภทผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. *พยาบาลสาร*. 21(2), 101-116.
- พรรณี ชัยโพธิ์ศรี. (2538). *การศึกษาภาวะเครียดและพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดของผู้ป่วยแผลไหม้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรพรหม เมืองแมน. (2550). การประเมินดีกรีและการรักษาบาดแผลไหม้. *วารสารบาดเจ็บไฟไหม้น้ำร้อนลวกแห่งประเทศไทย*, 2(1), 51-60.
- ภัสพร ขำวิชา. (2534). *ผลของการสัมผัสต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มานิต ศรีสุรภานนท์, พร็ิมเพรา ดิษยวนิช, และจำลอง ดิษยวนิช. (2544). เครื่องวัดทางจิตเวช: ข้อควรพิจารณาสำหรับผู้ใช้: Measures in Psychiatry: Users' Guide. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 46(2), 127-136.
- รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2538). *ผลกระทบทางจิตในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีแผลไหม้*. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 13(3), 14-22.
- ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. (2544). คำแนะนำการสร้าง "แนวทางเวชปฏิบัติ" (Clinical Practice Guidelines). *สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย*, 18(16), 36-47.
- เรณู พุกบุญมี. (2551). *ตัวอย่างการพัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อการนำไปใช้ในคลินิก เรื่องการลดความเหนียวของเสมหะในผู้ป่วยที่ใส่ท่อผ่านหลอดลม*. เอกสารประกอบการสอน เรื่องการปฏิบัติการพยาบาลโดยอาศัยความรู้เชิงประจักษ์: Evidence-base nursing practice. โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.

- ลดา สรณารักษ์ และคณะ (2539). รายงานการวิจัยเรื่องประสิทธิผลของการให้สุศึกษาโดยกระบวนการ  
กลุ่มสัมพันธ์ต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่อกระจกในผู้สูงอายุก่อนการผ่าตัด.  
โรงพยาบาลขอนแก่น.
- ละเอียด ชูประยูร. (2544). การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ. *วารสารจิตวิทยาคลินิก* 32(1), หน้า 8-12.
- วิจิตรา กุสุมภ์. (2546). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์.
- วิจิตรา กุสุมภ์, และจจี พงศธรวิบูลย์. (2546). ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยแผลไหม้. In วิจิตรา กุสุมภ์ (Ed.),  
การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต (pp. 255-280). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สหประชา  
พานิชย์.
- วัชรวิ กลิ่นเฟื่อง. (2535). ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกรดูแลตนเองต่อความวิตกกังวล  
การมีส่วนได้ควบคุมตนเองและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา  
บัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วีณา ไลชาติกุล, และอารีย์วรรณ อ้วนธานี. (2550) การศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพใน  
หน่วยงานแผลไหม้-น้ำร้อนลวก. *วารสารสภาการพยาบาล*, 22 (1), 105-117.
- วันดี เสวตมาลย์, และวนิดา ออประเสริฐศักดิ์. (2546). การพยาบาลผู้ป่วยแผลไหม้. In สุดาพรรณ  
ชัยจิรา & วนิดา ออประเสริฐศักดิ์ (Eds.), *การพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุ*  
(pp. 244-261). กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพานิชย์ (กรุงเทพฯ) จำกัด.
- วารี หาญพิศุทธิ์, อรพินท์ แดงเทศ, และพรพรหม เมืองแมน. (2550). ระบาดวิทยาของผู้ป่วยบาดเจ็บ  
ไฟไหม้ที่รักษาตัวในหอผู้ป่วยไฟไหม้-น้ำร้อนลวก โรงพยาบาลศิริราช ระหว่างปี พ.ศ.  
2544 - 2548. *วารสารบาดเจ็บไฟไหม้-น้ำร้อนลวกแห่งประเทศไทย*, 2(1), 14-22.
- ศิริยศ ก่อเกียรติ. (2542). ผลการรักษารอยแผลเป็นนูนคีลอยด์ด้วยการใช้ความเย็นเทียบกับการฉีดยา  
ไตรแอมซิโนโลน อีเซ็ดโตไนด์เข้าไปในรอยแผล: การศึกษาเปรียบเทียบโดยมีกลุ่ม  
ควบคุมแบบสุ่ม. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชา  
อายุศาสตร์ ภาควิชาอายุศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ศศิธร พุ่มดวง. (2548). คนตรีบำบัด. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 23 (3), 185-191.
- สุกัญญา บุรณะพันธ์. (2544). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทาง  
อารมณ์ต่อภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยที่มีแผลไหม้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา  
บัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิก มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุกัญญา บุรณะพันธ์. (2547). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทาง  
อารมณ์ต่อภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยที่มีแผลไหม้. *วารสารการพยาบาล*, 6(1), 30-40.

- ศุภฤตา พุ่มเมือง และคณะ. (2549). *ผลของความเครียดในชีวิตประจำวันต่อกรีดลินในเลือด คอรัทีซอลในน้ำลาย และพฤติกรรมการกินของหญิงไทยที่อ้วน..* เอกสารประกอบการประชุมวิชาการวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 35 (วทท 35) 15-17 ตุลาคม 2552 ณ มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี Retrieved March 10, 2010, from [http://www.scisoc.or.th/stt/35/sec\\_i/paper/STT35\\_I\\_I0017.pdf](http://www.scisoc.or.th/stt/35/sec_i/paper/STT35_I_I0017.pdf)
- แสงหล้า พลนอก. (2542). *ผลของการสร้างจินตภาพต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยแผลไหม้.* วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอาชีวเวชศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สถิติกรุงเทพมหานคร. (2551). *จำนวนสาธารณสุขและความเสียหาย จำแนกตามประเภทของสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2550.* กองยุทธศาสตร์บริหารจัดการ สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล. Retrieved September 11, 2008, from [http://203.155.220.217/pipd/07Stat\(Th\)/Stat\(th\)50/stat50.htm](http://203.155.220.217/pipd/07Stat(Th)/Stat(th)50/stat50.htm).
- สถิติหน่วยไฟฟ้าไหม้ น้ำร้อนลวกโรงพยาบาลรามาริบัติ. (2550). *สมุดสถิติหน่วยไฟฟ้าไหม้ น้ำร้อนลวก พ.ศ. 2546-2550.* โรงพยาบาลรามาริบัติ
- สุนันทา กระจำงแดน. (2544). *การแพทย์ทางเลือก : การฝึกสมาธิชนิดอานาปานสติแบบผ่อนคลาย. วารสารเกื้อการุณย์, 8(3), 62-73.*
- สุนันท์ สิ้นชื่อสัตย์กุล. (2536). *ความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคม ร่องรอยแผลไหม้กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยแผลไหม้รุนแรง.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาพร โอภาสานนท์, และพรพรหม เมืองแมน. (2551). *Severe Electrical Injury: Case Report and Review. วารสารบาดเจ็บไฟฟ้าไหม้ น้ำร้อนลวกแห่งประเทศไทย, 2(4), 14-25.*
- สมบัติ ตาปัญญา. (2544). *การนวดเพื่อลดความเครียดแนวทางการประยุกต์ใช้ในคลินิกคลายเครียด. วารสารจิตวิทยาคลินิก 32(1), หน้า 34-37.*
- สมบูรณ์ เกียรตินันท์. (2545). *การศึกษาองค์ความรู้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การนวด: เพื่อพัฒนาองค์ความรู้สู่ระดับนานาชาติและสนับสนุนให้ประชาชนเกิดการพึ่งพาตนเอง. สถาบันการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2544.*
- สมพร ชินโนรส.(2548).*ดนตรีกับการบรรเทาความปวด.รามาริบัติพยาบาลสาร, 16(3) หน้า 16-21.*
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภายิต , และประไพพรรณ ภูมิวุฒิสาร. (2548). *การศึกษาปัจจัยทางปัญญาที่สัมพันธ์กับความไวในการรับรู้ความวิตกกังวล (A study of cognitive factors related to anxiety sensitivity) ใน.สมโภชน์ เอี่ยมสุภาและคณะ(บรรณาธิการ), การประชุมทางวิชาการ*

ครั้งที่ 5 จิตวิทยาวิถีไทย คณะจิตวิทยาศูนย์วิจัยวิทยาศาสตร์จิตวิทยาตะวันออก-ตะวันตก, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. หน้า 69-74.

สมพิศ คุ่มบุญ. (2551). ระบาดวิทยาของผู้ป่วยแผลไหม้ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมไฟไหม้น้ำร้อนลวก วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล, *วชิรสารการพยาบาล*, 10(2), 1-15.

สุมิตรา เมืองขวา. (2551). ความชุกของโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวก. *วชิรสารการพยาบาล*, *วชิรสารการพยาบาล*, 10(2), 36-44.

สิริมา มงคลสัมฤทธิ์. (2548). *การพยาบาลผู้ป่วยแผลไหม้ที่ได้รับบาดเจ็บจากน้ำร้อนลวก*. กรุงเทพฯ: ดวงกมลสมัย.

สุรศักดิ์ พุฒินิษฐ์. (2545). การวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยศัลยกรรม. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อนงค์ ประสาธน์วันกิจ, ขนิษฐา นาคะ, และช่อลดา พันธุเสนา. (2546). ความปวดและการจัดการกับความปวดด้วยตนเองและทีมสุขภาพ: ประสบการณ์ของผู้ป่วยแผลไหม้ *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 23(2), 50-67.

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

อพัชชา ผ่องญาติ. (2543). การส่งเสริมการปฏิบัติสมาธิแนวพุทธศาสนาเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อมร อุปแก้ว. (2547). การศึกษาระดับความเครียดและการเปลี่ยนแปลงของคอร์ติซอลในพนักงานหญิงที่ทำงานกะ. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สุขศาสตร์อุตสาหกรรมและความปลอดภัย, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2545). *การพยาบาลและจิตเวช*. กรุงเทพฯ: ด่านสุทธการพิมพ์.

Aaron, L. A., Patterson, D. R., Finch, C. P., Carrouger, G. J., & Heimlich, D. M. (2001). The utility of a burn specific measure of pain anxiety to prospectively predict pain and function: a comparative analysis. *Burns*, 27(4), 329-334.

- Alder, A. (1943) Neuropsychiatric complications in victims of Boston's Cocoanut Grove disaster. *Journal of the American Medical Association*, 123, 1098-1101
- American Burn Association. (2008). *Burn Incidence and Treatment in the US: 2007 Fact Sheet*. Retrieved November 11, 2008, from [http://www.ameriburn.org/resources\\_factsheet.php](http://www.ameriburn.org/resources_factsheet.php).
- Andreasen, N. J. C., Norris, A. S., & Hartford, C. E. (1971). Incidence of long-term psychiatric complication in severely burned adult. *Annals Of Surgery*. 174(5), 785-793.
- Barret-Nerin, J. P., & Herndon, D. N. (2004). *Principles and Practice of Burn Surgery*. New York: Marcel Dekker.
- Beller, D., & Sapochetti, J. (2000). Searching for answers to the Cocoanut Grove fire of 1942 *National Fire Protection Association journal*. pp..87-92.. Retrieved September 11, 2008, from <http://www.nfpa.org/assets/files/PDF/CocoGrove.pdf>.
- Berry, C. C., Patterson, T. L., Wachtel, T. L., & Frank, H. A. (1984). Behavioural factors in burn mortality and length of stay in hospital. *Burns*, 10(6), 409-414.
- Blakeney, P. E., Rosenberg, L., Rosenbery, M., & Faber, A. W. (2008). Psychosocial care of persons with severe burns. *Burns*, 34(4), 433-440.
- Blumenfield, M., & Schoeps, M. M. (1993). Psychological reactions to burn and trauma In M. G. Fisher & C. Echart (Eds.), *Psychological care of the burn and trauma patient* (pp. 94-120). Maryland: Williams & Wilkins.
- Byers, J. F., Bridges, S., Kijek, J., & LaBorde, P. (2001). Burn Patients' Pain and Anxiety Experience. *Journal Burn Care Rehabilitation*, 22(2), 144-149.
- Carrougher, G. J., Ptacek, J. T., Honari, S., Anne E. Schmid, Tininenko, J. R., Gibran, N. S., et al. (2006). Self-Reports of Anxiety in Burn-Injured Hospitalized Adults During Routine Wound Care. *Journal of Burn Care & Research*, 27(5), 676-681.
- Church, D., Elsayed, S., Reid, O., Winston, B., & Lindsay, R. (2006). Burn Wound Infections. *Clinical Microbiology Reviews*, 19(2), 403-434.
- Clarke, A., & Alexander, L. (2003). Psychological support. In P. W. Booth, B. L. Eppley & R. Schmelzeisen. (Eds.), *Maxillofacial trauma and esthetic facial reconstruction* (pp. 555-576). New York: Churchill Livingstone.
- Cobb, S. & Lindemann, E. (1943) Management of Cocoanut Grove burns at Massachusetts General Hospital. *Annals of Surgery*, 117, 814.

- Davidson, T. N., Bowden, M. L., Tholen, D., James, M. H., & Feller, I. (1981). Social Support and Post-Burn Adjustment. *Arch Phys Med Rehabil*, 62, 274-278.
- Delilah, O. N., & Faust, J. (2007). Identifying the Variables Impacting Post-Burn Psychological. *Journal Of Pediatry Psychology* 32(3), 380-391.
- Dyster-Aas, J. (2006). *Psychiatric History and Adaptation in Burn Injured Patients*. A doctoral dissertation from the Faculty of Medicine, Uppsala University, Uppsala Sweden.
- Dyster-Aas, J., Kildal, M., & Willebrand, M. (2007). Return to work and Health-related quality of life after burn injury. *Journal Rehabil Med*, 39, 49-55.
- Ehde, D. M., Patterson, D. R., Wiechman, S. A., & Wilson, L. G. (1999). Post-traumatic stress symptoms and distress following acute burn injury. *Burns*, 25(7), 587-592.
- Er-ming Ye. (1998). Psychological morbidity in patients with facial and neck burns. *Burns*, 24(7), 646-648.
- Falkel, J.E. (1994). Anatomy and physiology of the skin In Richard & Staley (Eds.) *Burn Care and Rehabilitation: Principles and Practice*. Philadelphia: F. A. Davis company, pp.10-28.
- Ferguson, S. L. (2004). Burn Pain and Anxiety: The Use of Music Relaxation During Rehabilitation. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 25(1), 8-14.
- Field, T., Peck, M., Krugman, S., Tuchel, T., Schanberg, S., Kuhn, C., et al. (1998). Burn Injury Benefit from Massage Therapy. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 19(3), 241- 244.
- Field, T., Peck, M., Scd, Hernandez-Reif, M., Krugman, S., Burman, I., et al. (2000). Postburn itching, pain, and psychological symptoms are reduced with massage therapy. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 21(3), 189-193.
- Fratianne, R. B., Prensner, J. D., Huston, M. J., Super, D. M., Yowler, C. J., & Standley, J. M. (2001). The Effect of Music-Based Imagery and Musical Alternate Engagement on the Burn Debridement Process. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 1(22), 47-53.
- Frans F.A., Keli S.O., & Maduro A.E. (2008). The epidemiology of burns in a medical center in the Caribbean. *Burns*, 3(34), 1142-1148.

- Frenay, M. C., Faymonville, M. E., Devlieger, S., Albert, A., & Vanderkeelen, A. (2001). Psychological approaches during dressing changes of burned patients: a prospective randomized study comparing hypnosis against stress reducing strategy. *Burns*, 27(8), 793-799.
- Fukunishi, K., Tanaka, H., Maruyama, J., & Takahashi, H. (1998). Burns in a suicide attempt related to psychiatric side effects of interferon. *Burns*, 24(6), 581-583.
- Gilboa, D. (2001). Long-term psychosocial adjustment after burn injury. *Burns*, 27(4), 335-341.
- Johnson, C. (1994). Pathologic manifestations of burn injury In Richard & Staley (Eds.) *Burn Care and Rehabilitation: Principles and Practice*. Philadelphia: F. A. Davis company, pp.29-46.
- Geisser, E., Bingham, G., & Robinson, E. (1995). Pain and Anxiety During Burn Dressing Changes: Concordance Between Patients' and Nurses' Ratings and Relation to Medicine Administration and Patient Variables. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 16(2 Part 1), 165-171.
- Grabow, J., & Buse, R., (1990). Preoperative anxiety: Anxiety about the operation, anxiety about anesthesia, anxiety about pain. *Psychotherapy Psychosomatic Medicine of Psychology*, 40(7), 255-263.
- Harandi, A. A., Esfandani, A., & Shakibaei, F. (2004). The effect of hypnotherapy on procedural pain and state anxiety related to physiotherapy in women hospitalized in a burn unit. *Contemporary Hypnosis*, 21(1), 28-34.
- Kavanagh, S., & Jong, A. d. (2004). Care of burn patients in the hospital. *Burns*, 30, A2-A6.
- Kagan, R. J., et al. (2009). Surgical Management of the Burn Wound and Use of Skin Substitutes (American Burn Association White Paper). Copyright 2009 American Burn Association Retrieved November 09, 2009, from <http://www.ameriburn.org>.
- Kimmo, T., Jyrki, V., & Sirpa, A.-S. (1998). Health status after recovery from burn injury. *Burns*, 24(4), 293-298.
- Leske, S.M., (1993). Anxiety of elective surgical patients' family members. *AORN*, 57(5), 1019-1092.

- Mannan, M., Ghani, S., Clarke, A., White, P., Salmanta, S., & Butler, P. (2006). Psychosocial outcomes derived from an acid burned population in Bangladesh, and comparison with Western norms. *Burns*, 32(2), 235 - 241.
- Marchesan, W. G., Ferreira da Silva F., Canalli, J. E., & Ferreira, E. (1997). Suicide attempted by burning in Brazil. *Burns*, 23(3), 270-271.
- Mateu, L. P., & Hernandez, J. J. C. (1996). Emotional aspects in burn patients: usage of a health state classification system. *Burns*, 22(5), 396-398.
- Moss, B. F., Everett, J. J., & Patterson, D. R. (1993). Psychologic Support and pain Management of the burn patient. In R. L. Richard & M. J. Staley (Eds.), *Burn care and rehabilitation: principles and practice* (pp. 475-498). Philadelphia: F.A. Davis
- Mostaghimi, L. H., Obermeyer, W., Ballamudi, B., Martinezgonzalez, D., & Benck, R. M. (2005). Effects of sleep deprivation on wound healing. *Journal Sleep Res*, 14, 213-219.
- Osborn, K. (2003). Nursing burn injuries. *Nursing Management*, 34(5), 49-56.
- Park, S.-y., Choi, K.-A., Jang, Y.-c., & Oh, S.-J. (2008). The risk factors of psychosocial problems for burn patients. *Burns*, 34, 24-31.
- Patino, O., Novick, C., Merlo, A., & Benaim, F. (1999). Massage in hypertrophic scars. *Journal Burn Care and Rehabilitation*, 20(3), 268-271.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2001). *Essentials of nursing research (method, appraisal, and utilization)* (pp. 429-456). Philadelphia: lippincott.
- Ptacek, J. T., Patterson, D. R., & Heimbach, D. M.. (2002). Inpatient Depression in Persons with Burns. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 23(1), 1-9.
- Rafii, F., Oskouie, F., & Nikraves, M. (2007). Caring behaviors of burn nurses and the related factors. *Burns*, 33, 299-305.
- Richard, R. L., Staley, M. J., & Finley, R. K.. (1994). The Evolution of Burn Rehabilitation Management In Richard & Staley (Eds.) *Burn Care and Rehabilitation: Principles and Practice*. Philadelphia: F. A. Dava company, pp.3-9.
- Robbins, R., Idjadi, F., Stahl, W. M., & Essiet, G. (1972). Studies of Gastric Secretion in Stressed Patients. *Ann. Surg.*, 175(4), 555-562.
- Robert, R., Blakeney, P., Villarreal, C., & Meyer, W. J. (2000). Anxiety: current practices in assessment and treatment of anxiety of burn patients. *Burns* 26 (6), 549-552.

- Saffle J.R. & Schnebly W.A. (1994). Burn wound care In Richard & Staley (Eds.) *Burn Care and Rehabilitation: Principles and Practice*. Philadelphia: F. A. Davis company, pp. 119-176.
- Shive, L.R. (2005). *Basic concepts of psychiatric-mental health nursing*. Sixth edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sims, A., & Snaith, P. (1988). *anxiety in clinical practice*. New York. Biddles Limited, Guildford.
- Singh, V., Devgan, L., Bhat, S., & Milner, S. M. (2007). The Pathogenesis of Burn Wound Conversion. *Annals of Plastic Surgery* 59(1), 109-115.
- Spielberger, C.D. (1976). The nature and measurement of anxiety. In C.D. Spielberger, C.D. & R. Diaz-guerrero, (Eds.), *Cross-cultural anxiety*. Washington: Hemisphere.
- Spielberger, C.D. & Vagg P.R. (1995). *Test anxiety: Theory, assessment, and treatment*. Washington. Taylor & Francis.
- Stuart, G.W. (2005). *Handbok of psychiatric nursing*. Sixth edition. Philadelphia: Mosby.
- Stuart, G.W. & Sundeen, S. J. (1995). *Principles & Practice of Psychiatric Nursing*. Fifth edition. Philadelphia: Mosby.
- Taylor, C.M. (1994). *Essentials of psychiatric nursing*. Fourteenth edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Taal, L. A., & Faber, A. W. (1998). Posttraumatic stress and maladjustment among adult burn survivors. *Burns*, 24, 285-292.
- Taal, L. A., & Faber, A. W. (1997). Dissociation as a predictor of psychopathology following burns injury *Burns*, 23(5), 400-403.
- Taal, L. A., & Faber, A. W. (1997). The burn specific pain anxiety scale: introduction of a reliable and valid measure. *Burns*, 23(2), 147-150.
- Taal, L. A., Faber, A. W., Loey N.E.E., Reynders C.L.L., & Hofland H.W.C. (1999). Abbreviated the burn specific pain anxiety scale: a multicenter study. *Burns*, 25(6), 493-497.
- Travado, L., Ventura, C., Martins, C., & Veloso, L. (2001). Psychological assessment of the burn in-patient. *Annals of Burns and Fire Disasters*, 14(3).
- Turner, J. G., Clark, A. J., Gauthier, D. K., & Williams, M. (1998). The effect of therapeutic touch on pain and anxiety in burn patients. *Journal of Advanced Nursing*, 28(1), 10-20.

- Valentino, L. (1996). Burns. In Urden, L.D., Lough, M.E. Stacy K.M. (Eds.), *Priorities in Critical Care Nursing* (2 nd ed., pp. 415-424). St. Louis: Mosby-Year.
- Varcarolis, E. M. (1998). *Foundation of psychiatric mental health nursing*. Philadelphia: W.B. saunders company. Lippincott Williams&Wilkins.
- Weinberg, K., Birdsall, C., Vail, D., Marano, M., Petrone, S., & Hani, E. (2000). Pain and Anxiety With Burn Dressing Changes : Patient Self - Report. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 21(2), 157-161.
- White, A. C. (1982). Psychiatric study of patients with severe burn injuries. *British Medical Journal*, 284(6314), 465-467.
- Willebrand, M., Andersson, G., & Ekselius, L. (2004). Prediction of Psychological Health After an Accidental Burn. *The Journal of TRAUMA Injury Infection and Critical Care*, 57(2), 367-374.
- Williams, E. E., & Griffiths, T. A. (1991). Psychological consequences of burn injury. *Burns*, 17(6), 478-480.
- Wright, B., & Drummond, P. (2000). Rapid induction analgesia for the alleviation of procedural pain during burn care. *Burns*, 26(3), 275-282.



### การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้

ผู้เขียน (ปีที่พิมพ์) / Level of Evidence	วัตถุประสงค์/ การออกแบบงานวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง/ สถานที่/ เครื่องมือที่ใช้	วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์/ การนำไปใช้
เรื่องที่ 1 Burn Injury Benefit from Massage Therapy ผู้เขียน Field et al. (1998) Level of Evidence Level A	วัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบระดับ คะแนน ความปวด ความวิตกกังวล และ ระดับของคอร์ติซอลใน น้ำลาย ของผู้ป่วยแผล ไหม้ภายหลังการนวด การออกแบบงานวิจัย Randomized controlled trial กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยแผลไหม้ที่เข้ารับ การรักษาใน burn unit จำนวน 28 ราย (ผู้ชาย 24 ราย ผู้หญิง 4 ราย) มี ขนาดแผลไหม้เฉลี่ย ร้อยละ 10 ของพื้นที่ ร่างกายทั้งหมด และ ร้อยละ 71 ของผู้ป่วยไม่ เคยได้รับการนวดมา ก่อน	วิธีวิจัย ผู้ป่วยแผลไหม้ถูกสุ่มแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดย ทั้ง 2 กลุ่มไม่มีลักษณะอื่นๆที่แตกต่าง กัน กลุ่มที่ 1 กลุ่มควบคุม ได้รับการ ดูแลตามปกติ กลุ่มที่ 2 กลุ่มทดลอง ได้รับการ ดูแลเพิ่มเติมโดยการนวดแบบสวีดิช วันละ 20 นาที ในเวลา 9 นาฬิกา ก่อน การทำแผลทุกวัน เป็นเวลา 1 สัปดาห์ เริ่มนวดจากบริเวณใบหน้า ออก กระเพาะอาหาร ขาและแขน ในท่า นอนหงาย แล้วเปลี่ยนมานวดบริเวณ หลังในท่านอนคว่ำ การประเมินผล 1. ใช้แบบสังเกตพฤติกรรมประเมิน ก่อนและหลังการนวด 20 นาที จับชีพ จรบริเวณข้อมือ ก่อนและหลังการนวด 30 นาที เก็บน้ำลายส่งตรวจก่อนและ หลังการนวด 20 นาที โดยเก็บในเวลา เดียวกันของทุกๆ วัน 2. ใช้ PPI , VAS และ POMS ประเมินความปวด ความโกรธ ความ	การวิเคราะห์ - การประเมินความวิตก กังวลควรเลือกใช้ที่ง่าย และสะดวก ไม่มีค่าใช้จ่าย เช่น STAI - มีการใช้เครื่องมือ ประเมินหลายชิ้นอาจทำ ให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความ สับสนได้ - วิธีการนวด เป็นวิธีที่ ไม่ ซับซ้อน สามารถรับการ ฝึกปฏิบัติตามโดยผ่านการ ฝึกอบรมจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งพยาบาลสามารถนำไป ให้การดูแลผู้ป่วยแผลไหม้ ได้ - ผลงานวิจัยนี้ไม่มีความ เสี่ยง เนื่องจากไม่เป็นการ กระทำที่คุกคามถึงชีวิต ของผู้ป่วย แต่ ไม่สามารถ ใช้ในผู้ป่วยที่แผลไหม้ บริเวณกว้างและมีพื้นที่ผิว ปกติเล็กน้อย

**ตาราง 4** แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ (ต่อ)

ผู้เขียน (ปีที่พิมพ์) / Level of Evidence	วัตถุประสงค์/ การออกแบบงานวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง/ สถานที่/ เครื่องมือที่ใช้	วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์/ การนำไปใช้
	สถานที่ The University of Miami-Jackson Memorial Burn Center	ซิมเคร่าในวันแรก และวันสุดท้าย ของ การศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ repeated measures ANOVAs	- การเกิดแผลไหม้ ทำให้มี การทำลายของปลาย เส้นประสาทเพราะฉะนั้น การนวดอาจจะทำให้ ผู้ป่วยแผลไหม้รู้สึก เจ็บปวดได้
	<b>เครื่องมือที่ใช้</b> 1. Visual Analog Scale (Visual Analog Scale: VAS) และ The Present Pain Intensity (The Present Pain Intensity: PPI) ใช้ประเมินความ ปวด 2. The McGill Pain Questionnaire ใช้วัด อารมณ์ ความรู้สึกปวด 3. The State Anxiety Inventory (The State Anxiety Inventory : STAI) ใช้ประเมินความ วิตกกังวล 4. Behavior observation scale ใช้ สังเกตพฤติกรรมก่อน และภายหลังการนวด 20 นาที มี 5 ข้อ ข้อ ย่อยๆละ 3 คะแนน	<b>ผลการวิจัย</b> - ภายหลังการนวดคะแนนระดับความ วิตกกังวลลดลง, พฤติกรรมมีการ ปรับปรุงไปในทางที่ดี, ระดับ cortisol ในน้ำลาย ซิพจรและระดับคะแนนความ ปวดลดลงเมื่อเทียบกับก่อนนวด $p < .001, p < .001, p < .05, p < .005,$ $p < .001$ ตามลำดับ - ในกลุ่ม control group ภายหลังการ ทดลอง พบว่า คะแนนระดับความวิตก กังวลเพิ่มขึ้น, พฤติกรรมมีแนวโน้มการ ปรับปรุงไปในทางที่ไม่ดี, ระดับของ คอร์ติซอลในน้ำลาย และซิพจรลดลง ระดับคะแนนความปวดเล็กน้อย	- ในการศึกษานี้ ผู้ ศึกษาวิจัยประกอบไปด้วย นักจิตวิทยา แพทย์ เกศัช ผู้เชี่ยวชาญด้านการนวด - กลุ่มยาที่ใช้ในการศึกษา วิจัย คือ narcotic analgesics (กลุ่มยาแก้ ปวด) และ benzodiazepine sedatives (กลุ่มยาลดความวิตกกังวล) <b>การนำไปใช้</b> - การนวดแบบสวีดิช ก่อน การทำแผลทุกวัน สามารถ ลดความวิตกกังวลในผู้ป่วย แผลไหม้ได้

**ตาราง 4** แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ (ต่อ)

ผู้เขียน (ปีที่พิมพ์) / Level of Evidence	วัตถุประสงค์/ การออกแบบงานวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง/ สถานที่/ เครื่องมือที่ใช้	วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์/ การนำไปใช้
	ประกอบไปด้วย ความรู้สึก กิจกรรมที่ทำ การใช้เสียง ความวิตก กังวล การให้ความ ร่วมมือ		
	5.ประเมินชีพจรจาก Radial pulse rate เริ่ม นับจาก 30 วินาทีก่อน และหลังการนวด		
	6. ประเมินระดับของ cortisol ในน้ำลาย โดย เก็บก่อนและ 20 นาที ภายหลังการนวดใน เวลาเดียวกันทุกวัน (9.00นาฬิกา) ของทุก วัน		
	7. The Profile of Moods State (The Profile of Moods State : POMS) ประเมิน ระดับอารมณ์ โกรธ ซึมเศร้า		

**ตาราง 4** แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ (ต่อ)

ผู้เขียน (ปีที่พิมพ์) / Level of Evidence	วัตถุประสงค์/ การออกแบบงานวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง/ สถานที่/ เครื่องมือที่ใช้	วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์/ การนำไปใช้
<b>เรื่องที่ 2</b>	<b>วัตถุประสงค์</b>	<b>วิธีวิจัย</b>	<b>การวิเคราะห์</b>
Postburn itching, pain, and psychological symptoms are reduced with massage therapy	เพื่อศึกษาผลของการ นวดภายหลังการเกิด แผลไหม้ต่อการลด อาการคัน ความปวด ความวิตกกังวล และ ภาวะซึมเศร้า	- สุ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม กลุ่ม ละ 20 ราย เก็บข้อมูลในวันแรกและวัน สุดท้ายในสัปดาห์ที่ 5 ของการศึกษา ในระหว่างที่ทำการศึกษาผู้ป่วยทุกราย จะได้รับบริการดูแลรักษาตามมาตรฐาน จากสหสาขาวิชาชีพต่างๆ โดยนักฝึก อาชีพหรือนักฟื้นฟูร่างกาย จะใช้น้ำมัน จากเมล็ดโกโก้ทาบริเวณแผลที่หาย แล้ว แต่จะไม่มีกรนวดในกลุ่มควบคุม	- การนวดต้องอาศัย ผู้เชี่ยวชาญหรือรับการอบ รบก่อนเนื่องจากการนวด และสัมผัสกับร่องรอย แผลไหม้อาจจะทำให้ ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดได้ เพราะจากการที่ เส้นประสาทรับรู้ความรู้สึก ถูกทำลายแล้วสร้างขึ้นมา ใหม่ภายหลังแผลไหม้หาย แล้วและอาจเกิดแผลไหม้ ได้จากแรงกด เสียดสีขณะ นวด เนื่องจากผิวหนังยัง ไม่แข็งแรงวิธีนี้จึงสามารถ ใช้ได้กับแผลไหม้ที่หาย แล้วเท่านั้น
Field, Peck, Hernandez- Reif, Krugman, Burman, & Ozment- Schenck (2000)	<b>การออกแบบงานวิจัย</b>  Randomized controlled trial	- กลุ่มทดลองจะได้รับกรนวด 30 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง บริเวณแผลที่ หายแล้ว (ยกเว้นในแผลปะหนัง) ผู้ ปฏิบัติ จะได้รับการฝึกและดูแลจาก ผู้เชี่ยวชาญ โดยการนวดใช้แรงกดปาน กลางลงบนแผลขนาดปานกลาง โดย ใช้น้ำมันจากเมล็ดโกโก้ทาหล่อลื่น บริเวณที่จะนวด ดังนี้ 1. ใช้แรงกดลักษณะคลึง(stroking fashion) เล็กน้อยถึงปานกลางกลง บริเวณแผลเป็นเนื้อนูนที่ทาหล่อลื่น ด้วยน้ำมันจากเมล็ดโกโก้ 2. ใช้ส่วนปลายของแต่ละนิ้วกดลงจาก ผู้เชี่ยวชาญ และเคลื่อนไหวไป-มา บริเวณริมขอบแผลไหม้ แล้วขยับไป มาระหว่างตรงกลางของแผลไหม้	- การนวดมีค่าใช้จ่ายเกิด จากผลิตภัณฑ์หล่อลื่นที่ ใช้กับบริเวณที่ก่อนจะ นวด เช่น น้ำมันจากเมล็ด โกโก้ โลชั่น น้ำมัน มะกอก เป็นต้น - ไม่ได้ระบุวิธีสุ่มกลุ่ม ตัวอย่าง
<b>ผู้เขียน</b> Field, Peck, Hernandez- Reif, Krugman, Burman, & Ozment- Schenck (2000)	<b>กลุ่มตัวอย่าง</b> ผู้ป่วยแผลไหม้ 20 ราย เพศชาย 14 ราย เพศ หญิง 6 ราย อายุเฉลี่ย 38.2 ปี แผลไหม้อยู่ใน ระหว่างปรับตัวเข้าสู่ ระยะปกติในการหาย ของแผล (remodeling phase) กลุ่มตัวอย่างมี แผลไหม้มาเฉลี่ย 118 วัน มีพื้นที่ผิวหนังที่มี แผลไหม้ทั้งหมดเฉลี่ย ร้อยละ 11 ของพื้นที่ผิว กายทั้งหมด		
<b>Level of Evidence</b> Level A			

**ตาราง 4** แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ (ต่อ)

ผู้เขียน (ปีที่พิมพ์) / Level of Evidence	วัตถุประสงค์/ การออกแบบงานวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง/ สถานที่/ เครื่องมือที่ใช้	วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์/ การนำไปใช้
	ในกลุ่มทดลอง มีแผลไหม้ ร้อยละ 11 ของ ในกลุ่มทดลอง มีแผลไหม้ ร้อยละ 11 ของ พื้นที่ผิวกายทั้งหมด และกลุ่มควบคุม มีแผลไหม้ ร้อยละ 12 ของ พื้นที่ผิวกายทั้งหมด	3. ใช้แรงกดปานกลาง วนรอบแผล แนวขวาง แล้วลูบเบาๆ ลงบนบริเวณ แผลประมาณ 10 นาที 4. บีบและจับยกแผลนี้ขึ้นด้วยนิ้ว จากนั้นเปลี่ยนสลับไปจนทั่วบริเวณ นั้น 5. ทูบลงตรงเป็นแนวยาว เพื่อเป็นการ สิ้นสุดการนวดในบริเวณนั้น	- ในการศึกษาที่พยาบาล และแพทย์จิตเวช ผู้เชี่ยวชาญด้านการนวด เป็นผู้ศึกษาวิจัย - ไม่ได้ระบุยาที่ใช้ร่วมใน การศึกษาวิจัย
	<b>สถานที่</b> University's rehabilitation outpatient burn center	การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ repeated-measures multivariate analysis of variance	<b>การนำไปใช้</b> - การนวดทำให้รู้สึกผ่อนคลายและสามารถลด ความวิตกกังวลได้ - ความปวดจากการทำ กายภาพบำบัดเป็นปัจจัย หนึ่งที่ทำให้เกิดความวิตก กังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ได้ จึงควรมีการจัดการกับ ความปวดควบคู่กับวิธีการ ลดความวิตกกังวล
	<b>เครื่องมือที่ใช้</b> - Itching Rating ประเมินอาการคัน เป็น Visual Analogue Scale แบ่งเป็น 0-10 ระดับให้ ผู้ป่วยประเมินเองโดยที่ 0 หมายถึง ไม่มีอาการ คัน และ 10 หมายถึง มี อาการคันมากที่สุด - McGill Pain Questionnaire ประเมิน ความปวด	<b>ผลการวิจัย</b> - ภายในกลุ่มทดลองวันแรก การนวดสามารถลดความวิตกกังวล ในผู้ป่วยที่มีแผลไหม้ ( $p < .005$ ) ลด อาการคัน ( $p < .001$ ) ลดความปวด ( $p < .005$ ) และลดภาวะซึมเศร้า ( $p < .005$ ) - ภายในกลุ่มทดลองวันสุดท้ายใน สัปดาห์ที่ 5 ของการศึกษา การนวดสามารถลดความวิตกกังวล ในผู้ป่วยที่มีแผลไหม้ ( $p < .005$ ) ลด อาการคัน ( $p < .005$ ) ลดความปวด ( $p < .05$ ) และลดภาวะซึมเศร้า ( $p < .005$ )	

**ตาราง 4** แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ (ต่อ)

ผู้เขียน (ปีที่พิมพ์) / Level of Evidence	วัตถุประสงค์/ การออกแบบงานวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง/ สถานที่/ เครื่องมือที่ใช้	วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์/ การนำไปใช้
	- State Trait Anxiety Inventory (State Trait Anxiety Inventory : STAI)ประเมินความวิตกกังวล - Profile of Mood States ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้า แบ่งออกเป็น 5 ระดับ เป็นการบรรยายความรู้สึกในสัปดาห์ที่ผ่านมา ผู้ป่วยจะสามารถเลือก 0-4 ตอบ (0 หมายถึงไม่มีทั้งหมด 1 หมายถึง มีบ้างเล็กน้อย 2 หมายถึง มีปานกลาง 3 หมายถึง มีบ้างไม่ทั้งหมด 4 หมายถึง มีทั้งหมด) และลักษณะภาวะซึมเศร้าให้ตอบเป็น เสร้า โศกเศร้าหมดกำลังใจ หรือ สิ้นหวัง	- ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในวันแรก ความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมต่ำกว่ากลุ่มทดลองแต่ในวันในสัปดาห์ที่ 5 ของการศึกษาสุดท้ายพบว่าสูงกว่าของกลุ่มทดลอง อาการคันของกลุ่มควบคุมเท่ากับกลุ่มทดลองแต่ในวันในสัปดาห์ที่ 5 ของการศึกษาสุดท้ายพบว่าสูงกว่าของกลุ่มทดลอง ความปวดของกลุ่มควบคุมต่ำกว่า 0.1 ของกลุ่มทดลองแต่ในวันในสัปดาห์ที่ 5 ของการศึกษาสุดท้ายพบว่าสูงกว่าของกลุ่มทดลอง ภาวะซึมเศร้า ของกลุ่มควบคุมต่ำกว่ากลุ่มทดลองแต่ในวันในสัปดาห์ที่ 5 ของการศึกษาสุดท้ายพบว่าสูงกว่าของกลุ่มทดลอง	

**ตาราง 4** แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ (ต่อ)

ผู้เขียน (ปีที่พิมพ์) / Level of Evidence	วัตถุประสงค์/ การออกแบบงานวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง/ สถานที่/ เครื่องมือที่ใช้	วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์/ การนำไปใช้
<b>เรื่องที่ 3</b> The effect of hypnotherapy on procedural pain and state anxiety related to physiotherapy in women hospitalized in a burn unit.  ผู้เขียน Harandi, Esfandani, & Shakibaei (2004)  Level of Evidence Level B	<b>วัตถุประสงค์</b> เพื่อศึกษาผลของการ รักษาโดยวิธีการสะกด จิตต่อความวิตกกังวล และความปวดในผู้ป่วย แผลไหม้  <b>การออกแบบงานวิจัย</b> Quasi-experimental research  <b>กลุ่มตัวอย่าง</b> ผู้ป่วยแผลไหม้เพศหญิง จำนวน 44 ราย ที่เข้ารับ การรักษาใน burn unit ในช่วงเวลา 1 ปี (กันยายน 2001- กันยายน 2002) เกณฑ์ ในการคัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่างเข้าศึกษา -ต้องการทำกายภาพ บำบัด -เคยทำกายภาพ บำบัด มากกว่า 3 ครั้ง ก่อนเข้า ร่วมงานวิจัย -มีประสบการณ์ความ เจ็บปวดและ ความวิตกกังวล เนื่องจาก การทำ	<b>วิธีวิจัย</b> แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น กลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 22 คน แยกตาม อายุ ระดับความลึกของ ผิวหนังที่ถูกทำลายและ ร้อยละของ พื้นที่ผิวที่มีแผลไหม้ กลุ่มทดลอง ได้รับการอบรมและรักษาโดยวิธีการ สะกดจิต 4 ครั้งและกลุ่มที่ 2 กลุ่ม ควบคุม ไม่ได้รับการอบรมและรักษา โดยวิธีการสะกดจิต -ในตอนเช้าเวลาเดียวกันของทุกวัน จะ ได้รับการประเมินระดับของความวิตก กังวลขณะเผชิญ (state anxiety) และ ความปวดก่อนทำกายภาพ - กลุ่มทดลอง ในช่วงเย็นของวันที่ 1 จะได้รับการอธิบายวิธีการรักษาโดย การสะกดจิตที่เตียงนอนของผู้ป่วยและ เริ่มการรักษาโดยการสะกดจิตใน วันรุ่งขึ้นก่อนไปทำกายภาพบำบัดที่ หน่วยกายภาพบำบัดและได้ปฏิบัติ เหมือนกัน - กลุ่มควบคุม จะได้เพียงการประเมิน ความวิตกกังวลและความปวด การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Linear regression, correlation coefficient, student t-test	<b>การวิเคราะห์</b> - ประชากรที่ใช้ใน การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างมี เฉพาะในเพศหญิง ซึ่งเพศ มีผลกับระดับของความ วิตกกังวลในผู้ป่วยแผล ไหม้ ควรมีการศึกษาใน เพศชายด้วย ก่อนนำมา ปฏิบัติทางคลินิก - การสะกดจิตยังต้องอาศัย ผู้เชี่ยวชาญหรือต้องได้รับ การอบรมจนเกิดความ ชำนาญก่อนจึงสามารถ นำมาใช้ได้ - ในการศึกษาที่ ผู้ ศึกษาวิจัยมีเพียง นักจิตวิทยา ไม่มี พยาบาล - ไม่ได้ระบุว่าใช้ยา ร่วม ในการศึกษาวิจัยหรือไม่ - ไม่ได้ระบุว่าผู้ทำการ สะกดจิต - ระบุว่า เป็น Randomized controlled trial แต่ไม่ได้ ระบุ ว่ามีการสุ่มหรือวิธีการสุ่ม ในการศึกษา

**ตาราง 4** แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ (ต่อ)

ผู้เขียน (ปีที่พิมพ์) / Level of Evidence	วัตถุประสงค์/ การออกแบบงานวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง/ สถานที่/ เครื่องมือที่ใช้	วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์/ การนำไปใช้
	<p>กายภาพบำบัด</p> <p>-สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย</p> <p>-มีความสามารถในการพูดและสื่อสารด้วยภาษา Farsi</p> <p>เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกไม่มีปัญหาทางจิตเวชหรือมีความพิการทางสมอง</p> <p><b>สถานที่</b></p> <p>The burn unit of a hospital in Isfahan, Iran.</p> <p><b>เครื่องมือที่ใช้</b></p> <p>ความวิตกกังวลและความปวดประเมินโดย Visual Analogue Scale (VAS) เป็นเส้นในแนวตั้ง แบ่งเป็น 100 มิลลิเมตร ด้านล่างสุดจะหมายถึง ไม่ปวดและไม่มีความวิตกกังวล ด้านบนสุด หมายถึง ปวดมากและมีความวิตกกังวลมาก</p>	<p><b>ผลการวิจัย</b></p> <p>- การรักษาโดยการสะกดจิตสามารถลดความวิตกกังวล และความปวดจากการทำกายภาพบำบัด (<math>p &lt; .0001</math>)</p> <p>- พื้นที่ผิวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวล (<math>R = .49</math>) และความปวด (<math>R = .54</math>) การสะกดจิต (<math>p &lt; .001</math>) และไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและความปวดหลังการสะกดจิต (<math>p &gt; .05</math>)</p> <p>- ระดับความลึกไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและความปวดก่อนได้รับการรักษาโดยการสะกดจิต (<math>p &gt; .05</math>)</p> <p>- ความวิตกกังวลกับความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกทั้งก่อนและหลังการทดลอง (<math>p &lt; .001</math>)</p>	<p><b>การนำไปใช้</b></p> <p>- เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่พยาบาลสามารถศึกษา จนมีความชำนาญและนำวิธีการนี้มาช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ได้เมื่อต้องทำกายภาพบำบัด</p> <p>- ในการศึกษาต่อไปควรให้ผู้ป่วยแผลไหม้มีการประเมินความวิตกกังวลด้วยตนเองร่วมกับทีมสุขภาพ</p> <p>- ความวิตกกังวลเกี่ยวข้องกับพื้นที่ผิวในการเกิดแผลไหม้</p> <p>- ควรคำนึงถึง ความปวดเมื่อต้องทำกายภาพบำบัดของผู้ป่วยแผลไหม้เพราะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อระดับความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้น</p>

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ (ต่อ)

ผู้เขียน (ปีที่พิมพ์) / Level of Evidence	วัตถุประสงค์/ การออกแบบงานวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง/ สถานที่/ เครื่องมือที่ใช้	วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์/ การนำไปใช้
เรื่องที่ 4 Psychological approaches during dressing changes of burned patients: a prospective randomized study comparing hypnosis against stress reducing strategy	วัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบวิธีการ สนับสนุนทางด้าน จิตใจระหว่างการสะกด จิต แบบ hypnosis กับ เทคนิคการผ่อนคลาย ร่วมกับการสะกดจิต (Stress reducing strategies : SAS) ใน การลดความเจ็บปวด และความวิตกกังวลใน ระหว่างการทำแผลของ ผู้ป่วยแผลไหม้  การออกแบบงานวิจัย randomized controlled trial	วิธีวิจัย ผู้วิจัยมีการสุ่มแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ได้รับวิธีการสะกดจิต แบบ hypnosis และกลุ่มที่ได้รับ เทคนิคการผ่อนคลายร่วมกับการ สะกดจิต (Stress reducing strategies : SAS) โดยที่ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มจะได้รับ การทำแผลตามมาตรฐานการทำแผล ของหน่วยงาน คือ 20 นาที ก่อนการทำ แผลไหม้ ผู้ป่วยจะได้รับยาบรรเทา ปวดชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อก่อนทุกราย - หลังจากนั้นผู้ป่วยจะได้รับการ ประเมินระดับของความปวด การ ควบคุมความเจ็บปวดความวิตกกังวล และความพึงพอใจต่อการดูแลในขณะที่ ทำแผลด้วยเครื่องมือ VAS ในวันที่ 1 3 5 7 8 10 12 และ 14 โดยในวันที่ 8 และวันที่ 10 ผู้ป่วยแต่ละกลุ่มจะได้รับ การบำบัดด้วยวิธีการที่กำหนด คือการ สะกดจิตหรือ เทคนิคการผ่อนคลาย ร่วมกับการสร้างจินตภาพ โดยมี นักจิตวิทยา 1 ท่าน จะดูแลผู้ป่วยทั้ง สองกลุ่ม และอยู่กับผู้ป่วยตลอดทุก ขั้นตอนตั้งแต่เริ่มทำแผลจนกระทั่งทำ แผลเสร็จ  ในกลุ่มที่ได้รับการสะกดจิต นักจิตวิทยา จะสอนให้ผู้ป่วยนึกถึง สถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการไป	การวิเคราะห์ - กลุ่มตัวอย่างได้มาจาก การสุ่ม แต่ไม่ได้ระบุ วิธีการสุ่ม - ต้องฝึกกับผู้เชี่ยวชาญใน การนำมาปฏิบัติทั้ง 2 วิธี - การศึกษาเรื่องนี้ ผู้ ศึกษาวิจัย - มีการใช้ยาบรรเทาปวด และลดความวิตกกังวล ร่วมในการศึกษาแต่ไม่ได้ กล่าวเกี่ยวกับรายละเอียด ข้อยา และการใช้ยา บรรเทาปวดและลดความ วิตกกังวล  การนำไปใช้ - ผู้ป่วยพึงพอใจกับวิธีการ สะกดจิต หรือการใช้ เทคนิคการผ่อนคลาย ร่วมกับการสะกดจิต โดย จากการประเมินความพึง พอใจต่อ การทำแผลก่อนข้างสูง ดังนั้น วิธีการสะกดจิต หรือการให้เทคนิค
Freanay, Faymonville, Devlieger, Albert, & Vanderkelelen (2001)	กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยแผลไหม้ จำนวน 26 ราย เป็นเพศ ชาย 13 ราย เพศหญิง 13 ราย เป็นผู้ป่วยที่เข้า รับการรักษาใน Burn unit ระหว่างเดือน	เมษายน 1996 ถึงเดือน มิถุนายน 1997	Level of Evidence Level A

**ตาราง 4** แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ (ต่อ)

ผู้เขียน (ปีที่พิมพ์) / Level of Evidence	วัตถุประสงค์/ การออกแบบงานวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง/ สถานที่/ เครื่องมือที่ใช้	วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์/ การนำไปใช้
ไม่มีความพร่อง ทางด้านจิตใจ ไม่คิดยา หรือสารเสพติด โดย กลุ่มที่ได้รับวิธีการ สะกดจิต hypnosis มี จำนวน 11 ราย (เพศ ชาย 8 ราย เพศหญิง 3 ราย) มีอายุเฉลี่ย 47.9 ปี มีแผลไหม้เฉลี่ย ร้อยละ 18.7 ของพื้นที่ผิวหนัง ทั้งหมด เป็นแผลไหม้ ระดับ 3 = ร้อยละ 12.3 และมีระยะเวลาอยู่ โรงพยาบาลเฉลี่ย 26.3 วัน กลุ่มที่ได้รับวิธีการ ลดความวิตกกังวล มี จำนวน 15 ราย (เพศ ชาย 5 ราย เพศหญิง 10 ราย) มีอายุเฉลี่ย 35.9 ปี มีแผลไหม้เฉลี่ยร้อยละ 17.2 ของพื้นที่ผิวหนัง ทั้งหมดเป็นแผลไหม้ ระดับ 3 ร้อยละ 11.3 และมีระยะเวลาอยู่ โรงพยาบาลเฉลี่ย 30.6 วัน	มีการเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการให้ คิดถึงประสบการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิด ความพึงพอใจ และนักจิตวิทยา ให้ ผู้ป่วยมองตา ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และ ปล่อยตัวตามสบาย จากนั้น นักจิตวิทยาจะดำเนินการใช้เทคนิคการ สะกดจิต ซึ่งจะพิจารณาจากการสังเกต พฤติกรรมของผู้ป่วย และสิ่งที่ผู้ป่วย ต้องการ ผู้ป่วยจะอยู่ในภวังค์ เมื่อ ผู้ป่วยสามารถคิดถึงเหตุการณ์ที่ผ่าน มาแล้วทำให้เกิดความพึงพอใจได้อย่าง ชัดเจน ส่งผลให้ผู้ป่วยเริ่มเข้าสู่การ สะกดจิตใจในช่วงเวลาของการทำแผล ได้ นักจิตวิทยาจะพยายามกระตุ้นให้ ผู้ป่วยคิดในด้านบวก จะเปลี่ยน ความรู้สึกของผู้ป่วยให้แยกตนเองออก จากความรู้สึกเจ็บปวดในการทำแผล  ในกลุ่มที่ได้รับวิธีการใช้เทคนิค การผ่อนคลายร่วมกับการสะกดจิต นักจิตวิทยาจะสอนให้ผู้ป่วยหายใจเข้า ออกลึกๆและค่อยๆ ผ่อนคลายเพื่อลด การตอบสนองต่อความปวดและ ความเครียด หลังจากนั้นนักจิตวิทยาจะ กระตุ้นในด้านบวกให้กับผู้ป่วยเกิด ความคิดถึงสิ่งที่ก่อให้เกิดความสุข ความพอใจและสร้างความรู้สึกดีใน ด้านบวกเพื่อชดเชยผลกระทบ	การผ่อนคลายร่วมกับการ สะกดจิต จึงเป็นอีกทาง หนึ่งในการลดความวิตก กังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ - การเกิดความปวดจาก การทำแผลมี ความสัมพันธ์กับการเกิด ความวิตกกังวลในผู้ป่วย แผลไหม้	

**ตาราง 4** แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ (ต่อ)

ผู้เขียน (ปีที่พิมพ์) / Level of Evidence	วัตถุประสงค์/ การออกแบบงานวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง/ สถานที่/ เครื่องมือที่ใช้	วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์/ การนำไปใช้
	<p>สถานที่ Burn Center of the Queen Astrid military Hospital, Belgium</p> <p>เครื่องมือที่ใช้ - Visual Analog Scale (Visual Analog Scale : VAS) โดยมีความยาว 10 เซนติเมตร ใช้ ประเมินความวิตกกังวล ความปวด การควบคุม ความ และประเมิน ความพึงพอใจต่อการ ทำแผล</p>	<p>จากความรู้สึกลในด้านลบจากเหตุการณ์ ที่ผ่านมาแล้ว</p> <p>- ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินระดับ ของความปวด การจัดการควบคุม ความเจ็บปวด ความวิตกกังวล และ ความพึงพอใจต่อการดูแลรักษา ด้วย เครื่องมือ VAS ก่อน ในระหว่าง และ หลังจากทำแผลเสร็จ</p> <p>การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ Descriptive method t-test</p> <p><b>ผลการวิจัย</b></p> <p>- วิธีการสะกดจิตสามารถลดความวิตก กังวลก่อนการทำแผลและในระหว่าง การทำแผล ได้ดีกว่าเทคนิคการผ่อนคลาย ร่วมกับการสะกดจิต อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05</p> <p>- ทั้ง 2 วิธีช่วยลดความวิตกกังวลได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05</p> <p>- ทั้ง 2 วิธีช่วยลดความปวดได้อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05</p> <p>- ทั้ง 2 วิธี ช่วยเพิ่มความพึงพอใจต่อ การดูแลในช่วงเวลาของการทำแผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05</p>	

**ตาราง 4** แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ (ต่อ)

ผู้เขียน (ปีที่พิมพ์) / Level of Evidence	วัตถุประสงค์/ การออกแบบงานวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง/ สถานที่/ เครื่องมือที่ใช้	วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์/ การนำไปใช้
เรื่องที่ 5 The effect of therapeutic touch on pain and anxiety in burn patients	วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ ผลของ therapeutic touch และ Sham touch ต่อการลดความปวด และความวิตกกังวลใน ผู้ป่วยแผลไหม้	วิธีวิจัย กลุ่มที่ 1 กลุ่มทดลอง ใช้วิธี Therapeutic touch กลุ่มที่ 2 กลุ่มควบคุม ใช้วิธี Sham touch - เริ่มการทดลองตั้งแต่ช่วงหลังเที่ยง หลังจากทำแผลในช่วงเช้า - ในการติดตามทั้งสองกลุ่ม บุคคลที่ เก็บข้อมูลจะไม่ทราบว่าคุณุ่มตัวอย่าง จะถูกจัดอยู่ในกลุ่มการทดลองหรือ กลุ่มควบคุม - ก่อนเริ่ม Therapeutic touch หรือ Sham touch เชิญญาติออกจากห้อง และสร้างบรรยากาศให้กลุ่มตัวอย่าง รู้สึกสุขสบาย โดยนอนอยู่บนเตียง หรือเก้าอี้ของแต่ละคน โดยสร้าง บรรยากาศอบอุ่น แสงสว่างในห้อง เป็นแสงสลัว เมื่อรู้สึกผ่อนคลาย เริ่ม ปิดตาลง โดยการเปิดเพลงในระหว่าง ทำการทดลองทั้ง 2 วิธี ก่อนเริ่มกลุ่ม ตัวอย่างจะต้องไม่ได้รับยาแก้ปวด ยา คลายกังวล ยานอนหลับ ก่อนทำ พลัง สัมผัส หรือภายหลังจากรับยาดังกล่าว ข้างต้นไปแล้ว 4 ชั่วโมง จึงจะเริ่มทำ พลังสัมผัส ได้	การวิเคราะห์ - ต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญหรือ ได้รับการอบรมพิเศษก่อน นำมาใช้จริงได้ในทาง คลินิก - ในการศึกษาผู้ป่วยบาด และนักศึกษาแพทย์ เป็นผู้ ศึกษาวิจัย - เป็นการศึกษาที่ดี โดยดู จากออกแบบการทดลอง เช่น การ จัดกลุ่มทดลองและใช้ เทคนิคการสุ่มตัวอย่าง หรือการใช้สถิติ (Statistical control) เทคนิควิธีการทางสถิติที่ สามารถนำมาควบคุมตัว แปรแทรกซ้อนคือ การ วิเคราะห์ความแปรปรวน ร่วม (Analysis of covariance) โดยจะ สามารถปรับคุณสมบัติที่ แตกต่างกันของกลุ่ม ตัวอย่างได้ ทำให้ผลที่ ปรากฏเป็นผลจากการ ทดลองเท่านั้น และใน การศึกษานี้ไม่ได้ศึกษา
ผู้เขียน Turner, Clark, Gauthier, & Williams (1998) Level of Evidence Level A	การออกแบบงานวิจัย Randomized controlled trial กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยแผลไหม้ที่เข้ารับ การรักษาใน โรงพยาบาล ทั้งหมด 99 ราย ใช้วิธีสุ่มออกเป็น 2 กลุ่ม ด้วยการโยน เหรียญ กลุ่มแรกใช้วิธี therapeutic touch จำนวน 62 ราย กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุมใช้วิธี Sham touch จำนวน 37 ราย สถานที่ Burn unit at a University medical centre in the South- East United States	กลุ่มที่ 1 เมื่อกลุ่มตัวอย่างรู้สึกผ่อนคลายแล้ว ผู้วิจัยจะใช้ฝ่ามือวางไว้ เหนือร่างกายผู้ป่วยประมาณ 2-5 นิ้ว	

**ตาราง 4** แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ (ต่อ)

ผู้เขียน (ปีที่พิมพ์) / Level of Evidence	วัตถุประสงค์/ การออกแบบงานวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง/ สถานที่/ เครื่องมือที่ใช้	วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์/ การนำไปใช้
	<b>เครื่องมือที่ใช้</b>		
1. McGill pain Questionnaire ประเมิน ระดับความ ประกอบด้วยตัวชี้วัด 3 ชนิด คือ	แล้วทำการประเมินพลังงานของผู้ป่วย จัดการให้เกิดความสมดุลของพลังงาน โดยใช้ระยะเวลา 5-20 นาที ขึ้นอยู่กับ พลังงานในแต่ละบุคคล กลุ่มที่ 2 ไม่ได้ประเมินพลังงาน	ความแตกต่างของกลุ่ม ตัวอย่าง เช่น สาเหตุการ เกิดแผลไหม้ อวัยวะหรือ ส่วนของร่างกายที่เกิดแผล ไหม้ เพศ เป็นต้น เกณฑ์ ในการคัดเข้ากำหนดเพียง สื่อสารด้วยภาษาอังกฤษ ได้ดี มีแผลไหม้น้อยกว่า ร้อยละ 75 TBSA ไม่มี อาการทางจิตเวช อยู่ โรงพยาบาลมากกว่า 9 วัน	
1.1 Pain Rating Index (PRI) เป็นการ รวบรวมคะแนนที่ได้ จากคำศัพท์แสดงความ ปวดที่ผู้ป่วยเลือก	- การเก็บข้อมูล ในวันที่ 1 ประเมินความปวด ความวิตกกังวล และความคาดหวังต่อ การปฏิบัติโดยใช้เครื่องมือ VASP VASA McGill pain Questionnaire และCTF เจาะเลือดหาค่าของ lymphocyte white blood cell เป็น baseline และติดตามอีกครั้งเมื่อครบ 5 วัน	การนำไปได้ใช้	
1.2 The Number of Words Chosen (NWC) บอกถึงความรุนแรง ของความปวด คือ เล็กน้อย ไม่สุขสบาย รู้สึกเสียวหรือทุกข์ นำ กลัว ทุกข์ทรมานมาก	ในวันที่ 3 ประเมินความปวด VASP ก่อนและหลังการทดลองทั้ง 2 วิธี	- VASA เป็นเครื่องมือที่ สามารถนำมาใช้ในการ ประเมินความวิตกกังวลที่ สะดวก สามารถสื่อเข้าใจ ง่ายทั้งผู้ประเมินและผู้ถูก ประเมิน	
1.3 Present Pain Intensity (PPI) ประเมิน ระดับความรุนแรงของ ความปวด	หลังวันสิ้นสุดการทดลองจะ ประเมินความปวด ความวิตกกังวล ความคาดหวังต่อการ ปฏิบัติ โดยใช้เครื่องมือ VASP VASA McGill pain Questionnaire VASS และCTF บันทึกเกี่ยวกับยาทั้งหมดที่มี ผลต่อการรับรู้ความรู้สึกทั้งหมดในช่วง ที่ได้รับการทดลอง	- Therapeutic touch เป็น อีกทางเลือกหนึ่ง ที่สามารถนำมาใช้ลดความ วิตกกังวลเมื่อต้องทำแผล ในผู้ป่วยแผลไหม้ได้ - ระดับความปวดเป็นตัว แปรที่ทำให้ระดับความ วิตกกังวลเพิ่มขึ้นได้ จึง ควรศึกษาคู่กันในความ วิตกกังวล	
2. Visual Anaogue Scale for Pain (VASP)			

**ตาราง 4** แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ (ต่อ)

ผู้เขียน (ปีที่พิมพ์) / Level of Evidence	วัตถุประสงค์/ การออกแบบงานวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง/ สถานที่/ เครื่องมือที่ใช้	วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และ สังเคราะห์/ การนำไปใช้
	ประเมินระดับความปวด และบอกระดับความปวดมากน้อยเป็นตัวเลขในเส้นตรงแนวตั้งยาว 20 เซนติเมตร จุดต่ำสุดคือไม่ปวดจุดสูงสุดคือปวดมากที่สุด	การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ Descriptive method, t-test, Chi-square, Fisher's exact Multiple regressions Regression (stepwise manner)	
	3. Visual Analogue Scale for Anxiety (VASA) ประเมินระดับความวิตกกังวลมากน้อยเป็นตัวเลขในแนวตั้งยาว 20 เซนติเมตร จุดต่ำสุดคือไม่มีความวิตกกังวล จุดสูงสุดคือ มีความวิตกกังวล มากที่สุด	<b>ผลการวิจัย</b> - กลุ่มที่ได้รับ therapeutic touch มีความวิตกกังวล ( $p < .05$ ) และความปวด ( $p < .05$ ) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม - ความพึงพอใจและการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ( $p < .05$ ) - ขาบรเทาปวด ขาดลายกังวล ขาดอาการซึมเศร้า ยานอนหลับที่ใช้ในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ( $p < .05$ )	
	4. Credibility of Therapy From (CTF) ประเมินความคาดหวังต่อการทำ Therapeutic touch เป็นข้อความให้เลือก	ความพึงพอใจและการลดความเครียดของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ไม่แตกต่างกัน ( $p > .05$ )	
	5. Visual Analogue Scale for Satisfaction with Therapy (VASS)	- ผลการตรวจเลือดเปรียบเทียบทั้งสองกลุ่ม จาก Physiological measurement เนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่าง ทำให้ผลค่าเฉลี่ยรวมแตกต่างกัน ซึ่งที่จริงแล้วผลออกมาแตกต่างกัน น้อยมาก	

**ตาราง 4** แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ (ต่อ)

ผู้เขียน (ปีที่พิมพ์) / Level of Evidence	วัตถุประสงค์/ การออกแบบงานวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง/ สถานที่/ เครื่องมือที่ใช้	วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และ สังเคราะห์/ การนำไปใช้
	<p>ประเมินระดับความพึงพอใจด้วยเส้นตรงในแนวตั้งยาว 20 เซนติเมตร จุดต่ำสุดคือไม่พึงพอใจมากที่สุด จุดสูงสุดคือ มีความพึงพอใจมากที่สุด</p> <p>6.Effectiveness with Therapy Form ( ETF)</p> <p>ประเมินระดับความพึงพอใจมากขึ้นเป็นข้อความให้เลือก หลังการ ทำ Therapeutic touch เป็นข้อความให้เลือก</p> <p>7.Physiological measurement ประเมินว่า Therapeutic touch มีผลต่อการติดเชื้อหรือไม่จากผลของ CD4 CD8 T-lymphocytes และ WBC</p>	<p>- ยาที่ใช้ร่วมในการศึกษาวิจัย คือ Morphine และยานอนหลับ ยาลดความวิตกกังวล ยาลดอาการซึมเศร้า (ทั้งสองกลุ่มการทดลองมีการใช้ยาทั้งหมดไม่แตกต่างกัน) โดยไม่ได้ระบุชื่อยาที่ใช้</p>	

