

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. ภาวะหมดประจำเดือน
 - 1.1 ความหมายของภาวะหมดประจำเดือน
 - 1.2 ผลกระทบของภาวะหมดประจำเดือนต่อการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดในสตรีวัยหมดประจำเดือน
2. โรคหัวใจและหลอดเลือด
 - 2.1 พยาธิสภาพของโรคหัวใจและหลอดเลือด
 - 2.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน
3. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรค
 - 3.1 ความหมายของพฤติกรรมการป้องกันโรค
 - 3.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 3.3 การประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
4. พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน
 - 4.1 การออกกำลังกาย
 - 4.2 การรับประทานอาหาร
 - 4.3 การจัดการความเครียด
 - 4.4 การตรวจสุขภาพประจำปี
5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน
 - 5.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค
 - 5.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค
 - 5.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค
 - 5.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค
 - 5.5 แรงจูงใจด้านสุขภาพ

ภาวะหมดประจำเดือน

ความหมายภาวะหมดประจำเดือน

ภาวะหมดประจำเดือนมาจากการผสมคำในภาษากรีกระหว่าง เมโน (meno) แปลว่า เดือน และพอสซิส (pausis) แปลว่า การสิ้นสุด ดังนั้นภาวะหมดประจำเดือนจึงหมายถึงการหยุดของประจำเดือน หรือเป็นการหยุดของประจำเดือนอย่างถาวร เนื่องจากรังไข่หยุดทำงาน และมีการสร้างฮอร์โมนเพศลดลงซึ่งเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ (กิติรัตน์, 2544; นิमित และ กอบจิตต์, 2544; Choi, 1995; Fishbein, 1992; Li, Lanuza, Gulanick, Penckofer & Holm, 1996; Wilson, 2003)

สำหรับอายุของการหมดประจำเดือนขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพของสตรีแต่ละบุคคล เช่น การอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน การได้รับเคมีบำบัด การได้รับรังสีรักษา การผ่าตัดรังไข่ เป็นต้น (Gorodeski & Utain, 1999) การศึกษาอายุเฉลี่ยของการหมดประจำเดือนพบว่าแตกต่างกัน เช่น ประเทศไต้หวัน พบอายุเฉลี่ยของการหมดประจำเดือน คือ 48.2 ปี (Chang & Chang, 1996) ประเทศสหรัฐอเมริกา พบอายุเฉลี่ยของการหมดประจำเดือน คือ 47 ปี (Engel, 1987) สำหรับประเทศไทย จากการศึกษาของกนกพร และ วงเดือน (2541) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับอายุที่หมดระดูของสตรีไทยในชุมชนเมืองพบอายุเฉลี่ยของการหมดประจำเดือนอยู่ระหว่าง 44 - 49 ปี จากการศึกษาของปิยมาภรณ์ (2541) เกี่ยวกับสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มารับบริการในคลินิกวัยหมดประจำเดือนของกรุงเทพมหานคร พบอายุเฉลี่ยของการหมดประจำเดือนคือ 48 ปี จากการศึกษาของ สุมนา, เขมิกา และ นิกร (2537) เกี่ยวกับการหมดระดูของสตรีไทยในกรุงเทพมหานคร พบอายุเฉลี่ยของการหมดประจำเดือนคือ 49.5 ± 3.6 ปี และจากการศึกษาของวนิดา, อรรรรณ, ทวีพงษ์ และ รณชัย (2539) เกี่ยวกับอาการหมดระดูของสตรีที่มารับบริการในคลินิกวัยหมดระดู โรงพยาบาลศิริราช พบอายุเฉลี่ยของการหมดประจำเดือน คือ 49.7 ± 7.0 ปี โดยทั่วไปสตรีวัยหมดประจำเดือนจะเริ่มมีอาการและการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่อายุประมาณ 40 ปีขึ้นไป เนื่องจากการผลิตฮอร์โมนเอสโตรเจนเริ่มลดลง (มารศรี, 2536; Maddox, 1992) ซึ่งสามารถแบ่งการหมดประจำเดือนตามสาเหตุได้ 3 ชนิด (สุคนธ์, 2542; Chang & Chang, 1996) ดังนี้

1. การหมดประจำเดือนตามธรรมชาติ (physiological menopause or menopause) จะมีการเปลี่ยนแปลงโดยเริ่มจากการมีประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ 3 - 6 เดือน แล้วจึงหมดไปอย่างถาวร

2. การหมดประจำเดือนก่อนกำหนดจากโรค (pathological menopause or premature menopause) มีสาเหตุมาจากการเป็นโรค เช่น เนื้องอกที่รังไข่มีการทำลายเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงรังไข่ ประจำเดือนจะมีการเปลี่ยนแปลง โดยประจำเดือนเริ่มมาไม่สม่ำเสมอแล้วจึงหมดไปอย่างถาวร

3. การหมดประจำเดือนจากการรักษา (artificial menopause) เช่น การผ่าตัดรังไข่ และมดลูก การใช้รังสีรักษาโรคบางชนิด การใช้ยาที่เป็นฮอร์โมนในการรักษาเยื่อบุมดลูกออกผิดปกติ เป็นต้น การรักษาต่าง ๆ เหล่านี้จะทำให้หมดประจำเดือน อาจเป็นการหมดประจำเดือนแบบชั่วคราว เมื่อหยุดรักษาประจำเดือนจะตามมาปกติ

สำหรับระยะของการหมดประจำเดือนสามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะ (นิมิต และ กอบจิตต์, 2544; สุวิภา, 2539; WHO, 1981 cited by Li et al., 1996) ดังนี้

1. ระยะก่อนหมดประจำเดือน (premenopause) คือ ระยะที่ยังคงมีประจำเดือนเป็นปกติ สม่ำเสมอ มีอายุระหว่าง 40 - 44 ปี

2. ระยะใกล้หมดประจำเดือน (perimenopause) คือ ระยะที่รังไข่เริ่มทำงานผิดปกติ ประจำเดือนเริ่มมาไม่สม่ำเสมอ เช่น มามาก มาน้อย หรือขาดหายไป แต่ขาดไปไม่เกิน 12 เดือน มีอายุระหว่าง 45 - 55 ปี

3. ระยะหลังหมดประจำเดือน (postmenopause) คือ ระยะเวลาหมดประจำเดือนอย่างถาวร และประจำเดือนขาดหายไปเกิน 12 เดือน มีอายุ 55 ปี ขึ้นไป

สรุป ภาวะหมดประจำเดือนเป็นภาวะที่มีการหยุดของประจำเดือนอย่างถาวร เนื่องจากรังไข่หยุดทำงานซึ่งเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ ส่งผลให้การสร้างฮอร์โมนเพศลดลง โดยทั่วไปวัยหมดประจำเดือนมักเริ่มต้นตั้งแต่อายุ 40 ปี ขึ้นไปจนถึง 59 ปี ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้เพื่อให้ครอบคลุมระยะหมดประจำเดือนทั้ง 3 ระยะ ผู้วิจัยจึงเลือกสตรีที่มีอายุระหว่าง 40 - 59 ปี ทั้งที่มีการหมดประจำเดือนตามธรรมชาติ หมดก่อนกำหนดจากโรค และหมดก่อนกำหนดจากการรักษา โดยแบ่งระยะของการหมดประจำเดือนออกเป็น 3 ระยะ (นิมิต และ กอบจิตต์, 2544; WHO, 1981 cited by Li et al., 1996) ดังนี้

ระยะก่อนหมดประจำเดือน มีอายุระหว่าง 40 - 44 ปี

ระยะใกล้หมดประจำเดือน มีอายุระหว่าง 45 - 55 ปี

ระยะหลังหมดประจำเดือน มีอายุระหว่าง 56 - 59 ปี

ผลกระทบของภาวะหมดประจำเดือนต่อการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดในสตรีวัยหมดประจำเดือน

สตรีวัยหมดประจำเดือนมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด 2 - 3 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีวัยเดียวกันที่ยังไม่หมดประจำเดือน (Maddox, 1992; Mosca, 2000) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเมื่อเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน (กิติรัตน์, 2544; นิमित และ กอบจิตต์, 2544) มีดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงระดับเอชดีแอล และแอลดีแอลโคเลสเตอรอล สตรีวัยเจริญพันธุ์จะมีระดับเอชดีแอลโคเลสเตอรอลสูงกว่าเพศชายในวัยเดียวกัน มีระดับโคเลสเตอรอล และระดับแอลดีแอลโคเลสเตอรอลต่ำกว่า และจะค่อย ๆ สูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้นแต่จะสูงขึ้นอย่างรวดเร็วเมื่อเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน

2. การเปลี่ยนแปลงในกลไกการแข็งตัวของเลือด เมื่อเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนจะมีการเพิ่มของปัจจัยที่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือด (factor VII) และไฟบริโนเจน (fibrinogen) ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เลือดแข็งตัวได้ง่าย ร่วมกับการเพิ่มขึ้นของพลาสมิโนเจน แอกติเวเตอร์ อินฮิบิเตอร์ 1 (plasminogen activator inhibitor-1; PAI-1) ทำให้กระบวนการไฟบริโนไลซิส (fibrinolysis) ลดลง จึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการอุดตันของหลอดเลือดโคโรนารี หลอดเลือดสมอง และภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ (venous thrombosis)

3. การเปลี่ยนแปลงขนาดของเมตาบอลิซึมของกลูโคส (glucose metabolism) สตรีที่เข้าสู่วัยหมดประจำเดือนจะมีการเพิ่มของระดับอินซูลิน (insulin) ในกระแสเลือด ส่งผลให้เกิดมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน (insulin resistance) มากขึ้น และมีความทนต่อกลูโคส (glucose tolerance) ลดลง ทำให้มีแนวโน้มที่จะเป็นเบาหวานมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการเพิ่มของไขมันหน้าท้องจึงมีผลเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดโคโรนารี

4. การเปลี่ยนแปลงในระบบอื่น ๆ ที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) สตรีที่เข้าสู่วัยหมดประจำเดือนพบว่ามีระดับโฮโมซิสเตอิน (homocysteine) ในกระแสเลือดเพิ่มขึ้นซึ่งสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดแดงแข็ง และภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือด (vascular thrombosis)

โรคหัวใจและหลอดเลือด

พยาธิสรีรภาพของโรคหัวใจและหลอดเลือด

โรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease) เป็นความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือดที่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ซึ่งระบบไหลเวียนเลือดประกอบด้วยระบบที่สำคัญ 2 ระบบ คือ ระบบหัวใจและระบบหลอดเลือด ทั้ง 2 ระบบนี้จะทำงานเกี่ยวข้องกัน โดยหัวใจทำหน้าที่สูบฉีด

เลือดแดงให้ไหลไปตามหลอดเลือดแดง และเข้าสู่หลอดเลือดฝอยเพื่อส่งไปเลี้ยงเนื้อเยื่อของร่างกาย หลังจากนั้นจะไหลกลับเข้าสู่หัวใจทางหลอดเลือดดำผ่านหัวใจไปยังปอดเพื่อแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ และไหลกลับเข้าสู่หัวใจอีกครั้ง หากมีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของหัวใจ หรือมีความบกพร่องของโครงสร้างของหัวใจและหลอดเลือดจะส่งผลกระทบต่อระบบไหลเวียนเลือดก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตได้ (บรรณานุกรม, 2542: Edlin et al., 2002) ความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือดที่พบได้บ่อย (พจนานุกรม, 2541; Lockhart, 1999) มีดังนี้

1. โรคหลอดเลือดโคโรนารี ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก (angina pectoris) กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (myocardial infarction)
2. การสูบน้ำโลหิตไม่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ โรคหัวใจล้มเหลว (congestive heart failure)
3. การอักเสบและการติดเชื้อของหัวใจ (inflammatory and infectious heart disease) ได้แก่ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (pericarditis) กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ (myocarditis) เยื่อชั้นในของหัวใจอักเสบ (endocarditis) โรคหัวใจรูมาติก (rheumatic heart disease)
4. ความบกพร่องในการทำงานของลิ้นหัวใจ (inadequate valve functioning) ได้แก่ ลิ้นหัวใจตีบ (stenosis) หรือลิ้นหัวใจทำงานไม่เพียงพอ เช่น ลิ้นไมทรัล (mitral valve) ลิ้นเอออร์ติค (aortic valve) ลิ้นไตรคัสปิด (tricuspid valve) เป็นต้น

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (modifiable risk factor) และปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (non modifiable risk factor)

ปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถแก้ไขได้ โดยวิธีการหลีกเลี่ยง ควบคุม รักษาดูแล และปฏิบัติตามคำแนะนำที่ถูกต้องวิธีก็สามารถป้องกันได้ ซึ่งปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ประกอบด้วย

1. โรคเบาหวาน ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็น 2 เท่าของคนปกติ (กัลยา และ คณะ, 2542) เมื่อมีอาการเรื้อรังนานๆ จะมีการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดขนาดเล็กทำให้แข็งและเปราะซึ่งจะทำให้ผนังหลอดเลือดมีการฉีกขาดได้ง่าย เกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดตามมา นอกจากนี้จะทำให้เกิดภาวะคีโตนูรินทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในร่างกายให้คงที่ได้ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น มีการเปลี่ยนน้ำตาลให้เป็นไกลโคเจนและไขมันสูงขึ้น (ปิยทัศน์, 2540) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์

ปกติจะสามารถลดอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ (เสก และ สุทธิชัย, 2543) และหากมีการควบคุมเบาหวานได้ดีจะทำให้สามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดได้อีกด้วย (วิรัตน์, 2540)

2. โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดร่วมกับโรคเบาหวานหรือภาวะไขมันในเลือดสูง (ทวิลักษณ์, 2543) เมื่อความดันโลหิตสูงมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ทำให้แรงดันการไหลเวียนของหลอดเลือดแดงสูงขึ้น เกิดแรงกระแทกเป็นอันตรายต่อผนังหลอดเลือด หัวใจห้องล่างซ้ายทำงานมากขึ้น ทำให้ผนังหัวใจโตและหนาขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้หลอดเลือดหัวใจบีบตัวมากขึ้น ส่งผลให้ผนังชั้นในของหลอดเลือดถูกทำลาย และเกิดหลอดเลือดแข็งตัว (กัลยา และ คณะ, 2542; สมพันธ์, 2541; อุไร, 2543; Christensen & Kockrow, 1999) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ว่าจะเป็นเพศหญิงหรือเพศชาย อายุมากหรืออายุน้อย มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้มากกว่าคนปกติ 3 เท่า และมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นตามความรุนแรงของความดันโลหิต (ปิยทัศน์, 2540)

3. ภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นความผิดปกติของกระบวนการเผาผลาญไขมัน อาจมีสาเหตุมาจากพันธุกรรม อาหาร หรือโรคอื่นๆ (อุไร, 2543) ระดับโคเลสเตอรอลในร่างกายมีค่าปกติไม่เกิน 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ถ้ามีปริมาณของโคเลสเตอรอลและไลโปโปรตีนในเลือดสูงจะมีการตกตะกอนของไขมันไปเกาะอยู่ตามผนังของหลอดเลือด ทำให้รูของหลอดเลือดแดงแคบลง ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการยืดขยายตัวของหลอดเลือดลดลง หลอดเลือดแดงแข็งและเปราะ ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ง่าย (ปิยทัศน์, 2540; วิชัย, 2547; สมพันธ์, 2541)

4. ขาดการออกกำลังกาย เป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดถึง 2 เท่า การออกกำลังกายทำให้กล้ามเนื้อของหลอดเลือดและหัวใจแข็งแรง มีผลต่อการเพิ่มระดับเฮซดีแอลโคเลสเตอรอล ทำให้การเกาะตัวของเกร็ดเลือดลดลง และช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้จึงสามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ (ไพบุลย์, 2545; วิรัตน์, 2540; สมพันธ์, 2541; Newton & Froelicher, 2000)

5. การใช้ยาคุมกำเนิด โดยเฉพาะยาคุมกำเนิดชนิดรับประทานจะมีผลทำให้เกิดภาวะเลือดแข็งตัวได้เร็วกว่าปกติ รับประทานการเผาผลาญของไขมัน และเพิ่มความดันโลหิต (กัลยา และ คณะ, 2542)

6. ปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ ความเครียดและความวิตกกังวล มักเป็นเหตุให้เกิดไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูงซึ่งมักเป็นพันธุกรรมด้วย และบุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบเอ ซึ่งเป็นคนที่มีลักษณะเอาจริงเอจัง เคร่งครัด ตั้งใจ คาดหวังในความสำเร็จสูง ชอบแข่งขัน ฉุนเฉียว หงุดหงิด โกรธง่าย ก้าวร้าว จัดเป็นภาวะเครียดชนิดเรื้อรัง มีผลเพิ่มการหลั่งสารที่เร่งขบวนการแข็งตัวของ

เลือด เพิ่มการสะสมของไขมัน เพิ่มความดันโลหิตสูง และอัตราการเต้นของหัวใจ (กัลยา และ คณะ, 2542; ดิลก, 2547; สมพันธ์, 2541)

ปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลซึ่งไม่สามารถแก้ไขได้ โดยปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ประกอบด้วย

1. อายุ วัยหมดประจำเดือนมักเริ่มต้นตั้งแต่อายุ 40 ปีขึ้นไป ซึ่งเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนโดยเฉพาะฮอร์โมนเอสโตรเจน ส่งผลให้สตรีวัยหมดประจำเดือนมีโอกาสป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น (ดาร์สัน, 2540; ปิยทัศน์, 2540; Gorodeski & Utain, 1999) นอกจากนี้ระบบหัวใจและหลอดเลือดจะมีการเปลี่ยนแปลงและเสื่อมสภาพไปตามวัย ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงเป็นผู้สูงอายุและวัยกลางคน เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาหลายด้าน รวมทั้งการมีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น (เสก และ สุทธิชัย, 2543; Edlin et al., 2002)

2. เพศ โดยทั่วไปเพศชายมีโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้มากกว่าเพศหญิงประมาณ 2 เท่า อย่างไรก็ตามสำหรับสตรีวัยหมดประจำเดือนพบว่า ระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ลดลงส่งผลให้ภาวะไขมันในเลือดสูงขึ้น (Christensen & Kockrow, 1999; Edlin et al., 2002) ประกอบกับปัจจุบันวิธีการดำเนินชีวิตของผู้หญิงได้เปลี่ยนแปลงไปคือ การออกทำงานนอกบ้าน และการสูบบุหรี่ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้น (สมจิต, 2536)

3. การมีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่าสมาชิกในครอบครัวที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โอกาสที่สมาชิกในครอบครัวคนอื่นจะเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าครอบครัวที่ไม่มีบุคคลป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งเสริมการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (พจนาน, 2541; สมจิต, 2536; Christensen & Kockrow, 1999; Edlin et al., 2002)

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกำบังโรค

ความหมายของพฤติกรรมกำบังโรค

จากการทบทวนวรรณกรรมพบมีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมการป้องกันโรคไว้หลายประการที่สำคัญ สรุปได้ว่า

พฤติกรรมการป้องกันโรค เป็นการกระทำของบุคคลอันเกิดจากความเชื่อของบุคคล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการเกิดโรค จด หรือหลีกเลี่ยงการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ เพื่อดำรงภาวะสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และอารมณ์ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจเจตคติของแต่ละบุคคล ซึ่งบุคคลต้องใช้ศักยภาพตนเองที่มีมาแต่กำเนิด ประกอบกับการปฏิบัติที่มีเป้าหมาย มีความสามารถในการดูแลตนเอง มีความพึงพอใจในบุคลลรอบข้าง รวมถึงต้องมีการปรับตัวตามความจำเป็นเพื่อให้สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมที่มีความสำคัญกับตนเอง ทำให้สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขและมีคุณภาพ ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยอาศัยความรู้และทัศนคติของแต่ละบุคคล (ชนิดา, 2543; ประภาเพ็ญ, 2532; ประภาเพ็ญ และ สวิง, 2534; Harris & Guten, 1979 cited in Pender, 1987)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ทำให้เข้าใจว่าทำไมบุคคลจึงแสดงพฤติกรรมสุขภาพในลักษณะต่างกัน (อุมพร, 2547) ความเชื่อเป็นการตัดสินใจของบุคคลที่มีต่อการกระทำของบุคคลในการป้องกันโรค และมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ รวมทั้งการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล (วสันต์ และ พิมพ์พรรณ, 2542; King, 1981) อาจกล่าวได้ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพของแต่ละบุคคล ทำให้บุคคลมีการแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันออกไปในการเลือกแสดงพฤติกรรมหรือปฏิบัติตามที่ตนเองเชื่อ (ทิพวิไล, 2544; มานพ, 2542)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคมของเลวิน (Lewin) ซึ่งได้อธิบายว่าชีวิตของบุคคลอยู่ในพื้นที่ว่างของชีวิต (life space) บางส่วนมีคุณค่าทางลบ (negative valued) บางส่วนมีคุณค่าทางบวก (positive valued) การเป็นโรคเท่ากับอยู่ในคุณค่าทางลบซึ่งบุคคลสามารถหลีกเลี่ยงได้จากจุดนี้ได้ พฤติกรรมการป้องกันโรคจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ช่วยให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากคุณค่าทางลบคือ หลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วยนั่นเอง (Pender, 1987) นอกจากนี้องค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอาศัยตัวแปรทางจิตสังคมมาวิเคราะห์พฤติกรรมของบุคคล โดยพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับการที่บุคคลให้คุณค่าของผลลัพธ์จากการกระทำ และการคาดคะเนต่อความเป็นไปได้ที่จะเกิดผลลัพธ์ของการกระทำนั้น (Pender, 1982) และการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพนั้นขึ้นอยู่กับสิ่งต่อไปนี้ คือ 1) แรงจูงใจที่จะหลีกเลี่ยงความเจ็บ

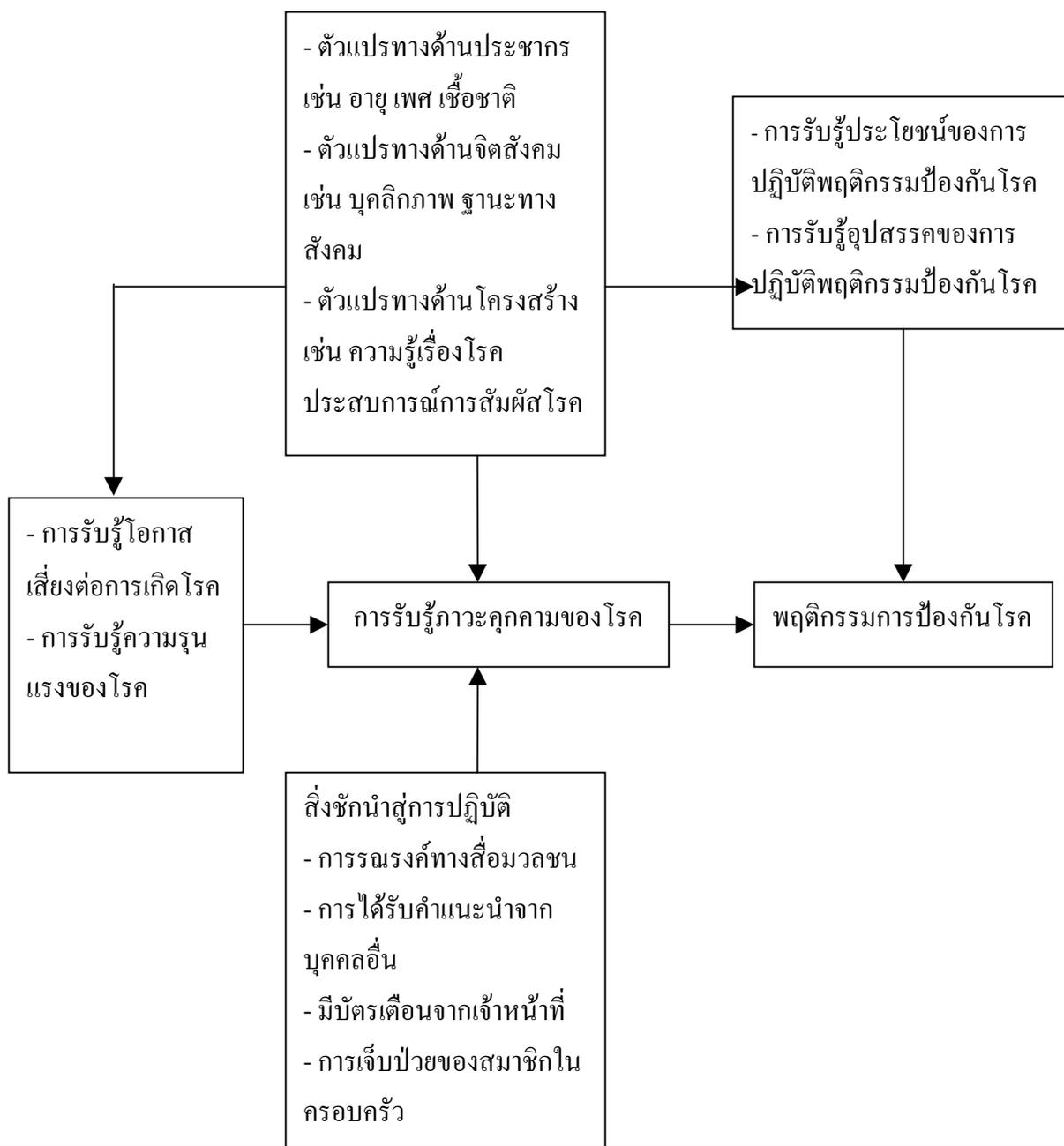
ป่วย 2) ความต้องการมีสุขภาพดี และ 3) ความเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมจะป้องกันความเจ็บป่วยหรือรักษาโรคได้ (Becker et al., 1977)

โรเซนสต็อก, ฮอว์ทอม และ คีเกลส์ (Rosenstock, Hochbaum & Keagles cited by Kegales, 1980) ได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพขึ้นในช่วงปี ค.ศ. 1950 - 1960 มีจุดมุ่งหมายเพื่ออธิบายถึงความล้มเหลวของการให้บริการด้านการป้องกันโรค เช่น การตรวจหาวัณโรคในระยะแรก การตรวจหามะเร็งปากมดลูก การรับบริการภูมิคุ้มกันโรค ว่าเหตุใดประชาชนถึงมารับบริการน้อยทั้งที่เป็นการให้บริการโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใด แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจึงถูกนำมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค เพื่อเป็นแนวทางให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเพิ่มขึ้น (Pender, Murdaugh & Parsons, 2002) จากแนวคิดดังกล่าวจึงเป็นจุดเริ่มต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกล่าวคือ การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหรือหลีกเลี่ยงจากความเจ็บป่วยนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า 1) ตนเองเป็นผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค 2) โรคที่เกิดขึ้นต้องมีความรุนแรง มีผลกระทบต่อชีวิต และ 3) การปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเป็นประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ช่วยลดความรุนแรงของโรค หรือภาวะคุกคามของโรคได้ แต่จะต้องไม่มีอุปสรรคต่อการปฏิบัติ เช่น ค่าใช้จ่าย ความอาย เสียเวลา เป็นต้น (Pender, 1987; Rosenstock, Strecher & Becker, 1988) ต่อมาเบคเกอร์ และ คณะ (Becker et al., 1977) ได้ทำการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยเพิ่มปัจจัยร่วม และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติซึ่งเป็นปัจจัยนอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค ดังภาพ 2

การรับรู้ของบุคคล

ปัจจัยปรับเปลี่ยน

แนวโน้มของ
การปฏิบัติพฤติกรรม



ภาพ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรค

Note. From Selected psychosocial models and correlates of individual health - related behaviors.

By M. H. Becker et al., 1997, *Medical Care*, 15, pp. 27 - 46.

จะเห็นได้ว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาเพื่ออธิบายพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคของบุคคลโดยตรง จึงทำให้เข้าใจว่าทำไมบุคคลจึงแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่แตก

ต่างกัน และมีปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจของบุคคล ซึ่งสามารถช่วยวินิจฉัยสาเหตุพฤติกรรมของบุคคล ค้นหาแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคล และกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม นอกจากนี้ปัจจัยภายในตัวของบุคคลได้ถูกนำมาอธิบายไว้ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้วย ทำให้สามารถเข้าใจพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาเป็นกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา เนื่องจากเชื่อว่าจะสามารถประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลได้ถูกต้องและครอบคลุม

การประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

จากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมาพบว่า การประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคส่วนใหญ่ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งแนวคิดดังกล่าวสามารถอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลได้ว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคหรือป้องกันโรคได้ บุคคลต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้น โรคที่เกิดขึ้นจะมีความรุนแรงหรือคุกคามต่อชีวิต การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคจะช่วยลดความรุนแรงของโรค นอกจากนี้ยังประกอบด้วยปัจจัยปรับเปลี่ยน ได้แก่ ปัจจัยทางด้านประชากร ปัจจัยทางด้านจิตสังคม ปัจจัยทางด้านโครงสร้าง และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ได้แก่ การได้รับข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ การได้รับคำแนะนำจากเพื่อน ญาติ บุคลากรทางด้านสุขภาพ หรือการป่วยของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค จากแนวคิดดังกล่าวได้มีผู้นำมาสร้างเครื่องมือเพื่อใช้ประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน เช่น

มานพ (2542) ได้สร้างแบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเอดส์โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ และ คณะ (Becker et al., 1974) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเอดส์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของลูกเรือประมง มีข้อคำถาม 51 ข้อ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อโรคเอดส์ การรับรู้ประโยชน์ - อุปสรรคของการป้องกันโรคเอดส์ ปัจจัยร่วมที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ และสิ่งชักนำสู่พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ กลุ่มตัวอย่างเป็นลูกเรือประมงจำนวน 372 คน มีค่าความเที่ยงจากการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของแบบวัดการรับรู้ทั้ง 3 ด้านเท่ากับ 0.85, 0.73 และ 0.83 ตามลำดับ ซึ่งแบบประเมินดังกล่าวสามารถประเมินความเชื่อทางด้านสุขภาพได้ครอบคลุมทุกด้าน

ปริศนา (2541) ได้สร้างแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) เพื่อประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจจำนวน 90 ราย มีข้อคำถาม 17 ข้อ โดยใช้การรับรู้ 4 ด้านเป็นแนวทางในการประเมิน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และการรับรู้อุปสรรคของการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง มีค่าความเที่ยงจากการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.67 แบบประเมินดังกล่าวไม่สามารถประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพได้อย่างครอบคลุม เนื่องจากการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลอาจมีตัวแปรอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น ความตั้งใจ (intension) ความเชื่ออำนาจภายในตนเอง (locus of control) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self efficacy) ซึ่งเป็นตัวแปรที่เชื่อว่าอาจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล

บุปผา (2544) ได้สร้างแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคกระดูกพรุนโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) เพื่อประเมินความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนของสตรีวัยหมดประจำเดือน มีข้อคำถาม 96 ข้อ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคกระดูกพรุน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุน และสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุน กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีวัยหมดประจำเดือนจำนวน 333 ราย และมีค่าความเที่ยงจากการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.92

จิตหทัย (2542) ได้สร้างแบบประเมินความเชื่อทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจจากกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker et al., 1977) มีข้อคำถาม 23 ข้อ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยปรับเปลี่ยน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และการมีบุคคลในครอบครัวเป็นหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานธนาคารที่นั่งทำงานมากกว่า 5 ชั่วโมงต่อวัน จำนวน 400 คน มีค่าความเที่ยงจากการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.83

ดังนั้นการศึกษานี้ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความเชื่อทางด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในพนักงานธนาคารของจิตหทัย (2542) ซึ่งสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker et al., 1977) มาดัดแปลงให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยเชื่อว่าแบบประเมินชุดนี้จะสามารถประเมินความเชื่อทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนได้ครอบคลุม

และมีความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากเป็นการประเมินการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค

พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ โดยการหลีกเลี่ยงจากปัจจัยเสี่ยงรวมทั้งการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และเหมาะสม จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ยังไม่มีการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เกี่ยวข้องกับสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนโดยตรง ผู้วิจัยจึงอาศัยงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชากรที่เป็นสตรีวัยผู้ใหญ่และวัยกลางคนสำหรับเป็นแนวทางในการศึกษา และจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจและหลอดเลือดพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดประกอบด้วย การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด และการตรวจสุขภาพประจำปี ดังนี้

การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายมีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันโรค ฟิ้นฟูสภาพ และลดอาการแทรกซ้อนของโรค การออกกำลังกายในระดับที่เพียงพอจะสามารถป้องกันการเกิดโรคต่าง ๆ ได้ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น (วิศาล, ปิยะนุช และ ภัทรารุช, 2544; Froehlich, 2001; Pender et al., 2002; Shin, 1999) ช่วยเผาผลาญแคลอรีซึ่งมีผลทำให้น้ำหนักลดลง ช่วยลดความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และทำให้อารมณ์ดีขึ้น (ฉัฐยา, 2542; อุไร, 2543; Miller, Ogletree & Welshimer, 2002; Shin, 1999; Squires, Gau, Miller, Allison & Lavie, 1990) นอกจากนี้ยังมีประโยชน์ในการเพิ่มระดับเอชดีแอลโคเลสเตอรอล ทำให้ร่างกายมีการใช้น้ำตาลในเลือดดีขึ้น ช่วยลดความดันโลหิตและไขมันที่สะสมในร่างกาย หัวใจมีประสิทธิภาพในการสูบฉีดโลหิตได้มากขึ้น (วิชัย, 2547; Krummel et al., 2001)

ตามหลักของศาสนาอิสลามที่มีการสนับสนุนการออกกำลังกาย โดยเฉพาะอิริยาบถของการปฏิบัติศาสนกิจประจำวัน ได้แก่ การละหมาด โดยท่าที่ใช้ในการละหมาด เช่น ท่ายืน กราบ นั่ง เท่ากับเป็นการออกกำลังกาย (มานี, 2544; เสาวนีย์, 2535) ซึ่งการเคลื่อนไหวร่างกายทำให้ข้อกล้ามเนื้อต่าง ๆ มีกำลังมากขึ้น แข็งแรงขึ้น สามารถป้องกันโรคได้ นอกจากนี้การปฏิบัติศาสนกิจเกี่ยวกับหัจญ์ การไปเยี่ยมผู้ป่วยหรือญาติพี่น้อง การเดินทางไปมัสยิดเพื่อละหมาด การเคลื่อนไหวร่างกายเพื่ออาบน้ำละหมาด และชำระร่างกาย คือสิ่งที่ได้รับจากการออกกำลังกายแบบอิสลาม (กษิณิษ, 2548) นอกจากการออกกำลังกายด้วยการปฏิบัติศาสนกิจแล้ว สตรีไทยมุสลิมวัยหมด

ประจำเดือนควรมีการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอตามหลักของการออกกำลังกายที่ถูกต้องโดยการออกกำลังกายทุกวัน หรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละอย่างน้อย 20 – 30 นาที และมีการเคลื่อนไหวเป็นจังหวะสลับกันระหว่างการหดและคลายตัวของกล้ามเนื้อ ซึ่งการออกกำลังกายที่ดีที่สุดคือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น การวิ่ง การเดินเร็ว ว่ายน้ำ เต้นแอโรบิก ปั่นจักรยาน เป็นต้น (ฉัฐยา, 2542; Krummel et al., 2001; Pender et al., 2002) สำหรับวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับสตรีวัยหมดประจำเดือน ได้แก่ การเดิน การปั่นจักรยาน การว่ายน้ำ การเต้นแอโรบิก เป็นต้น ปัจจุบันการออกกำลังกายครอบคลุมทั้งที่เป็นแบบแผน และไม่เป็นแบบแผน ซึ่งการออกกำลังกายที่ไม่เป็นแบบแผน เช่น การออกแรงในอาชีพ งานบ้าน หรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในวิถีชีวิตของบุคคล (สุคนธ์, 2542) นอกจากนี้ควรมีการออกกำลังกายตามระยะของการออกกำลังกายซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (ฉัฐยา, 2542; Pender et al., 2002) ดังนี้

1. ระยะอบอุ่นร่างกาย (warming up) เป็นการเริ่มต้นการออกกำลังกายเพื่อเตรียมความพร้อมใช้เวลาประมาณ 10 - 15 นาที จะช่วยให้ปริมาณเลือดไหลเวียนเข้าสู่กล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น ทำให้การประสานงานของกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ เพิ่มขึ้น เพิ่มอุณหภูมิของร่างกาย และอัตราการเต้นของหัวใจ ป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ ลักษณะของการออกกำลังกายที่ใช้ในการอบอุ่นร่างกาย เช่น การยืดกล้ามเนื้อต่าง ๆ วิ่งเหยาะ ๆ อยู่กับที่ช้า ๆ แล้วจึงออกกำลังกายอย่างอื่น

2. ระยะออกกำลังกาย (endurance exercise) เป็นการออกกำลังกายที่หนักขึ้น และต่อเนื่องจากระยะอบอุ่นร่างกาย ใช้เวลาประมาณ 20 - 30 นาที จะช่วยให้ปอดและหัวใจมีประสิทธิภาพในการทำงานมากขึ้น เป็นการออกกำลังกายที่มีการเปลี่ยนแปลงความยาวของเส้นใยกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อทุกส่วนมีการเกร็งและออกแรงไปพร้อม ๆ กัน ลักษณะของการออกกำลังกายที่ดีควรใช้พลังงานอย่างน้อย 400 แคลอรี ระดับชีพจรถึงที่คาดหมาย (target heart rate) โดยคำนวณจาก 220 ลบด้วยอายุเป็นปี สำหรับการออกกำลังกายในระยะนี้ เช่น การเดินเร็ว ๆ วิ่งเหยาะ ๆ ปั่นจักรยาน เป็นต้น

3. ระยะผ่อนคลาย (cool down) เป็นการผ่อนคลาย โดยการออกกำลังกายเบา ๆ และช้าลงเรื่อย ๆ เพื่อยืดกล้ามเนื้อ ปรับอุณหภูมิ การหายใจและความตึงเครียดของร่างกายให้กลับสู่ภาวะปกติ จะทำช่วงหลังจากการออกกำลังกายแบบต่อเนื่องแล้วใช้เวลาประมาณ 5 - 10 นาที โดยอาจเป็นการออกกำลังกายประเภทเดียวกับที่ใช้อบอุ่นร่างกาย

ดังนั้น สตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนจึงควรมีการออกกำลังกายที่ถูกต้องตามหลักของการออกกำลังกาย เนื่องจากการออกกำลังกายมีผลช่วยเพิ่มระดับเอชดีแอลโคเลสเตอรอล

เป็นการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Byfield, 2001; Haddock, Hopp, Mason, Blix, & Blair, 1998; Manson et al., 2002)

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า สตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม ดังเห็นได้จากการศึกษาของไชยพุทธ (Chaiput, 2003) เกี่ยวกับอาการของการหมดประจำเดือนและการปฏิบัติด้านสุขภาพของสตรีไทยมุสลิมอายุระหว่าง 40 - 59 ปี จำนวน 366 ราย พบว่า ร้อยละ 73 ไม่เคยออกกำลังกาย เนื่องจากคิดว่าการประกอบอาชีพทำสวนเป็นการออกกำลังกาย และไม่มีเวลาสำหรับการออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของรวิษา (2545) เกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในสตรีวัยกลางคน จำนวน 200 ราย อายุระหว่าง 40 - 60 ปี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการออกกำลังกายเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินอยู่ในระดับพอใช้ ส่วนใหญ่ปฏิบัติกิจกรรมทางกายที่เกี่ยวข้องกับงานอาชีพและงานบ้าน มีการออกกำลังกายเป็นส่วนน้อย รวมทั้งต้องใช้เวลาสำหรับประกอบอาชีพ หารายได้เพื่อเลี้ยงตนเอง และครอบครัวทำให้ไม่มีเวลาออกกำลังกาย และการศึกษาของของวาสนา (2544) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูปจำนวน 200 ราย มีอายุระหว่าง 17 - 54 ปี พบว่ามีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับไม่เหมาะสม เนื่องจากในการดำเนินกิจวัตรประจำวันส่วนใหญ่เดินหรือปั่นจักรยานไปทำงาน มีการรดน้ำต้นไม้ ทำงานบ้าน หรือทำสวนครัว ซึ่งกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเป็นการออกกำลังกายอยู่แล้วจึงไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายอย่างอื่น นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมการออกกำลังกายของสตรีอยู่ในระดับที่แตกต่างกันเนื่องมาจากปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ไม่เห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย ไม่มีเวลาสำหรับการออกกำลังกาย รวมทั้งมีการออกกำลังกายที่ไม่ถูกต้องตามระยะของการออกกำลังกาย (สุกาญญา, 2543; Eyley et al., 1997; Wilson, 2003) ดังเช่น จากการศึกษาของปริญญา (2544) เกี่ยวกับพฤติกรรมการออกกำลังกายและการรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกายของอาจารย์สตรีมหาวิทยาลัยเชียงใหม่จำนวน 290 ราย ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 41 - 50 ปี พบว่ามีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ไม่ถูกต้องตามหลักการออกกำลังกาย เกี่ยวกับระยะอบอุ่นร่างกาย ความถี่ ระยะผ่อนคลาย ความแรง และความนานในการออกกำลังกายถึงร้อยละ 95.55 จากการศึกษาของจิตอารี (2543) เกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายและพฤติกรรมการออกกำลังกายของพยาบาลจำนวน 331 ราย ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 21 - 30 ปี พบว่ามีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้องเพียงร้อยละ 2.72 เนื่องมาจากไม่มีเวลาสำหรับการออกกำลังกาย และสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการออกกำลังกาย สำหรับพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่ามีการออกกำลังกายชนิดที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ (อัจฉริยา, 2540) แต่จากการศึกษาของพรรณนิภา และ ชูดี (2541) เกี่ยวกับความรู้เรื่องวัยหมดระดู และการดูแลตนเองของบุคลากรทางการ

พยาบาลที่อยู่ในวัยหมดระดูของวิทยาเขตศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี เนื่องจากมีความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง และการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของสตรีชาวแมกซิกันและชาวอเมริกันที่ทำงานในโรงงานจำนวน 397 ราย อายุระหว่าง 19 - 70 ปี พบว่ามีพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับต่ำ (Wilson, Sisk & Baldwin, 1997) นอกจากนี้การที่สตรีมีเครือข่ายทางสังคม มีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน และได้รับการสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้มีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น (Kelsey et al., 2000)

จะเห็นได้ว่าจากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายของสตรีอยู่ในระดับที่แตกต่างกัน เนื่องมาจากปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ และสังคม ไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย รวมทั้งขาดการออกกำลังกายที่มีประสิทธิภาพ ความถูกต้องตามหลักในการออกกำลังกาย เกี่ยวกับระยะเวลาในการออกกำลังกาย ความแรง และความนาน อันจะส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ถูกต้อง

การรับประทานอาหาร

อาหารเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการดำรงชีวิต มีประโยชน์ต่อสุขภาพทั้งในด้านการป้องกันและรักษาโรค การรับประทานผัก ผลไม้ อาหารที่มีไขมันต่ำจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Gaziano, 1994) การเลือกบริโภคอาหารที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ทำให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ เช่น การเลือกรับประทานอาหาร โดยใช้หลักปิรามิดแนะแนวอาหาร (The food guide pyramid) ผู้ใหญ่หรือวัยทำงานร่างกายจะมีการสร้างเซลล์เพื่อการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ และเสริมสร้างสมรรถภาพการทำงานของอวัยวะภายในร่างกาย หากได้รับอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายอาจส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายได้ (วาสนา, 2544; Meisler, 2001) สตรีอายุ 40 ปีขึ้นไป ร่างกายมีความต้องการพลังงานในแต่ละวันไม่ควรเกิน 2,000 กิโลแคลอรี ซึ่งการรับประทานอาหารตามความต้องการของร่างกายในแต่ละวันควรประกอบด้วย ไขมันร้อยละ 30 คาร์โบไฮเดรตร้อยละ 50 - 60 โปรตีนร้อยละ 10 - 20 โคลเลสเตอรอลไม่เกิน 300 มิลลิกรัม และควรควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (Pender et al., 2002) นอกจากนี้สุคนธ์ (2542) ได้แนะนำให้สตรีวัยหมดประจำเดือนมีการรับประทานอาหารดังนี้

1. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล เพื่อป้องกันโรคอ้วนโดยเฉพาะอย่างยิ่งควรงดของหวาน เช่น ขนมหวาน หรือผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น ทูเรียน ละมุด เงาะ เป็นต้น รวมทั้งอาหารรสเค็มจัด ซึ่งการรับประทานเกลือแกงต่อวันมากกว่า 1 ช้อนชาขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

2. เพิ่มการรับประทานอาหารที่มีเส้นใยมาก เช่น ผักใบเขียว ผลไม้ ถั่ว ข้าวซ้อมมือ อาหารประเภทนี้ช่วยลดการสะสมของโคเลสเตอรอลในร่างกายจึงช่วยป้องกันโรคต่าง ๆ เช่น โรคอ้วน ไขมันอุดตันในเส้นเลือด โรคเบาหวาน เป็นต้น

3. งดอาหารมัน อาหารทอด อาหารทะเลบางชนิด เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ลดความถี่ของการรับประทานเนื้อวัว หนังกุ้ง การใช้น้ำมันจากสัตว์และกะทิในการประกอบอาหาร ควรใช้น้ำมันพืชที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวแทน เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว น้ำมันข้าวโพด เป็นต้น

4. รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารต่าง ๆ ที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และควรดูแลน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

5. รับประทานอาหารประเภทปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ถั่วเมล็ดแห้ง การรับประทานปลาเป็นประจำจะช่วยลดปริมาณไขมันในเลือด

หลักในการรับประทานอาหารดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของศาสนาอิสลามที่มีหลักในการรับประทานอาหาร คือ อาหารที่รับประทานต้องถูกตามหลักการอิสลาม (ฮาลาล) สะอาด มีประโยชน์ต่อร่างกาย ในส่วนที่พระเจ้าเป็นผู้เป็นเจ้าของอนุมัติ เช่น เนื้อสัตว์ต่าง ๆ ผัก ผลไม้ นม ปลาทุกชนิด (กษิณิษ, 2548; วินัย, 2542) นอกจากนี้การปฏิบัติศาสนกิจที่สำคัญซึ่งมีการปฏิบัติในรอบ 1 ปี คือ การถือศีลอด โดยเป็นการงดเว้นการบริโภคอาหาร เครื่องดื่ม ตั้งแต่ดวงอาทิตย์ขึ้นจนกระทั่งตกเป็นเวลา 29 หรือ 30 วัน ในเดือน 9 (เดือนรอมฎอน) ของปฏิทินอิสลาม ชาวมุสลิมเชื่อว่าการถือศีลอดที่ถูกต้องมีผลดีต่อร่างกาย เนื่องจากอวัยวะที่ทำหน้าที่ย่อยอาหารได้พักผ่อนในรอบวัน อาหารที่ร่างกายได้สะสมเอาไว้ เช่น ไขมัน ได้ถูกนำมาใช้ในระยะนี้ ทำให้ร่างกายไม่อ้วนจนเกินไปอันจะก่อให้เกิดโรคได้ (จิตรลดา, 2543; วิรัชชาติ และ ดร.ณิ, 2548; McKennis, 1999; Pirott, 1994)

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารของสตรีอยู่ในระดับที่แตกต่างกัน ดังเช่น จากการศึกษาของวาสนา (2544) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการรับประทานไม่ดี เนื่องจากต้องทำงานวันละ 8 ชั่วโมง และต้องกลับมาทำงานบ้านจึงทำให้เกิดความยุ่งยากในการจัดเตรียมอาหาร รวมทั้งการประกอบอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ทุกวันเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ยาก ประกอบกับมีความสะดวกในการซื้ออาหารจากร้านที่ขายในที่ทำงานหรือจากร้านอาหารที่ตักใส่ถุงขายเพราะประหยัดเวลาและมีราคาถูก จากการศึกษาของภัทรจิต (2546) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพในจังหวัดสงขลาจำนวน 330 ราย ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20 - 40 ปี พบว่ามีพฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากลักษณะงานที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วย และต้องมีความรับผิดชอบในหน้าที่สูงจึงไม่อาจละทิ้งผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลได้ ประกอบกับการที่ต้องปฏิบัติงานเป็นเวรทำให้แบบแผนการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลงไป สอดคล้องกับการศึกษาของวนลดา (2539) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรี

เสริมสุขภาพของสตรีในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 420 ราย พบว่าคนงานสตรีมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากมีการทำงานเป็นกะผลัดเปลี่ยนจึงทำให้แบบแผนการรับประทานอาหารเปลี่ยนไปเช่นเดียวกับพยาบาล จากการศึกษาของอรพินท์ (2543) เกี่ยวกับผลกระทบของการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง อายุระหว่าง 40 - 59 ปี จำนวน 218 ราย พบว่า มีการพฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง และสามารถงดอาหารที่มีรสเค็ม ไขมัน และโคเลสเตอรอลสูง นอกจากนี้การศึกษาของสุภาภรณ์ (2543) เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของสตรีที่รับงานมาทำที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 40 - 49 ปี จำนวน 300 ราย พบว่ามีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับค่อนข้างสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย ทำให้สามารถเลือกอาหารที่มีคุณค่า และมีประโยชน์ได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย จากการศึกษาของครุณี (2545) เกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของผู้ใหญ่วัยกลางคน อายุ 40 - 60 ปี จำนวน 200 ราย เป็นเพศหญิง 125 ราย พบว่ามีพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับสูงเช่นกัน และจากการศึกษาของวรวรรณ (2545) เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีวัยหมดประจำเดือน กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 45 - 55 ปี จำนวน 82 ราย พบว่า มีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร 5 หมู่โดยรวมอยู่ในระดับดี มีการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับร่างกาย เช่น เนื้อปลา ผลไม้ ปลาที่กินได้ทั้งกระดูก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในชุมชนเมือง มีความสะดวกในการเลือกซื้ออาหารเพื่อบริโภค ประกอบกับมีโอกาสได้รับข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อหลายทาง เช่น ทางวิทยุ โทรทัศน์ จึงทำให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี สำหรับการศึกษากิจกรรมการรับประทานอาหารของสตรีในชนบทประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งมีอายุระหว่าง 30 - 64 ปี จำนวน 239 ราย พบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารประเภทไขมันสูง และมีกากใยอาหารน้อย (Humphries & Krummel, 1999) และจากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคผลไม้และผักของสตรีชาวเปอโตริโก จำนวน 200 ราย พบว่าในแต่ละวันกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 19.00 มีการรับประทานอาหารผลไม้และผักครบ 5 หมู่ และร้อยละ 34.00 มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง นอกจากนี้ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำส่งผลให้มีการรับประทานผักและผลไม้ลดลง (Rivera, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของไชยพุท (Chaiput, 2003) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องรายได้จึงส่งผลต่อความสามารถในการเลือกหาอาหารที่มีคุณค่าต่อร่างกายมารับประทาน

จากงานวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำถึงระดับสูง รวมทั้งการรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน การเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคม เช่น ความเร่งรีบในการทำงาน ลักษณะงานที่ทำ

การบริโภคอาหารที่เน้นความรวดเร็ว และความสะดวกในการรับประทานอาหาร เป็นต้น (Finn, 2001) ตลอดจนฐานะทางเศรษฐกิจ (Jeffrey & Franch, 1997) ดังนั้นพฤติกรรมการป้องกันโรคในด้านนี้จึงอยู่ในระดับต่ำถึงระดับสูง

การจัดการความเครียด

สตรีวัยหมดประจำเดือนมักมีความเครียดเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยจะมีอารมณ์หงุดหงิดง่าย ใจร้อน ขาดความเชื่อมั่นในตนเองเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ เกิดความวิตกกังวล และความเครียด ส่งผลให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน เช่น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หลอดเลือดขยาย การเคลื่อนไหวของลำไส้เพิ่มขึ้น และอาจส่งผลให้เกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบทางเดินอาหาร ปวดศีรษะ เป็นต้น (สุคนธ์, 2542; Pender et al., 2002) ความเครียดเป็นปฏิกิริยาตอบสนองอย่างทั่วไปของร่างกายที่มีต่อสิ่งกระตุ้น จะมีผลให้เส้นประสาทในส่วนของไฮโปทาลามัสปล่อยสารคอร์ติโคโทรปิน (corticotropin hormone) ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย นอกจากนี้ความเครียดจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nervous system) กระตุ้นการหลั่งของแคทีโคลามีน (catecholamines) (ฉวีวรรณ, 2541) ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ และการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น หลอดเลือดที่เลี้ยงผิวหนัง และระบบทางเดินอาหารหดตัวทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น เกร็ดเลือดรวมตัวกันมากขึ้น ระดับโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์สูงขึ้น หลอดเลือดหัวใจหดตัว ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด (จินตนา, 2541; สมจิต, 2536) ดังนั้นสตรีวัยหมดประจำเดือนควรมีการจัดการความเครียดด้วยวิธีที่เหมาะสม เช่น การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ทำงานอดิเรกที่ชอบ พบปะสังสรรค์กับบุคคลในวัยเดียวกันเพื่อเสริมสร้างความภูมิใจในตนเอง หรือการทำกิจกรรมเพื่อสาธารณประโยชน์ นอกจากนี้การปฏิบัติตามแนวทางศาสนา เช่น การละหมาด ช่วยให้จิตใจสงบ มีสติ และสมาธิ ช่วยลดความวิตกกังวลและฟุ้งซ่าน (ดาร์สนี, 2540) รวมทั้งการพักผ่อนนอนหลับซึ่งการพักผ่อนไม่เพียงพอจะทำให้อารมณ์หงุดหงิดง่าย จึงควรพักผ่อนให้ต่อเนื่องกันอย่างน้อยวันละ 6 - 8 ชั่วโมง (สุคนธ์, 2542) ซึ่งการจัดการความเครียดที่ถูกต้องจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ (Littleton, 2001)

ตามหลักศาสนาอิสลามเมื่อมีปัญหาหรือความทุกข์ อิสลามสอนให้มีความอดทน และนึกถึงสังขรณ์ที่พระเจ้าผู้เป็นเจ้าของไว้ให้อัล-กุรอาน (มานี, 2544) มีการสนับสนุนให้พักผ่อนทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งการพักผ่อนในลักษณะของการปฏิบัติเพื่อการจงรักภักดีต่อพระเจ้า เป็นเจ้าตามที่ศาสนากำหนด เช่น การละหมาดเป็นการทำจิตใจให้สงบ ระลึกถึงพระเจ้า เสริมสร้างสมาธิ ช่วยให้จิตใจเข้มแข็งสงบสุข ส่วนการถือศีลอดเป็นการรักษาสุขภาพทางด้านจิตใจ ซึ่งช่วง

ถือศีลอดชาวมุสลิมต้องมีการควบคุมสติอารมณ์ ทำจิตใจสงบไม่ฟุ้งซ่าน (คลมณรรจ์ และ แวอุเซ็ง, 2533) นอกจากนี้ศาสนาอิสลามสอนว่า กลางคืนเป็นเวลาพักผ่อน อย่าทำงานหนักโดยไม่มีเวลาพักผ่อน ควรเอาใจใส่สุขภาพของตนเอง ดังนั้นทุกคนจึงต้องพักผ่อนเพื่อส่วนตัวและครอบครัว และการนอนถือเป็นการพักผ่อนที่ดีที่สุด (มานี, 2544; เสาวนีย์, 2535; อรุณ, 2547)

จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการความเครียดที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการความเครียดอยู่ในระดับสูง โดยมีวิธีการจัดการความเครียดด้วยสร้างความเข้มแข็งทางด้านจิตใจให้กับตนเอง เช่น การยอมรับสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ การพักผ่อนด้วยการนอนหลับ การนึกถึงแต่สิ่งที่ดีงามก่อนนอน ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้บุคคลมีความรู้สึกนึกคิดในทางบวก เป็นต้น (นงลักษณ์, นันทา, ทวีลักษณ์, อรรณนพ และ สวัสดิ์, 2539; ภัทรจิต, 2546) รวมทั้งยังมีวิธีการจัดการความเครียดโดยมีการจัดสรรเวลาเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ เช่น นั่งสมาธิ ปรึกษาเพื่อนที่รู้ใจ ปลูกต้นไม้ (จิรวรรณ, 2541; วาสนา, 2544) ดังเช่นจากการศึกษาของสกุรัตน์ (2544) เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนจำนวน 214 ราย อายุระหว่าง 40 - 68 ปี พบว่ามีการจัดการความเครียดอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของอภิรยา (2540) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนจำนวน 200 ราย พบว่ามีการจัดการความเครียดในระดับดีเช่นเดียวกัน โดยมีการจัดการความเครียดด้วยวิธีผ่อนคลายและการทำสมาธิ สำหรับในต่างประเทศได้มีการศึกษาเปรียบเทียบระดับความเครียดของสตรีในกลุ่มอายุที่แตกต่างกันจำนวน 299 ราย พบว่าสตรีวัยกลางคนซึ่งมีอายุระหว่าง 30 - 45 ปี เป็นกลุ่มที่มีความเครียดมากที่สุด เนื่องจากมีปัญหาทางด้านสุขภาพรวมทั้งบทบาทในครอบครัวทั้งการเป็นภรรยา มารดา ส่งผลให้มีความเครียดมากกว่าวัยอื่น แต่ไม่มีวิธีการจัดการความเครียดที่ถูกต้อง (Kenny, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาบทบาทหน้าที่ของสตรีและผลกระทบต่อสุขภาพพบว่า การที่สตรีมีบทบาททั้งการทำงานทั้งนอกบ้านและภายในบ้าน รวมถึงบทบาทของการเป็นมารดาส่งผลให้เกิดความเครียดได้เช่นกัน (Gjerdingen, McGovern, Bekker, Lundberg & Willemsen, 2000)

ดังนั้นสรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีการจัดการความเครียดอยู่ในระดับที่แตกต่างกัน และมีวิธีการในการจัดการความเครียดหลายวิธี เช่น การยอมรับสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ การพักผ่อนด้วยการนอนหลับ มีการจัดสรรเวลาเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ เช่น ปลูกต้นไม้ การนั่งสมาธิ ปรึกษาเพื่อนที่รู้ใจ รวมทั้งมีวิธีการช่วยบรรเทาความเครียดด้วยการพูดสนทนากับผู้ใกล้ชิด และคิดว่าปัญหาทุกอย่างสามารถแก้ไขได้ เป็นต้น ซึ่งวิธีจัดการความเครียดที่ถูกวิธีจะมีผลในการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

การตรวจสุขภาพประจำปี

วัยหมดประจำเดือนเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะผู้หญิงที่มีรูปร่างอ้วน ดังนั้นการตรวจสุขภาพประจำปี เช่น การตรวจร่างกายทั่วไป การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น (สุคนธ์, 2542) โดยเฉพาะการติดตามควบคุมความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับโคเลสเตอรอล เพื่อไม่ให้อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด (อุไร, 2543; Weissfeld, Kirscht & Brock, 1990) การที่สตรีวัยหมดประจำเดือนมีความสนใจในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (จินตนา, 2538)

ตามแนวคิดของศาสนาอิสลามมีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นไปตามประสงค์ของพระผู้เป็นเจ้า เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ การหายหรือไม่หายจากการเจ็บป่วย หรือการตายก็เป็นความประสงค์ของพระผู้เป็นเจ้าเช่นกัน อิสลามถือว่าความเจ็บป่วยเป็นการทดสอบความอดทนจากพระผู้เป็นเจ้า นอกจากนี้ความเจ็บป่วยถือเป็นความเมตตาจากพระผู้เป็นเจ้า เพื่อไม่ให้สิ้นหวัง ท้อแท้ ให้รับรักษาด้วยวิธีการที่ไม่ขัดกับศาสนา เช่น การอ่านบทขอพรที่ท่านศานาอุมหมัด (ขอความสันติสุขจงมีแก่ท่าน) สอนไว้ท่านนั้นเพื่อจะได้หาย ได้เคารพพระผู้เป็นเจ้าต่อไป ดังนั้นการที่ชาวมุสลิมจะมีสุขภาพดีต้องมีความศรัทธาในพระผู้เป็นเจ้า มีความอดทน มีความเชื่อมั่น มีจิตใจที่เข้มแข็ง มีกำลังใจ ปฏิบัติตามที่พระองค์ทรงใช้ และงดเว้นสิ่งที่พระองค์ทรงห้าม (ดาร์รงค์, 2547)

จากการศึกษาการตรวจความดันโลหิต และระดับโคเลสเตอรอลในเลือดเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของพนักงานโรงงานจำนวน 200 ราย อายุระหว่าง 23 - 58 ปี พบว่ามีเพียงร้อยละ 22.50 ที่ได้รับการตรวจสุขภาพในเดือนที่ผ่านมา (Wilson et al., 1997) จากการศึกษาของสุวิมล, ทิพาพันธ์ และ ปองจิตร (2546) เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยผู้ใหญ่จำนวน 115 ราย กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 18 - 59 ปี พบว่าส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี นอกจากนี้จากการศึกษาของไชยพุท (Chaiput, 2003) พบว่าสตรีไทยมุสลิมวัยกลางคนร้อยละ 52.50 ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี เนื่องจากมีการรับรู้ว่าคุณภาพแข็งแรงดีจึงไม่เห็นความสำคัญของการตรวจสุขภาพ รวมทั้งมีหน้าที่ต้องดูแลบุตร สมาชิกในครอบครัวจึงไม่มีเวลาสำหรับการตรวจสุขภาพ และจะตรวจสุขภาพเมื่อมีความเจ็บป่วยเท่านั้น จากการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของหญิงรับจ้างทำงานในบ้าน และหญิงอาชีพรับจ้างดูแลสุขภาพในกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่พบว่าไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปีคิดเป็นร้อยละ 92.00 และ 63.50 ตามลำดับ (ศศิกานต์, 2541; สีดา, 2541) นอกจากนี้ปัจจุบันมีโรงพยาบาลทั้งของภาครัฐและเอกชนหลายแห่งมองเห็นความสำคัญของสตรีวัยหมดประจำเดือนมากขึ้นจึงได้มีคลินิกวัยทองเพื่อให้คำแนะนำ ซึ่งการจัดระบบบริการสุขภาพที่สามารถให้บริการทางสุขภาพที่ดี และตรงตามความต้องการจะเป็น

การส่งเสริมให้สตรีมีการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม (Taylor & Dower, 1997) ดังเช่นจากการศึกษาของประณีต, พรทิพย์, ขวัญตา และ อารีรัตน์ (2543) เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพอนามัยสำหรับสตรีวัยกลางคนในสถานบริการสุขภาพของภาครัฐและเอกชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ ณ คลินิกวัยทองของโรงพยาบาลภาครัฐ 3 แห่ง และคลินิกเอกชนที่ให้บริการส่งเสริมสุขภาพสตรีโดยอ้อม 1 แห่ง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นผู้ให้บริการจำนวน 13 ราย และผู้ใช้บริการเป็นสตรีอายุระหว่าง 40 - 59 ปี จำนวน 50 ราย ซึ่งการมีประจำเดือนผิดปกติเป็นสาเหตุสำคัญของการมารับบริการ และพบว่าการรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพในทางบวก โดยการรับรู้ของสตรีส่วนใหญ่มาจากบุคลากรในโรงพยาบาล และจากสื่อต่าง ๆ นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันมิให้เกิดความเจ็บป่วยซึ่งการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค การปฏิบัติตนเมื่อยังไม่เป็นโรคจะช่วยให้ภาวะสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนดีขึ้น โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งเป็นโรคที่อาจปรากฏขึ้นในระยะหลังหมดประจำเดือน (สุวิภา, 2539) ดังนั้นการส่งเสริมให้สตรีวัยหมดประจำเดือนมีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ถูกต้อง และเหมาะสมจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน

เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาที่เฉพาะเจาะจงในสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน ผู้วิจัยจึงอาศัยงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคของสตรีในกลุ่มต่าง ๆ ที่คาดว่าเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน การศึกษาพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน ควรคำนึงถึงปัจจัยที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรค ซึ่งอาจแตกต่างกันตามความเชื่อและการรับรู้ของแต่ละบุคคล จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า มีผู้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้อธิบายพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคของบุคคลทั้งที่สุขภาพดีและที่เจ็บป่วย เช่น โรคกระดูกพรุน (สุวิภา, 2544; บุญผา, 2544) การตรวจหาเซลล์มะเร็ง (จุฬารักษ์, 2546; Ekstrom, 2004; Kim, 2002; Stein, Fox, Murata & Morisky, 1992; Weislo, 2004) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ชัยญาลักษณ์, 2544) โรคไวรัสตับอักเสบบี (เขาวดี, 2532; สุวิมล, 2534) เป็นต้น สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคของบุคคล โดยรวบรวมจากการศึกษาที่ผ่านมา ดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หมายถึง การรับรู้ของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนว่าตนเองเป็นผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคนั้น จะต้องมีความเชื่อตามการรับรู้ของตนว่าตนเองเป็นผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จาก การรวบรวมงานวิจัยของแจนซ์ และ เบคเกอร์ (Janz & Becker, 1984) ในปี ค.ศ. 1974 - 1984 มีทั้งหมด 46 รายงาน พบว่า มี 24 รายงานที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล ซึ่งการรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสำคัญมากกว่าการรับรู้ด้านอื่น ในการอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล เช่น การศึกษาของบุปผา (2544) เกี่ยวกับตัวกำหนดความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนของสตรีวัยหมดประจำเดือน กลุ่มตัวอย่างอายุ 40 - 59 ปี จำนวน 333 ราย พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนได้ จากการศึกษาของวิภาวดี (2545) เรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 114 ราย ส่วนมากมีอายุระหว่าง 26 - 30 ปี พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในระดับสูง นอกจากนี้การศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีอายุ 30 - 64 ปี จำนวน 239 ราย พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร (Humphries & Krummel, 1999) และจากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยวิธีแมมโมแกรม (mamography) ของสตรีชาวเกาหลีอายุ 30 ปีขึ้นไป จำนวน 310 ราย พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งสามารถทำนายการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยวิธีแมมโมแกรมได้ (Kim, 2002)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค

การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง การรับรู้ของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนเกี่ยวกับผลที่จะเกิดตามมาเมื่อตนเองป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น การก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต การต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา ความสามารถในการทำงาน และผลกระทบต่อครอบครัว เป็นต้น แม้ว่าบุคคลรับรู้ว่าจะตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคแล้ว บุคคลจะต้องมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคว่า โรคที่เกิดขึ้นมีผลกระทบรุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว รวมทั้งความสามารถในการทำงาน (Becker et al., 1977) เช่น จากการศึกษาของลัญชนา (2545) เกี่ยวกับภาวะเสี่ยง การรับรู้ภาวะเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูก

พจนของผู้สูงอายุจำนวน 200 ราย พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมืดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพจนของ จากการศึกษาของบุปผา (2544) เกี่ยวกับตัวกำหนดความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพจนของสตรีวัยหมดประจำเดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีวัยหมดประจำเดือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 333 ราย อายุระหว่าง 40 - 59 ปี พบว่ามีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคกระดูกพจนค่อนข้างสูง จากการศึกษาของวิภาวดี (2545) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมืดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพจนในระดับสูง สำหรับการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกและการตรวจเต้านม กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีชาวไทยที่อาศัยอยู่ในเมืองบริสเบน ประเทศออสเตรเลีย จำนวน 145 ราย อายุระหว่าง 18 - 77 ปี พบว่ามีการรับรู้ถึงความรุนแรงของมะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูกว่ามีผลต่อภาวะสุขภาพ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44.00 ตรวจมะเร็งปากมดลูกปีละ 2 ครั้ง และร้อยละ 25.00 ตรวจเต้านมเดือนละ 2 ครั้ง (Jirowong & Manderson, 2001)

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง การรับรู้ของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนเกี่ยวกับผลดีที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น ช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือภาวะคุกคามของโรคได้ ซึ่งจากรวบรวมงานวิจัยของแจนซ์ และ เบคเกอร์ (Janz & Becker, 1984) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคสามารถอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลได้ เช่น จากการศึกษาของจุฬารักษ์ (2546) เรื่องความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสตรีมุสลิม กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีไทยมุสลิมอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 100 ราย พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในระดับสูง เนื่องจากมีการรับรู้ว่าการตรวจหามะเร็งปากมดลูกช่วยป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ จากการศึกษาของบุปผา (2544) พบว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพจนอยู่ในระดับสูง จากการศึกษาของจิตหทัย (2542) เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในพนักงานธนาคาร กลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานธนาคารที่นั่งทำงานมากกว่า 5 ชั่วโมงต่อวัน จำนวน 400 ราย ซึ่งเป็นเพศหญิงร้อยละ 64.00 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับดีมาก สำหรับการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีเกี่ยวกับการตัดสินใจใช้ฮอร์โมนทดแทนในวัยหมดประจำเดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีวัย

หมดประจำเดือนที่มีการหมดประจำเดือนตามธรรมชาติ ใช้ฮอร์โมนทดแทนหลังหมดประจำเดือน และไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งจำนวน 5 ราย อายุระหว่าง 45 - 51 ปี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ฮอร์โมนจึงมีการตัดสินใจใช้ฮอร์โมนทดแทนหลังหมดประจำเดือน (Wcislo, 2004) และจากการศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการตรวจมะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกของสตรีในชนบทเมืองลาสกาจำนวน 193 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกอยู่ในระดับปานกลาง (Ekstrom, 2004)

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง การรับรู้หรือการคาดการณ์ของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนเกี่ยวกับปัจจัยที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น ความไม่สะดวก ความกลัว ความอาย ต้องเสียค่าใช้จ่าย ซึ่งเป็นปัจจัยทางลบ หรือเป็นอุปสรรคขัดขวางทำให้นुकคลหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ถ้าบุคคลมีการรับรู้ว่าการแสดงพฤติกรรมสามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ลดความรุนแรงของโรค มีประโยชน์อย่างมากในการป้องกันโรค และรับรู้ว่าการแสดงพฤติกรรมมีอุปสรรคน้อย บุคคลจะมีความพยายามที่จะแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น (Rosenstock, 1990 cited by Salazar, 1991) จากการรวบรวมงานวิจัยของแจนซ์ และ เบคเกอร์ (Janz & Becker, 1984) พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคสามารถอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลได้มากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของชนิดา (2543) เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรีซึ่งมีอายุระหว่าง 30 - 50 ปี จำนวน 230 ราย พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรค คือบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนมากขึ้นจะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนน้อยลง จากการศึกษาของปริสนา (2535) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ในภาคเหนือ พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของหญิงตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 20 ($p < .05$) จากการศึกษาของฉวีวรรณ (2543) เกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 150 ราย พบว่า การรับรู้อุปสรรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 61 ($p < .001$) นอกจากนี้จากการศึกษาปัจจัยขัด

ขบวนการตรวจมะเร็งเต้านมของสตรีมุสลิมชาวจอร์แดนอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 145 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.00 ไม่เคยตรวจเต้านม และการรับรู้อุปสรรคของการตรวจมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับการตรวจมะเร็งเต้านม โดยกลุ่มตัวอย่างขาดความรู้ ขาดความชำนาญในการตรวจเต้านม และรู้สึกว่าการตรวจเต้านมเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ยาก (Al - Khasawneh, 2002)

แรงจูงใจด้านสุขภาพ

แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง ความสนใจ ความห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพ ความปรารถนาที่จะดำรงรักษาสุขภาพ และความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน ซึ่งเกิดจากความสนใจสุขภาพโดยทั่วไปของบุคคล หรือเกิดจากการกระตุ้นของความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค ความเชื่อต่อผลดีจากการปฏิบัติ รวมทั้งสิ่งเร้าภายนอก เช่น คำแนะนำของแพทย์ การกระตุ้นเตือนจากญาติ เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้สามารถกระตุ้นแรงจูงใจด้านสุขภาพของบุคคลได้ เนื่องจากการได้รับข้อมูลข่าวสารของบุคคลและการได้รับการกระตุ้นเตือนจะก่อให้เกิดความรู้และความตระหนัก และรับรู้ต่อภาวะคุกคามของโรคต่าง ๆ ที่จะเกิดกับตน ส่งผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัย (Becker et al, 1977) จากการศึกษาของปริศนา (2535) พบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของหญิงตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 20.00 ($p < .05$) จากการศึกษาของจิตหทัย (2542) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับดีมาก รวมทั้งการศึกษาของจันทร์ (2544) เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 416 ราย อายุระหว่าง 35 - 59 ปี พบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดได้ร้อยละ 31

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น จะเห็นได้ว่าการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคได้นั้น บุคคลจะต้องมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้นี้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยการเลือกวิธีการปฏิบัติที่ดีว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุด ด้วยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติกับผลเสีย ค่าใช้จ่าย หรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น นอกจากนี้บุคคลต้องมีแรงจูงใจด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นความสนใจและห่วงใยในสุขภาพของตนเอง ปรารถนาที่จะดำรงรักษาสุขภาพ อาจเกิดจากความสนใจสุขภาพโดยทั่วไปของบุคคล รวมทั้งสิ่งกระตุ้นจากภายนอก เช่น ข่าวสารจากสื่อ

ต่าง ๆ หรือคำแนะนำจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ เป็นต้น จากปัจจัยดังกล่าวข้างต้นจะส่งผลให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคที่แตกต่างกันออกไป