

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้างนี้เป็นการศึกษาระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรกและระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง และทำการเปรียบเทียบระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทั้งสองระยะ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลที่คลินิกอายุรกรรมประสาท (ห้องตรวจเบอร์ 23) งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 25 คน ผลการศึกษาได้เสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 5 ข้อมูลเปรียบเทียบการเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มาได้รับการรักษาที่คลินิกอายุรกรรมประสาท งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครเชียงใหม่ ประกอบด้วยผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก 25 คน และระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง 25 คน รวมเป็น 50 คน ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน กลุ่มตัวอย่างระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก ร้อยละ 68 เป็นเพศชาย ร้อยละ 64 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 68.96 ปี (S.D = 5.95) ร้อยละ 80 มีสถานภาพสมรสคู่ ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 64 ลักษณะครอบครัว ร้อยละ 56 เป็นครอบครัวขยาย และร้อยละ 56 มีสถานภาพในครอบครัวเป็นหัวหน้าครอบครัว

สำหรับกลุ่มตัวอย่างระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลังนั้น ร้อยละ 68 เป็นเพศชายเช่นกัน มีอายุระหว่าง 60-69 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 60) โดยมีอายุเฉลี่ย 68.84 ปี (S.D = 6.34) ร้อยละ 64 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80 มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย และร้อยละ 56 มีสถานภาพในครอบครัวเป็นหัวหน้าครอบครัว ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรกและระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว สถานภาพในครอบครัว

ข้อมูลส่วนบุคคล	ระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก	ระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง
	(n= 25)	(n= 25)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		
ชาย	17 (68.00)	17 (68.00)
หญิง	8 (32.00)	8 (32.00)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก	ระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง
	(n= 25) จำนวน (ร้อยละ)	(n= 25) จำนวน (ร้อยละ)
อายุ		
60-69 ปี	16 (64.00)	15 (60.00)
70-79 ปี	7 (28.00)	8 (32.00)
80 ปีขึ้นไป	2 (8.00)	2 (8.00)
สถานภาพสมรส		
คู่	20 (80.00)	15 (60.00)
แยก	0 (0.00)	2 (8.00)
ม้าย	5 (20.00)	7 (28.00)
หย่า	0 (0.00)	1 (4.00)
ศาสนา		
พุทธ	25 (100.00)	25 (100.00)
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	5 (20.00)	5 (20.00)
ประถมศึกษา	16 (64.00)	16 (64.00)
มัธยมศึกษา	2 (8.00)	2 (8.00)
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	2 (8.00)	2 (8.00)
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	11 (44.00)	5 (20.00)
ครอบครัวขยาย	14 (56.00)	20 (80.00)
สถานภาพในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	14 (56.00)	14 (56.00)
สมาชิกในครอบครัว	11 (44.00)	11 (44.00)

ด้านอาชีพและสถานภาพเศรษฐกิจของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มระยะฟื้นฟูสภาพพระยะแรกและกลุ่มระยะฟื้นฟูสภาพพระยะหลังทุกคนไม่ได้ประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84) มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายที่จำเป็น และร้อยละ 48 มีรายได้ต่อเดือน $\leq 1,000$ บาท โดยกลุ่มระยะฟื้นฟูสภาพพระยะแรกมีรายได้ส่วนตัวต่อเดือนเฉลี่ย 1,754 บาท (S.D = 4,011.35) มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนตั้งแต่ 300 – 50,000 บาท ร้อยละ 52 อยู่ในช่วง $\leq 5,000$ บาท รายได้ครอบครัวต่อเดือนโดยเฉลี่ยเท่ากับ 8,892 บาท (S.D = 11,896.95) ส่วนกลุ่มระยะฟื้นฟูสภาพพระยะหลังมีรายได้ ส่วนตัวเฉลี่ยต่อเดือน 828 บาท (S.D = 971.05) มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนตั้งแต่ 1,000 – 50,000 บาท ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 44) อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท โดยรายได้ครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 11,540 บาท (S.D = 12,065.72) และแหล่งรายได้ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60) มาจากบุตรเช่นเดียวกัน ส่วนการจ่ายค่ารักษาพยาบาลนั้น ทั้งกลุ่มระยะฟื้นฟูสภาพพระยะแรกและระยะหลังส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52 และ 68 ตามลำดับ) สามารถเบิกได้จากต้นสังกัด ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างระยะฟื้นฟูสภาพพระยะแรกและระยะฟื้นฟูสภาพพระยะหลัง จำแนกตามอาชีพ รายได้ส่วนตัวต่อเดือน รายได้ครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ แหล่งรายได้ การจ่ายค่ารักษาพยาบาล

ข้อมูลส่วนบุคคล	ระยะฟื้นฟูสภาพพระยะแรก	ระยะฟื้นฟูสภาพพระยะหลัง
	(n= 25)	(n= 25)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	25 (100.00)	25 (100.00)
รายได้ส่วนตัวต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	7 (28.00)	8 (32.00)
$\leq 1,000$ บาท	12 (48.00)	12 (48.00)
1,001-2,000 บาท	2 (8.00)	4 (16.00)
2,001-3,000 บาท	1 (4.00)	0 (0.00)
>3,000 บาทขึ้นไป	3 (12.00)	1 (4.00)

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก	ระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง
	(n= 25)	(n= 25)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
รายได้ครอบครัวต่อเดือน		
≤ 5,000 บาท	13 (52.00)	8 (32.00)
5,001-10,000 บาท	7 (28.00)	11 (44.00)
10,001-15,000 บาท	1 (4.00)	0 (0.00)
15,001-20,000 บาท	0 (0.00)	2 (8.00)
>20,000 บาทขึ้นไป	4 (16.00)	4 (16.00)
ความเพียงพอของรายได้ต่อค่าใช้จ่ายที่จำเป็น		
เพียงพอ	21 (84.00)	21 (84.00)
ไม่เพียงพอ	4 (16.00)	4 (16.00)
แหล่งรายได้		
บุตร	15 (60.00)	17 (68.00)
ค่าเช่า/ดอกเบี๋ย	3 (12.00)	0 (0.00)
ไม่มีแหล่งรายได้	7 (28.00)	8 (32.00)
การจ่ายค่ารักษาพยาบาล		
จ่ายเองจากเงินออม	6 (24.00)	4 (16.00)
จ่ายเองจากเงินที่กู้ยืมมา	1 (4.00)	0 (0.00)
เบิกต้นสังกัด.	13 (52.00)	17 (68.00)
บุตรจ่ายให้	5 (20.00)	4 (16.00)

สำหรับการวินิจฉัยโรคของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก ร้อยละ 56 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการตีบของหลอดเลือดสมอง ส่วนกลุ่มระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง ร้อยละ 52 มีการแตกของหลอดเลือดสมอง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก และระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง จำแนกตามการวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรค	ระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก	ระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง
	(n= 25)	(n= 25)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
มีการแตกของหลอดเลือดสมอง	10 (40.00)	13 (52.00)
มีการตีบของหลอดเลือดสมอง	14 (56.00)	12 (48.00)
มีการอุดตันของหลอดเลือดสมอง	1 (4.00)	0 (0.00)

สำหรับระยะเวลาการเป็นโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรกส่วนใหญ่ (ร้อยละ 40) เป็นมานาน 9-12 สัปดาห์ โดยเฉลี่ย 7.48 สัปดาห์ (S.D = 4.01) ดังแสดงในตารางที่ 4 ส่วนกลุ่มระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลังนั้นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 40) เป็นมานาน 45-48 สัปดาห์ โดยเฉลี่ย 41.60 สัปดาห์ (S.D = 8.00) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 4

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก จำแนกตามระยะเวลาการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะเวลาการเป็น โรคหลอดเลือดสมอง	ระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก (n= 25)
	จำนวน (ร้อยละ)
1-4 สัปดาห์	9 (36.00)
5-8 สัปดาห์	6 (24.00)
9-12 สัปดาห์	10 (40.00)

ตารางที่ 5

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง จำแนกตามระยะเวลาการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะเวลาการเป็น โรคหลอดเลือดสมอง	ระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง (n= 25)
	จำนวน (ร้อยละ)
24-28 สัปดาห์	4 (16.00)
29-32 สัปดาห์	0 (0.00)
33-36 สัปดาห์	4 (16.00)
37-40 สัปดาห์	3 (12.00)
41-44 สัปดาห์	1 (4.00)
45-48 สัปดาห์	13 (52.00)

สำหรับโรคประจำตัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรกร้อยละ 52 และกลุ่มตัวอย่างระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลังร้อยละ 56 ไม่มีโรคประจำตัวอื่นๆ ร่วมด้วย ส่วนในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วยนั้น พบว่า กลุ่มระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรกเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 91.67) รองลงมาคือโรคเบาหวาน (ร้อยละ 25.00) และโรคหัวใจ (ร้อยละ 16.67) ส่วนกลุ่มระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง พบว่า เป็นโรคเบาหวานมากที่สุด (ร้อยละ 81.82) รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 18.18) และโรคหัวใจกับโรคถุงลมโป่งพองพบเท่ากัน (ร้อยละ 9.09) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรกและระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง จำแนกตามโรคประจำตัว

โรคประจำตัว	ระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก	ระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง
	(n= 25)	(n= 25)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ไม่มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย	13 (52.00)	14 (56.00)
มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย*	12 (48.00)	11 (44.00)
โรคความดันโลหิตสูง	11 (91.67)	2 (18.18)
โรคเบาหวาน	3 (25.00)	9 (81.82)
โรคหัวใจ	2 (16.67)	1 (9.09)
โรคถุงลมโป่งพอง	1 (8.33)	1 (9.09)
โรคเก๊าท์	1 (8.33)	0 (0.00)

หมายเหตุ * กลุ่มตัวอย่าง 1 คน มีโรคประจำตัวได้มากกว่า 1 โรค

สำหรับการพิจารณาการพึ่งพาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ทั้งกลุ่มตัวอย่างระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรกและระยะหลังส่วนใหญ่ (ร้อยละ 92) มีการพึ่งพาอยู่ในระดับพึ่งพาเล็กน้อย ส่วนคะแนนตามดัชนีจีฟ้าเอดีแอล จากคะแนนเต็ม 9 คะแนน พบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนอยู่ในช่วง 4-6 คะแนนมากที่สุด (ร้อยละ 60) โดยกลุ่มตัวอย่างระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรกมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.96 คะแนน (S.D = 1.72) ส่วนกลุ่มระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.08 คะแนน (S.D = 1.75) การปฏิบัติกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 64 ต้องอาศัยผู้ดูแล ส่วนการรักษาที่ได้รับในปัจจุบันพบว่า ร้อยละ 68 รับการรักษาด้วยการรับประทานยา ร่วมกับการทำกายภาพบำบัดเองที่บ้าน ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรกและระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง จำแนกตามระดับการพึ่งพา การปฏิบัติกิจกรรม การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน

ข้อมูลส่วนบุคคล	ระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก	ระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง
	(n= 25)	(n= 25)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับการพึ่งพา		
พึ่งพาทั้งหมด	1 (4.00)	1 (4.00)
พึ่งพาระดับปานกลาง	1 (4.00)	1 (4.00)
พึ่งพาเล็กน้อย	23 (92.00)	23 (92.00)
คะแนนดัชนีจีฟ้าเอดีแอล		
1-3 คะแนน	2 (8.00)	1 (4.00)
4-6 คะแนน	15 (60.00)	15 (60.00)
7-9 คะแนน	8 (32.00)	9 (36.00)
การปฏิบัติกิจกรรม		
ปฏิบัติด้วยตนเองทั้งหมด	9 (36.00)	9 (36.00)
อาศัยผู้ดูแล	16 (64.00)	16 (64.00)

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก	ระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง
	(n= 25)	(n= 25)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน		
รับประทานยา	8 (32.00)	8 (32.00)
รับประทานยาร่วมกับการ ทำกายภาพบำบัดที่บ้าน	17 (68.00)	17 (68.00)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระดับความเครียด จำแนกตามลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตลอดจนระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก ร้อยละ 48 และกลุ่มตัวอย่างระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง ร้อยละ 64 มีความเครียดระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 8 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 39.32 (S.D = 11.82) และ 34.12 (S.D = 8.23) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 8

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรกและระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง จำแนกตามระดับความเครียด

ระดับความเครียด	ระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก	ระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง
	(n = 25)	(n = 25)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับต่ำ	2 (8.00)	3 (12.00)
ระดับปานกลาง	12 (48.00)	16 (64.00)
ระดับสูง	11 (44.00)	6 (24.00)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง

จากการทดสอบความแตกต่างของความเครียดของกลุ่มตัวอย่างระยะฟื้นฟูสภาพพระยะแรกและระยะฟื้นฟูสภาพพระยะหลัง พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความเครียดของกลุ่มตัวอย่างระยะฟื้นฟูสภาพพระยะแรกและระยะฟื้นฟูสภาพพระยะหลังไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9

การทดสอบความแตกต่างของความเครียดของกลุ่มตัวอย่างระยะฟื้นฟูสภาพพระยะแรกและระยะฟื้นฟูสภาพพระยะหลัง

กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{X}$	S.D	ค่า t	ค่า p
ระยะฟื้นฟูสภาพพระยะแรก	39.32	11.82	1.80	.08
ระยะฟื้นฟูสภาพพระยะหลัง	34.12	8.23		

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาการเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าทั้งกลุ่มตัวอย่างระยะฟื้นฟูสภาพพระยะแรกและระยะหลัง มีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งสามแบบ ได้แก่ การเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการจัดการกับปัญหาทางอ้อม โดยแบบที่แต่ละบุคคลใช้มากที่สุดนั้น พบว่า ทั้งกลุ่มระยะฟื้นฟูสภาพพระยะแรกและกลุ่มฟื้นฟูสภาพพระยะหลัง ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64 และ 100 ตามลำดับ) มีการใช้การจัดการกับปัญหาทางอ้อมมากที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างระยะฟื้นฟูสภาพพระยะแรกและระยะฟื้นฟูสภาพพระยะหลัง จำแนกตามวิธีการเผชิญความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด

วิธีการเผชิญความเครียด	ระยะฟื้นฟูสภาพพระยะแรก	ระยะฟื้นฟูสภาพพระยะหลัง
	(n = 25)	(n = 25)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
การเผชิญหน้ากับปัญหา	7 (28.00)	0 (0.00)
การจัดการกับอารมณ์	2 (8.00)	0 (0.00)
การจัดการกับปัญหาทางอ้อม	16 (64.00)	25 (100.00)

เมื่อพิจารณาตามคะแนนสัมพัทธ์ในวิธีการเผชิญความเครียดแต่ละแบบ พบว่า ทั้งกลุ่มระยะฟื้นฟูสภาพพระยะแรกและกลุ่มฟื้นฟูสภาพพระยะหลังมีค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพัทธ์แบบการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์สูงสุด (.406 และ .414 ตามลำดับ) และการจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุด (.286 และ .290 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 11

วิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ที่กลุ่มตัวอย่างระยะฟื้นฟูสภาพพระยะแรกเลือกใช้มากที่สุด (ร้อยละ 100) คือ การสวดมนต์ เชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือสิ่งที่เหนือถ้อย ส่วนกลุ่มระยะหลังพบว่าใช้การยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นอย่างจริงมากที่สุด (ร้อยละ 100) ส่วนการเผชิญความเครียดแบบเผชิญหน้ากับปัญหา พบว่า กลุ่มระยะฟื้นฟูสภาพพระยะแรกมีการใช้การพยายามควบคุมสถานการณ์บางอย่างไว้มากที่สุด (ร้อยละ 68) ส่วนกลุ่มระยะฟื้นฟูสภาพพระยะหลังก็มีการลดความเครียดโดยการทำกิจกรรมหรือออกกำลังกายมากที่สุด (ร้อยละ 80) และสำหรับการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุดนั้น ทั้งสองกลุ่มพบว่า แสดงความกระวนกระวาย หงุดหงิดใจมากที่สุด (ร้อยละ 68) เช่นเดียวกัน (แสดงในภาคผนวก ค)

ตารางที่ 11

ค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพัทธ์ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนสัมพัทธ์ของกลุ่มตัวอย่างระยะฟื้นฟูสภาพพระยะแรกและระยะฟื้นฟูสภาพพระยะหลัง จำแนกตามวิธีการเผชิญความเครียด

วิธีการเผชิญความเครียด	คะแนนสัมพัทธ์			
	ระยะฟื้นฟูสภาพพระยะแรก		ระยะฟื้นฟูสภาพพระยะหลัง	
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D
การเผชิญหน้ากับปัญหา	.308	.008	.294	.005
การจัดการกับอารมณ์	.286	.006	.290	.006
การจัดการกับปัญหาทางอารมณ์	.406	.007	.414	.004

ส่วนที่ 5 ข้อมูลเปรียบเทียบวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรกและระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง

จากการทดสอบความแตกต่างของการใช้วิธีการเผชิญความเครียดระหว่างกลุ่มตัวอย่างระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรกและระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 โดยการใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบเผชิญหน้ากับปัญหา และการจัดการกับอารมณ์นั้นกลุ่มตัวอย่างระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรกมีการใช้มากกว่ากลุ่มระยะหลัง ส่วนการจัดการกับปัญหาทางอ้อมนั้นกลุ่มตัวอย่างระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลังมีการใช้มากกว่าระยะแรก ดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 12

การทดสอบความแตกต่างของการใช้การเผชิญความเครียดระหว่างกลุ่มตัวอย่างระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรกและระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง

วิธีการเผชิญความเครียด	ระยะฟื้นฟูสภาพ	ระยะฟื้นฟูสภาพ	Fisher's exact test
	ระยะแรก (n = 25)	ระยะหลัง (n = 25)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
การเผชิญหน้ากับปัญหา	7 (28.00)	0 (0.00)	p < .01
การจัดการกับอารมณ์	2 (8.00)	0 (0.00)	
การจัดการกับปัญหาทางอ้อม	16 (64.00)	25 (100.00)	

การอภิปรายผล

การศึกษาระดับความเครียดและการเผชิญกับความเครียดของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่คลินิกอายุรกรรมประสาท งานพยาบาลผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 50 คน โดยแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม กลุ่มละ 25 คน คือ กลุ่มระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก ซึ่งเป็นระยะ 3 เดือนแรกของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และกลุ่มระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง ซึ่งเป็นโรคหลอดเลือดสมองมานาน 6-12 เดือน จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำมาอภิปรายผลการศึกษาได้ ดังนี้

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรกและระยะหลัง ร้อยละ 68 เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 64 และ 60 ตามลำดับ) มีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรกมีอายุเฉลี่ย 68.96 ปี (S.D = 5.95) และกลุ่มระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลังมีอายุเฉลี่ย 68.84 ปี (S.D = 6.34) ลักษณะดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาหลายการศึกษาที่พบว่า อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองมักพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และมักพบได้มากในผู้สูงอายุ (Dennis, O'Rourke, Lewis, Sharpe & Warlow, 1998; Vemmos et al., 1999) ซึ่งอาจเนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการแข็งตัวของหลอดเลือด ประกอบกับโรคประจำตัวต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน จะส่งเสริมให้เกิดการตีบแคบของหลอดเลือดสมองได้ ซึ่งจะส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดในสมองลดลง ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง และเกิดการตายของหลอดเลือดสมองได้ รวมทั้งยังทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดได้ง่าย อันเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (Ramirez-Lassepas, 1998) นอกจากนี้ในผู้สูงอายุโดยเฉพาะกลุ่มที่มีประวัติโรคความดันโลหิตสูง อาจมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทำให้เกิดการแตกของหลอดเลือดสมองได้ง่าย สำหรับการวินิจฉัยโรคของกลุ่มตัวอย่างที่พบในการศึกษานี้ พบว่า กลุ่มระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก ร้อยละ 56 มีการตีบของหลอดเลือดสมอง ส่วนกลุ่มตัวอย่างระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลังพบว่า ร้อยละ 52 มีการแตกของหลอดเลือดสมอง สำหรับโรคประจำตัวที่เกิดร่วมกับโรคหลอดเลือดสมองนั้น โรคที่พบได้ในทั้งสองกลุ่มคือ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหัวใจ (ตารางที่ 7) ซึ่งทั้ง 3 โรคนี้มีความเกี่ยวข้องกับการสูงอายุ และการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Ramirez-

Lassepas, 1998) เป็นที่น่าสนใจว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ ส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า ไม่มีโรคประจำตัว ทั้งๆ ที่การเป็นโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จะเป็นผลมาจากโรคต่างๆ ดังได้กล่าวมาแล้วในตอนต้น ข้อมูลนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างไม่เคยได้รับการตรวจสุขภาพมาก่อน หรืออาจไปรับการตรวจที่ โรงพยาบาลแห่งอื่นแต่ผู้ป่วยไม่ได้รับการแจ้งให้ทราบว่าป่วยเป็นโรคใดบ้าง จึงทำให้ไม่ทราบว่าตนมีการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ เกิดขึ้น

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 64 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา สอดคล้องกับลักษณะกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการศึกษาของจิราวรรณ ลีลาพัฒนาพาณิชย์ (2541) ที่ศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี ลักษณะครอบครัว ร้อยละ 56 และ 80 ตามลำดับ เป็นครอบครัวขยาย และกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 56 มีสถานภาพในครอบครัวเป็นหัวหน้าครอบครัว (ตารางที่ 1)

ในการศึกษารั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทุกคนไม่ได้ประกอบอาชีพ ทั้งนี้เนื่องจากการสูงอายุและความพิการที่เกิดจากโรค ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดลง (Zhu, et al., 1998) พบว่าทั้งกลุ่มระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรกและกลุ่มระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลังส่วนใหญ่มีความพิการของแขนและขาข้างขวา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิราวรรณ ลีลาพัฒนาพาณิชย์ (2541) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นอัมพาตซีกขวามากกว่าซีกซ้าย ในการศึกษารั้งนี้ผู้วิจัยยังพบอีกว่าเมื่อพิจารณาความถนัดของการใช้งานของมือ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความอ่อนแรงของแขนข้างที่ถนัดมากที่สุด จึงทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 64 ต้องอาศัยผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ อย่างไรก็ตามพบว่าในการศึกษารั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 92) มีการพึ่งพาอยู่ในระดับพึ่งพาเล็กน้อยเท่านั้น สำหรับสถานะทางเศรษฐกิจพบว่า รายได้ของทั้งสองกลุ่ม ทั้งรายได้ส่วนตัวและรายได้ครอบครัวแตกต่างกัน (ตารางที่ 2) แต่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เห็นว่าเพียงพอต่อค่าใช้จ่ายที่จำเป็น ประกอบกับรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มนี้ค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนของประชาชนภาคเหนือ (6,260 บาทต่อเดือน) (กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2540) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจึงไม่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ

ในการศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดระยะเวลาและสมรรถภาพสมองของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา

2. ความเครียดของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรกและระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง

ผลการศึกษาระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรกและกลุ่มตัวอย่างระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลังส่วนใหญ่ มีความเครียดระดับปานกลาง (ตารางที่ 8) ซึ่งตามแนวคิดของลาซารัสและโฟลด์แมน (1984) ความเครียดเกิดขึ้นจากการใช้สติปัญญาประเมินปัจจัยด้านบุคคล สถานการณ์เฉพาะหน้า รวมทั้งความสามารถในการเผชิญความเครียดของตน การที่บุคคลมีความเครียดมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับประเมินสถานการณ์ว่ามีความสำคัญหรือมีความรุนแรงต่อตนเองมากน้อยเพียงใด ซึ่งบุคคลจะประเมินความเครียดในลักษณะเป็นอันตราย สูญเสีย หรือคุกคามต่อสวัสดิภาพชีวิตของตน โรคหลอดเลือดสมองถือเป็นสถานการณ์เฉพาะหน้าที่รุนแรง เนื่องจากเป็นโรคที่เป็นอันตรายถึงชีวิตได้ รวมทั้งโรคนี้ยังเป็นโรคเรื้อรังที่มีปัญหาสำคัญ คือ ทำให้เกิดความพิการขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความจำกัดในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย โดยจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความพิการของแขนและขาข้างขวามากที่สุด ซึ่งเป็นข้างที่ผู้ป่วยมีความถนัดในการทำงาน เมื่อมีความพิการเกิดขึ้นจึงส่งผลให้การทำหน้าที่ต่างๆ ลดลงอย่างมาก ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่น สูญเสียอำนาจในการควบคุมตนเอง ความรู้สึกที่เป็นปกติ ความสุขสบายของร่างกาย ภาพลักษณ์ และสูญเสียความพึงพอใจในตนเอง เป็นต้น ผู้ป่วยจึงเกิดความเครียด ยิ่งความสามารถในการทำหน้าที่ต่ำลง ผู้ป่วยก็จะยิ่งประเมินว่าเป็นความเครียดในระดับสูงขึ้น (Boynton De Sepulveda & Chang, 1994; Hoeman, 1996) รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มยังมีโรคประจำตัวอื่นๆ ร่วมด้วย ซึ่งโรคที่พบนั้นยังเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหัวใจ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเครียดจากการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น (Agle & Baun, 1977 cited in Bronstien, 1991)

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มร้อยละ 68 เป็นเพศชาย ร้อยละ 56 มีสถานภาพเป็นหัวหน้าครอบครัว ซึ่งจะต้องมีลักษณะความเป็นผู้นำของครอบครัว เมื่อต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ทำให้เกิดความเครียดในผู้ป่วยเหล่านี้ได้ โดยความเครียดจะเพิ่มขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงของบทบาทของผู้ป่วย (Hoeman, 1996)

จากการทดสอบความแตกต่างของความเครียดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มพบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างประเมินสถานการณ์ทั้งระยะแรกและระยะหลังในลักษณะของอันตรายและคุกคาม อาจเนื่องมาจากในระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรกนั้น จากความรุนแรงของสถานการณ์ของโรคหลอดเลือดสมอง และกลุ่มตัวอย่างยังไม่มีประสบการณ์

ในการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรค ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถคาดเดาสถานการณ์ การดำเนินของโรค การพยากรณ์โรคต่างๆ ของตนเองว่าจะเป็นอย่างไรต่อไป (Close & Procter, 1999) ซึ่งความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองนั้นอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ผู้ป่วยจะประเมินว่าเป็นอันตรายและคุกคามต่อสวัสดิภาพชีวิตของตน รวมทั้งความพิการที่เกิดขึ้น ทำให้ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้น้อยลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้รู้สึกว่าชีวิตมีความยุ่งยาก และมีความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง บทบาทหน้าที่ต่างๆ อัตมโนทัศน์ และความพึงพอใจในชีวิตลดลง ซึ่งผู้ป่วยจะเกิดความเครียดจากการประเมินสถานการณ์ว่าเป็นอันตราย สูญเสียหรือคุกคามต่อตนเอง และเกิดความเครียดได้ในที่สุด ยิ่งความเจ็บป่วยรุนแรงยิ่งทำให้เกิดความเครียดสูงขึ้น (Volicer & Burns, 1977) ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคลด้วย (Jalowiec & Powers, 1981) สำหรับในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่พบ เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ทำให้สามารถนำทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ต่างๆ มาใช้ในการแก้ไขปัญหาได้ดี และมีการพึ่งพาอยู่ในระดับเล็กน้อยเท่านั้น รวมทั้งยังมีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ซึ่งคู่สมรสเป็นบุคคลหนึ่งในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นตัวกลางในการลดความเครียดของคู่สมรสของตนได้ เช่น เป็นผู้ให้คำแนะนำและเป็นตัวกลางในการแก้ไขปัญหา คอยแนะนำหรือสนับสนุนในการควบคุมอารมณ์ เป็นต้น (Caplan, 1974 cited in Roth, 1989) ในวัยสูงอายุเครือข่ายทางสังคมมีขนาดเล็กวงครอบครัวจะเป็นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญและใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด (Roth, 1989) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวขยาย อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความอบอุ่นและการเอาใจใส่ดูแลจากบุคคลในครอบครัว จึงทำให้มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น ส่วนกลุ่มตัวอย่างระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลังแม้จะผ่านการเจ็บป่วยมานานถึง 6 เดือนแล้วก็ตาม การประเมินสถานการณ์ในลักษณะอันตรายและคุกคามควรจะลดลง และควรจะสามารถคาดเดาเหตุการณ์เกี่ยวกับโรคที่เป็นได้ จึงน่าจะมี ความเครียดลดลง แต่ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างยังคงมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะของโรคหลอดเลือดสมองทำให้ความพิการที่เกิดขึ้นไม่สามารถหายเป็นปกติเหมือนสภาพเดิมได้ แม้ว่าอาการอาจดีขึ้นบ้างแต่ความพิการยังหลงเหลืออยู่อย่างชัดเจน ผู้ป่วยยังต้องพึ่งพาผู้อื่น จึงรู้สึกว่าคุกคามจากการที่ตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ จะนึกถึงความยุ่งยากที่จะเกิดขึ้นกับตนเองต่อไป จึงมีความเครียดไม่แตกต่างจากกลุ่มฟื้นฟูสภาพระยะแรก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบอยน์ตัน ดี เชฟลิวีดาและ

ทรง (1994) ที่พบว่า ระดับความเครียดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความสัมพันธ์กับความยาวนานของระยะเวลาการเจ็บป่วย

3. การเผชิญความเครียดของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรกและระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง

ในการศึกษาค้นคว้ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งสามรูปแบบ โดยใช้การเผชิญความเครียดแบบจัดการกับปัญหาทางอารมณ์มากที่สุด รองลงมาคือ แบบเผชิญหน้ากับปัญหา และการจัดการกับอารมณ์ ตามลำดับ (ตารางที่ 11)

ลาซารัสและฟอล์คแมน (1984) กล่าวว่า การเผชิญความเครียดเป็นความพยายามทางความคิดและพฤติกรรมของบุคคลที่ใช้ในการจัดการกับความต้องการของร่างกายทั้งภายนอกและภายในของบุคคล ซึ่งจะสามารถจัดการได้ดีเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับพลังความสามารถของแต่ละบุคคล ความพยายามนี้จะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและตลอดเวลา ซึ่งเกิดเมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้นหากบุคคลประเมินว่าเหตุการณ์นั้นก่อให้เกิดความเครียดในลักษณะ อันตราย/สูญเสีย คุณค่า หรือทำลาย บุคคลจะหาวิธีการเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งจาโลวีก (Jalowiec, 1988) แบ่งการเผชิญความเครียดออกเป็น 3 แบบ คือ การเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ โดยบุคคลจะมีการใช้การเผชิญความเครียดได้ทั้ง 3 แบบ โดยการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์จะเกิดขึ้นทันทีหลังเกิดเหตุการณ์ หลังจากนั้นจะมีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์นั้นจะใช้มากเมื่อบุคคลไม่สามารถควบคุมสิ่งที่เป็นสาเหตุของความเครียด หรือไม่สามารถเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายหรือคุณค่านั้นได้ (Lazarus & Folkman, 1984) วิธีการนี้เป็นวิธีที่ผู้สูงอายุนิยมใช้มากกว่าการเผชิญหน้ากับปัญหาเมื่อเกิดความเครียดขึ้น (Miller, 1999) สำหรับการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ เช่น การหนีจากสถานการณ์ จะทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง และมีเวลาในการหาเหตุผลที่จะเพิ่มความหวังของตน แต่ในขณะเดียวกันก็มีข้อเสีย คือ ทำให้ความรู้สึกที่แท้จริงของผู้ป่วยไม่ได้รับการยอมรับและเปิดเผย รวมทั้งปัญหาอาจได้รับการแก้ไขที่เหมาะสมได้ล่าช้าเกินไป ซึ่งมีผลเสียต่อตัวผู้ป่วยและก่อให้เกิดความเครียดเพิ่มมากขึ้นได้ (Roth & Cohen, 1986 cited in Miller, 1992)

อย่างไรก็ตาม ไม่มีการเผชิญความเครียดแบบใดมีประสิทธิภาพในทุกสถานการณ์ได้ การเผชิญความเครียดแบบหนึ่งก็เหมาะสมกับสถานการณ์หนึ่ง และผลที่ออกมาจะแตกต่างกันไป

ตามปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น ถ้าเผชิญความเครียดในแบบที่ไม่เหมาะสมก็จะทำให้มีความเครียดเพิ่มมากขึ้น (Bronstein, 1991)

จากการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มให้การเผชิญความเครียดแบบจัดการกับปัญหาทางอ้อมมากที่สุดนั้น อาจเนื่องมาจากลักษณะของโรคที่มีอาการอ่อนแรงครึ่งซีก การเคลื่อนไหวลำบาก ทำให้กลุ่มตัวอย่างประเมินสถานการณ์ว่าเป็นสิ่งที่ตนเองไม่สามารถควบคุมการเปลี่ยนแปลงได้ เนื่องจากอาการดังกล่าวไม่สามารถหายเป็นปกติในเวลา 6-12 เดือน ทำให้ความรู้สึกเหล่านี้ไม่เปลี่ยนแปลง กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถใช้วิธีแก้ปัญหาได้โดยตรง จึงมีการปรับการรับรู้ปัญหาของตนเองโดยการจัดการกับปัญหาทางอ้อมเพื่อให้ตนเองรู้สึกสบายใจขึ้น ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ โดยจากการศึกษาของสุขุมาล ต้อยแก้ว (2540) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับปัญหามากที่สุด รองลงมาคือ จัดการกับปัญหาทางอ้อม และ จัดการกับอารมณ์ตามลำดับ และการศึกษาของหทัยรัตน์ จรัสสุไรสิน (2538) และสุภาพ อารีเอื้อ (2540) ที่ศึกษาในหญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมก็พบในลักษณะเช่นเดียวกัน ทั้งนี้เนื่องจากสถานการณ์จากโรคแตกต่างกัน ในการศึกษาครั้งอื่นๆ นั้นโรคของกลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงน้อยกว่าในการศึกษาครั้งนี้และทั้งสองโรคสามารถควบคุมความรุนแรงได้ ทำให้การประเมินสถานการณ์ของกลุ่มตัวอย่างเหล่านั้นแตกต่างจากการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งการเผชิญความเครียดจะเป็นแบบใดขึ้นอยู่กับโรคที่เป็น และการคุกคามของโรค ดังที่โฮแมน (Hoeman, 1996) ได้กล่าวว่า ในโรคหลอดเลือดสมองนั้นเนื่องจากเป็นโรคที่มีความพิการเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะต้องปรับตัวให้อยู่ในสังคมกับความพิการที่หลงเหลืออยู่ มีการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง เมื่อเวลาเพิ่มขึ้นหากผลการฟื้นฟูสภาพไม่ดีขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีความหวังต่อการหายของโรคลดลง (จิราวรรณ สิลาพัฒนาพาณิชย์, 2541) ทำให้มีการแก้ปัญหาทางอ้อมหรือใช้แนวทางที่จะเปลี่ยนการรับรู้ปัญหา โดยที่เหตุการณ์หรือปัญหาไม่เปลี่ยนแปลงนั่นเอง (Jalowiec, 1988) ซึ่งในระยะแรกของการเกิดโรคนั้น ผู้ป่วยควรมีการจัดการกับอารมณ์เพียงระยะเวลาอันสั้นหลังเกิดสถานการณ์ หลังจากนั้นควรมีการเผชิญหน้ากับปัญหาเพื่อแก้ไขสถานการณ์ต่างๆ เช่น รับประทานยา ปรึกษากับผู้ที่มีประสบการณ์หรือมีความรู้ แต่จากการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างระยะแรกกลับมีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับปัญหาทางอ้อมมากที่สุดดังได้กล่าวมาแล้ว ทำให้ปัญหาของผู้ป่วยอาจไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ปัญหามีความรุนแรงมากขึ้นได้ ซึ่งการจัดการกับปัญหาทางอ้อมน่าจะเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างระยะหลังมากกว่า โดยกลุ่มตัวอย่างอาจใช้วิธีนี้เมื่อเผชิญหน้ากับปัญหาแล้วไม่สามารถแก้ไขปัญหานั้นได้เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ผู้ป่วยยัง

คงมีความพิการหลงเหลืออยู่ ผู้ป่วยจึงต้องปรับตัวให้สามารถอยู่กับความพิการได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป ทั้งนี้ผู้ป่วยระยะหลังก็จะต้องมีการเผชิญหน้ากับปัญหาร่วมด้วยเพื่อควบคุมไม่ให้อาการต่างๆ รุนแรงขึ้น

การเผชิญความเครียดแบบจัดการกับปัญหาทางอ้อมที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุดนั้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรกทุกคนเลือกให้การสวดมนต์ เชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือสิ่งที่เชื่อถือมากที่สุด ส่วนกลุ่มระยะหลังพบว่าทุกคนให้การยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริงมากที่สุด (ภาคผนวก ค) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของหัตย์รัตน์ จรัสอุไรสิน (2538) ที่พบว่าหญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่ใช้การเผชิญความเครียดแบบจัดการกับปัญหานั้นมีการใช้วิธีการสวดมนต์มากที่สุดเช่นกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากความเชื่อในเรื่องศาสนามีอิทธิพลกับสังคมไทย การดำเนินชีวิตประจำวันของคนไทยมีศาสนาเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ จึงหวังว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์จะช่วยให้ตนเองหายจากเจ็บป่วยได้ (สุพัตรา สุภาพ, 2534) รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยสูงอายุ ซึ่งจากการรายงานของ มิลเลอร์ (Miller, 1999) พบว่า มากกว่าร้อยละ 75 ของผู้สูงอายุอเมริกันเห็นว่าศาสนามีความสำคัญมากต่อตนเอง และจะใช้วิธีการทางศาสนาในการเผชิญกับความเครียด เป็นวิธีแรกเมื่อมีเหตุการณ์ที่ย่างยากเกิดขึ้นกับตน สำหรับกลุ่มฟื้นฟูสภาพระยะหลังในการศึกษานี้ทุกคนใช้วิธียอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง อาจเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้เวลาในการรักษา ความหวังของผู้ป่วยจึงลดลงตามเวลาที่เพิ่มขึ้นหากอาการไม่ดีขึ้น (จิราวรรณ ลีลา-พัฒนาพานิชย์, 2541) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยสูงอายุมักปลงกับชีวิต มีการยอมรับสภาพตามที่เป็นจริง จึงพบมีการยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริงได้มากที่สุด ซึ่งการสวดมนต์ เชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์นั้นเป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยสบายใจมากขึ้น แต่หากผู้ป่วยไม่ใช้การเผชิญหน้ากับปัญหาร่วมด้วย ปัญหาที่เกิดขึ้นยังคงไม่ได้รับการแก้ไขโดยเฉพาะในระยะแรกของการเจ็บป่วย ส่วนการยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริงนั้นก็มีผลดีกับระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลังที่ผู้ป่วยยังมีความพิการหลงเหลืออยู่ หากผู้ป่วยยอมรับสถานการณ์ได้ก็จะช่วยลดความเครียดได้ทางหนึ่ง แต่อย่างไรก็ตามในระยะนี้ผู้ป่วยก็ควรจะมีการเผชิญหน้ากับปัญหาด้วยเช่นกัน

ส่วนการเผชิญความเครียดแบบเผชิญหน้ากับปัญหา พบว่า กลุ่มระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรกมีการใช้การพยายามควบคุมสถานการณ์บางอย่างไว้มากที่สุด (ร้อยละ 68) ส่วนกลุ่มระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลังก็มีการลดความเครียดโดยการทำกิจกรรมหรือออกกำลังกายมากที่สุด (ร้อยละ 80) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบาลดรี เมอร์ฟี และเพาเออร์ (Baldree, Murphy & Powers, 1982 cited in Gurklis & Menke, 1988) ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่อง

โตเทียม และการศึกษาของ หทัยรัตน์ จรัสอุไรสิน (2538) ในหญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการควบคุมสถานการณ์ไว้เช่นเดียวกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากในระยะ 3 เดือนแรก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะยังคงมีความหวังในการหายจากโรคในระดับสูง (จิราวรรณ ลีลาพัฒนาพานิชย์, 2541) จึงมีการพยายามควบคุมสถานการณ์ต่างๆ เพื่อให้ผลการรักษาเป็นไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งความรู้สึกว่าตนเองควบคุมสถานการณ์ได้เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Jalowiec & Powers, 1981) อีกทั้งยังอาจช่วยลดความรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือตนเอง และความรู้สึกสิ้นหวังเมื่อเผชิญเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด หรืออาจช่วยลดความรู้สึกที่ต้องพึ่งพาพึ่งได้ (Gurklis & Menke, 1988) ส่วนกลุ่มระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลังที่เลือกใช้วิธีการลดความเครียดโดยการทำกิจกรรมหรือออกกำลังกายมากที่สุดนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของโอเบอร์ลี และโอเบอร์ลี (Oberly & Oberly, 1989) อ้างในหทัยรัตน์ จรัสอุไรสิน, 2538) และหทัยรัตน์ จรัสอุไรสิน (2538) อาจเนื่องจากการทำกิจกรรมหรือออกกำลังกาย ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขและมีสุขภาพดี โดยทำให้เพลิดเพลินไม่คิดถึงความเครียดหรือปัญหา นอกจากนี้การออกกำลังกายยังอาจทำให้เกิดพลังงานที่จะเผชิญกับความเครียด และทำให้เกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ส่งผลให้เกิดแนวทางในการจัดการกับปัญหาได้ (Jalowiec, 1988) รวมทั้งโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ต้องมีการฟื้นฟูสภาพโดยการออกกำลังกาย การทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ยังพบว่า การรักษาในปัจจุบันที่ผู้ป่วยได้รับคือ การรับประทานยา ร่วมกับการทำกายภาพบำบัดที่บ้าน ทำให้พบการเผชิญความเครียดโดยวิธีนี้มากที่สุดได้

ผู้วิจัยมีความเห็นว่าการเผชิญหน้ากับปัญหาที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะแรกใช้นั้น วิธีที่เหมาะสมน่าจะเป็นการคิดหาวิธีการต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์ และการพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์อย่างจริงจัง รวมทั้งพยายามหาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์เพิ่มเติมเพื่อให้สามารถจัดการกับปัญหาได้ดีขึ้น ซึ่งวิธีการเหล่านี้จะทำให้กลุ่มตัวอย่างระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรกได้แก้ไขปัญหของตน แต่ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรกใช้วิธีดังกล่าวเป็นอันดับที่ 3, 8 และ 10 ตามลำดับ (แสดงในภาคผนวก ค) ส่วนกลุ่มระยะหลังน่าจะเป็นการใช้วิธีการปฏิบัติกิจกรรมหรือออกกำลังกาย ซึ่งในการศึกษานี้ก็พบมากที่สุดดังได้กล่าวมาแล้ว เนื่องจากโรคนี้จะต้องมีการทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้หายวះต่างๆ ทำหน้าที่ได้ใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด รวมทั้งวิธีการพยายามควบคุมสถานการณ์บางอย่างไว้ก็น่าจะเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่กลุ่มตัวอย่างระยะหลังควรใช้มากเช่นกัน เนื่องจากเป็น

การพยายามควบคุมไม่ให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้

สำหรับการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์วิธีที่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มใช้มากที่สุดนั้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างแสดงความกระวนกระวาย หงุดหงิดใจมากที่สุด (ร้อยละ 68) เนื่องจาก โรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดความสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วย ซึ่งผลกระทบต่อจิตใจทำให้ผู้ป่วยกระวนกระวาย หงุดหงิดใจได้ (นภาพรณ แก้ววรรณ, 2533) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิราวรรณ ลีลาพัฒนาพานิชย์ (2541) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีอารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย ทั้งนี้อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่สามารถทำสิ่งต่างๆ ได้ด้วยตนเองทั้งหมด ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ สถานการณ์ว่าเป็นความเครียด เมื่อแก้ไขปัญหาไม่ได้ก็จะกระวนกระวาย หงุดหงิดใจตามมา ซึ่งในกลุ่มฟื้นฟูสภาพระยะหลังอาจเนื่องมาจากความพิการที่เกิดขึ้น รวมทั้งความเรื้อรังของการเกิดโรคที่เป็นเวลายาวนานทำให้ผู้ป่วยหงุดหงิด ซึ่งการจัดการกับอารมณ์นี้น่าจะมีการใช้ในระยะแรก ที่เกิดการเจ็บป่วยขึ้น และไม่ควรมียุ่มนานเกินช่วง 3 เดือนแรกของการเจ็บป่วย เนื่องจากอาการแสดงเหล่านี้แสดงถึงการที่ผู้ป่วยมีความเครียดเกิดขึ้น อาจทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้นดังกล่าวแล้วข้างต้น ซึ่งในระยะหลังจึงควรพบวิธีการจัดการกับอารมณ์น้อยกว่า ซึ่งในการศึกษานี้ก็พบว่า มีน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับการจัดการกับความเครียดอีกสองวิธี

จากแนวคิดของลาซารัสและฟอล์คแมน (1984) ที่แบ่งการเผชิญความเครียดออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และ แบบลดอารมณ์ถึงเครียด นั้น จาโลวิก (1988) ได้ขยายแนวคิดโดยแบ่งการเผชิญความเครียดเป็น 3 แบบ ดังได้กล่าวแล้ว ซึ่งการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ที่เพิ่มขึ้นนั้น วิธีการเผชิญความเครียดส่วนใหญ่มาจากการเผชิญความเครียดแบบลดอารมณ์ถึงเครียดตามแนวคิดของลาซารัสนั่นเอง ในการศึกษาครั้งนี้เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของการใช้วิธีการเผชิญความเครียดระหว่างกลุ่มตัวอย่างฟื้นฟูสภาพระยะแรกกับระยะหลังพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 โดยการใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบเผชิญหน้ากับปัญหาและการจัดการกับอารมณ์นั้นกลุ่มตัวอย่างระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรกมีการใช้มากกว่ากลุ่มระยะหลัง ส่วนการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์นั้นกลุ่มตัวอย่างระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลังมีการใช้มากกว่าระยะแรก (ตารางที่ 12) ทั้งนี้อาจเนื่องจากในระยะแรกของการเกิดโรคนั้นผู้ป่วยจะมีการเผชิญความเครียดแบบลดอารมณ์ถึงเครียดทันทีหลังเกิดปัญหาก่อนที่จะเผชิญหน้ากับปัญหา ซึ่งตรงตามทฤษฎีที่ลาซารัสและฟอล์คแมนกล่าวไว้ นอกจากนี้ยังเป็นระยะที่ผู้ป่วยมีความหวังที่จะหายจากโรคนี้ ผู้ป่วยจะยังคงมีความกระตือรือร้นใน

การแก้ไขสถานการณ์ จึงพยายามที่จะหาวิธีการรักษา หรือวิธีการแก้ไขความเจ็บป่วย และปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น จึงใช้การเผชิญความเครียดแบบเผชิญหน้ากับปัญหา เมื่อเวลาผ่านไป อาการของโรคและความพิการต่างๆ ที่เกิดขึ้นยังคงเหลืออยู่ ไม่มีความก้าวหน้าในการรักษา ผู้ป่วยยังต้องรับประทานยา และทำกายภาพบำบัดอยู่เช่นเดิม ไม่มีวิธีการรักษาใหม่ที่เป็นความหวังในการหายจากโรค ทำให้ผู้ป่วยมีความหวังน้อยลง ประเมินว่าตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ให้เปลี่ยนแปลงได้ จึงพยายามเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของตนเองแทนด้วยการเผชิญกับความเครียดโดยการจัดการกับปัญหาทางอ้อม อย่างไรก็ตามในกลุ่มระยะหลังก็พบว่ายังคงมีการใช้การเผชิญความเครียดแบบเผชิญหน้ากับปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ด้วย จากที่กล่าวมาแสดงให้เห็นว่า ระยะเวลาของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีผลต่อการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษานี้จะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดความเครียดในผู้สูงอายุได้และเมื่อเกิดความเครียดผู้ป่วยจะมีการเผชิญความเครียดโดยลักษณะต่างๆ ได้ทุกแบบ ดังนั้นในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยนั้นควรมีการประเมินและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อจะได้ปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป