



เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร บทความ และงานวิจัยต่าง ๆ
ที่เกี่ยวข้อง และนำมาเสนอเป็นลำดับดังนี้

มโนคติเกี่ยวกับการเพชฌภาวะวิฤต

ความหมายของภาวะวิฤต

ความหมายของการเพชฌภาวะวิฤต

ขั้นตอนการเกิดภาวะวิฤต

องค์ประกอบที่มีผลต่อการปรับคุณภาพทางอารมณ์ในบุคคล

กระบวนการเกิดภาวะวิฤต

ทรัพยากรที่ช่วยในการเพชฌภาวะวิฤต

องค์ประกอบภายนอกตัวบุคคลที่มีผลต่อการเพชฌภาวะวิฤต

วิธีการเพชฌภาวะวิฤต

การวัดการเพชฌภาวะวิฤต

ภาวะวิฤตที่เกิดจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ระบบครอบครัว

ครอบครัวในภาวะวิฤต



มโนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมภาวะวิกฤต

ความหมายของภาวะวิกฤต (Crisis)

ภาวะวิกฤต ไม่ใช่ความเจ็บป่วยทางด้านอารมณ์หรือจิตใจ เวปสเตอร์ (Webster, 1957) ได้ให้คำจำกัดความ "ภาวะวิกฤต" ว่าเป็นภาวะสาหัส (Serious) หรือตัดสินของสิ่งต่างๆ เป็นจุดที่เปลี่ยนแปลงชีวิต อาจจะเป็นการเปลี่ยนแปลงวัย เช่น วัยหนุ่มสู่วัยสูงอายุ ราพาพอร์ต (Rapaport, quoted in Patrisia, 1984) ให้ความหมายของ "ภาวะวิกฤต" ว่า "เป็นปฏิกิริยาภายในบุคคลผู้ซึ่งสนองตอบต่อเหตุการณ์ที่เต็มไปด้วยอันตราย"

บาร์เรลล์ (Barrell, 1974) กล่าวว่า "ภาวะวิกฤต" คือวิถีชีวิตหรือภาวะริบถ่านและฉุกเฉินทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ภาวะวิกฤตจะเกิดขึ้นนานๆ ครั้ง เป็นเหตุการณ์ทางด้านอารมณ์ เกิดความเครียด ถูกคุกคาม ความหายนะ ต้องตัดสินใจทันทีทันใด หรือจุดที่มีการเปลี่ยนแปลงซึ่งมีความหมายในทางลบ

มโนคติเดิมของภาวะวิกฤต ลินด์แมนและแคปแลน (Lindemann and Caplan quoted in Barrell, 1974) ได้ให้ความหมายไว้ว่าเป็นภาวะของปฏิกิริยาของแต่ละคนในสถานการณ์อันตราย ภาวะวิกฤตทำให้เสียความมั่นคง แคปแลนได้ให้ความหมายเพิ่มเติมว่า "ภาวะวิกฤต" เกิดขึ้นเมื่อ บุคคลเผชิญกับอุปสรรคที่ขัดขวางเป้าหมายชีวิตที่สำคัญในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งไม่สามารถแก้ปัญหาด้วยวิธีการธรรมดาได้ ระยะการไม่ประสาธงานจะตามมา เป็นระยะหยุดชะงัก และจะต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการแก้ปัญหา การเข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยการเจ็บป่วยวิกฤต (Critical Illness) เป็นภาวะวิกฤต (Crisis)

บลูม (Bloom, 1974) กล่าวว่า "ภาวะวิกฤต" เกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นปัจจุบันทันด่วนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งต่างจากภาวะไม่วิกฤต คือภาวะไม่วิกฤตสามารถใช้ความรู้ที่มีอยู่เดิมแก้ปัญหาได้ หรือถ้าจะให้ความหมายกว้างไกลออกไปอีก ภาวะวิกฤตอาจจะเรียกว่าเป็นการกระทำใหม่ ๆ ที่ทำทลาย และทำให้เกิดกลไกการปรับตัวแบบใหม่ พฤติกรรมใหม่ และเป็นผลให้ระดับสุขภาพจิตสูงขึ้น

มิลเลอร์ (Miller, 1987) ได้ให้คำจำกัดความ "ภาวะวิกฤต" ว่าเป็น

ประสบการณ์ของชีวิตและเหตุการณ์เฉียบพลัน ซึ่งประสบการณ์ที่เคยใช้แก้ปัญหาเดิมมี
ไม่เพียงพอที่จะแก้ไขภาวะเครียดใหม่ได้

อเกวรีรา และเมสลิก (Aguilera and Messick, 1978) อธิบายว่า
"ภาวะวิกฤต" เป็นทั้งอันตรายและโอกาสดี เพราะเมื่อเกิดภาวะวิกฤตขึ้น จะได้รับ
การช่วยเหลือหรือไม่ได้รับความช่วยเหลือ แต่บุคคลจะได้ประสบการณ์ที่ใช้เป็นแนวทางแก้
ปัญหาในอนาคต

วิจิตร บุญโยตระ (2529) กล่าวว่า คำว่า "วิกฤต" นำมาใช้กับผู้ป่วย
ที่อยู่ในสภาวะที่มีสถานการณ์คับขัน เป็นจุดวิกฤตของการเป็นโรคที่ทำให้เกิดมีอาการดีขึ้น
หรือตายได้ทันที ผู้ป่วยในสภาวะนี้มีโอกาสของความเป็นความตายได้เท่ากัน

ฮาเบอร์ (Haber อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธ์, 2528) ได้สรุปไว้ว่า
ภาวะวิกฤต คือ หัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต เป็นระยะที่มีปัญหาหรือความคับข้องใจเกิดขึ้น
โดยที่บุคคลนั้นรับรู้ปัญหาว่าเป็นสิ่งที่คุกคามต่อจุดมุ่งหมายหรือค่านิยมของชีวิตของตน และ
ไม่สามารถจะลดความคับข้องใจหรือแก้ปัญหาที่ได้นั้นได้ด้วยการใช้กลไกทางจิต หรือวิธีแก้ปัญหา
ที่ใช้อยู่ได้ อันเป็นผลให้เกิดความไม่สมดุลทางอารมณ์ซึ่งทำให้บุคคลนั้นมีความวิตกกังวลสูงมาก
ความสามารถทางสติปัญญาลดลง และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้น

คิง (King อ้างถึงใน ทศนา บุญทอง, 2531) ได้ให้ความหมายของ
"ภาวะวิกฤต" ว่า "เป็นภาวะของการสูญเสียความสมดุลทางอารมณ์" ภาวะวิกฤตเกิด
ขึ้นเมื่อบุคคลประสบปัญหาแล้วแก้ไม่ได้ เป็นภาวะของความยุ่งยากในชีวิต อย่างไรก็ตาม
ตามช่วงระยะของภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นกับบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ยังไม่ถือว่าเป็นอาการทาง
จิตประสาท ในช่วงชีวิตของคนเรานั้นอาจต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตได้หลายครั้ง แม้ว่าใน
แต่ละบุคคลโอกาสและข้อสนับสนุนที่จะทำให้เกิดปัญหามีได้มากน้อยไม่เท่ากันก็ตาม

แคนแลน (Caplan, 1971) ได้ให้ความเห็นว่าความยุ่งยากใจที่เกิดจากการ
ที่บุคคลต้องเผชิญกับปัญหา หรือความเปลี่ยนแปลงในชีวิตนั้น คนเราจะพยายามหาทางแก้ไข
เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะความสมดุลทางอารมณ์ (emotional equilibrium) โดยเร็วที่สุด
อาจจะเป็นเวลาชั่วโมงหรือเป็นวัน ๆ แล้วแต่ความซับซ้อนของตัวปัญหา และช่วงระยะเวลาที่

ความสมดุลทางอารมณ์ของบุคคลถูกรบกวนนี้ คือ "ภาวะวิกฤต" ซึ่งถือเป็นหัวเลี้ยวหัวต่อ หรือช่วงระยะเวลา "อันตราย" ที่บุคคลต้องการความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ในวิชาชีพ ตามความเห็นของแคฟแลน การเกิดภาวะวิกฤตนั้นดำเนินเป็นลำดับขั้นตอน คือบุคคลรู้สึก มีความเครียดสูงขึ้นเรื่อย ๆ มีอาการแสดงออกของความยุ่งยากลำบากใจ อารมณ์ขุ่นมัว และการปฏิบัติ หน้าที่ต่าง ๆ ของบุคคลนั้นเสียไป เช่น กินไม่ได้ นอนไม่หลับ เป็นต้น

พรจันท์ สุวรรณชาติ (2529) กล่าวว่า "ภาวะวิกฤต" เป็นเหตุการณ์ ในชีวิตที่มักเกิดขึ้นกับคนทั่วไป อาจเป็นภาวะที่ทุกคนต้องประสบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น ภาวะวิกฤตตามพัฒนาการจากวัยหนึ่งไปสู่อีกวัยหนึ่ง หรืออาจเป็นภาวะวิกฤตที่ เกิดขึ้นโดยที่ไม่รู้ล่วงหน้ามาก่อน เช่น การเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีผู้ให้คำนิยามการเผชิญภาวะเครียดหรือภาวะวิกฤตที่คล้ายคลึงกัน อีก เช่น การ์แลนด์และบูล (Garland and Bush, 1982) กล่าวว่าพฤติกรรม การเผชิญภาวะเครียดหรือภาวะวิกฤต เป็นกระบวนการที่บุคคลพยายามที่จะทำให้ภาวะ เครียดลดลงหรือขจัดภาวะเครียดและวิตกกังวลที่เกิดขึ้นออกไป ซึ่งกระบวนการนี้ประกอบด้วยพฤติกรรมที่ซ่อนเร้นและเปิดเผยหลายอย่างด้วยกัน (Covert and Overt Behaviours) และเป็นสิ่งที่บุคคลกระทำภายหลังจากที่ได้พยายามใช้กลไกการป้องกันตัว แล้วไม่สามารถ กำจัดได้ (Kalkman and Davis, 1980)

ความหมายของการเผชิญภาวะวิกฤต (Coping)

เพียร์ลีนและสกูลเลอร์ (Pearlin and Schooler, 1978)

กล่าวว่าการเผชิญภาวะวิกฤต (Coping) เป็นความพยายามด้านการรับรู้และพฤติกรรม ทำให้เกิดการบังคับ การอดทน หรือลดความต้องการภายนอกภายใน หรือความขัดแย้ง ทั้งภายนอก ภายใน และเป็นความพยายามที่จะเผชิญกับการที่จะสนอง 2 หน้าที่ใหญ่ ๆ คือ การจัดการหรือการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพสิ่งแวดล้อมของบุคคล ซึ่งเป็นแหล่ง ความเครียด คือมุ่งแก้ไขปัญหา (Problem-Focused Coping) และควบคุมอารมณ์เครียด

คือมุ่งใช้อารมณ์ (Emotional-Focused Coping)

ฟอล์คแมนและลาซารัส (Folkman and Lazarus, 1984) กล่าวว่า การเผชิญภาวะวิกฤต (Coping) เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ไม่เคยคงที่ในเรื่องความคิด และความพยายามทางด้านพฤติกรรม ในการที่จะบริหารความต้องการภายนอกและ/หรือภายใน โดยเฉพาะ ซึ่งคนต้องใช้ทรัพยากร (resource) เพิ่มขึ้น คำจำกัดความนี้มีข้อจำกัดดังนี้

1. มุ่งที่ "กระบวนการ" มากกว่า "ลักษณะ" ซึ่งจะเข้าใจได้จากคำว่า "การเปลี่ยนแปลงไม่คงที่"

2. คำจำกัดความนี้ใช้แยกความแตกต่างระหว่างการเผชิญภาวะวิกฤต และการปรับพฤติกรรมอย่างอัตโนมัติ และความต้องการในการใช้ทรัพยากรของบุคคลเพิ่มขึ้น การเผชิญภาวะวิกฤตนี้เป็นการเผชิญต่อภาวะเครียดด้านจิตใจ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงและแยกพฤติกรรมที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติออกไป

3. ปัญหาเกี่ยวกับความสับสนในเรื่องการเผชิญภาวะวิกฤตกับผลที่ได้รับ จะถูกเปลี่ยนแปลงโดยให้ความหมายคำว่า การเผชิญภาวะวิกฤตว่าเป็นความพยายามที่จะบริหารหรือจัดการ ซึ่งรวมทุกอย่างที่บุคคลทำหรือคิด โดยไม่คำนึงว่าอย่างไรหนืดหรือเลว

4. ใช้การบริหารจัดการ (manage) จะหลีกเลี่ยง ไม่เอาใจใส่กับการแก้ปัญหา (mastery) การบริหารจัดการ รวมถึงการลดการหลีกเลี่ยง การอดทน และยอมรับภาวะเครียด และความพยายามที่จะแก้ไขสิ่งแวดล้อม

มโนทัศน์เกี่ยวกับ "ภาวะวิกฤต" เกี่ยวข้องกับบุคคล (ภาวะสมดุลทางอารมณ์) กับประสบการณ์แก้ปัญหาและเหตุการณ์ที่อยู่ในภาวะอันตราย และไม่สามารถแก้ปัญหานั้นได้ด้วยวิธีการปกติที่เคยปฏิบัติมา การขาดความพอดีระหว่างเหตุการณ์และทักษะ ทำให้ขาดการประสานต่อเนื่องและขัดขวางในตัวบุคคล ทำให้ความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น เมื่อเพิ่มความวิตกกังวล ความสามารถในการที่จะเผชิญภาวะวิกฤตจะยิ่งลดลง ผลจากภาวะวิกฤตแสดงให้เห็นถึงปฏิกิริยาในตัวบุคคล และความสามารถในการเผชิญภาวะวิกฤต ไม่เพียงแต่เหตุการณ์หรือสิ่งขัดขวางเท่านั้น ถ้าหากความเครียดไม่คลายลง ความวิตกกังวลยิ่งสูงขึ้นเรื่อย ๆ ความผิดปกติทั้งทางร่างกายและจิตใจจะตามมา ภาวะเช่นนี้คือภาวะ

วิกฤตซึ่งบุคคลต้องการความช่วยเหลือ

อย่างไรก็ตามภาวะเครียดที่เกิดขึ้นในบุคคลไม่จำเป็นต้องก่อให้เกิดภาวะวิกฤตตาม มาเสมอไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความแตกต่างในแต่ละบุคคล และองค์ประกอบอื่น ๆ ที่จะช่วย ให้การแก้ปัญหาของบุคคลเป็นไปได้ดีมากขึ้นหรือไม่เท่านั้นเอง

ขั้นตอนการเกิดภาวะวิกฤต (Caplan quoted in Aguilera and Messick, 1982)

ขั้นตอนการเกิดภาวะวิกฤตสามารถแบ่งได้เป็น 4 ระยะด้วยกัน คือ

ระยะที่ 1 เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นและบุคคลรับรู้ว่ายู่ในภาวะอันตรายหรือ เสี่ยงต่ออันตราย บุคคลตกอยู่ในภาวะเครียด ความวิตกกังวลจะสูงขึ้น บุคคลจะเริ่มนำ เอาประสบการณ์แต่หนหลังมาเป็นแนวทางแก้ปัญหา หากแก้ปัญหาได้บุคคลจะคืนสู่ภาวะปกติ หากแก้ไม่ได้ก็จะเข้าสู่ระยะที่ 2

ระยะที่ 2 ความรู้สึกตึงเครียดมากขึ้น ความวิตกกังวลขึ้นยิ่งสูงขึ้น ความคิดหมกมุ่นอารมณ์ระส่ำระสาย บางคนอาจรู้สึกตกใจ ความคิดกลับไปกลับมาไม่ชัดเจน ไม่รู้จะจัดการอย่างไรกับตัวเอง บางคนรู้สึกว่าไม่เป็นตัวของตัวเองอีกต่อไป บุคคลจะ พยายามขจัดความรู้สึกยุ่งยากลำบากใจนี้ออกไป โดยบางคนจะเริ่มมองหาที่พึ่ง เช่น เพื่อน ญาติผู้ใหญ่หรือบุคคลใกล้ชิด เพื่อขอคำปรึกษาหารือ หากบุคคลได้รับคำแนะนำ ช่วยเหลือจากบุคคลดังกล่าวและปัญหาคลี่คลายลง บุคคลจะสบายใจขึ้น หากระยะที่ 2 สิ้นสุดลงก็จะเข้าสู่ระยะที่ 3

ระยะที่ 3 ความวิตกกังวลจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ บุคคลเริ่มเสียขวัญต่อเหตุ การณ์ที่เกิดขึ้นกับตน บังเกิดความคับข้องใจ บางคนอาจรู้สึกโกรธ หรือกลัว อย่างไรก็ตาม บุคคลจะพยายามระดม "พลัง" ทุกด้านที่มีอยู่ในตัวเพื่อแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่อีก ครั้ง โดย

- 3.1 พยายามค้นหาวิธีการอื่น ๆ ที่คิดว่าดีกว่าเพื่อลงมือแก้ปัญหาใหม่
- 3.2 พยายามทำความเข้าใจกับปัญหาอีกครั้งอย่างรอบคอบ

3.3 พยายามทำให้ยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น ทั้งนี้เพื่อความ
อยู่รอดหรือให้หลุดพ้นจากภาวะแห่งความรู้สึกทรมานนั้น

หากบุคคลผ่านระยะนี้ไปได้ สภาวะความสมดุลทางอารมณ์จะกลับคืนมา
หากไม่สำเร็จก็จะเข้าสู่ระยะที่ 4

ระยะที่ 4 หากความพยายามในการแก้ปัญหาในระยะแรก ๆ ไม่สำเร็จ
ความไม่สมดุลทางอารมณ์จะเพิ่มมากขึ้น ระดับความวิตกกังวลจะขึ้นถึงระดับสูงสุด บุคคล
จะเสียขวัญ การรับรู้ต่าง ๆ จะเสียไป อารมณ์และพฤติกรรมอาจเปลี่ยนไปด้วย บาง
รายอาจปรากฏในรูปซึมเศร้า หรือบางรายอาจก้าวร้าว หรืออาจปรากฏออกมาในรูป
ของอาการฟ่ายกาย อันสืบเนื่องมาจากปัญหาทางอารมณ์ เป็นต้น ภาวะเช่นนี้บุคคลควร
ได้รับการช่วยเหลือโดยเร็ว เพราะการเปลี่ยนแปลงที่เป็นอยู่นานเป็นผลกระทบต่อสุขภาพ
จิต และอาจเป็นปัญหาทางจิตประสาทได้

ภาวะวิกฤตมีระยะเวลาจำกัด และโดยทั่วไปภาวะวิกฤตจะคลี่คลายภายใน
เวลา 4 - 6 สัปดาห์ การคลี่คลายอาจออกมาในทางบวกหรือทางลบ ต่อเจ้าของปัญหา
ก็ได้ ภาวะวิกฤตมีส่วนช่วยให้บุคคลได้มีการเรียนรู้และเสริมสร้างศักยภาพในการแก้ปัญหา
ด้วยตนเอง หรือจากการช่วยเหลือของบุคคลในวิชาชีพก็ตาม จะช่วยให้บุคคลเกิดการ
เรียนรู้ เกิดทักษะในการแก้ปัญหาและจะสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ในชีวิตได้ดีขึ้น

องค์ประกอบที่มีผลต่อการปรับดุลยภาพทางอารมณ์ในบุคคล (Balancing
factors affecting equilibrium) (Ibid)

1. การรับรู้เหตุการณ์ คือการเข้าใจปัญหานั้นเอง เมื่อมีปัญหา
เกิดขึ้นหากบุคคลรับรู้ได้ตามความเป็นจริง การแก้ปัญหาก็ทำได้ตรงจุด หากรับรู้เหตุการณ์
ผิดเข้าใจปัญหาผิด ๆ การแก้ปัญหาก็ย่อมไม่สำเร็จ ความเครียดจะคงอยู่ต่อไป

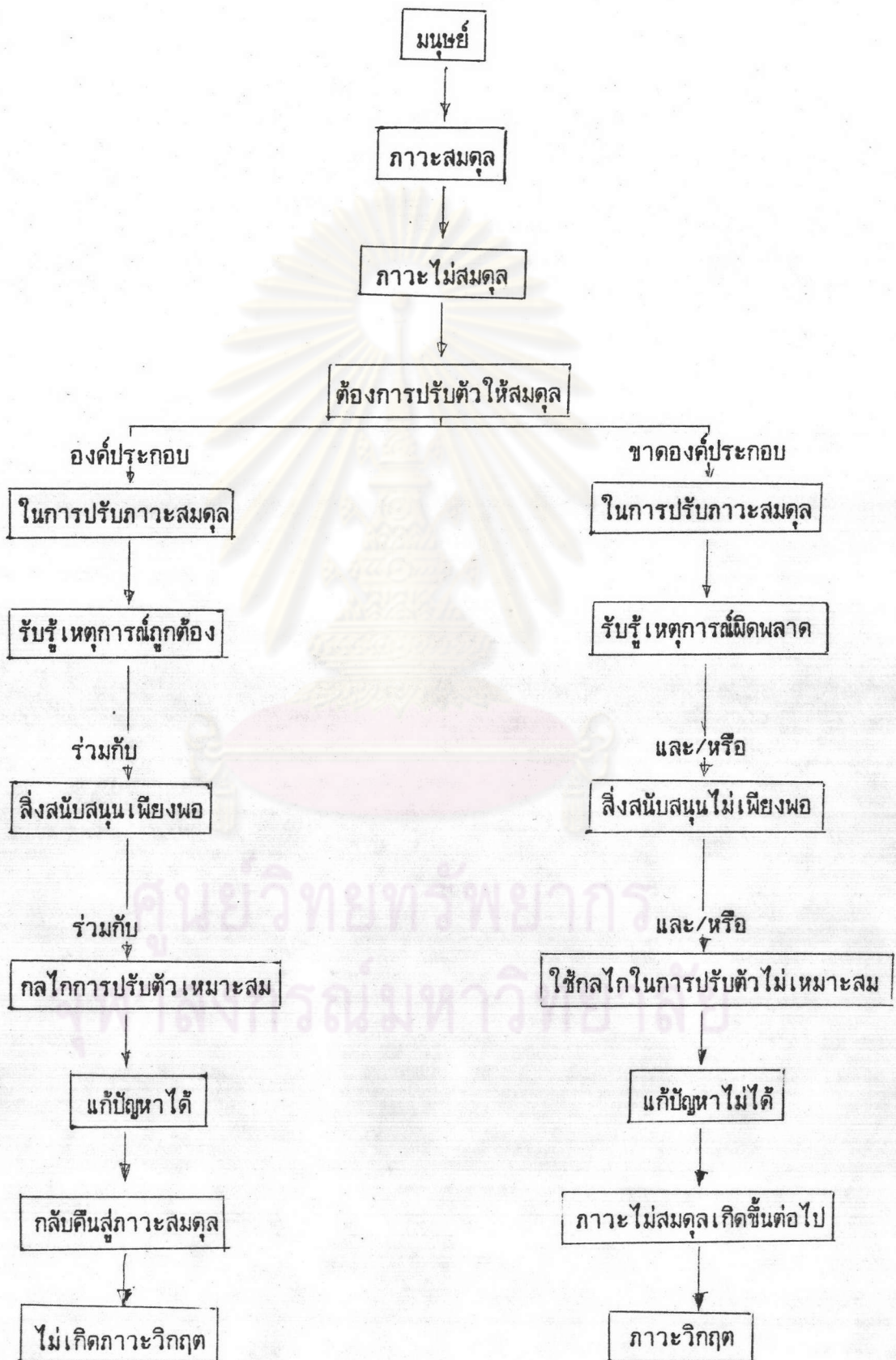
2. การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุน เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น โดยบุคคลอื่น
ที่มีความเข้าใจ อาจช่วยให้บุคคลเข้าใจปัญหาและหาวิธีแก้ได้ดีขึ้นในหลายโอกาสในทาง
ตรงกันข้าม บุคคลที่ไม่มีที่พึ่งพา ขาดเพื่อน จะมีความรู้สึกว่าเหว ความเครียดก็เพิ่มมากขึ้น

3. กลไกการปรับตัว คนเราเรียนรู้วิธีการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา ทุกด้านจากประสบการณ์ในชีวิตประจำวัน การเรียนรู้ และประสบการณ์เหล่านี้จะสะสมไปเรื่อย ๆ เมื่อชีวิตพัฒนาไปตามแต่ละวัย บุคคลจะแก้ปัญหาที่ซับซ้อนได้ดีขึ้น เมื่อมีประสบการณ์มากขึ้น

แบนดูรา (Bandura, 1977) กล่าวว่าความเข้มแข็งของความสำนึกของบุคคลเกี่ยวกับประสิทธิผลของตนเองในการแก้สถานการณ์ที่เป็นปัญหา พิจารณาที่พฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดที่เขาพยายามในครั้งแรก คนที่กลัวและหลีกเลี่ยงความเครียดและสถานการณ์ที่ถูกคุกคาม เพราะเขาเชื่อว่าเกินความสามารถของเขาที่จะเผชิญ คนที่ทำด้วยความมั่นใจในสถานการณ์เหล่านั้น เพราะเขาพิจารณาว่าสามารถจัดการได้ และคาดหวังว่าจะสำเร็จในที่สุด การรับรู้ถึงความสามารถในการแก้ปัญหา มีอิทธิพลต่อการเลือกพฤติกรรมการเผชิญภาวะวิกฤต เป็นการยืนยันทางเลือกของแต่ละคน

กลไกการเผชิญภาวะวิกฤตที่บุคคลใช้โดยทั่วไป จะปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหาขึ้น เช่น นั่งลง และพยายามคิดหรือพูดกับเพื่อน บางคนร้องไห้ออกมา หรือพยายามกำจัดความรู้สึกโกรธและมั่งร้าย โดยการสบกลาบาน เตะเก้าอี้ หรือปิดประตูเสียงดัง หรือระบายความขมขื่นกับเพื่อน ๆ บางคนก็แยกตัวจากสถานการณ์ชั่วคราว เพื่อประมาณปัญหาใหม่ เหล่านี้เป็นเพียงวิธีการเผชิญปัญหา 2 - 3 วิธี ในหลายวิธีที่คนใช้เพื่อลดความตึงเครียดและความวิตกกังวล เมื่อเผชิญกับปัญหาแต่ละอย่างเหล่านี้ เป็นประสบการณ์ที่พัฒนามาจากการใช้ในอดีตของแต่ละบุคคลและพบว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาอารมณ์ให้คงที่ และกลายเป็นส่วนหนึ่งของรูปแบบชีวิตในการที่จะพบและจัดการกับความเครียดในชีวิตประจำวัน

รูปแบบของการรักษาคุณภาพทางอารมณ์และการเกิดภาวะวิกฤต



กระบวนการเผชิญภาวะวิกฤต (Coping process)

กระบวนการเผชิญภาวะวิกฤตเป็นขั้นตอนของการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น ความเครียด มีเป้าหมายเพื่อรักษาความสมดุลระหว่างสิ่งกระตุ้นความเครียดกับความ สามารถที่จะจัดการกับสิ่งนั้น เป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยระยะเวลา ในระหว่าง กระบวนการนี้จะมีเหตุการณ์ต่าง ๆ เกิดขึ้นอย่างมีขั้นตอน ประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญ ๗ 8 ขั้นตอน (Scott, Obert and Dropkin, 1982) คือ

1. ภาวะวิกฤต (Crisis)

ภาวะวิกฤต เป็นระดับอารมณ์ที่เกิดขึ้นรุนแรง และไม่สามารถเผชิญได้โดยใช้วิธีหรือสิ่งอำนวยความสะดวกที่เคยใช้ตามปกติ เป็นสภาพความขัดแย้ง เหตุการณ์ฉุกเฉิน การเปลี่ยนแปลงในชีวิต และการเจ็บป่วยรุนแรง เป็นเหตุการณ์ที่ เต็มไปด้วยความเครียด และทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้ ภาวะเครียดเกิดจากการ มีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เมื่อบุคคลแปลความหมาย สิ่งกระตุ้น (Stimuli) ว่าเป็นอันตรายคุกคามหรือท้าทาย โดยทำ ๆ ไป สถานการณ์ ที่เป็นความเครียดทำให้บุคคลรู้สึกว่ามีคามจำเป็นต้องนำแหล่งประโยชน์ของตนมาใช้ในการ แก้ไข แหล่งประโยชน์นั้นอาจได้แก่ บุคคล สังคม ในรูปของความช่วยเหลือจาก เพื่อนหรือญาติ องค์กรเครือข่ายทางสังคม ตลอดจนทรัพยากรจากสิ่งแวดล้อม ทรัพย์สิน เงินทอง และความสามารถของตนเอง สิ่งที่ยังคับให้บุคคลต้องแก้ไขบางสิ่งบางอย่างนั้น อาจจะเป็นความกดดันทางด้านสังคม วัฒนธรรม ความกดดันที่เกิดจากจิตใจของบุคคลเอง หรือความกดดันที่เกิดจากร่างกายของบุคคล แต่โดยพื้นฐานแล้วความกดดันนั้นทำให้ ความสมดุลระหว่างความกดดันกับความสามารถที่บุคคลจะจัดการกับมัน ซึ่งเคยมีอยู่เดิมนั้น เสียไป สิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความเครียดนั้น จะแตกต่างกันไปทั้งรูปแบบและความรุนแรง ตามการรับรู้ของบุคคล เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะวิกฤตกับคนหนึ่งอาจไม่ก่อให้เกิดภาวะ วิกฤตกับคนอื่น ความสามารถที่จะทนต่อระดับความเครียดในแต่ละบุคคลนั้น ขึ้นอยู่กับ พันธุกรรมและการเสริมสร้างทางร่างกายภายหลังประสบการณ์ในอดีต ความเชื่อเกี่ยวกับตนเอง (Self-Concept) และปัจจัยอื่น ๆ

2. การประเมินสถานการณ์ (Appraisal)

เป็นขั้นตอนหนึ่งในกระบวนการเผชิญภาวะวิกฤตมีขั้นตอนที่จะต้องพิจารณาสิ่งแวดล้อมของตนเอง โดยใช้ข้อมูลต่าง ๆ เพื่อตัดสินใจ 3 ขั้นตอน คือ

การประเมินสถานการณ์ขั้นที่หนึ่ง (Primary Appraisal) คือ การที่บุคคลใช้สติ ปัญญา ความรู้ ประสบการณ์ ประเมินสถานการณ์ เพื่อตัดสินใจว่า สิ่งแวดล้อมของตนนั้น สิ่งใดไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง (Irrelevance) สิ่งใดเกี่ยวข้องกับตนเองในทางที่ดี (Benign Positive) สิ่งใดเป็นอันตรายกับตนเอง (Stressful) ถ้าการประเมินขั้นที่หนึ่ง บุคคลตัดสินใจว่าสิ่งแวดล้อมของคนนั้นมีสิ่งที่เป็นอันตรายกับตนเอง บุคคลจะต้องพิจารณาคัดสินใจด้วยว่า อันตรายนี้อยู่ระดับใดใน 3 ระดับนี้ คือ

1. จากการคาดการณ์แล้วอันตรายนั้นจะเกิดขึ้นอย่างแน่นอน ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ (Threat)
2. อันตรายนั้นได้เกิดขึ้นแล้วและสงบลงแล้ว (Harm/Loss)
3. อันตรายอาจจะเกิดขึ้นภายนอก แต่คนคาดการณ์ว่าสามารถ

จะจัดการกับสถานการณ์นั้นได้ (Challenge) จะเห็นได้ว่าการประเมินสถานการณ์ขั้นที่หนึ่งนี้ เป็นการรับรู้สถานการณ์ว่าเป็นอันตรายกับตน สถานการณ์ใดที่บุคคลรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องกับตน หรือเกี่ยวข้องกับในทางที่ดีก็ไม่ใช่ว่าสิ่งที่จะก่อให้เกิดความเครียด

ความเชื่อของบุคคลและข้อผูกมัดเป็นองค์ประกอบสำคัญที่สุดในการที่คนจะแปรเหตุการณ์ว่าเป็นสาเหตุของความเครียดหรือไม่ ความเชื่อเป็นส่วนของบุคลิกภาพหรือส่วนของวัฒนธรรม เป็นความคิดสติปัญญาที่พิจารณาเหตุการณ์ที่อาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ ส่วนข้อผูกมัด (Commitments) เป็นสิ่งแสดงถึงคุณค่าว่าอะไรเป็นสิ่งสำคัญต่อบุคคล และสนองพื้นฐานสำหรับเป็นทางเลือก กระบวนการประเมินขั้นตอนขึ้นอยู่กับอิทธิพลขององค์ประกอบทางสถานการณ์ รวมทั้งธรรมชาติของสิ่งที่ทำร้ายหรือคุกคาม ความคล้ายคลึงหรือความใหม่ของเหตุการณ์ความใกล้เข้ามาของอันตราย ระยะเวลาเวลาของเหตุการณ์ในวงจรชีวิต และความชัดเจนหรือความน่าสงสัยของผลตามที่คาดหวัง

การประเมินสถานการณ์ขั้นที่สอง (Secondary Appraisal) คือการที่บุคคลใช้สติปัญญา ความรู้ ประสบการณ์ประเมินแหล่งประโยชน์ และทางเลือกของตนเอง เพื่อที่กำจัดอันตรายจากสิ่งที่ตนได้รับรู้ว่าเป็นอันตรายแก่ตนเอง และการประเมินสถานการณ์ใหม่เพื่อทบทวนว่าการประเมินสถานการณ์ขั้นที่หนึ่งถูกต้องดีแล้วหรือไม่ พฤติกรรมเผชิญภาวะวิกฤตในการประเมินสถานการณ์ขั้นที่หนึ่งมีประสิทธิภาพหรือไม่

การประเมินแหล่งทรัพยากร (resources) และทางเลือกของตนนี้เป็นการนำความสามารถ ความช่วยเหลือ รวมทั้งทรัพย์สินที่บุคคลมีอยู่มาพิจารณาว่าสิ่งเหล่านี้สามารถจะเอื้ออำนวยให้ตนเองกระทำอย่างไรได้บ้าง เพื่อกำจัดอันตราย และการกระทำเหล่านั้นมีทางใดเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด

การประเมินซ้ำ (Reappraisal) หลังจากบุคคลได้แสดงความพยายามที่จะกำจัดอันตรายทั้งทางรูปธรรม ทางความคิดออกมาแล้ว บุคคลจะประเมินสถานการณ์ซ้ำเพื่อพิจารณาอันตรายที่ตนได้รับรู้แล้วยังมีอยู่หรือลดลง หรือได้ถูกจำกัดไปแล้วขั้นตอนนี้ถือได้ว่าเป็นการเริ่มวงจรการประเมินสถานการณ์ครั้งที่หนึ่งใหม่ได้ ถ้าผลจากการประเมินซ้ำนี้บุคคลรับรู้ว่าอันตรายยังอยู่หรือเกิดอันตรายขึ้นใหม่

นอกจากนี้ลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus and Folkman, 1980)

ได้แบ่งการประเมินสถานการณ์ออกเป็น 4 แบบ คือ

1. สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขบางอย่างได้
2. ควรยอมรับและทำตัวให้คุ้นเคยกับปัญหา
3. ควรตัดสินใจหลังจากได้ค้นคว้าข้อมูลเพิ่มเติม
4. ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขอะไรได้

จากการวิจัยของฟอล์คแมนและลาซารัส (Folkman & Lazarus, 1980)

พบว่า การประเมินสถานการณ์มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดอย่างมีนัยสำคัญ คือสถานการณ์ใดที่บุคคลประเมินว่าตนเองไม่สามารถจะเปลี่ยนแปลงแก้ไขสถานการณ์ได้แล้ว บุคคลจะใช้พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดแบบมุ่งใช้อารมณ์มากกว่าสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าสามารถจะเปลี่ยนแปลงแก้ไขบางอย่างได้ และสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าต้องค้นหา

ข้อมูลมาเพิ่มเติมเพื่อนำมาแก้ไขสถานการณ์นั้นบุคคลจะใช้พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหามากกว่า สถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้

จะเห็นได้ว่าการประเมินสถานการณ์เป็นขั้นตอนสำคัญของกระบวนการประเมินภาวะเครียดที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเผชิญภาวะวิกฤต การประเมินสถานการณ์ว่ารุนแรงเกินความเป็นจริงหรือการประเมินสถานการณ์ว่าเป็นสิ่งที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้จะทำให้บุคคลเลือกใช้พฤติกรรมเผชิญภาวะวิกฤตแบบมุ่งใช้อารมณ์มากกว่า ซึ่งหมายความว่าสถานการณ์จะไม่ได้รับการแก้ไขให้บรรเทาอันตรายลง

3. การทำงานของสมอง (Neurocognitive activation)

ในการประเมินสถานการณ์ขั้นที่หนึ่ง ขั้นที่สอง และการประเมินสถานการณ์ซ้ำแต่ละครั้ง สมองจะต้องทำงานโดยใช้ระบบต่าง ๆ ของสมอง เช่น ระบบความจำ ระบบอนุมาน และระบบอุปมาอุปไมย ทำการวิเคราะห์เชิงเหตุผลโดยการคิดแบบกระบวนการแก้ปัญหาเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการประเมินสถานการณ์แต่ละขั้นได้

4. ปฏิกริยาโต้ตอบความเครียดทางอารมณ์ (Emotional Response to Stress)

ปฏิกริยาทางอารมณ์นี้มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับการประเมินสถานการณ์อย่างมาก การรับรู้สถานการณ์แตกต่างกัน พบว่าทำให้มีอารมณ์เกิดขึ้นในตัวบุคคลแตกต่างกันและพบว่าอารมณ์ต่าง ๆ นี้มีความสัมพันธ์กับการใช้กลไกทางจิต และพฤติกรรมอื่น ๆ ที่ตามมา เช่น อารมณ์เศร้าจะมีความสัมพันธ์กับการใช้กลไกทางจิตแบบชดเชย (Compensation) และจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมค้นหาสิ่งที่จะทดแทนการสูญเสียของตนเองได้ เป็นต้น

ภายหลังการประเมินสถานการณ์ขั้นที่หนึ่ง ปฏิกริยาทางอารมณ์จะเป็นแบบทั่ว ๆ ไป ได้แก่ ความวิตกกังวล เมื่อเวลาผ่านไปบุคคลได้พิจารณาสถานการณ์และได้ประเมินสถานการณ์ครั้งที่สอง ปฏิกริยาทางอารมณ์จะเปลี่ยนไปเป็นแบบที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น เช่น ความโกรธ ความกลัว การคาดการณ์สถานการณ์ เมื่อบุคคลได้ประเมินสถานการณ์นี้เข้าถึงประสิทธิภาพของพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดของตนแล้ว ปฏิกริยาทางอารมณ์นี้จะเปลี่ยนแปลงเป็นทัศนคติได้

5. ปฏิกริยาโต้ตอบความเครียดทางร่างกาย (physiological Response to Stress)

ปฏิกริยาทางร่างกายต่อความเครียดจะเกิดขึ้นพร้อม ๆ กับปฏิกริยาทางอารมณ์ และมีความสัมพันธ์กับปฏิกริยาทางอารมณ์ด้วย ปฏิกริยาทางร่างกายที่เกิดขึ้นมี 3 ขั้นตอน คือ

1. ระบบต่อมไร้ท่อถูกกระตุ้น
2. ระบบประสาทซิมพาเทติกถูกกระตุ้น
3. อวัยวะเป้าหมายมีปฏิกริยา

ภายหลังการประเมินสถานการณ์ขั้นที่หนึ่ง ปฏิกริยาทางร่างกายจะเป็นแบบทั่วๆ ไป คือ ต่อมพิทูอิทารีและต่อมหมวกไตจะทำงานมากขึ้น แต่ภายหลังการประเมินสถานการณ์ขั้นที่สอง และการประเมินสถานการณ์ซ้ำ ปฏิกริยาทางร่างกายจะเป็นผลรวมของการที่ฮอร์โมนทั้งหมดถูกกระตุ้น ระบบประสาทถูกกระตุ้น และอวัยวะเป้าหมายที่ถูกกระตุ้นจะมากขึ้น

6. ปฏิกริยาโต้ตอบความเครียดทางพฤติกรรม (Behavioral Response)

หมายถึง พฤติกรรมทั้งหมดของบุคคลที่สังเกตได้ หรือบุคคลรายงานออกมาได้ อาจจะเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นขณะสมองกำลังทำงาน เกิดขึ้นจากปฏิกริยาโต้ตอบความเครียดทางร่างกายเกิดขึ้นจากปฏิกริยาโต้ตอบความเครียดทางอารมณ์ หรือเป็นพฤติกรรมซึ่งเกิดจากการเลือกหนทางที่ดีที่สุดในการแก้ไขอันตรายได้

7. การเผชิญภาวะวิกฤต

พฤติกรรมการเผชิญภาวะวิกฤตเป็นตัวเชื่อมระหว่างผลกระทบของสิ่งกระตุ้นภาวะวิกฤตกับการปรับตัวได้ (Adaptation) พฤติกรรมเผชิญภาวะวิกฤตทั้งหมดประกอบด้วยพฤติกรรมที่มีอิทธิพลมาจากการใช้สติปัญญาไตร่ตรอง ปฏิกริยาโต้ตอบภาวะวิกฤตทางอารมณ์และปฏิกริยาโต้ตอบภาวะวิกฤตทางร่างกาย ทั้งสามส่วนนี้มีปฏิสัมพันธ์กัน (Interaction) จึงได้แสดงออกมาเป็นพฤติกรรมเผชิญภาวะวิกฤต

พฤติกรรมเผชิญภาวะวิกฤต คือพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย 2 ประการ คือ พฤติกรรมที่แสดงออกโดยมีเป้าหมายที่จะทำให้สิ่งกระตุ้นภาวะวิกฤตหมดไป

และพฤติกรรมหรือความคิดหรือความรู้สึกที่มีเป้าหมาย จะรักษาความมั่นคงของตนเองไว้ (Integrity) ด้วยการพยายามควบคุมปฏิกิริยาทางร่างกายและทางอารมณ์ได้ การจะรู้ว่าพฤติกรรมใดประสบผลสำเร็จหรือไม่จำเป็นต้องอาศัยระยะเวลาช่วงหนึ่ง

8. การปรับตัวได้ (Adaptation)

การปรับตัวได้ คือผลลัพธ์ (Result) ของความพยายามที่จะรักษาความมั่นคงของตนเองไว้ได้ ด้วยการสามารถสร้างสมดุลระหว่างแรงกดดันกับความสามารถที่จะจัดการกับแรงกดดันนั้นไว้ได้ ผลลัพธ์ที่ถือว่าเป็นการปรับตัวได้อาจจะได้แก่ การสามารถลดความฉุนเฉียวที่เกิดกับร่างกายให้เหลือน้อยที่สุดได้ การที่สามารถหาความสมดุลทางการเงินในการใช้จ่าย เช่น สามารถหาเงินพอกับค่าใช้จ่าย หาทรัพย์สินมาใช้จ่ายได้ การมีความสามารถที่จะพิจารณาสิ่งแวดล้อมแล้วดัดแปลงให้เหมาะสมกับตนเองได้ การมีความเจริญงอกงามทางปัญญา มีการเรียนรู้ใหม่ ๆ หรือการสามารถประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย

ทรัพยากรที่ช่วยในการเผชิญปัญหาหรือเผชิญภาวะวิกฤต (Coping Resources)

(Folkman and Lazarus, 1984)

ทรัพยากรการเผชิญภาวะวิกฤตเป็นสิ่งที่คู่ชีวิตหรือผู้ที่เผชิญปัญหา ดึงมาใช้เพื่อจัดการกับภาวะวิกฤต ประเมินจากความรู้สึก ความคิด คือมุ่งที่การประเมินสถานการณ์ขั้นที่หนึ่ง (primary appraisal) ซึ่งเป็นคุณสมบัติของคนและสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจว่าสิ่งใดสำคัญในการที่เผชิญหน้ากับปัญหา ในการประเมินสถานการณ์ขั้นที่ 2 (secondary appraisal) เป็นการถามตนเองว่า "ฉันสามารถทำอะไรได้บ้าง" การที่บุคคลจะเผชิญปัญหาได้ขึ้นอยู่กับแหล่งทรัพยากรที่สามารถจัดหาได้ และสิ่งที่เป็นอุปสรรคขัดขวางการใช้ทรัพยากรเหล่านี้

กล่าวกันว่า บุคคลเป็นทรัพยากรที่มีค่ามาก หมายความว่าทุกคนมีแหล่งทรัพยากรมากมาย และสามารถใช้เวลาว่างในการหาหนทางใช้ทรัพยากรเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ ทรัพยากรคือ สิ่งที่จะดึงมาใช้ อาจเป็นเงิน เครื่องมือต่าง ๆ

คนช่วยเหลือและทักษะเกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ

แอนโทโนสกี (Antonovsky, 1979) เรียกสิ่งอำนวยความสะดวกซึ่งใช้จัดการกับความเครียดว่า "ทรัพยากรในการต่อต้านทั่วไป" (generalized resistance resources) สิ่งเหล่านี้อาจเป็นทางด้านกายภาพ วิชาเคมี วัสดุสิ่งของที่สร้างขึ้น ความคิด อารมณ์ ทักษะ ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล และสิ่งแวดล้อมของชุมชนขนาดใหญ่ แอนโทโนสกีได้จัดการเผชิญปัญหาเป็นทรัพยากรที่ต่อต้าน แต่ลาซารัสเห็นว่าทรัพยากรเป็นกระบวนการที่เกิดจากทรัพยากร แอนโทโนสกีเห็นว่าทรัพยากรเป็นตัวลดความเครียด แต่ลาซารัสเห็นว่าทรัพยากรเป็นองค์ประกอบที่ต้องมาก่อนและมีอิทธิพลในการเผชิญปัญหา

ทรัพยากรที่คนจะดึงมาใช้เพื่อเผชิญกับความต้องการในชีวิตประจำวันมีมากมาย ไม่สามารถลอกเลียนมาใช้ได้ทั้งหมด แต่ในที่นี้จะรวมทรัพยากรเป็นหมวดใหญ่ ๆ และจะให้รายละเอียดในหลาย ๆ มิติของทรัพยากรที่ใช้ในการเผชิญปัญหา โดยพิจารณาถึงทรัพยากรที่เป็นคุณสมบัติขั้นต้นของบุคคล ได้แก่

1. ภาวะสุขภาพ (Health) เป็นทรัพยากรด้านร่างกาย (Physical resource)

2. ความเชื่ออำนาจภายในตน (Internal locus of control)

เป็นทรัพยากรด้านจิตใจ

3. ทักษะการแก้ปัญหา (Problem-solving skill) เป็นเรื่อง
ของสมรรถนะ (Competencies)

4. ทักษะทางสังคม (Social skill) เป็นเรื่องของสมรรถนะ
(Competencies)

5. การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เป็นทรัพยากร
ทางสังคม (Social resources)

6. แหล่งประโยชน์ทางด้านวัตถุ (Material resources)

1. สุขภาพและพลังงาน บุคคลที่เจ็บป่วย อ่อนเพลีย อ่อนแรง จะมีพลังงาน

ในการเผชิญภาวะวิกฤตได้น้อยกว่าบุคคลที่มีสุขภาพแข็งแรง เรื่องความสำคัญของสุขภาพ และพลังงานในการเผชิญภาวะวิกฤต มีผู้ศึกษาไว้มากมาย เช่น บัลแมนและวอร์ทแมน (Bulman and Wortmen, 1977) ดิมสเดล (Dimsdale, 1974) (Hamburg and Adams, 1967) แฮมเบอร์กและคณะ (Hamburd et al., 1953) วิสอทสกี และคณะ (Visotsky et al., 1961) ได้ชี้แนะว่าคนสุขภาพดีสามารถเผชิญกับสิ่งแปลกใหม่ได้ดีกว่าคนสุขภาพไม่ดีและพลังงานน้อย ดังนั้นสุขภาพและพลังงานจึงเป็นสิ่ง อำนวยความสะดวกให้การเผชิญภาวะวิกฤตมีประสิทธิภาพอย่างแน่นอน ในคนเจ็บป่วย และขาดพลังงานจะสามารถเผชิญภาวะวิกฤตให้มีประสิทธิภาพได้เมื่อมีหลักอื่นให้ยึดมากพอ คนที่มีสุขภาพดี (good health) คือผู้ที่มีสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ปกติ (normal health) ซึ่งอาจจะเป็นลักษณะสุขภาพประมาณร้อยละ 90 ของคนโดยทั่วไป อย่างไรก็ตาม สุขภาพดี นี้เป็นที่ยอมรับกันว่าคงไม่ใช่สุขภาพสูงสุด (optimal health) อย่างแน่นอน

เนื่องจากสุขภาพดีนั้นเป็นระดับสุขภาพที่มีนิสัย (range) กว้างมาก จึงทำให้คน ที่มีสุขภาพดีอาจมีภาวะทางสุขภาพไม่เท่ากันได้ แต่สิ่งสำคัญที่สุดก็คือบุคคลที่มีสุขภาพดีจะต้อง แสดงออกซึ่งความมีชีวิตชีวาของสภาพร่างกายที่สังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน (สุขภาพทางกาย) พร้อมทั้งสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับเหตุการณ์และสิ่งแวดล้อมได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม (สุขภาพทางจิต) เพราะเหตุว่า คุณสมบัติทั้งสองประการนี้เป็นองค์ประกอบที่พึงประสงค์ อย่างยิ่งของความเป็นผู้มีสุขภาพดี

โดยทั่วไปผู้ที่มีสุขภาพดีหรือสุขภาพปกติควรมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บและความพิการหรือความผิดปกติต่าง ๆ พร้อมทั้ง ยังมีความต้านทานโรคอีกด้วย ข้อนี้นับเป็นสิ่งแรกที่สำคัญของผู้มีสุขภาพดี แต่ผู้ที่มีความผิดปกติ เล็กน้อยซึ่งไม่มีทางแก้ไขก็จัดว่ามีสุขภาพดีได้
2. ไม่มีความรู้สึกวิตกกังวลในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเนื่องจากไม่มีส่วนใด ส่วนหนึ่งของร่างกายผิดปกติ จึงไม่รู้สึกกังวลใจ แต่ไม่ได้หมายความว่าไม่สนใจใยดีกับ ร่างกาย เพราะนั่นแสดงถึงทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง
3. มีจิตใจแจ่มใสร่าเริงอยู่เสมอและมองโลกในแง่ดี รู้สึกสุขภาพสบายใจ

ไม่วิตกกังวลหรือหนักอกหนักใจ

4. มีกำลังวังชาแข็งแรงเพียงพอกับการที่จะดำเนินภารกิจในชีวิตประจำวันได้อย่างสะดวกสบาย ไม่ถึงกับต้องเป็นนักกล้ามมีกล้ามเนื้อขึ้นเป็นมัด ๆ เพียงร่างกายสามารถทำหน้าที่ได้ตามความประสงค์ก็นับว่าพอแล้ว เน้นความสามารถในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ (physiological fitness) มากกว่าสมรรถภาพทางกาย (physical fitness)

5. มีความรู้สึกสนุกและเพลิดเพลินอยู่กับการดำเนินชีวิต รู้สึกพอใจและสนุกสนานในการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการเรียน การเล่น การทำงาน การพักผ่อนหรือนันทนาการก็ตาม แม้จะเหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้าจากภารกิจในชีวิตประจำวัน แต่ก็รู้สึกสนุกและเพลิดเพลินไม่ย่อหย่อนท้อถอย

6. มีความรู้สึกผ่อนคลาย สบายใจ ไร้กังวล ไม่เคร่งเครียดแสดงว่าสามารถปรับตัวให้เข้ากับปัญหาและความต้องการ หรือเหตุการณ์และสิ่งแวดล้อมโดยทั่วไปได้ดี แม้จะมีความสับสนและ เคร่งเครียดอยู่บ้าง แต่ก็เพียงชั่วคราวชั่วยาม แล้วก็จางหายไปได้ในที่สุด

7. มีความรู้สึกอยากรับประทานอาหารรู้สึกอยากรับประทานอาหารเมื่อถึงเวลา ไม่ใช่รู้สึกอยากรับประทานพร่ำเพรื่อหรือเบื่ออาหาร มีสุขนิสัยที่ดีในการรับประทานอาหาร รู้จักเลือกรับประทานอาหารที่ดีมีประโยชน์

8. มีความเจริญเติบโตสมกับวัยและมีสภาพร่างกายที่เหมาะสม น้ำหนักและส่วนสูง อยู่ในเกณฑ์ปกติไม่มากหรือน้อยจนเกินไป หรือน้ำหนักตัวขึ้นๆลงๆสภาพร่างกายสะอาดสมบูรณ์ ผิวหนังมีเลือดฝาดดี ลูกนัยน์ตามีสีขาวสดใส เล็บสีชมพู เส้นผมอ่อนสลวยสวยงาม

9. สามารถพักผ่อนนอนหลับได้อย่างเพียงพอความสามารถในการนอนหลับได้ดีนั้น นอกจากจะแสดงถึงลักษณะของผู้มีสุขภาพดีแล้ว ยังนับว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยให้ผู้นั้น สุขภาพปกติต่อไปได้อีกนาน หลังจากนอนไปตลอดทั้งคืนแล้วจะตื่นขึ้นมาด้วยความกระปรี้กระเปร่า และสดชื่นพร้อมที่จะเผชิญภารกิจในชีวิตประจำวันต่อไปได้อย่างสบาย

10. มีอารมณ์สดชื่นและมั่นคง มีบุคลิกภาพทางอารมณ์สมกับวัย โกรธยากแต่หายโกรธง่าย ไม่โมโหร้ายหรือทำอะไรแบบเด็ก ๆ (child behavior) พร้อมทั้งจะเผชิญกับความคับข้องใจและปัญหายุ่งยากในชีวิตได้อย่างไม่วิตกกังวล (แสดงถึงการปรับตัวที่ดี)

ลาฟเฟรย์ (Laffrey, 1988) ได้สร้างมาตรวัดการรับรู้เกี่ยวกับมโนคติของ
สุขภาพ (Laffrey Health Conception Scale) โดยวิเคราะห์แยกตัวประกอบ
ออกเป็น 4 มิติ คือ

1. มโนคติของสุขภาพทางด้านคลินิก (Clinical health
Conception) หมายถึง ภาวะที่ปราศจากโรค ความเจ็บป่วย หรืออาการแสดง
จะวัดในเรื่องต่อไปนี้

- 1.1 ปราศจากอาการและอาการแสดง
- 1.2 ไม่ต้องการบริการจากแพทย์
- 1.3 ไม่ต้องอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์เนื่องจากความเจ็บป่วย
- 1.4 ไม่ต้องใช้ยาเนื่องจากความเจ็บป่วย
- 1.5 ไม่เจ็บป่วย
- 1.6 ไม่มีภาวะไร้สมรรถนะทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์

2. มโนคติของสุขภาพทางด้านการทำงานที่และบทบาท (Functional/
role performance health conception) หมายถึง การที่คนสามารถทำหน้าที่
ตามบทบาทปกติด้วยความพึงพอใจ หรือตามระดับที่คาดหวัง รวมทั้งความพึงพอใจใน
บทบาทของสามี บิดา ภรรยา มารดา ลูกจ้าง นักเรียน เพื่อน เป็นต้น จะวัด
ในเรื่องต่อไปนี้

- 2.1 รับผิดชอบหน้าที่ประจำวันได้เต็มที่
- 2.2 สามารถทำในสิ่งที่ต้องการทำ
- 2.3 สามารถทำหน้าที่ได้ตามระดับที่คาดหวัง
- 2.4 รับผิดชอบหน้าที่ประจำวันได้เต็มที่
- 2.5 ทำหน้าที่ตามปกติในชีวิตประจำวันได้
- 2.6 รับผิดชอบบทบาทได้เต็มที่
- 2.7 กระทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามระดับที่คาดหวัง

3. มโนคติของสุขภาพทางด้านปรับตัว (Adaptation health



Conception) หมายถึง ความสามารถในการปรับตัว ยืดหยุ่นต่อการเปลี่ยนแปลง สถานการณ์ เป็นความสามารถในการปรับตัว ให้เข้ากับความคิดในสิ่งแวดล้อม เพื่อรักษาดุลยภาพของชีวิตได้ จะวัดในเรื่องต่อไปนี้

- 3.1 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในสิ่งแวดล้อมได้
 - 3.2 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตประจำวันได้
 - 3.3 เผชิญต่อเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้
 - 3.4 เปลี่ยนแปลงและปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมได้
 - 3.5 ปรับตัวให้เข้ากับสภาพที่เป็นจริงได้
 - 3.6 เผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในสิ่งแวดล้อม
 - 3.7 ไม่ท้อถอยในการปฏิบัติภารกิจประจำวัน
4. มโนคติของสุขภาพทางด้านความสำเร็จสูงสุดในชีวิต

(Eudaimonistic health Conception) หมายถึง การปรับตัวต่อความสำเร็จตาม ศักยภาพในระดับสูงสุดของแต่ละคน จะวัดในเรื่องต่อไปนี้

- 4.1 รู้สึกสดชื่น ร่าเริง แจ่มใส
- 4.2 ปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวันได้ตามระดับที่คาดหวัง
- 4.3 ปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวันด้วยความกระตือรือร้น
- 4.4 สามารถระบายความเครียดได้
- 4.5 คิดว่าชีวิตตนเองประสบความสำเร็จตามระดับที่คาดหวัง
- 4.6 สามารถทำในสิ่งที่ต้องกระทำได้
- 4.7 จิตใจและหน้าที่ร่างกายอยู่ในระดับสูงสุด

2. ความเชื่ออำนาจภายในตน เป็นทรัพยากรทางด้านจิตใจที่มีความสำคัญ มากในการเผชิญภาวะวิกฤต ความเชื่อมีอิทธิพลโดยตรงต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ทำให้บุคคล ประพฤติปฏิบัติตามสิ่งที่ตนเชื่อนั้น ทั้งๆที่ความเชื่อนั้น อาจไม่ได้ตั้งอยู่บนพื้นฐาน ความเป็นจริงก็ได้ ความเชื่อยังมีอิทธิพลต่อการควบคุมตนเองของบุคคล เมื่อต้องเผชิญกับ

เหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งด้านดีและด้านร้ายอีกด้วย การที่บุคคลประสบเหตุการณ์ในชีวิตเหมือนกัน แต่เผชิญปัญหาต่างกันเนื่องมาจากความคิด ประสบการณ์ และความเชื่อของแต่ละคนซึ่งมีอำนาจในการควบคุมตนเอง ให้ประพฤติกรรมปฏิบัติในลักษณะแตกต่างกันออกไป ความเชื่อซึ่งมีอิทธิพลเช่นนี้เรียกว่า "ความเชื่อในการควบคุมตนเอง" (Locus of Control) ความเชื่อในการควบคุมตนเองจึงเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพของมนุษย์ นักจิตวิทยาได้แบ่งประเภทของความเชื่ออำนาจการควบคุมตนเองออกตามลักษณะที่บุคคลรับรู้ต่อผลการตอบแทนของการกระทำของบุคคลนั้น ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะดังนี้

2.1 ความเชื่ออำนาจภายในตน (Internal Locus of Control)

เป็นความเชื่อหรือการรับรู้ว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนนั้น เป็นผลมาจากการกระทำหรือความสามารถของตนเอง ความเชื่ออำนาจภายในตน จะนำไปสู่การประเมินที่มีความหวัง เป็นตัวสนับสนุนให้การเผชิญภาวะวิกฤตมุ่งไปที่การแก้ปัญหา (Problem-focused coping) หรือเป็นความเชื่อในทางบวก

2.2 ความเชื่ออำนาจภายนอกตน (External Locus of Control)

เป็นความเชื่อที่บุคคลรับรู้ว่ามีสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนนั้นเป็นผลมาจากอิทธิพลภายนอกตนที่ไม่สามารถควบคุมได้เช่น โชคกลางเคราะห์กรรม อำนาจเหนือธรรมชาติหรืออำนาจของผู้อื่น ความเชื่ออำนาจภายนอกตน จะนำไปสู่การประเมินสถานการณ์ที่ไร้ความหวัง ซึ่งเป็นตัวขัดขวางให้การเผชิญภาวะวิกฤตไม่ได้มุ่งไปที่การแก้ปัญหา (problem-focused coping) ซึ่งเป็นความเชื่อในทางลบ (Lazarus and Folkman, 1984)

คนที่เชื่ออำนาจภายในตน เมื่อประสบเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะเครียดจะพยายามค้นหาข้อเท็จจริง และแก้ไขสถานการณ์นั้นในขณะที่ผู้มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนจะยอมรับเหตุการณ์โดยไม่คิดจะแก้ไข (Ray, 1982) บุคคลที่สามารถเผชิญต่อภาวะการเจ็บป่วย อุบัติเหตุ ตลอดจนภาวะวิกฤตต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม แก้ไขสถานการณ์เหล่านั้นได้อย่างมีเหตุผล สามารถปรับตัวได้ดี มักจะเป็นบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูง (Murray and Huelskooter, 1983 อ้างถึงใน กรรณิการ์ กันชะรักษา, 2529) และได้มีการศึกษายืนยันว่าผู้มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนใช้เวลาอยู่ในหน่วยอภิบาล

โรคหัวใจมากกว่าผู้ป่วยที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน (ทัศนาศูนย์ทอง, 2531) ดังนั้น ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนจะมีความสัมพันธ์กับการเผชิญภาวะวิกฤต

3. ทักษะในการแก้ปัญหา ทักษะในการแก้ปัญหาเป็นทรัพยากรที่สำคัญในการเผชิญภาวะวิกฤต ทักษะในการแก้ปัญหา รวมถึงความสามารถในการหาข้อมูล การวิเคราะห์สถานการณ์สำหรับระบุตัวปัญหาเพื่อพิจารณาการปฏิบัติ ลองหาวิธีการที่จะปฏิบัติและพิจารณากิจผลร่วมที่จะได้มา และเลือกใช้แผนการปฏิบัติที่เหมาะสม (Janis 1974, Janis and Mann, 1977) สำหรับบุคคลทั่ว ๆ ไปกระบวนการแก้ปัญหาที่ซับซ้อนโดยสรุปความคิดให้แคบลง ถึงแม้ว่าการแก้ปัญหามองการเปลี่ยนแปลงความคิด จินตนาการหรือต้องสรุปปัญหาที่สำคัญเข้าด้วยกัน แต่การกระทำจะต้องเป็นบทบาทในภาวะวิกฤต (Atkinson and Hilgard, 1981) การแก้ปัญหามองการกระทำที่ต้องอาศัยสติปัญญาและการคิดรวมทั้งรูปแบบของพฤติกรรมที่ซับซ้อนต่างๆเป็นจำนวนมาก การแก้ปัญหาและการคิดมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด เราอาจจะไม่สามารถแก้ปัญหาได้ ถ้าขาดการฝึกฝน หรือเราอาจจะไม่สามารถแก้ปัญหาได้ถ้าปราศจากการคิด การคิดจะเกิดขึ้นเมื่อมีความสับสนวุ่นวายสงสัยหรือเกิดความคับข้องใจ ต่อจากนั้นจะเกิดพฤติกรรมต่าง ๆ ขึ้นเพื่อค้นหาวิธีการแก้ปัญหาหรือเพื่อขจัดสิ่งที่สงสัยนั้น ตัวอย่างเช่นคนที่ขับรถยนต์ไปทำงานตามปกติทุกวันจะถือว่าเป็นนิสัย แต่ถ้าวันใดรถยนต์เกิดเสีย เครื่องดับ เขาจึงจะเริ่มคิดว่า "รถเสียตรงไหน?" "จะอย่างไรดี?" จึงสรุปได้ว่าคนจะคิดเมื่อเขาเผชิญกับปัญหาที่จะต้องเผชิญนั่นเอง (ประสาธน์ อิศรปริดา, 2523)

โดยทั่วไปทักษะเป็นนามธรรม จะแสดงออกในรูปของการกระทำเฉพาะอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น การเปลี่ยนยางล้อรถยนต์ การแสดงบทบาทเป็นนายจ้างในอนาคต การเตรียมตัวสอบ เป็นต้น ผู้เขียนบางคนให้แนวคิดทักษะกว้างมาก เช่น การจัดการกับข้อขัดแย้งในทางศีลธรรม (moral dilemma) (Schawartz, 1970) สถานการณ์ฉุกเฉิน ความขัดแย้งเกี่ยวกับบทบาท หรือความขัดแย้งเกี่ยวกับการแต่งงาน ทักษะในการแก้ปัญหาเป็นประสบการณ์ที่กว้าง เป็นการเก็บความรู้ ตลอดจนความสามารถ

ใช้ความคิด สติปัญญา และความสามารถในการควบคุมตนเอง (Rosenbaum, 1980a b. in press) ส่วนกาเย่(Gange' อ้างถึงใน ประสาท อิศรปริดา, 2523) กล่าวว่า การแก้ปัญหาเป็นเหตุการณ์ชุดหนึ่งที่มีมนุษย์ใช้หลักการต่างๆ เป็นแนวทางเพื่อบรรลุเป้าประสงค์บางอย่าง เมื่อแก้ปัญหาได้ความสามารถของบุคคลก็เปลี่ยนแปลงไป คือเพิ่มพูนหลักการในการแก้ปัญหา ทักษะในการแก้ปัญหา จึงเป็นทรัพยากรที่สำคัญในการเผชิญภาวะวิกฤต การวัดทักษะในการแก้ปัญหา จึงต้องวัดเป็นสถานการณ์ที่เร่งด่วน ต้องตัดสินใจอย่างกระตือรือร้นของเหตุการณ์ชุดใดชุดหนึ่งโดยบุคคลที่มีทักษะในการแก้ปัญหา จะต้องสามารถระบุตัวปัญหา สาเหตุของปัญหา จุดมุ่งหมายของการแก้ปัญหา และกำหนดแนวทางในการแก้ปัญหาได้ (วีระพล สุวรรณันต์, 2525)

4. ทักษะทางสังคม เป็นทรัพยากรในการเผชิญภาวะวิกฤตที่สำคัญเนื่องจากมนุษย์ต้องปรับตัวตามบทบาทหน้าที่ทางสังคมที่ขยายกว้างออกไป หมายถึงความสามารถในการติดต่อสื่อสาร และการปฏิบัติต่อกันอื่น ๆ เหมาะสมกับสังคม ทักษะทางสังคมอำนวยความสะดวกในการแก้ปัญหา การร่วมปฏิบัติกับคนอื่น ๆ เพื่อเพิ่มความร่วมมือหรือการสนับสนุน และโดยทั่วไปเป็นการควบคุมการปฏิสัมพันธ์ในสังคม

แฮสเซลท์ (Hasselt et al. quoted in Hargie and Mc Cartan, 1986) ได้ระบุคำจำกัดความของทักษะทางสังคมออกเป็น 3 ลักษณะ คือ

4.1 ทักษะทางสังคมเป็นสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจง ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ชนบทธรรมเนียมประเพณี เช่น การสบตาดานาน ๆ บอกถึงความรักและสัมพันธ์ภาพอย่างซาบซึ้งในหนุ่มสาวหรืออาจจะนำไปสู่การทำร้ายร่างกายกันระหว่างผู้ชายสองคน

4.2 สัมพันธภาพจะมีประสิทธิภาพหรือไม่ พิจารณาจากพื้นฐานการสนองตอบที่บุคคลแสดงออกทั้งการพูด (Verbal) และการแสดงออก (non verbal) การสนองตอบนี้ทำให้เกิดการเรียนรู้หรือล้มเหลวในการเรียนรู้ทักษะทางสังคม ซึ่งอาจเนื่องมาจากสังคมไม่เพียงพอ

4.3 บทบาทของบุคคลอื่นก็มีความสำคัญ สัมพันธภาพที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงความสามารถในการกระทำที่ไม่เป็นการทำร้ายผู้อื่น (ทั้งคำพูดหรือร่างกาย)



ฮาร์จี (Hargie, 1986) ได้เสนอคำจำกัดความของทักษะทางสังคมที่มี
รายละเอียด 6 ด้าน คือ

1. ทักษะทางสังคมที่ปฏิบัติโดยมุ่งไปที่เป้าหมาย (goal-directed) และโดยตั้งใจ เป็นการปฏิบัติเพื่อให้ได้รับผลสำเร็จตามที่ต้องการ และเป็นการปฏิบัติอย่างมีเป้าหมาย เป้าหมายอาจอยู่ในจิตใจได้สำนึกในระหว่างการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งเป็นการกระทำที่เกิดจากทักษะ เช่น นักว่ายน้ำที่ฝึกฝนเพื่อให้ว่ายน้ำได้เร็วขึ้น แต่ไม่ได้พูดหรือคิดว่า "มันจะว่ายน้ำให้เร็วขึ้น"

2. ทักษะทางสังคมในพจน์ของการปฏิบัติทางสังคม (Social behaviours) ซึ่งสังเกตได้ชัดเจน เช่น คนที่แต่งตัวไม่ทันสมัย จะถูกตัดสินว่าสังคมไม่เพียงพอ แต่จะยึดทฤษฎีใดที่จะบอกว่าทำอย่างไรจึงเรียกว่าดี จึงเป็นเรื่องยาก ดังนั้นการปฏิบัติจริงจึงเป็นลักษณะการกระทำอย่างมีทักษะ ลักษณะการปฏิบัติอย่างมีทักษะได้มีการจัดลำดับขั้นตอนจากต่ำไปสูง และมีความสอดคล้องกับสิ่งที่ใหญ่กว่า (เช่น การสัมภาษณ์) การประกอบของหน่วยเล็ก ๆ (เช่น การนั่งที่เหมาะสม การใช้สายตา การตอบคำถาม เป็นต้น)

3. การปฏิบัติต้องเหมาะสมกับสถานการณ์ (Situationaly appropriate) เช่น รู้ว่าจะร้องเพลงเมื่อไร จะคุยตลกเมื่อไร คือไม่พูดในสิ่งที่ถูกแต่ผิดเวลา ("say the right at the wrong time") รวมถึงการรู้ว่าจะทำอะไรเหมาะกับสถานการณ์อย่างไร เช่น นักฟุตบอลไม่เล่นฟุตบอลขณะฝนตก ลมแรง และต้องปรับตัวกับสถานการณ์ใหม่ได้ด้วย

4. ประกอบด้วยจำนวนของความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (Inter-related) ของการปฏิบัติทางสังคม เพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมาย บางคนแบ่งรางวัลให้คนอื่นโดยการยิ้ม ก้มศีรษะ หรือใช้คำพูดที่เหมาะสม เช่น "น่าสนใจจริง ๆ" เปรียบเสมือนคนขับรถที่ใช้ ครัช เร่งความเร็วและใช้เกียร์ที่สัมพันธ์กัน

5. ทักษะทางสังคมประกอบด้วยพฤติกรรม/การเรียนรู้ (learned behaviours) การปฏิบัติทางสังคมเรียนรู้ได้ เด็กที่แยกตัวเอง จะขาดทักษะทางสังคม

เด็กที่ขาดการติดต่อกับบ้านอาจมีพฤติกรรมไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ในขณะที่เด็กที่สิ่งแวดล้อมทางบ้านเต็มไปด้วยประเพณีวัฒนธรรม มีแนวโน้มที่จะพัฒนาแบบแผนทางสังคมที่เหมาะสมกว่า (Rutter quoted in Hargie, 1986)

6. ทักษะทางสังคม ตามทฤษฎีของการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา (Bandura's social learning theory) เป็นระดับของการควบคุมความคิดและการรับรู้ (Cognition) ของตนในการปฏิบัติ ตัวอย่างเช่น คนที่สังคมไม่เพียงพออาจจะเรียนรู้การปฏิบัติ แต่ไม่สามารถพัฒนาสิ่งที่จำเป็นในกระบวนการควบคุมการใช้พฤติกรรมเหล่านี้ นั่นคือรู้ว่าจะ "พูด" "ทำ" เมื่อไร แต่สิ่งสำคัญที่ต้องรู้คือ จะ "พูด" และ "ทำ" อย่างไร ความสามารถคิด รู้ของบุคคลมีอิทธิพลต่อความสามารถของเขาในการเรียนรู้ทักษะใหม่

ได้มีผู้พยายามรวบรวมความคิดในการประเมินทักษะทางสังคมทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ (Bond and Rosen, 1980, Kent and Rolf, 1979, Zigler and Trickett, 1978) แมคฟอล (McFall, 1982) ได้หาวิธีวัดทักษะทางสังคม โดยระบุรูปแบบใหญ่ ๆ 2 รูปแบบ คือ รูปแบบเกี่ยวกับลักษณะ (trait model) ซึ่งมองทักษะทางสังคมแบบทั่ว ๆ ไป ลักษณะบุคคลที่ซ่อนอยู่ภายใต้หรือการส่งเสริมการสนองตอบ อีกรูปแบบหนึ่งเป็นรูปแบบโมเลกุล (Molecular Model) เป็นทักษะทางสังคมในรูปแบบเฉพาะเจาะจง เป็นหน่วยของพฤติกรรมที่สังเกตได้ แต่โดยทั่วไปการวัดอยู่บนพื้นฐานของรูปแบบลักษณะ (trait model) เป็นความอ่อนแอทางไซโคเมตริก (Psychometrically Weak) และไม่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในสถานการณ์ที่ใช้เป็นเกณฑ์ ส่วนการวัดที่อยู่บนพื้นฐานของรูปแบบโมเลกุล (Molecular model) มีชุดของปัญหาที่แตกต่างกัน เช่น ความไม่แน่นอนเกี่ยวกับขนาดและขอบเขตของหน่วยที่จะวิเคราะห์และอาจจะรวมหรือไม่รวมการประเมินพฤติกรรมของคนอื่นที่เกี่ยวข้องในการปฏิสัมพันธ์ด้วย แมคฟอล (McFall) ชี้แนะว่าไม่ว่าจะเป็นรูปแบบลักษณะ (trait model) หรือรูปแบบโมเลกุล (Molecular Model) ก็เพียงพอแล้ว และเสนอรูปแบบให้เลือก 2 รูปแบบ ซึ่งอยู่บนพื้นฐานการเข้าถึงกระบวนการข้อมูล (Information-processing approach) ความพยายามทั้งหมดในการประเมินทักษะทางสังคม มีวัตถุประสงค์ในการฝึกหัด

เพื่อปรับปรุงทักษะเหล่านี้เพื่อนำไปใช้ในการป้องกันพยาธิสภาพทางจิตในชั้นต้น (Cowan, 1980) แม้ไม่ได้อยู่บนพื้นฐานการปฏิบัติในคลินิก เมอฟี (Murphy and Moriarty, 1976, Murphy and associates, 1962) ได้สังเกตการเผชิญปัญหาของเด็กพบว่า การต่อสู้กับความเครียดตามปกติในชีวิตประจำวัน และการเจริญเติบโตมีความสัมพันธ์กันสูง การวัดทักษะทางสังคมส่วนใหญ่จะวัดในสถานการณ์ต่างๆ ภาวะบุคคลนั้นแสดงออกได้เหมาะสมกับสภาพของสังคมหรือไม่ คือใช้สถานการณ์เป็นเกณฑ์

5. การสนับสนุนทางสังคม การมีคนให้การสนับสนุนทางอารมณ์ ทางข้อมูล เป็นทรัพยากรการเผชิญปัญหาที่มีผู้ค้นคว้าวิจัยมากทั้งทางการแพทย์ และทางระบาดวิทยาสังคม (Antonovsky, 1972, 1979, Berkman and Syme, 1979, Cobb 1976, Kaplan, Cassel and Gore, 1977)

การสนับสนุนทางสังคมที่มีการศึกษาจำนวนมากพบว่าเป็น "ตัวแปรทางจิตสังคม" ที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและพฤติกรรมอนามัย รวมทั้งยังมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วย และการตายทั้งนี้โดยเฮนและวิลส์ (Cohen and Wills, 1985) อธิบายว่าเกิดจากเหตุผล 2 ประการคือ ประการแรกการสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์ที่มั่นคง ซึ่งจะส่งผลให้ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกันโรคทำงานได้ดีขึ้น อันจะส่งผลสู่สุขภาพโดยตรง ประการที่สองแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยลดภาวะวิกฤต โดยเป็นตัวช่วยลดความเครียด จึงพบว่าคนที่แยกตัวจากสังคมนั้นเจ็บป่วยง่ายเนื่องจากคนที่แยกตัวได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย จึงมีโอกาสเป็นไปได้มากที่ปฏิบัติตนด้านสุขภาพไม่ถูกต้อง และการที่คนมีปฏิสัมพันธ์กันในสังคม ทำให้คนได้รับแรงกดดันจากบรรทัดฐานของสังคมและปฏิบัติตามบรรทัดฐานนั้น รวมทั้งยังได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ ที่สามารถนำมาเลือกปฏิบัติตามความตองอีกด้วย ฮอยต์ (Thoits, 1982) ให้ความหมายว่าเป็นการที่บุคคลในเครือข่ายของสังคมได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของและข้อมูลซึ่งการช่วยเหลือนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วยหรือความ

เครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วจน ปิลิสุก (Pilisuk, 1978) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลไม่เพียงแต่ความช่วยเหลือด้านวัตถุและความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มด้วย นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมยังสามารถปกป้องบุคคลจากภาวะวิกฤตและการคุกคามจากความเจ็บป่วย ลดการใช้ยาและเพิ่มความร่วมมือในการรักษาพยาบาลได้อีก

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

โดยปกติกลุ่มสังคมจัดแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ๆ ได้ 2 ประเภท คือกลุ่มสังคมปฐมภูมิและกลุ่มสังคมทุติยภูมิ กลุ่มสังคมปฐมภูมิได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน กลุ่มสังคมทุติยภูมิได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพและกลุ่มสังคมอื่นๆ ในระบบของการสนับสนุนทางสังคมด้านสุขภาพ ถือว่ามีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และมีความเกี่ยวข้องกับแหล่งสนับสนุน 5 ระบบ คือ ระบบสนับสนุนตามธรรมชาติ ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากรอบครัวและญาติพี่น้อง ระบบสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน ระบบสนับสนุนด้านศาสนาหรือแหล่งอุปลักษณ์ต่างๆ ระบบให้การดูแลจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพและระบบกลุ่มวิชาชีพอื่นๆ บราวน์และแมคเอลเวิน (Brown and MacElveen, 1976) มีความเห็นสอดคล้องกันว่า "ครอบครัว" เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญและใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด รองลงมาจะเป็นกลุ่มญาติพี่น้องและกลุ่มเพื่อน อย่างไรก็ตามความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งต่างๆ จะมีมากน้อยต่างกัน ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและความต้องการของบุคคล

คู่ชีวิตเป็นบุคคลหนึ่งในครอบครัวที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย เนื่องจากสัมพันธภาพระหว่างสามีภรรยาเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลสองคน ที่เต็มใจจะร่วมทุกข์ร่วมสุขกันและยอมรับว่าแต่ละคนนั้นมีความสำคัญซึ่งกันและกัน เพนเดอร์ (Pender, 1982) กล่าวว่าสัมพันธภาพระหว่างสามีภรรยาเป็นสัมพันธภาพที่สำคัญต่อการให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ และเป็นสัมพันธภาพที่มีการยึดเหนี่ยวกันอย่างเหนียวแน่น ซึ่งในเรื่องการสนับสนุนทางสังคมนั้น เชื่อว่าความสัมพันธ์ที่มีลักษณะเช่นนี้ จะมีประสิทธิภาพมากโดยเฉพาะผลต่อด้านจิตใจ และบราวน์ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการสนับสนุนที่ได้รับจากบุคคลอื่นกับคู่สมรส พบว่าการสนับสนุนจากคู่สมรสมีผลต่อการประสพผลสำเร็จได้มากกว่าและถ้าไม่ได้

รับสิ่งที่เป็นประโยชน์จากคู่สมรสแล้วสัมพันธ์ภาพที่ได้รับจากบุคคลอื่นจะไม่สามารถทดแทนได้
(Lieberman, 1986)

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมมี 4 อย่าง คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) หมายถึง การสนับสนุนด้านการยกย่อง การให้ความรัก ความผูกพัน ความจริงใจ ความเอาใจใส่ ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ และการตั้งใจฟัง

2. การสนับสนุนด้านการประเมิน (appraisal support) หมายถึง การให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อนำไปประเมินตนเองและเปรียบเทียบพฤติกรรม การให้การรับรอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับเกิดความมั่นใจนำไปเปรียบเทียบตนเองกับผู้ที่อยู่ร่วมในสังคม

3. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) หมายถึงการให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ทิศทาง และการให้ข้อมูลข่าวสารซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ สิ่งของ การเงิน และแรงงาน (instrumental support) หมายถึงการช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่อง เงิน แรงงาน เวลา และการปรับสภาพแวดล้อม

6. แหล่งประโยชน์ทางด้านวัตถุ ได้แก่ เงิน สินค้า และบริการ เงินสามารถซื้อสิ่งต่าง ๆ ได้ จากการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างสูงระหว่าง สถานะเศรษฐกิจ ความเครียดและการปรับตัว (Antonovsky, 1979, House, 1979, Syme and Berkman, 1976) บุคคลกับเงิน โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าคนมีทักษะในการใช้อย่างมีประสิทธิภาพ จะดีกว่าการใช้โดยขาดทักษะ ที่เห็นได้ชัดเจน ได้แก่ เงินจะเพิ่มทางเลือกในการเผชิญปัญหา ในการจัดการกับความเครียดเกือบทั้งหมด เงินที่จัดหาได้ง่ายจะมีประสิทธิภาพในการเข้าถึงปัญหาทั้งด้านกฎหมายและด้านการแพทย์ เงินถ้าไม่ดึงมาใช้อาจลดความมั่นคงของบุคคลลงได้ และในการใช้เงินที่ถูกต้องจะอำนวยความสะดวกในการเผชิญปัญหาแบบมี

ประสิทธิภาพด้วย

องค์ประกอบภายนอกตัวบุคคลที่มีผลต่อการเผชิญภาวะวิกฤต นอกจากทรัพยากรที่ช่วยในการเผชิญภาวะวิกฤตแล้ว ยังมีองค์ประกอบภายนอกตัวบุคคลที่มีผลต่อการเผชิญภาวะวิกฤต ได้แก่ อายุ เพศ (Berard, 1970, Helsing and Szklo, 1981 quoted in Gass and Chang, 1989) การศึกษา อาชีพ รายได้ (Pearlin and Schooler, 1978) ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีผลต่อความเครียดโรคและการเผชิญปัญหาของคู่ชีวิต (Gerber, Rusalem, Hannon, Batlin and Arkin quoted in Gass and Change, 1989)

ไวแลนต์และเฟเฟอร์ (Vaillant and Pfeiffer, quoted in Lazarus and Folkman, 1984) กล่าวว่า การเผชิญปัญหาจะเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ เพราะจะเปลี่ยนแปลงไปตามวุฒิภาวะตามเหตุการณ์ในชีวิตในแต่ละวัย และเบล (Bell, 1977) ยังพบว่าเพศชายและเพศหญิงเลือกใช้วิธีการเผชิญภาวะเครียดหรือภาวะวิกฤตแตกต่างกัน ซึ่งตรงกับการศึกษาของแอนเดรียเซนและนอร์ริส (Andreasen and Norris, 1976) ที่พบว่าเพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญภาวะเครียดหรือภาวะวิกฤต และการปรับตัวด้านจิตใจ เพราะสังคมยอมรับวิธีการระบายอารมณ์และความรู้สึกของเพศหญิงและเพศชายต่างกัน

วิธีในการเผชิญภาวะวิกฤต

ในการศึกษาพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดในปัจจุบัน โครงสร้างของพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดตามแบบของฟอล์คแมนและลาซารัส (Folkman and Lazarus, 1978, Jalowiec et al., 1982) เป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางคือแบ่งโครงสร้างของพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียด ออกเป็น 2 องค์ประกอบ คือ

1. พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดหรือภาวะวิกฤตแบบมุ่งแก้ไขปัญหา

(Problem-focused coping behavior)

2. พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดหรือภาวะวิกฤตแบบมุ่งใช้อารมณ์

(Emotional-focused coping behavior)

พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดหรือภาวะวิกฤตแบบมุ่งแก้ไขปัญหา (Problem-focused coping behavior) คือพฤติกรรมที่บุคคลพยายามจัดการกับสิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดภาวะเครียดโดยตรง (Jalowiec et al., 1982, Moos and Billings, 1982) เป็นการใช้กระบวนการแก้ปัญหาในการตัดสินใจเลือกวิธีการที่จะจัดการกับสถานการณ์ โดยมุ่งไปที่ต้นเหตุของปัญหา จากการรวบรวมของจาโลวีกและคณะ (Jalowiec et al., 1982) พฤติกรรมที่จัดเป็นพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดหรือภาวะวิกฤตแบบมุ่งแก้ไขปัญหานี้รวบรวมได้ 15 พฤติกรรมดังนี้

1. การยอมรับสถานการณ์
2. การค้นหาความหมายของสถานการณ์
3. การแยกแยะสถานการณ์ออกเป็นส่วย่อย
4. การตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา
5. การอภิปรายปัญหากับผู้อื่น
6. การพยายามเปลี่ยนแปลงสถานการณ์อย่างกระตือรือร้น
7. การควบคุมสถานการณ์บางส่วนที่สามารถทำได้
8. การค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา
9. การพิจารณาปัญหาอย่างใจเป็นกลาง
10. การนำประสบการณ์เดิมมาช่วยแก้ปัญหา
11. การคิดวิธีแก้ปัญหาไว้หลาย ๆ วิธี
12. การทำทุกสิ่งทุกอย่างที่พอจะแก้ปัญหาได้
13. การใช้วิธีแก้ปัญหาหลาย ๆ วิธี
14. การหาคนอื่นมาช่วยเหลือในการแก้ปัญหา
15. การเริ่มต้นทำสิ่งอื่นที่ดีที่สุดในขณะนั้น

พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดและภาวะวิกฤตแบบมุ่งใช้อารมณ์ (Emotional-focused coping behavior)

พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดแบบมุ่งใช้อารมณ์ คือพฤติกรรมที่บุคคลแสดงเพื่อลดความกดดัน (Emotional distress) โดยการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์มากกว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง หรือเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ (Jalowiec et al., 1982) พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียด หรือภาวะวิกฤตแบบมุ่งใช้อารมณ์นี้เป็นการทำให้ความรู้สึกว่าอันตรายจากสถานการณ์นั้นลดลง แต่ในความจริงอันตรายนั้นไม่ได้ลดลง สถานการณ์ไม่ได้เปลี่ยนแปลงไป จาโลวิตและคณะ (Jalowiec et al., 1982) ได้รวบรวมพฤติกรรมที่จัดเป็นพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดหรือภาวะวิกฤตแบบมุ่งใช้อารมณ์ไว้ได้ 25 พฤติกรรม คือ

1. การมองในแง่ดี
2. การฟันกลางวันว่าปัญหาไม่ได้เกิดขึ้นหรือปัญหาได้รับการแก้ไขไปแล้ว
3. การแข่งต่ำ
4. การหงุดหงิด
5. การวิตกกังวล
6. การร้องไห้ เศร้าใจ
7. การนอน
8. การสวดมนต์ ไหว้พระ
9. การฝึกสมาธิ เล่นโยคะ
10. การออกกำลังกาย
11. การระบายความเครียดออกกับคนอื่นหรือสิ่งของอื่น ๆ
12. การหาความสบายใจจากคนใกล้ชิด
13. การยอมแพ้ต่อสถานการณ์ เพราะคิดว่าหมดหวัง
14. การยอมแพ้ต่อสถานการณ์ เพราะคิดว่าเป็นชะตากรรม
15. การปล่อยให้สถานการณ์คลี่คลายไปเอง

16. การบำบัดปัญหาออกจากความคิด
17. การปลอบใจตนเองให้เลิกวิตกกังวล
18. การแยกตัวเอง
19. การหนีจากปัญหา
20. การทำหนีผู้อื่น
21. การกินมากขึ้นหรือสูบบุหรี่
22. การใช้จ่ายทำให้จิตใจสบาย
23. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
24. การใช้ยารมณัชน
25. การมองในแง่ร้าย

การวัดพฤติกรรมเพชฌภาวะเครียดและภาวะวิกฤต

นักจิตวิทยาที่ศึกษาค้นคว้าด้านพฤติกรรมเพชฌภาวะเครียดได้พยายามพัฒนา เครื่องมือวัดพฤติกรรมเพชฌภาวะเครียดที่มีประสิทธิภาพ ตามลักษณะของ เครื่องมือวัดที่ดี คือมีความเที่ยง มีความตรงตามเนื้อหา มีความตรงตามโครงสร้าง ตามมาตรฐานที่น่าพอใจ เครื่องมือวัดพฤติกรรมเพชฌภาวะเครียดนั้น ถ้าจะสร้างให้สมบูรณ์แล้วควรจะ วัดพฤติกรรมของบุคคลก่อนที่จะเพชฌภาวะเครียดนั้น และวัดพฤติกรรมหลังจากภาวะเครียด ผ่านไปแล้ว แต่ในทางปฏิบัติจริงนั้นสิ้นเปลืองมาก นักวิจัยมักจะวัดพฤติกรรมเพชฌภาวะเครียด หรือสอบถามพฤติกรรมเพชฌภาวะเครียดจากตัวอย่าง หลังจากที่ยุติการณัชนที่เป็น ภาวะเครียดผ่านไปแล้ว (Lazarus, 1976)

เจโลวิตและเพาเวอร์ (Jalowiec and Powers, 1982) วัดพฤติกรรม เพชฌภาวะเครียดของผู้ป่วยที่ทำฮีโมไดอะไลซิส (Hemodialysis) โดยใช้แบบสอบถาม ที่เขาสร้างขึ้น ในแบบสอบถามนี้แบ่งโครงสร้างของพฤติกรรมเพชฌภาวะเครียดเป็น 2 องค์ประกอบคือ พฤติกรรมเพชฌภาวะเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา 15 พฤติกรรม และ พฤติกรรมเพชฌภาวะเครียดแบบมุ่งใช้ยารมณัชน 25 พฤติกรรม รวมเป็น 40 พฤติกรรม

โดยพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหามายังถึงพฤติกรรมที่มีเป้าหมายจะแก้ปัญหาหรือจัดการกับสถานการณ์ที่เครียด ส่วนพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดแบบมุ่งใช้อารมณ์หมายถึงพฤติกรรมที่มีเป้าหมายจะจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ที่เครียด ผู้ตอบแบบสอบถามจะระบุพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดลงในแบบสอบถามตามมาตรลิเคิร์ต (Likert-type Format) ซึ่งแบ่งน้ำหนักการใช้พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียด แต่ละพฤติกรรมเป็น 5 ระดับ จากไม่เคยถึงบ่อยๆ (never to always) ผลการวิเคราะห์แบบสอบถามนี้พบว่ามีความเชื่อถือได้คือ

1. การแบ่งพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดทั้ง 40 พฤติกรรมออกเป็น 2 แบบทำโดยให้ผู้ชำนาญจำนวนหนึ่งแบ่งพฤติกรรมทั้ง 40 พฤติกรรม ออกเป็น 2 แบบพบว่า 85% ของผู้ชำนาญมีความเห็นตรงกันว่า 15 พฤติกรรม จัดเป็นพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา 83% ของผู้ชำนาญมีความเห็นตรงกันว่า 25 พฤติกรรม จัดเป็นพฤติกรรมภาวะเครียดแบบมุ่งใช้อารมณ์ซึ่งนับว่าเป็นเกณฑ์ที่เหมาะสมแล้วสำหรับการจำแนกโดยวิธีนี้ (Goodwin and Prescott, 1981)

2. การหาความเที่ยง (Reliability) จากการวิจัยสองครั้ง (Jalowiec and Powers, 1981, Baldree et al., 1982)

2.1 ค่าความคงที่ (Stability) ค่าความคงที่ของพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา.85 ค่าความคงที่ของพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดแบบมุ่งใช้อารมณ์.86

2.2 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา จากการวิจัยได้.85 และ.86

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหากับคะแนนรวมทั้งหมด.83 และ.77

3. การหาค่าความตรง (Validity)

3.1 แบบสอบถามนี้ผู้วิจัยกล่าวว่ามีความตรงตามเนื้อหาเนื่องจากได้ดำเนินการสร้างอย่างมีระบบ มีข้อเลือกให้มากที่สุดเท่าที่เอกสารตำราเกี่ยวกับพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดได้ระบุไว้



3.2 การหาความตรงตามโครงสร้าง

จากการวิเคราะห์ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา.86 และ.85 ซึ่งถือว่ามีความตรงตามโครงสร้างแล้วจากโลจิตได้วิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) พบว่าการแบ่งพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดที่อยู่ในประเภทเดียวกัน จะมีคะแนนสัมพันธ์กันสูงเกินกว่าเกณฑ์ที่กำหนด แต่มีบางพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนไม่ตรงประเภทบางพฤติกรรมมีคะแนนสัมพันธ์กับพฤติกรรมทั้งสองแบบ บางพฤติกรรมไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนรวมของพฤติกรรมประเภทใดเลย

จากโลจิตและคณะอ้างว่า ข้อค้นพบของเขาตรงกับการวิจัยของโฟลค์แมนและลาซารัส (Folkman and Lazarus, 1980)

โฟลค์แมนและลาซารัส (Folkman and Lazarus, 1980) วัดพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดโดยการใช้อยูชีพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียด (Coping Checklist) โดยมีการสัมภาษณ์เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดประกอบแบบพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียด (Ways of Coping) เป็นบัญชีที่มีข้อความ 68 ข้อความ อธิบายพฤติกรรมและความคิด (Behavioral and Cognitive Coping Strategies) ที่บุคคลจะใช้ในเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งได้ให้สัมภาษณ์ไปแล้ว กลุ่มตัวอย่างจะให้ข้อมูลโดยการตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ (Yes - No) พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดแต่ละข้อความ

บัญชีพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดนี้แบ่งออกเป็น 2 องค์ประกอบ คือ พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา (Problem-focused coping) กับแบบมุ่งใช้อารมณ์ (emotional-focused coping) แบบมุ่งแก้ไขปัญหาได้แก่ ความคิดและพฤติกรรมที่เป็นทางเลือกหรือเป็นวิธีจัดการกับแหล่งที่มาของปัญหา พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดแบบมุ่งใช้อารมณ์ได้แก่ ข้อความที่อธิบายความคิดและความประพฤติกี่มุ่งลดหรือจัดการกับอารมณ์กดดันที่เกิดขึ้นในภาวะเครียด

ผลวิเคราะห์แบบบัญชีเผชิญภาวะเครียดชุดนี้ พบว่าเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้มีความเชื่อถือได้ คือ

1. ความคงที่ ในการแบ่งพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดออกเป็น 2 องค์ประกอบ

กอบ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบถึง 3 วิธี คือ

1.1 ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 10 คน เป็นผู้ตัดสินว่าข้อความใดใน 68 ข้อความ ควรเป็นข้อความแสดงพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดประเภทใด ผลการทดสอบพบว่า 91% ของผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า 27 ข้อความ ควรเป็นพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา 41 ข้อความ ควรเป็นข้อความแสดงพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดแบบมุ่งใช้อารมณ์

1.2 ให้นักศึกษาจิตวิทยาในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี (Under graduate) เป็นผู้ตัดสินว่าข้อความใดเป็นข้อความแสดงพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดแบบใด ผลการทดสอบ 3 ครั้งให้นักศึกษา 3 กลุ่ม พบว่านักศึกษามีความคิดเห็นว่า 78% ของข้อความ เป็นข้อความแสดงพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดตามประเภทที่ได้แบ่งมาแล้วในครั้งแรก มีข้อความ 5% ที่ถูกตัดสินว่าเป็นข้อความแสดงพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดแตกต่างออกไป อย่างมีนัยสำคัญคือ ข้อความแสดงพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดแตกต่างกันออกไป อย่างมีนัยสำคัญคือข้อความแสดงพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา บางข้อถูกตัดสินว่าเป็นข้อความแสดงพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดแบบมุ่งใช้อารมณ์ ผู้วิจัยได้สรุปว่า เนื่องจากข้อความ 5% นี้ มีความไวต่อสถานการณ์จำลองที่ใช้ในการทดสอบ เช่น ข้อความที่ว่าท่านคิดถึงปัญหานั้นซ้ำแล้วซ้ำอีก เพื่อพยายามที่จะเข้าใจมัน ข้อความนี้จะแสดงพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา ถ้าสถานการณ์นั้นคุกคามคือยังไม่เกิดขึ้น (Threat) แต่ถ้าสถานการณ์นั้นเกิดขึ้นแล้ว เช่น สอบไม่ผ่าน ข้อความนี้จะแสดงพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดแบบมุ่งใช้อารมณ์

1.3 การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) พบว่า สำหรับแสดงพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา 27 ข้อความ มี 21 ข้อความ (78%) มีความสัมพันธ์อย่างสูง (Strongly) กับตัวแปรต้น และสำหรับข้อความแสดงพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดแบบมุ่งใช้อารมณ์ 41 ข้อความ มี 28 ข้อความ (68%) ที่มีความสัมพันธ์สูงกับตัวแปรต้น แสดงให้เห็นว่าข้อความที่มีความสัมพันธ์สูงกับตัวแปรต้น เป็นข้อความที่เชื่อถือได้ว่าสามารถแสดงพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดในแบบนั้น ๆ ได้ ส่วน

ข้อความที่ยังไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรต้นสูงนั้นยังมีความไวหรือเฉพาะเจาะจงต่อสถานการณ์จำลองเกินไป

2. การคำนวณความคงที่ภายใน (Internal Consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronback's alpha) พบว่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของข้อความแสดงพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหาค่าเท่ากับ .80 กับแบบมุ่งใช้อารมณ์เท่ากับ .81 ผู้วิจัยได้ตัดข้อความออก 4 ข้อความ (แบบมุ่งแก้ไขปัญหา 2 ข้อความ, แบบมุ่งใช้อารมณ์ 2 ข้อความ) เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับตัวแปรต้นน้อยมาก (.25) และมี 1 ข้อความต้องเปลี่ยนประเภทจากข้อความแสดงพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหามาเป็นอีกประเภทหนึ่ง แบบบัญชีเผชิญภาวะเครียดที่ปรับปรุงแล้วมี 64 ข้อความ เป็นแบบมุ่งแก้ไขปัญหา 24 ข้อความ เป็นแบบมุ่งใช้อารมณ์ 40 ข้อความ

3. ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหากับคะแนนของพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดแบบมุ่งใช้อารมณ์ ทำการทดสอบ 3 ครั้ง พบว่ามีความสัมพันธ์ .35 (N = 81), .52 (N = 63) และ .44 (N = 83) ความสัมพันธ์เฉลี่ย .43 ผู้วิจัยให้เหตุผลว่าเนื่องจากพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดทั้ง 2 ประเภทนี้จะใช้ร่วมกันเสมอ ดังนั้นเมื่อนำคะแนนจากการทดสอบมาคำนวณจึงมีความสัมพันธ์กัน

จาโลวิต (Jalowiec, 1988) ได้ศึกษาความตรงตามโครงสร้างของเครื่องมือวัดการเผชิญภาวะเครียด โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย พยาบาลและนักศึกษาสำเร็จใหม่จำนวน 1400 คน ใช้การวิเคราะห์เป็น 7 โมเดลเรียกว่าวิเคราะห์ลิสเรล (LISREL) พบว่าการวิเคราะห์แยกแบบ 3 องค์ประกอบ มีประโยชน์ที่สุดคือ วิธีการเผชิญภาวะวิกฤตแบบเผชิญปัญหา (Confrontive Coping Strategies) แบบใช้อารมณ์ (Emotive Coping Behavior) และวิธีการเผชิญภาวะวิกฤตแบบบรรเทาความเครียดซึ่งมีแนวโน้มมุ่งแก้ไข (Palliative Coping Methods) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เป็น .85, .70 และ .75 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์แยกองค์ประกอบปี 1988 นี้ จาโลวิต ได้ตัดข้อความออก 6 ข้อ เหลือ 34 ข้อ

วิกคอฟฟ์และมิลเลอร์ (Wikoft and Miller, 1989) ได้นำผลจากการ

วิเคราะห์แยกองค์ประกอบของจาโลวิต มาใช้กับกลุ่มประชากรที่ต่างกันออกไป คือ
 คู่ชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจ เนื่องจากผู้ป่วยโรคหัวใจที่ต้องผ่าตัดแก้ไขต้องเผชิญกับปัญหา
 การเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต และคู่ชีวิตต้องอยู่ในภาวะเครียด จำเป็นต้องใช้กลวิธี
 ในการเผชิญภาวะเครียด คู่ชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจจะวิตกกังวล ซึมเศร้า และมักจะ
 ปรากฏอาการทางจิตภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย 1 ปี (Hentinen, 1983, Mayor,
 Foster and Williamson, 1978, Moddin and Brelje, 1983 quoted
 in Wikoft and Miller, 1989) คู่ชีวิตกล่าวว่าผู้ป่วยจะเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย
 ซ้ำอีก กลัวกิจกรรมทางเพศ และกลัวฐานะทางเศรษฐกิจ (Bedsworth and Molen,
 1982, Papadopoulos, Larrimore, Cordin and Shelley, 1980, Stern
 and Pascale, 1979 quoted in Wikoft and Miller, 1989) วิธีการเผชิญภาวะ
 วิกฤตที่คู่ชีวิตผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายใช้มีตั้งแต่วิธีการเผชิญกับปัญหา เพื่อแก้ปัญหาและการ
 บรรเทาความเครียดซึ่งเป็นทางบวก หรือมุ่งแก้ไขปัญหจนถึงการเผชิญแบบใช้อารมณ์ซึ่ง
 เป็นทางลบ

จะเห็นได้ว่า การวัดพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดนี้ ได้มีการพิสูจน์อย่างชัดเจนว่า
 แบ่งออกเป็น 2 องค์ประกอบ คือ พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหากับ
 แบบมุ่งใช้อารมณ์ การวัดพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียด สามารถจะวัดได้ โดยใช้แบบสอบถาม
 หรือแบบสัมภาษณ์ประกอบกับการใช้บัญชีพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียด โดยถามถึงพฤติกรรมที่
 เกิดขึ้น เพื่อแก้ไขปัญหา หรือเพื่อลดความไม่สบายใจ เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ใดสถานการณ์
 หนึ่งโดยเฉพาะ ซึ่งแต่ละสถานการณ์ บุคคลจะใช่วิธีการเผชิญภาวะวิกฤตไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่
 กับองค์ประกอบต่าง ๆ เช่น องค์ประกอบภายนอกตัวบุคคล ทรัพยากรที่ช่วยในการเผชิญ
 ภาวะวิกฤต และการประเมินสถานการณ์ดังกล่าวมาแล้ว ในการวัดการเผชิญภาวะวิกฤต
 อาจจะใช้แบบสอบถาม ใช้การสัมภาษณ์หรือการสังเกตก็ได้

ภาวะวิกฤตที่เกิดจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

การเจ็บป่วยทางด้านร่างกายหลายโรคที่นับว่าเป็นภาวะวิกฤต ในจำนวนนี้โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคหนึ่งที่เป็นเหตุการณ์วิกฤต เพราะโรคนี้อาจทำให้เสียชีวิตกระทันหัน ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้สึกว่าคุณค่าความอย่างรุนแรงต่อชีวิตในทันที โฮลเลนเดอร์ (Hollender, 1958) ได้เขียนไว้ว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจแทบทั้งหมดจะเกี่ยวข้องกับอาการถูกรุกไล่หรือถูกลดคุณค่าจากความวิตกกังวล ในวันแรกของการเจ็บป่วยโรคหัวใจจะสมมติบทบาทตัวเองไปในทางบวกแต่ก็จะมีความวิตกกังวลร่วมด้วย เนื่องจากผู้ป่วยมีความกลัวจากการถูกลดคุณค่าหน้าที่ปกติ ตลอดจนความรู้สึกของบุคคลทั้งหมด โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อให้เกิดภาวะวิกฤตได้ทุกระยะ ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย ระยะย้ายออกจากชีวิต และระยะพักฟื้น ตลอดจนกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน และจากการที่โรคเป็นเรื้อรังตลอดชีวิต จะยิ่งเพิ่มความเครียด ความรู้สึกหมดหวัง อ่อนแอ และซึมเศร้า ไม่สามารถใช้กลไกในการต่อสู้เพื่อปรับตัวสู่สถานการณ์ใหม่ ผู้ป่วยจึงสนองตอบโดยการปฏิเสธ ก้าวร้าว และมุ่งร้าย (Aguiler and Messick, 1982)

บทบาทของความเครียดในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Patricia, 1984)

ความเครียดเป็นสาเหตุของโรคหัวใจจากหลอดเลือด (ASHD) (Rahe and Lind, 1971) ถ้าถามครอบครัวของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่าความเครียดเป็นฆาตกรรมในแต่ละปีมากขึ้นเรื่อย ๆ

สาเหตุที่เป็นไปได้อย่างหนึ่งของความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ คือมีการกระตุ้นที่ระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งเป็นสาเหตุให้ปล่อยกรดไขมัน และกลีเซอรอลจากเนื้อเยื่อไขมัน คาร์รูเทอร์ (Carruthers, 1969) ได้เสนอทฤษฎีการกระตุ้นที่ซิมพาเทติก แอดรีนอล เมดูลารี จะสามารถเพิ่มระดับกรดไขมันในเลือด หลังจากขั้นตอนทางชีวเคมีหลายอย่าง จะมีการสร้างกรดไขมันไปเกาะที่ผนังหลอดเลือดแดง (atherosclerosis) ทำให้มีผลถึงความตันในหลอดเลือดแดงสูงขึ้น และพัฒนาไปเป็นโรคของหลอดเลือดแดงมาเลี้ยงหัวใจ

(Coronary heart disease) ซึ่งมีสาเหตุส่งเสริมจากความเครียด (Sack, 1980)

ในการสรุปชนิดของเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฮิสทและคณะ (Hurst and Colleages, 1979) ค้นพบว่าบุคคลที่แตกต่างกันรายงานระดับความกดดัน (distress) เกี่ยวกับเหตุการณ์ในชีวิตที่แตกต่างกัน จากเหตุนี้เขาจึงเสนอว่าเป็นเหตุการณ์ของบุคคลที่เกิดขึ้นตามลักษณะบุคลิกภาพ

ทฤษฎีที่ทันสมัยที่สุดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและความเจ็บป่วยทางร่างกาย ชี้แนะว่ามีองค์ประกอบหลายอย่างที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาความเจ็บป่วยคือ

1. ลักษณะบุคลิกภาพที่เกิดจากกรรมพันธุ์ (Genetic Personality)

2. ผลของสิ่งแวดล้อมต่อการพัฒนาบุคลิกภาพ นิยามจาก

2.1 กลไกทางครอบครั

2.2 ชนิดของกลไกป้องกันตัว (defense mechanism) ซึ่งพัฒนา

เป็นการสนองตอบต่อความขัดแย้งระหว่างความต้องการของบุคคลและความต้องการของระบบครอบครัว

2.3 ความสามารถในการเผชิญภาวะวิกฤตทั้งหมด

3. เป็นการย้อนกลับ (Mutual Feedback) ระหว่างจิตใจ ร่างกาย และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งองค์ประกอบอย่างอื่น เช่น จังหวะชีวภาพของชีวิต ความเหนื่อยล้า ผลกระทบของเหตุการณ์ต่อภาวะจิตสังคม และการสนับสนุนทางสังคมที่พอจะหาได้

ผลกระทบจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Lambert and Lambert, 1985)

1. ผลกระทบทางด้านจิตใจ (Psychological Impact) ผู้ป่วยจะปฏิเสธเพราะไม่กล้าเผชิญกับการเสียชีวิต การทำหน้าที่บกพร่องและความพิการจากโรค ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียสวัสดิภาวะซึมเศร้าและโกรธ

2. ผลกระทบทางด้านร่างกาย สาเหตุของความเครียดที่สำคัญในผู้ป่วยโรค

หัวใจคือ การเปลี่ยนแปลงรูปแบบชีวิตจากความเจ็บป่วย เช่น ต้องลดน้ำหนัก เปลี่ยนแปลงนิสัยการรับประทาน ต้องงดบุหรี่ หรือเปลี่ยนอาชีพ ผู้ป่วยบางรายมีพฤติกรรมถดถอย (regression) หรือพึ่งผู้อื่น บางรายมีความรู้สึกขาดสมรรถนะหรือรู้สึกว่าความเจ็บป่วยมีผลต่อสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

3. ผลกระทบทางด้านเพศ (Sexual Impact)

เนื่องจากผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูง ผู้ป่วยจึงเกิดความต้องการทางเพศ และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพก็พยายามหลีกเลี่ยงปัญหานี้ ซึ่งจะยิ่งเพิ่มความวิตกกังวลกับผู้ป่วยจนบางคนมีพฤติกรรมก้าวร้าว และส่วนใหญ่จะสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง (Masturbation) หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว

4. ผลกระทบทางด้านอาชีพ (Occupational Impact)

ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายมักมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากรายได้ของครอบครัวลดลง ผู้ป่วยบางรายยังไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ดังเดิม

5. ผลกระทบทางด้านสังคม (Social Impact) คู่ชีวิต บุตรและเพื่อน ๆ จะมีความรู้สึกผิดและมีพฤติกรรมปกป้องผู้ป่วยมากเกินไป ภรรยาของผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายจะแสดงความรู้สึกผิดออกมา โดยการตำหนิตนเอง เช่น คิดว่าปล่อยให้สามีทำงานหนักเกินไป หรือคิดว่าจะไม่ปล่อยให้สามีต้องออกแรงมากอีกต่อไป การกระทำเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่น และอาจสนองตอบพฤติกรรมการปกป้องมากเกินไปโดยการโกรธหรือแสดงออกโดยการพึ่งพาผู้อื่นและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

ระบบครอบครัว (Family System)

ครอบครัวเป็นสถาบันสังคมที่สำคัญที่สุด เป็นหน่วยของสังคมที่มีความสัมพันธ์และความร่วมมืออย่างใกล้ชิด เป็นสถาบันที่มีความคงทนที่สุด และยังไม่เคยปรากฏว่าสังคมมนุษย์ใดไม่มีสถาบันครอบครัวปรากฏอยู่ เพราะมนุษย์ทุกคนต้องอยู่ในสถาบันนี้ เนื่องจากเป็นสิ่งกลมุ่มแรกที่เราจะต้องเผชิญตั้งแต่แรกเกิดเติบโตในครอบครัว ครอบครัวจะให้ตำแหน่ง ชื่อและสกุล ซึ่งเป็นเครื่องบอกสถานภาพ และบทบาทในสังคมที่เรามีส่วนร่วม

ด้วย ตลอดจนกำหนดสิทธิและหน้าที่ที่สมาชิกมีต่อกันและต่อสังคม

ครอบครัวมีทั้งหน้าที่ทางชีววิทยาคือให้กำเนิดบุตรและถ่ายทอดวัฒนธรรม การสมรสแสดงถึงประเพณีการให้อำนาจในสังคมและข้อผูกพันต่อชุมชน การสมรสอาจหมายถึงการยินยอมให้ชายและหญิงได้อยู่ร่วมกันในสังคม

ความหมายของครอบครัว

เมอร์เกสส์และลอค (Burgess and Locke อ้างถึงใน สุนัตรา สุภาพ, 2521) ได้ให้คำจำกัดความของครอบครัวว่าจะต้องมีลักษณะสำคัญ 4 ประการ คือ

1. ครอบครัวประกอบด้วยบุคคลที่อยู่ร่วมกันโดยสมรสหรือความผูกพันทางสายโลหิตหรือการมีบุตรบุญธรรม การสมรสแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างสามีและภรรยา ส่วนความผูกพันทางสายโลหิต คือ ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่และลูก รวมทั้งบุตรบุญธรรมด้วย
2. สมาชิกของครอบครัวเหล่านี้อยู่ร่วมกันภายในครัวเรือนเดียวกัน หรือบางครั้งก็แยกกันไปอยู่ต่างหาก สมัยโบราณครัวเรือนหนึ่งจะมีสมาชิก 3 - 4 - 5 ชั่วอายุคน ปัจจุบันครัวเรือน (โดยเฉพาะในประเทศพัฒนา) จะมีขนาดเล็ก ประกอบด้วยสามีภรรยา และลูกหนึ่งหรือสองสามคนขึ้นไป หรือไม่มีเลย
3. ครอบครัวเป็นหน่วยของการติดต่อโต้ตอบระหว่างบุคคลหรือสามีภรรยา พ่อแม่ ลูก พี่น้อง โดยสังคมแต่ละแห่งจะกำหนดบทบาทของแต่ละครอบครัวไว้ ซึ่งก็ขึ้นอยู่กับประเพณีของแต่ละแห่ง ซึ่งหมายความว่าไม่ใช่เพียงต่างคนต่างกิน ต่างคนต่างอยู่ แต่ต่างคนต่างมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน เช่น รักกัน เอาใจใส่กัน สั่งสอนกัน จิตใจผูกพันกัน เป็นต้น
4. ครอบครัวถ่ายทอดรักษาวัฒนธรรม สมาชิกจะถ่ายทอดและรับแบบของความประพฤติในการปฏิบัติต่อกัน เช่น ระหว่างสามี ภรรยาและลูก และเมื่อผสมผสานกับวัฒนธรรมที่นอกเหนือไปจากครอบครัว ก็จะได้แบบของความประพฤติที่สมาชิกปฏิบัติต่อกันและต่อผู้อื่น

ประเภทของครอบครัว

เมอร์ดอค (Murdock อ้างถึงใน สุนทรสา สุภาพ, 2521) ได้แบ่งประเภทของครอบครัวออกเป็น 3 แบบ คือ

1. ครอบครัวเดี่ยว (Nuclear Family) เป็นครอบครัวที่ประกอบด้วยสามี ภรรยาและลูก เป็นครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดที่สุด ซึ่งจะพบเห็นทั่วไปและมีแนวโน้มจะมีครอบครัวแบบนี้มากขึ้น เนื่องจากเหตุผลทางเศรษฐกิจ เพราะการมีครอบครัวใหญ่เป็นการสิ้นเปลือง โดยเฉพาะสภาพสังคมปัจจุบันที่ค่าครองชีพสูงขึ้น นอกจากนี้ครอบครัวแบบนี้ยังมีความเป็นอิสระ แต่ก็ห่างเหินจากญาติพี่น้อง อาจจะทำให้เกิดความเหงาและขาดความอบอุ่นได้

2. ครอบครัวขยาย (Extended family) เป็นครอบครัวที่ประกอบด้วยครอบครัวเดี่ยว (Nuclear family) และญาติพี่น้องอาจอยู่ภายใต้หลังคาเดียวกันหรือเขตบ้านเดียวกัน โดยอาจปลูกอยู่ใกล้เคียงกัน แม้จะสมรสแล้วก็ตาม ครอบครัวดังกล่าวจึงอาจมีถึง 20 คน และญาติพี่น้องมีหน้าที่ช่วยเหลือดูแลลูกหลาน เป็นครอบครัวที่มีความรัก ความอบอุ่น มีความรักใคร่ผูกพันกันมาก

3. ครอบครัวที่มีสามีหรือภรรยาหลายคน (Polygamous Family)
ครอบครัวแบบนี้จึงเป็นครอบครัวเดี่ยว 2 ครอบครัว หรือมากกว่า เช่น ครอบครัวอิสลาม
การทำหน้าที่ในครอบครัวที่ปกติ (Functional Family)

(สุนิณ พรนิพนธ์กุล อ้างถึง สุนทรสา สุภาพ, 2521)

ในครอบครัวปกติมีการดำเนินกันดังนี้

1. เป็นระบบ (as a system)
2. เป็นไปตามวงจรชีวิต (Life Cycle)
3. เป็นไปตามงานที่ครอบครัวพึงกระทำ (Tasks)

1. การดำเนินกันเป็นระบบนั้นก็คือสมาชิกแต่ละคนในครอบครัวช่วยกันทำและอยู่ร่วมกัน สัมพันธ์กันไปหมดทั้งครอบครัว ดังนั้นความสัมพันธ์จะส่งผลกับสมาชิกทุกคนในครอบครัว จึงไม่ใช่มองแต่ละบุคคลเท่านั้น แต่ต้องมองเป็นระบบ

2. วงจรชีวิตเริ่มจาก

การเริ่มชอบพอกัน (Courtship)

↓
แต่งงาน

↓
มีบุตร

↓
แยกออกจากบ้านไป

ในช่วงที่เริ่มชอบพอกันนั้นเป็นช่วงที่ศึกษาซึ่งกันและกันในเรื่องการสื่อความหมาย ความสัมพันธ์ทางเพศ การควบคุม การใช้จ่าย และเรียนรู้ว่าจะไปด้วยกันอย่างไร เป็นต้น และเมื่อแต่งงานกันแล้วบิดาและมารดาของครอบครัวจะต้องเรียนรู้ในแต่ละขั้นตอน ตั้งแต่ในเรื่องของบทบาท ใครอยู่บ้าน ใครจะเป็นคนออกไปทำงาน โดยมีการตกลงกันในแต่ละคู่ เมื่อมีบุตรแล้วก็ต้องมีการตกลงกันว่าจะเลี้ยงลูกอย่างไร สอนลูกในทิศทางใด เมื่อลูกโตขึ้นลูกจะแยกย้ายกันออกไปหมด และมักจะมีปัญหาที่เรียกว่ารังที่ไร้นก (empty nest) อีกในช่วงหนึ่งซึ่งจริง ๆ แล้วในแต่ละช่วงก็มีปัญหาอยู่มากมายโดยทั่วไป

3. งานใหญ่ ๆ ที่ครอบครัวพึงกระทำนั้น มี 3 ประการ คือ

- 1) สร้างความผูกพันที่แน่นแฟ้นในชีวิตสมรส
- 2) จัดหาหรือตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานให้แก่กันในครอบครัว
- 3) สอนลูกถึงวิธีการปฏิบัติในวัฒนธรรมทั้งหมดว่าเป็นอย่างไร

ครอบครัวในภาวะวิกฤต (Family in Crisis)

ตามทฤษฎีระบบ (System Theory) ครอบครัวเป็นระบบ ซึ่งอาจเปลี่ยนแปลงหรือคงที่ขึ้นอยู่กับสังคมใหญ่ ถ้ามีเหตุการณ์ผิดปกติเกิดขึ้นกับบุคคลใดบุคคลหนึ่งภายในครอบครัว เหตุการณ์นั้นจะมีผลกระทบต่อสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว (Patricia, 1984)

พยาบาลที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต จะต้องมุ่งความสนใจไปที่การดูแลผู้ป่วยทางด้านชีววิทยา ถ้าพยาบาลขยวมโนคติของผู้ป่วยจากที่ผู้ป่วยเป็นบุคคลหนึ่งที่นอนอยู่บนเตียงไปเป็นผู้ป่วยเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัวและมีส่วนร่วมกับครอบครัวด้วย พยาบาลก็จะขยายบทบาทในการช่วยเหลือครอบครัวให้เผชิญกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยด้วย เพื่อรักษาหน้าที่หลายอย่างของครอบครัวไว้ แอคเคอแมน (Ackerman quoted in Patricia, 1984) กล่าวว่าไม่มีใครมีชีวิตอยู่คนเดียวได้ และเมื่อไม่นานมานี้ได้มีการรวมสมาชิกทั้งหมดในครอบครัวเป็นครอบครัวของเรา ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานของการเจริญเติบโตและประสบการณ์ ไม่ว่าสำเร็จหรือล้มเหลว

พยาบาลจะต้องเข้าใจหน้าที่ของระบบครอบครัว คือผู้ป่วยทุกคนเป็นสมาชิกของครอบครัวและมีบทบาทแน่นอนในครอบครัวของเขา การเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นการขัดขวางบทบาทและหน้าที่ของเขา การที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทปกติของเขา จะมีผลให้มีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของสมาชิกอื่นทั้งหมด เช่น ถ้าแม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สามีและบุตร จะต้องรับหน้าที่ความรับผิดชอบของมารดาด้วย แต่เนื่องจากสามีและบุตรวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรคของมารดา และสมาชิกทั้งหมดมีความต้องการด้านอารมณ์ (Emotional need) มากขึ้น เนื่องจากสมาชิกทั้งหมดต้องการการประคับประคองหรือสนับสนุน (Support) สมาชิกทุกคนอาจไม่ได้ได้รับความพึงพอใจทางความต้องการด้านอารมณ์ภายในครอบครัวในทันที ฉะนั้นจึงต้องกลับไปเป็นสมาชิกของครอบครัวขยาย (Extended family) คือกลับไปหาญาติพี่น้อง เพื่อน หรือผู้ประกอบวิชาชีพ ถ้าสมาชิกของครอบครัวกระดากอายหรือชอบโดดเดี่ยวก็ไม่สามารถขอความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์หรือไม่ได้รับการสนับสนุน แม้ว่า จะพอหาได้ ถ้าความเครียดของสมาชิกครอบครัวมีความรุนแรงและไม่สามารถบรรเทาได้ เป็นเวลานานออกไป จะเกิดความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายหรืออารมณ์ตามมา (Engel quoted in Patricia, 1984)

ผู้ป่วยในภาวะวิกฤตต้องการสนับสนุนจากครอบครัวมากกว่าปกติ และผู้ป่วยต้องการให้ครอบครัวมีความเข้มแข็ง และครอบครัวจะต้องรับรู้ความจริงว่าระหว่างภาวะ

วิกฤตสมาชิกที่ป่วยต้องการให้ครอบครัวมีความเข้มแข็ง ถ้าไม่มีทรัพยากร (resources) ที่เขาสามารถดึงมาใช้ เขาจะต้องเชื่อมั่นความเข้มแข็งหรือศักยภาพภายในตัวเอง แต่สมาชิกในครอบครัวมีกลไกเผชิญภาวะวิกฤตอยู่อย่างจำกัด แครเวน (craven) กล่าวว่า เนื่องจากความทันสมัยของครอบครัวในเมือง แหล่งทรัพยากร (Resource) ที่จะช่วยในการเผชิญกับผลกระทบจากความเจ็บป่วยจึงอ่อนแอลง ความอ่อนแอนี้มาจากขนาดของครอบครัวเล็กลงเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว และส่วนหนึ่งเป็นเพราะว่าความต้องการด้านอารมณ์สูงขึ้น จากการศึกษาที่ขนาดของครอบครัวเล็กลงทำให้สมาชิกแต่ละคนมีปฏิกริยาต่อความเจ็บป่วยมากเกินไป ความรุนแรงของความเครียดของคนที่เป็นผู้ป่วยจึงมีมากเท่ากับสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว (Robert, 1976)

ครอบครัวไทยปัจจุบันเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้มีความผูกพันทางอารมณ์และความรักอย่างแน่นแฟ้น มีความสามัคคีกลมเกลียวกัน เพราะความรักระหว่างพ่อ แม่ ลูก หลังที่ทำให้ครอบครัวรวมกันจึงมีมาก ครอบครัวจึงมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน การเป็นครอบครัวเดี่ยวทำให้ความสัมพันธ์และความช่วยเหลือระหว่างสมาชิกครอบครัวขยายเต็มลดลง เพราะบุคคลมีความผูกพันเฉพาะสมาชิกในครอบครัวและญาติพี่น้องที่ใกล้ชิดจริงๆ เท่านั้น (สุพัตรา สุภาพ, 2528) ถ้ามองทางด้านจิตวิทยาจากความใกล้ชิดและความสัมพันธ์ทำให้สามีภรรยาเป็นผู้ร่วมเป็นร่วมตายกัน ร่วมทุกข์ร่วมสุข เป็นผู้ที่มีอิทธิพลมากในการสนับสนุนในภาวะเจ็บป่วย และในขณะเดียวกันก็จะได้รับความเครียดมาจากการเจ็บป่วยของคู่สมรส สเกลตันและโดมิเนียน (Skelton and Dominion, 1973) ได้ยืนยันว่าผลของกล่ามเนื้อหัวใจตายต่อผู้ป่วยไม่สามารถแยกผลกระทบออกจากชีวิตได้ โดยเฉพาะภรรยาจะทุกข์ทรมานจากภาวะกดดันทางอารมณ์อย่างรุนแรง เมื่อบุคคลประสบกับความเครียดจะต้องหาที่พึ่ง ซึ่งอาจเป็นเพื่อนหรือสถาบันต่างๆ ในทางสังคม เช่น สถาบันทางศาสนา ลักษณะที่ประกอบเข้าเป็นศาสนานั้นมีความเชื่อ (belief) เช่น ความเชื่อที่มาจากลัทธิต่าง ๆ บทความเกี่ยวกับความศรัทธา และบทอรรถาธิบายปรากฏการณ์ต่างๆ ทางศาสนา เช่น คัมภีร์ไบเบิล คัมภีร์อันกุรอาน และพระไตรปิฎก เป็นต้น (ชุตดา จิตพิทักษ์, 2528) ความเชื่อในเรื่องบุญ-บาป กฎแห่งกรรม ทำให้คนไทยพุทธ

แสดงพฤติกรรมออกมาในลักษณะให้ทาน รักษาศีลภาวนา บวชเป็นภิกษุ สามเณร ซึ่งมุ่งสร้างสมบุญไว้เพื่อให้ไปสู่ "พระนิพพาน" (เรื่องเดิม)

ความเชื่อทางไสยศาสตร์กับการรักษาพยาบาล (เรื่องเดิม)

การรักษาโรคด้วยวิธีไสยศาสตร์นับว่าเป็นวิธีที่เก่าแก่ที่สุด เพราะมนุษย์รู้จักวิธีนี้มาตั้งแต่สมัยก่อนประวัติศาสตร์ มนุษย์ไม่ทราบสาเหตุของโรคบางอย่างอันเกิดขึ้นภายในร่างกายมนุษย์สมัยนั้นจึงพากันเชื่อว่าเป็นอำนาจภูติผี

ปัจจุบันการรักษาพยาบาลโดยวิธีไสยศาสตร์ไม่เพียงแต่จะปฏิบัติกันในสังคมเผ่าชนที่ล้าหลังและชนบทที่อยู่ห่างไกลความเจริญเท่านั้น แต่ยังมีพบว่ามีในสังคมเมืองที่มีการแพทย์สมัยใหม่ เจริญแล้วก็ยังมีประชาชนไม่น้อยที่พึ่งไสยศาสตร์ในการรักษาพยาบาล ซึ่งใช้ร่วมกับการรักษาพยาบาลโบราณอื่น ๆ เช่น การใช้สมุนไพร การนวด เป็นต้น

สุภัตรา สุภาพ (2528) กล่าวว่าค่านิยมของคนไทยสมัยรัตนโกสินทร์ที่คารยกย่อง คือ นับถือศาสนา ชาวไทยส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ จะเคารพนับถือในรูปแบบของคำพูดมากกว่าการปฏิบัติ จะยึดมั่นเชื่อสนิททั้งในด้านคำพูดและการปฏิบัติ มีการเชื่อโชคลาง เป็นเพราะคิดว่ามีสิ่งลึกลับบางอย่างบันดาลให้คนมีอันเป็นไปในด้านดีหรือเลว เจริญหรือเสื่อม เป็นการไม่เชื่อตนเอง จึงทำให้เกิดความกลัว และในขณะเดียวกันก็ต้องการความปลอดภัย จึงพยายามกราบไหว้ บูชา เอาใจเพื่อขอความเมตตาคุ้มครองป้องกันให้ปลอดภัย และบันดาลให้มนุษย์ได้สิ่งที่หวังไว้ เช่น เช่นสรวงของบันดาลให้ฝนตก ขอให้โชคดี ฯลฯ การเชื่อโชคลางในปัจจุบันออกไปในเรื่องเกี่ยวกับชีวิตประจำวันทั่วๆไป เช่น บุตรเจ็บก็ขอให้ภูติผีออกไป สามีมีภรรยาบ่อยก็เชื่อว่ามีเสน่ห์ยาแฝด ทำให้เป็นเช่นนั้น จึงต้องให้หมอไสยศาสตร์ทำพิธีการ ถ้าใครมีเคราะห์ก็ต้องให้พระรดน้ำมนต์ให้เพื่อสะเดาะเคราะห์ ฯลฯ เป็นการไม่เชื่อตัวเองและไม่เชื่อเหตุผล ทำให้คนเสียประโยชน์

สามีหรือภรรยาผู้ป่วยในภาวะวิกฤต จะทำให้เสียระบบของครอบครัวชั่วคราว ถ้าได้รับการช่วยเหลือจากทีมสุขภาพจะสามารถเผชิญภาวะวิกฤตได้ดีขึ้น แต่ในภาวะวิกฤตพยาบาลจะมุ่งความสนใจไปที่ตัวผู้ป่วย จนให้ความสนใจกับครอบครัวหรือคู่สมรสน้อยลงหรือบางครั้งถูกละเลย การพยาบาลจะสมบูรณ์แบบไม่ได้ ถ้าไม่ได้รวมครอบครัวผู้ป่วย

เข้าไปด้วย การขาดปฏิสัมพันธ์หรือขาดการติดต่อสื่อสารกับครอบครัวผู้ป่วย ทำให้การพยาบาลไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนสำคัญในการช่วยผู้ป่วยให้ปรับตัวต่อสภาพในห้องผู้ป่วยหนัก และเป็นผู้ประคับประคองจิตใจของผู้ป่วยให้เข้มแข็งตลอดระยะเวลาเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก แต่ก่อนที่ครอบครัวของผู้ป่วยจะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ดีนั้น ตัวเขาเองจะต้องเข้าใจและได้รับความช่วยเหลือในการปรับตัวกับภาวะวิกฤตนั้นเสียก่อน เพราะถ้าครอบครัวมีความเครียดในระดับสูง ก็จะไม่สามารถจะสนับสนุนผู้ป่วยได้ และยังถ่ายทอดความเครียดไปยังผู้ป่วยได้ การที่จะทราบว่า ครอบครัวเครียดหรือไม่ ดูได้จากความอดทนต่อการรับฟัง คำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ความอดทนต่อวิธีการตรวจรักษา และเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติตัว และการสนับสนุนผู้ป่วย การเผชิญภาวะวิกฤตทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และพยาบาลต้องร่วมมือกันเพื่อช่วยให้ครอบครัวเผชิญภาวะวิกฤตได้ในระดับที่สูงสุด พยาบาลเป็นผู้อยู่ระหว่างผู้ป่วยและญาติ ฉะนั้น พยาบาลจึงเป็นบุคคลสำคัญในการ ช่วยให้ญาติหรือคู่สมรสปรับตัว ให้เข้ากับสภาพผู้ป่วย (ฉวีวรรณ ทรงชัย, 2530) จึงจะทำให้การดูแลผู้ป่วยแบบคนทั้งคนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และได้ผลดี พยาบาลจะเป็นผู้ที่ คอยช่วยเหลือ ส่งเสริมให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่อยู่ในภาวะวิกฤตได้ ถ้าพยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของการพยาบาลด้านจิตสังคม ตลอดจนมีความรู้และทักษะในการประเมินภาวะจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่เสียสมดุลทางด้านจิตใจและสังคมควบคู่ไปกับการรักษาพยาบาลทางด้านร่างกาย จะทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกลับคืนสู่ภาวะดุลยภาพของชีวิตได้ในที่สุด

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในปี 1987 ไนยามาติ (Nyamathi, 1987) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการเผชิญภาวะวิกฤตของภรรยาผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยมีวัตถุประสงค์ในการศึกษา เพื่อจะประเมินถึงวิธีการเผชิญภาวะวิกฤตของคู่ชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในระหว่างระยะเฉียบพลันและระยะพักฟื้น โดยสัมภาษณ์คู่ชีวิต 40 คน (ในระยะเวลา 3 เดือน) ในขณะสามีนอนพักอยู่ในโรงพยาบาล และเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมาก่อน

โดยศึกษาการเผชิญภาวะเครียดด้านพฤติกรรม (Behavior) ด้านการรับรู้และความคิด (Cognition) และด้านจิตใจ (Intrapsychic) ในระหว่างระยะเฉียบพลันในการป้องกันหรือลดผลที่เกิดกับสามีในระยะเริ่มต้นและผลที่เกิดขึ้นกับครอบครัวและตนเอง ระยะพักฟื้น การเผชิญภาวะวิกฤต ได้มุ่งที่การติดตามและควบคุมผลระยะยาวทั้งหมด ปรากฏว่า ภรรยาใช้วิธีการเผชิญทางด้านพฤติกรรม (Behavior Coping response) มากที่สุดในระยะเฉียบพลันและระยะพักฟื้น ความต้องการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และการบิดเบือนความจริงลดลงมากในระยะพักฟื้น

การเผชิญภาวะวิกฤตระหว่างที่สามีอยู่ในโรงพยาบาลโดยใช้สามีเป็นศูนย์กลาง (Husband Centered)

ในระหว่างสามีอยู่ในโรงพยาบาล 60% ของภรรยา ใช้วิธีการตอบสนองทางด้านพฤติกรรม และมุ่งไปที่ความเจ็บป่วยเพื่อป้องกันหรือลดสิ่งที่จะทำให้เกิดความเครียด พฤติกรรมการสนองตอบได้แก่

1. การประเมินลักษณะอาการความเจ็บปวดของสามี
2. ตามแพทย์
3. ส่งสามีไปยังโรงพยาบาล

ส่วนคู่ชีวิตที่สามีเคยเป็นโรคมามาก่อน จะประเมินถึงสาเหตุ สิ่งเกิดอาการ ชักถามสามีเกี่ยวกับเรื่องยา

การตอบสนองทางด้านการรับรู้หรือความคิด (Cognitive responses) จะเริ่มมุ่งไปที่ความเจ็บป่วยและควบคุมตามธรรมชาติ ผู้หญิงใช้วิธีการสนองตอบแบบนี้ 85% ในการประเมินธรรมชาติของความเจ็บป่วย ภรรยา 14 คน (35%) รับรู้ถึงความเจ็บป่วยว่าเกี่ยวข้องกับหัวใจ 18 คน (45%) อธิบายเหตุผลว่าทำไมความเจ็บป่วยไม่เกี่ยวข้องกับหัวใจ การสนองตอบโดยการควบคุมเพื่อนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล

การสนองตอบทางด้านจิตใจ (Intrapsychic responses) คู่ชีวิตใช้การควบคุมอารมณ์ตามธรรมชาติ เช่น "ถ้าฉันเฝ้าดูจะไม่เกิดเหตุการณ์อย่างนี้ขึ้น" มี 4 คน (10%) รับรู้ว่าได้รับผลที่รุนแรงเนื่องจากสามีเสียชีวิตอย่างกะทันหัน

การใช้ภรรยาและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Wives Centered)

คูชีวิตใช้การสนองตอบทางด้านพฤติกรรมเป็นการแสวงหาการสนับสนุนทางร่างกายและทางสังคม และการควบคุมทางอารมณ์และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพการแสวงหาความช่วยเหลือใช้มากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือผู้หญิงใช้ 80% 58% ใช้วิธีการแสวงหาความช่วยเหลือทางด้านร่างกายจากเพื่อน ครอบครัว และตามแพทย์ พยาบาลและคนอื่น ๆ เกี่ยวกับข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ผู้หญิงทั้ง 40 คน รายงานว่าได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์จากครอบครัว เพื่อน และความเชื่อทางศาสนา 45% มีการเผชิญโดยให้ความมั่นใจกับครอบครัวว่าชีวิตและสุขภาพจะกลับคืนมาเพื่อรักษาเสถียรภาพในครอบครัวไว้ 50% ของคูชีวิตจะสามารถลดหรือเรียนรู้ความกดดันทางด้านจิตใจและความวิตกกังวล โดยการปฏิบัติกิจวัตรหรืออาชีพประจำต่อไป และแนะนำให้สามีเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต 90% มีความพึงพอใจที่ได้ไปเยี่ยมคูครองที่โรงพยาบาล

การเผชิญด้านการรับรู้และความคิดที่คูชีวิตพบว่ามีประโยชน์ ช่วยลดความกลัวได้แก่ การควบคุมความคิดของเขา รู้สึกว่าถูกคุกคามเล็กน้อย มีความหวัง และวางแผนสำหรับอนาคต แต่ผู้หญิงใช้วิธีการนี้น้อย 32% ของคู่สมรสสามารถควบคุมอยู่ได้โดยคิดเล่าซ้ำๆว่า "ฉันจะต้องควบคุมให้ได้"

การเผชิญทางด้านจิตใจที่คูชีวิตใช้เพื่อลดการถูกกดดันหรือคุกคามจากครอบครัวคือ ใช้การปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยง 35% มีคูชีวิต 1 คน กล่าวว่า "ฉันพยายามคิดเกี่ยวกับความรู้สึกและบอกตัวเองว่าคงไม่มีอะไรร้ายแรงเกิดขึ้นกับเขา"

จอห์นสัน (Johnson, 1986) ได้ศึกษาเปรียบเทียบถึงลำดับความสำคัญของความต้องการของสามีหรือภรรยาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เข้ารับการรักษาในซีซียูที่รับรู้โดยสามีหรือภรรยาของผู้ป่วยและพยาบาล พบว่าสามีภรรยาของผู้ป่วยคิดว่าการเข้าร่วมดูแลผู้ป่วยมีความสำคัญมากกว่าที่พยาบาลคิด ส่วนพยาบาลกลับคิดว่าการให้ความสุขสบายแก่สามีหรือภรรยาของผู้ป่วยมีความสำคัญมากกว่า

ฮิลเบิร์ต (Hilbert, 1985) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคูชีวิตและ

ความสามารถของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยศึกษาจากคูชีวิตซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง 60 คู่ โดยการสัมภาษณ์ที่บ้าน ใช้เวลา 3 เดือน จากการทดสอบสมมุติฐานพบว่ามีความสัมพันธ์กันทางบวกระหว่างการสนับสนุนจากคูชีวิตและความสามารถของผู้ป่วย ในด้านความสามารถของผู้ป่วยที่สามีเป็นผู้ตอบจากคำถามในแต่ละข้อที่ถามรวมทั้งหมด 10 ด้าน พบว่าคูชีวิตสามารถคาดคะเนความรุนแรงของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ได้จากการแสดงพฤติกรรมออกมา และตรงกับทฤษฎีที่สนับสนุนไว้ ซึ่งสภาพแวดล้อมและความเจ็บป่วยจะแปรผันตามกัน ซึ่งไม่ตรงกับสมมุติฐาน ยิ่งกว่านั้นความสามารถของผู้ป่วยไม่สัมพันธ์กับตัวแปรของสภาพแวดล้อมหรือการเจ็บป่วย แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างกำลังอยู่ในโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางหัวใจ ซึ่งมีความสามารถสูงกว่าคนที่ไม่ได้รับการดูแลอย่างเห็นได้ชัด

ส่วนในด้านการสนับสนุนจากคูชีวิตเฉพาะด้านและการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางลบ ซึ่งไม่ตรงกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้

ความสามารถของผู้ป่วยทั้งหมดที่พบว่าไม่มีความแตกต่างกันนั้น ได้แก่ อายุผู้ป่วย ระยะเวลาการเจ็บป่วย ตำแหน่งหน้าที่ จำนวนครั้งที่แต่งงาน สถานภาพในสังคม โรคแทรกซ้อนในปัจจุบัน ภูมิหลังด้านจริยธรรม ศาสนาและการศึกษา

เบดเวอร์ธ และโมเลน (Bedworth and Molen, 1982) ได้ศึกษาประสบการณ์ความเครียดของคูชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย คูชีวิตได้จัดเรียงลักษณะอารมณ์ที่แตกต่างกันตั้งแต่ 2-9 ลักษณะอารมณ์ อารมณ์ที่พบมากที่สุดคือความวิตกกังวลและความกลัว ส่วนกลวิธีการเผชิญภาวะวิกฤตในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันได้แก่การตามหาแพทย์หรือสมาชิกในครอบครัวเพื่อช่วยเหลือและให้ยาแก่ผู้ป่วย

รูดี (Rudy, 1980) ได้ศึกษาถึงสาเหตุของการเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในระยะวิกฤตและระยะพักฟื้นจากผู้ป่วยและคูชีวิตด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง คำถามเตรียมไว้ล่วงหน้า ในระยะวิกฤต ใช้กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในโรงพยาบาล และในระยะพักฟื้นใช้กลุ่มตัวอย่างที่พักฟื้นอยู่ที่บ้านหลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้ว และใช้กลุ่มตัวอย่าง 50 คน เป็นคู่สมรส พบว่าความตึงเครียดจากที่ทำงานและจากที่บ้านเป็นสาเหตุสูงสุดทั้งจากผู้ป่วยและจากคูชีวิต คือในระยะวิกฤตจากผู้ป่วยพบว่าเกิดจากไม่ทราบสาเหตุ

22.9% ความตึงเครียด 17.2% สู้บพหรี 5.7% กรรมพันธ์ 4.3% จากคู่ชีวิตเกิดจาก ความตึงเครียด 26.5% ทำงานหนัก 12.1% ไม่ทราบสาเหตุ 9.7% บุคลิกลักษณะ 7.3% ส่วนในระยะพักฟื้นคำตอบที่ได้รับจากผู้ป่วยเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคนั้นได้แก่ ความตึงเครียด 25.9% ไม่ทราบสาเหตุ 14.3% ทำงานหนัก 11.4% กรรมพันธ์ 7.1% จากคู่ชีวิตตอบว่าสาเหตุสูงสุดจากความตึงเครียด 22.1% อาหาร 12.6% สู้บพหรี 11.6% ทำงานหนัก 7.4%

จากการศึกษาวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจ ตาย เป็นผู้ป่วยในภาวะวิกฤตที่มีผลกระทบต่อภาวะดุลยภาพของบุคคล ทำให้บุคคลเสีย สมดุลทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม บุคคลใดก็ตามเมื่อต้องอยู่ในสภาวะเป็นผู้ป่วยหรือต้อง เข้าอยู่ในโรงพยาบาลมักจะประสบความเครียดจากความเจ็บป่วยและสิ่งแวดล้อมใหม่เป็น อย่างมาก บุคคลจึงต้องมีการปรับตัวและแก้ไขปัญหา เพื่อให้เกิดภาวะดุลยภาพดังเดิม ด้วยการรับรู้ความเป็นจริงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ตลอดจนได้รับการช่วยเหลือจากคู่ชีวิต หรือบุคคลในครอบครัว และจากบุคลากรในทีมสุขภาพเพื่อให้บุคคลนั้นสามารถใช้กลวิธีที่ เหมาะสมในการปรับตัวตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น หากบุคคลไม่สามารถแก้ไขปัญหา หรือปรับตัวได้อย่างเหมาะสม การขาดดุลยภาพจะยังคงอยู่และกลายเป็นภาวะวิกฤตมาก ขึ้น และผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต และเสี่ยงอันตรายที่ชีวิตถูกคุกคามด้วยความตายได้ง่าย ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษายาบาลในหน่วยผู้ป่วยที่จัดแยกไว้โดยเฉพาะ มี อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้สลับซับซ้อนกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยทั่วไปหลายเท่า ผู้ป่วย และครอบครัว โดยเฉพาะคู่ชีวิตจะมีความวิตกกังวล กลัวในสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เนื่องจากครอบครัวไทยมีความรักกันแน่นแฟ้น จึงเครียดเช่นเดียวกับตัวผู้ป่วย และแสดง พฤติกรรมตอบสนองต่อภาวะเจ็บป่วยที่วิกฤตของคู่ชีวิตในระดับที่แตกต่างกัน แต่ในเจ็บป่วย ผู้ป่วยต้องการกำลังใจและการสนับสนุนจากคู่ชีวิตมากที่สุด พยาบาลจึงต้องช่วยเหลือให้ คู่ชีวิตปรับตัวได้เหมาะสม เพื่อไม่ให้คู่ชีวิตไปเพิ่มความเครียดและความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วย เพราะจะทำให้ภาวะวิกฤตเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตหรือมีโรคทางด้านร่างกายและ จิตใจตามมา อันจะเป็นผลเสียทั้งต่อครอบครัวและประเทศชาติ