

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยพื้นฐาน ความรุนแรงของการบาดเจ็บและความวิตกกังวลของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บและพยาบาล ผู้วิจัยศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดแนวทางในการศึกษาเป็นหัวข้อตามลำดับดังต่อไปนี้

1. แนวคิดอุบัติเหตุจราจร
2. แนวคิดความวิตกกังวล
3. ความวิตกกังวลของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร
5. การประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บและความวิตกกังวลของผู้บาดเจ็บ ตามการรับรู้

ของพยาบาล

#### แนวคิดอุบัติเหตุจราจร

##### ความหมาย

อุบัติเหตุจราจรนั้นรวมถึงอุบัติเหตุในการสัญจรไปมาทั้งทางบก ทางน้ำ ทางอากาศ (ณรงค์, 2531) เพราะคำว่า “จราจร” หมายถึง การที่ขบวนพาหนะ คน /สัตว์พาหนะเคลื่อนไปตามทาง (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2546) อุบัติเหตุจราจร หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้คาดคิดล่วงหน้า หรืออันตรายที่เกิดขึ้นโดยมิได้ตั้งใจมาก่อน (สุวรรณ, 2537) จากการสัญจรไปมา ซึ่งมี 3 ทางด้วยกันคือ ทางบก ทางน้ำ ทางอากาศ อาจเกิดกับผู้ขับขี่ ผู้โดยสาร หรือคนเดินเท้า เป็นผลให้บุคคลเกิดอันตรายและได้รับบาดเจ็บต่อร่างกายและจิตใจ (ศรีสมร, 2539; วิไลลักษณ์, 2539) ซึ่งคำว่าอุบัติเหตุจราจรในการศึกษาครั้งนี้จะหมายถึงอุบัติเหตุจราจรทางบกเท่านั้น ดังนั้น คำว่าอุบัติเหตุจราจร จึงหมายถึง เหตุที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิดจากการเดินทางหรือใช้ขบวนพาหนะทางบก ซึ่งรวมถึงผู้ขับขี่ ผู้โดยสาร และคนเดินเท้า

##### ลักษณะของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

ผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุมักจะมาโรงพยาบาลด้วยลักษณะที่แตกต่างจากผู้ป่วยอื่นๆดังนี้ คือ (วิสูตร และจันทรพิมพ์, 2542)

1. เข้ารับการรักษาในลักษณะกะทันหัน เพราะอุบัติเหตุเป็นสิ่งที่ไม่อาจคาดการณ์ได้ผู้ที่มารับการรักษาจึงไม่มีโอกาสที่จะทราบล่วงหน้าได้ว่าตนเองจะต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลเมื่อใด
2. สภาพของการบาดเจ็บมีหลายระดับ ตั้งแต่ไม่บาดเจ็บหรือเพียงสงสัยว่าจะมีการบาดเจ็บต่อร่างกายเท่านั้น บาดเจ็บเล็กน้อย บาดเจ็บมาก ใกล้ถึงแก่ชีวิต ไปจนถึงเสียชีวิต
3. ผู้เข้ารับการรักษาอาจมีสติสัมปชัญญะหรืออาจถึงกับไม่มีสติ
4. ผู้นำส่งอาจเป็นคนในครอบครัว ผู้ใกล้ชิดไปจนถึงพลเมืองดี หรือพนักงานสอบสวน ฯลฯ ซึ่งไม่รู้จักมาก่อนเลย
5. ประวัติการเกิดอุบัติเหตุอาจได้อย่างละเอียด เพราะผู้นำส่งให้รายละเอียดไปจนถึงไม่ทราบประวัติเลย จึงต้องอาศัยการตรวจสภาพร่างกายเป็นสำคัญ
6. ประวัติส่วนตัวและประวัติครอบครัว อาจทราบอย่างละเอียดจนถึงไม่ทราบอะไรเลย เช่น หมู่เลือด โรคประจำตัว การแพ้ยาหรือสารต่างๆ
7. ส่วนใหญ่จำเป็นต้องรักษาอย่างเร่งด่วนและทันที ไม่สามารถรอประวัติหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ครบถ้วนก่อนจึงดำเนินการเหมือนอย่างผู้ป่วยปกติได้ (elective cases)
8. อาจมีผู้ป่วยมาครั้งละจำนวนมาก เช่น เป็นสิบหรือเป็นร้อย หรือกว่านั้นก็เคยมี ปรากฏ
9. มักเกี่ยวข้องกับหลายระบบของร่างกาย เช่น ระบบประสาทและสมอง ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินอาหาร ระบบหายใจ เป็นต้น

#### การประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บ

เมื่อมีผู้บาดเจ็บการช่วยเหลืออันดับแรก คือ การประเมินสภาพผู้บาดเจ็บเพื่อแบ่งประเภทของผู้บาดเจ็บออกเป็นกลุ่มต่างๆในการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บ เนื่องจากผู้บาดเจ็บมีความแตกต่างกันมากในความรุนแรงของการบาดเจ็บ การพยากรณ์โรครักมีความแตกต่างกันไปตามสาเหตุ จึงมีการใช้วิธีคิดคะแนนผู้ป่วยตามระบบคะแนนการบาดเจ็บ (trauma scoring systems) เพื่อป้องกันอัตราการตาย ระยะเวลาในการรักษา ความพิการ ระบบการให้คะแนนมีมากมายซึ่งแต่ละสถาบันก็เลือกใช้ระบบที่ต่างกัน จุดประสงค์หลักของการวัดระดับความรุนแรงในผู้ป่วยอุบัติเหตุแบ่งได้เป็น 2 ประการ ได้แก่ การคัดแยกผู้ป่วย และคะแนนการประเมินผลการรักษา การจำแนกความรุนแรงของการบาดเจ็บทางสรีรวิทยา (สมัย และสรนิต, 2542; ชวัชชัย, 2544; ประกิตพันธุ์ และจิตตินันต์, 2544) ซึ่ง แชมเปียน และคณะ (Champion et al., 1989) ได้นำวิธีการนี้มาใช้เมื่อปี ค.ศ 1989 ด้วยการคิดคะแนนการบาดเจ็บโดยใช้เกณฑ์ระบบ Revised Trauma Score (RTS) ที่ดัดแปลงมาจากระบบ Trauma Score (TS) โดยอาศัยอาการแสดงทางสรีรวิทยา 3 ประการ คือ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต และระดับความรู้สึกตัว และในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประเมินความรุนแรงของ

การบาดเจ็บจากอาการแสดงทางสรีรวิทยาของผู้บาดเจ็บ โดยใช้เกณฑ์ระบบ Revised Trauma Score (RTS) เนื่องจากเป็นการประเมินสภาพผู้บาดเจ็บขั้นพื้นฐาน และสามารถประเมินได้ง่ายในการสังเกตอาการเพื่อช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ โดยประเมินตามรายละเอียด ดังนี้

1. อัตราการหายใจ (respiratory rate) โดยนับความเร็วของการหายใจ 15 วินาที คูณด้วย 4 ถ้าได้ความเร็ว 10-29 ครั้ง/นาที ได้ 4 คะแนน มากกว่า 29 ครั้ง/นาที ได้ 3 คะแนน 6-9 ครั้ง/นาที ได้ 2 คะแนน 1-5 ครั้ง/นาที ได้ 1 คะแนน ไม่หายใจเลย ได้ 0 คะแนน

2. ความดันโลหิต (systolic blood pressure) สูงกว่า 89 มิลลิเมตรปรอท ได้ 4 คะแนน 76-89 มิลลิเมตรปรอท ได้ 3 คะแนน 50-75 มิลลิเมตรปรอท ได้ 2 คะแนน 1-49 มิลลิเมตรปรอท ได้ 1 คะแนน วัดไม่ได้ ได้ 0 คะแนน

3. การให้คะแนนจัดระดับความรู้สึកตัวของผู้ป่วย (Glasgow Coma Scale: GCS) ดังนี้

### 3.1 การลืมตา (Eye opening)

: ลืมตาได้เอง	ได้ 4 คะแนน
: ได้ยินเสียงเรียกแล้วลืมตา	ได้ 3 คะแนน
: ทำให้เจ็บจึงลืมตา	ได้ 2 คะแนน
: ไม่ลืมตา	ได้ 1 คะแนน

### 3.2 การพูด (Verbal)

: ตอบได้ถูกต้อง	ได้ 5 คะแนน
: พูดสับสน	ได้ 4 คะแนน
: พูดเลอะเลือน	ได้ 3 คะแนน
: พูดฟังไม่เข้าใจ	ได้ 2 คะแนน
: ไม่ตอบเลย	ได้ 1 คะแนน

### 3.3 การเคลื่อนไหว (Motor response)

: เคลื่อนไหวได้ตามสั่ง	ได้ 6 คะแนน
: เคลื่อนไหวโดยตั้งใจเมื่อเจ็บ	ได้ 5 คะแนน
: เคลื่อนหนี (เมื่อเจ็บ)	ได้ 4 คะแนน
: งอ (Flexion) เมื่อเจ็บ	ได้ 3 คะแนน
: เหยียด (Extension) เมื่อเจ็บ	ได้ 2 คะแนน
: ไม่เคลื่อนไหวเลย	ได้ 1 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนระดับความรู้สึกรู้ตัว

อนันต์ (2546) ได้แบ่งระดับความรู้สึกรู้ตัวตามคะแนนรวมระดับความรู้สึกรู้ตัวของผู้ป่วย ดังต่อไปนี้

คะแนนรวม 13-15	ได้ 4 คะแนน
คะแนนรวม 9-12	ได้ 3 คะแนน
คะแนนรวม 6-8	ได้ 2 คะแนน
คะแนนรวม 4-5	ได้ 1 คะแนน
คะแนนรวม < 4	ได้ 0 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนของ RTS ขึ้นอยู่กับระดับความรู้สึกรู้ตัว (GCS), ความดันโลหิต และ อัตราการหายใจ คะแนนของแต่ละตัว (code value) ซึ่งมีตั้งแต่ 0 ถึง 4 0 ถือว่าหนักมาก 4 ถือว่าปกติ (สมัย และสรนิต, 2542) รูปแบบการคิดคะแนน RTS เพื่อใช้ในการคัดแยกผู้ป่วยคิดคะแนนจากผลรวมของคะแนนของแต่ละตัว (code value) คะแนนเป็นตัวเลขจำนวนเต็ม มีค่าระหว่าง 0-12 คำนวณได้จากสูตร คือ (ธวัชชัย, 2544)

$$RTS = GCS_c + SBP_c + RR_c$$

โดย  $GCS_c$  หมายถึง คะแนน (code value) ของระดับความรู้สึกรู้ตัว (GCS)

$SBP_c$  หมายถึง คะแนน (code value) ของความดันโลหิต

$RR_c$  หมายถึง คะแนน (code value) ของอัตราการหายใจ

เกณฑ์การให้คะแนนความรุนแรงของการบาดเจ็บแบบ RTS อนันต์ (2546) ได้จำแนกความรุนแรงของการบาดเจ็บออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน 0 = ผู้บาดเจ็บมักจะเสียชีวิต

คะแนน 1-3 = บาดเจ็บหนักมาก

คะแนน 4-6 = บาดเจ็บหนัก

คะแนน 7-9 = บาดเจ็บปานกลาง

คะแนน 10-12 = บาดเจ็บเล็กน้อย

คะแนนเหล่านี้สามารถนำไปใช้อธิบายความรุนแรงของการบาดเจ็บได้ (สุวิทย์, 2542) และนอกจากนี้จากการนำไปศึกษาในผู้ป่วย 26,000 ราย พบว่า มีความเที่ยงตรงในการจำแนกผู้ป่วยในพื้นที่ (ประกิตพันธุ์ และจิตตินันต์, 2544) และมีความแม่นยำในการทำนายผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะได้มากกว่า Trauma Score (TS) (Champion et al., 1989)

### ผลกระทบจากการเกิดอุบัติเหตุ

อุบัติเหตุจราจรเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งปริมาณและความรุนแรง เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ พิการ และเสียชีวิต ซึ่งผลกระทบของการสูญเสียอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุจราจรทางบกนั้น มีทั้งความสูญเสียทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และทางด้านเศรษฐกิจ (อารยะ ชมพูนุท และนัยนา, 2540) ทั้งทางตรงและทางอ้อมดังต่อไปนี้

1. ทางด้านร่างกาย ผลกระทบที่เกิดพร้อมอุบัติเหตุ ได้แก่ บาดเจ็บ พิการและตาย การบาดเจ็บที่ร่างกายไม่ว่าจะรุนแรงเพียงใดจะพบอาการแสดงของผู้ประสบอุบัติเหตุคือ มีการทำลายอวัยวะเกิดความเจ็บปวด เลือดออก เลือดตกใน อวัยวะเสียรูป และสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะที่บาดเจ็บ ถ้าหากเกิดกับอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับชีวิต เช่น สมอง ปอด และหัวใจผู้บาดเจ็บก็ตกอยู่ภาวะวิกฤตอาจถึงแก่กรรมได้ (life threatening) ถ้าเกิดกับอวัยวะอื่นๆก็เกิดความทุกข์ทรมานอันเกิดความเจ็บปวด ไม่สามารถเคลื่อนไหวตามปกติ เป็นต้น (อนันต์, 2545) ซึ่งสามารถสรุปผลจากการบาดเจ็บออกได้เป็น 4 ประการ (สุนทร, 2545; อนันต์, 2542) ด้วยกัน คือ

1.1 ความเจ็บปวด (pain) เป็นการตอบสนองของร่างกายต่อสิ่งเร้าอันตราย

1.2 เลือดออก (bleeding) หลอดเลือดฉีกขาดทำให้เลือดออกจากระบบไหลเวียนจะมองเห็นหรือไม่ก็ได้ จำนวนมากน้อยขึ้นกับชนิดและขนาดของหลอดเลือดที่ฉีกขาด ผลทำให้ ร่างกายเปลี่ยนแปลงเกิดการตอบสนองที่ตรวจพบได้ บางครั้งการเสียเลือดเกิดจากถูกทำลาย เช่น บาดแผลใหม่ เป็นต้น

1.3 เสียรูป (deformity) รูปร่างเปลี่ยนแปลงจากเดิม เช่น แผลถลอกผิวหนัง เปลี่ยนรูป แขนขาขาด เห็นความพิการชัดเจน

1.4 เสียหน้าที่ (dysfunction) หน้าที่ส่วนที่บาดเจ็บบกพร่องมากขึ้นกับความรุนแรงของการบาดเจ็บ นอกจากหน้าที่บกพร่องแล้วยังกระทบกระเทือนอวัยวะที่เกี่ยวข้อง และ ข้างเคียงได้

ในการเกิดอุบัติเหตุจราจรแต่ละครั้งเป็นต้นเหตุให้ผู้บาดเจ็บเสียชีวิตและบาดเจ็บ และยังก่อให้เกิดความพิการทางกายตามมามากมาย ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นวัยทำงาน กำลังสร้างตัว สร้างครอบครัว และสร้างสังคม (วิจักร, 2545) จากสถิติในปี 2542 พบว่าสาเหตุการตายด้วยอุบัติเหตุเป็นอันดับ 2 ของประเทศคิดเป็นอัตรา 63.5 ต่อแสนประชากร ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอัตราสูงในกลุ่มอายุ 20-24 ปี และอุบัติเหตุจราจรมีอัตราตายจากอุบัติเหตุทั้งหมดร้อยละ 34.4 ของอัตราตายจากอุบัติเหตุทั้งหมด (สถาบันการแพทย์ด้านอุบัติเหตุและสาธารณสุข, 2544) สำหรับภาคใต้เมื่อเทียบกับภาคอื่นๆ พบว่า อัตราตายจากอุบัติเหตุจราจรอยู่ในระดับใกล้เคียงกับภาคเหนือ ต่ำกว่าภาคกลาง และสูงกว่าภาคอีสาน บางจังหวัด เช่น ภูเก็ต เคยติดอันดับจังหวัดที่มีอัตราตายสูงเป็นลำดับ 2 ของ

ประเทศในบางปี (สุภาพ, 2541) และจากการศึกษาของวิจิตร (2545) พบว่า ภาคใต้มีอัตราตายจากอุบัติเหตุจราจรเพิ่มขึ้นสูงที่สุด ร้อยละ 21.28 จากอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี แสดงให้เห็นถึงความสูญเสียทางด้านทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณค่าต่อการพัฒนาประเทศไปอย่างน่าเสียดาย ซึ่งนับได้ว่าเป็นการสูญเสียที่มีอาจประเมินค่าได้

2. ด้านจิตใจและสังคม อุบัติเหตุจราจรมีผลกระทบโดยตรงแก่ผู้บาดเจ็บ ญาติพี่น้อง และสังคม การเกิดอุบัติเหตุเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกะทันหันและไม่สามารถทำนายสถานการณ์ในอนาคตได้ นับว่าเป็นภาวะวิกฤตของผู้บาดเจ็บและครอบครัว (Barry, 1996) จึงมีผลกระทบต่อจิตใจและสังคม ทั้งในระดับบุคคลและครอบครัวซึ่งจะเกี่ยวกับด้านความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของแต่ละบุคคล บางคนมีการตอบสนองออกมาในลักษณะเศร้า หวาดกลัว วิตกกังวล สิ้นหวัง เอะอะโวยวาย บางคนถึงกับควบคุมอารมณ์ตัวเองไม่ได้ จะส่งผลกระทบต่อความรู้สึกทางด้านความมั่นคงทางสถานภาพของผู้บาดเจ็บ เช่น การตกงาน เป็นต้น ซึ่งผลกระทบทางด้านจิตใจอาจจะส่งผลมาจากสมาชิกในครอบครัวได้รับความสูญเสียบาดเจ็บหรือเสียชีวิต โดยเฉพาะครอบครัวที่ผู้เสียชีวิตเป็นผู้ปกครองครอบครัวจะส่งผลกระทบที่รุนแรงอย่างมาก เนื่องจากเป็นแรงงานและเป็นกำลังสำคัญของครอบครัว (เจริญพร, 2542) และหากผู้บาดเจ็บอยู่ในวัยศึกษาเมื่อต้องหยุดพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการรุนแรงจากผลของอุบัติเหตุจราจรย่อมทำให้เสียโอกาสทางการศึกษาเล่าเรียน และหากผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุเกิดความพิการแขนขาขาด ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในระยะยาว ย่อมก่อให้เกิดความเครียดทั้งตนเองและของญาติ ทำให้ขาดโอกาสในการมีชีวิตที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจและการดำเนินชีวิตประจำวันที่เปลี่ยนไป ในส่วนของการสูญเสียด้านครอบครัวและสังคม ผลกระทบต่อจิตใจของผู้บาดเจ็บและความพิการจากอุบัติเหตุ สิ่งเหล่านี้เป็นการสูญเสียที่ไม่สามารถประเมินความสูญเสียเป็นมูลค่าได้ (ศรีสมร, 2539)

นอกจากนี้ในผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรมีผลกระทบต่อจิตใจอย่างรุนแรง จนเกิดอาการผิดปกติทางจิตภายหลังการบาดเจ็บที่เรียกว่า Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) ซึ่งมีอาการสำคัญ คือ การรู้สึกเหมือนกับว่าเหตุการณ์สะเทือนจิตใจอย่างยิ่ง กำลังเกิดขึ้นใหม่รวมไปกับการมีอาการปลุกเร้าเพิ่มขึ้น หรือมีการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่เคยสะเทือนใจ (วุฒิชัย และมานิต, 2542) ทำให้ผู้ที่รอดชีวิตจากประสบการณ์อุบัติเหตุ ถึงแม้ว่าจะไม่พิการก็ตามแต่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้บาดเจ็บเนื่องจากตกใจ วิตกกังวล และมีภาพหลอนต่างๆซึ่งไม่อาจจะลืมได้ (ณรงค์, 2531) จากการศึกษาของเมย์ฮิว ไบรอัน และคูธิ (Mayou, Bryant, & Duthie, 1993) ที่ศึกษาถึงผลที่ตามมาทางด้านสุขภาพจิตของผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรจำนวน 188 คน พบว่า ผู้บาดเจ็บ 31 คน มีอาการของความวิตกกังวล หรือภาวะซึมเศร้าที่มากกว่าระดับปกติร่วมกับมีความทรงจำที่น่าหวาดกลัวเกี่ยวกับอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น และยังพบว่าผู้บาดเจ็บยังมีความวิตกกังวลผิดปกติเกี่ยวกับการเดินทาง

และเหตุการณ์ต่างๆที่คล้ายคลึงกับอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นอีกด้วย จากการศึกษาของเมย์ฮิว ไบรอัน และเอลเลอร์ (Mayou, Bryant, & Ehlers, 2001) ที่ศึกษาถึงการทำนายผลทางสุขภาพจิตที่ตามมาในเวลา 1 ปีหลังจากเกิดอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ พบว่าผู้บาดเจ็บกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความผิดปกติในกลุ่มอาการผิดปกติทางจิตภายหลังการบาดเจ็บ (PTSD) เช่น มีอาการหวาดกลัวการเดินทาง (phobic travel anxiety) กลุ่มอาการวิตกกังวลทั่วไป (general anxiety) และภาวะซึมเศร้า (depression) นอกจากนี้การรับรู้ของผู้บาดเจ็บจะมีผลกระทบทางด้านจิตสังคมในระยะยาว ซึ่งจากการศึกษาของมิเชล และคณะ (Michaels et al., 1999) เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตภายหลังการบาดเจ็บในผู้ใหญ่ที่ได้รับบาดเจ็บพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในการพัฒนา ให้เกิดความผิดปกติทางจิตภายหลังการบาดเจ็บได้แก่ เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บและการรับรู้ของผู้บาดเจ็บถึงความรุนแรงในเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บนั้น นอกจากนี้การศึกษาของฮาวิ และไบรอัน (Harvey & Bryant, 1998a) ยัง พบว่า ในผู้บาดเจ็บที่รอดชีวิตจากอุบัติเหตุรถยนต์ จะมีความผิดปกติในกลุ่มอาการของความวิตกกังวลผิดปกติ หลังจากได้รับอุบัติเหตุ 1 เดือน

3. ด้านเศรษฐกิจ การเกิดอุบัติเหตุแต่ละครั้งนั้นหมายถึงการสูญเสียชีวิต และทรัพย์สินหรือบาดเจ็บ พิการทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ ความสูญเสียทางเศรษฐกิจนั้นเป็นการสูญเสียทั้งทางตรง และการสูญเสียทางอ้อมที่บางครั้งยากต่อการศึกษา จากสถิติความสูญเสียจากอุบัติเหตุจราจรในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาตั้งแต่ปี 2530-2539 เพิ่มขึ้นทุกปี คิดเฉลี่ยอุบัติเหตุจราจรเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 26 ต่อปี ซึ่งในปี 2536 ความสูญเสียทางเศรษฐกิจเท่ากับ 69,656.2 ล้านบาท (อารยะ และคณะ, 2540) นอกจากนี้สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาของประเทศไทยได้ทำการประเมินค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจเนื่องจากอุบัติเหตุจราจรในปี พ.ศ. 2536 ด้วยวิธีการเศรษฐศาสตร์จากผู้ประสบอุบัติเหตุทั้งประเทศจำนวน 12,321 คน ได้ค่าความสูญเสียรวม 69,656 ล้านบาท (दनัย ขอดพล และวิทยา, 2543) และประมาณร้อยละ 1-2 ของผลิตภัณฑ์รวมของชาติ (G.N.P) (วิวัฒน์, 2546) เนื่องจากส่วนใหญ่ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรจะอยู่ในช่วงวัยหนุ่มสาว และวัยทำงาน ทำให้รัฐต้องลงทุนสูญเสียเปล่าในการศึกษา และการอนามัยในคนวัยนี้ปีละจำนวนมาก (วิจิตร, 2532) จะเห็นได้ว่าอุบัติเหตุจราจรที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อความสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศอย่างมากมายมหาศาลในแต่ละปี

นอกจากอุบัติเหตุจราจรจะมีผลกระทบต่อประเทศแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้บาดเจ็บอีกด้วย ทั้งนี้เนื่องจากอุบัติเหตุจราจรเป็นสาเหตุของการบาดเจ็บและพิการ ความพิการย่อมทำให้เกิดความสูญเสีย ถึงแม้ว่าแรงงานที่พิการบางส่วนจะยังคงทำงานได้แต่รายได้และประสิทธิภาพการทำงานลดลง ความพิการบางประเภทอาจจะสูญเสียทั้งอาชีพและรายได้ทั้งหมด ต้องเผชิญกับปัญหาทางเศรษฐกิจ และต้องพึ่งพาผู้อื่นจึงก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ

แก่ผู้ดูแลผู้บาดเจ็บด้วยเช่นกัน ส่วนในผู้ประสบอุบัติเหตุที่ถึงแก่ชีวิตโดยเฉพาะหากเป็นหัวหน้าครอบครัวก็จะทำให้เกิดการสูญเสียรายได้ของครอบครัว (อารยะ และคณะ, 2540) อีกทั้งผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรส่วนใหญ่ต้องรับการรักษาเป็นเวลานาน และมีค่ารักษาพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วยจากโรคทั่วไป (วรรณภา, 2541) จึงทำให้ครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลผู้บาดเจ็บมากขึ้น ซึ่งจากการศึกษาของสุพล ศิริวรรณ และวิโรจน์ (2544) พบว่า ร้อยละ 76 ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลขอนแก่นเป็นผู้ขับขี่หรือผู้โดยสารรถจักรยานยนต์ และมีค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยสูงที่สุด 10,912 บาท/ราย (ค่ามัธยฐาน) ถึงแม้ว่าจะมีพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถก็ตามแต่ในการศึกษารุ่นนี้ยังพบว่า มีการใช้สิทธิตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถที่สุดทำให้ผู้บาดเจ็บยังคงชำระเงินเอง

นอกจากนี้ยังมีการวิจัยของ สายชล จุริวัฒน์ วรรณิ และสุวณี (2544) เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรที่เข้ารับบริการโรงพยาบาลมหารชนครศรีธรรมราช ในผู้บาดเจ็บจำนวน 351 คน พบว่า ผู้บาดเจ็บที่ไม่นอนโรงพยาบาล จำนวน 251 ราย มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 200 บาท/คน ส่วนผู้บาดเจ็บที่นอนในโรงพยาบาลจำนวน 100 คน มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 7,196 บาท/คน หากผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่รุนแรงฉับพลัน เช่น ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลก็จะมากขึ้น จากการศึกษาของแมคการ์รี และคณะ (McGarry et al., 2002) พบว่า ภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรงที่ต้องช่วยเหลือโดยด่วนนั้นมีค่าสูงมากและยังรวมถึงในกรณีที่ทรัพย์สินถูกทำลาย เช่น รถพังจากอุบัติเหตุ เป็นต้น ในการประเมินความสูญเสียจากอุบัติเหตุออกเป็นตัวเงินนั้น ร้อยละ 6 เกิดจากการสูญเสียทรัพย์สิน ร้อยละ 25.3 จากการสูญเสียคน (ตาย) และร้อยละ 68.7 จากค่าใช้จ่ายในการรักษา การเจ็บป่วยและช่วยผู้พิการ (อนันต์, 2542)

ในบางครั้งอุบัติเหตุจราจรที่เกิดขึ้นอาจจะทำให้ผู้ป่วยบางรายต้องเสียค่าใช้จ่ายในการฟ้องร้องอีกด้วย ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยอุบัติเหตุจะเกี่ยวข้องกับทางคดี หรือทางกฎหมายไม่ทางใดก็ทางหนึ่งเสมอ โดยเฉพาะเกี่ยวกับกฎหมายอาญาหรือพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 ที่เป็นเช่นนี้เพราะผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่มีสาเหตุจากอุบัติเหตุจราจร จึงต้องเกี่ยวข้องกับพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 และยังเกี่ยวกับกฎหมายอาญาด้วย (วิสูตร จันทรพิมพ์ และอัจฉรา, 2541) หรือปัญหาความเสียหายที่เกิดขึ้นในทางคดีแพ่งในกรณีที่เกิดจากอุบัติเหตุที่มีคู่กรณี โดยฝ่ายที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุก็พยายามที่จะจำกัดความรับผิดชอบของตนเองมากที่สุด ส่วนฝ่ายที่ได้รับความเสียหายก็จะพยายามให้เห็นว่าความเสียหายกับตนเองนั้นมากที่สุด ผู้ที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุจราจรจนทำให้มีผู้บาดเจ็บเกิดขึ้นสมควรต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายสินไหมทดแทนแก่ผู้เสียหาย เพื่อให้กลับคืนสู่สถานะเดิมให้มากที่สุด (วิสูตร และจันทรพิมพ์, 2542; วิสูตร, 2542) ซึ่งโดยปกติแล้วผู้ที่



ได้รับบาดเจ็บต้องการได้รับความช่วยเหลือในด้านเศรษฐกิจเพื่อชดเชยค่าเสียหาย การชดเชยให้ นั้นอาจจะจ่ายค่าทดแทนชั่วคราว และมีกองทุนพิเศษในการดูแลเพื่อรักษาภาวะแทรกซ้อนและป้องกันภาวะทุพพลภาพเรื้อรัง (Mayou & Farmer, 2002) แต่ส่วนใหญ่สามารถตกลงกันได้โดยไม่ต้องดำเนินคดี เช่น การไกล่เกลี่ยยอมความกัน มีการประกันภัยหรือเกิดโดยไม่มีคู่กรณี เช่น รถตกถนน ลื่นล้ม เป็นต้น (วิจิตร, 2532)

จะเห็นว่าผลกระทบจากการเกิดอุบัติเหตุจากรถทำให้เกิดการสูญเสียทั้งทรัพยากรบุคคล การสูญเสียทางเศรษฐกิจและทรัพย์สินได้รับความเสียหาย รวมทั้งร่างกายได้รับบาดเจ็บ สูญเสียอวัยวะหรือมีความพิการเกิดขึ้นไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ผู้บาดเจ็บต้องทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด มีความทรงจำที่น่าหวาดกลัวเกี่ยวกับอุบัติเหตุ ในบางรายอาจต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการฟ้องร้องเป็นคดีความ ดังนั้นผู้บาดเจ็บได้รับผลกระทบจากการเกิดอุบัติเหตุจากรถทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และเศรษฐกิจ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบทางด้านจิตใจของครอบครัว ผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุจากรถอีกด้วย

#### *แนวความคิดความวิตกกังวล*

ความวิตกกังวล (anxiety) เป็นอารมณ์พื้นฐานของมนุษย์เกิดได้ตั้งแต่แรกคลอดและเกิดต่อเนื่องได้ตลอดชีวิต สาเหตุเนื่องจากรู้สึกว่ามีบางสิ่งมาคุกคามเอกลักษณ์ของตัวเอง (identity) หรือต่อความนับถือตัวเอง (self-esteem) ต่อสุขภาพหรือเมื่อต้องทำอะไรที่เกินความสามารถของตัวเองทำให้เกิดความไม่สบาย ไม่เป็นสุขและมีผลต่อการรับรู้ของบุคคลทำให้การรับรู้ด้อยลงไป ฉะนั้นความวิตกกังวลจึงมีผลต่อบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย ความคิด และจิตใจ (กนกรัตน์, 2540) นอกจากนี้ความวิตกกังวลยังเป็นสิ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวันขึ้นอยู่กับความสามารถของบุคคลในการเข้าใจถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดปกตินั้น (Valfre, 2001)

#### *ความหมาย*

มีผู้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้มากมาย เพื่อเป็นการขยายความให้ชัดเจนยิ่งขึ้น คือ ความวิตกกังวลเป็นสถานการณ์ตั้งเครียด ซึ่งเกิดจากความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยถูกคุกคาม โดยสิ่งที่ถูกคุกคามนั้นมีจริง หรืออาจเกิดจากการทำนายเหตุการณ์ล่วงหน้า (Spielberger, 1966) ซึ่งเป็นการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งคุกคาม หรือสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการรับรู้สิ่งคุกคามต่อร่างกายและจิตใจของบุคคล ซึ่งสิ่งที่ถูกคุกคามนั้นมีจริงหรืออาจเกิดจากความคิด/การทำนายเหตุการณ์ล่วงหน้า (Valfre, 2001) เป็นความรู้สึกไม่สบายกาย ไม่สบายใจ หวาดหวั่น หรือความตั้งเครียดที่เกิดจาก

ความพลอดคัยของบุคคลถูกคุกคาม (Wesorick, 1990) เป็นความรู้สึกลัวภัยบางอย่าง เช่น กลัวบาดเจ็บ กลัวพิการ กลัวตาย หรือกลัวการคุกคามต่อศักดิ์ศรี และความสุขในชีวิต (วีรวุฒิ, 2542) ความวิตกกังวลจึงเป็นความคลุมเครือ ไม่ชัดเจน (Kalman & Waughfield, 1993) เป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายนอกและสิ่งเร้าภายใน ซึ่งสามารถแสดงออกมาทางด้านพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด และการแสดงออกทางร่างกาย (Videbeck, 2004) ในสภาวะดังกล่าวบุคคลจะถูกกระตุ้นให้มีพฤติกรรมต่างๆเพื่อที่จะปลดปล่อยความตึงเครียด และแสวงหาความสมดุลทางอารมณ์ และอาจแสดงอาการออกทางร่างกาย เช่น อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ โดยที่บุคคลนั้นไม่สามารถอธิบายได้ว่ามีสาเหตุมาจากอะไรได้แน่นอน (อำไพวรรณ, 2541)

จากความหมายของความวิตกกังวลดังกล่าวสรุปได้ว่า ความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกลัวภัยทางอารมณ์ ไม่สบายใจ ไม่สบายกาย กลัว หวาดหวั่น ไม่สุขสบาย เกิดจากความรู้สึกลัวภัยพลอดคัย ถูกคุกคาม โดยสิ่งที่คุกคามนั้นอาจมีจริงหรือเกิดจากการทำนายเหตุการณ์ล่วงหน้า ได้แก่ กลัวบาดเจ็บ พิการ กลัวตาย หรือกลัวการคุกคามต่อศักดิ์ศรีและมีความสุขในชีวิต

#### ชนิดของความวิตกกังวล

สปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1966) ได้แบ่งความวิตกกังวลในเชิงจิตวิทยาออกได้เป็น 2 ชนิด คือ

1. ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (state anxiety) คือ ความวิตกกังวลซึ่งเกิดขึ้นกับบุคคลโดยขึ้นกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในขณะนั้น เป็นอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะเวลาสั้นๆ การที่บุคคลรับรู้ความกดดันของเหตุการณ์ต่างๆ รวมทั้งความขัดแย้งที่มีอยู่ซึ่งทำให้บุคคลสูญเสียการควบคุมอารมณ์ ไม่อาจหยุดความคิดคาดการณ์ที่เกินความเป็นจริงได้ทำให้มีความรู้สึกตึงเครียด ไม่สุขสบาย หวาดหวั่น กระวนกระวายมีการแสดงออกอย่างชัดเจน ระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้นให้ทำงานผิดปกติไปจากเดิม และส่วนหนึ่งนั้นขึ้นอยู่กับความวิตกกังวลประจำตัวซึ่งอยู่ในบุคลิกภาพและประสบการณ์ในอดีต

2. ความวิตกกังวลแฝง (trait anxiety) คือ ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวที่แฝงอยู่ในบุคลิกภาพซึ่งประกอบอยู่เป็นอารมณ์พื้นฐาน การรับรู้ที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคลมีลักษณะค่อนข้างคงที่ไม่ปรากฏออกมาเป็นพฤติกรรมโดยตรงแต่จะเป็นตัวกระตุ้น หรือเพิ่มความรุนแรงของภาวะวิตกกังวลแบบเผชิญ เช่น เมื่อมีสิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจหรือจะเป็นอันตรายมากระตุ้น บุคคลที่มีความวิตกกังวลแฝงค่อนข้างสูงจะรับรู้สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรือจะเกิดอันตรายได้เร็วกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝงต่ำกว่า เมื่อภาวะวิตกกังวลพื้นฐานทางอารมณ์ที่ถูกเก็บกดไว้จะ

เป็นแรงเสริมให้สภาพอารมณ์หวาดวิตกนั้นรุนแรง หรือเพิ่มขึ้น โดยไม่สามารถอธิบายถึงสาเหตุของความรู้สึกเหล่านั้นได้ (เยาวัลักษณ์ และลัดดา, 2541)

#### สาเหตุของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลสามารถเกิดขึ้นได้จากสาเหตุหลายประการ โดยที่บุคคลนั้นรู้สึกว่ามีสิ่งคุกคามต่อสวัสดิภาพและความปลอดภัยของตนเอง ซึ่งการคุกคามใดๆก็ตามที่มีผลต่อความปลอดภัยของแต่ละบุคคลทำให้เกิดความวิตกกังวล เกิดความไม่สมดุลทางด้านร่างกายและจิตใจขึ้น สาเหตุของความวิตกกังวลนี้อาจมาจากทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 2 สาเหตุใหญ่ๆ คือ (Kneisl, 1996; Robert, 1986; Stuart & Laraia, 1998)

1. มีสิ่งคุกคามต่อความมั่นคงทางด้านร่างกาย (physical integrity) เป็นการคุกคามที่มีผลต่อการรักษาความสมดุลของร่างกายและระบบความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล ทำให้เกิดความไม่สมดุลในการดำรงชีวิต ได้แก่ การได้รับอุบัติเหตุ ความเจ็บป่วยที่รุนแรงไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ทำให้เกิดความไม่สมดุลในการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลนั้น หรือทำให้ความสามารถของบุคคลลดลงจะเป็นสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้

2. มีสิ่งคุกคามต่อความมั่นคงทางด้านจิตใจ (psychological integrity) เป็นการคุกคามที่มีผลต่อการรับรู้ในการเป็นตนเองของบุคคล ความหวัง ศักดิ์ศรีของตนเองอัตมโนทัศน์ การเปลี่ยนแปลงบทบาทของตนเองรวมทั้งหน้าที่ทางสังคม การคาดการณ์ล่วงหน้าว่าตนเองไม่ได้รับการยอมรับจากบุคคลที่ตนให้ความสำคัญ การคุกคามเหล่านี้รวมถึงสิ่งต่อไปนี้คือ

2.1 ความมุ่งหมาย (ความคาดหวัง ความประสงค์ ความหวัง ความต้องการ จินตภาพของตน) ที่บุคคลยึดถือไว้แล้วไม่เป็นไปตามความต้องการ ไม่บรรลุเป้าหมาย หรือความคาดหวังที่คิดว่ามีความสำคัญต่อตนเองไม่ได้รับการตอบสนอง

2.2 ความต้องการเพื่อศักดิ์ศรี สถานภาพ และการเคารพนับถือ มีอยู่แต่ไม่ได้รับการตอบสนองจากผู้อื่นในสถานการณ์นั้น

นอกจากนี้ กนกรัตน์ (2540) ได้แบ่งความวิตกกังวลตามสาเหตุใหญ่ๆ ได้เป็น 3 ชนิด คือ

1. ความวิตกกังวลเฉพาะสถานการณ์ (Situational anxiety) เช่น กลัวการออกไปพูดต่อหน้า ชุมชนหรือที่ประชุม

2. ความวิตกกังวลที่หาสาเหตุไม่ได้ (Free-floating anxiety) เช่น กลัวเข้าลิฟท์ กลัวความสูง กลัวที่โล่งแจ้ง เป็นต้น

3. ความวิตกกังวลที่พบร่วมหรือเกิดจากโรคอื่นๆ ทั้งโรคทางจิต และโรคทางกาย

### ขั้นตอนการเกิดความรู้สึกกังวล

เมื่อมีสิ่งที่คุณกลัวต่อสรีระและสุขภาพและความสมดุลทางด้านร่างกายและจิตใจ ก่อให้เกิดภาวะวิตกกังวล และทำให้ร่างกายมีการตอบสนองทั้งทางด้านสรีระวิทยาและด้านพฤติกรรม ซึ่งอาจเขียนเป็นขั้นตอนของพฤติกรรมได้ 6 ขั้นตอนดังนี้ (สุวนีย์, 2527)

1. บุคคลมีความเชื่อ ความหวัง ค่านิยม ซึ่งได้รวมกันก่อตัวเป็นภาพพจน์ที่เขามีต่อตนเอง
2. ความเชื่อ ความหวัง ค่านิยม หรือภาพพจน์ ที่เขามีต่อตัวเอง ถูกคุกคามทำให้เกิดความไม่สมดุลในอารมณ์
3. บุคคลนั้นเกิดภาวะหวาดหวั่น ไม่มั่นใจ เกิดความรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะแก้ไขเหตุการณ์เฉพาะหน้าได้อย่างไร (sense of helplessness and powerlessness)
4. เกิดความวิตกกังวล กระวนกระวายใจขึ้น เกิดความเครียด มีพลังงานเกิดขึ้นภาวะนี้เรียกว่า ความวิตกกังวล
5. บุคคลทำการขจัดพลังงานส่วนเกินอย่างอัตโนมัติโดยเปลี่ยนพลังงานออกเป็นพฤติกรรมอัตโนมัติ เช่น โกรธ เสียใจขึ้น มีการเคลื่อนไหวทางร่างกายมากขึ้น
6. เกิดความรู้สึกผ่อนคลายลง เกิดสมดุลทางจิตใจและอารมณ์ขึ้นใหม่

### ผลของความวิตกกังวล

เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นภาวะความวิตกกังวลดังกล่าวจะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางจิตใจและระบบต่างๆของร่างกายดังนี้ (ช่อลดา, 2536; สุวนีย์, 2527; Kneisl, 1996; Videbeck, 2004; Wesorick, 1990)

1. ผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีและสรีระวิทยา ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์อย่างมากกับการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีและสรีระวิทยา ถือเป็นเรื่องปกติธรรมดาที่บุคคลรู้สึกหรือไม่รู้สึกก็ได้ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผลของระบบประสาทอัตโนมัติที่ทำงานโดยอิสระไม่อยู่ใต้อำนาจของจิตใจ ประกอบด้วยระบบประสาทซิมพาเทติกและพาราซิมพาเทติกซึ่งจะทำงานตรงข้ามกัน ทั้งนี้เพื่อให้การทำงานของอวัยวะต่างๆในร่างกายอยู่ในสภาพสมดุลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

ขณะที่มีความวิตกกังวลเกิดขึ้น ส่วนไฮโปทาลามัสจะส่งผ่านปลายประสาทซิมพาเทติกไปยังอะดรีนอลเมดัลลาให้หลั่งฮอว์โมนแอกทีโกลามีน ซึ่งประกอบด้วยอิพิเนฟรินและนอร์อิพิเนฟริน จะเข้าสู่กระแสโลหิตไปยังส่วนต่างๆของร่างกายทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรง ความดันโลหิตสูงขึ้น การหายใจจะลึกและเร็วขึ้น เส้นเลือดส่วนปลายหดตัวทำให้มือและเท้าเย็นซีด ปากแห้งเหงื่อออกตามฝ่ามือ เป็นต้น ต่อมาพิทูอิทารีส่วนหน้าจะหลั่งฮอว์โมนอะดรีโนคอร์ติโคโทรปิลไปกระตุ้นอะดรีนอลคอร์เทค ให้หลั่งอะดรีโนคอร์ติคอยด์ 3 ชนิด ได้แก่ มินเนอราโลคอร์ติคอยด์

(mineralocorticoid) เพื่อควบคุมความสมดุลของเกลือแร่ กลูโคคอร์ติคอยด์ (glucocorticoids) มีผลทำให้อัตราการเผาผลาญอาหารจำพวกโปรตีน ไขมันและน้ำตาลในร่างกายมากขึ้นและแอนโดรเจน (androgen) มีผลต่อระบบกล้ามเนื้อทำให้กล้ามเนื้อตึงตัว ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อได้ นอกจากนี้ต่อมพิทูอิทารีส่วนหลังจะหลั่งฮอร์โมนแอนติไดยูเรติก (antidiuretic hormone) เพื่อควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะให้เป็นปกติ ทั้งนี้การตอบสนองทางด้านร่างกายต่อความวิตกกังวลจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับระดับของความวิตกกังวลและความแตกต่างระหว่างบุคคล

2. ผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ซึ่งจะแสดงออกทางด้านอารมณ์และความรู้สึกนึกคิด ได้แก่ ความรู้สึกอึดอัดใจ กระจวนกระวายใจ ไม่สบายใจ หวาดหวั่น หงุดหงิดและโมโหง่าย ทั้งนี้เป็นผลมาจากความรู้สึก ขัดแย้งและไม่แน่ใจ

3. ผลต่อความคิด ความจำและการเรียนรู้ ทำให้ความสามารถทางด้านสมาธิและความจำลดลง สมองง่าย ความคิดฟุ้งซ่าน สับสน การตัดสินใจไม่ดี ไม่มีความสามารถในการรวบรวมความคิด ครุ่นคิดแต่อดีต ไม่สนใจเรื่องราวที่ควรจะเป็น

4. ผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม บุคคลที่มีความวิตกกังวลจะมีพฤติกรรมแสดงออกทั้งคำพูดและท่าทาง เช่น บุคลิกภาพ รูปแบบการพูดเปลี่ยนไป นอกจากนี้พฤติกรรมที่แสดงออกมักจะเป็นแบบอัตโนมัติที่เห็นได้บ่อยคือ หงุดหงิด โมโหง่าย หรือนิ่งเฉย นอนไม่หลับ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมซึ่งกิจกรรมนั้นเป็นประโยชน์แก่ตัวเอง

#### *การแสดงออกของความวิตกกังวล*

จากผลของความวิตกกังวลที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจแล้ว แสดงให้เห็นถึงการแสดงออกของความวิตกกังวล ซึ่งเป็นผลรวมที่เกิดจากการรับรู้และประเมินโดยกระบวนการทางปัญญาต่อสิ่งที่เข้ามากระทบว่าเป็นอันตราย หรือคุกคามต่อตนเอง ลักษณะอาการสำคัญของความวิตกกังวลมี 2 ชนิด (Zung, 1971 อ้างตาม กนกรัตน์, 2540; ซอลดา, 2536; อรพรรณ, 2543) คือ

1. อาการทางอารมณ์ (affective symptoms) ได้แก่ ความกังวลใจ หนักใจ เกรงกลัว หวาดหวั่น ไม่สบายใจ หงุดหงิด กระจวนกระวายใจ ตกใจง่าย ความคิดสับสน ตึงเครียด จิตใจไม่สงบและรู้สึกว่าไม่มีใครสามารถช่วยตัวเองได้ ความคิดฟุ้งซ่าน มีแนวโน้มที่จะร้องไห้ง่าย อยากหลีกหนี ไม่อยากเกี่ยวข้องกับบุคคลอื่น แยกตัว สัมพันธภาพกับผู้อื่นเปลี่ยนแปลงไป มีแนวโน้มที่จะตำหนิผู้อื่น วิพากษ์ตนเองและผู้อื่น รู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์ ความสนใจตนเองลดลง เป็นต้น

2. อาการทางกาย (somatic symptoms) แสดงออก ดังนี้

2.1 ระบบกล้ามเนื้อ มีอาการกล้ามเนื้อตึงตัว มือเท้าลั่น กระตุก ปวดตามกล้ามเนื้อ เมื่อยล้า ไม่มีแรง เหนื่อยง่าย เจ็บปวดเมื่อเคลื่อนไหวร่างกายบางส่วน

2.2 ระบบไหลเวียนโลหิต หัวใจเต้นแรง และเร็ว ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ชีพจรเต้นเร็ว เจ็บหน้าอก เส้นเลือดบริเวณมือ-เท้า หดตัวทำให้มือ-เท้าซีดและเย็น รู้สึกร้อนบริเวณใบหน้า

2.3 ระบบหายใจ มีอาการหายใจไม่เต็มอึด หายใจลึกและหอบเร็ว คล้ายจะเป็นลม เวียนศีรษะ อึดอึดบริเวณหน้าอก ถอนใจบ่อยและบางครั้งก็กลืนหายใจ

2.4 ระบบทางเดินอาหาร มีอาการแน่นท้อง ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน บางรายท้องเดิน บางรายท้องผูก เบื่ออาหารหรือรับประทานอาหารมากขึ้น

2.5 ระบบขับถ่ายและระบบสืบพันธุ์ ปัสสาวะบ่อย ประจำเดือนไม่สม่ำเสมอ ความสามารถทางเพศลดลง

2.6 ระบบผิวหนัง หน้าแดงหรือหน้าซีด รู้สึกร้อน มือเท้าขึ้นและเย็น เหงื่อออกมากโดยเฉพาะฝ่ามือและฝ่าเท้า

2.7 ระบบประสาทส่วนกลาง ฉุนเฉียวง่าย สมาธิไม่ดี มึนงง การรับรู้บกพร่องนอนไม่หลับ หรือหลับไม่สนิท ความจำไม่ดี พุดเร็ว การกระทำและการเคลื่อนไหวไม่ประสานกัน

การแสดงออกทางอารมณ์และทางกายนี้ขึ้นอยู่กับระดับความวิตกกังวล โดยทั่วไปความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยและปานกลาง ถือเป็นสิ่งปกติเป็นตัวกระตุ้นทำให้บุคคลเกิดการตื่นตัวและเพิ่มการทำงานของระบบต่างๆในร่างกาย แต่ถ้าหากได้รับการกระตุ้นที่ต่อเนื่องยาวนานและรุนแรงจะมีโอกาสทำให้เกิดลักษณะหรือโครงสร้างของอวัยวะต่างๆเกิดความเสียหายอย่างถาวร ก่อให้เกิดโรคต่างๆของร่างกาย และส่งผลย้อนกลับไปสร้างปัญหาทางด้านจิตใจเพิ่มมากขึ้น (เยว ลักษณ์ และลัดดา, 2541)

#### ระดับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในบุคคลแต่ละครั้งนั้นมีระดับความรุนแรงไม่เท่ากัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งกระตุ้นซึ่งอาจจะเป็นสิ่งกระตุ้นที่มาจากภายในหรือภายนอก การแปลความหมายของเหตุการณ์ และบุคลิกภาพของบุคคลนั้นๆ ถ้าเป็นบุคคลที่หวาดหวั่นง่ายเหตุการณ์เพียงเล็กน้อยก็ก่อให้เกิดภาวะวิตกกังวลในระดับรุนแรงได้เหมือนกัน ระดับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนั้นจะมากจะน้อยกำหนดให้แน่ชัดลงไปไม่ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบุคคลและเหตุการณ์ (สุวนีย์, 2527) ระดับความวิตกกังวลที่แตกต่างกันจะมีผลต่อปฏิกิริยาการตอบสนองที่แตกต่างกัน ซึ่งลักษณะต่างๆทั้งในส่วนร่างกาย พฤติกรรม อารมณ์ และความคิดที่แสดงถึงความวิตกกังวลสามารถแบ่งเป็นระดับได้ตั้งแต่

ระดับ 1 จนถึงระดับ 4 ดังนี้ (เขาวลักษณะ และลัดดา, 2541; อำไพวรรณ, 2541; Benner, 1993; Ellis & Nowlis, 1994; Fortinash, 1999; Stuart & Laraia, 1998; Videbeck, 2004)

ระดับ 1 ความวิตกกังวลในระดับต่ำ (mild anxiety) ผู้ที่มีความวิตกกังวลในระดับนี้ จะมีความตื่นตัวเพิ่มขึ้นต่อสิ่งกระตุ้นภายในและสิ่งกระตุ้นภายนอกจากสิ่งแวดล้อม ในความวิตกกังวลระดับนี้บุคคลจะมีความสามารถในการเรียนรู้เพิ่มขึ้น และมีปฏิกิริยาทางด้านต่างๆ ดังนี้

ปฏิกิริยาทางด้านร่างกาย คือ สัญญาณชีพปกติ กล้ามเนื้อตึงตัวเล็กน้อย รุ่มา่นตาขยิบปกติ

ปฏิกิริยาทางด้านพฤติกรรม คือ พฤติกรรมสงบ สุขุม มีสมาธิ มีการรู้ตัวดี มีสติ ดำเนินกิจกรรมต่างๆตามปกติ

ปฏิกิริยาทางด้านอารมณ์ คือ มีความสบายใจ รู้สึกปลอดภัย ไม่มีการแสดงออกทางอารมณ์ชนิดใดมากเกินไป

ปฏิกิริยาทางด้านความคิด คือ มีการรับรู้สภาพแวดล้อมดีและกว้างขึ้น มีความคิดสร้างสรรค์ วางแผนและนึกคิดสิ่งใหม่ๆ

ระดับ 2 ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (moderate anxiety) ในระดับนี้ความสามารถในการรับรู้จะค่อนข้างแคบ บุคคลจะยังสามารถให้ความสนใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งเฉพาะ ระบบทางสรีระเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงรวมทั้งมีปฏิกิริยาต่างๆดังนี้

ปฏิกิริยาทางด้านร่างกาย คือ สัญญาณชีพปกติ หรืออาจจะเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยอาจจะรู้สึกถึงความไม่สบาย

ปฏิกิริยาทางด้านพฤติกรรม คือ เริ่มมือสั่นและตัวสั่นเล็กน้อย อาจนั่งไม่ค่อยติด ไม่ค่อยสงบ พุดบ่นมากขึ้น หงุดหงิดเสียงดัง ไวต่อการถูกกระตุ้นและมีพฤติกรรมมากขึ้น

ปฏิกิริยาทางด้านอารมณ์ จะเริ่มมีอาการหงุดหงิดแสดงท่าทีหวาดหวั่น หมกมุ่นกับสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้นหรืออาจจะหลีกเลี่ยงเพราะกลัวหรืออาย

ปฏิกิริยาทางด้านความคิด คือ มีการรับรู้สภาพแวดล้อมแคบลง สนใจหรือเอาใจใส่แต่สิ่งใดสิ่งหนึ่งมาก คิดแต่จะแก้ปัญหาเฉพาะในจุดใดจุดหนึ่งอย่างมุ่งมั่น เป็นต้น

ระดับ 3 ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (severe anxiety) ความวิตกกังวลระดับนี้จะทำให้ความสามารถของการรับรู้ของบุคคลลดลง สติปัญญาที่จะคิดหรือแก้ปัญหาต่างๆจะลดลง ระบบสรีระจะมีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด มีปฏิกิริยาทางด้านต่างๆ มากขึ้น ดังนี้

ปฏิกิริยาทางด้านร่างกาย คือ สัญญาณชีพมีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น ระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้นมากขึ้น ปัสสาวะบ่อย ท้องเสีย ปากแห้ง เบื่ออาหาร

ปฏิกิริยาทางด้านพฤติกรรม คือ มือ แขน ขาสั่นจนสังเกตเห็นได้ นั่งไม่ติด ลูกกลิ้งกลน พุดมากขึ้น การสื่อสารสับสนและเริ่มมีนอนไม่หลับ ปฏิกิริยาทางด้านอารมณ์ จะเกิดอารมณ์หวาดกลัว รู้สึกไม่มีความสุข กระทบกระวายเป็นใจ รู้สึกไม่มั่นคงหรือไม่ปลอดภัย รู้สึกท้อแท้

ปฏิกิริยาทางด้านความคิด คือ การรับรู้สภาพแวดล้อมแคบลงจนไม่รับรู้อะไร แสดงถึงความคิดสับสน หมกมุ่น คิดไม่ออก ขาดความสามารถในการคิด สมาธิไม่ดี ตัดสินใจไม่ได้ หลงลืม เป็นต้น

ระดับ 4 ความวิตกกังวลระดับตื่นกลัวสุดขีด (panic) ในความวิตกกังวลระดับนี้ จะมีอาการทุกอย่างเต็มที่ ความสามารถในการรับรู้เสียไปมาก บุคลิกภาพเริ่มเปลี่ยนไป ไม่สามารถที่จะสนใจต่อสิ่งเร้าที่เป็นจริงได้ มีปฏิกิริยาทางด้านต่างๆมากขึ้นจนเห็นได้ชัดเจนดังนี้

ปฏิกิริยาทางด้านร่างกาย คือ ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากขึ้น หรือรุนแรงขึ้น ความดันโลหิตต่ำ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชีต เป็นต้น

ปฏิกิริยาทางด้านพฤติกรรม มักจะคล้ายกับความรุนแรงระดับ 3 แต่มีความรุนแรงมากกว่า คือ เนื้อตัวสั่นจนทำอะไรไม่ถูก มักจะแสดงพฤติกรรมหลีกเลี่ยงนี้ กลัวตาย แสดงพฤติกรรมที่ไม่ได้ชัดเจนต่างๆ เช่น ตะโกนเสียงดัง พุดไม่รู้เรื่อง เสียงสั่น ตื่นตระหนก และอาจเข้าไปทำร้ายผู้อื่น

ปฏิกิริยาทางด้านอารมณ์ จะแสดงความหวาดกลัวสุดขีด รู้สึกหมดหนทาง กลัวถูกทอดทิ้งให้เผชิญเหตุการณ์คนเดียว และกลัวตาย

ปฏิกิริยาทางด้านความคิด คือ มีการรับรู้สภาพแวดล้อมจำกัดมาก คิดอะไรไม่ออก แก้ปัญหาไม่ได้ สับสนและตัดสินใจไม่ได้ เป็นต้น

ความวิตกกังวลมักจำกัดขีดความสามารถ การรับรู้ และการแสดงออกของแต่ละบุคคล ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดการตัดสินใจที่ผิดจากเรื่องเล็กน้อยถึงเรื่องที่รุนแรง หรือทำให้ยากต่อการตัดสินใจจนเกิดการลังเล ทำให้ความจำและการปรับตัวเสียไปทำให้เกิดอาการแสดงทางกายออกมา (ปาหนัน, 2534; ผ่องศรี, 2541; Grainger, 1990) อย่างไรก็ตามความวิตกกังวลมิใช่จะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดผลเสียเสมอไป การเกิดความวิตกกังวลจะมีทั้งประโยชน์และโทษ ในด้านประโยชน์ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จะเป็นการป้องกันอันตรายให้แก่ร่างกาย โดยการกระตุ้นโครงสร้างต่างๆของร่างกายให้เตรียมพร้อมเพื่อเผชิญอันตราย ช่วยให้มีความตื่นตัว ว่องไว ในการปฏิบัติงานและให้ชีวิตประสบความสำเร็จ แต่ในบางครั้งความวิตกกังวลอาจกลายเป็นสิ่งทำลายได้ ถ้าบุคคลนั้นมีความวิตกกังวลมากเกินไป



### การประเมินความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตสังคม เนื่องจากความวิตกกังวลเป็นภาวะของอารมณ์ที่ตอบสนองต่อสิ่งคุกคาม ซึ่งแต่ละคนจะมีความรู้สึกและแสดงออกแตกต่างกันไปตามการประเมิน และการรับรู้ต่อสิ่งคุกคามนั้น เพื่อจะได้เข้าใจถึงระดับความวิตกกังวลในแต่ละบุคคล จึงได้มีการประเมินความวิตกกังวลตามแบบต่างๆกันหลายวิธี และสามารถที่จะประเมินโดยใช้วิธีใดวิธีหนึ่งหรือใช้ร่วมกันหลายวิธีก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา ได้แก่ (คาราวรรณ, 2538; Wilson-Barnett, 1992)

1. การประเมินด้านการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระ (physiological measures of anxiety) โดยการประเมินการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระ ซึ่งจะเกี่ยวกับการประเมินระบบประสาทอัตโนมัติ 2 ด้าน คือ ระบบซิมพาเทติก ซึ่งทำหน้าที่ในการให้พลังงานและช่วยในด้านการเคลื่อนไหวของร่างกายเพื่อจะหลีกเลี่ยง หรือเผชิญกับปัญหาความวิตกกังวล และระบบพาราซิมพาเทติก ซึ่งทำหน้าที่ตรงกันข้ามเพื่อปรับภาวะที่มากเกินไปของระบบซิมพาเทติก โดยการสังเกตการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ เช่น หน้าแดง เหงื่อออก อัตราการเต้นของหัวใจ หัวใจเต้นเร็ว อัตราการหายใจเร็ว เป็นต้น และอาจต้องใช้เครื่องมือเข้าช่วยในการประเมิน เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็นต้น

ปัญหาของการประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีระก็คือ ในปัญหาความวิตกกังวลประเภทเดียวกัน เมื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีระอาจพบการเปลี่ยนแปลงที่มีทั้งเหมือน และแตกต่างกัน ทำให้เกิดปัญหาในการแปลความจากสิ่งที่ประเมินได้ว่าเป็นลักษณะของความวิตกกังวลหรือไม่อย่างไร เพราะการเปลี่ยนแปลงทางสรีระสามารถเกิดขึ้นได้กับลักษณะปัญหาทางอารมณ์อื่นๆในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน (Grimm, 1997) และนอกจากนี้ในแต่ละคนก็มีแบบแผนการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาที่แตกต่างกัน (Stuart & Sundeen, 1987)

2. การสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (behavior measures of anxiety) ซึ่งจะสังเกตถึงความแปรเปลี่ยนในด้านการเคลื่อนไหว คำพูด การติดต่อสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูด ความสอดคล้องกันในการทำงานของร่างกายกับการรับรู้ ความจำ การเรียนรู้ที่ง่าย ๆ หรือซับซ้อน ซึ่งในการวัดโดยการสังเกตพฤติกรรมนี้ เกรแฮมและคอนลีย์ (Graham & Conley, 1971) เชื่อว่าพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคลเป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนอารมณ์ภายในออกมาให้สังเกตเห็นได้ จึงได้สร้างแบบประเมินเพื่อสังเกตพฤติกรรมที่มีผลมาจากความวิตกกังวลขึ้น ซึ่งประเมินลักษณะการแสดงออกทางด้านพฤติกรรม เช่น การกัดเล็บ หรือการกัดปาก เสียงสูงหรือเสียงดัง กระสับกระส่าย หรือการแสดงออกทางสีหน้า และได้นำไปใช้ประเมินความวิตกกังวลและความกลัวในผู้ป่วยสัลยกรรม

3. การประเมินโดยใช้แบบประเมินด้วยตัวเอง (self-report measure of anxiety) เป็นลักษณะแบบสอบถามให้ผู้ถูกประเมินประเมินตามความรู้สึกของตัวเองที่รับรู้ได้ แล้วจึงนำมาประเมินระดับความวิตกกังวล ซึ่งแบบประเมินความวิตกกังวลที่นิยมใช้ ได้แก่

3.1 แบบประเมินความวิตกกังวลของ สปีดเบอร์เกอร์ ชื่อว่า สเตท-เทรท (State-Trait Anxiety Inventory -STAI) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 40 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ แบบประเมินความวิตกกังวลแฝง และแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ ข้อคำถามมีทั้งข้อความทางด้านบวกและข้อความทางด้านลบ เป็นคำตอบแบบประมาณค่า 4 ระดับ ผู้ที่มีคะแนนรวมสูงแสดงว่ามีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่มีคะแนนรวมต่ำ และพบว่าเป็นแบบประเมินที่มีความเที่ยงสูง ซึ่งขนิษฐา (2534) ได้นำไปหาความเที่ยงในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด พบว่า แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญและความวิตกกังวลแฝง มีค่าความเชื่อมั่นของครอนบาคเท่ากับ .93 และ .82 ตามลำดับ แต่มีข้อจำกัดในบางสถานการณ์ที่ไม่สามารถให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินได้ เช่น ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดระยะแรก (ประภาศรี, 2536) เนื่องจากมีข้อคำถามจำนวนมากต้องใช้เวลาในการประเมินนาน และบางคำถามเข้าใจยาก

3.2 แบบประเมินความวิตกกังวลของซุง (Zung, 1971 cited in Grimm, 1997) ที่ชื่อว่า Self-Rating Anxiety Scale (SAS) เป็นแบบประเมินความรู้สึกของตนเองในช่วงเวลานั้น และเวลาใกล้เคียงที่ผ่านมาแล้วโดยประเมินด้านอารมณ์ 5 ลักษณะ และอาการทางกาย 15 ลักษณะ ที่เกิดจากความวิตกกังวล มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ มีข้อความทางด้านบวก 5 ข้อและข้อความทางด้านลบ 15 ข้อ เป็นคำตอบแบบประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนรวมน้อยแสดงว่ามีความวิตกกังวลน้อยและคะแนนรวมสูงแสดงว่ามีความวิตกกังวลสูง ซึ่งวชิราภรณ์ (2536) ได้นำไปหาความเชื่อมั่นของแบบประเมินในผู้สูงอายุสถานสงเคราะห์คนชรา ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88

3.3 แบบมาตรวัดความวิตกกังวลโดยการประเมินค่าด้วยสายตา (visual analogue scale) ของการ์เบอร์สัน (Gaberson, 1991) เป็นแบบประเมินความรู้สึกวิตกกังวลของตนเองที่มีลักษณะเป็นเส้นตรงมีความยาว 100 มิลลิเมตร/10 เซนติเมตร วิธีการประเมินคือ ให้ผู้ป่วยกากบาทตรงตำแหน่งบนเส้นที่แสดงถึงระดับความวิตกกังวล รู้สึกไม่สุขสบายใจ หวาดหวั่น ตึงเครียดในขณะนั้น มีหน่วยเป็นเซนติเมตรมีคะแนน 0-10 คะแนน ตำแหน่งปลายสุดทางซ้ายมือจะตรงกับความรู้สึกไม่มีความวิตกกังวลและเพิ่มมากขึ้นไปทางขวามือ ซึ่งจะตรงกับความรู้สึกวิตกกังวลมากที่สุด มีลักษณะดังนี้ (Gaberson, 1991)



แบบมาตรวัดความวิตกกังวลของการ์เบอร์สัน (Gaberson, 1991) สามารถเข้าใจได้ง่ายและสะดวกในการประเมิน นอกจากนี้ได้มีผู้นำแบบมาตรวัดความวิตกกังวลนี้ไปหาความสัมพันธ์กับแบบมาตรวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของสปีลเบอร์เกอร์ พบว่า มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง ( $r = .84$ ) (Vogelsang, 1988 cited in Gaberson, 1991)

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้มาตรวัดความวิตกกังวลโดยการประเมินค่าด้วยสายตา (visual analogue scale) ของการ์เบอร์สันในการประเมินความวิตกกังวลของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ใช้ได้ง่ายทั้งผู้ประเมินและผู้ถูกประเมิน คือ ผู้ประเมินสามารถเข้าใจวิธีการประเมินและทำการประเมินได้อย่างรวดเร็วในเวลาจำกัด ส่วนผู้ถูกประเมินสามารถประเมินความรู้สึกของตนเองได้อย่างอิสระ (Gaberson, 1991) จึงสะดวกที่จะนำมาใช้กับผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจรรยาที่อาจมีข้อจำกัดในการตอบแบบประเมินในขณะนั้น อีกทั้งความเหมาะสมกับสถานการณ์ที่มีข้อจำกัดด้านเวลา และสามารถใช้ได้รวดเร็วเหมาะสมกับสภาพของผู้บาดเจ็บ

จะเห็นได้ว่าความวิตกกังวลเป็นเสมือนหนึ่งสัญญาณเตือนอันตรายทางด้านจิตใจ ความวิตกกังวลที่มีมากเกินไปทำให้มีอาการหงุดหงิดง่าย เป็นเหตุให้เกิดข้อขัดแย้งกับผู้ที่อยู่ใกล้ชิดได้ง่าย ซึ่งความวิตกกังวลนั้นสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน และมีโอกาสที่จะพบเจอมากบ้างน้อยบ้างในการดำเนินในชีวิตประจำวัน ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลต้องมีการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นและต้องการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม ทำให้ประสบกับสิ่งกระตุ้นต่างๆมากมาย ความวิตกกังวลอาจมาจากสิ่งที่คุกคามด้านร่างกาย เช่น การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ความเจ็บป่วยทางกาย และสิ่งที่คุกคามต่อความเป็นตัวของตัวเอง เช่น การต้องพึ่งพาผู้อื่น เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้บาดเจ็บปรับตัวไม่ทันก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้ บางคนอาจจะทราบสาเหตุของความวิตกกังวล แต่ส่วนใหญ่จะไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด ความวิตกกังวลจึงเป็นความไม่สมดุลของภาวะทางอารมณ์และจิตใจ มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย อารมณ์ ความนึกคิด และพฤติกรรมที่แสดงออก

#### *ความวิตกกังวลของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจรรยา*

ความวิตกกังวลของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจรรยา มีสาเหตุมาจากสิ่งคุกคามต่อความปลอดภัยทางชีวภาพ และสิ่งคุกคามต่อบุคคล เป็นความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ สภาพแวดล้อม และผลกระทบที่เกิดตามมาภายหลัง จึงมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความวิตกกังวลทั้งทางร่างกายและอารมณ์ ทำให้เกิดความตึงเครียด ไม่สบายใจ (มารยาท สิริรัตน์ บุปผา และพรรณงาม, 2543) และมีความหวาดหวั่น โดยเฉพาะหากทำให้ผู้บาดเจ็บรู้สึกสูญเสียอย่างกะทันหัน โดยที่ไม่ได้คาดคิด จะทำให้ผู้บาดเจ็บมีปัญหาด้านอารมณ์ได้มากกว่าการสูญเสียที่เกิดขึ้นทีละน้อยๆ (บุญวดี, 2535)

ผู้บาดเจ็บอาจมีความรู้สึกสูญเสีย รู้สึกผิด โกรธ เกิดความเศร้าโศก ความวิตกกังวล ความเครียด ความเจ็บปวด เป็นต้น ส่งผลกระทบต่อตัวผู้บาดเจ็บทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวยุทธศาสตร์และสังคมตามมามากมาย ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุต้องเผชิญกับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้มีปัญหาด้านจิตสังคม ที่แตกต่างกับผู้ป่วยอื่นๆหลายประการ (บุญวดี, 2532) จากการศึกษาของบุญวดี และจรัสศรี (2538) เรื่อง ปัญหาและความต้องการการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมของผู้ป่วยอุบัติเหตุ พบว่า สิ่งกระตุ้นที่รบกวนภาวะจิตสังคมของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ส่วนหนึ่งจะมีลักษณะคล้ายคลึงกับสิ่งกระตุ้นที่รบกวนภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยโดยทั่วไป ได้แก่ ปัญหาที่เกิดจากการแยกจากสิ่งที่รัก ความไม่คุ้นเคยต่อสถานที่ ความเจ็บปวด การถูกจำกัดด้านการเคลื่อนไหว และการปฏิบัติของพยาบาลโดยเน้นการติดต่อสื่อสารของพยาบาลที่มีปัญหา ดังนั้นอุบัติเหตุที่ได้รับจึงมีผลกระทบต่อภาวะสมดุลของจิตใจ ผู้บาดเจ็บจึงเกิดความวิตกกังวล ความรู้สึกขัดแย้ง และความกลัว ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวนี้จะเกิดขึ้นกับผู้บาดเจ็บเป็นส่วนใหญ่เกี่ยวกับการที่ต้องอยู่โรงพยาบาล และจะคงอยู่ตลอดเวลาที่รับการรักษา (Wilson-Barnett, 1992)

ความวิตกกังวลของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากรานั้น อาจเกิดจากการที่ต้องเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ป่วยซึ่งเป็นบทบาทที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ขาดอิสระภาพ ความสามารถที่จะทำหน้าที่ของบุคคลเปลี่ยนไป สูญเสียจุดมุ่งหมายในชีวิตที่ตั้งไว้ การเปลี่ยนแปลงนี้คุกคามความเป็นตัวของตัวเองทำให้ผู้บาดเจ็บเกิดความวิตกกังวล และความวิตกกังวลจะเพิ่มสูงขึ้นหากต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งเป็นสถานการณ์หนึ่งที่เป็นสาเหตุให้ผู้บาดเจ็บเกิดความวิตกกังวล เพราะความไม่คุ้นเคยต่อสถานที่และสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล หรือการที่ต้องแยกจากครอบครัว ต้องประสบกับสิ่งที่ไม่รู้มาก่อน เป็นเหมือนคนแปลกหน้า ไม่มีความเป็นส่วนตัว และไม่มีความสะดวกสบาย (วิจิตร, 2544; สุวนีย์, 2545; Aguilera, 1998; Knezevich, 1986; Lenehan, 1986) จากการศึกษาของไบร์น และเฮย์แมน (Byrne & Heyman, 1997) เรื่อง ความวิตกกังวลของผู้ป่วยในหน่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน พบว่า เรื่องที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมากที่สุด คือการที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติ ไม่รู้ว่าจะมีอะไรเกิดขึ้นกับตนเองบ้างในหน่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ไม่สุขสบายจากหัตถกรรมหรือกิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับและรู้สึกปวด ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะของงานและสถานการณ์ในหน่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ที่มีการเปลี่ยนแปลงและวุ่นวายอยู่ตลอดเวลา และเป็นลักษณะงานที่มีข้อจำกัดของกระบวนการปฏิบัติงานภายในแผนก อีกทั้งผู้บาดเจ็บไม่ต้องนอนพักรักษาอยู่ในแผนกเป็นเวลานาน (Jay, 1996) นอกจากนี้การดูแลใกล้ชิดจากแพทย์และพยาบาล วิธีการดูแลรักษาของแพทย์ สภาพแวดล้อมใหม่ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมยังทำให้ผู้บาดเจ็บเกิดความวิตกกังวล (สมสมัย และพิกุลรัตน์, 2545)

นอกจากนี้ผลของการเกิดอุบัติเหตุทำให้อวัยวะระบบต่างๆในร่างกายสูญเสียหน้าที่ มีการทำงานไม่สัมพันธ์กัน อวัยวะหลายแห่งได้รับบาดเจ็บ (multiple injuries) หรือบาดเจ็บหลายรูปแบบ จึงมักมีปัญหาซับซ้อนรุนแรง (สิริยา และยุพันธ์, 2541) ทำให้ผู้บาดเจ็บได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด เคลื่อนไหวไม่ได้หรือเป็นไปด้วยความลำบาก อยู่ในสภาพที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และไม่เพียงแต่ผู้บาดเจ็บจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการบาดเจ็บที่ได้รับเท่านั้น ความวิตกกังวลนั้นยังเกิดจากการที่ต้องเปิดเผยร่างกาย ความเจ็บปวดที่ไม่สามารถควบคุมได้ การที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และการที่ต้องถูกแยกออกให้อยู่ต่างหาก (Jay, 1996) ในรายที่มีกระดูกเคลื่อนหักต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดหรือใช้เครื่องพยุงตัวและต้องได้รับการรักษาเป็นเวลานาน ซึ่งการผ่าตัดก็เป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตของผู้บาดเจ็บไม่ว่าการทำผ่าตัดเพียงเล็กน้อย ผ่าตัดใหญ่หรือผ่าตัดฉุกเฉินย่อมก่อให้เกิดความวิตกกังวล (สุวิทย์, 2542) ซึ่งจากการศึกษาของรัตน และคณะ (2544) เรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูกโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า พบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลว่าอวัยวะส่วนที่ได้รับการผ่าตัดอาจใช้งานไม่ได้ไม่เหมือนเดิม หรืออาจสูญเสียอวัยวะนั้นไป เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดบริเวณแขนและขา ซึ่งเป็นอวัยวะที่สำคัญในการดำเนินชีวิตประจำวันและประกอบอาชีพ ดังนั้นหากผู้บาดเจ็บได้รับบาดเจ็บจนกระดูกหักต้องรับการผ่าตัด สิ่งที่ผู้บาดเจ็บวิตกกังวลก็คือ กลัวว่าจะไม่สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ ไม่สามารถทำงานทำให้ขาดรายได้ ประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจ การงาน และครอบครัวในหลายรูปแบบ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บลดลง และจากรายงานการวิจัยของ มารยาท จันทร์ฉาย สิริรัตน์ และสมพิศ (2542) เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยกระดูกหัก พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และการทำงานของร่างกายอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ

นอกจากนี้ปัญหาที่พบในผู้ที่ได้รับบาดเจ็บกระดูกและข้อที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ก็เป็น ห่วงสามี่ ภรรยา บิดา มารดา บุตรหรือ คนรักและคนใกล้ชิด รู้สึกไม่อิสระจากการนอนอยู่บนเตียง รู้สึกเกรงใจเจ้าหน้าที่ เป็นห่วงบ้านและทรัพย์สิน และเป็นห่วงค่ารักษาพยาบาล เป็นต้น (ปณิตา เดือนเพ็ญ และวนิดา, 2542) และจากการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเกี่ยวกับการรับรู้ต่อการเกิดอุบัติเหตุ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกขาหักจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ จำนวน 20 ราย ของ สุนันทา และอาภรณ์ (2538) พบว่า ปัจจัยที่บั่นทอนคุณภาพชีวิต คือ การได้รับบาดเจ็บกระดูกขาหัก การขาดรายได้ และความวิตกกังวลว่าจะเดินไม่ได้ไม่เหมือนเดิม จากการศึกษาของเมย์ว และคณะ (Mayou et al., 1991) เกี่ยวกับผลกระทบของอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์จากการขับ พบว่าผู้บาดเจ็บมากกว่าครึ่งหนึ่ง เป็นผู้ได้รับความทุกข์ทรมานทางร่างกายจากผลของอุบัติเหตุ มีปัญหาจากการสูญเสียหน้าที่การงาน รายได้ และคุณภาพชีวิตในครอบครัวเสื่อมลง จะเห็นได้ว่าการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากรถ มีผลทำให้ผู้บาดเจ็บเกิดความเจ็บปวดไม่สุขสบาย ขาดรายได้ อีกทั้งไม่ทราบว่าจะ

ต้องปฏิบัติตัวอย่างไร ไม่ทราบว่ามีเมื่อไหร่จะได้กลับไปทำงานเหมือนเดิม (Mayou & Farmer, 2002) ส่งผลให้ผู้บาดเจ็บมีความวิตกกังวลมากขึ้น

นอกจากนี้การบาดเจ็บที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไม่ว่าจะเป็นทางด้านโครงสร้าง หรือการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ได้ การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์จะเกิดขึ้นแตกต่างกันตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล ประสบการณ์และการให้ความสำคัญต่อส่วนต่างๆของร่างกาย โดยเฉพาะอวัยวะส่วนที่เป็นสัญลักษณ์สำคัญ (สิริยา, 2545) ก็จะทำให้เกิดความวิตกกังวลมากกว่าการสูญเสียอวัยวะที่ไม่สำคัญเกี่ยวกับชีวิต (เขวาลักษณ์ และลัดดา, 2541) ทำให้ผู้บาดเจ็บปรับตัวเข้าสังคมยากขึ้น และขาดความภาคภูมิใจในตนเอง (วิภาพร, มปป.) ซึ่งสิ่งเหล่านี้คุกคามต่อความมั่นคงทางจิตใจของผู้บาดเจ็บก่อให้เกิดความวิตกกังวล (Robert, 1986) ความรู้สึกเหล่านี้อาจทำให้ผู้บาดเจ็บแสดงออกโดยการพูดจาก้าวร้าว แสดงอารมณ์ หงุดหงิด เอาใจยาก กล่าวโทษหรือไม่ร่วมมือในการรักษาพยาบาล เป็นต้น ซึ่งบางครั้งการแสดงออกดังกล่าวจะช่วยให้ผู้บาดเจ็บสบายใจขึ้นมากกว่าการเก็บความรู้สึกเหล่านั้นไว้ เมื่อผู้บาดเจ็บมีความสามารถในการรักษาสมดุทางอารมณ์ลดน้อยลง ดังนั้นผู้บาดเจ็บมักจะให้ความสำคัญต่อการได้รับการดูแลทางด้านจิตใจ เนื่องจากสภาพการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บที่รุนแรงอย่างกะทันหัน (Byrne & Heyman, 1997)

อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าผู้บาดเจ็บจะได้รับการรักษาและปลอดภัยแล้วก็ตาม แต่ผลกระทบจากการเกิดอุบัติเหตุในแต่ละครั้งนั้น ยังมีผลทางด้านจิตใจของผู้บาดเจ็บต่อไปในระยะเวลาหนึ่ง หากผลกระทบต่อจิตสังคมนั้นมีระยะเวลาอันยาวนานก็สามารถทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตได้ (Shepherd, Qureshi, & Preston, 1990) ซึ่งโดยปกติแล้วผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุจะมีความรู้สึกท้ออยู่ในภาวะวิกฤตของชีวิตจึงมีการตอบสนองต่อการบาดเจ็บซึ่งแบ่งได้เป็น 4 ระยะ (วิจิตรา, 2544; Lee, 1970 อ้างตาม สิริยา, 2545) ดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นระยะที่ได้รับผลกระทบ (impact) จะเกิดขึ้นในระยะแรกเมื่อผู้บาดเจ็บต้องประสบอุบัติเหตุหรือมีเหตุวิกฤตเกิดขึ้น ในระยะเฉียบพลันผู้บาดเจ็บมักจะตอบสนองโดยการรู้สึก ซ็อก ไม่ยอมรับความจริงและวิตกกังวล สูญเสียความมั่นคง ต่อมาผู้บาดเจ็บจะรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง แสดงความโกรธและพฤติกรรมที่ไม่เป็นมิตร รู้สึกถูกแยกออกจากครอบครัวและสังคมที่คุ้นเคย เช่น การแยกไปอยู่ในห้องฉุกเฉิน

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่ผู้บาดเจ็บแยกตัว (retreat) เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเกิดความกลัวและมีการเตรียมพร้อมอยู่ตลอดเวลาในการต่อสู้หรือถอยหนี เมื่อพยายามเข้าไปให้การพยาบาลอยู่ใกล้ๆ พยายามหลีกเลี่ยงความจริงโดยมักแสดงการปฏิเสธ (denial) ผู้บาดเจ็บจะไม่พยายามรับรู้หรือเข้าใจ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นโดยการพยายามเก็บกดความรู้สึกไว้ (repression or suppression) แต่เมื่อ

ไม่สามารถเก็บคดไม่ยอมรับความจริงได้อีกต่อไป ผู้บาดเจ็บจะรู้สึกโกรธและแสดงอารมณ์ต่อบุคคลรอบข้าง

ระยะที่ 3 ระยะของการยอมรับหรือรับรู้ (acknowledgement) ในระยะนี้ผู้บาดเจ็บจะมีความรู้สึกขัดแย้งระหว่างการสูญเสีย และการตระหนักถึงความจริงหรือความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

ระยะที่ 4 ระยะของการฟื้นฟูสภาพจิตใจ (reconstruction) ในระยะสุดท้ายนี้ผู้บาดเจ็บจะพยายามแสวงหาแนวทางฟื้นฟูจิตใจให้สามารถยอมรับความจริง และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

ในภาวะวิกฤตผู้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมักจะมีการตอบสนองทางจิตสังคมอยู่ใน 2 ระยะแรก (สิริยา, 2545) จากการศึกษาของฟองศรี (2526) เกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหาและการปรับตัวด้านจิตใจในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล พบว่า การตอบสนองด้านความรู้สึกต่อการบาดเจ็บผู้ป่วยมีความรู้สึกขัดแย้ง วิตกกังวล และกลัวเกิดขึ้นตลอดเวลา และเกิดขึ้นบ่อยในระยะ 1-2 วันแรกที่อยู่โรงพยาบาล จากการศึกษาของแอนเดอร์สัน และคณะ (Anderson et al., 1997) ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนทางด้านจิตสังคมในผู้บาดเจ็บหลังได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 ยังคงมีความรู้สึกวิตกกังวลผิดปกติเกี่ยวกับการเดินทาง ความรู้สึกเจ็บปวด รู้สึกกลัว และอ่อนแอ ซึ่งจะสอดคล้องกับการศึกษาของเมย์ว เอลเลอร์ และฮอปป์ (Mayou, Ehlers, & Hobbs, 2000) ที่ศึกษาข้อมูลภาวะสุขภาพจิตของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรโดยการติดตามผลในช่วง 3 ปี พบว่า มีอาการแสดงความคิดผิดปกติทางจิตอย่างชัดเจนอย่างมีนัยสำคัญ คือมีอาการวิตกกังวลผิดปกติเกี่ยวกับการเดินทาง และในระยะแรกผู้บาดเจ็บจะมีความก้าวร้าวสูงและมีอาการหลีกหนี

นอกจากนี้ผลที่ตามมาภายหลังจากการบาดเจ็บนั้น อาจเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพและหน้าที่การงาน จากการศึกษาของจอย โปรเบิร์ต บิสสัน และเซฟเพอร์ต (Joy, Probert, Bisson, & Shepherd, 2000) พบว่า การว่างงานเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ในการเพิ่มอาการตึงเครียดจากการบาดเจ็บ หรือการศึกษาของ มิเชล และคณะ (Michaels et al., 2000) เกี่ยวกับผลที่ตามมาจากการได้รับบาดเจ็บในเรื่องภาวะสุขภาพ สถานะการงาน และความพึงพอใจ ในระยะเวลา 12 เดือนหลังจากได้รับการบาดเจ็บ พบว่า ร้อยละ 64 ของผู้บาดเจ็บที่กลับมาทำงานทุกคนมีความพึงพอใจที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพจิตใจจนหายเป็นปกติและกลับมาทำงานได้ ในประเทศไทยมีการศึกษาเรื่องการให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจแก่ผู้สูญเสีย จากเหตุการณ์รถบรรทุกชนรถรับ-ส่งนักเรียนโรงเรียนขจรทรัพย์อ่ารุง (1 พ.ย. 2536) ของพรชัย และคณะ (2537) พบว่า ญาติ/ผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่มีความรู้สึก เสียใจ ตกใจ สับสน วุ่นวายใจ ร้อยละ 26.7 รองลงมามีความวิตกกังวล หวั่นไหว หวาดกลัว เสียขวัญ ร้อยละ 17.4 และยังพบว่าญาติ/ผู้บาดเจ็บ มีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและ

บทบาทในครอบครัวหลังจากการสูญเสีย คือ สมาชิกในครอบครัวมีปัญหาทางเศรษฐกิจ ขาดรายได้ ร้อยละ 29.9 และสมาชิกในครอบครัวเพิ่มภาระหนักในการดูแลผู้บาดเจ็บ ร้อยละ 7.7

จะเห็นว่าผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรมักจะมีคามวิตกกังวลเกิดขึ้น เนื่องจากอุบัติเหตุเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน โดยที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อน และไม่ได้มีการเตรียมตัวไว้ล่วงหน้า การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นมีทั้งเล็กน้อยจนถึงพิการหรือเสียชีวิต และมีผลกระทบต่อจิตสังคม ทำให้เจ็บปวด สูญเสียภาพลักษณ์ มีปัญหาทางเศรษฐกิจและเพิ่มภาระในการดูแล ผู้บาดเจ็บจึงแสดงออกถึงความวิตกกังวล และในบางครั้งมีพฤติกรรมที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล พุดจา ก้าวร้าว กล่าวโทษผู้อื่น ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นมักจะเกิดจากการที่ต้องเผชิญกับปัญหาและสิ่ง กระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นพร้อมกันมากมายในขณะบาดเจ็บ เป็นผลกระทบทำให้เสียสมดุลทางจิตใจ และหากไม่ได้รับการช่วยเหลือประคับประคอง ยังอาจส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้บาดเจ็บในระยะ ยาวอีกด้วย ดังนั้นการเข้าถึงจิตสังคมของผู้บาดเจ็บจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

#### *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร*

การรับรู้ของผู้บาดเจ็บแต่ละคนจะมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลที่เป็นปฏิกิริยาต่อการ บาดเจ็บของตนเอง (บุญวดี, 2535) และปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้และการประเมินของผู้บาดเจ็บใน การเกิดความวิตกกังวลประกอบด้วย 2 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยพื้นฐาน และปัจจัยด้านสถานการณ์ หรือความรุนแรงของการบาดเจ็บ

1. ปัจจัยพื้นฐาน เป็นปัจจัยที่มีผลทำให้บุคคลมีการรับรู้และประเมินสิ่งเร้าแตกต่างกัน ส่งผลให้มีความวิตกกังวลแตกต่างกัน ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา และความเพียงพอ ของรายได้ ซึ่งจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยดังกล่าวมีทั้งส่วนที่มี ความสัมพันธ์ ส่วนที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล และยังไม่สรุปไม่ได้แน่นอน นอกจากนี้ยัง ไม่พบว่ามีการศึกษาในผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรโดยตรง จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัจจัย พื้นฐานดังกล่าว คือ

1.1 เพศ เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาบุคลิกภาพด้านร่างกายที่มีผลต่อความวิตกกังวล (สุนีย์, 2527) เนื่องจากพฤติกรรม การเลี้ยงดูและความคาดหวังของสังคมเกี่ยวกับเรื่องเพศ กำหนด ไว้ว่าเพศชายจะต้องมีลักษณะเข้มแข็ง อดทนและเป็นผู้นำ ส่วนเพศหญิงจะมีลักษณะละเอียดอ่อน ช่างคิดและมีโอกาสแสดงออกได้น้อยกว่าเพศชาย (ประภาศรี, 2536) โดยเฉพาะในสังคมไทยเป็น สังคมแบบชายเป็นใหญ่ จึงมีความเชื่อในภาพรวมว่าเพศหญิงเป็นเพศที่อ่อนแอ อารมณ์ร้อนแรง ใช้ อารมณ์มากกว่าเหตุผล มักยอมจำนนเมื่อเผชิญปัญหา (ศิริพร, 2546) ดังนั้นเมื่อเกิดอุบัติเหตุและ



ได้รับบาดเจ็บจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพศหญิงจะมีแนวโน้มที่จะเกิดปฏิกิริยาตอบโต้ทางอารมณ์มาก จะเกิดความรู้สึกสะเทือนใจได้ง่าย รู้สึกอึดอัดใจที่ต้องสูญเสียความเป็นส่วนตัว และมักพบว่าความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่จะเกี่ยวกับความเป็นห่วงหวั่นหรือสามี (Wilson-Barnett, 1992) และในสถานการณ์ที่ต้องเข้ารับการรักษาในหน่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ซึ่งผู้บาดเจ็บอาจได้รับการตรวจรักษาด้วยวิธีการต่างๆ ซึ่งอาจจะทำให้เพศหญิงมีความวิตกกังวลที่แสดงออกชัดเจนมากกว่าเพศชาย ทั้งนี้เพราะว่าธรรมชาติของเพศหญิงจะมีความรู้สึกเจ็บอายมากกว่าเพศชาย จากการที่ต้องเปิดเผยส่วนของร่างกายในการตรวจของแพทย์ (Byrne & Heyman, 1997) นอกจากนี้ในการศึกษาถึงความสำคัญของเพศ จากผลกระทบที่ตามมาหลังจากการบาดเจ็บรุนแรงของ ฮอปบรูก ฮอยท์ และแอนเดอร์สัน (Holbrook, Hoyt, & Anderson, 2001) โดยศึกษาถึงบทบาทหน้าที่และผลต่อสภาพจิตใจระหว่างเพศหญิงกับเพศชาย พบว่า เพศหญิงเป็นเพศที่เสี่ยงต่อการมีบทบาทหน้าที่และสภาพจิตใจที่เสื่อมลงอย่างชัดเจน ภายหลังจากการบาดเจ็บรุนแรงมากกว่าเพศชาย ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมามีแนวโน้มให้เห็นว่า เพศหญิงมีความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชาย และในประเทศไทยซึ่งมีลักษณะวัฒนธรรมที่แตกต่างจากผลการศึกษาดังกล่าว และยังไม่พบว่ามีการศึกษาในหน่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

1.2 อายุ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโต พัฒนาการและวุฒิภาวะ เพราะอายุต่างกันทำให้การรับรู้ข้อมูลและเรียนรู้การเผชิญปัญหาต่างกัน จึงควรให้ความสนใจปฏิกิริยาทางด้านจิตใจของผู้ป่วยแต่ละวัย ว่ามีความแตกต่างกันหลายประการ (อำไพวรรณ, 2541) เนื่องจากในบางช่วงอายุ บุคคลจะมีอารมณ์แปรปรวนง่ายทำให้มีผลต่อร่างกายและจิตใจ (บุญวาทย์, 2539) จากการศึกษาของไบร์น และเฮย์แมน (Byrne & Heyman, 1997) เรื่อง ความวิตกกังวลของผู้ป่วยในหน่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน พบว่า ผู้ที่มีอายุน้อยกว่ามีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่มีอายุมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของแอนเดอร์สัน และคณะ (Andersson et al., 1997) ในเรื่องอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางจิตสังคมภายหลังการได้รับอุบัติเหตุจราจร ที่พบว่าเพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป จะอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางจิตสังคมสูงกว่าผู้ที่มีอายุน้อย นอกจากนี้จากการศึกษาของมิเชล และคณะ (Michael et al., 1998) พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังการบาดเจ็บ จะเห็นว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในหลายทิศทาง จึงไม่สามารถสรุปได้แน่นอนว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในทิศทางใด โดยเฉพาะในผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุจราจร

1.3 ระดับการศึกษาของผู้บาดเจ็บ เป็นส่วนหนึ่งของแหล่งประโยชน์ด้านกระบวนการคิด ที่ช่วยสร้างทักษะในการปรับตัวและแก้ปัญหาของบุคคล ช่วยพัฒนาความรู้และศักยภาพในการแสวงหาข้อมูล ความรู้ และใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ (หทัยรัตน์, 2544; Lazarus & Folkman, 1984)

ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำมีผลต่อการประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้เข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ตรงกับความเป็นจริง ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลได้ (Clark, 1987) จากการศึกษาของคาเร็นซี และ คีริค (Karanci & Dirik, 2003) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวล แต่ในการศึกษาของแอนเดอร์สัน และคณะ (Andersson et al., 1997) พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีอิทธิพลต่ออัตราการเกิดความผิดปกติทางจิตสังคม จึงยังไม่สามารถสรุปได้แน่นอนว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลหรือไม่ และในทิศทางใด

1.4 รายได้ของครอบครัว เป็นแหล่งประโยชน์ด้านวัตถุที่สนับสนุนให้ผู้บาดเจ็บเผชิญปัญหาได้อย่างเต็มที่ และมีส่วนเกี่ยวข้องกับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลซึ่งผู้บาดเจ็บที่มีรายได้มาก มีสิ่งอำนวยความสะดวกสบาย ย่อมจะมีความสามารถในการเผชิญกับความบาดเจ็บได้มากกว่าผู้บาดเจ็บที่มีรายได้น้อย เนื่องจากมีโอกาสเลือกวิธีการรักษาได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งอาจทำให้ผู้บาดเจ็บที่มีรายได้สูงมักมีระดับความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้บาดเจ็บที่มีรายได้ต่ำ จากการศึกษาของฮอปบุค, ฮอยท์, สเทน, และ ซีเบอร์ (Holbrook, Hoyt, Stein, & Sieber, 2001) ที่ศึกษาปัจจัยที่ทำนายความผิดปกติทางด้านจิตใจภายหลังการบาดเจ็บ พบว่าความผิดปกติทางด้านจิตใจภายหลังการบาดเจ็บพบบ่อยในผู้ที่มีรายได้ต่ำ แสดงว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำขาดแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนด้านวัตถุแก่ผู้บาดเจ็บ ทำให้ไม่สามารถเผชิญปัญหาได้จึงมีความผิดปกติทางด้านจิตใจตามมาภายหลัง ดังนั้นรายได้จึงมีแนวโน้มที่จะมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวล

2. ปัจจัยด้านสถานการณ์ หรือความรุนแรงของการบาดเจ็บ เนื่องจากความรุนแรงของการบาดเจ็บเป็นความรู้สึกหรือความตระหนักของแต่ละคน และมีผลต่อระดับความวิตกกังวลโดยระดับความวิตกกังวลจะขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสิ่งที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล และประสิทธิภาพในการรับรู้และกระบวนการคิดประเมินสถานการณ์ของบุคคลนั้น (Spielberger, 1966) ซึ่งจะมีผลต่อความวิตกกังวลของผู้บาดเจ็บ เมื่อบุคคลประสบกับภาวะวิตกกังวลจะทำให้การรู้จักตนเอง และการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมจะเปลี่ยนแปลงไป (บุญวดี และจรัสศรี, 2540) โดยเฉพาะเหตุการณ์อุบัติเหตุจากรถที่เป็นอันตรายแก่ชีวิต หรือทำให้เกิดความพิการแก่ผู้บาดเจ็บย่อมประเมินว่าเป็นอันตรายและสูญเสียอย่างมาก ซึ่งสภาพการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยแต่ละชนิดมีผลต่อจิตใจของบุคคลแตกต่างกัน ผู้ที่รับรู้ว่าการบาดเจ็บของตนอยู่ในระดับรุนแรงจะมีความต้องการการช่วยเหลือในทุกด้านมากขึ้น (บุญวดี และจรัสศรี, 2540) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่รู้สึกว่าการบาดเจ็บที่กำลังเผชิญอยู่มีความรุนแรงทำให้เกิดความรู้สึกกลัว วิตกกังวล ไม่แน่ใจและไม่มั่นใจต่อสภาพการบาดเจ็บ หรือสิ่งที่กำลังเผชิญอยู่ รู้สึกว่า เหตุการณ์ในอนาคตเป็นสิ่งที่ไม่แน่นอน (Stoudemire, 1994) ส่งผลให้ผู้บาดเจ็บมีความวิตกกังวลมากขึ้น หากไม่ได้รับความช่วยเหลือตามความต้องการ และแสดง

พฤติกรรมออกมาโดยการพูดจากร้าวร้าว หงุดหงิด กล่าวโทษผู้อื่นและไม่ให้ความร่วมมือ หรือแสดงออกโดยมีพฤติกรรมถดถอย และพึ่งพาโดยจะแสดงพฤติกรรมต่ำกว่าวุฒิภาวะที่ควรจะมี ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าว มีกลไกเกิดขึ้นในระดับจิตไร้สำนึกเป็นแบบแผนที่ผู้บาดเจ็บใช้ตัวเองเป็นศูนย์กลาง (ego centric behavior) เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น (บุญวดี, 2535) ซึ่งบางครั้งไม่สัมพันธ์กับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ผู้บาดเจ็บได้รับ ดังนั้นจึง พบว่า การเจ็บป่วยบางประการที่บุคลากรทางการแพทย์พิจารณาว่ารุนแรง อาจไม่สัมพันธ์กับการเกิดปฏิกิริยาต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น แต่ปฏิกิริยาต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจะสัมพันธ์กับการรับรู้ของผู้ป่วยเอง (อำไพวรรณ, 2541)

ผู้บาดเจ็บรับรู้ว่าคุณสมบัติเหตุที่รุนแรงหรือมีความพิการที่มีผลต่อการทำงาน ภาพลักษณ์และการพึ่งพาผู้อื่นมากก่อให้เกิดความวิตกกังวลมาก และหากผู้ที่รับรู้ว่าคุณสมบัติเหตุที่สำคัญหรือการบาดเจ็บที่กระทบต่อภาพลักษณ์ที่สังคมยอมรับและให้ความสำคัญโดยเฉพาะใบหน้าหรือสัญลักษณ์ทางเพศ หรืออวัยวะสำคัญเกี่ยวกับชีวิตก็จะก่อให้เกิดปฏิกิริยาทางอารมณ์ ทำให้มีความวิตกกังวลมากกว่าการสูญเสียอวัยวะและการบาดเจ็บที่กระทบต่อภาพลักษณ์ หรืออวัยวะที่ไม่สำคัญเกี่ยวกับชีวิต (เขาวลัษณ์ และลัดดา, 2541; วิจิตรา, 2542) นอกจากนี้ผู้ที่รับรู้ว่าการบาดเจ็บของตนเองมีความรุนแรง หรืออาการยังไม่ดีขึ้นและไม่สามารถยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ จะปรับตัวได้น้อยและมีปฏิกิริยาตอบสนองทางจิตสังคมทางลบได้มาก ทำให้มีความวิตกกังวลมากขึ้น (ช่อลดา, 2536; ธัญญา, 2545) จึงต้องการความช่วยเหลือทางด้านจิตใจเป็นอย่างมาก แต่ถ้าหากผู้บาดเจ็บมีการรับรู้ว่าการบาดเจ็บของตนเองไม่มีความรุนแรง สามารถทำใจยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้จะทำให้ผู้บาดเจ็บสามารถปรับตัวได้ ลดความวิตกกังวลลง (ธัญญา, 2545) นอกจากนี้ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยยังมีผลกระทบต่อองค์กรรวมของบุคคล ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลเป็นองค์กรรวม ประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (สมพร, 2541)

จากการทบทวนรายงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ และความรุนแรงของการบาดเจ็บ กับความวิตกกังวล ยังไม่สามารถสรุปทิศทางของความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลได้แน่นอนว่าเป็นทางบวกหรือทางลบ ถึงแม้ว่าจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องปัจจัยเหล่านี้จะมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล แต่ส่วนใหญ่จะพบในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ หรือสถานการณ์อื่นๆ ที่ไม่ใช่ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร เช่น ในกลุ่มผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และกลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้น จึงไม่สามารถนำมาสรุปได้ว่า มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร

### การประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บและความวิตกกังวลของผู้บาดเจ็บ ตามการรับรู้ของพยาบาล

การรับรู้ของพยาบาลเกิดจากการเก็บรวบรวมข้อมูล จากการเห็น การได้ยิน ความรู้สึก และการสัมผัส โดยแปลความจากประสบการณ์ ความรู้ และความเชื่อของตน (ชิตินา, 2540) ในการตัดสินใจ และวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้บาดเจ็บ พยาบาลจำเป็นต้องประเมินสภาพผู้บาดเจ็บโดยความรู้ ความสามารถ ทักษะการสังเกต และการรับรู้ที่ถูกต้อง ทั้งนี้เนื่องจากการรับรู้มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการปฏิบัติการพยาบาล (Doscher, 1992) เนื่องจากการรับรู้และให้ความหมายต่อสิ่งต่างๆจะเป็นตัวกำหนดหรือชี้้นำการแสดงปฏิกิริยาโต้ตอบ หรือพฤติกรรมของบุคคล (พวงเพ็ญ, 2538; Blumer, 1969) และมีการแสดงออกถึงพฤติกรรมตามการรับรู้ (Ryan, 1997) ดังนั้นในการที่จะให้การพยาบาลแก่บุคคลใด พยาบาลจะต้องมีการรับรู้ที่สอดคล้องกับการรับรู้ของบุคคลนั้นด้วย การพยาบาลที่ให้อาจจะมีประสิทธิภาพ

#### การประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บ

ในระยะแรกที่ผู้บาดเจ็บเข้ามารับการรักษาในหน่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน พยาบาลเป็นผู้ที่ต้องเผชิญกับผู้บาดเจ็บเป็นคนแรก และจำเป็นต้องประเมินสภาพร่างกายทั่วไป และบาดแผลเพื่อวางแผนการพยาบาลให้ผู้บาดเจ็บซึ่งในการประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บเพื่อจำแนกผู้บาดเจ็บนั้น พยาบาลต้องอาศัยความรู้ ความสามารถ ทักษะ และประสบการณ์ในการทำงานส่วนใหญ่จึงให้ความสำคัญกับการบาดเจ็บที่จะเป็นอันตรายต่อชีวิต โดยประเมินจากอาการและลักษณะบาดแผลของผู้บาดเจ็บมาก่อนเป็นอันดับแรก (สุดาพรรณ, 2541) เพื่อช่วยเหลือผู้บาดเจ็บให้ปลอดภัย เนื่องจากการบาดเจ็บทางร่างกายสามารถมองเห็นได้ชัดเจน ประเมินได้รวดเร็ว นอกจากนี้ยังมีเครื่องมือช่วยวัดในการวินิจฉัยการพยาบาล เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต คลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็นต้น (กุลยา, 2542) ดังนั้นจึงทำให้พยาบาลรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บจากการตีความ โดยยึดมั่นว่าได้ตีความจากความรู้ที่มีอยู่ หรือที่ได้ศึกษามา (นิภาวรรณ, 2545) ซึ่งอาจจะใกล้เคียงกับสภาพการบาดเจ็บของผู้บาดเจ็บในความเป็นจริง

นอกจากนี้ประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ทำให้พยาบาลมีโอกาสได้พบเห็นผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรในหลายลักษณะทุกวัน พยาบาลจึงมีการรับรู้และเข้าใจถึงเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้นว่าเป็นอย่างไร ก็จะให้การพยาบาลแก่ผู้บาดเจ็บตามปัญหาที่พยาบาลรับรู้ ซึ่งอาจจะตรงหรือไม่ตรงกับความรู้สึก และการรับรู้ของผู้บาดเจ็บ เนื่องจากการประเมินที่เน้นทางด้านร่างกาย การพยาบาลที่ให้อาจให้ความสำคัญกับปัญหาทางกายเป็นส่วนใหญ่

ทำให้บางครั้งในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการรักษาในหน่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน จึงละเลยในการให้เวลาพูดคุย และรับฟังถึงความต้องการความช่วยเหลือ (ชญาณิช และสุกัญญา, 2543)

#### การประเมินความวิตกกังวลของผู้บาดเจ็บ

การประเมินความวิตกกังวลซึ่งเป็นภาวะจิตสังคมที่ต้องใช้ความสามารถของพยาบาลในการประเมิน การสังเกต และความเข้าใจที่จะเข้าถึงปัญหาของผู้บาดเจ็บ การใช้คำถามเพื่อค้นหาปัญหาต้องเป็นไปอย่างเหมาะสม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ต้องการสำหรับการพยาบาลอย่างแท้จริง พยาบาลจึงต้องใช้ความสามารถในการรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ครอบคลุมตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด (กุลยา, 2542) การประเมินสภาวะทางอารมณ์ของบุคคล สามารถประเมินจากพฤติกรรมภายนอกต่างๆ เช่น การแสดงออกทางสีหน้า แววตา ท่าทาง น้ำเสียง และคำบอกเล่าเกี่ยวกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นซึ่งบ่งชี้ถึงพฤติกรรมภายใน (บุญวดี และจรัสศรี, 2540) ถ้าหากลักษณะพฤติกรรมการแสดงออกไม่ชัดเจนพอ เนื่องจากผู้บาดเจ็บบางรายพยายามปกปิดความรู้สึกที่แท้จริงของตนออกมา พยาบาลจำเป็นต้องใช้เทคนิคในการสื่อสาร เพื่อให้ผู้บาดเจ็บบอกเล่าถึงความรู้สึกที่แท้จริงของตนออกมา (กาญจนา จารุวรรณ และเนตรทราย, 2541) ถึงแม้ว่าพยาบาลได้รับการสอนและอบรมให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (กองการพยาบาล, 2539) แต่จากการศึกษาของศิริพร และคณะ (2540) พบว่า พยาบาลวิชาชีพไม่ได้แสดงสมรรถนะการพยาบาลจิตสังคมให้ปรากฏอย่างเด่นชัด แม้จะมีพื้นฐานอย่างเพียงพอแต่ยังขาดการฝึกทักษะและไม่ได้ปฏิบัติขณะทำงานจริง จากการศึกษาของวิไลรัตน์ สาวิตรี และขนิษฐา (2541) พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีค่าคะแนนความรู้ และทักษะการพยาบาลทางจิตสังคมเมื่อเปรียบเทียบกับความรู้ และทักษะการพยาบาลทางจิตสังคมตามเกณฑ์มาตรฐาน ไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 28.0 และ 84.0 ตามลำดับ เนื่องจากการพยาบาลทางด้านจิตสังคมเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน ยุ่งยากซับซ้อน และใช้เวลามาก ซึ่งต้องมีความอดทนที่จะเรียนรู้ และเข้าใจผู้บาดเจ็บในทุกๆด้าน เนื่องจากเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อน เพราะต้องค้นหาความรู้สึกซึ่งค่อนข้างเป็นนามธรรม (กุลยา, 2542)

นอกจากนี้การ ไม่ได้มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้บาดเจ็บและพยาบาลให้พยาบาลไม่ทราบถึงปัญหาและความต้องการของผู้บาดเจ็บ ทำให้การรับรู้ไม่ตรงกัน (Molzahn & Northcott, 1989) และจากการศึกษาของสมสมัย (2534) พบว่าความรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อผู้ป่วย สามารถอธิบายความผันแปรของความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมของพยาบาลวิชาชีพได้เพียง ร้อยละ 3.99 ซึ่งค่อนข้างน้อย นอกจากนั้นการปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินต้องการความรวดเร็ว เพื่อการช่วยเหลือให้ผู้บาดเจ็บปลอดภัยจากปัญหาด้านร่างกายเป็นอันดับแรก และสามารถ

ประเมินตรงกับการรับรู้ที่แท้จริงของผู้บาดเจ็บได้ยากในระยะแรกที่ห้องฉุกเฉิน พยาบาลจึงอาจประเมินความวิตกกังวลของผู้บาดเจ็บได้ไม่สอดคล้องกับความรู้สึที่แท้จริงของผู้บาดเจ็บ

โดยสรุปแล้วการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรมีผลโดยตรงต่อผู้บาดเจ็บทำให้ผู้บาดเจ็บรู้สึกสูญเสียการควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อม สูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆและจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทั้งนี้เกิดจากการเปลี่ยนแปลงบทบาทเป็นผู้ป่วยอย่างกะทันหัน นอกจากนี้ยังมีปัจจัยต่างๆเข้ามาเกี่ยวข้องในผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุมากมาย ไม่ว่าจะเป็นความรุนแรงของการบาดเจ็บ การบาดเจ็บของอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด การสูญเสียรายได้และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สิ่งเหล่านี้มีผลต่อจิตใจของผู้บาดเจ็บโดยตรงทำให้เกิดความ โศกเศร้า วิตกกังวล อาการแสดงและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นหลังได้รับอุบัติเหตุเป็นขบวนการธรรมชาติ อาการเหล่านี้เกิดขึ้นเมื่อผู้บาดเจ็บรู้สึกว่าคุณค่าโดย อุบัติเหตุจราจร ซึ่งบางครั้งอุบัติเหตุจราจรที่เกิดขึ้นนั้นอาจมองดูไม่รุนแรง และอาจไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บทางด้านร่างกายมากนักก็ได้ หากประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ผู้บาดเจ็บอาจประเมิน และรับรู้ต่อการบาดเจ็บนั้นว่ารุนแรง และคุกคามต่อชีวิตของตนมากส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้บาดเจ็บทำให้เกิดความวิตกกังวลมากกว่าที่พยาบาลประเมินได้