

การกระตุ้นพฤติกรรมในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า: มุมมองทางสมองและประสาทวิทยา

ลัดดาวัลย์ มั่นพานิช, พย.ม¹
ชนกฤทัย ชื่นอารมณ์, Ph.D²

บทคัดย่อ

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเฉียบพลันก่อให้เกิดการสูญเสียภาพลักษณ์และความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน บุคคลที่มีกระบวนการปรับตัวเผชิญการสูญเสียไม่เหมาะสม อาจทำให้เกิดความเครียดเรื้อรังจนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออภิปรายว่าพยาบาลควรทำอย่างไรเพื่อที่จะส่งเสริมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมและป้องกันไม่ให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะสุขภาพจิตที่แย่ลง ในเนื้อหาส่วนแรกผู้เขียนอธิบายถึงกระบวนการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองว่านำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้อย่างไร จากนั้นจึงนำเสนอแนวทางการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม โดยอธิบายเชื่อมโยงกับหลักการทำหน้าที่ของสมองและประสาทวิทยาเกี่ยวกับการเรียนรู้และกระทำพฤติกรรม ในตอนท้าย ผู้เขียนได้ให้ข้อเสนอแนะสำหรับพยาบาลในการประยุกต์ใช้หลักการทำหน้าที่ของสมองและประสาทวิทยาในการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปรับตัวและกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง, การกระตุ้นพฤติกรรม, สมองและประสาทวิทยา

¹นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Behavioral Activation in Post-stroke Patients with Depression: Brain and Neuroscience Perspectives

Laddawan Manpanit, MSN.¹

Chanokruthai Chenarom, Ph.D.²

Abstract

Being struggle with acute cerebrovascular disease leads to the loss of body image and impaired ability of doing daily life activities. Individuals who react to loss with unhealthy coping process could initiate chronic stress response that could, in turn, bring about psychological depression. This article aimed to discuss on what nurses should do to promote healthy coping and prevent further mental deterioration of post-stroke patients. First, the authors described how post-stroke coping process could lead to pathological depression. Then, the therapeutic concept of behavioral activation is introduced and explained in accordance with recent knowledge on brain and neuroscience of learning and behavioral execution. In the final part, the authors provided recommendations for nurses to apply principles of brain and neuroscience function in nursing care plan to promote adaptation and activate coping behavior in post-stroke patients.

Keywords: Post-stroke Depression, Behavioral Activation, Brain and Neuroscience

¹Student of Master degree, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

²Lecturer of Health and Psychiatric nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

Received: April 25, 2018; Revised: May 28, 2018; Accepted: June 26, 2018

บทนำ

ในการดำเนินชีวิตของบุคคล ย่อมต้องเผชิญกับประสบการณ์ชีวิตต่าง ๆ ทั้งความสำเร็จและอุปสรรคปัญหาที่บางครั้งหนักหนาสาหัสจนเรียกได้ว่าเป็นวิกฤตของชีวิต อันเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดคิด ก่อให้เกิดความทุกข์อย่างเฉียบพลันจนไม่สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างปกติ อย่างไรก็ตาม คำพูดของจิตวิทยาอีริก อีริกสัน ที่ได้กล่าวไว้ว่า “วิกฤตเกิดขึ้นได้เสมอ แต่ไม่จำเป็นต้องเป็นหายนะ ที่จริงแล้ว ช่วงวิกฤตเป็นเวลาที่มนุษย์เรียนรู้ได้มากที่สุด เพราะต้องจัดเอาสติปัญญาทั้งหมดที่เคยมีมาใช้เพื่อขบคิดให้หลุดพ้นจากสภาวะนั้น เพื่อเผชิญวิกฤตครั้งใหม่เรียนรู้บทเรียนชีวิตบทต่อไป” (Erikson, 1959) คำกล่าวนี้แสดงให้เห็นว่าแม้วิกฤตชีวิตจะเป็นสิ่งไม่พึงปรารถนาแต่ก็เป็นโอกาสที่บุคคลจะได้เรียนรู้ เข้าใจธรรมชาติของชีวิต มีความสามารถปรับตัวเผชิญปัญหา ก่อให้เกิดวุฒิภาวะที่มากขึ้นตามประสบการณ์ชีวิตที่ได้รับ

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลกระทบต่อสภาพลักษณะ ความสามารถในการดูแลตนเองการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รวมถึงวิถีชีวิตและหน้าที่การงานจากข้อจำกัดของภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนไป อีกทั้งการฟื้นฟูบำบัดที่ยาวนาน มักก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรัง (van Rijsbergen, Mark, Kop, de Kort, & Sitskoorn, 2018) ผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองที่ปรับตัวไม่ได้จะแสดงออกด้วยการแยกตัวเองออกจากสังคม หลบเลี่ยงการเผชิญหน้าผู้คน เลิกทำกิจกรรมทางสังคมที่เคยทำแล้วมีความสุข ซึ่งเป็นการใช้กลไกการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยง (Avoidance coping style) ที่รังแต่จะนำไปสู่ความเครียดที่เพิ่มขึ้น

(Lo Buono, Corallo, Bramanti, & Marino, 2017) มีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นจำนวนมากที่ไม่สามารถปรับตัวกับวิกฤตชีวิตนี้ได้ เกิดความทุกข์สะสม จนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในที่สุด (van Rijsbergen et al., 2018; จันทร์จิรา สีสว่าง และ ปุณวิษฐ์ ทองแดง, 2559)

แนวทางการปรับพฤติกรรมเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองสามารถปรับตัวเผชิญปัญหา เป็นสิ่งที่พยาบาลควรทำความเข้าใจ เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ บทความนี้นำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมเพื่ออธิบายลักษณะการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยหลังหลอดเลือดสมองที่ปรับตัวรับความเจ็บป่วยและการเปลี่ยนแปลงไม่ได้ นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าและกระบวนการกระตุ้นพฤติกรรม (Behavioral Activation) เพื่อส่งเสริมการปรับตัวและเผชิญปัญหา (Mitchell, et al., 2008) โดยจะแบ่งเนื้อหาออกเป็นสามส่วน ส่วนแรกเป็นการนำเสนอเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ส่วนที่สองจะกล่าวถึงแนวทางการกระตุ้นพฤติกรรมและการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ที่น่าไปสู่การปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ เชื่อมโยงไปถึงองค์ความรู้เรื่องสมองและประสาทวิทยาที่เกี่ยวกับพฤติกรรม การเผชิญปัญหาและส่วนที่สามนำเสนอการประยุกต์ใช้โปรแกรมการกระตุ้นพฤติกรรมในกิจกรรมทางการพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ เรียนรู้ทางเลือกของพฤติกรรมในการเผชิญปัญหา และมีความมุ่งมั่น สามารถเผชิญอุปสรรคต่าง ๆ เพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาที่ดีที่สุด

การเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า

ผลกระทบจากการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองถือเป็นภาวะสูญเสีย (Loss) ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของผู้ป่วยทุกด้าน ทั้งด้านภาพลักษณ์ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ หน้าที่การงาน และความสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม (สุภาภรณ์ นากกลาง และ มณฑล ทองนิตย์, 2559) จนกล่าวได้ว่าผู้ป่วยสูญเสีย “ตัวตน” ที่เคยเป็นก่อนหน้าการเจ็บป่วย และต้องอาศัยกระบวนการปรับตัวปรับใจ เพื่อนำไปสู่อัตลักษณ์และแนวทางการปฏิบัติตัวใหม่ที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพในปัจจุบัน เนื่องจากภาวะหลอดเลือดสมองมักเกิดขึ้นโดยที่ผู้ป่วยคาดไม่ถึงและไม่ได้เตรียมตัวเพื่อรับการเปลี่ยนแปลง (ลัษวิริยะ บัณฑิตกุล, 2555) การสูญเสียแบบฉับพลันทำให้กระบวนการปรับตัวตอบสนองต่อการสูญเสีย (Grief process) ตั้งแต่ระยะปฏิเสธ (Denial) โกรธ (Anger) ต่อรอง (Bargain) ซึมเศร้า (Depress) และยอมรับ (Accept) เป็นไปอย่างยากลำบาก (Alaszewski, Alaszewski, & Potter, 2004) ผู้ป่วยแต่ละคนจะใช้ระยะเวลาไม่เท่ากันและมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสูญเสียนี้แตกต่างกันออกไป ผู้ที่ติดอยู่กับภาวะปฏิเสธก็จะไม่รับรู้ถึงความจำเป็นในการปรับตัว หรือผู้ที่รับรู้การสูญเสีย แต่ติดอยู่ในวังวนของภาวะซึมเศร้าจนถอนตัวไม่ขึ้นก็จะมีผลกำลังในการเผชิญปัญหา (Kuber – Ross & Kesster, 2005) เห็นได้จากอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าที่พบได้ถึงร้อยละ 25 – 79 ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Thomas & Lincoln, 2008) โดยพบมากในระยะ 3 ถึง 6 เดือนหลังการเกิดภาวะฉุกเฉินจากโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถจะพัฒนาไป

เป็นโรคซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 31 ภายใน 5 ปีหลังจากป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Hackett & Pickles, 2014)

อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าที่สูงในผู้ป่วยกลุ่มนี้ สะท้อนให้เห็นถึงธรรมชาติของโรคหลอดเลือดสมองที่นอกจากจะเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันทำให้ผู้ป่วยไม่ทันได้ตั้งตัวแล้ว ผลกระทบที่ตามมายังมีลักษณะเรื้อรังทำให้เกิดความเครียดสะสมอีกด้วย เพราะความสามารถต่างๆที่เปลี่ยนแปลงไปจากความเสียหายในสมอง ต้องใช้ระยะเวลายาวนานในการฟื้นฟูหรือบางครั้งเป็นการเสียหายอย่างถาวรวิถีชีวิตต้องเปลี่ยนไป (เพ็ญศรี สิริสรารมย์, 2550) ผู้ป่วยเกิดข้อท้อแท้ความทุกข์ที่เกิดขึ้นไม่มีจุดสิ้นสุดและไม่มีทางออก นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าสิ้นหวังและยอมจำนนต่อสถานการณ์ (Learned helplessness) สังเกตเห็นได้จากการมีพฤติกรรมหลบเลี่ยง เฉยชา ยอมรับสภาพ ไม่ยินดียินร้ายต่อปัญหา ทำให้ปัญหายิ่งสะสมมากขึ้น จนบั่นทอนกำลังใจและความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง จึงปฏิเสธและถอยหนีจากปัญหาต่อไปเกิดเป็นวงจรเลวร้าย (Vicious cycle) จนพัฒนาเป็นโรคซึมเศร้าอย่างเต็มรูปแบบในที่สุด (วรลักษณ์ ทองใบปราสาท, 2549) ซึ่งหากปล่อยให้ดำเนินมาจนถึงจุดนี้แล้ว จะเป็นอุปสรรคต่อการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่ง การดูแลเพื่อประคับประคองให้ผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤตทางจิตใจ ป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงจึงมีความสำคัญมาก พยาบาลควรวางแผนเป้าหมายเพื่อเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยผ่านจากภาวะซึมเศร้าไปสู่การยอมรับการเจ็บป่วย และสร้างความหวัง กำลังใจ พร้อมต่อการเรียนรู้พฤติกรรมและการเผชิญปัญหา สามารถผ่านภาวะวิกฤตไปสู่สมดุลใหม่ทางจิตใจอีกครั้งหนึ่งได้

ถึงแม้ภาวะซึมเศร้าจะเป็นระยะหนึ่งที่เกิดขึ้นได้ตามปกติในปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสูญเสีย แต่ก็ยังเป็นระยะสำคัญที่พยาบาลต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษ (Dar, et al., 2017) เพราะก่อนหน้านี้ระยะนี้ กล่าวได้ว่า ผู้ป่วยยังไม่รับรู้ถึงความจำเป็นในการปรับตัวปฏิเสธปัญหาที่เกิดขึ้นอาจรู้สึกโกรธและต่อรองต่อสถานการณ์การผ่านมาจนถึงระยะซึมเศร้าจึงเป็นสัญญาณแรกที่บ่งชี้ว่า ผู้ป่วยได้ตระหนักแล้วว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นเป็นความจริงและไม่มีทางหลีกเลี่ยงได้ ระยะซึมเศร้าจึงเป็นช่วงเวลาสำคัญที่นำไปสู่ทางเลือกกว่าผู้ป่วยจะเผชิญปัญหาแบบเข้าหาหรือหลีกเลี่ยง (Seaward BL, 2012) ภาวะซึมเศร้าที่ไม่รุนแรงอาจเป็นสัญญาณเตือนช่วยกระตุ้นผู้ป่วยให้เริ่มกระบวนการปรับตัว แต่ถ้าผู้ป่วยติดอยู่ที่ระยะใดระยะหนึ่งเนิ่นนานเกินไป ความเครียดที่สะสมจนจิตใจอ่อนล้า เกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง หดพละกำลังและพลังใจในการเผชิญปัญหา สิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นจากปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสูญเสียจากมุมมองของสมองและประสาทวิทยา ดังจะได้กล่าวถึงดังต่อไปนี้

