

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มโนทัศน์ของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นสภาวะทางด้านอารมณ์ของบุคคล เป็นอารมณ์ที่ก่อให้เกิดความไม่สบายใจ แต่ก็ยังเป็นสิ่งปกติที่พบในชีวิตของคนทุกคน ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันเป็นแหล่งของพลังงาน ที่กระตุ้นให้เรา มีพลังในการต่อสู้เพื่อดำรงชีวิต เป็นตัวกระตุ้นให้เราคิดวางแผนเพื่อหาทางเอาชนะอุปสรรคที่มาขัดขวาง และมีส่วนช่วยในการเจริญเติบโต และพัฒนาด้านร่างกายและจิตใจ แต่ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้สัดส่วนกับตัวกระตุ้น มีสาเหตุเพียงเล็กน้อยก็ตื่นกลัว และตอบสนองเกินขอบเขต หรือเกิดขึ้นโดยไม่มีสาเหตุเด่นชัดมีลักษณะเรื้อรัง ทำให้บุคคลนั้นอยู่ในภาวะตึงเครียดตลอดเวลา

มีผู้ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ หลายท่านได้แก่

ซุง (Zung, 1971) กล่าวว่า ความวิตกกังวล อาจเป็นเพียงระดับความรู้สึกจากภายใน ช่วงระยะเวลาสั้น ๆ ของบุคคล เช่น รู้สึกกระวนกระวายใจเล็กน้อย ไปจนกระทั่งถึงระดับที่มีความผิดปกติ ซึ่งประกอบไปด้วยกลุ่มลักษณะของอาการ และอาการแสดงของสภาพปัจจุบัน ซึ่งสามารถวัดเป็นปริมาณความหนาแน่นของความวิตกกังวลได้

สไปล์เบอร์เกอร์ (Spielberger, 1966) อธิบายเกี่ยวกับความวิตกกังวลว่าเป็นผลมาจากการคิดประเมินสภาพการณต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ว่าทำให้เกิดอันตรายกับบุคคลมากน้อยเพียงใด ความแตกต่างในการคิดประเมินขึ้นอยู่กับ การรับรู้กระบวนการคิดประเมินของแต่ละบุคคล ในสถานการณ์หนึ่งบางคนอาจจะประเมินว่าเป็นอันตรายอย่างรุนแรงสำหรับตนเอง ก็จะมีปฏิกิริยาตอบสนองอย่างรุนแรงเท่าๆ กับที่รู้สึก ซึ่งจะออกมาในลักษณะที่เกินกว่าความเป็นจริงจนรู้สึกช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และสิ้นหวังไปหมด ส่วนอีกคนหนึ่งอาจมีปฏิกิริยาตอบสนองไม่รุนแรง เนื่องจากเขาประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมิได้มีความหมายเป็นอันตรายรุนแรงต่อเขามากนัก

ฟิลลิป มาร์ติน และเมย์เออร์ (Phillips, Martin and Mayers, 1972) เชื่อว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของบุคคล เขาอธิบายว่า เมื่อบุคคลได้รับการคุกคามจากสิ่งแวดล้อม ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะอยู่ในระบบรับความรู้สึก ซึ่งเป็นกลไกทางสรีระ ส่งผ่านไปสู่การรับรู้ โดยที่ประสบการณ์นั้นจะถูกแปรไปเป็นภาพพจน์และจินตนาการต่าง ๆ และในที่สุดความวิตกกังวลก็จะผสมผสานกัน ระหว่างการสร้างสัญลักษณ์และการให้ความหมาย ซึ่งเกิดจากกระบวนการทางความคิดแสดงออกในเชิงลบ เช่น การถอยหนีและมีแนวโน้มที่จะเกิดกลวิธีป้องกันตนเองในรูปแบบต่าง ๆ

อิงลิช (English and English, 1958) : อ้างถึงในชมชื่น สมประเสริฐ, 2526) ให้ความหมายของความวิตกกังวล ไว้อย่างละเอียด ซึ่งอาจสรุปเป็นข้อ ๆ ได้ดังนี้

1. ความวิตกกังวล เป็นภาวะของความไม่สบายใจอันเนื่องมาจาก ความปรารถนาอันแรงกล้าและแรงขับ ไม่อาจไปถึงเป้าหมายที่ต้องการได้
2. ความวิตกกังวล หมายถึง ความกลัวอันว่าวุ่น สับสน ว่าอาจมีสิ่งที่ไม่เลวร้ายเกิดขึ้นในอนาคต
3. ความวิตกกังวล หมายถึง ความกลัวที่ต่อเนื่อง ซึ่งอาจสังเกตเห็นได้ แต่อยู่ในระดับต่ำ
4. ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกว่าตนเองถูกขู่เข็ญ ซึ่งเป็นการขู่เข็ญที่น่ากลัวโดยที่บุคคลนั้นก็ไม่อาจบอกได้ว่า สิ่งที่เขาารู้สึกว่ามาขู่เข็ญเขานั้นคืออะไร

ตาม DSM-III-R ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ ผู้ป่วยมักจะมีอาการแสดงของกล้ามเนื้อตึงเครียดเรื้อรัง, ความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ เช่นมีเหงื่อออก, เวียนศีรษะ, มีความผิดปกติของกระเพาะ และลำไส้, บัสสาวะบ่อยและอัตราการเต้นของชีพจรจะสูงขึ้น มีความรู้สึกหวาดหวั่น ซึ่งเป็นผลมาจากความกังวล หงุดหงิด คิดซ้ำ ๆ คาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะเกิดสิ่งร้ายแรง, ตกใจง่าย และมีความระวิงระไวมากขึ้น

สำหรับในประเทศไทย ได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับเรื่องของความวิตกกังวล และได้ให้ความหมายไว้ ดังนี้คือ

ความวิตกกังวล เป็นสภาวะทางอารมณ์ที่ซับซ้อน ประกอบด้วยความรู้สึก หดหู่ หวาดกลัว และวิตกกังวล โดยไม่ได้สัดส่วนกับสิ่งเร้าหรือเหตุที่ทำให้เกิดความรู้สึกดังกล่าว และยังมีอาการทางสรีรวิทยาของร่างกายเกิดร่วมอีกด้วย เช่น ใจสั่น มือสั่น เหงื่อออก นอนไม่หลับ (พยอม อิงคตานุวัฒน์, 2525)

เจริญ สมวงษ์ศิริ (2523) ให้ความหมายว่า ความวิตกกังวลเป็นสภาวะของจิตใจมีลักษณะเป็นความรู้สึกที่ไม่สบายใจ รู้สึกว่าจะมีสิ่งเลวร้าย หรืออันตรายเกิดขึ้น โดยบอกสาเหตุไม่ได้ อาจมีความรู้สึกกลัวรวมอยู่ด้วย และทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย และพฤติกรรม

จำลอง ดิษยวณิช (2522) อธิบายความวิตกกังวลว่า คือ ความไม่สบายใจ กระวนกระวาย ความหวาดหวั่นหรือความพรึ่นพริ้ง ความวิตกกังวลมีลักษณะคล้ายกับความกลัว แต่มีข้อแตกต่างว่าความวิตกกังวลมีต้นตอมาจากภายในจิตใจ (Intrapsychic) เป็นเรื่องสำคัญ อาจจะหมายถึงความกลัวที่กรุ่นอยู่ไม่รู้หาย ซึ่งเกิดขึ้นพร้อมกับการคาดหมายถึง การที่จะได้รับผลไม่ดีในอนาคต โดยที่ไม่มีสาเหตุมาจากภายนอก บางครั้งอาจมีอันตราย หรือสาเหตุภายนอก แต่ความกลัวที่เกิดขึ้นนั้นไม่สมส่วน (Disproportionate) กับ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง ส่วนความกลัวที่แท้จริงนั้น จะต้องมียอันตรายภายนอก (External danger) และเกิดขึ้นสมส่วนกับอันตรายนั้น

จากที่กล่าวมาทั้งหมด พอจะสรุปได้ว่า ความวิตกกังวลมีลักษณะเป็น subjective experience ที่คนอื่นไม่อาจล่วงรู้ได้ว่า แท้ที่จริงแล้วผู้ที่ตกอยู่ในภาวะของความวิตกกังวล นั้นมีความรู้สึกอย่างไร แต่อาจคาดคะเนได้โดยอาศัยประสบการณ์เดิมของแต่ละบุคคล ความวิตกกังวล เป็นเสมือนสัญญาณของจิตใจที่บอกให้รู้ว่า เริ่มมีความไม่สมดุลง่ เกิดขึ้นในจิตใจแล้ว ความรู้สึกวิตกกังวลของบุคคลจะมากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้และการคิด ประเมินเหตุการณ์ของแต่ละบุคคล และหากความวิตกกังวลนั้นเกิดขึ้นมากอาจมีอาการทางร่างกายเกิดขึ้นด้วย ได้แก่ ใจสั่น มือสั่น เหงื่อออก เวียนศีรษะ มีความผิดปกติของกระเพาะ และลำไส้ บัสสาวะบ่อย นอนไม่หลับ เป็นต้น

สาเหตุของความวิตกกังวล

1. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theories)

มี 3 ทฤษฎีที่เป็นสาเหตุของความวิตกกังวล ได้แก่ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychological Theories), ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ (Behavioral Theories) และ ทฤษฎีความมีอยู่เป็นอยู่ (Existential Theories)

1.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theories)

จากการศึกษาของ فروยด์ ได้ให้ข้อเสนอว่า ความวิตกกังวลเป็นสัญญาณของ ego ที่แสดงถึงการไม่ยอมรับต่อแรงผลักดันใดๆในระดับจิตสำนึก จึงเกิดการเก็บกดให้เข้าไปอยู่ในระดับจิตใต้สำนึกแทน ความวิตกกังวลจึงเป็นผลจากการเก็บกดนั้น (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์, 2533) แสดงให้เห็นว่า ความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาทางจิตใจที่บอกว่า ego ถูกคุกคาม ซึ่งถ้าความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นจากความวิตกกังวลที่อยู่ในระดับต่ำ ก็จะทำให้เกิดการกระตุ้นอย่างรุนแรง จนกลายเป็นความวิตกกังวลอย่างท่วมท้น (panic attack) (Kaplan and Sadock, 1991) ต่อมา فروยด์ พบว่า ความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาของ ego ต่อแรงขับทางสัญชาตญาณ (instinctual force) ที่มาจาก id ซึ่งหากไม่ได้รับการควบคุมก็จะเป็นอันตรายต่อตนเองได้ ไม่ว่าจะเป็นการถูกล่วงโทษจากสังคมภายนอก หรือจากคุณธรรม (superego) ที่มีอยู่ภายในจิตใจของตน ความวิตกกังวลจึงเกิดจาก ego เอง และทำหน้าที่เสมือนเป็นตัวให้สัญญาณว่า กำลังเกิดอันตราย และกระตุ้นให้ ego ได้ใช้การเก็บกด หรือกลไกการป้องกันทางจิตอื่นๆ เพื่อที่จะควบคุมแรงขับและอารมณ์ต่างๆ ดังนั้น ความวิตกกังวลจึงไม่ใช่ผลของการเก็บกด แต่กลายเป็นสาเหตุของการเก็บกด (Kaplan and Sadock, 1989)

1.2 ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ (Behavioral Theories)

ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ หรือ ทฤษฎีการเรียนรู้เกี่ยวกับความวิตกกังวล เป็นที่มาของวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่สุด ในการรักษาความผิดปกติของความวิตกกังวล ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมเฉพาะอย่างที่มีกระตุ้น เช่น ในการเรียนรู้เงื่อนไขแบบคลาสสิก คนที่ไม่เคยแพ้อาหารอะไรเลย เมื่อเกิดการเจ็บป่วยหลังจากได้รับประทานอาหารทะเล ในร้านอาหารที่มีการปนเปื้อนเชื้อโรคเข้าไป หลังจากนั้น จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายทุกครั้งที่ได้รับประทานอาหารทะเล และอาจ generalized ไปเป็นว่า เกิดความไม่ไว้วางใจทุกครั้งที่ได้รับประทานอาหารที่

ผู้อื่นทำ อีกประการหนึ่งที่อาจเป็นสาเหตุของความวิตกกังวล คือ การที่บุคคลเรียนรู้ การตอบสนองต่อความวิตกกังวล โดยเลียนแบบการตอบสนองจากผู้ปกครอง (เป็น social learning theory)

เมื่อไม่นานมานี้ กลุ่มนักทฤษฎีทางพฤติกรรม ได้สนใจแนวคิดทางด้านความนึกคิด และความเข้าใจ (cognitive approach) มากขึ้น ทฤษฎีนี้ได้อธิบายภาวะวิตกกังวลที่ปราศจากความกลัว (nonphobic anxiety states) เช่น อาการ panic attack, free-floating หรือ generalized anxiety ว่าเป็นรูปแบบความคิดที่ผิด (faulty), บิดเบือน (distorted), เป็นความคิดในเชิงลบ (negative) หรือไม่สร้างสรรค์ (counterproductive thinking) ที่เกิดร่วมกับพฤติกรรม หรือ อารมณ์ที่แปรปรวนไป ผู้ป่วยกลุ่มโรคความผิดปกติชนิดวิตกกังวล (Anxiety disorder) มักประเมินอันตราย หรือโอกาสที่ตนเองจะได้รับอันตรายสูงเกินกว่าความเป็นจริง และ ประเมินความสามารถของตนในการต่อสู้กับสิ่งที่มาคุกคามนั้น ต่ำกว่าความเป็นจริงด้วย สำหรับผู้ป่วย Generalized anxiety disorder นั้น จะมีความคิดบิดเบือนไป จะรับรู้และตีความ เหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นว่า มาคุกคามต่อความสุขทางร่างกาย หรือ สังคมของตน (Kaplan and Sadock, 1991)

1.3 ทฤษฎีความมีอยู่เป็นอยู่ (Existential Theories)

ทฤษฎีนี้เป็นรูปแบบที่ดี ในการอธิบายการเกิดความวิตกกังวล ว่าไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่า อะไรคือสิ่งกระตุ้นเฉพาะ ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลแท้จริง ทฤษฎีนี้กล่าวว่า บุคคลที่ตระหนักว่า ชีวิตตนไม่มีความหมาย, รู้สึกว่าจะได้รับความทุกข์ทรมาน จากการยอมรับเรื่องความตายที่ทุกคนหนีไม่พ้น ความวิตกกังวลจึงเกิดจาก การที่บุคคลตอบสนองต่อสิ่งต่างๆที่ยังคงมีอยู่ เป็นอยู่

2. ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theories)

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ได้มีผู้ศึกษาและค้นคว้าเกี่ยวกับ เรื่องประสาท สรีรวิทยา (Neurophysiology), จิตประสาทเอนโดครินวิทยา (Psychoneuroendocrinology) และสรีรวิทยาของโรค Panic disorder เป็นจำนวนมาก ขณะที่การศึกษานเชิงชีววิทยาของโรค Generalized anxiety disorder กลับได้รับความสนใจไม่มากนัก แม้ว่าอาการแสดงทางร่างกายของความวิตกกังวลจะมีความชุกสูง และมีความสำคัญก็ตาม แต่ขณะนี้ยังไม่สามารถบอกสาเหตุทางประสาทสรีรวิทยา และประสาทเคมีของ

โรคนี้ได้เลย (Kaplan and Sadock, 1989) แต่พอจะสรุปปัจจัยทางชีววิทยา ที่เกี่ยวข้องกับ การเกิดควมวิตกกังวลได้ดังนี้ คือ

2.1 พันธุกรรม (Genetic)

ประมาณ 25% ของญาติสายตรง (first-degree relatives) จะได้รับการถ่ายทอดทางพันธุกรรม พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย จากการศึกษาความสัมพันธ์ ของคู่แฝด ในแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน (Monozygotic twin) พบ 50% และแฝดที่เกิด จากไข่คนละใบ (Dizygotic twin) พบ 15% (Kaplan and Sadock, 1991)

2.2 การศึกษาในเชิงประสาทกายวิภาคศาสตร์ (Neuroanatomical considerations) (Kaplan and Sadock, 1991)

- Limbic system ระบบประสาทลิมบิกจะรับ input จาก locus ceruleus และ raphe nuclei ซึ่งจะมีส่วนที่เป็นพื้นที่ ที่จะจับกับ benzodiazepine อยู่ ค่อนข้างมาก ถ้าเกิดการแยกขาดจากกันของ Limbic system และ Temporal cortex จะเป็นผลให้ระดับความกลัว และ ความก้าวร้าวลดลง แต่ถ้ามีการกระตุ้นตรงส่วนนี้ จะทำให้เกิด การแสดงออกของพฤติกรรมหวาดกลัว และ ก้าวร้าว มีการตั้งสมมุติฐานว่า Septohippocampal pathway มีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่ของร่างกาย ในการเกิด ความวิตกกังวล โดย ถ้ามีการกระตุ้นการทำงานจะทำให้เกิดควมวิตกกังวล (Kaplan and Sadock, 1991)

- Cerebral cortex ส่วนหน้าของ cerebral cortex จะอยู่ติด กับ parahippocampal region, the cingulate gyrus และ hypothalamus ดังนั้น จึงมีความสำคัญในการเกิดควมวิตกกังวล บริเวณด้านข้างของ cerebral cortex ก็มี ส่วนเกี่ยวข้องในการเกิดพยาธิสภาพ เมื่อเกิดควมวิตกกังวลด้วยเช่นกัน ความสัมพันธ์นี้เองเป็น พื้นฐานของความเหมือนกัน ในการแสดงออกของอาการ และ เห็นได้จากการตรวจคลื่นไฟฟ้า ของร่างกายในผู้ป่วยที่เป็น Temporal lobe epilepsy และผู้ป่วย Obsessive-compulsive disorder

2.3 สารสื่อประสาท (Neurotransmitters)

พื้นฐานทางด้านประสาทวิทยากับควมวิตกกังวลนั้น มักเกิดจากการ ทดลองในสัตว์ เกี่ยวกับแบบอย่างของพฤติกรรม และ สารที่เป็นตัวกระตุ้นของระบบประสาท ยาคลายกังวล (เช่น benzodiazepines) จะช่วยในการปรับตัวของสัตว์ เมื่อเกิดควมวิตก

กังวลขึ้น ขณะที่ยาอื่นๆ (เช่น amphetamines) จะเป็นตัวทำลายพฤติกรรมตอบสนองของสัตว์ มีสารสื่อประสาท 3 ชนิด ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความวิตกกังวล ได้แก่ norepinephrine, aminobutyric acid (GABA) และ Serotonin (Kaplan and Sadock, 1991)

2.4 ระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic Nervous System)

เมื่อระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้น จะทำให้เกิดการทำงานที่มากขึ้นของระบบหัวใจและหลอดเลือด, ระบบกล้ามเนื้อ, กระเพาะและลำไส้ และระบบหายใจ สิ่งเหล่านี้เป็นอาการที่แสดงถึงการมีความวิตกกังวล ในตอนต้นของศตวรรษที่ 20 Walter Cannon ได้ทดลองโดยนำแมวไปไว้ในที่มีสุนัขเห่าเสียงดัง ปรากฏว่า เกิดการยับยั้งพฤติกรรม และ การแสดงออกทางสรีรวิทยา ที่แสดงถึงความหวาดกลัว ซึ่งเป็นผลมาจากร่างกายมีการหลั่ง epinephrine

จากทฤษฎีของ James-Lange ได้ตั้งสมมุติฐานว่า ความรู้สึกวิตกกังวลของบุคคล เป็นการตอบสนองต่อสิ่งต่างๆรอบตัว ปัจจุบันนี้มีแนวความคิดว่า ความวิตกกังวลที่เกิดจากระบบประสาทส่วนกลาง จะเกิดขึ้นก่อนที่จะมีอาการแสดงออกของความวิตกกังวลตามมา ยกเว้นกรณีที่มีสาเหตุชัดเจน เช่น Pheochromocytoma ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความวิตกกังวลบางราย โดยเฉพาะรายที่มีความวิตกกังวลชนิดท่วมท้น (Panic disorders) ระบบประสาทอัตโนมัติจะยับยั้งการเพิ่มการทำงานของ ระบบประสาทซิมพาเธติก ทำให้เกิดการปรับตัวช้า ต่อสิ่งกระตุ้นซ้ำๆ และ ตอบสนองอย่างมากต่อการกระตุ้นในระดับปานกลาง (Kaplan and Sadock, 1991)

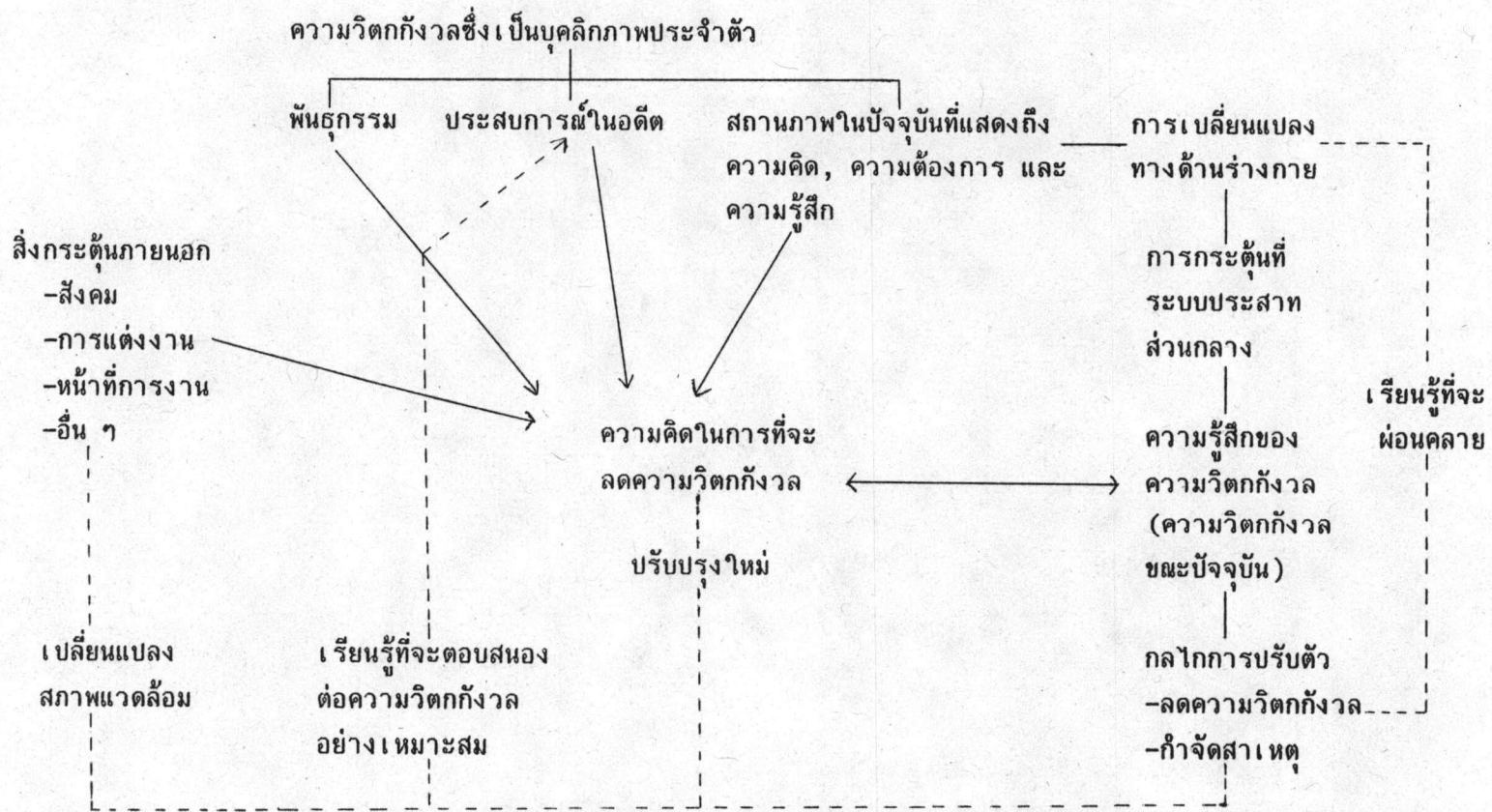
กลไกการเกิดความวิตกกังวล

Lader และ Marks (1971) ได้อธิบายถึงสาเหตุและองค์ประกอบของความวิตกกังวลทั้ง 2 ชนิด ได้แก่ ความวิตกกังวลซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล (Trait anxiety) และความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State anxiety) โดยอาศัยรูปแบบของความวิตกกังวลในภาวะปกติ (A Model of normal anxiety) ที่ได้อธิบายว่า ความวิตกกังวลอาจเกิดขึ้นจากพันธุกรรม ประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมา และสถานการณ์ในปัจจุบัน องค์ประกอบทั้ง 3 นี้ จะมีปฏิกริยาสัมพันธ์ต่อกันทำให้เกิดเป็นความวิตกกังวลที่

เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล (Trait anxiety) ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 3 นี้ จะมีส่วนสัมพันธ์กับเหตุการณ์ภายนอกที่มากระตุ้นด้วย ถ้าเหตุการณ์ภายนอกที่มากระตุ้นนั้นเป็นภาวะที่คุกคามสำหรับบุคคล องค์ประกอบทั้ง 3 นี้ก็จะถูกกระตุ้น และแสดงออกมาให้เห็นโดย

1. ระบบประสาทส่วนกลางถูกกระตุ้นผ่านทาง Reticular formation ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาได้หลายอย่าง เช่น หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออกมาก
2. เกิดความวิตกกังวลที่แสดงออกเห็นชัดเจน (State anxiety) โดยผ่านทางศูนย์ควบคุมอารมณ์ (Limbic system)
3. แสดงออกโดยการใช้กลไกทางจิต (Coping mechanism) เพื่อลดความวิตกกังวลและกำจัดสาเหตุของความวิตกกังวล

เมื่อเกิดการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและอารมณ์ผ่านทางอารมณ์ความรู้สึกทำให้บุคคลตระหนักได้ว่าขณะนี้เขาเกิดความวิตกกังวลขึ้นแล้ว จึงเกิดการพยายามที่จะหาทางเพื่อลดความวิตกกังวลอันนั้น อาจโดยการพยายามเปลี่ยนสถานการณ์ที่เป็นภาวะคุกคามอันนั้น หรือมีปฏิกิริยาตอบโต้ที่เหมาะสมกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล การประเมินความรู้สึกต่อสิ่งเร้าใหม่ เพื่อเปลี่ยนแปลงการรับรู้ให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น หรือในบางครั้งอาจใช้สภาวะทางร่างกายช่วยในการลดความวิตกกังวล เช่น การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งประโยชน์ที่บุคคลจะได้รับจากการประสบความสำเร็จในการเผชิญกับความวิตกกังวลนี้เองจะกลายเป็นประสบการณ์ที่ดีที่จะช่วยให้กับบุคคลนั้น ๆ ได้เกิดการปรับตัวต่อไปในอนาคต



แผนภาพที่ 1 แสดงรูปแบบของความวิตกกังวลในภาวะปกติ (Normal Anxiety) (Lader and Marks, 1971)

—————> แสดงถึงการเพิ่มความวิตกกังวล
 - - - - -> แสดงถึงการลดความวิตกกังวล

ขั้นตอนของพฤติกรรมที่เกิดความวิตกกังวล (สุวินัย เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2527)

สิ่งที่คุกคามต่อสวัสดิภาพและความสมดุลทางด้านร่างกายและจิตใจ ก่อให้เกิดภาวะวิตกกังวล สิ่งคุกคามนี้จะเป็นจริงหรือเป็นเพียงความคาดคะเนก็ได้ เช่น ความเจ็บป่วย เป็นสิ่งคุกคามที่ถือว่าเป็นจริง หรือหาว่าวิตกว่าจะสอบตก เป็นสิ่งคุกคามที่เราคาดคะเนเอาเอง ซึ่งอาจจะจริงหรือไม่ก็ได้แต่ทั้งสองอย่างก็มีผลต่อจิตใจและอารมณ์เหมือนกัน คือ ทำให้รู้สึกหวาดหวั่นไม่มั่นใจ (Sense of Insecurity) รู้สึกว่าตนเองหมดหนทาง ไม่รู้จะแก้ไขเหตุการณ์นั้นอย่างไร (Sense of Helplessness) และทำให้ร่างกายมีการตอบสนองเหมือน ๆ กัน ทั้งทางด้านสรีรวิทยาและทางด้านพฤติกรรม สำหรับการเกิดความวิตกกังวลนั้นเขียนเป็นขั้นตอนได้ดังนี้

1. บุคคลมีความเชื่อ ความหวัง ค่านิยม ซึ่งได้รวมกันก่อตัวเป็นภาพพจน์ที่เขา มีต่อตัวเอง
 2. ความเชื่อ ความหวัง ค่านิยมหรือภาพพจน์ ที่เขามีต่อตัวเองถูกคุกคาม ทำให้เกิดความไม่สมดุลย์ในอารมณ์
 3. บุคคลนั้นเกิดภาวะหวาดหวั่น ไม่มั่นใจ เกิดความรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะแก้ไข เหตุการณ์เฉพาะหน้าได้อย่างไร (Sense of Helplessness and Powerlessness)
 4. เกิดความวิตกกังวลระวายนใจขึ้น เกิดความเครียด มีพลังงานเกิดขึ้น ภาวะนี้เรียกว่า Anxiety
 5. บุคคลทำการขจัดพลังงานส่วนเกินอย่างอัตโนมัติ โดยเปลี่ยนพลังงานออกเป็นพฤติกรรมอัตโนมัติ เช่น โกรธ เสียงดังขึ้น มีการเคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้น
 6. เกิดความรู้สึกผ่อนคลายลง เกิดสมดุลย์ทางจิตใจและอารมณ์ขึ้นมาใหม่
- จะเห็นได้ว่า เมื่อมีภาวะ Anxiety เกิดขึ้น สิ่งที่จะติดตามมาคือ ความรู้สึกวิตก ไม่สบายใจความหวาดวิตกกังวล ซึ่งก็คือพฤติกรรม อาจจะเป็นคำพูดหรือท่าทางก็ได้ ทั้งนี้เป็นเพราะกลไกที่แยบยลของร่างกายและจิตใจ ในการที่จะขจัดภาวะไม่สมดุลย์ของจิตใจ และอารมณ์เสีย พฤติกรรมที่แสดงออกของ Anxiety นั้น มีหลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับบุคคล พฤติกรรมอัตโนมัติที่เป็นผลของภาวะ Anxiety ได้แก่ โกรธ ขุ่นเคือง, หงุดหงิด โมโหง่าย บ่นจู้จี้, ต่อต้าน ไม่ร่วมมือ, พูดยาขวนทะเลาะ และมีการกระทำที่เป็นการปกป้องตัวเอง (Defensive Behavior)

ประเภทของความวิตกกังวล

Spielberger (1972) แบ่งความวิตกกังวลตามลักษณะที่แสดงออกเป็น 2 ชนิดคือ

1. ความวิตกกังวลที่เป็นบุคลิกภาพประจำตัว (Trait Anxiety or A-Trait) คือความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล เป็นลักษณะที่ค่อนข้างคงที่ จะไม่ปรากฏออกมาในลักษณะของพฤติกรรมโดยตรง แต่จะเป็นตัวเสริมหรือตัวประกอบของความวิตกกังวลซึ่งขึ้นอยู่กับสถานการณ์ (A-state) เช่น เมื่อมีสิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจ หรือจะเป็นอันตรายมากกระตุ้น บุคคลที่มีบุคลิกภาพของความวิตกกังวลค่อนข้างสูง จะรับรู้สิ่งเร้านั้นได้เร็วกว่าบุคคลที่มีบุคลิกภาพของความวิตกกังวลที่ต่ำกว่า

2. ความวิตกกังวลซึ่งขึ้นอยู่กับสถานการณ์ (State Anxiety or A-State) คือความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเวลาเฉพาะเมื่อมีสถานการณ์เฉพาะอย่างเกิดขึ้น หรือสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรือเกิดอันตรายมากกระตุ้น และแสดงพฤติกรรมโต้ตอบ ซึ่งสามารถจะสังเกตเห็นได้ในช่วงระยะเวลาที่ถูกระตุ้นนั้น เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกถึงความตึงเครียด หวาดหวั่น กระวนกระวาย ระบบประสาทอัตโนมัติตื่นตัวสูง ซึ่งความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะความวิตกกังวลที่เป็นบุคลิกภาพประจำตัว และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล

ระดับของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลนั้นจะมีระดับของความรุนแรงมากน้อยต่างกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับความวิตกกังวลที่เป็นบุคลิกภาพประจำตัว ประสบการณ์ในอดีต การรับรู้ของบุคคล ความสามารถในการปรับตัวเมื่อเผชิญกับปัญหา และสถานการณ์ต่าง ๆ ที่บุคคลนั้น ๆ เผชิญ Peplau cited in Stuart and Sundeen (1979) ได้แบ่งระดับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคล ในด้านความรู้สึกและพฤติกรรมที่แสดงออก เป็น 4 ระดับคือ

1. ความวิตกกังวลในระดับอ่อน (Mild anxiety) ความวิตกกังวลระดับนี้พบได้ทั่วไป เช่น ความตึงเครียดจากการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นระดับที่ทำให้บุคคลเกิด

ความตื่นตัว กระตือรือร้นที่จะเอาชนะปัญหา มีการรับรู้ที่ว่องไว ความจำดี สมาธิดี อารมณ์ และการกระทำไม่เปลี่ยนไปจากปกติมากนักมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระเนื่องจากระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้น เช่น หัวใจเต้นเร็วขึ้น ม่านตาขยาย ผ่ามือมีเหงื่อออก การเคลื่อนไหวเร็วขึ้น บุคคลสามารถควบคุมและจัดการกับตัวเองได้ อาจต้องการความช่วยเหลือบ้างเล็กน้อย เช่น ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ต้องการความสะดวก ต้องการให้ผู้อื่นรับรู้ และเข้าใจ

2. ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate anxiety) ความวิตกกังวลระดับนี้มีผลทำให้ประสาทสัมผัสและการรับรู้แคลง ความสนใจน้อยลง ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง อาจมีอาการทางร่างกายเช่น หายใจเข้าออกแรง มีความรู้สึกปั่นป่วนในกระเพาะอาหาร หรือปวดศีรษะ เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตาม บุคคลยังมีความพยายามที่จะแก้ปัญหที่เกิดขึ้น และสามารถกระทำได้เนื่องจากความพยายาม

3. ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Severe anxiety) ความวิตกกังวลในระดับนี้มีความรุนแรงมากขึ้นกว่าปกติ มีผลทำให้ประสาทสัมผัสและการรับรู้แคลงมาก ทำให้หมกมุ่นในรายละเอียดมากเกินไป ไม่สามารถจับสาระสำคัญของเรื่องใดได้ ความสามารถในการแก้ปัญหาลดลงและทำงานได้ไม่เต็มสมรรถภาพ เกิดความสับสนบ่อยครั้ง พฤติกรรมที่แสดงออกเพื่อปกป้องตนเองมีมากขึ้นและมักเป็นพฤติกรรมซ้ำ ๆ ที่สังเกตได้ เช่น กระวนกระวาย หงุดหงิด โหม่งาย เรียกร้องเกินกว่าเหตุ ต่อต้าน ตื่นกลัว ตัวสั่นเกร็ง และปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ ท้องเดินหรือท้องผูก นอนไม่หลับ ความวิตกกังวลระดับนี้เป็นระดับที่บุคคลต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น

4. ความวิตกกังวลระดับท่วมท้นหรือตื่นกลัวสุดขีด (Panic anxiety) ความวิตกกังวลระดับนี้มีผลให้บุคคลเกิดความกลัวอย่างรุนแรง อาจเรียกว่าเป็นความกลัวสุดขีด เนื่องจากพลังงานที่เกิดในตัวบุคคลมีมากที่สุด ทำให้บุคคลขาดการควบคุมตนเองสามารถแสดงพฤติกรรมที่ไม่มีในยามปกติ เช่น การกรี๊ดร้อง และวิ่งหนีไปอย่างไร้จุดหมาย หรือตกตะลึงแน่นิ่งหมดสติทันทีทันใด ระดับนี้บุคคลจะสูญเสียความเป็นตัวของตัวเองไม่สามารถทำภารกิจเหมือนคนปกติได้



ผลของความวิตกกังวล

Zung (1971) ให้ข้อคิดเห็นว่า การที่จะระบุว่าใครคนใดคนหนึ่งมีความวิตกกังวลหรือไม่และมีในระดับมากน้อยเพียงใดนั้นเป็นเรื่องที่ยาก แต่ความวิตกกังวลก็เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้บุคคลไม่เป็นสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าความวิตกกังวลมีมากถึงระดับหนึ่ง ก็จะเป็นเหตุให้บุคคลไม่สามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์กับตนเองและผู้อื่นได้อย่างเต็มที่ ผู้ที่มีความวิตกกังวลจำนวนไม่น้อยที่มาพบแพทย์เนื่องจากมีอาการทางกายเป็นสาเหตุที่นำมา การให้ความช่วยเหลือจึงต้องรักษาตามอาการที่เป็นอยู่ในขณะนั้น และขณะเดียวกันก็ค้นหา ลักษณะอาการที่บ่งถึงความวิตกกังวลของผู้ป่วยด้วย ซึ่งได้มีผู้กล่าวถึงผลของความวิตกกังวลไว้ดังนี้คือ (จำลอง ดิษยวณิช, 2522; สุวณีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2527; Kolb, Lief, Portnoy and Wheeler et al cited by Zung, 1971)

1. อาการทางด้านร่างกาย ขณะที่เกิดความวิตกกังวลขึ้น จะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ของร่างกายซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้เกิดจากสมองส่วน Cerebrum กระตุ้น Pituitary gland และ Hypothalamus เป็นผลให้ pituitary gland หลั่งฮอร์โมน ACTH ซึ่งจะไปกระตุ้น Adrenal Cortex ทำให้หลั่ง Cortical hormone ทำให้ร่างกายทนทานต่อภาวะวิตกกังวลได้ดีขึ้น และสมองส่วน Hypothalamus ซึ่งเป็นสมองส่วนที่ควบคุม Autonomic Nervous System จะส่งกระแสไปตาม Autonomic Nervous System ไปที่ Medulla ของ Adrenal gland ทำให้หลั่ง Epinephrine เป็นผลให้กล้ามเนื้อหดตัว เกร็งเตรียมสู้ (fight) หรือหนี (flight) จึงมักพบว่า ผู้ที่อยู่ในภาวะ Anxiety มีพลังกำลังมากมายสามารถทำในสิ่งที่ทำไม่ได้ในภาวะปกติ นอกจากนี้ยังพบอาการในระบบต่าง ๆ ของร่างกายด้วย ดังต่อไปนี้

-ระบบหายใจ จะพบว่ามีอาการหายใจแรงเร็ว และลึก (Hyperventilation syndrome) ทำให้เกิดการสูญเสียก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ เกิดการสูญเสียภาวะสมดุลย์ของกรดและด่างในร่างกายเรียกว่าเกิด respiratory alkalosis ผู้ป่วยใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจไม่ออก วิงเวียน หน้ามืด รู้สึกชา หรือเสียวแปลบตามปลายแขนและขา

-ระบบหัวใจและหลอดเลือด พบอาการใจเต้นแรงและเร็ว หอบและรู้สึกเจ็บหน้าอก

-ระบบทางเดินอาหาร พบว่ามีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้-อาเจียน และอาจมี

ห้องเดินร่วมด้วย

- ระบบขับถ่าย พบว่ามีอาการบัสสาวะบ่อย บางครั้งกลั้นบัสสาวะไม่อยู่
- ระบบผิวหนัง พบว่ามีอาการหน้าแดงหรือหน้าซีด เหงื่อออกมาก โดยเฉพาะบริเวณฝ่ามือ
- ระบบประสาทส่วนกลาง จะมีอาการขาดสมาธิ หลงลืมง่าย จุนเจียวง่าย หลับ ๆ ตื่น ๆ ผันรำยและนอนไม่หลับ
- ระบบกล้ามเนื้อ พบว่ามีอาการกล้ามเนื้อตึง มือเท้าสั่น กระตุก บางครั้งรู้สึกปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ รู้สึกล้าและเหนื่อยง่าย เมื่อมีการเคลื่อนไหวของร่างกาย บางส่วนจะเกิดความเจ็บปวด

2. อาการทางจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกไม่สบายใจ ภาวะวุ่นวาย หวาดหวั่นกลัวโดยไม่มีเหตุผล ตกใจง่าย ขาดสมาธิ รู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์ มีการคาดการณ์ไปถึงภัยและอันตรายที่ยังไม่เกิดขึ้น รู้สึกกลัวตาย จิตใจฟุ้งซ่าน

3. ผลของความวิตกกังวลต่อพฤติกรรมกรรมการแสดงออก เมื่อเกิดภาวะของความวิตกกังวลขึ้นกับบุคคลใด บุคคลนั้นจะต้องมีการปรับและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อลดหรือขจัดภาวะของความวิตกกังวลนั้นเสีย พฤติกรรมการแสดงออกจำแนกได้เป็น 4 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

3.1 Acting-Out Behavior พฤติกรรมที่เป็นการบ่งแสดงความรู้สึกภายในออกมาอย่างเปิดเผย (Overt behavior) ได้แก่ ความหงุดหงิด โมโหง่าย โกรธ พุดจาขวนทะเลาะ ทำทางกระสับกระส่าย ส่วนพฤติกรรมแบบซ่อนเร้น (Covert Behavior) ได้แก่ ความรู้สึกขุ่นเคือง ไม่เป็นมิตรที่เก็บซ่อนไว้และแสดงออกในรูปแบบอื่น เช่น พวก Psychotic และ Neurotic Behavior

Somatizing เป็นการลดความวิตกกังวล โดยการเบนความสนใจไปสู่อาการหรือความเจ็บป่วยทางร่างกาย ได้แก่ ผู้ป่วย Psychosomatic Disorder, Conversion Reaction เป็นต้น

Freezing to the spot คือการชะงักงันอยู่ในภาวะที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลพฤติกรรมกรรมการแสดงออกได้แก่การถอนตัวหนีจากเหตุการณ์ (withdrawal) เก็บกดความรู้สึกไว้ภายในและกลายเป็นอาการซึมเศร้า (depression) มีพฤติกรรมถดถอยไปสู่พัฒนาการในวัยต้น ๆ (regression)

มีพฤติกรรมในรูปแบบที่พยายามทำความเข้าใจถึงสาเหตุของ Anxiety และทำความเข้าใจ
 ในวิธีการที่ตนเองใช้ เพื่อขจัดภาวะ Anxiety ทาสาเหตุว่าอะไรทำให้ตนอึดอัด ไม่สบาย
 เรียนรู้จากประสบการณ์นี้ และหาทางป้องกันไม่ให้เกิดความวิตกกังวลเมื่อเกิดเหตุการณ์
 แบบนั้นอีก

โรคมะเร็งปากมดลูก

เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่ามะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอย่างหนึ่งของ
 ประเทศไทยจากสถิติกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ.2526 พบว่า มะเร็งเป็นสาเหตุการ
 ตาย 13.3 ต่อประชากรแสนคน (สมเกียรติ ศรีสุพรรณศิริ, 2531) สำหรับเพศหญิงนั้น
 มะเร็งปากมดลูกพบเป็นอันดับหนึ่ง และก็เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของโรคมะเร็ง
 ในสตรี อัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกก็มีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้นทุก ๆ ปี และแม้ว่าวงการ
 แพทย์ได้พยายามศึกษาค้นคว้าสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกมาเป็นเวลานาน
 แต่ก็ยังไม่สามารถสรุปได้แน่นอนว่า อะไรคือสาเหตุที่แท้จริงในการเกิดโรค จากการศึกษา
 พบเพียงประเด็นสำคัญที่น่าจะเป็นปัจจัยที่จะก่อให้เกิดมะเร็งปากมดลูก ได้แก่

1. การมีเพศสัมพันธ์ (Sexual activity) จากรายงานต่างๆ เกี่ยวกับ
 สถิติการเกิดมะเร็งปากมดลูก พบว่า Cervical intraepithelial neoplasia
 (CIN) เป็นงานผู้หญิงที่แต่งงาน หรือ มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย อายุเมื่อแรกมีการร่วม
 เพศในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปากมดลูก มักจะน้อยกว่าผู้ไม่เป็นมะเร็ง (อมร เกิดสว่าง,
 สัมฤทธิ์ เสนาแพทย์ และ พิชัย เจริญพานิช, 2528) Baron and Richard พบว่า
 หญิงที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุต่ำกว่า 17 ปี จะเกิดมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกได้สูง
 นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับ ความถี่ของการร่วมเพศ การมีคู่ร่วมเพศหลายคน หรือ การมี
 เพศสัมพันธ์กับชายที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง (วรรณเพ็ญ เบ็ญจชัย, 2529)

2. สถานภาพสมรส (Marital status) หญิงที่มีสถานภาพสมรสไม่มั่นคง
 ได้แก่ พวกหย่าร้าง แยกกันอยู่กับสามี แม่หม้าย หญิงที่มีเพศสัมพันธ์กับชายอื่นที่ไม่ใช่สามี
 โสดเก๊ พวกที่มีการแต่งงานหลายครั้ง เปลี่ยนคู่นอนหลายคน จะมีอัตราการเกิดมะเร็ง
 ปากมดลูกได้สูง หญิงที่แต่งงานตั้งแต่อายุยังน้อย จะเป็นมะเร็งปากมดลูกได้มากกว่า พวกที่
 แต่งงานเมื่ออายุมาก Terris M. et al. ได้รวบรวมข้อมูล พบว่า 28% ของผู้ป่วยเป็น

มะเร็งปากมดลูก แต่งงานก่อนอายุ 17 ปี ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับ control group ที่แต่งงานเมื่ออายุมากกว่า พบเพียง 16% (วรรณเพ็ญ เบ็ญจชัย, 2529)

3. จำนวนการตั้งครรภ์ (Parity) หญิงที่มีจำนวนการตั้งครรภ์หลายครั้ง จะมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้มากกว่า หญิงที่ไม่มีการตั้งครรภ์ นอกจากนี้ยังพบได้บ่อยในหญิงที่มีการตั้งครรภ์ตั้งแต่อายุยังน้อย Christopherson and Parker พบ 25.7% ของหญิงที่เป็นมะเร็งปากมดลูก ตั้งครรภ์แรกก่อนอายุ 20 ปี (วรรณเพ็ญ เบ็ญจชัย, 2529) เนื่องจากสตรีที่มีบุตรมาก หรือ ผ่านการคลอดหลายครั้ง ทำให้มีการอักเสบ การฉีกขาด และการซ่อมแซมของแผล บริเวณปากมดลูกบ่อยๆ ทำให้มีเซลล์สแควมัสใหม่ขึ้นมาแทนที่เซลล์คอลัมนา เป็นผลให้เกิดการอุดตันของต่อมจึงขับเมือกออกมาไม่ได้ และจากการซ่อมแซมกลับไปกลับมาบ่อยๆ อาจทำให้เซลล์กลายเป็นมะเร็งได้ (สุมาลัย วัจวรรณรัตน์, 2531)

4. สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม (Socio-economic status) สุมาลัย วัจวรรณรัตน์ (2531) กล่าวว่า การเป็นมะเร็งปากมดลูกมีส่วนเกี่ยวข้องกับ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เพราะมักพบในกลุ่มผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างจน เช่น ขาวนา, กรรมกร

5. เชื้อชาติ ศาสนา และ วัฒนธรรม (Race, Religion and Culture) สถิติการเป็นมะเร็งปากมดลูกของผู้หญิงชาวยิว และ ชาวมุสลิมมีน้อยมาก เนื่องจากผู้ชายชาวยิว และ มุสลิมมีกฎทางศาสนาต้องตัดหนังหุ้มปลายของอวัยวะสืบพันธุ์เพศชายทุกคน ทำให้ไม่มี smegma collection ที่หนังหุ้มปลายอวัยวะสืบพันธุ์ เพราะเชื่อว่า smegma เป็น carcinogenic agent ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูก และ มะเร็งที่อวัยวะเพศ พวก low risk population นอกจากจะพบในชาวยิว และ มุสลิมแล้ว ยังพบในพวกที่บวชเป็นชีวนศาสนาคริสต์ ซึ่งไม่มีการเกี่ยวข้องกับทางเพศสัมพันธ์ ต่างกับผู้หญิงที่เป็น high risk group ได้แก่ ไส้เปรมี, ผู้หญิงอาบอบนวด (วรรณเพ็ญ เบ็ญจชัย, 2529)

6. การติดเชื้อไวรัส (Viral infection) ปัจจุบันพบว่า ไวรัสมึบทบาทสำคัญที่ทำให้เกิด cervical neoplasia เพราะนักวิทยาศาสตร์สามารถหาเชื้อไวรัสไบเสี่ยงในสัตว์ทดลอง และทำให้เกิดเป็น tumor mass ได้ ไวรัสที่เกี่ยวข้องกับ cervical neoplasia ได้แก่ herpes simplex virus type-II, papilloma virus และ cytomegalo virus (วรรณเพ็ญ เบ็ญจชัย, 2529)

อาการและอาการแสดงของมะเร็งปากมดลูก

1. ไม่มีอาการอะไร ระยะเวลาที่ dysplasia เปลี่ยนเป็น carcinoma in situ และจาก carcinoma in situ เปลี่ยนเป็นชนิด invasive นั้นไม่สามารถบอกได้ แต่ก็แตกต่างกันได้ตั้งแต่ 1 ถึง 12 ปี คราบไคที่ปากมดลูกยังไม่เป็นแผล ผู้ป่วยก็ยังไม่อาการผิดปกติ
2. ตกขาว เริ่มด้วยมูกขาวใส เป็นปฏิกิริยาของเซลล์แบบการอักเสบทั่วไป ทั้ง ๆ ที่อาจจะยังไม่ติดเชื้อโรค โดยที่อาการตกขาวเป็นอาการนำส่วนใหญ่ของช่องคลอดและปากมดลูกอักเสบ
3. ตกเลือด อาการเลือดออกเป็นหยด ๆ ติดเสื้อผ้าเป็นครั้งคราว เป็นอาการนำของโรคนี้ และเนื่องจากโรคนี้มักจะเป็นในวัยใกล้หมดระดู ซึ่งรูปแบบของระดูก็ไม่แน่นอน ทำให้ผู้ป่วยคิดว่าเป็นอาการของคนใกล้จะหมดระดูเลยไม่มารับการตรวจรักษา ถ้าสังเกตให้ดีจะพบว่า เลือดออกครั้งแรก จากการกระทบกระเทือนของการร่วมเพศ หรือจากการล้างภายในช่องคลอดไปถูกแผลตามพื้นผิวของปากมดลูกยิ่งแผลใหญ่มะเร็งจะลุกลามมากก็จะมีเนื้อตายเน่าหลุด หลอดเลือดฉีกขาด ทำให้เลือดออกมาก
4. อาการปวด มักจะเกิดในระยะท้ายที่โรคเป็นมาก ลุกลามไปไกลโดยเฉพาะมะเร็งที่กระจายถึงเส้นประสาท obturator หรือ siatic บางรายมีอาการปวดบริเวณท้องน้อย ซึ่งเกิดจากการอักเสบของปากมดลูกจนเกิด pelvic thrombophlebitis, lymphangitis หรือ cellulitis
5. อาการของมะเร็งระยะท้ายทั่วไป เกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็ง ที่พบบ่อยคือ ไปที่กระเพาะปัสสาวะ เรดเต็ม ต่อมเหงื่อ กระดูกและปอด อาการพอมแต่แข็งแรงน้อย ซีด ปัสสาวะบ่อยเป็นเลือด อุจจาระเป็นเลือด ไอและบางครั้งไอเป็นเลือด ถ้าไปที่ตับอาจมีอาการตัวเหลือง ถ้าไปที่กระดูกจะเจ็บปวดและทรมาณมาก

การจัดระยะโรค (Staging Classification)

ในการจัดระยะของโรค ได้แบ่งระยะของโรคมะเร็งปากมดลูก ตาม International Federation of gynecology and obstetrics (FIGO'S Staging) ในปี ค.ศ. 1976 ไว้ดังนี้ (สูมัลย์ วัจวรรณรัตน์, 2531)

- ระยะที่ 0 เซลล์มะเร็งอยู่ในชั้นผิวเป็น carcinoma in situ
- ระยะที่ 1 เซลล์มะเร็งอยู่เฉพาะที่ปากมดลูก
 - 1A เซลล์มะเร็งอยู่เฉพาะที่ปากมดลูกเป็นแบบ Microinvasive
 - 1B เซลล์มะเร็งอยู่เฉพาะที่ปากมดลูกเป็นแบบ Invasive
- ระยะที่ 2 เซลล์มะเร็งลุกลามออกนอกปากมดลูก แต่ไม่ถึงผนังช่องเชิงกราน (Pelvic wall) หรือช่องคลอดส่วนล่าง
 - 2A เซลล์มะเร็งลุกลามออกนอกปากมดลูกไปยังช่องคลอดส่วนบน แต่ไม่ถึงพารามิเทรีย
 - 2B เซลล์มะเร็งลุกลามไปยังพารามิเทรีย
- ระยะที่ 3 เซลล์มะเร็งลุกลามถึงผนังช่องเชิงกราน หรือช่องคลอดส่วนล่าง หรือทำให้หลอดไตอุดตัน
 - 3A เซลล์มะเร็งลุกลามถึงช่องคลอดส่วนล่าง
 - 3B เซลล์มะเร็งลุกลามถึงผนังเชิงกรานหรือมีการอุดตันของหลอดไต
- ระยะที่ 4 เซลล์มะเร็งออกนอกอุ้งเชิงกรานแท้ (True pelvis) หรือเข้าสู่กระเพาะปัสสาวะ ทวารหนัก
 - 4A เซลล์มะเร็งลุกลามเข้าสู่อวัยวะใกล้เคียง เช่น กระเพาะปัสสาวะหรือลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย
 - 4B แพร่กระจายไปยังอวัยวะไกล ๆ เช่น ปอด ตับ เป็นต้น

การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก

การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกขึ้นอยู่กับระยะของโรคที่เป็น ซึ่งแนวทางการรักษาพอจะสรุปได้ดังนี้ (เทวินทร์ โกสิยตระกูล, 2529)

ระยะที่ 0 รักษาโดยการผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวย (Conization) แล้วติดตามผล (Follow up) อย่างใกล้ชิดในรายที่ต้องการมีบุตร ส่วนกรณีผู้ป่วยไม่ต้องการมีบุตร จะรักษาโดยการผ่าตัดมดลูก และปากมดลูก (Total hysterectomy)

ระยะที่ I แบ่งเป็น

IA (microinvasive) มักจะทำผ่าตัดมดลูก (Total Abdominal Hysterectomy) ถ้าผู้ป่วยทำผ่าตัดไม่ได้ หรือไม่ต้องการผ่าตัด ก็อาจใส่แร่เรเดียม (Radium) โดยประมาณ 6,000-8,000 mg-hr

IB (flankinvasive) อาจทำผ่าตัด Wertheim operation หรือใช้ฉายรังสี whole pelvis ประมาณ 2,000-5,000 rads ร่วมกับการใส่เรเดียม 2,500-3,500 rads ที่จุด A (คือจุดที่ห่างจากปากมดลูกออกด้านข้าง 2 เซนติเมตร และสูงจากปากมดลูกขึ้นไป 2 เซนติเมตร)

ระยะที่ II ฉายรังสีบริเวณอุ้งเชิงกรานทั้งหมด (whole pelvis) ประมาณ 4,000-5,000 rads ร่วมกับการใส่เรเดียม 3,000 rads ที่จุด A

ระยะที่ III ฉายรังสีบริเวณอุ้งเชิงกรานทั้งหมด (whole pelvis) ประมาณ 5,000 rads ร่วมกับการใส่เรเดียม 3,000 rads ที่จุด A

ระยะที่ IV การรักษาพิจารณาเป็นราย ๆ ไป ในบางรายอาจให้รังสีรักษาอย่างเดียว บางรายอาจให้เคมีบำบัด ซึ่งในระยะนี้ถึงแม้ว่าการใช้รังสีจะไม่สามารถเพิ่มอัตราการอยู่รอดของผู้ป่วย แต่ก็สามารถบรรเทาความเจ็บปวดทุกข์ทรมานได้ เช่น การใช้รังสีเพื่อทำให้เลือดหยุด หรือทำให้ตกขาวซึ่งมีกลิ่นเน่าเหม็นให้มีจำนวนน้อยลง หรือในกรณีที่มีการลามของมะเร็งไปยังกระดูกเชิงกราน ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการปวดกระดูกมากขึ้น รังสีรักษาก็จะบรรเทาอาการปวดได้

การใช้รังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

สำหรับหลักของการใช้รังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกนั้น อาจมีส่วนแตกต่างกันไปบ้างในแต่ละสถาบัน สำหรับสถาบันมะเร็งแห่งชาติ มีหลักในการใช้รังสีรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกดังนี้ (สายพิน ตั้งครุฑ, 2529)

1. Brachytherapy การใช้แร่เรเดียมใส่เข้าไปในโพรงมดลูกและบริเวณ

ปากมดลูก ปัจจุบันใช้เครื่องอัตโนมัติ (remote after loading system) ซึ่งใส่แร่ซีเซียม และการเอาแร่ออกกระทำโดยเครื่องอัตโนมัติ ควบคุมด้วยระบบคอมพิวเตอร์ การใส่แร่อย่างเดี่ยวนี้ จะใช้ได้ผลดีเฉพาะในมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 1 เท่านั้น ซึ่งเป็นระยะที่ยังไม่มีการลามของมะเร็งไปนอกปากมดลูก เนื่องจากคุณสมบัติของแร่จะมีความเข้มข้นลงไปตามกฎของระยะทาง ดังนั้นถ้ามะเร็งลามออกนอกปากมดลูก การใส่แร่เรเดียอย่างเดียวยังจะไม่เพียงพอที่จะควบคุมโรคได้ ต้องอาศัยการฉายรังสีจากภายนอกร่วมด้วย

2. External irradiation โดยใช้เครื่องโคบอลต์-60 หรือเครื่องเร่งอนุภาค (Linear accelerator) นิยมใช้ในมะเร็งปากมดลูกระยะ 2 ขึ้นไป ซึ่งการลามของโรคไปยังอวัยวะอื่น ๆ เช่น ช่องคลอดหรือมดลูก ซึ่งยังอยู่ในช่องเชิงกราน การฉายรังสีแบบนี้ต้องการระยะเวลาประมาณ 4-5 สัปดาห์ เพื่อที่จะควบคุมโรคไม่ให้ลามออกนอกเชิงกราน แล้วจึงตามด้วยการใส่แร่เข้าโพรงมดลูก

ภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษา

ภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษาเป็นผลซึ่งเกิดขึ้นกับเนื้อเยื่อหรืออวัยวะปกติ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับรังสีไปด้วย เพราะอยู่ในทางผ่านของลำรังสีที่ฉายเข้าสู่ก้อนเนื้อมะเร็ง อาการจะปรากฏมากน้อยเพียงใดจะขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่สำคัญ 2 ประการคือ ปริมาณรังสีทั้งหมดที่ได้รับ และความทนทานต่อรังสีซึ่งจะต่างกันออกไปตามคุณสมบัติของเซลล์อันประกอบขึ้นเป็นเนื้อเยื่อหรืออวัยวะนั้น ๆ (Tolerance dose of normal tissue) ผลแทรกซ้อนจากรังสีรักษาจะพบได้ 2 ระยะคือ ระยะเฉียบพลัน (acute effects or complications) และระยะปลาย (late or delayed effects or complications)

ผลระยะเฉียบพลันคือ ผลซึ่งเกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยยังรับรังสีรักษาอยู่ ซึ่งคลุมไปถึงระยะเวลา 4-6 สัปดาห์ นับจากหยุดรังสีรักษาด้วย ส่วนผลระยะปลายคือ อาการหรืออาการแสดงต่าง ๆ ซึ่งปรากฏภายหลังจากหยุดรังสีแล้วอย่างน้อย 6 สัปดาห์ ผลของรังสีในระยะปลายนี้จะมีอัตราการเกิดสูงที่สุดภายในระยะเวลา 2 ปี หลังจากหยุดรังสีแล้ว แต่จะไม่แสดงผลสืบเนื่องหรือมีความสัมพันธ์ใด ๆ กับผลในระยะเฉียบพลันเลย (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิษฐ์, 2525)

อวัยวะที่ได้รับผลกระทบจากรังสีรักษาได้แก่ (สมหมาย อุงสุวรรณ, 2523; สมเกียรติ ศรีสุพรรณศิริ, 2525)

1. กระเพาะปัสสาวะ (Urinary bladder) ผลที่เกิดขึ้นคือ กระเพาะปัสสาวะอักเสบ (Cystitis) เนื่องจากกระเพาะปัสสาวะอยู่ชิดกับช่องคลอดและตัวมดลูก จึงมักได้รับปริมาณรังสีในขนาดใกล้เคียงกับตัวกอนมะเร็ง ขณะได้รับรังสีรักษาผู้ป่วยอาจมีอาการปัสสาวะขัด หรือปัสสาวะบ่อย ๆ ได้ อาการถ่ายปัสสาวะบ่อยกลั้นไม่ค่อยอยู่และปวดขณะถ่ายนั้นพบเป็นประจําระหว่างการฝังแร่ เพราะแร่ที่ฝังไปจะอยู่ใกล้กับกระเพาะปัสสาวะ ก่อให้เกิดการอักเสบเฉียบพลัน อาการไม่รุนแรงและมักจะหายภายหลังเอาแร่ออก ในรายได้รับรังสีเกินขนาดอาการอาจไม่หาย ยิ่งกว่านั้นยังกลับเป็นใหม่ภายหลังสิ้นสุดการรักษาแล้วนานปี เริ่มมีอาการปัสสาวะปนเลือด การเพาะเชื้อมักไม่พบแบคทีเรีย แต่การตรวจด้วยกล้องส่องในกระเพาะปัสสาวะจะเห็นเยื่อบุกระเพาะปัสสาวะสีซีดเรียบ หลอดเลือดหดบีบตัว ผนังกระเพาะปัสสาวะขยายตัวไม่ได้ดีทำให้ความจุลลดลง พบจุดเลือดออกจากการแตกของหลอดเลือดฝอย บริเวณใกล้ ๆ ปากมดลูกมักจะมีแผล แผลนี้ต้องรักษาถึง 2-3 ปี ซึ่งอาจกลายเป็นรูทะลุไปก็มี

2. ลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (Rectosigmoid Colon and Rectum) เกิดการอักเสบ (Proctitis) เยื่อบุลำไส้ได้ชื่อว่าไวต่อเรเดียมและรังสีลึกที่สุด การเกิดผลในระยะเฉียบพลัน ผู้ป่วยอาจมีอาการท้องเดินได้ ทั้งนี้เพราะเยื่อบุลำไส้มีอาการบวมจากการได้รับรังสี จึงทำให้การทำงานของมันผิดปกติ การดูดซึมอาหารเป็นไปไม่ได้ดี หรืออาจเกิดจากส่วนปลายของลำไส้เล็กคือ Terminal ileum เกิดการบวมของเซลล์บุผนังจากรังสี ทำให้ไม่สามารถดูดซึม bile salts ได้ตามปกติ bile salts จึงผ่านเข้าสู่ลำไส้ใหญ่และ irritate เยื่อบุของลำไส้ใหญ่ ทำให้เกิดท้องเดินขึ้น อาจแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อน ๆ ย่อยง่ายและมีไขมันต่ำ ควรระมัดระวังให้ได้น้ำและเกลือแร่อย่างพอเพียง อาจโดยการรับประทานหรือให้ทางเส้นเลือดถ้าจำเป็น สำหรับรายที่อาการเกิดช้าเป็นเรื้อรังจะมีอาการท้องผูกสลับกับท้องร่วงและอุจจาระเป็นเลือดนานไปจะมีเนื้อพังผืดมาก ๆ เข้าจนรอยต่อของ rectosigmoid ตีบตัน ผู้ป่วยจะมีอาการของลำไส้ใหญ่อุดตันเรื้อรัง ต้องรักษาด้วยการทำ colostomy

3. ช่องคลอด (Vagina) ขณะได้รับรังสีรักษา ควรแนะนำไม่ให้ผู้ป่วยมี sexual relationship เพราะจะเป็นการทำให้เกิดการติดเชื้อ หรือ profuse

bleeding ได้ ต่อเมื่อภายหลังหยุดการรักษาแล้ว และ radiation reaction ต่อเยื่อ
บุของ vagina ลดน้อยลงจนกลับเป็นปกติ ซึ่งใช้ระยะเวลาประมาณ 3-4 สัปดาห์ หลัง
จากหยุดรังสีจึงจะทำให้ผู้ป่วยกลับมี sexual relationship ได้ปกติดังเดิม

เมื่อ vagina ได้รับรังสีเยื่อของมันจะมีการอักเสบเป็นลักษณะ mucositis
ได้ ซึ่งถ้าไม่มีการติดเชื้อก็ไม่จำเป็นต้องให้การรักษาด้วยวิธีใด ๆ ทั้งสิ้น เมื่อผ่านการ
เปลี่ยนแปลงระยะเฉียบพลันไปแล้ว แพทย์ควรแนะนำให้ผู้ป่วยทุกรายกลับมี sexual
relationship ตามปกติ มิเช่นนั้นแล้วจะเกิดการเปลี่ยนแปลงต่อ vagina โดยมี
adhesion หรือ stenosis หรือในที่สุดอาจถึงขั้น obliteration ได้ ซึ่งจะทำให้ผู้
ป่วยเกิดปัญหาครอบครัวตามมาภายหลัง การตรวจติดตามผลโดยการตรวจภายในเดือนละ
ครั้งในปีแรก ๆ ก็จะช่วยเป็นตัวขยายและป้องกัน adhesion ได้เป็นอย่างดี

4. ผิวหนัง (Skin) ในระยะแรกเริ่มของการรักษา เมื่อได้รับรังสีประมาณ
1,000-2,000 rad จะปรากฏอาการบวมแดงขึ้นได้และค่อย ๆ ยุบหายไปเอง เพราะ
ส่วนหนึ่งของรังสีจะเปลี่ยนสภาพเป็นความร้อน หลังจากนั้นถ้าได้รับปริมาณรังสีสูงกว่า
5,500 rad ประมาณ 5 % ของผู้ป่วย ผิวหนังจะเปลี่ยนเป็นสีคล้ำดำ แห้ง และตกสะเก็ด
เรียกว่า dry desquamation ถ้าให้การดูแลไม่ดีพอ ผิวหนังจะแตกเป็นแผลเยิ้ม ลักษณะ
คล้ายแผลโดนไฟหรือไอร้อนลวก เรียกว่า moist desquamation ซึ่งถ้าเกิดสภาพนี้แล้ว
ต้องหยุดการให้รังสีทันที มิฉะนั้นผิวหนังจะกลายเป็นแผลเรื้อรัง รักษาได้ยาก

เนื่องจากรังสีซึ่งใช้รักษาโรคนี้นั้นส่วนใหญ่จะเป็น ionizing radiation ซึ่ง
จะมีปฏิกิริยาสูงขึ้นเมื่อมีความชื้น ดังนั้นผิวหนังในบริเวณที่ลารังสีผ่านจึงควรรักษาให้แห้งอยู่
เสมอ ไม่ควรได้รับการขัดถูเกาหรือใช้สารหรือยาอื่นใด โดยไม่ได้รับอนุญาตจากรังสีแพทย์

สภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็ง

โรคมะเร็งจัดเป็นโรคที่น่าสะพรึงกลัวโรคหนึ่ง วินาทีที่บุคคลได้ทราบว่าตนเป็น
มะเร็ง ก็มักจะกลายเป็นบุคคลที่มีลักษณะเฉพาะอีกแบบหนึ่ง จะเป็นในลักษณะของความรู้สึก
สูญเสีย ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียการมีสุขภาพที่ดี, สูญเสียทรัพย์สินที่สำคัญ, สูญเสียความ
ภาคภูมิใจในตัวเอง, สูญเสียความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ, สูญเสียทางเศรษฐกิจ, หน้าที่



การงาน และ/หรือ สถานภาพทางสังคม (Good and Capone. 1980)

ภาวะการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ (Emotional Reactions) มักจะพบได้เสมอในผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังเกือบทุกราย โดยเฉพาะอาการเศร้าซึมและความวิตกกังวลจะเป็นอาการซึ่งพบได้บ่อยที่สุด (Peck, 1972) ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ในผู้ป่วยไทยจะไม่แตกต่างจากผู้ป่วยอเมริกันคือ ระยะแรกผู้ป่วยมักมีความกังวลและเศร้าหมอง แต่หลังจากการรักษาผ่านไประยะหนึ่งเพียงพอที่ผู้ป่วยจะมีความคุ้นเคยกับแพทย์ผู้รักษามากขึ้น และจากการได้รู้ได้เห็นว่ามีผู้ป่วยอื่นอีกมากมายป่วยด้วยโรคเช่นเดียวกับตนเองเหมือนกัน ผู้ป่วยก็จะเกิดความเชื่อมั่นในการรักษา และความเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ก็จะเปลี่ยนจากหนักเป็นเบา หรือเข้าสู่ภาวะปกติ แต่ก็มีบางคนซึ่งยังคงมีความกังวล และเศร้าซึมอยู่ตลอดไปแม้ว่าการรักษาจะผ่านไปแล้ว ลักษณะเช่นนี้มักพบในผู้ป่วยที่กลัวโรคมะเร็งมาก ๆ และกลัวว่าวันหนึ่งจะต้องกลับเป็นโรคอีก และจะพบได้สูงในผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบต่อครอบครัว (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2522)

Good and Capone (1980) กล่าวว่า ตำแหน่งของอวัยวะที่เป็นมะเร็งมีอิทธิพลต่อการวินิจฉัยโรคมะเร็ง การเป็นมะเร็งที่ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ของสตรีนั้นมีบทบาทสำคัญในแง่ของการรับรู้และผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากมดลูก รังไข่ และช่องคลอดเป็นสิ่งที่แสดงถึงความเป็นเพศหญิง ความเป็นแม่และสัญลักษณ์ทางเพศ นอกจากนี้ยังทำให้สตรีรู้สึกที่ตัวเองบกพร่องในเรื่องเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์และกระบวนการของการสืบพันธุ์อีกด้วย ส่วนปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อการตอบสนองของผู้ป่วยเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งก็มักพบว่าบุคคลเหล่านี้จะเผชิญกับโรคด้วยความรู้สึกหวาดกลัวอย่างมาก

พวงทอง ไกรพิบูลย์ (2522) ได้ประมวลสาเหตุที่สำคัญของการเกิดความเปลี่ยนแปลงสภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยโรคมะเร็งไว้ ดังนี้คือ

1. เกิดจากความกลัวโรคมะเร็ง ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยเชื่อว่าเป็นโรคซึ่งรักษาไม่หาย ไม่ว่าจะโดยการผ่าตัดหรือฉายรังสี หรือให้ยา นอกจากนั้นบางคนยังเชื่อว่าการรักษาโรคนอกจากจะไม่ทำให้หายจากโรคแล้ว ยังเป็นสาเหตุให้โรคระยะกระจายจากตำแหน่งเดิมไปสู่อวัยวะอื่น ๆ ของร่างกาย รวมทั้งเป็นการรักษาซึ่งก่อให้เกิดความทรมานมากกว่า

2. เกิดจากตัวโรคมาแรงเอง โรคนี้จะก่อให้เกิดภาวะไม่สมดุลย์ของการทำงานต่าง ๆ ภายในร่างกาย (imbalance in homeostasis) ซึ่งจะไปมีผลต่อสมองส่วน Hypothalamus และต่อไปถึง Neuro-endocrine axis และ Autonomic Nervous System และอารมณ์ของผู้ป่วยในที่สุด (Miller, 1977)

3. เกิดจากตัวโรคมาแรงส่งผลกระทบกระเทือนไปยังสมองส่วน Hypothalamus ซึ่ง W.D.Dewys และ G.Costa พบว่า ผู้ป่วยจะมีอาการเบื่ออาหารมากขึ้นเป็นไปตามลำดับ ความรุนแรงของโรค นอกจากนี้ตัวโรคมาแรงเองอาจจะมีผลโดยตรงหรือโดยอ้อม ต่อการทำงานของตับ W.D.Dewys และ L.Walters ยังพบว่าความรู้สึกต่อรสของอาหารก็จะเปลี่ยนแปลงไปด้วย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะนำไปสู่ภาวะของการขาดอาหาร (malnutrition) ร่างกายก็จะอ่อนแอลงภูมิคุ้มกันต้านทานโรคก็จะลดลงตามลำดับ และเมื่อสภาพร่างกายไม่สมบูรณ์เท่าที่ควร สภาพจิตใจหรืออารมณ์ ก็ย่อมจะไม่ปกติและเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ในที่สุดผู้ป่วยก็จะไม่สามารถทนการรักษาเพื่อให้หายขาดจากโรคได้

4. เกิดจากตัวโรคมาแรงเอง ซึ่งเป็นผลไปถึงการเปลี่ยนแปลงต่อระบบการทำงานของสมอง ทำให้เกิดภาวะซึ่งเรียกว่า Metabolic encephalopathies คือ โรคมาแรงเองจะมีผลทำให้เกิดภาวะ Hypoxia, hepatic or renal insufficiency หรือ Hypoglycemia ซึ่งมีผลทำให้เกิดอาการหรือภาวะจิตใจของผู้ป่วยแสดงออกมาในรูปของอาการเศร้าซึม (depression) และเพ้อคลั่ง (delirium) ซึ่งถ้าแพทย์ไม่ตระหนักถึงภาวะนี้ก็จะอาจให้การวินิจฉัยที่ผิดพลาดได้ว่า ผู้ป่วยมีอาการของโรคจิต (psychosis) ทำให้การรักษาผิดพลาดไปด้วย เพราะการรักษาภาวะ Metabolic encephalopathies จะแตกต่างกับการรักษาโรคจิตอย่างชนิดตรงกันข้าม กล่าวคือ จะเป็นการรักษาแบบปรับภาวะของสาร electrolytes ต่าง ๆ ให้อยู่ในภาวะสมดุลย์

5. เกิดจากมีการกระจายของโรคมาแรงไปยังส่วนต่าง ๆ ของสมอง (brain metastasis) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์จากสาเหตุนี้จะพบได้น้อยที่สุดในบรรดาสาเหตุต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้ว

สันต์ หัตถ์รัตน์ (2528) อธิบายปฏิกิริยาของผู้ป่วยโรคมาแรง เมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง หรือเมื่อผู้ป่วยสงสัยว่าตนจะเป็นมะเร็ง จากวิธีการรักษาหรือปฏิกิริยาของบุคคลใกล้ชิดก็ตาม ปฏิกิริยาหรืออาการตอบสนองของผู้ป่วย มักจะออกมาในรูปแบบที่คล้าย

คลั่งกัน ดังนี้ คือ

1. ตกใจ มีอาการคล้ายกับความตกใจของบุคคลทั่วไปที่ได้รับข่าวร้าย อาจจะมี ความรุนแรงแตกต่างกันไปตามสภาพจิตใจของแต่ละบุคคล
2. ปฏิเสธ อาการนี้มักเกิดตามหลังอาการตกใจ อาจแสดงออกโดยไม่เชื่อใน สิ่งที่ตนได้ยินมักจะถามย้ำใหม่ ถ้าได้รับการยืนยันคำเดิม ก็มักจะปฏิเสธ
3. เสียใจหรือโกรธ แสดงออกโดยการโทษสิ่งอื่นว่าสิ่งนั้นสิ่งนี้ เป็นสาเหตุที่ ทำให้ตนเองเกิดเป็นมะเร็งขึ้น ผู้ป่วยระยะนี้จึงมักหงุดหงิด กังวล ฉุนเฉียว ระวัง อารมณ์ เปลี่ยนแปลงง่าย
4. ตอรอง ผู้ป่วยพยายามตอรองเพื่อหวังว่าตนเองจะไม่เป็นโรคมะเร็ง โดย อาจให้แพทย์ตรวจซ้ำใหม่ เพื่อให้เห็นใจ หรือถ้าเป็นมะเร็งจริงก็ขอให้รักษาได้
5. ซึมเศร้า หลังจากผู้ป่วยได้ปฏิเสธ และตอรองทุกวิถีทางแล้ว ในที่สุดผู้ป่วย จะยอมรับว่าตนเป็นมะเร็ง จะเกิดอาการซึมเศร้า ไม่พูดหรือพูดน้อยลง ชอบบอญคนเดียว เจ็บ ๗ เหม่อลอย นอนไม่ค่อยหลับ
6. ปลงตก เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยยอมรับความจริงแห่งชีวิต เข้าใจธรรมชาติว่า สรรพสิ่งต่าง ๆ ย่อมมีการเกิด แก่ เจ็บและตาย จึงพยายามต่อสู้เพื่อให้มีความสุขอีกครั้ง ด้วยการร่วมมือในการรักษา เพื่อให้ความทุกข์ทรมานลดลง

จากการพิจารณาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างมะเร็งและจิตใจ พบว่า มะเร็งเป็นผลจากปฏิกิริยาของ Psychosomatic คือ คนที่มีบุคลิกภาพและสภาวะ ทางอารมณ์ที่เข้มแข็งจะเป็น Psychosomatic จะมีบทบาทสำคัญในการเจริญเติบโต, ขนาด และ สาเหตุของโรคมะเร็ง ในทางตรงกันข้าม การยับยั้งของเซลล์มะเร็งก็จะเกิด จากการที่ผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นที่มีชีวิตอยู่ต่อไป (Tache', Selye and Day, 1979)

Achterberg and Lawlis ได้พัฒนารูปแบบบนพื้นฐานของการทำงานเกี่ยวกับ ความเครียด และตั้งหลักเกณฑ์ว่า อารมณ์ที่เกิดพร้อมกับความเครียด อันได้แก่ ความกลัว, ความวิตกกังวล และ ความซึมเศร้า จะมีผลสะท้อนไปสู่การทำงานของ Limbic system ซึ่งมีผลเกี่ยวข้องโดยตรงกับการทำงานของ hypothalamus และ ต่อม pituitary ซึ่งเป็นต่อมสำคัญต่อร่างกาย จะเป็นตัวกำหนดการทำงานของฮอร์โมนต่างๆ ยิ่งไปกว่านั้น การที่ฮอร์โมนในร่างกายไม่อยู่ในภาวะสมดุลย์ จะทำให้เกิดการเจริญพัฒนาของ

เซลล์มะเร็งเพิ่มขึ้น การหลั่งฮอร์โมนที่มากเกินไปของต่อมหมวกไต จะเป็นผลร้ายต่อต่อม Thymus และต่อมน้ำเหลือง จะมีผลต่อเม็ดเลือดขาวในเวลาต่อมาด้วย

ภาวะเครียดจะมีผลต่อเซลล์มะเร็งถึง 2 ต่อ คือ

1. มีการเพิ่มจำนวนของเซลล์ที่ผิดปกติ
2. ความสามารถของร่างกายในการทำลายเซลล์ที่ผิดปกติจะลดลง

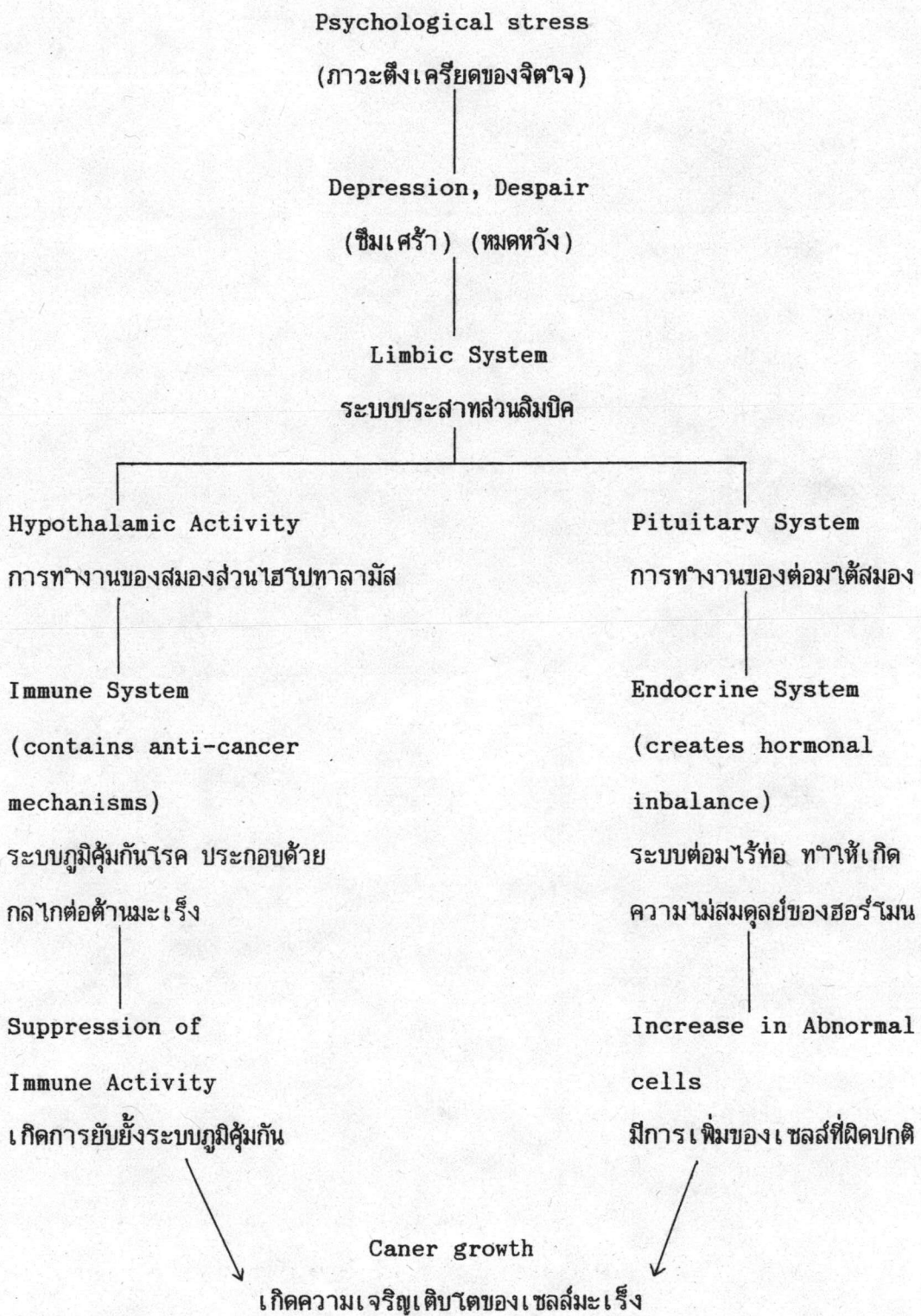
การจินตนาการในทางบวก จะช่วยในการบรรเทาสภาวะทางอารมณ์ที่ถูกทำลาย จากความเครียด และเป็นการเข้าแทรกแซงระหว่าง ความเครียด และการเกิดโรค

Simonton, Mathews-Simonton, and Creighton (1980) ได้แสดงให้เห็นถึงรูปแบบของความสัมพันธ์ระหว่างร่างกายและจิตใจ ซึ่งมีผลต่อการเกิดและการหายของโรคมะเร็ง โดยได้อธิบายกระบวนการต่าง ๆ ไว้ดังนี้คือ

ภาวะตึงเครียดทางจิตใจต่อการเจริญเติบโตของมะเร็ง จากการศึกษาวิจัยพบว่าสภาวะความตึงเครียดของจิตใจ (Psychological stress) เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดมะเร็งปวยรวมถึงโรคมะเร็งด้วย โดยเฉพาะภาวะของความตึงเครียดที่คงอยู่นาน 6-18 เดือน เมื่อเกิดความตึงเครียดขึ้นบุคคลจะเกิดการตอบสนองที่ต่างกันไปตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล ถ้าเกิดการรับรู้ว่าปัญหานั้นไม่สามารถแก้ไขได้ก็จะเกิดภาวะซีมเศร้า สิ้นหวัง, รู้สึกว่าตนเอง ไร้คุณค่า กระแสความรู้สึกเหล่านี้จะถูกส่งผ่านไปยังระบบประสาทลิมบิก (Limbic system) ซึ่งเป็นศูนย์กลางสมอง และถ่ายทอดความรู้สึกนั้นออกไปสู่อินทรีย์ เพื่อเกิดปฏิกิริยาการตอบสนองออกมา ซึ่งอาจออกมาในรูปของการต่อสู้ (fight) หรือถอยหนี (flight) ก็ได้ จากนั้นก็จะส่งต่อไปยังสมองส่วน hypothalamus ซึ่งทำหน้าที่หลัก 2 ประการคือ

1. เป็นศูนย์กลางควบคุมอารมณ์ ความรู้สึกและมีส่วนร่วมในการควบคุมระบบภูมิคุ้มกันโรค
2. ปรับสภาพการทำงานของต่อม pituitary ซึ่งควบคุมการทำงานของต่อมไร้ท่อซึ่งทำหน้าที่ผลิตฮอร์โมน โดยรักษาฮอร์โมนเหล่านั้นให้อยู่ในสภาวะสมดุลย์

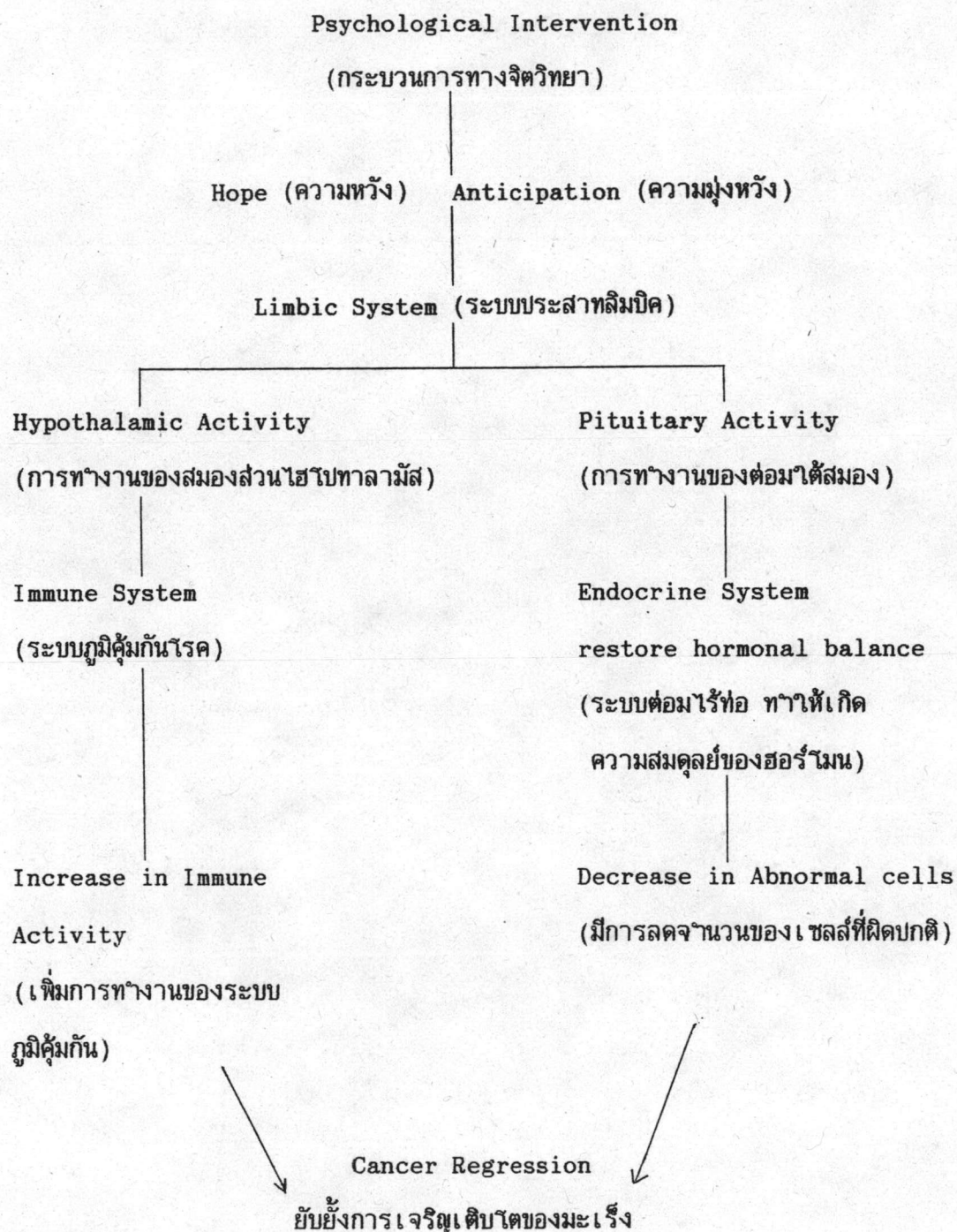
สำหรับระบบภูมิคุ้มกันโรคของร่างกายนั้น โดยธรรมชาติแล้วกลไกการป้องกัน
ของร่างกายจะทำหน้าที่ในการทำลายเซลล์มะเร็ง แต่เมื่อจิตใจเกิดภาวะของความตึง
เครียดขึ้นแล้วส่งกระแสความรู้สึกนี้ผ่านทาง Limbic system ไปสู่ hypothalamus ระบบ
ภูมิคุ้มกันของร่างกายก็จะถูกกด จึงทำให้เซลล์มะเร็งมีโอกาที่จะเจริญเติบโตมากขึ้น ขณะ
เดียวกันเมื่อต่อมาได้สมองถูกกดก็จะเกิดความไม่สมดุลย์ของฮอร์โมนในร่างกาย ซึ่งการ
เปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนนี้เองมีผลทำให้เกิดการสร้างเซลล์มะเร็งขึ้น ดังแสดงในแผนภาพ



แผนภาพที่ 2 แสดงภาพตึงเครียดของจิตใจ ที่มีผลต่อการเติบโตของเซลล์มะเร็ง (Simonton, Matthews-Simonton and Creighton, 1980)

มีการศึกษาพบว่า การต่อต้านการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน ซึ่งเกิดจากการทำหน้าที่ของ Glucocorticoids เมื่อเกิดความเครียดที่เรื้อรัง หรืออยู่ในภาวะที่ไม่สามารถบรรเทาความเครียดนั้นได้ จะมีผลต่อร่างกาย คือ การเกิดพยาธิสภาพของร่างกาย เนื่องจากร่างกายไม่สามารถปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ การที่ความเครียดของบุคคลยังคงอยู่นั้น แสดงให้เห็นว่าบุคคลนั้นมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น ในการที่จะเกิด Autoimmune disease, การติดเชื้อ และการเกิดมะเร็ง กลไกการทำงานของ Glucocorticoids มีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันโรค คือ ยับยั้งการผลิต หรือการทำหน้าที่ของ Lymphokines, Monokines และ Inflammatory mediators เช่น Prostaglandins และ Bradykinin นอกจากนี้ยังมีผลต่อฮอร์โมน และ Neuropeptides บางตัว ที่เกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกันโรคด้วย Glucocorticoids ทำหน้าที่ต่อเซลล์ที่เป็นภูมิคุ้มกัน และสามารถที่จะ lysing เซลล์เหล่านั้นได้ ระหว่างที่มีการตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน T-cells ก็จะถูกกดการทำงานภายใน 2-3 ชั่วโมง การย่อยสลายของ Thymocyte และระบบภูมิคุ้มกันของเซลล์ก็จะถูกกดการทำงานอย่างรวดเร็ว เซลล์ที่ไวต่อการทำลายของ Glucocorticoid มากที่สุด คือ เซลล์ภูมิคุ้มกันที่มีอยู่ตามธรรมชาติ (Natural Killer Cells) ซึ่งเหล่านี้มีความสำคัญต่อร่างกายมนุษย์ ในการป้องกันการที่เซลล์ร่างกายจะเปลี่ยนเป็นเซลล์เนื้องอก และทำหน้าที่ในการค้นหาเซลล์มะเร็งในร่างกาย มีหลักฐานปรากฏว่าผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งมีประสบการณ์ของความเครียดที่เรื้อรัง จะมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งสูงขึ้น และเมื่อความเครียดถูกกำจัดออกไป ระบบภูมิคุ้มกันโรคก็จะเกิดการปรับปรุงแก้ไข และจะเกิดการทํางานของระบบภูมิคุ้มกันโรคที่มากขึ้น (Groer and Maureen, 1989)

กระบวนการทางจิตวิทยา (Psychological intervention) สามารถที่จะยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งได้ เนื่องจากจะทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของตนเอง และการรับรู้ต่อปัญหาของตนจึงเกิดความหวังในการหายจากโรคร้าย กระแสความรู้สึกนี้จะถูกส่งไปยังระบบประสาทลิมบิก (Limbic system) จากผลของกระบวนการทางจิตวิทยาที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ สภาวะของความตึงเครียดก็จะลดลงหรือไม่เกิดเลย จึงทำให้สมองส่วน hypothalamus ทำงานได้เต็มที่ส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันโรคของร่างกายทำงานได้ตามปกติ ขณะเดียวกันระดับฮอร์โมนของร่างกายก็อยู่ในภาวะสมดุลย์ จึงมีผลไปยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง ดังแสดงในแผนภาพ



แผนภาพที่ 3 แสดงกระบวนการทางจิตวิทยาที่มีผลต่อการยับยั้งการเติบโตของเซลล์มะเร็ง

(Simonton, Matthews-Simonton and Creighton, 1980)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาแบบ Retrospective โดยศึกษาถึงบุคลิกภาพและการตอบสนองทางจิตใจของผู้ป่วยก่อนที่ผู้ป่วยจะเป็นมะเร็ง พบว่าบุคลิกเหล่านี้มีแนวโน้มของบุคลิกภาพเป็นแบบเก็บกดและปฏิเสธ ขาดความสามารถในการแสดงออกของอารมณ์ โดยเฉพาะอารมณ์ในส่วนที่ตนไม่พึงพอใจ และลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยมะเร็งที่พบได้ทั่วไปคือ การเก็บกด, ยอมตาม, ไม่ปรึกษา, มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นได้แม้ว่าจะมีการเก็บกด ความทุกข์ไว้ในใจก็ตาม (Holland and Rowland, 1989)

Graham and Conley (1971) ศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลและความกลัวของผู้ป่วย 71 ราย ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดใหญ่ จะมีพฤติกรรมเกี่ยวกับความวิตกกังวลออกมาได้ชัดเจน เช่น ชีพจรเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น การพูดคุยนิดปกติ ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลและความกลัวอยู่ในระดับสูงคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหลายครั้ง คิดเป็นร้อยละ 80.5

Worden and Soble (1978) ทำการศึกษา ego strength และความสามารถในการปรับตัวทางด้านจิตสังคม ในผู้ป่วยใหม่ 163 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็ง พบว่า ego strength ดี จะมีแนวโน้มของการเกิดโรคมะเร็งต่ำ พบสภาวะที่ไม่สมดุลย์ทางอารมณ์น้อย มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคเพียงเล็กน้อย และมีความสามารถในการเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้ดีกว่าพวกที่มี ego strength ต่ำ

Shields (1984) กล่าวว่า อารมณ์ความรู้สึกที่ไม่สามารถจะระบายออกมาได้ จะเป็นพื้นฐานของการเกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา ไม่เฉพาะแต่เพียงผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งเท่านั้น แต่จะรวมถึงคนทุก ๆ คนด้วย การใช้ประโยคต่าง ๆ เหล่านี้กับผู้ป่วย เช่น คุณควรจะมีกำลังใจนะ, อย่าร้องไห้เลยมิฉะนั้นคนอื่นจะคิดว่าคุณอ่อนแอ, พยายามสู้เข้าไว้, คุณจะดีขึ้นเอาในไม่ช้า นอกจากจะไม่ได้ทำให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลงแล้ว ยังเป็นการปิดโอกาสไม่ทำให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกออกมา ซึ่งจะเป็นผลเสียสำหรับผู้ป่วย

กนกรัตน์ สุชะตุงคะ (2525) ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็ง และโรคเรื้อรังที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีความวิตกกังวลและความซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยเรื้อรังและไม่แตกต่างกันใน วัย เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจ

ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาจะมีความวิตกกังวล (Peck, 1972) ซึ่งจะมีตลอดเวลาของการฉายรังสี (Peck and Boland, 1977; อนุรีย์ ต้นสกุล, 2522) ความหวาดกลัวของผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา ได้แก่ กลัวว่าเนื้องอกนี้จะรักษาไม่หาย, กลัวการเจ็บปวดจากรังสีรักษาที่ได้รับ และเกรงว่าเครื่องฉายแสงนี้จะตกลงมาทับตน หรือจะปล่อยแสงออกมาในปริมาณที่มากเกินไป (Holland, 1989) ดังจะเห็นได้จากงานวิจัยต่อไปนี้

Peck (1972) ศึกษาภาวะอารมณ์ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 50 ราย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีลักษณะของอารมณ์แสดงออกในรูปของความวิตกกังวลและซึมเศร้า ความวิตกกังวลเป็นภาวะอารมณ์ที่พบมากที่สุด คือในผู้ป่วย 50 ราย พบถึง 49 ราย โดยมีความวิตกกังวลในระดับสูง 22 ราย ระดับปานกลาง 19 ราย และระดับต่ำ 8 ราย

Peck and Boland (1977) ศึกษาปฏิบัติการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา 50 ราย โดยใช้การสัมภาษณ์ก่อนการรับรังสีรักษา และ 1 สัปดาห์หลังจากสิ้นสุดการรับรังสีรักษา พบว่า ก่อนการฉายรังสีผู้ป่วยร้อยละ 60 มีความวิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยแปลความหมายของการได้รับรังสีรักษาเป็นเรื่องที่เลวร้ายมาก เพราะคิดว่าการรักษาด้วยการผ่าตัดไม่สามารถที่จะกำจัดก้อนมะเร็งออกไปได้หมด และเมื่อสิ้นสุดการรับรังสีรักษาแล้ว จำนวนผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 80 เนื่องจากร่างกายเกิดปฏิกิริยาจากการฉายแสง ผู้ป่วยจึงเกิดความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น

จากการวิเคราะห์ภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ตามแนวคิดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus and Folkman, 1984) พอจะสรุปได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา จะมีการประเมินตัดสินเหตุการณ์นี้ว่าเป็นภาวะเครียด ซึ่งส่วนมาก

แสดงออกในรูปของความวิตกกังวล ซึ่งความวิตกกังวลจะคงอยู่หรือเพิ่มขึ้น แม้เมื่อการรักษาจะเสร็จสิ้นไปแล้วก็ตาม

พวงทอง ไกรพิบูลย์ (2522) ตั้งข้อสังเกตจากประสบการณ์ว่าในระยะแรกผู้ป่วยมะเร็งมักจะมีอาการกังวลและเศร้าหมอง แต่หลังจากการรักษาผ่านไประยะหนึ่งเพียงพอที่ผู้ป่วยจะมีความคุ้นเคยกับแพทย์ผู้รักษามากขึ้นและจากการได้รู้ได้เห็นว่ามีผู้ป่วยอื่นอีกมากมายป่วยด้วยโรคมะเร็งเช่นเดียวกับตนเอง ผู้ป่วยก็จะเกิดความเชื่อมั่นในการรักษาและความเปลี่ยนแปลงของอาการก็จะเปลี่ยนจากหนักเป็นเบา หรือเข้าสู่ภาวะปกติ แต่ผู้ป่วยบางคนยังคงมีความกังวลและเศร้าซึมอยู่ตลอดไป ลักษณะนี้มักจะพบในผู้ป่วยที่กลัวโรคมะเร็งมาก ๆ และกลัวว่าวันหนึ่งจะต้องกลับเป็นโรคนี้อีก และจะพบได้สูงในผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบต่อครอบครัว

อนุรีย์ ตันสกุล (2522) ศึกษาเจตคติและสภาพทางอารมณ์ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 100 ราย พบว่าก่อนการฉายรังสีผู้ป่วยร้อยละ 65 มีความวิตกกังวลและภายหลังการฉายรังสีครบแล้วใน 1 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 80 ยังคงมีความวิตกกังวลอยู่ ทั้งนี้เพราะอาการแทรกซ้อนของรังสีทำให้ผู้ป่วยมีอาการต่าง ๆ มากขึ้น

จากการศึกษาของ สมจิต หนูเจริญกุล, บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์ และทิพาพร วงศ์หงษ์กุล (2533) เกี่ยวกับตัวทำนายความรู้สึกละอายใจในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ผลปรากฏว่า ความรู้สึกละอายใจในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาทั้งในช่วงกลางและช่วง 2 วันสุดท้ายก่อนสิ้นสุดการรักษาค่อนข้างสูง ความคุ้นเคยในเหตุการณ์และความรุนแรงของอาการที่ประสบและการได้มีส่วนร่วมในการควบคุมตนเองล้วนมีผลต่อความแปรปรวนของความรู้สึกละอายใจในความเจ็บป่วย

จากที่กล่าวมาทั้งหมดจะเห็นได้ว่า จิตใจมีบทบาทสำคัญทั้งในแง่ของการเป็นสาเหตุให้เกิดโรค และการหายของโรค โดยเฉพาะโรคมะเร็ง เมื่อมนุษย์ถูกทำลายด้วยภาวะที่มาคุกคามชีวิตหรือภาวะวิกฤตสุขภาพของมนุษย์ก็จะเกิดการรับรู้ว่าจะต้องต่อสู้เพื่อมีชีวิตอยู่ การตอบสนองทางสุขภาพตนเอง เป็นแรงผลักดันที่จะมีอิทธิพลต่อการมีชีวิตอยู่ต่อไป

(Shields, 1984) ดังนั้นการให้การช่วยเหลือทางด้านจิตสังคม สำหรับผู้ป่วยมะเร็งทางด้านรีเวชจึงมีความสำคัญต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยมากเท่า ๆ กับการรักษาทางด้านร่างกาย (Good and Capone, 1980)

สำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษานั้น อาการทางจิตใจที่ปรากฏให้เห็นคือ ความวิตกกังวล ซึ่งวิธีการในการที่จะลดความวิตกกังวลนั้นได้แก่ การช่วยเหลือแก้ไขปัญหในปัจจุบัน, ลดแรงกดดันที่ก่อตัวมาจากความวิตกกังวลโดยเปิดโอกาสให้บุคคลได้ระบายความรู้สึก ความไม่สบายใจต่าง ๆ, การฝึกสมาธิ, การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ, การสัมผัส, การให้ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อชี้แนะและประกอบการตัดสินใจ, การให้คำปรึกษาในเชิงจิตวิทยา เพื่อให้บุคคลเข้าใจอารมณ์ความวิตกกังวลและพฤติกรรมของตนจะได้อย่างควบคุมหรือแก้ไขความวิตกกังวลนั้นได้ (อุบล นิวัติชัย, 2528; ลันด์ ทัตส์เวิร์ทน์, 2531)

การผ่อนคลาย

การผ่อนคลายคือการที่ร่างกายและจิตใจปราศจากความตึงเครียด หมายถึงภาวะที่เป็นกลาง (Neutral State) (Mecaffery, 1979)

Sweeny (1971) ให้ความหมายการผ่อนคลายว่า คือการที่มีการผ่อนคลาย ซึ่งมีส่วนประกอบทั้งด้านสรีระและด้านจิตใจ การผ่อนคลายทางคลินิก (Clinical Relaxation) ซึ่งต่างจากการพักผ่อนธรรมดาโดยทั่วไป (Jacobson 1967)

การผ่อนคลายเป็นกลไกในการป้องกัน และต่อต้านความเครียด ขณะร่างกายอยู่ในสภาพผ่อนคลาย การเผาผลาญความร้อนในร่างกายจะมีน้อยที่สุด และสมองส่วนไฮโปทาลัสลดการตอบสนองต่อระบบประสาทอัตโนมัติ ยังผลให้มีการใช้ออกซิเจนลดลง การผลิตคาร์บอนไดออกไซด์ลดลง การหายใจช้าลง มีการแลกเปลี่ยนแลคเตทที่ขึ้น การไหลเวียนเลือดที่ขึ้น หัวใจเต้นช้าลง (Benson, 1977 อ้างถึงใน รุ่งทิพย์ จามรมาน, 2533: Nicholas 1980)



การฝึกการผ่อนคลายนั้น อาจทำได้หลายวิธี ได้แก่

1. การฝึกหายใจให้ถูกวิธี ผู้ที่มีความเครียดมักมีนิสัยชอบและหายใจถี่และตื้น เป็นประจำ และอาจถอนใจเป็นระยะ ๆ การหายใจที่ถูกต้องควรหายใจให้ลึก ช้าและสม่ำเสมอ ซึ่งหมายถึงการหายใจลงไปถึงส่วนล่างสุดของปอด ทำให้กระบังลมคั่นท้องให้พอง ออกเวลาหายใจเข้าและยุบลงเวลาหายใจออก (Abdominal or diaphragmatic breathing) ตามปกติคนจะหายใจแบบนี้ในเวลาหลับหรือเวลาที่ผ่อนคลายมาก ๆ หากทำ ให้เป็นนิสัยจะช่วยได้มากในการลดความเครียด (สมบัติ ตาบัญญัติ, 2526)

2. การฝึกสมาธิ ในที่นี้หมายถึง การฝึกให้ความสนใจจดจ่ออยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงอย่างเดียว เช่น ลมหายใจเข้าออก การยุบพองของท้อง หรือคำพูด 2-3 พยางค์ (เช่น ท่องพุทโธ) จัดเป็นสมาธิแบบเพ่ง (concentration meditation) หรืออีกแบบหนึ่งคือการกำหนดสติหรือสมาธิแบบติดตาม (absorbitive meditation) ซึ่งได้แก่ การมีสติระลึกรู้ไปตามอิริยาบถปัจจุบันของร่างกายและการเปลี่ยนแปลงของจิตใจอารมณ์ รู้ว่ากำลังทำอะไร เห็นอะไร ได้ยินอะไร สัมผัสอะไร ได้รส ได้กลิ่นอะไร ทำให้เกิดความรู้สึกอย่างไร เกิดอารมณ์อย่างไร คิดอะไร เป็นต้น ได้มีการศึกษาวิจัยพบว่า สมาธิ ช่วยลดความเครียด เพิ่มประสิทธิภาพในการเรียน การทำงาน และด้านอื่น ๆ ของชีวิต เป็นอย่างมาก (สมบัติ ตาบัญญัติ, 2526)

3. การใช้เครื่อง Biofeedback เป็นเครื่องมือที่จะบอกให้ทราบได้ว่า ขณะนี้ร่างกายมีความเครียดมากน้อยในระดับไหน Biofeedback มีอยู่หลายแบบ เช่น วัดอุณหภูมิบนผิวหนัง วัดกระแสไฟฟ้าในกล้ามเนื้อ ในสมอง การเต้นของหัวใจ ความต้านทานกระแสไฟฟ้าบนผิวหนัง เป็นต้น ซึ่งล้วนแต่เกี่ยวข้องกับความเครียดทั้งสิ้น เครื่อง Biofeedback จะแสดงข้อมูลให้ผู้ใช้นั้นเห็นว่าขณะนี้นั้นเองมีความเครียดระดับไหน โดยอาจแสดงให้เห็นในรูปของเข็มมิเตอร์ เสียง ฯลฯ และช่วยในการฝึกให้ผู้ใช้นั้นควบคุมการทำงานของอวัยวะ ซึ่งตามปกติอยู่เหนือการควบคุม เช่น การเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต คลื่นสมอง เพื่อลดความเครียดหรือขจัดอาการไม่สบายบางอย่างได้ (สมบัติ ตาบัญญัติ, 2526)

4. การออกกำลังกาย ควรทำแบบง่าย ๆ เพื่อเป็นการช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ช่วยให้การไหลเวียนเลือดดีขึ้น ควรทำเป็นประจำทุกวัน ไม่หักโหม และไม่มุ่งแข่งขันเอาชนะหรือเพื่อให้มีชื่อเสียง แต่เพื่อผ่อนคลายเท่านั้น

5. Progressive Relaxation เป็นการฝึกคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกายมี 2 ประเภทคือ

5.1 Active progressive Relaxation คือการฝึกคลายกล้ามเนื้อที่ ละส่วนของร่างกายโดยการเกร็งให้เต็มที่ก่อนแล้วคลายออก เพื่อให้รู้สึกถึงความแตกต่าง ระหว่างความเครียดกับการผ่อนคลาย และผ่อนคลายไปทั่วทุกส่วน (สมบัติ คาปัญญา, 2526) ทำให้กระบวนการเกร็งเองอย่างไม่รู้ตัวกลายเป็นรู้ตัว อยู่ในระดับจิตสำนึกขึ้นมาได้ เริ่มต้นโดยเรียนรู้การผ่อนคลายที่เท้าทั้งสองข้าง โดยการเกร็งให้แรงจนรู้สึกเครียดที่สุด แล้วค่อย ๆ คลายออกช้า ๆ ให้รู้ตัวว่ากล้ามเนื้อกำลังบส่อยออกจนอยู่ในสภาพที่ไม่มีการเกร็ง อีกเลย และเปรียบเทียบความรู้สึกขณะที่เกร็งเครียดอยู่กับขณะที่บส่อยวางอยู่ว่าต่างกัน อย่างไร ต่อมาจึงเลื่อนความคิดความรู้สึกมาอยู่ที่แต่ละส่วนของร่างกาย คือ ที่น่องทั้งสองข้าง หน้าขา หน้าท้อง หน้าอก มือทั้งสองข้าง แขน หัวไหล่ทั้งสองข้าง คอ หน้าผาก ตา แก้ม ปาก และลิ้น โดยการเกร็งให้เต็มที่แล้วคลายออก ก่อนที่จะลืมตาขึ้น ให้สำรวจกล้ามเนื้อ ตามส่วนต่าง ๆ ที่ทำมาแล้วว่าอยู่ในสภาพผ่อนคลายดีหรือไม่ อย่างไรก่อนถ้าสำรวจพบว่า ยังมีส่วนใดเกร็ง หรือเครียดอยู่ ก็ค่อย ๆ บส่อยวางกล้ามเนื้อให้คลายออกก่อนทุกครั้ง (วัลลภ ปิยะมโนธรรม, 2528)

5.2 Passive progressive relaxation เป็นการฝึกการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อโดยไม่ต้องเกร็งก่อน โดยใช้หลักเกณฑ์พื้นฐานที่ว่า โดยทั่วไปแล้วร่างกายจะตอบสนองสภาวะทางอารมณ์ที่ตึงเครียดด้วยการเกร็งของกล้ามเนื้อ การเพิ่มการเกร็งของ กล้ามเนื้อนั้นเป็นอาการของคนที่ได้รับบาดเจ็บปวดทางร่างกายหรือเกิดความวิตกกังวล การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยไม่ต้องเกร็งก่อนจึงเป็นการช่วยลดความตึงเครียดทาง สรีระ ซึ่งเชื่อว่าจะช่วยในการลดความเจ็บปวดและความวิตกกังวลได้ (Mast, Meyers and Urbanski, 1987) เทคนิคการผ่อนคลายวิธีนี้เริ่มโดยการให้ความคิด ความรู้สึก หรือจิตสัมผัสอยู่ที่แต่ละส่วนของร่างกายให้รู้ตัวและพิจารณาว่าบริเวณกล้ามเนื้อตรงจุดนั้น ๆ อยู่ในสภาพที่ผ่อนคลายหรือยัง โดยเริ่มคลายกล้ามเนื้อตั้งแต่บริเวณใบหน้า รอบ ๆ ดวงตา ทั้ง 2 ข้าง ขากรรไกร ลิ้น คอ ไหล่ แขนท่อนบน ท่อนล่าง มือ ออก ท้อง ขา น่อง และเท้า จนกระทั่งทุก ๆ ส่วนของร่างกายอยู่ในสภาพผ่อนคลาย (สมบัติ คาปัญญา, 2526)

6. ผีคลายกล้ามเนื้อโดยการออกคำสั่งตัวเอง (autogenics) โดยการบอกตัวเองในใจ ซ้ำ ๆ ซ้ำ ๆ กัน ให้คลายกล้ามเนื้อที่ละส่วน คล้ายการสะกดจิตตนเอง (สมบัติ ตาปัญญา, 2526)

7. Visualization (การจินตนาการนิภภาพในทางบวก) เป็นเทคนิคการผ่อนคลายวิธีหนึ่ง ซึ่งจะช่วยให้ร่างกายผ่อนคลายมากขึ้น อาจใช้ร่วมกับการใช้ปฏิกิริยาผ่อนคลาย การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ร่างกายและการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยการออกคำสั่งตนเองก็ได้ (สมบัติ ตาปัญญา, 2526) การจินตนาการนิภภาพในสิ่งที่น่ารื่นรมย์จะเป็นผลดีต่อบุคคลทั้งในด้านความคิด สรีระ และอารมณ์ความรู้สึก ซึ่งเป็นเสมือนการสร้างภาพยนตร์ขึ้นในจิตใจ (mental movie) นั้นเอง (Mast, Meyers and Urbanski, 1987)

ในสหรัฐอเมริกา มีนักรังสีวิทยากับภรรยาที่เป็นนักจิตวิทยาได้ประยุกต์เอาการสร้างภาพผ่อนคลายและการจินตนาการภาพมาใช้เป็นพลังในการรักษาความเจ็บป่วยบางชนิด และได้บรรยายถึงวิธีการฝึกให้ผู้ป่วยใช้พลังของจิตใจต่อสู้กับโรคมะเร็ง ผลปรากฏว่ากลวิธีนี้ใช้ได้ผล โดยใช้ควบคู่ไปกับการทำรังสีบำบัด วิธีการเริ่มต้นด้วยการสร้างความผ่อนคลายแก่ร่างกาย โดยให้ผู้ป่วยหลับตาลง และนึกสร้างภาพในใจว่า เซลล์มะเร็งในร่างกายของตนกำลังอ่อนแอลงและระส่ำระสาย ชิมมอนตันเชื่อว่าวิธีการรักษาแบบนี้จะมีพลังในการทำลายเซลล์มะเร็ง (เอกพล วัฒน, 2531)

สมบัติ ตาปัญญา (2526) ยังได้กล่าวไว้อีกว่า มีการใช้จินตนาการเพื่อการรักษาโรค เช่น ที่ศูนย์วิจัยและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่สหรัฐอเมริกา ได้ใช้จินตนาการในทางบวกเกี่ยวกับอาการป่วยและการรักษาตนเองกับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่แพทย์กำหนดไว้แล้วว่าจะอยู่ได้อีกไม่นาน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากมีอาการทุเลาลงอย่างรวดเร็วและหายจากโรคได้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยใช้จินตนาการนิภภาพในทางบวกเกี่ยวกับการป่วย และการรักษาตนเอง ความคิดเหล่านี้จะไปเพิ่มภูมิคุ้มกันทางระบบต่าง ๆ ของร่างกายให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น และในที่สุดก็เอาชนะโรคนี้ได้ มีความหวังมีความพยายามที่จะทำอะไรต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์หรือเป็นความสุขแม้ว่าอาจอยู่ไม่ได้นาน

การจินตนาการในการฝึกผ่อนคลายทำได้โดย การจัดให้อยู่ในท่าที่สบายผ่อนคลายทุกส่วนและนึกภาพที่รื่นรมย์ เช่น ชายทะเล ป่าเขา ริมลำธารหรือ ที่ใดก็ได้ที่ทำให้รู้สึกสบาย สดชื่น และผ่อนคลายมากขึ้น ส่วนมากจะเข้าร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ละส่วน โดยไม่ต้องเกร็งก่อน (รุ่งทิพย์ จารมรمان, 2533)

8. การนวด คือการสัมผัสส่วนต่าง ๆ ของร่างกายอย่างมีระบบ เพื่อช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การนวดอาจทำเองหรือให้ผู้อื่นทำก็ได้ แต่ควรเป็นการนวดที่ถูกวิธี (สมบัติ ตาบัญญา, 2526)

9. สสำรวจท่านั่ง ท่านอน ยืน เดิน ว่ามีส่วนเพิ่มความเครียดหรือไม่ เช่น บางคนชอบก้มศีรษะ ยึดคอ ยกไหล่ งอหลัง ฯลฯ ทำให้ร่างกายเสียการทรงตัวที่ดี และกล้ามเนื้อตึงเครียดโดยไม่จำเป็น (สมบัติ ตาบัญญา, 2526)

Mast, Meyer and Urbanski (1987) กล่าวไว้ว่า ความเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่นโรคกระดูกจะ ทำให้บุคคลเกิดความตึงเครียด ซึ่งภาวะความตึงเครียดนั้นอาจจะเป็นภาวะที่รุนแรง และคงอยู่เป็นเวลานานจนกระทั่งอาจจะมากเกินความสามารถที่บุคคลจะเผชิญกับมันได้ การฝึกการผ่อนคลายจะเป็นสิ่งที่จะช่วยเพิ่มความสามารถในการที่จะเผชิญกับปัญหา โดยทำให้บุคคลเกิดการตอบสนองออกมาในลักษณะของการผ่อนคลาย เทคนิคต่าง ๆ ของการฝึกการผ่อนคลายนั้นได้กล่าวมาแล้วในตอนต้น ซึ่งเทคนิคต่าง ๆ มีหลักเกณฑ์ที่เหมือนกันคือ

1. ร่างกายและจิตใจไม่สามารถที่จะแยกออกจากกันได้ ความคิดและความรู้สึกจะทำให้ร่างกายเกิดการตอบสนอง เช่นเกี่ยวกับการที่ร่างกายได้รับการสัมผัสก็จะทำให้เกิดปฏิกิริยาการตอบสนองทางอารมณ์ต่อประสบการณ์นั้น ๆ สภาวะความตึงเครียดทางร่างกายหรือการถูกกระตุ้นทางอารมณ์จะทำให้เกิดความตึงเครียดและทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ซึ่งจะสัมพันธ์กับการเกิดปฏิกิริยาการต่อสู้หรือถอยหนี

2. แต่ละบุคคลสามารถที่จะถูกสอนให้มีการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางร่างกาย อารมณ์และพฤติกรรม ต่อภาวะเครียดอย่างรู้สึกตัว ด้วยการเรียนรู้เทคนิคการผ่อนคลาย ซึ่งจะทำให้เกิดการตอบสนองออกมาในลักษณะที่ผ่อนคลาย Benson ได้ชี้ให้เห็นถึงองค์ประกอบ 4 ประการ ซึ่งจำเป็นต่อการเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบ, การอยู่ในท่าที่สบาย, มีความสามารถในการคิด เช่น การฟังคำพูดหรือวลีที่

ซ้ำ ๆ กัน แล้วคิดตาม และการรับเอาทัศนคติหรือความรู้สึกนั้นมาเป็นของตน

3. บุคคลซึ่งได้รับการเรียนรู้ที่จะทำให้เกิดการตอบสนองในลักษณะที่ผ่อนคลาย ด้วยการฝึกการผ่อนคลายนั้น เกิดจากประสบการณ์ที่ได้ เพิ่มความรู้สึกของการรู้สึกว่ามีสุขภาพที่สมบูรณ์และเต็มไปด้วยความหวัง

สมบัติ ตาบัญญัติ ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาคลินิก ได้แนะนำการผ่อนคลายมาใช้กับผู้ที่มีความเครียดความวิตกกังวล โดยจัดทำเทปบรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับการฝึกหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย การผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยการออกคำสั่งตัวเอง และการจินตนาการนิภาพในทางบวก เพื่อให้ประชาชนทั่วไปที่มีความเครียด ความวิตกกังวล ผู้ที่นอนไม่หลับ ผู้ที่มีอาการปวดศีรษะ หรือมีอาการไม่สบายอื่น ๆ อันเป็นผลจากความเครียด และมีผู้นำไปใช้อย่างกว้างขวาง (รุ่งทิพย์ จามรมาน, 2533)

ประโยชน์ของการฝึกผ่อนคลายและการจินตนาการภาพ

1. ช่วยในการลดความหวาดกลัว ความหวาดกลัวส่วนมากจะเกิดขึ้นมาจากความรู้สึกที่อยู่ภายนอกอำนาจการควบคุมของจิตใจ ในผู้ป่วยมะเร็ง เร็งมักจะมีความรู้สึกที่ว่าร่างกายของเขาเสื่อมสภาพลงและรู้สึกหมดกำลังใจ การฝึกผ่อนคลายและการจินตนาการภาพจะช่วยทำให้ผู้มอง เห็นบทบาทของตนในการที่จะทำให้อาการกลับมามีสุขภาพที่ดีอีกครั้ง ซึ่งจะทำให้สามารถที่จะควบคุมตนเองได้

2. ช่วยในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและเป็นพลังในการที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป

3. สามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นภายในร่างกาย คือร่างกายจะสร้างระบบภูมิคุ้มกันโรคและช่วยในการป้องกันสาเหตุของการเกิดโรคต่าง ๆ เนื่องจากขบวนการทางจิตมีอิทธิพลโดยตรงต่อระบบภูมิคุ้มกันและการรักษาระดับฮอร์โมนของร่างกาย ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย จึงมีผลโดยตรงต่อระบบความคิดด้วยเช่นกัน

4. สามารถที่จะใช้เป็นวิธีการในการประเมินความเชื่อในขณะปัจจุบัน และแก้ไขความเชื่อเหล่านั้นได้ การเปลี่ยนแปลงในเรื่องของสัญลักษณ์และภาพพจน์ต่าง ๆ นี้ สามารถจะใช้เป็นกลไกในการเปลี่ยนแปลงความเชื่อต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับเรื่องของสุขภาพได้

5. เป็นเครื่องมือในการติดต่อสื่อสารกับระดับจิตใจไร้สำนึกของมนุษย์ ซึ่งเป็นระดับที่ความเชื่อต่าง ๆ ได้ถูกเก็บไว้
6. เป็นเครื่องมือในการลดความตึงเครียด และความวิตกกังวลต่าง ๆ
7. ช่วยในการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกผิดหวัง และความรู้สึกสิ้นหวัง ซึ่งเป็นที่ปรากฏครั้งแล้วครั้งเล่า ว่าภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็ง เมื่อบุคคลเริ่มมองเห็นภาพว่าร่างกายของเขากำลังมีสุขภาพแข็งแรงขึ้นเรื่อย ๆ ก็จะสามารถแก้ไขความรู้สึกผิดหวังและสิ้นหวังได้ นอกจากนี้ยังจะทำให้กลับมีความรู้สึกมั่นคง และมองโลกในแง่ดีด้วย (Simonton, Mathews-Simonton and Creighton, 1980)

โดโนแวน (Donovan, 1980) กล่าวว่า เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเป็นวิธีที่เหมาะสมที่สุดที่จะใช้สอนผู้ป่วยมะเร็ง เนื่องจากเรียนรู้ได้ไม่ยาก ไม่ต้องลงทุนด้วยราคาแพง ใช้เวลาไม่มากนักในการฝึก อาการแทรกซ้อนน้อยมากหรือเกือบจะไม่มีเลย มีความรู้สึกกระตือรือร้น มีกำลังใจ มั่นใจในการรักษามีความรู้สึกว่าตนเองยังไม่หมดหวัง หรือมีอาการเลวลงอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งร้ายอื่น ๆ

มัวร์และเอาเมอร์ (Moore and Altmaier, 1981) ได้นำเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อมาฝึกให้ผู้ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ภายหลังจากทดลองพบว่า อาการคลื่นไส้และอาเจียนลดลง ระดับความรุนแรงของความวิตกกังวลก็ลดลงด้วย ถึงแม้ว่าข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษาจะไม่ได้บันทึกอย่างเป็นทางการแต่สามารถให้ข้อเสนอแนะได้ว่า ควรเริ่มฝึกการผ่อนคลายให้ผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มแรก เพื่อเป็นประสบการณ์การเรียนรู้ของผู้ป่วยในการเผชิญต่อภาวะเครียดจากคลื่นไส้ อาเจียน จากยาเคมีบำบัด

บูริส ที่ จี และลายชี เจ เอ็น (Burish and Lyles, 1981) ได้นำเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อมาฝึกให้ผู้ป่วยมะเร็ง ผลการวิจัยพบว่าการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเป็นเทคนิคที่มีประสิทธิภาพสำหรับการลดสิ่งเร้าทางกายภาพ มีผลต่อการลดความวิตกกังวลด้วย และผู้ป่วยกลุ่มทดลอง คือกลุ่มที่ฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มควบคุม

นอกจากนี้ยังมีรายงานว่าผู้ป่วยมะเร็งซึ่งใช้เทคนิคการฝึกการผ่อนคลายจะมีการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งลดลง, เพิ่มระยะเวลาของการมีชีวิตอยู่ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Meares, 1982 and Simonton et al., 1978 cited by Mast et al., 1987) เนื่องจากจากกระบวนการทางจิตวิทยา (Psychological intervention) สามารถที่จะยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งได้ เนื่องจากจะทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของตนเอง และการรับรู้ต่อปัญหาของตน จึงเกิดมีความหวังในการหายจากโรคร้าย กระแสความรู้สึกนี้จะถูกส่งไปยังระบบประสาทลิมบิก (Limbic system) จากผลของกระบวนการทางจิตวิทยาที่จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ สภาวะของความตึงเครียดก็จะลดลงหรือไม่เกิดเลย จึงทำให้สมองส่วนไฮโปทาลามัสทำงานได้ดีขึ้นที่ ส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันโรคของร่างกายทำงานได้ตามปกติ ขณะเดียวกันระดับฮอร์โมนของร่างกายก็อยู่ในภาวะสมดุลย์ จึงมีผลยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง (Simonton et al., 1980)