

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

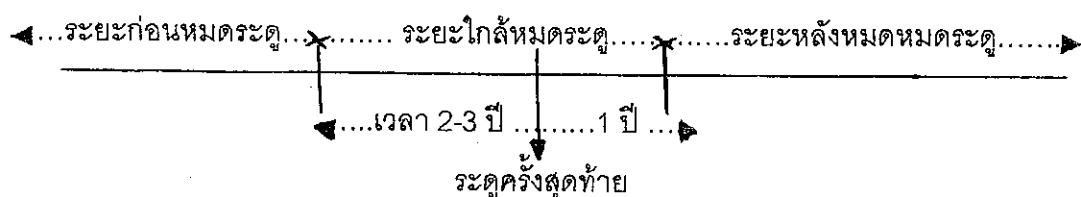
ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาโดยมีสาระสำคัญเรียงลำดับดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับหญิงวัยหมดระดู
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้อาการผิดปกติจากภาวะพร่องฮอร์โมนของหญิงวัยหลังหมดระดู
3. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด
4. ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมและการเผชิญความเครียด
5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียด และพฤติกรรมในการเผชิญความเครียดของหญิงวัยหลังหมดระดู
 - 5.1 ระยะเวลาที่หมดระดู
 - 5.2 การสนับสนุนทางสังคม
 - 5.3 รายได้
 - 5.4 ระดับการศึกษา

แนวคิดเกี่ยวกับหญิงวัยหมดระดู

วัยหมดระดูหรือวัยหมดประจำเดือน (menopausal period) เป็นช่วงหนึ่งของชีวิตมนุษย์ที่เป็นช่วงต่อระหว่างวัยเจริญพันธุ์กับวัยชรา (ไม่เจริญพันธุ์) ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงของสรีรวิทยาที่ผู้หญิงทุกคนที่มีอายุยืนยาวมากพอจะต้องประสบ อายุของหญิงวัยหมดระดูในชาติต่าง ๆ มีความแปรปรวนน้อย โดยทั่วไปอยู่ในช่วงระหว่าง 43 – 52 ปี มีฐาน 50 ปี (ธีระ ทองสง, 2536) อายุเฉลี่ยของหญิงอเมริกันที่หมดระดู คือ 40-45 ปีแต่ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม และพันธุกรรม (จตุพล ศรีสมบุญ, 2538) ในขณะที่หญิงไทยมีอายุเฉลี่ยที่เข้าสู่วัยหมดระดูประมาณ 47 ปี หรือ 48 ปี พิสัย 45 - 55 ปี (ธีระ ทองสง, 2536) ส่วน พิชัย เจริญพานิช (2533) กล่าวถึงหญิงไทยที่เข้าสู่วัยหมดระดูอายุประมาณ 50 ปี เกือบเท่าต่างชาติที่มีอายุประมาณ 51 ปี มีเพียง

ร้อยละ 25 ที่หมดระดูก่อนอายุ 45 ปี ปัจจัยที่มีผลทำให้ระดูหมดเร็วหรือช้าต่างกัน มีการศึกษาไม่มากนัก พบว่าหญิงที่มีบุตรจำนวนมากจะทำให้หมดระดูช้าออกไป แต่ไม่ขึ้นกับฐานะทางเศรษฐกิจ ได้มีการศึกษาจำนวนมากที่แสดงว่าหญิงที่สูบบุหรี่จะหมดระดูเร็วกว่าหญิงที่ไม่สูบบุหรี่ ในหญิงที่เคยใช้ยาคุมกำเนิดคาดว่าจะเกิดมีการกีดการตกไข่ซึ่งอาจจะทำให้อายุของการหมดระดูช้าออกไป ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่น รายได้ การศึกษา อาชีพ ตลอดจนถึงภาวะโภชนาการ ส่วนใหญ่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับอายุที่หมดระดูแต่มีการศึกษาพบว่าอายุที่หมดระดูมีความสัมพันธ์กับความสูง และน้ำหนักของหญิง ซึ่งอาจแตกต่างกันด้านโภชนาการได้ (สมนา ชมพูทวีป และคณะ 2533) พิชัย เจริญพานิช (2530) กล่าวถึงหญิงไทยที่เข้าสู่วัยหมดระดูช้าหรือเร็วไม่ได้ขึ้นอยู่กัฐานะทางเศรษฐกิจ เชื้อชาติ ภูมิลำเนา จำนวนการคลอด และมีบางประเทศที่หญิงวัยหมดระดูเร็วกว่านี้เนื่องจากภาวะทุพโภชนาการหรือจากการรักษา เช่น รังสีบำบัด การผ่าตัดเอามดลูกออก ในภวะนั้นอาจทำให้มีความผิดปกติต่อร่างกาย คือทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน คือมีระดูไม่สม่ำเสมอ หรือไม่มีเลือดระดูอย่างถาวร ส่วนในรายที่หมดระดูไปเองก่อน อายุ 40 ปี ให้ถือว่าผิดปกติ ส่วนการศึกษาของ สมนา ชมพูทวีป และคณะ (2544) พบว่าจำนวนครั้งการตั้งครรภ์ และอายุเมื่อมีระดูครั้งแรกมีความสัมพันธ์กับอายุการหมดระดูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือหญิงที่มีจำนวนของการตั้งครรภ์มากจะหมดระดูช้ากว่าสตรีที่ตั้งครรภ์น้อยกว่า หญิงที่มีระดูครั้งแรกเร็วจะหมดระดูเร็วกว่าหญิงที่มีระดูครั้งแรกช้า แต่การสูบบุหรี่ การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ฐานะทางเศรษฐกิจ และสังคม พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับอายุที่หมดระดู นอกจากนี้พบว่าหญิงที่แท้งบุตรหลายครั้งคลอดบุตรคนสุดท้ายเมื่ออายุ 30 ปีไปแล้ว และมีร่างกายอ้วนมากจะเข้าสู่วัยหมดระดูช้า (ชวนชม ชลอัมพันธ์ และคณะ, 2535) ถ้านำระดูครั้งสุดท้ายมาเป็นจุดแบ่งระยะเวลาในวัยหมดระดูสามารถแบ่งวัยหมดระดูออกเป็น 3 ระยะคือ ระยะก่อนหมดระดู ระยะใกล้หมดระดู และระยะหลังหมดระดู (อุรุษา เทพพิสัย, 2532) ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ระยะของวัยหมดระดู

ระยะของการหมดระดูมี 3 ระยะคือ

1. ระยะก่อนหมดระดู (premenopause) เป็นระยะก่อนหมดระดูหรือก่อนจะถึงวัยเปลี่ยน (climacteric) (WHO, 1988 cited in Gosden, 1985) เริ่มต้นเมื่ออายุประมาณ 40 ปี รังไข่มีไข่เฉลี่ย 59,000 ฟอง ซึ่งจำนวนไข่จะลดลงอย่างรวดเร็วในช่วงอายุ 25-31 ปี การลดจำนวนของไข่ มีผลทำให้การตกไข่น้อยลง ความสามารถในการมีบุตรน้อยลง แต่การกระตุ้นย้อนกลับจากรังไข่ไปยังไฮโปธาลามัส และต่อมใต้สมองยังเป็นปกติ เอสโตรเจน (estrogen) ลดลงแต่เพียงพอที่จะทำให้มีไข่ตก จึงไม่มีการเปลี่ยนแปลงของเลือดระดูในระยะนี้ (Dewhurst, 1984) หญิงในระยะก่อนหมดระดูจะไม่มี การเปลี่ยนแปลงของระดู ทั้งในเรื่องความถี่ และปริมาณเลือด (Dennerstein et al., 1994) คูเปอร์ (Cooper, 1993) ศึกษาพบว่าความแม่นยำของรอบระดูในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา เป็นเกณฑ์ใช้จำแนกระยะก่อนหมดระดูที่มีความไว 0.61 และมีความเฉพาะ (specificity) 0.81

2. ระยะใกล้หมดระดู (perimenopause) เป็นช่วงเวลา 2-3 ปี ก่อนหมดระดู และ 1 ปี หลังหมดระดู (วิสุทธิ บุญเกษมสันติ, 2534) ระยะนี้การทำงานของรังไข่ลดลง เนื่องจากจำนวนไข่น้อยลงไปเรื่อย ๆ ไข่ที่เหลืออยู่ก็ต้านทานต่อการกระตุ้นมากขึ้น การสร้าง เอสตราไดออล (estradiol) ลดลง การหลั่งอินฮิบิน (inhibin) น้อยลง จึงกระตุ้นให้ไฮโปธาลามัส และต่อมใต้สมองหลั่ง ฟอลลิคูลูลาร์ (Follicular Stimulating Hormone, FSH) เพื่อกระตุ้นการทำงานของรังไข่ และการเจริญของไข่ แต่ไข่ไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้น การเจริญและการสร้างเอสตราไดออลยังคงน้อยอยู่ การหลั่ง FSH (Follicular Stimulating Hormone) จะสูงขึ้นอีก ภาวะ FSH สูง จึงเป็นสิ่งที่แพทย์ที่ตรวจพบเมื่อใกล้หมดระดู ต่อมาการทำงานของรังไข่จะล้มเหลวจนไม่มีการตกไข่แต่ยังคงมีระดูอยู่ สัดส่วนการมีระดูโดยไม่มีการตกไข่จะเพิ่มขึ้น ระดูอาจจะไม่สม่ำเสมอ การหลั่งเอสโตรเจนน้อยลง เยื่อบุผนังมดลูกเจริญไม่เพียงพอ มีผลให้เลือดระดูน้อยลง เมื่อไม่มีการตกไข่การสร้าง คอร์ปัสลูเทียม (corpus luteum) ไม่เพียงพอเกิดการขาดโปรเจสเตอโรน (progesterone) การหลั่งลูทีไนซิง ฮอร์โมน (Luteinizing Hormone : LH) จะเพิ่มขึ้นเพื่อกระตุ้นการสร้างคอร์ปัสลูเทียม ในที่สุดการทำงานของรังไข่จะล้มเหลวโดยสมบูรณ์ไม่มีการตกไข่อย่างถาวร รังไข่ไม่สามารถผลิต เอสตราไดออลได้ ระดูจึงหยุดอย่างถาวร ลักษณะสำคัญของระยะใกล้หมดระดู คือ มีการเปลี่ยนแปลงของรูปแบบระดู ทั้งในด้านปริมาณเลือดระดู ระยะเวลาที่มีระดู และระยะห่างของระดู แต่ละครั้งโดยอาจจะมากขึ้นหรือน้อยลง (Dewhurst, 1984) คูเปอร์ (Cooper, 1993) ศึกษาพบว่า การมีระดูไม่สม่ำเสมอ มีอาการร้อนวูบวาบอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง มีระดูครั้งสุดท้ายเมื่อ

อาการที่พบได้แก่ ปัสสาวะบ่อย ร้อยละ 21-30 ปัสสาวะแสบ ร้อยละ 2-20 (กรมอนามัย, 2539 วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, 2541; สุทธิจิ หุนทสาร, 2539) ไอบามมีปัสสาวะเล็ดร้อยละ 27-42 (สุกัญญา ชัยกิตติศิลป์, 2538)

2. อาการของระบบสืบพันธุ์ อาการของระบบสืบพันธุ์เกิดจากการฝ่อบางของเยื่อบุ อาการที่พบบ่อยได้แก่ ช่องคลอดแห้ง มีการอักเสบ และตกขาว คันในช่องคลอด เจ็บหรือแสบเวลา มีเพศสัมพันธ์ ช่องคลอดหรือมดลูกหย่อนตัว คันอวัยวะเพศ (วิสุทธิ บุญเกษมสันติ, 2533) อัตรา การเกิดอาการแต่ละอย่างแตกต่างกัน อาการที่พบในหญิงไทย ได้แก่ ไม่มีเพศสัมพันธ์ หรือหมด ความต้องการทางเพศ ร้อยละ 91.1 (มงคล จิตวัฒนากร, 2539) มีตกขาวร้อยละ 4-21 คันบริเวณ อวัยวะเพศ ร้อยละ 22-31 (วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, 2541; ชลอศรี แดงเปี่ยม, 2541) รู้สึกเจ็บเวลา มีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 6-21 (สุกัญญา ชัยกิตติศิลป์, 2538) ปวดถ่วงบริเวณท้องน้อย ร้อยละ 20-31 ระดูผิดปกติร้อยละ 17-23 แสบหรือคันในช่องคลอดร้อยละ 4-14 (กรมอนามัย, 2538; สุทธิจิ หุนทสาร, 2539) ช่องคลอดแห้ง ร้อยละ 15-48 (วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, 2541; ชลอศรี แดงเปี่ยม และคณะ, 2541)

3. อาการของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก อาการของกล้ามเนื้อ และกระดูกเป็นผลมาจาก ภาวะกระดูกบาง ซึ่งทำให้เกิดอาการปวดหลัง รูปร่างของกระดูกผิดปกติ เช่น หลังค่อม เตี้ยลง ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง ปวดกล้ามเนื้อ และข้อ กระดูกหักง่าย กล้ามเนื้อกระดูก เลื่อมและอักเสบ อาการที่พบในประเทศไทย ได้แก่ ปวดขาแขนขาหรือเหน็บชา ร้อยละ 29-48 (กรม อนามัย, 2539; สุทธิจิ หุนทสาร, 2539) ปวดข้อร้อยละ 37-56 ปวดกล้ามเนื้อร้อยละ 47-64 (กรมอนามัย, 2538; วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, 2541; สุทธิจิ หุนทสาร, 2539) ปวดหลังร้อยละ 78.9 (กรมอนามัย, 2539; มงคล จิตวัฒนากร, 2542; ชลอศรี แดงเปี่ยม และคณะ, 2541)

4. อาการของระบบหัวใจและเส้นเลือด อาการของระบบหัวใจ และเส้นเลือดเป็นผลจาก การเปลี่ยนแปลงระดับไขมันในเลือดโดยไม่ใช้ผลจากอาหาร มีผลให้เส้นเลือดแดงแข็ง และตีบ ความดันโลหิตสูง ความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดเพิ่มจำนวนมากขึ้นถึง 3 เท่า หลังหมดระดู อาการที่พบในหญิงไทยแต่ละอย่างต่างกันได้แก่ ใจสั่น ร้อยละ 15-59 (กรมอนามัย, 2539; สุทธิจิ หุนทสาร, 2539) แน่นหน้าอก ร้อยละ 30-38 (สุกัญญา ชัยกิตติศิลป์, 2539; วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, 2541) ใจสั่น ร้อยละ 30-38 (วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, 2541) วู และคณะ (Wu et al., 1990 อ้างถึงใน วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, 2541) พบว่าหญิงใกล้หมด

ระดูและหลังหมดระดู มีคลอเรสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์สูง มีความชุกของการเกิดความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตต่ำ มากกว่าหญิงก่อนหมดระดู

5. อาการของผิวหนัง อาการของผิวหนังที่พบ ได้แก่ ผิวหนังแห้ง บาง เป็นรอยย่น มีผิวหนังบนใบหน้า ผดและขนบาง เล็บเปราะ คันผิว ผิวดกและขี้ง่าย (Mayor, 1994) ผิวหนังมีความทนต่อการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิและความชื้นน้อยลง กรมอนามัย และสุทธินิจ ทุนทสาร (2539) พบอาการผิวหนังแห้งและคัน ร้อยละ 19-29

6. อาการด้านจิตประสาท อาการด้านจิตในวัยหมดระดูไม่มีรูปแบบเฉพาะ การศึกษาด้านจิตในประเทศไทยพบว่าอัตราการเกิดต่างกัน ได้แก่ นอนไม่หลับ ร้อยละ 16-74 ซึมเศร้า ร้อยละ 2-42 (สุกัญญา ชัยกิตติศิลป์, 2539 ; มงคล จิตวัฒนาการ, 2539) หงุดหงิดง่าย ร้อยละ 17-71 (ชลอศรี แดงเปี่ยม, 2541 ; วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, 2541) รู้สึกเหมือนขาดพลัง ร้อยละ 71 รู้สึกตึงเครียด ร้อยละ 62 หายใจไม่ทั่วท้องร้อยละ 47 ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ร้อยละ 29 กลัวที่จะอยู่คนเดียวในที่สาธารณะร้อยละ 18 (สุกัญญา ชัยกิตติศิลป์, 2539 ; วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, 2539) อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายร้อยละ 73.2 หายใจไม่อิ่มร้อยละ 30-44 (กรมอนามัย, 2539 ; สุทธินิจ ทุนทสาร, 2539 ; มงคล จิตวัฒนาการ, 2542) วิตกกังวล ร้อยละ 29-31 (วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, 2541)

7. อาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติ อาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ คืออาการร้อนวูบวาบ (hot flush) เป็นอาการที่มีลักษณะเฉพาะ และพบได้บ่อยที่สุดในวัยหมดระดู ซึ่งพบได้ร้อยละ 50-85 ของหญิงวัยนี้ ร้อยละ 5-10 ต้องการคำแนะนำ ส่วนใหญ่ที่เลืือต้องการการรักษาด้วยยาฮอร์โมน และพบร้อยละ 5 ที่มีอาการเป็น ๆ หาย ๆ นานกว่า 1 ปี และที่เหลืือมีอาการนานกว่า 5 ปีขึ้นไป อาการนี้แม้จะพบได้ในช่วงหมดระดูร้อยละ 17.9 แต่ส่วนใหญ่มักเกิดในช่วงหมดระดูไปแล้ว (อภิชาติ โอฬารรัตนชัย, 2536) กลไกการเกิดอาการร้อนวูบวาบยังทราบไม่แน่ชัด เข้าใจว่าเกิดจากอาการผิดปกติของระบบควบคุมอุณหภูมิของร่างกายในสมองช่วงวัยหมดระดู อุณหภูมิของร่างกายจะถูกปรับใหม่ให้ต่ำกว่าเดิมนั้นร่างกายจึงพยายามที่จะลดอุณหภูมิของร่างกายโดยการปรับเอาความร้อนออกจากร่างกายพบหญิงไทยมีอาการร้อนวูบวาบมากที่สุด ร้อยละ 82.5 รองลงมาคืออาการทนความร้อนไม่ได้ ร้อยละ 76 เหงื่อออกตอนกลางคืน เหงื่อออกมากร้อยละ 50 (กรมอนามัย, 2539 ; สุกัญญา ชัยกิตติศิลป์, 2539) รู้สึกร้อนและหนาวมากกว่าคนทั่วไปร้อยละ 17-33 (วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, 2541)

8. การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะอื่น การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะอื่นได้แก่ ผิวหนังและขน เนื่องจากมีเอสโตรเจนรีเซพเตอร์อยู่ที่ผิวหนังโดยเฉพาะบริเวณใบหน้า หน้าอก และต้นขา ดังนั้น เมื่อขาดฮอร์โมนชนิดนี้จึงทำให้ผิวหนังบริเวณดังกล่าวบางลง และเหี่ยวย่น ผิวหนังขาดความสมบูรณ์ เช่น ความเปลี่ยนแปลง และการตึงตัว ผิวหนังย่นและการตึงตัว ผิวหนังใต้กล้ามเนื้อจะลดลง ผิวหนังที่เปลี่ยนแปลงชัดเจนขึ้นคือบริเวณที่ถูกแสงแดดบ่อย ๆ เช่น ใบหน้า ลำคอ ต้นแขน ส่วนขนตามร่างกาย และผมบางลงเป็นผลจากเอสโตรเจนลดลงร่วมกับระดับเทสโทสเตอโรนคงที่ ซึ่งจะพบว่าขนเล็ก ๆ บริเวณใบหน้าจะลดลง แต่จะมีขนแข็งเพิ่มมากขึ้น (วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, 2541) มีนงเวียนศีรษะ ร้อยละ 22-68 ปวดศีรษะร้อยละ 52-67 (กรมอนามัย, 2539; สุกัญญา ชัยกิตติศิลป์, 2539; สุทอนิจ หนูขุสาร, 2539) เจ็บตึงเต้านม ร้อยละ 23-29 (วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, 2539) ตาแห้ง ร้อยละ 49 (สุกัญญา ชัยกิตติศิลป์, 2538) รู้สึกริวญอาหารน้อยร้อยละ 35 มีจุดดำบนดวงหน้า ร้อยละ 41 ท้องอืดร้อยละ 28-31 (วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, 2541)

เมื่อพบทวารณกรรมเกี่ยวกับการศึกษาอาการของภาวะหมดระดู พบระยะหลังหมดระดูมีอาการผิดปกติ คือ อาการของระบบกล้ามเนื้อ ได้แก่ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดข้อ รู้สึกขาหรือเป็นเหน็บตามร่างกาย เป็นอาการผิดปกติที่พบมากที่สุด อาการที่พบรองลงไปคือ อาการทางระบบสืบพันธุ์ ได้แก่ ช่องคลอดแห้ง หรือมีมูกน้อยลง ความต้องการทางเพศ และความรู้สึกทางเพศลดลง และอาการทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ ปัสสาวะไม่ค่อยสุด เจ็บหรือแสบเวลาปัสสาวะ อาการของระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ใจเต้นไม่สม่ำเสมอ หรือใจสั่น และอาการอื่น ๆ ได้แก่ หลงลืมง่าย อาการทางจิตที่พบคือ ความรู้สึกเหมือนไม่มีแรง นอนไม่หลับ และอาการด้านประสาทอัตโนมัติ เป็นอาการที่พบน้อยที่สุดในระยะนี้คือ รู้สึกร้อน และหนาวมากกว่าคนอื่นทั่วไป อาการเหล่านี้พบในกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 73

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การผิดปกติจากภาวะพร่องฮอร์โมนของหญิงวัยหลังหมดระดู

ระยะเวลาที่หมดระดู หมายถึงระยะเวลาที่หมดระดูตามธรรมชาติอย่างถาวรอย่างน้อย 1 ปี ระยะเวลาที่มีอาการผิดปกติยาวนานขึ้นจะทำให้บุคคลยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และจิตใจ สามารถรับรู้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ ระยะเวลาที่มีอาการผิดปกติเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้ระดับอาการผิดปกติของหญิงวัยหลังหมดระดู (กระทรวงสาธารณสุข, 2539)

ระดับการศึกษา การศึกษาช่วยให้บุคคลมีความรู้ที่จะนำมาพิจารณาสิ่งที่มาคุกคามทำให้เกิดความเครียดต่อตนเองได้ถูกต้อง สามารถแยกได้ว่าอะไรเป็นสิ่งที่บรรเทาหรือคุกคาม และสามารถเลือกให้แหล่งประโยชน์ได้อย่างถูกต้อง (Lazarus, 1984) ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยด้านบุคคลที่มีผลต่อการเผชิญความเครียด ระดับการศึกษาที่สูงกว่าจะทำให้บุคคลเลือกใช้วิธี และวิเคราะห์เหตุการณ์ได้อย่างเหมาะสม (Jalowiec & Power, 1981) และผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการรับรู้ และเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ดี (กระทรวงสาธารณสุข, 2539)

รายได้ ผู้ป่วยที่มีฐานะดีจะแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการเผชิญปัญหาได้โดยสะดวก และไม่กังวลอยู่กับเรื่องรักษา ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ และอนาคตของครอบครัว (ทิพมาส ชินวงศ์, 2541) ลาซาลัส (Lazarus, 1984) กล่าวว่า ทรัพย์สิน เงินทองเป็นแหล่งประโยชน์ที่เชื้ออำนาจให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น หญิงวัยหลังหมดระดูที่มีรายได้สูงจะมีความสามารถในการประเมินการเปลี่ยนแปลงหรือเหตุการณ์หรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ดีกว่าหญิงวัยหลังหมดระดูที่มีรายได้น้อย (กระทรวงสาธารณสุข, 2539)

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการเผชิญความเครียดเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคลที่มีอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ช่วยในการเผชิญความเครียด ซึ่งบุคคลจะพิจารณาเป็นทางเลือกในการเผชิญความเครียดเพื่อมุ่งแก้ปัญหาหรือปรับเปลี่ยนอารมณ์เครียดที่เกิดขึ้น (Lazarus, 1984) และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยการได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ และถูกต้องต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของหญิงวัยหลังหมดระดูจะทำให้หญิงวัยหลังหมดระดูเข้าใจ และรับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2539)

จากแนวคิด และเหตุผลดังกล่าวปัจจัยเรื่อง การศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่หมดระดู การสนับสนุนทางสังคม น่าจะเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้อาการผิดปกติจากภาวะพร่องฮอร์โมนของหญิงวัยหลังหมดระดู และการรับรู้อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นทางร่างกาย และจิตใจมาก จะทำให้เกิดความเครียดมาก ดังนั้นการรับรู้อาการผิดปกติจากภาวะพร่องฮอร์โมนมากน่าจะทำให้หญิงวัยหลังหมดระดูมีความเครียดมาก

แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด

ความเครียดหมายถึงลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดสภาพการณ์ที่ทำให้บุคคลประเมินว่าสิ่งนั้นคุกคามต่อชีวิต ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ และบุคคลจะมีวิธีการตอบสนองต่อสถานการณ์นั้นแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับประเมินสมดุลของ

ความต้องการ และแหล่งประโยชน์ที่บุคคลนั้นมีอยู่โดยผ่านกระบวนการประเมินความรู้สึกนึกคิด ความเครียดเกิดจากการประเมินค่าทางปัญญาต่อสถานการณ์ที่เกิด จากปฏิสัมพันธ์ระหว่าง บุคคลกับสิ่งแวดล้อมนั้นว่ามีผลต่อตนเอง โดยใช้แหล่งประโยชน์ที่ตนเองมีอย่างเต็มที่หรือมากกว่า ที่ตนเองมีอยู่ และส่งผลกระทบต่อความผาสุก แหล่งประโยชน์นี้ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความเชื่อใน ทางที่ดี ทักษะในการแก้ปัญหา ทักษะทางสังคม แหล่งเกื้อหนุนทางสังคม และปัจจัยเกื้อหนุนทาง ด้านวัตถุ (Lazarus & Folkman, 1984)

มีนักทฤษฎีได้ให้ความหมายของความเครียดไว้แตกต่างกันไป เช่น เซลเย (Selye, 1976) มองความเครียดว่าเป็นกลุ่มอาการที่ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองที่ไม่เฉพาะเจาะจงต่อข้อเรียกร้องได้ (any demand) หรือสิ่งคุกคาม (stressor) ซึ่งข้อเรียกร้องดังกล่าวมีทั้งที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด (pain) หรือความสุข (pleasure) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยยึดแนวคิดของ ลาซารัส และโฟล์คแมนเป็นแนวทางในการศึกษาเนื่องจากเป็นแนวคิดที่กล่าวว่าความเครียดเกิดจากการประเมินค่าทางปัญญาต่อสถานการณ์ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสิ่งแวดล้อมว่ามีผลต่อตนเอง โดยต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือมากกว่าที่ตนเองมีอยู่ และส่งผลกระทบต่อความผาสุกและยังได้เน้นเกี่ยวกับปัญหาทางด้านจิตใจ ยึดหลักสมดุลยภาพ (homeostasis) ซึ่งภาวะการกระตุ้นภาวะหนึ่งจะเป็นผลมาจากการเสียสมดุลของระบบส่งผลให้เกิดความตึงเครียดในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ซึ่งพร้อมที่จะเปลี่ยนเป็นสภาพอื่นได้เรื่อย ๆ หรืออีกนัยหนึ่งถ้าให้ระบบมีการเปลี่ยนแปลงต่อผู้ด้วยกลไกทุกชนิดเพื่อให้เข้าสู่ดุลยภาพ การประเมินค่าทางปัญญาเป็นกระบวนการที่บุคคลใช้สติปัญญาคัดกรองสถานการณ์ หรือสิ่งแวดล้อม แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ (Lazarus & Folkman, 1984)

ลักษณะที่ 1 การประเมินค่าขั้นปฐมภูมิ (primary appraisal) เป็นการประเมินว่าสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมนั้นมีความสำคัญ หรือส่งผลกระทบต่อความผาสุกของตนเองหรือไม่ โดยการประเมินได้ 3 ด้าน

1. สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมนั้นไม่เกี่ยวข้องกับใด ๆ กับตนเอง (irrelevant) คือ ปฏิสัมพันธ์นั้นไม่ได้ทำให้ความผาสุกในชีวิตของตนเองเปลี่ยนแปลงไป จึงไม่จำเป็นต้องใช้วิธีการเผชิญความเครียด

2. สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมนั้นเกี่ยวข้องกับตนในลักษณะที่ก่อให้เกิดผลดีมีประโยชน์ (benign positive) ทำให้มีความผาสุกเพิ่มมากขึ้นรู้สึกสนุกสนาน หรือรู้สึกสงบ จึงไม่ต้องใช้วิธีการเผชิญความเครียด

171052

๒๘.๑๗

๑๘๑๘

๑๐

3. สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมนั้นเกี่ยวข้องกับตนเองเนื่องจากก่อให้เกิดความเครียด (stressful) เมื่อประเมินค่าว่ามีความเครียดจึงต้องใช้วิธีการเผชิญความเครียด โดยดึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้อย่างเต็มที่ การประเมินว่าเป็นความเครียดเกิดจากการประเมินค่าสถานการณ์ 3 แบบคือ

3.1 เป็นอันตราย/สูญเสีย (harm) หมายถึงการที่บุคคลประเมินว่าสถานการณ์นั้นก่อให้เกิดอันตรายหรือเกิดการสูญเสียต่อตนเองแล้วเป็นบางส่วน เช่น การเกิดอุบัติเหตุ หรือการเจ็บป่วย สูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าหรือความเชื่อมั่นในตนเอง หรือสูญเสียบุคคลที่ตนเองยึดเหนี่ยวพึ่งพิงทางใจ

3.2 เป็นสิ่งคุกคาม (threat) หมายถึง การที่บุคคลประเมินถึงสถานการณ์นั้นว่ามีโอกาสที่จะก่อให้เกิดอันตรายหรือสูญเสียต่อตนเองในอนาคตอย่างแน่นอน ซึ่งเป็นการประเมินค่าทางปัญญาก่อนที่จะเกิดอันตรายหรือสูญเสีย เมื่อมีสถานการณ์ที่เป็นอันตรายหรือสูญเสียเกิดขึ้นจริงในอนาคต จะทำให้บุคคลรู้สึกถูกคุกคาม

3.3 เป็นสิ่งท้าทาย (challenge) หมายถึง การที่บุคคลประเมินสถานการณ์นั้นว่าอาจจะเป็นอันตรายแต่คาดการณ์ว่าจะจัดการหรือควบคุมได้ หรือสถานการณ์นั้นอาจเป็นประโยชน์ต่อตนเองทำให้มีขวัญ และกำลังใจดีขึ้น เพราะบางครั้งอาจเป็นเพียงแค่ความยุ่งยากที่ไม่เกินความสามารถในการเรียนรู้ที่จะเอาชนะได้ (อุบล นิวัติชัย, 2527) การประเมินในลักษณะนี้เกิดจากอิทธิพลของความกระตือรือร้น ตื่นเต้น และมีแรงจูงใจจะสู้ อยากรจะลอง จะเห็นได้ว่าการประเมินลักษณะที่ 1 นี้เป็นการรับรู้สถานการณ์ว่าเป็นอันตรายต่อตนเองสถานการณ์ใดที่รับรู้ว่าจะไม่เกี่ยวข้องกับตนเองหรือเกี่ยวข้องในทางที่ดีเป็นประโยชน์ จึงไม่ใช่สิ่งทีก่อให้เกิดความเครียด

ลักษณะที่ 2 การประเมินขั้นทุติยภูมิ (secondary appraisal) เป็นการใช้สติปัญญา ความรู้ ประสบการณ์ ประเมินความสามารถ ศักยภาพของตน แหล่งประโยชน์ และประเมินทางเลือกในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นว่าตนเองสามารถใช้สิ่งเหล่านั้นเพื่อกำจัดอันตราย และใช้เป็นทางเลือกที่ดีที่สุดได้อย่างไรบ้าง ซึ่งมักจะเป็นการนำวิธีการเผชิญความเครียดที่เคยใช้ในอดีต ร่วมกับการประเมินค่าด้วยสติปัญญา และจิตสำนึกเพื่อลดความเครียดลง การประเมินลักษณะนี้เป็นจำเป็นต้องเกิดตามหลังการประเมินขั้นปฐมภูมิ แต่อาจขึ้นพร้อมกัน

การประเมินค่าอีกลักษณะหนึ่งซึ่งอาจจะเกิดต่อเนื่องจากการประเมินค่าลักษณะที่ 1 หรือลักษณะที่ 2 เรียกว่าการประเมินค่าซ้ำ (reappraisal) เป็นการประเมินค่าซ้ำอีกครั้งหลังจาก

ประเมินค่าชั้นประมุขและทฤษฎีแล้ว เพื่อพิจารณาอันตรายที่ตนเองได้รับอยู่นั้นว่ายังอยู่หรือลดลงหรือไม่หรือถูกจัดการไปแล้ว การประเมินลักษณะนี้เกิดเนื่องจากการได้รับข้อมูลใหม่จากสิ่งแวดล้อมหรือจากบุคคลเพิ่มเติม ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการประเมินค่าความสามารถเปลี่ยนแปลงไปได้อีกตลอดเวลาที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะสามารถช่วยเหลือบุคคลที่มีความเครียดสูงอันเป็นผลมาจากการประเมินสถานการณ์ซ้ำอีกครั้ง และจะช่วยลดความเครียดลงซึ่งจะเห็นได้ว่าการประเมินค่าทางปัญญาของบุคคลสามารถเกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่อง และเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา โดยใช้ข้อมูลจากบุคคล สิ่งแวดล้อม หรือประสบการณ์ครั้งก่อน ลาสซาร์ และโพลีคแมน (1984) ยังได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการประเมินค่าทางปัญญาขึ้นอยู่ด้วย 2 ปัจจัยคือ

1. ปัจจัยด้านบุคคล (person factors) เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเข้าใจถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหา และสามารถควบคุมอารมณ์ได้ ประกอบด้วย

1.1 ความผูกพัน หรือความมุ่งมั่น (commitments) เป็นความคิด และพฤติกรรมที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งว่ามีความหมาย มีความสำคัญกับบุคคลมากน้อยเพียงใด ถ้าเหตุการณ์นั้นมีความผูกพันมาก บุคคลจะมีการประเมินค่าทางปัญญาต่อสถานการณ์นั้นในลักษณะความเครียดที่สูงสูญเสีย/อันตราย หรือคุกคาม

2. ปัจจัยด้านสถานการณ์ (beliefs) เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อบุคคลให้สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ ประกอบด้วย

2.1 ความแปลกใหม่ (novelty) ถ้าสถานการณ์นั้นไม่เคยพบมาก่อนเลย (completely novelty) จะมีการประเมินค่าทางปัญญาว่าเป็นความเครียดที่รุนแรงกว่าความแปลกใหม่ที่สามารเชื่อมโยงกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตราย หรือเจ็บป่วยได้ในอดีตได้

2.2 ความสามารถในการทำนาย (predictability) ถ้าบุคคลสามารถทำนายสถานการณ์นั้นว่าจะเป็นอย่างไรในอนาคต การประเมินค่าทางปัญญานั้นจึงทำให้เกิดความเครียดน้อยกว่าการที่ไม่สามารถทำนายสถานการณ์นั้นได้

2.3 ความไม่แน่นอนในสถานการณ์ (event uncertainty) ถ้าสถานการณ์นั้นคลุมเครือ มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา มีความไม่แน่นอน จะทำให้บุคคลประเมินค่าทางปัญญาว่าเป็นอันตราย หรือสูญเสีย คุกคาม ซึ่งทำให้เกิดความเครียดมากขึ้น

นอกจากปัจจัยด้านเวลา (temporal factor) เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการประเมินค่าทางปัญญา ซึ่งประกอบด้วยช่วงเวลาก่อนเกิดเหตุ (imminence) หากสถานการณ์นั้นเกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน จะทำให้เกิดความเครียดมากกว่าสถานการณ์ที่ยังมาไม่ถึง ช่วงเวลาที่

สถานการณ์นั้นมีผลต่อบุคคล (duration) ถ้าเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรังจะทำให้เกิดความเครียดสูง และการที่ไม่ทราบว่าจะสถานการณ์นั้นจะเกิดขึ้นเมื่อใด (temporal uncertainty) ซึ่งประกอบไปด้วย ความคลุมเครือ (ambiguity) คือการที่ไม่ทราบว่าแท้จริงแล้วจะเกิดอะไรขึ้นกับตนเอง ทำให้เกิดความเครียดในลักษณะคุกคาม หรืออันตราย

สาเหตุของความเครียด ความเครียดเกิดขึ้นได้จากสาเหตุหลาย ๆ อย่างจึงอาจจำแนกสาเหตุของภาวะเครียดอย่างกว้าง ๆ ออกเป็น 2 สาเหตุ คือ สาเหตุจากภายนอกตัวบุคคล และสาเหตุจากภายในตัวบุคคลดังนี้ (Lazarus & Folkman, 1984)

1. สาเหตุจากภายนอกบุคคล ที่เป็นต้นเหตุให้เกิดความเครียด มีหลายประเภทได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่เป็นกายภาพ สิ่งแวดล้อมทางสังคม มนุษย์สัมพันธ์ และเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในกระบวนการดำเนินชีวิต

1.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ สิ่งของ และวัตถุต่าง ๆ รอบตัวที่สัมผัสได้ด้วยประสาทสัมผัสทั้ง 5 เป็นต้น สภาพความร้อนหนาวแสงสว่างที่จ้าเกินไป หรือมืดเกินไป ทำให้ต้องหรีดหรือเพ่งสายตาเป็นระยะเวลานาน ๆ ทำให้เกิดความเครียด อากาศที่ไม่บริสุทธิ์มีกลิ่นคาวพิษ ทำให้ปอดได้รับออกซิเจนไม่เต็มที่ เสียงที่ดังมากทำให้ประสาทหูได้รับความกระทบกระเทือน จะสังเกตได้ว่าบุคคลใดต้องอยู่ในภาวะเหล่านี้จะรู้สึกไม่สบาย ปวดศีรษะ และมีอารมณ์เสียได้ง่ายนั้นเป็นเพราะว่าบุคคลนั้นกำลังอยู่ในภาวะเครียด ซึ่งเป็นบุคคลนั้นกำลังอยู่ในภาวะเครียด ซึ่งเป็นภาวะเครียดที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมรอบตัวทางกายภาพ ที่จำเป็นต้องเผชิญอยู่ทุกวัน นอกจากนี้การขาดแคลนปัจจัยที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เช่น อากาศ น้ำ เครื่องดื่ม ที่อยู่อาศัย และยารักษาโรค ก็เป็นสาเหตุให้ก่อความเครียดได้เช่นกัน เพราะสภาวะต่าง ๆ เหล่านี้ จะเป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวของมนุษย์ จึงจำเป็นที่จะต้องหาทางลดความเครียดจากสาเหตุเหล่านี้

1.2 สังคม และสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น ๆ สังคม และการมีสัมพันธภาพกับแวดล้อมอาจช่วยลดความเครียด หรือทำให้เกิดความเครียดได้ ในขณะเดียวกันความไม่สอดคล้องกับบุคคลในครอบครัว การทะเลาะและการโต้เถียงกัน เป็นสาเหตุของความเครียดในครอบครัว การอิจฉากันเป็นสาเหตุของจิตใจไม่สงบ ทำให้เกิดมีความเครียดทางด้านจิตใจ สภาพความเป็นอยู่ที่แออัดทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ อันเป็นต้นเหตุของความเครียด เช่น การทะเลาะวิวาท การใช้คำพูดเลียดสีกัน การแก่งแย่งชิงดีกัน เหล่านี้ล้วนเป็นความเครียดที่เกิดจากสังคม และสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นทั้งสิ้น อย่างไรก็ตามหากมีการขาดเพื่อน ต้องอยู่คนเดียวอย่างโดดเดี่ยวก็ทำให้เกิดความเครียด ซึ่งถือได้ว่ามีสาเหตุจากความเครียดได้เหมือนกัน

1.3 สภาวะการณ์ หรือเหตุการณ์หนึ่งที่เกิดขึ้นในชีวิต ดังเช่น เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความชื่นชมยินดี เป็นต้นว่า การแต่งงาน การมีบุตร การขึ้นบ้านใหม่ การสร้างครอบครัวใหม่ การเลื่อนตำแหน่งหน้าที่การงาน การเข้าทำงานใหม่ ก็เป็นเหตุการณ์ที่เป็นสาเหตุของภาวะเครียดได้เช่นกัน เหตุการณ์ต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้บุคคลต้องมีการปรับตัว และการปรับตัวนั้นหากไม่มีประสิทธิภาพจะก่อให้เกิดความเครียดอย่างรุนแรงได้ นอกจากสภาวะการณ์ในชีวิตที่ก่อให้เกิดความชื่นชมยินดีจะเป็นสาเหตุให้ก่อความเครียดแล้ว สภาวะการณ์ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ใจตามมาก็เป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียดได้เช่นกัน อันได้แก่ การเปลี่ยนที่อยู่ใหม่ การเปลี่ยนที่เรียน การเปลี่ยนนิสัย การหลับนอน เช่น จากการที่นอนกลางคืนมานอนกลางวัน ต้องเปลี่ยนกิจกรรมทางสังคม การบาดหมางกับคนในครอบครัวหรือกับเพื่อนสนิท เหล่านี้ก่อให้เกิดความเครียดได้ทั้งสิ้น

2. สาเหตุจากภายในตัวบุคคล มีความเครียดส่วนหนึ่งเกิดขึ้นจากตัวบุคคลเป็นสาเหตุมีปัจจัยหลาย ๆ อย่างในตัวบุคคล ซึ่งเป็นเหตุของความเครียด ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่

2.1 โครงสร้างทางร่างกาย และสภาวะทางสรีรวิทยา โครงสร้างของร่างกายเป็นส่วนที่ได้รับการถ่ายทอดจากบรรพบุรุษบางคนได้รับส่วนที่ดีจากพ่อแม่มาทำให้ได้สรีรที่สมบูรณ์ และมีสุขภาพดี บางคนรับเอาส่วนด้อยมาทำให้ร่างกายเจริญเติบโตไม่สมบูรณ์ เกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่าย ความสามารถที่ซ่อนแฝงอยู่น้อย ทำให้การแก้ปัญหาไม่ดีขึ้น ทนต่อสภาวะความเครียดได้ไม่ดี เป็นสาเหตุทำให้เกิดความเครียดได้ง่าย

2.2 ระดับพัฒนาการ ร่างกายที่มีพัฒนาการไม่ปกติ เนื่องจากได้รับอาหารไม่พอทำให้เติบโตช้า เตี้ยแคระ เกิดโรคได้ง่าย เช่นเดียวกับจิตที่พัฒนาไม่ดี มีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดความเครียดได้ง่าย ทั้งนี้เนื่องจากความไม่สมดุล ในการตอบสนองของความคาดหวังนั้น ๆ ระดับพัฒนาการของจิตใจ อารมณ์ มีผลต่อการรับรู้ และแปลเหตุการณ์ ระดับพัฒนาการที่ไม่ดีทำให้มีการรับรู้เหตุการณ์แบบเด็ก ๆ ซึ่งยังผลให้ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข ก่อให้เกิดความเครียดติดตามมาได้อีก

2.3 การรับรู้ และการแปลเหตุการณ์ เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดอารมณ์กลัว โกรธ เกลียดกังวล หรือตื่นเต้น ถือว่าเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดทำให้ร่างกายถูกกระตุ้น และมีผลตอบสนองต่อสรีรวิทยา การที่เราจะมีอารมณ์ใดเกิดขึ้นได้นั้นขึ้นอยู่กับ การรับรู้และการแปลเหตุการณ์ของบุคคล การรับรู้จึงเป็นตัวการสำคัญที่ทำให้บุคคลตอบสนองต่อเหตุการณ์ไปในทางที่ดี หรือในทางเลวร้าย เหตุการณ์อย่างหนึ่งทำให้สองคนรับรู้ได้ไม่เหมือนกัน และมีการตอบสนองต่อเหตุการณ์แตกต่างกัน ทั้งนี้เพราะบุคคลสองคนรับรู้ได้ไม่เหมือนกันมีความต้องการขั้นพื้นฐานไม่

เหมือนกัน มีประสบการณ์ชีวิตไม่เหมือนกันมีความคาดหวัง และมีทัศนคติการมองโลกที่ไม่เหมือนกัน การรับรู้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ชีวิตเดิม โครงสร้างบุคลิกภาพที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการรับรู้ของบุคคลนั้น ๆ

ปัจจัยอื่น ๆ ในตัวของบุคคล นอกจากที่กล่าวมาแล้วยังมีปัจจัยอื่นที่เป็นสาเหตุของความเครียดได้อีก ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่

1. สิ่งคุกคามต่อภาพพจน์ของบุคคล เป็นต้นว่า การผ่าตัดที่ต้องทำให้บุคคลสูญเสียอวัยวะ การผ่าตัดเต้านม การผ่าตัดมดลูก ซึ่งทำให้สูญเสียเอกลักษณ์ความเป็นหญิง การตัดแขนขา ซึ่งทำให้ร่างกายต้องมีความพิการ ความเจ็บป่วยที่ทำให้มีความพิการ ความเจ็บป่วยที่ทำให้มีความพิการหลงเหลืออยู่ เช่น อัมพาต เหล่านี้เป็นสิ่งคุกคามต่อร่างกายบุคคลทำให้เกิดความเครียดได้
2. ความเจ็บปวด เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่ไม่อาจจะบอกได้ว่า ปวดเจ็บอย่างไร ปวดมากน้อยแค่ไหน ความเจ็บปวดทำให้เราไม่สามารถระบายเกิดความเครียดทางด้านจิตใจได้
3. การเคลื่อนไหวไม่ได้ เมื่อบุคคลต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเนื่องจากโรคที่เป็นหรือเนื่องจากไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ ทำให้เกิดความเครียดได้
4. การสูญเสียและการเปลี่ยนแปลง การสูญเสียบุคคลที่รัก ญาติสนิทมิตรสหาย สูญเสียคู่ชีวิต ทำให้บุคคลเกิดความเครียดได้ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของสถานภาพทางสังคมก็เป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดได้

ผลของความเครียดต่อสุขภาพ จากแนวคิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมของ ลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวว่าบุคคลรับรู้ถึงความเครียด บุคคลจะตอบโต้เหตุการณ์ที่เข้ามาคุกคามโดยมีปฏิกิริยาโต้ตอบทั้งทางพฤติกรรม และอารมณ์ ทำให้มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดทั้งทางพฤติกรรม และอารมณ์ ทำให้มีปฏิกิริยาตอบสนองเกิดขึ้นซึ่งบุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดทางด้านร่างกาย และจิตใจ ดังนี้

1. เมื่อบุคคลได้รับสิ่งกระตุ้นจากปัจจัยก่อความเครียด จะรู้สึกว่าตนเอง และสิ่งแวดล้อมถูกคุกคามเป็นอันตราย จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ปฏิกิริยาจะเกิดขึ้นเป็นอันดับแรก คือ สมองส่วนคอร์เท็กซ์ (cortex) แล้วส่งคลื่นประสาทมากระตุ้น ต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้า (pituitary gland) ประสาทซิมพาเธติก (sympathetic nervous system) และต่อมหมวกไตตามลำดับ มีผลทำให้การเปลี่ยนแปลงของระบบอวัยวะต่าง ๆ ดังนี้คือ

- 1.1 สมอง มีการขยายของหลอดเลือดมีผลทำให้มีการเพิ่มอัตราการเผาผลาญของ
- 1.2 ร่างกายจะมีการตื่นตัว กระสับส่าย รูม่านตาขยาย ส่งผลให้การมองเห็นลดลง

1.3 หัวใจ เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจภายใน 1 นาที เพิ่มขึ้น

1.4 ระบบหลอดเลือดส่วนปลาย มีการหดเกร็งของหลอดเลือดดำ ผิวหนังซีดเย็น ปัสสาวะออกน้อยลง อุณหภูมิร่างกายลดลง

1.5 ปอด หลอดลมขยายหายใจเร็ว และลึก มีปริมาณออกซิเจนเพิ่มขึ้น

1.6 ระบบทางเดินอาหาร ลดการเคลื่อนไหว และการหลั่งน้ำย่อย ลดการไหลเวียนของหลอดเลือด ทำให้เกิดการระคายเคืองของระบบทางเดินอาหาร อาจมีอาการท้องผูก ท้องเสีย

1.7 ตับอ่อน ลดการสร้างสารอินซูลิน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มมากขึ้น

1.8 เยื่อไขมัน กรดไขมัน ถูกขับออกเพิ่มมากขึ้น

1.9 ระบบกล้ามเนื้อ และกระดูก กล้ามเนื้อตึงตัวเพิ่มการสลายตัวของไกลโคเจนในกล้ามเนื้อผิวหนัง และต่อเหงื่อ ผิวหนังเย็นซีด ขึ้น มีเหงื่อออกมาก การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ เมอร์เรย์ (Murrey, 1975) ได้กล่าวถึงปฏิกิริยาตอบสนองที่แสดงออกเมื่อมีความเครียดทางด้านจิตใจ ดังนี้

2.1 กระบวนการทางความคิดถูกรบกวน เช่น สับสน ตัดสินใจไม่ได้ คิดวุ่นวายในเรื่องเดิม ความคิดชะงักงัน

2.2 สูญเสียระดับการรู้สติ ความจำ และสมาธิ

2.3 มีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ การรับรู้ของประสาทสัมผัสผิดปกติ มีการรับรู้บิดเบือน

2.4 มีการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ไปในทางที่ไม่เหมาะสม เช่น โกรธ ร้องไห้ หัวเราะ โดยไม่มีเหตุผล อารมณ์หงุดหงิด

2.5 ขาดสมาธิ การรวมความสนใจไม่ได้ ไม่มีความสนใจที่จะพูดคุย จะเป็นความสนใจไปที่สิ่งแวดล้อม ไวต่อเสียงรบกวนเป็นผลทำให้ความสนใจเสียไป

2.6 มีความผิดปกติในการใช้ภาษา เช่น พูดซ้ำ ๆ กัน มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการพูด และการออกเสียงเปลี่ยนไป

2.7 มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือบุคลิกภาพ เช่น มีพฤติกรรมถดถอย แยกตัวเอง เชื่องช้า ไม่ให้ความร่วมมือ

2.8 ใช้กลไกป้องกันตนเองโดยไม่รู้ตัว เช่น ใช้เหตุผลตนเอง ปฏิเสธ การโทษคนอื่น

2.9 มีการเปลี่ยนแปลงต่อความนึกคิดของตนเอง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ต่ำต้อยต้องอยู่ภายใต้การควบคุมของผู้อื่น อาจมีความรู้สึกไม่ปลอดภัย

ระดับความเครียด ความเครียดที่เกิดขึ้นจะมีผลต่อบุคคลในลักษณะที่แตกต่างกันออกไปตามพื้นฐานของแต่ละบุคคล เช่น สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมในขณะนั้น แบ่งออกเป็น 4 ระดับ (Fraun, 1979)

ระดับที่ 1 เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันตามปกติ (day to day stress) เป็นความเครียดที่บุคคลสามารถปรับตัวได้อย่างอัตโนมัติเป็นปกติวิสัย ไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิต มักเป็นความเครียดที่คาดการณ์ล่วงหน้าว่ามีโอกาสเกิดขึ้น แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้วก็มีศักยภาพที่จะตอบโต้ให้หมดไปในระยะสั้น ๆ เช่น การไปทำงานในภาวะรถติด

ระดับที่ 2 เป็นความเครียดที่มากกว่าความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันตามปกติ (Mild stress) ความเครียดในระดับนี้เกิดจากมีสิ่งคุกคามแต่เป็นช่วงเวลาสั้น ๆ ซึ่งบุคคลมักจะปรับตัวได้สำเร็จ โดยความเครียดจะหมดไปในช่วงเวลาเป็นชั่วโมงเท่านั้น เช่นการไปสัมภาษณ์สมัครเข้าทำงาน

ระดับที่ 3 เป็นความเครียดระดับกลาง (moderate stress) บุคคลจะรู้สึกถูกคุกคามมากกว่าระดับที่ 2 เนื่องจากได้รับเหตุการณ์ที่ก่อความเครียดเป็นเวลานาน และไม่สามารถปรับตัวได้ในเวลาอันรวดเร็ว ความเครียดในระดับนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เริ่มมองเห็นได้ เช่น ปวดศีรษะ อาเจียน พฤติกรรมเริ่มเปลี่ยนเพื่อพยายามลดความเครียด มีการแสดงออกทางคำพูด ท่าทาง เริ่มเกิดความยุ่งยากในชีวิตประจำวันเนื่องจากเกิดขึ้นนานเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน เช่นการต้องเข้ารับการผ่าตัด การเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต

ระดับที่ 4 เป็นความเครียดที่รุนแรงมากที่สุด (severe stress) จะมีการประมาณค่าสิ่งเร้าว่าเป็นสิ่งคุกคามต่อตนเองสูงเนื่องจากสถานการณ์นั้นคงดำเนินอยู่ทำให้เกิดความเครียดเป็นสัปดาห์ เดือน หรือ ปี ความเครียดระดับนี้ทำให้บุคคลมีความล้มเหลวในการปรับตัว และแสดงออกในลักษณะต่าง ๆ เช่นการขาดงาน ไม่สนใจดูแลครอบครัว

ความเครียดของหญิงวัยหลังหมดระดู หญิงวัยหลังหมดระดูนั้นเป็นกลุ่มบุคคลที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย และจิตใจที่เกิดขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศ ปัจจุบันนี้มีผลคุกคามกระทบต่อความสมดุลของหญิงวัยหลังหมดระดูที่มีอาการผิดปกติต้องประสบปัญหาต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งปัญหาด้านร่างกายนั้น ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เป็นไปตามธรรมชาติเนื่องจากการพร่องของฮอร์โมน ดังเช่น การ

ศึกษา ของวาริณี เขียมลสวัสดิกุล (2541) พบการเปลี่ยนแปลงทางระบบกล้ามเนื้อ และกระดูกทำให้เกิดอาการปวดหลัง ร้อยละ 73-84 อาการรบกวนร้อยละ 33-51 การเปลี่ยนแปลงระบบทางเดินปัสสาวะ ทำให้เกิดปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะเล็ด ปวดหน่วงท้องน้อยพบร้อยละ 27-44 อาการรบกวนร้อยละ 15 การเปลี่ยนแปลงของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ทำให้มีความสุขทางเพศน้อยลง พบร้อยละ 15-48 อาการรบกวนร้อยละ 15 การเปลี่ยนแปลงของระบบหลอดเลือดพบร้อยละ 33.4 อาการรบกวนร้อยละ 9-13 ปัญหาด้านจิตใจเนื่องจากความผิดปกติของการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในหญิงวัยหลังหมดระดูคือ ความรู้สึกตึงเครียดพบร้อยละ 44-48 หงุดหงิดง่าย หรือโกรธง่ายพบร้อยละ 38-43 รู้สึกเหมือนไม่มีแรง หรือเฉื่อยชาอ่อนเพลียกว่าปกติ พบร้อยละ 35-51 ใจน้อยพบร้อยละ 30-36 รู้สึกกังวล พบร้อยละ 20-30 ตื่นเต้น หรือตกใจง่ายพบร้อยละ 22-25 อาการทางจิตดังกล่าว รบกวนต่อกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 16 และอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ พบอาการรบกวนพบ รู้สึกร่อนหนาวกว่าคนปกติทั่วไป พบร้อยละ 17-33 อาการรบกวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 13 หญิงวัยหมดระดูเป็นบุคคลที่ยังเป็นกำลังสำคัญของครอบครัวสามารถปฏิบัติงานหรือประกอบอาชีพเลี้ยงครอบครัวได้เมื่อเกิดอาการผิดปกติเหล่านี้ขึ้นทำให้เกิดความรู้สึก กังวล รำคาญ และประกอบกับมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ง่าย ส่งผลให้บุคคลในครอบครัวหรือบุคคลที่ใกล้ชิดไม่เข้าใจหญิงวัยหลังหมดระดู ปัญหานี้ทำให้หญิงวัยหลังหมดระดูมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น และในระดับอาการที่เปลี่ยนแปลงหญิงวัยหลังหมดระดูบางคนต้องได้รับการรักษาอาการที่ผิดปกติที่โรงพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการหรือต้องได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนซึ่งยังมีข้อห้าม และมีอาการข้างเคียง เมื่อฮอร์โมนเพศมีการเปลี่ยนแปลงจะให้ความสะดวกสบายของเพศหญิงเสื่อมลงไป การมีเพศสัมพันธ์ต่อคู่ครองน้อยลงทำให้ความสัมพันธ์ของครอบครัวน้อยลงเกิดปัญหาครอบครัวตามมา ถ้าหญิงวัยหลังหมดระดูมีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และจิตใจจากภาวะพร่องฮอร์โมนจะทำให้หญิงวัยหลังหมดระดูเกิดความเครียด (มงคล จิตวัฒนากร, 2539)

อาการผิดปกติจากภาวะพร่องฮอร์โมนเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดของหญิงวัยหมดระดู เมื่อหญิงวัยหลังหมดระดูประเมินว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นคุกคามเป็นอันตรายต่อตนเองแล้ว อาจส่งผลให้หญิงวัยหลังหมดระดูเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกนึกคิดเพื่อให้ความเครียดลดลง เพื่อคงความสมดุลของตนเองไว้ การประเมินความเครียด เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเองโดยให้หญิงวัยหลังหมดระดูประเมินจากระดับความทุกข์ที่ได้รับจากอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น

ระดับความเครียด เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด ซึ่งระดับของความเครียดที่แตกต่างกันทำให้บุคคลใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกัน เช่น ในผู้ป่วยที่รับรู้ว่ามีอาการเจ็บป่วยมากจะเกิดความเครียดมาก จะส่งผลให้ผู้ป่วยใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านเผชิญปัญหา และการแสดงออกทางอารมณ์ แต่เมื่อความเครียดเพิ่มขึ้นเป็นระดับปานกลาง บุคคลมีแนวโน้มในการเลือกใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญปัญหา และเมื่อความเครียดเพิ่มมากขึ้นในระดับที่รุนแรงบุคคลมักใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการแสดงออกทางอารมณ์แทน (Lazarus & Folkman, 1984) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความเครียดเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด ดังการศึกษาของสุมนธา กบิลพัตร (2541) ศึกษาความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการแสดงออกทางอารมณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ หทัยรัตน์ แสงจันทร์ (2541) ศึกษาความเครียดการเผชิญความเครียดของหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีก้อนเนื้อบริเวณเต้านมในระยะรอเข้ารับการรักษาผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อ ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย ผลการศึกษาพบว่าระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลางถึงมากกลุ่มตัวอย่างใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญปัญหาร้อยละ 40 และเลือกใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการแสดงออกทางอารมณ์ร้อยละ 60 และจากการศึกษาของ อรพิน เกตุแก้วมณี (2541) ศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่าระดับความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ในระดับมากจะใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการแสดงออกทางอารมณ์ และในทางตรงข้ามหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความเครียดในระดับน้อยจะใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญปัญหา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียดกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด พบว่าเมื่อเกิดความเครียดในระดับปานกลางบุคคลมีแนวโน้มในการเลือกใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านเผชิญปัญหา เมื่อมีความเครียดเพิ่มมากขึ้นในระดับที่รุนแรงบุคคลมักจะเลือกใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการแสดงออกทางอารมณ์แทน ดังนั้นระดับความเครียดน่าจะเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด

เมื่อเกิดความเครียด บุคคลจะต้องเผชิญกับสถานการณ์นั้น เพื่อควบคุมหรือจัดการกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดนั้น มีผู้กล่าวถึงการเผชิญความเครียดดังนี้คือ สมจิต หนูเจริญกุล (2536) มองวิธีการเผชิญความเครียดเป็นความพยายามทั้งการกระทำ และความคิดที่จะจัดการกับความเครียด ซึ่งความพยายามนี้ต้องใช้แหล่งประโยชน์เกินกว่าปกติ เพียร์ และสคูเลอร์ (Pearlin & Schooler, 1978) มองว่าวิธีการเผชิญความเครียดเป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกต่อเหตุการณ์ที่ตึงเครียดในชีวิต เพื่อปกป้อง หลีกหนี หรือควบคุม ป้องกัน หรือจัดสิ่งทำให้เกิดความเครียด ลัคแมนน์ และซอร์เรนเซ่น (Luckmann & Sorensen, 1987) มองว่าการเผชิญความเครียดเป็นวิธีการที่บุคคลใช้จัดการกับความเครียด ซึ่งความเครียดนั้นจะเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นต่อเนื่องหลาย ๆ เหตุการณ์ ไม่เฉพาะเจาะจงเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งเท่านั้น สเคิร์ค (Scherck, 1992) ได้มองว่าวิธีการเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่เกิดจากความเครียด การประเมิน และการตัดสินใจของบุคคลเพื่อให้มีวิธีการที่เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์

ลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้แบ่งวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็น 2 แบบคือ

1. วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา เป็นวิธีการที่บุคคลใช้ทั้งความคิด และการกระทำเพื่อจัดการกับปัญหาโดยการมุ่งแก้ที่ตนเอง หรือปรับสิ่งแวดล้อมโดยตรง ซึ่งบุคคลมักใช้เมื่อประเมินปัญหาแล้วจะสามารถปรับหรือเปลี่ยนแปลงให้บรรเทาลงได้ การมุ่งแก้ที่ตนเองจะเป็นการเปลี่ยนแปลงวิธีการประเมินค่าทางปัญญาเพื่อพัฒนาและเรียนรู้วิธีการใหม่ สำหรับการปรับสิ่งแวดล้อมเป็นการแก้ไขที่แหล่งประโยชน์หรือวิธีการ สามารถแบ่งออกได้ดังนี้

1.1 การเผชิญหน้ากับปัญหา (confrontive coping) เป็นความคิด หรือการแสดงออกทางพฤติกรรมโดยตรงไปตรงมาโดยการเผชิญหน้าต่อสถานการณ์โดยไม่หลีกหนี เพื่อปรับปรุงแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้ป่วยต้องมีความมั่นคงในจิตใจ เพื่อก่อให้เกิดความพึงพอใจ และให้ได้ในสิ่งที่ตนเองต้องการ

1.2 การวางแผนแก้ปัญหา (planful problem solving) เป็นการมุ่งจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นโดยพยายามเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ต่าง ๆ ให้ดีขึ้น มีการวิเคราะห์ปัญหา และการกระทำ

1.3 ไปอย่างมีขั้นตอน บางครั้งอาจใช้ความพยายามเป็นสองเท่าหรือใช้ประสบการณ์เดิมมาใช้ในการแก้ไขปัญหาด้วย

2. วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ เป็นกระบวนการทางความคิด และ

พฤติกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลเลือกใช้ในทางลด บรรเทา ความไม่สบายใจ โดยการปรับอารมณ์ของตนเองเมื่อบุคคลประเมินแล้วว่าไม่สามารถปรับหรือเปลี่ยนสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้นได้ สามารถแบ่งออกได้ดังนี้

2.1 การประเมินค่าในทางบวก (positive reappraisal) เป็นความคิด และพฤติกรรมในการที่จะพยายามให้ความหมายต่อสถานการณ์ใหม่ในทางที่ดีขึ้น เพื่อเอื้อประโยชน์ต่อตนเองในการลดความตึงเครียดของอารมณ์ ให้มีวิธีการเผชิญความเครียดในทางที่พัฒนามากว่าเดิม และยังรวมถึงมุมมองและความเชื่อทางศาสนา

2.2 การแสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา (accepting responsibility) เป็นความคิด และพฤติกรรมที่จะยอมรับสถานการณ์ที่แท้จริงถึงแม้ว่าไม่ใช่สิ่งที่ตนเองต้องการที่สุดก็ตาม มีการตระหนักว่าตนเองเป็นผู้สร้างปัญหา และบางครั้งปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ บางครั้งอาจใช้สติปัญญาไตร่ตรองอย่างมีเหตุผล เช่นคิดว่าตนเองได้ตัดสินใจอย่างรอบคอบแล้ว

2.3 การควบคุมตนเอง (self-control) เป็นความคิด และพฤติกรรมที่พยายามควบคุมท่าทีของอารมณ์ของตนเองหรือเป็นการพึ่งตนเองเพื่อคิดแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น การอยู่คนเดียวเงียบ ๆ เพื่อคิดแก้ปัญหาด้วยตนเอง พยายามเก็บความรู้สึกไว้กับตนเองโดยไม่ให้คนอื่นทราบว่าการณ์นั้นเลวร้ายเพียงใดเพื่อไม่ให้กระทบกระเทือนถึงคนอื่น หรือคิดเปรียบเทียบวิธีการกับบุคคลอื่นที่ดีซึ่งสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ตนเองได้

2.4 การแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม (seeking social support) เป็นความคิด และพฤติกรรมที่บุคคลพยายามจะเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาและหนทางที่จะจัดการกับปัญหานั้น โดยการแสวงหาแหล่งเกื้อหนุนทางสังคมทั้งทางด้านข้อมูล บัณฑิตทางวัตถุ หรือทางด้านจิตใจเช่นการพูดคุยปรึกษาหารือกับคนที่สามารถหาทางแก้ปัญหาให้กับตนเองได้

2.5 การถอยห่าง (distancing) เป็นความพยายามทางความคิดที่จะให้ความสำคัญกับสถานการณ์นั้นน้อยลง โดยการถอยห่างจากสถานการณ์ที่ต้องเผชิญอยู่ เช่นทำเป็นทองไม่รู้ร้อนเหมือนไม่มีอะไรเกิดขึ้น พยายามไม่คิดมากเกี่ยวกับสถานการณ์นั้น หรือพยายามลืมทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้น

2.6 การหลีกเลี่ยงปัญหา (escape-avoidance) เป็นความคิด และพฤติกรรมที่บุคคลพยายามหลีกเลี่ยงปัญหาชั่วขณะ เช่น การเพื่อฝัน หวังว่าจะมีปฏิหารย์ช่วยลดความตึงเครียดนั้น หรือการดื่มสุรา การหลับนอนมากกว่าปกติ เพื่อให้ตนเองพ้นจากความเครียดไปชั่วระยะเวลาหนึ่ง

ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่าวิธีการเผชิญความเครียดเป็นวิธีการที่บุคคลแสดงออกทางความคิด และการกระทำ เพื่อมุ่งแก้ไขสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือมุ่งแก้ไขอารมณ์ที่เป็นทุกข์จากความเครียดโดยการบรรเทา ควบคุม ป้องกัน หรือขจัด ซึ่งวิธีการเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ในชีวิตประจำวันบุคคลจะนำวิธีการเผชิญความเครียดมากกว่าหนึ่งแบบมาใช้ร่วมกันเสมอ จะใช้แบบใดมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความแตกต่างของสถานการณ์ และการประเมินค่า ซึ่งจะมีความเฉพาะเจาะจงในแต่ละบุคคล โดยจะไม่มีวิธีการเผชิญความเครียดใดที่สามารถใช้ได้ทุกสถานการณ์ อาจมีการใช้กลับไปกลับมา (Cohen & Lazarus, 1985) ซึ่งอัลดวิน (Aldwin, 1994) กล่าวว่าวิธีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพในแต่ละสถานการณ์นั้นน่าจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขปัญหา ช่วยลดความเครียดของอารมณ์ และไม่ทำให้เกิดความยุ่งยากในอนาคต และควรมีผลดีต่อสุขภาพ

การประเมินพฤติกรรมการเผชิญความเครียด จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดโดยการใช้ทฤษฎีการเผชิญความเครียดของลาซารัส และโฟล์คแมน เป็นกรอบแนวคิด สรุปได้ว่าเครื่องมือที่นิยมใช้ได้แก่ เครื่องมือวัดการเผชิญความเครียดของลาซารัส และโฟล์คแมน (Way of Coping Checklist) และเครื่องมือวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (Jalowiec Coping Scale) แต่เนื่องจากแบบวัดการเผชิญความเครียดของลาซารัส และโฟล์คแมน (WCCL) มีข้อคำถามจำนวนมากข้อ มีข้อจำกัดในการใช้เครื่องมือนี้ แต่เครื่องมือการวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (Jalowiec Coping Scale, 1988) ได้เป็นที่นิยมนำมาใช้ในการประเมินพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยเรื้อรังหลายประเภท และได้ถูกนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของผู้รับบริการคนไทยอย่างแพร่หลาย

จาโลวีกได้สร้างเครื่องมือใช้ในการเผชิญความเครียดเป็นเครื่องมือที่มีความตรงทางด้านเนื้อหาและโครงสร้าง เครื่องมือนี้สร้างขึ้นเมื่อ ค.ศ. 1979 โดยมีพื้นฐานมาจากแนวคิดการเผชิญความเครียดของลาซารัส และลอเนียร์ (Lazarus & Launier, 1987 cited in Jalowiec, 1988) ซึ่งแบ่งวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็น 2 แบบ คือ วิธีการมุ่งเผชิญความเครียดแบบแก้ปัญหา (confrontive coping) และวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ (emotive coping behavior) มีข้อคำถาม 40 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเกิร์ต (Likert Scale) แต่ละข้อคำถามมีให้เลือก 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรม ให้ 1 คะแนน จนถึงปฏิบัติพฤติกรรมนั้นบ่อยที่สุด ให้ 5 คะแนน เครื่องมือที่นำมาใช้ครั้งแรกในปี ค.ศ. 1981 โดย

จาโลวีก และเพาเวอร์ (Jalowiec & Power, 1981) ในผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ป่วย กระแทก หัก แต่อาการไม่หนัก และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ทราบการวินิจฉัยเป็นครั้งแรก ในปี ค.ศ. 1984 จาโลวีก และเพาเวอร์ (Jalowiec & Powers, 1984) ได้ทำการทดสอบความตรงของโครงสร้างของเครื่องมือวิธีการเผชิญความเครียด พบว่าความตรงด้านโครงสร้างด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ ยังไม่เหมาะสม แต่มีความตรงทางด้านเนื้อหา ในปี 1988 จาโลวีกได้ทำการพัฒนา และตรวจสอบ คุณภาพของเครื่องมืออีกครั้ง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น ประกอบด้วยผู้ป่วย 790 คน ซึ่งมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่ล้างไต โรคหัวใจ แท้งบุตร ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการไม่รุนแรง ผู้ที่ให้สารอาหารเข้าทางหลอดเลือดที่บ้าน ผู้ป่วยลมชัก ผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ป่วยเบาหวาน พยาบาล 353 คน ซึ่งเป็นพยาบาลผู้ป่วยหนัก ห้องฉุกเฉิน พยาบาลประจำการในหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจำนวน 133 คน นักศึกษาปริญญาโท 124 คน และครั้งนี้ได้แบ่งการเผชิญความเครียดออกเป็น 3 วิธี แต่มีข้อคำถามลดลงเหลือ 36 ข้อ วิธีการเผชิญความเครียดที่เพิ่มมาคือวิธีการเผชิญความเครียดแบบบรรเทาความเครียด เป็นวิธีการเผชิญความเครียดโดยการเลือกรับรู้ปัญหา เครื่องมือได้ผ่านการทดลองโดยใช้สถิติขั้นสูง (LISREL VI Statistic Program) ซึ่งสามารถใช้เปรียบเทียบปัจจัยรายด้าน

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดของ จาโลวีก และเพาเวอร์ (Jalowiec & Powers, 1984) นี้มาใช้ประเมินพฤติกรรมการเผชิญความเครียดซึ่งแบ่งวิธีการเผชิญความเครียดเป็น 3 ด้าน ได้แก่ วิธีการเผชิญความเครียดด้านเผชิญปัญหา ด้านการแสดงออกทางอารมณ์ และด้านบรรเทาความเครียด กับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นหญิงวัยหลังหมดระดูเนื่องจากสอดคล้องกับกรอบแนวคิดทฤษฎีของการวิจัย และมีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียด และพฤติกรรมการเผชิญความเครียด

เมื่อเกิดความเครียดบุคคลจะเลือกใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่มีความเป็นอิสระแตกต่างกันในการที่บุคคลจะจัดการกับความเครียดได้ประสบผลสำเร็จหรือไม่เพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆดังนี้ คือ (Lazarus & Folkman, 1984 ; สมจิต หนูเจริญกุล, 2538)

1. ลักษณะเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นในทันทีทันใด หรือค่อยเป็นค่อยไป ระดับความรุนแรงของสถานการณ์ ระยะเวลาที่เกิด และเป็นเหตุการณ์เพียงเรื่องเดียวหรือหลายเหตุการณ์พร้อมกันโดยทั้งหมดจะมีผลต่อการรับรู้ของบุคคลและทำให้การเผชิญความเครียดแตกต่างกัน ผู้วิจัยนำปัจจัยระยะเวลาที่หมดระดู ศึกษาความสัมพันธ์กับการรับรู้การผิดปกติจากภาวะพร่องฮอร์โมน ความเครียดจากอาการผิดปกติจากภาวะพร่องฮอร์โมน และ

พฤติกรรมการเผชิญความเครียดของหญิงวัยหลังหมดระดู และปัจจัยการรับรู้อาการผิดปกติจากภาวะพร่องฮอร์โมนมาศึกษาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของหญิงวัยหลังหมดระดู จากการศึกษาแนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า

ระยะเวลาที่มีอาการผิดปกติจากภาวะพร่องฮอร์โมน หมายถึง จำนวนระยะเวลาที่หมดระดูอย่างถาวรอย่างน้อย 1 ปี ซึ่งระยะเวลาที่ผ่านพ้นไปเมื่อเกิดการเจ็บป่วยที่ยาวนานก่อให้เกิดความเครียดที่รุนแรงมากขึ้นมีผลต่อพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของบุคคล (ปองลดา พรหมจันทร์, 2542) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าระยะเวลาของการเป็นโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด เช่น การศึกษาของ บัทมา คูปตจิต (2533) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์ สัมพันธภาพในคู่สมรสกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังได้รับการตัดเต้านม ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่าระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเต้านมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด ด้านการเผชิญปัญหา และมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการแสดงออกทางอารมณ์ แต่การศึกษาของ สายนาท พลไชโย (2543) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกในโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคตะวันออก กลุ่มตัวอย่าง 130 รายพบว่าระยะเวลาของการเป็นอัมพาตครึ่งซีกไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของ ปราณีย์ เสนีย์ (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเหนือตนเอง พฤติกรรมการเผชิญความเครียดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะสุดท้าย จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 รายผลการศึกษาพบว่าระยะเวลาที่เจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด

จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่หมดระดูกับความเครียด และพฤติกรรมการเผชิญความเครียด พบว่ามีทั้งมีความสัมพันธ์ และไม่มี ความสัมพันธ์กัน ดังนั้นระยะเวลาที่มีอาการผิดปกติ จึงเป็นตัวแปรหนึ่งที่น่าจะนำมาศึกษาว่ามีความสัมพันธ์กับความเครียด และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของหญิงวัยหลังหมดระดู

การรับรู้อาการผิดปกติจากภาวะพร่องฮอร์โมน เป็นการรับรู้ถึงระดับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจากภาวะพร่องฮอร์โมนของหญิงวัยหลังหมดระดูทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ซึ่งถ้าบุคคลมีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมาก จะทำให้เกิดความวิตกกังวลมาก ความรู้สึกวิตกกังวลจะส่งผลต่อการจะเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียด (ปองลดา พรหมจันทร์, 2541) ดังการศึกษาของ ทิพมาส ชินวงศ์ (2541) ศึกษาการรับรู้ และการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอด ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง 50 ราย พบว่าระดับอาการของโรคมะเร็งปอดมีความสัมพันธ์

กับพฤติกรรมการเผชิญปัญหา และจากการศึกษาของมวงคล จิตรวัฒนากร (2539) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยเปลี่ยน (วัยหมดระดู) ศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 209 ราย พบว่าระดับอาการผิดปกติจากภาวะพร่องฮอร์โมนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความเครียดในระดับรุนแรง และยาวนานไม่ได้รับการแก้ไข ซึ่งระดับความเครียดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการรับรู้อาการผิดปกติกับความเครียด และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดพบว่ามีความสัมพันธ์กันจึงน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากอาการผิดปกติ และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของหญิงวัยหลังหมดระดู

2. ประสบการณ์ในอดีต บุคคลจะนำการเผชิญความเครียดรูปแบบเดิมที่เคยใช้ได้ผลมาจัดการกับปัญหา ซึ่งถ้าไม่ประสบผลสำเร็จก็จะหาวิธีใหม่ (Ignatavicius & Bayne, 1991) ในขณะเดียวกันประสบการณ์ในอดีตจะเพิ่มความทนต่อความเครียดให้กับบุคคลด้วย (Roberts & Power, 1987) การศึกษานี้ไม่ได้นำปัจจัยนี้มาศึกษาเพราะกลุ่มตัวอย่างไม่มีประสบการณ์ในการเข้าสู่วัยหลังหมดระดูมาก่อน

3. ระดับการศึกษา ผู้วิจัยนำปัจจัยระดับการศึกษามาศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้อาการผิดปกติจากภาวะพร่องฮอร์โมน ความเครียดจากอาการผิดปกติจากภาวะพร่องฮอร์โมน และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของหญิงวัยหลังหมดระดูพบว่า ระดับการศึกษาของบุคคลมีผลการรับรู้ การแปลข้อมูล การวิเคราะห์ปัญหา และหาทางเลือกในการแก้ปัญหา โดยใช้การเรียนรู้จากประสบการณ์ผู้ที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่าจะมีความเข้าใจ รู้จักลำดับความสำคัญของปัญหา แสวงหาแหล่งประโยชน์ และทรัพยากรในการเผชิญความเครียดได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย (Maddi Kobasa อ้างถึงใน ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงษ์, 2540) และยังทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองสามารถตัดสินใจได้อย่างมีเหตุผล โดยการใช้ประสบการณ์ในอดีต และวิธีการที่ประสบความสำเร็จแล้วมาใช้ในการแก้ปัญหาในปัจจุบันได้ บุคคลที่มีการศึกษาต่ำจะมีข้อจำกัดในการนำข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับมาแก้ไขปัญา หรือป้องกันกาเกิดปัญหาซ้ำอีก (Jalowiec & Power, 1980) บุคคลที่มีการศึกษาจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล ชักถามปัญหาต่าง ๆ ที่สงสัย และไม่เข้าใจในสิ่งที่ต้องเรียนรู้ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ดังนั้นผู้ที่มีการศึกษาสูงจะสามารถรับรู้ และทำความเข้าใจในสิ่งที่ต้องเรียนรู้ได้ดีกว่า รวมทั้งเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ถูกต้องมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย การศึกษาช่วยให้บุคคลมีความรู้ ซึ่งจะใช้ในการพิจารณาสิ่งที่คุกคามตนเองได้อย่างถูกต้อง สามารถแยกได้ว่าอะไรคือ ปัจจัยที่ช่วยบรรเทาสิ่งที่คุกคาม และสามารถเลือกใช้แหล่งประโยชน์ได้อย่างถูกต้อง (Muhlenkamp & Selye, 1986) จากการศึกษานี้ของ ประหยัด ประภาพรหม (2539)

ศึกษาการรับรู้ที่ไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 370 ราย พบว่าระดับการศึกษาของญาติผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านเผชิญปัญหา และมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการแสดงออกทางอารมณ์ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญดี ศรีสุวรรณกุล (2542) ศึกษาการเผชิญความเครียดจากความรู้สึกไม่แน่นอนในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 รายพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญปัญหา และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้านจัดการกับอารมณ์และด้านบรรเทาความเครียด

ในทางตรงกันข้ามมีการศึกษาที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดดังการศึกษาของ สายนาท พลไชโย (2543) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกในโรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในกลุ่มตัวอย่าง 130 คน พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของ ปัทมา คุปตลิต (2533) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์สัมพันธ์ภาพในคู่สมรสกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังได้รับการตัดเต้านมพบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด

จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับความเครียดพฤติกรรมการเผชิญความเครียด พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านเผชิญปัญหา และไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านนั้นระดับการศึกษาจึงเป็นตัวแปรหนึ่งที่น่าจะนำมาศึกษาว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของหญิงวัยหลังหมดระดู

4. อายุ อายุที่เพิ่มมากขึ้นจะช่วยให้มีความรอบครอบในการพิจารณา และมีประสบการณ์ในการจัดการกับความเครียด

การศึกษานี้ไม่ได้นำปัจจัยอายุมาศึกษาเพราะเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุใกล้เคียงกันคือเป็นหญิงวัยหลังหมดระดู ระหว่างอายุ 45-59 ปี

5. ภาวะสุขภาพ และพลังงานในร่างกาย บุคคลที่มีสุขภาพแข็งแรงจะมีความสามารถในการเผชิญความเครียดได้ดีกว่าบุคคลที่มีสุขภาพอ่อนแอ

การศึกษานี้ได้นำปัจจัยภาวะสุขภาพมาเป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ามาศึกษาเพราะผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ จากโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคระบบหลอดเลือด

และหัวใจ โรคหอบหืด จากโรคเหล่านี้มีบางอาการมีอาการเหมือนกับอาการผิดปกติที่เกิดจากการพร่องฮอร์โมน ไม่สามารถแยกอาการเหล่านี้จากกลุ่มตัวอย่างได้ชัดเจนจึงไม่ศึกษาหญิงวัยหลังหมดระดูที่มีปัญหาสุขภาพ

6. ทักษะในการแก้ปัญหา เป็นความสามารถในการนำเอาความรู้ ประสบการณ์มาใช้ในการเผชิญความเครียดทักษะทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการทำหน้าที่ หรือบทบาทในสังคม เช่น การขอความร่วมมือจากบุคคลอื่น ทำให้สะดวกต่อการจัดการกับปัญหา และทักษะทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการทำหน้าที่ หรือบทบาทในสังคม เช่น การขอความร่วมมือจากบุคคลอื่น ทำให้สะดวกต่อการจัดการกับปัญหา

การศึกษานี้ไม่ได้นำปัจจัยเรื่องทักษะในการแก้ปัญหามาศึกษาเพราะเป็นความสามารถเฉพาะของแต่ละบุคคล

7. แหล่งประโยชน์ทางวัตถุ ได้แก่ เงิน สิ่งของ แหล่งอำนวยความสะดวก หากแหล่งประโยชน์มีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลมีทางเลือก และพร้อมที่จะเผชิญความเครียด ผู้วิจัยนำปัจจัยรายได้มาศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การผิดปกติจากภาวะพร่องฮอร์โมน ความเครียดจากอาการผิดปกติจากภาวะพร่องฮอร์โมน และพฤติกรรมการเผชิญความเครียด จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า

รายได้ เป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของหญิงวัยหลังหมดระดู รายได้เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของหญิงวัยหลังหมดระดู ในปัจจุบัน หญิงวัยหลังหมดระดูที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกให้การเผชิญความเครียดได้โดยสะดวก และไม่กังวลอยู่กับเรื่องค่ารักษาพยาบาลค่าใช้จ่าย ๆ และอนาคตของครอบครัวซึ่งทรัพย์สินเงินทองเป็นแหล่งประโยชน์ที่เอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น (Lazarus & Folkman, 1984) ความมั่นคงแน่นอนทางการเงินจะเป็นแหล่งสนับสนุนสำคัญที่จะทำให้มีความพร้อมที่จะเผชิญความเครียดได้ ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีย่อมมีโอกาสแสวงหาแหล่งประโยชน์ใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ จากสังคมเพื่อจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นโดยส่งเสริมให้บุคคลแสดงออกถึงคุณค่าในสิ่งที่ตนเองกระทำอยู่ และมีความตั้งใจจริงในการควบคุมสถานการณ์ที่ตนเองเผชิญอยู่ (ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงษ์, 2540) ดังการศึกษาของ สายนาท พลไชโย (2543) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกในโรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 รายพบรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของ พรหมณี อุ่นประดับ (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าใน

ตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 ราย ผลการศึกษาพบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทาง บวกกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดแต่การศึกษาของ วราภรณ์ นาครรัตน์ (2533) ศึกษาความ สัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมการเผชิญความเครียดผู้ป่วยโรคหัวใจ ศึกษากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 150 รายพบว่ารายได้ของครอบครัวต่างกันมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดไม่แตกต่างกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับความเครียด และพฤติกรรมการเผชิญความเครียด พบว่ามีความสัมพันธ์กันทางบวก และไม่มีความสัมพันธ์กัน ดังนั้นรายได้จึงเป็นตัวแปรหนึ่งที่น่านำมาศึกษาว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญ ความเครียดของหญิงวัยหมดประจำตัว

8. ค่านิยม และความเชื่อ ความเชื่อในทางที่ดีทำให้บุคคลเกิดความหวัง และมีความ พยายามที่จะต่อสู้หรือเผชิญความเครียดได้

จากการศึกษานี้ไม่ได้นำปัจจัยค่านิยม และความเชื่อมาศึกษาเพราะหญิงวัยหลังหมดประจำ ตัวยังไม่มี ความเชื่อ และค่านิยมจากประสบการณ์การเข้าสู่วัยหมดประจำตัว

9. แรงสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพในครอบครัว ผู้วิจัยนำปัจจัยการ สนับสนุนทางสังคมมาศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อาการผิดปกติจากภาวะพร่องฮอร์โมน ความเครียดจากอาการผิดปกติจากภาวะพร่องฮอร์โมน และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของ หญิงวัยหลังหมดประจำตัวจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การสนับสนุนทาง สังคม เป็นปัจจัยที่มีบทบาทต่อพฤติกรรมและสุขภาพของมนุษย์ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ การ ป้องกันโรคการส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งแนวคิด การสนับสนุนทางสังคมนั้นมีผู้ให้ความสนใจศึกษากันอย่างแพร่หลายทั้ง นักมนุษยวิทยา และนัก สังคมสงเคราะห์ การสนับสนุนทางสังคมถูกมองไปหลายแนวคิดหลายประเด็นที่คล้ายคลึงกัน หรือ แตกต่างกันไปตามแนวคิดการศึกษาของผู้ศึกษา เช่น คอบบี้ (Cobb, 1976) ให้ความหมาย การสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า เป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตนเองเชื่อว่ามีบุคคลให้ความรัก ให้ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า และยกย่องตัวเขา นอกจากนี้ตัวเขาเองรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน โดยจำแนกการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประการคือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) ได้แก่ ข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า บุคคลให้การดูแล และให้ความรัก

2. การสนับสนุนด้านคุณค่า (esteem support) ได้แก่ ข้อมูลที่ทำให้บุคคลเห็นคุณค่าและมีคุณค่าต่อผู้อื่น

3. การสนับสนุนด้านเครือข่าย (network support) ได้แก่ ข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

แคปแลน (kaplan, 1974) มองการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นแหล่งประโยชน์ หรือเป็นแนวต้านทานความเครียด ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ที่จะช่วยส่งเสริมให้มีการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้บุคคลเผชิญภาวะวิกฤตได้ง่ายขึ้น ทำให้ภาวะวิกฤติลดความรุนแรงไป แคปแลน (kaplan, 1974) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 แนวคือ

1. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความพึงพอใจต่อความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมในแต่ละคน เช่น การยกย่อง การให้ความช่วยเหลือ การได้รับความเห็นใจซึ่งได้รับการติดต่อสัมพันธ์กับคนในกลุ่มสังคม

2. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ที่บุคคลนั้นสามารถจะได้รับจากกลุ่มสังคมที่ให้การสนับสนุน คือ บุคคลที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น

เฮาส์ (House, 1981 cited in Brown, 1986) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วย

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) หมายถึงการช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลให้ความรักความห่วงใย ความเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ กำลังใจ ความมั่นใจว่าเป็นผู้สามารถพึ่งพาและไว้วางใจได้ และเห็นคุณค่าตลอดจนให้การยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

2. การสนับสนุนด้านการประเมิน (appraisal support) หมายถึง การช่วยเหลือที่จะทำให้บุคคลมีการประเมินตนเองหรือเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในสังคม เพื่อให้เกิดความเข้าใจว่ามีผู้ที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกันที่สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และความรู้สึกซึ่งกันและกันได้ และทราบว่าพฤติกรรมของตนอยู่เหนือหรือต่ำกว่ามาตรฐานในสังคมนั้น ๆ ได้แก่ การให้การรับรอง การเห็นชอบที่เหมาะสมหรือถูกต้องในพฤติกรรมของผู้อื่น หรือการให้ข้อมูลเพื่อประเมินตนเองหรือเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น

3. การสนับสนุนด้านข่าวสาร (information support) หมายถึง การช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสาร ซึ่งจะนำไปใช้ในการแก้ปัญหาและการปฏิบัติได้ ได้แก่ การให้คำแนะนำ ให้ข้อเสนอแนะ ให้ข้อมูล และการชี้แนวทางในการปฏิบัติ

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrumental support) หมายถึง การให้การช่วยเหลือโดยตรงด้านสิ่งของ เงิน แรงงาน เวลา และการปรับสภาพแวดล้อม

เชฟเฟอร์ และลาซารัส (Schacfer & Lazarus, 1982 cited in Lazarus & Folkman, 1984) แบ่งแรงสนับสนุนออกเป็น 3 ด้านคือ

1. การสนับสนุนทางสังคม (emotional support) เป็นความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ การให้กำลังใจ การแสดงความรักความผูกพันที่ดีต่อกับ การยอมรับนับถือ และเห็นคุณค่าระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้อง

2. การสนับสนุนด้านข้อมูล (informational support) เป็นการให้ข้อมูล การตักเตือน การให้คำปรึกษาที่สามารถนำไปแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น หรือการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรม และการกระทำของบุคคล

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ หรือบริการ (tangible support) เป็นการช่วยเหลือโดยตรง หรือ สิ่งของ เวลา เงิน หรือ บริการ

บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ (2535) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม สรุปความหมายในเชิงพฤติกรรมศาสตร์ กล่าวถึงหลักสำคัญดังนี้ การให้การสนับสนุนทางสังคม จะประกอบไปด้วยองค์ประกอบที่สำคัญดังนี้

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้ และผู้รับการสนับสนุน

2. ลักษณะของการติดต่อสื่อสารนั้นจะประกอบไปด้วย

2.1 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะที่ ผู้รับ เชื่อมั่นว่ามีคนเอาใจใส่ มีความรักความหวังดี ต่อดนอย่างจริงใจ

2.2 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะที่ ผู้รับ รู้สึกว่าตนเองมีค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม

2.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะที่ ผู้รับ เชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมสามารถทำประโยชน์ให้กับสังคมได้

3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคม อาจอยู่ในรูปของข่าวสาร วัตถุสิ่งของหรือด้านจิตใจ

4. จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่ต้องการ

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความเห็นอกเห็นใจ ความเอาใจใส่ ให้กำลังใจ ยอมรับ และให้ความช่วยเหลือประคับประคองในด้านต่าง ๆ เช่น การให้คำแนะนำ การให้สิ่งของเงินทอง เวลา และแรงงาน เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายที่ต้องการได้อย่างเหมาะสม

แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากบุคคลต้องมีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมตลอดชีวิต ซึ่งมีลักษณะเครือข่ายที่ต้องพึ่งพาอาศัยกัน เพื่อให้ประสบความสำเร็จในการทำหน้าที่ตามบทบาท ในการดำรงชีวิตประจำวัน และในการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต แหล่งของการสนับสนุนทางสังคมเป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญต่อชนิด และปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ เนื่องจากชนิดของการสนับสนุนทางสังคมเปลี่ยนแปลงตามแหล่งที่ให้ นอกจากนี้ยังสามารถบอกถึงเครือข่ายทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดปริมาณการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับด้วย

แคปแลน (Kaplan, 1974) ได้แบ่งกลุ่มคนในแหล่งสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ

1. กลุ่มผู้มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (spontaneous or natural support) ประกอบด้วยกลุ่มบุคคล 2 ประเภท คือ ประเภทหนึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง (kin) ได้แก่ คู่สมรส และครอบครัว เช่น พ่อแม่ และญาติพี่น้องซึ่งให้ความผูกพันทางจิต อารมณ์ มีความรักกันอย่างแน่นแฟ้น และให้ความช่วยเหลือกันอย่างจริงใจ อีกประการหนึ่ง ได้แก่ ครอบครัวใกล้ชิด (kith) ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน ผู้รู้จักคุ้นเคย และเพื่อนที่ทำงานเดียวกัน

2. องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุน (organized support not by caregiving professional) หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มารวมกันเป็นหน่วย เป็นชมรม สมาคม อย่างเป็นทางการแบบโดยใช้วัตถุประสงค์ร่วมกัน หรือเป็นกลุ่มที่เกิดขึ้นโดยมีองค์กรของรัฐเป็นผู้ให้การสนับสนุน องค์กรลักษณะนี้ได้แก่ สมาคมผู้สูงอายุ องค์กรศาสนา สมาคมแพทย์แผนโบราณ

3. กลุ่มผู้ช่วยเหลือทางวิชาชีพสุขภาพ (professional health care workers) หมายถึง กลุ่มบุคคลที่อยู่ในองค์กรวิชาชีพ ซึ่งให้การส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชน เช่น แพทย์ พยาบาล เป็นต้น

เฮาส์ (House, 1981 cited in Cohen & Syne, 1985) ได้แบ่งกลุ่มของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 กลุ่มตามลักษณะความสัมพันธ์ คือ

1. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ (informal) หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น โดยจะมีการติดต่อสัมพันธ์กันตามธรรมชาติ มีความผูกพันใกล้ชิดกัน และมีความสัมพันธ์กันมาก เช่น คู่สมรส ญาติพี่น้อง เพื่อน

2. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันอย่างเป็นทางการ (formal) หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือผู้อื่นที่มีการติดต่อกันด้วยเหตุผลบางอย่าง โดยเกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงาน เช่น กลุ่มช่วยเหลือทางวิชาชีพ ซึ่งเป็นกลุ่มที่อยู่ในวงการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนโดยอาชีพ

ในการศึกษานี้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของหญิงวัยหลังหมดระดูตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) เนื่องจากครอบคลุมทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของหญิงวัยหมดระดูซึ่งหญิงวัยหมดระดูที่มีอาการผิดปกตินั้นจะได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และจิตใจเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศทำให้หญิงวัยหมดระดูมีความไม่สุขสบายกาย และอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่ายก่อให้เกิดปัญหาความไม่เข้าใจภายในครอบครัวทำให้สัมพันธ์ภาพในครอบครัว และสังคมเปลี่ยนแปลงไปทำให้หญิงวัยหลังหมดระดูต้องประสบภาวะเครียด หญิงวัยหลังหมดระดูจึงควรได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างมาก ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) จะวัดการรับรู้ความพึงพอใจในสัมพันธ์ภาพอื่นจะนำไปสู่การได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสมแบบวัดนี้ได้รวมเนื้อหาสาระของการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมครอบคลุมตามแนวคิดของลาซารัส และฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) จากงานวิจัยนี้ได้ใช้แนวคิดนี้สำหรับประเมินการสนับสนุนทางสังคมมีความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดี ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดนี้มาเป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (emotional support) หญิงวัยหลังหมดระดูไม่เพียงแต่จะมีอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเท่านั้นแต่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจจากการพร่องของฮอร์โมน ซึ่งทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ และจิตใจง่าย เกิดความหงุดหงิด รู้สึกเหมือนอยู่คนเดียว ซึมเศร้า เหมือนขาดพลัง วิตกกังวล ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่หญิงวัยหลังหมดระดูควรต้องได้รับการประคับประคองทางด้านอารมณ์ ปลอดภัย ได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ระบายความคับข้องใจ ความวิตกกังวลต่าง ๆ กับบุคคลใกล้ชิด และไว้วางใจได้ ช่วยไม่ให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ช่วยบรรเทาภาวะคุกคามทางจิตใจลง เกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง (Thompson et al., 1989)

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (informational support) เป็นการได้รับข้อมูลที่เป็นจริง ข้อมูลเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับหญิงวัยหลังหมดระดูอย่างมาก เช่น แนวทางการปฏิบัติตน ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย รวมทั้งคำแนะนำต่างๆ ที่หญิงวัยหลังหมดระดูควรได้รับอย่างถูกต้อง การได้รับข้อมูลที่ถูกต้องทำให้หญิงวัยหลังหมดระดูสามารถที่จะนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งข้อมูลหรือคำแนะนำที่เป็นจริงถูกต้องนี้จะได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ การสนับสนุนทางสังคมโดยให้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ จะทำให้บุคคลสามารถเผชิญความเครียดได้ดี ทำให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เปลี่ยนแปลงวิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม

3. การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร (instrumental support) เป็นการได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับวัสดุ สิ่งของ เงินทอง แรงงาน การให้เวลา และการบริการต่าง ๆ ตลอดจนการจัดสภาพแวดล้อม เนื่องจากหญิงวัยหมดระดูที่มีอาการผิดปกติจาภาวะพร่องฮอร์โมนทำให้ร่างกายทำให้ต้องไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลบ่อย ๆ และจิตใจมีการเปลี่ยนแปลง มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ฉะนั้นหญิงวัยหลังหมดระดูต้องได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน และเข้าใจจากสมาชิกในครอบครัวอย่างเพียงพอ การได้รับการสนับสนุนที่เพียงพอจะมีผลต่อพฤติกรรมและการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม

4. การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ (appraisal support) เป็นการช่วยเหลือให้หญิงวัยหลังหมดระดู เข้าใจเหตุการณ์ และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตน โดยการประเมินตนเอง และการเปรียบเทียบกับหญิงวัยหลังหมดระดูอื่น ๆ เป็นการให้การยอมรับ และเห็นด้วยในความคิด หรือการกระทำที่ถูกต้อง ยกย่อง ชมเชย จะทำให้หญิงวัยหลังหมดระดูรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสามารถ เป็นที่ต้องการของบุคคลใกล้ชิด เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น จะทำให้บุคคลสามารถเผชิญความเครียดได้สำเร็จ

งานวิจัยนี้ใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) แปลโดย สายนาท พลไชโย (2541)

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความเครียด และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์กันเป็นส่วนใหญ่ เช่น การศึกษาของ เพ็ญจันทร์ เสรีวัฒนา (2541) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยเบาหวาน ศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 116 ราย ผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ นาครัตน์ (2533) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคหัวใจ ศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 ราย ผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านเผชิญปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของ สายนาท พลไชโย (2541) ศึกษาผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกในโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคตะวันออกเฉียงใต้ ศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 รายพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านเผชิญปัญหา และมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการแสดงออกทางอารมณ์ และจากการศึกษาของ พรณี ชื่นประดับ (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 ราย ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญปัญหา และมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการแสดงออกทางอารมณ์ แต่การศึกษาของซีพัลเวดา และเซ็ง (Sepulveda & Chang, 1994) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุจากโรคหลอดเลือดสมองที่ไร้ความสามารถในชุมชน ศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 75 ราย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้เครือข่ายในสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความเครียด และพฤติกรรมการเผชิญความเครียด พบว่ามีความสัมพันธ์กันทางบวก และ ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดจะเห็นว่า พฤติกรรมการเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการคิดหรือการกระทำของบุคคล ซึ่งมีการปรับเปลี่ยนอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมบรรเทา หรือบริหารจัดการความรู้สึกหรือความเครียด ซึ่งจะกระทำหลังจากการประเมินสถานการณ์แล้วว่าเป็นความเครียด การประเมินสถานการณ์เป็นกระบวนการทางความคิด และมีความสำคัญในการกำหนดรูปแบบพฤติกรรมการเผชิญความเครียด ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละคน และจะประสบความสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาหมดระดู การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียด และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของหญิงวัยหลังหมดระดู