

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของสตรีวัยกลางคน จังหวัดสระบุรี” ผู้วิจัยได้แบ่งเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็น 6 ส่วนดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ
2. แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender)
3. สภาพปัญหาสุขภาพอนามัยของสตรีวัยกลางคน
4. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจของสตรีวัยกลางคน
5. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคน
6. ปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคน
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

ความหมาย

กรีน และ ครูเตอร์ (Green and Kreuter)⁽¹⁴⁾ ได้กล่าวว่าการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ผลรวมของการสนับสนุนทางด้านการศึกษาร่วมกับการสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดผลต่อการปฏิบัติในสภาวะการณ์การดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะที่สมบูรณ์ การกระทำหรือการปฏิบัติเหล่านั้นอาจเป็นในระดับบุคคล ชุมชน ,กลุ่มคนก็ตาม การปฏิบัติหรือการกระทำย่อมส่งผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคลและชุมชน

พาแลงค์ (Palank)⁽¹⁵⁾ กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่ริเริ่มโดยบุคคลทุกกลุ่มอายุเพื่อคงไว้หรือเพิ่มระดับความสุขสมบูรณ์ เป็นการบรรลุเป้าหมายในชีวิตและความสมปรารถนาของบุคคล พฤติกรรมดังกล่าว ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การมีกิจกรรมต่างๆในเวลาว่าง การพักผ่อน การมีโภชนาการที่เพียงพอ กิจกรรมต่างๆที่ลดภาวะเครียด และการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม

เพนเดอร์ (Pender)⁽¹³⁾ ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึงกิจกรรมที่บุคคลหรือกลุ่มกระทำเพื่อเพิ่มระดับความเป็นปกติสุข และบรรลุเป้าหมายของบุคคล ชุมชน และสังคม โดยมุ่งการกระทำในเชิงบวกหรือการกระทำที่ก่อให้เกิดประโยชน์เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี

ส่วนที่ 2 แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

เพนเดอร์ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ (Pender) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มความเป็นอยู่ที่ดี (Well being) และการบรรลุจุดมุ่งหมายสูงสุดในชีวิต รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ประกอบด้วยมโนทัศน์หลัก 3 ด้าน ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2.1 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. คุณลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล (Individual Characteristic and Experience) ในแต่ละบุคคลจะมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นผลจากการกระทำที่ต่อเนื่องในอดีตและความสำคัญของปัจจัยนี้ขึ้นอยู่กับการศึกษาเป้าหมายของพฤติกรรม ประกอบด้วย

1.1 พฤติกรรมที่สัมพันธ์กันที่เคยเกิดขึ้นในอดีต (prior related behavior) การที่เคยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาก่อน ทำให้สามารถเกิดพฤติกรรมที่คล้ายๆกันอีกได้ ทั้งนี้อาจเป็นผลที่เกิดขึ้นในทางบวกต่อการมีพฤติกรรมนั้นๆ หรือจากการกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จทำให้เกิดอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (personal factors) ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยทางร่างกาย อาทิ อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส 2) ปัจจัยทางด้านจิตใจ อาทิ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง ความสามารถส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ (perceived health status) และคำจำกัดความของสุขภาพ (definition of health) และ 3) ปัจจัยทางสังคม-วัฒนธรรม ได้แก่ เชื้อชาติ ศาสนา ภูมิฐานะ ระดับการศึกษา และเศรษฐกิจ ปัจจัยส่วนบุคคลมีผลโดยตรงต่อการรับรู้และอารมณ์ที่มีต่อพฤติกรรม และมีผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2. การรับรู้และอารมณ์ที่มีต่อพฤติกรรม (Behavior-specific cognitions and affect) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติ ซึ่งเป็นหลักสำคัญเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (Perceived benefits of action) เป็นการรับรู้ผลดีของการกระทำ บุคคลจะปฏิบัติกิจกรรมใดก็ตามเมื่อเห็นว่าการกระทำนั้นก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง ซึ่งเป็นการแสดงออกทางจิตใจเพื่อหวังผลทางพฤติกรรม ดังนั้นบุคคลจึงมีแนวโน้มที่จะใช้แหล่งของกิจกรรมเพื่อเพิ่มประสบการณ์ของการกระทำที่ดี บุคคลจะรู้สึกถึงประโยชน์ของการกระทำต่อตนเอง เช่น กระตือรือร้นในการมีพฤติกรรมมากขึ้น ความเหนื่อยล้าลดลง และผลพลอยได้อื่นๆ เช่น การได้รับรางวัลตอบแทน และสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อสังคม ซึ่งผลดังกล่าวทำให้เป็นการเพิ่มแรงจูงใจในทางการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมใดมากกว่า

2.2 การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ (Perceived barriers to action) เป็นการรับรู้สิ่งที่ขัดขวางหรือทำให้พฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นไม่ได้ บุคคลจะรับรู้อุปสรรคของการกระทำซึ่งอุปสรรคนี้อาจเป็นจริงหรือจากการคาดคะเน มีผลให้ความสับสนของการทำงานที่เหมาะสมลดลง เช่น การรับรู้ความไม่สะดวกสบาย การรับรู้ความยาก หรืออุปสรรคทางเวลาซึ่งทำให้เกิดการหยุดยั้งละเลยพฤติกรรม และการไม่ปฏิบัติเนื่องจากมีปัญหาทางการเงิน ความไม่สะดวกสบายเสียค่าใช้จ่ายสูง ความยากลำบาก หรือเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ อุปสรรคเปรียบเสมือนสิ่งที่ขัดขวางไม่ให้คุณคนมีพฤติกรรม

ดังนั้นถ้าความพร้อมในการปฏิบัติต่ำ อุปสรรคสูง บุคคลจึงหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติกิจกรรม ในทางตรงกันข้าม ถ้าความพร้อมในการปฏิบัติกิจกรรมสูง อุปสรรคต่ำ ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติกิจกรรมจึงเกิดขึ้น บุคคลจึงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติกิจกรรม

2.3 การรับรู้สมรรถภาพแห่งตน (Perceived self-efficacy) เป็นการรับรู้ที่ตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้สำเร็จในระดับใด ในขณะที่ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นเป็นการตัดสินใจพิจารณาที่ผลลัพธ์ การรับรู้ทักษะและความสามารถ เป็นแรงจูงใจสำคัญของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมที่ดี และถูกต้องเหมาะสมบุคคลที่มีความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถและทักษะในการกระทำจะเป็นสิ่งส่งเสริม และสนับสนุนให้บุคคลบรรลุถึงพฤติกรรมเป้าหมายมากกว่าบุคคลที่คิดว่าตนเองไม่มีความสามารถ และไม่มีทักษะ บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถในตนเองสูง มีผลทำให้การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมน้อย การรับรู้ความสามารถตนเองสูงใจให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ โดยการคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำนั้น ดังนั้นปัจจัยนี้จึงเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง

2.4 ความรู้สึกนึกคิดหรืออารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม (Activity Related Affect) ระดับความรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้นก่อนที่จะมีพฤติกรรม ในระหว่างที่ปฏิบัติและเกิดขึ้นหลังจากปฏิบัติแล้วขึ้นอยู่กับคุณสมบัติที่เป็นตัวกระตุ้น หรือตัวเร้าของพฤติกรรมนั้นๆ การตอบสนองด้านความรู้สึกเหล่านี้นี้อาจอยู่ในระดับต่ำ ปานกลาง หรือมาก ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้เก็บไว้ในความทรงจำ และนำมาสร้างพฤติกรรมในครั้งต่อไป

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) เป็นการเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมจากบุคคลอื่น เช่น บิดา มารดา ครอบครัว หรือกลุ่มเพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ อิทธิพลระหว่างบุคคล ได้แก่ บรรทัดฐานของสังคม การสนับสนุนของสังคม และตัวแบบ ซึ่งเป็นการเรียนรู้จากบุคคลอื่น โดยผ่านการสังเกตการกระทำพฤติกรรมขณะนั้น อิทธิพลระหว่างบุคคลมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในขณะที่เดียวกันก็มีผลทางอ้อมโดยเป็นแรงกดดันทางสังคม หรือการกระตุ้นให้มีพันธะสัญญาเพื่อวางแผนการกระทำ

2.6 อิทธิพลของสถานการณ์ (Situational Influences) เป็นปัจจัยด้านสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการมีพฤติกรรม โดยที่สภาพการณ์นั้นจะเป็นตัวกำหนดความต้องการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นอกจากนี้ยังมีผลต่อการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หากรู้สึกว่าสถานการณ์นั้นน่าสนใจ เหมาะสม และมีความเกี่ยวข้องกับตนเอง และปลอดภัย ในทางตรงกันข้าม บุคคลจะเลิกปฏิบัติกิจกรรมหากสถานการณ์นั้นไม่เหมาะสมกับตนเอง ไม่มีความเกี่ยวข้องกับตนเองหรือไม่ปลอดภัย สภาพสิ่งแวดล้อมที่ดี หรือน่าสนใจเป็นสิ่งที่บุคคลปรารถนาหรือชอบในการที่จะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3. ผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำ (Behavior outcome) พันธะสัญญาเพื่อวางแผนการกระทำเป็นจุดเริ่มต้นของการเกิดพฤติกรรม พันธะสัญญานี้จะดึงให้บุคคลมีพฤติกรรม นอกจากว่ามีความต้องการอื่นเข้ามาแทรกทำให้บุคคลไม่สามารถหลีกเลี่ยงหรือชอบสิ่งที่เข้ามาแทรกมากกว่า ทำให้บุคคลนั้นไม่ได้กระทำในสิ่งที่ยืนยันไว้ ผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำประกอบด้วย

3.1 พันธะสัญญาเพื่อวางแผนการกระทำ (Commitment to Plan of Action) ประกอบด้วย 1) พันธะสัญญาที่มีต่อการกระทำเฉพาะในเสลา สถานที่ที่กำหนด และกับบุคคลเฉพาะ หรือทำโดยลำพัง โดยไม่คำนึงว่าจะมีสิ่งใดๆเข้ามาแทรก 2) บอกลักษณะหรือรูปแบบกลยุทธ์ที่เฉพาะในการปฏิบัติและการเสริมแรงพฤติกรรม การวางแผนเพื่อการกระทำนี้ควรทำร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการเพื่อให้ปฏิบัติได้สำเร็จ การมีพันธะสัญญาเพียงอย่างเดียว โดยไม่มีกลยุทธ์ จะบังเกิดในการตั้งใจที่ดี แต่มักจะล้มเหลวในการแสดงถึงพฤติกรรมที่มีคุณค่า

3.2 ความต้องการและความพอใจในการเลือกที่เกิดขึ้นในทันทีทันใด (Immediate Competing Demands and Preferences) เป็นพฤติกรรมทางเลือกอื่นที่แทรกเข้ามาในความคิด เป็นพฤติกรรมทางเลือกที่ให้ผลตอบแทนมากกว่าหรือเหนือกว่าที่บุคคลจะสามารถควบคุมได้ ซึ่งสามารถทำให้ล้มเลิกพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ถ้าในกรณีนี้พอใจพฤติกรรมที่เข้ามาแทรกแซง ความสามารถในการเอาชนะปัจจัยความพอใจที่แทรกแซง ขึ้นอยู่กับความสามารถในการกำกับควบคุมตนเอง

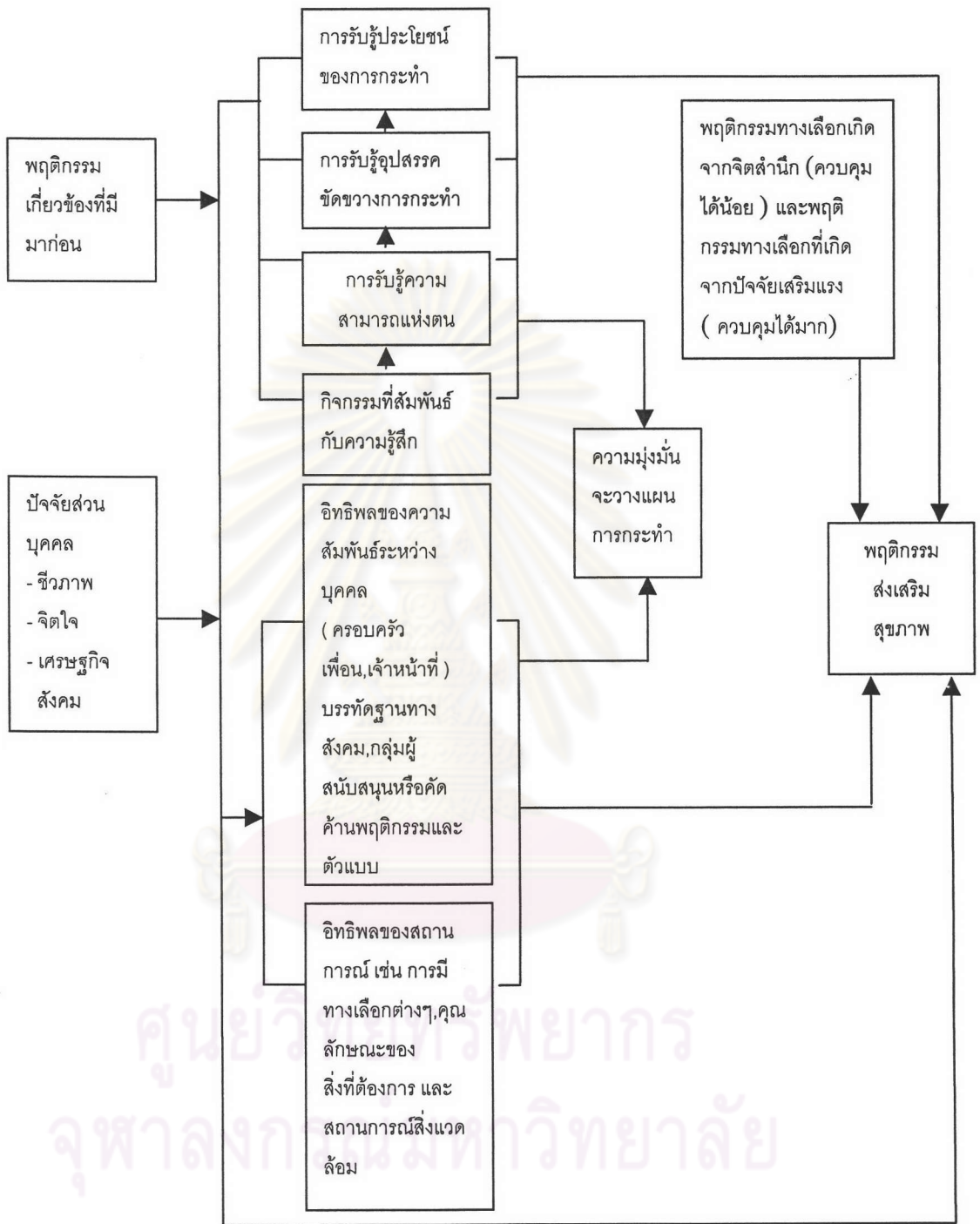
3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promoting behavior) เป็นพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพของตนเองในทางบวก บุคคลสามารถนำไปใช้ในการดำเนินชีวิต ผสมผสานในวิธีการดำเนินชีวิตทางด้านสุขภาพในทางบวกตลอดช่วงชีวิต ตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ของเพนเดอร์ (Pender) ให้มีความสำคัญกับปัจจัยด้านความรู้ – ความเข้าใจและความรู้สึกเฉพาะต่อพฤติกรรม เนื่องจากเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญในด้านการจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและบุคลากรผู้ให้บริการด้านสุขภาพมักจะนำไปใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ลักษณะส่วนบุคคล
และประสบการณ์

พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องเฉพาะ
กับความรู้ - ความรู้สึก

พฤติกรรมที่เป็นผลลัพธ์



แผนภูมิ 2.1 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ปี 1996 (Revised Health Prpmotion Model)

ตามกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health-promoting lifestyle profile) ประกอบด้วยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย ภาวะโภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการความเครียด โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลเอาใจใส่ภาวะสุขภาพของตน โดยการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพดี หลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ มีการสังเกตอาการผิดปกติต่างๆของร่างกาย และการไปพบแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพและขอคำปรึกษา หรือขอคำแนะนำเมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสุขภาพ

2. การออกกำลังกาย (Physical activity) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติกิจกรรมเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกาย ทำให้ร่างกายมีการใช้พลังงานปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆซึ่งเป็นการออกกำลังกาย เช่น การทำงานบ้าน ได้แก่ การกวาดบ้าน ถูบ้าน ซักผ้า เป็นต้น หรือมีการปฏิบัติงานในชีวิตประจำวัน เช่น การทำนา ทำไร่ หรือทำสวน เป็นต้น

3. โภชนาการ (Nutrition) เป็นพฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหารอย่างถูกต้องเหมาะสมกับความต้องการของร่างกายและโรคที่เป็นอยู่ และไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของตนเอง

4. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relations) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงถึงปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มีการให้และการรับ ยอมรับและให้เกียรติซึ่งกันและกัน มีการปรึกษาหารือและร่วมกันแก้ไขปัญหาที่มีการประนีประนอมกัน

5. การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ (Spiritual growth) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงถึงการมีความเชื่อที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตที่ดี มีจุดมุ่งหมายในชีวิต มีความรักและความจริงใจต่อบุคคลอื่น มีความสงบและพึงพอใจในชีวิต สามารถช่วยเหลือตนเองและบุคคลอื่นให้ประสบความสำเร็จ

6. การจัดการกับความเครียด (Stress growth) เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงวิธีการที่จัดการกับความเครียดของบุคคล เช่น การแสดงออกที่เหมาะสม การพักผ่อน การนอนหลับ การผ่อนคลาย การทำกิจกรรมที่คลายเครียด เป็นต้น

ส่วนที่ 3 สภาพปัญหาสุขภาพอนามัยของสตรีวัยกลางคน

1. ปัญหาทั่วไปของสตรีวัยกลางคน ⁽¹⁶⁾

1.1 ปัญหาของลูก ปัญหาที่เกิดขึ้นในระยะนี้ อาจเป็นปัญหาที่สืบเนื่องมาตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น เช่น ลูกมีสุขภาพไม่ดี หรืออาจมีปัญหาเรื่องการเรียน ปัญหาความประพฤติของลูก บางครอบครัว อาจไม่มีกำลังเงินพอที่จะส่งเสียลูกๆให้เรียนต่อได้ในรายที่ลูกโตแล้วแต่อาจไม่ประสบความสำเร็จในอาชีพหรือมีปัญหาครอบครัว ทำให้พ่อแม่ต้องเป็นภาระช่วยรับผิดชอบในปัญหาที่เกิดขึ้นกับครอบครัวของลูกอีกด้วย

1.2 ปัญหาการไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เสื่อมถอยของร่างกาย และจิตใจ โดยพยายามจะฝืนให้ทุกอย่างดำเนินไปเหมือนผู้ใหญ่ตอนต้น แต่ก็ทำไม่ได้ เนื่องจากขาดความฉับไว และกำลังกายอ่อนลง เกิดความรู้สึกผิดหวัง สตรีวัยนี้อาจขาดความรู้สึกที่ขาดไปโดยการแต่งกายด้วยเสื้อผ้าชุดขาด และเสริมสวยจนเกินงาม

1.3 ปัญหาจากโรคภัยไข้เจ็บ ซึ่งมีได้มากมาย นอกจากนั้นโรคทางกายยังอาจเป็นอุปสรรคต่อการมีเพศสัมพันธ์และทำให้อารมณ์ตึงเครียด เนื่องจากความวิตกกังวลอีกด้วย

1.4 ปัญหาเรื่องเศรษฐกิจของครอบครัว วัยนี้อาจไม่ประสบผลสำเร็จในการประกอบอาชีพหรือยังต้องเปลี่ยนงานอยู่เรื่อยๆ ทำให้ไม่สามารถสร้างหลักฐานให้ครอบครัวได้ อีกทั้งศักดิ์ศรีในสังคมมีน้อยลงตามลำดับของอายุที่เพิ่มมากขึ้น

5. ปัญหาเพศสัมพันธ์ เนื่องจากสตรีช่วงนี้จะได้รับผลกระทบจากภาวะหมดระดู ซึ่งอาจส่งผลต่อไปเป็นปัญหาการสมรสได้

6. ปัญหาในชีวิตสมรส โดยมักมีสาเหตุมาจากปัญหาต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น

7. ปัญหาของคนโสด สตรีวัยนี้มีโอกาสจะมีคู่ครองจะยากยิ่งขึ้น ด้วยเหตุนี้สตรีที่อยู่เป็นโสดมาจนถึงวัยกลางคนก็จะอุทิศเวลา และกำลังกาย ใจ ให้แก่งานอาชีพและสังคม อันเป็นผลให้มีความมั่นคงทางการเงิน และสังคม นอกจากนี้สตรีโสดยังต้องรับภาระดูแลพ่อแม่ที่สูงอายุที่อาจป่วยหรือพิการ ทำให้เกิดความหงุดหงิดอึดอัดใจ เพราะไม่มีเวลาที่เป็นของตัวเองเพื่อหาความสุขส่วนตัวบ้างจะทำให้ซึมเศร้า อึดอัดใจมากขึ้น ถ้าสตรีโสดวัยนี้มีโรคตามวัยของตนเองอีกด้วย

2. ปัญหาด้านความเจ็บป่วยของสตรีวัยกลางคน

จากการสำรวจสุขภาพของผู้หญิงอายุ 50 - 59 ปี จำนวน 1,693 คนทั่วประเทศไทย พบว่าผู้หญิงวัยนี้ ส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ดังปรากฏในตารางที่ 2.1 และเมื่อเปรียบเทียบกันระหว่างผู้หญิงในเมืองและในชนบท พบว่า ผู้หญิงในเมืองมีส่วนของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขข้ออักเสบ มากกว่าผู้หญิงในชนบทดังตารางที่ 2.2

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2.1 ร้อยละของการเจ็บป่วยของผู้หญิงอายุระหว่าง 50 - 59 ปี จำแนกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ การเจ็บป่วย	50 - 51		52 - 53		54 - 55		56 - 57		58 - 59	
	N= 253	%	N=339	%	N=382	%	N=366	%	N=353	%
ปวดเมื่อยหลัง- เอว	51	20.21	69	20.4	83	21.7	86	23.5	55	15.6
โรคกระเพาะ อาหาร	39	15.4	50	14.7	61	16.0	46	12.6	45	12.7
ไขข้ออักเสบ	37	14.6	50	14.7	70	18.3	69	18.9	50	14.2
ความดันโลหิต สูง	31	12.3	67	19.8	65	17.0	71	19.4	51	14.4
โรคหัวใจ	18	7.1	31	9.1	35	9.2	28	7.7	34	9.6
โรคเบาหวาน	12	4.7	19	5.6	29	7.6	27	7.4	32	9.1
โรคทางเดิน ปัสสาวะ	9	3.6	8	2.4	15	3.9	8	2.2	7	2.0
ต้อเนื้อ	6	2.4	17	5.0	17	4.5	17	4.6	14	4.0
หอบหืด	6	2.4	4	1.2	13	3.4	9	2.5	5	1.4
ต้อกระจก	3	1.2	9	2.7	8	2.1	15	4.1	14	4.0
โรคหู	1	0.4	3	0.9	2	0.5	4	1.1	1	0.3
วัณโรคปอด	1	0.4	1	0.3	1	0.3	2	0.5	1	0.3
โรคตับ	2	0.8	1	0.3	2	0.5	1	0.3	2	0.6
มะเร็ง	2	0.8	0	0.0	2	0.5	0	0.0	1	0.3
อัมพาต	0	0.0	3	0.9	6	1.6	4	1.1	2	0.6
กระดูกหัก	0	0.0	2	0.6	2	0.5	0	0.0	1	0.3

ที่มา : ศิริพร,2540

ตารางที่ 2.2 เปรียบเทียบสัดส่วนการเจ็บป่วยระหว่างผู้หญิงอายุ 50 –59 ปีที่อยู่ในเมืองกับในชนบท

การเจ็บป่วย	ผู้หญิงในเมือง (%)	ผู้หญิงในชนบท (%)	OR	95%CI
เบาหวาน	13.6	4.5	3.33	2.24 - 4.93
ความดันโลหิตสูง	23.9	14.1	1.92	1.46 – 2.53
โรคกระเพาะอาหาร	10.4	15.7	1.61	1.14 – 2.28
ไขข้ออักเสบ	20.3	14.7	1.48	1.11 – 1.96
โรคหัวใจ	10.2	8.0	1.30	0.89 – 1.89
ต่อกระฉก	3.2	2.8	1.15	0.59 – 2.20
ต่อเนื้อ	3.4	4.5	0.74	0.40 – 1.32
โรคหู	0.6	0.7	0.97	*
ปวดหลัง	20.3	20.3	1.00	0.76 – 1.32
วัณโรคปอด	0.2	0.4	0.52	*
หอบหืด	1.7	2.4	0.71	0.3 – 16.3
โรคตับ	0.4	0.5	0.86	*
กระดูกหัก	0.6	0.2	3.90	*
มะเร็ง	0.2	0.3	0.65	*
อัมพาต	1.1	0.8	1.3	0.38 – 4.14
โรคทางเดินปัสสาวะ	1.9	3.1	0.61	0.27 – 1.31

ที่มา : ศิริพร,2540

เมื่อนำข้อมูลการเจ็บป่วยที่สตรีวัยกลางคนรายงานมากที่สุด 7 ลำดับแรก ซึ่งล้วนแต่เป็นโรคเรื้อรังมาพิจารณาจำแนกตามภาค ดังตารางที่ 2.3 พบว่าผู้หญิงวัยกลางคนในภาคกลางเป็นโรคปวดเมื่อยหลัง-เอวมากที่สุด ผู้หญิงภาคอีสานเป็นโรคปวดเมื่อยหลัง-เอวมากที่สุด ผู้หญิงภาคเหนือปวดเมื่อยหลัง เอว มากที่สุด และผู้หญิงกรุงเทพฯเป็นโรค ความดันโลหิตสูง และเบาหวานมากที่สุด ส่วนผู้หญิงภาคมีจำนวนการเจ็บป่วยด้วยโรคกระเพาะอาหารมากที่สุดเป็นอันดับสองเช่นเดียวกับผู้หญิงภาคเหนือ

ตารางที่ 2.3 ร้อยละของความเจ็บป่วยที่ผู้หญิงอายุ 50 – 59 ปี รายงานมากที่สุด ใน 7 ลำดับแรก
จำแนกตามที่อยู่ภาคต่างๆ

การเจ็บป่วย	ภาค				
	กลาง (%)	อีสาน (%)	เหนือ (%)	ใต้ (%)	กรุงเทพฯ (%)
ปวดเมื่อยหลัง - เอว	20.4	18.5	23.2	17.7	21.6
โรคกระเพาะอาหาร	10.3	18.3	15.9	15.9	10.3
ไขข้ออักเสบ	17.1	13.8	19.5	15.9	19.7
ความดันโลหิตสูง	17.9	14.1	13.9	15.0	26.8
โรคหัวใจ	10.7	8.0	5.7	9.3	9.4
เบาหวาน	6.9	6.1	4.0	7.1	14.1
โรคทางเดินปัสสาวะ	2.7	4.7	2.3	1.8	0.9

ที่มา : ศิริพร,2540

3. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจของสตรีวัยกลางคน

ระยะวัยก่อนและหลังหมดระดูของสตรี โดยทั่วไปจะเกิดขึ้นในขณะที่สตรีนั้นอยู่ในระยะวัยกลางคน หรืออาจกล่าวอีกด้านหนึ่งว่าภาวะการหมดระดูเป็นเหตุการณ์หนึ่งในหลายเหตุการณ์ของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยกลางคนของสตรี และการหมดระดูมักจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อสตรีตั้งแต่ทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม และการปรับตัว จนอาจเกิดปัญหาต่างๆตามมาได้ ซึ่งปัญหาต่างๆเหล่านี้สามารถที่จะป้องกันแก้ไข หรือรักษาได้ ถ้าได้เข้าใจสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคมของสตรีวัยนี้ โดยไม่อาจจะแยกความรู้ทางด้านภาวะก่อนและหลังหมดระดูออกจากวัยกลางคนของสตรีได้

3.1 การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของสตรีวัยกลางคน

3.1.1. การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศ⁽¹⁷⁾

การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศของสตรีวัยกลางคน (อายุ 40 - 59 ปี) จะครอบคลุมวัยหมดประจำเดือน ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเป็น 3 ช่วง คือ

1. ช่วงวัยก่อนหมดประจำเดือน (Premenopause) เป็นช่วงที่ยังมีประจำเดือนสม่ำเสมอแต่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนชัดเจนโดยในผู้หญิงวัย 40-41 ปี มีระดับของ Follicle Stimulating Hormone (FSH) ซึ่งมีหน้าที่กระตุ้นให้ฮอร์โมนเอสโตรเจน และ เอสตราไดออล (Estradiol) เพิ่มขึ้น ส่วนระดับ Luteinizing Hormone (LH) ซึ่งมีหน้าที่กระตุ้นไข่ เช่นเดียวกัน จะเริ่มสูงขึ้นใน

ผู้หญิงอายุใกล้ 50 ปี

2. ช่วงใกล้หมดประจำเดือน (Perimenopause) ช่วงนี้ประจำเดือนเริ่มมาไม่สม่ำเสมอ และอาจมีอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น ร้อนวูบวาบ (hot flushes) เหงื่อออก (sweating) ช่วงนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนแต่ไม่แน่นอน กล่าวคือ FSH อาจเพิ่มขึ้นมาก แล้วกลับมาเป็นปกติก็ได้ ทำให้ผู้หญิงกลับมาเป็นประจำเดือนสม่ำเสมอตามปกติอีกครั้ง

3. ช่วงหลังหมดประจำเดือน (Postmenopause) เป็นช่วงที่ผู้หญิงไม่มีประจำเดือน หรือ ขาดประจำเดือนเป็นเวลาอย่างน้อย 12 เดือน ช่วงนี้มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนอย่างมากคือ FSH เพิ่มขึ้นประมาณ 10-15 เท่า และ LH เพิ่มขึ้น 3 เท่า หลังจากหมดประจำเดือน 1 ปี แต่เนื่องจากในช่วงใกล้หมดประจำเดือน มีการเจริญเติบโตของรังไข่ไม่แน่นอน ทำให้การตอบสนองต่อ FSH และ LH ไม่แน่นอนไปด้วยเมื่อเข้าสู่ช่วงหมดประจำเดือนรังไข่จะไม่ตอบสนองต่อ FSH และ LH ไม่มีการตกไข่ ไม่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ผลิตจากรังไข่แต่ยังเหลือที่ผลิตจากต่อมหมวกไต ความเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ เนื่องจากปริมาณเอสโตรเจนในเลือดลดน้อยลง ในช่วงนี้จะปรากฏชัดเจน (ตารางที่ 2.4)

ตารางที่ 2.4 แสดงระดับของสเตียรอยด์ฮอร์โมนในกระแสเลือดของสตรีวัยหลังหมดระดู ⁽¹⁸⁾

	Testosterone (pg/ml)	Androstenedione (pg/ml)	Estradiol (pg/ml)	Estrone (pg/ml)
Ovarian vein	3033 ± 1046	3455 ± 1330	31.1 ± 6.3	71.5 ± 1.3
Peripheral vein	198 ± 27	754 ± 174	14.6 ± 2.9	30.3 ± 3.4

ผลที่เกิดจาก Ovarian failure ⁽¹⁹⁾

ผลต่างๆที่ตามมาภายหลังวัยใกล้หมดระดูเป็นผลที่เกิดจากการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนหลังจากรังไข่หยุดทำงาน ในบางรายอาจมีปัญหาด้านจิตใจและสิ่งแวดล้อมทางครอบครัวและสังคมเกี่ยวข้องร่วมด้วย อาการของวัยหมดระดูทั้งร่างกายและจิตใจพบได้ตั้งแต่วัยใกล้หมดระดู ซึ่งอาจทำให้การวินิจฉัยผิดพลาดได้ถ้าไม่นึกถึงว่าภาวะในสตรีที่ยังมีระดูอยู่

ในสตรีที่หมดระดูก่อนวัยอันเนื่องมาจากถูกผ่าตัดรังไข่ออกทั้งสองข้าง หรือได้รับรังสีรักษาหรือเคมีบำบัดจนรังไข่หยุดทำงานก็จะมีผลต่างๆเกิดขึ้นเช่นเดียวกัน อาการที่พบได้ในสตรีวัยใกล้หมดระดูอายุ 45 - 54 ปี ดังตารางที่ 2.5

ตารางที่ 2.5 แสดงอาการต่างๆที่พบได้ในสตรีวัยกลางคนที่อยู่ในวัยใกล้หมดระดู อายุ 45 – 54 ปี

อาการ	ร้อยละ
1. หงุดหงิด	92
2. อ่อนเพลีย	88
3. ซึมเศร้า	78
4. ร้อนวูบวาบ / เหงื่อออกตอนกลางคืน	75
5. ปวดศีรษะ	71
6. หลงลืม	64
7. น้ำหนักเพิ่ม	61
8. นอนไม่หลับ	51
9. ปวดตามข้อและกล้ามเนื้อ	48
10. ใจสั้น	44
11. ร้องไห้ง่าย	42
12. ท้องผูก	37
13. ปัสสาวะลำบาก	20
14. ความรู้สึกทางเพศลดลง	20

อาการในระยะแรก

1. อาการร้อนวูบวาบและเหงื่อออกตอนกลางคืน (hot flushes and night sweats)

อาการร้อนวูบวาบเป็นอาการเฉพาะของวัยหมดระดู และมักจะเป็นมากที่สุดก่อนหมดระดูจริง อาจเกิดร่วมกับอาการปวดศีรษะและใจสั้น มักมีอาการนานกว่า 1 ปี แม้ว่าอาการดังกล่าวจะหายไปเองได้ แต่ร้อยละ 25 ยังคงมีอาการภายหลัง 5 ปีไปแล้ว ในสตรีบางรายอาจมีอาการอยู่นานถึง 10 ปี อาการดังกล่าวมักเริ่มที่หน้า คอ ศีรษะ หรือหน้าอก อาจมีจุดเริ่มต้นเป็นจุดเฉพาะมากขึ้น เช่น ไบหู หน้าผากและกระจายไปในทิศทางใดก็ได้ อาจกินเวลานานไม่กี่วินาทีหรือนานเป็นชั่วโมง และความถี่ตลอดจนความรุนแรงไม่สม่ำเสมอเกิดได้ทั้งกลางวัน กลางคืนแม้ในขณะหลับ อาจเกิดร่วมกับเหงื่อออก ผิวน้ำร้อน หงุดหงิด อ่อนเพลีย บางรายนอนไม่หลับสาเหตุยังไม่ทราบแน่ชัดเชื่อว่าเกี่ยวข้องกับกลไกการควบคุมหลอดเลือดที่บกพร่อง (peripheral vasomotor instability) ซึ่งเกิดในผู้หญิงที่มีระดับเอสโตรเจนต่ำ และไม่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มของ gonadotropins เนื่องจากพบว่าอาการดังกล่าวเกิดอย่างรุนแรงในสตรีที่ได้รับการผ่าตัด pituitary gland หรือ ในรายที่ได้รับ LHRH agonist และมีระดับ FSH ในพลาสมาต่ำเช่นกัน พบว่าการหลั่ง LH เป็นจังหวะเกิดพร้อมกับอาการดังกล่าว และระดับ DHEA, androstenedione, cortisol และโปรเจสเตอโรน (progesterone) ในเลือดเพิ่มสูงขึ้นเป็นจังหวะพร้อมกับอุณหภูมิที่เพิ่มขึ้นด้วย⁽²²⁾

2. อาการซึ่งเกิดจากการเหี่ยวฝ่อของอวัยวะต่างๆ (Atrophic condition)

2.1 ระบบปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์

เยื่อช่องคลอดและท่อปัสสาวะจะมีความหนาแน่นของ estrogen receptors มากที่สุดในร่างกาย การขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนหลังหมดระดูจะทำให้เกิดการฝ่อและลดลงของเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะเพศและท่อปัสสาวะ ทำให้ผิวหนังบริเวณอวัยวะเพศบางลง ขนน้อยลง ปากช่องคลอดแคบ ช่องคลอดหดสั้นลงและแห้ง ซีด ผื่นช่องคลอดบางทำให้เกิดการอักเสบ (Atrophic vaginitis) หรือเจ็บปวดเวลาร่วมเพศได้ง่ายซึ่งทำให้ความต้องการทางเพศลดลง ปาดมดลูกและมดลูกฝ่อลงทำให้อัตราส่วนของ corpus:cervix กลับเป็น 1:2 เหมือนในเด็ก การหย่อนตัวของกล้ามเนื้อทำให้กระบังลมหย่อนและมดลูกเคลื่อน มีการเปลี่ยนแปลงบริเวณคอกระเพาะปัสสาวะและรอบท่อปัสสาวะ กล้ามเนื้อหูรูดของท่อปัสสาวะอ่อนแอลง เยื่อบุกระเพาะปัสสาวะ และบริเวณท่อปัสสาวะบางลง ปริมาณเลือดไปเลี้ยงท่อปัสสาวะลดลง ความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลง แต่กระเพาะปัสสาวะ และท่อปัสสาวะไวต่อการกระตุ้นเพิ่มขึ้น ความคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้น้อยลง ทำให้ปัสสาวะบ่อย กลั้นปัสสาวะไม่ค่อยได้ หรือปัสสาวะเล็ด ทำให้เกิดการอักเสบได้ง่าย หลังหมดระดูปริมาณเลือดไหลเวียนอาจเหลือเพียงร้อยละ 15 ของสตรีวัยก่อนหมดระดู ซึ่งเพิ่มขึ้นเป็น 4 เท่า หลังจากได้รับเอสโตรเจนทดแทน

2.2 ผิวหนัง

ผิวหนังจะเหี่ยวแห้งและบางลงเกิดรอยข้ำได้ง่าย คัน เล็บเปราะหักง่าย ผมหร่วงหรือบางลง ซึ่งสิ่งต่างๆเหล่านี้เป็นผลจากการสูญเสีย collagen ความหนาของผิวหนังลดลงหลังหมดระดู โดยการสูญเสีย collagen ถึงร้อยละ 30 ใน 10 ปีแรก การให้เอสโตรเจนทดแทนจะช่วยทำให้ระดับ collagen ของผิวหนังกลับเข้าสู่ระดับก่อนหมดระดู ได้ในระยะเวลาเพียง 12 เดือน

จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลถึงรูปร่าง หน้าตา ผิวพรรณ เปลี่ยนแปลงไปในทางลบบางคนอาจมีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของช่องคลอดทำให้เจ็บเวลาร่วมเพศ นอกจากนั้นก็อาจมีการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพไปด้วย ซึ่งจะเห็นได้ว่าผลกระทบนี้อาจเป็นสาเหตุให้ภาวะจิตใจของผู้หญิงวัยกลางคนเปลี่ยนแปลงไปทางลบ เช่น หงุดหงิดจากความไม่สุขสบายต่างๆ หรือรู้สึกหวั่นไหวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

ผลที่เกิดขึ้นตามมาในระยะยาว

ผลในระยะยาว ซึ่งเกิดจากการที่รังไข่หยุดทำงานทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในระดับประเทศ ซึ่งพยาธิสภาพต่างๆเหล่านี้เกิดจากการขาดเอสโตรเจนและสามารถป้องกันและรักษาได้โดยการให้เอสโตรเจนทดแทน

1. โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Cardiovascular disease)

โรคหัวใจขาดเลือดและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายพบในผู้ชาย 5 – 6 เท่าของสตรีวัยก่อนหมดระดูที่มีความดันโลหิตสูง หรือไขมันในเลือดสูง ไม่เป็นเบาหวาน และไม่สูบบุหรี่ แต่หลังจากหมดระดูแล้ว

อัตราเสี่ยงในสตรีจะเท่ากับผู้ชายวัยเดียวกัน และยังสูงเป็น 2 – 3 เท่าของสตรีวัยเดียวกันที่ยังไม่หมดระดู ยิ่งรังไข่หยุดทำงานเร็วเท่าไรอัตราเสี่ยงก็ยิ่งเพิ่มขึ้น

ในสตรีวัยก่อนหมดระดูระดับ low density lipoprotein (LDL) ในเลือดจะต่ำกว่าผู้ชาย และระดับ high density lipoprotein (HDL) ในเลือดจะสูงกว่าหลังจากหมดระดูแล้ว ระดับ LDL ในเลือดจะเพิ่มสูงขึ้นแต่ไม่มากเกินกว่าระดับในชายวัยเดียวกัน เชื่อว่าอัตราส่วนของ HDL:LDL ในสตรีวัยก่อนหมดระดูจะมีผลป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด เอสโตรเจนที่เกิดขึ้นในร่างกายตามธรรมชาติช่วยเพิ่มระดับ HDL และลดระดับ LDL สามารถป้องกันการเกิด atherosclerosis ได้ และเอสโตรเจนอาจช่วยกระตุ้นการขยายตัวของหลอดเลือดโดยการหลั่ง vasoactive peptides ทำให้การไหลเวียนของเลือดเพิ่มขึ้นในอวัยวะต่างๆรวมทั้งอวัยวะเพศ มดลูกผิวหนังและไต การให้เอสโตรเจนทดแทนในสตรีวัยหลังหมดระดูช่วยให้มีการเพิ่มของ HDL และลด LDL

2. ภาวะกระดูกพรุน

หมายถึง การที่มีมวลกระดูกลดลง ซึ่งเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักแม้จะไม่ได้รับภัยอันตรายก็ตาม การขาดเอสโตรเจนหลังหมดระดูแล้วเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดกระดูกที่บอบบอยในสตรี ตามปกติมวลกระดูกจะมากที่สุดเมื่ออายุ 30-40 ปี หลังจากนั้นจะมีการสูญเสียมวลกระดูกไปเรื่อยๆตามอายุที่เพิ่มขึ้นในทั้งสองเพศ ซึ่งในสตรีจะมีอัตราการสูญเสียมวลกระดูกไปอย่างรวดเร็วภายหลังหมดระดู จากการที่มี osteoclastic activity เพิ่มมากขึ้น ทำให้มีการสลายของมวลกระดูก (bone resorption) เพิ่มขึ้น ในสตรีอายุ 70 ปีจะเสียมวลกระดูกไปประมาณร้อยละ 50 ในขณะที่ชายวัย 90 ปี อาจสูญเสียมวลกระดูกเพียงร้อยละ 25 และภาวะกระดูกหักพบได้บ่อยในสตรีมากกว่าในผู้ชายหลังจากอายุ 40 ปี เป็นอัตราส่วนถึง 8:1 โดยอุบัติการณ์ของกระดูก radius ส่วนปลาย กระดูกสันหลังและคอกระดูกต้นขาหักพบได้ร้อยละ 40 ในสตรีอายุเกิน 65 ปี กระดูกสันหลังหักแบบ crush fracture อาจเกิดขึ้นเองในขณะที่มีกิจกรรมตามปกติ เช่น ก้มลงหยิบของโดยไม่ต้องได้รับภัยอันตรายรุนแรงใดๆ อาจทำให้เกิดความโค้งงอของกระดูกสันหลังและทำให้ส่วนสูงลดลงได้มาก อวัยวะในช่องอกจะถูกบีบเนื่องจากช่องอกมีขนาดเล็กลง สำหรับกระดูกต้นขาหักจะรุนแรงและก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการถาวรได้มากกว่า ซึ่งสภาวะต่างๆดังกล่าวสามารถป้องกันได้โดยให้เอสโตรเจนทดแทน ประเมินว่าการให้เอสโตรเจน ทดแทนเป็นระยะเวลา 5 ปี จะสามารถลดอัตราเสี่ยงของกระดูกสันหลังหักได้ครึ่งหนึ่ง

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด Osteoporosis ในสตรี

1. หมดระดู
2. หมดระดูก่อนวัย
3. รังไข่ไม่ทำงานแต่กำเนิด (เช่น Turner 's syndrome)
4. ผอม
5. Anorexia nervosa
6. ออกกำลังกายอย่างหนักจนขาดระดู
7. สูบบุหรี่

8. ทำงานนั่งโต๊ะ
9. ดื่มแอลกอฮอล์ หรือกาแฟมากเกินไป
10. รับประทานบางชนิด เช่น corticosteroid
11. เจ็บป่วยต้องนอนอยู่ในเตียงเป็นเวลานานๆ

4. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ⁽¹⁷⁾

พบภาวะซึมเศร้าและกังวลได้บ่อยขึ้นโดยเฉพาะกังวลเกี่ยวกับความชรา และการสูญเสียความสวยงามทางร่างกาย กระวนกระวาย ขาดสมาธิในการทำงาน หลงลืม หงุดหงิด ซึ่งพบได้บ่อยในวัยใกล้หมดระดูและมักเป็นกลุ่มอาการที่แย่งในวัย 2 - 3 ปีก่อนหมดระดู เชื่อว่าเป็นผลจากการขาดหรือการเปลี่ยนแปลงในระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนการลดระดับเอสโตรเจนอาจลดความไวต่อ dopamine receptor หรือลดระดับ tryptophan สำหรับการสังเคราะห์ serotonin ทำให้เกิดการลดลงของ transmitter ในระดับประสาทส่วนกลางซึ่งก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ความรุนแรงของอาการขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมทางครอบครัวและสังคมด้วย บางรายอาจเกิดร่วมกับอาการ premenstrual syndrome ซึ่งทำให้อาการดังกล่าวแย่ง มีผู้ศึกษาว่าปัญหาด้านจิตใจที่เกิดกับผู้หญิงวัยกลางคน โดยเฉพาะในช่วงหมดประจำเดือนมาจากสาเหตุ

1. รูปแบบการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของแต่ละบุคคล
2. ลักษณะบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล
3. พยาธิสภาพทางจิตที่มีอยู่เดิม
4. การเลียนแบบการหมดประจำเดือนจากแม่ตนเอง

ทฤษฎีทางจิตวิทยาที่อธิบายภาวะจิตใจของผู้หญิงวัยกลางคนจะพาดพิงถึงภาวะการหมดประจำเดือน โดยเชื่อมโยงการหมดประจำเดือนกับความเป็นผู้หญิง และความสามารถในการเจริญพันธุ์กับการเป็นแม่ ดังเช่น ทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการของ Erikson กล่าวถึง ผู้หญิงวัยกลางคนว่าเป็นช่วงวัยที่ผู้หญิงสูญเสียบทบาทความเป็นแม่ ซึ่งอาจเนื่องจากวัยนี้ลูกได้เติบโตเป็นตัวของตัวเอง และอาจออกจากบ้านไปแล้ว นอกจากนั้นการไม่สามารถมีลูกได้อีกต่อไปทำให้รู้สึกสูญเสีย หงุดหงิดอยู่กับตัวเอง เฉื่อยชาหดหู่ ซึ่งก็คล้ายกับความคิดเห็นของ Deutch ซึ่งกล่าวว่า ผู้หญิงให้ความสำคัญต่อความสามารถในการมีบุตรว่า เป็นอัตลักษณ์ของความเป็นหญิง (Feminine Identity) เมื่อผู้หญิงสูญเสียความสามารถนี้ไปจากการหมดประจำเดือนก็เท่ากับสูญเสียความเป็นผู้หญิง เปรียบเทียบได้ว่าผู้หญิงนั้นได้ตายไปบางส่วน ความสูญเสียนี้นำมาซึ่งความเสียใจ รู้สึกถึงความเสื่อมถอยของความสามารถในการตั้งคูดทางเพศ ทำให้เกิดความสูญเสียความภาคภูมิใจ และเกิดภาวะซึมเศร้าได้

รายงานการวิจัยเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวชของผู้หญิงวัยกลางคนมักจะกล่าวถึงในภาพรวมกับผู้หญิงวัยผู้ใหญ่ ต่อมาเมื่อมีการค้นพบการทำงานของฮอร์โมนเอสโตรเจน จึงเริ่มมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้หญิงหมดประจำเดือนในต่างประเทศมาตั้งแต่ปี ค.ศ 1960 โดยการวิจัยในแรกๆนั้นมักเน้นที่ความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับการหมดประจำเดือนต่อมา ได้มีข้อสรุปว่าภาวะ

ซิมเศรั้าในผู้หญิงวัยกลางคนไม่ได้มีสาเหตุโดยตรงจากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน แต่การภาวะซิมเศรั้าในผู้หญิงวัยกลางคนก็ยังอยู่ในบริบทของการหมดประจำเดือนตลอดมา สำหรับในประเทศไทยนั้นมีการตื่นตัวเรื่องสุขภาพในผู้หญิงวัยกลางคนอย่างชัดเจน หลังจากปี พ.ศ. 2533 ซึ่งมีการจัดการประชุม Word Congress on the Menopause ครั้งที่ 6

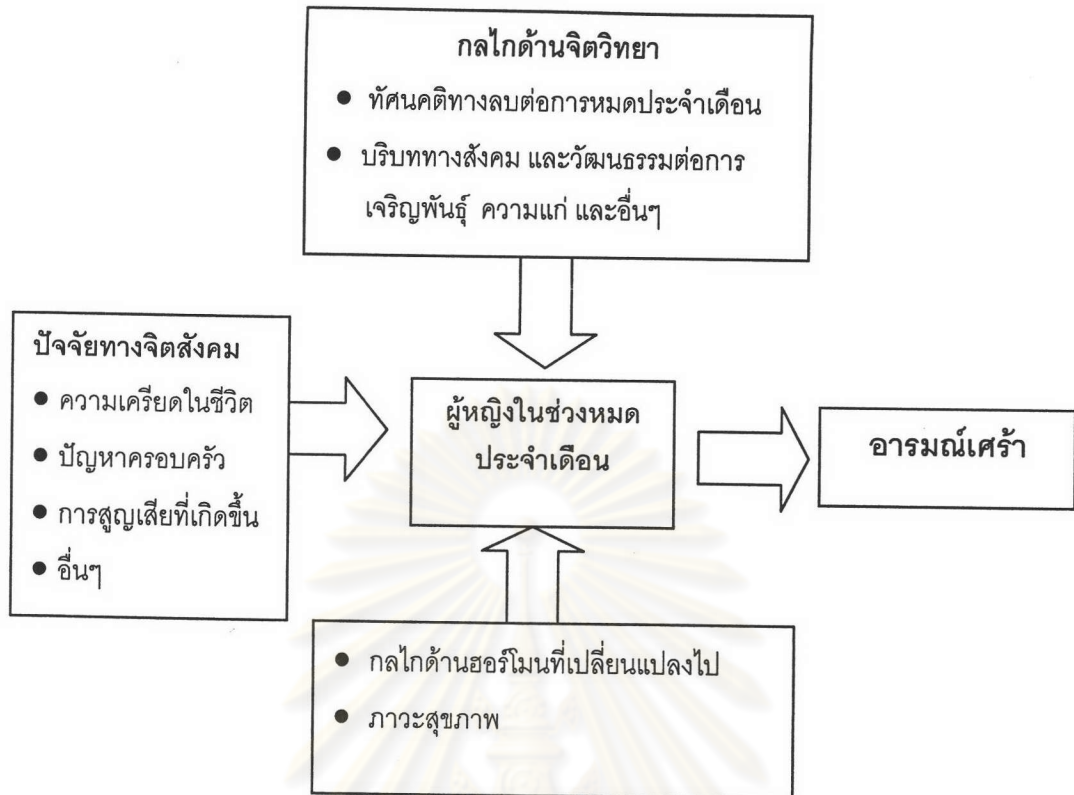
การปรับตัวของผู้หญิงในช่วงวัยกลางคนในเรื่องของอารมณ์ จิตใจ จะเป็นไปได้ดีทีเดียวถ้าหากมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ เช่น วิธีการปรับตัว และวิธีการเผชิญปัญหาที่เคยผ่านมา สำหรับผู้หญิงที่มีครอบครัวจะมีปัจจัยของชีวิตสมรส การดูแลเอาใจใส่ทางจิตใจของลูกที่มีต่อตนเอง ความพึงพอใจต่อการปรับเปลี่ยนบทบาท เป็นต้น

การศึกษาในประเทศไทยของศิริพร พบว่า ผู้หญิงวัยกลางคนในหมู่บ้านแห่งหนึ่งของภาคอีสานที่มีภาวะซิมเศรั้า เป็นผู้ที่มีปัญหากับคู่สมรส มีความเครียดจากสภาพครอบครัว และเคยมีอาการซิมเศรั้ามาก่อนเข้าสู่วัยกลางคนแต่ไม่รุนแรงเท่า

โดยสรุปแล้ว สาเหตุของการเกิดภาวะด้านจิตใจ หรือการเกิดภาวะซิมเศรั้า นั้น ไม่มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในช่วงวัยนี้ ส่วนภาวะจิตใจที่เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อการหมดประจำเดือน และการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพนั้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้เชิงบวกหรือลบต่อการหมดประจำเดือน และความแก่ ดังนั้นสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาทางจิตใจของผู้หญิงวัยกลางคน จึงสามารถสรุปสาเหตุร่วมดังนี้

1. สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี หรือมีปัญหาชีวิตสมรส ทำให้มีความเครียดเรื้อรัง
2. มีภาระงานมากเกินไป ทั้งที่เป็นงานบ้าน หน้าที่การงานนอกบ้านซึ่งต้องทำให้สำเร็จ ก้าวหน้า ทำให้เกิดความเครียดจากหน้าที่การงาน การแข่งขันสู่ความสำเร็จ
3. ความยากจน การขาดแคลนสิ่งจำเป็นในการดำเนินชีวิต
4. การสูญเสีย พลัดพราก
5. ภาวะสุขภาพที่เจ็บป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการป่วยเป็นโรคเรื้อรัง หรือร้ายแรง
6. ความรุนแรงต่างๆ เช่น ความรุนแรงในครอบครัว ความรุนแรงทางเพศ
7. มีปัญหาการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



แผนภูมิที่ 2.2 แบบแผนของสาเหตุการเกิดอารมณ์เศร้าในผู้หญิงช่วงหมดประจำเดือน ⁽¹⁷⁾

จากแบบแผนนี้เองทำให้สามารถมองเห็นแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยกลางคน ทั้งในระดับครอบครัว และสังคม ดังนี้

1. ด้านปัจจัยส่วนตัว โดยการส่งเสริมให้สตรีวัยกลางคนสร้างเสริมสิ่งเหล่านี้
 - 1.1 มีความภาคภูมิใจในความสามารถ ประสบการณ์ชีวิตของตนเอง
 - 1.2 มีทัศนคติที่ดีต่อการหมดประจำเดือน ไม่เห็นว่าเป็นภาวะเสื่อมถอยที่จะทำให้ร่างกาย และจิตใจแย่ลง หากเป็นเพียงพัฒนาการช่วงหนึ่งที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง แต่สามารถทำให้แข็งแรงได้ ส่วนจิตใจและจิตวิญญาณนั้น คือความเจริญทางวุฒิภาวะอย่างเต็มที่
 - 1.3 ให้ความสนใจกับสุขภาพตนเองมากขึ้น จัดเวลาสำหรับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในตนเอง
 - 1.4 ในกรณีที่มีคู่ครอง ช่วงวัยนี้ควรเป็นวัยที่ทั้งคู่มีเวลาให้กันและกันมากขึ้น เนื่องจากลูกโตช่วยเหลือตนเองได้แล้ว ทำให้ชีวิตมีอิสระยิ่งขึ้น
 - 1.5 ขยายพื้นที่ทางสังคมของตนเอง เพื่อให้ได้ใช้ความสามารถและประสบการณ์ชีวิตให้เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่นมากขึ้น ขณะเดียวกันก็เป็นการเสริมความมั่นคงทางจิตใจ เตรียมรับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตซึ่งมีทั้งทางดี และทางร้าย

1.6 เป็นแม่แบบของการให้เกิดค่านิยมที่ดีโดย การเลี้ยงลูกทั้งเด็กผู้ชาย และเด็กผู้หญิง ให้มีความมั่นคง ไม่พึ่งพา และไม่เอาเปรียบทางเพศ

2. ด้านสังคม วัฒนธรรม โดยสังคมและระบบบริการสุขภาพควรสร้างบรรยากาศ ดังนี้

2.1 ส่งเสริมค่านิยมของการเคารพในความเท่าเทียมกันทางสถานะเพศ ไม่ให้ผู้อ่อนแอกว่าต้องถูกทำร้าย ถูกเอาเปรียบทางสังคม

2.2 ส่งเสริมให้เกิดกระบวนการกลมเกลียวทางสังคมที่ให้คุณค่าของความเป็นป็นมนุษย์เพศหญิง และเพศชายอย่างเท่าเทียมกัน ไม่ทอนค่า หรือลดคุณค่าของความเป็นผู้หญิง

2.3 จัดบริการที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ และสร้างความรู้สึกร่วมกันทางบวกต่อการเข้าสู่วัยกลางคน โดยให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบททางวัฒนธรรมของผู้หญิงในแต่ละสังคม

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคน

สตรีวัยกลางคนเป็นวัยที่ถือว่าเป็นภาวะวิกฤตอย่างหนึ่งในชีวิตเพราะเป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ได้แก่ การก้าวสู่วัยใกล้หมดประจำเดือนและเข้าสู่ระยะหมดประจำเดือน ดังนั้น สตรีวัยนี้จำเป็นต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และด้านจิตใจ เพื่อสามารถนำมาปรับตัวและเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องการเปลี่ยนแปลง ร่วมกับการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งจะเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะช่วยให้มีการดำรงไว้ซึ่งการมีภาวะสุขภาพที่ดี พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมของสตรีวัยกลางคน ได้แก่

1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่บุคคลมีความสนใจ เอาใจใส่ต่อสุขภาพของตน โดยการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพดี มีการสังเกตการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นกับร่างกาย เอาใจใส่ต่อภาวะสุขภาพของตนเองโดยการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ได้แก่ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การพักผ่อนไม่เพียงพอ เป็นต้น มีการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากสื่อต่างๆ ได้แก่ วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ หนังสือ เอกสาร แผ่นพับที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยต่างๆ มีการแสวงหาความช่วยเหลือ หรือขอคำแนะนำ ปรีกษาปัญหาสุขภาพ จากบุคลากรด้านสาธารณสุข มีการใช้ระบบบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย หรือมีอาการผิดปกติ ไปตรวจรักษาหรือซื้อยารับประทานเมื่อเจ็บป่วย และมีการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การตรวจเต้านมตนเองเป็นประจำทุกเดือน ตรวจสุขภาพประจำปีทุกปี ได้แก่ การตรวจวัดความดันโลหิต การตรวจเลือด เอ็กซเรย์ ตรวจปัสสาวะ และตรวจมะเร็งปากมดลูก

2. กิจกรรมการออกกำลังกาย การออกกำลังกายเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยในการดำรงไว้ซึ่งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ กระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อปอด และระบบไหลเวียนโลหิตให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพนั้นจะทำให้มีการหดยืดกล้ามเนื้อและข้อต่อ เกิดการเคลื่อนไหวทำให้เกิดการไหลออกซิเจนในร่างกายเพิ่มขึ้นไปจากธรรมดา ในสตรีวัยกลางคนการออกกำลังกายเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากการออกกำลังกายจะช่วยลดอาการของภาวะหมดประจำเดือน ทำให้ไม่ต้องเสี่ยงต่อการเกิดโรค ให้ผลดีต่อทุกระบบของร่างกาย จะทำให้ร่างกายอยู่ในสภาพที่สมบูรณ์ ภายหลังจากหมดประจำเดือนแล้ว เพราะการออกกำลังกายจะช่วยลดปริมาณโคเลสเตอรอลที่เกาะตามผนังหลอดเลือดหัวใจ

หักง่าย ช่วยให้สมองไม่เสื่อมเร็ว การออกกำลังกายจะช่วยให้อวัยวะแข็งแรงอยู่เสมอ หรือมีร่างกายฟิต (Physical fit) ซึ่งจะต้องประกอบด้วย

2.1 มีพลังแอโรบิกส์ หรือพลังอากาศนิยม (Aerobic power) คือ สามารถเดินเร็วๆ ได้ โดยไม่ต้องหยุดพัก 1 ชั่วโมง หรือวิ่งเหยาะๆ ว่ายน้ำ หรือขี่จักรยานโดยไม่ต้องพัก เป็นเวลานาน 25 - 30 นาที พลังนี้ยังคงอยู่สม่ำเสมอก็ต่อเมื่อได้ปฏิบัติสม่ำเสมอ ถ้าหยุดปฏิบัติพลังก็จะหดหายไป ความสำคัญของพลังแอโรบิกส์นี้ก็คือ การสร้างความแข็งแรงให้กับหัวใจและหลอดเลือด และช่วยเสริมความแกร่งทางจิตประสาท เป็นการผ่อนคลายความเครียดด้วย

2.2 กล้ามเนื้อมีความอดทนและอึด (Local muscle Endurance) กล้ามเนื้อส่วนใหญ่จะต้องได้รับการฝึกฝนอย่างสม่ำเสมอและติดต่อกัน

2.3 กล้ามเนื้อมีความแกร่งและทนทาน (Muscle strength) คือ กล้ามเนื้อทุกมัดส่วนใหญ่ได้รับการฝึกซ้อมให้ยืดหดเพื่อใช้งานอย่างหนักได้

2.4 ข้อต่อต่างๆ คล่องแคล่ว (Flexibility) หมายถึง ไม่มีการติดขัดปวดเมื่อยข้อต่างๆ เพราะได้รับการฝึกฝนออกกำลังกายเคลื่อนไหวข้อต่ออย่างสม่ำเสมอ จนมีความแข็งแรงของเอ็นและกล้ามเนื้อรอบข้อ นอกจากนั้นกระดูกก็จะแข็งแรงเป็นผลพลอยได้ตามไปด้วย

2.5 สัดส่วนของน้ำหนักและความสูง (Body composition) ไม่เกินปกติ หมายถึง รูปร่างได้สัดส่วน ไม่อ้วนเกินไป พุงต้องเล็กกว่าหน้าอก

ขั้นตอนการออกกำลังกายที่ถูกต้อง การออกกำลังกายเพื่อให้ถึงระดับความสมบูรณ์ของร่างกายสูงสุด (Optimal Fitness) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ (บรรลู่ ศิริพานิช) ⁽²⁰⁾

ขั้นที่ 1 การอบอุ่นร่างกาย (Warming Up) ควรมีการอบอุ่นร่างกายให้ร่างกายมีอุณหภูมิสูงขึ้นก่อนเข้าๆ เช่น การเคลื่อนไหวร่างกาย โดยการสะบัดขา แกว่งแขน วิ่งเหยาะๆ อยู่กับที่เข้าๆ ช่วงระยะเวลาหนึ่งก่อน แล้วจึงค่อยออกกำลังกายอย่างอื่น ระยะเวลาจะทำให้เลือดสูบฉีดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อ และข้อต่อต่างๆ ก็ทำให้กล้ามเนื้อมีความยืดหยุ่นและคล่องตัวเพื่อป้องกันหรือหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บขณะออกกำลังกาย

ขั้นที่ 2 การออกกำลังกายอย่างแท้จริง (Endurance Exercise) จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกายถ้าการออกกำลังกายนั้นเพียงพอ จะทำให้มีการเผาผลาญอาหารในร่างกาย โดยใช้ ออกซิเจนในอากาศที่หายใจเข้าไปเพื่อทำให้เกิดพลังงานระดับหนึ่ง ไม่ว่าจะออกกำลังกายจะทำด้วยวิธีใดย่อมมีผลให้หัวใจและปอดทำงานมากขึ้น การที่หัวใจทำงานมากขึ้นก็คือ การเต้นของหัวใจเร็วและแรงยิ่งขึ้น การที่ปอดทำงานมากขึ้น คือ การหายใจเร็วและถี่ขึ้น การออกกำลังกายที่มีผลให้หัวใจทำงานมากขึ้นนี้เรียกว่า แอโรบิก (Aerobic) ซึ่งสัปดาห์หนึ่งจะต้องออกกำลังกาย 3 - 5 ครั้ง จึงจะทำให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกายอย่างแท้จริง

ขั้นที่ 3 การผ่อนให้เย็นลง (Cooling Down) หลังการออกกำลังกายตามกำหนดเวลาที่เหมาะสมในขั้นตอนที่ 2 แล้ว ควรค่อยๆ ผ่อนการออกกำลังกายที่ละน้อย แทนการหยุดออกกำลังกายทันที ทั้งนี้เพื่อให้เลือดที่คั่งค้างที่กล้ามเนื้อได้มีโอกาสกลับคืนสู่หัวใจ เช่น ออกกำลังกายโดย

กำลังภายในที่ ทั้งนี้เพื่อให้เลือดที่คั่งค้างที่กล้ามเนื้อได้มีโอกาสกลับคืนสู่หัวใจ เช่น ออกกำลังกายโดยการวิ่ง แล้วลดความเร็วของการวิ่งลงจนเป็นวิ่งช้า-เดินเร็ว - เดินช้า ตามลำดับ จนถึงระยะพักจริงๆ ระยะเวลาของขั้นตอนที่ 3 นี้ไม่ได้กำหนดแน่นอน หากแต่ให้สังเกตดูจากร่างกายตนเอง

3. ด้านโภชนาการ การรับประทานอาหารมีความสำคัญสำหรับสตรีวัยกลางคนทั้งนี้เพื่อป้องกันการเสื่อมถอยของร่างกายที่เร็วเกินไป การรับประทานอาหารที่มีคุณค่า และมีปริมาณที่เหมาะสม และเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย จะช่วยส่งเสริมให้สตรีวัยกลางคนมีสุขภาพที่แข็งแรง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆที่เกิดจากพฤติกรรมกรรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็งลำไส้ และโรคกระดูกพรุน เป็นต้น หลักในการเลือกอาหารสำหรับสตรีวัยกลางคน ได้แก่

3.1 ประเภทอาหารที่ควรบริโภค

3.1.1 อาหารครบ 5 หมู่ ได้แก่ คาร์โบไฮเดรตเป็นพลังงานที่สำคัญ เพื่อให้ร่างกายทำงานได้อย่างเต็มที่ มี 3 ประเภทหลัก ได้แก่ น้ำตาล แป้ง และกากใยอาหาร หมู่โปรตีนเป็นสารอาหารที่จำเป็นสำหรับความเจริญเติบโต การซ่อมแซมร่างกาย และเป็นแหล่งพลังงาน ได้แก่ อาหารจำพวกเมล็ดพืช ถั่ว เนื้อสัตว์ นม ไข่ ไขมันเป็นแหล่งให้พลังงานแก่ร่างกาย และช่วยเก็บวิตามิน เอ ดี อี และ เค หมู่ผักผลไม้เป็นแหล่งวิตามิน แร่ธาตุต่างๆและกากใยอาหาร น้ำเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับทุกเซลล์ในร่างกาย ควรดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว เพื่อให้เกิดความสมดุลกับจำนวนน้ำในร่างกายที่เสียไปในแต่ละวัน ในการเลือกรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ควรมีสัดส่วนของ คาร์โบไฮเดรต ไขมัน และโปรตีน เป็นสัดส่วน 55 : 30 : 15

3.1.2 อาหารที่มีแคลเซียมและวิตามินดี เนื่องจากแคลเซียมเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของเนื้อกระดูก หากร่างกายได้รับแคลเซียมน้อยมีผลให้เกิดความสมดุลของระดับแคลเซียมในกระแสเลือดเปลี่ยนแปลงไปทำให้กระบวนการสร้างและสะสมความหนาแน่นของกระดูกลดลงได้ การได้รับสารอาหารอื่น ๆ น้อย เช่น ฟอสฟอรัส อลูมิเนียม แมกนีเซียม ก็มีผลต่อกระบวนการสร้างกระดูกด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ยังพบว่าเครื่องดื่มที่มีสารคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ มีผลให้ร่างกายขับแคลเซียมออกทางปัสสาวะมากขึ้น และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากเป็นประจำจะมีผลขัดขวางการดูดซึมแคลเซียมที่ลำไส้และเป็นอันตรายต่อกระบวนการสร้างกระดูก รวมทั้งยังทำให้ร่างกายขับแคลเซียมออกทางปัสสาวะมากขึ้น ดังนั้นสตรีวัยกลางคนจึงควรหลีกเลี่ยงอาหารบางชนิดดังที่กล่าวมา

3.1.3 อาหารที่มีกากใยสูง (Food fibre) กากใยอาหารมีประโยชน์ช่วยทำให้ระบบทางเดินอาหาร และระบบขับถ่ายทำงานเป็นปกติ ป้องกันท้องผูก โรคกรดไหลย้อน โรคเกี่ยวกับระบบลำไส้ เช่น โรคมะเร็งลำไส้ นอกจากนี้ยังช่วยชะลอการดูดซึมของน้ำตาลกลูโคสในลำไส้เข้าสู่กระแสโลหิตช้าลง และเป็นประโยชน์ในการช่วยป้องกันไม่ให้อัตราน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นหรือต่ำลงอย่างรวดเร็วเกินไป อาหารที่กากใยสูง ได้แก่ ข้าวกล้อง ข้าวสาลี ข้าวโพด ลูกเดือย ผัก ถั่วต่างๆ งามผลไม้บางอย่าง เช่น ฝรั่ง มะม่วง พุทรา เป็นต้น แต่การรับประทานอาหารที่มีกากใยสูงมากเกินไปเป็นประจำจะมีผลขัดขวางการดูดซึมแคลเซียมในลำไส้เล็กได้เช่นกัน

3.2 ประเภทอาหารที่ควรงดหรือหลีกเลี่ยง

3.2.1 ลดอาหารไขมัน ควรหลีกเลี่ยง หรือลดอาหารที่มีไขมันสูง โดยเฉพาะอาหารประเภททอด อาหารที่มีกะทิ การรับประทานไขมันจำนวนมากมีส่วนทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดในสมองตีบแข็งมากขึ้น และยังอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งชนิดต่างๆ เช่น มะเร็งเต้านม มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งลำไส้ใหญ่ วิธีที่ดีที่สุดในการบริโภคไขมัน คือควรบริโภคไขมันชนิดไม่อิ่มตัวแทนไขมันชนิดอิ่มตัว อาหารที่มีไขมันชนิดอิ่มตัวมาก เช่น เนื้อสัตว์ที่มีมันเนย นม มะพร้าว ควรบริโภคปลาและน้ำมันพืชในสัดส่วนที่มากกว่าอาหารไขมันจากสัตว์ กรดไขมันอิ่มตัว (Saturated Fatty Acid) มีผลต่อการเพิ่มโคเลสเตอรอลในเลือด ซึ่งพบมากในไขมันจากสัตว์ เช่น เนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์ ไข่ อาหารทะเล และไขมันจากพืชบางชนิด ได้แก่ มะพร้าว ปาล์ม เป็นต้น

3.2.2 ลดอาหารประเภทน้ำตาล การกินอาหารที่มีน้ำตาลมากจะทำให้ร่างกายได้รับพลังงานสูงกว่าที่ต้องการ จึงทำให้อ้วนง่าย และได้รับโภชนาการน้อย เกิดฟันผุได้ง่าย การได้รับน้ำตาลมากยังมีผลต่อการทำงานของตับอ่อน เมื่อรับประทานน้ำตาลมากก็จะทำให้ระดับของกลูโคสในกระแสเลือดสูงขึ้นอย่างฉับไว ทำให้ร่างกายสร้างอินซูลินเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดภาวะของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ

3.2.3 ลดการกินเกลือโซเดียม การกินอาหารที่มีโซเดียมสูงจะทำให้มีการคั่งของของเหลวในเซลล์ มีการบวมตามตัว และทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น อาหารที่มีโซเดียมสูง ได้แก่ อาหารรสเค็ม อาหารจำพวกขนมปัง ขนมเค้ก อาหารที่มีสารกันบูด และผงชูรสมาก อาหารบรรจุกระป๋องและอาหารกึ่งสำเร็จรูป เป็นต้น

3.2.3 การหลีกเลี่ยงการดื่ม กาแฟและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ กาแฟมีคาเฟอีนเป็นส่วยผสมจะมีผลกระตุ้นประสาทการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด มีฤทธิ์ขับปัสสาวะ ถ้าดื่มมากเกินไปจะทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ กระวนกระวายหรือนอนไม่หลับ ส่วนแอลกอฮอล์จะมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง หัวใจ อวัยวะอื่นๆ และจิตใจ แอลกอฮอล์มีส่วนทำลายสมอง ตับ ทางเดินอาหารและกระเพาะอาหาร

4. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นพฤติกรรมที่สตรีวัยกลางคนแสดงถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มีการช่วยเหลือพึ่งพาซึ่งกันและกันของคนในครอบครัว หรือเพื่อนบ้านมีการให้และการรับ มีการร่วมกันปรึกษาหารือและร่วมกันแก้ไขปัญหาหรือร่วมกันแก้ไขปัญหาหรือร่วมกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง หรือเพื่อนใกล้ชิด มีการพูดคุยพบปะเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การมีเพื่อนใหม่ๆ มีการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน มีการช่วยเหลือกันในเรื่องของการดูแลสุขภาพระหว่างครอบครัว คนในชุมชน หรือเพื่อนบ้าน และเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ เป็นต้น

อิทธิพลทางสังคม (Social Influence) หมายถึงป็นกระบวนการการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในบุคคล โดยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้าน ความเชื่อ ทศนคติ หรือการปฏิบัติ ซึ่งมีอิทธิพลมาจากบุคคลอื่น หรือกลุ่มอื่น ความสามารถในการมีอิทธิพลต่อบุคคลอื่น (หรือศักยภาพที่จะตะล่อม / ปรงแต่งความเชื่อ ทศนคติหรือพฤติกรรม การปฏิบัติ) เรียกว่า อำนาจทางสังคม (social power) ดังนั้นอำนาจทางสังคมนี้จะถูกไปเป็นอิทธิพลทางสังคม เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในความเชื่อใน ความเชื่อ ทศนคติ และการปฏิบัติของบุคคล โดยแท้จริงแล้วการมีความสัมพันธ์กันในสังคม และอำนาจทางสังคมนี้จะป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นร่วมกัน เพราะในขณะที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ บุคคลจะมีอิทธิพลต่อบุคคลอื่นด้วย แพทย์ / เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับผู้ป่วยก็เช่นเดียวกัน ขณะที่เจ้าหน้าที่พยาบาลที่จะมีอำนาจ / อิทธิพลเหนือผู้ป่วย ผู้ป่วยก็จะพยายามที่จะมีอำนาจอิทธิพลเหนือเจ้าหน้าที่ด้วยเช่นกัน

5. การจัดการกับความเครียด เป็นการกระทำพฤติกรรมของสตรีวัยกลางคนที่ช่วยทำให้เกิดความผ่อนคลาย หรือลดความตึงเครียด และมีการแสดงอารมณ์ที่เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ และมีวิธีที่จะมาจัดการกับสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดในรูปแบบที่เหมาะสม และไม่เป็นอันตรายต่อร่างกาย และจิตใจ เพื่อให้จิตใจ และอารมณ์กลับสู่ภาวะสมดุลตามปกติเมื่อเกิดความเครียด เช่น การหลีกเลี่ยงปัญหา การกล้าเผชิญกับปัญหา การพึ่งตนเอง และอาศัยแหล่งช่วยเหลือ การมีวิธีผ่อนคลายความเครียด ได้แก่ การปรึกษาปัญหาของตนเองกับคนในครอบครัว หรือเพื่อนใกล้ชิด การสวดมนต์ ไหว้พระ ฟังเทศน์ ฟังธรรม การนั่งสมาธิ เพื่อให้อารมณ์ผ่อนคลาย เกิดความสงบของจิตใจ เป็นต้น

ส่วนที่ 6 ปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคน

จากแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender) ลักษณะส่วนบุคคลเป็นปัจจัยทางด้านลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ประกอบด้วย ปัจจัยทางด้านชีวภาพ ปัจจัยทางด้านจิตวิทยา และปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรม คุณลักษณะส่วนบุคคลเป็นลักษณะภายในของบุคคล ทำให้บุคคลมีความรู้สึกนึกคิด และมีการแสดงออกของพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลด้านชีวภาพได้แก่ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย และภาวะสุขภาพ ด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ สถานภาพสมรสการศึกษา อาชีพ รายได้ เป็นต้น ซึ่งจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยดังกล่าวมีทั้งที่มีความสัมพันธ์ และไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคน ดังนี้

6.1 อายุ

อายุเป็นตัวแปรหนึ่งที่ส่งผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของแต่ละบุคคลโดยเพนเดอร์ กล่าวไว้ว่า อายุเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากการรับรู้ของบุคคลมีความเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ในอดีต เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้นย่อมมีการตัดสินใจทางเลือกที่ดีและถูกต้องเหมาะสม มีงานวิจัยหลายเรื่องที่สนับสนุนแนวคิดนี้ดังเช่น การศึกษาของวนิดา กมลจ๋า⁽²¹⁾ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยในการปฏิบัติต่อการดูแลสุขภาพตนเองในวัย

กมลจำ⁽²¹⁾ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยในการปฏิบัติต่อการดูแลสุขภาพตนเองในวัยหมดระดูแตกต่างกัน โดยกลุ่มที่มีอายุน้อยที่สุด อายุระหว่าง 45-59 ปี มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติต่อการดูแลสุขภาพตนเองในวัยหมดระดูมากที่สุด รองลงมา คือกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 50-54 ปี และกลุ่มที่มีคะแนนเฉลี่ยในการปฏิบัติต่อการดูแลสุขภาพตนเองในวัยหมดระดูน้อยที่สุด คือ กลุ่มที่มีอายุระหว่าง 55-59 ปี ซึ่งมีความแตกต่างจากการศึกษาของกิริยา ลากเจริญวงศ์⁽²²⁾ พบว่า สตรีที่มีอายุมากกว่ามีสัดส่วนพฤติกรรมดูแลสุขภาพในวัยหมดระดูสูงกว่าสตรีที่มีอายุน้อยกว่า โดยสตรีที่มีอายุ 55 – 59 ปี มีสัดส่วนของผู้ที่มีคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพในวัยหมดระดูในระดับสูงที่สุด และสตรีที่มีอายุ 40-44 ปี มีสัดส่วนของพฤติกรรมดูแลสุขภาพอยู่ในระดับต่ำสุด กรมอนามัย⁽²³⁾ พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีไทยวัยก่อนและหลังหมดระดู สุรียา วีรวงศ์⁽²⁴⁾ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

6.2 สถานภาพสมรส

ครอบครัวมีความสำคัญต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสมาชิกในครอบครัว คู่สมรส ที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันย่อมจะให้ความรัก ความเข้าใจ และความเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการดูแลสุขภาพ บุคคลที่เป็นโสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ มักขาดการดูแลและให้กำลังใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เยาวลักษณ์ ทอนมาตย์⁽²⁵⁾ พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของสตรีที่อยู่ในช่วงกำลังจะหมดประจำเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กรมอนามัย⁽²³⁾ พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีไทยวัยก่อนและหลังหมดระดู สุทธานิจ อนุทสาร⁽²⁶⁾ พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของสตรีวัยหมดประจำเดือนเขตชนบท วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล⁽²⁷⁾ พบว่าพยาบาลวัยหมดประจำเดือนที่มีสถานภาพโสดมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อยกว่าสตรีที่มีคู่สมรส วันดี แยมจันทร์ฉาย⁽²⁸⁾ พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อภิรยา พานทอง⁽²⁹⁾ พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 สุรียา วีรวงศ์⁽²⁴⁾ พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการรับรู้และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

6.3 อาชีพ

อาชีพเป็นดัชนีที่แสดงถึงสถานะทางเศรษฐกิจ และสังคมของบุคคล การประกอบอาชีพที่แตกต่างกันทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันในเรื่องของรายได้ และความเป็นอยู่ บุคคลที่มีอาชีพที่ต่างกันต่างกันย่อมมีการปฏิบัติตัวด้านการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน เนื่องจากอาชีพเป็นตัวกำหนดได้ว่า บุคคลจะมีเวลาที่เพียงพอในการดูแลเอาใจใส่ด้านสุขภาพมากน้อยเท่าใด สุทธานิจ อนุทสาร⁽²⁶⁾ พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนเขตชนบท สุรียา วีรวงศ์⁽²⁴⁾ พบว่า อาชีพ มีความสัมพันธ์กับ การรับรู้ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

6.4 รายได้

รายได้ของครอบครัวเป็นดัชนีสำคัญที่ใช้วัดสภาพทางเศรษฐกิจ และสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานของบุคคล โดยบุคคลที่มีฐานะดี หรือมีรายได้สูง จะเอื้ออำนวยให้บุคคลนั้นสามารถดูแลตนเองได้ดี และสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมกับตนเองได้มากที่สุด ดังนั้นรายได้จึงจัดเป็นแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี รวมไปถึงพฤติกรรมกำบังโรคและการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลด้วย จากการศึกษาวิจัยของ เขียวลักษณ์ ทอนมาตย์⁽²⁵⁾ พบว่ารายได้ของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของสตรีที่อยู่ในช่วงกำลังจะหมดประจำเดือน สุทธินิจ อนุชสาร⁽²⁶⁾ พบว่าอาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนเขตชนบท ศุภวรินทร์ หนักิตติกุล⁽³⁰⁾ พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 วนิดา กมลฉ่ำ⁽²¹⁾ พบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลสุขภาพของสตรีไทยวัยหมดระดู อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ศิริวิทย์ โคนสันเทียะ⁽³¹⁾ พบว่ารายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน วันดี แยมจันทร์ฉาย⁽²⁸⁾ พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งโดยรวมและรายด้าน ยกเว้นพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร และการจัดการความเครียด อภิรยา พานทอง⁽²⁹⁾ พบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อุบลรัตน์ รุ่งเรืองศิลป์⁽³²⁾ พบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 สุริยา วีรวงศ์⁽²⁴⁾ พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการรับรู้และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

6.5 ดัชนีมวลกาย

ดัชนีมวลกาย เป็นตัวหนึ่งที่ยกถึงพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร ซึ่งแสดงถึงการปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เช่น ผู้ที่มีดัชนีมวลกายที่มีค่าเกินค่าปกติ จะแสดงถึงภาวะอ้วน ซึ่งแสดงว่าบุคคลนั้นน่าจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่ดีด้านโภชนาการ คือมีนิสัยการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง จากการศึกษาของ สุทธินิจ อนุชสาร⁽²⁶⁾ พบว่าดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนเขตชนบทซึ่งค้ำกับการศึกษาของ อุบลรัตน์ รุ่งเรืองศิลป์⁽³²⁾ พบว่า ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากการศึกษาของ สุกัญญา ไผ่โสภณ⁽³³⁾ ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

6.6 ระดับการศึกษา

บุคคลที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน กรมอนามัย⁽²³⁾ พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีไทยวัยก่อนและหลังหมดระดู สุทธนิจ หุณฑลสาร⁽²⁶⁾ พบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนเขตชนบทโดยที่สตรีที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีความรู้ความเข้าใจ และให้ความสำคัญในการดูแลตนเอง โดยการไปตรวจสุขภาพประจำปี เช่น การตรวจวัดความดันโลหิต การตรวจมะเร็งปากมดลูก และการตรวจเต้านม เป็นต้น ศิริทิพย์ โคนสันเทียะ⁽³¹⁾ พบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน วันดี แยมจันทร์ฉาย⁽²⁸⁾ พบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกันโดยผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุ ที่มีระดับการศึกษาต่ำ ศุภาวรินทร์ หันกิตติกุล⁽³⁰⁾ พบว่าระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน ทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุแตกต่างกันคือผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษา อภิรยา พานทอง⁽²⁹⁾ พบว่าระดับการศึกษาของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 สุรียา วีรวงศ์⁽²⁴⁾ พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการรับรู้และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

ส่วนที่ 7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ชมพู วิสุทธิเมธีกร⁽³⁵⁾ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ และปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคน ในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 397 คน พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างดี แต่การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้การควบคุมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพและความเชื่อในอำนาจแห่งตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวและสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคน

กนกภรณ์ อ่วมพรหมณ์⁽³⁶⁾ ได้ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน โดยอาศัยกรอบแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่มีอายุ 40-59 ปี ที่มารับ

บริการที่คลินิกสตรีวัยหมดประจำเดือนที่โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าฯ จำนวน 140 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี และได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับค่อนข้างมาก การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนได้ร้อยละ 20.19 ($P < .001$) และการรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 24.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

กัลยาณี นาคฤทธิ์⁽³⁷⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยกลางคนในกรุงเทพมหานคร โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีอายุ 40-65 ปี ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 280 คน พบว่า สตรีวัยกลางคนมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองร้อยละ 62.1 ส่วนมากมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองถูกต้องน้อย ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความเชื่อมั่นถึงความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองระหว่างกลุ่มที่ตรวจและไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ยกเว้นความสะดวกในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สิริพรรณ วิบูลย์จันทร์⁽³⁸⁾ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับข่าวสารกับการดูแลสุขภาพตนเองของสตรีวัยทอง โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพ ระดับการศึกษา รายได้และสถานภาพสมรสกับพฤติกรรมการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ของสตรีวัยทองในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 408 คน พบว่าโทรทัศน์เป็นสื่อที่สตรีวัยทองเปิดรับมากที่สุด รองลงมาคือหนังสือพิมพ์ สำหรับสื่อบุคคลพบว่าสตรีวัยทองรับข่าวสารจากเพื่อนมากที่สุด รองลงมาคือญาติพี่น้อง และแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ อาชีพระดับการศึกษา รายได้ และสถานภาพสมรสที่แตกต่างกัน มีการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการเปิดรับข่าวสารการดูแลสุขภาพตนเองทางโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร คู่สมรส ญาติพี่น้อง เพื่อน แพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับภาวะวัยทอง และสื่อมวลชนมีความน่าเชื่อถือมากกว่าสื่อบุคคล

วัลลดา เล้ากอบกุล⁽³⁹⁾ ได้ศึกษาการประยุกต์แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เพื่อส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือน อำเภอมะนัง จังหวัดชลบุรีโดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือนจำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 40 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษา พบว่า โปรแกรมสุขศึกษาสามารถทำให้สตรีวัยก่อนหมดประจำเดือนมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ และมีพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพดีขึ้น การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถแห่งตนในการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการ

ส่งเสริมสุขภาพ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายได้และน้ำหนักตัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

กิริยา ลากเจริญวงศ์⁽⁴⁰⁾ ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสตรีวัยหมดระดู :กรณีศึกษาในเขตเมืองและชนบท จังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่างคือสตรีที่มีอายุตั้งแต่ 40-59 ปี จำนวน 600 คน พบว่า สตรีส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง สตรีเขตเมืองมีความรู้เกี่ยวกับภาวะหมดระดูและมีการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าสตรีในเขตชนบท ปัจจัยด้านประชากร ด้านเศรษฐกิจ และปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสตรีวัยหมดระดู พบว่า เขตที่อยู่อาศัย การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะหมดระดู แหล่งความรู้และจำนวนแหล่งความรู้ที่ได้รับเกี่ยวกับภาวะหมดระดู ทักษะคิดเกี่ยวกับภาวะหมดระดู และประเภทสถานบริการ มีผลทำให้เกิดความแตกต่างในพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสตรีวัยหมดระดู สตรีที่มีอายุมากกว่ามีการดูแลสุขภาพดีกว่าสตรีอายุน้อย

ชนิดา สุรจิตต์⁽⁴¹⁾ ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรี โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลสตรีอายุระหว่าง 30-50 ปีที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 230 คน ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับต่ำ พฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับต่ำมาก การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับต่ำ ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป้องกันโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค

สกุลรัตน์ ศิริกุล⁽⁴²⁾ ได้ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนในจังหวัดนครสวรรค์โดยศึกษาในสตรีใกล้หมดประจำเดือน และสตรีระยะหมดประจำเดือนที่มีอายุระหว่าง 40-68 ปี จำนวนทั้งสิ้น 214 ราย พบว่าสตรีใกล้หมดประจำเดือน และสตรีระยะหมดประจำเดือน มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมในระดับดีมากในด้านการบรรลุความสำเร็จในชีวิต และด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ระดับดีในด้านการดูแลสุขภาพต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารและด้านการจัดการความเครียด การรับรู้ภาวะสุขภาพของสตรีระยะใกล้หมดประจำเดือนและสตรีระยะหมดประจำเดือน ไม่มีความแตกต่างกัน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านไม่มีความแตกต่างกัน

พนารัตน์ วิศวะเทพนิมิตร และคณะ⁽⁴³⁾ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลด้านสัมพันธภาพอิทธิพลด้านสถานการณ์ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในอำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง กลุ่มตัวอย่างคือ

ประชาชนในอำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง จำนวน 395 คน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลด้านความสัมพันธ์ภาพ อิทธิพลด้านสถานการณ์ โดยรวมอยู่ในระดับมาก การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับน้อย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลด้านความสัมพันธ์ภาพ อิทธิพลด้านสถานการณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวก สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบ และสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

Duffy ⁽⁴⁴⁾ ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยกลางคนที่เป็นลูกจ้างในมหาวิทยาลัยทางตะวันตกเฉียงใต้ของรัฐเท็กซัส โดยอาศัยแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพของ Walker, Sechrist and Pender (1987:70-81) และในการศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ โดยเลือกศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้ การควบคุมสุขภาพ การรับรู้คุณค่าในตนเองและการรับรู้ภาวะสุขภาพ นำมาหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคน ซึ่งทำการศึกษาในสตรีวัยกลางคน อายุ 35-65 ปี จำนวน 262 คน ผลการวิจัยพบว่าสนับสนุนรูปแบบแนวคิดของ Pender (1987) ในบางส่วน คือพบว่าความเชื่ออำนาจในตนเองด้านสุขภาพ การรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย