

สำนักพิมพ์ อธิปไตย จำกัด
เลขที่ ๑๑๑ ถนนวิภาวดีรังสิต
จตุจักร กรุงเทพฯ ๑๐๑๑๐



รายงานการวิจัย
เรื่อง

ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแล
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Ischemic

STRESS AND COPING OF STROKE PATIENT
CAREGIVERS

โดย พญ. อรุณรัตน์ อธิปไตย
และ พญ. อรุณรัตน์ อธิปไตย

พรชัย อุดมเมตต์
ยพิน อดิชาดิไชย
20 ก.พ. 2545
151703

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยประจำปีงบประมาณ 2543
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ISBN 974-352-008-2

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยและคณะใคร่ขอขอบพระคุณทุกท่านที่มีส่วนช่วยเหลือให้งานวิจัยฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ได้
อย่างดียิ่งโดยเฉพาะ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชনীภรณ์ ทรัพย์ภรานนท์ ที่ปรึกษาโครงการวิจัย
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ผู้ช่วยวิจัย และผศ. อารีรัตน์ สังวรวงษ์พนา
ซึ่งช่วยประสานงานในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอขอบพระคุณ คุณผกาวรรณ จันทร์เพิ่ม ที่ช่วยกรุณาให้คำแนะนำและวิเคราะห์ข้อมูล
และที่สำคัญที่สุดขอขอบพระคุณผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมในการวิจัย
ทุกท่าน

ผู้วิจัยและคณะใคร่ขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้ทุน
สนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยและคณะหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพการ
พยาบาลและผู้ดูแล รวมทั้งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วย

ผู้วิจัยและคณะ

พฤศจิกายน 2541

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาค้างนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จ.ชลบุรี ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกันยายน 2544 จำนวน 100 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการรับรู้ความเครียดของเลเวนสทินและคณะ (1993) ซึ่งแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดยวริยา วชิราวัฒน์ (2543) และแบบสอบถามการเผชิญความเครียด ซึ่งแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทย จากแบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวิก (1988) โดย หทัยรัตน์ แสงจันทร์ (2541) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งสองไปหาความเชื่อมั่นด้วยวิธีของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ความเครียดเท่ากับ .83 แบบสอบถามการเผชิญความเครียดโดยรวมเท่ากับ .81 โดยที่ด้านการจัดการกับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์และด้านการแก้ปัญหาทางอ้อมเท่ากับ .75, .71 และ .83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง และมีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งสามด้านผสมผสานกัน โดยมีสัดส่วนวิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับปัญหามากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการแก้ปัญหาทางอ้อมและด้านการจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุด

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางสำหรับการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อช่วยเหลือนักดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนเป็นแนวทางสำหรับการบริหาร การวิจัยและการจัดการศึกษาพยาบาลต่อไป

Abstract

The main purposes of this descriptive research were to describe level of stress and coping styles of stroke patient caregivers. The subjects were caregivers of stroke out patients who attended the out patient department, Queen Sawangwattana Memorial Hospital, Chonburi during May to September, 2001. A hundred subjects were purposively selected. The instruments used were the Demographic Data Interview Form; the Perceived Stress Scale translated from the Perceived Stress Scale (PSS) developed by Levenstein et.al, (1993) by Wariya Wachirawat (2000) and the translated Jalowiec Coping Scale (JCS). The reliability coefficients of the Perceived Stress Scale, the overall Jalowiec Coping Scale, confrontive coping, emotive coping and palliative coping scales were .83, .81, .75, .71 and .83 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results of this study revealed that stress of stroke patient caregivers was at moderate level. All caregivers used a combination of coping styles. The proportion of coping styles the caregivers used from the highest to the lowest was confrontive, palliative and emotive styles.

From the findings, implications for nursing practice to help stroke patient caregivers to effectively cope with stress, nursing administration, nursing research and nursing education were recommended.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
ขอบเขตของการวิจัย	5
ข้อตกลงเบื้องต้น	5
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	5
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
โรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	7
แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด	19
แนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญกับความเครียด	25
ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	35
กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย	36
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	37
ลักษณะของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	37
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	37
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	40
การเก็บรวบรวมข้อมูล	41
การวิเคราะห์ข้อมูล	42
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล	43
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	43
...	...

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	55
สรุปผลการวิจัย	55
การนำผลการวิจัยไปใช้	56
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	57
เอกสารอ้างอิง	58
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	
ภาคผนวก ข แบบบันทึกข้อมูล	
ภาคผนวก ค แบบสอบถามการรับรู้ความเครียด	
ภาคผนวก ง แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด	

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพการสมรส การศึกษา ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุของโรค โรคประจำตัว การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ สภาพอารมณ์ของผู้ป่วย	44
2. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพการสมรส ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ ฐานะทางเศรษฐกิจ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย จำนวนคนในครัวเรือน ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ออกจากโรงพยาบาลผู้ช่วยในการดูแลจำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลผู้ป่วยต่อวัน	46
3. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความเครียด	48
4. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีการเผชิญความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด	48
5. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนสัมพัทธ์ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามวิธีการเผชิญความเครียด	49

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular accident) หรือ สโตรก (stroke) เป็นการเจ็บป่วยที่พบบ่อยที่สุดในจำนวนผู้ป่วยโรคระบบประสาทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2534 ; Hayes, 1991) โดยอาการที่เกิดขึ้นมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดสมองอุดตันหรือแตก (Beare & Myers, 1994) ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าในแต่ละปีมีประชากรป่วยด้วยโรคนี้ประมาณ 500,000-600,000 คน (Grant, 1996 ; Teel, Duncan, & Lai, 2001) และเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับสามรองจากโรคหัวใจและมะเร็ง (Folden, 1993; Ragsdale, Yarbrough, & Lasher, 1993; Whitney, 1994) ในขณะที่ประเทศอังกฤษพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปีละประมาณ 100,000 คน (Exall & Johnston, 1999) สำหรับประเทศไทยพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายของประชากรเป็นอันดับที่สี่รองจากโรคหัวใจ อุบัติเหตุ และการได้รับสารพิษ และมะเร็งทุกชนิด โดยมีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคนี้ถึง 11,663 คนและคิดเป็นอัตราตายถึง 18.9 ต่อประชากร 100,000 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2543 หน้า 84) สำหรับโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ามารับการรักษาในปี 2543 จำนวน 390 คน (สถิติผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา) เนื่องจากในปัจจุบันความเจริญของเทคโนโลยีทางการแพทย์และการพยาบาลที่มีการพัฒนาขึ้น ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีประสิทธิภาพมากขึ้นสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้พ้นระยะวิกฤตได้ พบว่ามีเพียงหนึ่งในสามของผู้ป่วยที่เสียชีวิตในหนึ่งเดือนหลังป่วย ส่วนจำนวนสองในสามที่เหลือได้รับการช่วยเหลือให้มีชีวิตรอดอยู่ได้ และยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่ (Low, Payne, & Roderick, 1999; Teel, Duncan, & Lai, 2001) ซึ่งผู้ป่วยจะมีความพิการหลงเหลืออยู่มากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับตำแหน่ง ชนิด ขนาด และระยะเวลาที่สมองเสียหายหรือถูกทำลาย (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2534) สำหรับในต่างประเทศพบว่าในจำนวนผู้ป่วยที่รอดชีวิต ร้อยละ 31 ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย ร้อยละ 20 พอสวยเหลือตนเองได้บ้างแต่ต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวร่างกาย และร้อยละ 71 มีความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้ภาษา (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2530) นอกจากนั้นในระยะพักฟื้นผู้ป่วยยังเกิดความพิการร่วมด้วย ได้แก่ ความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น เช่น การอ่านหนังสือไม่ออก การมองเห็นภาพ

การพูดลำบาก พูดไม่ได้ การควบคุมอวัยวะเกี่ยวกับการพูดผิดปกติ การกลืนอาหารลำบาก การเคลื่อนไหวช้า การเคลื่อนไหวของแขนและขาไม่สัมพันธ์กัน การก้าวขาลำบาก การเดินเซ ระบบขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะผิดปกติ เกิดภาวะไส้สาვეคั่งค้างในกระเพาะปัสสาวะ (Grant, 1996; Mol & Baker, 1991) และมีความรู้สึกทางเพศลดลงทั้งเพศชายและหญิง (Binder, 1984) ในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเป็นระยะเวลาที่ยาวนานยังพบภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ อีก เช่น การติดของข้อต่อต่าง ๆ กล้ามเนื้อลีบ กระดูกโปร่งบาง เส้นเลือดดำอุดตัน แผลกดทับและปอดบวม (สุวพักตร์ บุรณเดช, 2521)

นอกจากความผิดปกติด้านร่างกายแล้ว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังพบความผิดปกติด้านจิตใจด้วย ซึ่งปัญหาที่พบบ่อยได้แก่ การแยกตัวออกจากสังคมและภาวะซึมเศร้า (Bronstein, 1991 ; Grant, 1996) ดังเช่นการศึกษาของ เฟิเบล และสปริงเจอร์ (Feibel & Springer, 1982) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ร้อยละ 26 มีอาการซึมเศร้า เกิดความวิตกกังวล กลัวการถูกทอดทิ้ง มีความรู้สึกผิดหวังในชีวิต และอดทนต่อความเครียดได้น้อย นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายยังคิดทำร้ายตนเองและคิดฆ่าตัวตาย (Bruckbauer, 1991) เนื่องจากความพิการและความผิดปกติทั้งด้านร่างกายและจิตใจดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ดำรงชีวิตด้วยความยากลำบาก ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ ไม่สามารถใช้ความสามารถของตนเพื่อสนองความต้องการการดูแลตนเองได้ทั้งหมด จึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือและดูแลจากผู้ดูแล (Frazor, 1999; Galameau, 1993; Williams; 1994)

จากรายงานการศึกษาวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่าบุคคลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน มักเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา บุตร หลาน หรือญาติพี่น้องผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วย โดยบุคคลดังกล่าวทำหน้าที่ดูแลสุขภาพและช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกันอุบัติเหตุ การปฏิบัติเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมทั้งดูแลระดับประคองด้านจิตใจของผู้ป่วยด้วย (Thomas, 1992) ซึ่งการดูแลดังกล่าวเป็นภาระ ภูมิตนกกหนักจากงานประจำที่ผู้ดูแลปฏิบัติอยู่ ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาและแรงงานมากขึ้น ส่งผลให้แบบแผนในการดำเนินชีวิตและบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป (Entorfanto & Kern, 1995; Musolt, 1991) ผู้ดูแลบางคนต้องรับผิดชอบงานที่ผู้ป่วยเคยทำก่อนการเจ็บป่วยและบางรายผู้ดูแลต้องทำงานเพิ่มมากขึ้นเพื่อหารายได้มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยพร้อมทั้งจุนเจือครอบครัว (Brown, 1991) ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า (Machis, 1991) มีความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลียและบางรายมีอาการปวดหลัง น้ำหนักลด (McLean, Roper-Hall, Mayer, & Main, 1991) นอกจากนี้ บราวน์ (Brown, 1991) พบว่า การ

ดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลพักผ่อนไม่เพียงพอขาดการออกกำลังกาย และผู้ดูแลจะมีความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยวเนื่องจากถูกจำกัดทางสังคม ซึ่งปัญหาต่าง ๆ ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลในด้านการบริหารเวลา การมีเวลาเป็นอิสระส่วนตัว ทำให้โอกาสที่ผู้ดูแลจะออกไปสังคมกับโลกภายนอกและารติดต่อลัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง (Robinson, Bolduc, Kubos, Starr, & Price, 1985; Robinson-Smith & Mahoney, 1995)

นอกจากปัญหาด้านร่างกายดังกล่าวแล้ว ผู้ดูแลมักเกิดปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ร่วมด้วย จากการศึกษา พบว่าภายหลังให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นเวลาหกเดือน ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น(Wade,Legh-Smith, & Hower, 1986) แมคเลนแนน (MacLennan, 1988 cited in McLean et al., 1991) ได้ศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อสุขภาพของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลร้อยละ 25 มีปัญหาด้านสุขภาพกายทรุดโทรมลง และผู้ดูแลร้อยละ 40 มีปัญหาด้านสุขภาพจิตทรุดโทรม และจากธรรมชาติของโรคหลอดเลือดสมองผู้ดูแลต้องจำใจอุปกรณที่จำเป็นในการดูแลและการฟื้นฟูสภาพ จัดหายา อีกทั้งต้องติดตามประเมินผลการรักษาฟื้นฟูสภาพเป็นระยะ (เจียมจิต เสงสุวรรณ, 2535) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อฐานะการเงินผู้ดูแล นอกจากนี้ผู้ดูแลบางรายต้องลาออกจางานเพื่อดูแลผู้ป่วยทำให้ขาดรายได้ (Brocklehurst, Morris, Andrews, Richards, & Laycock, 1981)จึงอาจกล่าวได้ว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดความยากลำบากทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ตลอดจนเศรษฐกิจและสังคมแก่ผู้ดูแล (Clark & Standard, 1996; Davis, 1992; Montgomery, Stull, & Borgatta, 1985) ซึ่งความยากลำบากดังกล่าวเป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดขึ้นได้(Matson, 1994; Teel, Duncan, & Lai, 2001; Williams, 1994)ซึ่งความเครียดเหล่านี้จะมีผลทำให้ร่างกายเกิดความรู้สึกกดดัน ไม่สบายใจ กวนวายใจ ทำให้สภาพร่างกายและจิตใจขาดความสมดุล มีผลต่อความผาสุกและคุณภาพชีวิต(Lazarus & Folkman, 1984) เมื่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลไม่ดีจะส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไม่ดีด้วย ดังนั้นปัญหาความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงมีความสำคัญ โดยทั่วไปแล้วเมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจำเป็นต้องแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมาเพื่อต่อสู้เผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นและพยายามทำให้ความเครียดนั้นทุเลาเบาบางลง ทำให้เกิดความสมดุลทางจิตใจ ซึ่งก็คือวิธีการเผชิญความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984)

การเผชิญความเครียดเป็นความพยายามทั้งความคิดและการกระทำในการที่พยายามจะจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยบุคคลอาจจะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์โดยตรงหรือพยายามจัดการกับความรู้สึกต่าง ๆ ของตนเอง ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความสมดุลในตนเอง ซึ่งลาซารัส

และโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้แบ่งการเผชิญความเครียดออกเป็นสองลักษณะ คือ การเผชิญความเครียดลักษณะมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused coping) และการเผชิญความเครียดลักษณะมุ่งอารมณ์ (emotion focused coping) บุคคลอาจมีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดมากกว่าหนึ่งวิธีในเวลาเดียวกัน ส่วนจะใช้วิธีใดมากกว่านั้นขึ้นอยู่กับสถานการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นในขณะนั้น จาโลวีก (Jalowiec, 1988) ได้ขยายแนวคิดของลาซารัส โดยแบ่งการเผชิญความเครียดออกเป็นสามด้าน คือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา (confrontive coping) ด้านการจัดการกับอารมณ์ (emotive coping) และด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อม (palliative coping) การเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสมจะทำให้ความเครียดหมดไป สามารถปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Hager & Ziegler, 1988; Lazarus & Folkman, 1984) บุคคลที่เผชิญความเครียดอย่างไม่มีประสิทธิภาพจะก่อให้เกิดปัญหาจากความเครียดและเกิดโรคจิตโรคประสาทตามมาภายหลังได้ (Milne, 1983 อ้างในอภิญา จำปามูล, 2534) สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น หากเลือกวิธีเผชิญความเครียดไม่เหมาะสม จะทำให้เกิดปัญหาทั้งตัวผู้ดูแลเองและยังส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยด้วย

จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่าการให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งจะก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแลเป็นอย่างมาก การให้การดูแลช่วยเหลือให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญความเครียดอันเนื่องมาจากการดูแลนี้ พยาบาลซึ่งเป็นผู้ให้บริการพยาบาลแก่ผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด มีบทบาทอิสระโดยตรงในการดูแลช่วยเหลือให้ผู้ดูแลเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปรับตัวด้านจิตสังคมได้อย่างเหมาะสม จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาความเครียด และวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คาดว่าจะช่วยให้บุคลากรทางการพยาบาลได้ข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางหรือรูปแบบในการวางแผนและให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ ป้องกันความผิดปกติทางด้านจิตสังคมที่จะเกิดขึ้น ส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสุข ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ก้าวหน้ามีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

คำถามการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีระดับความเครียดเป็นอย่างไร
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีวิธีการเผชิญความเครียดอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จำนวน 100 ราย ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2544

ข้อตกลงเบื้องต้น

การให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและมีการเผชิญกับความเครียด

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความเครียด หมายถึง ภาวะที่บุคคลรับรู้หรือรู้สึกว่าถูกคุกคามจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ซึ่งเป็นสิ่งเร้าทั้งภายในหรือภายนอกร่างกาย แล้วประเมินว่าเกินกำลังกว่าแหล่งประโยชน์ที่บุคคลมีอยู่ มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง ซึ่งตอบสนองออกมาทางร่างกาย ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ประเมินได้จากแบบวัดการรับรู้ความเครียด (Perceived Stress Questionnaire : PSQ) ของ เลเวนสไตน์ และคณะ (Levenstein, et al., 1993) ซึ่งแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดยวริยา วชิราวัดาน์ (2543)

วิธีการเผชิญความเครียด หมายถึง การกระทำหรือความรู้สึกนึกคิดที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใช้ในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในระหว่างการดูแลผู้ป่วย วัดได้จากแบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวียค (Jalowiec Coping Scale : JCS) (Jaiowiec, 1988) ซึ่งแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย หทัยรัตน์ แสงจันทร์ (2541) โดยแบ่งลักษณะการเผชิญ

ความเครียดเป็นสามด้าน คือ การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับปัญหา การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ และการเผชิญความเครียดด้านการแก้ปัญหาทางอารมณ์

ผู้ดูแล หมายถึง บิดา มารดา คู่สมรส บุตร หรือญาติ ที่พักอยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยต้องประกอบกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดและให้การดูแลผู้ป่วยมาแล้วอย่างน้อยหนึ่งเดือน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ที่ได้รับการตรวจและวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเองด้วยสาเหตุความด้อยสมรรถภาพทางร่างกายอันเนื่องมาจากโรคหลอดเลือดสมองและต้องการการดูแลจากผู้ดูแลในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ค้นคว้าเอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. โรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด
3. แนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญกับความเครียด
4. ความเครียดและการเผชิญกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นกลุ่มอาการทางระบบประสาท ที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองไว้ว่า เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกของระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และแสดงอาการอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง และกลุ่มอาการดังกล่าวเป็นผลมาจากการรบกวนการทำงานของสมองเฉพาะแห่งหรือทั้งหมด (Wade, Langton Hower, Skilbeck, & David, 1985, p.6) ความหมายดังกล่าวคล้ายกับความหมายที่ National Survey of Stroke ของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้กล่าวไว้ว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มอาการทางคลินิกของโรคระบบประสาท ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและแสดงอาการอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง กลุ่มอาการดังกล่าวเกิดจากสาเหตุทางหลอดเลือดที่มีพยาธิสภาพอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ คือ 1) มีการอุดตันของหลอดเลือดสมองจากลิ่มเลือดที่เกิดขึ้นภายในหลอดเลือด (cerebral thrombosis) หรือจากลิ่มเลือดที่หลุดลอยมาจากอวัยวะอื่น (cerebral embolism) หรือ 2) มีการแตกของหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นเอง ทำให้เกิดเลือดออกในสมอง (intracerebral hemorrhage) หรือทำให้เกิดเลือดออกใต้ชั้นอะแรคนอยด์ (subarachnoid hemorrhage) โดยที่ความหมายนี้ไม่รวมถึงการอุดตันหรือการแตกของหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการได้รับบาดเจ็บที่สมอง หรือการติดเชื้อ (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2530; Walker, Robins, & Wenfeld, 1981, p.13) จากความหมายดังกล่าวข้างต้น สามารถมองโรคหลอดเลือดสมองได้เป็น:

หลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) (Black & Matassarini-Jacobs, 1993; Hickey, 1986)

จากสาเหตุต่าง ๆ ไม่ว่าจะเกิดจากหลอดเลือดสมองหรือที่ตีบสมองเอง เป็นผลให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติของการทำหน้าที่ของสมองตามมา ซึ่งอาการและระดับความรุนแรงของผู้ป่วยแต่ละรายก็จะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของบริเวณที่เกิดพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมอง และเนื้อเยื่อสมองที่ได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ (Black & Matassarini-Jacobs, 1993) นอกจากนี้ระยะเวลาของการกลับคืนสู่สภาพปกติจากการเสียหายที่ของสมองของผู้ป่วยแต่ละรายก็แตกต่างกัน กล่าวคือในบางรายอาจพบภาวะสมองเสียหายที่เฉพาะแห่งเพียงชั่วคราว และกลับคืนสู่ปกติภายในเวลา 24 ชั่วโมง หรือที่เรียกว่า ภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว (transient ischemic attack : TIA) หรือบางรายอาจแสดงอาการของโรคนานกว่า 24 ชั่วโมง แต่อาการดังกล่าวหายไปภายในเวลาสามสัปดาห์ (reversible ischemic neurological deficits : RIND) (สมศักดิ์ เสียงจันทร์, 2527) ซึ่งอาการแสดงทั้งสองแบบนี้ ถือเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่รุนแรง แต่ในผู้ป่วยบางรายอาการและอาการแสดงจากการเสียหายที่ของสมองจะค่อย ๆ เป็นทีละน้อยและเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยอาจแสดงอาการตั้งแต่หนึ่งถึงสองชั่วโมงหรือนานเป็นวัน (stroke in evolution or progressive stroke) หรือในบางรายสมองอาจเสียหายที่โดยสิ้นเชิงและไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ตั้งแต่สองถึงสามวันขึ้นไป (complete stroke) ซึ่งอาการแสดงทั้งสองแบบนี้ถือเป็นโรคหลอดเลือดสมองรุนแรง (จเร ผลประเสริฐ, 2528; Marshall, 1976) จากอาการและพยาธิสภาพดังกล่าวเป็นเหตุให้เกิดปัญหามากมายแก่ผู้ป่วย ซึ่งแบ่งออกเป็นสามด้านดังนี้

1. ปัญหาด้านร่างกาย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลมาจากพยาธิสภาพและความพิการที่หลงเหลืออยู่ แบ่งย่อยได้ดังนี้ (Black & Matassarini-Jacobs, 1993; Hickey, 1986)

1.1 ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ อัมพาตครึ่งซีก (hemiplegia) และอ่อนแรงครึ่งซีก (hemiparesis) (Anderson, 1981) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกขาแขนขาหนักขึ้น เคลื่อนไหวได้ลำบาก หรือในบางรายอาจเคลื่อนไหวไม่ได้เลย โดยอาการที่เกิดขึ้นจะเกิดด้านตรงข้ามกับพยาธิสภาพที่เกิดในสมอง (Black & Matassarini-Jacobs, 1993) นอกจากนี้อาจมีอาการเกร็ง แขนและขาเหยียดลำบาก ทำให้ผู้ป่วยประกอบกิจวัตรประจำวันได้ลำบาก หากผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น จะทำให้มีอาการเกร็งเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีปัญหาปวดไหล่ และถ้าอาการเกร็งเป็นอยู่นานจะทำให้กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่เหยียดข้อต่าง ๆ เช่น ข้อมือ ข้อศอก ข้อสะโพก และข้อเท้า สูญเสียหน้าที่และเหยียดออกได้ลำบาก เป็นเหตุให้เกิดความลำบากในการเคลื่อนไหวแขนและขาตามที่มีความจำเป็น

1.2 ความผิดปกติเกี่ยวกับการพูดและภาษา เช่น พูดไม่ชัด (dysarthria) เกิดจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อบริเวณรอบปาก ลิ้น และเพดาน ทำให้อวัยวะทำงานไม่สัมพันธ์กัน เสียงที่พูดจะตะกุกตะกัก ในผู้ป่วยบางรายไม่สามารถเข้าใจความหมายของการสื่อภาษา กล่าวคือ ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจความหมายของคำพูดที่ได้ยิน (global aphasia) หรือไม่สามารถอ่านหนังสือได้ทั้ง ๆ ที่มองเห็น (visual aphasia) เนื่องจากไม่เข้าใจภาษาเขียน (alexia) ซึ่งเกิดจากสมองบริเวณเวอร์นิค (Wernicke's area) ถูกทำลาย ส่วนในผู้ป่วยที่สมองบริเวณโบรคา (Broca's area) ถูกทำลาย ผู้ป่วยสามารถเข้าใจภาษาพูดและสัญลักษณ์ต่าง ๆ รู้ว่าจะตอบสนองอย่างไรแต่ไม่สามารถพูดได้ บางครั้งออกเสียงไม่เป็นภาษา ในบางรายอาจเขียนไม่เป็นประโยค (Hickey, 1986) จากความผิดปกติเกี่ยวกับการสื่อภาษาเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการติดต่อสื่อสาร ซึ่งเป็นกิจกรรมที่จำเป็นในการดำรงชีวิตมนุษย์ ผู้ป่วยจะไม่สามารถติดต่อสื่อสารให้ผู้อื่นรับรู้ถึงความรู้สึกนึกคิดของตนเองได้ อาจจะทำให้เกิดปัญหาด้านจิตใจตามมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Parikh, Robinson, Lipsy, Starkstein, Paul-Fedoroff, & Price, 1990)

1.3 ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เกิดจากสาเหตุต่าง ๆ หลายประการ เช่น ความผิดปกติของประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อในการกลืน การเคี้ยว การเคลื่อนไหวของลิ้น และการสูญเสียรีเฟล็กซ์การขย้อน (gag reflex) ความผิดปกติดังกล่าว ทำให้ริมฝีปากปิดแน่นได้ไม่แน่น การเคี้ยวอาหารไม่มีประสิทธิภาพ ลิ้นไม่สามารถกวาดอาหารให้ไปในทิศทางต่าง ๆ ได้ ในรายที่กล้ามเนื้อช่องปากอ่อนแรงจะทำให้ไม่สามารถผลักอาหารเข้าหลอดอาหารได้ เป็นผลให้ผู้ป่วยกลืนอาหารลำบาก (Moore, 1994; Munma, 1987) และถ้าเพดานอ่อนแรงมากก็ไม่สามารถเคลื่อนปิดกับผนังคอดหอย จะทำให้ผู้ป่วยสำลักขณะกลืนอาหาร (Phipps, 1991) ซึ่งมีรายงานว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนร้อยละ 40 จะเกิดการสำลักอาหาร และมีการติดเชื้อที่ปอดร้อยละ 19 ในขณะที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการกลืนจะมีภาวะแทรกซ้อนที่ปอดเพียงร้อยละแปดเท่านั้น (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2530, หน้า 1) จากความผิดปกติดังกล่าวข้างต้น อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาภาวะเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล และภาวะทุพโภชนาการตามมาได้

1.4 ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึก และการรับรู้ มีหลายประการ ดังนี้

1.4.1 การรับรู้ต่อความสมดุลของร่างกายผิดปกติ กล่าวคือ ผู้ป่วยไม่สามารถ รับรู้ความสมดุลของร่างกายด้านที่มีพยาธิสภาพ ทำให้เกิดความบกพร่องในการปรับท่า และการกระยะของการเคลื่อนไหว (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2535; Black & Matassarini-Jacobs, 1993; Hickey, 1986) ส่งผลให้ผู้ป่วยกลัวว่าจะหกล้มทำให้ไม่กล้าเคลื่อนไหว เป็นสาเหตุให้การฟื้นฟูสภาพในระยะต่อมาเกิดความยากลำบากได้

1.4.2 การรับรู้ต่อการสัมผัส ความเจ็บปวด แรงแกด และความร้อนเย็นผิดปกติ โดยที่ความผิดปกติดังกล่าวอาจเกิดขึ้นอย่างเดี่ยว หรือเกิดขึ้นหลายอย่างพร้อม ๆ กัน ผู้ป่วยจะมีปัญหา คือ บอกตำแหน่งของจุดสัมผัสไม่ได้ หรือบอกได้ไม่ถูกต้อง และไม่สามารถบอกตำแหน่งของจุดสัมผัสพร้อมกันหลายจุดได้ (Hickey, 1986) เนื่องจากการรับรู้ที่ผิดปกติเหล่านี้ทำให้ร่างกายด้านที่มีพยาธิสภาพของผู้ป่วยได้รับอันตรายได้ง่าย เพราะผู้ป่วยมักจะไม่สนใจสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งที่มีกระตุ้นร่างกายด้านที่มีพยาธิสภาพหรือกว่าร่างกายจะรู้สึกและมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นที่เป็นอันตรายนั้น ร่างกายก็ได้รับอันตรายแล้ว

1.4.3 การรับรู้ต่อเวลา บุคคล และสถานที่ที่ผิดไป ทำให้ผู้ป่วยสับสน ไม่รู้จักเวลา บุคคล และสถานที่ หรือมีการรับรู้ที่ผิดไปจากความเป็นจริง อันจะมีผลทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจ และแสดงพฤติกรรมออกมาไม่เหมาะสม

1.4.4 การรับรู้ด้านการมองเห็นผิดปกติ ซึ่งความผิดปกตินี้จะเกี่ยวข้องกับการรับรู้ความรู้สึกด้วย กล่าวคือ ผู้ป่วยไม่สามารถจดจำและตอบสนองต่อสิ่งที่มีกระตุ้นสายตาตนเองได้ ความผิดปกติที่พบบ่อยคือ ตาบอดครึ่งซีกโดยเสียข้างเดียวกันทั้งสองตา (homonymous hemianopia) (Black & Matassarin-Jacobs, 1993; Hickey, 1986) ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมองเห็นซีกที่เป็นอัมพาตก่อให้เกิดอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้ในผู้ป่วยบางรายอาจมีความผิดปกติในลักษณะการมองเห็นภาพซ้อน ซึ่งเป็นผลมาจากผู้ป่วยไม่สามารถกรอกตาไปในทิศทางที่สอดคล้องกันได้ตามปกติ อาจพบการมองเห็นไม่ชัดในผู้ป่วยบางราย ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ด้านการมองเห็นนี้ จะส่งผลต่อสมดุลในการนั่งและการยืนของผู้ป่วย

1.5 ความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญา ที่พบบ่อยได้แก่ การสูญเสียความทรงจำ ขาดสมาธิ ผู้ป่วยจะถูกเบี่ยงเบนความสนใจได้ง่าย การตัดสินใจไม่มีประสิทธิภาพ ขาดความสามารถในการคิดคำนวณ การมีเหตุผลและมีจินตนาการผิดปกติไป นอกจากนี้ผู้ป่วยไม่สามารถเชื่อมโยงการเรียนรู้ของสถานการณ์ต่าง ๆ เข้าด้วยกันได้ (Hickey, 1986) นอกจากความผิดปกติดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้ข้อมูลต่าง ๆ ได้ทั้งหมด จึงเป็นการยากที่ผู้ป่วยจะเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมที่ซ้ำ ๆ เดิม ไม่สามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันและไม่สามารถป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับตนเองได้

1.6 ความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่าย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ (Hickey, 1986) แต่ในบางรายมีปัสสาวะค้างค้างไม่สามารถถ่ายออกได้หมด เนื่องจากความตึงตัวของกล้ามเนื้อบริเวณกระเพาะปัสสาวะลดลง ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถถ่ายปัสสาวะได้เอง สำหรับความผิดปกติของการขับถ่ายอุจจาระนั้น พบว่า ผู้ป่วยจะเกิดปัญหาในเรื่องท้องผูก ซึ่ง

เกิดจากผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง อันเป็นผลมาจากความพิการของร่างกาย หรือเกิดจากผู้ป่วยรับประทานอาหารและดื่มน้ำได้น้อยกว่าปกติ (จันทร์เพ็ญ การีเวท, 2539)

1.7 ความผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ความผิดปกติที่พบคือ ความต้องการทางเพศลดลง ทั้งในผู้ป่วยเพศหญิงและเพศชาย (Binder, 1984) จากการศึกษาของ เบรย์ ดีเฟรงค์ และ วอล์ฟ (Bray, DeFrank, & Wolfe, 1981) ที่ศึกษาพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 35 คน เป็นผู้ป่วยเพศชาย 24 คน เพศหญิง 11 คน โดยมีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยหกสัปดาห์ พบว่า ความต้องการทางเพศและจำนวนครั้งของการร่วมเพศลดลง ซึ่งมีสาเหตุมาจากอวัยวะเพศไม่แข็งตัวในผู้ป่วยเพศชาย และไม่ถึงจุดสุดยอดในเพศหญิง นอกจากนี้ เฮแกน วอลลิน และเบเจอร์ (Hagan, Wallin, & Baer, 1980 cited in Burgener & Logan, 1989) รายงานว่า ความผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์นั้นมีความสัมพันธ์กับขาดความดันโลหิตที่ผู้ป่วยใช้ อยู่ ส่วนเบอริจีเนอร์ และโลแกน (Burgener & Logan, 1989) กล่าวว่า พยาธิสภาพของผู้ป่วยพฤติกรรมและปัจจัยด้านจิตสังคมเป็นองค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมและความต้องการทางเพศของผู้ป่วย

นอกจากความผิดปกติด้านร่างกายดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังอาจพบภาวะแทรกซ้อนทางร่างกายอื่น ๆ เช่น การติดของข้อต่อหิพเบคคัย คือ ข้อเข่า ข้อสะโพก ข้อเท้า นอกจากนี้ยังพบการเหี่ยวลีบของกล้ามเนื้อ กระดูกโปร่งบาง เส้นเลือดดำอุดตัน ความดันโลหิตต่ำ แผลกดทับและปอดบวม(สุวพัทตร์ บุรณเวช, 2521)

2. ปัญหาด้านจิตใจ ที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีหลายประการ แต่ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคนี้ (Bruckbauer, 1991; Feibel & Springer, 1982; Sinyor et al., 1986) ดังเช่น โรบินสัน สตาร์ ลิปเซย์ ราโอ และไพร์ส (Robinson, Starr, Lipsey, Rao, & Price, 1984) รายงานว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการซึมเศร้าหลังการเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับ ไฟเบลและสปริงเจอร์ (Feibel & Springer, 1982) ได้ศึกษาอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 91 คน พบผู้ป่วยจำนวน 24 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 26 มีอาการซึมเศร้าภายหลังจากป่วยเป็นเวลาหกเดือน อาการซึมเศร้านี้เป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าและเป็นปัญหาลำหรับบุคคลอื่น เนื่องมาจากความผิดปกติและความพิการของร่างกายรวมทั้งความบกพร่องในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Sinyor et al., 1986) ทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจในการฟื้นฟูสภาพของตนเองลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ (Feibel & Springer, 1982; Robinson et al., 1984) นอกจากภาวะซึมเศร้าแล้ว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะพบปัญหาด้านจิตใจอีกประการหนึ่งร่วมด้วย คือ ความกลัว ซึ่งได้แก่ กลัวพิการ กลัวภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง

กลัวทุกข์ทรมาน กลัวการกลับเป็นโรคซ้ำ กลัวการถูกทอดทิ้ง และกลัวตาย (Goodstein, 1983) ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลตามมา อีกทั้งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นยังมีสาเหตุมาจากความคับข้องใจและความรู้สึกขัดแย้งในใจจากการที่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ๆ นอกจากนี้ผลจากความพิการของร่างกายจากพยาธิสภาพของโรคทำให้ผู้ป่วยระต่าง ๆ ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ มักพบว่าผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกสูญเสียในด้านต่าง ๆ เช่น การสูญเสียความเชื่อมั่น ความมีคุณค่าในตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง เป็นต้น นอกจากนี้แล้ว ความเครียดยังเป็นปัญหาด้านจิตใจที่พบได้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้ทันต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว รวมทั้งต้องพึ่งพาผู้อื่นในการประกอบกิจวัตรประจำวันด้วย (ฟาริดา ฮิบราฮิม, 2539 ; Binder, 1984)

3. ปัญหาด้านสังคม เนื่องจากความเจ็บป่วยและความพิการของร่างกายที่หลงเหลืออยู่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสติดต่อกับบุคคลอื่นในสังคม การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง (Doolittle, 1988; Robinson-Smith & Mahoney, 1995) หรือในรายที่มีความพิการหลงเหลืออยู่มากก็ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้เลย อีกทั้งยังพบทบทวนของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากความเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็นบทบาทในครอบครัวหรือบทบาททางสังคม ส่งผลให้สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลในสังคมลดลง ผู้ป่วยจะไม่ได้รับการสนับสนุนด้านสังคมจากบุคคลอื่น ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้ง ขาดที่พึ่ง และมีความรู้สึกว่าเหว้า (Frazan, 1991)

จากผลของโรคหลอดเลือดสมองที่ก่อให้เกิดปัญหาแก่ผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมทำให้ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองดำรงชีวิตด้วยความยากลำบาก ไม่สามารถที่จะดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ในส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองได้ โดยระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยแต่ละรายจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความรุนแรงและพยาธิสภาพของโรคที่มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการหรือรู้ความสามารถ ซึ่งสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2537) ได้ดัดแปลงแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของดักซ์บาร์เธลเอดีแอล (Modified Barthel ADL Index) ให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและวัฒนธรรมความเป็นอยู่ของคนไทย โดยกำหนดกิจกรรมและเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละกิจกรรมดังนี้ 1. กิจกรรมการรับประทานอาหาร (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมอาหารไว้ให้เรียบร้อยแล้ว) ถ้าผู้ป่วยได้ 0 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ต้องมีคนนำตะกั่วให้ 1 คะแนน หมายถึง ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดให้เป็นชิ้น เล็ก ๆ

ไว้ล่วงหน้า 2 คะแนน หมายถึง ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ 2. กิจกรรมการล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา ถ้าผู้ป่วยได้ 0 คะแนน หมายถึง ต้องการความช่วยเหลือ 1 คะแนน หมายถึง ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้) 3. กิจกรรมการลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ ถ้าผู้ป่วยได้ 0 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น 1 คะแนน หมายถึง ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะหนึ่งคนหรือใช้คนที่ช่วยพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ 2 คะแนน หมายถึง ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อยหรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย 3 คะแนน หมายถึง ทำได้เอง 4. กิจกรรมการใช้ห้องสุขา ถ้าผู้ป่วยได้ 0 คะแนน หมายถึง ช่วยตัวเองไม่ได้ 1 คะแนน หมายถึง ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง 2 คะแนน หมายถึง ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมได้เอง, ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ, ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย) 5. กิจกรรมการเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน ถ้าผู้ป่วยได้ 0 คะแนน หมายถึง เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ 1 คะแนน หมายถึง ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองเคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ 2 คะแนน หมายถึง เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุงหรือบอกให้ทำตามหรือต้องให้คนสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย 3 คะแนน หมายถึง เดินหรือเคลื่อนที่ได้อย่างอิสระ 6. กิจกรรมการสวมใส่เสื้อผ้า ถ้าผู้ป่วยได้ 0 คะแนน หมายถึง ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย 1 คะแนน หมายถึง ช่วยตัวเองได้รวมร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย 2 คะแนน หมายถึง ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้) 7. กิจกรรมการขึ้นลงบันไดขั้น ถ้าผู้ป่วยได้ 0 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถทำได้ 1 คะแนน หมายถึง ต้องการคนช่วย 2 คะแนน หมายถึง ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอารันลงได้ด้วย) 8. กิจกรรมการอาบน้ำ ถ้าผู้ป่วยได้ 0 คะแนน หมายถึง ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ 1 คะแนน หมายถึง อาบน้ำเองได้ 9. กิจกรรมการกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ถ้าผู้ป่วยได้ 0 คะแนน หมายถึง กลั้นไม่ได้หรือต้องการสวนอุจจาระอยู่เรื่อย 1 คะแนน หมายถึง กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เกินน้อยกว่าหนึ่งครั้งต่อสัปดาห์) 2 คะแนน หมายถึง กลั้นได้เป็นปกติ 10. กิจกรรมการกลั้นปัสสาวะในระยะหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ถ้าผู้ป่วยได้ 0 คะแนน หมายถึง กลั้นไม่ได้หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ 1 คะแนน หมายถึง กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละหนึ่งครั้ง) 2 คะแนน หมายถึง กลั้นได้เป็นปกติ คะแนนรวมของ... ประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเท่ากับ 20 คะแนน และได้แบ่งระดับการพึ่งพาผู้ดูแลของผู้ป่วยออกเป็นสี่ระดับ โดยพิจารณาจากคะแนนรวม โดยที่ 0-4 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วย

ต้องพึ่งพาผู้ดูแลทั้งหมด 5-8 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้ดูแลระดับรุนแรง 9-11 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้ดูแลระดับปานกลางและ 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้ดูแลเล็กน้อย

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือเป็นการเจ็บป่วยที่ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง ดังเช่นโรคหลอดเลือดสมอง จะส่งผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว กล่าวคือ บุคคลในครอบครัวต้องให้การดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยนั้น (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2538; Demich & Robb, 1988) จากผลของโรคหลอดเลือดสมองที่ก่อให้เกิดปัญหาแก่ผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ทำให้ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองดำรงชีวิตด้วยความยากลำบาก ไม่สามารถที่จะดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการประกอบกิจวัตรประจำวันในส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองเองได้ ซึ่งแบ่งออกเป็นสี่ด้าน ดังนี้ (นภาพกรณ์ แก้วภรณ, 2533; ฟาริดา อิบราฮิม, 2539; Horowitz, 1982 cited in Davis, 1992)

1. การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเริ่มตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้าจนถึงเข้านอน โดยที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ทั้งหมด ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้ดูแล ในการดูแลนั้นมีหลักสำคัญคือ ผู้ดูแลจะต้องพยายามกระตุ้นผู้ป่วยให้ช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด และคอยช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำเองไม่ได้ หรือทำได้แต่ไม่สมบูรณ์ พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้มากขึ้น กิจวัตรประจำวันที่ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยมีดังนี้

1.1 การรับประทานอาหาร ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะรับประทานอาหารเองได้แต่ไม่สะดวก ในบางรายอาจรับประทานอาหารได้ช้ากว่าปกติ ผู้ดูแลจะต้องเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้เหมาะสม เช่น ชามก้นลึก แก้วน้ำที่มีหลอดดูด รวมทั้งอาหารที่จัดให้ผู้ป่วยควรอยู่ในลักษณะที่ง่ายต่อการดื่บประทานเอง เช่น อาหารชิ้นไม่ใหญ่เกินไป อาหารไม่ควรมีก้างหรือกระดูก สำหรับในรายที่ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ ผู้ดูแลต้องให้การดูแลเกี่ยวกับการให้อาหารและน้ำทางสายยางให้อาหารแก่ผู้ป่วยอย่างเพียงพอ

1.2 การอาบน้ำและการดูแลความสะอาดส่วนบุคคล ผู้ดูแลจะต้องจัดหาอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยอาบน้ำและทำความสะอาดร่างกายด้วยตนเองได้สะดวกขึ้น เช่น แก้วสำหรับนั่งอาบน้ำ ฟองน้ำหรือแปรงด้ามยาวสำหรับเช็ดตัว สำหรับผู้ป่วยที่อาบน้ำไม่สะดวกจำเป็นจะต้องเช็ดตัว ผู้ดูแลควรช่วยเช็ดตัวเฉพาะส่วนที่ผู้ป่วยเช็ดไม่ถึงเท่านั้น เช่น บริเวณแผ่นหลัง และไม่ควรถูหรือเช็ดตัวให้ผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถทำได้เองถึงแม้จะใช้เวลานาน นอกจากนี้ผู้ดูแลต้องกระตุ้นและช่วยเหลือผู้ป่วยเกี่ยวกับการล้างหน้า แปรงฟัน โกนหนวด กระจกม วาดเล็บ เป็นต้น

1.3 การแต่งกาย ผู้ดูแลจะต้องจัดหาเสื้อผ้าที่มีขนาดเหมาะสม สามารถใส่และถอดออกเองได้สะดวก

1.4 การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ผู้ดูแลต้องคอยช่วยเหลือในรายที่ไม่สามารถทำความสะอาดหลังขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะได้เอง

1.5 การเคลื่อนไหวร่างกาย ผู้ดูแลต้องกระตุ้นและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายด้วยตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งร่างกายด้านที่มีพยาธิสภาพ โดยช่วยจัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวให้ผู้ป่วย นอกจากนี้ควรให้กำลังใจชมเชยความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยที่พัฒนาดีขึ้น

1.6 การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ดูแลจะต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ แสงสว่าง และอุณหภูมิของห้องพอเหมาะ ไม่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วย เพราะโดยธรรมชาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มักจะนอนไม่ค่อยหลับอยู่แล้ว นอกจากนี้อาจใช้วิธีอื่นที่ช่วยส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยด้วย เช่น การฟังเพลงที่ผู้ป่วยชอบเบา ๆ การดื่มเครื่องดื่มอุ่น ๆ ก่อนนอน การใช้สมาธิ หรือการใช้ยานอนหลับตามแผนการรักษาของแพทย์

2. การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป หากผู้ดูแลไม่สนใจผลของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นแล้วอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตผู้ป่วยได้ ดังนั้นผู้ดูแลจำเป็นต้องหาวิธีป้องกันมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อน อีกทั้งต้องป้องกันอุบัติเหตุต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยด้วย ซึ่งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุมีดังนี้

2.1 การป้องกันโรคผิวหนัง ผู้ดูแลต้องกระตุ้นและช่วยเหลือผู้ป่วยทำความสะอาดผิวหนัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณที่มีพยาธิสภาพที่เกิดการอักเสบขึ้นหนักหนาได้ง่าย เช่น ขาหนีบ รักแร้ ซอกนิ้วมือและนิ้วเท้า เพราะทำให้เกิดโรคผิวหนังและเกิดบาดแผลได้ง่าย โดยเฉพาะแผลกดทับ

2.2 การป้องกันโรคปอดอักเสบ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เ็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบบ่อยที่สุด (นิพนธ์ พวงรินทร์, 2534) โดยที่สาเหตุอาจเกิดจากการสำลักอาหารหรือการที่ร่างกายได้รับความอบอุ่นไม่เพียงพอ ดังนั้นผู้ดูแลต้องจัดอาหารให้ง่ายต่อการเคี้ยวและกลืน จัดให้ผู้ป่วยนั่งรับประทานอาหาร และคอยดูแลให้ผู้ป่วยเคี้ยวอาหารให้หมดก่อนจึงดื่ม น้ำ ทั้งนี้เพื่อป้องกันการสำลัก และจัดเสื้อผ้าที่ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายอย่างเพียงพอให้กับผู้ป่วยเพื่อป้องกันอาการปอดอักเสบ

2.3 การป้องกันอาการปวดไหล่และข้อติดแข็ง มักเกิดกับร่างกายด้านที่มีพยาธิสภาพ ผู้ดูแลควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารข้อต่อต่าง ๆ ด้วยตนเอง ได้แก่ ข้อมือ ข้อศอก แขนและขาอย่างสม่ำเสมอ ส่วนการป้องกันอาการปวดไหล่ ให้ใช้ผ้าหรือวัสดุคล้องแขนข้างที่อ่อนแรงในขณะยืนหรือเดิน และหากผู้ป่วยมีอาการปวดไหล่มาก ควรประคบ นวด หรือทายาแก้ปวดที่ไหล่

2.4 การป้องกันภาวะกระดูกโปร่งบาง ส่วนใหญ่เกิดกับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ถ้าทิ้งไว้จนอาจทำให้กระดูกหักได้ ผู้ดูแลสามารถช่วยได้โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยยืนและเดิน โดยใช้น้ำหนักตัวลงบนแขนและขาทั้งสองข้างเท่า ๆ กัน

2.5 การป้องกันภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งมีสาเหตุจากการถ่ายปัสสาวะไม่ออกหรือกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ผู้ดูแลต้องคอยช่วยเหลือโดยทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และเช็ดให้แห้งอย่างสม่ำเสมอ ฝึกให้ผู้ป่วยขับถ่ายปัสสาวะให้เป็นเวลา ในรายที่ปัสสาวะไม่ออก ผู้ดูแลควรพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ เพื่อทำการสวนปัสสาวะเป็นครั้งคราว นอกจากนี้ในรายที่ไม่มีข้อห้ามควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำวันละ 2,000-3,000 มิลลิลิตร

2.6 การป้องกันปลายมือและปลายเท้าบวม จะพบบ่อยในกรณีที่มีการไหลเวียนโลหิตไม่ดี ผู้ดูแลควรใช้หมอนหรือวัสดุที่อ่อนนุ่มรองรับบริเวณปลายมือหรือปลายเท้าของผู้ป่วยให้สูงขึ้น นอกจากนี้ต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถบ่อย ๆ ไม่ควรให้ผู้ป่วยนั่งหรือนอนท่าใดท่าหนึ่งเป็นเวลานาน ๆ เพราะจะขัดขวางการไหลเวียนของโลหิตกลับสู่หัวใจ

2.7 การป้องกันการเย็บลิ้นของกล้ามเนื้อบริเวณแขนและขา โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านที่มีพยาธิสภาพ ซึ่งสามารถป้องกันได้โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายและเกร็งกล้ามเนื้อแขนและขาทั้งสองด้าน โดยเฉพาะด้านที่มีพยาธิสภาพต้องทำบ่อย ๆ

2.8 การป้องกันอาการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ผู้ป่วยรับประทานยาให้ครบตามแผนการรักษาของแพทย์ จัดอาหารให้เหมาะสมกับโรค เช่น ควรลดอาหารประเภทไขมัน รวมทั้งจำกัดปริมาณไขมันหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญของการกลับเป็นซ้ำของโรค

หลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ถ้าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น ปวดศีรษะมากโดยเฉพาะบริเวณท้ายทอย มีอาการชาแขนและขา สับสน ซึมลง ต้องรีบพาผู้ป่วยไปพบแพทย์

2.9 การป้องกันอุบัติเหตุ เนื่องจากการทรงตัวของผู้ป่วยไม่ดี กล้ามเนื้ออ่อนแรง การมองเห็นและการกระพริบตาผิดปกติ จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ดังนั้นผู้ดูแลต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นระเบียบ เก็บสิ่งของที่เป็นอันตรายไว้ เช่น ของมีคมให้พ้นมือผู้ป่วย รวมทั้งควรมีการจัดท่าราวให้ผู้ป่วยเกาะเป็นระยะ ๆ ภายในบ้านเพื่อป้องกันการหกล้ม

3. การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการประคับประคองด้านจิตใจ เนื่องมาจากความพิการของร่างกายที่หลงเหลืออยู่ ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกิดขึ้นในชีวิต เช่น บทบาทหน้าที่ ฐานะ เศรษฐกิจและสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาด้านจิตใจร่วมด้วยเสมอ การดูแลด้านจิตใจนี้ผู้ดูแลต้องพยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพความเป็นจริงให้มากที่สุด โดยให้การดูแลประคับประคองด้านจิตใจแก่ผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย

3.1 การป้องกันภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัญหาด้านจิตใจที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Bruckbauer, 1991; Feibel & Springer, 1982; Parikh et al., 1990) ผู้ดูแลจะต้องยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ไม่ตำหนิหรือแสดงท่าที่ไม่พอใจ ควรปลอบโยนให้กำลังใจผู้ป่วย รวมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง และให้คำชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมนั้น ๆ สำเร็จ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

3.2 การป้องกันอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงง่าย ผู้ดูแลควรควบคุมสิ่งแวดล้อม โดยการลดหรือขจัดสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้อารมณ์ของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้ควรค้นหาสาเหตุที่ทำให้อารมณ์ของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง รวมทั้งหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจให้ผู้ป่วยเพื่อให้จิตใจสงบ

3.3 การป้องกันความเครียดที่เกิดกับผู้ป่วย ซึ่งมีสาเหตุมาจากทั้งด้านร่างกาย ฐานะ ความเจ็บป่วย จากสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น แสง เสียง อุณหภูมิ และด้านจิตใจ เช่น การที่ผู้ป่วยเผชิญหน้ากับบุคคลที่ตนไม่ชอบ ความคับข้องใจต่าง ๆ ดังนั้นผู้ดูแลต้องคอยสังเกตอาการของผู้ป่วยและกำจัดสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดนั้น นอกจากนี้การดูแลประคับประคองด้านจิตใจทั้งสามด้านดังกล่าวแล้ว ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังต้องให้การดูแลเพื่อประคับประคองด้านจิตใจเกี่ยวกับความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยด้วย เนื่องจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจะกระทบต่อความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยของผู้ป่วยด้วย (Black & Matassarini-Jacobs, 1993)

4. การให้การช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น เนื่องจากค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ค่าใช้จ่ายในการซื้ออุปกรณ์ต่าง ๆ สำหรับให้การดูแลและอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งผู้ดูแลบางรายต้องเสียค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพแวดล้อมของบ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลทั้งสี่ด้านดังกล่าวข้างต้นที่มีปริมาณมากทำให้การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ส่งผลให้เกิดปัญหาแก่ผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ตลอดจนเศรษฐกิจและสังคม โดยในด้านร่างกายนั้นพบว่าสุขภาพของผู้ดูแลทรุดโทรมลง มีอาการปวดหลัง ปวดเมื่อยแขนขา น้ำหนักลด (McLean et al., 1991) การพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ ขาดการออกกำลังกาย (Brown, 1991) ในผู้ดูแลบางรายพบอาการของโรคกระเพาะอาหาร เนื่องจากความเครียดที่เกิดจากการดูแล (นภาภรณ์ แก้วภรณ์, 2533; จิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2538) จากการศึกษาของแมคเลนแนน (MacLennan, 1988 cited in McLean et al., 1991) พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ดูแลร้อยละ 25 เกิดปัญหาด้านสุขภาพร่างกาย และร้อยละ 40 ของผู้ดูแลเกิดปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ซึ่งเป็นผลจากผู้ดูแลต้องปรับจิตใจให้ทนต่ออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่ายของผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีอาการหงุดหงิด ตั้บสน (ซินิดา มณีวรรณ และคณะ, 2538) นอกจากนี้ เวด และคณะ (Wade et al., 1986) พบว่า ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น หลังจากให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นเวลาหกเดือน และพบอาการซึมเศร้า หดหู่ มีความเครียดสูงกว่าคนปกติในวัยเดียวกัน (Schulz, Tompkins, & Rau, 1988) มีความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว เนื่องจากถูกจำกัดจากบุคคลในสังคม (Brown, 1991) ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเบื่อหน่าย ไม่พึงพอใจ หือแท้ และหมดกำลังใจ (รุจา ภูไพบูลย์, 2535; จิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2538) สำหรับด้านเศรษฐกิจและสังคมนั้น ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา (Silverstone & Hyman, 1982 อ้างใน รุจา ภูไพบูลย์, 2535) ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ค่าอาหาร ค่าอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแล เช่น รถเข็น ไม่ค้ายัน ค่าเดินทางไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาล เป็นต้น และกรณีที่ผู้ป่วยเป็นผู้หา รายได้ให้ครอบครัวต้องหยุดพักการทำงาน ทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง (ณัฐไชย ตันติสุข, 2528) นอกจากนี้ผู้ดูแลบางรายต้องลาออกจากงาน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด (Brown, 1991) ยิ่งทำให้รายได้ของครอบครัวในครอบครัวลดลงยิ่งขึ้น อีกทั้งเวลาส่วนใหญ่มักจะถูกใช้ไปกับภารกิจประจำวัน ทำให้ผู้ดูแลถูกจำกัดอยู่เฉพาะในบ้าน เป็นเหตุให้ผู้ดูแลสูญเสียบทบาททางสังคม โอกาสที่ผู้ดูแลจะออกไปสังคมกับโลกภายนอกและติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง (Robinson et al., 1985; Robinson-Smith; & Mahoney, 1995) ดังเช่นการศึกษาของ เฟตส์เจอร์วัลด์ (Fitzgerald, 1989) พบผลกระทบจาก

การให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ดูแล ได้แก่ การสูญเสียอิสระ การเปลี่ยนแปลง บทบาทหน้าที่ การสูญเสียการมีกิจกรรมร่วมในสังคม และการมีเวลาว่างลดลง

จากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจและสังคมทำให้ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแลว่าเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิด ความเครียดแก่ตนเอง จึงอาจกล่าวได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนับเป็นกลุ่มผู้ดูแลที่มี โอกาสรับรู้ความเครียดได้มาก ดังนั้นผู้ดูแลกลุ่มนี้จึงควรได้รับการช่วยเหลือเมื่อมีความรู้สึกเครียดที่ เกิดขึ้น

แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด

ความหมายของความเครียด

เมสัน (Mason, 1975 cited in Aidwin, 1994) ได้ให้ความหมายของความเครียดไว้ สามลักษณะคือ

1. ความเครียดในแนวของปฏิกิริยาโต้ตอบต่อสิ่งเร้า (stress as a state of the organism) หมายความว่า การที่บุคคลได้ตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เข้ามาทำอันตรายหรือมาคุกคามทำให้เกิดความเครียด
2. ความเครียดในแนวของสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบบุคคล (stress as an external event) หมายความว่า การที่บุคคลต้องเผชิญกับสิ่งเร้าภายนอกบุคคล (stressor) ซึ่งมีอิทธิพลต่อบุคคล นั้น ๆ
3. ความเครียดในแนวปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม (stress as a transactional between the person and the environment) เป็นแนวคิดที่ให้ความหมายของความเครียดว่า หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยที่บุคคลเกิดการรับรู้และประเมินสิ่งแวดล้อมที่เข้ามากระทบว่าตนเองไม่สามารถที่จะรับมือได้ เนื่องจากศักยภาพของตนเองที่มีอยู่น้อยกว่า ความรุนแรงของสิ่งแวดล้อมหรือประเมินว่าสิ่งแวดล้อมดังกล่าวจะเข้ามาคุกคามหรือทำอันตราย ต่อตนเอง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดในลักษณะของปฏิสัมพันธ์ระหว่าง บุคคลกับสิ่งแวดล้อมของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งแนวคิดนี้เชื่อว่า ความเครียดจะเป็นผลจากการประเมินเหตุการณ์ของบุคคล โดยที่แต่ละบุคคลจะแปลความหมาย ของเหตุการณ์หรือสถานการณ์เดียวกันแตกต่างกัน และในบุคคลเดียวกันก็แปลความหมายของ

เหตุการณ์หรือสถานการณ์เดียวกันในแต่ละเวลาแตกต่างกัน ที่เป็นเช่นนั้นเพราะแต่ละบุคคลมีการประเมินสถานการณ์แตกต่างกัน โดยบุคคลจะนำสติปัญญาในการประเมินทั้งสาเหตุของความเครียดและแหล่งประโยชน์ที่จะใช้ในการเผชิญความเครียด ซึ่งลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ให้ความหมายว่าความเครียด เป็นผลจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยที่บุคคลเป็นผู้ที่ประเมินด้วยสติปัญญา (cognitive appraisal) ว่าความสัมพันธ์นั้นเกินขีดความสามารถหรือแหล่งประโยชน์ (resource) ที่ตนเองจะใช้ต่อต้านได้ และรู้สึกว่าคุณค่าความเป็นอันตรายหรือสูญเสีย หรือทำร้ายต่อความมั่นคงปลอดภัยของชีวิต

ลาซารัสและโฟล์คแมน (1984) มองความเครียดว่าไม่ได้ขึ้นอยู่กับบุคคล หรือสิ่งแวดล้อม แต่บุคคลและสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน การตัดสินใจว่าจะเครียดของบุคคลจะต้องผ่านกระบวนการประเมินโดยการนำสติปัญญา (cognitive appraisal) เมื่อบุคคลเกิดความเครียดขึ้น แต่ละบุคคลจะตอบสนองโดยการแสดงออกเป็นความโกรธ ซึมเศร้า วิตกกังวล รู้สึกผิด หรือบางคนอาจรู้สึกว่าทำร้ายมากกว่าคุณค่า การรับรู้ที่แตกต่างกันนี้เนื่องจากแต่ละบุคคลมีประสบการณ์และพัฒนาการทางสติปัญญาที่จะเลือกรับรู้แตกต่างกันตามประสิทธิภาพในการทำงานของระบบการนำสติปัญญาของแต่ละคนที่จะจำแนกการรับรู้สถานการณ์ที่กำลังเผชิญว่าเป็นอันตราย คุณค่า หรือทำร้ายต่อความมั่นคงปลอดภัยของชีวิต ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินตัดสินใจของบุคคลนั้นประกอบด้วยปัจจัยที่สำคัญสองประการ คือ ปัจจัยด้านบุคคล (personal factors) และปัจจัยด้านสถานการณ์เฉพาะหน้า (situational factors) (Lazarus & Folkman, 1984)

1. ปัจจัยด้านบุคคล (Personal factors)

1.1 ข้อผูกพัน (commitments) เป็นอารมณ์ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นว่า มีความสำคัญหรือความหมายต่อตนเองมากเพียงใด ยิ่งมีมากก็จะยิ่งทำให้บุคคลประเมินสถานการณ์นั้นว่าคุณค่าต่อตนเองมาก การมีข้อผูกพันมากต่อเหตุการณ์นั้น อาจจะทำให้เกิดแรงผลักดันในการกระทำเพื่อแก้ไขให้สถานการณ์ดีขึ้น

1.2 ความเชื่อ (beliefs) เป็นความเชื่อของบุคคลว่าสถานการณ์นั้นสามารถควบคุมได้หรือไม่ เช่น ความเชื่อในศาสนา หรือความเชื่อในความก้าวหน้าของการรักษาพยาบาล ถ้าเชื่อว่าสถานการณ์นั้นสามารถควบคุมได้จะทำให้บุคคลประเมินสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมนั้นในลักษณะทำร้าย หรือก่อให้เกิดผลดีต่อตนเอง ทำให้เกิดความกระตือรือร้นในการคิดแก้ไขสถานการณ์ต่าง ๆ แต่ถ้าบุคคลประเมินสถานการณ์แล้วว่าไม่สามารถควบคุมได้ก็จะออกมาในลักษณะสูญเสียหรือให้คุณค่าต่อตนเอง

2. ปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า (situational factors) ได้แก่

2.1 ความแปลกใหม่ (novelty) ในสถานการณ์ที่แปลกใหม่บุคคลไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน ไม่เคยรับรู้ถึงอันตรายและไม่มีประสบการณ์ในการควบคุมสถานการณ์นั้น ๆ บุคคลจะมีการประเมินเป็นลักษณะความเครียดที่รุนแรงกว่าสถานการณ์แปลกใหม่ที่บุคคลสามารถเชื่อมโยงกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตราย หรือเป็นสถานการณ์ที่ตนเองสามารถควบคุมได้ในอดีต

2.2 ความสามารถในการทำนายหรือคาดเดาสถานการณ์ในอนาคต (predictability) สถานการณ์ที่บุคคลสามารถทำนายถึงผลที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ บุคคลจะมีการประเมินเป็นลักษณะความเครียดที่รุนแรงน้อยกว่าสถานการณ์ที่ไม่สามารถทำนายได้

ในผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประสบการณ์การเจ็บป่วยมาก่อนเมื่อเจ็บป่วยจะไม่สามารถทำนายล่วงหน้าได้ว่าเมื่อเจ็บป่วยจะส่งผลกระทบต่ออะไรบ้างทำให้เกิดความเครียดสูง ในขณะที่ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์การเจ็บป่วยมาก่อน หรือผู้ป่วยเด็กซึ่งจะสามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องได้จะเกิดความเครียดน้อยกว่า จากการศึกษาของจาโลวีกและเพาเออร์ส (Jaiowiec & Powers, 1981) เปรียบเทียบความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยมาแล้ว 1 ปี จำนวน 25 คน และผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยที่มาตรวจใหม่ที่ห้องฉุกเฉิน จำนวน 25 คน พบว่า กลุ่มที่มาตรวจที่ห้องฉุกเฉินมีคะแนนความเครียดสูงกว่ากลุ่มโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องมาจากว่ากลุ่มที่มาตรวจที่ห้องฉุกเฉินนั้นไม่เคยมีประสบการณ์ในการเจ็บป่วยมาก่อน จึงไม่สามารถทำนายหรือคาดเดา สถานการณ์ในอนาคตได้

2.3 ความไม่แน่นอนของสถานการณ์ (event uncertainty) สถานการณ์ที่คลุมเครือเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาทำให้บุคคลไม่สามารถคาดเดาได้ถูกต้องว่าตนจะสามารถควบคุมสถานการณ์ได้หรือไม่และไม่สามารถหาวิธีการที่เหมาะสมในการจัดการสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้นได้ บุคคลจะประเมินว่าเป็นภาวะเครียด

2.4 ปัจจัยด้านเวลา (temporal factors) ได้แก่

2.4.1 ช่วงเวลาก่อนเกิดเหตุ (imminence) ช่วงเวลาก่อนเกิดเหตุที่สั้นจะทำให้บุคคลเกิดความยุ่งยากในการประเมินค่า ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่ามากกว่าสถานการณ์ที่มีช่วงเวลาก่อนเกิดเหตุการณ์ยาวนานมากกว่า

2.4.2 ช่วงเวลาที่สถานการณ์มีผลต่อบุคคล (duration) หากบุคคลจะต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดเป็นเวลานาน จะทำให้ความเครียดเพิ่มขึ้นและส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจตามมา

2.4.3 การไม่ทราบว่าจะสถานการณ์จะเกิดขึ้นเมื่อใด (temporal uncertainty) ซึ่งประกอบด้วยคลุมเครือ (ambiguity) คือการที่ไม่ทราบว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตน ทำให้เกิดความเครียดในลักษณะคุกคามหรืออันตราย

จะเห็นได้ว่าการที่บุคคลจะประเมินตัดสินสถานการณ์มีความเกี่ยวข้องกับตนลักษณะใดขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านตัวบุคคล ปัจจัยด้านสถานการณ์เฉพาะหน้าและปัจจัยด้านเวลา ผลของการประเมินในแต่ละลักษณะมีความสำคัญต่อการปรับตัว หรือการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะการประเมินเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เป็นความเครียดต่อตนเองในลักษณะสูญเสียหรือเป็นอันตรายและคุกคาม หรือทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลสูญเสียไป เกิดอารมณ์โกรธวิตกกังวล จะมีการเผชิญความเครียดในลักษณะที่ต้องการความช่วยเหลือเป็นอย่างมาก (Gass & Chang, 1989)

สาเหตุของความเครียด

ซอลัดตา พันท์ไลนา (2536) ได้จำแนกสาเหตุของความเครียดว่าเกิดจากสาเหตุสำคัญสองประการ คือ

1. สาเหตุจากภายนอกตัวบุคคล ได้แก่

1.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ สิ่งของและวัตถุต่าง ๆ รอบตัวที่สัมผัสได้ด้วยประสาทสัมผัสทั้งห้า เช่น เครื่องมือเครื่องใช้ต่าง ๆ บนหอผู้ป่วย สภาพภายในหอผู้ป่วย เช่น การจัดเตียงของผู้ป่วยค่อนข้างแออัด ภายในหอผู้ป่วยมีกลิ่นไม่สะอาด มีเสียงรบกวน เป็นต้น ตลอดจนสภาพแวดล้อมของบ้านที่ต้องเปลี่ยนแปลงไปเมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดได้เพราะสภาวะต่าง ๆ เหล่านี้จะเป็นอุปสรรคต่อการปรับตัว

1.2 สังคมและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ เช่น การขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม การขาดการร่วมกิจกรรมในสังคม เป็นต้นเหตุทำให้เกิดความเครียดทางจิตใจ รวมถึงการขาดเพื่อนก็เป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดได้เช่นกัน

1.3 สภาวะการณ์และเหตุการณ์อื่น ๆ ในชีวิตไม่ว่าจะเป็นเหตุการณ์เลวร้ายในชีวิตหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความชื่นชมยินดีที่ทำให้บุคคลต้องมีการปรับตัว เช่น การปรับตัวตามพัฒนาการตามวัย ซึ่งหากการปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพจะทำให้เกิดความเครียดรุนแรงได้ นอกจากนี้สภาวะการณ์ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ใจติดตามมา เช่น การเปลี่ยนแปลงบทบาทมาเป็นผู้ดูแล ผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงแผนการดำเนินชีวิต มีเรื่องบาดหมางกับคนในครอบครัวหรือเพื่อนสนิท ก็เป็น

2. สาเหตุจากภายในตัวบุคคล ได้แก่

2.1 โครงสร้างของร่างกายและสภาวะทางสรีรวิทยา ในบุคคลที่มีโครงสร้างร่างกายที่สมบูรณ์และมีสุขภาพดีจะเป็นตัวส่งเสริมให้ทำการแก้ปัญหาและมีความทนทานต่อสภาวะเครียดได้ดีกว่าบุคคลที่ร่างกายเติบโตไม่สมบูรณ์ เกิดโรคต่างๆ ได้ง่าย

2.2 ระดับพัฒนาการ การมีร่างกายที่พัฒนาการไม่ปกติและมีจิตใจที่พัฒนาการไม่ดีมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดความเครียดได้ง่าย ทั้งนี้เพราะระดับพัฒนาการของจิตใจ อารมณ์ มีผลต่อการรับรู้และแปลเหตุการณ์ ระดับพัฒนาการที่ไม่ดีทำให้มีการรับรู้เหตุการณ์แบบเด็ก ๆ ซึ่งยังผลให้ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไขก่อให้เกิดความเครียดติดตามมา

2.3 การรับรู้และการแปลเหตุการณ์ เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดอารมณ์ ก้าว โกรธ เกลียด กังวล หรือตื่นเต้น ถือเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งเป็นผลมาจากการรับรู้และการแปลเหตุการณ์ของบุคคล การรับรู้เป็นข้อสำคัญในการที่จะทำให้บุคคลตอบสนองต่อเหตุการณ์ไปในทางที่ดีหรือในทางที่เลวร้าย ซึ่งจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นกับความต้อการขั้นพื้นฐานที่แตกต่างกัน มีประสบการณ์ชีวิตที่ไม่เหมือนกัน มีความหวัง ทัศนคติและมุมมองโลกที่ไม่เหมือนกัน

จึงเห็นได้ว่าสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดในบุคคลมีสาเหตุทั้งจากภายนอกและภายในตัวบุคคล

ระดับของความเครียด

ความเครียดที่เกิดขึ้นสามารถแบ่งได้เป็นสี่ระดับ ดังนี้ (Sutterloy & Donnelly, 1981)

ระดับที่ 1 เป็นภาวะเครียดที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติ เป็นความเครียดในระดับต่ำและบุคคลสามารถปรับตัวได้อย่างอัตโนมัติเป็นปกติวิสัย เช่น การที่ต้องเดินทางไปทำงานในภาวะการจราจรติดขัด เป็นต้น

ระดับที่ 2 เป็นภาวะเครียดที่เกิดขึ้นมากกว่าภาวะเครียดในระดับที่หนึ่งเป็นการถูกคุกคามที่คาดว่าจะได้รับการคุกคามอยู่แล้วแต่เป็นระยะสั้น ๆ และบุคคลมักจะตระหนักรู้ การรับแก้กับภาวะเครียดนี้ส่วนใหญ่มักจะประสบความล้มเหลว เช่น การไปสัมภาษณ์การสมัครงาน การที่ต้องไปพบปะกับบุคคลที่มีความสำคัญทางสังคม เป็นต้น

ระดับที่ 3 เป็นภาวะเครียดที่รุนแรงมากขึ้น อยู่ในระดับกลาง ๆ เป็นภาวะเครียดที่คงอยู่กับบุคคลเป็นเวลานาน ๆ เช่น การต้องเปลี่ยนงานในระดับที่สูงขึ้น บุคคลจะรับรู้ว่าคุณคุกคามมากกว่าในระดับที่สองการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของร่างกายที่แสดงถึงการพยายามรับมือกับความเครียดซับซ้อน

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

จะเห็นได้ว่าสถานการณ์ที่บุคคลประเมินเป็นความเครียดในระดับที่หนึ่งและระดับที่สองยังเป็นภาวะของความเครียดปกติไม่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต แต่ถือเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตเพราะช่วยกระตุ้นให้ร่างกายและจิตใจมีปฏิกิริยาตอบสนองและมีการปรับตัวที่เป็นประโยชน์ต่อการดำรงชีวิต ความเครียดในระดับที่สามเป็นความเครียดในระดับกลาง ๆ ที่บุคคลเริ่มตระหนักและรับรู้ว่าถูกคุกคามทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่จะรับมือกับความเครียด ส่วนความเครียดในระดับที่สี่บุคคลต้องใช้ความพยายามมากขึ้น เพื่อที่จะบรรเทาความเครียดนั้น ๆ ซึ่งหากกระทำได้สำเร็จร่างกายก็จะกลับเข้าสู่ภาวะปกติ หากไม่สำเร็จหรือไม่ได้รับการช่วยเหลือก็จะส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางร่างกายและจิตใจตามมา

ผลของความเครียด

ความเครียดส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนี้ (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาล, และพิมพ์มาศ ตาปัญญา, 2540)

1. ด้านร่างกาย

1.1 ระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูก กล้ามเนื้อจะมีการหดเกร็งทำให้มีผลต่อการนำเลือดไปเลี้ยงอย่างไม่เหมาะสม ก่อให้เกิดอาการเจ็บปวดได้เนื่องจากการเพิ่มของกรดแลคติกและกล้ามเนื้อที่แข็งแรงนี้จะดึงกระดูก บริเวณที่หดเกร็งให้ออกนอกแนว

1.2 ระบบประสาทอัตโนมัติพาราซิมพาเทติก เป็นระบบประสาทที่ลดปฏิกิริยาต่อกระตุ้นทางร่างกาย เมื่อเกิดความเครียดระบบนี้จะทำให้เกิดการระคายเคืองของกระเพาะอาหาร ลำไส้ และการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบทำให้เกิดอาการต่าง ๆ เช่น อาหารไม่ย่อย จุกเสียดในท้อง ท้องอืด ท้องเสีย ท้องผูก ลำไส้อักเสบ ปัสสาวะขัด เป็นต้น

1.3 ระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก ทำให้หัวใจเต้นผิดปกติ ความดันโลหิตสูง หรือปวดศีรษะข้างเดียวซึ่งเกิดจากการหดตัวของเส้นเลือดฝอยที่ไปเลี้ยงสมอง

1.4 ระบบฮอร์โมน อาจพบภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น ความดันการทางเพศลดลงทั้งเพศชายและเพศหญิง มีการเปลี่ยนแปลงของรอบเดือน ฮอร์โมนสำหรับทารกเจริญเติบโตจะ

1.5 ระบบภูมิคุ้มกัน: การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันลดลง จึงมีโอกาสติดเชื้อต่าง ๆ ได้ง่าย

2. ด้านจิตใจ

2.1 อารมณ์ ก่อให้เกิดอารมณ์โกรธ กังวลและซึมเศร้า

2.2 ความคิด ทำลายหรือขัดขวางการทำงานของสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคิด ทำให้ความคิดไม่ต่อเนื่อง ความจำเสีย การตัดสินใจไม่เหมาะสม ขาดการยับยั้งไตร่ตรองในการทำสิ่งต่าง ๆ

มีผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับความเครียดเป็นจำนวนมากและได้สร้างแบบวัดความเครียดขึ้นตามแนวคิดของแต่ละบุคคล ซึ่งเลเวนสไตน์ และคณะ (Levonstein, et al., 1993) ได้สร้างแบบวัดการรับรู้ความเครียด (Perceived Stress Questionnaire : PSQ) ซึ่งเป็นแบบวัดที่ประกอบด้วยชุดคำถาม 30 ข้อ คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่าสี่ระดับ มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 30-120 คะแนน ให้คะแนนตามความบ่อยครั้งของความรู้สึก ซึ่งแบบวัดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพและได้ทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างทั้งที่เป็นผู้ป่วยและบุคคลทั่วไปในประเทศอังกฤษและอิตาลี มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 (Levonstein, et al., 1993) จากนั้น วรียา วชิราวัฒน์ (2543) ได้แปลเป็นภาษาไทยและผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญทั้งด้านการแพทย์และการพยาบาลและได้นำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างในประเทศไทยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 ผู้วิจัยจึงเลือกนำมาแบบวัดนี้มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ทั้งนี้เนื่องมาจากแบบวัดความเครียดชุดนี้ผ่านการตรวจสอบทั้งด้านความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นแล้ว พบว่าเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับได้และเป็นแบบวัดที่เคยใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่ ผู้ป่วยซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้

แนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญความเครียด

ลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ให้ความหมายของการเผชิญความเครียด (coping) ว่าเป็นความพยายามทางความคิดและพฤติกรรมของบุคคลที่ใช้ในการจัดการกับความตึงเครียดของร่างกายทั้งภายนอกและภายในของบุคคล ซึ่งจะสามารถจัดการได้ดีเพียงใต้นั้นขึ้นอยู่กับพลังความสามารถของแต่ละบุคคล ความพยายามนี้จะเกิดขึ้นนอกเหนือและตลอดเวลา ซึ่งประกอบด้วย กระบวนการของพัฒนาการในการจัดการกับปัญหา การผลมผลสาธิน

ระหว่างความคิดและการกระทำ ซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาและความแตกต่างของชีวิตประจำวันของแต่ละบุคคล

กระบวนการเผชิญกับความเครียด (coping process)

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

1. เหตุการณ์ (event) สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดเป็นสิ่งที่บุคคลเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจหรือมีผลทำให้ขัดขวางการดำเนินชีวิตตามปกติ

2. การประเมิน (appraisal) ในกระบวนการเผชิญความเครียดสิ่งสำคัญ คือ การประเมินปัญหาซึ่งเป็นกระบวนการทางสติปัญญา (cognitive process) ที่เกิดระหว่างปัญหากับการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรม (emotional and behavior responses) ซึ่งต้องการการทำงานของจิตใจรวมถึงการตัดสินใจ การแยกแยะปัญหา และการเลือกวิธีที่จะจัดการกับปัญหา โดยใช้ประสบการณ์เดิมเป็นส่วนใหญ่ การประเมินปัญหามีสองลักษณะ ได้แก่

2.1 การประเมินขั้นต้น (primary appraisal) เป็นการประเมินตัดสินความสำคัญและความหมายของสถานการณ์ว่าจะมีผลกระทบต่อตนเองเพียงใด ในสามลักษณะคือ

2.1.1 ไม่เกี่ยวข้องกับตน (irrelevant) คือการที่บุคคลประเมินว่าสถานการณ์นั้น ๆ ไม่มีผลต่อความผาสุก ไม่เกิดผลดีหรือผลเสียอะไรกับตน จึงไม่จำเป็นต้องใช้วิธีการเผชิญความเครียด

2.1.2 มีผลในทางที่ดีกับตน (benign-positive) คือการที่บุคคลประเมินว่าสถานการณ์นั้น ๆ ทำให้ความผาสุกของตนเองเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกปิติยินดี มีความสุข เบิกบานใจ หรือรู้สึกสงบ จึงไม่จำเป็นต้องใช้วิธีการเผชิญความเครียด

2.1.3 เป็นภาวะเครียด (stress) คือการที่บุคคลประเมินว่าในสถานการณ์นั้น ๆ บุคคลต้องดึงแหล่งประโยชน์มาใช้อย่างเต็มจี้หรือเกินกำลังแหล่งประโยชน์ที่ตนเองมีอยู่ และส่งผลกระทบต่อตนเองในลักษณะใดลักษณะหนึ่งสามลักษณะ คือ

2.1.3.1 เป็นอันตรายหรือสูญเสีย (harm / loss) มักเป็นสถานการณ์ที่บุคคลประสบไปแล้ว เช่น การสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสูญเสียคนรักหรือบุคคลที่ตน ให้ความสำคัญทางจิตใจ เป็นต้น

2.1.3.2 เป็นสิ่งคุกคาม (threat) คือการที่บุคคลคาดการณ์ว่าสถานการณ์นั้น ๆ ตนอาจจะได้รับอันตรายหรืออาจต้องสูญเสีย ทำให้เกิดความรู้สึกทางอารมณ์ด้านลบ เช่น กลัว วิตกกังวล และโกรธ เป็นต้น

2.1.3.3 เป็นสิ่งท้าทาย (challenge) คือการที่บุคคลประเมินว่าสถานการณ์นั้น ๆ อาจจะเป็นอันตรายแต่คาดการณ์ว่าตนจะสามารถควบคุมได้ เป็นความเครียดที่เป็นเพียงความยุ่งยากที่ไม่เกินความสามารถที่จะเรียนรู้ที่จะเอาชนะได้ บุคคลจึงมีความกระตือรือร้น ตื่นเต้น และมีแรงจูงใจที่จะสู้หรือจะลอง

จะเห็นได้ว่าในการประเมินขั้นต้นนี้ สถานการณ์ใดที่บุคคลประเมินว่าไม่เกี่ยวข้องกับตน หรือเป็นสถานการณ์ที่มีผลในทางที่ดีกับตน จึงไม่ใช่สิ่งที่จะก่อให้เกิดความเครียด บุคคลจึงไม่จำเป็นต้องใช้วิธีการเผชิญความเครียด และการประเมินขั้นต้นนี้ถือเป็นตัวกำหนดความเข้มข้น และคุณภาพของปฏิริยาการตอบสนองทางอารมณ์ ที่จะเกิดตามมาจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม (Scott, Oberst, & Dropkin, 1981 cited in Sullerley & Donnelly, 1981)

2.2 การประเมินขั้นที่สอง (secondary appraisal) คือการที่บุคคลใช้สติปัญญา ความรู้ ประสบการณ์ ประเมินแหล่งประโยชน์ ความพร้อมหรือศักยภาพของตน และทางเลือกที่จะจัดการกับสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น รวมถึงเป็นการคาดหวังถึงผลที่จะเกิดตามมาจากการใช้วิธีการเผชิญความเครียดนั้น ๆ การประเมินขั้นที่สองนี้ไม่จำเป็นต้องตามหลังการประเมินขั้นต้นอาจเกิดขึ้นพร้อม ๆ กันได้

การประเมินอีกลักษณะหนึ่งซึ่งอาจจะต่อเนื่องจากการประเมินขั้นต้น หรือการประเมินขั้นที่สอง เรียกว่า การประเมินค่าซ้ำ (reappraisal) เป็นการเปลี่ยนแปลงการประเมินของบุคคลเมื่อได้ข้อมูลเข้ามาใหม่จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมและเป็นการติดตามประเมินผลวิธีการเผชิญความเครียดที่เคยใช้ไปแล้ว หากวิธีการเผชิญความเครียดที่ใช้ไปนั้นไม่สำเร็จ ดังนั้นจึงสามารถใช้เป็นจุดให้การช่วยเหลือบุคคลที่มีความเครียดสูง อันเป็นผลจากการประเมินสถานการณ์ไปในทางลบเกินกว่าความเป็นจริง โดยการให้ข้อมูลที่เหมาะสมอันจะช่วยให้บุคคลได้ประเมินสถานการณ์ดังกล่าวซ้ำอีกครั้งหนึ่ง จะช่วยทำให้ความเครียดลดลงได้ จึงเห็นได้ว่าการประเมินค่าสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม

2.3 การเผชิญความเครียด (coping) ในการเผชิญความเครียดแต่ละครั้งนั้นบุคคลจะมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดแตกต่างกันไปตามแต่ละสถานการณ์ ลาสซารัส ได้แบ่งการเผชิญความเครียดเป็นสองแบบ คือ การมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused coping) และการลดอารมณ์ตั้ง

เครียด (emotion-focused coping) ซึ่งในชีวิตประจำวันจะมีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งสองแบบเปลี่ยนไปตามสถานการณ์และการประเมินของบุคคล

2.3.1 การเผชิญความเครียดด้วยการมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused forms of coping) เป็นกลวิธีที่เน้นเกี่ยวกับการแก้ปัญหาโดยใช้หลักการทางวิทยาศาสตร์ คือ การกำหนดขอบเขตของปัญหา หาวิธีการแก้ปัญหาหลาย ๆ วิธี ซึ่งน้ำหนักว่าวิธีใดจะให้ผลดีอย่างไร เลือกวิธีที่เหมาะสม ลงมือแก้ปัญหา ซึ่งอาจจัดการที่ตัวปัญหาและมุ่งแก้ที่ตัวเองหรือปรับสิ่งแวดล้อม เช่น การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่มีความกดดัน การหาแหล่งประโยชน์ เรียนรู้วิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม ซึ่งจะต้องหาข้อมูลและความรู้เพิ่มเติม รวมทั้งการยอมรับสถานการณ์จริง

2.3.2 การเผชิญความเครียดด้วยการลดอารมณ์ตั้งเครียด (emotion-focused forms of coping) เป็นกระบวนการเผชิญความเครียดด้วยการใช้ความคิดเช่นเดียวกัน แต่เป็นการลดอารมณ์ตั้งเครียดเมื่อบุคคลประเมินแล้วว่าไม่สามารถแก้ไขสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดนั้นได้วิธีเหล่านี้ ได้แก่ การหลีกเลี่ยง (avoidance) การทำให้เป็นเรื่องเล็ก (minimization) การถอยห่างจากเหตุการณ์นั้น (distancing) การเลือกสนใจเฉพาะสิ่ง (selective attention) การมองในสิ่งที่ดี (positive comparisons) ของเหตุการณ์นั้น การมองหาคุณค่าในสิ่งนั้น (wresting positive value from negative event) และวิธีอื่น ๆ ได้แก่ การออกกำลังกาย การทำสมาธิ การดื่มสุรา การหาสิ่งสนับสนุนทางอารมณ์และการระเหยความโกรธ

การเผชิญความเครียดของแต่ละคนสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งสองลักษณะ โดยเห็นได้จากการศึกษาของลาซาร์สและฟอล์คแมน (1984) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่กระดูกสันหลังในระยะพักฟื้นจะมีการเผชิญความเครียดโดยการหลีกเลี่ยงจากสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงซึ่งเป็นการเผชิญความเครียดด้วยการลดอารมณ์ตั้งเครียดที่เกิดขึ้นทันทีหลังเกิดปัญหาหลังจากนั้นจะมีการเผชิญความเครียดด้วยการมุ่งแก้ปัญหา เช่น การปฏิบัติตามแผนการรักษา การปรับตัวเข้ากับสภาพร่างกายที่ถูกจำกัดจากการบาดเจ็บ ฟันฟูสภาพร่างกาย ควบคุมหรือพัฒนาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และสามารถใช้ชีวิตด้วยตนเองได้ ดาว์น-แวมโบลด์ และมีแลนสัน (Down-Wamboldt & Melanson, 1995) ได้ศึกษาภาวะอารมณ์ การเผชิญความเครียด และความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้ออักเสบเข่าจำนวน 78 ราย อายุระหว่าง 60-94 ปี พบว่า ภาวะอารมณ์ที่ผู้ป่วยประเมินว่าเป็นอันตรายและก่อให้เกิดความสูญเสีย ความรุนแรงของโรค และการเผชิญความเครียดแบบลดอารมณ์ตั้งเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นหากผู้ป่วยมีการเผชิญความเครียดแบบลดอารมณ์ตั้งเครียดมากกว่าเขาเหล่านั้นจะทำให้ผู้ป่วยมี

ความพึงพอใจในชีวิตต่ำ ซึ่งความพึงพอใจในชีวิตเป็นผลลัพธ์จากการปรับตัวต่อความเครียดอย่างหนึ่ง

การเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ต้องเป็นพฤติกรรมที่สามารถจัดการกับต้นเหตุของความเครียดหรือสิ่งที่มาคุกคามสำเร็จ สามารถลดความไม่สบายใจจากปัญหาที่เกิดขึ้น (Ignatavicius & Bayne, 1991; Beare & Myers, 1994) การเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพจะเป็นการทำให้ความเครียดลดลงชั่วคราวเท่านั้น และถ้าใช้วิธีการเผชิญความเครียดในลักษณะนี้เป็นเวลานาน ๆ จะทำให้ร่างกายไม่สามารถปรับตัวได้ เกิดพยาธิสภาพขึ้นหรือเป็นอันตรายต่อสุขภาพได้ พฤติกรรมเหล่านี้ เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารมาก การหลีกหนี และการลาบ่แข่ง เป็นต้น (Beare & Myers, 1994)

ผลลัพธ์ของการปรับตัว

ลาซารัสและเฟลด์แมน (1984) มองผลของการประเมินตัดสิน (appraisal) และการเผชิญความเครียด (coping) ต่อผลลัพธ์ของการปรับตัวในสามด้าน คือ การทำหน้าที่ทางสังคม (social functioning)ขวัญและกำลังใจ (morale) และภาวะสุขภาพ (somatic health)

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

2. ขวัญและกำลังใจ หมายถึง ปฏิกริยาทางอารมณ์ซึ่งเกิดจากการประเมินผลของการเผชิญความเครียด ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามสถานการณ์ที่มากระทบ หากบุคคลมีความพึงพอใจในผลของการเผชิญความเครียดและการบรรลุมิติประสงค์ที่ตั้งไว้ เกิดขวัญและกำลังใจที่ดีในการจัดการกับสถานการณ์ และบุคคลที่ใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา มักจะมีขวัญและกำลังใจในการจัดการกับสถานการณ์ดีกว่าใช้การเผชิญปัญหาแบบลดอารมณ์ตั้งเครียด

3. ภาวะสุขภาพ หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองทางด้านร่างกายและจิตใจของบุคคลต่อความเครียด หากบุคคลเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพจะส่งผลให้มีภาวะสุขภาพดี แต่ถ้การเผชิญความเครียดไม่มีประสิทธิภาพจะก่อให้เกิดความเครียดในระดับสูง เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านร่างกายและจิตใจ เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เช่น หัวใจเต้นแรง ใจสั่น ความดันโลหิตสูงขึ้น

ก่อนเพลิง เมื่อยล้า บัวตศิริระ ภาวคกล้ามเนื้อบริเวณคอและหลัง มีอาการสั้นกระดูกของกล้ามเนื้อตัวสั้น เหนือออกมาก ฟ้าสภาวะบ่อย ท้องเสีย แน่นจุกเสียดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ประจำเดือนผิดปกติ หรืออาจซึมเศร้า อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย นอนไม่หลับ ผื่นร้าย หงุดหงิดและโกรธง่าย วิดกกังวล (Selye, 1976) ส่วนด้านจิตใจนั้น ได้แก่ พฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง เช่น มีพฤติกรรมอดทนอดหย แยกตัวเอง เฉื่อยชา ไม่ให้ความร่วมมือ อารมณ์แปรปรวน การแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม เช่น หงุดหงิดง่าย ร้องไห้ง่าย ซึ้อิจฉา ต่ำหนี่ผู้อื่น กลัวจะเจ็บป่วย ระดับความรู้สึกสติ ความจำหรือสมาธิเสียไป กระบวนการทางความคิดถูกรบกวน เช่น สับสน ลังเล ตัดสินใจไม่ได้ การรับรู้ถูกรบกวน เช่น มีอาการประสาทหลอน เห็นภาพหลอน ความสนใจสิ่งต่าง ๆ ลดลง การใช้ภาษาในการพูดเปลี่ยนแปลง เช่น พูดประโยคซ้ำ ๆ คำพูดอาจจะเกี่ยวข้องหรือไม่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ในขณะที่พูด น้ำเสียงและจังหวะการพูดเปลี่ยนแปลงไป ใช้กลไกการป้องกันตนเองโดยไม่รู้สึกรู้ตัว เช่น อดทน การใช้เหตุผลเข้าข้างตนเอง การปฏิเสธ การโทษผู้อื่น (Breakwell, 1990; Murray, 1975 อ้างในอำภร ิระครองจิต, 2536)

ปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญความเครียด

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

2. ระยะเวลาของการเกิดความเครียด เมื่อเวลาผ่านไปบุคคลจะค่อย ๆ ปรับตัวได้และเรียนรู้การเผชิญความเครียดที่เหมาะสม และแก้ไขปัญหาค่อนข้างกว่าในระยะแรก ๆ ที่เกิดความเครียด (Bell, 1977)

3. ประสบการณ์ในอดีต เป็นประสบการณ์ความสามารถของบุคคลที่สามารถจัดสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดในอดีต อันจะมีอิทธิพลต่อสถานการณ์เดียวกันที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ความสำเร็จจากประสบการณ์ในอดีต จะส่งผลต่อความสำเร็จของการเผชิญความเครียดในปัจจุบันด้วย ถ้าใน

อดีตไม่สามารถขจัดสิ่งทำให้เกิดความเครียดได้ จะเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงและเกิดความไม่มั่นใจ ลังเลในการเผชิญปัญหาที่มีสถานการณ์เดียวกันในปัจจุบัน (Fuller & Schaller-Ayers, 1990)

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

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

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

7. ลักษณะด้านความเจ็บป่วย ได้แก่ ชนิด ตำแหน่ง หรืออวัยวะของการเจ็บป่วย อาการและความรุนแรงของโรค ระยะเวลาของโรค เป็นต้น การให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีข้อจำกัดหรือความพิการของร่างกายที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดความเครียดด้านร่างกายและจิตใจต่างกัน (Rankin & Monahan, 1991)

8. ระบบการสนับสนุน ได้แก่ ครอบครัว ญาติ เพื่อน และกลุ่มบุคคลในชุมชนหรือแหล่งบริการต่าง ๆ สามารถเป็นแหล่งประโยชน์ของการเผชิญความเครียดอันเป็นปัจจัยหนึ่งของการให้บุคคลสามารถมีการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ การได้รับการระดับประคองความรักและความเข้าใจเป็นสิ่งที่บุคคลปรารถนาจะได้จากครอบครัวเมื่อเกิดความเครียด (Brillhart, 1988)

การวัดการเผชิญความเครียด

ลาซาร์สและไฟล์ด์แมน (1984) ได้พัฒนาเครื่องมือในการวัดการเผชิญความเครียด (ways of coping) ขึ้นในปี ค.ศ. 1980 เป็นคำถามเกี่ยวกับการเกิดภาวะเครียดและพฤติกรรมเผชิญความเครียด ในรอบเจ็ดเดือนที่ผ่านมา จำนวน 68 ข้อ โดยสามารถวัดการเผชิญความเครียดได้สองลักษณะตามแนวคิดทฤษฎี คือ การมุ่งแก้ปัญหา และการลดอารมณ์ตั้งเครียด ซึ่งจาโลวีก เมอร์ฟี และเพาเคอร์ลี (Jalowiec, Murphy & Powers, 1984) ก็ได้สร้างแบบวัดการเผชิญความเครียดของ

บุคคลโดยแบ่งประเภทของการเผชิญความเครียดเป็นสองประเภทใหญ่ ๆ ตามแนวคิดของลาซารัส คือ

1. วิธีการเผชิญความเครียดโดยวิธีการแก้ไขตามปัญหา (problem oriented coping strategies) เป็นวิธีการเผชิญความเครียดที่เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาหรือสถานการณ์ที่เครียด การเผชิญความเครียดด้วยวิธีนี้เป็นกรกระทำที่มุ่งเน้นการแก้ปัญหา โดยใช้สติปัญญาความรู้ การหาข้อมูลเพิ่มเติม การเพิ่มทักษะความสามารถของตนเอง การเผชิญความเครียดประเภทนี้สามารถประเมินได้จากพฤติกรรม 15 ประการ ได้แก่ การพิจารณาความแตกต่างของสถานการณ์ การให้ผู้อื่นช่วยคิดแก้ปัญหา การพยายามทำทุกสิ่งทุกอย่าง การอภิปรายปัญหา การยอมรับ สถานการณ์ การพิจารณาเป้าหมายของปัญหา การควบคุมสถานการณ์ไว้ การมองหาจุดมุ่งหมายหรือความหมายของเหตุการณ์ การพยายามเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ การมองปัญหาด้วยใจเป็นกลาง การพยายามแก้ปัญหามากมาย ๆ วิธี การทำให้ประสบการณ์ในอดีต การแก้ไขปัญหาละเอียด การตั้งจุดมุ่งหมายในการแก้ปัญหา และการตั้งใจที่จะทำได้ดีที่สุด

2. วิธีการเผชิญความเครียดโดยวิธีการแก้ไขอารมณ์ที่เครียด (affective oriented coping strategies) เป็นวิธีการเผชิญความเครียดโดยพยายามแก้ไขอารมณ์ต่าง ๆ เพื่อลด หรือบรรเทาความไม่สบายใจ ที่เกิดขึ้นเนื่องจากสถานการณ์ที่เครียดนั้น และรักษาภาวะสมดุลภายในจิตใจไว้เท่านั้น แต่ไม่ใช่การแก้ไขสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดโดยตรง การเผชิญความเครียดในลักษณะนี้ ประเมินได้จากพฤติกรรมต่าง ๆ 25 ประการ ได้แก่ การร้องไห้ วิตกกังวล ทำกิจกรรมอื่น หรือออกกำลังกาย การใช้อารมณ์ขัน การมองเหตุการณ์ไปในทางที่ดี การรับประทานอาหารมาก สูบหรี่ การดื่มสุรา การช้ยา การหลีกเลี่ยงปัญหา การนึ่กฝึนกลางวัน การมองเหตุการณ์ไปเ็นแง่ร้าย จำวนโวยวาย ตาแห้งสวบ การสวดมนต์ อ้อนวอนพระเจ้า มีอาการทางประสาท การแยกออกจากสถานการณ์ การโทษผู้อื่น การระบายความเครียดกับสิ่งอื่น การแยกตัวอยู่คนเดียว การไม่ตื่นนอน คิดว่าตนเองไม่สามารถแก้ไขอะไรได้ ให้ปัญหาคล้คลายไปเอง ใช้วิธีการผ่อนคลาย การรำพึงรำพัน ถือว่าเป็นเรื่องรอง โชคชะตา การนอนหลับ ไม่วิตกกังวล

การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการทั้งด้านความคิดและการกระทำที่ใช้จัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด หรือจัดการกับอารมณ์ที่เกิดจากความเครียด จึงมีผู้สร้างเครื่องมือเพื่อวัดการกระทำหรือความรู้สึกดังกล่าวขึ้น ซึ่งจาโลวีก ได้สร้างแบบวัด Jalowiec Coping Scale (JCS) ขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1977 ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียด 40 ข้อ โดยแบ่งวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็นสองแบบ ได้แก่ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบลดอารมณ์ที่เครียดเช่นเดียวกับแนวคิดของลาซารัส ต่อมาในปี

ค.ศ. 1979 จาโลวิตได้ปรับปรุงแบบวัดนี้เนื่องจากมีข้อจำกัดหลายประการ และในปี ค.ศ. 1987 จาโลวิต ได้รวบรวมพฤติกรรมกรรมการเผชิญความเครียดที่บุคคลใช้ซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างการเผชิญความเครียดแบบลดอารมณ์ถึงเครียด จากแนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดของลาซารัส และได้ปรับปรุงเครื่องมืตวัดครั้ง โดยเพิ่มคำถามเป็น 60 ข้อ โดยแบ่งการเผชิญความเครียดเป็นแปดรูปแบบ ดังนี้

1. การเผชิญปัญหาโดยตรง ได้แก่ การคิดวิธีการแก้ปัญหาไว้หลาย ๆ วิธี การมองปัญหาอย่างเป็นกลาง การพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้น การเผชิญกับปัญหาและกระทำไปตามขั้นตอน การเรียนรู้วิธีการใหม่ ๆ เพื่อที่จะจัดการกับความเครียดหรือปัญหานั้น ๆ เป็นต้น
2. การหลีกเลี่ยง ได้แก่ การหนีหรือหลีกเลี่ยงปัญหาชั่วคราว การพยายามลืม การไม่ให้ความสนใจ การพยายามคิดถึงเรื่องอื่น การฝันกลางวันว่าปัญหาไม่ได้เกิดขึ้นหรือปัญหาได้รับการแก้ไขแล้ว พยายามปลอบใจตนเอง พยายามหลับให้ได้มากที่สุด การใช้เวลาเป็นตัวช่วยให้ทุกสิ่งทุกอย่างดีขึ้น และการเก็บตัวเงียบอยู่คนเดียว
3. การมองในแง่ดี ได้แก่ การมีความหวังว่าสถานการณ์จะดีขึ้น การดำรงชีวิตตามปกติไม่ทำให้ปัญหามีส่วนรบกวนเท่าที่เป็นไปได้ การใช้อารมณ์ขัน พยายามคิดถึงสิ่งดี ๆ ที่ผ่านมาในชีวิต การเปรียบเทียบตนเองกับบุคคลที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน การมองสถานการณ์ในทางที่ดี
4. การยอมจำนน ได้แก่ การเตรียมพร้อมที่จะรับรู้ว่าสถานการณ์เลวลง การยอมรับสถานการณ์เพราะไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ การยอมแพ้ต่อสถานการณ์เพราะคิดว่าเป็นชะตากรรม
5. การแก้ไขควบคุมที่อารมณ์และความรู้สึก ได้แก่ การวิตกกังวล การระบายความเครียดออกกับคนอื่นหรือสิ่งอื่น การตำหนิตนเอง การหากิจกรรมต่าง ๆ ทำโดยไม่คิดให้รอบคอบ
6. การบรรเทา ได้แก่ การรับประทานอาหารมากขึ้น การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การฝึกสมาธิ การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การทำงานหนักมากขึ้นเพื่อไม่ให้มีเวลาว่าง การใช้ยาที่ทำให้จิตใจสบาย
7. การรับความเกือหนุน ได้แก่ การพูดคุยปรับทุกข์กับบุคคลใกล้ชิด การรับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ๆ ที่สามารถช่วยเหลือได้ การสวมแว่นต้อ่านหนังสือธรรมะ
8. การพึ่งตนเอง ได้แก่ การแยกตนเองอยู่คนเดียวเงียบ ๆ การคิดแก้ไขปัญหาด่าง ๆ ด้วยตนเอง การพยายามพิสูจน์ตนเองว่าสามารถแก้ไขสถานการณ์ให้ดีขึ้นได้

จะเห็นได้ว่าการเผชิญปัญหาโดยตรงและการพึ่งตนเองก็คือ การเผชิญความเครียดด้วยการมุ่งแก้ปัญหาตามแนวคิดของลาซารัสและเฟลด์แมน ส่วนการหลีกเลี่ยง การมองในแง่ดี การยอม

จำนวน การแก้ไขความทุกข์อารมณ์และความรู้สึก การบรรเทา รวมทั้งการรับความเกื้อหนุนก็คือ การเผชิญความเครียดด้วยการลดอารมณ์ดังเครียดนั่นเอง

ในปี ค.ศ. 1988 จาโลวิต ได้นำแบบวัดการเผชิญความเครียดที่ปรับปรุงในปี ค.ศ. 1979 มาวิเคราะห์ความตรงตามโครงสร้างภายหลังจากที่มีการนำเครื่องมือนี้ไปใช้อย่างกว้างขวางแล้ว พบว่า จากจำนวนคำถาม 40 ข้อ มีคำถามสี่ข้อ ที่ไม่สามารถจัดอยู่ในการเผชิญความเครียดแบบใดได้จึงตัดออก ดังนั้นจึงเหลือคำถามเพียง 36 ข้อ และได้ปรับปรุงและเสนอแนวคิดของการเผชิญความเครียดว่ามีสามด้าน ได้แก่ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา (confrontive coping) ด้านการจัดการกับอารมณ์ (emotive coping) และด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อม (palliative coping)

1. การเผชิญหน้ากับปัญหา เป็นวิธีการที่มุ่งควบคุมปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น โดยพยายามแก้ปัญหาคิดวิธีต่าง ๆ เพื่อควบคุมปัญหาอาจใช้วิธีเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นผลจากความคิดของตนเอง หรือใช้วิธีเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่กำลังคุกคามอยู่นั้น

2. การจัดการกับอารมณ์ เป็นวิธีการที่มุ่งแก้ไขหรือควบคุมความรู้สึกเป็นทุกข์ หรือความรู้สึกไม่สบายใจต่าง ๆ โดยการแสดงออกถึงความรู้สึกหรือการระบายอารมณ์โดยที่เหตุการณ์หรือปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง

3. การจัดการกับปัญหาทางอ้อม เป็นวิธีการที่ใช้ในการควบคุมเหตุการณ์ หรือแก้ปัญหทางอ้อมหรือใช้เป็นแนวทางที่จะเปลี่ยนการรับรู้ปัญหา โดยที่เหตุการณ์หรือปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง

สำหรับในประเทศไทย นิตยา สุทธยากร (2531) นำแบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวิต (1979) ซึ่งมี 40 ข้อ แปลเป็นภาษาไทยและให้ผู้ทรงคุณวุฒิผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาต่างประเทศสองท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของภาษาแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข และนำไปใช้กับญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันจำนวน 30 ราย และหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยการคำนวณสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .88 ส่วนนัทยรัตน์ จรัสอุไรสิน (2538) แปลและดัดแปลงแบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวิต (1988) จาก 36 ข้อ เหลือ 30 ข้อ นำไปใช้ในหญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 50 ราย หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการคำนวณสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคได้ เท่ากับ .81 และสุภาพ อารีเอื้อ (2540) นำแบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวิต (1988) ซึ่งมี 36 ข้อ แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลง แล้วนำไปตรวจสอบความถูกต้องด้านภาษาและความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญภาษาและทฤษฎีการพยาบาลสองท่านแล้วแก้ไข จากนั้นนำไปหาความเที่ยงในกลุ่มผู้ป่วยหญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน 60 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคโดยรวมเท่ากับ .73 นอกจากนี้ นัทยรัตน์ เสง

จันทร์ (2541) ได้แปลและดัดแปลงแบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวิต (1988) โดยแบ่งลักษณะการเผชิญความเครียดออกเป็นสามด้าน คือ ด้านการจัดการกับปัญหา จำนวน 13 ข้อ ด้านจัดการกับอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ และด้านการแก้ปัญหาทางสังคม จำนวน 14 ข้อ รวม 36 ข้อ นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีก่อนเนื้องอกเต้านมในระยะเวลารอเข้ารับการรักษาตัดชิ้นเนื้อ จำนวน 85 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ 0.74

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวิตฉบับที่แปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย หทัยรัตน์ แสงจันทร์ (2541) เนื่องจากแบบวัดการเผชิญความเครียดฉบับนี้ดัดแปลงมาจากแบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวิต (1988) ซึ่งได้ผ่านการหาความเที่ยงตรงกับกลุ่มตัวอย่างทั้งที่เป็นผู้ป่วยและไม่ใช่นักป่วย จำนวน 1400 ราย และมีค่าความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ (Jalowiec, 1988)

ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นโรคเรื้อรังนั้น ส่งผลให้เกิดปัญหาต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจและสังคม ทำให้ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ดำรงชีวิตด้วยความยากลำบาก ไม่สามารถดูแลตนเองได้เพียงพอมีประสิทธิภาพ จึงจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลในสวนที่ผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองเองได้ โดยระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยแต่ละรายจะแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของพยาธิสภาพของโรคที่มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการหรือไร้ความสามารถดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ การดูแลระดับประคองด้านจิตใจและการให้การช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วยด้วย จากกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยข้างต้น ส่งผลกระทบต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจและสังคมแก่ผู้ดูแลเป็นเหตุให้ผู้ดูแลประเมินว่าการดูแลเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแล (Clark & Standard, 1996) ความเครียดจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบตัวผู้ดูแล การเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่ สภาวะทางเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม การสูญเสียการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม ผู้ดูแลจะมีการประเมินว่าสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจะเป็นอันตราย สูญเสีย หรือคุกคามต่อคุณภาพชีวิตตน ผู้ดูแลจะต้องใช้วิธีการเผชิญความเครียดรูปแบบต่าง ๆ ที่แตกต่างกันออกไปตามแต่ละสถานการณ์และการประเมินของแต่ละบุคคล

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญ
ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่มีการศึกษาการเผชิญความเครียดของผู้ดูแล
ผู้ป่วยติดเตียงเคท ไช วี โดยกิติกร นิลมาวดี (2538) พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ใช้วิธีการเผชิญ
ความเครียดแบบลักษณะจัดการกับปัญหา ทำให้ผู้ดูแลคลายใจได้และปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้ดี ในขณะที่
พิศคท (Picot, 1995) ศึกษาการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ใช้วิธี
การเผชิญความเครียดแบบลักษณะแก้ปัญหาด้านการดูแลผู้ป่วยในบางครั้ง

จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ
อารมณ์ เศรษฐกิจและสังคมแก่ผู้ดูแล หากผู้ดูแลประเมินว่าสถานการณ์การดูแลนั้น เป็นสิ่งอันตราย
สูญเสียหรือคุกคามต่อสวัสดิภาพในชีวิตของตนก็จะเกิดความเครียดและจะเผชิญความเครียดด้วย
รูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้ดำรงมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus &
Folkman, 1984) โดยเมื่อผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลจะประเมินว่าสถานการณ์
การดูแลให้การดูแลมีผลอย่างไรต่อตนเอง โดยอาจประเมินว่าไม่เกิดผลได้ผลเสีย เกิดผลดี หรือ
เกิดความเครียด เป็นผลให้ผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่อาจเหมือนหรือแตกต่างกัน การตัดสิน
ความเครียดของบุคคลนั้นจะต้องผ่านกระบวนการประเมินโดยการที่ใช้สติปัญญา (cognitive
appraisal) การรับรู้ที่แตกต่างกันเป็นผลมาจากการที่บุคคลแต่ละคนมีประสบการณ์และพัฒนาการ
ทางสติปัญญาที่แตกต่างกันในการที่จะจำแนกการรับรู้สถานการณ์ที่บุคคลกำลังเผชิญว่าเป็น
อันตราย คุกคาม หรือท้าทายต่อความมั่นคงปลอดภัยของชีวิตและเมื่อบุคคลประเมินสถานการณ์
นั้นว่าเป็นความเครียด ก็จะมีการใช้ความพยายามในการปรับตัวโดยใช้วิธีการเผชิญความเครียด
(coping) ที่แตกต่างกันได้สามลักษณะตามแนวคิดของจาโลวีก (Jalowiec, 1988) คือการจัดการ
กับปัญหา (confrontive coping) การจัดการกับอารมณ์ (emotive coping) และการแก้ปัญหาด้าน
ทางอ้อม (palliative coping) หากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถเผชิญความเครียดได้
เหมาะสมและมีประสิทธิภาพก็จะสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาความเครียด และวิธีการเผชิญกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่ คลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม ถึงเดือนกันยายน 2544

กลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยคำนวณ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากร้อยละ 25 ของประชากรที่มีจำนวนเป็นร้อย (ยูวตี ภาษา, 2537 หน้า 84) จากการสำรวจพบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ามารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ในปี 2543 จำนวน 390 คน ดังนั้นจึงคำนวณได้ กลุ่มตัวอย่างประมาณ 100 ราย โดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. มีความสามารถในการเข้าใจภาษาไทยและสื่อสารโดยภาษาพูดได้
2. เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดและให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาแล้วอย่างน้อยหนึ่งเดือน และพักอยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วย
3. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย
 - 1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการแต่งงาน การศึกษา ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรคประจำตัวอื่น การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ สภาพอารมณ์ของผู้ป่วย และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของดัชนีบาร์เธลเอดีเอ็ล (Modified Barthel ADL Index : BAI) ซึ่งแปลและดัดแปลงโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2537)

1.2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ส่วนบุคคลต่อเดือน สถานะทางเศรษฐกิจ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย จำนวนบุคคลในครอบครัว ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ช่วยในการดูแล จำนวนชั่วโมงในการให้การดูแลผู้ป่วยต่อวัน

2. แบบสอบถามการรับรู้ความเครียด ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความเครียด

(Perceived Stress Questionnaire : PSQ) ซึ่งสร้างโดยเลเวนสทีนและคณะ (Levenstein, et al., 1993) แปลเป็นภาษาไทยโดยวริยา วชิราวัฒน์ (2543) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ แบ่งเป็น ข้อความทางบวก 22 ข้อ และข้อความทางลบ 8 ข้อ การประเมินการรับรู้ความเครียดจะประเมินตามความรู้สึกของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นระหว่างให้การดูแลผู้ป่วยว่าคำถามแต่ละข้อตรงกับความรู้สึกของผู้ดูแลมากน้อยเพียงใด โดยแบ่งคำตอบออกเป็นสี่ระดับ คือ

ไม่เคย	หมายถึง	ผู้ดูแลไม่เคยเกิดความรู้สึกนั้นเลย
เป็นบางครั้ง	หมายถึง	ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกนั้นเป็นบางครั้ง
บ่อย ๆ	หมายถึง	ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกนั้นบ่อย ๆ
เป็นประจำ	หมายถึง	ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกนั้นเป็นประจำ

การให้คะแนนแต่ละข้อคำถามแบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่าสี่ระดับ ดังนี้

			ข้อความทางบวก		ข้อความทางลบ		
ถ้าเลือก	ไม่เคย	ได้	1	คะแนน	ได้	4	คะแนน
	เป็นบางครั้ง	"	2	คะแนน	"	3	คะแนน
	บ่อย ๆ	"	3	คะแนน	"	2	คะแนน
	เป็นประจำ	"	4	คะแนน	"	1	คะแนน

การคำนวณและแปลผลคะแนน

คะแนนรวมของแบบสอบถามการรับรู้ความเครียดทั้งหมด มีค่าระหว่าง 30-120 คะแนน กำหนดเกณฑ์การประเมินจากค่าเฉลี่ยบวกและลบด้วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($\bar{x} \pm SD$) โดยระดับคะแนนที่มากแสดงว่ามีความเครียดมากกว่าระดับคะแนนที่น้อย ซึ่งผู้วิจัยแบ่งระดับความเครียดออกเป็นสามระดับ ดังนี้

ช่วงคะแนน	30 - 60	หมายถึง	มีความเครียดระดับต่ำ
ช่วงคะแนน	61-90	หมายถึง	มีความเครียดระดับปานกลาง
ช่วงคะแนน	91 - 120	หมายถึง	มีความเครียดระดับสูง

3. แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดของจาโลวียค (Jalowiec coping scale : JCS) (Jalowiec, 1988) ซึ่งแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทย โดยหทัยรัตน์ แสงจันทร์ (2541) ประกอบด้วยวิธีการเผชิญความเครียดสามด้าน รวม 36 ข้อ ได้แก่ วิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับปัญหา จำนวน 13 ข้อ ด้านจัดการกับอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ และด้านการแก้ปัญหาทางอ้อม จำนวน 14 ข้อ โดยลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) ห้าระดับ คือ

ไม่ได้ใช้	หมายถึง	ผู้ดูแลไม่ได้ใช้วิธีการนั้นเลย
ใช้นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ผู้ดูแลใช้วิธีการนั้นนาน ๆ ครั้ง
ใช้บางครั้ง	หมายถึง	ผู้ดูแลใช้วิธีการนั้นบางครั้ง
ใช้บ่อย ๆ	หมายถึง	ผู้ดูแลใช้วิธีการนั้นบ่อยครั้ง
ใช้เกือบทุกครั้ง	หมายถึง	ผู้ดูแลไม่ได้ใช้วิธีการนั้นเกือบทุกครั้ง

เกณฑ์การให้คะแนน

ไม่ได้ใช้	ให้	1	คะแนน
ใช้นาน ๆ ครั้ง	ให้	2	คะแนน
ใช้เป็นบางครั้ง	ให้	3	คะแนน
ใช้บ่อย ๆ	ให้	4	คะแนน
ใช้เกือบทุกครั้ง	ให้	5	คะแนน

การคำนวณและแปลผลคะแนน

คะแนนรวมของแบบวัดการเผชิญความเครียดทั้งหมดคิดเป็นคะแนนจริง (raw score) มีค่าระหว่าง 36-180 คะแนน แยกเป็นคะแนนรวมของแต่ละด้าน คือ ด้านการจัดการกับปัญหา มีค่าระหว่าง 13-65 คะแนน ด้านการจัดการกับอารมณ์ มีค่าระหว่าง 9-45 คะแนน และด้านการแก้ปัญหาทางอ้อม มีค่าระหว่าง 14-70 คะแนน คะแนนมากแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีนั้นเผชิญกับความเครียดมาก การคำนวณด้วยคะแนนจริง ดังกล่าวพบว่ามีข้อจำกัด คือ ไม่สามารถเปรียบเทียบความแตกต่างในการใช้วิธีการเผชิญความเครียดรายด้านได้ เนื่องจากแต่ละด้านมีจำนวนข้อไม่เท่ากัน เพื่อหลีกเลี่ยงข้อจำกัดดังกล่าว วิทาลีอานอ, ไมอูโร, รัสโซ และเบคเกอร์ (Vitaliano, Maiuro, Russo, & Becker, 1987) จึงเสนอการคำนวณด้วยคะแนนสัมพัทธ์ (relative score) โดยการรวมคะแนนจริงในแต่ละด้านแล้วหารด้วยจำนวนข้อคำถามของด้านนั้น ๆ ได้เป็นค่าเฉลี่ยของแต่ละด้าน จากนั้นนำค่าเฉลี่ยที่ได้ของแต่ละด้านหารด้วยผลรวมค่าเฉลี่ยจากทุกด้าน คะแนนสัมพัทธ์ของการเผชิญความเครียดแต่ละด้านจึงมีค่าอยู่ระหว่าง 0-1 คะแนนสัมพัทธ์ที่ได้สามารถ

บอกสัดส่วนของการใช้การเผชิญความเครียดแต่ละด้าน และนำไปเปรียบเทียบกับด้านอื่น ๆ ได้
คะแนนสัมพัทธ์ด้านใดมากแสดงว่าผู้ป่วยใช้การเผชิญความเครียดด้านนั้นมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบสอบถามการรับรู้ความเครียด

แบบสอบถามการรับรู้ความเครียดของเลเวนสไตน์และคณะ (Levenstein, et al., 1993) ได้ผ่านการหาความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาในกลุ่มตัวอย่างต่าง ๆ ทั้งที่เป็นผู้ป่วยและไม่ใช่อผู้ป่วยในประเทศอังกฤษและอิตาลี จำนวน 230 ราย และได้มีการปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม จากนั้น วริยา วชิราวัฒน์ (2543) ได้แปลเป็นภาษาไทยและนำไปหาความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนห้าท่าน ได้แก่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชศาสตร์หนึ่งท่าน นักจิตวิทยาหนึ่งท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลจิตเวชหนึ่งท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่สองท่าน และได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขจนมีความเหมาะสมจึงนำแบบสอบถามการรับรู้ความเครียดไปหาความเที่ยงตรงภายใน (internal consistency) กับผู้ป่วยจำนวน 55 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ .90 ผู้วิจัยจึงไม่หาความเที่ยงตรงของเนื้อหาซ้ำ

การทดสอบความเชื่อมั่น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ความเครียดไปทดลองใช้กับ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก รพ.ศูนย์ชลบุรี ซึ่งมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 20 ราย แล้วจึงนำคะแนนที่ได้มาหาความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83

2. แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด

แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดของจาโลวิค (Jalowiec, 1988) ได้ผ่านการหาความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1400 ราย ได้แก่ ผู้ป่วย 790 ราย พยาบาล 353 ราย สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย 133 ราย และนักศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา 124 ราย พบว่ามีความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ (Jalowiec, 1988) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดของจาโลวิค ซึ่งแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมไทย โดย ทศภัทรณี แสงจันทร์ (2541) และได้ผ่านการหาความเที่ยงตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และได้

การทดสอบความเชื่อมั่น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก รพ.ศูนย์ชลบุรี ซึ่งมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย แล้วจึงนำคะแนนที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่น โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นของวิธีการเผชิญความเครียดโดยรวมเท่ากับ 0.81 โดยค่าความเชื่อมั่นของวิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการแก้ปัญหาทางอ้อม เท่ากับ .75, .71, .83 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนสองคน ซึ่งเป็นนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตหนึ่งคน และเป็นพยาบาลวิชาชีพหนึ่งคน โดยผู้วิจัยและที่ปรึกษาโครงการวิจัยได้เตรียมผู้ช่วยวิจัยทั้งสองคน ดังนี้

1. อธิบายโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยทราบ
2. อธิบายคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการให้ผู้ช่วยวิจัยทราบ
3. อธิบายวิธีการเก็บข้อมูลและลักษณะต่าง ๆ ของเครื่องมือโดยละเอียดให้ผู้ช่วยวิจัย

ทราบ

4. ให้ผู้ช่วยวิจัยทั้งสองคน ซ้อมเก็บข้อมูลกับผู้วิจัยและที่ปรึกษาโครงการวิจัย
5. ผู้วิจัยและที่ปรึกษาโครงการวิจัยให้คำแนะนำ ชักชวนแนะ และตอบข้อสงสัยแก่ผู้ช่วย

วิจัยทั้งสองคนจนเข้าใจและมั่นใจ

6. ผู้ช่วยวิจัยซ้อมเก็บข้อมูลกับผู้วิจัยและที่ปรึกษาโครงการวิจัยซ้ำอีกครั้ง หลังจากนั้นผู้ช่วยวิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับดังนี้

6.1 ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บข้อมูล

6.2 ผู้วิจัยพบรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย

6.3 ผู้ช่วยวิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

6.4 ผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนการดำเนินการวิจัย

6.5 ผู้ช่วยวิจัยรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม การรับรู้ความเครียดและแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดตามลำดับ ในระหว่างการสัมภาษณ์นั้นผู้ช่วยวิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตอบอย่างเป็นอิสระ หากมีข้อสงสัยสามารถซักถามสิ่งที่ไม่เข้าใจได้โดยผู้ช่วยวิจัยจะไม่ขึ้นใจคำตอบให้กลุ่มตัวอย่าง

6.6 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้อาตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้อาตรวจสอบความถูกต้อง และนำไปวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์สถิติทางสังคมศาสตร์ (Statistical Package for the Social Science/For Windows) ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ระดับความเครียดโดยคำนวณหาความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์วิธีการเผชิญความเครียดรายด้าน โดยการคำนวณหาร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนสัมพัทธ์ (relative score) ของวิธีการเผชิญความเครียดในแต่ละด้านซึ่งคำนวณได้จากการหาค่าสัดส่วน (proportion) ของค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมรายด้านหารด้วยผลรวมของค่าเฉลี่ยทุกด้าน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง ที่พ่ายผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาได้เสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งเป็นสามส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ทั้งสิ้น 100 ราย ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 100 ราย เช่นกัน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68) เป็นเพศชายมีอายุระหว่าง 36-94 ปี ($\bar{x} = 68.51$ $SD = 10.30$) มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54 โดยมีระดับการศึกษาประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 50) ส่วนสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองพบว่า เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47 ทั้งนี้ผู้ป่วยมีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อครึ่งซีกซ้ายมากที่สุด (ร้อยละ 62) ผู้ป่วยร้อยละ 72 มีโรคประจำตัว และมีระดับการพึ่งพาผู้ดูแลในระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 60) โดยพิจารณาพหุภาวะของผู้ป่วยตามความรู้สึกรู้สึกของผู้ดูแลอยู่ในระดับพอใช้มากที่สุด (ร้อยละ 78) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพการสมรส การศึกษา ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุของโรค โรคประจำตัว การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ สภาพอารมณ์ของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ) (N = 100)
เพศ	
ชาย	68 (68)
หญิง	32 (32)
อายุ (ปี) (พิสัย = 36 - 94) (\bar{x} = 68.51 SD = 10.30)	
สถานภาพสมรส	
คู่	54 (54)
หม้าย / หย่า / แยก	46 (46)
การศึกษา	
ไม่ได้เรียน	38 (38)
ประถมศึกษา	50 (50)
มัธยมศึกษา	6 (6)
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ/อนุปริญญา	4 (4)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	2 (2)
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (เดือน) (พิสัย = 1-180) (\bar{X} = 48.12, SD = 36.14)	
สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง	
หลอดเลือดสมองตีบ	47 (47)
หลอดเลือดสมองอุดตัน	21 (21)
หลอดเลือดสมองแตก	32 (32)
โรคประจำตัว	
ไม่มี	28 (28)
มี	72 (72)
โรคความดันโลหิตสูง	46 (46)
โรคเบาหวาน	19 (19)
โรคระบบหัวใจ	3 (3)
โรคระบบกระดูกและข้อ	2 (2)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ) (N = 100)
การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ	
ครึ่งซีกขวา	38 (38)
ครึ่งซีกซ้าย	62 (62)
ระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย	
พึ่งพาเล็กน้อย	18 (18)
พึ่งพาราวกลาง	60 (60)
พึ่งพาจนแรง	14 (14)
พึ่งพาทั้งหมด	8 (8)
สภาพอารมณ์ของผู้ป่วยตามความรู้สึกของผู้ดูแล	
ไม่ดี	10 (10)
พอใช้	78 (78)
ดี	12 (12)

สำหรับข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82) เป็นเพศหญิง โดยมีอายุอยู่ในช่วง 40-59 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 48) ซึ่งมีสถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62) โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 100) นับถือศาสนาพุทธ และมีระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 47) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 36) มีอาชีพรับจ้าง โดยมีรายได้ส่วนบุคคลต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท มากที่สุด (ร้อยละ 54) ซึ่งมีฐานะทางเศรษฐกิจพอใช้มากที่สุด (ร้อยละ 60) กลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะเป็นบุตร บุตรเขย หรือบุตรสะใภ้มากที่สุด (ร้อยละ 65) โดยที่มีจำนวนคนในครัวเรือนเฉลี่ย 5.14 คน (SD = 1.78) กลุ่มตัวอย่างให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ออกจากโรงพยาบาลเท่ากับ 1-180 เดือน (\bar{x} = 40.94 SD = 34.63) โดยให้การดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยวันละ 14.62 ชม. (SD = 5.83) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60) มีผู้ช่วยผู้ดูแลโดยพ่อบุญหรือญาติ (ร้อยละ 36) มีผู้ดูแลจำนวน 1 คน (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ ฐานะทางเศรษฐกิจ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจำนวนคนในครัวเรือน ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ออกจากโรงพยาบาล ผู้ช่วยในการดูแลจำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลผู้ป่วยต่อวัน

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ) (N = 100)
เพศ	
ชาย	18 (18)
หญิง	82 (82)
อายุ	
20 - 39 ปี	43 (43)
40 - 59 ปี	48 (48)
60 ปีขึ้นไป	9 (9)
สถานภาพสมรส	
โสด	36 (36)
คู่	62 (62)
หม้าย / หย่า / แยก	2 (2)
ศาสนา	
พุทธ	100 (100)
การศึกษา	
ไม่ได้เรียน	2 (2)
ประถมศึกษา	47 (47)
มัธยมศึกษา	22 (22)
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ/อนุปริญญา	17 (17)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	12 (12)
อาชีพ	
ไม่ได้ทำงาน	28 (28)
รับจ้าง	36 (36)
ค้าขาย	18 (18)
ธุรกิจส่วนตัว	16 (16)
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	2 (2)

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ) (N = 100)
รายได้ส่วนบุคคลต่อเดือน	
≤ ต่ำกว่า 5000 บาท	22 (22)
5,001 – 10,000 บาท	54 (54)
10,001 – 15,000 บาท	12 (12)
มากกว่า 15,000 บาท	2 (2)
ฐานะทางเศรษฐกิจ	
ไม่พอใช้	35 (35)
พอใช้	60 (60)
เหลือเก็บ	5 (5)
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	
สามี	6 (6)
ภรรยา	12 (12)
บุตร / บุตรชาย / ลูกพี่	65 (65)
อื่น ๆ	17 (17)
จำนวนคนในครัวเรือนเฉลี่ย	(พิสัย = 2-12) ($\bar{x} = 5.14$, $SD = 1.78$)
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ออกจาก รพ. (เดือน)	(พิสัย = 1-180 เดือน) ($\bar{x} = 40.94$, $SD = 34.63$)
ผู้ช่วยในการดูแล	
ไม่มี	40 คน
มี	60 คน
มีผู้ช่วย 1 คน	36 คน
มีผู้ช่วย 2 คน	20 คน
มีผู้ช่วย 3 คน	4 คน
จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลผู้ป่วยต่อวัน	(พิสัย = 6-24 ชม.) $\bar{x} = 14.62$, $SD = 5.83$

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระดับความเครียด พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีคะแนนความเครียดอยู่ในระหว่าง 43 - 102 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดเท่ากับ 74.89 และ 15.33 ตามลำดับ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 65 มีระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความเครียด

ระดับความเครียด	จำนวน (ร้อยละ) (N = 100)
ระดับต่ำ	20 (20)
ระดับปานกลาง	65 (65)
ระดับสูง	15 (15)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งสามด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการกับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการแก้ปัญหาทางอ้อม โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 94 ใช้วิธีการเผชิญความเครียด ด้านการจัดการกับปัญหามากที่สุด (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีการเผชิญความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด

วิธีการเผชิญความเครียด	จำนวน (N = 100)	ร้อยละ
การจัดการกับปัญหา	94	94
การจัดการกับอารมณ์	0	0
การแก้ปัญหาทางอ้อม	0	0

เมื่อพิจารณาตามคะแนนสัมพัทธ์ของวิธีการเผชิญความเครียดแต่ละด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพัทธ์ด้านการจัดการกับปัญหาสูงที่สุด ($\bar{x} = 0.447$, $SD = 0.005$) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพัทธ์ด้านการจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุด ($\bar{x} = 0.197$, $SD = 0.004$) (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนสัมพัทธ์ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามวิธีการเผชิญความเครียด

วิธีการเผชิญความเครียด	\bar{x}	SD
การจัดการกับปัญหา	0.447	.005
การจัดการกับอารมณ์	0.197	.004
การแก้ปัญหาทางอ้อม	0.356	.006

การอภิปรายผล

การศึกษาระดับความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่หาผู้ช่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จำนวน 100 ราย จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำมาอภิปรายผลการศึกษา ดังนี้

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากที่สุด (ร้อยละ 82) ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและโรคเรื้อรังมักเป็นเพศหญิง (Frazer, 1999; Levesque, Ducharme, & Lachance, 1999; Strang & Haughoy, 1999; Tee, Duncan, & Lai, 2001; Williams, 1994) ทั้งนี้เนื่องมาจากตามลักษณะบทบาทของสมาชิกในครอบครัวตามสังคมไทย ผู้ชายมักจะออกไปทำงานนอกบ้านเพื่อหารายได้มาสนับสนุนครอบครัว ส่วนผู้หญิงจะรับผิดชอบให้เป็นผู้ดูแลงานบ้านและสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งผู้ที่เจ็บป่วยด้วย (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะที่

48) สามารถอธิบายได้ว่าเนื่องจากค่านิยม ขนบธรรมเนียมและประเพณีของสังคมไทยที่มีการปลูกฝังให้บุตรมีความกตัญญูต่อบิดา มารดา (สิทธิ์ บุตรอินทร์, 2523) และจากข้อมูลที่ผู้วิจัยรวบรวมได้พบว่าผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 36-94 ปี (อายุเฉลี่ยเท่ากับ 68.51 ปี) ซึ่งถ้าผู้ป่วยในช่วงอายุนี้มีบุตรก็จะพบว่าบุตรมีอายุอยู่ในช่วงดังกล่าว จึงทำให้พบลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับผู้ป่วยและอายุของกลุ่มตัวอย่างข้างต้น ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเช่นเดียวกันนี้ (จันทร์เพ็ญ แชนฮุ่น, 2536; จินนะรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ, 2540 ; เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์, 2539 ; Clark & Standard, 1996) และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 54 มีรายได้ส่วนบุคคลอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท และมีฐานะทางเศรษฐกิจพอใช้ (ร้อยละ 60) สำหรับระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ออกจากโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 1-180 เดือน โดยมีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยเท่ากับ 40.94 เดือน (SD = 34.63) และให้การดูแลเฉลี่ยวันละ 14.62 ชั่วโมง (SD = 5.83) โดยให้การดูแลผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60 มีผู้ช่วยผู้ดูแล ในจำนวนนี้พบว่ามีผู้ช่วยผู้ดูแลหนึ่งคนเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 36)

2. ระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดประเมินสถานการณ์ที่ตนเผชิญอยู่ว่าเป็นความเครียดตั้งแต่ระดับต่ำจนถึงระดับมาก (ดังตารางที่ 3) ทั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65) มีระดับความเครียดปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกับการศึกษานี้ (Matson, 1994; Neurndorfer, 1999; Sirapongam, 1994; Sittihimongkol, 1998)

การที่กลุ่มตัวอย่างประเมินสถานการณ์ที่เผชิญว่าเป็นความเครียดระดับต่าง ๆ ตั้งแต่ต่ำจนถึงมากนั้น ทั้งนี้เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างรับรู้ต่อภาวะเครียดในลักษณะต่าง ๆ กัน ตามแนวคิดของลาซารัสและเฟอล์คแมน (1988) ที่ว่าความเครียดเป็นผลมาจากการที่บุคคลใช้สติปัญญาของตนประเมินปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสถานการณ์เฉพาะหน้า รวมทั้งความสามารถในการเผชิญความเครียดของตน การที่บุคคลจะมีระดับความเครียดน้อยหรือมากนั้นขึ้นอยู่กับการประเมินสถานการณ์ที่เข้ามากระทบว่ามีผลสำคัญหรือมีความรุนแรงต่อตนเองมากน้อยเพียงไร ซึ่งบุคคลจะรับรู้ต่อภาวะเครียดในสามลักษณะ คือ 1) รู้ว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสีย (harm or loss) 2) รู้ว่าคุณค่าต่อชีวิตในปัจจุบันหรืออนาคต (threat or anticipate threat) และ 3) รู้ว่าเหตุการณ์

แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ควบคุมเหตุการณ์ได้ จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ประเมินว่าสถานการณ์ที่ตนเผชิญอยู่เป็นความเครียดระดับน้อยนั้นรับรู้ต่อความเครียดในลักษณะที่เป็นอันตรายแต่เป็นสิ่งที่ท้าทาย คาดว่าจะสามารถให้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ ควบคุมสิ่งที่เกิดขึ้นได้ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ประเมินว่าเป็นความเครียดระดับปานกลางและมากนั้น จะรับรู้ต่อความเครียดในลักษณะอันตราย คุณภาพต่อชีวิตในปัจจุบัน และคาดการณ์ว่าหากคุณภาพต่อชีวิตในอนาคต สำหรับในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางนั้น อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่าง ที่พบมีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด (ร้อยละ 62) ซึ่งคู่สมรสเป็นบุคคลหนึ่งในครอบครัวที่ทำหน้าที่ในการช่วยสนับสนุนกันเองและเป็นตัวกลางในการลดความเครียดของคู่สมรสของตนได้ โดยให้วิธีการต่าง ๆ เช่น ช่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ให้คำแนะนำต่าง ๆ ตลอดจนสนับสนุนด้านอารมณ์ (Teel, Duncan, & Lai, 2001) นอกจากนี้แล้วกลุ่มตัวอย่างให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งส่วนใหญ่มีระดับการพึ่งพาเล็กน้อยและปานกลางรวมกันถึงร้อยละ 78 (ตารางที่ 1) ตามแบบประเมินดัชนีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของบาร์เรล แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะให้การดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยวันละ 14.62 ชั่วโมง (ตารางที่ 2) ก็ตามแต่กลุ่มตัวอย่างมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย อย่างน้อย 1-3 คน (ตารางที่ 2) ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีผู้แบ่งเบาในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยอีกทั้งกลุ่มตัวอย่างให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ออกจากโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 40.94 เดือน จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปรับตัวได้กับสถานการณ์การดูแลส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าสถานการณ์ที่ตนกำลังเผชิญอยู่เป็นความเครียดในระดับปานกลาง อีกทั้งสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยที่กลุ่มตัวอย่างต้องให้การดูแลนั้นอยู่ในระดับปานกลางและดีรวมกันถึงร้อยละ 90 (ตารางที่ 1) ทำให้ผู้ดูแลไม่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ของผู้ป่วย ซึ่งมีผลต่อระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสอดคล้องกับหลาย ๆ การศึกษาที่ผ่านมา (Grant, 1996; Periard, & Ames, 1993; Teel, Duncan, & Lai, 2001; Williams, 1994)

นอกจากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นแล้ว กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 72 มีอาชีพ และมีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 5,000 บาท ขึ้นไป ถึงมากกว่า 15,000 บาท เป็นจำนวนร้อยละ 78 ในจำนวนนี้กลุ่มตัวอย่างมีฐานะทางเศรษฐกิจพอใช้และเหลือเก็บรวมกันร้อยละ 65 ซึ่งปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจที่พอเพียงนี้เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างประเมินสถานการณ์ที่ตนเผชิญอยู่ว่าเป็นความเครียดในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความเครียด (Braithwaite, 2000; Frazer, 1999; Low, Payne, & Roderick, 1999; Periard, & Ames, 1993; Teel, Duncan, & Lai, 2001; Williams, 1994)

3. วิธีการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาวິธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งสามด้าน (ดังตารางที่ 4) โดยใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับปัญหามากที่สุด ซึ่งเป็นการเผชิญความเครียดในลักษณะการมุ่งแก้ปัญหา รองลงมาคือ ด้านการแก้ปัญหาทางสังคมและด้านการจัดการกับอารมณ์ตามลำดับ ซึ่งเป็นการเผชิญความเครียดในลักษณะการจัดการกับอารมณ์ ผลการศึกษาในครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดการเผชิญความเครียดของลาซารัสและเฟลด์แมน (1988) ที่กล่าวว่า การเผชิญความเครียดเป็นความพยายามทางความคิดและพฤติกรรมของบุคคลที่ใช้ในการจัดการกับความต้องการของร่างกายทั้งภายในและภายนอกบุคคล ซึ่งบุคคลจะจัดการกับความต้องการได้ดีเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับพลังความสามารถของแต่ละบุคคล ความพยายามนี้จะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาเป็นพลวัต (dynamic) ซึ่งจะเกิดเมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้น หากบุคคลประเมินว่าเหตุการณ์นั้นก่อให้เกิดความเครียดในลักษณะเป็นอันตรายหรือสูญเสีย คุกคามหรือทำลาย บุคคลจะพยายามค้นหาวิธีการเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งจาโลวิต (Jalowiec, 1988) ได้แบ่งการเผชิญความเครียดออกเป็นสามด้าน คือ ด้านการจัดการกับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการแก้ปัญหาทางอ้อม อย่างไรก็ตามไม่มีการเผชิญความเครียดด้านใดมีประสิทธิภาพในทุกสถานการณ์ได้ การเผชิญความเครียดด้านหนึ่งก็เหมาะสมกับสถานการณ์หนึ่งและผลที่ออกมาจะแตกต่างกันไปตามปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น ดังนั้นบุคคลจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ผสมผสานกันทั้งการเผชิญความเครียดในลักษณะการจัดการกับอารมณ์ (emotion-focused forms of coping) และการมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused forms of coping) แต่จะใช้ด้านใดมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่เผชิญและบริบทของแต่ละบุคคล (Lazarus & Folkman, 1984) และถ้าบุคคลเผชิญความเครียดไม่เหมาะสมก็จะทำให้ความเครียดเพิ่มมากขึ้น (Bronstein, 1991)

จากการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับปัญหามากที่สุดนั้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 92 เป็นวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี และมีระดับการศึกษาตั้งแต่ประถมศึกษาจนถึงระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า รวมกันร้อยละ 98 ทำให้กลุ่มตัวอย่างประเมินสถานการณ์ที่เข้ามากระทบตนเองโดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้การดูแลผู้ป่วยว่าเป็นสิ่งท้าทายและเกิดผลดีกับตนเอง จึงพยายามคิดค้นหาวิธีต่าง ๆ เพื่อที่จะเผชิญกับปัญหาความเครียดที่เกิดขึ้น อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 66 มีความสัมพันธ์เป็นบุตร บุตรเขย หรือสะใภ้ ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นบิดา มารดาของตน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงพยายามแสวงหารูปแบบ

มีประสิทธิภาพมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของ เพอเรียด และเอเมส (Periard & Ames, 1993) ที่ศึกษาการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตและรูปแบบการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 20 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีวิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมและใช้รูปแบบการเผชิญปัญหาโดยพยายามจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด รวมทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สิริโพธิ์งาม (Sirapongam, 1994) ที่ศึกษาความเครียด ความต้องการการดูแลและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน พบว่า ผู้ดูแลซึ่งเป็นคู่สมรสของผู้ป่วยใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับปัญหามากที่สุด และยังคงสอดคล้องกับอีกหลายการศึกษาที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังแล้วพบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับปัญหามากที่สุด (หทัยรัตน์ แสงจันทร์, 2541; สุขุมาล ต้อยแก้ว, 2540; Burke & Flaherty, 1993; Jalowiec & Powers, 1981) แต่ผลการศึกษาค้างนี้แตกต่างจากการศึกษาเชิงคุณภาพของ สเตรงและฮอจเฮย์ (Strang & Haughey, 1999) ที่ศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจำนวน 10 ราย พบว่าผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์มากที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากคุณลักษณะต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกัน รวมทั้งสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกัน จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ต่างต่างกันซึ่งสอดคล้องกับลาซาร์สและฟอล์คแมน (1984) ที่กล่าวว่าบุคคลจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบใดขึ้นอยู่กับบริบทและสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่

นอกจากนี้การศึกษาค้างนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ รองลงมาจากการจัดการกับปัญหา (ตารางที่ 5) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุขุมาล ต้อยแก้ว (2540) และสุรางค์ เจริญเดช (2533) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีวิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ รองลงมาจากการจัดการกับปัญหาเช่นเดียวกัน จาโลวีก (1988) กล่าวว่า วิธีการเผชิญความเครียดลักษณะจัดการกับปัญหาทางอารมณ์นั้น เป็นลักษณะที่บุคคลรับรู้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นและสร้างปัญหาให้กับตนเองแล้ว แต่ไม่พยายามที่จะแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้น บุคคลจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดลักษณะนี้เพื่อลดระดับความรุนแรงของเหตุการณ์หรือสถานการณ์ความเครียดตามความรู้สึกของตนเองลงก่อนเพื่อให้ตนเองมีเวลาในการคิดพิจารณาสถานการณ์นั้น ๆ มากขึ้น

ในขณะเดียวกันผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุด (ตารางที่ 5) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่มีประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตมาก ซึ่งประสบการณ์เหล่านี้จะเพิ่มความทนต่อความเครียดให้กับบุคคล

การกับสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ (Ignatavicius & Bayne, 1993) และเมื่อ บุคคลมีอายุมากขึ้นจะช่วยให้มีความรอบคอบในการพิจารณาจัดการกับความเครียดมากขึ้น (Burke & Flaherty, 1993) ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงเป็นสิ่งส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญ ความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุด

ผลการศึกษานี้จะเห็นได้ว่าเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดความเครียดขึ้น จะใช้วิธีการเผชิญความเครียดลักษณะต่าง ๆ ทุกด้าน ดังนั้นพยาบาลควรมีการประเมินและ ส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อ ที่จะส่งผลให้ปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี อันจะทำให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นไปด้วย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาระดับความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จ.ชลบุรี ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกันยายน จำนวน 100 ราย เลือกกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) มีคุณสมบัติดังนี้ 1) มีความสามารถในการเข้าใจภาษาไทยและสื่อสารโดยภาษาพูดได้ 2) เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดและให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาแล้วอย่างน้อยหนึ่งเดือนและพักอยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยและ 3) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและกลุ่มตัวอย่าง 2) แบบสอบถามการรับรู้ความเครียดของเลเวนสทินและคณะ (Leverstein, et al., 1993) มีข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่าสี่ระดับ และ 3) แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (Jalowiec, 1988) ซึ่งแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดยหทัยรัตน์ แลงจันทร์ (2541) มีข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ผู้วิจัยหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความเครียดเท่ากับ .83 และแบบวัดการเผชิญความเครียดโดยรวมเท่ากับ .81 ด้านการจัดกับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการแก้ปัญหาทางอ้อมเท่ากับ .75, .71 และ .83 ตามลำดับ ผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for windows

ผลการวิจัย พบว่า

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งสามด้าน โดยใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับปัญหามากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการแก้ปัญหาทาง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปคือ

1. ควรมีการศึกษาซ้ำในกลุ่มประชากรที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เช่น การศึกษาในระดับประเทศ เพื่อให้ได้ผลการศึกษาในภาพรวม สามารถนำไปอ้างอิงถึงประชากรได้กว้างขวางมากยิ่งขึ้น
2. ควรมีการศึกษาในเชิงคุณภาพถึงปัจจัยที่มีผลต่อระดับความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดอย่างแท้จริง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลเพื่อลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสมต่อไป
3. ควรมีการศึกษารูปแบบของการพยาบาล เพื่อลดความเครียดและส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2543). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2543. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กิตติกร นิลมานต์. (2538). ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและวิธีการเผชิญกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มีอาการขณะพักรักษาตัวอยู่โรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กัมมันต์ พันธุมจินดา. (2530). Clinical epidemiology of cerebrovascular disease. ในใจเร ผลประเสริฐ, สุรชัย เคารพธรรม และกัมมันต์ พันธุมจินดา (บรรณาธิการ). Stroke : Cerebrovascular disease (หน้า 3-34). กรุงเทพฯ : เอเชียร์บุ๊คพับลิชเชอร์.
- จเร ผลประเสริฐ. (2528). ประสาทศัลยศาสตร์. กรุงเทพฯ : เอเชียร์บุ๊คพับลิชเชอร์.
- จินนะรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ. (2540). ผลการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทร์เพ็ญ แซ่หู่ณ. (2536). ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความเหนื่อยหน่ายของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จียมจิต แสงสุวรรณ. (2530). การพยาบาลผู้ป่วยสตรีที่มีปัญหาการดูดและการกลืน. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 6 (มค.-เมย.), 11-18.
- จียมจิต แสงสุวรรณ. (2535). โรคหลอดเลือดสมอง : การวินิจฉัยและการจัดการทางการพยาบาล. ขอนแก่น : ศรีภรณ์ออปเซ็ท.
- นิตา มณีวรรณ และคณะ. (2538). ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ดูแลที่บ้าน. วารสารพยาบาล, 43, 236-244.
- อลัดดา พันธุ์เสนา. (2536). การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแบบแผนสุขภาพ. สงขลา : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- ณัฐไชย ดันติสุข. (2528). อิทธิพลทางสังคมของความเจ็บป่วย. ในปิติ พูนไชยศิริ (บรรณาธิการ.). **สังคมวิทยาการแพทย์** (หน้า 340-345). กรุงเทพฯ : ชวนพิมพ์.
- นภาพรณี แก้วภรณ์. (2533). ผลการวิจัยญาติต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์.(2534). Epidemiology of stroke ใน นิพนธ์ พวงวรินทร์ (บรรณาธิการ.), **โรคหลอดเลือดสมอง**. กรุงเทพฯ : เรือนแก้ว
- นิตยา สุทธยาภร. (2531). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหากับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันของญาติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พาริดา อิบราฮิม. (2539). ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและผู้ดูแลใน พาริดา อิบราฮิม (บรรณาธิการ.), **ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและการดูแล**. (หน้า 69-171). กรุงเทพฯ : สามเจริญพาณิชย์.
- เพ็ญลดา เคนไชยวงศ์. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาของผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ยุวดี ฤาชา. (2537). **วิจัยทางการพยาบาล**. กรุงเทพฯ : สยามศิลป์การพิมพ์.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2535). ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในครอบครัว. **วารสารพยาบาล**, 41. 9-19.
- วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิพานิช. (2538). ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้นและครอบครัว. **วารสารพยาบาล**, 44, 88-92.
- วริยา วชิราวัฒน์. (2543). อิทธิพลของวิถีชีวิต บุคลิกภาพก้าวร้าว ความเครียดเรื้อรัง และภาวะติดเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ไพโลไร ต่อการเกิดโรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต , บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ลูขุมาล ด้อยแก้ว. (2540). การประเมินค่าทางปัญญาและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สถิตติผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา.(2543)
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2537). หลักสำคัญของเวชศาสตร์สูงอายุ. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สิทธิ์ บุตรอินทร์. (2523). โลกทัศน์ชาวไทยลานนา. กรุงเทพฯ : มิตรนรา.
- สุภาพ อารีเชื้อ. (2540). ความเครียด การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมศักดิ์ เลียงจันทร์. (2527). Stroke. ใน หทัย ชิดานนท์ (บรรณาธิการ.), ปัญหาทางระบบประสาทที่พบบ่อย (หน้า 79-98). กรุงเทพฯ : นำอักษร.
- สุพัทธ์ บุรณเวช. (2521). การรักษาคอนโซ่ Stroke ทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู. ใน ชมรมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย, คู่มือเวชศาสตร์ฟื้นฟู. (หน้า 227-233). ธนบุรี : สหประชาพานิชย์.
- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วนิตา พุ่มไพศาล, และพิมพ์มาศ ตาปัญญา. (2540). รายงานการวิจัยเรื่องการสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรง. เชียงใหม่ : โรงพยาบาลสวนปรง.
- สุรางค์ เบริ่งเดช. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญความเครียดกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- หทัยรัตน์ จรัสอุไรสิน. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญความเครียดและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- หทัยรัตน์ แสงจันทร์. (2541). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีก้อนบริเวณเต้านมในระยะรอเข้ารับการรักษาครั้งแรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

กภิญญา จำปามูล. (2534). การตรวจสอบความตรงของการวินิจฉัยการพยาบาลใน

คลินิก : การเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพของบุคคล. วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

คำภร ประทองจิต. (2536). วิธีการเอาชนะความเครียด และความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพ
ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลพะเยา.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่.

Aldwin, C.M. (1994). Stress, coping and development : An integrative perspective.
New York : Guilford Press.

Anderson, T.P. (1981). Principle of rehabilitation : Cerebrovascular accident. In S.D.
Anderson., & E.E. Bauwens (Eds.). Chronic health problems : Concepts and
application. (pp. 135-155). St.Louis : The C.V. Mosby.

Beare, P.G., & Myers, J.L. (1994) Adult health nursing. St.Louis : Mosby-Year.

Bell, J.M. (1977). Stressful life event and coping method in mental illness and wellness
behaviors. Nursing Research, 26, 136-141.

Bindor, L.M. (1984). Emotiona problems after stroke. Stroke, 15, 174-177.

Black, J.M., & Matassarini-Jacobs, E. (1993). Luckmann and sorensen's medical
surgical nursing : A psychophysiologic approach. (4th ed). Philadelphia : W.B.
Saunders.

Braithwaite, V. (2000). Contextual or general stress outcomes : Making choices through
caregiving appraisals. The Gerontologist, 40, 706-717.

Bray, G.P., DeFrank, R.S., & Wolfe, T.L. (1981). Sexual functioning in stroke survivors.
Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 62, 286-288.

Brillhart, B. (1988). Family support for disabled. Rehabilitation Nursing, 13, 316-319.

Brocklehurst, J. C., Morris, P., Andrews, K., Richards, B., & Laycock, P.(1981). Social
effects of stroke. Social Science and Medicine, 15, 35-39.

Bronstein, K.S. (1991). Psychosocial components in stroke : Implications for adaptation.
Nursing Clinics of North America. 26 (4), 1007-1017.

- Brown, P.L. (1991). The burden of caring for a husband with alzheimer's disease. *Home Health Care Nurse*, 9(3), 33-38.
- Bruckbaur, E.A. (1991). Recognizing poststroke depression. *Rehabilitation Nursing*, 16, 34-36.
- Burgener, S., & Logan, G. (1989). Sexuality concerns of the poststroke patient. *Rehabilitation Nursing*, 14, 178-181.
- Burke, M., & Flaherty, M.J. (1993). Coping strategies and health status of elderly arthritis women. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 7-13.
- Clark, M., & Standard, P.L. (1996). Caregiver burden and the structural family model. *Family & Community Health*, 18 (4), 58-66.
- Davis, L.L. (1992). Building a science of caring for caregivers. *Family & Community Health*, 15(2), 1-9.
- Doolittle, N.D. (1988). Stroke recovery : Review of the literature and suggestions for future research. *Journal of Neuroscience Nursing*, 20, 169-173.
- Downe-Warboldt, B.L., & Melanson, P.M. (1995). Emotions, coping, and psychological well being in elderly people with arthritis. *Western Journal of Nursing Research*, 17, 250-265.
- Enterlante, T. M. & Korn, J. M. (1995). Wives reported role changes following a husband's stroke: A pilot study. *Rehabilitation Nursing*, 20, 155-160.
- Exall, K. & Johnston, H. (1999). Caring for carers coping with stroke. *Nursing Time*, 95 (11), 50-51.
- Feibel, J.H., & Springer, C.J. (1982) Depression and failure to resume social activities after stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 63, 276-278.
- Fitzgerald, G. (1989). Effects of caregiving on caregiver spouses of stroke victims. *Axon*, 10(4), 85-88.
- Folden, S.I. (1993). Effect of a supportive-educative nursing intervention on older adults' perceptions of self-care after stroke. *Rehabilitation Nursing*, 18, 162-174.
- Frazan, D.T. (1991) Reintegration for stroke survivors : Home and community considerations. *Nursing Clinics of North America*, 26, 1037-1047.

- Frazer, C. (1999). The experience of transition for a daughter caregiver of a stroke survivor. *Journal of Neuroscience Nursing*, 31 (1), 9-16.
- Fuller, J., & Schaller-Ayers, J. (1990). *Health assessment : A nursing approach*. Philadelphia : J.B. Lippincott.
- Gass, K.A. , & Chang, A.S. (1989). Appraisal of bereavement, coping, resources, and psychosocial health dysfunction in widows and widowers. *Nursing Research*, 38, 31-36.
- Galarneau, L.(1993). An interdisciplinary approach to mobility and safety education for caregivers and stroke patients. *Rehabilitation Nursing*,18,395-399
- Goodstein, R.K. (1983). Overview : Cerebrovascular accident and the hospitalized elderly-amultidimensional clinical problem. *The American Journal of Psychiatry*, 140, 141-147.
- Grant, J.S. (1996). Home health care problems : experienced by stroke survivors and their family caregivers. *Home Health Care Nurse*, 14 (11), 893-902.
- Hager, K. & Ziegler, K. (1998). Stages in coping after stroke. *Zeitschrift fur Gerontologic and Geriatric*. 31 (1) : 9-15 [CDROM]. Abstracts from : Unique Identifier file Item . 98213832.
- Hayes, M.K.(1999). A preventive approach to stroke. *Nursing Clinics of North America*, 26, 931-940.
- Hickey, J.V. (1986). *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing*. (2nd ed.). Philadelphia : J.B. Lippincott.
- Ignatavicius, D.D., & Bayne, M.V. (1993). *Medical-surgical nursing : A nursing process approach*. Philadelphia : W.B. Saunders.
- Jalowiec, A. (1988). Confirmatory factor analysis of the Jalowiec coping scale. In C.F. Waltz, & O.L. Strickland (Eds.) *Measurement of nursing outcomes : Measurement client outcomes*. (volume 1.) (pp.287-308). New York : Springer.
- Jalowiec, A., & Powers, M.J. (1981). Stress and coping in hypertension at emergency room patients. *Nursing Research*, 30, 10-15.

- Jalowiec, A., Murphy, S.P., & Powers, M.J. (1984). Psychometric assessment of the Jalowiec coping scale. *Nursing Research*, 33, 157-161.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York : Springer.
- Levenstein, et al., (1993). Development of the perceived stress questionnaire : A new tool for psychosomatic research. *Journal of Psychosomatic Research*, 37(1),19-32.
- Levesque, L., Ducharme, F., & Lachance, L. (1999). Is there a difference between family caregiving of institutionalized elders with or without dementia?. *Western Journal of Nursing Research*, 21, 472-497.
- Low, J.T.S., Payne, S., & Rodrick, P. (1999). The impact of stroke on informal carers : A literature review. *Social Science & Medicine*, 49, 711-725.
- Marshall, J. (1976). *The management of cerebrovascular disease*. Oxford : Blackwell Scientific.
- Matson, N. (1994). Coping, caring and stress : A study of stroke carers and carers of older confused people. *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 333-344.
- Matthis, E.J. (1991). Top 20 educational wants of current family caregivers of disabled adults. *Home Healthcare Nurse*, 9(3),23-25.
- McLean, J., Roper Hall, A., Mayer, P., & Main, A. (1991). Service needs of stroke survivors and their informal carers : A pilot study. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 559-564.
- Montgomery, R.J.V., Stull, D.F., & Borgatta, F.F. (1985). Measurement and the analysis of burden. *Research on aging*, 7(1), 137-152.
- Moore, K. (1994). Stroke : The long road back. *RN*, 57 (3), 50-54.
- Moos, R.H., & Schacter, J.A. (1984). The crisis of physical illness : An overview and conceptual approach. In Moos (Ed.). *Coping with physical illness : New perspective* (pp.3-25). New York : Plenum Medical Book.
- Mumma, C.M. (1987). Stroke client. In S.M. Lewis & I.C. Collier (Eds.), *Medical-surgical nursing : Assessment and management of clinical problems* (pp. 1537-1559). New York : McGraw-Hill Book.

- Musolf, J.M. (1991). Measuring the impact of the family caregiver's role. *Rehabilitation Nursing*, 16, 82-84.
- Narayan, S., Lewis, M., Tornatore, J., Hopburn, K., & Corcoran-Perry, S. (2001). Subjective responses to caregiving for a spouse with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, March, 19-28.
- Neundorfer, M.Mc. (1991). Coping and health outcomes in spouse caregivers of persons with dementia. *Nursing Research*, 40, 260-265.
- Parikh, R.M., Robinson, R.G., Lipsey, J.R., Starkstein, S.E., Paul-Fodoroff, J., & Price, T.R. (1990). The impact of poststroke depression on recovery in activities of daily living over a 2-year follow-up. *Archives of Neurology*, 47, 785-789.
- Periard, M.E., & Ames, B.D. (1993). Lifestyle changes and coping patterns among caregivers of stroke survivors. *Public Health Nursing*, 10, 252-256.
- Phipps, M.A. (1991). Assessment of neurologic deficits in stroke: Acute-care and rehabilitation implications. *Nursing Clinics of North America*, 26, 957-970.
- Picot, S.J. (1995). Rewards, costs, and coping of African American caregivers. *Nursing Research*, 44, 147-152.
- Ragsdale, D., Yarbrough, S., & Lasher, A.T. (1993). Using social support theory to care for CVA patients. *Rehabilitation Nursing*, 18, 154-161.
- Rambo, J.F. (1984). *Adaptation nursing: Assessment and intervention*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Rankin, S.H., & Monahan, P. (1991). Great expectations: Perceived social support in couples experiencing cardiac surgery. *Family Relations*, 40, 297-302.
- Robert, S.L. (1987). A framework for coping with stress and its application in patient care. *Nursing Forum*, 23, 101-107.
- Robinson, R., Starr, L., Lipsey, J., Rao, K., & Price, T. (1984). A two-year longitudinal study of post-stroke mood disorders: Dynamic changes in associated variables over the first six months of follow-up. *Stroke*, 15, 510-517.

- Robinson, R.G., Bolduc, P.L., Kubos, K.L., Starr, L.P., & Price, T.R. (1985). Social functioning assessment in stroke patients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 66, 496-500.
- Robinson-Smith, G., & Mahoney, C. (1995). Coping and marital equilibrium after stroke. *Journal of Neuroscience Nursing*, 27, 83-89.
- Schutz, R., Tompkins, C.A., & Rau, M.T. (1988). A longitudinal study of the psychosocial impact of stroke on primary support persons. *Psychology and Aging*, 3, 131-134.
- Selye, H. (1976). *The Stress of life*. New York : McGraw Hill.
- Sinyor, D., Jacques, P., Kaloupek, D.G., Becker, R., Goldenberg, M., & Coopersmith, H. (1986). Post-stroke depression : Relationships to functional impairment, coping strategies, and rehabilitation outcome. *Stroke*, 17, 1102-1107.
- Sirapo-ngam, Y. (1994). *Stress, caregiving demand and coping of caregivers of parkinson's patients*. A Doctoral Dissertation in Nursing Science, University of Alabama, Birmingham, U.S.A.
- Sitthimongkol, S. (1998). *Stress, coping and quality of life in family caregivers of dependent elderly*. M.S. Thesis in Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Strang, V.R., & Haughey, M. (1999). Respite-A coping strategy for family caregivers. *Western Journal of Nursing Research*, 21, 450-471.
- Suttenoy, D.C., & Donnelly, G.F. (1981). *Coping with stress : A nursing perspective*. Maryland : An Aspen Publication.
- Toel, C.S., Duncan, P., & Lai, S.M. (2001). Caregiving experiences after stroke. *Nursing Research*, 50, 53-60.
- Valtiano, P.P., Maiuro, R.D., Russo, J., & Becker, J. (1987). Raw versus relative scores in the assessment of coping strategies. *Journal of Behavioral Medicine*, 10(1), 1-18.
- Wade, D.L., Langton-Hewer, R., Skilbeck, C.E., & David, R.M. (1985). *Stroke : A critical approach to diagnosis, treatment, and management*. London : Chapman and Hall.

- Wade, D.T., Legh-Smith, J., & Hewer, R.L. (1986). Effects of living with and looking after survivors of stroke. *British Medical Journal*, 293, 418-420.
- Walker, A.E., Robins, M., & Weinfeld, F.D. (1981). Clinical finding. In F.D. Weinfeld. (Ed.). *Stroke*, 12. Suppl. 1, 13-44.
- Whitney, F. (1994). Stroke. In Ellen, B. (Ed.), *Neuroscience nursing* (pp. 469-516). St. Louis : Mosby-Year Book.
- Williams, A. (1994). What bothers caregivers of stroke victims?. *Journal of Neuroscience Nursing*, 26, 155-161.

ภาคผนวก ก

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้าพเจ้า นายพรชัย จุลเมตต์ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และ
ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา กำลังทำวิจัยเรื่อง ความเครียดและการ
เผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ประกอบใน
การคิดหาวิธีการพยาบาลที่เหมาะสมที่จะช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองต่อไป จึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ถ้าท่านยินดีเข้าร่วมการ
วิจัยในครั้งนี้ใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของท่าน
และผู้เกี่ยวข้องทั้งแบบสอบถามการรับรู้ความเครียดและวิธีการที่ท่านใช้ในการเผชิญความเครียด
การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้จะเป็นไปตามความสมัครใจของท่านและหากท่านเข้าร่วมการวิจัย
แล้วท่านมีสิทธิ์ที่จะยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อไรก็ได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษา
พยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับ ทั้งนี้ข้อมูลทั้งหมดของท่านผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในรูป
ผลการวิจัยเท่านั้น ผู้วิจัยขอขอบคุณที่ท่านให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

พรชัย จุลเมตต์

ยุพิน ถนัดฉนิชย์

ผู้วิจัย

วิธีการเผชิญความเครียด	ไม่ได้ใช้	ใช้นาน ๆ ครั้ง	ใช้เป็นบาง ครั้ง	ใช้บ่อย ๆ	ใช้เกือบ ทุกครั้ง
•					
•					
•					
•					
•					
•					
•					
35. ไม่คิดกังวล เชื่อว่าปัญหาจะคลี่คลายไปในทางที่ ดีเอง					
36. ลดความคาดหวังและตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้					