

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน ในอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ โดยผู้วิจัยศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อตามลำดับต่อไปนี้

1. สตรีวัยหมดประจำเดือน
2. แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ
 - 2.1 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
 - 2.2 การรับรู้ภาวะสุขภาพ
3. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน

สตรีวัยหมดประจำเดือน

ความหมายของการหมดประจำเดือน

การหมดประจำเดือนหรือ menopause เป็นคำมาจากภาษากรีก meno-month ซึ่งแปลว่า เดือน และ pause แปลว่า หยุด ดังนั้น menopause หมายถึงการไม่มีหรือการหมดประจำเดือนอย่างถาวร อันเป็นผลจากการหยุดการทำงานของรังไข่ ซึ่งสามารถวินิจฉัยย้อนหลังได้ภายหลังสตรีไม่มีประจำเดือนติดต่อกันนานถึง 12 เดือน (De Haun & Brucker, 1991) องค์การอนามัยโลกให้ความหมายของการหมดประจำเดือนว่าหมายถึงการสิ้นสุดการมีประจำเดือนอย่างถาวร เป็นผลจากรังไข่หยุดทำงาน และต้องวินิจฉัยได้เมื่อถึงระยะเวลา 12 เดือน โดยนับจากการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย จึงถือว่าหมดประจำเดือนอย่างแท้จริง (WHO, 1981) จากการศึกษาในประเทศต่าง ๆ พบว่า อายุเฉลี่ยของสตรีที่มีประจำเดือนครั้งสุดท้ายจะแตกต่างกัน ตั้งแต่ 43.6 ปี ถึง 51.4 ปี (Gray, 1976 cited in WHO, 1981) ส่วนในประเทศไทย จากการศึกษาของ สมณา ชมพูทวีป, มณฑิรา ตันท์เกียร, เขมิกา ยามะโก, ปิยะลัมพร พุ่มสุวรรณ, และนิกร ดุสิตสิน (2537) โดยการสัมภาษณ์สตรีที่มีอายุระหว่าง 45-59 ปี พบว่า อายุเฉลี่ยเมื่อหมดประจำเดือนคือ 49.5 ± 3.6 ปี และรายงานการวิจัยของกองอนามัยครอบครัว กระทรวงสาธารณสุข (2539) พบว่าสตรีหมดประจำเดือนเมื่ออายุเฉลี่ย 48 ปี วนิดา จิโรจน์กุล, อรรพรรณ ศิริวัฒน์, ทวีพงษ์ สุวรรณโคต, และรณชัย อธิสุข (2539) พบว่าสตรีที่มารับบริการตรวจรักษาในคลินิกวัยหมดระดู โรงพยาบาลศิริราช มีอายุเฉลี่ยเมื่อหมดประจำเดือน 49.7 ± 7.0 ปี

การเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาคและสรีรวิทยาของสตรีวัยหมดประจำเดือน

สตรีในวัยเจริญพันธุ์นั้น รังไข่จะทำหน้าที่สร้างฮอร์โมนโดยเฉพาะฮอร์โมนเอสโตรเจน เพื่อกระตุ้นให้รังไข่ทำหน้าที่สร้างไข่สำหรับการปฏิสนธิ เมื่อสตรีเริ่มเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน ซึ่งมักพบเมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป การทำงานของรังไข่จะลดลงแบบค่อยเป็นค่อยไปเป็นผลจากการบกพร่องการทำงานของคอร์ปัสลูเทียม (corpus luteum) การตกไข่ลดลง ระยะเวลาของการตกไข่ห่างออกจนหยุดการตกไข่ในที่สุด รังไข่สามารถสร้างและหลั่งฮอร์โมนเอสโตรเจนได้ระยะหนึ่ง เมื่อไม่ปรากฏการตกไข่ รังไข่จะเกิดความเสื่อมมากขึ้น ฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลงตามลำดับ ไม่สามารถกระตุ้นการสร้างเยื่อบุโพรงมดลูก ทำให้ประจำเดือนขาดหายไป โดยทั่วไปการเปลี่ยนแปลงที่พบได้ในสตรีระยะใกล้หมดประจำเดือนและสตรีระยะหมดประจำเดือน อาจแบ่งออกเป็น 2 ด้านตามระยะการเสื่อมของรังไข่ดังต่อไปนี้

1. ด้านร่างกาย

1.1 การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระยะที่รังไข่เริ่มเสื่อม แต่ยังสามารถผลิตฮอร์โมนเอสโตรเจนได้ เป็นระยะที่คอร์ปัสลูเทียมทำงานบกพร่องหรือระยะที่ไข่ไม่ตก มักพบความผิดปกติของรอบประจำเดือนทำให้แต่ละรอบประจำเดือนสั้น ร่วมกับมีเลือดออกทางช่องคลอดกะปริดกะปรอยก่อนการมีประจำเดือน ต่อมาการตกไข่บกพร่องแต่การหลั่งของฮอร์โมนเอสโตรเจนจะคงมีอยู่ระยะหนึ่ง ทำให้ประจำเดือนไม่สม่ำเสมอจนขาดประจำเดือน

1.2 การเปลี่ยนแปลงในระยะแรกที่มีการลดต่ำลงของระดับฮอร์โมนเอสโตรเจน ได้แก่ อาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ (vasomotor symptoms) มักพบตั้งแต่ระยะก่อนหมดประจำเดือน ถึงระยะหมดประจำเดือน อาการและอาการแสดงที่สำคัญที่เกิดขึ้นเป็นผลจากการหดตัวและขยายตัวของหลอดเลือด จะมีอาการ 3 อย่างเกิดขึ้นดังนี้

1.2.1 อาการร้อนวูบวาบ (hot flash) เป็นอาการร้อนที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันโดยเฉพาะศีรษะ คอ และหน้าอก ซึ่งเกิดขึ้นนานโดยเฉลี่ย 4 นาทีต่อครั้ง (นิมิต เตชไกรชนะ และนิกร ดุสิตสิน, 2538)

1.2.2 อาการร้อนผ่าว (hot flush) เป็นอาการร้อนที่เกิดขึ้นตามผิวหนังบริเวณส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เกิดจากการเพิ่มอุณหภูมิของร่างกาย โดยที่อุณหภูมิที่ผิวหนังสูงขึ้นประมาณ 5-9 องศาเซลเซียส (สุมิตรา ลิทธิฤทธิ์, 2539) จากการศึกษาของเมลดรัมและคณะ (Meldrum et al, 1985) เกี่ยวกับอุณหภูมิของร่างกายที่เพิ่มขึ้นของผิวหนังของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีอาการร้อนผ่าวโดยการวัดที่นิ้วชี้ พบว่า มีอุณหภูมิเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 2.7 ± 0.2 องศาเซลเซียส นานถึง 31 นาที ในเวลา 6 ชั่วโมงที่ทำการทดลอง นอกจากนี้การที่ร่างกายมีอุณหภูมิสูงขึ้นส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นระหว่าง 3-35 ครั้งต่อนาที หรือเกิดอาการใจสั่นได้ (หะทัย เทพพิสัย และอรุษา เทพพิสัย, 2540)

1.2.3 อาการเหงื่อออกตอนกลางคืน (night sweats) เป็นอาการที่เกิดขึ้นภายหลังอาการร้อนวูบวามักเกิดในเวลากลางคืนและเป็นสาเหตุสำคัญของการนอนไม่หลับ ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบต่างๆ อาทิ อาการหงุดหงิด ปวดศีรษะ ปวดเมื่อย อ่อนเพลีย มีอาการทางจิตประสาท กระวนกระวาย ขาดสมาธิ และความจำเสื่อม (Erlík, Tatarýn, & Meldrum, 1981 อ้างใน นิमित เตชไกรชนะ และนิกร ดุลิตลัน, 2538; ศิริพร ฉัตรโพธิ์ทอง, 2537)

สาเหตุของการเกิดอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติดังกล่าวยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนจะเป็นข้อมูลย้อนกลับไปที่ฮัยโปทาลามัส ทำให้การหลั่งฮอร์โมนโกนาโดโทรฟินเพิ่มขึ้น และระดับของอิพิเนฟริน ฮีสตามีน และแอดรีโคติน ในกระแสโลหิตไม่คงที่ ทำให้เกิดอาการร้อนวูบวามและอาการร้อนผ่าว (McKeon, 1994) นอกจากนี้มีความเกี่ยวข้องกับการเพิ่มของสารแคทีโคลามีน (catecholamine) ส่งผลให้ระดับของฮอร์โมนเอสตราไดออล (estradiol) ลดลงร่วมกับการหลั่งของสารพรอสตราแกลนดิน (prostaglandin) ทำให้เกิดการขยายตัวของหลอดเลือดเช่นกัน

1.3 การเปลี่ยนแปลงในระยะกลางภายหลังการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ได้แก่ อาการทางระบบทางเดินปัสสาวะและช่องทางคลอด ผิวหนัง กล้ามเนื้อ และข้อ

1.3.1 อาการทางระบบทางเดินปัสสาวะและช่องคลอด ระบบทางเดินปัสสาวะและช่องทางคลอดของสตรีเป็นเนื้อเยื่อที่ได้รับผลจากฮอร์โมนเอสโตรเจน ดังนั้นสตรีวัยหมดประจำเดือนจึงพบอาการเกี่ยวกับระบบนี้ได้บ่อย (Garcini, & Strong, 2000) การลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ได้แก่ มดลูก ช่องคลอด อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก กระเพาะปัสสาวะ เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ที่บุช่องคลอดชนิดสแควมัสเซลล์ (squamous epithelium) ทำให้ผนังช่องคลอดบางลง เหี่ยวแห้ง และรอยร้าวในช่องคลอดหายไป เนื้อเยื่อในช่องคลอดขาดความยืดหยุ่น ต่อมที่สร้างมูกหล่อลื่นช่องคลอดลดลง เป็นสาเหตุของอาการเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ การที่ช่องคลอดบางและแห้งทำให้เสี่ยงต่อการอักเสบติดเชื้อได้ง่าย ได้แก่ เชื้อโปรโตซัวทริโคโมแนส (trichomonas) เชื้อโกโนเรีย และเชื้อรา นอกจากนี้จากการที่ช่องคลอดมีฤทธิ์เป็นด่างมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อแบคทีเรีย เช่น เชื้อสแตฟฟิโลคอคไค (staphylococci) เชื้อสเตรปโตคอคไค (streptococi) และเชื้ออีโคไล (E.coli) ได้ง่าย ทำให้เกิดการอักเสบของช่องคลอดในวัยสูงอายุ หรือมีตกขาวผิดปกติ นอกจากนี้อาจพบอาการอื่นๆ ได้แก่ การหย่อนยานของเอ็นยึดมดลูกและกระเบนเหน็บ (uterosacral ligament) รวมถึงเนื้อเยื่ออื่นๆ ทำให้มดลูกและผนังช่องคลอดหย่อนมากขึ้น อาการทางระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ อาการถ่ายปัสสาวะบ่อย ถ่ายปัสสาวะขัด อาการถ่ายปัสสาวะลำบาก กลั้นปัสสาวะไม่ได้ มีปัสสาวะเล็ด ซึ่งเกิดจากการอ่อนแอของกล้ามเนื้อหูรูดท่อปัสสาวะ การเสียความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อและการอ่อนแรงกล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกราน

1.3.2 อาการทางระบบผิวหนัง ผิวหนังเป็นส่วนหนึ่งของร่างกายภายนอกที่ได้รับผลจากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน ผิวหนังจะแห้ง ตกสะเก็ด ฟกช้ำง่าย ขาดความนุ่ม นวลยืดหยุ่น เส้นผมแห้ง ร่วงง่าย เล็บแห้ง และเปราะหักง่าย เป็นต้น

1.3.3 อาการทางกล้ามเนื้อและข้อ สตรีวัยหมดประจำเดือนอาจมีอาการปวดตามข้อ ปวดหลัง ปวดกล้ามเนื้อได้ จากผลการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเยื่อข้อเป็นสาเหตุของข้อเสื่อมได้ (Hammond, 1999)

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

1.3.5 การเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญอาหาร การลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนทำให้ไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะปริมาณของคอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ และกรดไขมันที่มีความหนาแน่นต่ำ (low density lipoprotein, LDL) ในขณะที่ปริมาณของกรดไขมันที่มีความหนาแน่นสูง (high density lipoprotein, HDL) จะลดลงทำให้มีไขมันในเลือดสูง เกิดการตีบแข็งของหลอดเลือดแดงทั่วร่างกาย โดยเฉพาะเส้นเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจ ทำให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจลดลง ปริมาณออกซิเจนเลี้ยงหัวใจลดลง มีอาการเจ็บหน้าอก เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด นอกจากนี้ ฮอร์โมนเอสโตรเจนมีผลต่อกระบวนการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต ระดับของฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ลดลงทำให้อัตราการเผาผลาญอาหาร (basal metabolic rate, BMR) ลดลง ร่างกายใช้พลังงานน้อยลง ดังนั้นสตรีวัยนี้จึงมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น แม้ปริมาณการบริโภคอาหารไม่เปลี่ยนแปลง ซึ่งภาวะอ้วนเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด นอกจากนี้ยังพบว่าทำให้เกิดการเพิ่มความต้านทานต่ออินซูลิน ทำให้เกิดโรคเบาหวานซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเช่นกัน

2. ด้านจิตใจ ในปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานแน่ชัดถึงการหยุดทำงานของรังไข่ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของสตรีวัยหมดประจำเดือน ตั้งแต่ระยะก่อนหมดประจำเดือนจนถึงระยะหมดประจำเดือน อาการที่พบได้แก่ อาการหงุดหงิด โมโหง่าย อารมณ์แปรปรวน ตื่นเต้น ตกใจง่าย ขาดความมั่นใจ วิตกกังวล ความจำเสื่อม ขาดสมาธิ ในสตรีบางรายอาจมีอาการทางประสาทรุนแรง อาทิ อาการอ่อนแรง ชี้น ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เฉยเมย อาการต่าง ๆ เหล่านี้อาจทำให้เกิดปัญหาด้านอื่น ๆ ตามมา ได้แก่ ปัญหาในครอบครัวจากการทะเลาะเบาะแว้ง และการมองตนเองในภาพพจน์ทางลบ ความสวยงามที่ลดลง ก่อให้เกิดความไม่มั่นใจในตนเองในกลุ่มสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีตำแหน่งหน้าที่การงานสูงที่ต้องพบปะกับบุคคลต่าง ๆ อาจทำให้เกิดความวิตกกังวลจนกลายเป็นภาวะซึมเศร้าได้ (ศิริพร จัตรโพธิ์ทอง, 2537) แต่อาการเปลี่ยน

แปลงด้านจิตใจในสตรีอาจแตกต่างกัน เนื่องจากการรับรู้การเข้าสู่การหมดประจำเดือนของแต่ละบุคคลหรือทัศนคติต่อการหมดประจำเดือนที่ต่างกันกล่าวคือ สตรีที่รับรู้การเข้าสู่ภาวะการหมดประจำเดือนด้านบวกจะรับรู้การหมดประจำเดือนเป็นเรื่องธรรมชาติ (อรอนงค์ ดิเรกบุษราคม, 2539) ในทางตรงกันข้ามสตรีบางรายอาจให้ความหมายของการหมดประจำเดือน คือการเข้าสู่วัยสูงอายุ ความสวยงามลดน้อยลง ความเจ็บป่วย การไม่สามารถมีบุตรได้ และการตายของญาติ บุคคลใกล้ชิดจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจด้านลบได้ (ลำภา อูปการกุล, 2538)

โดยสรุปแล้ว อาการของสตรีวัยหมดประจำเดือนมีทั้งอาการทางร่างกาย ซึ่งเป็นผลจากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนจากการทำงานของรังไข่ลดลง ตลอดจนอาการทางด้านจิตใจและสังคม ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพต่างๆได้

ปัญหาสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน

ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาดังกล่าวข้างต้น ทำให้สตรีวัยหมดประจำเดือนมักต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพดังต่อไปนี้

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

2. โรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular diseases) อุบัติการณ์ของโรคนี้พบสูงขึ้นตามอายุทั้งในเพศชายและเพศหญิง โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีวัยหมดประจำเดือน และเป็นสาเหตุการตายของสตรีที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 53 ของการตายทั้งหมด (Maddox, 1992) โรคกลุ่มนี้เป็นผลจากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางการเผาผลาญสารอาหารของร่างกาย

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

4. ปัญหาด้านจิตใจในสตรีวัยหมดประจำเดือน การลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนมีผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลางทำให้เกิดอาการและอาการแสดงต่างๆเช่น อาการนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย อาการซึมเศร้าซึ่งพบประมาณร้อยละ 10 (Blazer, 1989 cited in Curtis & Hopkin,

1999) สาเหตุอาจมาจากภาวะสุขภาพ อาทิ ภาวะซีด โรคของต่อมไทรอยด์ หรือผลจากการได้รับยาต่าง ๆ ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ตลอดจนปัญหาจากการมีเพศสัมพันธ์เมื่อเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ จากการเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนที่เผชิญอยู่ ทำให้สตรีรู้สึกสูญเสีย หดหู่ ซึมเศร้า และวิตกกังวล (Stephenson & O' Connor, 2000)

จากการที่สตรีวัยหมดประจำเดือนได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงในวัยหมดประจำเดือนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทำให้สตรีต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม เพื่อให้สตรีวัยหมดประจำเดือนสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนเองทำให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขแต่สตรีวัยหมดประจำเดือนแต่ละบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน อาจมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การสนับสนุนทางสังคม ประสบการณ์เกี่ยวกับผลของการปฏิบัติกิจกรรม เป็นต้น ด้วยเหตุนี้การศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ

ปัจจุบันได้นักวิจัยหลายท่าน ๆ พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการอธิบายหรือคาดการณ์ถึงพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพของบุคคลที่เกิดขึ้นทั้งในการปฏิบัติกายภาพและการวิจัย และรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมได้รับความสนใจมากในการนำมาใช้เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model)

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

เพนเดอร์ และเพนเดอร์ (Pender & Pender, 1987) ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพขึ้นเป็นครั้งแรกในปี ค.ศ 1987 โดยอธิบายการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีคุณค่าแห่งความคาดหวัง (expectancy value theory) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่บุคคลกระทำเพื่อหวังผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้น และทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social cognitive theory) ซึ่งเป็นทฤษฎีเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์ที่เป็นเหตุเป็นผลเกี่ยวกับปรากฏการณ์ทางสิ่งแวดล้อมปัจจัยทางบุคคล และการกระทำ โดยมีผลย้อนกลับซึ่งกันและกัน

เพนเดอร์และเพนเดอร์ (Pender & Pender, 1987) กล่าวว่า การที่บุคคลกระทำการส่งเสริมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตนั้น เป็นผลมาจากอิทธิพลของปัจจัย 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านสติปัญญา-การรับรู้ (cognitive-perceptual factors) ปัจจัยปรับเปลี่ยน (modifying factors) และตัวชี้แนะการกระทำ (cues to action) โดยปัจจัยด้าน

สติปัญญา-การรับรู้เป็นกลไกเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ และการคงไว้ของพฤติกรรมสุขภาพ และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยปัจจัยทั้งหมด 7 ปัจจัย ได้แก่ ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน คำจำกัดความของสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนปัจจัยปรับเปลี่ยน เป็นปัจจัยที่ส่งผลทางอ้อมต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านปัจจัยด้านสติปัญญา-การรับรู้ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ลักษณะทางชีวภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านพฤติกรรม และตัวชี้แนะการกระทำ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมขึ้นจากผลจากการกระตุ้นบุคคลทั้งภายในและการกระตุ้นภายนอก รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (1987) ได้ถูกนำมาใช้ในการวิจัยต่าง ๆ มากมาย และจากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้งหมด พบว่า บางปัจจัยได้แก่ ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ และตัวชี้แนะการกระทำไม่สามารถอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นในปี ค.ศ 1996 เพนเดอร์จึงได้ปรับปรุงรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพใหม่ (Revised Health Promotion Model) โดยมีการจัดกลุ่มและปรับเปลี่ยนการเสนอความสัมพันธ์ของมโนทัศน์บางตัวใหม่ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1 ในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ปรับปรุงใหม่ของเพนเดอร์นี้ (Pender, 1996) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นผลจากอิทธิพลของปัจจัย 3 ด้าน ได้แก่

1. คุณลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล (individual characteristics and experiences) ในแต่ละบุคคลจะมีลักษณะเฉพาะบุคคลที่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นผลจากการกระทำที่ต่อเนื่องในอดีตและความสำคัญของปัจจัยนี้ขึ้นกับการพิจารณาเป้าหมายของพฤติกรรม ประกอบด้วย

- 1.1 พฤติกรรมที่สัมพันธ์กันที่เคยเกิดขึ้นในอดีต (prior related behavior) การที่เคยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาก่อน ทำให้สามารถเกิดพฤติกรรมที่คล้าย ๆ กันอีกได้ ทั้งนี้อาจเป็นผลที่เกิดขึ้นในทางบวกต่อการมีพฤติกรรมนั้น ๆ หรือจากการกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จทำให้เกิดอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

- 1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (personal factors) ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยทางร่างกาย อาทิ อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ประวัติการหมดประจำเดือน ความสามารถในการใช้ออกซิเจน ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความคล่องแคล่วว่องไว หรือการทรงตัว 2) ปัจจัยทางจิตใจ อาทิ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง ความสามารถส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ (perceived health status) และคำจำกัดความของสุขภาพ (definition of health) และ 3) ปัจจัยทางสังคม-วัฒนธรรม ได้แก่ เชื้อชาติ ศาสนา ภูมิสำเนาระดับการศึกษา และเศรษฐกิจ ปัจจัยส่วนบุคคลมีผลโดยตรงต่อการรับรู้และอารมณ์ที่มีต่อพฤติกรรม และมีผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

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

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (perceived benefits of action) เป็นการรับรู้ผลดีของการกระทำ บุคคลจะปฏิบัติกิจกรรมใดก็ตามเมื่อเห็นว่าการกระทำนั้นก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง ซึ่งเป็นการแสดงออกทางจิตใจเพื่อหวังผลทางพฤติกรรม ดังนั้นบุคคลจึงมีแนวโน้มที่จะใช้แหล่งของกิจกรรมเพื่อเพิ่มประสบการณ์ของการกระทำที่ดี บุคคลจะรู้สึกถึงประโยชน์ของการกระทำต่อตนเองเช่น กระตือรือร้นในการมีพฤติกรรมมากขึ้น ความเหนื่อยล้าลดลง และผลพลอยได้อื่นๆ เช่น การได้รับรางวัลตอบแทน และสัมพันธภาพที่ดีต่อสังคม ซึ่งจากผลดังกล่าวทำให้เป็นการเพิ่มแรงจูงใจในทางการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมใดมากกว่า

2.2 การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ (perceived barriers to action) เป็นการรับรู้สิ่งกีดขวางหรือทำให้พฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นไม่ได้ บุคคลจะรับรู้อุปสรรคของการกระทำซึ่งอุปสรรคนี้อาจเป็นจริงหรือจากการคาดคะเน มีผลให้ความสม่ำเสมอของการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมลดลง เช่น การรับรู้ความไม่สะดวกสบาย การรับรู้ถึงความยาก หรืออุปสรรคทางเวลาซึ่งทำให้เกิดการหยุดยั้งละเลยพฤติกรรม และการไม่ปฏิบัติเนื่องจากมีปัญหาทางการเงิน ดังนั้นถ้าความพร้อมในการปฏิบัติกิจกรรมต่ำ อุปสรรคสูง บุคคลจึงหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติกิจกรรม ในทางตรงกันข้าม ถ้าความพร้อมในการปฏิบัติกิจกรรมสูง อุปสรรคต่ำ ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติกิจกรรมจึงเกิดขึ้น บุคคลจึงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติกิจกรรม

2.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy) เป็นการรับรู้ว่าคุณเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้สำเร็จและได้ตลอด (Bandura, 1986 cited in Pender, 1996) ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นสิ่งที่ส่งเสริม สนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมเป้าหมายได้มากกว่า บุคคลที่มีความรู้สึกว่าคุณเองไม่มีความสามารถ และทักษะที่เพียงพอในการกระทำนั้นๆ ดังนั้นปัจจัยนี้จึงเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง

2.4 อารมณ์ที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม (activity-related affect) เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง หรือ หลังจากมีกิจกรรมหรือพฤติกรรมนั้นๆ โดยที่อารมณ์ทางบวกจะทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ ในทางตรงกันข้ามถ้าอารมณ์ที่เกิดขึ้นทางลบ จะไม่ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (interpersonal influences) เป็นปัจจัยจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลในลักษณะของการรับรู้ถึงความเชื่อ ความต้องการ หรือทัศนคติของบุคคลอื่นที่มีผลต่อการรับรู้ของตนเอง กลุ่มบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มเพื่อน บุคลากรทางสุขภาพ นอกจากนี้บรรทัดฐานทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติตามตัวแบบ ซึ่งเป็นการเรียนรู้จากบุคคลล้วนมีผลต่อการปฏิบัติ กล่าวคือ บรรทัดฐานทางสังคมจะกำหนดมาตรฐานในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ช่วยให้คุณคนมีการปรับเปลี่ยนหรือเลิก

กระทำกิจกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยสนับสนุน ประคับประคอง และส่งเสริมให้มีพฤติกรรมเกิดขึ้นได้ ส่วนการปฏิบัติตามตัวแบบ เป็นการปฏิบัติเลียนแบบทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมจะทำให้บุคคลเห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการมีกิจกรรม

2.6 อิทธิพลจากสถานการณ์ (situation influences) เป็นปัจจัยทางด้านสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการมีพฤติกรรม โดยที่สถานการณ์นั้นจะเป็นตัวกำหนดความต้องการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นอกจากนี้ยังมีผลต่อการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หากรู้สึกว่าการสถานการณ์นั้นน่าสนใจ เหมาะสม มีความเกี่ยวข้องกับตนเองและปลอดภัย ในทางตรงกันข้าม บุคคลจะเลิกปฏิบัติกิจกรรมหากสถานการณ์นั้นไม่เหมาะสมกับตนเอง ไม่มีความเกี่ยวข้องกับตนเองหรือไม่ปลอดภัย

3. ผลลัพธ์ทางพฤติกรรม (behavioral outcome) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากกระบวนการทางสติปัญญาของบุคคลที่แสดงออกในลักษณะของพฤติกรรมที่ประกอบด้วย

3.1 ข้อผูกมัดต่อแผนการกระทำ (commitment to a plan of action) ข้อผูกมัดต่อแผนการกระทำเป็นกระบวนการทางความคิดที่บุคคลมีการตกลงใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมในช่วงเวลา และสถานที่ที่กำหนด โดยอาจปฏิบัติกับบุคคลอื่นหรือปฏิบัติตามลำพัง และมีการกำหนดกลยุทธ์ในการลงมือปฏิบัติพฤติกรรมให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง

3.2 ความต้องการอื่นหรือสิ่งที่ชอบมากกว่าที่ปรากฏขึ้นในขณะนั้น (immediate competing demands and preferences) เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลมีทางเลือกที่จะปฏิบัติอื่น ๆ มากกว่าการปฏิบัติที่มุ่งหวังไว้เดิม

3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (health promoting behavior) เป็นพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพของตนเองในทางบวก บุคคลสามารถนำไปใช้ในการดำเนินชีวิต ผสมผสานในวิถีการดำเนินชีวิตทางด้านสุขภาพในทางบวกตลอดช่วงชีวิต เพนเดอร์และเพนเดอร์ (Pender & Pender, 1987) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นสิ่งที่บุคคลปฏิบัติในชีวิตประจำวันจนเกิดเป็นนิสัย ดังนั้นจึงเรียกได้อีกอย่างหนึ่งว่า “แบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ” ตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการบรรลุความสำเร็จในชีวิต ด้านการดูแลรับผิชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และด้านการจัดการกับความเครียด

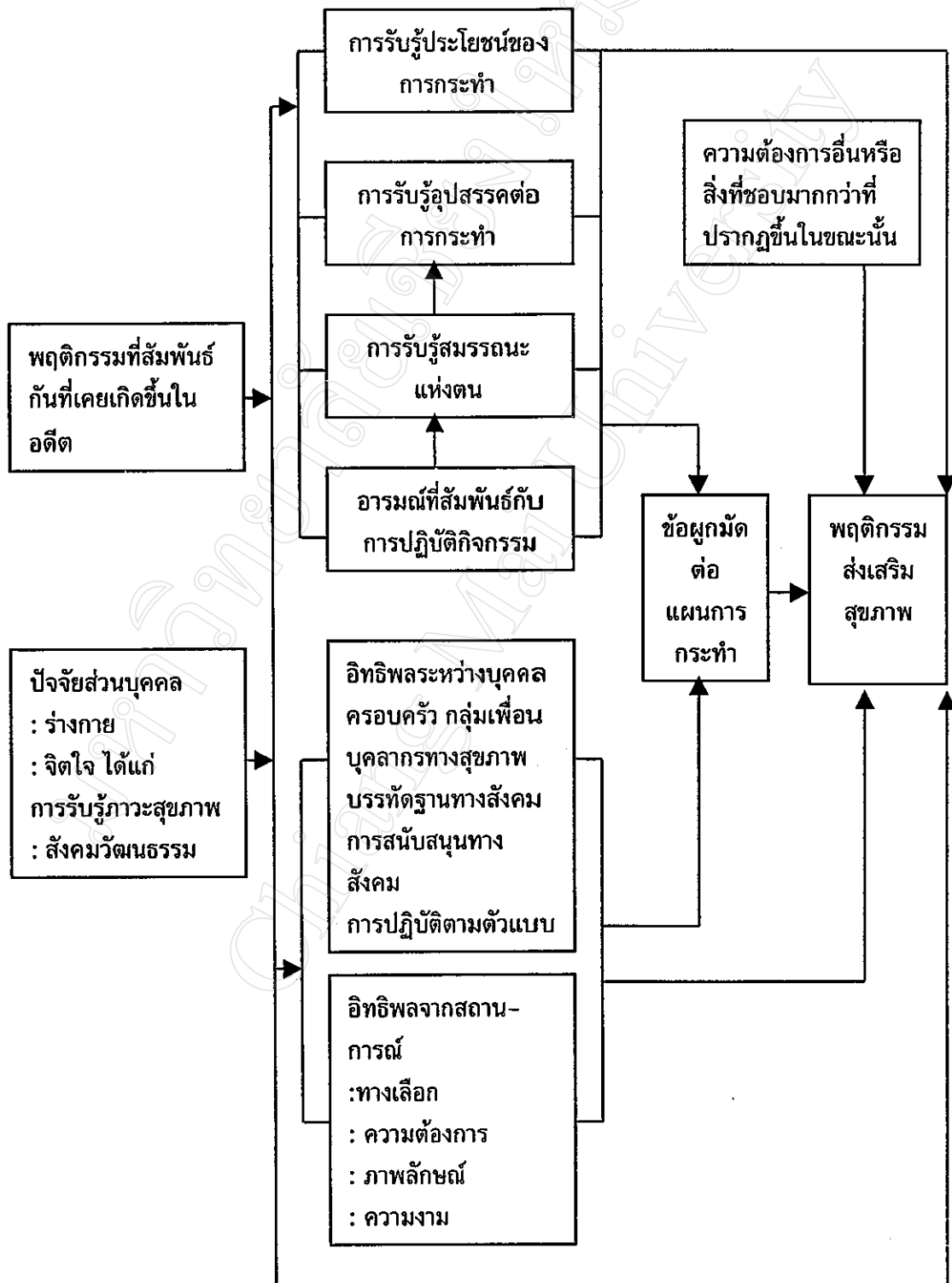
กล่าวโดยสรุปรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้ง 3 ด้านที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดังนี้ ปัจจัยด้านคุณลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยย่อย 2 ปัจจัยได้แก่ พฤติกรรมที่สัมพันธ์กันที่เคยเกิดขึ้นในอดีต และปัจจัยส่วนบุคคลจะมีอิทธิพลหรือความสัมพันธ์โดยตรงต่อปัจจัยด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคือ ผลลัพธ์ทางพฤติกรรม ซึ่งได้แก่ ข้อผูกมัดต่อแผน

การกระทำ ความต้องการอื่นหรือสิ่งที่ชอบมากกว่าที่ปรากฏขึ้นในขณะนั้น และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ปัจจัยอีกด้านหนึ่งของปัจจัยด้านการรับรู้และอารมณ์ที่มีต่อพฤติกรรมประกอบด้วย 6 ปัจจัยย่อย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อารมณ์ที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ ก็ได้รับผลจากปัจจัยด้านคุณลักษณะและประสบการณ์ส่วนบุคคลและส่งผลกระทบต่อปัจจัยด้านผลลัพธ์ทางพฤติกรรมเช่นกัน จะช่วยผลักดันหรือสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

คุณลักษณะและ
ประสบการณ์ของ
แต่ละบุคคล

การรับรู้และอารมณ์
ที่มีต่อพฤติกรรม

ผลลัพธ์ทางพฤติกรรม



แผนภูมิที่ 1 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

ที่มา : เพนเดอร์ (Pender, 1996, p. 67)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยส่วนบุคคลปัจจัยหนึ่งในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นความคิด ความรู้สึก ความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสุขภาพของตนเอง เป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับความรู้สึกของการปฏิบัติ และความตั้งใจปฏิบัติอย่างจริงจังต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งการที่บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นเวลานาน ส่งผลให้ความเจ็บป่วยลดลง ทำให้บุคคลไม่กลัวที่จะต้องเผชิญพฤติกรรมและจะไม่พยายามหลีกเลี่ยงพฤติกรรมนั้นทำให้ภาวะสุขภาพของบุคคลดีขึ้น ส่งผลให้บุคคลยังรับรู้ภาวะสุขภาพของตนในทางที่ดีมากยิ่งขึ้น

สุขภาพเป็นมโนทัศน์ที่มีผู้ให้คำนิยามไว้มากมาย จากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ การให้ความหมายของสุขภาพสามารถแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

1. สุขภาพที่เน้นความคงที่ของระบบ (definition of health focusing on stability) กล่าวคือ สุขภาพเป็นความสมดุลของระบบย่อยได้แก่ ร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งเป็นผลจากการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป (Parsons, 1958 cited in Pender, 1996)

2. สุขภาพที่เน้นความสำเร็จสูงสุดในชีวิต (definition of health focusing on actualization) กล่าวคือ สุขภาพเป็นภาวะที่บ่งบอกถึงการบรรลุเป้าหมายสูงสุดในชีวิต ซึ่งเป็นภาวะที่สมบูรณ์สูงสุดในภาวะใดภาวะหนึ่งอยู่บนความต่อเนื่องระหว่างความเจ็บป่วย และภาวะสุขภาพดี (Dunn, 1975 cited in Pender, 1996)

3. สุขภาพที่เน้นความคงที่และการบรรลุความสำเร็จสูงสุดของชีวิต (definition of health focusing on stability and actualization) กล่าวคือ สุขภาพเป็นผลรวมของความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ มีความยืดหยุ่นในการปรับตัวตามสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง และส่งผลให้บุคคลประสบความสำเร็จสูงสุดในการดำรงชีวิตและสามารถดำรงศักยภาพนั้นไว้ให้ยาวนานที่สุด (Smith, 1983 cited in Pender, 1996)

เพนเดอร์ได้ให้ความหมายของภาวะสุขภาพว่าเป็นภาวะที่บุคคลบรรลุความหมายสูงสุดในชีวิตเท่าที่จะทำได้ มุ่งสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพตามเป้าหมาย การดูแลตนเองตามความสามารถที่เป็นอยู่ และการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกาย จิตใจ และสภาพแวดล้อม (Pender, 1982; Pender & Pender, 1987; Pender, 1996) ส่วนมอสซี และชาฟโร (Mossey & Shapiro, 1982) กล่าวว่า ภาวะสุขภาพ คือ ความสมดุลของร่างกาย จิตใจ และสังคม เท่าที่จะสามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุขในขณะนั้น

ภาวะสุขภาพเป็นภาวะที่อาจจะประเมินได้จากข้อมูลทางปรนัย ได้แก่ การตรวจร่างกายทางคลินิก การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และข้อมูลอัตนัยโดยการประเมินการรับรู้ของบุคคลซึ่งบุคคลจะประเมินภาวะสุขภาพจากความรู้สึกของตนเอง จึงเรียกว่า “การรับรู้ภาวะสุขภาพ” ตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิด

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซิดนีย์และเชฟเพิร์ด (Sidney & Shephard, 1976) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมฝึกฝนร่างกายของผู้สูงอายุเป็นเวลา 14 สัปดาห์พบว่า บุคคลที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมมักเป็นผู้ที่มีอาการความเจ็บป่วยทางร่างกายและทำให้ความดีและความสม่ำเสมอในการปฏิบัติพฤติกรรมลดลงมากกว่าบุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางร่างกายน้อยกว่า ทั้งนี้ผลจากประสบการณ์ของความไม่สุขสบาย ความกลัวต่อผลของการเจ็บป่วยที่รุนแรง ทำให้ลดความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่ดีและเหมาะสม นอกจากนี้จากการศึกษาของพาลมอร์และลุยคาร์ต (Palmore & Luikart, 1972) ในกลุ่มบุคคลที่มีอายุ 45-69 ปี จำนวน 502 คน พบว่า การให้คะแนนสุขภาพของตนเองว่าดีมีความสัมพันธ์อย่างสูงกับความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งผู้ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองว่าดีจะมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพ และการศึกษาของคริสเทียนเสน (Christiansen, 1981 cited in Pender 1987) ในกลุ่มตัวอย่าง 378 คน พบว่า บุคคลที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพว่าดี จะมีความดีในการปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าบุคคลที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของเพนเดอร์และเพนเดอร์ (Pender & Pender, 1987) ที่ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจในการควบคุมน้ำหนัก บุคคลที่รับรู้ว่าจะตนเองมีสุขภาพดีจะมีความตั้งใจในการควบคุมน้ำหนักมากกว่าบุคคลที่รับรู้ว่าจะสุขภาพของตนเองพอใช้หรือไม่ดี และจากการศึกษาในผู้สูงอายุของสปีค โควาท และเพลเลท (Speake, Cowart & Pallet, 1989) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่ประเมินสุขภาพของตนเองว่าอยู่ในระดับดีถึงดีมาก มีแบบแผนชีวิตด้านการรับประทานอาหาร การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และการบรรลุความสำเร็จในชีวิตในระดับดี นอกจากนี้การรับรู้ภาวะสุขภาพยังเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนเช่นกัน (จรรยาพร สุภาพ, กรุณาภรณ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา, รวีวรรณ แสงฉาย, และสุวัฒน์ ศรีสรณ์, 2540) นอกจากนี้เพนเดอร์ (Pender, 1987) อธิบายว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพขึ้นกับปัจจัยด้านสติปัญญาและการรับรู้เมื่อสัมผัสกับสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอก กระบวนการคิดในการพิจารณาตัดสินใจต่อสิ่งนั้นๆทำให้เกิดความสนใจต่อสุขภาพ ดังนั้นจะเห็นว่าประสบการณ์ของความเจ็บป่วยทำให้การรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกันแล้ว ผลจากการประเมินสุขภาพของตนเองว่าดีหรือไม่ดี ส่งผลต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพซึ่งสามารถวัดหรือสังเกตได้ด้วยเหตุนี้การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลจึงนำไปสู่แนวทางการช่วยเหลือให้บุคคลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีและถูกต้องต่อไป

การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ

การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพอาจทำได้โดยวิธีการต่างๆได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง (self-rated health) ซึ่งเป็นการสังเกตตนเองและการรับรู้ต่ออาการต่างๆที่เกิด

ขึ้นกับตนเอง และการตัดสินความรุนแรงของอาการเหล่านั้น (Gulick, 1986) นี้ ซึ่งเอนเจล (Engel, 1984 cited in Gulick, 1986) พบว่า การรับรู้ต่ออาการทางกายของบุคคลมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับภาวะสุขภาพ (health status) นอกจากนี้การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพด้วยตนเองพัฒนาจากมโนทัศน์ที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย (health-illness concept) ซึ่งเป็นลักษณะองค์รวมของบุคคล บุคคลและคณะ (Brook et al, 1979) ได้พัฒนาเครื่องมือการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General Health Perception Battery) ซึ่งเป็นข้อคำถามที่มีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพในด้านต่างๆ อาทิ การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต ประสบการณ์ ความเชื่อ ทศนคติเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตน การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต การรับรู้ความต้านทานโรคและความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ความวิตกกังวล และความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ และความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย สำหรับแบบวัดภาวะสุขภาพของเดนิส (Denyes Health Status Instrument) สร้างในปี ค.ศ 1980 เป็นแบบวัดที่ให้บุคคลประเมินภาวะสุขภาพของตนเองตามการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ (subjective health measure) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ส่วน ได้แก่ คำถามที่เกี่ยวกับสุขภาพหรือปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น และคำถามที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการพักผ่อนโดยทั่วไปตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นจริงในช่วงเวลานั้นๆ มอสซี่และชาฟิโร (Mossey & Shapiro, 1982) และเมลแมนและดอร์น-แวมบอร์น (Meldman & Downe-Wamboldt, 1987) ใช้คำถามหรือเครื่องมือที่เป็นแบบวัดภาวะสุขภาพแบบข้อเดียวที่นิยมใช้กันมากในการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุมากที่สุด แบบวัดนี้จะมีข้อคำถามเดียวที่ถามว่า “ในขณะนี้ ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร ?” (How would you rate your present health ?) และแบ่งคำตอบออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ดีมาก ดี พอใช้ ไม่ดี ซึ่งในการตัดสินว่าภาวะสุขภาพของตนอยู่ในระดับใด บุคคลต้องเข้าใจระดับของการแบ่งระดับภาวะสุขภาพดังนี้ ถ้าบุคคลประเมินว่าตนเองไม่มีโรคประจำตัวหรือปัญหาสุขภาพใดๆ ตัดสินว่าตนเองมีภาวะสุขภาพดีมาก ถ้าตนเองรับรู้ว่าตนเองมีอาการความเจ็บป่วยเล็กน้อยเช่น อาการปวดเมื่อยทั่วไป ไม่มีความพิการ ตัดสินว่าตนเองมีภาวะสุขภาพดี ถ้าตนเองมีโรคเรื้อรังเช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน แต่ต้องไม่มีอาการหรือความรุนแรงจนทำให้เกิดความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตัดสินว่าตนเองมีภาวะสุขภาพพอใช้ และถ้าบุคคลมีความบกพร่องความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจากปัญหาสุขภาพ หรืออาการความรุนแรงของโรคก้าวหน้า ตัดสินว่าตนเองมีภาวะสุขภาพไม่ดี (LaRue, Bank, Javick, & Metland, 1979)

โดยสรุปอาจกล่าวได้ว่า รูปแบบการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพจะมีความแตกต่างกันในส่วนของคำถามและวัตถุประสงค์ แต่การที่จะประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพที่แสดงถึงสภาวะสุขภาพของบุคคลนั้นๆ ได้ และสื่อถึงการมองบุคคลในลักษณะองค์รวมซึ่งไม่สามารถแยกเป็นส่วนๆ ได้นั้น สอดคล้องกับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ซึ่งเน้นถึงความเป็นองค์รวมดังกล่าว ผู้วิจัยจึงประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพตามวิธีการของมอสซี่และชาฟิโร (Mossey & Shapiro, 1982) โดยใช้คำถามเพียงหนึ่งข้อในการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ภาพทั้งนี้เนื่องจากเป็นวิธีการที่สื่อถึงการมองสุขภาพโดยรวมสอดคล้องกับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของสตรีวัยหมดประจำเดือนดังกล่าวมาแล้ว มีความจำเป็นที่สตรีวัยนี้ต้องมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้สตรีวัยหมดประจำเดือนสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขและเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน

จากแนวโน้มในการเกิดการเปี่ยงเบนทางสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน ทำให้การดูแลสุขภาพของแต่ละบุคคลเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง พฤติกรรมที่เหมาะสมจะทำให้บุคคลมีสุขภาพดีและในทางตรงกันข้ามการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ อาทิ การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง การไม่ออกกำลังกาย เป็นต้น จะนำไปสู่การเกิดความเจ็บป่วยขึ้นได้ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนในแต่ละด้านควรเป็นต่อไปนี้

1. ด้านการบรรลุความสำเร็จในชีวิต เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต การกำหนดจุดมุ่งหมายในชีวิตทั้งในระยะสั้นและระยะยาวรวมถึงการวางแผนการดำเนินชีวิตในวัยสูงอายุ พฤติกรรมด้านการบรรลุความสำเร็จในชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน สตรีวัยหมดประจำเดือนควรหมั่นศึกษาหาความรู้ ยอมรับการเปลี่ยนแปลงสิ่งที่เกิดขึ้น การมองตนเองในแง่ดี ความมีคุณค่าในตนเอง ควรมีความจริงใจ เปิดเผย ยอมรับฟัง และเริ่มวางแผนการดำเนินชีวิตตั้งแต่หมดประจำเดือนจนเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุ (ศิริพร จัตรโพธิ์ทอง, 2537) นอกจากนี้ สตรีวัยหมดประจำเดือนควรกำหนดแนวทางเป้าหมายในการดำรงชีวิตต่อไป มีการวางแผนเพื่อรองรับผลจากการปรับเปลี่ยนบทบาททั้งในครอบครัว หน้าที่การงาน และการวางแผนกับสามีเพื่อการดูแลบุตรในอนาคต

2. ด้านการดูแลรับผิดชอบต่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการกระทำหรือการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคลได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การขับถ่ายที่เป็นปกติ การอยู่ในที่มีอากาศบริสุทธิ์และการถ่ายเทอากาศที่ดี การสนใจแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การสังเกตอาการการเปลี่ยนแปลงจากการเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนและการตรวจสุขภาพประจำปี พฤติกรรมด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนประกอบด้วยพฤติกรรมต่างๆ ได้แก่

2.1 การรักษาความสะอาดของร่างกาย

2.1.1 การอาบน้ำ พฤติกรรมที่เหมาะสมของสตรีวัยหมดประจำเดือนได้แก่ การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง โดยการอาบน้ำจากฝักบัวหรือใช้ขันตักอาบในท่ายืน หลีกเลี่ยงการนอนแช่อ่างอาบน้ำและแม่น้ำลำคลอง เพราะจะนำเชื้อโรคจากน้ำ

หรือแบคทีเรียที่ถูกชะล้างจากส่วนอื่นของร่างกายไปสู่ช่องคลอด บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ หรือท่อปัสสาวะ ซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ (พรรณพิไล ศรีอาภรณ์, 2537)

2.1.2 การดูแลปากและอวัยวะในช่องปาก พฤติกรรมที่เหมาะสมของสตรีวัยหมดประจำเดือน ได้แก่ การแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ร่วมกับการบ้วนปากทุกครั้งหลังการรับประทานอาหาร การใช้ไหมขัดฟันเป็นประจำ เพื่อไม่ให้เกิดการสะสมของเศษอาหารจนกลายเป็นปัญหาสุขภาพ ฟัน และเหงือก การสังเกตความผิดปกติของอวัยวะในช่องปากสม่ำเสมอทุกวัน และการไปพบทันตแพทย์เป็นประจำ

2.1.3 การดูแลเส้นผมและหนังศีรษะ พฤติกรรมที่เหมาะสมของสตรีวัยหมดประจำเดือน ได้แก่ การสระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้งโดยใช้ยาสระผมชนิดอ่อน หลีกเลี่ยงการเกาศีรษะแรงๆ

2.1.4 การดูแลผิวหนัง พฤติกรรมที่เหมาะสมของสตรีวัยหมดประจำเดือน ได้แก่ การให้ความสนใจสังเกตผิวหนังของตนเองอย่างสม่ำเสมอ หากมีปัญหาเรื่องผิวแห้ง ผิวคัน ต้องหลีกเลี่ยงการเกาแรงโดยใช้เล็บมือเพราะจะทำให้เกิดรอยแผลได้ และพิจารณาเลือกใช้ครีมทาผิวที่มีส่วนผสมของมอยส์เจอร์ไรเซอร์ เพื่อทำให้ผิวหนังชุ่มชื้นเป็นประจำ หลีกเลี่ยงการอาบน้ำที่มีอุณหภูมิสูงจนเกินไป หรือการตากแดดจัดในช่วงเวลากลางวัน ซึ่งถ้ามีความจำเป็นควรใช้ครีมกันแดด (Stoppard, 1994)

2.1.5 การดูแลอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก พฤติกรรมที่เหมาะสมของสตรีวัยหมดประจำเดือน ได้แก่ การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกทุกครั้งหลังขับถ่าย การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์จากบริเวณด้านหน้าไปด้านหลังด้วยน้ำสะอาดหรือน้ำสบู่อ่อนๆ การหลีกเลี่ยงการสวนล้างช่องคลอด และการหลีกเลี่ยงการใช้น้ำยาชะล้างในช่องคลอด (ดารัสนิ โพรธาส, 2540)

2.2 การแต่งกาย พฤติกรรมที่เหมาะสมของสตรีวัยหมดประจำเดือน ได้แก่ การเลือกเสื้อผ้าที่ระบายอากาศได้ดี การใส่เสื้อผ้าที่สะอาดโดยเฉพาะชุดชั้นในที่สวมใส่แล้วรู้สึกสบาย ไม่รัดแน่นจนเกินไป การเปลี่ยนชุดชั้นในทุกครั้งที่อาบน้ำ หรือเมื่อเกิดความสกปรกเปียกชื้น (Stoppard, 1994)

2.3 การดื่มน้ำ พฤติกรรมที่เหมาะสมของสตรีวัยหมดประจำเดือน ได้แก่ การดื่มน้ำสะอาดประมาณ 6 – 8 แก้วต่อวัน (พรรณพิไล ศรีอาภรณ์, 2537) การรับประทาน ผัก ผลไม้มากขึ้น การดื่มน้ำเพิ่มขึ้นเมื่ออุณหภูมิภายนอกร่างกายสูงขึ้น

2.4 การได้รับอากาศบริสุทธิ์เพียงพอ พฤติกรรมที่เหมาะสมของสตรีวัยหมดประจำเดือน ได้แก่ การรักษาสีสิ่งแวดล้อมให้สะอาด มีอากาศถ่ายเทสะดวก ปราศจากกลิ่นเหม็นต่างๆ หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่แออัด เช่น สถานบันเทิง ดิสโกเธค คอฟฟี่ช็อป โรงภาพยนตร์ ห้างสรรพสินค้า เนื่องจากในสถานที่เหล่านั้นการแลกเปลี่ยนอากาศไม่ถ่ายเทเท่าที่ควร และจากการศึกษาของฮอลเลนแบค บาร์เรต-คอนเนอร์ ฮีเดนสไตน์ และฮอลลันด์ (Hollenback, Barrett-

Connor, Edelstein, & Hollbrook, 1993) พบว่า การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของความหนาแน่นของกระดูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะกระดูกหักได้ง่าย นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดฟันหัก ฟันผุ และโรคเหงือกได้มากกว่าบุคคลที่ไม่ได้สูบบุหรี่ (Jette, Feldman, & Tensted, 1993) ดังนั้นสตรีวัยหมดประจำเดือนจึงต้องหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่

2.5 การขับถ่าย สตรีวัยหมดประจำเดือนควรมีพฤติกรรมในการป้องกันอาการท้องผูกได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีกากและเส้นใยมากๆ เช่น ผัก ผลไม้ การขับถ่ายทุกวันให้เป็นกิจวัตร การดื่มน้ำมากๆ การไม่ละเลยเมื่อมีอาการปวดถ่าย พร้อมกับการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ สำหรับพฤติกรรมในการขับถ่ายปัสสาวะที่เหมาะสมได้แก่ การหลีกเลี่ยงการกลั้นปัสสาวะและการถ่ายปัสสาวะก่อนและหลังการมีเพศสัมพันธ์ จากการศึกษาของถนอมขวัญ ทวีบุรณ์, สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี, และกรองกาญจน์ ศิริภักดิ์ (2540) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 200 คนจากโครงการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ และสถานบริการทางสังคม ดินแดงเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุหญิงมีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่มากกว่าผู้สูงอายุชาย สตรีวัยหมดประจำเดือนจึงต้องมีการฝึกขมิบก้ามเนื้อหูรูด (Kegel's exercise) ซึ่งเป็นการบริหารกล้ามเนื้อ pubococcygeal และ levator ani ให้สามารถรองรับอวัยวะในอุ้งเชิงกรานได้ดี ทำให้สามารถกลั้นปัสสาวะได้ดีขึ้น (Alexander & LaRosa, 1994)

2.6 การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงในวัยหมดประจำเดือน สตรีวัยหมดประจำเดือนต้องมีพฤติกรรมต่างๆ ได้แก่ การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ การจดบันทึกอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้น เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการไปรับการรักษาหรือปรึกษาปัญหาข้อข้องใจต่างๆ กับแพทย์ต่อไป (Stoppard, 1994) การตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง (Drukker, 1995) ถ้าพบก้อนผิดปกติในเต้านมควรปรึกษาแพทย์ต่อไป

2.7 การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการหมดประจำเดือน ได้แก่ การศึกษาค้นคว้าความรู้เพิ่มเติมจากการอ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ การพูดคุยปรึกษากับบุคคลที่ใกล้ชิด อาทิ เพื่อน สามี หรือขอความรู้หรือคำปรึกษาจากแพทย์ พยาบาล

3. ด้านการออกกำลังกาย เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติเกี่ยวกับวิธีการและความสม่ำเสมอของการออกกำลังกาย การเพิ่มสมรรถภาพของร่างกาย ดังนั้นสตรีวัยหมดประจำเดือนควรมีพฤติกรรมในการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ โดยออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 - 5 ครั้งต่อ สัปดาห์ ครั้งละ 20 นาที (Edmunds, 1991) และพิจารณาชนิดการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับสภาพของตนเองเช่น การวิ่ง การรำมวยจีน การเดินแอโรบิก การว่ายน้ำ พร้อมกับการเตรียมตนเองให้พร้อมเพื่อการออกกำลังกายที่มีประสิทธิภาพ เช่น การเลือกชนิดเสื้อผ้าที่เหมาะสมสำหรับการออกกำลังกาย การสวมรองเท้ากีฬา ถ้ามีโรคประจำตัวควรปรึกษาแพทย์ผู้ดูแลก่อน

และถ้ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้น เช่น อาการเหนื่อยมาก หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ เจ็บหน้าอก ควรหยุดออกกำลังกายทันที (วิภาวี คงอินทร์, 2533)

4. ด้านการรับประทานอาหาร เป็นการปฏิบัติในการรับประทานอาหาร ลักษณะนิสัยการรับประทานอาหาร การควบคุมภาวะโภชนาการให้อยู่ในระดับปกติ การรับประทานอาหารจำพวกที่มีแคลเซียม ดังนั้นพฤติกรรมที่เหมาะสมของสตรีวัยหมดประจำเดือนจึงได้แก่ การงดหรือลดความถี่ของการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง เช่น เนื้อหมู เนื้อวัว หนังเป็ด หนังไก่ งดเว้นการใช้ไขมันจากสัตว์ และกะทิในการประกอบอาหาร ควรใช้น้ำมันพืชที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวแทน เช่น น้ำมันรำข้าว น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันดอกคำฝอย เป็นต้น การลดปริมาณอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง เช่น หอยนางรม ปลาหมึก อาหารทอดต่างๆ เป็นต้น การบริโภคอาหารจำพวกปลาทะเลเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากไขมันในปลาทะเลมีกรดไขมันชนิดที่มีความอิ่มตัวสูงคือ EPA (eicosapentaenoic acid) และ DHA (docosahexaenoic acid) ซึ่งพบมากในปลาแซลมอน ปลาสวาย ปลาทุ การบริโภคอาหารที่มีเส้นใยสูงเช่น ผัก ผลไม้ทุกวัน การรับประทานอาหารที่ให้สารไฟโตเอสโตรเจน (phytoestrogen) ได้แก่ ข้าวฟ่าง ผักแว่น ข้าวไม่ขัดสี ถั่วเหลือง และเต้าหู้ ซึ่งจะทำให้เก็บสะสมเอสโตรเจนในกระแสเลือดไว้ได้นาน (สมนา ชมพูทวีป และนิกร ดุลิตลีน, 2539) การบริโภคอาหารที่มีแคลเซียม เพื่อป้องกันภาวะกระดูกพรุน ได้แก่ นมและผลิตภัณฑ์จากนม ปลาตัวเล็กหรือสัตว์เล็กกินได้ทั้งกระดูก จากการศึกษาของโซโรโก ฮอลบรูค อีเดนสไตน์ และบาร์เรต-คอนเนอร์ (Soroko, Hollbrook, Edelstein, & Barrett-Connor, 1994) ในสตรีสูงอายุจำนวน 581 ราย เกี่ยวกับปริมาณนมที่ได้รับมาตั้งแต่ในวัยหนุ่มสาวกับความหนาแน่นของกระดูก พบว่าสตรีสูงอายุที่ดื่มนมเพียงพอในวัยหนุ่มสาว ทำให้ความหนาแน่นของกระดูกบริเวณข้อมือ กระดูกสันหลัง กระดูกสะโพกมากกว่าสตรีสูงอายุที่ดื่มนมน้อยกว่าปริมาณที่กำหนด การรับประทานอาหารจำพวกผักใบเขียวเข้มเช่น ยอดแค ยอดสะเดา ใบชะพลู ผักคะน้า ผักตำลึง ผักกวางตุ้ง ถั่วลันเตาซึ่งจะมีปริมาณแคลเซียมสูงเช่นกัน จากการศึกษาของแรมเดล บาสซี และพาย (Ramdale, Bassey, & Pye, 1994) ที่ศึกษาความหนาแน่นของกระดูกกับปริมาณแคลเซียมที่ได้รับในสตรีที่มีอายุระหว่าง 21 - 47 ปี จำนวน 56 ราย พบว่า ปริมาณแคลเซียมที่ได้รับมีผลต่อความหนาแน่นของกระดูกโดยเฉพาะบริเวณกระดูกสะโพก นอกจากนี้สตรีวัยหมดประจำเดือนต้องหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มประเภทชา กาแฟ น้ำอัดลม หรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ร่วมกับการรับประทานอาหารที่มีวิตามินบี 6 ได้แก่ เนื้อสัตว์ ถั่วต่างๆ ธัญพืช เป็นต้น (Dudek, 1997)

5. ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เป็นการแสดงถึงความสามารถ และวิธีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ซึ่งเป็นเหตุให้สตรีวัยหมดประจำเดือนได้รับการสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นพฤติกรรมที่เหมาะสมของสตรีวัยหมดประจำเดือนได้แก่ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้าง โดยเฉพาะสามี บุตร เพื่อน หรือบุคคลอื่น เพื่อให้สามารถปรึกษาหารือ เมื่อเกิดปัญหาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยที่เพื่อนในวัยเดียวกันที่มีประสบการณ์มาก่อน

สามารถเป็นที่ปรึกษาปัญหาต่างๆ ในรายที่มีปัญหาการมีเพศสัมพันธ์สตรีวัยหมดประจำเดือนควรสามารถพูดคุยปรึกษาหาทางแก้ไขปัญหากับสามี หรืออาจปรึกษาแพทย์ เพื่อขอรับคำแนะนำหรือการรักษาต่อไป

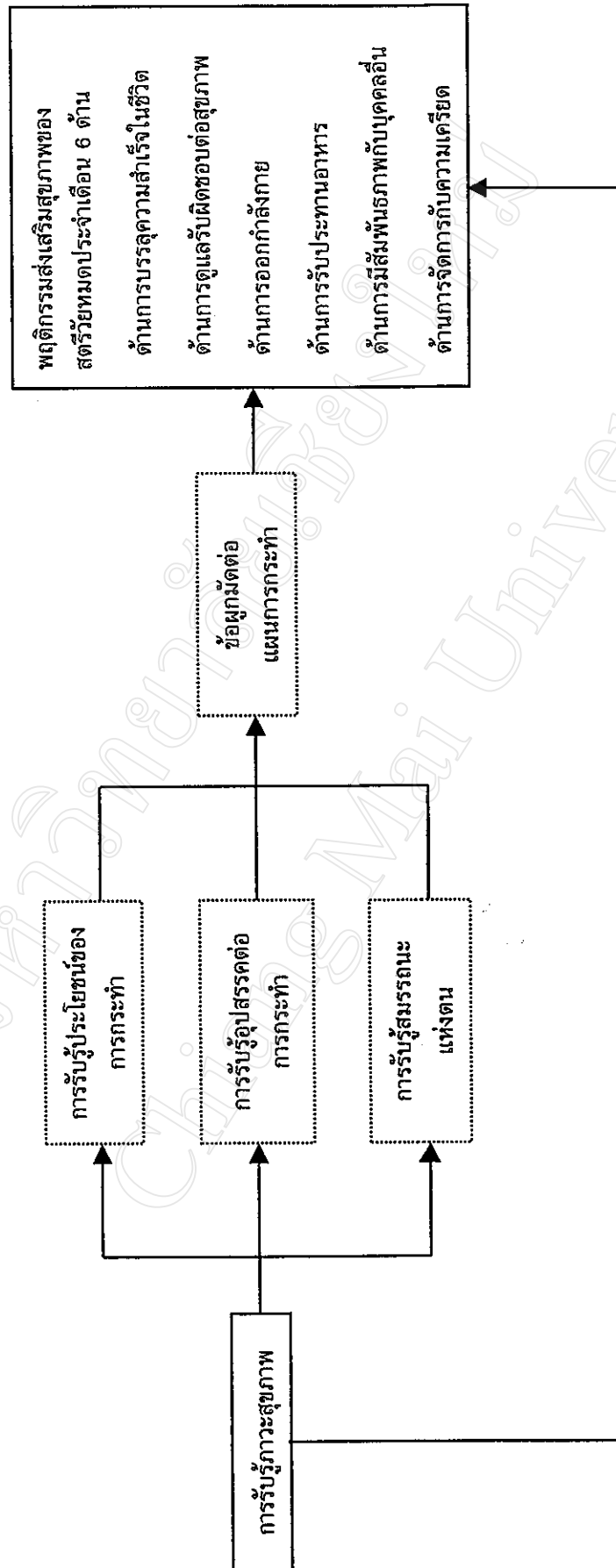
6. ด้านการจัดการกับความเครียด เป็นการกระทำกิจกรรมที่ช่วยทำให้เกิดความผ่อนคลาย ลดความตึงเครียด และมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ และเนื่องจากความเครียดมีอิทธิพลต่อร่างกายเป็นอย่างมาก ดังนั้นสตรีวัยหมดประจำเดือนควรมีพฤติกรรมการเรียนรู้เพื่อหาแนวทางจัดการกับความเครียดและการเพิ่มความสุขในการดำรงชีวิต (Peddicord, 1991) ซึ่งพฤติกรรมลดความเครียด ได้แก่ กิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจ การฟังเพลง การอ่านหนังสือ การทำงานอดิเรกต่างๆ การดูโทรทัศน์ การทำสมาธิ เป็นต้น (Wilhide-Tanner, 1991)

จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า จากการที่สตรีวัยหมดประจำเดือนได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงในวัยหมดประจำเดือนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้สตรีวัยหมดประจำเดือนต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ การบรรลุความสำเร็จในชีวิต การดูแลรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และด้านการจัดการกับความเครียด เพื่อให้สตรีวัยหมดประจำเดือนสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนเองให้ดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข แต่สตรีวัยหมดประจำเดือนแต่ละบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน ซึ่งการที่สตรีวัยหมดประจำเดือนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกันอาจเป็นผลจากมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพบางอย่าง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ดังกล่าว ดังแสดงในกรอบแนวคิดของการวิจัยในครั้งนี้

กรอบแนวคิดของการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน และศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรดังกล่าว โดยใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ที่ปรับปรุงขึ้นใหม่ (Pender, 1996) การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยส่วนบุคคลทางด้านจิตใจที่มีความสัมพันธ์ทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความสัมพันธ์โดยตรงอาจเกิดจากการภาวะสุขภาพมีแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น ส่วนความสัมพันธ์โดยอ้อมอาจเกิดจากภาวะสุขภาพทำให้รับรู้ประโยชน์ของการกระทำอุปสรรคต่อการกระทำและสมรรถนะแห่งตน ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ส่งผลต่อข้อผูกมัดต่อแผนการกระทำ ทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ ด้าน

การบรรลุความสำเร็จในชีวิต ด้านการดูแลรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และด้านการจัดการกับความเครียด โดยการรับรู้ภาวะสุขภาพจะทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณสมบัติกิจกรรมได้สำเร็จและต่อเนื่อง และการรับรู้ภาวะสุขภาพมักจะเป็นผลจากการปฏิบัติกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งมาก่อน ซึ่งกิจกรรมที่ปฏิบัติอาจเป็นผลดีและผลเสียต่อสุขภาพ ทำให้บุคคลสามารถประเมินประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ และทราบถึงอุปสรรคที่มีต่อกิจกรรมนั้นๆ ได้ ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ทำให้มีการวางแผนการปฏิบัติแล้ว แสดงออกเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งกรอบแนวคิดแสดงในแผนภูมิที่ 2 ซึ่งผู้วิจัยจะศึกษาเฉพาะความสัมพันธ์โดยตรงเท่านั้น



แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดของการวิจัย