

บทบาทของนักจิตวิทยาการปรึกษาในการฟื้นฟูทางจิตใจ ผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและครอบครัว

นภชนก สุขประเสริฐ¹

¹ศูนย์ผู้บาดเจ็บกระดูกสันหลัง ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: ¹nokjayway@hotmail.com

Received: June 18, 2019

Revised: October 31, 2019

Accepted: November 12, 2019

บทคัดย่อ

การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังนอกจากการดูแลด้านร่างกายแล้วการดูแลจิตใจก็มีความจำเป็นและสำคัญเช่นกัน การดูแลจิตใจโดยนักจิตวิทยาการปรึกษาซึ่งเป็นหนึ่งในทีมสหสาขาทางการแพทย์ที่ให้การดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โดยใช้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาเยียวยา รักษา แก้ไข ป้องกันจิตใจ และพัฒนาศักยภาพการดำรงชีวิตของผู้ป่วยระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ระยะก่อนจำหน่ายและติดตามการรักษา ซึ่งการดูแลอย่างเป็นองค์รวมนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถใช้ศักยภาพร่างกายและจิตใจให้สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งใจซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความรู้ ความเข้าใจ และประสบการณ์ของผู้เขียนเกี่ยวกับกระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังที่เชื่อมโยงกับระยะของความเจ็บป่วย ได้แก่ แรกรับ/ระยะเฉียบพลัน ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ระยะก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล และระยะติดตามการรักษาเพื่อเป็นแนวทางในการนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลและฟื้นฟูสภาพจิตใจผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและครอบครัว

คำสำคัญ: จิตวิทยาการปรึกษา, บาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลัง, การดูแลจิตใจ

Role of Counseling Psychologist in Psychological care of Patients with Spinal Cord Injury and their family members

Nopchanok Sukprasert¹

¹Siriraj Spinal Unit Department of Orthopaedic Surgery

Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

E-mail: ¹nokjayway@hotmail.com

Received: June 18, 2019

Revised: October 31, 2019

Accepted: November 12, 2019

Abstract

Not only physical care provision is important for patients with spinal cord injury (SCI) treatment, but also mental health care provision. Mental health care provided by a counseling psychologist, who is a part of a multidisciplinary health care team delivering rehabilitation services to the patients, is the provision of counseling services to heal, solve, and prevent psychological issues. A counseling psychologist also fosters the development of the patients' functional abilities during hospital stay, before discharge and aftercare phases. Such holistic care will enable SCI patients and their families to exploit their physical and psychological potentiality to achieve the desired goals, which allows them to live peacefully in a community with good quality of life.

This article aims to present the author's knowledge, understanding and experience regarding the process of psychological counseling provided to SCI patients in relation to phases of illness, including initial/acute; rehabilitation; before discharge; and aftercare. This is to propose a guideline on providing health care and rehabilitation services for SCI patients and their families.

Keywords: Counseling psychology, Spinal cord injury, Psychological care

บทนำ

ผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังจะมีการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายอย่างรุนแรงจากปกติเป็นผู้ป่วยอัมพาต ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอยู่ในสภาพซึมเศร้า ท้อแท้ เมื่อทราบว่าตนเองอาจกลายเป็นคนพิการ (Amnuay Unnanantana, 2005)

ความพิการที่เกิดขึ้นโดยฉับพลันส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล ท้อแท้ หดหู่ เบื่อหน่าย รู้สึกไม่มั่นคง ขาดความเชื่อมั่น มองตนเองและโลกในแง่ร้าย คิดว่าตนเองด้อยกว่าหรือขาดความสามารถเมื่อเทียบกับผู้อื่น เห็นคุณค่าตนเองน้อยลงหมดกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่ รวมไปถึงการไม่ร่วมมือรักษาทางกายภาพบำบัดระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นอุปสรรคขัดขวางการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยผลกระทบดังกล่าวอาจเกิดกับผู้ป่วยต่อไปในช่วงหลังจากออกจากโรงพยาบาลและกลับสู่ชุมชน นอกจากนี้ผลกระทบจากการได้รับบาดเจ็บของผู้ป่วยอาจก่อให้เกิดปัญหาจิตใจแก่ญาติผู้ดูแลในทุกะยะของการบาดเจ็บทั้งในโรงพยาบาลและฟื้นฟูสภาพที่บ้าน (Supap Mueanchoo, Pawana Keeratiyutawong & Wariya Wachirawut, 2016) เช่น ระยะแรกอาจก่อให้เกิดความวิตกกังวลถึงอันตรายต่อชีวิตและการอาจต้องสูญเสียผู้ป่วย ระหว่างผู้ป่วยพักรักษาตัวอาจเกิดความไม่เข้าใจเกี่ยวกับการรักษา และเมื่ออาการผู้ป่วยคงที่อาจมีความกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายต่างๆ ต่อมาเมื่อผู้ป่วยรอดชีวิตมีพยาธิสภาพการบาดเจ็บหลงเหลือความทุพพลภาพจะกังวลเกี่ยวกับความบกพร่องทางร่างกาย การมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย วิธีดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย เป็นต้น

นักจิตวิทยาการปรึกษาเป็นหนึ่งในทีมรักษาที่มีบทบาทหน้าที่ดูแลและฟื้นฟูสภาพจิตใจผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและครอบครัว โดยใช้กระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยา อันเป็นกระบวนการทางจิตวิทยาในการช่วยเหลือเยียวยา และป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นในจิตใจ (Proetphan Daensil, 2013) สำหรับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง

และไขสันหลังอาจจะไม่ได้ช่วยให้ผู้ป่วยหายจากภาวะพิการแต่เป็นการช่วยเหลือดูแลจิตใจที่กำลังเจ็บป่วยและอ่อนแอ (Kanlaya Dejnuntarat, 2005) ด้วยการเป็นมิตรและเกื้อกูลให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจชีวิตที่ประสบกับเงื่อนไขใหม่อันเป็นข้อจำกัดร่างกายแต่ไม่ได้เป็นข้อจำกัดจิตใจให้ผู้ป่วยเกิดความสามารถที่จะดำเนินชีวิตอยู่ต่อไปอย่างมั่นคง กล่าวหาญ พร้อมทั้งจะเผชิญหน้ากับความจริงและเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต ณ ปัจจุบันของตนเอง

สภาพจิตใจของผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลัง

การบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังมักเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ส่งผลให้เกิดการสูญเสียความสามารถทางร่างกายเป็นประสบการณ์ร้ายแรงมีผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งจากประสบการณ์ของผู้เขียนและการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังมักมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสถานการณ์นี้ตามแบบจำลองปฏิกิริยาของการสูญเสียของ Elisabeth Kubler-Ross (Nattha Saisavoey, 2016) จำแนกปฏิกิริยาของผู้ป่วยออกเป็น 5 ระยะ โดยการเรียนรู้ความเข้าใจในปฏิกิริยาดังกล่าวจะมีประโยชน์ต่อนักจิตวิทยาการปรึกษาในการจัดโปรแกรมการฟื้นฟูทางด้านจิตใจอันเป็นการช่วยเหลือให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังในแต่ละระยะ ดังนี้

1. ระยะตกใจ และปฏิเสธความจริง (shock and denial)

เป็นระยะที่ผู้ป่วยไม่คาดคิดเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ตนเองได้รับบาดเจ็บจนต้องเข้าพักรักษาตัว ปฏิกิริยาแรกที่เกิดขึ้นหลังได้รับแจ้งจากแพทย์ว่า “จะเดินไม่ได้” คือ ตกใจ ปฏิเสธความจริงที่ได้ฟัง มีความรู้สึกอวกหลีกเลียง ไม่ต้องการรับทราบคำยืนยันเกี่ยวกับอาการที่เป็น ไม่เชื่อการวินิจฉัย การปฏิเสธความจริงเป็นได้ทั้งข้อดีและข้อเสีย ข้อดี คือ หากผู้ป่วยปฏิเสธชั่วคราวจะทำให้ผู้ป่วยยังคงติดตามการรักษาต่อแม้จะปฏิเสธรับรู้ข้อมูลการดำเนินโรค อีกทั้งช่วยลดผลกระทบจิตใจ

ต่อการสูญเสีย แต่หากผู้ป่วยปฏิเสธไม่ยอมรับอยู่นาน ต่อเนื่องไปจนถึงช่วงเริ่มฝึกฟื้นฟูสมรรถภาพอาจก่อให้เกิดผลเสีย คือ จะทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธฟังคำแนะนำฟื้นฟูสมรรถภาพซึ่งส่งผลให้การรักษาไม่ก้าวหน้า ตัวอย่างคำพูดผู้ป่วย เช่น “จะเสียเวลาฝึกขึ้นลงรถเข็นทำไม เดียวก็กลับมาเดินได้แล้ว”

แนวทางในการช่วยเหลือของนักจิตวิทยา กรณีที่ผู้ป่วยจำกัดการรับรู้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดของความสามารถในการแก้ปัญหาลดลงตามไปด้วยนั้น นักจิตวิทยาสามารถประยุกต์ใช้เทคนิคต่างๆ ทางจิตวิทยามาตรวจสอบความปกติและผิดปกติของการปฏิเสธไม่ยอมรับความจริงของผู้ป่วยรายนั้นๆ และเข้าช่วยเหลือโดยใช้กระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยาหากพบความผิดปกติดังกล่าว เน้นการสร้างสัมพันธภาพ ความคุ้นเคยทำให้ผู้ป่วยเชื่อและไว้วางใจในความสามารถของนักจิตวิทยาในการช่วยเหลือระหว่างการทำฟื้นฟู เกิดเป็นความเต็มใจที่จะให้ความร่วมมือ ทำความเข้าใจถึงความรู้สึกหรือทัศนคติของผู้ป่วยเมื่อตกอยู่ในภาวะความพิการ ทำหน้าที่เปลี่ยนแปลงทัศนคติ เสริมสร้างแรงจูงใจ เน้นกระตุ้นปฏิกิริยาตอบสนองที่เหมาะสม พฤติกรรมสนใจสิ่งรอบข้างและรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม ควบคุมไม่ให้ความพิการมีอิทธิพลและส่งผลกระทบต่อนเป้าหมายในการทำฟื้นฟูสมรรถภาพ

2. ระยะโกรธ (anger)

เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มโกรธที่ตนเองบาดเจ็บ อาจโทษโชคชะตา รู้สึกเป็นเวรกรรม เป็นโชคร้ายที่ตนเองประสบ รู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจที่ตนกลายมาเป็นคนสูญเสียความสามารถทางร่างกาย อาจโทษแพทย์ พยาบาล บุคลากรอื่นๆ วิธีการรักษา หรือญาติ ปฏิกิริยาของผู้ป่วย เช่น ฉุนเฉียว หงุดหงิดง่าย แสดงอาการต่อต้าน อารมณ์เปลี่ยนแปลงทันทีทันใด มักร้องไห้เมื่อเริ่มรู้สึกถึงการสูญเสีย เกิดความคับข้องใจ มักเกิดคำถาม “ทำไมต้องเป็นเราที่เกิดเรื่องนี้”

แนวทางในการช่วยเหลือของนักจิตวิทยา ในระยะนี้หากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง รุนแรง นักจิตวิทยาเข้าช่วยเหลือดูแลประคับประคองจิตใจ

เคารพและให้ความสำคัญต่อความรู้สึกของผู้ป่วย โดยรับฟัง เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบาย เปิดเผยแสดงอารมณ์ความรู้สึกเท่าที่ต้องการอย่างอิสระ ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความรู้สึกภายใต้อารมณ์โกรธนั้น และพยายามหาวิธีการหรือจัดกิจกรรมกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยหันมาสนใจใส่ใจพัฒนาความสามารถทางร่างกายอื่นๆ เพื่อชดเชย อาจเริ่มจากกิจกรรมที่ต้องกระทำเพื่อการดำรงชีวิตประจำวันหรือกิจกรรมที่ผู้ป่วยสนใจ ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะอยู่กับสภาพของความพิการ

3. ระยะต่อรอง (bargaining)

เป็นระยะที่ผู้ป่วยพยายามต่อรอง หลีกเลียงหรือป้องกันการสูญเสียที่เกิดขึ้น และเริ่มยอมรับว่าเกิดการบาดเจ็บขึ้นกับตน แต่มีความหวังถึงการรักษาที่หายขาด หวังว่าการบำบัดรักษาจากแพทย์จะทำให้ตนเองกลับมาความสามารถเหมือนเดิม ตลอดจนหวังว่าจะมีปาฏิหาริย์ ปฏิกิริยาในระยะนี้ ผู้ป่วยอาจจะขอพรสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ประกอบพิธีกรรมเพื่อสร้างขวัญและกำลังใจ หรือสนใจแสวงหาการรักษาตามความเชื่อต่างๆ ไม่สนใจที่จะฝึกฟื้นฟูสมรรถภาพ พึงผู้ให้การดูแลรักษามากขึ้น

แนวทางในการช่วยเหลือของนักจิตวิทยาสามารถตอบสนองผู้ป่วยในระยะนี้ได้โดยทำความเข้าใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาที่ดีที่สุด ส่งเสริมการตัดสินใจร่วมการรักษาระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสใช้สติปัญญาของตนเองมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา อีกทั้งการให้ความร่วมมือของครอบครัวของผู้ป่วยจะช่วยให้ครอบครัวรู้ว่าความเหมาะสมที่ครอบครัวจะช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างไร นักจิตวิทยายังมีบทบาทหน้าที่ในการเข้าร่วมประชุมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลและร่วมวางแผนการให้การรักษา กำหนดเป็นแผนการฟื้นฟูโดยจัดโปรแกรมที่เหมาะสมตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง เช่น แลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกับพยาบาลผู้ที่ใกล้ชิดและสามารถสังเกตการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ทำการประเมินความก้าวหน้าที่เป็นจริงเป็นระยะ ช่วยผู้ป่วยให้สามารถปรับระดับความทะเยอทะยานให้สอดคล้องกับความสามารถจริง ช่วยทำให้ผู้ป่วยเห็นการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนซึ่งส่งผลดีต่อสภาพจิตใจ

ของผู้ป่วย ตลอดจนช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักและยอมรับ ศักยภาพของตนเอง

4. ระยะซึมเศร้า (depress)

ระยะนี้เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยหนีความจริงของการต้องสูญเสียไม่พ้น ผู้ป่วยอาจมีปฏิกิริยา คือ ซึมเศร้า แยกตัว ครุ่นคิด นอนไม่หลับ หดหู่ รู้สึกว่าตัวเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความสามารถ และอาจมีความคิดไม่อยากมีชีวิตอยู่ มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดน้อยลง อารมณ์เศร้าอาจเป็นผลมาจากปัญหาอื่นๆ ในชีวิตที่ได้รับผลกระทบจากการบาดเจ็บ เช่น ว่างงาน ปัญหาค่าใช้จ่าย ฯลฯ ในระยะที่ 4 นี้เป็นระยะที่หากผู้ป่วยติดอยู่นานจะนำไปสู่การเกิดโรคซึมเศร้าได้

แนวทางในการช่วยเหลือของนักจิตวิทยา ในระยะนี้นักจิตวิทยาสามารถทำการประเมินภาวะซึมเศร้า อาจให้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินตนเอง (self-assessment) โดยใช้แบบประเมินต่างๆ เช่น Hospital Anxiety and Depression Scale: HADS, Depression Anxiety Stress Scale: DASS-21, Patient Health Questionnaire: PHQ-9 เป็นต้น ร่วมกับการใช้การสังเกต และการสัมภาษณ์จากญาติผู้ป่วย หรือพยาบาลผู้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย และนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาประมวล ตรวจสอบความสอดคล้องกัน ความเชื่อถือได้ (reliability) เพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่มีแนวโน้มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือเพื่อพิจารณาส่งปรึกษาจิตแพทย์ร่วมประเมิน และดูแลรักษาต่อ ทั้งนี้ ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรง และมีความพิการหลงเหลือส่วนใหญ่จะมีช่วงเวลาหนึ่งหรือหลายๆ ช่วงเวลาที่แสดงความรู้สึกอยากตายเป็นประจำ อย่างยิ่งที่ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากนักจิตวิทยา โดยการใช้กระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยได้พิจารณาจนเห็นชัดถึงความคาดหวังที่ไม่ได้ตั้งใจของตนเอง ผู้ป่วยจะสามารถกลับมาอยู่กับความจริง ยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของตนเองได้ ยอมรับเงื่อนไขต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เกิดความเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงและการสูญเสีย เข้าใจถึงความสามารถที่ตนเองทำได้และไม่ได้ ผู้ป่วยจะปรับตัวได้ดี และเริ่มมีความมั่นใจในตนเอง รู้ว่าชีวิตของตนเองมีค่า มีความพึงพอใจในการดำรงชีวิตเกิดเป็นทัศนคติที่ดีต่อตนเอง

ซึ่งนำไปสู่ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง สามารถพึ่งพาตนเองได้

5. ระยะยอมรับความจริง (acceptance)

เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มตระหนักได้ถึง ความสูญเสียที่เกิดขึ้นและยอมรับความจริง โดยแสดงปฏิกิริยา คือ ปรับตัวกับสภาพของตนเอง มีความหวังและพยายามเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ที่จะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกสงบจนถึงรู้สึกเป็นสุข ตัวอย่างคำพูดผู้ป่วย เช่น “เริ่มอยากรู้ว่าเป็นยังไง ต้องทำอะไร อยากรู้ข้อมูลที่จะทำให้ดีขึ้น อยากรองหาทุกทางที่จะดีขึ้น” ในผู้ป่วยบางรายที่มีการศึกษาจะทำการค้นคว้าศึกษาหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคที่เป็นอาจทำให้ผู้ป่วยรายนั้นๆ เป็นผู้เชี่ยวชาญและเริ่มใช้เหตุผลในการจัดการเกี่ยวกับตนเองเพิ่มมากขึ้น

แนวทางในการช่วยเหลือของนักจิตวิทยา ระยะนี้นักจิตวิทยาอาจใช้กระบวนการปรึกษาส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพสูงสุดของตนเองในการเรียนรู้ เพื่อดำเนินชีวิตต่อไปในอนาคต โดยการให้การปรึกษา การเอื้อให้ผู้ป่วยได้สังเกต (awareness) สำรวจ (exploration) พิจารณา (examination) ความคิดความรู้สึกภายในของตนเอง ซึ่งในบางกรณีอุปสรรคแท้จริงที่เกิดขึ้นหลังได้รับบาดเจ็บจนสูญเสียความสามารถทางร่างกายนั้นอาจเป็น “ความคิด” จึงมีความจำเป็นที่จะต้องช่วยเหลือผู้ป่วยให้เกิดความเข้าใจตนเอง มีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง เกิดการมองเห็นวิถีคิดในการจัดการปัญหาตามสภาพความเป็นจริง และมีการปรับตัว ตลอดจนการร่วมค้นหาวิธีการแก้ไขปัญหา (problem solving) ปรับพฤติกรรม (behavior Modification) อาจจัดกิจกรรมกระตุ้นโดยมีเป้าหมายเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยให้เหมาะสมกับสถานการณ์ เช่น จัดกลุ่มกิจกรรมพูดคุยแลกเปลี่ยนถึงความรู้สึกกลัววิตกกังวล และการประสบความสำเร็จในการเคลื่อนที่โดยใช้ wheelchair ร่วมกับเพื่อนที่ป่วยในลักษณะเดียวกันให้มีโอกาสแสดงความสามารถและตระหนักถึงขีดจำกัดของตนเอง เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วมมือในการฝึกฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย นำไปสู่ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง สามารถพึ่งพาตนเองได้ รวมถึง

การรู้จักพึ่งพาคนใกล้ชิด/ผู้รอบข้างได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้ ปฏิบัติตอบสนองต่อการสูญเสียของผู้ป่วยบาดเจ็บ กระดูกสันหลังและไขสันหลังไม่จำเป็นต้องเกิดในระยะ ตามแนวคิด ทฤษฎีตามลำดับ อาจกระโดดข้ามขั้น และ อาจเกิดกลับไปกลับมาได้

กรณีตัวอย่าง ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและเริ่มฝึกฟื้นฟูสมรรถภาพจนอาการหรือระบบการทำงานดีขึ้น เล็กน้อย ผู้ป่วยจะตีค่าความสำเร็จที่เกิดมากเกินความเป็นจริง เกิดเป็นความหวังว่าจะหายอย่างสมบูรณ์อย่างรวดเร็วทั้งที่ต้องใช้เวลาในการฟื้นฟู พฤติกรรมภายนอกผู้ป่วยจะร่าเริง สงบ แต่ไม่ใช่เป็นการยอมรับความพิการแต่เป็นการกลับไปสู่ช่วงปกติคือย้อนกลับไปอยู่ในระยะปฏิเสธความจริงอีกครั้ง นักจิตวิทยาต้องสังเกตรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ปัญหา และทำการประเมินซ้ำ เพื่อดำเนินการกำหนดระยะเวลาจัดลำดับโปรแกรมฟื้นฟูให้กับผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

โดยทั่วไปปฏิกิริยาของความโศกเศร้ามักเกิดขึ้นประมาณ 6-12 เดือน แต่บางรายอาจมีระยะยาวไปถึง 3-6 ปี (Arango-Lasprilla, Ketchum, Starkweather, Nicholls, & Wilk, 2011) โดยมีตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยที่แสดงให้เห็นถึงระยะเวลาการมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสูญเสียที่แตกต่างกัน เช่น “ช่วงอาทิตย์แรกๆ ที่กลับมาอยู่บ้านรู้สึกท้อสุดๆ ไม่อยากอยู่แล้ว” หรือ “ช่วงปีแรกที่ผมพิการ เวลาอยู่คนเดียวจะร้องไห้ อยากจะฆ่าตัวตาย กินเหล้าหัวราน้ำ ประชดชีวิต” เป็นต้น

นอกจากความรู้ความเข้าใจในปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสูญเสียของผู้ป่วยจะมีประโยชน์ต่อนักจิตวิทยาการปรึกษาในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว การมีความรู้ความเข้าใจในปัจจัยที่มีผลต่อการปรับสภาพทางร่างกายและจิตใจในผู้ป่วย ก็จะเป็นเสมือนกับ jigsaw ที่ประกอบเป็นภาพรวมของผู้ป่วยช่วยให้นักจิตวิทยาการปรึกษาเข้าใจถึงผลของการได้รับบาดเจ็บต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น เป็นประโยชน์ในการวางแผนการฟื้นฟูด้านจิตใจอย่างเฉพาะเจาะจงให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การกำหนดการใช้ระยะเวลา เป็นต้น ทั้งนี้ การวาง

เป้าหมายการดูแลก็จะต้องมีความยืดหยุ่นด้วยเช่นกัน โดยผู้ป่วยแต่ละรายจะใช้เวลาแตกต่างกันและขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่

1. ปัจจัยเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย

1.1 ภูมิหลัง ได้แก่ เพศ โดยมีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าหลังได้รับบาดเจ็บมากกว่าผู้ป่วยเพศชายถึง 3.8 เท่า (Krause, Kemp, & Coker, 2000) อายุขณะป่วย พบว่า ผู้ป่วยอายุน้อยมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลมากขึ้นในช่วงเริ่มต้นการบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังมากกว่า ผู้ป่วยสูงอายุ หรือการมีระดับการศึกษาต่ำ (มัธยมศึกษาตอนปลายหรือน้อยกว่า) (Scivoletto, Petrelli, Dilucente, & Castellano, 1997) เป็นหนึ่งในปัจจัยทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลัง เป็นต้น

1.2 บุคลิกภาพเดิม ได้แก่ การมีพื้นฐานอารมณ์เป็นคนวิตกกังวล ผู้ป่วยจะมีการรับรู้อาการทางกายในระดับรุนแรงกว่าปกติได้ (Sirinadda Punyapas, 2016) ลักษณะวิธีการแก้ปัญหา เช่น การใช้กลยุทธ์การรับมือกับปัญหาที่ไม่เหมาะสม (การเชื่อมั่นในความช่วยเหลือของสังคม) จะมองตนเองว่าไม่มีความสามารถในการแก้ปัญหา ทำอะไรด้วยตนเองไม่ได้ (Elfström, Kreuter, Rydén, Person, & Sullivan, 2003) ความสามารถในการปรับตัว โดยผู้ป่วยที่ไม่สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองหลังบาดเจ็บ จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวล รู้สึกเป็นภาระแยกตัวเองออกจากสังคมและนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด

2. ปัจจัยทางสภาพสังคม ได้แก่ ขนบธรรมเนียม ประเพณี และความเชื่อ เช่น บริบทเชิงสังคมและวัฒนธรรมไทยเป็นระบบครอบครัวและเครือญาติ มีการช่วยเหลือพึ่งพากันอยู่มาก (Teeratat Tresirichod, 2018) เป็นการส่งเสริมให้เกิดการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอมีส่วนสำคัญในความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ป่วย (O'Shea & Smedema, 2014)

3. ปัจจัยเกี่ยวกับการรักษา ได้แก่ ประสิทธิภาพการรักษาที่เกิดจากความพร้อมของทีมสหสาขาวิชาชีพ

เช่น ความพร้อมของการฟื้นฟูช่วยเหลืออย่างเป็นทีม (Chatupon Chotigavanichaya, 2005) เป็นต้น

ปัญหาทางจิตใจของผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลัง

ปัญหาจิตใจถือได้ว่าเป็นหนึ่งในภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยสำหรับผู้ป่วยกระดูกสันหลังและไขสันหลัง นักจิตวิทยาการปรึกษาจึงมีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาดังกล่าวขึ้น เพื่อเป็นการกำจัดปัจจัยอุปสรรคขัดขวางกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จะส่งผลต่อความไม่ก้าวหน้าและการไม่บรรลุเป้าหมายของกระบวนการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งปัญหาจิตใจที่พบได้บ่อย ได้แก่ ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า นักจิตวิทยาการปรึกษามีบทบาทและให้การช่วยเหลือได้ ดังนี้

ภาวะวิตกกังวล

อาการวิตกกังวลในผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังจะพบได้บ่อยตั้งแต่ช่วงระหว่างเข้าพักรักษาตัวจนถึงกลับสู่ชุมชน โดยระยะเฉียบพลันผู้ป่วยและครอบครัวจะกังวลกับการบาดเจ็บและอัมพาต จากการศึกษาของ Mehaidat, Naheyah and Al-Ghuweri (2005) ที่ศึกษากลุ่มผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อน ผลการศึกษาพบว่าระดับความวิตกกังวลช่วงการรักษาระดับฉุกเฉิน พบร้อยละ 28.2 ในขณะที่การศึกษาในหอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลศิริราช พบว่าอุบัติการณ์ของภาวะวิตกกังวลเมื่อแรกรับ พบร้อยละ 8.9 (Srinual Chavasiri, Nopchanok Sukprasert & Cholvach Chavasiri, 2018) ใกล้เคียง กับการศึกษาในประเทศสิงคโปร์ ที่พบภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 6.4 ของผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาในแผนกผู้ป่วยใน (Kinson, Tan, Hussain, Looi, & Tan, 2017) ทั้งนี้ ภาวะวิตกกังวลควรได้รับการประเมินและบำบัดรักษาภายใน 2-4 สัปดาห์ ซึ่งถือเป็นหนึ่งในเป้าหมายระยะสั้นในเป้าหมายกระบวนการฟื้นฟูสภาพทางการแพทย์ (Apichana Kovindha, 2016)

การตอบสนองและการช่วยเหลือที่เหมาะสมในภาวะวิตกกังวลนี้อาจเป็นการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องต่างๆ

เพื่อลดความวิตกกังวล นักจิตวิทยาการปรึกษาสามารถแสดงบทบาทหน้าที่ในการประสานทีมสหสาขาที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น ประสานแพทย์ พยาบาลในการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วย (Informed medical condition) ได้แก่ อาการทางกายต่างๆ ที่เป็นผลตามมาจากการบาดเจ็บ เช่น อาการเกร็งกระตุก/กล้ามเนื้อหดเกร็ง (spasticity) การเปลี่ยนแปลงของร่างกายหลังการบาดเจ็บ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจอย่างถูกต้องสมบูรณ์ว่าเกิดอะไรกับร่างกายของตน ป้องกันการไม่เข้าใจหรือเข้าใจผิด ลดความกังวล สับสน โดยการทราบและเข้าใจข้อมูลสำคัญเหล่านี้จะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว มีความพร้อมรับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านต่างๆ เพื่อส่งเสริมความเข้มแข็งเป็นการเตรียมความพร้อมในการเผชิญปัญหา อุปสรรคจากความไม่สมบูรณ์ทางกายต่างๆ ได้ อาจพิจารณาให้ข้อมูลที่ชัดเจนและเป็นจริงที่ละขั้นตอนตามความพร้อมในการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติ

กรณีตัวอย่าง ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมของความวิตกกังวลจากการเป็นอัมพาต มีความพิการและต้องใช้ wheelchair ผู้ป่วยกังวลต่อการเข้าสังคม การให้การบำบัดเรียนรู้ทักษะการช่วยเหลือตนเองที่เฉพาะเจาะจง โดยการเริ่มให้ผู้ป่วยได้ทดลองหัดใช้ wheelchair เริ่มให้ผู้ป่วยเข้าสังคมได้พบปะเพื่อนร่วมหอผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน จำลองสถานการณ์ในการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การซื้อของในร้านสะดวกซื้อ เป็นต้น หรือจำลองสิ่งแวดล้อมให้มีสภาพใกล้เคียงกับอยู่ที่บ้านมากที่สุด (Independent Living Unit) เพื่อฝึกการพึ่งพาตนเองร่วมกับสมาชิกในครอบครัว นักจิตวิทยาการปรึกษาสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยตามสถานการณ์ที่กำหนดขึ้นร่วมกับการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาชวนให้ผู้ป่วยใคร่ครวญในแง่มุมมองเกี่ยวกับการได้เริ่มทดลองด้วยตนเองในทักษะนั้นๆ จนผู้ป่วยสามารถรู้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึก ความคิด และการกระทำของตนเอง ขยายความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติต่อตนเองและพฤติกรรมใหม่ เกิดเป็นความเข้าใจว่าการไร้ความสามารถของตนขึ้นอยู่กับความสามารถที่จะควบคุม

สถานการณ์ การให้ความช่วยเหลือให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการช่วยเหลือตนเองให้ได้ทีละเล็กทีละน้อยนี้จะช่วยสร้างความมั่นใจและเชื่อมั่น เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง (self esteem) ขยายไปสู่การปรับตัวด้านอื่นๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยต่อไป

ภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า เกิดได้ตั้งแต่ช่วงแรกหลังบาดเจ็บพบถึงร้อยละ 30 ของผู้ป่วยที่รักษาตัวในโรงพยาบาล (Hoffman, Bombardier, Graves, Kalpakjian, & Krause, 2011) และหลังจากออกจากโรงพยาบาล ภาวะซึมเศร่ายังคงดำเนินอยู่ในอัตราร้อยละ 18-29 (Craig, Tran, & Middleton, 2009; Fullerton, Harvey, Klein, Howell, 1981) และเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 25-30 เมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน (O'Shea & Smedema, 2014) ส่วนผลการศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังที่เข้ารับการรักษาและตรวจติดตามผลที่ศูนย์ผู้บาดเจ็บกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร่าร้อยละ 39.3 (Cholavech Chavasiri, Nopchanok Sukprasert & Srinual Chavasiri, 2019) ทั้งนี้ แม้ภาวะซึมเศร่าถือเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการปรับตัวของผู้บาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลัง แต่หากปล่อยให้เกิดขึ้นในผู้ป่วยนานโดยไม่ทำการประเมินเพื่อรับการรักษาที่ถูกต้องจะกลายเป็นโรคซึมเศร่า ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว

นักจิตวิทยาควรประเมินความผิดปกติ เช่น โรคซึมเศร่า (Major depressive disorder) และการพยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเอง (Suicidal attempt and Suicidal gesture) เป็นต้น โดยใช้หลักการประเมินทางจิตวิทยา ใช้วิธีการสังเกต สัมภาษณ์ หรือเครื่องมือ

ทางจิตวิทยาช่วยในการประเมินให้พบตั้งแต่ช่วงฟื้นฟูระยะเฉียบพลันและประเมินติดตามเป็นระยะจนถึงช่วงเตรียมการจำหน่าย เพื่อให้การรักษาหรือส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญต่อไป

บทบาทหน้าที่นักจิตวิทยาการปรึกษาในการดูแลฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและครอบครัว

นักจิตวิทยาการปรึกษา มีบทบาทหน้าที่ในการประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ และความสามารถในการปรับตัว ตลอดจนใช้กระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยาสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเผชิญปัญหาหลังเกิดการบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลัง ทำการประเมินตั้งแต่สุขภาพจิตโดยรวมและความเสี่ยงต่อปัญหาทางด้านจิตใจต่างๆ เช่น ประเมินบุคลิกภาพ ความสามารถในการปรับตัวในอดีต ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม (social support) ความเชื่อ ทศนคติต่อความพิการ และความคาดหวังต่ออนาคตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว วิธีคิดในการจัดการปัญหา ปัญหาทางสุขภาพอื่นๆ ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต/การใช้ยาทางจิตเวช การใช้ยาเสพติด การประเมินจะช่วยให้เข้าใจถึงผลของการได้รับบาดเจ็บต่อสภาพจิตใจ ความรู้สึก และการแปลความหมายของความพิการของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว อาจใช้การสัมภาษณ์ร่วมกับการศึกษาทำความเข้าใจระเบียบประวัติผู้ป่วย โดยสามารถสรุปบทบาทหน้าที่นักจิตวิทยาการปรึกษาและแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและครอบครัวเป็นตารางแบ่งตามระยะของการเจ็บป่วย ได้ดังนี้

ตารางที่ 1 บทบาทหน้าที่นักจิตวิทยาการศึกษาในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและครอบครัว

ระยะการเจ็บป่วย	ปัญหาด้านจิตใจ	เป้าหมายการดูแล	บทบาท/หน้าที่นักจิตวิทยา
แรกรับ/ระยะเฉียบพลัน	ผู้ป่วย: กลัว วิตกกังวล เกี่ยวกับการบาดเจ็บ อัมพาต ความพิการ และการรักษา ครอบครัว: วิตกกังวลถึงอันตรายต่อชีวิต การสูญเสียผู้ป่วย ไม่เข้าใจอาการหลังได้รับบาดเจ็บ การสูญเสียความสามารถ หรือการมีความพิการของผู้ป่วย	ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบจากโรคที่เป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบทางด้านจิตใจ	- ประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์การรับรู้หลังแพทย์แจ้งข่าวร้าย การยอมรับสภาพความเจ็บป่วย ตลอดจนความคาดหวัง การปรับตัวของทั้งผู้ป่วยและญาติ - ให้กำลังใจ ให้ความรู้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบด้านจิตใจจากการบาดเจ็บแก่ผู้ป่วยและญาติ - ช่วยเหลือในการปรับตัว ของญาติทำความเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ข้อจำกัด ความสามารถปัจจุบัน การเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว เป็นต้น
ระยะก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล	ผู้ป่วย: กลัว วิตกกังวล ไม่เชื่อมั่นว่าครอบครัวดูแลได้ดีเท่าที่โรงพยาบาล ครอบครัว: ไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน	ลดความกลัว ความวิตกกังวล เพิ่มความมั่นใจในตนเองในการนำความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องกลับไปดูแลรักษาตัวต่อที่บ้านทั้งผู้ป่วยและญาติ	- ประเมินปัญหา ความต้องการแท้จริง รวมถึงความเสี่ยงต่างๆ และเตรียมความพร้อมด้านจิตใจเพื่อการรับมือปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นตามมาหลังจากกลับบ้าน ช่วยให้เกิดความมั่นใจกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต - กระตุ้นการมีบทบาทในการวางแผนจำหน่ายร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหสาขาวิชาชีพ - ประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัว ทักษะการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ใช้วิธีการครอบครัวบำบัด (family therapy) ช่วยให้ครอบครัวเข้าใจและยอมรับ กล้าเผชิญหน้ากับความพิการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
ระยะติดตามการรักษา	ผู้ป่วย: ซึมเศร้า สูญเสียสถานภาพ รู้สึกเป็นภาระ ต้องพึ่งผู้อื่นมากขึ้น คุณภาพชีวิตไม่ดี ครอบครัว: รู้สึกเป็นภาระ (Burden) ที่ต้องดูแลผู้ป่วย	ผู้ป่วยและครอบครัวมีสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงปกติที่สุด	- ประเมินติดตามสุขภาพจิต (เช่น ภาวะซึมเศร้า) คุณภาพชีวิต และความสามารถแสวงหาความช่วยเหลือด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว - ติดตามดูแลความสามารถในการดำรงชีวิตในชุมชน สังคม กระตุ้นการกลับไปมีส่วนร่วมในชุมชน จัดกิจกรรมกลุ่มที่เป็นประโยชน์ต่อทักษะการเข้าสังคมผ่านหน่วยเตรียมความพร้อมคืนสู่สังคม (Free Bird Unit) - ติดตามดูแลการปฏิบัติของญาติต่อผู้ป่วยและความสามารถในการดูแลผู้ป่วย หรือปัญหาอื่นๆ อันเนื่องมาจากความพิการ เช่น ความเครียดในครอบครัว ปัญหาหย่าร้าง เป็นต้น

สรุป

การดูแลและฟื้นฟูสภาพจิตใจผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและครอบครัวโดยนักจิตวิทยาการศึกษามีความจำเป็นและสำคัญ นักจิตวิทยาการศึกษามิให้การฟื้นฟูทันทีหลังจากที่ผู้ป่วยผ่านพ้นช่วงวิกฤติและกระทำอย่างต่อเนื่องโดยใช้กระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในการประเมินช่วยเหลือ เยียวยา ป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นในจิตใจ และพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยที่มีความพิการหลงเหลือหลังได้รับบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลัง ร่วมกับความรู้ ความเข้าใจสภาพจิตใจและปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสูญเสียของผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลัง รวมถึงความเข้าใจปัจจัยที่มีผลต่อการปรับสภาพจิตใจของผู้ป่วยแต่ละราย นำไปสู่การเฝ้าระวัง ป้องกันการเกิดปัญหาทางจิตใจที่พบได้บ่อยในผู้ป่วย คือ ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ตลอดจนการทำความเข้าใจผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นได้กับครอบครัวของผู้ป่วยเพราะครอบครัวมีส่วนสำคัญที่จะช่วยเหลือและให้ความร่วมมือเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว ทั้งนี้ เป้าหมายสูงสุดของ

การฟื้นฟู คือ การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพที่ใกล้เคียงกับสภาพปกติมากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ โดยผู้ป่วยมีความสามารถในการใช้ทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิตให้ได้ดีที่สุดหรือเทียบเท่าความสามารถก่อนการได้รับบาดเจ็บจนสูญเสียความสามารถนั้น การได้รับการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านจิตใจโดยนักจิตวิทยาการปรึกษาไม่ควรจำกัดอยู่เฉพาะวิธีการใดวิธีการหนึ่ง เพราะสถานการณ์ของผู้ป่วยแต่ละคนที่แตกต่างกันไป นักจิตวิทยาการปรึกษาจึงต้องทำการผสมผสานเทคนิคและวิธีการแนวทางการช่วยเหลือตามความเชี่ยวชาญและประสบการณ์เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ตลอดจนให้การฟื้นฟูอยู่บนพื้นฐานของการร่วมมือจากบุคลากรหลายฝ่ายเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการฟื้นฟู ทั้งหมดนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยก้าวข้ามอุปสรรคที่เป็นข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต พัฒนาศักยภาพของตนเองให้ถึงจุดสูงสุดตามระดับความสามารถ เกิดการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งนอกจากจะเป็นผลดีต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว การกลับไปมีส่วนร่วมในชุมชนและสังคมของผู้ป่วยอาจทำประโยชน์เกิดเป็นพลังของชุมชนได้อีกครั้ง

เอกสารอ้างอิง

- Arango-Lasprilla, J.C., Ketchum, J.M., Starkweather, A., Nicholls, E., & Wilk, A.R. (2011). Factors predicting depression among persons with spinal cord injury 1 to 5 years post injury. *Neurorehabilitation*, 29, 9-21.
- Chavasiri, S., Sukprasert, N., & Chavasiri, C. (2018). The incidence of Anxiety and Depression in Patients with Spinal Injury at Siriraj Spinal Unit. *The Thai Journal of Orthopaedic Surgery*, 42(1-2), 10-17.
- Chavasiri, C., Sukprasert, N., & Chavasiri, S. (2019, January). Depression and quality of life in spinal cord injury patients living in the community after hospital discharge. *Siriraj Medical Bulletin*, 72(1). Retrieved from <http://www.smj.si.mahidol.ac.th/sirirajmedj/index.php/smj/article/view/2862>
- Chotigavanichaya, C. (2005). What's new in the management of spinal injury. In C. Chavasiri, A. Unnanantana & P. Klomjaiyen (Eds.), *Multidisciplinary approach to spinal injured patients*. (p.76-82). Bangkok: Ruenkaew.
- Craig, A., Tran, Y., & Middleton, J. (2009). Psychological morbidity and spinal cord injury: a systematic review. *Spinal Cord*, 47, 108-14.
- Daensil, P. (2013). *To The Breadth of Mind: On The Road of Mind Healing in Buddhist Way* Bangkok: Komol Keem Thong.
- Dejnuntarat, K. (2005). Counseling is Human Development. In C. Chavasiri, A. Unnanantana & P. Klomjaiyen (Eds.), *Multidisciplinary approach to spinal injured patients*. (p.127-132). Bangkok: Ruenkaew.

- Elfström, M.L., Kreuter, M., Rydén, A., Person, L.O., & Sullivan, M. (2003). Linkages between coping and psychological outcome in the spinal cord lesioned: development of SCL-related measures. *Spinal cord*, 40, 23-9.
- Fullerton, D.T., Harvey, R.F., Klein, M.N., Howell, T. (1981). Psychiatric disorders in patients with spinal cord injuries. *Archives of General Psychiatry*, 38, 1369-1371.
- Hoffman, J.M., Bombardier, C.H., Graves, D.E., Kalpakjian, C.Z., & Krause, J.S. (2011). A longitudinal study of depression from 1 to 5 years after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*, 92, 411-8.
- Kinson, R., Tan, J., Hussain, D., Looi, P.S., & Tan, L. (2017). Psychological distress following spinal cord injury. *European Psychiatry*, 41, 465-520.
- Kovindha, A. (2016). *Textbook of spinal cord injury: comprehensive rehabilitation Vol. 3 Towards independent living*. Chiang mai: Thanakit.
- Krause, J.S., Kemp, B., & Coker, J. (2000). Depression after spinal cord injury: relation to gender, ethnicity, aging, and socioeconomic indication. *Arch Phys Med Rehabil*, 81.
- Mehaidat, M., Naheyah, A., & Al-Ghuweri, A. (2005). Anxiety and depression symptoms among paraplegic patients. *Neurosciences*, 10(1), 112-113.
- Mueanchoo, S. Keeratiyutawong, P. & Wachirawut, W. (2016). Predictive Factors in Stress-Coping Ability of Caregivers of Spinal Cord Injury Patients. *Thai Journal of Nursing Council*, 31(1), 124-136.
- O'Shea, A., & Smedema, S.M. (2014). Understanding depressive symptoms among individuals with spinal cord injuries: A biopsychosocial perspective. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 58, 20-28.
- Punyapas, S. (2016). Practical points in child and adolescent consultation-liaison psychiatry. In S. Chantakarn, W.Ratthaapha, K. Wannarit & N. Saisavoey (Eds.), *Siriraj consultation-liaison psychiatry: psychiatry in the medically ill*. (p.11-18). Bangkok: Prayoonsanthai.
- Saisavoey, N. (2016). Coping with stress and illness. In S. Chantakarn, W.Ratthaapha, K. Wannarit & N. Saisavoey (Eds.), *Siriraj consultation-liaison psychiatry: psychiatry in the medically ill*. (p.19-33). Bangkok: Prayoonsanthai.
- Scivoletto, G., Petrelli, A., Dilucente, L., & Castellano, V. (1997). Psychological investigation of spinal cord injury patients. *Spinal cord*, 35, 516-20.
- Tresirichod, T. (2018, July 20). *Chapter 4 Western and Eastern culture*. Retrieved from <https://www.slideshare.net/TeeTre/4-77330178>
- Unnanantana, A. (2005). Establishment of the SPINAL UNIT and roles in patient care. In C. Chavasiri, A. Unnanantana & P. Klomjaiyen (Eds.), *Multidisciplinary approach to spinal injured patients*. (p.1-6). Bangkok: Ruenkaew.