**ตาราง 4** แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ (ต่อ)

ผู้เขียน (ปีที่พิมพ์) / Level of Evidence	วัตถุประสงค์/ การออกแบบงานวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง/ สถานที่/ เครื่องมือที่ใช้	วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และ สังเคราะห์/ การนำไปใช้
เรื่องที่ 6 Rapid induction analgesia for the alleviation of procedural pain during burn care	วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการ สร้างจินตภาพ (Rapid Induction Analgesia: RIA) ในการบรรเทา ความปวดของผู้ป่วย แผลไหม้ในขณะพัก และขณะทำแผล	วิธีวิจัย - หลังผู้ป่วยแผลไหม้เข้ารับการรักษา เป็นเวลาอย่างน้อย 1-2 วัน จะได้รับ การแนะนำและได้รับการทดสอบ Hypnotic-relaxation technique ใน ระหว่างที่มีการทำแผลเพื่อประเมินว่า ผู้ป่วยสามารถใช้การรักษาวิธีนี้ได้ หรือไม่ - กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการทดสอบ Hypnotic-relaxation technique รวม ทั้งหมด 30 ราย ถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 15 ราย และกลุ่มควบคุม 15 ราย ผู้ป่วย ทั้งหมดได้ทำแผล 2 ครั้งต่อวัน โดย ในช่วงก่อนทำแผลประมาณ 5 นาที จะ ได้รับการประเมินความวิตกกังวลจาก เครื่องมือ STAI และประเมินความ ปวด background pain จากความรู้สึก ของกลุ่มตัวอย่างโดยเลือกระดับ คะแนนที่รู้สึกออกมาเป็นตัวเลข 0-10 (0 หมายถึง ไม่รู้สึกปวด จนถึง 10 หมายถึง รู้สึกปวดมากที่สุดจนผู้ป่วย รู้สึกว่ามันไม่ไหว การประเมินความพึงพอใจ โปรแกรมการสร้างจินตภาพต่อความ ปวดเป็นตัวเลข 0-10 (0 หมายถึง มี ความพึงพอใจ จนถึง 10 หมายถึง ไม่มี ความพึงพอใจมากที่สุด)	การวิเคราะห์และ สังเคราะห์ - มีการประเมิน ความสามารถในการสร้าง จินตภาพของผู้ป่วยแผล ไหม้ก่อนเข้าร่วมการวิจัย - ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญ หรือต้องได้รับการอบรม ก่อนนำมาใช้ในการปฏิบัติ ทางคลินิก - ประชากรที่ใช้ใน งานวิจัยไม่สามารถเป็น ตัวแทนประชากรที่ดีได้ เพราะจาก กลุ่มตัวอย่างมี เพศชายมากกว่าเพศหญิง ถึง 14 คน เพศเป็นตัวแปร ที่มีผลต่อการเกิด ความวิตกกังวล - การศึกษานี้ นักจิตวิทยา เป็นผู้ศึกษาวิจัย - ยาที่ใช้ร่วมในการศึกษา วิจัย คือ รับประทานอร์ฟีน และ Paracetamol with Codeine - ไม่ได้ระบุวิธีสุ่มกลุ่ม ตัวอย่าง
ผู้เขียน Wright, & Drummond (2000) Level of Evidence Level A	การออกแบบงานวิจัย randomized controlled trial กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยแผลไหม้ทั้งหมด 30 ราย แบ่งเป็นเพศชาย 22 ราย เพศหญิง 8 ราย อายุเฉลี่ย 34.8 ปี ผิวหนังถูกทำลายตั้งแต่ ร้อยละ 1-45 ของพื้นที่ ผิวหนังทั้งหมด (เฉลี่ย ร้อยละ 12.5) ผู้ป่วยที่ เข้าร่วมการวิจัยจะต้อง ไม่มีประวัติการติดยา ไม่มีความพร้อมทาง สติปัญญา การได้ยิน และสามารถใช้ ภาษาอังกฤษใน		

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ (ต่อ)

ผู้เขียน (ปีที่พิมพ์) / Level of Evidence	วัตถุประสงค์/ การออกแบบงานวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง/ สถานที่/ เครื่องมือที่ใช้	วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และ สังเคราะห์/ การนำไปใช้
	การติดต่อสื่อสาร ผู้ป่วย จะได้รับขามอร์ฟีนชนิด เม็ด เพื่อบรรเทาความ ปวดที่เกิดขึ้นอยู่ก่อน แล้ว (background pain) จะได้รับขามอร์ฟีนชนิด น้ำ เพื่อบรรเทาปวดที่ เกิดขึ้นใหม่เพิ่มขึ้นจาก เดิม(breakthrough pain) ยาบรรเทาปวดชนิดอื่น ที่ใช้ร่วม คือ Paracetamol with Codeine ทุก 4 ชั่วโมง	การประเมินความรู้สึกอ่อนคลาย โดยประเมินเป็นตัวเลข 0-10 (0 หมายถึง ไม่รู้สึกอ่อนคลาย จนถึง10 หมายถึง รู้สึกอ่อนคลายมากที่สุด) เมื่อกลุ่มตัวอย่างแผลไหม้กลับ จากการอาบน้ำ ล้างทำความสะอาด แผลไหม้ กลุ่มทดลอง - ผู้ป่วยจะถูกจัดให่นอนลงบนเตียง พยาบาลจะคลุมแผลด้วยผ้าปิดแผล บางๆ แล้วถูกเชิญให้ออกจาก ห้องทำแผล - ผู้วิจัยจะอธิบายวิธีการสร้างจินตภาพ โดยให้นึกถึงสิ่งที่ทำให้รู้สึกอ่อนคลาย ใช้เวลาประมาณ 15 นาที ผู้วิจัยจะ สังเกตท่าทางของกลุ่มตัวอย่างที่ดูสงบ ผ่อนคลาย อาจจะลืมตาหรือหลับตา ก็ได้ - หลังจากนั้นพยาบาลจะเริ่มเข้ามาทำ แผลต่อ ในช่วงนี้ผู้วิจัยจะทำการ ประเมินความรู้สึกปวดและความพึง พอใจโปรแกรมการสร้างจินตภาพต่อ ความปวดจากการทำแผล - หลังจากทำแผลเสร็จเรียบร้อยแล้ว จะเชิญ พยาบาลออกจากห้อง ผู้วิจัยทำการ ประเมินความรู้สึกปวดและความพึง พอใจโปรแกรมการสร้างจินตภาพต่อ สร้างจินตภาพ	<b>การนำไปใช้</b> - การใช้ Rapid Induction Analgesia อาจเป็นอีก ทางเลือกหนึ่งในการลด ความวิตกกังวลระหว่าง การทำแผล - ควรมีการจัดการความ วิตกกังวลควบคู่กับจัดการ ความปวด - Rapid Induction Analgesia ช่วยลดการใช้ ยา Paracetamol with Codeine

**ตาราง 4** แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ (ต่อ)

ผู้เขียน (ปีที่พิมพ์) / Level of Evidence	วัตถุประสงค์/ การออกแบบงานวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง/ สถานที่/ เครื่องมือที่ใช้	วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และ สังเคราะห์/ การนำไปใช้
		<p>ความปวด และความรู้สึกอ่อนคลาขในระหว่างการแผล</p> <p>กลุ่มควบคุม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กลุ่มตัวอย่างได้รับการทำแผลตามปกติและได้รับการประเมินเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง</li> <li>- ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จะได้รับการบันทึกชนิด ขนาดของยาบรรเทาปวด</li> </ul> <p>การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ wilcoxon's matched-pair signed-ranks test for ordinal data</p>	
		<p><b>ผลการวิจัย</b></p> <p>ก่อนทำแผล</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญขณะรอทำแผล (<math>p &lt; .05</math>)</li> <li>- กลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลน้อยกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม</li> <li>- ความรู้สึกปวดของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในช่วงหลังของการสร้างจินตภาพ (<math>p &lt; .01</math>)</li> <li>- ความพึงพอใจโปรแกรมการสร้างจินตภาพต่อความปวดในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมในช่วงหลังของการสร้างจินตภาพ (<math>p &lt; .001</math>)</li> </ul>	

**ตาราง 4** แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลใหม่ (ต่อ)

ผู้เขียน (ปีที่พิมพ์) / Level of Evidence	วัตถุประสงค์/ การออกแบบงานวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง/ สถานที่/ เครื่องมือที่ใช้	วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และ สังเคราะห์/ การนำไปใช้
		<p>หลังทำแผล</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ความรู้สึกปวดของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในช่วงหลังของการสร้างจินตภาพ (<math>p &lt; .01</math>)</li> <li>- ความพึงพอใจโปรแกรมการสร้างจินตภาพต่อความปวดในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมในช่วงหลังของการสร้างจินตภาพ (<math>p &lt; .001</math>)</li> <li>- ความรู้สึกผ่อนคลายในกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน (<math>p &lt; .001</math>)</li> <li>- กลุ่มทดลองมีการใช้ยา Paracetamol ลดลงจาก <math>2400 \pm 400</math> mg เป็นลดลง <math>1267 \pm 396</math> mg ใน 24 ชั่วโมง (<math>p &lt; .01</math>)</li> <li>- กลุ่มทดลองมีการใช้ยา Codeine ลดลงจาก <math>116 \pm 21</math> mg เป็นลดลง <math>64 \pm 18</math> mg ใน 24 ชั่วโมง (<math>p &lt; .01</math>)</li> </ul>	

**ตาราง 4** แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ (ต่อ)

ผู้เขียน (ปีที่พิมพ์) / Level of Evidence	วัตถุประสงค์/ การออกแบบงานวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง/ สถานที่/ เครื่องมือที่ใช้	วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และ สังเคราะห์/ การนำไปใช้
เรื่องที่ 7 The Effect of Music-Based Imagery and Musical Alternate Engagement on the Burn Debridement Process	วัตถุประสงค์ - เพื่อศึกษาผลของการ ใช้ดนตรีร่วมกับการ สร้างจินตภาพร่วมกับการ การใช้ดนตรีที่ชอบ เพื่อ ลดความปวดและความ วิตกกังวลในช่วง ระหว่างการตัดเนื้อตาย ในผู้ป่วยแผลไหม้	วิธีวิจัย - แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม กลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองจะได้รับดนตรีบำบัด ร่วมกับการทำแผลไหม้ในวันแรกและ ไม่ได้รับดนตรีบำบัดในวันที่ 2 กลุ่มควบคุม วันแรกจะได้รับการ ทำแผลตามปกติ วันที่ 2 จะได้รับ ดนตรีบำบัดร่วมกับการทำแผล การเก็บข้อมูลแบ่งออกเป็นช่วง 4 ครั้ง คือ	การวิเคราะห์และ สังเคราะห์ - ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญ หรือต้องได้รับการอบรม ก่อน - ในการเลือกดนตรีที่ชอบ ทุกคนมีความแตกต่างกัน ในการเลือกดนตรีที่ชอบ เป็นตัวแปรที่มีผลต่อ ความวิตกกังวล - ไม่สามารถเป็นตัวแทน ประชากรที่ดีได้เนื่องจาก ในการศึกษานี้มีเด็กร่วม ในการทดลองด้วย ซึ่งเป็น อายุเป็นตัวแปรที่ทำให้ เกิด ความวิตกกังวลต่างกัน - ไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นใน การดูแล แต่ในการเริ่มครั้ง แรกอาจต้องเสียค่าใช้จ่าย ในการจัดหาซื้อเทปเพลง และเครื่องเล่น - มีการใช้ยาแก้ปวดและยา คลายกังวลร่วมใน การศึกษาวิจัยแต่ไม่ได้ ระบุชื่อยา - ในการศึกษานี้นักอาชีว บำบัดและ
ผู้เขียน Fratiannie, Prensner, Huston, Super, Yowler, & Standley, (2001)	Quasi-experimental research กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยแผลไหม้จำนวน 25 ราย (ผู้ชาย 16 ราย ผู้หญิง 9 ราย) ที่รับไว้ ในหน่วยแผลไหม้ อายุ ระหว่าง 7-83 ปี (อายุ เฉลี่ย 42.84 ปี) พื้นที่ผิว ที่ถูกทำลาย ร้อยละ 1-43 ของพื้นที่ผิวทั้งหมด (เฉลี่ยร้อยละ 9.96) นอนโรงพยาบาลเป็น เวลา 3-41 วัน (เฉลี่ย 15.04 วัน)	1. ขณะที่ผู้ป่วยแผลไหม้อยู่ในห้องพัก ก่อนเข้าห้องทำแผล 2. ขณะที่ผู้ป่วยแผลไหม้อยู่ในห้องทำ แผลระหว่างตัดเนื้อตาย 3. ขณะที่ผู้ป่วยแผลไหม้อยู่ในห้องทำ แผลภายหลังตัดเนื้อตาย 4. ขณะที่ผู้ป่วยแผลไหม้อยู่ในห้องพัก ภายหลังทำแผล กลุ่มทดลอง ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องพัก ก่อน การทำแผล จะได้รับการประเมินชีพจร ระดับความปวด ความวิตกกังวลและ พยาบาลจะเป็นผู้สังเกตพฤติกรรม หลังจากนั้นจะเริ่มให้ผู้ป่วยแผลไหม้ ฟังดนตรีร่วมกับการสร้างจินตภาพ โดยนักดนตรีบำบัดจะเป็นผู้ดูแลให้ ผู้ป่วยอยู่ในอิริยาบถที่สุขสบาย	การวิเคราะห์และ สังเคราะห์ - ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญ หรือต้องได้รับการอบรม ก่อน - ในการเลือกดนตรีที่ชอบ ทุกคนมีความแตกต่างกัน ในการเลือกดนตรีที่ชอบ เป็นตัวแปรที่มีผลต่อ ความวิตกกังวล - ไม่สามารถเป็นตัวแทน ประชากรที่ดีได้เนื่องจาก ในการศึกษานี้มีเด็กร่วม ในการทดลองด้วย ซึ่งเป็น อายุเป็นตัวแปรที่ทำให้ เกิด ความวิตกกังวลต่างกัน - ไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นใน การดูแล แต่ในการเริ่มครั้ง แรกอาจต้องเสียค่าใช้จ่าย ในการจัดหาซื้อเทปเพลง และเครื่องเล่น - มีการใช้ยาแก้ปวดและยา คลายกังวลร่วมใน การศึกษาวิจัยแต่ไม่ได้ ระบุชื่อยา - ในการศึกษานี้นักอาชีว บำบัดและ

**ตาราง 4** แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ (ต่อ)

ผู้เขียน (ปีที่พิมพ์) / Level of Evidence	วัตถุประสงค์/ การออกแบบงานวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง/ สถานที่/ เครื่องมือที่ใช้	วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และ สังเคราะห์/ การนำไปใช้
-รู้สึกลดลงและมีความ สามารถในการสื่อสาร กับนักดนตรีบำบัดได้ -ยินยอมเข้าร่วม การศึกษา -ในผู้ป่วยเด็กจะต้อง ได้รับอนุญาตจาก ผู้ปกครอง เหนือในการ คัดออกจากการวิจัยคือ พบว่ามีความพร้อม ทางด้านจิตใจหรือทาง สติปัญญา  สถานที่ Comprehensive Burn Center  เครื่องมือที่ใช้	หายใจเข้าออกลึกๆ อย่างช้าๆ สม่ำเสมอ ตามจังหวะของเพลง ให้ ผู้ป่วยหลับตาลง และให้จินตนาการถึง สถานที่ ทำให้ผู้ป่วยประทับใจ ในช่วง เวลาขณะนั้น นักดนตรีบำบัดจะเปิด เพลงในระดับ 60 beat/ min โดยใช้ ความดังปานกลางถึงเบาๆ เป็นเวลา 15-30 นาที หลังจากนั้น จะนำผู้ป่วยไป ห้องทำแผล ในระหว่างการทำแผล ผู้ป่วยจะได้รับฟังดนตรีร่วมกับเพลงที่ ผู้ป่วยเลือก (Musical Alternate Engagement: MAE) (โดยที่ก่อนจะฟัง ตอนนี้ นักดนตรีบำบัดได้มีการ ประเมินระดับการมีส่วนร่วมของ ผู้ป่วยว่าอยู่ในระดับใด เช่น หากอยู่ใน ระดับต่ำจะให้ผู้ป่วยได้ฟังเพลงอย่าง เดียว หรือฟังเพลงร่วมกับการทำ Breathing exercise หรือมีส่วนร่วม	นักกายภาพบำบัด แพทย์ เภสัช ผู้เชี่ยวชาญด้าน ดนตรี เป็นผู้ศึกษาวิจัย - ผลลัพธ์ของการการใช้ ดนตรีร่วมกับการสร้าง จินตภาพร่วมกับการใช้ ดนตรีที่ชอบ ไม่สามารถ ลดความวิตกกังวลใน ผู้ป่วยแผลไหม้ในช่วงของ การทำแผลได้ในทางสถิติ แต่เมื่อดูจากคะแนน ตัวเลขจะพบว่าในกลุ่มที่ ใช้ดนตรีจะมีคะแนน ความวิตกกังวลเฉลี่ยต่ำ กว่า  การนำไปใช้	
-แบบวัดระดับความ ปวดและความวิตก กังวล (Combined vertical Wong/ Barker Faces Rating Scale และ Visual Analogue Scale) เป็นแบบ ประเมินให้ผู้ป่วย ประเมินตนเองเป็น	ระดับปานกลาง จะให้ผู้ป่วยร่วมร้อง เพลงตามไปด้วย หรือมีส่วนร่วมสูง จะ ให้ร่วมเล่นเกมต่อเพลง) ในขณะที่ทำ แผล จะมีการจับชีพจร วัดระดับความ ปวด ความวิตกกังวล และสังเกต พฤติกรรม ในขั้นตอนของ Musical Alternate Engagement: โดยจะใช้เวลา ในช่วงนี้ 15-60 นาที หลังจากทำแผล เสร็จทันทีที่จะมีการประเมินชีพจร วัด ระดับความปวด ความวิตกกังวล และ	-การนำดนตรีบำบัดมาใช้ พยาบาลจะต้องประเมิน ประเภทดนตรีที่ผู้ป่วย ชอบก่อนนำไปใช้ - ผู้ป่วยแผลไหม้มีความ วิตกกังวลสูงในช่วงของ การทำแผลนัก กายภาพบำบัด แพทย์ เภสัช ผู้เชี่ยวชาญด้าน ดนตรี	

**ตาราง 4** แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ (ต่อ)

ผู้เขียน (ปีที่พิมพ์) / Level of Evidence	วัตถุประสงค์/ การออกแบบงานวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง/ สถานที่/ เครื่องมือที่ใช้	วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และ สังเคราะห์/ การนำไปใช้
	รูปหน้าหรือเป็นตัวเลข ตั้งแต่ 0-10 และ คัดแปลงมาจาก Trippet Objective Muscle Relaxation Inventory Completed จะประเมินด้าน พฤติกรรม ชีพจร ของ ผู้ป่วยที่มีต่อความตึง เครียด -ดนตรีที่ใช้ในการ ดำเนินการวิจัย (Music- Based Imagery: MBI) และ (Musical Alternate Engagement: MAE)	สังเกตพฤติกรรมอีกครั้ง หลังจากนั้น จึงส่งตัวผู้ป่วยกลับห้องพัก ให้ผู้ป่วย ได้ฟังดนตรีร่วมกับการสร้างจินตภาพ อีกประมาณ 15-30 นาที หลังจากนั้น ประเมินชีพจร วัดระดับความปวด ความวิตกกังวล และสังเกตพฤติกรรม การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ Descriptive method repeated-measures multivariate analysis of variance X <sup>2</sup> test  <b>ผลการวิจัย</b> - คะแนนความวิตกกังวลก่อนการทำ แผลกับในขณะที่ทำแผล การฟังดนตรี ร่วมกับการสร้างจินตภาพ ความวิตก กังวลเพิ่มขึ้น 0.46 คะแนน หาก เปรียบเทียบกับในกลุ่มที่ไม่ได้ฟัง ดนตรี ความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น 1.36 คะแนน - ความแตกต่างของคะแนนความปวด ประเมินก่อนการทำแผลกับในขณะที่ทำ แผล การฟังดนตรีร่วมกับการสร้าง จินตภาพ ความปวดลดลง 1.2 คะแนน หาก เปรียบเทียบกับในกลุ่มที่ไม่ได้ฟัง ดนตรี ความปวดเพิ่มขึ้น 1.52 คะแนน - ความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรม ที่แสดงออกประเมินก่อนการทำแผล	เป็นผู้ศึกษาวิจัย - ผลลัพธ์ของการการใช้ ดนตรีร่วมกับการสร้าง จินตภาพร่วมกับการใช้ ดนตรีที่ชอบ ไม่สามารถ ลดความวิตกกังวลใน ผู้ป่วยแผลไหม้ในช่วงของ การทำแผลได้ในทางสถิติ แต่เมื่อดูจากคะแนน ตัวเลขจะพบว่าในกลุ่มที่ ใช้ดนตรีจะมีคะแนน ความวิตกกังวลเฉลี่ยต่ำ กว่า  <b>การนำไปใช้</b> -การนำดนตรีบำบัดมาใช้ พยาบาลจะต้องประเมิน ประเภทดนตรีที่ผู้ป่วย ชอบก่อนนำไปใช้ - ผู้ป่วยแผลไหม้มีความ วิตกกังวลสูงในช่วงของ การทำแผล

**ตาราง 4** แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลใหม่ (ต่อ)

ผู้เขียน (ปีที่พิมพ์) / Level of Evidence	วัตถุประสงค์/ การออกแบบงานวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง/ สถานที่/ เครื่องมือที่ใช้	วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และ สังเคราะห์/ การนำไปใช้
		<p>กับในขณะทำแผล การฟังดนตรี ร่วมกับการสร้างจินตภาพ พฤติกรรมที่ แสดงออกเพิ่มขึ้น 0.424 คะแนน หาก เปรียบ เทียบกับในกลุ่มที่ไม่ได้ฟัง ดนตรี พฤติกรรมที่แสดงออกเพิ่มขึ้น 8.56 คะแนน</p> <p>- ความแตกต่างชีพจรประเมินก่อนการ ทำแผลกับในขณะทำแผล การฟัง ดนตรีร่วมกับการสร้างจินตภาพ ชีพจร เพิ่มขึ้น 7.72 คะแนน หาก เปรียบเทียบ กับในกลุ่มที่ไม่ได้ฟังดนตรี ชีพจร เพิ่มขึ้น 7.52 คะแนน</p> <p>- ในช่วงเวลาก่อนทำแผลจนถึงขณะทำ แผลดนตรีบำบัดช่วยลดความปวด (<math>p = .008</math>)</p> <p>- ในช่วงเวลาก่อนทำแผลจนถึงขณะทำ แผลดนตรีบำบัดไม่ช่วยลดพฤติกรรม ที่แสดงออก <math>p = .057</math>)</p> <p>- ความแตกต่างของคะแนนความวิตก กังวลประเมินก่อนทำแผลและหลังทำ แผล (ในห้องพัก) เมื่อฟังดนตรีร่วมกับการ การสร้างจินตภาพ ความวิตกกังวล ลดลง 1.10 คะแนน หากเปรียบเทียบ กับในกลุ่มที่ไม่ได้ฟังดนตรี ความวิตก กังวลลดลง 0.072</p> <p>- ความแตกต่างของคะแนนความปวด ประเมินก่อนทำแผลและหลังทำแผล (ในห้องพัก) เมื่อฟังดนตรีร่วมกับการ</p>	

**ตาราง 4** แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ (ต่อ)

ผู้เขียน (ปีที่พิมพ์) / Level of Evidence	วัตถุประสงค์/ การออกแบบงานวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง/ สถานที่/ เครื่องมือที่ใช้	วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และ สังเคราะห์/ การนำไปใช้
		<p>สร้างจินตภาพ ความปวดลดลง 2.18 คะแนน หากเปรียบเทียบกับในกลุ่มที่ไม่ได้ฟังดนตรี ความปวดลดลง 0.06</p> <p>- ความแตกต่างชีพจรประเมินก่อนทำแผลและหลังทำแผล (ในห้องพัก) เมื่อฟังดนตรีร่วมกับการสร้างจินตภาพ ชีพจรลดลง 5.52 คะแนน หากเปรียบเทียบกับในกลุ่มที่ไม่ได้ฟังดนตรี ชีพจรลดลง 4.56</p> <p>- ในช่วงเวลาก่อนทำแผลเปรียบเทียบกับหลังทำแผล (ในห้องพัก) ดนตรีบำบัดไม่ช่วยลดความวิตกกังวล (p= .643)</p> <p>- ในช่วงเวลาก่อนทำแผลเปรียบเทียบกับหลังทำแผล (ในห้องพัก) ดนตรีบำบัดช่วยลดความปวด (p=.004)</p> <p>- ในช่วงเวลาก่อนทำแผลเปรียบเทียบกับหลังทำแผล (ในห้องพัก) ดนตรีบำบัดไม่ช่วยลดพฤติกรรมที่แสดงออก (p= .054)หายใจเข้าออกถี่ๆ อย่างซ้ำๆ สม่่าเสมอ ตามจังหวะของเพลง ให้ผู้ป่วยหลับตาลง และให้จินตนาการถึงสถานที่ ทำให้ผู้ป่วยประทับใจ ในช่วงเวลาขณะนั้น นักดนตรีบำบัดจะเปิดเพลงในระดับ 60 beat/ min โดยใช้ความดังปานกลางถึงเบาๆ เป็นเวลา 15-30 นาที หลังจากนั้น จะนำผู้ป่วยไปห้องทำแผล ในระหว่างการทำแผล</p>	

**ตาราง 4** แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลใหม่ (ต่อ)

ผู้เขียน (ปีที่พิมพ์) / Level of Evidence	วัตถุประสงค์/ การออกแบบงานวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง/ สถานที่/ เครื่องมือที่ใช้	วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และ สังเคราะห์/ การนำไปใช้
		<p>ผู้ป่วยจะได้รับฟังดนตรีร่วมกับเพลงที่ผู้ป่วยเลือก (Musical Alternate Engagement: MAE) (โดยที่ก่อนจะฟังตอนนี้ นักดนตรีบำบัดได้มีการประเมินระดับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยว่าอยู่ในระดับใด เช่น หากอยู่ในระดับต่ำจะให้ผู้ป่วยได้ฟังเพลงอย่างเดียว หรือฟังเพลงร่วมกับการทำ Breathing exercise หรือมีส่วนร่วมระดับปานกลาง จะให้ผู้ป่วยร่วมร้องเพลงตามไปด้วย หรือมีส่วนร่วมสูง จะให้ร่วมเล่นเกมต่อเพลง) ในขณะที่ทำแผล จะมีการจับชีพจร วัดระดับความปวด ความวิตกกังวล และสังเกตพฤติกรรม ในขั้นตอนของ Musical Alternate Engagement: โดยจะใช้เวลาในช่วงนี้ 15-60 นาที หลังจากทำแผลเสร็จทันทีจะมีการประเมินชีพจร วัดระดับความปวด ความวิตกกังวล และสังเกตพฤติกรรมอีกครั้ง หลังจากนั้นจึงส่งตัวผู้ป่วยกลับห้องพัก ให้ผู้ป่วยได้ฟังดนตรีร่วมกับการสร้างจินตภาพอีกประมาณ 15-30 นาที หลังจากนั้นประเมินชีพจร วัดระดับความปวด ความวิตกกังวล และสังเกตพฤติกรรม</p>	
		<p>การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ Descriptive method repeated-measures multivariate</p>	

**ตาราง 4** แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลใหม่ (ต่อ)

ผู้เขียน (ปีที่พิมพ์) / Level of Evidence	วัตถุประสงค์/ การออกแบบงานวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง/ สถานที่/ เครื่องมือที่ใช้	วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และ สังเคราะห์/ การนำไปใช้
		analysis of variance X <sup>2</sup> test	
		<b>ผลการวิจัย</b>	
		- คะแนนความวิตกกังวลก่อนการทำแผลกับในขณะที่ทำแผล การฟังดนตรีร่วมกับการสร้างจินตภาพ ความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น 0.46 คะแนน หากเปรียบเทียบกับในกลุ่มที่ไม่ได้ฟังดนตรี ความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น 1.36 คะแนน	
		- ความแตกต่างของคะแนนความปวดประเมินก่อนการทำแผลกับในขณะที่ทำแผล การฟังดนตรีร่วมกับการสร้างจินตภาพ ความปวดลดลง 1.2 คะแนน หากเปรียบเทียบกับในกลุ่มที่ไม่ได้ฟังดนตรี ความปวดเพิ่มขึ้น 1.52 คะแนน	
		- ความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมที่แสดงออกประเมินก่อนการทำแผลกับในขณะที่ทำแผล การฟังดนตรีร่วมกับการสร้างจินตภาพ พฤติกรรมที่แสดงออกเพิ่มขึ้น 0.424 คะแนน หากเปรียบเทียบกับในกลุ่มที่ไม่ได้ฟังดนตรี พฤติกรรมที่แสดงออกเพิ่มขึ้น 8.56 คะแนน	
		- ความแตกต่างชีพจรประเมินก่อนการทำแผลกับในขณะที่ทำแผล การฟังดนตรีร่วมกับการสร้างจินตภาพ ชีพจรเพิ่มขึ้น 7.72 คะแนน หากเปรียบเทียบ	

**ตาราง 4** แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ (ต่อ)

ผู้เขียน (ปีที่พิมพ์) / Level of Evidence	วัตถุประสงค์/ การออกแบบงานวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง/ สถานที่/ เครื่องมือที่ใช้	วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และ สังเคราะห์/ การนำไปใช้
		<p>กับในกลุ่มที่ไม่ได้ฟังดนตรี ซีพจรเพิ่มขึ้น 7.52 คะแนน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ในช่วงเวลาก่อนทำแผลจนถึงขณะทำแผลดนตรีบำบัดช่วยลดความปวด (p= .008)</li> <li>- ในช่วงเวลาก่อนทำแผลจนถึงขณะทำแผลดนตรีบำบัดไม่ช่วยลดพฤติกรรมที่แสดงออก p= .057)</li> <li>- ความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลประเมินก่อนทำแผลและหลังทำแผล (ในห้องพัก) เมื่อฟังดนตรีร่วมกับการสร้างจินตภาพ ความวิตกกังวลลดลง 1.10 คะแนน หากเปรียบเทียบกับในกลุ่มที่ไม่ได้ฟังดนตรี ความวิตกกังวลลดลง 0.072</li> <li>- ความแตกต่างของคะแนนความปวดประเมินก่อนทำแผลและหลังทำแผล (ในห้องพัก) เมื่อฟังดนตรีร่วมกับการสร้างจินตภาพ ความปวดลดลง 2.18 คะแนน หากเปรียบเทียบกับในกลุ่มที่ไม่ได้ฟังดนตรี ความปวดลดลง 0.06</li> <li>- ความแตกต่างซีพจรประเมินก่อนทำแผลและหลังทำแผล (ในห้องพัก) เมื่อฟังดนตรีร่วมกับการสร้างจินตภาพ ซีพจรลดลง 5.52 คะแนน หากเปรียบเทียบกับในกลุ่มที่ไม่ได้ฟังดนตรี ซีพจรลดลง 4.56</li> <li>- ในช่วงเวลาก่อนทำแผลเปรียบเทียบ</li> </ul>	

**ตาราง 4** แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ (ต่อ)

ผู้เขียน (ปีที่พิมพ์) / Level of Evidence	วัตถุประสงค์/ การออกแบบงานวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง/ สถานที่/ เครื่องมือที่ใช้	วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และ สังเคราะห์/ การนำไปใช้
--	--	-----------------------	---

กับหลังทำแผล (ในห้องพัก) คนตรี  
บำบัดไม่ช่วยลดความวิตกกังวล  
(p= .643)  
- ในช่วงเวลาก่อนทำแผลเปรียบเทียบ  
กับหลังทำแผล (ในห้องพัก) คนตรี  
บำบัดช่วยลดความปวด (p= .004)  
- ในช่วงเวลาก่อนทำแผลเปรียบเทียบ  
กับหลังทำแผล (ในห้องพัก) คนตรี  
บำบัดไม่ช่วยลดพฤติกรรมที่แสดงออก  
(p= .054)

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ (ต่อ)

ผู้เขียน (ปีที่พิมพ์) / Level of Evidence	วัตถุประสงค์/ การออกแบบงานวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง/ สถานที่/ เครื่องมือที่ใช้	วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และ สังเคราะห์/ การนำไปใช้
เรื่องที่ 8 Burn Pain and Anxiety: The Use of Music Relaxation During Rehabilita- tion	วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของคนตรี ที่ผ่อนคลายในการลด ความวิตกกังวลและ ความปวดในระหว่าง การฝึกบริหาร range of motion ของผู้ป่วย/แผล ไหม้  การออกแบบงานวิจัย	วิธีวิจัย - กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการปรึกษาโดย นักอาชีวบำบัดและนักกายภาพบำบัด ตามแนวทางการดูแลในหน่วยการ ฟื้นฟูระยะฉุกเฉิน - หลังจากได้รับการประเมินเรียบร้อย แล้ว และผ่านเกณฑ์ในการคัดเข้าเป็น กลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงเก็บข้อมูลทั่วไป ของผู้ป่วย - สุ่มกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่ม	การวิเคราะห์และ สังเคราะห์ - ในการศึกษาครั้งนี้มีการ สุ่มกลุ่มตัวอย่าง (ไม่ได้ ระบุวิธีสุ่ม) แต่ไม่สามารถ เป็นตัวแทนประชากรที่ดี ได้เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่าง มีขนาดเล็ก - มีค่าใช้จ่ายเพิ่มในการ จัดหาสื่อเทปเพลงและ เครื่องเล่น
ผู้เขียน Ferguson (2004)	Randomized controlled trial  กลุ่มตัวอย่าง	ทดลอง 5 ราย และกลุ่มควบคุม 6 ราย หลังจากนั้นก็ประเมินความวิตกกังวล (trait anxiety scores) ของผู้ป่วย - ในช่วงเช้าของแต่ละวันก่อนจะเริ่ม	เครื่องเล่น - ไม่ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญ หรือต้องได้รับการอบรม ก่อนปฏิบัติ
Level of Evidence Level A	เป็นผู้ป่วยแผลไหม้ที่ เข้ารับการรักษาตัว ในช่วง มกราคม 2000- มกราคม 2001 มีแผล ไหม้ในระดับ 2 หรือใน ระดับลึกเป็นแผลปิดที่ ข้อใหญ่อย่างน้อย 1 ข้อ และได้คะแนนจากการ ประเมินด้านความคิด ร้อยละ 100 โดยดูจาก ด้านความสนใจ ความจำ การรับรู้ การ ติดตาม และระดับของ การตื่นตัว รวมทั้งหมด	ตามตารางในการทำแผลประจำวัน จะ เก็บรวบรวมข้อมูลความดันโลหิต อัตราการหายใจ และอัตราการเต้นของ หัวใจ ประเมิน การรักษาระดับความ กว้างของข้อที่จะรักษา ระดับความ วิตกกังวล ระดับความปวด เพลงที่ เลือกใช้ และการใช้ยาลดความปวด ในกลุ่มทดลอง ในช่วงเช้าของทุก วันก่อนการทำแผล ให้ผู้ป่วยแผลไหม้ เลือกดนตรีที่ชอบก่อนที่จะเริ่มการ บริหารข้อในตอนเช้า จากเทปคลาส เซ็ท 6 ดับ ตามที่นักดนตรีบำบัดจัดไว้ ให้ (เลือกจากแนวทางการบำบัดด้วย เพลงในระดับปานกลาง จาก	- ในศึกษานี้ นักอาชีว บำบัดและนัก กายภาพบำบัด เป็นผู้ ศึกษาวิจัย - มีการใช้ยาลดความปวด แก้ปวดร่วมในการทดลอง แต่ไม่ได้ระบุชื่อยา และ พบว่ามีการใช้ยาในแต่ละ กลุ่มไม่เท่ากันอาจทำให้ ผลการวิจัยคลาดเคลื่อนได้

**ตาราง 4** แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ (ต่อ)

ผู้เขียน (ปีที่พิมพ์) / Level of Evidence	วัตถุประสงค์/ การออกแบบงานวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง/ สถานที่/ เครื่องมือที่ใช้	วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และ สังเคราะห์/ การนำไปใช้
	<p>ได้ร้อยละ 100 ร่วมกับผ่านเกณฑ์ในการคัดเข้าให้ความร่วมมือและยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย</p> <p><b>สถานที่</b> Sentara Norfolk General Hospital, Norfolk, Virginia.</p> <p><b>เครื่องมือที่ใช้</b> -Visual analog scale ใช้ประเมินความปวด -The State-Trait Anxiety Inventory (The State-Trait Anxiety Inventory : STAI) ใช้วัดความวิตกกังวลด้วยตนเอง ประเมินทั้ง state anxiety (state anxiety : STAI-S) and trait anxiety (trait anxiety : STAI-T) มีแบ่ง 2 แบบ คือThe “A-Trait” or trait anxiety scale ประเมินความวิตกกังวลในส่วนบุคคล</p>	<p>lifescapes series) จะเปิดเพลงในระหว่างทำการบริหารข้อ โดยการบริหารข้อ 3 รูปแบบ: แบบผู้ป่วยบริหารเอง แบบช่วยผู้ป่วยบริหารบางส่วน หรือแบบช่วยผู้ป่วยบริหารทั้งหมด (active, active-assistive, or passive) จำนวนครั้งในการทำซ้ำ และแบบของการบริหารข้อ ขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย การบริหารข้อจะทำในห้องผู้ป่วยและในระหว่างนั้นจะ ติดป้าย “ห้ามรบกวน” เปิดไฟ ปิดโทรทัศน์ ภายหลังการบริหารจึงเก็บข้อมูลตัวแปรเดิม</p> <p>กลุ่มควบคุม จะจัดสิ่งแวดล้อม ลดตัวแปรให้มากที่สุดโดย ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในห้องที่ปิดประตู มีป้ายเตือน “ห้ามรบกวน ขณะนี้กำลังทำการศึกษาวิจัย” ปิดไฟ และโทรทัศน์ หลังเที่ยงจะให้ความสำคัญที่หน้าที่และกิจกรรม จะไม่ใช้ดนตรีร่วมในกิจกรรมและอยู่ในเกณฑ์คัดเข้าของการศึกษานี้</p> <p>การวิเคราะห์ข้อมูลใช้</p> <p>- X<sup>2</sup> test - Descriptive statistics - Independent sample t-test - Repeated measures analysis of variances</p>	<p><b>การนำไปใช้</b> -ความปวดในระหว่างการฝึกบริหาร range of motion ของผู้ป่วยแผลไหม้นั้นเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความวิตกกังวลได้</p> <p>-ดนตรีที่ผ่อนคลายสามารถลดความปวดซึ่งเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้</p>

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ (ต่อ)

ผู้เขียน (ปีที่พิมพ์) / Level of Evidence	วัตถุประสงค์/ การออกแบบงานวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง/ สถานที่/ เครื่องมือที่ใช้	วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และ สังเคราะห์/ การนำไปใช้
	ประสบการณ์เฉพาะ ของแต่ละบุคคลและ the "A-State," or state anxiety scale ใช้	- Pearson correlation coefficients - Kendall's tau B	
	ประเมินความวิตกกังวล ขณะเผชิญ - เทปคลาสเซ็ท 6 ตลับ (นักดนตรีบำบัดเป็นผู้ จัดเตรียม) - สัญญาณชีพ ประเมิน จากความดันโลหิต อัตราการหายใจ และ อัตราการเต้นของหัวใจ ก่อนและหลังได้รับการ ทดลองเครื่องมือที่ใช้	<b>ผลการวิจัย</b> - ดนตรีที่ผ่อนคลายสามารถลดความ ปวด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมไม่แตกต่างกัน (p= .40) - ความวิตกกังวลก่อนการทดลองและ หลังการทดลองไม่แตกต่างกันจากการ เปรียบเทียบภายในของแต่ละกลุ่มเดียว (p= .94) แต่แตกต่างกันในระหว่าง กลุ่มการทดลองและกลุ่มควบคุม (p= .04) - ความปวดก่อนการทดลองและหลัง การทดลองแตกต่างกันจากการ เปรียบเทียบกลุ่มเดียวกัน (p= .04) แต่ ไม่แตกต่างกันในระหว่างกลุ่มการ ทดลองและกลุ่มควบคุม (p= .38)	
	ประเมินเป็นมาตรฐาน ในผู้ป่วยโดยจะใช้จาก เครื่องในรุ่น the Hewlett-Packard Component Monitoring System (Hewlett- Packard, Palo Alto, CA) และ ในช่วง step- down units จะใช้ the	- อัตราการเต้นของหัวใจก่อนการ ทดลองและหลังการทดลองไม่แตกต่าง กันจากการเปรียบเทียบกลุ่มเดียวกัน (p= .27) และไม่แตกต่างกันในระหว่าง กลุ่มการทดลองและกลุ่มควบคุม (p= .29)	
	Dinamap 8100 Portable Vital Signs Monitor (GE Medical Systems, Schenectady, NY)	- ความดันโลหิตซิสโตลิก ก่อนการ ทดลองและหลังการทดลองไม่แตกต่าง กันจากการเปรียบเทียบภายในของแต่ละ กลุ่มเดียวกัน (p= .27) และไม่	

**ตาราง 4** แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ (ต่อ)

ผู้เขียน (ปีที่พิมพ์) / Level of Evidence	วัตถุประสงค์/ การออกแบบงานวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง/ สถานที่/ เครื่องมือที่ใช้	วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และ สังเคราะห์/ การนำไปใช้
--	--	-----------------------	---

แตกต่างกันในระหว่างกลุ่มการทดลอง และกลุ่มควบคุม (p= .30)  
 - ความดันโลหิตไดแอสโตลิก ก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันจากการเปรียบเทียบกลุ่มเดียวกัน (p= .75) และไม่แตกต่างกันในระหว่างกลุ่มการทดลองและกลุ่มควบคุม (p= .84)  
 - อัตราการหายใจก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันจากการเปรียบเทียบกลุ่มเดียวกัน (p= .00) แต่ไม่แตกต่างกันในระหว่างกลุ่มการทดลองและกลุ่มควบคุม (p= .54)

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลใหม่ (ต่อ)

ผู้เขียน (ปีที่พิมพ์) / Level of Evidence	วัตถุประสงค์/ การออกแบบงานวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง/ สถานที่/ เครื่องมือที่ใช้	วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และ สังเคราะห์/ การนำไปใช้
เรื่องที่ 9 ผลของ โปรแกรมการ ให้ความรู้ด้าน สุขภาพ ร่วมกับการ สนับสนุน ทางอารมณ์ ต่อภาวะวิตก กังวลใน ผู้ป่วยที่มี แผลใหม่	วัตถุประสงค์ 1. เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการให้ความรู้ ด้านสุขภาพร่วมกับการ สนับสนุนทางอารมณ์ ต่อความวิตกกังวลใน ผู้ป่วยแผลใหม่ 2. เพื่อเปรียบเทียบความ วิตกกังวลของผู้ป่วยที่มี แผลใหม่ก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมการให้ ความรู้ด้านสุขภาพ ร่วมกับการสนับสนุน ทางอารมณ์	วิธีวิจัย โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียว (one group pre and post-test) ประเมิน ความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจก่อน เข้ารับโปรแกรมซึ่งแบ่งเป็น 4 ระยะ 1. ระยะแรกรับ 1-2 วันแรก หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ผู้วิจัยมี โอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและระบาย ความรู้สึกการให้กำลังใจ และความ เชื่อมั่น สัมผัสผู้ป่วยตามความ เหมาะสม ประเมินความพร้อมของ ผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ให้ ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับสถานที่	การวิเคราะห์และ สังเคราะห์ - การศึกษาวิจัยนี้เป็นชนิด one group pre and post- test ซึ่งไม่มีกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบเนื่องจากการ หาผู้ป่วยมาเป็นกลุ่ม ควบคุมที่เข้ากับกลุ่ม ทดลองในด้านสาเหตุของ การเกิดแผลใหม่ อวัยวะที่ เป็นแผลใหม่ เป็นต้น จะ ทำได้ยากและต้องใช้เวลา ในการศึกษาวิจัยเป็นระยะ เวลานาน ดังนั้น การวิจัยนี้ จึงไม่มีกลุ่มควบคุมมา เปรียบเทียบประสิทธิผล ของ โปรแกรมการให้ ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับ การสนับสนุนทางอารมณ์ - เนื่องจากการวิจัยนี้มี จำนวนประชากรกลุ่ม ตัวอย่างน้อย จึงเป็นเพียง ลักษณะการวิจัยนำร่อง เบื้องต้นเท่านั้น - การวิจัยครั้งนี้ขาดการวัด post-test ในทุกครั้งที่ให้ โปรแกรมการให้ความรู้ ด้านสุขภาพร่วมกับ
ผู้เขียน สุกัญญา บุรณะพันธ์ (2547) Level of Evidence Level B	3. เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการให้ความรู้ ด้านสุขภาพร่วมกับการ สนับสนุนทางอารมณ์ ต่อความรู้ความเข้าใจ ของผู้ป่วยที่มีแผลใหม่ 4. เพื่อเปรียบเทียบ ความรู้ความเข้าใจด้าน สุขภาพของผู้ป่วยที่มี แผลใหม่ก่อน และหลัง ได้รับโปรแกรมให้ ความรู้ด้านสุขภาพ ร่วมกับการสนับสนุน ทางอารมณ์	กฎระเบียบ เครื่องใช้และอุปกรณ์ต่างๆ รวมทั้งบุคลากรทางการพยาบาลที่จะ ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย 2. ระยะดูแลรักษาบาดแผล 2 วัน หลังจากแรกรับ ผู้วิจัยประเมินความ พร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและ จิตใจก่อนให้ความรู้ด้านสุขภาพ ร่วมกับการสนับสนุน ทางอารมณ์เปิด โอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและระบาย ความรู้สึก ให้กำลังใจและความเชื่อมั่น การสัมผัสผู้ป่วยตามความเหมาะสม และให้ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับแผล ใหม่ การทำแผล (รวมทั้งการกำจัดเนื้อ ตาย, การปลูกผิวหนัง ในรายที่มี	จึงไม่มีกลุ่มควบคุมมา เปรียบเทียบประสิทธิผล ของ โปรแกรมการให้ ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับ การสนับสนุนทางอารมณ์ - เนื่องจากการวิจัยนี้มี จำนวนประชากรกลุ่ม ตัวอย่างน้อย จึงเป็นเพียง ลักษณะการวิจัยนำร่อง เบื้องต้นเท่านั้น - การวิจัยครั้งนี้ขาดการวัด post-test ในทุกครั้งที่ให้ โปรแกรมการให้ความรู้ ด้านสุขภาพร่วมกับ

**ตาราง 4** แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ (ต่อ)

ผู้เขียน (ปีที่พิมพ์) / Level of Evidence	วัตถุประสงค์/ การออกแบบงานวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง/ สถานที่/ เครื่องมือที่ใช้	วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และ สังเคราะห์/ การนำไปใช้
	การออกแบบงานวิจัย การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research)  กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบ เจาะจง (purposive sampling) จำนวน 20 ราย ซึ่งมีคุณสมบัติ คือ อายุ 15 ปีขึ้นไป ความ กว้างของแผลไหม้ มากกว่า ร้อยละ 15 ของ พื้นที่ร่างกายทั้งหมด โดยความลึกของแผล ไหม้ อยู่ที่ระดับ 2 หรือ ความลึกของแผลไหม้ อยู่ในระดับ 3 หรือมี บาดแผลไหม้บริเวณ ใบหน้า มือ เท้าหรือ อวัยวะสืบพันธุ์	ข้อบ่งชี้หรือมีแนวโน้มที่จะได้รับการ รักษาพยาบาลด้วยวิธีดังกล่าว) การ ดูแลแผล การรับประทานอาหารและ ยาตามแผนการรักษาของแพทย์  3.ระยะฟื้นฟู 1 สัปดาห์หลังจาก ระยะดูแลบาดแผล ผู้วิจัยประเมินความ พร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและ จิตใจก่อนให้ความรู้ด้านสุขภาพ ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ทุก ครั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และระบาย ความรู้สึก ให้กำลังใจ และความ เชื่อมั่น สัมผัสผู้ป่วยตามความ เหมาะสม และให้ความรู้ด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลเป็น ชนิดนูนหนา การบริหารข้อต่อต่างๆ ของร่างกายที่มีแผลไหม้ เพื่อป้องกัน แผลเป็นดิ่งรั้ง ซึ่งอาจส่งผลให้เกิด ปัญหาข้อยึดติด ได้  4.ระยะก่อนกลับบ้าน 1 สัปดาห์ หลังจากระยะฟื้นฟู ผู้วิจัยประเมิน ความพร้อมของผู้ป่วยทั้งทางด้าน ร่างกายและจิตใจก่อนให้ความรู้ด้าน สุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทาง อารมณ์ทุกครั้ง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ซักถามและระบายความรู้สึก ให้ กำลังใจและความเชื่อมั่น สัมผัสผู้ป่วย ตามความเหมาะสม และให้ความรู้ด้าน สุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวกลับไป	การสนับสนุนทางอารมณ์ ซึ่งอาจจะทำให้เห็นค่าของ คะแนนความวิตกกังวลใน ผู้ป่วยแผลไหม้ในแต่ละ ช่วงเป็นระยะออกมาให้ เห็นตามในแต่ละช่วงหลัง การสอนแต่ละครั้ง ซึ่งอาจ ลดลงตั้งแต่การให้ความรู้ ด้านสุขภาพร่วมกับการ สนับสนุนทางอารมณ์ใน ครั้งแรก หรือตั้งแต่ผู้ป่วย เริ่มมีการหายของแผล ไหม้แล้วก็ได้  - สามารถใช้กับผู้ป่วยที่ แผลไหม้ได้ทุกคนและทุก ระยะของการเกิดแผลไหม้  - ผู้ทำการศึกษาวิจัยเป็น พยาบาลจิตเวช  การนำไปใช้  - ให้ผู้ป่วยแผลไหม้มีความ เข้าใจด้านสุขภาพของ ตนเองมากขึ้น จะสามารถทำ ให้ความวิตกกังวลลดลง ได้  - หากผู้ป่วยมีความรู้แล้วก็ สามารถใช้เผชิญกับการ เกิดแผลไหม้ คือ

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลใหม่ (ต่อ)

ผู้เขียน (ปีที่พิมพ์) / Level of Evidence	วัตถุประสงค์/ การออกแบบงานวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง/ สถานที่/ เครื่องมือที่ใช้	วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และ สังเคราะห์/ การนำไปใช้
	เครื่องมือที่ใช้	อยู่ที่บ้าน ได้แก่ การดูแลแผลและ	ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย
1. โปรแกรมการให้ ความรู้ด้านสุขภาพ ร่วมกับการสนับสนุน ทางอารมณ์	โปรแกรมการให้ ความรู้ด้านสุขภาพ ร่วมกับการสนับสนุน ทางอารมณ์	ผิวหนังการบริหารร่างกายเพื่อป้องกัน ข้อผิดพลาด การป้องกันการเกิดแผลเป็น เนื้องอก การรับประทานอาหารตลอด จนการปฏิบัติตัวด้านต่างๆ เพื่อให้ สุขภาพแข็งแรงและหายจากการ เจ็บป่วย	แผลใหม่ การ รักษาพยาบาลที่ได้รับ การ ฟื้นฟูสุขภาพ การดูแล ตนเอง การป้องกัน
2. คู่มือการปฏิบัติตัว สำหรับผู้ป่วยที่มีแผล ใหม่ มีเนื้อหาเกี่ยวกับ การดูแลแผลและ ผิวหนัง การป้องกัน การเกิดแผลเป็น การรับประทานอาหาร และการบริหารร่างกาย เพื่อป้องกันข้อผิดพลาด	คู่มือการปฏิบัติตัว สำหรับผู้ป่วยที่มีแผล ใหม่ มีเนื้อหาเกี่ยวกับ การดูแลแผลและ ผิวหนัง การป้องกัน การเกิดแผลเป็น การรับประทานอาหาร และการบริหารร่างกาย เพื่อป้องกันข้อผิดพลาด	สุขภาพแข็งแรงและหายจากการ เจ็บป่วย โดยใช้ แบบวัดความวิตกกังวล ขณะเผชิญสถานการณ์ของผู้ป่วยที่มี แผลใหม่และความรู้ด้านสุขภาพก่อน และหลังเข้าโปรแกรมการให้ความรู้ ด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทาง อารมณ์และแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ของผู้ป่วย	ภาวะแทรกซ้อนหรือความ พิการ ต่างๆ
3. แบบสัมภาษณ์วัด ความวิตกกังวลของ ผู้ป่วย ขณะเผชิญ สถานการณ์ของ สปีลเบอร์เกอร์	แบบสัมภาษณ์วัด ความวิตกกังวลของ ผู้ป่วย ขณะเผชิญ สถานการณ์ของ สปีลเบอร์เกอร์	การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ Descriptive method Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks Test	
		<b>ผลการวิจัย</b> พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการให้ ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการ สนับสนุนทางอารมณ์ ผู้ป่วยมีคะแนน เฉลี่ยของความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อน ได้รับ โปรแกรมฯ ( $p < .001$ ) และมี คะแนนเฉลี่ยของความรู้ความเข้าใจ ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม การให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการ สนับสนุนทางอารมณ์ ( $p < .001$ )	

**ตาราง 4** แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลใหม่ (ต่อ)

ผู้เขียน (ปีที่พิมพ์) / Level of Evidence	วัตถุประสงค์/ การออกแบบงานวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง/ สถานที่/ เครื่องมือที่ใช้	วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และ สังเคราะห์/ การนำไปใช้
เรื่องที่ 10 ผลของการฝึก สมาธิชนิด อัปมัญญา 4 ในผู้ป่วยแผล ใหม่.	วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการฝึก สมาธิชนิดอัปมัญญา 4 ต่อการลดความ เจ็บปวด และความวิตก กังวลในผู้ป่วยแผลใหม่	วิธีวิจัย กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมี 20 คน กลุ่ม ทดลอง 10 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 10 คน ผู้วิจัยได้ข้อมูลจากแบบ สัมภาษณ์ก่อนและหลังการทดลอง และการติดตามผลจากการทดลอง 5 ครั้ง	การวิเคราะห์และ สังเคราะห์ - มีขั้นตอนให้ปฏิบัติตาม ไม่ใช้เวลานานนัก แต่การ ที่พยาบาลจะสามารถ แนะนำผู้ป่วยได้นั้น ต้อง เป็นผู้ที่มีศรัทธาที่ถูกต้อง ต่อพระพุทธศาสนา
ผู้เขียน เก็จทอง เสตะกสิกร (2541)	การออกแบบงานวิจัย Quasi-Experimental Research (การวิจัยกึ่ง ทดลอง)	1. ในวันที่ 1 และ 2 ของการได้รับ บาดเจ็บจากแผลใหม่ผู้วิจัยเข้าเลือก ตัวอย่างผู้ป่วยตามคุณสมบัติที่กำหนด ไว้จากรายงานประวัติของผู้ป่วย 2. ในวันที่ 3 ของการได้รับบาดเจ็บจาก แผลใหม่ พบผู้ป่วย แจ้งรายละเอียด และเก็บข้อมูลทั่วไป 3. ในวันที่ 4-18 ของการได้รับบาดเจ็บ จากแผลใหม่ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับ การพยาบาลตามปกติ วัดความเจ็บปวด สัญญาณชีพ และวัดความวิตกกังวล ในวันที่ 4, 8, 12, 16, 18 ของการได้รับ บาดเจ็บจากแผลใหม่ 4. ในวันที่ 4 ของการได้รับบาดเจ็บจาก แผลใหม่ กลุ่มทดลองเข้าสู่แผนการ วิจัย โดยจัดสถานที่ สร้างบรรยากาศ และอุปกรณ์ต่างๆ ให้พร้อม เตรียม ผู้ป่วยให้พร้อม ในช่วงเย็นก่อนเข้า นอน วัดอุณหภูมิ สัญญาณชีพ และ ความวิตกกังวล ก่อนเริ่มสวดมนต์ จากนั้นฝึกสมาธิอัปมัญญา 4	ต้องใช้เวลาในการ ฝึก แต่หากผู้ป่วยแผลใหม่ ชำนาญแล้วสามารถฝึก ปฏิบัติได้ด้วยตนเอง และ นำไปฝึกปฏิบัติต่อ ภายหลังจากจำหน่ายได้ - สามารถลดความปวดซึ่ง เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิด ความวิตกกังวลได้ - ผู้ป่วยแผลใหม่ที่อยู่ห้อง รวม ขาดความเป็น สัดส่วนมีสิ่งรบกวนการ ฝึกสมาธิหลายสิ่ง หาก เป็นไปได้ควรจัดสถานที่ ให้มีความพร้อมต่อการฝึก สมาธิของผู้ป่วย - หากผู้ป่วยบางราย ดวงตาได้รับบาดเจ็บจะไม่ สามารถท่อบทสวดได้
Level of Evidence Level B	กลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ เฉพาะเจาะจงตาม คุณสมบัติที่กำหนดไว้ รวม 20 ราย ผู้ป่วยที่มี แผลใหม่ซึ่งเข้ารับการ รักษาที่โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ 8 ราย โรงพยาบาลตำรวจ 8 ราย โรงพยาบาลเจริญ กรุงประชารักษ์ 4 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเฉพาะเจาะจง มี เพศชายและเพศหญิง อายุ 15 ปีขึ้นไป นับถือ ศาสนาพุทธ		

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ (ต่อ)

ผู้เขียน (ปีที่พิมพ์) / Level of Evidence	วัตถุประสงค์/ การออกแบบงานวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง/ สถานที่/ เครื่องมือที่ใช้	วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และ สังเคราะห์/ การนำไปใช้
ยินดีฝึกสมาธิ อ่านออก เขียนได้ นับเลข 1-100 ได้ ไม่คิดยาเสพติด มี สติสัมปชัญญะ ความ กว้างของแผลไหม้ ระหว่าง ร้อยละ 15-55 ของ TBSA ความลึก ของแผลไหม้ระดับที่ 2 และความกว้างน้อยกว่า ร้อยละ 20 ความลึกของ แผลไหม้ระดับที่ 3 ให้ ความร่วมมือในการวิจัย เป็นผู้ป่วยซึ่งแพทย์ ผู้รับผิดชอบอนุญาตให้ เข้าร่วมวิจัย ทำการศึกษาระหว่าง ธันวาคม 2540 ถึง พฤษภาคม 2541  สถานที่ ผู้ป่วยที่มีแผลไหม้ซึ่ง เข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลเจริญกรุง ประชารักษ์	โดยอ่านบทสวดพระคาถาเมตตาหลวง ของพระญาณสิทธาจารย์ เมื่อสวดมนต์ จบบทสวด ประเมินผลการฝึกสมาธิ วัดอุณหภูมิ สัญญาณชีพ และความ วิตกกังวล หลังการสวดมนต์ในวันที่ 5-8 ของการได้รับบาดเจ็บจากแผล ไหม้ ปฏิบัติเช่นเดียวกันกับวันที่ 4 เป็น ประจำทุกวัน แต่วัดอุณหภูมิ สัญญาณ ชีพ และความวิตกกังวล ประเมินผล การฝึกสมาธิ ในวันที่ 8, 12, 16, 18 ของการได้รับบาดเจ็บจากแผลไหม้ โดยเวลาเย็นก่อนนอน ผู้ป่วยจะฝึก ปฏิบัติพร้อมกับผู้วิจัยทั้งหมด 15 ครั้ง และหลังตื่นนอนตอนเช้า ส่วนใหญ่ ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง จำนวน 15 ครั้ง 5. บันทึกจำนวนครั้งการใช้ยาบรรเทา ความปวดทุกวันตั้งแต่วันที่ 4, 8, 12, 16, 18 ของการได้รับบาดเจ็บจากแผล ไหม้ ในผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม 6. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติ	โดยการอ่านคู่มือ และต้อง ฟังจากเทปบันทึกเสียง และท่องตาม อาจได้ผลที่ แตกต่างกันบ้าง - ผู้ทำการศึกษาวิจัยเป็น พยาบาล - มีการใช้ยาบรรเทาความ เจ็บปวด ร่วมในการศึกษา ได้แก่ morphine, pethidine, paracetamol  การนำไปใช้ - การฝึกสมาธิชนิดอัปป มัญญา 4 เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ ใช้ลดความวิตกกังวล เป็น การสร้างพลังจิตและ ส่งเสริมสุขภาพจิตในการ เผชิญกับปัญหาต่างๆของ ผู้ป่วยแผลไหม้ได้อีก ทางเลือกหนึ่ง - การฝึกสมาธิ ทำให้ ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ลืม ความเจ็บปวด และความ วิตกกังวล นอนหลับดีขึ้น ไม่ฝันร้าย กำลังใจดีขึ้น จิตใจสงบ เยือกเย็น และ รู้สึกแจ่มใสขึ้น	

**ตาราง 4** แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้ (ต่อ)

ผู้เขียน (ปีที่พิมพ์) / Level of Evidence	วัตถุประสงค์/ การออกแบบงานวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง/ สถานที่/ เครื่องมือที่ใช้	วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และ สังเคราะห์/ การนำไปใช้
	<b>เครื่องมือที่ใช้</b>	<b>ผลการวิจัย</b>	
	เครื่องมือที่ใช้ในการ ดำเนินการวิจัย ได้แก่ บทสวดมนต์ เครื่องวัด สัญญาณชีพอัตโนมัติ นาฬิกาข้อมือ พรอทวัด อุณหภูมิ เครื่องมือที่ใช้ ในการเก็บรวบรวม ข้อมูล ได้แก่ แบบฟอร์มยินยอมการ เข้าร่วมในการวิจัย แบบ บันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์ข้อมูล ด้านความเชื่อและการ ปฏิบัติตนเป็น พุทธศาสนิกชน แบบ สัมภาษณ์ความวิตก กังวล แบบวัดความ เจ็บปวด แบบวัดความ วิตกกังวล แบบบันทึก ชีพจรการหายใจ ความ ดันโลหิต การใช้ยา บรรเทาความเจ็บปวด แบบบันทึกข้อมูลการ ฝึกสมาธิ วิทยูและเทป บันทึกเสียง	ผลการวิจัย ผลการวิจัยพบว่า ในกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของ ความเจ็บปวด ความวิตกกังวล การ หายใจ ความดันโลหิตชีพจรน้อยกว่า ก่อนทดลอง และมีอุณหภูมิที่ ผิวหนังสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ส่วน ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก ค่าเฉลี่ยชีพจรไม่แตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ในกลุ่ม เปรียบเทียบหลังการทดลองมีคะแนน เฉลี่ย ความเจ็บปวด ความวิตกกังวล และชีพ จรแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ.05 เมื่อเปรียบเทียบ ระหว่าง 2 กลุ่ม ภายหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลกลุ่มทดลอง น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่าง นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ส่วน ค่าเฉลี่ยความเจ็บปวด ชีพจร การ หายใจ ความดันโลหิตและค่าเฉลี่ย จำนวนครั้งของการใช้ยาบรรเทาความ เจ็บปวดของ 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่าง กันอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ขณะฝึกสมาธิผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายลง ลิ้มความเจ็บปวด และความวิตกกังวล	

**ตาราง 4** แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลใหม่ (ต่อ)

ผู้เขียน (ปีที่พิมพ์) / Level of Evidence	วัตถุประสงค์/ การออกแบบงานวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง/ สถานที่/ เครื่องมือที่ใช้	วิธีวิจัย/ ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และ สังเคราะห์/ การนำไปใช้
		นอนหลับดีขึ้นและไม่ฝันร้าย กำลังใจ ดีขึ้น จิตใจสงบ เขียวเข็น และแจ่มใส ขึ้น	

## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล	นางสาวสุกฤตา กุญโคมุต
วัน เดือน ปีเกิด	6 ตุลาคม 2519
สถานที่เกิด	จังหวัดนครปฐม ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ พ.ศ. 2540-2544: พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ พ.ศ. 2550-2553: โรงพยาบาลรามาริบดี พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ตำแหน่ง	พ.ศ. 2544-2553 พยาบาลวิชาชีพระดับ 3 - 5 หอผู้ป่วยศัลยกรรมไฟไหม้น้ำร้อนลวก ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร 22 มีนาคม 2553 - ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 5 ศูนย์บริการสาธารณสุข 67 ทวีวัฒนา แผนกพยาบาลอนามัยชุมชน สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
ที่อยู่	ที่ทำงาน: ศูนย์บริการสาธารณสุข 67 ทวีวัฒนา โทรศัพท์ 02-4414680 ต่อ 405 ที่บ้าน: บ้านเลขที่ 52 หมู่ที่ 8 ตำบลบัวปากท่า อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม 73130 โทรศัพท์ 089-9821607 E-mail: kuykomoot@yahoo.com