

ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

Stress and Coping in Older Persons with Dementia

ผาณิต หลีเจริญ^{1*}, ลินจง โพธิบาล², ดวงมน ทรัพย์สินเสรี¹, อรอนงค์ รองสวัสดิ์¹ และ ธารินทร์ นนทพุท¹
Phanit Leecharoen^{1*}, Linchong Pothiban², Doungmon Trapsinsaree¹, Onanong Rongsawat¹ and
Tharinee Nontaput¹

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา^{1*}, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่²
Boromarajonani College of Nursing Songkhla^{1*}, Faculty of Nursing, Chiang Mai University²

(Received: January 28, 2021; Revised: May 06, 2021; Accepted: June 14, 2021)

บทคัดย่อ

ภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งของผู้สูงอายุและผู้ดูแล ความเสื่อมของสมองจะทำให้เกิดความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวันซึ่งเป็นสาเหตุของความเครียด ความเครียดส่งผลต่อภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และเป็นปัจจัยส่งเสริมการเกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ รวมถึงโรคในระบบภูมิคุ้มกันและโรคเมเร็ง การเกิดความเครียดซ้ำ ๆ ทำให้เกิดความกดดันทางด้านจิตใจและภาวะซึมเศร้า การเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถปรับตัวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การเผชิญความเครียดแบ่งออกเป็นสองลักษณะหลัก ๆ คือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นปัญหาและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นอารมณ์ ถึงแม้ในแต่ละบุคคลมีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดแตกต่างกันแต่หากการตอบสนองนั้นเกิดผลลัพธ์ทางด้านบวก นั่นก็ถือว่าเป็นการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมของบุคคลนั้น ๆ นอกจากนี้การเผชิญความเครียดของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยด้านพันธุกรรมและบริบทปัจจัยด้านตัวกระตุ้นความเครียด และปัจจัยด้านทรัพยากรการเผชิญความเครียด ความเข้าใจในเรื่องความเครียดและการเผชิญความเครียด รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องจะเป็นแนวทางให้พยาบาลหรือผู้ดูแลสามารถส่งเสริมการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นบทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียด และบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการเผชิญความเครียด

คำสำคัญ: การปรับตัว, คุณภาพชีวิต, ความเครียดและการเผชิญความเครียด, ผู้สูงอายุ, ภาวะสมองเสื่อม

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: phanit34@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-5404574)

Abstract

Dementia influences the quality of life of both older persons and caregivers. Brain degeneration causes more difficulties for normal living, which, in turn, causes stress. Stress affects both physical and psychological health and is a contributing factor for various chronic diseases, including immune system diseases and cancer. Stress that recurs causes distress and depression. Effective coping helps older persons with dementia to adapt to their condition in life and to have better quality of life. Coping can be divided into two main strategies, problem-focused coping and emotion-focused coping. Regardless of what coping method is used, if positive outcomes are the result, those outcomes can refer to using effective coping. There are the factors associated with coping with a dementia situation, including background and context factors, stressor factors, and coping resources factors. Understand stress and coping, including the related factors, can be a guideline for nurses and caregivers to promote effective coping for older persons with dementia. Thus, the purpose of this article is to explain and share knowledge about stress and coping in older persons with dementia, including the factors related to coping and the nurse's role in promoting coping.

Keywords: Adaptation, Quality of Life, Stress and Coping, Older Person, Dementia,

บทนำ

สมรรถภาพการทำหน้าที่ของสมองที่ค่อยๆเสื่อมลงของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ รวมทั้งความสามารถในการทำงาน การทำกิจกรรมต่าง ๆ ตลอดจนการทำหน้าที่ทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลเพิ่มมากขึ้นตามระยะของโรค ซึ่งความสามารถต่างๆที่ถดถอยลงและภาวะพึ่งพิงเหล่านี้จะส่งผลทางด้านจิตใจต่อผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกด้อยค่า รู้สึกว่าโดนสังคมตีตรา เกิดความอับอาย ขาดความมั่นใจและมีความวิตกกังวล จนในที่สุดต้องแยกตัวออกจากสังคม รู้สึกโดดเดี่ยว ความผาสุกและคุณภาพชีวิตลดลง (Bjorklof, Helvik, Ibsen, Telenius, Grov, & Eriksen, 2019)

ความเครียดจากการใช้ชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อม ส่งผลต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ จากการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศยืนยันว่าความเครียดส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพอย่างมาก (Seangpraw, Auttama, Kumar, Somrongthong, Tonchoy, & Panta, 2019; Yaribeygi, Panahi, Sahraei, Johnston, & Sahebkar, 2017) ผลการศึกษาชี้ชัดว่าความเครียดเป็นมฤตยูที่ทำให้เกิดโรคร้ายแรงไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าตัวเชื้อจุลินทรีย์ที่ก่อโรคในร่างกาย นอกจากนี้ในผู้ที่มีประวัติโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ อยู่แล้ว ความเครียดจะส่งเสริมให้โรคที่เป็นอยู่รุนแรงขึ้นและไม่ตอบสนองต่อการรักษา โดยเฉพาะโรคที่เกี่ยวข้องกับการขาดความสมดุลของฮอร์โมนในร่างกายไม่ว่าจะเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หรือโรคในระบบต่อมไร้ท่ออื่นๆ ซึ่งการไม่ตอบสนองต่อการรักษานั้นเนื่องมาจากความเครียดทำให้ระบบการทำงานของร่างกายต่อต้านการออกฤทธิ์ของยาที่รักษาโรค นอกจากนี้ความเครียดทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น เช่น ภาวะช็อกจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำกว่าปกติ เส้นเลือดในสมองแตกจากภาวะความดันโลหิตสูงในระดับรุนแรง เป็นที่ยืนยันว่าการบรรเทาความเครียดจะช่วยยืดอายุขัยของประชากรและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ตอบสนองต่อการรักษา (Yaribeygi, Panahi, Sahraei, Johnston, & Sahebkar, 2017)

การเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพจะเป็นตัวแปรที่จะช่วยลดผลกระทบของความเครียดที่มีต่อสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมการลดความเครียดจะช่วยชะลอความเสื่อมของสมอง ช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัวกับการใช้ชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อมได้ เกิดความผาสุกและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้นการที่

พยาบาลเห็นความสำคัญของการช่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเผชิญความเครียดหรือตอบสนองต่อความเครียดได้อย่างเหมาะสมจะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อีกทั้งยังช่วยชะลอความเสื่อมของสมองได้อีกด้วย ดังนั้นบทความฉบับนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียด และบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการเผชิญความเครียด เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลและผู้ดูแลสามารถส่งเสริมการเผชิญความเครียดให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างถูกต้อง

ความเครียดและการเผชิญความเครียด

แนวคิดหลักๆ ที่มักจะใช้ในการศึกษาเรื่องของความเครียดและการเผชิญความเครียด ได้แก่ แนวคิดความเครียด (Stress Concept) และแนวคิดการเผชิญความเครียด (Coping Concept) ในส่วนแนวคิดของความเครียดจะมีลักษณะที่แตกต่างกันไปตามมุมมองของนักทฤษฎีซึ่งจะได้กล่าวถึงในย่อหน้าถัดไป และส่วนแนวคิดของการเผชิญความเครียดจะเป็นลักษณะของปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลในระหว่างการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และการปฏิสัมพันธ์ในแต่ละครั้งนั้นจะมีผลทำให้เกิดกระบวนการในการเผชิญกับความเครียดของบุคคลแตกต่างกันไปซึ่งขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยด้วยกัน

1. แนวคิดเรื่องความเครียด (Stress Concept)

แนวคิดเรื่องลักษณะของความเครียดถูกแบ่งออกเป็นสามกลุ่มตามมุมมองของนักทฤษฎีดังนี้

1.1 ความเครียดเป็นสิ่งเร้า (Stress as a Stimulus) มุมมองนี้เป็นมุมมองของนักทฤษฎีที่มองความเครียดเป็นสิ่งเร้าหรือเป็นสิ่งที่มากระตุ้น เช่น เหตุการณ์ความสูญเสีย ความเปลี่ยนแปลงของชีวิต การเจ็บป่วย ความเครียดอาจเป็นเหตุการณ์หายหน้าที่สำคัญเช่น สถานการณ์ภายใต้ภัยธรรมชาติ (Feinstein & Collins, 2016) ที่เป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียด

1.2 ความเครียดเป็นการตอบสนองหรือมุมมองตามการตอบสนอง (Stress as a Response) สำหรับมุมมองนี้นักทฤษฎีมองความเครียดเป็นผลกระทบหรือการตอบสนองทางชีวภาพในแต่ละบุคคลต่อสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ แรงภายนอกและภายในหรือสภาพของปฏิกิริยา กระบวนการความเครียดจะกำหนดจากปฏิกิริยาความเครียด นักทฤษฎีที่มองในมุมมองนี้ เช่น เบอร์นาร์ด (Bernard, 1865) และ แคนนอน (Cannon, 1929) ซึ่งศึกษาแนวคิดเรื่องความเครียดในแง่ของสภาวะสมดุลตามหลักวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ โดยศึกษากลไกทางกายภาพในการรักษาสภาวะสมดุลของสภาพแวดล้อมภายในของสิ่งมีชีวิตโดยระบบประสาทพิเศษผ่านกลไกทางสมอง เซลเย่ (Selye, 1976) เป็นนักวิจัยคนแรกๆ ที่ให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยาในสิ่งมีชีวิต การตอบสนองต่อความเครียดเน้นที่กระบวนการตอบสนองของบุคคลที่มีต่อความเครียด เช่น เมื่อคนที่เป็นโรคกลัวการเข้าสังคมจะเกิดปฏิกิริยาจากความรู้สึกเครียดในงานปาร์ตี้ ประสบการณ์ของอาการหงุดหงิดทางด้านจิตใจจะสัมพันธ์กับอาการทางกายภาพเช่น ปากแห้งใจสั่นและเหงื่อออก การตอบสนองทางสรีรวิทยาและจิตวิทยาต่อตัวกระตุ้นความเครียดนี้เป็นการเปรียบเทียบกับกลไกการปรับตัวหรือสภาวะการรักษาสมดุลของร่างกาย (Homeostasis)

1.3 ความเครียดเป็นปฏิกิริยาการสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Stress as a Transaction) ในมุมมองนี้ความเครียดถูกมองว่าเป็นกระบวนการทางจิตวิทยา ลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งเป็นนักทฤษฎีที่มีชื่อเสียงในกลุ่มนี้ได้ให้ความหมายของการเกิดความเครียดว่า ความเครียดเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้ความไม่สมดุลระหว่างความต้องการภายในและความสามารถในการรับมือกับความต้องการนั้น ๆ ความเครียดเป็นปฏิกิริยาการสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสถานการณ์ความเครียดเป็นผลมาจากความพยายามด้านความรู้ ความเข้าใจ และ พฤติกรรมของบุคคลในการจัดการความต้องการภายนอกและ/หรือภายในที่มีเกินกว่าทรัพยากรของบุคคลนั้น ๆ ลาซารัส (Lazarus, 1992) ให้คำจำกัดความของความเครียดว่าเป็นกระบวนการที่บุคคลเป็นผู้กระทำด้วยตนเองแสดงออกมาให้ปรากฏ ซึ่งกระบวนการความเครียดประกอบด้วยสาเหตุของความเครียด ตัวแปรที่เกิดขึ้นมาก่อนหน้า ตัวแปรสื่อกลางและผลกระทบจากความเครียด ตัวแปรที่

เกิดขึ้นมาก่อนหน้าคือตัวแปรด้านบุคคลเช่นภาวะผูกพันหรือความเชื่อ สิ่งแวดล้อม แรงขับหรือสถานการณ์ที่เป็นอยู่ ตัวแปรสื่อกลางเป็นตัวที่สามารถช่วยลดผลกระทบจากความเครียดที่มีต่อบุคคลนั้น ๆ เช่นแรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อ ความเข้มแข็งอดทนทางด้านจิตใจ รวมถึงการเผชิญความเครียด และสุดท้ายคือผลกระทบที่มีต่อบุคคลนั้น ๆ ไม่ว่าจะเป็นความผาสุก สุขภาพทางด้านร่างกาย และ สุขภาพทางด้านจิตใจ หรือ คุณภาพชีวิต ในมุมมองของนักทฤษฎีในกลุ่มนี้มองความเครียดเกิดจากการประเมินสถานการณ์กับทรัพยากรที่ตนเองมีอยู่ในแต่ละบุคคล แนวคิดความเครียดเป็นปฏิกิริยาการสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างบุคคลนี้เป็นแนวคิดที่สอดคล้องกับแนวคิดของการให้การพยาบาล เนื่องจากเป็นมุมมองที่ให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมเหมือนกัน และพยาบาลสามารถนำความรู้เหล่านี้มาประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ ดังนั้นงานวิจัยทางการพยาบาลส่วนใหญ่จึงใช้แนวคิดนี้มาเป็นแนวทางในการศึกษาและต่อยอดสร้างความรู้ใหม่ ๆ ในมุมมองที่ต่างกันมาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน

2. แนวคิดการเผชิญความเครียด

ที่ผ่านมาแนวคิดเรื่องความเครียดและการเผชิญความเครียดที่เป็นที่รู้จักกันอย่างกว้างขวางในงานวิจัยทางการพยาบาล คือแนวคิดความเครียดและการเผชิญความเครียดของ ลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่ศึกษาการเผชิญความเครียดในมุมมองทางด้านสังคม ให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อม บุคคลรอบข้าง โครงสร้างทางสังคมกับตัวบุคคล และการประเมินความสมดุลระหว่างสิ่งแวดล้อมนั้น ๆ กับทรัพยากรของบุคคลที่มีอยู่ การเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดขึ้นอยู่กับประเมินของแต่ละบุคคล ซึ่งได้แบ่งลักษณะการเผชิญความเครียดเป็น 2 ลักษณะหลัก ๆ คือการเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นอารมณ์ เทย์โล และ สแตนตัน (Taylor & Stanton, 2007) ให้คำจำกัดความการเผชิญความเครียดว่าเป็นความต้องการที่มุ่งเน้นที่ปฏิกิริยาและแรงขับภายในเพื่อจัดการความต้องการภายในที่เกิดจากเหตุการณ์ที่ตึงเครียด แต่อย่างไรก็ตามที่ผ่านมากลยุทธ์การเผชิญความเครียดได้มีการแยกเป็นกลยุทธ์ย่อย ๆ ที่แตกต่างกันไปตามจุดมุ่งหมายของการศึกษา ลักษณะของความเครียด การวิเคราะห์ปัจจัย หรือแนวคิดของนักวิจัย

2.1 กลยุทธ์ในการเผชิญความเครียด (Coping Strategies) กลยุทธ์การเผชิญความเครียดทำหน้าที่ในการจัดการกับสถานการณ์ความเครียด กลยุทธ์การเผชิญความเครียดหลัก 2 กลยุทธ์ (Lazarus & Folkman, 1984) ดังที่กล่าวมาข้างต้น คือกลยุทธ์การเผชิญความเครียดแบบเน้นการจัดการกับปัญหา (Problem-Focused Coping) ซึ่งจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหายุ่งยากภายใต้สถานการณ์ที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ หน้าที่ของการเผชิญความเครียดลักษณะนี้เน้นการจัดการกับปัญหาโดยตรง สำหรับกลยุทธ์การเผชิญกับความเครียดแบบเน้นการจัดการกับอารมณ์ (Emotion-Focused Coping) จะนำไปสู่การควบคุมอารมณ์ที่ตอบสนองต่อปัญหานั้นๆ หน้าที่ของการเผชิญความเครียดลักษณะนี้จะเน้นการจัดการทางด้านอารมณ์คือการควบคุมอารมณ์ที่เกิดจากความเครียด การศึกษาวิจัยก่อนหน้านี้ส่วนใหญ่จะอธิบายวิธีการเผชิญความเครียดโดยมีพื้นฐานมาจาก กลยุทธ์การเผชิญความเครียดทั้ง 2 แบบข้างต้นนี้ เช่น ลาซารัส (Lazarus, 1992) เสนอกลยุทธ์การเผชิญปัญหา 8 กลยุทธ์ที่ได้มาจากการศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์ปัจจัย ดังนี้ การเผชิญความเครียดแบบเผชิญหน้า (Confrontive Coping) คือความพยายามเชิงรุกในการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่เป็นปัญหา การเผชิญความเครียดแบบแยกตัว (Distancing Coping) คือความพยายามที่จะแยกตัวออกจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหา การเผชิญความเครียดแบบการควบคุมตนเอง (Self-Controlling) คือความพยายามที่จะควบคุมความรู้สึกของตัวเองเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหา การเผชิญความเครียดแบบการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม (Seeking-Social Support) คือความพยายามในการขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง การเผชิญความเครียดแบบการยอมรับและการรับผิดชอบ (Accepting-Responsibility) คือการยอมรับและรับผิดชอบต่อบทบาทของตนเอง การเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยง-หลีกเลี่ยง (Escape-Avoidance) คือพฤติกรรมการหลบเลี่ยงหรือหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหา การเผชิญความเครียดแบบการแก้ปัญหา (Planful Problem-Solving) คือความ

พยายามที่มุ่งเน้นที่ปัญหาโดยเจตนาเพื่อแก้ไขสถานการณ์ การเผชิญความเครียดแบบการประเมินปัญหาใหม่เชิงบวก (Positive Reappraisal) คือความพยายามในการสร้างความหมายเชิงบวกในสถานการณ์ที่เป็นปัญหา

แอตวิน และ รีเวนสัน (Aldwin & Revenson, 1987) ได้แบ่งวิธีการเผชิญความเครียดจากการวิเคราะห์ปัจจัย โดยแบ่งกลยุทธ์การเผชิญความเครียดเป็น 6 กลยุทธ์ ได้แก่ ความคิดปรารถนา (Wishful Thinking) การเติบโต (Growth) การลดภาวะคุกคาม (Minimize Threat) การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม (Seeking Social Support) การตำหนิตนเอง (Self-blamed) ส่วน แครเวอร์ และ คณะ (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989) แบ่งกลยุทธ์การเผชิญความเครียดจากการพัฒนาเครื่องมือวัดการเผชิญความเครียดตามความแตกต่างของแต่ละบุคคล โดยเครื่องมือวัดการเผชิญความเครียด (Coping Orientation to Problems Experienced Inventory/COPE) นี้แบ่งการเผชิญความเครียดเป็น 2 รูปแบบหลักที่มุ่งเน้นการจัดการกับปัญหา และมุ่งเน้นการจัดการกับอารมณ์เช่นกัน ซึ่งประกอบด้วย 5 มิติย่อย ของการเผชิญความเครียดแบบที่มุ่งเน้นการจัดการกับปัญหาในเชิงบวก ได้แก่การเผชิญความเครียดแบบกระตือรือร้น (Active Coping) การวางแผน (Planning) การระงับกิจกรรมที่ไม่เกี่ยวข้อง (Suppression of Competing Activities) ความยับยั้งชั่งใจชะลอการเผชิญปัญหา (Restraint) และการสนับสนุนด้านการช่วยเหลือ (Instrumental Support) และ 5 มิติย่อยของการเผชิญความเครียดแบบที่มุ่งเน้นการจัดการกับอารมณ์ ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) การตีความซ้ำในเชิงบวก (Positive Reinterpretation) การยอมรับ (Acceptance) การใช้ศาสนา (Religion) การปฏิเสธ (Denial) นอกจากนี้ยังมีกลยุทธ์อื่น ๆ อีก 4 กลยุทธ์ คือ การระบายอารมณ์ (Focus on & Venting Emotions) การไม่แสดงออกทางพฤติกรรม (Behavior Disengagement) การไม่คิดถึงปัญหา (Mental Disengagement) ใช้วิธีการอื่น ๆ ในการสร้างอารมณ์สนุก เช่น การดื่มเหล้า (Substance Use Using Alcohol)

การประเมินสถานการณ์ความเครียด (Appraisal concept) เป็นขั้นตอนที่เกี่ยวข้องและเกิดขึ้นไปพร้อม ๆ กันกับการเผชิญความเครียด แนวคิดความเครียดเกิดจากปฏิสัมพันธ์สื่อสารสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Stress as a Transaction) นั้นมองว่าความเครียดเกิดจากการประเมินสถานการณ์ในครั้งแรก (Primary Appraise) ซึ่งบุคคลสามารถประเมินสถานการณ์ในเบื้องต้น แบ่งเป็น 3 ลักษณะคือเป็นสถานการณ์ที่ไม่เกี่ยวกับตน (Irrelevant) เป็นสถานการณ์ที่ให้ผลเป็นบวก (Benign Positive) และเป็นสถานการณ์ความเครียด (Stressful Situation) ซึ่งสถานการณ์ความเครียด (Stressful Situation) นี้สามารถถูกประเมินเป็น 3 ลักษณะเช่นกันคือเป็นภาวะอันตราย/ความสูญเสีย (Harm/Loss) ภาวะคุกคาม (Threatened) หรือ เป็นความท้าทาย (Challenge) ถ้าหากบุคคลประเมินว่าเป็นสถานการณ์ความเครียดจึงเริ่มประเมินขั้นที่สอง (Secondary Appraise) เพื่อค้นหาวิธีในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง และหลังจากนั้นบุคคลจะมีการประเมินความเครียดซ้ำ (Reappraisal) เพื่อประเมินว่ายังมีความเครียดนั้นอยู่อีกหรือไม่ หรือเป็นการหาข้อมูลใหม่ โดยหาข้อมูลจากสิ่งแวดล้อม ประเมินทรัพยากรการเผชิญความเครียด และติดตามผลการจัดการความเครียด สำหรับการประเมินความเครียดซ้ำในทางบวกจะช่วยบรรเทาความเครียดได้เช่นกัน

การเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมมีหลายระยะซึ่งภาวะของโรคในแต่ละระยะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุแตกต่างกัน ภาวะของโรคเหล่านี้จะส่งผลต่อการรับรู้ การประเมินความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมน่าจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่หลากหลายไม่ต่างจากผู้สูงอายุทั่วไป แต่ความสามารถทางสมองที่เสื่อมลงไม่ว่าจะเป็นเรื่องของความคิด การเข้าใจ การตัดสินใจต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมักจะเสี่ยงที่จะเผชิญกับปัญหาโดยตรง เมื่อความเสื่อมของสมองเพิ่มความรุนแรงขึ้น ผู้สูงอายุจึงเลือกใช้วิธีการจัดการกับความเครียดด้านมุ่งเน้นอารมณ์ และการบรรเทาความเครียดมากยิ่งขึ้น (De Souza-Talarico et al., 2009) จากการศึกษาของ บียอร์คลอฟ และคณะ (Bjorklof, Helvik, Ibsen, Telenius,

Grov, & Eriksen, 2019) พบว่า ผู้สูงอายุได้ให้ความหมายของการเผชิญความเครียดในการใช้ชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อมว่าเป็นความพยายามอยู่กับภาวะสมองเสื่อมให้ได้อย่างปกติคือการพยายามที่จะใช้ชีวิตให้เป็นปกติมากที่สุดเหมือนก่อนครั้งที่ยังไม่เกิดภาวะสมองเสื่อม และพยายามทำตัวให้มีคุณค่าโดยการช่วยเหลือครอบครัว ทำหน้าที่ที่ตนเองยังสามารถทำได้ การปรับตัวในสถานการณ์ต่าง ๆ เป็นวิธีการที่ผู้สูงอายุพยายามทำความเข้าใจกับสิ่งที่ตัวเองเป็นอยู่ และการปรับเปลี่ยนเป้าหมายในอนาคตของตนเองให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่ การยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น เป็นการยอมรับกับความเป็นจริงและการทำความเข้าใจกับสิ่งที่เกิดขึ้น มองอนาคตด้วยความหวัง และการหลีกเลี่ยงกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาเป็นการหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่จะทำให้เกิดความเครียดโดยการไม่เข้าไปอยู่ในสถานการณ์ความเครียดนั้น ไม่พูดถึงหรือเปลี่ยนหัวข้อสนทนา จะเห็นได้ว่าวิธีการต่างๆที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมใช้ ส่วนใหญ่จะมุ่งไปที่การจัดการกับความหมายของปัญหาหรือการจัดการกับอารมณ์มากกว่ามุ่งจัดการกับปัญหาโดยตรง

เนื่องจากการเผชิญความเครียดเป็นการตอบสนองในแต่ละบุคคล การประเมินสถานการณ์เดียวกันมีความแตกต่างกัน บางคนอาจมองสถานการณ์หนึ่งเป็นภาวะคุกคามแต่บางคนอาจมองสถานการณ์เดียวกันนั้นว่าเป็นความท้าทาย ทำให้มีการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยด้วยกัน เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล สถานการณ์ความเครียด บุคคลรอบข้าง และแหล่งทรัพยากรภายในและภายนอกตัวบุคคลนั้น ๆ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาได้นำเสนอผลการค้นพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและการเผชิญความเครียด แต่ไม่มีการศึกษามากนักในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังนั้นในบทความนี้ขอเสนอปัจจัยที่น่าจะมีผลต่อการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยยึดจากโมเดลกระบวนการความเครียดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของ จัดจ์ และ คณะ (Judge, Menne, & Whitlatch, 2009) ซึ่งโมเดลกระบวนการความเครียดนี้ได้พัฒนามาจาก โมเดลกระบวนการความเครียดของ เพอร์ลิน และ คณะ (Pearlin, Mullan, Semple, & Skaff, 1990) ที่มองความเครียดเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการดำเนินชีวิต มีการเปลี่ยนแปลงและมีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัย ในมุมมองของ บุคคล กับ สิ่งแวดล้อม และโครงสร้างทางสังคม ซึ่งได้แก่กลุ่มของปัจจัยด้านพื้นหลังและบริบท ปัจจัยด้านตัวกระตุ้นความเครียด และ ปัจจัยด้านตัวแปรสื่อกลางหรือทรัพยากรความเครียด ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมในกลุ่มผู้ป่วยโรคอื่น ๆ เพื่อให้ครอบคลุมปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

1. ปัจจัยด้านพื้นหลังและบริบท

ปัจจัยด้านพื้นหลังและบริบทเป็นปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา รายได้ เป็นสิ่งที่แสดงสถานะของบุคคลในสังคม ซึ่งมีผลต่อความรู้สึกภายใน การประเมินสถานการณ์และการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียด นอกจากนี้ยังมีผลต่อการประเมินความผาสุก การเข้าใจสถานการณ์ และ ผลของการเผชิญความเครียด

1.1 อายุ เป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด (Park & Hwang, 2009) จากการศึกษาของ ดันเคิล-เชตเตอร์ และ คณะ (Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor, & Falke, 1992) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดแบบการค้นหาแรงสนับสนุนทางสังคม เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ สิริสม และคณะ (Sirisom, Sangsuwan, & Srijugkot, 2013) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดทางบวกในผู้สูงอายุที่มีโรคหลอดเลือดในสมอง จะเห็นได้ว่าเมื่อมีอายุมากขึ้นผู้สูงอายุจะใช้การเผชิญความเครียดทางบวกน้อยลง

1.2 เพศ จากการศึกษาวิจัยพบว่าทางเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดของผู้หญิงและผู้ชายมีความแตกต่างกัน ผู้หญิงมีแนวโน้มการใช้วิธีการเผชิญความเครียดบอกรู้ว่าผู้ชาย และยังพบว่าการเผชิญความเครียดแบบการค้นหาแรงสนับสนุนทางสังคมมักใช้โดยผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย (Cho, Park, & Blank, 2013)

1.3 ระดับการศึกษา นับว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญของบุคคลในการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียด พบว่าวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นปัญหามักใช้น้อยกว่าขณะที่การเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยงมักใช้มากกว่าในผู้ป่วยพิการด้านร่างกายที่มีการศึกษาน้อยกว่าชั้นมัธยม (Kara & Acikel, 2011)

1.4 รายได้ สำหรับปัจจัยด้านเศรษฐกิจสามารถเป็นตัวบ่งชี้สถานะของบุคคลในสังคม และมีความสัมพันธ์อย่างมากกับการประเมินความเครียดและการเผชิญความเครียด ซึ่งพบว่าการเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยงใช้มากกว่าในผู้ที่มีความขัดสนทางการเงิน (Kara & Acikel, 2011) และจากการศึกษาในงานวิจัยอื่น ๆ ก็ให้ผลการวิจัยที่คล้ายคลึงกันเช่น Polchaiyo (2000) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นปัญหาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ที่มีรายได้สูงมักให้ความหมายเชิงบวกกับสถานการณ์ความเครียดมากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า (Brady & Helges, 2000)

2. ปัจจัยด้านตัวกระตุ้นความเครียด

ความเครียดเกิดจากการที่บุคคลประเมินสถานการณ์นั้น ๆ ว่ามีผลกระทบต่อตนเองมากน้อยเพียงไร เช่นเมื่อผู้ป่วยประเมินว่าภาวะจากโรคที่ตนเองเป็นอยู่นั้นอยู่ในระดับที่รุนแรงขึ้น ผู้ป่วยอาจใช้วิธีการเผชิญความเครียดต่างจากเดิม ปัจจัยตัวกระตุ้นความเครียดในโมเดลของกระบวนการความเครียดได้แบ่งตัวกระตุ้นความเครียดเป็น 2 ระยะ คือตัวกระตุ้นความเครียดระยะเริ่มแรก (Primary Stressor) เป็นตัวกระตุ้นในกระบวนการความเครียดที่เกิดขึ้นก่อน และเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความตึงเครียดในเวลาต่อมาคือตัวกระตุ้นความเครียดระยะที่ 2 (Secondary Stressor) เช่น การรับรู้ว่าเป็นโรคเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียดระยะแรก หลังจากนั้นทำให้การมองเห็นคุณค่าในตัวเองลดลงจากการเกิดโรคนั้น ๆ ซึ่งการมองเห็นคุณค่าในตัวเองที่ลดลงนี้จะกลายเป็นตัวกระตุ้นความเครียดในระยะที่ 2 ถัดมา

2.1 ความไม่แน่นอนจากโรค (Uncertainty in Illness) การเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เป็นสิ่งใหม่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ หรือความไม่แน่นอนในสถานการณ์ต่าง ๆ มีผลต่อการประเมินสถานการณ์ความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984) จากผลการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมพบว่าความไม่แน่นอนของการเจ็บป่วยเป็นตัวพยากรณ์การเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยง (Anusasananun, 2012) บริเธอร์ทอลล์ และ แมคสัน (Bretherton & McLean, 2015) พบว่าการรับรู้ความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ สามารถทำนายการปรับตัวทางด้านจิตใจของผู้ป่วยได้ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมความไม่แน่นอนจากโรคที่เป็นอยู่ อาจทำให้ผู้สูงอายุมีการตอบสนองต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิตและความเปลี่ยนแปลงนั้นไม่เหมาะสม

2.2 ความเครียดทางด้านร่างกาย (Physical Stress) ความรุนแรงของโรคมีผลต่อการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียด สำหรับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับการคิดการตัดสินใจจึงมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดด้วยเช่นกัน พบว่าสมรรถภาพทางด้านสติปัญญา (Cognitive Ability) มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นปัญหา (Hurt, Burn, Hindle, & Brown, 2012) การศึกษาของ สิริสม และ คณะ (Sirisom, Sangsuwan, & Srijugkot, 2013) พบว่าภาวะพึ่งพาของผู้ป่วยที่มีความพิการทางด้านร่างกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดและเป็นตัวพยากรณ์การเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นปัญหาได้

2.3 การมองเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem) เป็นการประเมินคุณค่าของบุคคลที่มีต่อตนเอง (McLeod, 2008) จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีการใช้วิธีการจัดการกับความเครียดเพื่อพยายามรักษาไว้ซึ่งคุณค่าของตนเอง (Hoogeveen, Caffò, & Bos, 2015)

3. ปัจจัยด้านตัวแปรสื่อกลางหรือทรัพยากรความเครียด

ปัจจัยด้านทรัพยากรที่มีอยู่ในตัวบุคคลไม่ว่าจะเป็นมุมมองการมองโลก ความมั่นใจในตนเอง ความหวัง การมองเห็นคุณค่าในตนเอง และ ความตระหนักรู้ รวมถึงบุคลิกภาพส่วนบุคคลมีผลต่อการคิดและพฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคล รวมถึงการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดในแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน งานวิจัยที่ค้นหาความแตกต่างระหว่างการใช้กลยุทธ์การเผชิญความเครียดในบุคคลที่มีลักษณะบุคลิกที่แตกต่างกันพบว่า คนที่มี

ลักษณะชอบเข้าสังคม (Extroversion) มีความพิถีพิถัน (Conscientiousness) และเปิดรับประสบการณ์ใหม่ๆ (Openness) มีการใช้กลยุทธ์การเผชิญความเครียดมากกว่าคนที่บุคลิกแปรปรวนทางด้านอารมณ์ (Carver & Connor-Smith, 2010) สำหรับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมพบว่าคนที่มีความโน้มในการเก็บอารมณ์หรือถูกควบคุมมักจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยง (Seiffer, Clare, & Harvey, 2005)

3.1 การมองโลกในแง่ดี เป็นความคาดหวังของบุคคลต่ออนาคตของตนเองในทางที่ดี ความคาดหวังของแต่ละบุคคลสามารถมองได้ทั้งเป็นลักษณะบุคลิกภาพของแต่ละบุคคลและสามารถเปลี่ยนแปลงได้จากประสบการณ์ที่ได้รับผ่านช่วงเวลาการใช้ชีวิต การมองโลกในแง่ดีสามารถทำนายวิธีการเผชิญความเครียดของบุคคลได้ การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดแบบเข้าไปแก้ไขปัญห และแปรผกผันกับการเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยง (Carver, Scheier, & Segerstrom 2010) และนอกจากจะพบว่าการมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์กับการใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นการจัดการกับปัญหาแล้วยังพบว่าการมองโลกในแง่ดีช่วยให้บุคคลวิเคราะห์ตนเองและปรับโครงสร้างทางปัญญาขึ้นมาใหม่ได้ (Costa-Requena., 2014) สำหรับการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นก็พบว่าการมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์กับการเลือกวิธีการเผชิญความเครียด (Lamont, Nelis, Quinn, Martyr, Rippon, Kopelman, et al, 2020)

3.2 ความมั่นใจในตนเอง (Self-Efficacy, or Self-Confidence) เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อความสามารถของตนเอง หรือความมั่นใจในความสำเร็จของตนเองสำหรับการทำงานใดงานหนึ่งที่เฉพาะเจาะจง คนที่มีความมั่นใจในตนเองจะไม่กลัวต่อเป้าหมายที่ท้าทาย ซึ่งตรงกันข้ามกับคนที่ขาดความมั่นใจจะมีความรู้สึกยากลำบาก มีความพยายามน้อยและมีความล้มเหลว เช่นเดียวกันกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมักจะมองหาความสามารถของตนเองในการเลือกวิธีการเผชิญความเครียด (Preston, Marshall, & Bucks, 2007) ในผู้ป่วยเบาหวานพบว่าความมั่นใจในตนเองมีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการแสดงออกมากกว่าการแสดงความนิ่งเฉย (Hattori-Hara & Gonzalez-Celis, 2013)

3.3 ความหวัง (Hope) ความหวังเป็นความคาดหวังถึงผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่วางไว้ การที่บุคคลมีการตั้งความหวังที่สอดคล้องกับความเป็นจริงหรือความเป็นไปได้ในแง่บวกจะช่วยให้บุคคลนั้นมีอารมณ์ในทางบวก มีความพึงพอใจในชีวิต จากการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยมะเร็งพบว่าความหวังมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดจากการเจ็บป่วย ความหวังช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งให้ความหมายกับสถานการณ์ความเครียดใหม่ และความหวังสามารถทำนายวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นปัญหา (Anusasananun, 2012) สำหรับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าผู้สูงอายุที่มีความหวังมักประเมินสถานการณ์ความเครียดเป็นโอกาส มากกว่าเป็นความสูญเสีย หรือภาวะคุกคาม (Preston, Marshall, & Bucks, 2007)

3.4 ความเข้มแข็งอดทนทางด้านจิตใจ (Hardiness) เป็นทรัพยากรที่มีอยู่ในตัวบุคคลเกิดขึ้นจากการสั่งสมผ่านประสบการณ์ชีวิต ความเข้มแข็งอดทนเป็นคุณสมบัติที่เกี่ยวข้องกับความมุ่งมั่นและความเชื่อที่ส่งผลต่อการประเมินสถานการณ์ความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของแต่ละบุคคล บุคลิกของคนที่มีความเข้มแข็งอดทนจะมีความสามารถในการปรับตัวกับสถานการณ์ความเครียดได้ดีกว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งอดทนทางด้านจิตใจน้อยกว่า (Sarani, Azhari, Mazlom, & Sherbaf, 2015)

3.5 แรงสนับสนุนทางด้านสังคม (Social Support) เป็นการรับรู้ว่าได้รับความรักและการเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้างหรือบุคคลใกล้ชิด แรงสนับสนุนทางด้านสังคมทำให้เกิดความรู้สึกถึงการมองเห็นคุณค่าของตนเอง ความรู้สึกถึงการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม แรงสนับสนุนทางด้านสังคมก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่ใช้ในกระบวนการเผชิญความเครียด สามารถช่วยลดความวิตกกังวล และสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Noysipoom, 2010) สอดคล้องกันกับผลการศึกษาวิจัยในกลุ่มประชากรที่เป็นโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองพบว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัวสามารถทำนายการเผชิญความเครียดได้ (Sirisom, Sangsuwan, & Srijugkot, 2013) และในผู้ป่วยพิการทางด้านร่างกายพบว่าผู้ป่วยที่รับรู้แรงสนับสนุนจากเพื่อนมีแนวโน้มใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบการแสวงหาแรงสนับสนุนทางด้านสังคมมากกว่าผู้ที่รับรู้แรงสนับสนุนจากเพื่อนน้อยกว่าและผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับครอบครัวมักใช้

วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นปัญหา และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมมากกว่าคนที่อาศัยอยู่ตามลำพัง (Kara & Acikel, 2011) สำหรับในกลุ่มผู้ป่วยโรคเมเร็งพบว่าการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายวิธีการเผชิญความเครียดแบบการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Anusasananon, 2012)

3.6 จิตวิญญาณ (Spirituality) มุมมองทางการศึกษาด้านการพยาบาลมองมิติทางจิตวิญญาณของบุคคลเป็นองค์รวมที่ประกอบไปด้วย กาย จิต และ จิตวิญญาณ คุณลักษณะของจิตวิญญาณจะประกอบไปด้วย ความเชื่อ ระบบ ความหมาย และ จุดมุ่งหมายของชีวิต การเชื่อมต่อ และ การเป็นสิ่งที่เหนือธรรมชาติ สำหรับจิตวิญญาณกับศาสนานั้นมักจะใช้แทนที่กันในบางการศึกษาเนื่องจากศาสนามักจะมีอิทธิพลต่อความเชื่อและการให้ความหมายของชีวิตของบุคคล การศึกษาวิจัยในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมพบว่าผู้ที่มีความเชื่อและความศรัทธาในตัวเองถูกคุกคามทางด้านจิตใจมักจะใช้ศาสนาเป็นวิธีการเผชิญความเครียด พบว่าการเผชิญความเครียดด้านจิตวิญญาณจะช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมยอมรับกับสิ่งที่ตนเองเป็นอยู่ คงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ของตนเองและบุคคลรอบข้าง ให้ความหวังและให้ความหมายของชีวิต (Agli, Bailly, & Ferrand, 2015)

รูปแบบการส่งเสริมการเผชิญความเครียด

โปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียดที่ผ่านมาส่วนใหญ่มีจุดประสงค์เพื่อการบรรเทาความเครียดซึ่งจะช่วยแก้ปัญหาทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม งานวิจัยอีกส่วนหนึ่งมุ่งเน้นไปที่การพัฒนาความสามารถทางสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังนี้

ดนตรีบำบัด (Music Therapy) มีหลักฐานจากงานวิจัยยืนยันว่าการใช้ดนตรีบำบัด ไม่ว่าจะโดยวิธีการให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ฟังเพลง ร้องเพลง เต้นรำ จะสามารถช่วยเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของสมอง เพิ่มความสามารถในการประเมินสถานการณ์ความเครียด ป้องกัน และ บรรเทาอาการจากภาวะซึมเศร้า และยังช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (McDermott, Orrell, & Ridder, 2014; Moreno-Morales, Calero, Moreno-Morales, & Pintado, 2020)

สัตว์เลี้ยงบำบัด (Pet Therapy) จากการศึกษาการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของ คลีโมวา และคณะ (Klimova et al., 2019) พบว่า สัตว์เลี้ยงบำบัดช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีทักษะทางด้านปัญญาเพิ่มขึ้นและมีผลต่อการควบคุมพฤติกรรม และ อารมณ์ รวมไปถึงการมีสุขภาพจิตและพฤติกรรมทางสังคมที่ดีขึ้น

กิจกรรมกลุ่มบำบัด (Group Activities) กิจกรรมกลุ่มบำบัดจะช่วยพัฒนาทักษะการเข้าสังคมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น รวมถึงช่วยเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของสมอง (Cohen-Mansfield, 2018)

การบำบัดด้วยการรับรู้ความจริง (Reality Orientation) เป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่จะช่วยพัฒนาความสามารถของสมองและลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Chiu, Chen, Chen, & Huang, 2018)

การจัดโครงสร้างกิจกรรมประจำวัน (Structure daily activities) หรือการใช้ชีวิตตามปกติ (Normalization Living) และ การปรับสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย (Adapting the Living Environment) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองตามความสามารถที่มีอยู่ให้ได้อย่างมากที่สุดสามารถช่วยชะลอความเสื่อมของสมอง การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและสร้างบรรยากาศที่คุ้นเคยจะช่วยลดปัญหาทางด้านการนอนหลับ (Sleep-Wake Cycle) พฤติกรรมวุ่นวาย อาการผุดลุกผุดนั่ง (Wandering) (Soril, Leggett, Lorenzetti, Silvius, Robertson, Mansell, et al, 2014)

กิจกรรมบำบัด (Psychomotor Therapy) การให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้เคลื่อนไหวร่างกายจะช่วยส่งเสริมการทำงานของสมองและชะลอความเสื่อมของสมองได้ กัชแมน และ คณะ (Guzman, Robinson, Rochester, James, & Hughes, 2017) พบว่าการเคลื่อนไหวโดยการเดินร่ายนอกจากจะช่วยเพิ่มทักษะทางด้านสติปัญญาแล้วยังสามารถช่วยควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่าการเผชิญความเครียดของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย วิธีการเผชิญความเครียดวิธีเดียวกันอาจให้ผลลัพธ์ที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล พยาบาลผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำเป็นที่จะต้องมีความรู้และเข้าใจธรรมชาติของความเครียด การเผชิญความเครียด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด และการประเมินผลลัพธ์จากการเผชิญความเครียด เพื่อที่จะสามารถนำความรู้เหล่านี้มาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นการส่งเสริมการเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นการจัดการกับปัญหา หรือการเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นการจัดการกับอารมณ์ ดังนี้

1. ควรประเมินระดับความเครียดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นรายบุคคล และให้คำปรึกษาโดยให้ผู้สูงอายุทำความเข้าใจกับความเครียดของตนเอง เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ระบายความเครียดที่ตนเองมีอยู่ในหลายๆ ลักษณะ เช่น การพูดคุย การทำแบบทดสอบ การจัดกิจกรรมกลุ่ม

2. ให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถประเมินสถานการณ์ปัญหาว่าสถานการณ์นั้นส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุอย่างไรบ้าง เป็นอันตราย เป็นการสูญเสีย เป็นภาวะคุกคาม หรือเป็นความท้าทาย หลังจากนั้นให้ผู้สูงอายุได้มีการประเมินทรัพยากรที่มีอยู่ว่าสามารถนำมาใช้ในการเผชิญความเครียดได้อย่างไร พยาบาลสามารถเป็นผู้ให้คำปรึกษาในการประเมินกับสถานการณ์ การเปลี่ยนความหมายของสถานการณ์หากเกินกว่าที่ผู้สูงอายุจะแก้ไขปัญหานั้นได้

3. บทบาทในการส่งเสริมการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียด พยาบาลควรเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อาจเป็นผู้คอยช่วยเหลือ และให้การสนับสนุนทางด้านความรู้ ข้อมูลในด้านต่างๆ สนับสนุนทางด้านอารมณ์ให้ผู้สูงอายุเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมกับตนเองโดยสังเกตผลลัพธ์จากการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดแต่ละวิธี เนื่องจากการเผชิญความเครียดในแต่ละวิธีให้ผลลัพธ์ที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล เช่น ผู้สูงอายุบางคนมีความสุขสงบเมื่อใช้เวลาอยู่ตามลำพัง แต่บางคนมีอารมณ์ดีเมื่อได้พูดคุยกับผู้คนรอบข้าง

4. บทบาทในการประเมินผลลัพธ์จากการเผชิญความเครียด เป็นบทบาทของพยาบาลการให้ข้อมูลและข้อมูลย้อนกลับถึงผลของการเผชิญความเครียดที่ผู้สูงอายุใช้ไปแล้วนั้นให้ผลเป็นอย่างไร เช่น สุขภาพจิตดีขึ้น อารมณ์ของผู้สูงอายุดีขึ้น พักผ่อนได้มากขึ้น ซึ่งถือว่าเป็นวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ในทางกลับกันถ้าหากผู้สูงอายุมีอาการหงุดหงิด ซึมเศร้า พักผ่อนไม่ได้ หมายถึงเป็นการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม

5. พยาบาลควรให้ความสำคัญกับปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญความเครียด โดยการสนับสนุนและเสริมสร้างการรับรู้แหล่งทรัพยากรภายในที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด เช่น การส่งเสริมสมรรถภาพของสมอง ให้การสนับสนุนทางด้านสังคม และ เสริมสร้างความหวังที่ตรงกับความเป็นจริง (Leecharoen, 2020) เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสมรรถภาพของสมอง

การส่งเสริมสมรรถภาพของสมอง เป็นการเพิ่มสมรรถภาพของสมองด้านรู้คิดและการฟื้นฟูสมรรถภาพของสมองในส่วนที่สูญเสียไป ซึ่งเป็นบทบาทหนึ่งที่มีความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากความสามารถทางสมองเป็นตัวพยากรณ์โรค บ่งบอกระยะของโรค อีกทั้งยังมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเองให้มากที่สุด จะทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถปรับตัวกับภาวะของโรค และช่วยชะลอความเสื่อมของสมองได้

1. การให้ข้อมูลผู้สูงอายุให้รู้จักตนเอง และสิ่งรอบตัวตามความเป็นจริงให้มากที่สุด (reality orientation) เป็นวิธีการช่วยส่งเสริมทักษะการทำงานของสมอง และทำให้ผู้สูงอายุสามารถแก้ปัญหาด้วยตนเอง โดยฝึกให้รับรู้วัน เวลา สถานที่ รับรู้สภาพต่างๆ รอบตัว สภาพดินฟ้า อากาศ ใช้วิธีฝึกโดยตั้งคำถาม คำตอบ หรือ

วิธีการอื่นๆ ให้ผู้สูงอายุได้สัมผัสความจริงรอบตัว เช่น พุดคุยเรื่องการรับประทานอาหาร การดำเนินชีวิตประจำวัน การฝึกบวก และ ลบเลข

2. การเล่นเกมดนตรี เป็นการช่วยบรรเทาความเครียดให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ใช้ในกรณีที่ผู้สูงอายุเคยเล่นเกมดนตรี ยังสามารถจำวิธีเล่นเกมดนตรีได้ และ ให้เล่นเกมดนตรีที่ตนเองคุ้นเคย เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุระลึกถึงความหลังได้หรือการร้องเพลงและการเปิดเพลงที่ผู้สูงอายุชอบให้ฟัง สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุรับรู้แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ สามารถจัดการกับอารมณ์ตนเองและเป็นการผ่อนคลายความตึงเครียดในชีวิตประจำวัน

3. การจัดให้มีกิจกรรมทางศาสนา เช่น การสวดมนต์ให้พระ จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้ฝึกกระตุ้นความจำได้อาจจะสวดมนต์ที่สั้นหรือฉบับย่อ สนับสนุนการทำบุญตามโอกาสต่างๆ เช่น วันเข้าพรรษา วันมาฆบูชา จะเป็นการกระตุ้นให้ได้รับรู้วันเวลาตามเทศกาล

4. การชักชวนทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อบรรเทาความเครียดโดยการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้สูงอายุ เช่น เตรียมอาหาร ทำความสะอาดของใช้ในบ้าน ตกแต่งต้นไม้ การพาผู้สูงอายุออกไปเดินนอกบ้าน จะทำให้ผู้สูงอายุได้เปลี่ยนบรรยากาศ จะเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของสมอง นอกจากนี้ยังช่วยส่งเสริมการรู้สึกมองเห็นคุณค่าของตนเอง

5. การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกปลอดภัย เช่นวางสิ่งของที่ผู้สูงอายุไว้ประจำที่เดิมที่เคยไว้อยู่เสมอ ไม่ควรเปลี่ยนที่วางใหม่หรือไปวางในตำแหน่งอื่นและจัดไว้ในจุดที่มองเห็นได้ง่าย ทำให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ง่ายขึ้น สิ่งเหล่านี้จะช่วยลดการเกิดพฤติกรรมกระวน กระวาย ผุดผุกนั้นได้

6. การกระตุ้นความจำ เพื่อเพิ่มความสามารถของสมองด้านความทรงจำ เช่น การเล่นเกมจับคู่ การติดปฏิทินใบใหญ่ๆ และทำเครื่องหมายกากบาทเมื่อผ่านไปในแต่ละวัน ทำป้ายเตือนความจำและชวนให้ผู้สูงอายุทำเครื่องหมายไว้เมื่อทำกิจกรรมนั้น ๆ เช่น การนัดรับประทานอาหารนอกบ้านกับเพื่อนหรือคนในครอบครัว หรือชวนดูรูปต่างๆที่ถ่ายไว้ในอดีต รูปสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนใกล้ชิด พร้อมทั้งกระตุ้นให้นึกชื่อบุคคล และสถานที่จากรูป

7. การพาผู้สูงอายุออกนอกสถานที่ การเดินเล่น การออกกำลังกาย การเลี้ยงสัตว์ เพื่อช่วยบรรเทาความเครียดในการใช้ชีวิตประจำ โดยเฉพาะในระยะเริ่มต้นจนถึงระยะปานกลางที่ความบกพร่องของสมองยังไม่มาก และผู้สูงอายุที่ยังมีร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ การจัดงานพบปะกับลูกหลานและเพื่อน ๆ การทำสิ่งดังกล่าวจะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข แต่ไม่ควรจัดงานสังสรรค์กลุ่มใหญ่ เพราะผู้สูงอายุอาจจะปรับตัวไม่ได้และตื่นกลัว

9. เสริมสร้างความหวังและกำลังใจ ตามสภาพความเป็นจริงเพื่อให้ผู้สูงอายุคาดหวังถึงความสามารถของตนเองในระยะของภาวะสมองเสื่อมที่ตนเองเป็นอยู่ได้อย่างเหมาะสม และความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆด้วยตนเองรวมทั้งกิจกรรมที่ต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง หรือวิธีการใช้เทคนิคต่าง ๆ ในการใช้ชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อม

สรุป

ความเครียดในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเกิดจากความยากลำบากในการใช้ชีวิตอยู่กับภาวะของสมองที่เสื่อมลงในแต่ละวันอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมรู้สึกด้อยค่า ขาดความมั่นใจ ความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิดลดลง ต้องแยกตัว และ รู้สึกโดดเดี่ยว เมื่อเกิดความเครียดซ้ำ ๆ เป็นระยะเวลานานจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพ และเพิ่มการเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ของสมอง การเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การเผชิญความเครียดของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยด้วยกัน คือ ปัจจัยด้านพื้นหลังและบริบท ปัจจัยด้านตัวกระตุ้นความเครียด และ ปัจจัยด้านทรัพยากรการเผชิญความเครียด ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมยังสามารถใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่หลากหลาย เช่น การยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น ค้นหาวิธีการดูแลตนเอง ค้นหาความรู้จากคนรอบข้าง การพยายามที่จะไม่คิดถึงสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด หรือการหลบเลี่ยงเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด การแยกตัว ซึ่งวิธีการเผชิญความเครียดของ

ผู้สูงอายุแต่ละคนมีความหลากหลายและแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามการใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ให้ผลลัพธ์ทางบวกเป็นการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมของบุคคลนั้นๆ พยาบาลสามารถประเมินผลลัพธ์จากการเผชิญความเครียดและเป็นผู้ช่วยให้คำแนะนำหรือคำปรึกษากับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้สามารถเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ด้านการศึกษาวิจัย บทความนี้เป็นการรวบรวมความรู้เกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจากหลากหลายประเทศ ทั้งในประเทศไทย ประเทศแถบตะวันตก และ ประเทศในแถบตะวันออก ปัจจุบันยังมีการทำวิจัยในเรื่องปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุไทยที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่มากนัก การศึกษาวิจัยในประเด็นนี้เพิ่มขึ้นจะช่วยให้สามารถเข้าใจรูปแบบของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพและช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้

ด้านการพยาบาล ความรู้เรื่องความเครียดและการเผชิญความเครียด และ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยด้านพื้นหลังและบริบท ปัจจัยด้านตัวกระตุ้นความเครียด และปัจจัยด้านแหล่งทรัพยากรภายใน/ภายนอก รวมถึงการประเมินผลที่เกิดจากการเผชิญความเครียดเป็นประเด็นที่ควรคำนึงถึงในการดูแลด้านจิตใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในแต่ละราย เนื่องจากการใช้เผชิญความเครียดในรูปแบบเดียวกันอาจให้ผลลัพธ์ที่แตกต่างกันไป ดังนั้นการให้ความสำคัญกับประเด็นต่างๆ เหล่านี้ในผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลจะช่วยให้พยาบาลสามารถส่งเสริมการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างถูกต้อง

References

- Agli, O., Bailly, N., & Ferrand, C. (2015). Spirituality and Religion in Older Adults with Dementia: a Systematic Review. *International Psychogeriatrics*, 27(5), 715-725.
- Aldwin, C. M. & Revenson T. A. (1987). Does Coping Help? A Reexamination of the Relation Between Coping and Mental Health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(2), 337-348.
- Anusasananon, B. (2012). *Coping Behaviors and Predicting Factors among Breast Survivors at Each Phase of Cancer Survivorship*. (Doctoral Dissertation), Chaing Mai University, Faculty of Nursing.
- Bernard Claude. (1865) *An Introduction to the Study of Experimental Medicine*. (English Translation by Henry Copley Greene, 1957) London: Macmillan & Co., Ltd.
- Bjorklof, G. H., Helvik, A. S., Ibsen, T. L., Telenius, E. W., Grov, E. K., & Eriksen, S. (2019). Balancing the Struggle to Live with Dementia: a Systematic Meta-Synthesis of Coping. *BMC Geriatrics*, 19(1), 1-24.
- Brady, S. S., & Helgeson, V. S., (2000). Social Support and Adjustment to Recurrence of Breast Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 17(2), 37-55.
- Bretherton, S. J., & McLean, L. A. (2015). Interrelations of Stress, Optimism and Control in Older People's Psychological Adjustment. *Australasian Journal on Aging*, 34(2), 103-108. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/ajag.12138>.
- Cannon. W. B. (1929). *Bodily Changes in pain, hunger, fear and rage*. New York: D. Appleton & Co.



- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual review of psychology*, 61, 679-704.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology review*, 30(7), 879-889.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Chiu, H. Y., Chen, P. Y., Chen, Y. T., & Huang, H. C. (2018). Reality Orientation Therapy Benefits Cognition in Older People with Dementia: A Meta-Analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 86, 20-28.
- Cho, D., Park, C. L., & Blank, T. O. (2013). Emotional Approach Coping: Gender Differences Onpsychological Adjustment in Young to Middle-Aged Cancer Survivors. *Psychology and Health*, 7. Retrieved Febuary 12, 2019 from <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08870446.2012.762979>
- Cohen-Mansfield, J. (2018). The Impact of Group Activities and Their Content on Persons with Dementia Attending Them. *Alzheimer's research & Therapy*, 10(1), 37.
- Costa-Requena, G., Cantarell-Aixendri, M. C., Parramon-Puig, G., & Serón-Micas, D. (2014). Optimismo Disposicional Yestrategias de Afrontamiento en Pacientes Contraspante Renal. *Nefrología (Madrid)*, 34(5), 605-610.
- De Souza-Talarico, J. N., Chaves, E. C., Nitrini, R., & Caramelli, P. (2009). Stress and Coping in Older People with Alzheimer's Disease. *Journal of clinical nursing*, 18(3), 457-65. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02508.x. Epub 2008 Nov 29.
- Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L. G., Taylor, S. E., & Falke, R. L. (1992). Patterns of Coping With Cancer. *Health Psychology*, 11(2), 79-87.
- Feinstein, R. E., & Collins, E. (2016). Crisis Intervention, Trauma, and Disasters, In R. E. Rakel & D. P. Rakel. (Eds) *Textbook of Family Medicine*. (pp. 1062-1073) (9th ed.). USA: Elsevier Saunders.
- Guzman, A., Robinson, L., Rochester, L., James, I. A., & Hughes, J. C. (2017). A Process Evaluation of a Psychomotor Dance Therapy Intervention (DANCIN) for Behavior Change in Dementia: Attitudes and Beliefs of Participating Residents and Staff. *International Psychogeriatrics*, 29(2), 313-322.
- Hattori-Hara, M., & González-Celis, A. L. (2013). Coping Strategies and Self-Efficacy for Diabetes Management in Older Mexican Adults. *Psychology*, 4(6A1), 39-44
- Hoogeveen, F. R., Caffò, A. O., & Bos, J. (2015). Assistance in Maintaining a Positive Self-Image in People with Dementia. *Rivista Internazionale di Filosofia e Psicologia*, 6(2), 417-431.
- Hurt, C., Burn, D., Hindle, J. V., & Brown, R. (2012). Cognition, Coping, and Outcome In Parkinson's Disease. *International Psychogeriatrics*. Retrieve June 15, 2018, from <https://www.researchgate.net/publication/225052135>
- Judge, K. J., Menne, H. L., & Whitlatch, C. J. (2009). Stress Process Model for Individual with Dementia. *The Gerontologist*, 50(3), 294-302. doi: 101093/geront/gnp162.
- Kara, B., & Acikel, C. H. (2011). Predictors of Coping in a Group of Turkish Patients Physical Disability. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 983-993.



- Klimova, B., Toman, J., & Kuca, K. (2019). Effectiveness of the Dog Therapy for Patients with Dementia-a Systematic Review. *BMC Psychiatry*, 19(1), 276.
- Lamont, R. A., Nelis, S. M., Quinn, C., Martyr, A., Rippon, I., Kopelman, M. D. et al. (2020). Psychological Predictors of 'Living Well' with Dementia: Findings from the IDEAL study. *Aging & Mental Health*, 24(6), 956-964.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S. (1992). Coping Theory and Research: Past, Present, and Future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Leecharoen, P. (2020). Factor Predicting Coping in Older Persons with Dementia. (Doctoral Dissertation) Chiang Mai University. Thailand.
- McDermott, O., Orrell, M., & Ridder, H. M. (2014). The Importance of Music for People with Dementia: the Perspectives of People with Dementia, Family Carers, Staff and Music Therapists. *Aging & Mental Health*, 18(6), 706-716.
- McLeod, S. (2008). *Self-Concept*. Retrieve Jan 12, 2018 from <http://www.simplypsychology.org/self-concept.html>.
- Moreno-Morales, C., Calero, R., Moreno-Morales, P., & Pintado, C. (2020). Music Therapy in the Treatment of Dementia: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Medicine*, 7, 160.
- Noysipoom, N. (2010). *Living with Dementia of Older Persons: A Qualitative Case Study*. (Master's Thesis) Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. Bangkok, Thailand.
- Park, B. W., Hwang, S. Y. (2009). Depression and Coping in Breast Cancer Patients. *Journal of Breast Cancer*, 12(3), 199-209.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the Stress Process: An Overview of Concepts and Their Measures. *The Gerontologist*, 30, 583-594.
- Polchaiyo, S. (2000). *Factors Affecting Coping Behaviors in Hemiplegics Elderly at Eastern Regional Hospital in Thailand*. (Master' Thesis) Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University, Bangkok, Thailand.
- Preston, L., Marshall A., & Bucks, R. S. (2007). Investigating the Ways That Older People Cope with Dementia: A Qualitative Study. *Aging & Mental Health*, 11(2), 131-143.
- Salye, H. (1976). *Stress in Health and Disease*. Boston USA: Butterworth's Inc
- Sarani, A., Azhari, S., Mazlom, S. R., & Sherbaf, H. A. (2015). The Relationship Between Psychological Hardiness and Coping Strategies During Pregnancy. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 3(3), 408-417.
- Seangpraw, K., Auttama, N., Kumar, R., Somrongthong, R., Tonchoy, P., & Panta, P. (2019). Stress and Associated Risk Factors among the Elderly: A Cross-Sectional Study from Rural Thailand. *F1000Research*, 8, 1-7.
- Seiffer, A., Clare, L., & Harvey, R. (2005). The Role of Personality and Coping Style in Relation to Awareness of Current Functioning in Early-Stage Dementia. *Aging & Mental Health Journal*, 9(6), 535-541.



- Sirisom, S., Sangsuwan, J., & Srijugkot, J. (2013). The Factors Related Coping of Older Persons with Stroke. *North-Eastern Thai Journal of Neuroscience*. Retrieve Jan 4, 2019 from <http://neurosci.kku.ac.th/wp-content/uploads/2013/09/8-2-5.pdf>
- Soril, L. J., Leggett, L. E., Lorenzetti, D. L., Silviu, J., Robertson, D., Mansell, L., et al. (2014). Effective Use of the Built Environment to Manage Behavioural and Psychological Psychological Symptoms of Dementia: a Systematic Review. *PloS one*, 9(12), e115425. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0115425>
- Taylor, S. E., & Stanton, A. L. (2007). Coping Resources, Coping Process, and Mental Health. *Annual. Review of Clinical. Psychology*, 3, 377-401.
- Yaribeygi, H., Panahi, Y., Sahraei, H., Johnston, T. P., & Sahebkar, A. (2017). The Impact of Stress on Body Function: A Review. *EXCLI journal*, 16, 1057-1072.