พฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง ที่เข้ารับบริการในคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม

โดย
นางสาววิภาพร ศักดิ์สุริยผดุง

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน
ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร
ปีการศึกษา 2547

ISBN 974 - 653 – 938 - 8

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

EATING FOR HEALTH OF MENOPAUSAL WOMEN ATTENDING THE MENOPAUSAL CLINIC AT NAKHORNPATHOM HOSPITAL

By

Wipaporn Saksuriyaphadung

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree

MASTER OF ARTS

Department of Psychology and Guidance

Graduate School

SILPAKORN UNIVERSITY

2004

ISBN 974 - 653 - 938 - 8

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร อนุมัติให้วิทยานิพนธ์เรื่อง "พฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทองที่เข้ารับบริการในคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม" เสนอโดย นางสาววิภาพร ศักดิ์สุริยผดุง เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน

....
(รองศาสตราจารย์ ดร.จิราวรรณ คงคล้าย)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
วันที่ .... เดือน .... พ.ศ. ....

ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์

1. อาจารย์ ดร.นงนุช โรจนเลิศ
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นวลฉวี ประเสริฐสุข
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมทรัพย์ สุขอนันต์

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

คณะกรรมการตรวจสอบวิทยานิพนธ์

....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพล พยอมแย้ม)
.... /.................. /..................

.... กรรมการ
(อาจารย์ ดร.นงนุช โรจนเลิศ)
.... /................. /..................

…………………………………. กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมทรัพย์ สุขอนันต์)
.... /................. /.................

.... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นวลฉวี ประเสริฐสุข)
.... /.................. /...................

....กรรมการ
(นายแพทย์วีระเดช เฉลิมพลประภา)
.... /................. /.............

K 45256213 : สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน
คำสำคัญ : พฤติกรรมการบริโภค / สตรีวัยทอง

วิภาพร ศักดิ์สุริยผดุง : พฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทองที่เข้ารับบริการในคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม (EATING FOR HEALTH OF MENOPAUSAL WOMEN ATTENDING THE MENOPAUSAL CLINIC AT NAKHORNPATHOM HOSPITAL) อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ : อ.ดร.นงนุช โรจนเลิศ, ผศ.ดร.นวลฉวี ประเสริฐสุข และผศ.ดร.สมทรัพย์ สุขอนันต์. 127 หน้า.
ISBN 974 - 653-938-8

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบ 1)ระดับอาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือน ความเชื่ออำนาจภายในตน ค่านิยมทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง 2) เปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทองที่มีอาชีพ การมีโรคประจำตัว สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัวแตกต่างกัน และ 3)ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีวัยทองที่เข้ารับบริการในคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม จำนวน 145 คน ได้มาโดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) การทดสอบค่าที (t-test) การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้าสมการ (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า

1. ความเชื่ออำนาจภายในตน ค่านิยมทางสุขภาพ และพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทองอยู่ในระดับมาก ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์อยู่ในระดับปานกลาง

2. พฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทองเมื่อจำแนกตามระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนสตรีวัยทองที่มีอาชีพ โรคประจำตัว สถานภาพสมรส แตกต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพไม่แตกต่างกัน

3. ความเชื่ออำนาจภายในตน ค่านิยมทางสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพได้ร้อยละ 27.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร ปีการศึกษา 2547
ลายมือชื่อนักศึกษา ....
ลายมือชื่ออาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ 1 .... 2 .... 3 ....

K 45256213 : MAJOR : COMMUNITY PSYCHOLOGY

KEY WORD : EATING FOR HEALTH / MENOPAUSAL WOMEN

WIPAPORN SAKSURIYAPHADUNG : EATING FOR HEALTH OF MENOPAUSAL WOMEN ATTENDING THE MENOPAUSAL CLINIC AT NAKHORNPATHOM HOSPITAL. THESIS ADVISORS : NONGNUCH ROTJANALERT, Ed.D., ASST.PROF. NAUNCHAVEE PRASERTSUK, Ph.D., AND ASST.PROF. SOMSAP SOOKANAN, Ph.D. 127 pp. ISBN 974-653-938-8

The purposes of this research study were :1) to examine the Menopausal Symptoms, Internal Locus of Control, Health Value, Social Support and Eating for Health of menopausal women, 2) to compare the Eating for Health of the samples of different occupation, health status, marital status, educational level, family income and 3) to find the variables predict the Eating for Health of the samples. The samples were 145 menopausal women attending the menopausal clinic at Nakhornpathom Hospital, derived by a random sampling technique. The instruments used in this study were checklist questionnaires and rating scale questionnaires. Data were analyzed by percentage (%), arithmetic mean ($\bar{x}$), standard deviation (S.D) , t-test , One-way ANOVA and a stepwise multiple regression technique.

The results were as follows :

1. Internal Locus of Control , Health Value, and Eating for Health of the subjects were high, and the Social Support was moderate.

2. Eating for Health of menopausal women with different educational level,and different family income were significantly different, at a statistical level of .05. However, Eating for Health of samples with different occupation, health status and marital status were not significantly different.

3. Internal Locus of Control , Health Value and Social Support predicted the Eating for Health of menopausal women at the percentage of 27.4 , with a statistical significant level of .001.

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

Department of Psychology and Guidance Graduate School, Silpakorn University Academic Year 2004

Student's signature …………………..

Thesis Advisors' signature 1 …………………… 2 ……………………3 ……………………

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี โดยผู้วิจัยได้รับความกรุณาอย่างยิ่งจากอาจารย์ ดร.นงนุช โรจนเลิศ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นวลฉวี ประเสริฐสุข และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมทรัพย์ สุขอนันต์ ซึ่งเป็นอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.สุรพล พยอมแย้ม ประธานกรรมการตรวจสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ปรึกษา ช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจอย่างดียิ่ง กรุณาตรวจและแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้เสร็จสมบูรณ์ด้วยดี ตลอดจนคณาจารย์ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากรทุกท่าน ที่ได้ให้ความรู้ คำแนะนำ อบรม สั่งสอน ตลอดการศึกษาตามหลักสูตร รวมทั้งให้การช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจต่อผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์วีระเดช เฉลิมพลประภา นายแพทย์ 8 กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ให้ความกรุณาแก่ผู้วิจัยในการให้คำแนะนำ และตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบพระคุณ คุณพ่อสกล ศักดิ์สุริยผดุง และคุณแม่สำเนียง ศักดิ์สุริยผดุง ที่เป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนในการศึกษาด้วยดีตลอดมา

ขอขอบคุณพี่ๆ น้องๆ ชาวจิตวิทยาชุมชนทุกคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อนรุ่น 5 ทุกคนที่ให้การช่วยเหลือและเป็นกำลังใจอย่างสม่ำเสมอ

คุณค่าและประโยชน์ที่เกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอบูชาพระคุณบิดา มารดา คณาจารย์ ตลอดจนผู้มีพระคุณทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวนามไว้ในที่นี้ ที่ให้โอกาสและได้มอบสิ่งดีๆ ในชีวิตให้แก่ผู้วิจัย ทำให้วิจัยได้พบกับความสำเร็จอย่างที่มุ่งหวัง

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

สารบัญ

		หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย		ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ		จ
กิตติกรรมประกาศ		ฉ
สารบัญตาราง		ญ
สารบัญแผนภูมิ		ฏ
บทที่		
1	บทนำ	1
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
	วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
	ปัญหาการวิจัย	4
	สมมติฐานในการวิจัย	5
	ขอบเขตของการวิจัย	5
	นิยามศัพท์เฉพาะ	6
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
2	แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
	1. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับวัยทอง	10
	1.1 วัยทอง	10
	1.2 การหมดประจำเดือน	11
	1.3 อาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือน	12
	2. พฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพ	18
	2.1 ความหมายของพฤติกรรม	18
	2.2 กระบวนการเกิดพฤติกรรม	18
	2.3 องค์ประกอบของพฤติกรรม	19
	2.4 พฤติกรรมการบริโภค	20
	2.5 อาหารสำหรับสตรีวัยทอง	21
	3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายในตน	28
	4. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับค่านิยมทางสุขภาพ	33

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

บทที่ หน้า

5. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม 40
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศและต่างประเทศ 45
กรอบแนวคิดในการวิจัย 52
3 วิธีการดำเนินการวิจัย 53
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 53
ตัวแปรที่ศึกษา 54
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 54
การสร้างและพัฒนาเครื่องมือ 59
การเก็บรวบรวมข้อมูล 60
การวิเคราะห์ข้อมูล 60
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 62
ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม 63
ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับอาการที่เกิดจากภาวะ การหมดประจำเดือน ความเชื่ออำนาจภายในตน ค่านิยมทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ และพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง 65
ตอนที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทองที่จำแนกตามอาชีพ การมีโรคประจำตัว สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว 66
ตอนที่ 4 การวิเคราะห์อาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือน ความเชื่ออำนาจภายในตน ค่านิยมทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง 71
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 75
สรุปผลการวิจัย........ 75
อภิปรายผล 77
ข้อเสนอแนะของการวิจัย 84
ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ 85
ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป........ 86

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

บรรณานุกรม 87
ภาคผนวก 97
ภาคผนวก ก แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย 98
ภาคผนวก ข ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม 111
ภาคผนวก ค คะแนนเฉลี่ยรายข้อ 118

ประวัติผู้วิจัย 127

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีวัยทอง …………………...	63
2	แสดงจำนวน ร้อยละของอาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือน ……………..	65
3	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความเชื่ออำนาจภายในตน ค่านิยมทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ และพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง………………………..	66
4	การเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง เมื่อจำแนกตามอาชีพ..	66
5	การเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง เมื่อจำแนกตามการมีโรคประจำตัว ……………...	67
6	แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทองเมื่อจำแนกตามสถานภาพสมรส ………….........	67
7	การเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง เมื่อจำแนกตามสถานภาพสมรส..	68
8	แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง จำแนกตามระดับการศึกษา.....................................	68
9	การเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง เมื่อจำแนกตามระดับการศึกษา..	69
10	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทองเป็นรายคู่ด้วยวิธีของเชฟเฟ่	69
11	แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง จำแนกตามรายได้ของครอบครัว …………………	70
12	การเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง เมื่อจำแนกตามรายได้ของครอบครัว …………………………………………………….	70
13	แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทองเป็นรายคู่ด้วยวิธีของเชฟเฟ่ ………………………..	71

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่		หน้า

14 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพ อาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือน ความเชื่ออำนาจภายในตน ค่านิยมทางสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ของสตรีวัยทอง...... 72

15 การวิเคราะห์อาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือน ความเชื่ออำนาจภายในตน ค่านิยมทางสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง.. 73

16 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและค่าระดับรายข้อของอาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือนของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีวัยทอง 119

17 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและค่าระดับรายข้อของความเชื่ออำนาจภายในตนของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีวัยทอง 120

18 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและค่าระดับรายข้อของค่านิยมทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีวัยทอง 122

19 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและค่าระดับรายข้อของแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีวัยทอง 123

20 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและค่าระดับรายข้อของพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีวัยทอง 125

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	รูปแบบการก่อเกิดความเชื่ออำนาจควบคุม	29
2	ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและค่านิยมของบุคคล	34
3	ขั้นตอนการเกิดค่านิยม	38
4	ความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพก่อนเจ็บป่วย	39

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สังคมไทยในปัจจุบันมีความเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วทางด้านเศรษฐกิจสังคม ความก้าวหน้าทางการแพทย์ และการสาธารณสุขทำให้คนไทยมีสุขภาพแข็งแรงและอายุขัยยืนยาวขึ้น ประกอบกับความสำเร็จของโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติทำให้โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงไป ดังจะเห็นได้จากตัวเลขของสำนักงานคณะกรรมการการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้คาดประมาณว่า อายุขัยเฉลี่ยของผู้ชายคือ 66.75 ปี ในขณะที่อายุขัยเฉลี่ยของผู้หญิงคือ 70.75 ปี ในปี พ.ศ. 2543-2548 จะเห็นได้ว่าอายุขัยเฉลี่ยของผู้หญิงจะยืนยาวมากกว่าผู้ชาย ซึ่งเป็นข้อมูลที่สอดคล้องกับการคาดการประชากรของสำนักนายกรัฐมนตรี สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติที่ได้คาดประมาณว่าอายุขัยเฉลี่ยของสตรีจะสูงขึ้นจาก 76.53 ปีในพ.ศ.2546ไปเป็นอายุขัยเฉลี่ย 78.11 ปีใน พ.ศ.2556 แสดงให้เห็นว่าช่วงเวลาที่สตรีต้องอยู่ในภาวะวัยทองนั้นมีประมาณ 1 ใน3 ของช่วงชีวิตทั้งหมดของสตรี ซึ่งเป็นระยะเวลานานกว่า 20-30 ปี

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

สตรีที่อยู่ในภาวะหมดประจำเดือนหรือที่เรียกว่า “วัยทอง” เป็นการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติที่เกิดกับสตรีทุกคน เป็นระยะเวลาที่สตรีหยุดความสามารถที่จะตั้งครรภ์ จะเริ่มสังเกตได้ตั้งแต่อายุ 40 ปี โดยพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดจากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน (อร่าม โรจนสกุล 2533:75) เป็นช่วงวิกฤตช่วงหนึ่งของชีวิตสตรี ช่วงวัยนี้มีความสำคัญเพราะเป็นวัยที่ประสบความสำเร็จในชีวิตทุกๆด้าน กล่าวคือสตรียังคงทำงานได้อย่างกระฉับกระเฉง มีประสิทธิภาพ มีศักยภาพสูงในการทำประโยชน์ให้แก่ตนเอง ครอบครัว สังคม และประเทศชาติได้ไม่น้อยกว่าวัยทำงาน แต่ในขณะเดียวกันก็ต้องรับภาระหนักทั้งทางด้านส่วนตัว หน้าที่การงาน และครอบครัวพร้อมๆกับที่ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากด้วยเช่นกัน จึงทำให้สตรีวัยนี้อาจประสบปัญหาสุขภาพต่างๆ จากการศึกษาของสมหมาย คชนาม (2535:บทคัดย่อ) พบว่า สตรีที่หมดประจำเดือนแล้วร้อยละ 72.3 มีปัญหาสุขภาพอย่างน้อย 1 ชนิด หลังจากหมดประจำเดือน ได้แก่ มึนศีรษะร้อยละ 41.0 เหนื่อยง่าย-อ่อนเพลียร้อยละ 41.0 หงุดหงิดง่ายร้อยละ 40.0 นอนไม่หลับร้อยละ 31.6 ใจสั่น เต้นแรงร้อยละ 30.9 ร้อนวูบวาบตามตัวใบหน้าร้อยละ 29.4 ปวดศีรษะร้อยละ 22.7 เหงื่อออกตอนกลางคืนร้อยละ 13.6 สอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา สิทธิรักษ์ (2541:บทคัดย่อ) พบว่าปัญหาสุขภาพในสตรีวัยหมดระดูหรือ

หมดประจำเดือนที่พบมาก คืออาการปวดหลัง ปวดตามข้อ ร้อยละ 33.4 ร้อนวูบวาบ ร้อยละ 32.8 และปวดศีรษะ วิงเวียนศีรษะ ร้อยละ 29.4 เป็นต้น ทำให้สตรีวัยนี้ขาดความมั่นใจในตนเอง รู้สึกถูกทอดทิ้ง หลงลืมง่าย วิตกกังวล (กอบจิตต์ ลิมปพยอม และอรรณพ ใจสำราญ 2538:17)อาการเหล่านี้ถึงแม้จะไม่รุนแรงถึงชีวิตแต่ก็สร้างความทุกข์ทรมานให้กับสตรีวัยทอง เกิดผลกระทบต่อคนรอบข้าง เช่น บิดา มารดา สามีและบุตร เพื่อนร่วมงาน อาจเกิดปัญหาสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับบุคคลรอบข้าง ในสตรีบางรายถ้ามีปัญหาทางเพศสัมพันธ์ร่วมด้วย เช่น การเบื่อหน่ายและไม่สนใจทางเพศก็จะทำให้เกิดปัญหากับคู่สมรสเพิ่มมากขึ้นด้วย (ปนัดดา ปริยทฤฆ 2530:4) แม้ว่าความก้าวหน้าทางการแพทย์ที่สามารถใช้ฮอร์โมนเสริมในการบรรเทาอาการเหล่านี้ได้ แต่มีผลงานวิจัยของราชวิทยาลัยสูติแพทย์และนรีแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (ACOG) พบว่าการใช้ฮอร์โมนเสริมจะเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม, หลอดเลือดสมองตีบตัน (ธารดาว ทองแก้ว 2546 : 23) รวมทั้งหากมีอาการต่างๆเหล่านี้เป็นระยะเวลานานจะมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน อาการเหล่านี้อาจมีทันทีในช่วงที่กำลังจะหมดประจำเดือน (perimenopause) และมีอาการต่อเนื่องไปถึงหลังจากหมดประจำเดือนแล้ว (postmenopause) และยังส่งผลระยะยาวไปตลอดช่วงชีวิตของสตรี โดยเป็นสาเหตุของโรคหัวใจขาดเลือด (ischemic heart disease) พบว่าสตรีวัยนี้มีโอกาสเกิดโรคเป็น 3 เท่าของสตรีที่ยังไม่หมดประจำเดือน (กอบจิตต์ ลิมปพยอม 2537:32)และโรคกระดูกพรุน (osteoporosis) (ศิริพร จิรวัฒน์กุล 2537:17-18) โดยเฉพาะในส่วนของข้อมือและกระดูกสันหลัง ซึ่งทั้งภาวะกระดูกพรุนและโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น กระดูกต้นขาหรือกระดูกสะโพกหักง่ายเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เกิดความพิการ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายและหลอดเลือดในสมองตีบ ทำให้เป็นอัมพาต (พนัส พฤกษ์สุนันท์ 2537:7) ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพทั้งในระยะสั้นและในระยะยาว ทำให้รัฐต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายสูงสำหรับการดูแลสุขภาพและให้การรักษาพยาบาลสตรีกลุ่มนี้เมื่อเข้าสู่วัยชรามากขึ้น การเกิดโรคต่างๆ ขึ้นนั้นนอกจากอายุที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้ร่างการเสื่อมโทรมลงแล้วยังมีปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่ง คือการมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง พฤติกรรมการบริโภคนั้นขึ้นอยู่กับอิทธิพลหลายอย่างเป็นต้นว่า ฐานะทางเศรษฐกิจ โอกาสที่จะได้รับความรู้ การเข้ารับบริการทางการแพทย์ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ย่อมมีผลที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมหรือไม่เหมาะสมก็ได้

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

จังหวัดนครปฐมเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีแนวโน้มของจำนวนสตรีวัยทองเพิ่มสูงขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทย จากข้อมูลสถิติจำนวนประชากรจังหวัดนครปฐม ปี พ.ศ.2543 พบว่ามีจำนวนประชากรสตรีอายุระหว่าง 40-59 ปีซึ่งเป็นกลุ่มอายุของสตรีวัยทองมีจำนวน 88,261 คน (สำนักนายกรัฐมนตรี, สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2544 : 7)มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นกว่า ปี พ.ศ.2537 ที่มีจำนวนประชากรสตรีอายุระหว่าง 40-59 ปี จำนวน 64,878 คน (สำนักนายกรัฐมนตรี,

สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2538 : 7) การก้าวเข้าสู่วัยทองจะทำให้สตรีต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพมากมาย ดังจะเห็นได้จากตัวเลขผู้เข้ารับบริการคลินิกวัยทองของโรงพยาบาลศูนย์นครปฐม จำนวนผู้เข้ารับบริการในปัจจุบันมีจำนวน 521 คน และต้องให้ฮอร์โมนเสริมประมาณ 146 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 13 พฤศจิกายน 2546) ถึงแม้ว่าจำนวนผู้เข้ารับบริการจะเริ่มลดลงเนื่องจากมีการลดการใช้ฮอร์โมนลง เพราะมีความเสี่ยงดังที่กล่าวไว้แล้วข้างต้น แต่การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกายของสตรีวัยทองยังคงดำเนินต่อไปและหากไม่มีการป้องกัน อาจจะส่งผลทวีความรุนแรงรวมทั้งมีผลกระทบในระยะยาวได้ จากสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้นการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยทองเป็นสิ่งที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ซึ่งต้องเกิดกับสตรีทุกคน และแต่ละคนแตกต่างกันออกไป แต่สามารถเตรียมพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆและป้องกันแก้ไขปัญหาสุขภาพในระยะยาวได้ การเลือกในการดูแลสุขภาพตนเองจึงเป็นเรื่องที่สตรีวัยทองต้องเรียนรู้ ทำความเข้าใจ และตัดสินใจเลือกเอง โดยการรับประทานอาหารที่ดีและมีประโยชน์เป็นหนทางที่ดีที่สุดในการป้องกันการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดจากความเสื่อมโทรมของร่างกายเมื่ออายุมากขึ้น การรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางอาหารในแต่ละมื้อในปริมาณที่เหมาะสมสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคเกี่ยวกับกระดูก และโรคความดันโลหิตสูง และยังช่วยรักษาระดับน้ำหนักให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม (ธรรมทิพย์ ไขหาญฟ้า 2537:34)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

จากเหตุผลดังกล่าวการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทองเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากสตรีวัยทองต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพต่างๆ จำเป็นต้องได้รับคำแนะนำ การให้ข้อมูลในการดูแลสุขภาพตนเอง ช่องทางหนึ่งของข้อมูลเหล่านี้ได้มาจากแพทย์ ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ความชำนาญ และสามารถให้ข้อมูลต่างๆ ที่เป็นประโยชน์กับสตรีวัยทองได้ ทั้งการดูแลตนเองในสภาวะปกติและสภาวะเจ็บป่วย รวมทั้งการควบคุมอาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือน แต่สตรีวัยทองเมื่อได้รับคำแนะนำจากแพทย์แล้วต้องเป็นผู้ที่ควบคุมให้อาการเหล่านั้นอยู่ในสภาวะปกติเอง ทั้งนี้สตรีวัยทองต้องเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสิ่งเหล่านี้ได้ เมื่อมีความเชื่อเช่นนั้นจะส่งผลให้พยายามควบคุมปัจจัยที่จะทำให้เกิดอาการ เช่น หากสตรีวัยทองทราบข้อมูลว่าถ้าดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะยิ่งทวีความรุนแรงอาการร้อนวูบวาบที่ใบหน้าและลำตัว เขามักจะหลีกเลี่ยงที่จะดื่ม ซึ่งการที่สตรีวัยทองจะมีความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง นอกจากข้อมูลที่ได้มาจากแพทย์แล้ว ยังต้องแสวงหาข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ อีก เช่น นิตยสาร โทรทัศน์ เป็นต้น และผู้ที่จะทำเช่นนี้จะต้องให้ความสำคัญกับสุขภาพของตนเองอย่างมากหรือเป็นผู้ที่มีค่านิยมทางสุขภาพที่ถูกต้อง เนื่องจากการมีค่านิยมทางสุขภาพที่ถูกต้องนั้นจะทำให้สตรีวัยทองเป็นผู้ที่ใส่ใจดูแลสุขภาพของตนเองเป็นอย่างดี แสวงหาช่องทางเพื่อให้สุขภาพของตนเองแข็งแรงอยู่เสมอ เช่น ดูแลเรื่องการบริโภคอาหารให้ถูกหลักโภชนาการและเหมาะสมกับวัย ตรวจสุขภาพปีละ 1 ครั้ง เป็นต้น ดังที่

กล่าวไว้แล้วข้างต้นว่าแนวทางหนึ่งของการดูแลสุขภาพตนเองของสตรีวัยทองให้แข็งแรงอยู่เสมอ คือการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง กล่าวคืออาหารเป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ที่มนุษย์จำเป็นต้องบริโภคทุกวัน และในช่วงวัยทองนี้การเลือกบริโภคอาหารที่ถูกต้องมีความจำเป็นในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันให้ร่างกายแข็งแรงอยู่เสมอ ป้องกันการเกิดโรคต่างๆ อาทิเช่น โรคกระดูกพรุน โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน เป็นต้น รวมทั้งการทดแทนฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) ที่ลดลง แต่จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมานั้น ผู้วิจัยส่วนใหญ่มุ่งศึกษาปัญหาสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยภาพรวม หรือการสร้างโปรแกรมเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยทองมากกว่าการสร้างความชัดเจนในด้านต่างๆของการดูแลตนเอง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยในฐานะนักจิตวิทยาชุมชนจึงได้ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง เพื่อสร้างความชัดเจนในการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารเพื่อให้สตรีวัยทองสามารถดูแลสุขภาพตนเองในด้านการบริโภคอาหารได้อย่างเหมาะสม สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข และก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุได้อย่างมีสุขภาพดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

1. เพื่อศึกษาระดับอาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือน ความเชื่ออำนาจภายในตน ค่านิยมทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ และพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทองที่เข้ารับบริการในคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง จำแนกตามอาชีพ การมีโรคประจำตัว สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว

3. เพื่อศึกษาอาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือน ความเชื่ออำนาจภายในตน ค่านิยมทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทองที่เข้ารับบริการในคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม

ปัญหาของการวิจัย

1. อาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือน ความเชื่ออำนาจภายในตน ค่านิยมทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ และพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทองอยู่ในระดับใด

2. สตรีวัยทองที่มีปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อาชีพ การมีโรคประจำตัว สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

3. อาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือน ความเชื่ออำนาจภายในตน ค่านิยมทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทองหรือไม่ อย่างไร

สมมติฐานของการวิจัย

1. สตรีวัยทองที่มีอาชีพแตกต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพแตกต่างกัน

2. สตรีวัยทองที่มีโรคประจำตัวแตกต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพแตกต่างกัน

3. สตรีวัยทองที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพแตกต่างกัน

4. สตรีวัยทองที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพแตกต่างกัน

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

5. สตรีวัยทองที่มีรายได้ของครอบครัวแตกต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพแตกต่างกัน

6. อาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือน ความเชื่ออำนาจภายในตน ค่านิยมทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง

ขอบเขตของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทองที่เข้ารับบริการในคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม จึงได้กำหนดขอบเขตการวิจัยไว้ดังนี้

1. ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ สตรีที่มีอายุ 40-59 ปี ตามรายชื่อในเวชระเบียน ผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการในคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ.2546 ถึง วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ.2547 จำนวน 243 คน (ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม)

2. ขอบเขตด้านกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ สตรีที่มีอายุ 40-59 ปี ตามรายชื่อในเวชระเบียน ผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการในคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ.2546 ถึง วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ.2547 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูปของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie and Morgan 1970:608, อ้างถึงใน บุญชม ศรีสะอาด 2532:161-162) จำนวน 149 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับฉลาก

3. ขอบเขตด้านตัวแปร ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีดังนี้

3.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่

3.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อาชีพ การมีโรคประจำตัว สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว

3.1.2 อาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือน

3.1.3 ความเชื่ออำนาจภายในตน (Internal Locus of Control)

3.1.4 ค่านิยมทางสุขภาพ (Health value)

3.1.5 แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์

3.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพ

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย

1. สตรีวัยทอง หมายถึง สตรีวัย 40-59 ปี ที่เข้ารับบริการในคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลศูนย์นครปฐมทั้งรายเก่าและรายใหม่ ครอบคลุมสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนทั้ง 3 ช่วง ได้แก่

1.1 ระยะก่อนหมดประจำเดือน (premenopause) เป็นระยะที่สตรียังคงมีประจำเดือนสม่ำเสมอตามปกติ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของจำนวนวันที่มีประจำเดือนและการเปลี่ยนแปลงของปริมาณเลือดประจำเดือนในช่วงเวลา 1 ปี ที่ผ่านมา

1.2 ระยะใกล้หมดประจำเดือน (perimenopause) เป็นระยะที่สตรีมีประจำเดือนไม่สม่ำเสมอตามปกติ หรือมีการเปลี่ยนแปลงของจำนวนวันที่มีประจำเดือนหรือมีการเปลี่ยนแปลงของปริมาณเลือดประจำเดือนอย่างใดอย่างหนึ่งหรือทุกอย่างในช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมาหรือไม่มีประจำเดือนเป็นเวลา 1-12 เดือน

1.3 ระยะหลังหมดประจำเดือน (postmenopause) เป็นระยะที่สตรีไม่มีประจำเดือนมาเลยเป็นระยะเวลานานกว่า 1 ปี

2. คลินิกวัยทอง หมายถึง สถานที่บริการด้านการรักษาพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะช่วยเหลือสตรีวัยทองให้มีสุขภาพแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ คลินิกวัยทองของโรงพยาบาลศูนย์นครปฐม เปิดให้บริการแก่สตรีวัยทอง วันพุธ เวลา13.00 น.-16.00 น.

3. อาชีพ หมายถึง ลักษณะของงานที่สตรีวัยทองทำเป็นประจำ แบ่งเป็น

- ประกอบอาชีพ หมายถึง การทำงานที่ก่อให้เกิดรายได้ ได้แก่ อาชีพเกษตรกรรม รับจ้าง ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

- ไม่ได้ประกอบอาชีพ หมายถึง การเป็นแม่บ้าน โดยดูแลรับผิดชอบภายในครอบครัวแต่เพียงอย่างเดียวและไม่มีรายได้อันเนื่องมาจากการทำงาน

4. การมีโรคประจำตัว หมายถึง การที่สตรีวัยทองเป็นโรคต่างๆ ได้แก่ โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็งชนิดต่างๆ หรือโรคอื่นๆ โดยจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามการวินิจฉัยของแพทย์ในขณะที่ทำการวิจัยแบ่งเป็น

- มีโรคประจำตัว
- ไม่มีโรคประจำตัว

5. สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพสมรสของสตรีวัยทองในขณะที่ทำการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

- โสด
- มีคู่สมรส (ไม่ว่าจะจดทะเบียนสมรสหรือไม่ก็ตาม)
- หม้าย,หย่า,แยกทางกับสามี

6. ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาขั้นสูงสุดที่สตรีวัยทองได้รับ โดยแบ่งระดับการศึกษาออกเป็น

- ประถมศึกษา
- มัธยมศึกษา/ปวช.
- ปวส./อนุปริญญา
- ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป

7. รายได้ของครอบครัว หมายถึง จำนวนเงินที่สตรีวัยทองและสามี(ในกรณีที่สมรส) ทำได้ในแต่ละเดือนแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

- ไม่พอใช้จ่าย
- พอใช้จ่าย
- เหลือเก็บ

8. อาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือน หมายถึง อาการหรือการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจที่เกิดจากการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งพบในวัยทองส่งผลให้สตรีวัยทองรู้สึกไม่สุขสบายหรือมีปัญหาสุขภาพตามมา ประเมินโดยแบบประเมินอาการของการขาดฮอร์โมนที่ใช้ในคลินิกสตรีวัยหมดประจำเดือนของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

9. ความเชื่ออำนาจภายในตน (Internal Locus of Control) หมายถึง การที่สตรีวัยทองมีความเชื่อว่าการที่ตนเองมีสุขภาพแข็งแรงเป็นผลมาจากความตั้งใจ ความพยายามของตนเองมากกว่าเป็นเพราะบุคคลอื่น โชคชะตา หรือความบังเอิญ หากเกิดโรคต่างๆขึ้นกับตนเองบุคคลนั้นจะยอมรับในการกระทำ โดยเชื่อว่าเป็นผลมาจากการมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้องและเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุม แก้ไขพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้องนั้นได้ สามารถควบคุมการเกิดโรคแทรกซ้อน รวมทั้งสามารถควบคุมความรุนแรงของอาการไม่สบายตัวและโรคต่างๆได้

10. ค่านิยมทางสุขภาพ หมายถึง ความคิดเห็นของสตรีวัยทองเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองว่าเป็นสิ่งที่สำคัญและมีคุณค่า โดยการให้คุณค่านั้นเป็นแรงจูงใจให้ยึดถือเป็นแนวทางปฏิบัติในการเอาใจใส่สุขภาพของตนเอง ซึ่งจะมีผลให้เกิดความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

11. แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ หมายถึง การที่สตรีวัยทองได้รับการค้ำจุนอารมณ์ ได้รับข้อมูลข่าวสาร และการชี้แนะในการกระทำต่างๆในเรื่องการบริโภคอาหารจากบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์และพยาบาลที่สตรีวัยทองมีการติดต่อสัมพันธ์ด้วยซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับทางการแพทย์ในโรงพยาบาล โดยแบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 ด้าน ดังนี้

11.1 แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) หมายถึง การได้รับความใส่ใจ ความเห็นอกเห็นใจจากบุคลากรทางการแพทย์ในเรื่องการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพ

11.2 แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) หมายถึง การที่สตรีวัยทองได้รับคำแนะนำ ได้รับคำปรึกษา และได้รับข่าวสารจากแพทย์ พยาบาล

12. พฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติตนของสตรีวัยทองเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่คำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการ สัดส่วนที่เหมาะสมกับวัย และหลีกเลี่ยงอาหารที่จะทำให้เกิดโรคต่างๆ โดยสตรีวัยทองมีเป้าหมายของการบริโภคนั้นเพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันให้ร่างกายแข็งแรงอยู่เสมอ ป้องกันการเกิดโรคต่างๆ และทดแทนฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen) ที่ลดลง

12.1 **การสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน** หมายถึง การปฏิบัติตนของสตรีวัยทองในการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ มีคุณค่าสารอาหารครบ 5 หมู่ใน 1 วัน เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย บริโภคครบทั้ง 3 มื้อและตรงเวลาเพื่อให้ร่างกายแข็งแรงอยู่เสมอ รวมทั้งหลีกเลี่ยงการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ

12.2 **การป้องกันการเกิดโรค** หมายถึง การปฏิบัติตนของสตรีวัยทองในการเพิ่มการบริโภคอาหารที่มีแคลเซียมและวิตามินดีเพื่อป้องกันโรคกระดูกพรุน อาหารที่มีเส้นใยสูงเพื่อป้องกันโรคหัวใจ มะเร็ง เบาหวาน อาหารที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนโดยธรรมชาติเพื่อป้องกันโรคกระดูกพรุน โรคหัวใจ และโรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีโซเดียมสูงเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งควบคุมปริมาณอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนัก

12.3 **การทดแทนฮอร์โมนเอสโตรเจน** หมายถึง การปฏิบัติตนของสตรีวัยทองในการบริโภคอาหารที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจน(estrogen)โดยธรรมชาติ เพื่อทดแทนฮอร์โมนที่ลดลงไปตามธรรมชาติของร่างกาย ลดความรู้สึกไม่สบายตัวและอาการร้อนวูบวาบ ลดการสลายตัวของแคลเซียม และลดความรุนแรงของภาวะกระดูกพรุน และบริโภคอาหารที่มีโบรอน รวมทั้งบริโภคอาหารที่มีแมงกานีส เพื่อช่วยในการดูดซึมของฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง
2. ทำให้ทราบข้อมูลว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง
3. สามารถนำผลการวิจัยที่ได้เป็นแนวทางให้บุคลากรทางการแพทย์ และพยาบาลนำไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลในการป้องกันและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในการบริโภคอาหารของสตรีวัยทองได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งให้สอดคล้องกับอาหารที่มีอยู่ในท้องถิ่น
4. เป็นแนวทางสำหรับการค้นคว้าวิจัยส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยทองประเด็นอื่นต่อไป

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทองที่เข้ารับบริการในคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม โดยผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางในการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามลำดับต่อไปนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสตรีวัยทอง
    1.1 ความหมายของวัยทอง
    1.2 การหมดประจำเดือน
    1.3 อาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือน
2. พฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพ
    2.1 ความหมายของพฤติกรรม
    2.2 กระบวนการเกิดพฤติกรรม
    2.3 องค์ประกอบของพฤติกรรม
    2.4 พฤติกรรมการบริโภค
    2.5 อาหารสำหรับสตรีวัยทอง
3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายในตน
4. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับค่านิยมทางสุขภาพ
5. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

1. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสตรีวัยทอง

1.1 วัยทอง (golden period)

ความหมาย

วัยทอง (golden period) หมายถึง วัยหมดประจำเดือน(menopause) ใช้เรียกเพื่อเตือนให้สตรีรักษาสภาพร่างกายให้ดีตลอดไปนานแสนนาน โดยพยายามรักษาและป้องกันความถดถอยหรือความเสื่อมสลายของอวัยวะต่างๆของร่างกายไว้ให้ดีที่สุดให้สามารถทำหน้าที่ได้

อย่างมีประสิทธิภาพยาวนานที่สุด (สุรพงศ์ อำพันวงษ์ 2542 : 32) นอกจากนี้ยังเพื่อสร้างความรู้สึกที่ดีและแสดงให้เห็นว่าผู้หญิงในช่วงวัยประจำเดือนเริ่มหยุดมานั้นเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงที่ดีมีศักยภาพ (ชุมศักดิ์ พฤกษาพงษ์ 2543 : 14) เป็นวัยที่มีคุณค่าและมีความสำคัญวัยหนึ่ง

1.2 การหมดประจำเดือน (menopause)

ความหมาย

การหมดประจำเดือน (menopause) เป็นคำที่มาจากภาษากรีก ซึ่งได้นำคำ 2 คำมารวมกันคือ คำว่า “month” แปลว่า ประจำเดือน และ “pause” หรือ “to stop” แปลว่า หยุด รวมแล้วหมายถึง การมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย ซึ่งเป็นผลจากการหยุดการทำงานของรังไข่และเป็นการหยุดของประจำเดือนนานติดต่อกัน 12 เดือน (พรรณพิไล ศรีอาภรณ์ 2537 : 18) การหมดประจำเดือนของสตรีมี 2 ลักษณะ คือประจำเดือนหมดตามธรรมชาติ และโดยการผ่าตัดมดลูกหรือผ่าตัดรังไข่ออกทั้ง 2 ข้าง (WHO 1980 : 8)

การหมดประจำเดือนสามารถแบ่งระยะของการหมดประจำเดือน ออกเป็น 3 ระยะ (สุวิภา บุณยะโหตระ 2537 : 1) ดังนี้

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

1. ระยะก่อนหมดประจำเดือน (premenopause) เป็นระยะที่สตรียังมีประจำเดือนมาเป็นปกติเนื่องจากยังมีฮอร์โมนคงที่ โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงของจำนวนหรือความถี่ของประจำเดือนในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา โดยทั่วไปเกิดเมื่อมีอายุ 40-45 ปี

2. ระยะใกล้หมดประจำเดือน (perimenopause) เป็นระยะที่มีความผิดปกติของประจำเดือน โดยมีการเปลี่ยนแปลงของจำนวนและระยะเวลาการมีประจำเดือน เช่น ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ มามากบ้างน้อยบ้าง ขาดหายไปบ้าง แต่ขาดหายไปไม่เกิด 12 เดือน ระยะนี้ร่างกายจะสร้างเอสโตรเจนน้อยลง อาการที่พบในช่วงนี้ได้แก่ อาการร้อนวูบวาบ นอนไม่หลับ หงุดหงิด เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ ความต้องการทางเพศลดลง วิตกกังวล มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ (Beckmann 1992 : 344, อ้างถึงใน บงกช เก่งเขตกิจ 2538 : 30) ท้องอืด และเหงื่อออกตอนกลางคืน (ศิริพร จิรวัฒน์กุล 2537 : 36)

3. ระยะหลังหมดประจำเดือน (postmenopause) หมายถึง ระยะที่ไม่มีประจำเดือนต่อเนื่องกัน 12 เดือนหรือนานกว่านั้นหลังจากมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย แสดงว่ารังไข่หยุดทำงานอย่างถาวร(Scarbo-DeHaan1991:9, อ้างถึงใน ศิรินทิพย์ โกนสันเทียะ 2541 : 18)ระยะนี้อาจยังมีอาการของระยะใกล้หมดประจำเดือนอยู่ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่าสตรีที่อยู่ในระยะนี้อาจเกิดปัญหาสุขภาพต่างๆ ได้แก่ ระบบหัวใจและหลอดเลือด อาการปวดข้อ และภาวะกระดูกโปร่งบาง

สาเหตุของการหมดประจำเดือนเกิดจากหลายสาเหตุ (Judd 1976:548, อ้างถึงใน ทิพยาภรณ์ สมศักดิ์ 2545 : 12) ดังนี้

1. การหมดประจำเดือนตามธรรมชาติ (physiologic menopause) เกิดจากการทำงานของรังไข่ค่อยๆลดลง ซึ่งเริ่มเกิดขึ้นเมื่อสตรีมีอายุระหว่าง 40-50 ปี ทำให้การตกไข่ลดลงและหยุดในที่สุด เมื่ออายุประมาณ 45-53 ปี ประจำเดือนจะมีการเปลี่ยนแปลง โดยเริ่มจากการมาไม่สม่ำเสมอ อาจมีมากขึ้นหรือน้อยลงในระยะเวลาหนึ่งแล้วประจำเดือนจึงหมดไปอย่างถาวร

2. การหมดประจำเดือนก่อนกำหนด (premature menopause) หมายถึง การหมดประจำเดือนก่อนอายุ 40 ปี พบได้ร้อยละ 5 ของสตรีที่มีประจำเดือนปกติ บางคนเรียกกลุ่มอาการเหล่านี้ว่า premature ovarian failure สาเหตุสำคัญได้แก่ เนื้องอกของรังไข่ การติดเชื้อ การได้รับรังสีและการผ่าตัดที่ทำลายเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงรังไข่ ประจำเดือนอาจมีการเปลี่ยนแปลง โดยเริ่มจากการมาไม่สม่ำเสมอแล้วประจำเดือนจึงหมดไปอย่างถาวรหรือประจำเดือนหมดทันที

3. การหมดประจำเดือนจากการรักษา (artificial menopause)เป็นการหมดประจำเดือนที่เกิดจากการทำงานของรังไข่ลดลง หรือหยุดไปอย่างถาวร สาเหตุจากการผ่าตัดรังไข่ออก การฉายแสงที่รังไข่ เป็นต้น มีผลให้ประจำเดือนหมดทันที

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

1.3 อาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือน

อาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือน หมายถึง ความไม่สุขสบาย (complaints) ของสตรีที่อยู่ในวัยทอง (Gannon 1985 : 170) ซึ่งเกิดจากการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน เนื่องจากการทำงานของรังไข่เริ่มเสื่อมหน้าที่ลงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อระบบต่างๆในร่างกาย ปัจจุบันยังไม่มีข้อสรุปที่แน่นอนเกี่ยวกับอาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือนทั้งในเรื่องของอุบัติการ (incidence) สาเหตุ ความบ่อย ระยะเวลา (duration) และความรุนแรงของการเกิดอาการ ผลการศึกษาในประเทศต่างๆไม่ปรากฏกลุ่มอาการสากลที่เกี่ยวเนื่องกับการหมดประจำเดือน อาการที่เกี่ยวพันกับการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนก็แตกต่างกันไปในแต่ละวัฒนธรรม สตรีในยุโรปและอเมริกาเหนือมีอาการมากกว่าประชากรอื่น เช่น สตรีชาวดัทช์มีอาการร้อยละ 80 สตรีอเมริกาเหนือ มีอาการร้อยละ 50 สตรีญี่ปุ่นมีอาการร้อยละ 12 และสตรีมายันในอเมริกากลางไม่มีอาการเลย นอกจากนี้ความรุนแรงของอาการยังต่างกันตั้งแต่มีอาการรุนแรงมากไม่สามารถทำอะไรได้ จนกระทั่งไม่มีอาการใดๆ เลย (Speroff et al. 1989 : 136, อ้างถึงใน วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล 2541 : 16)อาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือนจะมีอาการดังนี้

1. ระบบหลอดเลือด

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทำให้มีการขยายตัวและหดตัวของหลอดเลือด โดยทำให้มีอาการเกิดขึ้น 3 อย่าง ได้แก่

1.1 อาการร้อนวูบวาบ (hot flash) ราวๆ 3ใน4 ของสตรีวัยทองจะมีอาการนี้ ซึ่งเชื่อว่าเป็นผลความผันผวนของระดับฮอร์โมนในสมองส่วนที่มีชื่อว่าไฮโปธาลามัส (Hypothalamus) ซึ่งเป็นศูนย์ควบคุมอุณหภูมิในร่างกาย มีความรุนแรงและมีความถี่หรือระยะเวลาที่เป็นสั้นยาวต่างๆกันไปในสตรีแต่ละคน แต่โดยมากจะบรรเทาเบาบางลงใน 1-2 ปี

1.2 อาการร้อนผ่าว (hot flush) เป็นอาการร้อนที่เกิดขึ้นตามผิวหน้า บริเวณส่วนต่างๆของร่างกาย มีการเพิ่มอุณหภูมิของร่างกาย มีการขยายตัวของหลอดเลือดส่วนปลาย

1.3 อาการเหงื่อออกตอนกลางคืน (night sweats) เป็นอาการที่เกิดขึ้นภายหลังจากอาการร้อนวูบวาบจะมีอาการเหงื่อออก มักเกิดขึ้นในเวลากลางคืนเวลาที่เกิดอาการไม่แน่นอนมีทั้งกลางวันและกลางคืน แต่มักจะเกิดขึ้นบ่อยและรุนแรงในตอนกลางคืน ช่วงเวลาที่เกิดอาการอาจนาน 2-3 วินาที ถึง 2-3 นาที มีจำนวนน้อยที่จะมีอาการนานเป็นชั่วโมง อาจเกิดนานๆครั้งหรือบ่อยครั้ง ทุก 10-30 นาที ส่วนมากจะเกิดหลังจากหมดประจำเดือน 1-2 ปี แต่อาจเกิดก่อนหมดประจำเดือนได้ร้อยละ 25-50 จะมีอาการนานกว่า 5 ปี และจะลดลงเมื่อระยะเวลาผ่านไป ซึ่งจะแตกต่างกันตามเชื้อชาติ วัฒนธรรม เศรษฐานะ และสังคม (นิมิตร เตชไกรชนะ และคณะ 2539 : 76) จากสถิติพบว่า อาการร้อนนี้พบราว 75% ของผู้ที่หมดประจำเดือนและผู้ที่หมดประจำเดือนจากการผ่าตัดจะมีอาการมากกว่าหมดตามธรรมชาติ อาการร้อนที่รุนแรงมีผลต่อชีวิตประจำวันได้มาก และจะยิ่งมีอาการมากขึ้นหากมีการรับประทานอาหารรสจัด ดื่มกาแฟ ดื่มสุราหรืออยู่ในสถานที่คับแคบ (อมรชัย หาญผดุงธรรมะ 2540 : 40) ผลจากอาการดังกล่าวข้างต้นมากกว่าครึ่งหนึ่งของสตรีวัยทองรู้สึกว่าอาการเหล่านี้ค่อนข้างน่ารำคาญ (กอบจิตต์ ลิมปพยอม และอรรณพ ใจสำราญ 2537 : 30) จากการศึกษาของประมูล สุขวัฒนา และคณะ (Sukwatana et al. 1991 : 221) พบว่า สตรีไทยมีอาการร้อนวูบวาบมากที่สุด ร้อยละ 82.5 รองลงมามีอาการทนความร้อนไม่ได้ร้อยละ 76 เป็นต้น อาการเหล่านี้ทำให้รบกวนการนอนหลับของสตรีวัยทองเป็นอย่างมาก และมีผลกระทบต่อเนื่องจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย หงุดหงิดง่าย กังวล ความจำไม่ค่อยดี (เบนสัน และ เฟอร์นอลล์, อ้างถึงใน จตุพล ศรีสมบูรณ์ และคณะ ม.ป.ป. : 515) จากการศึกษาของวนิดา กมลฉ่ำ (2540 : บทคัดย่อ) พบว่าสตรีวัยหมดระดูในจังหวัดราชบุรีเกิดอาการร้อนวูบวาบตามลำตัวและใบหน้า ร้อยละ 36.5 และจากการศึกษาของสมหมาย คชนาม (2535:บทคัดย่อ) พบว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนของจังหวัดสุราษฎร์ธานีมีอาการร้อนวูบวาบตามลำตัวและใบหน้า ร้อยละ 29.4

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

2. ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ มีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างและหน้าที่ มีการฝ่อลงของอวัยวะสืบพันธุ์ซึ่งเกิดขึ้นอย่างช้าๆค่อยๆเป็นค่อยๆไป การเปลี่ยนแปลงในระบบอวัยวะสืบพันธุ์จะเริ่มตั้งแต่อายุประมาณ 40 ปี หรือก่อนหมดประจำเดือน 5-7 ปี โดยรังไข่เริ่มทำงานผิดปกติ เริ่มไม่มีไข่ตกหรือไข่ตกไม่สม่ำเสมอ ทำให้มีเลือดออกกะปริบกะปรอย จนกระทั่งรังไข่สร้างเอสโตรเจนได้น้อยลง ปริมาณเลือดประจำเดือนจะน้อยลงและขาดหายไปในที่สุด ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในระบบของอวัยวะสืบพันธุ์ มีดังนี้

2.1 อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก มีการลดลงของไขมันทำให้ผิวหนังเหี่ยวย่น มีความยืดหยุ่นน้อยลง ปากช่องคลอดหดและหย่อน ผิวหนังแห้ง การทำงานของต่อมบาร์โทลิน (Bartholin) ลดลงทำให้เกิดอาการเจ็บปวดเวลาร่วมเพศและเกิดอาการคันบริเวณอวัยวะเพศภายนอก เกิดการอักเสบของปากช่องคลอด

2.2 ช่องคลอด เนื่องจากการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนทำให้เยื่อบุผนังช่องคลอดบางลง ทำให้ความสมบูรณ์ของเนื้อเยื่อลดลง ช่องคลอดแห้ง สันและรอยนูนในช่องคลอดหายไป จำนวนกลัยโคเจน (Glycogen) ในเซลล์ของเยื่อบุช่องคลอดลดลง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของสภาวะกรดด่าง (PH) ในช่องคลอดจึงมีการอักเสบง่ายเกิดการอักเสบของปากช่องคลอด (atrophic vaginitis) เนื่องจากการทำงานของต่อมบาร์โทลิน (Bartholin gland) ลดลงอาจทำให้รู้สึกเจ็บเวลามีเพศสัมพันธ์ มีเลือดออกทางช่องคลอด รู้สึกไม่สุขสบายหลังการร่วมเพศ และมีความรู้สึกทางเพศลดลง อาจเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศของสตรีวัยนี้ (กรมอนามัย 2539 ก : 62)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

2.3 มดลูกและท่อนำไข่ ปากมดลูกเหี่ยวเล็กลง คอมดลูกสั้นลงอาจแบนราบไปกับผนังช่องคลอด มดลูกมีขนาดเล็กลงเนื่องจากกล้ามเนื้อมดลูกฝ่อ เยื่อบุโพรงมดลูกฝ่อ ไม่มีการเจริญงอกขึ้น เอ็นและกล้ามเนื้อต่างๆในอุ้งเชิงกรานที่ช่วยพยุงมดลูกให้คงอยู่จะเหี่ยวเล็กลง ท่อนำไข่หดสั้นลง เยื่อบุท่อนำไข่บางลงและสั้นลง และไม่สร้างสารคัดหลั่ง

2.4 รังไข่ มีขนาดเล็กลง ผิวของรังไข่จะเหี่ยวย่น และมีสีขุ่นขาว ผิวบางขรุขระ ไข่ที่เหลืออยู่จะฝ่อไป

จากการศึกษาของวนิดา จิโรจน์กุลและคณะ (2539 : 325-329) พบว่าสตรีวัยหมดระดูที่เข้ารับบริการในคลินิกวัยหมดระดู โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 310 คน ร้อยละ 20 จะมีอาการช่องคลอดแห้ง ส่วนอาการรองลงมา คือรู้สึกเจ็บปวดเวลามีเพศสัมพันธ์และหมดความต้องการทางเพศสอดคล้องกับการศึกษาของสมหมาย คชนาม (2535 : บทคัดย่อ) พบว่าสตรีที่หมดประจำเดือนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 405 ราย ร้อยละ 45.9 เจ็บปวดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ และจากการศึกษาของอภิรยา พานทอง (2540 : 13) พบว่าสตรีวัยหมดประจำเดือน จำนวน 274 ราย ร้อยละ 60.6 มีอาการช่องคลอดแห้ง ร้อยละ 40.5 รู้สึกเจ็บปวดเวลามีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 31 มีตกขาวมาก

ร้อยละ 25.8 คันและอักเสบที่ช่องคลอด ร้อยละ 19.7 มีอาการฝ่อเหี่ยวของอวัยวะสืบพันธุ์ และร้อยละ 8.8 มีเลือดออกหลังร่วมเพศ

3. ระบบทางเดินปัสสาวะ

ท่อปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะ และฐานเชิงกราน (pelvic floor) เป็นส่วนของทางเดินปัสสาวะที่มีบทบาทสำคัญต่อกระบวนการขับถ่ายปัสสาวะ เนื้อเยื่อของอวัยวะดังกล่าวจะไวต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับเอสโตรเจน ในสภาวะปกติแรงดันในท่อปัสสาวะ (urethral pressure) จะสูงกว่าแรงดันในกระเพาะปัสสาวะ (intravesical pressure) ทำให้กลั้นปัสสาวะได้ยกเว้นในขณะถ่ายปัสสาวะ (micturition) ที่แรงดันในกระเพาะปัสสาวะจะสูงกว่าแรงดันในท่อปัสสาวะที่มีผลต่อการกลั้นและการขับถ่ายปัสสาวะ ซึ่งไวต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับเอสโตรเจนประกอบด้วย เนื้อเยื่อบุผิว (epithelium) เส้นเลือดที่มาหล่อเลี้ยง (vasculature) เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (connective tissue) กล้ามเนื้อ (muscle) ซึ่งโดยปกติเอสโตรเจนจะกระตุ้นให้มีการแบ่งตัวของเซลล์บุผิวบริเวณท่อปัสสาวะและกระเพาะปัสสาวะทำให้มีการเพิ่มจำนวนของเซลล์ superficial และ intermediate เช่นเดียวกับเซลล์บุผิวของช่องคลอด เอสโตรเจนจะช่วยให้มีการขยายตัวของหลอดเลือดและมีการไหลเวียนของเลือดมาบริเวณดังกล่าวมากขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยกระตุ้นการสร้างเนื้อเยื่อเกี่ยวพันโดยเฉพาะคอลลาเจนที่อยู่โดยรอบท่อปัสสาวะและยังกระตุ้นตัวรับแอลฟา (Alpha receptor) ที่อยู่บริเวณกล้ามเนื้อหูรูดของท่อปัสสาวะ(urethral sphincter)ทำให้การหดตัวรัดตัวของหูรูดดีขึ้น

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

การขาดเอสโตรเจนทำให้เยื่อเมือกและเซลล์บุผิวบางลง ทำให้มีการเจริญเติบโตของแบคทีเรีย และเกิดการอักเสบติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะได้ง่ายขึ้น การขาดเอสโตรเจนทำให้เลือดที่มาหล่อเลี้ยงลดลง เครือข่ายหลอดเลือดดำ (venous plexa) ที่อยู่รอบท่อปัสสาวะ ซึ่งเป็นตัวปรับความดันระหว่างการขับถ่ายปัสสาวะให้สม่ำเสมอ ราบเรียบ จะลดลง ทำให้กายวิภาคของท่อปัสสาวะผิดแปลกไป การหดตัวของกล้ามเนื้อหูรูดเปลี่ยนแปลงไป จึงมีผลต่อการกลั้นและขับถ่ายปัสสาวะ ดังนั้นจึงพบว่าสตรีที่เข้าสู่วัยทอง อาจมีอาการของระบบทางเดินปัสสาวะ เช่นถ่ายปัสสาวะบ่อย (frequency) กลั้นปัสสาวะไม่ได้ (urinary incontinence) เป็นต้น นอกจากการบางลงของเซลล์บุผิวบริเวณทางเดินปัสสาวะแล้ว การขาดเอสโตรเจนทำให้ช่องคลอดแคบและสั้นลง ทำให้รูเปิดของท่อปัสสาวะ (urethral meatus) เปลี่ยนมุมไปจากเดิม โดยลดต่ำลง หันเข้าสู่ช่องคลอดมากขึ้นทำให้มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย จึงมักพบว่าสตรีวัยทองมักมีอาการถ่ายปัสสาวะลำบาก (dysuria) จากท่อปัสสาวะอักเสบ (urethritis) และมีการติดเชื้อซ้ำของทางเดินปัสสาวะ (recurrent urinary tract infections) ได้บ่อย ซึ่งในประเทศไทยมีการพบอาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้หรือปัสสาวะบ่อย ในสตรีวัยทอง ได้ตั้งแต่ร้อยละ 24.6 (Punyahotra,Dennerstein and Lekert 1997:5 , อ้างถึงใน ทิพยาภรณ์ สมศักดิ์ 2542 : 16-17)

4. ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ

อาการที่แสดงที่เกี่ยวข้องกับระบบกระดูกและกล้ามเนื้อซึ่งเกิดจากการขาดหายไปของเอสโตรเจน ซึ่งเอสโตรเจนมีบทบาทในการควบคุมความแข็งแรงของกระดูก โดยการกระตุ้นการสร้าง ออสตีโอบลาสต์ (Osteoblast) ทดแทนส่วนที่สึกหรอช่วยลดการแบ่งตัวและยับยั้งการทำงานของ ออสตีโอบาสต์ เมื่อเอสโตรเจนลดลงการสร้างออสตีโอบาสต์จะลดลงด้วยทำให้มีการสร้างเนื้อเยื่อกระดูกลดลง นอกจากนี้เอสโตรเจนยังกระตุ้นให้มีการหลั่งของแคลซิโทนิน (Calcitonin) เพิ่มขึ้น ซึ่งแคลซิโทนินเป็นฮอร์โมนที่มีผลตอบสนองเมื่อความเข้มข้นของแคลเซียมในเลือดสูงขึ้นเพื่อปรับให้แคลเซียมมีระดับปกติ ส่งเสริมให้มีการเกาะของแคลเซียมในเลือดสูงขึ้น และยังส่งเสริมให้มีการเกาะของแคลเซียมที่กระดูกมากขึ้น แคลซิโทนินมีฤทธิ์ยับยั้งในการละลายของกระดูก เมื่อการทำงานของรังไข่เสื่อมลงร่างกายขาดเอสโตรเจน เป็นผลให้การสลายของกระดูกเพิ่มขึ้น จึงทำให้กระดูกภายในโปร่งบางลงหรือลดความแน่นลง ซึ่งในระยะหลังหมดประจำเดือนร่างกายจะสูญเสียแคลเซียมประมาณร้อยละ 3.5 ต่อปี ทำให้สตรีวัยนี้เกิดภาวะกระดูกพรุน (osteoporosis) และก่อให้เกิดปัญหาต่างๆในวัยสูงอายุที่สำคัญ ได้แก่ อาการปวดหลัง กระดูกคอคดงอ และกระดูกหักได้ง่าย ตำแหน่งของกระดูกหักที่พบบ่อย คือ กระดูกคอสะโพก (femeral neck) กระดูกแขนส่วนปลาย และกระดูกสันหลัง การเกิดกระดูกหักจากโรคกระดูกพรุนทำให้มีอัตราการตายและทุพพลภาพสูงขึ้นเป็นภาวะที่พบได้มากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากอายุขัยของประชากรเพิ่มขึ้น รวมทั้งการเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุนมากขึ้น (ปิยวัฒน์ อังควะนิช และคณะ 2539 : 68) โรคกระดูกพรุนพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายถึง 8 เท่ามากกว่าครึ่งหนึ่งพบในหญิงที่มีอายุมากกว่า 45 ปี ได้มีการศึกษาอุบัติการของภาวะกระดูกพรุนในสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปีพบว่ามีถึงร้อยละ 36.7 (สุรีย์ บุญจง 1996 : บทคัดย่อ, อ้างถึงใน วิไลวรรณ ทองเจริญ 2539 : 32) และพบว่าสตรีไทยมีอาการปวดตามข้อร้อยละ 22.5 กระดูกคอ เข่า หลังเสื่อม ปวดร้อยละ 5.6 (กรมอนามัย 2539 ข : 71 ; กนกพร หมู่พยัคฆ์ 2536 : 28)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

5. ระบบหัวใจและหลอดเลือด

เป็นปัญหาระยะยาวที่สำคัญของสตรีวัยทอง คือ การเพิ่มอัตราเสี่ยงของโรคทางหัวใจและระบบหลอดเลือด โดยเฉพาะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อาการเส้นโลหิตในสมองแตกหรืออุดตัน อุบัติการของโรคนี้มีมากขึ้นตามอายุที่สูงขึ้นทั้งเพศชายและเพศหญิง (Virginia 1996:585, อ้างถึงใน สุคนธ์ วรรธนะอมร 2542 : 17) สตรีวัยหมดประจำเดือนมีอุบัติการของโรคนี้เป็น 3 เท่าของสตรีที่ยังไม่หมดประจำเดือน (กอบจิตต์ ลิมปพยอม2537 : 32) โดยการศึกษาของกนกพร หมู่พยัคฆ์ (2536 : 28) พบว่าสตรีวัยกลางคนพบมีโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 9.4 ความดันโลหิตสูง

และโรคหัวใจร้อยละ.09 โรคเบาหวานร้อยละ 4.2 ส่วนการศึกษาของสมหมาย คชนาม (2535 : 47) พบว่าสตรีวัยนี้มีภาวะความดันโลหิตสูงร้อยละ 3.0 โรคเบาหวานร้อยละ 2.7

6. การเปลี่ยนแปลงระบบอื่น

เต้านมมีขนาดเล็กลง เหี่ยวย่นและเหลวเป็นเพราะส่วนประกอบต่างๆของเต้านม เช่น ไขมัน ต่อมและท่อน้ำนมน้อยลงมาก จากผลของ Estradiol และ Progesterone ที่หายไป หัวนมมีขนาดเล็กลง ความสามารถในการแข็งตัวหายไป

ผิวหนังและขนมีอาการแสดงของความเสื่อมของผิวหนังขาดความสมบูรณ์ เช่น ความเปล่งปลั่ง และเต่งตึง ผิวหนังย่นเป็นร่องเห็นเป็นสัน ความสามารถในการยืดและหดรัดตัวของเนื้อเยื่อและกล้ามเนื้อใต้ผิวหนังจะลดน้อยลง ขาดความยืดหยุ่น เมื่อถึงผิวหนังชั้นในจะคงอยู่ตัวอยู่เช่นนั้นเป็นเวลานาน ขนตามร่างกายจะบางและน้อยลง เกิดรอยเหี่ยวย่นได้ง่าย

ผมจะแห้งและร่วงง่าย เล็บจะแห้งเปราะและหักง่าย อาการรู้สึกชาบริเวณต่างๆ รู้สึกเหมือนเข็มตำ เหนื่อยเพลีย ปวดข้อและกล้ามเนื้อ หลงลืมง่าย ตาแห้ง (dry eyes)

7. อาการผิดปกติของประจำเดือน

ลักษณะของประจำเดือนเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่อายุประมาณ 40 ปี หรือก่อนหมดประจำเดือน 5-7 ปี โดยรังไข่จะเริ่มทำงานผิดปกติ แม้ว่าจะยังมีการตกไข่ แต่คอร์ปัสลูเตียม (Corpus-Luteum) ทำงานไม่สมบูรณ์ทำให้โปรเจสเตอโรนลดลงรอบประจำเดือนในช่วงระยะแรกจะสั้น (ประจำเดือนมาบ่อยขึ้น) หรืออาจมีเลือดออกกะปริบกะปรอยก่อนมีประจำเดือน ต่อมาเมื่อจำนวนฟอลลิเคิล (Follicle) ลดลงมากการตอบสนองต่อโกนาโดโทรปิน (Gonadotropin) ลดลง เอสโตรเจนมีปริมาณไม่มากพอที่จะชักนำให้เกิดแอล เอช เซิส (LH surge)ได้ทำให้เริ่มไม่มีไข่ตกหรือไข่ตกไม่สม่ำเสมอ ลักษณะของประจำเดือนจะไม่แน่นอน อาจมีประจำเดือนมามากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปริมาณของเอสโตรเจนในร่างกาย ต่อมาเมื่อรังไข่สร้างเอสโตรเจนได้น้อยลงมากจนไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญเติบโต ประจำเดือนจะเริ่มห่างออกและมีปริมาณเลือดประจำเดือนน้อยลงและหายไปในที่สุด การวินิจฉัยวัยหมดประจำเดือนที่แน่นอนจะต้องให้เวลาที่หมดประจำเดือนติดต่อกันประมาณ 6-12 เดือนขึ้นไป (จตุพล ศรีสมบูรณ์ และคณะ ม.ป.ป.: 514, อ้างถึงใน สุนันทา พันธุ 2544 : 21)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

2. พฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพ

2.1 ความหมายของพฤติกรรม

ชุดา จิตพิทักษ์ (2525 : 2) กล่าวว่า พฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคลนั้นไม่รวมเฉพาะสิ่งที่แสดงปรากฏออกมาภายนอกเท่านั้น แต่ยังรวมถึงสิ่งที่อยู่ภายในใจของบุคคล ซึ่งคนภายนอกไม่สามารถสังเกตเห็นได้โดยตรง เช่น ค่านิยม (Value) ที่ยึดถือเป็นหลักการในการประเมินสิ่งต่างๆทัศนคติหรือเจตคติ (Attitude) ที่เขามีต่อสิ่งต่างๆ ความคิดเห็น (Opinion) ความเชื่อ (Belief) รสนิยม (Taste) และสภาพจิตใจที่ถือว่าเป็นบุคลิกภาพของบุคคลนั้น

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 ก : 15) และชัยพร วิชชาวุธ (2533 : 1) กล่าวว่า พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำของมนุษย์ไม่ว่าการกระทำนั้นผู้กระทำจะทำโดยรู้ตัว หรือไม่รู้ตัว และไม่ว่าคนอื่นจะสังเกตการกระทำนั้นได้หรือไม่ก็ตาม เช่น การพูด การเดิน การกระพริบตา การเข้าใจ การรู้สึก โกรธ การคิด การทำงานของหัวใจ การทำงานของกล้ามเนื้อ เป็นต้น

สุรพล พยอมแย้ม (2545 : 18-19) กล่าวว่า พฤติกรรมในทางจิตวิทยานั้น หมายถึง การกระทำอันเนื่องมาจากการกระตุ้นหรือถูกจูงใจจากสิ่งเร้าต่างๆ การกระทำหรือพฤติกรรมเหล่านี้เกิดขึ้นเพื่อให้ผู้อื่นได้สัมผัสรับรู้ ทั้งนี้เราจะเห็นได้ว่ามีพฤติกรรมจำนวนมากที่แม้จะกระทำด้วยสาเหตุหรือจุดมุ่งหมายเดียวกัน แต่ลักษณะท่าทีกิริยาอาการอาจแตกต่างกันไป เมื่อบุคคล เวลา สถานที่ หรือสถานการณ์เปลี่ยนไป ความแตกต่างที่เกิดขึ้นนี้ เป็นเพราะการกระทำในแต่ละครั้งของบุคคลที่มีสภาพร่างกายปกติ ล้วนแล้วแต่จะต้องผ่านกระบวนการคิดและการตัดสินใจ อันประกอบด้วยอารมณ์ และความรู้สึกของผู้กระทำพฤติกรรมนั้นๆ จึงทำให้พฤติกรรมของแต่ละคราวเปลี่ยนแปลงหรือปรับเปลี่ยนไปตามเรื่องที่เกี่ยวข้องเสมอ

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

2.2 กระบวนการเกิดพฤติกรรม

สุรพล พยอมแย้ม (2545 : 25-26) ได้แบ่งกระบวนการเกิดพฤติกรรมเป็น 3 กระบวนการ ดังนี้คือ

2.2.1 กระบวนการรับรู้ (Perception Process) กระบวนการรับรู้เป็นกระบวนการเบื้องต้นที่เริ่มจากการที่บุคคลได้รับสัมผัสหรือรับข่าวสารจากสิ่งเร้าต่างๆ โดยผ่านระบบประสาทสัมผัส ซึ่งรวมถึงการรู้สึกกับสิ่งเร้าที่สัมผัสนั้นด้วย

2.2.2 กระบวนการคิดและเข้าใจ (Cognition Process) กระบวนการนี้อาจเรียกได้ว่า "กระบวนการทางปัญญา" ซึ่งเป็นกระบวนการที่ประกอบไปด้วยการเรียนรู้ การคิด และการจำ ตลอดจนการนำไปใช้หรือเกิดพัฒนาการเรียนรู้นั้นๆด้วย การรับสัมผัสและการเรียนรู้ที่นำมาสู่การ

คิดและเข้าใจนี้ เป็นระบบการทำงานที่มีความละเอียดซับซ้อนมาก และเป็นกระบวนการภายในทางจิตใจที่ยังมิอาจศึกษาและสรุปเป็นคำอธิบายอย่างเป็นหลักการที่ชัดเจนได้

2.2.3 กระบวนการแสดงออก (Spatial Behavior Process) หลังจากผ่านขั้นตอนของการรับรู้การคิดและเข้าใจแล้วบุคคลจะมีอารมณ์ตอบสนองต่อสิ่งที่ได้รับรู้นั้นๆ แต่ยังมิได้แสดงออกให้ผู้อื่นได้รับรู้ ยังคงเป็นพฤติกรรมที่อยู่ภายใน (Covert Behavior) แต่เมื่อได้คิดและเลือกที่จะแสดงการตอบสนองให้บุคคลอื่นสังเกตได้เราจะเรียกว่า พฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) ซึ่งพฤติกรรมภายนอกนี้เป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมที่มีอยู่ทั้งหมดภายในตัวบุคคลนั้น เมื่อมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าใดสิ่งเร้าหนึ่ง การแสดงออกมาเพียงบางส่วนของที่มีอยู่จริงเช่นนี้ จึงเรียกว่า Spatial Behavior

2.3 องค์ประกอบของพฤติกรรม

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 ก : 15-17) กล่าวว่า นักจิตวิทยาเชื่อว่าพฤติกรรมเป็นผลที่เกิดมาจากการกระทำ ปฏิกิริยาของมนุษย์หรืออินทรีย์ (Organism) กับสิ่งแวดล้อม (Environment) และได้กล่าวถึงทฤษฎีของเบนจามิน เอส บลูม (Benjamin S. Bloom) กล่าวถึง พฤติกรรมว่ากิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำเป็นสิ่งที่อาจจะสังเกตได้หรือสังเกตไม่ได้สามารถแบ่งพฤติกรรมได้เป็น 3 ส่วนดังนี้

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

2.3.1 พฤติกรรมด้านพุทธิปัญญา (Cognitive domain) พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับการรับรู้ การรู้ การจำข้อเท็จจริงต่างๆ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถและทักษะทางสติปัญญาการใช้วิจารณญาณเพื่อประกอบการตัดสินใจ พฤติกรรมด้านนี้ประกอบด้วยความสามารถระดับต่างๆ คือ ความรู้ (knowledge) ความเข้าใจ (comprehension) การประยุกต์หรือการนำความรู้ไปใช้ (application) การวิเคราะห์ (analysis) การสังเคราะห์ (synthesis) และการประเมินผล (evaluation)

2.3.2 พฤติกรรมด้านทัศนคติค่านิยมความรู้สึก (Affective domain) พฤติกรรมด้านนี้หมายถึง ความสนใจ ความคิดเห็น ความรู้สึก ท่าที ความชอบ ไม่ชอบ การให้คุณค่า การรับการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายในจิตของบุคคลยากแก่การอธิบาย พฤติกรรมด้านนี้ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือการรับรู้หรือการให้ความสนใจ (receiving or attending) การตอบสนอง (responding) การให้ค่าหรือการเกิดค่านิยม (valuing) การจัดกลุ่ม (organizing) และการแสดงลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ (characterization by a value)

2.3.3 พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor domain) เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความสามารถทางร่างกายแสดงออกซึ่งรวมทั้งการปฏิบัติ หรือพฤติกรรมที่แสดงออกและสังเกตได้ในสถานการณ์

หนึ่งๆหรืออาจจะเป็นพฤติกรรมที่ล่าช้า คือ บุคคลไม่ได้ปฏิบัติทันที แต่คาดคะเนว่าอาจจะปฏิบัติในโอกาสต่อไป พฤติกรรมการแสดงออกนี้เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่เป็นเป้าหมายของการศึกษา ซึ่งต้องอาศัยพฤติกรรมระดับต่างๆที่กล่าวมาแล้วเป็นส่วนประกอบ(ทางด้านพุทธิปัญญาและด้านทัศนคติ) พฤติกรรมด้านนี้เมื่อแสดงออกมาจะสามารถประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้นสรุปได้ว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำของบุคคลที่แสดงออกมาเพื่อตอบสนองสิ่งต่างๆ ทั้งที่สังเกตเห็นได้ เช่น วาจา ท่าทาง และทั้งที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ เช่น ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก ทัศนคติ ซึ่งการกระทำนั้นมีผลมาจากพื้นฐานของความรู้และทัศนคติของแต่ละบุคคลนั้นๆ

2.4 พฤติกรรมการบริโภค

ความหมายของพฤติกรรมการบริโภค มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

ศิริลักษณ์ สินธวาลัย (2533 : 86) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการบริโภคว่า พฤติกรรมการบริโภคเป็นเรื่องของลักษณะวิธีการรับประทาน ว่ารับประทานอะไร รับประทานอย่างไร มากหรือน้อย บ่อยหรือไม่ในรอบวันหรือเดือน มีระเบียบมารยาทการรับประทานเป็นเช่นไร เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวจำแนกไปตามลักษณะหรือประเภทของบุคคลเป็นเด็ก ผู้ใหญ่ คนชรา เป็นต้น หรืออาจจำแนกตามโอกาสที่รับประทาน เช่น รับประทานที่บ้าน รับประทานที่ร้านอาหาร เป็นต้น พฤติกรรมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ไปถึงเรื่องที่เกี่ยวกับการหาและการทำอาหารก่อนที่จะเอามารับประทานว่า ได้วัสดุอาหารนั้นมาจากไหน วิธีใด รักษาหรือเพิ่มคุณค่าทางโภชนาการได้ดีที่สุด วิธีใดทำลายหรือลดคุณค่าทางโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่ใช่พฤติกรรมธรรมชาติเอกเทศส่วนบุคคลที่จะทำได้โดยเสรีตามอำเภอใจ แต่เป็นการกระทำทางสังคมและวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้อื่นเสมอ จึงต้องเป็นไปตามรูปแบบและกฎเกณฑ์ที่กลุ่มนั้นกำหนดไว้ เรื่องอาหารและการรับประทานอาหารจึงเป็นพฤติกรรมทางสังคมและวัฒนธรรมที่จะเข้าใจได้ชัดเจนก็ต่อเมื่อได้พิจารณาปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมนั้นด้วย

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

องค์การอนามัยโลก (WHO 1972, อ้างถึงใน ระพิน โอนอ่อน 2543 : 43) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมการบริโภคอาหารไว้ว่า หมายถึง การประพฤติปฏิบัติที่เคยชินในการรับประทานอาหาร ได้แก่ ชนิดของอาหารที่รับประทาน การกำหนดว่าจะรับประทานหรือไม่รับประทานอะไร รับประทานอย่างไร จำนวนมื้อที่รับประทาน อุปกรณ์ที่ใช้ รวมทั้งสุขนิสัยในการรับประทานอาหารด้วย ในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหารนั้น องค์การอนามัยโลกได้กำหนดขอบเขตไว้ว่า คือการศึกษาถึงวิธีการที่บุคคล กลุ่ม หรือชุมชนยอมรับอิทธิพลทางสังคม

วัฒนธรรมในการเลือกอาหารบริโภค และใช้อาหารที่มีอยู่มากน้อยเพียงใด ตลอดจนผลของอาหารที่บริโภคต่อสุขภาพร่างกาย

คาโลซา (Kalosa 1982 : 16) กล่าวถึงพฤติกรรมการบริโภคอาหารของมนุษย์ว่าเป็นพฤติกรรมที่ขึ้นอยู่กับวิถีการดำเนินชีวิต (life style) ของแต่ละบุคคล ซึ่งวิถีการดำเนินชีวิตที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อเกี่ยวกับอาหาร ได้แก่ คำกล่าวหรือข้อความต่างๆ ในเรื่องอาหารซึ่งบอกเล่าต่อๆกันมา การที่คนรับรู้ว่าอะไรกินได้หรือไม่นั้น บางครั้งไม่เคยรู้ว่ากินแล้วจะดี มีคุณประโยชน์หรือเป็นโทษต่อร่างกายอย่างไร และไม่ติดใจที่จะรู้รายละเอียดเกี่ยวกับคุณภาพของอาหารนั้นๆ เพราะโดยทั่วไปมักจะพอใจบริโภคอาหารด้วยรสชาดถูกใจเป็นสำคัญกว่าความสนใจในประโยชน์หรือคุณค่าทางโภชนาการของอาหาร ดังนั้นพฤติกรรมการบริโภคที่พบอยู่ในแต่ละสังคมจึงไม่จำเป็นต้องเป็นพฤติกรรมที่ถูกและสอดคล้องกับหลักโภชนาการเสมอไป

สรุปได้ว่า พฤติกรรมการบริโภค หมายถึง การปฏิบัติที่เคยชินในการรับประทานอาหาร โดยจำแนกไปตามลักษณะหรือประเภทของบุคคลเป็นเด็ก ผู้ใหญ่ คนชรา เป็นต้น หรืออาจจำแนกการรับประทานตามโอกาส การกำหนดว่าจะรับประทานหรือไม่รับประทานอะไร รับประทานอย่างไร จำนวนมื้อที่รับประทาน รวมถึงอาหารที่บริโภคนั้นมีผลต่อภาวะโภชนาการของสุขภาพร่างกาย

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

2.5 อาหารสำหรับสตรีวัยทอง

สตรีเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นเข้าสู่วัยทอง การทำงานของอวัยวะภายในร่างกายเริ่มเสื่อมลง โดยเฉพาะการทำงานของระบบทางเดินอาหาร กระเพาะอาหารและลำไส้มีน้อย ย่อยอาหารลดลง ทำให้การย่อยและการดูดซึมไม่ดี อาหารที่ย่อยไม่ได้เมื่อผ่านถึงลำไส้จะถูกแบคทีเรียในลำไส้ย่อยแทน จึงปล่อยก๊าซออกมาทำให้เกิดอาการแน่นท้องและท้องอืดได้ นอกจากนี้การเคลื่อนไหวของลำไส้มีน้อย จึงทำให้เกิดท้องผูกได้ การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และมีสัดส่วนที่เหมาะสมจะช่วยบรรเทาอาการต่างๆที่เกิดขึ้นได้ อาหารทั้ง 5 หมู่มีดังนี้

อาหารหมู่ที่ 1 เนื้อสัตว์ ไข่ นมและถั่วเมล็ดแห้งต่างๆ

เนื้อสัตว์ต่างๆให้คุณประโยชน์ทางด้านโปรตีน วิตามินและแร่ธาตุ แต่องค์ประกอบของเนื้อสัตว์ส่วนใหญ่จะเป็นสารโปรตีนและไขมัน การกินอาหารประเภทเนื้อสัตว์ จึงต้องพิจารณาในส่วนของไขมันด้วย ไขมันจากเนื้อสัตว์เป็นไขมันประเภทอิ่มตัวและโคเลสเตอรอล ดังนั้นจึงควรหลีกเลี่ยงไขมันจากเนื้อสัตว์ประเภทติดมัน เช่น หมูสามชั้น ขาหมู หนังเป็ด หนังไก่ เพราะจะเป็นสาเหตุให้เกิดโรคไขมันสูงในเลือด อาหารประเภทปลาจะเหมาะแก่สตรีวัยทองเพราะมี

ไขมันน้อยและไขมันปลาประกอบด้วยไขมันที่ให้คุณประโยชน์ต่อร่างกายควรกินเนื้อสัตว์ประมาณวันละ 120-160 กรัม

ไข่เป็นอาหารที่สารโปรตีนมีคุณภาพดีที่สุด แต่เนื่องจากไข่แดงมีโคเลสเตอรอลสูง สำหรับผู้ที่มีปัญหาไขมันสูงในเลือดควรกินเฉพาะไข่ขาวเท่านั้น ผู้ที่ไม่มีปัญหาเรื่องไขมันสูงในเลือด ควรกินไข่สัปดาห์ละ 3-4 ฟอง

นม เป็นอาหารที่ให้แคลเซียมและโปรตีนสูง สตรีวัยทองควรดื่มนมวันละ 1 แก้ว สำหรับผู้ที่มีปัญหาไขมันในเลือดสูงหรือน้ำหนักตัวมากควรดื่มนมพร่องไขมัน

ถั่วเมล็ดแห้ง เป็นอาหารให้โปรตีนค่อนข้างสูงและมีราคาถูก กินแทนอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ได้ โดยเฉพาะถั่วเหลืองมีกรดไขมันจำเป็นต่อร่างกาย ช่วยลดไขมันในเลือดด้วย มีวิตามินบีหนึ่งสูง นอกจากนี้ถั่วเมล็ดแห้งยังมีใยอาหารที่ช่วยในการขับถ่าย

อาหารหมู่ที่ 2 ข้าว แป้ง น้ำตาล เผือก มัน

ข้าว แป้ง น้ำตาล เผือก มันเป็นอาหารที่ให้พลังงานเป็นส่วนใหญ่ เพื่อส่งเสริมสุขภาพควรกินข้าวกล้อง หรือข้าวซ้อมมือเพราะนอกจากให้พลังงานแล้วยังอุดมด้วยวิตามิน แร่ธาตุ และ ใยอาหารด้วย สำหรับน้ำตาลและขนมหวานควรจำกัดในการกิน เพราะจะส่งเสริมให้มีการสร้างไขมันไตรกลีเซอไรด์ในร่างกาย

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

อาหารหมู่ที่ 3 ผักต่างๆ

ผักเป็นอาหารที่อุดมด้วยวิตามินและแร่ธาตุทั้งผักสีเขียวและสีเหลือง เป็นแหล่งของวิตามินเอ และวิตามินซี แร่ธาตุที่มีมากในผักสีเขียว ได้แก่ เหล็ก แคลเซียม นอกจากผักจะให้วิตามินและแร่ธาตุแล้วให้ใยอาหารซึ่งช่วยในการขับถ่ายและป้องกันโรคลำไส้โป่งพอง โรคมะเร็งในลำไส้ใหญ่อีกด้วย ควรรับประทานผักหลายๆชนิดสลับกันไป

อาหารหมู่ที่ 4 ผลไม้ต่างๆ

ผลไม้เป็นอาหารที่อุดมด้วยวิตามิน แร่ธาตุและใยอาหารเช่นเดียวกับผัก ควรกินผลไม้ทุกวันและกินผลไม้หลายๆชนิด สำหรับผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานควรงดรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทุเรียน ลำไย ขนุน น้อยหน่า

อาหารหมู่ที่ 5 ไขมัน

อาหารหมู่นี้ให้พลังงานแก่ร่างกายและช่วยในการดูดซึมวิตามินที่ละลายในไขมัน ไขมันให้พลังงานเป็น 2 เท่าของคาร์โบไฮเครตและโปรตีน สตรีวัยทองหรือเป็นโรคอ้วนมีไขมันสูงควรจำกัดการกินไขมัน ไม่ควรเกินร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมดที่ได้รับในหนึ่งวันควรใช้น้ำมันพืชประกอบอาหาร เช่น น้ำมันรำ น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด เพื่อให้ได้รับกรดไขมันที่จำเป็นต่อร่างกาย หลีกเลี่ยงการใช้ไขมันสัตว์และน้ำมันมะพร้าว (ดอกแก้ว สุวรรณศร 2544 : 13)

หลักการบริโภคอาหารสำหรับสตรีวัยทอง

อาการที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยทองหรือวัยหมดประจำเดือนนั้น สามารถแก้ไขและควบคุมได้ด้วยการมีภาวะโภชนาการที่ถูกต้อง การกินมากเกินไปหรือน้อยเกินไปจะมีผลเสียโดยตรงต่อร่างกาย ก่อให้เกิดโรคต่างๆ อันเกิดจากความไม่สมดุลของการใช้พลังงาน สมดังคำว่า "กินอย่างไรเป็นอย่างนั้น" ดังนั้นโภชนาการในสตรีวัยก่อนและหลังหมดประจำเดือนจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น โดยสามารถปฏิบัติได้ดังนี้(มันฑณา ประทีปะเสน 2539 : 23-31)

1. การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการบริโภคอาหาร เพื่อลดโคเลสเตอรอลและเพิ่มไขมันที่มีความอิ่มตัวสูง(HDL-C)ในเลือด โดยเฉพาะสตรีที่เป็นโรคอ้วน(น้ำหนักมากกว่าร้อยละ120ของมาตรฐานน้ำหนักต่อความสูงหรือดัชนีมวลกาย BMI = น้ำหนักเป็น ก.ก/ความสูงเป็นเมตร^2) มีค่ามากกว่า 26 กก./ม.^{2} หรือมีไขมันในเลือดสูงกว่า 220 มก.% จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการบริโภคเพื่อลดโคเลสเตอรอล และเพื่อเพิ่ม HDL-C ในเลือด ดังนี้

1.1 ลดความถี่ของการบริโภคเนื้อหมู เนื้อวัว หนังเป็ด หนังไก่ เพราะอาหารเหล่านี้เป็นแหล่งสร้างกรดไขมันไม่อิ่มตัวต่ำ(LDL-C) ที่สำคัญ

1.2 งดเว้นการใช้น้ำมันจากสัตว์และกะทิในการประกอบอาหารควรใช้น้ำมันพืชที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวแทน เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันรำข้าว เป็นต้น เพื่อกระตุ้นให้ร่างกายสร้าง HLD-Cเพิ่มขึ้น และลดการสร้าง LDL-C นอกจากนี้ยังเป็นแหล่งของวิตามิน E ซึ่งจะทำหน้าที่เป็นAntioxidant อยู่บนชั้นผนังเซลล์ต่างๆทั่วร่างกายทดแทนเอสโตรเจนได้

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

1.3 งดรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูงและควบคุมปริมาณโคเลสเตอรอลในอาหารให้ต่ำกว่าวันละ 300 มิลลิกรัม

1.4 ควรบริโภคอาหารปลาทะเลเพิ่มขึ้น เนื่องจากไขมันในปลาทะเลจะมีกรดไขมันชนิดที่มีความอิ่มตัวสูง คือ EPA (Eicosapentaenoic) และDHA (Docosaheranoic) เพื่อช่วยกระตุ้นการสร้าง HDL-Cและฮอร์โมนเฉพาะที่ผนังหลอดเลือดเพิ่มขึ้นซึ่งจะช่วยลดการเกาะติดของเกร็ดเลือด

1.5 ควรบริโภคอาหารที่มีเส้นใยสูง เพื่อช่วยดูดซับไขมันและน้ำดีในลำไส้ ทำให้การสะสมไขมันในร่างกายลดลง และแบคทีเรียไม่สามารถย่อยน้ำดีให้อยู่ในสภาพที่สามารถดูดซึมกลับเข้าสู่ร่างกายได้ เป็นผลย้อนกลับในการทำลายโคเลสเตอรอลในเลือดให้เป็นน้ำดีเพิ่มขึ้น เพื่อนำมาใช้ในการย่อยอาหารไขมัน ช่วยให้โคเลสเตอรอลในเลือดน้อยลง อาหารที่มีเส้นใยสูง ได้แก่ ผัก ผลไม้ และข้าวที่ยังไม่ขัดสีต่างๆ ซึ่งเส้นใยเหล่านี้จะช่วยป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทำให้ระบบขับถ่ายทำงานตามหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม (ธรรมทิพย์ ไขหาญฟ้า 2537 : 40)

1.6 รับประทานอาหารที่ให้สารไฟโตเอสโตเจน (Phytoestrogen) หมายถึงเอสโตรเจนจากพืชซึ่งมีประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการบรรเทาอาการต่างๆอันเนื่องมาจากการขาดฮอร์โมนในวัยทอง

ไพโตรเอสโตรเจนมีอยู่ในสารอาหาร 2 ชนิด คือ ไอโซฟลาโวนส์ (Isoflavones)และลิกนัน (Lignan)

อาหารที่มีไอโซฟลาโวนส์มาก ได้แก่ ถั่วเหลือง แอปเปิ้ล บร็อกโคลี กะหล่ำปลี แครอท ส้ม แตงกวา มะเขือต่างๆ กระเทียม ผักสลัด ผักชีฝรั่ง พริกหวาน มะเขือเทศ สตรอเบอร์รี่ มันพื้นบ้าน

อาหารที่มีลิกนันสูง ได้แก่ ถั่วเมล็ดแห้ง (ถั่วเหลือง เมล็ดทานตะวัน) ถั่วฝัก (ถั่วแขก ถั่วแดง ถั่วอัลฟาลฟา) จมูกข้าว (จมูกข้าวโอ๊ต จมูกข้าวโพด จมูกข้าวสาลี จมูกข้าวบาร์เลย์ จมูกข้าวเจ้า) ธัญพืชเต็มรูป (ข้าวสาลี ข้าวโอ๊ต ข้าวฟ่าง ข้าวโพด) ผัก (กระเทียม แตงหน่อไม้ฝรั่ง แครอท มันเทศ บร็อกโคลี ต้นกระเทียม พริกหวาน กะหล่ำดอก หัวหอม) ผลไม้ (ลูกแพร์ ลูกพลัม)(ธารดาว ทองแก้ว 2546 : 23) เพื่อกระตุ้นการสร้าง SHBG (Serum Hormone Binding Globulin) ที่ตับ ซึ่งจะช่วยเก็บสะสมเอสโตรเจนในกระแสเลือดไว้ได้นาน เนื่องจากเอสโตรเจนที่จับกับ SHBG จะไม่ถูกทำลายเร็วเหมือนเอสโตรเจนในสภาพอิสระ

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

1.7 ถั่วเหลือง กระเทียม หอมใหญ่ น้ำมันทานตะวัน น้ำมันรำข้าว ถั่วลันเตา ทับทิม แตงกวา มะพร้าวอ่อน ช่วยเสริมฮอร์โมนเพศหญิง (ธารดาว ทองแก้ว 2546 : 24)

2. การรับประทานอาหารเพื่อป้องกันภาวะกระดูกพรุน (Osteoporosis) เมื่อเข้าสู่วัยทอง ระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนจะลดลง ทำให้การทำงานของฮอร์โมนกระตุ้นการเจริญเติบโต (growth hormone) ลดลง สตรีวัยทองหรือสตรีวัยหมดประจำเดือนเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกระดูกพรุนมากขึ้น การมีภาวะโภชนาการที่ถูกต้อง จะช่วยกระตุ้นการทำงานของฮอร์โมน กระตุ้นการเจริญเติบโต และสามารถแก้ไขหรือลดความรุนแรงของการเกิดภาวะกระดูกพรุนได้โดย

2.1 การรับประทานอาหารโปรตีนที่มีกรดอมิโนอาร์จีนิน (Orginine) เพื่อช่วยกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนกระตุ้นการเจริญเติบโต (growth hormone) ได้แก่ ปลา และถั่ว เป็นต้น การบริโภคอาหารที่มีโปรตีนมากเกินความต้องการของร่างกาย ร่างกายจะสูญเสียสภาพความเป็นกรด-ด่าง และต้องขับแคลเซียมออกทางปัสสาวะมากขึ้น

2.2 การบริโภคอาหารที่มีแคลเซียมเพิ่มสูงขึ้น คนไทยปกติได้รับแคลเซียมต่ำมากเมื่อเทียบกับปริมาณที่ควรได้รับ คือเพียง 488 มก./วัน (National Nutrition Survey 1986, อ้างถึงใน มัณฑนา ประทีปะเสน 2539 : 29) ในขณะที่ร่างกายต้องการ 800 มก./วัน (Thai RDA.1987, อ้างถึงใน กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์ 2541 : 24) สำหรับสตรีในระยะก่อนหมดประจำเดือนควรได้รับแคลเซียม

อย่างน้อยวันละ 1,000 มก./วัน หลังหมดประจำเดือนควรได้รับแคลเซียมเพิ่มขึ้นเป็นวันละ 1,400 มก./วัน (Utian1990 : 103, อ้างถึงใน วัลลดา เล้ากอบกุล 2542 : 25) ทำให้การสะสมของแคลเซียมในกระดูกน้อย เมื่อเข้าสู่วัยทองจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเก็บรักษาแคลเซียมไว้ให้มากที่สุด โดยรับประทานอาหารที่ให้แคลเซียมเพิ่มขึ้น ได้แก่ เห็ดหอม ผักแพว ใบยอ ใบชะพลู มะขามฝักอ่อน ยอดแค (มัณฑนา ประทีปะเสน 2539 : 32-38) ผักกาดเขียว ผักกาดขาว ผักขม ฟักทอง ใบโหระพา ขึ้นฉ่าย เห็ดลม ใบแมงลัก ใบกระถิน ใบบัวบก ปลาไส้ตัน (รัศมี คันธะเสวี, อ้างถึงใน สุทธนิจ หุณฑสาร 2539 : 52) กุ้งแห้งตัวเล็ก ปลาเล็กปลาน้อย กุ้งฝอย ปูทะเล หอยแมลงภู่ นมวัว ถั่วแดง ถั่วเหลือง ผักกระเฉด สะเดา คะน้า เป็นต้น ในผลไม้ได้แก่ ส้ม สาเก สัปปะรด มะละกอ ฝรั่ง (สุทธนิจ หุณฑสาร 2539 : 52) โดยเฉพาะถั่วเหลือง พบว่ามีสาร ไอโซฟลาโวน (Isoflavones) และเจนิสติน (Genistein) ซึ่งสามารถลดอาการร้อนวูบวาบ ลดโคเลสเตอรอลในเลือด ป้องกันการเกิดโรคกระดูกพรุน มะเร็งเต้านม มะเร็งมดลูก (แชลเลม 2541, อ้างถึงใน จารุณี รุ่งรัตนตระกูล 2542 : 19) ลดอาการช่องคลอดแห้ง ลดการสลายตัวของแคลเซียม และช่วยให้มวลกระดูกหนาแน่นขึ้น(ธารดาว ทองแก้ว 2546 : 24) ในการเลือกบริโภคอาหารนั้นจะต้องคำนึงถึงปริมาณแคลเซียมในอาหารแต่ละชนิด และพิจารณาว่าในแต่ละมื้อควรจะบริโภคอาหารชนิดนั้นในปริมาณมากน้อยเพียงใด จึงจะให้พลังงานและสารอาหารเหมาะสม

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

นายแพทย์บุญส่ง องค์พิพัฒน์กุล (2538:5, อ้างถึงใน เสาวคนธ์ หล่อสุพรรณพร 2541 : 38)ได้กล่าวว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนมีความเสี่ยงต่อโรคกระดูกพรุนสูง เนื่องจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นแบบสังคมเมืองทำให้ไม่โดนแสงแดด และออกกำลังกายกันน้อยลง การรับรู้ต่อการป้องกันการเกิดโรคกระดูกพรุนสำคัญมากกว่าการรักษา ดังนั้นสตรีวัยนี้ควรป้องกันโดยการรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูงและออกกำลังกายให้เหมาะสมกับวัยสอดคล้องกับ ศิริพร จิรวัฒน์กุล (2537 : 76) กล่าวว่า สตรีสามารถป้องกันไม่ให้ตนเองเป็นโรคกระดูกผุได้โดยการรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมมากๆ ให้ร่างกายได้รับวิตามินดีเพียงพอโดยการถูกแดดบ้าง และปรับวิถีชีวิตให้เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุน้อยที่สุด

2.3 อาหารโบรอน โบรอนเป็นธาตุชนิดหนึ่งเช่นเดียวกับกำมะถัน ถ่าน เหล็ก ทองแดง ฯลฯ แต่เดิมเราไม่เคยใส่ใจกับโบรอน แต่การวิจัยใหม่ๆได้ให้คำตอบที่น่าสนใจว่าโบรอนมีบทบาทอย่างมากต่อโรคกระดูกพรุน หากไม่รับประทานผลไม้จะไม่ได้รับโบรอน การขาดโบรอนจะไปรบกวนการทำงานของแคลเซียมในกระดูก ส่งผลให้กระดูกเปราะง่าย และยังพบอีกว่าโบรอนมีบทบาทสำคัญต่อฮอร์โมนเพศเอสโตรเจน หรือกล่าวอีกอย่างหนึ่งว่าโบรอนทำตัวเสมือนสารชะลอกระดูกพรุน โบรอนมีมากในผลไม้ โดยเฉพาะแอปเปิ้ล องุ่น ถั่วฝักยาว ถั่วพู ถั่วเหลือง ถั่วลิสง และน้ำผึ้ง

2.4 อาหารแมงกานีส สับปะรดมีแมงกานีสในปริมาณสูงการรับประทานสับปะรด 1 ซีกต่อวันจะให้แมงกานีสมากพอกับความต้องการของร่างกาย นอกจากนี้แมงกานีสยังมีมากในข้าวซ้อมมือ ธัญญาหาร เมล็ดถั่ว ผักขม และชา จากการศึกษาของดร.จีนน์ ฟรีแลนด์ (Jean Freland) ศาสตราจารย์ทางด้านโภชนาการจากมหาวิทยาลัยเทกซัสพบว่าแมงกานีสมีส่วนสำคัญไม่แพ้โบรอนในการสร้างกระดูกสัตว์ทดลองที่ได้รับแมงกานีสไม่เพียงพอจะเกิดอาการกระดูกพรุนรุนแรง และนักวิทยาศาสตร์ยิ่งมั่นใจมากยิ่งขึ้นเมื่อให้แมงกานีสเข้าไปในสตรีที่เป็นโรคกระดูกพรุนพบว่าผู้ป่วยจะดูดซึมแมงกานีสมากขึ้นเป็น 2 เท่า แสดงให้เห็นว่าร่างกายต้องการแมงกานีสในปริมาณสูง (สรจักร ศิริบริรักษ์ 2545 : 320)

2.5 วิตามิน วิตามินที่ควบคุมการดูดซึมแคลเซียมของร่างกาย คือ วิตามินดี แต่ในสตรีไทยมีโอกาสขาดวิตามินดีน้อยมาก เพราะแสงแดดสามารถเปลี่ยนสาร Sterol ใต้ผิวหนังให้เป็นวิตามินดีได้ แหล่งวิตามินดีในอาหารที่อุดม คือ น้ำมันตับปลาและไขมันปลา ปลาซาร์ดีน

2.6 อาหารที่แสลงต่อภาวะกระดูกพรุน คือ เกลือ (อาหารรสเค็ม) กาแฟ (กาเฟอีน) และแอลกอฮอล์ ซึ่งจะเป็นตัวเร่งการขับแคลเซียมออกจากร่างกายเร็วขึ้น(ธารดาว ทองแก้ว 2546 : 24)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

3. รับประทานอาหารที่มีวิตามินบี 6 (Pyridoxin) สตรีวัยทองมีการลดลงของฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน ทำให้มีอาการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตใจเนื่องจากมีการคั่งของGABAในสมอง สตรีจะมีความจำเสื่อมและนอนไม่หลับ สามารถลดอาการเหล่านี้ได้โดยการรับประทานอาหารที่มีวิตามินบี 6และไนอะซีน ซึ่งได้แก่ เนื้อสัตว์ต่างๆ ไข่แดง ถั่วลิสงคั่ว ถั่วเหลือง มันฝรั่ง น้ำนมวัว ข้าว เป็นต้น

4. ควรหลีกเลี่ยงการดื่มกาแฟ ซึ่งจะมีผลกระตุ้นประสาทการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งยังมีผลให้น้ำตาลในเลือดสูง กรดไขมันอิสระสูง เพิ่มการหลั่งของกรดในกระเพาะ มีฤทธิ์ขับปัสสาวะ หากดื่มกาแฟมากเกินไปจะทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ กระวนกระวายหรือนอนไม่หลับ นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงการดื่มชา น้ำอัดลม หรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เพื่อลดความรุนแรงของอาการวัยทองหรือวัยหมดประจำเดือน และป้องกันโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด

อาหารบำรุงสุขภาพ

สุขภาพกายแบ่งออกเป็นอวัยวะภายในและภายนอก ซึ่งแต่ละส่วนต้องการสารอาหารที่ต่างกัน เพื่อนำไปบำรุงและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอดังเช่นอวัยวะที่สำคัญๆต่อไปนี้ (กนกวรรณ พรพิรานนท์ 2546 : 14)

ผิวหนัง สารอาหารที่จำเป็นต่อผิว ได้แก่ วิตามินบีชนิดต่างๆ พบมากในปลา เนื้อไก่ เนื้อเป็ด ธัญพืช ถั่วเมล็ดแห้ง วิตามินซีและเบต้าแคโรทีนที่ได้จากผลไม้สีส้มและผักใบเขียวเข้ม จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งผิวหนัง

ตา พยายามรับประทานผักที่มีสารเบต้า-แคโรทีนและวิตามินเอ เช่น ผักบุ้ง ตำลึง ฟักทอง แครอต ซึ่งช่วยบำรุงสายตาและป้องกันการเกิดโรคตาหลายๆชนิด

ฟัน ควรรับประทานอาหารที่เป็นแหล่งรวมธาตุแคลเซียม ได้แก่ นมสด ปลาซาร์ดีนกระป๋อง เต้าหู้แข็ง งา ผักใบเขียว เช่น ปวยเล้ง ผักกาดหอม หลีกเลี่ยงผลไม้รสหวานจัด และควรบ้วนปากหรือแปรงฟันหลังอาหารทุกครั้ง

เลือด โรคโลหิตจางมีสาเหตุส่วนใหญ่จากการขาดธาตุเหล็กจึงควรรับประทานอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์ ผักใบเขียว ผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว จะช่วยป้องกันโรคโลหิตจางได้

หัวใจ ควรใช้น้ำมันที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวมาประกอบอาหาร เช่น น้ำมันมะกอก น้ำมันข้าวโพด ซึ่งช่วยลดระดับคอเลสเตอรอลในเลือดได้ รับประทานผักและผลไม้สดเป็นประจำเพื่อป้องกันไม่ให้หลอดเลือดหัวใจตีบตัน

ไขข้อ ถ้าเป็นโรคเกาต์หรือไขข้ออักเสบควรดื่มน้ำสะอาดมากๆ รับประทานผักและผลไม้สด ไม่ควรดื่มแอลกอฮอล์ พยายามหลีกเลี่ยงเครื่องในสัตว์ อาหารทะเล เพราะมีสารพิวรีนสูง ซึ่งจะทำให้ระดับกรดยูริกในเลือดสูง และไปสะสมตามข้อต่างๆ สำหรับผู้ที่เป็นข้ออักเสบควรรับประทานข้าวกล้อง ถั่วเหลือง เต้าหู้ ผัก ผลไม้สด ปลาที่มีไขมันมาก เช่น ปลาซาร์ดีน ปลาแซลมอน

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

สมอง อาหารที่มีผลต่อสมองโดยตรงมีอยู่หลายอย่างด้วยกัน โดยเฉพาะวิตามินบี 1 พบมากในข้าวไม่ขัดขาวต่างๆ เนื้อ ผัก นม ช่วยให้ระบบประสาททำงานปกติ วิตามินบี 6 พบมากในข้าวซ้อมมือ จมูกข้าว แคนตาลูป นม ไข่ ซึ่งช่วยให้อารมณ์ดี ความจำดี วิตามินบี 12 และโฟลิแอซิลพบมากในถั่ว ไข่ นม ช่วยลดอาการความจำเสื่อม และแมงกานีสเป็นเกลือแร่ที่ช่วยควบคุมสุขภาพของสมองและระบบประสาท

ตับ รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ รสไม่หวานจัด งดดื่มเหล้า ผลไม้ที่มีวิตามินซี เช่น ส้ม มะขามป้อมจะช่วยให้ตับแข็งแรง

กระเพาะอาหาร ถ้ากระเพาะอาหารอักเสบให้ดื่มน้ำสะอาดมากๆ รับประทานกล้วยสุกเพื่อให้ได้พลังงานและธาตุโพแทสเซียม แอปเปิ้ลหรือฝรั่งเพื่อทำความสะอาดทางเดินอาหาร หากเป็นแผลในกระเพาะควรหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด เกลือ กาแฟ น้ำอัดลม และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ระบบขับถ่าย มีอยู่ 2 ชนิด คือ ท้องผูกและท้องเดิน ถ้าท้องผูกให้รับประทานผลไม้ที่กินได้ทั้งเปลือก รวมทั้งอาหารที่มีใยอาหาร เช่น ธัญพืช ข้าวกล้อง และดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ลิตร หากท้องเดินให้ดื่มน้ำสะอาดเพื่อชดเชยของเหลวที่เสียไป รับประทานข้าวต้มเพราะมีใยอาหารน้อย ฝรั่งหรือแอปเปิ้ลเพื่อทำความสะอาดระบบทางเดินอาหาร แต่ถ้าท้องเดินเรื้อรังให้รับประทานโยเกิร์ตหรือนมเปรี้ยวที่เติมเชื้อแบคทีเรียชนิดที่ให้คุณค่าแก่ร่างกาย ซึ่งจะช่วยปรับสมดุลของเชื้อแบคทีเรียที่อยู่ในกระเพาะอาหารและลำไส้ตามธรรมชาติ

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น สรุปได้ว่าสตรีวัยทองมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกายมากมาย มีการเสื่อมลงของร่างกายที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคต่างๆ จึงจำเป็นต้องเอาใจใส่ดูแลสุขภาพเพื่อคงความสมดุลของร่างกายไว้ ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญในเรื่องการบริโภคอาหารที่มีความจำเป็นต่อร่างกาย มีความเหมาะสมทั้งทางด้านคุณค่าและเหมาะสมกับวัยโดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นอาหารที่สามารถเลือกรับประทานได้ในชีวิตประจำวัน หากสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทองเหล่านั้นได้ จะสามารถรักษาสุขภาพให้แข็งแรงและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายในตน

ความเชื่อเป็นองค์ประกอบหนึ่งในตัวบุคคลซึ่งฝังแน่นอยู่ภายในความคิด ความเข้าใจของบุคคล ซึ่งพฤติกรรมนั้นๆอาจจะแสดงออกอย่างมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ สภาพโดยทั่วไปเมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างใดอย่างหนึ่งแล้ว ความเชื่อนี้จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมให้บุคคลนั้นๆประพฤติปฏิบัติ ตามความคิดเห็นและความเข้าใจนั้นๆซึ่งไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง (จรรจา สุวรรณทัต 2527 : 814)

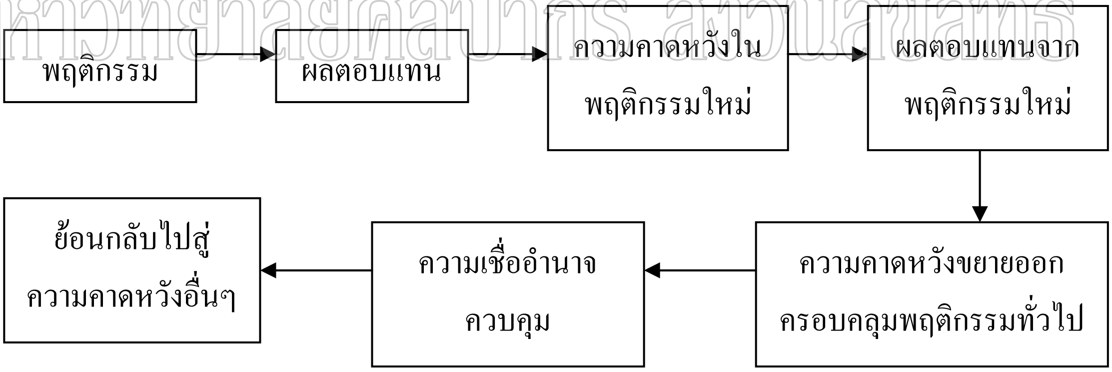
3.1 ความหมายและความสำคัญของความเชื่ออำนาจภายในตน

ความเชื่ออำนาจภายในตนเป็นส่วนหนึ่งของความเชื่ออำนาจควบคุม (Locus of Control) ซึ่งรอตเตอร์ (1971:28, อ้างถึงใน รัชดา ไชยโยธา 2543 : 15) ได้อธิบายความหมายของความเชื่ออำนาจควบคุม หมายถึง การที่บุคคลอธิบายถึงสาเหตุของการแสดงพฤติกรรมของตนว่า มีสาเหตุมาจากตนเองหรือมีสาเหตุมาจากปัจจัยภายนอก การที่บุคคลมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันไปก็เนื่องจากความคิด ประสบการณ์ และความเชื่อของแต่ละบุคคล ซึ่งมีอำนาจในการควบคุมตนเอง ผู้ที่เชื่อว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง และตนเองสามารถควบคุม กำหนดหรือแก้ไขสถานการณ์ได้จะมีพฤติกรรมไปลักษณะหนึ่งในขณะที่ผู้ที่เชื่อโชคชะตา เคราะห์กรรม

หรืออำนาจของผู้อื่นจะคิดว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากอำนาจภายนอก และคิดว่าตนเองไม่สามารถบังคับ ควบคุม หรือแก้ไขสถานการณ์ได้ก็ย่อมมีพฤติกรรมเป็นอีกลักษณะหนึ่ง ซึ่งแตกต่างกันไปตามความเชื่อนั้น ซึ่งความเชื่อนี้เรียกว่า ความเชื่ออำนาจควบคุม (Locus of Control)

รอตเตอร์ (Rotter 1966 : 2-3) ได้อธิบายความเชื่ออำนาจควบคุม (Locus of Control) โดยอาศัยทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory)ว่าผลตอบแทนที่ได้จากพฤติกรรมอันหนึ่งของบุคคลย่อมก่อให้เกิดความคาดหวังว่าจะต้องได้รับผลตอบแทนเช่นเดียวกันในพฤติกรรมอันใหม่ ความคาดหวังเหล่านี้ก่อตัวขึ้นจากพฤติกรรมหรือเหตุการณ์เฉพาะอันใดอันหนึ่งก่อนแล้วจึงขยายไปครอบคลุมพฤติกรรมหรือเหตุการณ์อื่นๆ จนกลายเป็นบุคลิกภาพที่สำคัญในตัวบุคคล ถ้าประสบการณ์ของตัวบุคคลได้รับแรงเสริมบ่อยๆจะทำให้บุคคลเชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นเป็นผลมาจากทักษะหรือความสามารถของตนเอง ความเชื่อเช่นนี้เรียกว่าความเชื่ออำนาจภายในตนเอง ในทางตรงกันข้ามหากพฤติกรรมไม่ได้รับแรงเสริมจะทำให้บุคคลรับรู้ว่าสิ่งที่ได้รับนั้นไม่ใช่ผลจากการกระทำของตนเอง แต่เป็นเพราะโชค เคราะห์ ความบังเอิญ หรือสิ่งแวดล้อมบันดาลให้เป็น ซึ่งความเชื่อเช่นนี้เรียกว่าความเชื่ออำนาจภายนอกตน ความเชื่อดังกล่าวจะมีผลย้อนกลับไปสู่ความคาดหวังในผลแห่งพฤติกรรมใหม่ๆอีกดังแสดงรายละเอียดดังนี้

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์



แผนภูมิที่ 1 รูปแบบการก่อเกิดความเชื่ออำนาจควบคุม

ที่มา : กรรณิการ์ กันธะรักษา, “การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์” (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527), 18.

จากแนวคิดของรอตเตอร์ (Rotter 1966 : 2) ได้สรุปความเชื่ออำนาจควบคุมในเชิงการรับรู้ต่อผลตอบแทนของการกระทำของบุคคล ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะดังนี้ คือ

1. ความเชื่ออำนาจภายนอกตน (External Locus of Control) หมายถึงการที่บุคคลมีความเชื่อหรือรับรู้ว่าเหตุการณ์หรือสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนนั้น ขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลอื่นหรืออำนาจภายนอกตนที่ไม่สามารถควบคุมได้ ได้แก่ โชคชะตา เคราะห์กรรม ความบังเอิญและบุคคลอื่น

2. ความเชื่ออำนาจภายในตน (Internal Locus of Control) หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อหรือการรับรู้ว่าเหตุการณ์หรือสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนนั้น เป็นผลมาจากการกระทำหรือความสามารถของตนเอง และตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์ต่างๆได้

รอตเตอร์ (Rotter 1966:2, อ้างถึงใน จุฬาพร ตังตระกูล 2538 : 19)ได้สรุปลักษณะของผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนไว้ดังต่อไปนี้

1. มีความกระตือรือร้นต่อความเป็นไปของสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นประโยชน์สำหรับพฤติกรรมในอนาคต

2. พยายามปรับปรุงสิ่งแวดล้อมไปตามลำดับขั้น

3. เห็นคุณค่าของทักษะหรือผลสัมฤทธิ์จากความพยายามเป็นสำคัญและคำนึงถึงความสามารถของตนเองอยู่เสมอโดยเฉพาะเมื่อประสบความล้มเหลว

4. ยากที่จะชักชวนให้คล้อยตามโดยไม่มีเหตุผล

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

มนตรี อนันตรักษ์ (2527 : 5, อ้างถึงใน พวงทิพย์ นาคเป้า 2543 : 60) ได้ให้ความหมายของทัศนคติแบบควบคุมภายในตน (ความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตน) ว่าเป็นความรู้สึกหรือความคิดที่ว่า ความสำเร็จ ความล้มเหลว หรือความเป็นไปของเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนนั้น ตนเป็นผู้กระทำให้เกิดขึ้นโดยอาศัยความสามารถของตนเอง การแสดงออกอยู่ในรูปของ

1. มีความกระตือรือร้น

2. มีความตั้งใจจริง

3. ตัดสินใจกระทำสิ่งต่างๆด้วยตัวเอง

4. การยอมรับในการกระทำของตนเอง

5. มีเหตุผลในตนเอง ไม่เชื่อโชคลาง พรหมลิขิตหรือความบังเอิญ

ในทางกลับกันทัศนคติแบบควบคุมจากภายนอก (ความเชื่ออำนาจจากภายนอก) คือความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลที่ว่า ความสำเร็จ ความล้มเหลว หรือความเป็นไปของเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนนั้นขึ้นอยู่กับสิ่งอื่นที่ไม่ใช่ตนเป็นผู้กระทำ เช่น โชค ความบังเอิญดวง การแสดงออกจะตรงกันข้ามกับบุคคลที่มีทัศนคติแบบควบคุมจากภายใน

โรบินสัน และเชฟเวอร์ (Robinson & Shaver 1980 : 171-173, อ้างถึงใน สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค 2535 : 29) กล่าวว่าประสบการณ์มีอิทธิพลต่อความเชื่ออำนาจควบคุม ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ

1. ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต (Episodic antecedents) เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิตในระยะเวลาที่จำกัด เช่น การตายของบุคคลอันเป็นที่รัก อุบัติเหตุ ประสบการณ์นี้อาจมีผลต่อการพัฒนาความเชื่ออำนาจควบคุมได้ ถ้าประสบการณ์นี้ส่งเสริมความเชื่อที่มีอยู่เดิม

2. ประสบการณ์ที่สะสมมาในอดีต (Accumulative antecedents) เป็นประสบการณ์ตั้งแต่วัยเด็กที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูจากครอบครัว เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูอย่างอบอุ่น มีการลงโทษที่เหมาะสม จะพัฒนาให้เกิดความเชื่ออำนาจภายในตน แต่ถ้าเด็กได้รับการเลี้ยงดูแบบปกป้องคุ้มครองมากเกินไป หรือเข้มงวดมากเกินไป จะทำให้เด็กพัฒนาความเชื่ออำนาจภายนอกตนมากขึ้น

ความเชื่ออำนาจควบคุมทางด้านสุขภาพเป็นมโนทัศน์ (concept) หนึ่งที่สามารถอธิบายพฤติกรรมความร่วมมือของบุคคล ในการมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการแสวงหาความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรค บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนมักมีความเชื่อว่าการมีสุขภาพดีเป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง เพราะฉะนั้นจึงมีพฤติกรรมอนามัยเป็นไปในทิศทางบวก กล่าวคือจะเป็นบุคคลที่สนใจและเอาใจใส่ต่อสุขภาพอนามัยเป็นอย่างดี ขวนขวายและแสวงหาความรู้เพื่อสุขภาพอยู่เสมอ รู้จักบริการทางด้านสุขภาพอนามัยและปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างมีเหตุผล ตรงกันข้ามกับบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน ซึ่งมักเชื่อว่าการจะมีสุขภาพดีหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับโชค เคราะห์ และชะตากรรม เพราะฉะนั้นจึงเป็นบุคคลที่เฉื่อยชา ไม่กระตือรือร้น ไม่สนใจใฝ่หาความรู้หรือไม่มีพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรค (Strickland 1978 : 1191-1211, อ้างถึงใน โกสุม นัยเรืองรุ่ง 2533 : 10)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

3.2 องค์ประกอบของความเชื่ออำนาจภายในตน

ลีเวนสัน (Levenson 1974, quoted in Brown 1999 : 43) ได้แบ่งความเชื่ออำนาจควบคุมออกเป็น 3 ด้านดังนี้คือ ความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่น และความเชื่ออำนาจโชคชะตาและโอกาสเสี่ยง ซึ่งเหมาะสำหรับวัดความเชื่ออำนาจควบคุมในเรื่องทั่วๆไป

วอลสตัน และวอลสตัน (Wallston and Wallston 1978 : 107-117) ได้สรุปแนวความคิดและปรับปรุงแบบวัดความเชื่ออำนาจควบคุม ซึ่งเป็นแนวคิดที่ใช้การวัดความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพแบบ 3 มิติ ดังนี้

1. ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ(Internal Health Locus of control)เป็นความเชื่อที่บุคคลเชื่อว่า ตนเองเป็นปัจจัยที่สามารถควบคุมภาวะสุขภาพได้ การที่บุคคลจะเจ็บป่วยหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับพฤติกรรมของตนเอง

2. ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นด้านสุขภาพ(Powerful other Health Locus of control) เป็นความเชื่ออำนาจภายนอกตนของบุคคล ที่เชื่อว่าบุคคลอื่นมีผลต่อภาวะสุขภาพ เช่น บุคลากรทางการแพทย์ และผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง จะเป็นผู้ควบคุมภาวะทางสุขภาพ ทำให้บุคคลมีสุขภาพดี

3. ความเชื่ออำนาจโชคชะตาและโอกาสเสี่ยง(Chance Health Locus of control) เป็นความเชื่อภายนอกตนของบุคคล ที่เชื่อว่าการมีสุขภาพที่ดีหรือการเจ็บป่วยจะเกิดขึ้นเนื่องจากโชคชะตา เคราะห์กรรม ความบังเอิญ และโอกาสเสี่ยงต่างๆ โดยที่บุคคลไม่สามารถควบคุม หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคได้

สตริกแลนด์(Strickland 1987, อ้างถึงใน รุ่งศรี ศศิธร 2536 : 37) มีแนวความคิดที่ว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนจะมีความเชื่อว่า การมีสุขภาพที่ดีนั้นเป็นการกระทำของตนเอง ดังนั้นการแสดงออกของพฤติกรรมทางสุขภาพจะเป็นไปในทิศทางบวก คือบุคคลนั้นจะเป็นผู้ที่สนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพ แสวงหาความรู้เพื่ออนามัยที่ดีของตนเองอยู่เสมอ ส่วนที่มีความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นนั้น จะมีความเชื่อว่าสุขภาพของตนจะดีหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับการดูแลของแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ จึงมักมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง แต่ตรงกันข้ามกับผู้ที่มีความเชื่ออำนาจบังเอิญจะมีความเชื่อว่าการมีสุขภาพดีหรือไม่นั้นจะขึ้นอยู่กับดวง โชคชะตา เคราะห์กรรม ความบังเอิญหรือโอกาสเสี่ยงต่างๆ และมักจะเป็นคนเฉื่อยชา ไม่กระตือรือร้น หรือสนใจในการแสวงหาความรู้ในการป้องกันโรคหรือการปฏิบัติเพื่อสุขภาพอนามัย

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

นอกจากนี้ยังพบว่าความเชื่ออำนาจภายในตน กับความเชื่ออำนาจบุคคลอื่น จะเป็นอิสระกันอย่างมีนัยสำคัญ ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่น มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความเชื่ออำนาจความบังเอิญ และความเชื่ออำนาจภายในตน จะมีความสัมพันธ์ทางลบ กับความเชื่ออำนาจความบังเอิญ (Rosenblum Stone and Skipper 1981 : 338, อ้างถึงใน รุ่งศรี ศศิธร 2536 : 37)

3.3 การวัดความเชื่ออำนาจบุคคล

รอตเตอร์(Rotter 1966 : 63) เสนอแบบวัดความเชื่ออำนาจควบคุม เป็นแบบวัดที่มีการทดสอบนำไปหาค่าความเที่ยงตรง และหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธี Kuder-Richardson ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.73 จึงได้เผยแพร่เครื่องมือวัดความเชื่ออำนาจควบคุมนี้ขึ้น ในเวลาต่อมาได้มีผู้ศึกษาวิจัยและอภิปรายเครื่องมือนี้ว่า ลักษณะเสมือนเป็นข้อคำตอบที่กำหนดให้เลือกตอบ(forced-choice)

ผลการวัดความเชื่ออำนาจควบคุม พบว่ามีความเปลี่ยนแปลงเมื่อนำไปศึกษาและบางครั้งผลการศึกษาที่ได้ไม่สัมพันธ์กัน

ลีเวนสัน(Levenson 1974 : 23, อ้างถึงใน รุ่งศรี ศศิธร 2536 : 37) ได้ใช้การวัดโดยแบ่งความเชื่ออำนาจควบคุม ออกเป็น 3 ด้าน ซึ่งพบว่า ระหว่างความเชื่ออำนาจบุคคลอื่น กับความเชื่ออำนาจโชคชะตา จะมีความสัมพันธ์ระหว่างกัน ส่วนความเชื่ออำนาจภายในตนจะเป็นอิสระเฉพาะด้าน แต่ยังคงนำมาอธิบายพฤติกรรมของบุคคลได้ไม่ดีนัก

วอลสตัน และวอลสตัน(Wallston and Wallston 1987 : 40, อ้างถึงใน เสาวลักษณ์ คัชมาตย์ 2540 : 22) ได้สร้างเครื่องมือวัดความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพขึ้น ซึ่งจะเป็นแบบวัดที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบหลายมิติมีการพัฒนาเครื่องมือโดยการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่จำนวนมาก และมีการพัฒนาปรับปรุงทดลองใช้จนได้แบบวัดความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพหลายมิติ (Multidimention Health Locus Scale-MHCL) ซึ่งมีการนำเครื่องมือไปทดลองหาความเชื่อมั่น และพบว่าค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูงและจากแนวความคิดหลักของความเชื่ออำนาจควบคุมนี้ เป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการศึกษาวิจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพอย่างมาก มีงานวิจัยหลายเรื่องแสดงให้เห็นว่าความเชื่ออำนาจภายในตนจะเป็นตัวทำนายพฤติกรรมสุขภาพที่ดี(ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2526, อ้างถึงใน รุ่งศรี ศศิธร 2536 : 37)

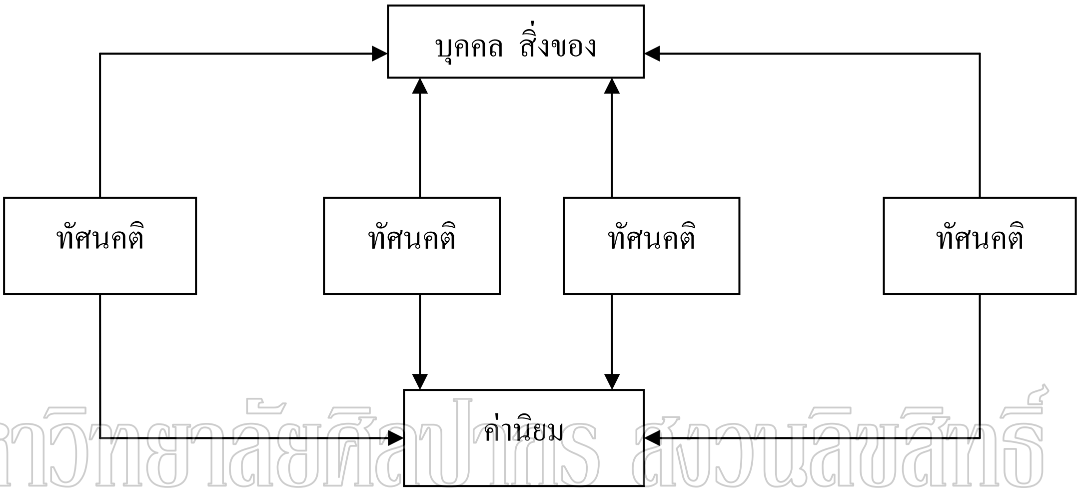
มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

จากแนวคิด ทฤษฎีที่กล่าวไว้แล้วข้างต้น สรุปได้ว่าความเชื่ออำนาจภายในตนเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญและมีผลต่อการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล เพราะการที่บุคคลมีความคิดความเชื่ออย่างไรย่อมมีผลต่อการแสดงออก หรือพฤติกรรมของบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับความคิดความเชื่อของแต่ละบุคคล หากเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนก็มักจะแสวงหาความรู้ทางด้านสุขภาพ ปฏิบัติตัวตามการรักษาของแพทย์อย่างมีเหตุผล (Wallston et al. 1978:112, อ้างถึงใน รัศมีแข วิโรจน์รัตน์ 2534 : 22) ในทำนองเดียวกับพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนอาจจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลและสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดความเชื่ออำนาจภายในตนมาเป็นแนวทางในการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง

4. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับค่านิยมทางสุขภาพ (Health value)

จากองค์ประกอบทางด้านจิตวิทยาของบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมทางสุขภาพของเขาเหล่านั้น ได้แก่ ค่านิยม ทัศนคติ การรับรู้ ฯลฯ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นรูปแบบทางจิตสังคมของแต่ละบุคคลในการแสดงพฤติกรรมที่จะช่วยเหลือดูแลสุขภาพอนามัยของตน ปัจจัยที่สำคัญมากที่สุด

บางประการที่ทำให้บุคคลมีวิถีทางดำเนินชีวิตในการรับผิดชอบดูแลสุขภาพอนามัยของตน ได้แก่ ค่านิยมทางสุขภาพ (พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และคณะ 2533 : 9) คำว่า ค่านิยม (value) เป็นผลรวมของความเชื่อที่คงทนของบุคคลที่แสดงว่า การประพฤติปฏิบัติบางอย่างเป็นที่พึงพอใจ เป็นที่ต้องการและเป็นสิ่งที่เกี่ยวพันกับทัศนคติ ความรู้สึกของแต่ละบุคคล ทัศนคติหลายๆทัศนคติที่รวมกันแสดงกับการรับรู้ที่มีคุณค่าในเรื่องใดเรื่องหนึ่งจะแสดงออกในลักษณะค่านิยม โดยทั่วไปความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและค่านิยมของบุคคลจะมีความสัมพันธ์ ดังนี้



มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

แผนภูมิที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและค่านิยมของบุคคล
ที่มา : พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และคณะ, **รายงานการวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความต้องการทางสุขภาพกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคเอดส์ ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในเขตกรุงเทพมหานคร** (กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533), 9.

4.1 ความหมายของค่านิยมทางสุขภาพ

ได้มีผู้ให้ความหมายของค่านิยมไว้หลายท่าน ดังนี้

พัทยา สายหู (2516 : 51-53) ให้ความหมายไว้ว่า สิ่งที่นิยมยึดถือประจำใจที่ช่วยตัดสินใจในการเลือก ตราบใดที่มนุษย์ต้องเลือกตัดสินใจในการกระทำอยู่ มนุษย์ต้องอาศัยคุณค่าประจำตัวเป็นเครื่องกำหนด แม้แต่สิ่งที่ทำจนเคยชินเป็นนิสัย มีคุณค่าที่ชอบให้ทำเช่นนั้นกำหนดอยู่ มิฉะนั้นแล้วไม่ยินดีทำจนกลายเป็นนิสัย เมื่อเกิดเป็นคนแล้วจะเลือกทำอะไรจะต้องอาศัยคุณค่าที่ตนยึดถือเป็นเครื่องกำหนดทั้งสิ้น

พนัส หันนาคินทร์ (2520 : 17) ให้ความหมายไว้ว่า ค่านิยมหมายถึง ความต้องการที่ได้รับการประเมินค่าอย่างรอบคอบ และปรากฏมีค่าควรแก่การเลือกไว้เป็นคุณสมบัติของตน

โรคีช (Rokeach 1973, อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2526 ข : 327) ให้คำจำกัดความของค่านิยมว่า เป็นผลรวมของความเชื่อที่คงทนของบุคคลที่แสดงว่าการปฏิบัติบางอย่างเป็นสิ่งที่พึงพอใจเป็นที่ต้องการ ในขณะที่บางอย่างไม่เป็นที่พึงพอใจและไม่เป็นที่ต้องการ ค่านิยมจะเป็นแกนกลางที่สำคัญที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยบทบาทที่สำคัญของค่านิยมมี 2 อย่าง คือ หนึ่งเป็นมาตรฐานที่จะนำทางหรือเป็นแนวทางให้บุคคลปฏิบัติ ประเมินผลว่าสิ่งใดดีหรือไม่ดี และสองทำหน้าที่กระตุ้นเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ ค่านิยมที่บุคคลยึดถือจะปรากฏออกมาเป็นพฤติกรรมที่กระทำสม่ำเสมอเป็นปกติ

กรีนและครูเตอร์(Green & Kreuter 1991 : 157, อ้างถึงใน ศิรินทิพย์ โกนสันเทียะ 2541 : 55) กล่าวคือ ค่านิยมคือการให้ความสำคัญ ให้ความพอใจในสิ่งต่างๆซึ่งอาจจะเป็นไปในทางที่ถูกต้องหรือไม่ถูกต้อง ดีหรือไม่ดี ซึ่งขึ้นอยู่กับมุมมองของแต่ละคน

จากความหมายของค่านิยมที่กล่าวมาแล้ว สรุปได้ว่า ค่านิยมเป็นความคิด ความเชื่อที่บุคคลยึดถือว่าเป็นสิ่งมีค่าและเป็นมาตรฐานในการเลือกปฏิบัติตนซึ่งจะนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับค่านิยมนั้นๆ ค่านิยมสามารถเปลี่ยนแปลงได้ขึ้นอยู่กับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

4.2 การเกิดค่านิยม

ได้มีการกล่าวถึงการเกิดของค่านิยมไว้ดังนี้

พนัส หันนาคินทร์ (2520 : 18) ได้กล่าวถึงการเกิดค่านิยมว่า ค่านิยมของแต่ละคนนั้นเกิดขึ้นจาก

1. ประสบการณ์ที่ได้รับการตรวจสอบแล้วของเขา และเนื่องจากประสบการณ์ที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล จึงทำให้ค่านิยมของแต่ละบุคคลผิดแผกแตกต่างกันออกไป ถึงแม้ว่าจะอยู่ในวัฒนธรรมหรือสังคมเดียวกันก็ตาม เมื่อประสบการณ์ของแต่ละบุคคลมีเพิ่มมากขึ้นก็จะมีผลกระทบกระเทือนทำให้เขาเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงค่านิยมเดิมของเขาขึ้น

2. การคิดรอบคอบ การวิเคราะห์อย่างถี่ถ้วนถึงผลที่จะตามมาในชีวิต

การสร้างค่านิยมแต่ละคนจะต้องทำการเลือก กำหนดค่า แล้วผสมผสานคุณสมบัติต่างๆที่ได้ผ่านมาวินิจฉัยและเลือกสรรเข้าเป็นแบบฉบับในการดำเนินชีวิตของตนเอง

จากการเกิดค่านิยมที่กล่าวมาแล้ว สรุปได้ว่าการเกิดค่านิยม หมายถึง ความจำเป็นหรือความต้องการทางสังคมของมนุษย์ในขั้นแรก ซึ่งต่อมาก็เกิดความชอบหรือความสนใจติดตามมา

ความชอบหรือความสนใจนี้ กระตุ้นให้เกิดความนิยมหรือความเข้าใจในคุณค่านั้นแล้วกลายเป็นค่านิยมขึ้นมา

4.3 ลักษณะของค่านิยม

ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา (2523 : 12) อธิบายไว้ว่า ค่านิยมจัดเป็นพฤติกรรมเชิงภาวะสันนิษฐาน (Hypothetical construct) เพราะไม่สามารถสังเกตหรือวัดได้โดยตรงอย่างชัดเจนเหมือนพฤติกรรมประเภทอื่นๆ การจัดลักษณะของค่านิยมจึงพิจารณาโดยอาศัยการประเมินที่สลับซับซ้อน และสรุปสันนิษฐาน (Inference) จากการแสดงความคิดเห็น การตัดสินใจการเลือกของบุคคล หรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจสรุปประเด็นสำคัญในการอธิบายลักษณะของค่านิยมได้ดังนี้ คือ

1. ค่านิยมเกิดจากการเรียนรู้ ไม่ใช่มีติดตัวมาแต่กำเนิด

2. ค่านิยมเป็นระบบของพฤติกรรมที่มีองค์ประกอบ 3 อย่าง คือ

2.1 ปัญญา (Cognitive component) ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจ ความคิด บุคคลต้องเคยมีความรู้ มีประสบการณ์ หรือได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้านั้นก่อนจึงจะเกิดค่านิยมขึ้นได้

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

2.2 อารมณ์ (Affective component) ซึ่งประกอบด้วย ความรู้สึก พอใจ ไม่พอใจ ไม่ชอบ ชื่นชม รังเกียจ เป็นต้น

2.3 การแสดงพฤติกรรม (Behavioral component) คือแนวโน้มหรือท่าทีที่เลือกตอบสนองในแง่ของการยอมรับ-ไม่ยอมรับ เห็นด้วย-ไม่เห็นด้วย เต็มใจทำ-ไม่เต็มใจทำ เข้าใกล้-ออกห่าง เป็นต้น

ค่านิยมต่างๆของบุคคล จะมีองค์ประกอบทั้งสามประการนี้อยู่เสมอแต่อาจจะเป็นสัดส่วนหรือน้ำหนักแตกต่างกันไป ค่านิยมบางอย่างอาจเกิดจากความรู้ ความเข้าใจเป็นหลัก มีอารมณ์อยู่เป็นส่วนน้อย และค่านิยมบางอย่างเกิดขึ้นจากประสบการณ์ด้านอารมณ์รุนแรงมากกว่าความรู้ ถ้าองค์ประกอบด้านความรู้ ความเข้าใจ หรืออารมณ์เปลี่ยนแปลงไปย่อมมีผลในแนวโน้มหรือท่าทีของการแสดงพฤติกรรมออกมานั้นเปลี่ยนแปลงไปด้วย

อานนท์ อาภาภิรมย์ (2517 : 25) ได้สรุปลักษณะของค่านิยมไว้ดังนี้

1. ค่านิยม (Value) เป็นสิ่งสำคัญขั้นมูลฐานในการทำความเข้าใจถึงพฤติกรรมของบุคคล เพราะพฤติกรรมหรือการแสดงออกต่างๆของบุคคลย่อมขึ้นอยู่กับลักษณะค่านิยมที่เรามีอยู่รวมทั้งเป็นผลสืบเนื่องมาจากความคิดในเรื่องที่ควรจะเป็น เช่น การที่คนเราปฏิบัติสิ่งหนึ่งสิ่งใดลงไป ก็มักพิจารณาคำตอบให้กับตนเองว่าการกระทำดังกล่าวนั้นสมควรหรือไม่

2. เนื่องจากเป็นสิ่งที่คนสนใจ สิ่งที่คนปรารถนาจะได้ ปรารถนาจะเป็นหรือกลับกลายมาเป็นสิ่งที่คนถือว่าเป็นสิ่งบังคับ ต้องปฏิบัติ เป็นสิ่งที่คนยกย่องบูชา และมีความสุขที่จะได้เป็น ได้ฟัง และได้เป็นเจ้าของ

3. ค่านิยมบางอย่างมีผลตามกฎหมายด้วย เช่น เสรีภาพส่วนบุคคล เป็นต้น

4. ค่านิยมมีความเกี่ยวพันกับวัฒนธรรม คือ สร้างแกน (Core) ของวัฒนธรรมสะท้อนค่านิยมขั้นมูลฐานของวัฒนธรรมไทย ค่านิยมสำคัญๆของสังคมไทย ได้แก่ ความมั่งคั่ง อำนาจ การทำบุญ ความสนุกสนาน ความหรูหรา ความเป็นไทยในตัวเอง และระบบอาวุโส โดยมีเอกลักษณ์บางประการของวัฒนธรรมไทยในเรื่องการประกอบการบุญกุศลพิธีกรรมความสนุกสนานต่างๆ

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าค่านิยมเป็นสิ่งสำคัญสำหรับแต่ละบุคคลในสังคม เพราะสามารถใช้เป็นบรรทัดฐานกำหนดพฤติกรรม เป็นแบบแผนในการตัดสินและเป็นแรงผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่างๆออกมา สังคมจะเจริญหรือเสื่อมไปในทิศทางใดนั้นขึ้นอยู่กับค่านิยมของสังคมเป็นสำคัญ เพราะฉะนั้นการสร้างค่านิยมที่ถูกต้องและเหมาะสมจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งในการสร้างสรรค์ความเจริญก้าวหน้าของสังคม

4.4 หน้าที่ของค่านิยม

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ได้มีผู้กล่าวถึงหน้าที่ของค่านิยมไว้ดังนี้

สุนทรี โคมินทร์ และสนิท สมัครการ (2522 : 70)ได้กล่าวถึงหน้าที่ของค่านิยมไว้ดังนี้

1. ค่านิยมทำหน้าที่เป็นเกณฑ์ (Criteria) หรือมาตรฐาน (Standard) ที่ใช้นำพฤติกรรมการปฏิบัติในหลายทาง เช่น เป็นเกณฑ์ในการประเมินตัดสินตนเองหรือการกระทำของคนอื่น เป็นตัวกำหนดให้เราเลือกนิยมอุตสาหกรรมทางการเมืองบางอุดมการณ์มากกว่าอุดมการณ์คนอื่น เป็นจูงใจเราแสดงจุดยืนของเราในเรื่องต่างๆ เป็นบรรทัดฐานที่ช่วยในการชักชวน หรือคัดค้าน เป็นบรรทัดฐานสำหรับกระบวนการให้เหตุผลต่อความนึกคิดและการกระทำของตน เป็นต้น

2. ค่านิยมทำหน้าที่เป็นตัวบ่งชี้ความต้องการและแรงจูงใจของมนุษย์

4.5 เกณฑ์การพิจารณาค่านิยม

ในการพิจารณาว่า คุณลักษณะใดเป็นค่านิยมหรือไม่นั้น ราธส์และคณะ(Raths et al. 1966, อ้างถึงใน ศาสตร์ติยา ศาสตรานุวัตร 2544 : 62) ให้เกณฑ์สำหรับพิจารณาว่าลักษณะใดเป็นค่านิยมไว้ ดังนี้

1. ค่านิยมจะต้องเป็นสิ่งที่เกิดจากการเลือกโดยเสรี ไม่ได้เกิดจากการถูกบีบบังคับ และเป็นการเลือกจากสิ่งที่ให้เลือกหลายๆอย่าง รวมทั้งสิ่งที่เลือกมานั้นเป็นสิ่งที่บุคคลได้มีการพิจารณาไตร่ตรองถึงข้อดีข้อเสียอย่างรอบคอบแล้ว

2. เป็นสิ่งที่บุคคลยึดถือ บูชา เพราะถือว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่า ควรแก่การเทิดทูนรักษาไว้ เป็นสิ่งที่บุคคลภาคภูมิใจ ยอมรับและเต็มใจ ต้องการที่จะแสดงออก กล่าวถึงและสนับสนุนอย่างเปิดเผย ส่งผลให้ปฏิบัติตามที่ตนได้เลือกเอาไว้ เพราะสิ่งที่เราเรียกว่าค่านิยมนี้จะเป็นสิ่งที่นำไปสู่การปฏิบัติในชีวิตจริง จนเป็นกิจวัตร

ค่านิยมของบุคคลใดเป็นค่านิยมที่แท้จริงหรือไม่จะต้องพิจารณาตามเกณฑ์ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น ถ้าขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่งที่สำคัญก็ไม่ถือว่าเป็นค่านิยม ซึ่งเกณฑ์การพิจารณาค่านิยมอาจกล่าวได้ว่าเป็นขั้นตอนของการเกิดค่านิยมโดยสรุปดังนี้

ขั้นตอนการเลือก

1. เลือกอย่างเป็นอิสระ
2. เลือกสิ่งที่ให้เลือกหลายๆอย่าง
3. เลือกหลังจากได้พิจารณาอย่างรอบคอบ

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

↓

ขั้นการให้ค่า

4. การถนอมรักษาต่อค่านิยม
5. การเต็มใจยอมรับอย่างเปิดเผย

↓

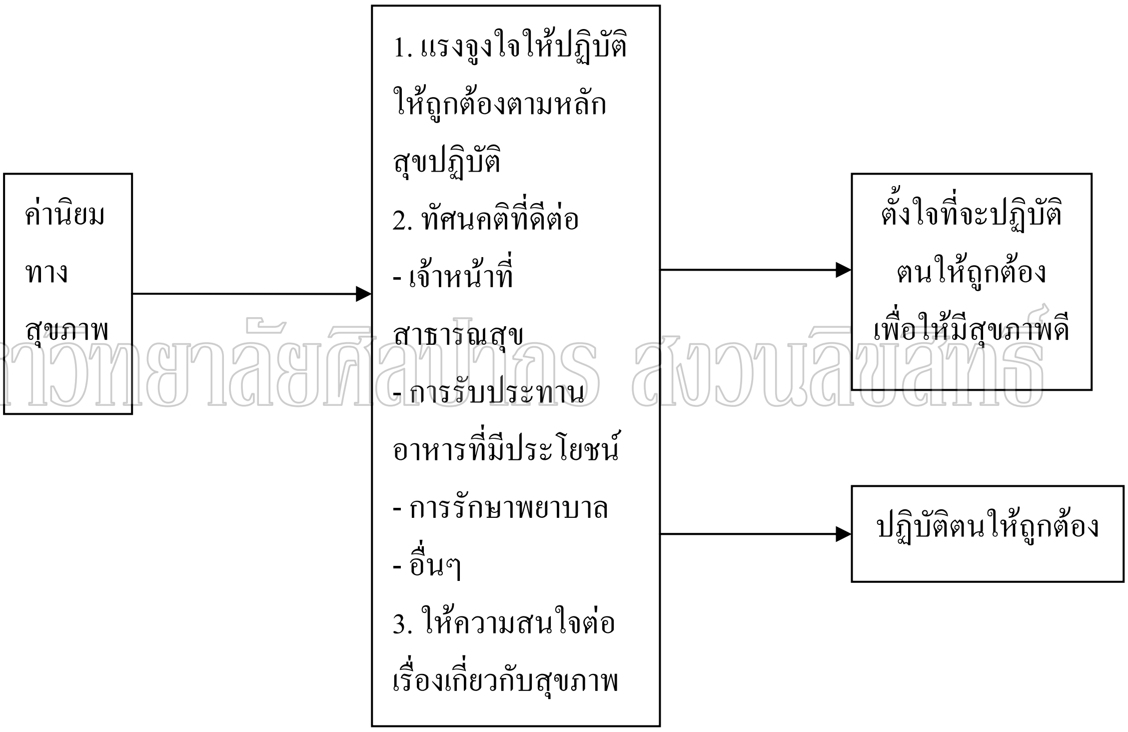
ขั้นปฏิบัติ

6. การปฏิบัติตามสิ่งที่ตนเลือกเอาไว้
7. การปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

แผนภูมิที่ 3 ขั้นตอนการเกิดค่านิยม

ที่มา : ศาสตร์ติยา ศาสตรานุวัตร, “พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของนักเรียนมัธยมศึกษาในโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร” (วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2544), 63.

สรุปได้ว่า ค่านิยมเป็นกระบวนการทางความคิดของบุคคลที่บุคคลยึดถือประจำว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่า และเป็นมาตรฐานในการเลือกประพฤติปฏิบัติตน จากค่านิยมเป็นตัวการที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมของมนุษย์นั้น การใช้ชีวิตประจำวันของเรานั้นมีพฤติกรรมการปฏิบัติหลายอย่าง พฤติกรรมสุขภาพก็เช่นเดียวกับพฤติกรรมทางด้านอื่นๆ ย่อมมีผลมาจากค่านิยมที่บุคคลให้ต่อสุขภาพ ค่านิยมทางสุขภาพ (Health Value) ก็ถือว่าเป็นตัวแปรที่สำคัญอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมสุขภาพของมนุษย์ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2526 ข : 337) จากที่กล่าวมาแสดงให้เห็นว่าค่านิยมเป็นพลังที่ซ่อนเร้นอยู่ภายใต้พฤติกรรมส่วนใหญ่ของมนุษย์ถ้าพิจารณาในแง่ความสัมพันธ์ของค่านิยมต่อสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพดังแผนภูมิที่ 4



มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

แผนภูมิที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพก่อนเจ็บป่วย

ที่มา : ประภาเพ็ญ สุวรรณ, “ค่านิยม,” ใน **เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา หน่วยที่1-7 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช** (กรุงเทพมหานคร : บริษัทสัมพันธ์พานิชย์, 2526), 327-338.

จากแผนภูมิพอสรุปได้ว่าบุคคลที่มีค่านิยมทางสุขภาพสูง จะมีความสนใจในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย มีแรงจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง มีทัศนคติที่ดีต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ก่อให้เกิดความตั้งใจที่จะปฏิบัติตนให้มีสุขภาพอนามัยดี ส่งผลให้บุคคลนั้นปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ถูกต้องในที่สุด วอลสตันและคณะ, พาเซ็ล, นาเดอร์ และโรเจอร์

(Wallston et al. 1978, Parcel, Nader, and Rogers 1980, quoted in Murdaugh and Hinshow 1986 : 20) ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าผู้ที่มีค่านิยมทางสุขภาพมากจะมีการปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นการป้องกันสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่ให้คุณค่าทางสุขภาพน้อย

จากแนวคิดดังกล่าวจะเห็นว่า ค่านิยม ทำหน้าที่เป็นทั้งมาตรฐานควบคุมและกำหนดเป้าหมายแนวทางของการปฏิบัติหรือพฤติกรรมของบุคคล เป็นตัวบ่งชี้ความต้องการของมนุษย์และเป็นวิถีทางนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับค่านิยมนั้น พฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพก็เป็นพฤติกรรมหนึ่งที่ป้องกันการเกิดโรคต่างๆ และมีผลมาจากค่านิยมที่บุคคลให้ต่อสุขภาพ ถ้าบุคคลให้คุณค่าต่อสุขภาพสูงก็ย่อมที่จะเป็นแนวทางให้คนมีพฤติกรรมการบริโภคโดยคำนึงถึงสุขภาพร่างกายของตนเอง อันนำมาซึ่งการมีสุขภาพที่ดี แข็งแรง สมบูรณ์ตามวัย สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดค่านิยมทางสุขภาพ หมายถึง ความคิดเห็นของสตรีวัยทองเกี่ยวกับสุขภาพว่าเป็นสิ่งสำคัญและมีคุณค่า โดยการให้คุณค่านั้นยึดถือเป็นแนวทางปฏิบัติในการเอาใจใส่สุขภาพของตนซึ่งมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง

5. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพ พฤติกรรมและเป็นสิ่งที่จะก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งมีผู้ศึกษาได้ให้ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคมไว้หลายรูปแบบ ดังนี้

กฤติกาพร ใยโนตาด (2542 : 52, อ้างถึงใน กนกทอง สุวรรณบูลย์ 2545 : 65-66) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมทั้งทางด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการเงิน แรงงาน หรือวัตถุสิ่งของต่างๆซึ่งบุคคลอื่นในสังคมนั้น คือ สมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ผู้ได้รับการสนับสนุนเกิดความรู้สึกผูกพัน เชื่อว่า มีคนรัก มองเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเครียดและความเจ็บป่วยได้ ส่งผลให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการรักษาสุขภาพอนามัยและมีสุขภาพที่ดี

คอบบ์ (Cobb 1976 : 300) ได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนรักและสนใจ เอาใจใส่ ยกย่อง มองเห็นคุณค่าเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง นอกจากนี้ยังรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

พิลิสุค (Pilisuk 1982 : 20) กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึงความสัมพันธ์ระหว่างคน ไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ และความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย

ธอยท์ (Thoits 1982 : 145) กล่าวว่าเป็นการที่บุคคลในเครือข่ายทางสังคมได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของ และข้อมูล ซึ่งการช่วยเหลือจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วยหรือความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น
การเรียนรู้และประเมินตนเอง

ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึงการที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลที่ปฏิสัมพันธ์ด้วยทางด้านอารมณ์ สังคม วัตถุสิ่งของ รวมทั้งข้อมูลข่าวสาร ผลของแรงสนับสนุนทำให้บุคคลสามารถตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆได้ตามต้องการ ส่งผลให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

5.1 องค์ประกอบของแรงสนับสนุนทางสังคม

หลักการที่สำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม จะประกอบด้วยสิ่งเหล่านี้ ดังนี้

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้ และผู้รับบริการสนับสนุน

2. ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้น จะต้องประกอบด้วยข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะที่ทำให้ “ผู้รับ” เชื่อว่าคนเอาใจใส่ มีความรักและความหวังดีในงานอย่างจริงจัง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเชื่อว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รวมทั้งมีประโยชน์ต่อสังคมด้วย

3. ปัจจัยนำเข้าของแรงสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปข่าวสาร วัตถุสิ่งของหรือทางด้านจิตใจ

4. จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ

5.2 ความสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม

บาร์บีรา และอินลีย์ (Barrera and Ainley 1983 : 133-143) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม จะให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลในด้านเงิน วัสดุอื่นๆ ที่อยู่อาศัย และการให้ปัจจัยที่จำเป็นในการดำรงชีวิต ได้แก่

1. ให้ความช่วยเหลือด้านการประกอบอาชีพ ให้การประคับประคองและสนับสนุนด้านจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนม มีความอบอุ่น รู้สึกมีคนอื่นห่วงใยและเอาใจใส่

2. ให้คำแนะนำข้อมูล และข่าวสารต่างๆที่เป็นประโยชน์

3. ให้ข้อมูลย้อนกลับในสิ่งที่ได้กระทำ เพื่อให้บุคคลได้ปรับปรุงแก้ไข หรือได้รับ

กำลังใจในสิ่งที่ได้ทำแล้วและเสริมสร้างโอกาสให้บุคคลมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ

เพนเดอร์ (Pender 1987 : 396) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมจะส่งเสริมการเจริญเติบโต และการทำงานของระบบต่างๆในร่างกาย เป็นการเพิ่มคุณค่าของตนเอง ทำให้มีอารมณ์มั่นคง และมีความผาสุกในชีวิต ลดความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิต เป็นการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ มีการป้อนกลับ ยืนยัน รับรอง หรือทำให้เกิดความมั่นใจและคาดการการกระทำของบุคคลนั้นว่าเป็นที่ต้องการของสังคม และแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นกันชน หรือเบาะรองรับเหตุการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤตในชีวิต

5.3 ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม

คอบบ์ (Cobb 1976 : 300) แบ่งประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นข้อมูลที่จะบอกว่าบุคคลนั้นได้รับความรัก ความจริงใจ ความสนใจ ดูแลเอาใจใส่จากบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน

2. แรงสนับสนุนด้านการได้รับการยอมรับ ยกย่อง (esteem support) เป็นข้อมูลที่จะบอกว่าบุคคลนั้นมีคุณค่า มีผู้ให้การยอมรับ เกิดความภาคภูมิใจ มั่นใจในตนเอง

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

3. แรงสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (network support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

เชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al., quoted in Tilden 1985 : 201-202) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้านคือ

1. แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) หมายถึง ความผูกพัน ความอบอุ่นใจ และความรู้สึกเชื่อมั่นและไว้วางใจ

2. แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เป็นการให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา หรือการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรม และการกระทำของบุคคล

3. แรงสนับสนุนด้านสิ่งของ (tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือในด้านสิ่งของ เงินทอง หรือบริการ

เฮ้าส์ (House 1981, quoted in Israel 1985 : 66) ได้แบ่งประเภทแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน คือ

1. แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) หมายถึง การให้ความรัก ความเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ ยอมรับนับถือ

2. แรงสนับสนุนทางด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม (appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเอง หรือเรียนรู้ตนเอง ได้แก่ การเห็นพ้อง การรับรอง การให้ข้อมูลป้อนกลับซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นใจ แรงสนับสนุนด้านนี้จึงเปรียบเสมือนการเสริมแรงทางสังคม (social reinforcement)

3. แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อเท็จจริง แนวทางเลือก หรือแนวทางปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้

4. แรงสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การเงิน หรือแรงงาน (instrumental support) เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของคน เช่น เงิน แรงงาน หรือเวลา เป็นต้น

จากแนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม จะเห็นได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นมโนทัศน์คติหลายมิติ (Multidimention) การศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคม จึงต้องคำนึงถึงแหล่งที่มาเป็นเกณฑ์ หรือคุณสมบัติในการติดต่อสัมพันธ์กันในกลุ่มสังคมด้วย กลุ่มบุคคลในระบบสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็น 5 ระบบ (Pender 1987 : 369-379)

1. ระบบแรงสนับสนุนตามธรรมชาติ (Natural Support System) ได้แก่แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งถือว่ามีความสำคัญมากที่สุด เพราะครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อบุคคลตั้งแต่วัยเด็ก เป็นแหล่งที่ถ่ายทอดความเชื่อ แบบแผนพฤติกรรม และประสบการณ์ต่างๆในชีวิต

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

2. การสนับสนุนจากกลุ่มบุคคลใกล้ชิด (Peer Support System) ได้แก่ เพื่อน บุคคลสำคัญ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เป็นต้น

3. ระบบสนับสนุนด้านศาสนาหรือแหล่งอุปถัมภ์ต่างๆ (Religions Organization of nominations) ได้แก่ พระ นักบวช หมอศาสนา กลุ่มผู้ปฏิบัติธรรม เป็นต้น

4. ระบบสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Health Professional Support System) ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ที่จะช่วยให้บุคคลรู้จักส่งเสริม ป้องกัน ดูแล และฟื้นฟูสุขภาพของตนเอง

5. ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพอื่นๆ (Organized Support System not Directed by Health professionals) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มบริหาร อาสาสมัคร กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help groups)

โคเฮนและวิลล์ (Cohen and Wills 1985 : 310-359, อ้างถึงใน หัทยา มัทยาท 2541 : 25) ได้อธิบายกลไกของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของมนุษย์ และพบว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีทำให้มีสุขภาพดีเนื่องจาก

1. แรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้มนุษย์มีกำลังใจ มีอารมณ์ที่มั่นคง อันจะส่งผลทำให้ระบบประสาทต่อมไร้ท่อ ระบบภูมิคุ้มกันทำงานดีขึ้น ส่งเสริมให้การต่อสู้ปัญหาของแต่ละคนดีขึ้น สามารถช่วยลดความรุนแรงของปัญหา และส่งผลให้มีการปฏิบัติด้านสุขภาพที่ดี

2. แรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะวิกฤตในชีวิตโดยเป็นตัวช่วยลดความเครียดซึ่งจะนำไปสู่ภาวะวิกฤต ซึ่งเมื่อมีความเครียดคนเราจะมีความรู้สึกว่าไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รู้สึกด้อย ไม่เห็นคุณค่าในตนเอง จึงเป็นสาเหตุทำให้มีพฤติกรรมที่เสี่ยงและเกิดความล้มเหลวในการดูแลสุขภาพของตนเอง

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Health Professional Support System) เพราะเมื่อพิจารณาแล้วเห็นว่าการที่สตรีวัยทองกลุ่มนี้เข้ารับบริการในคลินิกวัยทอง แรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญมาจากแพทย์และพยาบาล ซึ่งประโยชน์ของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ตามการศึกษาของ Gussow & Tracy (1978 : 330, อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ 2536 : 183) สามารถสรุปได้ดังนี้

1. เป็นบทบาทตัวอย่าง ซึ่งจะทำให้พฤติกรรมการปฏิบัติเกิดขึ้น

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

2.เป็นแหล่งของความรู้ ข่าวสารเฉพาะอย่าง รวมทั้งวิธีการแก้ปัญหา เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญ และสามารถแนะนำวิธีการดูแลตนเองให้กับสตรีวัยทองได้

3. เป็นหนทางที่สตรีวัยทองจะได้ระบายความรู้สึกออกมา หากไม่สามารถบอกเล่าอาการกับผู้อื่นได้ สตรีวัยทองจะสามารถบอกเล่าให้บุคลากรทางการแพทย์ฟังได้ ซึ่งจะส่งผลให้มีความสบายใจขึ้น

4. เป็นการฝึกอบรมสตรีวัยทองให้ฝึกตนให้เป็นปกติ หรือมีพฤติกรรมที่ปกติเท่าที่จะสามารถทำได้

5. เป็นการให้การศึกษาแก่บุคลากรทางการแพทย์ เกี่ยวกับวิธีการที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วย คือ เนื่องจากสตรีวัยทองที่เข้ารับบริการในคลินิกวัยทองแต่ละคนมีปัญหาแตกต่างกันออกไปซึ่งเท่ากับเป็นการเพิ่มความชำนาญในการดูแลคนป่วยให้กับบุคลากรทางการแพทย์

สรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่บุคคลได้รับจากบุคคลหรือกลุ่มคนโดยเฉพาะอย่างยิ่งสตรีวัยทองที่เข้ารับบริการในคลินิกวัยทอง นอกจากต้องการยาเพื่อบรรเทาอาการผิดปกติของร่างกายแล้ว ยังต้องการคำแนะนำในการดูแลตนเองในสภาวะปกติด้วย ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญมาจากแพทย์และพยาบาล เนื่องจากเป็นผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญที่

จะสามารถให้คำแนะนำ ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งชี้แนะแนวทางการมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพได้ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์จึงน่าจะสามารถช่วยให้สตรีวัยทองมีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดและทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม คือแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์มาใช้เป็นสิ่งทำนายพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศและต่างประเทศ

6.1 พฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องภายในประเทศ

วาสนา แสนศรีแก้ว (2541 : 99-102) ศึกษาการเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่ภาวะหมดประจำเดือนของสตรีชนบทในจังหวัดนครราชสีมา พบว่าระดับการศึกษาและรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการเตรียมตัวเข้าสู่ภาวะหมดประจำเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และปัจจัยที่สามารถพยากรณ์การเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่ภาวะหมดประจำเดือน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับภาวะหมดประจำเดือน และรายได้ของครอบครัว โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของการเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่ภาวะการหมดประจำเดือนได้ร้อยละ 23.36

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

อัจฉรา สิทธิรักษ์ (2541 : บทคัดย่อ) ศึกษาปัญหาสุขภาพของสตรีที่มารับบริการในคลินิกวัยหมดระดู โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีวัยหมดระดูที่มารับบริการในคลินิกวัยหมดระดู โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ จำนวน 326 คน พบว่า อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว การมีโรคประจำตัว สตรีวัยใกล้หมดระดู หมดระดูตามธรรมชาติ หมดระดูจากการรักษา อายุเมื่อหมดระดูตามธรรมชาติ มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพในวัยหมดระดู อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กิริยา ลาภเจริญวงศ์ (2543 : บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสตรีวัยหมดระดู : กรณีศึกษาในเขตเมืองและชนบท จังหวัดราชบุรี พบว่า เขตที่อยู่อาศัย การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะหมดระดู แหล่งความรู้ จำนวนแหล่งความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับภาวะหมดระดูและประเภทของสถานบริการมีผลทำให้เกิดความแตกต่างในพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสตรีวัยหมดระดู

พรพิมล พงษ์ไทย (2543 : บทคัดย่อ) ศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของสตรีวัยหมดประจำเดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีอายุระหว่าง 45-54 ปี จำนวน 399 คน

ผลการศึกษาพบว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนสามารถดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของสตรีวัยหมดประจำเดือน คือ ระดับความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ทัศนคติในการดูแลสุขภาพตนเองและอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม โดยรวมสามารถร่วมกันทำนายความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของสตรีวัยหมดประจำเดือนได้ร้อยละ 26.04

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปได้ว่า สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และการมีโรคประจำตัวมีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพของสตรีวัยทอง ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาตัวแปรดังกล่าวเป็นตัวแปรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง

6.2 อาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องภายในประเทศ

เพ็ญรุ่ง เกิดสุวรรณ (2541 : บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของสตรีวัยหมดประจำเดือน กลุ่มตัวอย่างคือสตรีวัยหมดประจำเดือนอายุ 45-55 ปีที่เป็นผู้รับบริการรายใหม่ในคลินิกสตรีวัยหมดประจำเดือน โรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร จำนวน 350 ราย พบว่าระดับการศึกษา อาการของการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และอาการของการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ร้อยละ 26.03 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล (2541 : 120-125) ศึกษาอาการของภาวะหมดประจำเดือนและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุระหว่าง 40-56 ปี ซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลของรัฐทั่วประเทศจำนวน 563 คน พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อายุ อาการของภาวะหมดประจำเดือน รูปแบบการปฏิบัติตัวของบุคคลใกล้ชิด และประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน

ศิรินทิพย์ โกนสันเทียะ (2541 : 131-139) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน จังหวัดนครราชสีมา เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่มีอายุ 45-54 ปี จำนวน 450 คน ผลการศึกษาพบว่า อาชีพ อาการหมดประจำเดือน การรับรู้ความสามารถตนเอง

ความเชื่อด้านสุขภาพ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลต่างๆสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนได้ร้อยละ 53.97

จากงานวิจัยข้างต้น พบว่าสตรีวัยทองที่มีอาการจากภาวะการหมดประจำเดือน ทำให้สตรีวัยทองต้องเอาใจใส่สุขภาพของตนเองมากขึ้นเพื่อให้คงความสมดุลของร่างกายไว้และเพื่อให้ร่างกายแข็งแรงอยู่เสมอ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาอาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือนซึ่งเป็นช่วงที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน ส่งผลให้มีอาการต่างๆและจากงานวิจัยต่างๆที่พบว่าอาหารที่บริโภคในชีวิตประจำวันบางชนิดสามารถลดอาการเหล่านั้นได้ จึงเป็นตัวแปรที่น่าจะส่งผลในการกระตุ้นให้สตรีวัยทองเลือกที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพได้

6.3 ความเชื่ออำนาจภายในตน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องภายในประเทศ

กรรณิการ์ กันธะรักษา (2527 : 136-137) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อธำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ปกติที่มาฝากครรภ์ในหน่วยฝากครรภ์แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 150 คน ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อธำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

กรุณา ศิริบุญญา (2535 : บทคัดย่อ) ศึกษาอิทธิพลของความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนต่อผลสำเร็จในการลดน้ำหนักของสตรีวัยกลางคน กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีวัยกลางคนที่สถานบริการร่างกายเวิล์ดคลับจำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่าความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกมีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการลดน้ำหนักอย่างมีนัยสำคัญ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

แมคโดแนลและฮอลล์ (McDonal and Hall 1971 : 338-342) ศึกษาความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตนและการรับรู้ความพิการ พบว่าอัตราการป่วยเป็นโรคติดต่อในกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนมีน้อยกว่ากลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน และพบว่ากลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนมีพฤติกรรมอนามัยที่ดีในด้านการป้องกันโรคโดยการไปรับภูมิคุ้มกันโรค

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น พบว่า สตรีวัยทองที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนจะเป็นผู้ที่พยายามปรับปรุงสถานการณ์ต่างๆให้ดีขึ้นตามลำดับขั้น ให้ความสำคัญกับผลสัมฤทธิ์ที่เกิดจากความพยายาม เชื่อในความสามารถของตนเอง พึ่งพาตนเองมากกว่าพึ่งพาผู้อื่น เป็นผู้ที่มีการ

รักษาสุขภาพอนามัยและป้องกันโรคมากกว่าบุคคลที่เชื่ออำนาจภายนอกตน ซึ่งเป็นคุณสมบัติพื้นฐานที่ทำให้บุคคลสามารถดูแลตนเองโดยนำไปสู่การตระหนัก แสวงหาความรู้ ยอมรับการทำงานของร่างกายที่เสื่อมลง เอาใจใส่ตนเอง ปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับวัย เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาตัวแปรด้านความเชื่ออำนาจภายในตนของสตรีวัยทองซึ่งน่าจะมีส่วนส่งเสริมให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพได้

6.4 ค่านิยมทางสุขภาพ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องภายในประเทศ

สุทธนิจ ทุณฑสาร (2539 : 156) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน เขตชนบท จังหวัดนนทบุรี พบว่าตัวแปรในปัจจัยด้านสังคมจิตวิทยาที่มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพมากที่สุดได้แก่ ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ

ไพโรจน์ พรหมพันใจ (2540 : 137) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนงานโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดนครราชสีมา พบว่าค่านิยมต่อการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนงานและเป็นปัจจัยนำที่มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้สูงสุด

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

อภิรยา พานทอง (2540 : 82-84) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่มารับบริการที่คลินิกสตรีวัยหมดประจำเดือน โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ จำนวน 200 ราย ผลการศึกษาพบว่า การให้ความสำคัญต่อสุขภาพและอาการวัยหมดประจำเดือนสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนได้ร้อยละ 19.76 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการศึกษาค่านิยมทางสุขภาพ พบว่าค่านิยมทางสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการดูแลตนเอง รวมทั้งพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมของสตรีวัยทอง เนื่องจากค่านิยมทางสุขภาพของแต่ละบุคคลเป็นสิ่งที่ได้พิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบแล้วว่ามีประโยชน์กับตนเอง ส่งผลให้เกิดเป็นมาตรฐานและเป็นแนวทางในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ เกิดความตั้งใจที่จะปฏิบัติตนให้มีสุขภาพอนามัยดี ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาตัวแปรด้านค่านิยมทางสุขภาพของสตรีวัยทองซึ่งน่าจะเป็นแรงจูงใจให้สตรีวัยทองมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพ

6.5 แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องภายในประเทศ

ลักษมี บุญธรรม (2540 : 125-128) ศึกษาอัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 103 คน และผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมหรือกลุ่มใดๆ จำนวน 103 คน รวม 206 คน ผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยตัวแปรในการทำนาย ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส อัตมโนทัศน์ และการสนับสนุนทางสังคมมีเพียงตัวแปรเดียวเท่านั้นที่สามารถทำนายได้มากที่สุดคือ การสนับสนุนทางสังคม โดยสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 41.01

วรัญญา มุนินทร์ (2540 : บทคัดย่อ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเองของครูวัยหมดประจำเดือนในโรงเรียนมัธยมศึกษา เขตอำเภอเมืองจังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่างเป็นครูที่อยู่ในระยะหลังหมดประจำเดือน มีภาวะหมดประจำเดือนตามธรรมชาติ จำนวน 149 คนจากโรงเรียนรัฐบาลและโรงเรียนราษฎร์ ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของครูวัยหมดประจำเดือนอยู่ในระดับดี และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของครูวัยหมดประจำเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์ (2541 : 84-88) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่มีอายุ 40-59 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกสตรีวัยหมดประจำเดือนโรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 140 ราย พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับค่อนข้างมาก นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนได้ร้อยละ 20.19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ปริศนา อาจองค์ (2542 : บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีวัยหมดประจำเดือนในเขตราชบุรี จำนวน 384 คน ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของสตรีวัยหมดประจำเดือนอยู่ในระดับดี เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่าการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ระดับการศึกษา และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 54

พรนภา จุลละศร(2543 : 70-71) ศึกษาแบบแผนสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน พบว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนมีแบบแผนสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างดี และ

ผลการวิจัยพบอีกว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายแบบแผนสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนได้ร้อยละ 14.70 ($P<.01$)และระดับการศึกษาสามารถร่วมกันทำนายแบบแผนสุขภาพได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุนันทา พันธุ (2544 : 96-99) ศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมการปรับตัวต่อภาวะการเปลี่ยนแปลงในวัยหมดประจำเดือนของสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือนที่อยู่ในอำเภอโนนแดง จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือนที่มีอายุ 40-49 ปี จำนวน 300 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวต่อภาวะการเปลี่ยนแปลงในวัยหมดประจำเดือนของสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือนได้ร้อยละ 43.7

ภัทรา แย้มชล (2545 : บทคัดย่อ) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 35 คน ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการหมดประจำเดือน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรค ทัศนคติ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าก่อนทดลอง นอกจากนี้ยังพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

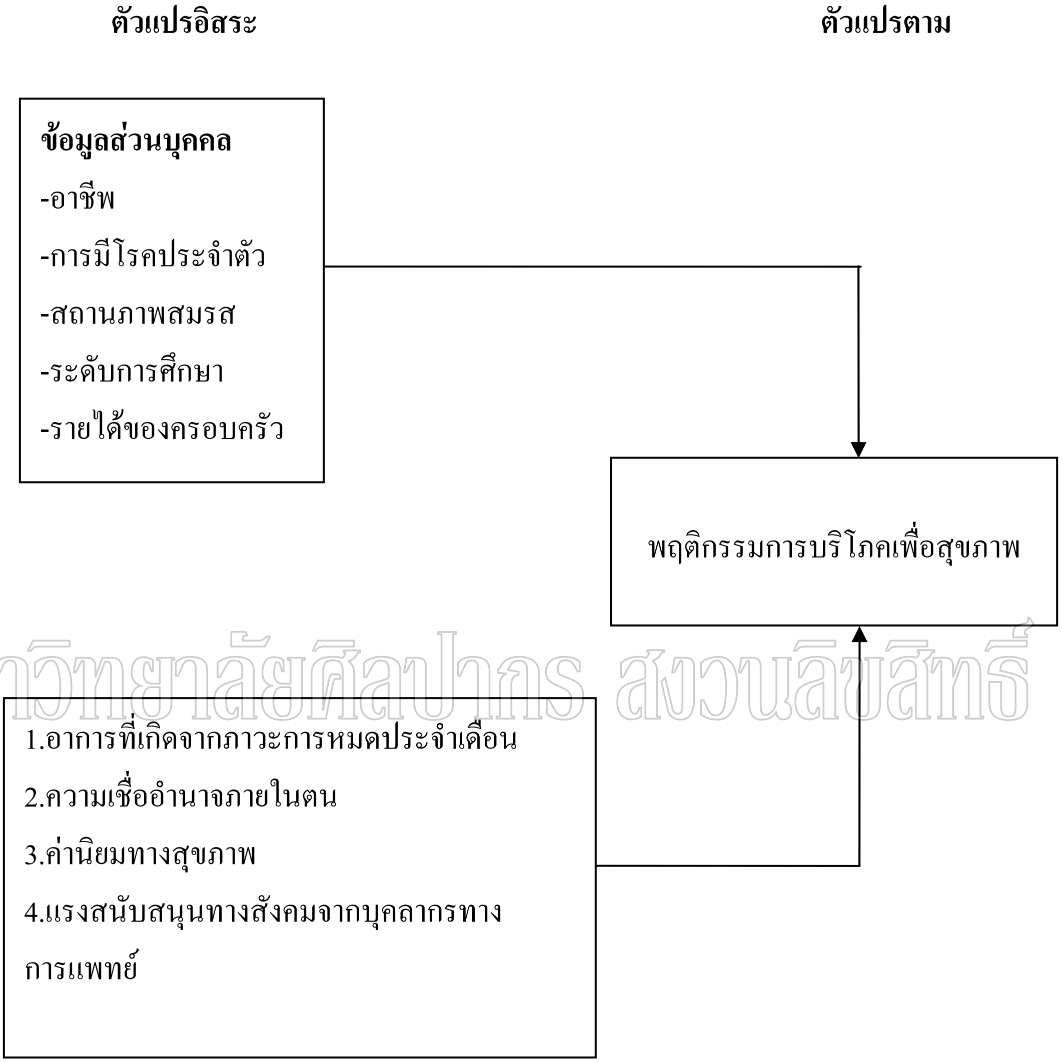
จากการศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ดังกล่าวข้างต้น พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเกิดจากการที่มีการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่เข้าไปเกี่ยวข้องด้วยในสังคม โดยเฉพาะสตรีวัยทองที่ได้เข้ารับบริการในคลินิกวัยทองย่อมจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งทำให้สตรีวัยทองได้รับข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำ ได้รับกำลังใจ มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความหวัง และยังได้รับความช่วยเหลือต่างๆส่งผลให้สตรีวัยทองมีแนวทางในการดูแลตนเองและปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม กระตุ้นให้สตรีวัยทองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์จึงน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่กระตุ้นให้สตรีวัยทองปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพ

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น สรุปได้ว่าการบริโภคอาหารเป็นสิ่งที่สำคัญยิ่ง นอกจากการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นตามธรรมชาติ คือ ความหิวและเพื่อดำรงชีวิตแล้ว ยังเพื่อประโยชน์อื่นอีกหลายประการ ทั้งนี้เพื่อคงความสมดุลให้ร่างกายแข็งแรงอยู่เสมอ เสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค

ต่างๆ ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ บรรเทาหรือลดความรุนแรงของโรค รวมทั้งทดแทนฮอร์โมนที่สูญเสียไปตามธรรมชาติ โดยมุ่งหวังให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทองและจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ พบว่ามีปัจจัยต่างๆเข้ามาเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภค ได้แก่ อาชีพ การมีโรคประจำตัว สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว อาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือน ความเชื่ออำนาจภายในตน ค่านิยมทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวทำให้มีความแตกต่างกันในพฤติกรรมการบริโภคของสตรีวัยทอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยไว้ ดังนี้

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

กรอบแนวคิดในการวิจัย



มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง "พฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง ที่เข้ารับบริการในคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม" เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยมีสตรีวัยทอง อายุ 40-59 ปีเป็นหน่วยของการวิเคราะห์ (Unit of Analysis) มีการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. ตัวแปรที่ศึกษา
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. การสร้างและการพัฒนาเครื่องมือ
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล
6. การวิเคราะห์ข้อมูล

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ สตรีที่มีอายุ 40-59 ปี ตามรายชื่อในเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการในคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ.2546 ถึงวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ.2547 จำนวน 243 คน (ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม)

โดยประชากรมีคุณสมบัติดังนี้

1. อยู่ในภาวะหมดประจำเดือนทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะก่อนหมดประจำเดือน ระยะใกล้หมดประจำเดือน ระยะหลังหมดประจำเดือน รวมทั้งที่หมดประจำเดือนโดยการได้รับการผ่าตัดมดลูกและตัดรังไข่ออกทั้ง 2 ข้าง

2. ไม่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยรุนแรงตามคำวินิจฉัยของแพทย์

3. ยังคงมารับบริการของคลินิกวัยทองอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

1.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ สตรีที่มีอายุ 40-59 ปี ตามรายชื่อในเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการในคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ.2546 ถึง วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ.2547 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูปของ

เครจซี่และมอร์แกน (Krejcie and Morgan 1970 : 608, อ้างถึงใน บุญชม ศรีสะอาด 2532 : 161-162) จำนวน 149 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับฉลาก

2. ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย ตัวแปรอิสระ และตัวแปรตาม ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่

2.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อาชีพ การมีโรคประจำตัว สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว

2.1.2 อาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือน

2.1.3 ความเชื่ออำนาจภายในตน (Internal Locus of Control)

2.1.4 ค่านิยมทางสุขภาพ (Health value)

2.1.5 แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์

2.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพ

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยแบบสอบถามดังกล่าวแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีวัยทอง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายในตน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามค่านิยมทางสุขภาพ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีวัยทอง ได้แก่ อาชีพ การมีโรคประจำตัว สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว ซึ่งเป็นแบบสอบถามในลักษณะแบบตรวจสอบรายการ (checklist) จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือน โดยผู้วิจัยนำมาจาก สุนันทา พันธุ (2544 : 127-128) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินอาการของการขาดฮอร์โมนที่ใช้ในคลินิกสตรีวัยหมดประจำเดือนของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นแบบประเมินอาการและการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจของสตรีวัยทอง จำนวน 19 ข้อ โดยให้สตรีวัยทองตอบตามความรู้สึกและอาการของตนเองในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ท (Likert scale) 4 ระดับ คือ

ไม่มี หมายถึง ภายใน 1 เดือนที่ผ่านมาไม่มีอาการเลย

เล็กน้อย หมายถึง ภายใน 1 เดือนที่ผ่านมามีอาการเกิดขึ้นนานๆครั้ง (เฉลี่ย 1-4 วันต่อเดือน)

ปานกลาง หมายถึง ภายใน 1 เดือนที่ผ่านมามีอาการเกิดขึ้นแต่ไม่ทุกวัน (เฉลี่ย 2-3 วันต่อสัปดาห์)

มาก หมายถึง ภายใน 1 เดือนที่ผ่านมามีอาการเกิดขึ้นเกือบทุกวัน (เฉลี่ย 4-7 วันต่อสัปดาห์)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ให้สตรีวัยทองผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ข้อความที่แสดงถึงอาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือนได้คะแนนจาก 3 ถึง 0 คะแนนสำหรับคำตอบมากไปจนถึงไม่มี ตามลำดับ โดยกำหนดให้สตรีวัยทองที่มีคะแนน 0-15 คะแนนอยู่ในกลุ่มที่มีอาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือนน้อย และสตรีวัยทองที่มีคะแนน 16-57 คะแนนอยู่ในกลุ่มที่มีอาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือนมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายในตน ซึ่งผู้วิจัยสร้างและพัฒนาแบบสอบถามขึ้นเองจากการศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่ออำนาจภายในตน จำนวน 17 ข้อ

ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ

มากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด

มาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามมาก

ปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามปานกลาง

น้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามน้อยที่สุด

ให้สตรีวัยทองผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ข้อความที่แสดงถึงการมีความเชื่ออำนาจภายในตนจะได้คะแนนจาก 5 ถึง 1 คะแนนสำหรับคำตอบมากที่สุดไปจนถึงน้อยที่สุดตามลำดับ ส่วนข้อความตรงกันข้ามจะให้คะแนนกลับกัน ผู้ตอบที่ได้คะแนนมากจะเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูงกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนน้อย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับค่านิยมทางสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยสร้างและพัฒนาแบบสอบถามขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับค่านิยมทางสุขภาพ (Health value) จำนวน 16 ข้อ

ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ

มากที่สุด หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามให้คุณค่ากับข้อความนั้นมากที่สุด

มาก หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามให้คุณค่ากับข้อความนั้นมาก

ปานกลาง หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามให้คุณค่ากับข้อความนั้นปานกลาง

น้อย หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามให้คุณค่ากับข้อความนั้นน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามให้คุณค่ากับข้อความนั้นน้อยที่สุด

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ให้สตรีวัยทองผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ข้อความที่แสดงถึงการให้คุณค่ากับสุขภาพจะได้คะแนนจาก 5 ถึง 1 คะแนนสำหรับคำตอบมากที่สุดไปจนถึงน้อยที่สุด ตามลำดับ ส่วนข้อความตรงกันข้ามจะให้คะแนนกลับกัน ผู้ตอบที่ได้คะแนนมากจะเป็นผู้ที่มีค่านิยมทางสุขภาพสูงกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนน้อย

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างและพัฒนาแบบสอบถามขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลต่างๆที่มีความเกี่ยวข้องกับสตรีวัยทองที่เข้ารับบริการในคลินิกวัยทอง จำนวน 19 ข้อ

ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ

มากที่สุด หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามได้รับแรงสนับสนุนตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

มาก หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามได้รับแรงสนับสนุนตรงกับข้อความนั้นมาก
ปานกลาง หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามได้รับแรงสนับสนุนตรงกับข้อความนั้นปานกลาง
น้อย หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามได้รับแรงสนับสนุนตรงกับข้อความนั้นน้อย
น้อยที่สุด หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามได้รับแรงสนับสนุนตรงกับข้อความนั้นน้อยที่สุด

ให้สตรีวัยทองผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ข้อความที่แสดงถึงการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์จะได้คะแนนจาก 5 ถึง 1 คะแนนสำหรับคำตอบมากที่สุดไปจนถึงน้อยที่สุด ตามลำดับ ส่วนข้อความตรงกันข้ามจะให้คะแนนกลับกัน ผู้ตอบที่ได้คะแนนมากจะเป็นผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์สูงกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนน้อย

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับวัยทอง คุณค่าทางโภชนาการที่ควรได้รับ และนำมาสร้างเป็นข้อคำถามให้เหมาะสมกับกลุ่มประชากรมากขึ้น จำนวน 24 ข้อ

ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ

มากที่สุด หมายถึง มีการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพมากที่สุด
มาก หมายถึง มีการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพมาก
ปานกลาง หมายถึง มีการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพปานกลาง
น้อย หมายถึง มีการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพน้อย
น้อยที่สุด หมายถึง มีการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพน้อยที่สุด

ให้สตรีวัยทองผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ข้อความที่แสดงถึงการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพจะได้คะแนนจาก 5 ถึง 1 คะแนนสำหรับคำตอบมากที่สุดไปจนถึงน้อยที่สุด ตามลำดับ ผู้ตอบที่ได้คะแนนมากจะเป็นผู้ที่มีการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพสูงกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนน้อย

เกณฑ์ในการประเมินระดับของความเชื่ออำนาจภายในตน ค่านิยมทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ และพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพ ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการวิเคราะห์ข้อมูลตามเกณฑ์ของเบส (Best 1981 : 179-184)

การแปลความหมายคะแนนแบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายในตน จะใช้เกณฑ์ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง มีความเชื่ออำนาจภายในตนอยู่ในระดับน้อยที่สุด
ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง มีความเชื่ออำนาจภายในตนอยู่ในระดับน้อย
ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง มีความเชื่ออำนาจภายในตนอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง มีความเชื่ออำนาจภายในตนอยู่ในระดับมาก
ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง มีความเชื่ออำนาจภายในตนอยู่ในระดับมากที่สุด

การแปลความหมายคะแนนแบบสอบถามเกี่ยวกับค่านิยมทางสุขภาพ จะใช้เกณฑ์ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง มีค่านิยมทางสุขภาพอยู่ในระดับน้อยที่สุด
ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง มีค่านิยมทางสุขภาพอยู่ในระดับน้อย
ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง มีค่านิยมทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง มีค่านิยมทางสุขภาพอยู่ในระดับมาก
ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง มีค่านิยมทางสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

การแปลความหมายคะแนนแบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ จะใช้เกณฑ์ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อยที่สุด
ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย
ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก
ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมากที่สุด

การแปลความหมายคะแนนแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพ จะใช้เกณฑ์ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพอยู่ในระดับน้อย
ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพอยู่ในระดับมาก
ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด

4. การสร้างและการพัฒนาเครื่องมือ

การสร้างและการพัฒนาเครื่องมือมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดเสนอกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิ รวมทั้งสิ้นจำนวน 5 ท่านตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของสำนวนภาษา และความครอบคลุมตามเนื้อหา หลังจากนั้นจึงนำมาแก้ไขปรับปรุงเพื่อความสมบูรณ์ของแบบสอบถามตามคำแนะนำ

2. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับสตรีวัยทอง ที่เข้ารับบริการในคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลศูนย์นครปฐมที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 คน

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

3. นำแบบสอบถามที่นำไปทดลองใช้ ไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแต่ละส่วน ดังต่อไปนี้

3.1 แบบวัดอาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือน มีคำถามจำนวน 19 ข้อ วิเคราะห์ความเชื่อมั่นได้ .8756

3.2 แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายในตน มีคำถามจำนวน 17 ข้อ วิเคราะห์ความเชื่อมั่นได้ .8717

3.3 แบบสอบถามค่านิยมทางสุขภาพ มีคำถามจำนวน 16 ข้อ วิเคราะห์ความเชื่อมั่นได้ .8079

3.4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ มีคำถามจำนวน 19 ข้อ วิเคราะห์ความเชื่อมั่นได้ .9251

3.5 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพ มีคำถามจำนวน 24 ข้อ วิเคราะห์ความเชื่อมั่นได้ .8862

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร เพื่อให้ทำหนังสือขออนุญาตและขอความร่วมมือไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์นครปฐม

2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ผ่านการพัฒนาและปรับปรุงจนมีคุณภาพในระดับที่ยอมรับได้ ไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

3. ผู้วิจัยได้แจกแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 149 ชุด และได้รับคืนมา 145 ชุด คิดเป็น 97.32 %

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ได้รับคืนมาจัดระเบียบ ลงรหัส และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์

1. สถิติเชิงพรรณนา

เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ในการวิเคราะห์ค่าระดับของความเชื่ออำนาจภายในตน ระดับของค่านิยมทางสุขภาพ ระดับของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ และระดับของพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์จากค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

2. สถิติวิเคราะห์

2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทองของกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพ การมีโรคประจำตัวแตกต่างกัน โดยใช้การทดสอบค่าที (t-test) และเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทองของกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวแตกต่างกัน โดยทดสอบความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) หากพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความแตกต่างรายคู่โดยใช้วิธีของ Scheffe

2.2 การศึกษาปัจจัยในการทำนาย ได้แก่ อาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือน ความเชื่ออำนาจภายในตน ค่านิยมทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ ที่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง

โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้าสมการ (Stepwise Multiple Regression Analysis)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

บทที่ 4
การวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเรื่องพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทองที่เข้ารับบริการในคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม โดยผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของสตรีวัยทองที่เข้ารับบริการในคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม จำนวน 145 คน คิดเป็น 97.32% มาวิเคราะห์และเสนอผลการวิเคราะห์ โดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย จำแนกเป็น 4 ตอน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับอาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือน ความเชื่ออำนาจภายในตน ค่านิยมทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ และพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทองเมื่อจำแนกตามอาชีพ การมีโรคประจำตัว สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์อาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือน ความเชื่ออำนาจภายในตน ค่านิยมทางสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้สัญลักษณ์ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

X_1	หมายถึง	อาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือน
X_2	หมายถึง	ความเชื่ออำนาจภายในตน
X_3	หมายถึง	ค่านิยมทางสุขภาพ
X_4	หมายถึง	แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์
Y	หมายถึง	พฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพ
$\bar{X}$	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย
S.D.	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

r	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation Coefficient)
n	หมายถึง	จำนวน (คน)
df	หมายถึง	องศาแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)
SS	หมายถึง	ผลรวมของกำลังสองของค่าเบี่ยงเบน (Sum of Square)
MS	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยความเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Mean of Square)
R	หมายถึง	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Mutiple Correlation)
R^2	หมายถึง	ประสิทธิภาพในการทำนาย(R Square)
Adjusted R Square	หมายถึง	ประสิทธิภาพในการทำนายที่ปรับแล้ว
b	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ
Beta	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน
S.E.	หมายถึง	ความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนาย

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งเป็นสตรีวัยทองที่เข้ารับบริการในคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม จำนวน 145 คน โดยจำแนกตามอาชีพ การมีโรคประจำตัว สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ (%) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีวัยทอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ประกอบอาชีพ	112	77.24
ไม่ประกอบอาชีพ	33	22.76
รวม	145	100.00
การมีโรคประจำตัว		
มีโรคประจำตัว	76	52.41
ไม่มีโรคประจำตัว	69	47.59
รวม	145	100.00

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	22	15.17
มีคู่สมรส	91	62.76
หม้าย,หย่า,แยกทางกับสามี	32	22.07
รวม	145	100.00
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	65	44.83
มัธยมศึกษา / อนุปริญญา	33	22.76
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	47	32.41
รวม	145	100.00
รายได้ของครอบครัว		
ไม่พอใช้จ่าย	28	19.31
พอใช้จ่าย	89	61.38
เหลือเก็บ	28	19.31
รวม	145	100.00

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีวัยทองส่วนใหญ่มีการประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 77.24 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 52.41 ส่วนใหญ่มีคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 62.76 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 44.83 และส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวแบบพอใช้จ่าย คิดเป็นร้อยละ 61.38

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับอาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือน ความเชื่ออำนาจภายในตน ค่านิยมทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ และพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง

2.1 การวิเคราะห์ระดับอาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือนของสตรีวัยทอง โดยใช้ค่าร้อยละ ดังมีรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละของอาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือน

อาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือน	จำนวน	ร้อยละ
น้อย (0-15 คะแนน)	70	48.28
มาก (16-57 คะแนน)	75	51.72
$\bar{X}$ = 18.50 S.D. = 10.83	Min = 1	Max = 50

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

จากตารางที่ 2 พบว่าระดับอาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือนอยู่ในระดับมาก (16-57 คะแนน) มีจำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ51.72 มีสตรีวัยทองที่มีอาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือนในระดับน้อย(0-15 คะแนน) มีจำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 48.28

2.2 การวิเคราะห์ระดับความเชื่ออำนาจภายในตน ค่านิยมทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ และพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง ผู้วิจัยใช้วิเคราะห์จากค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ในการจัดค่าระดับดังมีรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความเชื่ออำนาจภายในตน ค่านิยมทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ และพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง

ตัวแปรที่ใช้ในศึกษา	$\bar{X}$	S.D.	ค่าระดับ
ความเชื่ออำนาจภายในตน	3.8199	.5229	มาก
ค่านิยมทางสุขภาพ	3.8681	.4626	มาก
แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์	3.3902	.7285	ปานกลาง
พฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพ	3.9543	.5792	มาก

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีวัยทองมีความเชื่ออำนาจภายในตน ค่านิยมทางสุขภาพ และพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.8199, 3.8681 และ3.9543 ตามลำดับ) ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลาการทางการแพทย์อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.3902)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทองที่จำแนกตามอาชีพ การมีโรคประจำตัว สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง เมื่อจำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	n	$\bar{X}$	S.D.	t
ประกอบอาชีพ	112	3.9066	.5885	-1.842
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	33	4.1162	.5224	

จากตารางที่ 4 พบว่าสตรีวัยทองที่มีอาชีพแตกต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง เมื่อจำแนกตามการมีโรคประจำตัว

การมีโรคประจำตัว	n	$\overline{X}$	S.D.	t
มีโรคประจำตัว	76	3.8942	.5606	-1.315
ไม่มีโรคประจำตัว	69	4.0205	.5960	

จากตารางที่ 5 พบว่าสตรีวัยทองที่มีโรคประจำตัวแตกต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 6 แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทองจำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	n	$\overline{X}$	S.D.
โสด	22	3.7803	.4525
มีคู่สมรส	91	4.0298	.6013
หม้าย,หย่า,แยกทางกับสามี	32	3.8594	.5676

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีวัยทองที่มีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพสูงสุด ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างสตรีวัยทองที่มีคู่สมรส ($\overline{X}$ = 4.0298) รองลงมา ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างสตรีวัยทองที่อยู่ในสถานภาพหม้าย, หย่า, แยกทางกับสามี ($\overline{X}$ = 3.8594) และกลุ่มตัวอย่างสตรีวัยทองที่มีสถานสภาพโสด ($\overline{X}$ = 3.7803) ตามลำดับ

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง เมื่อจำแนกตามสถานภาพสมรส

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	1.473	2	.736	2.233
ภายในกลุ่ม	46.827	142	.330	
รวม	48.300	144		

จากตารางที่ 7 พบว่าสตรีวัยทองในกลุ่มสถานภาพสมรสที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 8 แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทองจำแนกตามระดับการศึกษา

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ระดับการศึกษา	n	$\bar{X}$	S.D.
ประถมศึกษา	65	3.7603	.5827
มัธยมศึกษา/อนุปริญญา	33	4.0442	.5205
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	47	4.1596	.5358

จากตารางที่ 8 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีวัยทองที่มีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพสูงสุด ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างสตรีวัยทองที่มีระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป ($\bar{X}$ = 4.1596) รองลงมา ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างสตรีวัยทองที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/อนุปริญญา ($\bar{X}$ = 4.0442) และกลุ่มตัวอย่างสตรีวัยทองที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ($\bar{X}$ = 3.7603) ตามลำดับ

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง เมื่อจำแนกตามระดับการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	4.695	2	2.347	7.644**
ภายในกลุ่ม	43.605	142	.307	
รวม	48.300	144		

**p< .01

จากตารางที่ 9 พบว่าสตรีวัยทองที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่าสตรีวัยทองที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพต่างกันอย่างน้อยหนึ่งคู่ จึงทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ ด้วยวิธีของเชฟเฟ่ (Scheffe) ดังรายละเอียดในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทองเป็นรายคู่ด้วยวิธีของเชฟเฟ่ (Scheffe)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา ($\bar{X}$ = 3.7603)	มัธยมศึกษา/อนุปริญญา ($\bar{X}$ = 4.0442)	ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป ($\bar{X}$ = 4.1596)
ประถมศึกษา($\bar{X}$ = 3.7603)	-		
มัธยมศึกษา/อนุปริญญา ($\bar{X}$ = 4.0442)	.2839	-	
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป($\bar{X}$ = 4.1596)	.3993*	.1154	-

*p <.05

จากตารางที่ 10 สตรีวัยทองที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสตรีวัยทองที่มีระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไปมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพดีกว่าสตรีวัยทองที่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา ส่วนคู่อื่นๆ ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 11 แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง จำแนกตามรายได้ของครอบครัว

รายได้ของครอบครัว	n	$\bar{X}$	S.D.
ไม่พอใช้จ่าย	28	3.7798	.5722
พอใช้จ่าย	89	3.9415	.6016
เหลือเก็บ	28	4.1696	.4490

จากตารางที่ 11 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีวัยทองที่มีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพสูงสุด ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างสตรีวัยทองที่มีรายได้ของครอบครัวแบบเหลือเก็บ ($\bar{X}$ = 4.1696) รองลงมา ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างสตรีวัยทองที่มีรายได้ของครอบครัวแบบพอใช้จ่าย ($\bar{X}$ =3.9415) และกลุ่มตัวอย่างสตรีวัยทองที่มีรายได้ของครอบครัวแบบไม่พอใช้จ่าย ($\bar{X}$ = 3.7798) ตามลำดับ

ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง เมื่อจำแนกตามรายได้ของครอบครัว

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2.166	2	1.083	3.334*
ภายในกลุ่ม	46.134	142	.325	
รวม	48.300	144		

*$p < .05$

จากตารางที่ 12 พบว่าสตรีวัยทองที่มีรายได้ของครอบครัวแตกต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าสตรีวัยทองที่มีรายได้ของครอบครัวแตกต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพแตกต่างกันอย่างน้อยหนึ่งคู่ จึงทำการตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธีของเชฟเฟ่ (Scheffe) ได้ผลดังในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทองเป็นรายคู่ด้วยวิธีของเชฟเฟ่ (Scheffe)

รายได้ของครอบครัว	ไม่พอใช้จ่าย ($\overline{X}$ = 3.7798)	พอใช้จ่าย ($\overline{X}$ =3.9415)	เหลือเก็บ ($\overline{X}$ =4.1696)
ไม่พอใช้จ่าย ($\overline{X}$ = 3.7798)	-		
พอใช้จ่าย ($\overline{X}$ = 3.9415)	.1617	-	
เหลือเก็บ ($\overline{X}$ = 4.1696)	.3899*	.2282	-

* p< .05

จากตารางที่ 13 สตรีวัยทองที่มีรายได้ของครอบครัวแตกต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสตรีวัยทองที่มีรายได้ของครอบครัวแบบเหลือเก็บมีพฤติกรรมการบริโภคดีกว่าสตรีวัยทองที่มีรายได้ของครอบครัวแบบไม่พอใช้จ่าย ส่วนคู่อื่นไม่พบความแตกต่าง

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์อาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือน ความเชื่ออำนาจภายในตน ค่านิยมทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ในการวิเคราะห์อาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือน ความเชื่ออำนาจภายในตน ค่านิยมทางสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง โดยวิธีการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้าสมการ (Stepwise Multiple Regression Analysis) ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพ อาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือน ความเชื่ออำนาจภายในตน ค่านิยมทางสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ของสตรีวัยทอง ดังรายละเอียดในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพ (Y) อาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือน (X_1) ความเชื่ออำนาจภายในตน (X_2) ค่านิยมทางสุขภาพ (X_3) และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ (X_4) ของสตรีวัยทอง

ตัวแปร	Y	X_1	X_2	X_3	X_4
Y	1.000				
X_1	-.086	1.000			
X_2	.451**	-.249**	1.000		
X_3	.388**	-.234**	.433**	1.000	
X_4	.014	-.021	.238**	.326**	1.000

** $p < .01$

จากตารางที่ 14 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตน ค่านิยมทางสุขภาพ และพฤติกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .451,r = .388 ตามลำดับ) โดยที่ความเชื่ออำนาจภายในตนกับพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพมีความสัมพันธ์กันมากที่สุด (r = .451) นอกนั้นไม่มีความสัมพันธ์กัน

ความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระด้วยกันของอาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือน ความเชื่ออำนาจภายในตน ค่านิยมทางสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ พบว่าอาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเชื่ออำนาจภายในตน และค่านิยมทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = -.249, r = -.234 ตามลำดับ) ส่วนอาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือนกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ไม่มีความสัมพันธ์กัน (r = -.021) ความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่านิยมทางสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .433, r = .238 ตามลำดับ) และค่านิยมทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .326)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

4.2 การวิเคราะห์อาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือน ความเชื่ออำนาจภายในตน ค่านิยมทางสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง ดังรายละเอียดในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 การวิเคราะห์อาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือน ความเชื่ออำนาจภายในตน ค่านิยมทางสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง โดยวิธีการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ลำดับที่ของตัวแปรที่ได้รับคัดเลือกเข้าสมการ	R	R^2	Adj R^2	R^2_{change}	F_{change}	b	Beta	t
1.ความเชื่ออำนาจภายในตน (X_2)	.451	.204	.198	.204	36.584	.408	.369	4.599***
2.ค่านิยมทางสุขภาพ(X_3)	.499	.249	.239	.045	23.583	.354	.282	3.431**
3.แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ (X_4)	.523	.274	.258	.025	17.710	-.132	-.166	-2.174 *
ค่าคงที่ (a) = 1.475		S.E. = .4988			F = 17.710***			

*** p < .001 ** p < .01 * p< .05

จากตารางที่ 15 พบว่าตัวแปรพยากรณ์ที่มีประสิทธิภาพในการทำนายพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง ได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายในตน(X_2) ค่านิยมทางสุขภาพ (X_3) และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ (X_4) โดยความเชื่ออำนาจภายในตน(X_2) เป็นตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการเป็นลำดับที่ 1 มีค่าประสิทธิภาพในการทำนายเท่ากับ .204 นั่นคือความเชื่ออำนาจภายในตนสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพได้ร้อยละ 20.40

ค่านิยมทางสุขภาพ (X_3) เป็นตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการเป็นลำดับที่ 2 มีค่าประสิทธิภาพในการทำนายพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 4.5 โดยความเชื่ออำนาจภายในตนและค่านิยมทางสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพได้ร้อยละ 24.9

แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ (X_4) เป็นตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการเป็นลำดับที่ 3 ในทิศทางตรงกันข้ามมีค่าประสิทธิภาพในการทำนายพฤติกรรม

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

การบริโภคเพื่อสุขภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.5 โดยความเชื่ออำนาจภายในตน ค่านิยมทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพได้ร้อยละ 27.4 โดยมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนาย (Standard Error of Estimate) เท่ากับ .4988

สมการที่ได้จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้าสมการ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สามารถเขียนเป็นสมการการถดถอยในรูปคะแนนดิบและในรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

ในรูปคะแนนดิบ

$$Y = 1.475 + .408\ (X_2) + .354\ (X_3) - .132\ (X_4)$$

ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z = .369\ (X_2) + .282\ (X_3) - .166\ (X_4)$$

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยเรื่อง "พฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทองที่เข้ารับบริการในคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม" มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับอาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือน ความเชื่ออำนาจภายในตน ค่านิยมทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ และพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง 2) เปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทองจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อาชีพ การมีโรคประจำตัว สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว 3) ศึกษาปัจจัยด้านอาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือน ความเชื่ออำนาจภายในตน ค่านิยมทางสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทองที่เข้ารับบริการในคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม เพื่อนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ป้องกันปัญหาที่เกิดจากการบริโภคอาหารและส่งเสริมให้สตรีวัยทองมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพที่ถูกต้อง โดยให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสตรีวัยทอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นสตรีวัยทองที่มีอายุ 40-59 ปีที่เข้ารับบริการในคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม จำนวน 149 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 6 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือน แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายในตน แบบสอบถามค่านิยมทางสุขภาพ แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) การวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบใช้ t-test และ One-way ANOVA และหากพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยใช้วิธีของเชฟเฟ่ (Scheffe)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

สรุปผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูล ผลของการวิจัยสรุปเป็นประเด็นสำคัญได้ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีวัยทอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีวัยทองส่วนใหญ่มีการประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 77.24 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ

52.41 ส่วนใหญ่มีคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 62.76 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 44.83 และส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวแบบพอใช้จ่าย คิดเป็นร้อยละ 61.38

2. การวิเคราะห์ระดับอาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือน ความเชื่ออำนาจภายในตน ค่านิยมทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ และพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง ปรากฏผลดังนี้

2.1 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีวัยทองมีอาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือนอยู่ในระดับมาก จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 51.72 ($\bar{X}$ = 18.50)

2.2 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีวัยทองมีความเชื่ออำนาจภายในตนอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.8199)

2.3 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีวัยทองมีค่านิยมทางสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.8681)

2.4 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีวัยทองได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.3902)

2.5 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีวัยทองมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.9543)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

3. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง จำแนกตามอาชีพ การมีโรคประจำตัว สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว ที่แตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์มีดังนี้

3.1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทองเมื่อจำแนกอาชีพ พบว่าสตรีวัยทองที่ประกอบอาชีพและไม่ได้ประกอบอาชีพมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพไม่แตกต่างกัน

3.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง จำแนกตามการมีโรคประจำตัว พบว่าสตรีวัยทองที่มีโรคประจำตัวแตกต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพไม่แตกต่างกัน

3.3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง จำแนกตามสถานภาพสมรส พบว่าสตรีวัยทองที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพไม่แตกต่างกัน

3.4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่าสตรีวัยทองที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยสตรีวัยทองที่มีระดับ

การศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป ($\overline{X}$ = 4.1596) มีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพดีกว่าสตรีวัยทองที่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา ($\overline{X}$ = 3.7603) ส่วนคู่อื่นไม่พบความแตกต่าง

3.5 การเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง จำแนกตามรายได้ของครอบครัว พบว่าสตรีวัยทองที่มีรายได้ของครอบครัวแตกต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสตรีวัยทองที่มีรายได้ของครอบครัวแบบเหลือเก็บ ($\overline{X}$ = 4.1696) มีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพดีกว่าสตรีวัยทองที่มีรายได้ของครอบครัวแบบไม่พอใช้จ่าย ($\overline{X}$ = 3.7798) ส่วนคู่อื่นไม่พบความแตกต่าง

4. การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้าสมการ (Stepwise Multiple Regression Analysis) ของอาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือน ความเชื่ออำนาจภายในตน ค่านิยมทางสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตน ค่านิยมทางสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทองได้ร้อยละ 27.4

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

อภิปรายผล

จากสรุปผลการวิจัย สามารถนำมาอภิปรายผลได้ดังนี้

1. การวิเคราะห์ระดับอาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือน ความเชื่ออำนาจภายในตน ค่านิยมทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ และพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทองมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 ผลการวิเคราะห์ระดับอาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีวัยทองมีอาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือนอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 51.72 และระดับน้อยคิดเป็นร้อยละ 48.28 ซึ่งภาพรวมอยู่ในระดับมากโดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีวัยทองที่มีอาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือนอยู่ในระดับมากมีอัตราสูงกว่าระดับน้อยเพียงเล็กน้อย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีวัยทองส่วนใหญ่จะเข้ารับบริการทางการแพทย์เมื่อมีอาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือนแล้วมากกว่าการเข้ารับบริการเพื่อขอคำปรึกษาก่อนเกิดอาการ อีกทั้งแพทย์ลดการให้ฮอร์โมนเพื่อบรรเทาอาการต่างๆที่เกิดขึ้นกับคนไข้ลง เนื่องจากเล็งเห็นผลเสียที่อาจเกิดตามมา เช่นอาจเป็นสาเหตุให้เกิดมะเร็งเต้านม นอกจากในกรณีที่อาการนั้นเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตและสร้างความทุกข์ทรมานแก่สตรีวัยทอง แพทย์จะให้คำแนะนำและให้ข้อมูลถึงผลดีและผลเสียที่จะตามมา เพื่อให้สตรีวัยทองเลือกเองว่าจะใช้หรือไม่ใช้ฮอร์โมน อาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือนจึงอยู่ในระดับมาก

1.2 ผลการวิเคราะห์ระดับความเชื่ออำนาจภายในตนของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีวัยทองอยู่ในระดับมาก แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีวัยทองมีความเชื่อว่าผลของการกระทำนั้นมาจากการกระทำของตนเองมากกว่าเป็นเพราะผู้อื่น หรือโชคชะตา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีวัยทองเคยตั้งใจกระทำสิ่งต่างๆ แล้วบรรลุเป้าหมาย จึงทำให้เชื่อว่าตนเองเท่านั้นที่จะสามารถดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี และมีการคาดหวังที่จะมีสุขภาพที่แข็งแรง รวมทั้งประสบการณ์ที่ผ่านมาได้รับการเสริมแรงบ่อยครั้ง เมื่อแสดงพฤติกรรมเช่นนั้นจะยิ่งทำให้เชื่อว่าเป็นผลมาจากความตั้งใจและความสามารถของตน จะไม่เชื่อสิ่งใดง่ายๆหากไม่ลองปฏิบัติเองก่อน เช่นเคยเจ็บป่วยจึงดูแลตนเองมากขึ้น ร่างกายเริ่มแข็งแรงขึ้นตามลำดับ ดังนั้นจึงปฏิบัติเช่นนั้นเรื่อยมา นอกจากละเลยสิ่งเหล่านั้นไปจึงจะเจ็บป่วยอีกครั้งในกรณีที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ หากควบคุมปริมาณอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันมากๆ รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจึงสามารถควบคุมอาการไม่ให้รุนแรงได้ สิ่งเหล่านี้ยิ่งทำให้ เชื่อว่าตนเองสามารถกำหนดสุขภาพของตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของสติ๊กแลนด์ (Strickland 1978 : 1192-1211, อ้างถึงใน โกสุม นัยเรืองรุ่ง 2533 : 10) ที่กล่าวว่าการพัฒนาความเชื่ออำนาจภายในตนจะพัฒนาตามอายุที่มากขึ้น เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่สตรีวัยทองมีความเชื่ออำนาจภายในตนมากที่สุด คือข้อคำถามที่ว่า แม้ว่าท่านจะมีอายุที่มากขึ้น หากพยายามดูแลตนเองอย่างดีที่สุด ก็สามารถมีสุขภาพที่แข็งแรงได้ ($\overline{X}$ = 4.41)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

1.3 ผลการวิเคราะห์ระดับค่านิยมทางสุขภาพของสตรีวัยทองอยู่ในระดับมาก แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีวัยทองให้ความสำคัญกับสุขภาพสูง จึงเป็นแรงจูงใจให้ดูแลสุขภาพของตนเองอย่างดีที่สุด เพื่อให้ตนเองแข็งแรงอยู่เสมอ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 ข : 338) ที่กล่าวว่าบุคคลที่มีค่านิยมทางสุขภาพสูงจะมีความสนใจในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย มีแรงจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง บริโภคอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความตั้งใจที่จะปฏิบัติตนให้มีสุขภาพอนามัยดี ส่งผลให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ถูกต้องในที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่สตรีวัยทองให้ความสำคัญมากที่สุด คือข้อคำถามที่ว่า ท่านคิดว่าการมีสุขภาพดีเป็นสิ่งที่สำคัญ ($\overline{X}$ = 4.81)

1.4 ผลการวิเคราะห์ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ของสตรีวัยทองอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะการเข้ารับบริการทางการแพทย์ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีวัยทองกลุ่มนี้เป็นการเข้ารับบริการจากโรงพยาบาลของรัฐบาลซึ่งผู้เข้ารับบริการจะมีจำนวนมากทำให้ต้องใช้เวลามากในการปฏิบัติตามขั้นตอน เมื่อถึงขั้นตอนในการพบแพทย์จึงทำให้เหลือเวลาเพียงเล็กน้อยเท่านั้น โอกาสในการให้ข้อมูลต่างๆ ของแพทย์จึงลดน้อยตามไปด้วย แพทย์จะมีโอกาสอธิบายข้อมูลต่างๆขั้นพื้นฐานที่สตรีวัยทองควรทราบเท่านั้น และไม่ทราบความต้องการของสตรีวัยทองที่นอกเหนือจากการให้ข้อมูลดังกล่าวหากสตรีวัยทองไม่มีการซักถาม

หรือในกรณีที่เกิดการเจ็บป่วยแพทย์จึงจะแนะนำให้ดูแลตนเองตามอาการเป็นกรณีพิเศษ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่สตรีวัยทองได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์มากที่สุด คือข้อคำถามที่ว่าแพทย์หรือพยาบาลให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง เมื่อท่านเจ็บป่วย ($\bar{X}$ = 3.72)

1.5 ผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทองอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีวัยทองให้ความสำคัญกับคุณค่าทางโภชนาการของอาหารที่บริโภคในแต่ละมื้อ เล็งเห็นความสำคัญของสุขภาพ เมื่อพิจารณาการมีโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีวัยทองกลุ่มนี้ มีจำนวนมากถึง 76 คน คิดเป็นร้อยละ 52.41 ซึ่งอาจทำให้ต้องดูแลในเรื่องของอาหารมากเป็นพิเศษ เช่น ในกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานจะหลีกเลี่ยง น้ำอัดลม ขนมหวาน หรืออาหารจุบจิบ โดยรับประทานผลไม้แทน กลุ่มที่เป็นโรคหัวใจและความดันสูง จะหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันมากๆ เช่น ข้าวมันไก่ ขาหมู อาหารที่มีรสเค็ม อีกทั้งในปัจจุบันสื่อต่างๆยังให้ข้อมูลเกี่ยวกับคุณค่า สารอาหารแต่ละชนิด โดยให้สามารถเข้าถึงกลุ่มคนมากขึ้นแม้จะไม่ได้ออกนอกบ้าน เช่น สื่อจากโทรทัศน์ วิทยุ นิตยสาร หนังสือพิมพ์ หรือจากคำอธิบายคุณค่าสารอาหารจากข้างหีบห่อของผลิตภัณฑ์อาหารต่างๆ รวมทั้งการเลือกบริโภคอาหารที่จำเป็นต่อร่างกายเหล่านั้นไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของสตรีวัยทองมากนัก โดยสารอาหารที่ได้รับในแต่ละวันต้องครบทั้ง 5 หมู่ ได้แก่ แป้ง เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ ไขมัน และดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าข้อคำถามที่ว่า เมื่อท่านกระหายน้ำ ท่านดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำอัดลม ($\bar{X}$ = 4.48) และข้อคำถามที่ว่า ท่านรับประทานผักและผลไม้ ($\bar{X}$ = 4.40) เป็นข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการบริโภคน้ำเปล่า ผัก และผลไม้เป็นสิ่งที่สตรีวัยทองกลุ่มนี้ปฏิบัติได้ หรือบริโภคสิ่งเหล่านี้อยู่แล้วเป็นประจำ

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทองโดยจำแนกตามอาชีพ การมีโรคประจำตัว สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว มีรายละเอียดดังนี้

2.1 จากสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าสตรีวัยทองที่มีอาชีพแตกต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพแตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์พบว่าสตรีวัยทองที่มีการประกอบอาชีพและไม่ได้ประกอบอาชีพมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพไม่แตกต่างกัน จึงไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะสตรีวัยทองที่ไม่ได้ประกอบอาชีพย่อมมีเวลาเพียงพอที่จะดูแลตนเอง รวมทั้งสามารถจัดหาและประกอบอาหารที่มีประโยชน์เองที่บ้านสำหรับตนเองและครอบครัวได้ ส่วนสตรีวัยทองที่ประกอบอาชีพ แม้ว่าจะไม่มีโอกาสได้ประกอบอาหารเองที่บ้านมากนัก เนื่องจากเวลาต้องหมดไปกับการประกอบอาชีพแต่อาจจะสามารถจัดหาอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้วและมีประโยชน์ได้จากนอกบ้านที่มีบริการไว้อย่างมากมายและสะดวกสบาย เช่น ศูนย์การค้า ตลาด หรือร้านขายอาหาร

หน้าที่ทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของวรรธิดา อิ่มสุดใจ (2540 : บทคัดย่อ) โดยศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีอาชีพแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

2.2 จากสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่าสตรีวัยทองที่มีโรคประจำตัวแตกต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพแตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์พบว่าสตรีวัยทองที่มีโรคประจำตัวแตกต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพไม่แตกต่างกันจึงไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะสตรีวัยทองกลุ่มนี้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคต่างๆ ได้ใกล้เคียงกันจากร่างกายที่เสื่อมโทรมลง ในกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว โดยตามวัยแล้วย่อมมีโอกาสที่จะเกิดโรคขึ้นได้เช่นกัน ส่วนในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวอยู่แล้วยังสามารถควบคุมความรุนแรงของโรคได้ อีกทั้งในการเข้ารับบริการในคลินิกวัยทองทำให้สตรีวัยทองทั้ง 2 กลุ่มนี้มีประสบการณ์คล้ายคลึงกัน คือมีอาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือนเหมือนกัน จึงพยายามป้องกันไม่ให้เกิดโรคประจำตัวชนิดอื่นขึ้นอีก ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของวรรธิดา อิ่มสุดใจ (2540 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีโรคประจำตัวแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการวิจัยของศิรินทิพย์ โกนสันเทียะ (2541 : 137) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน จังหวัดนครราชสีมา พบว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัวมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

2.3 จากสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ว่าสตรีวัยทองที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพแตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์พบว่าสตรีวัยทองที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพไม่แตกต่างกัน ผลการวิจัยไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า สตรีวัยทองที่มีสถานภาพโสด มีคู่สมรส และมีสถานภาพหม้าย หย่า แยกกันอยู่มีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพได้เหมือนกัน และได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัวเท่าเทียมกัน ถึงแม้ว่ากลุ่มสตรีวัยทองที่มีคู่สมรสจะมีสามีซึ่งถือเป็นแหล่งสนับสนุนพฤติกรรมต่างๆ ที่สำคัญอันจะส่งผลให้สตรีวัยทองมีการปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม แต่กลุ่มสตรีวัยทองที่มีสถานภาพโสด หม้าย หย่า แยกกันอยู่นั้น แม้ว่าจะไม่มีสามีคอยช่วยเหลือหรือให้คำแนะนำ แต่จากสภาพสังคมไทยที่มีลักษณะการอยู่อาศัยแบบเครือญาติ มีการไปมาหาสู่กัน กลุ่มที่ต้องอยู่คนเดียวยังมีบุตร ญาติพี่น้อง เพื่อนๆ ในวัยเดียวกันที่สามารถให้คำปรึกษาซึ่งกันและกันหรือแหล่งบริการทางการแพทย์ต่างๆ เช่น คลินิกวัยทองทั้งของรัฐบาลและเอกชน ที่มีอยู่มากมายในปัจจุบัน โดยสามารถไปรับบริการที่คลินิกหรือใช้บริการทางโทรศัพท์ ซึ่งเป็นสถานที่ที่ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำเพื่อให้สตรีวัยทองสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้

สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพได้อย่างถูกต้องเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของศิรินทิพย์ โกนสันเทียะ (2541 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน จังหวัดนครราชสีมา พบว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกันและยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของนุชลี ศรีเมือง (2543 : 106) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่คลินิกวัยหมดประจำเดือนวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบว่า สตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.4 จากสมมติฐานข้อที่ 4 ที่ว่าสตรีวัยทองที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพแตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์พบว่าสตรีวัยทองที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จึงสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยผู้ที่มีการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไปมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพดีกว่าสตรีวัยทองที่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากระดับการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้และศักยภาพ สตรีวัยทองที่มีการศึกษาสูงย่อมเข้าใจสิ่งต่างๆ ได้ง่ายกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย การได้รับการศึกษาที่สูง ทำให้มีโอกาสเรียนรู้ ตลอดจนแสวงหาข้อมูล และการใช้แหล่งบริการต่างๆให้เกิดประโยชน์ได้มากขึ้น นอกจากนี้ผู้ที่มีการศึกษาน้อยยังมีปัญหาในการรับรู้ เรียนรู้ ตลอดจนโอกาสในการแสวงหาความรู้จากสื่อต่างๆ สอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม (Orem 1991 : 151) ที่ว่าการศึกษาจะช่วยให้บุคคลได้พัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติต่อการดูแลตนเองหรือผู้อื่นได้ และตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender 1987 : 66) ที่ว่าบุคคลที่มีการศึกษาสูงย่อมมีความสามารถในการเรียนรู้ถึงโรค และแผนการศึกษา ตลอดจนนำความรู้เหล่านั้นมาใช้ในการพิจารณาตัดสินใจที่จะริเริ่มและกระทำกิจกรรมการดูแลสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย ตลอดจนรู้จักใช้บริการทางการแพทย์มากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของศิรินทิพย์ โกนสันเทียะ (2541 : 134) และกิริยา ลาภเจริญวงศ์ (2543 : บทคัดย่อ)ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน พบว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน

2.5 จากสมมติฐานข้อที่ 5 ที่ว่าสตรีวัยทองที่มีรายได้ของครอบครัวแตกต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพแตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์พบว่าสตรีวัยทองที่มีรายได้ของครอบครัวแตกต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยที่สตรีวัยทองที่มีรายได้ของครอบครัวแบบเหลือเก็บ ($\overline{X}$ = 4.1696) มีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพดีกว่าสตรีวัยทองที่มีรายได้ของครอบครัวแบบ

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ไม่พอใช้จ่าย ($\overline{X}$ = 3.7798) อาจเป็นเพราะรายได้เป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อศักยภาพในการเข้าถึงแหล่งบริการต่างๆ และสามารถจัดหาอาหารที่มีประโยชน์ได้โดยง่ายกว่าสตรีวัยทองที่มีรายได้ของครอบครัวแบบไม่พอใช้จ่าย เนื่องจากการมีรายได้ต่ำไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในการดำรงชีพจึงจำเป็นต้องบริโภคอาหารเท่าที่สามารถจัดหาได้ ทั้งนี้อาจมีประโยชน์หรือไม่มีประโยชน์ต่อร่างกายก็ได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของวาสนา แสนศรีแก้ว (2541 : 101) ที่ศึกษาการเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่ภาวะหมดประจำเดือนของสตรีชนบท ในจังหวัดนครราชสีมา พบว่าสตรีวัยทองที่มีรายได้ของครอบครัวแตกต่างกันมีการเตรียมตัวในการเข้าสู่ภาวะการหมดประจำเดือนแตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการวิจัยของกิริยา ลาภเจริญวงศ์ (2543 : 91) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสตรีวัยหมดระดู : ในเขตเมืองและชนบท จังหวัดราชบุรี พบว่าสตรีวัยหมดระดูที่มีรายได้ของครอบครัวแตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน

3. การวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง ได้แก่ อาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือน ความเชื่ออำนาจภายในตน ค่านิยมทางสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ผลการวิเคราะห์พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตน ค่านิยมทางสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทองได้ร้อยละ 27.4 จึงสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถอภิปรายได้ดังนี้

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนเป็นตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการเป็นลำดับที่ 1 อธิบายได้ว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนมากจะมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพดี กล่าวคือจะเป็นผู้ที่สนใจ เอาใจใส่ต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมากขึ้น เลือกบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย และจากผลการวิจัยพบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนกับพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพมีความสัมพันธ์กันทางบวก (r =.451) หมายถึงว่าถ้าสตรีวัยทองมีความเชื่ออำนาจภายในตนมากจะมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพสูงด้วย ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของแมคโดแนลและฮอลล์ (McDonal and Hall 1971 : 338) ที่พบว่าอัตราการป่วยเป็นโรคติดต่อในกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนมีน้อยกว่ากลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนและสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ และสอดคล้องกับผลการวิจัยของสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2535 : 64) ที่พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนสามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ พบว่า ค่านิยมทางสุขภาพเป็นตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการเป็นลำดับที่ 2 ซึ่งอธิบายได้ว่า ค่านิยมทางสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพและผลการวิจัย พบว่าค่านิยมทางสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพมีความสัมพันธ์กันทางบวก (r = .388) หมายถึงว่าถ้าสตรีวัยทองมีค่านิยมทางสุขภาพสูงจะมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพสูงตามด้วย ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของสุทธนิจ หุณฑสาร (2539 : 164) ที่ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน เขตชนบท จังหวัดนนทบุรี พบว่าค่านิยมทางสุขภาพมีความสามารถในการทำนายพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพได้และผลการวิจัยของอภิรยา พานทอง (2540 : 82) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน พบว่าการให้ความสำคัญต่อสุขภาพ (ค่านิยมทางสุขภาพ) สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนได้

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการเป็นลำดับที่ 3 ในทิศทางตรงกันข้ามซึ่งอธิบายได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทองรวมถึงภาวะสุขภาพของสตรีวัยทอง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นช่องทางหนึ่งที่ทำให้สตรีวัยทองได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารในเรื่องที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ มีความรู้ มีความเข้าใจต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงวัยทอง อีกทั้งบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และสามารถแนะนำการปฏิบัติตนที่ถูกต้องให้กับสตรีวัยทองได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้สตรีกลุ่มนี้นำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองให้มีความสุขได้ต่อไป แต่ในทางตรงกันข้ามหากสตรีวัยทองเหล่านี้ได้รับทั้งคำแนะนำ ความรู้ และยาพร้อมกัน สตรีวัยทองอาจคิดว่าอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองไม่ได้รุนแรงถึงชีวิต, พฤติกรรมการบริโภคของตนเองนั้นเหมาะสมกับวัยอยู่แล้ว รวมทั้งยาที่แพทย์สั่งยังสามารถช่วยบรรเทาและควบคุมความรุนแรงของโรคได้ เช่นในกรณีที่มีโรคความดันโลหิตสูงและภาวะไขมันในเลือดสูง ยายังสามารถควบคุมให้อยู่ในระดับที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ สตรีวัยทองจึงให้ความสนใจที่จะรับประทานยามากกว่าสนใจดูแลเรื่องการบริโภคอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของขวัญสุภา วงศ์บา (2544 : 90) ที่ศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ การสนับสนุนและเครือข่ายทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุพิการ จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าการสนับสนุนและเครือข่ายทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุพิการและสอดคล้องกับผลการศึกษาของHaynes (1979 : 49-62, อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ 2536 : 172) ศึกษาการรักษาผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งศึกษาบทความและงานวิจัยหลายเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้หลายเรื่อง พบว่าชนิดของโรคมี

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ความสำคัญน้อยมากกับการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล ความรุนแรงของโรคก็ไม่ใช่ปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีการปฏิบัติตามคำแนะนำแตกต่างกัน หรือแม้แต่อาการที่รุนแรงขึ้นของผู้ป่วยก็ไม่ได้ทำให้การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาดีขึ้น

ส่วนตัวแปรด้านอาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือนไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทองได้ หากพิจารณาจากภาวะสุขภาพของสตรีวัยนี้แล้ว เป็นวัยที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ง่ายจากร่างกายที่เสื่อมโทรมลงยิ่งต้องพิถีพิถันในการเลือกบริโภคอาหาร รวมทั้งสตรีวัยทองบางรายอาจมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ซึ่งมีแนวโน้มและเอื้อต่อการมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพได้ในระดับหนึ่งแต่ก็ไม่มีน้ำหนักมากพอที่จะส่งผลต่อการมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสตรีวัยทองกลุ่มนี้อาจคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นกับตนเป็นเรื่องปกติ เช่น มีอาการปวดหลัง ปวดข้ออาจคิดว่าเป็นเพราะตนเองมีอายุมากขึ้น จึงเป็นเรื่องปกติที่ต้องมีอาการปวดบ้าง หรือมีอาการปวดศีรษะอาจคิดว่าหากรับประทานยาแก้ปวดก็จะบรรเทาอาการปวดได้ จึงทำให้อาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือนไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของรัตนา สำราญใจ (2541 : 77) ศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวและการปรับตัวของสตรีวัยหมดประจำเดือนในหน่วยทหารเรือพื้นที่สัตหีบ จังหวัดชลบุรี พบว่าความรุนแรงที่เกิดขึ้นในวัยหมดประจำเดือนไม่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของสตรีวัยหมดประจำเดือน และสอดคล้องกับผลการวิจัยของกิริยา ลาภเจริญวงศ์ (2543 : บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสตรีวัยหมดระดู : กรณีศึกษาในเขตเมืองและชนบท จังหวัดราชบุรี พบว่าปัญหาสุขภาพทางร่างกายที่เกี่ยวเนื่องจากการหมดระดูไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของสตรีวัยหมดระดู

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

จะเห็นได้ว่าผลการการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ พบว่าในตัวแปรอิสระทั้งหมด 4 ตัว ตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรตามมี 3 ตัวแปร คือ ความเชื่ออำนาจภายในตน ค่านิยมทางสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ ตัวแปรทั้ง 3 ตัวแปรมีประสิทธิภาพในการทำนายร่วมกันต่อพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทองได้ร้อยละ 27.4

ข้อเสนอแนะของการวิจัย

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เสนอแนะแนวทางในการที่จะส่งเสริมให้สตรีวัยทองมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพ โดยลำดับดังนี้

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัย พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตน ค่านิยมทางสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นตัวทำนายที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพ แต่เนื่องจากการที่บุคคลจะสามารถมีความเชื่ออำนาจภายในและค่านิยมทางสุขภาพที่ถูกต้องได้นั้น เป็นสิ่งที่ต้องสั่งสมมาตั้งแต่ในวัยเด็ก และจะพัฒนาสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ดังนั้นสิ่งแรกของการปลูกฝังที่จะให้มีสิ่งเหล่านี้ต้องเริ่มตั้งแต่การอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดา เนื่องจากเป็นผู้ที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาความเชื่ออำนาจภายในตนของเด็กมาก ต้องสอนให้เด็กรู้จักคิดหาทางแก้ปัญหาเองบ้าง โดยที่บิดามารดาคอยช่วยเหลืออยู่ห่างๆ หากเด็กสามารถทำได้เขาจะเชื่อว่าตนเองสามารถพึ่งตัวเองได้ในเรื่องนั้นๆ แต่ในทางตรงกันข้าม หากบิดามารดาเป็นผู้จัดการสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับบุตรเองทุกอย่าง บุตรจะไม่มีประสบการณ์ในการแก้ปัญหาหรือดูแลตนเองเลย เพราะจะพึ่งพิงอยู่ตลอดเวลา รวมทั้งโรงเรียนควรมีส่วนร่วมในการสอนให้เด็กสามารถเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในแต่ละวันได้อย่างถูกต้องและสร้างความเชื่อมั่นในตนเองให้กับเด็ก สำหรับค่านิยมทางสุขภาพที่ถูกต้องควรเริ่มจากการปฏิบัติตัวของบิดามารดา และครูที่โรงเรียนในการเป็นตัวอย่างพร้อมทั้งให้ความรู้ประกอบไปด้วยถึงเหตุผลที่ต้องปฏิบัติเช่นนั้น เช่นสอนว่าก่อนรับประทานอาหารต้องล้างมือเนื่องจากมือมีเชื้อโรค เด็กอาจไปเล่นของเล่น, เล่นกับสุนัข เป็นต้น บิดามารดา และครูต้องล้างมือเป็นตัวอย่างด้วย หากเด็กมีทั้งความเชื่ออำนาจภายในตนและค่านิยมทางสุขภาพที่ถูกต้องสั่งสมมากระทั่งเป็นวัยผู้ใหญ่ หากเกิดสถานการณ์ใดๆขึ้นกับบุคคลนั้นเขาจะรับรู้ได้เองตามประสบการณ์ตรงและสามารถประยุกต์ใช้ได้ในสถานการณ์ที่แตกต่างกันหรืออายุที่มากขึ้นในแต่ละช่วงวัยได้อย่างเหมาะสม และจากผลการวิจัย พบว่าสตรีวัยทองได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากสถานรับบริการเป็นหน่วยงานของรัฐบาลจึงทำให้ต้องใช้เวลาในการปฏิบัติตามขั้นตอนมากเนื่องจากมีผู้เข้ารับบริการในส่วนอื่นๆมาใช้บริการด้วย เช่น การเข้าคิวยื่นบัตร การรอคิวเพื่อรับการตรวจ ทำให้มีเวลาเหลือเพียงเล็กน้อยที่จะได้ขอคำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาล ดังนั้นนอกจากการได้รับคำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาลแล้ว อาจจะได้ข้อมูลจากแผ่นพับเกี่ยวกับการดูแลตนเองในช่วงวัยทอง อาหารที่เหมาะสมกับวัย หรือการติดประกาศในการให้ข้อมูลระหว่างรอตรวจ เพื่อให้สตรีวัยทองได้รับการสนับสนุนในด้านข้อมูลมากขึ้น

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

2. ควรมีการจัดตั้งคลินิกสำหรับสตรีวัยทองในสถานบริการทุกระดับ เนื่องจากในปัจจุบันคลินิกวัยทอง ในพื้นที่จังหวัดนครปฐมที่เป็นของรัฐบาลจะมีเพียงในโรงพยาบาลศูนย์นครปฐมแห่งเดียว เมื่อมีปัญหาสุขภาพสตรีวัยทองต้องใช้เวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาก โดยคลินิกควรมีการจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพ เช่น ให้ความรู้เกี่ยวกับการหมด

ประจำเดือน ให้บริการตรวจสุขภาพ แนะนำการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับวัย รับปรึกษาปัญหาต่างๆ ของสตรีวัยทอง

3. หน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำโครงการให้ความรู้แก่ชุมชน เพื่อเป็นการสร้างความตระหนักในเรื่องภาวะการหมดประจำเดือน โดยการประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าวของแต่ละหมู่บ้าน จัดนิทรรศการ แผ่นพับ เพื่อเป็นการป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นในวัยนี้ได้

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

จากการที่ผู้วิจัยได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทองทำให้ผู้วิจัยมีแนวคิดสำหรับงานวิจัยในอนาคต ดังนี้

ควรศึกษาตัวแปรอื่น ที่สามารถทำนายการมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง เช่น ความรู้เกี่ยวกับวัยทอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพว่าอยู่ในระดับใดและจะส่งผลให้สตรีวัยทองมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพหรือไม่ เช่นหากตัวแปรการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพอยู่ในระดับสูงจะได้มีการส่งเสริมต่อไป หากอยู่ในระดับต่ำควรจะเฝ้าระวัง ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นประโยชน์ในการกำหนดแนวทางและนโยบายในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพต่อไป

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กนกทอง สุวรรณบูลย์. "อิทธิพลของค่านิยมทางจริยธรรม สิ่งจูงใจ การสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จังหวัดระยอง." วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2545.

กนกพร หมู่พยัคฆ์, วงเดือน ปั้นดี และจิราพร ธีรพัฒน์. **รายงานการวิจัยภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของหญิงวัยกลางคนอายุ 40-50 ปี**. กรุงเทพมหานคร : ม.ป.ท., 2536.

กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์. "การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน." วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

กนกวรรณ พรพิรานนท์. "อาหารคือชีวิต." **กูร์เมท์ แอนด์ ควีซีน** 20, 4 (พฤศจิกายน 2546) : 12-14.

กรมอนามัย. ก "การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพสตรีไทยก่อนวัยหมดและหลังหมดระดู." เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยก่อนและหลังหมดระดูและผู้สูงอายุ โรงแรมโลตัส เชียงใหม่, 16 สิงหาคม 2539.

__________. ข **รายงานการวิจัยการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของสตรีไทยวัยก่อนและหลังหมดระดู.** กรุงเทพมหานคร : ม.ป.ท., 2539.

กรรณิการ์ กันธะรักษา. "การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์." วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.

กรุณา ศิริบุญญา. "อิทธิพลของความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนต่อผลสำเร็จในการลดน้ำหนักของสตรีวัยกลางคน." วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกโภชนวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.

กอบจิตต์ ลิมปพยอม และ อรรณพ ใจสำราญ. "วัยหมดระดู." **วารสารอนามัยครอบครัว** 22, 3 (2537) : 24-32.

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

กิริยา ลาภเจริญวงศ์. "พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสตรีวัยหมดระดู:กรณีศึกษาในเขตเมืองและชนบท จังหวัดราชบุรี." วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศาสตร์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.

โกสุม นัยเรืองรุ่ง. "การวิเคราะห์องค์ประกอบของแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ." วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาชีวสถิติ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

ขวัญสุภา วงศ์บา. "คุณลักษณะส่วนบุคคล พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ การสนับสนุนและเครือข่ายทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุพิการ จังหวัดสุพรรณบุรี." วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544.

จรรจา สุวรรณทัต. "ความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็ก."ใน **เอกสารสอนชุดวิชาพัฒนาการเด็กและการเลี้ยงดู หน่วยที่ 8-15 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช**, 810-819. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2527.

จารุณี รุ่งรัตนตระกูล. "ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีวัยหมดประจำเดือน." วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2542.

จุฬาพร ตังตระกูล. "ผลการประยุกต์ทฤษฎีความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ." วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.

ชัยพร วิชชาวุธ. **การวิจัยเชิงจิตวิทยา.** กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช, 2533.

ชุดา จิตพิทักษ์. **พฤติกรรมศาสตร์เบื้องต้น.** กรุงเทพมหานคร : สารมวลชน, 2525.

ชุมศักดิ์ พฤกษาพงษ์. "ผู้หญิงวัยทอง." **วารสารใกล้หมอ** 24, 5(พฤษภาคม 2543) : 14-17.

ดอกแก้ว สุวรรณศร, อัจฉรา พรงเสถียรกุล และแสงโสม สีนะวัฒน์. "อาหารสำหรับสตรีวัยทอง." **วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม** 24,3 (กรกฎาคม-กันยายน 2544) :12-15.

ทิพยาภรณ์ สมศักดิ์. "การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนในคลินิกสตรีวัยทอง ." วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2545.

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ธรรมทิพย์ ไขหาญทิพย์. “พฤติกรรมบริโภค.” ใน **ความสุขกับชีวิตวัยทอง**, 34. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แองแตร์นาติองนาล แปรสส์, 2537.

ธารดาว ทองแก้ว. “ฮอร์โมนวัยทองก่อมะเร็งแน่นอน.” **วารสารหมอชาวบ้าน** 24, 287 (มีนาคม 2546) : 23-24.

นิมิต เตชไกรชนะ และคณะ. “อาการของสตรีในวัยหมดระดู.” ใน **เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่อง Holistic Approach to Menopause Proceeding วันที่ 19 มีนาคม 2539**, 76-89. กรุงเทพมหานคร : ชมรมวิชาการทางสตรีวัยหมดระดูแห่งประเทศไทย, 2539.

นุชลี ศรีเมือง. “พฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่คลินิกวัยหมดประจำเดือน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล.” วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษา-มหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร,2543.

บงกช เก่งเขตกิจ . “การหมดระดู : แนวทางสู่วัยใหม่ของชีวิต.” **วารสารพยาบาลศาสตร์** 13, 2 (2538) : 28-33.

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

บุญชม ศรีสะอาด. **การวิจัยเบื้องต้น**. มหาสารคาม : คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ,2532.

เบนสันและเฟอร์นอลด์. **คู่มือสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา**. แปลโดย จตุพล ศรีสมบูรณ์ และคณะ. กรุงเทพมหานคร : แมคกรอ-ฮิล อินเตอร์เนชั่นแนล เอ็นเตอร์ไพล์อิงค์, ม.ป.ป.

ปนัดดา ปริยทฤฆ. “การรักษาพยาบาลขั้นต้นในสตรีวัยหมดประจำเดือน.” **วารสารพยาบาล** 36, 2 (เมษายน-มิถุนายน 2530) : 119-128.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ก **ทัศนคติ : การวัดการเปลี่ยนแปลง และพฤติกรรมอนามัย**. พิมพ์ครั้งที่ 2 . กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์, 2526.

_________. ข “ค่านิยม.” ใน **เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา หน่วยที่1-7 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช**, 327-338. กรุงเทพมหานคร : บริษัทสัมพันธ์พานิชย์, 2526.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. **พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขศึกษา**. กรุงเทพฯ : เจ้าพระยาการพิมพ์, 2536.

ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา. “ค่านิยมและความคาดหวังของเยาวชนไทย.” กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2523. (อัดสำเนา)

ปริศนา อาจองค์. “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน.” วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, 2542.

ปิยวัฒน์ อังควะนิช, นิมิต เตชไกรชนะ และกอบจิตต์ ลิมปพยอม. "ความชุกของโรคกระดูกพรุนในสตรีที่มารับการตรวจที่คลินิกวัยหมดระดู โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์." ใน **เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่อง Holistic Approach to Menopause Proceeding วันที่ 19 มีนาคม 2539**, 68-70. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2539.

พนัส พฤกษ์สุนันท์. "การจัดบริการเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ." **วารสารอนามัยครอบครัว** 25, 2 (2539) : 5-10.

พนัส หันนาคินทร์. **การสอนค่านิยมและจริยธรรม**.พิษณุโลก : แผนกเอกสารและการพิมพ์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พิษณุโลก, 2520.

พรนภา จุลละศร. "แบบแผนสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน." วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.

พรพิมล พงษ์ไทย. "การดูแลสุขภาพตนเองของสตรีวัยหมดประจำเดือน." วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2543.

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

พรรณพิไล ศรีอาภรณ์. **การพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพสตรี : สตรีกับการมีระดู**. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2537.

พวงทิพย์ นาคเป้า. "ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริงและการฝึกสมาธิต่อการเพิ่มระดับการควบคุมตนเองของเยาวชนกระทำผิดกฎหมาย." วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2543.

พัทยา สายหู. **โลกสมมุติ.** กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ศึกษิตสยาม, 2516.

พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และคณะ. **รายงานการวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความต้องการทางสุขภาพกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคเอดส์ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในเขตกรุงเทพมหานคร**. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

เพ็ญรุ่ง เกิดสุวรรณ. "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของสตรีวัยหมดประจำเดือน." วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

ไพโรจน์ พรหมพันใจ. "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดนครราชสีมา." วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.

ภัทรา แย้มชล. "ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี." วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2545.

มัณฑนา ประทีปะเสน. "โภชนาการในสตรีวัยก่อนและหลังหมดระดู." ใน **เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่อง Holistic Approach to Menopause Proceeding วันที่ 19 มีนาคม 2539**, 23-31. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2539.

ระพิน โอนอ่อน. "การรับรู้ภาวะวิกฤตเศรษฐกิจกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารของพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช." วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกโภชนวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.

รัชดา ไชยโยธา. "ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อในปัจจัยควบคุมภายในและภายนอกกับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ถูกคุมความประพฤติในเขตกรุงเทพมหานคร." วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2543.

รัตนา สำราญใจ. "สัมพันธภาพในครอบครัวและการปรับตัวของสตรีวัยหมดประจำเดือนในหน่วยทหารเรือ พื้นที่สัตหีบ จ.ชลบุรี." วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล,2541.

รัศมีแข วิโรจน์รัตน์. "ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือดเพื่อป้องกันโรคเอดส์." วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.

รุ้งศรี ศศิธร. "ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับการปฏิบัติเพื่อการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานของคนงานก่อสร้างในบริษัทรับเหมาก่อสร้างบางแห่ง จังหวัดราชบุรี." วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ลักษมี บุญธรรม. "อัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ." วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร-มหาบัณฑิต(สาธารณสุข) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.

วนิดา กมลฉ่ำ. "อายุเมื่อหมดระดูและปัญหาสุขภาพของสตรีวัยหมดระดูในจังหวัดราชบุรี." วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการเจริญพันธุ์และวางแผนครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.

วนิดา จิโรจน์กุล และคณะ. **อาการวัยหมดระดูของสตรีที่มารับบริการในคลินิกหมดระดูโรงพยาบาลศิริราช**. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.

วรรธิดา อิ่มสุดใจ. "คุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ." วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.

วรัญญา มุนินทร์. "พฤติกรรมการดูแลตนเองของครูวัยหมดประจำเดือน ในโรงเรียนมัธยมศึกษาเขตอำเภอเมืองเชียงราย." วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยแม่โจ้, 2540.

วัลลดา เล้ากอบกุล. "การประยุกต์แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี." วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.

วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล. "อาการของภาวะหมดประจำเดือนและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน." วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

วาสนา แสนศรีแก้ว. "การเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่ภาวะหมดประจำเดือนของสตรีชนบท ในจังหวัดนครราชสีมา." วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

วิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ. **รายงานการวิจัยเรื่องปัจจัยเสี่ยง ความรู้ และพฤติกรรมป้องกันภาวะกระดูกพรุนของสตรีวัยหมดประจำเดือนและสตรีวัยสูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร : สภาการพยาบาล, 2539.

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ศาสตร์ติยา ศาสตรานุวัตร. "พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของนักเรียนมัธยมศึกษาในโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร." วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2544.

ศิรินทิพย์ โกนสันเทียะ. "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน จังหวัดนครราชสีมา." วิทยานิพน์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

ศิริพร จิรวัฒน์กุล. "เมื่อหมดระดู." ใน **คู่มือเพื่อสมดุลยภาพแห่งชีวิตสำหรับสตรีวัยกลางคน**, 1-10. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์เจนเดอร์เพรส, 2537.

ศิริลักษณ์ สินธวาลัย. **การพัฒนาผลิตภัณฑ์ทางโภชนาการ**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2533.

สมหมาย คชนาม. "อายุเมื่อหมดประจำเดือนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของสตรีวัยหมดประจำเดือนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี." วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการเจริญพันธุ์และการวางแผนประชากร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

สรจักร ศิริบริรักษ์. "ถั่วเหลืองเมลืองมลัง." **วารสารใกล้หมอ** 25, 5 (พฤษภาคม 2543) : 14-17.

________. "กินอย่างไรดีเมื่อกระดูกพรุน." **นิตยสารเปรียว** 23,2 (พฤศจิกายน 2545) : 317-325.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์. **การคาดประมาณการประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2523-2558**. กรุงเทพฯ : ม.ป.ท., 2538.

สำนักนายกรัฐมนตรี. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. **การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2542-2559**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2542.

สำนักนายกรัฐมนตรี. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **สมุดรายงานสถิติจังหวัดนครปฐม**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2538.

__________. **สมุดรายงานสถิติจังหวัดนครปฐม**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2544.

สุคนธ์ ไข่แก้ว. "สตรีวัยหมดประจำเดือน : การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคกระดูกพรุน." **สารสภาการพยาบาล** 15,1(เมษายน-มิถุนายน 2540) : 19-24.

สุคนธ์ วรรธนะอมร. “ผลของโครงการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน เขตอำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี.” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.

สุทธนิจ หุณฑสาร. “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตีวัยหมดประจำเดือน เขตชนบท จังหวัดนนทบุรี.” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.

สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. “แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ.” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.

สุนทรี โคมิน และสนิท สมัครการ. **รายงานการวิจัยค่านิยมและระบบค่านิยมไทย : เครื่องมือในการสำรวจวัด**. กรุงเทพมหานคร : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2522.

สุนันทา พันธุ. “ปัจจัยที่ส่งเสริมการปรับตัวต่อภาวะการเปลี่ยนแปลงในวัยหมดประจำเดือนของสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือน ที่อยู่ในเขตอำเภอโนนแดง จังหวัดนครราชสีมา.” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2544.

สุรพงศ์ อำพันวงษ์. **วัยทองของสตรีมีกระดูกพรุน** [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2547. เข้าถึงได้จาก http://www.dailynews.co.th.

สุวิภา บุณยะโหตระ. “ภาวะสุขภาพผู้หญิงไทยวัยหมดระดู.” **วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข** 4,1 (2539) : 29-36.

เสาวคนธ์ หล่อสุพรรณพร. “ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อภาวะสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน.” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

เสาวลักษณ์ คัชมาตย์. “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดอุบัติเหตุของพนักงานขับรถโดยสารประจำทางเขตการเดินรถที่ 4 องค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ.” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

หัทยา มัทยาท. “ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการทำงาน และปัจจัยทางจิตใจที่เกี่ยวข้องกับความเบื่อหน่ายของพยาบาลวิชาชีพประจำการ.” วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกจิตวิทยาพัฒนาการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2541.

อภิรยา พานทอง. “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน.” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.

อมรชัย หาญผดุงธรรม. “หมดประจำเดือน.” **วารสารใกล้หมอ** 21, 10(ตุลาคม 2540) : 33-35.

อร่าม โรจนสกุล. **ปัญหาที่พบบ่อยในวิทยาเอนโดครีนนรีเวช**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง, 2533.

อัจฉรา สิทธิรักษ์. “ปัญหาสุขภาพของสตรีที่มารับบริการในคลินิกวัยหมดระดู โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ.” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

อานนท์ อาภาภิรมย์. **ระบบค่านิยมลักษณะสังคมไทยและปัญหาของสังคมไทย**. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2517.

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ภาษาอังกฤษ

Barreba, Ainley M. “The Structure of Social Support : a concept and empirical Analysis.” **Journal Community Psychology** 23,1 (September 1983) : 133-143.

Best, John W. **Research in Education**. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice Hall, 1981.

Brown, Kelli M. **Health Locus of Control** [Online]. Accessed 8 January 2002. Available from http://hsc.usf.edu/~kmbrow/Locus of Control Overview.htm

Brown, M.A. “Social support during pregnancy : A Unidimensional or Multidimensional Construct.” **Nursing Research** 35, 1 (1986) : 4-9.

Cobb, Sidney. “Social Support as Moderate of Life stress.” **Psychosomatic Medicine** 38,5 (September-October 1976) : 300-314.

Israel, Babara H. “Social Network and Social Support : Implications of Natural Helper and Community Level Intervention.” **Health Education Quartery** 12, 1 (Spring 1985) : 66.

Jacobson, D.E. “Types and timing of social support.” **Journal of Health and Social Behavior** 27,3 (September 1986) : 250-264.

Kalosa, K. “Anthropological Perspective in Nutrition.” **Journal Nutrition Education** 12,3 (1982) : 15-31.

Macdonal, A.P., and J. Hall. “Internal-External Locus of Control and Perception of disability.” **Journal of Counseling and Clinical Psychology**36,1 (1971) : 338-442.

Murdaugh, C., and A.S. Hinshow. “Theoretical Model Testing to Identify Personality Variables Effecting Preventive Behavior.” **Nursing Research**, no.22 (1986) 19-23.

Orem, D.E. **Nursing concepts of practice**. 4 th ed. St Louis : Mosby Year Book, 1991.

Pender, N.J. **Health Promotion in Nursing Practice**. 2nd ed. New York : Appleton Century Craft, 1987.

Pilisuk,M. “Delivery of Social Support : The Social Innovation.” **American Journal Orthopsychiatry**, no.52 (January 1982) : 20.

Rotter, J.B . “Generalized Expectancies for Internal Versus External Control of Reinforcement.” **Psychological Monographs**, no.80 (1966) : 11-12.

Thoits, P.A . “Conceptual methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer agitate life stress**.” Journal in Nursing and Health**, no.8 (1985) : 145.

Tilden, V.P. “Issue of conceptualization and measurement of social support in the construction of nursing theory.” **Research in Nursing and Health**, no.18 (1985) : 201-202.

Wallston, B.S., and K.A. Wallston. “Locus of control and health : A review of the literature.**” Health Education Monographs Spring,** no.11 (1978) : 107-117.

World Health Organization. **Sixth report on the world health situation Part I. Global Analysis** . New York : Oxford University, 1980.

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ภาคผนวก ก

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

แบบสอบถาม

เรื่อง พฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง ที่เข้ารับบริการในคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม

คำชี้แจง

1. ข้อมูลที่ได้รับจากแบบสอบถามนี้จะเก็บเป็นความลับ ท่านไม่ต้องเขียนชื่อ ที่อยู่ลงในแบบสอบถาม ผู้วิจัยขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดที่ท่านตอบจะนำเสนอในภาพรวมสำหรับการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

2. คำตอบไม่มีถูกหรือผิด เป็นข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นและการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพ จึงใคร่ขอความกรุณาท่านตอบแบบสอบถามชุดนี้ให้ครบทุกข้อ เพื่อผลการวิจัยฉบับนี้จะได้ตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด ข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนให้ความรู้ ให้คำแนะนำ และส่งเสริมการมีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมกับวัยทองเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการบริโภคอาหาร

3. แบบสอบถามฉบับนี้มีจำนวน 11 หน้า แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ประกอบด้วย

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีวัยทอง จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่2 แบบประเมินอาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือน จำนวน 19 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายในตน จำนวน 17 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามค่านิยมทางสุขภาพ จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 19 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง จำนวน 24 ข้อ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านเป็นอย่างยิ่งที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

วิภาพร ศักดิ์สุริยผดุง
นักศึกษาปริญญาโท สาขาจิตวิทยาชุมชน
ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว
มหาวิทยาลัยศิลปากร

ส่วนที่ 1

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีวัยทอง

คำชี้แจง กรุณากาเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. ขณะนี้ท่านดำรงสถานภาพใด

( ) โสด

( ) มีคู่สมรส (ไม่ว่าจะจดทะเบียนสมรสหรือไม่ก็ตาม)

( ) หม้าย,หย่า,แยกทางกับสามี

2. อาชีพหลักของท่านตรงกับข้อใด

( ) ประกอบอาชีพ (เกษตรกรรม,รับจ้าง,ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว,รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

( ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (แม่บ้าน)

3. ท่านจบการศึกษาขั้นสูงสุดระดับใด

( ) ประถมศึกษา

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

( ) มัธยมศึกษา/ปวช.

( ) ปวส./อนุปริญญา

( ) ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป

4. รายได้ของครอบครัวท่านตรงกับข้อใด

( ) ไม่พอใช้

( ) พอใช้จ่าย

( ) เหลือเก็บ

5. ปัจจุบันท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

( ) มีโรคประจำตัว

( ) ไม่มีโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือน

คำชี้แจง แบบประเมินอาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือนนี้ ต้องการทราบถึงการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและอารมณ์ของท่านในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ซึ่งในแต่ละข้อจะบรรยายถึงลักษณะของอาการในวัยทองสั้นๆ โปรดอ่านใน แต่ละข้อความอย่างรอบคอบและพิจารณาว่ามีอาการเหล่านี้หรือไม่ ถ้ามีความรุนแรงของอาการมากน้อยเพียงใด แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างท้ายข้อความให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ โดยการเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ดังนี้

ไม่มีอาการ หมายถึงภายใน 1 เดือนที่ผ่านมาไม่มีอาการเลย

เล็กน้อย หมายถึงภายใน 1 เดือนที่ผ่านมามีอาการเกิดขึ้นนานๆครั้ง (เฉลี่ย 1-4 วันต่อเดือน)

ปานกลาง หมายถึงภายใน 1 เดือนที่ผ่านมามีอาการเกิดขึ้นแต่ไม่ทุกวัน (เฉลี่ย 2-3 วันต่อสัปดาห์)

มาก หมายถึงภายใน 1 เดือนที่ผ่านมามีอาการเกิดขึ้นเกือบทุกวัน (เฉลี่ย 4-7 วันต่อสัปดาห์)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

อาการ	ไม่มีอาการ	มีอาการ		
		เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก
1.ร้อนวูบวาบที่ตัวและหน้าอก				
2.ปวดศีรษะ				
3.หงุดหงิด				
4.อารมณ์เศร้า/หดหู่				
5.กระวนกระวายใจ				
6.นอนไม่หลับ				
7.เหนื่อยง่าย				
8.ปวดหลัง				
9.ปวดข้อต่างๆ				
10.ปวดกล้ามเนื้อ				
11.มีขนอ่อนๆขึ้นที่หน้า				

อาการ	ไม่มีอาการ	มีอาการ		
		เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก
12.ผิวหนังบริเวณแขน,ขาแห้ง				
13.เบื่อและไม่สนใจทางเพศ				
14.ไม่มีความสุขทางเพศ				
15.ช่องคลอดแห้ง				
16.เจ็บเวลาร่วมเพศ				
17.ปัสสาวะแสบ				
18.ปัสสาวะบ่อยครั้ง				
19.กลั้นปัสสาวะไม่อยู่				

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายในตน

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

คำชี้แจง โปรดเลือกคำตอบที่ท่านคิดว่าข้อความนั้นตรงกับความเชื่อของท่าน โดยท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างท้ายข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุดแต่ละข้อเลือกตอบได้เพียงช่องเดียวเท่านั้น โดยการเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด
มาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามมาก
ปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามปานกลาง
น้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามน้อย
น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามน้อยที่สุด

ข้อความเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายในตน	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.ท่านมีสุขภาพแข็งแรงเพราะรับประทานอาหารที่มีประโยชน์					
2.สุขภาพที่แข็งแรงเป็นสิ่งที่ท่านสามารถกำหนดเองได้					

ข้อความเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายในตน	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
3.หากท่านดูแลสุขภาพเป็นอย่างดีจะสามารถหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยได้					
4.เมื่อท่านเจ็บป่วย การดูแลตนเองของท่านจะเป็นตัวกำหนดให้ท่านหายเร็วขึ้น					
5.ท่านสามารถควบคุมความรุนแรงของอาการไม่สบายตัวต่างๆได้					
6.การที่ท่านเจ็บป่วยเพราะท่านกำลังประสบเคราะห์กรรม					
7.ท่านเชื่อว่าสามารถควบคุมการเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆได้ เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ					
8.การที่ท่านเจ็บป่วยเพราะท่านไม่ได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์					
9.หากท่านรับประทานอาหารประเภทผักสดและผลไม้ทุกวันจะช่วยป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงได้					
10.หากท่านรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมเช่นปลาเล็กปลาน้อยหรือดื่มนมเป็นประจำจะสามารถป้องกันโรคกระดูกพรุนได้					
11.หากท่านหลีกเลี่ยงที่จะรับประทานอาหารที่มีไขมันมากๆ เช่น ขาหมู เนื้อสัตว์ติดมันท่านจะไม่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด					
12.ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันมากเช่น หมูสามชั้น พะแนงไก่ น้ำมันหมู เพราะเชื่อว่าจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ					
13.หากท่านมีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ ท่านสามารถควบคุมความรุนแรงของโรคได้					

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ข้อความเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายในตน	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
14.ไม่ว่าท่านจะดูแลตนเองดีเพียงใด ถ้าดวงไม่ดีก็ต้องป่วย					
15.ท่านเชื่อว่าหากไม่รับประทานอาหารจุบจิบจะสามารถควบคุมน้ำหนักได้					
16.แม้ว่าท่านจะมีอายุที่มากขึ้น หากพยายามดูแลตนเองอย่างดีที่สุดก็สามารถมีสุขภาพที่แข็งแรงได้					
17.ท่านเชื่อว่าสามารถเปลี่ยนแปลงแบบแผนการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับวัยได้					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามค่านิยมทางสุขภาพ

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อคำถามแต่ละข้อต่อไปนี้ ว่าข้อความดังกล่าวนั้นเป็นสิ่งที่ท่านเห็นว่ามีคุณค่า มีความสำคัญและได้ยึดถือเป็นหลักปฏิบัติ โดยท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างท้ายข้อความให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด แต่ละข้อเลือกตอบได้เพียงช่องเดียวเท่านั้น โดยการเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ดังนี้

มากที่สุด หมายถึงผู้ตอบแบบสอบถามให้คุณค่ากับข้อความนั้นมากที่สุด

มาก หมายถึงผู้ตอบแบบสอบถามให้คุณค่ากับข้อความนั้นมาก

ปานกลาง หมายถึงผู้ตอบแบบสอบถามให้คุณค่ากับข้อความนั้นปานกลาง

น้อย หมายถึงผู้ตอบแบบสอบถามให้คุณค่ากับข้อความนั้นน้อย

น้อยที่สุด หมายถึงผู้ตอบแบบสอบถามให้คุณค่ากับข้อความนั้นน้อยที่สุด

ข้อความเกี่ยวกับค่านิยมทางสุขภาพ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.ท่านคิดว่าการมีสุขภาพดีเป็นสิ่งที่สำคัญ					
2.ท่านสนใจหาความรู้เกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมกับวัยของท่านจากการอ่านหนังสือหรือจากการดูโทรทัศน์					

ข้อความเกี่ยวกับค่านิยมทางสุขภาพ	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
3.เมื่อท่านป่วยจะรีบไปพบแพทย์					
4. ท่านคิดว่าการดื่มชาหรือกาแฟเป็นประจำจะทำให้สมองปลอดโปร่ง					
5.การไปตรวจความหนาแน่นของกระดูกเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับท่าน					
6. การไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพทำให้เสียเวลามาก					
7.ท่านไปตรวจตรงตามนัดของแพทย์					
8.ท่านควรขอคำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาลเกี่ยวกับการป้องกันโรคต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง หัวใจ กระดูกพรุน					
9.ท่านสนใจหาความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ป้องกันโรคกระดูกพรุน					
10.เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด					
11.การกินวิตามินเป็นประจำจะทำให้ร่างกายแข็งแรง					
12.ท่านสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย เช่น การตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละ 1 ครั้ง					
13.ในการเลือกรับประทานอาหารท่านคำนึงถึงประโยชน์ของอาหารมากกว่าคำนึงถึงในด้านราคา					
14.ท่านไปรับการตรวจสุขภาพฟันจากทันตแพทย์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง					
15.ท่านไปตรวจมะเร็งปากมดลูกปีละ 1 ครั้ง					
16.ท่านบ้วนปากหรือแปรงฟันหลังอาหารทุกครั้ง					

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์

คำชี้แจง โปรดพิจารณาว่า เมื่อเข้ารับบริการในคลินิกวัยทองของโรงพยาบาลศูนย์นครปฐม ท่านได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์มากน้อยเพียงใด โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างท้ายข้อความที่ตรงกับความจริงมากที่สุด แต่ละข้อเลือกตอบได้เพียงช่องเดียวเท่านั้น โดยการเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามได้รับแรงสนับสนุนตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

มาก หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามได้รับแรงสนับสนุนตรงกับข้อความนั้นมาก

ปานกลาง หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามได้รับแรงสนับสนุนตรงกับข้อความนั้นปานกลาง

น้อย หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามได้รับแรงสนับสนุนตรงกับข้อความนั้นน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามได้รับแรงสนับสนุนตรงกับข้อความนั้นน้อยที่สุด

ข้อความเกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านอารมณ์ 1.ท่านรู้สึกว่าแพทย์หรือพยาบาลใส่ใจต่อสุขภาพของท่าน					
2.แพทย์หรือพยาบาลให้ความสนใจเมื่อท่านซักถาม					
3.เมื่อท่านเจ็บป่วยแพทย์หรือพยาบาลจะคอยเป็นกำลังใจให้ท่าน					
4.แพทย์หรือพยาบาลจะคอยเป็นกำลังใจ เมื่อท่านรู้สึกท้อแท้					
5.เมื่อท่านไม่สบายใจแพทย์หรือพยาบาลเป็นที่ปรึกษาแก่ท่านได้					
6.ท่านมักได้รับคำชมจากแพทย์หรือพยาบาลเมื่อปฏิบัติตนได้ถูกต้อง					
7.แพทย์หรือพยาบาลคอยไต่ถามภาวะสุขภาพของท่าน					

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ข้อความเกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
8. แพทย์หรือพยาบาลให้ความสนใจที่จะรับรู้ปัญหาของท่าน					
9.ท่านรู้สึกอบอุ่นใจ เมื่อได้พูดคุยกับแพทย์หรือพยาบาล					
ด้านข้อมูลข่าวสาร 10.ท่านทราบว่าวัยทองมีโอกาสเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดจากคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาล					
11.ท่านได้รับคำแนะนำในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับวัยจากแพทย์หรือพยาบาล					
12.แพทย์หรือพยาบาลแนะนำให้ท่านรับประทานผักและผลไม้สดทุกวัน					
13.แพทย์หรือพยาบาลแนะนำให้ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันมากๆ					
14.แพทย์หรือพยาบาลสามารถตอบข้อซักถามเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับวัยของท่านได้					
15.ท่านทราบว่าวัยทองมีโอกาสขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนจากแพทย์หรือพยาบาล					
16.ท่านทราบข้อมูลการรับประทานอาหารที่ป้องกันโรคเบาหวานจากแพทย์หรือพยาบาล					
17.แพทย์หรือพยาบาลแนะนำให้ท่านรับประทานอาหารที่ป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด					
18.แพทย์หรือพยาบาลไม่ให้ความรู้หรือคำแนะนำในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับวัย					

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ข้อความเกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
19.แพทย์หรือพยาบาลให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง เมื่อท่านเจ็บป่วย					

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพ

คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนนี้แต่ละข้อความ หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพ โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างท้ายข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านตามความเป็นจริงมากที่สุด แต่ละข้อเลือกตอบได้เพียงช่องเดียวเท่านั้น โดยการเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ดังนี้

เป็นประจำ หมายถึงผู้ตอบแบบสอบถามปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นเป็นประจำ

บ่อยครั้งหมายถึงผู้ตอบแบบสอบถามปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นบ่อยครั้ง

บางครั้ง หมายถึงผู้ตอบแบบสอบถามปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นบางครั้ง

นานๆครั้ง หมายถึงผู้ตอบแบบสอบถามปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นนานๆครั้ง

ไม่เคย หมายถึงผู้ตอบแบบสอบถามไม่เคยปฏิบัติตรงกับข้อความนั้น

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

พฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพ	ระดับการปฏิบัติ				
	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคย
การสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน 1.การรับประทานอาหารในแต่ละมื้อท่านจะคำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการ					
2.ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำเช่น ผัก ผลไม้ ถั่ว น้ำมันพืชมากขึ้นเพื่อให้เหมาะสมกับวัย					
3.ในแต่ละวันท่านรับประทานอาหารครบทั้งอาหารประเภทแป้ง เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ และไขมัน					

พฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพ	ระดับการปฏิบัติ				
	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย
4.ในแต่ละวันท่านรับประทานอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย					
5.ท่านเลือกรับประทานอาหารที่ให้โปรตีนจากเนื้อปลาหรือเนื้อไก่ไม่ติดหนัง แทนเนื้อหมู เนื้อวัว					
6.ท่านหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไวน์					
7.ท่านรับประทานอาหารตรงเวลา					
8.ท่านดื่มนมวันละ 1 แก้ว					
การป้องกันการเกิดโรค 9.ท่านรับประทานอาหารที่มีแคลเซียม เช่น ปลาเล็กปลาน้อย กุ้งแห้ง กะปิ งา					
10.ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันมาก เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน ขาหมู หนังไก่ หนังเป็ด					
11.ท่านจำกัดปริมาณอาหาร เพื่อควบคุมน้ำหนัก					
12.ท่านหลีกเลี่ยงที่จะรับประทานอาหารจุบจิบ					
13.เมื่อท่านกระหายน้ำ ท่านดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำอัดลม					
14.ท่านหลีกเลี่ยงที่จะรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง เช่น ปลากระป๋อง ปลารมควัน เนยแข็ง					
15.ท่านหลีกเลี่ยงที่จะรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น ปลาหมึก หอยนางรม เครื่องในสัตว์					
16.ท่านหลีกเลี่ยงที่จะรับประทานอาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ					

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

พฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพ	ระดับการปฏิบัติ				
	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย
การทดแทนฮอร์โมนเอสโตรเจน 17.ท่านรับประทานผักสดและผลไม้					
18.ท่านรับประทานอาหารจำพวกถั่วเหลือง เต้าหู้แข็ง เพื่อทดแทนฮอร์โมนเพศหญิง					
19.ท่านหลีกเลี่ยงผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทุเรียน ลำไย ขนุน ลิ้นจี่ น้อยหน่า					
20.ท่านรับประทานน้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันรำข้าวแทนน้ำมันที่ได้จากสัตว์					
21.ท่านดื่มน้ำเต้าหู้					
22.ในระหว่างมื้อ ท่านรับประทานผลไม้แทนขนมหวาน					
23.ในแต่ละวัน ท่านรับประทานผักและผลไม้หลายชนิด					
24.ท่านเลือกรับประทานอาหารประเภทถั่วเหลืองตามธรรมชาติ เช่น นมถั่วเหลือง เต้าหู้ มากกว่ารับประทานสารสกัดจากถั่วเหลือง					

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ภาคผนวก ข

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

R E L I A B I L I T Y   A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

อาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือน

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
MD1	13.4333	94.1161	.4228	.8719
MD2	13.3333	90.6437	.6939	.8627
MD3	13.2333	93.8402	.6248	.8665
MD4	13.5667	92.8747	.6366	.8656
MD6	13.7000	95.5966	.5932	.8685
MD7	13.3333	89.5402	.7646	.8603
MD8	13.3333	90.5057	.7408	.8616
MD9	13.2333	96.8747	.3058	.8755
MD10	12.9333	93.4437	.4271	.8719
MD11	12.9667	94.8609	.4920	.8698
MD12	13.7333	98.7540	.2952	.8751
MD13	13.0667	98.5471	.2071	.8787
MD14	13.3667	88.4471	.8281	.8580
MD15	13.4333	89.3575	.6938	.8619
MD16	13.3667	89.9644	.7306	.8614
MD17	12.5000	76.7414	.5413	.8858
MD18	13.4667	99.0851	.2555	.8762
MD19	13.1333	98.1885	.2447	.8772
MD20	13.4667	97.1540	.3704	.8733

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0   N of Items = 19

Alpha = .8756

R E L I A B I L I T Y   A N A L Y S I S   -   S C A L E   (A L P H A)

ความเชื่ออำนาจภายในตน

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
IN1	64.1333	74.3954	.3291	.8708
IN2	64.4333	72.7368	.3667	.8702
IN3	64.6333	72.5851	.4211	.8677
IN4	64.3333	71.4713	.5680	.8626
IN6	65.0333	66.1713	.6882	.8556
IN7	65.9333	74.4092	.1717	.8827
IN9	64.4000	69.5586	.5017	.8648
IN10	64.6667	66.7126	.4997	.8672
IN11	64.0333	70.7230	.6590	.8598
IN12	64.0000	71.3793	.6528	.8607
IN13	64.1667	72.1437	.5491	.8636
IN15	64.2333	73.1506	.4106	.8681
IN16	64.4333	69.0126	.6193	.8596
IN17	65.9000	71.0586	.3324	.8750
IN18	64.0333	69.2057	.7390	.8563
IN19	64.0667	69.5816	.7589	.8564
IN20	64.1000	70.3690	.7490	.8576

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

Reliability Coefficients

N of Cases =   30.0   N of Items = 17

Alpha =   .8717

R E L I A B I L I T Y   A N A L Y S I S   -   S C A L E   (A L P H A)

ค่านิยมทางสุขภาพ

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
VH1	58.7000	66.0793	.6068	.7978
VH2	59.2333	63.7713	.4683	.7954
VH3	59.1000	60.5069	.7181	.7814
VH7	61.1667	62.4885	.2711	.8115
VH8	59.6333	52.6540	.7818	.7636
VH9	59.3333	64.2299	.2462	.8102
VH10	58.9333	62.8920	.6413	.7889
VH11	59.0333	60.2402	.7350	.7803
VH12	59.2333	60.3230	.6165	.7846
VH13	59.0333	64.7920	.5010	.7961
VH14	61.2667	66.4092	.1384	.8173
VH15	59.8667	65.0161	.2505	.8082
VH16	59.1667	65.3851	.3798	.8004
VH17	60.0667	62.8230	.2602	.8122
VH18	59.6667	58.0920	.3942	.8043
VH20	59.0667	64.9609	.3296	.8025

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0   N of Items = 16

Alpha = .8079

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

R E L I A B I L I T Y   A N A L Y S I S   -   S C A L E   (A L P H A)

แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
SO1	67.9333	151.5126	.7251	.9200
SO2	67.9000	154.3000	.5833	.9223
SO3	68.2667	149.2368	.7572	.9189
SO5	68.6333	150.9299	.5876	.9217
SO6	68.6333	148.3782	.5286	.9232
SO7	68.8667	155.6368	.3160	.9275
SO8	68.3000	147.3897	.6074	.9212
SO9	67.9333	153.2368	.4912	.9235
SO10	67.7667	155.4264	.4285	.9246
SO11	68.2667	144.1333	.6099	.9215
SO12	68.1000	144.9207	.6881	.9192
SO13	67.9000	146.9207	.7421	.9184
SO14	67.6667	148.0230	.6459	.9203
SO15	68.2000	150.9931	.4914	.9238
SO16	67.5333	148.5333	.6547	.9202
SO17	68.0667	140.1333	.8149	.9159
SO18	68.2000	143.4069	.6909	.9192
SO19	68.1000	147.1276	.5228	.9238
SO20	67.9333	142.6161	.7546	.9175

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0 N of Items = 19

Alpha = .9251

R E L I A B I L I T Y   A N A L Y S I S   -   S C A L E   (A L P H A)

พฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพ

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
BE1	95.4667	145.7057	.7005	.8771
BE2	95.3000	154.0103	.3832	.8842
BE3	95.2333	148.5989	.6445	.8792
BE5	95.2333	152.6678	.4317	.8832
BE6	95.4667	148.4644	.4291	.8827
BE8	96.0667	135.8575	.5207	.8830
BE9	95.5333	148.9471	.3838	.8840
BE10	96.0333	141.1368	.5302	.8803
BE11	95.8333	153.4540	.3149	.8851
BE12	95.4333	150.5989	.4621	.8822
BE13	95.5333	154.8782	.1829	.8883
BE16	96.1333	141.0851	.5375	.8800
BE17	95.4667	150.6713	.3504	.8846
BE18	95.8333	144.2126	.5037	.8808
BE19	96.1667	144.9023	.4983	.8809
BE20	95.7333	148.3402	.3823	.8842
BE21	95.1333	152.6023	.5722	.8821
BE22	95.4333	144.8057	.6359	.8777
BE23	96.2667	150.8920	.3173	.8856
BE24	95.0667	149.9954	.5862	.8805
BE25	95.6667	141.4713	.6798	.8758
BE26	95.5000	147.8448	.5291	.8804
BE28	95.4000	141.0069	.8504	.8727

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

BE30	95.7000	146.9069	.3416	.8868

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0 N of Items = 24

Alpha = .8862

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ภาคผนวก ค

คะแนนเฉลี่ยรายข้อ

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยรายด้านและรายข้อของตัวแปรในการวิจัย
เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทองที่เข้ารับบริการ
ในคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม

ตารางที่ 16 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและค่าระดับรายข้อของอาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือนของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีวัยทอง

อาการ	$\bar{X}$	S.D.	ค่าระดับ
1.ร้อนวูบวาบที่ตัวและหน้าอก	1.11	1.05	ปานกลาง
2.ปวดศีรษะ	1.04	.96	ปานกลาง
3.หงุดหงิด	1.22	.91	ปานกลาง
4.อารมณ์เศร้า/หดหู่	.77	.91	เล็กน้อย
5.กระวนกระวายใจ	.84	.93	เล็กน้อย
6.นอนไม่หลับ	1.28	.97	ปานกลาง
7.เหนื่อยง่าย	1.30	1.05	ปานกลาง
8.ปวดหลัง	1.34	1.21	ปานกลาง
9.ปวดข้อต่างๆ	1.35	1.14	ปานกลาง
10.ปวดกล้ามเนื้อ	1.27	1.08	ปานกลาง
11.มีขนอ่อนๆขึ้นที่หน้า	.39	.69	เล็กน้อย
12.ผิวหนังบริเวณแขน,ขาแห้ง	.92	1.01	เล็กน้อย
13.เบื่อและไม่สนใจทางเพศ	1.12	1.10	ปานกลาง
14.ไม่มีความสุขทางเพศ	.69	.94	เล็กน้อย
15.ช่องคลอดแห้ง	.78	1.01	เล็กน้อย
16.เจ็บเวลาร่วมเพศ	.67	.96	เล็กน้อย
17.ปัสสาวะแสบ	.41	.80	เล็กน้อย
18.ปัสสาวะบ่อยครั้ง	1.17	1.04	ปานกลาง
19.กลั้นปัสสาวะไม่อยู่	.85	.99	เล็กน้อย

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 17 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและค่าระดับรายข้อของความเชื่ออำนาจภายในตนของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีวัยทอง

ความเชื่ออำนาจภายในตน	$\bar{X}$	S.D.	ค่าระดับ
1.ท่านมีสุขภาพแข็งแรงเพราะรับประทานอาหารที่มีประโยชน์	3.96	.88	มาก
2.สุขภาพที่แข็งแรงเป็นสิ่งที่ท่านสามารถกำหนดเองได้	3.67	1.10	มาก
3.หากท่านดูแลสุขภาพเป็นอย่างดีจะสามารถหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยได้	4.05	1.05	มาก
4.เมื่อท่านเจ็บป่วย การดูแลตนเองของท่านจะเป็นตัวกำหนดให้ท่านหายเร็วขึ้น	3.87	1.02	มาก
5.ท่านสามารถควบคุมความรุนแรงของอาการไม่สบายตัวต่างๆ ได้	3.28	.92	ปานกลาง
6.การที่ท่านเจ็บป่วยเพราะท่านกำลังประสบเคราะห์กรรม	3.68	1.25	มาก
7.ท่านเชื่อว่าสามารถควบคุมการเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ ได้ เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ	3.07	1.22	ปานกลาง
8.การที่ท่านเจ็บป่วยเพราะท่านไม่ได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์	3.32	1.07	ปานกลาง
9.หากท่านรับประทานอาหารประเภทผักสดและผลไม้ทุกวันจะช่วยป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงได้	4.35	.84	มาก
10.หากท่านรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมเช่นปลาเล็กปลาน้อยหรือดื่มนมเป็นประจำจะสามารถป้องกันโรคกระดูกพรุนได้	4.23	.86	มาก
11.หากท่านหลีกเลี่ยงที่จะรับประทานอาหารที่มีไขมันมากๆ เช่น ขาหมู เนื้อสัตว์ติดมันท่านจะไม่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด	4.12	.99	มาก
12.ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันมากเช่น หมูสามชั้น พะแนงไก่ น้ำมันหมู เพราะเชื่อว่าจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ	4.06	1.04	มาก

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 17 (ต่อ)

ความเชื่ออำนาจภายในตน	$\bar{X}$	S.D.	ค่าระดับ
13.หากท่านมีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ ท่านสามารถควบคุมความรุนแรงของโรคได้	3.39	1.24	ปานกลาง
14.ไม่ว่าท่านจะดูแลตนเองดีเพียงใด ถ้าดวงไม่ดีก็ต้องป่วย	3.23	1.34	ปานกลาง
15.ท่านเชื่อว่าหากไม่รับประทานอาหารจุบจิบจะสามารถควบคุมน้ำหนักได้	4.22	1.00	มาก
16.แม้ว่าท่านจะมีอายุที่มากขึ้น หากพยายามดูแลตนเองอย่างดีที่สุดก็สามารถมีสุขภาพที่แข็งแรงได้	4.41	.95	มาก
17.ท่านเชื่อว่าสามารถเปลี่ยนแปลงแบบแผน การรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับวัยได้	4.02	1.02	มาก

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 18 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและค่าระดับรายข้อของค่านิยมทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีวัยทอง

ค่านิยมทางสุขภาพ	$\overline{X}$	S.D.	ค่าระดับ
1.ท่านคิดว่าการมีสุขภาพดีเป็นสิ่งที่สำคัญ	4.81	.46	มากที่สุด
2.ท่านสนใจหาความรู้เกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมกับวัยของท่านจากการอ่านหนังสือ หรือจากการดูโทรทัศน์	3.94	.86	มาก
3.เมื่อท่านป่วยจะรีบไปพบแพทย์	4.22	.85	มาก
4. ท่านคิดว่าการดื่มชาหรือกาแฟเป็นประจำจะทำให้สมองปลอดโปร่ง	3.81	1.07	มาก
5.การไปตรวจความหนาแน่นของกระดูกเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับท่าน	3.64	1.25	มาก
6. การไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพทำให้เสียเวลามาก	3.41	1.41	ปานกลาง
7.ท่านไปตรวจตรงตามนัดของแพทย์	4.48	.70	มาก
8.ท่านควรขอคำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาลเกี่ยวกับการป้องกันโรคต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง หัวใจ กระดูกพรุน	4.06	1.10	มาก
9.ท่านสนใจหาความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ป้องกันโรคกระดูกพรุน	3.97	1.16	มาก
10.เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด	4.38	.74	มาก
11.การกินวิตามินเป็นประจำจะทำให้ร่างกายแข็งแรง	2.78	1.22	ปานกลาง
12.ท่านสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย เช่น การตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละ 1 ครั้ง	3.63	1.12	มาก
13.ในการเลือกรับประทานอาหารท่านคำนึงถึงประโยชน์ของอาหารมากกว่าคำนึงถึงในด้านราคา	4.17	.97	มาก
14.ท่านไปรับการตรวจสุขภาพฟันจาก ทันตแพทย์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	3.06	1.36	ปานกลาง

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 18 (ต่อ)

ค่านิยมทางสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	ค่าระดับ
15.ท่านไปตรวจมะเร็งปากมดลูกปีละ 1 ครั้ง	3.59	1.46	มาก
16.ท่านบ้วนปากหรือแปรงฟันหลังอาหารทุกครั้ง	3.94	1.12	มาก

ตารางที่ 19 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและค่าระดับรายข้อของแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีวัยทอง

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	S.D.	ค่าระดับ
ด้านอารมณ์ 1.ท่านรู้สึกว่าแพทย์หรือพยาบาลใส่ใจต่อสุขภาพของท่าน	3.53	.98	มาก
2.แพทย์หรือพยาบาลให้ความสนใจเมื่อท่านซักถาม	3.70	.84	มาก
3.เมื่อท่านเจ็บป่วยแพทย์หรือพยาบาลจะคอยเป็นกำลังใจให้ท่าน	3.39	1.09	ปานกลาง
4.แพทย์หรือพยาบาลจะคอยเป็นกำลังใจ เมื่อท่านรู้สึกท้อแท้	3.15	1.02	ปานกลาง
5.เมื่อท่านไม่สบายใจแพทย์หรือพยาบาลเป็นที่ปรึกษาแก่ท่านได้	3.26	1.13	ปานกลาง
6.ท่านมักได้รับคำชมจากแพทย์หรือพยาบาล เมื่อปฏิบัติตนได้ถูกต้อง	3.14	1.21	ปานกลาง
7.แพทย์หรือพยาบาลคอยไต่ถามภาวะสุขภาพของท่าน	3.30	1.08	ปานกลาง
8.แพทย์หรือพยาบาลให้ความสนใจที่จะรับรู้ปัญหาของท่าน	3.30	1.11	ปานกลาง
9.ท่านรู้สึกอบอุ่นใจ เมื่อได้พูดคุยกับแพทย์หรือพยาบาล	3.57	1.10	มาก
ด้านข้อมูลข่าวสาร 10.ท่านทราบว่าวัยทองมีโอกาสเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดจากคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาล	3.38	1.29	ปานกลาง
11.ท่านได้รับคำแนะนำในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับวัยจากแพทย์หรือพยาบาล	3.42	1.24	ปานกลาง

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 19 (ต่อ)

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	S.D.	ค่าระดับ
12. แพทย์หรือพยาบาลแนะนำให้ท่านรับประทานผักสดและผลไม้ทุกวัน	3.55	1.11	มาก
13.แพทย์หรือพยาบาลแนะนำให้ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันมากๆ	3.56	1.05	มาก
14.แพทย์หรือพยาบาลสามารถตอบข้อซักถามเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับวัยของท่านได้	3.57	1.03	มาก
15.ท่านทราบว่าวัยทองมีโอกาสขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนจากแพทย์หรือพยาบาล	3.40	1.16	ปานกลาง
16.ท่านทราบข้อมูลการรับประทานอาหารที่ป้องกันโรคเบาหวานจากแพทย์หรือพยาบาล	3.25	1.27	ปานกลาง
17.แพทย์หรือพยาบาลแนะนำให้ท่านรับประทานอาหารที่ป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด	3.05	1.28	ปานกลาง
18.แพทย์หรือพยาบาลไม่ให้ความรู้หรือคำแนะนำในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับวัย	3.17	1.30	ปานกลาง
19.แพทย์หรือพยาบาลให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง เมื่อท่านเจ็บป่วย	3.72	1.08	มาก

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 20 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและค่าระดับรายข้อของพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีวัยทอง

พฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	ค่าระดับ
การสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน			
1.การรับประทานอาหารในแต่ละมื้อท่านจะคำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการ	4.15	.93	มาก
2.ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำเช่น ผัก ผลไม้ ถั่ว น้ำมันพืชมากขึ้นเพื่อให้เหมาะสมกับวัย	4.29	.86	มาก
3.ในแต่ละวันท่านรับประทานอาหารครบทั้งอาหารประเภทแป้ง เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้และไขมัน	4.01	.98	มาก
4.ในแต่ละวันท่านรับประทานอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย	4.31	.89	มาก
5.ท่านเลือกรับประทานอาหารที่ให้โปรตีนจากเนื้อปลาหรือเนื้อไก่ไม่ติดหนังแทนเนื้อหมู เนื้อวัว	3.95	1.04	มาก
6.ท่านหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไวน์	3.71	1.64	มาก
7.ท่านรับประทานอาหารตรงเวลา	3.86	1.06	มาก
8.ท่านดื่มนมวันละ 1 แก้ว	3.38	1.39	ปานกลาง
การป้องกันการเกิดโรค			
9.ท่านรับประทานอาหารที่มีแคลเซียม เช่น ปลาเล็กปลาน้อย กุ้งแห้ง กะปิ งา	4.20	.81	มาก
10.ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันมาก เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน ขาหมู หนังไก่ หนังเป็ด	3.88	1.14	มาก
11.ท่านจำกัดปริมาณอาหาร เพื่อควบคุมน้ำหนัก	3.70	1.28	มาก
12.ท่านหลีกเลี่ยงที่จะรับประทานอาหารจุบจิบ	3.72	1.20	มาก
13.เมื่อท่านกระหายน้ำ ท่านดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำอัดลม	4.48	.94	มาก
14.ท่านหลีกเลี่ยงที่จะรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง เช่น ปลากระป๋อง ปลารมควัน เนยแข็ง	3.86	1.19	มาก

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 20 (ต่อ)

พฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพ	$\overline{X}$	S.D.	ค่าระดับ
15.ท่านหลีกเลี่ยงที่จะรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น ปลาหมึก หอยนางรม เครื่องในสัตว์	3.64	1.26	มาก
16.ท่านหลีกเลี่ยงที่จะรับประทานอาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ	3.83	1.01	มาก
การทดแทนฮอร์โมนเอสโตรเจน 17.ท่านรับประทานผักสดและผลไม้	4.40	.79	มาก
18.ท่านรับประทานอาหารจำพวกถั่วเหลือง เต้าหู้แข็ง เพื่อทดแทนฮอร์โมนเพศหญิง	3.94	1.05	มาก
19.ท่านหลีกเลี่ยงผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทุเรียน ลำไย ขนุน ลิ้นจี่ น้อยหน่า	3.57	1.10	มาก
20.ท่านรับประทานน้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันรำข้าวแทนน้ำมันที่ได้จากสัตว์	4.25	1.02	มาก
21.ท่านดื่มน้ำเต้าหู้	3.74	1.14	มาก
22.ในระหว่างมื้อ ท่านรับประทานผลไม้แทนขนมหวาน	3.97	.79	มาก
23.ในแต่ละวัน ท่านรับประทานผักและผลไม้หลายชนิด	3.99	.88	มาก
24.ท่านเลือกรับประทานอาหารประเภทถั่วเหลืองตามธรรมชาติ เช่น นมถั่วเหลือง เต้าหู้ มากกว่ารับประทานสารสกัดจากถั่วเหลือง	4.06	1.09	มาก

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล นางสาววิภาพร ศักดิ์สุริยผดุง

ที่อยู่ บ้านเลขที่ 15 หมู่ 5 ตำบลธรรมศาลา อำเภอเมือง
จังหวัดนครปฐม 73000

สถานที่ทำงาน ฝ่ายอาคารสำนักงาน บริษัท สาธรธานี แมเนจแม้นท์ เซอร์วิส จำกัด
อาคารฟิวเจอร์มาร์ท ชั้น P6 เลขที่ 295 ถนนพระราม3 แขวงบางคอแหลม
เขตบางคอแหลม กรุงเทพมหานคร 10120

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2542 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาวิชารัฐศาสตร์
(การปกครอง) มหาวิทยาลัยรามคำแหง

พ.ศ. 2545 ศึกษาต่อระดับปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ประวัติการทำงาน

พ.ศ. 2543-2544 เจ้าหน้าที่บริการและต้อนรับส่วนหน้า โรงพยาบาลสนามจันทร์
อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

พ.ศ. 2547-ปัจจุบัน เจ้าหน้าที่ประสานงานโครงการ ฝ่ายอาคารสำนักงาน
บริษัท สาธรธานี แมเนจแม้นท์ เซอร์วิส จำกัด