

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นโรคที่มีอัตราการเกิดโรคและอัตราการตายสูงซึ่งสามารถพบได้ทั้งในเพศชายและเพศหญิง และในทุกช่วงอายุ ถือเป็นปัญหาหลักทางสาธารณสุขของประเทศไทย ในปี 2547 พบว่าการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดจากประชากร 62,526,693 คน มีจำนวน 16,766 คน คิดเป็นอัตราต่อแสนประชากรเท่ากับ 26.82 ประชากร และป่วยด้วยโรคหัวใจ 279,966 คน คิดเป็นอัตราต่อแสนประชากรเท่ากับ 492 ประชากร จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ในแต่ละปีประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคหัวใจเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลราว 100,000 คน และมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นราว 21,700 คน (สมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ, 2549) จากสถิติการผ่าตัดหัวใจในประเทศไทยของปี 2549 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดหัวใจถึง 11,289 ราย และจากสถิติการผ่าตัดเพื่อรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจของศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปี 2549 พบว่ามีจำนวนทั้งสิ้น 1,293 ราย (สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย, 2550)

การเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจ ส่งผลต่อระบบไหลเวียนเลือดในร่างกายทำให้เลือดเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ลดลง ผู้ป่วยจึงมีอาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย เจ็บหน้าอก ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ผลของความเจ็บป่วยที่รุนแรงไม่เพียงแต่เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายของผู้ป่วยเท่านั้น ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวทำให้เกิดความเครียดความวิตกกังวล และความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย (ศรีัญญา คริ่งมี, 2543)

แนวทางการรักษาโรคหัวใจประกอบไปด้วย 3 แนวทางหลัก ๆ คือ การป้องกัน การใช้ยา และการผ่าตัด โดยแพทย์จะพิจารณาตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาทางยาก่อน เมื่อข้อบ่งชี้เหมาะสมแพทย์จะพิจารณาให้ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด ซึ่งนับเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตและช่วยให้ชีวิตของผู้ป่วยยืนยาวขึ้น มีส่วนสำคัญที่จะแก้ไขความผิดปกติที่มีอยู่และ/หรือช่วยบรรเทาอาการ (อัจฉรา เศษฤทธิ์พิทักษ์, 2540) รวมทั้งช่วยป้องกันการเสียชีวิตจากการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือด ซึ่งการผ่าตัดถือเป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะวิกฤตทางอารมณ์ โดยพบว่าเป็นเหตุการณ์ที่คุกคามต่อจิตใจของบุคคลที่ต้องเผชิญ (พรทิพย์ บุญพวง และคณะ, 2541) รวมทั้งเกิดความวิตกกังวล และความกลัวเกี่ยวกับการผ่าตัด (สมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ, 2549)

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจะมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นเป็นระยะตั้งแต่ระยะที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจซึ่งต้องได้รับการรักษาทางยาอย่างต่อเนื่อง และเมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าต้องรับการรักษาด้วยการผ่าตัด จากการศึกษาของ Rymaszewska, Kiejna, and Hadrys (2003) พบว่า ในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยจะมีระดับความวิตกกังวลสูงกว่าในระยะหลังผ่าตัด และระยะติดตามผลโดยความวิตกกังวลในระยะก่อนผ่าตัดจะแสดงออกมาในรูปของความกลัว ซึ่งความกลัวที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยแต่ละรายนั้นจะมีความแตกต่างกัน อาทิเช่น บางคนกลัวความจริงจากการถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคนั้น ๆ กลัวการได้ยาระงับความรู้สึก กลัวแพ้ยา กลัวไม่ฟื้น กลัวตาย กลัวความเจ็บปวดที่จะเกิดขึ้น กลัวพิการ กลัวสูญเสียภาพลักษณ์ สงสัยในขั้นตอนการผ่าตัด ไม่คุ้นเคยกับการเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลปรับตัวยาก กลัวตกงาน กลัวสูญเสียรายได้ เป็นห่วงครอบครัว กลัวสูญเสียบทบาทหน้าที่ในด้านการทำงาน (สมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ, 2549) และความวิตกกังวลยังอาจเกิดขึ้นจากการเลื่อนผ่าตัดหรือการไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสภาพหลังผ่าตัด (Wull and Hong, 1982 อ้างถึงใน อูราวดี เจริญไชย, 2541) อีกทั้งการที่ถูกแยกจากครอบครัว การจำกัดเวลาเยี่ยม สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยประเมินว่าเป็นสิ่งคุกคามและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ทำให้มีความวิตกกังวลสูงขึ้น มีความสามารถในการรับรู้ข้อมูลลดลง อาจถึงขั้นอาการทางจิต เช่น นอนไม่หลับ สูญเสียการรับรู้ หวาดระแวง หรือหูแว่ว เป็นต้น (Shafer et al., 1975 อ้างถึงใน อภิญญา วงษ์พิริยโยธา, 2535) นอกจากนี้ ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มีอยู่ในระยะก่อนผ่าตัดนั้นส่งผลกระทบต่อการตอบสนองทางสรีรวิทยาในระยะหลังผ่าตัด จากการศึกษาของ คีเอลท์ (1990, อ้างถึงใน วรมนต บำรุงสุข, 2548) พบว่า ระดับความวิตกกังวลที่สูงขึ้นในระยะก่อนผ่าตัด มีผลเพิ่มการกระตุ้นการตอบสนองของต่อมไร้ท่อต่อการผ่าตัด และทำให้การกลับฟื้นคืนสู่สภาวะปกติยาวนานออกไป สอดคล้องกับ แมคคลินและคณะ (1990 อ้างถึงใน วรมนต บำรุงสุข, 2548) พบว่าผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลในระยะก่อนผ่าตัดจะมีสารเคทีโคลามีน ออกมาทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบและเกิดการเปลี่ยนแปลงฤทธิ์ของยาสลบได้

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า ความวิตกกังวลในผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดหัวใจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งส่งผลกระทบต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด เนื่องจากความวิตกกังวลมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย ไม่ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามแผนการรักษาก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา อันเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น และเพิ่มอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ซึ่งปัจจัยนี้ยังส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายและค่าเดินทางในการรักษาพยาบาลด้วย Noto, Sato, Kudo, Kurata, and Hirota (2005) ได้ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของระดับความวิตกกังวลและการอัตราการเดินของหัวใจ พบว่า ระดับความวิตกกังวลที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับอัตราการเดินของหัวใจสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อันส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดยาวนานขึ้น และจากการศึกษาของ

Rymaszewska et al. (2003) พบว่า ระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้นในระยะก่อนผ่าตัดหัวใจ สามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดได้ รวมทั้งให้ข้อเสนอว่า การให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันผลกระทบทางด้านจิตใจ สามารถลดสภาวะความตึงเครียดทางอารมณ์ ลดการใช้ยา และลดภาระเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Deyirmenjian, Karamb, and Salameh (2006) ได้เสนอว่า การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดสามารถลดระยะเวลาในการถอดเครื่องช่วยหายใจได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นนอกจากการรักษาทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยพึงได้รับแล้ว การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจของผู้ป่วยเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่บุคลากรทางสุขภาพพึงปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดวิกฤติทางอารมณ์ (พรทิพย์ บุญพวง และคณะ, 2541) และการฟื้นฟูสภาพที่เร็วขึ้นภายหลังผ่าตัด

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การช่วยเหลือเพื่อลดความวิตกกังวลสำหรับผู้ป่วยที่มีสภาวะวิตกกังวลในปัจจุบันมี 2 แนวทางหลัก คือ การใช้ยาและไม่ใช้ยา แต่เนื่องจากการใช้ยาเพียงอย่างเดียวไม่สามารถแก้ไขปัญหาทั้งหมดของผู้ป่วยได้ ดังนั้นจะต้องมีการผสมผสานวิธีการอื่นร่วมด้วย โดยเฉพาะแนวทางที่มุ่งให้ผู้ป่วยมีการช่วยเหลือตนเอง และเรียนรู้การจัดการหรือเผชิญกับปัญหาที่เหมาะสม อาทิเช่น การเผชิญความเครียดหรือความวิตกกังวลโดยตรงหรือการเผชิญความเครียดหรือความกังวลโดยทางอ้อม หรืออาจเรียกได้ว่าการเรียนรู้เกี่ยวกับความวิตกกังวล ซึ่งหมายถึง การช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาตอบสนองของตนเอง เมื่อเกิดความวิตกกังวล ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยค้นหาสาเหตุ หรือสิ่งคุกคามต่อตนเอง โดยการแสวงหาหนทางร่วมกันในการพยายามลดสิ่งคุกคามนั้นๆ หรือปรับเปลี่ยนการรับรู้ของผู้ป่วยต่อสิ่งคุกคามนั้น และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลือกใช้วิธีเผชิญต่อความวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการช่วยผู้ป่วยค้นหาวิธีการเผชิญปัญหาที่ผู้ป่วยเคยใช้แล้ว ได้ผลดี และสอนวิธีการเผชิญปัญหาใหม่เพิ่มเติม (กนกวรรณ ทาสอน, 2545)

การให้คำปรึกษาถือเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ได้รับการยอมรับว่าสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลได้ ซึ่งเป็นวิธีการที่ช่วยให้บุคคลค้นพบ รู้จัก เข้าใจยอมรับ และพัฒนาตนเอง เป็นการแสดงออกถึงความห่วงใย ความเอื้ออาทร ความเอาใจใส่ ความเมตตาปราณี การช่วยเหลืออย่างบริสุทธิ์ใจ การร่วมรับทุกข์ การเป็นที่ระบายทุกข์ ช่วยเหลือมนุษย์ให้สามารถช่วยเหลือตนเองและพึ่งพาตนเองได้ โดยอาศัยสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา (พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา, 2543) การให้คำปรึกษาสามารถแบ่งตามจำนวนของผู้รับบริการได้เป็น 2 ประเภทคือ การให้คำปรึกษารายบุคคล และการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ซึ่งการเลือกให้การให้คำปรึกษาแบบใดนั้นขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้รับบริการ สถานการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้น (มัลลวีร์ อดุลวัฒน์ศิริ, 2552) สำหรับในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจ ผู้วิจัยเห็นว่าการให้คำปรึกษารายบุคคลมีความเหมาะสมกับ

สถานการณ์และปัญหาของผู้ป่วยมากกว่าการให้คำปรึกษากลุ่ม ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยแต่ละรายจะได้รับการนัดวันผ่าตัดที่แตกต่างกัน และสาเหตุของความวิตกกังวลแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับ การรับรู้และประสบการณ์ในอดีต อีกทั้งความวิตกกังวลถือเป็นปัญหาทางอารมณ์อย่างหนึ่ง (พรทิพย์ บุญพวง และคณะ, 2541) สอดคล้องกับ มัลลวีร์ อคฺลวัฒนศิริ (2552) ซึ่งกล่าวว่า การให้คำปรึกษารายบุคคลเหมาะสำหรับปัญหาส่วนตัวที่ลึกซึ้งและมีปัญหาทางอารมณ์ร่วมด้วย นอกจากนี้เจียรนัย ทรงชัยกุล (2542) ยังกล่าวว่าการประสงค์เฉพาะ ของการให้คำปรึกษารายบุคคลขึ้นอยู่กับปัญหา และความ ต้องการรับความช่วยเหลือของผู้รับคำปรึกษาแต่ละราย โดยทั่วไปวัตถุประสงค์เฉพาะของการให้คำปรึกษารายบุคคลมักจะครอบคลุมการช่วยให้ผู้รับบริการมีความสามารถ หรือมีทักษะในการแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม ตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง และช่วยให้ผู้รับบริการเรียนรู้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์ ซึ่งทฤษฎีที่ถูกนำมาใช้การให้คำปรึกษาสำหรับผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลมีหลากหลายวิธี อาทิเช่น ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรม ทฤษฎีการยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ทฤษฎีเผชิญความจริง ทฤษฎีพิจารณาเหตุผล และอารมณ์ และทฤษฎีเกสโตล เป็นต้น

ความวิตกกังวลในผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดหัวใจดังที่กล่าวมาข้างต้น จะพบว่า ผู้ป่วยแต่ละรายมีความวิตกกังวลที่แตกต่างกัน ซึ่งการให้คำปรึกษาโดยใช้เพียงทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งนั้น มีข้อจำกัดเกินไป อาจไม่สามารถตอบสนองความต้องการหรือปัญหาของผู้ป่วยแต่ละบุคคล หรือแต่ละช่วงเวลาได้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาตามแนวทฤษฎีผสมผสาน โดยประกอบไปด้วย 3 ทฤษฎีคือ ทฤษฎีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ทฤษฎีเผชิญความจริง และทฤษฎีการปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรม ในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย โดยเห็นว่าทฤษฎีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เป็นทฤษฎีที่เหมาะสมสำหรับช่วงเริ่มต้นของการให้คำปรึกษา ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาจะต้องสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เคร่งเครียด คลายจากความรู้สึกถูกคุกคามด้านจิตใจ จะได้กล้าพิจารณาตนเอง และสภาพการณ์ต่าง ๆ อย่างถูกต้องต่อความเป็นจริงได้ โดยทฤษฎีนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกนึกคิดสอดคล้องกับความเป็นจริง ลดการบิดเบือน มีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น เกิดกำลังใจ สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ในปัจจุบันผู้วิจัยหลายคนได้นำทฤษฎีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางไปใช้เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยประเภทต่างๆ ดังเช่นการศึกษาของ ปริญา พุประเสริฐศักดิ์ (2546) ที่ได้ศึกษาถึงผลของการให้การปรึกษาต่อความวิตกกังวลของสตรีก่อนได้รับการผ่าตัดมดลูก ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับการให้คำปรึกษากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นอกจากนี้ ยังมีการนำทฤษฎีนี้ไปใช้กับผู้ป่วยติดเชื้อ เอช ไอ วี เพื่อลดความวิตกกังวล โดย

ภัทรารวรรณ มณีสาคร (2540) ทำการศึกษาเรื่องผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่มีต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการให้คำปรึกษาผู้ป่วยมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และคะแนนที่เปลี่ยนแปลงของกลุ่มทดลองมีมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สำหรับทฤษฎีเผชิญความจริง เป็นทฤษฎีที่เน้นถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากกว่าอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติ อีกทั้งยังถือได้ว่าเป็นรูปแบบหนึ่งของการปรับพฤติกรรม โดยผู้ให้คำปรึกษาจะสนทนากับผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาพการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักในพฤติกรรมของตนเอง สามารถพิจารณาสิ่งถูกสิ่งผิด สิ่งที่ดีควรทำหรือพึงละเว้น ตลอดจนสามารถวางโครงการเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นว่าบุคคลจะสามารถแก้ปัญหาของตนได้ถ้าเขาเผชิญสภาพความเป็นจริง พิจารณาส่งต่าง ๆ ตามความเป็นจริง และตระหนักถึงความจริง (พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา, 2543) โดยทฤษฎีการเผชิญความจริงถือเป็นอีกหนึ่งทฤษฎีของการให้คำปรึกษาที่ได้รับการยอมรับว่าสามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยได้ รัตนาภรณ์ อินทร์ยา (2548) ทำการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลตามหลักทฤษฎีการบำบัดแบบเผชิญความจริงกับตามหลักทฤษฎีการบำบัดแบบเกสต่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ทำการฟอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีการบำบัดแบบเผชิญความจริงมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงภายหลังได้รับการให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังมีผู้สนใจนำทฤษฎีนี้ไปใช้เพื่อลดความวิตกกังวลสำหรับญาติของผู้ป่วย โดย ประไพรัตน์ ประดา (2548) ศึกษาถึงผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริงเพื่อลดความวิตกกังวลของบิดามารดา ที่บุตรได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับการให้คำปรึกษาบิดามารดาที่มีความวิตกกังวลโดยรวม ทั้งทาง ร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรม เป็นทฤษฎีที่มุ่งให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิถีคิดใหม่ และประพฤติกปฏิบัติใหม่ต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล รวมทั้งช่วยให้เห็นว่าผู้ป่วยมีการตอบสนองที่ไม่ถูกต้อง ทั้งในด้านความนึกคิดและพฤติกรรม เพื่อช่วยให้การตอบสนองได้อย่างเหมาะสมขึ้นตามข้อมูล และวิถีคิดที่สมคูลกว่าเดิม และช่วยให้ผู้ป่วยฝึกหัดเพื่อเรียนรู้ว่าประสบการณ์ของตนนั้นเกี่ยวข้องกับความคิดที่บิดเบือนอย่างไร อีกทั้งช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักว่าเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความคิดของเขามีปัญหาต่อตนเองอย่างไร โดยผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิถีคิดแบบใหม่ที่เหมาะสมกว่าเดิม ซึ่งทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายว่าสามารถนำไปใช้เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยประเภทต่าง ๆ ได้ ดังเช่นการศึกษาของ จุฑารัตน์ ทองสลับ (2551) ศึกษาถึงผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลโดย

ใช้แนวความคิดปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ผลการศึกษาพบว่า ระดับความวิตกกังวลปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวของผู้ป่วยหลังการบำบัดและในระยะติดตามผลการบำบัด 1 เดือน มีระดับลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ฌูซุอิพร ซัยประทาน (2547) ที่ทำการศึกษาเรื่องผลของการให้การปรึกษารายบุคคล โดยใช้แนวความคิดปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกผ่อนคลายใจ และการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรควิตกกังวล ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน และความวิตกกังวลประจำตัวผู้ป่วยลดลงน้อยกว่าก่อนบำบัดภายหลังการทดลอง และในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษาและการให้คำปรึกษา คณะศึกษาศาสตร์ และจากประสบการณ์ในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจของผู้วิจัยซึ่งเป็นนักกายภาพบำบัดที่ต้องให้การฟื้นฟูผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังผ่าตัด พบว่า ปัจจุบันยังไม่มีรูปแบบการให้คำปรึกษาที่เหมาะสมต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ และจากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมายังแสดงให้เห็นว่าความวิตกกังวลในระยะก่อนผ่าตัดส่งผลกระทบต่ออาการตอบสนองหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพภายหลังการผ่าตัดได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ โดยเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลใน 3 ช่วงเวลาคือ 1) เปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนรับการให้คำปรึกษาและเมื่อสิ้นสุดการให้คำปรึกษา 2) เปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนรับการให้คำปรึกษาและภายหลังการผ่าตัด 3 วัน และ 3) เปรียบเทียบความวิตกกังวลเมื่อสิ้นสุดการให้คำปรึกษาและภายหลังการผ่าตัด 3 วัน อันจะนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบการให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ รวมทั้งการดูแลจัดการผู้ป่วยอย่างครอบคลุมส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพของการบริการต่อไป

2. คำถามการวิจัย

การให้คำปรึกษารายบุคคลจะช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ได้หรือไม่

3. วัตถุประสงค์

3.1 เพื่อเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยก่อนได้รับการให้คำปรึกษาและเมื่อสิ้นสุดการให้คำปรึกษา

3.2 เพื่อเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยก่อนได้รับการให้คำปรึกษาและภายหลังการผ่าตัด 3 วัน

3.3 เพื่อเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยเมื่อสิ้นสุดการให้คำปรึกษา และภายหลังการผ่าตัด 3 วัน

3.4 เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมเมื่อสิ้นสุดการให้คำปรึกษา

3.5 เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมภายหลังการผ่าตัด 3 วัน

4. สมมติฐานการวิจัย

4.1 เมื่อสิ้นสุดการให้คำปรึกษา ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษา มีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับการให้คำปรึกษา

4.2 ภายหลังการผ่าตัด 3 วัน ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษา มีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับการให้คำปรึกษา

4.3 ภายหลังการผ่าตัด 3 วัน ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษา มีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่าระยะสิ้นสุดการให้คำปรึกษา

4.4 เมื่อสิ้นสุดการให้คำปรึกษา ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษา มีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่า กลุ่มควบคุม

4.5 ภายหลังการผ่าตัด 3 วัน ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษา มีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่า กลุ่มควบคุม

5. ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่มาเข้ารับการผ่าตัดหัวใจ ณ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ระหว่างเดือน เมษายน - กรกฎาคม 2553 โดยมีคุณสมบัติดังนี้

5.1 มีสติสัมปชัญญะดี สามารถฟังภาษาไทยได้รู้เรื่องและเข้าใจได้ถูกต้อง

5.2 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 3 วัน ก่อนผ่าตัด

5.3 มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป

5.4 มาเข้ารับการผ่าตัดเป็นครั้งแรก

5.5 ผู้ป่วยมีความยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

6. ความหมายหรือนิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 ความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ หมายถึง ความรู้สึกทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในที่ได้รับการผ่าตัด อันเป็นผลมาจากความกลัว และการเผชิญกับสิ่งที่บุคคลประเมินว่าเป็นสิ่งคุกคามและเป็นอันตรายต่อตนเอง ซึ่งสามารถประเมินได้โดยแบบวัดความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ ซึ่งผู้วิจัยแปลและพัฒนามาจาก Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ตัวเลือก (Likert scale) แปลผลโดยการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย 5 ระดับ หากค่าที่ได้มีค่าสูงแสดงว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูง แบบวัดนี้แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) ความกลัวเกี่ยวกับอาการแสดงของโรคหัวใจ 2) การหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ผู้ป่วยเชื่อว่าจะกระตุ้นให้เกิดอาการของโรคหัวใจ 3) การใส่ใจเกี่ยวกับตัวโรค

6.2 การให้คำปรึกษารายบุคคล หมายถึง โปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที โดยใช้ทฤษฎีการผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ทฤษฎีเผชิญความจริง และทฤษฎีการปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรม ในการให้คำปรึกษาเพื่อลดความรู้สึกทางอารมณ์ที่เกิดจากความกลัว และการเผชิญกับการผ่าตัดหัวใจ

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 พัฒนารูปแบบการช่วยเหลือ ที่เหมาะสมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ

7.2 ลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากความวิตกกังวลอันส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพได้เร็วขึ้น และช่วยลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลได้