

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายวิธีการเผชิญความเครียดของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้วิจัยได้ค้นคว้าเอกสาร บทความ และ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องคลอบคลุมในข้อต่อไปนี้

1. การบาดเจ็บที่ศีรษะ

1.1 ผลกระทบการบาดเจ็บที่ศีรษะต่อผู้ป่วยและครอบครัว

2. แนวคิดของความเครียด

3. แนวคิดของการเผชิญความเครียด

4. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่

ศีรษะ

4.1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญความเครียดของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย

บาดเจ็บที่ศีรษะ

การบาดเจ็บที่ศีรษะ

บาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต พบได้บ่อย การวินิจฉัยและรักษาโรคได้อย่างถูกต้องและทันต่วงที่มีความสำคัญยิ่ง เพราะจะช่วยลดอัตราการตายและความพิการของผู้ป่วยลงได้ สาเหตุของการเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่เกิดจากการจราจร รองลงมาคือ การถูกตีที่ศีรษะ การตกจากที่สูง การถูกยิง การถูกแทง (จเร ผลประเสริฐ, 2541) คำจำกัดความของการบาดเจ็บที่ศีรษะที่ใช้กันแพร่หลายในปัจจุบันคือ (นครชัย เพื่อนปฐม, 2541)

1. มีประวัติที่แน่ชัดว่าศีรษะถูกกระทบกระเทือน
2. ตรวจพบมีบาดแผลฉีกขาดที่หนังศีรษะหรือหน้าผาก
3. มีการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว แม้เพียงชั่วขณะ

การบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง การได้รับอันตรายจากแรงภายนอกมากระทบที่ศีรษะ ทำให้มีการบาดเจ็บที่ส่วนต่าง ๆ ของศีรษะ ซึ่งได้แก่ หนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ เยื่อหุ้มสมอง สมอง และหลอดเลือดภายในกะโหลกศีรษะอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างร่วมกัน (จเร ผลประเสริฐ, 2541; นครชัย เพื่อนปฐม, 2541; Hickey, 2003)

การบาดเจ็บที่ศีรษะ แบ่งได้ตามกายวิภาคคือ (จเร ผลประเสริฐ, 2541)

1. การบาดเจ็บที่หนังศีรษะ (Scalp Injury)

2. กระโหลกแตก (Skull Injury)

3. การบาดเจ็บที่สมอง (Brain Injury) นับได้ว่าเป็นอันตรายที่รุนแรงและมีความสำคัญมากที่สุดในการบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้แก่ เนื้อสมองและเส้นประสาทสมอง และสภาวะตกเลือดในช่องนอกชั้นสมอง (Extradural), ใต้ชั้นสมอง (Subdural), โพรงกะโหลกศีรษะ (Subaracnoid), และภายในเนื้อสมองเอง

นอกจากนี้ยังแบ่งได้ตามความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ใช้ในการพยากรณ์ผลการรักษา การแบ่งระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะและการประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บตั้งแต่ระยะแรกก่อนที่จะมีภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บจะช่วยให้การวางแผนการรักษาในระยะเฉียบพลัน ได้เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยนั้น ๆ การประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะที่นิยมใช้ปัจจุบัน ใช้การประเมินระดับความรู้สึกตัว (Level of Consciousness) โดยใช้แบบประเมินของกลาสโกว์

ความรุนแรงของบาดเจ็บที่ศีรษะ แบ่งโดยใช้ Glasgow Coma Scale (GCS) เป็นพื้นฐาน (Hudak, Gallo, & Morton, 1998) แบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ

1. การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย (Minor Head Injury) มี GCS = 13 – 15

คะแนน พบได้บ่อยที่สุดคิดเป็น 55% ของการบาดเจ็บที่ศีรษะ อาจมีการสูญเสียระดับความรู้สึกตัวหรือจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้ (Amnesia) น้อยกว่า 30 นาที ไม่มีการแตกของกะโหลกศีรษะ หรือการชกซ้ำของเนื้อสมอง (Cerebral Contusion) และไม่มีก้อนเลือด (Hematoma) เกิดภายใต้กะโหลกศีรษะ

2. การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลาง (Moderate Head Injury) มี GCS = 9 – 12

คะแนน พบได้ 24% ของการบาดเจ็บที่ศีรษะมีการสูญเสียระดับความรู้สึกหรือจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้มากกว่า 30 นาที แต่น้อยกว่า 24 ชั่วโมง อาจพบการแตกของกะโหลกศีรษะ

3. การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง (Severe Head Injury) มี GCS = 3 – 8 คะแนน

พบได้น้อยที่สุด คิดเป็น 21% ของบาดเจ็บที่ศีรษะมีการสูญเสียระดับความรู้สึกหรือจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้มากกว่า 24 ชั่วโมง ร่วมกับมีการชกซ้ำซ้ำซากของเนื้อสมอง หรือมีก้อนเลือดในสมอง

อาการของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะนั้น อาการแสดงจะสัมพันธ์โดยตรงกับความรุนแรงและตำแหน่งหรือพยาธิสภาพของสมองที่ได้รับบาดเจ็บ (จเร ผลประเสริฐ, 2541)

พยาธิสภาพของการบาดเจ็บที่ศีรษะ

1. การบาดเจ็บที่ศีรษะปฐมภูมิ (Primary Brain Damage) เป็นการบาดเจ็บที่เนื้อสมองทันทีที่เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ อาการและอาการแสดงขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพ และตำแหน่งของสมองที่ได้รับบาดเจ็บ

2. การบาดเจ็บแบบทุติยภูมิ (Secondary Brain Damage) คือการบาดเจ็บเพิ่มเติมต่อสมองจากผลแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ก้อนเลือดในโพรงกะโหลก สมองบวม สมองขาดเลือดและออกซิเจนจากสภาวะช็อก หรือระบบทางเดินหายใจอุดตัน หรือสภาวะติดเชื้อ

การพยากรณ์โรค การบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรงมักทำให้มีความพิการหลงเหลืออยู่ทั้งทางด้านสติปัญญา ความคิดและด้านร่างกายส่วนหนึ่งส่วนใดซึ่งทำให้คุณภาพชีวิตเสื่อมลงไม่มากนักน้อย ซึ่ง เจเนตต์ และบอนด์ (Jennett & Bond, 1975 อ้างถึงใน จริยา กฤตยารวรรณ, 2546) เสนอไว้ คือ Glasgow Outcome Scale เป็นวิธีการประเมินคุณภาพชีวิตที่นิยมใช้ในปัจจุบันโดยพิจารณาถึงการรอดชีวิต ความต้องการในชีวิตประจำวัน และการกลับคืนสู่สังคม โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ

1. ตาย
2. Persistent Vegetative State คือ สภาวะที่ผู้ป่วยยังหลับใหลโดยการลืมตาแต่ไม่ตอบสนองคำสั่ง ไม่ส่งเสียง และไม่แสดงว่ารับรู้สิ่งแวดล้อม
3. พิการอย่างรุนแรง คือ ผู้ป่วยที่พิการและต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำรงชีวิตประจำวัน
4. พิการปานกลาง คือ ผู้ป่วยที่พิการแต่ช่วยเหลือตนเองในการดำรงชีวิตประจำวันได้
5. พื้นตัวอย่างดี คือ ผู้ป่วยที่สามารถกลับคืนสภาพชีวิตตามปกติได้ถึงแม้ว่าจะ

หลงเหลือความบกพร่องทางร่างกาย หรือ ทางพฤติกรรมอยู่บ้างก็ตาม

การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต ผลของการบาดเจ็บทำให้มีโอกาสเกิดการสูญเสียชีวิตและความพิการได้โดยขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพและความรุนแรงของการบาดเจ็บ

ผลกระทบการบาดเจ็บที่ศีรษะต่อผู้ป่วยและครอบครัว

การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นภาวะวิกฤตของร่างกายเกี่ยวกับระบบประสาทส่วนกลางที่ควบคุมการทำงานของอวัยวะทุกระบบของร่างกาย และอวัยวะในบางระบบทำหน้าที่สำคัญเกี่ยวกับการมีชีวิต เช่น การหายใจ การไหลเวียนของโลหิต นอกจากนี้ยังควบคุมการเคลื่อนไหวของอวัยวะต่าง ๆ การปรับสมดุลของร่างกาย การรับรู้ความรู้สึก การเรียนรู้ การจดจำ การถ่ายทอดการใช้ภาษา สติปัญญา หน้าที่อัตโนมัติต่าง ๆ ของร่างกาย สมองมีหน้าที่ควบคุมตลอดเวลาที่มีชีวิตอยู่ เมื่อศีรษะได้รับความกระทบกระเทือนอย่างรุนแรงหรือ อุบัติเหตุของหลอดเลือดในสมอง

เองจากความดันโลหิตสูง ทำให้เซลล์สมองช็อกช้า และหลอดเลือดภายในกะโหลกศีรษะถูกทำลาย เลือดที่ไหลซึม และ แรงกดของของก้อนเลือด ประกอบกับการบวมของเซลล์สมองทำให้เซลล์สมองถูกกดและเสื่อมหน้าที่ เซลล์สมองจะไม่มีโครงสร้างทดแทนเช่นเซลล์ของอวัยวะอื่น ๆ อวัยวะที่อยู่ภายใต้การควบคุมของสมองในส่วนที่บาดเจ็บจะเสื่อมหน้าที่ตามไปด้วยจึงทำให้เกิดปัญหาการสูญเสียหน้าที่ของร่างกายได้ เช่น การสูญเสียความสามารถการเคลื่อนไหว การพูดจาติดต๋อสื่อสาร การรับรู้ที่ผิดปกติ หรือการสูญเสียความทรงจำเป็นต้น (ทิพพาพร ตั้งอำนาจ, 2541; Hickey, 2003)

ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ มี 3 อย่าง ได้แก่ (จเร ผลประเสริฐ, 2541) ความรุนแรงของการบาดเจ็บ อายุของผู้ป่วยขณะบาดเจ็บ และคุณภาพการรักษาพยาบาล ซึ่งพบได้ว่า ผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย (Minor Head Injury) ส่วนใหญ่เกือบหายโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง แต่ภายหลังจากได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ 3 เดือน อาจมีอาการปวดศีรษะ ความจำลดลง อาจมีผลต่อสมาธิและ และการตัดสินใจ ในกลุ่มผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่ศีรษะปานกลาง (Moderate Head Injury) อาการหลังให้การรักษาจะเป็นที่น่าพอใจ มีบางส่วนเพียงเล็กน้อยที่จะมีสติปัญญาลดลงเนื่องจากการทำลายของเซลล์สมองอย่างถาวร และจากการติดตามหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ 3 เดือน (จเร ผลประเสริฐ, 2541) ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะตลอดเวลา มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ การรับรู้ การได้ยิน การพูด และการมองเห็นความจำลดลง มีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน ในด้านอารมณ์ อาจพบว่ามีอารมณ์ที่แปรปรวนเปลี่ยนแปลงง่าย โกรธง่ายและเร็ว วิตกกังวลสูง ก้าวร้าว สอดคล้องกับการศึกษาของ ทอมป์เซน (Thompssen, 1974) ได้ทำการศึกษาดูตามผู้ป่วยและครอบครัวบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 50 ราย พบว่าจากการบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงดังต่อไปนี้คือ สูญเสียความทรงจำ สูญเสียความสามารถให้อยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพา ซึมเศร้า ไม่ค่อยอดทน ขี้รำคาญ มีความกระตือรือร้น/ความคิดริเริ่มลดลง หงุดหงิดหรืออุนเฉียวง่าย อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายมีการแสดงออกอย่างรุนแรง ความสามารถในการเรียนรู้จากประสบการณ์ลดลง ควบคุมตนเองได้ลดลง ไม่สนใจตนเอง มีพฤติกรรมที่ยึดตนเองเป็นหลัก มีพฤติกรรมในการอยู่ร่วมกับสังคมที่ไม่เหมาะสม และเป็นคนที่ไม่ยืดหยุ่น ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง (Severe Head Injury) พบว่ามีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 50 และผู้ป่วยที่รอดชีวิตจะมีความพิการตามมา (จเร ผลประเสริฐ, 2541; นครชัย เฟื่อนปฐม, 2541)

จะเห็นได้ว่าผลจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจะทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติของระดับความรู้สึกมีความบกพร่องในด้านร่างกาย ด้านความรู้สึกความเข้าใจ ด้านพฤติกรรม และการติดต๋อสื่อสาร (Acorn & Roberts, 1992; Berker, 1996; Swift & Wilson, 2001) ซึ่ง

การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้ถึงแม้ว่าจะเกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย แต่สำหรับตัวผู้ป่วยเองแล้ว บางครั้งอาจมีความคับข้องใจ ความเครียด และความวิตกกังวลเกิดขึ้นภายในของตัวผู้ป่วยได้ (Rice, 1992)

ผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะต่อครอบครัว

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะนั้นไม่เพียงแต่เกิดกับผู้ป่วยดังกล่าวแล้ว สมาชิกในครอบครัวจะได้รับผลกระทบด้วยเช่นกัน (Acorn, 1995; Baker, 1990) เนื่องจากโดยทั่วไปแล้วถือว่า บุคคลที่เป็นสมาชิกของครอบครัวซึ่งอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน มีการใช้ทรัพย์สิน และรายได้ หรือสิ่งที่อำนวยความสะดวกที่หามาได้ด้วยกัน มีการรับรู้ความทุกข์สุขร่วมกัน มีความรักใคร่ผูกพันกัน ดังนั้นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง หรือมีภาวะวิกฤตเกิดขึ้นต่อบุคคลซึ่งเป็นสมาชิกของครอบครัวย่อมส่งผลกระทบต่อครอบครัว หรือสมาชิกคนอื่น ๆ ของครอบครัวด้วยเช่นกัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัวมีดังนี้ (กรณย์พิชญ์ โคตรประทุม, 2546)

1. เกิดปัญหาและการเปลี่ยนแปลงทางด้านโครงสร้างภายในครอบครัว บทบาทและสถานภาพของสมาชิกในครอบครัว ในกรณีที่หัวหน้าครอบครัวซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบเลี้ยงดูคนในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย ทำให้ต้องหยุดพักงานเป็นระยะเวลานาน หรืออาจต้องออกจากงาน ในขณะที่ภรรยาอาจต้องเข้ารับบทบาทและสถานภาพหัวหน้าครอบครัวแทน คือต้องออกไปทำงานหาเลี้ยงครอบครัวแทนสามี และต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ๆ ในการทำหน้าที่ต่าง ๆ แทน เช่น การดูแลบ้าน และเลี้ยงดูบุตรแทนภรรยาอีกด้วย เหล่านี้ทำให้บทบาทและสถานภาพในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ยกตัวอย่างเช่น จากการศึกษาติดตามในกลุ่มภรรยา ผู้บาดเจ็บที่สมองอย่างรุนแรง พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างร้อยละ 60 (Curtiss, Klemz, & Vanderploeg, 2000) ผู้ที่ได้รับผลกระทบที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสซึ่งเป็นภรรยา ที่จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ ซึ่งนอกจากจะมีบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวแล้ว ยังต้องมีบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ที่เจ็บป่วย รวมทั้งอาจจะต้องรับหน้าที่เป็นผู้จัดการครอบครัว มีการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ภายในครอบครัวแทนสามีซึ่งได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งบทบาทเหล่านี้สมาชิกในครอบครัวไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน และในรายที่ผู้ป่วยอาการดีขึ้นแต่มีความพิการหลงเหลืออยู่ทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา บุคลิกภาพ และพฤติกรรม เหล่านี้ล้วนทำให้ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวได้เนื่องจากความพิการดังกล่าว มีผลทำให้บทบาทและความรับผิดชอบของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป และเป็นภาระหนักต่อครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

2. เกิดปัญหาการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว ผลจากการที่สมาชิกในครอบครัวบาดเจ็บที่ศีรษะ ทำให้ต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูงในการรักษาพยาบาลเพื่อ

การวินิจฉัยโรค และการตรวจพิเศษต้องใช้เครื่องมือที่ทันสมัย ตลอดจนผลของการเจ็บป่วยยังมีความรุนแรงมากต้องใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนาน การเจ็บป่วยเกิดขึ้นย่อมทำให้รายจ่ายเพิ่มขึ้นทั้งค่ารักษาพยาบาล และการดูแลพิเศษทั่วไป หากผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว ซึ่งทำหน้าที่หารายได้มาเลี้ยงดูสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัว การเจ็บป่วยทำให้ต้องหยุดพักงาน เป็นผลให้ขาดรายได้ จะกระทบต่อสวัสดิภาพความเป็นอยู่ของครอบครัวเป็นอย่างมาก หรือในกรณีที่ภรรยา ผู้ทำหน้าที่มารดา และเมื่อเจ็บป่วยขึ้น ก็จะมีผลกระทบกระเทือนถึงสมาชิกทุกคนในบ้านได้อย่างมาก เพราะมารดาเปรียบเสมือนจักรกลสำคัญของครอบครัวที่คอยดูแลทั้งสามี และบุตร เป็นจุดศูนย์กลางที่สำคัญของครอบครัว เมื่อเจ็บป่วยขึ้นก็จะทำให้ครอบครัวยุ่งยากลำบากไป จึงเห็นได้อย่างชัดเจนว่า เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นกับสมาชิกคนหนึ่งคนใดในครอบครัว ก็ย่อมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมขึ้นในครอบครัวด้วย

3. เกิดปัญหาความเครียดและการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ในการที่สมาชิกคนใดคนหนึ่งของครอบครัวเจ็บป่วยขึ้นมา นอกจากผลของความเจ็บป่วยจะแสดงออกต่อร่างกายแล้วยังมีผลกระทบต่อจิตใจของสมาชิกในครอบครัวด้วยสมาชิกในครอบครัวจะมีความวิตกกังวลและตึงเครียดมาก ลักษณะของการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นภาวะวิกฤตและอันตรายที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ไม่มีการเตือนล่วงหน้า ทำให้สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยไม่มีเวลาเตรียมตัวในการพบกับเหตุการณ์เช่นนี้ จากการศึกษาของ โซเลอร์ช (Solursh, 1990) ได้กล่าวถึงครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บโดยไม่คาดคิดว่าเป็นสถานการณ์ที่ครอบครัวไม่สามารถควบคุมได้เนื่องจากเกิดขึ้นอย่างฉับพลันและหลีกเลี่ยงไม่ได้เป็นสถานการณ์ที่มีความสำคัญกับสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวข้องทุกคน ทำให้ครอบครัวตกอยู่ในภาวะวิกฤตทำให้เกิดความเครียดสูงที่สุดกับสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นครอบครัวอาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่ใช่ลักษณะปกติของครอบครัวนั้นออกมา ยกตัวอย่างการตอบสนองของสมาชิกในครอบครัวในระยะแรกที่ทราบข่าวว่ามีสมาชิกในครอบครัวได้รับบาดเจ็บเช่นเกิดอาการ ช็อก ไม่เชื่อ ซาไปทั้งตัว มีความรู้สึกว่าการเกิดเหตุการณ์นั้นไม่เป็นความจริงกลัวและวิตกกังวลว่าผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้ (Hudak, Gallo, & Morton, 1998) หรือกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บปวด และความไม่สุขสบายของผู้ป่วย ไม่เข้าใจเกี่ยวกับการรักษา กังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย กลัวการเปลี่ยนแปลง บทบาทของผู้ป่วยที่มีต่อครอบครัว (Prevost, 1997) รู้สึกว่าต้องรับผิดชอบ โกรธ กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Meijs, 1989) จะเห็นได้ว่าครอบครัวจะมีความเครียดและความวิตกกังวลอย่างมากโดยเฉพาะเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่บาดเจ็บรุนแรง ซึ่งผลจากการบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้ผู้ป่วยมีอาการไม่แน่นอน อยู่ระหว่างความเป็นและความตาย ซึ่งถือเป็นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว

จากผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจะทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่หลากหลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะวิกฤตจะทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียดและวิตกกังวลสูง

แนวคิดของความเครียด

นักวิชาการหลายท่านให้ความสนใจเกี่ยวกับความเครียด ซึ่งนักวิชาการแต่ละท่านมองความเครียดแตกต่างกันออกไป ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดความเครียดในลักษณะของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมของ ลาซารัส และโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984)

ทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน

ในแนวคิดนี้เชื่อว่าความเครียดจะเป็นผลจากการประเมินเหตุการณ์ของบุคคล โดยที่แต่ละบุคคลจะแปลความหมายของเหตุการณ์หรือสถานการณ์เดียวกันแตกต่างกัน และในบุคคลเดียวกันก็แปลความหมายของเหตุการณ์หรือสถานการณ์เดียวกันในแต่ละเวลาแตกต่างกัน ที่เป็นเช่นนี้เพราะแต่ละบุคคลมีการประเมินสถานการณ์แตกต่างกัน โดยบุคคลจะใช้สติปัญญาในการประเมินทั้งสาเหตุของความเครียดและแหล่งประโยชน์ที่จะใช้ในการเผชิญความเครียด ซึ่ง ลาซารัส และโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ให้ความหมายความเครียดว่าเป็นผลมาจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยที่บุคคลเป็นผู้ที่ประเมินด้วยสติปัญญา (Cognitive Appraisal) ว่าความสัมพันธ์นั้นเกินขีดจำกัดความสามารถหรือแหล่งประโยชน์ (Resource) ที่ตนเองจะใช้ต่อต้านได้ และรู้สึกว่าคุณค่าความเป็นอันตราย หรือสูญเสีย หรือทำลายต่อความมั่นคงปลอดภัยของชีวิต

ลาซารัส และโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) มองความเครียดว่าไม่ได้ขึ้นอยู่กับบุคคลหรือสิ่งแวดล้อม แต่บุคคลและสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน การตัดสินใจว่าจะเครียดของบุคคลจะต้องผ่านกระบวนการประเมินโดยใช้สติปัญญา (Cognitive Appraisal) เมื่อบุคคลเกิดความเครียดขึ้น แต่ละบุคคลจะตอบสนองโดยการแสดงออกเป็นความโกรธ ซึมเศร้า วิตกกังวล รู้สึกผิด หรือบางคนอาจรู้สึกว่าการทำร้ายมากกว่าคุกคาม การรับรู้ที่แตกต่างกันนี้เนื่องจากแต่ละบุคคลมีประสบการณ์และพัฒนาการทางสติปัญญาที่จะเลือกรับรู้แตกต่างกันตามประสิทธิภาพในการทำงานของระบบการรับรู้ของแต่ละคน ที่จะจำแนกการรับรู้สถานการณ์ที่กำลังเผชิญว่าเป็นอันตราย คุกคาม หรือทำลายต่อความมั่นคงปลอดภัยของชีวิต

ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินตัดสินของบุคคลนั้นประกอบด้วย 2 ปัจจัยที่สำคัญ คือ ปัจจัยด้านบุคคล (Personal Factors) และสถานการณ์เฉพาะหน้า (Situational Factors) (Lazarus & Folkman, 1984)

1. ปัจจัยด้านบุคคล

1.1 ข้อผูกพัน (Commitments) เป็นการมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นว่า มีความสำคัญหรือความหมายต่อตนเองมากเพียงใด ยิ่งมีมากก็จะยิ่งทำให้บุคคลประเมินสถานการณ์นั้นว่าคุกคามต่อตนเองมาก การมีข้อผูกพันมากต่อเหตุการณ์นั้น อาจจะทำให้เกิดแรงผลักดันในการกระทำเพื่อแก้ไขสถานการณ์ดีขึ้น

1.2 ความเชื่อ (Beliefs) เป็นความเชื่อของบุคคลว่าสถานการณ์นั้นสามารถควบคุมได้หรือไม่ เช่น ความเชื่อในศาสนา หรือความเชื่อในความก้าวหน้าของการรักษาพยาบาล ถ้าเชื่อว่าสถานการณ์นั้นสามารถควบคุมได้จะทำให้บุคคลประเมินสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมนั้นในลักษณะ ทำหาย หรือก่อให้เกิดผลดีต่อตนเอง ทำให้เกิดความกระตือรือร้นในการคิดแก้ไขสถานการณ์ต่าง ๆ แต่ถ้าบุคคลประเมินสถานการณ์แล้วว่าไม่สามารถควบคุมได้ อาจจะออกมาในลักษณะสูญเสียหรือคุกคามต่อตนเอง

2. ปัจจัยด้านสถานการณ์เฉพาะหน้า

2.1 ความรุนแรงของสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ความเจ็บป่วยที่เป็นอันตรายรุนแรงต่อชีวิตบุคคลย่อมประเมินสถานการณ์เป็นความเครียดที่คุกคามเกิดความสูญเสียอย่างมากทั้งในปัจจุบันและอนาคต ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในอดีตและความรู้ของบุคคลด้วย

2.2 ความสามารถในการทำนายหรือคาดเดาสถานการณ์ในอนาคต ถ้าเป็นเหตุการณ์ใหม่ บุคคลไม่เคยประสบมาก่อน ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตนเองในอนาคตก็อาจก่อให้เกิดความเครียดได้มาก

ในผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประสบการณ์เจ็บป่วยมาก่อนจะไม่สามารถทำนายล่วงหน้าได้ว่าเมื่อเจ็บป่วยจะส่งผลกระทบอะไรบ้างทำให้เกิดความเครียดสูง ในขณะที่ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์เจ็บป่วยมาก่อน หรือผู้ป่วยเรื้อรังจะสามารถคาดหมายเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องได้จะเกิดความเครียดน้อยกว่า จากการศึกษาของ จาโลวีก และเพาเออร์ส (Jalowiec & Powers, 1981) เปรียบเทียบความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งได้รับการวินิจฉัยมาแล้ว 1 ปี จำนวน 25 คน และผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยที่มาตรวจใหม่ที่ห้องฉุกเฉินจำนวน 25 คน พบว่า กลุ่มที่มาตรวจที่ห้องฉุกเฉินมีคะแนนความเครียดสูงกว่ากลุ่มโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ นารายัน และโจสรีน (Narayan &

Joslin, 1980) พบว่าญาติผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุหรือพบกับเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดมาก่อนนั้นนับว่าเป็นภาวะวิกฤตของครอบครัว ความเครียดในญาติผู้ป่วยที่ไม่ได้เจ็บป่วยกระทันหันจะมีน้อยกว่าในญาติผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยกระทันหัน เนื่องจากการรับรู้ความเจ็บป่วยอย่างต่อเนื่อง และได้มีการเตรียมจิตใจที่จะรับกับเหตุการณ์ไม่ดีขึ้นที่เกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งจะแตกต่างจากญาติผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยอย่างกระทันหันและเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดมาก่อนทำให้ไม่มีการเตรียมจิตใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ จึงมีความเครียดมากกว่า ซึ่งในการศึกษครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาความเครียดในสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นเหตุการณ์ภาวะวิกฤตที่เกิดอย่างกระทันหันไม่คาดคิดมาก่อน อาจส่งผลให้เกิดความเครียดสูงได้เช่นกัน

นอกจากนี้ปัจจัยด้านเวลาเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการประเมินของบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ช่วงเวลาก่อนเกิดเหตุการณ์ ช่วงเวลาที่สถานการณ์นั้นมีผลต่อบุคคลเป็นแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง และสถานการณ์นั้นเกิดขึ้นกับบุคคลเมื่อใดกระฉับหรือไม่

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

ระดับความเครียด

จากแนวคิดของ ลาซารัส และฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) การเกิดความเครียดจะรุนแรงมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับกระบวนการประเมิน และพิจารณาเหตุการณ์ที่เข้ามากระทบตนเองมีลักษณะอย่างไร แล้วทำให้เกิดความเครียดหรือไม่ ความเครียดที่เกิดขึ้นสามารถแบ่งได้เป็น 4 ระดับดังนี้ (Sutterley & Donnelly, 1981)

ระดับที่ 1 เป็นภาวะเครียดที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติ เป็นความเครียดในระดับต่ำและบุคคลสามารถปรับตัวได้อย่างอัตโนมัติเป็นปกติวิสัย เช่น การที่ต้องเดินทางไปทำงานในภาวะการจราจรติดขัด เป็นต้น

ระดับที่ 2 เป็นภาวะเครียดที่เกิดขึ้นมากกว่าภาวะเครียดในระดับที่หนึ่งเป็นการถูกคุกคามที่คาดว่าจะได้รับการคุกคามอยู่แล้วแต่เป็นระยะสั้น ๆ และบุคคลมักจะตระหนักรู้ การปรับแก้กับภาวะเครียดนี้ส่วนใหญ่มักจะประสบความสำเร็จ เช่น การไปสัมภาษณ์การสมัครงาน การที่ต้องไปพบปะกับบุคคลที่มีความสำคัญทางสังคม เป็นต้น

ระดับที่ 3 เป็นภาวะเครียดที่รุนแรงมากขึ้น อยู่ในระดับกลาง ๆ เป็นภาวะเครียดที่คงอยู่กับบุคคลเป็นเวลานาน ๆ เช่น การต้องเปลี่ยนงานในระดับที่สูงขึ้น บุคคลจะรับรู้ว่าคุณค่ามากกว่าในระดับที่สองการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของร่างกายที่แสดงถึงการพยายามรับมือกับความเครียดซับซ้อนขึ้นเริ่มสังเกตและวัดได้

ระดับที่ 4 เป็นภาวะเครียดที่รุนแรงมากที่สุด บุคคลจะประเมินสถานการณ์ว่าเป็นอันตรายต่อตนเองสูง รู้สึกเหนื่อยหมดแรง ท้อแท้ต่อการต่อสู้สถานการณ์ ร่างกายจะเริ่มเตือนว่าการปรับแก้ไม่ได้แล้ว หากไม่ได้รับการช่วยเหลือจะส่งผลให้เกิดความผิดปกติตามมา เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคจิต เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าสถานการณ์ที่บุคคลประเมินเป็นความเครียดในระดับที่หนึ่ง และระดับที่สองยังเป็นภาวะของความเครียดปกติ ไม่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต แต่ถือเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตเพราะช่วยกระตุ้นให้ร่างกายและจิตใจมีปฏิกิริยาตอบสนองและมีการปรับตัวที่เป็นประโยชน์ต่อการดำรงชีวิต ความเครียดในระดับที่สามเป็นความเครียดในระดับกลาง ๆ ที่บุคคลเริ่มตระหนัก และรับรู้ว่าคุณค่าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่จะรับมือกับความเครียด ส่วนความเครียดในระดับที่สี่บุคคลต้องใช้ความพยายามมากขึ้น เพื่อที่จะบรรเทาความเครียดนั้น ๆ ซึ่งหากกระทำได้สำเร็จร่างกายก็จะกลับเข้าสู่ภาวะปกติ หากไม่สำเร็จหรือไม่ได้รับการช่วยเหลือก็จะส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางร่างกาย และจิตใจตามมา

ผลของความเครียดต่อสุขภาพ จากแนวคิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมของ ลาซารัส และโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวว่าเมื่อบุคคลรับรู้ถึงความเครียด บุคคลจะตอบโต้เหตุการณ์ที่เข้ามาคุกคามโดยมีปฏิกิริยาได้ตอบทั้งทางพฤติกรรมและอารมณ์ ทำให้มีปฏิกิริยาตอบสนองเกิดขึ้น ซึ่งบุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดทางด้านร่างกายและจิตใจดังนี้

1. ด้านร่างกาย

1.1 ระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูก กล้ามเนื้อจะมีการหดเกร็งทำให้มีผลต่อการนำเลือดไปเลี้ยงอย่างไม่เหมาะสม ก่อให้เกิดอาการเจ็บปวดได้เนื่องจากการเพิ่มของกรดแลคติก และกล้ามเนื้อที่แข็งแรงนี้จะดึงกระดูกบริเวณที่หดเกร็งให้ออกนอกแนว

1.2 ระบบประสาทอัตโนมัติพาราซิมพาเทติก เป็นระบบประสาทที่ลดปฏิกิริยาต่อการกระตุ้นทางร่างกาย เมื่อเกิดความเครียดระบบนี้จะทำให้เกิดการระคายเคืองของกระเพาะอาหาร ท้องอืด ท้องเสีย ท้องผูก ลำไส้อักเสบ ปัสสาวะขัด เป็นต้น

1.3 ระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก ทำให้หัวใจเต้นผิดปกติ ความดันโลหิตสูง หรือปวดศีรษะข้างเดียวซึ่งเกิดจากการหดตัวของเส้นเลือดฝอยที่ไปเลี้ยงสมอง

1.4 ระบบฮอร์โมน อาจพบภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น ความต้องการทางเพศลดลงทั้งเพศชายและเพศหญิง มีการเปลี่ยนแปลงของรอบเดือน ฮอร์โมนสำหรับการเจริญเติบโตจะหลั่งน้อย ทำให้เด็กเติบโตช้า

1.5 ระบบภูมิคุ้มกัน การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันลดลง จึงมีโอกาสติดเชื้อต่าง ๆ ได้ง่าย

2. ด้านจิตใจ

2.1 อารมณ์ ก่อให้เกิดอารมณ์โกรธ กังวล และซึมเศร้า

2.2 ความคิด ทำลายหรือขัดขวางการทำงานของสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคิด ทำให้ความคิดไม่ต่อเนื่อง ความจำเสีย การตัดสินใจไม่เหมาะสม ขาดการยับยั้งไตร่ตรองในการทำสิ่งต่าง ๆ

จะเห็นได้ว่าความเครียดจะเกิดกับทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งปกติแล้วความเครียดทางกายและจิตใจจะเกิดร่วมกันเสมอ ความเครียดทางกายจะมีผลกระทบต่อจิตใจ และความเครียดทางใจก็จะส่งผลกระทบต่อทางกายได้เช่นกัน

มีผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับเรื่องความเครียดมากมายและได้สร้างแบบวัดความเครียดขึ้นตามแนวคิดของแต่ละกลุ่ม เช่น

โคเฮน, แคมอาร์ค, และเมอร์เมลสไตน์ (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 แบบวัดนี้มีการนำมาใช้แพร่หลายในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาและผู้ป่วยนอกสำหรับในประเทศไทยถึงแม้จะมีการนำแบบวัดนี้มาใช้ในการศึกษาน้อย แต่ได้มีการนำมาใช้กับผู้สูงอายุ โดย สิริสุตา ชาวคำเขต (2541) ได้นำแบบวัดนี้มาแปลเป็นภาษาไทย และผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน แล้วนำไปใช้ในผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81

นอกจากนี้ยังมีแบบวัดความเครียด Stress Appraisal Question (SAQ) โดยเยียน (Yan, 2000) ได้พัฒนาแบบวัดนี้โดยใช้แนวคิด ลาซารัส และฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman,

1984) และจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งเป็นแบบวัดระดับความเครียดของสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ แบบวัดความเครียดชุดนี้ผ่านการตรวจสอบทั้งด้านความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นแล้ว ใช้ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 58 ราย มีค่าถาม 16 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's Scale) มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน มีคะแนนรวมตั้งแต่ 16 ถึง 80 คะแนน และมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดนี้มาใช้ในการศึกษาและได้แปลเป็นภาษาไทยและผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้งด้านความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นแล้ว จึงได้นำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้

แนวคิดของการเผชิญความเครียด

ลาซารัส และโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ให้ความหมายของการเผชิญความเครียด (Coping) ว่าเป็นความพยายามทางความคิดและพฤติกรรมของบุคคลที่ใช้ในการจัดการกับความต้องการของร่างกายทั้งภายนอกและภายในของบุคคล ซึ่งจะสามารถจัดการได้ดีเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับพลังความสามารถของแต่ละบุคคล ความพยายามนี้จะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและตลอดเวลา ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการของพัฒนาการในการจัดการกับปัญหา การผสมผสานกันระหว่างความคิดและการกระทำซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาและความแตกต่างของชีวิตประจำวันของแต่ละคน

กระบวนการเผชิญความเครียด (Coping Process)

กระบวนการเผชิญความเครียดแนวความคิดของ ลาซารัส และโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด (Event or Stressor) การประเมิน (Appraisal) และการเผชิญความเครียด (Coping)

1. เหตุการณ์ (Event) สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดเป็นสิ่งที่บุคคลเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจ หรือมีผลทำให้ขัดขวางการดำเนินชีวิตตามปกติ

2. การประเมิน (Appraisal) ในกระบวนการเผชิญความเครียดสิ่งสำคัญ คือ การประเมินปัญหาซึ่งเป็นกระบวนการทางสติปัญญา (Cognitive Process) ที่เกิดระหว่างปัญหากับการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรม (Emotional and Behavior Responses) ซึ่งต้องการการทำงานของจิตใจรวมถึงการตัดสินใจ การแยกแยะปัญหา และการเลือกวิธีที่จะจัดการกับปัญหาโดยใช้ประสบการณ์เดิมเป็นส่วนใหญ่ การประเมินปัญหามี 3 แบบ ได้แก่

2.1 การประเมินปฐมภูมิ (Primary Appraisal) เป็นการประเมินว่า เหตุการณ์นั้นมีผลกระทบต่อตนเอง ซึ่งประเมินได้เป็น 3 ทาง

2.1.1 ไม่มีผลได้ผลเสีย (Irrelevant) คือการที่บุคคลประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่เกี่ยวข้องกับตนเพราะไม่เกิดผลดีหรือผลเสียอะไรเลย

2.1.2 เกิดผลดีหรือได้รับประโยชน์ (Benign Positive) คือการที่บุคคลประเมินว่าผลจากเหตุการณ์นั้นมีผลดีต่อตน ทำให้ตนเกิดความสุข ความสนุกสนานและความรัก

2.1.3 เกิดความเครียด (Stress) เป็นภาวะที่บุคคลต้องดึงแหล่งประโยชน์มาใช้ในการปรับตัวอย่างเต็มที่หรือเกินกำลังของแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ การประเมินว่าเป็นความเครียดนี้สามารถประเมินออกเป็น 3 อย่าง คือ

2.1.3.1 เกิดอันตรายหรือการสูญเสีย (Harm or Loss) คือ บุคคลหมดความสามารถ เกิดความเจ็บป่วย ความไม่พึงพอใจต่อตนเองหรือต่อสังคม การสูญเสียบุคคลที่ตนรัก หรือการสูญเสียความผูกพัน

2.1.3.2 การถูกคุกคาม (Threat) เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะเกิดอันตรายหรือการสูญเสีย หรือเมื่อสูญเสียแล้วทำให้คิดถึงความยุ่งยากหรือความลำบากที่จะตามมา ทำให้เกิดความรู้สึกอารมณ์ด้านลบ เช่น กลัว วิตกกังวล โกรธ เป็นต้น

2.1.3.3 การท้าทาย (Challenge) เป็นการคาดการณ์ว่าจะสามารถควบคุมเหตุการณ์นั้นได้ อาจแสดงออกทางอารมณ์ ได้แก่ ความกระตือรือร้น ความตื่นเต้น ความร่าเริง

2.2 การประเมินทุติยภูมิ (Secondary Appraisal) เป็นกระบวนการประเมินที่บุคคลใช้สติปัญญา ความรู้ ประสบการณ์ ประเมินแหล่งประโยชน์ ความพร้อม หรือ ศักยภาพของตน และทางเลือกในการที่จะตัดสินใจเลือกวิธีที่ได้ผลที่จะจัดการกับความเครียด โดยพิจารณาแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่และวิธีการเผชิญความเครียดที่ได้เคยกระทำมาแล้ว

2.3 การประเมินซ้ำ (Reappraisal) เป็นการเปลี่ยนแปลงการประเมินของบุคคลเมื่อได้ข้อมูลใหม่หรือข้อมูลเพิ่มเติมจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม และเป็นการติดตามประเมินผลของวิธีการเผชิญความเครียดที่ได้เคยใช้ไปแล้ว หากวิธีการเผชิญความเครียดที่ใช้ไปนั้นไม่สำเร็จ ดังนั้นจึงสามารถใช้เป็นจุดให้การช่วยเหลือบุคคลที่มีความเครียดสูง อันเป็นผลจากการประเมินสถานการณ์ไปในทางลบเกินกว่าความเป็นจริง โดยการให้ข้อมูลที่เหมาะสมอันจะช่วยให้บุคคลได้ประเมินสถานการณ์ดังกล่าวซ้ำอีกครั้งหนึ่งจะช่วยทำให้ความเครียดลดลงได้ จึงเห็นได้ว่าการประเมินค่าสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม

3. การเผชิญความเครียด (Coping) ในการเผชิญความเครียดแต่ละครั้งนั้นบุคคลจะมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดแตกต่างกันไปตามแต่ละสถานการณ์ ลาซารัส ได้แบ่งการเผชิญ

ความเครียดเป็น 2 แบบ คือ การมุ่งแก้ปัญหา (Problem Focused Coping) และการลดอารมณ์
 ตึงเครียด (Emotional Focused Coping) ซึ่งในชีวิตประจำวันจะมีการใช้ทั้ง 2 แบบ เปลี่ยนไปตาม
 สถานการณ์และการประเมินของบุคคล

3.1 การเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ปัญหา (Problem Focused Coping) เป็น
 กลวิธีเช่นเดียวกับการแก้ปัญหาโดยใช้หลักการทางวิทยาศาสตร์ คือ การกำหนดขอบเขตของ
 ปัญหา หาวิธีการแก้ปัญหาหลาย ๆ วิธี ซึ่งน้ำหนักว่าวิธีใดจะให้ผลดีอย่างไร เลือกวิธีที่เหมาะสม
 ลงมือแก้ปัญหา ซึ่งอาจจะจัดการที่ตัวปัญหาและมุ่งแก้ที่ตัวเองหรือปรับสิ่งแวดล้อม เช่น
 การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่มีความกดดัน การหาแหล่งประโยชน์ เรียนรู้วิธีการปฏิบัติที่
 เหมาะสม ซึ่งจะต้องหาข้อมูลและความรู้เพิ่มเติมรวมทั้งการยอมรับสถานการณ์จริง

3.2 การเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ไขอารมณ์ (Emotional Focused Coping)
 เป็นการเผชิญความเครียดด้วยการใช้ความคิดเช่นเดียวกัน แต่เป็นการลดอารมณ์ตึงเครียดเมื่อ
 บุคคลประเมินแล้วว่าไม่สามารถแก้ไขสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดนั้นได้วิธีเหล่านี้ ได้แก่
 การหลีกเลี่ยง (Avoidance) การทำให้เป็นเรื่องเล็ก (Minimization) การถอยห่างจากเหตุการณ์นั้น
 (Distancing) การเลือกสนใจเฉพาะสิ่ง (Selective Attention) การมองในแง่ดี (Positive
 Comparisons) ของเหตุการณ์นั้น การมองหาคุณค่าในสิ่งนั้น (Wresting Positive Value from
 Negative Event) และวิธีอื่น ๆ ได้แก่ การออกกำลังกาย การทำสมาธิ การดื่มเหล้า การหาสิ่ง
 สนับสนุนทางอารมณ์และการระบายความโกรธ

การเผชิญความเครียดของแต่ละคนสามารถเกิดขึ้นได้ทั้ง 2 ลักษณะ โดยเห็นได้จาก
 การศึกษาของ ลาสซารัส และโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ
 ที่กระดูกสันหลังในระยะพักฟื้นจะมีการเผชิญความเครียดโดยการหลีกเลี่ยงจากสังคม และ
 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ซึ่งเป็นการความเครียดด้วยการลดอารมณ์ตึงเครียดที่เกิดขึ้น
 ทันทีหลังเกิดปัญหา หลังจากนั้นจะมีการเผชิญความเครียดด้วยการมุ่งแก้ปัญหา เช่น การปฏิบัติ
 ตามแผนการรักษา การปรับตัวเข้ากับสภาพร่างกายที่ถูกจำกัดจากการบาดเจ็บ ฟันฟูสภาพ
 ร่างกาย ควบคุมหรือพัฒนาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และสามารถใช้ชีวิตด้วยตนเองได้
 การเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ต้องเป็นพฤติกรรมที่สามารถจัดการกับต้นเหตุของ
 ความเครียดหรือสิ่งที่มาคุกคามสำเร็จ สามารถลดความไม่สบายใจจากปัญหาที่เกิดขึ้น (Beare &
 Myers, 1994; Ignatavicius & Bayne, 1991) การเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพจะเป็น
 การกระทำให้ความเครียดลดลงชั่วคราวเท่านั้น และถ้าใช้วิธีการเผชิญความเครียดในลักษณะนี้
 เป็นเวลานาน ๆ จะทำให้ร่างกายไม่สามารถปรับตัวได้ เกิดพยาธิสภาพขึ้นหรือเป็นอันตรายต่อ

สุขภาพได้ พฤติกรรมเหล่านี้ เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารมาก การหลีกหนี และการลาปแห่งชาติ เป็นต้น (Beare & Myers, 1994)

แหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด

การที่บุคคลมีแนวโน้มในการเลือกใช่วิธีการเผชิญความเครียดนั้นขึ้นอยู่กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่รวมทั้งปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์นั้น ๆ คือ (Lazarus & Folkman, 1984)

1. ภาวะสุขภาพและพลังงานของบุคคล (Health and Energy) จะเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมความพยายามในการจัดการกับเหตุการณ์นั้น ๆ บุคคลที่มีสุขภาพดี จะช่วยให้มีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าบุคคลที่เจ็บป่วย ซึ่งจะถูกจำกัดความสามารถทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม
2. ความเชื่อในทางที่ดี (Positive Beliefs) ความเชื่อของบุคคลมีอิทธิพลต่อความคิดจะทำให้บุคคลมองโลกในแง่ดีและเกิดความหวังในการคิดหาหนทางเพื่อจัดการกับปัญหา
3. ทักษะในการแก้ปัญหา (Problem Solving Skills) บุคคลที่มีทักษะดี มีความคิดอย่างมีเหตุผลจะสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ และแสวงหาข้อมูล เพื่อจัดการกับปัญหาได้ตรงความจริงและเลือกวิธีที่เหมาะสม
4. ทักษะทางด้านสังคม (Social Skills) คนที่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ดีจะช่วยเอื้ออำนวยในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ดี
5. แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) การได้รับความช่วยเหลือ ประคับประคองจากบุคคลในเครือข่ายสังคมซึ่งรวมทั้งครอบครัวในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การได้รับข้อมูลและคำแนะนำในการแก้ปัญหา การได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ จะทำให้บุคคลรู้สึกว่ามีคุณค่า และเป็นที่ยอมรับของบุคคลใกล้ชิด มีคนที่เขารู้สึกว่าไว้วางใจในยามมีความทุกข์ การได้รับการช่วยเหลือในเรื่องวัตถุและการบริการ ทั้งหมดนี้จะช่วยให้บุคคลมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาและความยากลำบากที่เกิดขึ้น
6. แหล่งประโยชน์ทางด้านวัตถุ (Material Resources) บุคคลที่พรั่งพร้อมด้วยปัจจัยอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ในการดำรงชีวิต เช่น เงินทอง อุปกรณ์ มีความเป็นอยู่อย่างสุขสบายย่อมจะมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดได้ดีกว่าบุคคลที่ขาดแคลนปัจจัยที่จำเป็น

ผลของการเผชิญความเครียด ลาซารัส และฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) มองผลของการประเมินการตัดสินใจ (Appraisal) และการเผชิญกับความเครียด (Coping) ไว้ว่าถ้าบุคคลใดสามารถเผชิญความเครียดได้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพจะส่งผลให้ความเครียดลดลง

หรือหมดไป บุคคลนั้นสามารถทำหน้าที่ทางสังคมได้ตามปกติ และมีภาวะสุขภาพดี บุคคลจะมีความพึงพอใจในผลของการเผชิญความเครียดและการบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ เกิดขวัญและกำลังใจที่ดีในการจัดการกับสถานการณ์นั้น ส่วนบุคคลที่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดไม่เหมาะสมหรือไม่มีประสิทธิภาพเมื่อบุคคลประเมินว่าถูกคุกคามจะมีปัญหาในการทำหน้าที่ทางสังคม เช่น การหลีกเลี่ยงจากสังคม มีพฤติกรรมก้าวร้าว ลังเลไม่แน่ใจ และไม่ประสบความสำเร็จในการทำหน้าที่ในสังคม และจะก่อให้เกิดความเครียดในระดับสูง เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านร่างกายและจิตใจ เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เช่น หัวใจเต้นแรง ใจสั่น ความดันโลหิตสูงขึ้น อ่อนเพลีย เมื่อย่ำแย่ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อบริเวณคอและหลัง มีอาการคันระดูของกล้ามเนื้อ ตัวสั่น เหงื่อออกมาก ปัสสาวะบ่อย ท้องเสีย แน่นจุกเสียดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ประจำเดือนผิดปกติ (Koff & Sangani, 1997) ส่วนด้านจิตใจนั้น ได้แก่ พฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง เช่น มีพฤติกรรมถดถอย แยกตัวเอง เจื้อยชา ไม่ให้ความร่วมมือ อารมณ์แปรปรวน การแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม เช่น หงุดหงิดง่าย ซื่อจก ต่ำหนี่ผู้อื่น กลัวจะเจ็บป่วย ระดับความรู้สึก ความจำหรือสมาธิเสียไป กระบวนการทางความคิดถูกรบกวน เช่น สับสน ลังเล ตัดสินใจไม่ได้ การรับรู้ถูกรบกวน เช่น มีอาการประสาทหลอน เห็นภาพหลอน ความสนใจสิ่งต่าง ๆ ลดลง การใช้ภาษาในการพูดเปลี่ยนแปลง เช่น พูดประโยคซ้ำ ๆ คำพูดนั้นอาจเกี่ยวข้องหรือไม่เกี่ยวข้องกับการจัดการในขณะพูด น้ำเสียงและจังหวะการพูดเปลี่ยนแปลงไป ใช้กลไกการป้องกันตนเองโดยไม่รู้ตัว เช่น ถดถอย การใช้เหตุผลเข้าข้างตนเอง การปฏิเสธ การโทษผู้อื่น (Gardner, 1993)

การวัดการเผชิญความเครียด

การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการทั้งด้านความคิดและการกระทำที่ใช้จัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด หรือจัดการกับอารมณ์ที่เกิดจากความเครียด จึงมีผู้สร้างเครื่องมือเพื่อวัดการกระทำหรือความรู้สึกดังกล่าวขึ้น ซึ่งจาโลวิก ได้สร้างแบบวัด Jalowiec Coping Scale (JCS) ขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1977 ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียด 40 ข้อ โดยแบ่งวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็น 2 แบบ ได้แก่ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบลดอารมณ์ตึงเครียดเช่นเดียวกับแนวคิดของ ลาซารัส และฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ต่อมาในปี ค.ศ. 1979 จาโลวิก ได้ปรับปรุงแบบวัดนี้เนื่องจากมีข้อจำกัดหลายประการ และในปี ค.ศ. 1987 จาโลวิก ได้รวบรวมพฤติกรรมเผชิญความเครียดที่บุคคลใช้ ซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบลดอารมณ์ตึงเครียด โดยเพิ่มคำถามเป็น 60 ข้อ โดยแบ่งการเผชิญความเครียดเป็น 8 รูปแบบ ดังนี้

1. การเผชิญปัญหาโดยตรง ได้แก่ การคิดวิธีการแก้ปัญหาไว้หลาย ๆ วิธี การมองปัญหาอย่างเป็นกลาง การพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้น การเผชิญกับปัญหาและกระทำไปตามขั้นตอน การเรียนรู้วิธีการใหม่ ๆ เพื่อที่จะจัดการกับความเครียดหรือปัญหานั้นเป็นต้น

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

3. การมองในแง่ดี ได้แก่ การมีความหวังว่าสถานการณ์จะดีขึ้น การดำรงชีวิตตามปกติ ไม่ให้ปัญหามีส่วนรบกวนเท่าที่เป็นไปได้ การใช้อารมณ์ขัน พยายามคิดถึงสิ่งดี ๆ ที่ผ่านมาในชีวิต การเปรียบเทียบตนเองกับบุคคลที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน การมองสถานการณ์ในทางที่ดี

4. การยอมจำนน ได้แก่ การเตรียมพร้อมที่จะรับถ้าสถานการณ์เลวลง การยอมรับสถานการณ์เพราะไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ การยอมแพ้ต่อสถานการณ์เพราะคิดว่าเป็นชะตากรรม

5. การแก้ไขความทุกข์ที่อารมณ์และความรู้สึก ได้แก่ การวิตกกังวล การระบายความเครียดออกกับคนอื่นหรือสิ่งอื่น การดำหนิตนเอง การหากิจกรรมต่าง ๆ ทำโดยไม่คิดให้รอบคอบ

6. การบรรเทา ได้แก่ การรับประทานอาหารมากขึ้น การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การฝึกสมาธิ การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การทำงานหนักมากขึ้นเพื่อไม่ให้มีเวลาว่าง การใช้ยาที่ทำให้จิตใจสบาย

7. การรับความเกือหนุน ได้แก่ การพูดคุยรับทุกข์กับบุคคลใกล้ชิด การรับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ๆ ที่สามารถช่วยเหลือได้ การสวดมนต์ อ่านหนังสือธรรมะ

8. การพึ่งตนเอง ได้แก่ การแยกตนเองอยู่คนเดียวเงียบ ๆ การคิดแก้ไขปัญหาดัง ๆ ด้วยตนเอง การพยายามพิสูจน์ตนเองว่าสามารถแก้ไขสถานการณ์ให้ดีขึ้นได้

จะเห็นได้ว่าการเผชิญปัญหาโดยตรงและการพึ่งตนเองคือ การเผชิญความเครียดด้วยการมุ่งแก้ปัญหาตามแนวคิดของลาซารัสและฟอล์คแมน ส่วนการหลีกเลี่ยง การมองในแง่ดี การยอมจำนน การแก้ไขความทุกข์ที่อารมณ์และความรู้สึก การบรรเทา รวมทั้งการรับความเกือหนุนก็คือ การเผชิญความเครียดด้วยการลดอารมณ์ถึงเครียดนั่นเอง

ในปี ค.ศ. 1988 จาโลวีก ได้นำแบบวัดการเผชิญความเครียดที่ปรับปรุงในปี ค.ศ. 1979 มาวิเคราะห์ความตรงตามโครงสร้างภายหลังที่มีการนำเครื่องมือนี้ไปใช้อย่างกว้างขวางแล้ว พบว่า จากจำนวนคำถาม 40 ข้อ มีคำถาม 4 ข้อ เมื่อมีการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่ามีความน่าเชื่อถือขององค์ประกอบต่ำกว่าระดับการยอมรับได้ ดังนั้นจึงเหลือคำถามเพียง 36 ข้อ และได้ปรับปรุงและเสนอแนวคิดของการเผชิญความเครียดว่ามี 3 ด้าน ได้แก่ การจัดการกับปัญหา (Confrontive Coping) การจัดการกับอารมณ์ (Emotive Coping) และการจัดการกับปัญหาทางอ้อม (Palliative Coping)

1. การจัดการกับปัญหา เป็นวิธีการที่มุ่งควบคุมปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น โดยพยายามแก้ปัญหาและคิดวิธีต่าง ๆ เพื่อควบคุมปัญหา อาจใช้วิธีเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นผลจากความคิดของตนเอง หรือใช้วิธีเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่กำลังคุกคามอยู่นั้น
2. การจัดการกับอารมณ์ เป็นวิธีการมุ่งแก้หรือควบคุมความรู้สึกเป็นทุกข์ หรือความรู้สึกไม่สบายใจต่าง ๆ โดยการแสดงออกถึงความรู้สึกหรือการระบายอารมณ์โดยที่เหตุการณ์หรือปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง
3. การจัดการกับปัญหาทางอ้อม เป็นวิธีการที่ใช้ในการควบคุมเหตุการณ์ หรือแก้ปัญหาทางอ้อมหรือใช้เป็นแนวทางที่จะเปลี่ยนการรับรู้ปัญหา โดยที่เหตุการณ์หรือปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง

สำหรับประเทศไทย นิตยา สุทธยากร (2531) นำแบบวัดการเผชิญความเครียดของ จาโลวีก (Jalowiec, 1979) ซึ่งมี 40 ข้อ แปลเป็นภาษาไทยและให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญด้านภาษาต่างประเทศ 2 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของภาษาแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข และนำไปใช้กับญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน จำนวน 30 ราย และหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยการคำนวณสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .88 ส่วน หทัยรัตน์ จรัสสุโรสิน (2538) แปลและดัดแปลงแบบวัดการเผชิญความเครียดจาก จาโลวีก (Jalowiec, 1988) จาก 36 ข้อ เหลือ 30 ข้อ นำไปใช้ในหญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 50 ราย หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการคำนวณ สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .81 และ สุภาพ อาริเอื้อ (2540) นำแบบวัดการเผชิญความเครียดของ จาโลวีก (Jalowiec, 1988) ซึ่งมี 36 ข้อ แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลง หลังจากผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้นำไปหาความเที่ยงในกลุ่มผู้ป่วยหญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคโดยรวมเท่ากับ .73 และ หทัยรัตน์ แสงจันทร์ (2541) ได้แปลและดัดแปลงแบบวัดการเผชิญความเครียดของ จาโลวีก (Jalowiec, 1988) โดยแบ่งลักษณะการเผชิญความเครียดออกเป็น 3 ด้าน คือด้านการจัดการกับ

ปัญหา จำนวน 13 ข้อ ด้านการจัดการกับอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ และด้านการแก้ปัญหาทางอารมณ์ จำนวน 14 ข้อ รวม 36 ข้อ นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่า มีก่อนบริเวณเต้านมในระยะรอเข้ารับการรักษาตัดชิ้นเนื้อจำนวน 85 ราย ได้ค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ .74 กนกพร สุคำวัง (2540) ศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุคุณภาพชีวิตของผู้หญิงสูงอายุข้อเข่าเสื่อม โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของ จาโลวีก (Jalowiec, 1988) ซึ่งได้แปลเป็นภาษาไทย แล้วนำไปตรวจสอบความถูกต้องด้านภาษา และความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปหาความเที่ยงกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .80 และเมื่อนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 รายได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .73

นอกจากนั้น หทัยรัตน์ บำเพ็ญแพทย (2544) ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับการดัดแปลงกระดูกโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของ จาโลวีก (Jalowiec, 1988) ซึ่งได้แปลเป็นภาษาไทย แล้วนำไปตรวจสอบความถูกต้องด้านภาษา และความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เมื่อนำไปทดลองใช้ได้ปรับข้อคำถามเดิมมี 36 ข้อ เป็น 40 ข้อ พบว่าข้อคำถามที่เพิ่มความเหมาะสมกับวัฒนธรรมไทย ซึ่งเมื่อนำแบบวัดไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง 100 ราย คำนวณค่าความเที่ยงโดยวิเคราะห์สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมของแบบวัดเท่ากับ .92 และ หาค่าความเที่ยงรายด้านดังนี้ ด้านการจัดการกับปัญหา ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .92 ด้านการจัดการกับอารมณ์ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .81 ด้านการจัดการแก้ปัญหาทางอารมณ์ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .80

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดการเผชิญความเครียดของ จาโลวีก (Jalowiec, 1988) ฉบับที่แปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย หทัยรัตน์ บำเพ็ญแพทย (2544) เนื่องจากแบบวัดการเผชิญความเครียดฉบับนี้ใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุและดัดแปลงมาจากแบบวัดการเผชิญความเครียดของ จาโลวีก (Jalowiec, 1988) ซึ่งได้ผ่านการหาความเที่ยงตรงกับกลุ่มตัวอย่างทั้งที่เป็นผู้ป่วยและไม่ใช่อุปถัมภ์จำนวน 1400 ราย และมีค่าความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ (Jalowiec, 1988)

ปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญความเครียด

การเผชิญความเครียดในแต่ละบุคคลจะมีความเป็นอิสระและแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ในการที่บุคคลจะจัดการกับความเครียดได้ประสบผลสำเร็จหรือไม่เพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้คือ (Burke & Flaherty, 1993)

1. ความรุนแรงของความเครียด นับเป็นปัจจัยที่สำคัญมาก เช่น ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยที่รุนแรง หรือการเจ็บป่วยและการรักษาที่มีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจอย่างมาก บุคคลจะมีการเผชิญความเครียดแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับระดับการรับรู้ความเครียด บุคคลที่มีความเครียดระดับต่ำ อาจใช้การเผชิญความเครียดทั้งแบบมุ่งแก้ปัญหาและแบบลดอารมณ์ตั้งเครียดแทน แต่เมื่อความเครียดเพิ่มขึ้นระดับปานกลาง บุคคลมีแนวโน้มในการใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และเมื่อความเครียดอยู่ในระดับที่รุนแรง บุคคลมักใช้การเผชิญความเครียดแบบลดอารมณ์ตั้งเครียดแทน (Lazarus & Folkman, 1984)

2. ระยะเวลาของการเกิดความเครียด เมื่อเวลาผ่านไปบุคคลจะค่อย ๆ ปรับตัวได้ และเรียนรู้การเผชิญความเครียดที่เหมาะสม และแก้ไขปัญหาได้มากขึ้นกว่าในระยะแรก ๆ ที่เกิดความเครียด (Bell, 1977)

3. ประสบการณ์ในอดีต เป็นประสบการณ์ความสามารถของบุคคลที่สามารถจัดสิ่งทำให้เกิดความเครียดในอดีต อันจะมีอิทธิพลต่อสถานการณ์เดียวกันที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ความสำเร็จจากประสบการณ์ในอดีต จะส่งผลต่อความสำเร็จของการเผชิญความเครียดในปัจจุบันด้วย ถ้าในอดีตไม่สามารถจัดสิ่งทำให้เกิดความเครียดได้ จะเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และเกิดความไม่มั่นใจ ดังผลการเผชิญปัญหาที่มีสถานการณ์เดียวกันในปัจจุบัน (Fuller & Schaller-Ayers, 1990)

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

5. เพศ เพศชายและเพศหญิงเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดแตกต่างกัน (Bell, 1977) จากการศึกษาของ แกส และแชง (Gass & Chang, 1989) พบว่า เพศชายมีการนำเอาทรัพยากรต่าง ๆ มาใช้เพื่อปรับพฤติกรรมตอบสนองต่อภาวะคุกคามได้ดีกว่าเพศหญิง

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

7. ลักษณะด้านความเจ็บป่วย ได้แก่ ชนิด ตำแหน่ง หรืออวัยวะของการเจ็บป่วย อาการและความรุนแรงของโรค ระยะเวลาของโรค เป็นต้น

8. ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยที่สำคัญในการดำรงชีวิตประจำวัน คนที่มีความเป็นอยู่ที่ดี ย่อมสามารถเผชิญต่อความเครียดได้ดีกว่าบุคคลที่ขาดแคลนปัจจัย ซึ่งปัจจัยทางด้านการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจเป็นตัวกำหนดทำให้มนุษย์มีความเจริญงอกงามทางด้านความรู้

และสติปัญญา บุคคลที่ฐานะทางเศรษฐกิจดีจะมีการศึกษาดี ทำให้การรับรู้ต่อเหตุการณ์ถูกต้องตามความเป็นจริง ตลอดจนสามารถศึกษาค้นคว้าหาแหล่งและกลวิธีที่ใช้ในการเผชิญความเครียดได้ดีและมีประสิทธิภาพ ซึ่งตรงข้ามกับบุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและระดับการศึกษาต่ำจะมีการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่ผิด ๆ ความสามารถในการแก้ไขปัญหาก็ไม่ถูกต้อง ทำให้พฤติกรรมในการเผชิญความเครียดไม่ดี

9. การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ครอบครัว ญาติ เพื่อน และกลุ่มในชุมชนหรือแหล่งบริการต่าง ๆ สามารถเป็นแหล่งประโยชน์ของการเผชิญความเครียดอันเป็นปัจจัยหนึ่งของการให้บุคคลสามารถมีการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ การได้รับการประคับประคองความรักและความเข้าใจเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยปรารถนาจะได้รับจากครอบครัวเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย (Brillhart, 1988)

ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ นับเป็นปัจจัยที่จะช่วยเพิ่มหรือลดการเผชิญความเครียดในบุคคลได้เมื่อเกิดภาวะเครียด เมื่อบุคคลสามารถจัดการความเครียดที่มีอยู่ ก็สามารถปรับตัวต่อความเครียดที่มีอยู่ได้ และกลับเข้าสู่ภาวะสมดุลได้เร็วขึ้น

ความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

สมาชิกในครอบครัว เป็นบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลสำคัญใกล้ชิดของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยภาวะวิกฤตไปด้วย ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร และพี่น้อง ซึ่งมีความผูกพันทางสายโลหิต เนื่องจากการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นภาวะวิกฤตกระทบกระเทือนต่อร่างกายจิตใจ ฐานะทางเศรษฐกิจและความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะการเจ็บป่วยที่รุนแรงจนทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักนับเป็นภาวะวิกฤตของผู้ป่วยและครอบครัว (Hickey, 1993; Hudak, Gallo, & Morton, 1998) สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดแก่สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีดังนี้คือ

1. เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยทันทีทันใดไม่มีการเตือนให้ทราบล่วงหน้า ไม่มีใครคาดคิดมาก่อน นับตั้งแต่วันที่แรกที่ครอบครัวได้รับข่าวว่ามีสมาชิกในครอบครัวบาดเจ็บที่ศีรษะ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยอาจมีเวลาเพียงเล็กน้อย หรือไม่มีเวลาเลย ในการเตรียมรับมือกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัวโดยไม่คาดคิด (Hudak, Gallo, & Morton, 1998)

2. จากสภาพสิ่งแวดล้อม เมื่อไปถึงโรงพยาบาลได้ประสบกับสิ่งแปลกใหม่และไม่เคยเห็นเลยในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยอาจได้รับการใส่สายยาง ท่อระบาย ท่อช่วยหายใจ หรืออุปกรณ์ช่วยชีวิตในระยะวิกฤตมากมาย การมองเห็นและการได้ยินเสียงสัญญาณของเครื่องมือเครื่องใช้ที่

สลับซับซ้อนเทคโนโลยีสูงเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งสมาชิกในครอบครัวไม่เคยเห็นมาก่อน นอกจากนี้ยังพบกับสถานการณ์ที่ผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นบุคคลอันเป็นที่รักยิ่งต้องถูกแยกจากครอบครัว การจำกัดการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยทั้งจำนวนครั้งและเวลา สถานที่ขาดความเป็นส่วนตัว รวมทั้งการพบปะกับเจ้าหน้าที่ด้านการรักษาพยาบาลที่ไม่รู้จักคุ้นเคย

3. การไม่รู้สภาวะที่แน่นอนของผู้ป่วยอาจทำให้เกิดความพิการและการสูญเสียชีวิตเกิดขึ้นได้

4. จากสภาพร่างกายของผู้ป่วย สภาพร่างกายที่เกิดจากความเจ็บป่วยซึ่งเป็นบุคคลอันเป็นที่รักยิ่งของสมาชิกในครอบครัว ความรู้สึกทุกข์ทรมานที่เกิดจากความเจ็บปวดและความรู้สึกไม่สุขสบายของผู้ป่วย

5. การบาดเจ็บที่ศีรษะจำเป็น ต้องใช้เวลาในการรักษายาวนาน ค่าใช้จ่ายสูง ทำให้ครอบครัวมีปัญหากการเงินและค่ารักษาพยาบาล (Acorn & Roberts, 1992) จะเห็นได้ว่าสาเหตุต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียด (Engli & Farmer, 1993)

ความเครียดที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเผชิญย่อมมีความแตกต่างกัน ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจะใช้วิธีการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ในการเผชิญปัญหา ซึ่งการที่จะเลือกการเผชิญปัญหาโดยวิธีใดนั้นย่อมขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและปัจจัยด้านบุคคลที่เผชิญกับสถานการณ์นั้น สมาชิกในครอบครัวมีการเผชิญปัญหาตามแนวคิดของ ลาซารัส และโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) 2 ด้าน ได้แก่ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem Focused Coping) โดยการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย การติดตามสังเกต วิเคราะห์ ประเมินการดูแลผู้ป่วยและภาวะของผู้ป่วย รวมถึงการสังเกตเครื่องมือที่ใช้ในหอผู้ป่วยวิกฤต ลักษณะการให้การพยาบาล และนำแหล่งสนับสนุนมาใช้ในการแก้ปัญหาเช่น การช่วยเหลือสนับสนุนจากเพื่อน ผู้ให้การดูแล การเผชิญหน้ากับปัญหาโดยการคิดและวางแผนแก้ไข (Byers & Smyth, 1997) และการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์ (Emotional Focused Coping) โดยการมองโลกในแง่ดี การควบคุมตนเอง (Byers & Smyth, 1997) การแสดงความต้องการเยี่ยมและอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย การพยายามลดความสำคัญของการเจ็บป่วยหรือปฏิเสธการเจ็บป่วย การเบี่ยงเบนความสนใจจากผู้ป่วยไปสนใจสิ่งอื่น หลีกเลี่ยงการพูดถึงความรุนแรงของโรค (Geary, 1979 อ้างถึงใน ช่อลดา พันธุเสนา, 2536) นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยอาจแสดงพฤติกรรม การเผชิญปัญหาที่เกิดผลในทางลบ เช่นการโทษตนเอง หรือโทษผู้อื่น โดยการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว พุดจาไม่สุภาพกับแพทย์และพยาบาล (วิจิตรา กุสุมภ์, 2544) ซึ่งเป็นพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ

จากการศึกษาของ ออดดี, ฮัมเฟอรี, และอัลเลย์ (Oddy, Humphrey, & Uttley, 1978) เป็นการศึกษาติดตามไปข้างหน้าในญาติผู้ป่วยอุบัติเหตุทางสมอง จำนวน 54 ราย ทำการเก็บข้อมูล 3 ครั้ง โดยครั้งแรก ช่วง 1-4 สัปดาห์ที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล (ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย) ครั้งที่สองและสาม เก็บข้อมูลหลังผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุ 6 เดือน และ 12 เดือนตามลำดับ พบว่า ช่วงหนึ่งเดือนแรก ญาติมีความเครียดมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฮอร์น และเทสท์ (Horn & Tesh, 2000) พบว่า ช่วงระยะ 20-30 วันแรก สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจะมีความเครียดสูง ในช่วงที่พักรักษาตัวใน โรงพยาบาล และสอดคล้องกับการศึกษาของ เอลเลียต และสมิธ (Elliott & Smith, 1985) พบว่าช่วงระยะเฉียบพลันของการบาดเจ็บ (Acute Phase Injury) จะเพิ่มความเครียดให้แก่ญาติ แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ของญาติกับระดับความรุนแรงหรือความพิการของผู้ป่วย

ลิฟวิงสตัน, บรูคส์, และบอนด์ (Livingston, Brooks, & Bond, 1985 a) ทำการศึกษาผลกระทบด้านจิตใจและสังคมต่อญาติผู้ป่วยชายที่ได้รับอุบัติเหตุทางสมองที่มีอาการรุนแรง คือ หลังล้มหลังได้รับอุบัติเหตุมานานกว่า 48 ชั่วโมง และมีคะแนนกลาสโกว์ต่ำกว่า 8 เปรียบเทียบกับญาติกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทางสมองที่มีอาการเล็กน้อย และพักรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อยกว่า 48 ชั่วโมง โดยศึกษาหลังจากผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุ 3 เดือน พบว่าญาติผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทางสมองอย่างรุนแรง จะรู้สึกทุกข์ทรมาน และมีผลกระทบด้านจิตใจสูงกว่ากลุ่มญาติผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง แต่อย่างไรก็ตาม ญาติกลุ่มผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มต่างรับรู้ถึงสภาพของผู้ป่วยก่อให้เกิดภาระแก่ตน ซึ่งการที่บุคคลรับรู้การดูแลผู้ป่วยเป็นการจะนำไปสู่ความเครียด นอกจากนี้ยังได้ทำการศึกษาในญาติกลุ่มผู้ป่วยชายที่ได้รับอุบัติเหตุทางสมองอย่างรุนแรง โดยศึกษาหลังจากผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุ 3, 6 และ 12 เดือน ตามลำดับพบว่า ญาติได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ บทบาททางสังคม และมองว่าผู้ป่วยเป็นภาระแก่ตนโดยไม่พบความแตกต่างเมื่อเปรียบเทียบผลกระทบด้านจิตใจทั้ง 3 ช่วงเวลาที่ศึกษา เมื่อเปรียบเทียบผลกระทบด้านบทบาททางสังคม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง 3 เดือนและ 6 เดือน ($t = 2.21, p < .05$) แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างช่วง 6 เดือนและ 12 เดือน จากการศึกษายังพบว่าญาติ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล และมีอาการแสดงด้านจิตใจ ร้อยละ 30 และมีโอกาสแสดงอาการทางจิตใจสูงถึงร้อยละ 40 (Livingston, Brooks, & Bond, 1985 b)

บอนด์ (Bond, 1981 cited in Frye, 1987) ศึกษาผลกระทบของการได้รับอุบัติเหตุทางสมองอย่างรุนแรงต่อญาติ พบว่า ญาติจะมีความเครียดสูงในช่วง 1 ปีแรกหลังผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุ โดยมีภาวะซึมเศร้า ผลในลำไส้ โรคหัวใจ และหย่าร้างสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา

ของ มุสคลัม และไรอัน (Mauss-Clum & Ryan, 1981) นอกจากนี้ยังพบว่าญาติเผชิญปัญหาด้วยการใช้ยากล่อมประสาท ดีมัสรา (Sbordone, 1984 cited in Frye, 1987) มีอาการไมเกรน และโรคหอบเพิ่มขึ้น (Oddy, Humphrey, & Uttley, 1978)

แบเกอร์ (Baker, 1990) ทำการศึกษาการปรับตัวของญาติผู้ป่วยเด็ก จำนวน 26 ราย ที่ได้รับอุบัติเหตุทางสมองระดับน้อยและระดับรุนแรงอย่างน้อย 6 เดือน และไม่เกิน 5 ปี พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการแสดงออกทางด้านอารมณ์ ($r = .25, p < .05$) ไม่พบความแตกต่างในการปรับตัวของญาติผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม และ อาคอน (Acom, 1995) ทำการศึกษาแบบกึ่งทดลองในญาติผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุทางสมองแบ่งเป็น 2 กลุ่ม จำนวน 11 ราย และ 8 รายตามลำดับ โดยกลุ่มที่หนึ่งจะได้รับความรู้และการสนับสนุนด้านคำแนะนำและการดูแลผู้ป่วย ผลการศึกษาในครั้งนี้ได้ประเมินการเผชิญปัญหาของญาติทั้งสองกลุ่ม เมื่อพิจารณาการเผชิญปัญหา พบว่า มีความแตกต่างในการเผชิญปัญหาแบบได้รับการสนับสนุน แสดงให้เห็นว่า การที่ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแล และรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยจะมีส่วนส่งเสริมในการคัดเลือกใช้การเผชิญปัญหาแบบการได้รับการสนับสนุนมากขึ้น

เยียน (Yan, 2000) ทำการศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับระดับการสนับสนุนทางสังคม ระดับความเครียด และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและความเครียดของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่รับการรักษาในโรงพยาบาล 3 แห่งของมหาวิทยาลัยการแพทย์ซุนยัตเซน จำนวน 58 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำถึงระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินภาวะเครียดในระดับสูง การสนับสนุนทางสังคมและความเครียดของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง ($r = -.556$) อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญความเครียดของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา มีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญความเครียดไว้จำนวนมาก พอจะสรุปปัจจัยที่ผู้วิจัยเลือกนำมาศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญความเครียดของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในครั้งนี้คือ ระดับความเครียด อายุ ระดับการศึกษา ความรุนแรงของการบาดเจ็บ และ การสนับสนุนทางสังคม

ระดับความเครียด เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด ซึ่งระดับของความเครียดที่ต่างกัน ทำให้บุคคลใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่ต่างกัน บุคคลที่มีความเครียดระดับต่ำ อาจใช้การเผชิญความเครียดทั้งแบบมุ่งแก้ปัญหาและแบบลดอารมณ์ตึงเครียดแทน แต่เมื่อความเครียดเพิ่มขึ้นระดับปานกลาง บุคคลมีแนวโน้มในการใช้วิธี

การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และเมื่อความเครียดอยู่ในระดับที่รุนแรง บุคคลมักใช้การเผชิญความเครียดแบบลดอารมณ์ตึงเครียดแทน (Lazarus & Folkman, 1984) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความเครียดเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญความเครียด ดังการศึกษาของ สุมณฑา กบิลพัตร (2541) ศึกษาความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการแสดงออกทางอารมณ์ และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านการแสดงออกทางอารมณ์ของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ซึ่งแสดงว่ามารดาที่มีระดับความเครียดจากเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดมาก มีผลทำให้มารดาใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการแสดงออกทางอารมณ์มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ หทัยรัตน์ แสงจันทร์ (2541) ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีก้อนเนื้อบริเวณเต้านมในระยะรอเข้ารับการรักษาตัดตตรวจชิ้นเนื้อ จากกลุ่มตัวอย่าง 85 ราย ผลการศึกษาพบว่าระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก กลุ่มตัวอย่างใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญปัญหาร้อยละ 40 และเลือกใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการแสดงออกทางอารมณ์ร้อยละ 60 และจากการศึกษาของ อรพิน เกตุแก้วมณี (2541) ศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย และการเผชิญความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ ที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า ระดับความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ในระดับมาก จะใช้การเผชิญความเครียดด้านการแสดงออกทางอารมณ์ และในตรงข้ามหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความเครียดในระดับน้อยจะใช้การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญปัญหา และจากการศึกษาของ ซีพัลเวดา และเซ็ง (Sepulveda & Chang, 1994) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพของการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ไร้ความสามารถในชุมชน จากกลุ่มตัวอย่าง 75 ราย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านเผชิญปัญหามากกว่าด้านจัดการอารมณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียดกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด พบว่าเมื่อเกิดความเครียดระดับปานกลางบุคคลมีแนวโน้มในการเลือกใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านเผชิญปัญหา เมื่อมีความเครียดเพิ่มมากขึ้นในระดับที่รุนแรง บุคคลมักจะใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการแสดงออกทางอารมณ์แทน

ดังนั้น ระดับความเครียดจึงเป็นตัวแปรหนึ่งที่นำมาศึกษาว่าสามารถทำนายวิธีการเผชิญ
ความเครียดสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้หรือไม่

อายุ เป็นแหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพและพลังของบุคคล เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นผ่าน
ภาวะวิกฤตมามากจะทำให้มีประสบการณ์ชีวิตมากขึ้น มีวุฒิภาวะสูงขึ้น มีความสามารถในการ
การวินิจฉัย ไตร่ตรอง และตัดสินใจในการเลือกวิธีการในการเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น ดังนั้นเมื่อ
เผชิญสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด จะสามารถเผชิญโดยใช้กลวิธีที่เหมาะสมซึ่งจะสามารถ
ทำให้ความเครียดลดลงได้ อายุที่เพิ่มขึ้นจะช่วยให้มีความรอบคอบในการพิจารณาทางเลือก
(Burke & Flaherty, 1993) วัยสูงอายุจะผ่านการดำเนินชีวิตหลายรูปแบบ และมีประสบการณ์
ในการจัดการกับความเครียด ส่วนผู้ที่อายุน้อยจะมีข้อจำกัดในการใช้พฤติกรรมในการเผชิญ
ความเครียด เนื่องจากขาดประสบการณ์การเรียนรู้ จากการศึกษาของ โฟล์คแมน และลาซาลัส
(Folkman & Lazarus, 1980) พบว่าการเปลี่ยนแปลงการเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์กับ
การเปลี่ยนแปลงในแหล่งของความเครียด ซึ่งเป็นหน้าที่โดยตรงของพัฒนาการตามอายุ เมื่อ
เปรียบเทียบความแตกต่างในการเผชิญปัญหาญาติผู้ดูแลที่เป็นภรรยา อายุระหว่าง 35 – 40 ปี
กับญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ พบว่าญาติผู้ดูแลที่มีอายุน้อย จะมีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมกว่า
และใช้วิธีการเผชิญปัญหาด้านมุ่งแก้ปัญหา มากกว่ากลุ่มสูงอายุ ในขณะที่ญาติที่สูงอายุจะใช้
การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์มากกว่า นอกจากนี้การศึกษาของ มอนโกเมรี,
โกนเยีย, และฮอยแมน (Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985) อายุมีความสัมพันธ์ทางลบ
ต่อการระการดูแลด้านการแสดงออกทางอารมณ์ แต่การศึกษาของ สตีเฟน และคณะ (Stephens
et al., 1988) พบว่าญาติผู้ดูแลที่มีอายุน้อยจะใช้การเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยง และจาก
การศึกษาในหญิงสูงอายุข้อเลือกของ เบอร์ก และฟลาเฮอร์ตี้ (Burke & Flaherty, 1993) พบว่า
อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการเผชิญปัญหา แต่ตรงข้ามกับ นิตยา สุทธยากร (2531) ซึ่ง
ศึกษาในญาติผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญ
ความเครียดสอดคล้องกับ ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา และอรทัย โสมนรินทร์ (2541) ศึกษาเรื่อง
การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมในการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคเอดส์ กลุ่มตัวอย่าง
250 คน พบว่าอายุที่ต่างกันจะมีพฤติกรรมเผชิญความเครียดไม่ต่างกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับวิธีการเผชิญ
ความเครียด พบมีความสัมพันธ์ในทิศทางหลากหลายกับวิธีการเผชิญความเครียด ดังนั้นอายุจึง
เป็นตัวแปรหนึ่งที่นำมาศึกษาว่าสามารถทำนายวิธีการเผชิญความเครียดของสมาชิกในครอบครัว
ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้หรือไม่

ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญความเครียดของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (Muhlenkamp & Sayles, 1986) กล่าวว่า บุคคลที่มีการศึกษาสูงทำให้มีทักษะในการแสวงหาข้อมูลซักถามปัญหาต่าง ๆ ที่สงสัย และไม่เข้าใจได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ดังนั้นผู้ที่มีการศึกษาสูงจะสามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่ต้องการเรียนรู้ดีกว่า รวมทั้งเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ถูกต้องมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย สอดคล้องกับที่ลาซาลัส (Lazarus, 1966) ได้อธิบายไว้ว่าการศึกษช่วยให้บุคคลมีความรู้ซึ่งจะนำมาใช้ในการพิจารณาสิ่งที่คุกคามตนเองได้ถูกต้อง สามารถแยกได้ว่าอะไรคือสิ่งที่ช่วยบรรเทาสิ่งที่มาคุกคามตน และสามารถเลือกให้แหล่งประโยชน์ได้ถูกต้อง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญความเครียด เช่น จากการศึกษานี้ของ อุมพร รัชชทิพย์ (2537) ศึกษาปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มารับคำปรึกษาจากพยาบาลโรงพยาบาลนครพิงค์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา 60 ราย ผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิธีการเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ปัญหาสอดคล้องกับการศึกษาของ ซีพัลลิดา และเซ็ง (Sepulveda & Chang, 1994) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่วัดความสามารถในชุมชน โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง 75 ราย ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิธีการเผชิญความเครียดด้านจัดการกับปัญหา และสอดคล้องกับการศึกษาของ ประหยัดประภาพรหม (2539) ศึกษาการรับรู้ที่ไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มตัวอย่าง 370 ราย พบว่าระดับการศึกษาของญาติผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านเผชิญปัญหา และมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด ด้านการแสดงออกทางอารมณ์ ซึ่งสอดคล้องกับบุญลี ศรีสุวัฒนากุล (2542) ศึกษาการเผชิญความเครียดจากความรู้สึกไม่แน่นอนในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในกลุ่มตัวอย่าง 80 ราย พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้านเผชิญปัญหา และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้านจัดการกับอารมณ์ และด้านบรรเทาปัญหาสอดคล้องกับ ดวงมณี สุภัทรกุล (2546) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้อาการผิดปกติจากภาวะพร่องฮอร์โมน ความเครียดจากอาการผิดปกติจากภาวะพร่องฮอร์โมน และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของหญิงวัยหลังหมดระดูในชุมชน จังหวัดปราจีนบุรี ในกลุ่มตัวอย่าง 398 ราย ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญปัญหาและมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการแสดงออกทางอารมณ์ และด้านบรรเทาความเครียด

ในทางตรงกันข้าม พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียด ดังการศึกษาของ จาโลวีก และพาวเวอร์ (Jalowiec & Powers, 1980) ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างรายใหม่ในห้องฉุกเฉิน 25 ราย ผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในห้องฉุกเฉิน สอดคล้องกับการศึกษาของ สปิทเซอร์ และโยแรม (Spitzer & Yoram, 1995) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรและพฤติกรรมในการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง 77 ราย ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของ แมคเน็ต (Mc Nett, 1987) ศึกษาการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคที่สามารถที่นั่งรถเข็นศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง 50 ราย ผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับปัญหา

นอกจากนี้ยังพบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดเช่น การศึกษาของ ปราณี เสนีย์ (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเหนือตนเอง พฤติกรรมการเผชิญความเครียดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะสุดท้ายกลุ่มตัวอย่าง 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดสอดคล้องกับ ปัทมา คุปตจิต (2533) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์ สัมพันธภาพในคู่สมรสกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังได้รับการผ่าตัดเต้านม กลุ่มตัวอย่าง 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดสอดคล้องกับ สายนาท พลไชโย (2543) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุ อัมพาตครึ่งซีกในโรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือในกลุ่มตัวอย่าง 130 ราย พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับการเผชิญความเครียด พบมีความสัมพันธ์ในทิศทางหลากหลายกับการเผชิญความเครียด ดังนั้นระดับการศึกษาจึงเป็นตัวแปรหนึ่งที่นำมาศึกษาว่าสามารถทำนายการเผชิญความเครียดของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้หรือไม่

ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นตัวแปรตัวหนึ่งที่ทำให้บุคคลรับรู้ถึงความรุนแรงในสภาพความเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่ จะประเมินได้จากระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย โดยใช้กลาสโกว์โคมาสเคล (Glasgow Coma Scale: GCS) เป็นพื้นฐาน (Hudak, Gallo, & Morton, 1998) ซึ่งจะประเมินการตอบสนองของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ 3 อย่าง คือ 1) การลืมตา

มีคะแนน 1-4 คะแนน 2) การพูดมีคะแนน 1-5 คะแนน 3) การเคลื่อนไหว มีคะแนน 1-6 คะแนน ผลรวมของคะแนนตามลักษณะการตอบสนองทั้ง 3 อย่าง จะบอกระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย 3 ระดับ ดังนี้ 1) การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย (Minor Head Injury) มี GCS = 13-15 คะแนน 2) การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลาง (Moderate Head Injury) มี GCS = 9-12 คะแนน 3) การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง (Severe Head Injury) มี GCS = 3-8 คะแนน จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยเป็นเหตุให้ญาติต้องใช้เวลาในการดูแลมาก และเป็นสาเหตุของการเกิดความเครียด และพบว่าการรับรู้ของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงสามารถทำนายการเผชิญปัญหาของญาติ (Reeder, 1990; Snowdon, Cameron, & Dunham, 1994; Sander, High, Hannay, & Sherer, 1997) มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อการเพิ่มความเครียด (Murata, 1995) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านความจำ และพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ต่อการทำนายภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลในญาติผู้ดูแลและภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลเป็นตัวทำนายความเครียด และการที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยปราศจากการเตรียมตัวนั้นมักมีอาการรุนแรงและส่งผลต่อการรับรู้ภาวะเครียดของญาติอย่างเป็นเหตุเป็นผล (Neundorfer, 1991) ดังนั้นตัวแปรความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ จึงเป็นตัวแปรหนึ่งที่น่าสนใจมาศึกษาว่าสามารถทำนายวิธีการเผชิญความเครียดของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้หรือไม่

การสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยนำปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมมาศึกษา

ความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีบทบาทต่อพฤติกรรม และสุขภาพของมนุษย์ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ การป้องกันโรคการส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมนั้นมีผู้สนใจศึกษากันอย่างแพร่หลายทั้งนักมนุษยวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ การสนับสนุนทางสังคมถูกมองไปหลายแนวคิดและหลายประเด็นที่คล้ายคลึงกันแตกต่างกันไปตามแนวคิดการศึกษาของผู้ศึกษา

คอบบ์ (Cobb, 1976) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นข้อมูลหรือข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนรักคนสนใจ มีคนยกย่องและเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ชนิดคือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ และมีความใกล้ชิดสนิทสนม มีความผูกพันและไว้วางใจซึ่งกันและกัน

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับยกย่อง และคุณค่า (Esteem Support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่า และบุคคลอื่นให้การยอมรับนับถือ และเห็นคุณค่าของตนเอง

3. การสนับสนุนด้านการเครือข่าย (Network Support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

แคปแลนด์, คาสเซล, และกอร์ (Kaplan, Cassel, & Gore, 1977) มองการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นแหล่งประโยชน์ หรือเป็นแนวต้านทานความเครียด ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ที่จะช่วยส่งเสริมให้มีการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้บุคคลเผชิญภาวะวิกฤตได้ง่ายขึ้น ทำให้ภาวะวิกฤตลดความรุนแรงไป แคปแลนด์, คาสเซล, และกอร์ (Kaplan, Cassel, & Gore, 1977) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้เป็น 2 ทางคือ

1. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความพอใจต่อความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมในแต่ละคน ซึ่งได้รับจากสิ่งแวดล้อมในสังคมของคนคนนั้น โดยได้รับการติดต่อสัมพันธ์กับคนในกลุ่มสังคม

2. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ที่บุคคลนั้นสามารถจะได้รับจากกลุ่มสังคมที่ให้การสนับสนุน จากบุคคลที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น

นอร์เบค (Norbeck, 1982) กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคม ช่วยให้บุคคลมีความเครียดลดลงจากการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เรียนรู้วิธีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดลดลง สามารถป้องกันการเกิดโรคและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี แรงสนับสนุนทางสังคมจึงมีความจำเป็นต่อสุขภาพของบุคคล

เชฟเฟอร์ และลาซารัส (Schacfer & Lazarus, 1982 cited in Lazarus & Folkman, 1984) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคม เป็น 3 ด้าน

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) ได้แก่ความใกล้ชิดสนิทสนม ความผูกพัน ความอบอุ่นใจ ความเชื่อถือและไว้วางใจซึ่งกันและกัน สิ่งเหล่านี้จะส่งเสริมให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่

2. การสนับสนุนสิ่งของ (Tangible Support) เป็นการช่วยเหลือโดยตรงด้วยการให้สิ่งของ เงินทอง และบริการ

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) เป็นการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำในการแก้ปัญหาและการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล

เฮาส์ (House, 1981 cited in Brown, 1986) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วย

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการให้การยอมรับนับถือ ความไว้วางใจ ความรัก ความผูกพันต่อกัน

2. การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม (Appraisal Support) ได้แก่ การเห็นพ้องการรับรอง การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นในสังคมซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นใจ

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้ข้อมูล คำแนะนำข้อเท็จจริง การบอกแนวทางเลือก หรือแนวทางปฏิบัติเพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหา

4. การช่วยเหลือด้านสิ่งของ (Instrumental Support) เป็นการช่วยเหลือโดยจัดหา เงินทุน เครื่องมือและบริการที่จำเป็น

ไวส์ (Weiss, 1974 cited in Brandt & Weinert, 1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้ของบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์และได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือระดับประคอง จากสมาชิกในสังคม ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน ได้แก่

1. ความรักใคร่ผูกพัน (Attachment) โดยความรักใคร่ผูกพันทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัย และอบอุ่น มั่นคง มีความรักและความเอาใจใส่ ช่วยทำให้บุคคลไม่รู้สึกอ้างว้างและโดดเดี่ยว ซึ่งส่วนใหญ่จะได้จากคู่สมรส สมาชิกในครอบครัว และเพื่อนสนิท

2. การมีส่วนร่วมในสังคม (Social Integration) การมีส่วนร่วมในสังคมทำให้บุคคล มีเป้าหมาย มีโอกาสผูกมิตรกับผู้อื่น ทำให้มีการแลกเปลี่ยนด้านข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์และความคิดเห็น มีความเป็นเจ้าของและได้รับการยอมรับว่าตนเองมีคุณค่าต่อกลุ่ม ถ้าขาดแรงสนับสนุนนี้จะทำให้บุคคลแยกตัวออกจากสังคม และรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการดำรงชีวิต

3. การได้มีโอกาสช่วยเหลือผู้อื่น (Opportunity for Nurturance) เป็นการที่บุคคลได้มีโอกาสให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นให้มีความสุข จะทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่า มีความหมายเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นและเป็นที่พึ่งพาของผู้อื่นได้ ถ้าขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าชีวิตไร้ค่า

4. การส่งเสริมคุณค่าในตนเอง (Reassurance of Worth) คือการที่บุคคลได้รับการเคารพ ยกย่อง และชื่นชมที่สามารถแสดงบทบาทในสังคมอันเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัวและสังคม ถ้าบุคคลได้รับการเสริมจะทำให้รู้สึกที่ตนเองมีคุณค่า

5. การได้รับการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ (The Obtaining of Guidance/ Assistance) อาจเป็นการช่วยเหลือในด้านคำแนะนำ ชี้แนะ ให้กำลังใจในการแก้ปัญหาช่วยเหลือทางด้าน การเงิน สิ่งของ หรือแรงงาน ถ้าขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลท้อแท้หรือผิดหวัง

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึงการที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือ เนื่องจากการมีปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์ในสังคม ทั้งด้านวัตถุสิ่งของ ข้อมูล ข่าวสาร อารมณ์และการยอมรับนับถือ ได้รับความรัก ความเอาใจใส่ จากบุคคลในสังคม เกิดความรู้สึกมั่นคง และรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สามารถเผชิญ และตอบสนองต่อความเครียดหรือการเจ็บป่วยได้

แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากบุคคลต้องมีการติดต่อด้านสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมตลอดชีวิต ซึ่งมีลักษณะเครือข่ายที่ต้องพึ่งพาอาศัยกันเพื่อให้ประสบความสำเร็จในการทำหน้าที่ตามบทบาทในการดำเนินชีวิตประจำวัน และในการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต หรือภาวะเครียดที่เกิดขึ้น แหล่งของการสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญต่อชนิดและปริมาณการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ เนื่องจากชนิดของการสนับสนุนทางสังคมเปลี่ยนแปลงตามแหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคม นอกจากนั้นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมยังสามารถบอกถึงขนาดของเครือข่ายทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดปริมาณการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับด้วย เฮาส์ (House, 1981 cited in Cohen & Syne, 1985) ได้แบ่งกลุ่มของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 กลุ่ม ตามลักษณะความสัมพันธ์คือ

1. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ (Informal) หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น โดยจะมีการติดต่อด้านสัมพันธ์กันตามธรรมชาติ มีความผูกพันใกล้ชิดกัน และมีความสัมพันธ์กันมาก เช่น คู่สมรส ญาติพี่น้อง เพื่อน

2. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ (Formal) หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือผู้อื่นที่มีการติดต่อกันด้วยเหตุผลบางอย่าง โดยเกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงาน เช่น กลุ่มช่วยเหลือทางวิชาชีพ ซึ่งเป็นกลุ่มที่อยู่ในวงการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพของประชาชนโดยอาชีพ

ในการใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมเข้าช่วยเหลือผู้ป่วยขึ้นอยู่กับสมาชิกเครือข่ายทางสังคมจะพิจารณาแหล่งใดสำคัญที่สุดตามชนิด และสถานการณ์ของเหตุการณ์เนื่องจาก การสนับสนุนทางสังคมจะไม่คงที่มีการเปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตคน

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นโครงสร้างหลายมิติทำให้เครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมมีความหลากหลาย วัดได้หลายมิติแล้วแต่มุมมองหรือแนวคิดที่แตกต่างกันออกไป การเลือกเครื่องมือใช้ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมจึงควรตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเหมาะสม หรือความสอดคล้องของตัวแปรที่ศึกษา มีผู้สร้างแบบประเมินไว้เช่น

1. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire Part II: SSQ Part II) ซึ่งสร้างโดย เชฟเฟอร์, คอยน์, และลาซารัส (Schaefer, Coyne, & Larazus, 1982 อ้างถึงใน จันทริทิพย์ วงศ์วิวัฒน์, 2536) ใช้แนวคิดในเรื่องการสนับสนุนทางสังคม โดยแบ่งเป็น 3 ประเภท คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูล และด้านสิ่งของ รวมถึงการช่วยเหลือหรือให้บริการ

2. แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลส่วนที่ 2 (The Personal Resource Questionnaire: PRQ Part 2) สร้างโดย แบรินด์ และไวเนอร์ท (Brand & Weinert, 1981) โดยสร้างตามแนวคิดของ ไวส์ (Weiss, 1974 cited in Brand & Weinert, 1981) ต่อมาแบบวัดนี้ได้รับการปรับปรุงและพัฒนาแบบวัดนี้เป็น PRQ-82 และ PRQ-85 ตามลำดับ (Weinert, 1987) แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน โดยส่วนแรกเป็นแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 เป็นลักษณะการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคม ตามชนิดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งแบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ความรักใคร่ผูกพัน การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่น การรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง และการได้รับการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก 20 ข้อ ด้านลบ 5 ข้อ ให้บุคคลประเมินด้วยตนเองว่าข้อ คำถามนั้นตรงกับตนเองมากน้อยเพียงใดลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 7 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน แบบวัดชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการทดสอบความตรงเชิงโครงสร้าง โดยที่ ไวเนอร์ท (Weinert, 1987) ได้หาความสัมพันธ์ระหว่างแบบวัดชุดนี้กับแบบวัดอารมณ์ซึมเศร้า และแบบวัดความวิตกกังวลจากกลุ่มตัวอย่าง 181 ราย ได้ค่าความสัมพันธ์เท่ากับ $-.33$ และ $-.39$ ($p < .001$) ตามลำดับ ซึ่งทิศทางและความมั่นคงของความสัมพันธ์มีความสอดคล้องกับแนวคิดเชิงโครงสร้างของการสนับสนุนทางสังคมและเป็นไปตามทฤษฎี ต่อมา ไวเนอร์ท และทิลเดน (Weinert & Tilden, 1990) ได้หาความสัมพันธ์ระหว่างแบบวัดแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลส่วนที่ 2 (PRQ -85 Part 2) กับแบบวัดข้อบ่งชี้ต้นทุนและค่าตอบแทน (Cost and Reciprocity Index: CRI) จากกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นผู้ใหญ่ 333 ราย กลุ่มที่ 2 เป็นผู้ใหญ่ 99 ราย พบว่าแบบวัดทั้งสองมีความสัมพันธ์กันในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นจึงสนับสนุนความตรงเชิงโครงสร้างของแบบวัดชุดนี้ และ ไวเนอร์ท (Weinert, 1987) ได้หาความเชื่อมั่นชุดนี้โดยใช้ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 132 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค $.89$

แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ แบรินด์ และไวเนอร์ท (Brand & Weinert, 1981) ส่วนที่ 2 (PRQ-85) แบบวัดนี้แปลเป็นภาษาไทยโดย จิรภา หงษ์ตระกูล (2532) นำไปศึกษาใน

กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .90 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมชุดนี้ สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2536) นำมาดัดแปลงเพื่อนำมาใช้กับผู้ดูแลโดยวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับ 5 ด้านคือ 1) ความรักใคร่ผูกพัน 2) ความมีคุณค่าในตนเอง 3) การมีโอกาสนำเสนอประโยชน์ต่อผู้อื่น 4) การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 5) ด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ แล้วนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 104 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .91

นอกจากนี้ เยียน (Yan, 1997) ได้แปลและดัดแปลงแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของแบรนด์ และไวเนอร์ท (Brand & Weinert, 1981) ส่วนที่ 2 (PRQ-85) จากลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับเป็น 5 ระดับ นำไปศึกษาในผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 15 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .82 และแบบวัดชุดนี้ เยียน (Yan, 2000) ได้ดัดแปลงเพื่อนำมาใช้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 10 รายได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .92

ในการศึกษานี้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะตามแนวคิดของไวส์ เนื่องจากครอบคลุมทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยจะได้รับผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจ มีความไม่สุขกายสบายใจ และอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง จากผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วยก่อให้เกิดปัญหาความไม่เข้าใจในครอบครัวทำให้สัมพันธ์ภาพในครอบครัว และสังคมเปลี่ยนแปลงไปทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องประสบภาวะเครียด สมาชิกในครอบครัวจึงต้องได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมของไวส์ วัดการรับรู้ของสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในการมีปฏิสัมพันธ์และได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ ประคับประคองจากสมาชิกในสังคมซึ่งประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน ได้แก่ ความรักใคร่ผูกพัน การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสดูแลช่วยเหลือผู้อื่น การรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง และการได้รับการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ผู้วิจัยประเมินโดยใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมส่วนที่ 2 ของ แบรนด์ท์ และไวท์เนอร์ท (Brandt & Weinert, 1985) ที่ เยียน (Yan, 2000) ได้ดัดแปลงไปใช้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะโดยผู้วิจัยได้นำมาแปลและดัดแปลงให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย แบบวัดนี้ได้รวมเนื้อหาสาระของการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมครอบคลุมตามแนวคิดของ ลาซารัส และฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) จากงานวิจัยนี้ได้ใช้แนวคิดนี้ สำหรับแบบประเมินนี้มีค่าความเที่ยงตรงและค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ดี ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดนี้มาเป็นแนวทางในการศึกษารั้งนี้

จากการทบทวนวรรณกรรมความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับวิถีการเผชิญความเครียด พบว่า ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กัน จากการศึกษาของ พรรณี จุ่นประดับ (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงกลุ่มตัวอย่าง 200 ราย ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา และมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการแสดงออกทางอารมณ์สอดคล้องกับการศึกษาของ สายนาท พลไชโย (2543) ศึกษาผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกในโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคตะวันออก ศึกษากลุ่มตัวอย่าง 130 ราย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา และมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการแสดงออกทางอารมณ์ สอดคล้องกับการศึกษา ดวงมณี สุภัทรกุล (2546) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้การผิดปกติจากภาวะพร่องฮอร์โมน ความเครียดจากอาการผิดปกติจากภาวะพร่องฮอร์โมน และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของหญิงวัยหลังหมดระดูในชุมชนจังหวัดปราจีนบุรี ในกลุ่มตัวอย่าง 398 ราย ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาและด้านบรรเทาความเครียด และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้านการแสดงออกทางอารมณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมุณทา กบิลพัตร (2541) ศึกษาความเครียด การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มตัวอย่าง 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ไขปัญหาลงมาทำนายพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับ เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา (2541) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 116 ราย ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา

นอกจากนี้ยังมีผู้ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด ดังการศึกษาของ ซีพัลเวดา และเซ็ง (Sepulveda & Chang, 1994) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่วัดความสามารถในชุมชนศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง 75 ราย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการติดต่อกับสังคม และการรับรู้การมีเครือข่ายทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคม กับวิธีการเผชิญความเครียด พบว่ามีความสัมพันธ์กันในทิศทางเดียวกัน และมีงานวิจัยส่วนน้อยที่ไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งสอดคล้องกับกับทฤษฎีการเผชิญความเครียดของ ลาซารัส และโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงได้นำตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมมาศึกษาอีก เพื่อดูว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการเผชิญความเครียดของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้หรือไม่

จะเห็นได้ว่าการเผชิญความเครียดตามแนวคิดของ ลาซารัส และโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นกระบวนการทางความคิดหรือการกระทำของบุคคลซึ่งมีการปรับเปลี่ยนอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมบรรเทา หรือขจัดภาวะคุกคามหรือความเครียด ซึ่งกระทำหลังจากผ่านการประเมินสถานการณ์แล้วว่าเป็นความเครียด การประเมินสถานการณ์เป็นกระบวนการทางความคิด และมีความสำคัญในการกำหนดรูปแบบการเผชิญความเครียดซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละคน และจะประสบผลสำเร็จหรือไม่ขึ้นเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่มีผลต่อระดับความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความรุนแรงของการบาดเจ็บ และการสนับสนุนทางสังคม ที่จะมาเป็นปัจจัยทำนายการเผชิญความเครียดของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพจะเป็นการผสมผสาน หรือที่มีความเหมาะสมระหว่างการเผชิญความเครียดทั้งด้านมุ่งแก้ปัญหา และด้านมุ่งแก้ไขอารมณ์ ที่ใช้ควบคู่กันไป ซึ่งประสิทธิภาพของการเผชิญความเครียดจะทำให้เกิดผลลัพธ์หรือผลสำเร็จของการเผชิญความเครียด