

ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่กง
ต่อความเครียดและระดับคอร์ติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



นางสาวกรกฎ สุวรรณอัคระเดชา

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่


คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2551

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECTS OF THE SYMPTOM MANAGEMENT PROGRAM COMBINED WITH QIGONG
ON STRESS AND CORTISOL LEVEL IN STROKE PATIENTS

Miss Korrakote Suwanakkaradecha



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Adult Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2008

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต
แบบที่กึ่งต่อความเครียดและระดับคอร์ติซอลในผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง

โดย

นางสาวกรกฎ สุวรรณอัครเดชา

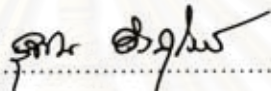
สาขาวิชา

การพยาบาลผู้ใหญ่


อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์

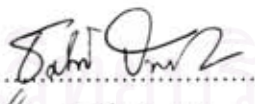
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบัณฑิต


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์)


..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชุติศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรกฎ สุวรรณอักษรเดชา : ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบ
ซึ่งก่ต่อความเครียดและระดับคอร์ติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. (EFFECTS OF THE
SYMPTOM MANAGEMENT PROGRAM COMBINED WITH QIGONG ON STRESS AND
CORTISOL LEVEL IN STROKE PATIENTS) อ. ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก :

รศ.ดร. สุวีพร ธนศิลป์, 166 หน้า.

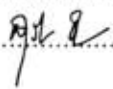
การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับ
อาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งก่ต่อความเครียดและระดับคอร์ติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่สถาบันประสาทวิทยาที่มีคุณสมบัติ
ตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 15 คน และกลุ่มทดลอง 15 คน ทั้ง 2 กลุ่มได้รับ
การจับคู่ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่องของคะแนนการรับรู้ความเครียด โดยกลุ่มควบคุมได้รับการ
พยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต
แบบซึ่งก่ ซึ่งโปรแกรมนี้ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001)
และแนวคิดการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งก่ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินความต้องการและ
ประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการ
ความเครียดร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งก่ 3) การฝึกบริหารกาย-จิตแบบซึ่งก่ และ 4) การประเมินผล
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดการรับรู้ความเครียด ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา
ของครอนบาคเท่ากับ .79 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับ
โปรแกรมฯ น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ค่าเฉลี่ยความเข้มข้น
ของคอร์ติซอลในน้ำลายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ไม่
แตกต่างกัน ($p > .05$)

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง ภายหลัง
ได้รับโปรแกรมฯ น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของ
คอร์ติซอลในน้ำลายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังได้รับ
โปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

สาขาวิชา.....การพยาบาลผู้ใหญ่.....ลายมือชื่อนิสิต.....กรกฎ สุวรรณอักษรเดชา.....

ปีการศึกษา.....2551..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก..... 

4977553436 : MAJOR ADULT NURSING

KEYWORDS: STROKE PATIENTS / THE SYMPTOM MANAGEMENT PROGRAM COMBINED WITH QIGONG / STRESS / CORTISOL LEVEL

KORRAKOTE SUWANAKKARADECHA : EFFECTS OF THE SYMPTOM MANAGEMENT PROGRAM COMBINED WITH QIGONG ON STRESS AND CORTISOL LEVEL IN STROKE PATIENTS. ADVISOR : ASSOC. PROF. SUREEPORN THANASILP, D.N.S., 166 pp.

The purposes of this quasi-experimental research were to study effects of the symptom management program combined with qigong on stress and cortisol level in stroke patients. The study samples were 30 patients admitted at Prasat Neurological Institute, and were assigned into either the control group and experimental group. The group were matched in terms of perceive stress scale of patients. The control group received routine nursing care while the experimental group received the Symptom Management Program combined with Qigong. This program based on the Symptom Management Model (Dodd et al., 2001) and QIGONG concepts and was comprised of 4 session 1) symptom experience assessment, 2) knowledge providing, 3) Qigong practice, and 4) evaluation. The instrument for collecting data was Perceived Stress Scale tested for reliability with Cronbach's alpha coefficient of .79. Data were analyzed by using descriptive statistic and t – test (paired t-test and independent t-test).

The major findings were as follows:

1. The posttest mean scores of stress in stroke patients of the experimental group were significantly lower than that of the pretest ($p < .05$), but the pretest and posttest mean scores of salivary cortisol concentration in stroke patients of the experimental group were not significantly difference ($p > .05$).

2. The posttest mean scores of stress in stroke patients of the experimental group were significantly lower than that of the control group ($p < .05$), but the posttest mean scores of salivary cortisol concentration in stroke patients of the experimental group and the control group were not significantly difference ($p > .05$).

Field of Study :Adult Nursing Student's Signature.....Korrakote Suwanakkoradecha.....

Academic Year :2008..... Advisor's Signature.....Sureeporn Thanasilp.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยควมามีเมตตากรุณาของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ ที่ท่านได้เสียสละเวลาให้ความรู้ คำแนะนำ ข้อคิด แนวทาง แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความรัก ความเอาใจใส่ และให้กำลังใจอย่างดียิ่งตลอดมา ซึ่งผู้วิจัย ชาบซึ่งและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลชิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะตลอดจนความรู้ที่มีประโยชน์ เพื่อให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ คณาจารย์ในคณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีค่ายิ่งแก่ผู้วิจัย รวมทั้งขอขอบพระคุณ บัณฑิตวิทยาลัยที่ให้การสนับสนุนทุนบางส่วนในการทำวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณศาสตราจารย์ ปิยะรัตน์ ไตสุโขวงศ์ ที่กรุณาเสียสละเวลาในการวิเคราะห์ผลการตรวจหาค่าความเข้มข้นของคอริติซอลในน้ำลาย และขอขอบคุณ คุณมธุรดา เพชรสังข์ ที่เสียสละเวลาและคอยช่วยเหลือในส่วนของห้องปฏิบัติการสำหรับการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา และคณะกรรมการวิจัยสถาบันประสาทวิทยา ตลอดจนรองผู้อำนวยการฝ่ายภารกิจบริการวิชาการ หัวหน้าหอผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยหนักประสาทวิทยา หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยประสาทวิทยาหญิง หอผู้ป่วยประสาทวิทยาชาย หอผู้ป่วยพิเศษประสาทวิทยา หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรมประสาท และหอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟูทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการทำวิจัยเป็นอย่างดี และบุคคลที่สำคัญที่สุด คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณพี่ๆ น้องๆ เพื่อนร่วมรุ่น และเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน สำหรับความช่วยเหลือและให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา

ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา ผู้ให้กำเนิดเลี้ยงดู อบรมสั่งสอน และให้การสนับสนุนในทุกด้านของการศึกษาแก่ผู้วิจัย ด้วยความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่และเป็นกำลังใจให้แก่ผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและสำนึกในพระคุณของท่านเสมอมาจึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้อีกครั้ง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	8
ขอบเขตของการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่ได้รับ.....	11
2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
โรคหลอดเลือดสมอง.....	13
การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	27
แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด.....	30
การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเครียด.....	38
ระดับคอร์ติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	39
แนวคิดการจัดการกับอาการ.....	47
แนวคิดการบริหารกาย-จิตแบบชี่กง.....	55
โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชี่กง..	62
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	63
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	66
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	66
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	68

บทที่	หน้า
3	73
วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ).....	
การดำเนินการทดลอง.....	82
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	87
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	87
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	88
4	90
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	
5	98
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	
สรุปผลการวิจัย.....	102
อภิปรายผลการวิจัย.....	102
ข้อเสนอแนะ.....	111
รายการอ้างอิง.....	114
ภาคผนวก.....	128
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	129
ภาคผนวก ข จดหมายเวียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอ	
ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย.....	131
ภาคผนวก ค เอกสารการพิจารณาจริยธรรม เอกสารพิทักษ์สิทธิ์	
กลุ่มตัวอย่าง.....	139
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	144
ภาคผนวก จ สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	158
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	166

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยครอบครัว สิทธิการรักษา และโรคประจำตัว	91
2	ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามพยาธิสรีรวิทยา และ ดัชนีบาร์เทเลเดีแอล.....	93
3	แสดงระดับความเครียดและระดับคอริติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง.....	94
4	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง.....	95
5	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของคอริติซอลในน้ำลายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง.....	95
6	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง.....	96
7	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของคอริติซอลในน้ำลายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง.....	96
8	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	97
9	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของคอริติซอลในน้ำลายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	97
10	แสดงการทดสอบการแจกแจงของคะแนนความเครียดก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05.....	159
11	แสดงการทดสอบการแจกแจงของความเข้มข้นของคอริติซอลในน้ำลายก่อนและหลังการทดลองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05.....	160

ตาราง	หน้า
12	คะแนนความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง..... 161
13	ความเข้มข้นของคอริติซอลในน้ำลายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง..... 162
14	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง..... 163
15	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของคอริติซอลในน้ำลายก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง..... 164
16	แสดงสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและค่าเฉลี่ยความเข้มข้นคอริติซอลในน้ำลายของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนและหลังการทดลอง..... 165

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	การแสดงผลการหลั่งคอร์ติซอลจะหลั่งเป็นจังหวะและพุ่งสูงสุดในเวลาเดียวกันในรอบวัน.....	40
2	การแสดงผลหน้าที่ของระบบ corticotrophin-releasing factor เมื่อถูกกระตุ้นด้วยความเครียด.....	42
3	การแสดงผลแบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom Management Model)..	48
4	การแสดงผลการวิเคราะห์หาค่า Sensitivity ของระดับคอร์ติซอลในกลุ่มตัวอย่าง...	78



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยที่สุดในจำนวนผู้ป่วยโรคระบบประสาทที่รับไว้ในโรงพยาบาล โรคนี้ นับเป็นปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งในระยะสั้นและระยะยาว (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) และยังเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก (Bonita et al., 2004 cited in Medin, Barajas, and Ekberg, 2006; Strong, Mathers, and Bonita, 2007) ในสหรัฐอเมริกาพบว่าเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับสามรองจากโรคหัวใจและมะเร็ง (American Heart Association, 2005) โดยจะพบผู้ป่วยเสียชีวิตเฉลี่ยทุก 3 – 4 นาทีจากการสำรวจพบว่า มีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคนี้ตั้งแต่อายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวนประมาณ 5.7 ล้านคน ในแต่ละปีมีผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองจำนวนประมาณ 700,000 คน เป็นผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 500,000 คน และผู้ป่วยที่มีอาการกลับเป็นซ้ำจำนวน 200,000 คน (American Heart Association, 2007) สำหรับประเทศไทยมีผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคนี้จำนวน 15,719 ราย คิดเป็น 25.3 ต่อประชากรแสนคน และผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล จำนวน 98,895 ราย คิดเป็น 174.9 ต่อประชากรแสนคน (กระทรวงสาธารณสุข, 2548) และจากการศึกษาภาวะโรคปี พ.ศ. 2542 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุที่ทำให้มีการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year) ในเพศหญิงเป็นอันดับ 2 และในเพศชายเป็นอันดับ 3 ทำให้เห็นความสำคัญของโรคที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรมากขึ้น และรวมไปถึงโรคที่ก่อให้เกิดความพิการและความบกพร่องทางสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข สำนักกระบวนวิชา, 2546) ซึ่งเป็นผลทำให้ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่มีภาวะไร้สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตมากที่สุด (Yamamoto and Magalong, 2003; Wade, Rudd, and Irwin, 2000 cited in Mackenzie, 2006)

ปัจจุบันความก้าวหน้าทางการแพทย์ได้พัฒนาขึ้นอย่างรวดเร็วทำให้การรักษาและการพยาบาลมีประสิทธิภาพช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้อย่างมาก แต่กลับมีความพิการช่วยเหลือตนเองไม่ได้เพิ่มจำนวนมากขึ้น (Bonita and Beaglehole, 1995; Desrosiers et al., 2002) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตส่วนใหญ่มักจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ เช่น อาการอ่อนแรงครึ่งซีก การรับรู้สัมผัสบกพร่อง มีความผิดปกติด้านภาษา พูดไม่ชัด กลืนลำบาก เห็นภาพซ้อน ระบบขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระผิดปกติ (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2547; ปิยภัทร พัชราวิวัฒน์พงษ์, 2548; Pang et al., 2005) ปัญหาต่างๆ เหล่านี้ทำให้สมรรถภาพทำงานของร่างกายผู้ป่วยลดลง เช่น รู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย การทำกิจกรรมต่างๆ ได้ลดลง เดินหรือเคลื่อนไหวไม่ได้ ซึ่งมี

ผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย ความผิดปกติที่เกิดขึ้นนี้ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ส่งผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต และบทบาทในครอบครัวและสังคม ยิ่งก่อให้เกิดความเครียดมากขึ้น (ประคอง อินทรสมบัติ, 2543) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปราณี มิ่งขวัญ (2542) พบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะแรกและระยะหลังการฟื้นฟูสภาพส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 48 และ 64 ตามลำดับ และการศึกษาของสายนาท พลไชโย (2543) พบว่าผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกมีความเครียดระดับปานกลางร้อยละ 65 และระดับสูงร้อยละ 15 ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายจะมีความเครียดในระดับที่แตกต่างกันออกไป ทำให้มีอาการนอนไม่หลับและฝันร้าย (Hafsteinsdottir and Grypdonck, 1997) ความเครียดยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ระบบหัวใจและหลอดเลือดมีการเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง ส่งผลให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้นจากความดันในกะโหลกศีรษะสูงหรือจากการมีเลือดออกในสมองเพิ่มขึ้น (Arakawa et al., 1998) นอกจากนั้นสภาพจิตใจและอารมณ์มีผลต่อการฝึกฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลงได้อีกด้วย (รังสรรค์ ชัยเสวิกุล, 2547)

คอร์ติซอลเป็นฮอร์โมนที่สำคัญในกลุ่ม glucocorticoid ถูกหลั่งออกมาจากต่อมหมวกไตส่วนนอก (Hammer and Stewart, 2006) มีกลไกการทำงานเริ่มต้นจากระบบต่อมไร้ท่อหรือระบบประสาทส่วนกลางกระตุ้นให้มีการหลั่ง catecholamines ได้แก่ norepinephrine และ epinephrine สมองส่วน hypothalamus ทำหน้าที่หลั่ง corticotrophin-releasing hormone (CRH) และกระตุ้นให้ pituitary gland หลั่ง adrenocorticotrophic hormone (ACTH) เป็นฮอร์โมนที่ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของต่อมหมวกไตส่วนนอกให้มีการผลิตคอร์ติซอลออกมา (McCane et. al., 2006 cited in Hansen and Sawatzky, 2008) การมีคอร์ติซอลสูงเป็นเวลานานจะส่งผลกระทบต่อระบบต่างๆ ในร่างกายทำงานผิดปกติ ได้แก่ ระบบหัวใจและหลอดเลือดทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง ระบบเมตาบอลิซึมทำให้เกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง (Oppenheimer, 1990) ระบบภูมิคุ้มกันถูกยับยั้งทำให้มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย (McCane et. al., 2006 cited in Hansen and Sawatzky, 2008) ระบบการทำงานของกล้ามเนื้อผิดปกติ และยังส่งผลกระทบต่อด้านอารมณ์และพฤติกรรมทำให้เกิดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าตามมา (Mellner, Krantz, and Ludberg, 2005) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Slowik et al. (2002) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันจะมีระดับคอร์ติซอลในเลือดสัมพันธ์กับกระบวนการตอบสนองของร่างกายต่อการอักเสบ ทำให้คุณหมิวร่างกายสูงขึ้นจากปกติ และมีการเปลี่ยนแปลงของเม็ดเลือดขาวในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งระดับคอร์ติซอลที่สูงขึ้นยังมีความสัมพันธ์กับความบกพร่องด้านการรับรู้ของผู้ป่วยและอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงครึ่งซีก ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าตามมา (Marklund et al., 2004) และจากการศึกษาของ Barker-Collo

(2007) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในช่วง 3 เดือนแรกจะมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 22.8 และภาวะวิตกกังวลร้อยละ 21.1 ซึ่งปัญหาเหล่านี้ได้ส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมองของผู้ป่วยให้ลดลง (Lai et al., 2006) และทำให้เกิดการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยได้ (สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, 2550) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Christensen et al. (2004) ได้พบว่าระดับคอร์ติซอลที่สูงขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตและความรุนแรงของโรคอีกด้วย ดังนั้นพยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องผลกระทบของความเครียดและระดับคอร์ติซอลที่สูงผิดปกติ เพื่อหาวิธีการบรรเทาอาการหรือจัดการความเครียดและช่วยลดระดับคอร์ติซอลที่ผิดปกติในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการสังเกตและประเมินการรับรู้รวมทั้งการตอบสนองต่อความเครียดและระดับคอร์ติซอลที่ผิดปกติของผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา จึงจะสามารถให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

ในหลายศตวรรษที่ผ่านมาการวิจัยเกี่ยวกับความเครียดได้ให้ความสนใจถึงผลที่ตามมาจากความเครียดในทางลบ เช่น ความวิตกกังวล อารมณ์ซึมเศร้า การเจ็บป่วย และการเกิดโรคต่างๆ (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2550: 5) จึงได้มีผู้พยายามศึกษาค้นคว้าหาวิธีตรวจวัดระดับคอร์ติซอลจากการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยามาใช้ เพื่อให้ผู้ที่มีปัญหาได้รับการช่วยเหลืออย่างรีบด่วน ซึ่งในปัจจุบันพบว่าการตรวจวัดระดับคอร์ติซอลจากน้ำลายเป็นที่ยอมรับและถูกนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายในต่างประเทศ เนื่องจากมีความเที่ยงตรง (King and Hegadoren, 2002; Preville et al., 2008) และวิธีการเก็บสารตัวอย่างเป็นชนิด non-invasive ไม่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเจ็บปวด และเป็นวิธีที่ง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อน (King and Hegadoren, 2002; Takai et al., 2004)

บทบาทของพยาบาลนอกจากการประเมินภาวะผิดปกติของผู้ป่วยแล้ว การจัดการกับอาการต่างๆ โดยการร่วมกันค้นหาวิธีการในการจัดการหรือบรรเทาเบาบางอาการก็เป็นสิ่งสำคัญเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (จอณณะจง เพ็งจาด, 2547 อ้างถึงใน จันทน์ จันทรท่าจีน, 2548) ซึ่งแนวความคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก คือ ประสิทธิภาพการมีอาการ กลวิธีในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ โดยบุคคลจะมีการประเมินอาการโดยการตัดสินใจเกี่ยวกับความรุนแรง สาเหตุ ภาวะคุกคาม และผลกระทบของอาการต่อชีวิต การตอบสนองต่ออาการประกอบด้วยทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมวัฒนธรรม และองค์ประกอบของพฤติกรรม ความเข้าใจจะหาความสัมพันธ์มีความสำคัญเนื่องจากจะทำให้สามารถจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการจัดการกับอาการเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของผู้ป่วยแต่ละคนและสมาชิกในครอบครัว โดยพยาบาลจะเป็นผู้ที่ให้ความช่วยเหลือและกระตุ้นให้ผู้มีอาการและครอบครัวป้องกันอาการที่จะเกิดขึ้นหรือจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้

การจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพในปัจจุบันมีมากมายหลายวิธี ได้แก่ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า การหายใจแบบช่องท้อง ดนตรีบำบัด และการออกกำลังกาย (Aldridge, 1994; Reid, Mackinnon, and Drummond, 2001; มรรยาท รุจิวิทย์, 2545) นอกจากนี้ได้มีการศึกษาค้นคว้านำการแพทย์ทางเลือกหรือการแพทย์แบบผสมผสานมาใช้เพื่อลดความเครียดกันอย่างแพร่หลาย เช่น การใช้น้ำมันหอมระเหย (Toda and Morimoto, 2008) การนวด การทำสมาธิ (Lafferty et al., 2006) โยคะ และชี่กง (Lee, Ryu, and Chung, 2000 cited in Lee et al., 2004; Schure, Christopher, and Christopher, 2008) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การฝึกชี่กงเป็นการออกกำลังกายที่ประกอบไปด้วยการเคลื่อนไหวของร่างกาย การหายใจ และการทำสมาธิ (Li et al., 2001; Dorcus and Yung, 2003) สามารถช่วยลดความเครียดที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง (Lee, Ryu, and Chung, 2000 cited in Lee et al., 2004; LaPerriere et al., 1994, La Forge 1997, Arent et al., 2000 cited in Taylor-Piliae et al., 2006; Skoglund and Jansson, 2007) เนื่องจากการฝึกชี่กงอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ร่างกายปรับสู่ภาวะสมดุล โดยทำให้ระบบประสาทพาราซิมพาเทติกทำงานเพิ่มขึ้น (Lee et al., 2002) ส่งผลให้ชีพจรเต้นช้าลง (Lee Myeong, Kim, and Lee Yong-Heum, 2005) หลอดเลือดฝอยเกิดการคลายตัว ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง (Lee et al., 2003; Cheung et al., 2005) ฮอริโมน ACTH ควบคุมให้ต่อมหมวกไตมีการผลิตคอร์ติซอลน้อยลง จึงทำให้ความเครียดลดลง (Lee Myung-Suk, Lee Myeong, and Kim, 2003) ส่งผลให้มีการหลั่งสารเอนโดρφิน (endorphin) ออกมาเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย (Ryu et al., 1996) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอมรรัตน์ ภิราษร (2541) พบว่าการฝึกชี่กงสามารถลดความดันโลหิตและความเครียดลงได้ และการศึกษาของอัญรัช นิตุธร (2543) พบว่าผลของการบริหารผ่อนคลายแนวชี่กงสามารถลดความเครียดในผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะเนื่องจากความเครียดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Chan et al. (2005) พบว่าการจัดการความเครียดด้วยการฝึกชี่กงทำให้ระดับคอร์ติซอลในน้ำลายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee et al. (2004) ที่พบว่าการฝึกชี่กงช่วยให้ภาวะวิตกกังวลลดลงและระดับคอร์ติซอล, ACTH และ aldosterone ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งการฝึกชี่กงสามารถทำได้ทั้งในท่ายืน ท่าเดิน ท่านั่ง และท่านอน จึงเป็นกิจกรรมที่ทำได้ทั้งคนร่างกายปกติและผู้ที่มีปัญหา เช่น ยืนไม่ได้ ข้อต่อบาดเจ็บ (สาส์ สุภาภรณ์, 2546) ดั้งการศึกษาของ Leung, Yan, and Li (2001) ได้นำการฝึกชี่กงไปใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการแขนขาอ่อนแรงจากหลอดเลือดในสมองแตก โดยใช้เวลาในการฝึกประมาณ 15 นาที ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความดันโลหิตลดลง

จากข้อมูลดังกล่าวพบว่าการฝึกชี่กงเป็นการออกกำลังกายและการผ่อนคลายวิธีหนึ่งที่สามารถนำมาใช้กับผู้ที่ปัญหาด้านการทรงตัว ทำที่ใช้ฝึกมีความง่ายไม่ยุ่งยาก ใช้เวลาในการฝึกไม่นานและทำได้ในทุกโอกาสเหมาะสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่สามารถยืนทรงตัวได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้มีการพัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการจากแนวความคิดการจัดการของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชี่กง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเองและส่งผลให้ความเครียดและระดับคอริติซอลลดลง ป้องกันและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสมรรถภาพได้เร็วยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความเครียดและระดับคอริติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชี่กง
2. เพื่อเปรียบเทียบความเครียดและระดับคอริติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ปัญหาการวิจัย

ความเครียดและระดับคอริติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการฯ จะน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

โรคหลอดเลือดสมองไม่เพียงส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจทำให้เกิดความเครียด ทำให้ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร เป็นต้น เมื่อความเครียดกระตุ้นร่างกายมากจนถึงขีดอันตรายมักทำให้เกิดอารมณ์โกรธ วิตกกังวล และซึมเศร้าตามมา นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่าระดับคอร์ติซอลที่ผิดปกติในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ระบบต่างๆ ในร่างกายทำงานผิดปกติ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงขึ้น ภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำ และทำให้มีอาการซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น เป็นต้น ซึ่งผลกระทบดังกล่าวเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอาการของโรครุนแรงขึ้นและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาวได้

ความเครียดและปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยสามารถจัดการได้ หากผู้ป่วยได้รับข้อมูลเพียงพอและมีทักษะในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นพยาบาลเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากกว่าบุคลากรทางสุขภาพอื่น และมีหน้าที่รับผิดชอบในการส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการจัดการกับอาการจะมีประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้นอยู่กับความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาล สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชี่กง เพื่อเป็นโปรแกรมในการจัดการกับความเครียดและระดับคอร์ติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยพัฒนาจากแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับแนวคิดการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงของนพ.เทอดศักดิ์ เดชคง (2547)

แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) กล่าวว่า อาการเป็นประสบการณ์การรับรู้และตระหนักรู้ของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ทางชีวจิตสังคม ซึ่งอาการดังกล่าวไม่เพียงก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแต่ยังรบกวนการทำหน้าที่ทางสังคม การจัดการกับอาการเป็นหน้าที่โดยตรงของผู้ที่มีอาการแต่ละคนและสมาชิกในครอบครัว โดยพยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบในการส่งเสริมให้มีการจัดการกับอาการอย่างมีประสิทธิภาพ แนวคิดการจัดการกับอาการประกอบด้วย 3 มโนทัศน์ดังต่อไปนี้ คือ 1) ประสบการณ์การมีอาการ เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่ออาการที่เกิดขึ้น โดยบุคคลจะมีการประเมินอาการจากการตัดสินใจเกี่ยวกับความรุนแรงสาเหตุ ภาวะคุกคาม และผลกระทบของอาการต่อชีวิต การตอบสนองต่ออาการทางด้านร่างกายจิตใจ สังคมวัฒนธรรม และองค์ประกอบของพฤติกรรม ซึ่งจะทำให้สามารถจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) กลวิธีในการจัดการกับอาการ มีเป้าหมายเพื่อเบี่ยงเบนหรือชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบ โดยใช้กลวิธีกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ และนอกจากนี้ยัง

มีวิธีการใช้ยาในการรักษาอาการที่ต้องอาศัยบุคคลากรในที่มสุขภาพเพื่อช่วยจัดการกับอาการที่รุนแรง ซึ่งอาการมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา 3) ผลลัพธ์ เป็นผลที่เกิดจากประสบการณ์การมี อาการและผลที่ได้จากกลวิธีการจัดการ

การบริหารกาย-จิตแบบซิงกเป็นวิธีการหนึ่งในการออกกำลังกายและขจัดความเครียด เพราะในขณะที่ฝึกปฏิบัติซิงกจะทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนเอนโดรฟินออกมามากขึ้น (Ryu et al., 1996) ทำให้ร่างกายอ่อนคลายลดการทำงานของหัวใจและสร้างสมดุลของระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้ความดันโลหิตลดลง มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในต่อมไร้ท่อทำให้ต่อมหมวกไตส่วนนอกลดการหลั่งคอร์ติซอลที่เพิ่มมากขึ้นเมื่อร่างกายอยู่ในภาวะเครียดให้เป็นปกติ (Lee, Lee, and Kim, 2003) เพิ่มการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย และช่วยลดความตึงเครียดทางอารมณ์รู้สึกผ่อนคลาย (Jin, 1989 cited in Robins et al., 2006) ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย

เนื่องจากการรับรู้ความเครียดของผู้ป่วยแต่ละคนจะมีความแตกต่างกัน ดังนั้นการเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ายาบาลสนใจในทุกข์สุขของตน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและความเป็นมิตร และนับถือในตัวพยาบาลมากขึ้นจึงกล้าที่จะเปิดเผยข้อมูลของตนเองให้พยาบาลรับรู้มากขึ้น ทำให้พยาบาลได้รับรู้สถานการณ์ตามความเป็นจริงในมุมมองของผู้ป่วยแต่ละราย สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายอาจมีปัญหากล่องสื่อสารทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการพูด เช่น พูดไม่ชัด เสียงขึ้นจมูก จังหวะการพูดช้า หรือไม่มีระดับเสียง ดังนั้นพยาบาลจึงต้องพยายามประเมินการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ความเครียด สาเหตุของความเครียด ผลกระทบของความเครียดการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้น และผลลัพธ์ที่เกิดจากการจัดการความเครียด ร่วมกับการประเมินความต้องการในการเรียนรู้ของผู้ป่วย โดยพยาบาลจะต้องพูดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงที่ปกติมีนวลให้เวลา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ใช้ความสามารถของตนเองในการแสดงออกเพื่อสื่อสาร และพูดซ้ำๆ ออกเสียงให้ชัดเจน รวมทั้งควรมีการรับฟังการรับรู้หรือความรู้เดิมของผู้ป่วยก่อน เนื่องจากบุคคลโดยเฉพาะในวัยผู้ใหญ่มักจะเคยผ่านการเรียนรู้อะไรบางอย่างมาแล้ว ดังนั้นการให้ความรู้หรือข้อมูลจึงควรเริ่มในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการหรือให้เพิ่มเติมในสิ่งที่ยังขาดอยู่ ซึ่งข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยนี้จะนำไปสู่การระบุปัญหาาร่วมกัน จากนั้นจึงร่วมกันวางแผน และกำหนดเป้าหมายในการแก้ไขปัญหานั้นเป็นไปได้อในการจัดการความเครียดสำหรับผู้ป่วยในแต่ละราย

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้ หลังจากประเมินความต้องการและประสบการณ์

ความเครียดของผู้ป่วยแล้ว ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความเครียด สาเหตุและ

ผลกระทบของความเครียด วิธีการจัดการความเครียด และการฝึกบริหารกาย-จิตแบบซิงก เนื่องจากทำให้ความรู้เป็นวิธีการปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการควบคุมอาการ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความเครียดตามสาเหตุและตามอาการที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริงด้วย วิธีการให้ความรู้ในการจัดการความเครียดตามสาเหตุของความเครียดที่เกิดขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้การให้ความรู้โดยวิธีการสอนประกอบแผ่นภาพพลิกและคู่มือเป็นรายบุคคล เป็นวิธีที่เหมาะสมที่จะช่วยให้อาการผู้ป่วยแต่ละรายมีความเข้าใจและรับรู้ถึงสาเหตุของความเครียดได้อย่างถูกต้อง สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายอาจมีปัญหาเกี่ยวกับความคิด การตัดสินใจ การแก้ปัญหา ช่วงความสนใจสั้น ไม่มีสมาธิ และมีพฤติกรรมซ้ำๆ ดังนั้นพยาบาลควรประเมินดูช่วงเวลาที่เหมาะสมที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจได้สูงสุดและไม่ก่อให้เกิดความเมื่อยล้าได้ง่าย เช่น หลังจากผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเต็มที่แล้ว และหัวข้อที่จะสอนหรือให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยควรแบ่งออกเป็นสั้นๆ เพื่อไม่ให้ใช้เวลามากเกินไป และทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่าย จึงจะช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นตามสาเหตุได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งการให้ความรู้อย่างถูกต้องเหมาะสมมีความชัดเจน และสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละรายจะช่วยให้ผู้ป่วยมีข้อมูลเพื่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และความสามารถที่จำเป็นในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและลดความเครียดจากโรคและอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาที่ได้รับได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การฝึกบริหารกาย-จิตแบบซิงก เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและสามารถจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเริ่มให้ผู้ป่วยฝึกการหายใจและการผ่อนคลายก่อน เมื่อผู้ป่วยสามารถทำได้ถูกต้อง ผู้วิจัยจึงได้สาธิตการบริหารกาย-จิตแบบซิงกทำนอง ซึ่งมีทั้งหมด 4 ท่า คือ ท่าที่ 1 ปรับลมปราณ ท่าที่ 2 ยืดอกขยายทรวง ท่าที่ 3 อินทรีทะยานฟ้า และท่าที่ 4 ลมปราณชานกายา โดยผู้วิจัยพบผู้ป่วยทุกวันเพื่อร่วมกันฝึกการบริหารกาย-จิตแบบซิงก จำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 30 - 45 นาที และแนะนำให้ผู้ป่วยฝึกการบริหารกาย-จิตแบบซิงกเป็นประจำทุกวัน อย่างน้อยวันละ 30 นาที รวมทั้งหมด 3 สัปดาห์ พร้อมทั้งให้คู่มือการจัดการความเครียดร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไว้สำหรับไปอ่านทบทวนและปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล เป็นการประเมินผลการปฏิบัติตามโปรแกรมและให้ความรู้ในส่วนที่ผู้ป่วยขาดและต้องการในแต่ละราย เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านผู้วิจัยมีการโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย จำนวน 2 ครั้ง ในวันที่ 3 ของสัปดาห์ที่ 2 และ 3 ใช้เวลาประมาณ 5 - 10 นาที เพื่อสอบถามอาการ ประเมินปัญหาและอุปสรรค หาแนวทางแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นร่วมกับการกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจในการบริหารกาย-จิตแบบซิงก

ซึ่งจากแนวคิดดังกล่าวสามารถสรุปเป็นสมมติฐานได้ดังนี้

1. ความเครียดและระดับคอริติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงเกมี น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงเก
2. ความเครียดและระดับคอริติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงเก น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pre-post test design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงเกต่อความเครียดและระดับคอริติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงเกและการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ เก็บข้อมูลระหว่าง เดือนมิถุนายน 2551 ถึง เดือนตุลาคม 2551

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงเก

ตัวแปรตาม คือ ความเครียดและระดับคอริติซอล

เนื่องจากงานวิจัยนี้ใช้รูปแบบงานวิจัยกึ่งทดลอง ซึ่งจะศึกษาเฉพาะอิทธิพลโดยตรงของตัวแปรต้นกับตัวแปรตามทีละตัว

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง บุคคลที่ได้รับการตรวจและวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองโดยมีสาเหตุจากพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมองแตกตีบหรืออุดตันที่มีอายุ 16 – 59 ปี

ความเครียด หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับรู้ว่าคุณค่าจากเหตุการณ์ต่างๆ ที่กำลังเผชิญมีผลต่อสวัสดิกภาพของตนเอง ทำให้มีการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ โดยการแสดงออกเป็นความโกรธ กระวนกระวาย ว่าวุ่นใจ หรือวิตกกังวล

ประเมินได้จาก Perceived Stress Scale (PSS) ของ Cohen, Kamark, and Mermelstein (1983) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยปราณี มิ่งขวัญ (2542) ระดับคะแนนที่มากแสดงว่ามีความเครียดมากกว่าระดับคะแนนที่น้อย

ระดับคอร์ติซอล หมายถึง ค่าความเข้มข้นของคอร์ติซอลในน้ำลาย ซึ่งเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของร่างกายต่อภาวะเครียด มีวิธีการเก็บสารตัวอย่างจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในช่วงเวลาประมาณ 8.00 – 9.00 น. โดยเก็บหลังจากที่ผู้ป่วยตื่นนอน ทำความสะอาดปากและฟัน งดรับประทานอาหารและเครื่องดื่มอย่างน้อย 30 นาที ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ภายหลังเป็นนาโนกรัมต่อมิลลิลิตร ค่าความเข้มข้นของคอร์ติซอลในน้ำลายที่มากกว่าค่ามาตรฐานในการตรวจแสดงว่ามีระดับคอร์ติซอลสูงกว่าปกติ และค่าความเข้มข้นของคอร์ติซอลในน้ำลายที่น้อยกว่าค่ามาตรฐานในการตรวจแสดงว่ามีระดับคอร์ติซอลน้อยกว่าปกติ

โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก หมายถึง การพยาบาลอย่างมีแบบแผนให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นด้วยการพยาบาลที่เน้นการมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยใช้แนวทางการจัดการกับอาการร่วมกับแนวความคิดการบริหารกาย-จิตแบบซิงก ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์ความเครียดที่เกิดจากการรับรู้ในมุมมองของตนเอง หลังจากนั้นผู้วิจัยค้นหาปัญหาและประเมินความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งประเมินความรู้ ความเข้าใจ และความต้องการความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความเครียด สาเหตุและผลกระทบของความเครียด ตลอดจนทัศนคติในการจัดการความเครียดของผู้ป่วย จากนั้นจึงร่วมกันวางแผน และกำหนดเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาที่เป็นไปได้ในการจัดการความเครียดสำหรับผู้ป่วยในแต่ละราย

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้ ผู้วิจัยปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ของผู้ป่วยโดยการให้ความรู้เป็นรายบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับความเครียดตามสาเหตุและตามอาการที่เกิดขึ้น และสามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3 การฝึกบริหารกาย-จิตแบบซิงก เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและสามารถจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเริ่มให้ผู้ป่วยฝึกการหายใจและการผ่อนคลายก่อน เมื่อผู้ป่วยสามารถทำได้ถูกต้อง ผู้วิจัยจึงได้สาธิตทำในการฝึกบริหารกาย-จิตแบบซิงกทำนองจำนวน 4 ท่า คือ ท่าที่ 1 ปรับลมปราณ ท่าที่ 2 ยืดอกขยายทรวง ท่าที่ 3 อินทรีทะยานฟ้า ท่าที่ 4 ลมปราณชานกายา และให้กลุ่มทดลองปฏิบัติไปพร้อมกับผู้วิจัยทีละท่า

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับจากการนำความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองเพื่อจัดการความเครียดไปใช้ว่าได้ผลเป็นอย่างไร หรือมีปัญหาใดเกิดขึ้น และร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านผู้วิจัยมีการโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย จำนวน 2 ครั้ง เพื่อสอบถามอาการ ประเมินปัญหาและอุปสรรค หาแนวทางแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นร่วมกับการกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจในการบริหารกาย-จิตแบบซิง และเป็นประเมินการฝึกปฏิบัติการบริหารกาย-จิตแบบซิง ว่าผู้ป่วยปฏิบัติแล้วได้ผลอย่างไรและมีการทำอย่างสม่ำเสมอหรือไม่

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับจากการพยาบาลประจำการที่ขึ้นปฏิบัติหน้าที่ในแต่ละวันตามความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคนเป็นรายบุคคล ซึ่งปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถาบันประสาทวิทยาตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับประทานยา การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และการมาตรวจตามนัด การสอนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การช่วยให้ผู้ป่วยและญาติสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถฝึกการบริหารกาย-จิตแบบซิงได้อย่างถูกต้อง และต่อเนื่อง รวมทั้งสามารถจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นและลดระดับคอร์ติซอลที่สูงขึ้นได้ด้วยตนเอง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยและส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
2. สามารถนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางการพยาบาล เพื่อช่วยลดความเครียดและระดับคอร์ติซอลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสม
3. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ค้นคว้า พัฒนารูปแบบการบำบัดทางการพยาบาลอื่นๆ ที่สามารถนำมาใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรวมถึงผู้ป่วยโรคอื่นๆ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์ต่อความเครียดและระดับคอร์ติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ไว้ในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.2 ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.3 ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.4 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.5 การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.6 ความบกพร่องที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด
 - 3.1 ความหมายของความเครียด
 - 3.2 สาเหตุของความเครียด
 - 3.3 ระดับของความเครียด
 - 3.4 ทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียด
 - 3.5 ความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 - 3.6 ผลของความเครียด
 - 3.7 การประเมินความเครียด
4. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเครียด
5. ระดับคอร์ติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
6. แนวคิดการจัดการกับอาการ
7. แนวคิดการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์
8. โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์
9. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรคหลอดเลือดสมอง

1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มอาการทางคลินิกเกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมอง หรือมีเลือดออกในโพรงกะโหลกศีรษะ อาการมักเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและทำให้เกิดความผิดปกติทางระบบประสาท เช่น อาการอ่อนแรงครึ่งซีก ชาครึ่งซีก หรือพูดไม่ได้ ฯลฯ (นิจศิริ ชาญณรงค์ และณัฐ พสุธารชาติ, 2550: 114)

1.2 ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

1.2.1 โรคหลอดเลือดสมองแบ่งตามลักษณะพยาธิสรีรวิทยา แบ่งออกได้ดังนี้ (ปิยะภัทร พัทธราวิวัฒน์พงษ์, 2548: 92)

1.2.1.1 ภาวะเลือดออกในสมอง (hemorrhagic stroke) พบประมาณร้อยละ 15 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด แบ่งย่อยเป็น 2 ภาวะ คือ การมีเลือดออกในเนื้อสมอง (intracerebral hemorrhage) และการมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มอะแรคนอยด์ (subarachnoid hemorrhage)

1.2.1.2 ภาวะสมองขาดเลือด (ischemic stroke) พบประมาณร้อยละ 85 แบ่งย่อยเป็น 3 ภาวะ ได้แก่ การมีหลอดเลือดอุดตัน (thrombosis) ซึ่งเมื่ออุดตันแล้วจะทำให้เนื้อสมองตายเป็นบริเวณเล็กๆ เรียกว่า lacunar infarction และการมีลิ่มเลือด (embolism) ที่หลุดจากหลอดเลือดอื่นๆ หรือจากห้องหัวใจซีกซ้ายมาอุดตันหลอดเลือดสมอง และภาวะสมองขาดเลือดเนื่องจากสาเหตุอื่นๆ เช่น หลอดเลือดอักเสบ

1.2.2 โรคหลอดเลือดสมองแบ่งตามระยะเวลาการดำเนินโรค (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541: 52)

1.2.2.1 Transient Ischemic Attack (TIA) เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาทที่เนื่องมาจากความผิดปกติของหลอดเลือดดำทำให้สมองขาดเลือดชั่วคราว และสามารถหายเป็นปกติได้อย่างสมบูรณ์ภายใน 24 ชั่วโมง

1.2.2.2 Reversible Ischemic Neurological Deficit (RIND) เป็นภาวะคล้าย TIA แต่มีความผิดปกติเกิดขึ้นเป็นอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง และสามารถหายเป็นปกติได้อย่างสมบูรณ์ภายในเวลาไม่กี่วันหรือภายใน 3 สัปดาห์

1.2.2.3 Stroke in Evolution (SIE) หรือ Progressive Stroke เป็นภาวะที่เกิด

ความผิดปกติของระบบประสาทจากความผิดปกติของหลอดเลือดและมีอาการของโรคกำลังดำเนินไปเรื่อยๆ หรือรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ อาจเกิดจากภาวะสมองบวมหรือมีพยาธิสภาพของโรคมากขึ้น

1.2.2.4 Completed Stroke เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาทจากความผิดปกติของหลอดเลือด ที่มีอาการและอาการแสดงของโรคคงที่เป็นอยู่นานกว่า 24 – 72 ชั่วโมง

1.2.3 โรคหลอดเลือดสมองแบ่งตามตำแหน่งของหลอดเลือดที่มีพยาธิสภาพ (ปิยะภัทร พัทธาวิวัฒน์พงษ์, 2548: 92-93) ได้ดังนี้

1.2.3.1 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากพยาธิสภาพของระบบหลอดเลือดทางด้านหน้า เป็นโรคที่เกิดจากการอุดตันที่แขนงของหลอดเลือดแดง carotid ได้แก่ หลอดเลือดแดง anterior cerebral หรือ middle cerebral ทำให้เกิดอาการอ่อนแรงครึ่งซีกบริเวณใบหน้า แขนและขา โดยมีความรุนแรงของอาการอ่อนแรงแตกต่างกันตามตำแหน่งของรอยโรค ผู้ป่วยอาจมีอาการอื่นๆ เช่น ชา มีความบกพร่องด้านภาษา พูดไม่ชัด และมองไม่เห็นภาพ

1.2.3.2 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากพยาธิสภาพของระบบหลอดเลือดทางด้านหลัง ได้แก่ หลอดเลือดแดง vertebral, basilar และ posterior cerebral รอยโรคที่ระบบหลอดเลือดแดงทางด้านหลังมักทำให้เกิดความผิดปกติหลายอย่างแตกต่างกันตามตำแหน่งรอยโรค เนื่องจากทำหน้าที่เลี้ยงสมองส่วนที่ควบคุมการทำงานที่สำคัญหลายส่วน อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่มีรอยโรคของระบบหลอดเลือดทางด้านหลัง ได้แก่ เดินเซ ชาและอ่อนแรงซีกตรงข้ามหรือซีกเดียวกับรอยโรค บั่นหมุน และพูดไม่ชัด

1.3 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองมีหลากหลายชนิด (กิงแก้ว ปาจารย์, 2547; เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550) พอสรุปได้ดังนี้

1.3.1 ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ ได้แก่

1.3.1.1 อายุ : อายุจัดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ชัดเจนที่สุด เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นจะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น 2 เท่าตามอายุที่เพิ่มขึ้นทุกๆ 10 ปี

1.3.1.2 เพศ : เกือบทุกช่วงอายุ เพศชายมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 44 – 76

1.3.1.3 ชชาติพันธุ์ : พบอุบัติการณ์โรคนี้ในคนผิวดำมากกว่าคนผิวขาว

1.3.1.4 พันธุกรรม : จากการศึกษพบว่าผู้ที่มีบิดาหรือมารดาเป็นโรคหลอดเลือด

สมองมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคนี้มากกว่าคนปกติ

1.3.2 ปัจจัยเสี่ยงที่มีหลักฐานสนับสนุนชัดเจนและปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่

1.3.2.1 ความดันโลหิตสูง : ภาวะนี้เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สุดของเส้นเลือดในสมองแตกและเนื้อสมองตาย โดยความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มตามสัดส่วนของแรงดันโลหิตสูงขึ้น จัดเป็นความสัมพันธ์ทั้งทางตรงต่อเนื่องและอิสระจากปัจจัยอื่น

1.3.2.2 โรคหัวใจและหลอดเลือด : ผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจวาย ล้มหัวใจตีบ หัวใจเต้นผิดปกติ ซึ่งเป็นการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติไม่สม่ำเสมอเลือดไม่ถูกสูบฉีดออกไปทำให้กลายเป็นลิ่มเลือดในหัวใจ แพทย์จะทราบจากการจับชีพจรและการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผู้ป่วยเหล่านี้มักจะเกิดลิ่มเลือดในหัวใจและสามารถหลุดลอยไปที่สมองได้

1.3.2.3 โรคเบาหวาน : ผู้ป่วยเบาหวานมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็น 2 – 4 เท่าของคนปกติ

1.3.2.4 ภาวะไขมันในเลือดสูง : การที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงจะก่อให้เกิดภาวะไขมันตกตะกอนในผนังหลอดเลือดซึ่งจะทำให้หลอดเลือดสูญเสียความยืดหยุ่นจึงแตกได้ง่าย (Artherosclerosis) โดยเฉพาะถ้ามีระดับแอลดีแอลโคเลสเตอรอล (LDL Cholesterol) ในเลือดสูง ผู้ที่รับประทานอาหารที่มีไขมันสูงและไม่ได้ออกกำลังกายจะมีความสัมพันธ์กับระดับแอลดีแอลโคเลสเตอรอลที่สูง ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดในสมองมากขึ้น

1.3.2.5 ความผิดปกติของหลอดเลือดแดง Carotid: เส้นเลือดแดงขนาดใหญ่ที่บริเวณคอเรียกว่า เส้นเลือดแดงคาโรติค (Carotid artery) จะตีบตันมากขึ้นตามวัยที่แก่ตัวลง ทำให้เกิดความเสียหายต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

1.3.2.6 ผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดแดงแข็ง (Artherosclerosis): โดยเฉพาะหลอดเลือดแคโรติค อาร์เทอร์รี่ ซึ่งเป็นเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง หากมีลิ่มเลือดหลุดลอยไปอุดตันก็จะทำให้เกิดอัมพาต โดยทั่วไปแล้วพบว่าผู้ชายจะมีโอกาสเป็นถึงร้อยละ 7 – 10 ส่วนผู้หญิงจะมีโอกาสเป็นร้อยละ 5 – 7 เมื่ออายุเกิน 65 ปี

1.3.2.7 หัวใจเต้นสั่นพลิ้ว (Atrial Fibrillation: AF) : จากการศึกษา Framingham พบว่าผู้ที่มี Atrial Fibrillation ที่ไม่มีโรคหัวใจร่วมด้วยมีความเสี่ยงสัมพัทธ์ที่จะเป็นโรคนี้เกือบ 5 เท่าของคนปกติที่มีอายุใกล้เคียงกัน

1.3.2.8 การสูบบุหรี่ : การสูบบุหรี่ทุกรูปแบบมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง เพราะทำให้หลอดเลือดแดงแข็งเร็วขึ้น สารนิโคตินในบุหรี่ทำให้หลอดเลือดแดงเกร็ง ลดความยืดหยุ่นของเส้นเลือด เพิ่มระดับไฟบริโนเจน และเพิ่มการเกาะตัวของเกร็ดเลือด ลดไขมัน

โคเลสเตอรอลชนิด HDL ทำให้หัวใจทำงานมากขึ้นและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ร้อยละ 90 ของคนที่ไม่สูบบุหรี่ยังได้รับผลกระทบจากการที่อยู่ใกล้คนที่สูบบุหรี่

1.3.2.9 เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน : ในแต่ละปีประมาณร้อยละ 6 - 7 ของผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือ TIA มาก่อนจะเป็นซ้ำ และจากการติดตามผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนเป็นเวลานาน 5 ปี พบว่ามีความเสี่ยงเป็น 5 เท่าของประชากรทั่วไป

1.3.3 ปัจจัยเสี่ยงที่มีหลักฐานสนับสนุนน้อยกว่าและอาจปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่

1.3.3.1 ความอ้วน : ผู้ที่อ้วนมากกว่าปกติมักจะมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ของโรคหลอดเลือดสมองเช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงกว่าปกติ จึงค่อนข้างยากที่จะพิสูจน์ว่าโรคอ้วนเพียงอย่างเดียวเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคนี้หรือไม่

1.3.3.2 ภาวะเครียด : การที่ผู้ป่วยเครียดมากเกินไปจะยังผลทำให้เกิดความดันโลหิตสูงกว่าคนปกติ และจะทำให้เกิดอัมพาตตามมาได้

1.3.3.3 การขาดการออกกำลังกาย : การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง การไม่ออกกำลังกายจะทำให้อ้วนและเกิดความเครียด

1.3.3.4 โภชนาการที่ไม่เหมาะสม : การบริโภคผักและผลไม้จะช่วยลดความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง ควรรับประทานผักและผลไม้ทุกวัน โดยเฉพาะผักเขียวและผลไม้ที่มีรสเปรี้ยวจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง

1.3.3.5 เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ : การดื่มสุรามากกว่าวันละ 5 แก้ว จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองไม่ว่าจะเป็นคนหนุ่มหรือแก่ ทั้งนี้กลไกอาจจะมีหลายทาง คือ คนดื่มสุราอาจมีความดันโลหิตสูงอยู่ด้วยหรือเลือดคั่งแข็งตัวง่ายหรือหัวใจเต้นผิดจังหวะและเลือดไหลเวียนไปสมองน้อยลง

1.3.3.6 ผู้ที่เป็นไฮเปอร์โฮโมซิสทีน (Hyperhomocystien) ในระดับที่สูงกว่า 16 ไมโครโมลต่อลิตร ทั้งนี้ความเข้มข้นของสารนี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุ

1.3.3.7 ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ : ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่ยังขาดหลักฐานสนับสนุนที่ชัดเจนและอาจปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ ภาวะเลือดแข็งตัวง่ายกว่าปกติ และภาวะหลอดเลือดอักเสบ

1.4 อาการและการแสดงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

อาการของโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีแตกต่างกัน คือ เนื่องจากตำแหน่งของสมองที่ขาดเลือด บริเวณที่ขาดเลือดนั้นกว้างแคไหน มีการส่งเลือดจากส่วนที่ยังปกติมาสู่ส่วนที่มีพยาธิสภาพได้มาน้อยแคไหน ซึ่งพอจะกล่าวได้เป็นข้อๆ ดังนี้ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539: 71-95)

1.4.1 อาการมักจะเป็นทันทีทันใด เกิดขึ้นได้ในขณะที่ผู้ป่วยพักผ่อน เช่น นอนหลับ นิ่งดู

โทรทัศน์ และฟังวิทยุ กำลังออกแรงเล็กน้อย เช่น กำลังรับประทานอาหาร แต่งตัว และเดินเล่น เป็นต้น

1.4.2 กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรงหรือเป็นอัมพาต ผู้ป่วยจะรู้สึกว่หนักที่แขนและขาข้างใดข้างเดียวกัน เช่น ข้างขวาหรือข้างซ้าย แต่อาจจะไม่เท่ากัน เช่น เป็นที่แขนมากกว่าขา หรือในทางตรงกันข้าม ขามากกว่าแขน เป็นต้น หากเป็นขณะที่ผู้ป่วยตื่นอยู่จะรู้สึกว่แขนข้านั้นหนักขึ้นทุกทีจะช้าหรือเร็วแตกต่างกันในแต่ละคน รวมทั้งแตกต่างกันเพราะพยาธิสภาพในสมอง และความพยายามของสมองที่จะให้ส่วนที่ขาดเลือดนั้นได้รับการช่วยเหลือจากส่วนที่ดี

หากเป็นขณะหลับ เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวตื่นตามปกติมักจะไม่ทราบว่ตนเองมีแขนและขาอ่อนแรง เมื่อลุกขึ้นจากเตียงโดยไม่ระวังจึงมักจะล้มลงไม่ว่าศีรษะจะฟาดหรือไม่ฟาด และไม่ว่จะหมดสติจากล้มหรือไม่หมดสติก็จะทำให้มีความรู้สึกว่ที่ล้มลงไปนั้นเป็นสาเหตุให้เกิดอัมพาตซึ่งเป็นความเชื่อที่ผิด แต่อย่างไรก็ตามการล้มในผู้ป่วยเช่นนี้มักจะมีอันตรายมากกว่าคนปกติเพราะขาดการทรงตัวและป้องกันตัวที่ดี

1.4.3 อาการชา ซึ่งหมายถึงความรู้สึกที่ผิวหนังเช่นความรู้สึกเจ็บปวด ล้มผัสอุณหภูมิร้อนหรือเย็นเสียไป ลักษณะเช่นนี้ไม่พบบ่อยนัก นอกจากบริเวณของสมองที่มีใยประสาทรับความรู้สึกผ่านไปจะเสียหายที่ จึงจะมีอาการชาเกิดขึ้น และในกรณีนี้โรคของผู้ป่วยมักจะมีหนักและรุนแรงกว่าธรรมดา บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยบอกกับแพทย์ว่ชา แต่ความหมายนั้น คือ อาการหนักหรือไม่มีแรงมากกว่า

1.4.4 อาการพูดไม่ได้ หมายถึง ความผิดปกติของการพูด ซึ่งมีลักษณะที่พูดไม่ออก มีเสียงอยู่ในลำคอไม่สามารถจะเปล่งเสียงออกมาได้ เรียกว่าเสียงของไม่ได้ ไม่สามารถจะติดต่อกับผู้อื่นในการพูดได้ และถ้าเป็นมากไม่สามารถจะเข้าใจคำพูดของคนอื่นได้ ถ้ารู้หลายภาษาจะเริ่มด้วยไม่สามารถจะใช้ภาษาหรือเข้าใจภาษาที่ตนเองถนัดน้อยก่อนจนถึงภาษาที่ถนัด หรือภาษาของตนเองอีกแบบหนึ่งของการผิดปกติของการพูดคือ ผู้ป่วยสามารถพูดได้ ถ้อยคำอาจจะชัดแต่ไม่มีความหมายในการพูด เรียกว่ามี “น้ำมากแต่เนื้อน้อย” แต่ละประโยคจะไม่มีความสัมพันธ์ที่กล่าวมานี้เป็นผลจากมีความผิดปกติศูนย์ควบคุมการพูดที่อยู่บริเวณเปลือกสมองด้านล่าง ซึ่งเป็นสมองส่วนที่เด่น นั่นคือสมองซีกตรงกันข้ามกับมือที่ถนัด ถ้าเป็นผู้ที่ถนัดขวาก็เป็นสมองซีกซ้ายและถ้าเป็นผู้ที่ถนัดซ้ายจะเป็นได้ทั้งสองข้าง

ส่วนอีกกรณีหนึ่งมีลักษณะที่ยังเข้าใจภาษาไม่ว่าจะพูดหรือฟัง แต่การเปล่งเสียงออกมานั้นผิดไปจากธรรมดา เป็นลักษณะพูดไม่ชัดมักจะเกิดร่วมกับการกลืนลำบาก เสียงแหบและสำคัญความผิดปกติที่เกิดขึ้นเช่นนี้อยู่ที่ตำแหน่งของสมองที่บริเวณก้านสมอง

1.4.5 อาการปวดศีรษะ อาจจะมีพบได้แต่เป็นลักษณะปวดตุ้บๆ ซึ่งเป็นแบบการปวดของ

หลอดเลือดขยายตัว มักจะเป็นผลมาจากส่งเลือดไปเลี้ยงผ่านหลอดเลือดที่เชื่อมต่อระหว่างภายใน และภายนอกกะโหลกศีรษะ อาการปวดมักจะเป็นบริเวณขมับ เป็นต้น

1.4.6 อาการเวียนศีรษะ หมายถึง อาการที่มีความรู้สึกทรงตัวไม่ได้รู้สึกโคลงเคลง รู้สึกตัวหมุน หรือเห็นสิ่งรอบตัวหมุนไปหมด สาเหตุเกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะที่ช่วยในการทรงตัวของสมองน้อยหรือหูชั้นใน

1.4.7 อาการสะอึก อาจจะได้แต่บ่อยรายจะเป็นเช่นนี้ การสะอึกไม่ได้เกิดจากการรบกวนกระบังลมจากกระเพาะอาหาร ตับ หรืออวัยวะในช่องท้อง แต่เกิดจากศูนย์ควบคุมที่อยู่ในสมองบริเวณแกนสมองทำงานผิดปกติไปเนื่องจากการขาดเลือดไปเลี้ยง

1.4.8 ตัวมัวครึ้มตา อาการนี้มีลักษณะแต่ละตาจะมีอาการมัวหรือมืดไปข้างใดข้างหนึ่ง ครึ่งซีก เช่น ครึ่งข้างขวาของแต่ละตา หรือครึ่งข้างซ้ายของแต่ละตา อันนี้เป็นผลมาจากประสาทรับภาพที่ผ่านเข้ามาในสมองจนถึงกึ่งสมองที่รับภาพโดยตรงขาดเลือด ตาที่มองไม่เห็นนี้จะ เป็นข้างเดียวกับแขนขาที่อ่อนแรง

1.4.9 อาการผิดปกติทางด้านอารมณ์ จะพบได้เสมอ เช่น

1.4.9.1 ความเครียด เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองมีลักษณะของการเกิดโรคที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้คาดคิดหรือเตรียมตัวมาก่อนจึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดขึ้นได้ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541) ผู้ป่วยจะมีความเครียดในระดับที่แตกต่างกันออกไป ทำให้มีปัญหาการนอนไม่หลับหรือฝันร้าย (Hafsteinsdottir and Grypdonck, 1997) สอดคล้องกับการศึกษาของปราณี มิ่งขวัญ (2542) พบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรกและระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลังมีความเครียดระดับปานกลางร้อยละ 48 และ 64 ตามลำดับ นอกจากนั้นการศึกษาของสายนาท พลไชโย (2543) พบว่าผู้สูงอายุัมพาตครึ่งซีกมีความเครียดในระดับปานกลางร้อยละ 65 และระดับสูงร้อยละ 15 จากภาวะที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ลำบาก ต้องพึ่งพาผู้อื่น อยู่ในภาวะคับข้องใจ ไม่สามารถจัดการหรือควบคุมสิ่งที่จะเกิดขึ้นได้

1.4.9.2 ความวิตกกังวล เป็นพื้นฐานการตอบสนองต่อความเครียดที่กระทำออกมาเพื่อต่อสู้สิ่งที่คุกคาม (Shontz, 1975 อ้างถึงใน วิณา ลิ้มสกุล, 2545) พบในผู้ป่วยระยะเฉียบพลันประมาณร้อยละ 2 และพบในผู้ป่วยช่วงติดตามระยะยาวประมาณร้อยละ 20 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการอย่างน้อย 3 อาการ ได้แก่ กระสับกระส่าย ตึงเครียดหรือปวดศีรษะ สมาธิไม่ดี นอนไม่หลับ รู้สึกเปลี่ยวไม่มีแรง และหงุดหงิดง่าย (สุขเจริญ ตั้งวงศ์ไชย, 2550)

1.4.9.3 ภาวะซึมเศร้า พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถึงร้อยละ 18 – 60

(House et al., 1991 cited in Stenager et al., 1998) จากความพิการทางร่างกายที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อจิตใจ ทำให้การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลง (Lai et al., 2006)

1.4.9.4 ความเหนื่อยล้า จากการศึกษาของ Port et al. (2007) ได้มีการติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 3 เดือน 1 ปี และ 3 ปี พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการเกิดความเหนื่อยล้าร้อยละ 68 ร้อยละ 74 และร้อยละ 58 ตามลำดับ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับเครื่องมือวัดระดับการพึ่งพาและคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.5 การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจุบันความรู้ในด้านการรักษาโรคหลอดเลือดสมองมีการพัฒนาขึ้น เพื่อที่จะพยายามลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยและช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (รังสรรค์ ชัยเสวีกุล, 2547:35-54; นิจศรี ชาญณรงค์, 2550: 27-76) ซึ่งแบ่งออกเป็นระยะดังนี้

1.5.1 การรักษาในระยะเฉียบพลัน การประเมินความเร่งด่วนและรักษาภาวะฉุกเฉินต่างๆ เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากสาเหตุที่แตกต่างกันก่อให้เกิดปัญหาต่อสมองไม่เท่ากัน บางสาเหตุทำให้หลอดเลือดสมองเกิดความผิดปกติเฉพาะที่ เช่น หลอดเลือดสมองอุดตันจากลิ่มเลือด บางสาเหตุทำให้หลอดเลือดสมองผิดปกติหลายตำแหน่ง เช่น ภาวะผนังหลอดเลือดดำอักเสบ นอกจากสาเหตุแล้วตำแหน่งของรอยโรคก็ทำให้เกิดความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน เช่น ที่ตำแหน่ง medulla ซึ่งมีศูนย์การหายใจ แม้อายุโรคขนาดเล็กก็อาจทำให้หยุดหายใจได้ ผลที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละรายก็แตกต่างกัน บางสาเหตุทำให้สมองบวมมาก บางสาเหตุทำให้ความผิดปกติที่อวัยวะอื่นๆ ร่วมด้วย ซึ่งบางครั้งรุนแรงถึงขั้นวิกฤติ เช่น หลอดเลือดสมองแตกจากความดันเลือดที่สูงมากร่วมกับภาวะวิกฤตจากความดันเลือดสูงทำให้เกิดภาวะหัวใจวาย เป็นต้น

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเริ่มด้วยการประเมินหาภาวะที่มีความเร่งด่วนและให้การรักษาภาวะฉุกเฉินต่างๆ จนกว่าผู้ป่วยจะพ้นระยะอันตราย โดยมีลำดับขั้นดังนี้

1.5.1.1 สัญญาณชีพ ลักษณะของสัญญาณชีพที่เป็นอันตรายและควรได้รับการแก้ไขโดยเร็ว ได้แก่

- 1) ชีพจรที่ผิดปกติบางประเภท ได้แก่ หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ และหัวใจเต้นช้าผิดปกติ เป็นต้น
- 2) ความดันเลือดสูงมาก ได้แก่ ระดับความดัน mean arterial

pressure เกิน 160 มม.ปรอท หรือเป็นเหตุให้เกิดภาวะวิกฤติพร้อมด้วย เช่น หัวใจวาย ไตวาย และ encephalopathy

3) ความดันเลือด systolic ต่ำกว่า 90 มม.ปรอท ในท่านอนราบ ซึ่งมักจะทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ อาจส่งผลทำให้โรคหลอดเลือดสมองที่มีความรุนแรงขึ้น

4) อุณหภูมิร่างกายที่สูงขึ้น อาจทำให้อาการของโรคหลอดเลือดสมองเลวลง และอาจบ่งชี้ว่ามีการติดเชื้อ

1.5.1.2 ระบบหายใจ ต้องประเมินว่าผู้ป่วยหายใจได้เองหรือไม่ หายใจได้เพียงพอหรือไม่ และแลกเปลี่ยนออกซิเจนได้เพียงพอหรือไม่ โดยตรวจหาภาวะ cyanosis นับอัตราการหายใจ สังเกตความลึกและความลำบากในการหายใจ ตรวจจากขยายตัวของทรวงอกขณะหายใจ และฟังเสียงลมหายใจ

1.5.1.3 ระบบไหลเวียนเลือด ต้องประเมินว่ามีภาวะหัวใจวายหรือไม่ เกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหรือไม่ และการไหลเวียนของเลือดไปยังอวัยวะสำคัญๆ ได้แก่ สมอง ไต ปอด เพียงพอหรือไม่ โดยการประเมินชีพจร ความดันเลือด ตรวจหาภาวะ cyanosis ปริมาณปัสสาวะ ตรวจปอดและหัวใจ

1.5.1.4 ระดับความรู้สึกตัว เนื่องจากระดับความรู้สึกตัวที่เลวลงบ่งถึงความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ของสมอง จึงเป็นสัญญาณที่สำคัญอย่างหนึ่งถึงความเร่งด่วนในการรักษา ถ้าปล่อยทิ้งไว้นานเกินไปสมองอาจถูกทำลายมากขึ้นจนอาจจะไม่สามารถรักษาให้ฟื้นคืนดั้งเดิมได้ ระดับความรู้สึกตัวสามารถจำแนกได้คร่าวๆ เป็น 5 ระดับ คือ

1) Good conscious หรือ alertness หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยตื่นตัว สามารถรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้อย่างเหมาะสม

2) Drowsiness หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว แต่สามารถเฝ้าให้ตื่นได้โดยง่าย อาจจะตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้เหมาะสมหรือไม่ก็ได้ เมื่อไม่มีสิ่งเร้า ผู้ป่วยจะกลับไปอยู่ในภาวะที่ไม่รู้สึกตัวเช่นเดิม

3) Stupor หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว เฝ้าให้ตื่นได้ยาก อาจจะตอบสนองโดยการขยับตัวหรือส่งเสียงอุทาน

4) Semi coma หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ไม่สามารถเฝ้าให้ตื่นได้ แต่ยังมี deep tendon reflex และ sphincter tone เหลืออยู่

5) Coma หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ไม่สามารถเฝ้าให้ตื่นได้ และไม่มี deep tendon reflex และ sphincter tone

จะเห็นว่ากรจำแนกระดับความรู้สึกตัวเป็น 5 ระดับ ดังกล่าว แม้จะทำได้ง่ายแต่

ยังไม่ละเอียดเพียงพอที่จะใช้ติดตามการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว จึงนิยมประเมินระดับความรู้สึกตัวโดยใช้ Glasgow Coma Scale ร่วมด้วย

1.5.1.5 Glasgow Coma Scale ได้จากการประเมินระดับความรู้สึกตัวโดยประเมินปฏิกิริยาตอบสนองที่ดีที่สุดต่อสิ่งเร้า 3 รูปแบบ ได้แก่ การลืมตา การพูดได้ตอบ และการเคลื่อนไหว โดยให้คะแนนตามระดับของการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ดังนี้

การลืมตา (Eye opening, E)

ลืมตาขึ้นเองโดยไม่มีสิ่งเร้า	4	คะแนน
ลืมตาตอบสนองต่อคำสั่ง	3	คะแนน
ลืมตาตอบสนองต่อการกระตุ้นให้เจ็บ	2	คะแนน
ไม่ลืมตาตอบสนองต่อสิ่งเร้าใดๆ	1	คะแนน

การพูดได้ตอบระดับที่ดีที่สุด (Best verbal response, V)

พูดได้ตอบได้อย่างถูกต้องเหมาะสม	5	คะแนน
พูดได้ตอบได้ แต่สับสนไม่ถูกต้อง	4	คะแนน
พูดได้เป็นคำๆ และไม่ถูกต้อง	3	คะแนน
ส่งเสียงได้ แต่ไม่มีความหมาย	2	คะแนน
ไม่ส่งเสียงโต้ตอบใดๆ ต่อสิ่งเร้า	1	คะแนน

การเคลื่อนไหวระดับที่ดีที่สุด (Best motor response, M)

เคลื่อนไหวได้ตามคำสั่ง	6	คะแนน
เคลื่อนไหวบิดหรือตอบโต้สิ่งเร้าที่ทำให้เจ็บได้	5	คะแนน
เคลื่อนไหวหลบหนีสิ่งเร้าที่ทำให้เจ็บได้	4	คะแนน
เกร็งตัวในท่าอแขนเหยียดขาเมื่อทำให้เจ็บ	3	คะแนน
เกร็งตัวในท่าเหยียดทั้งแขนและขาเมื่อทำให้เจ็บ	2	คะแนน
ไม่มีการเคลื่อนไหวใดๆ เมื่อทำให้เจ็บ	1	คะแนน

ในกรณีที่ไม่สามารถประเมินได้ ให้บันทึกเหตุผลไว้ด้วย เช่น กรณีที่ใส่ท่อช่วยหายใจไม่สามารถประเมินการพูดให้บันทึกว่า V_{tube} หรือในกรณีที่หนังตาบวมปิดให้บันทึกว่า E_{injury} เป็นต้น

1.5.1.6 ระดับความเข้มข้นของเลือด น้ำตาลในเลือด สมดุลน้ำและเกลือแร่ ถ้าผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว และมีประวัติรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำไม่เพียงพอ หรือเป็นเบาหวาน ต้องประเมินและแก้ไขระดับน้ำตาลในเลือด สมดุลน้ำและเกลือแร่ที่แปรปรวนไปโดยเร็ว เพื่อลดการสูญเสียเนื้อสมอง ซึ่งจะทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ

1.5.1.7 การทำงานของตับและไต ควรจะประเมินการทำงานของตับและไต เพื่อใช้ประกอบการวางแผนการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเลือกใช้ยาต่างๆ ที่อาจมีผลข้างเคียงต่อตับและไตได้

1.5.1.8 การประเมินการสูญเสียในการทำหน้าที่ของสมอง ควรเริ่มด้วยการประเมินระดับความรู้สึกตัวดังที่กล่าวมาแล้ว และประเมินเรื่องภาษาว่ามีปัญหา aphasia เกิดขึ้นหรือไม่ ต่อจากนั้นจึงประเมินการทำงานของประสาทสมองคู่ต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกลอกตา การขยับกล้ามเนื้อ ใบหน้า การพูด และการกลืน จากนั้นควรประเมินระบบสั่งการ ในกรณีผู้ป่วยร่วมมือดี มักประเมินกำลังของกล้ามเนื้อด้วยเกณฑ์ของ Medical Research Council ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่

ระดับ 5	คือ	ระดับกำลังของกล้ามเนื้อสูงสุดเป็นปกติ
ระดับ 4	คือ	ระดับที่มีกำลังพอจะต้านแรงจากภายนอกได้ แต่ไม่เต็มที่
ระดับ 3	คือ	ระดับที่พอจะยกขึ้นต้านแรงโน้มถ่วง แต่ไม่สามารถต้านแรงจากภายนอกได้
ระดับ 2	คือ	ระดับที่พอเคลื่อนไหวได้เฉพาะในแนวราบ ไม่พอที่จะยกขึ้นต้านแรงโน้มถ่วงได้
ระดับ 1	คือ	ระดับที่ขยับกล้ามเนื้อได้แต่ไม่แรงพอที่จะขยับข้อต่อได้
ระดับ 0	คือ	ไม่สามารถสั่งการให้มีการขยับกล้ามเนื้อได้เลย

กรณีที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ ให้ประเมินการเคลื่อนไหวของแขนขาโดยเปรียบเทียบกัน สองข้างว่าข้างใดอ่อนแรงกว่า ร่วมกับประเมิน deep tendon และ plantar reflexes

1.5.1.9 การประเมินการกลืน : มีการประเมินการกลืนตั้งแต่แรกในผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลง หรือดื่มน้ำดื่มน้ำอาหารในช่วงแรกจนกว่าจะผ่านพ้นช่วงวิกฤติ เพื่อป้องกันการสำลักและติดเชื้อในปอด

1.5.2 การรักษาเฉพาะในระยะเฉียบพลันสำหรับภาวะสมองขาดเลือด

1.5.2.1 การให้ยาละลายลิ่มเลือด : recombinant tissue-plasminogen activator (rt-PA) ใช้รักษาผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดอย่างเฉียบพลัน โดยจะต้องให้ภายใน 3 ชั่วโมงหลังจากเกิดอาการ

1.5.2.2 การให้ยาด้านเกล็ดเลือด : การใช้แอสไพรินมีประโยชน์บ้าง ถ้าให้การรักษาภายใน 48 ชั่วโมงหลังจากเกิดอาการ

1.5.2.3 การให้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด : Heparin หรือยาในกลุ่ม low -

molecular weight heparin เพื่อรักษาและป้องกันไม่ให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดสมองเป็นมากขึ้น และป้องกันการเกิดสมองขาดเลือดซ้ำ โดยเฉพาะผู้ที่มีสาเหตุมาจากลิ่มเลือดหัวใจ

1.5.2.4 การรักษาโดยการผ่าตัด : เพื่อลดการกดของสมองและอาจต้องตัดสมองบางส่วนที่เสียทิ้งไปเพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วย เช่น craniectomy และ temporal lobe หรือทำเฉพาะ craniotomy และปิดเยื่อหุ้มสมองชั้น dura เพื่อให้สมองที่บวมมีพื้นที่เพิ่มขึ้นและไม่ไปรบกวนสมองส่วนที่ดีที่เหลืออยู่

1.5.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพ : เป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีระดับความสามารถเพิ่มขึ้นเท่าที่สภาพร่างกาย จิตใจ สังคม ของบุคคลนั้นเอื้ออำนวย สามารถช่วยเหลือดูแลตนเองได้อย่างปลอดภัยและยืนยาว เพื่อดำรงตนอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ซึ่งแบ่งเป็นช่วงๆ โดยมีเป้าหมายและแนวทางที่แตกต่างกัน ดังนี้

1.5.3.1 การฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะเฉียบพลัน ควรเริ่มต้นที่ที่ทราบการวินิจฉัย และพ้นจากภาวะที่เป็นอันตรายต่อชีวิต แนะนำให้มีการประเมินด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพภายใน 24 – 48 ชั่วโมง หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัว

1.5.3.2 การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเฉพาะ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระดับความสามารถของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้เหมาะสมกับสภาพของแต่ละบุคคล โดยต้องมีการประเมินผู้ป่วยทั้งด้านสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความสามารถในการสื่อความหมาย ความพร้อมในการเรียนรู้และฝึกหัด รวมถึงแรงจูงใจเพื่อที่จะได้รับทราบถึงศักยภาพของบุคคลเหล่านั้น และจัดโปรแกรมการรักษาที่เหมาะสม

1.5.3.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องตลอดชีวิต การออกจากโรงพยาบาลหรือการหยุดโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพที่สถานบริการ มิใช่เป็นเพียงการสิ้นสุดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยเฉพาะเท่านั้น แต่หมายถึงการเริ่มต้นดำเนินชีวิตใหม่ของผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเขาเหล่านั้นต้องกลับสู่สังคมภายนอก โดยอาจยังคงพบทาบาทเดิมหรือลดทาบาทลงอย่างมาก ต้องมีการปรับตัวอีกครั้ง และอาจค้นพบปัญหาใหม่ๆ ผู้ให้การดูแลควรมีการประเมินและให้คำแนะนำเป็นระยะๆ อย่างน้อยที่สุดในช่วงปีแรก ในการตรวจประเมินควรเน้นที่สภาพร่างกาย การรับรู้ อารมณ์ บทบาทและการปรับตัวเข้าสู่สังคม ได้แก่

- 1) การประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติประจำวัน ซึ่งแบ่งเป็น
 - 1.1) กิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Basic activity of daily living)

ได้แก่

- 1.1.1) การรับประทานอาหาร เมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อย

ต่อหน้า

- 1.1.2) การล้างหน้า หวีผม โกนหนวด แต่งหน้า เป็นต้น
- 1.1.3) การอาบน้ำ
- 1.1.4) การสวมใส่และถอดเสื้อผ้า
- 1.1.5) การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ และการทำความสะอาด

สะอาดหลังขับถ่าย

1.1.6) เคลื่อนย้ายเปลี่ยนอิริยาบถและการเคลื่อนที่ได้แก่ การพลิกตัว การตะแคงตัว ตลอดจนการลุกนั่งในเตียง และการลุกจากที่นอน การย้ายตัวเองจากเตียงไปยังเก้าอี้ การเดินหรือการใช้รถเข็น และการขึ้นลงบันได

1.2) กิจวัตรประจำวันอื่นๆ ที่ต้องใช้อุปกรณ์ (Instrumental activity of daily living, IADL) ได้แก่ การเตรียมอาหาร การดูแลทำความสะอาดบ้าน การซื้อของ การเดินทาง เป็นต้น

2) การประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ และแรงจูงใจ เนื่องจากสภาพจิตใจและอารมณ์มีผลต่อการฝึกฟื้นฟูสมรรถภาพ

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติดัชนีบาร์เทิลเดีแอล (Barthel ADL Index) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดยสุทธิชัย จิตพันธ์กุล และคณะ (2542) ได้นำแบบประเมินของคอลลินและคณะมาดัดแปลงให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและวัฒนธรรมความเป็นอยู่ของคนไทย หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (kappa coefficient) ได้เท่ากับ .79 (ศรีรัตน์ คุ่มสิน, 2546) ซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ซึ่งครอบคลุมเรื่องการรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การสวมใส่เสื้อผ้า การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนย้ายภายในบ้าน และความสามารถในการควบคุมการขับถ่าย

โดยแบ่งระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความต้องการการช่วยเหลือจากผู้ดูแล ได้ 4 ระดับ ตามระดับคะแนนที่ผู้ป่วยสามารถกระทำได้จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้

ช่วงคะแนน	0 – 4	คะแนน	หมายถึง	การพึ่งพาระดับรุนแรงมาก
ช่วงคะแนน	5 – 8	คะแนน	หมายถึง	การพึ่งพาระดับรุนแรง
ช่วงคะแนน	9 – 11	คะแนน	หมายถึง	การพึ่งพาระดับปานกลาง
ช่วงคะแนน	12 – 20	คะแนน	หมายถึง	การพึ่งพาระดับต่ำเล็กน้อย

1.6 ความบกพร่องที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดอัมพาต พยาธิสภาพต่างๆ ของโรคที่เกิดขึ้นทำให้เกิดปัญหาและผลกระทบต่อผู้ป่วย ซึ่งปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับตำแหน่งของหลอดเลือดสมองและขนาดที่เกิดรอยโรค ทำให้มีการสูญเสียการทำงานของหลายระบบ เช่น

1.6.1 ความบกพร่องของระบบประสาทสั่งการ (Motor Impairment) ทำให้มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ไม่สามารถสั่งการให้มีการเคลื่อนไหว (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2547; Wagner, Lang, Sahrman, and Edwards, 2007) ได้แก่ กล้ามเนื้อเกร็งกระตุก ทำให้ไม่สามารถขยับข้อต่อได้อย่างคล่องแคล่ว นอกจากนี้ยังอาจทำให้เกิดความเจ็บปวดและเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น ข้อยึดติด และแผลกดทับ เป็นต้น (วิษณุ กัมทรทิพย์, 2547)

1.6.2 ความบกพร่องในการติดต่อสื่อสาร (Communication disorder) แบ่งเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ ความบกพร่องในการใช้ภาษา (aphasia, language disorders) และความผิดปกติในการพูด (speech disorders) ความบกพร่องในการใช้ภาษาแบ่งเป็นความบกพร่องเฉพาะการแสดงออกทางภาษา เรียกว่า motor aphasia (Broca' s aphasia) และความบกพร่องในด้านความเข้าใจภาษา เรียกว่า sensory aphasia (Wernicke' s aphasia) ผู้ป่วยบางรายมีความบกพร่องทั้งด้านเข้าใจและการแสดงออกทางภาษา เรียกว่า global aphasia ความผิดปกติในการพูดประกอบด้วย การพูดไม่ชัด (dysarthria) เสียงเปลี่ยน (dysphonia) และตั้งใจพูดไม่ได้ (dyspraxia) (ปิยะภัทร พัชรวิวัฒน์พงษ์, 2548: 105)

1.6.3 ความบกพร่องในการรับรู้ (Perceptual impairment) ผู้ป่วยบางรายจะมีปัญหาด้านการรับรู้ และการแปลความหมายของสิ่งที่มากระตุ้นระบบรับรู้โดยที่ไม่มีการสูญเสียการทำงานของระบบประสาทรับรู้ความรู้สึกและระบบประสาทสั่งการ ผู้ป่วยจะไม่สามารถรับรู้หรือตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้นด้านตรงข้ามกับสมองส่วนที่มีพยาธิสภาพหรือละเลยส่วนของร่างกายซีกซ้าย (กฤษณา พิวเวช, 2550: 210)

1.6.4 ความบกพร่องของลานสายตา (Visual field deficit) มีพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับหลอดเลือดสมองทำให้เกิดการบกพร่องในการเห็นโดยมีลานสายตาแคบลงหรือเสียไปด้านหนึ่ง (hemianopsia) ได้ (อรฉัตร โทษยานนท์, 2539)

1.6.5 ความบกพร่องของประสาทสัมผัส (Peripheral sensory deficit) ผู้ป่วยมักมีความผิดปกติของความรู้สึกสัมผัส เช่น ความปวด, อุนหภูมิ, การสัมผัส, การเคลื่อนไหวของข้อต่อ และการสัมผัสเพื่อน ซึ่งความผิดปกติเหล่านี้จะเสียไปมากหรือน้อยขึ้นกับตำแหน่งของพยาธิสภาพ (กฤษณา พิวเวช, 2550)

1.6.6 ความบกพร่องด้านการกลืนอาหาร (Dysphagia) ส่วนใหญ่จะพบในผู้ป่วยระยะเฉียบพลันประมาณร้อยละ 19 – 50 (Wolfe et al., 1993; Westergren et al., 1999 cited in Carlsson, 2004) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจะมีปัญหาเรื่องของการเคี้ยวอาหารจนถึงไม่สามารถกลืนอาหารหรือน้ำได้ ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดการสำลักเป็นปอดอักเสบ (กฤษณา พิวเวช, 2550)

1.6.7 ความบกพร่องด้านการควบคุมการขับถ่าย (Uninhibited bladder and bowel) ผู้ป่วยมักจะมีปัญหาในเรื่องการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ส่วนใหญ่มักมีอาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ปัสสาวะกะปริดกะปรอย ส่วนผู้ป่วยบางรายจะมีอาการท้องผูกเนื่องจากลำไส้ใหญ่บีบตัวลดลง ร่วมกับการได้รับน้ำไม่เพียงพอ รับประทานอาหารที่มีกากใยน้อยและร่างกายขาดการเคลื่อนไหว เมื่อมีอุจจาระอุดตันในลำไส้ใหญ่นานๆ ก็จะกลายเป็นสาเหตุทำให้มีอุจจาระเล็ดราดได้ (กฤษณา พิวเวช, 2550: 214)

1.6.8 ความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ พบว่าประมาณร้อยละ 58 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากภาวะทางจิตใจและอารมณ์ เช่น ความกลัว ความกังวลใจ บางรายอาจมีสาเหตุด้านร่างกาย เช่น อาการกล้ามเนื้อเกร็ง กล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือปัสสาวะกะปริดกะปรอย มีผลทำให้ไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ (อรฉัตร โตะยานนท์, 2539; กฤษณา พิวเวช, 2550) สภาพดังกล่าวมีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยทำให้สมรรถภาพของร่างกายในการเผชิญกับสิ่งที่คุกคามภายนอกลดลง ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ ด้วยตนเองได้เช่นเดิม ซึ่งจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา (กฤษณา พิวเวช, 2550: 216-223) เช่น

1.6.8.1 ข้อไหล่เคลื่อน (Shoulder subluxation) พบได้ประมาณร้อยละ 50 – 80 เกิดจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อรอบๆ หัวไหล่ ร่วมกับการสูญเสียความตึงตัวของเอ็นและเยื่อหุ้มข้อ ทำให้หัวกระดูก humerus เคลื่อนออกจากเบ้า (subluxation)

1.6.8.2 การสำลัก (Aspiration) ภาวะกลืนลำบากพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อาจทำให้เกิดการสำลักและปอดอักเสบ การสำลักเกิดขึ้นได้ในทุกขั้นตอนของการกลืน เช่น กล้ามเนื้อที่ควบคุมการเคี้ยว และการกลืนอ่อนกำลังลง หรือรีเฟล็กซ์ที่ควบคุมการกลืนผิดปกติ

1.6.8.3 การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary Tract Infection) พบได้บ่อยประมาณร้อยละ 30 – 40 สาเหตุเกิดจากการมีภาวะ neurogenic bladder ปัญหาด้านการสื่อสาร ความจำบกพร่อง หรือการถ่ายปัสสาวะในท่านอนหงายทำให้ปัสสาวะออกไม่หมด มีปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะหลังการเบ่งถ่าย

1.6.8.4 แผลกดทับ (Pressure ulcer) แผลกดทับเป็นแผลที่เกิดจากแรงกดสูงๆ

เป็นเวลานาน ทำให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงบริเวณนั้นได้ไม่สะดวกจนมีเนื้อตายเกิดขึ้นพบได้ร้อยละ 14.5 ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากมีปัจจัยต่างๆ ที่ส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับได้ง่าย เช่น การนอนท่าเดียวเป็นเวลานานๆ หรือมีปัสสาวะเร็ดราดบ่อยๆ เป็นต้น

1.6.8.5 ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ (Deep Vein Thrombosis: DVT)

ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำเกิดจากเลือดในหลอดเลือดดำไหลช้ากว่าปกติ และออกซิเจนไปเลี้ยงผนังหลอดเลือดต่ำลง ร่วมกับมีการทำลายของผนังหลอดเลือด ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ได้รับการรักษามีโอกาสเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำได้มากถึงร้อยละ 75 โดยเฉพาะขาข้างที่เป็นอัมพาต พบบ่อยในสัปดาห์แรกหลังเป็นอัมพาต ตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุดคือ หลอดเลือดดำบริเวณน่อง อาการและอาการแสดงของ DVT คือ ปวดและบวมบริเวณที่มีลิ่มเลือดอุดตัน แต่บางรายอาจไม่แสดงอาการ

1.6.8.6 การล้ม (Falling) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสลื่นล้มได้ง่ายทั้งในระยะเฉียบพลัน และระยะฟื้นฟู โดยพบอุบัติการณ์การล้มร้อยละ 14 ระหว่างการดูแลระยะเฉียบพลันร้อยละ 24 ระหว่างการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน และร้อยละ 39 ในหอผู้ป่วย

1.6.8.7 กล้ามเนื้อและข้อติดแข็ง (Spasticity and joint contracture) ประมาณร้อยละ 65 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อแขนขาข้างที่เป็นอัมพาตเมื่อเข้าสู่ระยะฟื้นฟู อาการเกร็งไม่มากอาจไม่จำเป็นต้องรักษา เพราะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ดีขึ้น เดินได้ดีขึ้น แต่ถ้ามีอาการเกร็งมากก็จะรบกวนการทำกิจวัตรประจำวัน หรือมีอาการเจ็บปวดและถ้าเป็นนานๆ ก็จะทำให้ข้อยึดติดได้

2. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะต้องเป็นไปอย่างมีระบบและขั้นตอน สามารถตรวจสอบประสิทธิภาพหรือคุณภาพของการให้การพยาบาลได้ และก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยเป็นอย่างดี โดยพิจารณาเป็นระยะๆ ดังต่อไปนี้คือ

2.1 การพยาบาลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน : ระยะเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนกระทั่งอาการคงที่ ซึ่งมักจะใช้เวลา 24 – 48 ชั่วโมง แต่ในผู้ป่วยบางรายอาจนานกว่านี้ ในระยะนี้จะต้องดูแลรักษาชีวิตและหน้าที่ของร่างกายที่สำคัญของผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยในระยะแรกอย่างมีประสิทธิภาพจะมีผลต่อผู้ป่วยมากในเรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความพิการอย่างถาวรที่จะตามมา เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นและจุดสำคัญของการดูแล คือ การรักษาทางเดินหายใจให้โล่งและคอยเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของ

สัญญาณชีพ เพื่อรายงานแพทย์ให้การช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งที่ จนกระทั่งอาการของผู้ป่วยคงที่ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1.1 การป้องกันการขาดออกซิเจน เช่น การดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูดเสมหะตามความจำเป็นและไม่นานเกิน 15 วินาที เพราะถ้าดูดนานเกินกว่านี้อาจทำให้เพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) นอกจากนี้การที่มีภาวะขาดออกซิเจนจะทำให้สมองส่วนที่ขาดเลือดได้รับความเสียหายรุนแรงมากขึ้น (นิจศรี ชาญณรงค์, 2550)

2.1.2 การตรวจและประเมินอาการแสดงของระบบประสาททุก 1 – 2 ชั่วโมง จนกว่าอาการจะคงที่ ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว ปฏิกริยาของรูม่านตาต่อแสง การเคลื่อนไหวและการรับความรู้สึก และสัญญาณชีพต่างๆ เป็นสังเกตความเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้การพยาบาลได้ทันทั่วทั้งที่ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

2.1.3 เพื่อป้องกันการเกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง การจัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา หรือนอนให้ศีรษะสูงประมาณ 15 – 30 องศา ศีรษะวางอยู่ในท่าที่สบาย เพื่อให้เลือดดำไหลกลับสะดวก การที่ไม่ให้ผู้ป่วยนอนราบเพราะเลือดดำคั่งในสมอง หากนอนศีรษะสูงเกินไปจะทำให้เกิดสมองเลื่อน (brain herniation) ได้ และจัดให้นอนในท่าคอและสะโพกเหยียดตรง เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนเลือด (นภาพรณ กวางทอง และวิจิตรา กุสุมภ์, 2546)

2.1.4 การมีไข้สูงในระยะแรกของการเกิดภาวะสมองขาดเลือดมีความสัมพันธ์กับความพิการและอัตราการตายที่สูงขึ้น เนื่องจากทำให้สมองต้องใช้พลังงานมากขึ้นและมีการหลั่งของสารสื่อประสาทและอนุมูลอิสระเพิ่มขึ้น (นิจศรี ชาญณรงค์, 2550) ดังนั้นเมื่อพบผู้ป่วยมีไข้ควรรีบให้การพยาบาลเพื่อลดไข้ด้วยวิธีต่างๆ เช่น การเช็ดตัวลดไข้พร้อมกับเปิดพัดลม เพื่อช่วยในการระบายความร้อน การใช้ผ้าห่มที่มีอุณหภูมิต่ำ หรือการให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษาของแพทย์ (นภาพรณ กวางทอง และวิจิตรา กุสุมภ์, 2546)

2.1.5 ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันสมองบวม (นภาพรณ กวางทอง และวิจิตรา กุสุมภ์, 2546)

2.2 การพยาบาลผู้ป่วยเมื่อพ้นระยะเฉียบพลัน : ในระยะนี้ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ การดูแลก็ผ่านจากระยะเฉียบพลันเข้าสู่ระยะที่มุ่งรักษาหน้าที่ของร่างกายและป้องกันโรคแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่สภาพที่จะฟื้นฟูสมรรถภาพได้ดีที่สุดและเร็วที่สุด ได้แก่ การดูแลความสะอาดสุขวิทยาส่วนบุคคล การออกกำลังกายด้วยการ passive range of motion ตามข้อต่างๆ ของผู้ป่วย เพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบ และข้อติดแข็ง การเปลี่ยนท่านอนอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ดูแลให้อาหารเพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วยและแผนการรักษาของแพทย์ นอกจากนั้นต้องช่วยเหลือเอื้ออำนวยให้ผู้ผู้ป่วยเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากโรคและความพิการที่เหลืออยู่

อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) รวมทั้งการให้ความรู้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งกระตุ้นและฝึกผู้ป่วยให้สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ดูแลด้านอารมณ์และจิตใจ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยและญาติ (กฤษณา พิวเวช, 2550)

2.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพ : การฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลต้องอาศัยการประเมินถึงความบกพร่องของหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายและส่วนดีที่ยังเหลืออยู่อย่างมีระบบ โดยการทำงานร่วมกันของบุคลากรทีมสุขภาพ จุดสำคัญของการดูแลมุ่งที่จะช่วยผู้ป่วยให้เรียนรู้ทักษะต่างๆ ที่สูญเสียไปใหม่ เพื่อให้จะให้พึ่งตนเองได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ แม้จุดสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในระยะนี้จะเน้นที่การฟื้นฟูสมรรถภาพ แต่ยังคงเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) โดยพยาบาลในบทบาทของการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง จึงต้องทำหน้าที่ประสานงานให้ความร่วมมือกับบุคลากรทุกฝ่าย เพื่อให้การดำเนินการฟื้นฟูสภาพเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้พยาบาลยังต้องเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยแก่บุคลากรในแต่ละฝ่ายและร่วมปรึกษาหารือเพื่อวางแผนการแก้ไขปัญหาต่อไป (เจียมจิต สุวรรณแสง, 2541)

2.4 การวางแผนจำหน่ายกลับบ้าน : ในระหว่างที่ผู้ป่วยยังอยู่ในโรงพยาบาลจะต้องมีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้มีความพร้อมก่อนที่จะออกจากโรงพยาบาล โดยการเตรียมการทั้งผู้ป่วยและญาติจะต้องมีส่วนร่วมในการวางแผนและจัดเตรียมเพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อม (นิจศรี ชาญณรงค์, 2550) ซึ่งต้องใช้เวลาก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับไปบ้าน และเป็นการให้เวลากับญาติในการเตรียมตัวตนเองหรือผู้ที่จะให้การดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะได้รับการสอนและการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจากพยาบาล และบุคลากรในทีมสุขภาพแต่ละฝ่าย ตั้งแต่ในขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล เช่น การออกกำลังกาย การเคลื่อนย้าย และการเคลื่อนที่ การสังเกตอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นที่ควรจะรีบนำผู้ป่วยไปพบแพทย์ เช่น ปวดศีรษะมาก วิงเวียน มีอาการอ่อนแรงของแขนขามากขึ้น ตาพร่ามัว รวมทั้งการทำความเข้าใจต่อการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย อาการซึมเศร้า ตลอดจนผลข้างเคียงของยาที่รับประทาน เช่น ถ่ายดำ และความถี่ของการกลับมาตรวจตามที่แพทย์นัด รวมทั้งแหล่งบริการสุขภาพในชุมชนใกล้บ้านที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถใช้บริการได้ (เจียมจิต สุวรรณแสง, 2541)

3. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด

3.1 ความหมายของความเครียด

มีนักวิชาการหลายคนได้ให้ความหมายของความเครียดไว้ดังต่อไปนี้

Selye (1976) ได้ให้ความหมายของความเครียดว่า เป็นกลุ่มอาการที่ร่างกายแสดง ปฏิกริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคาม เช่น สภาพการณ์ที่เป็นพิษหรือสิ่งเร้าที่เติมไปด้วยอันตราย อันมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายเกี่ยวกับโครงสร้างและสารเคมีเพื่อต่อต้านการ คุกคามนั้น ปฏิกริยาตอบสนองเหล่านี้จะแสดงในรูปของการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ซึ่งนำไปสู่ อาการต่างๆ เช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

Lazarus and Folkman (1984) ได้ให้ความหมายของความเครียดว่า เป็นเหตุการณ์ที่ บุคคลประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และตนต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่มีอยู่ อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง นั่นคือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การประเมินความ สมดุลระหว่างความต้องการกับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ของบุคคลนั้น การตัดสินใจว่าจะเครียดของ บุคคลต้องผ่านกระบวนการทางปัญญา

Miller, Smith, and Rothstein (1993) ได้ให้ความหมายของความเครียดว่า ภาวะตั้ง เครียดที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้ต่อแรงกดดันทั้งภายในและภายนอกตนเอง ทำให้ร่างกาย เปลี่ยนแปลงมีปฏิกริยาตอบสนองเกิดอาการในระบบต่างๆ

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2539) ให้ความหมายของความเครียดว่า เป็นภาวะ ที่บุคคลรู้สึกถูกกดดัน ไม่สบายใจ กลัว วิตกกังวล ตลอดจนถูกบีบคั้น เกิดจากการที่บุคคลรับรู้หรือ ประเมินสิ่งที่เข้ามาในประสบการณ์ของตนว่าเป็นสิ่งที่คุกคามจิตใจหรือก่อให้เกิดอันตรายแก่ ร่างกาย อันเป็นผลให้สภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจเสียไป ซึ่งเป็นปฏิกริยาตอบสนองหลาย อย่าง เช่น การใช้กลไกป้องกันตัวเอง การเปลี่ยนแปลงด้านสรีระ ด้านพฤติกรรม ด้านความนึกคิด และด้านอารมณ์ความรู้สึกกดดันหรือความเครียดเหล่านี้คลายลงและกลับเข้าสู่ภาวะสมดุลอีก ครั้ง

อัมพร โอตระกูล (2538) กล่าวว่า ความเครียดเป็นความรู้สึกและเป็นปฏิกริยาตอบสนอง ทางร่างกายและจิตใจของตัวบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าหรือสถานการณ์อันไม่พึงปรารถนา

พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน (2542) ได้ให้ความหมายของความเครียดว่า เป็นลักษณะ อาการที่สมองไม่ได้ผ่อนคลาย เพราะคร่ำเคร่งอยู่กับงานจนเกินไป หรือลักษณะอาการที่จิตใจมี อารมณ์บางอย่างมากกดดันความรู้สึกอย่างรุนแรง

จำลอง ดิษยวณิช และ พรีเม้เพรา ดิษยวณิช (2545) กล่าวว่า ความเครียดเป็นความกดดันจากสิ่งเร้าภายนอกหรือภายในที่มีต่อชีวิตประจำวันของเรา และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีหรือไม่ดีก็ได้

กล่าวโดยสรุปว่า ความเครียด หมายถึง ภาวะที่บุคคลรับรู้ว่าคุณค่าความจากเหตุการณ์ต่างๆ มีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง ทำให้สภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจเสียไปมีปฏิกริยาตอบสนองหลายอย่าง ซึ่งการที่จะประเมินว่าเป็นความเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับกระบวนการตัดสินใจทางปัญญาของแต่ละบุคคล

3.2 สาเหตุของความเครียด

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2548) อธิบายว่ามีสาเหตุดังนี้

1. สาเหตุจากจิตใจ เช่น ความต้องการต่างๆ ที่เกิดขึ้นในจิตใจและกลัวว่าจะไม่ได้ดังที่ต้องการที่หวังไว้ จะทำให้คนๆ นั้นเกิดความเครียด เช่น กลัวสอบไม่ผ่าน กลัวทำงานที่ได้รับมอบหมายไม่สำเร็จ ปมด้อยต่างๆ ที่เกิดขึ้นในจิตใจ เช่น ตนไม่สวยอย่างคนอื่น ตนไม่รวยเท่าคนอื่น ฯลฯ
2. สาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงในชีวิตความเปลี่ยนแปลงต่างๆ สถานการณ์ที่ทำให้คนเรามีความเครียด เช่น เมื่อต้องเข้าโรงเรียนใหม่ เข้าทำงานใหม่ เมื่อต้องแต่งงาน เมื่อต้องเปลี่ยนงาน ย้ายงาน ย้ายบ้าน ความตายของคนที่รัก ฯลฯ
3. สาเหตุจากความเจ็บป่วย เช่น การเจ็บไข้ได้ป่วยต่างๆ ไป การป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคถุงลมโป่งพอง โรคเอดส์ ฯลฯ

3.3 ระดับของความเครียด

ระดับความเครียด หมายถึง ระดับความรุนแรงที่บุคคลรู้สึกหรือรับรู้ได้จากสถานการณ์ที่มาคุกคาม (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ, 2540) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1. ความเครียดระดับต่ำ (Mild stress) เป็นความเครียดเพียงเล็กน้อยที่พบได้ในชีวิตประจำวันสามารถหายได้เอง โดยใช้ระยะเวลาที่สั้น ไม่มีผลเสียต่อการดำเนินชีวิตประจำวันใช้พลังงานเพียงเล็กน้อยในการปรับตัวจัดเป็นภาวะที่ร่างกายผ่อนคลาย
2. ความเครียดระดับปานกลาง (Moderate stress) เป็นความเครียดที่เกิดในชีวิตประจำวัน เนื่องจากมีสิ่งคุกคามหรือมีเหตุการณ์สำคัญที่บุคคลจะมีการตอบสนองออกมาในลักษณะความกลัว ความวิตกกังวล จัดอยู่ในเกณฑ์ปกติไม่รุนแรง เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลกระตือรือร้นมากกว่าจะก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย

3. ความเครียดระดับสูง (High stress) เป็นความเครียดที่เกิดจากเหตุการณ์ที่มีแรงกดดันสูง บุคคลไม่สามารถปรับตัวลดความเครียดนั้นได้ในระยะเวลาสั้นๆ จัดเป็นความเครียดในระดับอันตราย หากไม่ได้รับการบรรเทาอาจทำให้เกิดความเครียดเรื้อรัง

4. ความเครียดระดับรุนแรง (Severe stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องทำให้ล้มเหลวในการปรับตัว เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ ควบคุมตนเองไม่ได้ จัดเป็นความเครียดในระดับอันตราย หากไม่ได้รับการบรรเทาจะทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายเกิดโรคตามมา

3.4 ทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียด

เนื่องจากความเครียดเป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้ในทุกเพศทุกวัย จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเครียด มีนักทฤษฎีได้ให้ความหมายของความเครียดแตกต่างกันไป คือ

3.4.1 ความเครียดเป็นปฏิกิริยาการตอบสนอง (Selye, 1976: 38) โดยอธิบายว่าความเครียดเป็นการตอบสนองของบุคคลต่อตัวกระตุ้น ซึ่งการตอบสนองนั้นจะแสดงออกในลักษณะของกลุ่มอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง ที่เรียกว่า กลุ่มอาการการปรับตัวโดยทั่วไป

3.4.2 ทฤษฎีความเครียดของโฮล์มส์และเรย์ (Holmes and Rahe, 1967 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) ทฤษฎีนี้กล่าวถึงความเครียดว่าเป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วย โดยเชื่อว่าเหตุการณ์ต่างๆ ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตถือเป็นความเครียดที่ทำให้มนุษย์ต้องปรับตัว ดังนั้นบุคคลที่มีเหตุการณ์ที่ทำให้ชีวิตเปลี่ยนแปลงมากจะมีโอกาสเกิดความเจ็บป่วยได้สูง

3.4.3 ทฤษฎีความเครียดของลาซารุส (Lazarus and Folkman, 1984) ได้พัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับความเครียด การประเมินตัดสิน และการเผชิญกับความเครียดซึ่งแตกต่างไปจากนักทฤษฎีคนอื่นที่กล่าวมา คือกลุ่มนี้มองความเครียดว่าไม่ได้ขึ้นอยู่กับบุคคลหรือสิ่งแวดล้อม แต่คนกับสิ่งแวดล้อมจะมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ดังนั้นความเครียดจึงหมายถึงเหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเองและตนจะต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือกำลัง นั่นคือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการ กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ของบุคคลนั้น การตัดสินภาวะเครียดของบุคคลต้องผ่านกระบวนการทางปัญญา เมื่อบุคคลเกิดความเครียดขึ้นจะตอบสนองโดยการแสดงออกเป็นความโกรธ ซึมเศร้า วิดกกังวล หรือบางคนอาจรู้สึกว่าการทำร้ายมากกว่าคุกคาม การรับรู้ที่แตกต่างกันเนื่องจากแต่ละบุคคลมีประสบการณ์และพัฒนาการทางสติปัญญาที่จะรับรู้แตกต่างกันตามประสิทธิภาพในการทำงานของระบบการให้สติปัญญาของแต่ละคนที่จะจำแนกรับรู้สถานการณ์ที่กำลังเผชิญว่าเป็นอันตราย คุกคาม หรือทำร้ายต่อความมั่นคงปลอดภัยของชีวิต

จากการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับผลกระทบของโรคทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมไม่เหมือนกัน ความเครียดที่เกิดขึ้นจึงแตกต่างกันตามการประเมินทัศนคติของผู้ป่วย ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ความหมายของความเครียดตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) เนื่องจากเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลที่ประเมินว่าเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญว่าเป็นอันตราย คุกคาม หรือทำร้ายต่อความมั่นคงปลอดภัยของชีวิต

3.5 ความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองมีลักษณะของการเกิดโรคอย่างทันทีทันใด โดยที่ผู้ป่วยและญาติ ไม่ได้คาดคิดหรือเตรียมตัวมาก่อน หรือคาดว่าอาจจะเกิดขึ้นได้แต่ไม่ใช่เวลานี้ ดังนั้นย่อมก่อให้เกิดความเครียดขึ้นทั้งกับตัวผู้ป่วยเองและญาติผู้ใกล้ชิด ในผู้ป่วยที่แต่งงานแล้วภาวะของโรคที่เกิดขึ้นเท่ากับเกิดกับบุคคลสองคนในเวลาเดียวกัน คือ ตัวผู้ป่วยเองและคู่สมรส โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุมากจึงเปรียบเสมือนสิ่งที่คุกคามต่อชีวิตของเขาทั้งสอง ประกอบกับอาการของโรคที่เกิดขึ้นนอกจากจะเสี่ยงต่อการคุกคามต่อการมีชีวิตของผู้ป่วยในระยะแรกแล้ว ยังก่อให้เกิดความบกพร่องหรือความพิการของร่างกาย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความกลัวและความวิตกกังวล เกี่ยวกับสภาวะของผู้ป่วยในขณะที่เฉียบพลันและการดำเนินชีวิตในอนาคต ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวอาจจะแสดงปฏิกิริยาต่างๆ เช่น กลัว ปฏิเสธ ซึมเศร้า หรือโกรธ ในระยะต่อมาผู้ป่วยมักจะมีอาการโศกเศร้าหรือทุกข์ตรม ซึ่งเป็นผลเนื่องมาจากความพิการทางร่างกายที่เกิดขึ้น เช่น การอ่อนแรงของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความรู้สึก และการรับรู้ การเปลี่ยนแปลงของกระบวนการความคิด ความบกพร่องในการสื่อสาร ซึ่งมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและบทบาททางสังคม ผู้ป่วยบางรายมีอาการซึมเศร้า วิตกกังวล ทำให้ผู้ป่วยเสียพลังงานเป็นอย่างมาก น้ำหนักร่างกายลดลง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ นอกจากนี้ความพิการที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยกระทำกิจกรรมต่างๆ เป็นไปได้ด้วยความยากลำบาก แม้จะเป็นกิจกรรมง่ายๆ ผู้ป่วยก็ต้องใช้เวลาและพลังงานมากกว่าปกติ จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโกรธ และมีความคับข้องใจเกิดขึ้น (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541: 145-146)

อย่างไรก็ตามในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา อัตราและความชุกของการเกิดโรคเรื้อรังและโรคที่เกี่ยวข้องกับความตึงเครียดด้านอารมณ์เพิ่มสูงขึ้น ทำให้เกิดความสูญเสียด้านทรัพยากรบุคคล ค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น นักวิจัยพยายามค้นหาวิธีการเยียวยารักษาโรค เพื่อลดค่าใช้จ่าย ด้วยวิธีการลดความตึงเครียด ซึ่งการค้นพบครั้งนี้ทำให้นักวิทยาศาสตร์มีความเข้าใจกลไกของจิตที่มีการทำงานของร่างกาย ผลกระทบของจิตที่มีต่อกายและการเจ็บป่วย เป็นการค้นพบปฏิสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการของจิตและประสาทอัตโนมัติ ระบบภูมิคุ้มกัน และระบบประสาท เป็นเรื่อง

ของการทำงานของจิตประสานกาย หรือจิตประสาทภูมิคุ้มกันวิทยา (Psychoneuroimmunology: PNI) ซึ่งเป็นวิทยาศาสตร์แขนงใหม่ที่พยายามทำความเข้าใจปฏิกิริยาและการควบคุมการทำงานของร่างกายระหว่างระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย (Immune system) ระบบประสาท (Nervous system) และระบบจิตใจ (Psyche: PS) ในสภาวะที่ร่างกายและเซลล์ถูกทำลายจากเชื้อโรคหรือสภาวะที่เซลล์ทำงานไม่ได้ ขาดความสมดุลเนื่องจากการบุกรุกโดยเชื้อจุลินทรีย์หรือในสภาวะเครียด (สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี, 2549: 17)

ซึ่งจากการศึกษาของ Skinner et al., 2006 เกี่ยวกับจิตประสาทภูมิคุ้มกันวิทยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมาพบว่า การทำหน้าที่ของระบบหัวใจหลอดเลือดและระบบประสาทนั้นมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองได้รับบาดเจ็บ ภาวะสมองขาดเลือด หรือการฟื้นคืนสภาพของสมอง ซึ่งปัจจุบันให้ความสนใจเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบภูมิคุ้มกัน ระบบประสาท และระบบต่อมไร้ท่อ เนื่องจากระบบต่างๆ เหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของระบบประสาทอัตโนมัติภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น อุดกัมมิมูร่างกายสูงขึ้น การบาดเจ็บของสมองรุนแรงมากขึ้น หรือส่งเสริมให้เกิดภาวะติดเชื้อง่าย มีผลทำให้อาการของโรคหลอดเลือดสมองรุนแรงมากขึ้น (Reith et al., 1996) ซึ่งจากการค้นพบที่ผ่านมาพบว่าระบบต่อมไร้ท่อส่งผลกระทบทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองและมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองขาดเลือดเนื่องจากมีฮอร์โมนและสารชีวเคมีต่างๆ เช่น CRH, corticotrophin, thyroropin-releasing hormone, orexin มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Katsumata et al., 2001; Schwarz S et al., 2003; De Michele et al., 2005; Nakamachi et al., 2005 cited in Skinner et al., 2006) และ the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis (Fassbender et al., 1994 cited in Skinner et al., 2006) และ gonadal steroid (Zeitoun and Carr, 1999 cited in Skinner et al., 2006) ทำให้ส่งผลกระทบต่อโรคหลอดเลือดสมอง

อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่ายังไม่มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาทางด้านจิตใจที่ทำให้โรคหลอดเลือดสมองรุนแรงมากขึ้น แต่มักจะพบภาวะสมองขาดเลือดมีผลต่อพฤติกรรม สภาวะทางอารมณ์ ภาวะซึมเศร้า และความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

3.6 ผลของความเครียด

ความเครียดในระดับต่ำและความเครียดในระยะเวลาที่ไม่นานเกินไปมักเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลทำสิ่งต่างๆ อย่างกระตือรือร้น ได้ฝึกที่จะแก้ไขปัญหา มีความคิดสร้างสรรค์ อวัยวะต่างๆ ในร่างกายได้มีโอกาสที่จะรับมือกับภาวะเครียดที่เกิดขึ้น แต่ถ้าความเครียดในระดับรุนแรงหรือที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานๆ ก็กลับจะก่อให้เกิดผลเสียต่างๆ มากมาย (กรมสุขภาพจิต, 2539) ดังนี้

3.6.1 ผลเสียทางด้านสรีระ เมื่อบุคคลตกอยู่ในภาวะเครียดเป็นเวลานานๆ จะทำให้สุขภาพร่างกายเลวลงเนื่องจากเกิดความไม่สมดุลของระบบฮอร์โมน ฮอร์โมนเป็นชีวเคมีที่สำคัญของร่างกายเป็นตัวทำหน้าที่ช่วยควบคุมการทำงานของระบบต่างๆ ภายในร่างกาย เนื่องจากร่างกายเกิดภาวะฮอร์โมนไม่สมดุลการทำงานของระบบต่างๆ ภายในก็จะบกพร่อง ทำให้เกิดอาการตั้งแต่ปวดศีรษะ ปวดหลัง อ่อนเพลีย เจ็บตรงนั้นตรงนี้ หรือทำให้เกิดโรคทางกายที่มีสาเหตุมาจากจิต เช่น หน้ามืดเป็นลม เจ็บหน้าอก ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หลอดเลือดอุดตัน โรคอ้วน แผลในกระเพาะอาหาร และลำไส้เล็ก โรคหอบหืด โรคแพ้ต่างๆ โรคผิวหนัง ผมหงอก และโรคมะเร็ง หรือความเครียดที่รุนแรงมากๆ อาจมีผลทำให้บุคคลเสียชีวิตได้หรือทำให้โรคที่เป็นอยู่เดิมกำเริบ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ความเครียดที่รุนแรงมากๆ อาจมีผลให้บุคคลเสียชีวิตได้

3.6.2 ผลเสียทางด้านจิตใจและอารมณ์ จิตใจของบุคคลที่เครียดจะเต็มไปด้วยการหมกหมุ่น ครุ่นคิด ไม่สนใจสิ่งรอบตัวใจลอย ขาดสมาธิ หลงลืม ตัดสินใจไม่ได้ ลังเล ความระมัดระวังตัวในการทำงานเสียไป เป็นเหตุให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย จิตใจขุ่นมัว หงุดหงิด ซึมเศร้า สูญเสียความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะจัดการกับชีวิตของตนเอง เศร้าซึม กระสับกระส่าย กระวนกระวาย คับข้องใจวิตกกังวล ขาดความภูมิใจในตนเอง หมดหวัง ท้อแท้ ในบางรายที่ตกอยู่ในภาวะเครียดอย่างยาวนานมากๆ อาจก่อให้เกิดอาการทางจิตจนกลายเป็นโรคจิต โรคประสาทได้

3.6.3 ผลเสียทางด้านความคิด บุคคลจะมีกระบวนการคิดที่นอกจากจะไม่ก่อให้เกิดประโยชน์แล้ว ยังเป็นโทษกับตนเองเป็นผลให้ความเครียดยิ่งทับถมทวีคูณ ในหลายกรณีความเครียดที่เกิดขึ้นจากสภาพการแรกที่มาคุกคามยังไม่มากเท่ากับความเครียดที่เกิดจากความคิดต่อมาของบุคคล เช่น คิดวิพากษ์วิจารณ์ตนเองในทางลบ คิดแบบท้อแท้หมดหวัง คิดบิดเบือนไม่มีเหตุผล คิดเข้าข้างตนเองและโทษผู้อื่น คิดแปลความหมายสภาพการณ์นั้นผิดพลาด เป็นต้น

3.6.4 ผลเสียทางด้านพฤติกรรม บุคคลที่มีความเครียดจะเบื่ออาหาร นอนหลับยาก ปัสสาวะ

ตัวจากสังคม ซึ่งจะทำให้ตนเองตกอยู่ในปัญหาและความเครียดอย่างโดดเดี่ยว ก้าวร้าวไม่อดทน พร้อมที่จะเป็นศัตรูกับผู้อื่นทำงานได้น้อยลงและบ่อยครั้งบุคคลจะมีการปรับตัวในทางที่ผิดเพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ดิทยา เล่นการพนัน หรือแม้แต่การฆ่าตัวตาย ซึ่งการกระทำเหล่านี้ก็จะก่อให้เกิดผลร้ายตามมาอีก

3.6.5 ผลเสียทางด้านเศรษฐกิจ ความเครียดก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างใหญ่หลวงจากการขาดงาน ผลการทำงานน้อยลงและมีประสิทธิภาพด้อยลง เมื่อบุคคลเจ็บป่วยก็ย่อมต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

3.7 การประเมินความเครียด

การประเมินความเครียดสามารถจำแนกวิธีการประเมินได้ดังต่อไปนี้

3.7.1 การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา โดยการวัดการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายของผู้ที่อยู่ในภาวะเครียด เช่น อัตราการเปลี่ยนแปลงการเต้นของหัวใจ การหายใจ ความดันโลหิต การหดตัวและการคลายตัวของกล้ามเนื้อ การทำงานของต่อมเหงื่อ เครื่องมือไบโอฟีดแบคควบคุมการผ่อนคลายความเครียดกล้ามเนื้อ (มรรยาท รุจิวิทย์, 2548) และระดับคอร์ติซอล (King and Hegadoren, 2002)

3.7.2 การประเมินโดยใช้แบบสอบถามหรือแบบวัดให้ผู้ถูกประเมินตอบด้วยตนเอง เป็นการประเมินหรือวัดภาวะเครียดที่เป็นความรู้สึกของตนเองต่อการดำเนินชีวิตประจำวันที่คนคนนั้นสามารถรับรู้หรือบอกได้ โดยใช้แบบสอบถามหรือแบบวัดให้ตอบตามความรู้สึกของตนเอง แล้วจึงมารวบรวมประเมินระดับของภาวะเครียด แบบสอบถามหรือแบบวัดดังกล่าวนี้ได้มีผู้สร้างขึ้นมาใช้อยู่หลายประเภทด้วยกัน (มรรยาท รุจิวิทย์, 2548) ดังนี้

3.6.2.1 แบบสอบถาม GHQ (General Health Questionnaire) ของกรมสุขภาพจิตที่ได้ดัดแปลงมาจากของ Goldberg มีจำนวน 24 ข้อ เป็นแบบทดสอบเพื่อคัดกรองปัญหาทางสุขภาพจิต มุ่งเน้นถึงปัญหาที่ผิดไปจากสภาวะปกติของบุคคลนั้นๆ โดยครอบคลุมปัญหาใหญ่ๆ 4 ด้าน คือ ความรู้สึกไม่สบาย ความวิตกกังวล ความบกพร่องเชิงสังคม และความรู้สึกเกี่ยวกับการมีอาการทางกาย

3.6.2.2 แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองสำหรับประชาชนไทยของกรมสุขภาพจิต (2542) ที่สร้างตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) เพื่อให้ทราบถึงระดับความรุนแรงของความเครียด มีจำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอาการพฤติกรรมหรือความรู้สึกของบุคคลใน 1 เดือนที่ผ่านมา เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

นำไปเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียด จำนวน 99 คน และกลุ่มที่ไม่มีความเครียดจำนวน 350 คน ในเขตกรุงเทพมหานครและนำไปหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาได้เท่ากับ .86

3.6.2.3 แบบวัดความเครียดสวนปรง (Suanprung Stress Test) เป็นเครื่องมือที่ สุวัฒน์ มัทนรินทร์กุล และคณะ (2540) สร้างขึ้นมาจากกรอบแนวคิดทางด้านชีวภาพ จิตใจ และ สังคมของความเครียดของ Miller et al. (1993) ซึ่ง 3 ชุด คือ ชุด 104 ข้อ (มี 3 ส่วน), 60 ข้อ และ 20 ข้อ แต่ละข้อมี 5 คำตอบ โดยให้ผู้ตอบอ่านคำถามแล้วสำรวจดูว่า ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ สำหรับแบบวัดความเครียดสวนปรงชุด 20 ข้อ มีคะแนนรวม ไม่เกิน 100 คะแนน โดยผลรวมที่ได้ แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ คะแนน 0 – 24 เครียดน้อย คะแนน 25 – 42 เครียดปานกลาง คะแนน 43–62 เครียดสูง คะแนน 63 ขึ้นไป เครียดรุนแรง

3.6.2.4 แบบวัดการรับรู้ความเครียด (Perceived Stress Scale: PSS) ของ Cohen, Kamark, and Mermelstein (1983) ที่สร้างจากแนวคิดของ Lazarus ซึ่งแปลเป็น ภาษาไทยโดย ปราณี มิ่งขวัญ (2542) ใช้วิธี Back – translation ข้อคำถามเป็นการถามความรู้สึก ใน 1 เดือนที่ผ่านมา มีจำนวน 14 ข้อ คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's scale) มี 5 อันดับ ให้คะแนนตามความบ่อยครั้งของความรู้สึก คือ ไม่เคย เกือบไม่เคย บางครั้ง บ่อย บ่อยมาก โดยข้อ 4, 5, 6, 7, 9, 10 และ 13 เป็นคำถามทางบวก ส่วนอีก 7 ข้อที่เหลือเป็นคำถามทางลบ คะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 14 – 70 คะแนน มีเกณฑ์การประเมินจากคะแนนรวม ระดับคะแนนที่ มากแสดงว่ามีความเครียดมากกว่าระดับคะแนนที่น้อย มีการนำแบบวัดความเครียดไปทดลองใช้ กับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย และ นำไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .72

สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยใช้แบบวัดการรับรู้ความเครียด (Perceived Stress Scale: PSS) ของ Cohen, Kamark, and Mermelstein (1983) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ปราณี มิ่งขวัญ (2542) เนื่องจากสร้างจากแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) และมีการนำไปใช้ใน กลุ่มตัวอย่างที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยต้องการจะศึกษา และข้อคำถามมีจำนวน ไม่มากซึ่งเหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มนี้

4. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเครียด

สำหรับบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นจำเป็นต้องเข้าใจพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นและผลต่อผู้ป่วยในฐานะบุคคลแบบองค์รวม เมื่อสามารถตอบสนองความต้องการดูแลที่เกิดขึ้นทั้งในภาวะเฉียบพลัน เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิตและหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย และในระยะที่อาการคงที่เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ฟื้นฟูสมรรถภาพกลับมาช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ นอกจากนี้พยาบาลจะต้องเข้าใจพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยและช่วยผู้ป่วยในการเผชิญกับปัญหาและข้อจำกัดต่างๆ ที่เกิดจากโรค เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและเรียนรู้ที่จะอยู่ในข้อจำกัดในฐานะบุคคลที่คงความมีคุณค่าในตัวเองได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543: 65)

เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองได้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยตามระยะการดำเนินของโรค ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเครียดในระยะเฉียบพลัน พยาบาลจึงจำเป็นต้องคอยให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการให้ข้อมูลและประคับประคองทางด้านจิตใจ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค และแนวทางการรักษาของแพทย์ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541: 146)

ในระยะต่อมาผู้ป่วยจะมีความเศร้าโศกหรือทุกข์ตรม จากการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองจากความจำกัดด้านการเคลื่อนไหว ถ้าผู้ป่วยทำใจยอมรับการเปลี่ยนแปลงและความเรื้อรังของโรคได้ก็สามารถดำรงชีวิตที่เหลืออยู่ให้ปกติสุข การปรับใจได้สำเร็จถือเป็นเป้าหมายสูงสุดของการดูแลผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยต้องเรียนรู้ในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันให้เหมาะสมกับสภาพความจำกัดของร่างกาย ปัญหาทางจิตใจจะเกิดได้ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการเตรียมทางใจ หรือผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามที่พยาบาลได้พยายามช่วยเหลือ ลักษณะปัญหาที่ค่อนข้างคุกคามผู้ป่วยอย่างมาก ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมออกมาให้ปรากฏที่บอกถึงไม่มีความสุข อาจเป็นความโกรธ ความกังวล ความว่าวุ่นใจไม่สงบ หรือมีอาการเศร้า ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ขาดความสนใจสิ่งแวดล้อม ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมง่ายๆ ให้ตนเอง ฯลฯ พยาบาลต้องสังเกตและสนทนากับผู้ป่วย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เพียงพอเพื่อการวินิจฉัยการพยาบาลและวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยและยังรวมถึงครอบครัว พยาบาลต้องสามารถสร้างสัมพันธภาพให้สำเร็จด้วยการสื่อสารอย่างมีความหมายกับผู้ป่วย เพื่อค้นหาข้อมูลโดยตรง และให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกนึกคิด ขณะที่พยาบาลได้แลกเปลี่ยนความรู้สึกเข้าใจ เห็นใจ และจริงใจแก่ผู้ป่วย ทั้งนี้ย่อมต้องการเวลาพอสมควรสำหรับผู้ป่วยเพื่อการดูแลทางจิตใจ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2542: 41-42) ดังนี้

1. สร้างความไว้วางใจ ให้เวลาในการฟังผู้ป่วยพูด แลกเปลี่ยนความรู้สึกเป็นส่วนตัวของ

ตัวเอง ยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก และแสดงความเอาใจใส่ในปัญหาของผู้ป่วยอย่างจริงจัง ผู้ป่วยสามารถสัมผัสความจริงใจของพยาบาลได้

2. ให้การประคับประคองจิตใจ ผู้ป่วยจะมีความกลัวและวิตกกังวลค่อนข้างสูง คนใกล้ชิดต้องสามารถให้ความมั่นใจ เช่น พยาบาลและครอบครัวผู้ป่วย เริ่มด้วยการให้ความเห็นใจ ไม่แสดงความเบื่อหน่ายหรือรังเกียจ รับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกได้ และให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมต่างๆ เอง

3. ยอมรับความโกรธของผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยอาจแสดงความก้าวร้าว พยาบาลต้องใจเย็น แสดงความอ่อนโยนและจริงใจ ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสงบขึ้นบ้าง อาจเบี่ยงเบนความรู้สึกกดดัน พยาบาลต้องเป็นคนควบคุมอารมณ์ได้

4. ลดความเศร้าของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกนึกคิด ตัดสินใจ และสนใจสิ่งแวดล้อมมากขึ้น เรียนรู้ตามความเป็นจริงอย่างมีความหวัง

5. ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความเจ็บป่วย โดยให้แรงจูงใจกับผู้ป่วยในการร่วมกิจกรรมการดูแลตนเองด้วยความเต็มใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง โดยมีพยาบาลคอยช่วยเหลือ

ดังนั้นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถเผชิญความเครียดและสามารถปรับตัวให้ยอมรับสภาพการเจ็บป่วยครั้งนี้นั้นถือเป็นหน้าที่สำคัญของพยาบาลที่จะต้องให้ความช่วยเหลือโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับสภาพที่เกิดขึ้นตามความต้องการของผู้ป่วย เพื่อช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้ดีขึ้นโดยเร็ว

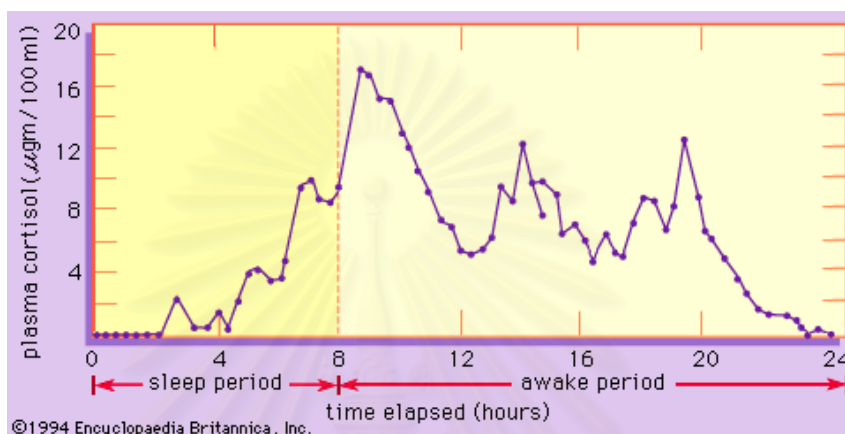
5. ระดับคอร์ติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คอร์ติซอลเป็นฮอร์โมนที่สำคัญในกลุ่ม glucocorticoid ถูกหลั่งออกมาจากต่อมหมวกไตส่วนนอก (Hammer and Stewart, 2006)

กลไกการหลั่งคอร์ติซอล

กลไกควบคุมการหลั่งเริ่มจากไฮโปธาลามัสจะหลั่ง Corticotropin-releasing factor (CRF) ผ่านทาง pituitary portal blood system มาที่ต่อมใต้สมองส่วนหน้าและกระตุ้นให้หลั่ง adrenocorticotrophic hormone (ACTH) และ ACTH จะเป็นตัวกระตุ้นให้ต่อมหมวกไตสร้างและหลั่งคอร์ติซอลจำนวนหนึ่ง เมื่อระดับคอร์ติซอลเพิ่มขึ้นจะมี negative feedback ไปยับยั้งการหลั่ง CRF เพื่อรักษาระดับของคอร์ติซอลเอาไว้ให้คงที่ (เพ็ญจันทร์ สุวรรณแสง โมไนยพงศ์, 2543) โดยปกติคอร์ติซอลจะสังเคราะห์และหลั่งจากต่อมหมวกไตประมาณ 10 มิลลิกรัมต่อวัน (Schimmer and Parker, 1996 cited in King and Hegadoren, 2002)

การหลั่งคอร์ติซอลจะหลั่งเป็นจังหวะขึ้นลงคล้ายชีพจร และมีระดับเพิ่มสูงที่เวลาเดียวกันของทุกวัน (Diurnal) เป็น basic biological circadian rhythm พบว่าคอร์ติซอลหลั่งสูงสุดในเวลาประมาณ 6.00 – 8.00 น. และลดลงต่ำประมาณ 24.00 น. (รัชฎา แก่นสาร และ เพ็ญศรี จักรณาเจริญเลิศ, 2549) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 การแสดงการหลั่งคอร์ติซอลจะหลั่งเป็นจังหวะและพุ่งสูงสุดในเวลาเดียวกันในรอบวัน

แหล่งที่มา : www.britannica.com

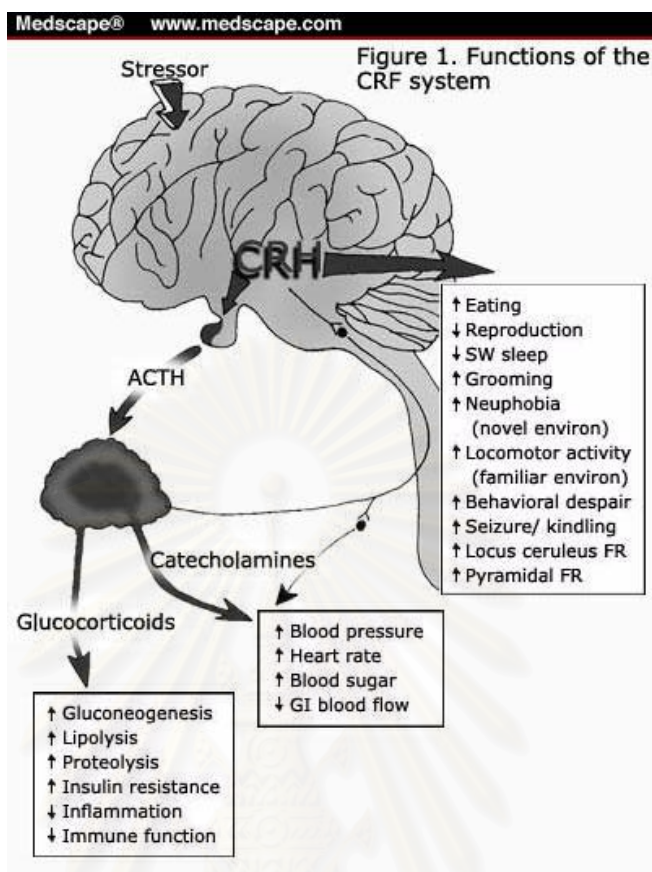
ปัจจัยที่มีผลต่อระดับคอร์ติซอล มีดังต่อไปนี้

1. อายุ : คนที่มีอายุมากกว่าจะมีการตอบสนองต่อความเครียดทำให้หลั่งคอร์ติซอลสูงกว่าคนที่มีอายุน้อยกว่า (Gotthardt et al., 1995 cited in Kudielka et al., 2004)
2. เพศ : เพศชายมีการหลั่งคอร์ติซอลสูงกว่าเพศหญิง เนื่องจากเพศผู้มีอิทธิพลต่อการตอบสนองของความเครียดและทำให้เกิดความแตกต่างของ ACTH และ free cortisol (Kirschbaum et al., 1999 in Kudielka et al., 2004)
3. ลักษณะเฉพาะบุคคล เช่น อุปนิสัยการดำเนินชีวิต แบบแผนการเผชิญความเครียด และการอดทนต่อความเจ็บปวด (Gunnar et al., 1997; Davis et al., 1999; Dettling, Gunnar, and Donzella, 1999; Chen et al., 2000; Davis, Bruce and Gunnar, 2002 cited in Hanrahan et al., 2006) ซึ่งภาวะเครียดจะเป็นตัวกระตุ้นให้มีการหลั่งคอร์ติซอลเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากร่างกายมนุษย์จะมีการตอบสนองต่อความเครียดแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่กำลังเผชิญ การรับรู้ต่อสิ่งที่มากระตุ้น สารชีวโมเลกุลในร่างกาย หรือสภาวะทางจิตใจ ซึ่งการตอบสนองดังกล่าวเริ่มต้นจากกลไกการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อหรือระบบประสาท

ส่วนกลางกระตุ้นให้มีการหลั่ง catecholamines ได้แก่ norepinephrine และ epinephrine สมอง ส่วนไฮโปทาลามัส hypothalamus ทำหน้าที่หลั่ง corticotrophin-releasing hormone (CRH) และกระตุ้นให้ pituitary gland หลั่ง adrenocorticotrophic hormone (ACTH) ที่ควบคุมการทำงานของต่อมหมวกไตส่วนนอกให้หลั่งคอร์ติซอลออกมา (McCane et. al., 2006 cited in Hansen and Sawatzky, 2008) ดังรูปที่ 2

เมื่อบุคคลเผชิญอยู่ในภาวะเครียดเป็นระยะเวลาสั้นจะทำให้กลไกการทำงาน negative feedback ที่ทำหน้าที่รักษาระดับของคอร์ติซอลของต่อมหมวกไตส่วนนอกไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ทำให้มีการหลั่งคอร์ติซอลออกมา (Lovallo, 2005) ในปริมาณที่สูงถึง 10 เท่าจากภาวะปกติ ซึ่งคอร์ติซอลจะถูกปล่อยเข้าสู่กระแสเลือดในระดับสูงสุดหลังเผชิญความเครียดประมาณ 15 - 30 นาที หลังจากนั้นประมาณ 2 นาที คอร์ติซอลจะหลั่งออกมาทางน้ำลาย (Lundberg, 2005; Gunnar and White, 2001 cited in Hanrahan et al., 2006)

4. ปัจจัยอื่นๆ เช่น ระยะเวลาที่มีประจำเดือน : มีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างเพศหญิงในระยะเวลาก่อนมีประจำเดือนกับระยะมีประจำเดือน พบว่าระยะก่อนมีประจำเดือนมีการตอบสนองต่อการกระตุ้นให้เกิดความเครียดได้สูงกว่าระยะมีประจำเดือน (Kirschbaum et al., 1999 cited in Hanrahan et al., 2006)



ภาพที่ 2 การแสดงหน้าที่ของระบบ corticotrophin-releasing factor เมื่อถูกกระตุ้นด้วยความเครียด

แหล่งที่มา : www.medscape.com

ระดับคอร์ติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตั้งแต่ปีค.ศ. 1950 มีการศึกษาพบว่าระดับคอร์ติซอลและแคทีโคลามีนที่สูงขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันช่วงสัปดาห์แรกนั้น เกิดจากกระบวนการตอบสนองของร่างกายต่อความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Oka, 1956; Feibel, 1977; Meyer, 1981; Olsson, 1990 cited in Christensen, Boysen, and Johannesen, 2004)

Olsson et al. (1992) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันกับผู้ป่วยที่มีสุขภาพดี พบว่าหลังได้รับยา Dexamethasone ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีระดับคอร์ติซอลในเลือดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับคอร์ติซอลที่สูงขึ้นยังมีความสัมพันธ์กับอาการสับสนและอาการแขนขาอ่อนแรงช่วยเหลือตนเองไม่ได้ของกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Slowik et al. (2002) ได้ทำการศึกษาพบว่าระดับคอริติซอลในเลือดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันมีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่อการอักเสบ คุณหมุมิร่างกายที่สูงขึ้น และจำนวนเม็ดเลือดขาวในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับคอริติซอลที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับความบกพร่องด้านการรับรู้ กล้ามเนื้ออ่อนแรงครึ่งซีก ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Marklund et al., 2004) นอกจากนี้ Christensen et al. (2004) ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันจำนวน 172 คน โดยมีการติดตามการรักษาและประเมินสภาพผู้ป่วยด้วยการวัดความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ การตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง และการตรวจหาระดับคอริติซอลในเลือดช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาย่างใกล้ชิด พบว่าระดับคอริติซอลที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตและความรุนแรงของโรคในผู้ป่วย นอกจากนี้ยังเป็นตัวบ่งชี้ผลกระทบจากความรุนแรงของโรคได้

ผลกระทบของคอริติซอลต่อการทำงานของระบบในร่างกาย มีดังต่อไปนี้

1. ผลของคอริติซอลต่อเมตาบอลิซึมของกลูโคส : คอริติซอลจะกระตุ้นให้ตับสร้างกลูโคสเพิ่มขึ้น โดยการ 1) กระตุ้นการหลั่งเอนไซม์ gluconeogenesis 2) ยับยั้งการที่กล้ามเนื้อและเซลล์ไขมันจะนำเอากลูโคสไปใช้ และ 3) เพิ่มการสลายไขมัน โดยการหลั่งกลีเซอรอลและกรดไขมันจาก adipose tissue คอริติซอลจะทำหน้าที่ได้ดีในภาวะที่อดอาหารแต่จะมีผลน้อยในภาวะที่อ้วน เนื่องจากหน้าที่หลักของคอริติซอล คือ รักษาระดับกลูโคสในเลือด โดยควบคุมการสร้างกลูโคสและการสลายไกลโคเจน (อรรถวิทย์ จิตตวิสุทธิกุล, 2540) ในกรณีที่มีการหลั่งคอริติซอลมากเกินไป จะมีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง (Oppenheimer, 1990)

2. ผลของคอริติซอลต่อเนื้อเยื่ออื่น (รัษฎา แก่นสาร และ เพ็ญศรี จึงธนาเจริญเลิศ, 2549)

2.1 ผลต่อกล้ามเนื้อ คอริติซอลที่หลั่งในระดับพื้นฐานจำเป็นสำหรับการหดตัวของกล้ามเนื้อลายและกล้ามเนื้อหัวใจเข้าใจว่าคอริติซอลไปออกฤทธิ์ที่รอยต่อระหว่างประสาทและกล้ามเนื้อ

2.2 ผลต่อเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (connective tissue) ในกรณีที่มีการหลั่งคอริติซอลมากเกินไป จะมีผลให้ไปยับยั้งการสร้างเซลล์ที่จะเปลี่ยนเป็น Fibroblast เหนี่ยวนำไปให้เกิดการสูญเสียคอลลาเจนและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน ซึ่งเป็นผลให้ผิวหนังบาง เกิดแผลพองง่าย และเมื่อเป็นแผลแล้วจะหายยาก

2.3 ผลต่อกระดูก คอริติซอลในปริมาณมากเกินไปจะมีผลโดยตรงต่อการยับยั้งการ

สร้างกระดูก พร้อมกันนั้นยังกระตุ้นให้เกิดการกร่อนของกระดูก ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะการร่อนสลายกระดูก

2.4 ผลต่อแคลเซียมเมตาบอลิซึม คอร์ติซอลจะมีผลช่วยให้การดูดกลับแคลเซียมที่ลำไส้ลดลง ซึ่งทำให้ปริมาณแคลเซียมในเลือดลดลง ส่งผลให้เพิ่มการหลั่งพาราไทรอยด์ฮอร์โมนจากต่อมใต้สมอง นอกจากนี้คอร์ติซอลจะมีผลต่อการเพิ่มปริมาณการหลั่งแคลเซียมและฟอสฟอรัสในปัสสาวะ

2.5 ผลต่อเซลล์เม็ดเลือดและระบบภูมิคุ้มกัน คอร์ติซอลจะสามารถลดปริมาณ Lymphocyte, monocyte และ eosinophils ในหลอดเลือด และยังลดจำนวนเม็ดเลือดขาวที่จะเคลื่อนที่ไปในส่วนที่ได้รับบาดเจ็บ ร่างกายจะไวต่อการติดเชื้อ ในขณะที่เดียวกันคอร์ติซอลจะลดการผลิต leucocyte ลง และทำให้เกิดความบกพร่องในการสร้างแอนติบอดี

2.6 ผลต่อการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด คอร์ติซอลจะเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที เพิ่มแรงต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย และยังสามารถช่วยเพิ่มผลประสิทธิภาพการทำงานของสารที่ทำให้หลอดเลือดหดตัว เช่น แคทีโคลามีน

2.7 ผลต่อหน้าที่ของไต คอร์ติซอลเพิ่มอัตราการกรองของไตทำให้สามารถขจัดน้ำที่มากเกินไปได้ในทันทีโดยยังไม่ทราบกลไก

2.8 ผลต่อระบบสมองและประสาท คอร์ติซอลมีบทบาทต่อการตื่นตัวและรับรู้ การนอนหลับ การเกิดอารมณ์ กระตุ้นการอยากอาหาร พบตัวรับคอร์ติซอลที่เซลล์ประสาทเกือบทุกบริเวณในสมอง การได้รับคอร์ติซอลปริมาณมากหรือขาดอาจทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย

2.9 ผลต่อการทำงานของต่อมไร้ท่อ ด้วยฤทธิ์ที่ช่วยให้ขบวนการต่างๆ ของฮอร์โมนอื่นทำงานออกฤทธิ์ต่อเนื้อเยื่อเป้าหมายได้ดีขึ้น เช่น การออกฤทธิ์ของกลูคากอน แคทีโคลามีน (นอร์เอพิเนฟริน และเอพิเนฟริน) เพื่อเร่งขบวนการสร้างกลูโคสในภาวะคับขันเพิ่มระดับกลูโคสในกระแสเลือด ช่วยรักษาชีวิตไว้ในภาวะปกติ และคอร์ติซอลจะออกฤทธิ์ช่วยยับยั้งฮอร์โมนกระตุ้นการสังเคราะห์ฮอร์โมนเร่งการเติบโต แต่คอร์ติซอลในขนาดสูงๆ จะกีดการทำงานของฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์และโกนาโดโทรปินทำให้การหลั่งฮอร์โมนจากต่อมธัยรอยด์และการหลั่งฮอร์โมนเพศลดลง

การตรวจหาระดับคอร์ติซอล

หน้าที่สำคัญของพยาบาลอย่างหนึ่งคือ การร่วมมือกับแพทย์ในการเก็บข้อมูลเพื่อวินิจฉัย สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติ ดังนั้นการเก็บตัวอย่างเลือดหรือปัสสาวะต้องอาศัยการเก็บที่ถูกต้อง ได้ตัวอย่างครบถ้วน (ประคอง อินทรสมบัติ, วารุณี พันธ์พรประสิทธิ์ และยุบล สุขสะอาด, 2543: 204 - 206) ซึ่งมีวิธีดังต่อไปนี้

1. การหาระดับคอร์ติซอลในเลือด มีความจำเป็นจะต้องเจาะเลือดตอนเช้า เวลา ประมาณ 7.00 – 9.00 น. และตอนบ่ายถึงเย็น 21.00 – 24.00 น. เพื่อเปรียบเทียบกัน เนื่องจากการหลั่งของคอร์ติซอลจะสูงตอนเช้า และลดลงตอนบ่าย ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเครียดทางร่างกาย และจิตใจ ระดับคอร์ติซอลจะสูงขึ้น

2. การหาระดับคอร์ติซอลในปัสสาวะ เป็นการเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง และต้องเก็บหลายวันติดต่อกัน โดยเริ่มจากการเก็บเพื่อหาสเตียรอยด์ไว้เป็นข้อมูลพื้นฐาน 2 วัน จะต้องเก็บปัสสาวะให้ถูกวิธี เพื่อไม่ให้บูดเน่า โดยเก็บปัสสาวะที่ถ่ายทุกครั้งไว้ในตู้เย็น วิธีการเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง คือ ถ่ายปัสสาวะครั้งแรกทิ้งและเก็บต่อไป เก็บไว้ทุกครั้งจนครบ 24 ชั่วโมง

3. การหาระดับคอร์ติซอลในน้ำลาย จะต้องเก็บตัวอย่างน้ำลายในช่วงเวลาเดียวกัน ประมาณ 8.00 – 9.00 น. เพื่อนำมาเปรียบเทียบ และอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการเก็บตัวอย่างน้ำลายที่ต้องให้กับกลุ่มตัวอย่าง คือ มีการทำความสะอาดปากและฟัน งดเครื่องดื่ม อาหาร หรือสูบบุหรี่ ก่อนการเก็บตัวอย่างอย่างน้อย 30 นาที และใช้อุปกรณ์เฉพาะสำหรับเก็บน้ำลายที่ให้ไว้เท่านั้น (King and Hegadoren, 2002; Poll et al., 2007) ซึ่ง King and Hegadoren (2002) ได้มีการวิเคราะห์และทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการตรวจหาระดับคอร์ติซอลพบว่านอกจาก 2 วิธีที่ได้กล่าวมาแล้ว ยังสามารถตรวจหาระดับคอร์ติซอลในน้ำลายได้ เนื่องจากคอร์ติซอลในน้ำลายมีความไวต่อการตอบสนองต่อความเครียดมากกว่าในปัสสาวะและเลือด เป็นวิธีที่ง่าย มีความน่าเชื่อถือ สามารถเก็บตัวอย่างได้หลายครั้งในวันเดียวกัน และไม่ทำให้เจ็บปวด เหมือนกับการเจาะเลือด สอดคล้องกับการศึกษาของ Gozansky et al. (2005) โดยทำการเปรียบเทียบการตรวจระดับคอร์ติซอลในเลือดและในน้ำลายจากกลุ่มตัวอย่าง 12 คน ด้วยการใช้ Radioimmunoassay (RIA) ผลการศึกษาพบว่าวิธีตรวจระดับคอร์ติซอลในน้ำลายสามารถนำมาใช้แทนเลือดได้ และการศึกษาของ Poll et al. (2007) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการตรวจระดับคอร์ติซอลในเลือดและในน้ำลายจากกลุ่มตัวอย่าง 10 คน ด้วยการใช้ Enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) ผลการศึกษาพบว่าวิธีตรวจระดับคอร์ติซอลในน้ำลายมีความน่าเชื่อถือได้เท่ากับในเลือด

ปัจจุบันได้มีการศึกษาต่างๆ มากมายถึงผลของภาวะเครียดและการใช้ชีวิตประจำวันเป็นตัวบ่งชี้ถึงความเครียด (สุทธิรักษ์ ชัยวงศ์ขจร, เอมอร แสงศิริ และ ปิยะรัตน์ โตสุโขวงศ์, 2549) เช่น จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความดันโลหิตและความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โดยการตรวจระดับคอริติซอลในน้ำลายผู้ป่วยพบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Ahmed, Torre, and Wahlgren, 2004) นอกจากนี้ Chan et al. (2006) ได้ทำการศึกษาผลของการจัดการความเครียดที่ประกอบด้วยการทำสมาธิ การบริหารร่างกาย (ชี่กง) และฝึกการหายใจ มีผลต่อระดับคอริติซอลในน้ำลาย พบว่าระดับคอริติซอลในน้ำลายของกลุ่มตัวอย่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้เลือกวิธีการตรวจระดับคอริติซอลในน้ำลายมาใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับการศึกษาครั้งนี้

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการวัดระดับคอริติซอลในน้ำลาย ควรมีการประเมินความตรงและความเที่ยงใน 5 ประเด็น (Burn and Grove, 2003: 277-278) คือ

1. Accuracy เปรียบได้กับความตรงของเครื่องมือวัดว่ามีความสามารถในการวัดตัวแปรตามได้ตรงกับสิ่งที่ต้องการศึกษาหรือไม่ เช่น วิธีการวัดความเครียดทางสรีรวิทยาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและสุขภาพได้ชัดเจน คือ การวัดระดับคอริติซอล

2. Selectivity คือ ความสามารถของเครื่องมือในการจำแนกข้อมูลที่ถูกต้องการจากความผิดพลาดอื่นๆ ที่เกิดขึ้นได้

3. Precision คือ ระดับของความคงที่ ถูกต้องแม่นยำในการวัด เครื่องมือต้องควบคุมคุณภาพของการทดสอบให้มีความคลาดเคลื่อนของการวัดแต่ละครั้งให้น้อยที่สุด

4. Sensitivity คือ ความไวของเครื่องมือ ซึ่งต้องมีความสามารถในการวัดสิ่งที่ต้องการจะวัดที่มีความแตกต่างกันน้อยที่สุด สามารถจำแนกความแตกต่างที่เกิดขึ้นได้เพียงเล็กน้อยได้ เช่น การวัดระดับคอริติซอลในน้ำลายมีความไวต่อการตอบสนองต่อความเครียดมากกว่าในปัสสาวะและเลือด

5. Error คือ ความคลาดเคลื่อนของการวัด ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม เช่น อุณหภูมิ ความคงที่ของกระแสไฟฟ้า ความผิดพลาดจากขั้นตอนหรือกระบวนการวัด

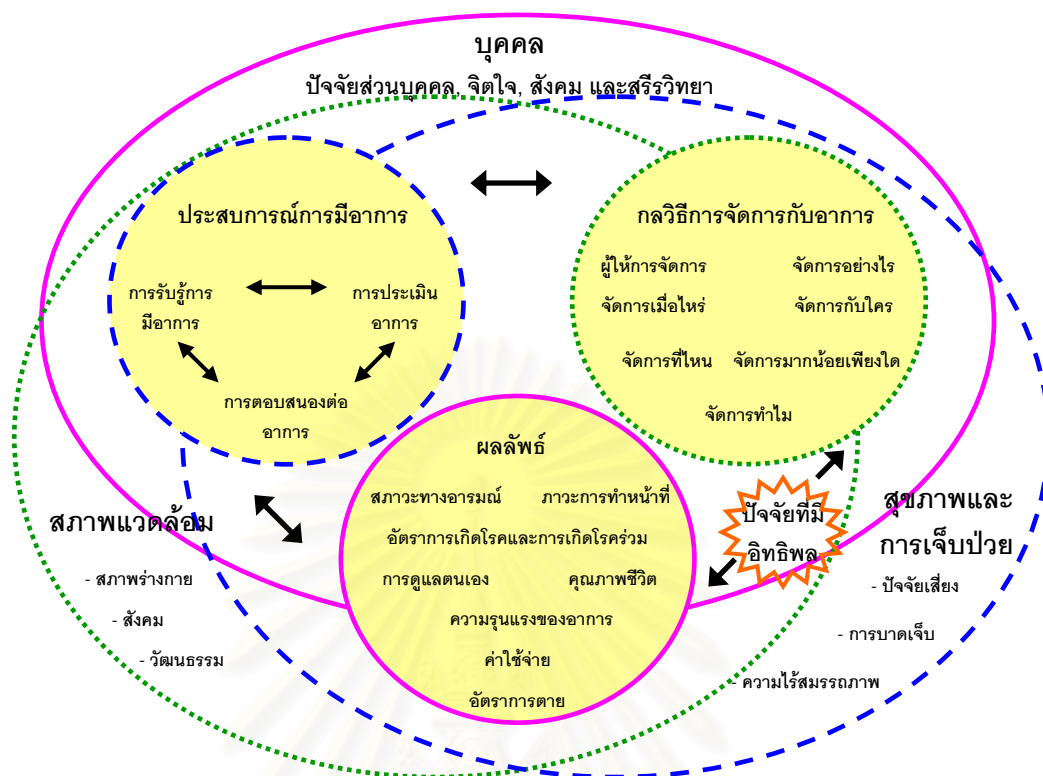
6. แนวคิดการจัดการกับอาการ

การจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) มีการพัฒนามาจากแนวคิดการจัดการกับอาการของ Larson et al. (1994) ที่เน้นการจัดการทางคลินิกอย่างมีประสิทธิภาพและการใช้การดูแลตนเอง ด้วยการเน้นทักษะ ความรู้ และให้การสนับสนุนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการในการจัดการกับอาการของตนเอง โดยที่ Dodd et al. (2001) ได้ทำการพัฒนาขึ้นจากหลักฐานงานวิจัยต่างๆ ที่ผ่านมากล่าวว่าอาการซึ่งมีตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนกระทั่งรุนแรงนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องไปรับการรักษาจากแพทย์หรือบุคลากรในทีมสุขภาพ อาการดังกล่าวไม่เพียงก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแต่ยังรบกวนการทำหน้าที่ทางสังคม การจัดการกับอาการเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของผู้ป่วยแต่ละคนและสมาชิกในครอบครัว โดยมีบุคลากรในทีมสุขภาพ เช่น พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญ ซึ่งรับผิดชอบในการส่งเสริมให้มีการจัดการกับอาการอย่างมีประสิทธิภาพ โดยร่วมกันพัฒนาแนวทางในการจัดการกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้น การจัดการกับอาการหลายๆ อาการที่เรื้อรังและต้องการการจัดการในระยะยาว โดย Dodd et al. (2001) มีแนวคิดว่าการรักษาโรคที่มุ่งรักษาเพียงสาเหตุไม่สามารถควบคุมอาการได้ ดังนั้นจึงต้องมีการจัดการกับอาการและอาการที่เกิดขึ้นไปพร้อมกันด้วย

อาการเป็นประสบการณ์การรับรู้ของบุคคลที่สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ทางชีวิตสังคม (Harver and Mahler, 1990 cited in Dodd et al., 2001) แนวคิดนี้เป็นการประเมินสถานะของโรคและพิสูจน์ความมีประสิทธิภาพของกลยุทธ์ในการจัดการ ซึ่งทั้งอาการและอาการแสดงเป็นสิ่งสำคัญที่บอกแนวทางในการรักษา โดยผู้ป่วยควรจะได้รับการสอนเรื่องความสำคัญของอาการและทำให้ผู้ป่วยได้ค่อยๆ เข้าสู่ความเข้าใจในอาการของตนเอง จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถให้ความหมายของอาการและความสัมพันธ์ของอาการกับสาเหตุของอาการจนเกิดเป็นความเข้าใจ

แบบจำลองการจัดการประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก คือ ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาพที่ 3 การแสดงแบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom Management Model)
แหล่งที่มา : Dodd et al. (2001)

โดยแบบจำลองนี้อยู่บนข้อตกลงพื้นฐาน 5 ข้อ คือ

1. สิ่งสำคัญสำหรับการศึกษาอาการก็คือ อยู่บนพื้นฐานการรับรู้ของประสบการณ์การมีอาการแต่ละบุคคลและรายงานด้วยตัวผู้ป่วย
2. บุคคลอาจจะมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการต่อเนื่องจากผลของตัวแปร เช่น การทำงานที่เป็นอันตราย และกลวิธีการจัดการกับอาการจะเกิดขึ้นก่อนที่ผู้ป่วยจะมีประสบการณ์การมีอาการ
3. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดต่อสื่อสารด้วยภาษาพูดจะมีประสบการณ์และอธิบายการมีประสบการณ์ โดยมีการแปลความหมายผ่านทางครอบครัวผู้ปกครองหรือผู้ดูแลที่คาดว่าจะตรงกันกับการรายงานด้วยตัวผู้ป่วยเองมากที่สุด เช่น ในเด็กทารก หรือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาเรื่องการพูด
4. กลวิธีในการจัดการกับอาการอาจจะมีจุดมุ่งหมายอยู่ที่ตัวบุคคล กลุ่มครอบครัวหรือสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

5. การจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามความต้องการของผู้ป่วยเองโดยประเมินจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และได้รับอิทธิพลจากปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ และความเจ็บป่วย หรือสิ่งแวดล้อม

นอกจากนั้นแบบจำลองนี้ตระหนักในมิติทัศน์ของศาสตร์ทางการแพทย์พยาบาลที่ประกอบไปด้วย บุคคล สุขภาพหรือความเจ็บป่วย และสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อมิติทัศน์ของแบบจำลองการจัดการกับอาการ ประกอบด้วยประสบการณ์การมีอาการ กลยุทธ์การจัดการกับอาการและผลลัพธ์ โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการประกอบด้วย

1. บุคคล ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล จิตใจ สังคม และสรีรวิทยา ซึ่งเป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคลที่ทำให้บุคคลมีมุมมอง และตอบสนองต่อประสบการณ์การมีอาการรวมทั้งมีผลต่อระดับของพัฒนาการในแต่ละบุคคลและมีผลต่ออูฏมิภาวะด้วย

2. สุขภาพและความเจ็บป่วย มิติทัศน์ของสุขภาพและความเจ็บป่วยประกอบไปด้วย ปัจจัยเสี่ยง การบาดเจ็บ หรือความไร้สมรรถภาพ ซึ่งมีผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์การจัดการกับอาการ

3. สภาพแวดล้อม เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้อาการเกิดขึ้น โดยสภาพแวดล้อมประกอบไปด้วย สภาพร่างกาย สังคม และวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมทางกายภาพจะรวมถึงบ้าน ที่ทำงานและโรงพยาบาล สิ่งแวดล้อมทางสังคมจะรวมทั้งเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และวัฒนธรรมซึ่งเป็นความเชื่อของผู้ป่วย และเป็นการปฏิบัติที่เป็นแบบอย่างเดียวกันในกลุ่มชนหรือเชื้อชาตินั้นๆ ซึ่งสถานที่ที่มีผลต่อวิธีที่จะใช้ในการจัดการกับอาการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

มิติทัศน์ของแบบจำลองการจัดการกับอาการประกอบด้วย 3 มิติทัศน์หลัก คือ ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ประสบการณ์การมีอาการ ประกอบด้วยความรู้ของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับอาการ การประเมินความหมายของอาการและการตอบสนองต่ออาการ ซึ่งเป็นการนำไปสู่การตั้งข้อสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงจากสิ่งที่ตนเองเคยรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ บุคคลจะมีการประเมินอาการโดยการตัดสินใจเกี่ยวกับความรุนแรง สาเหตุ ภาวะคุกคาม และผลกระทบของอาการต่อชีวิต การตอบสนองต่ออาการประกอบด้วยทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมวัฒนธรรม และองค์ประกอบของพฤติกรรม ความเข้าใจระหว่างปฏิสัมพันธ์มีความสำคัญเนื่องจากจะทำให้สามารถจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประสบการณ์การมีอาการมีความสัมพันธ์กันทั้งสองทางระหว่างการเรียนรู้เกี่ยวกับอาการและการประเมินอาการ เช่น การประเมินและการตอบสนองต่ออาการสามารถเปลี่ยนแปลง

การรับรู้ต่ออาการได้ ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าอาการเป็นสิ่งที่คุกคามต่อตนเองจะทำให้บุคคลนั้นรับรู้ถึงความรุนแรงมากขึ้น (Facione and Dodd, 1995; Jayne, 1996 cited in Dodd et al., 2001)

1.1 การรับรู้การมีอาการ หมายถึง บุคคลมีการรับรู้ต่ออาการแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะพัฒนาการ สภาพจิต ความสามารถในการเผชิญปัญหา และฐานะทางเศรษฐกิจ ภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย เช่น ความรุนแรง ระยะของโรค และการรักษาที่ได้รับ และปัจจัยแวดล้อมอย่างอื่น เช่น สภาพความเป็นอยู่ในบ้าน/โรงพยาบาล สัมพันธภาพในครอบครัว เครือข่ายสนับสนุน ระบบการให้คุณค่าความเชื่อ

1.2 การประเมินอาการ หมายถึง การตัดสินใจของบุคคลถึงความรุนแรงของอาการ ตำแหน่งของอาการที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวหรือถาวร ความบ่อยและผลกระทบที่อาจทำให้เกิดความพิการขึ้น รวมทั้งการประเมินภาวะคุกคามต่อชีวิตจากอาการผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การมีอาการจะสามารถอธิบายอาการได้อย่างถูกต้อง และมีคุณภาพมากกว่าบุคคลที่ไม่มีประสบการณ์การมีอาการ (Lenz et al., 1997 cited in Dodd et al., 2001)

1.3 การตอบสนองต่ออาการ หมายถึง เป็นการตอบสนองต่อทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมวัฒนธรรม และด้านพฤติกรรม อาการที่เกิดขึ้นเพียงหนึ่งอาการอาจมีการตอบสนองได้มากกว่าหนึ่งลักษณะ และมีทั้งการตอบสนองที่เกิดขึ้นในขณะที่มีอาการและการตอบสนองที่เป็นผลในระยะยาว การตอบสนองด้านร่างกายต่ออาการ รวมถึงการทำหน้าที่ของร่างกาย การรายงานอาการของตนเองเป็นการตัดสินใจที่จะจัดการกับอาการ ซึ่งอาจเกิดปัญหาได้ถ้าการประเมินประสบการณ์เป็นการรับรู้ของสมาชิกของครอบครัวและบุคลากรในทีมสุขภาพที่อาจไม่ตรงกับกรรับรู้ของตัวผู้มีอาการเอง (Fagerhaugh and Strauss, 1977 cited in Dodd et al., 2001)

2. กลวิธีการจัดการกับอาการ เป้าหมายของการจัดการกับอาการเพื่อเป็นการเบี่ยงเบนหรือชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบโดยใช้กลวิธีการดูแลตนเอง การใช้ยาบรรเทาอาการและอาศัยบุคลากรในทีมสุขภาพ การจัดการกับอาการจะเริ่มต้นด้วยการประเมินประสบการณ์การมีอาการจากการรับรู้ในมุมมองของผู้มีอาการ กลวิธีการจัดการอาการมีเป้าหมายเพียงผลลัพธ์เดียวหรือมากกว่าหนึ่งผลลัพธ์ โดยการจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาหรือเปลี่ยนแปลงตามความยินยอมหรือไม่ยินยอมของผู้มีอาการ การควบคุมอาการเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง ต้องการการปรับเปลี่ยนกลวิธีตลอดเวลาและการควบคุมอาการที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้มีอาการและครอบครัวกับบุคลากรในทีมสุขภาพ โดย

อาศัยกระบวนการทางการแพทย์ที่ประกอบด้วยการประเมินประสบการณ์การมีอาการจากมุมมองของผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อนำไปสู่กลวิธีการจัดการกับอาการ โดยพยาบาลจะรับฟัง ซักถาม และติดตามการรับรู้อาการและการตอบสนองต่ออาการของผู้ป่วย พยาบาลและผู้ป่วยร่วมมือกัน หากวิธีในการควบคุมอาการ พยาบาลมีหน้าที่ดูแลเพื่อลดความรุนแรงของอาการ และมีหน้าที่ในการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยเพื่อควบคุมอาการ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสามารถในการดูแลตนเอง และผลลัพธ์อื่นๆ ตามมา (สุรียพร ธนศิลป์, 2548: 8) กลวิธีในการจัดการกับความเครียดมีหลายวิธี ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1 การจัดการความเครียดโดยการใช้อายา ได้แก่ การใช้อายารักษาอาการเครียด เช่น ยาแก้วิตกกังวล และยาแก้ซึมเศร้า เป็นต้น (จำลอง ดิษยวณิช และ พร็ิมเพรา ดิษยวณิช, 2545)

2.2 การจัดการความเครียดโดยการไม่ใช้อายา ได้แก่ การออกกำลังกาย การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า การหายใจแบบช่องท้อง ดนตรีบำบัด และการดูแลแบบผสมผสาน หรือการแพทย์ทางเลือก พอสรุปได้ดังนี้

2.2.1 การออกกำลังกาย เป็นวิธีที่ง่ายที่สุดและได้ผลดีมากวิธีหนึ่งในการลดความเครียด สถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด มีผลกระตุ้นระบบประสาทอิสระและทำให้ร่างกายตื่นตัวจนเกินปกติ ภายหลังจากการออกกำลังกายภาวะของร่างกายจะกลับคืนสู่ความสมดุลตามปกติ และทำให้รู้สึกผ่อนคลายและสดชื่น (จำลอง ดิษยวณิช และ พร็ิมเพรา ดิษยวณิช, 2545)

2.2.2 การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า หมายถึง การทำให้กลุ่มของกล้ามเนื้อแต่ละมัดมีความตึงตัวแล้วผ่อนคลายต่อเนื่องกันไป แสดงถึงความตั้งใจของบุคคลที่สามารถแยกความรู้สึกระหว่างกล้ามเนื้อที่มีการคลายตัวกับกล้ามเนื้อที่มีการหดเกร็ง เมื่อมีการใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่อง จะทำให้บุคคลสามารถที่จะรู้สึกถึงความตึงตัวของกล้ามเนื้อโดยไม่ต้องมีการเกร็งแล้วผ่อนคลายในกลุ่มกล้ามเนื้อแต่ละมัด (Snyder, 1998 อ้างถึงใน สุรนันทา บุญรักษา, 2548)

2.2.3 การหายใจแบบช่องท้อง โดยทั่วไปใช้หลักและวิธีการหายใจแบบช่องท้อง ซึ่งเป็นการฝึกหายใจให้มีศูนย์กลางอยู่ในช่องท้อง สามารถนำความสงบและสภาวะผ่อนคลายที่ดีกว่าการหายใจแบบปกติหากทำอย่างมีสติ ลักษณะการหายใจเช่นนี้ก่อให้เกิดการผ่อนคลายให้กับระบบประสาทและส่งผลกระทบต่อร่างกายทั้งมวลให้ตอบโต้ต่อความเครียดโดยการสงบทั้งจิตใจและร่างกาย พร้อมกับพัฒนาสติรู้เท่าทันลมหายใจ เพื่อช่วยฝึกสมาธิในขั้นต่อไป (มรรยาท รุจิวิทย์, 2548)

2.2.4 ดนตรีบำบัด มีการนำเอาดนตรีตามความชอบของแต่ละบุคคลมาใช้

โดยมีวัตถุประสงค์ประสงค์ในการช่วยลดความเครียดและปรับสภาวะทางด้านอารมณ์และจิตใจเพื่อส่งผลต่อร่างกายให้ดีขึ้น (Aldridge, 1994)

2.3 การดูแลแบบผสมผสานหรือการแพทย์ทางเลือก ได้มีการนำการดูแลแบบผสมผสานหรือการแพทย์ทางเลือกมาช่วยบรรเทาความเครียดกันอย่างแพร่หลาย ยกตัวอย่างเช่น การใช้น้ำมันหอมระเหย (Toda and Morimoto, 2008) ไบโอฟีดแบค (Fontaine, 2005) การนวดการทำสมาธิ (Lafferty et al., 2006) โยคะ และชี่กง (Lee, Ryu, and Chung, 2000 cited in Lee et al., 2004; Schure, John Christopher, and Suzanne Christopher, 2008)

สำหรับประเทศไทยมีงานวิจัยที่ใช้การพยาบาลแบบผสมผสานเพื่อลดความเครียดในผู้ป่วยจำนวน 7 เรื่อง คือ

อมรรัตน์ ภิราษร (2541) ได้ศึกษาผลของการบริหารผ่อนคลายแนวซิงก์ต่อความเครียดและความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ มีกลุ่มตัวอย่าง 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการฝึกบริหารผ่อนคลายแนวซิงก์สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ประเมินจากเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดดิจิทัล (Terumo Digital Blood Pressure Monitor) ผลการศึกษาพบว่าการบริหารผ่อนคลายแนวซิงก์สามารถลดความเครียดและความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อัญรช นิตุธร (2543) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลการบริหารผ่อนคลายแนวซิงก์และฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความเครียดและอาการปวดศีรษะ มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 18 คน แบ่งการทดลองออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มบริหารผ่อนคลายแนวซิงก์ 6 คน กลุ่มฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 6 คน และกลุ่มควบคุม 6 คน การวิจัยเป็นรูปแบบทดสอบก่อนและหลังการทดลอง โดยให้กลุ่มทดลองฝึกบริหารผ่อนคลายแนวซิงก์สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ และกลุ่มฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ใช้เวลาฝึกครั้งละ 30 นาทีทั้งสองกลุ่ม ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการฝึกผ่อนคลายแนวซิงก์และการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ประเมินจากเครื่องวัดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ อีเอ็มจีไบโอฟีดแบค ผลการศึกษาพบว่าความเครียดของกลุ่มทดลองที่ฝึกบริหารผ่อนคลายแนวซิงก์กับกลุ่มที่ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อในระยะหลังทดลอง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มทดลองที่ฝึกบริหารผ่อนคลายแนวซิงก์ มีความเครียดต่ำกว่าในระยะก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ในกลุ่มที่ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อมีความเครียดต่ำกว่าในระยะก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ธัญญาภรณ์ คุณสมบัติ (2544) ได้ศึกษาผลการฝึกสมาธิแนวพุทธและการนวดสัมผัสบำบัดต่อความเครียดของผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย โดยทำการทดลอง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มได้รับการฝึก

สมาชิแนวพุทธ กลุ่มนวดสัมผัส และกลุ่มควบคุม มีกลุ่มตัวอย่าง 18 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 6 คน มีการทดลองโปรแกรมละ 9 ครั้ง โปรแกรมฝึกสมาธิแนวพุทธ ครั้งละ 30 นาที และโปรแกรมนวดสัมผัสบำบัดคนละ 20 นาที ทั้ง 2 โปรแกรมทำการทดลองสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ โดยประเมินจากเครื่องวัดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ อิเอ็มจีไบโอไฟดแบค ผลการศึกษาพบว่า ความเครียดในกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่มมีค่าคะแนนความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลมีค่าคะแนนความเครียดระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ป่วยมีคะแนนความเครียดในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

น้ำทิพย์ ดอนแก้ว (2545) ได้ศึกษาผลของการบริหารแนวชีกงกับผู้ป่วยร่วมกับการให้ข้อสนเทศโรคกับผู้ดูแลผู้ป่วยต่อความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 6 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการฝึกบริหารแนวชีกงสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20 – 30 นาที เป็นเวลาฝึก 4 สัปดาห์ รวมทั้งหมด 12 ครั้ง ร่วมกับผู้ดูแลได้รับข้อสนเทศโรค 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที รวม 8 ครั้ง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ หลังสิ้นสุดการทดลองมีการวัดความตึงตัวของกล้ามเนื้อด้วยเครื่อง EMG ไบโอไฟดแบค แล้วนำมาหาค่าเฉลี่ย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความเครียดลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความเครียดต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ลักขณาพร สายทอง (2546) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มแบบเผชิญความจริงกับการฝึกผ่อนคลายตามแนวชีกงเพื่อลดความเครียดในผู้ติดเชื้อ (HIV) มีกลุ่มตัวอย่าง 12 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 4 คน คือ กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษากลุ่มแบบเผชิญความจริง ระยะเวลาทั้งหมด 5 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ทั้งหมด 10 ครั้ง กลุ่มที่ได้รับการฝึกผ่อนคลายตามแนวชีกง 4 ท่า ทำระยะเวลาทั้งหมด 5 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 40 นาที ทั้งหมด 10 ครั้ง และกลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรมใดๆ ประเมินและเปรียบเทียบระดับความเครียดจากค่าความตึงตัวของกล้ามเนื้อหน้าผากด้วยเครื่อง ไบโอไฟดแบค ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีความเครียดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลประเมินผลมีความเครียดลดลงต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิมลทิพย์ แก้วถา ศิริรัตน์ ปานอุทัย และ ลดาวัลย์ ภูมิวิเศษเวช (2547) ได้ศึกษาผลของการฝึกการผ่อนคลายร่วมกับการใช้ไบโอฟีดแบคต่อความเครียดและความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการฝึกผ่อนคลายร่วมกับการใช้ไบโอฟีดแบค กลุ่มควบคุมได้รับการฝึกผ่อนคลายเพียงอย่างเดียว ประเมินจากเครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิตอล เครื่องไบโอฟีดแบค แบบประเมินการผ่อนคลาย และแบบวัดความเครียด ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการผ่อนคลายร่วมกับการใช้ไบโอฟีดแบคมีระดับคะแนนความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

รัชนิกร ราชวัฒน์ (2550) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพด้วยโยคะต่อความเครียดและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพด้วยโยคะ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20 – 30 นาที รวม 36 ครั้ง วัดผลก่อนและหลังการทดลอง ประเมินจากแบบประเมินความเครียดและเครื่องตรวจระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่มีผลทำให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความเครียดแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

3. ผลลัพธ์ เป็นผลที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการและเป็นผลที่ได้จากกลวิธีการจัดการกับอาการ โดยที่มุ่งไปที่ 8 ปัจจัย คือ 1) ค่าใช้จ่าย จะรวมถึงรายได้และฐานะทางเศรษฐกิจ และระบบบริการทางสุขภาพ หรือเงินทดแทนจากการทำงาน 2) สภาวะทางอารมณ์ 3) การดูแลตนเอง 4) ภาวะการทำหน้าที่ 5) คุณภาพชีวิต 6) อัตราการเกิดโรคและการเกิดโรคร่วม 7) อัตราการตาย และ 8) ความรุนแรงของอาการ โดยลักษณะของอาการเป็นศูนย์กลางในการส่งผ่านไปยังผลลัพธ์ตัวอื่น และผลลัพธ์ทั้งหมดอาจมีความสัมพันธ์ส่งผลซึ่งกันและกัน ด้านคุณภาพชีวิตนั้น จะถูกกระทบกระเทือนเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ระยะเวลาของการประเมินขึ้นอยู่กับความคงที่ของอาการ ซึ่งต้องการการจัดการกับอาการที่มีความต่อเนื่องและมีการตอบสนองต่อการรักษา เมื่อการรักษาประสบผลสำเร็จและกลับสู่ภาวะปกติ แล้วการปฏิบัติต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อที่จะควบคุมอาการที่อาจจะเกิดขึ้นอีก ดังนั้นแบบจำลองการจัดการกับอาการจึงเหมาะสมที่จะใช้ในเรื่องการจัดการกับอาการโดยตรงและต้องการการวัดผลลัพธ์ในการจัดการที่มีความต่อเนื่อง

7. แนวคิดการบริหารกาย-จิตแบบชี่กง

ในปัจจุบันแนวทางการรักษาสุขภาพได้ค่อยๆ เปลี่ยนทิศทางไปจากเดิมที่บุคลากรทางการแพทย์จะต้องคอยแนะนำแก้ไขความผิดปกติของผู้ป่วย แต่ปัจจุบันบทบาทของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ทั้งการป้องกัน บำบัดรักษาและแก้ไขความผิดปกติมีมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีคือ ทั้งได้ผลดีและประหยัดค่าใช้จ่าย โดยแนวทางการรักษาและดูแลผู้ป่วยแบบใหม่นี้อาศัยความเป็นองค์รวม คือ ดูแลผู้ป่วยทั้งตัวทุกระบบทั้งจิตใจและร่างกาย ชี่กงก็ถือว่าเป็นการแพทย์ทางเลือกชนิดหนึ่ง ซึ่งเป็นศาสตร์ทางตะวันออกมีมุมมองว่ามนุษย์นั้นมีความแข็งแกร่งภายในตัวเอง ความแข็งแกร่งเหล่านี้เกิดจากปัจจัยภายใน คือ ความสมดุลในร่างกายและปัจจัยภายนอกซึ่งหมายถึงสิ่งแวดล้อมที่สัมพันธ์กับตัวเรา อย่างไรก็ตามแม้ปัจจัยภายนอกจะเปลี่ยนแปลงและควบคุมได้ไม่ง่าย แต่หากปัจจัยภายในยังคงไว้ซึ่งความสมดุลแล้วก็ยากที่จะทำให้คนคนนั้นล้มป่วยลงได้ (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2550)

ความหมายของชี่กง

สาลี สุภาภรณ์ (2546) ได้อธิบายว่า ชี่ (Chi หรือ Qi) เป็นภาษาจีน แปลว่า พลังชีวิต เป็นพลังงานธรรมชาติที่ไหลเวียนอยู่ในร่างกายของทุกๆ สรรพสิ่งที่มีชีวิตทั้งปวง คำว่า กง (Gong) หมายถึง งานหรือประโยชน์ที่ได้รับจากการฝึกฝน เช่น ฝึกการหายใจอย่างเป็นระบบ ดังนั้นเมื่อนำคำว่า ชี่ กับ กง มารวมกันเป็น ชี่กง จึงหมายถึง การฝึกฝนเพื่อควบคุมการไหลเวียนและการแพร่กระจายของชี่เพื่อให้มีสุขภาพดีขึ้น มีความสมดุลทั้งทางร่างกายและจิตใจ

เทอดศักดิ์ เดชคง (2547) ได้ให้ความหมายคำว่าชี่ (qi) หมายถึง พลังชีวิต (vital energy) ส่วนคำว่ากง (gong) หมายถึง การทำงาน รวมความว่า ชี่กง หมายถึง การทำงานเพื่อให้ได้พลังชีวิต

พชรพงษ์ พรายมณี (2548) ได้ให้ความหมายของชี่กงว่า หมายถึง การฝึกควบคุมลมหายใจ สมาธิ และการบริหารร่างกายไปพร้อมๆ กัน เป็นวิธีการโบราณที่เชื่อกันว่าจะช่วยให้คนเรามีอายุยืนยาว มีสุขภาพแข็งแรง รวมทั้งเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคและบำบัดโรคได้ด้วยตนเอง

ศิริ ทรวงแสง (2548) ได้อธิบายว่า ชี่กง คือวิชาอันเป็นมรดกตกทอดมาจากวัฒนธรรมโบราณของชนชาติจีน จากการศึกษาชีวิตและร่างกายของคนทั่วทุกด้าน ผ่านการฝึกการปรับจิตใจ ปรับร่างกาย ปรับการหายใจประสานกัน ปรับปรุงแก้ไขสภาพสุขภาพร่างกายของตน และสำรวจพบสมรรถนะพลังแฝงในร่างกายของคน เพื่อให้ร่างกายและจิตใจบรรลุความสมดุลสูงสุด

สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี (2549) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ชี่ (Qi or Chi or Chee) หมายถึง การหายใจ (Breathing) หรือ พลังชีวิต (Vital energy) ที่ทำให้มนุษย์สามารถมีชีวิตอยู่ได้

ซึ่งเป็นพลังงานที่ไหลวนเวียนอยู่ภายในร่างกายของมนุษย์และสัตว์ ส่วนคำว่า กง หรือ กุง (Gong หรือ Goong หรือ Kung) หมายถึง ทักษะการออกกำลังกาย หรือการฝึกทักษะ (skill) เมื่อแปลรวมกันแล้ว หมายถึง การฝึกลมหายใจ หรือทักษะการออกกำลังกายและการกำกับลมหายใจเพื่อเพิ่มพลัง

สรุปได้ว่า ชี่กง หมายถึง การฝึกบริหารร่างกาย การหายใจ และสมาธิให้เกิดการประสานกันเพื่อเพิ่มพลังชีวิตส่งผลให้สุขภาพดีขึ้นช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันและบำบัดโรคได้ด้วยตนเอง

เป้าหมายในการฝึกชี่กง

การฝึกชี่กงมีเป้าหมายอยู่ 2 อย่าง คือ ฝึกเพื่อรักษาโรคกับฝึกเพื่อสุขภาพ (พชรพงษ์พรายมณี, 2548)

1. การฝึกชี่กงเพื่อรักษาโรค หมายถึง การให้หมอชี่กงปล่อยพลังชี่กงในตัวเองให้กับผู้ป่วยเพื่อรักษาโรค ซึ่งคนที่เป็นหมอชี่กงจะต้องได้รับการฝึกฝนมาอย่างดีเป็นเวลานานถึงจะทำได้
2. การฝึกชี่กงเพื่อสุขภาพนั้น เป็นการฝึกชี่กงด้วยตัวเองโดยมีเป้าหมายอยู่ที่ป้องกันโรคและฟื้นฟูสุขภาพร่างกายและจิตใจ

2.1 แบบนิ่ง เป็นวิธีการฝึกที่รวมเอาแต่การหายใจและกระแสวิจิตเข้าด้วยกันโดยไม่ขยับตัว ซึ่งเปรียบได้กับการปฏิบัติสมาธิแบบพุทธวิธีชนิดอานาปานสติ โดยการฝึกสติให้สัมผัสรับรู้อย่างต่อเนื่องในการเคลื่อนไหวของลมหายใจ

2.2 แบบเคลื่อนไหว เป็นวิธีการฝึกที่รวมเอาการหายใจ กระแสวิจิต และการเคลื่อนไหวออกท่าทางทั้งสามอย่างเข้าด้วยกัน

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกการฝึกชี่กงแบบเคลื่อนไหวมาศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีจำนวน 4 ท่า ตามหลักของ นพ.เทอดศักดิ์ เดชคง ด้วยเหตุผลที่ว่าท่าที่มากเกินไปอาจต้องใช้เวลาในการเรียนรู้นาน และได้ปรับเป็นท่านั่งเพื่อให้มีความเหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลของการฝึกชี่กงต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา

ปัจจุบันมีการศึกษาและทดลองทางการแพทย์เกี่ยวกับชี่กงอย่างแพร่หลาย ทั้งในประเทศจีนซึ่งเป็นต้นกำเนิดของการฝึกสมาธิออกกำลังกายแบบชี่กง สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย ไทย และเกาหลี ซึ่งจากการศึกษาของ สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี (2549) ได้ทำการวิเคราะห์และ

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผลการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ของการฝึกชี่กงและประโยชน์ของการฝึกชี่กงในการสร้างเสริมสุขภาพ มีดังต่อไปนี้

1. ผลต่อการทำงานของระบบประสาทและสมอง

ผู้ฝึกชี่กงจะรู้สึกมีความสุข ผ่อนคลาย พักลึก จิตเป็นสมาธิและพบว่ามี ความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของคลื่นสมอง ในช่วงที่มีการฝึกชี่กงผู้ฝึกจะมีคลื่นสมองแอลฟา (Alpha) และคลื่นสมองธีต้า (Theta) เพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้การศึกษายังของ หย่งเส็ง และคณะในประเทศจีน พบว่าเมื่อฝึกชี่กงจนลมปราณโคจรได้ทั่วร่างกาย คลื่นสมองของผู้ฝึกจะเกิดการเปลี่ยนแปลงและความถี่ของคลื่นจะค่อยๆ ลดลงไปเรื่อยๆ รูปร่างของคลื่นจะเรียงตัวเป็นระเบียบ โดยเฉพาะคลื่นจากสมองส่วนหน้า (Frontal cortex) เกี่ยวข้องกับการรับรู้ของมนุษย์ ส่วนคลื่นสมองส่วนอื่นๆ ที่รับรู้ความรู้สึกต่างๆ จะลดน้อยลง เนื่องจากสมองมีการกลั่นกรองสัญญาณที่จะผ่านไป Reticulum ที่เป็นบริเวณเครือข่ายของสมอง ทำให้เกิดความสงบในจิตใจ การวัดแรงต้านทานไฟฟ้าที่บริเวณจุดฝังเข็มบางจุดยังพบว่า มีแรงต้านทานไฟฟ้าลดลง และอุณหภูมิของร่างกายบางจุดก็เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะจุดต้นเทียนเนื่องจากการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกลดลง โดยวัดจากอัตราการเต้นของหัวใจ และวัดอุณหภูมิส่วนปลายนิ้ว แต่ในทางตรงกันข้าม ความไวของการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติกจะเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อคลายคลายตัว การทดสอบไฟฟ้าที่กล้ามเนื้อพบว่ากล้ามเนื้อมีระยะพักนานขึ้น การฝึกชี่กงทำให้ระดับของเบต้าเอนโดρφินเพิ่มขึ้น และระดับของอะดรีนคอร์ติโคโทรปินลดลง

2. ผลต่อการทำงานของระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต

การฝึกชี่กงในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทำให้ความดันโลหิตลดลง ผู้ที่มีความดันโลหิตต่ำ ความดันโลหิตปรับเข้าสู่ระดับปกติ ผู้ป่วยที่ความสูงไม่ทราบสาเหตุ ความดันโลหิตจะลดลงและทำให้ไม่มีการแทรกซ้อน เช่น อัมพาตเฉียบพลัน

การฝึกชี่กงทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง การหายใจช้าลง การใช้ออกซิเจนและการเผาผลาญพลังงานในร่างกายลดลง มีการลดลงของ Dopamine hydroxylase และเพิ่มอุณหภูมิของผิวหนัง

3. ผลต่อการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนและสารเคมีต่างๆ ในร่างกาย

การฝึกชี่กงทำให้อัตราการเผาผลาญอาหารในร่างกายต่ำลง ทำให้ตับเพิ่มกระบวนการผลิตกลัยโคเจนซึ่งเป็นสารอาหารที่สะสมในตับและลดการย่อยสลายสารอาหารนี้ที่จะเปลี่ยนไปเป็นพลังงาน ชี่กงจึงเป็นกระบวนการเก็บซับพลังงานที่ดี ชี่กงช่วยเสริมสร้างการทำงานของอินซูลิน (Insulin) ในการเก็บรับน้ำตาลเพื่อส่งไปที่ตับ

การฝึกชี่กงจะช่วยลดการทำงานของต่อมใต้สมอง (Pituitary) ทำให้ต่อมหมวกไต

ทำงานสบายขึ้น ไม่ทำงานหนักจนเกินไป ทำให้ร่างกายเข้าสู่ความสงบได้พักและซ่อมสร้างตัวเอง

4. ผลต่อระบบหายใจ

การฝึกชี่กงทำให้การหายใจช้าลง หายใจได้ลึก ปริมาตรของลมเข้าออกมากขึ้น เพิ่มอัตราการขับคาร์บอนไดออกไซด์ และลดการขับออกซิเจน การหายใจลึกจนถึงช่องท้อง โดยผ่านการเคลื่อนไหวของกระบังลมเป็นการกระตุ้นประสาทสมองคู่ที่ 10 เรียกว่า วากัส เป็นเส้นประสาทที่มีจุดเริ่มต้นที่ก้านสมองทอดยาวมาตามแนวกระดูกสันหลังลงมายังอวัยวะในช่องท้องโดยได้ส่งแขนงบางส่วนไปยังกล้ามเนื้อกระบังลม การกระตุ้นเส้นประสาทวากัสจะทำให้เกิดการส่งสัญญาณประสาทไปยังก้านสมอง ทำให้มีการตอบสนองมายังอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย มีผลในการผ่อนคลายของอวัยวะต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นหลอดเลือดฝอย การเคลื่อนไหวของลำไส้ และลดอัตราการเต้นของหัวใจ เป็นต้น

5. ผลต่อระบบภูมิคุ้มกัน

เมื่อร่างกายมีความเครียด ระบบหลอดเลือดฝอยจะมีขนาดเล็กลง เนื่องจากระบบประสาทซิมพาเทติกถูกกระตุ้น อวัยวะที่เกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกัน ต่อมน้ำเหลืองต่างๆ จะลดความไวลง ความเครียดอย่างยาวนานทำให้ฮอร์โมนจากต่อมหมวกไตมีปริมาณสูงผิดปกติและเป็นตัวที่ลดการทำงานของเม็ดเลือดขาวที่มีหน้าที่จับกินเชื้อโรคและเซลล์ที่ผิดปกติ การฝึกชี่กงมีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย โดยทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายที่ผ่านทางต่อมไฮโปธาลามัส พิทูอิทารี และอดรีนัล รวมทั้งฮอร์โมนของระบบประสาททำงานได้อย่างสมดุล ผู้ที่ฝึกชี่กงนานมากกว่า 5 เดือน ทำให้ทีลิมโฟไซต์ (T-lymphocyte) เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 50

6. ผลต่อระบบทางเดินอาหาร

การฝึกชี่กงช่วยเพิ่มคลื่นบีบตัวของทางเดินอาหาร ทั้งบีบไล่อาหารได้แรงขึ้น เพิ่มการขับน้ำย่อยมาย่อยอาหาร เนื่องจากชี่กงทำให้การควบคุมการทำงานของประสาทส่วนกลางและปรับการทำงานของระบบประสาทที่ควบคุมอวัยวะภายใน ทำให้ลำไส้ทำงานได้ดีกว่าเดิม การหายใจเข้าออกที่ต้องใช้กระบังลมและกล้ามเนื้อหน้าท้อง ยังช่วยขับเคลื่อนอาหารในกระเพาะและลำไส้

7. ผลต่อผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง

การฝึกชี่กงเพื่อการรักษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ได้มีการรายงานการศึกษาวิจัยหลายโรค เช่น ผลของการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง 100 คน โดยการฝึกชี่กงพบว่าผู้ที่ฝึกมีจำนวนเม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้น ระบบภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยดีขึ้นกว่าเดิมร้อยละ 20

หลักในการฝึกชี่กง

การปฏิบัติให้เกิดผลมีพลังที่จะต้องเข้าใจหลักการที่จำเป็นซึ่งขาดไม่ได้การฝึกชี่กง ฉะนั้น การฝึกชี่กงที่จะให้ผลดีนั้น ควรมีหลักในการฝึกดังนี้ (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2550)

1. การหายใจ เป็นตัวแรกที่ต้องทำความเข้าใจฝึกฝนจนเกิดความชำนาญ โดยเฉพาะ การหายใจด้วยท้อง ผ่านการเคลื่อนไหวของกะบังลม การหายใจเข้าออกในขณะที่ฝึกชี่กงจะต้องมีสมาธิในการฝึกและหัดควบคุมการหายใจเข้าออกผสมผสานกันไปด้วย การหายใจจะถูกควบคุมโดยตรงจากสมอง ทำให้เกิดจังหวะสม่ำเสมอ ลมหายใจที่ลึกและคงที่ตลอดช่วงที่หายใจเข้า-ออก เมื่อใดที่เคลื่อนไหวมือขึ้นหรือขยายออกให้หายใจเข้าท้องพอง และเมื่อมือลดต่ำลงหรือหดเข้าเป็นจังหวะหายใจออกท้องยุบ ซึ่งจะทำได้ชี่จากธรรมชาติ

2. การผ่อนคลาย ควรทำอย่างสงบในระหว่างที่ฝึก ให้ผ่อนคลายทั้งทางร่างกายและจิตใจ

3. Regulation หมายถึง กฎเกณฑ์ที่ใช้ในการเคลื่อนไหวของร่างกายและวางจิตใจ สามารถแบ่งได้เป็น 3 ส่วน คือ ส่วนร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม

3.1 กฎของร่างกาย คือ ทำเมื่อร่างกายพร้อม เช่น ไม่อิ่มหรือหิวจนเกินไป ไม่อ่อนเพลีย ไม่มีไข้สูง กระบวนท่าต่างๆ ควรเรียงลำดับ แต่ก็อาจจะกลับมาเป็นชุดๆ ได้ เน้นความสม่ำเสมอและนุ่มนวลของร่างกาย มือขึ้นข้างล่างอย่างสม่ำเสมอ ไม่สะดุดหรือหยุดชะงัก

3.2 กฎของจิตใจ ทำเมื่อจิตใจพร้อมอยู่ในอารมณ์สบาย ไม่เคร่งเครียด หงุดหงิด โกรธ โมโห จิตใจนิ่งอยู่บนฝ่ามือ การฝึกชี่กง 4 ท่า เป็นการทำสมาธิกับการเคลื่อนไหวของฝ่ามือ ทั้ง 2 ข้าง ในการฝึกกระยะแรกจำเป็นที่ต้องใช้จิตใจโน้มนำให้เกิดชีพบนฝ่ามือ รูปแบบของชี่ คือนึกถึงความร้อนบนฝ่ามือการพัฒนาของจิตใจจะเกิดพร้อมสุขภาพที่ดีขึ้น อารมณ์โกรธและเป็นทุกข์อยู่เสมอจะลดน้อยลง แต่ความรู้สึกเป็นสุขมีความรักและการให้อภัยจะเกิดมากขึ้น

3.3 กฎของสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมที่ดีนำมาซึ่งพลังที่สมบูรณ์สถานที่ฝึกจะเป็นในห้องหรือกลางแจ้งก็ได้ ขอให้เป็นที่ที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก

การฝึกหายใจแบบช่องท้อง (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2547)

การฝึกหายใจแบบช่องท้องก่อน เนื่องจากเป็นสิ่งจำเป็นในการฝึกชี่กงให้ได้ผล คือ การฝึกหายใจเข้าท้องพอง หายใจออกท้องยุบ ดังนี้

1. ท่านอน : นอนราบหรือหนุนหมอนตามปกติ วางมือหรือกลองเล็กๆ ไว้บนสะดือเพื่อใช้เป็นที่สังเกตว่า เมื่อหายใจเข้ามือหรือกลองเล็กๆจะขยับตัวสูงขึ้น เมื่อหายใจออกก็ลดตัวลง ขณะที่มีการขยับของทรวงอกน้อย ไม่มีการเกร็งของกล้ามเนื้อคอ

2. ทำนั่ง : นั่งบนเก้าอี้วางมือไว้บนสะดือ สร้างมโนภาพว่าลมหายใจที่เข้าทางจมูกลงไป
ต้นท้องให้โป่งพองออกมาเหมือนการเป่าลูกโป่ง เมื่อหายใจออกท้องก็แฟบลงเหมือนปกติ

การเตรียมร่างกาย (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2550)

1. ทรวงอก เอามือแตะทรวงอกเพื่อให้เกิดความรู้สึกสัมผัส

1.1 ท่าที่ 1 เอามือเกี่ยวกันบริเวณหน้าอก เคลื่อนแขนไปทางซ้ายและขวาตามจังหวะ
ลมหายใจ เช่น ขณะไปทางซ้ายหายใจเข้า ขณะไปทางขวาหายใจออก ตลอดเวลาที่เคลื่อนไหว
จิตใจจะจับอยู่บนทรวงอกตลอดเวลา ควรทำ 5 – 10 ครั้ง

1.2 ท่าที่ 2 เอามือเกี่ยวกันบริเวณหน้าอก ยกศอกและแขนข้างหนึ่งขึ้น ข้างหนึ่งลง
พร้อมหายใจเข้า และสลับอีกข้างหนึ่งขึ้นลง พร้อมหายใจออก ควรทำสัก 5 – 10 ครั้ง

1.3 ท่าที่ 3 ยกมือตั้งศอกบริเวณหน้าอก แยกแขนเหมือนตีศอกไปด้านหลังพร้อมกับ
หายใจเข้า ห่อแขนเข้ามาพร้อมกับหายใจออก ใจจดจ่อที่ทรวงอกเช่นกัน ควรจะทำ 5 – 10 ครั้ง

2. คอ ใช้มือแตะคอ ให้เกิดความรู้สึกสัมผัส

2.1 ท่าที่ 1 หมุนคอโดยการมองไปทางซ้าย หายใจเข้าและหมุนคอมาทางขวาหายใจ
ออกสลับไปมา ควรจะทำ 5 – 10 ครั้ง

2.2 ท่าที่ 2 เอียงคอไปทางซ้ายและขวา ควรจะทำ 5 – 10 ครั้ง

2.3 ท่าที่ 3 ขณะก้มศีรษะ หายใจออก เงยศีรษะ หายใจเข้า (อาจหมุนคอตามเข็มนาฬิกา
และทวนเข็มนาฬิกา โดยทำ 3 – 5 ครั้ง)

3. หว่างคิ้ว ใช้มือแตะหว่างคิ้วให้เกิดการรับรู้สัมผัส

3.1 กลอกตาไปทางซ้ายและขวา กลอกตาขึ้นบน ลงล่าง

3.2 กลอกตาเป็นวงกลม ตามเข็มนาฬิกา และทวนเข็มนาฬิกา

4. กระทบมือ ใช้มือแตะกระทบมือให้เกิดการรับรู้สัมผัส โดยการประสานมือ นิ้วกลาง
นิ้วชี้ นิ้วโป่ง ชี้ขึ้นตั้งอยู่ระดับทรวงอกดังรูป 2 ยกมือขึ้นพร้อมกับหายใจเข้า และเพ่งความรู้สึกไปยัง
กระทบมือ อดมือลงหายใจออก ควรทำ 5 – 10 ครั้ง

การฝึกบริหารแนวซีกงทำนั่ง (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2547)

ท่าที่ 1 ปรับลมปราณ เริ่มต้นจากการนั่งทรงตัวแล้วค่อยๆ หงายฝ่ามือทั้ง 2 ข้างขึ้นซ้ายๆ
ตามจังหวะหายใจเข้า เมื่อมือถึงระดับคางก็คว่ำมือและลดมือลงต่ำลงมาถึงระดับเอว ช่วงนี้เป็น
จังหวะหายใจออก

ท่าที่ 1 ด้วยการหายใจฝ่ามือ ยกขึ้นไปใหม่ เมื่อมือถึงระดับเอว จึงยกฝ่ามือขึ้นไปจนถึงระดับคางจึงคว่ำมือ แล้วลดลงมาใหม่ วนเวียนอย่างนี้ไปเรื่อยๆ

ท่าที่ 2 ยืดอกขยายทรวง เริ่มต้นโดยต่อจากท่าที่ 1 ซึ่งคว่ำฝ่ามือแล้วค่อยๆ ยกขึ้นมา ด้านหน้าจนถึงระดับอก จึงแยกฝ่ามือขยายออกไปจนสุดแขน หายใจเข้าช้าๆ เมื่อฝ่ามือกางจนสุดแล้วค่อยๆ ดึงกลับมาในทิศทางเดิม จังหวะนี้หายใจออกช้าๆ ให้ผู้ปวยทำซ้ำ 3 – 5 รอบ จนทำได้

ท่าที่ 3 อินทรีทะยานฟ้า จากท่าที่ 2 วางมือไว้ข้างลำตัว แล้วกางแขนออกจนหลังมือทั้ง 2 ข้างสัมผัสกันเหนือศีรษะ จังหวะนี้หายใจเข้า เมื่อลดแขนลงมาและผ่านระดับเอวจังหวะนี้เป็นช่วงหายใจออก

ท่าที่ 4 ลมปราณชานกายา ท่าที่ 4 นั้นคล้ายกับท่าที่ 1 แต่จะต่างกันบ้างตรงที่มีการวางฝ่ามือออกไปกว้างกว่า เหมือนกับเป็นการช้อนเอาพลังจากพื้นดินและธรรมชาติเข้ามาไว้ในตัวเรา ในจังหวะหายใจเข้า เมื่อฝ่ามือเลื่อนขึ้นจนถึงระดับคาง ก็คว่ำมือแล้วลดมือลง

สำหรับการฝึกทำนี้จะเน้นการเคลื่อนไหวที่ช้าและสม่ำเสมอ การหายใจเข้าและหายใจออกที่สอดคล้องกับการเคลื่อนไหว หากการฝึกเป็นไปอย่างถูกต้อง ผลที่ได้หลังการฝึกแต่ละครั้งควรมีให้เห็นโดยเฉพาะการหายใจที่โล่งสบาย ฝ่ามือทั้ง 2 ข้างรู้สึกร้อนหรือซ่าๆ เหมือนมีไฟฟ้าสถิตเกิดขึ้น อาจมีเหงื่อออกมากในช่วงแรกๆ ของการฝึก ซึ่งเป็นสิ่งที่ดี

การเก็บพลัง ทุกครั้งหลังการฝึกเสร็จสิ้นต้องเก็บพลังทันที เพื่อไม่ให้พลังสูญหายไป วิธีเก็บมีหลายวิธี แต่วิธีที่ง่ายที่สุดคือ การเอาฝ่ามือทั้ง 2 ข้างซ้อนกันวางปิดบนท้องน้อย แล้วใช้จิตใจโน้มน้าชึ้นฝ่ามือไปยังช่องท้อง ซึ่งจะรู้สึกได้ถึงความร้อนและประจุไฟฟ้าที่ไหลเข้าไป ผู้ชายให้เอาฝ่ามือขวาทับฝ่ามือซ้าย ผู้หญิงเอาฝ่ามือซ้ายทับมือขวา วางนิ่งด้วยความสงบสักครู่ หลังการฝึกควรเดินเล่นไปมา ขยับตัว แขนและขาสักครู่แล้วจึงไปประกอบกิจกรรมอื่นๆ ตามปกติ

ข้อควรจำ 3 ประการ (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2550)

1. ท่าสม่ำเสมอไม่ติดขัด คือ ทำให้การเคลื่อนไหวเป็นไปอย่างต่อเนื่องเหมือนการเคลื่อนไหวของน้ำ เป็นการหมุนเวียนของลมปราณ เมื่อจะเปลี่ยนท่าก็มีความนุ่มนวลราบรื่นไม่สะดุด
2. หายใจเข้า-ออก ตามการเคลื่อนไหว เมื่อใดที่ฝ่ามือขึ้นและขยายออกให้หายใจเข้าเมื่อลดต่ำลงหรือหดเข้ามาเป็นจังหวะหายใจออก
3. จิตใจวางไว้ที่ฝ่ามือ การวางจิตไว้เหมือนกับความรู้สึกสัมผัส (ไม่ใช่การคิดถึง) ฝ่ามือเคลื่อนไหวไปที่ใดจิตก็ตามไปที่นั่น เหมือนกับการทำสมาธิเคลื่อนไหวที่ใช้จิตติดตามฝ่ามือ

8. โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก

โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงกได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการจัดการความเครียดและระดับคอร์ติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งโปรแกรมนี้นี้ได้พัฒนาขึ้นจากแบบจำลองการจัดการกับอาการ ของ Dodd et al. (2001) โดยเลือกใช้การบริหารกาย-จิตแบบซิงกมาใช้ในการจัดการความเครียดในการวิจัยนี้ มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย เป็น การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไว้วางใจที่จะเปิดเผยข้อมูล และเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้เล่าถึงประสบการณ์เกี่ยวกับความเครียดจากการรับรู้ในมุมมองของผู้ป่วยเอง และรับฟังด้วยความตั้งใจ โดยตระหนักถึงอาการเป็นประสบการณ์ที่เป็นความรู้สึกส่วนบุคคล ผู้ป่วยแต่ละคนมีการรับรู้เกี่ยวกับระดับความรุนแรงที่แตกต่างกัน หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการประเมิน ความต้องการความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความเครียด สาเหตุและผลกระทบของ ความเครียด การจัดการความเครียดร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงกจากผู้ป่วยก่อน เนื่องจาก การที่ผู้ป่วยไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถคาดเดาสถานการณ์ การดำเนินของโรค การพยากรณ์ต่างๆ ของตนเองว่าจะเป็นอย่างไรต่อไป (Close and Procter, 1999) และการให้ ความรู้ควรเริ่มจากสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ โดยผู้วิจัยจะสอบถามและรับฟังการรับรู้ของผู้ป่วยก่อนเพื่อ ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจส่งผลต่อการให้ความรู้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้ ผู้วิจัยมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ของผู้ป่วยเพื่อให้ ผู้ป่วยมีการรับรู้ความเครียดตามสาเหตุและอาการที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริงและสามารถควบคุม อาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากการให้ความรู้เป็นวิธีการปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการควบคุมอาการ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความเครียดตามสาเหตุและตาม อาการที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริงด้วยวิธีการให้ความรู้ในการจัดการความเครียดตามสาเหตุของ ความเครียดที่เกิดขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการความเครียดได้อย่างมี ประสิทธิภาพ ทั้งนี้การให้ความรู้โดยวิธีการสอนประกอบแผนภาพพลิกและคู่มือเป็นรายบุคคล เป็นวิธีที่เหมาะสมที่จะช่วยให้ผู้ป่วยแต่ละรายมีความเข้าใจและรับรู้ถึงสาเหตุของความเครียดได้ อย่างถูกต้อง สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายอาจมีปัญหาเกี่ยวกับความคิด การ ตัดสินใจ การแก้ปัญหา ช่วงความสนใจสั้น ไม่มีสมาธิ และมีพฤติกรรมซ้ำๆ ดังนั้นพยาบาลควร ประเมินดูช่วงเวลาที่เหมาะสมที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจได้สูงสุดและไม่ก่อให้เกิดความ เมื่อยล้าได้ง่าย เช่น หลังจากผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเต็มที่แล้ว และหัวข้อที่จะสอนหรือให้คำแนะนำ แก่ผู้ป่วยควรแบ่งออกเป็นสั้นๆ เพื่อไม่ให้ใช้เวลาเยอะๆ และไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่าย จึง จะช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นตามสาเหตุได้อย่างเหมาะสมและมี

ประสิทธิภาพ ซึ่งการให้ความรู้อย่างถูกต้องเหมาะสมมีความชัดเจน และสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละรายจะช่วยให้ผู้ป่วยมีข้อมูลเพื่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และความสามารถที่จำเป็นในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและลดความเครียดจากโรคและอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาที่ได้รับได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การฝึกบริหารกาย-จิตแบบซิงก ผู้วิจัยฝึกทักษะในการจัดการความเครียดเพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและสามารถจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ หลังจากให้ความรู้แล้ว ผู้วิจัยเริ่มให้ผู้ป่วยฝึกการหายใจและการผ่อนคลาย เมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ผู้วิจัยจึงสาธิตทำในการฝึกบริหารกาย-จิตแบบซิงกทำนอง จำนวน 4 ท่า และให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ โดยปฏิบัติทีละท่าจนครบทั้ง 4 ท่า และให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ท่าที่ 1 – 4 ทำซ้ำจนผู้ป่วยเกิดความชำนาญ หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามข้อสงสัย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเองมากขึ้น จากนั้นแนะนำให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติทุกวันอย่างน้อยวันละ 30 นาที รวมทั้งหมด 3 สัปดาห์ พร้อมกับบันทึกลงในคู่มือที่ผู้วิจัยได้ให้ไว้

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับจากการนำความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองเพื่อจัดการความเครียดไปใช้ว่าได้ผลเป็นอย่างไร หรือมีปัญหาใดเกิดขึ้น และเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน ผู้วิจัยมีการใช้โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยเพื่อสอบถามอาการ ประเมินปัญหาและอุปสรรค หาแนวทางแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นร่วมกับการกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจในการฝึกบริหารกาย-จิตแบบซิงกว่าผู้ป่วยทำแล้วได้ผลอย่างไรและมีการทำอย่างสม่ำเสมอหรือไม่

9. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ปราณี มิ่งขวัญ (2542) ศึกษาระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรกและระยะหลัง และเปรียบเทียบระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก 25 คน และระยะหลังฟื้นฟูสภาพ 25 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 50 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรกและระยะหลังมีความเครียดระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรกและระยะหลังพบว่าไม่แตกต่างกัน ส่วนการใช้วิธีการ

เผชิญความเครียดระหว่างผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพระยะและระยะหลังมีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01

สาयนาท พลไชโย (2544) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีก และหาปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการเผชิญความเครียดได้ดีที่สุด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกจากสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ จำนวน 130 คน ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับปัญหา ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน รายได้ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการจัดการปัญหา คือ ระดับความเครียด โดยการสนับสนุนทางสังคม ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน เป็นปัจจัยที่ร่วมทำนายพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกด้านการจัดการกับปัญหาอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ ได้แก่ ระดับความเครียด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบ คือ การสนับสนุนทางสังคม ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน โดยระดับความเครียด การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่ร่วมทำนายพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกด้านการจัดการกับอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และปัจจัยทั้งสองสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการเผชิญความเครียดได้ร้อยละ 18 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านแก้ปัญหาทางอ้อม คือ ระดับความเครียด ซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกด้านการแก้ปัญหาทางอ้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถทำนายพฤติกรรมการเผชิญความเครียดได้ร้อยละ 3

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับคอร์ติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Olsson et al. (1992) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันกับผู้ที่สุขภาพดี พบว่าหลังได้รับยา Dexamethasone ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีระดับคอร์ติซอลในเลือดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับคอร์ติซอลที่สูงขึ้นยังมีความสัมพันธ์กับอาการสับสนและอาการแขนขาอ่อนแรงช่วยเหลือตนเองไม่ได้ของกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Slowik et al. (2002) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะคอร์ติซอลในเลือดสูงกว่าปกติกับการตอบสนองต่อการอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 คน โดยติดตามจากผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เก็บตัวอย่างจากปัสสาวะ จำนวนเม็ดเลือดขาวและเกล็ดเลือด และระดับคอร์ติซอลในเลือด ผลการศึกษาพบว่าภาวะคอร์ติซอลในเลือดสูงกว่าปกติมี

ความสัมพันธ์กับอายุ ความรุนแรงของการบกพร่องทางระบบประสาท ตำแหน่งของการขาดเลือดในสมอง และมีแนวโน้มอาการของโรครุนแรงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระดับคอรีติซอลในเลือดและการตอบสนองต่อการอักเสบ ที่ประกอบด้วย การมีไข้ ระดับไฟบริโนเจน จำนวนเม็ดเลือดขาว และระดับทอมโบกลอบโบลินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Ahmed, Torre, and Wahlgren (2004) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความดันโลหิตและความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 58 คน โดยติดตามจากความดันโลหิต และระดับคอรีติซอลในน้ำลาย ภายใน 24 ชั่วโมงที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคอรีติซอลมีความสัมพันธ์กับค่าเฉลี่ยความดันโลหิตชนิด systolic อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสรุปได้ว่าความเครียดเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

Markland et al. (2004) ได้ศึกษาเกี่ยวกับระดับคอรีติซอลที่ต่ำและสูงสามารถทำนายอัตราการเสียชีวิตและความผิดปกติของการกำหนดรู้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะแรก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด จำนวน 88 คน โดยการติดตามผู้ป่วยในวันที่ 28 และ 1 ปี ต่อมา ผลการศึกษาพบว่าระดับคอรีติซอลมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติของการรับรู้เรื่องสถานที่ วันและเวลาของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ป่วยที่มีระดับคอรีติซอลที่ต่ำหรือสูงกว่าปกติทำให้อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเมื่อมีการติดตามระยะ 1 ปี ต่อมา

Christensen et al. (2004) ได้ศึกษาผลกระทบของคอรีติซอลในเลือดต่อความรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 179 คน โดยการประเมินความบกพร่องทางระบบประสาทจากแบบประเมิน Scandinavian Stroke scale (SSS) ตำแหน่งรอยโรคในสมองจาก CT-scan และคอรีติซอลในเลือด ผลการศึกษาพบว่าระดับคอรีติซอลในเลือดมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยภายใน 7 วันนับจากที่มีอาการ แต่ไม่สามารถทำนายการเสียชีวิตและการฟื้นฟายของผู้ป่วยในระยะติดตามอีก 3 เดือน นอกจากนั้นระดับคอรีติซอลยังมีความสัมพันธ์กับ คะแนน SSS อุณหภูมิในร่างกาย อัตราการเต้นของชีพจร และตำแหน่งของการเกิดรอยโรคในสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการจัดการกับอาการที่ใช้กับผู้ป่วย

สุวีรพร ธนศิลป์ (2545) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองต่ออาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยปอดอักเสบจากเชื้อนิวโมซิสติสคารินิไอ มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน

40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเอง ระยะเวลา 5 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนของอาการภายหลังเข้าโครงการต่ำกว่าก่อนเข้าโครงการ และมีคะแนนของคุณภาพชีวิตภายหลังเข้าโครงการสูงกว่าก่อนเข้าโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนของคุณภาพชีวิตภายหลังเข้าร่วมโครงการสูงกว่าก่อนเข้าโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กลุ่มทดลองมีคะแนนของอาการภายหลังเข้าโครงการต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และมีคะแนนของคุณภาพชีวิตภายหลังเข้าโครงการสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ไพรวลัย โคตรตะ และ สุวีพร ธนศิลป์ (2548) ได้ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองต่ออาการหายใจลำบากของพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเอง ระยะเวลา 5 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าอาการหายใจลำบากในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และอาการหายใจลำบากภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วาทีณี ศรีไทย (2548) ได้ศึกษาผลของการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดแผนไทยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดแผนไทย ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดแผนไทยน้อยกว่าก่อนได้รับการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดแผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และภายหลังการทดลองความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในกลุ่มทดลองน้อยกว่าความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จันทน์ จันทร์ท่าจีน และ สุวีพร ธนศิลป์ (2549) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส มีกลุ่มตัวอย่าง 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุมอย่างละ 20 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการรับอาการ ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีความร่วมมือในการรักษา ด้านความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการใช้ยา การรับประทานยา ได้ถูกเวลา และการปฏิบัติตนสอดคล้องกับแผนการรักษาเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่

ความร่วมมือในการรักษาด้านการรับประทานยาได้ถูกชนิดและถูกขนาด พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

รัตติยา ศรีอินทร์ (2549) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุดต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้อ่อน หลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุด ระยะเวลา 30 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้อ่อน หลังผ่าตัด และหลังผ่าตัด 6 ชั่วโมงน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สายใหม่ ตุ่มวิจิตร และ สุรีพร ธนศิลป์ (2549) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่าง 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย ระยะเวลา 8 วัน ผลการศึกษาพบว่าคะแนนความเหนื่อยล้าของกลุ่มทดลอง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนความเหนื่อยล้าภายหลังที่เข้าร่วมการทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อาลี แซ่เจียว และ สุกัญญา ประจักษ์ศิลป์ (2549) ได้ศึกษาผลของการจัดการกับอาการด้วยการนวดประคบต่อความเหนื่อยล้าของมารดาหลังคลอด กลุ่มตัวอย่าง 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยการนวดประคบ 2 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 ในช่วง 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และครั้งที่ 2 ในช่วง 8 ชั่วโมงหลังคลอด ผลการศึกษาพบว่าคะแนนความเหนื่อยล้าของมารดาหลังคลอดภายหลังจากได้รับการจัดการกับอาการด้วยการนวดประคบน้อยกว่าก่อนได้รับการจัดการกับอาการด้วยการนวดประคบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และคะแนนความเหนื่อยล้าของมารดาหลังคลอดที่ได้รับการจัดการกับอาการน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารกาย-จิตแบบซิง

อมรรัตน์ ภิราษร (2541) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของการบริหารผ่อนคลายด้วยซิงต่อความเครียดและความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบ ผลการวิจัยพบว่าภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าระดับความดันโลหิตทั้ง systolic และ diastolic มีระดับที่ลดลง

กว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่าระดับความดันโลหิตทั้ง systolic และ diastolic มีระดับน้อยกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อัญวัช นิตุธร (2543) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของการบริหารผ่อนคลายด้วยชีงกับ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เพื่อลดความเครียดในผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะเนื่องจากความเครียด ผลการทดลองพบว่า ความเครียดของผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะ เนื่องจากความเครียดที่ได้รับการบริหารผ่อนคลายด้วยชีงกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบ progressive ในระยะหลังทดลอง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และความเครียดของผู้ป่วยปวดศีรษะ เนื่องจากความเครียดที่ได้รับการบริหารผ่อนคลายด้วยชีงในระยะหลังทดลองต่ำกว่าในระยะก่อนทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

น้ำทิพย์ ดอนแก้ว (2545) ได้ศึกษาผลของการบริหารแนวชีงกับผู้ป่วยร่วมกับการให้ ข้อสนทนาโรคกับผู้ดูแลผู้ป่วยต่อความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความเครียดลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความเครียดต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อุไรวรรณ โพรังพนม (2545) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของการร่ำมวยจีนที่งต่อระดับน้ำตาล เกลาะเม็ดเลือดแดงในผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการฝึกการร่ำมวยจีน สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 9 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าระดับน้ำตาลเกลาะเม็ดเลือดแดงของผู้ป่วยเบาหวานหลังออกกำลังกายด้วยวิธีร่ำมวยจีนที่มีค่าลดลงมาก กว่าก่อนเข้าร่วมการร่ำมวยจีนที่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับน้ำตาลเกลาะเม็ดเลือดแดงของผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มทดลองมีค่าลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ลักขณาพร สายทอง (2546) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มแบบ เเชิญความจริงกับการฝึกผ่อนคลายตามแนวชีงเพื่อลดความเครียดในผู้ติดเชื้อ พบว่ากลุ่มทดลองมีความเครียดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลประเมินผลมีความเครียดลดลงต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปิยะกานต์ บุญเรือง และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2550) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการ ฝึกบริหารกาย-จิตด้วยชีงร่วมกับทำให้ความรู้ต้ออาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น เรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน โดยจัด 20 แรก เข้ากลุ่มควบคุม และ 20 คนหลัง เข้ากลุ่ม

ทดลอง โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกบริหารแนวซึ่งร่วมกับการให้ความรู้ ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าระดับอาการหายใจลำบากของกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีระดับน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 และระดับอาการหายใจลำบากของกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีระดับน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

Ryu et al. (1996) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการฝึกซึ่งต่อระดับฮอร์โมนความเครียดในผู้ชาย ผลการศึกษาพบว่าขณะฝึกซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีการหลังเบต้าเอนโดรฟินออกมาเพิ่มมากขึ้น

Lee et al. (2000) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการฝึกซึ่งต่อความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ และอัตราการหายใจ มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 คน โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการฝึกซึ่งเป็นเวลา 1 ชั่วโมง แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะฟังดนตรี ระยะเคลื่อนไหว ระยะสมาธิ และระยะพัก เปรียบเทียบผลการฝึก 5 ครั้ง คือ ก่อนการฝึก หลังฟังดนตรี ขณะทำสมาธิ หลังทำสมาธิ และหลังการฝึก ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ และอัตราการหายใจหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Leung, Yan, and Li (2001) ได้ศึกษาในผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 64 ปี มีอาการแขนขาชาว่อนแรงเฉียบพลันจากหลอดเลือดในสมองแตก และมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงหลังจากมีอาการคงที่แล้วได้ทำการฝึกซึ่ง 15 นาที โดยมีการติดตามและบันทึกค่าความดันโลหิตทั้ง systolic และ diastolic ภายหลังการฝึกทุก 3 นาที ระยะเวลา 35 นาที พบว่าค่าความดันโลหิตทั้ง 2 ชนิดนั้นลดลง

Lee et al. (2003) ได้ศึกษาผลของการฝึกซึ่งต่อความดันโลหิตและระดับแคทีโกลามีนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 58 คน ใช้วิธีสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 29 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการฝึกซึ่งสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ระยะเวลา 10 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองความดันโลหิตและระดับแคทีโกลามีนลดลงของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Lee et al. (2004) ได้ศึกษาผลของการฝึกซึ่งต่อภาวะวิตกกังวล, คอร์ติซอล, ACTH และ aldosterone จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพศชายที่มีอายุระหว่าง 20 – 40 ปี จำนวน 32 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอย่างละเท่ากัน โดยใช้เวลาในฝึกซึ่ง 1 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่า การฝึกซึ่งในกลุ่มทดลองช่วยให้ภาวะวิตกกังวลลดลงและระดับคอร์ติซอล, ACTH และ aldosterone ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Chan et al. (2006) ได้ศึกษาผลของการจัดการความเครียดแบบวัฒนธรรมตะวันออกที่มีความสัมพันธ์ระหว่างร่างกายจิตใจและจิตวิญญาณด้วยรูปแบบของ Chan (2001) ที่

ประกอบด้วยการทำสมาธิ การบริหารร่างกาย (ชี่กง) และฝึกการหายใจ มีกลุ่มตัวอย่างเป็นชาวฮ่องกงที่อยู่ในวัยทำงาน จำนวน 66 คน ระยะเวลาในการฝึก 1 ชั่วโมง วัดก่อนและหลังการฝึกจากระดับคอร์ติซอลในน้ำลาย ผลการศึกษาพบว่าระดับคอร์ติซอลของกลุ่มตัวอย่างหลังการฝึกลดลงก่อนการฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

Skoglund and Jansson (2007) ได้ศึกษาผลของการจัดการความเครียดด้วยการฝึกชี่กง โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานรับโทรศัพท์ในบริษัทคอมพิวเตอร์แห่งหนึ่งทั้งหมดจำนวน 19 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 9 คน และกลุ่มควบคุม 10 คน โดยให้กลุ่มตัวอย่างฝึกชี่กงด้วยวิธีโอวันละ 30 นาทีเป็นประจำ เฉพาะวันจันทร์ถึงวันศุกร์ ระยะเวลา 5 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า การฝึกชี่กงสามารถลดการหลังของนอร์อะดรีนาลีนในปัสสาวะได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และช่วยลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกส่งผลทำให้อัตราการเต้นของหัวใจและอุณหภูมิของร่างกายลดลง และช่วยลดอาการปวดหลังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสรุปได้ว่าการฝึกชี่กงสามารถลดความเครียดของพนักงานรับโทรศัพท์ได้

Johansson, Hassmen, and Jouper (2008) ได้ศึกษาผลของการออกกำลังกายด้วยชี่กงต่อสภาวะทางอารมณ์และภาวะวิตกกังวล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกชี่กงจำนวน 59 คน เป็นผู้ที่ต้องการฝึกชี่กงขั้นพื้นฐาน จำนวน 35 คน และผู้ที่ต้องการฝึกชี่กงขั้นสูง จำนวน 24 คน ใช้วิธีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 28 คน และกลุ่มควบคุม 31 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยชี่กงประกอบด้วย การฝึกผ่อนคลาย การฝึกชี่กง และการฝึกนวดด้วยตนเอง ระยะเวลา 30 นาที ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับฟังเฉพาะการบรรยายเกี่ยวกับการฝึกชี่กง ระยะเวลา 30 นาที ผลการศึกษาพบว่าสภาวะทางอารมณ์และภาวะวิตกกังวลหลังการทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่สภาวะทางอารมณ์และภาวะวิตกกังวลหลังการทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชี่กง

วัชรวรรณ จันทรอินทร์ (2548) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ให้เคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชี่กง ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังสิ้นสุดการทดลองทันที กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชี่กง จะมีความเหนื่อยล้าแตกต่างกับ

กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ กลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกงแตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เกศรางค์ เสียงไพโรจน์ (2549) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยชีกงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน กำหนดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อุทุมพร รูปเล็ก (2549) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกงต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ปฏิบัติอย่างน้อยครั้งละ 15 นาที ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าคะแนนความเหนื่อยล้าภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนความเหนื่อยล้าภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิจิตรา เคี่ยมทองคำ (2551) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการแบบผสมผสานต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่ม 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มที่ 1 ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการแบบผสมผสานโดยการบริหารกายจิตแบบชีกง และกลุ่มทดลอง กลุ่มที่ 2 ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการแบบผสมผสานโดยการบริหารกายจิตแบบชีกง ร่วมกับการใช้น้ำมันหอมระเหย แต่ละโปรแกรมใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการแบบผสมผสานโดยการบริหารกายจิตแบบชีกงร่วมกับการใช้น้ำมันหอมระเหยมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการแบบผสมผสานโดยการบริหารกายจิตแบบชีกง เมื่อ 2 และ 4 สัปดาห์ หลังได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

10. กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชีกิง
แบบรายบุคคล

1. การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย
(ใช้เวลา 10 – 15 นาที)

1.1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

1.2 ประเมินประสบการณ์ความเครียด โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่า
ถึงประสบการณ์ของความเครียดจากมุมมองของผู้ป่วย

1.3 ประเมินความต้องการความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง
ความเครียด และการจัดการความเครียดของผู้ป่วย

2. การให้ความรู้ (ใช้เวลา ครั้งละ 30 – 45 นาที แบ่งออกเป็น 2 ครั้ง)

2.1 ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ความเครียด สาเหตุและ
ผลกระทบของความเครียด การจัดการความเครียด และการบริหาร
กาย-จิตแบบชีกิง

2.2 ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันวางแผนในการจัดการกับความเครียด

2.3 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยหรือสิ่งที่ไม่เข้าใจ

2.4 ใ้คู่มือการจัดการความเครียดร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบ
ชีกิง เพื่อประกอบการเรียนรู้และการฝึกชีกิง

3. การฝึกบริหารกาย-จิตแบบชีกิง (ใช้เวลาครั้งละ 30 – 45 นาที
ทั้งหมด 5 ครั้ง)

3.1 ประเมินสัญญาณชีพและสภาพทั่วไปของผู้ป่วย

3.2 ฝึกการหายใจและการผ่อนคลาย

3.3 ฝึกทักษะการบริหารกาย-จิตแบบชีกิง และให้ผู้ป่วยฝึกสาธิต
ย้อนกลับ

3.4 แนะนำให้ผู้ป่วยฝึกชีกิงทุกวันขณะอยู่บ้าน อย่างน้อยวันละ 30
นาที (เช้าหรือเย็น) รวมทั้งหมด 3 สัปดาห์

4. การประเมินผล (ใช้เวลา 10 – 20 นาที) เป็นการประเมินการปฏิบัติ
โปรแกรมของผู้ป่วย และเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านผู้วิจัยมีการโทรศัพท์
ติดตามเพื่อสอบถามอาการ ปัญหาและอุปสรรคพร้อมทั้งร่วมกันหา
แนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ร่วมกับการกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจ
ในการฝึกบริหารกาย-จิตแบบชีกิง

- ความเครียด
- ระดับคอริติซอล

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest – Posttest control group design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชีกงต่อความเครียดและระดับคอริติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

กลุ่มควบคุม O_1 _____ O_2
กลุ่มทดลอง O_3 _____ X _____ O_4

ระยะเวลา ตั้งแต่มีอาการคงที่จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และมาพบแพทย์ตามนัดอีก 2 สัปดาห์

X	หมายถึง	โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชีกง
O_1	หมายถึง	ความเครียดและระดับคอริติซอลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนได้รับการพยาบาลปกติ
O_2	หมายถึง	ความเครียดและระดับคอริติซอลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการพยาบาลปกติ
O_3	หมายถึง	ความเครียดและระดับคอริติซอลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชีกง
O_4	หมายถึง	ความเครียดและระดับคอริติซอลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชีกง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในสถาบันประสาทวิทยาเป็นครั้งแรกและพ้นระยะวิกฤติ คือ ภายหลัง 48 ชั่วโมงหลังจากมีอาการทางระบบประสาทหรือมีอาการคงที่แล้ว มีอายุระหว่าง 16 – 59 ปี โดยมีการกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดตีบแตกหรืออุดตัน ที่มีคะแนนดัชนีบาร์ทเเลเดีแอลตั้งแต่ 9 – 20 คะแนน และมีอุณหภูมิร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ

(36 – 37.5 °C)

2. เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเครียดปานกลางถึงมากที่สุด

3. เป็นผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการบริหารกาย-จิตแบบชิ่งมาก่อน

4. เป็นผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารได้รู้เรื่อง

5. มีความยินดีเต็มใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัย และเป็นผู้ป่วยที่รับการยินยอมจากแพทย์เจ้าของไข้ให้เข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) มีดังนี้ คือ

1. ผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง ความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมได้

2. ผู้ป่วยที่ได้รับยา Dexamethasone ในการรักษา

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด สำหรับขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ได้ยึดหลักการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมของการวิจัยแบบทดลอง คืออย่างน้อยที่สุดควรมีจำนวน 30 คน และหากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มในแต่ละกลุ่มควรมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 15 คน (Burns and Grove, 2001) โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 15 คน จากรายชื่อผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในสถาบันประสาทวิทยา และเพื่อเป็นการป้องกันการปนเปื้อน (Contaminate) กันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมซึ่งอาจมีผลกระทบต่อการศึกษาได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุมก่อน โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละคนและบันทึกลักษณะของคุณสมบัติของผู้ป่วยไว้จนได้ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมครบ 15 ราย หลังจากนั้นจึงได้ดำเนินการคัดเลือกผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 15 ราย โดยจับคู่ (Matched pair) คะแนนความเครียดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองให้ห่างกันไม่เกิน 5 คะแนน เนื่องจากคะแนน

ความเครียดก่อนการทดลองมีผลโดยตรงต่อการแปลผลคะแนนความเครียดผู้ป่วยหลังการทดลอง ดังรายละเอียดในตารางที่ 14 หน้า 154)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 4 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติ ดัชนีบาร์เทิลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ที่พัฒนาโดยสุทธิชัย จิตพันธ์กุล และคณะ (2542) ได้นำแบบประเมินของคอลลินและคณะมาดัดแปลงให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและวัฒนธรรมความเป็นอยู่ของคนไทย หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (kappa coefficient) ได้เท่ากับ .79 (ศรีวิรัตน์ คุ่มสิน, 2546) ซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ซึ่งครอบคลุมเรื่องการรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การสวมใส่เสื้อผ้า การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนย้ายภายในบ้าน และความสามารถในการควบคุมการขับถ่าย

โดยแบ่งระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความต้องการการช่วยเหลือจากผู้ดูแล ได้ 4 ระดับ ตามระดับคะแนนที่ผู้ป่วยสามารถกระทำได้จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้

ช่วงคะแนน	0 – 4	คะแนน	หมายถึง	การพึ่งพาระดับรุนแรงมาก
ช่วงคะแนน	5 – 8	คะแนน	หมายถึง	การพึ่งพาระดับรุนแรง
ช่วงคะแนน	9 – 11	คะแนน	หมายถึง	การพึ่งพาระดับปานกลาง
ช่วงคะแนน	12 – 20	คะแนน	หมายถึง	การพึ่งพาระดับต่ำเล็กน้อย

หมายเหตุ

1. เป็นการวัดว่าผู้ป่วยทำอะไรได้บ้าง (ทำอยู่ได้จริง) ไม่ใช่เป็นการทดสอบหรือถามว่าสามารถทำได้หรือไม่
2. โดยทั่วไปเป็นการสอบถามถึงกิจที่ปฏิบัติในระยะเวลา 24 - 48 ชั่วโมง
3. จุดประสงค์เป็นการวัดระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย ดังนั้น ถ้าหากมีคนคอยอยู่ดูแล หรือเฝ้าระวังเวลาปฏิบัติกิจ ให้ถือว่าไม่ได้คะแนนเต็ม
4. ถ้าหมดสติให้คะแนน 0 ทั้งหมด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว และสิทธิในการรักษา

2.2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดสมอง และคะแนนดัชนีบาร์เทลเอดีแอล

2.3 แบบวัดการรับรู้ความเครียด (Perceived Stress Scale: PSS) ของ Cohen, Kamark, and Mermelstein (1983) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยปราณี มิ่งขวัญ (2542) ด้วยวิธี Back-translation ข้อคำถามเป็นการถามความรู้สึกใน 1 เดือนที่ผ่านมา มีจำนวน 14 ข้อ คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's scale) มี 5 อันดับ ให้คะแนนตามความบ่อยครั้งของความรู้สึก คือ ไม่เคย เกือบไม่เคย บางครั้ง บ่อย บ่อยมาก โดยข้อ 4, 5, 6, 7, 9, 10 และ 13 เป็นคำถามทางบวก ส่วนอีก 7 ข้อที่เหลือเป็นคำถามทางลบ คะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 14 – 70 คะแนน โดยกำหนดคะแนนดังนี้

		ข้อความทางบวก			ข้อความทางลบ		
ถ้าเลือก	ไม่เคย	ได้	5	คะแนน	ได้	1	คะแนน
	เกือบไม่เคย	ได้	4	คะแนน	ได้	2	คะแนน
	บางครั้ง	ได้	3	คะแนน	ได้	3	คะแนน
	บ่อย	ได้	2	คะแนน	ได้	4	คะแนน
	บ่อยมาก	ได้	1	คะแนน	ได้	5	คะแนน

การประเมินทำโดยให้ผู้ตอบประเมินข้อความในแต่ละข้อด้วยคะแนน 1 – 5 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมด แล้วหาค่าเฉลี่ยของความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สำหรับเกณฑ์การประเมินค่าคะแนน ประเมินโดยใช้เกณฑ์ของ ประคอง กรรณสูตร (2542) โดยกำหนดความหมายของค่าคะแนน ดังนี้

คะแนน	4.50 – 5.00	คะแนน	แสดงว่า	มีความเครียดมากที่สุด
คะแนน	3.50 – 4.49	คะแนน	แสดงว่า	มีความเครียดมาก
คะแนน	2.50 – 3.49	คะแนน	แสดงว่า	มีความเครียดปานกลาง
คะแนน	1.50 – 2.49	คะแนน	แสดงว่า	มีความเครียดน้อย
คะแนน	1.00 – 1.49	คะแนน	แสดงว่า	มีความเครียดน้อยที่สุด

2.4 เครื่องวัดคอริติซอลในน้ำลาย ประกอบด้วย

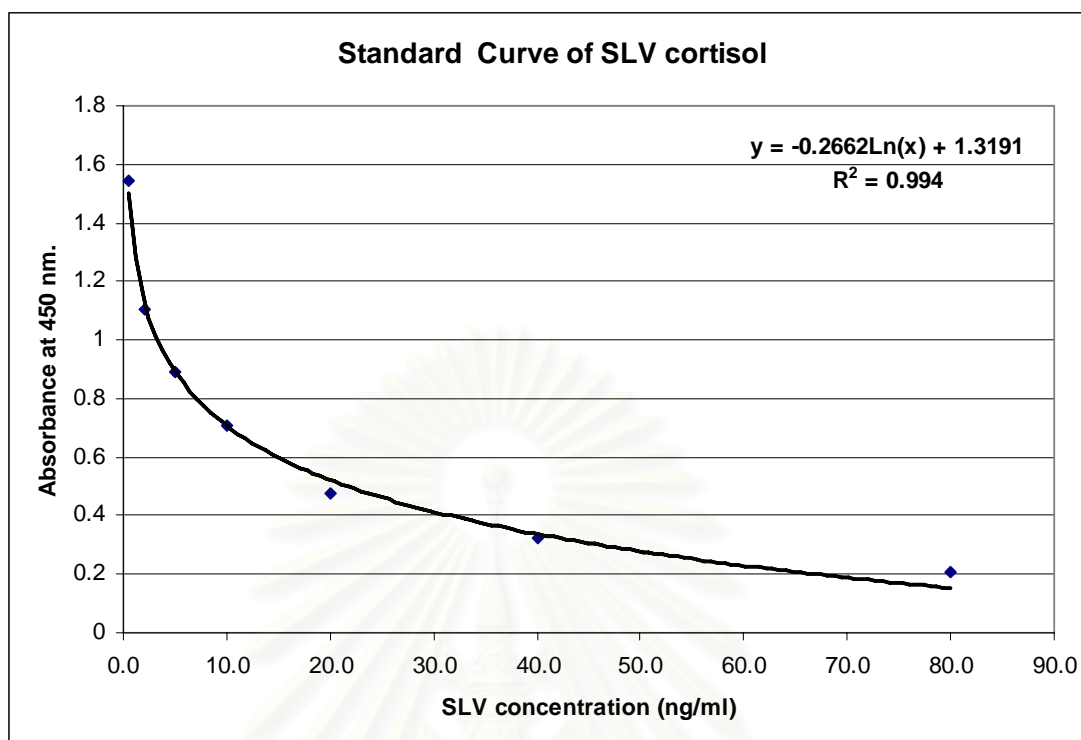
2.4.1 อุปกรณ์เก็บคอริติซอลในน้ำลาย มีลักษณะเป็นขวดแก้วสะอาด เพื่อป้องกันการปนเปื้อนในการวิเคราะห์ผล

2.4.1.1 การเก็บตัวอย่างน้ำลาย : ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บตัวอย่างน้ำลายในช่วงเช้า เวลา 8.00 - 9.00 น. โดยให้กลุ่มตัวอย่างบ้วนน้ำลายลงไปในอุปกรณ์เก็บน้ำลายที่ผู้วิจัยได้ให้ไว้ ประมาณ 1 ml. ซึ่งผู้วิจัยมีการอธิบายวิธีเตรียมตัวก่อนการเก็บตัวอย่างน้ำลายอย่างถูกต้องให้กับกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบทุกครั้ง หลังจากนั้นนำไปส่งตรวจที่ห้องปฏิบัติการของภาควิชาชีวเคมี คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.4.1.2 การเก็บรวบรวมตัวอย่างน้ำลาย : เมื่อได้ตัวอย่างน้ำลายของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนมาแล้ว ได้นำไปเก็บไว้ในตู้เก็บสารตัวอย่างที่มีอุณหภูมิ -40 องศาเซลเซียส เพื่อคงสภาพของสารตัวอย่างและป้องกันความคลาดเคลื่อนในการวิเคราะห์ผล (Garde and Hansen, 2005)

2.4.2 วิธีการตรวจคอริติซอลในน้ำลาย เป็นวิธีที่เรียกว่า Enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) ซึ่งในชุดตรวจจะมีค่ามาตรฐานของระดับคอริติซอลในน้ำลายไว้สำหรับเปรียบเทียบกับตัวอย่างน้ำลายของกลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์ รายงานผลการวิเคราะห์เป็นนาโนกรัมต่อมิลลิลิตร (ng/mL) ค่าความเข้มข้นของคอริติซอลในน้ำลายจาก ELISA kit มีค่าปกติอยู่ในช่วง 1.2 – 14.7 ng/mL

2.4.2.1 การวิเคราะห์และแปลผล : มีการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์ผลการตรวจตามมาตรฐานของโรงพยาบาล (HA) สำหรับการวิเคราะห์ผลการตรวจใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างน้ำลายของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1 ตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์หาค่า Sensitivity จำนวน 5 ครั้ง เพื่อสามารถจำแนกความแตกต่างที่เกิดขึ้น ดังภาพที่ 3 และแปลผลการตรวจโดยอาจารย์ประจำภาควิชาชีวเคมี คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (รายละเอียดในภาคผนวก จ หน้า 162)



ภาพที่ 4 แสดงการวิเคราะห์หาค่า Sensitivity ของระดับคอร์ติซอลในกลุ่มตัวอย่าง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การหาความตรงตามเนื้อหา สำหรับแบบวัดความเครียดที่ผู้วิจัยได้นำมาใช้ในครั้งนี้ เป็นแบบวัดการรับรู้ความเครียด Perceived Stress Scale (PSS) ของ Cohen, Kamark, and Mermelstein (1983) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยปราณี มิ่งขวัญ (2542) และเป็นฉบับที่ได้ผ่านการทดสอบความถูกต้องของการแปลแบบโดยวิธี Back translation โดยผู้เชี่ยวชาญที่เข้าใจภาษาไทยและภาษาอังกฤษจำนวน 3 ท่าน แปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ จากนั้นตรวจสอบจนกว่าผู้แปลจะเข้าใจตรงกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่ได้นำแบบวัดความเครียดนี้ไปหาความตรงตามเนื้อหาซ้ำอีก
2. การหาความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบวัดการรับรู้ความเครียดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาแต่เป็นคนละกลุ่มกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จะใช้ในการศึกษารั้งนี้ที่สถาบันประสาทวิทยา จำนวน 30 ราย หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาหาความคงที่ภายในของเครื่องมือ (Internal consistency) โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนนาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .79

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ได้แก่ โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับแนวคิดการบริหารกาย-จิตแบบซิงกของนพ.เทอดศักดิ์ เดชคง ซึ่งมีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยลดความเครียดที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีขั้นตอนในการสร้างโปรแกรมดังต่อไปนี้

3.1 ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีจากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบจำลองการจัดการกับอาการ การให้ความรู้ การจัดการความเครียด การบริหารกาย-จิตแบบซิงก เพื่อใช้ศึกษาและวิเคราะห์แนวทางในการสร้างโปรแกรม

3.2 สรุปเนื้อหาที่สำคัญจากการทบทวนวรรณกรรม หลังจากนั้นกำหนดสาระสำคัญและโครงสร้างของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก โดยโปรแกรมประกอบไปด้วยหลักการและเหตุผล ปรัชญา ขั้นตอนของโปรแกรม วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการในแต่ละขั้นตอน ระยะเวลาในการดำเนินการ และการประเมินผลในแต่ละกิจกรรม (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ง หน้า 149)

3.3 สร้างสื่อที่ใช้ประกอบในโปรแกรม ได้แก่ แผนการสอนเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการความเครียดร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และคู่มือการจัดการความเครียดร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยสื่อที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อใช้ในโปรแกรมมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.3.1 แผนการสอนเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง อาการและอาการแสดง การรักษา ปัจจัยเสี่ยง และการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

3.3.2 แผนการสอนเรื่องการจัดการความเครียดร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่องความเครียด สาเหตุและผลกระทบของความเครียด และการจัดการความเครียดร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3.3.3 คู่มือการจัดการความเครียดร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีเนื้อหาสาระสอดคล้องกับแผนการสอนข้างต้นในเรื่องความเครียด สาเหตุและผลกระทบของความเครียด และการจัดการความเครียดร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3.3.4 คู่มือโรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชน สถาบันประสาทวิทยา

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้นำมาใช้ในการวิจัยได้

3.3.5 วัตถุประสงค์การฝึกบริหารซึ่กแบบง่าย 4 ท่า โดยนายแพทย์เทอดศักดิ์ เดชคง (2545) จิตแพทย์กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้นำมาเผยแพร่ในการทำวิจัยได้

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่ก

1. การหาความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำรูปแบบของโปรแกรมฯ แผนการสอน และคู่มือไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อช่วยตรวจเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ซึ่งประกอบไปด้วย (รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก ก หน้า 130)

1.1 จิตแพทย์กรมสุขภาพจิตผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการบริหารกาย-จิตแบบซึ่ก จำนวน 1 คน

1.2 แพทย์ผู้มีความรู้ความสามารถและความเชี่ยวชาญทางด้าน การดูแลรักษาผู้ป่วยทางระบบประสาท จำนวน 1 คน

1.3 พยาบาลวิชาชีพผู้มีความรู้ความสามารถและความเชี่ยวชาญทางด้าน การดูแลผู้ป่วยทางระบบประสาท และเป็นอาจารย์สอนหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางด้านระบบประสาท จำนวน 1 คน

1.4 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความสามารถและความเชี่ยวชาญทางด้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 คน

1.5 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความสามารถและความเชี่ยวชาญทางด้าน การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 คน

ตรวจสอบความเหมาะสมของโปรแกรมฯ ความสอดคล้องกับแนวคิด ความเหมาะสมของรูปแบบกิจกรรม ความชัดเจนของขั้นตอน ความสอดคล้องระหว่างสื่อที่ใช้กับเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา และระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด

ผลของการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา สรุปผลได้ดังนี้คือ

1. ปรับแผนการสอนแบ่งออกเป็น 2 ส่วน โดยส่วนที่ 1 เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และส่วนที่ 2 เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเครียดร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่ก

2. ปรับปรุงภาษาที่ใช้ในแผนการสอนให้ง่ายต่อการเข้าใจ

3. ปรับเวลาให้มีความกระชับและมีความชัดเจนมากขึ้น คือ การให้ความรู้ การสอนสาธิต และการฝึกทักษะ โดยปรับจาก 45 - 60 นาที เป็น 30 - 45 นาที เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมฯ ให้สมบูรณ์ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นได้นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมอีกครั้ง

2. การศึกษานำร่อง นำเครื่องมือที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างในสถาบันประสาทวิทยา จำนวน 3 ราย เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ระยะเวลา และความเหมาะสมของแต่ละกิจกรรมอีกครั้ง

4. **เครื่องมือกำกับการทดลอง** ได้แก่ แบบบันทึกการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งผู้วิจัยแนบไว้ในด้านหลังของคู่มือการจัดการความเครียดร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับให้ผู้ป่วยบันทึกจำนวนครั้งในการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งด้วยตนเอง (กรณี que ผู้ป่วยไม่สามารถเขียนหนังสือได้ ให้ญาติหรือผู้ดูแลช่วยบันทึกแทนได้) โดยผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามที่กำหนด คือ ฝึกซึ่งทุกวันอย่างน้อยวันละ 30 นาที เนื่องจากเป็นระยะเวลาการฝึกซึ่งที่ก่อให้เกิดประสิทธิภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนเป็นข้อมูลให้ผู้วิจัยใช้ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติเมื่อผู้วิจัยพบผู้ป่วยในแต่ละครั้งและประเมินเมื่อสิ้นสุดการทดลอง

ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มทดลองทั้งหมด 15 ราย ได้ปฏิบัติตามซึ่งที่กำหนด คือ ฝึกปฏิบัติซึ่งทุกวัน อย่างน้อยวันละ 30 นาที โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้ป่วย จำนวน 10 ราย ฝึกปฏิบัติซึ่งวันละ 1 ครั้ง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย กระปรี้กระเปร่า สดชื่น มีการเคลื่อนไหวดีขึ้น และมีผู้ป่วย จำนวน 2 ราย ฝึกการหายใจก่อนนอนทุกวัน ทำให้ผู้ป่วยนอนหลับสบายมากขึ้น

2. ผู้ป่วย จำนวน 5 ราย ฝึกปฏิบัติซึ่ง วันละ 2 ครั้ง ช่วงเช้าหลังตื่นนอน และช่วงเย็น หลังรับประทานอาหาร ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย กระปรี้กระเปร่า สดชื่น สมบูรณ์ไปรุ่ง การเคลื่อนไหวคล่องตัวมากขึ้น และมีสมาธิในการทำงานมากขึ้น

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 20 มกราคม พ.ศ. 2551 ถึง 7 ตุลาคม 2551 โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการ 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ขั้นตอนการทดลอง และขั้นตอนประเมินผล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1.1 การเตรียมผู้วิจัย ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเองเพื่อเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการเป็นผู้ให้ความรู้ในเรื่องของโรคหลอดเลือดสมองและความเครียด โดยการศึกษาค้นคว้าจากตำราเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของตนเองให้เป็นผู้มีความรู้และความชำนาญในการฝึกทักษะบริหารกาย-จิตแบบซิงก ดั่งรายละเอียดต่อไปนี้

1.1.1 ผู้วิจัยมีการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝึกบริหารกาย-จิตแบบซิงก เพื่อให้มีความเข้าใจที่ถูกต้องเหมาะสม และเตรียมความพร้อมเพื่อจะนำซิงกไปฝึกให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการเข้ารับการฝึกอบรมซิงกจากโครงการบริหารกาย-จิตด้วยซิงกจาก น.พ. เทอดศักดิ์ เดชคง ที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.1.2 ผู้วิจัยเรียนการฝึกซิงกกับอาจารย์ที่ปรึกษา คือ รศ.ดร.สุรพร ธนศิลป์ เพื่อคัดเลือกท่าที่ใช้ในการฝึกให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการวิจัย โดยได้เลือกใช้ท่าในการบริหารกาย-จิตแบบซิงกท่าหนึ่งของ น.พ. เทอดศักดิ์ เดชคง (2547) มีจำนวน 4 ท่า เนื่องจากเป็นท่าที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและเป็นท่าที่ฝึกได้ง่าย โดยเป็นการผ่อนคลายเพื่อลดความเครียดที่เกิดขึ้นจากผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง

1.1.3 ผู้วิจัยฝึกซิงกด้วยตนเองจนเกิดความชำนาญก่อนดำเนินการทดลอง และผู้วิจัยได้มีโอกาสนำการบริหารกาย-จิตแบบซิงก 4 ท่าของ น.พ.เทอดศักดิ์ เดชคง ไปสอนและฝึกทักษะให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่รักษาตัวในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สตรีที่พักอาศัยอยู่ในบ้านพักฉุกเฉิน และสาธิตการฝึกที่งานตลาดนัดเพื่อสุขภาพของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

1.2 ขั้นตอนการเตรียมการทดลอง

1.2.1 ผู้วิจัยเตรียมโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก และขออนุญาตใช้เครื่องมือในการวิจัย

1.2.2 ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อให้คณะกรรมการวิจัยสถาบันประสาทวิทยา

ซึ่งเป็นคณะกรรมการวิจัยสถาบัน (Institutional Review Board : IRB) เพื่อพิจารณาทางด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

1.3 ชั้นเตรียมสถานที่ สำหรับสถานที่ดำเนินการทดลองผู้วิจัยได้ใช้สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยที่หอผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ซึ่งเป็นสถานที่ที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก และมีความพร้อมในเรื่องของแพทย์ พยาบาลประจำการและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตลอดเวลา หากพบผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 ผู้วิจัยศึกษารายงานประวัติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในของสถาบันประสาทวิทยา และเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2.2 เมื่อแพทย์เจ้าของไข้ประเมินสภาพผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤตแล้ว ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นดำเนินการดังนี้

2.2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลดังนี้

2.2.1.1 กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติ เป็นรายบุคคลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถาบันประสาทวิทยาตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน

2.2.1.2 ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบบันทึกเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยาและคะแนนดัชนีบาร์เทิลเฮดดีแอล

2.2.1.3 ผู้วิจัยวัดความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบวัดการรับรู้ความเครียด เพื่อประเมินระดับความเครียดและเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างไว้ และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อวัดระดับคอริติซอล (Pre-test) ในวันถัดมา หลังจากนั้นทำการนัดหมายให้กลุ่มตัวอย่างมาพบผู้วิจัยอีกครั้งใน 3 สัปดาห์

2.2.1.4 หลังสิ้นสุดการวิจัยในสัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อวัดความเครียดและระดับคอริติซอล (post-test) อีกครั้งหนึ่ง หลังจากนั้นสอบถามถึงประสบการณ์ความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการความเครียดของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ซักถามถึงข้อสงสัย และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม พร้อมทั้งแจกคู่มือการจัดการ

ความเครียดร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดให้กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

2.2.2 กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก และการพยาบาลตามปกติ โดยมีรายละเอียดการวิจัยดังต่อไปนี้

2.2.2.1 กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติ เป็นรายบุคคลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถาบันประสาทวิทยาตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน

2.2.2.2 ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบบันทึกเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยาและคะแนนดัชนีบาร์เทิลเฮดดีแอล

2.2.2.3 ผู้วิจัยวัดความเครียดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบวัดการรับรู้ความเครียด เพื่อประเมินระดับความเครียดและเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างไว้ และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อวัดระดับคอริติซอล (Pre-test) ในวันถัดมา

2.2.2.4 กลุ่มตัวอย่างจะได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินประสพการณ์และการรับรู้ของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล 2) การให้ความรู้ 3) การบริหารกาย-จิตแบบซิงก และ 4) การประเมินผล โดยผู้วิจัยจะพบกับผู้ป่วย 5 ครั้ง เพื่อดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ระยะเวลารวมทั้งสิ้น 3 สัปดาห์ โดยจะใช้เวลาในแต่ละครั้งประมาณ 30 – 45 นาที และผู้ป่วยจะได้รับการติดต่อทางโทรศัพท์จากผู้วิจัยอีก 2 ครั้ง และนัดพบผู้ป่วยเพื่อทำการประเมินผลของโปรแกรมเมื่อครบ 3 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดในการวิจัยดังนี้

1) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 ภายในห้องที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษา โดยใช้เวลาประมาณ 30 – 45 นาที ดังนี้

1.1) ผู้วิจัยทักทายผู้ป่วย เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพ และสัมภาษณ์เพิ่มเติมเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐาน และข้อมูลทางสังคมที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ทราบถึงสภาพความเป็นอยู่ สภาพครอบครัว รวมทั้งระบบสนับสนุนต่าง ๆ ที่อาจใช้เป็นแหล่งประโยชน์ได้ในการวางแผนให้การพยาบาล

1.2) ผู้วิจัยประเมินประสพการณ์การและการรับรู้ของผู้ป่วย โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าประสพการณ์การมีอาการ ทั้งที่เกิดจากผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง และผลกระทบของความเครียดที่เกิดขึ้นจากโรคหลอดเลือดสมอง วิธีการจัดการความเครียดของผู้ป่วยที่ผ่านมา และผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นในมุมมองของผู้ป่วยเอง เพื่อให้

ทราบถึงการตระหนักรู้ของผู้ป่วยแต่ละคน จากนั้นผู้วิจัยค้นหาปัญหา และประเมินความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งประเมินความรู้ ความเข้าใจ และความต้องการเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความเครียด สาเหตุและผลกระทบของความเครียด ตลอดจนทัศนคติในการจัดการความเครียดของผู้ป่วย จากนั้นจึงร่วมกันวางแผน และกำหนดเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาที่เป็นไปได้ในการจัดการความเครียดสำหรับผู้ป่วยในแต่ละราย ผู้วิจัยปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ของผู้ป่วยให้ถูกต้องตามสาเหตุและอาการที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

1.3) ผู้วิจัยปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ของผู้ป่วยให้ถูกต้อง

เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่ออาการตามสาเหตุและอาการที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม โดยการให้ความรู้เพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยในส่วนของความรู้ที่ผู้ป่วยยังขาดและมีความต้องการที่จะเรียนรู้ มีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ความเครียด และการจัดการความเครียด ด้วยวิธีการสอนประกอบคู่มือและภาพพลิก ซึ่งการสอนจะคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล โดยแนวทางในการปฏิบัติดังกล่าวเกิดขึ้นจากความตกลงยินยอมและวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย โดยมีการประเมินและปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยแต่ละราย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามในสิ่งที่ยังสงสัยหรือไม่เข้าใจ

1.4) ผู้วิจัยแจกคู่มือเรื่องโรคหลอดเลือดสมองให้กับผู้ป่วย

เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอ่านบททวนขณะนอนพักอยู่ในโรงพยาบาลหรือนำกลับไปบ้าน หลังจากนั้นนัดพบผู้ป่วยในวันถัดมา

2) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 ภายในห้องที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษา โดยใช้เวลาประมาณ 30 - 45 นาที ดังนี้

2.1) ผู้วิจัยทักทายผู้ป่วย และสอบถามอาการ เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพ หลังจากนั้นประเมินความรู้เข้าใจ และความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการความเครียดด้วยการฝึกบริหารกาย-จิตแบบซึ่ก โดยผู้วิจัยจะให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยยังขาดไปและมีความต้องการที่จะเรียนรู้ในเรื่องของประโยชน์และวิธีการฝึกบริหารกาย-จิตแบบซึ่ก ด้วยวิธีการสอนประกอบคู่มือการจัดการความเครียดรวมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่กสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นรายบุคคล รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามในสิ่งที่ไม่เข้าใจ

2.2) ผู้วิจัยประเมินความพร้อมและสัญญาณชีพของผู้ป่วยก่อนการฝึกการบริหารกาย-จิตแบบซึ่ก โดยให้ผู้ป่วยเริ่มฝึกหายใจแบบช่องท้อง จนกระทั่งสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง หลังจากนั้นสาธิตการบริหารกาย-จิตแบบซึ่กทำนอง จำนวน 4 ท่า และให้ผู้ป่วย

ฝึกสาธิตย้อนกลับกับผู้วิจัย ในขณะที่ผู้ป่วยฝึกปฏิบัตินั้น ผู้วิจัยให้การเสริมแรงและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยรวมทั้งวิธีการบันทึกตารางการบริหารกาย-จิตแบบซิงกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ด้านหลังคู่มือการจัดการความเครียดร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก เพื่อให้ผู้ป่วยนำกลับไปบันทึกเองที่บ้าน

2.3) ผู้วิจัยแจกคู่มือการจัดการความเครียดร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก รวมทั้งอธิบายวิธีลงบันทึกการฝึกปฏิบัติซิงกลงด้านหลังของคู่มือที่แจกให้ด้วยทุกครั้ง และวีดิทัศน์การฝึกซิงกของ น.พ.เทอดศักดิ์ เดชคง เพื่อให้ผู้ป่วยนำกลับไปอ่านทบทวนขณะนอนรักษาในโรงพยาบาลและปฏิบัติต่อบ้าน หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างในวันถัดมา

3) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 3, 4 และ 5 ในวันถัดมา ตามที่นัดหมาย โดยใช้เวลาประมาณ 30 – 45 นาที ทบทวนความรู้ การฝึกหายใจแบบช่องท้อง และการบริหารกาย-จิตแบบซิงกทำนั่งทั้ง 4 ท่า และให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติร่วมกับผู้วิจัยเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของท่า หลังจากนั้นสอบถามถึงปัญหาหรืออุปสรรคในการฝึกของผู้ป่วย พร้อมทั้งให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติการบริหารกาย-จิตแบบซิงกอย่างสม่ำเสมอ

4) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 6 ในวันถัดมา โดยใช้เวลาประมาณ 30 – 45 นาที ทบทวนกิจกรรมเหมือนครั้งที่ 3 – 5 และอธิบายให้ผู้ป่วยปฏิบัติการบริหารกาย-จิตแบบซิงกเป็นประจำทุกวัน อย่างน้อยวันละ 30 นาที เป็นระยะเวลาอีก 2 สัปดาห์ พร้อมกับขอความร่วมมือให้ผู้ป่วยมาพบกับผู้วิจัยอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 3 พร้อมทั้งมารับการตรวจตามแพทย์นัด

5) ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดต่อกับผู้ป่วย ในวันที่ 3 ของสัปดาห์ที่ 2 และ 3 รวม 2 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 5 - 10 นาที เพื่อเป็นการสอบถามอาการ ประเมินปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นร่วมกับการกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจในการบริหารกาย-จิตแบบซิงก

6) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 7 ในสัปดาห์ที่ 3 ตามนัดหมาย โดยใช้เวลาประมาณ 15 – 20 นาที เพื่อทำการประเมินผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม 3 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยวัดความเครียดจากแบบวัดการรับรู้ความเครียดและระดับคอร์ติซอล (post-test) อีกครั้งหนึ่ง ร่วมกับการประเมินตารางบันทึกการบริหารกาย-จิตแบบซิงก ถ้าผู้ป่วยปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย ผู้วิจัยให้การเสริมแรงทางบวกด้วยการกล่าวชมเชยให้กำลังใจ แต่ถ้าผู้ป่วยปฏิบัติไม่ได้ตามเป้าหมาย ผู้วิจัยสอบถามถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและร่วมมือกันหาวิธีการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น และประเมินผลการทดลอง

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 เมื่อได้รับอนุญาตในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยติดต่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย จากนั้นติดต่อพยาบาลประจำหอผู้ป่วย โดยศึกษาจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลประจำการจะติดต่อผู้ป่วยและแนะนำผู้วิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ หลังจากนั้นผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการวิจัยพร้อมทั้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือเข้าร่วมโครงการวิจัย

3.2 ภายหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยขอสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล วัดความเครียดและระดับคอร์ติซอล (pre-test) โดยทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 15 คน แล้วจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองอีก 15 คน โดยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันในเรื่องของคะแนนความเครียดแตกต่างกันอย่างน้อยไม่เกิน 5 คะแนน

3.3 กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ ส่วนกลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการและโปรแกรมการจัดการกับอาการจากผู้วิจัยเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์

3.4 หลังจากสิ้นสุดโปรแกรม 3 สัปดาห์ ผู้วิจัยวัดความเครียดในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มด้วยแบบวัดความเครียดชุดเดิม และเก็บตัวอย่างน้ำลายเพื่อวัดระดับคอร์ติซอล (post-test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิจัยให้คณะกรรมการวิจัยสถาบันประสาทวิทยา ซึ่งเป็นคณะกรรมการวิจัยสถาบัน (Institutional Review Board : IRB) เพื่อพิจารณาทางด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และสำหรับขั้นตอนการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการผลต่อการรักษาพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับแต่อย่างใด คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยให้กับผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง และนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการศึกษาวิจัยได้ก่อนที่การวิจัยจะเสร็จสิ้นลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัย จึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. คำนวณหาร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคล

2. ทดสอบการแจกแจงของคะแนนความเครียดและระดับคอริติซอลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test อนุมานได้ว่าการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ (ภาคผนวก จ) แล้วจึงเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ t-test

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและระดับคอริติซอล ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Paired t-test

4. เปรียบเทียบสัดส่วนข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติไคสแควร์ (χ^2) พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีสัดส่วนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและคอริติซอลในน้ำลายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Independent t-test ทั้งนี้ผลของการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและคอริติซอลในน้ำลายก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Independent t-test พบว่าไม่แตกต่างกัน



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการ ร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์ต่อความเครียดและระดับคอร์ติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา จำนวน 30 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่ม ทดลอง กลุ่มละ 15 ราย โดยกำหนดให้คะแนนความเครียดแตกต่างกันอย่างน้อยไม่เกิน 5 คะแนน ผลการวิจัยตามลำดับดังนี้ คือ

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง
- ส่วนที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบระดับความเครียดและระดับคอร์ติซอล ก่อนและหลัง การทดลอง ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
- ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของ คอร์ติซอลในน้ำลายก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
- ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของ คอร์ติซอลในน้ำลายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
- ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของ คอร์ติซอลในน้ำลายหลังการทดลอง ระหว่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยครอบครัว (บาท/เดือน) สิทธิการรักษา และโรคประจำตัว

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 15)		กลุ่มทดลอง (n = 15)		รวม (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ						
40 - 44 ปี	5	33	1	7	6	20
45 - 49 ปี	0	0	2	13	2	7
50 - 54 ปี	4	27	5	33	9	30
55 - 59 ปี	6	40	7	47	13	43
	Mean = 50.93		Mean = 53.27		Mean = 52.10	
	S.D. = 6.87		S.D. = 4.95		S.D. = 6.00	
เพศ						
ชาย	11	73	11	73	22	73
หญิง	4	27	4	27	8	27
ศาสนา						
พุทธ	14	93	15	100	29	27
อิสลาม	1	7	0	0	1	3
สถานภาพสมรส						
คู่	11	73	13	87	22	80
โสด	2	13	2	13	4	13
หย่า	2	13	0	0	2	7
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	5	33	1	7	6	20
มัธยมศึกษา	4	27	7	47	11	37
ปวช./อนุปริญญา	2	13	5	33	7	23
ปริญญาตรี	4	27	2	13	6	20

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยครอบครัว (บาท/เดือน) สิทธิการรักษา และโรคประจำตัว

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 15)		กลุ่มทดลอง (n = 15)		รวม (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	อาชีพ					
ข้าราชการ	7	47	10	67	17	57
รัฐวิสาหกิจ	2	13	1	7	3	10
ค้าขาย	2	13	2	13	4	13
เกษตรกร	2	13	1	7	3	10
แม่บ้าน	2	13	1	7	3	10
รายได้ของเฉลี่ยครอบครัว (บาท/เดือน)						
≤ 5,000	1	7	1	7	2	7
5,001 - 10,000	2	13	1	7	3	10
10,001 - 15,000	1	7	0	0	1	3
15,001 - 20,000	2	13	3	20	5	17
> 20,000	9	60	10	67	19	63
สิทธิการรักษา						
ข้าราชการ	8	53	11	73	19	63
รัฐวิสาหกิจ	3	20	1	7	4	13
ประกันสุขภาพ	3	20	0	0	3	10
จ่ายเอง	1	7	1	7	2	7
ประกันสังคม	0	0	1	7	1	3
ประกันชีวิต	0	0	1	7	1	3
โรคประจำตัว						
ไม่มี	6	40	4	27	10	33
ความดันโลหิตสูง และ ภาวะไขมันในเลือดสูง	5	33	9	60	14	47
เบาหวาน	4	27	2	13	6	20

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการศึกษาครั้งนี้ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 73 มีอายุระหว่าง 55 – 59 ปี ร้อยละ 43 รองลงมา มีอายุระหว่าง 45 – 54 ปี ร้อยละ 30 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80 จบการศึกษาระดับมัธยม ร้อยละ 37 รองลงมา ระดับอนุปริญญา ร้อยละ 23 ประกอบอาชีพข้าราชการ ร้อยละ 57 มีรายได้เฉลี่ยครอบครัว มากกว่า 20,000 บาท/เดือน ร้อยละ 63 ใช้สิทธิในการรักษา คือ ข้าราชการ ร้อยละ 63 และมีความดันโลหิตสูงและภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นโรคประจำตัว ร้อยละ 47

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพยาธิสรีรวิทยา และดัชนีบาร์เทล เอดีแอล

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 15)		กลุ่มทดลอง (n = 15)		รวม (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	พยาธิสรีรวิทยา					
ภาวะสมองขาดเลือด	15	100	14	93	29	97
ภาวะเลือดออกในสมอง	0	0	1	7	1	3
ดัชนีบาร์เทลเอดีแอล						
16 – 20 คะแนน	8	53	5	33	13	43
12 – 15 คะแนน	2	14	3	20	5	17
9 – 11 คะแนน	5	33	7	47	12	40

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นโรคหลอดเลือดสมองทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีพยาธิสรีรวิทยาจากภาวะสมองขาดเลือด ร้อยละ 97 สำหรับคะแนนดัชนีบาร์เทลเอดีแอลพบว่า กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในช่วง 16 – 20 คะแนน ร้อยละ 53 ซึ่งจัดอยู่ในการพึ่งพาในระดับต่ำเล็กน้อย แต่กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในช่วง 9 – 11 คะแนน ร้อยละ 47 ซึ่งจัดอยู่ในการพึ่งพาในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบระดับความเครียดและระดับคอร์ติซอล ก่อนและหลัง
การทดลอง ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 3 ระดับความเครียดและระดับคอร์ติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ
กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	ค่าเฉลี่ย (S.D.)	ระดับ	ค่าเฉลี่ย (S.D.)	ระดับ
- คะแนนความเครียด				
กลุ่มควบคุม (n = 15)	42.60 (6.99)	ปานกลาง	38.60 (7.28)	ปานกลาง
กลุ่มทดลอง (n = 15)	42.87 (5.33)	ปานกลาง	33.93 (3.20)	น้อย
- ความเข้มข้นของคอร์ติซอล ในน้ำลาย				
กลุ่มควบคุม (n = 15)	16.40 (4.41)	สูงกว่าปกติ	16.58 (8.30)	สูงกว่าปกติ
กลุ่มทดลอง (n = 15)	17.52 (6.01)	สูงกว่าปกติ	14.94 (6.90)	สูงกว่าปกติ

จากตารางที่ 3 เมื่อพิจารณาแปลผลคะแนนเป็น 5 ระดับ (ประคอง กรรณสูต, 2542) พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง เท่ากับ 42.60 และ 42.87 ตามลำดับ ซึ่งความเครียดจัดอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม เท่ากับ 33.93 และ 38.60 ตามลำดับ ซึ่งความเครียดลดลงอยู่ในระดับน้อย และเมื่อพิจารณาค่าความเข้มข้นของคอร์ติซอลในน้ำลายจาก ELISA kit ซึ่งมีค่าปกติอยู่ในช่วง 1.2 – 14.7 ng/mL พบว่าค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของคอร์ติซอลในน้ำลายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เท่ากับ 16.404 และ 17.524 ตามลำดับ ซึ่งคอร์ติซอลจัดอยู่ในระดับที่สูงกว่าปกติ และหลังการทดลองค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของคอร์ติซอลในน้ำลายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม เท่ากับ 14.939 และ 16.578 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของคอร์ติซอลในน้ำลายของกลุ่มทดลองลดลงเข้าใกล้เกณฑ์ปกติ

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของคอร์ติซอลในน้ำลาย ก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n = 15)

คะแนนความเครียด	Mean	S.D.	t	df	P-value
ก่อนการทดลอง	42.87	5.33	5.95	14	0.00
หลังการทดลอง	33.93	3.20			

จากตารางที่ 4 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดหลังการทดลอง (Mean = 33.93) น้อยกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดก่อนการทดลอง (Mean = 42.87)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของคอร์ติซอลในน้ำลายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n = 15)

ความเข้มข้นของคอร์ติซอลในน้ำลาย	Mean	S.D.	t	df	P-value
ก่อนการทดลอง	17.52	6.06	1.75	14	0.10
หลังการทดลอง	14.94	6.90			

จากตารางที่ 5 พบว่าค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของคอร์ติซอลในน้ำลายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของคอร์ติซอลในน้ำลายหลังการทดลอง (Mean = 14.94) น้อยกว่าค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของคอร์ติซอลในน้ำลายก่อนการทดลอง (Mean = 17.52)

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของคอร์ติซอลในน้ำลายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุม (n = 15) และกลุ่มทดลอง (n = 15)

คะแนนความเครียด	Mean	S.D.	t	df	P-value
กลุ่มควบคุม	42.60	7.00	-0.12	28	0.18
กลุ่มทดลอง	42.87	5.33			

จากตารางที่ 6 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนเข้าร่วมการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของคอร์ติซอลในน้ำลายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุม (n = 15) และกลุ่มทดลอง (n = 15)

ความเข้มข้นของคอร์ติซอลในน้ำลาย	Mean	S.D.	t	df	P-value
กลุ่มควบคุม	16.40	4.42	-0.58	28	0.29
กลุ่มทดลอง	17.52	6.06			

จากตารางที่ 7 พบว่าค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของคอร์ติซอลในน้ำลายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนเข้าร่วมการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของ
คอร์ติซอลในน้ำลายหลังการทดลอง ระหว่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มควบคุมและ
กลุ่มทดลอง**

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลัง
การทดลองของกลุ่มควบคุม (n = 15) และกลุ่มทดลอง (n = 15)

คะแนนความเครียด	Mean	S.D.	t	df	P-value
กลุ่มควบคุม	38.60	7.28	2.27	28	0.02
กลุ่มทดลอง	33.93	3.20			

จากตารางที่ 8 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการ
ทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบ
ชี่กง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .05

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของคอร์ติซอลในน้ำลายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม (n = 15) และกลุ่มทดลอง (n = 15)

ความเข้มข้นของ คอร์ติซอลในน้ำลาย	Mean	S.D.	t	df	P-value
กลุ่มควบคุม	16.58	8.30	0.59	28	0.31
กลุ่มทดลอง	14.94	6.90			

จากตารางที่ 9 พบว่าค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของคอร์ติซอลในน้ำลายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการ
บริหารกาย-จิตแบบชี่กง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่มีความแตกต่างกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์ต่อความเครียดและระดับคอร์ติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 15 ราย

กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์จากผู้วิจัย จำนวน 15 ราย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความเครียดและระดับคอร์ติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์
2. เพื่อเปรียบเทียบความเครียดและระดับคอร์ติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. ความเครียดและระดับคอร์ติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์มี น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์
2. ความเครียดและระดับคอร์ติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์ น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา ระหว่างเดือนมิถุนายน 2551 ถึง เดือนตุลาคม 2551 จำนวน 30 ราย ที่มีอายุ 16 – 59 ปี โดยมีการกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดตีบแตกหรืออุดตัน ที่มีคะแนนดัชนีบาร์เทลเอ ดีแอลตั้งแต่ 9 – 20 คะแนน และมีอุณหภูมิร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (36 – 37.5 °C) ไม่เคยได้รับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งงมาก่อน สามารถสื่อสารได้รู้เรื่อง มีความยินดีเต็มใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัย และเป็นผู้ป่วยที่รับการยินยอมจากแพทย์เจ้าของไข้ให้เข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) มีดังนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลง จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง ความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมได้ และผู้ป่วยที่ได้รับยา Dexamethasone ในการรักษา

สำหรับการศึกษานี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาด้วยยา Dexamethasone แต่มีกลุ่มตัวอย่างสูญหาย จำนวน 5 ราย คือ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถกลับมารักษาที่สถาบันประสาทวิทยาได้เนื่องจากต้องไปรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านที่ต่างจังหวัด ผู้ป่วยจึงขอยกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย ผู้วิจัยจึงต้องทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใหม่เพิ่มขึ้นอีก 5 ราย ด้วยขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในลักษณะเดิม

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 15 คน จากรายชื่อผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในสถาบันประสาทวิทยา จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด และเพื่อเป็นการป้องกันการปนเปื้อน (Contaminate) กันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมซึ่งอาจมีผลกระทบต่อการศึกษาได้ ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุมก่อน โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละคนและบันทึกลักษณะของคุณสมบัติของผู้ป่วยไว้จนได้ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมครบ 15 ราย หลังจากนั้นจึงได้ดำเนินการคัดเลือกผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 15 ราย

2. เพื่อเป็นการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จับคู่ (Matched pair) คะแนนความเครียดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองให้ห่างกันไม่เกิน 5 คะแนน ทั้ง 15 คู่ เนื่องจากคะแนนความเครียดก่อนการทดลองมีผลโดยตรงต่อการแปลผลคะแนนความเครียดผู้ป่วยหลังการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 4 ชุด คือ

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง** ได้แก่ แบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติ ดัชนีบาร์เทิลเอดีแอล (Barthel ADL Index)
2. **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบบวัดการรับรู้ความเครียด และเครื่องมือวัดคอริติซอลในน้ำลาย
3. **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** ได้แก่ โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย คู่มือการจัดการความเครียดร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีเนื้อหาครอบคลุมและสอดคล้องกับแผนการสอน คู่มือโรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้นำมาใช้ในงานวิจัยได้ แผนการสอนเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง แผนการสอนเรื่องการจัดการความเครียดร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิดีทัศน์ การฝึกบริหารซิงก์แบบง่าย 4 ท่า โดยนายแพทย์ เทอดศักดิ์ เดชคง จิตแพทย์กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้นำมาเผยแพร่ในการทำวิจัยได้ และการพยาบาลตามปกติ
4. **เครื่องมือกำกับการทดลอง** ได้แก่ แบบบันทึกการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างไว้ด้านท้ายเล่มของคู่มือการจัดการความเครียดร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลที่หอผู้ป่วยประสาทวิทยา โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษารายงานประวัติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในของสถาบันประสาทวิทยา และเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เมื่อแพทย์เจ้าของไข้ประเมินสภาพผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤตแล้ว ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นดำเนินการดังนี้

1.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง หลังจากนั้นวัดความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง (Pre-test) แล้วนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อวัดระดับคอริติซอล (Pre-test) ในวันถัดมา หลังจากนั้นทำการนัดหมายให้กลุ่มตัวอย่างมาพบผู้วิจัยอีกครั้งใน 3 สัปดาห์

1.2 กลุ่มทดลอง ได้โปรแกรมการจัดการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิง และ การพยายามปกติ โดยผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง หลังจากนั้นวัดความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง (Pre-test) ใช้วิธีการจับคู่ (Matched pair) คะแนนความเครียดของกลุ่มทดลองให้มีความแตกต่างกันกับกลุ่มควบคุมไม่เกิน 5 คะแนน หลังจากนั้นนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อวัดระดับคอร์ติซอล (Pre-test) ในวันถัดมา แล้วจึงดำเนินการให้โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิง ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินประสบการณ์และการรับรู้ของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล 2) การให้ความรู้ 3) การฝึกบริหารกาย-จิตแบบซิง และ 4) การประเมินผล โดยเวลาในการดำเนินกิจกรรมรวมทั้งสิ้นนาน 3 สัปดาห์ และผู้วิจัยใช้การโทรศัพท์ติดตามอีก 2 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 5 - 10 นาที เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยวัดความเครียดระดับคอร์ติซอลอีกครั้งหนึ่ง (post-test) ร่วมกับการประเมินตารางบันทึกการบริหารกาย-จิตแบบซิง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. คำนวณหาร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคล
2. ทดสอบการแจกแจงของคะแนนความเครียดและระดับคอร์ติซอลของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test อนุมานได้ว่าการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ (ภาคผนวก ๑) แล้วจึงเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ t-test
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและระดับคอร์ติซอล ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Paired t-test
4. เปรียบเทียบสัดส่วนข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติไคสแควร์ (χ^2) พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีสัดส่วนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและคอร์ติซอลในน้ำลายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Independent t-test ทั้งนี้ผลของการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและคอร์ติซอลในน้ำลายก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Independent t-test พบว่าไม่แตกต่างกัน

สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 73 มีอายุระหว่าง 55 – 59 ปี ร้อยละ 43 รองลงมาคืออายุระหว่าง 45 – 54 ปี ร้อยละ 30 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80 จบการศึกษาระดับมัธยม ร้อยละ 37 รองลงมาในระดับอนุปริญญา ร้อยละ 23 ประกอบอาชีพข้าราชการ ร้อยละ 57 มีรายได้เฉลี่ยครอบครัว มากกว่า 20,000 บาท/เดือน ร้อยละ 63 ใช้สิทธิ์ในการรักษา คือ ข้าราชการ ร้อยละ 63 และมีความดันโลหิตสูงและภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นโรคประจำตัว ร้อยละ 47 จากการศึกษาค้นคว้าพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่เคยเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์มาก่อน

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์ น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของคอริติซอลในน้ำลายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมฯ ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์ น้อยกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของคอริติซอลในน้ำลายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์ต่อความเครียดและระดับคอริติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 15 ราย และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์จากผู้วิจัยร่วมกับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 15 ราย ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัย และนำเสนอตามสมมติฐานของการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบที่กึ่งน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ระดับคอร์ติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยดังต่อไปนี้

ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการและได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบที่กึ่งที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เนื่องจากผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมมาจากแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบที่กึ่งมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในภาวะเครียด มีความรู้และทักษะในการจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพได้ด้วยตนเอง โดยมีการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและเกิดจากความร่วมมือกันทั้งสองฝ่ายระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยเป็นพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้และคำแนะนำ รับฟังปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วย และรับผิดชอบส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและเป็นมิตร ส่งผลให้ผู้ป่วยเปิดเผยข้อมูลของตนเองมากขึ้น สามารถประเมินประสบการณ์การรับรู้ในมุมมองของผู้ป่วยและความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง

การให้ความรู้เป็นการปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการควบคุมหรือบรรเทาอาการ โดยทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ประเภทของโรค ปัจจัยเสี่ยงของโรค อาการและอาการแสดง และการป้องกันการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ความเครียด สาเหตุและผลกระทบของความเครียด การจัดการความเครียด และการบริหารกาย-จิตแบบที่กึ่ง อีกทั้งการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานร่วมด้วย ผู้วิจัยได้ให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนของการป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้การเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรค เช่น การควบคุมความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือดและระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ แนะนำอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งความสำคัญในการให้ความรู้มีดังนี้

การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการและอาการแสดง การรักษา ปัจจัยเสี่ยง และการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาที่ตนเองประสบอยู่มากขึ้น สามารถมองเห็นได้ว่าจะแสดงบทบาทในการมีส่วนร่วมอย่างไรในการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติเกิดการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาในการเกิดภาวะโรคหลอดเลือด

สมองซ้่า เนื่องจากผู้ป่วยบางรายมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้่าได้ รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับฮอร์โมนความเครียดที่ถูกหลั่งออกมามากเกินไปเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะเครียดยาวนาน จะส่งผลกระทบต่อระบบต่างๆ ในร่างกายมีการทำงานผิดปกติ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้่าของโรคได้ พร้อมทั้งแนะนำการจัดการความเครียดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ การบริหารกาย-จิตแบบซ้่าก ดังนั้นการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวก็จะทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Smith, Forster, and Young (2004) ได้ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการและอาการแสดง สาเหตุ การดำเนินของโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว พบว่าโปรแกรมดังกล่าวสามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการพูดคุยและให้คำแนะนำเกี่ยวกับสภาวะการเจ็บป่วยและปัญหาที่เกิดขึ้น ตลอดจนการวางแผนร่วมกันที่จะแก้ไข้ปัญหา ทำให้มีความรู้ความเข้าใจมากขึ้นจึงส่งผลช่วยให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวลดลง

อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีปัจจัยเสี่ยง เช่น ความดันโลหิตสูงและภาวะไขมันในเลือดสูง หรือเบาหวาน ร่วมด้วยเสมอ เมื่อพิจารณาจากข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงและภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 60 และโรคเบาหวาน จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 13 ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มจัด หวานจัด อาหารที่มีระดับไขมันสูง เช่น สมองสัตว์ ไข่แดง เครื่องในสัตว์ และอาหารทะเลบางชนิด ได้แก่ ปลาหมึก กุ้ง หอยนางรม หลีกเลียงอาหารที่ปรุงจากน้ำมันที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง เช่น น้ำมันมะพร้าว น้ำมันหมู กะทิ เนย และครีม เลือกรั้วปรุงอาหารที่น้ำมันน้อย เช่น ต้ม ยำ ย่าง อบ นึ่ง แทนการทอด เจียว ผัด พิจารณาเลือกรั้วใช้น้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง หรือน้ำมันเมล็ดดอกทานตะวัน เป็นต้น ควรเลือกรั้วประทานเนื้อสัตว์ที่ไม่มีไขมันมาก เช่น เนื้อปลา เนื้อไก่ไม่ติดหนัง นมไขมันต่ำ และผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลือง เป็นต้น ควรเลือกรั้วประทานคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน เช่น ข้าว ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ และขนมปังโฮลรั้วท เป็นต้น รับประทานผักและผลไม้ที่ไม่หวานเพิ่ม เพื่อช่วยให้ร่างกายดูดซึมไขมันลดลง ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (สถาบันประสาทวิทยา, 2549) ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอื่นๆ ร่วมด้วย จึงทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในการเลือกรั้วประทานอาหารที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้่าของโรคได้

ความรู้เรื่องการใช้ยาที่ถูกต้อง เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดตลอดชีวิต ผู้ป่วยจึงห้ามหยุดยาเองต้องไปพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ บางรายที่มีประวัติเป็นโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง หรืออื่นๆ ผู้ป่วยต้องมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ยาและการสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่ถูกต้อง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ (Cross, 2008)

การฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากจะช่วยกระตุ้นการฟื้นตัวของสมองและกล้ามเนื้อ ลดความพิการซ้ำซ้อน ทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้พึ่งพาผู้อื่นน้อยลง ช่วยลดภาวะการดูแลของญาติหรือผู้ดูแล รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพขึ้นกับระยะเวลาที่เป็นโรค ปัญหาที่ผู้ป่วยมีและระดับความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย (กฤษณา พิศเวช, 2550: 205) ดังนั้นการให้ความรู้และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมมือกันทำให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้และช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพได้เร็วที่สุด

การให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียด สาเหตุและผลกระทบต่อความเครียด และการจัดการความเครียดร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงเกิ้ลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของความเครียดต่อการดำเนินของโรคและเป็นปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรค จะช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม และสามารถจัดการความเครียดด้วยการบริหารกาย-จิตแบบซิงเกิ้ลตามรูปแบบของนายแพทย์ เทอดศักดิ์ เดชคง (2550) ผู้วิจัยนำการบริหารกาย-จิตแบบซิงเกิ้ลทำนัง 4 ท่าเช่นเดียวกับการทำสมาธิให้กับกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาในเรื่องของการทรงตัวทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้ การบริหารกาย-จิตแบบซิงเกิ้ลเป็นการออกกำลังกายที่ประกอบด้วยการหดตัวและการคลายตัวของกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่อง จังหวะสม่ำเสมอ ประสานสอดคล้องกันทั้งในขณะหยุดนิ่ง และขณะมีการเคลื่อนไหว และเป็นลักษณะการออกกำลังกายเพื่อฝึกความทนทานของร่างกาย และเป็นการฝึกฝนร่างกายและจิตใจควบคู่ไปกับการเคลื่อนไหวทำให้เกิดการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและจิตใจได้เป็นธรรมชาติมากที่สุด ไม่พบปัจจัยเสี่ยงอันจะก่อให้เกิดการบาดเจ็บต่อร่างกาย (อรวรรณ บุราณรักษ์, 2543: 19) นอกจากนี้ยังส่งผลต่อระดับฮอร์โมนในร่างกายทำให้มีการหลั่งสารเอ็นโดรฟิน (Ryu et al., 1996) และทำให้เกิดสมาธิจึงช่วยสงบจิตใจ ทำให้ร่างกายผ่อนคลายลดการทำงานของหัวใจและสร้างสมดุลของระบบประสาทอัตโนมัติ และฮอร์โมนของร่างกายสมดุลมากขึ้น (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2547) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lee et al. (2004) พบว่าการฝึกซิงเกิ้ลเป็นเวลา 1 ชั่วโมง สามารถ

ทำให้ภาวะวิตกกังวล, ระดับคอร์ติซอล, ACTH และ aldosterone ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การศึกษาของ ลักขณาพร สายทอง (2546) พบว่าการฝึกผ่อนคลายตามแนวซึ่งงสามารถลดความเครียดของผู้ป่วยติดเชื้อ เอชไอวี (HIV) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลของการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งงและการให้ความรู้ต่อความเครียดและระดับคอร์ติซอลที่กล่าวไปแล้วข้างต้น จะเห็นว่ากลุ่มทดลองได้รับความรู้ที่ครอบคลุมสำหรับนำไปใช้ในการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเองจะมีผลทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเครียดลดลงได้ ประกอบกับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งงที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้ ได้มีการประเมินความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องการจะได้รับการเพิ่มหรือมีอยู่เดิมมีความถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ และทำการจัดแบ่งการให้ความรู้ออกเป็น 2 ครั้ง แต่ละครั้งไม่เกิน 30 นาที เพื่อให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจและเกิดการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอายุอยู่ในช่วง 55 – 59 ปีเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งมีผลต่อการเรียนรู้และการจดจำเนื้อหาสำหรับการฝึกปฏิบัติการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งงนั้น ผู้วิจัยได้คำนึงถึงความพร้อมของผู้ป่วยเนื่องจากช่วงเช้ากลุ่มตัวอย่างจะได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติและโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการพักผ่อนหลังจากกิจกรรมในช่วงเช้าแล้ว ผู้วิจัยจึงได้พบกับกลุ่มตัวอย่างในช่วงบ่ายของทุกวัน เพื่อฝึกปฏิบัติการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งงอย่างต่อเนื่องทุกวัน และการให้ความรู้จะทำการก่อนมีการฝึกปฏิบัติซึ่งง และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามได้ตลอดระยะเวลาที่อยู่ในโปรแกรมฯ ซึ่งจากการให้โปรแกรมฯ ในช่วงเวลา ก่อนที่กลุ่มตัวอย่างจะจำหน่ายกลับบ้านนั้น จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจ สามารถนำมาใช้ในการดูแลตนเองและนำไปปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง ประกอบกับผู้วิจัยได้ใช้สื่อการสอนที่หลากหลาย คือ การสอนประกอบแผ่นภาพพลิกเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความเครียด การจัดการความเครียดร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งงสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การสอนร่วมกับการสาธิตการบริการกาย-จิตแบบซึ่งงให้กับกลุ่มตัวอย่างทุกวันอย่างต่อเนื่อง จำนวน 5 ครั้ง ก่อนการจำหน่ายกลับบ้าน และได้มอบคู่มือโรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชน คู่มือการจัดการความเครียดร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งงสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และวีดีทัศน์การฝึกซึ่งงแบบง่ายของนายแพทย์ เทอดศักดิ์ เดชคง (2545) ให้กับกลุ่มตัวอย่างไว้สำหรับทบทวนทำความเข้าใจและฝึกต่อเนื่องที่บ้านด้วยตนเอง

เมื่อพิจารณาจะพบว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจะได้รับความรู้และคำแนะนำเป็นรายบุคคลที่ค่อนข้างครอบคลุม แต่ขาดการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเองทางด้านจิตใจและอารมณ์ รวมทั้งยังขาดการแนะนำด้านผลกระทบของความเครียดต่อการดำเนินของโรค และการจัดการความเครียดที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

เลือดสมองที่ยังไม่มีรูปแบบการจัดการความเครียดที่ชัดเจน เพื่อเป็นการลดปัจจัยส่งเสริมการกลับเป็นซ้ำของโรคและช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสมรรถภาพได้เร็วยิ่งขึ้น โดยจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าความเครียดและระดับคอร์ติซอลของกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองมีระดับสูงกว่าก่อนการทดลอง กล่าวคือ มีความเครียดปานกลางและระดับคอร์ติซอลที่สูงกว่าก่อนการทดลอง เมื่อนำโปรแกรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นมาเปรียบเทียบกับกรพยาบาลตามปกติ โปรแกรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นได้เน้นการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจด้วยการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งเป็นส่วนสำคัญ และเป็นการจัดการกับอาการที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของน้ำทิพย์ ต่อนแผ้ว (2545) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการบริหารแนวซึ่งกับผู้ป่วยร่วมกับการให้ข้อสนเทศโรคกับผู้ดูแลผู้ป่วยต่อความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 6 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการฝึกบริหารแนวซึ่งสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20 – 30 นาที เป็นเวลาฝึก 4 สัปดาห์ รวมทั้งหมด 12 ครั้ง ร่วมกับผู้ดูแลได้รับข้อสนเทศโรค 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที รวม 8 ครั้ง ผลการศึกษพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความเครียดลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความเครียดต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แต่ระดับคอร์ติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยบางประการที่ส่งผลต่อระดับคอร์ติซอล เช่น อุปนิสัยการดำเนินชีวิต แบบการเผชิญความเครียด และสถานการณ์ที่กำลังเผชิญของแต่ละบุคคล (Gunnar et al., 1997; Davis et al., 1999; Dettling, Gunnar, and Donzella, 1999; Chen et al., 2000; Davis, Bruce and Gunnar, 2002 cited in Hanrahan et al., 2006) เมื่อบุคคลอยู่ในสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดร่างกายจะผลิตคอร์ติซอลออกมาในระดับสูงสุดหลังเผชิญความเครียดประมาณ 15 - 30 นาที หลังจากนั้นประมาณ 2 นาที จะมีการหลั่งคอร์ติซอลออกมาทางน้ำลาย (Lundberg, 2005; Gunnar and White, 2001 cited in Hanrahan et al., 2006) และเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย หากผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ จะทำให้มีปัญหาด้านจิตใจตามมาและส่งผลทำให้ระดับคอร์ติซอลในร่างกายสูงมากขึ้น แสดงให้เห็นว่าระดับคอร์ติซอลมีการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างรวดเร็ว เมื่อพิจารณาข้อมูลความเข้มข้นของคอร์ติซอลในน้ำลายของผู้ป่วยกลุ่มทดลองจะพบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยมีค่าความเข้มข้นของคอร์ติซอลในน้ำลายลดลง

จำนวน 10 คน (กลุ่มควบคุม 9 คน) และพบว่ามีความเข้มข้นของคอริติซอลในน้ำลายลดลงค่อนข้างมาก ทำให้ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองมีค่าใกล้เคียงกับค่าปกติ และในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การวัดผลแบบสะสม ไม่ได้ใช้วัดทันทีเมื่อสิ้นสุดการทดลองแต่ละครั้ง ซึ่งแตกต่างจากการ Chan et al. (2006) ที่ศึกษาผลของการจัดการความเครียดรูปแบบของ Chan (2001) ที่ประกอบด้วยการทำสมาธิ การบริหารร่างกาย (ชี่กง) และฝึกการหายใจ มีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 66 คน ระยะเวลาในการฝึก 1 ชั่วโมง วัดก่อนและหลังการฝึกจากระดับคอริติซอลในน้ำลาย ผลการศึกษาพบว่าระดับคอริติซอลของกลุ่มตัวอย่างหลังการฝึกลดลงก่อนการฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สมมติฐานข้อที่ 2 ความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชี่กง น้อยกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ระดับคอริติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

จากการวิเคราะห์ข้อมูลภายหลังการทดลองพบว่าความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชี่กง จะได้รับความรู้ โดยการสอนประกอบคู่มือในเรื่องของโรคหลอดเลือดสมอง ประเภทของโรค ปัจจัยเสี่ยงของโรค อาการและอาการแสดง และการป้องกันการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ความเครียด สาเหตุและผลกระทบของความเครียด การจัดการความเครียด และการบริหารกาย-จิตแบบชี่กง โดยผู้วิจัยได้คำนึงถึงประสบการณ์การรับรู้และมุมมองของผู้ป่วยเองและความต้องการในเรื่องการเรียนรู้ของผู้ป่วยแต่ละรายซึ่งจะมีความแตกต่างกัน โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงประสบการณ์ความเครียดตามการรับรู้ของผู้ป่วยเอง รวมถึงวิธีการจัดการความเครียดและผลลัพธ์ที่ได้จากการจัดการความเครียดที่ผ่านมา

เมื่อพิจารณาในกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นจะไม่สามารถทำนายล่วงหน้าได้ว่าเมื่อเจ็บป่วยจะส่งผลกระทบต่ออะไรบ้าง ทำให้เกิดความเครียดสูง (พรชัย จุลเมตต์ และ ยุพิน ถนัดวินิชย์, 2543) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่สามารถใช้วิธีแก้ปัญหามาได้โดยตรง จึงมีการปรับการรับรู้ปัญหาของตนเอง โดยการจัดการกับปัญหาทางอ้อม เพื่อให้ตนเองรู้สึกสบายใจขึ้น (ปราณี มิ่งขวัญ, 2542) เช่น การหนีจากสถานการณ์ การสูบบุหรี่ หรือการดื่มสุรา เป็นต้น ซึ่งเป็นวิธีการที่ไม่เหมาะสม อาจทำให้เกิด

ภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ ดังนั้นการพยาบาลที่เน้นการให้ความรู้และการฝึกทักษะที่มีความเหมาะสมและตรงกับความต้องการของผู้ป่วย จึงทำให้การรับรู้ความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงเกิ้ล มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Johansson, Hassmen, and Jouper (2008) ได้ศึกษาผลของการออกกำลังกายด้วยซิงเกิ้ลต่อสภาวะทางอารมณ์และภาวะวิตกกังวล มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 59 คน ใช้วิธีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 28 คน และกลุ่มควบคุม 31 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยซิงเกิ้ลประกอบด้วย การฝึกผ่อนคลาย การฝึกซิงเกิ้ล และการฝึกนวดด้วยตนเอง ระยะเวลา 30 นาที ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับฟังเฉพาะการบรรยายเกี่ยวกับการฝึกซิงเกิ้ล ระยะเวลา 30 นาที ผลการศึกษาพบว่าสภาวะทางอารมณ์และภาวะวิตกกังวลหลังการทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่สภาวะทางอารมณ์และภาวะวิตกกังวลหลังการทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

และผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยคอร์ติซอลของกลุ่มทดลองมีค่าลดลงจาก 17.52 ng/ml เป็น 14.94 ng/ml ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับค่าปกติที่กำหนดใน ELISA kit คือ 1.2 – 14.7 ng/ml แต่กลุ่มควบคุมกลับมีค่าเพิ่มขึ้น จาก 16.40 ng/ml เป็น 16.58 ng/ml แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคอร์ติซอลของทั้งสองกลุ่มหลังการทดลองแล้วไม่แตกต่างกัน

จากการทบทวนวรรณกรรม ความเครียดจะเป็นตัวกระตุ้นให้มีการหลั่งคอร์ติซอลเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากร่างกายมนุษย์จะมีการตอบสนองต่อความเครียดแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่กำลังเผชิญ การรับรู้ต่อสิ่งที่มากระตุ้น สารชีวโมเลกุลในร่างกาย หรือสภาวะทางจิตใจ ซึ่งการตอบสนองดังกล่าวเริ่มต้นจากกลไกการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อหรือระบบประสาทส่วนกลางกระตุ้นให้มีการหลั่ง catecholamines ได้แก่ norepinephrine และ epinephrine สมองส่วนไฮโปทาลามัส hypothalamus ทำหน้าที่หลั่ง corticotrophin-releasing hormone (CRH) และกระตุ้นให้ pituitary gland หลั่ง adrenocorticotrophic hormone (ACTH) ที่ควบคุมการทำงานของต่อมหมวกไตส่วนนอกให้หลั่งคอร์ติซอลออกมา (McCane et. al., 2006 cited in Hansen and Sawatzky, 2008) เมื่อบุคคลเผชิญอยู่ในภาวะเครียดเป็นระยะเวลานานจะทำให้กลไกการทำงาน negative feedback ที่ทำหน้าที่รักษาระดับของคอร์ติซอลของต่อมหมวกไตส่วนนอกไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ทำให้มีการหลั่งคอร์ติซอลออกมา (Lovallo, 2005) ในปริมาณที่สูงถึง 10 เท่าจากภาวะปกติ นอกจากนั้นยังพบว่าระดับคอร์ติซอลและแคทีโคลามีนที่สูงขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันช่วงสัปดาห์แรกนั้น เกิดจากกระบวนการตอบสนองของร่างกายต่อความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Oka, 1956; Feibel, 1977; Meyer, 1981; Olsson,

1990 cited in Christensen, Boysen, and Johannesen, 2004) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า คอร์ติซอลจะถูกปล่อยเข้าสู่กระแสเลือดในระดับสูงสุดหลังเผชิญความเครียดประมาณ 15 - 30 นาที หลังจากนั้นประมาณ 2 นาที คอร์ติซอลจะหลั่งออกมาทางน้ำลาย (Lundberg, 2005; Gunnar and White, 2001 cited in Hanrahan et al., 2006) ซึ่งระยะเวลาการหลั่งคอร์ติซอลค่อนข้างสั้น ดังนั้นจะพบว่างานวิจัยส่วนใหญ่จะมีการวัดระดับคอร์ติซอลก่อนและหลังการทดลองทันที ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lee et al. (2004) ได้ศึกษาผลของการฝึกชี่กง 1 ชั่วโมง ทำให้ภาวะวิตกกังวลลดลงและระดับคอร์ติซอล, ACTH และ aldosterone ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและการศึกษาของ Chan et al. (2006) ได้ศึกษาผลของการจัดการความเครียดแบบวัฒนธรรมตะวันออกที่มีความสัมพันธ์ระหว่างร่างกายจิตใจและจิตวิญญาณด้วยรูปแบบของ Chan (2001) ที่ประกอบด้วยการทำสมาธิ การบริหารร่างกาย (ชี่กง) และฝึกการหายใจใช้เวลาในการฝึก 1 ชั่วโมง พบว่าระดับคอร์ติซอลของกลุ่มตัวอย่างหลังการฝึกลดลงก่อนการฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงที่สร้างขึ้นนี้ ผู้วิจัยคาดหวังว่านอกจากผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ จะมีความเครียดลดลง ยังคาดหวังว่าผู้ป่วยจะมีระดับคอร์ติซอลลดลงด้วย เนื่องจากกิจกรรมที่จัดขึ้นได้เน้นปัญหาของความเครียดและผลกระทบของความเครียดและระดับคอร์ติซอล มีการให้ความรู้เรื่องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและความเครียด การจัดการความเครียด ร่วมกับการฝึกทักษะการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นด้วยตนเองด้วยการฝึกบริหารกาย-จิตแบบชี่กง เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยมีความรู้ในเรื่องการจัดการความเครียดด้วยตนเอง และสามารถนำไปปฏิบัติต่อบ้านได้ แต่ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคอร์ติซอลลดลงจาก 17.52 ng/ml เป็น 14.94 ng/ml ระดับคอร์ติซอลลดลงเพียงเล็กน้อย แต่ไม่สามารถลดระดับคอร์ติซอลลดลงให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ (1.2 - 14.7 ng/ml) จากการสอบถามข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอยู่ในวัยทำงาน ดังนั้นปัญหาที่พบส่วนใหญ่ คือ การกลับไปทำงาน ผู้ป่วยบางรายถูกคาดหวังจากหัวหน้างาน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกกดดัน ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถทำงานได้ ทำให้ขาดรายได้ มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจ ไม่สามารถยอมรับได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิตและทำให้เกิดความเครียด (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539; โอบาส ธรรมวานิช, 2540 อ้างถึงในบรรณทวารวณ หิรัญเคราะห์, 2549) ดังนั้นงานวิจัยนี้มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกันในเรื่องของคะแนนความเครียดห่างกันไม่เกิน 5 คะแนนเพียงอย่างเดียวยังไม่เพียงพอ ควรเพิ่มการจับคู่ในเรื่องดัชนีบาร์เทิลเฮดีแอลร่วมด้วย เนื่องจากผู้ป่วยมีระดับการพึ่งพาที่

ค่อนข้างแตกต่างกัน ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น ส่งผลต่ออัตนโมทัศน์ต่อตนเองในทางลบทำให้เกิดปัญหาด้านจิตใจได้ (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิมิพานิช, 2538) จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ระดับคอร์ติซอลหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Galvin et al. (2006) ที่ศึกษาพบว่าผลโปรแกรมการผ่อนคลายต่อความเครียดและความจำ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี จำนวน 15 คน มีการสุ่มออกเป็นกลุ่มทดลอง 8 คน และกลุ่มควบคุม 7 คน ซึ่งกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการผ่อนคลาย ระยะเวลา 5 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองความวิตกกังวลและระดับคอร์ติซอลของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าที่ไม่เป็นตามสมมติฐานข้อที่ 2 นี้ เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองเองและปัจจัยส่งเสริมหลายประการ จึงมีผลต่อระดับคอร์ติซอลที่ลดลงเพียงเล็กน้อยเท่านั้น แต่มีแนวโน้มที่จะลดลงหากมีการติดตามผลในระยะยาวอาจทำให้ระดับคอร์ติซอลลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาโปรแกรมการจัดการรับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบที่กึ่งที่มีปัญหาความเครียดและระดับคอร์ติซอล พบว่าความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญมาก เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองได้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ส่งเสริมการให้เกิดการฟื้นฟูสมรรถภาพ และปรับตัวให้กับสภาพและบทบาทที่เปลี่ยนแปลงของตนเองให้มากที่สุด บุคลากรทางด้านสุขภาพจึงมีส่วนสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง โดยเฉพาะการให้กำลังใจและช่วยเหลือประคับประคองทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัวจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะดังนี้

1. **ด้านการพยาบาล** สามารถนำไปเป็นรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเครียดและระดับคอร์ติซอล และสามารถประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ได้นอนรักษาในโรงพยาบาลแต่มีปัญหาล้ำคลั่งกันได้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและสามารถจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไปได้

2. **ด้านการศึกษา** บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้เป็น

แนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถดูแลและจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเองให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. ด้านการวิจัย โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนี้มีประโยชน์ ถึงแม้ว่าผลการวิจัยจะไม่ใช่ไปตามสมมติฐานการวิจัยทั้งหมด แต่มีแนวโน้มไปที่จะช่วยลดระดับคอร์ติซอลลงได้ เพื่อให้เกิดการพัฒนาทางด้านการวิจัยต่อไป งานวิจัยนี้จึงมีประโยชน์ที่จะช่วยให้นักวิจัยค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์อื่นๆ ที่น่าเชื่อถือมาปรับปรุงและพัฒนาให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการจัดการกับอาการ ซึ่งเป็นแนวคิดที่ดีสำหรับการจัดการความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่ผลการวิจัยยังไม่ดีเท่าที่ควร ดังนั้นในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรพิจารณาการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้มีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด เช่น ดัชเนียร์เทลเอดีแอล และสถานภาพของครอบครัว เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้มีดัชนีมวลกายและสถานภาพของครอบครัวของทั้งสองกลุ่มค่อนข้างแตกต่างกัน ทำให้สถานการณ์ของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกัน นอกจากนั้นควรแบ่งการติดตามผลเป็น 2 ระยะ คือ ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้

2. ระยะเวลาในการประเมินผลการวิจัยสั้นเพียง 3 สัปดาห์ อาจจะยังไม่เพียงพอที่จะเปลี่ยนแปลงระดับคอร์ติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ เนื่องจากระดับคอร์ติซอลในร่างกายจะสูงสุดหลังมีการเผชิญความเครียดประมาณ 30 นาที ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ค่อนข้างเร็ว แต่หากไม่มีการปรับตัวร่างกายจะมีการผลิตระดับคอร์ติซอลสูงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย หากผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ จะส่งผลทำให้ระดับคอร์ติซอลมากขึ้น ดังนั้นการทำวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มระยะเวลาการประเมินระดับคอร์ติซอลเป็นอย่างน้อย 4 สัปดาห์ หรือ 6 สัปดาห์ เพื่อความชัดเจนของระดับคอร์ติซอล

3. ควรมีการศึกษาติดตามความเครียดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งอย่างต่อเนื่อง เพื่อแสดงให้เห็นถึงความคงทนของโปรแกรมฯ ด้วยการติดตามผู้ป่วยเมื่อมีการมาตรวจตามที่แพทย์นัดในระยะยาว เช่น 6 สัปดาห์ 3 เดือน หรือ 6 เดือน ต่อไป

4. ควรมีการศึกษาในลักษณะของการขยายองค์ความรู้จากผลของโปรแกรมการจัดการ

ร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซีกง เพื่อใช้ในการบำบัดรักษาอาการอื่นๆ เช่น ความเหนื่อยล้า อาการซึมเศร้า รวมถึงผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทอื่นๆ เช่น โรคมายแอสทีเนียเกรวิต โรคกล้ามเนื้อสเคโรซิส เป็นต้น



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ. 2547. การฟื้นฟูสมรรถภาพ. ใน กิ่งแก้ว ปาจริย์ (บรรณาธิการ), การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, หน้า 195. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ แอล. ที. เพรส.
- กฤษณา พิวเวช. 2550. การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. ใน นิจศรี ชาญณรงค์ (บรรณาธิการ), การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน, หน้า 205-228. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เกศรางค์ เสียงไพโรจน์. 2549. ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้น การบริหารกาย-จิตด้วยชี่กึ่งต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทน์ จันทระท่าจีน และ สุวีพร ธนศิลป์. 2548. ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อ ความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส. วารสารโรคเอดส์ 18 (2549) : 201-213.
- เจียมจิต แสงสุวรรณ. 2541. โรคหลอดเลือดสมอง: การวินิจฉัยและการจัดการทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น : ศิริภรณ์ออฟเซ็ท.
- จำลอง ดิษยวณิช และ พรรัมเพรา ดิษยวณิช. 2545. ความเครียด ความวิตกกังวล และสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่ : แสงศิลป์.
- เทอดศักดิ์ เดชคง. 2547. การบริหารกาย-จิตแบบชี่กึ่ง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์เจ เอส การพิมพ์.
- เทอดศักดิ์ เดชคง. 2547. ชี่กึ่งพลังสร้างสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ อัมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- เทอดศักดิ์ เดชคง. 2550. ชี่กึ่งวิถีพลังเพื่อการบำบัดโรค. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- ธัญชนก พงศ์ปิยะไพบูลย์. 2548. ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าต่อความเจ็บปวดและจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธัญญาภรณ์ คุณสมบัติ. 2544. ผลการฝึกสมาธิแนวพุทธและการนวดสัมผัสบำบัดต่อ

ความเครียดของผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขา
จิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

นงนุช ศรีตระกูล. 2545. ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวทฤษฎีแบบผสมผสานและ
การฝึกฝนคลายต่อการลดความเครียดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการแนะแนวและให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
ขอนแก่น.

นภาพร กวางทอง และวิจิตรา กุสุมภ์. 2546. ภาวะวิกฤตเกี่ยวกับระบบประสาท. ใน วิจิตรา
กุสุมภ์ (บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤต, 191-243. กรุงเทพมหานคร :
สำนักพิมพ์สหประชาพานิชย์.

นิจศรี ชาญณรงค์. 2550. การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) และ
การดูแลต่อเนืองที่บ้าน. ใน นิจศรี ชาญณรงค์ (บรรณาธิการ), การดูแลรักษาภาวะสมอง
ขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน, หน้า 175-204. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.

นิจศรี ชาญณรงค์ และ ธีรัฐ พสุธารชาติ. 2550. โรคหลอดเลือดสมอง. ใน วิทยา ศรีดามา
(บรรณาธิการ), ตำราอายุรศาสตร์ 3, หน้า 114. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิพนธ์ พวงวรินทร์. 2544. โรคหลอดเลือดสมอง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์
เรือนแก้วการพิมพ์.

น้ำทิพย์ ด่อนแผ้ว. 2545. ผลของการบริหารแนวที่กึ่งกับผู้ป่วยร่วมกับการให้ข้อเสนอแนะโรคกับ
ผู้ดูแลผู้ป่วยต่อความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต
สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

บรรณทวารณ หิรัญเคราะห์. 2549. ผลของการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ประคอง อินทรสมบัติ. 2543. ภาวะเครียดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. ใน สมจิต
หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 3, หน้า 1-8.
กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์วี.เจ. พรินติ้ง.

ประคอง อินทรสมบัติ, วารุณี พันธพรประสิทธิ์ และยุบล สุขสะอาด. 2543. การพยาบาลผู้ป่วยที่
มีความผิดปกติของต่อมหมวกไต. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), การพยาบาล
ทางอายุรศาสตร์ เล่ม 4, หน้า 201-239. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์วี.เจ. พรินติ้ง.

- ปราณี มิ่งขวัญ. 2542. ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปิยกานต์ บุญเรือง และ สุนิดา ปรีชาวงษ์. 2550. ผลของโปรแกรมการฝึกบริหารแนวซิกงว่อกับ การให้ความรู้ต่ออาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารสภา การพยาบาล 22 (กรกฎาคม-กันยายน 2550) : 17-28.
- ปิยภัทร พัชราวิวัฒน์พงษ์. 2547. ปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรม. ใน กิ่งแก้ว ปาจารย์ (บรรณาธิการ), การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, หน้า 225. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แอล. ที. เพรส.
- ปิยภัทร พัชราวิวัฒน์พงษ์. 2548. โรคหลอดเลือดสมอง. ใน กิ่งแก้ว ปาจารย์ (บรรณาธิการ), เวชศาสตร์ฟื้นฟูสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป, หน้า 91-108. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์เอ็น. พี. เพรส.
- เพชรพงษ์ พรายมณี. 2548. การฝึกพลังลมปราณซิกง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ตลาดตา พับลิเคชั่น.
- พรชัย จุลเมตต์ และ ยุพิน ถนัดวนิชย์. 2543. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. รายงานการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เพ็ญจันทร์ สุวรรณแสง โมไนยพงศ์. 2543. การวิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับ พยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์วี เจ พีริ่ง.
- ไพรวลัย โคตรระตะ และ สุวีพร ธนศิลป์. 2548. ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองต่อ อาการหายใจลำบากของพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 17 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2549) : 73-83.
- พาริดา อิบราฮิม. 2539. ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและการดูแล. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สาม เจริญพาณิชย์.
- พาริดา อิบราฮิม. 2542. ปัญหาผู้ป่วยระบบประสาท. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ธนาเพรสแอนด์กราฟฟิค.
- มารยาท รุจิวิทย์. 2548. การจัดการความเครียดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต.
- รังสรรค์ ชัยเสวีกุล. 2547. การรักษาทางอายุรกรรม ใน กิ่งแก้ว ปาจารย์ (บรรณาธิการ), การฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, หน้า 35-54. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แอล. ที. เพรส.

- รัฐภา แก่นสาร และ เพ็ญศรี จึงธนาเจริญเลิศ. 2549. ระบบต่อมไร้ท่อ. ใน รัฐภา แก่นสาร (บรรณาธิการ), สู่วิทยา, หน้า 540-549. นนทบุรี: สำนักพิมพ์ยุทธินทรการพิมพ์.
- รัชนีกร ราชวัฒน์. 2550. ผลของการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพด้วยโยคะต่อความเครียดและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รัตติยา ศรีอินทร์. 2549. ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุดต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้อ่อน หลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ราชบัณฑิตยสถาน. 2546. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์นานมีบุ๊คส์พับลิเคชันส์.
- ลักขณาพร สายทอง. 2546. เปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มแบบเผชิญความจริงกับการฝึกผ่อนคลายตามแนวชีกงเพื่อลดความเครียดในผู้ติดเชื้อ เอชไอวี (HIV). วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วรัญญา รุมแสง. 2547. ผลของการฟังดนตรีตามความชอบและดนตรีธรรมชาติต่อการลดความเครียดของนิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัชรวรรณ จันทร์อินทร์. 2548. ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชีกงต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วาทีณี ศรีไทย. 2548. ผลของการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดแผนไทยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิษณุ กัมพรทิพย์. 2547. ความบกพร่องของระบบประสาทสั่งการ. ใน กิ่งแก้ว ปาจารย์ (บรรณาธิการ), การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, หน้า 95-158. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แอล. ที. เพรส.
- วิมลทิพย์ แก้วถา ศิริรัตน์ ปานอุทัย และลดาวลัย ภูมิวิเศษเวช. 2547. ผลของการฝึกการผ่อนคลายร่วมกับการใช้ใบโอฟีตแบบคต่อความเครียดและความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง. พยาบาลสาร 31 (ตุลาคม-ธันวาคม): 115-130.

- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. 2538. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้นและครอบครัว.
วารสารพยาบาล 44: 88-92.
- วิจิตรา เคี่ยมทองคำ. 2551. ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการแบบผสมผสานต่อความ
เหนื่อยล้าของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วีณา ลิ้มสกุล. 2545. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุ
โรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริ ทรวงแสง. 2548. ซึ่งสมมติการแพทย์โบราณของจีน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร :
สำนักพิมพ์ด้านสุขภาพการพิมพ์.
- ศรีรัตน์ คุ่มสิน. 2546. ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจ
และระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สถาบันประสาทวิทยา. 2550. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาล
ทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : ม.ป.ท.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2536. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์วี.เจ.พรินติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2543. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน. ใน สมจิต หนูเจริญ
กุล (บรรณาธิการ), การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 4, หน้า 39-65. กรุงเทพมหานคร :
สำนักพิมพ์วี.เจ. พรินติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2549. การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในประเทศไทย, เอกสารประกอบการ
สอนวิชาการพัฒนาบทบาทปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง, หน้า 1-15. กรุงเทพมหานคร :
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมพร กันทรดุขฎี-เตรียมชัยศรี. 2549. การปฏิบัติสมาธิเพื่อการเยียวยาสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์สามเจริญพานิชย์.
- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมสุขภาพจิต. 2539. คู่มือคลายเครียดด้วยตนเอง. นนทบุรี : กรม
สุขภาพจิต. (เอกสารไม่ตีพิมพ์)
- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมสุขภาพจิต. 2548. คู่มือคลายเครียดด้วยตนเองสำหรับวัยรุ่น.
กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. 2548. สถิติสาธารณสุข [Online].

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ : แหล่งที่มา: <http://203.157.19.191/death.html>
[2550, MAY 30]

สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักระบาดวิทยา. 2546. ภาวะโรคจากปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของคนไทย (Burden of disease and injuries due to major risk factors) [Online]. แหล่งที่มา: http://epid.moph.go.th/weekly/WESR47/Group11/Group_11_1.html [2008, November 11]

สายนาท พลไชโย. 2543. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุ อัมพาตครึ่งซีกในโรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

สายพิณ เกษมกิจวัฒนา. 2550. ความเครียด การจัดการความเครียด และการปรับตัว:ทิศทางใหม่ในการวิจัย. วารสารสภาการพยาบาล 22 (มกราคม-มีนาคม): 4-8.

สายใหม่ ตุ่มวิจิตร และ สุวีพร ธนศิลป์. 2549. ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่รับเคมีบำบัด. วารสารเกื้อการุณย์ 13 (1): 27-39.

สาดี สุภาภรณ์. 2546. การบริหารกายและจิตแบบซิงกิง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ประสานมิตร.

สุขเจริญ ตั้งวงศ์ไชย. 2550. Neuropsychiatric Aspects of Stroke. ใน นิจศรี ชาญนรงค์ (บรรณาธิการ), การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน, หน้า 229-247. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุทธิรักษ์ ชัยวงศ์ขจร, เอมอร แสงศิริ และ ปิยะรัตน์ ไตสุโขวงศ์. 2549. Stress management and progressive relaxation. ใน ปิยะรัตน์ ไตสุโขวงศ์ และ ชาญชัย บุญหล้า (บรรณาธิการ), ก้าวทันชีวเคมีทางการแพทย์: สู่วัยห่างไกลโรค, หน้า 37-54. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาชีวเคมี คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุพรพิมพ์ เจียสกุล และ สุวัฒน์ คุปติวุฒิ. 2550. ระบบต่อไร้ท่อ. ใน วัฒนา วัฒนาภาพ, สุพัตรา ไล้สิริวัฒน์, และ สุพรพิมพ์ เจียสกุล, สรีรวิทยา 1, หน้า 241-248. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาสรีรวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุวีพร ธนศิลป์. 2548. การจัดการกับอาการ: แนวคิดและการนำไปใช้ในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่. ใน สุวีพร ธนศิลป์, เอกสารประกอบการสอนวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ขั้นสูง 2, หน้า 1-17. กรุงเทพมหานคร : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วนิตา พุ่มไพศาลชัย และ พิมพ์มาศ ตาปัญญา. 2540. รายงานการวิจัย เรื่องการสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรง. (ม.ป.ท.).
- อมรรัตน์ ภีราขร. 2541. ผลของการบริหารผ่อนคลายแนวซึ่งก่ต่อความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรจักร ไชยยานนท์. 2539. การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ใน เสก อัครานูเคราะห์ (บรรณาธิการ), ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู เล่ม 2, หน้า 537-570. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์เทคนิค 19.
- อรพินท์ จิตตวิสุทธิกุล. 2541. ผลของการใช้อ่างน้ำอุ่นอย่างต่อเนือง ต่อระดับคอริติซอลในเลือด ความดันเลือด ซีพีจีร ซีพีจีร ระดับความผ่อนคลายทางจิตใจ และรีแอกชั่นไทม์. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การแพทย์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรวรรณ บุราณรักษ์. 2543. ผลของการออกกำลังกายแบบซึ่งก่ต่อการขยายทรงอกและปริมาตรปอดในผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น 5 (มกราคม-มิถุนายน): 18-25.
- อัญช นิตุธร. 2543. เปรียบเทียบผลของการบริหารผ่อนคลายแนวซึ่งก่กับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อลดความเครียดในผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะเนื่องจากความเครียด. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อัมพร โอตระกุล. 2538. สุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์นำอักษร การพิมพ์.
- อารมณ บุญเกิด. 2540. ประสิทธิผลของการเตรียมก่อนกลับบ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อาลี แซ่เจียว และ สุภัญญา ประจุศิลป์. 2549. ผลของการจัดการกับอาการด้วยการนวดประคบต่อความเหนื่อยล้าของมารดาหลังคลอด. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 18 (3): 31-40.
- อุทุมพร รูปเล็ก. 2549. ผลของโปรแกรมการจัดการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งก่ต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อุไรวรรณ โพธิ์พนม. 2545. ผลของการร่ำมวยจีนที่กึ่งต่อระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดงในผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และ ศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ภาษาอังกฤษ

- Ahmed, N., Torre, B.D., and Wahlgren, N.G. 2004. Salivary cortisol, a biological marker of stress, is positively associated with 24-hour systolic blood pressure in patients with acute ischemic stroke. Cerebrovascular Diseases 18 : 206-213.
- Aldridge, D. 1994. An overview of music therapy research. Complementary Therapies in Medicine 2: 204-216.
- American Heart Association. 2005. Heart Disease and Stroke Statistics - 2005 Update. American Heart Association : 1-63.
- American Heart Association. 2007. Heart Disease and Stroke Statistics - 2007 Update. American Heart Association : 1-43
- Arakawa, S., Saku, Y., Ibayashi, S., Nagao, T., and Fujishima, M. 1998. Blood Pressure Control and Recurrence of Hypertensive Brain Hemorrhage. Stroke 29 : 1806-1809.
- Barker-Collo, S.L. 2007. Depression and anxiety 3 months post stroke: Prevalence and correlates. Archives of Clinical Neuropsychology 22 (March) : 519-531.
- Bonita, R., and Beaglehole, R. 1995. Monitoring Stroke an international challenge. Stroke 26 : 541-542.
- Burns, N., and Grove, S. K. 2001. The practice of nursing research : Conduct, critique and utilization. 4th ed. Philadelphia.
- Carlsson, E., Ehrenberg, A., and Ehnfors, M. 2004. Stroke and eating difficulties: long-term experiences. Journal of Clinical Nursing 13: 825–834.
- Chan, C.L.W., et al. 2006. Short communication: the effect of a one – hour eastern stress management session on salivary cortisol. Stress and Health 22 : 45-49.
- Cheung, B., et al. 2005. Randomized controlled trial of qigong in the treatment of mild essential hypertension. Journal of Human Hypertension 19 (May) : 697-704.

- Christensen, H., Boysen, G., and Johannesen, H.H. 2004. Serum-cortisol reflects severity and mortality in acute stroke. Journal of Neurological Sciences 217 : 175-180.
- Close, H., and Procter, S. 1999. Coping strategies used by hospitalized stroke patients: implications for continuity and management of care. Journal of Advanced Nursing 29 : 138-144.
- Clow, A. 2004. Cortisol as a biomarker of stress. Journal of holistic healthcare 1: 10-14.
- Cohen, S., Kamarck, T., and Mermelstein, R. 1983. A global measure of perceived stress. Journal of Health and Social Behavior 24 : 385-396.
- Desrosiers, J., Noreau, L., Rochette, A., Bravo, G., and Boutin, C. 2002. Predictors of handicap situations following post-stroke rehabilitation. Disability and Rehabilitation 24: 774-785.
- Dodd, M., et al. 2001. Advancing the science of symptom management. Journal of Advanced Nursing 3 : 668-676.
- Dorcas, A., and Yung, P. 2003. Qigong: Harmonising the breath, the body and the mind. Complementary therapies in Nursing & Midwifery 9 : 198-202.
- Fontaine, K.L. 2005. Complementary & Alternative Therapies for Nursing Practice. 2nd ed. New Jersey : Pearson.
- Gaab, J., et al. 2002. Low-dose dexamethasone suppression test in chronic fatigue syndrome and health. Psychosomatic Medicine 64:311–318.
- Galvin, J.E., Benson, H., Deckro, G.R., Fricchione, G.L., and Dusek, J.A. 2006. The relaxation response: Reducing stress and improving cognition in healthy aging adults. Complementary Therapies in Clinical Practice 12:186–191.
- Garde, A.H., and Hansen, A.M. 2005. Long-term stability of salivary cortisol. Scandinavian journal of clinical & laboratory investigation 65: 433-436.
- Gozanky, W.S., Lynn, J.S., Laudénlager, M.L., and Kohrt, W.M. 2005. Salivary cortisol determined by enzyme immunoassay is preferable to serum total cortisol for assessment of dynamic hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity. Clinical Endocrinology 63 : 336-341.

- Hafsteinsdottir, T.B., and Grypdonck, M. 1997. Being a stroke patient: a review of the literature. Journal of Advanced Nursing 26 : 580-588.
- Hammer, F., and Stewart, P.M. 2006. Cortisol metabolism in hypertension. Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism 20: 337-353.
(Abstracts)
- Hanrahan, K., McCarthy, A.M., Kleiber, C., Lutgendorf, S., and Tsalikian, E. 2006. Strategies for salivary cortisol collection and analysis in research with children. Applied Nursing Research 19 : 95-101.
- Hansen, F., and Sawatzky, J. 2008. Stress in patients with lung cancer: a human response to illness. Oncology Nursing Forum 35: 217-223.
- Johansson, M., Hassmen, P., and Jouper, J. 2008. Acute effect of qigong exercise on mood and anxiety. International Journal of Stress Management 15: 199-207.
- King, S.L., and Hegadoren, K.M. 2002. Stress hormones: How Do They Measure Up. Biological Research for Nursing 4 (October) : 92-103.
- Kudiella, B.M., Buske-Kirschbaum, A., Hellhammer, D.H., and Kirschbaum, C. 2004. HPA axis responses to laboratory psychosocial stress in healthy elderly adults, younger adults, and children: impact of age and gender. Psychoneuroendocrinology 29: 83-98.
- Lafferty, W. E., Downey, L., McCarty, R. L., Standish, L. J., and Patrick, D. L. 2006. Evaluating CAM treatment at the end of life: A review of clinical trials for massage and meditation. Complementary Therapies in Medicine 14: 100-112.
- Lai, S. et al. 2006. Therapeutic exercise and depressive symptoms after stroke. The American Geriatrics Society 54:240-247.
- Laures-Gore, J., Heim, C.M., and Hsu, Y. 2007. Assessing Cortisol Reactivity to a Linguistic Task as a Marker of Stress in Individuals with Left-Hemisphere Stroke and Aphasia. Journal of Speech, Language, and Hearing Research 50 (April) : 493-507.
- Lazarus, R.S., and Folkman, S. 1984. Stress, Appraisal, and Coping. New York : Springer.
- Lee, M., et al. 2000. Effect of qi-training on blood pressure, heart rate and respiration

- rate. Clinical Physiology 20: 173-176.
- Lee, M-S., Lee, M.S., and Kim, H-J. 2003. Qigong Reduced Blood Pressure and Catecholamine Levels of Patients with Essential Hypertension. Intern. J. Neuroscience. 113 : 1691-1701.
- Lee, M.S., Kang, C-W., Lim, H-J., and Lee, M-S. 2004. Effect of Qi-training on anxiety and plasma concentration of cortisol, ACTH, and aldosterone: a randomized placebo-controlled pilot study. Stress and Health 20 : 243-248.
- Lee, Myung., Lee, Myeong., Kim, H., and Moon, S. 2003. Qigong reduced blood pressure and catecholamine levels of patients with essential hypertension. Intern. J. Neuroscience 113:1691–1701.
- Leung, K., Yan, T., and Li, L. 2001. Intracerebral haemorrhage and Qigong. HKMJ 7 (September) : 315-318.
- Lovallo, R., W. 2005. Stress and health : biological and psychological interactions. 2nd ed. United States of America: Sage Publications.
- Lundberg, U. 2005. Stress hormones in health and illness: The role of work and gender. Psychoneuroendocrinology 30 (March) : 1017-1021.
- Mackenzie, A. et al. 2007. Family carers of stroke survivors: needs, knowledge, Satisfaction and competence in caring. Disability and Rehabilitation 29 (January 2007): 111– 121.
- Marklund, N., Peltonen, M., Nilsson, K., and Olsson, T. 2004. Low and high circulating cortisol levels predict mortality and cognitive dysfunction early after stroke. Journal of Internal Medicine 256 : 15-21.
- Medin, J., Barajas, J., and Ekberg, K. 2006. Stroke patients' experiences of return to work. Disability and Rehabilitation 28 (September): 1051 – 1060.
- Mellner, C., Krantz, G., and Ludberg, U. 2005. Symptom reporting and self-Rated health among women in mid-life: The role of work characteristics and family responsibilities. International Journal of Behavioral Medicine 13: 1-7.
- Miller, L.H., Smith, A.D., and Rothstein, L. 1993. The Stress Solution: An Action Plan to Manage the Stressing in Your Life. New York : Pocket Books.
- Olsson, T., Marklund, N., Gustafson, Y., and Nasman, B. 1992. Abnormalities at

- different levels of the hypothalamic-pituitary- adrenocortical axis early after stroke. Stroke 23: 1573-1576.
- Olwale, OA., and Ogunmakin, OS. 2006. The effect of exercise training on balance in adult patients with post-stroke hemiplegia. International Journal of Therapy and Rehabilitation (July) : 318-322.
- Oppenheimer, S.M., 1990. Plasma cortisol as a measure of response in a acute stroke. Stroke 21: 1376.
- Pang, M.Y.C., Eng, J.J., Dawson, A.S., Mckay, H.A., and Harris, J.E. 2005. A Community-Based Fitness and Mobility Exercise Program for Older Adults with Chronic Stroke: A Randomized, Controlled Trial. The American Geriatrics Society 53:1667-1674.
- Pawlow, L.A., and Jones, G.E. 2005. The Impact of Abbreviated Progressive Muscle Relaxation on Salivary Cortisol and Salivary Immunoglobulin A (sIgA). Applied Psychophysiology and Biofeedback 30 : 375-387.
- Polit, D.F., and Hungler, B.F. 1999. Nursing Research Principles and Methods. 6th ed. New York : Philadelphia.
- Poll, E., et al. 2007. Saliva collection method affects predictability of serum cortisol. Clinica Chimica Acta. 382: 15-19.
- Preville, M., Zarit, S., Susman, E., Boulenger, P., and Lehoux, R. 2008. Response variability of salivary cortisol among older adults under psychological stress. Aging and mental health 12 (March) : 249-257.
- Reid, M.R., Mackinnon, L.T., and Drummond, P.D. 2001. The effect of stress management on symptoms of upper respiratory tract infection, secretory immunoglobulin A, and mood in young adults. Journal of Psychosomatic Research 51 (January) : 721-728.
- Robins, J.W., et al. 2006. Research on psychoneuroimmunology: tai chi as a stress management approach for individuals with HIV disease. Applied Nursing Research 19 : 2-9.
- Ryu, H., et al. 1996. Acute effect of qigong training on stress hormone levels in man. Am J Chin Med 24: 193–198. (Abstracts)

- Schure, M. B., Christopher, J., and Christopher, S. 2008. Mind–body medicine and the art of self-care: teaching mindfulness to counseling students through yoga, meditation, and qigong. Journal of Counseling and Development 86: 47-56.
- Selye. 1976. The Stress of life. 2nd ed. New York : McGraw-Hill.
- Skinner, R., Georgiou, R., Thornton, P., and Rothwell, N. 2006. Psychoneuro-immunology of Stroke. Neurologic Clinics 24 : 561-583.
- Skoglund, L., and Jansson, E. 2007. Qigong reduces stress in computer operators. Complementary Therapies in Clinical Practice 13 : 78-84.
- Slowik, A., Turaj, W., Pankiewicz, J., Dziedzic, T., Szermer, P., and Szczudlik., A. 2002. Hypercortisolemia in acute stroke is related to the inflammatory response. Journal of Neurological Sciences 196 (January) : 27-32.
- Sureeporn Thanasilp. 2002. Effectiveness of a Symptom Management Program on Symptom Status and Quality of Life among Persons with Pneumocystis Carinii Pneumonia. Thai J Nurs Res. 6 : 1-10.
- Stenager, E.N., Madsen, C., Stenager, E., and Boldson, J. 1998. Suicide in patients with stroke: epidemiological study. BMJ. 316 (April) : 1206.
- Takai, N., Yamaguchi, M., Aragaki, T., Eto, K., Uchihashi, K., and Nishikawa, Y. 2004. Effect of psychological stress on the salivary cortisol and amylase levels in healthy young adults. Archives of Oral Biology 49 (December) : 963-968.
- Taylor-Piliae, R. E., Haskell, W. L., Waters, C. M., and Froelicher, S. E. 2006. Change in perceived psychosocial status following a 12-week Tai Chi exercise programme. Issues and innovations in nursing practice : 313-329.
- Toda, M., and Morimoto, K. 2008. Effect of lavender aroma on salivary endocrinological stress markers. Archives of Oral Biology 53: 964–968.
- van de Port, I., Kwakkel, G., Scheper, V., Heinemans, C., and Lindeman, E. 2007. Is fatigue an independent factor associated with activities of daily living, instrumental activities of daily living and health-related quality of life in chronic stroke?. Cerebrovascular Diseases 23: 40-45.
- Wagner, M.J., Lang, C.E., Sahrman, S.A., Edwards, D.F., and Dromerick, A.W. 2007.

Sensorimotor impairments and reaching performance in subjects with poststroke hemiparesis during the first few months of recovery. Physical Therapy 87: 751-765.

Yamamoto, L., and Magalong, E. 2003. Outcome measures in stroke. Critical Care Nursing Quarterly 26 : 283-295.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รองศาสตราจารย์ ดร. สายพิน เกษมกิจวัฒนา	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพัทธ์ อูทิศ	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นายแพทย์ สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล	นายแพทย์ 10 วช. ที่ปรึกษา ผู้อำนวยการด้านการวิจัย หัวหน้าศูนย์วิจัยสถาบันประสาทวิทยา แพทย์ประจำกลุ่มงานประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา
นายแพทย์ เทอดศักดิ์ เดชคง	นายแพทย์ 8 วช. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
นางสาวประไพ บุญย์เจริญเลิศ	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือในงานวิจัย
จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้และเก็บรวบรวมข้อมูล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศท 0512.11/ 0-723

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิลด์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

3) 5 มกราคม 2551

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร. สายพิณ เกษมกิจวัฒนา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกรกฎ สุวรรณอักษรเดชา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งสอดคล้องต่อความเครียดและระดับคอร์ติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร จนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาขอสมัครยื่นขอการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ กิติบุญราชชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร จนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

นิสิตนิสิต

นางสาวกรกฎ สุวรรณอักษรเดชา โทร. 08-1734-3768

สภามหาวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณฯ โทร. 89825 โทรสาร 89806

ที่ ศษ 0512.11/ 0610

วันที่ 19 มีนาคม 2551

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับเต็ม) จำนวน 1 ชุด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกรกฎ สุวรรณอักษรเดชา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งกดต่อความเครียดและระดับคอร์ติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวิพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่มีติดตัวร่างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรวณ ธิอนุช วัชชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวิพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ชื่อนิสิต

นางสาวกรกฎ สุวรรณอักษรเดชา โทร. 08-1734-3768

สถาบันจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ศษ 0512.11/ 0610

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทย์กิตติ ชั้น 12 ซอยสุขุมวิท 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๗ มีนาคม 2551

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อธิบดีกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกรกฎ สุวรรณอักษรเดชา นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งกันและกันต่อความเครียดและระดับคอร์ติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวิพร อนุศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ เทอดศักดิ์ เดชคง นายแพทย์ 8 วช. เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. อรอรณ ลือบุญวิรัชต์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สํานวนเรียน

นายแพทย์ เทอดศักดิ์ เดชคง

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวิพร อนุศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ชื่อนิสิต

นางสาวกรกฎ สุวรรณอักษรเดชา โทร. 08-1734-3768

ที่ศร 0512.11/ 0610

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

19 มีนาคม 2551

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกรกฎ สุวรรณอักษร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งกดต่อความเครียดและระดับคอร์ติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวิพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. นายแพทย์ สุชาติ ชาญโชติบุญกุล นายแพทย์ 10 วร. ที่ปรึกษาผู้อำนวยการด้านการวิจัย หัวหน้าศูนย์วิจัย
2. นางสาวประไพ บุญเจริญเลิศ พยาบาลวิชาชีพ 7 วร. หัวหน้าหอผู้ป่วยหนัก

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรวณ ดีอุบุญวณิช)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	นายแพทย์ สุชาติ ชาญโชติบุญกุล และนางสาวประไพ บุญเจริญเลิศ
งานบริการการศึกษา	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. สุวิพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829
ชื่อ นิสิต	นางสาวกรกฎ สุวรรณอักษร โทร. 08-1734-3768



สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทร.02-2564449, โทรสาร 02-2511296

1 เมษายน 2551

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือที่ ศร.0512.11/0612 ลงวันที่ 19 มีนาคม 2551

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบประเมิน ดัชนีบาร์ธเอลด์ (Bathel ADL Index)

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ
แผนกสารบรรณ
เลขที่หนังสือรับ 1338
ว.ค.ป. 11/04/51
เวลา 11.34 น.

ผู้รับ	คุณเอ
ผู้ส่ง	3
วันที่	19/04/51
เวลา	11.34 น.

ตามหนังสือที่อ้างถึงขอความอนุญาติใช้เครื่องมือ แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ดัชนีบาร์ธเอลด์ (Bathel ADL Index) เพื่อใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ นั้น

กระผมยินดีอนุญาตให้ใช้แบบทดสอบดังกล่าวได้

ขอแสดงความนับถือ

(ศ.นพ.สุทธิชัย จิตพันธ์กุล)

หัวหน้าสาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

- ส่งมอบเอกสารต้นฉบับ
- ส่งมอบเอกสารสำเนา
- ส่งมอบเอกสารฉบับแก้ไข

โทร.02-2564449, 02-6524232

โทรสาร. 02-2911296

4 13121.2551

20
4/11/2551

1-4 13121.2551

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ที่ ศธ 0515(013)/ 1639

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
239 ถนนห้วยแก้ว อำเภอเมือง
จังหวัดเชียงใหม่ 50200

คณะกรรมการศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
แผนกสารบรรณ
เลขที่หนังสือรับ ๐๕๑๕
ว.ค.ป. ๒ มิ.ย. ๕๑
เลขที่ ๑๐ ๒๕๕๑

คณะกรรมการศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เลขที่หนังสือรับ ๐๕๑๕
ว.ค.ป. ๒ มิ.ย. ๕๑
เลขที่ ๑๐ ๒๕๕๑

๕ มิถุนายน ๒๕๕๑

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือ ที่ ศธ 0512.11/1105 ลงวันที่ 27 พฤษภาคม ๒๕๕๑

๗๑-

ตามที่คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความประสงค์จะขออนุญาตให้นางสาวกรกฎ สุวรรณอัครเดชา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นำเครื่องมือวิจัยในวิทยานิพนธ์ของ ปราณี มิ่งขวัญ ไปใช้ในงานวิจัยนั้น

บัณฑิตวิทยาลัยพิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง และยินยอมอนุญาตให้นำเครื่องมือดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

- ๑. ส่งมอบเครื่องมือวิจัย
- ๒. ส่งมอบเอกสารที่เกี่ยวข้อง
- ๓. ส่งมอบเอกสารที่เกี่ยวข้อง
- ๔. ส่งมอบเอกสารที่เกี่ยวข้อง

(Signature)

(รองศาสตราจารย์วารุภกร ปิ่นเฉลี)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

๗ มิ.ย. ๒๕๕๑

(Signature)

งานบริการการศึกษา

โทร. 053-942423

โทรสาร 053-942435

ศูนย์วิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศบ 0512.11/ 1266



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

78 มิถุนายน 2551

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์กู้ยืมโรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชน

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา

เนื่องด้วย นางสาวกรกฎ สุวรรณอักษรเคชา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งท่วงต่อความเครียดและระดับคอร์ติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์กู้ยืมโรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชน จำนวน 50 เล่ม เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการวิจัยในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาอนุเคราะห์กู้ยืมโรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชนเพื่อใช้ในการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรธม ถิออนุรักษ์ชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

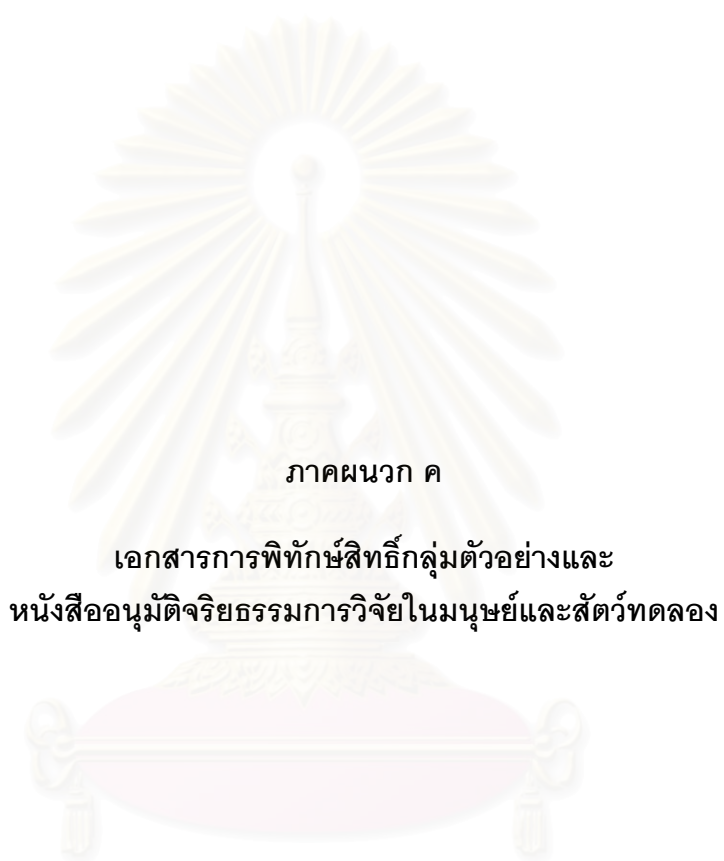
อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ชื่อนิสิต

นางสาวกรกฎ สุวรรณอักษรเคชา โทร. 08-1734-3768

สถาบันประสาทวิทยา
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค

เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและ
หนังสืออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบ
ซึ่งก่ต่อความเครียดและระดับคอร์ติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ชื่อผู้วิจัย นางสาวกรกฎ สุวรรณอักษรเดชา

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) 312 สถาบันประสาทวิทยา (หอผู้ป่วยหนักประสาทวิทยา)
ถนนราชวิถี เขตราชเทวี แขวงทุ่งพญาไท กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-3547080 ต่อ 2102 และ 2016 โทรศัพท์มือถือ 081-7343768

E-mail : kawaob@hotmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่นๆ ที่ให้แก่ประชากรกลุ่มตัวอย่าง หรือ
ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังนี้

1. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับกรวิจัยผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งก่ต่อความเครียดและระดับคอร์ติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย
 - 2.1 เพื่อเปรียบเทียบความเครียดและระดับคอร์ติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งก่
 - 2.2 เพื่อเปรียบเทียบความเครียดและระดับคอร์ติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งก่ของกุ่มทดลองกับกุ่มควบคุม
3. โครงการนี้เป็นกรวิจัยกึ่งทดลอง มีจำนวนกุ่มตัวอย่าง 2 กุ่ม โดยแบ่งออกเป็นกุ่มที่ 1 ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งก่และการพยาบาลตามปกติ กุ่มที่ 2 ได้รับการพยาบาลปกติเพียงอย่างเดียว มีการวัดความเครียดจากแบบสอบถามและวัดระดับคอร์ติซอลจากการเก็บตัวอย่างน้ำลายก่อนและหลังการทดลองทั้งสองกุ่ม ซึ่งแต่ละกุ่มจะใช้ระยะเวลา 3 สัปดาห์ มีการพบกุ่มตัวอย่างทั้งหมด 5 ครั้งทีโรงพยาบาล ผู้วิจัยคาดว่า จะรบกวนเวลาผู้เข้าร่วมกรวิจัยครั้งละ 15 – 45 นาที
4. รายละเอียดและขั้นตอนของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยมีดังต่อไปนี้ คือ
 - 4.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ กุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30

คน ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

4.2 โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลา 30 - 45 นาที

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้ ระยะเวลา 30 - 45 นาที

ขั้นตอนที่ 3 การบริหารกาย-จิตแบบซิงก ระยะเวลา 30 - 45 นาที

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล ระยะเวลา 15 - 20 นาที

5. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ในกรณีที่มีปัญหาสามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาวกรกฎ สุวรรณอักษรเดชา ได้ตลอดเวลาทางโทรศัพท์หมายเลข 081-7343768 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์และโทษเกี่ยวข้องกับการวิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

6. การวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้กับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

7. ผู้เข้าร่วมวิจัยระบุชื่อ นามสกุล ลงในแบบประเมิน ซึ่งข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ส่วนชื่อและที่อยู่ของท่านในฐานะผู้เข้าร่วมในการวิจัยจะได้รับการปกปิดเสมอ

8. จำนวนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประมาณ 30 คน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งงต่อ
ความเครียดและระดับคอริติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัย ชื่อ นางสาวกรกฎ สุวรรณอัคระเดชา
ที่อยู่ 312 สถาบันประสาทวิทยา (หอผู้ป่วยหนักประสาทวิทยา) ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
แขวงทุ่งพญาไท กรุงเทพฯ 10400 ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ
และแนวทางการศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต
แบบซึ่งงต่อความเครียดและระดับคอริติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วม
วิจัยได้ตามต้องการ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งไม่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัยเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา โดยผู้วิจัย
รับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับและรายงานผลในภาพรวม

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้แล้วข้างต้น

.....
สถานที่ / วันที่

.....
ลงนามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....
สถานที่ / วันที่

.....
(นางสาวกรกฎ สุวรรณอัคระเดชา)
ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....
สถานที่ / วันที่

.....
(.....)

.....
ลงนามพยาน

เอกสาร เลขที่ 015/2551



คณะกรรมการวิจัยสถาบันประสาทวิทยา
สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

โครงการวิจัย	ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งก่ต่อความเครียดและระดับคอร์ติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (เลขที่โครงการ 51026)
ผู้วิจัยหลัก	นางสาวกรกฎ สุวรรณอักษรเดชา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ดำเนินการวิจัย	สถาบันประสาทวิทยา
เอกสารที่พิจารณา	1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 2. ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Informed consent form) 3. ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Patient/Participant Information Sheet) 4. แบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติดัชนีบาร์เธลเอดีเอช (Barthel ADL Index)
วันที่พิจารณาอนุมัติ	21 พฤษภาคม 2551

คณะกรรมการวิจัยสถาบันประสาทวิทยา ได้พิจารณาโครงการฉบับภาษาไทยและ/หรือฉบับภาษาอังกฤษแล้ว คณะกรรมการฯ พิจารณาอนุมัติในแง่จริยธรรมและให้ดำเนินการวิจัยข้างต้นภายในสถาบันประสาทวิทยาได้ ทั้งนี้โดยยึดตามเอกสารฉบับภาษาไทยเป็นหลัก

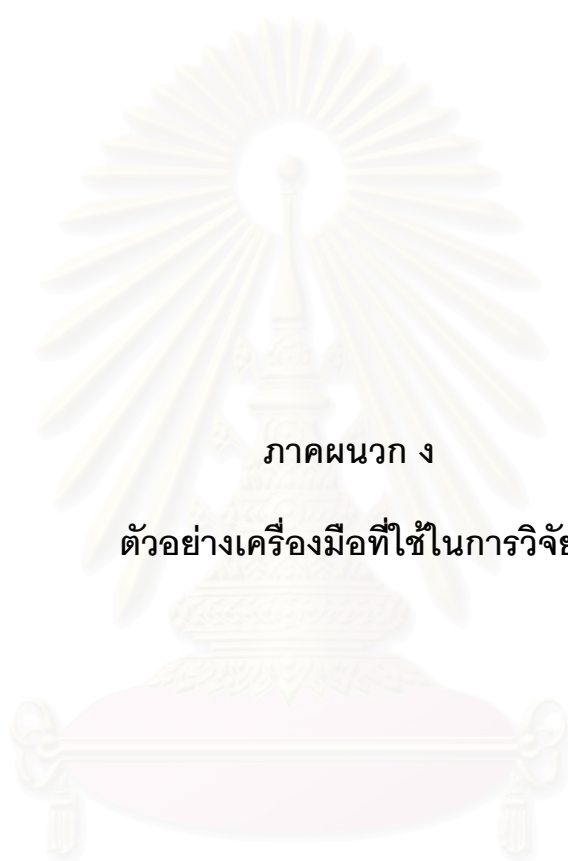
สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย


(นายสุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล)

ประธานคณะกรรมการ


(นางสาวพิมพ์ชนก พุฒขาว)

คณะกรรมการและเลขานุการ



ภาคผนวก ง

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 4 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติ

ดัชนีบาร์เทิลเอดีแอล (Barthel ADL Index)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2.2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

2.3 แบบวัดการรับรู้ความเครียด (Perceived Stress Scale: PSS)

2.4 อุปกรณ์เก็บคอริตซอลในน้ำลาย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

3.1 โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิง

3.2 แผนการสอนเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

3.3 แผนการสอนเรื่องการจัดการความเครียดร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิง

สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3.4 คู่มือการจัดการความเครียดร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงสำหรับผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมอง

3.5 คู่มือโรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชน

3.6 วีดิทัศน์การฝึกบริหารซิงแบบง่าย 4 ท่า

4. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบบันทึกการบริหารกาย-จิตแบบซิง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่านโดยทำเครื่องหมาย (✓) หน้าข้อความที่ตรงกับคำถาม หรือเติมคำในช่องว่าง เฉพาะส่วนที่เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลเท่านั้น

1. อายุ..... ปี 1.[]
2. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง 2.[]
3. ศาสนา () 1. พุทธ () 2. คริสต์ 3.[]
() 3. อิสลาม () 4. อื่นๆ.....
4. สถานภาพสมรส () 1. โสด () 2. คู่ 4.[]
() 3. หม้าย () 4. หย่า

-
-
-

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการรักษา

(ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)

1. การวินิจฉัยโรค..... []

-
-
-
-
-

ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้ความเครียด

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดของท่านที่มีต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเนื่องจากการเจ็บป่วยของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ที่ท่านคิดว่าเป็นจริง และตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

- ไม่เคย หมายถึง ไม่เกิดเหตุการณ์ หรือความรู้สึกเหล่านี้เลยในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา
- บางครั้ง หมายถึง เกิดเหตุการณ์ หรือความรู้สึกเหล่านี้กับท่านสัปดาห์ละ 1 – 2 ครั้ง
- ปานกลาง หมายถึง เกิดเหตุการณ์ หรือความรู้สึกเหล่านี้กับท่านสัปดาห์ละ 3 – 4 ครั้ง
- บ่อย หมายถึง เกิดเหตุการณ์ หรือความรู้สึกเหล่านี้กับท่านเป็นประจำเกือบทุกวัน

ข้อความ	ไม่เคย	บางครั้ง	ปานกลาง	บ่อย	
1. ท่านรู้สึกไม่สบายใจเนื่องจากมีบางสิ่งที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิดมาก่อน					1.[]
2. ท่านรู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมสิ่งที่มีความสำคัญในชีวิตได้					2.[]
3.....					3.[]
4.....					4.[]
5.....					5.[]
6.....					6.[]
13. ท่านสามารถควบคุมการใช้เวลาได้อย่างเหมาะสม					13.[]
14. ท่านรู้สึกว่าความยุ่งยากเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่งท่านไม่สามารถเอาชนะได้					14.[]

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

3.1 โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซีกง

ปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยที่สุดในจำนวนผู้ป่วยโรคระบบประสาทที่รับไว้ในโรงพยาบาล (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) ในประเทศไทยมีรายงานพบผู้เสียชีวิตจากโรคนี้จำนวน 15,719 ราย คิดเป็น 25.3 ต่อประชากรแสนคน และรับไว้รักษาในโรงพยาบาลถึง 98,895 ราย คิดเป็น 174.9 ต่อประชากรแสนคน (กระทรวงสาธารณสุข, 2548) นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุหลักทำให้เกิดภาวะไร้สมรรถภาพต่อการดำเนินชีวิตในวัยผู้ใหญ่มากที่สุด (Yamamoto and Magalong, 2003) ผู้ป่วยที่รอดชีวิตส่วนใหญ่จะมีความพิการหลงเหลืออยู่มากน้อยเพียงใดแล้วแต่ตำแหน่งชนิดของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ได้แก่ อาการอ่อนแรงครึ่งซีก การรับรู้ความรู้สึกบกพร่อง มีความผิดปกติด้านภาษา พูดไม่ชัด กลืนลำบาก เห็นภาพซ้อน ระบบขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระผิดปกติ (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2547; ปิยภัทร พัชรวิวัฒน์พงษ์, 2548) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีปัญหาด้านจิตใจและสังคมเศรษฐกิจ ได้แก่ ผู้ป่วยมักเกิดความคับข้องใจ ซึมเศร้า ท้อแท้ กลัว ลี้หลัง มองว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีประโยชน์ เป็นภาระของครอบครัว ไม่ทราบการเปลี่ยนแปลงของสังคมภายนอก และขาดรายได้จากการต้องลาป่วยบ่อยๆ หรือจำเป็นต้องออกจากงาน ซึ่งปัญหาที่ควรได้รับความสนใจ คือ ความเครียด ความรู้สึกซึมเศร้า และความวิตกกังวล (Mackey, 1989; สมคิด รักษาสัตย์, 2431; พิรุณ รัตนวนิช และ ดุษฎีวรรณ เรื่องจุจิวะ, 2534 อ้างถึงใน อารมณ บุญเกิด, 2540: 20) ผู้ป่วยจะมีความเครียดในระดับที่แตกต่างกันออกไป ทำให้มีอาการนอนไม่หลับและฝันร้าย (Hafsteinsdottir and Grypdonck, 1997) และความเครียดยังเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง มีผลทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้นจากภาวะความดันโลหิตสูงหรือจากการมีเลือดออกในสมองเพิ่มขึ้น (Arakawa et al., 1998)

ภาวะเครียดทั้งร่างกายและจิตใจมีผลกระตุ้นการหลั่งคอร์ติซอลเพิ่มมากขึ้น (Baum and Grunberg, 1997 cited in King and Hegadoren, 2002) การมีคอร์ติซอลสูงเป็นเวลานานจากภาวะเครียดจะมีผลทำให้เกิดความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระบบภูมิคุ้มกันถูกยับยั้ง และเกิดการสลายกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นอันตรายต่อร่างกาย (สุพรพิมพ์ เจียสกุล และ สุวัฒน์ คุปติวุฒิ, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของ Slowik et al. (2002) พบว่าระดับคอร์ติซอลในเลือดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันมีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่อการอักเสบ อุณหภูมิ

ร่างกายที่สูงขึ้น และจำนวนเม็ดเลือดขาวในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับคอริติซอลที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับความบกพร่องด้านการรับรู้ อัมพาตครึ่งซีก ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าตามมา (Marklund et al., 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของ Barker-Collo (2007) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในช่วง 3 เดือนแรกจะมีอัตราการเกิดอาการซึมเศร้าร้อยละ 22.8 และอาการวิตกกังวล ร้อยละ 21.1 มีผลกระทบต่อการทำงานของสมรรถภาพทางร่างกาย และการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, 2550) และการศึกษาของ Christensen et al. (2004) ที่พบว่าระดับคอริติซอลที่สูงขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตและความรุนแรงของโรค

ดังนั้นพยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการประเมินสภาพผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเครียด จึงจะสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม บทบาทที่สำคัญอย่างหนึ่งที่นอกเหนือไปจากการรักษาพยาบาล คือ การจัดการกับอาการต่างๆ โดยการร่วมกันค้นหาวิธีการในการจัดการหรือบรรเทาเบาบางอาการกับผู้ป่วยเพื่อช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (จอนพะจง เพ็งจาด, 2547 อ้างถึงใน จันทน์ จันทร์ท่าจีน, 2548) ซึ่งแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก คือ ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ โดยบุคคลจะมีการประเมินอาการโดยการตัดสินใจเกี่ยวกับความรุนแรง สาเหตุ ภาวะคุกคาม และผลกระทบของอาการต่อชีวิต การตอบสนองต่ออาการประกอบด้วยทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมวัฒนธรรม และองค์ประกอบของพฤติกรรม ความเข้าใจระหว่างปฏิสัมพันธ์มีความสำคัญเนื่องจากจะทำให้สามารถจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการจัดการกับอาการเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของผู้ป่วยแต่ละคนและสมาชิกในครอบครัว โดยพยาบาลจะเป็นผู้ที่ให้ความช่วยเหลือและกระตุ้นให้ผู้มีอาการและครอบครัวป้องกันอาการที่จะเกิดขึ้นหรือจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น

การบริหารกาย-จิตแบบซิงเป็นการประสานระหว่างการเคลื่อนไหวร่างกาย การบริหารการหายใจ การฝึกจิตใจ และก่อให้เกิดการผ่อนคลาย (Dorcus and Yung, 2003) ทำให้ระบบประสาทพาราซิมพาเทติกทำงานมากขึ้น ส่งผลให้ชีพจรช้าลง หลอดเลือดฝอยคลายตัว สิ่งก็ตามมาความดันโลหิตจะลดลง และฮอร์โมนคอริติซอลที่สร้างและหลังจากต่อมหมวกไตก็จะลดลง ซึ่งจะช่วยให้ภูมิคุ้มกันในร่างกายเพิ่มขึ้น (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของ อมรรัตน์ ภิราษร (2541) ที่พบว่าการฝึกซิงสามารถลดความดันโลหิตและความเครียดลงได้ การศึกษาของอัญรัช นิตุธร (2543) พบว่าผลของการบริหารผ่อนคลายแนวซิงสามารถลดความเครียดในผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะเนื่องจากความเครียดได้ และการศึกษาของ Chan et al. (2005) พบว่าการจัดการความเครียดด้วยการฝึกซิงทำให้ระดับคอริติซอลในน้ำลายลดลงอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งการฝึกซึ่กซึ่งสามารถทำได้ทั้งในท่ายืน ท่าเดิน ท่านั่ง และท่านอน จึงเป็นกิจกรรมที่ทำได้ทั้งคนร่างกายปกติและผู้ที่มีปัญหา เช่น ยืนไม่ได้ ข้อต่อบาดเจ็บ (สาธิต์ สุภาภรณ์, 2546) ซึ่งการศึกษาของ Leung, Yan, and Li (2001) ได้นำการฝึกซึ่กไปใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการแขนขาอ่อนแรงจากหลอดเลือดในสมองแตก โดยใช้เวลาในการฝึกประมาณ 15 นาที ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความดันโลหิตลดลง

จากข้อมูลดังกล่าวพบว่าการฝึกซึ่กเป็นการออกกำลังกายและการผ่อนคลายวิธีหนึ่งที่สามารถทำให้ความเครียดและระดับคอร์ติซอลลดลงได้ อีกทั้งยังสามารถใช้ได้กับผู้ที่มีปัญหาทางร่างกาย ท่าที่ฝึกมีความง่ายไม่ยุ่งยาก ใช้เวลาในการฝึกไม่นานและทำได้ในทุกโอกาส ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้มีการพัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการจากแนวคิดการจัดการของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่ก ทำให้ความเครียดและระดับคอร์ติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลง ลดปัจจัยที่ก่อให้เกิดความรุนแรงของโรคและส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพได้เร็วยิ่งขึ้น

ปรัชญา

การจัดการกับอาการที่มุ่งรักษาเพียงสาเหตุเช่นแนวคิดทางการแพทย์เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอสำหรับควบคุมอาการได้ ดังนั้นการจัดการกับอาการจะต้องมุ่งจัดการทั้งสาเหตุของอาการและอาการที่เกิดขึ้นไปพร้อมกัน ซึ่งการจัดการกับอาการจะมีประสิทธิภาพที่ดีต้องอาศัยความร่วมมือซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล โดยพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่รับผิดชอบในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นที่ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ได้แก่ การรับรู้ การประเมิน และการตอบสนองต่ออาการ การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับอาการ ร่วมกับมีส่วนช่วยในการจัดการกับอาการที่รุนแรงโดยผู้ป่วยไม่สามารถบรรเทาอาการนั้นได้ตนเองจึงต้องพึ่งบุคลากรทางการแพทย์ เช่น พยาบาล เป็นต้น จึงทำให้ลดความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นได้

โปรแกรมการจัดการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก

โปรแกรมการจัดการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงกเป็นโปรแกรมที่สามารถจัดการความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากโปรแกรมนี้เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล คือ เกิดจากความร่วมมือซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลในการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้น โดยเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

-
-
-

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

หลักการ

เป็นการประเมินกระบวนการและผลลัพธ์จากอาการ โดยการประเมินจะกระทำในขณะที่พยาบาลพบกับผู้ป่วย เป็นการประเมินอุปสรรคและปัญหาที่เกิดขึ้นหลังจากที่ผู้ป่วยนำแนวทางการจัดการความเครียดไปปฏิบัติด้วยตัวเอง เพื่อนำปัญหานั้นมาสู่กระบวนการแก้ไขร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล

สำหรับการประเมินผลลัพธ์ที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้นภายหลังสิ้นสุดกระบวนการนั้น ได้แก่ ความเครียดและระดับคอริติซอลลดลง ซึ่งจะประเมินหลังจากที่ผู้ป่วยได้ปฏิบัติในสภาพจริงเป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยประเมินความเครียดและระดับคอริติซอลที่ลดลงของผู้ป่วยในวันแรกของสัปดาห์ที่ 5

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก

กิจกรรม

1. ประเมินผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก โดยพยาบาลพบผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษาในวันแรกของสัปดาห์ที่ 3 หลังจากที่ได้ให้ความรู้และสอนการจัดการความเครียด รวมทั้งหลังจากให้ผู้ป่วยฝึกการบริหารกาย-จิตแบบซิงกขณะที่อยู่

โรงพยาบาลแล้วกลับไปฝึกต่อที่บ้าน โดยพยาบาลให้ผู้ป่วยประเมินความเครียดของตนเองโดยใช้แบบวัดการรับรู้ความเครียด

2. หลังจากทีประเมินแล้วหากพบว่าระดับความเครียดไม่ลดลงจากเดิม พยาบาลและผู้ป่วยจะหาปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน เพื่อแก้ไขสาเหตุและหาทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน
3. พยาบาลวัดระดับคอร์ติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การประเมินผล

1. ความเครียดลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. ระดับคอร์ติซอลลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ระยะเวลา ใช้เวลาประมาณ 20 - 30 นาที



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คู่มือ
การจัดการความเครียดร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชี่กง
สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



จัดทำโดย

นางสาวกรกฎ สุวรรณอัคระเดชา

นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา : รศ.ดร. สุวีพร ธนศิลป์

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

โรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้เกิดความเครียดขึ้นได้ เมื่อเกิดความเครียดขึ้นแล้ว ทำให้ส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกายและทางจิตใจ ได้แก่ หงุดหงิด วิตกกังวล และนอนไม่หลับ ฯลฯ การฝึกบริหารกาย-จิตแบบซิงเกิลเป็นการดูแลสุขภาพทางเลือกอีกทางหนึ่งที่สามารถนำมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเครียดได้ด้วยตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

ผู้จัดทำหวังว่า คู่มือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

กรกฏ สุวรรณฉัตรเดชา

ผู้จัดทำ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

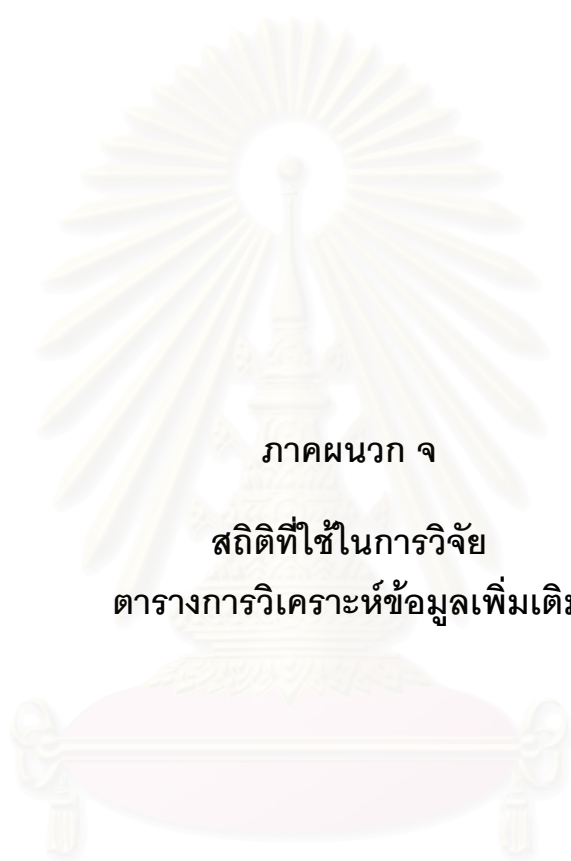
แผนการสอนครั้งที่ 1 เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ความเครียด และการจัดการความเครียด

ผู้วิจัยจะให้ความรู้เป็นรายบุคคลด้วยวิธีการสอนในเรื่องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความเครียด และการจัดการความเครียด โดยจะทำการประเมินความรู้เดิมของผู้ป่วยก่อนร่วมกับการให้ความรู้ในส่วนที่ผู้ป่วยขาด และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ หรือไม่เข้าใจ โดยมีสื่อการสอนเป็นคู่มือโรคหลอดเลือดสมองและภาพพลิกเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ความเครียด และการจัดการความเครียดประกอบการสอน

จำนวนผู้ป่วย	รายบุคคล
สถานที่	หอผู้ป่วยประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา
ระยะเวลา	ประมาณ 20 – 30 นาที
ผู้สอน	นางสาวกรกฎ สุวรรณอัคระเดชา
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none">1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้และความเข้าใจในเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง อาการและอาการแสดง ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค และการรักษาโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้และความเข้าใจในเรื่องความเครียด สาเหตุ ผลกระทบของความเครียด และการจัดการความเครียดได้อย่างถูกต้อง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้ การสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
<p>- เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล และขอความร่วมมือเพื่อเข้าร่วมงานวิจัย รวมทั้งเพื่อชี้แจงเนื้อหาความรู้และระยะเวลาที่ให้ความรู้ให้ผู้ป่วยรับทราบ</p> <p>- เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถบอกความหมายของโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง</p>	<p><u>บทนำ</u></p> <p>สวัสดีค่ะ คุณ... ดิฉันชื่อ กรกฎ สุวรรณอัศวเดชา เป็นนิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จะทำการวิจัยเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชี่กึ่งต่อความเครียดและระดับคอร์ติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการวิจัยครั้งนี้ด้วยนะคะ สำหรับการวิจัยนี้ ท่านจะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความเครียด และการจัดการความเครียดด้วยตนเอง รวมทั้งจะขอแนะนำการบริหารกาย-จิตแบบชี่กึ่ง ซึ่งเป็นวิธีที่ท่านสามารถนำไปใช้จัดการความเครียดที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง โดยดิฉันจะแบ่งการพูดคุยและให้ความรู้ออกเป็น 2 วัน วันละไม่เกิน 45 นาที หลังจากนั้นจะทำการฝึกการบริหารกาย-จิตแบบชี่กึ่ง สำหรับวันนี้ก่อนอื่นเรามาทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองกันก่อนนะคะ</p> <p>(คำถาม) ท่านทราบหรือไม่คะ ว่าโรคหลอดเลือดสมอง คือ....</p>	<p>- สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย โดยกล่าวทักทายและแนะนำตัวด้วยท่าทีสุภาพนุ่มนวล และมีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส</p> <p>- ประเมินความรู้เดิมของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (ใช้เวลา 5 นาที)</p>	<p>- ข้อซักถามเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตามความเข้าใจของของผู้ป่วย</p> <p>- แผ่นภาพพลิกประกอบคำบรรยาย คือ</p> <p>1. ภาพกายวิภาคของหลอดเลือดสมองที่มีการอุดตัน</p>	<p>- สังเกตความสนใจ ความกระตือรือร้น และความยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย</p>



ภาคผนวก จ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ตารางที่ 10 แสดงการทดสอบการแจกแจงของคะแนนความเครียดก่อนและหลังการทดลองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
N		30	30
Normal Parameters(a,b)	Mean	42.73	36.27
	Std. Deviation	6.113	6.011
Most Extreme Differences	Absolute	.214	.187
	Positive	.214	.187
	Negative	-.116	-.082
Kolmogorov-Smirnov Z		1.174	1.022
Asymp. Sig. (2-tailed)		.127	.247

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 11 แสดงการทดสอบการแจกแจงของความเข้มข้นของคอริติซอลในน้ำลายก่อนและหลังการทดลองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
N		30	30
Normal Parameters(a,b)	Mean	16.96390	15.75873
	Std. Deviation	5.239629	7.545269
Most Extreme Differences	Absolute	.158	.178
	Positive	.158	.178
	Negative	-.092	-.099
Kolmogorov-Smirnov Z		.867	.976
Asymp. Sig. (2-tailed)		.439	.297

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 แสดงคุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อได้รับการจับคู่ตามคะแนนความเครียดแตกต่างกันไม่เกิน 5 คะแนน และแสดงความเข้มข้นของคอร์ติซอลในน้ำลายเป็นรายคู่

ตารางที่ 12 คะแนนความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

คู่ที่	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
1	54	31	51	32
2	40	43	41	32
3	37	38	43	38
4	38	38	38	33
5	42	39	40	37
6	40	35	41	36
7	45	53	41	37
8	54	47	54	32
9	37	35	40	30
10	53	45	50	38
11	39	38	38	36
12	34	33	36	28
13	51	47	48	34
14	36	31	40	30
15	39	26	42	36

ตารางที่ 13 ความเข้มข้นของคอริติซอลในน้ำลายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

คู่ที่	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
1	21.69	16.12	25.40	15.13
2	12.40	14.84	13.56	11.85
3	13.98	10.47	28.75	33.29
4	7.38	4.70	14.08	12.40
5	23.04	25.21	11.12	9.46
6	12.87	16.80	10.04	15.24
7	23.30	29.30	16.74	10.99
8	17.51	13.26	29.97	17.45
9	13.82	27.28	13.93	8.42
10	15.59	8.45	19.02	16.43
11	20.97	33.04	14.96	15.82
12	13.77	10.23	13.77	1.81
13	17.38	11.24	19.38	17.38
14	16.37	14.05	17.12	20.05
15	16.00	13.67	15.01	18.39

ส่วนที่ 2 แสดงคะแนนเฉลี่ยความเครียดและความเข้มข้นของคอร์ติซอลในน้ำลายของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิง และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

คะแนนความเครียด		Mean	N	Std. Deviation
กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	42.60	15	6.99
	หลังการทดลอง	38.60	15	7.27
กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	42.86	15	5.33
	หลังการทดลอง	33.93	15	3.19

Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	SD	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
กลุ่มควบคุม	ก่อนและหลังการทดลอง	4.00	7.20	1.85	.01	7.99	2.151	14	.04
กลุ่มทดลอง	ก่อนและหลังการทดลอง	8.93	5.81	1.50	5.71	12.15	5.953	14	.00

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของคอรัติซอลในน้ำลายก่อนและหลัง
การทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ความเข้มข้นของคอรัติซอลในน้ำลาย		Mean	N	Std. Deviation
กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	16.40	15	4.42
	หลังการทดลอง	16.58	15	8.30
กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	17.52	15	6.06
	หลังการทดลอง	14.94	15	6.90

Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2- tailed)	
		Mean	SD	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
กลุ่ม ควบคุม	ก่อนและหลัง การทดลอง	-0.17	6.38	1.65	-3.70	3.36	-0.11	14	0.92
กลุ่ม ทดลอง	ก่อนและหลัง การทดลอง	2.58	5.71	1.47	-0.58	5.75	1.75	14	0.10

ส่วนที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและค่าเฉลี่ยความเข้มข้นคอร์ติซอลในน้ำลายของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชี่กง และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 16 แสดงสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและค่าเฉลี่ยความเข้มข้นคอร์ติซอลในน้ำลายของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชี่กง และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง

		STRESS	CORTISOL
STRESS	Pearson Correlation	1	0.36*
	Sig. (2-tailed)	.	0.00
	N	60	60
CORTISOL	Pearson Correlation	0.36*	1
	Sig. (2-tailed)	0.00	.
	N	60	60

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ-สกุล	นางสาวกรรกฎ สุวรรณอัคระเดชา
เกิด	21 กรกฎาคม 2523 จังหวัดนครราชสีมา
ที่อยู่ปัจจุบัน	312 สถาบันประสาทวิทยา (แผนกไอ.ซี.ยู. ศัลยกรรม) ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
การศึกษา	2545 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร 2549 ศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
การทำงาน	2545 – 2549 พยาบาลประจำการ แผนกไอ.ซี.ยู. ประสาทวิทยา 2551 – ปัจจุบัน พยาบาลประจำการ แผนกไอ.ซี.ยู. ศัลยกรรม
การฝึกอบรม	2545 โครงการอบรมพื้นฐานระบบประสาททางอายุรกรรมและศัลยกรรม 2546 เครื่องมือแพทย์ในหอผู้ป่วยวิกฤตสำหรับพยาบาล 2547 การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน 2548 การพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ
ปัจจุบัน	ตำแหน่งพยาบาลชำนาญการ สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย