

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของการเตรียมย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. โรคหัวใจและการรักษาด้วยการผ่าตัด
2. มโนทัศน์ของความวิตกกังวล
3. มโนทัศน์ของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม
4. มโนทัศน์ของการวางแผนจำหน่าย
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรคหัวใจและการรักษาด้วยการผ่าตัด

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข อุบัติการณ์ของโรคมีแนวโน้มสูงขึ้น และเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นของหลายประเทศทั่วโลก สำหรับประเทศไทยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญเช่นกัน โดยมีประชากรที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือดในปี พ.ศ. 2543-2547 เป็นจำนวน 196,944, 216,912, 251,425, 310,950 และ 368,988 ราย ตามลำดับ จัดเป็นหนึ่งในห้าอันดับแรกของโรคที่เป็นสาเหตุการตายของประชากร ซึ่งอัตราการตายด้วยโรคหัวใจต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2543-2547 เป็น 31.9, 30.3, 24.6, 27.7 และ 26.8 ราย ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, [http://service.nso.go.th/nso/data/data23/stat_23/toc_4/4.3-2.xls], 10 พฤศจิกายน 2548) จะเห็นได้ว่าสาเหตุการตายของประชากรจากโรคหัวใจมีแนวโน้มลดลง ทั้งนี้เป็นผลมาจากความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ ทำให้มีการพัฒนาเกี่ยวกับวิธีการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น การพัฒนาเกี่ยวกับการผ่าตัดหัวใจ

1.1 โรคหัวใจที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

โรคหัวใจที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแบ่งออกเป็น 2 ชนิดใหญ่ ๆ คือ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และโรคหัวใจที่เกิดขึ้นภายหลัง (ชูศักดิ์ คุปตานนท์, 2543) ดังนี้

1.1.1 โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Congenital heart disease) สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่มย่อย คือ

1.1.1.1 กลุ่มที่ไม่มีอาการเขียว (Acyanotic heart disease) เพราะมีการไหลเวียนเลือดจากหัวใจด้านซ้ายไปด้านขวา (Left to right shunt) เช่น โรคผนังกันหัวใจห้องล่างรั่ว (Ventricular septal defect; VSD) โรคผนังกันหัวใจห้องบนรั่ว (Atrial septal defect; ASD) เป็นต้น การมีเลือดแดงจากหัวใจด้านซ้ายผ่านไปยังด้านขวาได้ ทำให้เลือดไปที่ปอดมากขึ้นเกิดมีเลือดคั่งที่ปอด ทำให้ปอดเกิดการติดเชื้อได้ง่าย ถ้าไม่ได้รับการรักษาจะทำให้ความดันของหลอดเลือดในปอดสูงขึ้น (Pulmonary hypertension) และถ้า

ความดันของหลอดเลือดในปอดสูงมากขึ้นจนทำให้มีการการไหลเวียนเลือดจากหัวใจด้านขวาไปด้านซ้าย (Right to left shunt) ก็จะเป็นระยะสุดท้ายของโรค ซึ่งไม่สามารถจะทำการผ่าตัดได้

1.1.1.2 กลุ่มที่มีอาการเขียว (Cyanotic heart disease) เพราะมีการไหลเวียนเลือดจากหัวใจด้านขวาไปด้านซ้าย (Right to Left Shunt) เช่น โรคหลอดเลือดแดงใหญ่สลับตำแหน่ง (Transposition of great arteries; TGA) ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการเขียวเนื่องจากมีเลือดดำจากหัวใจซีกขวาไหลเวียนไปยังหัวใจซีกซ้าย ทำให้ความอิ่มตัวของออกซิเจน (Oxygen saturation) ในหัวใจซีกซ้ายลดลงเป็นผลทำให้มีออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกายลดลง

1.1.1.3 กลุ่มที่มีการอุดตันของการไหลเวียนเลือด (Obstructive lesion) เช่น โรคหลอดเลือดเออร์ตาตีบแคบ (Coarctation of aorta) โรคลิ้นไมตรัลพิการแต่กำเนิด (Congenital mitral valvular disease) เป็นต้น โรคเหล่านี้จะทำให้มีการตีบของลิ้นหัวใจหรือหลอดเลือด ทำให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายไม่สะดวก

1.1.2 โรคหัวใจที่เกิดขึ้นภายหลัง (Acquired heart disease) แบ่งได้เป็น 5 กลุ่มย่อย คือ

1.1.2.1 กลุ่มความผิดปกติของลิ้นหัวใจ (Valvular heart disease) ส่วนใหญ่จะเกิดตามหลังโรคหัวใจรูมาติก (Rheumatic fever) ทำให้เกิดภาวะลิ้นหัวใจตีบหรือรั่ว เช่น โรคลิ้นไมตรัลตีบ (Mitral stenosis; MS) โรคลิ้นไมตรัลรั่ว (Mitral regurgitation; MR) โรคลิ้นเออร์ติกตีบ (Aortic stenosis; AS) โรคลิ้นเออร์ติกรั่ว (Aortic regurgitation; AR) เป็นต้น

1.1.2.2 กลุ่มความผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจ (Coronary heart disease) ทำให้หลอดเลือดแดงที่นำเลือดไปเลี้ยงหัวใจตีบ เลือดจึงไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก (Angina Pectoris) กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Myocardial infarction) เป็นเหตุให้เสียชีวิตทันที (Sudden death) ได้

1.1.2.3 กลุ่มโรคของเยื่อหุ้มหัวใจ (Pericardial disease) เช่น ภาวะที่มีหนองในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ (Pyopericarditis) ภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบเรื้อรัง (Chronic constrictive pericarditis) เป็นต้น

1.1.2.4 กลุ่มโรคของหลอดเลือดเออร์ตา ได้แก่ ภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง (Thoracic aortic aneurysm) ภาวะที่มีเลือดแทรกเข้าไปอยู่ในผนังของหลอดเลือดเออร์ตา (Dissection of the aorta) ซึ่งเกิดจากการฉีกขาดของเยื่อบุผนังหลอดเลือด

1.1.2.5 กลุ่มเนื้องอกของหัวใจ เช่น เนื้องอกที่หัวใจห้องบนซีกซ้าย (Left atrium myxoma)

1.2 ชนิดของการผ่าตัดหัวใจ

การผ่าตัดหัวใจถือเป็นการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการไม่ใช้ยา ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพปกติ (Corrective surgery) หรือการผ่าตัดประคับประคอง (Palliative surgery) เพื่อช่วยให้การไหลเวียนเลือดดีขึ้น (สมบุรณ์ บุญเกษม และกัลยาณกิติ์ กิตติยากร, 2538; ชูศักดิ์ คุปตานนท์, 2543; อัจฉรา เทชฤทธิ์พิทักษ์, 2543; สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์, 2545) การผ่าตัดหัวใจแบ่งได้เป็น 2 ชนิด ดังนี้

1.2.1 การผ่าตัดหัวใจแบบปิด (Closed heart surgery) เป็นการผ่าตัดหัวใจหรือหลอดเลือดที่เกี่ยวข้องกับหัวใจ ขณะทำการผ่าตัดหัวใจยังเต้นตามปกติ และยังทำหน้าที่ในการสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกาย ระยะเวลาการผ่าตัดเป็นช่วงสั้นๆ เช่น การผ่าตัดถ่างขยายลิ้นหัวใจ (Closed mitral valvulotomy) ในผู้ป่วย

ลิ้นไมตรัลตีบ (Mitral stenosis) การผ่าตัดเยื่อหุ้มหัวใจ (Pericardectomy) ในผู้ป่วยเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (Constrictive pericarditis) เป็นต้น

1.2.2 การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Open heart surgery) เป็นการผ่าตัดหัวใจหรือหลอดเลือดที่เกี่ยวข้องกับหัวใจ ในขณะที่หัวใจหยุดเต้นหรืออาจยังเต้นอยู่ แต่ไม่ได้ทำหน้าที่ในการสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกาย จึงต้องมีการนำเลือดออกไปไหลเวียนนอกร่างกายด้วยเครื่องปอดหัวใจเทียม (Cardiopulmonary bypass; CPB) เพื่อทำหน้าที่ในการฟอกเลือดและสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกาย เช่น การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียม การผ่าตัดหลอดเลือดแดงโคโรนารี การผ่าตัดปิดรูรั่วของผนังกันห้องหัวใจ เป็นต้น

ในช่วงสิบปีที่ผ่านมาอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือดได้ลดลงอย่างเด่นชัด (อัจฉรา เชฤทธิ์พิทักษ์, 2543) ทั้งนี้เป็นผลมาจากการพัฒนาความรู้ความชำนาญของบุคลากรในทีมที่ให้การดูแล และส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการพัฒนาในด้านเทคนิคของการใช้เครื่องปอดหัวใจเทียม โดยมีการปรับปรุงทั้งในด้านรูปแบบ วัสดุที่ใช้ ลักษณะการทำงานของวงจรเครื่องมือ เป็นต้น อย่างไรก็ตามการนำเลือดออกไปไหลเวียนนอกร่างกายด้วยเครื่องปอดหัวใจเทียมขณะทำการผ่าตัดหัวใจ ต้องมีการลดอุณหภูมิของร่างกายให้ต่ำ (Hypothermia) เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของเซลล์ ร่วมกับการทำให้เลือดจางลง (Hemodilution) และการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการไหลเวียนของเม็ดเลือดแดง (ประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี และคณะ, 2542; อัจฉรา เชฤทธิ์พิทักษ์, 2543) สิ่งเหล่านี้ได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกาย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานและเกิดภาวะแทรกซ้อนกับระบบต่างๆ ในร่างกาย เช่น ระบบการไหลเวียนเลือด ระบบหายใจ ระบบประสาท ระบบการทำงานของไตและตับ โดยเฉพาะในระยะ 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (ประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี และคณะ, 2540; สุจิตร์ บัญญัติปิยะพจน์ & ณัฐนันท์ ประศาสน์สารกิจ, 2540) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจึงถือเป็นผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องได้รับการเฝ้าระวังอาการผิดปกติและติดตามดูอาการอย่างใกล้ชิด ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดทุกรายจึงจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยระยะวิกฤต

2. มโนทัศน์ของความวิตกกังวล

2.1 ความหมายของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกทางอารมณ์ของมนุษย์ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีความหมายของความวิตกกังวลไว้มากหลาย เช่น

Spielberger et al. (1967) ได้กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกทางอารมณ์ ที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเป็นอันตรายต่อตนเอง ทำให้บุคคลมีการแสดงให้เห็นโดยมีอาการเครียด หวั่นวิตก และกระวนกระวาย ซึ่งเป็นความรู้สึกทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นชั่วคราวตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

Guzzetta (1979) กล่าวว่า ความวิตกกังวลของบุคคลเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้าที่เข้ามาคุกคามทั้งที่เป็นจริงและคาดว่าจะ เป็น บุคคลจะมีการตอบสนองต่อความวิตกกังวลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยการตอบสนองทางด้านร่างกายจะมีผลต่อไฮโปทาลามัส ทำให้กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเธติก เป็นผลให้อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ส่วนการตอบสนองทางด้านจิตใจ จะพบว่าบุคคลที่มีความวิตกกังวลจะไม่สบายใจ กระวนกระวาย และหวาดกลัว

Piest (1983) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้าที่เข้ามาคุกคาม ทั้งที่เป็นเหตุการณ์จริงหรือเป็นเพียงการคาดคะเน

ปัญญากรณ ชุตังกร (2536) ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่า เป็นความรู้สึกว่ารู้สึกไม่สบาย โดยหาแหล่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกนั้นไม่ได้ รู้สึกไม่ปลอดโปร่งใจ หงุดหงิด โดยไม่ทราบสาเหตุ

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ (2537) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นประสบการณ์หนึ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตของบุคคล ทุกเพศ ทุกวัย ความวิตกกังวลจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลประเมินสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก ว่าเป็นสิ่งที่คุกคามต่อความมั่นคงปลอดภัยของร่างกายและชีวิตของบุคคล

จากความหมายข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเป็นอันตรายต่อตนเอง เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกเหมือนถูกคุกคาม หรืออยู่ในภาวะที่ไม่มั่นคงปลอดภัย ทำให้บุคคลมีความตึงเครียด หวั่นวิตก กลัว และกระวนกระวาย ความรู้สึกทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นจะเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ที่บุคคลกำลังเผชิญ

2.2 สาเหตุของความวิตกกังวล

สิ่งที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลมีหลายสาเหตุ จำแนกได้เป็น 2 กลุ่มคือ สิ่งคุกคามภายนอก และสิ่งคุกคามภายใน (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) รายละเอียดดังนี้

2.2.1 สิ่งคุกคามภายนอก ได้แก่ อุณหภูมิที่ร้อนจัด เย็นจัดเกินไป ความกดดันของบรรยากาศ ความมืด แสง เสียงที่รบกวน การสูญเสียอวัยวะ การเกิดโรคและความเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือโรคที่ก่อให้เกิดความพิการ การเปลี่ยนแปลงสถานที่อยู่ เช่น การมาโรงพยาบาล การได้รับการตรวจด้วยเครื่องมือแพทย์ต่าง ๆ ที่น่ากลัวและไม่คุ้นเคย การรักษาด้วยวิธีการที่ผู้ป่วยไม่รู้จัก การที่ต้องอยู่ร่วมกับผู้ป่วยอื่น ๆ การที่ต้องการพื้นฐานไม่ได้รับการตอบสนอง สิ่งเหล่านี้ถือว่าเป็นสิ่งคุกคามภายนอกที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลในแต่ละคน

2.2.2 สิ่งคุกคามภายใน ได้แก่ สิ่งคุกคามต่อจิตใจและการรับรู้คุณค่าแห่งตน เช่น ความขัดแย้ง ซึ่งเกิดเมื่อบุคคลจะต้องตัดสินใจใน 2 เหตุการณ์ ที่แต่ละเหตุการณ์มีความสำคัญพอ ๆ กัน และความขัดแย้งนี้จะก่อให้เกิดความผิดหวังได้

นอกจากนี้สาเหตุของความวิตกกังวลยังขึ้นอยู่กับเหตุการณ์หรือประสบการณ์ที่เกิดขึ้น ทั้งในอดีตและปัจจุบันของบุคคลนั้น ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีตเมื่อถูกกระทบกระเทือนจิตใจจะถูกเก็บกดไว้และจะคงอยู่ จนกระทั่งมีเหตุการณ์ที่เป็นตัวกระตุ้นหรือเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ปัจจุบันความวิตกกังวลก็จะปรากฏขึ้น ประสบการณ์ในชีวิตประจำวันที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจในความต้องการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ การเจ็บป่วย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยที่รุนแรงและเรื้อรัง การต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การผ่าตัด เป็นสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้ ความวิตกกังวลไม่ได้เกิดจากสาเหตุเดียว แต่เกิดมาจากหลายสาเหตุร่วมกัน (ซอลดา พันธุเสนา, 2536) เกรย์ (Gray, 1978 อ้างถึงใน ซอลดา พันธุเสนา, 2536) สรุปไว้ว่า องค์ประกอบสำคัญที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลมี 3 ประการ คือ

- 1) บุคคลได้รับการคุกคามหรือสูญเสียสัญลักษณ์ (Symbols) ของตน อันได้แก่ ความคิดเห็น มโนทัศน์ ค่านิยม หรือระบบของความคิดของตน ซึ่งทำให้บุคคลเกิดความวิตกกังวลขึ้นได้
- 2) การคาดการณ์ล่วงหน้าถึงสิ่งที่จะมาคุกคาม ทำให้เกิดความขัดแย้ง ซึ่งอาจจะเกิดได้ทั้งในจิตสำนึกและจิตใต้สำนึก ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลทำให้เกิดความวิตกกังวลได้
- 3) ความไม่แน่นอนหรือความคลุมเครือของเหตุการณ์ในอนาคต ทำให้บุคคลไม่สามารถล่วงรู้ถึงอันตรายหรือสิ่งที่มาคุกคามตัวบุคคล เป็นผลให้บุคคลเกิดความวิตกกังวลได้

2.3 ชนิดของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในแต่ละคนมีความแตกต่างกัน Spielberger et al. (1967) ได้แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ชนิดคือความวิตกกังวลแบบแฝงหรือความวิตกกังวลแบบเทรท (Trait-Anxiety; A-Trait) และความวิตกกังวลในขณะเผชิญหรือความวิตกกังวลแบบสเดท (State-Anxiety; A-State) รายละเอียดดังนี้

2.3.1 ความวิตกกังวลแบบแฝงหรือความวิตกกังวลแบบเทรท (Trait-Anxiety; A-Trait) เป็นความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวของบุคคล เป็นลักษณะค่อนข้างจะคงที่ และไม่ปรากฏออกมาเป็นพฤติกรรมโดยตรง แต่เป็นตัวเสริมความวิตกกังวลแบบสเดท เช่น เมื่อมีสิ่งมาคุกคามที่ไม่พึงพอใจ หรือเป็นอันตรายมากกระตุ้น บุคคลที่มีความวิตกกังวลแบบเทรทค่อนข้างสูง จะแสดงพฤติกรรมและตอบสนองต่อสิ่งคุกคามในสถานการณ์นั้นค่อนข้างรุนแรงมากกว่าบุคคลที่มีความวิตกกังวลแบบเทรทที่ต่ำกว่า

2.3.2 ความวิตกกังวลในขณะเผชิญหรือความวิตกกังวลแบบสเดท (State-Anxiety; A-State) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเฉพาะเวลาที่มีสถานการณ์หรือมีสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรือเป็นอันตรายมาคุกคาม บุคคลจะแสดงพฤติกรรมหรือการตอบสนองที่สามารถสังเกตเห็นได้ในช่วงเวลาที่ถูกคุกคามเท่านั้น ซึ่งเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกถึงเครียด หวาดหวั่น ไม่สุขสบาย กระวนกระวาย การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติตื่นตัวสูง โดยระดับความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดขึ้นจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความวิตกกังวลแบบเทรท และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล

ถึงแม้ว่าความวิตกกังวลแฝงจะมีผลต่อความวิตกกังวลขณะเผชิญ แต่เราสามารถควบคุมได้เฉพาะความวิตกกังวลขณะเผชิญ ในการศึกษครั้งนี้จึงศึกษาเฉพาะความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วย

2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล

ปัจจัยที่มีผลทำให้บุคคลมีความวิตกกังวลมีหลายอย่าง ดังนี้

2.4.1 อายุ เป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการบุคลิกภาพด้านร่างกาย เป็นสิ่งที่สามารถใช้ประเมินความสมบูรณ์ของจิตใจและอารมณ์ จากการศึกษาของ Bergbog-Engberg & Halijamar (1989) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 30-60 ปี มีความวิตกกังวลมากและมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป สอดคล้องกับการศึกษาของชนิษฐา นาคะ (2534) ที่พบว่าผู้ป่วยอายุ 21-40 ปี มีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยอายุ 61-80 ปี ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากความแตกต่างของความสามารถในการรับรู้และประสบการณ์ในอดีตของบุคคลแต่ละวัย โดยวัยผู้ใหญ่ตอนต้นต้องเผชิญกับปัญหาในการปรับตัว ทำให้เกิดความตึงเครียดทางอารมณ์ได้ง่าย ต่างจากวัยผู้ใหญ่ตอนปลายที่ผ่านประสบการณ์มามาก ทำให้ความสามารถในการแก้ไขปัญห และการปรับตัวดีกว่า แต่จากการศึกษาของ Graham & Conley (1971) พบว่าอายุที่แตกต่างกันไม่ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลแตกต่างกัน ดังนั้นจึงยังสรุปไม่ได้ว่าอายุที่แตกต่างกันมีผลทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลแตกต่างกันหรือไม่

2.4.2 เพศ เป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการบุคลิกภาพด้านร่างกาย ที่มีผลต่อความวิตกกังวล โดยเพศหญิงและเพศชาย ร่างกายจะมีการหลั่งฮอร์โมนแต่ละชนิดแตกต่างกัน ทำให้ลักษณะของอารมณ์และความสามารถในการควบคุมอารมณ์หรือการเผชิญต่อความวิตกกังวลแตกต่างกัน (Lasarus & Folkman, 1984) โดยเพศหญิงมักมีอารมณ์ฉุนเฉียว เศร้า หงุดหงิด หรือวิตกกังวลได้ง่าย โดยเฉพาะเมื่อมีระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนต่ำลงมาก นอกจากนี้พฤติกรรม การเลี้ยงดูและความคาดหวังทางสังคม ที่คาดหวังว่าเพศชายต้องมีลักษณะเข้มแข็ง อุดมทุน และเป็นผู้นำ จึงทำให้เพศชายมีความวิตกกังวลน้อยกว่าเพศหญิง การศึกษาส่วนใหญ่จึงพบว่าเพศหญิงมีความวิตกกังวลมากกว่าเพศชาย

2.4.3 การศึกษา เป็นส่วนหนึ่งของแหล่งประโยชน์ในการเพิ่มพูนและการแก้ปัญหาของบุคคล (Lasarus & Folkman, 1984) แต่ยังไม่สามารถสรุปได้ว่าระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีผลทำให้ความวิตกกังวลแตกต่างกันหรือไม่ เนื่องจากผลศึกษาเกี่ยวกับระดับการศึกษาและความวิตกกังวลในการศึกษาที่ผ่านมา มีความแตกต่างกัน ดังการศึกษาของ Domar et al. (1989 อ้างถึงใน ชนิษฐา นาคะ, 2534) พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงมีแนวโน้มที่จะมีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ แต่การศึกษาของ ชนิษฐา นาคะ (2534) พบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับประถมมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา

2.4.4 ฐานะทางเศรษฐกิจ ผู้ป่วยที่มีรายได้สูงจะมีความสามารถในการต่อสู้กับความเจ็บป่วยได้มากกว่า เนื่องจากมีแหล่งประโยชน์ที่คอยสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถนำมาใช้ได้เต็มที่ (Lasarus & Folkman, 1984) แต่จากการศึกษาของ ชนิษฐา นาคะ (2534) พบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วยแตกต่างกัน มีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงยังสรุปไม่ได้ว่าฐานะทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกันมีผลทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลแตกต่างกันหรือไม่

2.4.5 การวินิจฉัยโรคและการผ่าตัด เป็นส่วนหนึ่งของเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ชนิด ความรุนแรง และระยะของโรค จะเป็นสิ่งที่กำหนดว่าโรคคุกคามต่อความมั่นคงของผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด (Lasarus & Folkman, 1984) การเจ็บป่วยด้วยโรคที่รุนแรง หรือเป็นโรคเรื้อรัง และการผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะสำคัญ เช่น หัวใจ สมอง หรือการผ่าตัดใหญ่ต่าง ๆ จะส่งผลให้ความวิตกกังวลของบุคคลสูง

2.4.6 ประสบการณ์การเจ็บป่วยในอดีตหรือประสบการณ์เกี่ยวกับการผ่าตัดที่ได้รับ เป็นส่วนหนึ่งของการควบคุมด้านสติปัญญา ซึ่งเกี่ยวข้องกับประสบการณ์หรือความทรงจำในอดีตที่ก่อให้เกิดความรู้สึกว่า เหตุการณ์ที่เผชิญเหมือนหรือแตกต่างไปจากเดิม (Lasarus & Folkman, 1984) ประสบการณ์ในอดีตทำให้บุคคลรับรู้และคาดการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์เดิมที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากขึ้น ซึ่งมีส่วนทำให้มีความวิตกกังวลต่อสิ่งที่ต้องเผชิญน้อยกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน

2.4.7 การได้รับข้อมูล ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเหมาะสมเพียงพอ จะเกิดการเรียนรู้ และสามารถคาดการณ์เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ถูกต้อง ตรงกับความเป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูล (Hartfield et al., 1982; Leventhal & Johnson, 1983) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน (Emergency case) จะมีเวลาในการเตรียมก่อนผ่าตัดน้อย การได้รับข้อมูลอาจไม่เพียงพอ จึงทำให้มีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบมีการเตรียมล่วงหน้า (Elective case)

การทบทวนเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลนี้ สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประกอบในการสร้างแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว และนำไปใช้ในการกำหนดคุณสมบัติของประชากรที่จะทำการศึกษา คือเป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 21-60 ปี ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดครั้งแรกแบบมีการเตรียมล่วงหน้า เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตเป็นครั้งแรก ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่เป็นอันตราย ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่รุนแรง เพื่อเป็นการควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ทำการรักษา

2.5 การตอบสนองของบุคคลเมื่อเกิดความวิตกกังวล

เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสิ่งที่คุกคามต่อความมั่นคงของตนเอง (Self-integrity) จะทำให้เกิดความวิตกกังวลที่สะท้อนให้เห็นจากปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านร่างกาย (Physiological response) พฤติกรรมแสดงออกภายในร่างกาย (Internal behavioral response) และพฤติกรรมแสดงออกภายนอกในร่างกาย (External behavioral response) (สัจจิรา เหลืองอมรเลิศ, 2537; Stuart & Sundeen, 1991) รายละเอียดดังนี้

2.5.1 ปฏิกริยาตอบสนองทางด้านร่างกาย (Physiological response) ระบบต่างๆของร่างกายจะเกิดการปรับตัว เพื่อกระตุ้นให้บุคคลมีพลังงานเพิ่มขึ้นต่อการที่จะสู้หรือหนีต่อสิ่งคุกคามนั้น โดยที่ความวิตกกังวลไปกระตุ้นไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) และต่อมพิทูอิทารี (Pituitary gland) ให้กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งจะไปกระตุ้นต่อมอะดรีนัลเมดัลลา (Adrenal medulla gland) ของต่อมหมวกไตให้หลั่งสารอิพิเนฟริน (Epinephrine) มีผลต่อร่างกายทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น ม่านตาขยาย กล้ามเนื้อตึงตัวเพิ่มขึ้น ระบบย่อยอาหารงานที่ลดลง ดับทำงานมากขึ้น เกิดการหลั่งน้ำตาลมากขึ้น

2.5.2 พฤติกรรมที่แสดงออกภายในร่างกาย (Internal behavioral response) ความวิตกกังวลสะท้อนให้เห็นได้จากพฤติกรรมภายใน เช่น ความตึงเครียด ตื่นตัวมากขึ้น ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก กล้ามเนื้อตึงตัว ไม่มีสมาธิ กลัว ละอาย ซึมเศร้า ไม่แน่ใจ ประสาทหลอน รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า หัวใจเต้นแรง ปากแห้ง สับสน เป็นพฤติกรรมที่ซ่อนเร้นอยู่ในตัวบุคคล ซึ่งสามารถวัดได้จากการใช้แบบสอบถามและให้บุคคลตอบคำถามตามที่เขารู้สึก คะแนนที่ได้ถือว่าเป็นจำนวนที่บ่งบอกระดับความวิตกกังวลของบุคคล

2.5.3 พฤติกรรมที่แสดงออกภายนอกในร่างกาย (External behavioral response) ความวิตกกังวลของบุคคลนั้นสามารถที่จะแสดงออกเป็นพฤติกรรมภายนอก เช่น การหายใจเพิ่มขึ้น อาการสั่น อาเจียน ปัสสาวะบ่อย ม่านตาขยาย เสียสมาธิได้ง่าย ร้องไห้ พุดตลก แยกตัว ถูกกระตุ้นได้ง่าย โกรธอย่างรุนแรง กระตือรือร้น ซ้ำพรวดเพิ่มขึ้น แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง กระวนกระวาย ท้องเสีย ท้องผูก เหงื่อออกมาก เศร้า พุดมากกว่าปกติ สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดลง มักจะหลีกเลี่ยงหรือแยกตนเองจากบุคคลอื่น ๆ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่สามารถสังเกตเห็นและประเมินได้

2.6 การประเมินความวิตกกังวล

เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวล จะเกิดปฏิกริยาตอบสนองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยความวิตกกังวลมีระดับแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ซึ่งสามารถวัดและประเมินได้ 3 วิธีด้วยกัน คือ การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (Physiological measure of anxiety) การประเมินโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-report measure of anxiety) และการประเมินโดยการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavior measure of anxiety) (Nathan, 1980 อ้างถึงใน ช่อลัดดา พันธุเสนา, 2536) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.6.1 การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (Physiological measure of anxiety) เป็นการประเมินการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เช่น การประเมินอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ความเกร็งของผิวหนัง การตรวจคลื่นสมอง เป็นต้น การประเมินดังกล่าวต้องใช้เครื่องมือในการประเมิน แต่การประเมินผลไม่ค่อยแน่นอน เนื่องจากระดับของความวิตกกังวลจะไม่ค่อยสัมพันธ์กับอาการที่แสดงออกทางร่างกายของผู้ที่มีความวิตกกังวล และการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระของแต่ละบุคคลจะมีแบบแผนที่แตกต่างกัน

2.6.2 การประเมินโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-report measure of anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวลซึ่งเป็นการรับรู้ที่ตนเองรับรู้ได้ โดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองตามความรู้สึกของตน แล้วจึงนำมาประเมินเป็นความวิตกกังวล แบบประเมินที่ใช้ เช่น แบบประเมินความวิตกกังวลแบบ STAI (The State-Trait Anxiety Inventory) ของ Spielberger และคณะ (1967) ที่ใช้ประเมินความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในขณะนั้นและความวิตกกังวลในสถานการณ์ทั่วไป และแบบประเมินความวิตกกังวลของ Zung (The self-rating scale) โดยใช้ประเมินความรู้สึกของตนในช่วงเวลานั้น และเวลาใกล้เคียงที่ผ่านมาย้อนหลัง 1 วัน-2 สัปดาห์ ตัวอย่างงานวิจัยที่ใช้แบบประเมินความวิตกกังวลแบบ STAI (The State-Trait Anxiety Inventory) ของ Spielberger และคณะเป็นเครื่องมือในการประเมินความวิตกกังวล

เช่น การศึกษาของ อูราวตี เจริญไทย (2541) ที่ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการความรู้สึก และคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ ต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินความวิตกกังวลแบบ STAI (The State-Trait Anxiety Inventory) ของ Spielberger และคณะ เป็นเครื่องมือในการประเมินความวิตกกังวล ตัวอย่างงานวิจัยที่ใช้แบบประเมินความวิตกกังวลของ Zung เป็นเครื่องมือในการประเมินความวิตกกังวล เช่น การศึกษาของ อุมารณ โพศาลสุทธิเดช (2531) ที่ศึกษาผลของการสอนสุขศึกษาร่วมกับการนำธรรมะมาประยุกต์ ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ที่ได้รับรังสีรักษาในด้านการลดความวิตกกังวล การลดความซึมเศร้า การเพิ่มการยอมรับสภาพความเจ็บป่วย และการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินความวิตกกังวลของ Zung เป็นเครื่องมือในการประเมินความวิตกกังวล

2.6.3 การประเมินโดยการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavior measure of anxiety) โดยสังเกตการเปลี่ยนแปลงด้านการเคลื่อนไหว คำพูด การติดต่อสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด การรับรู้ความสอดคล้องของการทำงานด้านร่างกาย ความจำ ปฏิกริยาที่สะท้อนมาจากอารมณ์ภายใน ซึ่งบุคคลอื่นสามารถสังเกตได้ เช่น อาการกระสับกระส่าย มือสั่น ร้องไห้ ขาดสมาธิ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร เป็นต้น ตัวอย่างงานวิจัยที่ใช้เครื่องมือในการประเมินความวิตกกังวลที่เป็นแบบสังเกตพฤติกรรมการแสดงออก เช่น การศึกษาของ วริยา วชิราวัณ (2526) ที่ศึกษาการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยซีซียู โดยการเตรียมอย่างมีแบบแผน ผู้วิจัยได้ใช้แบบสังเกตพฤติกรรมความวิตกกังวลเป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความวิตกกังวล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการประเมินความวิตกกังวลในทางพยาบาล มีการใช้เครื่องมือวัดความวิตกกังวลทั้ง 3 ประเภท แต่ที่นิยมใช้คือเครื่องมือที่เป็นการประเมินโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยเฉพาะแบบประเมินความวิตกกังวลแบบ STAI (The State-Trait Anxiety Inventory) ของ Spielberger และคณะ การประเมินความวิตกกังวลนั้น อาจประเมินได้โดยใช้วิธีใดวิธีหนึ่ง หรือหลายวิธีร่วมกันก็ได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการใช้เครื่องมือในการประเมินความวิตกกังวลหลายชนิดร่วมกัน มักให้ผลการศึกษาที่ขัดแย้งกัน เช่น การศึกษาของ Toth (1980) ที่ศึกษาผลของการเตรียมอย่างมีแบบแผนต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยเมื่อย้ายออกจากหอผู้ป่วยซีซียู ผู้วิจัยประเมินความวิตกกังวลโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลและการวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ) การวัดความวิตกกังวลทั้งสองวิธีให้ผลการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกัน ดังนั้นการใช้เครื่องมือในการประเมินความวิตกกังวลจึงควรเลือกใช้เครื่องมือที่มีความไวในการวัดตัวแปรที่ทำการศึกษามากที่สุด สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ซึ่งมักจะได้รับยาที่มีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต มีการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ของยาที่ได้รับ จึงไม่เหมาะที่จะประเมินความวิตกกังวลจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา ผู้วิจัยจึงเลือกใช้การประเมินความวิตกกังวลจากการให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลในขณะเผชิญ (The State Anxiety Inventory; Form X-1) ของ Spielberger และคณะ ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา คชภักดี, สายหยุด วรกิจโกศาทร และมาลี นิสสัยสุข เนื่องจากเป็นแบบประเมินความวิตกกังวลที่มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายและได้รับยอมรับว่ามีความตรงและความเที่ยงสูง ใช้เวลาในการประเมินสั้น เป็นเครื่องมือที่สามารถประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ทุกสถานการณ์ สามารถประเมินได้ทั้งพฤติกรรมการตอบสนองต่อความวิตกกังวลที่เป็นพฤติกรรมการตอบสนองภายในร่างกายและพฤติกรรมการตอบสนองภายนอกในร่างกาย

2.7 ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

การผ่าตัดหัวใจถือเป็นเหตุการณ์สำคัญ ที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (อัจฉรา เดชอุทธิพิทักษ์, 2543) เพราะผู้ป่วยรับรู้ว่าการผ่าตัดหัวใจเป็นสิ่งที่อันตรายต่อชีวิต (กาญจนา ลิมาจาริก, 2538) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจะมีความกังวลเกิดขึ้นเป็นระยะ ๆ ตลอดเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนี้

ระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยที่มารอรับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จะมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น ซึ่งเกิดจากการกลัวในสิ่งที่ไม่ทราบ กลัวการวางยาสลบ กลัวความเจ็บปวด กลัวการสูญเสียภาพลักษณ์และกลัวความตาย ความวิตกกังวลอาจเกิดจากการไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสภาพหลังผ่าตัด นอกจากนี้ความวิตกกังวลอาจเกิดจากการเลื่อนผ่าตัด ซึ่งทำให้ผู้ป่วยคิดว่าเกิดอะไรขึ้นกับตนเอง แพทย์จึงไม่ผ่าตัด นอกจากนี้การไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสภาพร่างกายหลังผ่าตัดจะทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลได้

ระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและเกิดภาวะแทรกซ้อนกับระบบต่าง ๆ ในร่างกายได้ โดยเฉพาะในระยะ 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (ประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี และคณะ, 2540) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจึงถือเป็นผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องได้รับการเฝ้าระวังอาการผิดปกติและติดตามดูอาการอย่างใกล้ชิด จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยระยะวิกฤต การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลได้แก่

1) การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตจะก่อให้เกิดความเครียดทางด้านร่างกายและจิตใจขึ้นกับผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะความเครียดด้านจิตใจ (Choate & Stewart, 2002) ความเครียดด้านจิตใจที่พบมากที่สุดสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตคือความวิตกกังวล (นิตยา เวียงพิทักษ์, 2546) สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต ได้แก่ เสียง ความร้อน ความเย็น การอยู่ในห้องที่เปิดไฟตลอดเวลา การไม่ได้เห็นแสงอาทิตย์ (Simini, 1999) การจำกัดเวลาเยี่ยม การเปิดไฟตลอดเวลา การติดเครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ เข้ากับร่างกาย เพื่อใช้ในการรักษาพยาบาลและเฝ้าระวังอาการผิดปกติ ทำให้มีเสียงสัญญาณเตือนดังเป็นระยะ การไม่คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการรักษาพยาบาล และการแยกจากครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด การได้เห็นอาการของผู้ป่วยรายอื่น ๆ หรือเห็นผู้ป่วยอื่น ๆ เสียชีวิต การพูดคุยของแพทย์ พยาบาล เกี่ยวกับอาการของโรค ซึ่งผู้ป่วยไม่เข้าใจหรือเข้าใจผิด สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตเกิดความวิตกกังวลขึ้น (Stein-Parbury & McKinley, 2000; Choate & Stewart, 2002)

2) การถูกคุกคามทางด้านร่างกายจากภาวะเจ็บป่วย ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจะต้องคาท่อช่วยหายใจ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารด้วยการพูดได้ การดูดเสมหะ การมีท่อระบายจากทรวงอก การคาสายสวนปัสสาวะ สายให้น้ำเกลือ และความรู้สึกดัดแปลงผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าเคลื่อนไหวร่างกาย สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยรับรู้และประเมินว่าถูกคุกคามด้านร่างกาย จึงเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลขึ้น (Stein-Parbury & McKinley, 2000)

3) การย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต การย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียการดูแลที่เคยได้รับอย่างใกล้ชิด ต้องออกจากสิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยคิดว่าปลอดภัย ต้องแยกจากบุคลากรที่ผู้ป่วยไว้วางใจ (Roberts, 1986) ต้องแยกจากเครื่องมือต่าง ๆ ที่ช่วยเฝ้าระวังและติดตามการทำงานของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ปลอดภัย (Jones & O' Donnell, 1994 cited in McKinney & Melby, 2002) การย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตจึงเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้เช่นเดียวกับการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต

จากประสบการณ์ในการทำงานที่หอผู้ป่วยระยะวิกฤต ที่ให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดส่วนมากจะอยู่รักษาในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต 1-3 วัน หลังจากนั้นจะย้ายกลับไปพักพื้นที่หอผู้ป่วยทั่วไปประมาณ 1 สัปดาห์ จึงจะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จากการสังเกตพบว่าการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ การตอบสนองในด้านบวกและการตอบสนองในด้านลบ การตอบสนองในด้านบวกคือผู้ป่วยจะแสดงท่าทียินดีเมื่อได้รับแจ้งว่าจะได้ย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต ส่วนการตอบสนองในด้านลบคือผู้ป่วยไม่อยากร้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต โดยปกติแพทย์จะพิจารณาให้ย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตเมื่ออาการของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ที่ปลอดภัยคือ สามารถเอาท่อช่วยหายใจออกได้ ไม่ต้องใช้ยากระตุ้นหัวใจ และสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนมากจะตอบสนองต่อการย้ายออกในด้านบวก แต่มีผู้ป่วยบางราย (ประมาณ ร้อยละ 10) ที่ต้องย้ายออกในขณะที่ยังคาท่อช่วยหายใจ คาสายระบาย คาสายสวนปัสสาวะ และยังได้รับยากระตุ้นหัวใจ เพราะต้องหมุนเวียนเตียงสำหรับรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจรายใหม่ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะตอบสนองต่อการย้ายออกในด้านลบ เมื่อได้รับแจ้งว่าจะต้องย้ายออกจะมีสีหน้าตกใจ พฤติกรรมเปลี่ยนไป ดูกระวนกระวาย บอกว่ายังไม่อยากร้ายออก ผู้ป่วยจะต่อรองขออยู่รักษาในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตต่อ เพราะว่าตนเองยังอาการหนัก กลัวว่าจะไม่ปลอดภัยเมื่อไปอยู่หอผู้ป่วยทั่วไป ถามซ้ำ ๆ ว่า อาการปลอดภัยหรือยัง และพยายามอธิบายว่าตนเองยังอาการหนักอยู่ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องการให้มีคนดูแลอย่างใกล้ชิด การที่ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการย้ายออกดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นเมื่อต้องย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต

จากการศึกษานำร่องโดยประเมินความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตจำนวน 10 ราย ทำการประเมิน 2 ครั้ง ครั้งแรกประเมินเมื่อผู้ป่วยพ้นจากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกเต็มที่ และประเมินอีกครั้งก่อนผู้ป่วยย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตประมาณ 1 ชั่วโมง ซึ่งเป็นระยะที่การถูกคุกคามด้านร่างกายจากภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยลดลง และผู้ป่วยรู้สึกคุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมแล้ว ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจำนวน 5 ราย ที่คะแนนความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น และเมื่อสอบถามผู้ป่วยทั้ง 5 รายเกี่ยวกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อทราบที่ต้องย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตผู้ป่วยบอกว่า ไม่อยากร้ายออก (5 ราย) กลัวเกิดอันตรายระหว่างย้าย (2 ราย) กลัวไม่ปลอดภัยเมื่อไปอยู่ที่หอผู้ป่วยทั่วไป (5 ราย) กลัวว่าจะไม่ได้รับการดูแลใกล้ชิดเหมือนเดิม (4 ราย) ไม่มั่นใจว่าจะปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเมื่อย้ายกลับไปหอผู้ป่วยทั่วไป (3 ราย) อยากให้มีญาติอยู่ด้วยขณะย้าย (2 ราย) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงว่าการย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตน่าจะเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น โดยมีปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลคือ

- 1) การมีแบบแผนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการย้ายออกที่ไม่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตเป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย
- 2) การรับรู้เกี่ยวกับการย้ายออกในด้านลบ โดยรับรู้ว่าการย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตเป็นการย้ายออกจากสถานที่ที่ปลอดภัย ทำให้สูญเสียการดูแลที่เคยได้รับอย่างใกล้ชิด ต้องแยกจากบุคลากรที่ผู้ป่วยไว้วางใจและเครื่องมือเครื่องต่าง ๆ ที่ช่วยเฝ้าระวังและติดตามการทำงานของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ปลอดภัยเมื่อต้องย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต
- 3) การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาของหอผู้ป่วยทั่วไปในด้านลบ โดยรับรู้จำนวนเจ้าหน้าที่ของหอผู้ป่วยทั่วไปมีน้อย ทำให้กลัวว่าจะไม่ได้รับการดูแลที่ใกล้ชิด กลัวว่าจะไม่มีใครเห็นและไม่ได้รับการช่วยเหลือเมื่อมีอาการผิดปกติ

4) การขาดความมั่นใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังย้าย เนื่องจากระหว่างที่อยู่รักษาในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต ผู้ป่วยจะได้รับการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมทุกอย่าง เมื่อต้องปฏิบัติกิจกรรมด้วยตัวตนเองหลังย้ายไปหอผู้ป่วยทั่วไป จะทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจเมื่อต้องปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง

ความวิตกกังวลที่มีสาเหตุจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตนี้ น่าจะเป็นผลมาจากผู้ป่วยไม่ได้รับการเตรียมย้ายอย่างเพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยไม่มีความพร้อมในการย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต จึงมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นเมื่อย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต

ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลมากในระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (Aspinall, 1973; Cochran & Ganong, 1989) ความวิตกกังวลที่มีสาเหตุจากการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตและการถูกคุกคามทางด้านร่างกายจากภาวะเจ็บป่วย จะลดลงได้เองเมื่อภาวะวิกฤตผ่านพ้นไป เนื่องจากความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายบรรเทาลง สามารถเอาตัวช่วยหายใจ ท่อระบายจากทรวงอกและสายสวนปัสสาวะออกได้ ความรู้สึกปวดแผลผ่าตัดลดลง ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายมากขึ้น ทำให้ความรู้สึกถูกคุกคามทางด้านร่างกายจากภาวะเจ็บป่วยจะลดลง ประกอบกับผู้ป่วยเริ่มคุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต และรับรู้ว่หอผู้ป่วยระยะวิกฤตเป็นสถานที่ที่ปลอดภัย มีเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย มีบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ความสามารถ ทำให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันทั่วทั้งที่เมื่อเกิดอาการผิดปกติ ผู้ป่วยจึงรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย และรู้สึกมั่นใจเมื่ออยู่รักษาในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต เมื่อความรู้สึกถูกคุกคามทางด้านร่างกายจากภาวะเจ็บป่วยลดลง และผู้ป่วยเริ่มคุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต จะทำให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลง (Roberts, 1986) แต่ความวิตกกังวลของผู้ป่วยจะเกิดขึ้นได้อีกครั้งเมื่อต้องย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต

2.8 ความวิตกกังวลที่สัมพันธ์กับการย้ายหอผู้ป่วย

ความวิตกกังวลที่มีสาเหตุจากการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตและการย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต เป็นความวิตกกังวลที่สัมพันธ์กับการย้ายหอผู้ป่วย ซึ่งเกิดขึ้นกับบุคคลเมื่อมีการย้ายสถานที่ และเป็นปรากฏการณ์ที่มีการกล่าวถึงมานาน มีการอภิปรายเกี่ยวกับปรากฏการณ์นี้เป็นระยะ ๆ ในกลุ่มจิตแพทย์ นักสังคม แพทย์และพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรม แสดงให้เห็นว่าไม่มีการใช้ชื่อหรือคำที่ใช้เรียกเกี่ยวกับปรากฏการณ์นี้เป็นสากล คำที่ใช้เรียกปรากฏการณ์นี้ เช่น “Relocation stress” “Transfer stress” “Translocation syndrome” “Separate anxiety” “Transfer anxiety” สมาคมการวินิจฉัยการพยาบาลในสหรัฐอเมริกา (The North American Nursing Diagnosis Association; NANDA) เห็นด้วยกับคำที่ใช้เรียกปรากฏการณ์นี้ว่า “Relocation stress” และได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นอาการที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลประสบกับการถูกรบกวนทางด้านร่างกายและ/หรือจิตใจ ที่เป็นผลจากการย้ายจากสิ่งแวดล้อมแห่งหนึ่งไปยังอีกแห่งหนึ่ง Carpenito (2004) ได้กำหนดลักษณะที่แสดงถึง Relocation stress และจำแนกไว้เป็น 2 กลุ่ม คือ ลักษณะที่สำคัญ ได้แก่ ความรู้สึกโดดเดี่ยว ซึมเศร้า โกรธ หวาดหวั่น และวิตกกังวล และลักษณะอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของพฤติกรรมการกินและการนอน การพึ่งพา ความรู้สึกไม่ปลอดภัย ความต้องการให้รับรองความมั่นใจใหม่ ๆ มากเกินไป การวินิจฉัยการพยาบาลเกี่ยวกับ Relocation stress ของ NANDA ทำให้ได้ข้อสรุปที่ครอบคลุมทุกกลุ่มประชากรและเน้นว่า Relocation stress สามารถเกิดขึ้นได้ในทุกรูปแบบของการย้ายสถานที่ ไม่เฉพาะการย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต ในปัจจุบันจึงมีการใช้คำว่า “Relocation stress” แพร่หลายมากขึ้น มีผู้ที่เคยพยายามอธิบายเกี่ยวกับปรากฏการณ์นี้ไว้ดังนี้

Roberts (1986) เรียกปรากฏการณ์นี้ว่าเป็น Transfer anxiety ซึ่งอธิบายว่าเป็นรูปแบบหนึ่งของ Separate anxiety เกิดขึ้นเมื่อบุคคลถูกย้ายจากสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและคุ้นเคยไปอีกสิ่งแวดล้อมหนึ่งที่

ไม่รู้จัก พบมากในผู้ป่วยที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต ซึ่งปรากฏการณ์นี้ครอบคลุมถึงการแยกจากแพทย์ พยาบาล เครื่องมือที่มือนีเตอร์การทำงานของร่างกาย (Bouley et al., 1994) ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อบุคคลทั้งทางร่างกายและจิตใจ เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นบุคคลจะรู้สึกหงุดหงิด การแสดงออกทางด้านร่างกาย เช่น การเพิ่มขึ้นของอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต อัตราการหายใจ หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว และอาจทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะมากขึ้น (Sharp, 1996) ทำให้เป็นผลเสียต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย

Roberts (1986) กล่าวว่า Transfer anxiety ประกอบด้วยความวิตกกังวล 3 อย่างคือ ความวิตกกังวลปฐมภูมิ (Primary anxiety) ความวิตกกังวลที่เกิดจากความกลัว (Fear) และความวิตกกังวลจากการคาดคะเนเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตน (Expectant anxiety) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) ความวิตกกังวลปฐมภูมิ (Primary anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่ผู้ป่วยวิกฤตรู้สึกว่าต้องเผชิญกับประสบการณ์ใหม่ๆ ที่ไม่คุ้นเคย กลัวอันตรายที่เกิดขึ้นกับร่างกายมีความรู้สึกลัวว่าสิ่งคุกคามต่อความมั่นคงของตน ทำให้รู้สึกหวาดหวั่นไม่แน่ใจในความปลอดภัยในชีวิตของตน เนื่องจากช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ถูกแยกจากผู้ใกล้ชิด ผู้ป่วยจะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองอย่างทันทีทันใด ปฏิกิริยาตอบสนองต่อภาวะวิตกกังวลนี้เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ Jenkin & Rogers (1995) ได้อธิบายว่าการเกิด Primary anxiety จะสัมพันธ์กับชนิดและเวลาในการย้าย การย้ายที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใดเนื่องจากต้องรับผู้ป่วยรายใหม่อย่างฉุกเฉิน และการย้ายในเวลากลางคืนจะกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลชนิดนี้ได้ การย้ายที่เกิดขึ้นอย่างทันทีจะทำให้ไม่มีเวลาในการเตรียมย้ายผู้ป่วยอย่างเพียงพอ สิ่งเหล่านี้จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง สูญเสียความปลอดภัย (Saarman, 1993) จึงทำให้เกิด Transfer anxiety ขึ้น

2) ความวิตกกังวลที่เกิดจากความกลัว (Fear) สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวอย่างแรกเกิดจากความเจ็บป่วย และอย่างที่สองเกิดจากการคาดการณ์ว่าต้องออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตซึ่งเป็นสถานที่ที่ปลอดภัย สิ่งนี้ทำให้เกิดพฤติกรรมตอบสนองขึ้นสองอย่าง อย่างแรกคือพฤติกรรมหลีกเลี่ยง และอีกอย่างคือการนิ่งหรือมีอารมณ์เฉยชา ผู้ป่วยอาจจะแสดงพฤติกรรมหลีกเลี่ยงโดยถามเกี่ยวกับการย้ายหรือโดยการไม่ใช้คำพูด เช่น การแกะแผ่น electrodes หรือลงจากเตียง อาจพบการไม่เคลื่อนไหวในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ค่อยพูดหรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้บนเตียง อย่างไรก็ตามการตอบสนองทั้งสองแบบเป็นผลจากการไม่ทราบว่าจะอะไรคือสิ่งที่คาดหวังในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (Jenkin & Rogers, 1995) ความวิตกกังวลชนิดนี้จะสัมพันธ์กับชนิดและคุณภาพของการเตรียมย้าย ถ้าผู้ป่วยได้รับการเตรียมที่ดีและเพียงพอจะทำให้ความวิตกกังวลชนิดนี้ลดลง

3) ความวิตกกังวลจากการคาดคะเนเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตน (Expectant anxiety) เกิดขึ้นเมื่อบุคคลคาดการณ์ว่าสถานการณ์เป็นอันตราย (Roberts, 1986) ผู้ป่วยบางคนอาจจะคิดว่าตนเองยังคงเจ็บป่วยวิกฤต และรู้สึกว่าตนเองยังสมควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ดังนั้นจะรู้สึกกังวลเมื่อต้องย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต กังวลเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นเมื่อย้ายไปอยู่หอผู้ป่วยทั่วไป

Saarman (1993) ได้ให้ข้อคิดว่าถ้า “Transfer anxiety” หรือ “Relocation stress” เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดจากการย้ายออกจากสถานที่ที่คุ้นเคยและปลอดภัยเหมือนกับที่ Roberts (1986) กล่าวไว้ทำไมจึงไม่เกิดปรากฏการณ์ขึ้นกับผู้ป่วยทุกราย คำตอบนี้ Byers & Smith (1997) อธิบายว่า “Transfer anxiety” หรือ “Relocation stress” จะขึ้นอยู่กับความรู้และตัดสินใจเกี่ยวกับความเครียดของแต่ละบุคคล ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) สามารถอธิบายเกี่ยวกับการเกิดปรากฏการณ์นี้ได้ โดยอธิบายว่าความเครียดจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลประเมินความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมว่าเป็นสิ่งที่คุกคามต่อความผาสุกของชีวิต การอธิบายความเครียดด้วยแนวคิดนี้ทำให้เข้าใจการตอบสนองต่อความเครียดที่

แตกต่างกันของผู้ป่วยในสิ่งกระตุ้นความเครียดเดียวกัน (Byers & Smith, 1997) การตอบสนองของผู้ป่วยต่อการย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตจึงมีทั้งการตอบสนองในด้านลบและการตอบสนองในด้านบวก

3. มโนทัศน์ของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม

การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม (Preparatory information) หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยโดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ปราศจากความคลุมเครือ และเป็นข้อมูลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย เช่น ข้อมูลที่อธิบายถึงรายละเอียด เหตุผลของการเกิดเหตุการณ์ ลำดับเหตุการณ์ ขั้นตอนการตรวจรักษา เวลาที่เกิด และช่วงเวลาที่ย่อยผู้ป่วยต้องเผชิญเหตุการณ์นั้น เป็นต้น

การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม (Preparatory information) มีแนวคิดจากทฤษฎีการปรับตนเอง (Self-regulatory) ของ Laventhal & Johnson (1983) ซึ่งได้รวบรวมความรู้ที่ได้จากการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่อง ทั้งในห้วงปฏิบัติการพยาบาลและทางคลินิก เกี่ยวกับผลของการให้ข้อมูลต่อพฤติกรรมและการเผชิญความเครียด และความทุกข์ทรมานของบุคคล ประกอบกับพื้นฐานความรู้ความเข้าใจทางด้านทฤษฎีจิตวิทยา ทฤษฎีการพยาบาลและประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาล จึงพัฒนาขึ้นเป็นทฤษฎีการปรับตนเอง ซึ่งเป็นทฤษฎีความรู้ความเข้าใจ (Cognitive theory) มโนทัศน์หลักของทฤษฎีคือ แบบแผนความรู้ความเข้าใจ (Schema) ซึ่งเป็นโครงสร้างความรู้ความเข้าใจ (Cognitive structure) ที่ซับซ้อน สร้างจากประสบการณ์ที่ผ่านมา แบบแผนความรู้ความเข้าใจเป็นตัวชี้วัดความสนใจของบุคคล เป็นแนวทางในการจัดเก็บข้อมูลและใช้ข้อมูลที่มีอยู่อย่างเป็นระบบและเป็นแนวทางของพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมมีผลต่อแบบแผนความรู้ความเข้าใจเช่นเดียวกับประสบการณ์อื่น ๆ (Johnson & Lauver, 1989)

สาระสำคัญของทฤษฎีคือ ถ้าบุคคลไม่เคยรับรู้หรือไม่มีความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์คุกคามที่เกิดขึ้น บุคคลนั้นจะไม่มีแบบแผนความรู้ความเข้าใจ (Schema) ที่ถูกต้องต่อเหตุการณ์ที่เผชิญ บุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจที่รุนแรง แต่ถ้าบุคคลเคยรับรู้และมีความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์นั้นมาก่อน หรือบุคคลได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อม (Preparatory information) ซึ่งถือว่าเป็นประสบการณ์อย่างหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อแบบแผนความรู้ความเข้าใจของบุคคล จะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความรู้ความเข้าใจ (Cognitive control) ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น จึงลดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งเร้าที่มาคุกคาม และข้อมูลที่อธิบายถึงสภาพแวดล้อม บุคคลที่เกี่ยวข้อง ความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากประสาทสัมผัสทั้งห้า ได้แก่ การรับรส สัมผัส กลิ่น เสียง และการมองเห็นภาพที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนการตรวจรักษาต่าง ๆ และความทุกข์ทรมานที่อาจเกิดขึ้น และสาเหตุของการเกิดความรู้สึกนั้น ๆ จากเหตุการณ์ที่เผชิญ ผู้ป่วยจะมีภาพรวมของความคิด (Mental image) ทำให้มีการรับรู้ และแปลความหมายของเหตุการณ์ตามกรอบของแบบแผนความรู้ความเข้าใจ (Schema) ที่มีอยู่ เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์จริงซึ่งสอดคล้องกับเหตุการณ์ที่คาดคิดมาก่อน ผู้ป่วยจะสามารถแปลความหมายของเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญได้อย่างถูกต้อง ชัดเจน ปราศจากความคลุมเครือ และเกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์คุกคามที่ผ่านเข้ามาได้ ทำให้ควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional response) และเลือกวิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม (Laventhal & Johnson, 1983) การได้รับคำแนะนำ การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เมื่อมีเหตุการณ์คุกคามความปลอดภัย จะทำให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการแก้ไขเพื่อให้เกิดความสุขสบายได้ และช่วยให้ควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ (Behavioral control) เมื่อเผชิญเหตุการณ์นั้น ๆ (Padilla et al., 1981)

ผู้วิจัยได้นำการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมไปประยุกต์ใช้ในการเตรียมย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต โดยการเตรียมย้ายเป็นการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนย้าย การให้ข้อมูลใช้หลักการของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับการย้ายออกที่ถูกต้องและสร้างเป็นแบบแผนความรู้ความเข้าใจ

(Schema) เมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับเหตุการณ์จริง คือการย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต จะทำให้ผู้ป่วยสามารถคาดการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง ชัดเจน สอดคล้องกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ตามแบบแผนความรู้ความเข้าใจเข้าใจ (Schema) ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมเหตุการณ์คุกคามที่เกิดขึ้นได้ และเลือกวิธีการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม จึงส่งผลให้ปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจของผู้ป่วยลดลง ตามทฤษฎีการปรับตนเอง (Self-Regulatory Theory) ของ Leventhal and Johnson (1983)

3.1 ประเภทของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม

การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมมีหลายชนิด แต่ละชนิดมีผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้แตกต่างกัน (Padilla et al, 1981; Laventhal & Johnson, 1983) ดังนี้

3.1.1 ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ (Procedural information) เป็นวิธีการที่อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนของเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยต้องประสบ ตามความรู้ทางวิชาการที่ผู้ให้ข้อมูลได้ศึกษามา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความรู้ความเข้าใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตจะได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการตรวจต่างๆที่ได้รับ การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย การได้รับยาแก้ปวด การดื่มน้ำและอาหารหลังผ่าตัด สภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด เป็นต้น

3.1.2 ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึก (Sensory information) เป็นข้อมูลที่อธิบายเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อเหตุการณ์ที่ต้องประสบโดยอธิบายความรู้สึกจากประสาทสัมผัสทั้งห้า ได้แก่ การรับรส การรับสัมผัส การได้กลิ่น การได้ยินเสียง และการมองเห็นภาพที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนการกระทำและความทุกข์ทรมานที่อาจจะเกิดขึ้น ข้อมูลชนิดนี้จะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองทางจิตใจได้ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดได้แก่ ความรู้สึกเมื่อฟื้นจากยาสลบ ความรู้สึกปวดแผลผ่าตัด ความรู้สึกต่อสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต ความรู้สึกขณะคาท่อช่วยหายใจ ความรู้สึกขณะดูดเสมหะความรู้สึกขณะคาสายสวนปัสสาวะ เป็นต้น

3.1.3 การให้คำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ (Behavioral information) เป็นข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับเหตุการณ์ที่มากลุ่มความปลอดภัย สิ่ง que ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดควรปฏิบัติ ได้แก่ การไอขับเสมหะอย่างมีประสิทธิภาพ การฝึกหายใจ เป็นต้น

3.1.4 การให้ข้อมูลด้านทักษะในการเผชิญความเครียด (Coping skills information) เป็นข้อมูลที่ให้แก่บุคคลเกี่ยวกับทักษะในการเผชิญสถานการณ์คุกคามที่กำลังจะเกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมสภาพจิตใจให้อยู่ในสภาพปกติ เช่น การใช้เทคนิคผ่อนคลาย การทำสมาธิ เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมทั้ง 4 ชนิดนั้น มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยแตกต่างกัน และมีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกัน การจัดเตรียมข้อมูลเตรียมความพร้อมต้องมีการวางแผนเพื่อให้การให้ข้อมูลมีความถูกต้อง ครบคลุม และตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ข้อมูลเตรียมความพร้อมที่มีความเฉพาะเจาะจงเหมาะสมและสมบูรณ์นั้น จะต้องประกอบด้วยข้อมูลเตรียมความพร้อมประเภทต่างๆ ที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยที่จะได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมในเรื่องนั้นๆ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้ข้อมูลเตรียมความพร้อม 2 ชนิด คือ ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ (Procedural information) และข้อมูลการให้คำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ (Behavioral information) เนื่องจากข้อมูลทั้งสองชนิดนี้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าการให้ข้อมูลเพียงสองชนิดนี้สามารถลดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ป่วยได้ (Johnson et al., 1978)

3.2 แนวทางการจัดเตรียมข้อมูลเตรียมความพร้อม

ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ คำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ และแนวทางการเลือกวิธีการเผชิญความเครียดเป็นข้อมูลที่นิยมให้ผู้ป่วยเมื่อมารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยทั่วไป ซึ่งเป็นการอธิบายให้ผู้ป่วยได้ทราบเกี่ยวกับขั้นตอนต่าง ๆ รวมถึงสิ่งที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติ และคำแนะนำถึงแนวทางเลือกทักษะหรือวิธีการเผชิญความเครียด ซึ่งผู้ให้ข้อมูลสามารถศึกษาค้นคว้าหาข้อมูลตามความรู้ทางวิชาการและจัดเตรียมข้อมูลได้โดยไม่ยุ่งยาก

ส่วนข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึกเป็นข้อมูลที่อธิบายเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยต่อเหตุการณ์เฉพาะที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ ข้อมูลชนิดนี้มีหลักในการจัดเตรียมดังนี้ (Christman & Johnson, 1982 อ้างถึงใน อูรวดี เจริญไชย, 2541)

- 1) ศึกษาขั้นตอนต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการรักษาพยาบาลหรือการเตรียมตรวจพิเศษอย่างละเอียด
 - 2) เลือกสิ่งที่รับรู้ว่าจะมีผลต่อความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับรส กลิ่น เสียง สัมผัส และการมองเห็น
 - 3) ศึกษาความรู้สึกต่าง ๆ และซักถามความรู้สึกตามการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับรส การรับสัมผัส การรับกลิ่น การได้ยินเสียง และการมองเห็นภาพขั้นตอนการกระทำและความทุกข์ทรมานที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างทำกิจกรรมการตรวจรักษา
 - 4) เลือกความรู้สึกจากการบอกเล่าของผู้ป่วยที่เคยประสบมาก่อนประมาณร้อยละ 50-60 ของผู้ป่วยที่บอกความรู้สึกนั้น ๆ หรือ 2 ใน 3 ของความรู้สึกที่ผู้ป่วยบอก ผู้ป่วยควรได้รับการเตรียมความรู้สึกเฉพาะในส่วนของการประสบการณ์ที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประสบเท่านั้น
 - 5) เลือกคำพูดที่บรรยายถึงความรู้สึกต่าง ๆ เช่น ความรู้สึกปวดแผลผ่าตัดแบบตื้อ ๆ ปวดแบบแน่น ๆ ปวดแบบแปล็บ ๆ เมื่อมีการเคลื่อนไหวหรือไอขับเสมหะ เป็นต้น เลือกใช้คำพูดที่ผู้ป่วยบอกตรงกันมากที่สุดมาสร้างเป็นข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึก พยายามหลีกเลี่ยงการอธิบายถึงความเจ็บปวดที่รุนแรง
 - 6) ผู้ป่วยควรได้รับคำอธิบายถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดความรู้สึกนั้น ๆ เพื่อลดความผิดพลาดในการแปลความหมายของข้อมูล
 - 7) ควรให้ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึกแก่ผู้ป่วยใหม่ทุกรายในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อทำการรักษาและควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการร่วมด้วยเสมอ
 - 8) การให้ข้อมูลควรใช้สื่อหลายชนิด
 - 9) ควรประเมินผลทุกครั้งหลังให้ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึก
- จะเห็นว่าแนวทางการจัดเตรียมข้อมูลเตรียมความพร้อมทั้ง 4 ชนิดนั้น ได้จากการศึกษาเอกสารร่วมกับการศึกษาจากผู้ป่วยจริง เพื่อช่วยให้ข้อมูลนั้นมีความถูกต้องและเหมาะสมมากที่สุด ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้ข้อมูลเตรียมเตรียมความพร้อม 2 ชนิด คือ ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ (Procedural information) และข้อมูลการให้คำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ (Behavioral information) การจัดเตรียมข้อมูลจึงได้จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อมูลที่ต้องการได้รับขณะอยู่รักษาในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต และนำมาใช้ในการกำหนดประเด็นในการให้ข้อมูล เพื่อให้ข้อมูลมีความสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด

3.3 ข้อควรระวังในการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมชนิดบ่งบอกความรู้สึก

การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมจะเกิดประโยชน์สูงสุดนั้น ผู้ให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต้องคำนึงถึงข้อควรระวังในการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม โดยเฉพาะการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมชนิดบ่งบอกความรู้สึก ข้อควรระวังในการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมชนิดบ่งบอกความรู้สึกมีดังนี้

- 1) ไม่ควรอธิบายถึงความรู้สึกเจ็บปวดหรือความรู้สึกทุกข์ทรมานที่รุนแรง
- 2) การให้ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึก ไม่สามารถนำมาใช้แทนข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการหรือคำแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง แต่สามารถให้ประกอบกับข้อมูลเหล่านี้ได้
- 3) ไม่ควรอธิบายความรู้สึกที่พบน้อยในการตรวจรักษานั้น ๆ
- 4) ควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าการได้รับข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึกไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานลดลง
- 5) ไม่ควรอธิบายผู้ป่วยว่าต้องเผชิญเหตุการณ์ที่มาคุกคามอย่างไร เพราะการให้ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึกทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเครียดและปรับตัวได้เอง
- 6) ไม่ควรคาดหวังผลการให้ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึกเกินความจริง

3.4 การประเมินผลการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม

การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมมีหลายชนิด แต่ละชนิดมีผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้แตกต่างกัน ซึ่งสามารถวัดประสิทธิผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมได้จากปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยและผลที่เกิดขึ้นจากการตอบสนองของผู้ป่วย ดังนี้

- 1) ประเมินปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว สภาวะอารมณ์ ความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานและพฤติกรรมการเผชิญความเครียด เป็นต้น
- 2) การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด เช่น ระยะเวลาที่ลุกจากเตียงได้ครั้งแรก จำนวนวันที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาของการพักฟื้นที่บ้านหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
- 3) จำนวนยาแก้ปวดหรือยานอนหลับที่ผู้ป่วยได้รับ

Amstrong (1977) ได้อธิบายเพิ่มเติมว่า สามารถประเมินผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมได้จากการประเมินเกี่ยวกับความสุขสบายของผู้ป่วยหลังจากการได้รับข้อมูล การให้ความร่วมมือในการรักษา ความสะดวก และระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย

การประเมินผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินจากปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจคือความวิตกกังวล ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาขณะที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล

4. มโนทัศน์การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยได้รับความสนใจจากหลายประเทศมาเป็นเวลานานตั้งแต่ปลายศตวรรษที่ 19 โดยเฉพาะประเทศในแถบตะวันตก โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยเหลือระดับประครองผู้ป่วยเมื่อออกจากโรงพยาบาลไปอยู่บ้าน ต่อมาในปี ค.ศ.1960 ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น จำนวนเตียงในโรงพยาบาลไม่เพียงพอ จึงมีความจำเป็นที่แพทย์จะต้องจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจึงได้รับความสนใจและมีการนำมาใช้แพร่หลายมากขึ้น และเริ่มมีการพัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในรูปแบบต่าง ๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและ

เป็นการควบคุมค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล (วันเพ็ญ พิชิตชัยพร และคณะ, 2546) นอกจากนี้ยังมีการนำการวางแผนการจำหน่ายมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์อื่น ๆ เช่น เพื่อพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยและ/หรือ ศักยภาพของผู้ดูแล เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล เป็นต้น

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในประเทศไทยเริ่มจากแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลที่บ้าน โดยสภาวิชาชีพเวชกรรมเริ่มแผนติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาล มุ่งเน้นที่กลุ่มหญิงมีครรภ์ มารดาและทารก ต่อมาจึงขยายไปยังผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยสูงอายุ เป็นต้น การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เป็นระบบในประเทศไทยยังมีน้อย และเพิ่งได้รับความสนใจมากขึ้นในปี พ.ศ. 2540 ซึ่งเป็นช่วงที่มีการรณรงค์เกี่ยวกับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation) (อัญญลักษณ์ โอฬาร, 2541) เพราะการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างเป็นระบบจะช่วยให้คุณภาพของการบริการพยาบาลดีขึ้น สถานพยาบาลมีมาตรฐานมากขึ้น ที่สำคัญคือผู้ป่วยและญาติได้รับบริการอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

4.1 ความหมายของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

การวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) เป็นคำที่นิยมใช้อย่างแพร่หลายทั้งในอดีตและในปัจจุบัน ถึงแม้ว่าการใช้คำดังกล่าวอาจทำให้บุคลากรสับสนและเข้าใจว่า กิจกรรมต่าง ๆ จะกระทำเมื่อผู้ป่วยได้รับคำสั่งให้จำหน่าย (Discharge) เท่านั้น ทำให้ปัจจุบันมีการใช้คำอื่นแทน เช่น การดูแลต่อเนื่อง (Continuing care) แต่ในทางปฏิบัติบุคลากรส่วนใหญ่ยังคงคุ้นเคยและนิยมใช้คำว่า Discharge planning อยู่เหมือนเดิม (วันเพ็ญ พิชิตชัยพร และคณะ, 2546) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย พบว่ามีผู้ให้ความหมายของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยไว้ดังนี้

การวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) เป็นระบบการวางแผนเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยจากสภาวะหนึ่งไปสู่อีกสภาวะหนึ่ง รวมทั้งการอำนวยความสะดวกต่อการย้ายหรือส่งต่อผู้ป่วยจากสถานบริการหนึ่งไปสู่สถานบริการอื่น หรือจากสถานบริการไปยังบ้านผู้ป่วย (Tebbit, 1981 cited in ประภัสสร ช่างษ์, 2535)

การวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) เป็นกระบวนการดูแลที่ต่อเนื่อง เพื่อเตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อมสำหรับการไปรับการรักษาในระยะต่อไป ซึ่งไม่ใช่การวางแผนเฉพาะกับผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเท่านั้น แต่รวมถึงการวางแผนสำหรับย้ายผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยหนึ่งไปยังอีกหอผู้ป่วยหนึ่งด้วย (Crittenden, 1984 cited in Thompson 1985)

การวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) เป็นกลุ่มของกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการย้ายผู้ป่วยจากการดูแลในระยะต่าง ๆ ของความเจ็บป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน เช่น การเตรียมผู้ป่วยเพื่อย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตไปหอผู้ป่วยสามัญ การเตรียมผู้ป่วยเพื่อจำหน่ายกลับบ้าน เป็นต้น (Roden & Tafe, 1990 cited in ณงภัทร รุ่งเนย และคณะ, 2547)

การวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) เป็นกระบวนการเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยจากระดับหนึ่งไปสู่อีกระดับหนึ่งของการดูแล (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2545)

จากความหมายของการวางแผนจำหน่ายดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นกลุ่มของกิจกรรมการพยาบาลเพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการย้ายไปรับการรักษาในหอผู้ป่วยใหม่ หรือสถานบริการแห่งใหม่ ทำให้การดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่อง และรวมถึงการเตรียมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการจำหน่ายกลับบ้าน

4.2 รูปแบบของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2539) ได้เสนอวิธีการปฏิบัติในการวางแผนจำหน่ายไว้ดังนี้

1) การให้ความช่วยเหลือโดยการกระทำให้หรือกระทำแทน
2) การกระตุ้น สนับสนุน สร้างแรงจูงใจ และจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลได้ปฏิบัติด้วยตนเอง

3) การสอนหรือการให้ข้อมูล

4) การให้คำปรึกษา

5) การส่งต่อไปยังแหล่งประโยชน์อื่น ๆ และการจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นให้

ปัจจุบันมีการพัฒนาการวางแผนจำหน่ายและพยายามคิดหารูปแบบของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เหมาะสมกับระบบของหน่วยงานต่าง ๆ แต่ละแห่ง ซึ่งรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในปัจจุบันมีดังนี้ (อุษาวดี อัครวิเศษ, 2546)

1) รูปแบบ A professional-patient partnership model of discharge planning รูปแบบนี้เน้นการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพกับผู้ป่วย

2) รูปแบบ The partner in care model of collaborative practice รูปแบบนี้มุ่งผลของการใช้ผู้จัดการทางการพยาบาล (Nurse case management) ในการประสานการดูแลระหว่างแพทย์เฉพาะสาขาแพทย์ทั่วไป และทีมในการดูแลผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ซึ่งรวมถึงการเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลและที่บ้าน ตลอดจนการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม

3) รูปแบบ Structured discharge procedure รูปแบบนี้มีการกำหนดกระบวนการในการวางแผนจำหน่ายอย่างชัดเจนสำหรับผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มโรค

4) รูปแบบ The A-B-C of discharge planning รูปแบบนี้จะมีการดำเนินการตามขั้นตอน A (Assessment) B (Building a plan) C (Confirming the plan) ตามลำดับ

5) รูปแบบ METHOD รูปแบบนี้มีการกำหนดประเด็นในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยให้ครอบคลุมในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ ยาที่ผู้ป่วยได้รับ (Medication; M) สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ (Environment & Economic; E) การรักษาสำหรับผู้ป่วย (Treatment; T) ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (Health; H) การมาตรวจตามนัด (Outpatient referral; O) และอาหารสำหรับผู้ป่วย (Diet; D)

รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในประเทศไทยในปัจจุบันยังมีความเป็นระบบน้อย และเน้นการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแบบทั่วไป ไม่มีความเฉพาะเจาะจง ส่วนใหญ่ไม่ได้มีการวางแผนร่วมกันในทีมสหสาขา และมักไม่ได้รวมญาติหรือครอบครัวไว้ในแผนจำหน่าย (อุษาวดี อัครวิเศษ, 2546)

4.3 การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต

จากความหมายของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ผู้วิจัยสรุปไว้ว่า เป็นกลุ่มของกิจกรรมการพยาบาลเพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการย้ายไปรับการรักษาในหอผู้ป่วยใหม่ หรือสถานบริการแห่งใหม่ ทำให้การดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่อง และรวมถึงการเตรียมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการจำหน่ายกลับบ้าน ทำให้สามารถให้ความหมายของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตได้ว่า เป็นกลุ่มของกิจกรรมการพยาบาลเพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตเพื่อไปรับการรักษาต่อที่หอผู้ป่วยทั่วไป และทำให้การดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่อง ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเรียกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตว่า “การเตรียมย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต”

การเตรียมย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตควรจะเริ่มเร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ การเตรียมย้ายที่ดีและเริ่มเร็วจะทำให้ง่ายในการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตไปหอผู้ป่วยใหม่ (Saarman, 1993; Cutler & Garner, 1995; Jenkins & Rogers, 1995) การศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตยังมีน้อย (McKinney & Deeney, 2002) Saarman (1993) ได้เสนอวิธีปฏิบัติในการเตรียมย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตไว้ดังนี้

1) ให้ข้อมูลด้านร่างกายที่แสดงถึงความพร้อมในการย้ายออก เช่น บอกให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับผลการตรวจออกซิเจนในเลือดที่ตีขึ้น นั้นหมายถึงว่าอาการของผู้ป่วยดีขึ้นขึ้น ทุกครั้งที่เอาท่อต่าง ๆ ออก ความถี่ในการทำหัตถการลดลง หรือความปวดสามารถควบคุมได้ พยาบาลควรจะใช้โอกาสนี้ชี้ให้ผู้ป่วยเห็นว่าอาการดีขึ้น หรือเป็นระยะที่ผู้ป่วยใกล้จะได้ย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต

2) ปลดเครื่องมือต่าง ๆ ออกก่อนย้าย ถ้าสภาพของผู้ป่วยอำนวย โดยเฉพาะเครื่องมือที่เป็นตัวแทนความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย เช่น เครื่องมอนิเตอร์ การเอาเครื่องมอนิเตอร์ออกทันทีขณะย้ายจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ได้รับการคุ้มครองและรู้สึกกลัว การลดจำนวนของเครื่องมอนิเตอร์และเครื่องช่วยต่าง ๆ ลงแบบค่อย ๆ ลดนี้จะทำให้ผู้ป่วยมั่นใจว่าอาการดีขึ้น และทำให้ผู้ป่วยคุ้นเคยกับการไม่มีเครื่องมอนิเตอร์

3) ย้ายผู้ป่วยในเวลากลางวัน เวลาในการย้ายเป็นสิ่งสำคัญที่ควรคำนึงถึง การย้ายที่เกิดขึ้นในตอนค่ำหรือตอนเย็นจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลได้มากกว่าการย้ายในเวลากลางวัน การย้ายในเวลากลางวันจะทำให้ผู้ป่วยยากที่จะเผชิญและทำความเข้าใจกับสิ่งแวดล้อมใหม่ (Roberts, 1986) นอกจากนี้การย้ายที่เกิดขึ้นในเวลากลางวัน จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกคุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมและเจ้าหน้าที่ใหม่ได้ง่าย สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยส่วนมากจะอยู่กับผู้ป่วยหรือมาเยี่ยมในเวลากลางวัน เมื่อการย้ายเกิดขึ้นในเวลากลางวันญาติผู้ป่วยไม่ได้อยู่ด้วยขณะย้าย สภาพแวดล้อมที่มืด และความโดดเดี่ยวจะทำให้ผู้ป่วยเผชิญกับสิ่งแวดล้อมใหม่ได้ยาก

4) สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังย้าย การสอนก่อนย้ายเป็นวิธีที่ถูกนำมาใช้บ่อยและมีประโยชน์ในการเตรียมย้ายผู้ป่วย (Roberts, 1986; Saarman, 1993; Cutler & Garner, 1995) ผู้ป่วยที่ได้รับการสอนก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต จะมีความวิตกกังวลเมื่อย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสอน (Toth, 1980; Poe, 1982 cited in McKinney & Deeney, 2002)

5) ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับหลังย้าย รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วยที่จะย้ายไป

6) แนะนำให้ผู้ป่วยได้รู้จักกับพยาบาลที่หอผู้ป่วยใหม่ ถ้าเป็นไปได้พยาบาลที่จะให้การดูแลผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยใหม่ควรมาเยี่ยมผู้ป่วยก่อนย้าย การพูดคุยระหว่างพยาบาลที่จะย้ายผู้ป่วยและพยาบาลที่จะรับย้ายผู้ป่วยกับผู้ป่วย จะช่วยสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยว่าปัญหาของผู้ป่วยได้รับการแลกเปลี่ยน (Dossey et al., 1991) การมีพยาบาลจากหอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยจะย้ายไปมาเยี่ยมก่อนย้าย จะทำให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยเมื่อย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตลดลง (Schwartz & Brenner, 1979)

7) ให้ญาติผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการย้ายผู้ป่วย โดยการสอนญาติผู้ป่วยเช่นเดียวกับที่สอนผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยควรทราบวิธีปฏิบัติเพื่อปฏิบัติต่อผู้ป่วย และต้องทราบเกี่ยวกับสิ่งที่เป็ประโยชน์หรือเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยควรได้รับการแจ้งเมื่อย้ายผู้ป่วย และมีโอกาสได้อยู่กับผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยย้ายไปหอผู้ป่วยทั่วไป เมื่อญาติผู้ป่วยได้รับการสอนก่อนย้ายและได้อยู่กับผู้ป่วยขณะย้าย ผู้ป่วยจะมีความเครียด มีภาวะแทรกซ้อนหลังย้าย และระยะเวลาการอยู่รักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ญาติไม่ได้มีส่วนร่วมในการย้าย (Schwartz & Brenner, 1979)

8) ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยใหม่ ผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามเยี่ยมจากพยาบาลของหอผู้ป่วยระยะวิกฤตหลังย้ายไปอยู่หอผู้ป่วยทั่วไป มีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการติดตามเยี่ยม (Klein et al., 1968)

นอกจากนี้ Cutler & Garner (1995) ได้กล่าวไว้ว่าการเตรียมย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต จะต้องลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิด Relocation stress โดยปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิด Relocation stress ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ระดับของความวิตกกังวลก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต สภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วยทั่วไปที่แตกต่างจากสภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วยระยะวิกฤต การขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง จำนวนเจ้าหน้าที่ของหอผู้ป่วยทั่วไปที่มีน้อย การไม่มีเครื่องมือเคลื่อนที่ที่หอผู้ป่วยทั่วไป การที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติกิจกรรมเพิ่มขึ้นหลังย้าย การไม่ได้รับการดูแลที่ใกล้ชิดเหมือนขณะที่อยู่หอผู้ป่วยระยะวิกฤต การเตรียมย้ายที่ไม่เพียงพอหรือไม่ได้รับการเตรียมย้าย และการขาดการคาดการณ์เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมของหอผู้ป่วยใหม่ เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าปัจจัยเสี่ยงบางอย่างสามารถทำให้ลดลงหรือป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้ Cutler & Garner (1995) ได้เสนอวิธีปฏิบัติในการลดปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว ซึ่งคล้ายคลึงกับที่ Saarman (1993) ได้เสนอไว้ ดังนี้

1) ควรจัดทำคู่มือเตรียมย้ายผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนย้าย เนื้อหาควรประกอบด้วย ความแตกต่างของสิ่งแวดล้อมระหว่างหอผู้ป่วยระยะวิกฤตกับหอผู้ป่วยทั่วไป จำนวนบุคลากรในหอผู้ป่วย ลักษณะการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังพ้นจากภาวะวิกฤต การนอนหลับพักผ่อน และปัญหาด้านจิตใจที่อาจเกิดขึ้นหลังย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต

2) จัดให้พยาบาลในหอผู้ป่วยทั่วไปมาเยี่ยมผู้ป่วยก่อนย้ายออก เพื่อสร้างความคุ้นเคย

3) ลดความถี่ในการวัดสัญญาณชีพตามสภาพของผู้ป่วย

4) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตเป็นความก้าวหน้าของการรักษา ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องได้รับการสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับการย้ายออกในด้านบวก

5) ปลดเครื่องมือและเครื่องมือเคลื่อนที่ที่ไม่จำเป็นต้องใช้ออกก่อนย้าย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าไม่ต้องพึ่งเครื่องเหล่านั้น

6) การเตรียมย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตควรเริ่มเร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

นอกจากวิธีการเตรียมย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตที่ Saarman (1993) และ Cutler & Garner (1995) ได้เสนอไว้ นั้น Leith (1998) ได้สรุปข้อเสนอแนะในการเตรียมย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตจากงานวิจัยต่าง ๆ ไว้ดังนี้

1) แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่า จะได้อยู่ในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตเพียงชั่วคราว เมื่ออาการดีขึ้น จะต้องย้ายออกไปอยู่หอผู้ป่วยทั่วไป

2) แจ้งผู้ป่วยเกี่ยวกับแผนการย้าย

3) แจ้งญาติผู้ป่วยให้ทราบก่อนย้าย

4) ให้ญาติผู้ป่วยได้อยู่กับผู้ป่วยในขณะย้าย

5) ควรย้ายผู้ป่วยในเวลากลางวัน

6) ช่วยให้ผู้ป่วยแปลผลของการย้ายว่าเป็นสิ่งที่แสดงถึงว่าอาการของผู้ป่วยดีขึ้น

7) ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย

- 8) กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดและถามคำถามในเรื่องต่าง ๆ
- 9) ส่งเสริมความเป็นตัวเองของผู้ป่วย
- 10) แจ้งให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับแผนการรักษา
- 11) อธิบายเกี่ยวกับการทำงานของเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์และเครื่องมือต่าง ๆ
- 12) ลดการใช้เครื่องมือก่อนย้าย
- 13) ลดสัมผัสภาพแบบฟุ้งพาทของผู้ป่วยก่อนย้าย
- 14) เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างหอผู้ป่วยระยะวิกฤตกับหอผู้ป่วยทั่วไป
- 15) แนะนำให้ผู้ป่วยได้รู้จักกับพยาบาลในหอผู้ป่วยใหม่
- 16) พยาบาลควรไปส่งผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยย้ายออก
- 17) พยาบาลควรติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังย้าย
- 18) วางแผนการย้ายที่เป็นปัจจุบัน
- 19) วางแผนการสอนก่อนย้าย

จากวิธีปฏิบัติในการเตรียมย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตดังที่ Saarmann (1993) Cutler & Garner (1995) และ Leith (1998) เสนอไว้ ทำให้สามารถสรุปได้ว่าการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต หรือที่เรียกว่าการเตรียมย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตนั้น ประกอบด้วย กิจกรรม ดังนี้

1) การให้ข้อมูลหรือการสอนผู้ป่วยก่อนย้าย การให้ข้อมูลหรือการสอนผู้ป่วยก่อนย้ายทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลงเมื่อย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต ข้อมูลที่ควรประกอบด้วย กฎระเบียบ สิ่งแวดล้อม การพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับ การย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพระยะก่อนและหลังย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต สิ่งแวดล้อม ระเบียบปฏิบัติ บุคลากร การพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับเมื่อไปอยู่หอผู้ป่วยทั่วไป เป็นต้น

2) การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจของผู้ป่วย เช่น แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าได้อยู่ในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตเพียงชั่วคราว เมื่ออาการดีขึ้นจะต้องย้ายไปอยู่หอผู้ป่วยทั่วไป ให้ข้อมูลด้านร่างกายที่แสดงถึงความพร้อมในการย้ายออก ลดความถี่ในการวัดสัญญาณชีพ ส่งเสริมความเป็นตัวเองของผู้ป่วย ลดสัมผัสภาพแบบฟุ้งพาทของผู้ป่วยก่อนย้าย ปลดเครื่องมือออกก่อนย้าย ช่วยให้ผู้ป่วยแปลผลการย้ายว่าเป็นสิ่งที่แสดงถึงว่าอาการดีขึ้น เป็นต้น

3) การให้ญาติผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเตรียมย้าย โดยให้ข้อมูลแก่ญาติเช่นเดียวกับข้อมูลที่ให้แก่ผู้ป่วย ให้ญาติได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่รักษาในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต แจ้งญาติผู้ป่วยให้ทราบเกี่ยวกับการย้าย และให้ญาติผู้ป่วยได้อยู่กับผู้ป่วยในขณะที่ย้าย

4) การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังย้าย เพื่อประเมินปัญหาของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นหลังย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต และให้การพยาบาลตามปัญหาที่เกิดขึ้นในขณะนั้น การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังย้ายโดยพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตถือเป็นการสนับสนุนด้านจิตใจที่สำคัญแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้มีการดูแลต่อเนื่อง และทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำกิจกรรมการเตรียมย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตทั้ง 4 กิจกรรมดังกล่าวนี้ ไปใช้ในการสร้างรูปแบบการเตรียมย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต ร่วมกับการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ โดยเป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการย้ายหอผู้ป่วย งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการลดความวิตกกังวล และงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ดังนี้

5.1 งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการย้ายหอผู้ป่วย

การตอบสนองของผู้ป่วยต่อการย้ายหอผู้ป่วยเป็นเรื่องที่มีผู้สนใจ และทำการศึกษามานาน ตั้งแต่เมื่อหลายสิบปีก่อน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการตอบสนองต่อการย้ายหอผู้ป่วยของผู้ป่วยมีทั้ง การตอบสนองในด้านบวกและด้านลบ จะเห็นได้จากการศึกษาดังต่อไปนี้

Smith (1976) ศึกษาการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการย้ายหอผู้ป่วยที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งใน North Eastern United States โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการย้ายหอผู้ป่วยจำนวน 320 ราย ทั้งที่เป็นการย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต และไม่ใช้การย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต พบว่าผู้ป่วยตอบสนองต่อการย้ายแบบเป็นกลาง (ร้อยละ 51) ตอบสนองด้านบวก (ร้อยละ 33) ตอบสนองด้านลบ (ร้อยละ 36) นอกจากนี้ยังพบว่าการย้ายหอผู้ป่วยที่ไม่ได้เกิดจากความต้องการของผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยมอง การย้ายหอผู้ป่วยว่าเป็นประสบการณ์ในด้านลบ ซึ่งผู้วิจัยสันนิษฐานว่าประสบการณ์ในด้านลบมักจะเป็น ประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ดังนั้นถ้าผู้ป่วยมองการย้ายหอผู้ป่วยว่าเป็นประสบการณ์ในด้านลบ แสดงว่าผู้ป่วยมีประสบการณ์เกี่ยวกับความเครียดเกิดขึ้นเมื่อย้ายหอผู้ป่วย การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการย้ายหอผู้ป่วยเป็นเหตุการณ์กระตุ้นให้เกิดความเครียดแก่ผู้ป่วยได้

การศึกษาของ Smith (1976) เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการย้ายหอผู้ป่วยโดยภาพรวม ไม่ได้ศึกษาเฉพาะการย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต ต่อมา Compton (1991) ได้ ศึกษาการรับรู้ประสบการณ์ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต โดยสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษ ในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตจำนวน 10 ราย ทำการสัมภาษณ์หลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 12 เดือน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยไม่ได้รับรายงานว่าการย้ายเข้าและย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตเป็นเหตุการณ์ที่ สำคัญ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเสนอแนะว่าการย้ายเข้าและย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตอาจไม่ใช่เหตุการณ์ที่ทำให้ ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ผลการศึกษานี้จึงขัดแย้งกับการศึกษาของ Smith (1976) แต่การศึกษานี้ ทำการศึกษาในผู้ป่วยเพียง 10 ราย และทำการสัมภาษณ์หลังจากที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนานแล้ว จึงอาจทำให้ความทรงจำของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตบางส่วนลบเลือนไปได้ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการย้ายในครั้งนี้จึงไม่สามารถนำมาอ้างอิงได้

Green (1996) ได้ศึกษาในทำนองเดียวกับ Compton (1991) ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาด ใหญ่ขึ้น โดยสำรวจความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการเข้ารับการรักษในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต สัมภาษณ์ผู้ป่วยทุกคน ที่เคยเข้ารับการรักษในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตและให้ความร่วมมือในการศึกษา โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยหลังย้ายออก จากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต 48 ชั่วโมง ทำการศึกษาเป็นเวลา 6 เดือน จำนวนผู้ป่วยที่ถูกสัมภาษณ์ทั้งหมด 26 ราย ผลการศึกษานี้สนับสนุนผลการศึกษาของ Smith (1976) ในประเด็นที่ว่าผู้ป่วยบางส่วนรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการ ย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต การศึกษานี้ น่าเชื่อถือกว่าการศึกษาของ Compton (1991) เพราะเป็นการ สัมภาษณ์หลังผู้ป่วยย้ายออกไม่เกิน 48 ชั่วโมง ความทรงจำเกี่ยวกับการย้ายน่าจะถูกต้องและชัดเจนกว่า การศึกษาของ Compton (1991)

Hall-Smith et al. (1997) ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยหลังย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะ วิกฤต ในผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตมากกว่า 5 วัน ทำการสัมภาษณ์เมื่อผู้ป่วยมา

ติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน ทำการศึกษาเป็นเวลา 6 เดือน มีผู้ป่วยที่ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาทั้งหมด 26 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยประสบกับอาการที่หลากหลาย ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจหลังย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต อาการทางด้านร่างกาย เช่น ความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ และอาการอื่นๆที่สัมพันธ์กับโรคที่เป็น ส่วนประสบการณ์ด้านจิตใจประกอบด้วย การฝันร้ายที่เหมือนกับตอนที่อยู่หอผู้ป่วยระยะวิกฤต อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย มีผู้ป่วย 5 ราย ที่บอกว่าการย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตเป็นประสบการณ์ที่เจ็บปวดสำหรับผู้ป่วย แต่ไม่สามารถสรุปได้ว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเมื่อย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตหรือไม่ เพราะผู้ป่วยไม่ได้อธิบายว่าประสบการณ์ที่เจ็บปวดคืออะไร

Lieth (1999) ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในแคนาดา 2 แห่ง โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติหลังจากที่ผู้ป่วยย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตอายุรกรรมไม่เกิน 48 ชั่วโมง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วย จำนวน 53 ราย และญาติผู้ป่วยจำนวน 35 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าการย้ายออกเป็นสิ่งที่ดี (มากกว่าร้อยละ 50) เป็นสิ่งที่ไม่ดี (ร้อยละ 20) และเป็นสิ่งที่ธรรมดา (ร้อยละ 20) ส่วนญาติผู้ป่วยรู้สึกว่าการย้ายออกเป็นสิ่งที่ดี (ร้อยละ 60) เป็นสิ่งที่ไม่ดี (ร้อยละ 20) และไม่แน่ใจ (ร้อยละ 20) ผู้ป่วยคิดว่าการย้ายออกเป็นสิ่งที่ดีหรือมีประโยชน์ เนื่องจากเป็นการแสดงให้เห็นว่าอาการดีขึ้น (ร้อยละ 40) และไม่ชอบไอซียู (ร้อยละ 40) เช่นเดียวกับญาติผู้ป่วยที่คิดว่าการย้ายออกเป็นสิ่งที่ดีหรือมีประโยชน์เนื่องจากเป็นการแสดงให้เห็นว่าอาการดีขึ้น (ร้อยละ 40) และไม่ชอบไอซียู (ร้อยละ 40) ผู้ป่วยคิดว่าการย้ายออกเป็นสิ่งที่ไม่ดีหรือไม่มีประโยชน์เนื่องจากเป็นการลดระดับการดูแลที่ได้รับและชอบไอซียู (ร้อยละ 40) เช่นเดียวกับญาติที่คิดว่าการย้ายออกเป็นสิ่งที่ไม่ดีหรือไม่มีประโยชน์เนื่องจากเป็นการเปลี่ยนแปลงระดับการดูแล (ร้อยละ 40) ผู้ศึกษาบอกว่าขณะสัมภาษณ์ทั้งผู้ป่วยและญาติมีพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นว่ามีความวิตกกังวล และได้บอกถึงความรู้สึกที่มี เช่น กังวล หวาดหวั่น ตกใจ ซึ่งเป็นความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล ดังนั้นผู้ศึกษาจึงอภิปรายผลว่าผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลหลังย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต สอดคล้องกับการศึกษาของ Smith (1976) และ Green (1996) การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยและญาติบางส่วนยังมีการรับรู้เกี่ยวกับการย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตทั้งในด้านลบ และญาติจะมีการรับรู้ต่อการย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตไปในทิศทางเดียวกับผู้ป่วย

Odell (2000) ศึกษาว่าผู้ป่วยมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับการย้ายออกจากไอซียูไปหอผู้ป่วยทั่วไป ที่โรงพยาบาลหนึ่งใน Southern England โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เคยอยู่รักษาในไอซียู 6 ราย เป็นผู้ป่วยที่เคยอยู่รักษาในไอซียูอย่างน้อย 4 วัน มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหลังย้ายออกจากไอซียู 24-48 ชั่วโมง โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและมีการบันทึกเทปขณะสัมภาษณ์ พบว่าความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการย้ายออกจากไอซียูสามารถจำแนกได้เป็น 3 กลุ่มคือ 1) Detachment ผู้ป่วยคิดว่าการย้ายออกเป็นเรื่องธรรมดา ไม่ได้รู้สึกอะไร หรือจำเหตุการณ์ไม่ได้ 2) Acceptance ผู้ป่วยรู้สึกยอมรับและให้ความร่วมมือในการย้าย 3) Mixed emotions ผู้ป่วยทุกคนที่แสดงความคิดเห็นต่อการย้ายออกในด้านบวกจะแสดงความคิดเห็นในด้านลบด้วย ความคิดเห็นด้านบวก คือ การย้ายออกจากไอซียูเป็นการแสดงถึงว่าอาการดีขึ้น ส่วนความคิดเห็นด้านลบคือรู้สึกกลัวและวิตกกังวลเมื่อต้องย้ายออก ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ Smith (1976), Green (1996) และ Lieth (1999) ในประเด็นที่ว่าผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลเมื่อย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต แต่การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยแต่ละคนจะมองการย้ายออกทั้งในด้านบวกและด้านลบ ซึ่งผู้ศึกษาได้เสนอแนะว่าการลดความวิตกกังวลสามารถทำได้โดยการทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกด้านบวกเกี่ยวกับการย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตเพิ่มมากขึ้น

มีการศึกษาที่ให้ผลคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Odell (2000) คือการศึกษาของ McKinney & Deeney (2002) ที่ได้ศึกษาเชิงปรากฏการณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ในการย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตจำนวน 6 ราย ทำการสัมภาษณ์ 2 ครั้งคือ ครั้งแรก สัมภาษณ์ขณะที่ผู้ป่วยอยู่หอผู้ป่วยระยะวิกฤต ซึ่งทำการสัมภาษณ์หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการแจ้งให้ทราบว่าจะได้ย้ายออก ครั้งที่สองทำการสัมภาษณ์หลังจากที่ผู้ป่วยย้ายออกประมาณ 48 ชั่วโมง ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ก่อนย้ายผู้ป่วยส่วนมากยอมรับการย้ายที่จะเกิดขึ้น และบอกว่าการแยกออกจากเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตเป็นส่วนที่ไม่ดีของการย้ายออก ในระยะหลังย้ายออกพบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกร่วมกันคือ ผู้ป่วยที่แสดงความรู้สึกเกี่ยวกับการย้ายออกในด้านลบจะแสดงความรู้สึกในด้านบวกด้วย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Odell (2000) ในประเด็นที่ว่าผู้ป่วยแต่ละคนจะมีความรู้สึกต่อการย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตทั้งในด้านบวกและด้านลบ

จากที่กล่าวมา จะเห็นว่าการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการตอบสนองต่อการย้ายหอผู้ป่วยที่เป็นการตอบสนองทางด้านจิตใจ มีการศึกษาที่พยายามศึกษาการตอบสนองของร่างกายต่อการย้ายหอผู้ป่วย โดยการวัดการตอบสนองทางด้านสรีระ เพื่อแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความเครียดเมื่อย้ายหอผู้ป่วย เช่น Klein et al. (1968) ได้ศึกษาความเครียดของผู้ป่วยเมื่อย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตโดยการวัดระดับ catecholamine ในปัสสาวะ พบว่าระดับ catecholamine ในปัสสาวะสูงขึ้นหลังย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต ซึ่งผู้ศึกษาเสนอว่าเป็นผลจากผู้ป่วยมีความเครียดเมื่อย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต ต่อมา Minckley et al. (1979) ได้ศึกษาความเครียดของผู้ป่วยเมื่อย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต โดยวัดค่าความดันโลหิตและอัตราการเต้นของชีพจรใน 8 ชั่วโมงก่อนและหลังย้าย ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยไม่คงที่ในระยะ 2 ชั่วโมงหลังย้าย ซึ่งผู้วิจัยทั้งสองการศึกษานี้ให้ข้อเสนอนี้ว่าเป็นผลจากการตอบสนองทางด้านร่างกายต่อความเครียดที่เกิดขึ้นจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต ถึงแม้ว่าทั้งสองการศึกษานี้จะให้ผลการศึกษาที่สอดคล้องกัน แต่ก็เป็นการยากที่จะบอกว่าการย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตเป็นปัจจัยเพียงอย่างเดียวที่ทำให้ร่างกายเกิดการตอบสนองเช่นนั้น

5.2 งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการลดความวิตกกังวล

การลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่มีความสนใจและทำการศึกษามากมาย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการลดความวิตกกังวลทั้งในและต่างประเทศอย่างหลากหลาย ซึ่งให้ผลการศึกษาที่สอดคล้องกัน จึงขอลำดับถึงเฉพาะงานวิจัยที่ทำการศึกษาในประเทศไทยเพียงบางส่วนของที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ดังนี้

อภิญา วงศ์พิริโยธา (2535) ศึกษาผลของการผ่อนคลายต่อการลดความวิตกกังวลและความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 30 ราย เลือกตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มโดยวิธีการสุ่ม กลุ่มทดลองได้รับการฝึกผ่อนคลายก่อนผ่าตัดแบบ Benson's Respiratory One Method 3 ครั้ง วัดความวิตกกังวล อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง แล้วให้ผู้ป่วยฝึกการผ่อนคลายอีก 1 ครั้ง หลังจากนั้น 15 นาทีจึงวัดความเจ็บปวด และวัดความวิตกกังวลหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งแรกครบ 1 ชั่วโมง พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกผ่อนคลายมีความวิตกกังวล มีการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บปวด ความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิก และมีสัดส่วนของผู้ป่วยที่แสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บปวด (ด้านน้ำเสียง การเคลื่อนไหว และการปฏิเสธกับสิ่งสัมผัส)

ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการฝึกผ่อนคลาย ส่วนอัตราการเต้นของชีพจร อัตราการหายใจ และสัดส่วนของพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บปวดในด้านสีหน้าไม่แตกต่างกัน

โฆมนภา กิตติศัพท์ (2536) ศึกษาผลของดนตรีต่อการลดความเจ็บปวดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ระยะ 48 ชั่วโมง ที่อยู่รักษาในไอซียู โรงพยาบาลโครทรวงอก จำนวน 40 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับการจัดดนตรีให้ฟังในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ดนตรีที่ใช้เป็นดนตรีคลาสสิก ทั้งเพลงไทยและเพลงสากล ใช้การบรรเลงโดยตลอด ประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มด้วยมาตรวัดความเจ็บปวดด้วยใบหน้า และวัดความวิตกกังวลโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวล STAI เมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผลพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีระดับความเจ็บปวดและระดับความวิตกกังวลหลังผ่าตัดเมื่อครบ 48 ชั่วโมงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กิตติยาภรณ์ ภูครองหิน (2539) ศึกษาผลของการฝึกการผ่อนคลายต่อระดับความวิตกกังวลและความสามารถในการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 30 ราย ที่เข้ารับการรักษานที่แผนกการพยาบาลบำบัดพิเศษ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น กำหนดให้ผู้ป่วย 15 รายแรกเป็นกลุ่มทดลอง ส่วน 15 รายหลังเป็นกลุ่มทดลอง วัดระดับความวิตกกังวลและความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มในวันแรกที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล กลุ่มทดลองได้รับการสอนและสาธิตการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 1 สัปดาห์ ที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล และอีก 1 สัปดาห์ให้ผู้ป่วยกลับไปฝึกที่บ้าน ทำการวัดระดับความวิตกกังวลและความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มอีกครั้งเมื่อครบ 2 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม

นงลักษณ์ จุฑาจินดาเขต (2540) ศึกษาผลของการผ่อนคลายต่อการลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 40 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มโดยการจับสลาก วัดความวิตกกังวลและความซึมเศร้าของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มในวันแรกของการรับรังสีรักษาในช่วงก่อนรับรังสีรักษา กลุ่มทดลองได้รับการฝึกผ่อนคลายแบบ Benson's Respiratory One Method จากผู้วิจัยวันละ 1 ครั้ง ฝึกติดต่อกัน 3 วัน แล้วฝึกต่ออีก 21 วัน วันละ 1 ครั้งโดยผู้ช่วยวิจัย หลังจากนั้นวัดความวิตกกังวลและความซึมเศร้าอีกครั้งในวันสุดท้ายของการรับรังสีรักษา พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลและคะแนนความซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจที่ได้รับการฝึกผ่อนคลาย รู้สึกสบายหลังการฝึก และรู้สึกรู้ว่าเป็นวิธีที่ง่าย สะดวก และสามารถนำไปใช้ได้ในชีวิตประจำวัน

นพพร เขาวะเจริญ (2540) ศึกษาผลของการฝึกผ่อนคลายต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 30 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ด้วยวิธีการจับฉลาก วัดความวิตกกังวล ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองได้รับการฝึกการผ่อนคลายโดยใช้วิธีการหายใจแบบลึก (Deep breathing exercise) 2 ครั้ง และให้ฝึกอย่างสม่ำเสมอที่บ้านทุกวัน วันละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ เมื่อครบ 4 สัปดาห์ จึงวัดความวิตกกังวล ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ อีกครั้ง พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกผ่อนคลายมีคะแนนความวิตกกังวล อัตราการเต้นของหัวใจ และอัตราการหายใจน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการฝึกผ่อนคลาย และมีอุณหภูมิปลายนิ้วสูงกว่า ส่วนความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกไม่แตกต่างกัน

อุรวดี เจริญไชย (2541) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการความรู้สึก และคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 ราย กลุ่มควบคุม

ไม่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อม กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมที่จัดทำเป็นเทปโทรทัศน์ แบ่งเนื้อหาออกเป็น 2 ตอน ให้ข้อมูลในตอนเย็นก่อนผ่าตัดติดต่อกัน 2 วัน ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในวันแรกของการอยู่รักษา หลังจากนั้นกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมในวันแรกและวันที่ 2 ของการอยู่รักษา ประเมินความวิตกกังวล ความรู้สึกเจ็บปวด พฤติกรรมการตอบสนองต่อความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม เมื่อครบ 48 และ 72 ชั่วโมง ผลพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีคะแนนความวิตกกังวล คะแนนความรู้สึกเจ็บปวด คะแนนความทุกข์ทรมาน และมีจำนวนผู้ป่วยที่แสดงพฤติกรรมการตอบสนองต่อความเจ็บปวดน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อม

ลดาวัลย์ อาหาญ (2545) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 30 ราย แบ่งให้ผู้ป่วย 15 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุม ได้รับข้อมูลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ และ 15 รายหลังเป็นกลุ่มทดลอง ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมจากเทปโทรทัศน์ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก และข้อมูลการให้คำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด จากนั้นกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมในตอนเย็นก่อนวันผ่าตัด แล้วประเมินความวิตกกังวลผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้อีกครั้งหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลหลังผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อม

5.3 งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

จากการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย สามารถแบ่งงานวิจัยได้เป็น 2 กลุ่มคือ งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลและงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต ดังนี้

5.3.1 งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

การวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลส่วนมากจะศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องหลังจากออกจากโรงพยาบาล ดังการศึกษาต่อไปนี้

อารมณ บุญเกิด (2540) ศึกษาผลของการเตรียมก่อนกลับบ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล จำนวน 50 ราย ที่มารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมชายและอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลตากสิน โดยประเมินผู้ป่วยในเรื่องภาวะสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ปัญหา ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตนเอง ประเมินผู้ดูแลในเรื่องการรับรู้ปัญหา ความสามารถในการช่วยเหลือผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรม แล้วให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง การดูแลผู้ป่วย และการฟื้นฟูสภาพ ด้วยการสอน การสาธิต การให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลฝึกปฏิบัติในกิจกรรมที่โรงพยาบาลอนุญาต รวมทั้งให้มีส่วนรับรู้อาการผู้ป่วย การรักษาของแพทย์ การพยาบาลที่ได้รับ เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาและข้อข้องใจได้อย่างเต็มที่ แจกคู่มือให้อ่าน จนผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความมั่นใจในการปฏิบัติ วัดความสามารถในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลก่อนและหลังการเตรียม โดยการสัมภาษณ์ สังเกต และให้ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติให้ดู พบว่าหลังการเตรียมผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติตัวและผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าก่อนเตรียม

จารึก ธาณรัตน์ (2545) ศึกษาผลของการวางแผนการจำหน่ายต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา จำนวน 60 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มควบคุม 30 ราย กลุ่มทดลองได้รับการวางแผนการจำหน่ายตามรูปแบบที่ผู้วิจัยกำหนด โดยผู้วิจัยประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของทีม และวางแผนกำหนดการให้ความรู้และฝึกทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย แล้วดำเนินการเตรียมจำหน่ายตามแผนที่กำหนดไว้ กลุ่มควบคุมได้รับการสอนตามกิจวัตร ประเมินความสามารถของผู้ดูแลเมื่อรับไว้รักษาและก่อนจำหน่าย พบว่ากลุ่มทดลองมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยหลังการเตรียมจำหน่ายสูงกว่าก่อนการเตรียมจำหน่าย และมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มควบคุม

พัชรา พันธะวงษ์ และ อลิสา นิติธรรม (2547) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย ได้รับการเตรียมจำหน่ายตามปกติ กลุ่มควบคุม 30 ราย ได้รับการเตรียมจำหน่ายตามรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น คือการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยตามรูปแบบ METHOD พบว่าความรู้ในการดูแลตนเอง การรับรู้คุณค่าในการดูแลตนเอง และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลองของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม

นงนภัทร รุ่งเนย และคณะ (2547) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายอย่างสมบูรณ์ต่อระดับน้ำตาลในเลือดและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 15 ราย ดำเนินการให้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายอย่างสมบูรณ์เป็นเวลา 5 วัน โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบสมบูรณ์เป็นรูปแบบการพยาบาลที่ให้ผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วม มีปฏิสัมพันธ์ และตั้งเป้าหมายร่วมกันในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง วัดระดับน้ำตาลในเลือดและพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง 1 เดือน พบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน 1 เดือน น้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรม และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังจำหน่าย 1 เดือน มากกว่าก่อนใช้โปรแกรม

5.3.2 งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต

จากการศึกษางานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ พบว่ามีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต หรือที่เรียกว่าการเตรียมย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตยังมีน้อย และส่วนมากเป็นการศึกษาที่ทำเมื่อนานมาแล้ว ดังนี้

Schwartz & Brenner (1979) ได้ศึกษาผลของกิจกรรมการพยาบาลที่กำหนดขึ้นสองรูปแบบต่อการลดความเครียดของผู้ป่วยเมื่อย้ายออกจากซีซียู ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 30 ราย ที่เข้ารับการรักษาครั้งแรกในซีซียู และมีญาติมาเยี่ยมตลอดขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม (กลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม) กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1 ให้การพยาบาลโดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการย้ายแก่ญาติผู้ป่วยตามแผนที่กำหนดไว้ และส่งเสริมให้ญาติอยู่กับผู้ป่วยขณะย้าย การให้ข้อมูลแบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 (48 ชั่วโมงแรกหลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในซีซียู) เป็นการสร้างสัมพันธภาพ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย อธิบายให้ทราบว่าผู้ป่วยจะอยู่รักษาในซีซียูชั่วคราว ตอบคำถามอื่นๆ ตามที่ญาติซักถาม และนัดเวลาที่พบญาติในครั้งต่อไป ระยะที่ 2 (48-72 ชั่วโมงหลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในซีซียู) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ตอบคำถามอื่นๆ

ตามที่ญาติซักถาม อธิบายเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมของหอผู้ป่วยทั่วไป อธิบายว่าการย้ายหอผู้ป่วยจะเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเครียดได้ แสดงให้เห็นว่าญาติเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้ความสะดวกสบายแก่ผู้ป่วย แนะนำให้ญาติอยู่กับผู้ป่วยในขณะย้าย และตกลงกับญาติเกี่ยวกับวิธีการติดต่อญาติเมื่อจะย้ายผู้ป่วยออกจากซีซียู ระยะที่ 3 (วันย้ายผู้ป่วยออกจากซีซียู) ติดต่อญาติเพื่อบอกเวลาย้าย บอกหอผู้ป่วยที่จะย้ายไป ให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยที่ยังคงอยู่ และเตือนให้ญาติมาอยู่กับผู้ป่วยขณะย้าย ส่วนกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 2 ให้พยาบาลของหอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยจะย้ายไปมาพบและพูดคุยเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยที่ซีซียูในวันที่จะย้าย ประเมินความเครียดโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามของ Spielberg และคณะ และประเมินภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้ข้อมูลจาก Chart ผู้ป่วย ในผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่มหลังย้ายออกจากซีซียู ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดในกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่มต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือดที่เกิดขึ้นหลังย้ายออก ในกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่มน้อยกว่ากลุ่มควบคุม การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการพยาบาลทั้งสองรูปแบบคือการเตรียมญาติก่อนย้ายและการเตรียมผู้ป่วยก่อนย้าย มีผลในการลดความเครียดและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตได้เหมือนกัน และทำให้ทราบแนวทางในการให้ข้อมูลแก่ญาติเพื่อเตรียมญาติเกี่ยวกับการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต แต่ในการศึกษานี้ผู้วิจัยไม่ได้เปรียบเทียบว่าการพยาบาลรูปแบบใดให้ผลดีมากกว่า

Toth (1980) ศึกษาเปรียบเทียบผลของการสอนก่อนย้ายอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยในวันย้ายออกจากซีซียู กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจำนวน 20 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 10 ราย และกลุ่มทดลอง 10 ราย ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วย ทั้ง 2 กลุ่ม วันละ 20 นาที ตลอดเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในซีซียู กลุ่มทดลองได้รับการสอนก่อนย้ายอย่างมีแบบแผน โดยเริ่มสอนไม่เกิน 24 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษาในซีซียู เนื้อหาการสอนอย่างมีแบบแผนที่ผู้วิจัยออกแบบประกอบด้วย ระยะเวลาเฉลี่ยในการเข้ารับการรักษาในซีซียู ระยะเวลาเฉลี่ยในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ช่วงเวลาในการตัดสินใจย้ายของแพทย์ ช่วงเวลาในการย้ายออกจริง การย้ายคือสิ่งที่แสดงถึงว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้น ลักษณะของหอผู้ป่วยที่จะย้ายไป เช่น จำนวนเตียง จำนวนบุคลากร สภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วย สัตว์ส่วนของพยาบาลต่อผู้ป่วย ระเบียบการเยี่ยม ความรู้สึกของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นหลังย้าย เช่น กังวล ซึมเศร้า ยาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน กิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้เอง อาการผิดปกติที่ผู้ป่วยต้องสังเกตและรายงานให้พยาบาลทราบ เป็นต้น ขณะสอนมีการบันทึกในแบบตรวจสอบรายการสอน การสอนเสร็จสิ้นก่อนวันย้าย ส่วนกลุ่มควบคุมผู้วิจัยพูดคุยกับผู้ป่วยในเรื่องทั่วไป วัดความวิตกกังวลของผู้ป่วยในวันย้ายออกทั้ง 2 กลุ่ม โดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลที่ชื่อ The Institute for Personality and ability Testing Anxiety Scale ของ Krug และคณะ บันทึกความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจในวันก่อนย้าย ขณะย้าย และในวันย้าย ผลพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างของความวิตกกังวลที่วัดโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวล แต่ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจต่ำกว่ากลุ่มควบคุม แสดงว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม จากการศึกษาทำให้ได้ทราบแนวทางในการให้ข้อมูลแก่ญาติเพื่อเตรียมย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการสอนผู้ป่วยก่อนย้ายทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลงเมื่อย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต โดยพิจารณาจากค่าความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ เนื่องจากการศึกษานี้วัดความวิตกกังวลโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลและวัดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (ค่าความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ) ซึ่งผลที่ได้ไม่สอดคล้องกัน ดังนั้นการเลือกใช้เครื่องมือควรจะต้องเลือกเครื่องมือที่มีความไวและเหมาะสมกับตัวแปรที่จะศึกษามากที่สุด

วริยา วชิราวัณ (2526) ศึกษาการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยซีซียู โดยการเตรียมอย่างมีแบบแผน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยซีซียู ของโรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ไม่น้อยกว่า 24 ชั่วโมง แต่ไม่เกิน 10 วัน จำนวน 20 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 ราย กลุ่มควบคุม 10 ราย ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มหลังจากผู้ป่วยอยู่รักษาในหอผู้ป่วยซีซียู 24-36 ชั่วโมง เพื่อเก็บปัสสาวะของผู้ป่วยตรวจหาระดับของโซเดียมและโปตัสเซียมในปัสสาวะ และวัดระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยโดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมและแบบวัดความวิตกกังวล หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มทุกวัน วันละ 1 ครั้ง ๆ ละ 30-40 นาที ในกลุ่มควบคุมผู้วิจัยจะสนทนากับผู้ป่วยในเรื่องทั่วไป ส่วนกลุ่มทดลองจะให้คำแนะนำตามแผนการเตรียมจำหน่าย เนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับกฎระเบียบ สิ่งแวดล้อม การพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับ การย้ายออกจากหอผู้ป่วยซีซียู ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพระยะก่อนและหลังย้ายออกจากหอผู้ป่วยซีซียู สิ่งแวดล้อม ระเบียบปฏิบัติ บุคลากร การพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับเมื่อไปอยู่หอผู้ป่วยทั่วไป แล้วประเมินความวิตกกังวลและเก็บปัสสาวะของผู้ป่วยเพื่อตรวจหาระดับของโซเดียมและโปตัสเซียมในปัสสาวะของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มอีกครั้ง หลังย้ายออกจากหอผู้ป่วยซีซียู 24-36 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมอย่างมีแบบแผนก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยซีซียู มีคะแนนความวิตกกังวลลดลงจากคะแนนความวิตกกังวลก่อนได้รับการเตรียม 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมอย่างมีแบบแผนก่อนย้ายมีค่าอัตราส่วนของโซเดียมและโปตัสเซียมในปัสสาวะสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับการเตรียมก่อนย้าย 3) กลุ่มที่ได้รับการเตรียมอย่างมีแบบแผนมีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเตรียมอย่างมีแบบแผน 4) กลุ่มที่ได้รับการเตรียมอย่างมีแบบแผนมีค่าอัตราส่วนของโซเดียมและโปตัสเซียมในปัสสาวะสูงขึ้น ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้รับการเตรียมอย่างมีแบบแผน การศึกษานี้มีการเปรียบเทียบความวิตกกังวลทั้งภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ซึ่งผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสอนมีความวิตกกังวลลดลงหลังได้รับการสอน และผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการสอนมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสอน แสดงให้เห็นว่าการสอนทำให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลง การศึกษานี้ผู้วิจัยประเมินความวิตกกังวลโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวล แบบสังเกตพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล และประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (ค่าโซเดียมและโปตัสเซียมในปัสสาวะ) ทำให้ผลการศึกษาทั้งหมดไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งการวัดความวิตกกังวลจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจไม่เหมาะสม เนื่องจากมีปัจจัยอื่นที่อาจมีผลทำให้ระดับของโซเดียมและโปตัสเซียมในปัสสาวะเปลี่ยนแปลง

จากการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการย้ายหอผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อการย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตทั้งในด้านบวกและด้านลบดังที่กล่าวมา และจากประสบการณ์ในการทำงานที่หอผู้ป่วยระยะวิกฤตและให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบว่าผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อการย้ายออกทั้งในด้านบวกและด้านลบเช่นกัน จากการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจำนวน 10 ราย ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต โดยวัดความวิตกกังวลของผู้ป่วย 2 ครั้ง ครั้งแรกวัดเมื่อผู้ป่วยพ้นจากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกเต็มที่ ครั้งที่สองวัดก่อนผู้ป่วยย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต พบว่ามีผู้ป่วย 5 ราย ที่คะแนนความวิตกกังวลครั้งที่สองสูงกว่าครั้งแรก ซึ่งความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้นนี้สัมพันธ์กับการย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต โดยผู้ป่วยบอกว่าไม่อยากย้ายออก กลัวว่าจะไม่ปลอดภัย เพราะคิดว่าจำนวนเจ้าหน้าที่ที่หอผู้ป่วยทั่วไปมีน้อย จะทำให้ไม่ได้รับการดูแลที่ใกล้ชิด เมื่อมีอาการผิดปกติจะไม่มีใครเห็น และรู้สึกไม่มั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเมื่อกลับไปพักฟื้นที่หอผู้ป่วยทั่วไป แสดงว่าการย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น

จากการศึกษางานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการลดความวิตกกังวลข้างต้น พบว่าวิธีที่สามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ เช่น การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การใช้ดนตรีบำบัด แต่วิธีดังกล่าวใช้หลักการเบี่ยงเบนความสนใจ ทำให้ลดความวิตกกังวลได้ชั่วคราว และไม่สามารถกำจัดสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลได้ จึงไม่เหมาะที่จะนำมาใช้ในการลดความวิตกกังวลที่มีสาเหตุจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเป็นอีกวิธีหนึ่งที่สามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าเป็นวิธีที่สามารถกำจัดสาเหตุของความวิตกกังวลได้ จึงเป็นวิธีที่น่าจะเหมาะสมในการนำมาใช้ลดความวิตกกังวลที่มีสาเหตุจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมมาประยุกต์ใช้ในการสร้างรูปแบบการเตรียมย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต

รูปแบบการเตรียมย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนำไปใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต เฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบมีการเตรียมล่วงหน้า เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มีสาเหตุจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต ซึ่งปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลได้แก่ 1) การมีแบบแผนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการย้ายออกที่ไม่ถูกต้อง 2) การรับรู้เกี่ยวกับการย้ายออกในด้านลบ 3) การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาของหอผู้ป่วยทั่วไปในด้านลบ 4) การขาดความมั่นใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังย้าย การให้ข้อมูลเพียงอย่างเดียวจึงไม่สามารถกำจัดปัจจัยที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลได้ทั้งหมด

จากการทบทวนการศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมจำหน่าย พบว่ามีการนำการเตรียมจำหน่ายไปใช้กับผู้ป่วยเรื้อรัง และเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยเพื่อกลับไปอยู่บ้าน ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต หรือที่เรียกว่าการเตรียมย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตยังมีน้อย และส่วนมากเป็นการศึกษาที่ทำเมื่อนานมาแล้ว พบว่ากิจกรรมที่ใช้ในการเตรียมย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตประกอบด้วย 1) การให้ข้อมูลก่อนย้าย 2) การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจของผู้ป่วย 3) การให้ญาติมีส่วนร่วมในการเตรียมย้าย 4) การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังย้าย ผู้วิจัยคิดว่าการเตรียมย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตที่ประกอบด้วยกิจกรรมทั้ง 4 กิจกรรมดังกล่าว น่าจะสามารถลดหรือกำจัดปัจจัยที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลที่มีสาเหตุจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตได้ ผู้วิจัยจึงได้นำกิจกรรมในการเตรียมย้ายดังกล่าวมาใช้ในการสร้างรูปแบบการเตรียมย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตร่วมกับการใช้แนวคิดการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม ซึ่งผู้วิจัยคาดว่า การเตรียมย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตรูปแบบนี้ น่าจะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มีสาเหตุจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตได้