

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน และปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค และแรงจูงใจด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนจำนวน 200 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม พ.ศ. 2549 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยการบรรยายประกอบตารางตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
2. พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน
3. ปัจจัยด้านการรับรู้และแรงจูงใจด้านสุขภาพ
4. ความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน
5. ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 46.12 ปี (SD = 5.00) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 45 - 55 ปี (ร้อยละ 51.50) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 48.50) ประกอบอาชีพรับจ้าง/ทำสวน (ร้อยละ 36.50) รายได้ครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 1,000 - 65,000 บาท เฉลี่ย 7,897.80 บาท (Median = 5,000) มีรายได้เพียงพอและไม่มีหนี้สิน (ร้อยละ 47.50) สถานภาพคู่ (ร้อยละ 82.50) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 88.50) ส่วนใหญ่ยังคงอยู่ในระยะก่อนหมดประจำเดือนนั่นคือ ปัจจุบันยังคงมีประจำเดือนสม่ำเสมอคิดเป็นร้อยละ 64.50 มีเพียงร้อยละ 23.50 ที่หมดประจำเดือนแล้ว โดยเป็นการหมดประจำเดือนตามธรรมชาติคิดเป็นร้อยละ 15.00 ไม่ได้รับฮอร์โมนเพศหลังจากหมด

ประจำเดือนคิดเป็นร้อยละ 18.50 นอกจากนี้ร้อยละ 18.50 มีการใช้ยาคุมกำเนิด/ฮอร์โมนเพศ ส่วนใหญ่เป็นการใช้เพื่อคุมกำเนิดคิดเป็นร้อยละ 13.00 ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 91.00) มีภาวะสุขภาพแข็งแรงและไม่มีโรคหรือความเสี่ยงทางสุขภาพ (ร้อยละ 78.50) ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจสุขภาพ (ร้อยละ 61.00) และร้อยละ 30.00 มาเพื่อรับบริการเพื่อตรวจมะเร็งปากมดลูก ดังตาราง 2

ตาราง 2

ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ($N = 200$)

ข้อมูลทั่วไป	ความถี่	ร้อยละ
อายุ ($\bar{X} = 46.12$, $SD = 5.00$, $Range = 40 - 59$)		
40 - 44ปี	83	41.50
45 - 55ปี	103	51.50
56 - 59ปี	14	7.00
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	35	17.50
ประถมศึกษา	97	48.50
มัธยมศึกษา	30	15.00
อนุปริญญา/เทียบเท่า	26	13.00
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	12	6.00
อาชีพ		
แม่บ้าน	76	38.00
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	22	11.00
รับจ้าง/ทำสวน	73	36.50
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	29	14.50
รายได้ครอบครัว/เดือน ($\bar{X} = 7,897.80$, $Median = 5,000$, $Range = 1,000 - 65,000$)		
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอและไม่มีหนี้สิน	95	47.50
เพียงพอแต่มีหนี้สิน	7	3.50
ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน	50	25.00
ไม่เพียงพอแต่มีหนี้สิน	48	24.00

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ความถี่	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
คู่	165	82.50
โสด	8	4.00
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	27	13.50
โรคประจำตัว		
ไม่มี	177	88.50
มี	23	11.50
ระยะเวลาการหมดประจำเดือน		
ยังมีประจำเดือนสม่ำเสมอ	129	64.50
ประจำเดือนเริ่มหมด/ไม่สม่ำเสมอ	24	12.00
ประจำเดือนหมดแล้ว	47	23.50
สาเหตุของการหมดประจำเดือน		
หมดตามธรรมชาติ	30	15.00
หมดจากการรักษาของแพทย์	17	8.50
การได้รับฮอร์โมนเพศหลังหมดประจำเดือน		
ไม่ได้รับ	37	18.50
ได้รับ	10	5.00
การใช้ยาคุมกำเนิด/ฮอร์โมน		
ไม่ใช้	163	81.50
ใช้	37	18.50
เหตุผลการใช้ยาคุมกำเนิด/ฮอร์โมน		
คุมกำเนิด	26	13.00
รักษาโรค	2	1.00
เพิ่มฮอร์โมน	11	5.50
ประวัติโรคหัวใจและหลอดเลือดในครอบครัว		
ไม่มี	182	91.00
มี	18	9.00

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ความถี่	ร้อยละ
ภาวะสุขภาพ		
แข็งแรงและไม่มีโรคหรือความเสี่ยง	157	78.50
แข็งแรงแม้จะป่วยเป็นโรค	25	12.50
ไม่แข็งแรงและมีโรคหรือความเสี่ยง	18	9.00
การตรวจสุขภาพประจำปี		
ไม่เคยตรวจ	122	61.00
เคยตรวจ	78	39.00
เหตุผลในการมารับบริการ		
ตรวจมะเร็งปากมดลูก	60	30.00
ตรวจโรคทางนรีเวช	40	20.00
รับฮอร์โมน	32	16.00
ตรวจหลังผ่าตัด	30	15.00
มาตามแพทย์นัด	38	19.00

พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.66$, $SD = .34$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับประทานอาหารสูงสุด ($\bar{X} = 2.89$, $SD = .30$) รองลงมาคือ คะแนนเฉลี่ยด้านการจัดการความเครียด ($\bar{X} = 2.83$, $SD = .39$) และด้านการออกกำลังกาย ($\bar{X} = 2.53$, $SD = .55$) สำหรับด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือด้านการตรวจสุขภาพประจำปี ($\bar{X} = 2.13$, $SD = .92$) ดังตาราง 3

ตาราง 3

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคจำแนกตามค่าคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งรายด้าน และโดยรวม (N = 200)

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค	\bar{X}	SD	ระดับพฤติกรรม
การออกกำลังกาย	2.53	.55	สูง
การรับประทานอาหาร	2.89	.30	สูง
การจัดการความเครียด	2.83	.39	สูง
การตรวจสุขภาพประจำปี	2.13	.92	ปานกลาง
โดยรวม	2.66	.34	สูง

เมื่อจำแนกตามรายชื่อในแต่ละด้านของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย พบการปฏิบัติมากที่สุดในชื่อละหมาดวันละ 5 ครั้ง โดยในแต่ละครั้งใช้เวลาครั้งละประมาณ 10 - 15 นาที (ร้อยละ 64.50) รองลงมาคือ ใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น รดน้ำต้นไม้ ปลูกต้นไม้ ทำงานบ้าน หรือกิจกรรมที่ทำให้เหงื่อออก หัวใจเต้นเร็วขึ้น (ร้อยละ 40.50) และออกกำลังกายด้วยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น เดินขึ้นบันได เดินแทนการนั่งรถ (ร้อยละ 30.00) ส่วนด้านการรับประทานอาหาร พบการปฏิบัติมากที่สุดในชื่อปฏิบัติศาสนกิจด้วยการถือศีลอดครบ 1 เดือนในแต่ละปี

(ร้อยละ 86.00) รองลงมาคือ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และถูกต้องตามหลักการอิสลาม (ฮาลาล) (ร้อยละ 65.00) และปรุงอาหารโดยการใช้น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว น้ำมันข้าวโพด (ร้อยละ 33.50) ด้านการจัดการความเครียด พบการปฏิบัติมากที่สุดในชื่อบอกกับตัวเองเสมอว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นการทดสอบจากพระเจ้า (ร้อยละ 35.00) รองลงมาคือ พุดคุยปรึกษาปัญหา กับบุคคลใกล้ชิด บุคคลที่ไว้วางใจ หรือบุคคลที่นับถือเมื่อไม่สบายใจ (ร้อยละ 34.00) และมีกิจกรรมทำในยามว่างให้รู้สึกผ่อนคลาย เช่น ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ (ร้อยละ 28.00) และด้านการตรวจสุขภาพประจำปี พบการปฏิบัติมากที่สุดในชื่อติดตามการตรวจความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ (ร้อยละ 26.50) รองลงมาคือ ไปรับการตรวจสุขภาพประจำปี (ร้อยละ 20.50) และติดตามการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ (ร้อยละ 17.50) ดังตาราง 4

ตาราง 4

ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติมากที่สุด 3 อันดับแรกรายด้าน (N = 200)

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค	ร้อยละ
<i>การออกกำลังกาย</i>	
1. ละหมาดวันละ 5 ครั้ง โดยในแต่ละครั้งใช้เวลาครั้งละประมาณ 10 - 15 นาที	64.50
2. ใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น รดน้ำต้นไม้ ปลูกต้นไม้ ทำงานบ้าน หรือกิจกรรมที่ทำให้เหงื่อออก หัวใจเต้นเร็วขึ้น	40.50
3. ออกกำลังกายด้วยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น เดินขึ้นบันได เดินแทนการนั่งรถ	30.00
<i>การรับประทานอาหาร</i>	
1. ปฏิบัติศาสนกิจด้วยการถือศีลอดครบ 1 เดือนในแต่ละปี	86.00
2. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และถูกต้องตามหลักการอิสลาม (ฮาลาล) เช่น ผัก ผลไม้ เนื้อปลา	65.00
3. ปรงูอาหารโดยการใช้ น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว น้ำมันข้าวโพด	33.50
<i>การจัดการความเครียด</i>	
1. บอกกับตัวเองเสมอว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นการทดสอบจากพระเจ้า	35.00
2. พุดคุยปรึกษาปัญหากับบุคคลใกล้ชิด บุคคลที่ไว้วางใจ หรือบุคคลที่นับถือ เมื่อไม่สบายใจ	34.00
3. มีกิจกรรมทำในยามว่างให้รู้สึกผ่อนคลาย เช่น ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ	28.00
<i>การตรวจสุขภาพประจำปี</i>	
1. ติดตามการตรวจความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ	26.50
2. ไปรับการตรวจสุขภาพประจำปีทุกปี	20.50
3. ติดตามการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ	17.50

สำหรับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดจำแนกตามรายชื่อในแต่ละด้านที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติน้อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย พบการปฏิบัติน้อยที่สุดในข้อออกกำลังกายอย่างน้อย 30 - 60 นาทีต่อครั้ง สัปดาห์ละอย่างน้อย 3 วัน (ร้อยละ 38.00) รองลงมาคือ สังเกตอาการผิดปกติขณะออกกำลังกาย เช่น เจ็บหน้าอก ใจสั่น หายใจเหนื่อย (ร้อยละ 34.00) และก่อนการออกกำลังกาย มีการยืดกล้ามเนื้อหรือออกแรงเบา ๆ โดยใช้เวลาประมาณ 10 - 15 นาที เช่น การวิ่งเหยาะ ๆ หรือกิจกรรมที่ออกแรงน้อย (ร้อยละ 22.50) ด้านการรับประทานอาหาร พบการปฏิบัติน้อยที่สุดในข้อปรุงอาหารโดยการใช้น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว น้ำมันข้าวโพด (ร้อยละ 16.50) รองลงมาคือ รับประทานอาหารที่มีไขมัน และโคเลสเตอรอลสูง เช่น เนื้อสัตว์ที่ติดมัน แกงกะทิ หนังกุ้ง และเติมน้ำปลา ซีอิ๊ว เหลือลงในอาหารที่รับประทาน (ร้อยละ 8.00) และปรุงอาหารด้วยวิธีการต้ม นึ่ง อย่างน้อยกว่าการทอด (ร้อยละ 6.00) ด้านการจัดการความเครียด พบการปฏิบัติน้อยที่สุดในข้อใช้ยานอนหลับ หรือยากล่อมประสาทเมื่อมีความเครียดมาก (ร้อยละ 85.00) รองลงมาคือ ไปเที่ยวตามสถานที่ต่าง ๆ (ร้อยละ 14.50) และหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหามาจากผู้อื่นแล้วนำมาปรับใช้กับตนเอง เพื่อช่วยให้การแก้ไขปัญหาคิดขึ้น (ร้อยละ 10.50) และด้านการตรวจสุขภาพประจำปี พบการปฏิบัติน้อยที่สุดในข้อไปรับการตรวจสุขภาพประจำปีทุกปี (ร้อยละ 47.00) รองลงมาคือ เข้ารับการตรวจตามแพทย์หรือโรงพยาบาลนัดเมื่อมีอาการผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 42.50) และติดตามการตรวจระดับไขมันในเลือดอย่างสม่ำเสมอ (ร้อยละ 41.50) ดังตาราง 5

ตาราง 5

ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติน้อยที่สุด 3 อันดับแรกรายด้าน (N = 200)

พฤติกรรมการป้องกันโรค	ร้อยละ
<i>การออกกำลังกาย</i>	
1. ออกกำลังกายอย่างน้อย 30 - 60 นาทีต่อครั้ง สัปดาห์ละอย่างน้อย 3 วัน	38.00
2. สังเกตอาการผิดปกติขณะออกกำลังกาย เช่น เจ็บหน้าอก ใจสั่น หายใจเหนื่อย	34.00
3. ก่อนการออกกำลังกาย มีการยืดกล้ามเนื้อหรือออกแรงเบา ๆ โดยใช้เวลาประมาณ 10 - 15 นาที เช่น การวิ่งเหยาะ ๆ หรือกิจกรรมที่ออกแรงน้อย	22.50
<i>การรับประทานอาหาร</i>	
1. ปรุงอาหารโดยการใช้ น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว น้ำมันข้าวโพด	16.50
2. รับประทานอาหารที่มีไขมัน และโคเลสเตอรอลสูง เช่น เนื้อสัตว์ที่ติดมัน แองกะทิ หนังกุ้ง และ เติมน้ำปลา ซีอิ๊ว เกลือลงในอาหารที่รับประทาน	8.00
3. ปรุงอาหารด้วยวิธีการต้ม นึ่ง อย่างน้อยกว่าการทอด	6.00
<i>การจัดการความเครียด</i>	
1. ใช้ยานอนหลับ หรือยากล่อมประสาทเมื่อมีความเครียดมาก	85.00
2. ไปเที่ยวตามสถานที่ต่าง ๆ	14.50
3. หาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาจากผู้อื่นแล้วนำมาปรับใช้กับตนเอง เพื่อช่วยให้การแก้ไขปัญหาดีขึ้น	10.50
<i>การตรวจสุขภาพประจำปี</i>	
1. ไปรับการตรวจสุขภาพประจำปีทุกปี	47.00
2. เข้ารับการตรวจตามแพทย์หรือ โรงพยาบาลนัดเมื่อมีอาการผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด	42.50
3. ติดตามการตรวจระดับไขมันในเลือดอย่างสม่ำเสมอ	41.50

ปัจจัยด้านการรับรู้และแรงจูงใจด้านสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้และแรงจูงใจด้านสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.83$, $SD = .25$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคสูงสุด ($\bar{X} = 4.27$, $SD = .39$) รองลงมาคือ ด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพ ($\bar{X} = 4.23$, $SD = .43$) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ($\bar{X} = 3.97$, $SD = .45$) และด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ($\bar{X} = 3.90$, $SD = .56$) สำหรับด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ($\bar{X} = 2.61$, $SD = .48$) ดังตาราง 6

ตาราง 6

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้จำแนกตามค่าคะแนนปัจจัยด้านการรับรู้และแรงจูงใจด้านสุขภาพทั้งรายด้าน และโดยรวม ($N = 200$)

การรับรู้และแรงจูงใจ	\bar{X}	SD	ระดับการรับรู้
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	3.90	.56	สูง
การรับรู้ความรุนแรง	3.97	.45	สูง
การรับรู้ประโยชน์	4.27	.39	สูงมาก
การรับรู้อุปสรรค	2.61	.48	ปานกลาง
แรงจูงใจด้านสุขภาพ	4.23	.43	สูงมาก
โดยรวม	3.83	.25	สูง

ความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน

การศึกษานี้มีตัวแปรอิสระ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค และแรงจูงใจด้านสุขภาพ ตัวแปรตามคือ พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ผลการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพื่อการวินิจฉัยความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัว พบว่าไม่มีตัวแปรอิสระคู่ใดที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงเกิน .65 (Burns & Grove, 1993 อ้างตาม เพชรน้อย 2548) ดังนั้นจึงไม่มีปัญหาความ

สัมพันธภาพร่วมเชิงเส้นของตัวแปรอิสระสูง (multicollinearity) อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความเป็นอิสระของปัจจัยด้านการรับรู้และแรงจูงใจด้านสุขภาพในการทำนายค่าความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยใช้ค่า Tolerance และค่า Variance Inflation Factor (VIF) พบว่าตัวแปรทุกตัวเป็นอิสระต่อกัน จึงได้นำตัวแปรต่าง ๆ ดังกล่าวไปวิเคราะห์ในสมการทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน ดังตาราง 7

ตาราง 7

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้และแรงจูงใจด้านสุขภาพกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด (N = 200)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยง	1.00					
2. การรับรู้ความรุนแรง	.21**	1.00				
3. การรับรู้ประโยชน์	.22**	.18**	1.00			
4. การรับรู้อุปสรรค	-.07	.22**	-.21**	1.00		
5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ	.07	.10	.41**	-.25**	1.00	
6. พฤติกรรมการป้องกันโรค	-.12	-.02	.15*	-.19**	.28**	1.00

** p < .01, * p < .05

ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน

ผลการศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนโดยการวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression) เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ คือ ตัวแปรตามต้องมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรอิสระ (ทดสอบโดยใช้ scatterplot) ตัวแปรตามบนทุกค่าของตัวแปรอิสระมีการแจกแจงแบบปกติ (ทดสอบโดยใช้กราฟการกระจายโค้งปกติ) ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัวน้อยกว่า 0.65 (ทดสอบโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์) หรือใช้ค่า Variance Inflation Factor (VIF) โดยค่า VIF ทุกค่าบนตัวแปรอิสระควรมีค่าต่ำกว่า 10 หรือใช้ค่า Tolerance ถ้ามีค่าต่ำกว่าแสดงว่าตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่นมาก และทดสอบความมีอิสระจากกันของค่า

ความคลาดเคลื่อนโดยใช้ค่า Durbin-Watson ซึ่งควรมีค่าอยู่ระหว่าง 1.5 - 2.5 (เพชรน้อย, 2548) (ภาคผนวก ง)

ผลการวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอน โดยนำค่าคะแนนของตัวแปรในการทำนายทั้งหมด คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค และแรงจูงใจด้านสุขภาพ เข้าในการวิเคราะห์ด้วยวิธีดังกล่าวพบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายความแปรปรวนของค่าคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคได้คือ แรงจูงใจด้านสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโดยมีค่าสัมประสิทธิ์ในการทำนายเท่ากับ .10 ($p < .05$) หมายถึงแรงจูงใจด้านสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมได้ร้อยละ 10 ($R^2 = .10, p < .05$) โดยแรงจูงใจด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนได้มากที่สุด ($\beta = .28, p < .01$) และเมื่อเพิ่มตัวทำนายในขั้นตอนต่อไปพบว่า การทำนายเปลี่ยนแปลงไปอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกล่าวคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนได้ การวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอนเพื่อหาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนจึงยุติลง ณ ขั้นที่ 2 ดังตาราง 8

ตาราง 8

ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน ($N = 200$)

ตัวแปรที่ศึกษา	R	R ²	R ²	b	Beta	t
			change			
1. แรงจูงใจด้านสุขภาพ	.28	.08	.08	1.19	.28	4.19**
2. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันโรค	.32	.10	.02	-.55	-.15	-2.28*

** $p < 0.01$ * $p < 0.05$ constant (a) = 63.38 SEE = 8.65

จากการวิเคราะห์หัตถดอยแบบขั้นตอน เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน สามารถสร้างสมการทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน ในรูปคะแนนดิบหรือคะแนนจริงได้ดังนี้

Y (พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค) = 63.38 + 1.19 (แรงจูงใจด้านสุขภาพ) - 0.55 (การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค)

จากสมการดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อทราบคะแนนแรงจูงใจด้านสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคจะสามารถทำนาย หรือหาคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนนั้นว่าเป็นเท่าไร มีพฤติกรรมดีหรือไม่ สามารถหาได้จากจุดเริ่มต้นที่ 63.38 บวกกับ 1.19 ของคะแนนแรงจูงใจด้านสุขภาพ ลบกับ 0.55 ของคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค ก็จะทราบคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนโดยสมการนี้สามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงของคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ร้อยละ 10

การอภิปรายผล

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิม โดยรวมและรายด้าน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.66$, $SD = .34$) (ตาราง 3) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับสูงทุกด้าน ยกเว้นด้านการตรวจสุขภาพประจำปี ($\bar{X} = 2.13$, $SD = .92$) ที่อยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีการออกกำลังกายที่เกี่ยวข้องกับงานบ้านและการประกอบอาชีพ ซึ่งเป็นการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างว่าเป็นการออกกำลังกายอยู่แล้วไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายประเภทอื่นอีก ประกอบกับวิถีชีวิตประจำวันของชาวไทยมุสลิมที่มีการปฏิบัติศาสนกิจด้วยการละหมาดซึ่งชาวไทยมุสลิมถือว่าเป็นการออกกำลังกาย และการถือศีลอดที่ชาวไทยมุสลิมเชื่อว่าช่วยป้องกันโรคต่าง ๆ ได้ นอกจากนี้การที่ชาวไทยมุสลิมมีความศรัทธาในพระผู้เป็นเจ้า จึงมีวิธีการจัดการความเครียดด้วยการระลึกถึงพระผู้เป็นเจ้าจึงทำให้พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้ง 3 ด้านอยู่ในระดับสูง สำหรับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคด้านการตรวจสุขภาพประจำปีอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว มีภาวะสุขภาพแข็งแรง และไม่มีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

เลือด จึงไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจสุขภาพ และการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นแม่บ้านมีหน้าที่ต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวจึงทำให้ไม่มีเวลาสำหรับการตรวจสุขภาพ ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

การรับประทานอาหาร

ผลการศึกษาพบว่าสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.89$, $SD = .30$) (ตาราง 3) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และมีคุณค่าทางโภชนาการต่อร่างกาย เห็นได้จากการที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์ ถูกต้องตามหลักการอิสลาม (ฮาลาล) ซึ่งมีการปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 65.00 รวมทั้งมีการปรุงอาหารโดยการใช้ น้ำมัน ถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว น้ำมันข้าวโพด ซึ่งมีการปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 33.50 (ตาราง 4) นอกจากนี้การที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับประทานอาหารเช้าครบทั้ง 5 หมู่ในแต่ละวันซึ่งมีการปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 31.50 (ภาคผนวก ก ตาราง 9) การปฏิบัติดังกล่าวจะมีผลในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบกับวิถีชีวิตของชาวไทยมุสลิมซึ่งมีความศรัทธาในพระผู้เป็นเจ้า จึงมีการปฏิบัติตามแนวคิดของศาสนาอิสลามเกี่ยวกับหลักในการรับประทานอาหารคือ ให้เลือกรับประทานอาหารที่ดี สะอาด มีประโยชน์ และถูกต้องตามหลักการอิสลาม (ฮาลาล) ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่าสตรีวัยกลางคนและสตรีวัยหมดประจำเดือนมีการรับประทานอาหารที่มีคุณค่าต่อร่างกาย เช่น อาหารประเภทผักที่มีกาก ผลไม้ที่ให้พลังงานต่ำ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารหวาน ไขมันมาก และแคลอรีสูง สามารถบริโภคอาหารในปริมาณที่ถูกต้อง และเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย (ดรุณี, 2545; รวิชา, 2545; วรวรรณ, 2545) รวมทั้งการปฏิบัติศาสนกิจด้วยการถือศีลอดครบ 1 เดือนในแต่ละปี ซึ่งมีการปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 86.00 (ตาราง 4) โดยชาวไทยมุสลิมมีความเชื่อว่าการถือศีลอดที่ถูกต้องเป็นผลดีต่อร่างกาย เนื่องจากอวัยวะที่ทำหน้าที่ย่อยอาหารได้พักผ่อนในรอบวัน อาหารที่ร่างกายสะสมไว้ เช่น ไขมัน ได้ถูกนำมาใช้ในระยะนี้ทำให้ร่างกายไม่อ้วนเกินไปจึงเป็นการควบคุมน้ำหนัก และช่วยป้องกันการเกิดโรคต่าง ๆ ได้ (จิตรลดา, 2543; มานี, 2544; วิรัชติ และ ดรุณี, 2548) ดังเห็นได้จากการศึกษาของจิตรลดา (2540) พบว่าช่วงเดือนถือศีลอดน้ำหนักของร่างกาย และระดับไตรกลีเซอไรด์ลดลงกว่าช่วงที่ไม่ได้ถือศีลอด

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีรายได้เพียงพอและไม่มีหนี้สินร้อยละ 47.50 (ตาราง 2) จึงทำให้สามารถจัดหาอาหารที่มีคุณค่าและมีประโยชน์ได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยผู้ที่มีรายได้สูงจะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวก สิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น อาหารที่มีประโยชน์ และมีคุณค่า ได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย (Pender et al., 2002) สอดคล้องกับ

การศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า การมีรายได้เพียงพอกับรายจ่ายทำให้มีความสามารถในการเลือกอาหารที่มีคุณค่า หรือมีประโยชน์ได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (สุภาจญา, 2543; Stelmach, Kaczmarczyk-Chaas, Bielecki, Stelmach & Drygas, 2004; Rivera, 2000) และแม้ว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหารของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนอยู่ในระดับที่เหมาะสมแต่เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารบางข้อควรมีการส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติมากขึ้น เช่น การรับประทานอาหารได้ครบทั้ง 5 หมู่ในแต่ละวัน และการรับประทานผักมากกว่าเนื้อสัตว์ เป็นต้น

การจัดการความเครียด

ผลการศึกษาพบว่า สตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนมีพฤติกรรมป้องกันการโรคด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 2.83$, $SD = .39$) (ตาราง 3) แสดงให้เห็นว่า เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นกลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการความเครียดได้เป็นอย่างดี วิธีการจัดการความเครียดที่มีการปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด คือการบอกกับตัวเองเสมอว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นการทดสอบจากพระผู้เป็นเจ้า (ร้อยละ 35.00) (ตาราง 4) อาจเนื่องมาจากวิถีการดำเนินชีวิตของชาวไทยมุสลิมเป็นวิถีการดำเนินชีวิตที่มีความศรัทธา และระลึกถึงพระผู้เป็นเจ้าตลอดเวลา (ดำรงค์, 2547) นอกจากนี้การปฏิบัติศาสนกิจ เช่น การละหมาดเป็นการทำจิตใจให้สงบ ระลึกถึงพระผู้เป็นเจ้า ช่วยให้มีจิตใจสงบไม่ฟุ้งซ่าน ซึ่งถือเป็นวิธีการจัดการความเครียดอีกวิธีหนึ่ง (คณนรรจ์ และ แวอุเช็ง, 2533; มานี, 2544) การปฏิบัติตามแนวทางศาสนา เช่น การละหมาด การทำสมาธิ การสวดมนต์ หรือการอ่านหนังสือเกี่ยวกับศาสนา เป็นต้น จะสามารถช่วยให้จิตใจสงบ มีสติ และสมาธิ ช่วยลดความวิตกกังวล และฟุ้งซ่าน ดังเช่นหลายการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการจัดการความเครียดด้วยการปฏิบัติศาสนกิจซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละศาสนา เช่น นั่งสมาธิ อ่านหนังสือเกี่ยวกับศาสนา (จิรวรรณ, 2541; ภัทรจิต, 2546; วาริณี, 2541; อุทุมพร, ประอรนุช, พรนภา และ ประภาศรี, 2547) สำหรับวิธีการจัดการความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด รองลงมาคือพูดคุยปรึกษาปัญหา กับบุคคลใกล้ชิด บุคคลที่ไว้วางใจ หรือบุคคลที่นับถือเมื่อไม่สบายใจ (ร้อยละ 34.00) และมีกิจกรรมทำในยามว่างให้รู้สึกผ่อนคลาย เช่น ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ (ร้อยละ 28.00) ตามลำดับ (ตาราง 4)

นอกจากนี้วิธีการจัดการความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติบ่อยครั้ง คือ พยายามแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง (ร้อยละ 44.50) หาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหามาจากผู้อื่นแล้วนำมาปรับใช้กับตนเองเพื่อช่วยให้การแก้ไขปัญหาคิดขึ้น (ร้อยละ 36.00) และนอนหลับพักผ่อนกลางวันประมาณวันละ 20 - 30 นาที (ร้อยละ 35.50) ส่วนวิธีการจัดการความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติ

บางครั้ง คือ ไปเที่ยวตามสถานที่ต่าง ๆ (ร้อยละ 59.50) และอ่านหนังสือเกี่ยวกับศาสนา (ร้อยละ 45.00) (ภาคผนวก ค ตาราง 9) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการจัดการความเครียดอยู่ในระดับดีซึ่งมีวิธีการจัดการความเครียดที่แตกต่างกัน เช่น พักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ นึกถึงแต่สิ่งที่ดีงามก่อนนอน ขอมรับสิ่งที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ผ่อนคลายด้วยการทำสมาธิ รวมทั้งการปฏิบัติศาสนกิจด้วยการละหมาดวันละ 5 ครั้ง (สกุรัตน์, 2544; สุกาญญา, 2543; วาสนา, 2544; อภิรยา, 2540; Chaiput, 2003) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 82) (ตาราง 2) ทำให้ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนในด้านต่าง ๆ จากสมาชิกในครอบครัว และคู่สมรสส่งผลให้มีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม (Pender et al., 2002) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า การสนับสนุนด้านต่าง ๆ เช่น อารมณ์ สังคม ข้อมูลข่าวสาร ส่งผลให้มีการจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม (ปริศนา, 2543; พรนภา, สุปราณี, ยุพิน และ เขียวลักษณ์, 2543; วิราช, 2542) และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าวิธีการจัดการความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 85.00 ไม่เคยปฏิบัติคือ การใช้นอนหลับหรือยากล่อมประสาทเมื่อมีความเครียดมาก (ตาราง 5) จึงควรสนับสนุนให้คงปฏิบัติต่อไป

การออกกำลังกาย

ผลการศึกษา พบว่าสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.53$, $SD = .55$) (ตาราง 3) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีการออกกำลังกายที่เกี่ยวข้องกับงานบ้านโดยมีการใช้เวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น รดน้ำต้นไม้ ปลุกต้นไม้ ทำงานบ้าน หรือกิจกรรมที่ทำให้เหงื่อออก ซึ่งมีการปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 40.50 รวมทั้งมีการออกกำลังกายด้วยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น เดินขึ้นบันได เดินแทนการนั่งรถ ซึ่งมีการปฏิบัติบ่อยครั้งร้อยละ 30.00 (ตาราง 4) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 36.50 ประกอบอาชีพรับจ้าง/ทำสวน (ตาราง 2) ซึ่งเป็นการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างว่าการทำงานหรือการประกอบอาชีพเป็นการออกกำลังกายแล้วจึงไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายอีก สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการออกกำลังกายโดยการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับอาชีพ งานบ้าน หรือการดำเนินกิจวัตรประจำวัน เช่น ทำงานบ้าน ทำสวนครัว เดินหรือปั่นจักรยานไปทำงาน เป็นต้น (บุปผา, 2544; ริวิชา, 2545; วาสนา, 2544; Nies, Vollman & Cook, 1998; Wilson, 2003)

สำหรับการออกกำลังกายที่ถูกต้องตามหลักของการออกกำลังกาย ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างน้อย 30 - 60 นาทีต่อครั้ง สัปดาห์ละอย่างน้อย 3 วัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 38.00 ไม่เคยปฏิบัติ (ตาราง 5) หรือถ้าปฏิบัติพบว่า มีการปฏิบัติเป็นประจำเพียงร้อยละ 10.00 (ภาคผนวก ค

ตาราง 9) โดยมีการออกกำลังกายประเภทเดินแอโรบิค ปั่นจักรยาน วิ่ง รวมทั้งการบริหารร่างกาย ด้วยเครื่องออกกำลังกาย ส่วนการออกกำลังกายตามระยะของการออกกำลังกาย ในข้อเริ่มออกกำลังกายด้วยการออกกำลังกายเบา ๆ หลังจากนั้นค่อยเพิ่มความแรงจนรู้สึกหัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออก แล้วค่อยช้าลงเรื่อย ๆ มีการปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 11.50 ในข้อก่อนการออกกำลังกายมีการยืดกล้ามเนื้อหรือออกกำลังกายเบา ๆ มีการปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 9.50 และในข้อหลังจากออกกำลังกายมีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ด้วยการออกกำลังกายเบา ๆ โดยใช้เวลาประมาณ 5 - 10 นาที มีการปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 15.50 (ภาคผนวก ค ตาราง 9) นอกจากนี้การสังเกตอาการผิดปกติขณะออกกำลังกาย เช่น เจ็บหน้าอก ใจสั่น หายใจเหนื่อยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 34.00 ไม่เคยปฏิบัติ (ตาราง 5) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างขาดความรู้ และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับหลักของการออกกำลังกาย หรืออาจเป็นการยากที่จะปฏิบัติตามหลักทางทฤษฎี สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มประชากรต่าง ๆ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการออกกำลังกายที่ไม่ถูกต้องตามหลักการออกกำลังกายเกี่ยวกับระยะเวลาอบอุ่นร่างกาย ความถี่ ความแรง ความนานในการออกกำลังกาย และระยะผ่อนคลาย (ปริชญญา, 2544; ริวิชา, 2545; วาสนา, 2544; Chaiput, 2003) ทั้งในกลุ่มพยาบาล (จิตอารี, 2543;

ภัทรจิต, 2546) และกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (ปริศนา, 2541; สุพัตรา, 2542; อัจฉริยา, 2540)

นอกจากนี้วิถีชีวิตของชาวไทยมุสลิมที่มีการปฏิบัติศาสนกิจด้วยการละหมาด โดยมีการละหมาดวันละ 5 ครั้ง แต่แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 10 - 15 นาที (ร้อยละ 64.50) (ตาราง 4) ซึ่งทำต่าง ๆ ที่ใช้ในการละหมาด เช่น ทำยืน ยกมือ โค้ง กราบ นั่งหันหน้าไปทางซ้ายขวา และปฏิบัติซัตน์ วันละหลาย ๆ ครั้ง ชาวไทยมุสลิมถือว่าเป็นการบริหารร่างกายหรือการออกกำลังกาย (มานี, 2544; เสาวนีย์, 2535) และแม้ว่าสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับสูง แต่พบว่า มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ไม่ถูกต้องตามหลักของการออกกำลังกาย เกี่ยวกับระยะเวลาอบอุ่นร่างกาย ความถี่ ความแรง ความนานในการออกกำลังกาย และระยะผ่อนคลาย ดังนั้นการส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีการออกกำลังกายที่ถูกต้องตามหลักของการออกกำลังกาย รวมทั้งมีการสังเกตอาการผิดปกติขณะออกกำลังกาย เช่น อาการเจ็บหน้าอก หายใจเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น จึงเป็นประเด็นสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

การตรวจสุขภาพประจำปี

ผลการศึกษาพบว่า สตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคด้วยการตรวจสุขภาพประจำปีอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.13$, $SD = .92$) (ตาราง 3) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 88.50) ไม่มีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคหัวใจ

และหลอดเลือด (ร้อยละ 91.00) และมีภาวะสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคหรือความเสียหายทางสุขภาพ (ร้อยละ 78.50) จึงไม่เห็นความสำคัญของการตรวจสุขภาพประจำปี โดยการตรวจสุขภาพประจำปีในกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติมากที่สุดได้แก่ การติดตามตรวจความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 26.50 รองลงมาคือ ไปรับการตรวจสุขภาพประจำปีทุกปีร้อยละ 20.50 และติดตามการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอร้อยละ 17.50 (ตาราง 4) สอดคล้องกับการศึกษาของวิลสัน, ซิค และแบรดวิน (Wilson et al., 1997) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการตรวจความดันโลหิต และระดับโคเลสเตอรอลเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดเพียงร้อยละ 22.50 และจากการศึกษาของไชยพุท (Chaiput, 2003) พบว่าสตรีไทยมุสลิมร้อยละ 52.50 ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี เนื่องจากมีการรับรู้ว่าคุณเองมีสุขภาพแข็งแรงจึงไม่เห็นความสำคัญของการตรวจสุขภาพ ประกอบกับมีหน้าที่ต้องดูแลบุตร สมาชิกในครอบครัวจึงไม่มีเวลาสำหรับการตรวจสุขภาพ และจะตรวจสุขภาพเมื่อมีความเจ็บป่วยเท่านั้น จากการศึกษาของสุกาญญา (2543) พบว่าสตรีที่รับงานมาทำที่บ้านควรได้รับการปรับปรุงเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพประจำปี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ซึ่งยังมีร่างกายแข็งแรงอาจทำให้ขาดการเอาใจใส่ในสุขภาพของตนเอง และจากการศึกษาของสุวิมล, ทิพาพันธ์ และ ปองจิตร (2546) เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยผู้ใหญ่พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 78.30 ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปีเช่นเดียวกัน

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันโรคด้านตรวจสุขภาพประจำปีเป็นรายข้อ พบว่า การตรวจสุขภาพประจำปีในกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติน้อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี (ร้อยละ 47.00) รองลงมาคือ เข้ารับการตรวจตามแพทย์หรือโรงพยาบาลนัดเมื่อมีอาการผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่ง (ร้อยละ 42.50) และติดตามการตรวจระดับไขมันในเลือดอย่างสม่ำเสมอ (ร้อยละ 41.50) (ตาราง 5) จึงควรมีการส่งเสริมให้สตรีไทยมุสลิมได้มีการตรวจสุขภาพประจำปี โดยเฉพาะการตรวจระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไขมันในเลือด เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน

จากการศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนพบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนได้ร้อยละ 10 ($R^2 = .10, p < .05$) โดยแรงจูงใจด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมด

ประจำเดือนได้มากที่สุด ($\beta = .28, p < .01$) อาจเนื่องมาจากแรงจูงใจด้านสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค เกิดจากการที่บุคคลลองปฏิบัติพฤติกรรม โดยมีจุดมุ่งหมาย ดังนั้นการที่กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง และมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลางจึงมีการปฏิบัติพฤติกรรม โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด สำหรับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนได้ แม้ว่าจะมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับสูงมาก มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากการรับรู้ทั้ง 3 ด้านเป็นการรับรู้โดยทั่วไปของบุคคลไม่ได้เกิดจากความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

แรงจูงใจด้านสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนได้มากที่สุด ($\beta = .28, p < .01$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง จึงเกิดแรงกระตุ้นในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยแรงจูงใจด้านสุขภาพเกิดจากความสนใจในสุขภาพโดยทั่วไปของบุคคล เป็นความรู้สึกของบุคคลที่เกิดจากกระตุ้นด้วยเรื่องของสุขภาพ แสดงถึงความต้องการที่จะได้มาซึ่งเป้าหมายทางสุขภาพในรูปแบบของความตั้งใจ หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการผลักดันให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัย เอาใจใส่ดูแลสุขภาพของตนเอง มีความสนใจในการแสวงหาความรู้ แหล่งบริการทางสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วยเพื่อให้ตนเองมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและเหมาะสม (Becker et al., 1977) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดให้ได้ผลดี ต้องมีความสนใจและเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของตนเองอยู่เสมอ (ร้อยละ 45.50) รองลงมาคือ ต้องมีร่างกายที่สมบูรณ์ แข็งแรง (ร้อยละ 38.50) และต้องปฏิบัติตามคำแนะนำจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ (ร้อยละ 37.50) ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยว่าการที่ญาติ/สมาชิกในครอบครัวสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 70.50) การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดจากสื่อต่าง ๆ

(ร้อยละ 57.50) รวมทั้งการอ่านและติดตามข่าวสารต่าง ๆ จากหนังสือพิมพ์ วารสาร หรือรายการโทรทัศน์ (ร้อยละ 55.50) จะช่วยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น (ภาคผนวก ค ตาราง 10) สอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมล (2534) พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพ

ภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค ($r = .39; p < .001$) และมีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคได้ร้อยละ 22 รวมทั้งหลายการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลได้ (จิตหทัย, 2542; จันทร, 2544; บุญผา, 2544; ปริศนา, 2534; มานพ, 2542; มาลี, 2545; Christensen, 1999; McCausland, 1990; Peterson, 1993)

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนได้ ซึ่งการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค เป็นปัจจัยขัดขวางทำให้บุคคลมีการหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค หากบุคคลมีการรับรู้ว่าการแสดงพฤติกรรมสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ลดความรุนแรงของโรค มีประโยชน์อย่างมากในการป้องกันโรค และรับรู้ว่าการแสดงพฤติกรรมมีอุปสรรคน้อย บุคคลจะมีความพยายามที่จะแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น (Rosenstock, 1990 cited by Salazar, 1991) ซึ่งผลการศึกษาคั้งนี้พบว่าคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคที่อยู่ในระดับมาก คือ เป็นภาวะต่อครอบครัวในการเตรียมอาหารร้อยละ 37.00 รองลงมาคือ ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมร้อยละ 35.50 และเสียเวลา ร้อยละ 27.50 ตามลำดับ (ภาคผนวก ค ตาราง 10) สอดคล้องกับการหลายศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค และสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลได้ (ฉวีวรรณ, 2543; ดรณี, 2545; บุญผา, 2544; ปริศนา, 2534; เรวดี, 2545; สุวิชา, 2544; Ai-Khasawneh, 2002; Christensen, 1999; Ekstrom, 2004; Kim, 2002; Moore, 2000; Ngo, 2003; Othman, 2000; Squires, 2001; Szpilfogel, 1998) และยังพบว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคสามารถอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลได้มากที่สุด (Janz & Becker, 1984)

ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนได้ อาจมีสาเหตุมาจากการที่ผู้รับบริการส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากกว่าการตรวจสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากอยู่ในช่วงที่มีการตั้งครรภ์เกี่ยวกับการตรวจมะเร็งปากมดลูก ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคหรือความเสี่ยงทางสุขภาพ (ร้อยละ 78.50) และไม่มีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 91.00) (ตาราง 2) จึงไม่ตระหนักถึงความสำคัญการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด นอกจากนี้วิถีชีวิตของชาวไทยมุสลิมที่มีการปฏิบัติศาสนกิจต่าง ๆ เช่น การ

ละหมาด การถือศีลอด โดยการปฏิบัติศาสนกิจดังกล่าวไม่ได้มีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด แต่เป็นการปฏิบัติตามหลักปฏิบัติของศาสนาอิสลามที่ชาวไทยมุสลิมต้องปฏิบัติเป็นประจำ สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลได้ (ครุณี, 2545; บุญผา, 2544; สุวิษา, 2544; Hill, 1994) และจากการรวบรวมงานวิจัยของแจนซ์ และ เบคเกอร์ (Janz & Becker, 1984) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ และทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลได้น้อยที่สุด

สำหรับอำนาจการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เหลืออีกร้อยละ 90.00 ไม่สามารถอธิบายได้จากการศึกษาครั้งนี้ อาจเนื่องมาจากตัวแปรอื่นที่อยู่นอกเหนือการศึกษาซึ่งผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษาซึ่งเป็นองค์ประกอบปัจจัยปรับเปลี่ยน เช่น อายุ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล บุคคลที่มีอายุแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคต่างกัน ดังเช่นหลายการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค และสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ (ฉวีกาญจน์, 2542; มานพ, 2542; สุวิมล, 2534) ฐานะทางเศรษฐกิจเป็นสิ่งที่แสดงถึงรายได้ของครอบครัว โดยผู้ที่มีรายได้สูงจะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองมากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ (Pender et al., 2001) และสถานภาพสมรส ซึ่งการสนับสนุนจากคู่สมรสเป็นแหล่งหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมมีส่วนช่วยให้บุคคลเข้าถึงการบริการ หรือมีพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ดีกว่าผู้ที่ไม่มียกกลุ่มสนับสนุนทางสังคม

ผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า สมมติฐานของการวิจัยได้รับการสนับสนุนบางส่วน กล่าวคือ ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน ได้แก่ แรงจูงใจด้านสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค