

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านแม อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ศึกษาได้ค้นคว้า เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมตามหัวข้อ ดังต่อไปนี้

1. การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. การสร้างเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน
3. การมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาล ได้กำหนดยุทธศาสตร์ที่สำคัญ คือให้มีศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นสถานบริการระดับปฐมภูมิ ที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด เพื่อดูแลสุขภาพของประชาชนแบบองค์รวม ต่อเนื่อง ผสมผสานทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยดูแลตั้งแต่ก่อนป่วยไปจนถึงการดูแลเบื้องต้น เมื่อเจ็บป่วยและหลังเจ็บป่วย โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในที่นี่ก็คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีการจัดระบบการทำงานที่ต่อเนื่อง เชื่อมโยง ผสมผสาน ทั้งในชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานพยาบาลทุกระดับ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2546) การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขจึงมีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งนักวิชาการและนักปฏิบัติหลายท่านต่างก็ยอมรับถึงความจำเป็น และความสำคัญของการมีส่วนร่วม

ความหมายของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วม เป็นคำที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย ในการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการมีส่วนร่วมของบุคคล กลุ่มคน หรือองค์กรต่างๆ ดังนั้น ความหมายของคำจึงขึ้นอยู่กับแนวความคิดและสถานการณ์ที่แตกต่างกัน ดังต่อไปนี้

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2543) ให้ความหมายว่าเป็นการระดมความร่วมมือของบุคคลเข้ามาร่วมในแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมตามที่หน่วยงานภาครัฐเป็นผู้กำหนด และการให้อำนาจบุคคล/ชุมชนในการตัดสินใจโดยให้บุคคลมีส่วนในการกำหนดกิจกรรมและวิธีการดำเนินการ ตั้งแต่เริ่มต้นกำหนดปัญหาค้นหาสาเหตุ ร่วมวางแผนร่วมกำหนดอนาคตที่พึงปรารถนาหรือสิ่งที่ต้องการจะเป็น จนถึงร่วมลงทุน ร่วมปฏิบัติ ร่วมตรวจสอบ และติดตามประเมินผล รวมทั้งร่วมรับผลประโยชน์ ผลกระทบที่เกิดขึ้น การเปิดโอกาสให้บุคคลเข้าไปมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง หรืออย่างน้อยที่สุดมีส่วนร่วมในการตัดสินใจคือหัวใจสำคัญของการมีส่วนร่วม

เพ็ญศรี เปลียนขำ (2542) ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการที่บุคคลในชุมชนเป็นผู้ตระหนักถึงปัญหาในชุมชนของตนเป็นอย่างดี สามารถกำหนดปัญหาสาธารณสุข วิเคราะห์ปัญหา และกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหามาของชุมชน รวมทั้งการแยกแยะปัญหาที่แก้ไขได้เอง จะบริหารจัดการทันที ส่วนที่อยู่นอกเหนือความสามารถก็ต้องให้เจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือบุคคลภายนอกชุมชนเป็นผู้แก้ไขปัญหานั้น

ปาริชาติ วลัยเสถียร (2543) ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการพัฒนาโดยให้บุคคลเข้าไปมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนอันได้แก่ ร่วมกันค้นหาปัญหา ร่วมวางแผน การตัดสินใจ การระดมทรัพยากร และเทคโนโลยีในท้องถิ่น การบริหารจัดการติดตาม ประเมินผล รวมทั้งการรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการ โดยโครงการดังกล่าว จะต้องมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน

บัวเรศ ปรับไซโย และคณะ (2538, อ้างใน ยุทธ เทพกุล, 2541) ให้ความหมายว่า หมายถึงกระบวนการที่สมาชิกของกลุ่ม มีความสนใจในการดำเนินกิจกรรม ต่างๆ เพื่อเป้าหมายที่ต้องการร่วมกัน

ไพโรจน์ สุขสัมฤทธิ์ (2531) ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการดำเนินงานรวมพลังบุคคล กับองค์กรของรัฐหรือองค์กรเอกชนเพื่อประโยชน์ในการพัฒนา หรือแก้ปัญหามาของชุมชน โดยยึดหลักการที่ว่า สมาชิกในชุมชนนั้นๆ จะต้องร่วมกันวางแผนและการปฏิบัติ เพื่อสนองความต้องการหรือแก้ปัญหามาของประชาชนในชุมชน

ซินแคลร์ (Sinclair, 1993, อ้างใน เสาวลักษณ์ สุขใจ, 2542) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมเป็นศิลปะอย่างหนึ่งที่บุคคลสามารถเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่นได้

ฮอลโลเวย์ (Holloway, 1993, อ้างใน เสาวลักษณ์ สุขใจ, 2542) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมหมายถึง การที่บุคคลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจตลอดจน เกิดความรู้สึก มีส่วนร่วมและรับผิดชอบในการดำเนินกิจกรรมนั้นๆ

จากความหมายการมีส่วนร่วมดังกล่าวข้างต้น ในการศึกษาครั้งนี้ สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้เข้าไปให้การช่วยเหลือในการสร้างเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน ได้แก่การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหา ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติการ ร่วมรับผลประโยชน์และร่วมประเมินผล

แนวคิดการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ถือว่าเป็นหลักการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาที่ยั่งยืน เป็นกิจกรรมพื้นฐานในการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาในด้านต่างๆ เป็นทางเลือกที่จะช่วยให้บุคคลหรือกลุ่มบุคคลพึ่งตนเองได้ ซึ่งนักวิชาการและนักพัฒนาได้ให้ความสำคัญของการมีส่วนร่วม และได้เสนอแนวคิดของการมีส่วนร่วมไว้ ดังต่อไปนี้

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1978, อ้างใน ประเทือง วงษ์แจ้ง, 2541) ได้เสนอรูปแบบของกระบวนการมีส่วนร่วมไว้ 4 ขั้นตอน คือ

1. การวางแผน คือการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับความสำคัญ ตั้งเป้าหมาย กำหนดการใช้ทรัพยากร กำหนดวิธีติดตามประเมินผล โดยการตัดสินใจด้วยตนเอง
2. การดำเนินกิจกรรม คือการมีส่วนร่วมในการดำเนินการ บริหารการใช้ทรัพยากร และการจัดสรรควบคุมทางการเงิน
3. การใช้ประโยชน์ คือการมีส่วนร่วมในการนำเอากิจกรรมมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ ซึ่งเป็นการเพิ่มระดับของการพึ่งตนเอง และควบคุมทางสังคม
4. การได้รับประโยชน์ คือการมีส่วนร่วมได้รับการแจกจ่ายผลประโยชน์จากชุมชนในพื้นที่เท่าเทียมกัน ซึ่งจะเป็นผลประโยชน์ส่วนตัว สังคม หรือในรูปวัตถุก็ได้

อคิน รพีพัฒน์ (2531) ได้ให้แนวคิดการมีส่วนร่วมใน 2 ลักษณะ คือ

1. การมีส่วนร่วมในช่วงจังหวะเวลาต่างๆ ของกิจกรรม ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุของปัญหา การมีส่วนร่วมในการค้นหาและพิจารณาแนวทางแก้ไขปัญหา การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหา การมีส่วนร่วมในการประเมินผลการพัฒนา
2. การมีส่วนร่วมที่ขึ้นอยู่กับเงื่อนไข อาทิเช่น ความเกรงใจ ถูกบีบบังคับ มีสิ่งจูงใจเฉพาะหน้า มีความเข้าใจวัตถุประสงค์ของกิจกรรมและกิจกรรมจะก่อให้เกิดประโยชน์ระยะยาวกับตนและชุมชน

โคเฮน และ อัฟฮอฟฟ์ (Cohen & Uphoff, 1980) ได้ เสนอขั้นตอนของการมีส่วนร่วมไว้ 4 ขั้นตอน คือ

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (decision making) ได้แก่ การมีส่วนร่วมที่เป็นการแสดงออกด้านความคิดเกี่ยวกับการจัดระบบ หรือการจัดระบบของโครงการ เป็นการประเมินปัญหาหรือทางเลือกที่จะสามารถเป็นไปได้ ที่จะนำไปปฏิบัติ โดยการประเมินสภาพที่เป็นอยู่ และสาเหตุของปัญหา

2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (implementation) ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการสละทรัพยากร สละแรงงาน เงิน วัสดุอุปกรณ์ ด้วยความเต็มใจและมีส่วนร่วมในการเข้าเป็นผู้ปฏิบัติในโครงการ หากเป็นการเข้าร่วมโดยสมัครใจจะมีการคำนึงถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับหลังจากเกิดการมีส่วนร่วมด้วย

3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (benefits) ผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านวัตถุ ซึ่งได้แก่ การเพิ่มผลผลิตรายได้ หรือทรัพย์สิน การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ทางด้านสังคม ได้แก่ สิ่งที่เป็นส่วนกลางของชุมชน เช่น โรงเรียน สถานที่สาธารณะ และผลประโยชน์ส่วนบุคคล ได้แก่ ความนับถือตนเอง (self esteem) พลังอำนาจทางการเมือง (political power) ความคุ้มค่าของผลประโยชน์ (sense of efficacy)

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (evaluation) เป็นการมีส่วนร่วมในการวัดผลและวิเคราะห์ผลของการดำเนินงาน ค้นหาข้อดี ข้อเสีย เพื่อหาแนวทางแก้ไขการทำงานให้มีประสิทธิภาพต่อไป

จากแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม ดังกล่าวข้างต้น ในการศึกษาครั้งนี้ ได้นำแนวคิดของ องค์การอนามัยโลก กับแนวคิดของ โคเฮน และ อัฟฮอฟท์ (WHO, 1978, อ้างใน ประเทือง วงษ์แจ้ง, 2541; Cohen & Uphoff, 1980) มาประยุกต์ใช้ ได้แก่ การมีส่วนร่วม ค้นหาปัญหา วางแผน ปฏิบัติการ รับผลประโยชน์ และมีส่วนร่วมประเมินผล

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2543) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของบุคคลเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน การเพิ่มบทบาท และการมีส่วนร่วมของบุคคลหรือชุมชนจะเกิดขึ้นได้ จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะภาครัฐ และภาคเอกชนในการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับบุคคลด้วยการเตรียมความพร้อมให้กับบุคคล รวมทั้งสร้างกลไกช่องทางที่เอื้ออำนวย และกระตุ้นการมีส่วนร่วมของบุคคล โครงการจัดทำข้อมูลข่าวสารและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลนโยบายสาธารณะ

ประพนธ์ ปิยะรัตน์ (2534) ได้สรุป สิ่งสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมในการพัฒนาไว้ดังนี้

1. รัฐยอมรับและกำหนดนโยบายและออกกฎหมายให้การมีส่วนร่วมมีบทบาทสำคัญในกิจกรรมการพัฒนาทั้งหมด
2. การสร้างองค์กรในระดับชุมชนที่มีประสิทธิภาพ
3. ให้มีความสมดุลระหว่างการตัดสินใจของส่วนกลาง และส่วนท้องถิ่นที่จะนำไปสู่การปฏิบัติของประชาชนเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และสนองต่อความต้องการของชุมชน
4. อบรมผู้นำชุมชนและบุคลากรของรัฐให้มีทักษะในการมีส่วนร่วม ในการพัฒนา ตลอดจนการบริหารจัดการองค์กรต่างๆ ที่ชุมชนได้จัดตั้งขึ้น
5. สนับสนุนชุมชนในกิจกรรมที่จะเพิ่มรายได้ ตลอดจนด้านวัสดุ อุปกรณ์ การเงิน และเทคโนโลยีที่เหมาะสมที่จะทำให้กิจกรรมของการพัฒนายั่งยืนอยู่ได้
6. ความรู้ วิทยาการ และเทคโนโลยี ตลอดจนข้อมูลข่าวสารจะต้องจัดให้สนองตรงต่อความต้องการ และนำไปสู่การจูงใจให้ประชาชนมีส่วนร่วม
7. การมีส่วนร่วมจะต้องมีอยู่ในแผนการพัฒนารวมที่มุ่งไปสู่ความยั่งยืนของคุณภาพชีวิตประชาชน

โคเฮน และ อัฟฮอฟฟ์ (Cohen & Uphoff, 1980) ได้กล่าวถึงบริบทของการมีส่วนร่วมในการพิจารณาการมีส่วนร่วมของบุคคลมีปัจจัยหลายประการที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความรู้ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน อาชีพ รายได้ การสนับสนุนของครอบครัว และสถานภาพทางสังคม ดังที่มีผู้ได้ศึกษาไว้ดังนี้ ประเทือง วงษ์แจ้ง (2541) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมสุขภาพประชาชน เรื่องโรคความดันโลหิตสูง: ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพประชาชน เรื่องโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงาน อาชีพ รายได้ การสนับสนุนของครอบครัวและสถานภาพทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพประชาชน เรื่องโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เขียวชัย บุรพชนก (2532) ได้ศึกษาพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของกิจกรรมสุขภาพของหมู่บ้านพึ่งตนเอง ทางสาธารณสุขมูลฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ชุณนา ก้อนจันทร์ (2537) ได้ศึกษาพบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกนิคมสร้างตนเองในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามความจำเป็นพื้นฐานด้านที่อยู่อาศัย กิตติ คันธ (2536) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการหมู่บ้านในการพัฒนาชนบท พบว่าการเป็นสมาชิกกลุ่มสังคม ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมในการ

พัฒนาชนบทของกรมการหมู่บ้าน เช่นเดียวกับ ประสพสุข คีรินทร์ (2531, อ้างใน ประเทือง วงษ์แจ้ง, 2541) ได้ศึกษาพบว่า การเป็นสมาชิกกลุ่มสังคมไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้ของกำนันผู้ใหญ่บ้านในภาคเหนือ

องค์ประกอบสำคัญภายในชุมชนที่มีส่วนสนับสนุนการมีส่วนร่วมของบุคคลและชุมชน (ถนัด โบยา, 2541) ได้แก่

1. การติดต่อสื่อสารที่ดี (two way communication) แลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นต่างๆ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ร่วมกัน ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ
2. มีตัวแทนที่เหมาะสม (representativeness) มีตัวแทนกลุ่มต่างๆ อย่างครบถ้วน เพื่อให้เกิดความหลากหลายในความคิด ความสนใจ ความต้องการ และหลากหลายความร่วมมือ เป็นต้น
3. ข้อมูลข่าวสารที่ดีในการตัดสินใจ (relevant information) เป็นข้อมูลที่ต้องสมบูรณ์ ชัดเจน เข้าใจง่าย สอดคล้องกับความต้องการพื้นฐานของชุมชน ตลอดจนตั้งคำถามเพื่อการแสวงหาข้อมูลในการตัดสินใจ
4. มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (decision making)
5. มีส่วนร่วมในการจัดการทรัพยากร (resource mobilization) ทั้งทรัพยากรเพื่อการพัฒนาและทรัพยากรที่เกิดขึ้นจากผลการพัฒนา

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคคลและชุมชนในงานสาธารณสุข (เพ็ญศรี เปลี่ยนจำ, 2542) ได้แก่

1. ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐกับประชาชน และการประสานงานที่ดีต่อกัน เจ้าหน้าที่ในภาครัฐเป็นผู้มีบทบาทสำคัญที่จะส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาด้วยชุมชนเอง หากเจ้าหน้าที่ของรัฐขาดแนวคิดและมีความเชื่อมั่นว่าตนเป็นผู้ให้และประชาชนเป็นเพียงผู้รับ ทำให้เกิดการครอบงำทางความคิดของประชาชน การพัฒนาที่จะประสบความล้มเหลวและขาดความต่อเนื่อง ตรงกันข้ามถ้ามีการประสานงานที่ดี จะนำมาซึ่งความเข้าใจ ความใกล้ชิดสนิทสนม และความรู้สึกว่าทุกคนต่างเป็นส่วนหนึ่งของโครงการนั้นๆ
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารในระบบราชการ การดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ มุ่งที่จะให้เกิดผลในระยะอันสั้น การกำหนดนโยบายและอำนาจการตัดสินใจอยู่ส่วนกลาง การทำงานจึงมุ่งที่จะสั่งการมากกว่าให้ชุมชนมีส่วนร่วมโดยตรง
3. ปัจจัยทางด้านชุมชน ลักษณะทางภูมิศาสตร์ จิตวิทยาสังคม การจัดระเบียบสังคม และวัฒนธรรมของชุมชน ในแต่ละชุมชนมีปัจจัยที่จะเอื้ออำนวยแตกต่างกันออกไป ชุมชนที่ตั้ง

รากฐานเป็นเวลายาวนานจะมีการปฏิสัมพันธ์ในลักษณะเครือข่าย การรวมตัวของชุมชน การเสียดสช่วยเหลือซึ่งกันและกัน กระบวนการจัดองค์กรชุมชน

จากปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม ดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า มีทั้งปัจจัยด้านนโยบายของรัฐบาล ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านชุมชน สำหรับการดำเนินงานด้านสาธารณสุข รัฐบาลได้กำหนดนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มอายุและกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ในชุมชน รวมทั้งกลุ่มสตรีวัยหมดประจำเดือนให้มีสุขภาพดี โดยใช้กลยุทธ์การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งเป็นเครือข่ายทีมสุขภาพในชุมชน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง ประชาชนที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ซึ่งอยู่ในหมู่บ้าน มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ เป็นบุคคลที่เสียสละ และสมัครใจช่วยเหลืองานด้านสาธารณสุข ที่ผ่านการพิจารณาคัดเลือกจากคณะกรรมการหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็น อสม. โดยผ่านการอบรม และได้รับการรับรองเป็น อสม. โดยอาสาทำงานได้ตลอดชีพหรือจนกว่าจะลาออกเอง (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2537) เป็นผู้มีความสำคัญต่อการพัฒนาภาวะสุขภาพ ของประชาชน ในระดับหมู่บ้านและชุมชน เพราะเป็นทั้งผู้ให้บริการสาธารณสุข ผู้นำ และเป็นตัวอย่างในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เป็นผู้ให้คำแนะนำและมีส่วนร่วมในการดูแล ภาวะสุขภาพของคนในพื้นที่รับผิดชอบ ตามบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบที่กำหนดไว้ในฐานะ อสม. ประจำคุ้มหรือละแวกบ้านนั้นๆ คือ เป็นผู้ให้คำแนะนำ ถ่ายทอดความรู้และชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมพัฒนางานสาธารณสุข ให้บริการสร้างเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุข รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพ เป็นผู้แจ้งข่าวและรับข่าวสารสาธารณสุข คุ้มครองสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในชุมชน และเป็นแกนกลางในการประสานการดำเนินงานสาธารณสุขของหมู่บ้าน อสม. 1 คน จะรับผิดชอบดูแลสุขภาพประชาชนทุกคนทุกครอบครัว ภายในคุ้ม หรือละแวกบ้าน ประมาณ 8-15 หลังคาเรือน ในหมู่บ้านหรือชุมชนหนึ่งๆ จะมี อสม. โดยเฉลี่ย 5-7 คน (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2537)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้ที่อาสาเข้ามาเป็นเครือข่ายทำงานด้านสุขภาพ ไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นรายเดือน นอกจากค่าเบี้ยเลี้ยงประชุมอบรม สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2537) ต้องทำงานประจำเพื่อหารายได้เลี้ยงชีพตนเองและครอบครัว ดังนั้นในการเข้าร่วมทำงานด้านสุขภาพ จึงมีข้อจำกัดในบางช่วงเวลาหรือบางฤดูกาล หรืออาจจะไม่ได้เข้าร่วมทำกิจกรรมทุกอย่าง แต่จะเข้าร่วมในกิจกรรมที่ได้รับ

มอบหมายจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเท่านั้น ดังที่ ปิยบุตร เกลิมวงศ์ (2544) ได้ศึกษาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัด ลำพูนในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน พบว่า บทบาทของ อสม. ที่ทำตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน การปฏิบัติบทบาทรายคนและรายกิจกรรมอยู่ในระดับ ปานกลาง ส่วนบทบาทของ อสม. ที่ทำเองในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน มีการปฏิบัติบทบาทรายคน และรายกิจกรรม อยู่ในระดับปานกลาง สรุปบทบาทของ อสม. โดยรวมในการส่งเสริมสุขภาพทั้งที่ ทำตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและทำเอง อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับ การศึกษาของ บัณฑิต เมลจิตร์ (2540) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้และการปฏิบัติงานตามบทบาท หน้าที่ของ อสม. ในงานสาธารณสุขมูลฐานอยู่ในระดับปานกลางและการปฏิบัติงานตามบทบาท หน้าที่อยู่ในระดับต่ำ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นเครือข่ายทีมสุขภาพในชุมชนที่ทำงาน ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ และเป็นแกนกลางในการประสานการดำเนินงานสาธารณสุข ของหมู่บ้านทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้นและ การฟื้นฟูสภาพ (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2537) โดยทำงานตามนโยบายของรัฐบาล โดยเฉพาะการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มอายุและกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ในชุมชนได้ดำเนินงาน ตามนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพหลัก 6 อ. (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2548ข) สตรีวัยหมดประจำเดือนเป็นกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพกลุ่มหนึ่งในชุมชน ที่อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้มีสุขภาพดี

การสร้างเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน

การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกลยุทธ์หลัก ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในยุคปัจจุบัน ซึ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ มากกว่าการซ่อมสุขภาพ โดยการรณรงค์ให้บุคคลทุกวัยมีพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพ (health promoting behavior) ที่เหมาะสม บนพื้นฐานความเชื่อที่ว่า บุคคลมี ความรับผิดชอบในสุขภาพ ของตนเอง และสุขภาพสามารถสร้างให้เกิดได้ในบุคคลทุกคน (กรม สนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2548ค) การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จะทำให้ บุคคลมีสุขภาพดี สามารถป้องกันและควบคุมการเกิดโรคได้ สตรีวัยหมดประจำเดือนเป็นกลุ่มวัยหนึ่ง ที่ต้องได้รับการสร้างเสริมสุขภาพ

สตรีวัยหมดประจำเดือน

ภาวะหมดประจำเดือน (menopausal) หมายถึง การหยุดของประจำเดือน เป็นคำที่มาจากภาษากรีก เมน (men) แปลว่า เดือน และ พอสซิส (pauses) แปลว่า หยุด (Speroff, Glass, & Kase, 1999) หรือเป็นการหยุดของประจำเดือนอย่างถาวร เนื่องจากการสิ้นสุดการทำงานของรังไข่ (Lobo, 1995) หรือช่วงเวลาที่สตรีอยู่ในช่วงที่มีประจำเดือนและมีอาการเปลี่ยนแปลง เริ่มต้นของรังไข่ล้มเหลว จนกระทั่งหมดประจำเดือน (Holmes, 1996) หรือเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในช่วงชีวิตสตรีที่มีอาการเปลี่ยนแปลงของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ และเป็นจุดสิ้นสุดวัยเจริญพันธุ์ (Kass-Annese, 1999)

ภาวะหมดประจำเดือน สตรีส่วนใหญ่หมดประจำเดือนเมื่ออายุใกล้จะถึง 50 ปี อายุเฉลี่ยของสตรีวัยหมดประจำเดือนของชาติต่างๆ จะมีค่าใกล้เคียงกัน สหรัฐอเมริกาอายุเฉลี่ยของสตรีวัยหมดประจำเดือน 40-51 ปี สหราชอาณาจักรอายุเฉลี่ยเท่ากับ 51 ปี ออสเตรเลีย อายุเฉลี่ย 48-53 ปี (Lichman, 1991) ในคนไทยพบว่าอายุเฉลี่ย 47 ปี (ธีระ ทองสง และคณะ, 2539) ซึ่งภาวะหมดประจำเดือน แบ่งเป็น 3 ช่วงดังนี้ (หะทัย เทพพิสัย และ อรุษา เทพพิสัย, 2541)

1. ภาวะก่อนหมดประจำเดือน (premenopause) คือ ภาวะก่อนหมดประจำเดือนซึ่งยังคงมีประจำเดือนมาอย่างสม่ำเสมอ หรืออาจพบว่ามีประจำเดือนขาดหายไปบ้างบางครั้งแต่ไม่เกิน 3 เดือน

2. ภาวะใกล้หมดประจำเดือน (perimenopause) คือ ภาวะซึ่งประจำเดือนมาอย่างไม่สม่ำเสมอ และหรือไม่มีประจำเดือนมาเป็นระยะเวลา 3-11 เดือน

3. ภาวะหลังหมดประจำเดือน (postmenopause) คือ ภาวะหมดประจำเดือนอย่างถาวรโดยธรรมชาติ และไม่มีประจำเดือนมาเป็นระยะเวลา 12 เดือนขึ้นไป

นอกจากภาวะหมดประจำเดือนโดยธรรมชาติแล้ว สตรีส่วนหนึ่งต้องพบกับภาวะหมดประจำเดือนที่มาจากการรักษา (artificial menopause) คือ ภาวะที่หมดประจำเดือนที่เกิดจากการทำงานของรังไข่หยุดทำงานอย่างถาวร สาเหตุเกิดจากการผ่าตัดรังไข่ทั้ง 2 ข้าง หรือการฉายแสงที่รังไข่ (หะทัย เทพพิสัย และ อรุษา เทพพิสัย, 2541)

อายุของการหมดประจำเดือน ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ดังนี้ สภาวะสุขภาพของสตรีแต่ละบุคคล กรรมพันธุ์ อาหาร และการออกกำลังกาย (Kass-Annese, 1999) เช่น การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้การหมดประจำเดือนเร็วกว่าปกติ (Walsh & Ginsburg, 1999) การอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน การได้รับเคมีบำบัด การได้รับรังสีรักษา การผ่าตัดอุ้งเชิงกราน ที่รบกวนเลือดที่ไปเลี้ยงรังไข่ ก้อนเนื้องอกที่รังไข่และการผ่าตัดรังไข่ (Lobo, 1995) เป็นต้น

กล่าวโดยสรุป สตรีวัยหมดประจำเดือน ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง ผู้หญิงอายุ 45-59 ปี ที่มีสถานะการมีประจำเดือนในระยะใดระยะหนึ่ง ดังต่อไปนี้ คือ ระยะก่อนหมดประจำเดือน ระยะใกล้หมดประจำเดือน ระยะหลังหมดประจำเดือน

สตรีวัยหมดประจำเดือน มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย

1.1 อาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ (vasomotor symptoms) เกิดจากการหดตัวและขยายตัวของหลอดเลือด เป็นผลให้เกิดอาการ ร้อนวูบวาบ (hot flash) เป็นอาการที่เป็นความรู้สึกร้อนที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันโดยเฉพาะศีรษะ คอ และหน้าอก ซึ่งเกิดขึ้นนานโดยเฉลี่ย 4 นาทีต่อครั้ง (นิมิต เทชไกรชนะ และ กอบจิตต์ ลิ้มปพยอม, 2543) อาการร้อนวูบวาบ (hot flash) เป็นอาการแสดงที่ตรวจวัดได้ คือ อุณหภูมิที่ผิวหนังและบริเวณส่วนต่างๆ ของร่างกายสูงขึ้นประมาณ 5-9 องศาเซลเซียส (สุมิตรา สิทธิฤทธิ, 2539) และส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นระหว่าง 3-35 ครั้งต่อนาที หรือเกิดอาการใจสั่นได้ (หะทัย เทพพิสัย และ อรุษา เทพพิสัย, 2541) อาการเหงื่อออกตอนกลางคืน (night sweats) เป็นอาการที่เกิดขึ้นภายหลังอาการร้อนวูบวาบมักเกิดในเวลากลางคืนและเป็นสาเหตุสำคัญของการนอนไม่หลับซึ่งทำให้เกิดผลกระทบต่างๆ อาทิ อาการหงุดหงิด ปวดศีรษะ ปวดเมื่อย อ่อนเพลีย มีอาการทางจิตประสาท กระวนกระวาย ขาดสมาธิและความจำเสื่อม (Erlık et al., 1981)

1.2 อาการทางระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบอวัยวะสืบพันธุ์ ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบอวัยวะสืบพันธุ์ ของสตรีเป็นเนื้อเยื่อที่ได้รับผลจากฮอร์โมนเอสโตรเจน ดังนั้น สตรีวัยหมดประจำเดือนจึงพบอาการที่เกี่ยวกับระบบนี้ได้บ่อย (Garcini & Strong, 2000) การลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ได้แก่ มดลูก ช่องคลอด อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก กระเพาะปัสสาวะ เกิดการเปลี่ยนแปลงของเยื่อช่องคลอดชนิดสแควมัส (squamous epithelium) ทำให้ผนังช่องคลอดบางลง เหี่ยวแห้ง และรอยร้าวในช่องคลอดหายไป เนื้อเยื่อในช่องคลอดขาดความยืดหยุ่น ต่อมที่สร้างมูกหล่อลื่นช่องคลอดลดลง เป็นสาเหตุของอาการเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ และการที่ช่องคลอดบางและแห้งทำให้เสี่ยงต่อการอักเสบติดเชื้อได้ง่าย (นิมิต เทชไกรชนะ และ กอบจิตต์ ลิ้มปพยอม, 2543) นอกจากนี้อาจพบอาการอื่นๆ ได้แก่ การหย่อนยานของเอ็นยึดมดลูกและกระเบนเหน็บ (uterosacral ligament) รวมถึงเนื้อเยื่ออื่นๆ ทำให้มดลูกและผนังช่องคลอดหย่อนมากขึ้น อาการทางระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ อาการถ่ายปัสสาวะบ่อย ถ่ายปัสสาวะขัด อาการถ่ายปัสสาวะลำบาก กลั้นปัสสาวะไม่ได้ มีปัสสาวะเล็ด ซึ่งเกิดจากการอ่อนแอของกล้ามเนื้อ

หูดท่อน้ำนม การเสียความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อและการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกราน (หะทัย เทพพิสัย และ อรุษา เทพพิสัย, 2541)

1.3 อาการทางระบบผิวหนัง ผิวหนังเป็นส่วนหนึ่งของร่างกายภายนอกที่ได้รับผลจากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน ผิวหนังจะแห้ง ตกสะเก็ด ฟกช้ำง่าย ขาดความนุ่มนวลยืดหยุ่น เส้นผมแห้ง ร่วงง่าย เล็บแห้ง และเปราะหักง่าย (หะทัย เทพพิสัย และ อรุษา เทพพิสัย, 2541)

1.4 อาการทางกล้ามเนื้อและข้อ เนื่องจากเซลล์ของกล้ามเนื้อและข้อเริ่มเสื่อมขนาดของเซลล์เล็กลง การสร้างเมตาบอลิซึมลดน้อยลง ทำให้เนื้อเยื่ออ่อนสมรรถภาพเกิดอาการปวดตามกล้ามเนื้อ ปวดหลัง ปวดตามข้อ จากการหมดประจำเดือน (climacteric arthralgia) (กอบจิตต์ ลิ้มปพยอม, 2543)

1.5 ภาวะกระดูกพรุน (osteoporosis) เป็นภาวะที่ความหนาแน่นของกระดูกลดลง ทำให้กระดูกเปราะบาง เนื่องจากฮอร์โมนเอสโตรเจนทำหน้าที่ในการควบคุมความแข็งแรงของกระดูก เป็นตัวกระตุ้นการสร้างเซลล์สร้างเนื้อเยื่อกระดูก (osteoblast) ช่วยยับยั้งการทำงานของเซลล์ทำลายเนื้อเยื่อกระดูก (osteoclast) การลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนทำให้การสร้างเนื้อกระดูกลดลง กระดูกบางลง มีรูพรุน และเปราะหักง่าย ข้อต่อกระดูกสันหลังจะแคบลง ทำให้หลังโก่ง ซึ่งเกิดอย่างรวดเร็วภายหลังหมดประจำเดือน (Hawker, 1996)

1.6 การเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญอาหาร การลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนทำให้ไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะปริมาณของคอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ และกรดไขมันที่มีความหนาแน่นต่ำ (low density lipoprotein: LDL) ในขณะที่ปริมาณของกรดไขมันที่มีความหนาแน่นสูง (high density lipoprotein: HDL) จะลดลงทำให้มีไขมันในเลือดสูง เกิดการตีบแข็งของหลอดเลือดแดงทั่วร่างกาย โดยเฉพาะเส้นเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจ (นิมิต เตชไกรชนะ และ กอบจิตต์ ลิ้มปพยอม, 2543) นอกจากนี้ฮอร์โมนเอสโตรเจนมีผลต่อกระบวนการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต ระดับของฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ลดลงทำให้อัตราการเผาผลาญ (basal metabolic rate: BMR) ลดลงร่างกายใช้พลังงานน้อยลง ดังนั้นสตรีวัยนี้จึงมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น คือมีค่าดัชนีมวลกาย (body mass index) มากกว่า 25 แม้ปริมาณการบริโภคอาหารไม่เปลี่ยนแปลง ซึ่งภาวะอ้วนเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด นอกจากนี้ยังพบว่าทำให้เกิดการเพิ่มความต้านทานต่ออินซูลิน ทำให้เกิดโรคเบาหวานซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเช่นกัน (Maddox, 1992)

2. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ

อาการที่พบได้แก่ อาการหงุดหงิด โมโหง่าย อารมณ์แปรปรวน ตื่นเต้น ตกใจง่าย ขาดความมั่นใจ วิตกกังวล ความจำเสื่อม ขาดสมาธิ ในสตรีบางรายอาจมีอาการทางประสาทรุนแรง อาทิ อาการอ่อนแรง ชิม ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เฉยเมย อาการต่างๆ เหล่านี้อาจทำให้เกิด

ปัญหาด้านอื่นๆ ตามมาได้แก่ ปัญหาในครอบครัวจากการทะเลาะเบาะแว้ง และการมองตนเองในภาพพจน์ทางลบ ความสวยงามที่ลดลง ก่อให้เกิดความไม่มั่นใจในตนเองในกลุ่มสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีตำแหน่งหน้าที่การงานสูงที่ต้องพบปะบุคคลต่างๆ อาจทำให้เกิดความวิตกกังวลจนกลายเป็นภาวะซึมเศร้าได้ (ศิริพร นัทรโพธิ์ทอง, 2537) แต่อาการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจในสตรีอาจแตกต่างกัน เนื่องจากการรับรู้การเข้าสู่การหมดประจำเดือนของแต่ละบุคคลหรือทัศนคติต่อการหมดประจำเดือนที่แตกต่างกันกล่าวคือ สตรีที่รับรู้การเข้าสู่ภาวะการหมดประจำเดือนด้านบวกจะรับรู้การหมดประจำเดือนเป็นเรื่องธรรมชาติ (อรอนงค์ ดิเรกนุสราคม, 2539) ในทางตรงข้าม สตรีบางรายอาจให้ความหมายของการหมดประจำเดือน คือการเข้าสู่วัยสูงอายุ ความสวยงามลดน้อยลง ความเจ็บป่วย การไม่สามารถมีบุตรได้ และการตายของญาติ บุคคลใกล้ชิดจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจด้านลบได้ (ลำเนา อุปการกุล, 2538)

โดยสรุปแล้ว การเปลี่ยนแปลงของสตรีวัยหมดประจำเดือนมีทั้งอาการทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งเป็นผลจากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนจากการทำงานของรังไข่ลดลง ซึ่งผลจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ ดังกล่าว ทำให้สตรีวัยหมดประจำเดือนต้องเผชิญกับปัญหาด้านสุขภาพ

ปัญหาสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน มีดังนี้

1. ภาวะกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุน พบว่าบริเวณกระดูกสะโพกเป็นบริเวณที่เกิดอาการหักมากที่สุด อุบัติการณ์การเกิดภาวะกระดูกสะโพกหักจะเพิ่มขึ้น 2 เท่าทุกๆ 5 ปี สำหรับผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี และคาดว่าผู้สูงอายุหญิง 1 ใน 3 คน จะเกิดภาวะกระดูกสะโพกหักอย่างน้อย 3 ครั้ง (Jette, Harris, Cleary, & Campion, 1987) ผู้ป่วยที่เกิดภาวะกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุน ร้อยละ 15-20 ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดประมาณ 1 ปี ร้อยละ 50 ของผู้ป่วย ไม่สามารถเดินได้เอง และผู้ป่วยร้อยละ 25-30 ต้องเป็นภาระกับผู้ดูแล เนื่องจากช่วยเหลือตนเองได้น้อย (Liscum, 1992)

2. โรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular diseases) อุบัติการณ์ของโรคนี้พบสูงขึ้นตามอายุทั้งในเพศชายและเพศหญิง โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีวัยหมดประจำเดือนและเป็นสาเหตุการตายของสตรีที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 53 ของการตายทั้งหมด (Maddox, 1992) โรคกลุ่มนี้เป็นผลจากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางการเผาผลาญสารอาหารของร่างกาย

3. โรคสมองเสื่อม เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในปัจจุบัน มักพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายในอายุที่เท่ากัน ทำให้เกิดการสูญเสียการทำงานของสมองอย่างช้าๆ เป็นเหตุให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น และต้องได้รับการรักษาอย่างใกล้ชิด (Garcini & Strong, 2000)

4. ปัญหาด้านจิตใจในสตรีวัยหมดประจำเดือน การลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนมีผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลางทำให้เกิดอาการและอาการแสดงต่างๆ เช่น อาการนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย อาการซึมเศร้าซึ่งพบประมาณร้อยละ 10 (Blazer, 1989, as cited in Curtis & Hopkin, 1999) สาเหตุมาจากภาวะสุขภาพ อาทิเช่น ภาวะซึมเศร้า โรคของต่อมไทรอยด์ หรือผลจากการได้รับยาต่างๆ ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ตลอดจนปัญหาจากการมีเพศสัมพันธ์เมื่อเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน การเปลี่ยนแปลงต่างๆ จากการเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนที่เผชิญอยู่ ทำให้สตรีรู้สึกสูญเสีย หดหู่ ซึมเศร้า และวิตกกังวล (Stephenson & O'Connor, 2000)

การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจตามธรรมชาติ ของสตรีวัยหมดประจำเดือนจากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพดังกล่าวข้างต้นประกอบกับความเจริญทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยีในปัจจุบัน ทำให้ดำเนินชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนเปลี่ยนแปลงไป มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม จนส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน จากการศึกษาของ เนลสัน, ฟิชเชอร์, คิลมานเนียน, ดาลลาล, และ อีแวน (Nelson, Fisher, Dilmanian, Dallal, & Evans, 1991) ในสตรีวัยหมดประจำเดือนประเทศสหรัฐอเมริกา ที่บริโภคแคลเซียมวันละ 831 มิลลิกรัม พบว่า ความหนาแน่นของเนื้อกระดูกเพิ่มขึ้นร้อยละ 2 ต่อปี ส่วนสตรีกลุ่มที่บริโภคแคลเซียมจำนวนน้อยกว่านี้ ความหนาแน่นของเนื้อกระดูกจะลดลง ร้อยละ 1.1 ต่อปี การศึกษาของ เจนเซน, คริสเตนเซน, และ โรดโบร (Jensen, Christiansen, & Rodbro, 1985) ในสตรีวัยหมดประจำเดือนพบว่า สตรีที่สูบบุหรี่จะมีระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนในร่างกายต่ำกว่าสตรีที่ไม่สูบบุหรี่ แมซเซส และ บาร์เดน (Mazess & Barden, 1991) ศึกษาในสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือน พบว่าสตรีที่สูบบุหรี่จะมีความหนาแน่นของเนื้อกระดูกสันหลังต่ำกว่าสตรีที่ไม่สูบบุหรี่ และ แลปป์ (Lappe, 1993) พบว่าการสูบบุหรี่วันละ 12 มวน ทำให้ระดับของฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง ซึ่งส่งผลต่อการลดลงของเนื้อกระดูกในเวลาต่อมา การศึกษาของ ไดอะมอนด์, สตีล, ลันเซอร์, วิลกินสัน, และ โปเซน (Diamond, Stiel, Lunzer, Wilkinson, & Posen, 1989) พบว่าการดื่มแอลกอฮอล์ในสตรีมีความสัมพันธ์กับการลดลงของเนื้อกระดูก กรีนเดล, เวลส์, บาร์เรท-คอนนอร์, มาร์คัส, และ บูช (Greendale, Wells, Barrett-Connor, Marcus, & Bush, 1995) พบว่าสตรีอเมริกันจำนวน 875 ราย มีความหนาแน่นของเนื้อกระดูกลดลง โดยมีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราเป็นประจำ การศึกษาของ เนลสัน และคณะ (Nelson et al., 1991) ที่ศึกษาในสตรีวัยหมดประจำเดือนประเทศสหรัฐอเมริกาที่ขาดการออกกำลังกาย และติดตามวัดความหนาแน่นของเนื้อกระดูกเป็นเวลา 1 ปี พบว่าความหนาแน่นของเนื้อกระดูกจะลดลงร้อยละ 7 นอกจากนี้ รันน์บäum, แรเบ, โฮสต์, และ วัสเตอร์ (Runnebaum, Rabe, Host, & Wuster, 1997) ยังพบว่าสตรีที่นอนนานๆ และขาดการเคลื่อนไหวนานกว่า 8 เดือนทำให้การสูญเสียเนื้อกระดูกเพิ่มขึ้นร้อยละ 4 ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการ

สร้างเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน เพื่อยกระดับสถานะสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน โดยมุ่งกระทำต่อตัวกำหนดหรือสาเหตุของการเกิดปัญหาต่อสุขภาพ ซึ่งต้องใช้วิธีการอันหลากหลายและมีบูรณาการ เช่น การสื่อสาร การศึกษา การจัดองค์การพัฒนา โดยการสร้างเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน เพื่อให้สตรีวัยหมดประจำเดือนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดโรคและชะลอภาวะเสื่อมถอยของร่างกายเมื่อ อายุมากขึ้น และนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก ได้ออกกฎบัตรออกตาวา เกี่ยวกับงานสร้างเสริมสุขภาพ ไว้ดังนี้ (WHO, 1986, Ottawa Charter for Health Promotion, อ้างใน กระทรวงสาธารณสุข, 2539) การสร้างเสริมสุขภาพเป็น กระบวนการที่ช่วยให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเองด้านสุขภาพ และเพื่อปรับปรุงสุขภาพของตนให้ดีขึ้นและสมบูรณ์ขึ้นทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจและสังคม บุคคลจะต้องตระหนักว่าสุขภาพนั้น เป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องเกี่ยวข้องหรือสอดคล้องไปกับการดำเนินชีวิตประจำวัน

สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ (2541) ให้ความหมายไว้ว่า การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้คนเรามีความสามารถเพิ่มขึ้นใน การควบคุมปัจจัย ที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและเป็นผลให้คนมีสุขภาพดีขึ้น ครอบคลุมทั้งกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค และการสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมที่จะต้อง มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนของสังคม ทั้งภาคสาธารณสุขและนอกภาคสาธารณสุข ภาครัฐบาลและนอกภาครัฐบาล รวมทั้งภาคเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรวิชาชีพ และองค์กรชุมชน

คาร์ (Kar, 1983) ได้ให้ความหมายว่า หมายถึง กระบวนการกระทำของบุคคลและสังคม ที่ทำให้เกิดวิวัฒนาการของการอยู่ดีมีสุข (advancement of well-being) และหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง สังคม และรักษาไว้ซึ่งสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยการมีสุขภาพที่ดี (Well-being) ไม่เน้นเรื่องโรคหรือปัญหาสุขภาพ มุ่งที่จะสร้างเสริมภาวะสุขภาพในทางบวก คือการมีสุขภาพที่ดีและการมีชีวิตที่ปกติสุข

กรีน และ ครูเตอร์ (Green & Kreuter, 1991, อ้างใน ลักษณา เต็มศิริกุลชัย, 2539) ได้ให้ความหมายว่า หมายถึง ผลรวมของการสนับสนุนด้านการศึกษาและสิ่งแวดล้อม (educational and environmental support) เพื่อก่อให้เกิดผลทางการปฏิบัติและเงื่อนไขของการดำเนินชีวิตที่ก่อให้เกิดสถานะสุขภาพที่สุขสมบูรณ์

คาสติโล-ซัลกาโด (Castillo-Salgado, 1988, อ้างใน ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2534) ให้ความหมายว่า หมายถึง กิจกรรมทางสิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ การเมือง การศึกษา นันทนาการ และอื่นๆ ที่ประกอบกันขึ้นเพื่อยังผลให้มีเงื่อนไขชีวิตที่เอื้อต่อสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคในบุคคลและกลุ่มบุคคล

เพนเดอร์ (Pender, 1996) ให้ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพว่าเป็นกิจกรรมที่มุ่งส่งเสริมและยกระดับความเป็นปกติสุข หรือความผาสุกของชีวิต และศักยภาพในด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม เป็นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ไม่เน้นเรื่องโรคหรือปัญหาสุขภาพ มุ่งที่จะส่งเสริมภาวะสุขภาพในทางบวกคือมีสุขภาพที่ดี และมีชีวิตที่ปกติสุข ซึ่งจะแตกต่างจากการป้องกันโรค ซึ่งระบุไว้ว่าเป็นกิจกรรมที่มุ่งลดโอกาสและหลีกเลี่ยงการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วย เป็นกิจกรรมที่กระทำอย่างต่อเนื่องและเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนชีวิตของแต่ละบุคคล

จากความหมายการสร้างเสริมสุขภาพ ที่กล่าวมาพอสรุปได้ว่า การสร้างเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน เป็นกระบวนการเพื่อให้สตรีวัยหมดประจำเดือนสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง โดยได้รับการสนับสนุนจากทุกภาคส่วนของสังคม เพื่อก่อให้เกิดผลในเงื่อนไขของการดำเนินชีวิตที่เอื้อต่อสุขภาพ และป้องกันการเกิดโรค

แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ

หลักการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ คือ บุคคล องค์กร หน่วยงาน ทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน ได้รับรู้ ตระหนักและใส่ใจสุขภาพ ร่วมกันสร้างและดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชน เพื่อการมีสุขภาพดี นักวิชาการได้เสนอหลักการสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ ดังต่อไปนี้

องค์การอนามัยโลกภูมิภาคยุโรป (WHO, อ้างใน สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2546) ได้สรุปหลักการหรือคุณค่าของการสร้างเสริมสุขภาพ ต้องเป็นไปเพื่อ

1. การเสริมสร้างความเข้มแข็งของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม เพราะสุขภาพไม่ใช่แค่เรื่องป่วย-ไม่ป่วย หรือเรื่องของการได้รับการบริการสาธารณสุขเพียงเท่านั้น
2. การมีส่วนร่วมของสาธารณะ ทั้งเรื่องของการสร้างเสริม การควบคุมป้องกันปัญหา การเฝ้าระวังบำบัด การฟื้นฟูสภาพในทั้ง 4 มิติของสุขภาพ ไม่ใช่แค่การบำบัดปรับปรุง พัฒนา หรือปฏิรูปการจัดบริการสาธารณสุขโดยบุคลากรสาธารณสุขเท่านั้น

3. การให้ความสำคัญกับปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ที่ผ่านมาการดำเนินงานเรื่องสุขภาพมักเน้นที่ปัจจัยทางชีวภาพ กายภาพ องค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์เป็นสำคัญซึ่งมีความสำคัญและจำเป็น แต่ไม่เพียงพอต้องหันมาให้ความสำคัญกับปัจจัยที่กว้างกว่านั้น เพราะสุขภาพมีความหมายที่กว้างกว่าเดิมและปัจจัยที่กระทบต่อสุขภาพก็กว้างขวางและสลับซับซ้อนกว่าเดิมมาก

4. การลดความไม่เท่าเทียมและความไม่ยุติธรรมทางสังคม เพราะสิ่งเหล่านี้มีผลกระทบทำให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนเสียสุขภาพะ ถ้าแก้ไขตรงนี้ไม่ได้ก็เกิดสุขภาพะได้ยาก

5. การสร้างความร่วมมือระหว่างภาคีทุกภาคส่วน การจะสร้างเสริมสุขภาพในกระบวนการทัศน์ใหม่ จำเป็นต้องสร้างความร่วมมือให้ทุกฝ่ายในสังคมเข้ามารับผิดชอบ ใช้อองค์ความรู้วิชาการ เทคโนโลยีสหสาขา ผนึกกำลังช่วยกันทำ

ลักษณะ เต็มสิริกุลชัย (2539) ได้สรุปหลักการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพว่าประกอบด้วย 4 มิติ ดังนี้

1. มิติของการพัฒนาสุขภาพ (health enhancement) แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

1.1 แบ่งตามปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ความอ้วน การไม่ออกกำลังกาย การมีพฤติกรรมไม่ปลอดภัย การไม่ตรวจสุขภาพร่างกายเพื่อค้นหาโรคในระยะเริ่มแรก

1.2 แบ่งตามการเกิดโรค ได้แก่ ปัญหาโรคหัวใจ ปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาทันตสาธารณสุข และปัญหาโรคที่เกิดจากเพศสัมพันธ์

2. มิติของกลุ่มเป้าหมาย (population groups) ได้แก่ กลุ่มเด็ก กลุ่มเยาวชนกลุ่มผู้ชาย กลุ่มผู้หญิง กลุ่มคนพิการ และกลุ่มผู้สูงอายุ

3. มิติของพื้นที่เป้าหมาย (key settings) ได้แก่ ครอบครัว โรงเรียน สถานที่ทำงาน ชุมชน เขตเมือง หรือการให้การสนับสนุน (sponsorship) การกีฬา และศิลปวัฒนธรรมต่าง ๆ

4. มิติของกลยุทธ์ในการสร้างเสริมสุขภาพ (strategies) ได้แก่ การจัดกิจกรรมสุขภาพ การให้ข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณชน การตลาดเชิงสังคม (social marketing) การสร้างกระแสทางสังคม เพื่อให้ผู้มีอำนาจตัดสินใจกำหนดนโยบาย (advocacy) การรวมตัวกันเป็นองค์กรเพื่อเคลื่อนไหวทางสังคมและการสร้างเครือข่าย (coalition building & networking) การพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็ง (community development) การพัฒนานโยบายสาธารณะ (public policy development) การออกกฎหมายและกฎระเบียบต่างๆ (legislation & regulation) การใช้นโยบายการเงิน การคลัง (fiscal policy) เป็นต้น

กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ

การทำงานสร้างเสริมสุขภาพ เป็นการทำงานที่จะต้องบริการแบบองค์รวม มองทั้งระบบและทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งประสานเครือข่าย ทั้งภาครัฐ เอกชน และชุมชน ดังนั้นกลยุทธ์ที่สำคัญ คือ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

1. การชี้นำ และชี้ชวน เพื่อให้เห็นความสำคัญและความจำเป็นของการ “สร้าง” นำ “ซ่อม” การมีสุขภาพดีจะช่วยสร้างผลผลิตให้กับตนเอง ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ และจะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. การเพิ่มพูนความรู้ความสามารถ และการสร้างพลังความเชื่อมั่นเพื่อให้ปัจเจกบุคคลและกลุ่มบุคคล ทำเป็นและทำได้

3. การประสานประโยชน์ การสร้างเสริมสุขภาพนั้น ฝ่ายสาธารณสุขดำเนินการเพียงลำพังยังไม่พอจะต้องมีความร่วมมือระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ องค์กร และประชาชนทั้งภาคส่วนสังคม และเศรษฐกิจ ภาคอุตสาหกรรม ภาคเกษตรกรรมและสื่อมวลชน ซึ่งมีจุดมุ่งหมายและความสนใจที่ต่างกัน ในงานอาชีพ แต่ต่างต้องมีส่วนรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองและสุขภาพของส่วนรวม

กิจกรรมหลักในการสร้างเสริมสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ คือ บุคคล องค์กร หน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน ได้รับรู้ ตระหนักและใส่ใจสุขภาพ ร่วมกันสร้างและดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชน เพื่อการมีสุขภาพดี องค์กรอนามัยโลก ได้เสนอกิจกรรมหลักในการสร้างเสริมสุขภาพ ดังต่อไปนี้ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่มากกว่าการให้บริการสุขภาพ ทั้งนี้การมีนโยบาย กฎ ระเบียบ ทางด้านการเงิน การคลัง ภาษี ระเบียบสังคม ทั้งในระดับประเทศและท้องถิ่น โดยผู้มีอำนาจรับผิดชอบ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จะช่วยให้มีความเสมอภาคทางสุขภาพ

2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ สังคมมีความซับซ้อนและมีความเกี่ยวข้องต่อกัน สิ่งแวดล้อมทางสังคมและนิเวศวิทยามีความสำคัญต่อสุขภาพ

3. การสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน การสร้างเสริมสุขภาพที่ยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ ชุมชนจะต้องมีส่วนร่วมในการลำดับความสำคัญของสิ่งที่จะร่วมกันทำ ตัดสินใจ วางแผน กำหนด

กลยุทธ์ ดำเนินการและติดตามความก้าวหน้า เป็นชุมชนที่ช่วยเหลือพึ่งพาตนเองได้ และอาจช่วยเหลือผู้อื่นได้ ซึ่งในกระบวนการนี้ บุคลากรสาธารณสุขมีหน้าที่ให้ข้อมูลทางวิชาการและข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ และการปฏิบัติ

4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล การสร้างเสริมสุขภาพสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาคนและสังคม ด้วยการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร การให้การศึกษาเพื่อให้มีทักษะชีวิต ทักษะสุขภาพ ซึ่งจะทำให้สามารถจะดูแลควบคุมพฤติกรรมสุขภาพของตน และดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อสุขภาพในทุกช่วงชีวิตทั้งในยามที่ยังแข็งแรงก่อนเจ็บป่วย ยามเจ็บป่วยหรือทุพพลภาพ กิจกรรมนี้สามารถทำได้ ณ ที่ต่างๆ เช่น ที่โรงเรียน ที่บ้าน ที่ทำงาน เป็นต้น

5. การปรับระบบบริการสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพจะต้องมีความสมดุลย์ทั้งในเรื่องสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันการเจ็บป่วย ควบคู่ไปกับการรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพ ระบบบริการสุขภาพจะต้องให้ความสำคัญต่อบทบาทของชุมชนและภาคส่วนอื่นในสังคม รวมทั้งสนองตอบต่อความต้องการของชุมชน ประชาชน และสอดคล้องกับวัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อของท้องถิ่นนั้นๆ ด้วย

ปี พ.ศ. 2548 รัฐบาลได้กำหนดนโยบาย เมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) เพื่อส่งเสริมให้คนไทยอยู่เย็นเป็นสุข ทั้งมิติทางกาย ทางใจ ทางสังคมและทางปัญญา สามารถดำรงชีพอยู่บนพื้นฐานความพอดี พอประมาณอย่างมีเหตุผล ภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ตามพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว มีครอบครัวและชุมชนเข้มแข็ง อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้และช่วยเหลือเกื้อกูล มีสัมมาชีพ มีรายได้อย่างทั่วถึง มีสุขภาพแข็งแรงและอายุยืนยาว โดยให้ทุกภาคส่วนร่วมมือกับเครือข่ายสุขภาพ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2548ค) ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านกิ้วแลน้อย ตำบลบ้านแม อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นเครือข่ายทีมสุขภาพในชุมชน ได้ดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพเป็นกลยุทธ์หลักที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ มากกว่าการซ่อมสุขภาพ ตามนโยบาย เมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) โดยได้เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพตามช่องทางต่างๆ เช่น การประชาสัมพันธ์ทางเสียงตามสาย การจัดบอร์ดความรู้ การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ การให้สุขศึกษา การจัดนิทรรศการและกิจกรรมในวันสำคัญต่างๆ ทั้งในสถานบริการและในชุมชนให้บุคคลทุกวัย มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง ในด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ ด้านการป้องกันโรค ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและด้านอบายมุข บนพื้นฐานความเชื่อที่ว่า บุคคลมีความรับผิดชอบในสุขภาพของตนเอง และสุขภาพสามารถสร้างให้เกิดได้ในบุคคลทุกคน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2548ข)

ในกลุ่มสตรีวัยหมดประจำเดือนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านสุขภาพ ได้ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพตามตัวชี้วัดของนโยบาย เมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) คือ การสำรวจการออกกำลังกาย การสำรวจดัชนีมวลกาย การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบ และโรคกระดูกพรุน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2547) มีแผนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือนประจำปี โดยใช้หลักการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมกับ อสม. ซึ่งเป็นเครือข่ายทีมสุขภาพในชุมชน มีการทำงานร่วมกันและการประสานงานที่ดีต่อกันมาโดยตลอด เพื่อมุ่งแก้ไขตัวกำหนดหรือสาเหตุของปัญหาสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน มีการประชุมวางแผน และกำหนดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน และมอบหมายให้ อสม. นำไปดำเนินการในเขตรับผิดชอบ ส่วนที่นอกเหนือจากตัวชี้วัดตามนโยบาย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือนตามนโยบายหลัก 6 อ. เพิ่มเติมแก่อาสาสมัครสาธารณสุขทุกปี และเป็นที่ปรึกษาในด้านต่างๆ แก่ อสม. ตลอดเวลา เพื่อให้ อสม. มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันและแนะนำให้กับบุคคลในครอบครัวและประชาชนในชุมชนของตนเอง (ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านกิ้วแลน้อย, 2548ก)

การสร้างเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือนตามนโยบายหลัก 6 อ.

การสร้างเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน มีแนวทางการสร้างเสริมที่สำคัญคือการชี้แนะ และชี้ชวน เพื่อให้เห็นความสำคัญและความจำเป็นของการ “สร้าง” นำ “ซ่อม” การเพิ่มพูนความรู้ความสามารถและการสร้างพลังความเชื่อมั่นเพื่อให้สตรีวัยหมดประจำเดือน ทำเป็นและทำได้ การประสานประโยชน์ ระหว่างผู้เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ องค์กร และประชาชน โดยปฏิบัติตามนโยบายหลัก 6 อ. ได้แก่ ด้านอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ โรคภัยอนามัยสิ่งแวดล้อม และด้านอนามัยชุมชน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2548ข) มีรายละเอียด ดังนี้

1. อาหาร ด้านการรับประทานอาหาร สตรีวัยหมดประจำเดือน ควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ควรรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง ได้แก่ นมและผลิตภัณฑ์จากนม ปลาตัวเล็ก หรือสัตว์เล็กที่รับประทานได้ ทั้งกระดูก ควรรับประทานอาหารจำพวกผักใบเขียวเข้ม เช่น ยอดแค ยอดสะเดา ใบชะพลู ผักคะน้า ผักตำลึง ผักกวางตุ้ง ถั่วลันเตา ซึ่งจะมีปริมาณแคลเซียมสูงเช่นกัน (หทัย เทพพิสัย และ อรุณา เทพพิสัย, 2541) จากการศึกษาของ โซโรโก, ฮอลบรูค, อีเดนสไตน์, และ บาร์เรต-คอนเนอร์ (Sorogo, Hollbrook, Edelstein, & Barrett-Connor, 1994) ในสตรีวัยหลังหมดประจำเดือนจำนวน 581 ราย เกี่ยวกับปริมาณนมที่ได้รับมาตั้งแต่ในวัยหนุ่มสาวกับความ

หนาแน่น ของกระดูก พบว่า สตรีวัยหลังหมดประจำเดือน ที่ดื่มนม เพียงพอในวัยหนุ่มสาว ทำให้ ความหนาแน่นของกระดูกบริเวณข้อมือ กระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก มากกว่าสตรีวัยหลังหมด ประจำเดือนที่ดื่มนมน้อยกว่าปริมาณที่กำหนด และจากการศึกษาของ แรมเดล, บาสซี่, และ พาย (Ramdale, Bassey, & Pye, 1994, อ้างใน ศิริพร ฉัตรโพธิ์ทอง, 2537) ที่ศึกษาความหนาแน่นของ กระดูก กับปริมาณแคลเซียมที่ได้รับในสตรีที่มีอายุ ระหว่าง 21-47 ปี จำนวน 56 ราย พบว่า ปริมาณ แคลเซียมที่ได้รับมีผลต่อ ความหนาแน่นของกระดูก โดยเฉพาะบริเวณ กระดูกสะโพก นอกจากนั้น ควรรับประทานอาหารจำพวกปลาทะเลเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากไขมันในปลาทะเลมีกรดไขมันชนิดที่มีความอิ่มตัวสูงคือ EPA (eicosapentaenoic acid) และ DHA (docosahexanoic acid) ซึ่งพบมาก ในพวกปลาแซลมอน ปลาสวาย ปลาหู และควรรับประทานอาหารที่มีเส้นใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ทุกวัน การรับประทานอาหารที่ให้ สารไฟโตเอสโตรเจน (phytoestrogen) ได้แก่ ข้าวฟ่าง ข้าวไม่ขัดสี ถั่วเหลือง และเต้าหู้ ซึ่งจะทำให้เก็บสะสมเอสโตรเจนในกระแสเลือดไว้ได้นาน (สุนา ชมพูนวิป และ นิกร คุณิตสิน, 2539)

2. ออกกำลังกาย ด้านการออกกำลังกาย เพื่อให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง สตรีวัยหมด ประจำเดือนควรออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที (Edmunds, 1991) และพิจารณาชนิดของการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับสภาพ ของตนเอง เช่น การวิ่ง การรำมวยจีน การเดินแอโรบิก การว่ายน้ำ พร้อมกับการเตรียมตนเองให้ พร้อมเพื่อการออกกำลังกายที่มีประสิทธิภาพ เช่น การเลือกชนิดเสื้อผ้าที่เหมาะสมสำหรับการออก กาย การสวมรองเท้ากีฬา ถ้ามีโรคประจำตัวควรปรึกษาแพทย์ผู้ดูแลก่อน และถ้ามีอาการ ผิดปกติเกิดขึ้น เช่น อาการเหนื่อย มาก หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ เจ็บหน้าอก ควรหยุดออกกำลังกาย ทันที (วิภาวี คงอินทร์, 2535)

3. อารมณ์ ด้านการจัดการกับความเครียด คือ การกระทำกิจกรรมที่ช่วยทำให้เกิด การผ่อนคลาย ลดความตึงเครียด และมีการแสดงออกทางอารมณ์ ที่เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ เพราะความเครียดมีอิทธิพลต่อร่างกายเป็นอย่างมาก ดังนั้น สตรีวัยหมดประจำเดือนควรมี พฤติกรรมการเรียนรู้เพื่อหาแนวทางจัดการกับความเครียด และการเพิ่มความสุขในการดำรงชีวิต (Peddicord, 1991) ซึ่งพฤติกรรมลดความเครียด ได้แก่ กิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจ การฟังเพลง การ อ่านหนังสือ การทำงานอดิเรกต่างๆ การดูโทรทัศน์ การทำสมาธิ เป็นต้น (Wilhide-Tanner, 1991) รวมทั้งการสร้างสัมพันธภาพ กับบุคคล รอบข้าง โดยเฉพาะ สามี และบุตร เพื่อสร้างใยสัมพันธ์ที่ ดีภายในครอบครัวให้อบอุ่น สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อน หรือบุคคลอื่น เพื่อให้สามารถ ปรึกษาหารือ เมื่อเกิดปัญหาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยที่เพื่อนในวัยเดียวกัน ที่มี ประสบการณ์มาก่อนสามารถเป็นที่ปรึกษาปัญหาต่างๆ ในรายที่มีปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ สตรีวัย

หมดประจำเดือนควรสามารถพูดคุยปรึกษาหาทางแก้ไขปัญหากับสามี หรืออาจปรึกษาแพทย์ เพื่อขอคำแนะนำ หรือการรักษาต่อไป

4. อโรคยา คือ การป้องกันไม่ให้เกิดโรค สตรีวัยหมดประจำเดือนอาจมีอาการผิดปกติต่างๆเกิดขึ้นได้ จากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน เช่น อาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น อาการร้อนวูบวาบ อาการทางระบบอวัยวะสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ อาการทางจิตประสาท โรคกระดูกพรุน โรคหลอดเลือดและหัวใจและโรคสมองเสื่อม เป็นต้น (นิมิต เดชไกรชนะ และ กอบจิตต์ ลิ้มปพยอม, 2543) ดังนั้นสตรีวัยหมดประจำเดือนจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภค ให้เหมาะสมตามวัย อาหารที่รับประทานต้องเป็นอาหารที่สด สะอาด ปลอดภัยจากสารปนเปื้อน สตรีวัยหมดประจำเดือนควรรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง เพื่อป้องกันโรคกระดูกพรุน ควรลดหรือลดความถี่ของการบริโภคอาหาร ที่มีไขมันสูง เช่น เนื้อหมู เนื้อวัว หนังเป็ด หนังไก่ งาควน การใช้ไขมันจากสัตว์ และกะทิในการประกอบอาหาร ควรใช้น้ำมันพืชที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวแทน เช่น น้ำมันรำข้าว น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันดอกคำฝอย เป็นต้น การลดปริมาณอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง เช่น หอยนางรม ปลาหมึก อาหารทอดต่างๆ เป็นต้น (Dudek, 1997) การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การควบคุมน้ำหนักตัวให้เหมาะสม มีวิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม พักผ่อนให้เพียงพอ จัดที่อยู่อาศัย และสถานที่ทำงานให้เป็นระเบียบเรียบร้อย เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ และตรวจร่างกายประจำปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

5. อนามัยสิ่งแวดล้อม คือ การจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่เอื้อต่อสุขภาพ ชุมชนน่าอยู่ ปราศจากพาหะนำโรค โดยการปฏิบัติดังนี้ มีจิตสำนึกและร่วมกันอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ พัฒนาสิ่งแวดล้อมในชุมชนและร่วมกันปลูกต้นไม้บริเวณบ้าน และชุมชนเพื่อลดปริมาณก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์และสารฝุ่นละอองในอากาศ เพื่อรักษาสภาพแวดล้อมให้สะอาด มีอากาศถ่ายเทสะดวก ปราศจากกลิ่นเหม็นต่างๆ หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่แออัด เช่น สถานบันเทิง ดิสโก้เธค คอฟฟี่ชอป โรงภาพยนตร์ ห้างสรรพสินค้า เนื่องจากสถานที่เหล่านั้น การแลกเปลี่ยนอากาศไม่ถ่ายเทเท่าที่ควร มีการกำจัดขยะ แยกขยะ และกำจัดของเสียในครัวเรือนอย่างถูกวิธี รักษาความสะอาดบ้านและชุมชนให้สะอาด เป็นระเบียบ ถูกสุขลักษณะ ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ และทำให้สุขภาพจิตดี รวมทั้งมีและใช้ส้วม ที่ถูกสุขลักษณะ เพื่อสะดวกในการขับถ่ายป้องกันอาการท้องผูก (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2548ข)

6. อบายมุข สตรีวัยหมดประจำเดือนควรหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา เนื่องจากเมื่อมีการติดสุราจะทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมา เช่น อุบัติเหตุ ปัญหาครอบครัว ขาดความรัก ความอบอุ่น หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ เนื่องจากสารนิโคตินทำให้เกิดโรคหลอดเลือดอักเสบ ทำให้หลอดเลือดหดตัว ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคหัวใจขาดเลือด (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2548ข)

จากการศึกษาของ ฮอลเลนแบค, บาร์เรต-คอนเนอร์, อีเดนสไตน์, และ ฮอลบรูค (Hollenback, Barrett-Conner, Edelstein, & Hollbrook, 1993) พบว่า การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของความหนาแน่นของกระดูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะกระดูกหักได้ง่าย นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดฟันหัก ฟันผุ และโรคเหงือกได้มากกว่าบุคคลที่ไม่ได้สูบบุหรี่ (Jette, Feldman, & Tensted, 1993) หลีกเลี่ยงการเล่นการพนัน เนื่องจากการทำผิดกฎหมาย ทำให้ต้องสูญเสียทรัพย์สินเงินทอง ทำให้เกิดความเครียด เสียใจวิตกกังวล ซึมเศร้าถึงขั้นเป็นโรคจิต โรคประสาท หลีกเลี่ยงการสำส่อนทางเพศ และมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เนื่องจากสตรีวัยหมดประจำเดือน มีโอกาสติดเชื้อและเกิดการอักเสบ ที่ช่องคลอดได้ง่าย (กอบจิตต์ ลิ้มปพยอม, 2539)

ปัญหาสุขภาพสำคัญของสตรีวัยหมดประจำเดือนคือ ความเจ็บป่วยเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้โดยการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2548) การสร้างเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน ตามนโยบายหลัก 6 อ. มุ่งหวังให้สตรีวัยหมดประจำเดือนมีความรู้ความเข้าใจ และรู้จักดูแลตนเองเพื่อเตรียมความพร้อมทั้งสภาพร่างกาย และจิตใจต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามวัย และเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพที่จะเกิดขึ้น แต่เนื่องจากผลของบริบททางสังคมวัฒนธรรมไทยที่ทำให้สตรีวัยหมดประจำเดือน มีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพของตนเอง กล่าวคือ จากสภาพสังคมเศรษฐกิจ ในปัจจุบันทำให้สตรีวัยหมดประจำเดือนต้องรับบทบาทที่หลากหลาย และมีหน้าที่รับผิดชอบที่มากมาย เช่น ต้องรับบทบาทช่วยหารายได้เลี้ยงครอบครัว ด้วยการออกทำงานนอกบ้าน แต่บทบาทในบ้านของสตรีวัยหมดประจำเดือนก็ยังไม่เปลี่ยนแปลง สังคมยังคงคาดหวังให้สตรีวัยหมดประจำเดือน ทำหน้าที่ดูแลบุคคลอื่นๆ ในครอบครัว เช่น การดูแลบิดามารดาที่อยู่ในวัยสูงอายุ และการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย รวมถึงรับผิดชอบภาระงานบ้าน โดยไม่มีผู้แบ่งเบาภาระ หรือให้ความช่วยเหลือสนับสนุน การทำหน้าที่ในบทบาทซ้อนนี้ ทำให้สตรีวัยหมดประจำเดือนต้องเผชิญกับความยุ่งยาก ในการจัดการกับชีวิตครอบครัวและการทำงาน เกิดความกดดันจนเกิดความเครียด ที่เป็นปัญหาสุขภาพดังกล่าวมาแล้ว ในขณะเดียวกันก็ไม่สามารถดูแลตัวเองได้อย่างเหมาะสม (Chirawatkul, Patanasri, & Koochaiyasit, 2002) ผลการศึกษาในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน พบว่าผู้หญิงสนใจเรื่องสุขภาพตนเอง แต่มีเวลาสำหรับการดูแลตัวเองน้อยกว่าที่ควรจะเป็น เพราะต้องดูแลสามีและครอบครัว (ปริญญา คาสา, 2544) ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือนโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นเครือข่ายทีมสุขภาพในชุมชน จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้เกิดผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

การมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือนของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สตรีวัยหมดประจำเดือนเป็นกลุ่มเป้าหมาย ที่ต้องได้รับการสร้างเสริมสุขภาพเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ ตามธรรมชาติของวัยที่อาจส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพได้ ประกอบกับการเจริญทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยีในปัจจุบัน ทำให้การดำเนินชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนเปลี่ยนแปลงไป มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม จนส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน และจากผลของบริบททางสังคมวัฒนธรรมไทยที่ทำให้สตรีวัยหมดประจำเดือน มีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพของตนเอง ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านกัวแลน้อย ซึ่งเป็นสถานบริการระดับปฐมภูมิ ได้ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพตามนโยบายรัฐบาล กรอบคอบทั้ง 6 ด้านแก่สตรีวัยหมดประจำเดือน ได้แก่ ด้านอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ โรคภัย อนามัยสิ่งแวดล้อม และด้านอบายมุข โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการ ค้นหาปัญหา วางแผน ปฏิบัติการ รับผลประโยชน์ และมีส่วนร่วมในการประเมินผล (ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านกัวแลน้อย, 2548) ดังต่อไปนี้

1. การมีส่วนร่วม ค้นหาปัญหา ทางศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านกัวแลน้อยได้มอบหมายให้อสม.มีส่วนร่วมค้นหาปัญหาได้แก่ การสำรวจจำนวนสตรีวัยหมดประจำเดือน การสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของสตรีวัยหมดประจำเดือน การสำรวจการออกกำลังกายของสตรีวัยหมดประจำเดือน การสำรวจการสูบบุหรี่ การดื่มสุราของสตรีวัยหมดประจำเดือน การสำรวจสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยของสตรีวัยหมดประจำเดือน การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงของสตรีวัยหมดประจำเดือนโดยการวัดระดับความดันโลหิต การสำรวจค่าดัชนีมวลกายของสตรีวัยหมดประจำเดือนโดยการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง การคัดกรองโรคเบาหวานของสตรีวัยหมดประจำเดือนโดยการนัดหมายสตรีวัยหมดประจำเดือนมารับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีวัยหมดประจำเดือนโดยการนัดหมายสตรีวัยหมดประจำเดือนมารับการตรวจหาเซลล์มะเร็ง การคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมของสตรีวัยหมดประจำเดือน โดยการนัดหมายสตรีวัยหมดประจำเดือนมารับการตรวจหาเซลล์มะเร็ง การสำรวจภาวะสุขภาพจิต-อารมณ์ของสตรีวัยหมดประจำเดือนโดยการพูดคุย สอบถามและสังเกตพฤติกรรม

2. การมีส่วนร่วมวางแผน ศูนย์สุขภาพชุมชนมีแผนงานตามนโยบายเมืองไทยแข็งแรง อสม. มีส่วนร่วมในการวางแผน ได้แก่ การเข้าร่วมประชุมเกี่ยวกับเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของสตรีวัยหมด

ประจำเดือนกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การเสนอแนะวิธีจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน การเสนอแหล่งประโยชน์ในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน การร่วมกำหนดช่วงเวลาในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน

3. การมีส่วนร่วมปฏิบัติการ ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านกัวแลน้อยได้มอบหมายให้ อสม. มีส่วนร่วมปฏิบัติการดังนี้ การแจกแผ่นพับความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ 6 อ. แก่สตรีวัยหมดประจำเดือน การให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมและปลอดภัยจากสารปนเปื้อนต่างๆ แก่สตรีวัยหมดประจำเดือน การแนะนำและสนับสนุนส่งเสริมให้สตรีวัยหมดประจำเดือนรับประทานผักและผลไม้ การร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดตั้งชมรมออกกำลังกายสำหรับสตรีวัยหมดประจำเดือน การแนะนำ ส่งเสริมสนับสนุนให้สตรีวัยหมดประจำเดือนออกกำลังกายและร่วมออกกำลังกาย อย่างน้อย วันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน การเชิญชวนให้สตรีวัยหมดประจำเดือนเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายในวันสำคัญ เช่น วันหัวใจโลก วันเบาหวานโลก เป็นต้น การเชิญชวนสตรีวัยหมดประจำเดือนเข้าร่วมแข่งขันกีฬาประจำปีระหว่างหมู่บ้านในตำบลบ้านแม่ การเชิญชวนสตรีวัยหมดประจำเดือนเข้าร่วมงานสืบสานประเพณีลอยกระทงประจำหมู่บ้าน การให้คำแนะนำและส่งเสริมสนับสนุนให้ครอบครัวสตรีวัยหมดประจำเดือนเป็นครอบครัวอบอุ่นโดยการอยู่พร้อมหน้ากันวันอาทิตย์ และงดดื่มสุราวันอาทิตย์ การแนะนำและส่งเสริมสนับสนุนพฤติกรรมบริโภคที่ถูกต้องแก่สตรีวัยหมดประจำเดือน เช่นงดอาหารรสเค็ม งดอาหารที่ใส่เครื่องปรุงมาก งดอาหารหวาน งดอาหารไขมันสูง การแนะนำเรื่องการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่เอื้อต่อสุขภาพแก่สตรีวัยหมดประจำเดือน การให้คำแนะนำและส่งเสริมสนับสนุนให้สตรีวัยหมดประจำเดือน ลด หรือเลิก บุหรี่และสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

4. การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ คือผลประโยชน์ที่เกิดจากการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน ได้แก่ การมีความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การมีพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง การมีภาวะสุขภาพดี การมีสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยและในชุมชนถูกสุขลักษณะ การมีความสามัคคีภายในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การมีความสุข และได้รับการยอมรับจากชุมชน

5. การมีส่วนร่วมประเมินผล ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านกัวแลน้อยได้มอบหมายให้ อสม. มีส่วนร่วมประเมินผล ดังนี้ การร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือนให้เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้ การช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรวบรวมจำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน การช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรวบรวมปัญหาอุปสรรค ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน

การสรุปผลการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
การเสนอความคิดเห็นเพื่อปรับปรุงกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน

ในการมีส่วนร่วมของบุคคล บุคคลนั้นอาจไม่ได้เข้าร่วมทุกขั้นตอนหรือมีส่วนร่วมในแต่ละขั้นตอนไม่เท่ากัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บารมี ขุนนิรงค์ (2541) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการประมงหมู่บ้าน พบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์มากที่สุด รองลงมาเป็นการมีส่วนร่วมในการประสานงานและการประชาสัมพันธ์ การปรึกษาหารือและการดูแลเลี้ยงปลา ตามลำดับ คล้ายกับการศึกษาของ อนุดิษฐ์ สมฤทธิ์ (2542) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของพระสงฆ์ในการอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้ พบว่า พระสงฆ์มีส่วนร่วมในการประเมินผลและร่วมรับผลประโยชน์ระดับมาก และมีส่วนร่วมในการวางแผนและการปฏิบัติอยู่ในระดับน้อย และการศึกษาของ จิระพัฒน์ หอมสุวรรณ (2539) ที่ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมของสภาตำบล พบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมมากที่สุดในการร่วมรับผลประโยชน์จากโครงการ และมีส่วนร่วมน้อยที่สุดในการวางแผนแก้ไขปัญหาชุมชน เช่นเดียวกับการศึกษาของ เจริญศรี แซ่ตั้ง (2542) เรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า พบว่าประชาชนมีส่วนร่วมมากในการค้นหาปัญหาและการตัดสินใจ การปฏิบัติ การประเมินผล การรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมน้อยในด้านการวางแผน ทำนองเดียวกับ การศึกษาของ นิรมล อัมพาผล (2535) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในงาน สาธารณสุขมูลฐาน พบว่า หัวหน้าครัวเรือนมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและการวางแผนน้อย แต่มีส่วนร่วมในการ ประเมินผลอยู่ในระดับมาก

กรอบแนวคิดในการศึกษา

สตรีวัยหมดประจำเดือน เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ และปัจจุบันวิถีการดำเนินชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนเปลี่ยนแปลงไปตามการเปลี่ยนแปลงของสังคม ประกอบกับ ผลจากบริบททางสังคมวัฒนธรรมไทยที่ทำให้สตรีวัยหมดประจำเดือน มีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน เพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าว สตรีวัยหมดประจำเดือนจึงควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ตามนโยบายหลัก 6 อ. ได้แก่ ด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านโรคภัย และด้านอบายมุข โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามแนวคิดของ องค์การอนามัยโลก กับโคเฮนและอัฟฮอฟท์ (WHO, 1978, อ้างใน ประเทือง วงษ์แจ้ง, 2541; Cohen & Uphoff, 1980) ได้แก่การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา วางแผน ปฏิบัติการ รับผลประโยชน์และมีส่วนร่วมประเมินผล การส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน เพื่อส่งเสริมให้สตรีวัยหมดประจำเดือน มีสุขภาพดี มีความสุขทั้งในปัจจุบัน และในวัยสูงอายุ