

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ค้นคว้าเอกสาร ตำรา บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีสาระสำคัญดังต่อไปนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง
2. การพึ่งพาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
3. อัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
4. ความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
5. ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพา อัตมโนทัศน์และความพึงพอใจในชีวิต

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular accident)

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นกลุ่มอาการทางระบบประสาทที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองไว้ว่า เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกของระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและแสดงอาการอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2534) กลุ่มอาการดังกล่าวเกิดจากสาเหตุทางหลอดเลือดที่มีพยาธิสภาพอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ 1) มีการอุดตันของหลอดเลือดสมองจากลิ่มเลือดที่เกิดภายในหลอดเลือด (cerebral thrombosis) หรือจากลิ่มเลือดที่หลุดลอยมาจากอวัยวะอื่น (cerebral embolism) 2) มีการแตกของหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นเองทำให้เลือดออกในสมอง (intracerebral hemorrhage) หรือทำให้เกิดเลือดออกในชั้นอะแรคนอยด์ (subarachnoid hemorrhage) โดยไม่รวมถึงการอุดตันหรือแตกในของหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการบาดเจ็บ เนื้องอก หรือการติดเชื้อ (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2530) จากการศึกษาโดยทั่วไปพบว่ามียาปัจจัยหลายประการที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน การสูบบุหรี่ (Gibbon, 1997)

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดขึ้นแบบปัจจุบันทันด่วน (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2541) และการดำเนินโรคขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการคือ พยาธิสภาพทางหลอดเลือด ตำแหน่งของสมองที่ขาดเลือด และขนาดของเนื้อเยื่อที่ขาดเลือด

ระยะของโรคหลอดเลือดสมอง

โดยทั่วไปอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มักแบ่งเป็น 3 ระยะ (นิพนธ์ พง
วรินทร์, 2534) คือ

1. ระยะเฉียบพลัน (acute stage) หมายถึงระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนกระทั่งอาการคงที่ ระยะนี้ผู้ป่วยมักเกิดอาการอัมพาตขึ้นทันที ในบางรายอาจมีอาการไม่รู้สึกตัวร่วมด้วย โดยส่วนใหญ่แล้ว แขน ขา ข้างที่เป็นอัมพาตจะไม่สามารถขยับเคลื่อนไหวได้ สภาวะของกล้ามเนื้อจะอยู่ในสภาพอ่อนปวกเปียกซึ่งโดยทั่วไปจะเกิดอยู่ประมาณ 48 ชั่วโมง (อรจักร โตษยานนท์, 2539)
2. ระยะหลังเฉียบพลัน (post acute stage) หมายถึง ระยะที่ผ่านพ้นระยะเฉียบพลันมาแล้ว ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่โดยระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางเลวลง
3. ระยะฟื้นฟูสภาพ (recovery stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่ มีความสามารถในการที่จะรับการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อลดความพิการ ซึ่งในระยะนี้ยังแบ่งเป็น ระยะฟื้นฟูระยะแรก (early recovery) และระยะฟื้นฟูระยะหลัง (later recovery) (Astrom, Asplund, & Astrom, 1992)

3.1 ระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก เป็นระยะที่มีการฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกาย ฟื้นฟูเกี่ยวกับการพึ่งตนเอง ซึ่งจะเกิดขึ้นใน 3 เดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Phipps, 1991)

3.2 ระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง เป็นระยะที่ต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่องจากระยะฟื้นฟูระยะแรก ระยะนี้การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยจะมีการพัฒนาได้ดีขึ้น เช่น การเคลื่อนไหว การช่วยเหลือตัวเอง การทำงานของระบบประสาท การใช้ภาษา การพูด ซึ่งระยะนี้ อาจใช้เวลา 4-6 เดือน หรือในบางรายอาจนานถึง 1 ปี แต่การที่ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุและการมีภาวะล้มเหลวจะเป็นตัวทำนายว่า ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตต่ำลงในระยะนี้ (Phipps, 1991)

จากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้น เป็นเหตุให้เกิดปัญหามากมายกับผู้ป่วยในด้านต่างๆ ดังนี้

ปัญหาด้านร่างกาย ปัญหาที่พบในโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่เป็นผลมาจากพยาธิสภาพและความพิการที่เกิดขึ้น ปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุจะคล้ายคลึงกับผู้ป่วยในวัยอื่นและปัญหาที่พบบ่อยได้แก่

1. ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพในส่วนของเมดัลลัสสมองส่วนกลาง เปลือกสมอง หรือสมองน้อย ซึ่งผู้ป่วยจะไม่สามารถควบคุมการ

เคลื่อนไหวได้ ที่พบบ่อยที่สุดได้แก่ อัมพาตครึ่งซีก และอ่อนแรงครึ่งซีก ซึ่งการอ่อนแรงครึ่งซีกจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกขาแขนขาหนักขึ้น และเกิดการอ่อนล้าของกล้ามเนื้อตามมา แขนขาที่อ่อนแรงเกิดการบวม ทำให้เคลื่อนไหวได้ยากขึ้น อาจมีอาการเกร็ง โดยนิ้วมือจะกำแน่น และถ้าผู้ป่วยรู้สึกกลัวหรือเจ็บจะทำให้เกร็งมากขึ้นนอกจากนี้ยังพบว่ามีอาการปวดไหล่ และตามมาด้วยข้อไหล่ติด แขนขาเหยียดลำบากทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวและประกอบกิจวัตรประจำวันได้ลำบากได้เช่นกัน

2. ความผิดปกติเกี่ยวกับการพูดและภาษา เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกซ้ายซึ่งถือว่าเป็นซีกที่เด่น (อรรถจักร โตษยานนท์, 2539) โดยความผิดปกติที่พบมี 2 ลักษณะ คือ

2.1 ไม่สามารถเข้าใจความหมายของการสื่อสาร (receptive or sensory aphasia) เกิดจากมีการทำลายบริเวณเวอร์นิค (Wernicke's area) ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจความหมายของคำพูดที่ได้ยิน (global aphasia) หรือไม่สามารถอ่านหนังสือได้ทั้งที่มองเห็น (visual aphasia) เนื่องจากไม่เข้าใจภาษาเขียน (alexia)

2.2 ไม่สามารถสื่อสารได้ (motor or expressive aphasia) เกิดจากมีการทำลายบริเวณโบรคา (Broca's area) ผู้ป่วยจะเข้าใจภาษาพูด เขียน สัญลักษณ์ต่างๆ รู้ว่า จะตอบสนองอย่างไร แต่พูดไม่ได้ บางครั้งออกเสียงไม่เป็นภาษา

จากความผิดปกติเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการติดต่อสื่อสาร ซึ่งเป็นกิจกรรมที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ ทำให้ไม่สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นได้รับรู้ความคิดของตนเองได้ ผู้ป่วยจะเกิดความคับข้องใจ

3. มีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เกิดในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5, 7, 9, 10, 12 ซึ่งจะมีปัญหาในเรื่องของการเคี้ยวอาหาร การเคลื่อนไหวของลิ้นที่ไม่สามารถกวัดอาหารในทิศทางต่างๆ ได้ ริมฝีปากแน่นไม่สนิททำให้อาหารไหลออกมาจากปาก กล้ามเนื้อช่องปากและคออ่อนแอ ทำให้ผู้ป่วยกลืนลำบาก หรือไถในขณะกลืนอาหารจนเกิดการสำลักตามมา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาเรื่องกลืนลำบากจะมีปัญหาการสำลักถึงร้อยละ 40 – 70 (เตือนใจ อัฐวงศ์, 2541) ความผิดปกติเหล่านี้ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาได้ เช่น การขาดสารอาหาร โรคปอดบวมจากการสำลัก (Phipps, 1991) เป็นต้น

4. มีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกและการรับรู้ เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองกลีบพาริเอทัล โดยเฉพาะในสมองซีกขวาซึ่งเป็นซีกไม่เด่น ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกและการรับรู้ ที่พบบ่อยได้แก่

4.1 การสูญเสียความรู้สึกต่อการสัมผัส ความเจ็บปวด แรงกด ความร้อน ความ

เย็น ซึ่งความผิดปกติดังกล่าวอาจเกิดขึ้นเพียงอย่างเดียวหรือเกิดขึ้นหลายอย่างพร้อมๆ กันก็ได้ ผู้ป่วยอาจบอกตำแหน่งของจุดสัมผัสไม่ได้ ความบกพร่องเหล่านี้อาจส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากสิ่งแวดล้อมใกล้ตัวได้เพราะกว่าร่างกายจะรู้สึกและมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นที่เป็นอันตรายนั้น ร่างกายก็ได้รับอันตรายจากสิ่งกระตุ้นนั้นเสียแล้ว นอกจากนั้นยังรวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงในด้านการได้ยิน ความสามารถในการบอกรูปร่าง ลักษณะ หรือส่วนประกอบต่างๆ การได้กลิ่นบกพร่อง ซึ่งทำให้ความอยากอาหารของผู้ป่วยลดลง (Phipps, 1991)

4.2 ความพร่องในการรับรู้ตนเองและความเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะขาดการรับรู้เกี่ยวกับลักษณะของตนเอง ขาดความสนใจต่อความเจ็บป่วยของตนเอง ไม่รับรู้สภาพผิดปกติของร่างกาย ปฏิเสธความเจ็บป่วยของตนเอง (anosognosia) ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งที่มีมากระตุ้นด้านที่เกิดพยาธิสภาพเนื่องจากการรับรู้ผิดปกติไป

4.3 การรับรู้ต่อเวลา บุคคล และสถานที่ผิดไป ทำให้ผู้ป่วยสับสนไม่รู้จักเวลา สถานที่และบุคคล มีการรับรู้ที่ผิดไปจากความเป็นจริง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจและมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ การรับรู้ด้านการมองเห็นผิดปกติ เกิดในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของเส้นประสาทสมองที่ 3, 4, 6 ที่พบบ่อยได้แก่ ตามอดครึ่งซีกด้านเดียวกันทั้ง 2 ตา (homonymous hemianopsia) ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมองเห็นซีกที่เป็นอัมพาต อันเป็นผลให้อาจเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย หรือบางรายมีความผิดปกติในความสามารถที่จะรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลจากการมองเห็น แปลออกมาให้เกิดเป็นความหมายที่ถูกต้อง เช่น กระยะไม่ถูก มองเห็นของสิ่งหนึ่งแต่ไม่สามารถบอกได้ว่าของสิ่งนี้คืออะไร ใช่ว่าอะไร ทั้งที่มองเห็นได้ จึงทำให้เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ (อรฉัตร โตษยานนท์, 2539) หรือบางคนอาจเห็นภาพซ้อน ซึ่งมีผลต่อความสมดุลต่อการนั่งและการยืน

5. ความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญา ที่พบบ่อยได้แก่ การสูญเสียความจำ นอกจากนี้ อาจมีปัญหาเกี่ยวกับการแก้ปัญหา การตัดสินใจ ขาดสมาธิ เบี่ยงเบนความสนใจง่าย ขาดความสามารถในการคำนวณ การมีเหตุผลและจินตนาการผิดปกติ ไม่สามารถรับรู้ข้อมูลต่างๆ ได้ทั้งหมด ไม่สามารถเชื่อมโยงการเรียนรู้เข้ากับสถานการณ์จริงได้ ทำให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวันและไม่สามารถหลบหลีกอันตรายได้

6. ความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่าย เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองด้านหน้า หรือส่วนคอร์เทกซ์ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ บางรายมีปัสสาวะคั่งค้าง ไม่สามารถถ่ายออกได้หมดหรือไม่สามารถถ่ายปัสสาวะได้เอง และมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการท้องผูกจากการได้รับน้ำไม่พอ หรือจากกล้ามเนื้อหน้าท้องอ่อนกำลังลง และไม่สามารถบอกให้ทราบ

ว่าต้องการถ่ายอุจจาระได้ จากการศึกษาของ นากายามา, จอร์เกนเซน, เพเดอเซน, ราสชอว์ และ โอลเซน (Nakayama, Jorgensen, Pedersen, Raaschou, & Olsen, 1997) พบว่า ผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้เลย คิดเป็นร้อยละ 36 ภาวะกลั้นปัสสาวะได้บางครั้ง ร้อยละ 11 และ อีกหกเดือนจะพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นไม่ได้ มีจำนวนน้อยลง คิดเป็นร้อยละ 8 กลั้นปัสสาวะได้เป็นบางครั้ง ร้อยละ 11 อย่างไรก็ตามความผิดปกติดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยกังวล เรื่องการชำระความสะอาดและภาวะแทรกซ้อนอันอาจเกิดขึ้นจากความผิดปกติดังกล่าว นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังกังวลเรื่องขอความช่วยเหลือจากญาติในการชำระความสะอาดหรือสวนให้เมื่อปัสสาวะ ไม่ออก

7. ความผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ จะพบว่าความต้องการทางเพศลดลง ในเพศ ชายอาจพบว่าอวัยวะเพศไม่แข็งตัว (Phipps, 1991) และไม่ถึงจุดสุดยอดในเพศหญิง ทั้งนี้อาจ เนื่องจากสาเหตุทางด้านร่างกาย เช่น อาการเกร็ง กล้ามเนื้ออ่อนแรง อาการปัสสาวะกระปริดกระปรอย ประกอบกับภาวะผันผวนทางจิตใจอารมณ์ ความซึมเศร้าความกลัว วิดกกังวลต่างๆ ตลอดจนมีปัญหาในด้านการติดต่อสื่อสาร ดังนั้นจึงทำให้การมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยและคู่สมรสเปลี่ยนแปลงไป

นอกจากความผิดปกติดังกล่าวแล้วในรายที่เรื้อรังยังมีภาวะแทรกซ้อนทางร่างกายอื่นๆ อีกเช่น การติดยึดของข้อและเอ็นต่างๆ ที่พบบ่อยคือ ข้อเข่า ข้อตะโพก เอ็นร้อยหวาย นอกจากนี้ ยังมีการเหี่ยวลีบของกล้ามเนื้อ กระดูกโป่งบาง ความดันโลหิตต่ำเวลาลุกนั่ง ปอดอักเสบ และ แผลกดทับ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวบางภาวะทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ ส่วนภาวะแทรกซ้อน ที่ไม่ทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตก็จำกัดขีดความสามารถของผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ ในบางรายไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้

ในผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ นั้น เนื่องจากสภาพร่างกายไม่สมบูรณ์อยู่เดิมจากความเสื่อม ของอวัยวะต่างๆ หรือมีโรคประจำตัวอย่างอื่นอยู่เดิมจึงอาจทำให้มีปัญหาด้านร่างกายเพิ่มขึ้น มี ภาวะทุพพลภาพมากกว่า ส่งผลทำให้เป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสภาพหรือต้องใช้ระยะเวลาในการ ฟื้นฟูสภาพยาวนานกว่าวัยอื่นๆ

ปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ เกิดจากสาเหตุหลายประการ เช่น พยาธิสภาพของ สมอง สภาวะแวดล้อม บุคคลแวดล้อม และกลไกของแรงผลักดันทางจิต (psychodynamic) ปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ที่พบบ่อยมีดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาด้านจิตใจที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Sisson, 1998) พวงน้อย อรุณ (2536) รายงานว่า ร้อยละ 58 ของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า

มีสาเหตุมาจากความพิการของร่างกาย อาการที่แสดงถึงภาวะซึมเศร้าได้แก่การขาดความกระตือรือร้น ขาดความสนใจในการดูแลตนเอง แยกตนเอง ไร้อารมณ์ ไม่ร่วมมือ ทำอะไรตรงข้ามกับที่ถูกบอกกล่าว ไม่รับประทานอาหาร นอนไม่หลับ (อรจักร โตษยานนท์, 2539)

2. ความกลัว เป็นพฤติกรรมทางจิตที่ปกติของมนุษย์และสัตว์ทุกชนิดที่ใช้ในการปรับตัวต่อภาวะเครียด (Millensen & Leslie, 1979 อ้างใน นภาพรณี แก้วกรณ์, 2533) หรือเป็นความรู้สึกตอบสนองทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เพื่อป้องกันอันตรายหรือสิ่งคุกคามที่เกิดขึ้นในขณะนั้น แคมป์เบลล์ (Campbell, 1988 อ้างใน นภาพรณี แก้วกรณ์, 2533) ศึกษา พบว่าความกลัวทำให้มีการเปลี่ยนแปลงดังนี้คือ หายใจเร็ว เหงื่อออกมาก กระสับกระส่าย หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น แยกตัว นอนไม่หลับ ร้องไห้ อย่างไรก็ตามความกลัวนี้จะออกมาหลายลักษณะ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจแสดงออกในลักษณะกลัวตาย กลัวความพิการ กลัวภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง กลัวทรมาณ กลัวการเป็นโรคซ้ำและกลัวการถูกทอดทิ้ง

3. ความเครียด เป็นปัญหาด้านจิตใจที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากความพิการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำเนินชีวิต รวมถึงการที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดขึ้นได้ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539) ดังเช่น การศึกษาของปราณี มิ่งขวัญ (2542) ที่ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรกและระยะหลังมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง

4. ความวิตกกังวล เป็นปฏิกิริยาของมนุษย์เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่ไม่มีความแน่นอนทำให้เกิดภาวะกดดันทำให้ไม่สบายใจ หวาดหวั่น กลัวล่วงหน้าในสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง (Roberts, 1986 อ้างใน ชอลดา พันธุเสนา, 2536) สาเหตุของความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากความคับข้องใจ ความรู้สึกขัดแย้งในใจ และความเครียดที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น นอกจากนี้ยังเกิดจากความคาดหวังเกี่ยวกับการดำเนินโรคล่วงหน้า ความวิตกกังวลจะมีผลทำให้ร่างกายเปลี่ยนแปลงดังนี้ กล้ามเนื้อตึงตัว ปวดเมื่อย อ่อนเพลีย หัวใจเต้นแรงและเร็ว ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น มือเท้าชืด และเย็น หายใจถี่และถี่ผิดปกติ รู้สึกเหมือนจะเป็นลม คลื่นไส้อาเจียน นอนไม่หลับ ส่วนด้านจิตใจจะทำให้จิตใจไม่สงบ ตกใจง่าย รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ในคนปกติสามารถใช้กลไกในการลดความวิตกกังวลได้ เช่น การกิน การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การนอน การเปลี่ยนพฤติกรรมไม่แสดงออกในรูปของงานศิลปะ เช่นการวาดภาพ การเล่นดนตรี แต่ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถใช้กลไกเหล่านี้ได้ตามปกติ เพราะมีข้อจำกัดต่างๆ เช่น

ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ต้องงดยศบุนหรือ ผู้ป่วยจึงไม่สามารถลดความวิตกกังวลได้เท่าคนปกติ

5. ความก้าวร้าว Bronstein (1991) รายงานว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ อาทิเช่น มีอารมณ์หงุดหงิด รู้สึกหมดหวัง โกรธง่ายและก้าวร้าว ในกรณีก้าวร้าวที่นั้นอาจแสดงออกมาในรูปปมเด่น (superiority) ด้วยการวางอำนาจ หยิ่ง ดูถูกคนอื่น จู้จู้จุกจิก หรือความก้าวร้าวอีกรูปแบบหนึ่งอาจแสดงออกในรูปของความต้องการพึ่งพาผู้อื่นอยู่ตลอดเวลา เช่น เรียกหาญาติบ่อยๆ โดยไม่จำเป็น เพียงแต่อยากให้ผู้อื่นใกล้ชิด พฤติกรรมก้าวร้าวมีลักษณะต่าง ๆ กัน เช่น แสดงอารมณ์หงุดหงิด ขาดความอดทน แสดงท่าทีไม่เป็นมิตร พูดแต่ในแง่ร้าย ใช้วาจาหยาบคาย ทบทำลายสิ่งของ ทำร้ายผู้อื่น เป็นต้น นอกจากนั้นผู้ป่วยจะต่อต้านและไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ขาดการมารับการรักษาต่อเนื่อง (วิไล สัพยา, 2541)

6. ความรู้สึกสูญเสีย ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นจะเกิดความรู้สึกสูญเสียมากมายดังนี้

6.1 การสูญเสียความรู้สึกที่เป็นปกติ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าตนเองสุขภาพไม่ดีตลอดเวลา จึงต้องรักษาสุขภาพของตนเองเป็นพิเศษ เช่น การรับประทานยาสม่ำเสมอ ไปตรวจสุขภาพสม่ำเสมอ ใช้อุปกรณ์ในการบำบัดรักษาและทดแทนอวัยวะที่เสื่อมโทรม เหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่ไม่จำเป็นต้องปฏิบัติในขณะที่ตนสุขภาพแข็งแรงดี จึงทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความรู้สึกเป็นปกติไป

6.2 การสูญเสียความสุขสบายทางร่างกาย จากอาการประจำของโรคนี้ เช่น ปวดไหล่ พุงลำบาก กลืนลำบาก เคลื่อนไหวลำบาก หรือจากการรักษาต่างๆ

6.3 การสูญเสียหน้าที่อวัยวะของร่างกาย ผู้ป่วยมักมีการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะหลายๆส่วนพร้อมกัน ซึ่งทำให้มีผลกระทบต่อการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วย และส่งผลกระทบไปถึงจิตใจ ผู้ป่วยจะรู้สึกอาย คับข้องใจ หงุดหงิดหรือซึมเศร้า

6.4 การสูญเสียความสามารถในการพึ่งพาตนเอง การเจ็บป่วยเรื้อรังและความพิการจากโรคทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ต้องพึ่งพาญาติตลอดจน อุปกรณ์ที่ทดแทนความเสื่อมโทรมของร่างกาย พึ่งพาโรงพยาบาล และบุคลากรทีมสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกคับข้องใจมากขึ้นและขาดความรู้สึกเป็นอิสระ

6.5 การสูญเสียความพึงพอใจในตนเองและอัตมโนทัศน์ เนื่องจากโรคนี้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเป็นอย่างมากโดยส่วนใหญ่จะพบว่ามีความพิการหลงเหลืออยู่ ทำให้ผู้ป่วยไม่พึงพอใจในภาพลักษณ์ของตนเอง และรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า

6.6 การสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเองในการเผชิญความไม่แน่นอนของเหตุการณ์ในอนาคต ซึ่งอาจเป็นความรุนแรงของโรคหรือความตาย ทำให้ผู้ป่วยหมดกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคเพื่อมีชีวิตอยู่ต่อไปและไม่สามารถควบคุมตนเองในการเผชิญปัญหาที่จะเกิดขึ้นได้

จากการศึกษาภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในประเทศสวีเดนของแอสตรอมและคณะ (Astrom, Asplund, & Astrom, 1992) โดยศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คนที่รอดชีวิตจากโรคมา 3 ปี โดยกลุ่มผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 71.4 ปี ประเมินภาวะทางจิตสังคมทั้งหมด 5 ครั้ง หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 4-5 วัน, 3 เดือน, 1 ปี, 2 ปี และ 3 ปี หลังเกิดอาการของโรค และนำมาเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุทั่วไป ผลการศึกษา พบว่า หลังจากเกิดอาการของโรคกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการทางจิตใจเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ จะพบอาการปวดศีรษะ ตาลาย เหนื่อยหน่าย ท้อแท้ มีปัญหาในการนอนหลับ ความวิตกกังวล อาการทางระบบประสาท และความซึมเศร้า โดยอาการปวดศีรษะจะพบอยู่ในช่วง 3 เดือนหลังเกิดอาการ จนถึง 3 ปี ส่วนอาการอื่นๆจะค่อยๆดีขึ้นในช่วงเวลา 3 เดือนถึง 1 ปี อย่างไรก็ตามอาการดังกล่าวจะยังคงมีมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ และพบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะมีกิจกรรมต่างๆที่ทำในยามว่างลดลงมากที่สุดเมื่อเวลาผ่านไป 3 เดือนแต่ภายในเวลา 1 ปี ผู้ป่วยจะกลับมาทำกิจกรรมยามว่างต่างๆด้วยตนเองเช่น เย็บปักถักร้อย เย็บซ่อมแซมเสื้อผ้า เป็นต้น

ในผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งปกติจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ตามวัยที่เสื่อมลงอยู่แล้ว และเมื่อต้องพบกับภาวะเจ็บป่วยที่เรื้อรังและความพิการที่เกิดขึ้น จึงยิ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวล หวาดกลัว คับข้องใจรู้สึกว่าตนไร้ประโยชน์ ไร้ค่าหรือมีปัญหาด้านจิตใจเพิ่มมากขึ้น และยังเป็นวัยที่ต้องการกำลังใจและแรงจูงใจสูง ในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ดังนั้นปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยสูงอายุอาจเป็นอุปสรรคในการฟื้นฟูสภาพได้มาก

ปัญหาด้านสังคม มนุษย์ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมตลอดจนต้องการความรักและการยอมรับจากสมาชิกอื่นในสังคม ในขณะที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆของสังคมได้หรือในบางรายอาจเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้น้อยลง ประกอบกับผู้ป่วยมีปัญหาด้านจิตใจด้วยยิ่งทำให้ผู้ป่วยขาดการติดต่อกับสังคม จึงอาจเกิดปัญหาตามมาดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพของผู้ป่วยและญาติในครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นไปในรูปการห่างเหินกัน สาเหตุจากอารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย เมื่อญาติพูดคุยด้วยหรือให้การดูแลผู้ป่วยจะรู้สึกว่าไม่ถูกใจตนเอง ความรู้สึกนี้จะทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องการที่จะพูด

คุยหรือได้รับการดูแลจากญาตินอกจากนั้นพฤติกรรมที่ญาติแสดงออกต่อผู้ป่วยจะมีผลกระทบต่อสัมพันธภาพด้วย เช่น ญาติหมดความอดทนที่จะยอมรับอารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วยจึงปลื้งตัวออกมา หรือญาติที่ต้องหารายได้จนไม่มีเวลาดูแลพูดคุยกับผู้ป่วย สาเหตุดังกล่าวล้วนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเองถูกทอดทิ้ง

2. การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับสังคม ซึ่งออกมาในรูปเหินห่างหรือเสื่อมลงเช่นเดียวกัน จากสาเหตุหลายประการ เช่น ผู้ป่วยรู้สึกอับอายที่ตนพิการและเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมเข้าสังคม หรืออีกสาเหตุหนึ่งคือผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้ปฏิบัติตามแบบแผน ขนบธรรมเนียมประเพณีของสังคมได้ ทำให้ญาติรู้สึกอับอายและเป็นภาระที่ต้องคอยดูแลและควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย นอกจากนี้ในสังคมปัจจุบันยังมีค่านิยมที่จะยกย่องและให้ความสำคัญกับผู้แสดงความสามารถจนเป็นที่ประจักษ์แก่สังคม จึงยิ่งทำให้คุณค่าของผู้ป่วยลดลงและการยอมรับจากสังคมก็ลดลงเช่นเดียวกัน ปัญหาดังกล่าวทำให้สังคมของผู้ป่วยแคบลง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเหงา ขาดที่พึ่ง สิ้นหวังและซึมเศร้า สภาพผู้ป่วยเช่นนี้มีผลทำให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป

3. การเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว ความเจ็บป่วยเรื้อรังและความพิการส่งผลกระทบต่อบทบาทของผู้ป่วยให้เปลี่ยนแปลงไป เช่น จากที่เคยพึ่งพาตนเองได้หรือเป็นที่พึ่งของผู้อื่น ต้องกลายกลายเป็นคนที่พึ่งพาผู้อื่น อาจทำให้ผู้ป่วยท้อใจให้ยอมรับกับบทบาทใหม่ไม่ได้อันเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้

4. การเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคม ในผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุซึ่งปกติมักจะมีบทบาทหน้าที่ทางสังคมลดลงจากเดิม และมักมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมน้อยลง ประกอบกับเมื่อต้องดำรงชีวิตที่เหลืออยู่กับความพิการที่เกิดขึ้นจึงยิ่งทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัวหรือชุมชนได้อีก รู้สึกไม่มั่นคงในชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุกลัวการถูกทอดทิ้งมากขึ้น และเกิดปัญหาด้านสังคมตามมามากขึ้น

ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นความเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือเรื้อรังก็ตาม จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องมีการค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ดังนั้นถ้าผู้ป่วยหรือครอบครัวใดไม่มีเงินออมเพื่อใช้ในเวลาเจ็บป่วยย่อมมีผลกระทบต่อรายจ่ายในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องได้รับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลานานเพื่อควบคุมสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดตามมา และต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพโดยการกายภาพบำบัดอย่างสม่ำเสมอ ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ค่าอาหารพิเศษ ค่าเครื่องใช้บางอย่างที่จำเป็น รถเข็น

ไม่ทำ รองเท้าพิเศษ ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล นอกจากนั้น บางครอบครัวยังจำเป็นต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเพื่อรักษา หรือจัดสภาพบ้านและปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒินิข, 2538) ทั้งนี้เพื่อบ่มขวัญให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย เช่น ปรับพื้นที่ให้เป็นระดับเดียวกัน ทำราวจับ เก้าอี้หรือย้ายสิ่งกีดขวาง อันจะทำให้ผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุในการเคลื่อนไหว

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า ผลของโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดปัญหามากมายกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ปัญหาเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่น ทั้งสิ้น

การพึ่งพาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

การพึ่งพา หมายถึง ความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมต่างๆของผู้ป่วยเพื่อสนองความต้องการในส่วนที่ตนไม่สามารถปฏิบัติเองได้ โดยปกติผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงที่ดำเนินไปสู่ความเสื่อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจตามธรรมชาติ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นมากกว่าปกติ และเมื่อเกิดความเจ็บป่วยโดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง จึงทำให้มีผลต่อการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น และโดยธรรมชาติของความเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นความเจ็บป่วยที่ยาวนาน เกิดขึ้นอย่างถาวรและอาจก่อให้เกิดความบกพร่องในหน้าที่ต่างๆของร่างกาย ซึ่งพบว่า ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเรื้อรังจะมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ (Tilden & weinert, 1987)

ในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองนั้น พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นจะทำให้การทำงานหน้าที่ของระบบประสาทของผู้ป่วยผิดปกติไปอันเป็นสาเหตุของภาวะบกพร่อง ภาวะทุพพลภาพ และภาวะพิการ ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองลดลง ในขณะที่ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกลับทำให้ความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น มีความซับซ้อนและไม่คงที่ ผู้ป่วยสูงอายุโรคนี้จะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมดจึงต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองในส่วนที่ตนไม่สามารถตอบสนองได้ซึ่งเป็นสิ่งแสดงถึงการพึ่งพาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2537) โดยทั่วไปกิจกรรมที่ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองต้องพึ่งพาผู้อื่น ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งกาย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหวและการเคลื่อนย้าย

ไปในที่ต่างๆ (Davis, 1992) การออกกำลังกาย การพักผ่อน การขับถ่าย (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิพานิช, 2538) และจากการที่ อัลซิโอ, บริทตัน, มูร์เรย์ และ ทีโอเรลล์ (Ahlsio, Britton, Murray, & Theorell, 1984) ได้ศึกษาถึงความพิการและคุณภาพชีวิตภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยติดตามศึกษาเป็นเวลา 2 ปี ในกลุ่มตัวอย่าง 96 คน อายุเฉลี่ย 71 ปี ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองและต้องพึ่งพาผู้อื่นถึง ร้อยละ 24 และมีผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถพึ่งพาตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ร้อยละ 76 และส่วนมากผู้ป่วยที่พึ่งพาตนเองในกิจวัตรประจำวันได้จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สำหรับในประเทศไทยนั้น สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ภิรมย์ กมลรัตนกุล, ธัญลักษณ์ หอบรรลือกิจ, และสุชัย สุเทพารักษ์ (Jitapunkul, Kamolratanakul, Horbunlerkit, & Suteparuk, 1995) ได้ทำการศึกษาปัจจัยของภาวะพึ่งพาในผู้ป่วยสูงอายุที่พำนักอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่ โดยจำนวนผู้ป่วยสูงอายุทั้งหมด 161 คนที่พำนักอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราธรรมปกรณ์นั้น มีผู้ป่วยสูงอายุจำนวน 106 คนที่ได้รับการจัดว่าเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพาโดยผู้ดูแลประจำของสถานสงเคราะห์ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพาพบว่า ผู้สูงอายุเหล่านี้มีอายุมากกว่า มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า และมีการใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือเช่นไม้เท้าในอัตราที่สูงกว่านอกจากนั้นยังพบว่ามีความทุพพลภาพมากกว่าซึ่งประเมินโดยแบบทดสอบดัชนีบาร์เทิลเอดีแอล (Barthel ADL Index) และได้คะแนนจากแบบทดสอบต่ำ

ระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีความแตกต่างกันออกไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของพยาธิสภาพของโรคที่มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการหรือไร้ความสามารถ ซึ่งสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2537) แบ่งการพึ่งพาออกเป็นสี่ระดับคือ

ระดับการพึ่งพาเล็กน้อย หมายถึง ผู้ป่วยมีความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อย โดยส่วนใหญ่จะสามารถปฏิบัติได้เอง

ระดับการพึ่งพาปานกลาง หมายถึง ผู้ป่วยมีความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปานกลาง

ระดับการพึ่งพามาก หมายถึง ผู้ป่วยมีความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันค่อนข้างมาก

ระดับการพึ่งพาโดยสมบูรณ์ หมายถึง ผู้ป่วยมีความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้งหมด

จากการแบ่งโดยลักษณะนี้ใช้กิจกรรมซึ่งสอดคล้องกับการแบ่งระดับการพึ่งตนเองของ ไบร์เนสและเพาเวอร์ (Byrnes & Power, 1989) ซึ่งได้แบ่งเป็นสี่ระดับเช่นกันคือ 1) กลุ่มผู้ป่วยที่พึ่งตนเองได้โดยสมบูรณ์ คือ ผู้ป่วยที่สามารถทำกิจกรรมด้วยตนเองโดยปลอดภัยโดยไม่ใช้อุปกรณ์หรือมีผู้ช่วยเหลือ 2) กลุ่มผู้ป่วยที่พึ่งตนเองได้เป็นส่วนใหญ่ คือ ผู้ป่วยที่สามารถทำกิจกรรมได้แต่ต้องอาศัยอุปกรณ์ช่วยเหลือและจะต้องมีการดูแลความปลอดภัยให้ผู้ป่วย 3) กลุ่มผู้ป่วยที่พึ่งตนเองได้เล็กน้อย คือ ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้มากกว่าร้อยละ 50 แต่ยังต้องอาศัยผู้ดูแลหรือมีผู้ช่วยเหลือเล็กน้อยถึงปานกลาง 4) กลุ่มผู้ป่วยที่พึ่งพาผู้อื่นโดยสมบูรณ์ คือ ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้น้อยกว่าร้อยละ 50 แต่ต้องอาศัยการช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่หรือเกือบทั้งหมด

จะเห็นได้ว่าการแบ่งระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยจะสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอันประกอบด้วยความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐานและกิจกรรมเชิงปฏิบัติเพื่อดำรงชีวิต (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2537) อีกทั้งยังสะท้อนให้เห็นถึงระดับของความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นหรือผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการในส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติเองได้

การประเมินระดับการพึ่งพา

การประเมินระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย สามารถประเมินได้จากความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางร่างกายของผู้ป่วย โดยประเมินจากส่วนสมรรถภาพที่ด้อยกว่าปกติ แต่เนื่องจากไม่สามารถกำหนดเกณฑ์ปกติของสมรรถภาพดังกล่าวได้ วิธีการประเมินที่ใช้ในผู้ป่วยทั่วไปจึงประเมินว่าผู้ป่วยสามารถทำหรือได้ทำกิจกรรมที่กำหนดหรือไม่ กิจกรรมที่เลือกใช้จึงเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่ในชีวิตประจำวัน (activity of daily living: ADL) โดยแบ่งเป็นกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน (basal activity of daily living) และกิจกรรมเชิงปฏิบัติเพื่อการดำรงชีวิต (instrumental activity of daily living: IADL) (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2537) กิจกรรมที่ถูกเลือกมาใช้อาจแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการสร้างเครื่องมือว่าต้องการใช้ประเมินผู้ป่วยกลุ่มใด (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2537) และมีวัฒนธรรมอย่างไร (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2537) ดังเช่น เครื่องมือประเมินการพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ได้แก่ ดัชนีวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของคาทซ์ (The Katz Index of ADL) ที่เลือกเพียงกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐานหกกิจกรรมเท่านั้นมาใช้ในการประเมิน อันประกอบด้วย การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่าย การเคลื่อนย้ายตัวเองและการรับประทานอาหาร (Katz & Stroud, 1989)

สำหรับเครื่องมือที่สร้างขึ้นมามีกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยตรงนั้นมีชื่อว่า ดัชนีบาร์เทล (Barthel Index) ซึ่งสร้างโดย มาโฮนีและบาร์เทล (Mahoney & Barthel) ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิ้วม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการเดินขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น (Neal, 1998) แต่เนื่องจากเครื่องมือทั้งหมดดังกล่าวมานี้สร้างขึ้นมามีสำหรับคนในวัฒนธรรมตะวันตกซึ่งอาจไม่เหมาะสมที่จะนำมาใช้กับคนในวัฒนธรรมตะวันออกเช่นประเทศไทย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะจึงได้สร้างเครื่องมือสำหรับวัดภาวะทุพพลภาพหรือการพึ่งพาของผู้สูงอายุไทยขึ้นโดยใช้ชื่อว่า แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ ซึ่งเป็นแบบวัดที่ประกอบไปด้วยสองส่วนคือ ส่วนที่เป็นกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน แบบวัดส่วนนี้ได้ดัดแปลงมาจากดัชนีบาร์เทล จึงเรียกแบบประเมินส่วนนี้ว่า แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน (ดัชนีบาร์เทลเอดีแอล) ซึ่งประกอบไปด้วย 10 กิจกรรมเช่นเดียวกับดัชนีบาร์เทล แต่มีการให้คะแนนแตกต่างกัน ทั้งนี้เพื่อให้เหมาะสมกับลักษณะวัฒนธรรมและความเป็นอยู่ของคนไทยมากขึ้น สำหรับแบบวัดส่วนที่เหลือเป็นกิจกรรมเชิงปฏิบัติเพื่อการดำรงชีวิตซึ่งถูกสร้างขึ้นมาให้เหมาะสมกับสังคมวัฒนธรรมความเป็นอยู่ของคนไทยโดยเฉพาะเรียกแบบประเมินส่วนนี้ว่า ดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index: CAI) ซึ่งประกอบไปด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ การเดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน การทำหรือเตรียมอาหาร การทำความสะอาดบ้านหรือซักผ้า การทอนเงินหรือการแลกเงินและการใช้บริการรถเมล์หรือรถสองแถว (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2537)

แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน (ดัชนีบาร์เทลเอดีแอล) ของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลนี้ ได้ผ่านการทดสอบ โดยมีการนำไปใช้วัดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุไทยในชุมชนแออัดคลองเตย ทั้งหมด 703 คน เพื่อที่จะค้นหาระดับ ชนิดและปัจจัยของภาวะทุพพลภาพ และเพื่อทดสอบว่าแบบสัมภาษณ์มีความเหมาะสมกับการใช้สำรวจในผู้สูงอายุไทย จากผลการศึกษาพบว่า แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน (ดัชนีบาร์เทลเอดีแอล) มีความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) และมีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการสำรวจระดับทุพพลภาพในประชากรผู้สูงอายุไทย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541; Jitapunkul, Kamolratanakul, Chandraprasert, Bunnag, 1994) นอกจากนั้นดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index: CAI) ยังได้นำไปใช้วัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุไทย จากการศึกษาพบว่าแบบประเมินที่ใช้วัดภาวะทุพพลภาพโดยใช้กิจกรรมเชิงปฏิบัติเพื่อการดำรงชีวิตได้ถูกสร้างขึ้นเพื่อให้เหมาะสมกับสังคมและวัฒนธรรมของไทยเช่นกัน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541; Jitapunkul, Kamolratanakul, Ebrahim, 1993 อ้างใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2537) นอกจากนั้นแบบ

ประเมินนี้ยังผ่านการหาความเชื่อมั่นและนำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย ได้แก่ เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์ (2539) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาของผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และภาระของผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมองโดยหาความเชื่อมั่นของแบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน (ดัชนีบาร์เทิลเอดีแอล) และดัชนีจุฬาเอดีแอลได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .89 และ .76 ตามลำดับ เพ็ญศิริ สันตโยภาส (2542) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องและวิธีจัดการกับตนเอง ต่อภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ โดยได้นำแบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน (ดัชนีบาร์เทิลเอดีแอล) และดัชนีจุฬาเอดีแอลไปหาความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ในกลุ่มผู้สูงอายุสตรีในชุมชน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ .97 สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้เลือกแบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน (ดัชนีบาร์เทิลเอดีแอล) และดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index: CAI) ของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล เนื่องจากแบบประเมินนี้ได้ผ่านการทดสอบมาแล้วว่ามีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ประเมินการพึ่งพาของผู้สูงอายุไทยซึ่งมีแบบแผนกิจวัตรประจำวันตามวัฒนธรรมไทยคล้ายกับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องการศึกษาในครั้งนี้นามากที่สุด

อัตมโนทัศน์ (self-concept)

อัตมโนทัศน์ และ อัตตา (self) มีความหมายที่ใกล้เคียงกัน โดยอัตตาเป็นส่วนรวมของความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองทั้งหมด ทั้งนี้รวมถึงทุกสิ่งทุกอย่างที่ตนอ้างถึงดังมองเห็นในกระจกซึ่งรวมทั้งร่างกาย บุคลิกภาพ สถิติปัญญา ความสามารถ นิสัยใจคอเป็นต้น ส่วนอัตมโนทัศน์นั้นเป็นส่วนหนึ่งของอัตตา แต่เป็นส่วนสำคัญที่เป็นแก่นแท้และเป็นคุณลักษณะประจำตัวของคน เป็นคุณลักษณะที่คิดว่าเป็นตัวเขาทุกเวลาและทุกสถานที่ (อำไพ ศิริพัฒน์, 2515 ; Paul, 1974 อ้างใน รัตนา มาศเกษม, 2527) แต่อัตมโนทัศน์ถูกนำมาใช้มากกว่าอัตตา เพราะบุคคลไม่สามารถรับรู้ความจริงหรืออัตตาที่แท้จริง บุคคลจะยึดถือความเชื่อหรือมโนทัศน์เกี่ยวกับตนเอง ซึ่งจะตรงกับความเป็นจริงหรือผิดไปจากความเป็นจริง (Driever, 1976)

อย่างไรก็ตาม นักจิตวิทยานหลายท่านได้พยายามอธิบายความหมายของอัตมโนทัศน์ให้มากมายได้แก่ ซิลเวียและหลุยส์ (Sylvia & Louise, 1976) กล่าวว่า อัตมโนทัศน์เป็นความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลมีอยู่เกี่ยวกับตนเอง รวมทั้งความคิดเห็นเกี่ยวกับบุคคลและการประเมินตนเอง ซึ่งจะรวมถึงความรู้สึก ค่านิยม ความเชื่อ และการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งที่บุคคลนั้นเป็นอยู่ทั้งหมด นอก

จากนี้ กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุลและไข่มุกข์ วิเชียรเจริญ (2527) ได้กล่าวเพิ่มเติมว่า อัตมโนทัศน์ เป็นสิ่งที่บุคคลแสดงถึงความรู้สึกนึกคิด และการรับรู้ที่บุคคลมีต่อตนเองในด้านต่างๆ เช่น ด้าน ร่างกาย ด้านศีลธรรมจรรยา ด้านส่วนตัว ด้านครอบครัว และด้านสังคม นักจิตวิทยาบางคนเชื่อว่า อัตมโนทัศน์ เป็นโครงสร้างการรับรู้ที่บุคคลมีต่อตนเองเกี่ยวกับ รูปร่างลักษณะ ความสามารถ และการรับรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อมรวมทั้งการรับรู้เกี่ยวกับคุณค่าของตนเอง (Rogers, 1951) ในขณะที่แอนดรูว์และรอย (Andrews & Roy, 1991) กล่าวว่า อัตมโนทัศน์ หมายถึง ความเชื่อและความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองในช่วงเวลาหนึ่ง และเกิดจากการรับรู้ของปฏิกิริยาของบุคคลอื่นที่มีต่อตนเองและความรู้สึกนี้เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมของบุคคล นอกจากนี้ สจ๊วตและซันดีน (Stuart & Sundeen, 1995) ได้เพิ่มเติมความหมายของอัตมโนทัศน์ให้มีขอบเขตที่กว้างมากขึ้น คือ อัตมโนทัศน์เป็นความรู้สึก ความคิดเห็นและความเชื่อ ซึ่งเป็นองค์ประกอบของความรู้สึกที่เกี่ยวกับตนเองของบุคคล และมีอิทธิพลต่อการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นครอบคลุมถึงการรับรู้เกี่ยวกับคุณลักษณะความสามารถของบุคคล การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม ค่านิยมเกี่ยวกับประสบการณ์และวัตถุ จุดมุ่งหมายในการดำเนินชีวิต และอุดมการณ์ของบุคคล ในขณะที่ฟิทท์ (Fitt, 1972 อ้างใน กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2531) กล่าวถึงอัตมโนทัศน์ว่าสามารถพิจารณาได้ทั้งจากลักษณะภายใน ได้แก่ เอกลักษณ์ของตนเอง ความพึงพอใจในตนเอง พฤติกรรมของตนเองและลักษณะภายนอกของบุคคล ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านศีลธรรมจรรยา ด้านส่วนตัว ด้านครอบครัว และด้านสังคม

สำหรับการศึกษาค้นคว้าวิจัยยึดแนวคิดเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Andrews & Roy, 1991) โดยให้ความหมายของอัตมโนทัศน์ไว้ว่า อัตมโนทัศน์ หมายถึง ความเชื่อและความรู้สึก ที่บุคคลมีต่อตนเองทั้งในด้านร่างกายและด้านส่วนตน ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลโดยด้านร่างกายประกอบด้วย ภาพลักษณ์และการรับรู้ความรู้สึกของร่างกาย ด้านส่วนตนประกอบด้วยความสม่ำเสมอในตนเอง ปณิธานหรือความคาดหวังและศีลธรรมจรรยา

องค์ประกอบของอัตมโนทัศน์

องค์ประกอบของอัตมโนทัศน์จะแตกต่างกันขึ้นกับแนวคิดหรือทฤษฎีและคำจำกัดความของอัตมโนทัศน์ การแบ่งองค์ประกอบของอัตมโนทัศน์ซึ่งเป็นที่นิยมคือการแบ่งตามแบบของฟิทท์ (Fitt, 1972 อ้างใน กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2531) ซึ่งพิจารณา 2 มิติใหญ่ๆ ดังนี้

1. พิจารณาจากลักษณะภายใน (internal frame of reference) ประกอบด้วย

1.1 อัตมโนทัศน์ด้านความเป็นเอกลักษณ์ (identity) หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับตนเองว่าเป็นคนอย่างไร เป็นการพิจารณาอัตมโนทัศน์ เพื่อจะตอบคำถามที่ว่า “ฉันเป็นอะไร”

1.2 อัตมโนทัศน์ด้านความพึงพอใจในตนเอง (self-satisfaction) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับการปฏิบัติในเรื่องต่างๆ ของตนเอง เป็นการพิจารณาอัตมโนทัศน์เพื่อตอบคำถามที่ว่า “ฉันรู้สึกเกี่ยวกับตัวฉันอย่างไร”

1.3 อัตมโนทัศน์ด้านพฤติกรรม (behavior) หมายถึง การรับรู้และความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับการปฏิบัติในเรื่องต่างๆ ของตนเอง เป็นการพิจารณาอัตมโนทัศน์เพื่อตอบคำถามว่า “ฉันมีการประพฤติอย่างไร”

2. พิจารณาจากลักษณะภายนอก (external dimension of the self) ประกอบด้วย

2.1 อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (physical self) หมายถึง ความคิดเห็นหรือการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อตนเอง เกี่ยวกับรูปร่าง ลักษณะของร่างกาย ลักษณะทางเพศ สุขภาพของตัวทักะและความสามารถตลอดจนสมรรถภาพของร่างกายในการปฏิบัติหน้าที่

2.2 อัตมโนทัศน์ด้านศีลธรรมจรรยา (moral-ethical self) หมายถึง ความคิดเห็นหรือ การรับรู้ของบุคคลที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับคุณค่าทางศีลธรรมจรรยา โดยเปรียบเทียบกับมาตรฐานในสังคมที่ตนอาศัยอยู่ ความสัมพันธ์ที่มีต่อศาสนา ความรู้สึกเกี่ยวกับการเป็นคนดีหรือคนเลว และความพึงพอใจในศาสนาของตนเอง

2.3 อัตมโนทัศน์ด้านส่วนตน (personal self) หมายถึง ความคิดเห็นหรือการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับคุณค่าของตนเอง บุคลิกภาพ ความคาดหวัง อุดมคติ และความรู้สึกมั่นใจในตนเอง

2.4 อัตมโนทัศน์ด้านครอบครัว (family self) หมายถึง ความรู้สึกในคุณค่า และความพอใจในฐานะที่ตนเองเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว เป็นการแสดงถึงการรับรู้ตนเองว่าใกล้ชิดหรือห่างเหินจากครอบครัว

2.5 อัตมโนทัศน์ด้านสังคม (social self) หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับความมั่นใจ และความเชื่อมั่นในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น

ทฤษฎีการปรับตัวของรอย แบ่งองค์ประกอบของอัตมโนทัศน์ได้เป็น 2 ส่วน ดังต่อไปนี้ (Andrews & Roy, 1991)

1. อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (physical self) เป็นการรับรู้สภาพด้านร่างกายของตน

เอง ประกอบด้วย ภาพลักษณ์ (body image) ซึ่งเป็นการรับรู้เกี่ยวกับรูปร่างลักษณะร่างกายของตนเองที่มองเห็นจากภายนอกและการรับรู้ความรู้สึกของร่างกาย (body sensation) ซึ่งเป็นการรับรู้เกี่ยวกับการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ความสามารถของร่างกายในการทำกิจกรรมต่างๆ สุขภาพ ภาวะเจ็บป่วย ตลอดจนความสัมพันธ์ทางเพศตามที่บุคคลรู้จักตนเอง

2. อัตมโนทัศน์ส่วนตัว (personal self) เป็นมโนทัศน์ส่วนบุคคลที่มีอยู่เกี่ยวกับตนเองในด้านต่างๆ ได้แก่

2.1 ด้านความสม่ำเสมอในตนเอง (self-consistency) เป็นความรู้สึกที่แสดงถึงความเป็นตนเองในลักษณะประจำตัวโดยมีการแสดงออกในรูปแบบที่ค่อนข้างสม่ำเสมอหรือคงที่หรือเป็นการรักษาความมั่นคงของมโนภาพแห่งตน (self image) เช่น ตนเองเคยเป็นคนใจคอเยือกเย็นหนักแน่น ซึ่งคุณสมบัตินี้มีมานานแล้ว จนกระทั่งขณะนี้ก็ยังยืนยันความรู้สึกเช่นเดิมที่มีต่อตัวเองว่ามีลักษณะใจคอเยือกเย็นหนักแน่น หรือเรียกว่าเป็นความสม่ำเสมอในตนเอง อะไรก็ตามที่รบกวนอัตมโนทัศน์ด้านนี้ เช่น ความเจ็บป่วย ความรู้สึกไม่สมดุลต่างๆ จะส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล และความวิตกกังวลก็สามารถทำให้อาการของโรคเพิ่มขึ้นและเป็นผลเสียต่อการรักษาอีกด้วย โดยทั่วไปบุคคลจะพยายามที่จะดำรงไว้ซึ่งความสม่ำเสมอในตนเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะไม่สมดุล

2.2 ด้านปณิธานหรือความคาดหวัง (self-ideal/self-expectation) เป็นความรู้สึกนึกคิดเจตคติเกี่ยวกับตนเองตามที่บุคคลนั้นปรารถนา โดยคาดหวังว่าตนเองจะเป็นหรือควรจะทำอย่างไร เป็นความสำนึกของบุคคลต่อเป้าหมายในชีวิต อุดมคติต่างๆ เกี่ยวกับตนเอง รวมถึงความคาดหวังที่บุคคลอื่นมีต่อตนเอง หากไม่สามารถบรรลุได้ บุคคลจะรู้สึกหมดหวัง หมดแรงหมดกำลังใจ ห่อหุ้มและรู้สึกไร้ค่า บทบาทในสังคมเป็นสิ่งที่มีความอิทธิพลต่ออัตมโนทัศน์ในด้านนี้ ทำให้มนุษย์มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสังคมไปในทางที่สังคมส่วนใหญ่ยอมรับ

2.3 ด้านศีลธรรมจรรยา (moral-ethical self) เป็นความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อตนเองในฐานะผู้ต้องปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของสังคมและสิ่งที่บุคคลคิดว่ามีค่าตามความสำนึกของตนเอง และการประเมินตนเองว่าเป็นอย่างไร ในภาวะที่คุณค่าส่วนนี้ถูกกระทบกระเทือนและบุคคลที่ไม่สามารถปรับได้จะแสดงความรู้สึกผิด

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าอัตมโนทัศน์มีองค์ประกอบหลายด้านทั้งนี้ขึ้นกับแนวคิดหรือทฤษฎีและคำจำกัดความ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดแนวคิดเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย ซึ่งเชื่อว่า อัตมโนทัศน์ประกอบด้วยอัตมโนทัศน์ด้านร่างกายและอัตมโนทัศน์ส่วนตัว

อัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะเจ็บป่วยที่เรื้อรังที่มีผลกระทบต่อชีวิตผู้ป่วยทั้งด้านทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากโรคมีผลกระทบต่อการทำกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีพยาธิสภาพคงที่อยู่อย่างถาวร รักษาไม่หายและต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องนั้นทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำนายหรือคาดการณ์ชีวิตในอนาคตของตนได้เต็มที่ ผู้ป่วยจะเกิดความวิตกกังวล หวาดกลัวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต หลังการเปลี่ยนแปลงของชีวิตของตน กลัวความตายและกลัวสูญเสียความรักจากบุคคลใกล้ชิด เนื่องจากผู้ป่วยต้องพึ่งพาบุคคลเหล่านั้นมากขึ้นและเป็นเวลานาน ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องมีการปรับตัวทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งทำให้ส่งผลกระทบต่ออัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยให้เปลี่ยนแปลงไป การเปลี่ยนแปลงนี้มักเป็นไปในทางลบซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมการปรับตัวต่อสภาพที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ไม่ดี การเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ก็เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามสถานการณ์สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเป็นการแสดงถึงการปรับตัวของมนุษย์วิธีหนึ่ง การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์เกิดขึ้นเพราะ มนุษย์มีความต้องการความมั่นคงทางจิตใจ (Andrews & Roy, 1991) โดยการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง สรุปได้ดังนี้

1. การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ทางร่างกาย เนื่องจากพยาธิสภาพที่สมองมีผลต่อระบบประสาท ทำให้ผู้ป่วยมักมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ไม่สามารถเคลื่อนที่ได้ด้วยตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ทำให้ต้องอาศัยผู้อื่นในการทำกิจกรรมต่างๆ ไม่สามารถควบคุมการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายได้ เช่น มีการเคลื่อนไหวของแขนและขาไม่สัมพันธ์กัน ทรงตัวลำบาก ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะได้ (Gibbon, 1997) หรือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น เช่น ปัญหาข้อติด หรือกล้ามเนื้อลีบลง ในบางรายต้องใช้รถเข็นนั่งช่วย สิ่งเหล่านี้ย่อมมีผลต่อการรับรู้สภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมจากสภาพที่อิสระไปสู่การพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าประสิทธิภาพของร่างกายไม่เหมือนเดิม มองว่าตนเองเป็นผู้พิการ ไม่พึงพอใจในภาพลักษณ์ของตนเอง รู้สึกต่อตนเองในทางที่ไม่ดี

2. การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ส่วนตัว ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมักจะรู้สึกว่าตนเองต้องพึ่งพาผู้อื่น เป็นภาระกับครอบครัว และมีความภูมิใจในตนเองลดลง จะรู้สึกด้อยค่า มีความวิตกกังวล สับสน หวาดกลัว ซึมเศร้า และทำให้แยกตนเองออกจากครอบครัวและสังคม ขาดการติดต่อกับบุคคลอื่น และไม่อาจมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีในสังคมได้ อัตมโนทัศน์ส่วนตัวนี้แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่

2.1 ความสม่ำเสมอในตนเอง ผลกระทบจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสูญเสียความรู้สึกที่แสดงถึงความเป็นตนเองหรือไม่สามารถรักษาความมั่นคงของโมภาพแห่งตนได้เนื่องจากผู้ป่วยมีการสูญเสียรูปร่างของอวัยวะ หน้าที่ของอวัยวะหรือคุณภาพของอวัยวะใดๆของร่างกาย เช่น การเป็นอัมพาต การไม่สามารถควบคุมการขับถ่าย การหมดสมรรถภาพทางเพศ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยฉีกขาด คับข้องใจ หงุดหงิดและมีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น

2.2 ปณิธานหรือความคาดหวัง สถานการณ์ใหม่ที่ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองประสบอยู่ทำให้ภาพลักษณ์เปลี่ยนไปต้องมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตทั้งด้านบทบาทหน้าที่ ที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ ไม่สามารถกระทำบทบาทเดิม ไม่ว่าจะเป็นบทบาทในครอบครัวหรือสังคม ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามที่ตนคาดหวังหรือตั้งปณิธานเอาไว้ ทำให้ผู้ป่วยคับข้องใจ วิตกกังวล ท้อแท้ในการดำเนินชีวิต นอกจากนี้ยังขึ้นกับความหวังต่อการหายจากโรคอีกด้วย โดยที่พบบ่อยคือ ความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจทางจิตใจและความรู้สึกสิ้นหวัง

2.3 ด้านศีลธรรม จรรยา จากการที่ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถดูแลตนเองได้ทั้งหมด จึงมักคิดว่าตนเป็นบุคคลไร้ความสามารถและเป็นภาระต่อผู้ดูแลหรือครอบครัว บางรายรู้สึกว่าเป็นคนไม่ดีทำให้บุคคลอื่นเดือดร้อน หรือในบางรายมีความเชื่อว่าการเป็นอัมพาตครั้งนี้ เป็นผลมาจากการกระทำฝ่าฝืนค่านิยมทางศีลธรรมจรรยาของตนหรือคนส่วนมากก็จะทำให้เกิดความรู้สึกผิด และมีพฤติกรรมเปลี่ยน (ปฏิกฤษา พวรรณราย, กันยารัตน์ อุบลวรรณ และดวงใจ เปรียบบำรุง, 2539) ในบางรายที่บทบาทในสังคมลดลงมากผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของสังคมได้ผู้ป่วยจะรู้สึกผิด (guilt) เช่น ผู้ป่วยเพศชายที่ต้องเป็นผู้หารายได้ให้ครอบครัวแต่เมื่อเจ็บป่วยมีความพิการเกิดขึ้นจึงไม่สามารถกระทำบทบาทเดิมได้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผิดที่ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่อันสมควรได้ หรือในเพศหญิงที่ไม่สามารถกระทำบทบาทของแม่ได้ ก็ย่อมทำให้รู้สึกว่าเป็นคนไร้ค่า

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มจะเกิดการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ไปในทางลบ

ปัจจัยที่มีผลต่ออัตมโนทัศน์

อัตมโนทัศน์เป็นสิ่งที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จากวุฒิภาวะและสิ่งแวดล้อมที่บุคคลนั้นมีปฏิสัมพันธ์ด้วย ในขณะที่สิ่งแวดล้อมและประสบการณ์ของบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ

จึงมีผลในการเสริมสร้างอัตมโนทัศน์ให้ขึ้นไปทั้งด้านบวกและด้านลบ ขึ้นอยู่กับการเรียนรู้จากประสบการณ์และสิ่งแวดล้อมเหล่านั้น ดังนั้นอัตมโนทัศน์จึงเป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมไม่จำกัดเวลาและขอบเขต มีปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ของบุคคล นวลศิริ เปาโรหิตย์ (อ้างใน พิกุล บุญช่วง, 2526) กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออัตมโนทัศน์ไว้ 3 ประการด้วยกันคือ 1) การเปลี่ยนแปลงอันเกิดจากพัฒนาการของร่างกาย 2) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากวิกฤตการณ์ที่บุคคลประสบ 3) การเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลเนื่องมาจากการบำบัดทางจิต ในขณะที่ ฮาเม็ด (Hamed, 1967 อ้างใน กนกพร ใจแก้ว, 2537) ที่เชื่อว่า อัตมโนทัศน์เปลี่ยนแปลงตามประสบการณ์และปัจจัยต่างๆ เช่นวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมรอบกาย บทบาททางสังคม วิกฤตการณ์ของชีวิตและภาวะสุขภาพ นอกจากนั้น สมิทเทอร์แมน (Smitherman cited in Kelly, 1985) เชื่อว่า สถานการณ์ที่มีผลทำให้อัตมโนทัศน์ของคนเปลี่ยนแปลง ได้แก่ 1) การเปลี่ยนแปลงลักษณะที่ปรากฏให้เห็นภายนอกของร่างกาย ซึ่งอาจเป็นการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ เช่นการพัฒนาการ การเจริญเติบโต หรือในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการเปลี่ยนแปลงของลักษณะรูปร่างหน้าตา หรือบางรายที่พิการสูญเสียอวัยวะบางส่วน สิ่งเหล่านี้อาจทำให้มีการสูญเสียภาพลักษณ์ได้ 2) การเปลี่ยนแปลงหน้าที่การทำงานของร่างกาย เช่น ในผู้ป่วยโรคหัวใจที่ไม่สามารถทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงมากได้ ผู้ป่วยอัมพาตไม่สามารถแสดงบทบาทในการเป็นสามีหรือภรรยาได้เหมือนเดิม 3) การเปลี่ยนแปลงอำนาจหรือความสามารถในการควบคุมตนเอง (altered control) บุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการควบคุมตนเองเมื่อมีเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ไม่สามารถทำนายหรือจัดการได้ เช่น เกิดความเจ็บป่วย หรือตกงาน เป็นต้น

สำหรับทฤษฎีการปรับตัวของรอย อัตมโนทัศน์จะเป็นผลจากสิ่งเร้า และการปรับตัวของบุคคลเพื่อให้เกิดความมั่นคงด้านจิตใจ ดังนั้นสิ่งเร้าทุกชนิดจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของอัตมโนทัศน์ สำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสิ่งเร้าหรือปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของอัตมโนทัศน์มีดังต่อไปนี้

1. ความรู้สึกสูญเสีย ความรู้สึกสูญเสียเป็นประสบการณ์ที่สำคัญอย่างหนึ่งซึ่งพบได้เสมอในการดำรงชีวิตและมีผลกระทบต่องานทุกคน การเจ็บป่วยจัดเป็นวิกฤตการณ์ที่บุคคลประสบและก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอัตมโนทัศน์ ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลที่เจ็บป่วยไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยหรือรุนแรง หรือจะเป็นการเจ็บป่วยทางกายหรือทางจิตก็ตามจะมีความรู้สึกสูญเสียเกิดขึ้น ความรู้สึกสูญเสียนี้จะมีทั้งความรู้สึกสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรม

ต่างๆทางด้านร่างกาย สูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง ตลอดจนสูญเสียความรู้สึกมั่นใจในตนเอง ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง ไม่สามารถทำกิจกรรมหรือแสดงออกทางพฤติกรรมดังที่เคยเป็นไปในภาวะปกติได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ จะมีผลกระทบโดยตรงต่ออัตมโนทัศน์ด้านร่างกายและด้านส่วนตนหลายๆด้าน ทำให้อัตมโนทัศน์ของบุคคลที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยเปลี่ยนไปในทางลบมากขึ้น (Fitt, 1972 อ้างใน กอบกุล พันธุ์เจริญกุล, 2531)

2. มโนภาพแห่งตน (self-image) เมื่อใดก็ตามที่บุคคลต้องพบกับเหตุการณ์ที่ทำให้สูญเสียภาพลักษณ์หรือความเป็นเอกลักษณ์ของตนเองไป ย่อมส่งผลให้บุคคลไม่พึงพอใจในตนเอง รู้สึกสูญเสียความเป็นตัวเองไป ทำให้มีอัตมโนทัศน์เปลี่ยนแปลงไปในทางลบ โดยเฉพาะในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งมีผลกระทบต่ออัตมโนทัศน์เป็นอย่างมาก แบทเทิล (Battle, 1975) กล่าวว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นอุปสรรคในการสร้างมโนภาพแห่งตน

3. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เมื่อบุคคลไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติ จึงมักคิดว่าตนเป็นบุคคลไม่มีประโยชน์ ไร้ค่า เป็นการละทิ้งผู้อื่น หรือมีการรับรู้เกี่ยวกับตนเองไปในทางที่ไม่ดี กล่าวคือมีอัตมโนทัศน์เปลี่ยนแปลงไปในทางลบ และในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังนั้นจะส่งผลกระทบต่ออัตมโนทัศน์เป็นอย่างมากเช่นกัน (Battle, 1975) จากการศึกษาของ ทศพร พัฒนนิรมาน (2531) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์กับความรู้สึกสูญเสียอำนาจในผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าคะแนนเฉลี่ยของอัตมโนทัศน์โดยส่วนรวมและรายด้านต่างๆของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอยู่ในระดับต่ำ

การประเมินอัตมโนทัศน์

อัตมโนทัศน์ สามารถวัดโดยใช้เครื่องมือได้หลายแบบแล้วแต่วิธีที่ผู้สร้างยึดถือ โดยทั่วไปที่นิยมใช้ประเมินอัตมโนทัศน์นั้นมีอยู่ 2 วิธี คือ

1. การสังเกตพฤติกรรมโดยบุคคลอื่น ซึ่งเป็นวิธีที่นักจิตวิทยาหรือผู้เชี่ยวชาญเฝ้าสังเกตพฤติกรรมของบุคคลแล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสรุปความคิดเห็นว่าเป็นอัตมโนทัศน์ของบุคคลนั้นซึ่งข้อมูลที่ได้เรียกว่าอัตมโนทัศน์ที่ลงความเห็นโดยบุคคลอื่น (inferred self concept)

2. การซักถามจากบุคคลโดยตรง ข้อมูลที่ได้มาจากการซักถามเรียกว่า คำรายงานการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง (self-report) ซึ่งเป็นวิธีที่จัดว่าถูกต้องแน่นอน เพราะตนเองย่อมรู้จักตนเองดีกว่าผู้อื่น (Roger & Allport อ้างใน จำไพ ศิริพิพัฒน์, 2515) สำหรับเครื่องมือที่เป็นแบบประเมินจากการซักถามจากบุคคลโดยตรงที่เป็นที่รู้จักและนิยมกันอย่างแพร่หลายได้แก่แบบวัด

อัตมโนทัศน์เทเนนส์ ตามแนวคิดของพิทท์ ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 100 ข้อ ใช้ได้กับผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไป แบบวัดอัตมโนทัศน์ตามแนวคิดของออสกู๊ด ซูซีและแทนเนนบัม (Osgood, Suci, Tannenbaum,) มีข้อคำถาม 20 ข้อ นอกจากนั้นยังมีแบบวัดอัตมโนทัศน์ที่ใช้สำหรับเด็กอายุระหว่าง 8-16 ปี คือแบบวัดอัตมโนทัศน์ ของ ปีแอร์และแฮร์ริส (The Piers-Harris children 's self-concept scale) ซึ่งมี 80 ข้อ แบบวัดอัตมโนทัศน์ของลิปสิทท์ (Lipsitt 's self-concept scale) ใช้กับผู้ที่มีอายุ 9-16 ปี มีข้อคำถาม 20 ข้อ แบบวัดอัตมโนทัศน์ของโคมบี้ ไชเปอร์และคว้าน (Self-concept report scale) ซึ่งใช้สำหรับวัยรุ่นหนุ่มสาว นอกจากนั้นลี (Li, 1998) ยังได้สร้างแบบวัดอัตมโนทัศน์ขึ้นมาตามแนวทฤษฎีการปรับตัวของรอยโดยใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในระยะฟื้นฟูสภาพ ซึ่งมีข้อคำถาม 56 ข้อ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งทางบวกและทางลบ โดยแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1). ด้านภาพลักษณ์ (body image) 10 ข้อ 2). ด้านการรับรู้ความรู้สึกของร่างกาย (body sensation) 9 ข้อ 3). ด้านความสม่ำเสมอในตนเอง (self- consistency) 12 ข้อ 4). ด้านปณิธานหรือความคาดหวัง (self- ideal) 10 ข้อ 5). ด้านศีลธรรมจรรยา (moral-ethical self) 15 ข้อ โดยนำแบบวัดที่สร้างขึ้นไปหาความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้เท่ากับ .84 และหาความเชื่อมั่น (reliability) โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ .88 (n=10) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกที่จะดัดแปลงแบบวัดอัตมโนทัศน์ (The Self-concept Scale) ของลี (Li, 1998) ให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากแบบวัดอัตมโนทัศน์นี้ได้สร้างขึ้นโดยยึดหลักแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย ซึ่งตรงกับกรอบแนวคิดเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

ความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction)

ความพึงพอใจในชีวิตเป็นสิ่งที่พึงปรารถนาของบุคคล เพราะเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข เป็นตัวตัดสินกำหนดคุณภาพชีวิต (Ferrans & Powers, 1985 cited in Zhan, 1992) ความพึงพอใจในชีวิตเป็นการประสบความสำเร็จตามความต้องการ ความคาดหวัง หรือความปรารถนาที่ตั้งไว้ (Oxford American Dictionary, 1980 cited in Zhan, 1992) หรือเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นๆ (สุรกุล เจนอบรม, 2534) แจ็คเกิล (Jackle, 1974) ได้กล่าวถึงความพึงพอใจในชีวิตว่า เป็นความรู้สึกยินดี ความสุขที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตยังมีคุณค่า มีความหมายและยังมีความสามารถที่จะพัฒนานตนเองได้ แคนทริล (Cantril, 1965 cited in Zhan, 1992) ได้อธิบายว่า ความพึงพอใจในชีวิตเป็น

สิ่งที่บุคคลรับรู้ถึงสิ่งที่ตนครองอยู่ ซึ่งอยู่ระหว่างความปรารถนาที่ตั้งไว้และความสำเร็จที่ได้รับ กล่าวคือ ถ้าบุคคลได้รับในสิ่งที่ตนปรารถนาก็จะเป็นความพึงพอใจในเชิงบวก แต่ถ้าสิ่งที่ได้รับนั้น ต่ำกว่าสิ่งที่ปรารถนาความพึงพอใจก็จะเป็นเชิงลบ ในขณะที่ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2534) กล่าวว่า ความพึงพอใจในชีวิตหมายถึง การที่บุคคลหนึ่งประเมินสภาพการณ์ของตนเอง โดยเปรียบเทียบกับมาตรฐานหรือความมุ่งหวังของตนเอง นอกจากนั้นยังมิให้ผู้ให้ความหมายของความพึงพอใจในชีวิตในทัศนะของตนเองที่เข้าใจได้ง่ายขึ้น ได้แก่ โฮลเมส (Holmes, 1985) กล่าวว่า ความพึงพอใจในชีวิตเป็นคำที่มีความหมายคล้ายคำว่าความสุข(happiness)ปราศจากความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับ ฟลานาแกน (Flanagan, 1982) กล่าวว่า ความพึงพอใจในชีวิตเป็นความรู้สึกเป็นปกติสุข และมีความหมายเช่นเดียวกับคุณภาพชีวิต มีความหมายใกล้เคียงกับความสุข แต่แนวคิดดังกล่าวต่างจากแนวคิดของซาน ซึ่งซานพบว่า มีงานวิจัยบางเรื่องที่ใช้ “ความพึงพอใจในชีวิต” และ “ความสุข” ในความหมายเดียวกัน หรือใช้แทนกัน แต่ซานกล่าวว่า การใช้ความหมายแทนกันนี้จะนำไปสู่ความสับสนและคลุมเครือของการประเมินการรับรู้ประสบการณ์ในชีวิต ดังนั้น ซานจึงเห็นว่า “ความพึงพอใจในชีวิต” และ “ความสุข” ไม่สามารถใช้แทนกันได้ (Zhan, 1992) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของแคมป์เบลล์ (Campbell, 1976) ที่กล่าวว่า ความสุขเป็นความรู้สึกหรือเป็นผลกระทบของอารมณ์ต่อประสบการณ์ในชีวิต แต่ความพึงพอใจในชีวิตเป็นความรู้สึกที่มากกว่านั้น กล่าวคือ เป็นความรู้สึกที่ผ่านกระบวนการรับรู้ต่อความเป็นจริงหรือสิ่งที่ผ่านเข้ามาในชีวิตของบุคคลและได้รับการเปรียบเทียบระหว่างความปรารถนาที่ตั้งไว้กับความสำเร็จที่เป็นจริง สำหรับในประเทศไทยมิได้มีผู้ให้ความหมายของความพึงพอใจในชีวิตในลักษณะที่ไม่ซับซ้อนมากนัก ได้แก่ วรรณญา คุ่มผาติ (2537) กล่าวว่า ความพึงพอใจในชีวิต หมายถึงการรับรู้ระดับความรู้สึกชอบใจ ชื่นชม ยินดีกับสถานการณ์ทั่วไปที่เป็นอยู่ หรือจะเป็นไปในชีวิตของบุคคล ซึ่งให้ความหมายใกล้เคียงกับ สนิษฐ รัตนสมบัติ (2540) ที่กล่าวว่า ความพึงพอใจในชีวิต หมายถึง การรับรู้ระดับความรู้สึกพอใจ ชื่นชม ยินดี มีความสุข สนุกสนานกับการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน

จากความหมายของความพึงพอใจในชีวิตที่กล่าวมาข้างต้น ความพึงพอใจในชีวิตจะหมายถึง ความรู้สึกที่ดี ความรู้สึกชื่นชอบ ความพอใจในการดำเนินชีวิตทั่วไป ซึ่งเป็นผลมาจากการรับรู้ต่อสถานการณ์ที่ปรารถนาอยากให้เป็นเปรียบเทียบกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่ ซึ่งบุคคลประเมินความพึงพอใจในชีวิตของตนเองโดยการมองภาพรวมทั้งหมดตามการรับรู้เป้าหมาย และการให้คุณค่า

ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต

มาสโลว์ (Maslow, 1970) กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการและความพึงพอใจของมนุษย์ ไว้ว่า มนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีความต้องการอยู่เสมอและเป็นการยากที่มนุษย์จะมีความพึงพอใจสูงสุดยกเว้นในช่วงเวลานั้นๆ ทั้งนี้เพราะธรรมชาติของมนุษย์ เมื่อความต้องการอย่างหนึ่งได้รับการตอบสนองจนเป็นที่พอใจแล้วความต้องการอย่างอื่นจะเข้ามาแทนที่ และจะเป็นเช่นนั้นไปเรื่อยๆ ซึ่งความต้องการของมนุษย์จะเพิ่มจากระดับต่ำสู่ระดับสูงขึ้นไปตามลำดับ โดยกำหนดความต้องการพื้นฐานไว้ 5 ชั้น คือ 1) ความต้องการด้านร่างกาย 2) ความต้องการความปลอดภัย 3) ความต้องการความรักและความรู้สึกเป็นเจ้าของ 4) ความต้องการการยอมรับนับถือและความมีคุณค่า 5) ความต้องการความสำเร็จในชีวิต ความพึงพอใจของมนุษย์จะเกิดขึ้นได้นั้น ความต้องการชั้นแรกจะต้องได้รับการตอบสนองก่อนจึงจะสามารถตอบสนองความต้องการในชั้นสูงขึ้นไปได้ นิวการ์เทน ฮาวิกฮัสท์และโทบิน (Neugarten, Havighurst & Tobin, 1961) รายงานว่าความพึงพอใจในชีวิตนั้นต้องประกอบด้วย การมีความร่าเริงในชีวิต มีความตั้งใจและอดทนต่อชีวิต มีความสอดคล้องระหว่างความต้องการและสัมฤทธิ์ผล มีอุดมโนทัศน์ในทางที่ดี และการมีอารมณ์ที่ดี

นอกจากนั้นความพึงพอใจในชีวิตอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามเงื่อนไขภายนอก(Zhan, 1992) ได้แก่

1. ภูมิหลังของบุคคล (personal background) ในที่นี้หมายถึงปัจจัยทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ปัจจัยเหล่านี้อาจมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตได้ กล่าวคือ

เพศ เป็นตัวกำหนดความแตกต่างของบุคคลในสังคม ในสังคมไทย เพศชายมักได้รับความเคารพนับถือและยกย่องจากสังคม เนื่องจากเพศชายถูกกำหนดให้เป็นผู้นำครอบครัว ในขณะที่เพศหญิง สังคมกำหนดบทบาทให้เป็นแม่บ้านและเพศหญิงมักรู้สึกว่ามีความสามารถด้านร่างกายต่ำกว่าเพศชาย และจากการที่เพศชายได้รับการเคารพนับถือ และยกย่องจากสังคม จึงทำให้เพศชายมองตนเองมีคุณค่าและมีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าเพศหญิงจากการศึกษาของ เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529) ที่พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง สอดคล้องกับ คแนปป์ และมาร์ติน (Knapp & Martin, 1976) ที่ศึกษาปัจจัยที่ทำนายความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า เพศ มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตในทุกด้าน

อายุ ในวัยสูงอายุอาจจัดกลุ่มตามระดับอายุได้ 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) กลุ่มผู้สูงอายุตอนกลาง (70-79 ปี) และกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลาย (ตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป) (Bonech, 1960 อ้างใน นางลักษณ์ บุญไทย, 2539) ซึ่งผู้สูงอายุจะมีลักษณะแตกต่างกันตามช่วงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีระดับการพึ่งพาสูง ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเป็นภาระต่อครอบครัวหรือสังคม ย่อมส่งผลให้ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุต่ำลงได้ จากการศึกษากายของ คแนปป์ และมาร์ติน (Knapp & Martin, 1976) ที่ศึกษา ปัจจัยที่ทำนายความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูง พบว่า อายุมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตด้านอารมณ์

การศึกษา ระดับการศึกษาช่วยเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโลกและชีวิตในทุกด้านให้กับบุคคล นอกจากนั้น ระดับการศึกษายังมีความเกี่ยวข้องกับชนิดของอาชีพ ระดับของรายได้ ค่านิยม อัตมโนทัศน์ รวมถึงการปรับตัวของบุคคล จากการศึกษากายของ นางลักษณ์ บุญไทย (2539) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง นอกจากนั้นผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีตำแหน่งหน้าที่การงานดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ และมีอาชีพมั่นคง มีรายได้แน่นอน จึงสามารถตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆ ได้ดี ส่งผลให้มีความพึงพอใจในชีวิตสูงขึ้นตามไปด้วย

สถานภาพสมรส ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีคู่สมรสเป็นผู้คอยช่วยเหลือให้ความเห็นอกเห็นใจ เป็นคู่คิดคู่ปรึกษา และช่วยทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสจะมองตนเองว่ามีคุณค่ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพ โสด หม้าย แยกกันอยู่ (นางลักษณ์ บุญไทย, 2539) ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลสนับสนุนจากคู่สมรสจะมีความสุขและมีความพึงพอใจในชีวิต ดังเห็นได้จาก การศึกษากายของ รุ่งทิพย์ แปงใจ (2542) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสจะมีความสุขซึ่งวัดจากความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับสูง และพบว่าการสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความความสุขของผู้สูงอายุ

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าความพึงพอใจในชีวิตอาจเปลี่ยนแปลงได้เนื่องจากปัจจัยดังกล่าว

2. เกล็ดลักษณะ หรือลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล (characteristics) ตลอดจนอัตมโนทัศน์ของบุคคลรวมด้วย โดยทั่วไปบุคคลจะรับรู้และมีความเชื่อ ความรู้สึกที่มีต่อตนเอง ทั้งในด้านรูปร่าง ลักษณะ หน้าตา การทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย ตลอดจนความรู้สึกนึกคิดที่ตนเองยึดถืออยู่ เมื่อใดที่มีเหตุการณ์เข้ามากระทบความเป็นบุคคล ทำให้ไม่สามารถแสดงหรือดำเนินสิ่งที่ตนเป็นลักษณะเฉพาะของตนเองต่อไปได้ ย่อมส่งผลให้อัตมโนทัศน์ของบุคคลถูกรบกวน ทำให้เกิดความคับข้องใจ ความกดดัน ความตึงเครียดทางด้านจิตใจ ซึ่งมีผลกระทบต่อความพึงพอใจใน

ชีวิตของบุคคลนั้นได้ เนื่องจาก ความไม่สุขสบายไม่ว่าจะเป็นทางร่างกายหรือจิตใจมีผลให้ความพึงพอใจในชีวิตของมนุษย์ลดลง (Campbell, 1976)

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environment) หมายถึงทุกสิ่งๆที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับบุคคลในที่นี้รวมถึงสังคมและเศรษฐกิจ เช่น ครอบครัว อาชีพ รายได้ ที่อยู่อาศัย ค่านิยม ประเพณี วัฒนธรรม เป็นที่ทราบกันว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสภาพแวดล้อมนับว่าเป็นเรื่องที่ซับซ้อน การตอบสนองทางด้านจิตใจต่อสภาพแวดล้อมจึงเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความพึงพอใจในชีวิตหรือคุณภาพชีวิต (ประภากร จินันทุยา, 2536) สิ่งแวดล้อมที่อยู่ใกล้ชิดและมีอิทธิพลต่อบุคคลมากที่สุด ได้แก่ ครอบครัว ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลสมาชิกภายในครอบครัว บุคคลที่ได้รับความสนใจ ดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว ย่อมทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าอบอุ่น ไม่รู้สึกอ้างว้างเดียวดาย ซึ่งเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทางสังคม และเมื่อบุคคลนั้นเป็นที่ยอมรับของครอบครัวหรือสังคม จึงเกิดความภาคภูมิใจ พึงพอใจในตนเองและพึงพอใจในชีวิตด้วย (Evan & Northwood, 1982) ส่วนในวัยสูงอายุนั้น ครอบครัวมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุมาก เพราะคู่สมรสหรือบุตรหลานในครอบครัวสามารถเป็นที่พึ่งทางเศรษฐกิจและกำลังใจให้แก่ผู้สูงอายุได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ช่วยเหลือตนเองได้น้อยเนื่องจากปัญหาสุขภาพ การที่คู่สมรสหรือบุตรหลานเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือ ให้ความเคารพยกย่อง ให้ความสำคัญ ย่อมทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเป็นบุคคลที่มีความหมาย ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงช่วยยกระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง รักษาสมดุลของอารมณ์และจิตใจ ทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต (Miller, Miller, & Miller, 1986)

การประกอบอาชีพ หรือการทำงาน เป็นปัจจัยหนึ่งที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต นักสังคมวิทยาเชื่อว่าบทบาทของคนทำงาน (worker role) เป็นตัวก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต เพราะบทบาทของคนทำงานเป็นบทบาทที่ทำให้บทบาทอื่นยังคงอยู่ นอกจากนี้การประกอบอาชีพยังทำให้ได้รับการยอมรับว่าเป็นคนที่มีคุณค่า และสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจให้กับตนเองและครอบครัวด้วย

รายได้ นับเป็นปัจจัยพื้นฐานทางเศรษฐกิจที่สำคัญต่อการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน เพราะเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลมีโอกาสที่จะได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆ บุคคลที่มีรายได้ต่ำจะประเมินความสุขและความพึงพอใจในชีวิตต่ำลงเพราะโอกาสที่จะได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆลดลงไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ มาร์ศรี นุชแสงพลี (2532) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพล

ต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุสูงสุดคือ รายได้ รองลงมาคือ สุขภาพ ระดับการศึกษา ระดับความถี่ในการปฏิสัมพันธ์กับบุตรหลาน และการมีงานอดิเรก

นอกจากนั้นการได้อยู่ในที่ตนเองพอใจเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต ดังเช่น การศึกษาของ โทเซลแลนด์ และราสช์ (Toseland & Rasch, 1978 อ้างใน วรัญญา คุ่มผาติ, 2537) พบว่า ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนนั้น มีตัวทำนายที่สำคัญมาก คือ การได้รับความปลอดภัยในชุมชน ความพอใจในที่อยู่อาศัยของแต่ละบุคคล

จากที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าบุคคลที่รับรู้ว่าตนเองอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี ทั้งด้านประเภทบุคคล เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม รวมทั้งความพึงพอใจต่อบ้าน ชุมชน ที่อยู่อาศัย สามารถสะท้อนถึงประสบการณ์ที่ดี ความสุข มีความพึงพอใจในชีวิตหรือมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Kimmel, 1990 อ้างใน ประภากร จินันทุยา, 2536)

4. ภาวะสุขภาพ (health functioning status) โดยส่วนใหญ่ จะพบว่า ภาวะสุขภาพของบุคคลจะทำให้ความพึงพอใจในชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเป็นผลมาจากโรค หรือการรักษา โดยขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่สำคัญ คือความสามารถทางด้านร่างกาย และความทุกข์ทรมานจากอาการ อาทิเช่น ในรายที่มีความเจ็บปวด มีอาการรุนแรงที่รบกวนความสุขสบายของผู้ป่วยย่อมส่งผลกระทบทำให้ความพึงพอใจในชีวิตลดลง หรือในบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีภาวะทุพพลภาพทำให้ความสามารถทางด้านร่างกายลดลง มีขีดจำกัดของการทำกิจกรรมต่างๆ หรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้สิ่งเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบทำให้ความพึงพอใจในชีวิตลดลงเช่นกัน ดังเช่น แจ็คเกิล (Jackle, 1974) ได้ศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยโรคไตที่ทำไดอะไลซิสจำนวน 30 คน เป็นเพศหญิง 18 คน เพศชาย 12 คน ซึ่งมีอายุระหว่าง 27-74 ปี เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจในชีวิตของแคนทริล (self-anchoring scale) โดยเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างของประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ทำไดอะไลซิสมีความพึงพอใจในชีวิตในปัจจุบันอยู่ในระดับต่ำกว่าในอดีต และเห็นว่าในอนาคตจะมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าในปัจจุบันเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ทำไดอะไลซิสมีความพึงพอใจในชีวิตค่อนข้างสูง ซึ่งมีความพึงพอใจในชีวิตในปัจจุบันสูงกว่าในอดีต และเห็นว่าในอนาคตจะมีความพึงพอใจในชีวิตสูงขึ้นอีก เนื่องจากผู้ป่วยที่ทำไดอะไลซิสมักคิดถึงภาวะสุขภาพของตนแล้วมีความวิตกกังวล รู้สึกเศร้า ไม่มีความสุขและจากการที่ต้องถูกจำกัดอยู่บนเตียง การทำกิจกรรมต่างๆก็ต้องลดลง หรือไม่สามารถทำงานต่างๆได้เหมือนเมื่อก่อน จึงทำให้ความพึงพอใจในชีวิตลดลงต่ำกว่าในอดีตที่ผ่านมา แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยยังคงมีความหวังอยู่บ้างจึงทำให้คิดว่าในอนาคตจะมีความพึงพอใจในชีวิตสูงขึ้นบ้าง ลาเบอร์ดีและพาวเวอร์ (Laborde & Power, 1980

อ้างใน เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, 2536) ได้ศึกษาถึงความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 20 คน กับผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ จำนวน 20 คน เปรียบเทียบความพึงพอใจในชีวิตทั้งในช่วงอดีต ปัจจุบันและอนาคต พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยโรคข้ออักเสบอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากผลการใช้ไตเทียมทำให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังรับรู้ถึงความผาสุกทางด้านร่างกายเพิ่มขึ้น ในขณะที่ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบมีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดเรื้อรัง ทำให้มีความพึงพอใจในชีวิตลดลง

พัลมอร์และลุยการ์ท (Palmore & Luikart, 1972 อ้างใน ยุพิน ทองสวัสดิวงศ์, 2533) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านสุขภาพและสังคมกับความพึงพอใจในชีวิต ในคนผิวดำ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีอายุ 46-71 ปี จำนวน 502 คน เป็น เพศชาย 261 คน เพศหญิง 241 คน ผลการศึกษาพบว่า 1) ภาวะสุขภาพเป็นตัวแปรสำคัญที่สามารถทำนายความพึงพอใจในชีวิตได้ 2 ใน 3 ส่วนของตัวแปรทั้งหมด 2) การมีกิจกรรมเป็นตัวแปรสำคัญอันดับที่สองที่จะทำนายความพึงพอใจในชีวิต 3) ความเชื่อในความสามารถในการควบคุมตนเองเป็นตัวแปรอันดับที่สามในการทำนายความพึงพอใจในชีวิต 4) การมีคนที่จะไว้วางใจได้ สถานภาพของการทำงาน การประกอบอาชีพ การมีกิจกรรมในสังคม มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตในเพศหญิง

นอกจากนี้ในประเทศไทยยังพบปัจจัยอื่นๆที่มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของบุคคล ดังการศึกษาของ ศิริวรรณ สินไชย (2531) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา กรมประชาสงเคราะห์ พบว่า การใช้เวลาว่าง การเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ การรับรู้ความสำเร็จของงานในอดีต และการรับรู้สภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ในขณะที่ศรีเรือน แก้วกังวาล (2533) ได้ศึกษาตัวแปรทางสังคมจิตวิทยา (psychosocial variable) ที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุไทย โดยภาพรวมพบว่า การระลึกถึงความหลังกลับมีอิทธิพลเป็นอันดับแรก รองลงมาคือ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การคิดถึงความตาย ความสัมพันธ์กับคนต่างวัย ความพอใจในสถานภาพการเงิน การอยู่กับญาติพี่น้อง และการอยู่บ้านตนเอง ซึ่ง ศรีเรือน แก้วกังวาล กล่าวสรุปว่า ผู้สูงอายุไทยมีความพึงพอใจที่จะมองตัวตนในด้านแสวงหาความสุภาพในตัวของตน (intrapersonal relationship) มากกว่าการแสวงหาความพึงพอใจภายนอกจากสิ่งแวดล้อมภายนอกตน

จากตัวอย่างงานวิจัยที่กล่าวมานี้แสดงให้เห็นถึง ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตนั้น จะมีทั้งด้านรูปธรรมและนามธรรม ซึ่งบุคคลแต่ละคนจะมีความพึงพอใจและให้ความสำคัญในแต่ละปัจจัยแตกต่างกันตามสภาพความต้องการและการได้รับการตอบสนองต่อความต้องการ

นั้นๆ รวมทั้งสภาพแวดล้อม ทักษะคิดและค่านิยมของแต่ละบุคคล ซึ่งบุคคลจะรับรู้และตัดสินใจด้วยตนเอง ในวัยสูงอายุนั้นมีการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆมากมาย ทั้งเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตลอดจนมีโรคประจำตัว ที่ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ตามปกติ และก่อให้เกิดปัญหาต่างๆตามมา เหล่านี้ล้วนทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด มีอารมณ์โกรธ น้อยใจตนเอง รู้สึกว่าตนไม่มีคุณค่า ไม่มีประโยชน์ต่อสังคม โดยเฉพาะผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มที่จะได้รับการสนองความต้องการน้อยลงร่วมกับภาวะสุขภาพที่ไม่ปกติจึงอาจมีความพึงพอใจในชีวิตลดลงได้

ความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองนั้น จะเห็นว่าผลจากพยาธิสภาพของโรคหรือรอยโรคที่หลงเหลืออยู่ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพอัมพาตครึ่งซีกร่วมกับความพิการอย่างอื่นร่วมด้วย สภาพเช่นนี้ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ซึ่งมีผลทำให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบโดยตรงต่อภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ป่วยจะรู้สึกวิตกกังวล รู้สึกผิดหวังในชีวิต เบื่อหน่าย ห่อเหี่ยว หงุดหงิด สูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หดหู่และก้าวร้าว (Brontein, 1991) นอกจากนี้บทบาทในสังคมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลงโดยผู้ป่วยไม่สามารถกระทำการบทบาทในครอบครัวและสังคมได้เหมือนเดิม ซึ่งสิ่งต่างๆเหล่านี้คาดว่าจะส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความพึงพอใจในชีวิตลดลง แอสตรอม แอสพลันด์และแอสตรอม (Astrom, Asplund, & Astrom, 1992) ได้ศึกษา ภาวะด้านจิตสังคมและความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในประเทศสวีเดน จำนวน 50 คนที่รอดชีวิตจากโรคมา 3 ปี โดยกลุ่มผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 71.4 ปี ประเมินภาวะทางจิตสังคมและความพึงพอใจในชีวิต ทั้งหมด 5 ครั้ง หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 4-5 วัน, 3 เดือน, 1 ปี, 2 ปีและ 3 ปี หลังเกิดอาการของโรค และนำมาเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุทั่วไป ผลการศึกษา พบว่า ความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะลดลงต่ำที่สุดเมื่อเวลาผ่านไป 3 เดือนหลังเกิดโรค มีผู้ป่วย บางส่วนที่มีความพึงพอใจในชีวิตค่อนข้างดี คิดเป็นร้อยละ 32 และมีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเพิ่มเป็นร้อยละ 52 เมื่อเวลาผ่านไป 1 ปี และมีผู้ป่วยจำนวน 6 คนที่มีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับปานกลางเมื่อเวลาผ่านไป 1ปี และเริ่มลดต่ำลงจนอยู่ในระดับต่ำเมื่อเวลาผ่านไป 3 ปี

จากการศึกษาทั้งหมดพอสรุปได้ว่าความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมักมีการเปลี่ยนแปลงหลังจากเกิดอาการของโรค ทั้งนี้อาจเนื่องจากความรุนแรงของโรคที่ทำให้เกิดความพิการและส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง ความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจึงยังเป็นปัญหาที่ต้องการการศึกษาเพิ่มเติม

การประเมินความพึงพอใจในชีวิต

มีนักวิชาการหลายท่านได้สร้างเครื่องมือวัดความพึงพอใจในชีวิตขึ้นมา เครื่องมือที่ใช้วัดความพึงพอใจในชีวิตมีจำนวนมากและมีความแตกต่างกัน การนำเครื่องมือมาใช้นั้น ขึ้นอยู่กับปัญหา วัตถุประสงค์ รูปแบบของการวิจัย และกลุ่มประชากร โดย ต้องพิจารณาให้เหมาะสมถึงความเป็นไปได้ ความพร้อมของทรัพยากร ความสามารถ การทำหรือปฏิบัติได้ และพิจารณาผลจากการใช้เครื่องมือ นั้น โดยทั่วไปการประเมินความพึงพอใจในชีวิตอาจประเมินจากผลรวมของระดับความพึงพอใจในแต่ละองค์ประกอบย่อย หรือจากการประเมินโดยภาพรวม

วิธีการประเมินโดยพิจารณาองค์ประกอบย่อย เครื่องมือสำหรับประเมินความพึงพอใจในชีวิตลักษณะนี้มีหลายเครื่องมือได้แก่

เครื่องมือวัดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตตามแนวคิดของฟลานาแกน (Flanagan, 1978) ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ด้านดังต่อไปนี้

1. ด้านร่างกายและสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตประกอบด้วย การวัดความพร้อมทางวัตถุและความประกันความปลอดภัย
2. สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นประกอบด้วย สัมพันธภาพกับคู่สมรสกับบิดามารดา และบุคคลอื่นในครอบครัว
3. กิจกรรมในสังคมหรือชุมชน ประกอบด้วยกิจกรรมที่ให้ความช่วยเหลือหรือส่งเสริมบุคคลอื่น และกิจกรรมในท้องถิ่น
4. การพัฒนาตนเองและความสมหวังในการทำงาน ประกอบด้วย การพัฒนาด้านสติปัญญา ความเข้าใจส่วนบุคคลและการวางแผนของตน
5. การมีสันติภาพ ประกอบด้วย การเข้าสังคม การได้รับสิ่งบันเทิง โดยตนเองเป็นผู้ปฏิบัติ

เครื่องมือวัดความพึงพอใจในชีวิตของฟลานาแกนนี้ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ โดยเบอร์คฮาร์ดท์และคณะ (Burckhardt, Woo, Schultz, & Ziebarth, 1989) ในผู้ป่วยเรื้อรัง 227 คน ได้ค่าความเที่ยงตรง .87

แคมป์เบลล์ (Campbell, 1976) ได้สร้างเครื่องมือวัดความพึงพอใจในชีวิต ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของคนอเมริกัน โดยมีส่วนหนึ่งที่ใช้วัดความพึงพอใจในชีวิตโดยเรียกว่า Index of Domain Satisfaction ซึ่งใช้วัดความพึงพอใจในชีวิตในด้านต่างๆ ได้แก่ ชีวิตสมรส ชีวิตครอบครัว สุขภาพ เพื่อน สัมพันธภาพกับเพื่อนบ้าน งานบ้าน งานที่ทำอยู่ มาตรฐานการดำรงชีวิต การศึกษา ความปลอดภัย และการใช้เวลาว่าง โดยคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ จากไม่พึงพอใจในชีวิต ถึง พึงพอใจในชีวิตมากที่สุด

อีแวนส์และคณะ (Evans, et al., 1985) ได้สร้างเครื่องมือวัดความพึงพอใจในชีวิตโดยดัดแปลงมาจากเครื่องมือ Index of Domain Satisfaction ของแคมป์เบลล์ เรียกว่า Index of Overall Life Satisfaction โดยเป็นแบบสัมภาษณ์ และคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ จากไม่พึงพอใจในชีวิต ถึง พึงพอใจในชีวิตมากที่สุด โดยเครื่องมือของอีแวนส์และคณะนี้ใช้ได้กับผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายซึ่งสามารถใช้ได้ดีเท่ากับเครื่องมือของแคมป์เบลล์

การวัดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตตามแนวคิดของนิวการ์เทนและคณะ (Neugarten et al., 1961) ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ โดยมองในองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ ความรู้สึกสนุกสนานร่าเริงในชีวิตหรือความเฉยเมย ไร้อารมณ์ ไม่รับรู้ (zest versus apathy), ความตั้งใจและความอดทนต่อชีวิต (resolution and fortitude), ความลงรอยหรือความสอดคล้อง (congruence), อึดทนในทัศนคติ, และระดับอารมณ์ (mood tone) โดยได้ทำการสร้างเครื่องมือ แยกเป็นเครื่องมือ 3 ชุด คือ

เครื่องมือชุดที่ 1 การให้คะแนนความพึงพอใจในชีวิต (The Life Satisfaction Rating หรือ LSR) ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ชนิด 5 ช่วงคะแนน เป็นการสัมภาษณ์ด้วยข้อความเกี่ยวกับองค์ประกอบทั้งห้า มีจำนวน 5 ข้อ

เครื่องมือชุดที่ 2 ดัชนีที่บ่งชี้ความพึงพอใจในชีวิตชนิด A (Life satisfaction index หรือ LSIA) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ด้านความคิดเห็นที่ครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 5 ซึ่งมีคำตอบว่า เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่แน่ใจ ซึ่ง LSIA นี้ และต่อมา อัดัมส์ (Adams, 1969) ได้นำเครื่องมือมาวิเคราะห์ปัจจัยพบว่า เหลือเพียง 4 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) องค์ประกอบด้านอารมณ์ มี 6 ข้อ 2) องค์ประกอบทางด้านความร่าเริงในชีวิต มี 6 ข้อ 3) องค์ประกอบทาง

ด้านความสอดคล้องระหว่างความต้องการและสัมฤทธิ์ผล 3 ข้อ 4) องค์ประกอบด้านความตั้งใจและความอดทนในชีวิต มี 3 ข้อ

เครื่องมือชุดที่ 3 ดัชนีชี้วัดความพึงพอใจในชีวิต ชนิด B (Life Satisfaction Index B หรือLSIB) ประกอบด้วย 12 หัวข้อ เป็นคำถามปลายเปิด โดยให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก

จากการวิเคราะห์เครื่องมือพบว่า มาตรฐานประมาณค่า LSI นี้มีข้อดีหลายอย่าง ซึ่งรวมถึงความเที่ยงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับมาตรฐานประมาณค่าชนิดอื่น อย่างไรก็ตามมีผู้วิจารณ์ว่าสิ่งที่เครื่องมือนี้วัดความพึงพอใจในชีวิตนั้นยังมีคำจำกัดความที่ไม่ชัดเจน (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2537)

วิธีการประเมินโดยภาพรวม เครื่องมือสำหรับประเมินความพึงพอใจในชีวิตลักษณะนี้ได้แก่ เครื่องมือวัดความพึงพอใจในชีวิตตามแบบของแคนทริล (Cantril cited in Mckeehan, Cowling & Wykle, 1986) ซึ่งเรียกว่า Self-Anchoring Life Satisfaction Scale เป็นแบบวัดที่มีคำถามเพียง 1 ข้อ เป็นการให้ผู้ตอบประเมินในภาพรวมถึงความพึงพอใจในชีวิตโดยรวมของตนเอง ไม่แบ่งเป็นองค์ประกอบย่อย มีลักษณะเป็น ลิเคิร์ตสเกล (Likert scale) เรียกว่า บันไดการประเมินตนเองของแคนทริล มีขั้นบันไดทั้งหมด 10 ขั้น เป็นเครื่องมือแตกต่างจากเครื่องมือลิเคิร์ตสเกลอื่นๆ คือ เป็นลิเคิร์ตสเกล ที่ต่อเนื่องเป็นแนวตั้ง ตรงข้ามกับแบบอื่นที่อยู่ในแนวนอน และขั้นบันไดแต่ละขั้นไม่มีความหมายของคำที่แนะนำไว้ ยกเว้น บันไดขั้นสูงสุด และต่ำสุด เนื่องจากการประเมินตนเองของบุคคลเป็นการประเมินระดับความเป็นจริงของตนเอง จะไม่มีคำที่สามารถให้ความหมายได้ชัดเจน แต่จะมีความหมายทั่วไปที่เป็นไปตามลำดับขั้น

บันไดการประเมินความพึงพอใจในชีวิตด้วยตนเองของแคนทริล มีรูปแบบการอธิบายจุดสูงสุดของตนเองบนบันไดที่มีความต่อเนื่อง บันไดขั้นสูงสุด แสดงถึง ชีวิตที่ดีที่สุดของตนเอง เป็นสิ่งที่ เป็นจริงที่บุคคลมีความหวังและความปรารถนา หรือพึงพอใจในชีวิตมากที่สุด ส่วนบันไดขั้นต่ำสุด แสดงถึงชีวิตที่เลวที่สุดของตนเอง เป็นสิ่งที่ เป็นจริงที่บุคคลกลัวและวิตกกังวล ต่อจากนั้นบุคคลจะประเมินสถานการณ์ทั้งหมดว่าตนเองควรอยู่บนบันไดขั้นใด โดยอาศัยพื้นฐานการรับรู้เป้าหมาย การให้คุณค่ากับสิ่งนั้น แคนทริลได้เสนอแบบวัดนี้เพื่อที่จะกระตุ้นให้นักวิจัยได้มองเห็นโลกที่เป็นอยู่จากการรับรู้ของบุคคล แทนที่จะบังคับให้บุคคลมองตามโลกของนักวิจัยที่เสนอให้ ประเด็นสำคัญของแคนทริลมุ่งไปสู่ข้อมูลที่ได้รับจากบุคคลในการกำหนดปริมาณหรือสถานการณ์สูงสุดของตนเอง (Mckeehan, et al., 1986) นอกจากนี้ แม็กคีสานและคณะ (Mckeehan, et al., 1986) ยังได้ทดลองนำแบบวัดบันไดการประเมินตนเองของแคนทริลมาใช้ในการงานวิจัยทางการแพทย์ การวางแผนของผู้ป่วยในการดูแลภาวะสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง เนื่อง

จากเห็นว่าแบบวัดขั้นบันไดการประเมินความพึงพอใจในชีวิตด้วยตนเองของแคนทริล มีข้อตกลงเบื้องต้นที่เหมาะสมกับการวิจัยทางการแพทย์บาลครั้งนั้นคือ 1) บุคคลแต่ละคนมีโลกของความ เป็นจริงของตนเอง มีระดับและมีความเป็นหนึ่งเดียวแตกต่างจากใครๆ 2) การรับรู้ด้วยตนเอง ของบุคคลทำให้เกิดความรู้ด้วยตนเองอย่างเด่นชัด 3) เป้าหมายของการประเมินตนเอง ทำให้รู้ สึกเปรียบเทียบกับบุคคลที่เกี่ยวข้อง 4) การรับรู้ตามแนวคิดของแคนทริลเป็นการเข้าร่วมตกลง ซึ่งกันและกันระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อมให้รวมกันเป็นสิ่งเดียวทั้งหมด

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบวัดความพึงพอใจในชีวิตของแคนทริลมาใช้ เนื่องจากเป็นการวัดความพึงพอใจในชีวิตของบุคคลโดยภาพรวม มองโลกที่เป็นจริงจากการรับรู้ ของบุคคลเอง และแสดงออกตามการรับรู้ เป้าหมายและการให้คุณค่าและความเชื่อของแต่ละ บุคคล ซึ่งครอบคลุมความรู้สึกรู้สึกทั้งหมดต่อสถานการณ์ที่ตนเผชิญอยู่ โดยที่ผู้ปวยเป็นผู้ประเมินด้วย ตนเอง ฉะนั้นจึงมีศักยภาพสูงในการนำมาประเมินการวิจัยทางด้านสุขภาพและด้านจิตสังคม (McKeehan, et al., 1986) เนื่องจากการประเมินตนเองของบุคคลเป็นการประเมินระดับความ เป็นจริงของตนเอง ฉะนั้นแบบวัดนี้จึงไม่ยุ่งยากซับซ้อน เข้าใจง่าย และยังเป็นแบบวัดที่สามารถ ประเมินครอบคลุมองค์ประกอบของชีวิตทั้งหมด เหมาะสมและตรงกับกลุ่มตัวอย่างประชากรและ วัตถุประสงค์ของการที่ผู้วิจัยจะศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่งานวิจัยได้นำไปใช้กันอย่างแพร่ หลาย ในประเทศไทยนั้นได้มีการนำเครื่องมือนี้มาใช้และผ่านการทดสอบความเชื่อมั่น ดังนี้ การ ศึกษาของ กนกพร สุคำวัง (2540) ได้นำเครื่องมือนี้ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุโรคข้อเข่า เสื่อมจำนวน 150 ราย และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่า ของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น .86 รุ่งทิพย์ แ่งใจ (2542) ได้นำเครื่องมือไปใช้กับกลุ่มตัว อย่างที่เป็นผู้สูงอายุจำนวน 200 รายและหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการทดสอบซ้ำ (test-retest) ในระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ .95 และเครื่องมือนี้ ยังคงมีความเป็นมาตรฐาน เป็นที่ยอมรับในการศึกษาวิจัยต่างๆ

ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพา อัตมโนทัศน์และความพึงพอใจในชีวิต

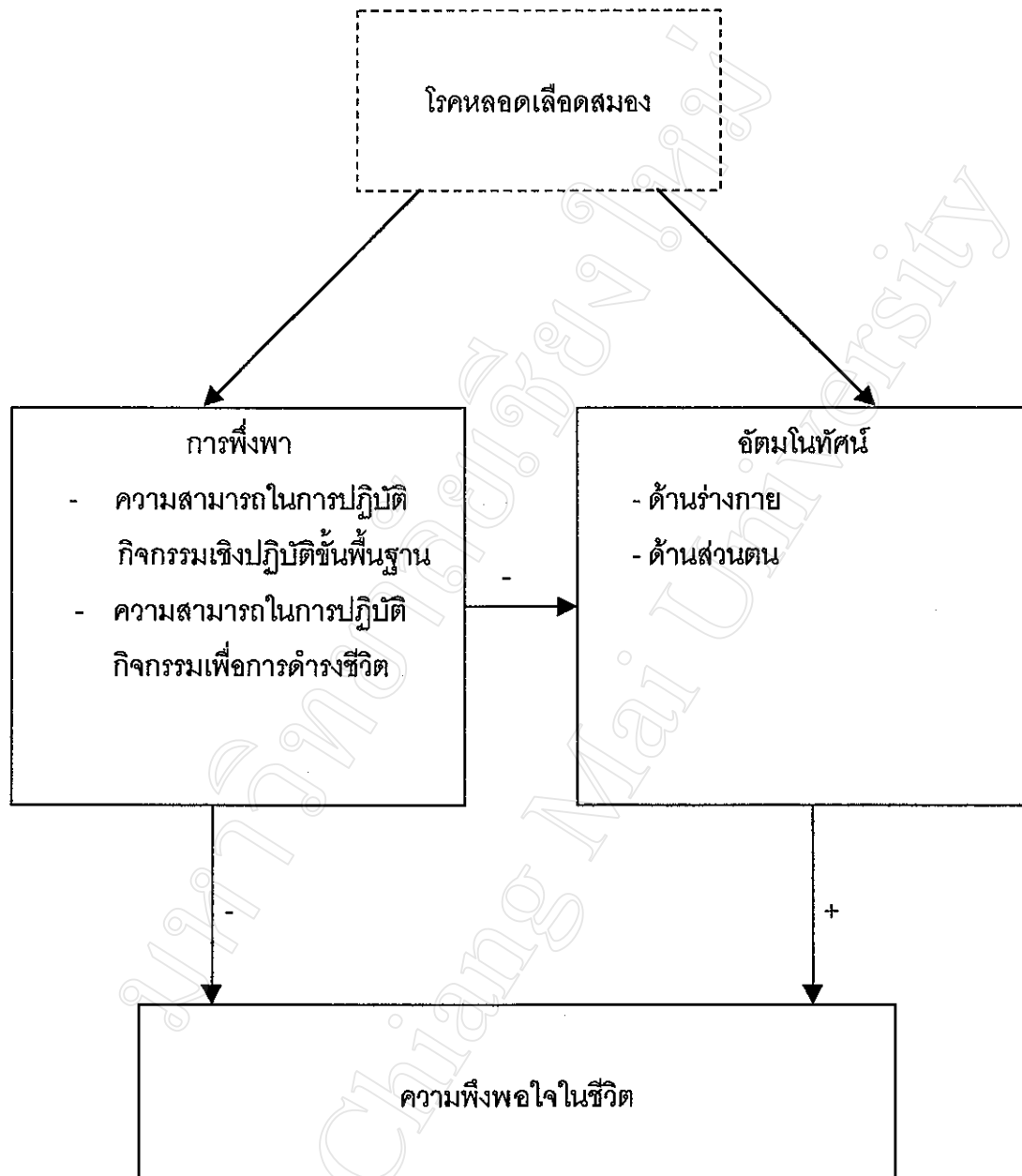
จากการทบทวนเอกสารเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตที่ได้กล่าวมาแล้ว พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต ได้แก่ การได้รับการตอบสนองความต้องการ เอกลักษณะหรือลักษณะเฉพาะของบุคคล ภาวะสุขภาพและอื่นๆ จะเห็นได้ว่าการพึ่งพาจะเกี่ยวข้องกับการได้รับการตอบสนองความต้องการของบุคคล ภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในครอบครัวและสังคมได้เหมือนเดิม ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองเปลี่ยนแปลงไป เกิดความรู้สึกอึดอัด คับข้องใจ รู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์และมีอัตมโนทัศน์ในทางลบ อัตมโนทัศน์เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลที่เป็นผลมาจากการได้รับการตอบสนองความต้องการทุกด้าน และเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล ฉันทนา กาญจนพจน์ (2530) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการร่วมกิจกรรมกับอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่าอัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ถ้าผู้สูงอายุมีความสามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ได้ หรือพึ่งพาผู้อื่นน้อย ผู้สูงอายุจะมีอัตมโนทัศน์ในทางบวก มีรายงานว่าสิ่งหนึ่งที่สามารถทำให้บุคคลมีอัตมโนทัศน์ในทางบวกได้คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Swanson, Stubbs, & Sheldon, 1989) กล่าวคือถ้าบุคคลสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองหรือมิได้อยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่น บุคคลนั้นจะมีอัตมโนทัศน์ในทางบวก ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าการพึ่งพาอาจมีผลต่ออัตมโนทัศน์ของบุคคล อย่างไรก็ตามอัตมโนทัศน์เป็นตัวแปรพื้นฐานที่ควบคุมการรับรู้เกี่ยวกับตนเองของบุคคล (Coombs & Snygg, 1959 อ้างใน สุดศิริ นิรัญชุนหะ, 2530) ดังนั้นเมื่ออัตมโนทัศน์ถูกรบกวน ให้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม กล่าวคือบุคคลรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองมีการเปลี่ยนแปลง ย่อมส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจในตนเองและชีวิตตามมา เลมอน (Lemon, et al. , 1972 cited in Robb, 1984 อ้างใน ฉันทนา กาญจนพจน์, 2530) รายงานว่า เมื่อบุคคลมีอัตมโนทัศน์ทางบวกมากขึ้นเท่าใด ความพึงพอใจในชีวิตก็จะมีมากขึ้นด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชรัสนิกุล ยัมบุณณะ (2532) ที่พบว่า อัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นผู้วิจัยพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิต มักมีความพิการหรือมีภาวะทุพพลภาพ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้ทั้งหมด และต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจกรรมต่างๆ อาจเป็นผลให้อัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม พร้อมกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยที่อาจเปลี่ยนแปลงไปเช่นกัน โดยเฉพาะในสภาพสังคมวัฒนธรรมที่มีความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวและเครือญาติ

ข้อมูลเกี่ยวกับมโนทัศน์สำคัญดังกล่าวอาจแตกต่างจากประชากรกลุ่มอื่นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา การพึ่งพา อุดมโนทัศน์และความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในจังหวัด เชียงใหม่ว่าเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร และมีความสัมพันธ์กันหรือไม่อย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดการพึ่งพาของสุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล ซึ่งประเมินการพึ่งพา จากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แนวคิดเกี่ยวกับอุดมโนทัศน์ของรอย (Andrews & Roy, 1991) ซึ่งมีองค์ประกอบ 2 ส่วนคือ อุดมโนทัศน์ด้านร่างกาย และอุดมโนทัศน์ส่วนตน และแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตของแคนทริล (Cantril, 1965 cited in Mckeehan, Cowling & Wykle, 1986) ซึ่งประเมินความพึงพอใจในชีวิตโดยภาพรวม โรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ผลของโรคทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้ทั้งหมด ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน และกิจวัตรประจำวันขั้นจำเป็นในการ ดำรงชีวิต ทำให้ผู้ป่วยมีการสูญเสียภาพลักษณ์และความพึงพอใจในตนเองเกิดการเปลี่ยนแปลง ของอุดมโนทัศน์ และความพึงพอใจในชีวิต ความสัมพันธ์ระหว่าง การพึ่งพา อุดมโนทัศน์ และความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถแสดงได้ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย