

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดหัวใจ ซึ่งผู้วิจัยได้ค้นคว้า รวบรวมเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอในหัวข้อต่อไปนี้

1. โรคหัวใจและหลอดเลือด
 - 1.1 อุบัติการณ์ของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด
 - 1.2 การผ่าตัดหัวใจ (Cardiac Surgery)
 - 1.3 โรคหัวใจที่ต้องได้รับการผ่าตัด
2. ความวิตกกังวล
 - 2.1 ความหมายของความวิตกกังวล
 - 2.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล
 - 2.3 อาการของความวิตกกังวล
 - 2.4 ประเภทของความวิตกกังวล
 - 2.5 การประเมินความวิตกกังวล
 - 2.6 ความวิตกกังวลของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด
3. การให้คำปรึกษา
 - 3.1 ความหมายของการให้คำปรึกษา
 - 3.2 ความสำคัญของการให้คำปรึกษา
 - 3.3 จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษา
 - 3.4 ประเภทของการให้คำปรึกษา
 - 3.5 การให้คำปรึกษารายบุคคล
 - 3.6 ทฤษฎีการให้คำปรึกษา
 - 3.7 ความสำคัญและบทบาทของการให้คำปรึกษาต่อผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรคหัวใจและหลอดเลือด

1.1 อุบัติการณ์ของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นโรคที่มีอัตราการเกิดโรคและอัตราการตายสูง ซึ่งสามารถพบได้ทั้งในเพศชายและเพศหญิง และในทุกช่วงอายุ ถือเป็นปัญหาหลักทางสาธารณสุขของประเทศไทย ในปี 2547 พบว่าการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดจากประชากร 62,526,693 คน มีจำนวน 16,766 คน คิดเป็นอัตราต่อแสนประชากรเท่ากับ 26.82 ประชากร ป่วยด้วยโรคหัวใจ 279,966 คน คิดเป็นอัตราต่อแสนประชากรเท่ากับ 492 ประชากร จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าในแต่ละปีประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคหัวใจเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลราว 100,000 คน และมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นราว 21,700 คน (สมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ, 2549) และ จากสถิติการผ่าตัดเพื่อรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจของศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปี 2549 พบว่า มีจำนวนทั้งสิ้น 1,293 ราย และเมื่อรวบรวมสถิติการผ่าตัดหัวใจทั้งประเทศพบว่ามีจำนวนถึง 11,289 ราย (สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย, 2550)

1.2 การผ่าตัดหัวใจ (cardiac surgery)

การผ่าตัดหัวใจสามารถแบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ การผ่าตัดหัวใจแบบปิด (Closed heart surgery) และการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Open heart surgery) ซึ่งมีลักษณะสำคัญดังนี้

1.2.1 การผ่าตัดหัวใจแบบปิด (Closed heart surgery) หมายถึง การผ่าตัดที่กระทำต่อหัวใจหรือเส้นเลือดใหญ่ใกล้เคียงบริเวณหัวใจ โดยขณะผ่าตัดหัวใจยังบีบตัวอยู่ตลอดเวลา มีการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงร่างกายตามปกติ

1.2.2 การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Open heart surgery) หมายถึง การผ่าตัดที่กระทำต่อหัวใจหรือเส้นเลือดใหญ่ใกล้เคียงบริเวณหัวใจ ในขณะที่หัวใจไม่ได้ทำหน้าที่ในการสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกาย มีการใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมทำงานแทนหัวใจและปอดของผู้ป่วย

1.3 โรคหัวใจที่ต้องได้รับการผ่าตัด

โรคหัวใจที่จำเป็นต้องรับการผ่าตัด แบ่งออกเป็น 2 ชนิดใหญ่ คือ (1) โรคหัวใจที่เป็นมาแต่กำเนิด (Congenital heart disease) (2) โรคหัวใจที่เกิดขึ้นภายหลัง (Acquired heart disease)

1.3.1 โรคหัวใจที่เป็นมาแต่กำเนิด (Congenital heart disease)

สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสของแม่ในระยะแรกของการตั้งครรภ์ เช่น คางทูม หัดเยอรมัน ซึ่งทำให้การเจริญเติบโตของหัวใจในทารกผิดปกติ โดยโรคหัวใจชนิดนี้แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1.3.1.1 กลุ่มที่มีอาการเขียวแต่กำเนิด (Cyanotic heart disease) ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีการเปลี่ยนแปลงของ Hemodynamic แบบขวาไปซ้าย (Right to left shunt) ส่วนมากมักมี Clubbing ของเล็บมือและเท้า โรคที่พบบ่อยคือ

- 1) Tetralogy of Fallot
- 2) Transposition of great vessels
- 3) Truncus arteriosus
- 4) Tricuspid atresia
- 5) Ebstein's anomaly
- 6) Total anomalous pulmonary venous drainage

1.3.1.2 กลุ่มที่มีอาการเขียวเกิดขึ้นภายหลัง (Late cyanotic heart disease) ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงของ Hemodynamic แบบซ้ายไปขวา (Left to right shunt) และถ้ามี Pulmonary hypertension จะทำให้เขียวได้ โรคที่พบบ่อยคือ

- 1) Ventricular septal defect
- 2) Atrial septal defect
- 3) Persistent ductus arteriosus

1.3.1.3 กลุ่มที่ไม่มีอาการเขียวมาก่อนเลย (Acyanotic heart disease) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่มีทางติดต่อ (Non shunt) แต่มีอาการเขียวตามปลายมือปลายเท้าได้ ถ้าอยู่ในภาวะหัวใจล้มเหลว โรคที่พบบ่อยคือ

- 1) Aortic stenosis
- 2) Pulmonary stenosis
- 3) Coarctation of aorta
- 4) Congenital mitral stenosis

1.3.2 โรคหัวใจที่เกิดขึ้นภายหลัง (Acyanotic heart disease)

โรคหัวใจที่เกิดขึ้นภายหลัง สาเหตุของโรคนี้ได้แก่ Infection, Inflammation, Degenerative change และ Trauma ซึ่งโรคที่พบบ่อยในเมืองไทยได้แก่

- 1.3.2.1 Rheumatic heart disease
- 1.3.2.2 Mitral stenosis, Mitral insufficiency
- 1.3.2.3 Aortic stenosis, Aortic insufficiency
- 1.3.2.4 Constrictive pericarditis
- 1.3.2.5 Aortic aneurysm

1.3.2.6 Cardiomyopathy

1.3.2.7 Traumatic heart disease

1.3.2.8 Ischemic heart disease

2. ความวิตกกังวล

2.1 ความหมายของความวิตกกังวล

สมภพ เรื่องตระกูล (2549) ได้ให้ความหมายของภาวะวิตกกังวลว่า ความกลัวและการคาดหวังถึงอันตรายภายนอกหน้าหรือความทุกข์ยาก ร่วมไปกับความรู้สึกไม่สบายใจหรืออาการทางกายเนื่องจากความตึงเครียด อันตรายที่ผู้ป่วยรับรู้ นั้นอาจเป็นความกลัวจากภายในหรือภายนอก

จำรอง ดิษขวิช และ พร็ิมเพรา ดิษขวิช (2545) ได้ให้ความหมายของภาวะวิตกกังวลว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกเชิงจิตวิสัยอย่างหนึ่งของความไม่สบายใจ และความหวาดหวั่นเกี่ยวกับการคุกคามบางอย่างที่จะมาถึงซึ่งไม่ทราบว่าจะเป็นอะไร การคุกคามมักเกี่ยวข้องกับร่างกาย เช่น มีสิ่งที่ทำให้ร่างกายบาดเจ็บเป็นอันตรายหรือถึงแก่ชีวิตได้

บุญศรี รังสีขจี (2543) ได้ให้ความหมายของภาวะวิตกกังวลว่า เมื่อบุคคลเผชิญภาวะที่เครียด จะมีความรู้สึกถูกคุกคาม กังวล พยายามหลีกเลี่ยง ร่วมกับมีอาการทางร่างกายที่แสดงให้เห็นถึงระบบประสาทอัตโนมัติที่ทำงานมากเกินไป

ปราโมทย์ สุนิษฐ์ และ มาโนช หล่อตระกูล (2540) ได้ให้ความหมายของภาวะวิตกกังวลว่า เป็นความรู้สึกกังวลต่อสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น หรือกังวลต่อสิ่งที่คาดว่าจะไม่สามารถควบคุมหรือให้เป็นไปตามที่คิดได้ ทำให้เกิดปฏิกิริยาเตรียมพร้อม มีอาการตื่นเต้น เครียด ตื่นตัว กลัว ตกใจง่าย

อาภา จันทรสกุล (2535) ได้ให้ความหมายของภาวะวิตกกังวลว่า ความวิตกกังวลเป็นสภาวะที่เกิดความตึงเครียด เกิดความกระวนกระวาย ความหวาดหวั่นขึ้นในจิตใจ เกิดความเร่งรีบ วิตกกังวลถึงเหตุการณ์ที่ยังไม่เกิดขึ้น และอาการกระวนกระวายใจที่แสดงออกมักไม่สมส่วนกับเรื่องที่วิตกกังวล

จากที่กล่าวมาข้างต้นอาจกล่าวได้ว่าความวิตกกังวลหมายถึง สภาวะของความรู้สึกไม่สบายใจ การกระวนกระวายใจ กลัว หวาดหวั่นต่อสิ่งที่มาคุกคามที่ยังไม่เกิดขึ้น และไม่ทราบว่าเป็นอะไร โดยบุคคลจะกังวล และพยายามหลีกเลี่ยง ร่วมกับมีอาการทางร่างกายที่แสดงให้เห็นถึงระบบประสาทอัตโนมัติที่ทำงานมากขึ้น



2.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล

2.2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์

Freud เป็นบุคคลแรกที่ทำให้ความสำคัญกับความวิตกกังวลและแยกให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่าง ความวิตกกังวลเชิงวัตถุวิสัย (Objective anxiety) และความวิตกกังวลเชิงโรคนประสาท (Neurotic anxiety) โดยความวิตกกังวลประการแรกเป็นการตอบสนองอย่างแท้จริง และมีเหตุผลต่ออันตรายที่ได้รับรู้ในสิ่งแวดล้อมนั้นๆ Freud ได้ให้ทัศนะว่า Objective anxiety มีความหมายเช่นเดียวกับความกลัว (Fear) ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน คือ อันตรายจากภายนอกจริงๆ รับรู้ว่าเป็นอันตรายนั้นเป็นอันตรายต่อร่างกายและจิตใจ และการตอบสนองทางอารมณ์ต่อความวิตกกังวล ส่วน Neurotic anxiety เกิดจากความขัดแย้งในจิตไร้สำนึก ไม่มีสิ่งคุกคามจากภายนอกที่เห็นได้ชัด (จำรอง ดิชชวณิช และ พร็ัมเพรา ดิชชวณิช, 2545) โดยที่อันตรายนั้นมาจากภายในในรูปแบบของแรงกระตุ้นตามสัญชาตญาณซึ่งถูกเก็บกดเอาไว้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549)

2.2.2 ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม

ทฤษฎีพฤติกรรมนิยมแบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ชนิดคือ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549)

2.2.2.1 Stimulus-oriented หมายถึง สถานการณ์เป็นสิ่งเร้าก่อให้เกิดการตอบสนองทางอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกและสภาวะที่สัมพันธ์กับเหตุการณ์เป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดการตอบสนอง เช่น ภัยพิบัติ สถานการณ์ซึ่งข่มขู่ต่อความเป็นอยู่ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้พฤติกรรมอ่อนแอ และเกิดความวิตกกังวล

2.2.2.2 Response-oriented ทฤษฎีนี้ถือหลักว่าการตอบสนองของความวิตกกังวลจะเหมือนกันไม่ว่าสิ่งเร้าจะเป็นแบบใด โดยอธิบายว่าความวิตกกังวลเป็นสิ่งที่มีมาแต่กำเนิดเกิดขึ้นมาจากการตอบสนองทางชีวประสาท ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนได้ด้วยการเรียนรู้

2.2.3 ทฤษฎีเกี่ยวกับการรู้การเข้าใจ

Bake เชื่อว่าความวิตกกังวลเกิดจากการรับรู้ที่ผิดเกี่ยวกับอันตรายหรือการคาดหวังว่าจะเกิดอันตรายสูงมากเกินความจริง ความหนักเบาของความวิตกกังวล มีสัดส่วนโดยตรงกับความคาดหวังถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับตน

2.3 อาการของความวิตกกังวล

จำรอง ดิชชวณิช และ พร็ัมเพรา ดิชชวณิช (2545) ได้แบ่งอาการโดยทั่วไปที่เกิดจากความวิตกกังวลไว้เป็น 4 กลุ่ม ดังนี้



2.3.1 อาการทางพฤติกรรม (Behavioral symptoms)

ความวิตกกังวลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในแบบอย่างของพฤติกรรมของบุคคลได้ เช่น การหลีกเลี่ยง การผัดวันประกันพรุ่ง การแยกตัวจากเพื่อนฝูงครอบครัว เบื่ออาหาร อารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียว ก้าวร้าว แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลงไป นอนไม่หลับ กระวนกระวาย สะเลย ความรับผิดชอบ ประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานลดลง และเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ

อาการทางพฤติกรรมอย่างอื่นได้แก่ ร้องไห้ เดินไปมา ทูรันทุราย เกาผม กัดเล็บ อยู่ไม่สุข สะดุ้งตกใจง่าย บางคนนั่งซึมอยู่กับที่ไม่ยอมลุกไปไหน ถูกคังคูดโดยสิ่งเร้าภายนอกได้ง่าย และขาดความอดทน เป็นต้น

2.3.2 อาการทางอารมณ์ (Emotion symptoms)

อาการทางอารมณ์ที่พบบ่อยคือ ความกลัว ความหวาดหวั่น ความหงุดหงิด ซึมเศร้า ปฏิเสธความคับข้องใจ ลังเลใจ ไม่กล้าตัดสินใจ รู้สึกว่าควบคุมตนเองไม่ได้ บางคนอาจมีความคาดหวังที่น่าสะพรึงกลัว คิดกลับไปกลับมา ชอบคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะมีเคราะห์ร้ายเกิดขึ้นกับตนหรือผู้อื่น มักตีตนไปก่อนใคร กลัวว่ากำลังจะตาย

2.3.3 อาการทางการรับรู้ (Cognitive symptoms)

อาการที่จิตที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลและพบได้บ่อยคือ การขาดแรงจูงใจ ขาดสมาธิ และการวินิจฉัยที่ผิด จิตใจไม่จดจ่ออยู่กับงานที่ทำ ที่เป็นเช่นนี้เพราะจิตใจกำลังวุ่นวายจึงต้องใช้ทรัพยากรเป็นจำนวนมากเกินไปเพื่อจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล เลยทำให้ทรัพยากรที่เหลืออยู่ไม่เพียงพอที่จะจัดการกับกิจกรรมในแต่ละวัน อาการทางจิตอย่างอื่น ได้แก่ ความกังวลใจมากเกินไป หลง ๆ ลืม ๆ จำอะไรไม่ค่อยได้ งุนงง สับสน การรับรู้ผิดปกติ มองคนในแง่ร้าย ความสามารถในการตัดสินใจและแก้ปัญหาลดลง รู้สึกขาดที่พึ่ง ขาดความหวัง ขาดความช่วยเหลือ บางคนที่มีความกังวลมาก ๆ อาจใช้วิธีปิดประตู คือ พยายามไม่รับรู้สิ่งใด ๆ จากภายนอกเลย

2.3.4 อาการทางร่างกาย (Physical symptoms)

อาการทางร่างกายถือว่าเป็น ภาษาทางร่างกายของความวิตกกังวล อาการที่พบบ่อยคือ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ปวดศีรษะ ปวดหลัง กล้ามเนื้อตึงเครียด หรือเกร็ง หัวใจเต้นแรงหรือเร็วใจสั่น เจ็บหน้าอก ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น หายใจเร็วขึ้น แน่นหน้าอก หายใจลำบาก หายใจไม่อิ่ม บางคนหายใจเร็ว แรง และถี่ ทำให้น้ำมูกคั่ง วิงเวียนศีรษะ โคลงเคลง เสียวแปดบริเวณมือและเท้า ปวดท้อง แน่นท้อง ท้องอืด ท้องป่วน ท้องเดิน บางคนมีอาการปัสสาวะบ่อย สะบัดร้อนสะบัดหนาว รู้สึกคล้ายมีก้อนจุกบริเวณคอ

นอกจากนี้ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์ และ มาโนช หล่อตระกูล (2540) ได้กล่าวถึงอาการทางร่างกายที่เกิดจากความวิตกกังวลไว้ว่า ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลมักมีอาการทางกายร่วมด้วยเสมอ โดยมีผลต่อทุกอวัยวะของร่างกาย ดังนี้

- 1) ระบบหัวใจ ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว เจ็บหน้าอก และหน้าแดง
- 2) ระบบทางเดินหายใจ หอบ หายใจลำบาก ถอนหายใจ มีความรู้สึกเหมือนหน้าอกถูกรัด และปากแห้ง
- 3) ระบบทางเดินอาหาร ปวด แน่นหน้าอก แสบอก เรอ คลื่นไส้ เบื่ออาหาร ท้องเดิน หรือท้องผูก
- 4) ระบบประสาท สมาธิเสีย ความจำไม่ดี วิงเวียน หน้ามืด นอนไม่หลับ ฝันร้าย ปวดศีรษะ ตาพร่า ซาตามแขนขา มือสั่น แขนขาไม่มีแรง
- 5) ระบบเพศและทางเดินปัสสาวะ ปัสสาวะบ่อย ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ ความต้องการทางเพศลดลง

2.4 ประเภทของความวิตกกังวล

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2540) กล่าวว่า นักการศึกษาได้แบ่งชนิดของความวิตกกังวลออกเป็นหลายแบบแตกต่างกัน แต่โดยทั่วไปนิยมแบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

2.4.1 ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety) คือ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเวลาเฉพาะที่มีสถานการณ์เฉพาะหรือมีสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรืออันตรายมากระตุ้นและแสดงพฤติกรรมโต้ตอบที่สามารถจะสังเกตเห็นได้ ในช่วงระยะเวลาที่ถูกกระตุ้นนั้น เป็นสภาวะที่บุคคลรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น ไม่สุขสบาย กระวนกระวาย ระบบการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติตื่นตัวสูงขึ้น ซึ่งความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดขึ้นจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ซึ่งส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับความวิตกกังวลแฝง และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล

2.4.2 ความวิตกกังวลแฝง (Trait anxiety) คือ ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะเฉพาะตัวของแต่ละบุคคล เป็นลักษณะที่ค่อนข้างคงที่และไม่ปรากฏมาเป็นพฤติกรรมโดยตรง แต่เป็นตัวเสริมหรือตัวประกอบของความวิตกกังวลขณะเผชิญ เช่น เมื่อมีสิ่งมาคุกคามที่ไม่พึงพอใจหรือมีสิ่งอันตรายมากระตุ้นบุคคลที่มีพฤติกรรมแบบแฝงค่อนข้างสูงจะรับรู้สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรือจะเกิดอันตรายได้เร็วกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝงต่ำกว่า

2.5 การประเมินความวิตกกังวล

เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวล จะมีการแสดงออกที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งสามารถวัดและประเมินได้ 4 วิธีใหญ่ ๆ คือ (สุภาณี กาญจนศร, 2535 อ้างถึงใน อพัชชา ผ่องญาติ, 2543)

2.5.1 การประเมินโดยวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา (Physiological-component) จะประเมินจากการแสดงออกทางด้านร่างกาย เช่น จากการเปลี่ยนแปลงของชีพจรความดันโลหิต การหายใจ อุณหภูมิร่างกาย การขยายของม่านตา การมีเหงื่อออก ซึ่งสามารถประเมินได้ด้วยเครื่องมือวัดทางสรีระวิทยาทั่วไป

2.5.2 การประเมินจากการใช้แบบประเมินด้วยตนเอง (Self - report measure of anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวล ซึ่งเป็นความรู้สึกที่ตนเองรับรู้ได้โดยใช้แบบสอบถามให้ตอบตามความรู้สึกของตน แล้วจึงนำมาประเมินระดับความวิตกกังวล ซึ่งการประเมินแบบนี้ได้มีผู้สร้างขึ้นหลายชนิด เช่น มาตรวัดความรู้สึกด้วยตนเอง (Self - rating scale) ของซุง (Zung) เป็นแบบวัดความรู้สึกของตนเองในช่วงเวลานั้นและเวลาใกล้เคียงที่ผ่านมา แบบวัดความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์ และคนอื่น ๆ ที่มีชื่อเรียกว่า State - Trait Anxiety Inventory (STAI) เป็นแบบวัดความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นเฉพาะและในสถานการณ์ทั่วไป เป็นต้น การประเมินความวิตกกังวลด้วยวิธีนี้สามารถใช้ได้สะดวกและได้ผลดี ถ้าแบบวัดที่สร้างขึ้นมีความเที่ยงและความตรงสูง (Subjective cognitive component) เป็นความกังวลที่บุคคลรับรู้ได้ด้วยตนเองสามารถประเมินได้ด้วย The State - Trait Anxiety Inventory (STAI)

2.5.3 ประเมินโดยการสังเกตพฤติกรรมการแสดงออก (Motor-behavioral component) ซึ่งสังเกตได้จากการแสดงออกซึ่งสะท้อนถึงอารมณ์ภายใน ได้แก่ การเคลื่อนไหว การพูดที่แสดงถึงความรู้สึกไม่สบายใจ ไม่มีสมาธิ หงุดหงิด นอนไม่หลับ เป็นต้น สามารถประเมินได้ด้วยเครื่องมือสังเกตพฤติกรรม

2.5.4 การประเมินโดยใช้เทคนิคการฉายออก (Projective Technique) ได้แก่การวัดแบบโรชาร์ท ซึ่งการวัดโดยวิธีนี้มีความยากลำบาก ในการแปลผลต้องใช้ผู้ที่มีความชำนาญ

2.6 ความวิตกกังวลของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด

2.6.1 สาเหตุหรือปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลในระยะก่อนผ่าตัด

ผู้ป่วยทางศัลยศาสตร์เป็นผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยด้วยโรคที่ต้องมารับการผ่าตัด และยังคงพบกับความเครียดจากความตื่นเต้น ความวิตกกังวล ไม่ทราบว่าตนเองจะต้องพบอะไรในห้องผ่าตัด และเป็นห่วงถึงผลการผ่าตัด การผ่าตัดถือเป็นประสบการณ์ที่ยิ่งใหญ่ ซึ่งถือเป็นสิ่งที่คุกคามชีวิตผู้ป่วย โดยผู้ป่วยทางศัลยศาสตร์จะต้องประสบกับสิ่งแวดล้อมใหม่ ๆ เครื่องมือ

อำพน นवलโคกสูง (2530) ได้กล่าวถึงสาเหตุหลักของความวิตกกังวลและความกลัวในการผ่าตัดไว้ 5 ข้อ ดังนี้

- กลัวการให้ยาระงับความรู้สึก (fear of anesthesia)
- กลัวความเจ็บปวด (fear of pain)
- กลัวที่เกิดจากความไม่รู้ (fear of unknown)
- กลัวเสียภาพลักษณ์ (fear of separation of body image)
- กลัวจะไม่สามารถประกอบกิจกรรมเหมือนเดิมได้ และ ไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือ

จากครอบครัวและเพื่อน (fear of separation from former activities, family and friend)

2.6.2 ผลกระทบของความวิตกกังวลในระยะก่อนผ่าตัด

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มีอยู่ในระยะก่อนผ่าตัดนั้นส่งผลกระทบต่อการตอบสนองทางสรีรวิทยาในระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยที่มีความกลัวหรือความวิตกกังวลสูงก่อนผ่าตัด อาจทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ หลังผ่าตัดได้ (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2537) และจากการศึกษาของ คีเอลท์ (1990 อ้างถึงใน วรมนต บำรุงสุข, 2548) พบว่าระดับความวิตกกังวลที่สูงขึ้นในระยะก่อนผ่าตัด มีผลเพิ่มการกระตุ้นการตอบสนองของต่อมไร้ท่อต่อการผ่าตัด และทำให้การกลับฟื้นคืนสู่สภาวะปกติยาวนานออกไป เช่นเดียวกับ แมคคลิน และคณะ (1990 อ้างถึงใน วรมนต บำรุงสุข, 2548) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลในระยะก่อนผ่าตัดจะมีสารเคมีที่โคลามีนออกมาทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบและเกิดการเปลี่ยนแปลงฤทธิ์ของยาสลบได้ นอกจากนี้ยังพบว่า ความวิตกกังวลในระยะก่อนผ่าตัด อาจส่งผลให้ระบบการไหลเวียนเลือดและการเต้นของหัวใจผิดปกติ ซึ่งเป็นจากการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติและฮอร์โมนในร่างกาย สัญญาณชีพมักมีการเปลี่ยนแปลงเช่น ชีพจรเร็วขึ้น และไม่สม่ำเสมอ หายใจเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น เป็นต้น (ชอลดา พันธุเสนา, 2542)

2.6.3 ความสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลในระยะก่อนผ่าตัด

จากการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า การผ่าตัด เป็นเหตุการณ์หนึ่งที่คุกคามต่อจิตใจของบุคคลที่ต้องเผชิญ การเตรียมด้านจิตใจจึงเป็นวิธีหนึ่งที่บุคลากรทางสุขภาพปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะวิกฤติทางอารมณ์ (พรทิพย์ บุญพวง และคณะ, 2541) อัจฉรา เดชฤทธิ์พิทักษ์ (2540) กล่าวว่า จุดมุ่งหมายของการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคือ การเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านจิตใจ ร่างกาย และสังคมของผู้ป่วยที่พร้อมก่อนการผ่าตัด ตลอดจนดูแลให้ความปลอดภัยขณะผ่าตัดเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพปกติได้ในเวลาที่สั้นที่สุด

ผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดมักจะท้อแท้ขาดกำลังใจที่จะต่อสู้กับสิ่งที่เกิดขึ้นภายหลังผ่าตัด ความกลัวและความวิตกกังวลของผู้ป่วยหรือครอบครัวอาจจะมากกว่าความเป็น



จริง เนื่องจากการได้รับข้อมูลปละคำบอกเล่าที่ผิดๆ หรือคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงในเรื่องที่เกี่ยวกับการผ่าตัดนั้น ความเชื่อที่ผิด ๆ เกี่ยวกับผลการผ่าตัด บางครั้งแพทย์ผู้ที่จะทำการผ่าตัดไม่มีเวลาหรือไม่เห็นความสำคัญของการอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยทราบถึงสาเหตุที่ต้องทำการผ่าตัด ผลของการผ่าตัด ซึ่งอาจจะทำให้ผู้ป่วยหงุดหงิด กังวลใจที่ไม่ทราบคำตอบเหล่านั้น จึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องที่จะต้องเป็นผู้ช่วยผู้ป่วย โดยอธิบายอย่างง่ายให้ผู้ป่วยเข้าใจ หลีกเลี่ยงคำตอบที่เพิ่มความวิตกกังวลและความกลัวให้กับผู้ป่วย ทำความคุ้นเคยกับผู้ป่วย ผู้ป่วยบางคนไม่กล้าเปิดเผยความกลัวเพราะคิดว่าเป็นการแสดงออกให้เห็นถึงความอ่อนแอของตนเอง แต่อาจจะแสดงพฤติกรรมอื่นทดแทน เช่น กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ หรือบางรายอาจแสดงออกว่าตนเองไม่สนใจการผ่าตัดที่จะได้รับ ทั้งๆ ที่มีความสนใจมาก ผู้ป่วยบางรายเมื่อเผชิญกับความกลัวต่อความปลอดภัยของชีวิตมากจนกระทั่งไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ทำให้กลายเป็นโรคจิต เกิดความหวาดระแวงและไม่ร่วมมือต่อการรักษาพยาบาลอีกต่อไป หรือไม่ยอมรับการผ่าตัด ซึ่งทำให้ไม่สามารถรักษาด้วยการผ่าตัดได้ ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการเตรียมด้านจิตใจผู้ป่วยก่อนผ่าตัดจึงมีความสำคัญไม่น้อยกว่าการดูแลรักษาพยาบาลทางด้านร่างกาย (อำพล นवलโคกสูง, 2530)

3. การให้คำปรึกษา

3.1 ความหมายของการให้คำปรึกษา

มัลลวีร์ อุดลวัฒน์ศิริ (2552) ได้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาว่า เป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือบุคคลด้วยการสนทนาหรือการพูดคุยกันอย่างมีเป้าหมาย โดยผู้ให้คำปรึกษาจะเป็นผู้ช่วยสร้างบรรยากาศของสัมพันธภาพที่ดี ตลอดจนการใช้ทักษะ ขั้นตอนและทฤษฎีของการให้คำปรึกษา เพื่อให้ผู้มีปัญหาหรือรับคำปรึกษามีความรู้สึกอบอุ่นใจว่าได้รับการยอมรับและเกิดความรู้สึกไว้วางใจ พร้อมทั้งจะเปิดเผยความรู้สึกหรือปัญหาของตน เกิดการเรียนรู้สาเหตุของปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่จนสามารถตัดสินใจและแก้ไขปัญหานั้นในเรื่องต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม

วัชร ทรัพย์มี (2546) ได้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาว่า เป็นกระบวนการของสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาซึ่งเป็นนักวิชาชีพที่ได้รับการฝึกอบรม กับผู้รับบริการซึ่งต้องการความช่วยเหลือเพื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น และเข้าใจสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้น ได้ปรับปรุงทักษะในการตัดสินใจและทักษะในการแก้ปัญหาตลอดจนปรับปรุงความสามารถในการที่จะทำให้ตนเองพัฒนาขึ้น

การุณย์ หงส์กา (2545) ได้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาว่า เป็นกระบวนการช่วยเหลือซึ่งเกิดจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ได้แก่ ผู้ให้คำปรึกษาโดยผู้ให้

คำปรึกษาเป็นผู้ที่มีความสามารถผ่านการฝึกอบรมในวิชาชีพมาโดยเฉพาะ ตลอดจนมีประสบการณ์ในการช่วยเหลือบุคคล เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษารู้จักตนเองรับผิดชอบตนเอง และสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น มีทักษะและความสามารถในการตัดสินใจ และแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และช่วยให้บุคคลพัฒนาตนเองในด้านต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Nystul (2003 อ้างถึงใน ดวงมณี จงรักษ์, 2549) ได้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาว่าเป็นกระบวนการพลวัตระหว่างผู้ให้การปรึกษาที่ได้รับการฝึกฝนเพื่อช่วยเหลือผู้รับการปรึกษาที่มีเรื่องกังวลใจ ในกระบวนการนี้ผู้ให้การปรึกษาจะใช้กลวิธีต่าง ๆ ซึ่งอาจทำเป็นรายบุคคล เป็นกลุ่มหรือกับครอบครัว เพื่อเอื้อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ส่งเสริมทักษะการเผชิญปัญหา การตัดสินใจ และการแก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการปรับปรุงการมีสัมพันธภาพ

จากข้อมูลข้างต้นอาจกล่าวได้ว่า การให้คำปรึกษาหมายถึง กระบวนการช่วยเหลือบุคคลระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเอง สามารถสำรวจหาสาเหตุของปัญหา รวมทั้งตัดสินใจและแก้ปัญหาได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม โดยอาศัยสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา

3.2 ความสำคัญของการให้คำปรึกษา

มัลลวีร์ อกุลวัฒน์ศิริ (2552) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้เผชิญกับปัญหาและอุปสรรคเกิดแรงจูงใจที่จะแสวงหาแนวทางแก้ไข จากการที่ได้พูดคุยกัน จนทำให้เขาเข้าใจและเห็นปัญหาของตนเอง มองเห็นแนวทางการแก้ไขและดำเนินการแก้ไขได้ด้วยตนเอง การให้คำปรึกษาจึงเป็นแนวทางช่วยเหลือบุคคลที่มีประสิทธิภาพเพราะ

3.2.1 การให้คำปรึกษา ทำให้ผู้ที่ประสบกับปัญหาหรือผู้รับคำปรึกษา รู้สึกว่ามีใครบางคนที่น่าสนใจเขา ยอมรับเขา ช่วยเหลือเขา สำรวจโอกาสที่เขามี เพื่อให้เขาตัดสินใจเลือกในสิ่งที่เขาควรทำ

3.2.2 ผู้รับคำปรึกษามีส่วนร่วมในการคิดหาแนวทางแก้ไขปัญหา

3.2.3 ผู้รับคำปรึกษาได้ตัดสินใจในขั้นสุดท้ายด้วยตนเองว่า ควรทำอะไรและอย่างไร ซึ่งโอกาสที่ผู้รับคำปรึกษาจะดำเนินการตามที่ตัดสินใจไว้สูงมาก เนื่องจากเขาได้ตัดสินใจด้วยตนเองไว้แล้ว

3.2.4 การให้คำปรึกษาสนับสนุนให้คนคิดเพื่อตนเองและมีอิสระในการเลือก

3.2.5 ผู้รับคำปรึกษาสามารถปฏิเสธความช่วยเหลือของผู้ให้คำปรึกษาได้

3.2.6 ผลของการให้คำปรึกษาที่สำคัญคือ ผู้รับคำปรึกษาเจริญงอกงาม และพัฒนาตนเองได้

3.2.7 การให้คำปรึกษาเป็นแนวทางที่ผู้ให้คำปรึกษาแสดงความสนใจ และช่วยผู้รับคำปรึกษาให้พัฒนาตนเองอย่างแท้จริง เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาวิเคราะห์ ทำความกระจ่างในปัญหา และตรวจสอบแนวคิดในการแก้ไขปัญหาของเขาเอง

3.3 จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษา

วัชร ทรัพย์มี (2546) ได้กล่าวถึงจุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาไว้ 2 ชนิด โดยได้ปรับมาจาก ชอร์ช และ คริสเตียนี (George and Cristiani, 1990) ดังนี้

3.3.1 จุดมุ่งหมายระยะสั้น

3.3.1.1 ส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จุดมุ่งหมายของการบริการปรึกษา คือ การส่งเสริมให้ผู้รับบริการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปสู่แนวทางที่พึงปรารถนา เป็นต้นว่าให้เรียนได้ดีขึ้น มีพฤติกรรมกล้าแสดงออก เพิ่มความรับผิดชอบในการทำงาน ลดความขัดแย้งด้านจิตใจ โดยเป็นกระบวนการช่วยให้ผู้รับบริการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่แตกต่างกันไปตามความสรีรธา ในทฤษฎีการให้บริการปรึกษาแบบต่าง ๆ ที่ผู้ให้บริการปรึกษายึดถือ

3.3.1.2 ส่งเสริมความสามารถของผู้รับบริการในการตัดสินใจและวาง โครงการอนาคต จุดประสงค์ของการให้บริการปรึกษาไม่ใช่เป็นการตัดสินใจให้ผู้รับบริการ แต่ส่งเสริมให้ผู้รับบริการตัดสินใจได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนช่วยให้ผู้รับบริการพัฒนาความสามารถที่วางโครงการอนาคตของตนทั้งระยะสั้นและระยะยาว โดยใช้เหตุผลพิจารณา สภาพการณ์ต่าง ๆ อย่างรอบคอบ

3.3.1.3 ส่งเสริมการปรับปรุงสัมพันธภาพ มนุษย์ต้องอยู่ในสังคม ดังนั้นจึงต้องมี การพบปะสัมพันธ์กับบุคคลอื่นตลอดเวลา หลายคนมีปัญหาด้านสัมพันธภาพ ซึ่งอาจเนื่องจาก บุคคลนั้นมีปมด้อย ปมเด่น หรือขาดทักษะทางสังคม ผู้ให้บริการปรึกษาจะต้องช่วยให้ผู้รับบริการ ปรับปรุงสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลสามารถปรับตัวในสังคมได้อย่างมีความสุข

3.1.1.4 ส่งเสริมทักษะผู้รับบริการในการแก้ปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ในชีวิต โดยการส่งเสริมให้บุคคลเรียนรู้วิธีการและมีทักษะในการแก้ปัญหาจะช่วยให้ผู้รับบริการนำไปใช้ กับสภาพการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตของเขาได้

3.3.2 จุดมุ่งหมายระยะยาว

สำหรับจุดมุ่งหมายระยะยาวในอนาคต คือ ให้ผู้มารับบริการสามารถพัฒนาตนเองอย่างเต็มที่ เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการเป็นบุคคลที่มีประสิทธิภาพ ดังนี้ คือ

3.3.2.1 มีการตระหนักรู้ หมายถึง การตระหนักรู้ในส่วนดีและส่วนบกพร่อง และความรู้สึกรู้สึกของตนเอง

3.3.2.2 มีพฤติกรรมที่สม่ำเสมอไม่ไขว่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ควบคุมตนเองได้ หรือวิตกกังวลจนเกินเหตุ ไม่ท้อแท้สิ้นหวัง

3.3.2.3 มีความสามารถที่จะดำเนินการกับสถานการณ์ได้อย่างมีเหตุผล

3.3.2.4 มีความมุ่งมั่นในการกระทำไม่จັบจืด และมุ่งมั่นในการกระทำจนสำเร็จ
 ลุล่วง

3.4 ประเภทของการให้คำปรึกษา

ประเภทของการให้คำปรึกษาสามารถแบ่งได้หลายแบบ เช่น การแบ่งตามจำนวนผู้รับ การให้คำปรึกษา หรือการแบ่งตามลักษณะ ของการให้คำปรึกษา เป็นต้น ในที่นี้ผู้วิจัยจะกล่าวถึง เฉพาะการแบ่งตามจำนวนของผู้รับบริการเท่านั้น ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 2 แบบคือ การให้ คำปรึกษารายบุคคล และการให้คำปรึกษากลุ่ม โดย มัลลวีร์ อุดลวัฒน์ศิริ (2552) ได้กล่าวถึง ความหมายของการให้คำปรึกษาทั้ง 2 แบบ ไว้ดังนี้

3.4.1 การให้คำปรึกษารายบุคคล คือ กระบวนการที่ช่วยให้มีการสำรวจและหาข้อสรุป เกี่ยวกับปัญหาส่วนตัวและสถานการณ์ที่เป็นความต้องการของแต่ละบุคคล โดยผู้ให้คำปรึกษาทำ หน้าที่เป็นผู้เอื้ออำนวยให้ผู้ที่มีรับคำปรึกษาเข้าใจตนเองและโลกอย่างถูกต้องชัดเจนจากการที่ทั้ง ผู้ให้และผู้รับคำปรึกษาร่วมกันสำรวจความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษา สำรวจสัมพันธ์ภาพกับ ผู้อื่น ตลอดจนหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหาและตัดสินใจเลือกให้ดีที่สุดเหมาะสมกับสถานการณ์ ปัจจุบันของผู้รับคำปรึกษา

3.4.2 การให้คำปรึกษากลุ่ม คือ กระบวนการให้การช่วยเหลือแก่กลุ่มคนที่มีปัญหาใน ชีวิตคล้ายคลึงกัน ผู้ให้คำปรึกษาหรือผู้นำกลุ่มจะมุ่งประเด็นของความแตกต่างระหว่างบุคคลและ ปัญหาของสมาชิก นอกจากนี้สมาชิกในกลุ่มเองก็มีบทบาทในการพยายามช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ตามแนวทางที่ผู้นำกลุ่มวางไว้ ในแต่ละครั้งของการเข้ากลุ่มผู้นำกลุ่มมีบทบาทเด่นในการนำ ทั้งนี้ เพื่อให้การให้คำปรึกษาเกิดประสิทธิภาพ

การเลือกใช้การให้คำปรึกษารายบุคคลหรือกลุ่มขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้รับบริการ สถานการณ์และปัญหา หากเป็นปัญหาส่วนตัวที่ลึกซึ้งและมีปัญหาอารมณ์ร่วมด้วยการให้ คำปรึกษารายบุคคลน่าจะเหมาะสมกว่า เนื่องจากมีเวลาสำรวจปัญหาและสาเหตุอย่างเต็มที่ แต่ถ้า เป็นปัญหาที่คล้ายคลึงกันและผู้รับคำปรึกษาเป็นวัยรุ่น การให้คำปรึกษากลุ่มมีความเหมาะสมกว่า เพราะวัยรุ่นจะชอบที่จะพูดคุยกับวัยรุ่นด้วยกันมากกว่าพูดคุยกับผู้ใหญ่ นอกจากนี้การให้คำปรึกษา กลุ่มยังเปิดโอกาสให้วัยรุ่นได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันและเกิดการเรียนรู้มากขึ้นจากการฟัง ข้อคิดเห็น หรือแนวทางแก้ไขปัญหาจากสมาชิกอื่นในกลุ่ม

สำหรับในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกใช้การให้คำปรึกษารายบุคคลเนื่องจากเห็นว่าความวิตกกังวลเป็นปัญหาทางอารมณ์อย่างหนึ่ง ซึ่งในผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีสาเหตุของความวิตกกังวลแตกต่างกัน ไปขึ้นอยู่กับความรู้และประสบการณ์ในอดีต อีกทั้งผู้ป่วยแต่ละรายยังมีการนัดวันผ่าตัดที่แตกต่างกัน โดยผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้องดังนี้

3.5 การให้คำปรึกษารายบุคคล

3.5.1 ความหมายของการให้คำปรึกษารายบุคคล

มัลลวีร์ อคฺลวณศิริ (2552) กล่าวว่า กระบวนการที่ช่วยให้มีการสำรวจและหาข้อสรุปเกี่ยวกับปัญหาส่วนตัวและสถานการณ์ที่เป็นความต้องการของแต่ละบุคคล โดยผู้ให้คำปรึกษาทำหน้าที่เป็นผู้เอื้ออำนวยให้ผู้ที่มีรับคำปรึกษาเข้าใจตนเองและโลกอย่างถูกต้องชัดเจนจากการที่ทั้งผู้ให้และผู้รับคำปรึกษาสำรวจความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษา สำรวจสัมพันธภาพกับผู้อื่น ตลอดจนหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหาและตัดสินใจเลือกให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันของผู้รับคำปรึกษา

การุณย์ หงส์กา (2545) กล่าวว่า การให้คำปรึกษารายบุคคลเป็นกระบวนการช่วยเหลือ ซึ่งเกิดจากสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษา และผู้รับคำปรึกษาเพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเอง และสิ่งแวดล้อม มีทักษะ และความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

ลักขณา สรวิวัฒน์ (2543) กล่าวว่า การให้คำปรึกษารายบุคคลเป็นการสร้างสัมพันธภาพแบบตัวต่อตัว โดยมีความมุ่งหมายเฉพาะบุคคล 2 คน มีการดำเนินการตามความต้องการของผู้รับคำปรึกษา และสิ่งที่ร่วมกันระหว่างผู้มาขอรับคำปรึกษาและผู้ให้คำปรึกษา

เจียรนัย ทรงชัยกุล (2542) กล่าวว่า การให้การปรึกษารายบุคคล คือ กระบวนการที่ผู้ให้บริการปรึกษาที่มีความรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในการให้บริการปรึกษาอย่างเหมาะสม ให้บริการปรึกษาแก่ผู้มารับบริการเพียงรายเดียวในแต่ละครั้งเพื่อช่วยให้ผู้มารับบริการเข้าใจตนเอง และสิ่งแวดล้อมอย่างถูกต้อง สามารถตัดสินใจ แก้ไขปัญหา และพัฒนาตนเองได้อย่างเหมาะสม

พองพรรณ เกิดพิทักษ์ (2529) กล่าวว่า การให้คำปรึกษารายบุคคลเป็นการสร้างสัมพันธภาพของการช่วยเหลือส่วนบุคคลระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเอง และสิ่งแวดล้อมสามารถแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ สามารถพัฒนาตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากข้อมูลข้างต้นอาจกล่าวได้ว่า การให้คำปรึกษารายบุคคล หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือโดยอาศัยสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษา และผู้รับคำปรึกษา โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเอง และสิ่งแวดล้อมอย่างถูกต้อง สามารถตัดสินใจ แก้ไขปัญหา และพัฒนาตนเองได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหาและตัดสินใจเลือกให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันของผู้รับคำปรึกษา

3.5.2 จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษารายบุคคล

เจียรนัย ทรงชัยกุล (2542) กล่าวถึง วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษารายบุคคล เป็น 2 ลักษณะ คือ

จุดประสงค์ทั่วไป ของการให้คำปรึกษารายบุคคล คือ เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา รู้จักตนเองอย่างถูกต้อง ยอมรับความจริงเกี่ยวกับตนเอง สามารถแก้ปัญหา และพัฒนาตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

จุดประสงค์เฉพาะ ของการให้คำปรึกษารายบุคคลขึ้นอยู่กับปัญหา และความ ต้องการรับความช่วยเหลือของผู้รับคำปรึกษาแต่ละราย โดยทั่วไปวัตถุประสงค์เฉพาะของการให้คำปรึกษารายบุคคลมักจะครอบคลุมการช่วยให้ผู้รับบริการมีความสามารถ หรือมีทักษะในการ แก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม ตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง และช่วยให้ผู้รับบริการ เรียนรู้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์

ลักขณา สรวิวัฒน์ (2543) กล่าวว่า จุดประสงค์ของการให้คำปรึกษารายบุคคล คือ

- 1) เพื่อช่วยให้นักเรียนรู้จักและเข้าใจตนเอง
- 2) เพื่อช่วยให้นักเรียนมองเห็นเส้นทางและตัดสินใจได้เอง
- 3) เพื่อให้เขายอมรับและเผชิญกับความเป็นจริง
- 4) เพื่อให้เกิดทักษะในการแก้ปัญหาในคราวต่อไป
- 5) เพื่อฝึกให้เกิดทักษะในการคิด
- 6) เพื่อช่วยให้นักเรียนปรับปรุงความสามารถด้านมนุษยสัมพันธ์
- 7) เพื่อจัดข้อบกพร่องด้านบุคลิกภาพ ความรู้ และทักษะอื่นๆ

วัชรวิ ทรัพย์มี (2546) กล่าวว่าเป็นกระบวนการในการให้คำปรึกษาที่ผู้ให้คำปรึกษาจัดขึ้นเพื่อให้คำปรึกษาแก่ผู้ขอรับบริการเพื่อให้เขาได้พัฒนาตนเองด้วยตัวเองอันเป็นการเฉพาะรายบุคคล

3.5.3 ระยะเวลาที่ใช้ในการให้คำปรึกษารายบุคคล

การให้คำปรึกษาเป็นบริการทางวิชาชีพที่มีทฤษฎี ทักษะและขั้นตอนที่กำหนดไว้ชัดเจน จึงจำเป็นต้องมีการกำหนดระยะเวลาในการให้บริการไว้ให้เหมาะสมกับวัยของผู้รับบริการ

และเนื่องจากในขณะที่ให้คำปรึกษานั้นทั้งผู้ให้และผู้รับคำปรึกษาต้องใช้พลังอย่างมากในการทำ ความเข้าใจกับปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหา การกำหนดระยะเวลาที่เหมาะสมจึงเป็นการช่วยให้ การให้คำปรึกษาค่าเงินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

Petterson and Nisenhold (1995) ได้เสนอว่า เวลาที่ควรใช้ในการให้คำปรึกษา ผู้ป่วยแต่ละรายดังนี้

- การให้คำปรึกษารายบุคคลแก่ผู้ใหญ่ ควรใช้เวลา 50 นาที ถึง 1 ชั่วโมง
- การให้คำปรึกษารายบุคคลแก่เด็ก ควรใช้เวลา 20-30 นาที

นอกจากนี้ Petterson and Nisenhold ยังได้แสดงความเห็นว่าการให้คำปรึกษาแต่ ละรายควรใช้เวลาอย่างน้อย 1 เดือน แต่ไม่ควรเกิน 1 ปี

Meier and Davis (1993) เสนอว่า โดยทั่วไปแล้วควรใช้เวลาในการให้คำปรึกษารายบุคคลครั้งละ 45-50 นาที และการให้คำปรึกษาควรอยู่ในช่วงระยะเวลาไม่เกิน 3 เดือน

Brown and Srebalus (1996) ให้ความเห็นว่า การให้คำปรึกษารายบุคคลควรเวลา ในการให้คำปรึกษาระหว่าง 30-45 นาที/ครั้ง โดยให้คำปรึกษาถึงอายุของผู้รับคำปรึกษา และเสนอแนะ ด้วยว่า ในการให้คำปรึกษาแต่ละรายอาจใช้เวลา 1-3 สัปดาห์

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ระยะเวลา ในการให้คำปรึกษาผู้ป่วยแต่ละราย 45-60 นาที เนื่องจากเห็นว่าระยะเวลาที่ไม่รบกวนการพักผ่อนของผู้ป่วย ตลอดจนไม่รบกวน กิจกรรมทางพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องได้รับมากนัก โดยเป็นการให้คำปรึกษาจำนวน 5 ครั้ง ในช่วงเวลา 1-3 สัปดาห์

3.6 ทฤษฎีการให้คำปรึกษา

ทฤษฎีเป็นหลักฐานสำคัญที่ชี้ให้เห็นถึงแนวปฏิบัติและแนวความเชื่อในสิ่งนั้น ทฤษฎีเกิดขึ้น จากการรวบรวมข้อมูลที่ได้ปฏิบัติกันมาโดยจัดแบ่งไว้อย่างเป็นระเบียบแบบแผนเป็นกลุ่มก้อน และ มีความสัมพันธ์ต่อกัน (พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา, 2543)

Patterson and Welfel (2002) ได้เสนอความเห็นว่าการให้คำปรึกษาที่สำคัญและใช้ กันอย่างแพร่หลายนั้นมี 6 ทฤษฎี คือ

- 1) ทฤษฎีการให้คำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง
- 2) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์
- 3) ทฤษฎีวิเคราะห์บุคคลและองค์ประกอบสิ่งแวดล้อม
- 4) ทฤษฎีเกสตอล
- 5) ทฤษฎีการรู้จัก



6) ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม

วัชรีย์ ททรัพย์มี (2546) แบ่งทฤษฎีการให้คำปรึกษาออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

- 1) ทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่เน้นอารมณ์และความรู้สึก ได้แก่
 - (1) ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง
 - (2) ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเกสตอด
 - (3) ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม
 - (4) ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบจิตวิเคราะห์
- 2) ทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่เน้นความคิดและเหตุผล ได้แก่
 - (1) ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์
 - (2) ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห์สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล
 - (3) ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห์บุคคลและองค์ประกอบสิ่งแวดล้อม
- 3) ทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้แก่
 - (1) ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม
 - (2) ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง

การเลือกใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาให้เหมาะสมกับลักษณะของปัญหานั้นว่าเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ให้คำปรึกษา เพราะในระหว่างการให้คำปรึกษานั้นผู้ให้คำปรึกษาจำเป็นต้องอาศัยทฤษฎีการให้คำปรึกษาเพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำหรับช่วยให้การให้คำปรึกษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ในปัจจุบันมีผู้สร้างทฤษฎีไว้มากมายหลากหลายทฤษฎี ดังนั้น จึงเป็นหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาที่จะนำทฤษฎีต่าง ๆ มาใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของการให้คำปรึกษาแต่ละครั้ง (พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา, 2543)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจและการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล ผู้วิจัยสนใจใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่หลากหลายในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยเลือกใช้ทฤษฎีการผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ทฤษฎีเผชิญความจริง และทฤษฎีการปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรม ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องไว้ดังนี้

3.6.1 ทฤษฎีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Person Centered Theory)

3.6.1.1 ความเป็นมาและแนวคิดของทฤษฎีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

ผู้ก่อตั้งทฤษฎีการให้การศึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางคือ คาร์ล โรเจอร์ (Carl Rogers) โดย Rogers เชื่อว่า คนเราเกิดมามีความสามารถอยู่ในตัวเอง บุคคลเป็นผู้กำหนดวิถีชีวิตและการแก้ปัญหาด้วยตนเอง หากผู้นั้นได้มีโอกาสรับรู้ความจริงเกี่ยวกับตัวเอง ซึ่ง

ทฤษฎีของ Roger เน้นความจริงของชีวิตที่ว่า ผู้รับคำปรึกษามีความสามารถอยู่ในตนเองที่จะเข้าใจถึงองค์ประกอบของชีวิต อันเป็นสาเหตุทำให้ตน ไม่มีความสุข มีความสามารถที่จะนำชีวิตของตนเอง อีกทั้งยังสามารถปรับปรุงเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพของเขา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพจะเกิดขึ้นถ้าผู้ให้คำปรึกษามีความเข้าใจและสามารถสร้างสัมพันธภาพในบรรยากาศที่อบอุ่น มีการยอมรับ และเข้าใจปัญหาที่ถูกต้อง (พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา, 2543)

ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ปัญหาของผู้รับบริการเกิดขึ้นจากการไม่ประสานสอดคล้องกันระหว่างความคิดเกี่ยวกับตนเอง หรือมโนภาพแห่งตนของผู้รับคำปรึกษา (Self concept) (พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา, 2543) กล่าวคือ ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการเกิดจากอารมณ์และความรู้สึกของบุคคล ระหว่างความรู้สึกที่มีต่อตนกับสิ่งที่ประสบ จึงทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกว่าตนได้รับการคุกคามด้านจิตใจ (Threat) ก่อให้เกิดความกังวลใจ (Anxiety) ว่าตนไม่ได้มีคุณค่าเท่าที่ได้คาดคิดไว้ ซึ่งการช่วยให้ผู้รับบริการไม่รู้สึกถูกคุกคาม และหลีกเลี่ยงกลวิธีการป้องกันจิตใจตนเอง คือ ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องสร้างสัมพันธภาพ (Rapport) กับผู้รับบริการให้คำปรึกษา เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาไม่เคร่งเครียด คลายจากความรู้สึกถูกคุกคามด้านจิตใจ จะได้กล้าพิจารณาตนเอง และสภาพการณ์ต่าง ๆ อย่างถูกต้องต่อความเป็นจริง เช่น ยอมรับอารมณ์อันสับสน ความขัดแย้งทางจิตใจต่าง ๆ ได้ โดยผู้ให้คำปรึกษาจะต้องมีความจริงใจ ยอมรับผู้รับคำปรึกษาโดยปราศจากเงื่อนไขพยายามเข้าใจผู้รับบริการทั้งเนื้อหาและสีหน้า ทำทางที่ผู้รับคำปรึกษาแสดงออก (วัชร ทรัพย์มี, 2546) หากบุคคลได้รับกรยอมรับและความไว้วางใจ บุคคลจะมีความสามารถในการแก้ไขปัญหา และสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (มัลลวีร์ อุดลวณิชิริ, 2552)

3.6.1.2 วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

มัลลวีร์ อุดลวณิชิริ (2552) กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาไว้ 4 ประการคือ

- 1) เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาค้นหาความหมายที่น่าพึงพอใจในชีวิตของตนเอง
- 2) เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาพัฒนาตนในด้านอื่นควบคู่ไปกับการแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่
- 3) เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษายอมรับอารมณ์ และความรู้สึกทุกข์กังวล สับสนและขัดแย้งของตนได้มากขึ้น
- 4) เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษายอมรับและเห็นคุณค่าในตนเองรวมทั้งตั้งความคาดหวังจากทั้งคนอื่นและตนเองที่เป็นจริงได้

วัชรินทร์ พรมย์ (2546) ได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา ดังนี้

- 1) เพื่อให้ผู้รับบริการยอมรับความจริง พิจารณาตนเองและสภาพแวดล้อมให้สอดคล้องกับข้อเท็จจริง ไม่บิดเบือน หรือเก็บกดประสบการณ์ของตนเอง ปราศจากความรู้สึกที่ได้รับการคุกคามด้านจิตใจ
- 2) เพื่อให้ผู้รับบริการเปิดรับประสบการณ์โดยพิจารณาสิ่งต่างๆ อย่างกว้างขวางในหลายแง่มุม
- 3) เพื่อให้ผู้รับบริการมีความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้น ลดความรู้สึกหุดหู่ทอดถอย มีกำลังใจต่อสู้ชีวิต และพร้อมที่จะเลือกดำเนินการกับชีวิตของตนเอง
- 4) เพื่อให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าขึ้น และพยายามพัฒนาตนเอง

พงษ์พันธ์ พงษ์โสภ (2543) ได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาไว้ว่า ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องพยายามสร้างบรรยากาศที่อบอุ่น ซึ่งจะนำไปสู่การค้นพบตนเอง เข้าใจ และยอมรับตนเอง พร้อมทั้งหาแนวทางที่จะพัฒนาปรับปรุงตนเองให้ตรงกับความเป็นจริง เพื่อผู้รับคำปรึกษารับรู้ถึงสิ่งที่ทำให้ตนบิดเบือนตนเองหรือรับรู้ตนเองโดยผิดไปจากความเป็นจริง

3.6.1.3 กระบวนการการให้คำปรึกษาด้วยทฤษฎีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

มัลลิวรี ออคูลัฒนศิริ (2552) ได้กล่าวถึงกระบวนการของการให้คำปรึกษาด้วยทฤษฎีผู้รับบริการไว้ ดังนี้

- 1) สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรและปลอดภัยเอื้ออำนวยให้ผู้รับคำปรึกษา สำรวจชีวิต/เหตุการณ์ที่ทำให้ต่อต้านหรือหลอกตัวเอง ยอมรับความแตกต่างของการรับรู้ของตนเองกับความจริงที่เขาเผชิญอยู่ แสดงความรู้สึกผิด ก้าว วิตกกังวล และความรู้สึกด้านลบอื่นๆ
- 2) ใส่ใจ/ให้ความสำคัญกับการรับรู้ตนเองและการรับรู้โลกของผู้รับคำปรึกษา
- 3) ไม่กำหนดเป้าหมายที่จำเพาะเจาะจงให้แก่ผู้รับคำปรึกษา

3.6.1.4 เทคนิคที่ใช้ในการให้คำปรึกษาด้วยทฤษฎีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

เทคนิคเบื้องต้นที่ใช้ในทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ได้แก่ การรับฟังอย่างมีประสิทธิภาพ การยอมรับทั้งในเรื่องราวและความเป็นบุคคลของผู้รับคำปรึกษาโดยไม่มีเงื่อนไข เทคนิคสำคัญที่ใช้ ได้แก่ การสะท้อนความรู้สึก (Reflection of Feeling) การทำให้เกิดความเข้าใจที่กระจ่างชัด (Clarification) การเน้นหนักถึงความเข้าใจโดยอยู่



กับเหตุการณ์ปัจจุบัน (Being Here) ผู้ให้คำปรึกษาให้การสนับสนุน (Supportive) เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความเข้าใจในตนเอง (พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา, 2543) นอกจากนี้ผู้ให้คำปรึกษาควรรับฟังอย่างใส่ใจและแปลความหมายในสิ่งที่ผู้รับบริการต้องการสื่อ มีการใช้ภาษาท่าทางที่แสดงถึงการใส่ใจ เช่นการสบตา (มัลลวีร์ อุดลวัฒน์ศิริ, 2552)

สำหรับในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยสนใจใช้ทฤษฎีนี้ในการเริ่มต้นการให้คำปรึกษา ทั้งนี้เพราะทฤษฎีนี้จะใช้ประโยชน์ได้ดีในหลักการและวิธีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการด้วยบรรยากาศอันอบอุ่น เป็นมิตร (วัชร ทรัพย์มี, 2546) ปลอดภัย (มัลลวีร์ อุดลวัฒน์ศิริ, 2552) ซึ่งเป็นบรรยากาศที่จะช่วยให้ผู้รับบริการได้สำรวจตนเอง และสภาพการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างถ่องแท้ อันนำไปสู่การตัดสินใจและแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ (วัชร ทรัพย์มี, 2546) นอกจากนี้ ดวงมณี จงรักษ์ (2549) ได้เสนอว่าทฤษฎีนี้เหมาะสำหรับ Pre-therapy ซึ่งหมายถึง การเริ่มต้นช่วยเหลือหรือบำบัด ซึ่งเน้นการสร้างความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ

3.6.2 ทฤษฎีการเผชิญความจริง (Reality Theory)

3.6.2.1 ความเป็นมาและแนวคิดของทฤษฎีการเผชิญความจริง

การให้คำปรึกษาด้วยทฤษฎีเผชิญความจริงถูกพัฒนาขึ้นโดยวิลเลียม กลาสเซอร์ (William Glasser) เป็นทฤษฎีที่คาบเกี่ยวระหว่างทฤษฎีที่ใช้สำหรับปัญหาระดับความรู้สึกับทฤษฎีที่ใช้สำหรับปัญหาระดับพฤติกรรม กล่าวคือ ทฤษฎีนี้จะให้อิสระแก่ผู้รับคำปรึกษาค่อนข้างมากในการที่จะมองหาวิธีการแก้ปัญหา นอกจากนี้ยังเน้นถึงการมีส่วนร่วมในการให้คำปรึกษาแบบเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง อีกทั้งยังเน้นถึงสัมพันธภาพที่อบอุ่น ความจริงใจ และการเปิดเผยตนเอง ในเวลาเดียวกันทฤษฎีนี้ก็เน้นถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากกว่าอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติ อีกทั้งยังถือได้ว่าเป็นรูปแบบหนึ่งของการปรับพฤติกรรม การให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงเป็นกระบวนการเรียนรู้ ซึ่งเน้นการพูดคุยเกี่ยวกับเหตุผลกับผู้รับคำปรึกษา โดยผู้ให้คำปรึกษาจะสนทนากับผู้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับสภาพการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักในพฤติกรรมของตนเอง สามารถพิจารณาสิ่งถูกสิ่งผิด สิ่งที่ดีหรือพึงละเว้น ตลอดจนสามารถวางโครงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นว่าบุคคลจะสามารถแก้ปัญหาของตนได้ถ้าเขาเผชิญสภาพความเป็นจริง พิจารณาสถานการณ์ต่าง ๆ ตามความเป็นจริง และตระหนักถึงความเป็นจริง (พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา, 2543)

การให้คำปรึกษาด้วยทฤษฎีนี้เหมาะสำหรับผู้ทุกข์ที่มีความเจ็บปวดกับสิ่งที่ต้องเผชิญกับความจริง จึงหาทางออกด้วยการเก็บปัญหาไปครุ่นคิด วิตกกังวล เก็บกดอารมณ์ หรือแยกตัวเองจากสังคม เนื่องจากไม่สามารถพัฒนาตนเองไปสู่เอกลักษณ์ที่ประสบความสำเร็จ

เขาจึงเป็นบุคคลที่ไม่รับผิดชอบในพฤติกรรมของตนเอง เนื่องจากการแสดงพฤติกรรมที่ตอบสนอง ออกมานั้นไม่ตรงกับความเป็นจริง (พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา, 2543)

3.6.2.2 วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาแบบการเผชิญความจริง

วัชร ทรัพย์มี (2546) ได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาไว้ ดังนี้

1) ช่วยให้บุคคลรับผิดชอบต่อที่จะแก้ปัญหา และมีทักษะในการคิด แก้ปัญหาโดยพิจารณาความเป็นจริง

2) ป้องกันไม่ให้เกิดการปล่อยชีวิตล่องลอย โดยสนับสนุนให้มีการวางแผนอนาคต

3) ส่งเสริมให้บุคคลมีวุฒิภาวะ คือ เป็นตัวของตนเองและสามารถช่วยเหลือตัวเองได้

4) ช่วยให้บุคคลรู้จักตนเองว่าเขาเป็นใคร ต้องการอะไรในชีวิต

5) ช่วยให้บุคคลค้นพบวิธีตอบสนองความต้องการของตนเอง

6) ช่วยให้บุคคลตระหนักในคุณค่าของตนเอง

7) ช่วยให้บุคคลรู้จักประเมินค่านิยม รู้จักพิจารณาว่า อะไรถูก อะไร

ผิด

พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา (2543) ได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงว่า เป็นทฤษฎีที่ช่วยให้บุคคลเป็นตัวของตัวเองได้มากที่สุด คือ มีความรับผิดชอบต่อตนเอง และสามารถพัฒนาความรับผิดชอบต่อสังคมที่แท้จริง อีกทั้งทฤษฎีนี้ยังช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเห็นเป้าหมายแห่งชีวิตชัดเจนยิ่งขึ้น ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้กระจ่างในแนวทางที่เขาอยากจะทำอยู่ โดยเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้มีสิทธิตัดสินใจเลือกเป้าหมายแห่งชีวิตด้วยตัวเอง

3.6.2.3 กระบวนการการให้คำปรึกษาด้วยทฤษฎีเผชิญความจริง

วัชร ทรัพย์มี (2546) ได้สรุปกระบวนการของการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงด้วยระบบ W D E F ไว้ดังนี้

W คือ การที่ผู้ให้คำปรึกษาช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาค้นพบความต้องการ (Wants) ของเขา

D คือ การที่ผู้ให้คำปรึกษาช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาอธิบาย (Describe) วิถีชีวิตของเขาว่าเขาทำอะไรในแต่ละวัน โดยผู้ให้คำปรึกษาเน้นสถานะปัจจุบันว่ามีเหตุการณ์หรือการกระทำในปัจจุบันอะไรบ้างในชีวิตของผู้รับคำปรึกษา

E คือ การที่ผู้ให้คำปรึกษาช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาประเมินพฤติกรรมของตนเอง (Self Evaluation) โดยการตั้งคำถามว่าการกระทำดังกล่าวบังเกิดผลอย่างไร

F คือ การที่ผู้ให้คำปรึกษาช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาวางแผน (Plan) เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตน

3.6.2.4 เทคนิคการให้คำปรึกษาด้วยทฤษฎีเผชิญความจริง

ผู้ให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงจะใช้เทคนิคต่อไปนี้ในการให้คำปรึกษา นอกเหนือจากเทคนิคพื้นฐาน (วัชร ทรัพย์มี, 2546) ดังนี้

- 1) การสร้างสัมพันธภาพ (Building Relationship)
- 2) การตั้งคำถาม (Questioning)
- 3) การพบปะเผชิญหน้า (Confrontation)
- 4) การใช้อารมณ์ขัน (Humor)
- 5) การชี้ประเด็น (Point Out)
- 6) การให้ข้อเสนอแนะ (Advice)
- 7) การเปิดเผย (Self Disclosure)
- 8) การตีความ (Interpretation)

นอกจากนี้ ควรมีการใช้เทคนิคทำข้อตกลง (Commitment) เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาทำตามแผนที่ได้ร่วมกับกำหนดขึ้นมา โดยผู้รับคำปรึกษาจะต้องตกลงกับตนเองว่าจะปฏิบัติตามแผนการที่วางไว้ด้วยความรับผิดชอบ รวมทั้งอาจใช้เทคนิคการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา การใช้ตัวแบบทางสังคม และการเสริมแรง (พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา, 2543)

สำหรับในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยสนใจใช้ทฤษฎีเผชิญความจริงในช่วงของการวางแผนและยุติการให้คำปรึกษา ทั้งนี้เพราะเห็นว่าทฤษฎีนี้มุ่งเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ให้คำปรึกษาจะกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาประเมินพฤติกรรมของตนเองว่ามีพฤติกรรมใดบ้างที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง และพยายามช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาวางแผนให้สอดคล้องกับความเป็นจริง มีขั้นตอนที่เน้นการวางแผน การประเมินพฤติกรรมตนเองว่าพฤติกรรมในปัจจุบันของตนสอดคล้องกับความต้องการหรือไม่ (วัชร ทรัพย์มี, 2546) อีกทั้งทฤษฎีนี้เน้นที่ความรับผิดชอบโดยมุ่งกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาด้วยความรับผิดชอบและตรงกับความ เป็นจริงในปัจจุบัน (พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา, 2543)

3.6.3 ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Theory)

3.6.3.1 ความเป็นมาและแนวคิดของทฤษฎีการปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรม

เอรอน ที เบค (Aaron T. Beck) เป็นจิตแพทย์ผู้เริ่มนำการรักษาแบบการนึกคิดบำบัดและพฤติกรรมบำบัดมาใช้ร่วมกันจนเป็นที่นิยมอย่างยิ่งในปัจจุบัน แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมถูกแบ่งแยกมาจากแนวคิดการปรับพฤติกรรมที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้โดยความแตกต่างอยู่ที่การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมจะเน้นที่การเปลี่ยนแปลงทางความคิด เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในขณะที่การปรับพฤติกรรมนั้น จะเน้นการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมโดยตรง การรักษาแบบ Cognitive Behavioral Therapy นี้ เป็นการบำบัด รักษาที่มีประโยชน์และมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคทางจิตเวชหลายโรคเช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล หรือตื่นกลัว เป็นต้น แนวทางการรักษานี้ยังเป็นเรื่องใหม่ที่ยังมีการพัฒนาและประยุกต์กันอยู่อย่างต่อเนื่อง ทำให้มีเทคนิคและวิธีการที่หลากหลายแตกต่างกัน ไปมากโดยมีหลักการอยู่ 3 ประการ (Dobson & Block, 1988 อ้างถึงใน จันทิมา องค์กร โฆษิต, 2545) คือ

- 1) การนึกคิด (Cognition) มีผลต่อพฤติกรรม
- 2) การนึกคิดเป็นสิ่งที่สามารถควบคุมและดัดแปลงได้
- 3) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เหมาะสมเกิดขึ้นได้โดยการเปลี่ยน

ความคิด

การรักษาต้องการแก้ไขความผิดปกติของการนึกคิด (Cognition) อารมณ์ (Emotion) และพฤติกรรม (Behavior) โดยอาศัยหลักการว่า การนึกคิดที่ไม่เหมาะสม (Maladaptive) ของผู้ป่วยเป็นตัวสำคัญทำให้เกิดอาการทางจิตเวช เช่น อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการกลัว ดังนั้นหลักการรักษาจึงเน้นวิเคราะห์อยู่ 2 ประการประการแรกคือ วิธีการคิดและความคิดที่ผิดและบิดเบือนของผู้ป่วย ไม่ว่าจะป็นรูปแบบของการนึกคิดไปในทางลบ (Pattern of Negative Thoughts) หรือรูปแบบของความคิดที่เกิดขึ้นอย่างทันทีเมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้นก่อนที่บุคคลผู้นั้นจะเกิดความรู้สึกอันเป็นปฏิกิริยาต่อสถานการณ์นั้น ประการที่สองคือการวิเคราะห์แบบแผนการแปลข้อมูล (Scheme- Basic Rules for Interpreting Information from the Environment) ของความนึกคิดที่บิดเบือน

3.6.3.2 วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาแบบการปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรม การรักษาแบบนี้มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญอยู่สองระดับ (Beck et al., 1979 อ้างถึงใน จันทิมา องค์กร โฆษิต, 2545) ดังนี้

- 1) ช่วยลดความเครียด (Stress) หรืออาการของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการจำแนก ประเมิน และเปลี่ยนแปลงกระบวนการนึกคิดที่ไม่เหมาะสม
- 2) ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในสาระสำคัญของความคิดอ่านของตนที่เป็นจุดอ่อน เพื่อดัดแปลงแก้ไขให้เป็นการคิดอ่าน ความเชื่อ หรือทัศนคติที่เหมาะสม

3.6.3.3 กระบวนการทำให้คำปรึกษาด้วยทฤษฎีการปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรม กระบวนการของการรักษาเริ่มต้นจาก (Beck et al., 1979 อ้างถึงใน จันทิมา องค์กรโยษิต, 2545)

1) การหาความคิดอัตโนมัติ (Eliciting Automatic Thoughts) โดยการวิเคราะห์หาข้อความและวิธีการคิดที่ผิดไปในทางลบ และบิดเบือนของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นเองแบบอัตโนมัติ (Pattern of Negative of Distorted Automatic Thoughts)

2) การทดสอบว่าความคิดนั้นถูกต้องหรือไม่ และจะเป็นไปได้หรือไม่ (Testing Accuracy and Viability)

3) การทดแทนด้วยวิธีการคิดใหม่ ๆ ที่เหมาะสมตามความเป็นจริง (Developing Realistically Treaties)

4) การค้นหาและท้าทายแบบแผนการแปลข้อมูลที่ไม่เหมาะสม (Identifying and Challenging Maladaptive Schemata)

สมภพ เรื่องตระกูล (2549) ได้กล่าวถึงกระบวนการของการบำบัดด้วยทฤษฎีการปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรมไว้ดังนี้

1) ความร่วมมือ

สิ่งสำคัญประการหนึ่งของทฤษฎีนี้ คือ สัมพันธภาพเชิงการรักษา ซึ่งมีความแตกต่างจากการรักษาด้วยวิธีจิตบำบัดอื่น ทั้งนี้เพราะต้องอาศัยความร่วมมือของผู้รับคำปรึกษา เพื่อให้คำปรึกษาดำเนินไปตามข้อกำหนดที่ได้เตรียมไว้ ดังนั้นในระยะแรกผู้ให้คำปรึกษาต้องใช้เวลาพอสมควรเพื่อสอนและอธิบายเกี่ยวกับวิธีการให้คำปรึกษา

2) การให้ความรู้ (Psychoeducation)

การให้ความรู้เรื่องจิตใจแก่ผู้รับคำปรึกษาถือเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งต่อกระบวนการรักษาโดยจะไปผสมกับการให้คำปรึกษาในแต่ละครั้ง ซึ่งมักจะกระทำก่อนการรักษาด้วยพฤติกรรมบำบัด โดยจะเป็นการสอนเกี่ยวกับความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงความคิดอัตโนมัติ (Automatic Thought) การค้นหาความคิดผิดปกติ (Cognitive Errors) และวิธีการคิดอย่างมีเหตุผล

3) การเปลี่ยนแปลงความคิดอัตโนมัติ (Automatic Thought)

ขั้นแรกของการการเปลี่ยนแปลงความคิดอัตโนมัติ คือ ช่วยให้ผู้ให้คำปรึกษาเห็นว่าตนเองกำลังมีความคิดดังกล่าว ผู้ให้คำปรึกษาควรแสดงให้ผู้รับคำปรึกษาทราบว่าผู้รับคำปรึกษากำลังมีความคิดอัตโนมัติทางด้านลบ เพราะการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจความคิดและอารมณ์ของตนเองเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถควบคุมกระบวนการซึ่งมี

อิทธิพลต่ออารมณ์และพฤติกรรม โดยวิธีการเปลี่ยนแปลงความคิดอัตโนมัติ มีหลายวิธีดังจะกล่าวในหัวข้อต่อไป

4) การเปลี่ยนแปลงแบบแผนความคิด (Schemas)

ในระยะแรกของการให้คำปรึกษามุ่งไปที่การแก้ไขความคิดอัตโนมัติ ซึ่งผู้รับคำปรึกษาจะมีความรู้เกี่ยวกับหลักการของการรู้การเข้าใจพฤติกรรม รวมทั้งการเกิดอาการไม่สุขสบาย ต่อจากนั้นจึงมุ่งความสนใจไปที่แบบแผนความคิด (Schemas) ซึ่งมีหน้าที่เกี่ยวข้องกับ การเข้าใจข้อมูลใหม่ ๆ การควบคุมอารมณ์ และการแสดงพฤติกรรม

3.6.3.4 เทคนิคที่ใช้ในการให้คำปรึกษาด้วยทฤษฎีการปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรม

เทคนิคที่ใช้ในการให้คำปรึกษาด้วยทฤษฎีนี้ อาจใช้เทคนิคหลายอย่างของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาประกอบตามความเหมาะสม เช่น การซักซ้อมความคิด (Cognitive Rehearsal) การฝึกฝนควบคุมพฤติกรรมด้วยตนเอง (Self-Reliance training) การฝึกแสดงบทบาท (Role Playing) การจัดกิจกรรม (Scheduling Activities) การหัดเอาชนะและมีความพึงพอใจ (Mastery and Pleasure) ซึ่งการให้คำปรึกษาผู้ให้คำปรึกษาควรชี้ให้ผู้รับคำปรึกษาเห็นถึงความคิดอัตโนมัติของตน รวมทั้งช่วยให้เห็นว่าผู้รับคำปรึกษา มีการตอบสนองที่ไม่ถูกต้องทั้งในด้านความนึกคิด (Cognitive) และพฤติกรรม (Behavioral) เพื่อแก้ไขการตอบสนองได้อย่างเหมาะสมขึ้นตามข้อมูล และวิธีคิดที่สมคูลกว่าเดิม สมภพ เรื่องตระกูล (2549) ได้กล่าวถึงวิธีการเปลี่ยนแปลงความคิดอัตโนมัติไว้หลายวิธี เช่น การตั้งคำถาม การจินตนาการและการเล่น การบันทึกความคิด การให้ทางเลือก และการฝึกซ้อมวิธีการรักษา เป็นต้น

สำหรับในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยสนใจใช้ทฤษฎีนี้ในช่วงของการสำรวจปัญหา เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจและสำรวจตนเองว่า ตนเองมีความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริงหรือไม่ และความคิดนั้นส่งผลให้ผู้รับคำปรึกษามีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์หรือไม่ และร่วมหาแนวทางในการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนนั้นให้เหมาะสมสอดคล้องกับความเป็นจริง เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ต่อไป

3.7 ความสำคัญและบทบาทของการให้คำปรึกษาต่อผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล

การให้คำปรึกษาในปัจจุบันถือเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการยอมรับว่าสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับสภาวะทางจิตใจได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล Stevin (1992) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งว่า การดูแลทางด้านจิตใจเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเป็นอันดับแรกเมื่อเข้ารับการรักษา โดยสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุดคือ การได้รับการให้

คำปรึกษาและการสนับสนุนด้านจิตใจ อีกทั้ง Slevin ได้อ้างถึงงานวิจัยต่าง ๆ ว่ามีงานวิจัยหลายๆ งานที่ได้แสดงให้เห็นว่า การให้คำปรึกษามีประโยชน์ในด้านของการลดความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และเพิ่มความสามารถในการต่อสู้ และกล้าเผชิญกับโรคที่เป็นอยู่ ทั้งยังกล่าวอีกว่าการให้คำปรึกษาไม่จำเป็นต้องใช้ระยะเวลานาน การศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการให้คำปรึกษาโดยเฉลี่ยเพียง 6 ชั่วโมง สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตใจได้

ในปัจจุบันมีงานวิจัยมากมายที่ได้ศึกษาถึงความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย รวมทั้งแนวทางในการช่วยเหลือ ตลอดจนการนำการให้คำปรึกษาไปใช้ในการจัดการกับความวิตกกังวลในผู้ป่วย ดังจะกล่าวในหัวข้อต่อไป

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สำหรับในหัวข้องานวิจัยที่เกี่ยวข้องของผู้วิจัยศึกษา ค้นคว้า และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามตัวแปรที่ต้องการศึกษาดังนี้

1. ความวิตกกังวล และแนวทางในการช่วยเหลือ หรือจัดการกับสภาวะวิตกกังวล หรือในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ
2. การให้คำปรึกษาในผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล

4.1 ความวิตกกังวล และแนวทางในการช่วยเหลือและจัดการกับสภาวะวิตกกังวล ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีงานวิจัยต่างประเทศหลากหลายงานวิจัยที่ได้ทำการศึกษาถึงความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะรักษาตัวภายหลังผ่าตัด และระยะติดตามผลภายหลังผ่าตัด นอกจากนี้งานวิจัยดังกล่าวยังได้ให้ข้อเสนอแนะถึงรูปแบบในการลดความวิตกกังวล โดยมีตัวอย่างงานวิจัย ดังนี้

Rymaszewska et al. (2002) ได้ศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการทำทางเบี่ยงเส้นเลือดหัวใจ ศึกษาในผู้ป่วย จำนวน 53 ราย ประเมินภาวะวิตกกังวลใน 3 ช่วงเวลา คือ ในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และ 3 เดือนภายหลังผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า ในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลมากที่สุด รองลงมาคือระยะหลังผ่าตัด และ 3 เดือนหลังผ่าตัด นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยหญิงมีระดับความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วยชาย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Vingerhoets (1998) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องความวิตกกังวลและความซึมเศร้าของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ จำนวน 130 ราย ผลการศึกษาพบว่า ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยจะสูงที่สุดในระยะก่อนผ่าตัด รองลงมาคือระยะหลังผ่าตัด และระยะการติดตามการรักษา ตามลำดับ และจากงานวิจัย

นักวิจัยได้กล่าวว่า ระดับความวิตกกังวลที่สูงขึ้นในระยะก่อนผ่าตัดมีความเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ภายหลังการผ่าตัด พร้อมให้ความเห็นว่า การให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาสามารถช่วยลดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้ป่วยได้ ขณะที่ Underwood, Firmin, and Jehu (2009) ได้เสนอว่า การให้คำปรึกษาที่เหมาะสม และการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยสามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยได้ โดย Underwood และคณะได้ศึกษาถึงภาวะทางจิตใจและพฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาในการรอผ่าตัดมีผลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วย และพบว่าสาเหตุหลักของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในระหว่างรอการผ่าตัดคือการกลัวการเกิดภาวะหัวใจวาย นอกจากนี้ Tully, Baker, Turnbull, and Winefield (2008) ได้ทำ การศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด กับการกลับเข้มารักษาดัวในโรงพยาบาลซ้ำภายหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจ โดยศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 222 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ภาวะซึมเศร้าภายหลังผ่าตัด มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้มารักษาดัวในโรงพยาบาลซ้ำภายหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจ และคณะผู้วิจัยยังได้เสนอว่าควรมีรูปแบบหรือวิธีการในการจัดการกับความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเพื่อลดการกลับมารักษาดัวซ้ำในโรงพยาบาล

งานวิจัยต่างประเทศหลายหลายงานวิจัยที่ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ เช่น Januzzi, Stern, Pasternak, and DeSanctis (2000) ได้ศึกษาถึงอิทธิพลของความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งประกอบไปด้วยเรื่องความวิตกกังวลและความสัมพันธ์ของการเกิดและการดำเนินของโรคหลอดเลือดหัวใจ ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าต่อการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือด รวมทั้งการจัดการกับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า สภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยมีผลต่อการเกิดโรคหัวใจ มีงานวิจัยมากพอที่แสดงให้เห็นว่าความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีผลต่อการดำเนินไปของโรคหัวใจและหลอดเลือดและอาจก่อให้เกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลันได้ นอกจากนี้ยังแสดงให้เห็นว่าการให้คำปรึกษาด้วยทฤษฎีการปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรมสามารถนำมาใช้ในการลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยได้ โดยพบว่า การให้คำปรึกษาด้วยวิธีนี้มีผลเทียบเท่าการใช้ยาเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย โดยโปรแกรมจะเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจ บรรเทาความทุกข์ทรมานทางจิตใจ และการช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านการเข้าสังคม เช่นเดียวกับ Clarke and Curri (2009) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลต่อความสัมพันธ์กับโรคเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วยโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรค



หอบหืด โรคมะเร็ง โรคไขข้อ และโรคกระดูกพรุน ผลการศึกษาพบว่า มีงานวิจัยมากพบที่รับรองว่าภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยทางกาย และเมื่อพิจารณาเฉพาะโรคหัวใจจะเห็นว่า ความหวาดกลัวหรือความตื่นตระหนกของผู้ป่วยมีผลต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และเพศหญิงมีความวิตกกังวลมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ยังมีหลักฐานยืนยันว่าการให้คำปรึกษาด้วยทฤษฎีการปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรมสามารถภาวะซึมเศร้า และลดการแยกสังคมในผู้ป่วยได้ Sola and Bostwick (2005) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเรื่องการลดความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และกลัวการเสียชีวิต อีกทั้งยังพบว่ามีผู้ป่วยส่วนหนึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรควิตกกังวลภายหลังจากการใส่เครื่อง และมีหลักฐานยืนยันว่าการให้คำปรึกษาด้วยทฤษฎีการปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรมสามารถลดภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ภาวะความเครียด และปัญหาทางเพศสัมพันธ์ได้

นอกจากนี้ยังได้มีการศึกษาถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความวิตกกังวล ดังเช่น Noto et al. (2005) ได้ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของระดับความวิตกกังวลและการอัตราการเต้นของหัวใจ พบว่า ระดับความวิตกกังวลที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับอัตราการเต้นของหัวใจสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อันส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดยาวนานขึ้น และจากการศึกษาของ Rymaszewska et al. (2003) พบว่า ระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้นและระยะก่อนผ่าตัดหัวใจ สามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดได้ รวมทั้งให้ข้อเสนอว่า การให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันผลกระทบทางด้านจิตใจ สามารถลดสภาวะความตึงเครียดทางอารมณ์ ลดการใช้ยา และลดภาระเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Deyirmenjian et al. (2006) ได้เสนอว่า การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดสามารถลดระยะเวลาในการถอดเครื่องช่วยหายใจได้อย่างมีนัยสำคัญ

จากที่กล่าวมาข้างต้นเป็นการศึกษาถึงความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ซึ่งนอกจากงานวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยยังได้ศึกษาถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวทางในการช่วยเหลือและจัดการกับผู้ป่วยที่มีสภาวะวิตกกังวล ซึ่งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการหรือการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจในประเทศไทยมีไม่มากนัก งานวิจัยที่ปรากฏให้เห็นส่วนมากมักจะเน้นในเรื่องของการให้คำแนะนำ การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ หรือการเตรียมความพร้อมในการผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวล แต่ในส่วนของการให้คำปรึกษาเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดหัวใจ จากการค้นคว้าพบว่าประเทศไทยยังไม่เคยมีการศึกษาในเรื่องนี้ ในส่วนของงานวิจัยในต่างประเทศพบว่า มีการนำโปรแกรม และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษามาใช้

เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดหัวใจ และผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการอื่นๆ เกี่ยวกับหัวใจ ดังนี้

Furze et al. (2009) ได้ศึกษาถึงการบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรมร่วมกับให้คำปรึกษาทางการแพทย์พยาบาลทั่วไป และการให้คำปรึกษาทางการแพทย์พยาบาลทั่วไปเพียงอย่างเดียว ในผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดหัวใจแบบเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 204 ราย โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลองได้รับการรักษาด้วยวิธีของแนวคิดและพฤติกรรมร่วมกับให้คำปรึกษาทางการแพทย์พยาบาลทั่วไป และกลุ่มควบคุมได้รับการให้คำปรึกษาทางการแพทย์พยาบาลทั่วไปเพียงอย่างเดียว ผลการศึกษาพบว่า ไม่พบความแตกต่างของความวิตกกังวล ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แต่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของภาวะซึมเศร้า ความสามารถของกิจกรรมทางกาย และความเข้าใจในโรคเกี่ยวกับโรคหัวใจ โดยคณะผู้วิจัยได้ให้ข้อสรุปว่า การรักษาด้วยวิธีของแนวคิดและพฤติกรรมร่วมกับให้คำปรึกษาทางการแพทย์พยาบาลทั่วไปช่วยลดภาวะซึมเศร้า การเข้าใจโรคเกี่ยวกับตัวโรคและช่วยปรับปรุงความสามารถของกิจกรรมทางกายได้ดีกว่าการให้คำปรึกษาทางการแพทย์พยาบาลทั่วไปเพียงอย่างเดียว

Goodman et al. (2008) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมและการรักษาทางการแพทย์พยาบาลแบบปกติ ในผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดหัวใจจำนวน 188 ราย ผลการศึกษาพบว่า ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย แต่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจ และไม่มีสมรรถภาพทางร่างกายเพิ่มขึ้นภายหลังผ่าตัด อย่างไรก็ตาม โปรแกรมการปรับพฤติกรรมมีประโยชน์ในด้านการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น

Tooth, McKenna, Maas, and McEniery (1997) ได้ทำการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาในผู้ป่วยและคู่สมรสก่อนได้รับการสวนหัวใจ จำนวน 40 คู่ โดยโปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับกายวิภาคของหัวใจ พยาธิสภาพของโรคหัวใจ ขั้นตอนและวิธีการสวนหัวใจ ตลอดจนสภาพแวดล้อมภายในโรงพยาบาล และห้องสวนหัวใจ รวมทั้งการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และให้คำปรึกษาในเรื่องสภาวะทางจิตใจที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย โรคหัวใจและผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจ รวมทั้งให้คำปรึกษาในเรื่องความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและคู่สมรส ผลการศึกษาพบว่า ภายหลัง 4 เดือนหลังผู้ป่วยได้รับการสวนหัวใจ ผู้ป่วยมีระดับความรู้ที่เพิ่มขึ้น และมีความวิตกกังวลลดลง และภายหลัง 11 เดือนภายหลังการสวนหัวใจคู่สมรสของผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น

นอกจากการโปรแกรม และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแล้วยังมีการนำแนวทางการบำบัดด้วยวิธีการอื่นๆ มาใช้เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดหัวใจครั้งนี้

Deyirmenjian et al. (2006) ได้ทำการศึกษาเรื่องการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดหัวใจ โดยผู้ป่วยในกลุ่มทดลองจำนวน 57 ราย ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ซึ่งประกอบไปด้วยการให้คำแนะนำ และการเข้าไปดูสถานที่ภายในหอผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ ส่วนผู้ป่วยกลุ่มควบคุมจำนวน 53 ราย ได้รับโปรแกรมการรักษาพยาบาลจากเจ้าหน้าที่ตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้นในระยะหลังผ่าตัด และมีระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และมีภาวะสับสน และการใช้ยาเพื่อระงับการกระสับกระส่ายลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้ผู้วิจัยยังกล่าววาระดับความวิตกกังวลมีความเกี่ยวข้องกับอายุและเพศ โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมาก และผู้ป่วยหญิงมีระดับความวิตกกังวลที่สูง

Asiliogiu and Celik (2004) ได้ศึกษาถึงผลของการให้ความรู้ก่อนการผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ โดยศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 100 ราย ผู้ป่วย 50 ราย ถูกสุ่มให้อยู่ในกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับการให้ความรู้โดยหนังสือคู่มือเล่มเล็ก ส่วนผู้ป่วยอีก 50 รายถูกสุ่มให้อยู่ในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการรักษาทางการแพทย์ตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการผ่าตัดในวันที่สามผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ โดยค่าเฉลี่ยของระดับความวิตกกังวลในกลุ่มควบคุมสูงกว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองเพียงเล็กน้อย

Koivula, Tarkka, Tarkka, Laippala, and Ilmonen (2002) ได้ทำการศึกษาถึงการสนับสนุน ทางสังคมในโรงพยาบาล และปัจจัยของการสนับสนุนที่มีผลต่อความกลัวและความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยศึกษาในผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัด 1 วัน จำนวน 193 ราย ผลการศึกษาพบว่า การได้รับการสนับสนุนและคำปรึกษาจากพยาบาล และผู้เชี่ยวชาญอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง สามารถลดความกลัวและความวิตกกังวลก่อนได้รับการผ่าตัดได้ อย่างไรก็ตามคณะผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอว่าข้อมูลหรือการให้คำปรึกษาที่ผู้ป่วยได้รับต้องเป็นข้อมูลที่เหมาะสมพอ

4.2 การให้คำปรึกษาในผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีงานวิจัยที่ได้ทำการศึกษาถึงประสิทธิภาพ ประโยชน์ รวมทั้งความสำคัญของการให้คำปรึกษาต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยประเภทต่างๆ เช่น Bower, Rowland, and Hardy (2003) ได้ทำการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในเรื่องของ

ประสิทธิผลทางคลินิกของการให้คำปรึกษาต่อการบริการขั้นปฐมภูมิ โดยผู้วิจัยได้กล่าวว่าการให้คำปรึกษาเป็นการบำบัดที่ถูกลำเอียงอย่างแพร่หลายในการจัดการกับภาวะทางจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า ซึ่ง Bower และคณะทำการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษากับการให้การรักษามาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษามีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญของประสิทธิผลทางคลินิกเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่รับการรักษาตามปกติแต่เป็นผลในระยะสั้น ส่วนผลในระยะยาวนั้นไม่พบความแตกต่างระหว่างสองกลุ่ม และ Stiles, Barkham, Twigg, Clark, and Cooper (2006) ได้ทำการศึกษาทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาด้วยทฤษฎีการปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรม การให้คำปรึกษาด้วยทฤษฎีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และการให้คำปรึกษาด้วยทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การให้คำปรึกษาด้วยทฤษฎีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางถูกนำมาใช้ในการให้การรักษขั้นปฐมภูมิมากที่สุด ในขณะที่การให้คำปรึกษาด้วยทฤษฎีการปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรมถูกนำมาใช้มากในการให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสภาวะจิตใจ และใช้ในการบำบัดผู้ป่วยระยะทุติยภูมิ และเมื่อพิจารณาในแง่ของกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาพบว่า การให้คำปรึกษาด้วยทฤษฎีการปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรม และการให้คำปรึกษาด้วยทฤษฎีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เป็นทฤษฎีที่ถูกนำมาใช้มากที่สุดในช่วงเหลือผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล สอดคล้องกับ Stiles, Barkham, Twigg, Clark, & Connell (2008) ได้ทำการศึกษาถึงประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาทั้ง 3 ทฤษฎีอีกครั้งแต่ศึกษาถึงประโยชน์ในการของการรักษาในขั้นปฐมภูมิ และในงานวิจัยที่ใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ ผลการวิจัยพบว่า การให้คำปรึกษาด้วยทฤษฎีการปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรม และการให้คำปรึกษาด้วยทฤษฎีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางเป็นทฤษฎีที่ถูกนำมาใช้มากที่สุดในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยด้วยกัน

ในส่วนของทฤษฎีการให้คำปรึกษาผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีการให้คำปรึกษาในงานวิจัยนี้ 3 ทฤษฎี ดังนี้

1. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

1.1 งานวิจัยในประเทศ

ในปัจจุบันผู้วิจัยหลายคนได้นำทฤษฎีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางไปใช้เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยประเภทต่าง ๆ จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ทฤษฎีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดคือ ปริญญา พุฒประเสริฐศักดิ์ (2546) ได้ทำการศึกษาถึงผลของการให้การปรึกษาต่อความวิตกกังวลของสตรีก่อนได้รับการผ่าตัดมดลูก กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ให้รักษาด้วยการตัดมดลูกมารับบริการ ณ โรงพยาบาลมหาราชนิเวศน์เชียงใหม่ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็น



กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 17 ราย เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยประกอบด้วย แผนการให้การปรึกษา แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความวิตกกังวลของสปีลเบอร์เกอร์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลหลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สำหรับการเปรียบเทียบคะแนนหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า คะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

นอกจากนี้ ยังมีการนำทฤษฎีนี้ไปใช้กับผู้ป่วยจิตเชื้อเอช ไอ วี เพื่อลดความวิตกกังวล โดยภัทรารวรรณ มณีสาคร (2548) ทำการศึกษาเรื่องผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่มีต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยจิตเชื้อเอช ไอ วี โดยใช้ทฤษฎีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง กลุ่มตัวเป็นสมาชิกกลุ่มมีมิตรภาพหญิง จำนวน 7 คนและกลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยจิตเชื้อเอช ไอ วี ซึ่งเป็นสมาชิกของศูนย์เพื่อนชีวิตใหม่ จำนวน 8 คน มีการดำเนินการให้คำปรึกษากลุ่มสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง รวมทั้งสิ้น 8 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยคือ 1) แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของสปีลเบอร์เกอร์ 2) แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกและความคิดภายหลังการเข้ากลุ่ม 3) โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่มีคะแนนความวิตกกังวลสูง มีคะแนนความวิตกกังวลลดลงกว่าก่อนได้รับการให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนคะแนนที่เปลี่ยนแปลงของกลุ่มทดลอง มีมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

1.2 งานวิจัยต่างประเทศ

Maisiak, Auatin, West, and Heck (1995) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาด้วยทฤษฎีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางทางโทรศัพท์ต่อสภาวะทางจิตใจของผู้ป่วย เอส แอล อี และผู้ป่วยโรครุมตอดอยด์ โดยเป็นการศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วย เอส แอล อี กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษามีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญของสภาวะทางจิตใจ ในขณะที่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยโรครุมตอดอยด์

Stewart et al. (2000) ได้ศึกษาถึงผลของการให้คำปรึกษาด้วยทฤษฎีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางโดยการศึกษาวรรณกรรมที่ผ่านมาของการให้คำปรึกษาด้วยทฤษฎีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางต่อการดูแลขั้นปฐมภูมิ และการใช้บริการทางการแพทย์ ผลการศึกษาพบว่า การให้คำปรึกษาด้วยทฤษฎีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงด้านสภาวะทางสุขภาพ และมีการเพิ่มขึ้นของประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีการเผชิญความจริง

2.1 งานวิจัยในประเทศ

ทฤษฎีการเผชิญความจริงถือเป็นอีกหนึ่งทฤษฎีของการให้คำปรึกษาที่ได้รับ การยอมรับว่าสามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยได้ รัตนากรณ์ อินทร์ยา (2548) ทำการศึกษาเรื่อง เปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลตามหลักทฤษฎีการบำบัดแบบเผชิญความจริงกับตาม หลักทฤษฎีการบำบัดแบบเกสตอลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ทำการฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมระยะแรก (4 เดือนแรก) จำนวน 6 คน โดยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 ได้รับการให้ คำปรึกษารายบุคคลตามหลักทฤษฎีการบำบัดแบบเผชิญความจริง จำนวน 3 คน กลุ่มที่ 2 ได้รับการ ให้คำปรึกษารายบุคคลตามหลักทฤษฎีการบำบัดแบบเกสตอล จำนวน 3 คน ทำการทดลองคนละ 8 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบวัดความวิตกกังวล จำนวน 20 ข้อ โปรแกรมการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีการบำบัดแบบเผชิญความจริง และโปรแกรมการให้ คำปรึกษาตามทฤษฎีการบำบัดแบบเกสตอล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการให้คำปรึกษาตาม ทฤษฎีการบำบัดแบบเผชิญความจริงมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงภายหลังได้รับการให้คำปรึกษา แต่ละด้าน 3 วัน และหลังการให้คำปรึกษาครบตามโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่ผู้ป่วยที่ ได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีการบำบัดแบบเกสตอล ไม่มีความแตกต่างกันมีคะแนนความวิตก กังวลลดลงภายหลังได้รับการให้คำปรึกษาแต่ละด้าน 3 วัน และหลังการให้คำปรึกษาครบตาม โปรแกรม

นอกจากนี้ ยังมีผู้สนใจนำทฤษฎีนี้ไปใช้เพื่อลดความวิตกกังวลสำหรับญาติ ของผู้ป่วยโดย ประไพรัตน์ ประดา (2548) ศึกษาถึงผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎี เผชิญความจริงเพื่อลดความวิตกกังวลของบิดามารดา ที่บุตรได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง หอ ผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างคือ บิดาหรือมารดาที่บุตร ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง ตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลหาค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 เปอร์เซ็นต์ขึ้นไป ถามความสนใจ จำนวน 12 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 6 คน ดำเนินการให้คำปรึกษากับกลุ่มทดลอง 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 วัน วันละ 4 คน จำนวนคนละ 8 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า บิดามารดาที่บุตรได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง ภายหลังได้รับการให้คำปรึกษามีความวิตกกังวลโดยรวมทั้งทาง ร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

2.2 งานวิจัยต่างประเทศ

Riva, Bacchetta, Baruffi, and Molinari (2001) ได้ทำการศึกษาถึงการบำบัดด้วยทฤษฎีการเผชิญความจริงต่อความไม่พึงพอใจในภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วน โดยศึกษาในผู้ป่วยหญิงจำนวน 28 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเผชิญความจริงเพื่อแก้ไขความผิดปกติในการรับประทานอาหาร ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีสถานะทางจิตใจที่ดีขึ้น คือช่วยลดความไม่พึงพอใจในรูปร่างลง และช่วยลดความวิตกกังวล รวมทั้งเพิ่มความสามารถในการรับรู้ตนเองภายหลังเข้ารับโปรแกรม ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงของความวิตกกังวล และเมื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

Austin, Maisiak, Macrina, and Heck (1996) ได้ศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วย เอส แอล อี โดยใช้การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ในผู้ป่วยจำนวน 58 ราย ผู้ป่วย ผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ด้วยทฤษฎีการเผชิญความจริง และกลุ่มที่ 2 ได้รับคำแนะนำเรื่องการตรวจสอบอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการให้คำปรึกษามีความสามารถของกิจกรรมทางกายและการสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ Maisiak, Austin, and Heck (1996) และคณะ ได้ทำการศึกษาด้วยวิธีเดียวกันนี้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการปวดข้อ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษามีคะแนนของแบบวัดผลกระทบโรคข้ออักเสบเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งมีจำนวนครั้งในการไปพบแพทย์ลดลงน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำเรื่องการตรวจสอบอาการที่ผิดปกติ

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทฤษฎีการปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรม

3.1 งานวิจัยในประเทศ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีผู้วิจัยหลายคนได้นำทฤษฎีการปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรมไปใช้เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยประเภทต่าง ๆ ทั้งผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลทั่วไป และในผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลจากอาการของสภาวะหรือตัวโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ อาทิเช่น จุฑารัตน์ ทองสลับ (2551) ศึกษาถึงผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ที่มารับบริการในคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลสังขะ จำนวน 20 คน ด้วยโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ประกอบด้วยแผนการบำบัด 5 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ต่อเนื่อง 5 สัปดาห์ และนัดติดตามผล

หลังการรักษาอีก 1 เดือน มีขั้นตอนการบำบัดดังนี้ 1) การสอนถึงธรรมชาติโรควิตกกังวลทั่วไป และเหตุการณ์บำบัดแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม 2) การสอนถึงความสัมพันธ์ของสถานการณ์ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม 3) การสอนถึงวิธีการค้นหาความคิดอัตโนมัติ 4) การสอนถึงวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม 5) สรุปรบทเรียนและนำไปใช้ สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบไปด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกภาวะสุขภาพ แบบวัดความวิตกกังวล (STAI from X) สมุดคู่มือประจำตัวผู้ป่วย บันทึกการสนทนาและแบบวัดความพึงพอใจ ผลการศึกษาพบว่า ระดับความวิตกกังวลปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวของผู้ป่วยหลังการบำบัดและในระยะติดตามผลการบำบัด 1 เดือน มีระดับลดลง จากการวิเคราะห์เนื้อหาในการบำบัดพบว่า ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และเข้าใจภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง แยกแยะความคิดบิดเบือนได้ สามารถควบคุมความกังวลด้วยตนเอง อีกทั้งมีการปรับเปลี่ยนความคิดเป็นไปในแบบที่ยืดหยุ่นยอมรับความจริงมากขึ้น และผู้ป่วยทุกคนมีความพึงพอใจในวิธีการบำบัด

ปัจจุบันมีการศึกษามากมายที่ได้นำเทคนิคการผ่อนคลายมาใช้ร่วมกับการให้คำปรึกษาด้วย เช่น การศึกษาของ ณัฐทิพร ชัยประทาน (2547) ที่ทำการศึกษาร่วมกับการฝึกผ่อนคลาย และการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรควิตกกังวล จำนวน 22 คน โดยผู้ป่วยได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลด้วยแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกผ่อนคลาย และการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยแผนการบำบัด 5 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ต่อเนื่อง 5 สัปดาห์ และนัดติดตามผลหลังการรักษาอีก 1 เดือน มีขั้นตอนการบำบัดดังนี้ 1) การเรียนรู้ธรรมชาติโรควิตกกังวล เหตุผลการบำบัดแบบ CBT และการฝึกผ่อนคลายเพื่อระงับอาการของความกังวล 2) การฝึกปฏิบัติผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 3) เรียนรู้การปรับเปลี่ยนความคิด 4) เรียนรู้หลักการแก้ไขปัญหา 5) สรุปรบทวนบทเรียนและนำไปใช้ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกภาวะสุขภาพ แบบวัดความวิตกกังวล (STAI from X) สมุดบันทึกการบ้านผู้ป่วย แบบบันทึกการสนทนาและแบบวัดความพึงพอใจ เก็บข้อมูล 3 ระยะคือ ระยะก่อนบำบัด หลังบำบัด และติดตามผล ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน และความวิตกกังวลประจำตัวผู้ป่วยลดลงน้อยกว่าก่อนบำบัดภายหลังการทดลอง และในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

นอกจากการให้คำปรึกษารายบุคคลด้วยทฤษฎีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยวิตกกังวลทั่วไปแล้ว ยังมีการศึกษาถึงการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มด้วยทฤษฎีนี้ใน

ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลจากอาการของสภาวะหรือตัวโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ คือ การศึกษาของ สุปริดา แก้วนาง (2549) ได้ทำการศึกษาถึงผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการผ่อนคลายใจและการฝึกนวดคลายเครียดด้วยตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความวิตกกังวล จำนวน 31 คน โดยใช้โปรแกรมที่สร้างขึ้นเองภายใต้กรอบแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการผ่อนคลายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเรียนรู้และเข้าใจเกี่ยวกับความวิตกกังวล มีการปรับเปลี่ยนความคิดปรับเปลี่ยนมุมมองใหม่ที่มีเหตุผลมากขึ้น ซึ่งเป็นการให้คำปรึกษาจำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ เนื้อหาประกอบด้วย เรียนรู้จักรธรรมชาติของความวิตกกังวล วิธีจัดการกับความไม่สุขสบายจากความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นด้วยวิธีการผ่อนคลายใจและการนวดคลายเครียดด้วยตนเองพร้อมทั้งเหตุผลในการในการบำบัดรักษาแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เรียนรู้การปรับเปลี่ยนความคิดวิตกกังวล และสรุปบททวนพร้อมทั้งนำไปใช้ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกภาวะสุขภาพ แบบวัดความวิตกกังวล (STAI from X) ฉบับภาษาไทย สมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วย และแบบวัดความพึงพอใจ ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน และความวิตกกังวลประจำตัว ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะวิตกกังวล หลังการให้คำปรึกษาในระยะติดตามผลลดลงน้อยกว่าก่อนได้รับการให้การศึกษา และผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ใช้ยาคลายกังวลได้ลดขนาดยาลง และจากการวิเคราะห์เนื้อหาในการให้การศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการปรึกษามีความเข้าใจเกี่ยวกับความวิตกกังวลของตนเอง มีการปรับเปลี่ยนมุมมองต่อการเผชิญปัญหาแบบใหม่ที่เหมาะสมขึ้น มีการเรียนรู้และฝึกฝนทักษะในการจัดการกับความไม่สุขสบายทางกายอันเนื่องมาจากความวิตกกังวลด้วยวิธีการผ่อนคลายใจและการนวดผ่อนคลายด้วยตนเอง

3.2 งานวิจัยต่างประเทศ

Molassiotis et al. (2002) ได้ทำการศึกษานำร่องโดยศึกษาถึงผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรม และการให้คำปรึกษาแบบเพื่อนที่ปรึกษาต่อการลดภาวะความเครียดและการเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยชาวจีนที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ผู้ป่วยจำนวน 10 ราย ถูกสุ่มให้อยู่ในกลุ่มวิธีการปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรม และผู้ป่วยอีก 10 ราย ถูกสุ่มให้อยู่ในกลุ่มการให้คำปรึกษาแบบเพื่อนที่ปรึกษา และเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบปกติจำนวน 26 ราย โดยโปรแกรมที่ใช้กับผู้ป่วยใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ และวัดการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม และ 3 เดือนภายหลังผู้ป่วยได้รับโปรแกรม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับวิธีการปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญของระดับความโกรธ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความสับสน ส่วนกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบเพื่อนที่ปรึกษามีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย

Tarrier et al. (1999) ได้ศึกษาถึงผลของความทนทานของการให้คำปรึกษาในการบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะจิตเภทเรื้อรัง โดยกลุ่มผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ได้รับการให้คำปรึกษาด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรม กลุ่มที่ 2 ได้รับการให้คำปรึกษาแบบสนับสนุน และกลุ่มที่ 3 ได้รับการรักษาแบบปกติ ผลการศึกษาพบว่า เมื่อติดตามการรักษาในระยะเวลา 12 เดือน มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญระหว่าง 3 กลุ่ม โดยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการให้คำปรึกษาด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรมมีการเปลี่ยนแปลงของอาการทั้งทางด้านบวกและด้านลบ มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติ และพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรม และกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบสนับสนุนมีการเปลี่ยนแปลงของอาการทั้งทางด้านบวกและด้านลบดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบปกติเพียงอย่างเดียว

Ridsdate et al. (2001) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของการบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรม และการให้คำปรึกษาแบบไม่นำทางตามแนวคิดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเมื่อยเรื้อรัง โดยทั้ง 2 โปรแกรมประกอบด้วย การให้คำปรึกษาจำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ผลการศึกษาภายหลัง 6 เดือนพบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่าง 2 กลุ่ม ของอาการปวดเมื่อย ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และการปรับตัวทางสังคม โดยคณะผู้วิจัยได้เสนอว่าผู้ให้การบำบัดสามารถนำทั้งสองโปรแกรมนี้มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดเมื่อยในระยะปฐมภูมิได้ ขึ้นอยู่กับการพิจารณาตามความเหมาะสมของผู้บำบัดเอง