

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษารวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีสาระสำคัญเรียงลำดับดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง
2. ทฤษฎีการปรับตัวของรอย
3. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
4. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease หรือ Stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่มีสาเหตุมาจากหลอดเลือดสมองตีบ อุดตันหรือแตก ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงเป็นเหตุให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติไป และทำให้เกิดการทำลายของเซลล์สมอง ก่อให้เกิดการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายที่สมองส่วนนั้นควบคุมอยู่ ซึ่งคงมีอาการนานกว่า 24 ชั่วโมง หรือทำให้เสียชีวิต ผู้ป่วยจะมีอาการแขน ขา และหน้าอ่อนแรงหรือชาด้านตรงข้ามกับรอยโรค มีความผิดปกติของการพูด การใช้ภาษา หรือความเข้าใจภาษา ไม่สนใจรับรู้ (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2550; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

การแบ่งประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

1. แบ่งตามระยะเวลาการดำเนินโรค

การแบ่งตามระยะเวลาการดำเนินการโรค แบ่งได้ 4 ลักษณะ ดังต่อไปนี้

1.1 สมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว Transient Ischemic Attack (TIA) คือโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการ และอาการแสดงเกิดขึ้นและหายไปภายใน 24 ชั่วโมง พบประมาณร้อยละ 15 พบบ่อยในรายที่มี Carotid Artery Atherosclerosis ซึ่งเกิดจากการตีบของหลอดเลือด ทำให้ขัดขวางการไหลของเลือดที่เลี้ยงสมอง ในระยะแรกที่มีการตีบตันแต่ไม่มีการอุดรูของหลอดเลือดอย่างสมบูรณ์ จะทำให้สมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว โดยร้อยละ 4-8 ของบุคคลเคยมีภาวะสมองเสียน้ำที่เฉพาะแห่ง จะมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้ภายใน 1 เดือน โดยร้อยละ

12-13 เกิดขึ้นภายในปีแรกและร้อยละ 24-29 เกิดขึ้นภายใน 5 ปี กลุ่มอาการนี้จะเห็น ๆ หาย ๆ เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ อาจไม่มีอาการผิดปกติเหลืออยู่ การวินิจฉัยขึ้นกับประวัติเป็นส่วนใหญ่ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; นิจศรี ชาญณรงค์, 2550)

1.2 สมอฆาดเลือดชั่วคราวที่มีความพร่องทางระบบประสาทนานเกิน 24 ชั่วโมง แต่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ภายใน 2 สัปดาห์ Reversible Ischemic Neurological Deficit (RIND) พบได้ไม่บ่อยนักเชื่อว่าเกิดจากเนื้อสมองขาดเลือดเพียงบริเวณเล็ก ๆ ในส่วนเนื้อสมองที่อยู่ลึกลงไป โดยไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน ภาวะนี้มีโอกาสเกิดเนื้อสมองตายมากกว่าคนปกติถึง 6 เท่า

1.3 โรคหลอดเลือดสมองที่มีการดำเนินของโรคเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ (Stroke in Evolution) ใช้ในช่วงที่อาการหรืออาการแสดงเป็นมากขึ้น มักเกิดจากลิ่มเลือดในหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่กำลังขยายตัว อุดกั้นการไหลเวียนเลือดมากขึ้นเรื่อย ๆ หรือมีการเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงเรื่อย ๆ เป็นเวลานานกว่า 24 ชั่วโมงขึ้นไป อาการที่เป็นมากขึ้นอาจเป็นอาการเดิมที่เป็นอยู่แต่มีความรุนแรงมากขึ้นหรือมีอาการอื่น ๆ เพิ่มขึ้นหรือว่ามีความรู้สึกเลวลง มีผลทำให้สมองบวม หมดสติ สมองขยับเคลื่อนไหว มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 10-20 ใน 2-3 สัปดาห์แรก

1.4 โรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการคงที่แล้ว (Complete Stroke) ใช้เมื่ออาการและอาการแสดงเกิดขึ้นเต็มที่แล้ว ไม่มีอาการเพิ่มมากขึ้น ไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงในช่วง 2-3 สัปดาห์ ไม่มีอาการบวมเพิ่มขึ้นของสมองรอบรอยโรคนั้น

2. แบ่งตามลักษณะของพยาธิสภาพ

โรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งได้ตามลักษณะของพยาธิสรีรวิทยา ได้ 2 กลุ่ม ๆ ใหญ่ ดังนี้ (กิ่งแก้ว ปาจริย, 2550)

2.1 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (Ischemic Stroke) พบได้ร้อยละ 85 โดยแบ่งเป็นโรคที่เกิดจากลิ่มเลือดอุดตัน (Thrombosis) หลอดเลือดขนาดใหญ่ร้อยละ 40 เกิดจากการอุดตันหลอดเลือดขนาดเล็กร้อยละ 20 อีกร้อยละ 20 เกิดจากลิ่มเลือดที่หลุดจากหลอดเลือดอื่น ๆ (Embolism) ที่สำคัญได้แก่ ลิ่มเลือดที่เกิดบริเวณผนังหัวใจหรือลิ้นหัวใจ เมื่อมีหลอดเลือดอุดตันอย่างทันทีทันใด เซลล์ประสาทสมองจะค่อย ๆ ตายลงภายใน 6-8 ชั่วโมง

2.2 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออก (Hemorrhagic Stroke)

2.2.1 ภาวะเลือดออกในสมอง (Intracerebral Hemorrhage) พบได้ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด สาเหตุสำคัญคือ ความดันเลือดสูงที่ควบคุมไม่ได้ หลอดเลือดแดงแข็งแล้วแตกหรือฉีกขาดเกิดขึ้นทันทีทันใดและทำให้เกิดความผิดปกติทางระบบประสาท เนื้อสมองบริเวณนั้นอักเสบ และตาย

2.2.2 ภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้น Subarachnoid พบได้ประมาณร้อยละ 5 มักเกิดจากการแตกของหลอดเลือดตรงตำแหน่งที่มี Aneurism ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยปวดศีรษะอย่างมากทันที อาเจียน และมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะรู้สึกตัว การบีบเกร็งของหลอดเลือด ภายหลังหลอดเลือดแตก และภาวะเนื้อสมองตายที่เกิดขึ้นตามมา เป็นสาเหตุสำคัญของความพิการที่เกิดขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด เนื่องจาก เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางระบบที่เกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลงจากการตีบแคบ (Thrombosis) หรือการอุดตันของหลอดเลือด (Emboli) และพบได้เป็นส่วนใหญ่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด และผู้ป่วยมีความพิการเรื้อรังในระยะยาว

อุบัติการณ์

โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด นั้นเป็นปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญทั้งในประเทศและต่างประเทศ ในประเทศไทยพบว่าอัตราป่วยในด้วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด สูงถึง 235.52 ต่อประชากร 100,000 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2551) ประมาณร้อยละ 80-85 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด (ไสว นรสาร, 2553) และยังเป็นสาเหตุการตายของประชากรเป็นลำดับที่ 4 รองจากมะเร็งทุกชนิด อุบัติเหตุและการได้รับสารพิษ และโรคหัวใจ โดยพบอัตราตาย 24.66 ต่อประชากร 100,000 คน (สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

ส่วนในต่างประเทศ พบว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ของโลก โดยพบว่าทุก ๆ ปีจะมีผู้เสียชีวิตประมาณ 150,000 ราย นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งที่ทำให้มีความพิการระยะยาวเรื้อรัง พบได้มากในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป หรือประมาณร้อยละ 75 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด นอกจากนี้ในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับซ้ำเกิดขึ้นร้อยละ 23 เมื่อแยกชนิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะพบว่าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดประมาณร้อยละ 86 และร้อยละ 13 เป็นชนิดเลือดออกในสมอง และยังพบว่าโรคหลอดเลือดสมองในเพศหญิงมีจำนวนมากกว่าเพศชาย (Shah, 2009)

อาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

โรคหลอดเลือดสมองโดยทั่วไปแบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ ระยะเฉียบพลัน (Acute Phase) ระยะหลังเฉียบพลัน (Post Acute Phase) และระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery Phase) ดังต่อไปนี้ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

1. ระยะเฉียบพลัน (Acute Phase) คือ ระยะเริ่มตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งอาการคงที่ ส่วนมากระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอัมพาตทันที กล้ามเนื้อแขนขาอาจจะอ่อนปวกเปียก รู้สึกตัวหรือหรือไม่รู้สึกตัวร่วมด้วย ส่วนใหญ่ใช้เวลาประมาณ 48 ชั่วโมง (Watson & Quinn, 1998) ปัญหาสำคัญที่พบคือผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้ จากมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ระบบการหายใจผิดปกติ

2. ระยะหลังเฉียบพลัน (Post Acute Phase) คือ ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ อาจใช้เวลาหลัง 48 ชั่วโมงหรือนานกว่า โดยระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ลงมีระดับ Glasgow Coma Scale ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป ในระยะนี้มักมีปัญหาในเรื่องการกลืน การเคลื่อนไหว การพูด หรืออาจเกิดภาวะปอดอักเสบ (Phipps, 1991)

3. ระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery Phase) คือ ระยะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่ มีความสามารถในการรับการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นช่วงที่ผู้ป่วยได้กลับบ้าน คือระยะ 3 เดือนแรกหลังการเจ็บป่วย ซึ่งแบ่งได้เป็นระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก และระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง (Astrom, Asplund, & Astrom, 1992) การฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะพบว่าหลังการเกิดโรค 1 เดือน ผู้ป่วยร้อยละ 10 จะกลับฟื้นตัวได้เป็นปกติ อีกร้อยละ 10 พบว่ามีความพิการเกิดขึ้นจนไม่สามารถให้การฟื้นฟูได้ นอกจากนี้การฟื้นตัวของผู้ป่วยพบได้ดีที่สุดในช่วง 6 เดือนแรกภายหลังเกิดโรคประมาณร้อยละ 45 สำหรับผู้ป่วยที่มี Severe Disabled จะพบว่าการฟื้นตัวจะเริ่มดีขึ้นภายใน 6-12 เดือนแรก ประมาณร้อยละ 60 และประมาณร้อยละ 20 ผู้ป่วยยังคงนอนรักษาอยู่ในเตียงภายหลังการเจ็บป่วย 1 ปี ซึ่งปัจจัยที่กำหนดการฟื้นตัวของผู้ป่วยนั้น ประกอบด้วย ระดับความรุนแรงของโรค รอยโรค มีอาการของโรคอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น โรคหัวใจ โรคเกี่ยวกับหลอดเลือด ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางอารมณ์ หรือจิตใจ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ในเวลาอันสั้น และเป็นโรคที่ทำให้เกิดปัญหาและมีผลกระทบต่อผู้ป่วย ซึ่งปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของหลอดเลือดสมอง ขนาดที่เกิดพยาธิสภาพหรือเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บ โดยจะก่อให้เกิดผลกระทบในระยะยาวต่อผู้ป่วยทั้งในด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะคงมีความพิการหลงเหลือ ทำให้เป็นภาระต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม (นิจศรี ชาญณรงค์, 2550; บรรณทวารณ หิรัญเคราะห์, 2549)

ผลกระทบของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ลักษณะอาการทางคลินิกที่เกิดขึ้นของโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่เกิดจากการตีบหรืออุดตันนั้น ก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย

เป็นผลกระทบจากพยาธิสภาพของโรค พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีชีวิตอยู่นั้นมีความพิการหลงเหลือมากกว่าร้อยละ 50 และไม่สามารถกลับไปปฏิบัติบทบาทหน้าที่เดิมได้ (Shah, 2009) ซึ่งความพิการดังกล่าวแบ่งออกได้ดังนี้

1.1 ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมักมี

ปัญหาในการควบคุมกล้ามเนื้อ ไม่สามารถสั่งการให้มีการเคลื่อนไหว ในระยะแรกกล้ามเนื้อจะอ่อนแรงและมีความตึงตัวลดลง ต่อจากนั้นจึงค่อยฟื้นตัวขึ้น โดยเริ่มมีกล้ามเนื้อเกร็งกระตุก ภาวะกล้ามเนื้อเกร็งกระตุกมักก่อให้เกิดปัญหาอื่น ๆ ตามมา เช่น ข้อติดแข็ง แผลจากการเสียดสี อาการเจ็บปวด และเป็นอุปสรรคต่อการจัดทำ หรือดูแลสุขอนามัย จึงต้องฝึกการออกกำลังกล้ามเนื้อ ขยับร่างกายบนเตียง พลิกตะแคงลุกขึ้นนั่ง เปลี่ยนจากท่านั่งเป็นยืน การควบคุมลำตัว ท่าทาง การทรงตัว การถ่ายน้ำหนักลงขาข้างที่อ่อนแรง นอกจากนี้ยังพบปัญหาเกี่ยวกับข้อไหล่หลุด หรือติดได้ (Stroke Recovery Association NSW, 2553)

1.2 ความผิดปกติเกี่ยวกับระบบประสาทรับรู้ความรู้สึก และการรับรู้ ปัญหาการสูญเสียความรู้สึกอาจทำให้เกิดปัญหาที่ผิวหนัง ปัญหาการทรงตัว และการประสานการเคลื่อนไหว นอกจากนี้การรับรู้ความรู้สึกที่ผิดปกติไปนั้นมักจะเกิดในผู้ป่วยที่มีอัมพาตซีกซ้าย คือผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่สมองซีกขวา ซึ่งเป็นส่วนที่รับรู้เข้าใจภาษา การพูด การอ่าน การเขียน และยังบ่งบอกถึงชนิดและความรุนแรงได้ ซึ่งจะดีขึ้นได้เมื่อมีการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2550)

1.3 ความผิดปกติเกี่ยวกับกลืนลำบาก และรับประทานอาหาร เป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อยประมาณร้อยละ 30-65 และเป็นสาเหตุของภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญจากการสำลัก คือ ปอดอักเสบ ภาวะปอดอักเสบนั้นจะเกิดขึ้นใน 48 - 72 ชั่วโมงแรกหลังเจ็บป่วย ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 15 - 25 และยังเป็นสาเหตุหนึ่งของการเสียชีวิต (Summer et al., 2009) อาการของภาวะกลืนลำบาก จนถึงไม่สามารถกลืนอาหารหรือน้ำได้ พบบ่อยในผู้ป่วยที่มี Delay Reflex Pharyngeal Swallow และมี Pharyngeal Transit Time ช้าลง (นิจศิริ ชาญณรงค์, 2550)

1.4 ความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่าย ได้แก่ การกลั้นปัสสาวะไม่ได้ นอกจากเกิดจากขาดการควบคุมจากสมองแล้ว ยังอาจเกิดจากอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงจนไม่สามารถเคลื่อนไหวของตนเองได้ และมีปัญหาในการสื่อความหมายจึงบอกใครไม่ได้ หรือไม่ค่อยรู้สติ ส่วนมากจะเกิดขึ้นประมาณร้อยละ 30-60 ในระยะฟื้นฟูแรก ๆ (Summer et al., 2009) ส่วนการกลั้นอุจจาระไม่ได้ สาเหตุเกิดจากการไม่สามารถยับยั้ง Reflex Rectal Emptying ได้เนื่องจากขาดการยับยั้งจากสมอง ผู้ป่วยบางรายจะมีการท้องผูกจากลำไส้ใหญ่บีบตัวลดลง ร่วมกับการได้รับน้ำไม่เพียงพอ ทานอาหารที่มีกากใยน้อย และร่างกายขาดการเคลื่อนไหว

1.5 ความผิดปกติเกี่ยวกับการพูดและการเขียน คือ พูดไม่ชัด (Dysarthria) ในผู้ป่วยบางรายไม่สามารถพูดสื่อความหมาย ออกเสียงเป็นคำ และพยางค์ได้ ทั้งที่ผู้ป่วยเข้าใจความหมายของภาษา (Expressive or Motor Aphasia) หรือไม่สามารอ่านหนังสือได้ทั้ง ๆ มองเห็น (Visual Aphasia) เกิดจากสมองส่วน Broca's Area ถูกทำลาย แต่ถ้าผู้ป่วยที่สมองส่วน Wernicke's Area ถูกทำลาย ผู้ป่วยจะมีปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้ และเข้าใจในภาษาพูด (Sensory Aphasia) ทำให้ผู้ป่วย

อาจจะพูดจาเรื่อยเปื่อยเหลวไหล หรือคิดคำพูดขึ้นมาเอง หรือผู้ป่วยอาจมีปัญหาทั้งการพูดลำบาก และมีปัญหาการรับรู้ ความเข้าใจคำพูดที่ได้ยิน (Global Aphasia)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ

เกิดจากความพิการของร่างกาย ที่ส่งผลให้มีความบกพร่องทางระบบประสาท ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความสามารถทางด้านร่างกายในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่สามารถไปไหนมาไหนอย่างอิสระ จึงเกิดความอึดอัดคับข้องใจ รู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง (ฉัฐยา จิตประไพ และภาริส วงศ์แพทย์, 2542) ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น เกิดผลกระทบต่อกระบวนการรับรู้ และนึกคิด เนื่องจากรับรู้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับร่างกายของตนนั้นรวดเร็วและกะทันหันเกินไป ไม่คาดคิดว่าจะเกิดขึ้นกับตนเอง (ศิวัชกานต์ แก้วแดง, 2548) ถ้าผู้ป่วยมีการจัดการแก้ไขที่ไม่เหมาะสม จะส่งผลต่อพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่เหมาะสมได้ โดยแสดงออกทางด้านจิตใจที่พบบ่อยดังต่อไปนี้

2.1 ความวิตกกังวล (Anxiety) พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบความชุกของภาวะวิตกกังวลร้อยละ 24.7 (ชุดิมา หุ้มเรืองวงศ์, 2546) ภาวะวิตกกังวลเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา และเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะมีอาการอยู่ยาวนาน และมักพบบ่อย ๆ ในผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อาการวิตกกังวลเกิดขึ้นแล้วไม่หายภายใน 3 เดือน มักจะมีอาการเรื้อรังเป็นปี

2.2 ภาวะซึมเศร้า (Depression) สามารถพบได้ในระยะเริ่มแรกจนกระทั่งดีขึ้นในช่วงเวลา 1 ปี (เจียมจิต โสภณสุขสถิตย์, 2544) โดยพบความชุกของ Major และ Minor Depression เท่ากับร้อยละ 20 พบได้สูงสุดในระยะ 3-6 เดือน หลังการเจ็บป่วย มากกว่าร้อยละ 50 และพบภาวะ Major Depression ระหว่าง 6 เดือน -1 ปี ที่มีภาวะซึมเศร้ามักเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง ไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และยังส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น (Rammasubbu & Patten, 2003; Zavoreo, Basic-Kes, Bosnar-Puretic, & Demarin, 2009)

2.3 ความเครียด (Stress) พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อาการมักเกิดขึ้นทันทีทันใดและมากขึ้นเรื่อย ๆ ใน 2-3 นาทีหรือเป็นชั่วโมง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง เกิดอารมณ์หงุดหงิดโมโหง่าย จากการที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ภายหลังการเจ็บป่วยจะพบว่าผู้ป่วยจะมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งในระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก และระยะหลัง โดยผู้ป่วยจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดทุกแบบ โดยใช้แบบจัดการกับปัญหาทางอารมณ์มากที่สุด (ปราณี มิ่งขวัญ, 2542)

3. ผลกระทบด้านสังคม

เป็นผลมาจากการเจ็บป่วยของโรค ทำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมสังคมได้น้อยลง หรือไม่ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกับสังคมได้ ประกอบกับผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ ซึ่งจะทำให้สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสังคมเหินห่างหรือเสื่อมลง (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2550) ประกอบกับผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ เกิดมีปัญหาด้านจิตใจยิ่งทำให้ผู้ป่วยขาดการติดต่อกับสังคม จึงเกิดปัญหาตามมาได้ คือผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเอง รู้สึกสูญเสียความเป็นตนเอง และเป็นภาระของผู้ดูแลที่ต้องควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยจึงไม่ค่อยพาผู้ป่วยออกมา มีสังคมกับโลกภายนอก นอกจากนี้ผู้ป่วยยังรู้สึกอับอายที่ตนพิการ และเจ็บป่วยเรื้อรังจึงทำให้ไม่อยากเข้าสังคม ดังนั้นจึงทำให้รู้สึกสิ้นหวังและซึมเศร้าได้ง่าย (พรชัย จุลเมตต์, 2540; สุจรรยา โลหาชีวะ, 2548)

4. ผลกระทบด้านครอบครัว

พบว่ามีความเหินห่างหรือเสื่อมลงระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว สาเหตุเกิดจาก อารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย เช่น จี๋หงุดหงิด โมโหง่าย เมื่อญาติพูดคุยหรือให้การดูแลผู้ป่วยจะรู้สึกไม่ถูกใจตนเอง จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องการที่จะพูดคุยกับใครหรือได้รับการดูแลจากญาติ นอกจากนี้พฤติกรรมที่ญาติแสดงออกต่อผู้ป่วยจะมีผลกระทบต่อสัมพันธภาพเช่นกัน คือ ญาติหมดความอดทนที่จะยอมรับอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย จึงปลีกตัวออกมา หรือญาติต้องทำงานเพิ่มขึ้นเพื่อหารายได้เพิ่มเติม ทำให้มีเวลาในการพูดคุยและดูแลผู้ป่วยน้อยลง ทำให้ผู้ป่วยถูกทอดทิ้ง

5. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

จากความพิการที่หลงเหลือหลังการเจ็บป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้อย่างปกติ ส่งผลให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจขึ้นได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพโดยการกายภาพบำบัดอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เช่น ค่ายา ค่าใช้จ่าย ค่าอุปกรณ์พิเศษต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าเป็นภาระของครอบครัววิตกกังวลเกรงว่าครอบครัวจะเหนื่อยและทอดทิ้งตน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดเพิ่มมากขึ้นได้ (พรชัย จุลเมตต์, 2540)

จากผลกระทบภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาภาวะสุขภาพในด้านต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวในด้านต่าง ๆ เพื่อให้คงดำรงบทบาท และกิจกรรมประจำวันได้ต่อไป ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องการความช่วยเหลือเพื่อการปรับตัวที่เหมาะสมทางทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การปรับตัวของผู้ป่วยนั้นไม่ได้เกิดเฉพาะในระยะเฉียบพลันเท่านั้น

แต่ในระยะฟื้นฟูสภาพนั้นยังต้องอาศัยการปรับตัวอย่างมากมาย เนื่องจากผู้ป่วยต้องดำรงชีวิตอยู่ไปพร้อม ๆ กับการมีความพิการที่หลงเหลือ และผลกระทบต่าง ๆ จากการเจ็บป่วย ดังนั้นผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวในทุก ๆ ด้านควบคู่กันไป และต้องอาศัยปัจจัยต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ง่ายและมีพฤติกรรมปรับตัวอย่างเหมาะสมเช่นกัน

ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (The Roy Adaptation Model)

การปรับตัวเป็นพฤติกรรมการตอบสนองของบุคคล เมื่อเผชิญกับปัญหาหรือสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อปรับให้คงภาวะสมดุลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงบุคคลต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งสิ่งแวดล้อมภายใน และภายนอกร่างกาย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นเสมือนสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้บุคคลต้องมีการปรับตัวตอบสนองเพื่อรักษาสมดุล ซึ่งกลไกการปรับตัวนั้นต้องอาศัยกระบวนการเผชิญปัญหา (Coping Process) ของบุคคลที่อาจเป็นในลักษณะที่เกิดขึ้นเอง หรือเกิดจากการเรียนรู้ ประกอบไปด้วย 2 ส่วนด้วยกันคือ (Roy, 2009)

1. กระบวนการควบคุม (Regulator Subsystem) เป็นกลไกการปรับตัวทางสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ โดยที่บุคคลไม่รู้สึกรู้ส เพื่อรักษาสมดุลและควบคุมการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกายให้เป็นไปตามปกติ เป็นการทำงานร่วมกันระหว่าง ระบบประสาท สารเคมี ในร่างกาย และระบบต่อมไร้ท่อ ผลกระทบของสิ่งเร้าบางส่วนจะผ่านไปยังศูนย์การรับรู้ (Perception) และ มีผลกระทบต่อกระบวนการคิดต่อไป

2. กระบวนการรับรู้ (Cognator Subsystem) เป็นกลไกการปรับตัวซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างจิตใจและสังคม เป็นการตอบสนองต่อการรับรู้และอารมณ์ (Cognitive-emotive Channels) ซึ่งสิ่งเร้าที่นำเข้าสู่ระบบบุคคลจะผ่านกลไก 4 กระบวนการ ได้แก่ กระบวนการรับรู้ (Perceptual and Information Processing) การเรียนรู้ (Learning) การตัดสินใจในการแก้ไขปัญหา (Judgment) และอารมณ์ (Emotion) โดยที่กระบวนการรับรู้จะเลือกและจดจำสิ่งที่น่าสนใจ การเรียนรู้จะทำให้เกิดการเรียนแบบและหยั่งรู้ การตัดสินใจจะช่วยให้บุคคลมีการตัดสินใจ และแก้ปัญหา ส่วนอารมณ์จะเป็นกลไกการป้องกันของร่างกายของบุคคลเพื่อช่วยลดความวิตกกังวล และช่วยในการประเมินความรู้สึก และความผูกพันของบุคคล การทำงานของทั้งกระบวนการควบคุม และกระบวนการคิดจะทำงานสัมพันธ์กันไปอย่างเสมอ ไม่ว่าการปรับตัวในเรื่องนั้น ๆ จะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ หรือสังคม

การปรับตัวตอบสนองต่อสิ่งเร้าของบุคคล ขึ้นอยู่กับระดับความสามารถในการปรับตัวของบุคคลแต่ละบุคคล เมื่อสิ่งเร้านั้นอยู่ในขอบเขตความสามารถในการปรับตัวของบุคคล บุคคลจะสามารถปรับตัวตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้อย่างเหมาะสม แต่เมื่อสิ่งเร้านั้นอยู่ภายนอกเหนือความสามารถในการปรับตัวของบุคคล บุคคลจะปรับตัวตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้อย่างไม่เหมาะสม ความสามารถในการเผชิญกับสถานการณ์ของบุคคลขึ้นอยู่กับระดับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม หรือความรุนแรงของสิ่งเร้า และระดับความสามารถในการปรับตัวของบุคคล สิ่งเร้าแบ่งได้เป็น 3 ชนิดด้วยกัน อาจจะเป็นสิ่งเร้าทางด้านกายภาพ สรีระภาพ จิตสังคม หรือหลาย ๆ อย่างรวมกัน

1. สิ่งเร้าตรง (Focal Stimuli) คือสิ่งเร้าที่เกิดจากทั้งภายในและภายนอก ทั้งที่เป็นวัตถุ สิ่งของหรือเหตุการณ์ ที่มากระทบต่อความตระหนักและความรู้สึกของบุคคล หรือระบบของบุคคล โดยตรง ทำให้บุคคลมีการตอบสนองในทันที บุคคลจะรู้สึกและตื่นตัวในการเผชิญกับสิ่งเร้าตรง และต้องใช้พลังงานในร่างกายเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้น

2. สิ่งเร้าร่วม (Contextual Stimuli) คือสิ่งเร้าอื่นที่อยู่ในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มีผลและเกิดร่วมกับสิ่งเร้าตรง และมีผลกระทบต่อบุคคลเช่นกัน เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ของครอบครัว และระยะเวลาในการเจ็บป่วย

3. สิ่งเร้าแฝง (Residual Stimuli) คือปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมทั้งภายใน และภายนอกตัวบุคคลที่กระทบต่อบุคคลไม่เด่นชัดมากนัก บุคคลอาจจะไม่ตระหนักถึงอิทธิพลของปัจจัย หรือสิ่งแวดล้อมนั้น เช่น ค่านิยม ความเชื่อ ประสบการณ์ในอดีต หรือการดำเนินชีวิต

เมื่อสิ่งเร้าเข้าสู่ระบบของบุคคล ทั้งกระบวนการควบคุมและการคิดรู้จะทำงานร่วมกัน และส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัว 4 ด้าน คือการปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านพึงพาอาศัย

พฤติกรรมปรับตัวตอบสนองต่อสิ่งเร้า

แบ่งเป็น 4 รูปแบบดังต่อไปนี้

1. การปรับตัวด้านร่างกาย (Physiological Mode)

เป็นการปรับตัวเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางด้านร่างกาย ซึ่งเกี่ยวข้องกับความต้องการพื้นฐานของบุคคล 5 ประการ คือ ออกซิเจน และการไหลเวียนของโลหิต โภชนาการ การขับถ่าย การมีกิจกรรมและการพักผ่อนนอนหลับ และการป้องกันอันตราย โดยมีแหล่งสนับสนุน 3 ประการ คือ การมีส่วนร่วม สิ่งสนับสนุนด้านกายภาพ และงบประมาณซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญ

2. การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (Self-concept)

เป็นการปรับตัวเพื่อให้ได้มาซึ่งการรักษาสมดุลและความมั่นคงทางจิตใจ และ

จิตวิญญาณ หากมีปัญหาการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์จะก่อให้เกิดอุปสรรคและข้อขัดขวางความสามารถในการดำเนินชีวิตด้านอื่น ๆ อัตมโนทัศน์ หมายถึง ความเชื่อและความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองในระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง เกิดจากการรับรู้ของตนเองต่อตนเองและเกิดจากการรับรู้ของบุคคลอื่นต่อตนเอง เป็นการตอบสนองด้านจิตใจ ของบุคคลทำให้บุคคลมีสุขภาพดี ซึ่งรอยได้แบ่งการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ออกเป็น 2 ส่วนใหญ่ ๆ คือ

2.1 ด้านอัตมโนทัศน์ส่วนกายภาพ (Physical Self) เป็นการปรับตัวที่เกี่ยวกับ ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อการยอมรับรูปร่างทางกายภาพของตน เป็นความเชื่อและความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองด้านรูปลักษณ์ ความสามารถของร่างกาย ถ้าบุคคลไม่สามารถยอมรับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนไปจากเดิมได้ ก็จะเกิดปัญหาในการปรับตัวตามมา พฤติกรรมที่แสดงถึง ความบกพร่องในการปรับตัวได้แก่ การไม่ยอมรับความจริง ซึมเศร้า เป็นต้น

2.2 ด้านอัตมโนทัศน์ส่วนตัว (Personal Self) เป็นการปรับตัวที่เกี่ยวกับตนเองตามความเชื่อ ค่านิยม อุดมคติ คุณค่า การคาดหวังปณิธานที่บุคคลยึดถือ ซึ่งประกอบเป็นบุคลิกภาพของบุคคลแบ่งได้ดังนี้

2.2.1 อัตมโนทัศน์ด้านความมั่นคง (Self-consistency) เป็นการรับรู้ต่อตนเองตามความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวกับความมั่นคง หรือความปลอดภัยภายในตนเองในสถานการณ์ต่าง ๆ เป็นการจัดระบบความคิดของตนซึ่งจะช่วยให้บุคคลจัดการกับตนเองและหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะมาคุกคามความมั่นคงภายในบุคคล หากเกิดความไม่แน่ใจในความมั่นคงในตนเอง จะแสดงพฤติกรรมออกมาให้เห็นเป็นความวิตกกังวล (Anxiety)

2.2.2 อัตมโนทัศน์ด้านปณิธานความคาดหวัง (Self-ideal) เป็นการรับรู้ตนเองในเรื่องความนึกคิด และความคาดหวังว่าตนเองเป็นอะไร หรือทำอะไร ตลอดจนความคาดหวังที่บุคคลอื่นมีต่อตนเองด้วย หากบุคคลไม่สามารถบรรลุตามที่นึกคิดหรือคาดหวังบุคคลจะแสดงพฤติกรรมที่สะท้อนถึงความรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ เบื่อหน่ายชีวิต หมดกำลังใจที่จะต่อสู้กับสิ่งต่าง ๆ หรือเกิดภาวะไร้อำนาจ

2.2.3 อัตมโนทัศน์ด้านศีลธรรมจรรยาและจิตวิญญาณ (Moral-ethical- spiritual Self) หมายถึงความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับศีลธรรมจรรยา กฎเกณฑ์ต่าง ๆ รวมทั้งค่านิยมทางสังคม ศาสนา และขนบธรรมเนียมประเพณี เปรียบเสมือนสิ่งที่บอกให้บุคคลรู้สึกถึงความดี - เลว เกี่ยวกับตนเอง ความรู้สึกผิดบาป ถ้าบุคคลประเมินตัดสินการกระทำของตนเองที่กระทำผิดผิดเสียตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ใจ และมีความตึงเครียดในจิตใจเกิดขึ้น

2.2.4 อัตมโนทัศน์ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) บุคคลที่มีการพัฒนาอัตมโนทัศน์ทั้ง 3 ด้านข้างต้นจะมีการรับรู้คุณค่าของตนเองที่ดี บุคคลที่รู้สึกสูญเสียหรือเกิด

ความรู้สึกผิด หรือ สูญเสียอำนาจ มักส่งผลให้บุคคลนั้นรับรู้คุณค่าต่อตนเองต่ำ (Low-self-esteem) บุคคลที่มีการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำจะกลายเป็นคนมีปมด้อยไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง มองโลกในแง่ร้าย ไม่ไว้วางใจผู้อื่นเอาแต่ใจตนเอง และอาจจะแยกตัวเองได้

2.3 การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (Role Function) เพื่อให้เกิดความมั่นคงในด้านสังคม ซึ่งกระทำตามหน้าที่ที่สังคมคาดหวัง ขึ้นอยู่กับปฏิริยาสัมพันธ์ของบุคคลขณะอยู่กับผู้อื่น บุคคลจะดำรงชีวิตอยู่ได้ในสังคมอย่างปกติสุขนั้นขึ้นอยู่กับการรักษาสมดุลของบทบาท โดยแบ่งการกระทำตามบทบาทไว้ ดังนี้

2.3.1 บทบาทปฐมภูมิ (Primary Role) เป็นบทบาทในทางเพศและอายุที่ติดมากับบุคคล

2.3.2 บทบาททุติยภูมิ (Secondary Role) เป็นบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ในสังคม และการประกอบอาชีพ เช่น บทบาทในครอบครัวในฐานะภรรยาหรือสามี

2.3.4 บทบาทตติยภูมิ (Tertiary Role) เป็นบทบาทชั่วคราวในสังคมที่เปลี่ยนแปลงได้ เช่น บทบาทผู้ป่วย เป็นต้น ถ้าไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนเองได้ก็จะเกิดปัญหาการปรับตัวดังนี้

2.3.4.1 การที่ไม่สามารถดำรงบทบาทใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้สึก และเจตคติที่ดีต่อบทบาทนั้นแต่ไม่สามารถมีพฤติกรรมตามบทบาทได้อย่างสมบูรณ์ เนื่องจากไม่มีความรู้เพียงพอ

2.3.4.2 การแสดงบทบาทไม่ตรงกับความรู้สึกแท้จริง การที่บุคคลแสดงออกอย่างเหมาะสมทั้งพฤติกรรมการแสดงออก และการมีเจตคติที่ดี แต่การแสดงออกนั้นขัดขวางกับความรู้สึกที่แท้จริงของตน เช่น ผู้ป่วยแสดงสีหน้าสดชื่น เพื่อปกปิดความวิตกกังวลหรือกลัวเป็นต้น

2.3.4.3 ความขัดแย้งในบทบาท การที่บุคคลไม่สามารถแสดงบทบาทหลายบทบาทได้สมบูรณ์ และเกิดความรู้สึกขัดแย้งภายในจิตใจ

2.3.4.4 ความล้มเหลวในบทบาท เป็นความล้มเหลวในการแสดงบทบาทเป็นภาวะที่บุคคลไม่สามารถดำรงบทบาทนั้นได้

2.4 การปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัย (Interdependence) หมายถึง การที่บุคคลได้รับการตอบสนองทางอารมณ์ที่เพียงพอ (Affectional Adequacy) ความรัก (The Giving and Receiving of Love) การยอมรับนับถือ (Respect) และการมีปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารที่ดี (Effective Relations and Communication) เพื่อความมั่นคงของบุคคลในการพึ่งพาอาศัยระหว่างการเป็นตัวของตัวเองและการพึ่งพาผู้อื่น พฤติกรรมการพึ่งพาผู้อื่นจะครอบคลุมพฤติกรรมดังต่อไปนี้ การขอความช่วยเหลือ แสวงหาความปลอดภัย (Shelter) การเรียนรู้และพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างกัน

(Learning and Maturing in Relationships) การแสวงหาความพึงพอใจจากการทำงานและการดำรงชีวิต

ผลลัพธ์ของการปรับตัวนั้นจะแสดงออกทางพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าการแสดงออกนั้น อาจจะเป็นการปรับตัวเพียงด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้านพร้อมกันได้ เนื่องจากการปรับตัวทั้ง 4 ด้านนั้น มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน บุคคลจะมีการปรับตัวด้านใดด้านหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งด้านก็ได้ พฤติกรรมการปรับตัวของบุคคลนั้นแบ่งเป็น 2 แบบคือ

1. พฤติกรรมการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Adaptive Responses) เป็นการแสดงถึงการปรับตัวที่บรรลุเป้าหมาย ได้แก่ การรอดชีวิต (Survival) การเจริญเติบโต (Growth) การสืบทอดเผ่าพันธุ์และการสร้างสรรค์ (Reproductive) รวมทั้งการเป็นตัวของตัวเอง (Mastery) นอกจากนี้ รอยยังได้อธิบายเพิ่มเติมว่าเป็นการพัฒนาความรู้ใหม่ในระดับที่สูงขึ้นเพื่อใช้จัดการกับตนเอง

2. พฤติกรรมการปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพ (Ineffective Responses) เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการผสมผสาน ทำให้บุคคลไม่สามารถบรรลุเป้าหมายของการปรับตัวได้ทั้ง 4 ด้าน

พฤติกรรมการปรับตัวดังกล่าวจะทำให้เป็นตัวแทนตัวป้อนกลับ และจะกลายเป็นสิ่งนำเข้าสู่ระบบการปรับตัวของบุคคลต่อไป ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องเผชิญกับสิ่งเร้าตรงคือภาวะเจ็บป่วยที่มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังมีสิ่งเร้าร่วมอื่น ได้แก่ ปัจจัยภายในบุคคล เพศ โรคร่วม การสนับสนุนทางสังคม ที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสม คือภาวะซึมเศร้า เช่นกัน

การปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

จากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยที่เข้ามาในชีวิตอย่างฉับพลันในระยะเวลาอันสั้น และเกิดความพิการหลงเหลือ ผู้ป่วยต้องเผชิญหน้ากับการเปลี่ยนแปลงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ มีความต้องการความช่วยเหลือ เปลี่ยนสถานะจากผู้ให้เป็นผู้รับ จากผู้กระทำเป็นผู้ถูกกระทำ เปลี่ยนบทบาทหน้าที่ทางสังคม ซึ่งสิ่งเหล่านี้ถือเป็นสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยต้องปรับพฤติกรรมต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ในการปรับตัวด้านร่างกาย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่มีความพิการ ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการเคลื่อนไหวร่างกาย เกิดปัญหาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ดังนั้นผู้ป่วยต้องพยายามช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ทั้งการมีสุขภาพดี สามารถรับประทานอาหารเองได้ การทำความสะอาดร่างกาย การเคลื่อนไหวของร่างกาย ส่งผลต่อเนื่องถึงการทำหน้าที่ในบทบาทต่าง ๆ

ด้านบทบาทหน้าที่ ทั้งในบทบาทหน้าที่ในครอบครัว คือผู้ป่วยต้องพยายามช่วยตนเอง เพื่อลดการพึ่งพาคนในครอบครัว และดำรงชีวิตอย่างประหยัดเพื่อลดภาระให้ครอบครัวคงอยู่ บทบาทหน้าที่ในสังคม ผู้ป่วยต้องปรับตัวเนื่องจากต้องออกจากงาน มีความก้าวหน้าในหน้าที่ การงานลดลง รวมทั้งมีรายได้ลดลง บางรายรู้สึกอายที่ตนเองพิการ จึงทำให้ไม่อยากเข้าสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมลดลง (Burton, 2000; Connell et al., 2001; Doeswell, 2000)

ด้านอัตมโนทัศน์ ผู้ป่วยต้องปรับตัว เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ สูญเสียความแข็งแรงของร่างกาย และทำให้สูญเสียความมั่นคงในตนเองเกิดผลกระทบต่อการรับรู้และความรู้สึกนึกคิดต่อตนเอง รู้สึกตนเองไม่สวยงาม น้อยใจในชีวิตไม่พึงพอใจ ในสภาพที่เป็นอยู่ ภาวภูมิใจในตนเองน้อยลง (รจน์ เฟิงแก้ว, 2551) ทำให้เกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่า ในตนเอง และในส่วนด้านพึ่งพาอาศัยระหว่างกันนั้น ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นในการทำกิจวัตร ประจำวัน และพึ่งพาบุคลากรทางการแพทย์ในการรักษา และฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยต้องปรับตัวในเรื่อง การรับและให้อย่างเหมาะสม โดยผู้ป่วยพยายามปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง เพราะผู้ป่วยต้อง อาศัยอยู่กับครอบครัว ได้รับการช่วยเหลือจากคู่สมรสและบุตร และจะร้องขอความช่วยเหลือ ในเรื่องที่ทำเองลำบาก ทำให้เป็นภาระแก่ญาติ ถ้าญาติเกิดความเบื่อหน่ายที่ต้องดูแล ทำให้ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและญาติไม่ดี ผู้ป่วยรู้สึกถูกทอดทิ้งได้

ด้วยการปรับตัวในด้านต่าง ๆ หลังการเจ็บป่วยข้างต้น ในระยะแรกผู้ป่วยรู้สึกไม่แน่นอน กลัวความตาย รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง แต่ผู้ป่วยยังรู้สึกมีความหวัง รู้สึกว่า ตนเองจะไม่แย่ลงไปกว่าเดิม แต่การปรับตัวของผู้ป่วยจะเหมาะสมหรือไม่ขึ้นกับปัจจัยอื่น ร่วมด้วย เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ป่วย รายได้ ระดับความรุนแรงของโรค หรือการ สนับสนุนทางสังคม เป็นต้น (รจน์ เฟิงแก้ว, 2551; วราลักษณ์ ทองใบประสาธ, 2550) ผู้ป่วยที่มี การปรับตัวโดยยอมรับสภาพการเจ็บป่วยของตนเอง และเกิดพฤติกรรมการปรับตัวด้านร่างกายที่ เหมาะสมนั้น จะส่งผลต่อการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ ทำให้มีแรงจูงใจในการฟื้นฟูสภาพ สามารถ ช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง สามารถดำรงบทบาทผู้ป่วยอย่างมี ประสิทธิภาพ และยังส่งผลต่อการปรับตัวด้านพึ่งพาอาศัย บุคคลรอบข้างผู้ป่วยมีความสุข ไม่เครียด หรือรู้สึกเบื่อหน่าย ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมด้านใด ด้านหนึ่ง จะส่งผลต่อการปรับตัวในด้านต่าง ๆ ด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะในด้านความมั่นคงในตนเอง และด้านร่างกาย คือ ผู้ป่วยจะรู้สึกท้อแท้ มีความวิตกกังวล หดหู่ และเกิดมีภาวะซึมเศร้าได้ (สุชาดา กาสิวงศ์, 2545)

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบได้มากทั้งในบุคคลทั่วไป ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคทางกายและผู้ป่วยจิตเวช ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ทั้งในระดับน้อย ๆ ถึงรุนแรง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าประมาณ 3 ล้านคน และมีหลายล้านคนที่ไม่ได้รับการรักษา และเป็นสาเหตุของการเกิดการฆ่าตัวตายมากที่สุด โดยพบว่าผู้หญิงมีแนวโน้มการฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ชาย (สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร, 2553) นอกจากนี้ยังพบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยพิการในประเทศไทยถึง ร้อยละ 40.7 โดยพบในผู้ป่วยพิการเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (วิไล คุปต์ นิรติชัยกุล, 2549) ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นการป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และความนึกคิด ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน การรับรู้ต่อตนเอง ได้มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าไว้หลายประการแตกต่างกันไป ดังนี้

ความหมาย

ได้มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าไว้หลายประการแตกต่างกันไป ดังนี้

Beck (1967 อ้างถึงใน ศิริรัตน์ วิจิตตระกูลถาวร, 2545) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่แสดงออกถึงความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ร่วมกับความเบี่ยงเบนทางด้านความคิดและการรับรู้ ความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม มีความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวันของเรา ตั้งแต่ระดับปกติ และมีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ คือเริ่มจากเกิดความวิตกกังวล เสียใจท้อแท้จนรู้สึกหมดหวัง ไร้ค่า เบื่ออาหาร มีพฤติกรรมถอยหนี เฉื่อยชาต่อสิ่งแวดล้อม ตัดตัวเองจากสังคมและไม่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

สมภพ เรื่องตระกูล (2542) ได้ให้ความหมายว่า เป็นภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า รู้สึกท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกตนเองไร้ค่า ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวเกี่ยวข้องกับการสูญเสียและคงอยู่เป็นเวลานาน และมีอาการแสดงออกในหลาย ๆ อย่าง เช่น ใจคอหดหู่ ไม่มีชีวิตชีวา ไม่แจ่มใส รู้สึกไร้ค่า นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ความคิดเชิงซ้ำ มีความคิดอยากตาย

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2546) ได้ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นความรู้สึกเศร้า เฉื่อยชา รู้สึกว่างเปล่าที่รุนแรงกว่าความรู้สึกโศกเศร้าเสียใจ รู้สึกหมดแรง รู้สึกผิด กินไม่ได้ ถ้าเป็นระยะเวลาดิตต่อกันเป็นระยะเวลานานจะมีผลเสียต่อการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน

Mathews et al. (2004) กล่าวว่าคือ ความผิดปกติทางอารมณ์ที่พบได้ ผู้ป่วยขาดความสนใจ ขาดความตั้งใจในการทำกิจกรรม หรือสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง ผู้ป่วยในโรงพยาบาลระยะเฉียบพลัน จะพบว่าการแสดงความเสียใจจากการพูด หรือมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปมากกว่าการแสดงออกของอาการซึมเศร้าทางคลินิก

จากความหมายของภาวะซึมเศร้าที่กล่าวมา ได้สรุปเป็นความหมายของภาวะซึมเศร้า (Depression) ที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า หมายถึง ภาวะเบี่ยงเบนทางอารมณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความรู้สึกเบื่อหน่าย เศร้า หดหู่ หดหวัง ไม่มีแรงจูงใจในตนเอง ไม่มีอารมณ์สนุกสนานเพลิดเพลิน หรือมีความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของตนเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และหน้าที่ทางสังคม

ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

Beck (1967 อ้างถึงใน ศิริรัตน์ วิจิตระกุลถาวร, 2545) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าสามารถแบ่งระดับความรุนแรงได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ระดับเล็กน้อย (Mild Depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่น แจ่มใส มีอารมณ์เศร้าเหงาหงอยชั่วคราว ซึ่งบุคคลทั่วไปรู้สึกได้เป็นบางครั้ง โดยมีสาเหตุหรือบางครั้งไม่มีสาเหตุใด ๆ มักเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ในทางลบ มีความรู้สึกไม่พอใจต่ออุปนิสัยของตน ความตั้งใจในการทำงานต่าง ๆ เริ่มลดลง มีความต้องการความช่วยเหลือ การเอาใจใส่ มีการเปลี่ยนแปลงการนอนหลับคือ หลับยากกว่าปกติ หรือตื่นเช้ากว่าปกติ
2. ระดับปานกลาง (Moderate Depression) จะมีความรุนแรงมากขึ้นจนถึงขั้นมีผลกระทบ ต่อชีวิต ครอบครัว และการงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้แม้ว่าจะไม่สมบูรณ์นัก มีอารมณ์เศร้ามากขึ้น ส่วนมากจะเป็นในช่วงเช้าและจะดีขึ้นในตอนกลางวัน จะรู้สึกไม่มีความสุข เบื่อหน่ายสิ่งแวดล้อม อ่อนเพลีย รู้สึกพลังกำลังน้อยลง รู้สึกตนเองไร้ค่า ไร้ความสามารถ หงุดหงิด ร้องไห้ง่าย โกรธง่าย ก้าวร้าว มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับร่างกายและสุขภาพตนเองมากขึ้น รู้สึกว่ามีการเปลี่ยนแปลงไป มีความต้องการหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์แวดล้อมและสังคม ละทิ้งสังคม อาจจะมีความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย การนอนหลับผิดปกติไป ความอยากรับประทานอาหารลดลงจนกระทั่งไม่ยอมรับประทานอาหารและน้ำ ความต้องการทางเพศลดลง
3. ระดับรุนแรง (Severe Depression) จะมีความเศร้าตลอดเวลา มีความรู้สึกสิ้นหวัง มองตนเองด้านไม่ดี ไม่มีประโยชน์ ทำให้มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว มีความต้องการหลีกหนี หลบซ่อน ไม่มีการเข้าร่วมสังคมใด ๆ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ล้มเหลวอย่างสิ้นเชิง มองอนาคตมืดมน หดความสนใจสิ่งต่าง ๆ การตัดสินใจเสียแม้แต่เรื่องง่าย ๆ หรืออาจจะไม่อยู่นิ่ง ผุดผกนั่งไม่สนใจตนเอง ดูแลตนเองไม่ได้ มักรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลียตลอดเวลา หดความสนใจทางเพศ ผู้ที่อยู่ในระยะนี้อาจมีพฤติกรรมถอนหนีออกจากโลกของความเป็นจริง มีความหลงผิด

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบได้บ่อยที่สุดภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Post-stroke Depression) ซึ่งเป็นภาวะที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมทั้งในระยะสั้นและยาว ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ส่วนใหญ่พบอยู่ในช่วงร้อยละ 30-50 ซึ่งอาจจะพบได้ถึงร้อยละ 79 หลังการเจ็บป่วย พบได้ในระยะเฉียบพลันขณะอยู่โรงพยาบาลร้อยละ 25 - 47 และพบในระยะฟื้นฟูสภาพได้ถึงร้อยละ 35-47 โดยพบภาวะซึมเศร้าสูงสุดในระยะ 3 ถึง 6 เดือนหลังการเจ็บป่วย อาการของภาวะซึมเศร้าจะเกิดขึ้นได้ร้อยละ 46 ในระยะ 2 เดือนแรก และจะลดลงเหลือเพียงร้อยละ 12 ในระยะ 12 เดือน ซึ่งจะพบว่า Major Depression พบได้ประมาณร้อยละ 27 จนถึง 1 ปี แต่ Minor Depression จะพบได้มากกว่า 2 ปี ประมาณร้อยละ 20 (Hadidi et al., 2009; Zavoreo et al., 2009) ลักษณะของผู้ป่วยจะมีความรู้สึกเบื่อ หดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่า และอาจมีความคิดอยากตาย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ตามทฤษฎีการปรับตัวของรอยภาวะซึมเศร้าเป็นพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพในด้านอัตมโนทัศน์ และยังเป็นสิ่งเร้าที่นำเข้าสู่ระบบป้อนกลับของการปรับตัวของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ชนิดขาดเลือด

ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นภายหลังการเจ็บป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และเป็นผลของการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม ภาวะซึมเศร้าทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านอารมณ์ ทำให้เกิดอันตรายต่อภาวะสุขภาพจนกระทั่งถึงแก่ชีวิตได้ สามารถแบ่งได้เป็นผลกระทบทางตรง และทางอ้อมต่อภาวะสุขภาพ ดังต่อไปนี้ (Katz, 1996 อ้างถึงใน เจียมจิต โสภณสุขสฤติย์, 2544)

1. ผลกระทบทางตรง ได้แก่

1.1 ความสามารถในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ลดลง ทำให้ไม่สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้มีพฤติกรรมในการแก้ปัญหาในลักษณะที่ไม่เหมาะสม เช่น ค่ำสุรา ฆ่าตัวตาย จากการทบทวนของ Ramasubbu and Patten (2003) พบว่าภาวะซึมเศร้ามีผลทำให้อัตราการตาย และอัตราการป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยมีความรู้สึกหมดหวัง มีการรับรู้และการนึกคิดที่เลวลง (Hackett & Anderson, 2005; Hackett, Yapa, Parang, & Anderson, 2005) นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า และมีความผิดปกติทางด้านอารมณ์จะมีความเสี่ยงของอัตราการตายที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 13 และมีความเสี่ยงต่ออัตราการตายที่สูงขึ้นร้อยละ 10 ในระยะ 3 ปีแรกหลังการเจ็บป่วย (Williams, Ghose, & Swindle, 2004)

1.2 ระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมลง สภาวะดังที่เรียดทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นซึ่งเป็นผลจากสารเคมี และจิตใจที่เปลี่ยนไปในช่วงที่เกิดภาวะซึมเศร้าจะมีผลโดยตรงทำให้ระบบภูมิคุ้มกันต่ำลง เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ได้ง่าย

2. ผลกระทบทางอ้อม ได้แก่

2.1 ขาดสารอาหาร เนื่องจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการสำคัญที่ไม่อยากรับประทานอาหาร หรือปฏิเสธการรับประทานอาหารซึ่งจะทำให้มีการขาดสารอาหารรุนแรง

2.2 ความเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้นหรือหายช้ากว่าปกติ และเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายมากขึ้น สุดท้ายทำให้การมีชีวิตอยู่สั้นลง เนื่องจากขาดความสนใจในเรื่องต่าง ๆ ลดลง เช่น ไม่ออกกำลังกาย ไม่สนใจในการดูแลตนเอง ไม่สนใจติดตามผลการรักษา และยังไม่ปฏิบัติตามการรักษา จากการศึกษาของ Loong, Kenneth, and Paulin (1995) พบว่า ร้อยละ 55 ของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลและร้อยละ 98 ของผู้ป่วยที่มีความพร้อมทางด้านร่างกาย เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลจะพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเพียงร้อยละ 28.6 และ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยที่มีความสามารถทางร่างกายที่ดีขึ้น

2.3 สูญเสียการสนับสนุนทางสังคม สูญเสียการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคม เนื่องจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการแยกตัวเอง สนใจต่อบุคคลอื่นลดลง มองสิ่งต่าง ๆ ในแง่ลบ และพฤติกรรมต่อต้านสังคม จึงเป็นผลให้ไม่ยอมรับการช่วยเหลือในการแก้ปัญหาต่าง ๆ จากบุคคลอื่น (Diefenbach & Goethe, 2006)

2.4 ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงาน ซึ่งเป็นผลมาจากการขาดความคิดสร้างสรรค์ ขาดสมาธิ จากการศึกษาของ Parikh et al. (1990) พบว่าเมื่อเวลาผ่านไป 2 ปี ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และมีความบกพร่องในการพูดมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และพบความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลงหลังการเจ็บป่วยร่วมด้วย ($p < .001$) ความสามารถในการทำหน้าที่ที่ลดลงมากขึ้นมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่มากขึ้น (Rammasubbu, Robinson, Flint, Kosier, & Price, 1998; Robinson, & Price, 1982; Robinson, Kubos, Starr, Roa, & Price, 1984)

การประเมินภาวะซึมเศร้า

ในการประเมินภาวะซึมเศร้าได้มีผู้สร้างเครื่องมือในการประเมินภาวะซึมเศร้าตามค่านิยามและสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยแบ่งได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ การประเมินภาวะซึมเศร้าจากการสังเกต และการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยวิธีประเมินตนเองหรือประเมินจากการสัมภาษณ์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าจากการสังเกต Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D) สร้างโดยจิตแพทย์ชาวอังกฤษ ในปี ค.ศ.1950 มีการปรับปรุงต่อมาในปี ค.ศ.1967 แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยมาโนช หล่อตระกูล ปราโมทย์ สุขนิษฐ์ และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง (2539) และได้นำมาทดลองใช้กับผู้ป่วยไทยที่มีอาการอยู่ในกลุ่ม Depression Disorder จำนวน 50 ราย ทดสอบความแม่นยำโดยเปรียบเทียบกับ Global Assessment Scale วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเพื่อหาความแม่นยำและความสอดคล้องภายในพบว่ามีความเชื่อมั่นภายในเท่ากับ .87 สร้างขึ้นเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่ และเพื่อใช้แบ่งกลุ่มผู้ป่วย ตามระดับความรุนแรงของโรค และเป็นประโยชน์ในการทำนายผลการรักษา เนื้อหาครอบคลุมการประเมินด้านผลกระทบ อาการแบบจิตสรีระ ความวิตกกังวล ความหงุดหงิด กระวนกระวายและการหยิ่งรู้ ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ วัดภาวะซึมเศร้า 17 ข้อ และวัดอาการอื่น ๆ 4 ข้อ มีข้อจำกัดตรงที่ผู้ประเมินต้องมีความชำนาญในการสังเกต และตัดสินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาล ต้องได้รับการฝึกมาก่อนที่จะใช้แบบประเมิน จึงจะใช้ได้อย่างเหมาะสม

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าโดยให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง หรือประเมินจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

2.1 Beck Depression Inventory (BDI) ของเบ็ค (Beck, 1967 อ้างถึงใน ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร, 2545) สร้างขึ้นในปี ค.ศ.1961 จากแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรม-ปัญญานิยมมีข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ ครอบคลุมทั้งในด้านภาวะอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม ระบบการทำงานของร่างกาย และการทำกิจกรรม โดยนำมาใช้โดยจะมีผู้สัมภาษณ์แล้วให้ผู้ป่วยตอบในตอนแรก หลังจากนั้นผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้รอกคำตอบเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาความผิดพลาดในการรายงานจากผู้ป่วย ต่อมาจึงให้ผู้ป่วยตอบเอง ลักษณะคะแนนมีคะแนนทั้งหมด 63 คะแนน แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 มีการแปลคะแนนตามความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า คือ คะแนนระหว่าง 0 - 9 แสดงว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนนระหว่าง 10 - 15 มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย คะแนนระหว่าง 16 - 19 มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 20 - 29 มีภาวะซึมเศร้าในระดับมาก และคะแนนระหว่าง 30 - 63 มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง

2.2 Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) (Radloff, 1977 อ้างถึงใน สุขาคา ภัณฑารักษ์สกุล, 2546) แบบประเมินนี้สร้างโดยสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกัน โดยปรับปรุงจาก Beck, Raskin, Zung, Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) และ Gardner เพื่อประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่ โดยเฉพาะในการสำรวจหาภาวะซึมเศร้าในชุมชน มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เน้นการประเมิน 4 ด้าน คือ ความเชื่อที่เกิดจากการรู้คิด อารมณ์ความรู้สึก พฤติกรรมที่แสดงออกและอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย มีข้อคำถามด้านลบ

จำนวน 16 ข้อ และข้อคำถามด้านบวก จำนวน 4 ข้อ คือ ข้อ 4, 8, 12 และ 16 โดยสอบถามในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0-60 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนน 0-15 หมายถึง ไม่มีอาการซึมเศร้า ส่วนที่ได้คะแนน 16 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความซึมเศร้า มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .85 ในกลุ่มประชากรทั่วไป และ .90 ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ส่วนความตรงเชิงโครงสร้างอยู่ระหว่าง .69 - .75 มีผู้นิยมนำไปใช้อย่างแพร่หลายในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (วิไล คุปต์นิริติชัยกุล และ พนม เกตุมาน, 2540) สำหรับในประเทศไทย ธวัชชัย วรพงษ์ธร, วงเดือน ปันดี, และสมพร เจริญชัยศรี (2533) ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยและตรวจสอบหาความเที่ยงในกลุ่มผู้ป่วยนักศึกษาวัยรุ่นได้เท่ากับ .86 ต่อมาวิไล คุปต์นิริติชัยกุล และพนม เกตุมาน (2540) ได้นำมาศึกษาในบุคลากรของโรงพยาบาลศิริราชจำนวน 69 คน และผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงของแบบทดสอบเท่ากับ .92 นอกจากนี้ เจริญจิต ไสภณสุขสถิตย์ (2544) ได้นำแบบประเมินมาศึกษาถึงภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้า และการดูแลที่ได้รับที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 44 ราย ได้หาความเที่ยงโดยหาสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .80 และกิตติกร มีทรัพย์ และคณะ (2533 อ้างถึงใน รวมฤดี สุดสงวน, 2543) ได้นำมาทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 100 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 และได้แบ่งช่วงคะแนนเป็น 4 ระดับตามความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า คือ ภาวะปกติ (0-18) ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (19-32) ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (33-46) ภาวะซึมเศร้ามาก (47-60)

2.3 Geriatric Depression Scale (GDS) สร้างโดย Yesavage et al. (1983 อ้างถึงใน อรรพรรณ สี่ทองอินทร์, 2535) เน้นการประเมินภาวะซึมเศร้าด้านอารมณ์ ความคาดหวังด้านลบ การเคลื่อนไหวร่างกาย การรู้คิด และการแยกตัว มีข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ ต่อมาในปีค.ศ.1986 ได้ทำการปรับปรุงข้อคำถามเหลือเพียง 15 ข้อ ได้รับความนิยมมากโดยมีการแปลเป็นภาษาต่างประเทศและนำไปใช้ในหลายประเทศ สำหรับประเทศไทย อรรพรรณ สี่ทองอินทร์ (2535) ได้นำมาแปลและหาค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ .94 และต่อมานิพนธ์ พวงวรินทร์ (2544) ได้นำมาพัฒนาเป็นแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยและใช้ชื่อว่า Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) พัฒนาโดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุ โรงพยาบาลจิตเวช และนักจิตวิทยารวมทั้งหมด 29 คน และทดลองใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุ อายุระหว่าง 60 - 70 ปี จำนวน 275 ราย ซึ่งคำถามเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นการตอบคำถามว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ มีข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกในทางบวก 10 ข้อ และอีก 20 ข้อเป็นข้อคำถามทางด้านลบ ข้อดีคือสะดวกแก่การนำไปใช้ และเข้าใจง่ายใช้เวลาสั้นแต่มีข้อจำกัดคือ ไม่สามารถนำไปใช้ประเมินผู้ที่มีความ

บกพร่องในการรู้คิด อ่านหนังสือไม่ออก ขาดทักษะการเขียน บกพร่องด้านสติปัญญา และการรับรู้ และไม่สามารถนำไปใช้ประเมินอาการที่สามารถเกิดขึ้นได้ทั่วไป

2.4 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) สร้างโดย Zigmond and Snaite ในปี ค.ศ. 1983 สำหรับในประเทศไทยมีการแปลเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539) คือ Thai- hospital Anxiety And Depression Scale (Thai-HADS) และได้นำมาทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาตัวในโรงพยาบาลรามาธิบดี ของภาควิชาศัลยศาสตร์ และวิชาสูติรีเวช จำนวน 60 คน เพื่อใช้คัดกรองอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ คำถามเน้นประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยด้านอาการผิดปกติทางจิตเวช การให้คะแนนคิดแบบ Likert Scale มีคะแนนรวม 21 คะแนน โดยมีคะแนนข้อละ 0 - 3 คะแนน มีข้อดีเป็นเครื่องมือที่สั้น กระชับ และมีค่าแม่นยำและความเชื่อถืออยู่ในเกณฑ์ดี สามารถแยก 2 ปัจจัยได้อย่างชัดเจน แบบสอบถาม GHQ มีค่าความเชื่อมั่น ได้แก่ ค่าความสอดคล้องภายในของทั้ง 2 Sub-scale อยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ โดยมีค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ .86 สำหรับ Anxiety Sub-scale และ .83 สำหรับ Depression Sub-scale

2.5 Thai Depression Inventory (TDI) มาโนช หล่อตระกูล ปราโมทย์ สุขนิษฐ์ และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง (2539) ได้พัฒนาแบบประเมินนี้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย การสร้างคำถามอิงจากการศึกษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย และจากแบบสอบถามที่ใช้บ่อยในทางตะวันตก ได้แก่ แบบสอบถาม Beck Depression Inventory (BDI), Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D), Zung Self-rating Depression Scale (SDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) และ Montgomery-Asberg Depression Rating Scale และได้นำแบบสอบถามฉบับแก้ไขครั้งสุดท้ายไปใช้กับผู้ป่วยจิตเวชทั้งผู้ป่วยในและนอก จำนวน 50 ราย โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยใช้ Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องมือเปรียบเทียบ พบว่าค่าความสอดคล้องภายในอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ .86 และ Concurrent Validity โดยใช้ Spearman-brown Formula เท่ากับ .72 ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเองมีข้อดีคือ สะดวกแก่การนำไปใช้ เข้าใจง่ายและใช้เวลาสั้น ไม่มีความแตกต่างด้านวัฒนธรรม และค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงอยู่ในเกณฑ์ดี

สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือ Center for Epidemiologic Studies-depression Scale (CED-S) ของ เจียมจิต โสภณสุขสถิตย์ (2544) เพื่อใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด เครื่องมือนี้สามารถใช้ประเมินความซึมเศร้าได้ โดยมีเนื้อหาเน้นการประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรม ความรู้สึก อารมณ์ต่าง ๆ และความคิดทั้งด้านบวก ด้านลบของ

ผู้ป่วย และการแสดงออกถึงอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า แบบประเมินนี้สามารถใช้ได้ดีทั้งผู้ป่วย ในและนอก สะดวกที่จะนำไปใช้ประหยัดเวลา และง่ายต่อการแปลผล

จะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้านั้นเป็นผลของพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม และ นอกจากนี้ภาวะซึมเศร่ายังถือเป็นปฏิกิริยาตอบกลับ ที่มีส่วนสำคัญต่อความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันและการฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างมาก และยังมีผลกระทบ ต่อคุณภาพชีวิตด้วย ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้การฟื้นฟูสภาพของร่างกายลดลง และมีความรุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้ ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรให้ความสนใจ และเอาใจใส่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมปรับตัวที่แสดงถึงการปรับตัวที่เหมาะสม และป้องกันปัจจัย ที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการเจ็บป่วย ทั้งนี้ยังต้องคำนึงถึงปัจจัยทั้ง ภายในบุคคล และภายนอกบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมปรับตัว คือ ภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองด้วยเช่นกัน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542; Roy, 2009)

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าภายใต้ แนวคิดการปรับตัวของรอย (Roy, 2009) ครอบคลุมทั้งปัจจัยภายใน และภายนอกตัวบุคคล โดย ศึกษาถึงสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่มีผลต่อกระบวนการควบคุม และคิดรู้ของผู้ป่วย และส่งผลกระทบต่อ พฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สิ่งเร้าหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อ พฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด คือ ภาวะ ซึมเศร้า พอสรุปได้ดังนี้

ปัจจัยภายในบุคคล

ปัจจัยภายในบุคคลนั้น ได้แก่ เพศ อายุ และโรคร่วม ถือว่าเป็นสิ่งเร้าร่วม (Contextual Stimuli) ที่มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งเร้าตรง (Focal Stimuli) ต่อพฤติกรรมปรับตัวของผู้ป่วยคือ ภาวะซึมเศร้า

เพศ

จากการศึกษาของ Wade et al. (1987 cite in Masskulpan et al., 2008) พบว่าภาวะ ซึมเศร้าพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการเจ็บป่วยใน ระยะ 2 สัปดาห์แรก และภายหลังระยะ 4 เดือนหลังการเจ็บป่วยจะพบภาวะซึมเศร้าในเพศชายได้ เล็กน้อย ($R^2 = .03$) (Sagen et al., 2010) จะเห็นได้ว่าเพศมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเพศชายนั้นจะส่งผลกระทบต่อสถานการณ์ดำเนินชีวิตมากกว่า ผู้ป่วยเพศหญิง แต่ภาวะซึมเศร้านั้นเกิดในเพศหญิงมากกว่าเพศชายได้ อาจจะเนื่องจากการรับรู้

ต่อการเปลี่ยนแปลงของรูปลักษณ์ นอกจากนี้เมื่อเพศชายป่วยมักจะได้รับการดูแลจากภรรยาเป็นส่วนใหญ่ และได้รับแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ แต่ในผู้ป่วยเพศหญิงจะพบว่าใช้การเผชิญปัญหาด้านแก้ไขทางอารมณ์ และใช้วิธีการหลีกเลี่ยงปัญหาเป็นส่วนใหญ่ ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้เพิ่มมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับการใช้การเผชิญปัญหาด้านมุ่งแก้ไขปัญหาซึ่งพบได้บ่อยในเพศชาย (Franzen-Dahlin et al., 2006)

โรคร่วม

จากการศึกษาพบว่าโรคร่วมนั้นเป็นปัจจัยที่สำคัญอีกตัวแปรหนึ่ง เนื่องจากมักพบโรคร่วมในผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Hadidi et al., 2009) การที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยด้วยโรคร่วมเรื้อรัง ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายอยู่แล้วนั้น และต้องมาเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ซึ่งถือเป็นสิ่งร้ายตรงที่เข้าสู่ตัวผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องปรับตัวต่อสิ่งเร้าที่เข้ามาเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้โรคร่วมนั้นยังมีส่วนสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้นเช่นกัน ส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นจะมีโรคอื่นร่วมด้วยเสมอ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงพบได้ร้อยละ 79.9 ไขมันในกระแสเลือดสูงร้อยละ 53.4 เบาหวานร้อยละ 28.71 และโรคหัวใจร้อยละ 7.5 และโรคดังกล่าว ยังเป็นอุปสรรคในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยในระยะแรก ทำให้การเคลื่อนย้ายหรือฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นไปได้อย่างช้า ๆ (ปิยะภัทร พัทธวิวัฒน์, 2550; พัทธวิมล กุปตันรัตชัยกุล, 2543) ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งจากการศึกษายังพบว่าภาวะซึมเศร้านั้นเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของสรีรวิทยา ซึ่งประกอบด้วยการทำงานของระบบประสาท และพบได้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับหลอดเลือดและการไหลเวียนโลหิต ได้แก่ พบการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ($p = .021$) ผู้ที่มีไขมันในกระแสเลือดสูง ($p = .018$) (Joynt, Whellan, & O'Connor, 2003; Masskulpan et al., 2008) และนอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีประวัติเป็นโรคหัวใจขาดเลือดก่อนหน้านี้ มีภาวะซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 40 (Appelros & Viitanen, 2004)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีพยาธิสภาพที่สมอง ซึ่งมีผลต่อระบบประสาท ทำให้ผู้ป่วยมีความพิการของร่างกายเกิดขึ้น มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ไม่สามารถเคลื่อนที่ได้ด้วยตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ทำให้ผู้ป่วยกระทำการกิจกรรมต่าง ๆ เป็นไปได้ด้วยความยากลำบาก ไม่สามารถควบคุมการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกายได้ (นิพนธ์ พวงวรรณ, 2544) ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลต่อการรับรู้ กระบวนการคิดของผู้ป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรุนแรงในสภาพความเจ็บป่วยที่ตนเองเผชิญอยู่ ทำให้รับรู้ถึงปัญหาและอุปสรรคทางด้านร่างกายนี้ทำให้ตนเองต้องพึ่งพาอาศัย หรือขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่า

ประสิทธิภาพของร่างกายไม่เหมือนเดิม คิดว่าตนเองเป็นคนพิการ ไม่พึงพอใจในภาพลักษณ์ของตนเอง รู้สึกต่อต้านในทางที่ไม่ดี (สุนิตรา จตุพรพิพัฒน์, 2543) ดังนั้นจากการต้องปรับตัวทางด้านร่างกาย ด้านบทบาทหน้าที่ และโดยเฉพาะในการปรับตัวในด้านความมั่นคงทางด้านจิตใจ โดยการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้นเป็นไปในทางด้านลบเป็นส่วนใหญ่ ส่งผลนำไปสู่พฤติกรรม การปรับตัวที่ไม่เหมาะสมได้ โดยมีการแสดงออกให้เห็นในรูปแบบ ความวิตกกังวล ความเครียด กลัว และซึมเศร้า

การศึกษาของ Mahajlo, Lynne, Thay, and Tin (2002) พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ลดลงมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) นอกจากนี้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ลดลง จะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าแล้วนั้น ยังพบว่าภาวะซึมเศร้าก็มีส่วนสัมพันธ์ที่ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงได้เหมือนกัน คือจากการศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ระหว่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้ากับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้านั้นจะมีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูนั้น น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ($r^2 = 19.45, p < .001$) (Ramasubbu et al., 1998) นอกจากนี้ภาวะซึมเศร่ายังมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเช่นกัน ($p = .002, r = -.474$)

ความหมาย

Orem (1985) ให้ความหมายความสามารถในการทำกิจกรรมว่าเป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคลในการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุตามความต้องการ เพื่อดำรงหรือส่งเสริมให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล ความสามารถในการทำกิจกรรมของบุคคลเปลี่ยนแปลงไปตามพัฒนาการของชีวิต การเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ ประสบการณ์ในชีวิต อิทธิพลทางวัฒนธรรมและแหล่งประโยชน์ในชีวิตประจำวัน

Hickey (2003) ได้ให้ความหมายการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันว่า คือ กิจกรรมที่บุคคลมีความต้องการในการประกอบกิจกรรมด้วยตนเองโดยอิสระให้สำเร็จในแต่ละวันและเป็นกิจกรรมที่ส่วนร่วมในสังคมได้แก่ การอาบน้ำ การใช้ห้องน้ำ การหิวผม การแต่งตัว การรับประทานอาหาร สุขอนามัยส่วนบุคคล การเคลื่อนย้าย การต้องการความปลอดภัย การติดต่อสื่อสาร

กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ (2550) ได้ให้ความหมายว่า ความสามารถในการทำกิจกรรมว่าเป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลนั้น ๆ มีระดับความสามารถเพิ่มขึ้นเท่าที่สภาพร่างกาย จิตใจและ

สังคมของบุคคลเอื้ออำนวย สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างปลอดภัยและยืนยาว เพื่อดำรงตนอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

สรุปได้ว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ การกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อดำรงไว้ซึ่งการดำรงชีวิตประจำวันในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การดูแลช่วยเหลือตนเอง การควบคุมการขับถ่าย การเปลี่ยนอิริยาบถ การเคลื่อนที่ การสื่อความหมาย และการกำหนดรู้ด้านสังคม และปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อประโยชน์ในการดำรงชีวิต และมีการพัฒนาตนเองเมื่อประสบกับปัญหา และเลือกแนวทางในการแก้ปัญหาการเจ็บป่วยของตนเองเพื่อความมั่นคงและคงอยู่ของตัวผู้ป่วยเอง

การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

เป็นการวัดความสามารถทางด้านร่างกาย หรือความสามารถในการทำงานของร่างกาย ในปัจจุบันมีอยู่หลายชนิดด้วยกันดังนี้

1. The Barthel ADL Index สร้างโดยมาร์โธนีและบาร์เธล (Mahoney & Barthel, 1965)

เป็นแบบประเมินตนเองประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การเคลื่อนย้ายตนเองขึ้นลงเตียง การอาบน้ำ การแต่งตัว การขึ้นลงบันได การเดิน การใช้ห้องสุขาหรือหมอนอน การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระและการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ โดยในแต่ละกิจกรรมจะมีคะแนนแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความต้องการการช่วยเหลือในกิจกรรมนั้น ๆ แบบวัดนี้มีคะแนนรวมทั้งหมด 100 คะแนน การแปลผลค่าคะแนนมากแสดงถึงระดับความต้องการการช่วยเหลือน้อย (Wade, 1983) ต่อมาซวลิ แฮมวังก์ (2538) ได้แปลเป็นภาษาไทยและทอนคะแนนในแต่ละข้อลงเหลือ 2 ใน 5 ส่วน จะมีคะแนนเต็ม 40 คะแนน โดยแต่ละกิจกรรมจะมีสัดส่วนการให้คะแนนดังนี้

1. การรับประทานอาหาร	4 คะแนน (เดิม 10 คะแนน)
2. การเคลื่อนย้าย	6 คะแนน (เดิม 15 คะแนน)
3. การเดิน	6 คะแนน (เดิม 15 คะแนน)
4. การแต่งตัว	4 คะแนน (เดิม 10 คะแนน)
5. การอาบน้ำ เช็ดตัว	2 คะแนน (เดิม 5 คะแนน)
6. สุขวิทยาส่วนบุคคล	2 คะแนน (เดิม 5 คะแนน)
7. การใช้ห้องสุขาหรือกระโถน	4 คะแนน (เดิม 10 คะแนน)
8. การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ	4 คะแนน (เดิม 10 คะแนน)
9. การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ	4 คะแนน (เดิม 10 คะแนน)
10. การขึ้นลงบันได	4 คะแนน (เดิม 10 คะแนน)

และได้ตัดกิจกรรมการขึ้นลงบันไดออก เนื่องจากการประเมินในโรงพยาบาลไม่มี
 ขึ้นบันได จึงมีคะแนนเต็ม 36 คะแนน และนำมาทดลองใช้ในการศึกษาผลของการประยุกต์ใช้
 ระบบการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาใน
 โรงพยาบาล โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ของแอลฟาครอนบารค เท่ากับ .93 ทำการประเมินผลโดยการ
 สังเกตและสอบถาม และให้คะแนนตามระดับความสามารถดังนี้

กิจกรรมการเดิน และการเคลื่อนย้ายมี 4 ระดับ

ระดับที่ 1 ให้คะแนน	0 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถกระทำได้
ระดับที่ 2 ให้คะแนน	2 คะแนน หมายถึง ต้องพึ่งพาผู้อื่นอย่างมาก
ระดับที่ 3 ให้คะแนน	4 คะแนน หมายถึง ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นเล็กน้อย
ระดับที่ 4 ให้คะแนน	6 คะแนน หมายถึง สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง

กิจกรรม การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การอาบน้ำเช็ดตัว สุขวิทยาส่วนบุคคล
 การใช้ห้องสุขาหรือกระโถน การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ
 มี 3 ระดับดังนี้

ระดับที่ 1 ให้คะแนน	0 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถกระทำได้
ระดับที่ 2 ให้คะแนน	2 คะแนน หมายถึง ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น
ระดับที่ 3 ให้คะแนน	4 คะแนน หมายถึง สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง

กิจกรรมการอาบน้ำเช็ดตัว และกิจกรรมสุขวิทยาส่วนบุคคลมี 3 ระดับดังนี้

ระดับที่ 1 ให้คะแนน	0 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถกระทำได้
ระดับที่ 2 ให้คะแนน	1 คะแนน หมายถึง ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น
ระดับที่ 3 ให้คะแนน	2 คะแนน หมายถึง สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง

และนำคะแนนทั้ง 9 กิจกรรมมารวมกันได้คะแนนอยู่ในช่วง 0-36 คะแนน นำผลรวม
 ของคะแนนมาแบ่งระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดังนี้

0-8 คะแนน	หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติได้เอง
9-17 คะแนน	หมายถึง ปฏิบัติได้น้อย
18-26 คะแนน	หมายถึง ปฏิบัติได้เองปานกลาง
27-35 คะแนน	หมายถึง ปฏิบัติได้เองเป็นส่วนใหญ่
36 คะแนน	หมายถึง สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง

จอม สุวรรณโณ (2540) ได้นำแบบประเมินมาใช้ในการศึกษาความสามารถของผู้ดูแล
 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล และตรวจสอบหาความเชื่อมั่นโดยนำ
 ไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบารคเท่ากับ .94

และ จูไร เกลียงเกลา (2547) ได้นำแบบประเมินมาใช้ในการศึกษาผลของการเตรียมผู้ดูแลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และหาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบารคเท่ากับ .87

2. Mixed Scales FIM-Score (Functional Independence Measure-score) ปี 1983

คณะแพทยศาสตร์ฟีนฟูของสหรัฐอเมริกา ได้มีการนำเกณฑ์มาตรฐาน FIM-score มาใช้เป็นแบบประเมินซึ่ง FIM-score เป็นส่วนหนึ่งของ Uniform Data แบ่งระดับการให้คะแนนเป็น 7 ระดับ โดยแบ่งการประเมินเป็น 6 ด้าน คือ Self-care, Sphincter-control, Mobility, Locomotion, Communication, Social Cognition รวมทั้งสิ้น 18 หัวข้อย่อยมีคะแนนต่ำสุด 18 คะแนน และสูงสุด 126 คะแนน การให้คะแนนในแต่ละหัวข้อ ง่ายต่อการใช้และยังเป็นแบบประเมินที่มีความเชื่อมั่นเที่ยงตรงในระดับสูง (Christiansen & Ottenbacher, 1998 อ้างถึงใน จรรยา ทับทิมประดิษฐ์, 2547) ต่อมาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และภาควิชาเวชศาสตร์ (2542) ได้แปลเป็นภาษาไทย โดยมีการปรับ Rating Scale จาก 1-7 เป็น 1-4 เพื่อให้เหมาะสมกับการนำมาใช้ในประเทศไทย และได้มีการนำไปใช้ในการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ สถาบันประสาทวิทยา (2543) มีรายงานค่าความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดีต่อมา นันทนวล ชูยิ่งสกุลทรัพย์ (2549) ได้นำมาใช้ในการศึกษาผลของแผนการจำหน่ายผู้ป่วยต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และได้ทำการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงได้ค่า Cronbach's Coefficient Alpha เท่ากับ .96

จะเห็นได้ว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นเป็นได้ทั้งสิ่งเร้าตรงที่มีผลต่อพฤติกรรมการปรับตัว และยังเป็นผลสะท้อนจากพฤติกรรมการปรับตัวที่เหมาะสม หรือไม่เหมาะสมด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น นั่นคือการสนับสนุนทางสังคมทั้งภายในครอบครัวผู้ป่วย และสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยเป็นสำคัญด้วยเช่นกัน

การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม นั้นถือเป็นสิ่งเร้าร่วมทางบวกที่มีผลต่อพฤติกรรมการปรับตัวด้านพึงพาอาศัยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเป็นการส่งเสริมสุขภาพในทางบวกของผู้ป่วยเช่นกัน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมระหว่าง 12 สัปดาห์แรกจนกระทั่งภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีการวางแผนก่อนจำหน่าย และการดูแลของชุมชน ซึ่งการสนับสนุนนั้นอาจมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความต้องการการดูแลของผู้ป่วย (Sit, Wong, Clinton, Li, & Fong, 2004) ดังมีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้คือ

ความหมาย

Cobb (1976) ได้ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลได้รับความสนใจ ความรัก การยกย่อง เห็นคุณค่าและรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งในสังคม

Shaefer, Coyen, and Lazarus (1987) ได้กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ประคับประคองทางด้านจิตใจของบุคคลในสังคม เพื่อใช้ในการจัดการกับความเครียด และยังทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจ

House (1981 cited in Tilden & Weinert, 1987 อ้างถึงใน สายนาท พลไชโย, 2543) ให้ความหมายว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ที่ประกอบด้วยความรัก ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือ ทั้งด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร และข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง

Norbeck (1981) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นความสัมพันธ์ของบุคคล ที่มีการติดต่อกับบุคคลอื่นในขณะที่มีสถานการณ์เครียดในชีวิต

Sit et al. (2004) ได้ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมหมายถึง การสนับสนุนทุกชนิดที่สนับสนุนส่งเสริมให้บุคคลมีการดำรงชีวิตอยู่ได้ และเป็นการส่งเสริมให้บุคคลมีชีวิตอยู่อย่างมั่นคงและคงทนอยู่ได้อย่างแข็งแรง

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

Schaefer et al. (1987) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้านดังนี้

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการสนับสนุนที่ทำให้บุคคลมีความผูกพัน อบอุ่นใจ เชื่อมั่นเชื่อถือและเกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ซึ่งทำให้บุคคลรู้สึกว่าจะได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่

2. การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ (Tangible Support) เป็นการช่วยเหลือด้วยการให้สิ่งของเงินทองและการบริการ

3. การสนับสนุนทางด้านข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้การสนับสนุนโดยการให้ข้อมูล ให้คำแนะนำที่ช่วยให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหา และเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับถึงสิ่งที่บุคคลได้กระทำแล้ว

House (1981 cited in Tilden & Weinert, 1987 อ้างถึงใน สายนาท พลไชโย, 2543) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้านคือ

1. การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal Support) เป็นการให้ความรู้เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเองและการเรียนรู้ตนเอง และการให้ข้อมูลป้อนกลับยังทำให้เกิดความมั่นใจแล้ว

นำไปเปรียบเทียบกับผู้ร่วมสังคม และเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น การสนับสนุนด้านนี้จึงเปรียบเหมือนการเสริมแรงทางสังคม

2. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) คือการให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ทิศทาง และการให้ข้อมูลข่าวสารที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

3. การสนับสนุนทางด้านการทรัพยากร ทั้งทางด้านวัตถุดิบของ การเงิน และแรงงาน (Instrumental Support) คือการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของคนในเรื่องวัตถุดิบของ เงิน แรงงาน เวลา และการปรับสภาพแวดล้อม รวมถึงการให้บริการด้วย

4. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือการให้การยกย่อง ความไว้วางใจ ความรักความจริงใจ ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ห่วงใย และรู้สึกเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน

Sit et al. (2004) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ด้านดังต่อไปนี้

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นความรู้สึกถึงความรัก การดูแล ช่วยให้ผู้ได้รับรู้ถึงความมั่นคงและความใกล้ชิด คู่เคียง ความรู้สึกผูกพัน รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเป็นแรงส่งเสริมความรู้สึกภายในตนเอง

2. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้การสนับสนุนในการให้ข้อมูลใหม่ และคำแนะนำเพื่อพัฒนาทักษะเพื่อให้บุคคลแก้ไขปัญหา และเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อคงไว้ซึ่งการรับรู้ทางสังคม และความเชื่อมั่น

3. การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ (Tangible Support) เป็นการช่วยเหลือด้วยการให้สิ่งของ วัตถุ หรือเครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ

4. การสนับสนุนทางด้านมิตรภาพทางสังคม (Social Companionship) ประกอบด้วย การสนับสนุนด้วยมิตรภาพทางสังคม และการมีกิจกรรมร่วมกันในเวลาที่ว่างจากงาน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการสนับสนุนบุคคลที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นการช่วยเหลือด้วยใจไม่ได้ดูแลด้วยการบังคับ

5. การสนับสนุนเฉพาะพิเศษ (Support Specificity) คือแหล่งสนับสนุนที่สามารถประเมินโดยแต่ละบุคคลถึงประโยชน์มากกว่าหรือน้อยกว่า เช่น เมื่อบุคคลเจ็บป่วย คนอื่น ๆ รอบข้างในสังคมไม่สามารถให้ความรักและการดูแลได้ใกล้ชิดเท่ากับสมาชิกในครอบครัว

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ การสนับสนุนทางสังคม คือ การรับรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างทั้งครอบครัว เพื่อน ญาติ หรือเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ในด้านต่าง ๆ คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ คือ การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ระบายความคับข้องใจต่าง ๆ
2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร คือ การได้รับข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริง เช่น แนวทางการรักษา การปฏิบัติตัว ลักษณะทางพยาธิสภาพของโรค รวมทั้งคำแนะนำต่าง ๆ
3. การสนับสนุนด้านทรัพยากร คือการได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับวัตถุ สิ่งของ การให้เวลา เงิน และการบริการต่าง ๆ
4. การสนับสนุนด้านการประเมิน คือ การช่วยเหลือที่ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเหตุการณ์ และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยการประเมินตนเอง และเปรียบเทียบกับผู้อื่น เป็นการให้การยอมรับและเห็นด้วยในความคิดและการกระทำที่ถูกต้อง

การสนับสนุนทางสังคมกับการเกิดภาวะซึมเศร้า

การสนับสนุนทางสังคมนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมการปรับตัว ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังการเจ็บป่วยผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยต้องการการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง ซึ่งความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนนั้นมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความต้องการของบุคคลนั้น ๆ ส่วนใหญ่แล้วภายหลังการเจ็บป่วย ผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นสำคัญ และครอบครัวก็เป็นผู้ให้การสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ได้มาก คือ ให้การสนับสนุนในด้านสิ่งของ และบริการต่าง ๆ ให้ความเข้าใจ และเป็นผู้มองเห็นคุณค่าของผู้ป่วย รวมทั้งยังเป็นผู้ให้กำลังใจ เอาใจใส่ดูแล รับฟังความคับข้องใจของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นมียารักษาที่แปรปรวนได้ง่าย นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังต้องการการได้รับคำแนะนำ ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ภาวะสุขภาพ การดูแลที่มากขึ้น เช่นกัน แต่ผู้ป่วยและครอบครัวยังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารนี้จากบุคลากรทางการแพทย์นั้นยังพบได้น้อย เนื่องจากไม่กล้าสอบถามโดยตรงจากบุคลากรทางการแพทย์ (อรุพันธ์ อนุวดีนาวัน, 2539)

การสนับสนุนของครอบครัวหรือสังคมยังมีประโยชน์กับผู้ป่วยในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นคงปลอดภัย สามารถแก้ไขปัญหาโดยเลือกวิธีการจัดการที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งในตัวเอง รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม หรือ

ได้รับการสนับสนุนในระดับต่ำ ($p < .001$) อาจส่งผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยได้ (สุทธรรยา โลหาชีวะ, 2548) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่เพียงลำพังขาดการดูแลที่ดีจากญาติ มีชีวิตแบบแยกตัว ทำให้เกิดปัญหาและบกพร่องของสภาพจิตใจเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลต่อเนื่องต่อสมรรถภาพของ

ร่างกายผู้ป่วย (จุฑารัตน์ สติรปัญญา และพรชัย สติรปัญญา, 2548) ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมในทุก ๆ ด้าน ต่างมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ($p < .001$) และสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในระยะแรกหลังการเจ็บป่วย หรือระยะฟื้นฟู 6 เดือน ($p < .005$) (ภาพันท์ เจริญสวรรค์, 2546; Sit et al., 2007)

นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจในชีวิตในระดับสูงนั้น ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการได้รับการสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของโดยไม่ได้รับการเตรียมการโดยเฉพาะ แต่แหล่งของการสนับสนุนนั้นได้มาจากสมาชิกในครอบครัวที่ใกล้ชิด ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนแรกที่ให้กับผู้ป่วย (Doble, Shearer, Phillips, & Jones, 2009) และการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีแนวโน้มในระดับที่สูงขึ้นได้ เนื่องจากการสนับสนุนด้านมิตรภาพทางสังคม ($r = -.421, p < .001$) และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารที่น้อยลง ($r = -.328, p = .001$) อาจจะเนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาในการพูด ทำให้มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร ส่วนเรื่องของมิตรภาพนั้นจะมีความแตกต่างกันไปขึ้นกับความสัมพันธ์ใกล้ชิดภายในครอบครัวผู้ป่วยแต่ละรายเอง (Sit et al., 2007) และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการทดลองใช้แนวความคิดการสนับสนุนทางสังคมในการให้การบำบัดทางการพยาบาลพบว่า การศึกษาส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนส่วนใหญ่ได้มาจากครอบครัว และ โปรแกรมการพยาบาลจากการทำวิจัย โดยพบการบำบัดทางการพยาบาลสนับสนุนทางสังคม การให้คำปรึกษากับครอบครัวในเรื่องของความรู้ และการสนับสนุนอาชีพทางสังคม (Salter, Foley, & Teasell, 2010)

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

มีผู้สร้างแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมไว้ ดังนี้

1. แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล Personal Resource Questionnaire (PRQ) Brandt and Weinert (1985 อ้างถึงใน รัชัญญาภรณ์ ดาวนพเก้า, 2547) ได้สร้างขึ้นโดยสร้างตามแนวคิดของ Weiss (1974) แบบวัดส่วนบุคคลนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน โดยส่วนแรกเป็นแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล ระบุสถานการณ์ที่บุคคลต้องการความช่วยเหลือแหล่งบุคคลที่สามารถขอความช่วยเหลือได้และความพึงพอใจที่ได้รับจากการช่วยเหลือ ส่วนที่ 2 เป็นลักษณะการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคม ตามชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ ซึ่งมีข้อความทั้งทางด้านบวกและด้านลบ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .89 แบบวัดนี้แปลเป็นภาษาไทยโดย จิรภา หงส์ตระกูล (2531 อ้างถึงใน วรรณิ จิวสิบพงษ์, 2550) นำไปศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .90

2. Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ) ได้สร้างขึ้นโดย Norbeck (1981)

ซึ่งใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิด Attachment Theory โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้านคือ ด้านอารมณ์ ด้านการได้รับการยอมรับ และการให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน คำถามจะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

3. แบบสอบถามตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981 อ้างถึงใน สายนาท พลไชโย, 2543) เป็นแบบประเมินที่มีผู้วิจัยได้นำแบบประเมินตามแนวคิดของเฮาส์ ไปศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในหลายกลุ่มตัวอย่าง เช่น ในกลุ่มผู้เกษียณอายุ หญิงตั้งครรภ์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยมีค่าความเที่ยงของแบบวัดมากกว่า .80

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของสายนาท พลไชโย (2543) ที่แปลและดัดแปลงมาจาก แนวคิดเกี่ยวกับชนิดของการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981 อ้างถึงใน สายนาท พลไชโย, 2543) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินการรับรู้ต่อการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีก โดยประเมินการสนับสนุนการช่วยเหลือที่ผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกได้รับทั้ง 4 ด้าน รวม 25 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด ประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ 6 ข้อ การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร 8 ข้อ การสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากร 6 ข้อ การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ 5 ข้อ ลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย และไม่มีเลย และนำแบบประเมินไปทดลองใช้ในผู้ป่วยสูงอายุอัมพาตครึ่งซีก จำนวน 130 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบราคเท่ากับ .88 ซึ่งเป็นแบบประเมินที่มีค่าความเที่ยงของเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ดี และมีครอบคลุมทั้ง 4 ด้านการสนับสนุน และครอบคลุมทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ผู้วิจัยจึงได้นำแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมนี้มาใช้ในงานวิจัยครั้งนี้

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้านั้นมีความสัมพันธ์กัน เนื่องจากเป็นแหล่งสนับสนุนเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงนำตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมมาศึกษา เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของการสนับสนุนทางสังคมต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โดยสรุป จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยต่าง ๆ หลายประการด้วยกันที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด จากการทบทวนวรรณกรรมในปีจี้ดังกล่าวยังพบว่ามีการศึกษาถึงความสามารถในการทำนายในปีจี้ดังกล่าวนั้นไม่มากนัก และส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในระยะหลังการเจ็บป่วยตั้งแต่ระยะ 3 เดือนขึ้นไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ในระยะแรกหลังการเจ็บป่วย คือ ปัจจัยภายในบุคคลได้แก่ เพศ โรคร่วม และ

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัจจัยภายนอกบุคคลได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางให้กับบุคลากรทางการแพทย์ในการส่งเสริมการปรับตัวให้กับผู้ป่วยให้มีการปรับตัวที่เหมาะสมป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูของสภาพร่างกายที่ดีต่อไป

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University