เมื่อเผชิญความเปลี่ยนแปลงจากภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยอาจแสดงท่าทีปฏิเสธ ไม่ยอมรับความจริง เนื่องจากสมองมีลักษณะโน้มเอียงเข้าสู่ภาวะปกติ (Normalcy bias) ทำให้บุคคลเชื่อว่าชีวิตจะดำเนินไปตามปกติที่เคยเป็น (Nicolle, Fleming, Bach, Driver, & Dolan, 2011) เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่อยู่นอกเหนือจากที่เคยประสบมา จึงใช้เวลานานในการรับรู้และเข้าใจ ส่วนใหญ่แล้วระยะปฏิเสธจะส่งผลให้กระบวนการปรับตัวล่าช้า แต่ในบางรายการตัดขาดการรับรู้และความรู้สึกต่อเหตุการณ์ (Dissociation) โดยสิ้นเชิงก็อาจเกิดขึ้นได้ ต่อเมื่อบุคคลเริ่มเผชิญความยุ่งยากจนไม่อาจ

ปฏิเสธได้อีกต่อไป ความหงุดหงิด โกรธตนเอง บุคคลอื่น หรือบางครั้งก็ไม่อาจระบุเป้าหมายของความโกรธได้ก็เกิดขึ้น เมื่อ Amygdala ซึ่งทำหน้าที่เป็นสัญญาณเตือนภัย ประเมินได้ถึงสิ่งคุกคามทางอารมณ์นี้ ก็จะไปกระตุ้น Hypothalamic Pituitary Adrenal axis ให้หลั่งฮอร์โมนความเครียด ระบบประสาทอัตโนมัติ Sympathetic จะถูกกระตุ้นให้มีปฏิกิริยาต่อสู้เผชิญหรือหนีจากปัญหา พร้อมกันนั้น บุคคลจะพยายามปะติดปะต่อเรื่องราวเพื่อทำความเข้าใจที่มาที่ไปของเหตุการณ์ และต่อเรื่องราวให้เป็นไปตามแบบที่ตนเองยอมรับได้ จนเมื่อตระหนักว่าการตอรองนั้นไร้ผล ความรู้สึกถูกคุกคามจากการสูญเสียที่เกิดขึ้นยิ่งไปกระตุ้น Amygdala และ HPA axis มากขึ้น จนสารสื่อประสาทถูกใช้จนขาดสมดุล หากบุคคลสามารถปรับตัว จัดการสถานการณ์และบริหารจัดการความเครียดได้ สมดุลของสารเคมีในสมองก็จะกลับสู่ภาวะปกติ แต่ถ้าปัญหายังดำเนินต่อไป ร่างกายอยู่ในสภาวะเครียดอย่างเรื้อรัง สารสื่อประสาทหลักในสมองถูกใช้จนหมดสมองจึงหมดพลังและเหนื่อยล้า ดังนั้นการจะฟื้นฟูสภาพจิตใจจึงต้องให้ความสำคัญตั้งแต่ก้านสมองที่เป็นแหล่งพลังงานไปจนถึงสมองส่วนบนซึ่งเป็นแหล่งของพลังความมุ่งมั่นในการเผชิญปัญหากันเลยทีเดียว (Kozlowski, Hutchinson, Hurley, Rowley, & Sutherland, 2017)

แนวคิดการกระตุ้นพฤติกรรมกับสมองและประสาทวิทยาทางจิต

ธรรมชาติของจิตใจและพฤติกรรมของมนุษย์นั้น มีความเชื่อมโยงกับการทำหน้าที่ของสมอง อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมเป็นเรื่องซับซ้อน เพราะไม่ได้เป็นผลจากโครงสร้างหรือวงจรของ

สมองส่วนใดส่วนหนึ่งโดยเฉพาะ แต่เป็นผลจากการทำหน้าที่ร่วมกันของสมองทั้งก้อน เนื่องจากสมองของมนุษย์มีวิวัฒนาการมากกว่าพฤติกรรมของมนุษย์จึงมีความซับซ้อนกว่าสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมชนิดอื่น ในทางวิชาการนั้น สมองสามารถแบ่งออกได้เป็นสามส่วน คือสมองส่วนล่างหรือก้านสมองมีโครงสร้างสำคัญ คือ ศูนย์สัญญาณการกระตุ้นการทำงานของสมอง (Reticular Activating System) และศูนย์สารสื่อประสาท (Neurotransmitter center) ทำหน้าที่ควบคุมปฏิกิริยาที่จำเป็นต่อการอยู่รอด เช่น การหายใจ การเต้นของหัวใจ การไหลเวียนของเลือด วงจรตื่นหลับ ความอยากอาหาร และการขับถ่าย ถัดขึ้นไปด้านบนที่โอบล้อมก้านสมองไว้ คือ สมองส่วนกลาง มีระบบลิมบิก (Limbic system) ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับสัญชาตญาณ คอยตัดสินใจว่าสิ่งเร้าที่เข้ามาในความสนใจนั้นเป็นอันตรายหรือเป็นโอกาสอันดีของชีวิต และสร้างอารมณ์ความทรงจำ ส่วนโครงสร้างด้านบนสุดของสมองนั้น คือสมองส่วนบน (Neo-cortex) ทำหน้าที่เกี่ยวกับการรับและประมวลผลข้อมูลจากสิ่งแวดล้อม คิด วิเคราะห์เชิงตรรกะเหตุผล วางแผน รักษาความตั้งใจและความรู้ตัว (Wiest, 2012)

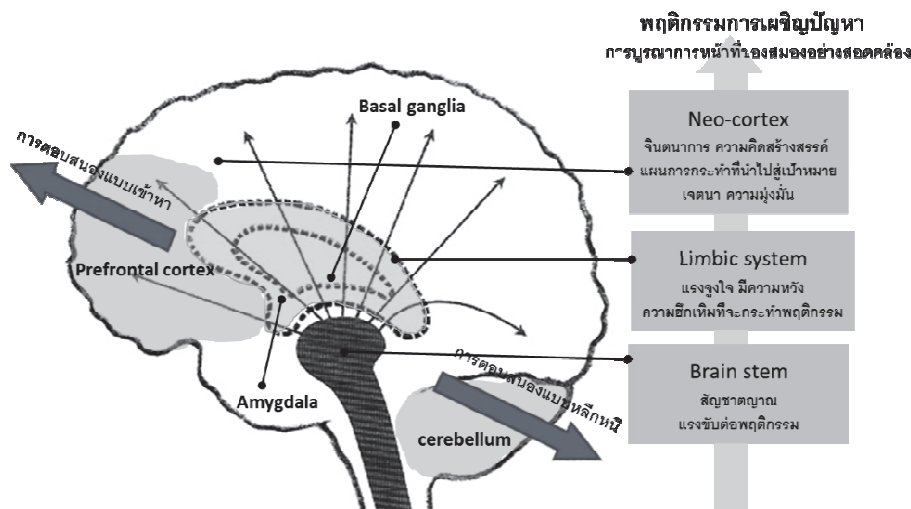
พฤติกรรมและการเผชิญปัญหาของบุคคลจะเป็นอย่างไรนั้น เกิดจากการทำงานร่วมกันของสมองทั้งสามส่วนที่กล่าวข้างต้น อย่างไรก็ตาม การขัดแย้งก็เกิดขึ้นได้ระหว่างการทำงานของสมองส่วนบน ซึ่งเป็นสมองส่วนคิด (Thinking brain) กับสมองส่วนกลางและส่วนล่างซึ่งรวมกันเป็นสมองส่วนอารมณ์ (Emotional brain) สมองส่วนอารมณ์นั้น เปรียบเสมือนฐานข้อมูลหรือคลังเก็บความรู้ที่สะสมจากประสบการณ์เดิม เมื่อถูก

กระตุ้นก็จะส่งสัญญาณออกมาในรูปของอารมณ์และแรงจูงใจในการทำพฤติกรรม และสมองส่วนคิด เปรียบเสมือนเป็นเครื่องคำนวณว่าจะสามารถนำข้อมูลประสบการณ์นั้นมาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ปัจจุบันอย่างไร ส่งผลลัพธ์ออกมาในรูปของความคิดเชิงเหตุผล การวางแผนการและเจตนาความมุ่งมั่นในการทำพฤติกรรมนั้น การขัดแย้งกันในการทำงานของสมองนี้ปรากฏให้เห็นได้หลายลักษณะ ทั้งในแบบที่สมองส่วนบนของผู้ป่วยรับรู้ความจำเป็นในเชิงเหตุผลและประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มองเห็นเป้าหมายและคิดแผนการสู่ความสำเร็จ แต่สมองส่วนล่างกลับต้องการทำตามความรู้สึกที่เรียกร้องหาความสุขสบาย และเมื่อรู้สึกเบื่อหน่ายหรือท้อแท้ ก็จะเรียกร้องให้เกิดพฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบตามอารมณ์แทนการใช้เหตุผลในทางกลับกัน หากสมองส่วนอารมณ์มีความฮึกเหิม มีแรงจูงใจที่จะการเผชิญปัญหาอย่างเต็มเปี่ยม แต่สมองส่วนคิดขาดความสามารถในการวางแผน กำหนดแนวทางการกระทำภายใต้บริบทและสถานการณ์ชีวิตของตน ไม่สามารถพลิกแพลงพฤติกรรมเมื่อพบเจอปัญหา หรือไม่สามารถควบคุมจิตใจให้มีความมุ่งมั่น ยับยั้งความกลัวไม่กล้าเผชิญปัญหาไม่ได้ การแก้ไขปัญหาจึงประสบความล้มเหลว จนขาดความมั่นใจแรงจูงใจที่มีก็อาจหมดลงได้เช่นกัน (Pessoa, 2015; Williams et al., 2008)

นอกจากสมองส่วนอารมณ์จะเป็นแหล่งของแรงจูงใจจากความต้องการตามสัญชาตญาณแล้ว สมองส่วนนี้ยังทำหน้าที่สร้างนิสัยความเคยชิน ซึ่งเป็นระบบอัตโนมัติเพื่อประหยัดพลังงานของสมองด้วย ในขณะที่สมองส่วนคิดที่อยู่ด้านบนโดยเฉพาะด้านหน้าคือ Prefrontal

cortex (PFC) นั้นใช้พลังงานมากเพราะต้องวิเคราะห์ว่าจะตอบสนองสถานการณ์ใหม่ๆที่ไม่เคยประสบอย่างไร แต่สมองส่วนล่าง จะเป็นแหล่งของการกระทำที่เรียนรู้มาจากการประสบการณ์เดิม จนเกิดเป็นพฤติกรรมแบบอัตโนมัติทั้งนี้ด้วยความเคยชินและความเชี่ยวชาญ โดยมีสมองส่วนที่เกี่ยวข้องคือ Basal ganglia ซึ่งมีโครงสร้างอยู่ใกล้

กับ Thalamus ทำหน้าที่จับแบบแผนและจดจำรูปแบบการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น โดยทำงานร่วมกับสมองน้อยหรือ cerebellum ซึ่งเป็นสมองส่วนที่อยู่ด้านหลังเพื่อกำหนดแนวทางตอบสนองด้วยการกระทำในรูปแบบซ้ำเดิมเมื่อจะเปลี่ยนรูปแบบพฤติกรรมไปจากเดิม สมองจึงมีแรงต้านจากนิสัยเดิมที่สมองส่วนหลัง



ที่มาภาพ: ดัดแปลงภาพจาก Figure 1.6 Front to back in Fogarty, 2009; pp. 10

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า การจะกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมใดนั้น การทำงานของสมองที่บูรณาการสอดคล้องไปในทางเดียวกันเป็นสิ่งสำคัญ อย่างไรก็ตาม อุปสรรคในการกระตุ้นพฤติกรรมการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองก็คือความเครียดและข้อจำกัดทางร่างกายทำให้ระบบลิมบิกถูกกระตุ้นอย่างหนัก สมองส่วนล่างจึงหลีกเลี่ยงการเผชิญปัญหา ไข้แต่พฤติกรรมเดิมๆ ปฏิเสธที่จะเรียนรู้ ไม่สามารถใช้พลังจากสติปัญญาจากสมองส่วนบนโดยเฉพาะส่วน PFC ได้ ดังนั้น การกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมใหม่ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงต้องคำนึงถึงการดูแลสมองให้คลายความหวาดกลัว เพื่อฟื้นฟูพลังและแรงจูงใจ

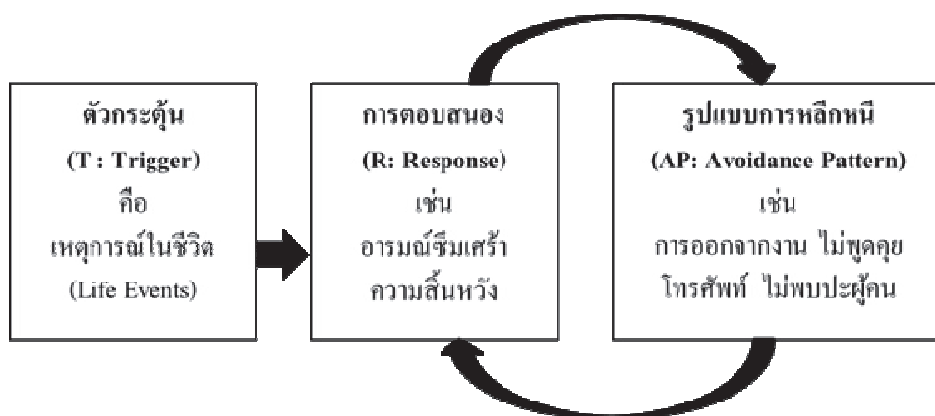
ตามสัญชาตญาณให้ได้ก่อน แล้วจึงเสริมสร้างความมุ่งมั่นตั้งใจให้สมองส่วน PFC มีพลังในการเรียนรู้ รวมทั้งมีการกระตุ้นพฤติกรรมเป้าหมายในระดับที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะเวลานานพอที่จะสร้างวงจรนิสัยใหม่ขึ้นในสมองส่วนหลัง ที่นำไปสู่การเรียนรู้พฤติกรรมอย่างยั่งยืนด้วย (Medina, 2009)

โปรแกรมการกระตุ้นพฤติกรรมในผู้ป่วยซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า มักมีพฤติกรรมแยกตัวเล็กทำกิจกรรมทางสังคม ไม่ติดตามการรักษาและกายภาพบำบัด ซึ่ง

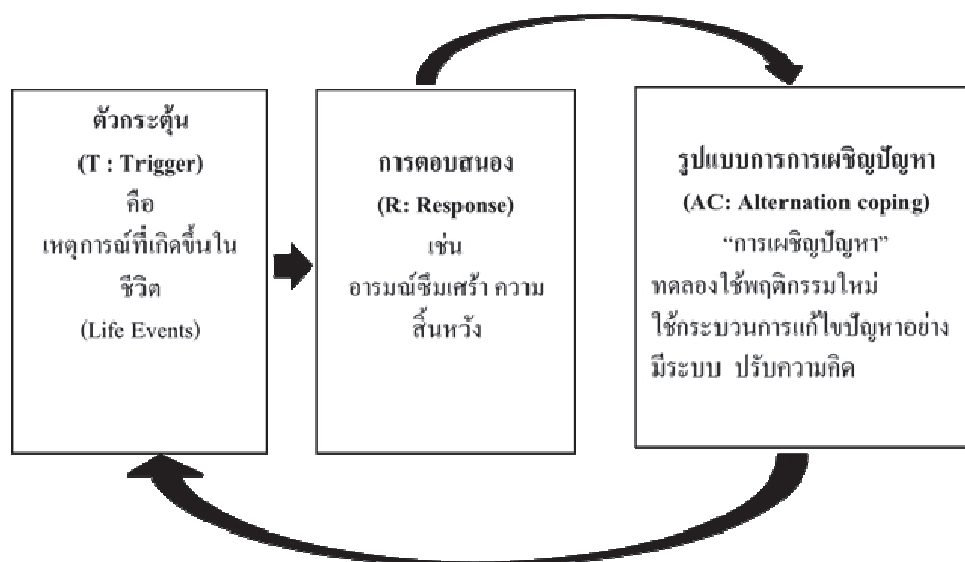
ก่อให้เกิดผลเสียที่มากขึ้นทั้งต่อร่างกายและจิตใจ หากไม่ได้รับการดูแลจิตใจและฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายอย่างเหมาะสม อาจกลายเป็นความพิการอย่างถาวรได้ (Kouwenhoven, Kirkevold, Engedal, Biong, & Kim, 2011) ด้วยความจำเป็นนี้ จึงมีโปรแกรมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองเกิดการปรับตัวที่เรียกว่า “อยู่กับโรคหลอดเลือดสมองได้ด้วยดี” หรือ “Living Well With Stroke” ที่พัฒนาโดย Mitchell et al. (2008) มีเนื้อหาการบำบัดประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลักคือ การกระตุ้นพฤติกรรม (Behavioral Activation) การส่งเสริมความสามารถในการแก้ไขปัญหา (Problem Solving) และการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive and Behavioral Modification) โดยบำบัดแบบกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ต่อเนื่องกัน 8 สัปดาห์ โดยมีกรอบแนวคิดเพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเปลี่ยนผ่านภาวะสุขภาพจิตจากการหลีกเลี่ยงปัญหา (Trigger-Response-Avoidance Pattern; TRAP) ไปสู่การ

เผชิญปัญหา (Trigger-Response-Alternative Coping; TRAC) มีเนื้อหาการบำบัดประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ในขั้นตอนแรกจะเป็นการทำกิจกรรมสำรวจความรู้สึกและอารมณ์ต่อการเจ็บป่วย และวิเคราะห์พฤติกรรมการเผชิญปัญหาของตนเอง เพื่อให้เกิดการยอมรับว่าการหลีกเลี่ยงการเผชิญปัญหาได้ก่อให้เกิดผลกระทบอย่างไรบ้างและตระหนักถึงความสำคัญในการเผชิญปัญหา ในขั้นตอนต่อมาผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยผ่านกระบวนการแก้ไขปัญหาตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาตั้งเป้าหมายวางแผนกลยุทธ์ ประคับประคองให้เกิดพฤติกรรมเป้าหมายจริง และประเมินผลหลังลงมือปฏิบัติ และในขั้นตอนสุดท้ายของโปรแกรมคือการปรับความคิด และพฤติกรรม เพื่อให้บุคคลได้เกิดมุมมองทางบวกในการดำเนินชีวิตร่วมกับโรคหลอดเลือดสมอง มองเห็นคุณค่าในตนเองจิตใจมีความสุขเข้าสู่สมดุล เกิดนิสัยหรือแนวปฏิบัติใหม่ในการดำเนินชีวิต



ภาพที่ 1 รูปแบบพฤติกรรมหลีกเลี่ยง (TRAP)

ที่มาของภาพ: แปลจาก Jacobson, Martell, & Dimidjian, (2001)



ภาพที่ 2 รูปแบบการเผชิญปัญหา (TRAC)

ที่มาของภาพ: แปลจาก Jacobson, Martell, & Dimidjian, (2001)

ในด้านประสิทธิผลของโปรแกรมนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบงานวิจัยแบบ Randomized Controlled Trial โดย Mitchell et al. (2008) ที่เปรียบเทียบผลของการได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรม Living Well With Stroke ในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าและได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการบำบัด มีอาการซึมเศร้าลดลงมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งมีการปรับตัวหลังการเจ็บป่วยดีขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเผชิญปัญหาที่เหมาะสมขึ้น นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่ศึกษาผลระยะยาวของการใช้โปรแกรมร่วมกับการใช้ยาต้านเศร้าในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า โดยวัดผลต่อเนื่องในระยะ 6 เดือน 9 เดือน 12 เดือน และ 24 เดือน (Mitchell et al., 2009; Ruth et al., 2011) ซึ่งผลการศึกษาพบ

ว่า กลุ่มผู้ป่วยเริ่มมีการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้า 12 เดือนขึ้นไปหลังจากได้รับการบำบัด จึงสรุปได้ว่าการใช้โปรแกรมการบำบัดดังกล่าวนี้ มีผลในการป้องกันภาวะซึมเศร้ากำเริบซ้ำได้อย่างน้อยในระยะเวลา 1 ปี ในการศึกษาเดียวกันนี้ ยังพบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้านั้น คือ การขาดแรงสนับสนุนทางด้านสังคม และข้อจำกัดด้านร่างกายของผู้ป่วย การกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งให้เห็นผลที่ตามมาจากการเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อภาวะสุขภาพและการดำเนินชีวิต ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวอย่างต่อเนื่อง จึงต้องอาศัยทั้งแรงสนับสนุนจากสังคม สิ่งแวดล้อม และกำลังใจ รวมทั้งความมุ่งมั่นไม่ย่อท้อต่อปัญหาที่เกิดขึ้น

การประยุกต์ใช้หลักการกระตุ้นพฤติกรรมในการพยาบาลผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง
การใช้หลักการตามกระบวนการฟื้นฟูการ

ทำงานของสมองเพื่อกระตุ้นพฤติกรรมการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า นั้น พยาบาลอาจต้องเผชิญกับความรู้สึกโศกเศร้า ไร้พลัง มองโลกทางลบอย่างไม่มีเหตุผลของผู้ป่วย ที่ส่งผลให้เกิดความยากลำบากในการสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งถือเป็นความท้าทายอย่างมาก เพราะการปรับเปลี่ยนจาก Avoidance Pattern ไปสู่ Alternative Coping นั้น ไม่สามารถทำได้เพียงการปรับเปลี่ยนความคิดให้เป็นไปในทางบวกมากขึ้น หรือการฝึกทักษะทางพฤติกรรมให้แก่ปัญหาชีวิตเป็นเท่านั้น แต่เป็นกระบวนการเรียนรู้เพื่อนำไปสู่การมีวุฒิภาวะทางจิตใจที่สูงขึ้นจากการเข้าใจความทุกข์ และการหาทางออกให้กับความทุกข์ของตน ด้วยการยอมรับความจริงและเผชิญหน้ากับปัญหาด้วยรูปแบบการกระทำใหม่ๆ ที่ไม่เคยทำมาก่อน ทั้งนี้จากหลักการด้านสมองและประสาทวิทยานั้น อุปสรรคในการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่มีอย่างน้อย 3 ลักษณะ อันดับแรก คือ การต่อต้านจาก้านสมองที่หมดพลังจากความเหนื่อยล้า เพราะความเครียดที่กระตุ้นสมองอย่างเรื้อรังจนสารสื่อประสาทในสมองขาดแคลน อันดับที่สอง คือ การต่อต้านจากสมองส่วนอารมณ์ ในระบบลิมบิกที่ Amygdala รู้สึกถูกคุกคามจากการที่ชีวิตต้องเปลี่ยนแปลงไปจากสิ่งที่เคยเป็น และ Basal ganglia ที่คอยแนะนำให้นำบุคคลใช้นิสัยหรือพฤติกรรมเดิมเพื่อหลีกเลี่ยงการเผชิญความยุ่งยาก และในอันดับที่สาม คือ การหมดพลังของ Neo-cortex ทำให้ไม่สามารถยับยั้งการมีพฤติกรรมตามความต้องการของสมองส่วนอารมณ์ได้ จึงไม่สามารถยับยั้งตามความมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองให้กล้าเผชิญปัญหา ไม่สามารถขบคิดแผนการในการเผชิญปัญหา

หรือหาวิธีแก้ไขอุปสรรคปัญหาได้ ดังนั้น การจะผลักดันให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ดี ต้องส่งเสริมให้สมองมีพลัง เป็นอิสระจากความเครียดและอารมณ์เศร้า จึงจะสามารถส่งผลให้สมองส่วนบนปลอดโปร่งพอที่จะมีกำลังขบคิดวางแผน และมีพฤติกรรมตามเป้าหมายที่วางไว้ได้ พยาบาลที่เข้าใจในหลักการของสมอง จึงต้องเริ่มตั้งแต่การดูแลด้านร่างกายและจิตใจ ให้มีความพร้อมสู่พฤติกรรมปรับตัว ตลอดจนช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจและความหวังที่จะปรับตัวเพื่อไปสู่สิ่งที่ดีกว่า และการมีความมุ่งมั่นที่จะสานต่อความตั้งใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในชีวิต ดังสรุปเป็นหลักการได้ดังนี้

1. ส่งเสริมสุขภาพร่างกายให้มีพลังความพร้อมต่อการเผชิญปัญหา

การนำแนวคิดส่งเสริมการเผชิญปัญหามาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง นั้น พยาบาลจะต้องคำนึงกระบวนการตอบสนองทางจิตต่อการสูญเสีย และใช้เวลาในการทำใจยอมรับสถานะผู้ป่วย รวมทั้งสร้างโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกโกรธ สับสน และเศร้าโศกออกมา ส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย ทั้งจากการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้บำบัดและกับครอบครัวของผู้ป่วยเองเมื่อได้รับความเห็นอกเห็นใจ ผู้ป่วยก็จะมี ความหวังในการเผชิญปัญหามากขึ้นและยอมรับการเจ็บป่วยได้ดีขึ้น หากผู้ป่วยมีความซึมเศร้ามาก หรืออารมณ์โกรธเกรี้ยวรุนแรง พยาบาลควรมีความมั่นคงในการยอมรับอารมณ์โกรธของผู้ป่วย แสดงความเห็นอกเห็นใจ และให้ความสำคัญกับดูแลการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ทั้งการรับประทานอาหารครบถ้วน การพักผ่อนที่เพียงพอ มีเคลื่อนไหวร่างกายหรือออกกำลังกาย

กาย การใช้เวลาผ่อนคลายกับกิจกรรมสันทนาการต่างๆ รวมถึงการทำกิจกรรมทางศาสนาเพื่อให้จิตใจสงบ เนื่องจากกิจกรรมเหล่านี้จะไปกระตุ้นก้านสมองให้ผลิตและหลั่งสารสื่อประสาทที่เป็นพื้นฐานของพลังงานและพลังสมอง ให้มีความพร้อมในการมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหา (Meeusen, 2014)

การได้ระบายออกถึงความรู้สึกสูญเสียจะช่วยให้ระบบลิมบิกโดยเฉพาะที่ Amygdala สงบลง จึงไม่ไปกระตุ้น HPA axis และระบบประสาทอัตโนมัติ Sympathetic ที่ทำให้ผู้ป่วยต่อต้านหลักหนีปัญหา อีกทั้งการได้รับการดูแลความต้องการพื้นฐานให้ร่างกายและจิตใจได้พักผ่อน จะช่วยให้ก้านสมองมีพลัง (Pessoa, 2009) ศูนย์ผลิตสารสื่อประสาทที่ก้านสมองสามารถผลิตสารสื่อประสาทที่จำเป็นในการเรียนรู้และการเกิดพฤติกรรมใหม่อย่างเพียงพอ ไม่ว่าจะเป็น Nor-epinephrine ที่ช่วยให้เกิดความกระชุ่มกระชวย มีพลังในการเริ่มกิจกรรมต่างๆ ของชีวิต หรือ Dopamine ที่ช่วยให้เกิดสมาธิและมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามความคาดหวัง และ Serotonin ซึ่งจะช่วยประคับประคองความรู้สึกมองโลกในแง่ดีและเข้าหาสังคม และยังทำให้จิตใจมีความความเยือกเย็นเมื่อเผชิญอุปสรรคไม่หุนหันพลันแล่น มีความรอบคอบในการแก้ปัญหา

2. การเสริมสร้างแรงจูงใจในการเริ่มต้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่

เมื่อร่างกายและจิตใจมีพลังแล้ว ในขั้นต่อมาก็คือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้พลังนั้นไปในทางบวกมีความฮึกเหิมและความหวังที่จะเผชิญปัญหาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองไปในทางที่ดีขึ้น แทนที่จะใช้พลังไปกับความวิตกกังวลเก็บกด

และหลีกเลี่ยงปัญหา ในขั้นตอนนี้ พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างละเอียด ความเข้าใจปัญหาอย่างชัดเจนจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกควบคุมสถานการณ์ได้ การช่วยเหลือผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการเผชิญปัญหานั้น ควรเป็นเป้าหมายที่ชัดเจน และไม่ยากจนเกินไป เพื่อลดความเครียด ป้องกันไม่ให้ท้อแท้ อันจะนำไปสู่การต่อต้านการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากสมองส่วนอารมณ์ โดยเฉพาะ Amygdala ที่รับรู้เป้าหมายของการแก้ไขปัญหาคือจะยิ่งใหญ่ ยุ่งยาก และห่างไกลจากสถานการณ์ปัจจุบัน ทำให้รู้สึกหวาดกลัวการเปลี่ยนแปลง พยาบาลจึงควรช่วยให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในระยะสั้น เริ่มจากก้าวเล็กๆ ที่สามารถทำให้สำเร็จได้ไม่ยาก ก่อนที่จะก้าวต่อไปทีละก้าวอย่างมั่นคงไปจนถึงเป้าหมายปลายทางในที่สุด (Stephen, 2014)

3. ส่งเสริมการตั้งเจตนาความมุ่งมั่นให้เกิดพฤติกรรมใหม่อย่างยั่งยืน

ถึงแม้แรงจูงใจจะเป็นสิ่งที่สำคัญที่ช่วยผลักดันให้ผู้ป่วยขยับก้าวแรกไปสู่การเริ่มเผชิญปัญหา แต่แรงจูงใจนั้นตั้งอยู่บนพื้นฐานของอารมณ์ จึงเปลี่ยนแปลงได้ง่ายตามความรู้สึกของบุคคล หากเหตุการณ์รอบตัวมากระทบ ทำให้เกิดความผิดหวัง เบื่อหน่าย ท้อแท้ ทำให้แรงจูงใจหมดสิ้น ผู้ป่วยก็อาจเลิกล้มความตั้งใจในการเผชิญปัญหาได้ มาถึงตอนนี้ บทบาทของสมองส่วนบนโดยเฉพาะที่ PFC จึงมีความสำคัญอย่างมาก ในการมีสติรู้ตัว ตรวจสอบอารมณ์ความรู้สึกของตน และใช้ตรรกะเหตุผลมายับยั้งการมีพฤติกรรมตอบสนองทางอารมณ์ของตน เพื่อให้เกิดความมุ่งมั่นตั้งใจ มีความมั่นคงต่อเจตจำนงที่จะเผชิญปัญหาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อย่างไรก็ตาม พยาบาล

ต้องตระหนักด้วยว่า ความเสียหายที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการรู้คิด โดยเฉพาะด้านการบริหารจัดการ (Executive function) ที่ส่งผลต่อ การคิด วิเคราะห์ วางแผน และแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้น พยาบาลจึงควรส่งเสริมให้มีการชักชวน ความคิดความเข้าใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมองเห็นภาพของความเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ให้ชัดเจน เพื่อต่อการวางแผนการกระทำไปสู่เป้าหมายได้สะดวก นอกจากนี้ การจัดทำตารางให้มีการดำเนินกิจกรรมตามจำนวนครั้งอย่างต่อเนื่องตามที่โปรแกรมกำหนด ซึ่งใช้เวลาประมาณ 2 เดือน เพื่อเอื้อให้ Basal ganglia จับรูปแบบการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นซ้ำๆ และประสานงานกับ Cerebellum จนเกิดเป็นความเคยชินอัตโนมัติ เกิดเป็นพฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบใหม่อย่างถาวรขึ้น ไม่กลับไปใช้พฤติกรรมหลักเสี่ยงปัญหาแบบเดิมอีก (Redgrave et al., 2010)

บทสรุป

โรคหลอดเลือดสมองมีผลต่อการปรับตัวเผชิญความสูญเสีย ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรังและไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ โปรแกรมการกระตุ้นพฤติกรรม “Living Well With Stroke” ที่พัฒนาโดย Mitchell et al. (2008) เป็นโปรแกรมการบำบัดที่มุ่งปรับเปลี่ยนรูปแบบพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจากหลักเสี่ยง (TRAP) เป็นเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม (TRAC) ซึ่งจากการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมบำบัดนี้ พบหลักฐานสนับสนุนว่าสามารถป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี อย่างไรก็ตาม การนำกิจกรรม

ตามโปรแกรมการบำบัดมาใช้ส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จนั้น พยาบาลต้องคำนึงถึงหลักการทำงานของสมองและประสาทวิทยาที่อธิบายว่าพฤติกรรมเป็นผลรวมของการทำงานของสมองทั้งก้อน ซึ่งประกอบด้วยสมองส่วนล่างที่เป็นแหล่งของพลังกำลังในการริเริ่มพฤติกรรม สมองส่วนกลางซึ่งเป็นแหล่งของแรงจูงใจ รวมทั้งอารมณ์กลัว กังวล ไม่มั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสมองส่วนบนซึ่งเป็นสมองส่วนคิด วางแผนและตัดสินใจว่าควรเปลี่ยนพฤติกรรมหรือไม่ พยาบาลจิตเวชที่ตระหนักถึงหลักการนี้ จะสามารถวางแผนการพยาบาลโดยบูรณาการหลักการด้านสมองควบคู่ไปกับด้านจิตสังคมเพื่อเตรียมสมองให้มีพลังกำลัง มีอารมณ์ที่ปลอดโปร่ง และมีสมาธิและตั้งใจมุ่งมั่นพร้อมสำหรับการเรียนรู้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาใหม่ๆ พร้อมเผชิญปัญหาในชีวิตและเลือกวิธีการเผชิญปัญหาภายใต้บริบทและสถานการณ์ของชีวิตตนเองได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

- จันทร์จิรา สีสว่าง, และ ปุณวิรัช ทองแดง. (2559). ภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยสูงอายุ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรดิตถ์*, 8(2), 73-85.
- เพ็ญศรี สิริสราภรณ์. (2550). *สภาพการณ์การฟื้นฟูสมรรถภาพของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านใน อำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา*(วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). ขอนแก่น.มหาวิทยาลัย ขอนแก่น. สืบค้นจาก <http://dric.nrct>.

- go.th/Search/SeaechDetail/206923
- ลัทธิวิ ปิยะบัณฑิตกุล. (2555). เจาะลึกปัญหา เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน. *วารสารการพยาบาล และการดูแลสุขภาพ*, 30(4), 6-14.
- วราลักษณ์ ทองใบปราชญ์. (2549). *ประสบการณ์ การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยในตำบล แสนตอ อำเภอกาญจนดิษฐ์บุรี จังหวัด กำแพงเพชร* (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). พิษณุโลก. มหาวิทยาลัย นเรศวร. สืบค้นจาก <http://rir.nrct.go.th/drupal.ir/node/3783>
- สุภาภรณ์ นากลาง, และมณฑล ทองนิตย์. (2559). ภาวะสุขภาพการเข้าถึงบริการสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองอำเภอมือง จังหวัดเพชรบูรณ์. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 10(1), 62-69.
- Alaszewski, A., Alaszewski, H., & Potter, J. (2004). The bereavement model, stroke and rehabilitation: a critical analysis of the use of a psychological model in professional practice. *Disability and Rehabilitation*, 26(18), 1067-78. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15371032>
- Dar. S. K., Venigalla, H., Khan, A. M., Ahmed, R., Mekala, H. M., Zain, H. et al. (2017). Post Stroke Depression Frequently Overlooked, Undiagnosed, Untreated. *Neuropsychiatry (London)*, 7(6), 906-919. Retrieved from <http://www.jneuropsychiatry.org/peer-review/post-stroke-depression-frequently-overlooked-undiagnosed-untreated.pdf>
- Erikson, E. H. (1959). Identity and the life cycle: Selected papers. *Psychological Issues*, 1, 1-171. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/record/1960-02756-001>
- Fogarty, R. (2009). Brain-Compatible Classrooms (Volume 3) (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Corwin Press. doi: <http://dx.doi.org/10.4135/9781452218922>
- Hackett, M. L., & Pickles, K. (2014). Part I: frequency of depression after stroke: an updated systematic review and meta-analysis of observational studies. *International Journal of Stroke*, 9(8), 1017 - 25. doi:10.1111/ijss.12357
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation therapy for depression: Returning to contextual roots. *Clinical psychology science and practice*, 8(3), 255-270. Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1093/clipsy.8.3.255>
- Kouwenhoven, S. E., Kirkevold, M., Engedal, K., Biong, S., & Kim, H. S. (2011). The lived experience of stroke survivors with early depressive symptoms: A longitudinal perspective. *International Journal of Qualitative Studies on Health and*

- Well-Being*, 6(4), 1748-2631. doi: 10.3402/qhw.v6i4.8491
- Kozlowski, D., Hutchinson, M., Hurley, J., Rowley, J., & Sutherland, J. (2017). The role of emotion in clinical decision making: an integrative literature review. *BMC Medical Education*, 17, 255. doi:10.1186/s12909-017-1089-7
- Kuber-Ross E., & Kesster, D. (2005). On grief and grieving: Finding the Meaning of Grief through the Five Stages of loss. *Journal of the national medical association*, 98(6). 980-981.
- Lo Buono V., Corallo F., Bramanti P., & Marino S. (2017). Coping strategies and health-related quality of life after stroke. *Journal of Health Psychology*, 22(1), 16-28. doi:10.1177/1359105315595117
- Medina, J. (2009). *Brain rules: 12 principles for surviving and thriving at work, home, and school*. Seattle, Wash.: Pear Press.
- Meeusen, R. (2014). Exercise, Nutrition and the Brain. *Sports Medicine (Auckland, N.Z.)*, 44(1), 47-56. doi:10.1007/s40279-014-0150-5
- Mitchell, P. H., Teri, L., Veith, R., Buzaitis, A., Tirschwell, D., Becker, K., et al. (2008). Living Well with Stroke: Design and Methods for a Randomized-Controlled Trial of a Psychosocial-Behavioral Intervention for Post-Stroke Depression. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 17(3), 109-115. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2007.12.002
- Mitchell, P. M., Veith, R. C., Becker, K. J., Buzaitis, A., Cain, K. C., Fruin, M. et al (2009). Brief Psychosocial-Behavioral Intervention with Antidepressant Reduces Post-Stroke Depression Significantly More Than Usual Care with Antidepressant Living Well with Stroke: Randomized, Controlled Trial. *American stroke association*, 40(9), 3073-3081. doi:10.1161/STROKEAHA.109.549808
- Nicolle, A., Fleming, S. M., Bach, D. R., Driver, J., & Dolan, R. J. (2011). A Regret-Induced Status Quo Bias. *The Journal of Neuroscience*, 31(9), 3320 - 7. doi: 10.1523/JNEUROSCI.5615-10.2011
- Pessoa, L. (2009). How do emotion and motivation direct executive control? *Trends in Cognitive Sciences*, 13(4), 160-166. doi: 10.1016/j.tics.2009.01.006
- Pessoa, L. (2015). Précis on The Cognitive-Emotional Brain. *Behavioral and Brain Sciences*, 38, 1-66. doi:10.1017/S0140525X14000120
- Redgrave, P., Rodriguez, M., Smith, Y., Rodriguez-Oroz, M. C., Lehericy, S., Bergman, H. et al. (2010). Goal-directed and habitual control in the basal ganglia: implications for Parkinson's disease. *Nature Reviews*.

- Neuroscience*, 11(11), 760–772. doi: 10.1038/nrn2915
- Ruth K., Cain, K. C., Buzaitis, A., Johnson, V., Becker, K. J., Teri, L. et al. (2011). Response to Psychosocial Treatment in Post – stroke Depression is Association with Serotonin Transporter Polymorphisms. *Stroke*, 42(7), 2068-2070. Retrieved from <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.110.611434>
- Seaward BL. (2012). *Managing Stress: principles and strategies for health and well – being* (7th ed.). Burlington: Jones & Bartlett learning.
- Stephen G. (2013). *Mini Habits. Smaller Habits, Bigger Results*. English edition: Pocket Books. Create Space Independent Publishing Platform.
- Thomas, S.A., & Lincoln, N.B. (2008). Predictors of emotional distress after stroke. *Stroke*, 39(4), 1240 - 5. doi:10.1161/STROKEAHA.107.498279
- van Rijsbergen, M. W. A., Mark, R. E., Kop, W. J., de Kort, P. L. M., & Sitskoorn, M. M. (2018). Psychological factors and subjective cognitive complaints after stroke: Beyond depression and anxiety. *Neuropsychological Rehabilitation*, (4), 1-14. doi:10.1080/09602011.2018.1441720
- West Gerald. (2012). Neural and Mental Hierarchies. *Frontiers in Psychology*, (3), 1-6.
- Williams, L. M., Gatt, J. M., Hatch, A., Palmer, D.M., Nagy, M., Rennie, C. et al. (2008). The integrate model of emotion, thinking and self-regulation: an application to the “paradox of aging”. *Journal of Integrative Neuroscience*. 7(3), 367-404. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18988298>