

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับบริการที่ห้องตรวจคัดกรอง งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครปฐม โดยผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทาง และสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยได้เสนอสาระสำคัญตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการเผชิญปัญหา (Coping Behavior)

- 1.1 ความหมายของการเผชิญปัญหา
- 1.2 กระบวนการเผชิญปัญหา
- 1.3 วิธีการเผชิญปัญหา
- 1.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญปัญหา
- 1.5 ปฏิกริยาทางด้านจิตใจและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
- 1.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
- 1.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านข้อมูลส่วนบุคคลกับการเผชิญปัญหา

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- 2.1 ความหมาย ของโรคมะเร็งเต้านม
- 2.2 โครงสร้างของเต้านม
- 2.3 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม
- 2.4 อาการของมะเร็งเต้านม
- 2.5 การวินิจฉัย
- 2.6 การรักษา
- 2.7 ผลข้างเคียงของการรักษา
- 2.8 การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
- 2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการเผชิญปัญหา

ส่วนที่ 3 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง

3.1 ทฤษฎีที่เกี่ยวกับบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง

3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพที่เข้มแข็งและการเผชิญปัญหา

ส่วนที่ 4 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

4.1 ทฤษฎีที่เกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกมีคุณค่าและการเผชิญปัญหา

ส่วนที่ 1 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการเผชิญปัญหา (Coping Behavior)

1.1 ความหมายการเผชิญปัญหา

ในปัจจุบัน การดำเนินชีวิตของบุคคล มักประสบกับเหตุการณ์ต่างๆ ในภาวะที่บุคคลถูกคุกคามจากสถานการณ์หรือสิ่งเร้าภายนอก ที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดความรู้สึกกดดัน ไม่สบายใจ และกระทบกระเทือนต่อสุขภาพภายในจิตใจ ทำให้บุคคลต้องกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อจัดการความรู้สึกกดดันและความคับข้องใจที่มีอยู่ โดยการปรับเปลี่ยนทางด้านความคิด อารมณ์ ตลอดจนพฤติกรรมต่างๆ ที่แสดงออกมาเพื่อให้เกิดภาวะสมดุลตามเดิม พฤติกรรมที่แสดงออกเมื่อเผชิญกับสิ่งที่มาคุกคามนี้เรียกว่า พฤติกรรมการเผชิญปัญหา (กษกร ศรีสัมพันธ์ 2537 : 26)

สิ่งที่มาคุกคามนี้ ได้แก่ ปัญหาในชีวิตประจำวันทั่วไป รวมถึงการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและรุนแรง

ลาซารัส (Lazarus 1984 : 74) นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน ได้ให้คำจำกัดความว่า เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับปัญหาที่ท้าทาย เช่น การสูญเสีย การถูกคุกคาม หรือถูกทำร้าย บุคคลจะต้องตอบโต้โดยตรง เพื่อจัดหรือบรรเทาเหตุการณ์ที่ตึงเครียดนั้น การโต้ตอบดังกล่าวเรียกว่า การเผชิญปัญหา (Coping)

ลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus and Folkman 1984 : 141 –142) กล่าวว่า การเผชิญปัญหา หมายถึง ความพยายามทางปัญญา และพฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่หยุดยั้ง เพื่อจะจัดการปัญหาหรือข้อเรียกร้องทั้งภายนอกภายในตนเองที่บุคคลประเมินว่าถูกคุกคาม หรือเกินกว่าความสามารถที่ตนจะรับได้

กาแลนด์ และบัช (Garland and Bush 1982 : 6, อ้างถึงใน ปัทมา คุปตจิต 2533:13) กล่าวว่า พฤติกรรมการเผชิญปัญหาเป็นกระบวนการที่บุคคลพยายามระงับ แบ่งเบา หรือจัดการความเครียด หรือสิ่งที่มาคุกคามที่อาจจะประกอบด้วยพฤติกรรมที่เปิดเผยหรือไม่เปิดเผยก็ได้

เพียร์ลีน และสคูเลอร์ (Pealin and Schooler 1978 : 2) กล่าวว่า พฤติกรรมการเผชิญปัญหาเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกเพื่อปกป้องภาวะจิตใจที่ถูกรบกวนเนื่องจากปัญหาและความเครียดต่าง ๆ

โคออฟ และคณะ (Chodoff et al., อ้างถึงใน สุวณีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว 2527 : 99) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมการเผชิญปัญหาว่าเป็นพฤติกรรมของจิตใจในกระบวนการปรับสมดุลทางอารมณ์ หรือกลวิธีทางด้านจิตใจ เพื่อแก้ไขสภาวะที่ถูกคุกคามต่อเสถียรภาพทางด้านจิตใจ เพื่อลดความกดดันทางจิตใจและอารมณ์

เรย์ และคณะ (Ray et al. 1982 : 387) กล่าวว่า พฤติกรรมการเผชิญปัญหาเป็นปฏิกริยาการตอบสนองต่อความเครียด ซึ่งมีความเป็นอิสระในแต่ละบุคคล

ลาซารัสและโมนาท์ (Lazarus and Monat 1977 : 360) ได้อธิบายไว้ว่า การเผชิญปัญหาเป็นกลไกทุกอย่างที่บุคคลใช้เพื่อรักษาภาวะสมดุลทางจิตใจ รวมทั้งมีการใช้กระบวนการทางจิตใจในการลดความตึงเครียดนั้น ลาซารัส (Lazarus 1976 : 74) ยังได้กล่าวอีกว่า ภาวะที่บุคคลต้องพบกับปัญหาที่ท้าทาย เช่น การเจ็บป่วย การสูญเสีย การถูกคุกคาม สิ่งเหล่านี้ถือเป็นภาวะเครียด ซึ่งทำให้บุคคลต้องมีการโต้ตอบ โดยการหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อขจัดหรือบรรเทาเหตุการณ์ที่ตึงเครียดนั้นไว้ ซึ่งก็คือ พฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ผู้ป่วยได้นำมาใช้นั่นเอง ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การเผชิญปัญหาหมายถึง กระบวนการซึ่งแสดงออกในรูปแบบ

ของพฤติกรรมแบบต่าง ๆ ของบุคคลที่พยายามเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ เพื่อแสดงพฤติกรรมในการที่จะจัดการกับปัญหา ควบคุม หรือบรรเทาภาวะตึงเครียดที่มาคุกคาม รวมทั้งการใช้กลไกการป้องกันตัว เพื่อให้กลับสู่ภาวะสมดุลตามปกติ

1.2 กระบวนการเผชิญปัญหา

เนื่องจากการเผชิญปัญหา ถือเป็นรูปแบบที่มีความซับซ้อนและเป็นกระบวนการที่มีความคิดอย่างต่อเนื่องและติดต่อกัน จึงมีความสำคัญที่จะพิจารณาถึงกระบวนการเผชิญปัญหา เพื่อนำไปสู่ความเข้าใจถึงพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ผู้ป่วยนำมาใช้

ลาซารัส (Lazarus 1984 : 285) กล่าวว่า กระบวนการในการเผชิญปัญหาจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้ได้ว่าการเปลี่ยนแปลงของตนเองและสิ่งแวดล้อม ซึ่งก็คือ เหตุการณ์หรือปัญหา (Event or Stressor) ที่มากระทบบุคคลนั้น จากนั้นร่างกายโดยการทำงานของสมองจะทำการประเมิน (Appraisal) ซึ่งเป็นการนำเอากระบวนการทางความคิด (Cognitive process) ที่เกิดขึ้นระหว่างปัญหากับการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรม โดยบุคคลจะคิดพิจารณาถึงความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้นและเลือกวิธีการจัดการกับปัญหานั้น ๆ ซึ่งการประเมินปัญหานั้นมีอยู่ด้วยกัน 3 แบบ คือ

1. การประเมินครั้งแรก (Primary appraisal) เป็นการประเมินว่าเหตุการณ์นั้นจะมีผลกระทบต่อบุคคล ซึ่งจะประเมินได้ 3 ทาง

1.1 ไม่เกิดผลใด (Irrelevant) คือ บุคคลไม่รู้สึกระมัดร้อนหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

1.2 เกิดผลดีหรือได้รับประโยชน์ (Being positive) คือ บุคคลได้รับประโยชน์จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

1.3 เกิดความเครียด (Stress) ซึ่งเป็นภาวะที่ทำให้บุคคลเกิดความไม่สมดุลทางด้านจิตใจ โดยการเกิดความเครียดสามารถประเมินได้ 3 อย่าง ดังนี้

1.3.1 ความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นอันตราย หรือมีการสูญเสีย (Harm of Loss) เช่น การเจ็บป่วย การสูญเสียอวัยวะ สูญเสียคนรัก เป็นต้น

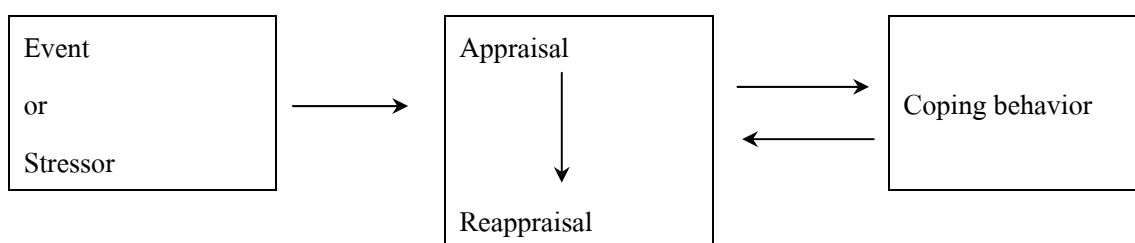
1.3.2 การถูกคุกคาม (Threat) เป็นการคาดการณ์ว่าจะเกิดอันตรายหรือมีการสูญเสีย

1.3.3 การท้าทาย (Challenge) เป็นการคาดการณ์ว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นสามารถจะควบคุมได้

2. การประเมินครั้งที่สอง (Secondary appraisal) เป็นการเลือกวิธีการที่จะจัดการกับปัญหาซึ่งมักจะเป็นการนำรูปแบบเดิมมาใช้ ร่วมกับการคิดพิจารณาว่าจะนำรูปแบบใดมาใช้ในการจัดการกับเหตุการณ์นั้น ซึ่งก็คือ พฤติกรรมเผชิญปัญหา (Coping behavior) ที่ผู้ป่วยแสดงนั่นเอง เมื่อการประเมินในขั้นที่หนึ่งและสองสมบูรณ์แล้ว ก็อาจมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือลักษณะเฉพาะบุคคลซึ่งก็จะเกิดการประเมินในระดับต่อไป (Reappraisal) ซึ่งถือเป็นการประเมินซ้ำ โดยใช้ข้อมูลเพิ่มเติม และติดตามประเมินผลของวิธีการเผชิญปัญหาที่ได้กระทำไปแล้ว กระบวนการประเมินก็ยังคงดำเนินต่อไปอีก

สำหรับการเผชิญปัญหาที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้น อาจไม่ได้มาจากเจตนา และอาจเกิดขึ้นในระดับจิตใต้สำนึกก็ได้ ซึ่งก็รวมทั้งการนำเอากลไกการป้องกันตัวเองมาใช้ด้วย (Defense mechanism) ดังนั้น การเผชิญปัญหาจึงเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองทางด้านจิตใจเพื่อที่จะรับมือกับความเครียดที่ถูกนำมาใช้ทั้งในระดับจิตสำนึกและจิตใต้สำนึก

กระบวนการเผชิญปัญหาทั้งหมด สามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้



แผนภูมิที่ 1 แสดงกระบวนการเกิดพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียด

1.3 วิธีการเผชิญปัญหา

การเผชิญปัญหาที่บุคคลนำมาใช้ในการจัดการกับความเครียดนั้นมีวิธีต่างๆ มากมาย ซึ่งได้มีผู้นำเอาวิธีการต่าง ๆ มารวบรวมไว้เป็นหมวดหมู่หลายรูปแบบด้วยกัน สำหรับลาซารัส (Lazarus 1976 : 74) ได้แบ่งพฤติกรรมการเผชิญปัญหาออกเป็น 2 วิธีด้วยกัน คือ

1. การเผชิญปัญหาโดยการมุ่งแก้ไขปัญหา (Problem oriented methods) เป็นวิธีการที่มุ่งแก้ไขปัญหาระหว่างสถานการณ์ที่ตึงเครียดนั้น การแก้ไขปัญหานี้ อาจจะเป็นการจัดการที่ตัวปัญหา และมุ่งแก้ไขที่ตัวเอง หรือยอมรับถึงแวดล้อม ซึ่งเป็นลักษณะของการเปลี่ยนแปลง (Change) เพื่อให้สถานการณ์ที่ตึงเครียดนั้นดีขึ้น เป็นกลวิธีที่ใกล้เคียงกับการแก้ปัญหาด้านวิทยาศาสตร์ ได้แก่ การหาข้อมูลเพิ่มเติม (Information seeking) การวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น (Analyzed problem) การเผชิญหน้ากับปัญหาอย่างท้าทาย (Confrontation approvement) การยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง (Accept) รวมทั้งการนำเอาประสบการณ์ที่เคยใช้ได้ผลในอดีตมาร่วมแก้ไขปัญหาดังกล่าว (Past experience usage) เหล่านี้ เป็นต้น

2. การเผชิญปัญหาโดยการมุ่งปรับอารมณ์หรือแก้ไขความรู้สึกที่เป็นทุกข์ (Affective-oriented methods) เป็นวิธีการที่บุคคลพยายามที่จะจัดการอารมณ์และความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้น อันเนื่องมาจากสถานการณ์ที่ตึงเครียด โดยมีได้มุ่งแก้ไขปัญหาด้านสาเหตุ ลาซารัส เรียกวิธีการนี้ว่า “การบรรเทา” (Palliative) ซึ่งรวมถึงการที่บุคคลนั้นได้นำเอากลไกการป้องกันตัวเอง (Defense mechanism) มาใช้ด้วย อย่างไรก็ตามวิธีการเผชิญปัญหาโดยวิธีนี้ก็ถือว่าเป็นรูปแบบที่บุคคลต้องใช้กระบวนการทางความคิดเช่นเดียวกัน แต่ไม่มีความซับซ้อนมากนัก วิธีการต่าง ๆ ในรูปแบบของการควบคุมอารมณ์หรือแก้ไขความรู้สึกที่เป็นทุกข์นี้ ได้แก่ การปฏิเสธ (Denial) การหลีกเลี่ยง (Avoidance) การฝันกลางวันหรือเพ้อฝัน (Fantasy or Daydream) การแยกตนเอง (Self-Isolation) การทำให้เป็นเรื่องเล็ก (Minimization) การพึ่งพาหรือสิ่งเสพติด (Drug Dependency) การโยนความผิดให้ผู้อื่น (Rejection) การระบายความโกรธไปสู่ผู้อื่น

(Displacement) รวมทั้งการผ่อนคลาย (Relaxation) เช่น การนั่งสมาธิ การออกกำลังกาย เหล่านี้เป็นต้น

ในชีวิตประจำวันมักจะพบว่าบุคคลได้นำเอาการเผชิญปัญหา ทั้งสองอย่างนี้มาใช้ร่วมกันเสมอ และอาจมีการใช้กลับไปกลับมาได้ แต่ถ้าบุคคลนั้นมุ่งแก้ไขโดยการลดอารมณ์ที่ตึงเครียด และนำกลไกการป้องกันตัวเองมาใช้บ่อย ๆ โดยมีได้มุ่งแก้ไขที่ปัญหา แต่มุ่งไปเพื่อจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกที่ตึงเครียดเพียงอย่างเดียว จะทำให้บุคคลนั้นมีการปรับตัวได้ยากมากกว่าบุคคลที่ใช้การเผชิญปัญหาโดยการมุ่งแก้ไขที่ปัญหา ซึ่งจะนำไปสู่การปรับตัวที่ประสบผลสำเร็จ และเข้าสู่ภาวะสมดุลทางจิต (Lazarus and Launier 1978 : 305, อ้างถึงใน ปัทมา คุปตจิต 2533:15)

ลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus and Folkman 1984 อ้างถึงใน ชญาณิศ ลือวานิช 2540 : 21) ได้แบ่งการเผชิญปัญหาออกเป็น 2 วิธี คือ

1. การเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ไขปัญหา (Problem - focused coping) หมายถึง การแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกมาในการจัดการสิ่งที่เกิดขึ้นหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดหรือเกิดปัญหาโดยมุ่งจัดการที่ต้นเหตุของปัญหานั้นๆ ให้เป็นไปในทางที่ดี โดยการเปลี่ยนการกระทำที่เกิดจากความรู้สึกนึกคิดของตนเอง หรือโดยการเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่กำลังคุกคามอยู่นั้น เป็นการใช้สติเข้ามาแก้ไขปัญห โดยพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้น มีการวางแผน กำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหา แก้ปัญหาทีละขั้นตอน และแสดงพฤติกรรมในการเผชิญปัญหานั้น เป็นวิธีที่ใกล้เคียงกับการแก้ปัญหาทางวิทยาศาสตร์ เช่น เมื่อผู้ป่วยทราบว่าปอดมะเร็งด้านม จะแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคเพิ่มเติมมาปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดีทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต แก้ปัญหาคด้วยเหตุและผล ซึ่งการเผชิญปัญหาวิธีนี้จะแตกต่างกันไปตามชนิดของปัญหาที่ได้รับ

2. การเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ไขอารมณ์ (Emotion – focused coping) หมายถึง การแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกมาในการจัดการสิ่งที่เกิดขึ้นหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดหรือเกิดปัญหาเพื่อลดความกดดันหรือคลายเครียด ได้แก่ การยอมรับ การปฏิเสธ การพึ่งพิงศาสนา การค้นหาการสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้กำลังใจ การตีความหมายใหม่ไปในทางบวก และการบรรเทาความเครียด (Palliative coping) เป็นการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ เช่นการมองโลกในแง่ดี การใช้อารมณ์ขัน การสวดมนต์ การฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งด้านม อยู่ในภาวะคุกคามจากภาวะเจ็บป่วย จะใช้วิธีนี้ เพื่อลืมหรือลดความเครียดลงไปได้ นอกจากนี้ยังมีการระบายความเครียด (Tension) เป็นการมองโลกในแง่ร้ายเช่น การทำลายสิ่งของ การกล่าวโทษผู้อื่น การร้องไห้ เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีบุคคลอื่นอีกหลายท่านที่ได้กล่าวถึงการเผชิญปัญหาไว้ต่าง ๆ กัน ได้แก่ เพียร์ลีน และสคูเลอร์ (Pealin and Schooler 1978 : 2) ได้แบ่งพฤติกรรมการเผชิญปัญหาไว้ 3 แบบ ได้แก่

1. เหตุการณ์ไม่ให้ความรุนแรงยิ่งขึ้น เพียร์ลีนกล่าวว่า เป็นวิธีการที่ใช้กันทั่วไป โดยเฉพาะถ้าเหตุการณ์นั้นไม่มีความรุนแรงมากนักก็จะใช้ได้ผลดี ได้แก่ การหลีกเลี่ยง (Avoidance) การมองเห็นเป็นเรื่องเล็ก (Minimization) เป็นต้น
2. สร้างกันชนระหว่างตนเองและสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความตึงเครียด (The buffer strategy) ได้แก่ การปฏิเสธ (Denial) การเก็บกด (Repression) เป็นต้น
3. เรียนรู้ที่จะจัดการกับความเครียดนั้น (The crisis management strategy) ได้แก่ การค้นหาข้อมูลและแหล่งความช่วยเหลือ (Information seeking) การยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง เป็นต้น

แอปเปลบอม (Appelbaum 1981 : 200, อ้างถึงใน ปัทมา คุปตจิต 2533 : 13) ได้สรุปพฤติกรรมการเผชิญปัญหาไว้ ดังนี้

1. พยายามค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดภาวะเครียด และพยายามค้นหาแนวทางที่จะแก้ไข และแนวทางปฏิบัติเพื่อตอบสนองต่อภาวะเครียดที่เกิดขึ้น
2. พยายามหาทางปรับปรุงเปลี่ยนแปลงสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดความพอดีเหมาะสมในระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม
3. รอคอยให้ความเครียดเหล่านั้นลดระดับความรุนแรงลงโดยไม่ปรับปรุงแก้ไขใดๆ
4. ใช้กลไกการป้องกันตัว เพื่อเผชิญกับความเครียดนั้น

สวณีย์ เกียรติแก้ว (2527 : 99) กล่าวถึงพฤติกรรมทางด้านจิตใจที่บุคคลจะตอบสนองต่อปัญหาไว้ ดังนี้

1. การหนีและเลี่ยง (Flight) เป็นกลไกทางด้านจิตใจที่พบได้บ่อยในคนส่วนใหญ่ บางคนหนีและเลี่ยงต่อปัญหาโดยการปฏิเสธ บางคนหนีและเลี่ยงโดยการใช้เวลา ยาเสพติด บางคนอาจเลี่ยงโดยการนอนหลับเพื่อจะได้ไม่ต้องรับรู้เหตุการณ์ใด ๆ หรือเลี่ยงด้วยการแยกตนเอง ฝืนกลางวัน เป็นต้น

2. ยอมรับและพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหา (Fight) เพื่อจะหาหนทางแก้ไขสภาวะการณที่ก่อให้เกิดความเครียด หรือแก้ไขเปลี่ยนแปลงตัวเองเพื่อลดภาวะเครียด จึงมีอยู่สองลักษณะ คือ แก้ไขภายนอกตัวเราที่สร้างความเครียด หรือแก้ไขที่ตัวเอง โดยการสร้างตัวเองให้มีความเข้มแข็งและแข็งแกร่ง เพื่อจะได้รับการกับภาวะเครียดได้มากขึ้น

3. เรียนรู้ที่จะอยู่กับความเครียด (Consistence) ในยามที่บุคคลไม่สามารถจะหนีจากปัญหาหรือไม่สามารถจะแก้ไขปัญหา จึงต้องนำวิธีการใหม่มาใช้โดยการเรียนรู้ที่จะอยู่กับมัน

จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมและการเผชิญปัญหาแตกต่างกันมากมาย ขึ้นอยู่กับว่าแต่ละบุคคลจะนำวิธีใดไปใช้ในการตอบโต้กับความเครียดจากภาวะสุขภาพ ในขณะที่เป็นเหตุการณ์เดียวกัน การใช้พฤติกรรมและการเผชิญปัญหาที่อาจจะมีแตกต่างกัน แมกซีน (Mechine 1980 : 107, อ้างถึงใน ปัทมา คุปตจิต 2533: 18) ได้กล่าวถึงการเผชิญปัญหาแต่ละบุคคลประสบผลสำเร็จเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล ได้แก่

1. ความสามารถและความชำนาญที่จะเผชิญกับปัญหา
2. ความสามารถในการรักษาภาวะสมดุลทางจิตใจ (Psychological equilibrium)

ไวซอทกี (Visotsky in Bruckhardt 1987 : 544, อ้างถึงใน ปัทมา คุปตจิต 2533: 19)

สรุปว่า การเผชิญปัญหาจะประสบผลสำเร็จหรือถือเป็นการปรับตัวได้นั้น เมื่อความเครียดหรือความกดดันนั้น สามารถที่จะจัดการให้อยู่ในขอบเขตที่จำกัด เกิดเป็นความหวัง คงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่า มีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีความรู้สึกหวังมีความเป็นอยู่ดีขึ้น นั่นคือ บุคคลนั้นจะต้องสามารถแสดงพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม มีผลให้ความเครียดลดลงและหมดไป การปรับตัวจึงเป็นปกติ แต่ถ้าบุคคลที่มีพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสม ความเครียดจากภาวะการเจ็บป่วยต่าง ๆ จะไม่ลดลง แต่จะเพิ่มมากขึ้นจนก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสรีรวิทยาและด้านจิตใจ จนทำให้บุคคลนั้นมีแบบแผนการคิดการรับรู้และพฤติกรรมที่ผิดปกติไป พาไปสู่การปรับตัวที่ล้มเหลวได้ในที่สุด

1.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญปัญหา

การเผชิญปัญหาในแต่ละบุคคล จะมีความเป็นอิสระและแตกต่างกันไปในแต่ละคน แต่จะประสบผลสำเร็จหรือไม่เพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งอาจเป็นทั้งปัจจัยจากภายนอกและปัจจัยภายในตัวบุคคลนั่นเอง ซึ่งสามารถสรุปรวมไว้ได้ดังนี้ (Jusmin and Trystad 1979 : 40 ; Garland and Bush 1982 : 11 ; Hamilton and Warbinton 1977 : 283 , อ้างถึงใน ปัทมา คุปตจิต 2533:19)

1. ความรุนแรงของความเครียด (Severity) นับเป็นปัจจัยที่สำคัญมาก เช่น ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยที่รุนแรง หรือมีความพิการหรือมีการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์อยู่มาก ก็จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ปัญหาที่เกิดจากการเจ็บป่วยในลักษณะที่รุนแรง ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่ย่างยากซับซ้อนตามไปด้วยมากกว่าผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย

2. ระยะเวลาของการเกิดภาวะเจ็บป่วย (Onset) เช่นในผู้ป่วยที่สูญเสียอวัยวะต่างๆ ระยะเวลาอาจไม่สามารถปรับตัวหรือยอมรับต่อสภาพการสูญเสียได้ ซึ่งในระยะนี้จะต้องผ่านขั้นตอนต่าง ๆ ของการเผชิญปัญหามากมาย เมื่อเวลาผ่านไปบุคคลนั้นก็จะค่อย ๆ ปรับตัวได้ในที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยจะค่อย ๆ เรียนรู้การเผชิญปัญหาที่มีความเหมาะสมและแก้ไขปัญหามากขึ้น (Bell 1977 : 137, อ้างถึงใน ปัทมา คุปตจิต 2533: 20)

3. ความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นไปโดยไม่ได้คาดคิดมาก่อน (Unexpected) เช่น การเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุ ย่อมมีผลกระทบกระเทือนต่อจิตใจมากกว่าการเจ็บป่วยที่ค่อย ๆ เกิดขึ้น การเผชิญปัญหาที่ผู้ป่วยนำมาใช้จึงย่อมมีความยุ่งยากและซับซ้อนกว่า

4. อายุ เนื่องจากอายุจะสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต ซึ่งจะส่งผลถึงการตอบสนองต่อปัญหา เช่น ในการศึกษาของแอนเดอร์สัน (Andreasen 1980 : 1519, อ้างถึงใน ปัทมา คุปตจิต 2533 : 20) พบว่า เด็กที่ถูกไฟไหม้ จะมีความผิดปกติด้านจิตใจมากกว่าผู้ใหญ่ที่ถูกไฟไหม้ เป็นต้น

5. ภาวะสุขภาพ กำลังความสามารถและกำลังใจพบว่าเป็นบุคคลที่มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์และมองโลกในแง่ดี จะมีความสามารถในการเผชิญปัญหาได้ดีกว่าบุคคลที่เจ็บป่วยอ่อนแอหรือท้อแท้

6. ฐานะทางเศรษฐกิจ เนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิตประจำวัน ดังนั้น ในคนที่มีความเป็นอยู่ที่ดีย่อมสามารถเผชิญต่อปัญหาได้ดีกว่าบุคคลที่ขาดแคลนปัจจัย

7. ระดับการศึกษา เจโลไวส์และพาวเวอร์ (Jalowise and Powers 1981 : 10, อ้างถึงใน ปัทมา คุปตจิต 2533:20) กล่าวว่า การศึกษาที่ดีจะช่วยให้บุคคลตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดีกว่า เพราะจะใช้การเรียนรู้ในอดีตและพฤติกรรมที่เคยใช้ประสบผลสำเร็จมาแล้ว มาเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน

8. ความเข้มแข็งของบุคคล เป็นแหล่งประโยชน์ บรรเทาความเปราะบาง บุคลิกภาพที่เข้มแข็งด้านความมุ่งมั่น เป็นแหล่งขจัดความเครียด (Kobasa et al. 1985 : 525, อ้างถึงใน ศิริวรรณ นิลเกตรา 2542 : 8)บุคลิกภาพที่เข้มแข็งจะมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการปรับตัว บุคคลที่มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งสูง จะมีความสามารถในการเผชิญปัญหาและใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเหมาะสม และเมื่อเกิดปัญหาที่ต้องแก้ไข จะสามารถเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหา รวมทั้งการแสวงหาแหล่งประโยชน์ที่มาสสนับสนุนได้อย่างเหมาะสม (Pollock 1989, อ้างถึงใน ศิริวรรณ นิลเกตรา 2542 : 8-9)

9. แผนการช่วยเหลือจากครอบครัวหรือสังคม โดยเฉพาะสัมพันธภาพในครอบครัว (Family Relation) นับมีบทบาทที่สำคัญในการเป็นผู้ให้กำลังใจ ปลอบใจ ถ้าสัมพันธภาพของบุคคลกับบุคคลข้างเคียงดี ก็จะได้รับ การประคับประคองการช่วยเหลือ ทำให้ความเครียดลดลงได้

การศึกษาของแอนเดอร์สัน (Anderson 1980 : 1519 อ้างถึงใน ปัทมา คุปตจิต 2533:20) พบว่าในกลุ่มคนที่เป็นโสด หม้าย หย่า หรือผู้ป่วยที่ขาดคนคอยให้กำลังใจจะมีพฤติกรรมที่ผิดปกติได้มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีโครงสร้างสังคมที่มีผู้คอยค้ำจุนอยู่

10. ประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหา บุคคลที่มีการแก้ไขปัญหาทั้งในเรื่องง่ายหรือซับซ้อน จะเป็นผู้ที่สามารถเข้าใจและแก้ไขปัญหาได้ดีกว่าบุคคลที่ไม่เคยมีประสบการณ์

11. ความเชื่อ นับว่ามีอิทธิพลต่อความคิดมาก ซึ่งจะทำให้สามารถที่จะควบคุมหรือเอาชนะต่อสิ่งคุกคามบางอย่างได้ เช่น ความเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ พระเจ้า เป็นต้น

12. วัฒนธรรมและขนบธรรมเนียมประเพณี บางวัฒนธรรมจะช่วยประคับประคองและมีกิจกรรมที่ช่วยลดความรุนแรงของความเครียด แต่บางวัฒนธรรมกลับส่งเสริมให้เกิดความเครียดเพิ่มมากขึ้น

ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้นับเป็นปัจจัยที่จะช่วยเสริมหรือลดภาวะเครียดในบุคคลได้เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย ถ้ามีปัจจัยแวดล้อมที่ช่วยลดขจัดภาวะเครียดอื่น ๆ ที่ไม่จำเป็น ร่างกายและจิตใจก็สามารถปรับตัวรับความเครียดหรือสิ่งคุกคามที่มีอยู่ได้และกลับสู่ภาวะสมดุลเป็นปกติได้เร็วขึ้น

1.5 ปฏิกริยาทางด้านจิตใจ และการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ผู้ป่วยเกือบทุกราย จะมีความหวาดกลัววิตกกังวลและซึมเศร้า เมื่อทราบว่าตนป่วยเป็นมะเร็ง แต่สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม นอกจากความกลัวจากโรคมะเร็งแล้ว ผู้ป่วยยังต้องได้รับความทุกข์ทรมานใจจากการที่ต้องสูญเสียเต้านมไป

ไลร์แมน(Lireman 1984 : 115, อ้างถึงใน ปัทมา คุปตจิต 2533: 21) กล่าวว่า ผู้ป่วยเมื่อทราบว่าตนเป็นมะเร็งเต้านมจะเกิดความเครียดอย่างมากมาย ซึ่งเป็นช่วงภาวะที่วิกฤติมากเนื่องจากผู้ป่วยมักจะนึกถึง สิ่งเหล่านี้

ความตาย

การสูญเสียการควบคุมร่างกาย จิตใจ

ความเจ็บปวด

การสูญเสียการทำหน้าที่

การสูญเสียความภาคภูมิใจ

การปฏิเสธ

การกลับเป็นซ้ำ

การสูญเสียความเป็นหญิง และแรงดึงดูดทางเพศ

การสูญเสียความมั่นคง

ลาสรี และคณะ (Lasry et al. 1987 : 530, อ้างถึงใน ปัทมา คุปตจิต 2533: 21) ได้สรุปถึงภาวะจิตใจในผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังด้านมภายหลังการทำผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีปัญหาทางจิตใจอยู่ 3 ประการด้วยกันคือ

1. ความทุกข์ทรมานของจิตใจ (Psychological distress) โดยพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาทางจิตใจที่พบได้บ่อยที่สุด และมักพบร่วมกับความวิตกกังวลและความโกรธ

2. การดำเนินชีวิตประจำวัน (Daily life) เนื่องจากผู้ป่วยต้องพบกับปัญหาต่าง ๆ เช่น การถูกจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ความไม่สุขสบายด้านร่างกาย ปัญหาทางเพศสัมพันธ์ซึ่งจะรวมไปถึงปัญหาอื่น ๆ ในชีวิตสมรส ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ เพราะผู้ป่วยต้องต่อสู้กับความรู้สึกของตัวเองที่ต้องดำรงชีวิตอยู่ในสภาพที่มีด้านมเพียงข้างเดียว

3. ความกลัวการกลับเป็นซ้ำ (Fear of recurrent) ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยมะเร็งมักจะตระหนักอยู่เสมอว่า โรคมะเร็งเป็นโรคที่มีความรุนแรง และไม่สามารถที่จะรักษาให้หายขาดได้ แม้ว่าจะได้รับการตัดเต้านมและการรักษาอื่น ๆ เพิ่มเติมแล้วก็ตาม อีกทั้งบุคลากรทางการแพทย์ก็ไม่สามารถจะยืนยันว่าผู้ป่วยมีโอกาสที่จะหายขาดจากโรคหรือไม่ สาเหตุเหล่านี้จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกกลัวในเรื่องต่าง ๆ เช่น กลัวการกลับเป็นซ้ำ กลัวความตาย กลัวความไม่แน่นอนของอนาคต ความกลัวนั้นเป็นสาเหตุสำคัญอันหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า

เจมิสัน และคณะ (Jamisson et al. 1978 : 432-435, อ้างถึงใน ปัทมา คุปตจิต 2533:

22) กล่าวว่า ช่วงเวลาที่เครียดที่สุดของผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังด้านม จะมีอยู่ 3 ระยะด้วยกัน คือ

ระยะที่ 1 ภายหลังทราบการวินิจฉัย ผู้ป่วยจะเกิดความกลัว ความวิตกกังวล และโกรธ

ระยะที่ 2 ภายหลังการตัดเต้านมออก ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกไม่สุขสบายจากการทำผ่าตัด ในระยะนี้จะมีอาการสับสนไม่แน่ใจต่อบทบาทของตัวเอง เกิดความละอาย มีความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์และบทบาททางเพศ แต่เนื่องจากผู้ป่วยต้องดำรงบทบาทของผู้ป่วย จึงแสดงความรู้สึกออกมาไม่ชัดเจน นอกจากแพทย์ พยาบาลต้องเข้าไปพูดคุย เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกออกมา ผู้ป่วยบางรายอาจจะพบว่าเริ่มแยกตัวเอง และมีภาวะซึมเศร้าอย่างเห็นได้ชัด

ระยะที่ 3 เมื่อผู้ป่วยออกไปสู่ครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยจะมุ่งเน้นต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยจะเจอกับปัญหาต่าง ๆ อย่างมากมาย ทำให้ต้องมีการปรับตัวเป็นอย่างมาก อีกทั้งต้องกลับมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องอีก เช่น การให้เคมีบำบัดหรือรังสีรักษา สิ่งเหล่านี้จะเพิ่มปัญหาทางจิตใจมากยิ่งขึ้น

ปฏิกิริยาของผู้ป่วยที่ต้องสูญเสียเต้านมนี้เปรียบได้กับการสูญเสียคนรัก หรือสิ่งอันเป็นที่รัก และมีค่าสำหรับตนเองไป (Carter 1976 : 225, อ้างถึงใน ปัทมา คุปตจิต 2533: 23) ผู้ป่วยที่สูญเสียเต้านมนี้ จึงรู้สึกเหมือนกับว่าชีวิตถูกทำลาย จะเกิดกระบวนการของความเศร้าโศกเสียใจ

ปฏิกิริยาที่ออกมาจึงเป็นความสิ้นหวัง ความรู้สึกผิด ความโกรธ บางรายอาจแสดงพฤติกรรมที่ก้าวร้าว แยกตัวเอง จนเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนทางจิตที่พบได้บ่อย (Ehlke 1978 : 216, อ้างถึงใน ปัทมา คุปตจิต 2533: 23) ผลจากการเจ็บป่วยและการสูญเสียด้านมนี้นอกจากนี้ผลกระทบโดยตรงต่อภาวะจิตใจ (Psychological Impact) ยังส่งผลกระทบไปยังด้านอื่น ๆ ซึ่งจะก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจมากยิ่งขึ้น ได้แก่

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย (Somatic Impact) เนื่องจากความสามารถในการทำงานของแขนขาคือทำผ่าตัดลดลง สูญเสียหน้าที่ในการผลิตน้ำนม ซึ่งมีผลกระทบมากในผู้ป่วยที่ยังไม่มีบุตร สูญเสียความสวยงามของร่างกาย เป็นต้น

2. ผลกระทบทางด้านเพศสัมพันธ์ (Sexual Impact) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์อย่างมาก เช่น มีความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้ารุนแรง สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยขาดความสุขในการมีเพศสัมพันธ์และกิจกรรมทางเพศก็ลดน้อยลง

3. ผลกระทบทางด้านอาชีพ (Occupation Impact) จากสภาพความเจ็บป่วย อาจทำให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนหน้าที่การงาน ซึ่งย่อมมีผลกระทบไปยังด้านเศรษฐกิจตามมา

4. ผลกระทบทางด้านสังคม (Social Impact) จากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย และภาวะอารมณ์ที่ซึมเศร้า จึงทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธการเข้าสังคม ไม่ต้องการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น พบได้ว่าผู้ป่วยเหล่านี้มักแยกตัวเอง

ภาวะการเจ็บป่วยจากโรคมะเร็งนี้จึงนับเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดอย่างรุนแรงมีผลให้บุคคลต้องมียุทธศาสตร์ได้ตอบต่อภาวะคุกคามนั้น ฟินค์ (Fink, quoted in Murray 1975 : 699, อ้างถึงใน ปัทมา คุปตจิต 2533:254) ได้กล่าวถึงปฏิกิริยาได้ตอบของบุคคลที่มีต่อความสูญเสียไว้ด้วยกัน 4 ระยะ คือ

1. ช็อก (Shock) โดยผู้ป่วยจะตกใจ มึนงง และสิ้นหวังในทันทีที่ทราบ

2. ปฏิเสธ (Denial) ผู้ป่วยจะเริ่มเรียนรู้ถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แต่ยังไม่สามารถเผชิญต่อเหตุการณ์ได้ จึงมักนำกลไกการป้องกันตัวเองมาใช้ ดังนั้น ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจไม่สามารถยอมรับความจริงหรืออาจมีความคิดเพ้อฝัน (Fantasy) และถ้าผู้ป่วยใช้กลไกการปฏิเสธที่ยาวนาน จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและปัญหาทางจิตได้ (Taughill 1984 : 418, อ้างถึงใน ปัทมา คุปตจิต 2533: 24)

3. เริ่มยอมรับความจริง (Acknowledge) ผู้ป่วยเริ่มตระหนักถึงความจริงที่เกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยพบว่ามีเปลี่ยนแปลงของร่างกายจริง ๆ ในระยะนี้ผู้ป่วยจะเริ่มค้นคว้าหาเป้าหมาย หาแหล่งความช่วยเหลือ สนใจที่จะดูแลตนเอง แต่การที่จะยอมรับความจริงไม่ใช่เป็นสิ่งที่ง่ายนัก ดังนั้น จึงพบได้ว่า ผู้ป่วยอาจแสดงความรู้สึกซึมเศร้าซึ่งเป็นภาวะที่พบได้มากภายหลังการตัดเต้านม โดยเฉพาะในระยะต้น ๆ ซึ่งผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับความเครียดมาก ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกยุ่งยากใน

ชีวิต มีความรู้สึกขมขื่น เศร้าโศกเสียใจ มีความรู้สึกหมดหวัง ไร้คุณค่า เศร้าและหดหู่ใจ ส่วนอาการแสดงด้านร่างกาย ได้แก่ ร้องไห้ เบื่ออาหาร ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ เป็นต้น ปฏิกริยาที่ผู้ป่วยแสดงออกจะมีความแตกต่างกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับกระบวนการของการสูญเสีย บางคนอาจใช้ระยะเวลาสั้นหรือยาว แต่ส่วนใหญ่อีกสามารถปรับตัวไปถึงระยะที่ 4 ได้ ในขณะที่บางคนอาจจะอยู่ในระยะที่ 1, 2 หรือ 3

4. การปรับตัว (Adaptation) เมื่อผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาก็สำเร็จ ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยพยายามใช้กลไกการเผชิญปัญหาได้ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก็จะลดความรุนแรงลง การปรับตัวนี้จะพบได้ในระยะที่ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะฟื้นฟูแล้ว เมื่อผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาได้ จะเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและสามารถที่จะดำรงชีวิตอยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง การปรับตัวจะประสบผลสำเร็จหรือไม่เพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลและปัจจัยสนับสนุนต่าง ๆ อีกหลายประการ ซึ่งส่วนใหญ่อีกสามารถที่จะปรับตัวได้

การศึกษาของมอริส (Morris 1977 : 2381, อ้างถึงใน ปีพมา คุปตจิต 2533:21) พบว่าผู้ป่วยภายหลังการตัดเต้านมจะเกิดปัญหาด้านจิตใจถึงร้อยละ 20-40 โดยมีความวิตกกังวลและภาวะเครียดสูง ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีรูปแบบการดำเนินชีวิตประจำวันที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การรับประทานอาหาร พฤติกรรมทางเพศ การนอน การใช้ยานอนหลับ เหล้า บุหรี่ รวมทั้งมีความคิดฆ่าตัวตายถึง 1 ใน 4 ของผู้ป่วยทั้งหมด แสดงให้เห็นว่ามีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่มีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม

จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยมีอารมณ์และจิตใจที่แปรปรวนได้ง่าย ซึ่งจะส่งผลให้บุคลิกภาพของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงไปด้วย ลาซารัส (Lazarus 1976 : 74) กล่าวว่า การเจ็บป่วยและการสูญเสีย ถือเป็นภาวะเครียด จึงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยต้องมีปฏิกริยาการโต้ตอบโดยการหาวิธีการต่าง ๆ บรรเทาเหตุการณ์ที่ตึงเครียด ซึ่งจะทำให้เกิดสภาพอารมณ์ที่มั่นคงและเกิดภาวะสมดุลทางจิต บุคลิกภาพของผู้ป่วยก็จะกลับมาเช่นเดิม สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม มีพฤติกรรมต่าง ๆ มากมายที่ผู้ป่วยแสดงออกเพื่อลดภาวะเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งถ้านำพฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้มาแบ่งตามแนวความคิดของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus and Folkman 1984, อ้างถึงใน รักชนก คชไกร 2541 : 21) แบ่งการเผชิญปัญหาออกเป็น 2 วิธี ได้แก่

1) การเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ไขปัญหา (Problem-focused coping) พฤติกรรมที่แสดงออกในวิธีนี้ได้แก่

1.1 การค้นหาข้อมูล (Information Seeking) ซึ่งมักเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับโรคและการรักษา อาจจะโดยการถามจากผู้รู้ หรือค้นหาหนังสืออ่าน ฟังรายการวิทยุ ดูโทรทัศน์ที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย เป็นต้น

1.2 การวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น (Analysed problem) ผู้ป่วยจะวิเคราะห์ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนอย่างมีเหตุและผลตรงตามความจริง

1.3 การค้นหาวิธีการต่าง ๆ ในการแก้ไขปัญหา (Try out different way) คือผู้ป่วยจะมีความกระตือรือร้นที่จะหาวิธีการต่าง ๆ มาช่วยลดปัญหาหรือความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งรวมไปถึงการค้นหาแหล่งของการช่วยเหลือต่าง ๆ

1.4 การยอมรับความเจ็บป่วย (Accept) เป็นการยอมรับสภาพที่แท้จริงซึ่งถือได้ว่าเป็นต้นเหตุของความเครียดและปัญหาทั้งหลาย

การเผชิญปัญหา ยังมีอีกหลาย ๆ วิธี เช่น การนำเอาประสบการณ์ที่เคยได้ผลสำเร็จมาร่วมจัดการกับปัญหา การเผชิญหน้ากับปัญหาอย่างท้าทาย ผู้ป่วยที่นำพฤติกรรมในรูปแบบนี้มาใช้จะทำให้สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างแท้จริง แต่โดยธรรมชาติของบุคคลแล้ว จะมีการนำเอารูปแบบของพฤติกรรมเผชิญปัญหาทั้ง 2 อย่างมาใช้ร่วมกันเสมอ

2) การเผชิญปัญหาที่มุ่งปรับอารมณ์ (Emotion – focused coping) ซึ่งพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงส่วนใหญ่เป็นการลดอารมณ์ที่ตึงเครียดเท่านั้น หรือเป็นการหนีจากสถานการณ์นั้น ๆ ชั่วคราว เช่น

2.1 การปฏิเสธ (Denial) ผู้ป่วยอาจแสดงราวกับว่าไม่ได้เกิดการเจ็บป่วยอะไร ยังมีสุขภาพแข็งแรงดี

2.2 การแยกตัวเอง (Isolation) เป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกอายเพื่อนฝูงญาติพี่น้อง โดยเฉพาะสามีของตน

2.3 การข่มระงับความรู้สึกที่แท้จริง (Repression) โดยผู้ป่วยมักใช้การหลอกตัวเอง เช่น ไม่กล้ามองดูกระจกในขณะที่ไม่ได้ใส่เสื้อผ้า ไม่สัมผัสสทรวงอกเวลาอาบน้ำ เนื่องจากผู้ป่วยไม่ต้องการที่จะเผชิญกับสภาพความเป็นจริงที่มีเด้านมเพียงข้างเดียว

2.4 การหลีกเลี่ยง (Avoidance) ผู้ป่วยมักจะหลีกเลี่ยงการพูดคุยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

2.5 การร้องไห้ (Crying) เป็นพฤติกรรมที่พบได้บ่อยเช่นกัน ถือเป็นการระบายความรู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจ เพื่อที่จะลดความกดดันภายในชั่วคราว

2.6 การพึ่งพา (Dependency) ผู้ป่วยบางรายอาจจะหันมาใช้เหล้า บุหรี่ ยานอนหลับหรือยาระงับประสาท เพราะคิดว่าเมื่อใช้แล้วจะทำให้ลืมความทุกข์ต่าง ๆ

2.7 การทดแทน (Sublimation) เป็นการเปลี่ยนแปลงพลังงานให้เป็นไปในทางที่สังคมยอมรับ เช่น การทำการฝีมือ ทำสวนครัว เพื่อให้ลืมความทุกข์ต่าง ๆ เช่นกัน แต่เป็นไปในแง่ที่เกิดประโยชน์

2.8 การแบ่งปันความกังวลหรือระบายนความทุกข์ (Shared concern) โดยผู้ป่วยจะระบายนความรู้สึกวิตกกังวล และปัญหาต่าง ๆ ให้กับบุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจหรือเข้าใจสภาพของผู้ป่วย ซึ่งวิธีการนี้จะช่วยบรรเทาความรุนแรงของความตึงเครียดที่เกิดขึ้น

2.9 การผ่อนคลาย (Relaxation) ผู้ป่วยที่ฝึกฝนทางศาสนาจะนิยมนั่งสมาธิ ซึ่งจะช่วยให้มีจิตใจที่สงบและสบาย หรือผู้ป่วยบางรายที่ไม่เคยนั่งสมาธิเลยเมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ก็พบว่ามีความไม่แน่นอนที่หันมาฝึกฝนพระพุทธศาสนา ด้วยการนั่งสมาธิ แผ่เมตตา บางรายอาจใช้วิธีการผ่อนคลาย ด้วยการออกกำลังกาย ดูโทรทัศน์, ฟังวิทยุ หรือเที่ยวพักผ่อนตามสถานที่ต่าง ๆ เหล่านี้ เป็นต้น

ยังมีวิธีการต่าง ๆ อีกมากมายที่ผู้ป่วยนำมาใช้ เพื่อที่จะลดอารมณ์ตึงเครียด ซึ่งมีทั้งวิธีการที่เหมาะสม และไม่เหมาะสม และบางวิธีการยังก่อให้เกิดโทษกับร่างกาย ถ้านำไปใช้เป็นเวลานาน ๆ อย่างไรก็ตามวิธีการเหล่านี้ก็มีได้มุงแก้ไขปัญหที่แท้จริง ซึ่งพฤติกรรมอีกประเภทหนึ่งที่ถือว่าการมุงแก้ไขปัญห ซึ่งส่วนใหญ่มักมีลักษณะของการสู้และประนีประนอม ทำให้สามารถแก้ไขภาวะเครียดได้เป็นจริงกว่า

นอกจากนี้ยังมีผู้ศึกษาถึงวิธีการต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมนำมาใช้ลดภาวะเครียดโดย เรย์ และคณะ (Ray et al. 1982 : 391-393) ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยภายหลังการตัดเต้านมเป็นเวลา 6 เดือน จำนวน 28 คน และได้สรุปพฤติกรรมที่ผู้ป่วยใช้ออกมาเป็น 6 อย่างด้วยกันคือ

1. ไม่ยอมรับ (Rejection) เรย์ อธิบายว่าผู้ป่วยเหล่านี้จะมีความรู้สึกว่าการมีเต้านมเพียงข้างเดียวเป็นสิ่งที่แปลกประหลาด บางคนไม่สามารถทนต่อสภาพนี้ได้ บางรายมีความคิดฆ่าตัวตาย เป็นต้น

2. การควบคุม (Control) โดยผู้ป่วยพยายามที่จะควบคุมตัวเองให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามปกติ พฤติกรรมที่พบได้แก่ กลไกการชดเชย การค้นคว้าหาความจริงและแหล่งความช่วยเหลือ การหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อลดความเครียด

3. การยอมรับผลกรรม (Resignation) ผู้ป่วยเริ่มยอมแพ้ต่อความเจ็บป่วย และเริ่มยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

4. การพึ่งพา (Dependency) ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกว่าไม่สามารถอยู่คนเดียวได้ ต้องพึ่งพาญาติ เพื่อนฝูง บางรายใช้การพึ่งพาศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวบางรายใช้เหล้า ยานอนหลับ ยาระงับประสาท เป็นต้น

5. การหลีกเลี่ยง (Avoidance) ผู้ป่วยจะพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งต่าง ๆ ที่กระทบความรู้สึกของตนเอง เช่น หลีกเลี่ยงการมองดูตัวเอง การพูดคุยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยหรือความตาย

6. การมองให้เป็นเรื่องเล็ก (Minimization) โดยพยายามสร้างความมั่นใจหาเหตุผลต่าง ๆ เข้าข้างตัวเอง

การเผชิญปัญหามีด้วยกันมากมาย และอาจแบ่งออกเป็นรูปแบบต่าง ๆ กัน แต่สิ่งหนึ่งที่ควรตระหนัก ก็คือ ทุก ๆ พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้น เป็นเครื่องกำหนดถึงความพยายามที่จะรักษาภาวะสมดุลของจิตใจและอารมณ์ อย่างไรก็ตามพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ผู้ป่วยนำมาใช้นั้น อาจจะประสบผลสำเร็จหรือไม่ก็ได้ ทั้งนี้ นอกจากความสามารถในการเผชิญปัญหาเฉพาะตัวแล้ว ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมเผชิญปัญหาในผู้ป่วยมะเร็งด้านม ได้แก่ ชนิดของการรักษาที่ได้รับเพิ่มเติมภายหลังการตัดเต้านม อาทิ เคมีบำบัด รังสีรักษาสอร์โมนบำบัด ผู้ป่วยบางรายอาจจะได้ทั้งเคมีบำบัด และรังสีรักษา ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายได้รับการผ่าตัดเพียงอย่างเดียว การรักษาด้วยเคมีบำบัดหรือรังสีรักษานี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจเพิ่มขึ้น ทางด้านร่างกายผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด จะเกิดอาการซึ่งเป็นผลข้างเคียงของยา ได้แก่ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ผอมร่าง ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีก็จะอ่อนเพลีย มีรอยไหม้ดำจากการฉายแสง เจ็บคอ เบื่ออาหาร เป็นต้น (Deborch 1975 : 130-133, อ้างถึงใน ปีพมา คุปตจิต 2533: 29) ทางด้านจิตใจผู้ป่วยจะรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์เพิ่มขึ้น ทั้งการเปลี่ยนแปลงของรูปร่างและศักยภาพการทำงานในร่างกาย นอกจากนี้ยังมีปัญหาทางการเงิน เนื่องจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดรังสีรักษาหรือสอร์โมนบำบัดนี้ ต้องเสียค่าใช้จ่ายในราคาที่สูง อีกทั้งผู้ป่วยยังต้องมีความวิตกกังวลต่อผลของการรักษาที่ได้รับ ดังนั้น การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับเพิ่มเติมรวมไปกับการตัดเต้านม จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดเพิ่มขึ้น ย่อมส่งผลให้พฤติกรรมเผชิญปัญหามีความลำบากมากขึ้นในการจัดการกับปัญหา

อายุ ก็เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งต่อการเผชิญปัญหา การศึกษาของ นอร์เฮาส์ และสเวน (Northous and Swain 1987 : 223, อ้างถึงใน ปีพมา คุปตจิต 2533: 29)กล่าวว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อย จะมีความกดดันทางด้านอารมณ์มากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก อย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งมีการปรับตัวในด้านต่าง ๆ เช่น การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์หรือสัมพันธภาพทางเพศได้ยากกว่า (Jamisson 1978 : 435, อ้างถึงใน ปีพมา คุปตจิต, 2533: 29) นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมีความคิดในการฆ่าตัวตายได้ง่ายกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมาก (Klein : 1971 : 1662, อ้างถึงใน ปีพมา คุปตจิต 2533: 29) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมีพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดที่ไม่เหมาะสมมากกว่า

ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด ก็นับว่ามีความสำคัญเช่นกัน พบว่า ช่วงเวลาที่เครียดมากที่สุดของผู้ป่วย คือ 2-3 เดือนแรกภายหลังการผ่าตัด ส่วนช่วงเวลา 18-24 เดือน เป็นช่วงที่ผู้ป่วยมี

ความเครียดน้อยที่สุด ครุส และครุส (Kruse and Kruse 1982 : 96) ได้กล่าวว่า อารมณ์ของผู้ป่วย ภายหลังการตัดเด้านมจะมีการพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น เมื่อเวลาผ่านพ้นไปนานขึ้น

นอกจากนั้นก็ยังมียปัจจัยอื่น ๆ อีก เช่น ภาวะสุขภาพ การได้รับความช่วยเหลือจากแหล่ง สังคม วุฒิภาวะทางอารมณ์ ทักษะที่บุคคลนั้นมีต่อเด้านม อาชีพการทำงานความเชื่อ ฐานะทาง เศรษฐกิจ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ก็เป็นปัจจัยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีแรงเด้านม สามารถเผชิญปัญหาที่เกิด จากการสูญเสียเด้านมไปได้ดีเพียงใด เช่นกัน

ในการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน บุคคลมักจะนำเอาการเผชิญปัญหาทั้งสองวิธีมาใช้ ร่วมกันเสมอ ถ้าบุคคลใดมุ่งแก้ไขปัญหโดยการปรับอารมณ์และใช้กลวิธีในการป้องกันทางจิต บ่อยๆ มุ่งจัดการกับอารมณ์ และความรู้สึกดังเครียดอย่างเดียวโดยมิได้มุ่งแก้ไขที่ตัวปัญหา จะทำ ให้ปรับตัวยากกว่าบุคคลที่การเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ไขปัญหานั้น ดังนั้นการเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ไข ปัญหาและการเผชิญปัญหาที่มุ่งปรับอารมณ์ จึงควรดำเนินควบคู่กันไปอย่างเหมาะสม

1.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหา

จากการรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาไว้ดังนี้ ไวส์แมนและเวิร์เดน (Weismann and Worden 1976:245, อ้างถึงใน สุณิศา วัฒนกิตติศักดิ์ 2535 : 25) ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเด้านมที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกภายใน 100 วัน พบว่า ผู้ป่วยใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบต่างๆกัน โดยการมุ่งแก้ไขที่ปัญหาโดยตรงหรือแก้ไข อารมณ์ที่เป็นทุกข์ มีวิธีการต่างกัน 15 วิธีคือการแสวงหาข้อมูลอย่างมีเหตุผล การพูดคุยปรับทุกข์ ปรึกษาหารือกับผู้อื่น การพยายามลืมความเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่ การหันเหความสนใจไปยังสิ่งอื่น การยอมรับสภาพความเจ็บป่วยและพยายามหาข้อดีของการเจ็บป่วยนั้น การถอยหนีแยกตัวอยู่คนเดียว การใคร่ครวญพิจารณาทางเลือกที่เหมาะสม การยอมจำนนต่อความเจ็บป่วย การทำให้เป็น เรื่องขบขันเพื่อปรับสถานการณ์ให้ดีขึ้น การตำหนิผู้อื่นหรือสิ่งอื่น การตำหนิตนเอง การทำตาม โดยปราศจากคำถาม การยอมจำนนต่อความเจ็บป่วย

ลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus and Folkman 1980 : 219-239, อ้างถึงใน กรพินธุ์ วัฒนสุข 2542 : 20) ศึกษาวิธีการเผชิญปัญหากับภาวะเครียดในชีวิตประจำวันของคนปกติวัย 45 - 64 ปี จำนวน 100 คน โดยศึกษาระยะเวลา 1 ปี ใช้วิธีการสัมภาษณ์ทุกๆ 4 สัปดาห์ และ รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหาต่างๆ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือกลุ่มที่ 1 เป็นวิธีการ มุ่งแก้ปัญหากลุ่มที่ 2 เป็นวิธีการมุ่งลดความเครียด ผลการศึกษาพบว่า ในการใช้วิธีการเผชิญ ปัญหาของบุคคลทั้งสองกลุ่มในการเผชิญปัญหากับภาวะเครียดนั้นจะใช้วิธีการเผชิญปัญหาวิธีเดิม เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นค่อนข้างน้อย เนื่องจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแตกต่างกันและการที่บุคคลจะใช้วิธี

เผชิญปัญหาเดิมๆ นั้น เป็นผลมาจากปัจจัยด้านบุคลิกภาพ บุคคลนิยมใช้วิธีเผชิญปัญหาที่มุ่งเน้นแก้ปัญหาที่เกิดจากเรื่องงาน หรือเมื่อคาดว่าจะสามารถจัดการกับปัญหานั้นได้ แต่บุคคลจะใช้วิธีเผชิญปัญหาที่มุ่งลดความเครียด เมื่อเผชิญปัญหาที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ หรือเมื่อประเมินว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ต้องยอมรับและมีความท้อถอยเกิดขึ้น

โดมน์ – แวมบอล์ด (Domne and Wamboldt 1991:86-98 :219-239, อ้างถึงใน กรพินธุ์ วัฒนสุข 2542 : 27) ศึกษาการเผชิญความเครียดและความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยที่เป็นโรคข้ออักเสบ 90 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีสาเหตุให้เกิดความเครียดเนื่องจากผลกระทบของการเจ็บป่วย ได้แก่ ความปวด การไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้าน ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านเผชิญหน้ากับปัญหา มากกว่าแก้ปัญหาทางอ้อม และด้านลดอารมณ์ตึงเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แมคเน็ต (Mc Nett 1987, อ้างถึงใน จรรยา เกษศรีสังข์ 2537 :35) ศึกษาวิธีเผชิญปัญหาของคนพิการ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ เกี่ยวกับวิธีเผชิญปัญหาและผลสำเร็จในการเผชิญปัญหาของคนพิการ อายุระหว่าง 15 –65 ปี จำนวน 50 คน เป็นโสด 19 คน สมรสแล้ว 24 คน หย่าหรือหม้าย 7 คน ระดับการศึกษาตั้งแต่เตรียมอุดมศึกษาถึงปริญญาตรี ผลการศึกษาพบว่า วิธีเผชิญปัญหามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสำเร็จในการเผชิญปัญหา การรับรู้แหล่งเกื้อหนุน และการรับรู้ประสิทธิภาพของแหล่งเกื้อหนุน ในขณะที่วิธีเผชิญปัญหาแบบมุ่งลดอารมณ์ตึงเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสำเร็จในการเผชิญปัญหาและการรับรู้แหล่งเกื้อหนุน

อาร์คไล (Arklie 1989, อ้างถึงใน สุภาพ อารีเอื้อ 2540 :22) ได้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคเรื้อรัง 97 ราย โรคเบาหวาน 30 ราย และโรคกล้ามเนื้อสเคลโรซิส 61 ราย อายุระหว่าง 34 –56 ปี ในเขตแอตแลนติก ประเทศแคนาดา พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญปัญหาทั้ง 3 ด้าน คือการเผชิญหน้ากับปัญหา การบรรเทาความรู้สึกเครียด และการจัดการกับอารมณ์ โดยใช้การเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด

ฮิล (Hill : 1984, อ้างถึงใน ธนิญา น้อยเปียง 2540:19) ได้ศึกษาในผู้ป่วยสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม พบว่าผู้ป่วยจำนวนมากสนใจในเรื่องมิติทางจิตวิญญาณ โดยใช้การสวดมนต์เพื่อช่วยในการเผชิญความเครียด

กานดา พู่พุด (Kanda Pooput 1994 :103) ศึกษาความสัมพันธ์ลักษณะภายในตัวบุคคลรูปแบบการจัดการกับปัญหา และภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งแถบ Midwestern จำนวน 186 คน ผลการศึกษาพบว่า การจัดการกับปัญหาโดยใช้อารมณ์มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า การจัดการกับปัญหาโดยใช้อารมณ์ยิ่งสูง ก็จะมีภาวะซึมเศร้าด้วย

ส่วนการจัดการกับปัญหาแบบเผชิญปัญหาและแบบหลีกเลี่ยงปัญหา พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

มธุริน คำวงศ์ปิ่น (2543:20) ได้ศึกษาความเครียด วิธีการปรับแก้ และแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตาย กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ที่มารักษาที่โรงพยาบาลสันป่าตองและโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 40คน ผลการศึกษาพบว่า บุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตายที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกคน ใช้วิธีการปรับแก้ 3 วิธีร่วมกัน คือ วิธีเผชิญหน้ากับปัญหา วิธีปรับอารมณ์ และวิธีบรรเทาปัญหา และเมื่อศึกษาถึงสัดส่วนการใช้วิธีปรับแก้แต่ละวิธี พบว่า วิธีปรับแก้ที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด คือ วิธีปรับอารมณ์ ร้อยละ 37 วิธีเผชิญหน้ากับปัญหาร้อยละ 35 และวิธีร้อยละ 25

สุรางค์ เปื้องเดช(2533 : 35) ศึกษาการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุพบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญปัญหาด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากกว่าด้านแก้ปัญหาทางอ้อม และด้านการปรับอารมณ์ลดอารมณ์ตึงเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปิยนตร กาญจนเจริญ (2541 :72) ได้ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างใช้การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด และยังพบว่า อายุของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปราณี เสนีย์ (2539 : 45) ได้ศึกษาพฤติกรรมเผชิญความเครียดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะสุดท้าย พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะสุดท้ายมีพฤติกรรมเผชิญความเครียดจากการแก้ไขตามปัญหาที่เกิดขึ้นสูงกว่าการแก้ไขอารมณ์ที่เป็นทุกข์

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและต่างประเทศ การเผชิญปัญหา มีความหลากหลายและแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับสถานการณ์หรือสภาวะการเจ็บป่วยและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พอสรุปได้ว่าบุคคลจะประเมินว่าสามารถจัดการกับสภาวะการเจ็บป่วยนั้นได้ ส่วนการเผชิญปัญหาที่มุ่งปรับอารมณ์ บุคคลใช้เพื่อลดความตึงเครียดที่มีอยู่ เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต้องเผชิญกับการสูญเสียเต้านม และภาพลักษณ์ที่เสียไป มีผลกระทบต่อความเป็นเพศหญิง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งที่จะศึกษาการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มาตรวจรักษาที่ห้องตรวจคัดกรอง โรงพยาบาลนครปฐม ตามแนวคิดของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus and Folkman 1984, อ้างถึงใน ชญานิศ ลือวานิช 2540 : 49) ซึ่งแบ่งการเผชิญปัญหาออกเป็น 2 วิธี คือ

1. การเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ไขปัญหา(Problem - focused coping) หมายถึง การแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกมาในการจัดการสิ่งที่เกิดขึ้นหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดหรือเกิดปัญหาโดยมุ่งจัดการที่ต้นเหตุของปัญหานั้นๆ ให้เป็นไปในทางที่ดี โดยการเปลี่ยนการกระทำที่เกิดจากความรู้สึกนึกคิดของตนเอง หรือโดยการเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่กำลังคุกคามอยู่นั้น เป็นการใช้สติเข้ามาแก้ไขปัญหา โดยพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้น มีการวางแผน กำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหา ได้แก่ การค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา วิเคราะห์ปัญหาอย่างมีเหตุผลตามความจริง ค้นหาวิธีในการแก้ปัญหา การนำประสบการณ์เดิมมาใช้แก้ปัญหา หาทางเลือกที่ตนเองพอใจและเหมาะสม การขอคำแนะนำช่วยเหลือจากบุคคลอื่นและหาแหล่งประโยชน์ที่เหมาะสมมาจัดการกับปัญหา

2. การเผชิญปัญหาที่มุ่งปรับอารมณ์ (Emotional - focused coping) หมายถึง การแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกมาในการจัดการสิ่งที่เกิดขึ้นหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดหรือเกิดปัญหาเพื่อลดความกดดันหรือคลายเครียด ได้แก่ การยอมรับ การปฏิเสธ การพึ่งศาสนา การค้นหาการสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้กำลังใจ การตีความหมายใหม่ไปในทางบวก และการบรรเทาความเครียด (Palliative coping) การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้กำลังใจ การพึ่งศาสนา และการระบายออกทางอารมณ์

ผู้ป่วยเมื่อทราบว่าตนเป็นมะเร็งเต้านม จะมีพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาอย่างไร โดยผ่านกระบวนการคิด การตัดสินใจ เลือกใช้วิธีการจัดการกับปัญหา ถ้าผู้ป่วยสามารถคิดได้ตรงตรง ตัดสินใจ เลือกใช้วิธีการจัดการกับปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมแล้ว ย่อมทำให้ลดความเครียด ความวิตกกังวล มีผลต่อการปรับตัวทำให้ผู้ป่วยมีขวัญกำลังใจในการดูแลสุขภาพตนเอง มีสุขภาพกายและจิตใจที่ดี เกิดการปรับสมดุลของร่างกายและจิตใจให้อยู่ในสภาวะปกติ (Lazarus and Folkman 1984, อ้างถึงใน ชญานิศ ลือวานิช 2540 :7)

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาตัวแปรที่สามารถทำนายการเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ไขปัญหาและมุ่งปรับอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับบริการในโรงพยาบาลนครปฐม เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนางานของการพยาบาล การดูแลช่วยเหลือ และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในขณะเจ็บป่วย พัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในการดูแลตนเอง ให้สามารถจัดการกับความเครียดและปัญหาสุขภาพในขณะเจ็บป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

1.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านข้อมูลส่วนบุคคลกับการเผชิญปัญหา

อายุกับการเผชิญปัญหา

การศึกษาของ นอร์เฮาส์ และสวैन (Northous and Swain 1987 : 223, อ้างถึงใน ปีทมา คุปตจิต 2533 : 29) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีความกดดันทางด้านอารมณ์มากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก อย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งมีการปรับตัวในด้านต่าง ๆ เช่น การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพลักษณะหรือสัมพันธภาพทางเพศได้ยากกว่า (Jamisson 1978 : 435, อ้างถึงใน ปีทมา คุปตจิต 2533 : 29) นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมีความคิดในการฆ่าตัวตายได้ง่ายกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมาก (Klein : 1971 : 1662, อ้างถึงใน ปีทมา คุปตจิต 2533 : 29) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมีพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดที่ไม่เหมาะสมมากกว่า

พาดิลลาและแกรนท์ (Padilla and Grant 1985, อ้างถึงใน ปีทมา คุปตจิต 2533 : 29) ศึกษาพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ทำโคลอสโตมีย์ (colostomy) เนื่องจากอายุของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต ที่ส่งผลถึงการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้น และพบว่าในบุคคลที่มีอายุต่างกันจะเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาและความเครียดที่แตกต่างกัน

ผ่องศรี ศรีมรกต (2526: บทคัดย่อ) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุแตกต่างกันจะเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาและความเครียดที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ และพบว่าวัยผู้ใหญ่ที่มีช่วงอายุ 30 – 35 ปี เป็นช่วงที่สามารถใช้วิธีการเผชิญความเครียดได้ดีกว่าช่วงอายุอื่นๆ

สมจิต สีนุชชัย (2532 อ้างถึงใน ปีทมา คุปตจิต 2533 : 86) ได้ศึกษาผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ พบว่า อายุไม่ได้มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว

พรศิริ ใจสม (2536: 78) ได้ศึกษาปัจจัยด้านอายุของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของบิดามารดา

เพ็ญใจ คาโรปกรณ์ (2545 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีอายุมากจะมีความเหนื่อยล้าน้อย และผู้ป่วยที่อายุน้อยจะมีความเหนื่อยล้ามาก

นิตยา คงชุม (2539: 50) ได้ศึกษาปัจจัยด้านอายุ ชนิดของเคมีบำบัด และระยะของมะเร็งในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว

ระดับการศึกษากับการเผชิญปัญหา

จาโลวีสและเพาเวอร์ (Jalowiec and Power, อ้างถึงใน เพลินพิศ เลหาวิริยกุล 2537 :79) ศึกษาระดับการศึกษาเป็นปัจจัยกำหนดความสามารถในการเผชิญปัญหา เพราะการศึกษาที่ดีกว่าจะ

ช่วยให้บุคคลตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดีกว่า เนื่องจากง่ายต่อการถ่ายทอด ความรู้ความเข้าใจ และใช้การเรียนรู้ในอดีตและพฤติกรรมที่เคยใช้ประสบผลสำเร็จมาแล้วช่วย แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิลลัดซ์ วโรฟาร์ (2535 : 32) ได้ศึกษาระดับการศึกษาของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับ การรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ พบว่า ระดับการศึกษาของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาใน หน่วยบำบัดพิเศษมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดโดยบิดามารดาที่ระดับการศึกษาสูงจะใช้ กลวิธีเผชิญความเครียดโดยการเผชิญปัญหา

วิลลัดซ์ ภู่วรรณวนิช (2539, อ้างถึงใน ธนินา น้อยเปียง 2543 : 17) พบว่า ระดับ การศึกษาของผู้ป่วยที่คิดเชื่อเอดส์จะมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะเหนือตนเอง ซึ่งเป็นอีกมิติหนึ่ง ของความผาสุกทางจิตวิญญาณ

รายได้ครอบคลุมกับการเผชิญปัญหา

ศากุล คงพันธ์ (2533 : 32 ,อ้างถึงใน ปิยะเนตร กาญจนเจริญ 2541:39) ศึกษารายได้ เป็นปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญความเครียดซึ่งจากการศึกษาพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับการมีความเชื่อมั่นต่อการแก้ปัญหาครอบครัว และการมีความสามารถในการประมวล เหตุการณ์เกี่ยวกับความเครียดใหม่ เพื่อจะจัดการต่อปัญหาได้ดีขึ้น ทั้งนี้เพราะ ไม่ต้องประสบ ปัญหาทางเศรษฐกิจทำให้ไม่มีความกังวล

กชกร ศรีสัมพันธ์ (2537: 2-3) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเผชิญปัญหา ของคนพิการ พบว่า รายได้ครอบคลุมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของคนพิการ ได้ อธิบายว่า ผู้พิการที่มีเศรษฐกิจดีพร้อมและมีโอกาสในการกระทำสิ่งต่างๆในชีวิตได้มากกว่า ผู้พิการที่มีเศรษฐกิจยากจน

สถานภาพสมรสกับการเผชิญปัญหา

จากการศึกษาค้นคว้าของผู้วิจัยยังไม่มีผู้ใดศึกษา แต่ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษา สถานภาพสมรสของผู้ป่วย ซึ่งเป็นส่วนประกอบหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคมที่เป็นปัจจัยหนึ่ง ที่มีความสำคัญต่อการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยได้รวบรวมวรรณกรรมที่ตัวแปรมี ความใกล้เคียงกับการเผชิญปัญหา ดังต่อไปนี้

ฮับบาร์ดและคณะ (Hubbard et al. 1984 : 266 , อ้างถึงใน ธนินา น้อยเปียง 2543 :16) ได้ศึกษาถึงการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมด้านสุขภาพ พบว่า บุคคลที่แต่งงานแล้วได้รับ การสนับสนุนทางสังคมสูงกว่า และสามารถดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้แต่งงาน

ฉวีวรรณ ไพรวัลย์ (2540, อ้างถึงใน ธนินญา น้อยเปียง 2543 : 17) พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคเอดส์

บุปผา ขอบใช้ (2536, อ้างถึงใน ธนินญา น้อยเปียง 2543 : 17) พบว่า คู่สมรสจะเป็นบุคคลที่คอยช่วยเหลือในการตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็ง

ระยะเวลาเจ็บป่วยกับการเผชิญปัญหา

เพนเดอร์ (Pender 1987 : 237, อ้างถึงใน ธนพร วงษ์จันทร์ 2543 :86) ศึกษาการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี จำเป็นต้องอาศัยระยะเวลาหนึ่งในการทำพฤติกรรมใหม่ ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้และนำไปสู่แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ดีและมั่นคง ซึ่งสอดคล้องกับคอตท์เคท (Kottket 1982 : 80-82 , อ้างถึงใน ปัทมา คุปตจิต 2533 : 86) พบว่า ระยะเวลาที่นานขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ มีความเชื่อมั่นในตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เจียงคำ อินทวิชัย (2533 : 26) ศึกษาการเผชิญความเครียดของมารดาที่เด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรังพบว่า มารดาที่เด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีการเผชิญความเครียดแตกต่างกันตามระยะเวลาของการเจ็บป่วย

กชกร ศรีสัมพันธ์ (2537: 2-3) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาของคนพิการ พบว่า อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะความพิการ และบทบาทของสมาชิกในครอบครัว ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาของคนพิการ ในขณะที่ระยะเวลาที่ประสบความพิการมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาของคนพิการ จึงสามารถอธิบายได้ว่า ระยะเวลาในการเจ็บป่วยหรือพิการนั้นทำให้มีโอกาสได้เรียนรู้การเผชิญปัญหาที่เหมาะสมและมีทักษะการแก้ปัญหาได้ดีขึ้นตามระยะเวลาที่ผ่านพ้นมา

ระยะของโรคมะเร็ง

จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่มีผู้ใดศึกษาตัวแปรนี้ แต่จากการศึกษาทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ระยะของโรคมะเร็ง (staging) มีความสำคัญต่อการดำเนินของโรคเป็นตัวบ่งบอกถึงความก้าวหน้าและการพยากรณ์โรค ซึ่งพิจารณาจากขนาดของก้อนมะเร็ง การลุกลามสู่ต่อมน้ำเหลืองและการแพร่กระจายสู่อวัยวะอื่นๆ

นิตยา คงชุม (2539 : 52) ศึกษาปัจจัยคัดสรรได้แก่ อายุ ชนิดของเคมีบำบัดและระยะของโรค และการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุ ชนิดของเคมีบำบัดและระยะของโรคไม่มีความแตกต่างในเรื่องของการปรับตัว

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น สรุปได้ว่า ภาวะการเจ็บป่วยจากโรคมะเร็งเต้านม มีปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมต้องเผชิญกับความท้อแท้ อ่อนล้าทางจิตใจและอารมณ์อย่างต่อเนื่อง มักจะมีปฏิกิริยาตอบสนอง 4 ระยะ คือ 1) ระยะช็อค จะตกใจ สิ้นหวัง 2) ปฏิเสธ 3) เริ่มยอมรับความจริง ระยะนี้ผู้ป่วยจะหาวิธีการจัดการกับภาวะที่มาคุกคาม ขึ้นอยู่กับความสามารถของบุคคลที่นำวิธีการเผชิญปัญหาใดมาใช้และค้นหาแหล่งช่วยเหลือในด้านข้อมูลของโรค 4) ระยะปรับตัว เมื่อผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาได้ก็จะลดความรุนแรงของภาวะการเจ็บป่วย จะรู้สึกว่าตนมีคุณค่าและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในโลกของความเป็นจริง การปรับตัวต่อการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะประสบผลสำเร็จขึ้นอยู่กับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัว ระยะเวลาเจ็บป่วย ระยะของมะเร็ง และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม บุคลิกภาพที่เข้มแข็งและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยดังกล่าว เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถให้คำแนะนำช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมใช้การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม ประสบความสำเร็จในการเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยนั้นได้ และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่าและเป็นปกติสุข

เมื่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต้องเผชิญกับการเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานจากการผ่าตัด การสูญเสียเต้านม ความทุกข์ทรมานจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัดและรังสีรักษา จะมีความสามารถในการแก้ปัญหาอย่างถูกต้องเหมาะสม จะเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ไขปัญหาหรือการเผชิญปัญหาที่มุ่งปรับอารมณ์เพื่อให้ตนเองสามารถปรับตัวกับภาวะเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงตัวแปรที่สามารถทำนายการเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ไขปัญหาหรือที่มุ่งปรับอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับบริการในโรงพยาบาลนครปฐมเพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนางานทางการแพทย์ สามารถให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมให้มีภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี มีขวัญ กำลังใจในการดูแลตนเอง มีความเข้มแข็งและมองเห็นคุณค่าในตนเอง

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ความหมายของมะเร็งเต้านม

ร่างกายประกอบด้วยเซลล์เป็นจำนวนมาก ปกติเซลล์จะแบ่งตัวตามความต้องการของร่างกาย เช่น มีการผลิตเม็ดเลือดแดงเพิ่มเมื่อมีการเสียเลือด มีการผลิตเม็ดเลือดขาวเพิ่มเมื่อมีการติดเชื้อ เป็นต้น แต่มีเซลล์ที่แบ่งตัวโดยที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมได้ทำให้เกิดเป็นเนื้องอก Tumor ซึ่งแบ่งเป็น Benign และ Malignant (อดิศักดิ์ ศรพรหม 2547)

Benign tumor คือเนื้องอกที่ไม่ใช่มะเร็งสามารถตัดออกได้และไม่กลับเป็นซ้ำ ไม่แพร่กระจายไปอวัยวะอื่น เช่น fibroadenoma, cyst, fibrocystic disease

Malignant tumor คือ เซลล์จะแบ่งตัวทำลายเนื้อเยื่อและอวัยวะใกล้เคียง ที่สำคัญสามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นที่อยู่ไกลโดยไปตามกระแสเลือด และน้ำเหลืองเรียกว่า Metastasis

2.2 โครงสร้างของเต้านม

เต้านมประกอบด้วยต่อมน้ำนมประมาณ 15-20 lobe ภายใน lobe ประกอบด้วย lobules และมีถุง bulbs ติดอยู่กับท่อน้ำนมซึ่งจะไปเปิดยังหัวนม nipple ภายในเต้านมยังมีหลอดเลือดและน้ำเหลือง (lymph) ซึ่งจะไปรวมกันยังต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ (auxiliary lymph node) มะเร็งที่พบบ่อยมากเกิดในท่อน้ำนมเรียก ductal carcinoma เมื่อมะเร็งแพร่กระจายมักไปตามต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้และอาจไปยังกระดูก ตับ ปอด โดยไปทางหลอดเลือด (ประพันธ์ ปลื้มภานุภัทร 2547)

2.3 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม (Risk Factors)

สาเหตุของมะเร็งเต้านมไม่เป็นที่แน่ชัด แต่จากการสืบค้นข้อมูลของผู้วิจัย พบว่า

1. โอกาสเกิดมะเร็งเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น พบบ่อยในช่วงอายุ 35-54 ปี โดยเฉพาะอายุ 50 ปีขึ้นไป

2. พันธุกรรม ข้อมูลที่บ่งว่ามีปัจจัยพันธุกรรมเข้ามาเกี่ยวข้อง ได้แก่

- 2.1 มีประวัติมะเร็งเต้านมในครอบครัวที่เป็นญาติสายตรง เช่น มารดา หรือบุตร
- 2.2 มีประวัติมะเร็งในญาติพี่น้องหลายคน
- 2.3 ประวัติการเกิดมะเร็งในผู้ป่วยอายุน้อยในครอบครัวหรือญาติ
- 2.4 การเกิดมะเร็งเต้านมทั้งสองข้าง

ดังนั้นถ้าผู้ป่วยที่มีก้อนที่เต้านมมีประวัติดังกล่าว อาจเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งสูงขึ้น

3. ปัจจัยที่เกี่ยวกับฮอร์โมนเพศ ที่พบว่าอาจมีส่วนสัมพันธ์ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดเป็นมะเร็งสูงขึ้น ได้แก่

3.1 มีประจำเดือนครั้งแรกเร็ว (early menarche) คือมีครั้งแรกก่อนอายุ 12 ปี

3.2 หหมดประจำเดือนช้ากว่าปกติ (late menopause) คือหมดเมื่ออายุมากกว่า 55 ปี

3.3 ไม่เคยมีบุตร (nulliparity)

3.4 เคยได้รับฮอร์โมนจากภายนอก เช่น ได้รับยาคุมกำเนิด ได้รับการรักษาเสริมด้วยฮอร์โมนเอสโตรเจนหรือ diethylstilbestrol หรือเคยได้รับฮอร์โมนกระตุ้นเพื่อช่วยในการเจริญพันธุ์

3.5 ใช้อยาคูมนำเน็ดมากกว่า 10 ปี

3.6 ได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจนทดแทนในวัยทองมากกว่า 5 ปี

4. ปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมภายนอกได้แก่ ในวัยเด็ก เคยได้รับรังสีมาก่อน

ส่วนปัจจัยเกี่ยวกับการรับประทานอาหารไขมันสูง หรืออาหารแบบชาวตะวันตก หรือเชื้อชาติ มีแนวโน้มว่าอาจจะเป็นปัจจัยเสี่ยงแต่ยังไม่หลักฐานชัดเจนรับประทานอาหารพวกผัก และ ธัญพืชช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งได้

5. ประวัติโรคอื่น ๆ ที่เคยเป็นได้แก่

5.1 เคยเป็นมะเร็งเต้านมมาก่อน (previous breast cancer)

5.2 มีพยาธิสภาพของเต้านมที่มีโอกาสกลายเป็นมะเร็งสูง เช่น lobular carcinoma in situ, atypical hyperplasia, proliferative fibrocystic disease, ovarian and endometrial cancer

5.3 เคยตรวจ Mammography พบความเข้มของเนื้อเยื่อ 75%

5.4 การสูบบุหรี่ก็เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง

5.5 ความอ้วนก็เป็นปัจจัยเสี่ยงอันหนึ่ง

(ประพันธ์ ปลื้มภานุภักทร 2547)

2.4 อาการของมะเร็งเต้านม

มะเร็งในระยะเริ่มต้นจะไม่มีอาการเจ็บหรือปวด เมื่อก้อนโตขึ้นจะทำให้เกิดอาการดังต่อไปนี้

1. คลำพบก้อนที่เต้านมหรือใต้รักแร้
2. มีการเปลี่ยนแปลงของขนาดเต้านม
3. มีน้ำไหลออกจากหัวนม หรือเจ็บ หัวนมถูกดึงรั้งเข้าไปในเต้านม
4. ผิวที่เต้านมจะมีลักษณะเหมือนเปลือกส้ม

2.5 การวินิจฉัยก้อนที่เต้านม

การวินิจฉัยหาสาเหตุของก้อน การซักประวัติเกี่ยวกับก้อน ประวัติครอบครัว ประวัติสุขภาพทั่วไปหลังจากนั้นแพทย์จะตรวจดังต่อไปนี้ (ประพันธ์ ปลื้มภานุภักทร 2547)

1. Palpation แพทย์จะคลำขนาดของก้อน ลักษณะของก้อนแข็งหรือนิ่ม ผิวขรุขระหรือเรียบ ขยับเคลื่อนไหวได้หรือไม่ ต่อมมน้ำเหลืองใต้รักแร้โตหรือไม่

2. Mammography เป็นข้อมูลเพื่อช่วยในการวินิจฉัย

3. Ultrasonography เพื่อแยกว่าก้อนนั้นเป็นของแข็งหรือของเหลว

4. Tissue diagnosis เมื่อพบความผิดปกติในเต้านม ไม่ว่าจะคลำได้จากการตรวจร่างกายหรือจากการทำ Screening mammogram ก็ตาม ถ้าสงสัยว่าจะเป็น malignancy จำเป็นต้องมีผลชิ้นเนื้อมาทำการยืนยันว่าเป็น cell ชนิดใด

การทำ Tissue biopsy ที่ใช้กันในปัจจุบันได้แก่ (สิโรจน์ กาญจนปัญญพล 2548 : 348-349)

1. Fine needle aspiration biopsy (FNAB) การทำ FNAB แพทย์จะใช้เข็มเบอร์เล็กเจาะดูดเซลล์จากก้อนเนื้อออกด้านนอกมาแล้ว smear ลงบนแผ่นสไลด์ และ fix ด้วย 95% alcohol ทันที จากนั้นจะนำเซลล์ไปย้อมทาง cytology วิธีนี้มีความแม่นยำในการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมค่อนข้างมาก การทำ FNAB เป็นการทำได้ง่ายสามารถทำได้ทั้งห้องตรวจผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยไม่เจ็บมาก

การแปลผล FNA interpretation จะมีการรายงานผลออกเป็น 1) Benign 2) Atypical 3) Suspicious 4) Malignant 5) Unsatisfactory for evaluation

การทำ FNA โอกาสจะเกิด false negative ประมาณ 0.7 ถึง 22 % แต่ถ้าทำโดยผู้ที่มีประสบการณ์และความชำนาญ จะพบเพียง 0.1 – 0.2 %

2. Core biopsy การทำ core biopsy จะมีความแม่นยำในการวินิจฉัยเกือบเทียบเท่าการทำ open biopsy โดยแพทย์จะใช้เข็มที่มีขนาดใหญ่เจาะชิ้นเนื้อออกมาเป็นแท่งเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 1.5 mm. ยาวประมาณ 1 – 2 cm. สามารถทำได้ทั้งกรณีที่เกิดก้อนและที่เกิดก้อนไม่ได้ สำหรับก้อนที่เกิดไม่ได้จะทำภายใต้การนำของ mammogram หรือ ultrasound ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาเครื่องมือที่สามารถตัดและใช้แรงดูดชิ้นเนื้อออกมาทางเข็มขนาดใหญ่ได้หลายๆ ชิ้น การทำวิธีนี้ผู้ป่วยเจ็บตัวน้อยกว่าการทำ open biopsy และแผลมีขนาดเล็กไม่มีความจำเป็นที่จะต้องเย็บแผล

3. Excisional biopsy เป็นการผ่าตัดเอาก้อนเนื้อออกออกมาทั้งหมดโดยมีเนื้อที่ติดอยู่หุ้มโดยรอบ ส่วนในกรณีที่เกิดก้อนไม่ได้ จำเป็นที่จะต้องให้รังสีแพทย์เป็นผู้กำหนดตำแหน่งแล้วใช้ลวดปักเข้าไปที่ตัวก้อนก่อน จากนั้นศัลยแพทย์จะทำการผ่าตัดตามลวดไปจนถึงตัวก้อน นำก้อน

ออกมาพร้อมกับเข็มแล้วส่งไปเอกซเรย์อีกครั้งว่าเป็นก้อนเนื้ออกที่ต้องการจริง จากนั้นจึงส่งตรวจทางพยาธิ การทำวิธีนี้เรียกว่า needle localization biopsy ในการทำผ่าตัด excisional biopsy หลังจากทำการปิดแผล ให้ปิดเป็น pressure dressing ไว้ประมาณ 48 ชั่วโมง แล้วจึงนำ pressure dressing ออก

4. Incisional biopsy การทำ incisional biopsy เป็นวิธีการทำผ่าตัดที่ไม่นิยมในปัจจุบัน เพราะจะทำให้มีการ contamination ของเซลล์มะเร็งไปยังเซลล์ที่ปกติ จะมีที่ใช้ในกรณีที่ก้อนไม่สามารถที่จะผ่าตัดออกได้หมด และจำเป็นที่จะต้องรักษาด้วยวิธีอื่นก่อน เช่น การให้ neoadjuvant chemotherapy จึงจะเลือกใช้วิธีนี้ (สิโรจน์ กาญจนปัญญาผล 2548 : 347-349)

เมื่อทราบผลชิ้นเนื้อเป็นมะเร็ง แพทย์จะบอกผลชิ้นเนื้อว่ามะเร็งนั้นอยู่เฉพาะที่ยังไม่แพร่กระจาย (non invasive) หรือลุกลาม (invasive) อาจมีการส่งตรวจพิเศษ โดยการนำ hormone receptor test เพื่อช่วยวางแผนการรักษา

2.6 การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

การรักษา มะเร็งเต้านมมีหลายวิธีขึ้นกับความเหมาะสมของแต่ละคน โดยมีจุดประสงค์เพื่อกำจัดเนื้อร้ายให้ได้นานที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ มะเร็งเต้านมในระยะแรกสามารถรักษาได้ด้วยการผ่าตัดและการให้ยา ในระยะต่อมาของโรคอาจจะต้องมีการตัดเต้านมและต่อมน้ำเหลืองได้วงแขนออกทั้งหมด โดยเป็นเรื่องสำคัญมากที่ต้องปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาทางเลือกที่ดีที่สุดร่วมกัน รวมไปถึงข้อดีข้อเสียของการทำ เต้านมเทียมด้วย (สิโรจน์ กาญจนปัญญาผล 2548 : 351)

การรักษา มะเร็งเต้านมประกอบไปด้วยวิธีการรักษาแบบผสมผสาน สามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. Local and region therapy ได้แก่ การผ่าตัด การรักษาด้วยการฉายรังสี
2. Systemic therapy ได้แก่ การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด การรักษาด้วยฮอร์โมน และ Targeted therapy เป็นการรักษา มะเร็งเต้านมที่มีความพยายามในการหายโดยมุ่งเฉพาะเจาะจงที่เซลล์มะเร็ง ในผู้ป่วย มะเร็งเต้านมที่มี Her2 (สิโรจน์ กาญจนปัญญาผล 2548 : 353)

การรักษาที่เลือกกว่าจะเป็นแบบใด ขึ้นอยู่กับ Staging เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น มะเร็งเต้านมแล้วผู้ป่วยจะได้รับการวางแผนการรักษา โดยอาจแบ่งผู้ป่วยออกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ มะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรก (Stage I,II) ระยะลุกลาม (Stage IIIA , III B) และระยะแพร่กระจาย (Stage IV)

การรักษามะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรก การรักษาหลัก คือ การรักษาด้วยการผ่าตัด และหลังจากผ่าตัดแล้ว จะมีการให้การรักษาเสริม (Adjuvant therapy) ได้แก่ การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด การรักษาด้วยฮอร์โมน และการรักษาด้วยการฉายรังสี ตามข้อบ่งชี้

การรักษามะเร็งเต้านมระยะลุกลาม ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ก่อนมักจะมีขนาดก้อนข้างใหญ่ หรือมีแผลแตกที่ผิวหนัง ถ้าเรารักษาด้วยการผ่าตัดก่อนอาจทำให้ไม่สามารถเย็บปิดแผลได้ หรือไม่ สามารถผ่าตัดได้ จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดก่อน เพื่อให้ก้อนมีขนาดเล็กลง จนกระทั่งสามารถที่จะทำการผ่าตัดได้ จึงทำการผ่าตัด แล้วจึงตามมาด้วยการรักษาเสริมอื่นๆ

การรักษามะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย การรักษาเป็นไปเพื่อประคับประคองอาการ การรักษาหลักคือการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด รักษาด้วยฮอร์โมน การผ่าตัดหรือการฉายรังสี จะทำ เพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย เช่น อาการปวด แผลแตกมีกลิ่นเหม็น เป็นต้น (ลิโรจน์ กาญจนปัญจนผล 2548 : 351)

สำหรับการรักษามีได้หลายวิธีดังนี้

1. การผ่าตัด แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ

1.1 Breast Conserving Surgery คือการผ่าตัดเพื่อเอาก้อนเนื้อออกออก ยังคงเต้านมไว้ได้แก่

1.1.1 Lumpectomy แพทย์จะตัดเนื้อมะเร็งและเนื้อเยื่อรอบๆ พร้อมทั้งต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้เพื่อตรวจดูว่ามะเร็งแพร่กระจายหรือยัง โดยมากจะให้รังสีรักษาร่วมด้วย

1.1.2 Segmental mastectomy หรือ partial mastectomy แพทย์จะตัดเนื้อมะเร็งเนื้อเยื่อรอบๆ กล้ามเนื้อใต้ก้อน รวมทั้งต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้โดยมากจะให้รังสีรักษาร่วมด้วย

1.2 Mastectomy คือการผ่าตัดเอาทั้งเนื้ออกและเต้านมออก ได้แก่

1.2.1 Total Mastectomy การตัดเนื้อมะเร็ง เต้านมทั้งหมด ร่วมกับต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้

1.2.2 Modified radical mastectomy การตัดเนื้อมะเร็ง เต้านมทั้งหมด ร่วมกับต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ ร่วมกับกล้ามเนื้อทรวงอก

1.2.3 Radical mastectomy การตัดเนื้อมะเร็งเต้านมทั้งหมดร่วมกับต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ทั้งหมดร่วมกับกล้ามเนื้อทรวงอก

2. Chemotherapy จุดประสงค์ของการรักษาด้วยเคมีบำบัด คือ

1. เพื่อป้องกันมะเร็งกลับเป็นซ้ำหลังการผ่าตัด
2. ลดขนาดของก้อนมะเร็งก่อนผ่าตัด
3. เพื่อควบคุมโรคในรายที่มะเร็งแพร่กระจายไปที่อวัยวะอื่น

การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด แบ่งออกเป็น

2.1 Adjuvant Chemotherapy เป็นการให้ยาเคมีบำบัดในการรักษาหลังได้มีการรักษาด้วยการผ่าตัดแล้ว เพื่อที่จะฆ่าเซลล์มะเร็งที่อาจหลงเหลืออยู่ occult metastases โดยมักจะให้เป็น combination regimen เช่น CMF , AC , FAC

C = cyclophosphamide

M = Methotrexate

F = 5 - FU

A = Adriamycin (doxorubicin)

2.2 Neoadjuvant Chemotherapy ในรายที่ก้อนมะเร็งมีขนาดค่อนข้างใหญ่ ไม่สามารถที่จะทำผ่าตัดออกได้ การให้ยาเคมีบำบัดก่อนก็จะช่วยให้ก้อนมะเร็งเล็กลง พอที่จะสามารถผ่าตัดก้อนได้ หรือสามารถเปลี่ยนแปลงการผ่าตัดจาก mastectomy เป็น breast conserving therapy

2.3 Preoperative Chemotherapy ในรายที่ก้อนเป็น Operable mass อาจจะมีการให้ยาเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัดเพื่อเป็นการทดสอบการตอบสนองของมะเร็งต่อยาเคมีบำบัดที่ให้

ว่ามีการตอบสนองดีเพียงใด

2.4 Primary therapy ในรายที่มะเร็งเต้านมอยู่ในระยะแพร่กระจายแล้ว (stage IV) การให้ยาเคมีบำบัด ถือว่าเป็นการรักษาหลัก

3. Hormone therapy มะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับฮอร์โมน Estrogen การรักษา มะเร็งเต้านมจำเป็นต้องส่งตรวจหา ER (estrogen receptor) , PR (progesterone receptor) พบว่าใน รายที่มี ER, PR positive เมื่อฮอร์โมน estrogen มาจับกับ receptor เหล่านี้จะทำให้มีการกระตุ้น การเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งได้ จึงมีการคิดยาที่จะมารักษาตรงนี้ เช่น ยา Tamoxifen โดย tamoxifen จะไปแย่งจับที่ receptor จึงได้ tamoxifen เป็น gold standard ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมในทุกกลุ่มอายุที่มี ER แล PR positive การรักษาวิธีอื่นเช่นการทำ Ovarian ablation ในราย ที่เป็น premenopause เพราะในกลุ่มอายุนี้อวัยวะหลักที่ผลิต estrogen คือ ovary การใช้ Aromatase inhibitor ในผู้ป่วยที่อยู่ในวัย postmenopause ที่รังไข่หยุดทำงานแล้ว adipose tissue สามารถ เปลี่ยนเป็น estradiol ได้ด้วยกระบวนการ aromatization จะเป็นแหล่งผลิตฮอร์โมนเอสโตรเจนที่สำคัญ (ลิโรจน์ กาญจนปัญญผล 2548 : 353-354)

4. Radiation therapy การรักษาด้วยการฉายรังสี เพื่อยับยั้งหรือหยุดการเจริญเติบโตของ เซลล์มะเร็ง อาจแบ่งเป็น

4.1 Adjuvant radiotherapy ในรายที่มีข้อบ่งชี้ หลังจากรักษาโดยการผ่าตัดแล้ว มีข้อบ่งชี้ คือ T3 , T4 , Node positive 3 node , Not free margin or close margin , Frequent angiolymphatic invasion(ศิริโรจน์ กาญจนปัญจนผล 2548 : 354)

4.2 เป็นส่วนหนึ่งของ breast conserving therapy

4.3 Curative attempt in locoregional or metastasis เช่น มี single bone metastasis

4.4 Palliative therapy

4.5 Neoadjuvant therapy

แนวทางการเลือกวิธีการรักษา การเลือกการรักษาขึ้นกับปัจจัยต่างๆ ได้แก่ อายุ ,ภาวะประจำเดือน , สุขภาพทั่วไป ,ขนาด ,ตำแหน่งของก้อน ,ระยะของมะเร็ง (ประเสริฐ เลิศสงวนชัย , 2544:142-144)

สรุปได้ว่าการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้ผลดีที่สุดจะต้องเป็นการรักษาแบบผสมผสาน ระหว่างการผ่าตัด การรักษาด้วยเคมีบำบัด การฉายรังสี หรือการให้ฮอร์โมน (ประเสริฐ เลิศสงวนชัย,2544 : 142)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

การแบ่งความรุนแรงของมะเร็งเต้านม

หลังจากทราบผลชิ้นเนื้อว่าเป็นมะเร็ง แพทย์จะตรวจสิ่งต่างๆข้างล่างเพิ่มเพื่อจะบอกระยะของโรคและวางแผนรักษา

1. ขนาดของก้อนเนื้อมะเร็ง
2. มะเร็งนี้แพร่กระจายในเต้านมหรือยัง
3. มะเร็งนี้แพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้หรือยัง
4. มะเร็งนี้แพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นหรือยัง

การแบ่งระยะของโรค

จะใช้ระบบ TNM staging

- T หมายถึง ขนาดของก้อน
- N หมายถึง การแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง
- M หมายถึง การแพร่กระจายไปสู่อวัยวะอื่น

แล้วนำมารวมกันเป็น stage I , II , III , IV (ศิริโรจน์ กาญจนปัญจนผล 2548 : 353)

การแบ่งระยะของโรค (ประเสริฐ เลิศสงวนชัย 2544 : 142-144)

stage 0	เป็นมะเร็งระยะเริ่มแรก ยังไม่ลุกลามหรือแพร่กระจาย เรียก Ductal carcinoma in situ และ Lobular carcinoma in situ (Tis , N0 , M0)
stage 1	ขนาดก้อนน้อยกว่า 1 นิ้ว เป็นมะเร็งระยะเริ่มแรก ยังไม่ลุกลามหรือแพร่กระจาย (T1 , N0 , M0)
stage 2	จะมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง 1. ก้อนน้อยกว่า 1 นิ้ว แต่แพร่ไปยังต่อมน้ำเหลืองได้รักแร้ (T0, N1, M0) 2. ก้อนขนาด 1-2 นิ้ว โดยที่มีหรือไม่มีการลุกลามต่อมน้ำเหลือง (T1, N1,M0) 3. ก้อนมากกว่า 2 นิ้ว แต่ยังไม่ลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลือง (T2, N0,M0)
stage 3 stage 3A	จะมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง 1. ก้อนน้อยกว่า 2 นิ้ว แพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองได้รักแร้และต่อมน้ำเหลืองอื่น (T1, N2,M0) 2. ก้อนมากกว่า 2 นิ้ว และแพร่ไปยังต่อมน้ำเหลืองได้รักแร้ (T2, N2,M0)
stage 3B	จะมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง 1. มะเร็งแพร่กระจายไปยังเนื้อเยื่อใกล้เคียง เช่น ผิวหนัง กระดูก กล้ามเนื้อ (T4, N2,M0) 2. มะเร็งแพร่ไปยังต่อมน้ำเหลืองที่ผนังทรวงอก (T4, N3,M0)
stage 4	มะเร็งแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น เช่น ตับ กระดูก สมอง ปอด (AnyT, N3,M1)
Inflammatory Breast Cancer	พบไม่บ่อยผิวหนังจะ แดง บวม
Recurrent Breast Cancer	มะเร็งเต้านมเกิดขึ้นใหม่หลังจากรักษาโดยมากมักเกิดหลังรักษา 2-3 ปี อาจเกิดที่เต้านม ผิวหนัง หรือเกิดซ้ำบริเวณเดิม

ผู้ป่วยที่อยู่ในstage 0-2 จะใช้การรักษาโดยการผ่าตัด partial mastectomy ร่วมกับรังสีรักษา

ผู้ป่วย stage 1-2 นิยมให้เคมีบำบัด และฮอร์โมน

ผู้ป่วยที่อยู่ใน stage 3 จะใช้การรักษาโดยการผ่าตัด Modified radical mastectomy พร้อมทั้งเคมีบำบัดและฮอร์โมน

ผู้ป่วยที่อยู่ใน stage 4 การรักษาให้เคมีหรือฮอร์โมนเพื่อยับยั้งการเจริญเติบโตของมะเร็ง

2.7 ผลข้างเคียงของการรักษา

1. การผ่าตัด

1.1 เจ็บบริเวณที่ผ่าตัด

1.2 อาจมีการติดเชื้อ หรือแผลหายช้า

1.3 การตัดเต้านมไปข้างหนึ่งอาจทำให้เสียสมดุลทำให้ปวดหลัง คอ

1.4 จะรู้สึกตึงๆหน้าอก แขนข้างที่ผ่าตัดจะมีแรงน้อยลง

1.5 มีอาการชาแขนข้างที่ผ่าตัด

1.6 บวมแขนข้างที่ผ่าตัด

2. รังสีรักษา จะ มีอาการอ่อนเพลีย ผิวหนังแห้ง แดง เจ็บ คัน ก่อนใช้เครื่อง

ลำอาวนการปรึกษาแพทย์

3. เคมีบำบัด จะ มีอาการซีด เม็ดเลือดขาวต่ำ เกร็ดเลือดต่ำทำให้เหนื่อยง่าย ติดเชื้อง่าย เลือดออกง่าย ผม่ว่ง เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียนและ เป็นหมัน

4. ฮอร์โมน ยาจะยับยั้งไม่ให้ร่างกายใช้ฮอร์โมน แต่ไม่ยับยั้งการสร้างฮอร์โมน ดังนั้นผู้ป่วยจะมีอาการ วูบวาบ ตั้งครรภ์ง่าย คันช่องคลอด น้ำหนักเพิ่ม ตกขาว จึงควรตรวจภายใน ทุกปีและรายงานแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ (ประเสริฐ เลิศสงวนชัย 2544 : 145)

2.8 การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

1. หลังการผ่าตัดการคืนสู่สภาพปกติของร่างกายหลังผ่าตัดขึ้นอยู่กับระยะของโรค ชนิดของการผ่าตัด และสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วย ควรทำกายภาพทันทีหลังการผ่าตัดเพื่อป้องกันข้อหัวไหล่ติดยึดและเพื่อเพิ่มกำลังให้กับแขน สำหรับผู้ป่วยที่แขนบวมหลังผ่าตัดแนะนำให้ยกแขนไว้บนหมอนเวลานอน (ประพันธ์ ปลื้มภาณุภัทร 2547)

2. การมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้งและการได้รับเคมีบำบัด รังสีรักษา ตลอดจนฮอร์โมน ควรมารับยาอย่างต่อเนื่อง ทุกครั้ง จนครบคอร์ส

3. ป้องกันและบรรเทาอาการข้างเคียงจากการได้รับเคมีบำบัด เช่น สังเกตอาการบวม แดง ร้อน บริเวณผิวหนัง รักษาความสะอาดของผิวหนัง ป้องกันผิวแห้งโดยใช้ครีมโลชั่นทาผิวให้

ชุ่มชื้นหลังอาบน้ำ ป้องกันการติดเชื้อจากเม็ดเลือดขาวต่ำโดยการหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับเชื้อโรค หรือคนที่เป็นหวัด บรรเทาอาการผื่นร่วง โดยสระผมด้วยแชมพูชนิดอ่อน หวีผมเบาๆ หลีกเลืง การใช้สเปรย์อบหรือดัดผม อาจเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะโดยใช้ผมปลอมหรือสวมหมวก(สมจิต หนูเจริญกุล 2536: 255)

4. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ มีโปรตีนและแคลอรีสูง มีวิตามินและเกลือแร่ โดยเฉพาะธาตุเหล็ก(สมจิต หนูเจริญกุล 2536 : 254)

5. ลดหรือผ่อนคลายความตึงเครียด ความวิตกกังวล ได้แก่ การระบายความรู้สึกต่างๆ กับบุคคลใกล้ชิดหรือไว้ใจ การฟังธรรมะ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การทำกิจกรรมเพื่อ เบี่ยงเบนความสนใจ และสนใจแสวงหาข้อมูลแพทย์หรือพยาบาลเกี่ยวกับโรค การรักษาและการ ดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล 2537 : 266)

6. การดูแลตนเองระหว่างการฉายรังสี ผู้ป่วยจะได้คำแนะนำว่า ไม่ให้ลบรอยเส้นที่ขีด ไว้บนผิวหนังออกแต่อาจจะใช้แป้งเด็กหรือแป้งข้าวโพดทาบริเวณรักแร้ เพื่อช่วยในการดูดซับเหงื่อ เมื่อเกิดผิวหนังระคายเคืองมากอาจต้องให้หยุดฉายรังสีชั่วคราว และใช้ prednisil cream หรือ garamycin cream ทาจนแผลแห้ง ช่วงระหว่างการให้การรักษาด้วยรังสี ให้หลีกเลี่ยงการสวมใส่ เสื้อผ้าที่กระชับหรือรัดแน่นเพื่อป้องกันการเสียดสีกับผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี เนื่องจากจะทำให้ ผิวหนังเป็นแผลถลอกได้ง่าย แนะนำให้สวมใส่เสื้อผ้าหลวม ๆ ที่ทำจากผ้าฝ้าย (อดิศักดิ์ ศรีพรหม 2547)

ผู้วิจัยได้ศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม โดยศึกษาครอบคลุมเนื้อหา ดังนี้คือ ความหมายของมะเร็งเต้านม โครงสร้างของเต้านม ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม อาการ ของมะเร็งเต้านม การวินิจฉัยก่อนที่เต้านม ระยะของโรคมะเร็งเต้านม การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผลข้างเคียงของการรักษา การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ความรู้เป็นลัังนำมาซึ่งความ เข้าใจ เพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจ หาวิธีการเผชิญปัญหาในทางที่เหมาะสม ผู้วิจัยคิดว่า ความรู้เป็นปัจจัยที่ช่วยพัฒนาสัถยภาพของผู้ป่วยให้มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง สามารถดูแลตนเองให้มี สุขภาพอนามัยที่ดีและปรับตัวในภาวะเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม

2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม

สมจิต หนูเจริญกุล, พวงทอง ไกรพิบูลย์ และคณะ (2534 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาถึงผลของ การให้ความรู้และสนับสนุนการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิต และความรู้สึกไม่แน่นอนในผู้ป่วย มะเร็งที่ศีรษะ คอ และปากมดลูก จำนวน 142 คน ผลการศึกษา พบว่า เมื่อสิ้นสุดการรักษา ผู้ป่วย

กลุ่มที่ได้รับความรู้มีคุณภาพชีวิตสูงกว่า มีความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิตน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

สุภาณี กาญจนจारी (2536: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิต พบว่าปัจจัยที่เสริมสร้างขวัญและกำลังใจ ให้ผู้ป่วยต่อสู้เผชิญปัญหา คือความเชื่อมั่นว่าแพทย์สามารถรักษาได้ การได้รับข้อมูลจากแพทย์ว่าการรักษาได้ผลดี การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัวและรูปแบบการช่วยเหลือเพื่อเสริมสร้างขวัญ กำลังใจเป็นรูปแบบการปรับชดเชย ซึ่งมีการช่วยเหลือ 12 วิธี คือ การลดภาวะไม่สุขสบาย การเตรียมผู้ป่วยเพื่อเผชิญปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นจากการรักษา การดึงแหล่งประโยชน์ต่างๆมาใช้ การช่วยแปลความหมายของการเจ็บป่วย สภาพความเจ็บป่วย เหตุผลและวิธีปฏิบัติที่ผู้ป่วยได้รับ ช่วยให้ผู้ป่วยมีเจตคติที่ดีต่อโรค ช่วยให้ผู้ป่วยจัดการความเครียดจากภาวะเจ็บป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับความวิตกกังวลและความไม่สุขสบายต่างๆ เป็นรูปแบบการพยาบาลที่เน้นการเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญปัญหามากกว่าการเน้นการปรับเปลี่ยนกระบวนการประเมินปัญหาโดยการคิดรู้

จินตนา ตั้งวรพงษ์ชัย (2529: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการให้ความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา โดยการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ด้วยวิธีการสอนอย่างมีแบบแผนมีผลต่อความรู้เรื่องโรค และความสามารถในการดูแลตนเอง แต่ไม่ช่วยลดความวิตกกังวล ความซึมเศร้า หรืออารมณ์ที่เป็นทุกข์ของผู้ป่วย

ดอร์ค และอาห์เมด (Dodd and Ahmed 1987,อ้างถึงใน ผ่องศรี ศรีมรกต 2536:12) ได้ศึกษาถึงชนิดของข้อมูลที่ผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 60 คน ต้องการตลอดระยะเวลาของการรักษาแบบรังสีรักษา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการข้อมูลด้านความรู้ในเรื่องโรคและการแก้ไขปัญหากับสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยได้ผ่านการรักษาด้วยรังสีไปแล้ว นอกจากพบว่าความวิตกกังวลและคุณสมบัติส่วนตัวของผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อความต้องการความรู้อีกด้วย

บาร์เนสและโทมัส (Barnes Thomas 1990 ,อ้างถึงใน ปีพมา คุปตจิต 2533:29) ได้ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยมะเร็งต่อความรู้และความเชื่อของผู้ป่วยสูงอายุ โดยพัฒนาจากพื้นฐานความรู้ การให้การศึกษานี้ใหญ่ บนความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กับอายุ เน้นเนื้อหาที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งและการวินิจฉัยมะเร็งตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ทดลองใช้กับผู้สูงอายุ จำนวน 21 คน เปรียบเทียบกับการสอนปกติ และโปรแกรมการสอนอื่นๆที่ไม่เกี่ยวกับการเป็นมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการสอนตามโปรแกรมการให้ความรู้ที่สร้างขึ้น มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นหลังการสอนแตกต่างกันกับกลุ่มที่ได้รับการสอนปกติ และพบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการวินิจฉัยและการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการศึกษาที่กลุ่มตัวอย่างมีอยู่เดิม

เวลท์ (Welch 1980 , อ้างถึงใน ผ่องศรี ศรีมรกต 2536:11) ได้เสนอแนะไว้ใน การศึกษาถึงอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษาบริเวณช่องท้อง ช่อง เจริงกราน และกระดูกสันหลังส่วนหลัง จำนวน 24 คน พบว่า การให้ความรู้หรือการอธิบายให้ ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับชนิดของอาหารที่รับประทานได้ และเหตุผลในการ เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ดีและลด ความรู้สึกหมดหวังและหมดหนทางช่วยเหลือลงไปได้

ฟรีเดทท์ (Fredette 1990, อ้างถึงใน เพียงใจ คาโรปกรณ 2545:92) ได้เน้น ความสำคัญของการให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับการเป็นมะเร็งได้ โดยได้พัฒนา โมเดลในการให้ความรู้ตามระยะการปรับตัวด้านจิตใจที่มีต่อการเจ็บป่วยที่รุนแรงเพื่อให้การให้ ความรู้ด้านสุขภาพนั้นมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยโมเดลนี้ได้เสนอแนะวิธีการสอน กลยุทธ์การ สอน และเนื้อหาการสอนตามพื้นฐานของพฤติกรรมตอบสนองของผู้ป่วยเพื่อให้สอดคล้อง กับระดับแรงจูงใจ และความพร้อมในการเรียนรู้ของผู้ป่วย การตอบสนองยิ่งขึ้น

เพอร์รี่ (Perry 1990 ,อ้างถึงใน นิตยา คงชุม 2539:18) ได้เสนอแนะในการศึกษาว่า การให้ความรู้กับผู้ป่วยจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่กับมะเร็งได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิด ขวัญกำลังใจที่ดีซึ่งเป็นสิ่งที่จะช่วยให้มีการเผชิญปัญหาและปรับตัวได้ดี จากผลงานวิจัยดังกล่าวที่เกี่ยวข้องกับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมพอจะสรุปได้ว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม น่าจะส่งผลกระทบต่อภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การเผชิญปัญหา และการปรับตัวด้านจิตใจของผู้ป่วย ทำให้สามารถควบคุมสถานการณ์ในสภาวะเจ็บป่วยได้ เกิด การเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับมะเร็ง เผชิญกับสิ่งที่มาคุกคามโดยปรับสมดุลทางจิตใจ

ส่วนที่ 3 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง(Hardiness Personality)

3.1 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง (Hardiness Personality)

การที่บุคคลสามารถปรับตัวได้ดีเมื่อประสบเหตุการณ์ในชีวิตที่ก่อให้เกิดความเครียด นั้น มีปัจจัยสำคัญอะไรบางอย่างที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวได้ดี โคบาซา (Kobasa 1982:1) ได้ตั้ง ข้อสังเกตว่า เมื่อบุคคลต้องเผชิญสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในระดับที่สูงพอ ๆ กัน บางคน สามารถเอาชนะความเครียดนั้นได้ แต่บางคนกลับปรากฏว่า ไม่สามารถปรับตัวต่อการเผชิญ สถานการณ์ความเครียดนั้นได้ โคบาซาจึงสนใจศึกษาถึงสาเหตุที่ทำให้บุคคลมีความต้านทานต่อ ความเครียดสูงโดยไม่เกิดความเจ็บป่วยขึ้น และพบว่ากลุ่มบุคคลเหล่านี้จะมีลักษณะทางบุคลิกภาพ ที่คล้าย ๆ กัน ซึ่งโคบาซา (Kobasa 1979:1) ได้เรียกลักษณะเฉพาะบุคคลที่ทำให้บุคคลมีความ

ด้านทาน เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ในชีวิตที่ก่อให้เกิดความเครียดสูง และสามารถปรับตัวปรับใจ
ได้ดีว่า คือ ความเข้มแข็ง (hardiness)

โคบาสา (Kobasa 1979:1-11) เป็นนักจิตวิทยาที่ศึกษาถึงแนวคิดเกี่ยวกับบุคลิกภาพที่
เข้มแข็ง โดยใช้แนวคิดแบบอัตถิภาวะนิยม (Existentialism) มาเป็นกรอบแนวคิด ซึ่งมี 3 ประการ
คือ

ประการแรก วิธีดำรงชีวิตของมนุษย์ในโลกนี้ ไม่ได้เกิดจากการได้รับการถ่ายทอดมา
จากลักษณะภายใน หากแต่เกิดจากการพัฒนาการอย่างต่อเนื่องของบุคลิกภาพที่แสดงออก

ประการที่สอง ชีวิตต้องมีการเปลี่ยนแปลง มนุษย์จำเป็นต้องเผชิญกับความเครียดที่มา
พร้อมกับการเปลี่ยนแปลงเสมอ ดังนั้น มนุษย์ควรจะรู้จักใช้ความเครียดให้เป็นประโยชน์และ
หาทางเอาชนะความเครียดให้สำเร็จ

ประการที่สาม ความเครียดและเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิต ถือเป็นสิ่งที่ท้าทายและ
น่าตื่นเต้น ทำให้มนุษย์รู้จักคิดและตัดสินใจ ซึ่งจะก่อให้เกิดการพัฒนาตนเอง และมีความเป็นตัว
ของตัวเองสูงขึ้น

โคบาสามีความเชื่อว่า การที่บุคคลต้องเผชิญกับความเครียดในระดับสูงนั้น ผู้ที่มี
บุคลิกภาพที่เข้มแข็งในระดับสูงจะสามารถดำรงภาวะสุขภาพที่ดีไว้ได้ แต่ผู้ที่มีบุคลิกภาพที่
เข้มแข็งในระดับต่ำจะเกิดความเจ็บป่วยตามมาและได้กำหนดคุณลักษณะของบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง
ไว้ 3 ประการ คือ 1) ความสามารถในการควบคุม (Control) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลว่าตนเอง
สามารถควบคุมหรือมีอิทธิพลต่อบุคคลหรือเหตุการณ์ที่ประสบ 2) ความมุ่งมั่น (Commitment)
หมายถึง ความสามารถและความตั้งใจของบุคคลในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ และเห็นคุณค่าของ
สิ่งที่ตนกำลังกระทำอยู่ 3) ความท้าทาย (Challenge) หมายถึง การคาดการณ์ว่าการเปลี่ยนแปลงใน
ชีวิตเป็นสิ่งที่น่าตื่นเต้น ท้าทาย และทำให้เกิดการพัฒนาต่อไป ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ความสามารถในการควบคุม (Control) หมายถึง ลักษณะการแสดงออกถึงความเชื่อ
ของบุคคลว่าตนเองสามารถควบคุมหรือมีอิทธิพลต่อบุคคลหรือเหตุการณ์ที่ประสบ และบุคคลจะ
สามารถกำหนดแนวทางในการกระทำของตนเองเพื่อควบคุมเหตุการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ
ได้ สามารถตีความหมายและรวบรวมสถานการณ์ต่าง ๆ เข้าด้วยกันกับการวางแผนชีวิต โดยการ
เปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่ไม่เป็นอันตรายให้ยังคงอยู่โดยไม่มีผลกระทบต่อสภาพร่างกาย ส่วน
สถานการณ์ที่ถูกควบคุมไม่ได้ก็จะละทิ้งไป

2. ความมุ่งมั่น (Commitment) หมายถึง ลักษณะการแสดงออกของบุคคลที่มีความเชื่อ
ว่าเป็นความสามารถ ความตั้งใจ และความเต็มใจในการกระทำกิจกรรมในสถานการณ์ต่าง ๆ ให้
เป็นไปตามเป้าหมายในชีวิตได้สำเร็จโดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคต่าง ๆ ด้วยความรับผิดชอบและ

ความมั่นคงในบทบาทของตนเองต่อสังคม ต่อสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ดังนั้น บุคคลที่มีความมุ่งมั่นจะมีพลังและดำรงไว้ซึ่งความมีสุขภาพดี เมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ในชีวิตก่อให้เกิดความเครียดจะไม่มีความรู้สึกว่าถูกคุกคามเพราะบุคคลจะมองเหตุการณ์ต่าง ๆ ตามความเป็นจริง ซึ่งจะเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหและป้องกันการเกิดความเครียด ซึ่งจะมีผลป้องกันการเจ็บป่วยที่อาจจะเกิดขึ้นจากความเครียดได้ บุคคลที่มีความมุ่งมั่นไม่เพียงแต่จะสามารถแก้ไขสถานการณ์เท่านั้น ยังรู้ด้วยว่าตนเองควรจะเลือกวิธีการใดในการแก้ไขปัญหาในสถานการณ์นั้น มีการจัดลำดับความสำคัญในการแก้ปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งความมุ่งมั่นจะเป็นตัวสนับสนุนให้ตนเองมีความเข้มแข็งทางจิตใจมากขึ้น และจะก่อให้เกิดความคิดใหม่ ๆ ทำให้บุคคลเห็นคุณค่าของสิ่งที่ตนเองใช้ความสามารถกระทำอยู่และสร้างความพึงพอใจให้เกิดขึ้น และจะช่วยให้พ้นจากความเครียด และช่วยบรรเทาความรู้สึกที่ถูกคุกคามจากเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตได้

3. ความท้าทาย (Challenge) หมายถึง ลักษณะการแสดงออกของบุคคลในการคาดการณ์ว่าเหตุการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถ นำตื้นตัน เนื่องมาจากการที่ชีวิตจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา บุคคลจะคาดว่า การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้นจะเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดความกระตือรือร้นในการต่อสู้มากกว่าที่จะเป็นสิ่งที่คุกคามความมั่นคงปลอดภัยของชีวิต ความรู้สึกเช่นนี้ย่อมช่วยให้ความรู้สึกเจ็บป่วยไม่สบายใจ ความไม่พึงพอใจอันเนื่องมาจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ลดน้อยลง เนื่องจากความท้าทายจะทำให้บุคคลมีการฝึกฝนในการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่ไม่คาดฝันอยู่เสมอ ซึ่งบุคคลจะพยายามแสวงหาข้อมูล ข่าวสาร สะสมประสบการณ์และแสวงหาแหล่งที่จะช่วยให้ตนเองเผชิญกับความเครียดได้ดี คือ มีการเตรียมตัวที่จะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่ก่อให้เกิดความเครียดต่าง ๆ อยู่เสมอนั่นเอง ผลสุดท้ายก็ทำให้บุคคลมีการพัฒนาตัวเอง

บุคคลที่มีคุณลักษณะทั้ง 3 ประการ ของบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง เมื่อประสบกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดความไม่พึงพอใจ เขาจะมองว่าเป็นสิ่งที่ท้าทาย ซึ่งเขาสามารถควบคุม จัดการ เพื่อที่จะไปให้ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้โดยใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ที่มีอยู่ด้วยเหตุนี้บุคคลที่บุคลิกภาพที่เข้มแข็งจะสามารถเอาชนะความเครียด โดยปราศจากความรู้สึกที่เป็นภาวะคุกคามของจิตใจ อันจะนำมาซึ่งความพึงพอใจสูงสุดในที่สุด ทั้งยังเห็นว่าเป็นประโยชน์ในการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาตนเองต่อไปด้วย

โกบาช่าได้กำหนดสมมติฐานไว้ว่า บุคลิกภาพที่เข้มแข็งจะสามารถบรรเทาหรือปรับลดความเครียด และความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ รวมทั้งช่วยให้บุคคลสามารถคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด และได้ทำการศึกษาเพื่อทดสอบสมมติฐานในกลุ่มผู้บริหารชายจำนวน 259 ราย โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความเครียด และการ

เจ็บป่วยในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา และบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง ผลการศึกษาพบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเจ็บป่วย ($r = 0.24, p < 0.025$) และกลุ่มที่มีความเครียดสูงแต่มีความเจ็บป่วยต่ำ มีคะแนนบุคลิกภาพที่เข้มแข็งสูงกว่ากลุ่มที่มีความเครียดและมีความเจ็บป่วยสูง ต่อมา โคบาซาร่วมกับแมคคิและคอร์ริงตัน (Kobasa Maddi and Courington 1981 : 368-378) ทำการศึกษาติดตามในระยะยาวเป็นเวลานาน 3 ปี ในกลุ่มผู้บริหารชายกลุ่มเดิม เพื่อยืนยันความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ความเจ็บป่วย และบุคลิกที่เข้มแข็ง โดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ให้กลุ่มตัวอย่างตอบ 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 ปี โดยครั้งที่ 1 เป็นแบบสอบถามเรื่องข้อมูลส่วนบุคคล บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง ความเครียดและความเจ็บป่วย ส่วนครั้งที่ 2 และ 3 เป็นแบบวัดความเครียดและความเจ็บป่วย ผลการศึกษาที่ได้มีความสอดคล้องกัน คือ ความเครียดและบุคลิกภาพที่เข้มแข็งมีความสัมพันธ์กับความเจ็บป่วย โดยความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเจ็บป่วย ($r = 0.24, p > 0.025$) และบุคลิกภาพที่เข้มแข็งมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเจ็บป่วย ($r = -0.06, p > 0.05$)

ในปี ค.ศ.1980 โคบาซาและคณะ (Kobasa and others 1982:525-533) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่ต่อต้านความเครียดต่าง ๆ ได้แก่ บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง แรงสนับสนุนทางสังคมและการออกกำลังกาย โดยทำการศึกษาในระยะยาวในกลุ่มผู้บริหารชายที่อยู่ในโครงการความเครียดของชิคาโก (Chicago Stress Project) จำนวน 85 ราย ผลการศึกษาพบว่า บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง แรงสนับสนุนทางสังคม และการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเจ็บป่วย และเมื่อทำการศึกษาติดตามมาอีก 1 ปี (1981) กลุ่มตัวอย่างลดลงเหลือ 70 ราย เนื่องจากเกษียณอายุ ย้ายที่ทำงานและตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ผลการศึกษาพบว่า บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง แรงสนับสนุนทางสังคมและการออกกำลังกาย ยังคงมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเจ็บป่วย โดยที่ผลของแหล่งต่อต้านความเครียดทั้ง 3 แหล่งรวมกันจะช่วยป้องกันการเกิดความเจ็บป่วยได้มากกว่ามีแหล่งต่อต้านความเครียด 2 และ 1 แหล่งตามลำดับ สำหรับแหล่งต่อต้านความเครียดที่สำคัญที่สุด และดีที่สุดก็คือ บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง เพราะบุคลิกภาพที่เข้มแข็งจะช่วยลดระดับความเครียด ช่วยแปลความหมาย สถานการณ์ที่มีความเครียดสูง ให้กลายเป็นสถานการณ์ที่มีความเครียดต่ำได้มากกว่าแหล่งประโยชน์อื่น ๆ และบุคลิกภาพที่เข้มแข็งนี้จะอยู่กับบุคคลได้ยาวนาน นอกจากนี้ยังพบว่าบุคลิกภาพที่เข้มแข็งมีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.23, P < 0.05$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเพียงบางส่วนของกานเนลเลนและเบลเนย์ (Gannellen and Blaney 1984:156-163, อ้างถึงใน นิตยา คงชุม 2539:21) ที่ได้ศึกษาในกลุ่มนักศึกษาหญิงระดับปริญญาตรีจำนวน 83 รายพบว่า บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง (เฉพาะในด้านความมุ่งมั่นและความท้าทาย) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงสนับสนุน

ทางสังคม และมีคุณลักษณะเพียงด้านเดียวของบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง คือ ความมุ่งมั่น ที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด

บุคลิกภาพที่เข้มแข็งตามแนวคิดของพอลลอก (Pollock) นั้นจะมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการปรับตัวของผู้ป่วย ผลทางตรง คือ บุคคลที่มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งสูงจะมีความสามารถในการเผชิญปัญหา และใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่อย่างเหมาะสม ผลทางอ้อม คือ บุคคลที่มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งสูงจะรับรู้ถึงภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่จัดเป็นสิ่งที่เร้าได้ตรงตามความเป็นจริง และสามารถเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหารวมทั้งเสาะแสวงหาแหล่งประโยชน์มาสนับสนุนได้อย่างเหมาะสม

พอลลอก (Pollock 1986:90-95, อ้างถึงใน ศรัณญา เบญจกุล 2538:23) ได้ทำการวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน ความดันโลหิตสูง ข้ออักเสบรูมาตอยด์ เพื่อทดสอบสมมติฐานว่า บุคลิกภาพที่เข้มแข็งมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวทั้งด้านร่างกาย และจิตสังคมในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ผลการทดสอบพบว่าบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวด้านจิตสังคมในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญ ($r = .42, p < .01$) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินพบว่า บุคลิกภาพที่เข้มแข็งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวทั้งด้านร่างกาย ($r = .43, p < .05$) และด้านจิตสังคม ($r = .62, p < .01$) กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพบว่า บุคลิกภาพที่เข้มแข็งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวด้านร่างกาย ($r = .39, p < .05$) และการปรับตัวด้านจิตสังคมเฉพาะในส่วนของการพบปะทางนี้ ($r = .55, p < .01$) และกลุ่มผู้ป่วยข้ออักเสบรูมาตอยด์พบว่า บุคลิกภาพที่เข้มแข็งมีความสัมพันธ์ทางบวกเฉพาะกับการปรับตัวด้านจิตสังคมในส่วนของการอดทนต่อสิ่งท้านั้น ($r = .39, p < .05$)

พอลลอก (Pollock 1993:90, อ้างถึงใน ศรัณญา เบญจกุล 2538:23-24) เชื่อว่าบุคลิกภาพที่เข้มแข็งสามารถต่อต้านความเครียดและเอื้ออำนวยในการปรับตัวต่อภาวะเครียดเรื้อรังได้ จึงได้ศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายการปรับตัวในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 597 คน เป็นการศึกษาในระยะยาว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินร้อยละ 42 โรค Multiple sclerosis ร้อยละ 23 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 19 และข้ออักเสบรูมาตอยด์ ร้อยละ 16 พบว่าปัจจัยด้านบุคลิกภาพที่เข้มแข็งความสามารถในการทนต่อความเครียด การรับรู้ถึงความสามารถและการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถร่วมทำนายการปรับตัวด้านจิตสังคมได้ร้อยละ 34 ในขณะที่การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาในการเจ็บป่วยเรื้อรัง บุคลิกภาพที่เข้มแข็งและการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสามารถร่วมทำนายการปรับตัวด้านร่างกายได้ร้อยละ 21 นอกจากนี้ นิโคลัส (Nicholas 1993 : 1085, อ้างถึงใน ศรัณญา เบญจกุล 2538:24) ได้ศึกษาพบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ บุคลิกภาพที่เข้มแข็งและการ

ปฏิบัติการดูแลตนเอง นาร์ซาเวจและวีเวอร์ (Narsavage and Weaver 1994:90, อ้างถึงใน ศรีธัญญา เบญจกุล 2538 : 24) พบว่า บุคลิกภาพที่เข้มแข็งในกลุ่มผู้ป่วยหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง โดยเฉพาะด้าน ความท้าทายสามารถทำนายความสามารถในการออกกำลังกายได้ ($R^2 = .26$) ในขณะที่บุคลิกภาพที่ เข้มแข็งด้านความมุ่งมั่นสามารถร่วมทำนายสมรรถภาพของปอด (ulmonary functional status scale) ได้ ($R^2 = .149$) แต่มีบางการศึกษาที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพที่เข้มแข็งกับการ ปรับตัวเมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น การศึกษาของกูดวิน (Goodwin 1988:211-215, อ้างถึงใน นิติยา คงชุม 2539:24) พบว่าบุคลิกภาพที่เข้มแข็งไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวด้านจิตสังคม ในกลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่มารับการรักษาด้วยการฟอกเลือด และระยะเวลาการรักษาที่นานขึ้นจะ ยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งลดลง เนื่องจากปัญหาด้านร่างกายที่รุ่มร่าในภาวะเจ็บป่วย เรื้อรังเพิ่มมากขึ้น

จาเกอร์ (Jager 1994 : 71-72, อ้างถึงใน เบญจมาศ ศิฐานะ 2541:24) ได้กล่าวว่า บุคคลที่มี บุคลิกภาพที่เข้มแข็งสูงจะพบว่ามีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานต่ำ ดังนั้นจึงได้มีผู้สนใจศึกษา ปัจจัยนี้ในกลุ่มบุคลากรต่าง ๆ ซึ่งเป็นอีกกลุ่มหนึ่งของบุคคลที่มีสุขภาพดี ดังเช่น ริชและริช (Rich and Rich 1987:63-66, อ้างถึงใน ศรีธัญญา เบญจกุล 2538:22) ซึ่งทำการศึกษาในกลุ่มพยาบาลสตรี จำนวน 100 ราย พบว่าบุคลิกภาพที่เข้มแข็งมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกเหนื่อยหน่ายที่อห้ำ (r = 0.39, p<0.001) และบุคลิกภาพที่เข้มแข็งที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุ (r = 0.20, P<0.05)

แมคครานิกและคณะ (McCranic and others 1987, quoted in Lambert and Lambert 1987: 95, อ้างถึงใน ชญานิศ ลือวานิช 2540: 37) ที่ศึกษาในกลุ่มพยาบาล จำนวน 107 ราย เป็นพยาบาลที่มี ความบุคลิกภาพที่เข้มแข็งในระดับสูง จะรับรู้ต่อสถานการณ์ที่เป็นความเครียดได้น้อยกว่าและมีความรู้สึกเหนื่อยหน่ายที่อห้ำน้อยกว่าพยาบาลที่มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งในระดับต่ำ เช่นเดียวกับ คอลลินส์ (Collins 1996:81-85, อ้างถึงใน จารุพร แสงป่า 2542:82) ศึกษาพบว่า พยาบาลที่มี บุคลิกภาพที่เข้มแข็งสูงจะมีความเครียดในงานและความเหนื่อยหน่ายอยู่ในระดับต่ำและ ความเครียดในงานมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความเหนื่อยหน่าย (r = .39, p<.01) ซึ่งสอดคล้อง กับผลการศึกษาของบอยล์และคณะ (Boyle et al. 1991:850-857, อ้างถึงใน เบญจมาศ ศิฐานะ 2541:24) ที่พบว่าบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่าย (r = -0.43, p<0.001)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเสริมสร้างบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง

โคบาชและแมดดิ (Kobasa and Maddi 1991:564-571) ได้เสนอปัจจัยที่พัฒนาความ เข้มแข็งจากประสบการณ์ในการรักษาผู้ป่วยจิตเวชและจากผลของงาน พบว่าประสบการณ์ใน ระยะแรกของชีวิต โดยเฉพาะปฏิสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและบุตรจะพัฒนาให้เกิดความมุ่งมั่น

ความสามารถในการควบคุมและความท้าทาย ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์แบบรักสนับสนุนในระยะแรก พัฒนาความมุ่งมั่น คนบางคนมีประสบการณ์ที่เกี่ยวกับตัวเขาและสิ่งแวดล้อมที่น่าสนใจ มีค่าและน่าพอใจ ในขณะที่บางคนรู้สึกไม่น่าสนใจ ไร้ความหมายและคับข้องใจ สิ่งเหล่านี้เป็นความแตกต่างในความรู้สึกเกี่ยวกับความมุ่งมั่นต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม อันเป็นผลจากการเลี้ยงดูหรือประสบการณ์ในวัยเด็ก เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูโดยการให้ความรัก ความเอาใจใส่ ให้การสนับสนุนช่วยเหลือและยอมรับเด็กจะกล้าคิดกล้าแสดงออก เมื่อบิดามารดาผู้เลี้ยงดูพบเห็นความสามารถของเด็กแล้วได้ให้การสนับสนุนและกำลังใจ เด็กจะรู้สึกได้รับความช่วยเหลือและการยอมรับทำให้เขาพัฒนาการมองเห็นตนเองและโลกว่าน่าสนใจ และมีค่าก่อให้เกิดความมุ่งมั่นให้ไปถึงเป้าหมายในชีวิต ในทางตรงข้ามหากบิดามารดามักจะตำหนิไม่ให้การสนับสนุนหรือเพิกเฉยต่อการแสดงความสามารถของเด็กจะทำให้เด็กพัฒนาการมองเห็นตนเอง และมองโลกอย่างว่างเปล่าไร้ความหมาย ก่อให้เกิดความรู้สึกห่างเหินจากตนและสิ่งแวดล้อม สภาพแวดล้อมที่เปิดโอกาสให้เด็กได้แสดงความสามารถในการควบคุม คนบางคนมีความเชื่อแสดงออกราวกับว่าเขามีอิทธิพลเหนือเหตุการณ์ต่าง ๆ ขณะที่บางคนยอมตกอยู่ใต้สถานการณ์สิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นความแตกต่างของความสามารถในการควบคุม อันเป็นผลจากประสบการณ์ที่สำเร็จหรือล้มเหลวในวัยเด็กซึ่งเป็นวัยที่มีการพัฒนาทั้งทางร่างกายและจิตใจ เป็นวัยแห่งการเรียนรู้ เมื่อเขาสามารถทำสิ่งที่ต้องการได้สำเร็จ เขาจะรู้สึกว่าเขามีอำนาจจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ได้ ในทางตรงข้าม เขาจะรู้สึกล้มเหลวเมื่อเขาทำไม่สำเร็จ ดังนั้น บิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดูควรเปิดโอกาสให้เด็กได้แสดงความสามารถ โดยการเลือกงานที่ไม่ยากหรือง่ายเกินไป เหมาะสมกับความสามารถของเด็กแต่ละคน เพราะงานที่ง่ายเกินไปถึงแม้จะทำสำเร็จก็จะไม่ทำให้เกิดความมีอำนาจ ส่วนงานที่ยากเกินไปเด็กทำไม่สำเร็จจะทำให้เกิดความรู้สึกล้มเหลวและไม่มีความสามารถ

3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง (Hardiness Personality)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องภายในประเทศ

ชญาณิช ลือวานิช (2540) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง ความเครียดและการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งค่อนข้างไปทางสูง มีความเครียดปานกลาง ใช้วิธีการเผชิญปัญหาทั้งด้านการมุ่งแก้ปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ และบุคลิกภาพที่เข้มแข็งกับความเครียดสามารถร่วมทำนายการเผชิญปัญหาด้านการจัดการกับอารมณ์

วรณัฐ กิตติสัมพันธ์ (2538) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทน สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลจิตเวช

สังกัดกรมสุขภาพจิตโดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านจิตเวชในโรงพยาบาลจิตเวชของกรมสุขภาพจิตในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า บุคลิกภาพที่เข้มแข็งมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายในพยาบาลวิชาชีพ

เบญจมาศ ติฐานะ (2541:บทคัดย่อ) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง แรงสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวของพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่ ในสังกัดมหาวิทยาลัยมหิดล กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่ของโรงพยาบาลรามารับดีและโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 239 คน ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่ส่วนใหญ่มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง แรงสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัว อยู่ในระดับปานกลางถึงสูงมาก โดยบุคลิกภาพที่เข้มแข็งและแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวและสามารถร่วมอธิบายความแปรปรวนของการปรับตัวได้ร้อยละ 50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.0001

รักษนก กชไกร (2541) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างความเครียด บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง แรงสนับสนุนทางสังคมกับการเผชิญปัญหาของวัยรุ่น โดยได้ทำการศึกษาในกลุ่มเด็กนักเรียนชั้น ม. 5 จำนวน 275 คน พบว่า วัยรุ่นมีการเผชิญปัญหาในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญปัญหา คือ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง และแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยที่ร่วมทำนาย การเผชิญปัญหาของวัยรุ่น พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม และค่าใช้จ่ายที่ได้รับสามารถร่วมทำนาย การเผชิญปัญหาของวัยรุ่นได้ร้อยละ 18.80

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างประเทศ

นิโคลัส (Nicholas 1993: 1085 -1094 , อ้างถึงใน ชญานิศ ลือวานิช 2540: 43)ได้ทำการศึกษาผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง จะรับรู้ภาวะสุขภาพสูง นอกจากนี้นิโคลัสและเวสเตอร์ (Nicholas and Webster 1993 :132 – 136) ยังได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่อง จำนวน 46 ราย พบว่า บุคคลที่มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งสูง จะมีแรงสนับสนุนทางสังคมมาก แต่ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างจำนวน CD4 กับบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง โซโลมอนและทีโมช็อค (Solomon and Temoshok 1987, quoted in Nicholas and Webster 1993: 134) ศึกษาผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยการติดตามการรักษาระยะยาว พบว่า บุคลิกภาพที่เข้มแข็งสูง จะมีวิธีการเผชิญปัญหาที่ดีและอัตราการรอดชีวิตสูงกว่าบุคคลที่มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง ต่ำ

นาร์ซาเวจ และริเวอร์ (Narsavage and Weaver 1994: 90-94, อ้างถึงใน ชญานิศ ลือวานิช 2540:43) ศึกษาในผู้ป่วยหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 96 ราย พบว่า บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง

ด้านความท้าทายเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดในการออกกำลังกาย และด้านความมุ่งมั่นเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดในด้านสมรรถภาพของปอด

สโนดอน คามิรอน และดันแฮม (Snowdon, Cameron and Dunham 1994 : 63 -76 , อ้างถึงใน ชญานิศ ลือวานิช 2540: 42) ทำการศึกษาครอบครัวเด็กพิการ จำนวน 57 ราย พบว่า บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง เป็นแหล่งประโยชน์สำคัญในการเผชิญปัญหา

คาร์เรย์ และคณะ (Carey et al. 1991 : 1341 – 1348,อ้างถึงใน ชญานิศ ลือวานิช 2540: 42) ทำการศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด จำนวน 49 ราย พบว่า บุคลิกภาพที่เข้มแข็งมีความสัมพันธ์ทางลบต่อการประเมินการทำหน้าที่เป็นญาติผู้ดูแลในการแสดงด้านอารมณ์ และมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการประเมินการทำหน้าที่เป็นญาติผู้ดูแลเป็นสิ่งที่ท้าทาย

คอลลินส์ (Collins 1996:81-85, อ้างถึงใน จารุพร แสงป่า 2542:82) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดในงาน บุคลิกภาพที่เข้มแข็งและความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 280 เตียง ทำการวิจัยเชิงบรรยาย กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพทำงานเต็มเวลาในโรงพยาบาล จำนวน 113 คน จากการศึกษาพบว่า พยาบาลที่มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งจะมีความเครียดในงานและความเหนื่อยหน่ายอยู่ในระดับต่ำ และความเครียดในงานมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความเหนื่อยหน่าย ($r = .39, p < .01$)

โอเบิร์ตและคณะ (Oberst et al. 1991 : 71-78 ,อ้างถึงใน ชญานิศ ลือวานิช 2540: 43) ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา 72 ราย พบว่า บุคลิกภาพที่เข้มแข็งของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบต่อการประเมินความเครียด และการแสดงด้านอารมณ์

จากการทบทวนแนวคิดและการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวกับบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง พอจะสรุปได้ว่า บุคลิกภาพที่เข้มแข็งเป็นแหล่งประโยชน์ภายในของบุคคลที่มีส่วนสำคัญในการต่อต้านความเครียด และบรรเทาความเหนื่อยหน่าย บรรเทาการเจ็บป่วย มีผลต่อการรับรู้ด้านสุขภาพในด้านบวก สถานะการเจ็บป่วยที่เรื้อรังส่งผลในระยะยาวต่อผู้ป่วย หากบุคคลมีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งสูง อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยต่อต้านความเครียดและสามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษามุมมองที่เข้มแข็ง มาเป็นตัวแปรหนึ่งในการศึกษาครั้งนี้ จะมีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ไขปัญหาและมุ่งปรับอารมณ์หรือไม่

ส่วนที่ 4 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

4.1 ทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความหมายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นพื้นฐานของสุขภาพจิต (Hirst, & Metcalf 1984, อ้างถึงใน ผ่องศรี ศรีมรกต 2536:15) เป็นปัจจัยสำคัญที่มีคุณค่าต่อชีวิต (Taft 1985, อ้างถึงใน ผ่องศรี ศรีมรกต 2536:15) บุคคลทุกคนต่อสู้เพื่อดำรงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไว้ ถ้าปราศจากความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแล้วบุคคลจะขาดความกระตือรือร้นที่จะเผชิญสิ่งท้าทายใหม่ๆ และสิ่งเลวร้ายที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

คูเปอร์สมิธ (Coopersmith, 1981 : 5 Coopersmith, 1987 : 41) ได้ให้ความหมายความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไว้ว่า หมายถึงทัศนคติที่บุคคลมีต่อตนเอง มีความเคารพและยอมรับในตนเองว่ามีความสำคัญ มีคุณค่า และมีความสามารถในการกระทำสิ่งต่างๆ ให้ประสบผลสำเร็จ ตลอดจนมีความเชื่อมั่นในคุณค่าแห่งตนเอง

สแตนวิก (Stanwyck 1983, quoted in Klose and Tinius 1992, อ้างถึงใน เสมอจันทร์ อະนะเทพ 2535:40) ได้ให้ความหมายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองว่าเป็นเสมือนความเชื่อมั่นในความสามารถในการตัดสินใจของตนเองและทำหน้าที่เป็นเสมือนตัวบ่งชี้ความภาคภูมิใจในตนเองที่บุคคลแต่ละคนมีต่อตัวเอง ซึ่งรวมถึงทัศนคติทั่วๆ ไปที่มีต่อคุณค่าของบุคคล ซึ่งได้รับอิทธิพลจากอารมณ์และพฤติกรรมด้วย บุคคลบางคนอาจตั้งเป้าหมายที่ไม่เป็นจริง สำหรับบุคคลอื่น และสำหรับตนเอง ทำให้ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ หรือพบแต่ความล้มเหลวที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายนั้น กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ ความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตนได้รับอิทธิพลจากการที่บุคคลมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นด้วย เคราช์ และสตรับ (Crouch and Straub 1983, quoted in Klose and Tinius 1992, อ้างถึงใน ธนพร วงษ์จันทร์ 2543 : 50) กล่าวว่า ในผู้ใหญ่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีพื้นฐานจากประสบการณ์ชีวิตในวัยเด็ก โดยเฉพาะประสบการณ์ในครอบครัว โดยเชื่อว่าในวัยผู้ใหญ่ระดับความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน พื้นฐาน (Basic Self – esteem) ดำรงอยู่อย่างมั่นคงและไม่ค่อยเปลี่ยนแปลง เพราะแหล่งของความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตนพื้นฐานมาจากครอบครัว ผู้ใหญ่เรียนรู้ที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับพ่อแม่และญาติพี่น้อง โดยมีพัฒนาการที่เป็นแบบแผนและมีวุฒิภาวะ ในขณะที่อีกส่วนหนึ่งเป็นสภาวะของความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน ปฏิบัติการ (Functional Self – esteem) ซึ่งมีรากฐานจากการประเมินปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและเหตุการณ์ต่าง ๆ ดังนั้น จึงอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ภาวะสุขภาพ หน้าที่การงาน และสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนตามหน้าที่นี้

เพนเดอร์ (Pender 1966:243,อ้างถึงใน ธนพร วงษ์จันทร์ 2543:52) ได้กล่าวถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ว่าเป็นการประเมินคุณค่าของตนเองในความสำเร็จของบุคคลนั้นๆ ในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ แม้ว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา แต่เราสามารถกระตุ้นให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองได้ โดยการพูดอย่างเหมาะสม (Positive Verbalization) และพยายามชี้ให้เห็นว่าเขาเป็นบุคคลที่มีความสามารถคนหนึ่ง ซึ่งจะช่วยให้บุคคลคิดถึงในสิ่งที่ดีของตนเองและมองตนเองมีค่าและมีประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม

กล่าวโดยสรุป ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดจากการประเมินตนเองเกี่ยวกับความมีคุณค่า ความสำคัญ ความสามารถ การประสบความสำเร็จ ความรู้สึกรักตนเอง ความภาคภูมิใจและพึงพอใจในตนเอง การยอมรับนับถือตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง และรับรู้ว่าคุณค่าความสามารถ มีประโยชน์ต่อสังคม ตลอดจนได้รับการยอมรับจากสังคม

โรเซนเบิร์ก (Rosenberg 1965,อ้างถึงใน เสมอจันทร์ อะนะเทพ 2535: 39) ได้กล่าวไว้ว่าปัจจัยทางสังคมมีอิทธิพลอย่างมากต่อความรู้สึกมีคุณค่าของบุคคล เนื่องจากไม่มีบุคคลที่ประเมินคุณค่าของตนเองลอยๆ โดยไม่มีเกณฑ์ การประเมินมักกระทำโดยมีเกณฑ์เปรียบเทียบแต่เกณฑ์สูงสุดจะคัดเปลี่ยนจากเงื่อนไขต่าง ๆ ตามสภาพสังคมและคุณลักษณะของกลุ่มนั้น ๆ ทุก ๆ สังคม หรือกลุ่มจะมีมาตรฐานของตน ซึ่งจะถูกนำมาใช้เป็นกรอบมาตรฐานในการประเมินตนเอง โรเซนเบิร์ก ยังได้อธิบายต่อไปอีกว่า ตัวตน เป็นสิ่งที่มีความสำคัญสำหรับแต่ละบุคคล บุคคลยึดติดกับทัศนคติและวัตถุที่บุคคลนั้นเคยยึดถือ และมีปฏิริยาทางอารมณ์ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะตัว แรงผลักดันจากสังคมหรือกลุ่มซึ่งมีอิทธิพลจากทัศนคติความเห็นของสาธารณชน อาจไม่สัมพันธ์กับทัศนคติเกี่ยวกับตนเองมากนักก็ได้

คูเปอร์สมิธ (Coopersmith 1968) ได้อธิบายไว้ว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ องค์ประกอบที่สำคัญสำหรับความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตนประกอบด้วย ความคาดหวังในความสำเร็จ แรงจูงใจที่จะบรรลุเป้าหมาย และการริเริ่มและความสามารถในการเผชิญกับความวิตกกังวล นอกจากนี้ คูเปอร์สมิธ ยังได้อธิบายว่ามนุษย์มีความสามารถในการสร้างสรรค์ความคิดที่จะเผชิญกับความเครียดต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพได้ จำเป็นต้องมีความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตนในระดับสูงนั่นเอง นอกจากนี้ คูเปอร์สมิธยังได้ทำการศึกษาถึงระดับความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตนในเด็กชายวัยรุ่นชาวอเมริกาใต้ จำนวน 85 คน พบว่าเด็กชายแต่ละลักษณะจะมีความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตนในระดับแตกต่างกัน เด็กที่มีความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตนสูงจะมีลักษณะกระตือรือร้น กล้าแสดงออก และมีแนวโน้มที่จะประสบความสำเร็จทั้งทางด้านการวิชาการและสังคม เด็กเหล่านี้จะมีความเชื่อมั่นในการรับรู้ของตนเองและ

ปฏิกิริยาต่าง ๆ และมีความเชื่อว่าความพยายามของตนเองจะบรรลุเป้าหมายได้ และคาดหวังว่าจะได้รับการยอมรับ ในทางตรงกันข้ามเด็กที่มีความรู้สึกลึกมีคุณค่าแห่งตนต่ำ จะมีลักษณะท้อแท้และซึมเศร้า รู้สึกแยกตัว ไม่เป็นที่รัก ไม่กล้าแสดงออก และไม่มีการต่อสู้กับอุปสรรค เมื่อต้องออกสังคมเด็กเหล่านี้มักยืนบังอยู่ข้างหลัง และเป็นผู้ฟังมากกว่าที่จะแสดงความคิดเห็นในกิจกรรมต่าง ๆ มีความรู้สึกที่ไวต่อการถูกวิพากษ์วิจารณ์ และหมกมุ่นอยู่กับปัญหาภายใน

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของบุคคลมักได้รับอิทธิพลมาจากสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ความสำเร็จในหน้าที่การงาน บทบาทในครอบครัวและสังคม เนื่องจากสังคมจะให้การยอมรับบุคคลที่มั่งคั่งมากกว่าทำให้เกิดความมั่นใจในตนเอง รู้สึกเป็นอิสระ ระดับของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะสูงขึ้นตามตำแหน่งของงานที่ก้าวหน้าขึ้น (Hoffman et al. 1988:195, อ้างถึงใน ชนพร วงษ์จันทร์ 2543 : 53) นอกจากนี้เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ความสูญเสีย ความเจ็บป่วย จะทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเปลี่ยนแปลงไปด้วย (Norris and Kunes – Connel 1985:746, อ้างถึงใน ชนพร วงษ์จันทร์ 2543 : 53) ถ้าเหตุการณ์หรือสถานการณ์ในชีวิตของบุคคลดำเนินไปด้วยดี ประสบความสำเร็จในสิ่งที่ได้กระทำจะทำให้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ในทางตรงข้ามถ้าบุคคลประสบเหตุการณ์ที่ทำให้ตนเอง รู้สึกว่าหมดความสามารถ ไร้ประโยชน์ สูญเสียอำนาจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก็จะลดลง (Taylor 1982:129, อ้างถึงใน ชนพร วงษ์จันทร์ 2543 : 53) และในเรื่องของการเจ็บป่วยนั้นก็มีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเช่นกัน เนื่องจากบุคคลที่อยู่ในสภาพเจ็บป่วยต้องมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทและวิถีการดำเนินชีวิตไปจากเดิม โดยเฉพาะการเจ็บป่วยเรื้อรังและถูกคุกคามจากความรูุ้นแรงหรือความไม่แน่นอนของโรค ยิ่งระดับความรูุ้นแรงของโรคเพิ่มมากขึ้นต้องใช้เวลาในการรักษานาน ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น จะทำให้ความมั่นใจในความสามารถของตนเองลดลง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจึงลดลงด้วย (Primomo et al. 1990:155, อ้างถึงใน ชนพร วงษ์จันทร์ 2543 : 53)

พัฒนาการของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เริ่มตั้งแต่วัยเด็ก และกระบวนการพัฒนาของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตามอายุ (Muklenkamp and Sayles 1986:337, อ้างถึงใน ชนพร วงษ์จันทร์ 2543 : 53) การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของบุคคลจึงมีความสำคัญมาก เนื่องจากความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและความรู้สึกนึกคิดของบุคคล (Sanford and Donovan 1975, quoted in Kozier and Erb 1988:508, อ้างถึงใน ชนพร วงษ์จันทร์ 2543 : 53)

การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ทอฟท์ (Taff 1985:79,อ้างถึงใน ธนพร วงษ์จันทร์ 2543 : 54)กล่าวว่าหน้าที่บุคคลจะรับรู้ว่าคุณค่าในตนเองมีกระบวนการอยู่ 2 ขั้นตอน คือ

1. การประเมินเจตคติของบุคคลในสังคมที่มีต่อตนเอง ตามแนวคิดการมองตนเองของ คูลีย์ (Cooley 1979,อ้างถึงใน ธนพร วงษ์จันทร์ 2543:54) บุคคลสามารถรู้จักตนเองได้โดยอาศัย “ กระจกมองตนเอง” (Looking glass self) เป็นการรับคุณค่าของตนเองที่มีรากฐานมาจากการประเมินและการยอมรับของผู้อื่นเป็นความรู้สึกที่ได้รับจากภายนอกต่อคุณค่าของตน (Outer Self esteem)

2. ความรู้สึกของบุคคลต่อความสามารถในการตอบสนองต่อสภาวะแวดล้อมและผลที่ตนได้รับ กระบวนการนี้เป็นความรู้สึกภายในต่อคุณค่าของตน (Inner Self esteem) เป็นความสัมพันธ์ที่แท้จริงของปัจเจกบุคคลในสังคมและผลกระทบของบุคคลที่มีต่อสิ่งแวดล้อม เป็นความรู้สึกที่อยู่ภายในของตนเองตามความสามารถในการปฏิบัติเพื่อควบคุมสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งอำนาจที่ช่วยให้สามารถกระทำหรือควบคุมสิ่งต่างๆ เกิดจาก การเรียนรู้ ทักษะ รายได้ และสถานภาพของบุคคล

การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของบุคคลต่อความสามารถตอบสนองต่อสภาวะแวดล้อมและผลที่ตนได้รับนั้นมีความสำคัญมาก เนื่องจากมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและความรู้สึกนึกคิด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจึงเป็นความนึกคิดที่บุคคลมีความรู้สึกพึงพอใจต่อตนเอง ดังนั้นการวัดความรู้สึกพึงพอใจต่อตนเองจึงกระทำได้ค่อนข้างยาก อย่างไรก็ตามได้มีผู้สร้างแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยใช้รูปแบบของการสอบถามความรู้สึกของบุคคลนั้นโดยตรง ได้แก่

1. แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg Self – esteem Scale : RSE) ซึ่งสร้างขึ้นมาเพื่อวัดความรู้สึกยอมรับตนเองของบุคคลในด้านมองเห็นคุณค่า ได้พัฒนาและปรับปรุงให้มีความกระชับและรัดกุม ครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการ แบบวัดนี้เมื่อถูกนำไปทดสอบความตรงและความเชื่อมั่นแล้วพบว่า มีความตรงและความเชื่อมั่นในระดับสูง (Goldberg and Fitzpatrick 1980 :342,อ้างถึงใน ธนพร วงษ์จันทร์ 2543 : 54)

2. แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของคูเปอร์สมิธ (Coopersmith Self – esteem Inventory: SEI) คูเปอร์สมิธ (Coopersmith 1984 : 5 - 6) ได้สร้างแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 3 ฉบับ คือ ฉบับนักเรียน (School form) ฉบับสั้น (School short form) และฉบับผู้ใหญ่ (Adult form) แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองฉบับนักเรียนเหมาะกับเด็กอายุ 8 – 15 ปี ลักษณะแบบวัดแบ่งออกเป็นหมวดต่างๆคือ ด้านทั่วไป สังคม พ่อแม่ และทางบ้าน โรงเรียน

และการศึกษา คูเปอร์สมิธได้นำแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองฉบับนักเรียนมาดัดแปลงและสร้างเป็นแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองฉบับสั้น และต่อมาได้ดัดแปลงภาษาและสถานการณ์ในแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองฉบับสั้น ให้เป็นแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองฉบับผู้ใหญ่เพื่อให้เหมาะสมกับบุคคลที่มีอายุ 16 ปีขึ้นไป และลักษณะคำถามเป็นการให้เลือกตอบว่าเห็นด้วย (Like me)หรือไม่เห็นด้วย(Unlike me)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของบุคคลมีความสำคัญและเป็นแหล่งประโยชน์อันดับแรกที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคล ดังที่รอย (Roy 1984) ได้กล่าวไว้ว่าบุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จะมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆอย่างเคร่งครัด มีความเชื่อมั่นและมีความสามารถติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่น มีความพยายามที่จะกระทำกิจกรรมต่างๆให้ประสบผลสำเร็จตามบทบาทที่สังคมคาดหวังได้ พร้อมทั้งช่วยให้สามารถเผชิญกับปัญหาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ สามารถจัดการกับความขัดแย้ง ความตึงเครียด(Conflict and Strain) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ทอมสัน และคณะ (Thompson et al 1986,อ้างถึงใน ผ่องศรี ศรีมรกต 2536:32) ได้สรุปลักษณะความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตนต่ำไว้ว่าจะมีความรู้สึกของการไร้ความหวัง ไร้การช่วยเหลือ ไร้พลังอำนาจ เสรีเสรีอยู้สึกผิด มีปมด้อย ไม่ดีพอ ล้มเหลว กับจิตใจ ผิดหวัง ไร้คุณค่าและแยกตัว บางครั้งแสดงออกถึงแนวโน้มการฆ่าตัวตาย ซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้สึกเศร้าเสียใจ ลูญเสีย ซึมเศร้า วิตกกังวล และโกรธ ผู้ป่วยมักบ่นปวดเมื่อยและกังวลเกี่ยวกับอาการผิดปกติในร่างกายมากเกินไป มีการมองโลกในแง่ร้าย ไม่เชื่อในความสามารถของตนเองที่จะทำให้ประสบความสำเร็จ กลัวการเปลี่ยนแปลง ไม่กล้าตัดสินใจ ไม่กล้าเสี่ยง ไม่กล้าแสดงความรู้สึกหรือกลัวที่จะสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เป็นต้น ส่วนอาการทางกายที่ปรากฏที่พบได้บ่อย คือ อาการแสดงของภาวะซึมเศร้า ความคิดเชิงซ้ำ เคลื่อนไหวเชิงซ้ำ ไม่มีพลัง ตัวอ้วน ใหญ่ ห่อ เบื่ออาหารหรืออ้วนเกินไป ไม่ยอมทำกิจกรรมต่าง ๆ และไม่มีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความต้องการมีความสัมพันธ์ทางเพศลดลง ไม่มีแรงจูงใจ ไม่สามารถสื่อสารถึงความต้องการของตนเองและปกป้องตนเอง ไม่สามารถเผชิญหน้าหรือเอาชนะความยุ่งยากได้ มีพฤติกรรมที่พยายามฆ่าตัวตาย ไม่สามารถริเริ่มสร้างสรรค์ปฏิบัติตาม หรือทำงานให้สำเร็จได้ในเวลาที่กำหนด ไม่สามารถรับพิชชอบในการดูแลตนเองได้ ไม่สามารถยอมรับการถูกวิพากษ์วิจารณ์ หรือมีความไวต่อการถูกวิพากษ์วิจารณ์ได้ หลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่จะต้องเปิดเผยตัวเอง มีแนวโน้มที่จะเฉื่อยชา ไม่มีส่วนร่วมแสดงบทบาทใด ๆ มีการรับรู้ผิด ๆ หรือแปลผลผิด ๆ เกี่ยวกับตัวเองตามความเป็นจริง ไม่ค่อยร่วมมือในการรักษา และไม่ยอมสบตา เป็นต้น

จากลักษณะต่าง ๆ ที่ คูเปอร์สมิธ ทอมสันและคณะได้อธิบายแสดงให้เห็นว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีลักษณะที่ค่อนข้างไม่เปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ยังเห็นได้ว่าระดับ

ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไม่ได้เป็นผลจากชนชั้น วรรณะ ในสังคม หรือระดับรายได้ของครอบครัวแต่อย่างใด และพอสรุปได้ว่าไม่ว่าบุคคลนั้นจะอยู่ในสังคมชั้นสูงหรือต่ำ หรือมีฐานะสูงหรือต่ำ ไม่ได้มีอิทธิพลต่อระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ดังนั้น จึงสามารถพบบุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงได้ในสังคมชั้นต่ำเท่า ๆ กับที่พบในสังคมชนชั้นสูง ทั้งนี้ เป็นเพราะคุณค่าของบุคคลได้ถูกพิจารณาจากการบรรลุเป้าหมายและการปฏิบัติในสังคมแวดล้อมของบุคคลนั้นมากกว่าการปฏิบัติจากสังคมในวงกว้างโดยทั่วไป

จากการศึกษาของคูเปอร์สมิธ ยังพบว่าบุคคลที่อยู่รอบข้างของบุคคลนั้นมีส่วนช่วยในการสร้างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับสูงเป็นอย่างมาก ทั้งพ่อแม่ ญาติพี่น้อง สามี ภรรยา และผู้ให้การดูแล เพราะบุคคลเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลนั้นพัฒนาความเชื่อถือในตนเอง ความกล้า และความสามรถในการเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ ถ้าบุคคลนั้นได้รับการปฏิบัติแบบเชิดชูงูและได้รับการยกย่องในคุณค่าความสำคัญอย่างชัดเจน และมองเห็นในความสามารถและมีการชี้แนะเพื่อการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ขณะเดียวกันพัฒนาการในการพึ่งพาตนเอง และความเชื่อมั่นในตนเองจะเกิดขึ้นและดำรงอยู่ได้ในสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสิ่งเหล่านี้ (Coopersmith 1968)

คูเปอร์สมิธ (Coopersmith 1968) ยังได้สรุป ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์กับการเผชิญปัญหาในผู้ใหญ่ โดยสามารถประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง ได้จาก 3 ด้าน ได้แก่

1. ด้านตนโดยทั่วไป (general self) เป็นการประเมินตนในเรื่องทั่วไปเกี่ยวกับตนเอง เช่น ลักษณะทางกายของตน ความรู้สึกที่มีต่อตนเองในเรื่องความเชื่อมั่นในตนเอง การตัดสินใจ
2. ด้านสังคม (social self) เป็นการประเมินตนในด้านความเป็นที่นิยมชื่นชมและยกย่องในหมู่เพื่อนฝูง ครอบครัว หรือบุคคลอื่น
3. ด้านครอบครัว (home parent) เป็นการประเมินตนด้านความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับพี่น้อง บุคคลในครอบครัว ความเป็นอยู่ในครอบครัว

ดังนั้น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จึงเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งเป็นความสามารถของบุคคลที่จะตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมได้ดี ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยได้รับความรัก ความเห็นอกเห็นใจ ได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสาร สามารถจัดการกับความขัดแย้งและความตึงเครียดได้ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยใช้แนวคิดของคูเปอร์สมิธ (Coopersmith 1984) เป็นแนวทางในการศึกษาโดยใช้แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองฉบับผู้ใหญ่เป็นแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านทั่วไป ด้านครอบครัว และด้านสังคม

4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

งานวิจัยต่างประเทศ

ลีวิส (Lewis 1982,อ้างถึงใน ผ่องศรี ศรีมรกต 2536:35) ได้ศึกษาในผู้ป่วยชายและหญิง อายุเฉลี่ย 54 ปี 21, 35 คน ตามลำดับ ที่เป็นมะเร็ง ในระยะสุดท้าย ผลการศึกษาบ่งชี้ว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองได้รับผลกระทบจากความเจ็บป่วยเนื่องจากผู้ป่วยรับรู้จากการประเมินสะท้อนกลับทางลบเกี่ยวกับตนเอง พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองปานกลางในระยะ 1-7 ปี หลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง นอกจากนี้ประสบการณ์ที่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตได้เป็นตัวทำนายความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่สำคัญ

นิวลิง และไวน์ฟิลด์ (Neuling and Winefield 1988,อ้างถึงใน ผ่องศรี ศรีมรกต, 2536:35) ได้ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 58 คน อายุที่พบบ่อย คือ 54 ปี โดยศึกษาผู้ป่วยในช่วง 3 ระยะเวลา คือ 2-7 วัน ก่อนผ่าตัด 1 เดือน และ 3 เดือนหลังผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองทั้ง 3 ระยะ ก่อนข้างคงที่และใกล้เคียงกัน (เท่ากับ 23.7, 24.1 และ 24.3 ตามลำดับ) ซึ่งแสดงถึงว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองค่อนข้างสูงเกินไป ซึ่งน่าจะเนื่องจากใช้กลไกการปกป้องตนเองก็เป็นได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ซีมัวร์ และเชเพิล (Zemore and Shepel 1989,อ้างถึงใน ผ่องศรี ศรีมรกต, 2536:35) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 301 คน เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่เป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง จำนวน 100 คน (อายุเฉลี่ย 56 และ 50 ปี ตามลำดับ) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่เป็นมะเร็งเต้านมทั้งสองกลุ่มมีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญและยังพบว่าผู้ป่วยที่มีเพื่อนหรือญาติ หรือคู่ครองเป็นผู้รับฟังสิ่งต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยบอกเล่าจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่า

เฟเธอร์ และเวินสต็อก (Feather and Wainstock 1989,อ้างถึงใน ผ่องศรี ศรีมรกต, 2536:35) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 979 คน อายุเฉลี่ย 59 ปี หลังได้รับการตัดเต้านมแล้ว 2 ปี ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองค่อนข้างต่ำ

วราสติ และคณะ (Vrasti, and et al. 1988,อ้างถึงใน ผ่องศรี ศรีมรกต, 2536:36) ได้ศึกษาถึงการฟังผู้อื่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าให้ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง จำนวน 52 คน พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำอย่างชัดเจน นอกจากนี้ ในปี ค.ศ. 1976 มีการสำรวจในผู้ใหญ่ 2264 คน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในกลุ่มที่มีและไม่มีปัญหาสุขภาพร่างกาย

แพเรนท์ และวอลล์ (Parent and Whall 1984,อ้างถึงใน ผ่องศรี ศรีมรกต, 2536:36) ได้ศึกษาถึงผลของการจัดกิจกรรมที่กระทำเป็นงานอดิเรกในผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 60 คน ต่อระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองผลการศึกษาพบว่ากิจกรรมที่กระทำเป็นงานอดิเรกติดต่อกันเป็น

เดือน มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อย่างมีนัยสำคัญ ($r = .524$) ดังนั้น จึงสรุปว่าเมื่อบุคคลได้มีส่วนร่วมในการประกอบกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งจะเป็นการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้สูงขึ้นได้สำหรับในผู้ป่วยมะเร็ง ถ้าได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการรักษาตามแผนการรักษาของตน ก็น่าที่จะมีผลในทางส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้สูงขึ้นได้เช่นเดียวกัน

วาร์นี และคณะ (Varni et al. 1991) ได้ศึกษาถึงผลของการความเครียด การประทับประคองทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กที่ไม่มีแขนขาจำนวน 54 คน ผลการศึกษาพบว่า ทั้งความเครียดและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยเด็กที่พิการอย่างมีนัยสำคัญ และพบว่า การประทับประคองทางสังคมที่ได้รับจากเพื่อนร่วมชั้นมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะซึมเศร้ามากที่สุด โดยสามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงภาวะซึมเศร้ามากที่สุด โดยสามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงภาวะซึมเศร้าได้ถึง ร้อยละ 72

งานวิจัยภายในประเทศ

บุญขึ้น อิ่มมาก (2535 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษากลุ่มช่วยเหลือตนเอง ของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดต่อคุณภาพชีวิต ปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม การสนับสนุนที่ผู้ป่วยได้รับจากกลุ่มประเด็นปัญหาและความช่วยเหลือที่กลุ่มต้องการ โดยศึกษาจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 20 ราย เก็บข้อมูลก่อนและหลังเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมแสดงความสามารถในการแก้ปัญหาามากที่สุด มีการตอบสนองอารมณ์ทางด้านบวก

พรรณี ชื่นประดับ (2538 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับเผชิญความเครียด

โสภิต สุวรรณเวลา (2537 : บทคัดย่อ,อ้างถึงใน ธนพร วงษ์จันทร์, 2543:57) พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

อัจฉราพร กิดใจเดียว (2543 : ง) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และ พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

จากการทบทวนงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในกลุ่มประชากรต่าง ๆ พอจะสรุปได้ว่า ความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตนเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดำรงชีวิตของบุคคล และการเจ็บป่วยส่งผลกระทบได้อย่างมาก นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ อีกหลายประการซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตนทั้งอายุ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เศรษฐฐานะ สถานภาพสมรส และอื่น ๆ ซึ่งสะท้อนถึงอิทธิพลของบุคคลสำคัญที่อยู่รอบข้างต่อความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตนในบุคคลเป็นอย่างดี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

