

บทที่ 1

บทนำ



1.1 ความสำคัญของปัญหา

ในช่วง 2 - 3 ทศวรรษที่ผ่านมา ความเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและความก้าวหน้าทางการแพทย์สาธารณสุข ประกอบกับความสำเร็จของโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ ทำให้ประเทศไทยสามารถควบคุมภาวะเจริญพันธุ์ให้ลดลงสู่ระดับต่ำได้อย่างรวดเร็วจากอัตราการเกิด 42.2 ต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 คน ในปี พ.ศ. 2507 เป็น 18.3 ต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 คน ในปี พ.ศ. 2541 และอัตรายายของประชากรลดลงจาก 10.8 ต่อพันคน ในปี พ.ศ. 2507 เป็น 5.8 ในปี พ.ศ. 2537 จากการที่อัตรายายลดลงทำให้อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของเพศชายและเพศหญิงเพิ่มมากขึ้นคือในช่วงปี พ.ศ. 2512-2514 อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของเพศชาย 57.7 ปี เพศหญิง 61.4 ในช่วงปี พ.ศ. 2533-2538 เพศชายเพิ่มขึ้นเป็น 66.5 ปี เพศหญิงเพิ่มเป็น 71.0 ปี (สถิติสาธารณสุข, 2541: 17-18) และจากการประมาณประชากรของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ปรากฏว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2548 -2553 อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของเพศชายจะเป็น ประมาณ 68.0 ปี และของเพศหญิงประมาณ 71.8 ปี และมีแนวโน้มว่าอายุขัยเฉลี่ยจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ

จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ประชากรวัยสูงอายุที่มีจำนวนน้อยในอดีต กลับเพิ่มจำนวนมากขึ้น กล่าวคือ ทำให้โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงไป สำหรับประชากรวัย 45-59 ปี ในปี พ.ศ. 2513 มีร้อยละ 8.6 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2534: 25) และเพิ่มเป็นร้อยละ 12.8 ในปี พ.ศ. 2537 และประชากรหญิงที่มีอายุระหว่าง 45-59 ปี พ.ศ. 2537 มีจำนวน 3.85 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 13.1 ของประชากรเพศหญิงทั้งหมด จากการคาดประมาณการเพิ่มประชากร จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ พบว่าสตรีที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน กล่าวคือ ปี พ.ศ. 2533 มีจำนวน 7.2 ล้านคน เพิ่มขึ้นเป็น 8.7 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2539 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 9.9 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2543 หรือประมาณร้อยละ 32 ของจำนวนสตรีทั้งหมด (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2538: 17)

ในชีวิตของสตรีสามารถแบ่งวัยออกได้เป็นช่วง ๆ ตามความสัมพันธ์กับระบบสืบพันธุ์ โดยเริ่มตั้งแต่วัยเด็ก แล้วเข้าวัยหนุ่มสาว ซึ่งมีการเจริญเติบโตเต็มที่ทางเพศ รังไข่สามารถสร้างฮอร์โมนเพศเป็นวัยที่มีลักษณะเฉพาะทางเพศเกิดขึ้น จะมีการแสดงออกด้วยการมีระดูเกิดขึ้นเป็นครั้งแรก (Menarche) จึงเป็นวัยที่เริ่มสืบพันธุ์ได้ หรือเรียกว่าวัยเจริญพันธุ์ สตรีแต่ละคนจะมีระยะเวลาอยู่ในวัยนี้ประมาณ 30 กว่าปี และต่อจากวัยนี้จะเป็นวัยเสื่อมของระบบสืบพันธุ์ การทำหน้าที่ของรังไข่เริ่มเสื่อมถอยลงและไม่สามารถสร้างฮอร์โมนเพศได้เหมือนเช่นปกติ หรือเรียกว่า วัยหมดระดู (Menopause) ซึ่งเป็นวัยที่สตรีจะไม่มีระดูติดต่อกันครบ 1 ปีขึ้นไปเนื่องจากรังไข่ไม่ทำงานอีก (วราวุธ สุมาวงศ์, 2532: 67-79) โดยจะเกิดขึ้นในช่วงอายุ 45-55 ปี และสตรีหมดระดูเมื่อมีอายุโดยเฉลี่ยประมาณ 51 ปี

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากร และอายุขัยเฉลี่ยที่ยาวนานขึ้น ทำให้อัตราการอนามัยโลกคาดว่าสตรีหนึ่งในสองหรือสามคน จะมีชีวิตหลังหมดระดูอีกนานถึง 30 ปี (WHO, 1981: 7-103) ปัญหาสุขภาพของสตรีวัยนี้ จะเกิดกลุ่มอาการที่เรียกว่า Menopausal หรือ Climacteric syndrome (อุรุษา เทพพิสัย, 2532: 136-152) สาเหตุจากรังไข่เริ่มเสื่อมสภาพการสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจนได้น้อยลง ทำให้ระดับเอสโตรเจนในกระแสเลือดลดน้อยลง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและเกิดอาการต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ อาการร้อนวูบวาบ (hot flush) อวัยวะของระบบสืบพันธุ์เกิดการฝ่อลง (Genital atrophy) และเกิดอาการของระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งอาการเหล่านี้จะนำไปสู่ภาวะความกังวลทางด้านจิตใจ เกิดภาวะการนอนไม่หลับ นอกจากนี้ยังมีอาการใจสั่น ปวดศีรษะ ความจำเสื่อม อาการเหล่านี้จะเกิดร่วมกับระดูที่แปรปรวนจนถึงในวัยที่หมดระดู ระยะเวลาของอาการที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลนั้นจะแตกต่างกันออกไป บางคนอาจจะมีอาการเป็นระยะเวลา 1 ปี ถึง 3 ปีหรือมากกว่านี้ (วราวุธ สุมาวงศ์, 2532: 67-79) นอกจากนี้ การหมดระดูยังส่งผลกระทบต่อสตรีทั้งทางร่างกายและจิตใจ อารมณ์ พฤติกรรมและการปรับตัว เพราะปัญหาสุขภาพต่างๆ ที่เกิดขึ้นนั้น เกิดเนื่องจากการเปลี่ยนแปลง การเสื่อมสภาพ เสื่อมหน้าที่ของอวัยวะบางส่วนในร่างกาย และจะเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพระยะสั้นและระยะยาวเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เช่น การเกิดโรคกระดูกพรุน โรคเกี่ยวกับระบบหลอดเลือดและหัวใจ

ถึงแม้ว่าความพร้อมของการบริการด้านการแพทย์สาธารณสุขมีมากขึ้นในปัจจุบัน แต่การให้บริการดูแลสุขภาพของสตรีวัยหมดระดูตลอดจนการให้ความรู้และสุขศึกษาแก่สตรีวัยหมดระดู โดยเฉพาะในเขตชนบท ยังไม่กว้างขวางและเพียงพอเท่าที่ควร จากการทบทวนเอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า วัยหมดระดูเป็นช่วงชีวิตที่วิกฤติของสตรี เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ ช่วงวัยนี้มีความสำคัญ เพราะเป็นวัยที่ประสบความสำเร็จในชีวิตทุก ๆ ด้าน ขณะเดียวกันก็ต้องรับภาระหนักทั้งด้านส่วนตัว หน้าที่การงาน และครอบครัวพร้อม ๆ กับที่ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากด้วยเช่นกัน จึงทำให้สตรีกลุ่มนี้อาจต้องประสบปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงชีวิตวัยนี้ ซึ่งจะเป็ปัญหาสุขภาพทั้งระยะสั้นและระยะยาว ทำให้รัฐต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายสูงสำหรับการดูแลสุขภาพและให้การรักษายาบาลสตรีกลุ่มนี้เมื่อเข้าสู่วัยชรามากขึ้น แต่หากว่าสตรีได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องภาวะการหมดระดู ก็อาจจะช่วยให้สตรีมีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น มีการรับรู้ในทางบวกต่อภาวะหมดระดูและมีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยหมดระดูอย่างเหมาะสม

จังหวัดราชบุรีได้เริ่มให้บริการสาธารณสุขพื้นฐานสำหรับประชากรสตรีวัยหมดระดู ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 แต่ยังไม่แพร่หลายครอบคลุมทุกพื้นที่ดังเช่นการให้บริการสาธารณสุขด้านอื่น ๆ ข้อมูลด้านประชากร จากงานแผนงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ปี พ.ศ. 2540 พบว่า จังหวัดราชบุรีมีจำนวนประชากรรวม 813,663 คน จำแนกเป็นชาย 402,706 คน หญิง 410,957 คน ซึ่งในจำนวนนี้เป็นสตรีที่มีอายุระหว่าง 40-59 ปี จำนวน 90,208 คน คิดเป็นประมาณร้อยละ 22 ของประชากรเพศหญิงทั้งหมด สตรีกลุ่มนี้ส่วนใหญ่อยู่ในวัยหมดระดู ที่ยังไม่ได้รับการดูแลและขาดคำแนะนำปรึกษา เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพอย่างถูกต้อง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องบูรณาการสาธารณสุขต้องทราบถึงปัจจัยที่อาจมีส่วนกำหนดพฤติกรรมดูแลสุขภาพของสตรีวัยหมดระดูในจังหวัดราชบุรี ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท รวมทั้งจำเป็นต้องทราบข้อมูลพื้นฐานต่าง ๆ ของสตรีวัยหมดระดู ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของสตรีวัยหมดระดู รวมทั้งอุปนิสัยและ ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพของสตรีวัยหมดระดูในจังหวัดราชบุรี เพื่อจะได้นำข้อมูลดังกล่าวเป็นแนวทางในการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยหมดระดูให้ถูกต้อง เพื่อลดปัญหาสุขภาพของสตรีวัยหมดระดูทั้งระยะสั้นและระยะยาวลงได้ และเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีจนกระทั่งถึงวัยผู้สูงอายุ

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาลักษณะด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคมของสตรีวัยหมดระดูในเขตเมืองและชนบทจังหวัดราชบุรี
2. ศึกษาปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการหมดระดู ระดับความรู้ ทักษะคิดเกี่ยวกับการหมดระดูและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของสตรีวัยหมดระดูในพื้นที่ที่ศึกษา

1.3 แนวคิดเชิงทฤษฎี

ในการศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพของสตรีวัยหมดระดูครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง และแบบจำลองเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นแนวทางในการศึกษาดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรม หมายถึง ปฏิริยาต่าง ๆ หรือกิจกรรมของบุคคลที่แสดงออกมาซึ่งสังเกตได้หรือสังเกตไม่ได้ก็ตาม มีทั้งพฤติกรรมภายในและภายนอก พฤติกรรมภายใน ได้แก่ กิจกรรมภายในตัวบุคคล ซึ่งมีทั้งรูปธรรมและนามธรรม เช่น การเต้นของหัวใจ การทำงานของปอด ส่วนพฤติกรรมภายนอก เป็นสิ่งที่มองเห็นได้ตลอดเวลา เช่น การพูด การแสดงกิริยาต่าง ๆ (พันธุทิพย์ รามสูต, 2540: 141-142)

พฤติกรรมสุขภาพ (health related behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยซึ่งแบ่งออกเป็นพฤติกรรมอนามัย พฤติกรรมเจ็บป่วยและพฤติกรรมบทบาทคนเจ็บดังนี้ (ประภาพัญญ สุวรรณและสวิง สุวรรณ, 2534:86; พันธุทิพย์ รามสูต, 2540: 141-174)

1. พฤติกรรมอนามัย (health behavior) หมายถึง พฤติกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลที่มีสภาวะสุขภาพปกติ หรือ ไม่มีอาการแสดงของความเจ็บป่วย รวมทั้งผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงและภาวะไม่เสี่ยง กระทำหรือปฏิบัติโดยมีจุดมุ่งหมายที่จะส่งเสริม คุ้มครอง ปกป้องสุขภาพตน หรือป้องกันการเกิดโรค อันตรายหรือภาวะทุกขภาพ (ill health) ที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และสารอาหารที่ถูกสุขลักษณะ ถูกหลักโภชนาการและปลอดภัย การคาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับหรือโดยสารรถยนต์ การตรวจร่างกาย การไม่สูบบุหรี่ การไปตรวจมะเร็งปากมดลูก ซึ่งกล่าวได้ว่า พฤติกรรมอนามัยเป็นพฤติกรรมป้องกันการโรค (preventive behavior)

2. พฤติกรรมการเจ็บป่วย (illness behavior) หมายถึง พฤติกรรมใด ๆ ที่บุคคลรู้ว่าตนเองมีสภาวะสุขภาพหรือมีอาการแสดงที่ผิดปกติ แสวงหาผู้ช่วยเหลือ เช่น ไปปรึกษาเพื่อนฝูง พ่อแม่ คู่ครอง ญาติ หรือ ไปพบแพทย์เพื่อตรวจและรักษา ซึ่งการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมการเจ็บป่วยอย่างไร ขึ้นอยู่กับการที่บุคคลเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติต่อการเจ็บป่วยนั้น อาจเป็นการเรียนรู้จากค่านิยมที่ได้ปลูกฝังมาหรืออาจเป็นการเรียนรู้ที่เกิดโดยเหตุผลทางปฏิบัติ

3. พฤติกรรมบทบาทคนเจ็บ (sick role behavior) หมายถึง พฤติกรรมใด ๆ ที่บุคคลได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ หรือผู้ที่มีหน้าที่ในการรักษาว่าเป็นคนเจ็บแล้ว ได้ปฏิบัติตามบทบาทที่ถูกกำหนดโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยนั้น ๆ เช่น การรับประทานอาหาร ตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกที่จะทำให้อาการของโรคเป็นมากขึ้น

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

การดูแลสุขภาพตนเอง (Self care) เป็นคำที่บุคลากรในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเริ่มให้ความสนใจในรอบสองทศวรรษที่ผ่านมาและเริ่มให้ความสนใจอย่างจริงจังในเชิงรูปธรรมมากขึ้น มัลลิกา มดีโก (2530: 11-13) ได้สรุปที่มาของแนวคิดนี้ดังนี้

1. สุขภาพและความเจ็บป่วย เป็น ปรัชญาการณ์ที่เกิดขึ้นมาพร้อม ๆ กับสังคม ฉะนั้นการดูแลจัดการด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย จึงเป็นสิทธิและหน้าที่ของประชาชน ครอบคลุม ชุมชน

2. สุขภาพและความเจ็บป่วย จัดอยู่ในขอบข่ายทางวัฒนธรรม บุคคลแต่ละคนย่อมมีวิถีแก้ไขปัญหาที่แตกต่างกันออกไป แม้ว่าปัญหานั้นจะเป็นปัญหาโรคภัยไข้เจ็บเดียวกัน ทั้งนี้แต่ละบุคคลมีประสบการณ์ ค่านิยมและแนวคิดความเชื่อเรื่องสุขภาพ และความเจ็บป่วยแตกต่างกันไป

3. ในทุกชุมชน การแก้ไขปัญหาเรื่องสุขภาพ และความเจ็บป่วยถูกกำหนดไว้แล้ว โดยกฎเกณฑ์ทางสังคม สังคมจะเป็นผู้ระบุและตัดสินว่าใครป่วย ป่วยเป็นอะไรและควรรักษาอย่างไร ดังนั้นการเยียวยาจึงเป็นเรื่องชุมชนและบุคคลมากกว่า

4. บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขยังกระจายไปไม่ถึงประชาชนในชนบท เป็นบริการที่มีราคาแพงและไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง จึงมีความจำเป็นที่บุคคลต้องมีการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเอง

5. การส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง จะเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาศักยภาพของบุคคลเพื่อการพึ่งตนเอง ควบคุมตนเองและรับผิดชอบตนเองตลอดจนการอยู่ในอ้อมค้อมของแพทย์ให้น้อยลง จะเห็นได้ว่าแนวความคิดพื้นฐานดังกล่าว แทบจะปฏิเสธแนวคิดของระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นอยู่โดยสิ้นเชิง

Levin (1977) ได้ให้ทัศนะว่าแม้ปัจจุบันยังไม่มีข้อตกลงแน่นอนสำหรับนิยามการดูแลตนเองในแง่สุขภาพอนามัย แต่การดูแลสุขภาพตนเองนั้นก็เหมือนกระบวนการที่ประชากรสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) การป้องกันสุขภาพ (Health prevention) และการวิเคราะห์โรค (Disease detection) รวมทั้งการรักษา (Treatment) ในขั้นปฐมภูมิได้ด้วยตนเอง แนวคิดนี้สอดคล้องกับที่ Fry (1973) ได้จำแนกบทบาทการดูแลสุขภาพตนเองว่าประกอบด้วย (1) การทำนุบำรุงรักษาสุขภาพตน (Health maintenance) (2) การป้องกันโรคร้ายไข้เจ็บต่าง ๆ (Disease prevention) (3) การวินิจฉัยความผิดปกติหรือพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นด้วย ตนเอง (Self diagnosis) (4) การรักษาตัวเองด้วยวิธีการต่าง ๆ (Self treatment) รวมถึงการใช้ยา (self-medication) และ (5) การมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาที่วิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้จัดให้ (Participation in professional care) อีกนัยหนึ่งก็คือ การให้บริการทางสุขภาพอนามัย (Use of service) และการมีส่วนร่วมหรือตัดสินใจต่อแผนการรักษาพยาบาล

มัลลิกา มัติโก (2530) จำแนกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเป็น 2 ลักษณะ คือ การดูแลสุขภาพของตนเอง ในภาวะปกติ (Self care in health) และการดูแลสุขภาพตนเองในภาวะเจ็บป่วย (Self care in illness) ดังนี้

ก. การดูแลสุขภาพของตนเองในภาวะปกติ (Self care in health) การดูแลตนเองเพื่อสุขภาพอนามัย เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ เป็นพฤติกรรมที่ทำในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง 2 ลักษณะ คือ

1) การดูแลส่งเสริมสุขภาพ (health maintenance) คือ พฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขและพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่าง ๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพเป็นพฤติกรรมของประชาชนที่กระทำอย่างสม่ำเสมอ ในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง

2) การป้องกันโรค (disease prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่าง ๆ เช่น การไปรับภูมิคุ้มกันโรค โดยแบ่งระดับของการป้องกันโรคออกเป็น 3 ระดับคือ การป้องกันโรคเบื้องต้น การป้องกันความรุนแรงของโรคเป็นระดับของการป้องกันที่มุ่งจะจัดโรคให้หมดไปก่อนที่อาการของโรคจะรุนแรงมากขึ้น และการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค เป็นระดับของการป้องกันที่มีเป้าหมายต้องการยับยั้งแพร่กระจายของโรคจากผู้ป่วยไปสู่คนอื่น ๆ

ข. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Self care in illness) เมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณเองเจ็บป่วย ซึ่งอาจจะตัดสินใจด้วยตนเองหรือจากครอบครัวหรือเครือข่ายสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เมื่อเจ็บป่วยมีองค์ประกอบอย่างน้อย 4 ระดับด้วยกัน คือ การดูแลสุขภาพตนเองของแต่ละบุคคล การดูแลสุขภาพตนเองของครอบครัว การดูแลสุขภาพโดยเครือข่ายสังคม การดูแลสุขภาพโดยกลุ่มหรือบุคคลในชุมชน

การจำแนกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่นำเสนอโดยมัลลิกา มัติโก (2530: 11-13) เป็นการจำแนกที่ชัดเจนระหว่าง 2 ชั้น ซึ่งง่ายสำหรับทำความเข้าใจ แต่เมื่อคำนึงถึงภาวะความต่อเนื่องของสุขภาพและความเจ็บป่วย (Health illness continuum) แล้ว การจำแนกดังกล่าวอาจทำให้เกิดปัญหา เพราะบางพฤติกรรมนั้นอาจเป็นได้ทั้งการส่งเสริมและการป้องกันไปพร้อม ๆ กัน อย่างไรก็ตามแนวคิดของมัลลิกาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองไม่ว่าจะอยู่ในภาวะปกติหรือเจ็บป่วยจะมุ่งเน้นกระบวนการตัดสินใจที่จะทำการใด ๆ ของบุคคลนั้นเป็นสำคัญ

Orem (1971,1980) กำหนดเป้าหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองว่า

- 1) เป็นไปเพื่อประคับประคองกระบวนการชีวิต และสนับสนุนการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข
- 2) เพื่อผดุงไว้ซึ่งการเจริญเติบโตพัฒนาการ และวุฒิภาวะที่เหมาะสม 3) เพื่อป้องกัน ควบคุม บำบัดรักษาโรคร้ายไข้เจ็บ และการได้รับภัยอันตรายต่าง ๆ และ 4) เพื่อป้องกันหรือปรับตัวให้สอดคล้องกับความบกพร่องของสมรรถนะ Orem จำแนกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองออกเป็น 3 ลักษณะ

1) การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ (Universal self care) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่บุคคลทั่วไปปฏิบัติเพื่อประคับประคองกระบวนการชีวิตและสนับสนุนให้ดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างปกติ พฤติกรรมเหล่านี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ อายุขั้นตอนพัฒนาการที่เป็นอยู่และสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

2) การดูแลสุขภาพตนเองตามพัฒนาการ (Developmental self care) เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของบุคคลในแต่ละระยะของวงจรชีวิต ได้แก่ การเข้าสู่ภาวะการตั้งครรภ์ การเป็นบิดามารดา เป็นต้น ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สภาวะการณ์ที่มีผลต่อพัฒนาการนั้น ๆ

3) การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเกิดภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self care) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติเมื่อเกิดเจ็บป่วยไม่สามารถประกอบกิจกรรมหรือดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พันธุกรรมและการบำบัดรักษาต่าง ๆ เป็นต้น

จุดเด่นของทฤษฎี Orem ก็คือ การจำแนกเอาพัฒนาการชีวิต ออกมาอีกหมวดหนึ่ง แม้จะถือว่าพัฒนาการแต่ละขั้นตอนเป็นปรากฏการณ์ที่บุคคลทั่วไปประสบ แต่แท้จริงก็เป็นปรากฏการณ์ที่มีความคาบเกี่ยวอยู่ระหว่างความปกติกับความไม่ปกติ หากมีปัจจัยในทางบวกหรือลบอย่างใดอย่างหนึ่งเกื้อหนุน ปรากฏการณ์เหล่านี้ก็อาจเบี่ยงเบนไปในทางหนึ่งได้ทันที

ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์ (2530) ได้เน้นว่า การดูแลสุขภาพตนเองนั้น ครอบคลุมทั้งมิติของการรักษา ส่งเสริมทะนุบำรุงสุขภาพ แต่การวิจัยในมิติของการทะนุบำรุงสุขภาพยังมีน้อยมาก การดูแลตนเองในมิติของการรักษาได้รับความสนใจมากกว่า ทวิทองได้ประมวลแนวคิดของ Deam ซึ่งมองพฤติกรรมและการรับรู้ของการดูแลสุขภาพตนเอง ในบริบทของระบบการแพทย์แบบพหุนิยม (Pluralistic medical system) อันเป็นแนวทางของการศึกษาพฤติกรรมความเจ็บป่วยโดยนักสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา ซึ่งจะกว้างขวางครอบคลุมมากกว่าทฤษฎีการดูแลตนเอง ซึ่งเสนอโดย บุคลากรในวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ขีดวงจำกัดอยู่ในบริบทของระบบบริการโดยวิชาชีพเท่านั้น กล่าวคือการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยหมายถึง แนวพฤติกรรมระดับบุคคลเกี่ยวกับการรับรู้และประเมินอาการเจ็บป่วย การตัดสินใจเกี่ยวกับอาการนั้น ๆว่าจะรักษามันด้วยตัวเองอย่างมีอัตตวินิจัยหรือแสวงหาคำแนะนำจากผู้อื่น ซึ่งรวมความถึงการปรึกษาหารือในเครือข่ายสังคมของผู้ป่วยเอง เครือข่ายบริการผู้มีวิชาชีพรักษาพยาบาล เครือข่ายทางเลือกบริการรักษาอื่น ๆ ตลอดจนการประเมินและตัดสินใจเพื่อกำหนดการปฏิบัติบนพื้นฐานของข้อแนะนำที่ได้รับจากการปรึกษาหารือ ดังกล่าวจากคำจำกัดความดังกล่าว ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์ (2533) ได้จำแนกพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม ดังต่อไปนี้

1) กิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ปฏิบัติลงไปเพื่อทดแทนบริการแบบวิชาชีพหรือที่กระทำไปก่อนล่วงหน้าก่อนแสวงหาบริการแบบวิชาชีพ ซึ่งรวมถึงบริการรักษาแบบสามัญชนมากมายหลายชนิดที่บุคคล ครอบครัว เครือข่ายสังคม ตลอดจนชุมชนเป็นผู้จัดหาขึ้น ได้แก่ ปฏิบัติยาตนเองแบบไม่รักษา หรือ รอดูอาการ อันเป็นผลเนื่องจากการตัดสินใจบนพื้นฐานของการประเมินอาการโดยสามัญชน การรักษาตนเองโดยไม่ใช้ยา และการใช้ยารักษาตนเองเป็นรูปแบบพฤติกรรมรักษาโดยสามัญชนที่สังเกตแบบได้ง่ายที่สุด มิได้จำกัดเฉพาะยาแผนปัจจุบันเท่านั้น หากแต่รวมถึงยาพื้นบ้านสมุนไพรต่าง ๆ ด้วย

2) กิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ปฏิบัติไปในฐานะเป็นส่วนประกอบสำคัญในกระบวนการรักษาเพิ่มเติมบริการที่ให้โดยนักวิชาชีพ กิจกรรมประเภทนี้ดูเหมือนจะได้รับการยอมรับจากวิชาชีพทางการแพทย์มากที่สุด

3) การดูแลสุขภาพตนเองที่ทำไปโดยมีเจตนาแก้ไขเปลี่ยนแปลงปรับแก้บริการหรือคำแนะนำของผู้มีวิชาชีพ เป็นการดูแลสุขภาพตนเองที่มีความลึกของมิติพฤติกรรมมากที่สุด ผู้ป่วยจะเป็นผู้ตัดสินใจในกระทำ (Activated patients) เมื่อเผชิญกับบริการรักษาหรือคำแนะนำที่คนป่วยเชื่อว่าไม่เพียงพอต่อการแก้ไขปัญหาคความเจ็บป่วยของตน โดยอาจหาทางเลือกในการรักษาหลายรูปแบบ

จากประมวลความคิดและสาระที่นักวิชาการจากวิชาชีพต่าง ๆ ได้เสนอเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองแล้ว สามารถสรุปได้ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพตนเอง (Self care) เป็นกระบวนการที่ประชากรสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ด้วยตนเอง มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) ผดุงรักษา ภาวะสุขภาพ (Health maintenance) การป้องกันโรค (Disease prevention) การบำบัดรักษาตนเอง (Self treatment) ซึ่งรวมความ ไปถึงการฟื้นฟูสุขภาพร่างกาย จิตใจ (Rehabilitation) ภายหลังการเจ็บป่วย กระบวนการดูแลสุขภาพตนเองนี้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตของบุคคล ไม่ได้เกิดเฉพาะครั้งคราว

2. การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นระบบบริการสาธารณสุขขั้นปฐมภูมิเป็นฐานล่างสุด หรือนัยหนึ่งเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญยิ่งของระบบบริการสาธารณสุขซึ่งบริการสาธารณสุขที่ให้ โดยรัฐหรือวิชาชีพทุกระดับนั้น จำเป็นต้องให้สอดคล้องกับสภาพการณ์และศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของประชากรอย่างมีนัยสำคัญ

แบบจำลองเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบจำลองเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีของ Kurt Lewin (อ้างใน Rosenstock, 1974: 329) และได้รับการพัฒนามาจากการวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัย เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคของบุคคล ซึ่ง Rosenstock (1974: 330) ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบจำลองเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพไว้ว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมี ความรุนแรงและมีผลกระทบต่อ การดำรงชีวิต การปฏิบัติ นั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคและไม่มีอุปสรรคด้านจิตวิทยาขัดขวางการกระทำเพื่อป้องกันโรคนั้น เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวด ความอาย เป็นต้น

ต่อมาได้มีการปรับปรุงแบบจำลองเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเพิ่มองค์ประกอบอื่นอีก เพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรค และพฤติกรรมอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติ เพื่อรักษาโรค (Rosenstock, 1974: 329-335; Becker and Main, 1975: 10-24; Becker et al., 1977: 348-364) สรุปองค์ประกอบที่สำคัญได้ ดังนี้

1. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (perceived susceptibility) หมายถึง ความเชื่อหรือ การยอมรับของบุคคลเกี่ยวกับภาวะเสี่ยงของการเป็นโรค ซึ่งการที่จะยอมรับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือ ความเชื่อแต่ละคนมีระดับ ไม่เท่ากัน

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived seriousness or severity) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่จะรับรู้ต่อความรุนแรงของปัญหาที่มีต่อสุขภาพ บุคคลจะประเมินภาวะคุกคามหรือความรุนแรงที่จะก่อให้เกิดอันตรายถึงเสียชีวิต ความพิการ การใช้เวลาในการรักษา หรือกระทบต่อการทำงาน สัมพันธภาพทางสังคม และการดำรงชีวิต เมื่อรับรู้ว่าคุณมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและรับรู้ความรุนแรงของโรค บุคคลจะมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ดังกล่าว ซึ่งการรับรู้ว่าคุณมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นองค์ประกอบที่ขึ้นกับความรู้ของแต่ละบุคคล

3. การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคการป้องกันโรค (perceived benefits of taking action and barriers of taking action) หมายถึง การประเมินของบุคคลถึงประโยชน์ที่จะได้รับ เช่น เมื่อปฏิบัติแล้วจะทำให้ลดความรุนแรงของโรค เป็นการแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เป็นโรค เช่น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำซึ่งขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดี ข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย ส่วนการรับรู้ต่ออุปสรรค (perceived barriers) เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าในทางลบของบุคคลในการปฏิบัติตามคำแนะนำ ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกในการรักษาพยาบาล การถูกจำกัดกิจกรรม การมารับบริการหรือปฏิบัติพฤติกรรมอนามัยขัดกับอาชีพ หรือการดำเนินชีวิตประจำวันที่ทำให้เกิดความขัดแย้ง

4. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (cues to action) หมายถึง สิ่งชักนำที่ทำให้เกิดการกระทำ ได้แก่ สิ่งชักนำภายใน เป็นการรับรู้ สภาวะร่างกายของตนเอง เช่น เมื่อมีอาการเจ็บป่วย สิ่งชักนำภายนอก คือ คำแนะนำจากบุคคลอื่น หรือการได้รับการกระตุ้นเตือนจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ นอกจากนี้ ยังมีสิ่งชักนำจากสถานการณ์ต่าง ๆ เช่น ข่าวสารจากหนังสือพิมพ์ นิตยสารต่าง ๆ การรณรงค์ทางสุขภาพจากสื่อมวลชน การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว

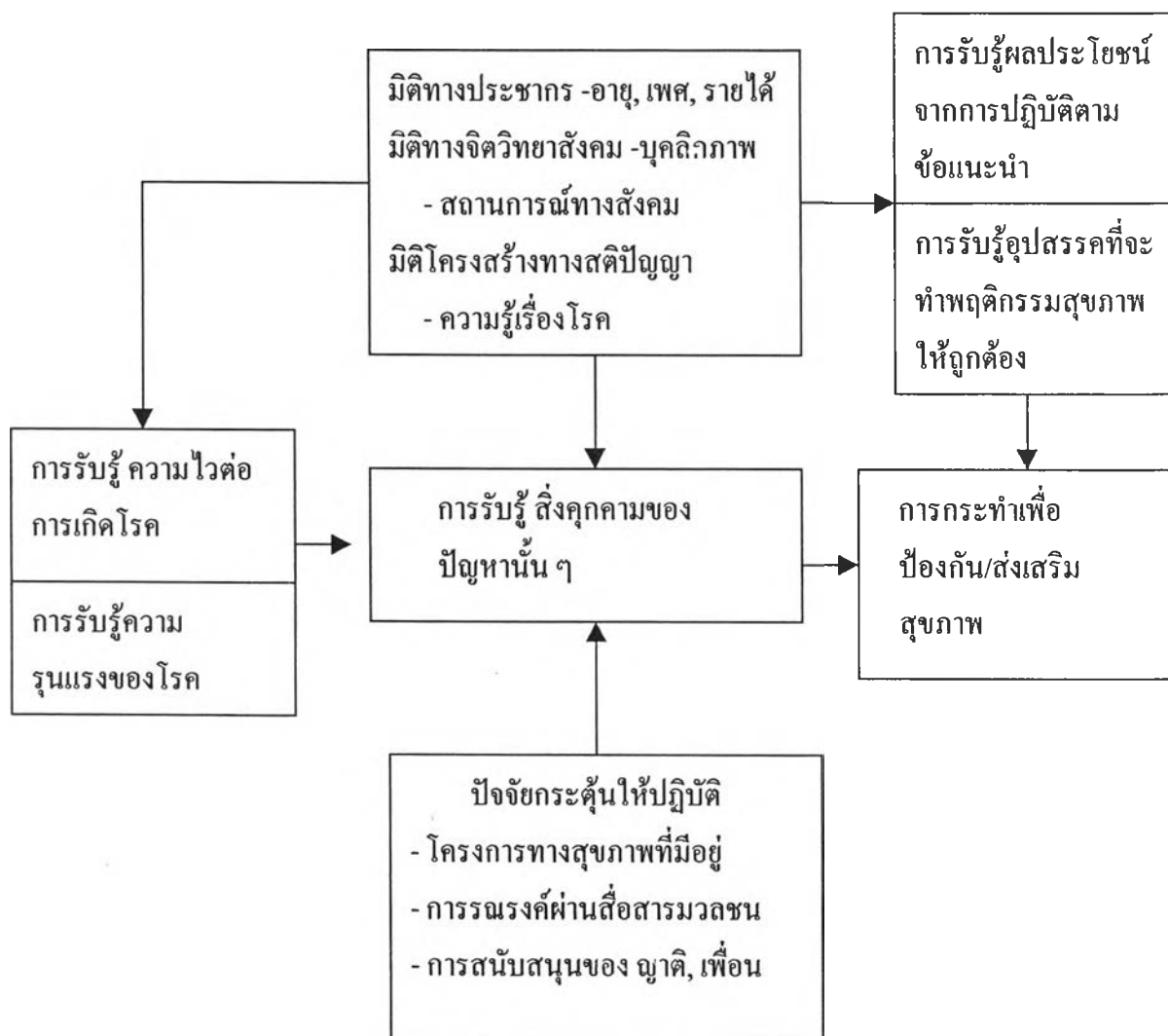
5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (health motivation) หมายถึง ความสนใจเรื่องสุขภาพของบุคคล เกิดจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยโดยทั่วไป ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือและปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

6. ปัจจัยร่วม (modifying factors) เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรค ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ เพศ ฐานะทางเศรษฐกิจสังคม และเชื้อชาติ ปัจจัยทางสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สังคม กลุ่มเพื่อน ปัจจัยภูมิหลัง เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค ทศนคติ ปฏิกริยา และปัจจัยผลักดันที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและแบบจำลองเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพดังกล่าวแล้วข้างต้น อาจเสนอเป็นแผนภูมิ โดยสรุปทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง หรือกำหนดพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของบุคคล ดังนี้

แผนภูมิที่ 1 สรุปแบบจำลองพฤติกรรมสุขภาพและความเชื่อด้านสุขภาพ

การรับรู้ของบุคคลปัจจัยที่เกี่ยวข้อง แนวโน้มการกระทำ



แหล่งที่มา :- ประยุกต์จาก Rosenstock 1974 (อ้างใน วสันต์ ศิลปสุวรรณ และ พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, 2541)

จาก 3 แนวคิดหลักที่กล่าวมาแล้ว คือ พฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อเป็นแนวทางพื้นฐาน ผู้วิจัยได้นำมาดัดแปลงเพื่อพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ กล่าวคือ สตรีวัยหมดระดูของไทยจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (ซึ่งรวมทั้งการดูแลสุขภาพตนเอง ภาวะโภชนาการ การออกกำลังกายและการไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ บุคลากรทางด้านสาธารณสุขเพื่อไปขอรับการปรึกษา หรือรับการตรวจร่างกาย) แตกต่างกันมากน้อยเพียงใด น่าจะขึ้นอยู่กับความรู้ ความเข้าใจ และความมุ่งหมายที่จะป้องกันการเกิดโรค หรือ มีการปฏิบัติที่อาจส่งผลเชิงลบหรือเชิงบวกต่อสุขภาพตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ รวมทั้งการมีปัจจัยที่เป็นสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (cues to action) โดยมีปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม และปัจจัยอื่น ๆ เป็นปัจจัยร่วม (modifying factors) ในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสตรีวัยหมดระดู

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเอาปัจจัยต่าง ๆ ที่คาดว่าจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสตรีวัยหมดระดู มาดังนี้

ปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ และสังคม	ได้แก่	อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว เขตที่อยู่อาศัย
ปัจจัยด้านความรู้	ได้แก่	ความรู้เกี่ยวกับการหมดระดูและแหล่งความรู้ที่ได้รับ
ปัจจัยด้านทัศนคติ	ได้แก่	ทัศนคติเกี่ยวกับประจำเดือนและภาวะการหมดระดู
ปัจจัยด้านสุขภาพ	ได้แก่	- ปัญหาสุขภาพทางร่างกายและจิตใจของสตรีที่เกี่ยวข้องกับภาวะการหมดระดู - แหล่งรับบริการดูแลสุขภาพทั่วไป และระยะหมดระดู

1.4 วรรณกรรม และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการขอรับคำปรึกษาและการรับบริการทางการแพทย์ มีดังนี้

1. อายุของสตรี

อายุเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เนื่องจากอายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต ทำให้มีพฤติกรรมตอบสนองต่อปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน ผู้ที่มีช่วงอายุระหว่าง 25-44 ปี เป็นช่วงที่ใช้เวลาในการทำงานสร้างฐานะมักไม่มีเวลาหรือให้ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพมากเท่าที่ควร แต่สำหรับผู้ที่อยู่ในช่วงอายุ 45-64 ปี ซึ่งย่างเข้าสู่วัยสูงอายุแล้ว จะมีความสนใจและเอาใจใส่ในเรื่องของสุขภาพมาก

วนิดา กมลธำ (2540:55) ศึกษาการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองของสตรีวัยหมดระดูในจังหวัดราชบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยในการปฏิบัติต่อการดูแลสุขภาพตนเองในวัยหมดระดูแตกต่างกัน โดยกลุ่มที่มีอายุน้อยที่สุด อายุระหว่าง 45-49 ปี มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติต่อการดูแลสุขภาพตนเองในวัยหมดระดูมากที่สุด รองลงมา คือ กลุ่มที่มีอายุระหว่าง 50-54 ปี และกลุ่มที่มีคะแนนเฉลี่ยในการปฏิบัติต่อการดูแลสุขภาพตนเองในวัยหมดระดูน้อยที่สุด คือ กลุ่มที่มีอายุระหว่าง 55-59 ปี

มีการศึกษาอีกกลุ่มหนึ่งที่พบผลในทางตรงข้ามกล่าวคือ อังคณา นวลยง (2535) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และมีหลายการศึกษาที่พบว่า อายุไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ตัวอย่างเช่น เพ็ญรุ่งเกิดสุวรรณ (2541:112-113) ที่ศึกษาในกลุ่มสตรีวัยหมดประจำเดือน จิรประภา ภาวิไล (2535) และพรทิพา ศุภราศรี (2538) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ และการศึกษาของ น้อมจิตต์ สฤตพันธ์ (2535) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน

2. สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส เป็นสถานภาพทางสังคม ที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพ และพฤติกรรมอนามัย ซึ่ง Orem (1985) ได้กล่าวไว้ในประเด็นของครอบครัวว่า บุคคลที่อยู่ในระบบครอบครัวที่มีความสัมพันธ์และร่วมมือกันอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งคู่สมรสที่มี สัมพันธภาพที่ดีต่อกัน จะมีความรักและความเข้าใจ สนใจเห็นอกเห็นใจ มีการสื่อความหมายอย่างเปิดเผยและมีประสิทธิภาพ มีการให้ข้อมูลคำแนะนำในการแก้ปัญหาต่าง ๆ และให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ซึ่งกันและกัน โดยสิ่งเหล่านี้จะทำให้สตรีเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับของบุคคลใกล้ชิด มีคนที่รู้สึกไว้วางใจ ได้ยามทุกข์และมีความมั่นใจในตนเอง นอกจากนี้ยังได้รับความช่วยเหลือในเรื่องวัตถุและบริการต่าง ๆ ที่จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหา และความยากลำบากที่เกิดขึ้น ซึ่งจะก่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง Hubbard et al. (1984) กล่าวว่า กลุ่มคนที่มีคู่ชีวิตจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่า จึงมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าคนโสด เพราะการมีคู่ชีวิตจะช่วยลดความเครียดทั้งหลายที่เกิดขึ้น ซึ่งต่างกับกลุ่มคนโสด หม้าย หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่ จะขาดผู้ที่คอยช่วยเหลือสนับสนุน แหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเชษฐสิณี เศรษฐบุตร และคณะ (2534) ได้ศึกษาเจ้าหน้าที่พยาบาลวัยกลางคน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสสูง ที่ได้รับการสนับสนุนทางจิตใจและอารมณ์จากคู่สมรส จะมีความพึงพอใจหรือมีความผาสุกทางจิตใจดีกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า หรือแยก และการศึกษาของครุณี ชูณหะวัต (2536) ศึกษาการส่งเสริมการดูแลตนเองโดยใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ เขียวลักษณ์ ทอนมาตย์ (2539) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเรียนรู้เกี่ยวกับกรมประจำเดือน ปัจจัยพื้นฐานบางประการ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีที่อยู่ในช่วงกำลังจะหมดประจำเดือน พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงว่า สตรีที่อยู่ในช่วงกำลังจะหมดประจำเดือนที่มีสถานภาพสมรสสูง จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องหรือมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี ในทางตรงข้ามมีผลการศึกษาคูณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดระดู ในเขตกรุงเทพมหานครและภาคต่าง ๆ คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันตก ภาคเหนือ จากนักวิจัยหลายท่าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสสูงกับกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่าหรือแยก มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (อารีรัตน์ อุทิศ, 2539 ; พุทธชาติ สินธุนาวา, 2540: 91-92 ; วรธิดา อิ่มสุคใจ, 2540: ก ; สุณี เวชประสิทธิ์, 2540: ก ; นุโรม เงามาม, 2540: ก)

3. การศึกษา

ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมักมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามักจะมีความรู้ ทักษะ ทักษะ การปฏิบัติที่ถูกต้องด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคดีกว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า (ประภาณีพิชญ สุวรรณ, 2534) เพราะบุคคลกลุ่มนี้ย่อมมีโอกาสหาความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยการอ่านหนังสือหรือรับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ได้มากกว่า เป็นการพัฒนาบุคคลให้มีความรู้และเข้าใจด้านต่าง ๆ รวมทั้งด้านสุขภาพอนามัย และทำให้พฤติกรรมป้องกันโรคดีขึ้น พบว่า มีการศึกษาวิจัยไว้หลายเรื่องที่ให้ผลในทิศทางเดียวกัน คือ ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลสุขภาพของสตรีวัยหมดระดู โดยที่สตรีที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีความรู้ความเข้าใจและให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพเป็นประจำทุกปี เช่น การตรวจความดันโลหิต การตรวจหามะเร็งปากมดลูก การตรวจเต้านม เป็นต้น (สุทธนิช หุณฑสาร, 2539: 157 ; เขียวลักษณ์ ทอนมาตย์, 2539: 58 ; รุ่งนภา ศิริปีกมานนท์, 2539: 63-72 ; จีระภา รัตนกิจ, 2540: ก ; พุทธชาติ สิ้นธุนาวา, 2540: ก ; วรริดา อิมสุคใจ, 2540: ก ; วนิดา กมลฉ่ำ, 2540: 69 ; วาสนา แสนศรีแก้ว, 2541: ก) ส่วนผลการศึกษาที่แตกต่างออกไปจากนี้ พบว่า การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (ศิริมา เขมะเพชร, 2541: ก ; กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2539)

4. อาชีพ

โดยทั่วไป อาชีพเป็นดัชนีแสดงถึงสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของบุคคล การประกอบอาชีพที่แตกต่างกันทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันในเรื่องของรายได้ เวลาทำงานและเวลาว่าง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมที่แตกต่างกัน จากการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่ พบว่า สตรีที่มีอาชีพต่างกัน มีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองในวัยหมดระดูแตกต่างกัน โดยกลุ่มที่มีอาชีพข้าราชการหรือเป็นพนักงานรัฐวิสาหกิจ จะมีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองในวัยหมดระดูมากที่สุด รองลงมา คือ กลุ่มที่มีอาชีพรับจ้าง แรงงานทั่วไปและกลุ่มที่มีอาชีพค้าขาย ส่วนอาชีพแม่บ้านและเกษตรกร มีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองในวัยหมดระดูน้อยที่สุด (กรุณาภรณ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา, 2538: ก ; รุ่งนภา ศิริปีกมานนท์, 2539: 63-72 ; สุทธนิช หุณฑสาร, 2539: ก ; จีระภา รัตนกิจ, 2540: ก ; พุทธชาติ สิ้นธุนาวา, 2540: ก ; พัชรา อธิธิยาภรณ์, 2540: ก ; วนิดา กมลฉ่ำ, 2540: 56)

5. รายได้ของครอบครัว

รายได้เป็นดัชนีสำคัญที่ใช้วัดสภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล จัดเป็นแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่งที่จะมีผลทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ของบุคคลดีขึ้น (Orem, 1985:175) ทั้งในด้านการศึกษาหาความรู้ การกำหนดความคิดของคน และพฤติกรรมต่าง ๆ ซึ่งรวมไปถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลด้วย กล่าวคือ ผู้มีรายได้น้อยมักจะมีระดับการศึกษาต่ำส่งผลให้ขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพและขาดการเอาใจใส่สุขภาพตนเอง เพราะต้องดิ้นรนหาเลี้ยงชีพ ไปวัน ๆ ขณะที่ผู้ที่มีรายได้สูงสามารถรักษาสุขภาพหรือป้องกันโรคและสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดีกว่า รวมทั้งมีโอกาสเลือกใช้บริการทางสาธารณสุขได้ดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ มีการศึกษาหลายเรื่องที่พบว่าสตรีที่มีสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมที่ดี มีสุขภาพร่างกายที่ดีกว่าสตรีที่มีสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมที่ต่ำกว่า ส่งผลให้ลดความตึงเครียดของภาวะจิตใจ ชะลอความแก่ในด้านสรีรวิทยาของร่างกายซึ่งจะมีผลต่อการชะลอกระบวนการหมดระดูของสตรีได้ (วิสุทธิ บุญเกษมสันติ, 2534: 57-67)

วนิดา กมลน้ำ (2540:56) ศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของสตรีวัยหมดระดูในจังหวัดราชบุรี พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลสุขภาพของสตรีในวัยหมดระดู อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ครอบครัวต่างกัน มีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองในวัยหมดระดูแตกต่างกัน แต่จะมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองในวัยหมดระดูที่ใกล้เคียงกันในแต่ละกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งการศึกษาของ Bullough (อ้างใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ , 2527) พบว่ารายได้ของครอบครัวเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด สำหรับพฤติกรรมและความร่วมมือที่ดีของบุคคลในการปฏิบัติเพื่อสุขภาพอนามัยที่ดี มีการศึกษาไว้หลายเรื่องที่ให้ผลในทิศทางเดียวกัน คือ รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสตรีวัยหมดระดู หรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (ขวัญใจ ดันดีวัฒน์เสถียร, 2534: 117-123 ; ดวงพร รัตนอมรชัย, 2535: 117 ; กรุณาภรณ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา, 2538: ก ; รุ่งนภา ศิริปกमानนท์, 2539: 63-72 ; จีระภา รัตนกิจ, 2540: ก ; พุทธชาติ สินธุนาว่า, 2540: ก ; วรธิดา อิมสุตใจ, 2540: ก) จากการทดสอบแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Johnson et al., (1993: 132) พบว่า รายได้มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่มีการศึกษาที่แตกต่างกันไปจากนี้ที่พบว่ารายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (เยาวลักษณ์ ทอนมาตย์, 2539: 64)

6. เขตที่อยู่อาศัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงวัยหมดระดูพบว่า ยังมีการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบพฤติกรรมของสตรีวัยหมดระดูที่อาศัยในเขตเมืองและชนบทน้อยมาก ส่วนใหญ่มักจะศึกษาเฉพาะในเขตใดเขตหนึ่งเท่านั้น แต่จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในประเด็นปัญหาอื่น ๆ ก็อาจกล่าวได้ว่า เขตที่อยู่อาศัยส่งผลให้พฤติกรรมของประชากรในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน

จากการศึกษาของศรีจิตรา บุนนาค เมื่อปี พ.ศ. 2532 (อ้างใน อรพรรณ อิศราภรณ์, 2536) พบว่า ความแตกต่างของแหล่งที่อยู่อาศัย ลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรม แบบแผนการดำเนินชีวิต ตลอดจนระบบบริการสุขภาพ มีผลต่อการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของบุคคล เมื่อเปรียบเทียบเขตเมืองและชนบทมีการศึกษาหลายเรื่อง เช่น การศึกษา ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ การศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของประชากรวัยเจริญพันธุ์เหล่านี้ พบว่า ให้ผลในทิศทางเดียวกัน คือ ประชากรในเขตเมืองมีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติที่ป้องกันเกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกับประชากรในเขตชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประชากรในเขตเมืองมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าประชากรในเขตชนบท เนื่องจากประชากรในเขตเมืองมีโอกาสได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อมวลชนต่าง ๆ มากกว่าประชากรในเขตชนบท (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534: ข ; สวณี เต็งรังสรรค์, 2535: ก ; วิไลลักษณ์ วรรณะ, 2535: ก ; อาภาภรณ์ ชินบุตร, 2536: ก) และจากการศึกษาแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุทั้งในเขตเมืองและชนบท มีแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง เหมือนกันทั้งในเขตเมืองและชนบท (ปาลีรัตน์ พรทวีกันทา, 2541: ก)

7. ความรู้เกี่ยวกับการหมดระดู

ตามทฤษฎีของการเรียนรู้ ได้อธิบายไว้ว่าการเรียนรู้หรือความรู้มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของชีวิต ด้วยเหตุผลดังกล่าวเมื่อมีความรู้เกิดขึ้นในตัวบุคคลแล้วพฤติกรรมต่าง ๆ ก็จะเกิดขึ้น

ผลการศึกษาของ วนิตา กมลฉ่ำ (2540: 71) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการหมดระดู มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองในวัยหมดระดูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า สตรีกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการหมดระดูอยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ลำภา อุปการกุล (2538) ซึ่งอธิบายได้ว่าสตรีไทยถือว่าการหมดระดูเป็นเรื่องการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ จึงไม่มีใครให้ความสนใจที่จะศึกษาหาความรู้จากแหล่งความรู้

ต่าง ๆ เท่าที่ควรประกอบกับระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานี้ ส่วนใหญ่รวมกันร้อยละ 83.6 เป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษา หรือมีการศึกษาเพียงระดับประถมศึกษา เมื่อผู้วิจัยได้ศึกษาเกี่ยวกับแหล่งความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับความรู้เรื่องการห่มกระดูก พบว่ากลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งที่ได้รับความรู้เรื่องวิห่มกระดูก จากญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน ประกอบกับการให้บริการในทุก ๆ ด้านสำหรับสตรีวิห่มกระดูกยังไม่ได้เริ่มดำเนินการและให้บริการอย่างครอบคลุมทั่วจังหวัด

สำหรับความรู้ในด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับการห่มกระดูก วนิดา กมลฉำ (2540) พบว่า สตรีส่วนใหญ่รู้ว่าสาเหตุของการห่มกระดูกเกิดจากรังไข่ผลิตฮอร์โมนเพศลดลง และรู้ผลกระทบของการที่รังไข่ผลิตฮอร์โมนเพศลดลงจะมีผลต่อสุขภาพของสตรีวิห่มกระดูกได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่าการเกิดอาการต่าง ๆ ในวิห่มกระดูกจะเกิดเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคมามากกว่าการลดลงของฮอร์โมนเพศ ในวัยนี้ ส่วนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติของสตรีวิห่มกระดูก ในเรื่องอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับสตรีวิห่มกระดูก การพักผ่อนที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และการได้รับคำแนะนำปรึกษาจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ในวิห่มกระดูกนั้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีความรู้อยู่ในระดับดี และจากประสบการณ์นั้นสตรีกลุ่มตัวอย่างเห็นว่าเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ต่อร่างกายของคนเรา โดยทั่ว ๆ ไป จึงคิดว่าเป็นประโยชน์ต่อสตรีวิห่มกระดูกด้วยเช่นกัน

8. แหล่งความรู้ที่ได้รับ

ผลการศึกษาของ วนิดา กมลฉำ (2540: 71) พบว่า แหล่งที่ให้ความรู้แก่สตรีวิห่มกระดูก มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองในวิห่มกระดูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิเคราะห์ความแตกต่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับความรู้จากสื่อมวลชน มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองในวิห่มกระดูกแตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับความรู้จากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากเพื่อนบ้านและกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยได้รับความรู้จากแหล่งใดเลย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974: 330-335) ที่อธิบายไว้ว่าสิ่งชี้แนะภายนอก เช่น การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การได้รับคำแนะนำจากผู้ให้บริการและสื่อต่าง ๆ เช่น หนังสือพิมพ์ จะมีผลต่อการชักจูงให้บุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติสื่อต่าง ๆ ที่ใช้ในงานสาธารณสุข เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ เอกสารแผ่นพับ โปสเตอร์ ทำให้ประชาชนรับทราบ เข้าถึงข้อมูลสุขภาพและยังเป็นเครื่องมือที่มีพลังกระตุ้นให้ประชาชนเกิดความรู้ความเข้าใจ โดยจะเป็นประโยชน์ในการจูงใจให้ประชาชนเห็นความสำคัญต่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ดังเช่น ฮอปแลนด์และคณะ (อ้างในประภาพรเพ็ญ สุวรรณ, 2527) อธิบายไว้ว่า กระบวนการ

สื่อสารทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ทั้งนี้บุคคลจะต้องเข้าใจข่าวสารจากสื่ออื่น ได้มีการศึกษา พบว่า สื่อต่าง ๆ ที่ใช้ในการให้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สิ่งพิมพ์เป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่มีประโยชน์มากที่สุด

9. ทศนคติเกี่ยวกับประจำเดือนและภาวะการหมดประจำเดือน

จากการศึกษาในต่างประเทศ หลายโครงการ เช่น การศึกษาอายุเมื่อกุมกำเนิดและความเชื่อเกี่ยวกับร่างกายของมนุษย์ โดยศึกษาในผู้หญิงชาวบราซิล สัมภาษณ์เชิงลึกถึงทัศนคติเกี่ยวกับการมี/ไม่มีประจำเดือน พบว่า ส่วนใหญ่เข้าใจว่าประจำเดือนเป็นกระบวนการทางธรรมชาติของร่างกายที่เกิดขึ้นกับผู้หญิงทุกคนเมื่อเข้าสู่วัยสาว เลือดประจำเดือนบ่งบอกถึงสุขภาพที่ดีของผู้หญิงเพราะได้มีการขับถ่ายเลือดเสียออกมา ผู้หญิงที่มีเลือดประจำเดือนครั้งแรกเมื่อมีอายุน้อยถือได้ว่ามีร่างกายที่สมบูรณ์และแข็งแรง ร่างกายมีความจำเป็นที่จะต้องขับเลือดเสียออกมาเพื่อที่จะได้สร้างเลือดใหม่ขึ้นมาทดแทน เมื่อมีการขับถ่ายเลือดออกมา ผู้หญิงจะมีความรู้สึกผ่อนคลายและสบายเนื้อสบายตัว การได้มีประจำเดือนมาทุกเดือนทำให้ผิวพรรณและผิวหน้าสดใส อย่างไรก็ตามการที่ผู้หญิงส่วนใหญ่มองเห็นเลือดประจำเดือนว่า สกปรกหรือเป็นเลือดเสียก็เป็นความเข้าใจในเรื่องของเลือดประจำเดือนเช่นเดียวกันกับผู้หญิงในประเทศที่กำลังพัฒนาอื่น ๆ เช่น บราซิล ใต้หวัน เปรู และไนจีเรีย ซึ่งมีความเข้าใจและความเชื่อเช่นกันว่าเลือดประจำเดือน มีความสำคัญยิ่งต่อสุขภาพของผู้หญิง (Ibanez-Novion, 1980; Shedlin, 1979; Furth and Ch'en, 1992 และ Gottlieb, 1988) ถึงแม้ผู้หญิงส่วนใหญ่จะคิดว่าเลือดประจำเดือนเป็นเลือดสกปรกหรือเลือดเสีย แต่ความเข้าใจว่าเลือดมาจากไหน ก็ยังเป็นที่ยอมรับกันดี โดยเฉพาะในกลุ่มนักเรียนหญิงซึ่งบอกว่าที่โรงเรียนสอนให้รู้ว่าประจำเดือนเป็นกลไกในร่างกายของผู้หญิงและเลือดนี้เป็นแหล่งอาหารของเด็กที่อยู่ในครรภ์

ในสังคมไทยมีความเชื่อเรื่องเลือดประจำเดือนในลักษณะที่ว่า เลือดประจำเดือนเป็นสิ่งที่สกปรก เลือดไม่ดี ที่ออกมาจากร่างกายเป็นสิ่งที่น่ารังเกียจ ผู้หญิงจะรู้สึกอาย เสียความรู้สึกหากว่าผู้อื่นเห็นเลือดประจำเดือนเปื้อนออกมาที่เสื้อผ้า ในขณะที่เดียวกัน เลือดประจำเดือนยังเป็นดัชนีบ่งบอกถึงภาวะสุขภาพของผู้หญิง การศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ผู้หญิงได้ให้คำอธิบายว่าลักษณะของเลือดประจำเดือนที่มีสีแดง ไม่มีกลิ่น และการไหลที่สะดวกมีปริมาณมากถือว่าเป็นเลือดที่ดีนำไปสู่ภาวะสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง ในขณะที่เลือดประจำเดือนที่มีสีซีดมีปริมาณน้อยถือว่าเป็นเลือดที่ไม่ดี โดยที่มีความเชื่อว่าเลือดประจำเดือนเป็นของเสียที่ร่างกายขับออกมา หากมีการค้างค้ำทำให้เกิดความไม่สบายตัวได้ (Chirawatkul, 1993) การขับเลือดเสียออกจากร่างกายนั้นหากพิจารณาในคัมภีร์มหาโชติรัตน์ซึ่งเป็นคัมภีร์การแพทย์แผนไทยที่กล่าวถึง ผู้หญิงโดย

เฉพาะและส่วนใหญ่เกี่ยวกับการมีประจำเดือน ได้กล่าวถึงเรื่องเลือดประจำเดือนของผู้หญิงว่าต้องให้เลือดประจำเดือนออกมามาก มิฉะนั้นแล้วจะทำให้ผู้หญิงเกิดอาการไม่สบายได้โดยในที่นี้ไม่ได้มีความหมายว่าเป็นการเจ็บป่วยแต่เป็นเพียงอาการไม่สบายเนื้อตัว ดังการอธิบายที่ว่า “ โลหิตระคนั้นมาจากที่ต่าง ๆ กัน โดยอนุมานว่าเมื่อโลหิตนั้นค้างอยู่ ณ ที่ใดก็จะให้โทษ มีอาการไปต่าง ๆ เมื่อโลหิตนั้นออกมาเป็นโลหิตระคนแล้ว อาการต่าง ๆ เหล่านี้ก็จะหายไป อาการไม่สบายเหล่านี้เรียกว่า โลหิตปกติโทษ ” (อายุรเวทวิทยาลัย, 2538)

ดังนั้นจึงมีความเป็นไปได้ที่ทำให้เกิดความเชื่อในวัฒนธรรมสุขภาพแบบพื้นบ้านที่ทำให้เลือดประจำเดือนออกมาให้มากไม่ให้เกิดค้างภายในร่างกาย ความสัมพันธ์ของเลือดประจำเดือนที่อธิบายตามคัมภีร์ดังกล่าวมีความต่อเนื่องมาถึงช่วงวัยหมดระดูด้วยคือ ผู้หญิงที่มีอาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ เกิดจากเข้าสู่วัยที่ร่างกายหยุดการขับเลือดเสียในขณะที่ยังคงมีเลือดเสียค้างอยู่ในร่างกาย ทำให้เลือดดังกล่าว ไปอยู่บนศีรษะและทำให้เกิดอาการมึนงง

ทัศนคติเกี่ยวกับการหมดประจำเดือน เป็นปัจจัยหนึ่งที่ พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของสตรีวัยหมดระดู จากการศึกษาของ Goerge เมื่อปี ค.ศ. 1988 (อ้างใน สุวิภา บุญยะโทตระ, 2537: 1) พบว่า สตรีชาวซีกส์ซึ่งอาศัยอยู่ในประเทศแคนาดา ต่างรอกอยเวลาเพื่อให้ถึงวัยหมดประจำเดือน เพราะการมีประจำเดือนถือเป็นช่วงที่ร่างกายสกปรก วัยหมดประจำเดือนจะเป็นช่วงที่ถูกปลดปล่อยจากความสกปรก ไม่มีรายงานว่าสตรีเหล่านี้มีอาการผิดปกติใด ๆ ในวัยหมดประจำเดือน และจากการศึกษาเชิงคุณภาพของ สิริพร จิรวัดณ์กุล ได้ศึกษาภาวะสุขภาพสตรีชนบทอีสานในปี พ.ศ. 2533-2534 เรื่อง เป็นเลือด-สุดเลือด: ความหมายและวิธีปฏิบัติอันแตกต่างที่อีสาน ซึ่งเน้นประเด็นการหมดประจำเดือน พบว่า ภาวะการหมดประจำเดือนเป็นภาวะปกติธรรมชาติ สูดเลือด สูดถูก เลือดจะไปลมจะมากคือ เป็นการเปลี่ยนเข้าสู่ภาวะสิ้นสุดการเจริญพันธุ์ อาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ที่เกิดในภาวะหมดประจำเดือน เช่น การปวดศีรษะ เวียนศีรษะ เพลีย หงุดหงิด ร้อน วูบวาบ และเหงื่อออกมากผิดปกติ ชาวบ้านมีความเห็นว่าไม่เป็นกลุ่มอาการของโรค แต่เชื่อว่าเป็นภาวะไม่สมดุล ไม่สม่ำเสมอของเลือดลมในร่างกายของคนปกติเมื่อมีอายุมากขึ้น ภาวะหมดประจำเดือนจึงไม่ใช่คนที่มีปัญหาทางด้านร่างกาย หรือมีปัญหาทางด้านจิตใจที่จำเป็นจะต้องมีการรักษาเป็นพิเศษ หากแต่เป็นเรื่องธรรมชาติของสตรีวัยนี้ทุกคน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของ พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤษดิ์ (2533: 1-2) ที่ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงวัยหมดประจำเดือนของสตรีชนบทไทย จำนวน 20 คน พบว่า กลุ่มสตรีนี้เชื่อว่า ภาวะการหมดประจำเดือนเป็นภาวะปกติธรรมชาติ ไม่ใช่เป็นโรคทั้งทางร่างกายและจิตใจ จึงไม่มีการดูแลสุขภาพตนเองเป็นพิเศษ แต่จะมีการพึ่งพาการรักษาเฉพาะในรายที่มีอาการรุนแรงเท่านั้น ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Bernhard, A.L. and Sheppard L (1993: 458.

อ้างใน ตำรา อุปการกุศล, 2538: 32) ซึ่งศึกษาสตรีอเมริกันที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป จำนวน 101 คน ที่ไม่เคยได้รับการผ่าตัดครั้ง ไข่ออกทั้ง 2 ข้าง และไม่อยู่ในระหว่างการใช้ฮอร์โมนเพศ โดยสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพ อาการ การดูแลตนเอง และการปรับตัวเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน พบว่า อายุเฉลี่ยของวัยหมดประจำเดือน คือ อายุ ระหว่าง 48.7-55.9 ปี ผู้หญิงเหล่านี้มีการศึกษาดี ขอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ภาวะหมดประจำเดือนไม่เป็นความผิดปกติของร่างกาย มีวิธีการดูแลสุขภาพของตนเองดี อยู่แล้ว แต่จะมีความกังวลกับการมีน้ำหนักเพิ่มมากขึ้น บางคนกังวลว่านั่นคือสัญญาณของอาการป่วย

10. ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการหมดระดู

อร่าม โรจนสกุล (2533: 81-95) ได้แบ่งปัญหาสุขภาพของสตรีวัยหมดระดูออกเป็น 4 ระยะ คือ

1. ปัญหาที่เกิดในระยะที่ไข่ไม่ตกแล้ว แต่ยังมีการสร้างเอสโตรเจนอยู่บ้าง ได้แก่ ความผิดปกติของรอบระดู รอบระดูจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลง โดยอาจเริ่มต้นด้วยการมีระดูอย่างสม่ำเสมอ มีการตกไข่ในแต่ละเดือน จนเข้าสู่ระยะที่มีความไม่สม่ำเสมอของรอบระดูและเข้าสู่ภาวะรอบระดูห่างออก ๆ จนเข้าสู่วัยหมดระดู ซึ่งทั้งนี้เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศของสตรีในวัยนี้ การเปลี่ยนแปลงจะเริ่มตั้งแต่อายุประมาณ 40 ปี หรือก่อนหมดระดูประมาณ 5-7 ปี

2. ปัญหาที่เกิดขึ้นในระยะที่เอสโตรเจนลดลง ได้แก่

2.1 อาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ (Vasomotor symptoms) ได้แก่ อาการร้อน วูบวาบ (hot flush) มีอาการเหงื่อออกมาก (Sweating) เป็นอาการที่พบได้บ่อยมากในวัยนี้ ซึ่งเป็นอาการที่อยู่ในกลุ่ม menopausal syndrome ในบางแห่งรายงานอุบัติการณ์ของกลุ่มอาการนี้สูงถึงร้อยละ 80 อาการนี้จะพบได้มากในช่วงวัยเปลี่ยน ในวัยนี้บางคนอาจมีอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ ใจสั่น รู้สึกตึงเครียด ความจำเสื่อม ฯลฯ ร่วมด้วย (กอบจิตต์ ติมปพยอม และอรณพ ใจสำราญ, 2537) สำหรับอาการ hot flush จะเป็นอาการแสดงที่มีลักษณะเฉพาะที่สุดของวัยใกล้หมดระดูสามารถใช้เป็นเครื่องบ่งชี้ได้ว่าสตรีที่มีอาการนี้กำลังเข้าสู่วัยหมดระดู (อุรุษา เทพพิสัย, 2532: 136-152)

2.2 อาการทางจิตประสาท (Psychological symptoms) เป็นอาการที่พบได้บ่อยในสตรีวัยหมดระดู หรือที่เรียกรวม ๆ ว่า menopausal syndrome สาเหตุที่เกิดขึ้นไม่แน่ชัด แต่บางอาการอาจมีสาเหตุสืบเนื่องจากอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ (กอบจิตต์ ติมปพยอม และอรณพ ใจสำราญ, 2537) กลุ่มอาการที่พบโดยไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ได้แก่ อาการซึมเศร้า หงุดหงิดง่าย ปวดศีรษะ เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจไม่ทั่วท้อง ขาดความเชื่อมั่นในตัวเอง (สุมนา ชมพูทวีปและคณะ, 2533: 285-299) ซึ่งอาการต่าง ๆ ดังกล่าวนี้อาจเกิดขึ้นได้จากการลดลงของระดับเอสโตรเจนในร่างกาย (WHO, 1981: 7-103)

ในสตรีบางรายอาจมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ทางสิ่งแวดล้อมและการเสื่อมสภาพของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายตนเองหรือบางครั้งเกิดจากปัญหาการสมรส มีหลายสิ่งทำให้เกิดความไม่พอใจใน ระยะที่เริ่มเข้าสู่วัยหมดระดู จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการบางอย่างในกลุ่มนี้ขึ้นได้ แต่มีกลุ่มอาการบางอย่างที่เป็นข้ออ้างทางวิทยาศาสตร์ว่าเกิดจากการขาดเอสโตรเจนในร่างกาย คือ การขาดความมั่นใจ กังวลใจ สัมผัสง่ายและการตัดสินใจลำบาก (กอบจิตต์ ติมปพยอม และอรรรณพ ใจสำราญ, 2537) กลุ่มอาการเหล่านี้ ถึงแม้ว่าจะไม่ก่อให้เกิดปัญหาร้ายแรงต่อสตรีวัยหมดระดู แต่ก็ก่อให้เกิดปัญหาที่มีผลกระทบต่ออารมณ์ ต่อครอบครัว หน้าที่การงานและสังคมรอบข้างของสตรีวัยหมดระดู

3. การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะสืบพันธุ์และระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง ในวัยใกล้หมดระดู วัยหมดระดูและวัยหลังหมดระดู อวัยวะของระบบสืบพันธุ์มีการเปลี่ยนแปลงทั้งรูปร่างและหน้าที่ เกิดการฝ่อลงของอวัยวะสืบพันธุ์ (Genital Atrophy) ซึ่งจะเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ และค่อยเป็นค่อยไป (WHO, 1981: 7-103) เนื้อเยื่อทั้งหลายในร่างกายของสตรี ที่เคยมีฮอร์โมนเอสโตรเจนหล่อเลี้ยง ในขณะที่เข้าสู่ วัยเปลี่ยนแปลงจะเริ่มเกิดการเหี่ยวแห้ง เนื่องจากเอสโตรเจนลดน้อยลง โดยเฉพาะในช่วงวัยหมดระดู (กอบจิตต์ ติมปพยอม และอรรรณพ ใจสำราญ, 2537 ; สุมนา ชมพูทิปและคณะ, 2533: 285-299) การลดลงของเอสโตรเจน จะทำให้เนื้อเยื่อในส่วนของ Epithelium หรือ connective tissue เปลี่ยนแปลงไป ในทางที่เหี่ยวและบอบบางมากขึ้น ซึ่งอวัยวะต่าง ๆ เหล่านี้ ได้แก่

3.1 อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก จะมีการลดลงของไขมัน ทำให้ผิวหนังเหี่ยวบางลง มีความยืดหยุ่นน้อยลง โดยเฉพาะ Labia majora จะเหี่ยวแห้งมาก Clitoris และ Labia minora มีขนาดเล็กกลง ทำให้ปากช่องคลอดหดแคบและขุ่น ผิวหนังแห้ง มีอาการคันรอบบริเวณอวัยวะเพศภายนอก การทำงานของต่อม Bartholin ลดลง ทำให้เกิดความเจ็บปวดขณะร่วมเพศและเกิด Atrophic vulvitis ขึ้นได้

3.2 ช่องคลอด ผนังช่องคลอดบางลง จำนวน Glycogen ในเซลล์เยื่อช่องคลอดลดลง จำนวน Lactobacilli ซึ่งเป็นแบคทีเรียที่ช่วยให้มีความต้านทานปกติของช่องคลอดลดน้อยลง ทำให้เกิดการเพิ่ม pH ในช่องคลอด ทำให้เชื้อโรคบางชนิด เช่น Staphylococci, streptococci, E.Coli เจริญเติบโตมากขึ้น ทำให้เกิดการตกขาว เพราะเชื้อเหล่านี้ทำให้เกิดการอักเสบมีตกขาวเป็นหนองได้

3.3 มดลูก ขนาดมดลูกจะมีการเปลี่ยนแปลงชัดเจน คือ มีขนาดเล็กลง คอมดลูกสั้นกล้ามเนื้อ มดลูก เยื่อโพรงมดลูกจะฝ่อ เหนียวและกล้ามเนื้อต่าง ๆ ในอุ้งเชิงกรานที่ช่วยพยุงมดลูกไว้คงอยู่จะเหี่ยวลีบลง ทำให้มีการเคลื่อนลงมาของมดลูก เกิด Genital prolapse ขึ้นซึ่งจะเป็นปัญหาสุขภาพอย่างหนึ่งใน สตรีวัยหมดระดู

3.4 ทางเดินปัสสาวะ โดยเฉพาะส่วนท่อปัสสาวะเกิดการอักเสบ เกิด Atrophic urethritis ทำให้มีอาการปัสสาวะขัดและถ่ายปัสสาวะบ่อย นอกจากนี้กล้ามเนื้อหูรูดและกล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะเสื่อมสมรรถภาพ อาจทำให้กลั้นปัสสาวะไม่ได้ มีปัสสาวะเล็ดออกได้ง่ายขณะไอ หรือจาม และอาจมีการอักเสบของกระเพาะปัสสาวะเรื้อรัง

4. ปัญหาในวัยสูงอายุอันเนื่องมาจากผลของการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในวัยหมดระดู ได้แก่ โรคกระดูกพรุน (Osteoporosis) และโรคของหลอดเลือดและหัวใจ

4.1 ภาวะโปร่งบางของกระดูก หรือโรคกระดูกพรุน (Osteoporosis) เป็นปัญหาที่พบบ่อยในประชากรวัยสูงอายุ ซึ่งเกิดจากการเสื่อมสภาพร่างกายตามวัย และมีสาเหตุจากปัจจัยหลายอย่าง โรคกระดูกพรุนทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ในสตรีวัยสูงอายุที่สำคัญ ได้แก่ อาการปวดหลัง กระดูกคอ และกระดูกหัก ตำแหน่งของกระดูกหักที่พบบ่อย คือ กระดูกสันหลัง กระดูกข้อมือและคอของกระดูกต้นขา การเกิดกระดูกหักนี้เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในผู้หญิงวัยสูงอายุ (อร่าม โรจนสกุล, 2533: 81-95)

4.2 โรคที่เกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือด ปัญหาระยะยาวที่สำคัญของสตรีวัยหมดระดู คือ การเพิ่มอัตราเสี่ยงของโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงโรคหลอดเลือดแข็งตัว อาการเส้นโลหิตในสมองแตกหรืออุดตัน พบว่า มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นในสตรีวัยหมดระดู เป็น 3 เท่าของสตรีที่ยังไม่หมดระดู (Kannel WB, Hjortland MC, Mc Namara PM, Gordon T., 1976) สาเหตุการเกิดนั้นเชื่อว่าเอสโตรเจนมีส่วนสำคัญในการควบคุมปริมาณไขมันในเลือด

จากรายงานการศึกษา พบว่า โรคเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งในประเทศพัฒนาแล้ว และเป็นอันดับสองหรือสามในประเทศที่กำลังพัฒนาและมีผู้ที่ทำการศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะเรื่องการออกกำลังกายและ Lipid metabolism ซึ่งพบว่า การออกกำลังกายทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน Lipid metabolism ในสตรีอายุต่าง ๆ กัน (กอบจิตต์ ลิมพยอมน และอรรรณพ ใจดำราญ, 2537)

ปัญหาสุขภาพของสตรีวัยหมดระดู ซึ่งเกิดเนื่องจากอาการของวัยหมดระดู ดังกล่าวมาแล้วนั้น มิได้เกิดขึ้นเฉพาะหลังหมดระดูแล้ว แต่เป็นเหตุการณ์ที่เริ่มปรากฏ ตั้งแต่ช่วงก่อนหมดระดูที่เริ่มมีการลดลงของระดับฮอร์โมนเอสโตรเจน เมื่อเริ่มเข้าสู่วัยเปลี่ยนแปลงแต่อาการผิดปกติของสตรีแต่ละคน จะมีความแตกต่างกัน ไปเป็นเรื่องเฉพาะตัวของแต่ละบุคคล โดยเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลาย ๆ อย่าง ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล การดำรงชีวิต สภาพทางเศรษฐกิจและสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อและสภาพแวดล้อม ตลอดจนภาวะสุขภาพของสตรีวัยหมดระดูในลักษณะมากน้อยแตกต่างกัน

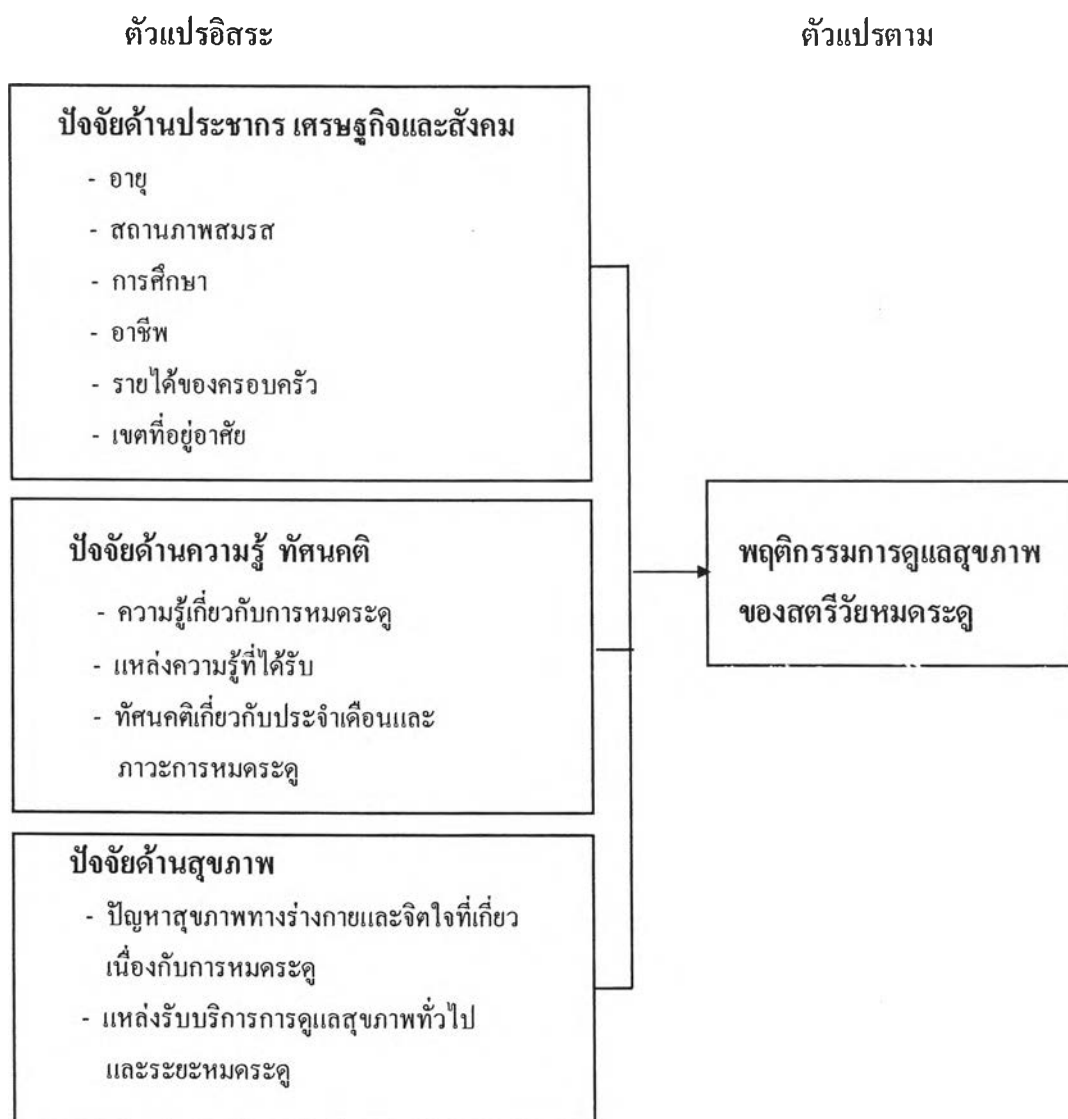
และนอกจากนี้ ยังมีสตรีบางส่วนที่สามารถผ่านพ้นวัยนี้ไปได้โดยไม่มีอาการผิดปกติ นอกจากการขาดหายไปของระดูเท่านั้น

ผลการศึกษาของวนิดา กมลน้า (2540: 72) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองของสตรีวัยหมดระดู กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีวัยหมดประจำเดือน อายุ 45-59 ปี ผลการวิจัยพบว่า ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการหมดระดู มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองในวัยหมดระดู อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิเคราะห์ความแตกต่าง พบว่า ไม่มีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยในการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองในวัยหมดระดู ในกลุ่มที่มีอาการเกี่ยวเนื่องจากการหมดระดูต่างกัน ทั้ง ไม่สอดคล้องกับแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974: 330-335) ที่อธิบายว่า การรับรู้สภาวะการเจ็บป่วยหรือความผิดปกติของร่างกาย จะเป็นผลชักจูงให้บุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติ ซึ่งอธิบายได้ว่า ในสังคมไทยมีความเห็นว่า การเกิดอาการผิดปกติของสตรีวัยหมดระดู เกิดเพราะธรรมชาติเป็นภาวะไม่สมดุล ไม่สมน้ำสมเนื้อของเลือดลมในร่างกายของสตรีเมื่อมีอายุมากขึ้น จึงไม่จำเป็นต้องมีการคอยดูแลเอาใจใส่ตนเองเป็นพิเศษ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศิริพร จิรวินน์กุล (2534) พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤณี (2533) และ ลำภา อุปการกุล (2538)

1.5 กรอบแนวคิดในการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ และแบบจำลองเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ ดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น เป็นแนวทางในการสร้างกรอบแนวคิดในการศึกษาโดยนำแนวคิดบางส่วนมาประยุกต์เพื่อให้เหมาะสมกับการศึกษา ซึ่งพอสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยด้านความรู้ ทักษะคิด และปัจจัยด้านสุขภาพน่าจะมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสตรีวัยหมดระดู ซึ่งสามารถเสนอเป็นกรอบแนวคิดที่ใช้สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ดังเสนอในแผนภูมิที่ 2

แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดในการศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพของสตรีวัยหมดระดู



1.6 สมมุติฐานการวิจัย

1.6.1 สมมุติฐานหลักในการศึกษา

การศึกษาค้นคว้านี้ได้กำหนดสมมุติฐานหลักไว้ดังนี้ สตรีวัยหมดระดูที่มีลักษณะด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม ความรู้ ทักษะ และปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องเนื่องจากภาวะการหมดระดูที่แตกต่างกัน น่าจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน

1.6.2 สมมุติฐานย่อย

1. ปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคม ได้แก่
 - 1.1 สตรีที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง น่าจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าสตรีที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท
 - 1.2 สตรีที่มีอายุน้อยกว่า น่าจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าสตรีที่มีอายุมากกว่า
 - 1.3 สตรีที่มีสถานภาพสมรสคู่ น่าจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าสตรีที่มีสถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่า แยก
 - 1.4 สตรีที่มีการศึกษาสูงกว่า น่าจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าสตรีที่มีการศึกษาดำกว่า
 - 1.5 สตรีที่มีอาชีพรับราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ น่าจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าสตรีที่มีอาชีพเกษตรกรรมและอาชีพอื่น ๆ
 - 1.6 สตรีที่มีระดับรายได้ของครอบครัวมากกว่า น่าจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าสตรีที่มีระดับรายได้ของครอบครัวน้อยกว่า
2. ปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติของบุคคล
 - 2.1 สตรีที่มีระดับคะแนน ความรู้เกี่ยวกับการหมดระดูสูงกว่า น่าจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าสตรีที่มีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการหมดระดูต่ำกว่า
 - 2.2 สตรีที่ได้รับความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข น่าจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าสตรีที่ได้รับความรู้จากแหล่งอื่น
 - 2.3 สตรีที่ได้รับความรู้จากแหล่งความรู้จำนวนมากกว่า จะมีพฤติกรรมดีกว่าสตรีที่ได้รับความรู้จากแหล่งความรู้จำนวนน้อยแหล่ง
 - 2.4 สตรีที่มีทัศนคติในเชิงบวกเกี่ยวกับภาวะหมดประจำเดือน น่าจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีกว่าสตรี ที่มีทัศนคติในเชิงลบเกี่ยวกับภาวะหมดประจำเดือน

3. ปัจจัยด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องเนื่องจากภาวะการหมดระดู
 - 3.1 สตรีที่มีปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการหมดระดูในระดับสูงกว่าน่าจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีกว่าสตรีที่มีปัญหาสุขภาพเนื่องจากการหมดระดูในระดับต่ำกว่า
 - 3.2 สตรีที่มีปัญหาสุขภาพเนื่องจากการหมดระดูที่ไปรับคำปรึกษาแนะนำจากสถานบริการของรัฐ น่าจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีกว่าสตรีที่ไปขอรับคำปรึกษาแนะนำจากแหล่งอื่น ๆ

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบลักษณะด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคมของสตรีวัยหมดระดูในจังหวัดราชบุรี
2. ทราบระดับปัญหาสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพของสตรีวัยหมดระดูในจังหวัดราชบุรี
3. ทราบถึงปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของสตรีวัยหมดระดู
4. ทราบถึงระดับความรู้และทัศนคติของสตรีวัยหมดระดูที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง
5. เพื่อจะใช้ผลการศึกษาร่างมาตรการกระตุ้นให้สตรีวัยหมดระดูมีความสนใจในการดูแลสุขภาพตนเอง เมื่อเข้าสู่วัยหมดระดู
6. เป็นแนวทางสำหรับผู้ให้บริการด้านสุขภาพอนามัยในการให้ความรู้และจัดคลินิกสำหรับสตรีวัยหมดระดู ตลอดจนการให้คำแนะนำสตรีในการดูแลตนเองที่บ้าน