



อาการของภาวะหมดประจำเดือน และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ.2541

ISBN 974-589-942-9

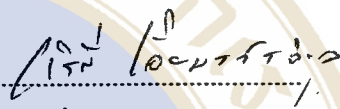
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

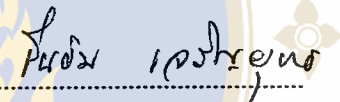
อาการของภาวะหมดประจำเดือน และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน



วารินิ เอี่ยมสวัสดิกุล

ผู้วิจัย



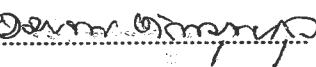
ชื่นชม เจริญยุทธ วท.บ., สค.ม., M.C.H., พบ.ค.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



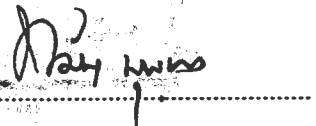
สมจิต ปทุมานนท์ วท.บ., ศศ.ม., M.P.H., ส.ด.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



อวยพร ตัณมุขกุล วท.บ., M.S.N., Ph.D.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

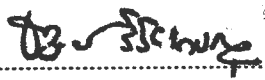


ทัศนา บุญทอง ค.บ., M.S., Ed.D.

ประธานกรรมการประจำหลักสูตร

พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์



อดุลย์ วิริยเวชกุล ราชบัณฑิต,

พ.บ., น.บ., F.R.C.P.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

อาการของภาวะหมดประจำเดือน และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ
พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพหมดประจำเดือน
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
วันที่ 6 พฤษภาคม 2541

.....
วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล

ผู้วิจัย

.....
ชื่นชม เจริญยุทธ

ชื่นชม เจริญยุทธ วท.บ., สค.ม., M.C.H., พบ.ด.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
สมจิต ปทุมานนท์

สมจิต ปทุมานนท์ วท.บ., ศศ.ม., M.P.H., ส.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
อวยพร ตันมุขยกุล

อวยพร ตันมุขยกุล วท.บ., M.S.N., Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
จริยาวัตร คมพัยค์

จริยาวัตร คมพัยค์ วท.บ., วท.ม., ส.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ทัศนา บุญทอง

ทัศนา บุญทอง ค.บ., M.S., Ed.D.

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
ทัศนา บุญทอง

ทัศนา บุญทอง ค.บ., M.S., Ed.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
นิมิต เติชไกรชนะ

นิมิต เติชไกรชนะ วท.บ., พ.บ., ว.ว.(สูติ-นรีเวช)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
อดุลย์ วิริยเวชกุล

อดุลย์ วิริยเวชกุล ราชบัณฑิต,

พ.บ., น.บ., F.R.C.P.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ดร. ชื่นชม เจริญยุทธ รองศาสตราจารย์ ดร. สมจิต ปทุมานนท์ อาจารย์ ดร. อวยพร ดัฒมขยกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้ให้เวลาให้ข้อคิดเห็นคำแนะนำในการศึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาตรวจสอบให้ข้อคิดเห็นและคำแนะนำเกี่ยวกับเครื่องมือในการวิจัย และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์มากขึ้น ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

งานวิจัยครั้งนี้ยังสำเร็จได้ด้วยดีจากความร่วมมือของท่านผู้บริหารโรงพยาบาลทั้ง 13 แห่ง คือ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลยะลา โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยเฉพาะบุคลากรของฝ่ายการพยาบาลที่อำนวยความสะดวกในการแจกและเก็บแบบสอบถาม ตลอดจนให้ความอนุเคราะห์ในเรื่องอื่น ๆ พยาบาลวิชาชีพช่วยหาคำตอบประจำเดือนที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม สนใจซักถามเรื่องภาวะหาคำตอบประจำเดือน ทั้งยังให้กำลังใจในการศึกษา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในน้ำใจของพี่ๆ น้อง ๆ ร่วมวิชาชีพทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณคณาจารย์พยาบาลสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพทุกท่านที่รับภาระงานแทนผู้วิจัยขณะลาศึกษาต่อ ขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลที่ให้ทุนการศึกษาและทุนวิจัย กราบขอบพระคุณคุณแม่ คุณอนงค์ คำเลิศลักษณ์ คุณผ่องใส วงศ์อิศเรศ และขอบคุณพี่น้องทุกคน ที่ให้การสนับสนุนทั้งร่างกาย แรงใจและกำลังใจทั้งในการศึกษา ขอบพระคุณ คุณอุบล ปาละมี ที่ให้ความช่วยเหลือในการพิมพ์จนกระทั่งวิทยานิพนธ์สำเร็จเป็นรูปเล่ม ขอบคุณ คุณสุรพล ที่กรุณามอบของที่ระลึกแก่ผู้ตอบแบบสอบถาม และขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นที่มีส่วนช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลทุกคน

สุดท้ายขอขอบพระคุณพี่ ๆ และเพื่อน ๆ ที่มีส่วนให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยทั้งทางตรงและทางอ้อม แต่ไม่สามารถกล่าวนามได้หมดคนในที่นี้

วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล

3536161 NSNS/D : สาขาวิชา: พยาบาลศาสตร์; พย.ด. (พยาบาลศาสตร์)

ศัพท์สำคัญ : อาการของภาวะหมดประจำเดือน / พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ / ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล: อาการของภาวะหมดประจำเดือนและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน (MENOPAUSAL SYMPTOMS AND FACTORS DETERMINING HEALTH-PROMOTING BEHAVIOR OF PROFESSIONAL NURSES IN MENOPAUSAL PERIOD) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ : ชื่นชม เจริญยุทธ M.C.H., พบ.ด., สมจิต ปทุมานนท์ M.P.H., ส.ด., อวยพร ตัณมุขกุล M.S.N., Ph.D. 172 หน้า. ISBN 974-589-942-9

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอาการของภาวะหมดประจำเดือน ปัจจัยเสริม ปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลของปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้และปัจจัยเสริมที่มีต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ อายุระหว่าง 40-56 ปี จำนวน 563 คน ได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ถดถอย พหุเชิงซ้อน

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีอาการของภาวะหมดประจำเดือนในทุกระยะของวัยหมดประจำเดือน อาการที่พบมากที่สุด คือ ปวดกล้ามเนื้อและข้อ อาการที่พบน้อย คือ อาการร้อนวูบวาบ มีปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้และปัจจัยเสริมในระดับดี มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านดี ปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้และปัจจัยเสริมร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ ร้อยละ 33 ($p < .001$) การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อายุ อาการของภาวะหมดประจำเดือน รูปแบบการปฏิบัติตัวของบุคคลใกล้ชิด ประสิทธิภาพการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือนมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน การรับรู้สิ่งขัดขวางพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมีผลทางลบ สตรีโสดมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพน้อยกว่าสตรีมีคู่ แต่มากกว่าสตรีหม้ายและหย่า ผลการวิจัยให้ข้อเสนอแนะว่า หน่วยงานที่รับผิดชอบควรจัดกิจกรรมดูแลสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน

3536161 NSNS/D : MAJOR : NURSING SCIENCE ; D.N.S. (NURSING SCIENCE)

KEY WORD : MENOPAUSAL SYMPTOMS /HEALTH - PROMOTING BEHAVIOR/
FACTORS DETERMINING HEALTH - PROMOTING BEHAVIOR

WARINEE IEMSAWASDIKUL: MENOPAUSAL SYMPTOMS AND FACTORS
DETERMINING HEALTH-PROMOTING BEHAVIOR OF PROFESSIONAL NURSES
IN MENOPAUSAL PERIOD. THESIS ADVISOR : CHOUNCHOM CHAROENYOOTH
M.C.H., Ph.D., SOMCHIT PADUMANONDA M.P.H., Dr.P.H., OUYORN
TONMUKAYAKUL M.S.N., Ph.D. 172 p. ISBN 974-589-942-9

The objectives of this research are to investigate menopausal symptoms, and to study modifying factors, cognitive-perceptual factors in determining health-promoting behavior of professional nurses in menopausal period. Five hundreds sixty three professional nurses, aged 40-56, were randomly selected to be the samples. Structured questionnaires are used for data collection and hierarchical regression were employed for data analysis.

The results reveal that most of the subjects suffered from menopausal symptoms, the most frequent symptom is muscle and joint pain, whereas the least is hot flash. Subjects' cognitive-perceptual factors and modifying factors are good. The overall health - promoting behavior and each aspect are good. Cognitive-perceptual factors and modifying factors explain 33 percent of variance in health-promoting behavior ($p < .001$). Perceived self-efficacy, perceived benefit of health-promoting behavior, age, menopausal symptoms, significant person's behavior pattern and experience in health- promoting of menopausal women have significant positive correlation with health-promoting behavior. Perceived barrier to health-promoting behavior has significant negative correlation with health-promoting behavior of professional nurses in menopausal period. Single subjects have lower health promoting behavior than married, but higher behavior than widowed and divorced. The results suggest that responsible organizations should provide health care services and facilitate health-promoting behavior of professional nurses in menopausal period.

สารบัญ

		หน้า
	กิตติกรรมประกาศ.....	ก
	บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
	บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
	สารบัญตาราง.....	ช
	สารบัญภาพ.....	ฉ
	บทที่	
1	บทนำ	
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
	คำถามการวิจัย.....	5
	วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
	สมมติฐานการวิจัย.....	6
	ขอบเขตของการวิจัย.....	6
	คำจำกัดความ.....	7
2	วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
	วิหคคพระจําเดือน.....	12
	การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในวิหคคพระจําเดือน.....	13
	อาการของภาวะหคคพระจําเดือน.....	16
	รูปแบบการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะหคคพระจําเดือน.....	24
	พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ.....	29
	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ.....	40
	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	60
3	วิธีดำเนินการวิจัย	
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	62
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	64

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
	การเก็บรวบรวมข้อมูล..... 70
	การวิเคราะห์ข้อมูล..... 71
4	ผลการวิจัย
	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง..... 72
	อาการของภาวะหมดประจำเดือน..... 84
	ปัจจัยเสริม..... 91
	ปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้..... 91
	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพหมดประจำเดือน..... 94
	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ หมดประจำเดือน..... 100
5	อภิปรายผล..... 104
6	สรุปและข้อเสนอแนะ
	สรุป..... 120
	ข้อจำกัดของการวิจัย..... 125
	ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้..... 125
	ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป..... 127
	บรรณานุกรม..... 129
	ภาคผนวก
	ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 149
	ข รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ..... 166
	ค เมตริกสหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพหมดประจำเดือน 168
	ง ตารางขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการทดสอบสองทาง 170
	ประวัติผู้วิจัย..... 172

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะด้านประชากรสังคม และเศรษฐกิจ	74
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาสมรส ประวัติการตั้งครรภ์และการคุมกำเนิด.....	77
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะการมีประจำเดือน.....	78
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะการหมดประจำเดือน..	80
5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม น้ำหนัก ส่วนสูง และดัชนีมวลกาย	81
6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัญหาสุขภาพ	83
7	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการ / ความไม่สบาย จำแนกตามระยะของวัยหมดประจำเดือน	87
8	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ปัจจัยเสริม ปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้และค่าสถิติพื้นฐาน	93
9	คะแนนพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	94
10	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และความบ่อยของการปฏิบัติ	97
11	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้และพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน	101
12	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน	103

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	ระยะของวัยหมดประจำเดือน	14
2	รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์	42
3	กรอบแนวคิดการวิจัย	61



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สตรีกำลังเป็นที่สนใจอย่างกว้างขวางทั่วโลก เนื่องจากเหตุผลต่าง ๆ คือ สตรีเป็นประชากรที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจ แต่กลับได้รับความเป็นธรรมจากสังคมน้อย เห็นได้จากสตรีมีจำนวนร้อยละ 50 ของประชากรโลก เป็นผู้ใช้แรงงาน 2 ใน 3 ของชั่วโมงการทำงาน แต่มีรายได้เพียง 1 ใน 10 ของรายได้โลกและเป็นเจ้าของทรัพย์สินน้อยกว่าร้อยละ 1 ของทรัพย์สินโลก (Fraser, 1984 cited in Wood, & Ransom, 1994: 139) สตรีเป็นกลุ่มผู้ใช้บริการสุขภาพที่มีความสำคัญและมีจำนวนมาก เมื่อพิจารณาสตรีแต่ละวัยพบว่าสตรีวัยหมดประจำเดือน (อายุระหว่าง 40-56 ปี) มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น คาดว่า ค.ศ. 2000 จะมีสตรีอายุ 45 ปีขึ้นไป ร้อยละ 12 ของประชากรทั่วโลกหรือประมาณ 719 ล้านคน (Diczfalusy, 1987: 11) คาดว่าจำนวนสตรีวัยหมดประจำเดือนทั่วโลกจะเพิ่มจาก 470 ล้านคนในปี ค.ศ. 1990 เป็น 1200 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2030 โดยอัตราการเพิ่มจะมากในประเทศกำลังพัฒนา คือ เพิ่มจากร้อยละ 60 ไปเป็นร้อยละ 76 (Hulka, & Meirik, 1996: 109) โดยเฉลี่ยสตรีวัยหมดประจำเดือนเมื่ออายุ 50 ปี (Flint, 1994: 17) ภาวะหมดประจำเดือนเป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการตามอายุ ซึ่งก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ คือ ฮอโมนเอสโตรเจนลดลง มีผลให้สตรีวัยหมดประจำเดือนเกิดอาการจากการพร่องฮอโมน เช่น ร้อนวูบวาบ เหงื่อออกมากตอนกลางคืน นอนไม่หลับ อารมณ์เปลี่ยนแปลงเร็ว ควบคุมได้ยาก มีปัญหาการถ่ายปัสสาวะและเพศสัมพันธ์ (นิกร ดุสิตสิน, 2538: 47-48) ทั้งยังพบว่ามะเร็งเต้านม ภาวะแทรกซ้อนจากหลอดเลือดตีบแข็ง (atherosclerotic complications) และกระดูกหักจากภาวะกระดูกบางมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นหลังหมดประจำเดือน (Wheeler, 1989: 1029)

เป็นที่คาดว่าสตรีมีอายุเฉลี่ยสูงขึ้นสามารถมีชีวิตภายหลังหมดประจำเดือนได้อีก 1 ใน 3 ของเวลาในชีวิตทั้งหมด (Dewhurst, 1984: 593; Harper, 1990: 405; Wilton, & Noonan, 1991: 527) การดูแลสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน มีความสำคัญที่จะทำให้สตรีสามารถใช้ชีวิตที่ยาว

นานหลังหมดประจำเดือนได้อย่างมีความสุข จึงมีผู้เสนอให้บรรจุการดูแลสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือนเข้าในแผนพัฒนาสาธารณสุขของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา (Cook, 1993: 223; Hill, 1996: 113; Pender, et al., 1992: 108) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับภาวะหมดประจำเดือนในประเทศกำลังพัฒนามีน้อย ในงานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการรับรู้เกี่ยวกับภาวะหมดประจำเดือนและอาการของภาวะหมดประจำเดือนจะแตกต่างกันไปตามปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาภาวะหมดประจำเดือนในประเทศกำลังพัฒนาให้มากขึ้น เพราะไม่อาจนำผลการศึกษาจากประเทศหนึ่งมาคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดในอีกประเทศหนึ่งได้ (Diczfalusy, 1987: 11; Hulka, & Meirik, 1996: 109) จากเหตุผลข้างต้นควรศึกษาสตรีวัยหมดประจำเดือนให้มากขึ้น

ในปี พ.ศ. 2539 ประเทศไทยมีจำนวนประชากรหญิง 30,143,123 คน มากกว่าประชากรชายซึ่งมีจำนวน 29,973,059 คน (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540) เช่นเดียวกับสภาพการณ์สตรีทั่วโลก สตรีไทยอายุ 40 ปีขึ้นไป มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2523 เป็นต้นมา (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2537: 7) คาดว่า ปี พ.ศ. 2543 จะมีสตรีไทยอายุระหว่าง 45-60 ปี ซึ่งจะเข้าสู่ระยะใกล้หมดประจำเดือน (perimenopause) จำนวนถึง 4,126,000 คน (Dusitsin, & Snidvongs, 1994: 25) สตรีไทยหมดประจำเดือนอายุเฉลี่ย 48 ปี (กรมอนามัย, 2539: 32) แต่มีอายุคาดหมายเฉลี่ยแรกเกิด 70.6 ปี ในปี พ.ศ. 2533-2538 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 71.8 ปี ในปี พ.ศ. 2538-2543 (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2537: 19) จำนวนสตรีหลังหมดประจำเดือนจึงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คาดว่าปี พ.ศ. 2542 ประชากรไทยอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจะมีจำนวน 5,499,000 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2538: 4) ประมาณว่ามากกว่าครึ่งจะเป็นประชากรสตรี เนื่องจากสัดส่วนประชากรหญิงจะมากกว่าประชากรชายทุกกลุ่มอายุในช่วงอายุ 50-54 ปีขึ้นไป (กรมอนามัย, 2533: 4)

การศึกษาเกี่ยวกับวัยหมดประจำเดือนในประเทศไทยที่ผ่านมา เป็นการศึกษาเฉพาะอาการของภาวะหมดประจำเดือนที่เกี่ยวข้องกับการขาดเอสโตรเจน เนื่องจากใช้แนวคิดทางด้านชีวการแพทย์ในการศึกษา และศึกษากลุ่มตัวอย่างเฉพาะจังหวัดเดียว มีเพียงการศึกษาของกรมอนามัยที่ศึกษาสตรีทั่วประเทศยกเว้นกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าสตรีส่วนใหญ่มีอาการของภาวะหมดประจำเดือน เช่น ร้อนวูบวาบ ทนความร้อนไม่ได้ เหงื่อออกมาก มึนงง ใจสั่น หงุดหงิด นอนไม่หลับ ซึมเศร้า ไม่มีความต้องการทางเพศ (กรมอนามัย, 2539; Chompootweep, et al., 1993; Sukwatana, et al., 1991) อาการดังกล่าวก่อให้เกิดความรบกวน

แก่สตรีในอัตราที่แตกต่างกัน หากสตรีมีการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมอาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพได้ จึงต้องให้ความสนใจในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือนให้มากขึ้น ผู้ทำหน้าที่ดังกล่าวต้องมีความรู้ความเข้าใจสามารถให้การชี้แนะแก่สตรีได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และมีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงในการให้บริการสุขภาพ ในทีมสุขภาพพบว่าผู้ที่มีบทบาทหน้าที่ในการชี้แนะเกี่ยวกับการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่ คือ พยาบาลวิชาชีพ

พยาบาลวิชาชีพในประเทศไทยเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีจำนวนมากที่สุดเมื่อเทียบกับบุคลากรอื่น ปี พ.ศ. 2538 ประเทศไทยมีพยาบาลวิชาชีพจำนวน 54,262 คน (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540) และเกือบทั้งหมดหรือร้อยละ 92.5 เป็นสตรี (Dayal, 1985: 88) สตรีอายุ 40-54 ปี มีร้อยละ 1.8-2.4 ของประชากรสตรีไทย (กรมอนามัย, 2533: 15) จึงประมาณว่าจะมีพยาบาลวิชาชีพจำนวนไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.8-2.4 เข้าสู่วัยหมดประจำเดือนซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพทำให้เกิดอาการของภาวะหมดประจำเดือนอาจมีผลกระทบต่อสุขภาพ ประสพการณ์ตรงที่ได้รับจะทำให้เข้าใจภาวะหมดประจำเดือนเป็นอย่างดี สามารถนำประสพการณ์ดังกล่าวไปถ่ายทอดให้แก่สตรีอื่นได้ดีขึ้น เพราะพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้มีโอกาสติดต่อกับผู้รับบริการอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องและบ่อยกว่าบุคลากรสุขภาพอื่น ๆ (Pender, 1987: 11; Pender, et al., 1992: 106)

พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนทั้งในครอบครัว ชุมชน และสถานบริการ ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ การให้บริการสุขภาพดังกล่าววันวันจะมีความซับซ้อนมากขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสังคมเศรษฐกิจ และการขยายตัวของเขตเมืองอย่างรวดเร็ว เกิดสังคมที่บีบคั้น เร่งรีบ มีการแข่งขันสูง และมีสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม (Diczfalusy, 1987: 7) ทำให้สาเหตุการป่วยและตายเปลี่ยนจากโรคติดต่อมาเป็นโรคไม่ติดต่อ อันเป็นผลจากการมีพฤติกรรม วิถีการดำรงชีวิต การประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข, 2539) ประกอบกับปัจจุบันมีการติดเชื้อเอดส์สูงมาก และมีภาวะขาดแคลนพยาบาล พยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือนจึงมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพหรือโรคมากขึ้น แต่การให้บริการสุขภาพต้องการผู้ที่มีสุขภาพดี เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถเป็นแม่แบบจูงใจให้ผู้รับบริการปฏิบัติตามจากเหตุผลดังกล่าว จึงต้องให้ความสนใจศึกษาพฤติกรรมและการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ

วัยหมดประจำเดือน ซึ่งในปัจจุบันยังไม่พบว่ามีการศึกษาในระดับกว้าง เพื่อนำข้อมูลจากการศึกษามาพัฒนาให้พยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือนสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพและทำงานได้เต็มตามศักยภาพที่มีอยู่ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพสามารถบรรลุถึงการมีสุขภาพดีในระดับสูง

แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพเชื่อว่าการดำรงและเพิ่มพูนสุขภาพ ความสำเร็จ คุณภาพ และความยืนยาวของชีวิต ช่วยให้บุคคลบรรลุถึงศักยภาพสูงสุดแห่งตน มีความเป็นอิสระมากขึ้น สามารถเพิ่มผลผลิตของประเทศและลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลง (Pender, 1982) รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1987) เชื่อว่าความโน้มเอียงที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพถูกกำหนดโดยตรงด้วยปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้ (cognitive-perceptual factors) และสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ (cues to action) ถูกกำหนดโดยอ้อมด้วยปัจจัยเสริม (modifying factors) ซึ่งมีผลโดยตรงต่อปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้ของบุคคล บุคคลที่ให้ความสำคัญแก่สุขภาพมาก ให้ความหมายสุขภาพเป็นความสำเร็จ ตระหนักถึงศักยภาพของตนเองในการควบคุมสุขภาพและสมรรถนะที่จะกระทำกิจกรรมให้เกิดผลสำเร็จที่ต้องการ รับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพดี รับรู้ว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีประโยชน์ระยะยาว มีสิ่งขัดขวางพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อย ตระหนักว่าตนเองมีศักยภาพที่จะเจริญเติบโตและเพิ่มพูนความสุขให้แก่ตนเอง ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ มีความโน้มเอียงที่จะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจุบันมีการนำกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ไปศึกษาในประชากรกลุ่มอื่น เช่น สตรีวัยกลางคน (Duffy, 1988) และบุคคลในวัยผู้ใหญ่กลุ่มต่าง ๆ ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Gillis, 1993) สามารถนำข้อมูลไปใช้พัฒนาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น แต่การศึกษาสตรีวัยหมดประจำเดือนโดยใช้กรอบแนวคิดของเพนเดอร์มีน้อย ทั้งที่เพนเดอร์ และคนอื่น ๆ (Pender, et al., 1992: 108) เห็นว่าภาวะหมดประจำเดือนเป็นเหตุการณ์ปกติของพัฒนาการซึ่งต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพ หากนำแนวคิดของเพนเดอร์มาศึกษาสตรีวัยหมดประจำเดือนจะช่วยให้ทราบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือนให้ถูกต้องเหมาะสมสามารถบรรลุถึงการมีสุขภาพในระดับสูงได้

จากความสำคัญดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอาการของภาวะหมดประจำเดือนและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน โดยใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) ของเพนเดอร์ (Pender, 1987) เป็นกรอบแนวคิด เพื่อทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่เกิดในวัยหมดประจำเดือนและผลกระทบของอาการที่เกิดขึ้นกับพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน ทราบพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือนให้ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น

คำถามการวิจัย

1. พยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือนมีอาการของภาวะหมดประจำเดือนเป็นอย่างไรบ้าง
2. รูปแบบการปฏิบัติตัวของบุคคลใกล้ชิด สภาพการณ์ด้านสิ่งแวดล้อม ประสิทธิภาพการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน การรับรู้ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สิ่งขัดขวางพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือนเป็นอย่างไร
3. พยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือนมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเป็นอย่างไร
4. ปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้ ได้แก่ ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สิ่งขัดขวางพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยเสริม ได้แก่ อายุ การศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ภูมิฐานะเดิม อาการของภาวะหมดประจำเดือน ดัชนีมวลกาย รูปแบบการปฏิบัติตัวของบุคคลใกล้ชิด สภาพการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและประสิทธิภาพการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือนของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือนหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาอาการของภาวะหมดประจำเดือนของพยาบาลวิชาชีพ
2. ศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของบุคคลใกล้ชิด สภาพการณ์ด้านสิ่งแวดล้อม ประสิทธิภาพการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน การรับรู้ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้

สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สิ่งขัดขวางพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน

3. ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน

4. ศึกษาอิทธิพลของปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้ ได้แก่ ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สิ่งขัดขวางพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยเสริม ได้แก่ อายุ การศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ภูมิฐานะเดิม อาการของภาวะหมดประจำเดือน ดัชนีมวลกาย รูปแบบการปฏิบัติตัวของบุคคลใกล้ชิด สภาพการณ์ด้านสิ่งแวดล้อม และประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือนของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน ที่มีต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน

สมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานที่ต้องการทดสอบในการศึกษาครั้งนี้ คือ

ปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้ ได้แก่ ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สิ่งขัดขวางพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือนมากกว่าปัจจัยเสริม ได้แก่ อายุ การศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ภูมิฐานะเดิม อาการของภาวะหมดประจำเดือน ดัชนีมวลกาย รูปแบบการปฏิบัติตัวของบุคคลใกล้ชิด สภาพการณ์ด้านสิ่งแวดล้อม และประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน

ขอบเขตของการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน ซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐ
2. การศึกษาอาการของภาวะหมดประจำเดือน ศึกษาเฉพาะอาการที่เกิดในช่วง 1 เดือน ก่อนการตอบแบบสอบถาม และความรบกวนที่เกิดจากอาการต่าง ๆ เท่านั้น

คำจำกัดความ

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง ผู้ที่สำเร็จการศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า หรืออนุปริญญา หรือประกาศนียบัตร ที่มีหลักสูตรการศึกษาไม่น้อยกว่า 3 ปี ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่ง

2. วัยหมดประจำเดือน หมายถึง ช่วงอายุระหว่าง 40-56 ปี ซึ่งแบ่งย่อยออกเป็น 3 ระยะ ตามที่อูรูซา เทพพิสัย (2532: 136) กำหนด คือ ระยะก่อนหมดประจำเดือน ระยะใกล้หมดประจำเดือน และระยะหลังหมดประจำเดือน โดยสตรีในแต่ละระยะมีลักษณะ ดังนี้

ระยะก่อนหมดประจำเดือน เป็นระยะที่สตรียังคงมีประจำเดือนสม่ำเสมอตามปกติ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของจำนวนวันที่มีประจำเดือนและการเปลี่ยนแปลงของปริมาณเลือดประจำเดือน ในช่วงเวลา 1 ปี ที่ผ่านมา

ระยะใกล้หมดประจำเดือน เป็นระยะที่สตรีมีประจำเดือนไม่สม่ำเสมอตามปกติ หรือมีการเปลี่ยนแปลงของจำนวนวันที่มีประจำเดือนหรือมีการเปลี่ยนแปลงของปริมาณเลือดประจำเดือนอย่างใดอย่างหนึ่งหรือทุกอย่างในช่วงเวลา 1 ปี ที่ผ่านมา หรือไม่มีประจำเดือนเป็นเวลา 1-12 เดือน

ระยะหลังหมดประจำเดือน เป็นระยะที่สตรีไม่มีประจำเดือนมาเลยเป็นเวลานานกว่า 1 ปี

3. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน หมายถึง การกระทำเพื่อเพิ่มพูนคุณภาพชีวิต ความผาสุก การบรรลุเป้าหมายในชีวิต และสุขภาพ (Pender, 1996) ความหมายเชิงปฏิบัติการ หมายถึง ความถี่/ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกาย โภชนาการ การพัฒนาระบบสนับสนุนระหว่างบุคคล ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การจัดการกับความเครียด และการปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายในชีวิต ของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือนที่ได้จากการตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามแนวคิดของวอลเคอร์ ซีคริสตและเพนเดอร์ (Walker, Sechrist, & Pender, 1987)

4. รายได้ หมายถึง จำนวนเงินที่ได้จากเงินเดือนและเงินพิเศษอื่น ๆ ที่ได้รับจริงเฉพาะ ส่วนของตนเองจากทุกแหล่งต่อเดือนตามการรายงานของบุคคลในวัยหมดประจำเดือน ความหมายเชิงปฏิบัติการ หมายถึง ผลรวมของเงินเดือนและเงินพิเศษอื่น ๆ ของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน ที่ได้จากการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีหน่วยเป็นบาท

5. การศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดที่บุคคลในวัยหมดประจำเดือนสำเร็จ ความหมายเชิงปฏิบัติการ หมายถึง จำนวนปีตามหลักสูตรที่ศึกษารวมทั้งหมดตั้งแต่ต้นจนถึงระดับการศึกษาสูงสุดของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน กำหนดจำนวนปีตามระดับการศึกษา ดังนี้

การศึกษาระดับประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์	13 ปี
การศึกษาระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า	15 ปี
การศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	16 ปี
การศึกษาระดับปริญญาโทหรือเทียบเท่า	18 ปี
การศึกษาระดับปริญญาเอกหรือเทียบเท่า	21 ปี

6. ภูมิภาคเดิม หมายถึง ภูมิภาคซึ่งเป็นถิ่นฐานบ้านเรือนหรือถิ่นที่อยู่อาศัยเดิมของ พยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือนที่ได้จากการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำแนกเป็น ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้

7. อาการของภาวะหมดประจำเดือน หมายถึง ความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น เมื่อสตรีเข้าสู่วัย หมดประจำเดือน (Gannon, 1985: 170) ความหมายเชิงปฏิบัติการ หมายถึง ความรู้สึกถูกรบกวน จากอาการด้านร่างกาย อาการด้านจิต อาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติ และอาการด้านอื่น ๆ ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือนที่ได้จากการตอบแบบสอบถามความไม่สุขสบายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

8. ดัชนีมวลกาย หมายถึง อัตราส่วนระหว่างน้ำหนักเป็นกิโลกรัมต่อส่วนสูงเป็นเมตร ยกกำลังสอง (มันทนา ประทีปะเสน, 1996: 30) ความหมายเชิงปฏิบัติการ หมายถึง ตัวเลขที่ได้ จากการคำนวณอัตราส่วนระหว่างน้ำหนักเป็นกิโลกรัมกับส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสองของ พยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน สามารถบอกระดับโภชนาการด้วยดัชนีมวลกาย โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ (กรมอนามัย, 2539: 27) คือ

โฆษณาการเกินปกติ (อ้วน)	ดัชนีมวลกายมากกว่า	25	กก./ม ²
โฆษณาการปกติ	ดัชนีมวลกายระหว่าง	20-25	กก./ม ²
โฆษณาการต่ำกว่าปกติ (ผอม)	ดัชนีมวลกายน้อยกว่า	20	กก./ม ²

9. รูปแบบการปฏิบัติตัวของบุคคลใกล้ชิด หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคลใกล้ชิด ซึ่งอาจจะเป็นคู่สมรส/ญาติพี่น้อง/เพื่อนสนิท คนใดคนหนึ่ง (Pender, 1996: 70-71) ความหมายเชิงปฏิบัติการ หมายถึง การรับรู้ลักษณะการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ คือ การออกกำลังกาย โฆษณาการ การพัฒนาระบบสนับสนุนระหว่างบุคคล ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การจัดการกับความเครียด การปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายในชีวิต ของ คู่สมรส /ญาติพี่น้อง /เพื่อนสนิท คนใดคนหนึ่ง ที่ได้จากการตอบแบบสอบถามปัจจัยด้านบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996)

10. สภาพการณ์ด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่จะปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพครอบคลุมความเพียงพอ ความสะดวกของสถานที่ปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และบรรยากาศของสิ่งแวดล้อมที่เชิญชวนหรือจูงใจให้ปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1996: 71) ความหมายเชิงปฏิบัติการ หมายถึง การรับรู้ความเพียงพอ ความสะดวกของสถานที่ปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และความเชิญชวนหรือจูงใจของสิ่งแวดล้อมให้ปฏิบัติกิจกรรมการออกกำลังกาย โฆษณาการ การพัฒนาระบบสนับสนุนระหว่างบุคคล ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การจัดการกับความเครียด การปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายในชีวิต ของ พยาบาลวิชาชีพวิทย์หมดประจำเดือน ที่ได้จากการตอบแบบสอบถามปัจจัยด้านสถานการณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996)

11. ประสิทธิภาพการส่งเสริมสุขภาพสตรีวิทย์หมดประจำเดือน หมายถึง การให้บริการส่งเสริมสุขภาพสตรีวิทย์หมดประจำเดือนในอดีตของบุคคลในวิทย์หมดประจำเดือน ความหมายเชิงปฏิบัติการ หมายถึง ความถี่ของการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพสตรีวิทย์หมดประจำเดือนแก่ผู้รับบริการหรือประชาชน นักศึกษาหรือบุคลากรสุขภาพ การเผยแพร่ความรู้ด้วยสื่อต่าง ๆ การให้บริการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพแก่สตรีวิทย์หมดประจำเดือน และการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่สตรีวิทย์หมดประจำเดือนของพยาบาลวิชาชีพวิทย์หมดประจำเดือน ที่ได้จากการตอบแบบสอบถามปัจจัยด้านพฤติกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996)

12. ความสำคัญของสุขภาพ หมายถึง การให้คุณค่าแก่สุขภาพเมื่อเทียบกับคุณค่าที่ให้กับสิ่งอื่น (Pender, et al., 1990: 327) ความหมายเชิงปฏิบัติการ หมายถึง อันดับความสำคัญที่พยาบาลวิชาชีพพหุวัฒนธรรมประจำเดือนกำหนดให้แก่สุขภาพเมื่อเทียบกับสิ่งอื่น ได้จากการตอบแบบสอบถามความสำคัญของสุขภาพที่ผู้วิจัยคัดแปลงมาจาก แบบวัดของวอลสตัน และวอลสตัน (Wallston, & Wallston, 1976 cited in Pender, 1987: 165)

13. การรับรู้สมรรถนะของตนเอง หมายถึง การตัดสินใจความสามารถของตนเองที่จะบรรลุความสำเร็จระดับหนึ่งในการปฏิบัติพฤติกรรมเฉพาะอย่าง (Pender, 1996: 69) ความหมายเชิงปฏิบัติการ หมายถึง ระดับความเชื่อมั่นในความสามารถของพยาบาลวิชาชีพพหุวัฒนธรรมประจำเดือนที่จะกระทำกิจกรรมการออกกกำลังกาย โภชนาการ การพัฒนาระบบสนับสนุนระหว่างบุคคล ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การจัดการกับความเครียด และการปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายในชีวิต ที่ได้จากการตอบแบบสอบถามความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996)

14. การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลต่อภาวะสุขภาพโดยรวมในปัจจุบัน (Pender, et al., 1990: 326) ความหมายเชิงปฏิบัติการ หมายถึง ระดับภาวะสุขภาพตามความรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพพหุวัฒนธรรมประจำเดือนที่วัดได้จากการตอบแบบสอบถามภาวะสุขภาพที่ผู้วิจัยปรับจากแบบวัดความผาสุกของแอนดรูว์ส และวิทนี (Andrews, & Withney, 1976 cited in McDowell, & Newell, 1987: 215)

15. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกต่อผลลัพธ์ด้านบวกของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่เกิดภายในและภายนอกตัวบุคคล (Pender, 1996: 68) ความหมายเชิงปฏิบัติการ หมายถึง ระดับการรับรู้ผลลัพธ์ด้านบวกของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลลัพธ์ด้านบวกภายใน เช่น การเพิ่มความตื่นตัว ลดความไม่สุขสบายต่าง ๆ ผลลัพธ์ด้านบวกภายนอก เช่น ประหยัดเงิน มีโอกาสได้ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ของพยาบาลวิชาชีพพหุวัฒนธรรมประจำเดือน ที่ได้จากการตอบแบบสอบถามประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996)

16. การรับรู้สิ่งขัดขวางพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวกับปัจจัยที่จะเป็นอุปสรรคหรือรบกวนความสามารถในการแสดงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1987) ความหมายเชิงปฏิบัติการ หมายถึง ระดับความรู้สึกต่อความไม่เพียงพอ ความไม่สะดวก ความสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ความยาก และความสิ้นเปลืองเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพพหุวัฒนธรรมประจำเดือน ที่ได้จากการตอบแบบสอบถามสิ่งขัดขวางพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996)



บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การเสนอวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะกระทำเป็นลำดับดังนี้ คือ วัยหมดประจำเดือน การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในวัยหมดประจำเดือน อาการของภาวะหมดประจำเดือน รูปแบบการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะหมดประจำเดือน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และกรอบแนวคิดการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดต่าง ๆ ดังจะได้เสนอต่อไป

วัยหมดประจำเดือน (Menopausal period)

"Menopause" เป็นคำที่แปลงมาจากภาษากรีกว่า "men" ซึ่งแปลว่า เดือน และ "pauo" ซึ่งแปลว่า หยุด จึงมีความหมายรวมกันว่า "การหยุดของประจำเดือน" (Dewhurst, 1984: 592; Gannon, 1985: 151) ภาวะหมดประจำเดือน (Menopause) เป็นการหยุดอย่างถาวรของประจำเดือนจากการที่รังไข่สูญเสียหน้าที่การทำงาน (Herbst, et al., 1992: 1245; WHO, 1981 cited in Diczfalussy, 1987: 11) บอกได้ว่าประจำเดือนหยุดอย่างถาวร เมื่อไม่มีประจำเดือนติดต่อกันอย่างน้อย 1 ปี (วิสุทธิ์ บุญเกษมสันติ, 2534: 57; สุกรี สุนทราภา, 2535: 240; Ashburn, 1992: 765; Dyer, & McKeever, 1986: 22; Gosden, 1985: 2; Voda, & George, 1986: 63; Wilton, & Noonan, 1991: 528) ภาวะหมดประจำเดือนจึงเป็นเหตุการณ์ที่ไม่อาจวินิจฉัยได้ทันทีแต่ต้องวินิจฉัยย้อนหลัง ส่วนคำที่ใช้สำหรับ Menopause ในภาษาไทยมีสองคำ คือ วัยหมดระดู (นิมิต เดชไกรชนะ และคนอื่น ๆ, 2536: 550; ประมวล วิรุฒมเสน, 2532: 381; วิสุทธิ์ บุญเกษมสันติ, 2534: 57; อรุษา เทพพิสัย, 2532: 137) โดยหมายถึง วัยที่มีการขาดระดูติดต่อกันครบ 1 ปี เกิดขึ้นระหว่างระยะใกล้หมดประจำเดือน (อรุษา เทพพิสัย, 2532: 136-137) หรือ วัยหมดประจำเดือน ซึ่งหมายถึง การไม่มีประจำเดือนจากรังไข่เสื่อมสภาพ (บรรจง อุดมสุขถาวร, 2525: 32) การศึกษานี้จะใช้คำว่า วัยหมดประจำเดือน ในความหมายของช่วงอายุที่สตรีกำลังมีการเปลี่ยนแปลงจากวัยเจริญพันธุ์ไปสู่วัยไม่เจริญพันธุ์ ซึ่งจะเกิดภาวะหมดประจำเดือนขึ้น

อายุที่หมดประจำเดือนจะไม่แน่นอนและแตกต่างกันไปในแต่ละวัฒนธรรม (Flint, 1994: 18) พิสัยของอายุที่หมดประจำเดือนอยู่ระหว่าง 41-59 ปี (Mayor, 1994: 122) สตรีส่วนใหญ่จะหมดประจำเดือนเมื่ออายุค่อนข้างมาก อายุเฉลี่ยที่หมดประจำเดือนจะต่ำกว่าอายุมัธยฐานเล็กน้อย (Gosden, 1985: 9; Wasti, et al., 1994: 43; Chaiphibalsarisdi, 1990: 62) ผลการศึกษา พบว่า สตรีประมาณร้อยละ 25 หมดประจำเดือนก่อนอายุ 45 ปี ประมาณร้อยละ 50 หมดประจำเดือนระหว่างอายุ 45-50 ปี ประมาณร้อยละ 25 หมดประจำเดือนหลังอายุ 50 ปี สตรีประมาณร้อยละ 8 หมดประจำเดือนก่อนอายุ 40 ปี ซึ่งเป็นการหมดประจำเดือนก่อนวัย (premature menopause) (Speroff, et al., 1989: 134) ปัจจุบันอายุเฉลี่ยที่หมดประจำเดือนมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้น ในขณะที่อายุเฉลี่ยที่มีประจำเดือนครั้งแรกจะต่ำลง (Dewhurst, 1984: 593; Harper, 1990: 405) ปัจจัยที่คาดว่าจะมีผลต่ออายุที่หมดประจำเดือน ได้แก่ พันธุกรรม โภชนาการ ขนาดและรูปร่าง ฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจ สถานภาพสมรส จำนวนการคลอด การคุมกำเนิด ภูมิประเทศ ภูมิอากาศ การสูบบุหรี่ โรคที่เป็น และยาที่รับประทาน (Gosden, 1985: 10-14)

การศึกษาอายุที่หมดประจำเดือนของสตรีไทย พบว่า อายุที่หมดประจำเดือนมีความแตกต่างกันและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น พ.ศ. 2534 สตรีในกรุงเทพมหานครหมดประจำเดือนเมื่ออายุเฉลี่ย 47.9 ปี (Sukwatana, et al., 1991: 220) พ.ศ. 2536 สตรีในกรุงเทพมหานครหมดประจำเดือนอายุเฉลี่ย 49.5 ปี (Chompootweep, et al., 1993: 68) พ.ศ. 2536 สตรีในจังหวัดขอนแก่นหมดประจำเดือนเมื่ออายุเฉลี่ย 47.3 ปี (Chirawatkul, 1993: 230) พ.ศ. 2539 สตรีขอนแก่นหมดประจำเดือนเมื่ออายุเฉลี่ย 47.8 ปี (จรุงกลิ่น จันทร์คำ และคนอื่น ๆ, 1996: 64) ส่วนการศึกษาของกรมอนามัย (2539: 32) พบว่าสตรีไทยหมดประจำเดือนเมื่ออายุเฉลี่ย 48 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4 ปี จากผลการศึกษาของกรมอนามัยพบว่า สตรีไทย ร้อยละ 95.4 จะหมดประจำเดือนเมื่ออายุ 40-56 ปี ดังนั้น การกำหนดอายุของสตรีไทยวัยหมดประจำเดือน เพื่อเป็นกลุ่มประชากรที่เหมาะสมสำหรับการวิจัยเกี่ยวกับวัยหมดประจำเดือน คือ สตรีอายุระหว่าง 40-56 ปี

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในวัยหมดประจำเดือน

ภาวะหมดประจำเดือนตามธรรมชาติเป็นกระบวนการที่ค่อยเป็นค่อยไปมิได้เกิดอย่างทันทีทันใด แต่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระที่เหมือนกันทั่วโลก คือ ประจำเดือนหยุด ณ จุดเวลาหนึ่ง ส่วนการเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ จะแตกต่างกันไปตามความแตกต่างของปัจจัยด้านชีววิทยา สังคมวัฒนธรรม และจิตใจ (Flint, 1994: 20; Mayor, 1994: 122; McCraw, 1991: 23; Sherwin,

1993: 227-228) สันนิษฐานว่าการหยุดของประจำเดือนมีเหตุมาจากการลดจำนวนของไข่อย่างรวดเร็วโดยเฉพาะในช่วง 10 ปี ก่อนหมดประจำเดือน ร่วมกับไข่ที่เหลืออยู่น้อยไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้นของโกนาโดโทรปิน ทำให้ไม่มีการตกไข่และรังไข่ไม่สามารถผลิตฮอร์โมนได้ สตรีจึงไม่สามารถมีบุตรได้ (Dewhurst, 1984: 593; Gannon, 1985: 15; Herbst, et al., 1992: 1246; Scommegna, & Carson, 1987: 373; Speroff, et al., 1989: 127) หากนำประจำเดือนครั้งสุดท้ายมาเป็นจุดแบ่งระยะเวลาในวัยหมดประจำเดือน สามารถแบ่งวัยหมดประจำเดือนออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนหมดประจำเดือน ระยะใกล้หมดประจำเดือน และระยะหลังหมดประจำเดือน (Gosden, 1985: 3; Mayor, 1994: 120; อุรุษา เทพพิสัย, 2532: 136-137) ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ระยะของวัยหมดประจำเดือน

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระที่เกิดขึ้นในวัยหมดประจำเดือนจะแตกต่างกันไปตามระยะ ดังนี้

1. ระยะก่อนหมดประจำเดือน (premenopause) เป็นระยะเวลาก่อนประจำเดือนจะหมดหรือก่อนจะถึงวัยเปลี่ยน (climacteric) (WHO, 1981 cited in Gosden, 1985: 3) เริ่มต้นเมื่ออายุประมาณ 40 ปี ซึ่งจำนวนไข่จะลดลงอย่างรวดเร็ว (Burger, 1996: 131) ในช่วงอายุ 25-31 ปี รังไข่มีไข่เฉลี่ย 59,000 ฟอง อายุ 40-44 ปี รังไข่มีไข่เฉลี่ย 8,300 ฟอง (Dewhurst, 1984: 594) การลดจำนวนของไข่ มีผลให้การตกไข่น้อยลง ความสามารถในการมีบุตรลดลง แต่การกระตุ้นย้อนกลับจากรังไข่ไปยังไฮโปธาลามัสและต่อมใต้สมองยังเป็นปกติ เอสโตรเจน (estrogen) ลดลงแต่เพียงพอที่จะทำให้มีไข่ตก จึงไม่มีการเปลี่ยนแปลงของประจำเดือนในระยะนี้ (Dewhurst, 1984: 595; Dyer, & McKeever, 1986: 220; Mayor, 1994: 120; Scommegna, & Carson, 1987: 375; Speroff, et al., 1989: 134) สตรีในระยะก่อนหมดประจำเดือนจะไม่มีการเปลี่ยนแปลงของประจำเดือน ทั้งในเรื่องความถี่และปริมาณเลือด (Dennerstein, et al., 1994: 3) คูเปอร์และแบร์ด (Cooper, & Baird, 1995: 625-628) ศึกษาพบว่า ความสม่ำเสมอของรอบประจำเดือนในช่วงระยะเวลา 5 ปี

ที่ผ่านมา เป็นเกณฑ์ที่ใช้จำแนกระยะก่อนหมดประจำเดือนที่มีความไว 0.61 และมีความเฉพาะ (specificity) 0.81

2. ระยะใกล้หมดประจำเดือน (perimenopause) เป็นช่วงเวลา 2-3 ปี ก่อนหมดประจำเดือน และ 1 ปี หลังหมดประจำเดือน (วิสุทธิ บุญเกษมสันติ, 2534: 58; Harper, 1990: 405; Jaszmann, 1976: 13; McCraw, 1991: 17) ระยะนี้การทำงานและการเจริญของไข่ลดลง เนื่องจากจำนวนไข่น้อยลงไปเรื่อย ๆ ไข่ที่เหลืออยู่ก็ต้านทานต่อการกระตุ้นมากขึ้น การสร้างเอสตราไดอล (estradiol) ลดลง การหลั่งอินฮิบิน (inhibin) น้อยลง จึงกระตุ้นให้ไฮโปธาลามัสและต่อมใต้สมองหลั่ง FSH เพื่อกระตุ้นการทำงานและการเจริญของไข่ แต่ไข่ไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้น การเจริญและการสร้างเอสตราไดอลยังคงน้อยอยู่ การหลั่ง FSH จะสูงขึ้นอีก ภาวะ FSH สูง จึงเป็นสิ่งที่ตรวจพบเมื่อใกล้จะหมดประจำเดือน ต่อมาการเจริญของไข่จะล้มเหลวจนไม่มีการตกไข่ แต่ยังคงมีประจำเดือนอยู่ สัดส่วนการมีประจำเดือนโดยไม่มีไข่ตกจะเพิ่มขึ้น (Dewhurst, 1984) ในช่วงอายุ 26-40 ปี จะมีประจำเดือนที่ไม่มีไข่ตก ร้อยละ 3-7 แต่ในช่วงอายุ 41-50 ปี จะมีประจำเดือนที่ไม่มีไข่ตก เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12-15 (Burger, 1996: 129) ประจำเดือนอาจจะไม่สม่ำเสมอ การหลั่งเอสโตรเจนน้อยลงอีก เชื้อนวมดลูกเจริญไม่เพียงพอ มีผลให้ปริมาณเลือดประจำเดือนน้อยลง เมื่อไม่มีการตกไข่การสร้างคอร์ปัสลูเทียม (corpus luteum) ไม่เพียงพอเกิดการขาดโปรเจสเตอโรน (progesterone) การหลั่ง LH จะเพิ่มขึ้นเพื่อกระตุ้นการสร้างคอร์ปัสลูเทียม ในที่สุดการเจริญของไข่จะล้มเหลวโดยสมบูรณ์ไม่มีการตกไข่อย่างถาวร รังไข่ไม่สามารถผลิตเอสตราไดอลได้ ประจำเดือนจึงหยุดอย่างถาวร (Dewhurst, 1984: 597-603) ลักษณะสำคัญของระยะใกล้หมดประจำเดือน คือ มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของประจำเดือน ทั้งในด้านปริมาณเลือดประจำเดือน ระยะเวลาที่มีประจำเดือนและระยะห่างของประจำเดือนแต่ละครั้งโดยอาจจะมากขึ้นหรือน้อยลง (Dewhurst, 1984: 597; Quinn, 1991a: 305; Scommegna, & Carson, 1987: 377) ส่วนมากจะใช้เวลา 2-4 ปี โดยมีการขาดหายไปของประจำเดือนเป็นระยะ ๆ มีช่วงห่างของประจำเดือนยาวขึ้นจนกระทั่งไม่มีประจำเดือนมาเลย (Vander Zanden, 1993: 483) คูเปอร์และแบร์ด (Cooper, & Baird, 1995: 625-628) ศึกษาพบว่า การมีประจำเดือนไม่สม่ำเสมอ มีอาการร้อนวูบวาบอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง มีประจำเดือนครั้งสุดท้ายเป็นเวลานานอย่างน้อย 60 วัน เป็นเกณฑ์ที่ใช้จำแนกกว่าอยู่ในระยะใกล้หมดประจำเดือน ที่สอดคล้องกับการจำแนกด้วยการตรวจระดับฮอร์โมน คือ มีระดับ FSH ในระยะฟอลลิคูลาร์ช่วงต้นสูงกว่าหรือเท่ากับ 15 หน่วยสากลต่อลิตร เกณฑ์นี้มีความไว 0.56 และมีความเฉพาะ 0.95 สตรีในระยะใกล้หมดประจำเดือน

ยังมีประจำเดือนในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา แต่มีการเปลี่ยนแปลงความถี่และปริมาณเลือดประจำเดือน (Dennerstein, et al., 1994: 3)

3. ระยะหลังหมดประจำเดือน (postmenopause) เป็นช่วงเวลายาหลังหมดประจำเดือนอย่างถาวรนานกว่า 1 ปี (สุกรี สุนทราภา, 2535: 241; Jaszmann, 1976: 13) ระยะนี้ระดับเอสตราไดอลจะต่ำโดยจะลดต่ำอย่างมากในช่วง 12 เดือนหลังประจำเดือนครั้งสุดท้าย หลังจากนั้นจะลดลงเพียงเล็กน้อย (Longcope, 1994: 48) เอสโตรเจนในกระแสเลือดส่วนใหญ่จะเป็นเอสโตรน (estrone) ซึ่งได้มาจากการเปลี่ยนรูปของแอนโดรสทีนไดโอน (androstenedione) ในเนื้อเยื่อไขมัน ระดับเอสโตรน แอนโดรสทีนไดโอนและเทสโตสเตอโรน (testosterone) จะไม่เปลี่ยนหรืออาจจะสูงขึ้นหลังหมดประจำเดือนทันที (Dewhurst, 1984: 597) การหลั่งโกนาโดโทรปินจะสูงสุดภายหลังหมดประจำเดือนได้ 2-3 ปี แต่หลังจากหมดประจำเดือนได้ 5-10 ปี หรือมากกว่านี้ FSH LH แอนโดรสทีนไดโอน เอสโตรน และเอสตราไดอลจะค่อย ๆ ลดระดับลงอีก (Dewhurst, 1984: 597-598) สตรีในระยะหลังหมดประจำเดือนตามธรรมชาติจะไม่มีประจำเดือนในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา โดยไม่ได้ผ่าตัดมดลูกหรือรังไข่ทั้งสองข้าง (Dennerstein, et al., 1994: 3)

อาการของภาวะหมดประจำเดือน (Menopausal symptoms)

อาการของภาวะหมดประจำเดือน หมายถึง ความไม่สบาย (complaints) ของสตรีที่อยู่ในวัยหมดประจำเดือน (Gannon, 1985: 170) ปัจจุบันยังไม่มีข้อสรุปที่แน่นอน เกี่ยวกับอาการของภาวะหมดประจำเดือนทั้งในเรื่องของอุบัติการณ์ (incidence) สาเหตุ ความบ่อย ระยะเวลา (duration) และความรุนแรงของการเกิดอาการ (Quinn, 1991a: 305) ผลการศึกษาในประเทศต่าง ๆ ไม่ปรากฏกลุ่มอาการสากลที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการหมดประจำเดือน แม้อาการที่เกี่ยวข้องกับการขาดเอสโตรเจนก็แตกต่างกันไปในแต่ละวัฒนธรรม (Flint, 1994: 18) สตรีในยุโรปและอเมริกาเหนือมีอาการมากกว่าประชากรอื่น เช่น สตรีดัตช์มีอาการ ร้อยละ 80 สตรีอเมริกาเหนือมีอาการ ร้อยละ 50 สตรีญี่ปุ่นมีอาการ ร้อยละ 12 และสตรีมาซันในอเมริกากลางไม่มีอาการเลย (Hulka, & Meirik, 1996: 110) นอกจากนี้ความรุนแรงของอาการยังต่างกัน ตั้งแต่มีอาการรุนแรงมากไม่สามารถทำอะไรได้ จนกระทั่งไม่มีอาการใด ๆ เลย (Speroff, et al., 1989: 136)

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอาการของภาวะหมดประจำเดือนทั้งในประเทศและต่างประเทศ สรุปได้ว่า อาการของภาวะหมดประจำเดือนมี 4 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ อาการด้านร่างกาย อาการด้านจิต อาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติ และอาการด้านอื่น ๆ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. อาการด้านร่างกาย ประกอบไปด้วยอาการต่าง ๆ ที่สามารถจัดเป็นกลุ่มได้ดังนี้

1.1 อาการของระบบทางเดินปัสสาวะ

อาการของระบบทางเดินปัสสาวะเกิดจากการฝ่อบางของเยื่อบุ อาการที่พบ ได้แก่ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ปัสสาวะเล็ดเมื่อมีแรงดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น แสบหรือเจ็บปวดเวลาปัสสาวะ ปัสสาวะบ่อย (Bachmann, 1994: 137; Herbst, et al., 1992: 1248; Speroff, et al., 1989: 145; Varner, & Younger, 1995: 251) อัตราการเกิดอาการแต่ละอาการต่างกันมาก การศึกษาในประเทศไทยพบไม่เกินร้อยละ 55 อาการที่พบได้แก่ ปัสสาวะบ่อย ร้อยละ 14-50 ปัสสาวะแสบ ร้อยละ 2-20 (กรมอนามัย, 2539; สุกัญญา ชัยกิตติศิลป์, 2538; สุทธนิจ หุณฑสาร, 2539; Sukwatana, et al., 1991: 221) กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ร้อยละ 8-52 (กรมอนามัย, 2539; สุทธนิจ หุณฑสาร, 2539; Boulet, et al., 1994; Landgren, & Collins, 1994: 94) ไอจามมีปัสสาวะเล็ด ร้อยละ 49 (สุกัญญา ชัยกิตติศิลป์, 2538)

1.2 อาการของระบบสืบพันธุ์

อาการของระบบสืบพันธุ์เกิดจากการฝ่อบางของเยื่อบุ อาการที่พบได้แก่ ช่องคลอดแห้ง มีการอักเสบและตกขาว คันในช่องคลอด เจ็บหรือแสบเวลามีเพศสัมพันธ์ ช่องคลอดหรือมดลูกหย่อนตัว (Bachmann, 1994: 137; Dewhurst, 1984: 603; Gosden, 1985:122; LeBoeuf, & Carter, 1996: 176; Scommegna, & Carson, 1987: 377) และคั่นบริเวณอวัยวะเพศ (Goldberg, 1959: 18; Varner, & Younger, 1995: 251) อัตราการเกิดอาการแต่ละอย่างต่างกัน อาการที่พบในสตรีไทย ได้แก่ ไม่มีเพศสัมพันธ์เนื่องจากไม่มีความต้องการทางเพศ หรือหมดความต้องการทางเพศ ร้อยละ 47-79 (สุกัญญา ชัยกิตติศิลป์, 2538; Chirawatkul, 1993: 237; Sukwatana, et al., 1991: 221) ตกขาว ร้อยละ 4-21 คั่นบริเวณอวัยวะเพศ ร้อยละ 5-19 (สุกัญญา ชัยกิตติศิลป์, 2538; Sukwatana, et al., 1991: 221) รู้สึกเจ็บเวลามีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 6-20 (สุกัญญา ชัยกิตติศิลป์, 2538; Boulet, et al., 1994) ปวดถ่วงบริเวณท้องน้อย ร้อยละ 20-31 ประจำเดือนผิดปกติ ร้อยละ 17-23 แสบ/คันในช่องคลอด ร้อยละ 5-14 (กรมอนามัย, 2539; สุทธนิจ หุณฑสาร, 2539)) ช่องคลอดแห้ง ร้อยละ 31- 80 (สุกัญญา ชัยกิตติศิลป์, 2538; Landgren, & Collins, 1994: 94)

1.3 อาการของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก

อาการของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกเป็นผลจากภาวะกระดูกบาง ซึ่งทำให้เกิดอาการปวดหลัง รูปร่างกระดูกผิดปกติ เช่น หลังค่อม เตี้ยลง ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง ปวดกล้ามเนื้อหรือข้อ กระดูกหักง่าย (Speroff, et al., 1989: 138) กล้ามเนื้อหรือกระดูกเสื่อมและอักเสบ (Diczfalusy, 1987: 15) อาการที่พบในประเทศไทย ได้แก่ ชาตามแขนขาหรือเป็นเหน็บชา ร้อยละ 29-48 (กรมอนามัย, 2539; สุทรนิจ พุฒนสาร, 2539; Chirawatkul, 1993: 237; Sukwatana, et al., 1991: 221) ปวดหลัง ร้อยละ 5-66 (กรมอนามัย, 2539; สุทรนิจ พุฒนสาร, 2539; Sukwatana, et al., 1991: 221) ปวดข้อ ร้อยละ 47-86 ปวดตามกล้ามเนื้อ ร้อยละ 48-86 (กรมอนามัย, 2539; สุกัญญา ชัยกิตติศิลป์, 2538; สุทรนิจ พุฒนสาร, 2539) รู้สึกเหมือนเข็มตำ ร้อยละ 24-27 (สุกัญญา ชัยกิตติศิลป์, 2538; Chirawatkul, 1993: 237) กระดูกหัก ร้อยละ 5 (Sukwatana, et al., 1991: 221)

1.4 อาการของระบบหัวใจและเส้นเลือด

อาการของระบบหัวใจและเส้นเลือดเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงระดับไขมันในเลือดโดยไม่ใช้ผลจากอาหาร มีผลให้เส้นเลือดแดงแข็งและตีบ ความดันโลหิตสูงขึ้น ความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดจึงเพิ่มขึ้นถึง 3 เท่า หลังหมดประจำเดือน (Dewhurst, 1984: 609; Scommegna, & Carson, 1987: 377) อาการที่พบในสตรีไทยแต่ละอย่างต่างกันมาก ได้แก่ ใจสั่น ร้อยละ 15-59 (กรมอนามัย, 2539; สุกัญญา ชัยกิตติศิลป์, 2538; สุทรนิจ พุฒนสาร, 2539; Boulet, et al., 1994; Chompootweep, et al., 1993: 67; Sukwatana, et al., 1991: 221) แน่นหน้าอก ร้อยละ 37 (สุกัญญา ชัยกิตติศิลป์, 2538) ใจเต้นกระพ้อ (pounding of the heart) ร้อยละ 29 (Chirawatkul, 1993: 237) วู และคนอื่น ๆ (Wu, et al., 1990: 297-302) พบว่า สตรีใกล้หมดประจำเดือนและหลังหมดประจำเดือน มีคอเรสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ และคอเรสเตอรอล ความหนาแน่นสูง มีความชุกของการเกิดความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตต่ำ มากกว่าสตรีก่อนหมดประจำเดือน

1.5 อาการของผิวหนัง

อาการของผิวหนังที่พบ ได้แก่ ผิวหนังแห้ง บาง เป็นรอยย่น ผมหงอกและขนบาง เล็บเปราะ คันผิว ผิวแตกและขี้ง่าย (Mayor, 1994: 125) ผิวหนังมีความทนต่อการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิและความชื้นน้อยลง (Harper, 1990: 409) กรมอนามัย (2539) และ สุทรนิจ พุฒนสาร (2539) พบอาการผิวหนังแห้ง/คัน ร้อยละ 19-29

2. อาการด้านจิต

อาการด้านจิตในวัยหมดประจำเดือนไม่มีรูปแบบเฉพาะ และไม่มีรายงานการเกิดโรคประสาทในสตรีวัยหมดประจำเดือนที่ไม่มีประวัติเป็นโรคประสาทมาก่อน อาการที่ถูกกำหนดว่าเป็นอาการด้านจิตอย่างแน่นอน คือ วิตกกังวล ซึมเศร้า หงุดหงิด อารมณ์เปลี่ยนง่าย อาการที่พบในสตรีวัยหมดประจำเดือนทุกระยะคล้ายกัน คือ เหนื่อย หงุดหงิด ซึมเศร้า ปวดศีรษะ แต่พบอาการหลงลืมง่ายในระยะใกล้หมดประจำเดือนแทนอาการปวดศีรษะ (Christie Brown, & Christie Brown, 1976: 65-66) การศึกษาอาการด้านจิตในประเทศไทยพบว่าอัตราการเกิดต่างกัน ได้แก่ นอนไม่หลับ ร้อยละ 16-74 ซึมเศร้า ร้อยละ 2-42 (สุกัญญา ชัยกิตติศิลป์, 2538; Boulet, et al., 1994; Chirawatkul, 1993: 237; Chompootweep, et al., 1993: 67; Landgren, & Collins, 1994: 94; Sukwatana, et al., 1991: 221) หงุดหงิดง่าย ร้อยละ 17-71 (สุกัญญา ชัยกิตติศิลป์, 2538; Boulet, et al., 1994; Chirawatkul, 1993: 237; Chompootweep, et al., 1993: 67; Sukwatana, et al., 1991: 221) ขาดสมาธิ ร้อยละ 26-47 (Chirawatkul, 1993: 237; Landgren, & Collins, 1994: 94; Sukwatana, et al., 1991: 221) รู้สึกเหมือนขาดพลังงาน ร้อยละ 71 รู้สึกเบื่อจนทำงานไม่ได้ ร้อยละ 62 รู้สึกตึงเครียด ร้อยละ 58 หายใจไม่ทั่วท้อง ร้อยละ 47 ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ร้อยละ 29 กลัวที่จะอยู่คนเดียวในที่สาธารณะ ร้อยละ 18 (สุกัญญา ชัยกิตติศิลป์, 2538) ตื่นเต้น ร้อยละ 65 (Chirawatkul, 1993: 237) อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ร้อยละ 40-61 หายใจไม่อิ่ม ร้อยละ 30-44 (กรมอนามัย, 2539; สุทธนิจ หุณฑสาร, 2539) มึนงง ร้อยละ 23-48 วิตกกังวล ร้อยละ 16-59 (Boulet, et al., 1994)

3. อาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติ (vasomotor symptoms)

อาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติที่พบบ่อยที่สุดในสตรีชาวตะวันตก คือ อาการร้อนวูบวาบ โดยพบในสตรี 3 คน จาก 4 คน ด้วยความรุนแรงระดับใดระดับหนึ่ง จำนวน 1 ใน 3 ของผู้ที่มีอาการร้อนวูบวาบจะมีอาการรุนแรงที่ต้องการความช่วยเหลือทางการแพทย์ ร้อยละ 50 ของผู้ที่มีอาการจะเกิดอาการอย่างน้อย วันละ 1 ครั้ง ร้อยละ 20 จะเกิดอาการมากกว่าวันละครั้ง (Herbst, et al., 1992: 1249-51) เวลาที่เกิดอาการไม่แน่นอนมีทั้งกลางวันและกลางคืน แต่มักจะเกิดบ่อยและรุนแรงในเวลากลางคืน ช่วงเวลาที่เกิดอาการอาจนาน 2-3 วินาที ถึง 2-3 นาที น้อยคนที่จะมีอาการนานเป็นชั่วโมง อาจเกิดนาน ๆ ครั้ง หรือบ่อย ๆ ทุก 10-30 นาที ส่วนมากจะเกิดหลังหมดประจำเดือน 1-2 ปี แต่อาจเกิดก่อนหมดประจำเดือนได้ ร้อยละ 25-50 จะมีอาการนานกว่า 5 ปี (Speroff, et al., 1989: 137) บางคนอาจจะไม่มีอาการร้อนวูบวาบ แต่มีอาการทนความร้อนไม่ได้ (Dewhurst, 1984: 613-614; Gosden, 1985: 126-127) ประมุข สุขวัฒนา และคน

อื่น ๆ (Sukwatana, et al., 1991: 221) พบว่าสตรีไทยมีอาการร้อนวูบวามมากที่สุด ร้อยละ 82.5 รองลงมา มีอาการทนความร้อนไม่ได้ ร้อยละ 76 แต่การศึกษาอื่นพบไม่ถึงร้อยละ 50 คือ พบอาการร้อนวูบวาม ประมาณร้อยละ 6-46 (กรมอนามัย, 2538; สุกัญญา ชัยกิตติศิลป์, 2538; สุทธนิจ หุณฑสาร, 2539; Boulet, et al., 1994; Chirawatkul, 1993: 237; Chompootweep, et al., 1993: 67; Landgren, & Collins, 1994: 94) เหงื่อออกตอนกลางคืน ร้อยละ 5-42 (กรมอนามัย, 2539; สุทธนิจ หุณฑสาร, 2539; Chompootweep, et al., 1993: 67) เหงื่อออกมาก ร้อยละ 18-63 (สุกัญญา ชัยกิตติศิลป์, 2538 ; Boulet, et al., 1994; Chirawatkul, 1993: 237; Landgren, & Collins, 1994: 94)

4. อาการด้านอื่น ๆ ที่พบในวัยหมดประจำเดือน คือ หลงลืมง่าย ร้อยละ 31-71 (กรมอนามัย, 2539: 55; สุกัญญา ชัยกิตติศิลป์, 2538: 25; สุทธนิจ หุณฑสาร, 2539; Boulet, et al., 1994; Chirawatkul, 1993: 237) มึนงงเวียนศีรษะ ร้อยละ 22-68 (กรมอนามัย, 2539: 55; สุกัญญา ชัยกิตติศิลป์, 2538: 25; สุทธนิจ หุณฑสาร, 2539; Chirawatkul, 1993: 237; Chompootweep, et al., 1993: 67) ปวดศีรษะ ร้อยละ 18-60 (กรมอนามัย, 2539: 55; สุกัญญา ชัยกิตติศิลป์, 2538: 25; สุทธนิจ หุณฑสาร, 2539; Boulet, et al., 1994; Chirawatkul, 1993: 237; Chompootweep, et al., 1993: 67) เหนื่อยง่าย ร้อยละ 43-76 (กรมอนามัย, 2539; สุทธนิจ หุณฑสาร, 2539; สุกัญญา ชัยกิตติศิลป์, 2538: 25; Chirawatkul, 1993: 237) เจ็บตึงเต้านม ร้อยละ 20 (Sukwatana, et al., 1991: 221)) ตามแห้ง ร้อยละ 49 (สุกัญญา ชัยกิตติศิลป์, 2538) รู้สึกเจริญอาหารน้อย ร้อยละ 35 มีจุดดำหน้าดวงตา ร้อยละ 41 ท้องอืด ร้อยละ 24 (Chirawatkul, 1993: 237) น้ำหนักเพิ่มง่าย (von-Muhlen, et al., 1995: 71-78)

เมื่อทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการศึกษาเปรียบเทียบอาการของภาวะหมดประจำเดือนตามระยะของวัยหมดประจำเดือน พบว่าได้ผลการศึกษาดังกัน เช่น บูเลต และคนอื่น ๆ (Boulet, et al., 1994) ศึกษาพบว่าสตรีในประเทศอาเซียน 7 ประเทศ ส่วนใหญ่มีอาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติ วิดกกังวล หงุดหงิด ใจสั่น กลั้นปัสสาวะไม่ได้ มากที่สุดในระยะใกล้หมดประจำเดือน และมีอาการมึนงง ปวดศีรษะ ชิมเศร้า มากที่สุดในระยะหลังหมดประจำเดือน อาการนอนไม่หลับ และเจ็บปวดเวลามีเพศสัมพันธ์พบมากที่สุดในระยะหลังและใกล้หมดประจำเดือนใกล้เคียงกัน ประมูล สุขวัฒนา และคนอื่น ๆ (Sukwatana, et al., 1991: 221) เปรียบเทียบความแตกต่างของอาการระหว่างสตรีที่ยังมีประจำเดือนและหมดประจำเดือนแล้ว พบว่า สตรีที่หมดประจำเดือนมีอาการด้านร่างกายและจิตโดยรวม อาการปัสสาวะบ่อย และมีการหย่อนตัวของมดลูกหรือช่อง

คลอด มากกว่าสตรีที่ยังมีประจำเดือน มีอาการเจ็บตึงเต้านมและมีเพศสัมพันธ์น้อยกว่าสตรีที่ยังมีประจำเดือน แต่มีอาการร้อนวูบวาบ ตกขาว หงุดหงิด แสบหรือเจ็บปวดเวลาปัสสาวะไม่ต่างกัน สุมนา ชมพูทวีป และคนอื่น ๆ (Chompootweep, et al., 1993: 67) ศึกษาพบว่าสตรีก่อนหมดประจำเดือนและสตรีหลังหมดประจำเดือนมีอาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติและอาการด้านจิตทุกอาการไม่ต่างกัน แต่ทั้งสองกลุ่มมีอาการทุกอาการน้อยกว่าสตรีใกล้หมดประจำเดือน ศิริพร จิรวัดน์กุล (Chirawatkul, 1993: 237) พบว่า สตรีใกล้หมดประจำเดือนมีอาการด้านจิตมากที่สุด รองลงมามีอาการด้านร่างกายและอาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติ สตรีหลังหมดประจำเดือน มีอาการหลงลืม ไม่มีความต้องการทางเพศ นอนไม่หลับ และใจเต้นกระหน่ำ มีจุดดำหน้าดวงตา มากกว่าสตรีใกล้หมดประจำเดือน กรมอนามัย (2539) พบว่า สตรีใกล้หมดประจำเดือน มีอาการประจำเดือนผิดปกติมากที่สุด สตรีหลังหมดประจำเดือน มีอาการด้านจิตประสาท อาการของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ อาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติ อาการของระบบทางเดินปัสสาวะ และสืบพันธุ์มากกว่ากลุ่มอื่น ๆ สตรีก่อนหมดประจำเดือนมีอาการปวดถ่วงบริเวณท้องน้อยมากกว่ากลุ่มอื่น เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่า อาการส่วนใหญ่จะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นแต่ผลการทดสอบไม่พบความแตกต่างของอาการตามระยะของวัยหมดประจำเดือน สุกัญญา ชัยกิตติศิลป์ (2538) พบว่า สตรีหลังหมดประจำเดือน มีอาการด้านจิตประสาทมากที่สุด ร้อยละ 98.3 เป็นปัญหา ร้อยละ 75.6 อาการในระบบอื่น ๆ ร้อยละ 97.5 เป็นปัญหา ร้อยละ 79 อาการของระบบสืบพันธุ์ ร้อยละ 87.4 เป็นปัญหา ร้อยละ 15.1 อาการของระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 80.7 เป็นปัญหา ร้อยละ 37.8 มีอาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติน้อยที่สุด ร้อยละ 72.3 เป็นปัญหา ร้อยละ 15.9

การประเมินอาการของภาวะหมดประจำเดือน

จากผลการศึกษา พบว่า การประเมินอาการมีความแตกต่างกัน เครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการของภาวะหมดประจำเดือนมีดังนี้

เครื่องมือประเมินอาการของภาวะหมดประจำเดือนที่ใช้ในต่างประเทศ เช่น ตัวชี้วัดภาวะหมดประจำเดือนของแบลท (Blatt, et al., 1953) ประกอบด้วย อาการ 11 อย่าง แบบวัดของนิวการ์เทนและเครน (Neugarten, & Kraines, 1965) ประกอบด้วย อาการด้านร่างกาย 12 ข้อ อาการด้านจิต 11 ข้อ อาการด้านจิตสัมพันธ์กาย (psychosomatic) 5 ข้อ แบบวัดของแจสซ์มานน์ และคนอื่น ๆ (Jaszmann, et al., 1969) ประกอบด้วยอาการ 3 กลุ่ม คือ อาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติ 4 ข้อ อาการด้านจิต 5 ข้อ อาการด้านร่างกาย 4 ข้อ แบบวัดของยูเทียนและ

เซอร์ (Utian, & Serr, 1976) ประกอบด้วย อาการที่เกิดจากรังไข่ทำงานน้อยลง อาการที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม อาการจากลักษณะส่วนบุคคลของสตรีหรือปัจจัยด้านจิต (Perz, 1997: 54-55) นอกจากนี้ยังมีแบบประเมินอื่น ๆ เช่น แบบวัดของกรีน (Greene, 1979 cited in Gannon, 1985: 161) เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วยอาการ 30 ข้อ คือ อาการด้านจิต อาการด้านร่างกาย และอาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติ แบบวัดของโกลด์เบิร์ก (Goldberg, 1959: 18) ประกอบไปด้วย ความผิดปกติด้านจิต (disturbances of psyche) 15 ข้อ ความผิดปกติด้านระบบประสาทอัตโนมัติ 15 ข้อ ความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์ 4 ข้อ และอาการอื่น ๆ 4 ข้อ

เพอร์ซ (Perz, 1997: 53-69) สร้างเครื่องมือประเมินอาการของภาวะหมดประจำเดือน โดยให้ชื่อว่ารายการอาการของภาวะหมดประจำเดือน (Menopause Symptom List) ประกอบด้วย อาการด้านจิต 8 ข้อ คือ รู้สึกตึงเครียด ตื่นเต้น ซึมเศร้า อารมณ์เสื่อง่าย หงุดหงิด รู้สึกมีแรงดันหรือแน่นอึดอัดที่ศีรษะหรือร่างกาย (pressure or tightness in head or body) ร้องไห้ง่าย กังวลโดยปราศจากเหตุผล (worry needlessly) อาการด้านหลอดเลือดและร่างกาย (vaso-somatic) 9 ข้อ คือ ใจสั่น หายใจถี่ ขาหรือเป็นเหน็บ มือและเท้าสูญเสียความรู้สึก ตาแห้ง มือเท้าเย็น ปวดศีรษะ เหงื่อออกมาก ร้อนวูบวาบ และอาการด้านร่างกายทั่วไป (general somatic) 8 ข้อ คือน้ำหนักเพิ่ม นอนไม่หลับ ความสนใจทางเพศลดลง เจ็บปวดเวลามีเพศสัมพันธ์ สมาธิไม่ดี ท้องผูก ตื่นเร็วกว่าปกติ (early morning awakenings) รวมเป็น 25 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงแบบสอบซ้ำ ระหว่าง 0.72-0.92

เครื่องมือประเมินอาการของภาวะหมดประจำเดือนในประเทศไทยมีดังนี้

แบบวัดของกรมอนามัย (2539) ประกอบด้วย อาการ 21 ข้อ คือ ประจำเดือนผิดปกติ ปวดศีรษะ มึนงงเวียนศีรษะ ร้อนวูบวาบ ผิวหนังแห้ง/คัน มีอาการเหน็บชา เหงื่อออกตอนกลางคืน อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย อารมณ์ซึมเศร้า นอนไม่หลับ เหนื่อยง่าย ใจสั่น หายใจไม่อิ่ม หลงลืมง่าย ปวดหลัง ปวดตามกล้ามเนื้อ ปวดข้อ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ปัสสาวะแสบ ปัสสาวะบ่อย แสบ/คันในช่องคลอด ปวดท้องบริเวณท้องน้อย หลังจากนำไปใช้กับสตรีวัยก่อนและหลังหมดระดูจำนวน 8,300 คน และทำการวิเคราะห์ตัวประกอบ พบว่า ได้กลุ่มอาการ 5 กลุ่ม คือ อาการด้านจิตประสาท ประกอบด้วย อาการเหนื่อยง่าย ใจสั่น หายใจไม่อิ่ม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หลงลืมง่าย อารมณ์ซึมเศร้า นอนไม่หลับ อาการของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ประกอบด้วย อาการปวดหลัง ปวดตามกล้ามเนื้อ ปวดข้อ อาการของระบบทางเดินปัสสาวะและสืบพันธุ์ ประกอบด้วย

อาการปัสสาวะแสบ ปัสสาวะบ่อย แสบ/คันในช่องคลอด ปวดถ่วงบริเวณท้องน้อย อาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติ ประกอบด้วย อาการปวดศีรษะ มึนงงเวียนศีรษะ ร้อนวูบวาบ อาการด้านนรีเวช คือ ประจำเดือนผิดปกติ

แบบวัดของสุกัญญา ชัยกิตติศิลป์ (2538) ประกอบด้วย อาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติ 2 ข้อ คือ ร้อนวูบวาบ เหงื่อออกมาก อาการด้านจิตประสาท 13 ข้อ คือ หงุดหงิดง่าย ซึมเศร้า กลัวที่จะอยู่คนเดียวในที่สาธารณะ ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกตึงเครียด รู้สึกเหมือนขาดพลังงาน รู้สึกเบื่อจนทำงานไม่ได้ เวียนศีรษะ แน่นหน้าอก หายใจไม่ทั่วท้อง ใจสั่น ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ อาการระบบทางเดินปัสสาวะ 4 ข้อ คือ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ไอบามมีปัสสาวะเล็ด ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะแสบ อาการระบบอวัยวะสืบพันธุ์ 5 ข้อ คือ ช่องคลอดแห้ง หดความต้องการทางเพศ คันบริเวณอวัยวะเพศ ตกขาว รู้สึกเจ็บเวลามีเพศสัมพันธ์ อาการในระบบอื่น 6 ข้อ คือ รู้สึกขาบริเวณต่าง ๆ รู้สึกเหมือนเข็มตำ เหนื่อยเพลีย ปวดข้อหรือกล้ามเนื้อ หลงลืมง่าย ตาแห้ง

แบบวัดของประมุล สุขวัฒนา และคนอื่น ๆ (Sukwatana, et al., 1991: 221) ประกอบด้วย อาการ 2 ด้าน คือ อาการด้านร่างกาย 8 ข้อ โดยรวมอาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติไว้ด้วย คือ ร้อนวูบวาบ หนาวร้อนไม่ได้ ขาดสมาธิ ใจสั่น เหงื่อออกมาก ตกขาว คันบริเวณอวัยวะเพศ เจ็บตึงเต้านม อาการด้านจิต 4 ข้อ คือ หงุดหงิดง่าย นอนไม่หลับ ซึมเศร้า ขาดสมาธิ อาการของระบบทางเดินปัสสาวะ คือ ปัสสาวะแสบ และปัสสาวะบ่อย อาการของระบบสืบพันธุ์ คือ มดลูกหรือช่องคลอดหย่อนตัว

แบบวัดของสุมนา ชมพูทวีป และคนอื่น ๆ (Chompootweep, et al., 1993: 67) ประกอบด้วยอาการ 2 ด้าน คือ อาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติ 2 ข้อ คือ ร้อนวูบวาบ เหงื่อออกตอนกลางคืน และอาการด้านจิต 6 ข้อ คือ มึนงง ใจสั่น หงุดหงิด ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ ซึมเศร้า

จากตัวอย่างเครื่องมือที่ได้กล่าวมา พบว่า มีอาการและจำนวนของอาการที่ประเมินต่างกัน แต่สามารถจัดอาการออกเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ได้ 4 กลุ่ม คือ อาการด้านร่างกาย อาการด้านจิต อาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติและอาการด้านอื่น ๆ อาการด้านร่างกายสามารถแบ่งตามระบบได้เป็น 5 ระบบ คือ ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบสืบพันธุ์ ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ระบบหัวใจและเส้นเลือด และผิวหนัง การทบทวนรายงานการวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่ายังไม่พบว่ามี

เครื่องมือประเมินอาการของภาวะหมดประจำเดือนใดที่สามารถประเมินอาการได้ครอบคลุมมากที่สุด การพัฒนาเครื่องมือใหม่จึงยังเป็นสิ่งจำเป็น

รูปแบบการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะหมดประจำเดือน

จากการทบทวนรายงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะหมดประจำเดือนและวัยหมดประจำเดือน พบว่ามีรูปแบบการศึกษาวิจัยแตกต่างกัน 5 กลุ่ม คือ รูปแบบทางชีวการแพทย์ รูปแบบบุคลิกภาพดั้งเดิม รูปแบบความเครียดร่วม รูปแบบความเกี่ยวพันทางวัฒนธรรม และรูปแบบสตรีนิยม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. รูปแบบทางชีวการแพทย์ (Biomedical Model) เสนอว่าอาการด้านร่างกายและจิตในวัยหมดประจำเดือนเป็นผลโดยตรงจากการขาดเอสโตรเจนหรือการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีจากการขาดเอสโตรเจน การลดระดับของเอสตราไดออลทำให้เนื้อเยื่อต่าง ๆ โดยเฉพาะเนื้อเยื่อของระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์มีการฝ่อบาง มีการเปลี่ยนแปลงของระดับไขมันในเลือด และมีการสลายของเนื้อกระดูกมากขึ้น มีผลให้เกิดอาการด้านร่างกายในระบบต่าง ๆ นอกจากนี้ยังทำให้เกิดอาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติ และอาการด้านจิต (Dewhurst, 1984) รูปแบบนี้มีแนวคิดว่า ภาวะหมดประจำเดือนเป็นโรคขาดฮอร์โมน ซึ่งต้องได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทน (MacPherson, 1981: 95-96 ; Theisen, & Mansfield, 1993: 210) มีการศึกษาพบว่าสตรีที่ตัดรังไข่ออกจะมีอาการซึมเศร้ามากกว่าสตรีที่ผ่านการผ่าตัดใหญ่อื่น ๆ ถึง 4 เท่า (Cooper, 1976: 7) กลุ่มนี้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการกับระดับฮอร์โมนและผลของการใช้ฮอร์โมนที่มีต่ออาการ ผลการศึกษาพบว่าระดับของฮอร์โมนมีความสัมพันธ์และไม่สัมพันธ์กับอาการของภาวะหมดประจำเดือน (Gannon, 1985: 162) เช่น ผลการศึกษาพบความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างระดับคอเรสเตอรอลทั้งหมด คอเลสเตอรอลความหนาแน่นต่ำ และไตรกลีเซอไรด์ กับเอสตราไดออล แต่ไม่พบความสัมพันธ์ผกผันระหว่างเอสโตรเจนและเอสตราไดออลกับคอเลสเตอรอลความหนาแน่นสูงทั้งหมด และคอเลสเตอรอลเฮดแอล₂ (HDL₂ cholesterol) (Cauley, 1990: 884-894) ในขณะเดียวกันก็พบว่า การให้เอสโตรเจนสามารถลดอาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติ อาการของระบบสืบพันธุ์ อาการของระบบทางเดินปัสสาวะและอาการด้านจิตได้ ในขณะที่ยาฮอร์โมนไม่สามารถลดอาการดังกล่าวได้ (Dewhurst, 1984: 612) อาการด้านจิตที่พบในวัยหมดประจำเดือนและดีขึ้นเมื่อได้รับการรักษาด้วยเอสโตรเจน คือ ความวิตกกังวล ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ หงุดหงิด กังวลเกี่ยวกับความสูงอายุนั่นเอง (Haas, & Schiff, 1988: 43) การศึกษาอาการของ

ภาวะหมดประจำเดือนส่วนใหญ่ใช้แนวคิดทางชีวการแพทย์ โดยศึกษาอาการที่เกี่ยวข้องกับการขาดเอสโตรเจน และให้ความสนใจการเปลี่ยนแปลงระดับของฮอร์โมน โดยใช้ระยะของวัยหมดประจำเดือนเป็นตัวแสดงการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน แนวคิดการศึกษาภาวะหมดประจำเดือนยังมีมุมมองอื่น ๆ อีก ซึ่งจะได้กล่าวต่อไป

2. รูปแบบบุคลิกภาพดั้งเดิม (Premorbid Personality Model) กลุ่มนี้เชื่อว่า อาการของภาวะหมดประจำเดือนมีความเกี่ยวข้องกับประวัติการปรับตัวไม่ดีกว่าจะมีเหตุจากภาวะหมดประจำเดือน ผลการศึกษาพบว่า อาการด้านจิตในวัยหมดประจำเดือนมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวไม่ดีในระยะก่อนเกิดอาการ ทั้งยังพบว่าสตรีที่มีความภาคภูมิใจในตนเองและความพึงพอใจในชีวิตต่ำ จะพบกับความยุ่งยากในวัยหมดประจำเดือน จึงมีผู้สรุปว่าภาวะหมดประจำเดือนเองไม่สามารถเปลี่ยนบุคคลที่มีสุขภาพจิตดีให้กลายเป็นคนคลุ้มคลั่งได้ (Gannon, 1985: 164) อาการที่เกิดขึ้นจากผลของบุคลิกภาพ เช่น ขาดพลังงานและแรงขับ สมาธิและความสามารถในการเรียนลดลง หงุดหงิด ก้าวร้าว ประสาทอ่อนเพลีย อารมณ์แปรปรวน ตึงเครียด ซึมเศร้า คับข้องใจ มีความรู้สึกไม่เพียงพอ (inadequacy) อ้างว้างโดดเดี่ยว มีปัญหาชีวิตสมรส มีพฤติกรรมต่อต้านสังคม (Haas, & Schiff, 1988: 43)

3. รูปแบบความเครียดร่วม (Coincidental Stress Model) เชื่อว่าความเครียด ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น การมีปัญหาด้านสุขภาพ ความเจ็บป่วยหรือการเสียชีวิตของบุคคลใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา สามี ญาติ เพื่อน การแยกออกจากบ้านของบุตร จะส่งผลให้อาการของภาวะหมดประจำเดือนรุนแรงมากขึ้น (LeBoeuf & Cater, 1996: 176) ข้อมูลจากการศึกษา แสดงให้เห็นว่า เหตุการณ์เครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์เกิดอาการและความรุนแรงของอาการด้านจิตและอาการด้านร่างกายในวัยหมดประจำเดือน (Gannon, 1985: 165) อาการที่เป็นผลจากเหตุการณ์ในชีวิตมีลักษณะเหมือนกับอาการที่เป็นผลจากบุคลิกภาพ เช่น ขาดพลังงานและแรงขับ หงุดหงิด ก้าวร้าว อารมณ์แปรปรวน ตึงเครียด ซึมเศร้า คับข้องใจ อ้างว้างโดดเดี่ยว สมาธิลดลง (Haas, & Schiff, 1988: 43)

4. รูปแบบความเกี่ยวพันทางวัฒนธรรม (Cultural Relativist Model) เสนอว่า ในวัฒนธรรมที่ภาวะหมดประจำเดือนมีความเกี่ยวข้องกับการสูญเสียบทบาทที่สำคัญ การลดอำนาจและสูญเสียความอิสระ ทศนคติต่อภาวะหมดประจำเดือนจะเป็นไปในทางลบ สตรีในวัยหมดประจำเดือนจะเผชิญกับผลด้านจิตที่ไม่ต้องการ (Gannon, 1985: 168) การเปลี่ยนแปลงบทบาทและ

ทัศนคติของสังคมที่มีต่อผู้สูงอายุยังมีผลต่อความผิดปกติด้านจิตในวัยหมดประจำเดือน นอกจากนี้ระดับการศึกษาและปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจยังมีผลต่อประสบการณ์ในวัยหมดประจำเดือนสตรีที่มีการศึกษาดำมีสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจต่ำมีอาการของภาวะหมดประจำเดือนมากกว่าสตรีที่มีการศึกษาสูง สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจดี (Sherwin, 1993: 238) กลุ่มนี้มองว่าภาวะหมดประจำเดือนเป็นกลุ่มของประสบการณ์ที่ถูกกำหนดโดยค่านิยมทางวัฒนธรรมและความเชื่อของตนเองเกี่ยวกับบทบาทด้านสังคมของสตรี (Theisen, & Mansfield, 1993: 210)

5. รูปแบบสตรีนิยม (Feminist Model) กล่าวว่าภาวะหมดประจำเดือนเป็นเหตุการณ์ธรรมชาติ การเปลี่ยนแปลงในวัยกลางคนมิใช่ผลจากภาวะหมดประจำเดือนเพียงอย่างเดียว แต่สะท้อนให้เห็นกระบวนการสูงอายุทั้งหมด (Maher, & Myatt, 1995: 50) การมองว่าภาวะหมดประจำเดือน เป็นโรคขาดฮอร์โมนที่ต้องรักษาด้วยเอสโตรเจน เป็นการหาประโยชน์จากสตรี และเป็น การควบคุมสตรีอย่างลับ ๆ ส่งผลให้สตรีมีความเสี่ยงที่จะเกิดมะเร็งมากขึ้น (Dickson, 1990: 18; MacPherson, 1981: 111) รูปแบบสตรีนิยม มองว่า สตรีวัยหมดประจำเดือนเป็นผู้มีสุขภาพดี สามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ โดยไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทน

จากแนวคิดการศึกษาภาวะหมดประจำเดือนตามรูปแบบต่าง ๆ จะเห็นได้ว่าแนวคิดใดแนวคิดหนึ่งไม่สามารถอธิบายภาวะหมดประจำเดือนได้อย่างสมบูรณ์ เพราะมองคนเป็นส่วน ๆ แนวคิดทางชีวการแพทย์มองสตรีเป็นส่วนประกอบทางชีวเคมี ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมและปัจจัยทางสังคม ในขณะที่ทางสังคมวิทยาปฏิเสธแนวคิดทางชีววิทยาอย่างสิ้นเชิง แต่มองสตรีเป็นเพียงผู้มีปฏิกิริยาตอบสนอง (reactive agents) ต่อสังคมและสิ่งแวดล้อมเท่านั้น (Voda, & George, 1986: 62) จึงต้องผสมผสานแนวคิดทั้งหมดเข้าด้วยกันเพื่ออธิบายภาวะหมดประจำเดือนใหม่ โดยมองสตรีเป็นองค์รวมของกาย จิต และสังคม ที่ต้องเผชิญกับภาวะหมดประจำเดือนซึ่งเป็นเหตุการณ์ธรรมชาติที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ และอาจก่อให้เกิดอาการของภาวะหมดประจำเดือนที่มีความแตกต่างกันตามความแตกต่างของปัจจัยด้านชีวจิตสังคม สตรีวัยหมดประจำเดือนจึงต้องให้ความสนใจเรื่องสุขภาพมากขึ้น โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข สุขภาพดี สามารถบรรลุถึงการมีศักยภาพสูงสุดแห่งตน ทฤษฎีทางการแพทย์บาว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาพ มองว่าภาวะหมดประจำเดือนเป็นเหตุการณ์ตามพัฒนาการ ซึ่งต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น (Pender, et al., 1992: 108) การศึกษาภาวะหมดประจำเดือนครั้งนี้จึงใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1987) เป็นกรอบแนวคิด เนื่องจาก เป็นแนวคิดที่ผสมผสานระหว่างศาสตร์ทางการแพทย์กับศาสตร์ทางพฤติกรรมที่มองคนเป็นองค์รวม

ของชีวจิตสังคม (biopsychosocial) บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเมื่อถูกกระตุ้นด้วยความต้องการที่จะดำรงและเพิ่มพูนความผาสุก สุขภาพ และคุณภาพชีวิตให้อยู่ในระดับสูงสุด มิใช่ความต้องการที่จะหลีกเลี่ยงจากโรค รายละเอียดของแนวคิดในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจะนำมาอธิบายตามตัวแปรที่จะศึกษา คือ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพต่อไป

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการของภาวะหมดประจำเดือนพบว่า ประกอบไปด้วยปัจจัยทางด้านชีวจิตสังคม ดังนี้

ปัจจัยด้านชีววิทยา คือ การขาดฮอร์โมนเนื่องจากรังไข่ทำงานน้อยลง มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระและกายวิภาค (Dewhurst, 1984; Gannon, 1985: 162; LeBoeuf, & Carter, 1996: 174; Maher, & Myatt, 1995: 49)

ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมและจิตใจมีผลให้บุคคลมีพฤติกรรมและการตอบสนองต่อภาวะหมดประจำเดือนต่างกัน (Flint, 1994) ทำให้สตรีมีอาการของภาวะหมดประจำเดือนต่างกัน ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรมที่สำคัญ ได้แก่ สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา ทักษะของสามีที่มีต่อภรรยาที่หมดประจำเดือน ความสำคัญทางสังคมของประจำเดือนและการไม่มีบุตร สถานภาพทางสังคมของสตรีหลังหมดประจำเดือน การเปลี่ยนแปลงบทบาทของสตรี ความพร้อมของการช่วยเหลือทางการแพทย์ในวัยหมดประจำเดือน (WHO cited in Gosden, 1985: 6) การตั้งครรภ์ สถานภาพสมรส (Christie Brown, & Christie Brown, 1976: 65-66; Jaszmann, 1976: 21) การยอมรับวัยสูงอายุ บุคลิกภาพ (Speroff, et al., 1989: 136) สถานภาพด้านอาชีพ เครือข่ายทางสังคม (Dennerstein, 1996: 148) ปัจจัยทางจิตใจที่สำคัญ ได้แก่ ทักษะคิดต่อการหมดประจำเดือน (Dickson, 1990: 20) ปฏิกริยาต่อการเปลี่ยนแปลงของชีวิต (Speroff, et al., 1989: 136)

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดประจำเดือน ได้ผลต่าง ๆ ดังนี้ ปัจจัยที่คาดว่ามีส่วนต่ออาการด้านจิต คือ การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน อาการด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิต การรับรู้เกี่ยวกับภาวะหมดประจำเดือน บุคลิกภาพ รูปแบบการตอบสนองต่อความเครียด สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ (Christie Brown, & Christie Brown, 1976) ส่วนเดนเนอร์สไตน์ (Dennerstein, 1996: 151-153) กล่าวว่า จำนวนปีของการศึกษาที่เพิ่มขึ้น การประเมินสุขภาพตนเองดี การใช้ยาเองโดยแพทย์ไม่ได้สั่งน้อยกว่า 2 อย่าง การปราศจากอาการไม่สุขสบายก่อน

มีประจำเดือน การไม่สูบบุหรี่ในปัจจุบัน การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง ทำให้อาการของภาวะหมดประจำเดือนน้อย แต่ทัศนคติทางลบต่อการสูงอายุและภาวะหมดประจำเดือนทำให้อาการของภาวะหมดประจำเดือนมาก ปัจจัยทางสังคมและครอบครัว เช่น ปัญหาสุขภาพร่างกาย ความกังวลต่อบุตรที่เป็นวัยรุ่น ความเจ็บป่วยของสามีหรือบิดามารดา จะมีผลให้เกิดอาการด้านจิต ส่วนอาการก่อนมีประจำเดือน (perimenopausal symptoms) และขณะมีประจำเดือนเป็นตัวทำนายอาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติและอาการอื่น ๆ ได้ดี ระยะของวัยหมดประจำเดือนจะมีผลต่ออาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติและอาการด้านร่างกายทั่วไป ในระยะใกล้หมดประจำเดือนจะมีอาการร้อนวูบวาบ และประจำเดือนไม่สม่ำเสมอมากที่สุด ระยะหลังหมดประจำเดือนจะมีอาการเกี่ยวกับภาวะกระดูกบาง อาการของระบบหัวใจและหลอดเลือด อาการของระบบทางเดินปัสสาวะและสืบพันธุ์มากที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่า อารมณ์ทางลบมีความสัมพันธ์กับอาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติ อาการทางกายที่สัมพันธ์กับจิต (psychosomatic) อาการของระบบหายใจ การมีอาการไม่สุขสบายก่อนมีประจำเดือน การสูบบุหรี่ ความเครียดที่เกิดระหว่างบุคคล ทัศนคติทางลบต่อการสูงอายุและภาวะหมดประจำเดือน คอลลิน และแลนด์เกรน (Collins, & Landgren, 1995: 106) พบว่า อาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติมีความสัมพันธ์กับ ระยะของวัยหมดประจำเดือน อาการก่อนมีประจำเดือน การศึกษาและการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน โดยผู้มีการศึกษาสูงมีอาการน้อยกว่า ผู้สูบบุหรี่มีอาการรุนแรงกว่า และปัจจัยทุกตัวอธิบายความผันแปรของอาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติได้ ร้อยละ 16 อารมณ์ด้านลบมีความสัมพันธ์กับอาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติ อาการก่อนมีประจำเดือน อาการปวดท้องขณะมีประจำเดือน ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การอยู่คนเดียว และการมีบุตรยาก โดยปัจจัยทั้งหมดสามารถอธิบายความผันแปรของอารมณ์ด้านลบได้ร้อยละ 34 การเปลี่ยนแปลงความต้องการทางเพศ มีความสัมพันธ์กับอาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติ อาการก่อนมีประจำเดือน การสูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย การมีบุตรยาก การศึกษาและระยะของวัยหมดประจำเดือน และปัจจัยทั้งหมดอธิบายความผันแปรของการเปลี่ยนแปลงความต้องการทางเพศได้ร้อยละ 16 อารมณ์ด้านบวกมีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายสม่ำเสมอและการไม่มีอาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติและปัจจัยทั้งหมดอธิบายความผันแปรทางอารมณ์ด้านบวกได้ร้อยละ 0.03

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

ความหมายของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Health-promoting behavior)

มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไว้ต่าง ๆ กัน เช่น กิจกรรมที่บุคคลต้องกระทำด้วยตนเองเพื่อให้สุขภาพดีขึ้น (Steiger, & Lipson, 1985: 14) วิธีการดูแลสุขภาพที่สามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ มุ่งเน้นการดำรงหรือเพิ่มพูนสุขภาพโดยทั่วไปและคุณภาพชีวิตของบุคคลให้อยู่ในระดับสูงสุด สัมพันธ์ใกล้ชิดกับการดำรงชีวิตในแต่ละวันและวิธีการดำเนินชีวิตของบุคคล (Edelman, & Lipson, 1990: 91) เพนเดอร์ ให้ความหมายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไว้ว่า เป็นพฤติกรรมที่ไม่เน้นโรคหรือปัญหาสุขภาพใดโดยเฉพาะ เป็นพฤติกรรมเข้าหามิใช่พฤติกรรมหลีกเลี่ยง มุ่งที่จะเพิ่มศักยภาพด้านบวกสำหรับสุขภาพและการกระตุ้นทางบวก เช่น เพิ่มการตระหนักรู้ในตนเอง ความพึงพอใจในตนเอง ความสนุกสนานและความเพลิดเพลินใจ ประกอบด้วย กิจกรรมที่มุ่งเพิ่มระดับความผาสุกและการบรรลุศักยภาพสูงสุดด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม ซึ่งจะต้องประสานเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในวิถีชีวิตของบุคคล ตัวกระตุ้นให้มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ คือ ความปรารถนาที่จะเจริญเติบโต แสดงศักยภาพของมนุษย์และคุณภาพชีวิต (Pender, 1982, 1987) นอกจากนี้เพนเดอร์ยังเสนอความหมายเพิ่มเติมว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เป็นการกระทำเพื่อเพิ่มพูนคุณภาพการดำเนินชีวิตในกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม มุ่งที่จะเพิ่มระดับความผาสุก การบรรลุเป้าหมายในชีวิต การบรรลุความหวังและการมีชีวิตที่สร้างสรรค์ (productive living) เป็นพฤติกรรมเข้าหา มิใช่พฤติกรรมเฉพาะโรคหรือการบาดเจ็บ เพิ่มศักยภาพด้านบวกของสุขภาพ เน้นความพยายามที่จะเข้าหาหรือเคลื่อนไปสู่ภาวะด้านบวกของสุขภาพและความผาสุกระดับสูง (Pender, 1996)

จากความหมายของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่กล่าวข้างต้น พบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมีลักษณะสำคัญ คือ มุ่งดำรงหรือเพิ่มพูนความผาสุก สุขภาพโดยทั่วไป และคุณภาพชีวิต ไม่เน้นโรคหรือปัญหาสุขภาพใดโดยเฉพาะ มีความสัมพันธ์หรือเป็นส่วนหนึ่งของ การดำเนินชีวิตในแต่ละวันของบุคคล พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพจึงหมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำในชีวิตประจำวัน เพื่อดำรงหรือเพิ่มพูนความผาสุก สุขภาพและคุณภาพชีวิต

องค์ประกอบของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับเรื่องต่าง ๆ ซึ่งเพนเดอร์ (Pender, 1987: 187) เสนอว่า ประกอบด้วย การออกกำลังกายและความสมบูรณ์ของร่างกาย โภชนาการและการควบคุมน้ำหนัก การจัดการกับความเครียด การดำรงระบบสนับสนุนทางสังคมและการควบคุมสิ่งแวดล้อม เพนเดอร์ได้พัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพจากแนวคิดดังกล่าว ได้พฤติกรรม 100 ข้อ ซึ่งภายหลังวอล์คเกอร์ ซีคริส และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist, & Pender, 1987: 79) นำแบบสอบถามดังกล่าวไปเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาพยาบาล จำนวน 173 คน พบว่า มีค่าความเที่ยงอัลฟา 0.92 ค่าความเที่ยงแบบสอบซ้ำ 0.85 เมื่อนำแบบวัดที่ได้ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลตรวจสอบความสอดคล้องกับมโนทัศน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้แบบวัดจำนวน 107 ข้อ นำแบบวัดที่ได้ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง อายุ 18-88 ปี ที่อยู่ในภาคกลาง แถบตะวันตกของประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 952 คน นำมาวิเคราะห์ตัวประกอบ (Factor analysis) ได้ 10 ตัวประกอบ แต่ตัวประกอบบางตัวมีมิติที่สัมพันธ์กัน จึงตัดข้อที่ซ้ำซ้อนออกเหลือ 48 ข้อ จำนวน 6 ตัวประกอบ คือ การออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ โภชนาการ จำนวน 6 ข้อ การจัดการกับความเครียด จำนวน 7 ข้อ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ การพัฒนาระบบสนับสนุนระหว่างบุคคล จำนวน 7 ข้อ การปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายในชีวิต จำนวน 13 ข้อ แล้วนำไปวิเคราะห์ใหม่ จากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้านเท่าเดิม คือ การออกกำลังกาย โภชนาการ การจัดการกับความเครียด ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การพัฒนาระบบสนับสนุนระหว่างบุคคล และการปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายในชีวิต พฤติกรรม 6 ด้านนี้สามารถใช้เป็นกรอบแนวคิดสำหรับการศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของประชากรกลุ่มต่าง ๆ ซึ่งมีรูปแบบเฉพาะเจาะจงแตกต่างกันไปตามวัย (Pender, 1996: 134)

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในวัยหมดประจำเดือน

วัยหมดประจำเดือนจัดว่าเป็นวัยผู้ใหญ่ แต่มีลักษณะเฉพาะเจาะจงแตกต่างไปจากประชากรวัยผู้ใหญ่กลุ่มอื่น ๆ เนื่องจากเป็นวัยที่มีอาการต่าง ๆ และอาการแสดงภาวะพยาธิสภาพเกิดขึ้น ทำให้เกิดความต้องการด้านสุขภาพมากขึ้นและต้องการการดูแลจัดการที่เหมาะสม จึงมีเอกสารบท

ความเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับวัยนี้มากมาย สามารถสรุปตามกรอบแนวคิดองค์ประกอบของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ได้ดังนี้

1. การออกกำลังกาย

พฤติกรรมการออกกำลังกายตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ ครอบคลุมพฤติกรรมการพักผ่อนและสันทนาการเอาไว้ด้วย เนื่องจากเกี่ยวข้องกับการใช้พลังงาน และมีความสำคัญสำหรับสตรีวัยหมดประจำเดือน เพนเดอร์ (Pender, 1987: 295-296) เสนอว่า การออกกำลังกายต้องกระทำอย่างเต็มที่ที่ใช้พลังงานอย่างน้อย 400 แคลอรี ให้อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ที่ร้อยละ 70-85 ของศักยภาพสูงสุดหรือประมาณ 120-150 ครั้งต่อนาที เป็นเวลา 20-30 นาที มีการเคลื่อนไหวเป็นจังหวะสลับกันระหว่างการหดตัวและคลายตัวของกล้ามเนื้อ เช่น วิ่ง ว่ายน้ำ เล่นสกี จักรยาน กระโดดเชือก เล่นแฮนด์บอล บาสเกตบอล การเดิน ออกกำลังกายนาน 30-60 นาที 4-5 วันต่อสัปดาห์ และประสานเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของวิถีการดำเนินชีวิต ขณะออกกำลังกายต้องหายใจให้ถูกวิธี เพราะร่างกายต้องการออกซิเจนมากขึ้น ต้องเตรียมร่างกายก่อนออกกำลังกายเสมอ และให้เกิดความสนุกสนาน นอกจากการออกกำลังกายเป็นกิจวัตรขณะในยามว่างแล้ว เพนเดอร์ (Pender, 1996: 202-203) ยังเสนอให้มีการออกกำลังกายในระหว่างทำกิจวัตรประจำวัน โดยทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองเพื่อใช้พลังงาน เช่น เดินแทนการใช้ลิฟท์ เดินแทนการใช้รถ เดินแทนการใช้โทรศัพท์ บริหารงานแทนการนั่งอยู่เฉย ๆ เดินไปเปิดโทรทัศน์แทนการใช้เครื่องควบคุมระยะไกล เดินเล่นในเวลาพักผ่อนนั่งอยู่ในห้อง ส่วนโครงการประชาชนสุขภาพดี ปี ค.ศ. 2000 (Healthy People 2000 cited in Pender, 1996: 186) เสนอให้ออกกำลังกายอย่างเต็มที่ สัปดาห์ละ 3 วัน หรือมากกว่า เป็นเวลานานวันละ 20 นาที หรือมากกว่า เอดจ์และมิลเลอร์ (Edge, & Miller, 1994: 280) ให้ข้อคิดว่า การออกกำลังกายต้องให้เหมาะสมกับวิถีการดำเนินชีวิต พันธุกรรม โครงสร้างของร่างกาย กิจกรรมที่ต้องการในแต่ละวันและกิจกรรมสันทนาการ การออกกำลังกายจะไม่ช่วยให้น้ำหนักลดลงในทันที แต่จะช่วยให้ส่วนประกอบของร่างกายเปลี่ยนไป ไขมัน และคาร์โบไฮเดรต (Fogel, & Woods, 1995: 91; Harper, 1990: 419) ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการออกกำลังกายทั่วไปว่า ต้องกระทำอย่างเต็มที่ต่อเนื่องครั้งละ 15-60 นาที สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง โดยออกกำลังกายชนิดที่ได้รับออกซิเจน (aerobic conditioning) มีการเหยียดของกล้ามเนื้อ (stretching) เช่น เดิน วิ่ง เต้นแอโรบิค เล่นเทนนิส จักรยาน หรือออกกำลังกายชนิดที่เกิดแรงต้าน เช่น กายบริหาร การออกกำลังกายยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยลดการสูญเสียเนื้อกระดูกในวัยหมดประจำเดือน (Diczfalusy, 1987: 13) แต่ไม่อาจจะระบุได้ว่าการออกกำลังกายประเภทใดปริมาณเท่าใดที่จะช่วยให้กระดูกแข็งแรงมากที่สุด (Notelovitz, 1994: 522) มีผู้เสนอว่า สตรี

วัยหมดประจำเดือนควรออกกำลังกายในลักษณะที่กระดูกยาวถูกดึง (puts traction on long bone) (LeBoeuf, & Carter, 1996: 175) หรือออกกำลังกายชนิดที่มีน้ำหนักกดลงบนกระดูก (weight-bearing exercise) (นิกร ดุสิตสิน, 2538: 50; Edge, & Miller, 1994: 263; Herbst, et al., 1992: 1260; McPherson, 1993: 218) เช่น เดิน วิ่ง กระโดดเชือก เต้นแอโรบิก นอกจากนี้มีผู้เสนอให้บริหารกล้ามเนื้อช่องคลอด (Kegel exercise) เพื่อเพิ่มความตึงตัวของกล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกราน ลดอาการริดสีดวงทวาร ป้องกันหรือแก้ไขอาการปัสสาวะเล็ด (Fogel, & Woods, 1995: 91; McCraw, 1991: 22-23) อย่างไรก็ตามการออกกำลังกายเพียงอย่างเดียวไม่สามารถป้องกันการสูญเสียเนื้อกระดูกหลังหมดประจำเดือนได้ แต่ช่วยให้สุขภาพทั่วไปดีขึ้น (Herbst, et al., 1992: 1260)

นอกจากการออกกำลังกายแล้วสตรีวัยหมดประจำเดือนยังต้องมีการพักผ่อนและสันทนาการที่ถูกต้องเหมาะสม ควรพักผ่อนด้วยการนอนหลับให้เพียงพอ มีผู้เสนอว่า ระยะเวลาอนที่เหมาะสมในวัยผู้ใหญ่ คือ อย่างน้อย 7 ชั่วโมงต่อคืน (Belloc, & Breslow cited in Pender, 1982: 2) หรือ 7-8 ชั่วโมงเป็นประจำ (Edelman, & Milio, 1990: 11) บางคนเสนอว่า ระยะเวลาในการนอนมิใช่สิ่งที่จะกำหนดได้แน่นอน เนื่องจากบุคคลมีความต้องการไม่เท่ากัน สิ่งที่ต้องสนใจ คือ ความเพียงพอของการนอน และคุณภาพของการนอน คือ นอนหลับสนิท ติดต่อกันไม่ตื่นบ่อย ๆ และนอนหลับง่าย (Breslow, 1989: 108) การนอนหลับสนิทและเต็มอิ่มจะกระตุ้นการหลั่งของฮอร์โมนเร่งการเจริญเติบโต ซึ่งจะส่งผลให้ปัญหาภาวะกระดูกบางลดลง (มันทนาประทีปเสนา, 1996: 35) หากมีปัญหาอนไม่หลับอาจแก้ไขด้วยการดื่มนมอุ่นๆ หรือรับประทานแคลเซียมก่อนนอน งดดื่มชา กาแฟ ชอคโกแลตและโคลาลงอาหารเย็น (LeBoeuf, & Carter, 1996: 175) นอกจากการนอนแล้วบุคคลในวัยหมดประจำเดือนยังต้องมีกิจกรรมเพื่อการผ่อนคลาย เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง ท่องเที่ยวและทำกิจกรรมสันทนาการที่ใช้ร่างกาย เช่น ทำสวน ซ่อมแซมบ้าน เย็บปักถักร้อย จัดแต่งบ้าน เดินทางท่องเที่ยว ออกไปเที่ยวกลางคืน เยี่ยมเยียนคนใกล้ชิด เล่นดนตรี แกะสลัก เขียนหนังสือ วาดภาพ ร่วมโครงการของชุมชน วัด หรือสังคม สงเคราะห์ ทำงานอดิเรกอื่น ๆ (Andreas, 1992: 789) การนอนหลับและพักผ่อนอย่างเพียงพอจะช่วยให้อารมณ์แจ่มใส สุขภาพ แข็งแรง บุคคลที่นอนหลับยากจะตึงเครียดหงุดหงิด ไม่สามารถทนต่อความเครียดได้ มีความเสี่ยงที่จะเกิดการติดเชื้อได้ง่าย ไม่สามารถมีสัมพันธภาพที่ดีทางสังคมได้ ความเจริญอาหารลดลง มีปัญหาการขับถ่าย ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ความสามารถทางสมองอาจบกพร่อง (Wood, & Mandle, 1990: 96)



สรุปได้ว่า การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับวัยหมดประจำเดือน ประกอบไปด้วย การออกกำลังกายทั่วไป โดยให้ร่างกายเคลื่อนไหวเป็นจังหวะ มีการเหยียดตัวของกล้ามเนื้อและข้อ กระดูกได้รับน้ำหนักหรือถูกดึงรั้ง เพื่อเพิ่มออกซิเจนให้แก่ร่างกาย เพิ่มความแข็งแรงความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและกระดูก และการออกกำลังกายเฉพาะที่เพื่อลดปัญหากล้ามเนื้อหย่อนตัว อย่างไรก็ตามการกำหนดว่าจะออกกำลังกายด้วยวิธีใดเป็นเวลานานเท่าใด จะต้องคำนึงถึงสภาพร่างกายและข้อจำกัดต่าง ๆ ของแต่ละบุคคลด้วย นอกจากการออกกำลังกายแล้วยังต้องพักผ่อนด้วยการนอนหลับให้สนิท และทำกิจกรรมสันทนาการเพื่อผ่อนคลายด้วย

2. โภชนาการ

ความต้องการพลังงานในวัยกลางคนจะลดลง เนื่องจากอัตราการเผาผลาญของร่างกายลดลงร้อยละ 20 และมีกิจกรรมต่าง ๆ น้อยลง ความต้องการพลังงานจะลดลง ร้อยละ 2-4 ต่อปี (Shingleton, & Hurt, 1990: 101) จึงมีผู้เสนอว่าวัยกลางคนควรรับประทานอาหารที่ให้พลังงานน้อยแต่มีสารอาหารครบถ้วน ปริมาณเพียงพอกับความต้องการพลังงานในแต่ละวันหรือสามารถรักษาน้ำหนักให้พอเหมาะกับส่วนสูง (Fogel, & Woods, 1995: 212) เพนเดอร์ (Pender, 1996: 212) เสนอให้บุคคลทั่วไปรับประทานอาหารตามที่สำนักงานเกษตรสหรัฐอเมริกา (US Department of Agriculture) แนะนำ คือ รับประทานตามความต้องการพลังงานในแต่ละวัน ประกอบด้วย อาหารจากไขมัน ร้อยละ 30 โดยให้เป็น ไขมันอิ่มตัว (saturated fatty acid) ไขมันไม่อิ่มตัวหลายโมเลกุล (polyunsaturated fatty acid) และไขมันไม่อิ่มตัวโมเลกุลเดี่ยว (monounsaturated fatty acid) ร้อยละ 10 เท่ากัน คาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน (complex carbohydrates) ร้อยละ 50-60 และโปรตีน ร้อยละ 10-20 นอกจากนี้ยังเสนอให้รับประทานคอเลสเตอรอลไม่เกินวันละ 300 มิลลิกรัม รับประทานน้ำตาลที่ผ่านการฟอกหรือผ่านการดัดแปลง ร้อยละ 10 และลดการดื่มแอลกอฮอล์ลง นอกจากนี้ต้องรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ ผลิตภัณฑ์จากเมล็ดข้าว (whole grain products) (Pender, 1987: 333)

ส่วนวัยหมดประจำเดือนจะมีการเปลี่ยนแปลงของระดับไขมันในเลือดโดยไม่ใช้ผลจากอาหาร (Dewhurst, 1984: 609; Scommegna, & Carson, 1987: 377) มีผู้แนะนำให้สตรีวัยหมดประจำเดือนงดอาหารที่มีคอเลสเตอรอลและกรดไขมันอิ่มตัวสูง จำกัดปริมาณไขมันให้อยู่ระหว่าง ร้อยละ 20-25 ของพลังงานทั้งหมด คอเลสเตอรอลไม่เกินวันละ 300 มิลลิกรัม งดการใช้น้ำมันจากสัตว์และกะทิ ใช้น้ำมันพืชที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวแทน สตรีที่มีน้ำหนักเกินไม่มากนักควร

พยายามรักษาน้ำหนักให้คงที่ด้วยการออกกำลังกายเพิ่มเล็กน้อยหรือเพิ่มการรับประทานผักผลไม้ แทนไขมันและขนมหวาน แต่ไม่ควรลดน้ำหนักในช่วงที่กำลังจะหมดประจำเดือนเพราะจะทำให้ อาการเพิ่มขึ้นหรือเกิดอาการขึ้นได้ (มันทนา ประทีปะเสน, 1996) นอกจากนี้ ควรหลีกเลี่ยงหรือ ลดการบริโภคอาหารประเภทในเตรท โซเดียมหรือเกลือ คาเฟอีน น้ำตาล แอลกอฮอล์ เนื่องจาก ทำให้อาการของภาวะหมดประจำเดือนรุนแรงขึ้น อาหารที่เร่งการขับแคลเซียมออกจากร่างกาย เช่น ฟอสฟอรัส โปรตีน คาเฟอีน และโซเดียม เพราะทำให้สูญเสียเนื้อกระดูกมากขึ้น งดสูบบุหรี่ เพราะทำให้ร่างกายเกิดภาวะกระดูกและการสร้างเอสโตรเจน (Harper, 1990) ควรรับประทาน อาหารธรรมชาติไม่ควรใช้ยาหรือสารเสริมอื่น ๆ โดยรับประทานอาหารที่มีวิตามินสูงโดยเฉพาะ วิตามินบี 6 บี 12 ซี อี (Harper, 1990: 416-417) อาหารที่มีวิตามินอีจะช่วยลดอาการร้อนวูบวาบ ส่วนวิตามินบีจะช่วยลดอาการร้อนวูบวาบ อาการกระวนกระวาย หงุดหงิด ซึมเศร้า อาหารที่มี วิตามินอีและบี เช่น ข้าวที่ไม่ผ่านการขัดสี จมูกข้าว ถั่วเหลือง (LeBoeuf, & Carter, 1996: 175) มีการศึกษาพบว่าถั่วเหลืองช่วยลดอาการร้อนวูบวาบและลดการสูญเสียกระดูกได้ (Murkies, et al., 1995) เพิ่มการรับประทานอาหารที่มีสังกะสีและฟลูออไรด์ เพื่อเสริมการทำงานของแคลเซียม รับประทานแคลเซียมวันละ 1,000-1,500 มิลลิกรัม (Harper, 1990) มีการศึกษาพบว่าอัตราการ สูญเสียแคลเซียมทั้งหมดต่ำลงในกลุ่มที่ได้รับแคลเซียมเสริมวันละ 1 กรัม และกลุ่มที่ไม่ได้รับ แคลเซียมเสริมมีกระดูกหักมากกว่ากลุ่มที่ได้รับแคลเซียมเสริม (Reid, et al., 1995: 65) อาหารที่มี แคลเซียมสูง เช่น นมสด เนย โยเกิร์ต ผักใบเขียว เมล็ดงา น้ำมะเขือ หัวผักกาดเขียว (turnip greens) สาหร่ายทะเล (LeBoeuf, & Carter, 1996: 175) ฝรั่งแห้ง ถั่วลิสง ถั่วเขียว ถั่วแดงหลวง คึบ ปลาไส้ตันแห้ง ใบชะพลู ผักแพว เห็ดหอม ใบยอ มะขามฝักสด ยอดแค ผักกะเฉด เมล็ดบัว คึบ ยอดสะเดา ควรบริโภคปลาทะเลเพิ่ม เนื่องจากไขมันปลาทะเลมีไขมันไม่อิ่มตัวและอาร์จินีน สูง กระตุ้นให้มีการสร้าง HDL-C สอโรโมนเฉพาะที่ผนังหลอดเลือดซึ่งลดการเกาะตัวของเกล็ด เลือดและเพิ่มการหลั่งสอโรโมนเร่งการเจริญเติบโต บริโภคอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ ข้าวที่ยังไม่ขัดสีต่าง ๆ ซึ่งช่วยลดระดับไขมันและน้ำตาลไว้ในลำไส้ ทำให้คอเลสเตอรอลใน เลือดลดลง รับประทานอาหารจำพวกพืชที่ให้ไฟโตเอสโตรเจน เช่น ข้าวฟ่าง ผักแว่น ข้าวที่ยัง ไม่ขัดสี ถั่วเหลือง เต้าหู้ รับประทานอาหารโปรตีนที่มีกรดอาร์จินีนสูง เช่น ปลาและถั่ว ช่วย กระตุ้นการหลั่งสอโรโมนเร่งการเจริญเติบโต รับประทานอาหารเป็นเวลาไม่รับประทานจุบจิบ ตลอดวัน เพราะความหิวจะกระตุ้นการหลั่งสอโรโมนเร่งการเจริญเติบโต ซึ่งจะช่วยลดปัญหา กระดูกบางได้ (มันทนา ประทีปะเสน, 1996: 32-38) นอกจากอาหารแล้วยังต้องดื่มน้ำอย่างน้อย วันละ 8-10 แก้ว เพื่อช่วยให้ทางเดินอาหารทำงานได้ดีขึ้น (Fogel, & Woods, 1995: 85)

สรุปได้ว่า โภชนาการในวัยหมดประจำเดือน ประกอบไปด้วย อาหารที่ควรรับประทานเพิ่ม ได้แก่ อาหารที่มีแคลเซียม กากใย วิตามินสูง ไขมันไม่อิ่มตัวสูง อาร์จินีนสูง อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ อาหารที่มีไขมันอิ่มตัว โปรตีน ในไตรท กลีโอล คาเฟอีน แอลกอฮอล์ ฟอสฟอรัส น้ำตาล และบุหรื ดื่มน้ำให้เพียงพอ และควบคุมน้ำหนักตัวให้คงที่

3. การจัดการกับความเครียด

ความเครียดเป็นประสบการณ์ที่มนุษย์ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ในสังคมสมัยใหม่ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว แหล่งสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียดในสังคมสมัยใหม่ คือ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การสื่อสาร และการกระทำระหว่างบุคคล ดังนั้น ความเครียดจึงมักจะเกิดอยู่เสมอ เพราะการสื่อสารและการกระทำเป็นกระบวนการพื้นฐานของมนุษย์ แม้ทุกคนต้องเผชิญกับความเครียดเหมือนกัน แต่บุคคลจะให้ความหมายและตอบสนองต่อความเครียดไม่เหมือนกัน การตอบสนองต่อความเครียดมีทั้งทางพฤติกรรม ร่างกาย และจิตใจ เช่น ผลผลิตของงานลดลง ทำงานผิดพลาดมากขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น ชีพจรเร็วขึ้น หงุดหงิด ซึมเศร้า เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นควรมีการจัดการที่เหมาะสม การทบทวนวรรณกรรมไม่พบว่ามีข้อเสนอการจัดการกับความเครียดในวัยหมดประจำเดือนโดยเฉพาะ แต่เพนเดอร์ (Pender, 1996: 234) เสนอวิธีการจัดการกับความเครียดสำหรับวัยผู้ใหญ่ไว้ดังนี้ ลดความถี่ของการเกิดสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยเปลี่ยนสภาพแวดล้อม หลีกเลี่ยงการเปลี่ยนแปลงที่มากเกินไป ทำตารางเวลาหรือจัดเวลาให้เหมาะสม เพิ่มความต้านทานต่อความเครียด โดยการออกกำลังกาย เพิ่มความภาคภูมิใจในตนเอง เพิ่มสมรรถนะของตนเอง เพิ่มพฤติกรรมรักษาสีห์ตนเอง (assertiveness) กำหนดเป้าหมายทางเลือก พัฒนาแหล่งประโยชน์ที่ช่วยในการเผชิญความเครียด สร้างเงื่อนไขตรงกันข้ามเพื่อหลีกเลี่ยงการกระตุ้นทางสรีระ โดยฝึกเทคนิคการผ่อนคลายต่าง ๆ ที่จะควบคุมการตอบสนองทางสรีระให้กล้านเนื่องเกิดความผ่อนคลายแทนความตึงเครียด หรือกระตุ้นการทำงานของพาราซิมพาเทติกแทนซิมพาเทติก (Pender, 1987: 371)

4. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

วอลเคอร์ ซิคริส และเพนเดอร์ (Walker, et al., 1988: 80) เสนอว่าความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ประกอบไปด้วย การสนใจและยอมรับที่จะรับผิดชอบสุขภาพตนเอง การศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การรับความช่วยเหลือจากบุคลากรวิชาชีพเมื่อจำเป็น เช่น การตรวจระดับคอเลสเตอรอล วัดความดันโลหิต การรายงานอาการให้แพทย์ทราบ การพูดคุยและหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ เข้าร่วมโครงการสิ่งแวดล้อม สังเกตการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย วัยหมดประจำเดือน

เป็นช่วงเวลาที่สตรีจะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทั้งทางสังคมจิตใจและชีววิทยา ซึ่งอาจจะส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพได้ จึงควรได้รับการตรวจสอบสุขภาพในเรื่องต่าง ๆ แต่ไม่พบว่ามีการข้อเสนอเกี่ยวกับการตรวจสอบสุขภาพเฉพาะในวัยหมดประจำเดือน แต่เบเลอร์ และคนอื่น ๆ (Behler, et al., 1990: 510) เสนอให้วัยกลางคนตรวจสอบสุขภาพกับแพทย์ทุกปี พร้อมการตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ เอกซเรย์ปอด ตรวจมะเร็งปากมดลูกทุกปี หลังอายุ 50 ปี เป็นต้นไป เอกซเรย์เต้านมทุกปี ตรวจลำไส้ใหญ่ด้วยกล้องทุก 3-5 ปี และตรวจหาเลือดในอุจจาระทุกปี นอกจากนี้จะต้องตรวจเต้านมด้วยตนเอง ดูแลสุขภาพปากและฟัน

5. การพัฒนาระบบสนับสนุนระหว่างบุคคล

บุคคลจะได้รับและให้ความช่วยเหลือต่าง ๆ ในระหว่างมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยจะมีการให้และรับความช่วยเหลือซึ่งกันและกันตลอดเวลา รูปแบบและปริมาณความช่วยเหลือที่บุคคลต้องการจะไม่คงที่ แต่จะแตกต่างกันไปตามช่วงชีวิตและสถานการณ์ โดยปกติบุคคลจะใช้แหล่งประโยชน์ภายในตนเองก่อน เมื่อไม่สามารถแก้ปัญหาได้จึงขอความช่วยเหลือจากบุคคลหรือกลุ่มที่อยู่ในระบบสนับสนุนของตนเอง เช่น ครอบครัว กลุ่มทางสังคม หน่วยงานหรือชุมชน (Pender, 1996: 255-256) ความช่วยเหลือที่ได้ อาจจะเป็นรูปธรรม เช่น สิ่งของ เงินทอง การกระทำเพื่อบรรเทาเป้าหมายที่ต้องการ หรืออาจจะเป็นนามธรรม เช่น กำลังใจ ความอบอุ่น ความรัก การประคับประคองอารมณ์ คำแนะนำ ข้อมูล แนวทางที่จะบรรเทาเป้าหมายหรือการประเมินผล การพัฒนาระบบสนับสนุนระหว่างบุคคลจะช่วยสร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการเจริญเติบโต ลดสถานการณ์เครียดในชีวิต ให้ข้อมูลป้อนกลับหรือยืนยันการกระทำและลดผลทางลบที่จะเกิดขึ้นจากความเครียด (Pender, 1987: 396-398) บุคคลที่มีระบบสนับสนุนมาก มีโอกาสได้รับความช่วยเหลือมากกว่าบุคคลที่มีระบบสนับสนุนน้อย ไม่พบว่ามีการเสนอวิธีการพัฒนาระบบสนับสนุนระหว่างบุคคลเฉพาะสำหรับกลุ่มใดโดยเฉพาะ แต่เพนเดอร์ (Pender, 1996: 270-272) เสนอการพัฒนาระบบสนับสนุนระหว่างบุคคลสำหรับวัยผู้ใหญ่ทั่วไปว่ามีความสำคัญและสามารถกระทำได้ โดยสร้างความแข็งแกร่งของสัมพันธภาพเชิงสนับสนุนที่มีอยู่เดิม สร้างความผูกพันที่น่าพึงพอใจระหว่างบุคคลด้วยการพัฒนาทักษะในการสร้างความผูกพันทางสังคมหรือสร้างสัมพันธภาพเชิงสนับสนุนกับบุคคลอื่นด้วยการเรียนรู้ที่จะประเมินและปรับเปลี่ยนการรับรู้พฤติกรรมที่เหมาะสมในสังคม ปรับปรุงรูปแบบปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เช่น การพูดคุย การให้และรับคำยกย่องชมเชย การเพิ่มเสน่ห์ทางกาย การจัดการกับภาวะวิกฤตและความขัดแย้ง สร้างความคิดต่อตนเองในทางบวกให้มากขึ้น และป้องกันผลทางลบที่จะเกิดจากการสูญเสียความสัมพันธ์หรือความผูกพัน โดยช่วยให้บุคคลเผชิญกับการสูญเสียหรือภาวะวิกฤต สามารถใช้ชีวิตตามลำพังกับกิจกรรมที่มี

ประโยชน์และน่าพึงพอใจได้ การเพิ่มระบบสนับสนุนยังสามารถกระทำได้โดยกำหนดเป้าหมายร่วมกันกับบุคคลใกล้ชิด ให้กำลังใจ ให้ความอบอุ่นและความรักแก่บุคคลใกล้ชิด จัดการกับความขัดแย้งระหว่างบุคคลและกลุ่มด้วยวิธีสร้างสรรค์ เสนอความช่วยเหลือแก่บุคคลในกลุ่มบ่อย ๆ เพื่อแสดงความสนใจและสร้างความไว้วางใจ ขยายจำนวนสมาชิกในกลุ่ม โดยหาโอกาสสร้างสัมพันธภาพใหม่ ๆ

6. การปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายในชีวิต

วอลเคอร์ ชีคริส และเพนเดอร์ (Walker, et al., 1987: 79-80) กล่าวว่า บุคคลที่จะบรรลุเป้าหมายในชีวิตได้ต้องปฏิบัติดังนี้ คือ กระตือรือร้น มองโลกในแง่ดี มีจุดมุ่งหมายในชีวิต กำหนดเป้าหมายระยะยาวที่เป็นจริง มีการเจริญเติบโตและเปลี่ยนแปลง รู้จักจุดด้อยและจุดเด่นของตนเอง มีความสุข พึงพอใจในตนเองและสิ่งแวดล้อม ให้ความสำคัญต่อการประสบความสำเร็จ และมองไปยังอนาคต บุคคลจะบรรลุเป้าหมายในชีวิตได้ต้องกำหนดเป้าหมายชีวิต ค้นหาวิธีที่จะพัฒนาตนเอง มีประสบการณ์การตระหนักรู้ในตนเองและพึงพอใจในตนเอง พอตเตอร์ และเพอร์รี่ (Potter, & Perry, 1993: 899) เสนอว่าบุคคลที่บรรลุเป้าหมายในชีวิตได้ต้องมีลักษณะดังนี้ สามารถแก้ปัญหาของตนเองและช่วยผู้อื่นแก้ปัญหาได้ กำหนดปัญหาและคาดการณ์ความสำเร็จของตนเองได้ ยอมรับข้อเสนอแนะของผู้อื่น มีความสนใจอย่างกว้างขวางในงานและความ เป็นไปของสังคม มีทักษะในการสื่อสารที่ดี จัดการกับความเครียดและช่วยให้ผู้อื่นจัดการกับความเครียดได้ ร่าเริงแจ่มใส ค้นหาประสบการณ์และความรู้ใหม่ ๆ อยู่เสมอ เชื่อมมั่นในความสามารถและการตัดสินใจของตนเอง มีความนิยมชมชอบในตนเอง ทักสัน บุญทอง (2529: 287) กล่าวว่าบุคคลอาจจะบรรลุเป้าหมายในชีวิตจากการประสบความสำเร็จสูงสุดตามที่ตนปรารถนา หรือใฝ่ฝันหรือได้ทำกิจกรรมบางอย่างเต็มตามศักยภาพที่บุคคลมีอยู่ การที่จะบรรลุเป้าหมายหรือความปรารถนาในชีวิตได้ บุคคลจะต้องมีความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง ต้องมีการพัฒนาตนเอง อยู่เสมอ มีความคิดริเริ่มกล้ากระทำการสิ่งใหม่ ๆ

การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนและ
เจ้าหน้าที่สุขภาพ

การทบทวนวรรณกรรม พบว่า ไม่มีการศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน แต่มีการศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน พยาบาลและเจ้าหน้าที่สุขภาพ โดยมีผลการศึกษาดังนี้

กรมอนามัย (2539) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของสตรีไทยวัยก่อนและหลังหมดประจำ อายุ 40-59 ปี ซึ่งอาศัยอยู่ในเขตเมืองและชนบททั่วประเทศ ยกเว้นกรุงเทพและปริมณฑล ที่ได้จากการสุ่ม 3 ขั้นตอนตามกลุ่ม จำนวน 8,300 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามปลายเปิดและปลายปิด เกี่ยวกับ พฤติกรรมสุขภาพเรื่องการตรวจร่างกาย การบริโภคนม การดื่มสุราหรือยาคุมกำเนิด กากาแฟหรือไอเสีย การพักผ่อนนอนหลับ การออกกำลังกายและการสูบบุหรี่ จำนวน 7 ข้อ ผลการศึกษา พบว่า สตรีร้อยละ 37 ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีในรอบปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ร้อยละ 55 ไม่ดื่มนมเลย มีเพียงร้อยละ 13 ดื่มนมทุกวันหรือบ่อย สตรีส่วนใหญ่ ร้อยละ 81 ไม่ดื่มสุราหรือยาคุมกำเนิด ไม่ดื่มนมกาแฟหรือไอเสีย ร้อยละ 69 กลุ่มที่ดื่มนมกาแฟจะดื่มประมาณวันละ 2 แก้วหรือมากกว่า สตรีร้อยละ 70 นอนวันละ 6-8 ชั่วโมง ส่วนใหญ่ร้อยละ 59 ไม่ได้ออกกำลังกายเลย และมีเพียงร้อยละ 14 เท่านั้นที่ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ ไม่ต่ำกว่า 20 นาที อาจเนื่องจากสตรีกลุ่มศึกษาส่วนใหญ่ ร้อยละ 56 มีอาชีพเกษตรกรรมซึ่งต้องใช้แรงกายมากอยู่แล้ว และเกือบทั้งหมด คือ ร้อยละ 90 ไม่สูบบุหรี่

สุทธนิญ หุณทสาร (2539) ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนเขตชนบท จังหวัดนนทบุรี ที่มีอายุ 40-59 ปี จำนวน 380 คน ที่ได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ด้วยแบบสัมภาษณ์มีตัวเลือก 3 อันดับ ประกอบด้วยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร 6 ข้อ การออกกำลังกาย 3 ข้อ การผ่อนคลายความเครียด 3 ข้อ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการตรวจร่างกาย อย่างละ 1 ข้อ รวมจำนวน 15 ข้อ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 32.1 (คะแนนร้อยละ 60.8 ของคะแนนเต็ม) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพรายด้าน พบว่า มีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียดถูกต้องต่ำ (คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม) ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 91.1 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 87.6 และไปรับการตรวจร่างกายภายใน 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 59.2

ลำภา อูปการกุล (2538) ศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของหญิงวัยหมดประจำเดือนในชุมชนแออัด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ที่มีอายุ 45-55 ปี จำนวน 80 คน ด้วยแบบสัมภาษณ์ พบว่า เมื่อมีอาการร้อนชื้นๆ กลุ่มตัวอย่างจะบรรเทาอาการโดยการอาบน้ำบ่อย ๆ และเปิดพัดลม ร้อยละ 25 เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ เช่น หลงลืมง่าย อ่อนเพลีย ซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างปล่อยไว้เฉยๆ และร้อยละ 10 จะไปพบแพทย์เมื่อมีอาการไม่สบายและอาการ

อื่น ๆ เช่น การอักเสบในช่องคลอด และประจำเดือนขาดหายไป นอกนั้นจะซื้อยารับประทานเอง และปล่อยไว้เลย ๆ

เพ็ญศรี ระเบียบ และคนอื่น ๆ (2538) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพยาบาล จำนวน 248 คน ที่ได้จากการเลือกแบบบังเอิญ ด้วยแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ที่สร้างขึ้นเองตามแนวคิดของเลวิน (Levine, 1981) และโอเรม (Orem, 1985) ประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านร่างกาย 50 ข้อ แบ่งเป็นด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค 40 ข้อ ด้านการวินิจฉัยและบำบัดรักษา 10 ข้อ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านจิตใจ 16 ข้อ ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวม พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านร่างกาย พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านจิตใจ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคอยู่ในเกณฑ์ ดี (คะแนนสูงกว่าร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม) พฤติกรรมการวินิจฉัยและบำบัดรักษาอยู่ในเกณฑ์ พอใช้ (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม)

ลดาวลัดย์ ผาสุข (2535) ศึกษาแบบแผนการดำรงชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐในกรุงเทพมหานคร 7 แห่ง จำนวน 200 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ด้วยแบบวัดแบบแผนการดำรงชีวิตด้านสุขภาพ 7 ด้าน คือ อาหาร การออกกำลังกาย สุขนิสัยประจำวัน การจัดการกับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การป้องกันโรค ความใส่ใจในสุขภาพตนเอง การจัดการกับภาวะเครียด ผลการศึกษา พบว่า แบบแผนการดำรงชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับดี ทั้งในด้านส่งเสริมสุขภาพและด้านการป้องกันโรค

สุกัญญา ไพทโสภณ (2540) ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 390 คน ที่ได้จากการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (stratified random sampling) ด้วยแบบสอบถาม ชนิด 3 ตัวเลือก เกี่ยวกับการทำกิจกรรม 7 ด้าน คือ การรับประทานอาหาร 10 ข้อ การออกกำลังกาย 3 ข้อ การจัดการกับความเครียด 5 ข้อ การทำงานที่ปลอดภัย 2 ข้อ การสูบบุหรี่ 3 ข้อ การดื่มสุรา 6 ข้อ การตรวจสุขภาพ 1 ข้อ รวมจำนวน 30 ข้อ ผลการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาพฤติกรรมรายด้าน พบว่า พฤติกรรมรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60-80 ของคะแนนเต็ม)

จากผลการศึกษาทั้งหมดที่กล่าวมาจะเห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ปฏิบัติพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ แต่อยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60-80 ของคะแนนเต็ม) ส่วน เครื่องมือที่ใช้ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทยส่วนใหญ่จะสร้างขึ้นเอง มีองค์ ประกอบคล้ายคลึงกัน คือ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการกับความเครียด การตรวจร่างกาย การดูแลเอาใจใส่สุขภาพตนเอง การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนการ ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในต่างประเทศที่ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เป็นกรอบแนวคิด ใช้แบบวัดแบบแผนการดำรงชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health-promoting Lifestyle Profile) ของวอลเคอร์ ซีคริส และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist, & Pender, 1987) ซึ่ง พัฒนามาจาก แบบประเมินแบบแผนการดำรงชีวิตและสุขนิสัย (Lifestyle and Health Habits Assessment) ของเพนเดอร์ เป็นเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Duffy, 1988, 1993; Pender, et al., 1990; Stuijbergen, & Becker, 1994; Weitzel, 1989)

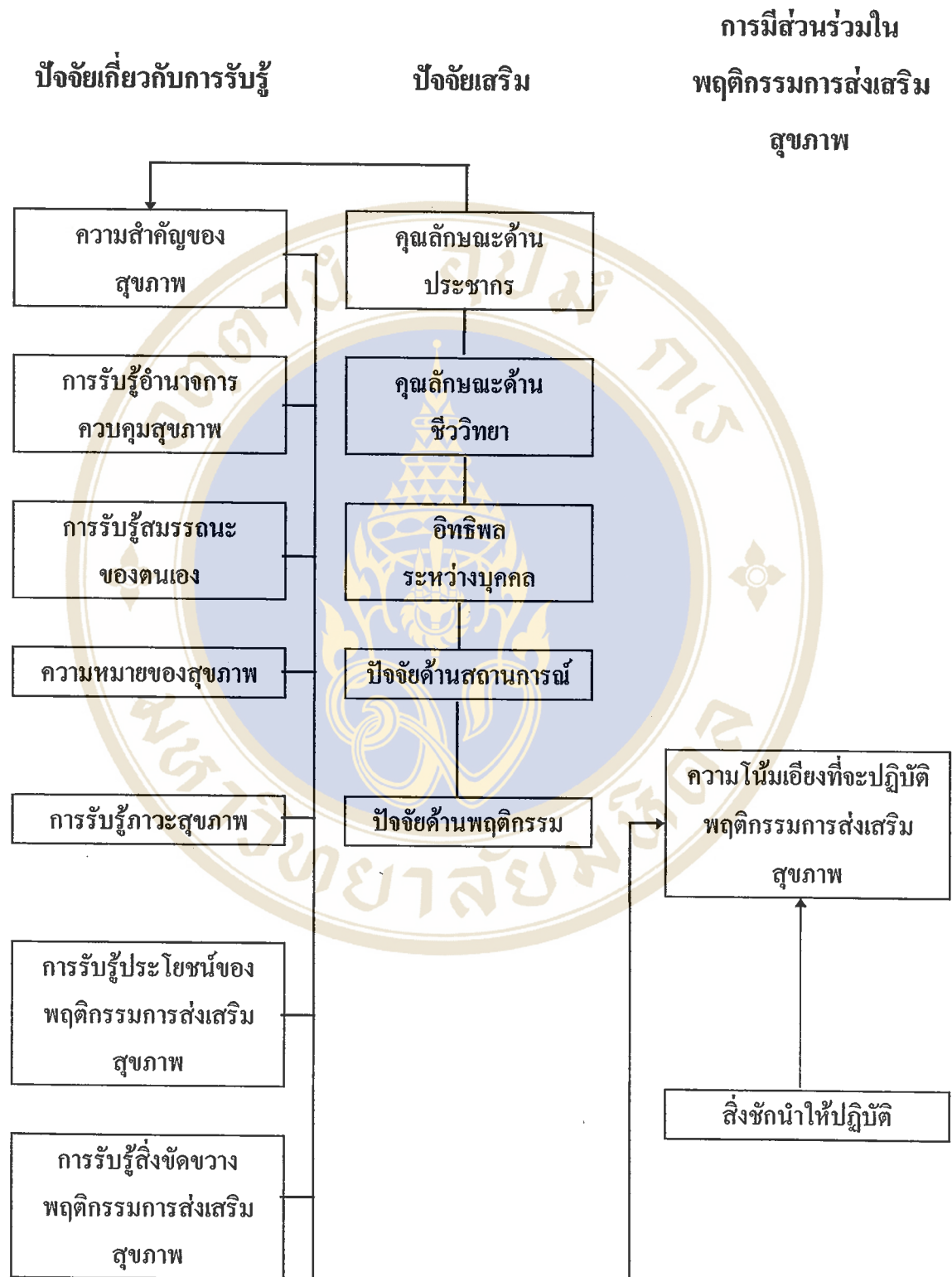
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพมีรูปแบบการศึกษามากมาย เช่น รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) อธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมการป้องกันโรค รูปแบบการปฏิบัติด้านสุขภาพ (Health action model) อธิบายปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั่วไป รูปแบบพีรีซีดี-โพรซีดี (PRECEDE-PROCEDE model) อธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพและการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งล้วนแต่นำ พฤติกรรมป้องกันโรคหรือภาวะใดภาวะหนึ่งไม่ครอบคลุมพฤติกรรมของคนทั้งคน จากการศึกษา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion model) ของเพนเดอร์ (Pender, 1987) พบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ มุ่งอธิบายพฤติกรรมของคนทั้งคนไม่ใช่พฤติกรรม เฉพาะภาวะหรือโรคใดโรคหนึ่ง มีแนวคิดผสมผสานระหว่างศาสตร์ทางการแพทย์กับศาสตร์ ทางพฤติกรรม ที่ให้ความสำคัญแก่ปัจจัยด้านจิตสังคม (biopsychosocial) ในการอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ ซึ่งมีความครอบคลุมและเป็นองค์รวม เพราะบุคคลเป็นองค์ประกอบของกายหรือชีวและจิตที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ในสังคม และเน้นว่าความต้องการที่จะดำรง และเพิ่มพูนความผาสุก สุขภาพ และคุณภาพชีวิตให้อยู่ในระดับสูงสุดเป็นแรงจูงใจให้บุคคลมี พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ มิใช่ความต้องการที่จะหลีกเลี่ยงจากโรค ภาวะหมดประจำเดือน เป็นเหตุการณ์ที่สตรีรับรู้ว่ามีไข้โรคแต่เป็นเหตุการณ์ปกติตามธรรมชาติ (Chirawatkul, & Manderson, 1994: 1545; Dickson, 1990: 20; Gannon, 1985: 151; Quinn, 1991a: 307) สตรีจะมี

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในวัยหมดประจำเดือนได้ หากมีแรงจูงใจที่จะดำรงและเพิ่มพูนความผาสุก สุขภาพ และคุณภาพชีวิต มิใช่แรงจูงใจที่จะหลีกเลี่ยงการเกิดโรค เพราะสตรีทุกคนต้องเผชิญกับภาวะหมดประจำเดือนซึ่งมิใช่โรคโดยไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ การรับรู้ของสตรีสอดคล้องกับความเห็นของเพนเดอร์และคนอื่น ๆ (Pender, et al., 1992: 108) ว่า ภาวะหมดประจำเดือนเป็นเหตุการณ์ปกติตามพัฒนาการ ซึ่งต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ในการอธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพจึงเลือกอธิบายตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ การทบทวนวรรณกรรมในส่วนนี้จะกระทำเป็น 3 ส่วน คือ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การประเมินปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้ ซึ่งมีรายละเอียดในแต่ละส่วนดังนี้

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1987) พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theory) มีแนวความคิดว่าพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่ถูกกระตุ้นด้วยความปรารถนาที่จะเจริญเติบโต แสดงออกซึ่งศักยภาพและความปรารถนาที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Pender, 1987: 57) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพหรือทำให้เกิดความโน้มเอียงที่จะกระทำพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้ ปัจจัยเสริม และสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ ปัจจัยทั้งสามอาจจะมีความสัมพันธ์กันในลักษณะเสริมเพื่อบวกหรือหักล้าง (Pender, 1987: 59-60) ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1987: 58)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ มีดังนี้

1. ปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้

ปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้ เป็นกลไกกระตุ้นตัวแรกที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและดำรงรักษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเอาไว้ หรือมีผลโดยตรงต่อความโน้มเอียงที่จะกระทำการส่งเสริมสุขภาพ เพราะการรับรู้เป็นผลของการตีความสิ่งต่าง ๆ ตามประสบการณ์เดิม ปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้ที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ความสำคัญของสุขภาพ (Importance of health) การรับรู้อำนาจการควบคุมสุขภาพ (Perceived control of health) การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Perceived self-efficacy) ความหมายของสุขภาพ (Definition of health) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived health status) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Perceived benefits of health-promoting behaviors) การรับรู้สิ่งขัดขวางพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Perceived barriers of health-promoting behaviors) ปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้แต่ละตัวมีความหมายและความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้ (Pender, 1987: 60)

1.1 ความสำคัญของสุขภาพ

ความสำคัญของสุขภาพ หมายถึง การให้คุณค่าของสุขภาพเมื่อเทียบกับคุณค่าที่ให้กับสิ่งอื่น (Pender, et al., 1990: 327; Weitzel, 1989: 100; Weitzel, & Waller, 1990: 25) ความสำคัญที่บุคคลให้ความสำคัญจะเป็นตัวแสดงถึงค่านิยมที่บุคคลมีต่อสิ่งนั้น ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกและกระตุ้นให้มีการลงมือปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อบรรลุถึงการมีสุขภาพดี ทำให้เกิดความสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพ มีผลต่อความถี่และความจริงจังในการปฏิบัติพฤติกรรมปกป้อง และส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยกำหนดค่านิยมของบุคคล คือ ภูมิลำเนา สังคม วัฒนธรรม ประสบการณ์ชีวิต สัมพันธภาพและสภาพแวดล้อมทางสังคม (Pender, 1987: 159-160) ความสำคัญที่บุคคลกำหนดให้กับสุขภาพจะมีผลให้บุคคลเลือกที่จะรับรู้ สนใจแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น เป็นการเพิ่มความรู้ความเข้าใจ ทำให้สามารถคิดและตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพได้ถูกต้องขึ้น (Molzahn, & Northcott, 1989: 133)

1.2 การรับรู้อำนาจการควบคุมสุขภาพ

การรับรู้อำนาจการควบคุมสุขภาพเป็นความเชื่อว่าสุขภาพอยู่ภายใต้ความควบคุมของตนเองหรือสิ่งอื่น มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ ที่จะดำรงสุขภาพของตนเองไว้ บุคคลที่

รับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการควบคุมและมีความปรารถนาอย่างมากในการควบคุมสุขภาพตนเอง จะแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างชัดเจน แต่ถ้ามีความปรารถนาอย่างมากที่จะทำการควบคุม แต่รับรู้โอกาสของการควบคุมน้อยจะเกิดความรู้สึกหมดทางช่วยเหลือ (helplessness) กับข้อใจ จึงไม่แสดงพฤติกรรม บุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการควบคุมสุขภาพของตนเอง (ความเชื่ออำนาจการควบคุมสุขภาพภายในตน) จะปฏิบัติสิ่งต่าง ๆ เพื่อดำรงสุขภาพของตนเองไว้โดยการริเริ่มของตนเอง หากมีความเชื่อว่าสุขภาพอยู่ภายใต้การควบคุมของสิ่งอื่น (ความเชื่ออำนาจการควบคุมสุขภาพภายนอกตน) จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อได้รับการผลักดันจากสิ่งนั้น (Pender, 1987: 62) การศึกษาความเชื่ออำนาจการควบคุมสุขภาพ พบว่า ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจการควบคุมสุขภาพภายนอกตน จะประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนัก เมื่อเข้าร่วมโครงการที่ใช้แรงกดดันจากสังคมเป็นตัวกระตุ้น แต่บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจการควบคุมสุขภาพภายในตน จะประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนักเมื่อเข้าร่วมโครงการที่กำหนดด้วยตนเอง ทั้งยังพบว่า ความเชื่ออำนาจการควบคุมสุขภาพภายในตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปกป้องสุขภาพ แต่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างไม่คงที่ (Palank, 1991: 819)

1.3 การรับรู้สมรรถนะของตนเอง

การรับรู้สมรรถนะของตนเอง เป็นการตัดสินใจหรือรับรู้ความสามารถของบุคคลที่จะประสบความสำเร็จระดับหนึ่งในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งบนพื้นฐานของทักษะที่มีอยู่ มีผลต่อความถี่ของการปฏิบัติ การรับรู้สมรรถนะของตนเองจะแตกต่างกันตามประสบการณ์ความสำเร็จในการปฏิบัติสิ่งนั้นในอดีตที่ผ่านการประเมินด้วยเกณฑ์มาตรฐานของตนเองหรือการตัดสินใจของผู้อื่น เห็นผู้อื่นประสบความสำเร็จในการปฏิบัติสิ่งนั้น การได้รับคำยืนยันจากผู้อื่นว่าคุณมีความสามารถในการปฏิบัติสิ่งนั้น และภาวะความพร้อมทางสรีระของร่างกาย (Bandura, 1982, 1988; Pender, 1987, 1996) การตัดสินใจว่าคุณจะสามารถจะประสบความสำเร็จในการกระทำที่จะต้องดำเนินไปเป็นระยะเวลาหนึ่งได้มากน้อยเพียงใด เป็นตัวกำหนดว่าคุณจะเลือกทำอะไร จะใช้ความพยายามมากน้อยเท่าใด จะมุ่งมั่นยืนหยัดที่จะกระทำนานเท่าใดเมื่อต้องเผชิญกับอุปสรรคหรือสิ่งที่ไม่ต้องการ จะมีรูปแบบความคิดและปฏิกิริยาด้านอารมณ์ต่อสิ่งแวดล้อมอย่างไร แต่ไม่ได้เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหรือความสามารถในการเผชิญสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด การรับรู้สมรรถนะของตนเองจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่บุคคลกระทำ ผู้ที่รับรู้ว่าคุณมีสมรรถนะสูงจะมีพฤติกรรมมากกว่าผู้รับรู้ว่าคุณมีสมรรถนะต่ำ (Bandura, 1982, 1986) การรับรู้สมรรถนะของตนเองจะมีผลต่อการตัดสินใจลงมือกระทำและความจริงจังในการกระทำ (Pender, 1987) การรับรู้ว่าคุณมีสมรรถนะจะกระตุ้นให้คุณเข้าสู่พฤติกรรมเป้าหมายบ่อยกว่า

ผู้ที่รับรู้ว่าตนเองไม่มีความสามารถและขาดทักษะ (Pender, 1996: 69-70) เป็นตัวแปรที่มีความสามารถสูงในการทำนายพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น การเปลี่ยนนิสัยการบริโภค การลดน้ำหนัก การงดบุหรี่ (Palank, 1991: 820)

1.4 การรับรู้ความหมายของสุขภาพ

ความหมายของสุขภาพเป็นพื้นฐานที่จะกำหนดความพยายามในการส่งเสริมสุขภาพของบุคคล เพราะสุขภาพเป็นเป้าหมายที่บุคคลต้องการบรรลุ เมื่อบุคคลกำหนดเป้าหมายในลักษณะใด ก็จะกำหนดวิธีการไปถึงเป้าหมายให้สอดคล้องกับเป้าหมาย หากให้ความหมายสุขภาพต่างกันย่อมมีผลให้มีการกระทำเพื่อบรรลุถึงสุขภาพต่างกันไปด้วย ความหมายที่บุคคลกำหนดให้แก่สุขภาพจะมีอิทธิพลต่อขอบเขตของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่บุคคลจะกระทำ หากให้ความหมายสุขภาพเป็นการปรับตัวหรือความคงที่บุคคลจะมีพฤติกรรมปกป้องสุขภาพ โดยหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยและโรค หากให้ความหมายเป็นการบรรลุเป้าหมายในชีวิตจะมีผลให้เกิดกิจกรรมที่ริเริ่มด้วยตนเอง เพื่อมุ่งไปสู่การได้มาซึ่งสุขภาพและความผาสุกในระดับที่สูงขึ้น บุคคลที่ให้ความหมายสุขภาพต่างกัน จะเลือกวิธีการที่จะบรรลุเป้าหมายต่างกันด้วย (Pender, 1987: 63) นอกจากนี้ยังพบว่า การให้ความหมายสุขภาพเป็นความผาสุก จะเสริมแรงหรือกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Gillis, 1993: 349)

1.5 การรับรู้ภาวะสุขภาพ

เพนเดอร์ (Pender, 1987: 64) กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นการตัดสินระดับของภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่จะจำแนกความตั้งใจที่จะเริ่มปฏิบัติและดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมมีบทบาทสำคัญต่อความถี่และความจริงจังของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประสพการณ์เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงระดับความผาสุกและภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างรวดเร็ว สังเกตเห็นได้ชัดเจนจะเป็นตัวกระตุ้นให้เห็นคุณค่าของสุขภาพ ขยายขอบเขตการส่งเสริมสุขภาพและเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตที่ต้องการให้มากขึ้น ในขณะเดียวกัน การมีความไม่สุขสบายเป็นเวลานาน ๆ จะลดความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ผลการศึกษาพบว่าบุคคลที่มีภาวะสุขภาพดีจะตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างจริงจังต่อเนื่อง (Pender, 1980) การศึกษาสตรีวัยกลางคนในเมลเบิร์น พบว่า สตรีที่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีกว่าเพื่อน มีลักษณะดังนี้ คือ สูงอายุ ทำงานเต็มเวลา มีสถานภาพสมรสหย่าหรือแยก เคยตั้งครรภ์ไม่ครบกำหนด ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 4 ครั้ง ว่ายน้ำ และมีความเชื่อว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนจะกังวลเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต ส่วนสตรีที่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพด้อยกว่าเพื่อน

มีลักษณะดังนี้ คือ มีอาการ/ความไม่สุขสบายมาก ได้รับการรักษาด้วยยาจากแพทย์ เคยตัดรังไข่ กังวลเกี่ยวกับการมีรายได้อลดลง เคยเป็นโรคหัวใจ มีดัชนีมวลกายสูงหรือต่ำกว่าปกติ เป็นโรค มะเร็ง มีญาติเสียชีวิตภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา (Dennerstein, 1996: 151) นอกจากนี้ยังพบว่า สตรี ก่อนหมดประจำเดือน ระบุว่าตนเองมีสุขภาพดีสูงสุด รองลงมา คือ สตรีหลังหมดประจำเดือน และกลุ่มที่ระบุว่าตนเองมีสุขภาพต่ำสุด คือ สตรีใกล้หมดประจำเดือน (Engel, 1987)

1.6 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

เพนเดอร์ (Pender, 1996: 68) กล่าวว่า การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ เป็นการรับรู้เกี่ยวกับผลลัพธ์ด้านบวกหรือการเสริมแรงที่เกิดจากการกระทำที่ได้จากประสบการณ์การกระทำในอดีตของตนเอง หรือเรียนรู้จากการสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น ประโยชน์ของการกระทำ อาจเป็นประโยชน์ภายใน เช่น เพิ่มความตื่นตัวของร่างกาย ลดความเมื่อยล้า หรือประโยชน์ภายนอก เช่น ได้เงินเป็นของตอบแทน มีโอกาสสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ประโยชน์ภายนอกมักมี ผลสำคัญเชิงกระตุ้นให้เริ่มพฤติกรรม ส่วนประโยชน์ภายในมักมีผลให้เกิดความต่อเนื่องของการกระทำ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมจะมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรม แบนดูรา (Bandura, 1986: 395) กล่าวว่า บุคคลที่มีทักษะและรู้ว่าตนเองมีสมรรถนะสูงที่จะประสบความสำเร็จได้ ก็อาจจะเลือกไม่ปฏิบัติกิจกรรมที่ตนเองเห็นว่าไม่ให้ผลตอบแทนหรือประโยชน์ตามที่ตนเอง ต้องการ หรือบุคคลจะมีพฤติกรรมที่ต้องการเมื่อเห็นประโยชน์ที่จะเกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรม นั้น การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เสนอไว้ในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ มีความหมายเกี่ยวกับความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectancy) ของแบนดูรา บุคคลที่มองเห็นประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพจะเริ่มลงมือปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง (Pender, 1987)

1.7 การรับรู้สิ่งขัดขวางพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

เพนเดอร์ (Pender, 1987) กล่าวว่า การรับรู้สิ่งขัดขวางพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เป็นการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่จะเป็นอุปสรรคหรือรบกวนความสามารถในการแสดง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพว่ามีมากน้อยเพียงใด สิ่งขัดขวางอาจจะเป็นสิ่งที่จริงหรือเป็นสิ่งที่ คาดว่าจะเป็นทั้งจากตนเอง เช่น ไม่มีแรงจูงใจ เหนื่อยล้า เมื่อ ไม่มีทักษะในการปฏิบัติ ไม่เชื่อว่า จะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้สำเร็จ หรือจากสถานการณ์สิ่งแวดล้อม เช่น ความไม่พร้อม ความไม่สะดวกของสถานที่ อุปกรณ์ ข้อมูล ความยุ่งยากของการปฏิบัติ ค่าใช้จ่าย ไม่มีเวลา ไม่ สามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ที่เหมาะสม ความไม่เพละเลเลินของกิจกรรม ต้องมีการเปลี่ยนแปลง

ชีวิตมาก สิ่งขัดขวางจะมีผลต่อความถี่ของการเกิดพฤติกรรม การรับรู้สิ่งขัดขวางจะแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ในอดีต การใช้สื่อมวลชน การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรทางสุขภาพ และจะส่งผลต่อความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เพนเดอร์ (Pender, 1996: 69) เสนอเพิ่มเติมว่า การรับรู้สิ่งขัดขวางพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ความไม่เพียงพอ ความไม่สะดวก ความแพง ความยุ่งยาก การเสียเวลามาก หรือสูญเสียความพึงพอใจ เมื่อจะทำพฤติกรรมบางอย่าง จะมีผลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมเฉพาะอย่าง และความสำเร็จจริงของการกระทำ ก่อให้เกิดพฤติกรรมหลีกเลี่ยง เป็นปัจจัยที่จะมีผลโดยตรงในการปิดกั้นและกีดขวางการกระทำพฤติกรรมที่ต้องการ ผลการศึกษาพบว่าบุคคลที่รับรู้ว่ามีสิ่งขัดขวางพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมากจะปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพน้อยลงหรือไม่ปฏิบัติเลย (Pender, 1987)

2. ปัจจัยเสริม

ปัจจัยเสริมมีอิทธิพลโดยตรงต่อปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้ของบุคคล ทำให้บุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพต่างกัน และมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อรูปแบบของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่บุคคลจะปฏิบัติ ปัจจัยเสริม ได้แก่ คุณลักษณะด้านประชากร (demographic characteristics) คุณลักษณะด้านชีววิทยา (biologic characteristics) อิทธิพลระหว่างบุคคล (interpersonal influences) ปัจจัยด้านสถานการณ์ (situational factors) ปัจจัยด้านพฤติกรรม (behavioral factors) (Pender, 1987: 68) ปัจจัยเสริมแต่ละตัวประกอบด้วยตัวแปรและความสัมพันธ์กับปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดังนี้

2.1 คุณลักษณะด้านประชากร

คุณลักษณะด้านประชากร ที่สำคัญ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ (race) ชาติพันธุ์ วรรณา (ethnicity) การศึกษา รายได้ และสถานภาพสมรส จะมีผลโดยตรงต่อปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้ และมีผลโดยอ้อมต่อรูปแบบของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1987: 66) อายุเป็นตัวกำหนดวุฒิภาวะ พัฒนาการ ความสามารถ ความต้องการ ประสบการณ์ ความรู้ ความเชื่อ การคิด การตัดสินใจและการรับรู้ (Varner & Younger, 1995: 253) บุคคลที่มีอายุต่างกันจะมีการรับรู้ต่างกัน บุคคลในแต่ละเชื้อชาติจะมีความเชื่อ วัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณีเฉพาะของตนเอง การศึกษา ช่วยพัฒนาความสามารถด้านสติปัญญา ทักษะ และเจตคติ เพราะได้รับข้อมูลและประสบการณ์มากขึ้น สามารถใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้ดีขึ้น ทำให้มีความเฉลียวฉลาดสามารถคิดตัดสินใจได้ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น มีทักษะในการปฏิบัติสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ (Orem, 1991: 151; Pender, 1987: 66) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเจตคติ (Molzahn, & Northcott, 1989: 135) รายได้ เป็นตัวกำหนดความสามารถในการจัดหาและได้มาซึ่งสิ่งสนับสนุนแหล่งประโยชน์และสิ่งจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตของบุคคล เช่น อาหาร เสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค และสิ่งเพิ่มคุณภาพชีวิต เช่น การศึกษา การสันทนาการ ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ จะมีผลกระทบโดยตรงต่อพัฒนาการของมนุษย์ (Pender, 1987: 60) รายได้ยังกำหนดสถานะทางสังคม และลักษณะเฉพาะของกลุ่มซึ่งมีผลให้การรับรู้ของบุคคลต่างกัน (Molzahn, & Northcott, 1989: 137) สถานภาพสมรส มีผลต่อจำนวนเครือข่ายทางสังคมของบุคคล บุคคลที่สมรสจะมีเครือข่ายมากขึ้นทำให้บุคคลมีแหล่งความช่วยเหลือและแหล่งประโยชน์มากขึ้น (Gillis, 1993: 350) การสมรสยังมีผลให้สิ่งแวดล้อมทางสังคมของบุคคลเปลี่ยนไปด้วย บุคคลจึงต้องมีการปรับตัวและเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะเมื่อต้องมียาเสพติดและหน้าที่รับผิดชอบตามบทบาทเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังได้รับอิทธิพลด้านความคิด ความเชื่อจากคู่สมรสหรือบุคคลในเครือข่ายมากขึ้น ทำให้การรับรู้ต่างไป

2.2 คุณลักษณะด้านชีววิทยา

คุณลักษณะด้านชีววิทยาที่สำคัญ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย (body mass index) สมรรถภาพด้านแอโรบิก (aerobic capacity) ความแข็งแรง (strength) ความว่องไว (agility) ความสมดุล (balance) สถานะของวัยรุ่น (pubertal status) ระยะของวัยหมดประจำเดือน (menopausal status) ปัจจัยดังกล่าวจะมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1996: 68) ดัชนีมวลกายเป็นตัวบ่งชี้ภาวะโภชนาการและภาวะสุขภาพของบุคคล (กรมอนามัย, 2539: 27) บุคคลที่มีภาวะโภชนาการปกติหรือเกินปกติเล็กน้อยจะรับรู้ว่าคุณภาพดี ส่วนผู้ที่มีภาวะโภชนาการเกินปกติมากและต่ำกว่าปกติจะรับรู้ว่าคุณภาพไม่ดีสตรีที่มีภาวะโภชนาการผิดปกติจะต้องเปลี่ยนแปลงแบบแผนการบริโภค (มันทนา ประทีปเสน, 1996:33) ดัชนีมวลกายยังมีผลต่อรูปแบบการนอนหลับของบุคคล บุคคลที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่า 20 กิโลกรัม/เมตร² จะมีความผิดปกติในการนอนหลับมากกว่าผู้มีดัชนีมวลกายสูงกว่า 30 กิโลกรัม/เมตร² (Asplund, & Aberg, 1995: 3-4)

2.3 อิทธิพลระหว่างบุคคล

อิทธิพลระหว่างบุคคล เป็นความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อหรือทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลอื่น ได้แก่ บรรทัดฐานของบุคคล (norms) การสนับสนุนทางสังคม (social support) และตัวแบบ (modeling) บรรทัดฐานทางสังคมจะเป็นตัวกำหนดมาตรฐานการ

ปฏิบัติ การสนับสนุนทางสังคมทำให้มีแหล่งประโยชน์จากผู้อื่นมากขึ้น ส่วนตัวแบบจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ (Pender, 1996: 70-71) อิทธิพลระหว่างบุคคลยังรวมถึงความคาดหวังของบุคคลสำคัญ รูปแบบการดูแลสุขภาพของครอบครัว การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรสุขภาพ แหล่งบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลเป็นอันดับแรก คือ ครอบครัว เช่น บิดา มารดา พี่น้อง กลุ่มเพื่อน ผู้ให้บริการสุขภาพ (Pender, 1987: 67) บุคคลใกล้ชิดเป็นผู้มีบทบาทสำคัญต่อความคิดและการกระทำของบุคคลเป็นอย่างมาก รูปแบบการปฏิบัติตัวของบุคคลใกล้ชิดเป็นตัวอย่างให้บุคคลได้เรียนรู้ด้วยการสังเกต ทำให้เห็นธรรมชาติของการกระทำ สิ่งแวดล้อมขณะกระทำ ผลลัพธ์ของการกระทำ หากเห็นว่าการกระทำนั้นก่อให้เกิดประโยชน์ตามที่ต้องการ จะมีผลให้บุคคลเลียนแบบพฤติกรรมนั้นมากขึ้น (ศรีธรรม ธนะภูมิ 2535: 35; Bandura, 1982: 126-127; Pender, 1982, 1987) อิทธิพลระหว่างบุคคลจะมีผลต่อแหล่งประโยชน์ การเรียนรู้ของบุคคล การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และการรับรู้ขีดขวางพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.4 ปัจจัยด้านสถานการณ์

ปัจจัยด้านสถานการณ์ ได้แก่ ความเพียงพอของทางเลือกที่จะส่งเสริมสุขภาพ และความง่ายที่จะเข้าถึงทางเลือกในการส่งเสริมสุขภาพ หากสภาพแวดล้อมสะดวก สถานที่เพียงพอ บรรยากาศจูงใจ บุคคลจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1987: 68) ปัจจัยด้านสถานการณ์ยังรวมถึงการรับรู้เกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับความเพียงพอของทางเลือก ลักษณะความต้องการ (demand characteristics) และความสุนทรีย์ของสภาพแวดล้อมที่จะทำพฤติกรรมนั้น ๆ (aesthetic features) ปัจจัยด้านสถานการณ์จะมีผลทั้งในด้านส่งเสริมและขัดขวางการเกิดพฤติกรรม บุคคลจะกระทำสิ่งต่าง ๆ อย่างเต็มที่ในสถานการณ์ที่เขาารู้สึกว่าเหมาะสมเข้ากันได้ มีความเกี่ยวพัน ปลอดภัยและมั่นใจ มากกว่าในสถานการณ์ที่ไม่เหมาะสมเข้ากันไม่ได้ แปรกแยก ไม่ปลอดภัยและไม่มั่นใจ (Pender, 1996: 71)

2.5 ปัจจัยด้านพฤติกรรม

ปัจจัยด้านพฤติกรรม คือ ประสิทธิภาพการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต การกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ต้องการความรู้และทักษะ การมีประสิทธิภาพเกี่ยวกับกิจกรรมนั้น ๆ ในอดีต ความถนัดในการทำกิจกรรมเดิมหรือคล้ายคลึงกันจะช่วยส่งเสริมให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ดีขึ้น พฤติกรรมในอดีตจะมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบัน เนื่องจากทำให้เกิดทักษะ นิสัยและความเคยชินที่จะทำสิ่งนั้น และมีผลโดยอ้อมต่อพฤติกรรม คือ มีผลต่อ

การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ประโยชน์และสิ่งขัดขวางพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1996: 66-68) ประสบการณ์ความสำเร็จในอดีตจะมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะของบุคคล หากประสบความสำเร็จจะรับรู้ว่าคุณเองมีสมรรถนะสูง หากประสบความล้มเหลวซ้ำแล้วซ้ำอีกจะทำให้รับรู้ว่าคุณเองมีสมรรถนะต่ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าความล้มเหลวนั้นเกิดขึ้นเร็ว จนไม่สามารถสะท้อนให้เห็นว่าคุณคลใช้ความพยายามน้อยเกินไป หรือความล้มเหลวเป็นผลจากสถานการณ์ภายนอก บุคคลจะมีการรับรู้ว่าคุณล้มเหลวเกิดจากการไร้ความสามารถของตนเอง (Bandura, 1982: 126)

3. สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ ได้แก่ สิ่งชักนำภายในและสิ่งชักนำภายนอก (Pender, 1987: 68-69)

3.1 สิ่งชักนำภายใน เช่น การตระหนักรู้ในศักยภาพที่จะเจริญเติบโตหรือเพิ่มพูนความรู้สึกลึกซึ้งจากการส่งเสริมสุขภาพของบุคคล (personal awareness)

3.2 สิ่งชักนำภายนอก เช่น การพูดคุยกับบุคคลอื่นเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพหรือได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อมวลชน

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่กล่าวไปข้างต้น มีปัจจัยที่ครอบคลุมทั้งชีวิตสังคม แต่ค่อนข้างซับซ้อน ขาดต่อการนำปัจจัยทุกตัวไปทดสอบทั้งหมด การนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ไปศึกษาจึงต้องพิจารณาเลือกตัวแปรให้เหมาะสม เพื่อให้สามารถอธิบายพฤติกรรมที่ต้องการได้สูงสุด ซึ่ง มิตเชล (Mitchell, 1995: 218) เสนอว่า ควรเลือกตัวแปรที่มีความสามารถในการทำนายได้ดีมาทดสอบ การทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ศึกษาตัวแปรต่าง ๆ ดังจะได้กล่าวต่อไป

การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เป็นกรอบแนวคิด พบว่า ส่วนใหญ่ศึกษาปัจจัยบางตัว ปัจจัยที่มีผู้ศึกษามากที่สุด คือ การรับรู้อำนาจการควบคุมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาส่วนมากเป็นผู้ใหญ่ (Gillis, 1993) ยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดประจำเดือน การศึกษาที่ผ่านมา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการ

ส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ และการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในวัยหมดประจำเดือน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์

สุกัญญา ไพทโสภณ (2540) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 390 คน ที่ได้จากการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเอง ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านทุกด้าน มีปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ได้แก่ ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60-80 ของคะแนนเต็ม) และมีการรับรู้สถานะทางสุขภาพของตนในระดับต่ำ การวิเคราะห์การจำแนกหมู่ พบว่า ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด ร้อยละ 47.1 ปัจจัยร่วมสามารถทำนายได้รองลงมา ร้อยละ 14.3 ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้สูงสุดตามลำดับ คือ การรับรู้ความสามารถตนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ ปัจจัยร่วมที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้สูงสุดตามลำดับ คือ เพศ กลุ่มวิชาชีพ ดัชนีมวลกาย ส่วนการรับรู้ประโยชน์ สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพการรับราชการ และรายได้ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

ลดาวัลย์ ผาสุข (2535) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ทางสุขภาพ การสนับสนุนจากหน่วยงานกับแบบแผนการดำรงชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร จำนวน 200 คน ที่ได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเอง โดยศึกษา ตัวพยากรณ์ ได้แก่ การรับรู้อำนาจการควบคุมตนเองด้านสุขภาพ การรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนจากหน่วยงาน อายุ และสถานภาพสมรส ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การวิเคราะห์การถดถอยพบ พบว่า ตัวแปรสำคัญที่ร่วมพยากรณ์ได้ตามลำดับ คือ อายุ การสนับสนุนจากหน่วยงาน การรับรู้คุณค่าในตน และการรับรู้อำนาจความบังเอิญ ร่วมกันพยากรณ์แบบแผนการดำรงชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ได้ร้อยละ 30.2

ลาฟรีย์และไอเซนเบิร์ก (Laffrey, & Isenberg, 1983) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจการควบคุมสุขภาพภายในตน ค่านิยมต่อสุขภาพ การรับรู้ความสำคัญของการออกกำลังกาย และการเข้าร่วมกิจกรรมทางกายในยามว่าง ของสตรีอายุ 24-65 ปี จำนวน 70 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่านิยมต่อสุขภาพสูง เมื่อวัดด้วยแบบวัดค่านิยมต่อสุขภาพของวอลสตันและคนอื่น ๆ (Wallston, et al., 1978) ค่านิยมต่อสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับการมีกิจกรรมทางกายในยามว่าง กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการออกกำลังกายมีความสำคัญปานกลางและมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการมีกิจกรรมทางกายในยามว่าง อายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการมีกิจกรรมทางกายในยามว่าง การศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับกิจกรรมทางกายในยามว่าง รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางกายในยามว่าง ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอนพบว่า ตัวแปรที่เข้าสมการตามลำดับ คือ การรับรู้ความสำคัญของการออกกำลังกาย ค่านิยมต่อสุขภาพ และความเชื่ออำนาจการควบคุมสุขภาพภายในตน ร่วมกันอธิบายการมีกิจกรรมทางกายในยามว่างได้ ร้อยละ 22 การรับรู้ความสำคัญของการออกกำลังกายตัวเดียวอธิบายการมีกิจกรรมทางกายในยามว่างได้ ร้อยละ 21

ดัฟฟี่ (Duffy, 1988) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคน อายุ 35-65 ปี ที่ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยสาธารณะขนาดใหญ่ ในแถบภาคตะวันตกเฉียงใต้ของประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 262 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับ ความเชื่ออำนาจการควบคุมสุขภาพ ความภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และข้อมูลด้านประชากร ได้แก่ อายุ เชื้อชาติ รายได้ของครอบครัว การศึกษา สถานภาพสมรส การทำงาน และจำนวนสมาชิกในครอบครัว ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอนพบว่า ตัวแปรที่เข้าสมการตามลำดับ คือ ความเชื่ออำนาจการควบคุมสุขภาพโดยบังเอิญ ความภาคภูมิใจในตนเอง ภาวะสุขภาพปัจจุบัน ความห่วงใยสนใจสุขภาพ การจบการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย ความเชื่ออำนาจการควบคุมสุขภาพภายในตน ตัวแปรทั้งหมดร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมได้ ร้อยละ 25

วอลเคอร์ และคนอื่น ๆ (Walker, et al., 1988) ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มตัวอย่าง อายุ 18-88 ปี จำนวน 452 คน ด้วยแบบวัดแบบแผนการดำรงชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวอลเคอร์ ซีคริส และเพนเดอร์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุ (อายุ 55-88 ปี) มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านดีกว่าวัยกลางคน (อายุ 35-54 ปี) และวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (อายุ 18-34 ปี) ยกเว้นการปฏิบัติเพื่อบรรเทาปัญหาในชีวิต การออกกำลังกาย และการพัฒนา

ระบบสนับสนุนระหว่างบุคคล เมื่อวิเคราะห์การถอดอรรถ พบว่า อายุ สามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ยกเว้นการออกกำลังกายและการพัฒนาระบบสนับสนุนระหว่างบุคคล การศึกษาสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวม และรายด้าน ยกเว้นการออกกำลังกายและความรับผิดชอบต่อสุขภาพ รายได้สามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ยกเว้นโภชนาการ การพัฒนาระบบสนับสนุนระหว่างบุคคลและการจัดการกับความเครียด สถานภาพสมรสสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการได้

เพนเดอร์ และคนอื่น ๆ (Pender, et al., 1990) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพนักงานที่เข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพในบริษัทที่อยู่ภาคกลางแถบตะวันตกของประเทศสหรัฐอเมริกา 6 แห่ง จำนวน 589 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ได้แก่ ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้อำนาจการควบคุมสุขภาพ ความหมายของสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ทั่วไป คือ การรับรู้ความสามารถของบุคคล คุณลักษณะด้านประชากร ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ และเชื้อชาติ ปัจจัยด้านพฤติกรรม คือ ระยะของการออกกำลังกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญแก่สุขภาพสูง เมื่อวัดด้วยแบบวัดค่านิยมต่อสุขภาพของวอลสตันและคนอื่น ๆ และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ รับรู้ความสามารถของตนเองในระดับปานกลาง เมื่อวัดด้วยแบบวัดความสามารถส่วนบุคคล (The Personal Competence Rating Scale) ของวอลสตันซึ่งประเมินการรับรู้ความสามารถในการจัดการกับความเปลี่ยนแปลงวุ่นวาย (flux) การบรรลุเป้าหมายและการแก้ปัญหา จำนวน 8 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 6 อันดับ การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพสูง เมื่อวัดด้วยคำถามข้อเดียวซึ่งมี 4 อันดับ และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การศึกษา รายได้ สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบเชิงชั้น โดยมีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ เป็นตัวแปรกลุ่มแรก การรับรู้ทั่วไปเป็นกลุ่มสอง ปัจจัยด้านประชากรและพฤติกรรมเป็นกลุ่มที่สาม พบว่าระยะเริ่มต้นโครงการ ตัวแปรทั้งหมดร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมได้ร้อยละ 24.7 เมื่อเวลาผ่านไปได้ 3 เดือน พบว่า ตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมได้ ร้อยละ 30.6

กิลลิส (Gillis, 1993) ทำการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเน้นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยเลือกงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารต่าง ๆ ระหว่างปี ค.ศ. 1983-1991 ที่มีในห้องสมุดของมหาวิทยาลัยขนาดใหญ่ ได้งานวิจัย 23 เรื่อง มีงานวิจัยที่ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เป็นกรอบแนวคิด 15 เรื่อง มีงานวิจัยที่ใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่ 17 เรื่อง ปัจจัยที่มีผู้สนใจศึกษามากตามลำดับ คือ การรับรู้อำนาจการควบคุมสุขภาพ ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความหมายของสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์และสิ่งขัดขวางพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การวิเคราะห์งานวิจัยได้ผลดังต่อไปนี้

งานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อำนาจการควบคุมสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ 11 เรื่อง ได้ผลว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่ออำนาจการควบคุมสุขภาพบุคคลอื่นในงานวิจัย 3 เรื่อง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่ออำนาจการควบคุมสุขภาพโดยบังเอิญ 2 เรื่อง มีความสัมพันธ์ทางลบ 6 เรื่อง และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่ออำนาจการควบคุมสุขภาพภายในตนในงานวิจัย 5 เรื่อง และไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าวในงานวิจัย 4 เรื่อง

งานวิจัยที่ศึกษาค่านิยมต่อสุขภาพ 9 เรื่อง ได้ผลสรุปว่า ค่านิยมต่อสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ มีงานวิจัยเรื่องเดียวที่พบว่าค่านิยมต่อสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของคนผิวขาวและคนที่พูดภาษาสเปน แต่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมของคนผิวดำได้

งานวิจัยที่ศึกษาการรับรู้สมรรถนะของตนเอง 5 เรื่อง ได้ผลสรุปว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นตัวทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดี และมีค่าสหสัมพันธ์รวม .34 การวิจัยส่วนใหญ่ใช้แบบวัดสมรรถนะทั่วไปของเซอร์เรอร์และคนอื่น ๆ

งานวิจัยเกี่ยวกับความหมายของสุขภาพ 3 เรื่อง พบว่า ความหมายสุขภาพทางบวกเป็นตัวทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดี

งานวิจัยที่ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ 7 เรื่อง ได้ผลสรุปว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดี มีงานวิจัยเพียงเรื่องเดียวที่พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพทำนายพฤติกรรมได้เฉพาะกลุ่มคนผิวขาว แบบวัดที่นิยมใช้ คือ แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ (The Health Perception Questionnaire) หรือแบบวัดภาวะสุขภาพปัจจุบัน (Current Health Status Scale) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของแวร์ (Ware, 1976) และแบบวัดสุขภาพ (Health Scale) จำนวน 4 ข้อ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในแบบประเมินสุขภาพหลายระดับ (Multilevel Assessment Instrument = MAI) ของลอว์ตันและคนอื่น ๆ (Lawton, et al., 1982)

งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ 2 เรื่อง พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เครื่องมือที่ใช้วัดการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบวัดที่สร้างเองสำหรับพฤติกรรมเฉพาะอย่าง

งานวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้สิ่งขัดขวางพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ 2 เรื่อง ได้ผลสรุปว่า การรับรู้สิ่งขัดขวางพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

กลีลิสสรุปผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไว้ว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุด ตัวแปรที่ตรงลงไปตามลำดับ คือ แรงสนับสนุนทางสังคม อัตมโนทัศน์ (self concept) การรับรู้สิ่งขัดขวางพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และความหมายของสุขภาพ ส่วนความสำคัญของสุขภาพและการรับรู้อำนาจการควบคุมสุขภาพเป็นตัวแปรที่ให้ผลไม่แน่นอนมากที่สุด

2. การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในวัยหมดประจำเดือน

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2539) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของสตรีไทยวัยก่อนและหลังหมดประจำเดือน จำนวน 8,300 คน พบว่า อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส น้ำหนัก ส่วนสูงของสตรีไทยวัยก่อนและหลังหมดประจำเดือนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

สุทธนิจ หุณฑสาร (2539) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนเขตชนบท จังหวัดนนทบุรี อายุ 40-59 ปี จำนวน 380 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเอง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยด้านสังคมจิตวิทยา ได้แก่ ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ทักษะคิดต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อำนาจตนเองทางสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60-80 ของคะแนนเต็ม) และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ มีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพต่ำและมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ แบบแผนการใช้บริการด้านสุขภาพ การมีประสบการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพ การมีแหล่งบริการด้านต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ สถานภาพสมรส

ดัชนีน้ำหนักร่างกายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ การได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคลอื่นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การวิเคราะห์การจำแนกหมู่ พบว่า ปัจจัยด้านสังคมจิตวิทยาสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้สูงสุด ร้อยละ 48.4 ปัจจัยร่วมสามารถทำนายการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้รองลงมา ร้อยละ 47.9 ส่วนสิ่งชักนำให้ปฏิบัติสามารถทำนายการเกิดพฤติกรรมได้น้อยที่สุด ร้อยละ 17.2 ปัจจัยด้านสังคมจิตวิทยาที่มีความสามารถในการทำนายสูงสุดตามลำดับ เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระตัวอื่น ๆ คือ ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อำนาจตนด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยร่วมที่มีความสามารถในการทำนายสูงสุดตามลำดับ คือ ประสบการณ์การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ระดับการศึกษา แบบแผนการใช้บริการด้านสุขภาพ สิ่งชักนำให้ปฏิบัติที่มีความสามารถในการทำนายสูงสุด คือ การได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่น

การประเมินปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้

แบบประเมินการรับรู้ที่ใช้ในงานวิจัย มีดังนี้

1. แบบประเมินความสำคัญของสุขภาพ

เครื่องมือที่นิยมใช้กันมากในต่างประเทศ คือ แบบวัดค่านิยมต่อสุขภาพ (Health Value Scale) ปรับมาจากแบบสำรวจค่านิยมสุดท้าย (Terminal Value Surveys) ของโรคิช (Rokeach, 1973 cited in Pender, 1987: 165) มีค่านิยม 18 ข้อ มีค่าความเที่ยงแบบสอบซ้ำระหว่าง 0.69-0.80 วอลสตัน เมเดส และวอลสตัน (Wallston, Maides, & Wallston, 1976 cited in Pender, et al., 1990: 327) นำแบบสำรวจค่านิยมมาปรับให้เหลือ 10 ข้อ โดยเพิ่มค่านิยมต่อสุขภาพเข้าไปในแบบวัดด้วย การแปลผลการวัด พิจารณาการเลือกอันดับ เมื่อให้ความสำคัญแก่สุขภาพในอันดับที่ 1-4 หมายถึง ให้ความสำคัญต่อสุขภาพสูง หากให้ความสำคัญแก่สุขภาพในอันดับที่ 5-7 หมายถึง ให้ความสำคัญต่อสุขภาพปานกลาง หากให้ความสำคัญแก่สุขภาพในอันดับ 8-10 หมายถึง ให้ความสำคัญต่อสุขภาพต่ำ (Pender, 1987: 165) แบบวัดค่านิยมต่อสุขภาพของวอลสตัน เมเดส และวอลสตัน ไม่มีรายงานค่าความเที่ยง แต่เพนเดอร์รายงานว่ามีความเที่ยงแบบสอบซ้ำภายใน 4 สัปดาห์ 0.92 ส่วนในประเทศไทยนิยมใช้แบบประเมินที่สร้างขึ้นเอง เนื่องจากเป็นการศึกษาวิจัยระดับมหาบัณฑิต ซึ่งมีเหตุจำกัดในการศึกษา โดยกำหนดเป็นแบบประเมินค่านิยมต่อพฤติกรรม

การส่งเสริมสุขภาพเฉพาะด้าน เช่น แบบประเมินของสุทธนิจ หุณฑสาร (2539) และแบบประเมินค่านิยมต่อสุขภาพ เช่น แบบประเมินของสุกัญญา ไพทโสภณ (2540)

2. แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนเอง

เครื่องมือที่นิยมใช้ประเมินสมรรถนะของตนเองในต่างประเทศ คือ แบบวัดสมรรถนะของเซอร์เรอร์ และคนอื่น ๆ (Sherer, et al., 1982) เป็นแบบวัดที่ประกอบด้วย แบบวัด 2 ส่วน คือ แบบวัดสมรรถนะทั่วไป จำนวน 17 ข้อ และแบบวัดสมรรถนะด้านสังคม จำนวน 6 ข้อ โดยวัดความตั้งใจที่จะริเริ่มกระทำพฤติกรรม การใช้ความพยายามที่จะทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จ และความมุ่งมั่นยืนหยัดที่จะทำพฤติกรรมเมื่อเผชิญปัญหาหรืออุปสรรค นำไปทดลองใช้กับนักศึกษาจำนวน 376 คน วิเคราะห์ตัวประกอบ (factor analysis) พบว่ามี 2 ตัวประกอบ นำไปหาความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) โดยหาความสัมพันธ์กับแบบวัดบุคลิกภาพอื่น 6 ฉบับ ที่ตอบโดยนักศึกษากลุ่มเดิม พบว่า แบบวัดสมรรถนะมีความสัมพันธ์กับแบบวัดทั้ง 6 ฉบับ นำไปหาความตรงเชิงทำนาย (criterion validity) กับแบบวัดอาชีพ แบบวัดการศึกษา แบบวัดความสำเร็จทางทหาร โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยที่รับไว้ในศูนย์การแพทย์ จำนวน 150 คน พบว่าแบบวัดสมรรถนะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ แบบวัดอาชีพ แบบวัดการศึกษา แบบวัดความสำเร็จทางทหาร ส่วนในประเทศไทยมีการนำแบบวัดสมรรถนะทั่วไปของเซอร์เรอร์ ฉบับแปลมาใช้บ้างเป็นส่วนน้อย เช่น สุดารัตน์ ขวัญเงิน (2537) แต่ส่วนใหญ่มักจะใช้แบบวัดที่สร้างขึ้นเอง เนื่องจากการศึกษาวิจัยระดับมหบัณฑิต ซึ่งมีเหตุจำกัดในการศึกษา เช่น สุทธนิจ หุณฑสาร (2539) สุกัญญา ไพทโสภณ (2540)

3. แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ

เครื่องมือที่นิยมใช้ในต่างประเทศมี 2 ฉบับ คือ แบบวัดภาวะสุขภาพปัจจุบัน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของแวร์ (Ware, 1976) และแบบวัดสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในแบบประเมินสุขภาพหลายระดับของลอว์ตันและคนอื่น ๆ (Lawton, et al., 1982) และมีงานวิจัยหลายเรื่องใช้แบบวัดข้อเดียว ซึ่งมีผู้ยืนยันว่าสามารถประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพได้เที่ยงและมีความตรง ซึ่งแสดงด้วยการมีความสัมพันธ์กับแบบวัดภาวะสุขภาพอื่น (Ware, et al., 1978 cited in Pender, 1990: 327) ส่วนในประเทศไทยนิยมใช้แบบวัดที่สร้างขึ้นเอง โดยมักจะประเมินอาการหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เช่น สุทธนิจ หุณฑสาร (2539) สุกัญญา ไพทโสภณ (2540) เชนฐูลินี เศรษฐบุตร และคนอื่น ๆ (2538)

4. แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และแบบประเมินการรับรู้สิ่งขัดขวางพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

เครื่องมือที่ใช้วัดการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สิ่งขัดขวางพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทั้งต่างประเทศและในประเทศ มักเป็นการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเฉพาะด้านซึ่งสร้างขึ้นเอง ทั้งนี้เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (Pender, 1987)

สรุป การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพไปใช้ในการวิจัยส่วนใหญ่จะเลือกศึกษาเฉพาะตัวแปรบางตัว เนื่องจากรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเป็นแนวคิดที่มีความซับซ้อนไม่อาจจะนำตัวแปรทั้งหมดมาศึกษาได้ในครั้งเดียว การทบทวนยังพบว่า ตัวแปรที่ถูกเลือกมาเป็นตัวแทนของปัจจัยแต่ละตัวจะต่างกัน เพราะกำหนดตามลักษณะเฉพาะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ประกอบกับการใช้เครื่องมือประเมินตัวแปรที่ต่างกัน จึงมีปัญหาในการนำผลการวิจัยมาเปรียบเทียบกัน สรุปแล้วสามารถจำแนกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพออกได้ 2 อย่าง คือ ปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้ (cognitive-perceptual factors) และปัจจัยเสริม (modifying factors) ในประเทศไทย พบว่า ภาษาไทยที่ใช้เรียกปัจจัยต่าง ๆ ในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพมีความหลากหลาย คำที่ใช้สำหรับ cognitive-perceptual factors คือ ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ปัจจัยด้านความคิด-การรับรู้ การรับรู้ คำที่ใช้สำหรับ modifying factors คือ ปัจจัยร่วม ปัจจัยเสริม การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในครั้งนี้จะศึกษาเฉพาะตัวแปรบางตัวที่มีความสามารถในการอธิบายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ดี หรือเป็นตัวแปรที่มีผู้ศึกษาน้อยแต่มีความสำคัญในการอธิบายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยมีตัวแปรที่จะศึกษา ดังนี้

1. ปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้ (cognitive-perceptual factors) ตัวแปรที่มีความสามารถในการอธิบายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในปัจจัยนี้ ได้แก่ ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สิ่งขัดขวางพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากการวิเคราะห์งานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยดังกล่าวสามารถอธิบายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ โดยการรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด ส่วนการรับรู้อำนาจการควบคุมสุขภาพและความสำคัญของสุขภาพเป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ในงานวิจัยบางเรื่อง (Gillis, 1993: 351) ในประเทศไทยมีผู้ศึกษาการรับรู้อำนาจการควบคุม

สุขภาพมาก แต่ศึกษาความสำคัญของสุขภาพน้อย โดยเฉพาะยังไม่มีการศึกษาในพยาบาลวิชาชีพไทย ประกอบกับ การศึกษาความสำคัญของสุขภาพจะช่วยให้บุคคลตระหนักรู้ลำดับความสำคัญที่ตนเองให้แก่สุขภาพ ลดความสับสนและความขัดแย้งระหว่างค่านิยมกับพฤติกรรม ทำให้เกิดความรู้สึกภูมิใจในตนเองมากขึ้น (Pender, 1987: 161) ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสำคัญของสุขภาพ

2. ปัจจัยเสริม ที่จะศึกษาในครั้งนี้ประกอบด้วยปัจจัยเสริมทุกตัว ได้แก่ คุณลักษณะด้านประชากร คุณลักษณะด้านชีววิทยา อิทธิพลระหว่างบุคคลหรือปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสถานการณ์ และปัจจัยด้านพฤติกรรม ผู้วิจัยเลือกตัวแปรบางตัวที่สำคัญและสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในวัยหมดประจำเดือนได้มาศึกษา ตัวแปรที่จะศึกษามีดังนี้

2.1 คุณลักษณะด้านประชากร ที่ผู้วิจัยสนใจจะศึกษาได้แก่ อายุ การศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ภูมิลำเนาเดิม

2.2 คุณลักษณะด้านชีววิทยา ที่จะศึกษาครั้งนี้ คือ อาการของภาวะหมดประจำเดือน และดัชนีมวลกาย ด้วยเห็นว่า วัยหมดประจำเดือนมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเกิดขึ้นมาก มีผลให้สตรีเกิดอาการของภาวะหมดประจำเดือนในขนาดและความรุนแรงระดับใดระดับหนึ่ง กรมอนามัย (2539: 54) ศึกษาพบว่า สตรีที่ไม่มีอาการของภาวะหมดประจำเดือนเลยมีสัดส่วนน้อยมาก ประมาณ ร้อยละ 3 ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอาการของภาวะหมดประจำเดือน ส่วนดัชนีมวลกายเป็นตัวบ่งชี้ภาวะโภชนาการ สตรีวัยหมดประจำเดือนมีโอกาสเกิดภาวะโภชนาการเกินปกติได้มากกว่าวัยอื่น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ คือ ระดับไขมันในเลือดสูงขึ้นโดยไม่ใช่ผลจากอาหาร (Dewhurst, 1987: 609) และวิถีการดำรงชีวิตเปลี่ยนไป ส่วนมากจะมีการเคลื่อนไหวน้อยลงและมักจะทำงานในท่ายืนเป็นส่วนใหญ่

2.3 อิทธิพลระหว่างบุคคลที่จะศึกษาครั้งนี้ คือ ปัจจัยด้านบุคคลหรือรูปแบบการปฏิบัติตัวของบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ คู่สมรส ญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท ซึ่งเป็นบุคคลที่จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง เพราะบุคคลมีโอกาสดูสังเกตและเลียนแบบการกระทำของบุคคลใกล้ชิดได้ง่าย การเรียนรู้วิธีนี้เป็นความสามารถเฉพาะของมนุษย์ ทำให้บุคคลไม่ต้องเสี่ยงอันตรายจากการกระทำของตนเองทำให้เกิดการเรียนรู้มาก การสังเกตการกระทำของบุคคลอื่นยังช่วยให้รับรู้ผลลัพธ์ที่เกิดจากการกระทำ ทำให้เกิดการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขจากผลของการกระทำ หากเห็นว่าการกระทำให้ผลที่ต้องการจะเกิดการเสริมแรงให้เกิดการกระทำนั้นซ้ำอีก (ศรีธรรม ธนะภูมิ, 2535: 35-39) ประสพการณ์ที่ได้จากการสังเกตเห็นความสำเร็จหรือล้มเหลวในการกระทำของบุคคลอื่นที่มีลักษณะคล้ายกับตนเอง จะมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะของบุคคล หากพบว่าบุคคลอื่นสามารถประสบความสำเร็จได้ บุคคลจะมีความเชื่อว่าตนเองต้องประสบความสำเร็จเช่นกัน

โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าได้รับคำยืนยันจากผู้ประสบความสำเร็จมาก่อนจะทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณเองมีสมรรถนะสูง การกระทำของบุคคลอื่นจะแสดงให้เห็นธรรมชาติของการกระทำและสิ่งแวดล้อมขณะเกิดการกระทำ ทำให้สามารถคาดการณ์เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมของการกระทำได้ ทั้งยังรู้กลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการประสบความสำเร็จและเผชิญกับสถานการณ์ที่ท้าทายและคุกคามต่าง ๆ (Bandura, 1986: 126-127)

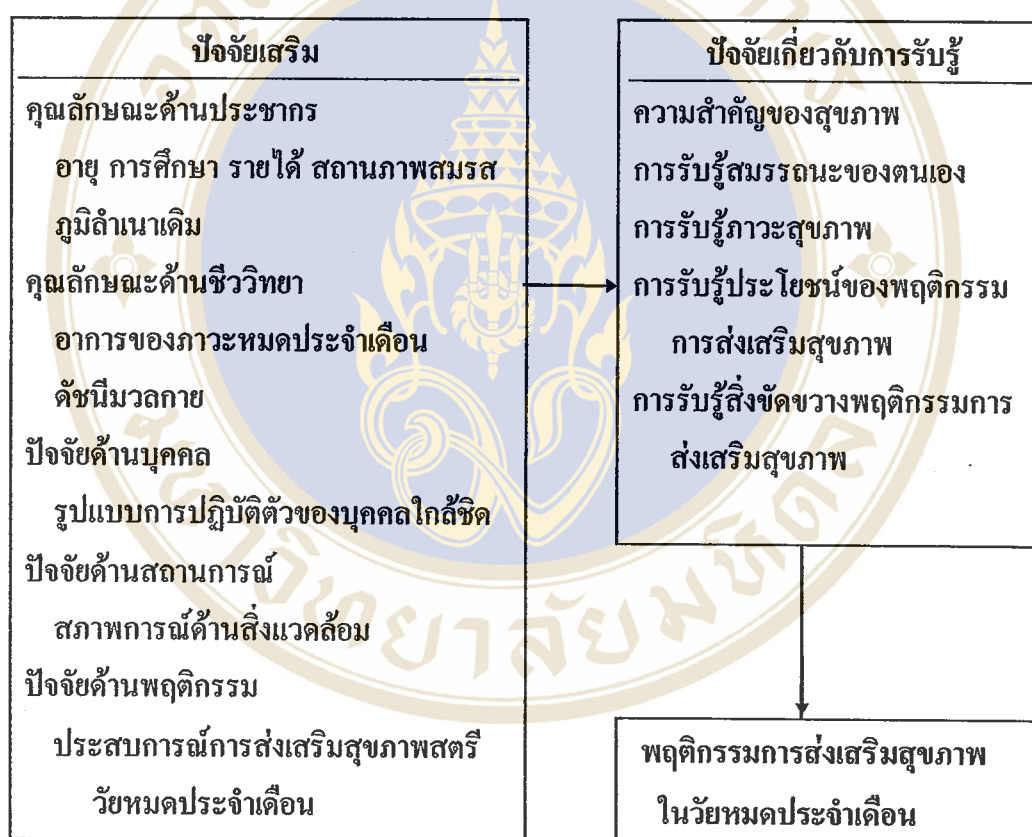
2.4 ปัจจัยด้านสถานการณ์ ที่จะศึกษาในที่นี้ คือ สภาพการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับความเพียงพอ ความสะดวกของแหล่งประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพ และบรรยากาศของสิ่งแวดล้อมที่เชิญชวนใจให้ปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ความเพียงพอและความสะดวกจะเพิ่มโอกาสในการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ (Pender, 1987: 68)

2.5 ปัจจัยด้านพฤติกรรม ที่จะศึกษาในครั้งนี้ คือ ประสิทธิภาพการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน เพราะเห็นว่า การส่งเสริมสุขภาพในวัยหมดประจำเดือนจะมีลักษณะเฉพาะเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระและกายวิภาคจะเป็นไปในทางเสื่อมมากขึ้นและต่างไปจากวัยอื่น แต่บุคคลไม่อาจมีประสิทธิภาพตรงได้ก่อน เพราะภาวะหมดประจำเดือนเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นครั้งเดียวในชีวิต สตรีจึงไม่อาจจะมีประสิทธิภาพตรงด้วยตนเอง แต่มีประสิทธิผลอ้อมจากการสังเกตประสิทธิภาพของสตรีอื่นได้ พยาบาลเป็นผู้มีโอกาสดูแลสตรีที่จะได้ประสิทธิภาพอ้อมจากสตรีอื่น เพราะมีหน้าที่ในการให้บริการสุขภาพแก่สตรี มีโอกาสที่จะได้ฝึกฝนทักษะการดูแลสุขภาพผ่านการให้คำแนะนำ ช่วยเหลือแก่สตรีวัยหมดประจำเดือน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อตนเอง เมื่อต้องเผชิญกับภาวะหมดประจำเดือน การมีประสิทธิผลในการให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น เป็นประสิทธิผลอ้อมที่จะช่วยให้เข้าใจความต้องการและสามารถตอบสนองความต้องการนั้นได้ดีขึ้น เพิ่มความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งต้องการทักษะทางด้านสติปัญญาและการปฏิบัติที่จะกำหนดแผนและเลือกวิธีที่มีประสิทธิภาพให้เกิดผลที่ต้องการ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้จะใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เป็นกรอบแนวคิด โดยมีความเชื่อว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลในวัยหมดประจำเดือนได้รับอิทธิพลโดยตรงจากปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้ ได้แก่ ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สิ่งขัดขวางพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และได้รับอิทธิพลโดยอ้อมจากปัจจัยเสริม ซึ่งมีอิทธิพลโดยตรงต่อ

ปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้ ปัจจัยเสริม ได้แก่ คุณลักษณะด้านประชากร คือ อายุ การศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ภูมิลำเนาเดิม คุณลักษณะด้านชีววิทยา คือ อาการของภาวะหมดประจำเดือน ดัชนีมวลกาย ปัจจัยด้านบุคคล คือ รูปแบบการปฏิบัติตัวของบุคคลใกล้ชิด ปัจจัยด้านสถานการณ์ คือ สภาพการณ์ด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านพฤติกรรม คือ ประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน ปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้ ปัจจัยเสริมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในวัยหมดประจำเดือนมีความสัมพันธ์กัน ดังแสดงในภาพที่ 3



ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษากาการของภาวะหมดประจำเดือน และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุระหว่าง 40-56 ปี ซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลของรัฐทั่วประเทศ

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาคั้งนี้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูปที่ใช้สำหรับกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว สำหรับข้อมูลเป็นช่วงหรืออัตราส่วน (interval or ratio data) ที่มีการทดสอบทางเดียวและสองทาง เมื่อกำหนดค่าความเชื่อมั่น (α) อำนาจการทดสอบ (β) และความแม่นยำของผลที่ได้จากการศึกษา (d or ES) ในระดับต่าง ๆ ซึ่งฮินเคิล และคนอื่น ๆ (Hinkle, et al., 1985: 274-275) ได้พัฒนาขึ้นจากการใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวด้วยสูตรของกิลฟอร์ดและฟรุชเตอร์ (Guilford, & Fruchter 1978 cited in Hinkle, Oliver, & Hinkle, 1985: 273) ดังแสดงในภาคผนวก ง

การศึกษาคั้งนี้ทดสอบสองทาง โดยกำหนด $\alpha = .01$ $\beta = .05$ และ d (ES) = .20 σ เมื่อเปิดตารางในภาคผนวก ง ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง = 446 คน (Hinkle, et al., 1985: 275)

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เพื่อให้เป็นตัวแทนที่ดีของประชากร ใช้วิธีการเลือกแบบสุ่มหลายขั้นตอน (multistage sampling) มีการดำเนินการ 2 ขั้นตอน ดังนี้



ขั้นตอนที่ 1 สุ่มเลือกโรงพยาบาล

การสุ่มเลือกโรงพยาบาลคัดเลือกเฉพาะโรงพยาบาลขนาดใหญ่ระดับโรงพยาบาลศูนย์ทุกสังกัดของรัฐ ในส่วนภูมิภาคมีโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและทบวงมหาวิทยาลัยทุกภาค ยกเว้นภาคกลางมีแต่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในกรุงเทพฯมีโรงพยาบาล 5 สังกัด คือ กระทรวงสาธารณสุข ทบวงมหาวิทยาลัย กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย และกรุงเทพมหานคร เนื่องจากสำรวจพบว่า พยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือนซึ่งมีอายุค่อนข้างสูง คือ 40-56 ปี ส่วนใหญ่จะปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ผู้วิจัยได้จับสลากให้มีโรงพยาบาลทุกสังกัด ๆ ละ 1 แห่ง จากส่วนภูมิภาค 4 ภาค และกรุงเทพ

การสุ่มเลือกโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาคจาก 4 ภาค ๆ ละ 2 แห่ง ได้โรงพยาบาล 8 แห่ง คือ ภาคเหนือ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โรงพยาบาลอุดรธานี ภาคใต้ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลยะลา ภาคกลาง โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลสระบุรี สุ่มเลือกโรงพยาบาลในกรุงเทพได้ 5 แห่ง คือ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล รวมโรงพยาบาลที่สุ่มได้ 13 แห่ง เป็นโรงพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย 4 แห่ง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 6 แห่ง สังกัดกระทรวงกลาโหม 1 แห่ง สังกัดกระทรวงมหาดไทย 1 แห่ง สังกัดกรุงเทพมหานคร 1 แห่ง

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มเลือกพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน

จากโรงพยาบาล 13 แห่งที่สุ่มได้ในขั้นตอนที่ 1 ต้องการกลุ่มตัวอย่าง 446 คน จึงต้องสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยโรงพยาบาลละ 35 คน ในการศึกษาครั้งนี้สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุ 40-56 ปี ซึ่งปฏิบัติงานในวันที่แจกแบบสอบถามและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัยทุกคน จากโรงพยาบาลแห่งละ 65 คน ทั้งนี้เพื่อให้มีกลุ่มตัวอย่างมากพอที่จะทำให้ได้รับแบบสอบถามคืนในจำนวนเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์โดยปราศจากอคติ การที่ต้องแจกแบบสอบถามมากกว่าความต้องการ เนื่องจากการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามทั่วไปมีแนวโน้มจะได้รับแบบสอบถามคืนประมาณร้อยละ 45-98 (Polit, & Hungler, 1991: 292)

การสุ่มเลือกพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดประจำเดือน ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 693 คน มีกลุ่มตัวอย่างส่งแบบสอบถามคืน จำนวน 637 คน คิดเป็นร้อยละ 91.9 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เป็นแบบสอบถามที่มีข้อมูล ปัจจัยเสริม ปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้ และพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพสมบูรณ์ จำนวน 563 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 81.2 ของทั้งหมด ซึ่งเป็นจำนวนที่มากพอสามารถนำไปวิเคราะห์เพื่อตอบคำถามการวิจัยได้ทุกรูปแบบ (Polit, & Hungler, 1991: 292)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยใช้ข้อมูลจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับอาการของภาวะหมดประจำเดือน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งของต่างประเทศและในประเทศ และผ่านการตรวจสอบคุณภาพเรื่องความตรงและความเที่ยงแล้ว ประกอบด้วย จดหมายขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม คำชี้แจงการตอบแบบสอบถาม และแบบสอบถามทั้งหมด 5 ส่วน ซึ่งมีข้อความถามชนิดเลือกตอบและเติมข้อความ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง โดยใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ส่วนประกอบของแบบสอบถามทั้ง 5 ส่วนมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อความถามชนิดเลือกตอบและเติมข้อความ เกี่ยวกับลักษณะด้านประชากร สังคมและเศรษฐกิจ คือ อายุ สถานภาพสมรส ภูมิลำเนาเดิม การศึกษา ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน เงินเดือน รายได้พิเศษ ระยะเวลาการสมรส การตั้งครรภ์ การมีบุตร เกี่ยวกับประจำเดือน คือ อายุที่มีประจำเดือนครั้งแรก ลักษณะประจำเดือนในอดีต ลักษณะประจำเดือนในปัจจุบัน เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย คือ น้ำหนัก ส่วนสูง ปัญหาสุขภาพหรือโรคที่เป็นและการคุมกำเนิด จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความไม่สุขสบาย เป็นข้อความถามชนิดเลือกตอบและเติมข้อความ เกี่ยวกับอาการ/ความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น และการรบกวนที่เกิดจากอาการ/ความไม่สุขสบายนั้น ๆ ภายในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ก่อนตอบแบบสอบถาม และบริเวณที่พบอาการ 4 ด้าน คือ อาการด้านร่างกาย อาการด้านจิต อาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติ และอาการด้านอื่น ๆ อาการด้านร่างกาย ประกอบด้วย อาการของระบบทางเดินปัสสาวะ อาการของระบบสืบพันธุ์ อาการของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก อาการของระบบหัวใจและเส้นเลือด อาการของผิวหนัง

จำนวน 53 ข้อ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนการตอบคำถามแต่ละข้อ ไว้ดังนี้ ให้คะแนน 0 - 2 สำหรับการตอบ ไม่มีอาการ มีอาการแต่ไม่รบกวน มีอาการและรบกวน ตามลำดับ คะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 0 - 106 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริม ประกอบด้วย แบบสอบถาม 3 ส่วน คือ

แบบสอบถามปัจจัยด้านบุคคล เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับรูปแบบการปฏิบัติตัวของบุคคลใกล้ชิด ในเรื่องการปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน คือ การออกกำลังกาย โภชนาการ การพัฒนาระบบสนับสนุนระหว่างบุคคล ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การจัดการกับความเครียด การปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายในชีวิตของบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ คู่สมรส ญาติพี่น้อง หรือเพื่อนสนิทคนใดคนหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง ที่สร้างตามแนวคิดเกี่ยวกับอิทธิพลระหว่างบุคคล (interpersonal influences) ของเพนเดอร์ (Pender, 1996: 71) มีจำนวน 6 ข้อ เป็นชนิดมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ เป็นจริงมากที่สุด ถึง ไม่จริง กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนการตอบข้อคำถามแต่ละข้อ ดังนี้ ให้คะแนน 5-1 คะแนน สำหรับการตอบ เป็นจริงมากที่สุด ถึง ไม่จริง คะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 6-30 คะแนน กำหนดเกณฑ์ประเมินลักษณะการปฏิบัติตัวของบุคคลใกล้ชิด ไว้ดังนี้

การปฏิบัติตัวดีมาก	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ	80-100	ของคะแนนเต็ม
การปฏิบัติตัวดี	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ	60-79.9	ของคะแนนเต็ม
การปฏิบัติตัวพอใช้	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ	40-59.9	ของคะแนนเต็ม
การปฏิบัติตัวไม่ดี	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ	20-39.9	ของคะแนนเต็ม

แบบสอบถามปัจจัยด้านสถานการณ์ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับสภาพการณ์ด้านสิ่งแวดล้อม คือ ความเพียงพอ ความสะดวกของสถานที่ และความเชื่องานของสิ่งแวดล้อมให้ปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน คือ การออกกำลังกาย โภชนาการ การพัฒนาระบบสนับสนุนระหว่างบุคคล ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การจัดการกับความเครียด การปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายในชีวิต ที่สร้างตามแนวคิดเกี่ยวกับอิทธิพลของสถานการณ์ (situational influences) ของเพนเดอร์ (Pender, 1996: 71) มีจำนวน 18 ข้อ เป็นชนิดมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ เป็นจริงมากที่สุด ถึง ไม่จริง กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนการตอบคำถาม ดังนี้ ให้คะแนน 5-1 คะแนน สำหรับการตอบ เป็นจริงมากที่สุด ถึง ไม่จริง คะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 18-90 คะแนน กำหนดเกณฑ์ประเมินลักษณะด้านสิ่งแวดล้อม ไว้ดังนี้

สิ่งแวดล้อมดีมาก	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ	80-100	ของคะแนนเต็ม
สิ่งแวดล้อมดี	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ	60-79.9	ของคะแนนเต็ม
สิ่งแวดล้อมพอใช้	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ	40-59.9	ของคะแนนเต็ม
สิ่งแวดล้อมไม่ดี	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ	20-39.9	ของคะแนนเต็ม

แบบสอบถามปัจจัยด้านพฤติกรรม เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือนของกลุ่มตัวอย่าง ในด้านการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือนแก่ผู้รับบริการและประชาชน นักศึกษาและบุคลากรสุขภาพ การเผยแพร่ความรู้ด้วยสื่อต่าง ๆ การให้บริการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน และการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน ที่สร้างตามแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต (prior related behaviors) ของเพนเดอร์ (Pender, 1996: 67) มีจำนวน 5 ข้อ เป็นชนิดมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ปฏิบัติเป็นประจำ ถึง ไม่เคยปฏิบัติ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนการตอบไว้ดังนี้ ให้คะแนน 4 - 1 คะแนน สำหรับการตอบ ปฏิบัติเป็นประจำ ถึง ไม่เคยปฏิบัติ คะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 5 - 20 คะแนน กำหนดเกณฑ์ประเมินลักษณะประสบการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน ดังนี้

ประสบการณ์มากที่สุด	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ	80-100	ของคะแนนเต็ม
ประสบการณ์มาก	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ	60-79.9	ของคะแนนเต็ม
ประสบการณ์ปานกลาง	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ	40-59.9	ของคะแนนเต็ม
ประสบการณ์น้อย	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ	20-39.9	ของคะแนนเต็ม

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้ ประกอบด้วย แบบสอบถาม 5 ส่วน คือ

แบบวัดความสำคัญของสุขภาพ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความสำคัญของสิ่งอื่นเป็นที่พึงปรารถนาของบุคคล ซึ่งมีสุขภาพรวมอยู่ด้วย ดัดแปลงมาจากแบบวัดค่านิยมต่อสุขภาพของวอลสตันและวอลสตัน (Wallston & Wallston, 1976 cited in Pender, 1987: 165) มี จำนวน 10 ข้อ เป็นชนิดเลือกตอบ โดยให้เลือกสิ่งที่มีความสำคัญหรือคุณค่าต่อกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด 3 อันดับแรก กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ให้ 4 คะแนน เมื่อเลือกสุขภาพเป็นอันดับแรก ให้ 3 คะแนนเมื่อเลือกสุขภาพเป็นอันดับสอง ให้ 2 คะแนน เมื่อเลือกสุขภาพเป็นอันดับสาม และให้ 1 คะแนน เมื่อไม่เลือกสุขภาพเลย กำหนดเกณฑ์ประเมินความสำคัญที่ให้แก่สุขภาพ ดังนี้

สำคัญมากที่สุด	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ	80-100	ของคะแนนเต็ม
สำคัญมาก	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ	60-79.9	ของคะแนนเต็ม
สำคัญปานกลาง	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ	40-59.9	ของคะแนนเต็ม
สำคัญน้อย	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ	20-39.9	ของคะแนนเต็ม

แบบสอบถามความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับสมรรถนะของกลุ่มตัวอย่างที่จะปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน คือ การออกกำลังกาย โภชนาการ การจัดการกับความเครียด การพัฒนาระบบสนับสนุนระหว่างบุคคล ความรับผิดชอบ ต่อสุขภาพ การปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายในชีวิต ที่สร้างตามแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองที่จะทำกิจกรรมเฉพาะอย่างของเพนเดอร์ (Pender, 1996: 69) มีจำนวน 6 ข้อ เป็นชนิดมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ เชื่อมมั่นมากที่สุด ถึง เชื่อมมั่นน้อยที่สุด กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนการตอบคำถาม ดังนี้ ให้คะแนน 5-1 คะแนน สำหรับการตอบ เชื่อมมั่นมากที่สุด ถึง เชื่อมมั่นน้อยที่สุด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 6-30 คะแนน กำหนดเกณฑ์ประเมินความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง ดังนี้

สมรรถนะสูงมาก	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ	80-100	ของคะแนนเต็ม
สมรรถนะสูง	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ	60-79.9	ของคะแนนเต็ม
สมรรถนะปานกลาง	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ	40-59.9	ของคะแนนเต็ม
สมรรถนะต่ำ	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ	20-39.9	ของคะแนนเต็ม

แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง ดัดแปลงมาจากแบบวัดความผาสุกชนิดขั้นบันได (Ladder scale) ของแอนดรูว์สและวิทนี (Andrews, & Withney 1976 cited in McDowell, & Newell, 1987: 215) มีเพียงข้อเดียว เป็นชนิดบันได 9 ขั้น ตั้งแต่ สุขภาพไม่ดี ถึง สุขภาพดี กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน 1-9 สำหรับการตอบบันไดขั้นที่ 1 ถึง 9 คะแนนมีค่าอยู่ระหว่าง 1-9 คะแนน กำหนดเกณฑ์ประเมินภาวะสุขภาพ ดังนี้

สุขภาพดีมาก	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ	80-100	ของคะแนนเต็ม
สุขภาพดี	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ	60-79.9	ของคะแนนเต็ม
สุขภาพพอใช้	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ	40-59.9	ของคะแนนเต็ม
สุขภาพไม่ดี	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ	20-39.9	ของคะแนนเต็ม

แบบสอบถามประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับประโยชน์หรือผลทางบวกทั้งภายในและภายนอกของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน คือ การออกกำลังกาย โภชนาการ การพัฒนาระบบสนับสนุนระหว่างบุคคล การจัดการกับความเครียด ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายในชีวิต สร้างตามแนวคิดเกี่ยวกับประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996: 68) จำนวน 6 ข้อ เป็นชนิดมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ เห็นด้วยมากที่สุด ถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน 5 - 1 คะแนน สำหรับการตอบ เห็นด้วยมากที่สุด ถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด คะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 6-30 คะแนน กำหนดเกณฑ์ประเมินการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

ประโยชน์สูงมาก	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ	80-100	ของคะแนนเต็ม
ประโยชน์สูง	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ	60-79.9	ของคะแนนเต็ม
ประโยชน์ปานกลาง	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ	40-59.9	ของคะแนนเต็ม
ประโยชน์น้อย	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ	20-39.9	ของคะแนนเต็ม

แบบสอบถามสิ่งขัดขวางพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับสิ่งขัดขวางการปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ คือ ความไม่เพียงพอของทางเลือก ความไม่สะดวก ความสิ้นเปลืองเงินทอง การเสียเวลา และความยากในการปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในวัยหมดประจำเดือน สร้างตามแนวคิดเกี่ยวกับสิ่งขัดขวางพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996: 69) มีจำนวน 5 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ เห็นด้วยมากที่สุด ถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน 5-1 คะแนน สำหรับการตอบ เห็นด้วยมากที่สุด ถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด คะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 5-25 คะแนน กำหนดเกณฑ์ประเมินการรับรู้สิ่งขัดขวางพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

สิ่งขัดขวางมากที่สุด	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ	80-100	ของคะแนนเต็ม
สิ่งขัดขวางมาก	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ	60-79.9	ของคะแนนเต็ม
สิ่งขัดขวางปานกลาง	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ	40-59.9	ของคะแนนเต็ม
สิ่งขัดขวางน้อย	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ	20-39.9	ของคะแนนเต็ม

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง 6 ด้าน ๆ ละ 5 ข้อ คือ การออกกำลังกายซึ่งรวมการพักผ่อนและสันทนาการไว้ด้วย โภชนาการ การพัฒนาระบบสนับสนุนระหว่างบุคคล ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การจัดการกับความเครียด การปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายในชีวิต สร้างตามแนวคิดของแบบวัดแบบแผนการดำรงชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Life Style Profile) ของวอลเคอร์ ซีคริส และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist, & Pender, 1987) ร่วมกับแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพในวัยหมดประจำเดือนที่ได้จากการศึกษาเอกสาร ตำราและงานวิจัยทั้งต่างประเทศและในประเทศ รวมทั้งสิ้น 30 ข้อ เป็นชนิดมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ปฏิบัติเป็นประจำ ถึง ไม่เคยปฏิบัติ และแบบเติมข้อความ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนพฤติกรรมด้านบวก ตั้งแต่ 4-1 คะแนน และให้คะแนนพฤติกรรมด้านลบ ตั้งแต่ 1-4 คะแนน สำหรับการตอบ ปฏิบัติเป็นประจำ ถึง ไม่เคยปฏิบัติ คะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 30-120 คะแนน กำหนดเกณฑ์ประเมินพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้คือ

พฤติกรรมดีมาก	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ	80-100	ของคะแนนเต็ม
พฤติกรรมดี	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ	60-79.9	ของคะแนนเต็ม
พฤติกรรมพอใช้	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ	40-59.9	ของคะแนนเต็ม
พฤติกรรมไม่ดี	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ	20-39.9	ของคะแนนเต็ม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) กระทำโดยนำแบบสอบถามทั้งหมดไปให้ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ ซึ่งมีความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และภาวะหมดประจำเดือน จำนวน 6 ท่าน และนำแบบสอบถามเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับอาการของภาวะหมดประจำเดือน และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในวัยหมดประจำเดือนไปให้แพทย์ที่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะหมดประจำเดือนจำนวน 2 ท่าน พิจารณาความตรงตามเนื้อหา ความชัดเจน ถูกต้องและรัดกุมของภาษา นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) กระทำโดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุ 40-56 ปี ซึ่งปฏิบัติงานในสถาบันประสาทวิทยา และโรงพยาบาลรามาริบัติ แห่งละ 16 คน รวมจำนวน 32 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของภาษา ปัญหาอุปสรรค และเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม คำนวณค่าความเที่ยง (reliability) ของแบบสอบถามแต่ละส่วน ด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (alpha coefficient) ผลการทดลองใช้ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของแบบสอบถามอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของแบบสอบถามแต่ละส่วน ดังนี้ แบบสอบถามอาการของภาวะหมดประจำเดือน 0.91 แบบสอบถามรูปแบบการปฏิบัติของบุคคลใกล้ชิด 0.77 แบบสอบถามสภาพการณ์ด้านสิ่งแวดล้อม 0.96 แบบสอบถามประสิทธิภาพการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน 0.87 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเอง 0.79 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 0.69 แบบสอบถามการรับรู้สิ่งขัดขวางพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 0.86 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลกระทำได้ด้วยการส่งแบบสอบถาม โดยดำเนินการดังนี้

1. ส่งจดหมายขออนุญาตเก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสถานที่ปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง คือ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลยะลา โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลชลบุรี รวม 13 แห่ง

2. เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลหรือผู้ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย และมอบแบบสอบถามพร้อมจดหมายชี้แจงการตอบแบบสอบถามสำหรับแจกให้กลุ่มตัวอย่าง พร้อมนัดหมายวันเวลารับแบบสอบถามคืน

3. รับแบบสอบถามคืนเมื่อครบกำหนดนัดหมาย และนัดหมายกำหนดส่งใหม่ หากยังไม่ได้รับแบบสอบถามคืนภายในเวลาที่กำหนด ทวงถามแบบสอบถาม 2 ครั้ง

4. ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำมาประมวลผล และวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบและประมวลผลแล้วมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ดังนี้คือ

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนตัว ข้อมูลเกี่ยวกับความไม่สุขสบาย ข้อมูลพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน โดยเทียบอัตราส่วนร้อยละ คำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยเสริมและปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้ คำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ทดสอบสมมติฐานของการวิจัย โดยวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบเชิงชั้น (Hierarchical Regression Analysis)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาอาการของภาวะหมดประจำเดือน และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน ซึ่งศึกษาจากโรงพยาบาล 13 แห่ง โดยแจกแบบสอบถามทั้งหมด 693 ฉบับ ได้รับแบบสอบถามคืน 635 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 91.9 ของแบบสอบถามที่แจก เป็นแบบสอบถามที่มีข้อมูลเกี่ยวกับ ปัจจัยเสริม การรับรู้ และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสมบูรณ์ จำนวน 563 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 88.4 ของแบบสอบถามที่ได้รับคืน ได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลซึ่งจะนำเสนอตามลำดับดังนี้ คือ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง อาการของภาวะหมดประจำเดือน ปัจจัยเสริม ปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

1. ลักษณะด้านประชากร สังคมและเศรษฐกิจ

ลักษณะด้านประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 563 คน กำหนดอายุที่ศึกษาอยู่ระหว่าง 40-56 ปี ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยประมาณ 46 ปี ร้อยละ 42 ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในกลุ่มอายุ 45-49 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มากที่สุด และน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 2 อยู่ในกลุ่มอายุ 55-59 ปี กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่ร้อยละ 74 แต่งงานแล้ว มีคนโสดเพียงร้อยละ 26 เท่านั้น กลุ่มตัวอย่างที่แต่งงานแล้วส่วนใหญ่อยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 63 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ภาคกลางถึงร้อยละ 52 ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีจำนวนมากที่สุด รองลงมามีภูมิลำเนาเดิมอยู่ภาคเหนือ ร้อยละ 21

ลักษณะด้านสังคมของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 86 และร้อยละ 7 เท่ากัน มีการศึกษาดำและสูงกว่าระดับปริญญาตรี กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีตำแหน่งเป็นผู้บริหาร จำนวนมากที่สุดร้อยละ 55 เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย รองลงมาร้อยละ 32 เป็นพยาบาลประจำการ สถานที่ปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง คือ แผนกผู้ป่วยนอก ร้อยละ 19 ซึ่งมากที่สุด รองลงมาปฏิบัติงานแผนกศัลยกรรม ร้อยละ 16 แผนกอายุรกรรม-จิตเวช ร้อยละ 15 แผนกสูติ-นรีเวชกรรม ร้อยละ 13

สภาพเศรษฐกิจของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เป็นเงินเดือนเฉลี่ยประมาณ เดือนละ 19,100 บาท มีรายได้ต่ำสุด 10,300 บาทต่อเดือน รายได้สูงสุด 31,000 บาทต่อเดือน กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหรือประมาณร้อยละ 56 มีเงินเดือน 15,001-20,000 บาทต่อเดือน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40 ยังมีรายได้พิเศษนอกเหนือจากเงินเดือนอีก เฉลี่ยประมาณเดือนละ 3,400 บาท รายได้พิเศษจะได้มาจากการอยู่เวรนอกเวลาราชการ ทำงานโรงพยาบาลเอกชนนอกเวลาราชการ หรือเงินประจำตำแหน่ง กลุ่มตัวอย่างมีรายได้พิเศษแตกต่างกันมาก คือ มีรายได้พิเศษต่ำสุด 400 บาทต่อเดือน มีรายได้พิเศษสูงสุด 100,000 บาทต่อเดือน กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 22 มีรายได้พิเศษต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างเกินกว่าครึ่ง ร้อยละ 60 ไม่มีรายได้พิเศษ รายละเอียดข้อมูลลักษณะด้านประชากร สังคมและเศรษฐกิจ แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะด้านประชากรสังคมและ
เศรษฐกิจ

(n = 563)

ลักษณะด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจ	จำนวน	ร้อยละ	Mean	SD
อายุ (ปี)			45.98	3.89
40 - 44	217	38.5		
45 - 49	233	41.5		
50 - 54	101	17.9		
55 - 59	12	2.1		
สถานภาพสมรส				
โสด	146	25.9		
คู่อยู่ด้วยกัน	355	63.1		
คู่แยกกันอยู่	29	5.2		
หย่า หม้าย	33	5.8		
ภูมิลำเนาเดิม				
ภาคเหนือ	117	20.8		
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	77	13.65		
ภาคกลาง	292	51.9		
ภาคใต้	77	13.65		
การศึกษา				
ประกาศนียบัตร-อนุปริญญา	42	7.5		
ปริญญาตรี	482	85.6		
ปริญญาโท-ปริญญาเอก	39	6.9		
ตำแหน่ง				
พยาบาลประจำการ	179	31.8		
หัวหน้าหอผู้ป่วย	313	55.6		
ผู้ตรวจการพยาบาล	55	9.8		
ผู้ช่วยและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล	16	2.8		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจ	จำนวน	ร้อยละ	Mean	SD
สถานที่ปฏิบัติงาน				
ผู้ป่วยนอก	107	19.0		
ศัลยกรรม	92	16.3		
อายุรกรรม-จิตเวช	83	14.8		
สูติ-นรีเวชกรรม	74	13.1		
ห้องผ่าตัด	46	8.2		
ออโรปิดิกส์	35	6.2		
กุมารเวชกรรม	34	6.0		
จักษุ โสต ศอ นาสิก	32	5.7		
หออภิบาลผู้ป่วยหนัก	25	4.4		
ฝ่ายการพยาบาล-หน่วยควบคุมการติดเชื้อ	20	3.6		
ผู้ป่วยพิเศษ	15	2.7		
รายได้ประจำต่อเดือน (บาท)			19,127.58	3,203.50
10,000 - 15,000	54	9.6		
15,001 - 20,000	318	56.5		
20,001 - 25,000	171	30.3		
มากกว่า 25,000	20	3.6		
รายได้พิเศษต่อเดือน (บาท)			3,463.50	9,035.94
ไม่มี	340	60.4		
ต่ำกว่า 5,000	123	21.8		
5,001 - 10,000	64	11.4		
มากกว่า 10,000	36	6.4		

2. ประสพการณ์เกี่ยวกับการสมรส การตั้งครรภ์ และการคุมกำเนิด

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่สมรสแล้ว มีระยะเวลาสมรสเฉลี่ยประมาณ 17 ปี ประสพการณ์การตั้งครรภ์ โดยเฉลี่ยตั้งครรภ์มาแล้ว 2 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างมีบุตรโดยเฉลี่ย 2 คน จำนวนบุตรที่มีสูงสุด คือ 4 คน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 14 ไม่มีบุตรเลย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 78 ไม่เคยแท้งบุตร ในด้านการคุมกำเนิด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประมาณ ร้อยละ 72 เคยคุมกำเนิดด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งในอดีตและบางส่วนยังคงคุมกำเนิดอยู่ในปัจจุบัน วิธีการคุมกำเนิดที่กลุ่มตัวอย่างนิยมใช้มาก คือ ขารับประทาน ร้อยละ 54 ถุงยางอนามัย ร้อยละ 40 การนับระยะปลอดภัย ร้อยละ 34 ห่วงอนามัย ร้อยละ 33 และมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 28 ไม่เคยคุมกำเนิดทั้งในอดีตและปัจจุบัน รายละเอียดประสพการณ์เกี่ยวกับการสมรส การตั้งครรภ์ และการคุมกำเนิด แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาสมรส ประวัติการ
ตั้งครรภ์และการคุมกำเนิด

(n = 417)

ระยะเวลาสมรส ประวัติการตั้งครรภ์ และการคุมกำเนิด	จำนวน	ร้อยละ	Mean	SD
ระยะเวลาสมรส (ปี) (n=396)			17.26	6.21
1 - 10	61	15.4		
11 - 20	219	55.3		
มากกว่า 20	116	29.3		
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์			2.26	0.9
ไม่เคยตั้งครรภ์	50	12.0		
1 ครั้ง	61	14.6		
2 ครั้ง	186	44.6		
3 ครั้ง	93	22.3		
4 ครั้งขึ้นไป	27	6.5		
จำนวนบุตร			2	0.67
ไม่มี	58	13.9		
1 คน	79	19.0		
2 คน	204	48.9		
3 คนขึ้นไป	76	18.2		
การแท้งบุตร				
ไม่เคยแท้ง	325	77.9		
เคยแท้ง	92	22.1		
การคุมกำเนิด				
ไม่คุม	116	27.8		
เคยคุม / ยังคุมอยู่	301	72.2		

3. ประวัติการมีประจำเดือน

ประวัติการมีประจำเดือน กลุ่มตัวอย่างมีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุเฉลี่ยประมาณ 14 ปี ร้อยละ 67 มีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุ 13-16 ปี อายุที่มีประจำเดือนครั้งแรกต่ำสุด 9 ปี สูงสุด 20 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 83 มีประจำเดือนสม่ำเสมอ ระยะเวลาการมีประจำเดือนโดยเฉลี่ยประมาณครั้งละ 4 วัน ระยะห่างของประจำเดือนแต่ละครั้งเฉลี่ยประมาณ 28 วัน มีปริมาณเลือดประจำเดือนในแต่ละวันเฉลี่ยประมาณ 170 มิลลิลิตร รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะการมีประจำเดือน

ลักษณะการมีประจำเดือน	จำนวน	ร้อยละ	Mean	SD
อายุที่มีประจำเดือนครั้งแรก (n = 553)			13.83	1.67
9 - 12 ปี	110	19.9		
13 - 16 ปี	370	66.9		
17 - 20 ปี	73	13.2		
ความสม่ำเสมอของประจำเดือน (n = 557)				
สม่ำเสมอ	462	82.9		
ไม่สม่ำเสมอ	95	17.1		
ระยะเวลาการมีประจำเดือน (n = 554)			4.14	1.31
1 - 3 วัน	233	42.0		
4 - 6 วัน	278	50.2		
มากกว่า 6 วัน	43	7.8		
ระยะห่างของประจำเดือน (n = 538)			28.39	8.64
15 - 25 วัน	90	16.7		
26 - 30 วัน	413	76.8		
มากกว่า 30 วัน	35	6.5		
ปริมาณเลือดประจำเดือนในแต่ละวัน (n = 553)			170	105
50 - 150 มิลลิลิตร (1 - 3 ช้อนชา)	363	65.6		
200 - 300 มิลลิลิตร (4 - 6 ช้อนชา)	163	29.5		
350 - 500 มิลลิลิตร (7 - 10 ช้อนชา)	27	4.9		

4. ประวัติการหมดประจำเดือน

เมื่อจำแนกวัยหมดประจำเดือนออกเป็น 3 ระยะ คือ ก่อนหมดประจำเดือน ใกล้หมดประจำเดือน และหลังหมดประจำเดือน ตามหลักเกณฑ์ที่ได้กล่าวแล้วข้างต้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระยะใกล้หมดประจำเดือน ร้อยละ 39 อยู่ในระยะก่อนหมดประจำเดือน ร้อยละ 36 และมีเพียงร้อยละ 25 อยู่ในระยะหลังหมดประจำเดือน กลุ่มตัวอย่างหมดประจำเดือนเมื่อมีอายุเฉลี่ยประมาณ 45 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 43 หมดประจำเดือนระหว่างอายุ 46-50 ปี และพบว่า ร้อยละ 20 หมดประจำเดือนเมื่อมีอายุต่ำกว่า 40 ปี ซึ่งเป็นการหมดประจำเดือนเร็วกว่าปกติ (early menopause) สำหรับกลุ่มที่อยู่ในระยะหลังหมดประจำเดือน (140 คน) พบว่า หมดประจำเดือนตามธรรมชาติร้อยละ 60 ในจำนวนนี้มีผู้หมดประจำเดือนเป็นเวลา 1-5 ปีมากที่สุด ประมาณร้อยละ 80 และหมดประจำเดือนจากสาเหตุอื่นที่มีไข้จากธรรมชาติ เช่น การผ่าตัด ร้อยละ 40 กลุ่มที่หมดประจำเดือนตามธรรมชาติหมดประจำเดือนเมื่อมีอายุเฉลี่ยประมาณ 47 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.9 ปี กลุ่มที่หมดประจำเดือนจากสาเหตุอื่น หมดประจำเดือนเมื่อมีอายุเฉลี่ยประมาณ 42 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.7 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะการหมดประจำเดือน

ลักษณะการหมดประจำเดือน	จำนวน	ร้อยละ
ระยะของวัยหมดประจำเดือน (n = 563)		
ก่อนหมดประจำเดือน (premenopause)	203	36.1
ใกล้หมดประจำเดือน (perimenopause)	220	39.1
หลังหมดประจำเดือน (postmenopause)	140	24.8
อายุที่หมดประจำเดือน (n = 140)		
ต่ำกว่า 40 ปี	29	20.7
41 - 45 ปี	41	29.3
46 - 50 ปี	60	42.9
51 - 55 ปี	10	7.1
Mean = 44.77 ปี SD = 4.85 ปี		
ระยะเวลาการหมดประจำเดือนตามธรรมชาติ (n = 84)		
1 - 5 ปี	67	79.8
6 - 10 ปี	15	17.9
11 - 15 ปี	2	2.3
ระยะเวลาการหมดประจำเดือนจากสาเหตุอื่น (n = 56)		
1 - 5 ปี	30	53.6
6 - 10 ปี	18	32.1
มากกว่า 10 ปี	8	14.3

5. ภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน

เกี่ยวกับภาวะสุขภาพซึ่งพิจารณาจากน้ำหนักตัว ส่วนสูง และดัชนีมวลกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีน้ำหนักตัวเฉลี่ยประมาณ 56 กิโลกรัม ส่วนใหญ่ ร้อยละ 49 มีน้ำหนักตัวระหว่าง 51- 60 กิโลกรัม กลุ่มตัวอย่างมีส่วนสูงเฉลี่ยประมาณ 156 เซนติเมตร ส่วนมากร้อยละ 42 มีส่วนสูงระหว่าง 156-160 เซนติเมตร เมื่อพิจารณาสัดส่วนระหว่างน้ำหนักกับส่วนสูง โดยพิจารณาจากดัชนีมวลกาย ซึ่งบ่งบอกภาวะโภชนาการหรือสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะโภชนาการปกติ ดัชนีมวลกายเฉลี่ยประมาณ 23 กิโลกรัม/เมตร² ส่วนใหญ่ ร้อยละ 63 มีภาวะโภชนาการปกติ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามน้ำหนัก ส่วนสูง และดัชนีมวลกาย

(n = 563)				
ภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ	Mean	SD
น้ำหนัก			56.24	7.83
37 - 50 กิโลกรัม	145	25.8		
51 - 60 กิโลกรัม	279	49.5		
มากกว่า 60 กิโลกรัม	139	24.7		
ส่วนสูง			156.4	4.5
145 - 150 เซนติเมตร	71	12.7		
151 - 155 เซนติเมตร	174	30.9		
156 - 160 เซนติเมตร	238	42.3		
มากกว่า 160 เซนติเมตร	80	14.1		
ดัชนีมวลกาย			22.98	2.96
ต่ำกว่า 20 กิโลกรัม/เมตร ² (ผอม)	83	14.7		
20 - 25 กิโลกรัม/เมตร ² (ปกติ)	353	62.7		
สูงกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร ² (อ้วน)	127	22.6		

เมื่อพิจารณาความเจ็บป่วยตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัว ปัญหาสุขภาพที่พบมาก 5 อันดับแรกในกลุ่มตัวอย่าง คือ การมีอาการคันในช่องคลอด/ตกขาว โรคของกระดูกและข้อ เนื้องอกของมดลูกและรังไข่ โรคของหัวใจและหลอดเลือด เนื้องอกของเต้านม โรคที่พบน้อยที่สุด คือ เบาหวาน รายละเอียดปัญหาสุขภาพแสดงในตารางที่ 6

เมื่อมีอาการคันในช่องคลอด/ตกขาว กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาด้วยยาเหน็บมากที่สุด ร้อยละ 46 นอกนั้นได้รับการรักษาด้วยยารับประทาน ยาทา หรือฉีดด้วย AgNO_3 โรคที่พบมากในกลุ่มผู้เป็นโรคของกระดูกและข้อ คือ ปวดกระดูก ร้อยละ 56 กระดูกเสื่อม-บาง ร้อยละ 19 กระดูกหัก / แตกร้าว / คด กระดูกกดทับส่วนอื่น ร้อยละ 12 ข้อและเอ็นผิดปกติ ร้อยละ 9 เนื้องอกของมดลูกและรังไข่ คือ เนื้องอกของมดลูก ร้อยละ 9 เนื้องอกของรังไข่และปีกมดลูก ร้อยละ 7 ชนิดของเนื้องอกที่พบในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะเป็นเนื้องอกธรรมดา มีเพียงส่วนน้อยที่เป็นเนื้อร้าย เช่น มะเร็งปากมดลูก โรคนี้อาจจะเป็นสาเหตุให้กลุ่มตัวอย่างมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดได้ เนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 16 มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดและได้รับการรักษาด้วยการขูดมดลูก ร้อยละ 30 รักษาด้วยยาและการผ่าตัด ร้อยละ 23 ที่เหลือได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ และมีถึงร้อยละ 13 ของผู้มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดไม่ได้รับการรักษา ความผิดปกติที่พบมากที่สุดในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคของหัวใจและหลอดเลือด คือ ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 37 หัวใจเต้นผิดปกติ ร้อยละ 33 เส้นเลือดตีบแข็ง ร้อยละ 12 เจ็บหน้าอก/เหนื่อยใจสั้น ร้อยละ 12 หัวใจโต ลิ้นหัวใจผิดปกติ มีเนื้องอกนอกหัวใจ ร้อยละ 7 ผู้ที่เป็นเนื้องอกของเต้านมส่วนมาก ร้อยละ 81 เป็นเนื้องอกธรรมดา กลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานได้รับการรักษาด้วยยารับประทานและยาฉีดในจำนวนเท่ากัน แต่มีผู้ที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาร้อยละ 14 และมักจะใช้การควบคุมอาหารและออกกำลังกายแทนการรักษาด้วยยา

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัญหาสุขภาพ

(n = 563)

ปัญหาสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การมีอาการคันในช่องคลอด/ตกขาว	251	44.6
โรคของกระดูกและข้อ	113	20.1
เนื้องอกของมดลูกและรังไข่	96	17.1
โรคของหัวใจและหลอดเลือด	43	7.6
เนื้องอกของเต้านม	42	7.5
โรคของต่อมธัยรอยด์	39	6.9
โรคความดันโลหิตสูง	27	4.8
โรกระบบทางเดินหายใจ	16	2.8
โรกระบบทางเดินอาหาร	14	2.5
โรกระบบทางเดินปัสสาวะ	13	2.3
โรคเบาหวาน	7	1.2
โรคอื่น ๆ	19	3.4

อาการของภาวะหมดประจำเดือน

1. ลักษณะอาการของภาวะหมดประจำเดือน

การศึกษาอาการของภาวะหมดประจำเดือนตามระยะของวัยหมดประจำเดือน 3 ระยะ คือ ระยะก่อนหมดประจำเดือน ระยะใกล้หมดประจำเดือน และระยะหลังหมดประจำเดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระยะก่อนหมดประจำเดือนจำนวน 203 คน เกือบทั้งหมด ร้อยละ 93 มีอาการของภาวะหมดประจำเดือน และร้อยละ 56 ถูกרבกวนจากอาการดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระยะใกล้หมดประจำเดือนจำนวน 220 คน เกือบทุกคนมีอาการของภาวะหมดประจำเดือน มีเพียงคนเดียวเท่านั้นที่ไม่มีอาการของภาวะหมดประจำเดือนเลย และกลุ่มตัวอย่างสามในสี่ คือ ร้อยละ 73 ถูกרבกวน กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระยะหลังหมดประจำเดือน จำนวน 140 คน เกือบทั้งหมดร้อยละ 98 มีอาการของภาวะหมดประจำเดือน และถูกรวบกรวร้อยละ 67 เมื่อพิจารณาอาการแต่ละด้าน พบว่า อาการที่พบและรทบกรวกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด คือ อาการด้านร่างกายพบ ร้อยละ 90-97 และรทบกรวผู้ที่มีอาการมากกว่าครึ่ง อาการที่พบรองลงมาในทุกระยะ คือ อาการด้านอื่น ๆ พบร้อยละ 75-90 และก่อให้เกิดการรทบกรว ร้อยละ 27-46 อาการที่พบน้อยที่สุดในทุกระยะ คือ อาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งพบร้อยละ 23-41 และก่อความรทบกรวในกลุ่มตัวอย่าง น้อยกว่าร้อยละ 20

เกี่ยวกับอาการด้านร่างกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกระยะมีอาการของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกมากที่สุดและถูกรวบกรวจากอาการนี้มากที่สุดเช่นกัน คือ พบประมาณร้อยละ 73-84 และรทบกรวกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 33-51 เช่น ปวดหลัง ร้อยละ 50-62 ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ร้อยละ 47-64 ปวดข้อ ร้อยละ 37-56 อาการที่พบรองลงมาทุกระยะ คือ อาการของผิวหนัง ประมาณ ร้อยละ 65 -75 และรทบกรวกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 21-29 เช่น มีสิ่ว/ฝ้าบริเวณใบหน้า ร้อยละ 37-43 ผิวเป็นรอยข้้ง่าย ร้อยละ 28-35 ผิวแห้ง/แตกง่าย ร้อยละ 27-41 อาการของระบบสืบพันธุ์ รทบกรวกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าร้อยละ 15 เช่น ช่องคลอดแห้ง/มีมูกน้อยลง ร้อยละ 15-48 ความต้องการ/ความรู้สึกทางเพศน้อยลง ร้อยละ 18-37 คันบริเวณอวัยวะเพศ ร้อยละ 22-31 อาการของระบบทางเดินปัสสาวะรทบกรวกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าร้อยละ 15 เช่น ใจามมีปัสสาวะเล็ด ร้อยละ 27-42 ปัสสาวะบ่อย ร้อยละ 21-30 อาการด้านร่างกายที่พบน้อยที่สุดในทุกระยะ คือ อาการของระบบหัวใจและเส้นเลือด พบประมาณร้อยละ 33-42 และรทบกรวกลุ่มตัวอย่าง

ประมาณร้อยละ 9-13 ได้แก่ ใจเต้นไม่สม่ำเสมอ/ใจสั่น ร้อยละ 30-38 เจ็บ/แน่นหน้าอก ร้อยละ 17-20

อาการด้านจิตที่พบในทุกๆระยะมากกว่าร้อยละ 20 คือ รู้สึกตึงเครียด พบร้อยละ 44-48 หงุดหงิด/โกรธง่าย ร้อยละ 38-43 รู้สึกเหมือนไม่มีแรง/เหนื่อยหาอ่อนเพลียเหนื่อยต่ำกว่าปกติ ร้อยละ 35-51 ใจน้อยง่าย ร้อยละ 30-36 รู้สึกวิตกกังวล ร้อยละ 29-30 ตื่นเต้น/ตกใจง่าย ร้อยละ 22-25 อาการที่กล่าวมารบกวนกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าร้อยละ 16 อาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติทุกอาการรบกวนกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าร้อยละ 13 ในทุกๆระยะ โดยพบอาการรู้สึกหนาวและร้อนมากกว่าคนทั่วไปรู้สึก ร้อยละ 17-33 ซึ่งเป็นอาการที่พบมากที่สุด รองลงมา คือ เหงื่อออกมากในอุณหภูมิปกติ ร้อยละ 13-30 ส่วนอาการร้อนวูบวาบและใบหน้าแดง/ร้อนบ่อย พบร้อยละ 6-25 และ 8-20 ตามลำดับ

ส่วนอาการด้านอื่น ๆ ที่พบมากกว่าร้อยละ 20 ของกลุ่มตัวอย่างในทุกๆระยะ ได้แก่ หลงลืมง่ายพบมากที่สุด ร้อยละ 52-67 ปวดศีรษะ ร้อยละ 35-47 เหนื่อยเพลียง่าย ร้อยละ 31-44 มึนงงเวียนศีรษะ ร้อยละ 31-39 เจ็บตึงเต้านม ร้อยละ 23-29 ท้องอืด/อาหารไม่ย่อย ร้อยละ 28-36 อาการดังกล่าวทำให้กลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าร้อยละ 15 รู้สึกถูกรบกวน ยกเว้นอาการหลงลืมง่ายซึ่งรบกวนกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด ร้อยละ 13-26 รายละเอียดลักษณะอาการทั้ง 4 ด้าน ตลอด 3 ระยะของวัยหมดประจำเดือน แสดงในตารางที่ 7

2. การเปรียบเทียบอาการของภาวะหมดประจำเดือนตามระยะของวัยหมดประจำเดือน

เมื่อเปรียบเทียบอาการของภาวะหมดประจำเดือนตามระยะของวัยหมดประจำเดือน พบว่า ระยะใกล้หมดประจำเดือนมีอาการมากที่สุดร้อยละ 99.5 รบกวนร้อยละ 73 ระยะหลังหมดประจำเดือนมีอาการลดลงเล็กน้อยร้อยละ 98 และรบกวนร้อยละ 67 ส่วนระยะก่อนหมดประจำเดือนมีอาการและถูกรบกวนน้อยที่สุด เมื่อเปรียบเทียบอาการแต่ละด้านตามระยะของวัยหมดประจำเดือน พบว่า อาการที่พบมากที่สุดในระยะหลังหมดประจำเดือน พบรองลงไปในระยะใกล้หมดประจำเดือน คือ อาการด้านร่างกาย อาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติ อาการของระบบหัวใจและเส้นเลือด อาการที่พบมากที่สุดในระยะหลังหมดประจำเดือนแต่พบจำนวนใกล้เคียงกับระยะใกล้หมดประจำเดือน คือ อาการด้านจิต อาการของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ส่วนอาการของระบบสืบพันธุ์พบเท่ากันทั้งสองระยะ อาการที่พบมากที่สุดในระยะใกล้หมดประจำเดือน

พบรองลงไปในระยะหลังหมดประจำเดือน คือ อาการด้านอื่น ๆ อาการของผิวหนัง อาการของระบบทางเดินปัสสาวะ

เมื่อเปรียบเทียบอาการแต่ละอย่างตามระยะของวัยหมดประจำเดือน พบว่า อาการที่พบมากที่สุดในระยะหลังหมดประจำเดือน พบรองลงไปในระยะใกล้หมดประจำเดือน ได้แก่ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดข้อ รู้สึกชาหรือเป็นเหน็บตามร่างกาย รู้สึกเหมือนเข็มตำตามร่างกาย แสบหรือปวดเวลาปัสสาวะ ปัสสาวะไม่ค่อยสุด ช่องคลอดแห้ง/มีมูกน้อยลง ความต้องการ/ความรู้สึกทางเพศลดลง ผิวแห้ง/แตกง่าย ผิวเป็นรอยขี้ง่าย คัน/เป็นลมพิษ ริมฝีปากแห้ง/แตก เล็บมือเล็บเท้าเปราะ/หักง่าย ใจเต้นไม่สม่ำเสมอ/ใจสั่น รู้สึกเหมือนไม่มีแรง/เหนื่อยง่ายอ่อนเพลียเหนื่อยล้ากว่าปกติ นอนไม่ค่อยหลับ/หลับไม่สนิท อารมณ์ซึมเศร้า/หดหู่ใจ รู้สึกเบื่อจนทำงานไม่ได้ ไม่มีสมาธิ/ไม่มีความสนใจในสิ่งใดเลย หายใจไม่ทั่วท้องหรือไม่เต็มอิ่ม รู้สึกคุณค่าตนเองลดน้อยลง รู้สึกหนาวและร้อนมากกว่าคนทั่วไปรู้สึก เหงื่อออกมากในอุณหภูมิปกติ ร้อนวูบวาบ ใบหน้าแดง/ร้อนบ่อย หลงลืมง่าย

อาการที่พบมากที่สุดในระยะใกล้หมดประจำเดือน พบรองลงไปในระยะหลังหมดประจำเดือน ได้แก่ ปวดหลัง ไอจามมีปัสสาวะเล็ด กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ปัสสาวะบ่อย แสบคันในช่องคลอด รู้สึกวิตกกังวล ง่วงเหงาหาวนอนตลอดเวลา เหนื่อย/เพลียง่าย ท้องอืด/อาหารไม่ย่อย ท้องผูก อาการที่พบเท่ากันหรือใกล้เคียงกันในระยะใกล้และหลังหมดประจำเดือน ได้แก่ เจ็บแน่นหน้าอก รู้สึกตึงเครียด หงุดหงิด/โกรธง่าย ใจน้อยง่าย กลัวการอยู่คนเดียว ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง มีนางเวียนศีรษะ ตาแห้ง/แสบคัน/น้ำตาไหลบ่อย อาการที่พบเท่ากันในระยะก่อนและหลังหมดประจำเดือน ได้แก่ คันบริเวณอวัยวะเพศ ความต้องการ/ความรู้สึกทางเพศมากขึ้น รู้สึกวิตกกังวล ตื่นเต้นตกใจง่าย อาการที่พบเท่ากันในทุกระยะ คือ ท้องเดินบ่อย อาการที่พบมากที่สุดในระยะก่อนหมดประจำเดือน คือ เจ็บตึงเต้านม ส่วนอาการอื่น ๆ คือ มีตกขาว/รู้สึกช่องคลอดชื้นกว่าปกติ ปวดตึงบริเวณท้องน้อย มีผิว/ฝ้าบริเวณใบหน้า ปวดศีรษะ พบมากที่สุดในระยะใกล้หมดประจำเดือน พบน้อยที่สุดในระยะหลังหมดประจำเดือน รายละเอียดข้อมูลการเปรียบเทียบลักษณะอาการทั้ง 3 ระยะ แสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการ/ความไม่สุขสบาย จำแนกตามระยะของวัย
หมดประจำเดือน

	ระยะก่อนหมด ประจำเดือน (n = 203)		ระยะใกล้หมด ประจำเดือน (n = 220)		ระยะหลังหมด ประจำเดือน (n = 140)	
อาการ/ความไม่สุขสบาย	มีอาการ ไม่รบกวน	มีอาการ รบกวน	มีอาการ ไม่รบกวน	มีอาการ รบกวน	มีอาการ ไม่รบกวน	มีอาการ รบกวน
อาการของภาวะหมด ประจำเดือน	36.5	56.1	26.4	73.1	30.7	67.1
ด้านร่างกาย	40.9	48.8	30.5	63.3	35.7	61.4
ระบบทางเดินปัสสาวะ	24.6	15.3	35.5	21.8	32.9	17.1
กลั้นปัสสาวะไม่ได้	7.4	2.5	7.3	5.4	7.1	3.6
ไอ จาม มีปัสสาวะเล็ด	18.7	8.4	26.4	15.4	21.4	9.3
ปัสสาวะบ่อย	13.8	7.4	19.5	10.0	17.9	7.1
แสบหรือปวดเวลาปัสสาวะ	4.4	4.9	5.5	4.0	7.1	5.7
ปัสสาวะไม่ค่อยสุด	6.4	3.0	8.6	4.5	12.1	5.7
ระบบสืบพันธุ์	39.9	15.8	43.2	25.4	50.0	17.9
ช่องคลอดแห้ง/มีมูกน้อยลง	13.8	1.0	19.5	3.2	38.6	9.3
แสบ/คันในช่องคลอด	4.9	4.9	11.8	4.5	10.0	4.3
คันบริเวณอวัยวะเพศ	13.3	9.4	19.1	12.3	14.3	7.8
มีตกขาว / รู้สึกช่องคลอด ขึ้นกว่าปกติ	18.7	4.9	17.7	10.5	7.1	3.6
ปวดถ่วงบริเวณท้องน้อย	19.2	7.4	21.4	7.2	7.1	2.9
ความต้องการ/ความรู้สึก ทางเพศน้อยลง	15.8	2.4	29.5	3.2	33.6	3.5
ความต้องการ/ความรู้สึก ทางเพศมากขึ้น	4.4	0.0	4.1	0.4	4.3	0.0

ตารางที่ 7 (ต่อ)

อาการ/ความไม่สบาย	ระยะก่อนหมด ประจำเดือน (n = 203)		ระยะใกล้หมด ประจำเดือน (n = 220)		ระยะหลังหมด ประจำเดือน (n = 140)	
	มีอาการ ไม่รบกวน	มีอาการ รบกวน	มีอาการ ไม่รบกวน	มีอาการ รบกวน	มีอาการ ไม่รบกวน	มีอาการ รบกวน
	กวน	กวน	กวน	กวน	กวน	กวน
ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก	40.9	32.5	32.2	50.5	36.4	47.1
รู้สึกขาหรือเป็นเหน็บตาม ร่างกาย	23.6	9.4	25.9	14.5	27.1	21.4
รู้สึกเหมือนเข็มตำตาม ร่างกาย	5.4	2.5	7.7	5.0	8.6	7.1
ปวดข้อ	21.7	14.8	23.2	31.3	25.7	30.7
ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	28.6	18.7	28.6	30.9	32.9	31.4
ปวดหลัง	28.1	22.1	29.1	32.7	30.7	24.3
ระบบหัวใจและเส้นเลือด	22.2	10.8	25.9	8.5	29.3	12.8
ใจเต้นไม่สม่ำเสมอ/ใจสั่น	18.7	10.8	22.7	6.8	26.4	11.4
เจ็บ/แน่นหน้าอก	12.3	4.9	14.5	5.0	14.3	4.3
ผิวหนัง	43.8	21.2	45.5	29.0	42.9	29.2
ผิวแห้ง/แตกง่าย	19.2	7.4	23.6	9.5	25.7	15.7
ผิวเป็นรอยขี้ง่าย	24.6	3.0	23.2	8.2	26.4	8.6
อาการคัน/เป็นลมพิษ	14.8	9.3	14.1	12.3	14.3	14.3
ริมฝีปากแห้ง/แตก	9.9	4.9	20.0	6.4	25.7	5.7
เล็บมือเล็บเท้าเปราะ/หักง่าย	6.4	2.0	10.9	4.5	17.1	5.0
มีสิ่ว/ฝ้าบริเวณใบหน้า	32.5	7.4	29.1	13.6	29.3	7.8

ตารางที่ 7 (ต่อ)

อาการ/ความไม่สุขสบาย	ระยะก่อนหมด ประจำเดือน (n = 203)		ระยะใกล้หมด ประจำเดือน (n = 220)		ระยะหลังหมด ประจำเดือน (n = 140)	
	มีอาการ ไม่รบกวน	มีอาการ รบกวน	มีอาการ ไม่รบกวน	มีอาการ รบกวน	มีอาการ ไม่รบกวน	มีอาการ รบกวน
	กวน	กวน	กวน	กวน	กวน	กวน
ด้านจิต	46.8	19.2	45.5	32.2	46.4	32.1
กลัวการอยู่คนเดียว	5.9	1.5	8.6	3.6	8.6	2.8
ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง	6.9	1.5	10.9	1.8	8.6	3.5
รู้สึกคุณค่าตนเองลดน้อยลง	5.9	2.0	10.5	1.8	11.4	4.3
รู้สึกตึงเครียด	33.5	10.8	32.3	15.4	31.4	15.7
รู้สึกเหมือนไม่มีแรง/เหนื่อยชา	24.6	9.9	29.5	14.5	35.0	15.7
อ่อนเพลียเหนื่อยล้ากว่าปกติ						
รู้สึกเบื่องานทำไม่ได้	11.8	2.0	15.9	3.6	19.3	4.3
รู้สึกวิตกกังวล	22.2	6.4	21.8	8.6	19.3	10.0
อารมณ์ซึมเศร้า/หดหู่ใจ	12.7	2.0	13.6	6.4	18.6	7.1
หงุดหงิด/โกรธง่าย	31.0	7.4	29.5	13.2	30.0	12.9
ตื่นเต้น/ตกใจง่าย	21.2	3.4	16.4	5.9	15.7	9.3
ใจน้อยง่าย	25.1	4.9	27.3	9.1	24.3	12.1
ไม่มีสมาธิ/ไม่มีความสนใจ ในสิ่งใดเลย	9.4	1.4	12.3	2.7	12.9	5.7
หายใจไม่ทั่วท้องหรือไม่เต็ม อิ่ม	11.8	2.5	10.9	3.6	11.4	5.7
นอนไม่ค่อยหลับ/หลับไม่ สนิท	14.3	3.4	19.1	8.2	20.7	15.0
จ่วงเหงาหาวนอนตลอดเวลา	15.3	3.4	23.2	6.3	17.9	6.4

ตารางที่ 7 (ต่อ)

อาการ/ความไม่สบาย	ระยะก่อนหมด ประจำเดือน (n = 203)		ระยะใกล้หมด ประจำเดือน (n = 220)		ระยะหลังหมด ประจำเดือน (n = 140)	
	มีอาการ ไม่รบกวน	มีอาการ รบกวน	มีอาการ ไม่รบกวน	มีอาการ รบกวน	มีอาการ ไม่รบกวน	มีอาการ รบกวน
	กวน	กวน	กวน	กวน	กวน	กวน
ด้านระบบประสาทอัตโนมัติ	15.8	7.4	25.0	15.9	27.9	17.8
ร้อนวูบวาบ	5.4	1.0	10.5	6.8	17.1	7.9
ใบหน้าแดง/ร้อนบ่อย	6.9	1.0	9.1	4.5	12.9	7.1
เหงื่อออกมากในอุณหภูมิปกติ	9.4	3.9	12.7	9.5	21.4	8.6
รู้สึกหนาวและร้อนมากกว่าคนทั่วไปรู้สึก	12.8	4.4	19.1	10.0	20.0	12.9
ด้านอื่น ๆ	48.8	26.6	44.0	45.5	44.3	40.0
มีนงง เวียนศีรษะ	23.0	8.0	25.0	14.1	25.0	13.6
ปวดศีรษะ	26.1	8.9	25.5	21.3	17.1	15.7
หลงลืมง่าย	38.9	12.8	37.3	25.9	42.9	24.2
ท้องอืด/อาหารไม่ย่อย	20.7	6.9	23.2	13.2	17.1	14.3
ท้องผูก	12.8	4.9	19.5	13.6	19.3	11.4
ท้องเดินบ่อย	7.4	2.5	8.6	1.8	7.1	2.9
เหนื่อย เพลียง่าย	23.1	7.9	28.2	15.4	25.7	14.3
ตาแห้ง/แสบคัน/น้ำตาไหลบ่อย	13.3	4.9	13.6	11.4	16.4	10.0
เจ็บตึงเต้านม	24.6	3.9	22.3	10.9	17.9	5.0

ปัจจัยเสริม

เมื่อพิจารณาลักษณะปัจจัยเสริม ได้แก่ รูปแบบการปฏิบัติตัวของบุคคลใกล้ชิด สภาพการณด้านสิ่งแวดล้อม และประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือนของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีลักษณะดังแสดงในตารางที่ 8 ดังนี้

รูปแบบการปฏิบัติตัวของบุคคลใกล้ชิด

บุคคลใกล้ชิดของกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี พิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 6-30 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 20.17 คะแนน กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุดประมาณร้อยละ 62 ปฏิบัติตัวดี ประมาณร้อยละ 17 ปฏิบัติตัวดีมาก และส่วนน้อยที่สุดร้อยละ 2 ปฏิบัติตัวไม่ดี

สภาพการณด้านสิ่งแวดล้อม

กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าสิ่งแวดล้อมมีสภาพที่เอื้อให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ดี คะแนนเฉลี่ย 59.38 คะแนน พิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 21-90 คะแนน ส่วนมากประมาณร้อยละ 55 เห็นว่าสิ่งแวดล้อมมีสภาพเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดี ร้อยละ 15 เห็นว่าสภาพการณด้านสิ่งแวดล้อมดีมาก และน้อยที่สุดร้อยละ 2 เห็นว่าสภาพการณด้านสิ่งแวดล้อมไม่ดี

ประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน

กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือนปานกลาง พิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 5-20 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 10.01 คะแนน ส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 41 มีประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือนปานกลาง รองลงมาประมาณร้อยละ 29 มีประสบการณ์น้อย

ปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้

เมื่อพิจารณาปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

และการรับรู้สิ่งขัดขวางพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สิ่งต่าง ๆ ดังแสดงในตารางที่ 8 โดยมีรายละเอียดของการรับรู้ดังนี้

ความสำคัญของสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าสุขภาพมีความสำคัญมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.36 คะแนน พิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 1-4 คะแนน แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนไม่เลือกสุขภาพอยู่ใน 3 อันดับแรก กลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 62 เห็นว่าสุขภาพมีความสำคัญมากที่สุด รองลงมาประมาณร้อยละ 20 เห็นว่าสุขภาพสำคัญมาก

การรับรู้สมรรถนะของตนเอง

กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าตนเองมีสมรรถนะสูง คะแนนเฉลี่ย 21.58 คะแนน พิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 12-30 คะแนน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ประมาณร้อยละ 67 รับรู้ว่าคุณภาพตนเองมีสมรรถนะสูง รองลงมา ร้อยละ 26 รับรู้ว่าคุณภาพตนเองมีสมรรถนะสูงมาก ส่วนที่เหลือร้อยละ 7 รับรู้ว่าคุณภาพตนเองมีสมรรถนะปานกลาง ไม่มีผู้ใดรับรู้ว่าคุณภาพตนเองมีสมรรถนะต่ำ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณภาพดี พิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 1-9 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 6.98 คะแนน กลุ่มตัวอย่างส่วนมากร้อยละ 50 รับรู้ว่าคุณภาพดี รองลงมา ร้อยละ 36 รับรู้ว่าคุณภาพดีมาก และเพียงส่วนน้อยร้อยละ 1 ที่รับรู้ว่าคุณภาพไม่ดี

การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมีประโยชน์สูงมาก คะแนนเฉลี่ย 25.97 คะแนน พิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 15-30 คะแนน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 82.6 รับรู้ว่าคุณภาพการส่งเสริมสุขภาพมีประโยชน์สูงมาก รองลงมา ร้อยละ 17 เห็นว่ามีประโยชน์สูง และส่วนน้อยเพียง 2 คน เท่านั้น เห็นว่ามีประโยชน์ปานกลาง ไม่มีกลุ่มตัวอย่างคิดว่าพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมีประโยชน์น้อย

การรับรู้สิ่งขัดขวางพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีสิ่งขัดขวางพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 11.90 คะแนน พิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 5-25 คะแนน กลุ่มตัวอย่างส่วนมากร้อยละ 55

รับรู้ว่ามีสิ่งขัดขวางพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพปานกลาง ร้อยละ 19 รับรู้ว่ามีสิ่งขัดขวางพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อยและเพียงร้อยละ 2 ที่รับรู้ว่ามีสิ่งขัดขวางพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด

ตารางที่ 8 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยเสริม ปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้ และค่าสถิติพื้นฐาน

(n = 563)

ปัจจัยเสริมและปัจจัย เกี่ยวกับการรับรู้	ระดับการประเมิน				รวม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
	ดีมาก/ สูงมาก/ มากที่สุด	ดี/ สูง/ มาก	พอใช้/ ปาน กลาง	ไม่ดี/ น้อย/ ต่ำ			
รูปแบบการปฏิบัติตัวของ บุคคลใกล้ชิด	16.7	61.6	19.5	2.2	100	20.17	3.91
สภาพการณ์ด้านสิ่ง แวดล้อม	14.9	55.1	27.9	2.1	100	59.38	12.11
ประสบการณ์การส่งเสริม สุขภาพสตรีวัยหมด ประจำเดือน	6.6	23.6	40.7	29.1	100	10.01	3.47
ความสำคัญของสุขภาพ	62.3	20.4	8.2	9.1	100	3.36	0.97
การรับรู้สมรรถนะของ ตนเอง	25.6	66.9	7.5	-	100	21.58	3.12
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	35.5	50.5	12.8	1.2	100	6.98	1.31
การรับรู้ประโยชน์ของ พฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพ	82.6	17.0	0.4	-	100	25.97	2.89
การรับรู้สิ่งขัดขวางพฤ ติกรรมส่งเสริม สุขภาพ	1.6	24.0	55.4	19.0	100	11.90	3.44

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน

การศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยประมาณ 93 คะแนน (คิดเป็นร้อยละ 77 ของ คะแนนเต็ม) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพย่อย 6 ด้าน คือ การออกกำลังกาย โภชนาการ การพัฒนาระบบสนับสนุนระหว่างบุคคล ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การจัดการกับความเครียด และการปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายในชีวิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมทุก ด้านอยู่ในระดับดีและดีมาก คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 14-17 คะแนน (คิดเป็นร้อยละ 70-85 ของคะแนน เต็ม) พฤติกรรมที่อยู่ในระดับดีมาก คือ การปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายในชีวิต และการพัฒนาระบบ สนับสนุนระหว่างบุคคล ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดและรองลงมา คือ 17 และ 16 คะแนน ตามลำดับ พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การจัดการกับความเครียด คะแนนเฉลี่ย 14 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 คะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

(n = 563)				
พฤติกรรม	พิสัย	Mean	SD	ระดับ
การส่งเสริมสุขภาพ	51-120	92.94	10.93	ดี
การออกกำลังกาย	8-20	15.09	2.52	ดี
โภชนาการ	5-20	15.96	2.36	ดี
การพัฒนาระบบสนับสนุนระหว่างบุคคล	5-20	16.06	2.37	ดีมาก
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	5-20	14.77	2.51	ดี
การจัดการกับความเครียด	5-20	13.91	3.44	ดี
การปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายในชีวิต	7-20	17.16	2.40	ดีมาก

เมื่อพิจารณาลักษณะการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพย่อยแต่ละด้าน พบว่า

ด้านการออกกำลังกาย มีผู้ปฏิบัติประมาณร้อยละ 83-99.8 พฤติกรรมที่มีผู้ปฏิบัติมากที่สุด คือ ทำกิจกรรมสันทนาการต่าง ๆ เพื่อผ่อนคลาย และมีผู้ปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 84 พฤติกรรม ที่มีผู้ปฏิบัติเป็นประจำน้อยที่สุด คือ บริหารกล้ามเนื้อช่องคลอดด้วยการขมิบและคลายกล้ามเนื้อ บ่อย ๆ อย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 12 กิจกรรมสันทนาการที่กลุ่มตัวอย่างนิยมทำมาก คือ ดูโทรทัศน์

อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ปลุกต้นไม้ ฟังเพลง พูดคุยกับบุคคลใกล้ชิด ทำงานประดิษฐ์ต่าง ๆ กิจกรรมที่นิยมทำเพื่อช่วยให้นอนหลับได้สนิท คือ อ่านหนังสือ สวดมนต์ไหว้พระ ทำสมาธิ ดูโทรทัศน์ คิดสิ่งดี ๆ ก่อนนอน ดื่มเครื่องดื่มอุ่นๆ ก่อนนอน ฟังเพลง ออกกำลังกาย ทำกิจกรรมสันทนาการต่าง ๆ มีเพียงส่วนน้อยประมาณร้อยละ 2 ต้องรับประทานยาเพื่อช่วยให้นอนหลับ กลุ่มตัวอย่างนอนหลับเฉลี่ยประมาณวันละ 6 ชั่วโมง ส่วนมากร้อยละ 47 นอนหลับวันละ 7-10 ชั่วโมง รองลงมา ร้อยละ 46 นอนน้อยกว่าวันละ 7 ชั่วโมง วิธีการออกกำลังกายที่กลุ่มตัวอย่างส่วนมากทำ คือ เดิน วิ่ง เต้นแอโรบิก ทำกายบริหาร บริหารร่างกายด้วยอุปกรณ์ ทำงานบ้าน ว่ายน้ำ ขี่จักรยานและเล่นกีฬาประเภทต่าง ๆ

ด้านโภชนาการ มีผู้ปฏิบัติประมาณร้อยละ 95-99.5 พฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างมากที่สุดปฏิบัติ คือ รับประทานอาหารที่มีแคลเซียมและกากใยสูง มีผู้ปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 58 พฤติกรรมที่มีผู้ปฏิบัติเป็นประจำน้อยที่สุด ร้อยละ 15 คือ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารจำพวกแป้งที่ผ่านการดัดแปลง เช่น แป้ง น้ำตาลทรายขาว วิธีการควบคุมน้ำหนักตัวที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติ คือ ควบคุมอาหารและออกกำลังกาย นอกจากการปฏิบัติที่กล่าวไปแล้ว กลุ่มตัวอย่างยังรับประทานสารเสริมอาหารบางอย่าง เช่น ผักสด ผลไม้สด นม วิตามิน ถั่วเหลือง น้ำมันปลา แคลเซียม ยาบำรุง ข้างข้อมือ อาหารเสริมสำเร็จรูป น้ำผักและผลไม้ กระเทียมสด-เม็ด

ด้านการพัฒนาระบบสนับสนุนระหว่างบุคคล พบว่ามีผู้ปฏิบัติประมาณร้อยละ 89-99 กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดและมากที่สุด สร้างสัมพันธภาพกับบุคคลใกล้ชิดด้วยการพูดคุยร่วมกิจกรรมให้ความช่วยเหลือและคำปรึกษาแนะนำ และขจัดความขัดแย้งด้วยการพูดคุยและประนีประนอมประมาณครึ่งหนึ่งปฏิบัติกิจกรรมทั้งสองเป็นประจำ ร้อยละ 59 และ 52 ตามลำดับ กิจกรรมที่มีผู้ปฏิบัติเป็นประจำน้อยที่สุด ร้อยละ 21 คือ สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มหรือบุคคลอื่น กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างทำร่วมกับบุคคลใกล้ชิด คือ พูดคุย ทำกิจกรรมสันทนาการ และรับประทานอาหารร่วมกัน ให้คำปรึกษาแนะนำซึ่งกันและกัน กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นสมาชิกของสมาคมวิชาชีพและศิษย์เก่า ให้การสนับสนุนและส่งเสริมบุคคลอื่นหรือกลุ่มให้ก้าวหน้าด้วยการบริจาคทรัพย์สินของเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน และเข้าร่วมกิจกรรมกับกลุ่มหรือบุคคลอื่นเป็นครั้งคราว

ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ เกือบทุกคนประมาณร้อยละ 96-98 ยกเว้นการดื่มแอลกอฮอล์/กาแฟ หรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน มีผู้ปฏิบัติร้อยละ 66 กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมทุกอย่างเป็นประจำน้อยกว่าร้อยละ 40 พฤติกรรมที่

กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด ร้อยละ 39 คือ สังเกตการเปลี่ยนแปลง ตรวจหาความผิดปกติของร่างกายด้วยตนเอง เช่น ตรวจเต้านมด้วยตนเอง พฤติกรรมที่มีผู้ปฏิบัติเป็นประจำน้อยที่สุด คือ การตรวจสุขภาพ เช่น ตรวจภายใน เอกซเรย์เต้านม/ปอด ตรวจเลือด วัดความดันโลหิต ร้อยละ 27 กลุ่มตัวอย่างดื่มกาแฟเฉลี่ยประมาณวันละ 1 ถ้วย กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด ร้อยละ 99 และ 97 ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ตามลำดับ วิธีการที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเพื่อดูแลรักษาสุขภาพตนเอง คือ ตรวจร่างกายประจำปี ประเมินแพทย์เมื่อมีปัญหาสุขภาพ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกาย พักผ่อนให้เพียงพอ และทำจิตใจให้สงบผ่อนคลาย

ด้านการจัดการกับความเครียด พบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 90 ปฏิบัติพฤติกรรมนี้ โดยกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าร้อยละ 25 ปฏิบัติกิจกรรมทุกอย่างเป็นประจำ กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 24 หาวิธีควบคุม/บรรเทาอาการทางกายที่เกิดจากความเครียดด้วยวิธีต่าง ๆ เป็นประจำ พฤติกรรมที่มีผู้ปฏิบัติเป็นประจำน้อยที่สุด คือ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้สามารถเผชิญหรือทนทานต่อความเครียดได้ ร้อยละ 16 วิธีการผ่อนคลายความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างนิยมใช้มากตามลำดับ คือ ทำสมาธิ หายใจเข้าออกลึก ๆ ทำกิจกรรมสันทนาการ พุดคุยกับบุคคลใกล้ชิด ใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ขอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นและปล่อยวาง

ด้านการปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายในชีวิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนชื่นชมยินดีในความสำเร็จของผู้อื่น โดยจำนวนมากที่สุดร้อยละ 73 แสดงความชื่นชมยินดีในความสำเร็จของผู้อื่นเป็นประจำ กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมากกว่าร้อยละ 97 ปฏิบัติกิจกรรมอื่น ๆ และร้อยละ 48-55 ปฏิบัติเป็นประจำ กลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุดร้อยละ 41 ทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสันติสุขทางวิญญาณเป็นประจำ วิธีการที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายของชีวิตที่ใช้กันมากตามลำดับ คือ ปฏิบัติสิ่งต่าง ๆ ด้วยความตั้งใจและดีที่สุด ปฏิบัติสิ่งต่าง ๆ โดยยึดหลักธรรมะ กำหนดเป้าหมายชีวิตและวางแผนให้เหมาะสมล่วงหน้า พัฒนาตนเองอยู่เสมอ ใช้ความพยายามและอดทนในการปฏิบัติสิ่งต่าง ๆ จนกว่าจะบรรลุเป้าหมาย รายละเอียดของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านต่าง ๆ ที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติ แสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความบ่อยของการปฏิบัติ

(n = 563)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ไม่เคยปฏิบัติ	ปฏิบัติ น้อยมาก	ปฏิบัติเป็น ครั้งคราว	ปฏิบัติเป็น ประจำ
การออกกำลังกาย				
1. ออกกำลังกายเต็มที่ต่อเนื่องอย่างน้อย ครั้งละ 20 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง	16.9	27.4	39.6	16.1
2. ออกกำลังกายระหว่างปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น เดินขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟท์	2.7	13.1	38.2	46.0
3. บริหารกล้ามเนื้อช่องคลอดด้วยการขมิบและ คลายกล้ามเนื้อบ่อย ๆ อย่างสม่ำเสมอ	16.9	31.6	39.3	12.2
4. ทำกิจกรรมที่ช่วยให้ผ่อนคลายได้สนิท เช่น คิดถึงดี ๆ ก่อนนอน	9.9	16.7	39.8	33.6
5. ทำกิจกรรมสันทนาการต่าง ๆ เพื่อผ่อนคลาย	0.2	1.4	14.6	83.8
โภชนาการ				
6. รับประทานอาหารที่มีแคลเซียมและกากใยสูง	0.4	4.6	36.9	58.1
7. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีคอเลสเตอรอล ไขมันอิ่มตัวสูงและโปรตีนสูง	0.8	8.3	58.4	32.5
8. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารจำพวกแป้งที่ ผ่านการดัดแปลง เช่น แป้ง น้ำตาลทรายขาว	2.8	18.7	63.4	15.1
9. รับประทานอาหารที่มีวิตามินสูง โดยเฉพาะ วิตามินบี ซีและอี	1.8	17.9	47.6	32.7
10. ควบคุมน้ำหนักตัวให้คงที่ด้วยวิธีการ บางอย่าง เช่น ควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย	5.0	13.0	40.9	41.1

ตารางที่ 10 (ต่อ)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ไม่เคย ปฏิบัติ	ปฏิบัติ น้อยมาก	ปฏิบัติเป็น ครั้งคราว	ปฏิบัติเป็น ประจำ
การพัฒนาระบบสนับสนุนระหว่างบุคคล				
11. สร้างสัมพันธภาพกับบุคคลใกล้ชิดด้วยการ พูดคุย ร่วมกิจกรรม ช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา	0.6	4.6	35.3	59.5
12. สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มและบุคคลอื่นด้วย การพูดคุย ร่วมกิจกรรม ช่วยเหลือ ให้คำ ปรึกษาแนะนำและเป็นสมาชิก	10.5	18.3	50.1	21.1
13. จัดความขัดแย้งด้วยการพูดคุยและประนี ประนอม	0.9	4.4	43.0	51.7
14. ขอความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดและ บุคคลอื่นเมื่อมีเหตุจำเป็น	0.9	14.4	62.3	22.4
15. สนับสนุนและส่งเสริมบุคคลอื่นหรือกลุ่มให้ มีความก้าวหน้าอย่างเต็มที่ เช่น เป็นกรรมการ หรือบริจาคเงิน/สิ่งของ	3.0	9.4	53.5	34.1
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ				
16. แสวงหาความรู้เกี่ยวกับภาวะหมดประจำ เดือนและการส่งเสริมสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ	2.2	13.9	54.9	29.0
17. สังเกตการเปลี่ยนแปลง ตรวจหาความผิดปกติ ของร่างกายด้วยตนเอง เช่น ตรวจเต้านมด้วย ตนเอง	2.0	10.7	48.0	39.3
18. ตรวจสุขภาพ เช่น ตรวจภายใน เอกซเรย์ เต้านม / ปอด ตรวจเลือด วัดความดันโลหิต	3.6	17.9	51.5	27.0
19. ดื่มแอลกอฮอล์/ดื่มกาแฟหรือเครื่องดื่มที่มี คาเฟอีน	34.3	21.5	24.0	20.2

ตารางที่ 10 (ต่อ)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ไม่เคยปฏิบัติ	ปฏิบัติ น้อยมาก	ปฏิบัติเป็น ครั้งคราว	ปฏิบัติเป็น ประจำ
20. รับการรักษาจากแพทย์เมื่อมีปัญหาสุขภาพ หรือความผิดปกติต่างๆ และซักถามข้อมูล เพิ่มเติมเมื่อไม่เข้าใจคำแนะนำที่ได้รับ	3.8	15.1	49.0	32.1
การจัดการกับความเครียด				
21. หลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่น จัดตารางเวลาการทำงาน	9.3	19.2	50.4	21.1
22. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้สามารถเผชิญ หรือทนทานต่อความเครียดได้ เช่น ฝึกการพูด ฝึกแสดงออกอย่างเหมาะสม	8.5	22.9	52.6	16.0
23. สร้างภูมิคุ้มกันต่อความเครียดด้วยการหา กลุ่มเพื่อเป็นแนวร่วมให้ความช่วยเหลือสนับสนุน ฝึกหัดวิธีแก้ปัญหา อย่างมีเหตุผล	8.7	18.3	52.2	20.8
24. ฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดหลาย ๆ วิธี เช่น ฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย ฝึกสมาธิ	13.4	25.0	43.5	18.1
25. หาวิธีควบคุม/บรรเทาอาการทางกายที่เกิดจาก ความเครียด เช่น นับเลข หายใจเข้าออกลึก ๆ ทำสมาธิ	11.7	20.6	43.9	23.8
การปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายในชีวิต				
26. กำหนดเป้าหมายในการดำเนินชีวิตของตนเอง	2.8	8.2	46.0	43.0
27. เรียนรู้จุดเด่นจุดด้อยของตนเอง	1.5	6.0	44.9	47.6
28. เรียนรู้และปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้ชีวิตดำเนิน ไปในทางที่ดีขึ้น	0.7	2.8	41.6	54.9
29. ทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสันติสุขทางจิตวิญญาณ เช่น สวดมนต์ อ่านพระคัมภีร์ ทำละหมาด	1.8	11.4	45.6	41.2
30. ชื่นชมยินดีในความสำเร็จของผู้อื่น	-	.9	26.6	72.5

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ วัยหมดประจำเดือน

การทดสอบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน มีปัจจัยที่นำเข้ามาร่วมในการวิเคราะห์ 2 กลุ่ม กลุ่มแรก คือ ปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้ ซึ่งประกอบด้วย ตัวแปร 5 ตัว ได้แก่ ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สิ่งขัดขวางพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มที่สอง คือ ปัจจัยเสริม ซึ่งประกอบด้วย ตัวแปร 10 ตัว ได้แก่ อายุ การศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ภูมิฐานะเดิม อาการของภาวะหมดประจำเดือน ดัชนีมวลกาย รูปแบบการปฏิบัติตัวของบุคคลใกล้ชิด สภาพการณ์ด้านสิ่งแวดล้อม และประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน การวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพื่อทดสอบ Multicollinearity และ Autocorrelation พบว่า ไม่มีตัวแปรอิสระคู่ใดมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับสูง ดังแสดงในภาคผนวก ก

การวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงซ้อนขั้นแรกด้วยปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้ ประกอบด้วย ตัวแปร 5 ตัว คือ ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สิ่งขัดขวางพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้ทั้งหมดสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือนได้ ร้อยละ 19 ($R^2 = .1917$, $F = 26.43$, $p < .001$) อย่างไรก็ตามมีปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้เพียง 2 ตัว คือ การรับรู้สมรรถนะของตนเองและการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือนในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005 เมื่อพิจารณาค่า β พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองมีผลต่อความผันแปรของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน มากกว่าการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ
พยาบาลวิชาชีพวิทย์หมคประจำเดือน

(n = 563)		
ปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้	b	β
ความสำคัญของสุขภาพ	0.077	0.007
การรับรู้สมรรถนะของตนเอง	1.220**	0.348
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	0.083	0.010
การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	0.541**	0.143
การรับรู้สิ่งขัดขวางพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	- 0.161	- 0.051
ตัวคงที่	53.6650**	
R square	0.1917	
SE	9.87	
F	26.426	
Significant F	.0000	

** $p < .005$

การวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงซ้อนขั้นต่อไปโดยเพิ่มปัจจัยเสริม ซึ่งประกอบด้วย ตัวแปร 10 ตัว คือ อายุ การศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ภูมิถิ่นนาเดิม อาการของภาวะหมคประจำเดือน ดัชนีมวลกาย รูปแบบการปฏิบัติตัวของบุคคลใกล้ชิด สภาพการณ์ด้านสิ่งแวดล้อม และประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพสตรีวิทย์หมคประจำเดือน เข้ามาวิเคราะห์ร่วมด้วย ปรากฏว่าปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้และปัจจัยเสริมสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพได้เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 33 ($R^2 = .3324$, $F = 15.05$, $p < .001$) แสดงว่า ปัจจัยเสริมสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวิทย์หมคประจำเดือนได้เพิ่มขึ้นจากปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้ ร้อยละ 14 ดังแสดงในตารางที่ 12

จากตัวแปรทั้งหมด 15 ตัวที่เข้าร่วมในการวิเคราะห์ มีตัวแปรเพียง 9 ตัวเท่านั้น ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวิทย์หมคประจำเดือน ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สิ่งขัดขวางพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อายุ สถานภาพสมรสคู่ สถานภาพสมรสหย่าและหม้าย อาการของภาวะหมคประจำเดือน รูปแบบการปฏิบัติตัวของบุคคลใกล้ชิด และประสบการณ์การส่งเสริม

สุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน โดยตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือนสูงที่สุดเมื่อพิจารณาจากค่าเบต้า (β) คือ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์รองลงมาตามลำดับ คือ ประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน รูปแบบการปฏิบัติตัวของบุคคลใกล้ชิด การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สถานภาพสมรส อาการของภาวะหมดประจำเดือน อายุ ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์น้อยที่สุด คือ การรับรู้สิ่งขัดขวางพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้มีสถานภาพสมรสโสดมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อยกว่าผู้มีสถานภาพสมรสคู่ แต่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้มีสถานภาพสมรสหย่า/หม้าย



ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้ ปัจจัยเสริมและพฤติกรรมการส่งเสริม
สุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน

(n = 563)

ปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้และปัจจัยเสริม	b	β
ความสำคัญของสุขภาพ	0.529	0.047
การรับรู้สมรรถนะของตนเอง	0.818**	0.234
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	0.318	0.038
การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	0.455**	0.120
การรับรู้สิ่งขัดขวางพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	- 0.241*	- 0.076
อายุ	0.233*	0.083
การศึกษา	- 0.501	- 0.032
รายได้	-0.00006	-0.056
สถานภาพสมรส	1.547*	0.124
สถานภาพสมรสหย่าและหม้าย	- 2.489*	- 0.120
ภูมิลำเนาเดิมภาคเหนือ	- 0.527	- 0.028
ภูมิลำเนาเดิมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	0.741	0.035
ภูมิลำเนาเดิมภาคกลาง	0.574	0.038
อาการของภาวะหมดประจำเดือน	0.072*	0.100
ดัชนีมวลกาย	- 0.186	- 0.050
รูปแบบการปฏิบัติตัวของบุคคลใกล้ชิด	0.517**	0.185
สภาพการณ์ด้านสิ่งแวดล้อม	0.045	0.050
ประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน	0.732**	0.232
ตัวคงที่	42.208**	
R square	0.3324	
SE	9.07	
F	15.047	
Significant F	<.001	

** p < .005 * p < .05

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การศึกษาอาการของภาวะหมดประจำเดือน และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน ผลการศึกษาก่อประโยชน์ได้ดังนี้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ประวัติเกี่ยวกับประจำเดือน

การศึกษาอายุที่มีประจำเดือนครั้งแรกของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ วัย 40-56 ปี พบว่า อายุเฉลี่ยที่มีประจำเดือนครั้งแรกประมาณ 14 ปี ต่ำกว่าอายุที่มีประจำเดือนครั้งแรกของสตรีไทยที่ กรมอนามัยสำรวจไว้ ซึ่งมีอายุ 16 ปี (กรมอนามัย, 2539: 32) และสูงกว่าอายุเฉลี่ยที่มีประจำเดือน ครั้งแรกในประเทศตะวันตก ซึ่งมีอายุ 13 ปี ความแตกต่างของอายุที่มีประจำเดือนครั้งแรกระหว่างการ ศึกษาครั้งนี้กับการสำรวจของกรมอนามัย อาจเป็นผลจากความแตกต่างของสถานภาพต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพมีภาวะสุขภาพพื้นฐานดีกว่า เพราะต้องผ่านการสอบคัดเลือก ก่อนเข้าเรียนพยาบาล โดยรับผู้มีน้ำหนักไม่น้อยกว่า 40 กิโลกรัม และมีส่วนสูงไม่ต่ำกว่า 150 เซนติเมตร จึงมีประจำเดือนเร็วกว่า เพราะผู้มีภาวะโภชนาการดีจะมีประจำเดือนเร็ว ความแตกต่าง ของสภาพทางสังคมเศรษฐกิจ จะมีผลให้โภชนาการและการเจริญเติบโตของร่างกายแตกต่างกัน มีแนวโน้มว่าอายุเฉลี่ยที่มีประจำเดือนครั้งแรกจะลดลง 0.3 ปี ต่อทศวรรษ (Gosden, 1985: 11)

ส่วนการศึกษาภาวะหมดประจำเดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างหมดประจำเดือนตามธรรมชาติ ร้อยละ 60 และหมดประจำเดือนจากสาเหตุอื่น ร้อยละ 40 โดยที่ยังไม่ได้วิเคราะห์ว่ากลุ่มนี้หมด ประจำเดือนจากสาเหตุใดบ้าง แต่มีข้อน่าสังเกตจากข้อมูลการตอบแบบสอบถาม พบว่า กลุ่ม ตัวอย่าง ร้อยละ 17 มีปัญหาเนื้องอกของอวัยวะสืบพันธุ์ เช่น เนื้องอกของมดลูกและรังไข่ และ ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้หมดประจำเดือน เมื่อเปรียบ เทียบกับการศึกษาของประมูต สุขวัฒนา (Sukwatana, et al., 1991: 220) ซึ่งพบว่ามียกลุ่มตัวอย่าง

ร้อยละ 10 หมดประจำเดือนเนื่องจากการผ่าตัดมดลูก จะเห็นว่าอัตราการหมีดประจำเดือนจากสาเหตุอื่นที่พบในการศึกษาคั้งนี้สูงกว่ามาก อาจมีสาเหตุจากความเป็นอยู่ที่แตกต่างกัน และการอยู่ในวิชาชีพซึ่งอยู่ใกล้บริการทางการแพทยมาก เมื่อเกิดปัญหาจึงได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดมดมาก เมื่อพิจารณาอายุเฉลี่ยที่หมีดประจำเดือน พบว่า อายุเฉลี่ยที่หมีดประจำเดือนจากสาเหตุอื่นประมาณ 42 ปี ต่ำกว่าอายุเฉลี่ยที่หมีดประจำเดือนตามธรรมชาติถึง 5 ปี ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 16 มีปัญหาเลือดออกมากกว่าปกติโดยไม่ทราบว่าเป็นพยาธิสภาพหรือเป็นการเปลี่ยนแปลงของภาวะหมีดประจำเดือน แต่ทำให้เกิดความวิตกกังวลจึงทำผ่าตัด

อายุเฉลี่ยที่หมีดประจำเดือนตามธรรมชาติประมาณ 47 ปี ต่ำกว่าอายุเฉลี่ยที่หมีดประจำเดือนของกลุ่มอื่นเล็กน้อย คือ สตรีไทยหมีดประจำเดือนอายุเฉลี่ยประมาณ 48 ปี (กรมอนามัย, 2539: 32) สตรีในกรุงเทพหมีดประจำเดือนอายุเฉลี่ยประมาณ 49 ปี (Chompootweep, et al., 1993: 68) สตรีในขอนแก่นหมีดประจำเดือนอายุเฉลี่ยประมาณ 48 ปี (จรุงกลิน จันทรคำ และคนอื่นๆ, 2539: 64) ความแตกต่างของอายุที่หมีดประจำเดือนตามธรรมชาติที่พบ อาจมีผลจากความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างในเรื่องการศึกษา รายได้ อาชีพ สถานภาพสมรส จำนวนครั้งของการคลอดบุตร การคุมกำเนิด อายุที่มีประจำเดือนครั้งแรก และภาวะโภชนาการ ปัจจัยที่ทำให้หมีดประจำเดือนเร็วขึ้น คือ สถานภาพสมรสโสด การคลอด การใช้ยาคุมกำเนิด (Gosden, 1985; Mayor, 1994: 122) ภาวะโภชนาการต่ำหรือผอม (Ashburn, 1992: 765; Gray, 1976: 29; Gosden, 1985: 11; Mayor, 1994: 122; Speroff, 1994: 2) การทำงานนอกบ้าน (Mayor, 1994: 122) สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจต่ำ (Gray, 1976: 30; Gosden, 1985: 11-12) มีประจำเดือนครั้งแรกเร็ว (Chompootweep, et al., 1993) เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคั้งนี้กับกลุ่มที่กรมอนามัยศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคั้งนี้ มีสถานภาพสมรสโสดมากกว่า มีการคลอดน้อยครั้งกว่า ใช้ยาคุมกำเนิดน้อยกว่า มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าหรือผอมกว่า ทำงานนอกบ้านมากกว่า จึงหมีดประจำเดือนเร็วกว่า แต่มีสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจสูงกว่า โดยปกติผู้มีสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจสูงจะหมีดประจำเดือนช้ากว่าผู้มีสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจต่ำกว่า โดยที่สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจจะมีผลต่อภาวะโภชนาการและการเจริญเติบโต (Gosden, 1985: 11) คาดว่าผู้มีสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจสูงจะมีภาวะโภชนาการหรือดัชนีมวลกาย ระดับคอเลสเตอรอล และเนื้อเยื่อไขมันมากกว่าผู้มีสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจต่ำ เอสโตรเจนซึ่งเป็นฮอร์โมนที่มีผลต่อการหมีดประจำเดือนผลิตมาจากคอเลสเตอรอล ส่วนเนื้อเยื่อไขมันเป็นแหล่งที่จะเปลี่ยนฮอร์โมนเพศชายไปเป็นเอสโตรเจน (Dewhurst, 1984: 597) ผู้มีดัชนีมวลกายสูงจึงน่าจะมีระดับเอสโตรเจนสูงกว่าจึงหมีดประจำเดือนช้ากว่าผู้มีดัชนีมวลกายต่ำ แต่การศึกษานี้ได้ผลตรงข้ามเนื่องจากกลุ่มที่ศึกษาคั้งนี้มีสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจสูง แต่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่า

กลุ่มที่กรมอนามัยศึกษา จึงหมดประจำเดือนเร็วกว่า จากผลการศึกษาอาจกล่าวได้ว่าสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจไม่มีผลโดยตรงต่ออายุที่หมดประจำเดือนแต่มีผลโดยอ้อมผ่านภาวะโภชนาการ (Gosden, 1985: 11)

อาการของภาวะหมดประจำเดือน

1. ลักษณะอาการของภาวะหมดประจำเดือน

ผลการศึกษาอาการของภาวะหมดประจำเดือน พบว่า สตรีวัยหมดประจำเดือนเฉลี่ยประมาณ ร้อยละ 96 มีอาการของภาวะหมดประจำเดือนในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีประมาณร้อยละ 4 เท่านั้นที่ไม่มีอาการใดเลย ใกล้เคียงกับการศึกษาของกรมอนามัย (2539: 54) ซึ่งพบว่า สตรีไทยวัยหมดประจำเดือนทั่วประเทศเพียงร้อยละ 3 เท่านั้นที่ไม่มีอาการของภาวะหมดประจำเดือนในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาค้างนี้มีอายุ 40-56 ปี ใกล้เคียงกับกลุ่มที่กรมอนามัยศึกษามีอายุ 40-59 ปี และเครื่องมือที่ใช้มีอาการที่ศึกษาเหมือนกัน 20 อาการครอบคลุมอาการด้านร่างกาย ด้านจิต ด้านระบบประสาทอัตโนมัติ และอาการด้านอื่น ๆ การศึกษาค้างนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างเฉลี่ยประมาณ ร้อยละ 26 ไม่มีอาการด้านจิต และเฉลี่ยร้อยละ 63 ไม่มีอาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติ ต่างจากการศึกษาของสุมนา ชมพูทวีป และคนอื่น ๆ (Chompootweep, et al., 1993: 67) ซึ่งพบว่าสตรีในกรุงเทพเฉลี่ยประมาณร้อยละ 43 ไม่มีอาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติและด้านจิต ที่เป็นนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่่างมีลักษณะต่างกันและการวิเคราะห์ผลต่างกัน คือ การวิจัยนี้ศึกษากลุ่มตัวอย่างอายุ 40-56 ปี และวิเคราะห์อาการสองด้านแยกกัน ส่วนสุมนา ชมพูทวีป และคนอื่น ๆ ศึกษากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 45-59 ปี และวิเคราะห์อาการสองด้านรวมกัน

เมื่อพิจารณาอาการของภาวะหมดประจำเดือนแต่ละด้าน ปรากฏว่า อาการที่พบและรบกวนกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดในทุกระยะ คือ อาการด้านร่างกาย โดยเฉพาะอาการของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก อาการที่พบและรบกวนกลุ่มตัวอย่างรองลงมาตามลำดับ คือ อาการด้านอื่น ๆ อาการที่พบและรบกวนน้อยที่สุด คือ อาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติ การที่มีอาการของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกมากกว่าอาการอื่น ๆ อาจเป็นผลจากการประกอบอาชีพ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลซึ่งต้องให้บริการต่าง ๆ แก่ผู้รับบริการ ต้องเดินหรือเคลื่อนไหวดูแลผู้มาเยี่ยมเยียนย้ายจัดท่าผู้ป่วยบ่อย ทั้งยังมีปัญหาสุขภาพเดิม คือ โรคกระดูกและข้อมากถึงร้อยละ 20 ประกอบกับวัยหมดประจำเดือนจะมีภาวะกระดูกบางทำให้มีอาการปวดหลัง ปวดข้อหรือปวดกล้ามเนื้อ (Speroff, et al., 1989: 138) นอกจากนี้ยังอาจมีการเปลี่ยนแปลงของสรีระตามวัย จึงมีอาการของ

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูกมากที่สุด การเปรียบเทียบอาการด้านต่าง ๆ กับการวิจัยอื่นค่อนข้างลำบาก เนื่องจากการรายงานผล การแบ่งอาการเป็นด้านหรือจัดหมวดหมู่ของกลุ่มอาการแตกต่างกัน ไม่สามารถแยกแยะหรือเปรียบเทียบกันได้ว่า อาการด้านเดียวกันจะวัดอาการเดียวกันหรือไม่ เช่น อาการด้านร่างกายของเชษฐสินี เศรษฐบุตร และคนอื่น ๆ (2538) เป็นอาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติของการศึกษาครั้งนี้ ส่วนอาการด้านจิตมีอาการเหมือนกับการศึกษาครั้งนี้ 6 อย่าง เครื่องมือประเมินอาการของภาวะหมดประจำเดือนของประมุล สุขวัฒนา และคนอื่น ๆ ประกอบด้วยอาการ 2 ด้าน 12 ข้อ คือ อาการด้านร่างกาย 8 ข้อ ซึ่งรวมอาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติ 3 ข้อไว้ด้วย และอาการด้านจิต 4 ข้อ แต่การศึกษานี้ประเมินอาการ 4 ด้าน 53 ข้อ คือ อาการด้านร่างกาย 25 ข้อ อาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติ 4 ข้อ การอภิปรายนี้จึงเปรียบเทียบอาการแต่ละอย่าง

เมื่อพิจารณาอาการแต่ละอย่าง พบว่า อาการที่พบมากในทุกระยะ 3 อันดับแรก คือ หลงลืมง่าย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดหลัง ผลการศึกษานี้คล้ายกับการศึกษาของกรมอนามัย (2539) ซึ่งพบว่าอาการหลงลืมง่าย เป็นอาการที่พบมากที่สุด อาการปวดหลังเป็นอาการที่พบบรองลงมาเป็นอันดับสอง แต่อัตราการเกิดอาการทั้งสองของกลุ่มที่กรมอนามัยศึกษาสูงกว่าการศึกษานี้ เพราะกลุ่มตัวอย่างมีอาชีพต่างกัน กลุ่มที่กรมอนามัยศึกษาส่วนใหญ่ ร้อยละ 71 มีอาชีพทำนา ทำสวน ทำไร่ และรับจ้างทั่วไป ต้องใช้แรงงานและเคลื่อนไหวร่างกายมากกว่าพยาบาลวิชาชีพ ผลการศึกษาต่างจากการศึกษาของประมุล สุขวัฒนา และคนอื่น ๆ (Sukwatana, et al., 1990: 221) และการรายงานในประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบอาการร้อนวูบวาบ มากที่สุด (Alexander, & LaRosa, 1994: 390; Dewhurst, 1984: 612; Gannon, 1985: 171; Gosden, 1985: 7; Varner, & Younger, 1995: 250) และต่างจากการศึกษาของแลนด์เกรนและคอลลิน (Landgren, & Collins, 1994: 94) บูลิต และคนอื่น ๆ (Boulet, et al., 1994) ซึ่งพบอาการซึมเศร้า นอนไม่หลับ หงุดหงิด มากที่สุด ที่เป็นเช่นนี้อาจมีผลจากความแตกต่างของเครื่องมือ และอาจมีผลมาจากความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในเรื่องการศึกษา ความรู้ สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ ประสบการณ์ชีวิต บุคลิกภาพ ลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรม เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของประมุล สุขวัฒนา และคนอื่น ๆ (Sukwatana, et al., 1990) พบว่า กลุ่มตัวอย่างนี้มีการศึกษาความรู้ สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจดีกว่า นอกจากนี้ยังมีลักษณะการทำงานที่ต่างกัน กลุ่มที่ศึกษานี้เป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพแก่ผู้รับบริการซึ่งเป็นผู้เจ็บป่วยไม่สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ ต้องให้ความช่วยเหลือทดแทนความสามารถที่พร่องไปของผู้ป่วย จึงต้องเคลื่อนไหวร่างกายหรือใช้กล้ามเนื้อและกระดูกมาก ส่วนกลุ่มที่ประมุล สุขวัฒนา และคน

อื่น ๆ ศึกษา (Sukwatana, et al., 1991: 219) ส่วนใหญ่เป็นแม่บ้านและค้าขาย ร้อยละ 44 และ 31 ตามลำดับ มีเพียงร้อยละ 14 ที่เป็นกรรมกร การเคลื่อนไหวใช้กล้ามเนื้อและกระดูกจึงน้อยกว่า กลุ่มที่ศึกษาครั้งนี้ อาการของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจึงน้อยด้วย

2. การเปรียบเทียบอาการของภาวะหมดประจำเดือนตามระยะของวัยหมดประจำเดือน

เมื่อเปรียบเทียบอาการของภาวะหมดประจำเดือนตามระยะของวัยหมดประจำเดือน พบว่า สตรีใกล้หมดประจำเดือนมีอาการมากที่สุด ร้อยละ 99.5 และถูกรบกวนจากอาการถึงสามในสี่ หรือร้อยละ 73 สตรีหลังหมดประจำเดือนมีอาการรองลงมาในอัตราที่ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 98 และถูกรบกวนน้อยลง คือ สองในสามหรือร้อยละ 67 ส่วนสตรีก่อนหมดประจำเดือนมีอาการน้อยที่สุดร้อยละ 93 และถูกรบกวนเกินครึ่งเล็กน้อยหรือร้อยละ 56 ทั้งนี้เนื่องจากระยะใกล้หมดประจำเดือนมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนมากกว่าระยะอื่น เพราะการทำงานและการเจริญของไข่ลดลง การสร้างเอสตราไดออกเจินน้อยลงด้วย นอกจากนี้การสร้างคอร์ปีสทูเทียมไม่เพียงพอจึงมีการขาดโปรเจสเตอโรนด้วย การลดระดับของฮอร์โมนมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาค และสรีรวิทยา (Dewhurst, 1984; Gannon, 1985: 162; LeBoeuf, & Carter, 1996: 174; Maher, & Myatt, 1995: 49) ระยะใกล้หมดประจำเดือนจึงมีอาการและถูกรบกวนมากที่สุด แต่ระดับของฮอร์โมนจะยังคงต่ำอยู่ในระยะหลังหมดประจำเดือน ดังนั้นหลังหมดประจำเดือนจึงยังคงมีอาการอยู่แต่อัตราลดลงเล็กน้อย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาในอเมริกาเหนือซึ่งพบว่า สตรีใกล้หมดประจำเดือนและสตรีที่หมดประจำเดือนจากการผ่าตัดมีแนวโน้มจะรายงานอาการของภาวะหมดประจำเดือนมากกว่ากลุ่มอื่น (Dennerstein, 1996: 152; McKinlay, et al., 1993: 6) และสอดคล้องกับการศึกษาของสุมนา ทุมพูทวีป และคนอื่น ๆ (Chompootweep, et al., 1993) ซึ่งพบว่าสตรีใกล้หมดประจำเดือนมีอาการทุกอาการมากกว่าระยะอื่น

เมื่อเปรียบเทียบอาการแต่ละด้านตามระยะของวัยหมดประจำเดือน พบว่า อาการที่พบมากที่สุดในระยะหลังหมดประจำเดือน พบรองลงไปในระยะใกล้หมดประจำเดือน คือ อาการด้านร่างกาย อาการของระบบหัวใจและเส้นเลือด อาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติ อาการที่พบมากที่สุดในระยะหลังหมดประจำเดือน แต่พบจำนวนใกล้เคียงกันกับระยะใกล้หมดประจำเดือน คือ อาการด้านจิต อาการของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ส่วนอาการของระบบสืบพันธุ์พบเท่ากันทั้งสองระยะ อาการที่พบมากที่สุดในระยะใกล้หมดประจำเดือนพบรองลงไปในระยะหลังหมดประจำเดือน คือ อาการด้านอื่น ๆ อาการของผิวหนัง อาการของระบบทางเดินปัสสาวะ แต่การเปรียบ

เทียบอาการแต่ละด้านกับการศึกษาอื่นเป็นไปได้ค่อนข้างลำบากและไม่ชัดเจน เนื่องจากการรายงานผล การแบ่งอาการเป็นด้านหรือจัดหมวดหมู่ของกลุ่มอาการแตกต่างกันดังได้กล่าวไปแล้ว การอภิปรายผลจึงขอเปรียบเทียบอาการแต่ละอย่างในแต่ละด้านตามระยะของวัยหมดประจำเดือน

อาการด้านร่างกายที่พบบ่อยที่สุดในระยะหลังหมดประจำเดือนเมื่อเทียบกับระยะอื่น คือ อาการของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกเกือบทุกอาการ เช่น ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดข้อ รู้สึกขาหรือเป็นเหน็บตามร่างกาย ที่เป็นเช่นนี้เพราะอาการของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกสัมพันธ์กับภาวะกระดูกบางซึ่งเกิดหลังหมดประจำเดือน โดยจะมีการสูญเสียเนื้อกระดูกประมาณร้อยละ 1-1.5 ต่อปี และเกิดเร็วมากในช่วงหลังหมดประจำเดือน 3-7 ปี (Herbst, et al., 1992: 1255; Scommegna, & Carson, 1989: 378) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้มีอาการปวดข้อหรือปวดกล้ามเนื้อ (Speroff, et al., 1989: 138) จึงทำให้มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและปวดข้อมากที่สุดในระยะหลังหมดประจำเดือนเมื่อเทียบกับระยะอื่น

อาการของผิวหนังเกือบทุกอาการพบบ่อยที่สุดในระยะหลังหมดประจำเดือน เช่น ผิวแห้ง/แตกง่าย ผิวเป็นรอยขี้ง่าย เพราะการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังจะเกิดหลังวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยหนังแท้จะบางลง คอลลาเจนลดลง มีการสูญเสียน้ำมากขึ้น หนังกำพร้าบางลง ต่อมไขมันและต่อมเหงื่อทำงานน้อยลง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะเพิ่มมากขึ้นตามอายุ จึงทำให้ผิวแห้งแตก มีรอยเหี่ยวย่น และเป็นรอยขี้ง่ายมากขึ้น (Dewhurst, 1984: 611) ส่วนอาการที่พบบ่อยที่สุดในระยะใกล้หมดประจำเดือน คือ มีสิว/ฝ้าบริเวณใบหน้า เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงระดับของฮอร์โมน (Dewhurst, 1984) และมีการสร้างเมลานินมากขึ้นในระยะใกล้หมดประจำเดือน (Scommegna, & Carson, 1987: 377) จึงเกิดสิว/ฝ้ามากขึ้นในระยะนี้

อาการของระบบสืบพันธุ์ที่พบบ่อยที่สุดในระยะหลังหมดประจำเดือน คือ ช่องคลอดแห้ง/มีมูกน้อยลง ความต้องการ/ความรู้สึกทางเพศน้อยลง อาการของระบบทางเดินปัสสาวะที่พบบ่อยที่สุดในระยะหลังหมดประจำเดือน คือ ปัสสาวะไม่ค่อยสุด เจ็บหรือแสบเวลาปัสสาวะที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากการแบ่งตัวและการเจริญเติบโตของเซลล์เยื่อบุทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์น้อยลงหลังหมดประจำเดือน การแห้งเมือกในช่องคลอดจึงลดลง ทำให้ช่องคลอดแห้ง เยื่อบุช่องคลอดบางลง มีรอยย่นน้อยลง ความยืดหยุ่นน้อยลง จึงเจ็บหรือแสบเวลามีเพศสัมพันธ์ ทั้งยังมีการตอบสนองทางเพศน้อยลง ความต้องการทางเพศจึงน้อยลงด้วย (นิมิต เตะไกรชนะ และคนอื่น ๆ, 2536 ก: 550; Bachmann, 1994: 137; Dewhurst, 1984: 603; Gosden, 1985: 122; LeBoef, & Carter, 1996: 176; Sarrel, 1990: 28s; Scommegna, & Carson, 1987: 377) ในขณะที่

เดียวกันเนื้อเยื่อของทางเดินปัสสาวะก็ฝ่อบางลง มีความเป็นกรดน้อยลง โอกาสเกิดการติดเชื้อจะมากขึ้น จึงมีอาการปวดหรือแสบเวลาปัสสาวะ ประกอบกับเนื้อเยื่อของกระเพาะปัสสาวะและท่อปัสสาวะจะลดความตึงตัวลง จึงมีอาการปัสสาวะไม่ค่อยสุด (LeBoeuf, & Carter, 1996: 176) โดยปกติอาการของระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์จะเพิ่มขึ้นตามอายุภายหลังหมดประจำเดือน เนื่องจากการฝ่อบางของเยื่อบุเพิ่มขึ้นตามอายุ (Stenberg, et al., 1995: s19) แต่การศึกษาครั้งนี้ พบอาการไอจามมีปัสสาวะเล็ด และปัสสาวะบ่อยมากที่สุดในระยะใกล้หมดประจำเดือน อาจเป็นผลจากการที่กลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีปัญหาในระบบทางเดินปัสสาวะอยู่แล้ว เมื่อเข้าสู่ระยะใกล้หมดประจำเดือนซึ่งมีระดับเอสโตรเจนลดลง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะลดลง และมีการขยายตัวของช่องปัสสาวะเพิ่มขึ้น (urinary meatus) (Sarrel, 1990: 25s) กลุ่มตัวอย่างจึงมีอาการดังกล่าวมากในระยะใกล้หมดประจำเดือน

อาการของระบบหัวใจและเส้นเลือดที่พบมากที่สุดในระยะหลังหมดประจำเดือน คือ ใจเต้นไม่สม่ำเสมอ/ใจสั่น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของไขมันในเลือด คือ ไขมันความหนาแน่นต่ำ คอเลสเตอรอล ฟอสโฟไลปิดและไตรกลีเซอไรด์มีปริมาณสูงขึ้น ไขมันดังกล่าวจะไปเกาะที่ผนังเส้นเลือดทำให้เส้นเลือดตีบแข็ง แต่ไขมันความหนาแน่นสูงลดปริมาณลง มีผลให้การขนส่งไขมันส่วนเกินไปทำลายที่ตับน้อยลง ไขมันในเลือดจึงสูงขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น เส้นเลือดแดงแข็ง ความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและเส้นเลือดของสตรีหลังหมดประจำเดือนจึงเพิ่มขึ้นถึง 3 เท่าเมื่อเทียบกับก่อนหมดประจำเดือน (Dewhurst, 1984: 609; Scommegna, & Carson, 1987: 377) จึงทำให้มีอาการใจเต้นไม่สม่ำเสมอมากในระยะหลังหมดประจำเดือน

อาการด้านอื่น ๆ ที่พบมากที่สุดในระยะหลังหมดประจำเดือน คือ หลงลืมง่าย เป็นเพราะความจำและความสามารถในการระลึกได้จะเสื่อมลงเมื่ออายุมากขึ้น โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุความสามารถในการระลึกได้จะลดลงมากกว่าวัยอื่น (ทัศนยา บุญทอง, 2529: 370) อาการที่พบมากที่สุดในระยะใกล้หมดประจำเดือน เช่น ปวดศีรษะ เหนื่อยเพลียง่าย ท้องอืด/อาหารไม่ย่อย เป็นเพราะมีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนมาก (Dewhurst, 1984) จึงเกิดอาการมาก ส่วนอาการอื่นพบใกล้เคียงกันในระยะหลังและใกล้หมดประจำเดือน ยกเว้นเจ็บตึงเต้านมพบมากที่สุดในระยะก่อนหมดประจำเดือน ทั้งนี้เนื่องจากระยะก่อนหมดประจำเดือนระดับของเอสโตรเจนยังสูงอยู่ การคั่งของน้ำในร่างกายจะมากทำให้มีอาการเจ็บตึงเต้านมมากในระยะก่อนหมดประจำเดือน

อาการด้านจิตที่พบมากที่สุดในระยะหลังหมดประจำเดือน เช่น รู้สึกเหมือนไม่มีแรง/เหนื่อยอ่อนเพลียเหนื่อยน้อยกว่าปกติ นอนไม่ค่อยหลับ/หลับไม่สนิท อารมณ์ซึมเศร้า/หดหู่ใจ รู้สึกเบื่อจนทำงานไม่ได้ คาดว่าอาการที่กล่าวมาน่าจะสัมพันธ์กับการเกิดอาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งพบมากกว่าระยะอื่น มีผลให้กลุ่มตัวอย่างนอนไม่ค่อยหลับ/หลับไม่สนิท จึงทำให้รู้สึกเหมือนไม่มีแรง/เหนื่อยอ่อนเพลียเหนื่อยน้อยกว่าปกติ ในระยะหลังหมดประจำเดือนมากด้วย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของเดนเนอร์สไตน์ (Dennerstein, 1996) ซึ่งพบว่าอาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติเป็นอาการที่มีความสัมพันธ์กับอาการด้านจิต ส่วนอาการด้านจิตอื่น ๆ พบใกล้เคียงกันในระยะหลังและใกล้หมดประจำเดือน ทั้งนี้เนื่องจากอาการด้านจิตมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านสังคม ครอบครัว บุคลิกภาพ และประสบการณ์ในชีวิต (Christie Brown, & Christie Brown, 1976: 65-66; Dennerstein, 1996: 153; Hass, & Schiff, 1988: 43) แต่ไม่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน จึงพบอาการด้านจิตส่วนใหญ่ใกล้เคียงกันในระยะหลังและใกล้หมดประจำเดือน

อาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติทุกอาการพบมากที่สุดในระยะหลังหมดประจำเดือน เช่น รู้สึกหนาวและร้อนมากกว่าคนทั่วไป อาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติเป็นอาการที่เชื่อว่าเกิดจากการลดระดับหรือการมีระดับของเอสโตรเจนไม่คงที่ (Cope, 1976: 35; Kronenberg, 1994: 101) อาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติจึงเกิดมากในระยะใกล้หมดประจำเดือน ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนมาก (Dennerstein, 1996: 153) แต่การศึกษาครั้งนี้พบอาการดังกล่าวมากในระยะหลังหมดประจำเดือน อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาประมาณหนึ่งในสามหมดประจำเดือนมากกว่า 5 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่เอสโตรเจนจะลดระดับลงอีกครั้งหลังจากมีระดับคงที่มาระยะหนึ่งเมื่อหมดประจำเดือนได้ 5-10 ปี (Dewhurst, 1984: 597-598) จึงพบอาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติทุกอาการในระยะหลังหมดประจำเดือนมากกว่าในระยะใกล้หมดประจำเดือน

ผลการศึกษาครั้งนี้ต่างจากการศึกษาของกรมอนามัย (2539) ซึ่งพบอาการเกือบทุกอาการมากที่สุดในระยะหลังหมดประจำเดือน การศึกษาของสุมนา ชมพูทวีป และคนอื่น ๆ (Chompootweep, et al., 1993: 67) ซึ่งพบอาการทุกอาการมากที่สุดในระยะใกล้หมดประจำเดือน ความแตกต่างที่พบอาจเป็นผลมาจากความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการของภาวะหมดประจำเดือน กรมอนามัย (2538) ศึกษาเฉพาะสตรีหมดประจำเดือนตามธรรมชาติ การศึกษาครั้งนี้ศึกษาทั้งสตรีหมดประจำเดือนตามธรรมชาติและสตรีที่หมดประจำเดือนจากสาเหตุอื่น เช่น การผ่าตัด สุมนา ชมพูทวีป และคนอื่น ๆ (Chompootweep, et al., 1993: 67) ศึกษาอาการ 2 ด้าน คือ อาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติ 2 ข้อ อาการด้านจิต 6 ข้อ

นอกจากนี้ยังอาจเป็นผลจากความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในเรื่องสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ การศึกษา บุคลิกภาพ ซึ่งมีผลให้สตรีมีอาการของภาวะหมดประจำเดือนต่างกันด้วย (Dickson, 1990; Flint, 1994; Gannon, 1985; Gosden, 1985; MacPherson, 1981; Mayor, 1994; Speroff, et al., 1989; Theisen, & Mansfield, 1993; Voda, & George, 1986) ประกอบกับอาจมีความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการนำเอาระยะของวัยหมดประจำเดือนมาเป็นตัวบ่งชี้ความแตกต่างของระดับฮอร์โมน โดยไม่ใช้ระดับฮอร์โมนโดยตรง สตรีที่อยู่ในระยะเดียวกันอาจมีระดับฮอร์โมนต่างกันได้ (Dennerstein, 1996: 149) จึงมีผลให้อาการต่างกัน

ปัจจัยเสริม

รูปแบบการปฏิบัติตัวของบุคคลใกล้ชิด

บุคคลใกล้ชิดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 62 มีการปฏิบัติตัวดี และร้อยละ 17 มีการปฏิบัติตัวดีมาก ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาล สังคมพยาบาลจะมีการรวมตัวกันเป็นกลุ่ม เนื่องจากต้องทำงานเป็นทีม ประกอบกับส่วนหนึ่งอยู่หอพักพยาบาล จึงมีโอกาสได้พูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลและสิ่งต่าง ๆ กันตลอดเวลา และรู้จักกันอย่างทั่วถึงซึ่งรวมไปถึงสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดด้วย บุคคลใกล้ชิดของพยาบาลวิชาชีพจึงมีความรู้หรือได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องการส่งเสริมสุขภาพดี นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีรายได้ค่อนข้างสูง มีบุตรจำนวนน้อย ความสามารถในการได้มาซึ่งแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ จึงดี สะท้อนว่าบุคคลใกล้ชิดของกลุ่มตัวอย่างจะมีรายได้สูง และมีแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ดีด้วย ประกอบกับส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสอยู่ จึงมีเครือข่ายที่จะให้ความช่วยเหลือมาก บุคคลใกล้ชิดของกลุ่มตัวอย่างจึงปฏิบัติตัวดี

สภาพการณ์ด้านสิ่งแวดล้อม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 70 เห็นว่าสิ่งแวดล้อมดีและดีมาก ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ตั้งอยู่ในตัวเมือง ซึ่งมีสวัสดิการด้านสุขภาพและด้านอื่น ๆ ดี นอกจากนี้เขตเมืองยังมีความเจริญทางด้านสังคมและการคมนาคมสะดวก มักจะมีแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ เช่น สถานที่ออกกำลังกาย สถานที่พักผ่อนหย่อนใจ และสถานที่จำหน่ายสินค้ามาก กลุ่มตัวอย่างจึงรับรู้ว่าสิ่งแวดล้อมมีสภาพที่เอื้ออำนวยต่อการส่งเสริมสุขภาพดี ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของศิรินทิพย์ โคนสันธิยะ (2541) ซึ่งพบว่า สตรีวัยหมดประจำเดือนในจังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่รับรู้ว่าการรับบริการจากสถานที่ต่าง ๆ เช่น ตลาดสด สนามกีฬา สถานที่พักผ่อนหย่อนใจ มีความสะดวกมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะศึกษาในเขตเมืองเหมือนกัน จึงมีแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ดีเหมือนกัน

ประสบการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน

กลุ่มตัวอย่างส่วนมากร้อยละ 41 มีประสบการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือนปานกลาง และร้อยละ 24 มีประสบการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือนมาก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในแผนกอื่น มีผู้ปฏิบัติงานในแผนกสูติ-นรีเวช เพียงร้อยละ 13 ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีตำแหน่งผู้บริหารซึ่งมีภารกิจทางด้านการนิเทศและบริหารมาก โอกาสที่จะให้บริการส่งเสริมสุขภาพแก่สตรีวัยหมดประจำเดือนจึงอยู่ในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างยังทำหน้าที่ดูแลส่งเสริมสุขภาพบุคคลทั่วไป การส่งเสริมสุขภาพของบุคคลทั่วไปจะมีการปฏิบัติส่วนหนึ่งคล้ายกับสตรีวัยหมดประจำเดือน เช่น การออกกำลังกาย โภชนาการ การจัดการกับความเครียด กลุ่มตัวอย่างจึงมีประสบการณ์ปานกลาง

ปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้

ความสำคัญของสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 62 รับรู้ว่าสุขภาพมีความสำคัญมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากทุกคนเป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพเป็นอย่างดี ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี ผู้มีการศึกษาสูงจะให้ความสำคัญแก่สุขภาพมากกว่าผู้มีการศึกษาดำ (Pender, 1987) และเป็นผู้หญิงทั้งหมด โดยทั่วไปเพศหญิงจะให้ความสำคัญแก่สุขภาพมากกว่าเพศชาย ผลการศึกษพบว่าเพศหญิงใช้บริการสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าชาย (สุกัญญา ไพทโสภณ, 2540: 141; Pender, 1987: 66; Weitzel, 1989:) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าเพศหญิงให้ความสำคัญแก่สุขภาพมากกว่าชาย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของศิรินทิพย์ โคนสันเทียะ (2541) ซึ่งพบว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนจังหวัดนครราชสีมาส่วนใหญ่ร้อยละ 52 ให้ความสำคัญแก่สุขภาพสูงมาก ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นสตรีและอยู่ในวัยหมดประจำเดือนเหมือนกัน

การรับรู้สมรรถนะของตนเอง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 67 รับรู้ว่าตนเองมีสมรรถนะสูง และร้อยละ 26 รับรู้ว่าตนเองมีสมรรถนะสูงมาก ไม่มีผู้ใดรับรู้ว่าตนเองมีสมรรถนะต่ำเลย ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพมาทั้งจากการให้บริการสุขภาพแก่ผู้รับบริการ ให้การดูแลสุขภาพแก่สมาชิกในครอบครัวและตนเอง นอกจากนี้ยังมีโอกาสได้เห็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้อื่นและได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพอยู่เสมอ ได้รับความไว้วางใจจากผู้รับ

บริการให้เป็นแหล่งข้อมูลความรู้ จึงรับรู้สมรรถนะของตนเองสูง ทั้งนี้เพราะประสบการณ์ในการปฏิบัติในสิ่งนั้นสำเร็จมาแล้ว การได้เห็นความสำเร็จในการปฏิบัติของบุคคลอื่น การได้รับคำยืนยันจากบุคคลอื่นว่าตนมีความสามารถที่จะกระทำ และมีความพร้อมทางด้านสรีระในการปฏิบัติ จะช่วยให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูง (Bandura, 1986; Pender, 1987) ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา ไพทโสภณ (2540) ซึ่งพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่ร้อยละ 66 รับรู้ความสามารถตนเองสูง เนื่องจากศึกษาในกลุ่มบุคลากรสุขภาพที่มีความรู้และประสบการณ์ในการให้บริการเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเหมือนกัน แต่ต่างจากการศึกษาของศิริทิพย์ โคนสันเทียะ (2541) ซึ่งพบว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนในจังหวัดนครราชสีมาส่วนใหญ่ร้อยละ 56 รับรู้ความสามารถในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาดำรงว่ากลุ่มที่ศึกษาครั้งนี้ และมีได้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 86 รับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพดีและดีมาก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัว มีอาการของภาวะหมดประจำเดือนที่ก่อให้เกิดความรบกวนไม่มากนัก หากอาการรบกวนมากอาจทำให้การรับรู้เปลี่ยนไปได้ ต่างจากการศึกษาของสุกัญญา ไพทโสภณ (2540) ซึ่งพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับรู้ว่ามีสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางและต่ำ ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่สุกัญญา ไพทโสภณ ศึกษาเป็นบุคลากรสุขภาพทั้งชายและหญิง โดยปกติผู้ชายจะมีพฤติกรรมสุขภาพน้อยกว่าผู้หญิง (สุกัญญา ไพทโสภณ, 2540: 141; Pender, 1987: 66; Weitzel, 1989:) จึงเป็นเหตุให้ผู้ชายมีสุขภาพด้อยกว่าผู้หญิงได้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่สุกัญญาศึกษายังมีพฤติกรรมเสี่ยง คือ สูบบุหรี่และดื่มสุรามากกว่ากลุ่มตัวอย่างนี้ จึงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพต่ำกว่า

การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 82.6 รับรู้ว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีประโยชน์สูงมาก เนื่องจากหน้าที่ส่งเสริมให้มีประสบการณ์เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เห็นผลลัพธ์ด้านบวกที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้อื่น และการปฏิบัติที่ตนเองให้แก่ผู้รับบริการ จึงมองเห็นประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงมาก ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของศิริทิพย์ โคนสันเทียะ (2541) ซึ่งพบว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนส่วนใหญ่ร้อยละ 89 รับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีประโยชน์สูงมาก ทั้งนี้เนื่องจากใช้เครื่องมือที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ ประเมินการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน

ได้แก่ การออกกำลังกาย โภชนาการ การพัฒนาระบบสนับสนุนระหว่างบุคคล ความรับผิดชอบ ต่อสุขภาพ การจัดการกับความเครียด และการปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายในชีวิต ตามแนวคิดของวอลเคอร์ ชีคริสและเพนเดอร์ (Walker, et al., 1987) แต่ต่างจากการศึกษาของสุกัญญา ไพทโสภณ (2540) ซึ่งพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่ร้อยละ 64 รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูง ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากความแตกต่างของเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน การศึกษาของสุกัญญา ไพทโสภณ (2540) ศึกษาการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การออกกำลังกาย การบริหารจัดการกับความเครียด การตรวจสุขภาพประจำปี การสวมหมวกนิรภัยและการคาดเข็มขัดนิรภัย

การรับรู้สิ่งขัดขวางพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 55 รับรู้ว่ามีสิ่งขัดขวางพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพปานกลาง และร้อยละ 24 รับรู้ว่ามีสิ่งขัดขวางพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาก การรับรู้ในเรื่องนี้สอดคล้องกับการรับรู้ว่าสภาพการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมดี ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีรายได้สูงสามารถจัดหาหรือจัดซื้ออุปกรณ์ต่าง ๆ ได้ดี ทั้งยังมีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพดี มีประสบการณ์ในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้รับบริการ จึงทราบถึงวิธีการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เป็นอย่างดี นอกจากนี้การทำงานของกลุ่มตัวอย่างยังมีจังหวะที่แน่นอน เนื่องจากการกำหนดตารางการปฏิบัติงานล่วงหน้า กลุ่มตัวอย่างสามารถจะจัดเวลาปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ ได้อย่างแน่นอน จึงมีการรับรู้สิ่งขัดขวางปานกลาง ผลการศึกษานี้ต่างจากการศึกษาของสุกัญญา ไพทโสภณ (2540) ซึ่งพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนใหญ่ร้อยละ 70 มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูง ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีลักษณะการทำงานต่างกัน คือ กลุ่มตัวอย่างที่สุกัญญา ไพทโสภณ ศึกษา มีจังหวะการทำงานที่ไม่แน่นอน เพราะกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากที่สุด คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องปฏิบัติงานในชุมชน การให้บริการสุขภาพมีเวลาไม่แน่นอน จึงไม่อาจจัดเวลาปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ ได้แน่นอน นอกจากนี้ยังอาจเป็นผลจากความแตกต่างของเครื่องมือประเมินการรับรู้สิ่งขัดขวางพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เครื่องมือของสุกัญญา ไพทโสภณ ประเมินการรับรู้สิ่งขัดขวางของการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การออกกำลังกาย การบริหารจัดการกับความเครียด การตรวจสุขภาพประจำปี การสวมหมวกนิรภัยและการคาดเข็มขัดนิรภัย แต่การศึกษานี้ ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความไม่เพียงพอ ไม่สะดวก ความยาก ความสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย และความสิ้นเปลืองเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในวัยหมดประจำเดือน

พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวิทยาลัยพยาบาลประจำเดือน

การศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพดี เมื่อพิจารณาพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพย่อย 6 ด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายในชีวิต และการพัฒนาระบบสนับสนุนระหว่างบุคคลอยู่ในระดับดีมาก ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีการศึกษาดี มีรายได้สูง มีตำแหน่งสูง การที่กลุ่มตัวอย่างทำงานราชการและประสบความสำเร็จสูง ช่วยยืนยันว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายในชีวิตดีมาก นอกจากนี้การทำงานของพยาบาลมีลักษณะเป็นทีม ต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้อื่นจึงจะประสบความสำเร็จได้ กลุ่มตัวอย่างจึงมีพฤติกรรมกรรมการพัฒนาระบบสนับสนุนระหว่างบุคคลดีมาก ส่วนพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย โภชนาการ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การจัดการกับความเครียด อยู่ในระดับดี เนื่องจากเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพซึ่งต้องให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้รับบริการอยู่ตลอดเวลา และพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่บุคคลทั่วไปต้องปฏิบัติมีส่วนที่คล้ายกับพฤติกรรมที่พยาบาลวิชาชีพวิทยาลัยพยาบาลประจำเดือนต้องปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างจึงมีพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพดี อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมแต่ละด้านของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการจัดการกับความเครียดได้น้อยที่สุดและปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวเป็นประจำน้อยที่สุด อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดหรือร้อยละ 84 ทำกิจกรรมสันทนาการเพื่อผ่อนคลายเป็นประจำ ประกอบกับการประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการกับความเครียดในการศึกษานี้มิได้ประเมินพฤติกรรมกรรมการสันทนาการ แต่ประเมินพฤติกรรมอื่น ได้แก่ การหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้สามารถเผชิญหรือทนทานต่อความเครียดได้ การสร้างภูมิคุ้มกันต้านทานต่อความเครียด การฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดหลาย ๆ วิธี และการหาวิธีควบคุม/บรรเทาอาการทางกายที่เกิดจากความเครียด พฤติกรรมดังกล่าวต้องใช้ทักษะเฉพาะซึ่งต้องเรียนรู้ กลุ่มตัวอย่างจึงมีพฤติกรรมกรรมการจัดการกับความเครียดได้น้อยที่สุดและปฏิบัติเป็นประจำน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับพฤติกรรมด้านอื่นของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของลดาวัลย์ ผาสุข (2535) สุกัญญา ไพทโสภณ (2540) และดัฟฟี (Duffy, 1988: 360) ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพดี ทั้งนี้เพราะกลุ่มตัวอย่างที่ลดาวัลย์ ผาสุข ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มที่สุกัญญา ไพทโสภณ ศึกษาเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างทั้งสามกลุ่มปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจคล้ายคลึงกัน แต่ต่างจากการศึกษาของ สุทรนิจ หุณฑสาร (2539) ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพปานกลาง ทั้งนี้เพราะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาไม่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ

สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจต่ำกว่า ความสามารถในการได้มาซึ่งแหล่งประโยชน์และการรับรู้จึงต่ำกว่าด้วย บุคคลที่มีสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา การได้มาซึ่งแหล่งประโยชน์และการรับรู้ที่ต่างกันจะมีพฤติกรรมต่างกันด้วย (Pender, 1987)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน

การวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบเชิงชั้น โดยมีปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้เป็นปัจจัยกลุ่มแรก และปัจจัยเสริมเป็นปัจจัยกลุ่มสอง พบว่า ปัจจัยทั้งหมดสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือนได้น้อยร้อยละ 33 ปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้อธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือนได้ ร้อยละ 19 ซึ่งมากกว่าปัจจัยเสริมซึ่งอธิบายได้ ร้อยละ 14 สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และเป็นไปตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1987) ซึ่งกล่าวว่าปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้เป็นปัจจัยตัวแรกที่จะกระตุ้นให้บุคคลลงมือปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและดำรงรักษาพฤติกรรมนั้น ๆ ไว้ ส่วนปัจจัยเสริมเป็นปัจจัยที่จะมีผลต่อปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้ ทำให้บุคคลมีการรับรู้สุขภาพและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพต่างกัน การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเพนเดอร์ และคนอื่น ๆ (Pender, et al., 1990) ซึ่งพบว่า ปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้ และปัจจัยเสริมร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ประมาณ ร้อยละ 31 ใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้มาก ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีลักษณะคล้ายคลึงกันมาก คือ มีอาชีพเดียวเพนเดอร์ศึกษาพนักงานบริษัทที่เข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพ ส่วนการศึกษานี้ที่ศึกษาเฉพาะในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธนิจ หุนทสาร (2539) และสุกัญญา ไพทโสภณ (2540) แต่การศึกษานี้ พบว่า ปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้และปัจจัยเสริมมีความสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ในอัตราที่ต่ำกว่าการศึกษาของสุทธนิจ หุนทสาร และสุกัญญา ไพทโสภณ ทั้งนี้เพราะการศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นสตรีทั้งหมด และมีการศึกษาใกล้เคียงกันคือระดับปริญญาตรี แต่การศึกษาของสุทธนิจ หุนทสาร และสุกัญญา ไพทโสภณ มีกลุ่มตัวอย่างหลากหลายกว่า สุทธนิจ หุนทสาร (2539) ศึกษาสตรีที่มีอาชีพแม่บ้าน เกษตรกรสำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษาจนถึงปริญญาตรี ส่วนสุกัญญา ไพทโสภณ (2540) ศึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งมีทั้งเพศชายและหญิง อายุ 20 ปี ขึ้นไป มีการศึกษาหลายระดับตั้งแต่ประกาศนียบัตรจนถึงปริญญาตรี

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้ที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวิทย์หมคประจำเดือนทางบวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยที่มีผลทางลบ คือ การรับรู้สิ่งขัดขวางพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากการรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลตัดสินใจเลือกที่จะลงมือปฏิบัติ กำหนดความพยายามหรือความจริงจังที่จะปฏิบัติสิ่งที่ได้เลือก ทั้งยังมีผลต่อความมุ่งมั่น ยินยอมที่จะเผชิญกับสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นสิ่งท้าทายหรืออุปสรรคในขณะปฏิบัติสิ่งที่ต้องการอยู่ (Bandura, 1982, 1986; Palank, 1991; Pender, 1987) เมื่อบุคคลรับรู้ว่าตนเองมีสมรรถนะสูงจึงมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดี ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลริเริ่มลงมือปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ คือ เมื่อรับรู้ว่ามีประโยชน์จะลงมือกระทำ เมื่อกระทำแล้วได้ประโยชน์ตามที่รับรู้ จะมีการรับรู้ประโยชน์มากขึ้น หากเห็นว่าประโยชน์ที่เกิดคุ้มค่ากับการลงทุน หรือคุ้มค่าที่จะขัดสิ่งขัดขวางหรืออุปสรรคต่าง ๆ ได้ บุคคลก็จะปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพต่อไป (Pender, 1987) การรับรู้สิ่งขัดขวางพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ มีผลต่อความตั้งใจหรือความถี่ที่จะปฏิบัติพฤติกรรม (Pender, 1987) หากบุคคลลงมือปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแล้ว พบว่ามีอุปสรรคเกิดขึ้นบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นน้อยลงหรือไม่ปฏิบัติเลย

ผลการศึกษานี้ ต่างจากการศึกษาของของ สุทธนิจ หุณฑสาร (2539) และสุกัญญา ไพทโสภณ (2540) ซึ่งพบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากบุคคลที่รับรู้ว่าการส่งเสริมสุขภาพมีประโยชน์สูง แต่รับรู้ว่ามีสิ่งขัดขวางพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมากด้วย จะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Bandura, 1984) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานี้ส่วนใหญ่รับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสูงมาก แต่รับรู้สิ่งขัดขวางปานกลาง ต่างจากกลุ่มตัวอย่างของ สุทธนิจ หุณฑสาร (2539) และสุกัญญา ไพทโสภณ (2540) ซึ่งรับรู้ว่าการส่งเสริมสุขภาพมีประโยชน์สูง แต่รับรู้ว่ามีสิ่งขัดขวางพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสูงด้วยเช่นกัน การศึกษานี้จึงพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสามารถอธิบายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้

ปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวิทย์หมคประจำเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุ สถานภาพสมรส อาการของภาวะหมคประจำเดือน รูปแบบการปฏิบัติตัวของบุคคลใกล้ชิด และประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพสตรีวิทย์หมคประจำเดือน โดยผู้มี

สถานภาพสมรสโสดมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพน้อยกว่าผู้มีสถานภาพสมรสคู่แต่มีพฤติกรรม
การส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้มีสถานภาพสมรสหม้ายและหย่า ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากปัจจัยเสริมมีผล
ต่อการรับรู้ของบุคคลดังนี้ อายุเป็นตัวกำหนดความสามารถ ความรู้ ความเชื่อ และการรับรู้
(Varner, & Young, 1995: 253) บุคคลที่มีอายุต่างกันจึงมีพฤติกรรมต่างกันด้วย ส่วนสถานภาพ
สมรสมีผลต่อจำนวนเครือข่ายทางสังคมและแหล่งประโยชน์ของบุคคล บุคคลที่มีคู่สมรสจึงมี
เครือข่าย แหล่งความช่วยเหลือและแหล่งประโยชน์มากขึ้น (Gillis, 1993: 350) เมื่อบุคคลมีแหล่ง
ประโยชน์มากจึงสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ดีกว่า ส่วนอาการของภาวะหมด
ประจำเดือนจะมีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและสมรรถนะของบุคคล จึงมีผลให้บุคคลมีพฤติกรรม
ต่างกัน (Bandura, 1982; Pender, 1987) ผู้มีอาการของภาวะหมดประจำเดือนมากจะรับรู้ว่าคุณภาพ
มีภาวะสุขภาพไม่ดี (Dennerstein, et al., 1994: 6) รูปแบบการปฏิบัติตัวของบุคคลใกล้ชิดมีอิทธิ
พลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ในลักษณะที่เป็นแหล่งให้เกิดการเรียนรู้จากการ
สังเกต ทำให้บุคคลไม่ต้องลองผิดลองดีด้วยตนเอง ทั้งยังได้เห็นธรรมชาติของการกระทำ ปัญหา
อุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินการ และผลลัพธ์ของการกระทำอย่างชัดเจน มีผลให้บุคคลมีการ
รับรู้เกี่ยวกับสมรรถนะของตนเอง ประโยชน์และสิ่งขัดขวางพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพชัดเจน
ขึ้น จึงมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีขึ้น ส่วนประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยหมด
ประจำเดือน ซึ่งเกี่ยวข้องกับการให้ความรู้คำแนะนำ หรือเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริม
สุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน การให้บริการ และมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริม
สุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน จะช่วยให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะของตนเอง รับรู้ประโยชน์
และสิ่งขัดขวางพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น จึงมีผลให้ปฏิบัติพฤติกรรมการ
ส่งเสริมสุขภาพดีขึ้น

การเปรียบเทียบผลการศึกษารั้วนี้กับผลการศึกษาอื่นกระทำได้ลำบาก เนื่องจากตัวแปร
ปัจจัยเสริมที่ศึกษาต่างกัน และใช้เครื่องมือประเมินต่างกัน อย่างไรก็ตามหากพิจารณาตัวแปรที่
ศึกษาเหมือนกันพบว่าผลการศึกษานี้ต่างจากการศึกษาของสุกัญญา ไพทโสภณ (2540) ดัฟฟี
(1988) ซึ่งพบว่า อายุ และสถานภาพสมรสไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้
และสอดคล้องกับการศึกษาของสุทธนิจ หุณฑสาร (2539) ซึ่งพบว่า ประสบการณ์ในพฤติกรรม
การส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

บทที่ 6

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การศึกษาอาการของภาวะหมดประจำเดือน และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอาการ/ความไม่สุขสบายที่เกิดกับพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือนและผลกระทบของอาการที่เกิดขึ้น ศึกษารูปแบบการปฏิบัติตัวของบุคคลใกล้ชิด สภาพการณ์ด้านสิ่งแวดล้อม ประสพการณ์การส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน การรับรู้ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สิ่งขัดขวางพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน อิทธิพลของปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้และปัจจัยเสริมที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน โดยดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุระหว่าง 40-56 ปี ซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลของรัฐทั่วประเทศ

กลุ่มตัวอย่าง ได้จากการสุ่มหลายขั้นตอนเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุระหว่าง 40-56 ปี จำนวน 563 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง และผ่านการตรวจสอบคุณภาพมาแล้ว ประกอบด้วยข้อคำถามชนิดเลือกตอบและเติมข้อความ 5 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความไม่สุขสบาย แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริม

ประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสถานการณ์ ปัจจัยด้านพฤติกรรม แบบสอบถามปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้ ประกอบด้วย ความสำคัญของสุขภาพ ความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง ภาวะสุขภาพ ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ สิ่งขัดขวางพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลกระทำการส่งแบบสอบถามพร้อมจดหมายชี้แจง ให้แก่พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุระหว่าง 40-56 ปี วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยเทียบอัตราร้อยละ คำนวณค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบเชิงชั้น (hierachical multiple regression analysis)

ผลการศึกษา

การศึกษานี้ได้ผลโดยสรุป ดังนี้

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ลักษณะด้านประชากร สังคมและเศรษฐกิจ

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 563 คน อายุระหว่าง 40-56 ปี กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยประมาณ 46 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 74 แต่งงานแล้ว และจำนวนเกินครึ่งร้อยละ 63 อยู่กับคู่สมรส กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งร้อยละ 52 และเป็นกลุ่มที่มากที่สุด มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ภาคกลาง เกือบทั้งหมดร้อยละ 86 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี และเป็นผู้บริหาร มีตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยมากที่สุดร้อยละ 55 ส่วนมากร้อยละ 19 ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก รองลงมาปฏิบัติงานในแผนกศัลยกรรม แผนกอายุรกรรม-จิตเวช แผนกสูติ-นรีเวชกรรม กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เป็นเงินเดือนเฉลี่ยประมาณเดือนละ 19,100 บาท จำนวนมากกว่าครึ่ง ร้อยละ 56 มีรายได้ 15,001-20,000 บาทต่อเดือน กลุ่มตัวอย่างมีรายได้พิเศษเฉลี่ยประมาณเดือนละ 3,400 บาท แต่ส่วนใหญ่ ร้อยละ 60 ไม่มีรายได้พิเศษ

1.2 ประสิทธิภาพเกี่ยวกับการตั้งครุฑ การคลอดและการคุมกำเนิด

กลุ่มตัวอย่างที่สมรสแล้ว จำนวน 417 คน มีระยะเวลาสมรสเฉลี่ยประมาณ 17 ปี เคยตั้งครุฑมาแล้วเฉลี่ย 2 ครั้ง มีบุตรเฉลี่ย 2 คน ส่วนใหญ่ร้อยละ 78 ไม่เคยแท้งบุตร ด้านการคุม

กำเนิด กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 72 เคยคุมกำเนิดด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง วิธีการคุมกำเนิดที่นิยมใช้กันมาก คือ ขารับประทาน คุมยางอนามัย การนับระยะปลอดภัย ห่วงอนามัย

1.3 ประวัติเกี่ยวกับประจำเดือน

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุเฉลี่ยประมาณ 14 ปี ส่วนมาก ร้อยละ 67 มีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุ 13-16 ปี เกือบทั้งหมดร้อยละ 83 มีประจำเดือนสม่ำเสมอ ระยะเวลาการมีประจำเดือนเฉลี่ยประมาณครั้งละ 4 วัน ประจำเดือนแต่ละครั้งห่างกันเฉลี่ยประมาณ 28 วัน กลุ่มตัวอย่างมีเลือดประจำเดือนในแต่ละวันเฉลี่ยประมาณ 170 มิลลิลิตร ใช้ผ้าอนามัยเฉลี่ยวันละ 4 ชิ้น กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระยะใกล้หมดประจำเดือน ก่อนหมดประจำเดือน และหลังหมดประจำเดือนในจำนวนไม่แตกต่างกันมาก ประมาณร้อยละ 39 36 และ 25 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างหมดประจำเดือนเมื่อมีอายุเฉลี่ยประมาณ 45 ปี อายุเฉลี่ยหมดประจำเดือนตามธรรมชาติ 47 ปี อายุเฉลี่ยหมดประจำเดือนจากสาเหตุอื่น 42 ปี ส่วนมากร้อยละ 60 หมดประจำเดือนตามธรรมชาติ และหมดประจำเดือนจากสาเหตุอื่น เช่น ผ่าตัด ร้อยละ 40 ส่วนใหญ่หมดประจำเดือนมาแล้วเป็นเวลา 1-5 ปี

1.4 ภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีน้ำหนักตัวเฉลี่ยประมาณ 56 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ยประมาณ 156 เซนติเมตร ส่วนมากร้อยละ 63 มีภาวะโภชนาการปกติ ดัชนีมวลกายเฉลี่ยประมาณ 23 กิโลกรัม/เมตร² ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 55 ไม่มีปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัวใด ๆ ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยที่สุดร้อยละ 45 คือ คันในช่องคลอดและตกขาว ปัญหาสุขภาพที่พบบรองลงมาตามลำดับ คือ โรคของกระดูกและข้อ เนื่องมาจากมดลูกและรังไข่ โรคของหัวใจและหลอดเลือด เนื่องมาจากเต้านม ประมาณร้อยละ 7-20

2. อาการของภาวะหมดประจำเดือน

การศึกษาอาการของภาวะหมดประจำเดือนตามระยะของวัยหมดประจำเดือน ได้ผลโดยสรุป ดังนี้

2.1 ลักษณะอาการของภาวะหมดประจำเดือน

กลุ่มตัวอย่างทุกระยะมีอาการของภาวะหมดประจำเดือน โดยพบในระยะก่อน ใกล้ และหลังหมดประจำเดือน ร้อยละ 93 99.5 และ 98 และรบกวนกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 56 73 และ 67 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาอาการแต่ละด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกระยะมีอาการด้านร่างกายมาก

ที่สุดและรบกวนมากที่สุด อาการที่พบรองลงมาในทุกระยะ คือ อาการด้านอื่น ๆ เช่น หลงลืมง่าย ปวดศีรษะ เหนื่อย/เพลียง่าย อาการที่พบน้อยที่สุดในทุกระยะ คือ อาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติ

เกี่ยวกับอาการด้านร่างกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกระยะมีอาการของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก และถูกรบกวนจากอาการนี้มากที่สุด อาการที่พบ เช่น ปวดหลัง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดข้อ อาการที่พบรองลงมาทุกระยะ คือ อาการของผิวหนัง เช่น มีสิ่ว/ฝ้าบริเวณใบหน้า ผิวเป็นรอยข้ำง่าย ผิวแห้ง/แตกง่าย อาการด้านร่างกายที่พบน้อยที่สุดในทุกระยะ คือ อาการของระบบหัวใจและเส้นเลือด ได้แก่ ใจเต้นไม่สม่ำเสมอ/ใจสั่น เจ็บ/แน่นหน้าอก อาการด้านจิตที่พบในทุกระยะมากกว่าร้อยละ 20 คือ รู้สึกตึงเครียด หงุดหงิด/โกรธง่าย รู้สึกเหมือนไม่มีแรง/เฉื่อยชา อ่อนเพลียเหนื่อยล้ากว่าปกติ ใจน้อยง่าย รู้สึกวิตกกังวล ตื่นเต้น/ตกใจง่าย อาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติที่พบมากที่สุด ในทุกระยะ คือ รู้สึกหนาวและร้อนมากกว่าคนทั่วไปรู้สึก อาการที่พบรองลงมา คือ เหงื่อออกมากในอุณหภูมิปกติ ส่วนอาการร้อนวูบวาบและใบหน้าแดง/ร้อนบ่อย พบน้อยที่สุด ส่วนอาการด้านอื่น ๆ ที่พบมากกว่าร้อยละ 20 ในทุกระยะ ได้แก่ หลงลืมง่าย ปวดศีรษะ เหนื่อย/เพลียง่าย มึนงงเวียนศีรษะ เจ็บตึงเต้านม ท้องอืด/อาหารไม่ย่อย

2.2 การเปรียบเทียบอาการของภาวะหมดประจำเดือนตามระยะของวัยหมดประจำเดือน

เมื่อเปรียบเทียบอาการของภาวะหมดประจำเดือนตามระยะของวัยหมดประจำเดือน พบว่าระยะใกล้หมดประจำเดือน มีอาการของภาวะหมดประจำเดือนและถูกรบกวนมากที่สุด ระยะหลังหมดประจำเดือนมีอาการลดลงเล็กน้อย ระยะก่อนหมดประจำเดือนมีอาการและถูกรบกวนน้อยที่สุด เมื่อเปรียบเทียบอาการแต่ละด้านตามระยะของวัยหมดประจำเดือน พบว่า อาการที่พบมากที่สุดในระยะหลังหมดประจำเดือนพบรองลงไปในระยะใกล้หมดประจำเดือน คือ อาการด้านร่างกาย อาการของระบบหัวใจและเส้นเลือด เช่น ใจเต้นไม่สม่ำเสมอ/ใจสั่น อาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น รู้สึกหนาวและร้อนมากกว่าคนทั่วไปรู้สึก เหงื่อออกมากในอุณหภูมิปกติ ร้อนวูบวาบ อาการของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก เช่น ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดข้อ อาการด้านจิต เช่น รู้สึกเหมือนไม่มีแรง/เฉื่อยชาอ่อนเพลียเหนื่อยล้ากว่าปกติ นอนไม่ค่อยหลับ/หลับไม่สนิท อารมณ์ซึมเศร้า/หดหู่ใจ อาการของระบบสืบพันธุ์ เช่น ช่องคลอดแห้ง/มีมูกน้อยลง ความต้องการ/ความรู้สึกทางเพศน้อยลง อาการที่พบมากที่สุดในระยะใกล้หมดประจำเดือนพบรองลงไปในระยะหลังหมดประจำเดือน คือ อาการด้านอื่น ๆ เช่น เหนื่อย เพลียง่าย ท้องอืด/อาหารไม่ย่อย ท้องผูก อาการของผิวหนัง เช่น มีสิ่ว/ฝ้าบริเวณใบหน้า อาการของระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น ไอจามมีปัสสาวะเล็ด ปัสสาวะบ่อย กลั้นปัสสาวะไม่ได้

3. ปัจจัยเสริม

บุคคลใกล้ชิดของกลุ่มตัวอย่างส่วนมากร้อยละ 62 ปฏิบัติตัวดี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 70 เห็นว่าสิ่งแวดล้อมมีสภาพที่เอื้ออำนวยต่อการส่งเสริมสุขภาพดีและดีมาก และส่วนมากร้อยละ 64 มีประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือนปานกลางและมาก

4. ปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้

กลุ่มตัวอย่างส่วนมาก ร้อยละ 62 รับรู้ว่าสุขภาพมีความสำคัญมากที่สุด ร้อยละ 67 รับรู้ว่าตนเองมีสมรรถนะสูงและไม่มีผู้ใดรับรู้ว่าตนเองมีสมรรถนะต่ำ ส่วนใหญ่ร้อยละ 86 รับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพดีและดีมาก ร้อยละ 82.6 รับรู้ว่าพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพมีประโยชน์สูงมาก ไม่มีผู้ใดรับรู้ว่าพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพมีประโยชน์น้อย และร้อยละ 55 รับรู้ว่ามีสิ่งขัดขวางพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพปานกลาง

5. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพย่อย 6 ด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อบรรลุปเป้าหมายในชีวิตและการพัฒนาระบบสนับสนุนระหว่างบุคคลอยู่ในระดับดีมาก มีพฤติกรรมออกกำลังกาย โภชนาการ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับดี

เมื่อพิจารณาความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพย่อยแต่ละด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านต่าง ๆ เป็นประจำประมาณร้อยละ 12-84 พฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด คือ การปฏิบัติเพื่อบรรลุปเป้าหมายในชีวิต รองลงมา คือ การออกกำลังกาย โดยเฉพาะการทำกิจกรรมสันทนาการเพื่อผ่อนคลายมีผู้ปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 84 พฤติกรรมที่มีผู้ปฏิบัติเป็นประจำน้อยที่สุด คือ การจัดการกับความเครียด

6. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมด

ประจำเดือน

การวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบเชิงชั้น โดยมีปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้เป็นปัจจัยกลุ่มแรก และปัจจัยเสริมเป็นปัจจัยกลุ่มสอง พบว่า ปัจจัยทั้งหมดสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือนได้น้อยร้อยละ 33 การรับรู้อธิบายความผันแปรของพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือนได้ ร้อยละ 19 ซึ่งมากกว่าปัจจัยเสริมซึ่งอธิบายได้ ร้อยละ 14 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ปัจจัยที่มีผล

ทางบวกต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวิทย์หมดประจำเดือน คือ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อายุ อาการของภาวะหมดประจำเดือน รูปแบบการปฏิบัติตัวของบุคคลใกล้ชิด และประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพสตรีวิทย์หมดประจำเดือน ส่วนการรับรู้สิ่งขัดขวางพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมีผลทางลบต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวิทย์หมดประจำเดือน ผู้มีสถานภาพสมรสโสดมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพน้อยกว่าผู้มีสถานภาพสมรสคู่แต่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้มีสถานภาพสมรสหม้ายและหย่า

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวิทย์หมดประจำเดือนครั้งนี้มิได้ใช้การสังเกต แต่ใช้ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามซึ่งต้องใช้ความจำย้อนหลัง อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนไปบ้าง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาในส่วนที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพเกือบทั้งหมดมีอาการของภาวะหมดประจำเดือนและส่วนมากรบกวนการดำเนินชีวิต อาการที่พบมากที่สุดในทุกระยะ คือ อาการปวดกล้ามเนื้อและข้อ กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพสตรีวิทย์หมดประจำเดือนและรับรู้ว่ามีสิ่งขัดขวางพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพปานกลาง มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมดีสำหรับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุด คือ พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด ปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้และปัจจัยเสริมสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 33 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมาก 3 อันดับแรกได้แก่ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพสตรีวิทย์หมดประจำเดือน รูปแบบการปฏิบัติตัวของบุคคลใกล้ชิด จากผลการศึกษาดังกล่าว มีข้อเสนอแนะให้หน่วยงานที่รับผิดชอบจัดกิจกรรมดูแลสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวิทย์หมดประจำเดือนโดยดำเนินการดังนี้

1. การจัดบริการสุขภาพ หน่วยงานทุกแห่งควรจัดบริการสุขภาพสำหรับพยาบาลวิชาชีพวิทย์หมดประจำเดือนในคลินิกเฉพาะ เน้นการรักษาเพื่อบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นและก่อให้เกิดความ

รบกวนด้วยการให้ยาหรือฮอร์โมนในรายที่จำเป็น ตรวจสอบสภาพร่างกาย ระดับฮอร์โมน และความหนาแน่นของกระดูก ให้คำปรึกษาและแนะนำเกี่ยวกับการบรรเทาหรือป้องกันอาการของภาวะหมดประจำเดือนที่อาจเกิดขึ้น ส่งเสริมสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือนเข้าใช้บริการสุขภาพที่จัดขึ้นอย่างทั่วถึง โดยจัดเวลาสำหรับให้บริการแก่พยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือนโดยเฉพาะ กระตุ้นเตือนให้พยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือนตระหนักถึงความสำคัญของการเข้ารับบริการสุขภาพดังกล่าวตั้งแต่ก่อนหมดประจำเดือน ทั้งนี้เพื่อลดผลกระทบที่จะเกิดกับสุขภาพ และจัดบริการสุขภาพให้แก่บุคคลใกล้ชิดของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือนด้วย

2. การจัดสุศึกษาเผยแพร่ความรู้และข้อมูลที่ทันสมัยเกี่ยวกับภาวะหมดประจำเดือน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในวัยหมดประจำเดือน เช่น อาหารเสริม การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การตรวจสุขภาพร่างกาย และเทคโนโลยีการดูแลสุขภาพ แก่พยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือนและบุคคลใกล้ชิดอย่างต่อเนื่องในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การเสนอผลการวิจัยหรือข้อค้นพบใหม่ ๆ จัดกลุ่มเสวนาทางวิชาการ จัดกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน จัดทำเอกสารวิชาการ โดยเน้นให้เห็นว่าภาวะหมดประจำเดือนเป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติมิใช่ความเจ็บป่วย แต่อาจจะก่อให้เกิดอาการของภาวะหมดประจำเดือนในอัตราที่ต่างกันตามระยะของวัยหมดประจำเดือน ซึ่งจะมีผลให้สตรีวัยหมดประจำเดือนเกิดความต้องการด้านสุขภาพที่ต้องได้รับการตอบสนองอย่างถูกต้องเหมาะสม โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นหลังหมดประจำเดือน เช่น ภาวะกระดูกบาง กระดูกหัก โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ปัญหาครอบครัวสำหรับผู้มีคู่สมรสอันเป็นผลจากอาการของระบบสืบพันธุ์ กระตุ้นให้พยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือนตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพตั้งแต่ระยะก่อนหมดประจำเดือน จัดทำข้อมูลแหล่งประโยชน์ตลอดจนทางเลือกเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ จัดหาข้อมูลใหม่ ๆ เพิ่มเติมโดยส่งเสริมให้มีการวิจัยเกี่ยวกับภาวะหมดประจำเดือนและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้น จัดเตรียมฐานข้อมูลสำหรับการศึกษาค้นคว้า

3. การจัดสิ่งแวดล้อม หน่วยงานทุกแห่งควรจัดสภาพแวดล้อมภายในหน่วยงานให้มีบรรยากาศการส่งเสริมสุขภาพ และจัดปัญหาอุปสรรคที่จะขัดขวางการส่งเสริมสุขภาพ โดยให้การสนับสนุนทรัพยากรที่เอื้ออำนวยให้มีการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งในเรื่องความสะดวก ความเพียงพอ และความประหยัด เช่น จัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในระหว่างเวลาพักหรือเวลาที่พยาบาลวิชาชีพสามารถเข้าร่วมได้โดยสะดวก จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นให้เพียงพอสำหรับให้บริการ จัดจำหน่ายอาหารหรืออุปกรณ์ในราคาถูก มีการกระตุ้นและเชิญชวนให้พยาบาลวิชาชีพวัยหมด

ประจำเดือนเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอด้วยวิธีการต่าง ๆ ให้โอกาสบุคคลใกล้ชิดของพยาบาลวิชาชีพร่วมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่หน่วยงานจัดขึ้น

4. การพัฒนาสมรรถนะการส่งเสริมสุขภาพ ควรส่งเสริมสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดประจำเดือนมีสมรรถนะเพิ่มขึ้น โดยสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน จัดโครงการฝึกทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ต้องการทักษะเฉพาะและกระตุ้นให้ฝึกปฏิบัติด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ เช่น ฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดด้วยการทำสมาธิ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะช่วยให้เผชิญหรือทนทานต่อความเครียดได้มากขึ้น ฝึกการแสดงออกอย่างเหมาะสม จัดกิจกรรมคลายเครียดและสันตนาการเพื่อลดความเครียดและเพิ่มความรื่นเริงใจ จัดโครงการให้คำปรึกษาแก่ผู้มีความเครียดโดยเฉพาะเพื่อประคับประคองจิตใจ กระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่ดีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมและปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ

5. สร้างเสริมพลังกลุ่ม โดยส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพรวมตัวเป็นกลุ่มช่วยเหลือตนเองหรือจัดตั้งชมรม เพื่อสนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพ ให้การประคับประคองด้านจิตใจ และมีแนวร่วมหรือเครือข่ายที่จะให้ความช่วยเหลือในเรื่องการดูแลและส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น กระตุ้นให้พยาบาลวิชาชีพเห็นความสำคัญของการรวมตัวและเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ กับพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือนด้วยกัน สนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันในกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และนำประสบการณ์ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้รับบริการต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ พบว่ามีตัวแปรเพียง 8 ตัว จาก 15 ตัว ที่สามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือนได้ค่อนข้างน้อยเพียงร้อยละ 33 เพราะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดจึงมีลักษณะคล้ายคลึงกันมาก ทั้งยังพบว่าพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 40 หมดประจำเดือนจากสาเหตุอื่น เช่น การผ่าตัด จากผลดังกล่าวมีข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. ควรรนำกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ไปศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ ที่มีโรงพยาบาลวิชาชีพ แต่เป็นกลุ่มที่มีลักษณะหลากหลายและขนาดใหญ่มากขึ้น คัดเลือกตัวแปรอื่น ๆ เพิ่ม เพื่อให้สามารถอธิบายพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพในวัยหมดประจำเดือนตามแนวคิดของเพนเดอร์ได้มากขึ้น ตัวแปรที่ควรรนำมาศึกษาเพิ่ม เช่น การรับรู้เกี่ยวกับภาวะหมดประจำเดือน ทักษะคติของบุคคลใกล้ชิดต่อภาวะหมดประจำเดือน

2. ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการหมดประจำเดือนของพยาบาลวิชาชีพที่หมดประจำเดือนจากสาเหตุอื่น เพื่อให้ได้ข้อมูลทางระบาดวิทยาที่ชัดเจนขึ้น สามารถนำมาใช้ในการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้หมดประจำเดือนจากสาเหตุอื่น เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพที่อาจจะเกิดขึ้นจากการหมดประจำเดือนเร็วกว่าปกติต่อไป

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2540). คู่มือคลายเครียดด้วยตนเอง. กรุงเทพฯ:
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2533). วิเคราะห์ข้อมูลสตรีกับสุขภาพ. กรุงเทพฯ:
กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. (2539). รายงานการวิจัย เรื่อง การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของสตรีไทยวัยก่อนและหลัง
หมดระดู. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาบริการงานส่งเสริมสุขภาพ
สตรีวัยก่อนและหลังหมดระดูและผู้สูงอายุ. ระหว่างวันที่ 14-16 สิงหาคม 2539. เชียงใหม่:
โรงแรมโลตัส ปางสวนแก้ว.
- กอบจิตต์ ลิ้มปยอคม. (2535). ปัญหาสุขภาพสตรีวัยหมดระดู. ในการประชุมวิชาการ
คณะพยาบาลศาสตร์เพื่อเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์พระบรมราชินีนาถ
เรื่องพยาบาลกับการพัฒนาสุขภาพสตรี (หน้า 10-34). กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข. (2539). แผนพัฒนาการสาธารณสุข
ในช่วงแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544). กรุงเทพฯ:
คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข.
- จรุงกลิน จันทรคำ, ภิเศก ลุมพิกานนท์ และสุกรี สุนทราภา. อาการของสตรีช่วงวัยหมดระดูใน
เขตชุมชนชนบทจังหวัดขอนแก่น. ใน Holistic approach to menopause proceedings 1996
(หน้า 64-65). กรุงเทพฯ: Thai Menopause Society.
- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (ผู้จัดทำ). (2540). ประชากรประเทศไทย 31 ธันวาคม 2539. กรุงเทพฯ:
สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. โพสต์เตอร์.
- เฉลิม ชัยวัชรารักษ์. (1996). การออกกำลังกายในสตรีวัยก่อนและหลังหมดระดู. ใน Holistic
approach to menopause proceedings 1996 (หน้า 41-60). กรุงเทพฯ: Thai Menopause
Society.
- เชษฐสุนีย์ เศรษฐบุตร, มาลี เลิศมาลีวงศ์, สุนีย์ รัชฎววรรณพงษ์, และอัญชลี นวลคล้าย. (2538).
คุณภาพชีวิตและปัญหาสุขภาพของเจ้าหน้าที่พยาบาลวัยกลางคน. วารสารพยาบาลราม
ธิบดี, 1 (1), 42-51.

- ชูดา จิตพิทักษ์. (2525). พฤติกรรมศาสตร์เบื้องต้น. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัท สารมวลชน.
- ดวงเดือน พันธุมนาวิน. (2537). การเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ: ทฤษฎีและการประยุกต์ทางจิตพฤติกรรมศาสตร์. ใน การประชุมวิชาการสุศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 7 เรื่อง สุศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในยุคโลกาภิวัตน์ (หน้า 37-46). กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทัศนา บุญทอง. (2529). การพยาบาลกับพัฒนาการของชีวิต. ใน นุรนา กาญจนางกูร (บรรณาธิการ), มโนคติและกระบวนการพยาบาล หน่วยที่ 1-7 (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 269-387). กรุงเทพฯ: บริษัทโรงพิมพ์สหมิตร.
- _____. (2535). การพัฒนาสุขภาพสตรี: ความสำคัญและความจำเป็นสำหรับสถานการณ์ปัจจุบัน. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการคณะพยาบาลศาสตร์ เพื่อเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์พระบรมราชินีนาถ เรื่อง พยาบาลกับการพัฒนาสุขภาพสตรี. ไร่เขียว.
- ธวัชชัย วรพงษ์. (2530). สัมมนาวิธีการทางสถิติ. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- _____. (2540). สถิติการวิเคราะห์การถดถอย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วิบูลย์การปก.
- นิกร คุณิตสิน. (2538). การดูแลสุขภาพสตรีวัยทองมองอย่างไร. วารสารสุขโขทัยธรรมมาธิราช, 8 (3), 44-53.
- นิมิต เตชไกรชนะ, กอบจิตต์ ลิ้มปยอ, และอรรณพ ใจสำราญ. (2536 ก). ข้อมูลทางระบาดวิทยาของโรคกระดูกบางในสตรีวัยหมดระดู. จุฬาลงกรณ์เวชสาร, 37 (9), 549-553.
- _____. (2536 ข). โรคกระดูกบางในสตรีวัยหมดระดู: ข้อความรู้ปัจจุบันในการป้องกันและรักษาด้วยแนวทางและยานอกเหนือจากการให้ฮอร์โมนทดแทน. จุฬาลงกรณ์เวชสาร, 37 (10), 645-655.
- บรรจง อุดมถาวรสุข. (2525). วัยหมดประจำเดือน. วารสารแพทยศาสตร์, 8 (1), 31-35.
- ปนัดดา ปรีชฎม. (2530). การรักษาพยาบาลขั้นต้นในหญิงวัยหมดประจำเดือน. วารสารพยาบาล, 36 (2), 119-128.
- ประมวล วีรุตมเสน. (2532). สรีรวิทยาการเจริญพันธุ์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประมุล สุขวัฒนา. (2522). เลือดจะไปลมจะมา. วิทยาสารเสนารักษ์, 32 (6), 345-349.
- พรรณพิไล ศรีอาภรณ์. (2537). การพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพสตรี: สตรีกับการมีระดู. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- พิชัย เจริญพานิช. (2533). ปัญหาและแนวทางแก้ไขโรคทางนรีเวช. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัทมงคลสาร จำกัด.
- ฟาริดา อิบราฮิม. (2529). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการพยาบาล. ใน มยุรา กาญจนางกูร (บรรณาธิการ), มนมิตีและกระบวนการพยาบาล หน่วยที่ 1-7 (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 153-205). กรุงเทพฯ: บริษัทโรงพิมพ์สหมิตร.
- มันทนา ประทีปะเสน. (1996). โภชนาการในสตรีวัยก่อนและหลังหมดประจำเดือน. ใน Holistic approach to menopause proceedings 1996 (หน้า 30-40). กรุงเทพฯ: Thai Menopause Society.
- ยีน ภูสุวรรณ และคนอื่น ๆ. (2535). อรรถาภิธาน. กรุงเทพฯ: บริษัท ซีเอ็ดดูเคชั่น จำกัด.
- ลดาวลัย ผาสุษ. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ทางสุขภาพ การสนับสนุนจากหน่วยงาน กับแบบแผนการดำรงชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ลำเภา อุปการกุล. (2538). ความรู้เรื่องการหมดประจำเดือนและประสบการณ์การดูแลตนเองของ หญิงวัยหมดประจำเดือนในชุมชนแออัด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. รายงานการศึกษา อิสระปริญญาสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสาขารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วันดี แยมจันทร์ฉาย. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิสุทธิ บุญเกษมสันติ. (2534). วัยหมดระดู. ใน สุขิต เผ่าสวัสดิ์ และคนอื่น ๆ (บรรณาธิการ), นรีเวชวิทยา (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 57-69). กรุงเทพฯ: ทรีโอแอด จำกัด.
- ศรีธรรม ธนะภูมิ. (2535). พัฒนาการทางอารมณ์และบุคลิกภาพ. กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์.
- ศิรินทิพย์ โคนสันเทียะ. (2541). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมด ประจำเดือน จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สงศรี เกตุสิงห์. (2506). อาการทางจิตในวัยหมดระดู. วารสารสมาคมจิตแพทย์, 8 (2), 14-20.

- สดใส ศรีสอาด. (2540). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาเอกสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ). (2536). การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วีเจ.พรินติ้ง.
- สาคร ทองวัช. (2529). การพยาบาลกับสังคม. ใน มยุรา กาญจนางกูร (บรรณาธิการ), มนมดี และกระบวนการพยาบาล หน่วยที่ 1-7 (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 207-267). กรุงเทพฯ: บริษัทโรงพิมพ์สหมิตร.
- สุกัญญา ชัยกิตติศิลป์. (2538). รายงานผลการวิจัยอาการและปัญหาของสตรีวัยหมดระดูในชุมชนแออัดคลองเตย. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุกัญญา ไพทโสภณ. (2540). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาเอกสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุกรี สุนทราภา. (2535). วัยหมดระดู. ใน ขวัญชนก สกนธวัฒน์ (บรรณาธิการ), นรีเวชวิทยา (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 239-268). ขอนแก่น: คอมเพรส แอนด์ ดี ไซน์.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. (2540). เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เลียงเชียง.
- สุดารัตน์ ขวัญเงิน. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับวิถีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุทธนิจ หนูทสาร. (2539). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนเขตชนบท จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาเอกสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2537). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2535. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2538). สมุดสถิติรายปีประเทศไทย 2538 (ฉบับย่อ). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด อรุณการพิมพ์.
- อุรษา เทพพิสัย. (2532). วิทยาเอนโดครินทางสูติ-นรีเวช. กรุงเทพฯ: ยูนิตี้ พับลิเคชั่น.

- Abraham, S., Llewellyn-Jones, D., & Perz, J. (1995). Changes in Australian women's perception of the menopause and menopausal symptoms before and after the climacteric. Maturitas, 20 (2), 121-128.
- Alexander, L.L., & LaRosa, J.H. (1994). New dimensions in women's health. Boston: Jones and Bartlett.
- Andreas, L.G. (1992). Psychosocial development during middle adult years. In C.S. Schuster & S.S. Ashburn (Eds.), The process of human development: A holistic life span approach (3rd ed., pp. 779-800). Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Ashburn, S.S. (1992). Biophysical development during midlifespan. In C.S. Schuster & S.S. Ashburn (Eds.), The process of human development: A holistic life span approach (3rd ed., pp. 756-778). Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Asplund, R., & Aberg, H.E. (1995). Body mass index and sleep in women aged 40 to 64 years. Maturitas, 22 (1), 1-8.
- Avis, N.E., & McKinlay, S.M. (1991). A longitudinal analysis of women's attitude toward the menopause: Results from the Massachusetts women's health study. Maturitas, 13 (1), 65-70.
- Bachmann, G.A. (1994). Vulvovaginal complaints. In R.A. Lobo (Ed.), Treatment of the postmenopausal woman: Basic and clinical aspects (pp. 137-142). New York: Raven Press.
- Bandura, A. (1982). Self - efficacy mechanism in human agency. American Psychologist, 37 (2), 122-147.
- _____. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive learning. New Jersey: Prentice-Hall.
- Barber, P.J., & Legge, D. (1976). Perception and information. London: Methuen.
- Beard, R.W. (1976). Discussion on section B: Endocrinology (part I). In S. Campbell (Ed.), The management of the menopause & post-menopausal years (pp. 79-83). Lancaster, England: MTP Press.
- Behler, D., Tippet, T., & Mandle, C.L. (1990). Middle adulthood. In C.L. Edelman & C.L. Mandle (Eds.), Health promotion: Throughout the lifespan (2nd ed, pp. 502-521). St Louis: The C.V. Mosby Company.

- Bernard, L.C., & Krupat, E. (1994). Health psychology: Biopsychosocial factors in health and illness. Philadelphia: Harcourt Brace College.
- Bernhard, L.A., & Sheppard, L. (1993). Health, symptoms, self-care, and dyadic adjustment in menopausal women. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 22 (5), 456-461.
- Beser, E., Aydemir, V., & Bozkaya, H. (1994). Body mass index and age at natural menopause. Gynecological and Obstetrics Investigation, 37 (1), 40-42.
- Boulet, M.J., Odden, B.J., Lehert, P., Vemer, H.M., & Visser, A. (1994). Climacteric and menopause in seven south-east asian countries. Maturitas, 19 (3), 157-176.
- Bowles, C. (1986). Measure of attitude toward menopause using the semantic differential model. Nursing Research, 35 (2), 81-85.
- Brambilla, D.J., & McKinlay, S.M. (1989). A prospective study of factors affecting age at menopause. Journal of Clinical Epidemiology, 42 (11), 1031-1039.
- Breslow, L. (1989). Indicators of individual action to promote physical health. In S.B. Kar (Ed.), Health promotion indicators & actions (pp. 100-117). New York: Springer Publishing Company.
- Buckler, H.M., & Anderson, D.C. (1994). The perimenopausal state and incipient ovarian failure. In R.A. Lobo (Ed.), Treatment of the post-menopausal woman: Basic and clinical aspects (pp. 11-23). New York: Raven Press.
- Burger, H.G. (1994). Reproductive hormone measurements during the menopausal transition. In G. Berg, & M. Hammar (Eds.), The modern management of the menopause: A perspective for the 21st century (pp. 103-107). New York: The Parthenon Publishing Group.
- _____. (1996). The endocrinology of the menopause. Maturitas, 23 (2), 129-136.
- Campbell, S. (1976). Intensive steroid and protein hormone profiles on post-menopausal women experiencing hot flushes, and a group of controls. In S. Campbell (Ed.), The management of the menopause & post-menopausal years (pp. 63-77). Lancaster, England: MTP Press.
- Capozzoli, E. (1990). In our own words: Personal perception and experiences of the menopause. (CD-Rom). The Union Institute.

- Cauley, J.A., Gutai, J.P., Kuller, L.H., & Powell, J.G. (1990). The relation of endogenous sex steroid hormone concentrations to serum lipid and lipoprotein levels in post-menopausal women. American Journal of Epidemiology, 132 (5), 884-894.
- Chaiphalsarisdi, P. (1990). Self-care response of rural Thai perimenopausal women. Doctoral dissertation, The graduate college, The University of Illinois at Chicago.
- Chirawatkul, S. (1993). Sud Lyad Sud Luuk: The social construction of menopause in northeastern Thailand. Doctoral dissertation, University of Queensland.
- _____. & Manderson, L. (1994). Perceptions of menopause in northeast Thailand: Contested meaning and practice. Social Science Medicine, 39 (11), 1545-1554.
- Chompootweep, S., Tankeyoon, M., Yamarat, K., & Poomsuwan, P. (1993). The menopausal age and climacteric complaints in Thai women in Bangkok. Maturitas, 17 (1), 63-71.
- Christie Brown, M. (1976). Emotional response to the menopause. In S. Campbell (Ed.), The management of the menopause & post-menopausal years (pp. 109-115). Lancaster, England: MTP Press.
- Christie Brown, J.R.W., & Christie Brown, M.E. (1976). Psychiatric disorders associated with the menopause. In R.J. Beard (Ed.), The menopause (pp. 57-79). Lancaster, England: MTP Press.
- Christopher Nordin, B.E., Morris, H.A., Need, A.G., Horowitz, M., Robertson, W.G. (1990). Relationship between plasma calcium fractions, other bone-related variables, and serum follicle-stimulating hormone levels in premenopausal, perimenopausal, and post-menopausal women. American Journal of Obstetric and Gynecology, 163 (part 1, 1), 140-145.
- Collins, A., & Landgren, B.M. (1994). Experience of symptoms during transition to menopause: A population based longitudinal study. In G. Berg & M. Hammar (Eds.), The modern management of the menopause: A perspective for the 21st century (pp. 71-77). New York: The Parthenon Publishing Group.
- _____. (1995). Reproductive health, use of estrogen and experience of symptoms in perimenopausal women: A population-based study. Maturitas, 20 (2-3), 101-111.
- Cook, K.J. (1993). Perimenopause: An opportunity for health promotion. Journal of Obstetrics, Gynecologic and Neonatal Nursing, 22 (3), 223-228.

- Cooke, I.D. (1976). Endocrine changes associated with the menopause and post-menopausal years. In S. Campbell (Ed.), The management of the menopause & post-menopausal years (pp. 49-62). Lancaster, England: MTP Press.
- Coope, J. (1993). Menopause. In A. McPherson (Ed.), Women's problems in general practice (3rd ed., pp. 198-226). Oxford: Oxford University Press.
- Cooper, W. (1976). A woman's view of the menopause. In S. Campbell (Ed.), The management of the menopause & post-menopausal years (pp. 3-9). Lancaster, England: MTP Press.
- Cooper, G.S., & Baird, D.D. (1995). The use of questionnaire data to classify perimenopausal and premenopausal status. Epidemiology, 6 (6), 625-628.
- Cope, E. (1976). Physical changes associated with the postmenopausal years. In S. Campbell (Ed.), The management of the menopause & postmenopausal years (pp. 29-42). Lancaster, England: MTP Press.
- Coren, S., & Ward, L.M. (1989). Sensation and perception. (3rd ed.). Philadelphia: Harcourt Brace Jovanovich College.
- Cramer, D.W., et al. (1995). Cross-sectional and case-controlled analysis of the association between smoking and early menopause. Maturitas, 22 (2), 79-87.
- Dayal, R. (1985). Women in health and development. New Dehli: World Health Organization Regional Office for South East Asia.
- Dennerstein, L. (1988). Psychiatric aspects of the climacteric. In J.W.W. Studd & M.I. Whitehead (Eds.), The menopause (pp. 43-54). Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- _____. (1994). In pursuit of happiness: Well-being during the menopausal transition in G. Berg & M. Hammar (Eds.), The modern management of the menopause: A perspective for the 21st century (pp. 151-159). New York: The Parthenon Publishing Group.
- _____. (1996). Well-being, symptoms and the menopausal transition. Maturitas, 23 (2), 147-157.
- _____. Smith, A.M.A. & Morse, C. (1994). Psychological well-being, mid-life and the menopause. Maturitas, 20 (1), 1-11.

- Dewhurst, C.J. (1976). Frequency and severity of menopausal symptoms. In S. Campbell (Ed.), The management of the menopause & postmenopausal years (pp. 25-27). Lancaster, England: MTP Press.
- _____. (Ed.). (1984). Integrated obstetrics and gynaecology for post-graduates. (3rd ed.). Singapore: P.G. Publishing Pte.
- Dickson, G.L. (1990). A feminist poststructuralist analysis of the knowledge of menopause. Advances in Nursing Sciences, 12 (3), 15-31.
- Diczfalussy, E. (1987). Introduction: Menopause, developing countries and the 21st century. In D.R. Mishell (Ed.), Menopause: Physiology and pharmacology (pp. 1-19). Chicago: Year Book Medical.
- Donaldson, J.F. (1994). How did the human menopause arise?. Menopause: The Journal of the North American Menopause Society, 1 (4), 211-221.
- Duffy, M.E. (1988). Determinants of health promotion in midlife women. Nursing Research, 37 (6), 358-362.
- _____. (1993). Determinants of health-promoting lifestyles in older persons. Image: Journal of Nursing Scholarship, 25 (1), 23-28.
- Dusitsin, N. (1991). Introduction. In N. Dusitsin (Ed.), Physiological hormones replacement therapy (p. 9). UK: The Parthenon Publishing Group.
- _____. & Snidvongs, W. (1994). The Thai experience. In G. Berg & M., Hammer (Eds.), The modern management of the menopause: A perspective for the 21st century (pp. 23-33). New York: The Parthenon Publishing Group.
- Dyer, R., & McKeever, L.C. (1986). Menopause: A closer look for nurses. In D.K. Kjervik & I.M. Martinson (Eds.), Women in health & illness: Life experiences and crises (pp. 218-230). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Edge, V., & Miller, M. (1994). Women's health care. St. Louis: Mosby.
- Edelman, C.L., & Milio, N. (1990). Health defined: Promotion and specific protection. In C.L. Edelman, & C.L. Mandle (Eds.), Health promotion: Throughout the lifespan (2nd ed., pp. 2-15). St. Louis: The C.V. Mosby Company.
- Ellis, J.R., & Nowlis, E.A. (1994). Nursing: A human needs approach. (5th ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

- Engel, N.S. (1987). Menopausal stage, current life change, attitude toward women's roles, and perceived health status. Nursing Research, 36 (6), 353-357.
- Fishbein, E.G. (1992). Women at midlife: The transition to menopause. Nursing Clinics of North America, 27 (4), 951-957.
- Flint, M. (1994). Menopause-the global aspect. In G. Berg & M. Hammar (Eds.), The modern management of the menopause: A perspective for the 21st century (pp. 17-22). New York: The Parthenon Publishing Group.
- Fogel, C.I., & Woods, N.F. (1995). Midlife women's health. In C.I. Fogel & N.F. Woods (Eds.), Women's health care: A comprehensive handbook (pp. 79-100). London: Sage Publications.
- Gannon, L.R. (1985). Menstrual disorders and menopause. New York: Praeger Special Studies.
- Gassman, A., & Santoro, N. (1994). The Influence of menopausal hormonal changes on sexuality: Current knowledge and recommendations for practice. Menopause: The Journal of the North American Menopause Society, 1 (2), 91-98.
- Gillis, A.J. (1993). Determinants of a health-promoting lifestyle: An integrative review. Journal of Advanced Nursing, 18 (2), 345-353.
- Gochman, D.S. (Ed.). (1988). Health behavior emerging research perspectives. New York: Plenum Press.
- Goldberg, M.B. (1959). Medical management of the menopause. New York: Grune & Stratton.
- Gorodeski, G.I., & Utian, W.H. (1994). Epidemiology and risk factors of cardiovascular diseases in postmenopausal women. In R.A. Lobo (Ed.), Treatment of the post-menopausal woman: Basic and clinical aspects (pp. 199-221). New York: Raven Press.
- Gosden, R.G. (1985). Biology of menopause: The causes and consequences of ovarian aging. London: Academic Press.
- Gould, D. (1994). Teaching those in middle age. In P. Webb (Ed.), Health promotion and patient education: A professional's guide (pp. 142-158). London: Chapman & Hall.
- Gray, R.H. (1976). The menopause-epidemiological and demographic considerations. In R. J. Beard (Ed.), The menopause (pp. 26-40). Lancaster, England: MTP Press.

- Haas, S., & Schiff, I. (1988). Symptoms of oestrogen deficiency. In J.W.W Studd, & M.I., Whitehead (Eds.), The menopause (pp. 15-23). Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Harper, D.C. (1990). Perimenopause and aging. In R. Lichtman, & S. Papera (Eds.), Gynecology: Well-woman care (pp. 405-424). Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange.
- Herbst, A.L., et al. (1992). Comprehensive gynecology. (2nd ed.). St. Louis: Mosby Year Book.
- Hill, K. (1996). The demography of menopause. Maturitas, 23 (2), 113-123.
- Hill, L., & Smith, N. (1985). Self care nursing promotion of health. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Hinkle, D.E., Oliver, J.D. & Hinkle, C.A. (1985). How large should the sample be? Part 2- The one-sample case for survey research. Educational and Psychological Measurement, 45 (2), 271-280.
- Holte, A., et al. (1994). Psychosocial factors and the menopause: Results from the Norwegian menopause project. In G. Berg, & M. Hammar (Eds.), The modern management of the menopause: A perspective for the 21st century (pp. 169-175). New York: The Parthenon Publishing Group.
- Hulka, B.S., & Meirik, O. (1996). Research on the menopause. Maturitas, 23 (2), 109-112.
- Hunter, M.S. (1988). Psychological aspects of the climacteric and postmenopause. In J.W.W. Studd, & M.I. Whitehead (Eds.), The menopause (pp. 55-64). Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Jaszmann, L.J.B. (1976). Epidemiology of the climacteric syndrome. In S. Campbell (Ed.), The management of the menopause & post-menopausal years (pp. 11-23). Lancaster, England: MTP Press.
- Jensen, J., Nilas, L., & Christiansen, C. (1976). Influence of the menopause on serum lipids and lipoproteins. Maturitas, 12 (4), 321-331.
- Johnson, J.L., Ratner, P.A., Bottorff, J.L., & Hayduk, L.A. (1993). An exploration of Pender's health promotion model using LISREL. Nursing Research, 42 (3), 132-138.

- Kar, S.B. (1989). Indicators of individual and societal actions for health promotion. In S.B. Kar (Ed.), Health promotion indicators & actions (pp. 67-99). New York: Springer Publishing Company.
- Kerr, M.D. (1976). Psychological changes following hormonal therapy. In S. Campbell (Ed.), The management of the menopause & postmenopausal years (pp. 127-133). Lancaster, England: MTP Press Limited.
- Kronenberg, F. (1994). Hot flashes. In R.A. Lobo (Ed.), Treatment of the postmenopausal woman: Basic and clinical aspects (pp. 97-117). New York: Raven Press.
- _____. (1995). Alternative therapies: New opportunities for menopause research. Menopause: The Journal of the North American Menopause Society, 2 (1), 1-2.
- Kwekkeboom, D.J., de Jong, F.H., van Hemert, A.M., Vandenbroucke, J.P., Volkenbuerge H.A., & Lamberts, S.W.J. (1990). Serum gonadotropins and alpha-subunit decline in aging normal postmenopausal women. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 70 (4), 944-950.
- Laffrey, S.C., & Isenberg, M. (1983). The relationship of internal locus of control, value placed on health, perceived importance of exercise, and participation in physical activity during leisure. International Journal of Nursing Studies, 20 (1983), 187-196.
- Landgren, B.M., & Collins, A. (1994). Work, social life and health in women during transition to menopause. In G. Berg, & M. Hammar (Eds.), The modern management of the menopause: A perspective for the 21st century (pp. 91-95). New York: The Parthenon Publishing Group.
- LaRocco, S.A., & Polit, D.F. (1980). Women's knowledge about the menopause. Nursing Research, 29 (1), 10-13.
- LeBoeuf, F.J., & Carter, S.G. (1996). Discomforts of the perimenopause. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 25 (2), 173-180.
- Lechlitner Lusk, S., Kerr, M.J. & Ronis, D.L. (1995). Health-promoting lifestyle of blue-collar, skilled trade, and white-collar workers. Nursing Research, 44 (1), 20-24.
- Lichtman, R. (1991). Perimenopausal hormone replacement therapy review of the literature. Journal of Nurse-Midwifery, 36 (1), 30-48.

- Limpaphayom, K., Taechakraichana, N., Poshyachinda, M., & Jaisamrarn, U. (1995). Bone changes in postmenopausal Thai women with or without hormonal replacement therapy. Journal of Medical Association of Thailand, 78 (11), 573-577.
- Lobo, R.A. (1990). Cardiovascular implications of estrogen replacement therapy. Obstetric and Gynecology, 75 (4, supplement), 18s-25s.
- Longcope, C. (1994). The endocrinology of the menopause. In R.A. Lobo (Ed.), Treatment of the postmenopausal woman: Basic and clinical aspects (pp. 47-53). New York: Raven Press.
- Luoto, R., Kaprio, J., & Uutela, A. (1994). Age at menopause and sociodemographic status in Finland. American Journal of Epidemiology, 139 (1), 64-76.
- Macnee, C.L., & Talsma, A. (1995). Development and testing of the barriers to cessation scale. Nursing Research, 44 (4), 214-219.
- MacPherson, K.I. (1981). Menopause as disease: The social construction of a metaphor. Advances in Nursing Science, 3 (2), 95-113.
- . (1985). Osteoporosis and menopause: A feminist analysis of the social construction of a syndrome. Advances in Nursing Science, 7 (4), 11-22.
- Maher, J.E., & Myatt, K.M. (1995). The perimenopausal process: A case for advocacy. Nursing Management, 26 (3), 49-52.
- Mahon, N.E. (1994). Positive health practices and perceived health status in adolescents. Clinical Nursing Research, 3 (2), 86-103.
- Mayor, V. (1994). Asian women and the menopause. In C. Webb (Ed.), Living sexuality: Issues for nursing and health (pp. 120-139). London: Scutari Press.
- McCraw, R.K. (1991). Psychosexual changes associated with the perimenopausal period. Journal of Nurse-Midwifery, 36 (1), 17-24.
- McDowell, I., & Newell, C. (1987). Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires. New York: Oxford University Press.
- McKinlay, S.M., Brambilla, D.J., & Posner, J.G. (1993). The normal menopause transition. Menopause Digest, (1993, March), 3-7.
- . (1996). The normal menopause transition: An overview. Maturitas, 23 (2), 137-145.

- McPherson, A. (1993). Why women's health?. In A. McPherson (Ed.), Women's problems in general practice (3rd ed., pp. 1-15). Oxford: Oxford University Press.
- Meldrum, D.R., et al. (1986). Pituitary hormones during the menopausal hot flash. In R.M. Pitkin, & F.J. Ziatnik (Eds.), 1986 The year book of obstetrics and gynecology (pp. 414-415). Chicago: Year Book Medical Publishers.
- Mitchell, E.S. (1995). Health protection and health promotion for women. In C.I. Fogel, & N.F. Woods (Eds.), Women's health care: A comprehensive handbook (pp. 207-220). London: Sage Publications.
- _____. Woods, N.F., & Lentz, M.J. (1994). Differentiation of women with three perimenstrual symptom patterns. Nursing Research, 43 (1), 25-30.
- Molzahn, A.E., & Northcott, H.C. (1989). The social bases of discrepancies in health/illness perceptions. Journal of Advanced Nursing, 14 (2), 132-140.
- von-Muhlen, D.G., Kritz-Silverstein, D., & Barrett-Connor, E. (1995). A community based study of menopause symptoms and estrogen replacement in older women. Maturitas, 22 (2), 71-78.
- Muhlenkamp, A.F., Waller, M.M., & Bourne, A.E. (1982). Attitudes toward women in menopause: A vignette approach. Nursing Research, 32 (1), 20-23.
- Mulchahey, K., & Varner, R.E. (1990). Physical and mental health and preventive medicine. In H.M. Shingleton, & W.G. Hurt (Eds.), Postreproductive gynecology (pp. 85-113). New York: Churchill Livingstone.
- Murkies, A.L., Lombard, C., Strauss, B.J.G., Wilcox, G., Burger, H.G., & Morton, M.S. (1995). Dietary flour supplementation decreases post-menopausal hot flushes: Effect of soy and wheat. Maturitas, 21 (3), 189-195.
- Nicholas, P.K. (1993). Hardiness, self-care practices and perceived health status in older adults. Journal of Advanced Nursing, 18 (7), 1085-1094.
- Niven, N. (1994). Health psychology: An introduction for nurses and other health care professionals. (2nd ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Notelovitz, M. (1994). Non-hormonal management of the menopause. In G. Berg, & M. Hammar (Eds.), The modern management of the menopause: A perspective for the 21st century (pp. 513-523). New York: The Parthenon Publishing Group.

- O'Connor, V.M., Mar, C.M. Del, Sheehan, M., Siskind, V., Fox-Young, S. & Cragg, C. (1995). Do psycho-social factors contribute more to symptom reporting by middle-aged women than hormonal status. Maturitas, 20 (2,3), 63-69.
- Oddens, B.J. (1994). The climacteric cross-culturally: The international health foundation south-east asia study. Maturitas, 19 (3), 155-156.
- Orem, D.E. (1991). Nursing concepts of practice. (4th ed.). St. Louis: Mosby Year Book.
- Palank, C.L. (1991). Determinants of health-promotive behavior: A review of current research. Nursing Clinics of North America, 26 (4), 815-832.
- Penckofer, S., & Holm, K. (1994). Women's risk for heart disease. Nursing 94, (1994), 42-45.
- Pender, N.J. (1982). Health promotion in nursing practice. Norwalk, Connecticut: Appleton-Century-Crofts.
- _____. (1984). Health promotion and illness prevention. In H.H. Werley, & J.J. Fitzpatrick (Eds.), Annual review of nursing research (Vol. 2, pp. 83-105). New York: Springer Publishing Company.
- _____. (1987). Health promotion in nursing practice. (2nd ed.). Norwalk, Connecticut: Appleton and Lange.
- _____. (1996). Health promotion in nursing practice. (3rd ed.). Stamford, Connecticut: Appleton and Lange.
- _____. & Pender, A.R. (1986). Attitudes, subjective norms, and intention to engage in health behaviors. Nursing Research, 35 (1), 15-18.
- _____. Barkauskas, V.H., Hayman, L., Rice, V.H. & Anderson, E.T. (1992). Health promotion and disease prevention: Toward excellent in nursing practice and education. Nursing Outlook, 40 (3), 106-111.
- _____. Walker, S.N., Schrist, K.R. & Frank-Stromborg, M. (1990). Predicting health-promoting lifestyles in the workplace. Nursing Research, 36 (6), 326-332.
- _____. (1990). Expressing health through lifestyle patterns. Nursing Science Quarterly, 3 (3), 115-121.
- Pensini, F., et al. (1994). The menopausal transition: A dynamic approach to the pathogenesis of neurovegetative complaints. European Journal of Obstetric and Gynecology Reproductive Biology, 57 (2), 103-109.

- Perz, J.M. (1997). Development of the menopause symptom list: A factor analytic study of menopause associated symptoms. Women & Health, 25 (1), 53-69.
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (1993). Fundamentals of nursing: Concept, process & practice. (3rd ed.). St. Louis: Mosby.
- Quinn, A.A. (1991 a). Menopause: Plight or passage?. Perinatal and Women's Health Nursing, 2 (3), 304-311.
- _____. (1991 b). A theoretical model of the perimenopausal process. Journal of Nurse-Midwifery, 36 (1), 25-29.
- Ramoso-Jalbuena, J. (1994). Climacteric Filipino women: A preliminary survey in the Philippines. Maturitas, 19 (3), 183-190.
- Reid, J.R., Ames, R.W., Evans, M.C., Gamble, G.D., Sharpe, S.J. (1995). Long-term effects calcium supplementation on bone lose and fractures in postmenopausal women: A randomized controlled trial. Nutrition Research Letters, 16 (5), 64-65.
- Robertson, A. (1994). Commentary. Clinical Nursing Research, 3 (2), 101-103.
- Robertson, D., & Keller, C. (1992). Relationships among health beliefs, self-efficacy, and exercise adherence in patient with coronary artery disease. Heart & Lung, 21 (1), 56-63.
- Rock, J. (1975). An introduction to perception. New York: Macmillan Publishing.
- Sarrel, P.M. (1990). Sexuality and menopause. Obstetrics and Gynecology, 75 (4, supplement), 26s-30s.
- Scharbo-DeHann, M., & Brucker, M.C. (1991). The perimenopausal period implication for nurse-midwifery practice. Journal of Nurse-Midwifery, 36 (1), 9-16.
- Schiamberg, L.B. & Smith, K.V. (1982). Human development. New York: Macmillan Publishing.
- Scommegna, A., & Carson, S.A. (1987). Secondary amenorrhea and the menopause. In J.J. Gold, & J.B. Josimovich (Eds.), Gynecologic endocrinology (4th ed., pp. 369-386). New York: Plenum Medical Book Company.
- Shaw M.V. & Costanzo, P.R. (1985). Theories of social psychology. (2nd ed.). Singapore: McGraw-Hill Book Company.

- Sherer, M., Maddux, J.E., Mercandate, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R.W. (1982). The self-efficacy scale: Construction and validation. Psychological Reports, 51 (2), 663-671.
- Sherwin, B.B. (1993). Menopause myths and realities. In D.E. Stewart, & N.L. Stotland (Eds.), Psychological aspects of women's health care: The interface between psychiatry and obstetrics and gynecology (pp. 227-248). Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- Shingleton, H. M. & Hurt, W.G. (Eds.). (1990). Postreproductive gynecology. New York: Churchill Livingstone.
- Slemenda, C.W., & Johnston, C.C., Jr. (1994). Epidemiology of osteoporosis. In R.A. Lobo (Ed.), Treatment of the postmenopausal woman: Basic and clinical aspects (pp. 161-168). New York: Raven Press.
- Speroff, L., Glass, R.H., & Kare, N.G. (1989). Clinical gynecologic endocrinology and infertility. (4th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- _____. (1994). The menopause: A signal for the future. In R.A. Lobo (Ed.), Treatment of the postmenopausal woman: Basic and clinical aspects (pp. 1-8). New York: Raven Press.
- Steiger, N.J., & Lipson, J.G. (1985). Self care nursing theory & practice. Maryland: Brady Communications Company.
- Stenberg, A., Heimer, G., & Ulmsten, U. (1995). The prevalence of urogenital symptoms in postmenopausal women. Maturitas, 22 (Suppl), s17-s20.
- Stevens-Long, J. (1984). Adult life: Developmental process. (2nd ed.). California: Mayfield Publishing Company.
- Stuifbergen, A.K., & Becker, H.A. (1994). Predictors of health-promoting lifestyle in persons with disabilities. Research in Nursing and Health, 17 (1), 3-13.
- _____. Becker, H., & Sands, D. (1990). Barriers to health promotion for individuals with disabilities. Family and Community Health, 13 (1), 11-22.
- Sturdee, D., & Brincat, M. (1988). The hot flush. In J.W.W. Studd, & M.I. Whitehead (Eds.), The menopause (pp. 24-42). Oxford: Blackwell Scientific Publication.

- Sukwatana, P., Meekhangvan, J., Tamrongterakul, T., Tanapat, Y., Asavarait, S. & Boonjitpimon, P. (1991). Menopausal symptoms among Thai women in Bangkok. Maturitas, 13 (3), 217-228.
- Tang, G. (1994). Menopause: The situation in Hong Kong chinese women. In G. Berg, & M. Hammar (Eds.), The modern management of the menopause: A perspective for the 21st century (pp. 47-55). New York: The Parthenon Publishing Group.
- Taylor, S.E. (1991). Health psychology. (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Theisen, S.C., & Mansfield, P.K. (1993). Menopause: Social construction or biological destiny ?. Journal of Health Education, 24 (4), 209-213.
- Tieffenberg, J.A. (1990). Socio-economic and quality-of-life analysis in postmenopausal Argentine women. In G. Berg, & M. Hammar (Eds.), The modern management of the menopause: A perspective for the 21st century (pp. 57-70). New York: The Parthenon Publishing Group.
- Torgerson, D.J., Avenell, A., Russell, I.T., & Reid, D.M. (1994). Factors associated with onset of menopause women aged 45-49. Maturitas, 19 (3), 83-92.
- Uphold, C.R., & Susman, E.J. (1981). Self-reported climacteric symptoms as a function of the relationships between marital adjustment and childrearing stage. Nursing Research, 30 (2), 84-88.
- _____. & Susman, E.J. (1985). Child-rearing, marital, recreational and work role integration and climacteric symptoms in midlife women. Research in Nursing and Health, 8 (1), 73-81.
- Vander Zanden, J.W. (1993). Human development. (5th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Varner, R.E., & Younger, J.B. (1995). Menopause. In V.L. Seltzer, & W.H. Pearse (Eds.), Women's primary health care: Office practice and procedures. (pp. 249-265). New York: McGraw-Hill.
- Voda, A.M., & George, T. (1986). Menopause. In H.H. Werley, J.J. Fitzpatrick, & R.L. Taunton (Eds.), Annual review of nursing research, (Vol. 4, pp. 55-75). New York: Springer Publishing Company.

- Volden, C., Langemo, D., Adamson, M., & Oechsle, L. (1990). The relationship of age, gender, and exercise practices to measures of health, lifestyle, and self-esteem. Applied nursing research, 3 (1), 20-26.
- Walker, S.N., Sechrist, K.R., & Pender, N.J. (1987). The health-promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. Nursing Research, 36 (2), 76-81.
- _____. Volkan, K. Sechrist, K.R., & Pender, N.J. (1988). Health-promoting life styles of older adults: Comparisons with young and middle aged adults correlates and patterns. Advances in Nursing Science, 11 (1), 76-90.
- Wasti, S., Kamal, R., & Robinson, S.C. (1994). Characteristics and perceptions of menopause in a Pakistani community. In G. Berg, & M. Hammar (Eds.), The modern management of the menopause: A perspective for the 21st century (pp. 35-45). New York: The Parthenon Publishing Group.
- Weiss, B. (1994). From workplace to community: An educational support program for menopause in transition. In G. Berg, & M. Hammar (Eds.), The modern management of the menopause: A perspective for the 21st century. (pp. 83-90). New York: The Parthenon Publishing Group.
- Weitzel, M.H. (1989). A test of the health promotion model with blue collar workers. Nursing Research, 38 (2), 99-104.
- _____. & Waller, P.R. (1990). Predictive factors for health-promotive behaviors in white, hispanic, and black blue-collar workers. Family & Community Health, 13 (1), 23-34.
- Wheeler, J.M. (1989). A multivariate look at the menopause. Journal of Clinical Epidemiology, 42 (11), 1029-1030.
- Whetstone, W.R., & Reid, J.C. (1991). Health promotion of older adults: Perceived barriers. Journal of Advanced Nursing, 16 (11), 1343-1349.
- WHO. (1988). Health promotion for working population. Geneva: World Health Organization.
- Wilbur, J., Dan, A.J., Montgomery, A., Holm, K. (1994). Aerobic fitness and body mass protect against bone loss in healthy midlife women. Menopause: The Journal of the North American Menopause Society, 1 (4), 181-190.

- Wilbush, J. (1988). Climacteric disorders -historical perspectives. In J.W.W. Studd, & M.I. Whitehead (Eds.), The menopause (pp. 1-14). Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Williams, C.A. (1993). Research application in prevention. In R.N. Knollmueller (Ed.), Prevention across the life span: Healthy people for the twenty-first century (p. 4). Maryland: American Nurses Publishing.
- Wilson, E.W., & Rennie, P.I.C. (1976). The menstrual cycle. London: Lloyd-Luke (Medical Books).
- Wilton, J. & Noonan, M.D. (1991). A menopause center: Bridging the midlife gap. Perinatal and Women's Health Nursing, 2 (4), 527-532.
- Wood, R.G., & Mandle, C.L. (1990). Health promotion and the individual. In C.L. Edelman, & C.L. Mandle (Eds.), Health promotion: Throughout the lifespan (2nd ed., pp. 86-109). St. Louis: The C.V. Mosby Company.
- Wood, S.H., & Ransom, V.J. (1994). The 1990s: A decade for change in women's health care policy. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 23 (2), 139-143.
- Woods, N. (1989). Conceptualizations of self-care: Toward health-oriented models. Advances in Nursing Science, 12 (1), 1-13.
- Woods, N.F. (1995). Women and their health. In C.I. Fogel, & N.F. Woods (Eds.), Women's health care: A comprehensive handbook (pp. 1-18). London: Sage Publications.
- Wu, ZY, Wu, XK, & Zhang, YW. (1990). Relationship of menopausal status and sex hormones to serum lipids and blood pressure. Journal of Epidemiology, 19 (2), 297-302.

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



1 กรกฎาคม 2540

เรื่อง ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เรียน พยาบาลวิชาชีพ ที่เคารพทุกท่าน

ด้วยดิฉัน นางสาววาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กำลังศึกษาค้นคว้าเพื่อทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "อาการของ ภาวะหมดประจำเดือนและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ วัยหมดประจำเดือน" จำเป็นต้องเก็บข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพ ที่มีอายุระหว่าง 40-56 ปี ด้วยแบบ สอบถาม ข้อมูลจากการศึกษาจะช่วยให้ทราบถึงอาการ/ความไม่สบายและผลกระทบที่เกิดกับ พยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติ กรรมการส่งเสริมสุขภาพ สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการสุขภาพ และพัฒนาพฤติ กรรมการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน เพื่อช่วยให้สามารถใช้ชีวิตหลังหมดประจำ เดือนได้อย่างมีความสุข มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งยังขยายความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพให้มีความชัดเจนมากขึ้น

ท่านเป็นบุคคลหนึ่งซึ่งสามารถให้ข้อมูลที่มีประโยชน์ดังกล่าวได้ ดิฉันจึงใคร่จะขอความ กรุณาจากท่านให้ตอบแบบสอบถามที่แนบมานี้ ถ้าตอบในแบบสอบถามไม่มีข้อถูกหรือข้อผิด ไปรูดตอบด้วยความสบายใจ โดยอ่านคำชี้แจงก่อนตอบแบบสอบถามแต่ละส่วน และตอบให้ตรงกับความเป็นจริงหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ ครบถ้วน สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ การตอบแบบสอบถามจะใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที คำ ตอบของท่านจะถูกถือเป็นความลับ ก่อนส่งแบบสอบถามกรุณาดึงกระดาษแผ่นนี้ออกและส่งคืน โดยไม่ต้องลงนาม ผลการศึกษาจะถูกนำเสนอในรูปของกลุ่มมิใช่รายบุคคล และไม่มีผลกระทบ ต่อการปฏิบัติงานของท่าน อย่างไรก็ตาม ท่านมีสิทธิ์จะปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม และสามารถ หยุดตอบได้เมื่อท่านไม่พอใจ

ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่าน ซึ่งมีความสำคัญต่อผลสำเร็จของการ ศึกษาตามที่คาดหวังไว้มาก และขอกราบขอบพระคุณในความกรุณาของท่านมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาววาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล)

นักศึกษาระดับปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

แบบสอบถามโครงการวิจัย

เรื่อง "อาการของภาวะหมดประจำเดือนและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม
การส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน"

เลขที่แบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้มีทั้งหมด 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความไม่สุขสบาย

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสริม

ส่วนที่ 4 ข้อมูลปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้

ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในช่องว่างและใส่เครื่องหมายถูกลงใน [] ตามความเป็นจริง
เกี่ยวกับตัวท่าน กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

ข้อมูลด้านประชากร สังคมและเศรษฐกิจ

1. ท่านอายุ.....ปี

2. ท่านปฏิบัติงานในแผนกใด

- | | | | |
|---|---|---|---------------------------------------|
| ☐ อายุรกรรม | ☐ ศัลยกรรม | ☐ สูติ-นรีเวชกรรม | ☐ จักษุกรรม |
| ☐ กุมารเวชกรรม | ☐ ออโรปิดิกส์ | ☐ จิตเวช | ☐ เวชกรรมสังคม |
| ☐ I.C.U. | ☐ เวชกรรมฟื้นฟู | ☐ ห้องผ่าตัด | ☐ วิสัญญี |
| ☐ ห้องฉุกเฉิน | ☐ หน่วยให้คำปรึกษาและแนะนำ | | |
| ☐ ผู้ป่วยนอก แผนก..... | | ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ)..... | |

3. ท่านปฏิบัติงานในตำแหน่งใด

- ☐ พยาบาลประจำการ ☐ ผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วย/หน่วยงาน
☐ หัวหน้าหอผู้ป่วย/หน่วยงาน ☐ ผู้ตรวจการพยาบาล
☐ ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่าย ☐ หัวหน้าฝ่าย
☐ อื่นๆ โปรดระบุ

4. ท่านมีวุฒิการศึกษาสูงสุดระดับใด

- ☐ อนุปริญญาหรือเทียบเท่า ☐ ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ☐ ปริญญาโทหรือเทียบเท่า
☐ ปริญญาเอก ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ)

5. สถานภาพสมรสของท่าน

- ☐ คู่อยู่ด้วยกัน ☐ คู่แยกกันอยู่ ☐ หม้าย
☐ หย่า ☐ โสด (ข้ามไปตอบข้อ 8)

6. ระยะเวลาสมรสของท่าน ปี

7. ท่านตั้งครรภ์.....ครั้ง จำนวนบุตรที่ยังมีชีวิตอยู่ คน

คลอดบุตรคนสุดท้ายมานาน ปี

8. ท่านได้รับเงินเดือน ๆ ละ.....บาท รายได้พิเศษอื่น ๆ ประมาณเดือนละ.....บาท

9. ภูมิลำเนาเดิมของท่านอยู่จังหวัด

ข้อมูลเกี่ยวกับประจำเดือน

10. ท่านมีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุ.....ปี

11. ก่อนอายุ 40 ปี ประจำเดือนของท่านมีระยะห่าง (interval) สม่าเสมอหรือไม่

- ☐ สม่าเสมอ ☐ ไม่สม่าเสมอ ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

ท่านมีประจำเดือนเฉลี่ยครั้งละ.....วัน ประจำเดือนแต่ละครั้งห่างกันเฉลี่ย.....วัน

ปริมาณเลือดประจำเดือนเฉลี่ยในแต่ละวันประมาณ.....ชิ้นผ้าอนามัย (เต็มชิ้นผ้าอนามัย)

12. ปัจจุบัน ท่านหมดประจำเดือนแล้วหรือยัง

- ☐ หมดแล้ว เมื่ออายุ.....ปี

ประจำเดือนครั้งสุดท้ายเดือน..... พ.ศ..... (ข้ามไปตอบข้อ 13)

- ☐ ยังไม่หมด (กรุณาตอบข้อย่อยต่อไป)

- 1) ในช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ประจำเดือนของท่านมีระยะห่างสม่ำเสมอเป็นปกติหรือไม่
☐ สม่าเสมอ ☐ ไม่สม่ำเสมอ เป็นเวลา.....เดือน
☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
- 2) ในช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมา จำนวนวันที่มีประจำเดือนแต่ละครั้งของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่
☐ ไม่เปลี่ยนแปลง ☐ น้อยลง ☐ นานขึ้น ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
- 3) ในช่วงเวลา 1 ปี ที่ผ่านมา ปริมาณเลือดประจำเดือนแต่ละครั้งของท่าน เปลี่ยนแปลงหรือไม่
☐ ไม่เปลี่ยนแปลง ☐ น้อยลง ☐ มากขึ้น ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย

13. ท่านมีน้ำหนัก กิโลกรัม
14. ท่านมีส่วนสูง เซนติเมตร
15. ท่านเคยมีปัญหาสุขภาพหรือโรคต่อไปนี้หรือไม่ ลักษณะใด ปัญหาหรือโรคดังกล่าวได้รับการรักษาด้วยยาหรือการผ่าตัดประเภทใด โปรดใส่เครื่องหมายถูกและเติมข้อความลงในช่องว่าง (.....)

ปัญหาสุขภาพ/โรค	ไม่เคย	เคย	การรักษาที่ได้รับ
15.1 แท้งบุตร			
15.2 เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด			
15.3 คั่นในช่องคลอด/ตกขาว			
15.4 มะเร็งปากมดลูก			
15.5 เนื้องอกของมดลูก (ชนิดเนื้อร้ายหรือธรรมดา).....			
15.6 เนื้องอกของรังไข่ (ชนิดเนื้อร้ายหรือธรรมดา).....			
15.7 เนื้องอกของปีกรังไข่ (ชนิดเนื้อร้ายหรือธรรมดา).....			

ปัญหาสุขภาพ/โรค	ไม่เคย	เคย	การรักษาที่ได้รับ
15.8 เนื้องอกของเต้านม(ชนิดเนื้อร้าย หรือ ธรรมดา)_____			
15.9 กระดูก (ความผิดปกติที่เกิด คือ _____)			
15.10 ต่อมธัยรอยด์/พาราธัยรอยด์ (ปัญหาที่เกิด คือ _____)			
15.11 เบาหวาน			
15.12 ความดันโลหิตสูง			
15.13 หัวใจและเส้นเลือด (ปัญหาที่เกิด คือ _____)			
15.14 อื่น ๆ (โปรดระบุ) _____)			

16. ท่านเคยคุมกำเนิดหรือไม่

☐ ไม่เคย

☐ เคยคุมด้วยวิธีใดบ้าง (ตอบได้หลายข้อ)

☐ ยารับประทาน

☐ ถุงยางอนามัย

☐ ยาฉีด

☐ การนับระยะปลอดภัย (safety period)

☐ ห่วงอนามัย

☐ ทำหมัน

☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความไม่สุขสบาย

คำชี้แจง ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการดังข้อความข้างล่างนี้หรือไม่ อาการดังกล่าว
รบกวนท่านหรือไม่ เกิด ณ บริเวณใดของร่างกาย โปรดใส่เครื่องหมายถูกลงในช่องด้าน
ขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ข้อละ 1 ช่อง และระบุบริเวณที่มีอาการ
ในช่องว่าง (_____) กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

อาการ	ไม่มีอาการ	มีอาการ	
		ไม่รบกวน	รบกวน
1. กลืนปัสสาวะไม่ได้ ⋮			
6. ช่องคลอดแห้ง/มีมูกน้อยลง ⋮			
13. รู้สึกชาหรือเป็นเหน็บตามร่างกายบริเวณต่าง ๆ บริเวณที่มีอาการ คือ			
⋮			
18. ใจเต้น ไม่สม่ำเสมอ/ใจสั่น ⋮			
20. ผิวแห้ง/แตกง่าย บริเวณที่มีอาการ คือ			
⋮			
26. กลัวการอยู่คนเดียว ⋮			
41. ร้อนวูบวาบ บริเวณที่มีอาการ คือ			
⋮			
45. มึนงง เวียนศีรษะ ⋮			
51. เหนื่อย เพลียง่าย ⋮			
53. เจ็บตึงเต้านม			

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสริม

ปัจจัยด้านบุคคล

คำชี้แจง โปรดพิจารณาว่า บุคคลใกล้ชิดของท่านมีพฤติกรรมหรือคุณลักษณะดังข้อความข้างล่างนี้
 มากน้อยเพียงใด (บุคคลใกล้ชิด ได้แก่ คู่สมรส / ญาติพี่น้อง / เพื่อนสนิท ฯลฯ คนใดคนหนึ่ง) แล้วใส่เครื่องหมายถูกลงในช่องด้านขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
 ข้อละ 1 ช่อง กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

ข้อความ	เป็นจริง มากที่สุด	เป็นจริง มาก	เป็นจริง ปานกลาง	เป็นจริง น้อย	ไม่จริง
1. ออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ					
2.					
3.เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และควบคุมน้ำหนักตัวให้เหมาะสม					
4.					
5.					
6. มีวิธีการจัดการความเครียดที่ดี					

ปัจจัยด้านสถานการณ์

คำชี้แจง โปรดพิจารณาว่า สิ่งแวดล้อมรอบตัวท่านมีลักษณะดังข้อความข้างล่างนี้มากน้อยเพียงใด
แล้วใส่เครื่องหมายถูกลงในช่องด้านขวามือที่ตรงกับความเป็นจริง หรือความคิดเห็นของ
ท่านมากที่สุด ข้อละ 1 ช่อง กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

ข้อความ	เป็นจริง มากที่สุด	เป็นจริง มาก	เป็นจริง ปานกลาง	เป็นจริง น้อย	ไม่จริง
1. มีสถานที่ออกกำลังกายเพียงพอที่จะไป ใช้ได้ :					
5. สถานที่สำหรับพักผ่อนและผ่อนคลาย ความเครียดสามารถเข้าไปใช้ได้โดย สะดวก :					
9. มีสิ่งกระตุ้นให้สนใจการดูแลรักษา สุขภาพ :					
10. มีร้านอาหารมากและมีอาหารที่มี ประโยชน์หลากหลายให้เลือก :					
15. มีบรรยากาศเชิญชวนให้มีกิจกรรม สังสรรค์กับผู้อื่น :					
18. มีสิ่งกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้และ พัฒนาตนเอง					

ปัจจัยด้านพฤติกรรม

คำชี้แจง โปรดพิจารณาว่า ท่านเคยมีประสบการณ์ในการให้บริการ เพื่อส่งเสริมสุขภาพแก่สตรีวัย
หมดประจำเดือนในลักษณะใด บ่อยแค่ไหน แล้วใส่เครื่องหมายถูกลงในช่องด้านขวามือ
ที่ตรงกับการปฏิบัติจริงของท่านมากที่สุด ข้อละ 1 ช่อง กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

กิจกรรม	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติเป็น ครั้งคราว	ปฏิบัติ น้อยมาก	ไม่เคย ปฏิบัติ
1. ให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริม สุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือนแก่ผู้รับบริการ และประชาชน :				
3. ให้บริการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพสตรีวัย หมดประจำเดือน เช่น ตรวจสุขภาพ ตรวจเต้านม ตรวจมะเร็งปากมดลูก :				
5. มีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุข ภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน เช่น เป็นวิทยากร ร่วมในกิจกรรมออกกำลังกาย จัดเตรียมอาหาร ฝึกหัดการผ่อนคลายความเครียด				

ส่วนที่ 4 ข้อมูลปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้

ความสำคัญของสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความข้างล่างแต่ละข้อแล้ว เลือกข้อความที่มีความสำคัญหรือคุณค่าต่อท่านมากที่สุดเพียง 3 อันดับแรก โดยใส่เลข 1 หน้าข้อความที่ท่านเห็นว่าสำคัญมากที่สุด และใส่เลข 2 และ 3 หน้าข้อความที่สำคัญเป็นอันดับ 2 และ 3 ตามลำดับ

ลำดับความสำคัญ	ข้อความ
.....	การมีชีวิตที่มีเกียรติเป็นที่ยอมรับและยกย่องของสังคม
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	การมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	การมีผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานที่เข้าใจช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกัน

ความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง

คำชี้แจง ความเชื่อมั่นในสมรรถนะของบุคคลที่จะปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการ ได้แก่ การเคยทำสิ่งนั้นสำเร็จมาแล้ว การได้เห็นผู้อื่นกระทำได้สำเร็จ การได้รับคำยืนยันจากผู้อื่น และสมรรถนะของร่างกายตนเอง โปรดพิจารณาว่าท่านมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของท่านที่จะทำกิจกรรมต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด แล้วใส่เครื่องหมายถูกลงในช่องขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ข้อละ 1 ช่อง กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

ข้อความ	เชื่อมั่นมากที่สุด	เชื่อมั่นมาก	เชื่อมั่นปานกลาง	เชื่อมั่นน้อย	เชื่อมั่นน้อยที่สุด
1. ฉันมั่นใจว่าสามารถออกกำลังกายได้อย่างสม่ำเสมอและมีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ⋮					
3. ฉันมั่นใจว่าสามารถจัดการกับความเครียดในชีวิตและปฏิบัติกิจกรรมสันทนาการได้อย่างเหมาะสม ⋮					
6. ฉันมั่นใจว่าสามารถไปรับการตรวจสุขภาพได้ตามกำหนด					

ภาวะสุขภาพ

คำชี้แจง ภาพข้างล่างนี้เป็นภาพบันไดสุขภาพ บันไดขั้นบนสุด (ขั้นที่ 9) แทน ภาวะสุขภาพดี บันไดขั้นล่างสุด (ขั้นที่ 1) แทน ภาวะสุขภาพไม่ดี โปรดพิจารณาว่าภาวะสุขภาพในปัจจุบันของท่านตรงกับบันไดขั้นใด แล้ววงกลมล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงตัวเดียว



ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมายถูกลงในช่องด้านขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
ข้อละ 1 ช่อง กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

ข้อความ	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย น้อยที่สุด
1. การสันทนการและพบปะสังสรรค์ กับเพื่อนฝูงและบุคคลอื่น ทำให้มี แหล่งช่วยเหลือเกื้อกูลกันมากขึ้น :					
3. การยอมรับในจุดเด่นและจุดด้อยของ ตนเอง พอใจในสิ่งที่ตนเองมีอยู่ ทำให้สุขภาพจิตดี :					
6. การตรวจสุขภาพเป็นระยะ ๆ ช่วยให้ สามารถรักษาโรคได้ตั้งแต่ระยะเริ่ม แรก และช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ					

สังเกตขวางพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดพิจารณาว่า ท่านเห็นด้วยกับปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด แล้วใส่เครื่องหมายถูกลงในช่องด้านขวามือที่ตรงกับความคิดเห็น
ของท่านมากที่สุด ข้อละ 1 ช่อง กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

ข้อความ	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย น้อยที่สุด
1. กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในวัยหมด ประจำเดือนเป็นเรื่องที่ปฏิบัติได้ยาก :					
3. การทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในวัย หมดประจำเดือนเป็นเรื่องที่ลำบาก ไม่สะดวก :					
5. กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับวัย หมดประจำเดือนเป็นกิจกรรมที่เสีย เวลามาก					

ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดพิจารณาว่าท่านปฏิบัติพฤติกรรมต่อไปนี้บ่อยแค่ไหน แล้วใส่เครื่องหมายถูกลงในช่องด้านขวามือที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด ข้อละ 1 ช่อง และระบุกิจกรรมที่ท่านปฏิบัติลงในช่องว่าง () กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

พฤติกรรม	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นครั้งคราว	ปฏิบัติ น้อยมาก	ไม่เคยปฏิบัติ
1. ออกกำลังกายเต็มที่ต่อเนื่องอย่างน้อยครั้งละ 20 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง โดยให้ร่างกายเคลื่อนไหวเป็นจังหวะ ใช้ข้อทุกข้อและกระดูกได้รับน้ำหนัก เช่น วิ่ง เดินเร็ว ๆ เต้นแอโรบิก วิธีการออกกำลังกายที่ท่านทำ คือ :				
6. รับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น ปลาไส้ตัน งาคั่ว แคลเซียมเม็ด และอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ เมล็ดธัญพืช :				
13. จัดความขัดแย้งด้วยการพูดคุยและประนีประนอม :				
17. สังเกตการเปลี่ยนแปลง ตรวจหาความผิดปกติของร่างกายด้วยตนเอง เช่น ตรวจเต้านมด้วยตนเอง :				

พฤติกรรม	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นครั้งคราว	ปฏิบัติ น้อยมาก	ไม่เคยปฏิบัติ
: 24. ฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดหลาย ๆ วิธี เช่น ฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย ฝึกสมาธิ : 30. ชื่นชมยินดีในความสำเร็จของผู้อื่น วิธีการที่ท่านปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมาย ของชีวิต คือ _____				

ภาคผนวก ข



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์ ดร.กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพยัคฆ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รองศาสตราจารย์ ดร.ประภา ลิ้มประสูตร
วิทยาลัยพยาบาลเซนต์หลุยส์
4. รองศาสตราจารย์ ดร.พญ.มันทนา ประทีปะเสน
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. ศาสตราจารย์ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
6. รองศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ปรีชญกุล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา เทียนสวัสดิ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
8. แพทย์หญิงสุวิภา บุญยไทรระ
โรงพยาบาลชลประทาน

ภาคผนวก ค

เมตริกสหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการ
ส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน



เมตริกสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปร	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	.03	.41**	.17**	.26**	-.18**	.13**	-.01	.07	.10*	.03	.02	.05	-.02	.03	-.04	.39**	.26**	.33**
2. ความสำคัญของผู้ภาพ		.02	.01	.05	-.10*	-.04	.07	-.004	-.01	-.02	.01	-.10*	-.09*	-.12**	.03	.02	.02	-.08*
3. การรับรู้สมรรถนะของตนเอง			.35**	.31**	-.28**	.01	.09*	.13**	.04	.02	-.003	-.02	-.10**	-.13**	-.06	.42**	.35**	.12**
4. การรับรู้ภาวะสุขภาพ				.17**	-.24**	-.05	.08*	.03	-.05	.02	-.03	-.04	-.08*	-.35**	-.08*	.21**	.20**	.06
5. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ					-.23**	.00	.08*	.01	.02	.03	.04	.01	-.08*	.01	-.05	.20**	.15**	.02
6. การรับรู้สิ่งขัดขวางพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ						.05	-.06	-.02	.09*	.06	-.06	-.003	.12**	.20**	.11**	-.12**	-.15**	-.01
7. อายุ							-.21**	.32**	.10*	.12**	.07	.003	.09*	.14**	.21**	.05	-.03	.21**
8. การศึกษา								.11**	-.09*	-.11**	.02	.02	-.10*	-.06	-.09*	.02	.08*	-.02
9. รายได้									.04	.08*	.04	.01	.01	.03	.01	.12**	.13**	.18**
10. สถานภาพสมรส									.75**		-.04	-.019	.003	.11*	.14**	.15**	.09*	.07
11. สถานภาพสมรส หม้าย/หย่า										-.01	-.01	-.01	.02	.09*	.12**	.12**	.08*	.06
12. ภูมิภาคเดิม ภาคเหนือ												.45**	.26**	.09*	.04	.02	-.03	.03
13. ภูมิภาคเดิม ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ													.37**	.11*	.01	.03	.02	.05
14. ภูมิภาคเดิม ภาคกลาง														.07	.14**	-.002	-.15**	-.06
15. อาการของภาวะหมดประจำเดือน															.07*	-.17*	-.07	.04
16. ดัชนีมวลกาย																-.05	-.01	.10*
17. รูปแบบการปฏิบัติตัวของบุคคลใกล้ชิด																	.36**	.27**
18. สภาพการณ์ด้านสิ่งแวดล้อม																		.21**
19. ประสิทธิภาพการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน																		1.0

** p < .005 * p < .05

ภาคผนวก ง

ตารางขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการทดสอบสองทาง



Sample Sizes for Interval Data Using Two-Tailed Tests with Varying Effect Sizes
and Levels of Power (Hinkle, et al., 1985: 275)

$\alpha = .05$						
Power of the statistical test						
ES	.75	.80	.85	.90	.95	.99
.10	695	785	898	1,051	1,300	1,838
.20	174	197	225	263	325	459
.30	80	90	103	117	145	205
.40	46	52	58	68	84	119
.50	30	34	38	44	54	77
.60	22	24	27	32	38	54
.70	17	19	21	24	29	40
.75	15	16	18	21	26	36
.80	13	15	16	19	23	32
.90	11	12	14	15	19	26
1.00	10	11	12	13	16	22
1.25	8	9	9	10	11	15
1.50	7	8	9	9	10	12
$\alpha = .01$						
.10	1,057	1,168	1,305	1,488	1,782	2,404
.20	265	292	327	372	446	601
.30	118	130	145	166	198	268
.40	70	77	86	97	116	151
.50	46	50	56	63	75	101
.60	33	36	40	45	53	71
.70	25	27	30	34	40	53
.75	22	24	27	30	35	46
.80	20	22	24	27	31	41
.90	17	18	20	22	25	34
1.00	15	15	17	18	21	28
1.25	12	12	13	14	15	19
1.50	11	11	12	12	13	16



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางสาว วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล

วัน เดือน ปีเกิด 15 ธันวาคม 2496

สถานที่เกิด จังหวัดลพบุรี

ประวัติการศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ.2518-2519
วิทยาศาสตรบัณฑิต (พยาบาล)
มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ.2519
ประกาศนียบัตรผดุงครรภ์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, พ.ศ.2527
ครุศาสตรมหาบัณฑิต (การวัดและประเมินผลการศึกษา)
มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ.2528
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)
มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ.2541
พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)
ทุนวิจัย โครงการร่วมผลิตบัณฑิตระดับปริญญาเอก
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำแหน่ง: ผู้ช่วยศาสตราจารย์