

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความเข้มแข็งอดทนและความเครียดในสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมหัวข้อตามลำดับ ดังต่อไปนี้

1. ประสิทธิภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม
2. ความเครียดของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม
3. ความเข้มแข็งอดทนของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม

ประสิทธิภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุการตายของสตรีจำนวนมาก จากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี พ.ศ.2536 พบสตรีเป็นมะเร็งเต้านม ร้อยละ 29.8 ของมะเร็งทั้งหมดที่พบในสตรี (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2536) และในปี พ.ศ.2538 พบว่า อัตราดังกล่าวเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 31.5 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2538) สาเหตุที่แท้จริงของมะเร็งเต้านมนั้นยังไม่ทราบแน่ชัด แต่จากการศึกษาทางระบาดวิทยา พบว่ามีสาเหตุส่งเสริมบางประการที่ทำให้เป็นมะเร็งเต้านมได้ง่ายขึ้น ได้แก่ ประวัติสตรีในครอบครัวที่เป็นมะเร็งเต้านม เช่น มารดา พี่หรือน้องสาว เป็นต้น มีประจำเดือนก่อนอายุ 12 ปี และหมดประจำเดือนหลังอายุ 55 ปี ได้รับการผ่าตัดรังไข่ออกทั้งสองข้างก่อนอายุ 35 ปี (Smeltzer & Bare, 2000) ไม่มีบุตรหรือมีบุตรคนแรกหลังอายุ 30 ปี (LeMone & Burke, 2000) ได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจนหลังจากหมดประจำเดือนหรือได้รับยาที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนขนาดสูงๆ (Dow, 1997) ได้รับหรือสัมผัสรังสีโดยเฉพาะก่อนอายุ 35 ปี เป็นโรคของเต้านมชนิดไม่ร้ายแรง เคยเป็นมะเร็งเต้านมข้างใดข้างหนึ่งมาแล้ว มีประวัติเป็นมะเร็งของเยื่อบุมดลูก มะเร็งรังไข่ และมะเร็งลำไส้ (LeMone & Burke, 2000) มีภาวะเครียดทางจิตใจตลอดเวลา แท้งบุตรบ่อยๆ ภาวะอ้วน และการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง (Carpenter, 1993)

ปัจจุบันแนวทางการรักษามะเร็งเต้านมมีหลากหลายวิธี ขึ้นกับปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การดำเนินของโรค เป็นต้น

แนวทางการรักษามะเร็งเต้านม

แนวทางการรักษามะเร็งเต้านมแต่ละระยะอาจมีความแตกต่างกัน ดังนี้ (National Cancer Institute, อ้างใน กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541)

1. การรักษามะเร็งเต้านมระยะที่ 1 ทางคลินิก รักษาด้วยการผ่าตัด ได้แก่ การผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมดโดยสิ้นเชิงชนิดดัดแปลง (modified radical mastectomy) การผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมดโดยสิ้นเชิง (radical mastectomy) การผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมดโดยสิ้นเชิงร่วมกับการฉายรังสีหลังการผ่าตัด (radical mastectomy plus post radiation therapy) ในกรณีเป็นที่ตำแหน่งตรงกลางหรือค่อนข้างค้ำในของเต้านม

2. การรักษามะเร็งเต้านมระยะที่ 2 ทางคลินิก มี 2 ทางเลือก คือ

2.1 การผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมดโดยสิ้นเชิงร่วมกับการฉายรังสีและเคมีบำบัด (radical mastectomy and radiation therapy and adjuvant chemotherapy)

2.2 การผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมดโดยสิ้นเชิงร่วมกับการให้เคมีบำบัด (radical mastectomy and adjuvant chemotherapy)

3. การรักษามะเร็งเต้านมระยะที่ 3-4 ทางคลินิก (ระยะที่แพร่กระจาย หรือไม่สามารถผ่าตัด) จะใช้การรักษาเฉพาะที่ร่วมกับการรักษาอย่างเป็นระบบ ได้แก่

3.1 การรักษาเฉพาะที่ อาจเป็นการผ่าตัดร่วมกับการฉายรังสีหลังการผ่าตัด (simple mastectomy plus post radiation therapy) แต่การผ่าตัดจะทำเมื่อมะเร็งมีการตอบสนองการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ ที่ดี

3.2 การรักษาอย่างเป็นระบบเป็นการใช้ฮอร์โมนบำบัด หรือเคมีบำบัด
การรักษาโดยวิธีเคมีบำบัดนั้นมีหลายสูตร แต่จะกล่าวถึงเฉพาะสูตรที่ใช้มากในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งเป็นแหล่งเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้

สูตรที่ 1 คือ CMF regimen ประกอบด้วย ซัยโคลฟอสฟาไมด์ (cyclophosphamide) หรือ เอ็นดอกแซน (endoxan) ให้รับประทาน วันละ 3 เวลา ติดต่อกันนาน 14 วัน เมทโทเทรีกเซท (methotrexate) และไฟว์-ฟลูออโรยูราซิล (5-fluorouracil) ให้ทางหลอดเลือดดำ วันที่ 1 (D1) และ 8 (D8) ของยาแต่ละครั้ง (C1 ถึง C6) เริ่มยาชุดใหม่ ทุก 4 สัปดาห์ ระยะเวลา 6 เดือน

สูตรที่ 2 คือ FAC regimen ประกอบด้วย ไฟว์-ฟลูออโรยูราซิล (5-fluorouracil) แอดเรียมัยซิน (adriamycin) และซัยโคลฟอสฟาไมด์ (cyclophosphamide) หรือเอ็นดอกแซน (endoxan) ให้ทางหลอดเลือดดำทุก 3 สัปดาห์ ระยะเวลาที่ให้ 6 เดือน (Bedell, 2000) เคมีบำบัด

แต่ละสูตรล้วนส่งผลให้ร่างกายสตรีเกิดอาการข้างเคียงได้มากมาย ดังเช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน มีแผลในปาก ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง ท้องเสีย เป็นต้น

การรักษาโดยวิธีการฉายรังสีในสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ขนาด และระยะของโรค เป็นต้น (ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, 2544) ซึ่งการรักษาด้วยวิธีการฉายรังสีนี้จะฉายโดยเครื่องโคบอลต์ หรือเครื่องเร่งอนุภาค (linear accelerator) โดยมักให้มีระยะห่างจากตัวผู้ป่วยประมาณ 80-100 เซนติเมตร โดยใช้รังสีเอกซเรย์ แกมมาเรย์ และอิเล็กตรอน (วิชาญ หล่อวิทยา, 2544) จะฉายให้กับผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมในปริมาณโดยรวม 4500-5000 cGy (centigray) โดยให้ครั้งละ 180-200 cGy เป็นระยะเวลา 20-25 ครั้งติดต่อกัน (Crane, 1994; Hamolsky & Facione, 2000) ทางโรงพยาบาลมหาสารคามซึ่งเป็นที่แห่งข้อมูลในครั้งนี้ ได้ใช้ปริมาณรังสี 200 cGy ต่อครั้ง เป็นระยะเวลา 25 ครั้งติดต่อกัน ซึ่งผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นในระยะแรกๆ คือ ผิวหนังบริเวณที่ถูกรังสีจะบวม แดง ปวดแสบปวดร้อน ต่อมาสีผิวจะคล้ำลง เนื้อเยื่ออ่อนๆ บริเวณนั้นจะตาย (ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, 2544) มีอาการกลืนลำบาก (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541; Bedell, 2000) และรู้สึกอ่อนเพลีย (Smeltzer & Bare, 2000)

กรณีที่ได้รับเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาแล้วส่งผลกระทบต่อไขกระดูกจำเป็นต้องใช้วิธีการรักษาโดยการปลูกถ่ายไขกระดูก (bone marrow transplantation) (Smeltzer & Bare, 2000)

แนวทางการติดตามผลภายหลังการรักษามะเร็งเต้านมทางคลินิก (National Cancer Institute, อ้างใน กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541) ประกอบด้วย

1. ถ่ายภาพรังสีทรวงอกทุก 3 เดือน เป็นระยะเวลา 1 ปี และเปลี่ยนเป็นทุก 6 เดือนในช่วงปีที่ 2 หลังจากนั้นเปลี่ยนเป็นการถ่ายภาพรังสีทรวงอกปีละครั้งทุกปี
2. ตรวจเลือดทุก 3 เดือน เป็นระยะเวลา 1 ปี และเปลี่ยนเป็นทุก 6 เดือนในช่วงปีที่ 2 หลังจากนั้นเปลี่ยนเป็นการตรวจเลือดปีละครั้งทุกปี
3. ตรวจแมมโมแกรมทุกปี ปีละครั้ง

การได้รับการรักษาแต่ละวิธีล้วนส่งผลให้สตรีที่เป็นมะเร็งเกิดการเปลี่ยนแปลงมากมาย เริ่มตั้งแต่การได้รับการวินิจฉัย การรักษา และภายหลังการรักษา นอกจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตัวสตรีเองยังส่งผลถึงครอบครัว และสังคมได้

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเมื่อสตรีเป็นมะเร็งเต้านม

สตรีเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมจะมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น แตกต่างกันไป ตามความเชื่อ ทัศนคติ วัฒนธรรม สังคม ประสบการณ์เดิม ลักษณะส่วนบุคคล ฯลฯ สตรีที่เคยมีประสบการณ์การรับรู้ความหมายตามที่บุคคลทั่วไปเข้าใจว่า “มะเร็ง” คือ ความตาย สตรีกลุ่มนี้จะเกิดความรู้สึกทางลบ (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541) ดังเช่นการศึกษาของ จารุวรรณ กฤตย์ประชา (2538) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อโรคมะเร็งเต้านมในด้านลบ คิดว่า “มะเร็ง” คือ โรคร้ายแรง รักษาไม่หาย นำไปสู่ความตาย หรือในบางการศึกษาพบว่า ภายหลังสตรีได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม สตรีจะเกิดความรู้สึกวิตกกังวลคิดว่าเป็นเหตุการณ์ที่วิกฤตในชีวิต กลัวการสูญเสียเต้านมที่แสดงถึงความเป็นผู้หญิง (Crane, 1994)

สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมมิได้มีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการดำเนินของโรคเพียงประการเดียว แต่ยังคงมีการเปลี่ยนแปลงจากการรักษาที่ได้รับอีกด้วย (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541) ซึ่งการรักษาที่จำเป็นสำหรับสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมนั้นมีหลายวิธี ดังนี้ การผ่าตัด การให้เคมีบำบัด การฉายรังสี ฮอโมนบำบัด และการปลูกถ่ายไขกระดูก (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536; Smeltzer & Bare, 2000) การรักษาแต่ละวิธีล้วนทำให้สตรีเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และครอบครัว ดังที่จะกล่าวต่อไป

ด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการเป็นมะเร็งเต้านมนั้นอาการแสดงออกทางร่างกายอาจมีอาการเจ็บปวด รูปร่างเต้านมมีการเปลี่ยนแปลง บางรายอาจมีอาการอักเสบบริเวณผิวหนังของเต้านม (ห้องสิน ตระกูลทิวกกร, 2540) จากการรักษามะเร็งเต้านม เช่น การรักษาด้วยวิธีผ่าตัดเต้านมและต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียงออก ส่งผลให้รูปร่างเต้านมเปลี่ยนแปลง สตรีอาจสูญเสียเต้านม หรือผิวหนังบางส่วน รวมทั้งหลอดเลือด หลอดน้ำเหลือง เส้นประสาทบางส่วนถูกฉีกหรือตัดขาด ทำให้เกิดอาการคัน รัง ปวด บวมหรือมีอาการชา (Johnson, 1994; Wyatt & Friedman, 1998) อาการต่างๆ นี้จะเริ่มดีขึ้นเมื่อสตรีเริ่มมีการเคลื่อนไหวออกกำลังกายแขนข้างที่ได้รับการผ่าตัดในระยะเวลา 2 วัน ถึง 6 เดือน (Crane, 1994) การให้เคมีบำบัด ทำให้เกิดอาการข้างเคียงซึ่งความรุนแรงขึ้นอยู่กับชนิด ขนาด ความถี่ ระยะเวลาที่ได้รับยา และความทนของตัวสตรี โดยอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีแผลในปาก แผลในกระเพาะอาหาร ท้องเสีย ผอม และขนร่วง ผิว และเล็บมีสีคล้ำขึ้น อ่อนเพลีย ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง เลือดออกง่าย ชีต มีไข้ กระเพาะปัสสาวะอักเสบ ปัสสาวะเป็นเลือด อาการร้อนวูบวาบ และประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอหรือหยุดชั่วคราว (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536; Almadrones, 2000; Chapman & Goodman, 1997; Smeltzer & Bare, 2000) ซึ่งสตรีจะได้รับความทุกข์ทรมานมาก (Bedell, 2000) อาการต่างๆ จะเริ่ม

ดีขึ้นเมื่อได้รับเคมีบำบัดครบตามแผนการรักษา เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง อาการเหล่านี้จะดีขึ้นภายหลังได้รับเคมีบำบัดครบ 1-2 วัน (Potter & Schafer, 1999) และผมจะเริ่มขึ้นหลังจากได้รับเคมีบำบัดครบ 2-3 เดือน (Burke, 1996) เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการฉายรังสี ในระยะแรกๆ คือ ผิวหนังบริเวณที่ถูกรังสีจะบวมแดง ต่อมาสีผิวจะคล้ำลงจะเป็นสีดำ แห้ง ปวดแสบปวดร้อน กลืนลำบาก และไอ (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541; Bedell, 2000) และสตรีส่วนมากจะรู้สึกอ่อนเพลีย (Smeltzer & Bare, 2000) อาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการฉายรังสีนั้น จะดีขึ้นภายในระยะเวลา ประมาณ 1-3 สัปดาห์ หลังจากหยุดฉายรังสี (O'Rourke & Robinson, as cited in Hamolsky & Facione, 1999)

ด้านจิตใจและอารมณ์ สตรีอาจรู้สึกท้อแท้ชีวิตถูกคุกคาม เริ่มตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม สตรีบางรายจะนึกถึงความตาย โดยเฉพาะสตรีที่มีคนรู้จักเสียชีวิตจากการเป็นมะเร็งเต้านม สตรีส่วนใหญ่จะมีความกลัวจากสาเหตุต่างๆ กัน เช่น กลัวรักษาไม่หาย กลัวทรมาณ กลัวเสียค่าใช้จ่ายมาก กลัวการพลัดพลากจากบุคคลที่รัก หรือกลัวสังคมรังเกียจ (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541; LeMone & Burke, 2000) กลัวการกลับเป็นซ้ำของมะเร็ง เป็นต้น สตรีที่มีประวัติเป็นมะเร็งเต้านมข้างหนึ่งมาแล้วมีโอกาสเกิดมะเร็งเต้านมอีกข้างที่เหลือเพิ่มขึ้น 1 เปอร์เซ็นต์ทุกปี (Carpenter, 1993; Wong & Bramwell, 1992) นอกจากนี้ยังอาจรู้สึกสับสน ขาดสติ อยากหนีหายไปจากความเป็นอยู่ปัจจุบัน (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541; LeMone & Burke, 2000) เมื่อสตรีได้รับการรักษาด้วยวิธีต่างๆ การเปลี่ยนแปลงหรืออาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับร่างกายจะส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ด้วย โดยการผ่าตัดจะส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ความเป็นผู้หญิง เป็นมลทินทำให้ความรู้สึกของการเป็นผู้หญิงและมารดาลดลง (ศิริอร สินธุ, 2542) ขาดความมั่นใจในตนเอง ต่ำห็นตนเองว่าไร้ค่า (ปีพมา กุปตจิต, 2537) รู้สึกท้อแท้ ไม่อยากออกไปพบหน้าใคร เพราะผลข้างเคียงจากการรักษา หมดหวัง ต้องพึ่งพาผู้อื่นเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม (Glajchen, 1999) การรักษาด้วยเคมีบำบัดส่วนใหญ่มีผลข้างเคียงเกิดขึ้นทำให้สตรีบางรายรู้สึกฝืนร้ายทุกครั้งที่ต้องมารับเคมีบำบัด ซึ่งอาจนำไปสู่การยุติการรักษาจะยิ่งส่งผลกระทบต่อสตรีมากยิ่งขึ้น ส่วนการรักษาด้วยวิธีฉายรังสี สตรีส่วนมากมักกลัวและหลบหนีการรักษา เพราะได้รับข้อมูลด้านลบเกี่ยวกับการฉายรังสี (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541) อย่างไรก็ตาม การรักษาด้วยวิธีดังกล่าวทำให้เกิดผลด้านบวกได้เช่นกัน เช่น มีความรู้สึกที่ดีที่ได้ตัดเต้านมออกเมื่อเทียบกับก่อนผ่าตัดเพราะในสตรีกลุ่มนี้รู้สึกว่าการเป็นมะเร็ง คือ การมีมลทิน ดังนั้นเมื่อได้รับการผ่าตัดมะเร็งออกแล้วความรู้สึกว่ามีมลทินจึงลดลง (Reaby et al., อ้างใน ศิริอร สินธุ, 2542) มีกำลังใจที่จะต่อสู้ต่อและดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรงและลดปัจจัยเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของมะเร็ง (Feather & Wainstock, 1989) เพราะรู้สึกว่าเนื้อร้ายได้ถูกตัดออกไปแล้วไม่อยากจะเกิดขึ้นอีก

จากการศึกษาของจาร์วอร์ธ กฤตย์ประชา (2538) พบว่า เมื่อรับการรักษาได้ระยะหนึ่ง สตรีจะเกิดความรู้สึกมีความหวัง เพราะเชื่อมั่นในการรักษาของแพทย์ ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษา การดูแลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ และเมื่อมารับการรักษาได้พบเห็นผู้ป่วยที่มีอาการเหมือนกันยังสามารถมีสุขภาพดี ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์จึงทำให้รู้สึกว่าไม่ใช่ตนเองผู้เดียวที่เป็นโรคนี ในสตรีกลุ่มที่ได้รับการฉายรังสี จะรู้สึกดีขึ้นเพราะผลที่หน้าอกแห้งดี ในสตรีที่ได้รับการเคมีบำบัดจะรู้สึกวก่อนเนื้อร้ายนั้นยุบลงไม่ทำให้เกิดความเจ็บปวด (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541)

ในส่วนของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับครอบครัว สตรีจะรู้สึกว่าตนเป็นภาระของบุคคลในครอบครัว หากสตรีมีส่วนร่วมในการหารายได้จนเจือครอบครัวด้วยก็ทำให้รายได้ของครอบครัวลดลงและไม่เพียงพอกับค่ารักษาพยาบาล (วรวิทย์ คลอวุฒินันท์, 2525; Northouse, 1989) ในสตรีที่เป็นโสดเมื่อต้องผ่าตัดเต้านมในขณะอายุยังไม่มาก อาจทำให้เสียโอกาสในการมีครอบครัวเนื่องจากเต้านมเป็นอวัยวะหนึ่งที่เป็นสัญลักษณ์ทางเพศของผู้หญิง เต้านมถือเป็นอวัยวะที่ดึงดูดเพศตรงข้าม เป็นจุดตอบสนองและกระตุ้นการมีเพศสัมพันธ์ (Wong & Bramwell, 1992) ปัญหาเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ไม่ได้เกิดขึ้นกับสตรีที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมเพียงวิธีเดียว แต่จะเกิดกับสตรีที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ เช่นกัน (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541) นอกจากนี้สภาพความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดไม่ใช่ต่อสตรีเท่านั้นยังส่งผลกระทบต่อสามีและผู้ใกล้ชิดอีกด้วย (Northouse, 1989) จากการศึกษาร่วมของอาร์มสเดนและเลวิส (Armsden & Lewis, 1994) พบว่า ผลกระทบจากมารดาที่เป็นมะเร็งที่มีบุตรในวัยเรียนจะทำให้บุตรมีความนับถือในตนเองต่ำกว่าบุตรที่มารดาไม่เป็นมะเร็งเต้านม เพราะจะถูกเพื่อนล้อเลียนว่ามารดาตนเองถูกตัดเต้านม

ในด้านสังคม สำหรับสตรีที่ได้รับบทบาทสำคัญในสังคม เช่น เป็นผู้ใหญ่บ้าน กำนัน เป็นต้น การเป็นมะเร็งเต้านมทำให้ต้องมารับการรักษาที่โรงพยาบาลไม่ว่าวิธีการรักษาใดๆ เป็นเวลานานหรือบ่อยครั้ง อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานในสังคมได้ ทำให้เกิดความล่าช้าเพราะขาดผู้ดำเนินงาน อย่างไรก็ตาม ผลกระทบที่เกิดกับสตรีนั้นไม่เพียงแต่ส่งผลด้านลบเพียงอย่างเดียว แต่ยังมีผลทางบวกได้เช่นกัน เช่น สมาชิกในครอบครัวอาจมีความรักใคร่ปรองดองมากขึ้น มีความเป็นห่วงสุขภาพสตรี สนใจ และต้องการทราบข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ เพื่อให้การดูแลสตรีในขณะที่ปฏิบัติตัวอยู่ที่บ้าน เป็นต้น (Cohen, Kahn, & Steeves, 1998; Johnson, 1994) ในกรณีที่สตรีที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมมีการรวมกลุ่มช่วยเหลือตนเองนั้น มีประโยชน์ต่อสตรีผู้อื่นที่มีภาวะเช่นเดียวกัน เช่น มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ให้กำลังใจหรือมีกิจกรรมช่วยเหลือสังคมหรือขอความช่วยเหลือจากสังคมเพื่อกลุ่มของคน เป็นต้น ซึ่งจะเป็นประโยชน์ทั้งสตรี และ

สังคม (Rice & Szopa, 1988) หรือมีการจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองในสตรีหลังผ่าตัดเต้านมที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (บุญชื่น อัมมมา, 2537)

เหตุการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้น ในด้านร่างกาย และจิตใจนับเป็นแรงกดดันภายใน ส่วนผลการเจ็บป่วยต่อครอบครัว หน้าที่การงาน เป็นแรงกดดันภายนอก ซึ่งแรงกดดันเหล่านี้จะทำให้สตรีเกิดความเครียด

ความเครียดของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม

แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด

ตั้งแต่ศตวรรษที่ 14 มีการศึกษาเกี่ยวกับความเครียด โดยมีผู้ให้ความหมายของความเครียดว่าเป็นความยากลำบาก (hardship) ความลำบาก (straits) ความทุกข์ยาก (adversity) หรือความเจ็บปวดทรมาน (affliction) (Lumsden, as cited in Lazarus, 1984) ส่วนการศึกษาเรื่องความเครียดในวงการแพทย์ เริ่มในศตวรรษที่ 19 โดยมีแนวคิดที่ว่า ความเครียด และความตึงเครียดเป็นพื้นฐานของความเจ็บป่วย (Hinkle, as cited in Lazarus, 1984) ต่อมาในปี ค.ศ. 1936 ฮาน เซลเย (Hans Selye) มองความเครียดว่าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายจากการกระตุ้นทั้งร่างกาย และจิตใจ หรือเรียกว่า สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด (stressor) โดยเรียกปฏิกิริยาตอบสนองว่า ปฏิกิริยาตอบสนองทั่วไป (general adaptation syndrome) ซึ่งความเครียดไม่ใช่ผลของตัวกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม แต่เป็นการตอบสนองทางสรีรวิทยา ในระหว่างปี ค.ศ. 1950 - ค.ศ. 1977 แนวคิด และผลงานความเครียดของเซลเยได้รับความสนใจ และถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลาย (Hinkle, as cited in Lazarus, 1984)

ต่อมานักสังคมวิทยา และนักจิตวิทยา ให้แนวคิดที่แตกต่าง โดยนักสังคมวิทยามองความเครียดซึ่งนิยมใช้คำว่าตึงเครียด (strain) ว่าเป็นรูปแบบหนึ่งของปัญหาด้านสังคมของบุคคล คือ บุคคลเกิดความรู้สึกแปลกแยก ไร้พลังอำนาจ และโดดเดี่ยว (McClosky & Schaar, as cited in Lazarus, 1984) มีผลทำให้เกิดความเจ็บป่วยทางจิต การฆ่าตัวตาย และอาชญากรรม (Smeler, as cited in Lazarus, 1984) ส่วนนักจิตวิทยามองความเครียดว่าเป็นพยาธิสภาพทางจิต แต่ใช้คำว่าความวิตกกังวลมากกว่าความเครียด งานวิจัยของนักจิตวิทยาในช่วงต้นศตวรรษที่ 20 จึงเน้นการศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวล (Lazarus, 1984)

ปี ค.ศ. 1966 ลาซาลัส (Lazarus) ได้เผยแพร่แนวคิดใหม่เกี่ยวกับความเครียด โดยให้ความหมายความเครียด ว่าเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลเป็นผู้ประเมิน

ว่าความสับสนนั้นมีความเกี่ยวข้องกับตนเองหรือมีผลในทางที่ติดตนเองหรือเกิดความเครียด เมื่อเกิดความเครียดบุคคลจะประเมินว่าความเครียดนี้เป็นสิ่งทำลายหรือเป็นอันตรายหรือถูกคุกคาม ขึ้นอยู่กับแหล่งประโยชน์ของบุคคล (Lazarus, 1984)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำรูปแบบทางชีวพฤติกรรมของความเครียดของมิลเลอร์, สมิธ, และโรธสไตน์ (Miller, Smith, & Rothstein, 1993) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา เนื่องจากกรอบแนวคิดนี้อธิบายการเกิดความเครียดในเชิงที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมและปัจจัยทางชีวภาพของบุคคล รวมทั้งการตอบสนองของบุคคลต่อความเครียด เป็นอาการที่สามารถประเมินได้โดยตรง ทั้งนี้ มิลเลอร์, สมิธ, และโรธสไตน์ (Miller, Smith, & Rothstein, 1993) ให้ความหมายของความเครียดว่าเป็นภาวะความตึงเครียดที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลรับรู้ต่อแรงกดดันทั้งภายใน และภายนอกตนเอง ทำให้ร่างกายเปลี่ยนแปลงมีปฏิกิริยาตอบสนองเกิดอาการในระบบต่างๆ แรงกดดันจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด

แรงกดดันที่เกิดขึ้นนั้น มีทั้งแรงกดดันภายใน และภายนอก ซึ่งแรงกดดันภายนอก มี 2 ด้าน คือ ด้านกายภาพ (physical) และด้านจิตสังคม (psychosocial) แรงกดดันด้านกายภาพ ได้แก่ แรงโน้มถ่วงของโลก มลภาวะทางอากาศ ทางเสียง สภาพอากาศที่แปรปรวน โดยทั่วไปแล้วแรงกดดันทางกายภาพไม่ได้เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดเสมอไป ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ ปัจจัยสิ่งแวดล้อม และผลที่จะเกิดขึ้น เช่น ฝนตกอาจทำให้เกษตรกรพึงพอใจ เป็นต้น แต่เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดแก่ผู้อาศัยในเมืองที่ต้องเดินทาง ส่วนแรงกดดันด้านจิตสังคม จะเกี่ยวข้องกับครอบครัว บุคคล สังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ การเงิน และปัญหาที่พบในที่ทำงานหรือโรงเรียน แรงกดดันภายใน มี 2 ด้าน คือ ด้านความต้องการทางสรีรวิทยา และด้านจิตใจ ความต้องการด้านสรีรวิทยา ได้แก่ ความหิว กระหาย อ่อนล้า เจ็บปวด ความต้องการทางเพศ ความต้องการขับถ่าย ความต้องการด้านจิตใจ ได้แก่ มุมมองที่มีต่อตนเองว่าเราเป็นใคร กำลังทำอะไร มีสิทธิพื้นฐานหรือสิทธิพิเศษอย่างไร ความคาดหวังที่มีต่อตนเอง และผู้อื่นมีต่อตนเอง ความผิดพลาดในอดีตที่ผ่านมา

ณ ช่วงเวลาหนึ่ง บุคคลจะเผชิญกับแรงกดดันภายนอกหลายๆ อย่างพร้อมกัน แต่บุคคลจะรับรู้ และจัดการกับแรงกดดันได้ในขอบเขตที่จำกัด จึงต้องมีการจัดลำดับความสำคัญของแรงกดดันนั้นๆ ถ้าบุคคลไม่สามารถจัดการได้จะเกิดภาวะตึงเครียดขึ้น และแรงกดดันภายในจะเป็นตัวเสริมของแรงกดดันภายนอก ทำให้เกิดภาวะตึงเครียดมากขึ้น การที่บุคคลเผชิญกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เป็นแรงกดดันหรือเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดเดียวกัน แต่บุคคลมีโอกาที่จะเกิดความเครียดได้แตกต่างกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยของบุคคล ได้แก่ ภาวะทางกายภาพ การปฏิบัติในการดูแลตนเอง และแหล่งประโยชน์ในการเผชิญปัญหาของบุคคล เช่น การมองโลกในแง่ดี

การมีแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้ทำให้บุคคลมีความไวต่อความเครียด (susceptibility to stress) ไม่เท่ากัน ภาวะทางกายภาพเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางชีวภาพ การปฏิบัติการดูแลตนเอง เกี่ยวข้องกับสุขนิสัยหรือแบบแผนการดำเนินชีวิต ส่วนแหล่งประโยชน์ในด้านครอบครัว ด้านการเงิน ด้านสังคม ด้านจิตวิญญาณ และแหล่งประโยชน์ภายในตัวบุคคล มิลเลอร์, สมิธ, และโรทสไตน์ (Miller, Smith, & Rothstein, 1993) อธิบายว่า บุคคลสามารถที่จะเพิ่มความต้านทานต่อความเครียดได้โดยการมีสุขนิสัยที่ดี และการใช้แหล่งประโยชน์ในการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ

บุคคลที่มีความต้านทานต่อความเครียดน้อย เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นแรงกดดันภายนอกและภายในที่มีมาก บุคคลจะตัดสินใจว่าสถานการณ์นั้นเป็นภาวะตึงเครียด และเมื่อบุคคลรับรู้ถึงภาวะตึงเครียดร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนองโดยอัตโนมัติ โดยที่บุคคลนั้นไม่รู้ตัว พลังงานสำรองของร่างกายจะถูกนำมาใช้ ปฏิกิริยาไฟฟ้าของผิวหนัง การหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อตึงตัว หลอดเลือดหดตัว เลือดจะไปเลี้ยงสมองเพิ่มขึ้น อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น การเผาผลาญอาหารเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ระบบภูมิคุ้มกันถูกกระตุ้น เกิดเลือดเข้มข้นขึ้นทำให้เลือดแข็งตัวได้เร็ว ไตเก็บโซเดียมไว้มากขึ้น ฯลฯ กระบวนการต่างๆ เหล่านี้ถูกควบคุมโดยระบบประสาทอัตโนมัติ และระบบต่อมไร้ท่อต่างๆ ซึ่งเป็นผลมาจากแอดรีนาลีน (adrenaline) สารชีวเคมีและฮอร์โมนต่างๆ (Miller, Smith, & Rothstein, 1993)

ร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนองใน 7 ระบบ ได้แก่ ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ระบบประสาทพาราซิมพาเธติก (parasympathetic nervous system) ระบบประสาทซิมพาเธติก (sympathetic nervous system) ระบบลิมบิก (limbic system) คือ สมองส่วนที่ควบคุมอารมณ์ ระบบนีโอคอร์ติคอล (neocortical system) คือ สมองส่วนที่ควบคุมการคิด ระบบต่อมไร้ท่อ และระบบภูมิคุ้มกัน (Miller, Smith, & Rothstein, 1993)

อาการหรือปฏิกิริยาที่ตอบสนองเมื่อเกิดความเครียด

อาการหรือปฏิกิริยาที่ตอบสนองเมื่อเกิดความเครียด สามารถแบ่งตามระบบ ได้ดังนี้ (Miller, Smith, & Rothstein, 1993)

1. อาการเครียดในระบบกล้ามเนื้อ

ระบบกล้ามเนื้อเกี่ยวข้องกับความรู้สึกเพราะว่าเป็นพื้นฐานที่จำเป็นต้องใช้เมื่อเกิดการต่อสู้หรือหนี ถึงแม้ว่าส่วนอื่นๆ จะเปลี่ยนแปลงเพื่อเตรียมพร้อมกับการตอบสนอง แต่หากกล้ามเนื้อไม่มีความพร้อมเราก็ไม่สามารถปลดปล่อย ดังนั้นจึงเป็นเหตุให้กล้ามเนื้อต้องมีปฏิกิริยาที่เร็วก่อนส่วน

อื่นๆ เมื่อเกิดความเครียดกล้ามเนื้อได้แรงกดดันมากขึ้น การเกร็งตัวของกล้ามเนื้อมีความสำคัญต่อปฏิกิริยาต่อสู้หรือหนี ซึ่งเป็นการตอบสนองเมื่อเกิดแรงกดดัน ประสาทซิมพาเทติกหลั่งนอร์แอดรีนาลีน (noradrenaline) ทำให้กล้ามเนื้อมีการเกร็งตัว ซึ่งเป็นการตอบสนองต่อภาวะคุกคามหรืออันตราย

2. อาการเครียดในระบบประสาทพาราซิมพาเทติก

ระบบประสาทพาราซิมพาเทติก เป็นระบบประสาทที่ลดปฏิกิริยาต่อการกระตุ้นของร่างกาย ควบคุมการเต้นของหัวใจ ระบบย่อยอาหาร การขับถ่าย และเพศ เมื่อเกิดความเครียดจะทำให้เกิดการระคายเคืองของกระเพาะอาหาร ลำไส้ ระบบขับถ่าย และการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบ อาการที่เกิดขึ้น เช่น คลื่นไส้ จุกเสียด ท้องเสีย ท้องผูก เป็นต้น แม้ความเครียดจะหายไปแต่อาการเหล่านี้อาจยังอยู่ เมื่อได้รับการกระตุ้นเพียงเล็กน้อยอีกครั้ง ก็จะเกิดอาการได้

3. อาการเครียดในระบบประสาทซิมพาเทติก

ระบบประสาทซิมพาเทติกทำงานประสานกับระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ในเวลาปกติ จะทำหน้าที่รักษาสมดุลของการไหลเวียนโลหิต เมื่อเกิดความเครียดระบบนี้จะมีบทบาทที่กระตุ้นทุกส่วนให้ตื่นตัวรับมือสถานการณ์ ในเวลาปกติประสาทซิมพาเทติกควบคุมการหลั่งนอร์แอดรีนาลีนในปริมาณเล็กน้อย เพื่อกระตุ้นให้อวัยวะต่างๆ ทำงานปกติ ในเวลาเครียดระบบประสาทนี้จะสั่งให้ต่อมแอดรีนัล (adrenal gland) หลั่งนอร์แอดรีนาลีนเพิ่มขึ้นในกระแสเลือดพร้อมกับแอดรีนาลีน สารสำคัญตัวนี้ทำให้ร่างกายทุกส่วนตื่นตัว

หากความเครียดระดับสูงกระตุ้นร่างกายบ่อยๆ จะทำให้หัวใจทำงานผิดปกติ ความดันโลหิตสูง หรือปวดศีรษะข้างเดียวซึ่งเกิดจากการหดตัวของเส้นเลือดฝอยไปเลี้ยงสมอง

4. อาการเครียดด้านอารมณ์

เมื่อความเครียดกระตุ้นร่างกายมากจนถึงขีดอันตราย มักทำให้เกิดอารมณ์ โกรธ กังวล เศร้าตามมา ปกติเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นร่างกายและอารมณ์จะถูกกระตุ้น โดยผ่านระบบลิมบิก อารมณ์ของความเครียดมี 3 อาการดังกล่าว ซึ่งมักจะแยกลำบาก ดังนั้น เมื่อเกิดความเครียดขึ้นบุคคลจะรับรู้เพียงว่า ไม่สบายใจ

5. อาการเครียดด้านความคิด

ความคิดเป็นกระบวนการทำงานที่ซับซ้อนของสมองหลายส่วน ที่ต้องทำงานประสานกัน ความเครียดทำลายขีดขวางการทำงานของส่วนต่างๆ ดังกล่าว สิ่งที่เกิดขึ้น คือ สารแอดรีนาลีนจากสมองส่วนที่เรียกว่า แอสเซนดิ้ง เรตติคิวลา แอกทิเวชัน (Ascending Reticular Activation System; ARAS) จะกระตุ้นทุกส่วนของสมองให้ทำงานเร็วเป็นสองเท่าของปกติ สมองจะกระตุ้นส่วนของอารมณ์ด้วย ซึ่งทำให้ความคิดเร็วขึ้นไปอีก เมื่อรู้สึกกดดันมาก ร่างกาย ก็จะถูกกระตุ้นมาก

ขึ้นทำให้สมองทำงานมากจนเกินไป ภาวะเช่นนี้ ความคิดก็จะเร็วเกินไป ความคิดไม่ต่อเนื่อง ความจำเสีย การตัดสินใจก็จะไม่เหมาะสม จะทำอะไรที่ขาดการยับยั้งไว้ตรงไหน หลังจากนั้นก็ปัญหา ก็จะตามมาอีก คือ เราจะชินต่อสภาวะของสมองที่ถูกกระตุ้น คิดว่านั่นคือภาวะที่ปกติของเรา เป็น ผลให้บางคนใช้สารเคมีหรือยาเสพติดเพื่อกระตุ้นให้ร่างกายตื่นตัวมากขึ้น เมื่อรู้สึกตัวว่าสงบลงแล้วถ้า ถูกกระตุ้นครั้งต่อไป ARAS จะไวมากขึ้น แอดรีนาลีนเพียงเล็กน้อยก็จะมีผลต่อสมอง

6. อาการเครียดในระบบต่อมไร้ท่อ

ระบบฮอร์โมนเป็นอีกระบบที่ถูกกระตุ้นมากในเวลาที่มีความเครียด ทั้งนี้เพื่อเตรียมพร้อมที่จะรับมือกับความเครียด สมองส่วนที่เรียกว่าไฮโปทาลามัส (hypothalamus) กระตุ้นต่อมพิทูอิทารี (pituitary gland) หลั่งฮอร์โมนไปกระตุ้นต่อมต่างๆ ในส่วนอื่นของร่างกาย ฮอร์โมนที่มีบทบาทสำคัญ คือ ฮอร์โมนแอดรีโนคอร์ติโคโทรปิก (adrenocorticotrophic hormone; ACTH) และคอร์ติซอล (cortisol) ที่ ACTH หลั่งจากชั้นนอกของต่อมอดรีนัล ACTH มีบทบาทสำคัญที่เป็นประโยชน์มากในเวลาที่ต้องเตรียมพร้อม เช่น เพิ่มน้ำตาลในตับ และกระตุ้นอินซูลิน (insulin) จากตับอ่อน เพื่อเพิ่มพลังกำลังเวลาที่เรากำลังสู้หรือหนี คอร์ติซอลเพิ่มภูมิคุ้มกันและทำให้สมองตื่นตัว และกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ในระหว่างนี้จะป้องกันไม่ให้เกิดอาการบวมหรือภูมิแพ้

ระหว่างที่ฮอร์โมนจำนวนหนึ่งทำงานอย่างหนัก ตัวอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องก็จะทำงานช้าลง เช่น ฮอร์โมนเพศทำงานช้าลง ทำให้ความต้องการทางเพศลดลงเวลาที่มีความเครียด ทั้งในเพศหญิงและเพศชาย ส่วนในเพศหญิงจะมีประจำเดือนไม่ปกติ ฮอร์โมนสำหรับการเจริญเติบโตเช่นกันจะหลั่งน้อยทำให้เด็กเติบโตช้า เป็นต้น

7. อาการเครียดในระบบภูมิคุ้มกัน

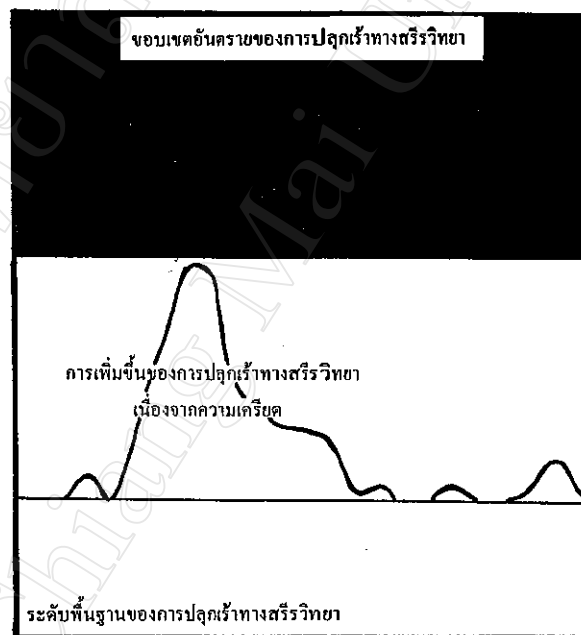
ระบบภูมิคุ้มกันแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ฮิวโมรอล (humoral) และ เซลลูลาร์ (cellular) ส่วนฮิวโมรอลนั้น อยู่ในของเหลวที่อยู่ในร่างกายทำหน้าที่ต่อสู้กับเชื้อโรคและไวรัสต่างๆ ที่เข้ามาในร่างกาย ถ้าทำงานผิดปกติจะทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย เช่น ไข้หวัด เป็นต้น ส่วนเซลล์ลูลาร์นั้นอยู่ในเซลล์ทำหน้าที่ต่อสู้กับไวรัสที่เข้าไปทำอันตรายเซลล์ ถ้าทำงานผิดปกติอาจทำให้เกิดเนื้องอกหรือเป็นมะเร็ง

ความเครียดมีผลต่อความแข็งแรงของระบบภูมิคุ้มกัน ปกติระบบนี้จะป้องกันร่างกายให้ปราศจากโรค มีสุขภาพดีโดยการทำงานอย่างเงียบๆ มีประสิทธิภาพ และเป็นอิสระ คอร์ติซอล และแอดรีนาลีนที่กระตุ้นร่างกายมีผลทำให้ระบบภูมิคุ้มกันทำงานมากขึ้นหรือน้อยลงกว่าปกติ ถ้าทำงานมากจะทำลายเนื้อเยื่อส่วนดีไปด้วยทำให้เกิดโรคมะเร็ง หากเสียหรือน้อยลงจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง

อาการหรือปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดดังกล่าวมีลักษณะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับชนิดของความเครียด

ชนิดของความเครียด

ปฏิกิริยาตอบสนองจะทำให้เกิดอาการแสดงออกในระบบต่างๆ หรือไม่ขึ้นอยู่กับการลุล่วงเข้าไปในขอบเขตอันตรายของการปลุกเร้าทางสรีรวิทยา (physiological arousal danger zones) มากน้อยเพียงใด หากปฏิกิริยาตอบสนองมีความแรง (intensity) และระยะเวลา (duration) ไม่มากถึงระดับของขอบเขตอันตรายของการปลุกเร้าทางสรีรวิทยาจะยังไม่เกิดอาการของความเครียด ดังแสดงในภาพที่ 1 แต่ถ้าปฏิกิริยาตอบสนองมีความแรงมากพอ และนานพอ ก็จะลุล่วงเข้าไปในขอบเขตอันตรายของการปลุกเร้าทางสรีรวิทยา ทำให้เกิดความเครียดในรูปแบบหรือชนิดที่ต่างกัน

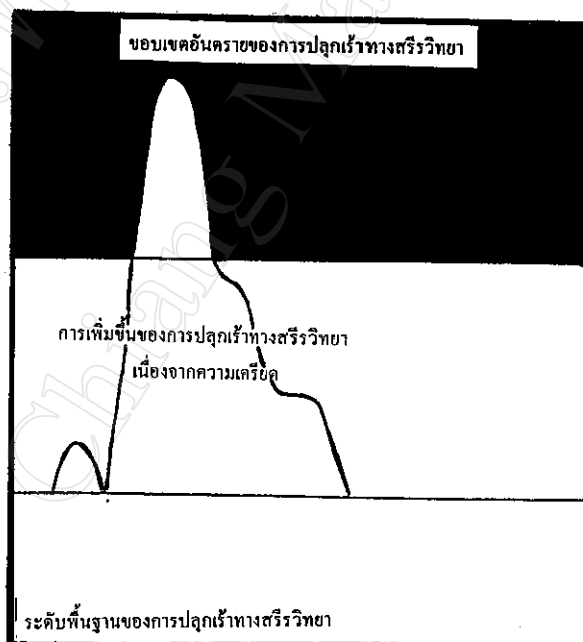


ภาพที่ 1 ความเครียดระดับต่ำในชีวิตประจำวัน

แหล่งที่มา. คัดแปลงจาก **The stress solution: An action plan to manage the stress in your life** (p. 220), by L. H. Miller, A. D. Smith, and L. Rothstein, 1993, New York: Pocket Books.

มิลเลอร์, สมิธ, และ โรธสไตน์ (Miller, Smith, & Rothstein, 1993) แบ่งความเครียดเป็น 4 ชนิด ตามลักษณะเฉพาะ อาการ ระยะเวลาที่เกิด และวิธีการรักษา ดังนี้

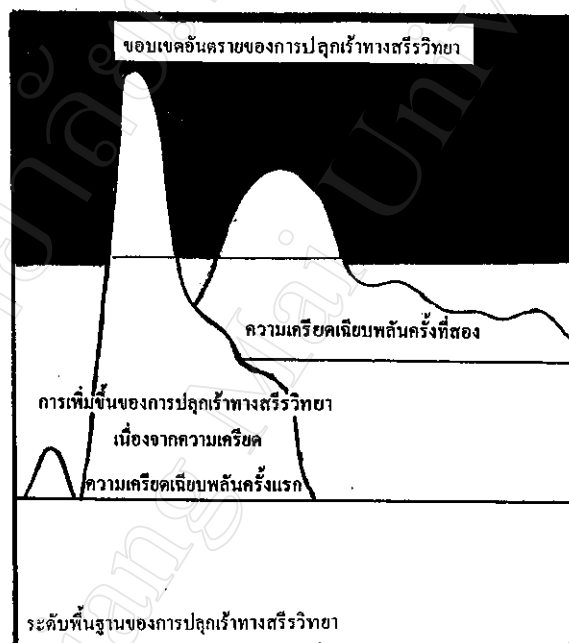
1. ความเครียดเฉียบพลันหรือความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวเพียงครั้งเดียว (acute stress or single-episode acute stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นส่วนใหญ่ เกิดขึ้นในระยะสั้นๆ ซึ่งร่างกายจะถูกกระตุ้นถึงขอบเขตอันตรายของการปลุกเร้าทางสรีรวิทยา ดังแสดงในภาพที่ 2 ทำให้มีอาการเครียดปรากฏในระบบกล้ามเนื้อ และระบบประสาทพาราซิมพาเธติก อาการแสดงที่พบได้บ่อย ได้แก่ อาการในระบบทางเดินอาหาร เช่น จุกเสียด แสบยอดอก แผลในกระเพาะอาหาร ท้องอืด ท้องเสีย ท้องผูก ลำไส้เคลื่อนไหวนผิดปกติ เป็นต้น อาการในระบบกล้ามเนื้อ เช่น ปวดศีรษะ จากความเครียด ปวดหลัง ปวดกระดูก เป็นต้น และการปลุกเร้าถึงขอบเขตอันตรายเป็นครั้งคราว มีผลทำให้เกิดอาการในระบบหลอดเลือดและหัวใจ เช่น ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น เวียนศีรษะ หน้ามืด ปวดศีรษะข้างเดียว มือเท้าเย็น เหงื่อหอบ เจ็บหน้าอก เป็นต้น ความเครียดชนิดนี้จะทำให้รู้สึกตื่นเต้นเร้าใจเพียงเล็กน้อย แต่จะทำให้รู้สึกหมดกำลังใจไปมาก ความเครียดชนิดนี้เกิดขึ้นได้กับคนส่วนมาก และพบได้ในชีวิตประจำวัน แต่ไม่ก่อให้เกิดความเครียดได้มากเท่ากับ ความเครียดระยะยาว วิธีการบำบัด คือ การควบคุมกำกับตนเอง (self-regulation) ในระยะเวลา 8-12 สัปดาห์



ภาพที่ 2 ความเครียดเฉียบพลันหรือความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวเพียงครั้งเดียว

แหล่งที่มา. ดัดแปลงจาก **The stress solution: An action plan to manage the stress in your life** (p. 220), by L. H. Miller, A. D. Smith, and L. Rothstein, 1993, New York: Pocket Books.

2. ความเครียดที่เกิดขึ้นซ้ำๆ (recurrent, episodic acute stress) เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายที่เกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน แต่เกิดขึ้นซ้ำกันบ่อยๆ ทำให้การปลุกเร้าทางสรีรวิทยาอยู่ในขอบเขตอันตรายเป็นเวลานานขึ้น ดังแสดงในภาพที่ 3 ความเครียดที่สะสมจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาทซิมพาเทติก ระบบลิมบิก และระบบนีโอคอร์ติคอล เป็นอาการที่คุกคามชีวิตได้ มักเกิดในผู้ที่มีชีวิตสับสนวุ่นวาย และเหตุการณ์วิกฤตที่เข้ามาอย่าง รวดเร็ว และต้องดำรงอยู่เป็นเวลานาน ดังเช่น กรณีผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ในระยะแรกเมื่อได้รับการวินิจฉัยนับเป็นแรงกดดันแรก หลังจากนั้นต้องเข้ารับการรักษารักษา เช่น การผ่าตัดเต้านม เป็นต้น ตามด้วยการรักษาวิธีอื่นๆ ขึ้นกับระยะการดำเนินของโรค ซึ่งผู้ป่วยจะเกิดการเปลี่ยนแปลงมากมายที่ทำให้เกิดแรงกดดันอีก สำหรับมะเร็งเต้านมระยะที่ 2 โดยทั่วไปจะใช้ระยะเวลาในการรักษาประมาณ 6 เดือน



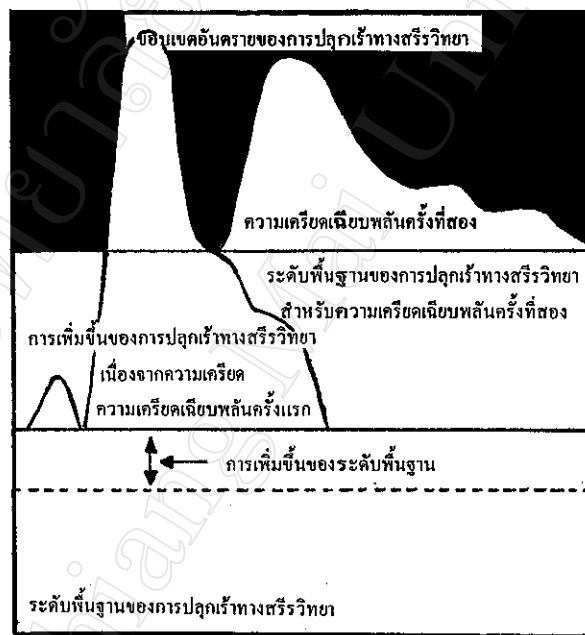
ภาพที่ 3 ความเครียดที่เกิดขึ้นซ้ำๆ

แหล่งที่มา. ดัดแปลงจาก **The stress solution: An action plan to manage the stress in your life** (p. 222), by L. H. Miller, A. D. Smith, and L. Rothstein, 1993, New York: Pocket Books.

ในบุคคลทั่วไปความเครียดชนิดนี้เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นจากการที่บุคคลไม่สามารถจัดการกับความผิดพลาดที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ มักเกิดขึ้นกับบุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบเอ (type A behavior) ได้แก่ บุคคลที่มีความก้าวร้าว คือร้อน ชอบการแข่งขัน และมีความวิตกกังวลไม่สิ้นสุด (ceaseless) รูปแบบการดำเนินชีวิต และบุคลิกภาพเป็นนิสัยที่ทำให้คนกลุ่มนี้มองเห็นสิ่งผิดพลาด

ในชีวิตตนเอง และมักกล่าวโทษว่าเป็นเพราะผู้อื่นหรือโทษสิ่งแวดล้อม อาการแสดงของความเครียดที่พบ ได้แก่ ปวดศีรษะเรื้อรัง ปวดศีรษะข้างเดียว ความดันโลหิตสูง เจ็บหน้าอก และโรคหัวใจ การรักษาต้องเป็นลำดับขั้นตอนโดยการช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ

3. ความเครียดเรื้อรัง (chronic stress) เป็นความเครียดที่มีการปลุกเร้าทางสรีรวิทยาอยู่ในขอบเขตอันตรายตลอดเวลา ดังแสดงในภาพที่ 4 เนื่องจากระดับความทนของบุคคลลดลง ด้วยอาจมีปัจจัยเสริม เช่น สารเคมีที่บุคคลนั้นใช้ การพักผ่อนนอนหลับที่ไม่เพียงพอ ภาวะทุพโภชนาการ ความเครียดเรื้อรังเกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถหาทางแก้ไขสถานการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นได้ และยังคงเผชิญสถานการณ์นั้นต่อไป ในกรณีของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ความเครียดเรื้อรังอาจเกิดขึ้นได้ ถ้าหากว่าแรงกดดันจากการได้รับการวินิจฉัยและการรักษาเกิดขึ้นในเวลาใกล้เคียงกัน และผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญสถานการณ์นั้นได้



ภาพที่ 4 ความเครียดเรื้อรัง

แหล่งที่มา. ดัดแปลงจาก The stress solution: An action plan to manage the stress in your life (p. 222), by L. H. Miller, A. D. Smith, and L. Rothstein, 1993, New York: Pocket Books.

บุคคลที่มีความเครียดเรื้อรังมักจะไม่มีใครตระหนักถึงความเครียดที่เกิดขึ้น และไม่รู้ว่าการต่างๆ เกิดขึ้นเนื่องจากความเครียดนั้น เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นยาวนาน มีผลเสียต่อร่างกาย จิตใจ และการมีชีวิตอยู่ หากความเครียดนี้ดำเนินไปตลอดจะทำให้บุคคลไม่มีความหวังและไม่คิดจะหา

วิธีแก้ไข มีอันตรายที่รุนแรงถึงขั้นทำให้เสียชีวิตได้ เนื่องจากทำให้เกิดความผิดปกติในระบบต่อมไร้ท่อ และระบบภูมิคุ้มกัน นำไปสู่ความรู้สึกหมดหนทาง หมดหวัง และท้อแท้ หรือบางครั้งอาจเกิดจากการได้รับประสบการณ์ในอดีตที่ฝังใจหลายเป็นบาดแผลในใจบุคคลที่มีความเครียดเรื้อรังมักไม่ได้รับความสนใจจากบุคคลอื่นๆ เพราะเป็นความคุ้นเคยและชินต่อสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นกับบุคคลนั้น

ความเครียดเรื้อรังอาจมีผลทำให้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย การใช้ความรุนแรง โรคหลอดเลือดสมองหรือเป็นโรคมะเร็ง ทั้งนี้เป็นเพราะแหล่งประโยชน์ทางร่างกายและจิตใจถูกบั่นทอนเป็นระยะเวลานาน อาการที่เกิดขึ้นต้องมีการรักษาด้วยการบำบัดพฤติกรรม และการจัดการกับความเครียด

4. ความเครียดจากการบาดเจ็บ (traumatic stress) เกิดจากการที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์รุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น อุบัติเหตุ การถูกทำร้ายทางเพศ ทางร่างกาย วาจาหรือจิตใจ การสูญเสียบุคคลที่รัก เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความเครียดเรื้อรังที่เรียกว่า อาการเครียดหลังจากได้รับบาดเจ็บ (post-traumatic stress disorder: PTSD) ซึ่งจะทำให้บุคคลยังคงมีความทรงจำเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เจ็บปวดนั้น และกระตุ้นให้เกิดอาการต่างๆ เช่น อารมณ์สับสน เป็นต้น

ปัจจัยหลายประการมีส่วนเพิ่มความเครียดจากการบาดเจ็บ เช่น การถูกทำร้ายโดยบุคคลที่เคารพจะทำให้เกิดความเครียดมากกว่าการถูกทำร้ายโดยบุคคลที่ไม่รู้จัก และการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุขณะเล่นกีฬาจะเกิดความเครียดน้อยกว่า การถูกบุคคลอื่นทำร้าย เป็นต้น นอกจากนี้การบาดเจ็บซ้ำซากที่ไม่มีโอกาสจะหลบหลีกได้ เช่น การถูกทารุณกรรมในครอบครัว เป็นต้น จะทำให้ความเครียดสูงขึ้นมากเช่นกัน การบาดเจ็บในลักษณะดังกล่าวจะส่งผลกระทบทำให้จิตใจเกิดอาการซึมเศร้า วิตกกังวล พฤติกรรมผิดปกติ บุคลิกภาพผิดปกติ และฆ่าตัวตายในที่สุด ความเครียดจากการบาดเจ็บจะบรรเทาได้ด้วยการช่วยเหลือสนับสนุนของชุมชน จะทำให้บุคคลที่ได้รับการช่วยเหลือยังรู้สึกว่าคุณค่า มีคนเอื้ออาทร มีความหวัง และไม่รู้สึกโดดเดี่ยว

การมีความเครียดในระดับที่เหมาะสมจะช่วยผลักดันให้บุคคลไปสู่ความสำเร็จได้ แต่ถ้ามากเกินไปอาจมีผลเสียต่อสุขภาพ โดยทำให้สุขภาพเสื่อมลง

ระดับของความเครียด

ระดับความเครียดเป็นความรุนแรงที่บุคคลรับรู้หรือรู้สึกได้จากสถานการณ์ต่างๆ ที่มาคุกคาม (สวัดน์ มัทธนิรันดร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, และพิมพ์มาศ ตาปัญญา, 2540) มีผู้แบ่งระดับความเครียดไว้แตกต่างกัน โดยมิลเลอร์, สมิธ, และโรธสไตน์ (Miller, Smith, & Rothstein, 1993)

แบ่งระดับความเครียดออกเป็น 4 ระดับ ตามคะแนนของแบบวัดที่สร้างขึ้นเพื่อประเมินความเครียด แต่ไม่ได้ให้คำอธิบายในรายละเอียด อย่างไรก็ตาม สวัดน์ มหัตนิรันดร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, และพิมพ์มาศ ตาปัญญา (2540) ได้สร้างแบบวัดความเครียดสวนปรงขึ้น โดยพัฒนาจากรูปแบบทางชีวพฤติกรรมของความเครียดของมิลเลอร์, สมิธ, และโรธสไตน์ (Miller, Smith, & Rothstein, 1993) และอธิบายถึงความเครียดแต่ละระดับไว้ ดังนี้

1. ความเครียดระดับต่ำ (mild stress) เป็นความเครียดขนาดเล็กน้อย สามารถหายไปได้เองในระยะเวลาสั้น เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิต ใช้พลังงานเล็กน้อยในการปรับตัว จัดเป็นภาวะที่ร่างกายผ่อนคลาย
2. ความเครียดระดับปานกลาง (moderate stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันเนื่องจากมีสิ่งคุกคาม หรือมีเหตุการณ์ที่สำคัญ บุคคลจะมีการตอบสนองออกมาในลักษณะความกลัว ความวิตกกังวล ฯลฯ จัดอยู่ในเกณฑ์ปกติไม่รุนแรง เป็นความเครียดที่ทำให้บุคคลเกิดความกระตือรือร้นมากกว่าจะก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย
3. ความเครียดระดับสูง (high stress) เป็นความเครียดที่เกิดจากเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดสูง บุคคลไม่สามารถปรับตัวลดความเครียดนั้นได้ในระยะเวลาดังนั้น จัดเป็นความเครียดในระดับอันตราย หากไม่ได้รับการบรรเทาอาจทำให้เกิดความเครียดเรื้อรัง
4. ความเครียดระดับรุนแรง (severe stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ล้มเหลวในการปรับตัว เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ ควบคุมตนเองไม่ได้ จัดเป็นความเครียดในระดับอันตราย หากไม่ได้รับการบรรเทาจะก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย เกิดโรคตามมา

การระบุว่าบุคคลใดมีความเครียดระดับใด จำเป็นต้องมีการประเมินความเครียด

แบบประเมินความเครียด

การประเมินความเครียดนั้นมีหลายวิธี ขึ้นอยู่กับมุมมองของผู้ที่ทำการศึกษามองความเครียดในมุมมองใด การมองความเครียดเป็นการตอบสนอง สามารถประเมินได้จากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระที่ตอบสนองต่อสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่น บวม และกรันเบอร์ก (Baum & Grunberg, 1995) วัดความเครียดโดยประเมินจากการตอบสนองของฮอร์โมน (measurement of stress hormone) โดยมีการตรวจหาระดับของสารเคมีในเลือดและปัสสาวะ เช่น ระดับน้ำตาล ระดับคอร์ติโคสเตียรอยด์ ระดับแคทีโคลามีน เป็นต้น พอร์ท (Porth, 1990) วัดความเครียดทางสรีระโดยใช้เครื่องมือ (Electromyography biofeedback [EMG biofeedback]) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ เป็นต้น ในการศึกษาได้นำแบบวัดความเครียดสวนปรงชุด 104 ข้อ

(SPST-104) มาใช้ในการประเมินความเครียด ซึ่งแบบวัดนี้พัฒนามาจากรูปแบบทางชีวพฤติกรรมของความเครียด ของมิลเลอร์, สมิธ, และโรธสไตน์ (Miller, Smith, & Rothstein, 1993) เพราะเป็นแบบวัดที่ใช้การประเมินการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อเกิดความเครียดจนถึงขอบเขตอันตรายของการปลุกเร้าทางสรีรวิทยา โดยที่บุคคลจะต้องมีการประเมิน และแปลความหมายตามการรับรู้ ความคิดและความรู้สึกต่อแรงกดดันที่จะทำให้บุคคลเกิดความเครียด ซึ่งกระบวนการพัฒนาแบบวัดความเครียดชุดนี้ มีดังนี้ (สุวรรณ มหัตนิรันดร์กุล, วนิกา พุ่มไพศาลชัย, และพิมพ์มาศ คาปัญญา, 2540)

ผู้สร้างตั้งข้อคำถามจากรูปแบบทางชีวพฤติกรรมของความเครียด ของมิลเลอร์, สมิธ, และโรธสไตน์ (Miller, Smith, & Rothstein, 1993) โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ระดับความไวต่อความเครียด (susceptibility to stress) ที่มาหรือสาเหตุของความเครียด (sources of stress) และอาการของความเครียด (symptom of stress) จำนวน 245 ข้อ แล้วนำมาหาความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และปรับปรุงข้อคำถามจนเหลือ 231 ข้อ แล้วจึงนำไปใช้กับกลุ่มบุคคลทั่วไป 149 คน นำมาปรับปรุงอีกครั้ง คัดเลือกเฉพาะข้อคำถามที่ถูกตอบมากกว่าร้อยละ 30 เหลือข้อคำถามจำนวน 104 ข้อ ต่อจากนั้นนำแบบวัดนี้ไปใช้กับกลุ่มบุคคลทั่วไป จำนวน 523 คน พร้อมกับวัดความตึงตัวของกล้ามเนื้อด้วยเครื่อง EMG biofeedback ซึ่งจัดเป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐาน และหาความตรงตามสภาพ (concurrent validity) กับเครื่องมือดังกล่าว แล้วจึงแบ่งระดับความเครียดเป็น 4 ระดับ (ดังที่เสนอไว้หน้า 22) โดยใช้คะแนนปกติ (normalized T-score) อิงตามเกณฑ์ของค่า EMG biofeedback แล้วจึงทำการปรับเครื่องมือ แล้วนำมาหาคุณภาพแบบวัดที่ได้โดยมีค่าความตรงตามสภาพ เท่ากับ 0.28 - 0.39 ที่ระดับค่าความเชื่อมั่น 95% จากการใช้สถิติวิเคราะห์ปัจจัยเพื่อสกัดตัวปัจจัยให้มีข้อคำถามน้อยลงซึ่งข้อคำถามที่เหลือมีค่าความเชื่อมั่นมากกว่า 0.70 และมีความสัมพันธ์กับค่า EMG biofeedback แล้วทำการปรับเครื่องมือให้เหมาะสม

การศึกษาครั้งนี้ ได้เลือกเฉพาะส่วนที่ 3 คือ แบบวัดอาการเครียด เพราะเป็นการประเมินถึงอาการของความเครียดที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของบุคคลนั้นๆ ซึ่งแบบวัดนี้ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อเกิดความเครียดจนถึงขอบเขตอันตรายของการปลุกเร้าทางสรีรวิทยาที่ประเมินได้จากปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย 7 ระบบ และสามารถประเมินระดับความรุนแรงของความเครียดที่เกิดขึ้นได้ อีกทั้งผู้สร้างเครื่องมือได้ให้ ข้อเสนอแนะว่าเครื่องมือนี้สามารถนำมาใช้แยกส่วนกันได้ ซึ่งผู้วิจัยได้เปรียบเทียบแบบวัดความเครียดชุดนี้ที่มี 3 ส่วนที่กล่าวข้างต้น พบว่าแบบวัดอาการเครียดมีความเหมาะสมกับการวิจัยครั้งนี้ที่สุด และจำนวนข้อคำถามมีความเหมาะสมกับระยะเวลาที่ผู้วิจัยจะพบกับกลุ่มตัวอย่าง

ดังที่กล่าวมาข้างต้น เมื่อสตรีได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม ต้องเข้ารับการรักษา เหตุการณ์ต่างๆ เหล่านี้ล้วนเป็นแรงกดดันทั้งภายใน และภายนอกให้สตรีประเมินว่าเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด แหล่งประโยชน์ในการเผชิญปัญหาภายในสตรีที่สามารถ ช่วยให้สตรีดำเนินชีวิต อยู่ในภาวะปกติได้ คือ ความเข้มแข็งอดทน

ความเข้มแข็งอดทนของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม

แนวคิดเกี่ยวกับความเข้มแข็งอดทน

โคบาซา (Kobasa, 1979) กล่าวว่า บุคคลที่อยู่ในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดแต่ยังมีสุขภาพดีนั้น มีลักษณะส่วนบุคคลที่เรียกว่า ความเข้มแข็งอดทน (hardiness) โคบาซาใช้แนวคิดแบบอัตถิภาวนิยม (existentialism) เป็นแนวทางในการศึกษาความเข้มแข็งอดทน ซึ่งแนวคิดแบบอัตถิภาวนิยมนี้เน้นถึงวิถีการดำเนินชีวิตของมนุษย์ที่ไม่ได้เกิดจากการได้รับการถ่ายทอดจากลักษณะภายใน หากแต่เกิดจากการพัฒนามาอย่างต่อเนื่องของบุคลิกภาพที่แสดงออก และโคบาซา ได้กล่าวถึง ความเครียดและความเปลี่ยนแปลงในชีวิตว่าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นซึ่งบุคคลสามารถนำมาใช้เพื่อพัฒนาตนเองให้เจริญเติบโตต่อไป

ลักษณะของบุคคลที่มีความเข้มแข็งอดทน ประกอบด้วย (Kobasa, 1979; Kobasa & Puccetti, 1983) ความมุ่งมั่น (commitment) ความมีอำนาจควบคุม (control) และความท้าทาย (challenge) ความมุ่งมั่น คือ ความรู้สึกเกี่ยวพันที่มีผลต่อการตั้งใจกระทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตของตนเอง ความมีอำนาจควบคุม คือ ความเชื่อในความสามารถของบุคคลว่าสามารถควบคุมสาเหตุหรือกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตได้ ความท้าทาย คือ ความรู้สึกหรือการมองการเปลี่ยนแปลงในชีวิตว่าเป็นสิ่งที่ปกติและเร้าใจน่าสนใจที่จะก่อให้เกิดการพัฒนาต่อไป

ความเข้มแข็งอดทนตามแนวคิดของโคบาซาเป็นความเข้มแข็งอดทนในสถานการณ์ต่างๆ ไปในชีวิต และสังคม ไม่ชี้เฉพาะเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ (Pollock & Duffy, 1990) โพลล็อก (Pollock, 1986) จึงได้พัฒนาแนวคิดความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพ (health-related hardiness) ขึ้นมาจากพื้นฐานแนวคิดของโคบาซาร่วมกับทฤษฎีอัตถิภาวนิยม แนวคิดการเผชิญปัญหา (coping) การปรับตัว (adaptation) และพัฒนางานในวัยผู้ใหญ่ (developmental task of adulthood) ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพ หมายถึง ลักษณะของบุคคลที่สามารถจัดการกับสถานการณ์ตึงเครียดในชีวิตเกี่ยวกับสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Pollock, 1989) ประกอบด้วย ความมีอำนาจควบคุมเกี่ยวกับสุขภาพ (health-related control) ความมุ่งมั่นเกี่ยวกับสุขภาพ (health-related commitment)

และความท้าทายเกี่ยวกับสุขภาพ (health-related challenge) ความมีอำนาจควบคุมเกี่ยวกับสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ว่าคุณมีความสามารถและมีความมั่นใจที่จะควบคุมภาวะสุขภาพของคุณได้อย่างเหมาะสม ความมุ่งมั่นเกี่ยวกับสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ว่าคุณมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ และมีความสามารถที่จะเผชิญกับภาวะสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความท้าทายเกี่ยวกับสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ว่าคุณสามารถประเมินภาวะสุขภาพในอีกมุมมองหนึ่งว่าเป็นสิ่งเร้าที่เอื้อให้เกิดการพัฒนา ไม่ใช่มีเพียงผลเสียต่อภาวะสุขภาพอย่างเดียว

ความเข้มแข็งอดทนตามแนวคิดของโคบารุ และโพลล็อกนั้นมีความแตกต่างกัน กล่าวคือ ความเข้มแข็งอดทนตามแนวคิดของโพลล็อกนั้นเป็นความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพเท่านั้น และเป็นการศึกษาทั้งเพศหญิงและชาย โดยศึกษาความสัมพันธ์ของความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพกับการปรับตัว ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน โรคความดันโลหิตสูง และโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ผลการศึกษา พบว่า ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวทุกๆ ด้าน เฉพาะในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นโรคที่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ มีข้อสงสัยว่าหากนำไปใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ รวมทั้งใช้ในผู้ป่วยสตรีที่อาจมีมุมมองที่แตกต่างจากบุรุษ สตรีจะมีมุมมองของความเข้มแข็งอดทนเป็นอย่างไร คราฟ (Craft, 1999) จึงทำการศึกษาความเข้มแข็งอดทนในมุมมองของสตรีขึ้นโดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ แบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน (grounded theory)

ความเข้มแข็งอดทนในมุมมองของสตรี

คราฟ (Craft, 1999) ได้ทำการศึกษาความเข้มแข็งอดทนในมุมมองของสตรี (feminine hardiness) โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน โดยศึกษาในสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม อายุระหว่าง 27-54 ปี ซึ่งได้รับการรักษาขั้นต้นครบตามแผนการรักษา และมีประสบการณ์จัดการกับภาวะเจ็บป่วยมาด้วยดี พบว่า สิ่งที่ช่วยให้สตรีเหล่านี้สามารถจัดการกับภาวะเจ็บป่วยได้ คือ คุณลักษณะที่คราฟเรียกว่า ความเข้มแข็งอดทน ซึ่งความเข้มแข็งอดทนประกอบด้วย 2 มิติหรือองค์ประกอบ คือ ความรู้สึกมุ่งมั่นมีเป้าหมาย และความสามารถที่จะอดทน แต่ละมิติหรือองค์ประกอบจะประกอบด้วยแรงขับภายใน (internal dimension) การแสดงออก (manifestations) และผลลัพธ์ (outcomes)

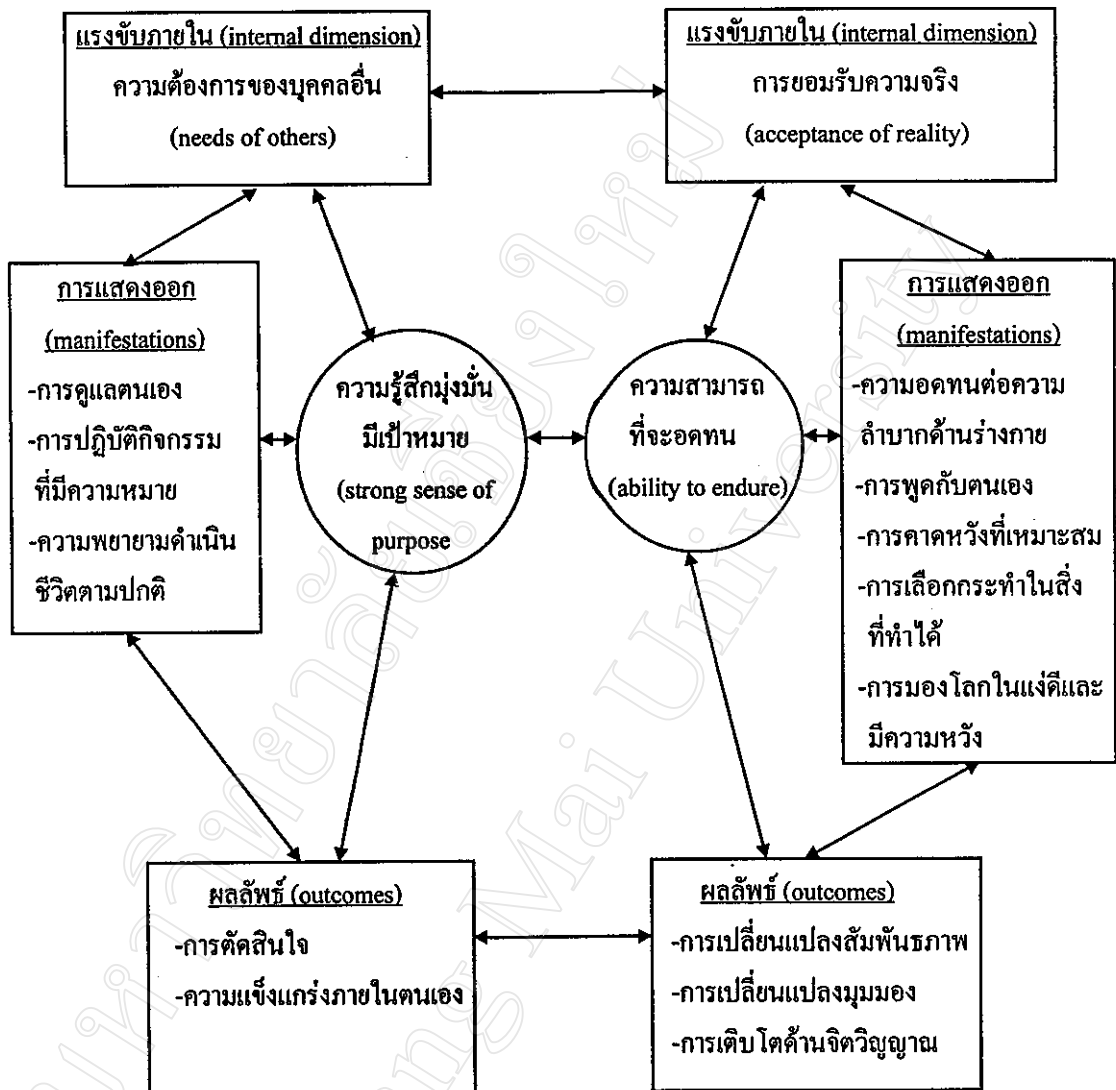
มิติแรก คือ ความรู้สึกมุ่งมั่นมีเป้าหมายมีแรงขับภายในที่เกิดจากความต้องการของบุคคลอื่น ทำให้สตรีเห็นความสำคัญของตนเองต่อบุคคลหรือสิ่งรอบข้าง ได้แก่ สามี บุตร งานหรือ

ชุมชน เป็นผลทำให้สตรีมั่นใจว่าตนเองมีเป้าหมายหรือภาระที่จะต้องทำให้สมบูรณ์ การแสดงออกของความรู้สึกมุ่งมั่นมีเป้าหมาย คือ การดูแลตนเอง (care for self) การปฏิบัติกิจกรรมที่มีความหมาย (meaningful activities) และความพยายามดำเนินชีวิตตามปกติ (striving for normalcy) การดูแลตนเอง เป็นการที่สตรีจะเรียนรู้ที่จะดูแลตนเองก่อนเพื่อให้ตนสามารถอยู่ดูแลที่ตนเองรักต่อไปได้ การปฏิบัติกิจกรรมที่มีความหมาย เป็นการที่สตรีเห็นความสำคัญ และเห็นคุณค่าของงานหรือภาระที่ตนเองปฏิบัติอยู่ ความพยายามดำเนินชีวิตตามปกติ เป็นการที่สตรีมองว่าการเป็นแม่เร่ร่อนนี้ถ้าตนเองสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติจะทำให้ผู้อื่น และตนเองมองว่าตนเองว่าไม่ใช่ผู้ป่วย ผลลัพธ์ของความมุ่งมั่นมีเป้าหมาย คือ การตัดสินใจ (determination) และความแข็งแกร่งภายในตนเอง (inner strength) การตัดสินใจเป็นการที่สตรีมองว่าตนเองจะต้องต่อสู้กับความเจ็บป่วยนี้ต่อไปไม่ยอมแพ้ ความแข็งแกร่งภายในตนเองเป็นการที่สตรียอมรับว่าการเป็นแม่เร่ร่อนนี้ทำให้รู้สึกเข้มแข็งและแข็งแกร่งขึ้น

มิติที่ 2 คือ ความสามารถที่จะอดทนเป็นความสามารถที่ทำได้ถึงแม้จะมีเหตุการณ์รุนแรง โดยที่ไม่เกิดความท้อแท้ มีแรงขับเคลื่อน คือ การยอมรับความเป็นจริง (acceptance of reality) เป็นการที่สตรียอมรับสภาพความเป็นจริงที่เกี่ยวกับโรคแม่เร่ร่อนที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ การแสดงออกของความสามารถที่จะอดทน ได้แก่ ความอดทนต่อความลำบากด้านร่างกาย (physically making it through) การพูดกับตนเอง (self talk) การคาดหวังที่เหมาะสม (appropriate expectations) การเลือกกระทำในสิ่งที่ทำได้ (choosing) การมองโลกในแง่ดีและมีความหวัง (optimism and hope) ความอดทนต่อความลำบากด้านร่างกาย และการพูดกับตนเอง เป็นการกระทำที่ทำให้เกิดแรงผลักดันให้สตรีสามารถอดทนต่อประสบการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและสามารถจัดการได้ การคาดหวังที่เหมาะสมและการเลือกกระทำในสิ่งที่ทำได้ เป็นการที่สตรีมองว่าโรคแม่เร่ร่อนนี้ถึงแม้จะไม่สามารถควบคุมและรักษาให้หายขาดได้ แต่สตรีเชื่อว่าตนเองสามารถเลือกที่จะปฏิบัติตนเพื่อให้ตนเองมีชีวิตอยู่ได้ การมองโลกในแง่ดีและมีความหวัง เป็นการแสดงถึงการมองสิ่งดีมาแทนสิ่งที่เสียไป เช่น เมื่อถูกตัดเต้านม สตรีคิดว่าการเสียเต้านมยังดีกว่าต้องเสียแขนหรือขา ที่มีความจำเป็นในการดำเนินชีวิตมากกว่า เป็นต้น การมีความหวังนี้ไม่ใช่สตรีจะทำให้เกิดขึ้นได้เพียง ผู้เดียว แต่ยังได้จากผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้ทำให้เกิดผลลัพธ์ของความสามารถที่จะอดทน คือ สตรีเกิดการเปลี่ยนแปลงของสัมพันธภาพ (altered relationships) การเปลี่ยนแปลงมุมมอง (change in perspective) และการเติบโตด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ (personal growth) การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นมีทั้งด้านบวกและลบ การเปลี่ยนแปลง มุมมองเป็นการให้ความหมาย และความมีคุณค่าของชีวิตใหม่ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลง

มุมมองขึ้น สตรีจะรู้สึกว่าการเจริญเติบโตทั้งด้านสังคม จิตวิญญาณ ความเลื่อมใส ศรัทธา ทำให้ตนเองรู้สึกเข้มแข็งขึ้น ดังแผนภูมิที่ 1

การแสดงออกของความสามารถที่จะอดทนดังกล่าวข้างต้น อาจเรียกได้ว่าเป็นการควบคุมส่วนบุคคล ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับความมีอำนาจควบคุมที่เป็นองค์ประกอบหนึ่งของความเข้มแข็งอดทนตามแนวคิดของโคบาสา (Kobasa, 1979; Kobasa & Puccetti, 1983) แต่กราฟ (Craft, 1999) ได้อธิบายว่า การควบคุมส่วนบุคคลของสตรีแตกต่างจากความมีอำนาจควบคุม ในแง่ที่ว่า การควบคุมส่วนบุคคลมุ่งเน้นการจัดการเกี่ยวกับตนเองในภาวะเจ็บป่วย ไม่ใช่การจัดการควบคุมความเจ็บป่วยหรือผลของความเจ็บป่วยตามแนวคิดของโคบาสา



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดความเข้มแข็งอดทนในมุมมองสตรี
แหล่งที่มา. แปลจาก "A conceptual model of feminine hardiness", by C. A. Craft, 1999,
Holistic Nursing Practice, 13(3), p. 27.

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งอดทน

ความเข้มแข็งอดทนของบุคคลจะมีการพัฒนามาตั้งแต่ระยะต้นของชีวิต จากการมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว ระหว่างบิดา มารดา และบุตร และจะมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตามการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล (Maddi & Kobasa, 1991) จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารพบว่า นอกจากการเลี้ยงดูแล้วยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งอดทน คือ เพศ แรงสนับสนุนทางสังคม และประสบการณ์ในอดีต อย่างไรก็ตามความเข้มแข็งอดทนที่มีผู้ศึกษาไว้เป็นความเข้มแข็งอดทนในสถานการณ์ทั่วไปตามแนวคิดของโคบาสา และความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพตามแนวคิดของโพลล็อก อีกทั้งยังไม่พบว่ามีรายงานวิจัยใดที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็ง อดทนในมุมมองของสตรีตามแนวคิดของคราฟ (Craft, 1999) ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำเสนอปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งอดทนที่สรุปได้จากการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้

1. เพศ จากการศึกษากของ เฮนนาช และมอริสเซ (Hannah & Morrissey, 1987) พบว่าเพศชายที่ผ่านช่วงเวลาวัยรุ่นมาแล้ว และมีการศึกษาระดับสูง จะมีความเข้มแข็งอดทนสูงกว่าเพศหญิง เพราะเพศชายมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ มีการเผชิญความเครียดด้วยความเชื่อมั่นว่าจะสำเร็จ แต่จากการศึกษาของนิโคลัส (Nicholas, 1993) และนิโคลัส และดี เมซา ลูเนอร์ (Nicholas & D'Meza Leuner, 1999) พบว่า ความเข้มแข็งอดทนในผู้สูงอายุเพศชายและหญิงไม่มีความแตกต่างกัน ดังนั้น จากการศึกษาที่ผ่านมายังไม่สามารถสรุปได้แน่นอนว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งอดทนอย่างไร

2. แรงสนับสนุนทางสังคม แมคคิ และโคบาสา (Maddi & Kobasa, 1991) กล่าวว่าความเข้มแข็งอดทนของบุคคลจะมีการพัฒนามาตั้งแต่ระยะต้นของชีวิต จากการมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว ระหว่างบิดา มารดา และบุตร ในบรรยากาศที่มีการเลี้ยงดูแบบสนับสนุน ให้เด็กได้รับการตอบสนองขั้นพื้นฐาน ถือเป็นการสนับสนุนแหล่งแรกที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งอดทน ไบเยอร์ (Byers, 1992) ศึกษาความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของโพลล็อก และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และเอดส์ พบว่า ความเข้มแข็งอดทนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และอธิบายว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ติดเชื้อมีความเข้มแข็งอดทนมากขึ้น นิโคลัส (Nicholas, 1993) ศึกษาความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพการดูแลตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวไม่ได้เข้าร่วมกลุ่มมีความเข้มแข็งอดทนต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัวหรือเข้าร่วมกลุ่ม เป็นเพราะผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัวหรือเข้าร่วมกลุ่มมีแรงสนับสนุน และมีเครือข่ายที่ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ทำให้

ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการดูแลตนเอง อย่างไรก็ตามการศึกษาทั้งหมดนี้ศึกษาทั้งในเพศหญิง และชาย โดยใช้เครื่องมือชุดเดียวกัน

3. ประสบการณ์ในอดีต นิโคลัส และดี เมซา ลูเนอร์ (Nicholas & D'Meza Leuner, 1999) ได้ศึกษาความเข้มแข็งอดทน ในผู้สูงอายุอเมริกัน 2 สัญชาติ คือ สัญชาติอเมริกัน และแอฟริกัน ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุสัญชาติอเมริกันมีความเข้มแข็งอดทนสูงกว่าผู้สูงอายุสัญชาติแอฟริกัน เพราะประสบการณ์ และลักษณะสังคมของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างในสังคมอเมริกัน ส่วนใหญ่เป็นสังคมอุตสาหกรรมที่มีการแข่งขันสูง และประสบการณ์ในอดีตของผู้สูงอายุสัญชาติอเมริกันมักทำงานที่เกี่ยวข้องกับความมุ่งมั่น ความมีอำนาจควบคุม และความรู้สึกล้าทำอยู่เป็นประจำ อย่างไรก็ตามการศึกษาทั้งหมดนี้ศึกษาทั้งในเพศหญิง และชาย โดยใช้เครื่องมือชุดเดียวกัน

จากวรรณกรรมและเอกสารที่บทวนได้ดังกล่าว จึงสรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม และประสบการณ์ในอดีตมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งอดทน ส่วนเพศยังไม่สามารถสรุปได้ว่ามีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งอดทนหรือไม่ ซึ่งการที่จะระบุว่าบุคคลใดมีความเข้มแข็งอดทนระดับใด จึงต้องมีความจำเป็นในการประเมินความเข้มแข็งอดทน

การประเมินความเข้มแข็งอดทน

ในประเทศไทยมีผู้นำแบบประเมินความเข้มแข็งอดทนมาใช้ในการวิจัย ซึ่งรวบรวมได้ดังนี้

1. ในปี ค.ศ. 1979 โคบาสา (Kobasa, 1979) และทีมวิจัยได้สร้างแบบวัดความเข้มแข็งอดทนขึ้นเป็นครั้งแรก เพื่อศึกษาลักษณะบุคลิกภาพของกลุ่มผู้บริหารชายในบริษัทธุรกิจ ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 161 คน โดยแบบวัดประกอบด้วยแบบวัด 5 ชุดใหญ่ๆ คือ แบบวัดความห่างเหิน (The Alienation Test) แบบประเมินเป้าหมายในชีวิต (The California Life Goals Evaluation Schedules) มาตรวัดการควบคุมอำนาจภายใน และภายนอกตนเอง (The Internal-External Locus of Control Scale) แบบวิจัยบุคลิกภาพ (The Personality Research Form) และมาตรวัดความไร้พลังอำนาจภายในตนเอง (Powerlessness Scale) พบว่า กลุ่มที่ไม่มีอาการแสดงอาการเครียดจนเกิดความเจ็บป่วย มีลักษณะบุคลิกภาพคล้ายกัน ซึ่งเรียกว่า ความเข้มแข็งอดทน โคบาสาได้วิเคราะห์แบบวัดนี้ ที่มีจำนวน 71 ข้อ พบว่า แบบวัดนี้มีจุดอ่อนหลายประเด็นที่ต้องพัฒนา จึงได้พัฒนาแบบวัดความเข้มแข็งอดทนฉบับที่ 2 ขึ้น โดยมีการวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) แล้วปรับข้อคำถามเหลือ 36 ข้อ แต่ยังมีข้อจำกัด คือ จำนวนข้อด้านลบในแต่ละองค์ประกอบไม่เท่ากัน จึงได้มีการพัฒนาแบบวัดความเข้มแข็งอดทนฉบับที่ 3 ขึ้น คือ แบบสำรวจ

ความเข้มแข็งของตน (The Personal Views Survey) ประกอบด้วยข้อคำถาม 50 ข้อ ครอบคลุม 3 องค์ประกอบ ด้านความมุ่งมั่น 16 ข้อ ความมีอำนาจควบคุม 17 ข้อ และความท้าทาย 17 ข้อ โคบาซาให้ความเห็นว่า เป็นแบบประเมินความเข้มแข็งของตนที่ใกล้เคียงที่สุด เป็นเครื่องมือที่คิดค่าคะแนนได้ง่ายกว่าฉบับอื่นๆ สามารถทำนายภาวะเครียด และสุขภาพของบุคคลได้ (Quelllette, 1993)

ในประเทศไทยเครื่องมือนี้ถูกนำมาแปลเป็นภาษาไทย โดยผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์ และอุบล นิวัติชัย (อ้างใน ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์, 2541) เพื่อใช้ศึกษาในกลุ่มอาจารย์มหาวิทยาลัย เครื่องมือที่แปลผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน และมีการแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ (back translation) โดยผู้ที่มีความชำนาญทั้งภาษาไทย และอังกฤษ 1 ท่าน แล้วนำไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับอาจารย์มหาวิทยาลัย จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.89

2. แบบวัดความเข้มแข็งของตนเกี่ยวกับสุขภาพ ในปี ค.ศ.1986 โพลล็อก (Pollock, 1986) ได้สร้างแบบวัดความเข้มแข็งของตนเกี่ยวกับสุขภาพ (Health Related Hardiness Scale [HRHS]) ขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 48 ข้อ เป็นองค์ประกอบด้านการมีอำนาจควบคุมเกี่ยวกับสุขภาพ 18 ข้อ ความมุ่งมั่นและความท้าทายเกี่ยวกับสุขภาพ ด้านละ 15 ข้อ และตรวจสอบคุณภาพของแบบวัด โดยนำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยโรครีเอริง จำนวน 60 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา 0.86 (Pollock, 1986) ต่อมาในปี ค.ศ. 1989 โพลล็อก (Pollock, 1989) ได้นำแบบวัดนี้ไปทดสอบกับนักศึกษาปริญญาโท จำนวน 53 ราย เพื่อหาความชัดเจนของภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหา แล้วจึงปรับปรุงแบบวัด โดยเพิ่มข้อคำถามเพื่อความครอบคลุมอีก 3 ข้อ รวมเป็น 51 ข้อ และนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามแต่ละข้อ ผลพบว่าแต่ละข้อคำถามมีความสอดคล้องกันสูง และหาความสอดคล้อง (convergent validity) กับแบบสำรวจความเข้มแข็งของตนของโคบาซา แล้วนำไปทดสอบในผู้ที่มีสุขภาพดีจำนวน 50 ราย ผลพบว่าแบบวัดความเข้มแข็งของตนเกี่ยวกับสุขภาพ และแบบสำรวจความเข้มแข็งของตนทั้งสองมีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับปานกลาง

โพลล็อกและดัฟฟี (Pollock & Duffy, 1990) ได้นำแบบวัดความเข้มแข็งของตนเกี่ยวกับสุขภาพดังกล่าวไปทดสอบในผู้ป่วยโรครีเอริง จำนวน 389 ราย วิเคราะห์หาความตรงของเครื่องมือ โดยวิธีการวิเคราะห์รายข้อ (item analysis) และนำไปวิเคราะห์ส่วนประกอบที่มีลักษณะสำคัญ (principle components analysis) โดยวิธีวิเคราะห์ปัจจัย (factor analysis) พบว่า ความเข้มแข็งของตนเกี่ยวกับสุขภาพ ประกอบด้วย 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยที่ 1 ด้านความมุ่งมั่นและความท้าทาย จำนวน 20 ข้อ ปัจจัยที่ 2 ด้านการควบคุม จำนวน 14 ข้อ อีก 7 ข้อที่เหลือไม่เข้ากับคุณลักษณะสำคัญใน

ปัจจัยใดเลยจึงถูกตัดออก ดังนั้นแบบวัดความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพจึงเหลือข้อคำถามทั้งสิ้น 34 ข้อ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.91

สำหรับการนำมาใช้ในประเทศไทย ศรัณญา เบญจกุล (2538) ได้นำแบบวัดความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพ (ผู้วิจัย เรียกชื่อว่า แบบวัดบุคลิกภาพที่เข้มแข็งทางสุขภาพ) ของ โพลล็อก (Pollock, 1990) จำนวนคำถาม 34 ข้อ มาแปลเป็นภาษาไทยและได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหาและความชัดเจนของภาษา ก่อนนำมาใช้ในผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต จำนวน 90 ราย ทดสอบค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ 0.82 และนิตยา คงชุม (2539) นำแบบวัดที่แปลโดย ศรัณญา เบญจกุล (2538) ไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการเคมีบำบัด จำนวน 110 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ 0.81

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือใหม่ตามกรอบแนวคิดของคราฟ (Craft, 1999) เนื่องจากเครื่องมือที่มีอยู่แล้วเป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้น และใช้กับผู้ป่วยเรื้อรังที่ควบคุมโรคได้ และที่สำคัญ คือ ใช้กับเพศหญิง และเพศชาย โดยไม่ได้คำนึงถึงมุมมองของเพศที่อาจมีความแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยจากรูปแบบทางชีวพฤติกรรมของความเครียดของมิลเลอร์, สมิธ, และโรธสไตน์ (Miller, Smith, & Rothstein, 1993) และมโนทัศน์ความเข้มแข็งอดทนจากผลวิจัยของคราฟ (Craft, 1999) โดยอธิบายว่า เมื่อสตรีได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมและต้องมาได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการรักษาแต่ละวิธีอาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนทำให้เกิดแรงกดดันต่อสตรี โดยที่ความเจ็บปวด ความไม่สบายทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นเป็นแรงกดดันภายใน ส่วนปัญหาครอบครัว และหน้าที่การงานที่เกิดจากผลสืบเนื่องจากการเจ็บป่วยเป็นแรงกดดันภายนอก ซึ่งแรงกดดันเหล่านี้จะมีความสำคัญมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับ การแปลความหมาย ความคิดหรือความรู้สึกของบุคคลต่อแรงกดดันนั้นๆ บุคคลที่มีแรงกดดันเหมือนกันแต่มีโอกาสจะเกิดภาวะเครียดได้ไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยของบุคคล ได้แก่ ภาวะทางกายภาพ การปฏิบัติกรดูแลตนเอง และแหล่งประโยชน์ในการเผชิญปัญหาภายในบุคคลซึ่งแหล่งประโยชน์ในการเผชิญปัญหาภายในบุคคลที่สำคัญ คือ ลักษณะความเข้มแข็งอดทนของบุคคล ความเข้มแข็งอดทนเป็นลักษณะหรือคุณสมบัติภายในของบุคคลที่มีส่วนกำหนดการรับรู้ และจัดลำดับความสำคัญของแรงกดดัน ทำให้สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นแรงกดดันให้อยู่ในภาวะปกติ ความเข้มแข็งอดทนมี 2 มิติหรือองค์ประกอบ คือ ความรู้สึกมุ่งมั่นมีเป้าหมาย

และความสามารถที่จะอดทน ถ้ามีความเข้มแข็งอดทนมากแรงกดดันจะมีความสำคัญน้อยต่อบุคคลนั้นทำให้ไม่เกิดความเครียด ในทางตรงกันข้ามถ้ามีความเข้มแข็งอดทนน้อยแรงกดดันจะเด่นขึ้นเป็นปัญหาและทำให้เกิดความเครียด ในภาวะเครียดร่างกายจะเกิดปฏิกิริยาการเปลี่ยนแปลงตอบสนอง 7 ระบบ คือ ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ระบบประสาทพาราซิมพาเธติก ระบบประสาทซิมพาเธติก ระบบลิมบิก คือ สมองส่วนที่ควบคุมอารมณ์ ระบบนีโอคอร์ติคอล คือ สมองส่วนที่ควบคุมการคิด ระบบต่อมไร้ท่อ และระบบภูมิคุ้มกัน ปฏิกิริยาตอบสนองทั้ง 7 ระบบ จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปริมาณของแรงกดดัน และระยะเวลาที่เกิดแรงกดดัน หากแรงกดดันมีมาก และเกิดขึ้นเป็นเวลานาน ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองมาก เกิดการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ขอบเขตอันตราย (danger zone) ทำให้มีอาการแสดงปรากฏใน 7 ระบบ ดังกล่าว