

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke หรือ Cerebrovascular disease) เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยที่พบบ่อยที่สุดในจำนวนผู้ป่วยโรคระบบประสาทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลของประเทศพัฒนาแล้ว (Hayes, 1991) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยใหม่ด้วยโรคนี้ 600,000 ถึง 750,000 คนในแต่ละปี (Houglan-Adkins, 1993) และโรคนี้ยังเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับสามรองจากโรคหัวใจและมะเร็ง ทุกๆ ปีมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ มากกว่า 150,000 คน และมีจำนวนมากที่มีความพิการหลงเหลืออยู่ (National Center for Health Statistics, 1996 cited in Lee & Paffenbarger, 1998)

ในประเทศไทย โรคระบบประสาทเป็นโรคที่พบบ่อยเป็นอันดับ 4 ในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั่วประเทศ และในบรรดาโรคทางระบบประสาทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลนั้น โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุด และมีผู้ป่วยโรคนี้ไม่ต่ำกว่า 150,000 ถึง 200,000 คนในแต่ละปี (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2534) สำหรับในจังหวัดเชียงใหม่ระหว่างปี พ.ศ.2537 ถึง พ.ศ. 2540 มีรายงานว่ โรคระบบไหลเวียนและหลอดเลือดซึ่งรวมโรคหลอดเลือดสมองด้วย พบเป็นหนึ่งในสิบอันดับแรกของโรคที่พบ โดยในปี พ.ศ. 2540 พบจำนวนผู้ป่วย 119,866 คน คิดเป็นอัตรา 7,607.74 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งเป็นอัตราการเกิดโรคในอันดับที่ 6 และเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 9 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2541) ส่วนในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมาับการรักษาในคลินิกอายุรกรรมประสาทจำนวน 782 คน ในปี พ.ศ.2539 ต่อมาได้ลดลงเหลือ 699 คน ในปี พ.ศ.2540 และ 585 คน ในปี พ.ศ. 2541 (สถิติผู้ป่วยคลินิกอายุรกรรมประสาท งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน โรงพยาบาล มหาราชนครเชียงใหม่, 2539-2541) รวมทั้งอัตราการตายของผู้ป่วยโรคนี้ก็ลดลงด้วยเช่นกัน โดยในปี พ.ศ.2537-2539 พบ ร้อยละ 19.03 ร้อยละ 18.89 และร้อยละ 17.04 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ตามลำดับ (งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2537-2539) อย่างไรก็ตามถึงแม้โรคนี้จะมีแนวโน้มลดลง แต่เนื่องจากโรคนี้เป็นสาเหตุ

ของความพิการที่สำคัญ และก่อให้เกิดปัญหาด้านจิตใจได้อย่างมาก (Silliman, Wagner & Fletcher, 1987) จึงเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญต่อผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีความผิดปกติของหลอดเลือด มีผลทำให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดของผู้ป่วยสูญเสียหน้าที่ ซึ่งนิพนธ์ พวงวรินทร์ (2534) และ วัดสันและควินน์ (Watson & Quinn, 1998) ได้แบ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็น 3 ระยะคือ 1) ระยะเฉียบพลัน (acute stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนกระทั่งอาการคงที่ ระยะนี้ผู้ป่วยมักจะเกิดอาการอัมพาตขึ้นทันที อาจมีอาการไม่รู้สึกตัวร่วมด้วย หรือยังรู้สึกตัวแต่กล้ามเนื้อแขนและขาข้างที่เป็นอัมพาตจะอ่อนปวกเปียก อาจใช้เวลาตั้งแต่ 1-14 วัน แต่ส่วนใหญ่มักใช้เวลาประมาณ 48 ชั่วโมง ซึ่งในระยะนี้ปัญหาสำคัญคือ ผู้ป่วยอาจหมดสติหรือเสียชีวิตได้จากการมีภาวะความดันในกระโหลกศีรษะสูง 2) ระยะหลังเฉียบพลัน (post acute stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ ผ่านพ้นระยะเฉียบพลันแล้ว โดยมีระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางลดลง อาจใช้เวลาหลัง 48 ชั่วโมงหรือนานกว่า และ 3) ระยะฟื้นฟูสภาพ (recovery stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่ มีความสามารถที่จะรับการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อลดความพิการ ทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด ซึ่งในระยะนี้ยังแบ่งเป็น ระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก (early recovery) เป็นระยะ 3 เดือนแรกหลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง (late recovery) ซึ่งเป็นระยะที่ผ่านพ้นระยะแรกของการฟื้นฟูสภาพแล้ว (Astrom, Asplund, & Astrom, 1992)

จากการศึกษาของนูกูล ตะบูนพงศ์ ช่อลดา พันธุเสนา และนิตยา ตากวิริยะนันท์ (2537) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วงสัปดาห์แรกจะมีปัญหาการเคลื่อนไหว จากการมีอัมพาตครึ่งซีก มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง พุดไม่ได้หรือไม่กัดกลืนอาหารไม่ได้ กลืนบัสสาวะไม่ได้ ต่อมาเมื่อเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรกจะพบว่าขณะจำหน่ายกลับบ้านปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วยที่กล่าวมานั้นก็ยังคงอยู่ รวมทั้งยังพบภาวะแทรกซ้อนตามมาอีก ได้แก่ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ แผลกดทับ นอกจากนี้ร้อยละ 90.9 ของกลุ่มตัวอย่างยังคงมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง จากการศึกษาของแลงตัน-ฮิวเออร์ (Langton-Hewer, 1982) พบว่า ในช่วง 3 เดือนต่อมาของการเจ็บป่วยอาการทางกายของผู้ป่วยจะเริ่มดีขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งอาจเป็นไปได้ช้าๆ ต้องใช้เวลานาน จากการสำรวจผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1,500 คน ในชุมชนประเทศสหราชอาณาจักรพบว่า เป็นผู้มีความพิการหลงเหลืออยู่ถึง 750 คน หรือร้อยละ 50 ในช่วงระหว่าง 1 - 3 ปี จะยังคงพบปัญหาทางด้าน

ร่างกายต่างๆ และภายหลังเป็นโรคนี้ 3 ปี ผู้ป่วยจะยังคงมีปัญหาด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย และการเคลื่อนไหว จากความพิการที่หลงเหลืออยู่ (Astrom et al., 1992)

นอกจากปัญหาด้านร่างกายแล้วผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกระยะจะมีปัญหาด้านจิตใจหลายอย่าง ที่พบบ่อย ได้แก่ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความกลัว ความวิตกกังวล ความก้าวร้าว และความรู้สึกสูญเสีย เนื่องจากโรคนี้เป็นโรคที่เกิดขึ้นรวดเร็วและในระยะเวลาอันสั้น ใน 2 สัปดาห์แรกพบว่าผู้ป่วยจะรู้สึกช็อกกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น วิตกกังวล บางครั้งจะโกรธและปฏิเสธการเจ็บป่วยของตน ในช่วง 3 เดือนต่อมาของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะยังคงมีความวิตกกังวล มีความอายเนื่องจากความพิการที่หลงเหลือ และปฏิเสธสิ่งที่เกิดขึ้น (Langton-Hewer, 1982) โรบินสัน สตาร์ คูโบส และไพรซ์ (Robinson, Starr, Kubos, & Price, 1983) ได้ศึกษาติดตามความผิดปกติด้านอารมณ์ในผู้ป่วยโรคนี้จำนวน 103 คน เป็นเวลาติดต่อกัน 2 ปี พบว่าในระยะเฉียบพลันผู้ป่วยเกือบร้อยละ 50 มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และร้อยละ 27 ของผู้ป่วยดังกล่าวจะมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ผู้ป่วยที่เหลือจะมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย โรบินสัน สตาร์ ลิปเซย์ ราวและไพรซ์ (Robinson, Starr, Lipsey, Rao, & Price, 1984) ยังรายงานไว้ว่า 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคนี้ยังคงมีภาวะซึมเศร้าอยู่นาน 7-8 เดือน และการศึกษาของไบเดอร์ (Binder, 1984) พบว่า ร้อยละ 26-60 ของผู้ป่วยโรคนี้มีอาการซึมเศร้า วิตกกังวล กลัวเกิดความพิการซ้ำซ้อน กลัวการถูกทอดทิ้ง รู้สึกผิดหวังในชีวิต เกรงว่าจะเป็นที่ยกย่องหรือเป็นภาระของครอบครัว สูญเสียความเป็นบุคคลและความรู้สึก มีคุณค่าในตนเอง เปื่อหน่าย ท้อแท้ หงุดหงิด ทนทานต่อความเครียดได้น้อย ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนให้ปฏิบัติตามแบบแผนของสังคม ประเพณีและวัฒนธรรมที่เคยเป็นอยู่ บางคนคิดฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายผู้อื่น พบว่าอาการซึมเศร้าจะน้อยลงเมื่อเข้าสู่ระยะ 3 -12 เดือน (Wade, Legh-Smith, & Hewer, 1986) ส่วนแอสตรอม และคณะ (1992) ศึกษาพบว่า ในช่วง 3 เดือนหลังการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยจะมีความพึงพอใจในชีวิตในระดับต่ำสุด อาการทางจิตใจของผู้ป่วยจะดีขึ้นเมื่อภายหลังเป็นโรคนี้ 1 ปี ในช่วงระหว่าง 1 - 3 ปี ปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ป่วยจะไม่มี ความแตกต่างกัน และภายหลังเป็นโรคนี้ 3 ปี ผู้ป่วยสูงอายุจะยังคงมีปัญหาด้านจิตและมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำลง

ส่วนปัญหาทางสังคมนั้นในระยะ 3 เดือนหลังการเจ็บป่วยพบว่าผู้ป่วยมีการพบปะกับบุคคลอื่นน้อยลง (Astrom et al., 1992) เมื่อเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง จะพบว่าในช่วง 3-12 เดือน ผู้ป่วยจะมีการพบปะกับคนในสังคมมากขึ้น ซึ่งอาจเนื่องจากอาการทางกายที่ดีขึ้น (Wade et al., 1986) ภายหลังเป็นโรคนี้ 3 ปี ผู้ป่วยสูงอายุจะมีการพบปะกับคนรอบข้างลดลง เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุทั่วไป (Astrom et al., 1992)

จากการที่ผู้ป่วยโรคนี้มักมีความผิดปกติของร่างกายและมีความพิการหลงเหลืออยู่ ทำให้ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัว สมาชิกในครอบครัวที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยย่อมได้รับผลกระทบต่องานอดิเรกการดำเนินชีวิตส่วนตัวไม่มากนักน้อย ภายหลังให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นเวลา 6 เดือน พบว่า ผู้ดูแลจะมีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น (Wade et al., 1986) เมื่อต้องใช้เวลาในการดูแลอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด เบื่อหน่าย อ่อนล้า เหนื่อย วิตกกังวล อารมณ์เสีย นอนไม่หลับ และความสามารถในการตัดสินใจในการแก้ปัญหาต่างๆ ลดลง จนทำให้ละเลยในการดูแลผู้ป่วย บางรายถึงกับทำร้ายผู้ป่วย (Williams, 1994) ปัญหาของผู้ดูแลเหล่านี้ก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องได้รับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพโดยการออกกำลังกายบำบัดอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เช่น ค่ายา ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปพบแพทย์ ค่าอุปกรณ์พิเศษต่างๆ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกว่าเป็นภาระของครอบครัว และวิตกกังวลเกรงว่าครอบครัวจะเบื่อหน่ายและทอดทิ้งตน (พรชัย จุลเมตต์, 2540)

จากปัญหาของตัวผู้ป่วยเองและปัญหาของผู้ดูแลดังกล่าว ส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดมากขึ้นได้ สำหรับในผู้ป่วยนั้นนอกจากจะมีความเครียดจากเหตุการณ์ทั่วไปในชีวิต เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไปแล้วยังเครียดจากการเจ็บป่วยและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายหลังการเจ็บป่วยด้วย (Lazarus & Folkman, 1984) ยิ่งความเจ็บป่วยรุนแรงยิ่งทำให้เกิดความเครียดสูง (Volicer & Burns, 1977) และเนื่องจากความเครียดเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น อันจะส่งผลให้โรคที่เกิดแล้วรุนแรงขึ้นได้ จากการมีความดันในกระแสโลหิตสูงขึ้น หรือจากการมีเลือดออกในสมองมากขึ้น (Arakawa, Suka, Ibayashi, Nagao, & Fujishima, 1998) ปัญหาความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจึงมีความสำคัญ โดยทั่วไปเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับสถานการณ์จากโรคที่ก่อให้เกิดความเครียด ผู้ป่วยจะต้องมีการเผชิญความเครียด หากผู้ป่วยมีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมจะทำให้สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป (Lazarus & Folkman, 1984)

การเผชิญความเครียดเป็นความพยายามทั้งความคิดและการกระทำในการจัดการกับความเครียดซึ่งเฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ซึ่งเป็นแหล่งของความเครียด โดยอาจจะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์โดยตรงหรือจัดการกับความรับรู้ของตนเองเพื่อให้เกิดความสมดุลในตน ซึ่งลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้แบ่งการเผชิญความเครียดออกเป็นสองลักษณะ คือ การเผชิญความเครียดลักษณะมุ่งปัญหา (problem-focused coping) และ

การเผชิญความเครียดลักษณะมุ่งอารมณ์ (emotion-focused coping) ซึ่งแต่ละคนจะการใช้การเผชิญความเครียดทั้งสองลักษณะ ส่วนจะใช้ลักษณะใดมากกว่านั้นขึ้นอยู่กับสถานการณ์แต่ละเรื่อง จาโลวีก (Jalowiec, 1988) ได้ขยายแนวคิดของลาซารัส โดยแบ่งการเผชิญความเครียดออกเป็น 3 ด้าน คือ การเผชิญหน้ากับปัญหา (confrontive coping) การจัดการกับอารมณ์ (emotive coping) และการจัดการกับปัญหาทางอ้อม (palliative coping) การเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสมจะทำให้ความเครียดหมดไปได้ บุคคลที่เผชิญความเครียดอย่างไม่มีประสิทธิภาพจะก่อให้เกิดปัญหาจากความเครียด และเกิดโรคจิตโรคประสาทในภายหลังได้ (Milne, 1983 อ้างในอภิญา จำปามูล, 2534) และยังก่อให้เกิดปัญหาในการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยอีกด้วย สำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองนั้น หากเลือกวิธีเผชิญความเครียดไม่เหมาะสม จะทำให้เกิดปัญหาความรุนแรงของโรคมากขึ้นตามมาได้ อย่างไรก็ตามจากการศึกษางานวิจัยต่างๆ เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในเรื่องอุบัติการณ์การเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยง ปัญหาที่พบในผู้ป่วยและการะของผู้ดูแล มีเพียงการศึกษาของบอยตันตัน เดอ เซพัลเวดาและแซง (Boynton De Sepulveda & Chang, 1994) ที่ศึกษาประสิทธิภาพการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันที่มีความพิการ และได้รับการวินิจฉัยโรคมาแล้ว 3 ปี จำนวน 75 ราย พบว่า แหล่งประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความเครียด และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิภาพการเผชิญความเครียด การเป็นโรคหลอดเลือดสมองทำให้ประสิทธิภาพในการเผชิญความเครียดลดลง แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาในเรื่องความเครียดและการเผชิญกับความเครียดของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะต่างๆ

พยาบาลมีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จึงควรมีความรู้ความเข้าใจทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยมากที่สุด เพื่อที่จะได้ให้การดูแลได้ถูกต้องตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย จากการศึกษาค้นคว้าและประสบการณ์ของผู้วิจัยพบว่า ปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละระยะนั้นแตกต่างกัน ดังนั้นความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยในแต่ละระยะจึงน่าจะมีความแตกต่างกัน รวมทั้งการให้การดูแลช่วยเหลือ ผู้ป่วยในแต่ละระยะจึงควรมีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 3 เดือนแรก และระยะ 6-12 เดือน โดยใช้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคนี้เพื่อลดความเครียด และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการเผชิญความเครียด

ที่เหมาะสม รวมทั้งเป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคนี้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับแต่ละระยะของการเจ็บป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. ศึกษาระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรกและระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง
2. เปรียบเทียบระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรกกับระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง

คำถามการวิจัย

1. ระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก และระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง เป็นอย่างไร
2. ระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก และระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลังแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับการรักษาในคลินิกอายุรกรรมประสาท การพยาบาลผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2542 ถึงเดือนกรกฎาคม 2542 จำนวน 50 ราย

ข้อตกลงเบื้องต้น

การเป็นโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด และมีการเผชิญกับความเครียด

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความเครียด หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดจากการประเมินสถานการณ์การเจ็บป่วยว่า สูญเสียหรือเป็นอันตราย คุกคาม หรือท้าทายต่อความมั่นคงปลอดภัยของชีวิต เป็นการประเมินตัดสินโดยใช้การรับรู้ว่าสถานการณ์นั้นเกินขีดความสามารถหรือแหล่งประโยชน์ที่ตนเองจะใช้ต่อต้านได้ ซึ่งวัดได้จากแบบวัดความเครียด ซึ่งผู้วิจัยแปลจาก Perceived Stress Scale (PSS) ของ โคเฮน แคมาร์คและเมอร์เมลสไตน์ (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983)

การเผชิญความเครียด หมายถึง วิธีการที่ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองคิดหรือแสดงออกเมื่อเผชิญความเครียดขณะป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ การเผชิญหน้ากับปัญหา (confrontive coping) การจัดการกับอารมณ์ (emotive coping) และการจัดการกับปัญหาทางอ้อม (palliative coping) วัดได้จากแบบวัดการเผชิญความเครียดซึ่งผู้วิจัยแปลจากแบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (Jalowiec, 1988)

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีสาเหตุจากพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมอง

ระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก หมายถึง ระยะ 3 เดือนแรกที่ผู้สูงอายุเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง หมายถึง ระยะที่ผู้สูงอายุเป็นโรคหลอดเลือดสมองมานานตั้งแต่ 6 - 12 เดือน