

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรกและระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมหัวข้อตามลำดับต่อไปนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง
2. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด
3. แนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญความเครียด
4. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke หรือ Cerebrovascular Disease)

เป็นกลุ่มของโรคที่มีการรบกวนต่อระบบการไหลเวียนเลือดของสมองและเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความพิการทางสมองในปัจจุบัน ซึ่ง National Survey of Stroke ของสหรัฐอเมริกาได้ให้คำจำกัดความเพื่อให้เกิดความชัดเจนมากขึ้นว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มอาการทางคลินิกของโรคระบบประสาทซึ่งเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและแสดงอาการอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง อาการที่พบบ่อยได้แก่ แขน ขา และหน้าอ่อนแรงหรือขาด้านตรงข้ามกับรอยโรค มีความผิดปกติของการพูด การใช้ภาษาหรือความเข้าใจภาษา ไม่สนใจรับรู้ หรือละเลยร่างกายด้านตรงข้ามกับรอยโรค มีอาการทางสายตา เช่น ตาบอดชั่วคราว หรือตามองไม่เห็นครึ่งซีก เวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน หรืออาเจียนได้ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541) กลุ่มอาการดังกล่าวเกิดจากหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีพยาธิสภาพอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้คือ 1) การอุดตันของหลอดเลือดสมองจากลิ่มเลือดที่เกิดภายในหลอดเลือด (cerebral thrombosis) หรือจากลิ่มเลือดที่หลุดลอยมาจากอวัยวะอื่น (cerebral embolism) ทำให้เกิดเนื้อสมองตาย (infarction) หรือ 2) มีการแตกของหลอดเลือดซึ่งเกิดขึ้นเอง ทำให้มีเลือดออกในสมอง (intracerebral hemorrhage) หรือเลือดออกใต้ชั้นอะแรคนอยด์ (subarachnoid hemorrhage) โดยที่ความหมายนี้ไม่รวมถึงการอุดตัน

หรือการแตกของหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการได้รับบาดเจ็บ เนื้องอก หรือการติดเชื้อ (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2530)

จากสาเหตุต่างๆ ไม่ว่าจะเกิดจากหลอดเลือดสมองหรือที่ตัวสมองเอง เป็นผลให้สมองของผู้ป่วยทำหน้าที่ผิดปกติ ซึ่งอาการและความรุนแรงของแต่ละรายจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของบริเวณที่เกิดพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมอง ทำให้เนื้อเยื่อสมองรับเลือดไปเลี้ยงไม่พอ (Black & Matassarin-Jacobs, 1993) นอกจากนี้ระยะเวลาของการกลับคืนสู่สภาพปกติจากการเสียหายที่ของสมองของผู้ป่วยแต่ละรายก็แตกต่างกัน บางรายอาจพบภาวะสมองเสียหายที่เฉพาะแห่งเพียงชั่วคราวและกลับคืนสู่ปกติภายในเวลา 24 ชั่วโมง หรือที่เรียกว่าภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว (transient ischemic attack: TIA) หรือบางรายอาจแสดงอาการของโรคนานกว่า 24 ชั่วโมง แต่อาการดังกล่าวจะหายไปภายในเวลาสามสัปดาห์ (reversible ischemic neurological deficits: RIND) ซึ่งอาการแสดงทั้งสองแบบนี้ถือเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่รุนแรง แต่ในผู้ป่วยบางรายอาการและอาการแสดงจากการเสียหายที่ของสมองจะค่อยๆ เป็นทีละน้อย และเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยอาจแสดงอาการตั้งแต่หนึ่งถึงสองชั่วโมง หรือนานเป็นวัน (stroke in evolution or progressive stroke) หรือในบางรายสมองอาจสูญเสียหน้าที่โดยสิ้นเชิง และไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงใดๆ ตั้งแต่สองถึงสามวันขึ้นไป (complete stroke) ซึ่งอาการแสดงทั้งสองแบบนี้ถือเป็นโรคหลอดเลือดสมองรุนแรง (จเร ผลประเสริฐ, 2528; Marchall, 1976 อ้างในพรชัย จุลเมตต์, 2540) จากอาการและพยาธิสภาพดังกล่าวเป็นเหตุให้เกิดปัญหามากมายกับผู้ป่วย

ระยะของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 3 ระยะ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2534; Watson & Quinn, 1998) คือ ระยะเฉียบพลัน (acute stage) ระยะหลังเฉียบพลัน (post acute stage) และระยะฟื้นฟูสภาพ (recovery stage)

1. ระยะเฉียบพลัน หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนกระทั่งอาการคงที่ ระยะนี้ผู้ป่วยมักจะเกิดอาการอัมพาตขึ้นทันที อาจมีอาการไม่รู้สึกร่วมด้วย หรือยังรู้สึกตัวแต่กล้ามเนื้อแขนและขาข้างที่เป็นอัมพาตจะอ่อนปวกเปียก อาจใช้เวลาตั้งแต่ 1-14 วัน ส่วนใหญ่มักใช้เวลาประมาณ 48 ชั่วโมง ซึ่งในระยะนี้ปัญหาสำคัญที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้คือ อาการหมดสติ มีภาวะความดันในกระโหลกศีรษะสูง การทำงานของหัวใจผิดปกติ ระบบการหายใจผิดปกติ ระยะนี้จะต้องคงสภาพหน้าที่สำคัญของอวัยวะต่างๆ เพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วยเอาไว้ (นิพนธ์

พวงวรินทร์, 2534; Phipps, 1991) ในระยะนี้หากผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวต่ำจะเป็นตัวทำนายได้ว่าผู้ป่วยจะมีโอกาสในการรอดชีวิตต่ำด้วย

2. **ระยะหลังเฉียบพลัน** หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ ผ่านพ้นระยะ - เฉียบพลันแล้ว โดยมีระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางเลวลง มี Glasgow Coma Scale ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป ความดันโลหิตปกติ ความดันซิสโตลิก 90-140 มิลลิเมตรปรอท หากสูงไม่ควรเกิน 160 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกอยู่ระหว่าง 50-90 มิลลิเมตรปรอท อาจใช้เวลาหลัง 48 ชั่วโมงหรือนานกว่า (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2534) ในระยะนี้มักมี ปัญหาเรื่องการกลืน ปัญหาการเคลื่อนไหว การพูด อาจเกิดปัญหาปอดบวม ขาดสารอาหาร จากที่มีปัญหาเรื่องการพูดและการกลืนนั่นเอง (Phipps, 1991)

3. **ระยะฟื้นฟูสภาพ** หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่ มีความสามารถในการที่จะรับการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อที่จะลดความพิการ ทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด ระยะนี้ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอยู่ที่บ้าน (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2534) ซึ่งในระยะนี้ยังแบ่งเป็น ระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก (early recovery) และระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง (later recovery) อีกด้วย (Astrom et al., 1992)

3.1 **ระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก** เป็นระยะที่มีการฟื้นฟูการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย ฟื้นฟูเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเอง ซึ่งจะเกิดขึ้นใน 3 เดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Phipps, 1991)

3.2 **ระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง** เป็นระยะที่ต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่องจากระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก ระยะนี้ปัญหาต่างๆจะพัฒนาได้ดีขึ้น เช่นการพูด การใช้ภาษา และการช่วยเหลือตัวเอง แต่การที่ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุและการมีภาวะหัวใจล้มเหลวก็เป็นตัวทำนายว่าผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตต่ำลงในระยะนี้ (Phipps, 1991)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เกิดขึ้นรวดเร็วในระยะเวลาอันสั้น แต่ก่อให้เกิดปัญหาได้มากมาย และยังเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความพิการได้มาก ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเครียด และมีการปรับตัวอยู่ตลอดเวลาในทุกระยะของโรค ดังนั้นจะเห็นได้ว่าแม้ขณะที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระยะพักฟื้นกลับไปพักที่บ้านแล้วก็ตาม ผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับปัญหาอีกมากมาย ซึ่งปัญหาต่างๆ อาจแบ่งเป็น 3 ด้าน (นภาพรณ แก้ววรรณ, 2533) ดังนี้

1. **ปัญหาด้านร่างกาย** ส่วนใหญ่จะมีผลมาจากพยาธิสภาพ และความพิการหลงเหลืออยู่ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1,500 คน พบว่าเป็นผู้มีความพิการหลงเหลืออยู่ถึง 750

คน (University of Leeds, 1992 cited in Brittain, Peet & Castleden, 1998) ซึ่งความพิการดังกล่าวแบ่งออกได้ดังนี้

1.1 ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ที่พบบ่อยที่สุดได้แก่ อัมพาตครึ่งซีก (hemiplegia) (Anderson, 1981 อ้างใน นามภรณ์ แก้วภรณ์, 2533) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกขาหนักขึ้น เคลื่อนไหวทำกิจกรรมลำบาก นอกจากนี้อาจพบอาการเกร็ง (spasticity) โดยนิ้วมือจะกำแน่น แขนขาเหยียดลำบากทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวและประกอบกิจวัตรประจำวันได้ลำบาก นอกจากนี้อาการเกร็งยังทำให้เกิดปัญหาตามมา เช่น ปวดไหล่ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยที่สุด อาการปวดหลังและอาการเกร็งทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถคาดคะเนได้ถูกต้องว่าควรจะทำอะไร เพื่อที่จะเคลื่อนไหวแขนขาข้างที่มีพยาธิสภาพ จึงเป็นการยากสำหรับผู้ป่วยที่จะเรียนรู้การเคลื่อนไหวใหม่อีกครั้งหนึ่ง พบว่า ร้อยละ 75-83 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องมีการฝึกการเดินใหม่ (Friedman, 1990 cited in Feys et al, 1998) นอกจากนี้กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่เหยียดหัวเข่า (knee extensor) ของขาข้างที่มีพยาธิสภาพจะหดตัวอยู่เป็นระยะเวลานาน ทำให้ข้อเข่าแข็งงอลำบาก ปัญหาที่พบอีกคือความผิดปกติในการกะจังหวะ โดยที่กล้ามเนื้อซึ่งทำหน้าที่เหยียดสะโพก (hip extensor) จะเริ่มทำงานเร็วกว่าปกติ มีผลทำให้ผู้ป่วยถอยหลังและอาจหกล้มกันกระแทกได้หากไม่มีสิ่งใดรองรับสะโพกและกัน ท่าที่ผิดปกติของโรคนี้ ได้แก่ ศีรษะจะหันไปด้านตรงข้ามกับร่างกายด้านที่มีพยาธิสภาพ ลำตัวและคอเอียงไปทางด้านที่มีพยาธิสภาพ สะบักและไหล่จะหลุดตึงรั้งไปทางด้านหลัง ข้อต่อไหล่หมุนเข้าข้างในและหุบเข้าหาตัวซึ่งทำให้ข้อศอกข้อมือ ตลอดจนนิ้วงอและปลายแขนอยู่ในท่าคว่ำลง กระดูกเชิงกรานถูกยกขึ้นและตึงรั้งไปทางด้านหลัง ในขณะที่กระดูกสะโพกหมุนเข้าด้านใน ข้อต่อสะโพกเหยียดตรงและหุบเข้าหาลำตัว เข่าและข้อเท้าข้างที่มีพยาธิสภาพเหยียดตรง ทำให้ปลายเท้าชี้ลงโดยนิ้วหัวแม่เท้าชี้ไปทางขาข้างที่ไม่มีพยาธิสภาพ ส่วนนิ้วเท้าที่เหลือจะงอ ฝ่าเท้าบิดเข้าหาตัว ความผิดปกติดังกล่าวจะทำให้การทรงตัวของผู้ป่วยไม่ดีอาจหกล้มได้ง่าย และยังพบว่าร้อยละ 85 ของผู้ป่วยโรคนี้มีความผิดปกติในการทำหน้าที่ของแขน ในระยะเวลา 3-6 เดือนหลังการป่วยผู้ป่วยยังคงมีความผิดปกติอยู่ถึงร้อยละ 55-75 ของผู้ป่วยทั้งหมด (Olsen, 1990)

1.2 ความผิดปกติเกี่ยวกับการพูดและการเขียน เช่น พูดไม่ชัด (dysarthria) เนื่องจากกล้ามเนื้อในการพูดบริเวณรอบปาก ลิ้น และเพดานอ่อนแรงทำให้การพูดไม่สัมพันธ์กัน เสียงที่พูดจะตะกุกตะกัก ในผู้ป่วยบางรายไม่สามารถเข้าใจความหมายของการสื่อสาร กล่าวคือผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจความหมายของคำพูดที่ได้ยิน (global aphasia) หรือไม่สามารถอ่านหนังสือได้ทั้งๆ ที่มองเห็น (visual aphasia) เนื่องจากไม่เข้าใจภาษาเขียน (alexia) ซึ่งเกิดจาก

สมองบริเวณเวอร์นิค (wernicke's area) ถูกทำลาย ส่วนในผู้ป่วยที่สมองบริเวณโบรคา (broca's area) ถูกทำลาย ผู้ป่วยสามารถเข้าใจภาษาพูดและสัญลักษณ์ต่างๆ รู้ว่าจะตอบสนองอย่างไร แต่ไม่สามารถพูดได้ บางครั้งออกเสียงไม่เป็นภาษา ในบางรายอาจเขียนไม่เป็นประโยค (Hickey, 1986) จากความผิดปกติเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการติดต่อสื่อสาร ซึ่งส่งผลทำให้ไม่สามารถติดต่อสื่อสารให้ผู้อื่นได้รับความคิดของตนเองได้ ผู้ป่วยจะเกิดความทุกข์ทรมานใจและอาจเกิดภาวะซึมเศร้าและแยกตัวในที่สุด (Parikh, Robinson, Lipsey, Starkstein, Paul-Fedoroff & Price, 1990)

1.3 ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร มีสาเหตุหลายอย่าง เช่น ความผิดปกติของระบบประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อในการกลืน การสูญเสียปฏิริยาการขย้อน และการทำงานของกล้ามเนื้อในการเคี้ยว ทำให้ริมฝีปากปิดแน่นได้ไม่แน่น การเคี้ยวจึงบกพร่อง ลิ้นไม่สามารถวัดอาหารในทิศทางต่างๆ ได้ กล้ามเนื้อช่องปากและคอหอยอ่อนแรงไม่สามารถผลักอาหารเข้าหลอดอาหารได้ ถ้าเพดานอ่อนแรงมากก็ไม่สามารถเคลื่อนปิดกั้นผนังคอหอย จะทำให้ผู้ป่วยสำลักขณะกลืนและพบสูงขึ้นเป็นร้อยละ 50 ในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (Dobkin, 1991 cited in Lugger, 1994) จากการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าร้อยละ 45 จะมีปัญหาในการกลืน แม้ว่าการกลืนจะเป็นปกติภายหลังแต่ก็มักจะทำให้ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อการสำลักสูง โดยผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนร้อยละ 40 จะสำลัก และมีการติดเชื้อที่ปอดร้อยละ 19 ในขณะที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีปัญหาในการกลืนจะมีภาวะแทรกซ้อนที่ปอดเพียงร้อยละ 8 เท่านั้น (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2530) จากความผิดปกติดังกล่าวอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล และภาวะทุพโภชนาการได้ นอกจากนี้ยังเป็นภาวะคุกคามชีวิตที่ทำให้เกิดปัญหาด้านจิตใจ วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและกลัวตาย เป็นปัจจัยที่มีผลต่อระบบทางเดินอาหารทำให้เกิดอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลียและน้ำหนักลดได้ (นภาพรณี แก้ววรรณ, 2533)

1.4 ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้รู้สึก มีหลายประการ

1.4.1 การรับรู้ต่อการสัมผัส ความเจ็บปวด แรงกด ความร้อนและความเย็นผิดปกติไป ซึ่งอาจเกิดขึ้นอย่างเดี่ยวหรือเกิดขึ้นหลายอย่างพร้อมกัน ผู้ป่วยอาจบอกตำแหน่งของจุดสัมผัสไม่ได้หรือบอกไม่ถูกต้อง หรือบอกตำแหน่งของจุดสัมผัสพร้อมกันหลายจุดไม่ได้ ปัญหาดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายง่าย เพราะกว่าร่างกายจะรู้สึก และมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นที่เป็นอันตรายนั้นร่างกายก็ได้รับอันตรายจากสิ่งนั้นแล้ว

1.4.2 การรับรู้ต่อความสมดุร่างกายผิดปกติไป โดยผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้ข้อมูลของความสมดุลจากร่างกายด้านที่มีพยาธิสภาพ ทำให้กลัวว่าจะหกล้ม จนทำให้ไม่กล้าเคลื่อนไหว ส่งผลให้การฟื้นฟูบำบัดทำได้ลำบาก

1.4.3 การรับรู้ต่อเวลา บุคคล และสถานที่ผิดไป ทำให้ผู้ป่วยสับสน ไม่รู้จักเวลา สถานที่และบุคคล และมีการรับรู้ที่ผิดไปจากความเป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจและมีพฤติกรรมอันไม่เหมาะสม

1.4.4 การรับรู้ทางสายตา ความผิดปกตินี้จะเกี่ยวข้องกับการรับรู้ความรู้สึกด้วย เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถจดจำ และตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้นสายตาได้ ความผิดปกติที่พบมากที่สุดคือ ตาบอดครึ่งซีกโดยเสียข้างเดียวกันทั้งสองตา (Dudas, 1986) นอกจากนี้ยังพบว่ามีการมองเห็นภาพซ้อน มองเห็นไม่ชัดหรือกระระยะไม่ถูก มองไม่เห็น ซึ่งความผิดปกติดังกล่าวจะทำให้เกิดอุบัติเหตุขึ้นง่าย

1.5 ความผิดปกติเกี่ยวกับความเฉลียวฉลาด (intellectual deficits) ที่พบบ่อย ได้แก่ การลืม ขาดสมาธิ เบี่ยงเบนความสนใจได้ง่าย การตัดสินใจไม่ดี ความสามารถในการคำนวณ ความมีเหตุผลและมีจินตนาการผิดปกติไป ไม่สามารถเชื่อมโยงการเรียนรู้เข้ากับสถานการณ์จริงได้ จากความผิดปกติดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้ข้อมูลต่างๆ ได้ทั้งหมด จึงเป็นการยากสำหรับผู้ป่วยที่จะเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ ทำให้มีพฤติกรรมซ้ำซาก ไม่สามารถใช้สิ่งต่างๆ ได้ตามปกติทั้งที่เคยใช้มาก่อน เคสและคณะ (Kase et al., 1998) ติดตามศึกษาความเฉลียวฉลาดของผู้ป่วยก่อนและหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 74 คน เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม 74 คน โดยใช้ The Mini-Mental State Examination (MMSE) วัดสมรรถภาพทางสมองพบว่า หลังการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยจะมีความเฉลียวฉลาด สติปัญญาการรับรู้ต่ำลง และมีความสัมพันธ์กับผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองที่พบพยาธิสภาพที่ข้างซ้ายและขนาดใหญ่

1.6 ความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่าย ผู้ป่วยโรคนี้ส่วนใหญ่มักไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ ในบางรายจะมีปัสสาวะค้างคั่งค้างไม่สามารถถ่ายออกได้หมด หรือไม่สามารถถ่ายปัสสาวะได้เองต้องทำการสวนปัสสาวะ ส่วนความผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายอุจจาระโดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยมักจะท้องผูกขับถ่ายลำบาก ในบางรายต้องใช้ยาเหน็บหรือสวนอุจจาระ จากการศึกษาของ บรอกเคิลเฮิร์สต์และคณะ (Brocklehurst et al, 1985 cited in Brittain, Peet & Castleden, 1998) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 135 คน พบว่าร้อยละ 51 มีปัญหากลั้นปัสสาวะไม่ได้ และร้อยละ 23 มีปัญหากลั้นอุจจาระไม่ได้ จากความผิดปกติดังกล่าวอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

และการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะได้ ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลเรื่องการชำระความสะอาด และการขอความช่วยเหลือจากญาติในขณะขับถ่าย

1.7 ความผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ที่พบคือความต้องการทางเพศลดลง อวัยวะเพศไม่แข็งตัวในผู้ป่วยชาย และไม่รู้สึถึงจุดสุดยอดในผู้ป่วยหญิง ดังนั้นจึงทำให้เพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยและคู่สมรสเปลี่ยนแปลงไป นอกจากความผิดปกติของร่างกายแล้วยังมีสาเหตุอื่นอีก คือ ยาที่ใช้ในการรักษาโรคนี้จำพวดยานอนหลับ เช่น บาบิบูเรท ไดอะซีแพม และยาลดความดันโลหิต เช่น เมทิลโดปา โพรพานิโบลอล จะทำให้เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะในผู้ป่วยชาย จากการศึกษาของมอนกาและคณะ (Monga, Lawson, & Inglis, 1986) เกี่ยวกับผลกระทบของโรคนี้ต่อเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วย 113 คน เป็นชาย 78 คน หญิง 35 คน พบว่าความต้องการทางเพศลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งชายและหญิง ผู้ป่วยชายร้อยละ 58 และผู้ป่วยหญิงร้อยละ 48 เชื่อว่าตนเองมีปัญหาเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ซึ่งก่อนป่วย ผู้ป่วยชายไม่มีปัญหาในเรื่องนี้ ส่วนในผู้ป่วยหญิงมีเพียงร้อยละ 7 เท่านั้น ส่วนสาเหตุที่ทำให้ความต้องการทางเพศลดลง คือ ผู้ป่วยกลัวว่าการมีเพศสัมพันธ์จะทำให้เกิดโรคนี้ซ้ำขึ้นอีก นอกจากนี้ยังเชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิต

นอกจากความผิดปกติดังกล่าวแล้ว ในรายที่เรื้อรังยังมีภาวะแทรกซ้อนทางร่างกายอื่นๆ เช่น การยึดติดของข้อและเอ็นต่างๆ ที่พบบ่อยคือ ข้อเข่า ข้อสะโพก เอ็นร้อยหวาย นอกจากนี้ยังมีการเหี่ยวลีบของกล้ามเนื้อ กระดูกโป่งบาง ความดันโลหิตต่ำเวลาลุกนั่ง เส้นเลือดดำอุดตัน ปอดอักเสบ และแผลกดทับ ซึ่งบางภาวะทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539)

2. ปัญหาด้านจิตใจ ปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบบ่อยมีดังนี้

2.1 ความเครียด (stress) เป็นปัญหาด้านจิตใจที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคนี้ เนื่องจากผู้ป่วยมักมาโรงพยาบาลด้วยอาการหมดสติหรือมีอาการทางประสาท อาการมักเกิดขึ้นทันทีทันใดและมากขึ้นเรื่อยๆ ใน 2-3 นาทีหรือชั่วโมง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง เกิดอารมณ์หงุดหงิดโมโหง่าย รวมทั้งการที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดขึ้นได้ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539) โดยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองถึงร้อยละ 90.9 และร้อยละ 68.7 พบมีกำลังกล้ามเนื้ออ่อนแรง (นุกูล ตะบูนพงศ์ และคณะ, 2537) ซึ่งก่อให้เกิดความคับข้องใจ และเกิด

ความเครียดในผู้ป่วยได้ทั้งสิ้น (Binder, 1984) และยังพบว่าโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพในการเผชิญความเครียดลดลงอีกด้วย (Boynton De Sepulveda & Chang, 1994)

2.2 ภาวะซึมเศร้า (depression) ซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคนี้ทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะเรื้อรัง โรบินสัน และคณะ (Robinson et al., 1984) ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคนี้จำนวน 103 คน เป็นเวลาติดต่อกันนาน 2 ปี พบว่าผู้ป่วยเกือบ 1 ใน 3 มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่เริ่มป่วย และ 2 ใน 3 ยังคงมีภาวะซึมเศร้าอยู่นาน 7-8 เดือน ในช่วง 6 เดือนถึง 2 ปี หลังป่วยผู้ป่วยจะมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อาการผิดปกติทางระบบประสาท ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ภาวะการรับรู้ แต่พบว่าผู้ป่วยซึ่งมีพยาธิสภาพที่สมองซีกซ้ายจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยซึ่งมีพยาธิสภาพที่สมองซีกขวา และผู้ป่วยที่ขาดเลือดไปเลี้ยงบริเวณก้านสมอง (Robinson & Price, 1982) ต่อมาโรบินสันและคณะได้ศึกษาติดตามความผิดปกติด้านอารมณ์ในผู้ป่วยโรคนี้จำนวน 103 คน เป็นเวลาติดต่อกัน 2 ปี พบว่าในระยะเฉียบพลันผู้ป่วยเกือบร้อยละ 50 มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และร้อยละ 27 ของผู้ป่วยดังกล่าวจะมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ผู้ป่วยที่เหลือจะมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Robinson et al., 1983) และคาดว่าผู้ป่วยร้อยละ 26-60 จะมีภาวะซึมเศร้าหลังจากป่วยด้วยโรคนี้ (Binder, 1984)

2.3 ความกลัว (fear) เป็นพฤติกรรมทางจิตที่ปกติของมนุษย์และสัตว์ทุกชนิดที่ใช้ในการปรับตัวต่อความเครียด (Millensen & Leslic, 1979 อ้างใน นนาภรณ์ แก้วภรณ์, 2533) หรือเป็นความรู้สึกตอบสนองทางอารมณ์ ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เพื่อป้องกันตนเองจากอันตรายหรือสิ่งคุกคามที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ความกลัวจะแสดงออกมาในรูปกลัวตาย กลัวพิการ กลัวทรมาณ กลัวถูกทอดทิ้ง และยังศึกษาพบว่าความกลัวทำให้มีการเปลี่ยนแปลงดังนี้ คือ แยกตัว กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ ร้องไห้ ไม่ยอมให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ หายใจเร็ว หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออกมาก ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น (Champbell, 1988 อ้างใน นนาภรณ์ แก้วภรณ์, 2533)

2.4 ความวิตกกังวล (anxiety) เป็นปฏิกิริยาของมนุษย์ต่อสิ่งที่ไม่มีความแน่นอนในขณะนั้น เกิดภาวะกดดันทำให้ตึงเครียดไม่สบายใจหวาดหวั่น รู้สึกว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้น มีอาการเปลี่ยนแปลงตามระบบต่างๆ ของร่างกาย สาเหตุของความกังวลในผู้ป่วยโรคนี้เกิดจากความคับข้องใจ (frustration) รู้สึกขัดแย้งในใจ (conflict) และความเครียดที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น นอกจากนี้ยังเกิดจากความคาดหวังล่วงหน้าเกี่ยวกับการดำเนินของโรค ความวิตกกังวลจะมีผลทำให้ร่างกายเปลี่ยนแปลงดังนี้ กล้ามเนื้อตึงตัว ปวดเมื่อย อ่อนเพลีย หัวใจเต้นแรงและเร็ว ความดัน

โลหิตเพิ่ม มือเท้าซีดเย็น หายใจลึกและถี่ผิดปกติ เป็นต้น ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ จะทำให้จิตใจไม่สงบ ตกใจง่าย ความคิดแตกแยก รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า คาดคิดถึงภัยอันตราย กลัวตาย ทั้งนี้ในคนปกติสามารถใช้กลไกในการลดความวิตกกังวลได้ เช่น การกิน การสูบบุหรี่ การนอน การพยายามทำตัวให้ร่าเริง การออกกำลังกาย การเปลี่ยนพฤติกรรมไปแสดงออกในรูปของงานศิลปะ เช่น การวาดภาพ ร้องเพลง หรือเล่นดนตรี แต่ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถจะใช้กลไกเหล่านี้ได้ตามปกติเพราะมีข้อจำกัดต่างๆ เช่น ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ผู้ป่วยจึงไม่สามารถลดความวิตกกังวลได้เท่าคนปกติ (นภาพรณ์ แก้วภรณ์, 2533)

2.5 ความก้าวร้าว (aggressive) เป็นการกระทำในลักษณะของการทำร้ายหรือใช้คำพูดที่รุนแรงต่อบุคคลหรือสิ่งแวดลอมอย่างขาดความยับยั้งชั่งใจ จุดประสงค์เพื่อป้องกันตัวหรือพิทักษ์สิทธิของตน ความก้าวร้าวอาจแสดงออกในรูปปมเด่น เช่น การวางอำนาจ การดูถูกผู้อื่น หรืออาจจะแสดงออกในรูปของความต้องการพึ่งพาคนอื่นอยู่ตลอดเวลา เช่น ผู้ป่วยที่เรียกหาญาติบ่อยๆ แต่เมื่อไปหากลับอกว่ามีธุระอะไร เพียงแต่อยากให้อยู่ใกล้ๆ พฤติกรรมก้าวร้าวมีลักษณะต่างๆ กัน เช่น แสดงอารมณ์หงุดหงิด ขาดความอดทน แสดงท่าทางไม่เป็นมิตร ใช้อาวุธหยาบคาย เป็นต้น (นภาพรณ์ แก้วภรณ์, 2533)

2.6 ความรู้สึกสูญเสีย (loss) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น จะเกิดความรู้สึกสูญเสียในด้านต่างๆ มากมาย แบ่งออกได้ดังนี้ (นภาพรณ์ แก้วภรณ์, 2533)

2.6.1 การสูญเสียความรู้สึกที่เป็นปกติ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าตนเองสุขภาพไม่ดีตลอดเวลา ต้องระมัดระวังสุขภาพของตนเป็นพิเศษ ประกอบกับการที่ต้องรับประทานยาสม่ำเสมอ ไปตรวจสุขภาพสม่ำเสมอ รวมทั้งมีการใช้อุปกรณ์ในการบำบัดรักษาเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความรู้สึกที่เป็นปกติไปและทำให้รู้สึกวิตกกังวล ไม่มั่นใจ ละอายรำคาญ

2.6.2 การสูญเสียความสุขสบายทางร่างกาย จากอาการประจำของโรค เช่น เคลื่อนไหวลำบาก พูดลำบาก กลืนลำบาก และจากการรักษาต่างๆ

2.6.3 การสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะของร่างกาย ผู้ป่วยโรคนี้มักจะมีการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะหลายส่วนพร้อมๆ กัน เช่น แขนขาข้างเดียวกันเป็นอัมพาต ซึ่งจะมีผลกระทบต่อการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วย และส่งผลถึงจิตใจ ผู้ป่วยจะรู้สึกอาย คับข้องใจ หงุดหงิด ซึมเศร้า เป็นต้น

2.6.4 การสูญเสียความสามารถในการพึ่งพาตนเอง การเจ็บป่วยเรื้อรัง และความพิการจากโรคนี้ทำให้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเองได้น้อยลง ต้องพึ่งพาญาติตลอดจนอุปกรณ์ที่ทดแทนความเสื่อมโทรมของร่างกาย พึ่งพาโรงพยาบาล บุคลากรทีมสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ยังทำให้ผู้ป่วยคับข้องใจมากขึ้นและขาดความรู้สึกเป็นอิสระ

2.6.5 การสูญเสียความพึงพอใจในตนเองและอัตมโนทัศน์ โรคหลอดเลือดสมองมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเป็นอย่างมาก โดยจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ทำให้ผู้ป่วยไม่พึงพอใจในภาพลักษณ์ของตนเอง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า

2.6.6 การสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเองในการเผชิญความไม่แน่นอนของเหตุการณ์ในอนาคต ซึ่งอาจจะเป็นความรุนแรงของโรคหรือความตาย ในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาชนิดที่ได้ผลดี และเป็นโรคที่กลับเป็นซ้ำได้อีกแม้ว่าจะได้รับการดูแลรักษาอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ยังเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาวะความวิตกกังวลได้มาก จึงทำให้ผู้ป่วยหมดกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคเพื่อมีชีวิตอยู่ต่อไป และไม่สามารถควบคุมตนเองในการเผชิญปัญหาที่จะเกิดขึ้นได้

3. ปัญหาด้านสังคม สังคมมนุษย์มีการอยู่ร่วมกัน มีปฏิริยาโต้ตอบกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน นอกจากนี้มนุษย์ยังต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมตลอดจนต้องการความรักและการยอมรับจากสมาชิกอื่นในสังคมด้วย ซึ่งผู้ป่วยก็มีความต้องการทางสังคมดังกล่าวเช่นกัน แต่ผลของการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกับสังคมได้น้อยลง หรือไม่สามารเข้าร่วมกิจกรรมกับสังคมได้ ประกอบกับมีปัญหาด้านจิตใจด้วยยิ่งทำให้ผู้ป่วยขาดการติดต่อกับสังคม ดังนั้นจึงเกิดปัญหาตามมาดังนี้ (นาภรณ์ แก้ววรรณ, 2533; พรชัย จุลเมตต์, 2540)

3.1 การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพของผู้ป่วยและญาติในครอบครัว ซึ่งส่วนมากจะเป็นไปในรูปการห่างเหินหรือเสื่อมลง สาเหตุจากอารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย เมื่อญาติพูดคุยด้วยหรือให้การดูแลผู้ป่วยจะรู้สึกว่าไม่ถูกใจตนเอง ความรู้สึกนี้จะทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องการที่จะพูดคุยหรือได้รับการดูแลจากญาติ สัมพันธภาพที่ผู้ป่วยแสดงออกต่อญาติจึงดูห่างเหิน นอกจากนั้นพฤติกรรมที่ญาติแสดงออกต่อผู้ป่วยจะมีผลกระทบต่อสัมพันธภาพด้วย เช่น ญาติหมดความอดทนที่จะยอมรับอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยจึงปลีกตัวออกมา หรือญาติที่ต้องทำงานเพิ่มขึ้นเพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัว ทำให้มีเวลาในการพูดคุยและดูแลผู้ป่วยน้อยลง จนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตนเองถูกทอดทิ้ง

3.2 การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับสังคม จะออกมาในลักษณะการห่างเหินหรือเสื่อมลงเช่นเดียวกัน จากสาเหตุหลายประการ เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุม

พฤติกรรมของตนเองให้ปฏิบัติตามแบบแผน ขนบธรรมเนียมประเพณีของสังคมได้ ทำให้ญาติรู้สึกอับอาย และเป็นภาระที่จะต้องคอยควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยจึงไม่ค่อยพาผู้ป่วยออกมา มีสังคมกับโลกภายนอก เหตุผลอีกประการหนึ่งคือ ผู้ป่วยรู้สึกอายที่ตนพิการและเจ็บป่วยเรื้อรัง จึงทำให้ไม่อยากเข้าสังคม ปัญหาดังกล่าวทำให้รู้สึกว่าการหาชีวิตที่พึ่ง ลี้ภัยและซึมเศร้าได้ง่ายมากขึ้น

3.3 การเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว การเจ็บป่วยเรื้อรังและความพิการ จะส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงบทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว เช่น จากการที่เคยพึ่งพาตนเองได้หรือเป็นที่พึ่งพาของผู้อื่นกลับต้องเป็นผู้พึ่งพาผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยคับข้องใจ และหากไม่สามารถยอมรับบทบาทใหม่ได้ก็ยิ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผิด ละอายใจ และรู้สึกว่าตนไร้ค่า

3.4 การเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคม ผู้ป่วยอาจจะไม่สามารถทำงานที่เคยทำอยู่ได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิตมากขึ้น ลาไบ ฟิลลิปส์ และเกรสแฮม (Labi, Phillips & Gresham, 1980) ได้ศึกษาปัญหาจิตสังคมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สภาพร่างกายเป็นปกติแล้วจำนวน 148 ราย พบว่าผู้ป่วยดังกล่าวแม้ว่าร่างกายจะเป็นปกติแล้วแต่ก็ยังมีความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์กับปัญหาจิตสังคมคือ อายุและความผิดปกติของระบบประสาท และผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้นานกว่า 1 ครั้งหรือป่วยด้วยโรคนี้นานกว่า 1 ปี มีแนวโน้มว่ากิจกรรมทางสังคมจะลดลงด้วย

นอกจากนี้โรคหลอดเลือดสมองยังก่อให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจด้วย เนื่องจากการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องได้รับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน เพื่อควบคุมสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดตามมา รวมทั้งต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพโดยการออกกำลังกายบำบัดอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เช่น ค่ายา ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปพบแพทย์ ค่าอุปกรณ์พิเศษ เช่น ไม้เท้า รถเข็น การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม เช่น ทำราวจับ เป็นต้น ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกว่าเป็นภาระของครอบครัว วิตกกังวลเกรงว่าครอบครัวจะเบื่อหน่ายและทอดทิ้งตน (พรชัย จุลเมตต์, 2540) ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดเพิ่มมากขึ้นได้

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองนั้น ล้วนก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแลทั้งสิ้น

แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด

นักวิชาการหลายท่านให้ความสนใจเกี่ยวกับความเครียด ซึ่งนักวิชาการแต่ละท่านมองความเครียดแตกต่างกันออกไป ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดความเครียดในลักษณะของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมของลาซารัสและโฟล์คแมน ดังจะกล่าวถึงต่อไปนี้

ทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน

ในแนวคิดนี้เชื่อว่าความเครียดจะเป็นผลจากการประเมินเหตุการณ์ของบุคคล แต่ละบุคคลจะแปลความหมายของเหตุการณ์หรือสถานการณ์เดียวกันแตกต่างกัน และในบุคคลเดียวกันก็แปลความหมายของเหตุการณ์หรือสถานการณ์เดียวกันในแต่ละเวลาแตกต่างกัน ที่เป็นเช่นนี้เพราะแต่ละบุคคลมีการประเมินสถานการณ์แตกต่างกัน โดยบุคคลจะใช้สติปัญญาในการประเมินทั้งสาเหตุของความเครียดและแหล่งประโยชน์ที่จะใช้ในการเผชิญความเครียด ซึ่งลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ให้ความหมายความเครียดว่า เป็นผลจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยที่บุคคลเป็นผู้ที่ประเมินด้วยสติปัญญา (cognitive appraisal) ว่าความสัมพันธ์นั้นเกินขีดความสามารถหรือแหล่งประโยชน์ (resource) ที่ตนเองจะใช้ต่อต้านได้ และรู้สึกว่าคุณค่า เป็นอันตรายหรือสูญเสีย หรือทำลายต่อความมั่นคงปลอดภัยของชีวิต

ลาซารัสและโฟล์คแมน (1984) มองความเครียดว่าไม่ได้ขึ้นอยู่กับบุคคล หรือสิ่งแวดล้อม แต่บุคคลและสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน การตัดสินใจว่าเครียดของบุคคลจะต้องผ่านกระบวนการประเมินโดยใช้สติปัญญา (cognitive appraisal) เมื่อบุคคลเกิดความเครียดขึ้น แต่ละบุคคลจะตอบสนองโดยการแสดงออกเป็นความโกรธ ซึมเศร้า วิตกกังวล รู้สึกผิด หรือบางคนอาจรู้สึกว่าทำลายมากกว่าคุณค่า การรับรู้ที่แตกต่างกันนี้เนื่องจากแต่ละบุคคลมีประสบการณ์และพัฒนาการทางสติปัญญาที่จะเลือกรับรู้แตกต่างกันตามประสิทธิภาพในการทำงานของระบบการรับรู้ของแต่ละคน ที่จะจำแนกการรับรู้สถานการณ์ที่กำลังเผชิญว่าเป็นอันตราย คุณค่า หรือทำลายต่อความมั่นคงปลอดภัยของชีวิต

ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินตัดสินของบุคคลนั้นประกอบด้วย 2 ปัจจัยที่สำคัญ คือ ปัจจัยด้านบุคคล (personal factors) และสถานการณ์เฉพาะหน้า (situational factors) (Lazarus & Folkman, 1984)

ปัจจัยด้านบุคคล

1. ข้อผูกพัน (commitments) เป็นการมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นว่า มีความสำคัญหรือความหมายต่อตนเองมากเพียงใด ยิ่งมีมากก็จะยิ่งทำให้บุคคลประเมินสถานการณ์นั้นว่าคุกคามต่อตนเองมาก การมีข้อผูกพันมากต่อเหตุการณ์นั้น อาจจะทำให้เกิดแรงผลักดันในการกระทำเพื่อแก้ไขให้สถานการณ์ดีขึ้น

2. ความเชื่อ (beliefs) เป็นความเชื่อของบุคคลว่าสถานการณ์นั้นสามารถควบคุมได้หรือไม่ เช่น ความเชื่อในศาสนา หรือความเชื่อในความก้าวหน้าของการรักษาพยาบาล ถ้าเชื่อว่าสถานการณ์นั้นสามารถควบคุมได้จะทำให้บุคคลประเมินสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมนั้นในลักษณะท้าทาย หรือก่อให้เกิดผลดีต่อตนเอง ทำให้เกิดความกระตือรือร้นในการคิดแก้ไขสถานการณ์ต่างๆ แต่ถ้าบุคคลประเมินสถานการณ์แล้วว่าไม่สามารถควบคุมได้อาจจะออกมาในลักษณะสูญเสียหรือคุกคามต่อตนเอง

ปัจจัยด้านสถานการณ์เฉพาะหน้า

1. ความรุนแรงของสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ความเจ็บป่วยที่เป็นอันตรายรุนแรงต่อชีวิต บุคคลย่อมประเมินสถานการณ์เป็นความเครียดที่คุกคามเกิดความสูญเสียอย่างมากทั้งในปัจจุบันและอนาคต ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในอดีตและความรู้ของบุคคลด้วย

2. ความสามารถในการทำนายหรือคาดเดาสถานการณ์ในอนาคต ถ้าเป็นเหตุการณ์ใหม่ บุคคลไม่เคยประสบมาก่อน ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตนเองในอนาคตก็อาจก่อให้เกิดความเครียดได้มาก

ในผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประสบการณ์การเจ็บป่วยมาก่อนเมื่อเจ็บป่วยจะไม่สามารถทำนายล่วงหน้าได้ว่าเมื่อเจ็บป่วยจะส่งผลกระทบอะไรบ้างทำให้เกิดความเครียดสูง ในขณะที่ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์การเจ็บป่วยมาก่อน หรือผู้ป่วยเรื้อรังจะสามารถคาดหมายเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องได้ จะเกิดความเครียดน้อยกว่า จากการศึกษาของจาโลวีกและเพาเออร์ส (Jalowiec & Powers, 1981) เปรียบเทียบความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งได้รับการวินิจฉัยมาแล้ว 1 ปี จำนวน 25 คน และผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยที่มาตรวจใหม่ที่ห้องฉุกเฉิน จำนวน 25 คน พบว่า กลุ่มที่มาตรวจที่ห้องฉุกเฉินมีคะแนนความเครียดสูงกว่ากลุ่มโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาความเครียด

ในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยใน 1-3 เดือนแรก ซึ่งเป็นผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง อาจส่งผลทำให้เกิดความเครียดสูงได้เช่นกัน

นอกจากนี้ปัจจัยด้านเวลาเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการประเมินของบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ช่วงเวลาก่อนเกิดเหตุการณ์ ช่วงเวลาที่สถานการณ์นั้นมีผลต่อบุคคล เป็นแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง และสถานการณ์นั้นเกิดขึ้นกับบุคคลเมื่อใด กระฉับหรือไม่

ผลของการประเมินในแต่ละลักษณะมีความสำคัญต่อการปรับตัว หรือการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะการประเมินเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเป็นความเครียดต่อตนเองในลักษณะสูญเสีย/เป็นอันตราย และคุกคาม มีแนวโน้มไม่ร่วมมือในการรักษา อาการเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพไม่ดีเพิ่มขึ้น หรือทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลสูญเสียไป เกิดอารมณ์โกรธวิตกกังวล และมีการเผชิญความเครียดในลักษณะที่ต้องการความช่วยเหลือเป็นอย่างมาก (Gass & Chang, 1989)

มีผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับเรื่องความเครียดมากมายและได้สร้างแบบวัดความเครียดขึ้นตามแนวคิดของแต่ละกลุ่ม ซึ่งโคเฮน แคมาร์คและเมอร์เมลสไตน์ (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983) ได้สร้างแบบวัดความเครียด Perceived Stress Scale (PSS) ตามแนวคิดของลาซารัส (Cohen, Kessler & Gordon, 1995) เป็นการถามความรู้สึกใน 1 เดือนที่ผ่านมา มี 14 ข้อ คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's scale) มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0-4 มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0 ถึง 56 คะแนน ให้คะแนนตามความบ่อยครั้งของความรู้สึก มีสัมประสิทธิ์อัลฟาของความเชื่อมั่นเท่ากับ .85 ซึ่งผู้วิจัยเลือกนำแบบวัดนี้มาใช้ในการศึกษารั้งนี้เนื่องจากการนำมาใช้แพร่หลายในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาและผู้ป่วยนอก สำหรับในประเทศไทยถึงแม้จะมีการนำแบบวัดนี้มาใช้ในการศึกษาน้อย แต่ได้มีการนำมาใช้กับผู้สูงอายุ โดยสิริสุดา ชาวคำเขต (2541) ได้นำแบบวัดนี้มาแปลเป็นภาษาไทย และผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน แล้วนำไปใช้กับผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81 รวมทั้งผู้วิจัยมีความเห็นว่าจำนวนข้อคำถามมีน้อยแต่ครอบคลุมสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ในชีวิต จึงน่าจะมีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

แนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญความเครียด

ลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ให้ความหมายของการเผชิญความเครียด (coping) ว่าเป็นความพยายามทางความคิดและพฤติกรรมของบุคคลที่ใช้ในการจัดการกับความต้องการของร่างกายทั้งภายนอกและภายในของบุคคล ซึ่งจะสามารถจัดการได้ดีเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับพลังความสามารถของแต่ละบุคคล ความพยายามนี้จะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและตลอดเวลา ซึ่งประกอบด้วย

1. กระบวนการของพัฒนาการในการจัดการกับปัญหา
2. การผสมผสานกันระหว่างความคิดและการกระทำ ซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา
3. ความแตกต่างของชีวิตประจำวันของแต่ละคน

กระบวนการเผชิญความเครียด (coping process)

กระบวนการเผชิญความเครียดตามแนวคิดของลาซารัสและฟอล์คแมน (1984) เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด (event or stressor) การประเมิน (appraisal) และการเผชิญความเครียด (coping)

1. เหตุการณ์ (event) สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดเป็นสิ่งที่บุคคลเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจหรือมีผลทำให้ขัดขวางการดำเนินชีวิตตามปกติ

2. การประเมิน (appraisal) ในกระบวนการเผชิญความเครียดสิ่งสำคัญ คือ การประเมินปัญหาซึ่งเป็นกระบวนการทางสติปัญญา (cognitive process) ที่เกิดระหว่างปัญหากับการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรม (emotional and behavior response) ซึ่งต้องการการทำงานของจิตใจรวมถึงการตัดสินใจ การแยกแยะปัญหา และการเลือกวิธีที่จะจัดการกับปัญหาโดยใช้ประสบการณ์เดิมเป็นส่วนใหญ่ การประเมินปัญหามี 3 แบบ ได้แก่

2.1 การประเมินปฐมภูมิ (primary appraisal) เป็นการประเมินว่า เหตุการณ์นั้นมีผลอะไรต่อตนเอง ซึ่งประเมินได้เป็น 3 ทาง คือ

2.1.1 ไม่มีผลได้ผลเสีย (irrelevant) คือการที่บุคคลประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่เกี่ยวข้องกับตนเพราะไม่เกิดผลดีหรือผลเสียอะไรเลย

2.1.2 เกิดผลดีหรือได้รับประโยชน์ (benign positive) คือการที่บุคคลประเมินว่าผลจากเหตุการณ์นั้นมีผลดีกับตน ทำให้ตนเกิดความสุข ความสนุกและความรัก

2.1.3 เกิดความเครียด (stress) เป็นภาวะที่บุคคลต้องดิ้นหาแหล่งประโยชน์ มาใช้ในการปรับตัวอย่างเต็มที่หรือเกินกำลังของแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ การประเมินว่าเป็น ความเครียดนี้สามารถประเมินออกเป็น 3 อย่าง คือ

1) เกิดอันตรายหรือการสูญเสีย (harm or loss) คือ บุคคลหมด ความสามารถ เกิดความเจ็บป่วย ความไม่พึงพอใจต่อตนเองหรือต่อสังคม การสูญเสียบุคคลที่ ตัดรักหรือการสูญเสียความผูกพัน

2) การถูกคุกคาม (threat) เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะเกิด อันตรายหรือการสูญเสีย หรือเมื่อสูญเสียแล้วทำให้เกิดถึงความยุ่งยากหรือความลำบากที่จะ ตามมา

3) การท้าทาย (challenge) เป็นการคาดการณ์ว่าจะสามารถ ควบคุมเหตุการณ์นั้นได้อาจแสดงออกทางอารมณ์ ได้แก่ ความกระตือรือร้น ความตื่นเต้น ความร่าเริง

การถูกคุกคามและการท้าทายอาจเกิดขึ้นพร้อมๆ กัน เพราะการที่ รู้สึกถูกคุกคามนั้นอาจมีความรู้สึกท้าทายอยู่ด้วย ทำให้มีความมุ่งหวังที่จะหาวิธีในการเอาชนะ หรือแก้ไขเหตุการณ์นั้นให้ได้

2.2 การประเมินทุติยภูมิ (secondary appraisal) เป็นกระบวนการประเมิน ที่ซับซ้อนในอันที่จะตัดสินใจเลือกวิธีที่ได้ผลที่จะจัดการกับความเครียด โดยพิจารณา แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่และวิธีการเผชิญความเครียดที่ได้เคยกระทำมาแล้ว

2.3 การประเมินซ้ำ (reappraisal) เป็นการประเมินโดยใช้ข้อมูลใหม่หรือข้อมูล เพิ่มเติม และ/หรือติดตามประเมินผลของวิธีการเผชิญความเครียดที่ได้กระทำไปแล้ว

3. การเผชิญความเครียด (coping) ในการเผชิญความเครียดแต่ละครั้งนั้นบุคคลจะมี พฤติกรรมการเผชิญความเครียดแตกต่างกันไปตามแต่ละสถานการณ์ ลาซารัส ได้แบ่งการเผชิญ ความเครียดเป็น 2 แบบ คือ การมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused coping) และการลดอารมณ์ ตึงเครียด (emotion-focused coping) ซึ่งในชีวิตประจำวันจะมีการใช้ทั้ง 2 แบบ เปลี่ยนไปตาม สถานการณ์และการประเมินของบุคคล

3.1 การเผชิญความเครียดด้วยการมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused forms of coping) เป็นกลวิธีเช่นเดียวกับการแก้ปัญหาโดยใช้หลักการทางวิทยาศาสตร์ คือ การกำหนด ขอบเขตของปัญหา หาวิธีการแก้ปัญหาหลายๆ วิธี ซึ่งนำหน้ากว่าวิธีใดจะให้ผลดีอย่างไร เลือกวิธี ที่เหมาะสม ลงมือแก้ปัญหา ซึ่งอาจจัดการที่ตัวปัญหาและมุ่งแก้ที่ตัวเองหรือปรับสิ่งแวดล้อม

เช่น การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่มีความกดดัน การหาแหล่งประโยชน์ เรียนรู้วิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมซึ่งจะต้องหาข้อมูลและความรู้เพิ่มเติมรวมทั้งการยอมรับสถานการณ์จริง

3.2 การเผชิญความเครียดด้วยการลดอารมณ์ตึงเครียด (emotion-focused forms of coping) เป็นกระบวนการเผชิญความเครียดด้วยการใช้ความคิดเช่นเดียวกัน แต่เป็นการลดอารมณ์ตึงเครียดเมื่อบุคคลประเมินแล้วว่าไม่สามารถแก้ไขสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดนั้นได้ วิธีเหล่านี้ ได้แก่ การหลีกเลี่ยง (avoidance) การทำให้เป็นเรื่องเล็ก (minimization) การถอยห่างจากเหตุการณ์นั้น (distancing) การเลือกสนใจเฉพาะสิ่ง (selective attention) การมองในสิ่งที่ดี (positive comparisons) ของเหตุการณ์นั้น การมองหาคุณค่าในสิ่งนั้น (wresting positive value from negative event) และวิธีอื่นๆ ได้แก่ การออกกำลังกาย การทำสมาธิ การดื่มเหล้า การหาสิ่งสนับสนุนทางอารมณ์และการระบายความโกรธ

การเผชิญความเครียดของแต่ละคนสามารถเกิดขึ้นได้ทั้ง 2 ลักษณะ โดยเห็นได้จากการศึกษาของลาซารัสและฟอล์คแมน (1984) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่กระดูกสันหลังในระยะพักฟื้นจะมีการเผชิญความเครียดโดยการหลีกเลี่ยงจากสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงซึ่งเป็นการเผชิญความเครียดด้วยการลดอารมณ์ตึงเครียดที่เกิดขึ้นทันทีหลังเกิดปัญหา หลังจากนั้นจะมีการเผชิญความเครียดด้วยการมุ่งแก้ปัญหา เช่น การปฏิบัติตามแผนการรักษา การปรับตัวเข้ากับสภาพร่างกายที่ถูกจำกัดจากการบาดเจ็บ ฟันฟุสภาพร่างกาย ควบคุมหรือพัฒนาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และสามารถใช้ชีวิตด้วยตนเองได้ ดาว์น-แวมโบลด์ท์ และมีแลนสัน (Downe-Wamboldt & Melanson, 1995) ได้ศึกษาภาวะอารมณ์ การเผชิญความเครียด และความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้ออักเสบจำนวน 78 ราย อายุระหว่าง 60-94 ปี พบว่า ภาวะอารมณ์ที่ผู้ป่วยประเมินว่าเป็นอันตรายและก่อให้เกิดความสูญเสีย ความรุนแรงของโรค และการเผชิญความเครียดแบบลดอารมณ์ตึงเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นหากผู้ป่วยมีการเผชิญความเครียดแบบลดอารมณ์ตึงเครียดมากกว่าแบบอื่นจะทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำ ซึ่งความพึงพอใจในชีวิตเป็นผลลัพธ์จากการปรับตัวต่อความเครียดอย่างหนึ่ง

การเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ต้องเป็นพฤติกรรมที่สามารถจัดการกับต้นเหตุของความเครียดหรือสิ่งที่มาคุกคามสำเร็จ สามารถลดความไม่สบายใจจากปัญหาที่เกิดขึ้น (Ignatavicius & Bayne, 1991; Beare & Myers, 1994) การเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพจะเป็นการทำให้ความเครียดลดลงชั่วคราวเท่านั้น และถ้าใช้วิธีการเผชิญความเครียดในลักษณะนี้เป็นเวลานานๆ จะทำให้ร่างกายไม่สามารถปรับตัวได้ เกิดพยาธิสภาพขึ้นหรือเป็น

อันตรายต่อสุขภาพได้ พฤติกรรมเหล่านี้ เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารมาก การหลีกหนี และการสาปแช่ง เป็นต้น (Beare & Myers, 1994)

ผลลัพธ์ของการปรับตัว

ลาซารัสและฟอล์คแมน (1984) มองผลของการประเมินตัดสิน (appraisal) และการเผชิญกับความเครียด (coping) ต่อผลลัพธ์ของการปรับตัวใน 3 ด้าน คือ การทำหน้าที่ทางสังคม (social functioning)ขวัญและกำลังใจ (morale) และภาวะสุขภาพ (somatic health)

1. การทำหน้าที่ทางสังคม หมายถึง การคงไว้ซึ่งบทบาทและสัมพันธภาพทางสังคม การที่บุคคลประเมินว่าถูกคุกคามจะมีปัญหาในการทำหน้าที่ เช่น การหลีกหนีจากสังคม มีพฤติกรรมก้าวร้าว ลังเลไม่แน่ใจ และไม่ประสบความสำเร็จในการทำหน้าที่ในสังคม ส่วนบุคคลที่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติจะบ่งบอกถึงความสามารถในการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ขวัญและกำลังใจ หมายถึง ปฏิกริยาทางอารมณ์ซึ่งเกิดจากการประเมินผลของการเผชิญความเครียด ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามสถานการณ์ที่มากระทบ หากบุคคลมีความพึงพอใจในผลของการเผชิญความเครียดและการบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ เกิดขวัญและกำลังใจที่ดีในการจัดการกับสถานการณ์ และบุคคลที่ใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา มักจะมีขวัญและกำลังใจในการจัดการกับสถานการณ์ดีกว่าใช้การเผชิญปัญหาแบบลดอารมณ์ตั้งเครียด

3. ภาวะสุขภาพ หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองทางด้านร่างกายและจิตใจของบุคคลต่อความเครียด หากบุคคลเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพจะส่งผลให้มีภาวะสุขภาพดี แต่ถ้การเผชิญความเครียดไม่มีประสิทธิภาพจะก่อให้เกิดความเครียดในระดับสูง เกิดปฏิกริยาตอบสนองด้านร่างกายและจิตใจ เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เช่น หัวใจเต้นแรง ใจสั่น ความดันโลหิตสูงขึ้น อ่อนเพลีย เมื่อยล้า ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อบริเวณคอและหลัง มีอาการคันระตุกของกล้ามเนื้อ ตัวสั่น เหงื่อออกมาก ปัสสาวะบ่อย ท้องเสีย แน่นจุกเสียดท้องคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ประจำเดือนผิดปกติ หรืออาจซึมเศร้า อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายนอนไม่หลับ ผื่นร้าย หงุดหงิดและโกรธง่าย วิตกกังวล (Selye, 1976) ส่วนด้านจิตใจนั้น ได้แก่ พฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง เช่น มีพฤติกรรมถดถอย แยกตัวเอง เชื้อยชา ไม่ให้ความร่วมมือ อารมณ์แปรปรวน การแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม เช่น หงุดหงิดง่าย ร้องไห้ง่าย ซื่อจก้า ต่ำหนิผู้อื่น กลัวจะเจ็บป่วย ระดับความรู้สึกดี ความจำหรือสมาธิเสียไป

กระบวนการทางความคิดถูกรบกวน เช่น สับสน ลังเล ตัดสินใจไม่ได้ การรับรู้ถูกรบกวน เช่น มีอาการประสาทหลอน เห็นภาพหลอน ความสนใจสิ่งต่างๆ ลดลง การใช้ภาษาในการพูดเปลี่ยนแปลง เช่น พูดประโยคซ้ำๆ คำพูดอาจจะเกี่ยวข้องหรือไม่เกี่ยวข้องกับการสนทนาในขณะพูด น้ำเสียงและจังหวะการพูดเปลี่ยนแปลงไป ใช้กลไกการป้องกันตนเองโดยไม่รู้ตัว เช่น ถดถอย การใช้เหตุผลเข้าข้างตนเอง การปฏิเสธ การโทษผู้อื่น (Breakwell, 1990; Murray, 1975 อ้างในอำกร ประคองจิต, 2536)

ปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญความเครียด

1. ความรุนแรงของความเครียด นับเป็นปัจจัยที่สำคัญมาก เช่น ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยที่รุนแรง หรือการเจ็บป่วยและการรักษาที่มีผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และจิตใจอย่างมาก บุคคลจะมีการเผชิญความเครียดแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับระดับการรับรู้ - ความเครียด บุคคลที่มีความเครียดระดับต่ำ อาจใช้การเผชิญความเครียดทั้งแบบมุ่งแก้ปัญหา และแบบลดอารมณ์ถึงเครียดแทน แต่เมื่อความเครียดเพิ่มขึ้นเป็นระดับปานกลาง บุคคลมีแนวโน้มในการใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และเมื่อความเครียดอยู่ในระดับที่รุนแรงบุคคลมักใช้การเผชิญความเครียดแบบลดอารมณ์ถึงเครียดแทน (Anderson, 1977 cited in Lazarus & Folkman, 1984, p.168-169)

2. ระยะเวลาของการเกิดความเครียด เมื่อเวลาผ่านไปบุคคลจะค่อยๆ ปรับตัวได้ และเรียนรู้การเผชิญความเครียดที่เหมาะสม และแก้ไขปัญหามากขึ้นกว่าในระยะแรกๆ ที่เกิดความเครียด (Bell, 1977)

3. ประสบการณ์ในอดีต เป็นประสบการณ์ความสามารถของบุคคลที่สามารถจัดสิ่งๆ ทำให้เกิดความเครียดในอดีต อันจะมีอิทธิพลต่อสถานการณ์เดียวกันที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ความสำเร็จจากประสบการณ์ในอดีต จะส่งผลต่อความสำเร็จของการเผชิญความเครียดในปัจจุบันด้วย ถ้าในอดีตไม่สามารถจัดสิ่งๆ ทำให้เกิดความเครียดได้ จะเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และเกิดความไม่มั่นใจ ลังเลในการเผชิญปัญหาที่มีสถานการณ์เดียวกันในปัจจุบัน (Fuller & Schaller-Ayers, 1990)

4. อายุ พบว่า อายุจะมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต ซึ่งจะส่งผลตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆ (Rambo, 1984) ในวัยสูงอายุความสามารถทางสติปัญญาลดลง จึงทำให้ความสามารถในการเผชิญความเครียดลดลงด้วย (Moos & Schaefer, 1984)

5. เพศ เพศชายและเพศหญิงเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดแตกต่างกัน (Bell, 1977) จากการศึกษาของแกสและแซง (Gass & Chang, 1989) พบว่า เพศชายมีการนำเอาทรัพยากรต่างๆ มาใช้เพื่อปรับพฤติกรรมตอบสนองต่อภาวะคุกคามได้ดีกว่าเพศหญิง

6. ระดับการศึกษา การศึกษาที่ดีจะช่วยให้บุคคลตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดีกว่า และมีความสามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้ดีกว่า (Jalowiec & Powers, 1981)

7. ลักษณะด้านความเจ็บป่วย ได้แก่ ชนิด ตำแหน่ง หรืออวัยวะของการเจ็บป่วย อาการและความรุนแรงของโรค ระยะเวลาของโรค เป็นต้น โดยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น การเกิดพยาธิสภาพของสมองในบริเวณที่แตกต่างกัน จะทำให้เกิดอาการของโรคแตกต่างกัน กล่าวคือ ในคนทั่วไปที่ถนัดขวามักจะมีสมองซีกซ้ายเป็นซีกที่เด่น (dominant hemisphere) เนื่องจากสมองซีกนี้จะทำหน้าที่เกี่ยวกับการคิดคำนวณวิเคราะห์ ความเข้าใจภาษา และการใช้ภาษาต่างๆ รวมทั้งทักษะ การทำงาน ในขณะที่สมองซีกขวาซึ่งโดยทั่วไปถือว่าเป็นซีกด้อย (non-dominant hemisphere) จะทำหน้าที่เกี่ยวกับสุนทรียภาพ ดนตรี พฤติกรรม และอารมณ์ รวมทั้งการรู้ทิศทาง ตำแหน่งต่างๆ กับความสัมพันธ์กับร่างกาย การรับรู้ตำแหน่งของร่างกาย และความสนใจ จึงทำให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของสมองแต่ละซีกมีอาการและอาการแสดงแตกต่างกันออกไป (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541) สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความเครียดด้านร่างกายและจิตใจต่างกัน (Rankin & Monahan, 1991)

8. ระบบการสนับสนุน ได้แก่ ครอบครัว ญาติ เพื่อน และ กลุ่มบุคคลในชุมชน หรือแหล่งบริการต่างๆ สามารถเป็นแหล่งประโยชน์ของการเผชิญความเครียดอันเป็นปัจจัยหนึ่งของการให้บุคคลสามารถมีการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ การได้รับการประคับประคอง ความรักและความเข้าใจเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยปรารถนาจะได้จากครอบครัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วย (Brillhart, 1988)

การวัดการเผชิญความเครียด

ลาซารัสและฟอล์คแมน (1984) ได้พัฒนาเครื่องมือในการวัดการเผชิญความเครียด (ways of coping) ขึ้นในปี ค.ศ.1980 เป็นคำถามเกี่ยวกับการเกิดภาวะเครียดและพฤติกรรมเผชิญความเครียด ในรอบ 7 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 68 ข้อ โดยสามารถวัดการเผชิญความเครียดได้ 2 ลักษณะตามแนวคิดทฤษฎี คือ การมุ่งแก้ปัญหา และการลดอารมณ์ถึงเครียด

1. วิธีการเผชิญความเครียดโดยวิธีการแก้ไขตามปัญหา (problem oriented coping

2. วิธีการเผชิญความเครียดโดยวิธีการแก้ไขอารมณ์ตึงเครียด (affective oriented

การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการทั้งด้านความคิดและการกระทำที่ใช้จัดการกับ

การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการทั้งด้านความคิดและการกระทำที่ใช้จัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด หรือจัดการกับอารมณ์ที่เกิดจากความเครียด จึงมีผู้สร้างเครื่องมือเพื่อวัดการกระทำหรือความรู้สึกดังกล่าวขึ้น ซึ่งจาโลวicz ได้สร้างแบบวัด Jalowiec Coping Scale (JCS) ขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ.1977 ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียด 40 ข้อ โดยแบ่งวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็น 2 แบบ ได้แก่ การเผชิญ

ความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบลดอารมณ์ถึงเครียดเช่นเดียวกับแนวคิดของลาซารัส ต่อมาในปี ค.ศ. 1979 จาโลวิกได้ปรับปรุงแบบวัดนี้เนื่องจากมีข้อจำกัดหลายประการ และในปี ค.ศ. 1987 จาโลวิก ได้รวบรวมพฤติกรรมเผชิญความเครียดที่บุคคลใช้ ซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบลดอารมณ์ถึงเครียด จากแนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดของลาซารัส และได้ปรับปรุงเครื่องมืออีกครั้ง โดยเพิ่มคำถามเป็น 60 ข้อ โดยแบ่งการเผชิญความเครียดเป็น 8 รูปแบบ ดังนี้

1. การเผชิญปัญหาโดยตรง ได้แก่ การคิดวิธีการแก้ปัญหาไว้หลายวิธี การมองปัญหาอย่างเป็นกลาง การพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้น การเผชิญกับปัญหา และกระทำไปตามขั้นตอน การเรียนรู้วิธีการใหม่ๆ เพื่อที่จะจัดการกับความเครียดหรือปัญหานั้น เป็นต้น

2. การหลีกเลี่ยง ได้แก่ การหนีหรือหลีกเลี่ยงปัญหาชั่วคราว การพยายามลืม การไม่ให้ความสนใจ การพยายามคิดถึงเรื่องอื่น การฝันกลางวันว่าปัญหาไม่ได้เกิดขึ้นหรือปัญหาได้รับการแก้ไขแล้ว พยายามปลอบใจตนเอง พยายามหลับให้ได้มากที่สุด การให้เวลาเป็นตัวช่วยให้ทุกสิ่งทุกอย่างดีขึ้น และการเก็บตัวเงียบอยู่คนเดียว

3. การมองในแง่ดี ได้แก่ การมีความหวังว่าสถานการณ์จะดีขึ้น การดำรงชีวิตตามปกติ ไม่ให้ปัญหามีส่วนรบกวนเท่าที่เป็นไปได้ การใช้อารมณ์ขัน พยายามคิดถึงสิ่งดีๆ ที่ผ่านมาในชีวิต การเปรียบเทียบตนเองกับบุคคลที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน การมองสถานการณ์ในทางที่ดี

4. การยอมจำนน ได้แก่ การเตรียมพร้อมที่จะรับถ้าสถานการณ์เลวลง การยอมรับสถานการณ์เพราะไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ การยอมแพ้ต่อสถานการณ์เพราะคิดว่าเป็นชะตากรรม

5. การแก้ไขควบคุมที่อารมณ์และความรู้สึก ได้แก่ การวิตกกังวล การระบาย - ความเครียดออกกับคนอื่นหรือสิ่งอื่น การกำหนดตนเอง การหากิจกรรมต่างๆ ทำโดยไม่คิดให้รอบคอบ

6. การบรรเทา ได้แก่ การรับประทานอาหารมากขึ้น การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การฝึกสมาธิ การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การทำงานหนักมากขึ้นเพื่อไม่ให้มีเวลาว่าง การเฝ้าทำให้อาการจิตใจสบาย

7. การรับความเก้อหนุน ได้แก่ การพูดคุยปรึกษาหารือกับบุคคลใกล้ชิด การรับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นๆ ที่สามารถช่วยเหลือได้ การสวดมนต์ อ่านหนังสือธรรมะ

8. การพึ่งตนเอง ได้แก่ การแยกตนเองอยู่คนเดียวเงียบๆ การคิดแก้ไขปัญหาต่างๆ ด้วยตนเอง การพยายามพิสูจน์ตนเองว่าสามารถแก้ไขสถานการณ์ให้ดีขึ้นได้

จะเห็นได้ว่าการเผชิญปัญหาโดยตรงและการพึ่งตนเองก็คือ การเผชิญความเครียด ด้วยการมุ่งแก้ปัญหาตามแนวคิดของลาซารัสและฟอล์คแมน ส่วนการหลีกเลี่ยง การมองในแง่ดี การยอมจำนน การแก้ไขความทุกข์ที่อารมณ์และความรู้สึก การบรรเทา รวมทั้งการรับความเกื้อหนุนก็คือ การเผชิญความเครียดด้วยการลดอารมณ์ตึงเครียดนั่นเอง

ในปี ค.ศ.1988 จาโลวิค ได้นำแบบวัดการเผชิญความเครียดที่ปรับปรุงในปี ค.ศ.1979 มาวิเคราะห์ความตรงตามโครงสร้างภายหลังที่มีการนำเครื่องมือนี้ไปใช้อย่างกว้างขวางแล้ว พบว่า จากจำนวนคำถาม 40 ข้อ มีคำถาม 4 ข้อ ที่ไม่สามารถจัดอยู่ในการเผชิญความเครียดแบบใดได้จึงตัดออก ดังนั้นจึงเหลือคำถามเพียง 36 ข้อ และได้ปรับปรุงและเสนอแนวคิดของการเผชิญความเครียดว่ามี 3 ด้าน ได้แก่ การเผชิญหน้ากับปัญหา (confrontive coping) การจัดการกับอารมณ์ (emotive coping) และการจัดการกับปัญหาทางอ้อม (palliative coping)

1. การเผชิญหน้ากับปัญหา เป็นวิธีการที่มุ่งควบคุมปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น โดยพยายามแก้ปัญหาและคิดวิธีต่างๆ เพื่อควบคุมปัญหา อาจใช้วิธีเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นผลจากความคิดของตนเอง หรือใช้วิธีเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่กำลังคุกคามอยู่นั้น

2. การจัดการกับอารมณ์ เป็นวิธีการที่มุ่งแก้ไขหรือควบคุมความรู้สึกเป็นทุกข์ หรือความรู้สึกไม่สบายใจต่างๆ โดยการแสดงออกถึงความรู้สึกหรือการระบายอารมณ์โดยที่เหตุการณ์หรือปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง

3. การจัดการกับปัญหาทางอ้อม เป็นวิธีการที่ใช้ในการควบคุมเหตุการณ์ หรือแก้ปัญหาด้านอ้อมหรือใช้เป็นแนวทางที่จะเปลี่ยนการรับรู้ปัญหา โดยที่เหตุการณ์หรือปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง

สำหรับในประเทศไทย นิตยา สุทธยากร (2531) นำแบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวิค (1979) ซึ่งมี 40 ข้อ แปลเป็นภาษาไทยและให้ผู้ทรงคุณวุฒิผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาต่างประเทศ 2 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของภาษาแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข และนำไปใช้กับญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันจำนวน 30 ราย และหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยการคำนวณสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .88 ส่วนหัตยรัตน์ จรัสอุไรสิน (2538) แปลและดัดแปลงแบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวิค (1988) จาก 36 ข้อ เหลือ 30 ข้อ นำไปใช้ในหญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 50 ราย หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการคำนวณ

สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคได้ เท่ากับ .81 และสุภาพ อารีเอื้อ (2540) นำแบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวิด (1988) ซึ่งมี 36 ข้อ แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลง แล้วนำไปตรวจสอบความถูกต้องด้านภาษา และความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญภาษาและทฤษฎีการพยาบาล 2 ท่าน แล้วแก้ไข จากนั้นนำไปหาความเที่ยงในกลุ่มผู้ป่วยหญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคโดยรวมเท่ากับ .73

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวิดเนื่องจากการนำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคความดันโลหิตสูง มะเร็งเต้านม เป็นต้น และยังมีการนำไปใช้ในผู้ป่วยสูงอายุอีกด้วย ซึ่งเป็นการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุหญิงโรคข้อเข่าเสื่อมโดยสุภาพ อารีเอื้อ (2540) ผู้วิจัยจึงเลือกนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยผู้วิจัยนำมาแปลเป็นภาษาไทยให้เหมาะสมกับการใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้นจะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้เกิดปัญหาต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งส่งผลให้เกิดความเครียดในผู้ป่วยได้ทั้งสิ้น เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรัง ปัญหาที่พบได้ในผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงไปตามระยะของการเจ็บป่วย ในระยะแรกผู้ป่วยจะต้องปรับตัวอย่างมากเนื่องจากยังไม่เคยมีประสบการณ์ในการป่วยด้วยโรคนี้ ต้องปรับตัวในการดำเนินชีวิต กลัวความพิการที่จะเกิดขึ้น รู้สึกไม่แน่นอน มีความไม่แน่ใจเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค และการฟื้นฟูสภาพของตนเอง (Close & Procter, 1999) ซึ่งระยะนี้ผู้ป่วยจะมีการประเมินว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจะเป็นอันตราย สูญเสียหรือคุกคามต่อสวัสดิภาพชีวิตของตน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นการต้องเผชิญกับภาวะทุพพลภาพรุนแรง ยุ่งยากกว่าการต้องเผชิญกับความตาย ผู้ป่วยทุพพลภาพจะมีสถานะตึงเครียดด้านจิตใจสูง มีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าและการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ เนื่องจากสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่แน่นอนและต้องใช้เวลานาน จัดเป็นสถานการณ์ที่วิกฤต ยากลำบากในการเผชิญ ต้องใช้ความกล้าหาญในการเผชิญ เพราะเป็นภาวะที่คุกคามต่อภาวะสุขภาพดีอย่างต่อเนื่อง (Ross, 1974 cited in Davidhizar, 1997)

จากการศึกษาหลายการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีการถูกรบกวนกระเทือนด้านจิตใจได้มาก และมีความเครียดเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยในระดับที่แตกต่างกันออกไป

(Hafstiensdottir & Grypdonck, 1997) ความเครียดจะเพิ่มขึ้นตามความสามารถในการทำหน้าที่และภาวะการพึ่งพา การเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่ สภาวะทางเศรษฐกิจที่แย่ลง และอาการที่แย่ลง การเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจะเป็นแบบใดขึ้นอยู่กับโรคที่เป็นในปัจจุบัน และการคุกคามของโรค (Hoeman, 1996)

บอยันตัน ดี เซฟล์วีดาและแซง (1994) ได้ศึกษาประสิทธิภาพการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันที่มีความพิการ และได้รับการวินิจฉัยโรคมา 3 ปี จำนวน 75 ราย โดยวัดความเครียด ความสามารถในการทำกิจกรรม แหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด พฤติกรรมการเผชิญความเครียด และประสิทธิภาพของการเผชิญความเครียด พบว่า แหล่งประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความเครียด และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิภาพการเผชิญความเครียด

สำหรับในประเทศไทยนั้นยังไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แต่มีการศึกษาในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยสุภาพ อารีเอื้อ (2540) ศึกษาความเครียด การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของหญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยใช้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญปัญหาของลาซารัสและฟอล์คแมน (1984) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหญิงโรคข้อเข่าเสื่อมอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกโรคกระดูกและข้อ โรงพยาบาลรามารับดี โรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 140 ราย พบว่า ผลกระทบเนื่องจากความเจ็บป่วยทำให้หญิงสูงอายุกลุ่มตัวอย่างเกิดข้อจำกัดหรือปัญหาในการเคลื่อนไหว การทำหน้าที่ของร่างกาย การดำรงบทบาท การทำหน้าที่ในสังคม การทำกิจวัตรประจำวัน และความปวด ส่งผลให้เกิดความเครียด ซึ่งความปวดเป็นปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียดสูงสุด หญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมใช้การเผชิญปัญหาทั้งการเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการบรรเทาความรู้สึกเครียดร่วมกัน กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ความเครียดและการเผชิญปัญหาด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของหญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้ร้อยละ 22 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น จีราวรรณ ลีลาพัฒนาพาณิชย์ (2541) ได้ศึกษาความหวังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี จำนวน 32 คน โดยติดตามวัดความหวังของผู้ป่วย 4 ครั้ง คือ ระยะเฉียบพลัน (3 วันแรก) เมื่อป่วยนาน 1 เดือน 2 เดือน และ 3 เดือน พบว่าความหวังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง ครั้งที่ 1 2 และ 3 มีความหวังเพิ่มขึ้น แต่ครั้งที่ 4 ผู้ป่วย

มีความหวังลดลง ซึ่งระยะนี้เป็นระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก และจะเริ่มเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพระยะต่อไป ซึ่งในการศึกษานี้ไม่ได้มีการติดตามผู้ป่วยต่อ

จะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ หากผู้ป่วยประเมินว่าการเจ็บป่วยนั้นเป็นสิ่งที่อันตราย สูญเสียหรือคุกคามต่อสวัสดิภาพในชีวิตของตน ก็จะทำให้เกิดความเครียด มีการเผชิญกับความเครียดด้วยรูปแบบต่างๆ การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุนั้น ผู้ป่วยจะต้องมีการปรับตัวโดยการเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติในแต่ละระยะของโรค

กรอบแนวคิดในการวิจัย

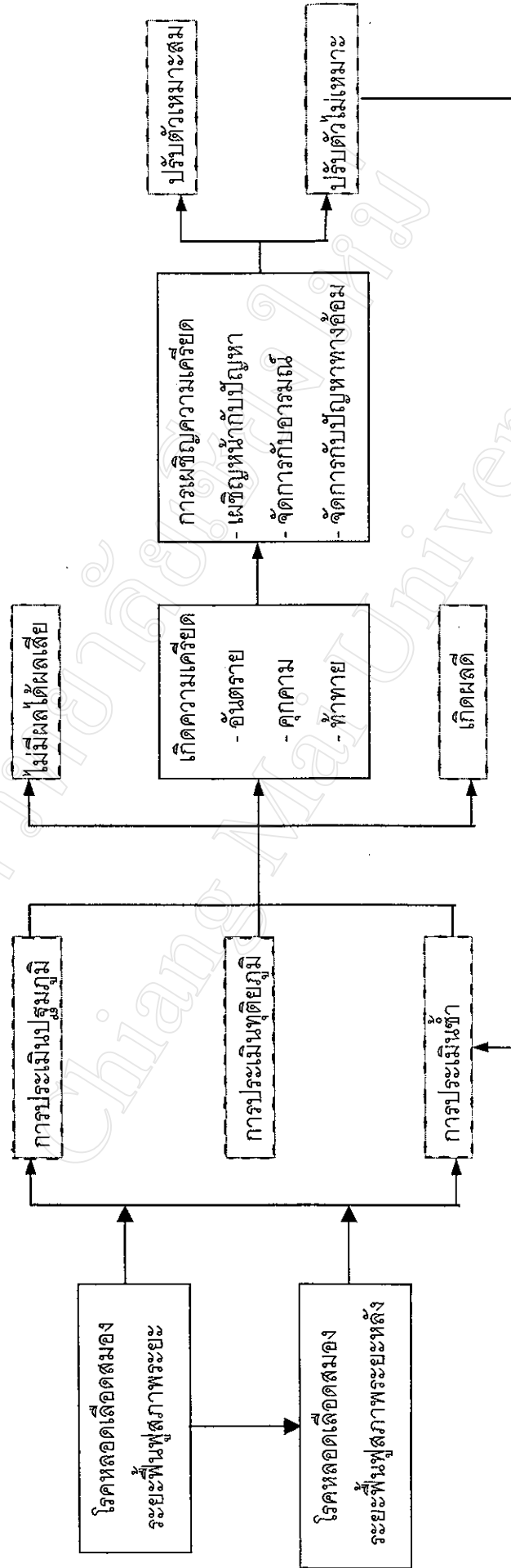
การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและโฟลด์แมน (1984) ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้สูงอายุจะประเมินว่าการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีผลอย่างไรต่อตนโดยอาจประเมินว่าไม่เกิดผลได้ผลเสีย เกิดผลดี หรือเกิดความเครียด เป็นผลให้ผู้สูงอายุใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่อาจเหมือนหรือต่างกัน การตัดสินใจว่าจะเครียดของบุคคลจะต้องผ่านกระบวนการประเมินโดยการให้สติปัญญา (cognitive appraisal) การรับรู้ที่แตกต่างกันนี้เนื่องจากแต่ละบุคคลมีประสบการณ์และพัฒนาการทางสติปัญญาที่จะเลือกรับรู้แตกต่างกันตามประสิทธิภาพในการทำงานของระบบการให้สติปัญญาของแต่ละคน ที่จะจำแนกการรับรู้สถานการณ์ที่กำลังเผชิญว่าเป็นอันตราย คุกคาม หรือท้าทายต่อความมั่นคงปลอดภัยของชีวิต

เมื่อบุคคลประเมินว่าเหตุการณ์นั้นเป็นความเครียด ก็จะต้องมีการปรับตัว โดยการเผชิญความเครียด (coping) จาโลวicz (Jalowicz, 1988) ศึกษาการเผชิญความเครียดตามแนวคิดของลาซารัสและได้แบ่งการเผชิญความเครียดเป็น 3 ด้าน คือ การเผชิญหน้ากับปัญหา (confrontive coping) การจัดการกับอารมณ์ (emotive coping) และการจัดการกับปัญหาทางอ้อม (palliative coping)

ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก ซึ่งเป็นช่วง 3 เดือนแรกหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มักมีปัญหาระงับการเคลื่อนไหว มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ปัญหาการพูด การกลืน วิตกกังวลกลัวเกิดความพิการ เป็นต้น ส่วนในระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง ปัญหาของผู้ป่วยจะเปลี่ยนแปลงไป บางรายอาจมีอาการดีขึ้น บางรายอาจยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่ ทำให้ผู้ป่วยอาจประเมินตัดสินแตกต่างกันได้ ระดับความเครียดก็อาจแตกต่างกัน รวมทั้งมีการเผชิญกับความเครียดในรูปแบบที่แตกต่างกันออกไปได้ หากผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสามารถเผชิญกับความเครียดได้เหมาะสมก็จะสามารถ

ดำรงชีวิตอยู่ต่อไปได้อย่างปกติ โดยระยะเวลาอาจช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเครียดได้ดีขึ้น สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสมต่อไป ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Chiang Mai University



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย