

๕๑๖.๑๕

๕๑๖๕๗

๕-๕

พฤติกรรมกรรมการดูแลน้าขการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์
ในจังหวัดเพชรบุรี

ปริญญาโท

ของ

รศ.นันท ภิธรคิมลา

๒๓ เม.ย. ๒๕๕๕

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขภาพศึกษา


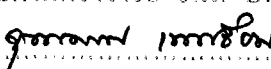
มีนาคม ๒๕๕๕

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

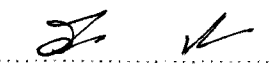
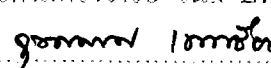
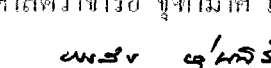
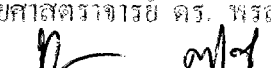
๕๑๖๕๗

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญาบัตรฉบับนี้แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอก
ดุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

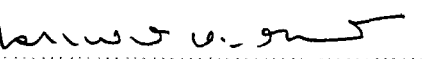
คณะกรรมการควบคุม

.....  ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วินิต ปัทมภาสพงษ์)
.....  กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ จุฑามาศ เทพชัยศรี)

คณะกรรมการสอบ

.....  ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วินิต ปัทมภาสพงษ์)
.....  กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ จุฑามาศ เทพชัยศรี)
.....  กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทรงสุข พูนปิ่นตรี)
.....  กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(อาจารย์ ทรงพล ต่อนี่)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญาบัตรฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกดุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....  คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร. นภาพรณ์ หะวานนท์)
วันที่ .. 8 .. เดือน .. สิงหาคม .. พ.ศ. 2545

ประกาศคุณูปการ

ปริญญาบัตรฉบับนี้สำเร็จลง ได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างดีจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพขันธ์ศรี ประธานและกรรมการ ควบคุมปริญญาบัตร และกรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรสุข หุ่นนิรันดร์ และอาจารย์ทรงพล ต่อนี้ ได้กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ ตลอดจนช่วยตรวจ และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ พร้อมทั้งสนับสนุน ให้กำลังใจตลอดมาอย่างดียิ่ง ผู้วิจัยกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการพิจารณาทุนสนับสนุนการวิจัย ที่มีอบทูน ศาสตราจารย์ ดร. สาโรช บัวศรี รวมทั้งนางสาวบุพิน องคานนท์ หัวหน้าฝ่ายแนะแนวและให้คำปรึกษา กองกิจกรรมนิสิต ที่ช่วยดำเนินการขอรับทุนการวิจัยให้แก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สาธิต ทิมขำ นายแพทย์วิเชียรรัช ผดุงเกียรติวงษ์ อาจารย์ ธีรพร อานามวัฒน์ อาจารย์กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์ และนายสนอง เพชรคง ที่ได้กรุณาตรวจ แบบสอบถาม และให้คำแนะนำต่างๆ แก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี นายกรัฐมนตรีเทศบาลเมือง เพชรบุรี และสาธารณสุขอำเภอเมือง อำเภอเขาชัย อำเภอชะอำ อำเภอบ้านแหลม อำเภอบ้านลาด อำเภอท่ายาง อำเภอหนองหญ้าปล้อง อำเภอแก่งกระจาน ที่ได้อำนวยความสะดวก และให้การ ช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล ตลอดจนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือในการทดลองใช้เครื่องมือเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ อาจารย์คมสันต์ แก้วระชะ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัด เพชรบุรี ที่ให้คำแนะนำในการวิเคราะห์ข้อมูล และขอขอบพระคุณ นายสนอง เพชรคง ที่ให้ ความช่วยเหลือในการจัดพิมพ์ปริญญาบัตร

สุดท้ายขอเทอดพระคุณบิดามารดา และทุกคนในครอบครัวที่ให้ความรักความช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัย ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านที่อบรมสั่งสอน ถ่ายทอดวิชาความรู้ ให้แก่ผู้วิจัย ขอขอบคุณเพื่อนๆ และผู้ร่วมงานทุกท่านที่มีส่วนช่วยเหลือและเป็นกำลังใจด้วยดี ตลอดมา

รศ.นันท เกียรติมาลา

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
คำนำ	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	5
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	5
ข้อตกลงเบื้องต้น	6
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	6
นิยามศัพท์เฉพาะ	7
2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย	10
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	10
การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	45
การวิจัยในต่างประเทศ.....	45
การวิจัยในประเทศไทย	50
สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า	54
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	55
แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง	55
ประชากร.....	55
กลุ่มตัวอย่าง	55
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	59
ลักษณะของเครื่องมือ	59
ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ	59
เกณฑ์การให้คะแนน	60
การหาคุณภาพเครื่องมือ	61
วิธีการดำเนินการรวบรวมข้อมูล	63
วิธีจัดกระทำกับข้อมูล	63

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	64
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า	70
ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผล	70
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	70
ผลการศึกษาค้นคว้า	71
5 บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	101
บทย่อ	101
ความมุ่งหมายในการค้นคว้า	101
วิธีดำเนินการวิจัย.....	101
การวิเคราะห์ข้อมูล	102
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า	103
อภิปรายผล	105
ข้อเสนอแนะ	122
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป	123
บรรณานุกรม	124
ภาคผนวก	137
ประวัติย่อของผู้วิจัย	168

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามอำเภอ	57
2 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามตำบล และหมู่บ้าน	58
3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ ภูมิภาค อาชีพ ระดับการ สถานภาพสมรส และรายได้ของครอบครัว	71
4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศ และอายุ	75
5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นชาย 196 คน และหญิง 201 คน จำแนก ตามภาวะพร่องฮอร์โมนเพศ	76
6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเพศชาย จำนวน 196 คน จำแนกตามกลุ่มอาการ ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศ	77
7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเพศหญิง จำนวน 201 คน จำแนกตามกลุ่มอาการ ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศ	78
8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัญหาทางด้านสุขภาพ	79
9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเพศชายเพศหญิง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับ อนามัยการเจริญพันธุ์	83
10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเพศชายเพศหญิง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการดูแล อนามัยการเจริญพันธุ์	84
11 คะแนนเต็ม ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนรวม เฉลี่ยด้านความรู้ และพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชาย และหญิงวัยหลัง เจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี	85
12 วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลอนามัย การเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามเพศ ...	86
13 วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลอนามัย อนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามกลุ่มอายุ	86

27 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามรายได้ของครอบครัว....	97
28 การทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน	98
29 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์	99
30 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์	99
31 การทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีระดับความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ต่างกัน	100

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ

หน้า

1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	53
------------------------------	----

บทที่ 1

บทนำ

คำนำ

การพัฒนาทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขในปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว ควบคู่ไปกับการพัฒนาประชากรให้มีคุณภาพ มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์การสหประชาชาติได้จัดให้มีการประชุมประชากรโลกทุกๆ 10 ปี การประชุมครั้งล่าสุดเป็นครั้งที่ 5 คือการประชุมระหว่างประเทศ เรื่องประชากรกับการพัฒนา (International Conference on Population and Development : ICPD) ซึ่งจัดขึ้นที่กรุงไคโร ประเทศอียิปต์ เมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2537 ประเทศไทยเป็นสมาชิกประเทศหนึ่งที่ได้ส่งคณะผู้แทนเข้าร่วมการประชุม โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นหัวหน้าคณะ ผลการประชุมได้ยกประเด็นที่สำคัญคือ “อนามัยการเจริญพันธุ์ (Reproductive Health)”

กระทรวงสาธารณสุขจึงได้วางแผนดำเนินงานโดยมุ่งเน้นงานอนามัยการเจริญพันธุ์ เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544) ซึ่งมีเป้าหมายที่จะพัฒนา “คน” แบบองค์รวมพร้อมทุกด้าน และเพื่อให้คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาทั้งปวงอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยมีการพัฒนาคนทุกช่วงอายุ จึงได้กำหนดนโยบายอนามัยการเจริญพันธุ์ของประเทศไทย มีวัตถุประสงค์ให้คนไทยทุกคนทั้งชาย และหญิงทุกกลุ่มอายุจะต้องมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี (สรอรรถ กลิ่นประทุม. 2540 : 4)

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้คำจำกัดความ อนามัยการเจริญพันธุ์ (Reproductive Health) หมายถึง ภาวะความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายและจิตใจที่เป็นผลสัมฤทธิ์อันเกิดจากกระบวนการ และหน้าที่ของการเจริญพันธุ์ที่สมบูรณ์ทั้งชายและหญิง ทุกช่วงอายุของชีวิตที่จะทำให้บุคคลเหล่านั้นมีชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ดังนั้นอนามัยการเจริญพันธุ์จึงเป็นส่วนสำคัญมากส่วนหนึ่งของสุขภาพอนามัยของบุคคล ซึ่งไม่เพียงแต่เป็นกุญแจสำคัญที่จะนำไปสู่สุขภาพอนามัยที่ดี ในช่วงวัยต่างๆ รวมไปถึงวัยหลังเจริญพันธุ์ และผู้สูงอายุด้วยจะเห็นได้ว่าการส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ของประชากรจึงเป็นการส่งเสริมสุขภาพของประชากรให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีด้วยทางหนึ่ง (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2541 : 1)

จากนโยบายแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตั้งแต่แผนพัฒนาฉบับที่ 1-7 พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวมากกว่าในอดีต ซึ่งจะเห็นได้จากสถิติสาธารณสุขที่รายงานอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของเพศชายจะประมาณ 69.9 ปี เพศหญิง

ประมาณ 74.9 ปี (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2543) จะเห็นได้ว่าอายุขัยเฉลี่ยของเพศหญิงจะสูงกว่าเพศชาย ประมาณ 5 ปี ถึงแม้ว่าอายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทยและทั่วโลกเพิ่มขึ้น แต่อายุขัยเฉลี่ยที่เข้าสู่วัยหลังเจริญพันธุ์มีการเปลี่ยนแปลงน้อยมาก นั้นหมายความว่า หญิงไทยมีแนวโน้มจะมีชีวิตอยู่ในช่วงวัยหลังเจริญพันธุ์ยาวนานขึ้นจนอาจกล่าวได้ว่า ผู้หญิงจะมีชีวิตอยู่ในช่วงวัยหมดประจำเดือนประมาณ 1 ใน 3 ของช่วงชีวิต ในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2537 จากการสำรวจของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติพบหญิงไทย ช่วงอายุ 35 – 44 ปี มีจำนวน 3.80 ล้านคน และช่วงอายุ 45 – 59 ปี มีจำนวน 3.33 ล้านคน รวมแล้ววัยก่อนและวัยหลังหมดประจำเดือนมีจำนวนถึง 7.22 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12.42 ของประชากรทั้งประเทศ และมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จากการคาดประมาณอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง (Sex ratio) ของประชากรผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2543 พบว่า เท่ากับ 8 : 13 (สุณี เวชประสิทธิ์, 2540 : 1 ; อ้างอิงมาจาก บุญเลิศ เลี้ยวประไพ, 2534)

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างดังกล่าว พบว่า สัดส่วนจำนวนประชากรของเพศหญิงและเพศชายมีจำนวนเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มวัยหลังเจริญพันธุ์ ซึ่งเป็นวัยที่มีการเสื่อมหน้าที่ในการผลิตฮอร์โมนเพศลดลง ในต่างประเทศอายุเฉลี่ยของเพศหญิงที่มีประจำเดือนครั้งสุดท้ายประมาณ 43.60 – 51.40 ปี (พรรณพิไล ศรีอารมณ, 2537 : 158) สำหรับในประเทศไทยจากการศึกษาของสุมนา ชมพูทวีปและคณะ (2537) พบว่า หญิงไทยจะหมดประจำเดือนประมาณอายุ 49.50 ± 3.60 ปี ในเพศชายเริ่มประสบปัญหาความเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ โดยอาการปรากฏเมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป (พันธุ์ศักดิ์ สุกระฤกษ์, 2540 : 80) ส่วนกลุ่มอาการขาดฮอร์โมนที่พบ เช่น อาการร้อนวูบวาบนอนไม่หลับ หงุดหงิด และอาการอื่นๆ จะพบเมื่ออายุ 50 ปีขึ้นไป (หะทัย เทพพิสัย และอรุณา เทพพิสัย, 2542 : 1 ; อ้างอิงมาจาก Werner, 1939) จะเห็นได้ว่ากลุ่มวัยหลังเจริญพันธุ์ดังกล่าวทั้งเพศหญิง และเพศชายจะเริ่มในช่วงอายุประมาณ 45 ปีขึ้นไป อาจเรียกได้ว่าเป็นวัยหมดระดู วัยหมดประจำเดือน หรือ วัยทอง เนื่องจากเป็นวัยที่อยู่ในช่วงของการทำงาน เริ่มมีตำแหน่งหน้าที่การงานมั่นคงและสูงขึ้น เป็นวัยที่กำลังก้าวสู่การประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน เพียบพร้อมด้วยประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต เป็นหลักสำคัญภายในครอบครัว แต่วัยหลังเจริญพันธุ์นี้ส่วนใหญ่ มักประสบปัญหาการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ถึงแม้ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปตามธรรมชาติ แต่ก็เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปในทางเสื่อมถอย ทำให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาวจนกลายเป็นปัญหาเรื้อรังไปจนกระทั่งถึงวัยสูงอายุได้

การเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพในระยะเริ่มแรก ได้แก่ อาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออกมาก นอนไม่หลับ ใจสั่น เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย หงุดหงิด อารมณ์เปลี่ยนแปลง ระวังอารมณ์ไม่ได้ ความจำเสื่อม ไม่มีสมาธิ ซึมเศร้า ซึ่งอาการต่างๆ เหล่านี้มักปรากฏในวัยหลังเจริญพันธุ์ทั้งหญิงและชาย (หะทัย เทพพิสัย และอรุณา เทพพิสัย, 2542 : 1) จากการศึกษาอาการ

และปัญหาของสตรีไทยวัยหมดประจำเดือนในกรุงเทพมหานคร มีอาการเหนื่อยง่าย หงุดหงิด ร้อยละ 41.10 (สุมนา ชมพูทวีป. 2533 : 21) พบร้อยละ 41 มีน้มน้ำตาล ร้อยละ 40 เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย หงุดหงิดง่าย ร้อยละ 31.60 นอนไม่หลับ (สมหมาย คชนาม. 2535 : 2)

ปัญหาทางระบบอวัยวะสืบพันธุ์ มักพบปัญหาทั้งเพศหญิงและเพศชาย ในเพศหญิงมีการเปลี่ยนแปลงของช่องคลอด มีปัญหาเยื่อช่องคลอดบางขาดความยืดหยุ่น เมื่อใกล้และสิ่งหล่อลื่นลดน้อยลง อาจมีการอักเสบติดเชื้อในช่องคลอดเรื้อรังได้ เกิดความเจ็บปวด แสบช่องคลอดขณะมีเพศสัมพันธ์ ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ นำไปสู่ความเบื่อหน่าย ไร้ความพอใจ และเกิดความเขินอายทางเพศในที่สุด จากการศึกษาค้นคว้า พบว่า ผู้หญิงวัยนี้ร้อยละ 59.40 มีความต้องการทางเพศลดลง ร้อยละ 27.40 ไม่มีความต้องการทางเพศเลย และมีความเจ็บปวดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 45.90 (สมหมาย คชนาม. 2535 : 2) เกิดปัญหาเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์กับสามี อาจทำให้สามีต้องออกไปหาความสุขนอกบ้านกับหญิงขายบริการ (วีระ นิยมวัน. 2538 : 21) จากข้อมูลของสถาบันวิจัยวิทยาทางการแพทย์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่า กลุ่มลูกค้าส่วนใหญ่ของหญิงขายบริการทางตรงและแอบแฝงเป็นชายวัยกลางคนถึง ร้อยละ 74 ผลลัพธ์ที่ตามมาที่น่ากลัวที่สุดในปัจจุบันคือ โรคเอดส์ สำหรับเพศชายปัญหาที่สำคัญที่พบ คือ ความบกพร่องในบทบาททางเพศ ซึ่งเป็นเพราะมีการเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะ (หะทัย เทพพิสัย และอรุณา เทพพิสัย. 2542 : 1) ในเพศชายที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป จะเริ่มประสบปัญหาความเสื่อมสมรรถภาพทางเพศประมาณร้อยละ 1.50 และจะพบมากขึ้นถึง ร้อยละ 25 หรือจำนวน 1 ใน 4 ของผู้ชายเมื่ออายุ 60 ปีขึ้นไป (พันธุ์ศักดิ์ สุกระฤกษ์. 2540 : 80)

ปัญหาของระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นอีกปัญหาหนึ่งที่พบในวัยหลังเจริญพันธุ์ ที่พบในเพศหญิง ได้แก่ อาการปัสสาวะบ่อย กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ซึ่งเกิดจากความหย่อนยานของผนังช่องคลอด หรือกล้ามเนื้อของอวัยวะเชิงกราน ส่วนเพศชายมักพบอาการปัสสาวะขัดหรือไม่สะดวกเนื่องจากต่อมลูกหมากโตในวัยสูงอายุ อาการทางระบบประสาทอัตโนมัติของระบบทางเดินปัสสาวะพบร้อยละ 42.30 และพบว่า ในเพศหญิง อาการที่ทำให้เกิดปัญหา พบร้อยละ 29.40 (สุกัญญา ชัยกิตติศิลป์ และคณะ. 2540 : 259)

ปัญหาเกี่ยวกับระบบหัวใจ และหลอดเลือด (Cardiovascular Disease) โดยเฉพาะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง และเส้นโลหิตในสมองแตกหรืออุดตันเป็นปัญหาที่สำคัญของหญิงวัยหมดประจำเดือน (กอบจิตต์ ลิ้มปพยอม และคณะ. 2537 : 6) ผู้หญิงวัยนี้มีโอกาสเกิดโรคเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือดได้สูงเท่ากับชาย (สุวิภา บุญยะโหดระ. 2538 : 2) ซึ่งเป็นปัญหาของวัยหลังเจริญพันธุ์ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีโอกาสเสี่ยงที่เท่าเทียมกันเป็นปัญหาที่ทำให้รัฐต้องเสียดำใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจำนวนมาก

ปัญหาเกี่ยวกับโรคกระดูกพรุน (Osteoporosis) เป็นอีกภาวะหนึ่งซึ่งพบในวัยหลังเจริญพันธุ์ทั้งเพศชายและเพศหญิง ทำให้เสี่ยงต่อภาวะกระดูกหักได้ง่าย มักพบในเพศหญิงมากกว่า

เพศชาย เนื่องจากกระดูกของเพศชายมีความแข็งแรงกว่ากระดูกของเพศหญิง (หะทัย เทพพิสัย และอุรษา เทพพิสัย. 2542 : 37) ภาวะกระดูกพรุนในวัยหลังเจริญพันธุ์เป็นปัญหาที่สำคัญปัญหาหนึ่งที่กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสนใจในการป้องกันภาวะที่จะเกิดขึ้น

จากการเปลี่ยนแปลงของอาการต่างๆ วัยนี้มักเกิดอารมณ์แปรปรวนง่าย หงุดหงิด ซึ่งจะมีผลกระทบต่อสัมพันธ์ภาพกับบุคคลรอบข้าง เช่น บิดามารดา สามี ภรรยา และบุตร รวมทั้งบุตรที่กำลังเข้าสู่วัยรุ่นที่มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายเช่นเดียวกัน ขาดต่อการเผชิญสถานการณ์ใหม่ๆ ก่อให้เกิดความก้าวร้าว นำไปสู่การทะเลาะ โกรธเคือง หรือเมื่อบุตรมีคู่รัก และพร้อมจะมีครอบครัวของตนเอง ในวัยนี้โดยเฉพาะเพศหญิงอาจรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองกำลังถูกทอดทิ้ง คุณค่าในตนเองลดลง อีกทั้งต้องเผชิญต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะในตนเอง และมีความมุ่งมั่นสนใจในหน้าที่การงานอย่างมาก ให้ความสนใจต่อสามีลดน้อยลง หรือฝ่ายชายไปมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นที่อ่อนวัยกว่า ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีผลทำให้เกิดความวิตกกังวล และมีอาการซึมเศร้าได้ (พรรณพิไล ศรีอาภรณ์. 2537 : 178 ; Coope. 1984 : 44 - 51) การเปลี่ยนแปลงของวัยนี้จะส่งผลให้มีความรู้สึกหมดกำลังใจ เบื่อหน่ายต่อชีวิต เกิดภาวะเครียด เมื่อมีปัจจัยภายนอกอื่นๆ มากระทบ เช่น ปัญหาเศรษฐกิจ ความล้มเหลวในหน้าที่การงาน อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น และคิดฆ่าตัวตายได้ ซึ่งมักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ปนัดดา ปรียทถณ. 2530 : 4)

จากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตทำให้บุคคลในวัยหลังเจริญพันธุ์จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี มีคุณภาพชีวิต การมีคุณภาพชีวิต จะช่วยลดความไม่สุขสบายในวัยหลังเจริญพันธุ์และป้องกันโรคในวัยสูงอายุได้

การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ควรเป็นพฤติกรรมที่ริเริ่มโดยบุคคลทุกช่วงอายุ เพื่อคงไว้หรือเพิ่มระดับความผาสุก (Well - Being) การบรรลุเป้าหมายในชีวิต (Self - Actualization) และความสมปรารถนาของบุคคล วัยหลังเจริญพันธุ์จึงต้องมีการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองให้แข็งแรงอยู่เสมอ โดยมีองค์ประกอบพื้นฐานคือ วัยหลังเจริญพันธุ์จะต้องมีความสามารถในการปรับตัว มีความสามารถดูแล และปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพตนเองได้ตามความเหมาะสม อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ดังนั้นจะเห็นได้ว่าถ้าวัยหลังเจริญพันธุ์มีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ไม่ดี จะส่งผลทำให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา เช่น อาการของวัยหมดระดู อาการของระบบประสาท ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ ระบบทางเดินปัสสาวะ รวมทั้งส่งผลถึงอาการที่เกิดขึ้นภายหลัง ได้แก่ ภาวะกระดูกพรุน โรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด และอื่นๆที่พบบ่อยคือ มะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์ โรคต่างๆ ดังกล่าวทำให้สูญเสียค่ารักษาพยาบาล และการดูแลเป็นจำนวนมาก ส่งผลให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับครอบครัว และระดับประเทศ ซึ่งความเป็นจริงภาวะและโรคต่างๆ ดังกล่าวสามารถป้องกันได้ในระดับหนึ่ง

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ตระหนักถึงปัญหาสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับ

อนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ จึงได้ให้การป้องกัน ส่งเสริมดูแล และรักษาพยาบาล โดยกำหนดแผนงานส่งเสริมสุขภาพอนามัยวัยหลังเจริญพันธุ์ไว้ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544) เร่งให้มีการส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี ได้กำหนดขอบเขตในการดูแลโดยการให้ความรู้ - และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติตน พร้อมทั้งบำบัดรักษาในสิ่งที่จำเป็น (กระทรวงสาธารณสุข. 2540 : 22) และเร่งให้มีการส่งเสริมงานดังกล่าวในทุกจังหวัดทั่วประเทศ จังหวัดเพชรบุรีเป็นเป้าหมายหนึ่งที่ได้รับนโยบายให้มีการดำเนินงานส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ อายุ 45 –59 ปี จากการสำรวจสำมะโนครัวประชากรของจังหวัดเพชรบุรี ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2542 มีประชากรวัยหลังเจริญพันธุ์เพศหญิงจำนวน 22,140 คน เพศชาย จำนวน 21,569 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. 2543 : 3) ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์ในกลุ่มชายและหญิง เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นข้อมูลสำหรับการวางแผน และการกำหนดทิศทางการพัฒนาสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา และแนวโน้มสุขภาพของวัยหลังเจริญพันธุ์ ส่งผลให้บรรลุผลถึงสุขภาพที่พึงปรารถนาของคนไทย และสังคมไทยในอนาคตต่อไป

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของชาย และหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ ในจังหวัดเพชรบุรี
2. เพื่อศึกษาความรู้เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ และพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี
3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ ในจังหวัดเพชรบุรี ตามตัวแปร เพศ อายุ ภูมิสำเนา อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว และความรู้เกี่ยวกับการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนให้คำปรึกษา แนะนำถึงพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของวัยหลังเจริญพันธุ์ ในชาย และหญิง
2. เป็นแนวทางให้บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องได้ตระหนักและเห็นความสำคัญในการนำข้อมูล ไปศึกษารูปแบบการให้บริการของหน่วยงานที่รับผิดชอบในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์ ได้อย่างเหมาะสม

3. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาค้นคว้าวิจัยต่อไป

ข้อตกลงเบื้องต้น

วัยหลังเจริญพันธุ์ที่ทำการศึกษานี้ ศึกษาเฉพาะผู้ที่มีอายุระหว่าง 45 – 59 ปี
(กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2541 : 21)

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

ประชากร

ประชากร เป็นชายและหญิงในจังหวัดเพชรบุรี อายุระหว่าง 45 – 59 ปี เป็นชาย
จำนวน 21,569 คน และหญิง จำนวน 22,140 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. 2543 :
3)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นชายและหญิง ในจังหวัดเพชรบุรี อายุระหว่าง
45 – 59 ปี จำนวน 397 คน ได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random
Sampling)

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่
 - 1.1 เพศ
 - 1.2 อายุ
 - 1.3 ภูมิลำเนา
 - 1.4 อาชีพ
 - 1.5 ระดับการศึกษา
 - 1.6 สถานภาพสมรส
 - 1.7 รายได้ของครอบครัว
 - 1.8 ความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. พฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ คือ กิจกรรมทุกประเภทที่เกี่ยวข้องกับการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์ เพื่อให้มีสุขภาพของร่างกายที่ดี ที่แสดงออกในด้านการปฏิบัติ ซึ่งสามารถวัดได้ทั้งทางตรง และทางอ้อม โดยมีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับ การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การออกกำลังกาย การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การตรวจร่างกายเป็นประจำ การหาแหล่งบริการเมื่อเจ็บป่วย และการติดตามข่าวสารความรู้สำหรับวัยหลังเจริญพันธุ์

2. อนามัยการเจริญพันธุ์ คือ ภาวะความแข็งแรงของร่างกายและจิตใจที่เป็นผลสัมฤทธิ์ อันเกิดจากกระบวนการ และหน้าที่ของการเจริญพันธุ์ที่สมบูรณ์ของชาย และหญิง ซึ่งทำให้มีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข

3. วัยหลังเจริญพันธุ์ คือ วัยที่เริ่มมีความบกพร่องในหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเจริญพันธุ์ มีการลดระดับของฮอร์โมนเพศ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามกลุ่มของอาการต่างๆ มีความบกพร่องในบทบาททางเพศ หรือเรียกว่า วัยทอง เป็นชาย และหญิงที่มีอายุ 45 – 59 ปี

4. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ คือ ความรู้ความเข้าใจของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเมื่อเข้าสู่วัยหลังเจริญพันธุ์ การปฏิบัติตนในวัยหลังเจริญพันธุ์ ในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การตรวจสุขภาพประจำปี การหาแหล่งบริการเมื่อเจ็บป่วย และการติดตามข่าวสารความรู้สำหรับวัยหลังเจริญพันธุ์

5. ภาวะสุขภาพของวัยหลังเจริญพันธุ์ หมายถึง สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงทางร่างกายของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ ที่มีผลและเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งตามกรอบของกระทรวงสาธารณสุขเน้นส่วนที่เกี่ยวข้องในเรื่อง การมีบุตรเมื่ออายุมาก การเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยทอง ความผิดปกติทางเพศ โรคทางเพศสัมพันธ์ และมะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์ ในการศึกษาครั้งนี้ ศึกษาภาวะสุขภาพตามกรอบของกระทรวงสาธารณสุข

6. เพศ หมายถึง เพศชายและเพศหญิง ของกลุ่มตัวอย่างวัยหลังเจริญพันธุ์ที่อาศัยในจังหวัดเพชรบุรี

7. อายุ หมายถึง อายุเต็มบริบูรณ์ของกลุ่มตัวอย่างชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ แบ่งออกเป็น

7.1 อายุ 45 – 49 ปี

7.2 อายุ 50 – 54 ปี

7.3 อายุ 55 – 59 ปี

8. ภูมิฐานะ หมายถึง ที่พักอาศัยในปัจจุบัน ได้แก่เขตอำเภอซึ่งประกอบด้วย 8 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอบ้านลาด อำเภอบ้านแหลม อำเภอเขาชัยสน อำเภอท่าช้าง อำเภอชะอำ อำเภอหนองหญ้าปล้อง และอำเภอแก่งกระจาน

9. อาชีพ หมายถึง งานซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามใช้เวลาส่วนใหญ่ทำอยู่เป็นงานหลักในปัจจุบัน ดังนี้

9.1 รับจ้าง หมายถึง ผู้รับจ้างรายวัน รายเดือน หรือรับจ้างส่วนตัวซึ่งมีรายได้ไม่แน่นอน

9.2 ก้าขาย หมายถึง ผู้ทำการค้าทุกชนิดรวมทั้งหาบเร่แผงลอย

9.3 เกษตรกร หมายถึง ผู้มีอาชีพในการทำนา ทำสวน ทำไร่ หรือเลี้ยงสัตว์ เพื่อนำผลผลิตมาจำหน่าย

9.4 รับราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ หมายถึง ผู้ทำงานในสังกัดรัฐบาล หรือรัฐวิสาหกิจ

9.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพ หมายถึง ผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพในขณะนั้น ไม่มีรายได้จากการทำงาน อยู่บ้าน ทำงานบ้าน และดูแลบ้าน

10. ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาขั้นสูงสุดของผู้ตอบแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น

10.1 ต่ำกว่าประถมศึกษา

10.2 ระดับประถมศึกษา

10.3 ระดับมัธยมศึกษา

10.4 ระดับอนุปริญญาตรี หรือเทียบเท่า

10.5 ระดับปริญญาตรี หรือสูงกว่า

11. สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพทางสังคมของผู้ตอบแบบสอบถาม

11.1 โสด หมายถึง ยังไม่เคยแต่งงาน

11.2 คู่ หมายถึงสามีและภรรยาอยู่ร่วมกันในปัจจุบัน

11.3 ม่าย หย่า แยก หมายถึง สามีหรือภรรยาที่หย่าร้างกัน แยกกันอยู่ หรือที่เสียชีวิตแล้ว

12. รายได้ครอบครัว หมายถึง รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ตอบแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น

12.1 รายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน

12.2 รายได้ 3,000 – 8,000 บาทต่อเดือน

12.3 รายได้ 8,001 – 13,000 บาทต่อเดือน

12.4 รายได้ 13,001 – 18,000 บาทต่อเดือน

12.5 รายได้สูงกว่า 18,000 บาทต่อเดือน

13. จังหวัดเพชรบุรี หมายถึง เขตจังหวัดพื้นที่ภาคกลางตอนใต้ มีเนื้อที่ 6,225,138 ตารางกิโลเมตร มีเขตการปกครอง 8 อำเภอ 93 ตำบล 659 หมู่บ้าน (ไม่รวมเขตเทศบาล 26 หมู่บ้าน) 124,724 หลังคาเรือน ข้อมูลเดือน ธันวาคม 2539 (สถิติข้อมูลโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2539 : 2)

บทที่ 2

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารเกี่ยวกับ ความเป็นมาของอนามัยการเจริญพันธุ์ วิทยาลัยเจริญพันธุ์ พฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของวิทยาลัยเจริญพันธุ์ ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในต่างประเทศ และงานวิจัยในประเทศไทย ดังต่อไปนี้

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ความเป็นมาของอนามัยการเจริญพันธุ์ (Reproductive Health)

จากการพัฒนาทางด้านสังคม และเทคโนโลยีต่างๆ ของโลกควบคู่ไปกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรมนุษย์ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น อนามัยการเจริญพันธุ์เป็นเรื่องหนึ่งที่ต้องเนื่องจากงานวางแผนครอบครัว ซึ่งเป็นการดำเนินงานตามนโยบายประชากร เมื่อ 30 ปีที่แล้ว ตั้งแต่ 17 มีนาคม พ.ศ. 2513 ประเทศไทยได้ดำเนินงานวางแผนครอบครัว ด้วยความร่วมมือจากทุกส่วนราชการ ภาคเอกชน ธุรกิจ สาธารณประโยชน์ สมาคมองค์กรต่างๆ สื่อมวลชน และที่สำคัญที่สุดคือ ผู้ใช้บริการวางแผนครอบครัว

กรมอนามัย ซึ่งรับผิดชอบเป็นสำนักงานเลขานุการของโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ ได้ดำเนินการในเรื่องนี้มาเป็นลำดับ โดยได้รับการสนับสนุนจากองค์การระหว่างประเทศ องค์การสหประชาชาติ องค์กรที่เป็น Bi-Lateral ระหว่างประเทศ เช่น USAID, JICA เป็นต้น รวมทั้งประเทศในยุโรปได้ให้การสนับสนุนโครงการมาตลอด

องค์การสหประชาชาติได้จัดการประชุมประชากรโลกทุกๆ 10 ปี และการประชุมครั้งล่าสุดเป็นครั้งที่ 5 คือการประชุมระหว่างประเทศ เรื่องประชากรกับการพัฒนา (International Conference on Population and Development : ICPD) ซึ่งจัดขึ้นที่กรุงไคโร ประเทศอียิปต์ เมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2537 ก่อนหน้านั้นเคยจัดการประชุมประชากรโลกมาแล้ว การประชุมประชากรโลกครั้งแรกที่องค์การสหประชาชาติเป็นผู้จัด จัดที่กรุงโรม ประเทศอิตาลี เมื่อปี ค.ศ. 1954 (พ.ศ. 2493) ขณะนั้นองค์การสหประชาชาติร่วมกับสหพันธ์ระหว่างประเทศเพื่อการศึกษาทางวิชาการ เรื่องประชากร ครั้งที่ 2 จัดในปี ค.ศ. 1965 (พ.ศ. 2508) ใช้คำว่า World Population Conference ที่กรุงเบลเกรด ประเทศยูโกสลาเวีย ครั้งที่สามจัดที่กรุงบูคาเรสต์ ประเทศโรมาเนีย ในปี ค.ศ. 1974 (พ.ศ. 2517) การประชุมครั้งนี้ นับเป็นการประชุมครั้งแรกที่มีผู้แทนแต่ละประเทศเข้าร่วมประชุม

หัวหน้าคณะผู้แทนไทย คือ นายแพทย์สม พริ้งพวงแก้ว ซึ่งขณะนั้นดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข การประชุมครั้งนี้ได้มีการออกแผนปฏิบัติการเรื่องประชากรโลกขึ้นมา เรียกว่า World Population Plan of Action หลังจากการประชุมครั้งนี้สหประชาชาติได้มีมติว่าต่อไปนี้จะจัดการประชุมประชากรโลกทุกๆ 10 ปี ดังนั้นครั้งที่สี่จึงจัดขึ้นในปี ค.ศ. 1984 (พ.ศ. 2527) และเปลี่ยนมาเรียกว่า International Conference on Population (ICP) ที่กรุงเม็กซิโกซิตี ประเทศเม็กซิโก หัวหน้าคณะผู้แทนไทย คือ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข นายเทอดพงศ์ ไชยพันธ์ และอีก 10 ปีต่อมาในปี ค.ศ. 1994 (พ.ศ. 2537) มีการประชุมประชากรครั้งที่ 5 เรียกว่า ICPD หัวหน้าคณะผู้แทนไทยครั้งนี้ คือ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ดร. อาทิตย์ อุไรรัตน์ เป็นหัวหน้าคณะผู้แทนประเทศไทย

การประชุม ICPD ครั้งนี้แตกต่างจากการประชุมครั้งก่อนๆ สรุปได้ดังนี้คือ เรื่องประชากรได้รับการพิจารณาในแง่ที่กว้างขวางมากขึ้น ขอบเขตในเรื่องประชากรไม่ได้จำกัดแต่เรื่องวางแผนครอบครัว เรื่องการเกิด การตาย การย้ายถิ่น แต่ครอบคลุมถึงเรื่องประชากรกับการพัฒนา ประชากรกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต เน้นเรื่องเพศหญิง การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์

ในการประชุม ICPD ได้สรุปข้อเสนอที่เรียกว่า แผนปฏิบัติการ หรือ Programme of Action แบ่งออกเป็น 16 บท มีข้อเสนอแนะทางปฏิบัติ 244 ข้อ และใน 16 บทนี้ แบ่งออกได้ดังนี้ (นิพนธ์ เทพวัลย์. 2540 : 13)

1. อารัมภบท
2. หลักการ 15 ข้อ
3. ความสัมพันธ์ระหว่างประชากร การขยายตัวทางเศรษฐกิจและการพัฒนาที่ยั่งยืน ให้ความสำคัญต่อการลงทุนด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์
4. ความเท่าเทียมทางเพศ ความเสมอภาค และการให้อำนาจแก่เพศหญิง
5. ครอบครัว นโยบายเน้นการสนับสนุนครอบครัว และสถานภาพผู้หญิงในครอบครัว
6. การเพิ่มประชากรและโครงสร้างทางประชากร โดยแก้ไขการเพิ่มประชากร พิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างระดับภาวะเจริญพันธุ์และภาวะการตาย เน้นโครงสร้างทางประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้สัดส่วนของผู้สูงอายุสูงขึ้น รัฐควรมีระบบประกันสังคมแก่ผู้สูงอายุ
7. สิทธิการเจริญพันธุ์และอนามัยการเจริญพันธุ์ (Reproductive Rights and Reproductive Health) สิทธิของครอบครัวและของแต่ละบุคคลที่จะได้รับข่าวสารข้อมูล และสามารถตัดสินใจอย่างอิสระ สิทธิที่จะได้รับบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ดังนั้นประเทศต่างๆ ควรให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์แก่คนทุกวัย โดยผ่านระบบสาธารณสุขมูลฐาน ไม่ช้ากว่าปี ค.ศ. 2015 (พ.ศ. 2558) ซึ่งรวมถึงการให้คำปรึกษาด้านการวางแผนครอบครัว การให้บริการวางแผนครอบครัว การดูแลก่อนคลอด การคลอดที่ปลอดภัย การดูแลหลังคลอด และการทำแท้ง ควรกำหนดให้

ผู้ชายเข้ามามีบทบาทในการวางแผนครอบครัว มีความรับผิดชอบในการเลี้ยงดูบุตร การทำงานนอกบ้าน และการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โครงการอนามัยการเจริญพันธุ์ ยังรวมเรื่องของโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วมด้วย

8. สุขภาพอนามัย ภาวะเจ็บไข้ และภาวะการตาย โดยตั้งเป้าหมายที่จะให้อายุขัยโดยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดมากกว่า 70 ปี ในปี ค.ศ. 2005 (พ.ศ. 2548) และเกิน 75 ปี ในปี ค.ศ. 2015 (พ.ศ. 2558) ประเทศที่มีอัตราการตายสูงสุดควรมีเป้าหมายให้อายุขัยโดยเฉลี่ยของประชากรเกิน 65 ปี ค.ศ. 2005 (พ.ศ. 2548) และเกิน 70 ปีในปี ค.ศ. 2015 (พ.ศ. 2558) โดยเน้นส่งเสริมเรื่องการให้นมมารดาแก่บุตร ลดอัตราการทำแท้งด้วยการปรับปรุงขยายบริการวางแผนครอบครัว ในเรื่องโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ควรมุ่งให้มีการตระหนักเรื่องพฤติกรรมทางเพศ

9. การกระจายตัวประชากร ความเป็นเมือง และการย้ายถิ่น ในเพศเน้นการปรับปรุงโครงการขั้นพื้นฐาน

10. การย้ายถิ่นระหว่างประเทศ ควรมีนโยบายที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานของผู้ย้ายถิ่น

11. ประชากร การพัฒนา และการศึกษา สนับสนุนให้มีการศึกษาเท่าเทียมกันทั้งชายและหญิง

12. เทคโนโลยี การวิจัย และการพัฒนา รัฐควรเสริมสร้างประสิทธิภาพในการเก็บข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา ติดตามถึงแนวโน้มด้านประชากร การฉายภาพทางประชากร (Population Projections) ในด้านการวิจัยอนามัยการเจริญพันธุ์ ควรส่งเสริมการวิจัยด้านชีวการแพทย์เกี่ยวกับวิธีกุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย โดยเฉพาะการพัฒนาวิธีกุมกำเนิดสำหรับผู้ชาย งานวิจัยด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์

13. การปฏิบัติการ National Action เป็นการกำหนดปฏิบัติการให้บรรลุเป้าหมาย

14. การร่วมมือระหว่างประเทศ จะมีการสนับสนุนในด้านใด

15. การมีส่วนร่วมของภาคเอกชน เน้นบทบาทและความร่วมมือ

16. การติดตามผลจากการประชุม ICPD

ในส่วน 4 บทสุดท้าย (13 – 16) เป็นเรื่องการนำเสนอแนะมาใช้ในทางปฏิบัติ

จากการที่ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่เข้าร่วมประชุม ครั้งหลังสุด พ.ศ. 2537

ได้รับแผนปฏิบัติการมาเพื่อกำหนดทิศทาง ในการพัฒนาคุณภาพประชากรให้สอดคล้องกับข้อตกลงดังกล่าว บทที่ 7 ถูกยกให้เป็นประเด็นสำคัญ คือ “ อนามัยการเจริญพันธุ์ : Reproductive Health ” และได้มีข้อเสนอแนะว่าประเทศต่างๆ ควรจัดให้มีบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ครบวงจร และเหมาะสมแก่ประชาชนทุกเพศทุกวัย โดยผสมผสานไปกับงานวางแผนครอบครัวด้วยวิธีการสาธารณสุขมูลฐานภายในปี ค.ศ. 2015 (พ.ศ. 2558) หรือเร็วกว่านั้น ซึ่งในปัจจุบันงานวางแผน

ครอบครัวของประเทศไทยได้ดำเนินมาถึงจุดสุดยอดแห่งความสำเร็จเป็นที่น่าพอใจ และยอมรับกันทั่วโลกโดยสามารถลดอัตราการเพิ่มของประชากรจนมีอัตราการเจริญพันธุ์รวมยอด (Total Fertility Rate : TFR) เท่ากับระดับทดแทนการเกิด (Replacement Level) ซึ่งเกิดจากช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 – 2539) ได้กำหนดให้อัตราคุมกำเนิดเพิ่มเป็นร้อยละ 77 ในปี พ.ศ. 2539 โดยมุ่งที่จะใช้อัตราส่วนร้อยละของกลุ่มสมรสที่ใช้วิธีคุมกำเนิดแบบถาวรเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 29.20 ในปี พ.ศ. 2530 เป็นร้อยละ 34 ในปี พ.ศ. 2539 โดยมีเป้าหมายในการลดอัตราการมีบุตรคนแรกของเพศหญิงที่เคยสมรสและมีอายุต่ำกว่า 20 ปี ได้ลดลงจากร้อยละ 14.10 เป็นร้อยละ 10 ภายในช่วงเวลาดังกล่าว ปัจจุบันโครงการวางแผนครอบครัวสามารถธรรมาธิให้กลุ่มสมรสที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ใช้วิธีคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่งได้ถึงร้อยละ 75.10 และอัตราการเจริญพันธุ์รวมเท่ากับ 19.50 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2540 : 10 ; อ้างอิงมาจาก สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. 2538) ซึ่งในปัจจุบันอัตราการเจริญพันธุ์ลดลง เท่ากับ 1.90 ข้อมูล ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2543 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2543) ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขนับจากทศวรรษนี้ต่อไปข้างหน้าจะพัฒนากระดับคุณภาพชีวิตของประชากรไทย ให้ก้าวไปสู่ขั้นสูงสุดให้มีภาพลักษณ์สุขภาพที่พึงประสงค์ ดังได้กำหนดไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8

กระทรวงสาธารณสุข จึงได้วางแผนดำเนินงาน แนวทางและกลยุทธ์ รวมทั้งปรับปรุงองค์กรให้เหมาะสมเพื่อรองรับแผนปฏิบัติการด้านประชากรของ ICPD โดยได้ปรับเปลี่ยนโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติให้ครอบคลุมงานประชากร และปรับเปลี่ยนกองวางแผนครอบครัวเป็นกองวางแผนครอบครัวและพัฒนาประชากรขึ้นในกรมอนามัย รับผิดชอบดำเนินงานด้านนี้โดยมุ่งเน้นงานอนามัยการเจริญพันธุ์ และงานอื่นๆ ที่เป็นองค์ประกอบของงานอนามัยการเจริญพันธุ์ และร่วมกับหน่วยงานอื่นที่รับผิดชอบของแผนปฏิบัติการนี้ เพื่อช่วยส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชนทุกเพศทุกวัยได้อย่างครบถ้วนตั้งแต่เกิดจนตาย พร้อมทั้งพัฒนาคนแบบองค์รวมพร้อมกันทุกด้าน เพื่อที่คนจะสามารถไปพัฒนาด้านอื่นๆ ได้อย่างยั่งยืน

ความหมายของอนามัยการเจริญพันธุ์

มีผู้ให้ความหมายของอนามัยการเจริญพันธุ์ ดังนี้

อนามัยการเจริญพันธุ์ แปลมาจากคำว่า “ Reproductive Health ” ซึ่งเป็นคำที่ใช้ในวงการแพทย์และสาธารณสุขมานานแล้วจากการประชุมระหว่างประเทศ

การเจริญพันธุ์ แปลมาจากคำว่า Reproductive อาจมองเฉพาะ Fertility (การมีบุตร) แต่จริงๆ แล้วจะเป็นการสืบแทนพันธุ์ในช่วงหนึ่ง (ถ้าสืบพันธุ์จะแคบอยู่เฉพาะคำว่า Intercourse) คือมีการทดแทนหรือมีการสืบทอดเผ่าพันธุ์ (Generation) ใหม่ขึ้นมาทดแทนซึ่งขบวนการทั้งหมด

เป็นการมองมุมกว้าง และใจความหนึ่งในความหมายของ Reproductive Health Is A State of Complete Physical, Mental and Social Well – being and not Merely the Absense of Disease or Infirmary in All Matter Relating to the Reproductive System and to it Function and Process ที่รวมถึง Social Well – being นั้นเป็นจุดทันสมัยสอดคล้องกับแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 ที่เน้น การพัฒนาคน พัฒนาคุณภาพชีวิต และให้มนุษย์อยู่ร่วมกันในสังคมอย่างมีความสุข ดังนั้น อนามัยการเจริญพันธุ์จึงหมายถึงภาวะความสมบูรณ์ แข็งแรงของร่างกาย และจิตใจที่เป็นผลสัมฤทธิ์ อันเกิดจากระบวนการและหน้าที่ของการเจริญพันธุ์ที่สมบูรณ์ทั้งชายและหญิง ทุกช่วงอายุของชีวิต ที่จะทำให้คนเหล่านั้นมีชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ยังสอดคล้องกับร่างรัฐธรรมนูญที่สมาชิก สภาร่างรัฐธรรมนูญ (ส.ส.ร.) ได้ร่างไว้ถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และแฝงความหมายในตัวเองในแง่สิทธิที่จะได้รับรู้ และได้รับบริการในเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ทั้งหมด (อภิชาติ จำรัสสุทธิรังศรี, 2540 : 65)

อนามัยการเจริญพันธุ์ (Reproductive Health) หมายถึงภาวะความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายและจิตใจ ที่เป็นผลสัมฤทธิ์อันเกิดจากระบวนการและหน้าที่ของการเจริญพันธุ์ที่สมบูรณ์ของชีวิต ซึ่งทำให้เขาเหล่านั้นมีชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข (กองวางแผนครอบครัว และ ประชากร, กรมอนามัย, 2540 : 20)

อนามัยการเจริญพันธุ์ (Reproductive Health) หมายถึงการที่บุคคลมีความพึงพอใจในการมีความสัมพันธ์ทางเพศที่ปลอดภัย มีความสามารถมีบุตรได้ สามารถควบคุมภาวะเจริญพันธุ์ของตนเอง โดยมีความอิสระในการตัดสินใจในจำนวนบุตรและระยะห่างของบุตรของตนเองได้ ทั้งชายและหญิงมีสิทธิในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและเข้าถึงบริการวางแผนครอบครัว โดยสามารถใช้วิธีก่อนการมีเพศสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพ ค่าใช้จ่ายพอสมควรและเป็นที่ยอมรับ รวมทั้งมีทางเลือกอื่นสำหรับการควบคุมภาวะเจริญพันธุ์ที่ไม่ผิดกฎหมาย นอกจากนั้นยังมีสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมให้เพศหญิงมีการตั้งครรภ์ และคลอดอย่างปลอดภัย ได้ทารกที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2541 : 7 ; อ้างอิงมาจาก WHO, 1997)

จากความหมายที่กล่าวมาแล้วสรุปได้ว่าอนามัยการเจริญพันธุ์หมายถึงภาวะความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายและจิตใจที่เป็นผลสัมฤทธิ์อันเกิดจากระบวนการและหน้าที่ของการเจริญพันธุ์ที่สมบูรณ์ของชายและหญิง ทุกช่วงอายุของชีวิต โดยมีความอิสระในการตัดสินใจเพื่อการส่งเสริมสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสมเพื่อมีชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

นโยบายอนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย

สำหรับประเทศไทย กองวางแผนครอบครัวและประชากร กรมอนามัย กระทรวง

สาธารณสุข ได้กำหนดนโยบายอนามัยการเจริญพันธุ์ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544) ไว้ดังนี้ คือ

นโยบายอนามัยการเจริญพันธุ์ คือ คนไทยทุกคนทั้งชายและหญิง ทุกกลุ่มอายุจะต้องมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่สมบูรณ์ มีภาวะการเจริญพันธุ์ที่ดี มีการวางแผนการมีบุตรอย่างเหมาะสม เด็ก เยาวชน เพศหญิง ผู้ที่อยู่ในวัยแรงงาน และผู้สูงอายุ จะต้องได้รับการส่งเสริมและพัฒนา ให้มีสุขภาพอนามัยดี เพื่อให้ทุกๆคนมีครอบครัวที่อบอุ่น มีความเสมอภาค และมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของสังคมอย่างเท่าเทียมกัน

การดูแลเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ ควรประกอบด้วย

1. การให้คำปรึกษาการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์และการให้บริการเรื่องวางแผนครอบครัว
 2. การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ และการให้บริการดูแลก่อนคลอด การคลอดที่ปลอดภัย การดูแลหลังคลอด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การดูแลสุขภาพสตรีและทารก
 3. การป้องกันและรักษาภาวะมีบุตรยาก
 4. การป้องกันการแท้ง และการดูแลหลังแท้ง
 5. การป้องกันและรักษาการติดเชื้อ และภาวะผิดปกติอื่นๆ ในระบบสืบพันธุ์รวมทั้งโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์
 6. การส่งเสริมความเสมอภาคด้านเด็กและเยาวชน
 7. การให้คำปรึกษา เผยแพร่ให้ความรู้ให้ข้อมูลอย่างเหมาะสมในเรื่องเพศศึกษา อนามัยการเจริญพันธุ์ และการเป็นพ่อแม่ที่รับผิดชอบ
 8. การส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตแก่หญิงวัยหลังหมดประจำเดือนและผู้สูงอายุ ตามแผนการปฏิบัติการดังที่กล่าวมา ทำให้เห็นถึงขอบเขตของงานอนามัยการเจริญพันธุ์ กว้างขวางและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ดังนั้น กรมอนามัยซึ่งเป็นหลักในการดำเนินงานจึงได้แนวคิดจากแผนปฏิบัติการ และได้กำหนดขอบเขตของงานอนามัยการเจริญพันธุ์ ดังนี้ คือ
1. การวางแผนครอบครัว
 2. การอนามัยแม่และเด็ก
 3. ภาวะการมีบุตรยาก
 4. การแท้งและภาวะแทรกซ้อน
 5. โรคติดต่อทางระบบสืบพันธุ์ และเอดส์
 6. เพศศึกษา
 7. มะเร็งระบบสืบพันธุ์
 8. อนามัยวัยรุ่น
 9. ภาวะหลังวัยเจริญพันธุ์และผู้สูงอายุ

จากขอบเขตของงานอนามัยการเจริญพันธุ์ทั้ง 9 งานที่กล่าว ผู้วิจัยสนใจศึกษาเฉพาะใน ส่วนของภาวะหลังวัยเจริญพันธุ์ ซึ่งเป็นช่วงอายุที่มีความสำคัญของชีวิตเนื่องจากเป็นวัยที่มีการ เปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ไปสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ ดังนั้นใน วัยนี้จึงควรมีความพร้อมที่จะเผชิญต่อปัญหา เข้าใจสุขภาพของตนเอง และให้การดูแลอนามัยการ เจริญพันธุ์ของตนเองอย่างเหมาะสม

วัยหลังเจริญพันธุ์ (Post Reproductive Age)

เพื่อความเข้าใจที่ดียิ่งขึ้นจึงขอกล่าวถึงคำที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

วัยเจริญพันธุ์ หมายถึงวัยที่สามารถมีบุตรได้ ประเทศส่วนใหญ่มักจะถือว่าอายุ 15- 49 ปี เป็นช่วงวัยที่สามารถมีบุตรได้ของเพศหญิง (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2541 : 7 ; อ้างอิง มาจาก สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. ม.ป.ป.)

วัยเจริญพันธุ์ คือวัยที่อยู่ในวัยสามารถมีบุตรได้ ในประเทศไทยถือว่าอายุ 15 - 44 ปี เป็นช่วงวัยที่สามารถมีบุตรได้ของเพศหญิง (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2541 : 7 ; อ้างอิง มาจาก สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. ม.ป.ป.)

วัยปลายเจริญพันธุ์ หมายถึง วัยที่เพศหญิงมีอายุ 40 ปีขึ้นไป อาจจะมีอาการผิดปกติต่างๆ เกิดขึ้นได้ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ อันเป็นผลเนื่องมาจากการขาดสมดุลระหว่างฮอร์โมน เพศทั้ง 2 ชนิด คือ เอสโตรเจน (Estrogen) และโปรเจสเตอโรน (Progesterone) หรือจากการ หยุดผลิตฮอร์โมนโดยสิ้นเชิงของรังไข่ การเปลี่ยนแปลงในระยะนี้อาจเร่งความเสื่อมของร่างกาย โดยทั่วไป บั่นทอนความสามารถในการประกอบกิจการงานและมีชีวิตที่ด้อยคุณภาพ ความรู้ เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะทำให้ผู้หญิงสามารถช่วยตัวเอง หรือสามารถแสวงหาความ ช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาได้ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพและสามารถประกอบ กิจการงานได้เต็มที่ตามศักยภาพที่มีอยู่ (นิกร คูสัตติน. 2539 : 55 - 64)

สำหรับวัยหลังเจริญพันธุ์ มีความหมายที่กว้าง ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของวัยหลังเจริญพันธุ์ ไว้หลายความหมาย มีดังนี้

วัยหลังเจริญพันธุ์ หมายถึง วัยหมดระดู คือหญิงที่มีภาวะการหมดประจำเดือนตาม ธรรมชาติ (ประจำเดือนขาดหายไปเกิน 12 เดือน) อายุตั้งแต่ 45 - 59 ปี หรือการหมดประจำเดือน โดยการใช้ยาคุมกำเนิดออกไป (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2541 : 21)

วัยหลังเจริญพันธุ์ คือวัยที่พ้นวัยเจริญพันธุ์ เริ่มมีความบกพร่องในหน้าที่ของอวัยวะที่ เกี่ยวกับการเจริญพันธุ์ มีการลดระดับของฮอร์โมนเพศ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตาม กลุ่มอาการต่างๆ เช่น อาการหงุดหงิด ซึมเศร้า ความจำเสื่อมไม่มีสมาธิ อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ร้อนวูบวาบตามร่างกาย (Hot Flushes) เหงื่อออกเป็นครั้งคราว และมีความบกพร่องในบทบาท

ทางเพศ ทั้งนี้เป็นเพราะมีการเสื่อมหน้าที่ของรังไข่ในหญิง และชายมีการเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะ
 อากาศที่ปรากฏ พบว่า เพศหญิงมีอาการมากกว่าในเพศชาย นอกจากนี้ยังมีผู้ขนานนามว่า
 “วัยทอง” หรือเรียกว่า “Menopause” ในหญิง “Andropause” ในชาย (หะทัย เทพพิสัย และ
 อรุษา เทพพิสัย. 2542 : 1) หรือเป็นวัยหมดประจำเดือน (Climacteric) ตามคำจำกัดความของ
 องค์การอนามัยโลก หมายถึงระยะเวลาก่อนหมดประจำเดือนจนถึงภายหลังหมดประจำเดือนไปแล้ว
 อย่างน้อย 1 ปีในหญิง ปรากฏการณ์หนึ่งที่สำคัญในช่วงเวลาดังกล่าวคือ การหมดประจำเดือน
 ซึ่งโดยทั่วไปมักเกิดประมาณอายุระหว่าง 45 – 53 ปี ร้อยละ 50 ของเพศหญิงหมดประจำเดือน มี
 อายุระหว่าง 45 – 50 ปี ร้อยละ 25 หมดประจำเดือนก่อนอายุ 45 ปี และอีกร้อยละ 25 หมดอายุ
 หลัง 50 ปี (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2537 : 2; อ้างอิงมาจาก อรุษา เทพพิสัย. 2532)

วัยหลังเจริญพันธุ์ หมายถึง วัยหมดประจำเดือนในหญิง เป็นการสิ้นสุดของการมีประจำ
 เดือนจากรังไข่ไม่ทำงาน อาจเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติของร่างกาย (Natural Menopause) โดยเฉลี่ย
 ในหญิงไทยประมาณอายุ 48 ปี เมื่อมีประจำเดือนครั้งสุดท้ายเป็นที่ยอมรับว่าหญิงจะอยู่ในวัยหมด
 ประจำเดือนแน่นอน เมื่อไม่มีประจำเดือนติดต่อกัน เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี ซึ่งเป็นการนับ
 ย้อนหลังการหมดประจำเดือนในลักษณะนี้มักค่อยเป็นค่อยไป (วิสุทธ์ บุญเกษมสันติ. 2537 : 57)

วัยหลังเจริญพันธุ์ หมายถึง ช่วงของชีวิตที่เปลี่ยนแปลงจากวัยเจริญพันธุ์สู่วัยสูงอายุ
 เหตุการณ์ที่สำคัญในระบายนี้นี้ คือการทำงานของรังไข่จะค่อยๆ ลดลงจนหมดไป ซึ่งจะมีผลทำให้
 มีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีระของร่างกาย ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ
 อย่างมาก (อร่าม โรจนสกุล. 2533 : 8)

วัยหลังเจริญพันธุ์ หมายถึงการสิ้นสุดของการมีประจำเดือนซึ่งอาจค่อยเป็นค่อยไป หรือ
 อาจเกิดขึ้นทันทีก็ได้ (อรุษา เทพพิสัย. 2538 : 3)

จากการศึกษาถึงความหมายของวัยหลังเจริญพันธุ์ดังกล่าว ได้สรุปความหมายของวัยหลัง
 เจริญพันธุ์ไว้ดังนี้คือ วัยที่พ้นวัยเจริญพันธุ์ เริ่มมีความบกพร่องในหน้าที่เกี่ยวข้องกับการเจริญพันธุ์
 มีการลดระดับของฮอร์โมนเพศ ทำให้เกิดอาการเปลี่ยนแปลงผิดปกติไปจากเดิม ทั้งทางร่างกาย
 จิตใจ และอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงในระบายนี้นี้เร่งความเสื่อมของร่างกาย ทำให้เกิดปัญหาต่อการ
 ดำรงชีวิต มักปรากฏอาการในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งวัยหลังเจริญพันธุ์นี้อาจเรียกได้ว่า
 กลุ่มวัยทองในหญิง และชาย ซึ่งเฉลี่ยแล้วมักเริ่มในช่วงอายุ 45 ปีขึ้นไป

ปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์

องค์การอนามัยโลกและธนาคารโลก ได้วิเคราะห์ปัญหาความเจ็บป่วยเกี่ยวกับอนามัย
 การเจริญพันธุ์ที่เกี่ยวข้องในวัยหลังเจริญพันธุ์มีดังต่อไปนี้

1. การมีบุตรเมื่ออายุมากไป

2. สุขภาพเมื่อเข้าสู่วัยทองในหญิงและชาย
3. ความผิดปกติทางเพศ
4. โรคทางเพศสัมพันธ์ และเอดส์
5. มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ (มดลูก เต้านม ต่อมลูกหมาก)

1. การมีบุตรเมื่อมีอายุมากไป เป็นปัญหาสำคัญของวัยหลังเจริญพันธุ์ เนื่องจากเป็นวัยที่ไม่เหมาะสมของการตั้งครรภ์ ซึ่งปกติควรอยู่ในช่วงอายุไม่เกิน 35 ปี ผลกระทบที่ตามมาเมื่อเกิดการตั้งครรภ์มักพบว่ามีภาวะผิดปกติ มีภาวะเสี่ยง เกิดการแทรกซ้อนต่างๆขึ้นในขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดได้ ทำให้เด็กเกิดความพิการ มีโอกาสเสี่ยงต่อความผิดปกติของโครโมโซม ทำให้เกิดปัญญาอ่อน มีผลต่อสุขภาพของบุตรที่เกิดมาซึ่งเป็นภาระของสังคม ปัญหาในระยะคลอด ทำให้คลอดยากอันเนื่องจากขาดความแข็งแรงของร่างกาย กล้ามเนื้อต่างๆ ขาดความยืดหยุ่น ไม่มีลมเบ่งขณะคลอด การคลอดอาจต้องใช้หัตถการทางการแพทย์ช่วยเหลือ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น การหดตัวของมดลูกไม่ดีเท่าที่ควร อันเนื่องมาจากวัยนี้อาจมีการผ่านการคลอดมาหลายครั้งทำให้ตกเลือดภายหลังคลอดได้ ซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพและชีวิตของวัยนี้ ปัญหาบุตรที่เกิดมาหากมีความผิดปกติ ทำให้เกิดปัญหาแก่ครอบครัว และประเทศ ที่ต้องสูญเสียงบประมาณในการเป็นค่าดูแลรักษาพยาบาล ทำให้รัฐไม่สามารถนำงบประมาณไปพัฒนาประเทศได้อย่างเต็มที่

2. สุขภาพเมื่อเข้าสู่วัยทองในหญิง และชาย พบว่า วัยหลังเจริญพันธุ์มักประสบปัญหาการเปลี่ยนแปลงของวัย ซึ่งพบว่า เกิดในหญิงมากกว่าชาย ปัญหาที่เกิดขึ้นต่างๆ ดังจะกล่าวรายละเอียดในหน้า 22 – 31

3. ความผิดปกติทางเพศ เมื่อก้าวถึงปัญหาสุขภาพทางเพศ หมายถึง Sexual Health มีความหมายครอบคลุมถึงความพอใจในชีวิตทางเพศสัมพันธ์ที่ปราศจากความรุนแรง ปราศจากความกลัว และปราศจากความเจ็บปวดที่ไม่จำเป็น และยังรวมถึงการมีสัมพันธ์ทางเพศที่มีความเอื้ออาทรต่อกัน สุขภาพทางเพศจึงเป็นบูรณาการของความรู้สึก อารมณ์ สติปัญญา และสังคมที่จะช่วยกันก่อให้เกิดความรู้สึกในทางบวก รวมทั้งช่วยเสริมบุคลิก การสื่อสาร และความรักระหว่างบุคคล (Pimpawun, 1997 ; citing WHO, 1975 ; UN, 1994 ; Hardon, 1995)

ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ในวัยหลังเจริญพันธุ์ อาจเกิดขึ้นเมื่อเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนเพศ มีการลดระดับของฮอร์โมนเอสโตรเจนในเพศหญิง และเอนโดรเจนในชาย ทำให้ระบบอวัยวะสืบพันธุ์เปลี่ยนไปจากวัยเจริญพันธุ์ พบว่า ผู้หญิงในวัยนี้ส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมทางเพศเปลี่ยนแปลงไปในทางลดน้อยลงหรือไม่มีความต้องการเลยในบางราย ซึ่งทำให้เกิดปัญหาภายในครอบครัวและนำไปสู่การหย่าร้างเนื่องจากสามีไปมีความสัมพันธ์กับหญิงอื่นแทนในปัจจุบันพบว่า ปัญหาของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เกิดจากการสำส่อนทางเพศมีคู่่นอนหลายคน ดังนั้นในส่วนของงานอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เกี่ยวกับบทบาททางเพศจึงพยายามที่จะส่งเสริมให้ชายได้เข้า

มา มีบทบาท และมีส่วนร่วมรับผิดชอบด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของตนเอง ต้องมีความรับผิดชอบในการป้องกันการแพร่เชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และควรให้การดูแลรับผิดชอบต่อสวัสดิภาพของคู่ครองและลูกหลานในครอบครัวของตนด้วย (ภัสสร ลิมานนท์. 2542 :10 ; อ้างอิงมาจาก UNFPA. 1994) ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามมาจากการสรุปของภัสสร ลิมานนท์ (2542 : 14) มีดังนี้

- ปัญหาวัยหมดระดู
- ปัญหาการถูกทอดทิ้ง ความเหงา
- การขาดธาตุอาหารที่ร่างกายต้องการ
- ปัญหาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสูงอายุ

4. โรคทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ ในปัจจุบันเมื่อมีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ (AIDS) อย่างรุนแรง สาเหตุมาจากมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ถูกต้อง ขาดการตระหนักไม่มีการป้องกัน มักพบว่าชายวัยหลังเจริญพันธุ์ส่วนใหญ่เริ่มมีความพร้อมในชีวิตครอบครัวประกอบกับเริ่มมีปัญหาทางเพศสัมพันธ์กับภรรยาที่เข้าสู่วัยหลังเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ จึงมักไปมีความสัมพันธ์ทางเพศกับหญิงอื่นนอกบ้าน ซึ่งบางรายอาจมีการเลี้ยงดูหญิงในขณะเดียวกันหลายๆ คน ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดต่อโรคทางเพศสัมพันธ์ได้อย่างรวดเร็วมากยิ่งขึ้น

องค์การอนามัยโลกได้คาดประมาณว่าในปัจจุบันการแพร่ระบาดของ HIV ในภูมิภาคเอเชียเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วมาก โดยที่เมื่อถึงปี พ.ศ. 2543 จำนวนประชากรที่ติดเชื้อ HIV ประมาณร้อยละ 42 จะอาศัยอยู่ในภูมิภาคเอเชียและเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็วในผู้หญิง นอกจากการติดเชื้อ HIV แล้วพบว่า มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STDs) ในประเทศกำลังพัฒนาจำนวนมากซึ่ง พบว่าโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นปัญหา 1 ใน 5 ของปัญหาสำคัญด้านสุขภาพที่ประชากรต้องแสวงหาการรักษา กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่พบมากได้แก่ หนองใน (Gonorrhoea) ซิฟิลิส (Syphilis) แผลริมอ่อน (Soft Chancre) หนองในเทียม (Non - Gonococcal Urethritis) และกามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง (Lymphogranuloma Venereum) ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาพบว่า มีผู้หญิงติดเชื้อซิฟิลิส (Syphilis) สูงมากประมาณ 10 - 100 เท่าของผู้หญิงในประเทศที่พัฒนาแล้ว และพบอัตราการติดเชื้อหนองในสูงมากเป็นประมาณ 10 - 15 เท่า ผู้หญิงที่ติดเชื้อจำนวนไม่น้อยที่ไม่มีอาการปรากฏจนถึงขั้นสุดท้ายที่ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อร่างกายอย่างถาวร หรือส่งผลกระทบต่อสุขภาพของวัยเจริญพันธุ์ และวัยหลังเจริญพันธุ์ (Bhassorn. 1997 ; citing AIDS Analysis Asia. 1995 ; Dadian. 1996)

ในปี พ.ศ. 2539 ในประเทศไทย พบว่า จำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับการรักษาในสถานบริการทั้งภาครัฐ และเอกชนจนถึงวันที่ 30 กันยายน 2540 มีผู้ป่วยโรคเอดส์ 70,013 ราย แยกเป็นเพศชาย 57,467 ราย เพศหญิง 12,546 ราย คิดเป็นอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 4.6 : 1 ในจำนวนนี้รายงานว่ามีเสียชีวิต 18,610 ราย (กองโรคเอดส์. 2540) จากปัญหาการติดเชื้อเรื้อรัง

ทางระบบสืบพันธุ์สามารถส่งผลกระทบต่อสรีรวิทยาทำให้เกิดมะเร็งของปากมดลูกได้ โดยเฉพาะในวัยหลังเจริญพันธุ์ที่เซลล์ต่างๆ ของร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงได้ง่าย (Pimpawun, 1997) การแพร่กระจายของโรคพบว่าเกิดจากพฤติกรรมทางเพศของผู้ชาย กล่าวคือผู้ชายจำนวนไม่น้อยสร้างภาวะเสี่ยงในกลุ่มสมรส มีการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เมื่อเริ่มไปมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่น เนื่องจากผู้หญิงเมื่อเข้าสู่วัยหลังเจริญพันธุ์มักมีปัญหาเรื่องการมีเพศสัมพันธ์จนผู้ชายต้องออกไปมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นนอกบ้านซึ่งเป็นภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อตามมา

5. มะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์ มะเร็งที่มีความสำคัญของวัยหลังเจริญพันธุ์ คือ มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมในเพศหญิง ส่วนผู้ชาย คือ มะเร็งของต่อมลูกหมาก พบว่า มะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามมักพบในผู้หญิงที่มีอายุระหว่าง 45 – 55 ปี อายุเฉลี่ยประมาณ 48 ปี (จตุพลศรีสมบุญ, 2540 : 72) จากอุบัติการณ์พบว่า มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ของผู้หญิงอันดับหนึ่ง คือ มะเร็งปากมดลูก อันดับสองคือ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูกในประเทศไทยพบมากที่จังหวัดเชียงใหม่ พบ 25.70 ต่อประชากร 100,000 คน กรุงเทพฯ พบ 18.50 ต่อประชากร 100,000 คน อายุที่พบมากระหว่าง 45 – 50 ปี พบร้อยละ 80 - 86.10 เป็นมะเร็งชนิดเยื่อบุผิว (Squamous Cell Carcinoma) (Chindavijak and Martin, 1999 : 56 – 59)

มะเร็งเต้านม มีอุบัติการณ์โดยภาพรวมทั้งประเทศ พบอัตราส่วน 16.30 คนต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งในกรุงเทพฯ พบอัตราส่วน 20.60 คน เชียงใหม่ 15.20 คน ลำปาง 15 คน สงขลา 11.50 คน ขอนแก่น 8.60 คนต่อประชากร 100,000 คน และพบว่าค่าเฉลี่ยของอายุที่เกิดมะเร็งเต้านมประมาณ 50 ปี (Somyos Decrasamee et al, 1999 : 53 – 55)

มะเร็งต่อมลูกหมาก เป็นมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ที่พบบ่อยในเพศชายวัยหลังเจริญพันธุ์ ซึ่งพบได้ในผู้ชายอายุ 50 ปีขึ้นไป จะมีการผิดปกติของการไหลของปัสสาวะขณะขับถ่าย ทำให้ปัสสาวะออกน้อยหรือปัสสาวะไม่ออก มะเร็งต่อมลูกหมากพบได้บ่อยมากในยุโรปและอเมริกา และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากกว่าผู้หญิงเสียชีวิตจากมะเร็งของเต้านม (ทะทัย เทพพิสัย และ อรุษา เทพพิสัย, 2542 : 61 ; อ้างอิงมาจาก Kalache, 1998) ซึ่งในประเทศไทยพบในเพศชายอายุ 50 ปี ร้อยละ 50 โดยมีอายุเฉลี่ย 50 ปีขึ้นไป และสาเหตุของการเสียชีวิตมีสถิติพบต่ำกว่าในแถบยุโรปและอเมริกา (Griffiths et al, 1998 : 625) จากการศึกษาของโรงพยาบาลพัทลุงพบอัตราการเป็นมะเร็งของต่อมลูกหมากจำนวนร้อยละ 11.10 ของผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งในผู้ชาย (Sriplug et al, 1997 : 11)

การบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัย หลังเจริญพันธุ์

จากปัญหาและสถานการณ์อนามัยเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์ที่กล่าวมาข้างต้น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในส่วนของงานอนามัยวัยทำงานและผู้สูงอายุได้ให้บริการ การดูแล

อนามัยเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์โดยมีวัตถุประสงค์การดูแลสุขภาพดังนี้คือ

1. เพื่อให้ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์มีความรู้ ตระหนักถึงความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ ที่เป็นไปโดยธรรมชาติ ซึ่งจะต้องให้การเอาใจใส่อย่างระมัดระวัง
2. มีการดูแลและเอาใจใส่ในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการใช้เวลาว่างให้มีประโยชน์
3. มีพฤติกรรมอนามัยหลังวัยเจริญพันธุ์ที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ
4. ส่งเสริมให้มีการรวมกลุ่มหรือตั้งชมรม เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์และมีการปรึกษาหารือปัญหาซึ่งกันและกัน

มาตรฐานการดูแลอนามัยวัยเจริญพันธุ์ ประกอบด้วย

1. มีความรู้ เจตคติ และปฏิบัติตนหลังวัยเจริญพันธุ์ที่ถูกต้อง
2. รับบริการตรวจสุขภาพ
 - 2.1 ในเพศหญิงมีการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อย 2 ปี / ครั้ง และในเพศชายมีการตรวจวินิจฉัยความผิดปกติของต่อมลูกหมาก
 - 2.2 ในเพศหญิงมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพื่อหาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ได้รับการตรวจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อมีข้อสงสัย และได้รับการตรวจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขปีละ 1 ครั้ง
 - 2.3 ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และวัดความดันโลหิตอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
 - 2.4 ได้รับการตรวจเบาหวาน

กิจกรรมในการให้บริการ

1. การให้บริการตรวจสุขภาพ ได้แก่
 - 1.1 การซักประวัติตามแบบสอบถาม
 - 1.2 การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง
 - 1.3 การตรวจร่างกายทั่วไป ได้แก่
 - การชั่งน้ำหนัก
 - วัดส่วนสูง
 - วัดความดันโลหิต
 - 1.4 การตรวจเฉพาะที่ ได้แก่
 - การตรวจภายใน
 - การตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกในสตรี

๙ เมษายน
๖ ๖

- การตรวจเต้านม / สอนวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

1.5 ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่

- การตรวจเลือด
- ตรวจปัสสาวะ

1.6 การตรวจพิเศษ

- การตรวจคลื่นหัวใจ
- การถ่ายภาพรังสีปอด

1.7 อื่นๆ

2. การให้บริการด้านอื่นๆ

2.1 การส่งเสริมสุขภาพ

2.2 การให้คำปรึกษา

2.3 การสนทนากลุ่มผู้รับบริการ เพื่อการรักษาและแก้ไขปัญหา

2.4 การจัดกิจกรรมต่างๆ ได้แก่

- จัดให้มีกิจกรรมการออกกำลังกาย และแนวทางวิธีการออกกำลังกาย
- การแนะนำอาหารที่ถูกต้อง
- การจัดนิทรรศการ
- การเผยแพร่ความรู้ต่างๆ เช่น เอกสารแผ่นพับ โปสเตอร์ การฉายวิดีโอ

วิทยุกระจายเสียง และหอกระจายข่าว

3. การให้สุขภาพศึกษา

3.1 เป็นรายบุคคล

3.2 เป็นรายกลุ่มโดยการบรรยาย การสาธิตและการฝึกปฏิบัติ

3.3 การแจกคู่มือสุขภาพและเอกสารแผ่นพับต่างๆ

3.4 การจัดบรรยายพิเศษ

ปัญหาสุขภาพในวัยหลังเจริญพันธุ์

เนื่องจากวัยหลังเจริญพันธุ์ เป็นวัยที่มีความบกพร่องในหน้าที่ที่เกี่ยวกับการเจริญพันธุ์ ทำให้เกิดอาการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางที่เสื่อมถอย บั่นทอนต่อสุขภาพ ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้เกิดปัญหาต่อการดำรงชีวิต อาการที่เกิดขึ้น ได้แก่ อาการระยะสั้น (Short Term) และอาการภายหลัง (Long Term) อาการระยะสั้นนั้นอาจทำให้มีอาการชั่วคราว ชั่วคราว แต่อาการภายหลัง (Long Term) นั้นใช้เวลาหลายปีกว่าจะแสดงอาการให้เห็น

แม้ว่าผู้หญิงในวัยนี้จะมีอาการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) ทุกคน แต่

อาการผิดปกติอาจจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล โดยเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ลักษณะส่วนบุคคล การดำรงชีวิต เศรษฐฐานะ สภาพแวดล้อมทั้งในครอบครัวและสังคม เป็นต้น เช่น ในคนอ้วนจะมีการเปลี่ยนแปลงของแอนโดรเจน (Androgen) ที่ไขมันไปเป็นเอสโตรเจน (Estrone) มากกว่าในคนผอม และในคนอ้วนมีระดับของ Sex hormone binding globulin ต่ำ ทำให้ฮอร์โมนเพศอิสระสูงขึ้น ผู้หญิงวัยนี้ที่อ้วนจึงมีโอกาสเกิดความผิดปกติของการมีประจำเดือน และเยื่อโพรงมดลูกหนาตัวน้อยกว่าคนผอม ส่วนในคนผอมจะเกิดอาการขาดเอสโตรเจน (Estrogen) มากกว่าคนอ้วน เป็นต้น ถึงแม้ว่าจะเป็น การเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของร่างกายที่เป็นไปตามวัย แต่ก็สามารถทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตสังคม ปัญหาที่พบบ่อย มีดังนี้

1. อาการวัยหมดระดู (Menopause Syndrome) เป็นกลุ่มอาการอาจพบได้ในหญิงและชายซึ่งเข้าสู่ระยะ (Climacteric) เกิดจากการระดับเอสโตรเจนลดต่ำลง และเป็นอาการของการขาดเอสโตรเจนที่เป็นอาการระยะสั้น (Short Term) ทำให้สตรีมีอาการชั่วคราว (กอบจิตต์ ลิมปยอม และอรณพ ไชสำราญ. 2537) และการขาดฮอร์โมนแอนโดรเจน (Androgens) ทำให้เกิดกลุ่มอาการในผู้ชาย อายุ 50 ปีขึ้นไป มีความบกพร่องในบทบาททางเพศจาก Andrology Workshop ของ Austrian Urology Society ในปี ค.ศ. 1994 ที่ประชุมลงความเห็นว่าเป็น “ PADAM ” (Partial Androgen Deficiency of Aging Male) เป็นอีกชื่อหนึ่งที่เหมาะสมในการสื่อความหมายของภาวะฮอร์โมนเพศลดลงในกลุ่มวัยหลังเจริญพันธุ์ (หะทัย เทพพิสัย และอุรุษา เทพพิสัย. 2542 :1) ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นมีดังต่อไปนี้

1.1 อาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ (Vasomotor Symptoms) เป็นอาการที่พบบ่อยมากโดยเฉพาะในเพศหญิง เป็นอาการเฉพาะที่บ่งบอกว่าเข้าสู่วัยหลังเจริญพันธุ์ เริ่มแสดงอาการของการเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนในผู้หญิง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะมีการขยายตัวและหดตัวของหลอดเลือด โดยทำให้มีอาการ 3 อย่างเกิดขึ้น ได้แก่ อาการร้อนวูบวาบ (Hot Flushes) อาการร้อนผ่าว (Hot Flash) และเหงื่อออกกลางคืน (Night Sweats) การเกิดอาการร้อนวูบวาบในรายเพศชายมักพบบ่อยเท่าที่กับเกิดในเพศหญิง แต่จะพบในชายที่ถูกตัดอวัยวะออกทั้ง 2 ข้าง เพราะมีการขาดฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (Testosterone) อย่างกระทันหัน อาการร้อนวูบวาบที่เกิดขึ้นจะเริ่มมีการไหลเวียนของเลือดที่มีมาอย่างรวดเร็วและทรงตัวอยู่ 2 – 3 นาที แล้วจึงค่อยๆ ลดลงสู่ปกติพร้อมกันนี้จะพบว่ามีการไหลเวียนของเลือดที่แขน (Forearm) เพิ่มขึ้นเล็กน้อย และชีพจรเร็วขึ้นแต่ไม่มากนัก สำหรับในผู้หญิงอาการจะรุนแรงกว่า และใช้เวลามากกว่าผู้ชายเล็กน้อย ดังนั้นจึงมีอาการหนาวสั่นหลังอาการร้อนวูบวาบสิ้นสุดลง และมีเหงื่อออกซึ่งถ้าเกิดขึ้นในเวลากลางคืนอาจรบกวนการนอนหลับ

จากการศึกษาพบว่า อาการร้อนวูบวาบเป็นอาการหนึ่งที่ยังบ่งบอกว่ามีการรบกวนต่อระบบไหลเวียนของเลือด (Cardiovascular Homeostasis) ซึ่งจะเกิดทั้ง 2 เพศ และยังคงพบว่าผู้หญิงที่มี

อาการร้อนวูบวามมีแนวโน้มที่จะเกิดความดันโลหิตสูง (Hypertension) และโรคเกี่ยวกับหลอดเลือด (Cardiovascular Disease) ได้มากกว่าผู้หญิงที่ไม่มีอาการ Hot Flushes (หะทัย เทพพิสัย และอุรษา เทพพิสัย. 2542 : 49)

สำหรับสาเหตุการเกิดอาการร้อนวูบวามนั้นยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด แต่มีผู้ตั้งสมมติฐานไว้หลายประการ ดังนี้

1. อาการร้อนวูบวามมีสาเหตุมาจากการหลั่งเป็นช่วงๆ และการที่มีระดับของลูทีไนซิงฮอร์โมน (Luteinizing Hormone : LH) สูง โดยแคสเปอร์ และคณะ (Casper et al. 1979 : 823 – 825) ได้ทำการศึกษาวัดอุณหภูมิของร่างกายที่ผิวหนังบริเวณเนื้วชี้ พบว่า ขณะที่มีอาการร้อนวูบวาม อุณหภูมิร่างกายจะเพิ่มขึ้น 0.7 องศาเซลเซียส และพบว่าอาการดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับระดับลูทีไนซิงฮอร์โมนในเลือด ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการศึกษาของแคส (Kase. 1981 : 285 - 294) ด้วย แต่ในปัจจุบันสมมติฐานนี้ไม่เป็นที่ยอมรับแล้วเนื่องจากในสมองเสียน้ำที่ไปก็ยังมีอาการร้อนวูบวาม

2. อาการร้อนวูบวามเกิดจากการมีระดับเอสโตรเจน (Estrogen) ต่ำ กล่าวคือ มีหลักฐานแน่ชัดว่า อาการร้อนวูบวามมีความสัมพันธ์กับการค่อยๆลดปริมาณการสร้างเอสโตรเจนในสภาวะหมดประจำเดือน เซอร์แมน และคณะ (Sherman et al. 1990 : 201 – 208) ได้ทำการศึกษา พบว่าอาการร้อนวูบวาม พบร้อยละ 94 ในการหมดประจำเดือนเนื่องจากการผ่าตัด (Surgical Menopause) ซึ่งมีการลดลงของเอสโตรเจนอย่างรวดเร็วแต่พบเพียงร้อยละ 67.60 เท่านั้น ในการหมดประจำเดือนตามธรรมชาติ (Natural Menopause) ซึ่งมีการลดระดับเอสโตรเจนอย่างช้าๆ

3. อาการร้อนวูบวามเกิดจากความผิดปกติของระบบอัลฟาอดรีเนอร์จิก (Alpha Adrenergic System) กล่าวคือ ถ้ามีการสูญเสียอย่างกะทันหันของระบบการทำให้เส้นเลือดฝอยหดตัว (Peripheral Alpha Adrenergic Vasoconstrictor Tone) จะทำให้เกิดอาการร้อนวูบวามขึ้นได้

4. อาการร้อนวูบวามเกิดจากการมีปฏิริยาต่อกัน ระหว่างเอสโตรเจน (Estrogen) แคตตีโคลามีน (Catecholamine) และเอ็นโดฟิน (Endorphines) โดยพบว่า ขณะที่อาการร้อนวูบวามเอสโตรเจนและแคตตีโคลามีนมีระดับต่ำ ส่วนเอ็นโดฟินมีระดับสูง

จากสมมติฐานทั้ง 4 ข้อ ในปัจจุบันเชื่อว่าอาการร้อนวูบวามมีความสัมพันธ์กับการลดระดับของเอสโตรเจนมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากการให้เอสโตรเจนเพื่อการรักษาผู้ป่วย พบว่า อาการทุเลาลงเกือบทุกราย

วัยหลังเจริญพันธุ์ ผู้หญิงส่วนใหญ่ ร้อยละ 80 จะมีอาการเหล่านี้ ในจำนวนนี้ร้อยละ 20 จะมีอาการรุนแรงมากจนเกิดปัญหาต่อสุขภาพ และต้องการการดูแลรักษา โดยอาการร้อนวูบวามจะเกิดสูงสุดในระยะ 2 ปีแรก ภายหลังกหมดประจำเดือน จะลดลงทั้งความถี่และความรุนแรงของอาการ เมื่อระยะเวลาผ่านไป อุบัติการณ์ของอาการร้อนวูบวามแตกต่างกันตามเชื้อชาติ วัฒนธรรม

เศรษฐกิจ และสังคม (นิमित เศรษฐกิจ และคณะ. 2539 : 76) โดยผู้หญิงส่วนใหญ่จะให้ประวัติว่าเริ่มร้อนที่หน้าอก คอ ชูขึ้นมาที่แก้ม หน้า ซ้ำไปที่ไหล่ ส่วนมากจะมีอาการเหงื่อออกร่วมด้วย บางคนอาจมีใจสั่น หรือใจเต้นเร็ว (กอบจิตต์ ลิ้มปพยอม. 2535 : 16) อาการอาจเกิดเพียงช่วงสั้นๆ ไม่มีวินาทีจนหลายนาที อาจเกิดขึ้นวันละครั้งเดียวหรือหลายครั้ง พบบ่อยในตอนกลางคืน ซึ่งถ้าอาการรุนแรงมากต้องรับการรักษาจากแพทย์โดยการให้ฮอร์โมนทดแทน ซึ่งพบว่ามีประสิทธิภาพถึงร้อยละ 95 เมื่อรักษาอาการร้อนวูบวาบ ซึ่งมักเกิดขึ้นตอนกลางคืน และจะทำให้สามารถนอนหลับได้ง่ายขึ้น

1.2 อาการทางระบบอวัยวะสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ (Genitourinary Symptoms)

1.2.1 การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะสืบพันธุ์ มีการเปลี่ยนแปลงทั้งรูปร่าง และหน้าที่ที่มีการฝ่อลงของอวัยวะสืบพันธุ์ (Genital Atrophy) ซึ่งเกิดขึ้นช้าๆ ค่อยเป็นค่อยไป ดังนี้

- อวัยวะเพศภายนอกในเพศหญิง จะมีขนาดเล็กและแบนราบ เนื่องจากการลดของไขมันทำให้ผิวหนังเหี่ยวย่น มีความยืดหยุ่นน้อยลง ผิวหนังแห้ง เกิดอาการคันบริเวณอวัยวะเพศภายนอก (Genital Itching) คลิตอริส (Clitoris) เล็กลง แคมใน (Labia Minora) เหี่ยวเล็กลงมากจนบางครั้งมองไม่เห็น

- ช่องคลอด เนื่องจากการขาดเอสโตรเจน ทำให้เยื่อผนังช่องคลอดบางลง เหี่ยวแห้งและลักษณะเป็นริ้วจะหายไปจะมีเลือดมาเลี้ยงน้อย จำนวนไกลโคเจน (Glycogen) ในเซลล์ของเยื่อช่องคลอดลดลง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของความเป็นกรด - ด่าง (pH) ง่ายต่อการติดเชื้อ อาจเห็นเป็นจุดแดงๆที่ผนังช่องคลอด ทำให้มีการอักเสบของช่องคลอดได้ง่าย มีอาการคันและแสบร้อนในช่องคลอด ทำให้เกิดตกขาวและช่องคลอดแห้ง (Vaginal Dryness) เนื่องจากการทำงานของต่อมบาโรลิน (Bartolin Gland) ลดลง อาจทำให้รู้สึกเจ็บเวลามีเพศสัมพันธ์ (Dyspareuria) มีเลือดออกทางช่องคลอด รู้สึกไม่สุขสบายหลังการมีเพศสัมพันธ์ และมีความรู้สึกทางเพศลดลง

- มดลูกและท่อหน้าไข่ ปากมดลูกจะค่อยๆ ลดขนาดลงช้าๆ คอมดลูกเล็ก ลึกลงอาจแบนราบไปกับผนังช่องคลอด มดลูกมีขนาดเล็กลง เนื่องจากกล้ามเนื้อมดลูกฝ่อ เยื่อโพรงมดลูกฝ่อ ไม่มีการเจริญของกล้ามเนื้อและกล้ามเนื้อต่างๆ ในอุ้งเชิงกรานที่ช่วยพยุงมดลูกให้คงอยู่จะเหี่ยวเล็กลง ทำให้มีการเคลื่อนต่ำลงของมดลูก (Genital Atrophy) ส่วนท่อหน้าไข่หดเล็กลง เยื่อท่อหน้าไข่บาง และสั้นลง

- รังไข่มีขนาดเล็กลง ผิวของรังไข่จะเหี่ยวย่น ผิวบางขรุขระ ไข่ที่เหลืออยู่จะฝ่อไป

ส่วนในเพศชายที่มีการลดระดับของ Testosterone จะทำให้ผิวหนังแห้ง และบางลง เช่นเดียวกับในเพศหญิง ขนบริเวณอวัยวะเพศจะน้อยลง (หะทัย เทพพิสัย และอุรุษา เทพพิสัย.

2542 : 44 ; อ้างอิงมาจาก Vermeulen and Giagulli . 1998) และยังพบว่า ผู้ชายที่ระดับฮอร์โมนเพศต่ำลงจะทำให้กล้ามเนื้อลีกลง กำลังวังชาลดลง บทบาททางเพศเสื่อมถอยลงไป ลดความสามารถที่จะมีอารมณ์ทางเพศถึงจุดสูงสุด (Orgasm) ลดปริมาณ และความแรงของการหลั่งอสุจิ และเกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (หะทัย เทพพิสัย และอุรุษา เทพพิสัย. 2542 : 50 ; อ้างอิงมาจาก Schow , Redmon and Pryor. 1997 : 101)

1.2.2 อาการทางระบบทางเดินปัสสาวะ กล้ามเนื้อและเยื่อของท่อปัสสาวะ และกระเพาะปัสสาวะบางลง เยื่อทางเดินปัสสาวะหดตัว เชื้อโรคเข้าสู่กระเพาะปัสสาวะและท่อปัสสาวะได้ง่ายขึ้น ในเพศหญิงเมื่อระดับเอสตราดิออล (Estradiol) น้อยลง ทำให้หูรูดควบคุมการถ่ายปัสสาวะเสื่อมสมรรถภาพ อาจเกิดการถ่ายปัสสาวะลำบาก หรือกลั้นปัสสาวะไม่ได้ เวลาไอหรือจามมีปัสสาวะเล็ดออกมา นอกจากนี้ยังมีปัสสาวะลำบาก และแสบขัดเวลาปัสสาวะอีกด้วย

ในเพศชาย ฮอร์โมนแอนโดรเจน (Androgens) มีบทบาทในการควบคุมตัวรับฮอร์โมน (Hormone Receptor) ของต่อมลูกหมากทำให้เซลล์มีความไวต่อการกระตุ้นเกิดการขยายของเซลล์เพิ่มมากขึ้น จากรายงานการศึกษา พบว่า ผู้ชายวัยกลางคนที่ปกติ (Eugonadal) จำนวน 33 คน ให้ฮอร์โมน Testosterone เป็นระยะเวลา 8 เดือน พบว่ามีปริมาตรของต่อมลูกหมากมากขึ้นร้อยละ 12 แต่ไม่ทำให้มีการผิดปกติของการขับถ่ายปัสสาวะ (Holmang et al. 1993 : 99 – 106)

จากการรายงานของมอร์แกนเดเลอร์และคณะ พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากมีระดับของ Testosterone ต่ำกว่าปกติ (Morgentaler et al. 1996 : 1904) จากการศึกษา พบว่า ชายวัยกลางคน และวัยสูงอายุมีโอกาสเสี่ยงต่อต่อมลูกหมากโต หรือเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากได้มาก ซึ่งมีผู้กล่าวว่า มะเร็งต่อมลูกหมากพบได้บ่อยมากในผู้ชายวัยกลางคนและสูงอายุในแถบยุโรป และอเมริกา ทำให้ผู้ชายเสียชีวิตมากกว่าผู้หญิงที่เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม (Kalache. 1998 : 5 – 8)

1.3 อาการทางจิตประสาท (Psychological Symptoms) เป็นกลุ่มอาการที่พบในวัยหลังเจริญพันธุ์ โดยไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด แต่สมมุติฐานที่เชื่อว่าสาเหตุสำคัญของการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ คือความวิตกกังวลต่ออาการของการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและการลดระดับของฮอร์โมนเอสโตรเจนในเพศหญิง (สุณี เวชประสิทธิ์. 2540 : 17 ; อ้างอิงมาจาก Galloway. 1975)

อาการที่พบบ่อย ได้แก่ อาการหงุดหงิด โมโห ฉุนเฉียวและโกรธง่าย ตื่นเต้นตกใจง่าย กระวนกระวาย กระสับกระส่าย ไม่สบายใจ อารมณ์ไม่คงที่ ซึมเศร้า ร้องไห้ง่ายโดยไม่ทราบสาเหตุ ขาดความมั่นใจ รู้สึกตัวเองไร้ค่า เก็บตัว ดึงเครียด ความจำเสื่อม หลงลืมง่าย ไม่มีสมาธิในการทำงาน อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปวดศีรษะ มึนศีรษะ วิงเวียน ใจสั่น หายใจลำบาก นอนไม่หลับ เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้มักพบในเพศหญิงมากกว่าชาย (กอบจิตต์ ลิ้มปพยอม. 2535) มักทำให้ผู้หญิงวัยนี้รู้สึกสูญเสียความมั่นใจเพราะคิดว่าอาการต่างๆ และการหมดประจำเดือนเป็นเครื่องหมายวัยชรา ความแข็งแรง ความสวยสดงดงาม กำลังเสื่อมลงเกิดความวิตกกังวล

หลังจากนั้นอาการทางจิตประสาทจะปรากฏให้เห็นในเวลาต่อมา ซึ่งอาการเหล่านี้ทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพที่ไม่ดีกับคนรอบข้าง เช่น พ่อ แม่ บุตร อันเป็นสาเหตุการทะเลาะวิวาทและก่อให้เกิดความไม่สงบในครอบครัว ซึ่งจากการศึกษาของสมนา ชมพูทวีป และคณะ (2535) ที่ได้ศึกษากลุ่มวัยหมดประจำเดือนจำนวน 2,371 คน พบว่า มีอาการเวียนศีรษะ ร้อยละ 22.20 หงุดหงิด ร้อยละ 17.30 ปวดศีรษะ ร้อยละ 18 ใจสั่นและนอนไม่หลับ ร้อยละ 20 ร้อนวูบวาบ ร้อยละ 5.70 มีเหงื่อออกตอนกลางคืน ร้อยละ 5.20 และอาการซึมเศร้า ร้อยละ 2.20 ซึ่งอาการเหล่านี้อาจไม่เกี่ยวข้องกับการขาดเอสโตรเจนโดยตรง แต่การรักษาด้วยเอสโตรเจนจะทำให้สามารถลดความรุนแรงของอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ (วิสุทธิ บุญเกษมสันติ. 2534 : 571) และจากการศึกษาของคราวฟอร์ด และฮอปเปอร์ (สุณี เวชประสิทธิ์. 2540 : 18 ; อ้างอิงมาจาก Crawford and Hooper. 1973) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการเปลี่ยนแปลงโดยทั่วไปกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในภาวะการหมดประจำเดือนของหญิงชาวอังกฤษในบริสตอล จำนวน 106 คน พบว่า ผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนจะมีอาการทางจิตบ่อยมาก ส่วนเลนนอน (สุณี เวชประสิทธิ์. 2540 : 18 ; อ้างอิงมาจาก Lennon. 1982) ได้ทำการศึกษาภาวะหมดประจำเดือนว่าเป็นเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดภาวะเครียดทางด้านจิตใจในหญิงที่มีอายุช่วง 35 - 74 ปี จำนวน 3,742 คน พบว่า ผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะเครียดในช่วงใกล้หมดประจำเดือน ซึ่งจามูนา และมิวนิช (สุณี เวชประสิทธิ์. 2540 : 18 ; อ้างอิงมาจาก Jamuna. 1987 ; Munnich. 1975) ได้สรุปว่าช่วงเวลาเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนเป็นช่วงที่รู้สึกมีความเครียดทางจิตใจมากที่สุด ซึ่งจัดค์และยูเทน (สุณี เวชประสิทธิ์. 2540 : 18 ; อ้างอิงมาจาก Judd and Utian. 1987) กล่าวว่าอาการที่เกิดขึ้นในผู้หญิงวัยนี้ ถึงแม้ว่าอาการเหล่านี้จะไม่คุกคามถึงชีวิตแต่ก็ทำให้ผู้หญิงเหล่านี้มีอาการไม่มีความสุขเป็นอย่างมาก

ในเพศชาย เมื่อระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (Testosterone) ลดลงจะเกิดความผิดปกติทางความรู้สึก เซาว์ปัญญาและเกิดอารมณ์แปรปรวนต่างๆ ดังนี้คือ ความจำเสื่อม คิดไม่ออก มีอารมณ์โกรธและปั่นป่วน หงุดหงิด รู้สึกไม่มีความสุข ไม่อยากทำอะไร ความชื่นชมตนเองลดลง คี้นคใจง่าย รู้สึกไม่มีเรี่ยวแรง เบื่ออาหาร และมีอาการซึมเศร้า เป็นต้น (Vermeulen. 1993 : 25) ในด้านอารมณ์ได้มีการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้า (Depression) กับระดับของ Testosterone มีหลายรายงานที่อ้างว่าความรุนแรงของอารมณ์ซึมเศร้าในวัยนี้จะไม่มีความสัมพันธ์กับระดับ Testosterone และยังพบว่าผู้ชายที่มีอารมณ์ซึมเศร้านั้นไม่มีความผิดปกติใดๆ ในการทำงานของระบบส่วนกลาง Hypothalamic Pituitary Testicular Axis อย่างไรก็ตาม พบว่า ผู้ชายที่ถูกตัดอันทะออกไป หรือผู้ชายที่อยู่ในสภาวะฮอร์โมนเพศบกพร่อง (Hypogonadism) นั้นเมื่อได้รับการรักษาด้วย Testosterone แล้วจะทำให้อารมณ์เศร้าหมองหรืออาการหวั่นไหวนั้นลดลงมาก นอกจากนั้นทำให้อารมณ์แจ่มใสขึ้น อย่างไรก็ตามการเพิ่มระดับ Testosterone ให้สูงกว่าปกติ

อาจทำให้เกิดอาการเพ้อคลั่ง (Manic) ได้ และจะหายไปเมื่อหยุดให้ Testosterone (หะทัย เทพพิสัย และอุรุษา เทพพิสัย. 2542 : 49)

2. โรคกระดูกพรุน (Osteoporosis) เป็นอาการที่เกิดขึ้นในระยะหลัง (Longterm) ซึ่งอาจใช้เวลาหลายปีภายหลังหมดประจำเดือนจึงแสดงอาการให้เห็น ซึ่งโรคกระดูกพรุนเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงในเมตาบอลิซึมของกระดูก ทำให้เนื้อกระดูกลดลง แต่ส่วนประกอบของกระดูกคือเกลือแร่และโปรตีนที่เป็นสารอินทรีย์ของกระดูกยังเป็นปกติ ผลของการเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้กระดูกบางลงมีลักษณะเป็นรูพรุน ทำให้เปราะและหักง่าย

มวลกระดูก (Bone Mass) ในผู้ชายได้มาจากการสะสมมวลกระดูกตั้งแต่วัยเด็ก (Child hood) และวัยรุ่น (Adolescence) เรื่อยมาจนกระทั่งเข้าสู่วัยหนุ่ม (Puberty) พบว่ามากกว่าร้อยละ 90 ของมวลกระดูกในผู้ใหญ่ (Adult) จะเกิดขึ้นในระยะท้ายของวัยหนุ่ม อย่างไรก็ตามมวลกระดูกที่เพิ่มขึ้นต่อไปจนได้มวลกระดูกสูงสุด (Peak Bone Mass) สูงกว่าในหญิงวัยสาว ซึ่งต้องใช้เวลาอีกหลายปีหลังจากมีการปิดของส่วนหัวกระดูกยาว (Epiphysis) ไปแล้ว ทั้งหมดนี้อยู่ภายใต้อิทธิพลของ Androgens (Oddens and Vermeulen. 1996 : 39 – 63 ; citing Kaufman. 1996) ดังนั้นกระดูกของผู้ชายจึงใหญ่กว่าของผู้หญิง ชายที่เป็นผู้ใหญ่แล้วจะมีความหนาของกระดูกส่วนนอกบริเวณของหัวกระดูกต้นขา (Cortical) มากกว่าความหนาของกระดูก Cortical ในผู้หญิงวัยสาว นอกจากนี้ยังพบว่าขนาดเส้นรอบวง (Girth) ส่วนคอของกระดูกต้นขา (Femoral neck) ในผู้ชายจะกว้างกว่าของผู้หญิงเมื่ออายุมากขึ้น กระดูก Cortical ของทั้งชายและหญิงจะบางตัวลงเท่าๆ กัน แต่เส้นรอบวงของ Femoral neck ในผู้ชายจะขยายตัวกว้างขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ซึ่งต่างกับกับในผู้หญิงที่พบว่า ขนาดเส้นรอบวงของ Femoral neck จะมีขนาดเท่าเดิมเมื่ออายุมากขึ้น ด้วยเหตุผลดังที่กล่าวแล้ว จึงทำให้กระดูกของผู้ชายมีความแข็งแรงมากกว่ากระดูกของผู้หญิง ฉะนั้นถ้าร่างกายมีปริมาณ Androgens ไม่เพียงพอก็จะทำให้มีการสูญเสียมวลกระดูก จนในที่สุดจะเกิดสภาวะกระดูกพรุน (Osteoporosis) ทำให้กระดูกหักได้ง่ายในผู้หญิงจะเริ่มมีการสูญเสียมวลกระดูก (Bone Mass) เมื่ออายุ 30 ปี และสูญเสียมากขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนหรือถูกตัดรังไข่ เมื่อกระดูกจะสูญเสียมากและรวดเร็วในระยะ 3 - 4 ปี แรกหมดประจำเดือน เนื่องจากรังไข่หยุดสร้างเอสโตรเจน เพราะเอสโตรเจนมีฤทธิ์ต่อต้านฤทธิ์ของพาราไธรอยด์ฮอร์โมน (Parathyroid Hormone) ทำให้ยับยั้งการละลายของกระดูก (Bone Resorbition) ไม่ให้มีการสลายกระดูกมากเกินไป ทำให้มีความสมดุลระหว่างการสร้างกระดูก (Bone Formation) และการละลายของกระดูกเมื่อเอสโตรเจนลดลง ความสมดุลก็ลดลงจึงเกิดการทำลายกระดูกมากขึ้น นอกจากนี้เอสโตรเจนยังกระตุ้นให้มีการหลั่งของแคลซิโตนิน (Calcitonin) เพิ่มขึ้น ซึ่งแคลซิโตนินจะช่วยส่งเสริมให้มีการเกาะของแคลเซียมที่กระดูกมากขึ้น แคลซิโตนินมีฤทธิ์ยับยั้งการละลายของกระดูก เมื่อการทำงานของรังไข่เสื่อมลง ร่างกายขาดเอสโตรเจนเป็นผลให้การสลายของกระดูกเพิ่มขึ้น จึงทำให้กระดูกภายใน

โปร่งบางลง สูญเสียความยืดหยุ่นมวลสารของกระดูกเช่นเดียวกับชาย (อรุษา เทพพิสัย. 2532) ซึ่งการศึกษาของปนัดดา ปรัชญม (2530) ได้อธิบายว่ามีรายงานหลายฉบับยืนยันว่าการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนมีความสัมพันธ์กับการสร้างเนื้อกระดูก (Bone Mass) การขาดเนื้อกระดูกจะทำให้เกิดโรคกระดูกพรุน ซึ่งโรคกระดูกพรุนจะเป็นปัญหาเรื้อรังไปจนถึงวัยผู้สูงอายุทำให้เกิดปัญหาต่างๆ เช่น อาการปวดหลัง กระดูกคดงาย กระดูกหัก ตำแหน่งของกระดูกหักที่พบบ่อยคือ กระดูกแขนส่วนปลาย กระดูกคอสะโพก และกระดูกสันหลัง การเกิดกระดูกหักจากโรคกระดูกพรุนทำให้อัตราการตายและทุพพลภาพสูงขึ้น และในประเทศไทยก็มีแนวโน้มที่จะพบภาวะนี้สูงเนื่องจากอายุขัยของประชากรเพิ่มสูงขึ้นร่วมกับการเปลี่ยนแปลงในวิถีการดำเนินชีวิตที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุนมากขึ้น (ปิยวัฒน์ อังคะนิษ และคณะ. 2539 : 68)

3. โรคที่เกิดกับระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease) อุบัติการของโรคนี้จะมีมากขึ้นตามอายุที่เปลี่ยนแปลงไป และพบความบกพร่องของฮอร์โมนเอสโตรเจนในหญิงและแอนโดรเจนในชายของวัยหลังเจริญพันธุ์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการเผาผลาญของร่างกาย (Metabolism) และบางส่วนของร่างกายซึ่งล้วนแต่จะเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้เกิด Cardiovascular Disease ทั้งสิ้น ดังนี้

3.1 การเปลี่ยนแปลงไขมันในเลือด (Lipid) และการเผาผลาญของโปรตีนและไขมัน (Lipoprotein Metabolism) ก็มีการเพิ่มของโคเรสเตอรอล (Total Cholesterol) ไตรกลีเซอไรด์ (Triglycerides) ไขมันอิสระต่างๆ (Low Density Lipoprotein : LDL Cholesterol , High Density Lipoprotein Subfraction 3 : HDL3 Cholesterol รวมทั้ง Intermediate - Density Lipoprotein : IDL Fraction พร้อมๆ กันนี้มีการลดปริมาณของ Total High Density Lipoprotein (HDL) และ High Density Lipoprotein Subfraction 2 (HDL2) Cholesterol โดยทั่วไปพบว่า ผู้ชายมักจะมีระดับ Triglyceride และ VLDL (Very Low Density Lipoprotein) - Cholesterol สูงกว่าในผู้หญิง (Heiss et al. 1980 : 61) และผู้ชายจะเป็นโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจ (Cardiovascular Disease) มากกว่าผู้หญิงในวัยใกล้หมดระดู (Premenopause) เพราะผู้หญิงวัยนี้มี Estrogens ในปริมาณพอที่จะป้องกันโรคนี้ได้ (หะทัย เทพพิสัย และอรุษา เทพพิสัย. 2542 : 42)

จากการเปลี่ยนแปลงระดับ Lipids และ Lipoprotein ดังกล่าวแล้วจะช่วยส่งเสริมให้เกิดสถานะการแข็งตัวของเส้นเลือด (Artherosclerosis) แล้วทำให้มีความดันโลหิตสูง ต่อมาอาจเกิดการอุดตันของเส้นเลือดได้ถ้าเกิดกับเส้นเลือดในสมองก็จะทำให้เป็นอัมพาต ถ้าเกิดกับเส้นเลือดที่ไปหล่อเลี้ยงหัวใจก็จะทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial Infarction) และทำให้เสียชีวิตในที่สุด (หะทัย เทพพิสัย และอรุษา เทพพิสัย. 2542 : 22.)

3.2 มีการเปลี่ยนแปลงในการเผาผลาญของคาร์โบไฮเดรต (Carbohydrate Metabolism) มีการเพิ่มสารต่อต้านการยับยั้งการหลั่งของอินซูลิน (Insulin Resistance) และมี

การเพิ่มการหลั่งอินซูลิน (Insulin Secretion) ด้วย ทั้งนี้พบว่า Insulin Resistance มีความสัมพันธ์กับการเกิดความดันโลหิตสูงและเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแข็งตัวของเลือด

3.3 ผลกระทบต่อเส้นเลือดแดง (Direct Arterial Effects) จากการทดลองของ ฮอร์โมนเพศทำให้การควบคุมการทำงานของเซลล์ของเส้นเลือด (Arterial Cells) เป็นไปได้ไม่ดี ทำให้การขยายตัวของเส้นเลือดแดงและการหดตัวของเส้นเลือดแดงขาดความสมดุล คือ ทำให้เส้นเลือดแดงไม่หดตัวหรือขยายตัวผิดจากขนาดเดิม

จากที่กล่าวมาพบว่าวัยหลังเจริญพันธุ์ ร่างกายขาดฮอร์โมนเพศทำให้เกิดปัญหาระยะยาวในผู้หญิงและผู้ชายคือ การเพิ่มอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคทางหัวใจและระบบหลอดเลือด โดยเฉพาะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง อาการเส้นเลือดในสมองแตกหรืออุดตัน ซึ่งในสหรัฐอเมริกาคนไข้ 55,000 คน ตายต่อปี และอุบัติการณ์ พบเป็น 5 เท่าของผู้หญิงที่ยังมีประจำเดือน และพบร้อยละ 53 ของผู้หญิงที่เสียชีวิตด้วยโรคทางหัวใจ และหลอดเลือดมีอายุมากกว่า 50 ปี (สุณี เวชประสิทธิ์. 2540 : 20)

4. เพศสัมพันธ์ในวัยหลังเจริญพันธุ์

ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ในเพศหญิงอาจเกิดขึ้นเมื่อผู้หญิงเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนเนื่องจากการลดลงของฮอร์โมน ทำให้เยื่อของผนังช่องคลอดบางและขาดความยืดหยุ่น อาจเกิดอาการเจ็บและแสบเวลาร่วมเพศ อาจเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศของผู้หญิงวัยนี้ ซึ่งผู้หญิงในวัยนี้ส่วนใหญ่ก็มีเพศสัมพันธ์ลดลง แต่ทั้งนี้ยังขึ้นกับสภาพสังคม ขนบธรรมเนียม วัฒนธรรม (Sarel. 1988) และมีผู้หญิงวัยนี้เพียงส่วนน้อยที่ยังมีพฤติกรรมทางเพศได้เหมือนช่วงก่อนหมดประจำเดือน เพราะผู้หญิงวัยนี้อาจมีการตอบสนองทางเพศบางประการที่เปลี่ยนแปลงไปจากวัยเจริญพันธุ์ เช่น การคงของโลหิตที่ทำให้ขนาดของเต้านมใหญ่ขึ้นขณะมีการตื่นตื่นทางเพศ จะเกิดไม่เท่ากับวัยเจริญพันธุ์หรือไม่เกิดขึ้นเลย น้ำหล่อลื่นช่องคลอดน้อยลง และใช้เวลานานที่จะมีการหลั่ง นอกจากนั้นช่องคลอดยังไวเค่อขยาย และการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อขณะมีความสุขสุดยอดก็น้อยลง อาการเจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูกขณะมีความสุขสุดยอดจะพบได้บ่อยในผู้หญิงสูงอายุ ความรู้สึกไม่สุขสบายเหล่านี้จะมีผลทำให้ผู้หญิงวัยนี้เกิดความกลัวในการร่วมเพศ และทำให้ความสนใจในการมีเพศสัมพันธ์ลดน้อยลง และปัญหาจะมีมากขึ้นถ้าหากคู่สมรสไม่มีการร่วมเพศกันอย่างสม่ำเสมอ อย่างไรก็ตามการมีเพศสัมพันธ์ในวัยหลังเจริญพันธุ์ไม่เป็นข้อห้าม แต่ควรมีการปรับปรุงรูปแบบและความบ่อยให้เข้ากับสภาพจิตใจ และร่างกายของหญิงนั้นๆ ซึ่งจากการศึกษาของกองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข สุ่มตัวอย่างผู้หญิงจำนวน 8,300 คน อายุระหว่าง 40 – 59 ปี จาก 12 เขต ย่านในกรุงเทพฯ และปริมณฑล พบว่า ผู้หญิงส่วนใหญ่ร้อยละ 85 ยังคงมีเพศสัมพันธ์ และไม่มีเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 15 และจากการศึกษาของ ซาร์เรล และไวท์เฮด (Sarel and Whitehead. 1985) ได้ทำการ

สัมภาษณ์ผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนจำนวน 185 คน มีปัญหาทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 85 ร้อยละ 55 ไม่สนใจเรื่องเพศ ร้อยละ 36 มีความรู้สึกทางเพศลดลง ร้อยละ 36 มีอาการทางช่องคลอดแห้ง ร้อยละ 20 สูญเสียความรู้สึกขณะมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 37 มีความรู้สึกสุดยอดขณะร่วมเพศ ร้อยละ 43 มีอาการเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจวรรณ คุณรัตนภรณ์ (2540 : 80) พบว่า ในระยะก่อนหมดประจำเดือนพบอาการเจ็บปวดขณะร่วมเพศมากที่สุด และในระยะหมดประจำเดือนพบอาการเบื่อและไม่สนใจในการมีเพศสัมพันธ์มากที่สุด ในกลุ่มเพศชายเมื่อมีการลดระดับของฮอร์โมนจะทำให้พบทางเพศเสื่อมถอยลงไป เช่น ลดความสนใจและความต้องการทางเพศ ลดความสามารถที่จะมีอารมณ์ทางเพศถึงจุดสุดยอด (Orgasm) ลดปริมาณและความแรงของการหลั่งอสุจิ และเกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (Erectile Dysfunction) มีผู้ศึกษา การแข็งตัวขององคชาติ (Erectile Function) ในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ชายที่มีอายุระหว่าง 20 - 30 ปี จะประสบปัญหาเรื่ององคชาติไม่สามารถแข็งตัวได้ (Impotence) ซึ่งมีประมาณร้อยละ 7 และผู้ชายที่มีอายุระหว่าง 70 - 79 ปี จะพบได้ประมาณร้อยละ 57 นอกจากนี้ยังพบจำนวนครั้งในการร่วมเพศและการหลั่งน้ำอสุจิน้อยลง รวมทั้งไม่สามารถหลั่งน้ำอสุจิในบางครั้ง (Martin, 1975) ซึ่งในเรื่องเพศของผู้ชายได้มีผู้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับพฤติกรรมทางเพศ ได้แก่ ความต้องการทางเพศ การปลุกอารมณ์เพศ และบทบาททางเพศ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน และระดับฮอร์โมนเพศกับจำนวนครั้งของการร่วมเพศ การที่อวัยวะเพศไม่แข็งตัว (Impotence) และพฤติกรรมทางเพศ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์เช่นเดียวกัน แต่พบว่า อายุกับการแข็งตัวขององคชาติมีความสัมพันธ์กัน เมื่ออายุมากขึ้นจะมีการลดจำนวนครั้ง ระยะเวลาและความแข็งตัวขององคชาติ ซึ่งสรุปแล้วพบว่า ผู้ชายปกติที่มีอายุระหว่าง 45 - 75 ปี จะมีการลดความต้องการทางเพศ การปลุกอารมณ์เพศ และบทบาททางเพศ (Schiavi et al. 1990 : 147)

จากผลของการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจของวัยหลังเจริญพันธุ์ทำให้เกิดปัญหาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ซึ่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว หน้าที่ความรับผิดชอบ ทั้งต่อครอบครัวและสังคม ซึ่งปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นในบุคคลจะแตกต่างกัน แล้วแต่ความสามารถในการปรับตัวและการดำเนินชีวิตที่ผ่านมา ถ้าวัยหลังเจริญพันธุ์นี้ได้รับการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดีและถูกต้อง การเกิดปัญหาสุขภาพจะลดน้อยลง สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข และดำรงชีวิตเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ

พฤติกรรมดูแลสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์

พฤติกรรมดูแลสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ มีความหมายเช่นเดียวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งมีความครอบคลุมในด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ด้วย แนวคิดของพฤติกรรม

สุขภาพมีดังนี้

ความหมายของพฤติกรรม (Behavior)

พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมใดๆก็ตามของอินทรีย์ที่สังเกตได้โดยคนอื่น หรือโดยเครื่องมือของผู้ทดลอง การสังเกตพฤติกรรมอาจทำได้โดยใช้เครื่องมือเข้าช่วย เช่น การใช้เครื่องตรวจคลื่นสมอง (ลิจิต กาญจนภรณ์. 2525 : 3) หรือเป็นกิจกรรมต่างๆของร่างกายที่แสดงออกมาสามารถสังเกตได้ หรือปฏิกิริยาภายในที่มีต่อเหตุการณ์ หรือในเหตุการณ์จึงรวมถึง ความรู้ เจตคติ ค่านิยม ในบางครั้งไม่สามารถแสดงออกให้เห็นได้ (สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. 2532 : 97) ซึ่งพฤติกรรมอาจหมายถึง อากัปกิริยาทั้งหมดของบุคคลที่เราสามารถสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัสโดยตรงหรือโดยอ้อม ทั้งที่รู้ตัวและไม่รู้ตัว เป็นพฤติกรรมภายในและภายนอก (ไพบูลย์ เทวรักษ์. 2523 : 1 – 2) ซึ่งสุชาดา สุธรรมรักษ์ (2531 : 6 – 7) กล่าวว่า พฤติกรรม เป็นการกระทำทุกอย่างของสิ่งมีชีวิต ที่เน้นการกระทำของมนุษย์ไม่ว่ารู้ตัวหรือไม่รู้ตัว จะสังเกตได้หรือไม่ก็ตาม

สำหรับพฤติกรรมทางด้านสุขภาพก็มีความหมายเช่นเดียวกับพฤติกรรมทั่วไป แต่จะเน้นเฉพาะเรื่องสุขภาพของบุคคลเท่านั้น ซึ่งชนวรรณ อัมสมบุญ (2528 : 60) ให้ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพไว้ คือ พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพทั้งของตนเอง ครอบครัว และสังคม สิ่งแวดล้อมต่างๆ (Healthy – Related Behavior) หรือเป็นพฤติกรรมของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะที่เจ็บป่วยหรือรู้สึกตนเองว่าเจ็บป่วย (Sickness Behavior) ซึ่งประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532 : 202) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นกิจกรรมทุกประเภทที่เกี่ยวกับสุขภาพที่มนุษย์แสดงออกทั้งในค่านิยม เจตคติ และการปฏิบัติ ซึ่งสามารถจะสังเกตหรือวัดได้โดยตรงและทางอ้อม ซึ่งสอดคล้องกับสุชาติ โสมประยูร (2525 : 33) ที่มองเน้นในเรื่องการศึกษาเป็นการเน้นด้านพฤติกรรมที่สามารถสังเกตได้และวัดได้ ประกอบด้วย

1. พฤติกรรมด้านความรู้ (Cognitive Domain) พฤติกรรมด้านนี้มีขั้นตอนของความสามารถทางด้านความรู้ การให้ความคิด และการพัฒนาการทางด้านสติปัญญา ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ระดับ คือ ความรู้ความจำ (Knowledge) ความเข้าใจ (Comprehension) การนำไปใช้ (Application) การวิเคราะห์ (Analysis) การสังเคราะห์ (Synthesis) และการประเมินผล (Evaluation)

2. พฤติกรรมด้านเจตคติ (Affective Domain) เป็นความสนใจ ความรู้สึก ทำที่ความชอบในการให้คุณค่าหรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถือ ซึ่งพฤติกรรมนี้เป็นพฤติกรรมตัวคอยควบคุมพฤติกรรมของบุคคลที่ประกอบด้วย การวางแผนทางของการปฏิบัติ และการแสดงลักษณะที่จะปฏิบัติตามแนวทางที่เขากำหนด (Krathwohl. 1964 : 33 – 35)

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความ

สามารถในการแสดงออกของร่างกาย ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติที่อาจแสดงออกในสถานการณ์หนึ่งๆ ที่สามารถประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ ต้องอาศัยเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน (Bloom, 1975 : 7 – 8) ในทางด้านสุขภาพถือว่าพฤติกรรมด้านการปฏิบัติของบุคคลเป็นเป้าหมายสุดท้ายที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี

ธนวรรณ อัมสมบุญ (2532 : 39 - 43) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ออกเป็น 3 ระดับ ตามสภาพของพฤติกรรม คือ

ระดับแรก เป็นการประพฤติปฏิบัติตามเกณฑ์หรือข้อบังคับต่างๆ หรือผลการกระทำประพฤติปฏิบัติในสิ่งที่ไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพ หรือเป็นผลเสียต่อสุขภาพตามเกณฑ์ หรือข้อบังคับต่างๆที่กำหนดไว้

ระดับสอง เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่อยู่ในสภาพของการกระทำ การประพฤติปฏิบัติตามคำแนะนำหรือตามการเชิญชวน

ระดับสาม เป็นการปฏิบัติที่เกิดขึ้นตามจิตสำนึก หรือความรู้สึกนึกคิดภายในตนเองโดยอาศัยกลไกของค่านิยม ซึ่งเป็นพฤติกรรมสูงสุดที่ต้องการให้เกิดและมีอยู่ในแต่ละบุคคลอย่างแท้จริง

สมทรง รักษ์เฒ่า และสรงศ์กัญณ์ ดวงคำสวัสดิ์ (2540 : 9) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ คือ การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำ หรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพโดยอาศัย ความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม

จากความหมายของพฤติกรรม และพฤติกรรมสุขภาพ พอสรุปความหมายของพฤติกรรม คือ กิจกรรมต่างๆของร่างกายที่แสดงออกในรูปของการปฏิบัติของบุคคล ในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัย ความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพเพื่อให้มีสุขภาพดี ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล จำแนกได้ในลักษณะเฉพาะต่อไปนี้ คือ

1. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่ทำให้ภาวะสุขภาพของตนเองหรือครอบครัวดีขึ้น
2. พฤติกรรมการป้องกันโรค ได้แก่ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่ช่วยป้องกันตนเอง ครอบครัว หรือชุมชน มิให้เกิดการเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็โรคติดต่อหรือโรคไม่ติดต่อ
3. พฤติกรรมการเจ็บป่วย ได้แก่ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคล เมื่อตนเองหรือบุคคลอื่นในครอบครัวเกิดเจ็บป่วยขึ้นมา ในแง่ของการดูแลการเจ็บป่วย หรือการแสวงหาการรักษาพยาบาลจากสถานบริการ หรือแหล่งการรักษาพยาบาลอื่นใด
4. พฤติกรรมการรักษาพยาบาล ได้แก่ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลตามคำแนะนำของแพทย์ หรือตามข้อกำหนดของการรักษาพยาบาลเมื่อตนเองเจ็บป่วย หรือบุคคลที่ตนเองต้องดูแลรับผิดชอบเจ็บป่วย

5. พฤติกรรมการมีส่วนร่วม ได้แก่ การกระทำหรือการปฏิบัติเพื่อให้มีผลต่อการป้องกันปัญหา หรือการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน และปัญหาของส่วนรวม

6. พฤติกรรมการดูแลพึ่งพาตนเองในด้านการป้องกันโรคและในด้านการส่งเสริมสุขภาพตามระดับ หรือขีดความสามารถที่จะดูแลพึ่งพาตนเองได้

การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์

โดยทั่วไปมนุษย์มีความต้องการที่จะดูแลตนเอง เพื่อการดำเนินชีวิตและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์ รวมทั้งเพื่อหลีกเลี่ยงภัยอันตรายต่างๆที่คุกคามชีวิต การส่งเสริมการดูแลตนเองของบุคคล จึงเป็นการช่วยให้บุคคลมีความสามารถ และความรับผิดชอบในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่เป้าหมายการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าเช่นเดียวกับการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของบุคคล การดูแลตนเอง ตามความหมายของโอเรม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ซึ่งบุคคลได้ริเริ่มและกระทำเพื่อการดำรงรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดีของบุคคล เป็นวิธีการดูแลรักษาสุขภาพของบุคคลในวัยผู้ใหญ่ และเป็นกิจกรรมที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง (Orem, 1980 : 35) ส่วนเพนเดอร์ (Pender, 1987 : 150) ได้กล่าวถึงการดูแลตนเองว่าเป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและปฏิบัติ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการที่จะดำรงไว้หรือทำให้ดีขึ้นเกี่ยวกับชีวิตสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ดังนั้นการดูแลตนเองจึงเป็นกระบวนการที่บุคคลและครอบครัวมีความริเริ่มที่จะรับผิดชอบในการพัฒนาการดูแลด้านสุขภาพของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

ปียะวาท เกสมาส (เขวลักษณ์ ทอนมาคย์, 2539 :27 ; อ้างอิงมาจาก ปียะวาท เกสมาส, 2530) ได้ให้ความหมายไว้ว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลแต่ละคนริเริ่ม และกระทำด้วยตนเอง เพื่อดำรงรักษาชีวิตสุขภาพอนามัย และสวัสดิภาพของตนเอง เป็นกิจกรรมที่กระทำอย่างไตร่ตรองและตั้งใจ มีการเล็งผลล่วงหน้า มีการตัดสินใจ เลือกว่าอะไรเป็นสิ่งที่ควรกระทำ และบุคคลจะลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เฉพาะสิ่งที่มีความหมายสำหรับตัวเองหรือสิ่งที่คาดว่าจะเกิดผลดีแก่ตนเองเท่านั้น การมีคุณภาพชีวิตที่ดีจำเป็นต้องมีการดูแลสุขภาพครอบครัวด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ทุกช่วงอายุของชีวิต ซึ่งในแต่ละช่วงของการพัฒนาคุณภาพชีวิตจะมีความแตกต่างกันไปตามการพัฒนาการของร่างกายและจิตใจตามวัย

จากคำจำกัดความดังกล่าว ผู้วิจัยได้สรุปความหมายของการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์ คือการกระทำ หรือพฤติกรรมที่แสดงออกมาเป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และปฏิบัติ กระทำด้วยตนเอง เป็นกิจกรรมที่กระทำอย่างไตร่ตรองและตั้งใจ มีการเล็งผลล่วงหน้า มีการตัดสินใจในการเลือกกระทำ เพื่อให้เกิดผลประโยชน์แก่ตนในการที่จะดำรงไว้ หรือทำให้ชีวิต และ

สุขภาพดีในวัยหลังเจริญพันธุ์ ซึ่งมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ดังนี้

1. พฤติกรรมการปฏิบัติตน ด้านการรับประทานอาหาร ในวัยหลังเจริญพันธุ์ ควรได้มีการรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ อย่างถูกต้อง สอดกับวัยเนื่องจากระบบการย่อยอาหารของวัยนี้มีการเปลี่ยนแปลงการทำงาน การย่อย และการดูดซึมอาหารไม่ดีเท่าวัยเจริญพันธุ์ มักพบปัญหาเรื่องอาหารไม่ย่อย ท้องอืด เกิดแก๊สในกระเพาะอาหารและลำไส้ และมีปัญหาเรื่องการขับถ่ายตามมา น้ำดื่ม ควรดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย วัยหลังเจริญพันธุ์ มักจะมีปัญหาของระบบทางเดินปัสสาวะโดยเฉพาะในสตรี ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย โดยเชื้อจะเข้าทางท่อปัสสาวะและกระเพาะปัสสาวะ เนื่องจากผนังของช่องคลอดบาง และไกลโคเจนน้อยลง จำนวนแบคทีเรียแลคโตบาซิลลัส (Lactobacillus) ที่ช่วยให้มีความต้านทานในช่องคลอดลดลง ทำให้เกิดภาวะความเป็นด่างของช่องคลอดเพิ่มขึ้น รวมทั้งท่อทางเดินปัสสาวะหดสั้นลง จึงทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย ดังนั้นจึงควรดื่มน้ำวันละหลายๆ โดยดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6 - 8 แก้ว และไม่จำเป็นต้องจำกัดน้ำดื่ม เพื่อส่งเสริมให้มีการขับปัสสาวะบ่อยขึ้น เป็นการลดการคั่งค้างและการเจริญเติบโตของเชื้อโรคในกระเพาะปัสสาวะ (กอบจิตต์ ลิ้มปพยอม. 2535)

อาหาร ในวัยหลังเจริญพันธุ์ต้องการสารอาหารเพื่อช่วยให้ระบบการทำงานของร่างกายต่างๆเป็นไปตามปกติ ดังนั้นในวัยนี้จึงควรลดปริมาณของคาร์โบไฮเดรตและไขมันให้น้อยลงกว่าเดิมเพื่อควบคุมให้ร่างกายมีน้ำหนักคงที่หรือพอเหมาะ และควรรับประทานอาหารประเภทโปรตีนและเกลือแร่เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะ นม ไข่ ถั่วเมล็ดแห้ง ผักและผลไม้ให้มากขึ้นกว่าเดิม โดยอาหารดังกล่าวจะช่วยบำรุงรักษา ซ่อมแซม ควบคุม หรือกระตุ้นให้อวัยวะทำงานตามปกติ และป้องกันไม่ให้อวัยวะเสื่อมโทรมเร็วกว่าที่ควร แคลเซียมเป็นสารอาหารที่มีความจำเป็นสำหรับวัยนี้ การรับประทานอาหารประเภทแคลเซียมจะช่วยทำให้การทำลายกระดูกลดน้อยลง โดยปกติควรรับประทานอาหารให้ได้พลังงานประมาณ 1,400 - 2,200 กิโลแคลอรี ดังนั้นวัยหลังเจริญพันธุ์ควรได้รับสารอาหารต่างๆให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ซึ่งมัณฑนา ประทีปเสน (อภิรยาพานทอง. 2540 : 27 ; อ้างอิงมาจาก มัณฑนา ประทีปเสน. 2539) ได้แนะนำการเลือกรับประทานอาหารสำหรับวัยหลังเจริญพันธุ์ ดังนี้

1.1 การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการรับประทานอาหาร เพื่อลดโคเรสเตอรอลในเลือด และเพิ่มไขมันที่มีความหนาแน่นสูง (HDL - C) ในเลือด โดยเฉพาะวัยหลังเจริญพันธุ์ที่เป็นโรคอ้วน (น้ำหนักมากกว่า ร้อยละ 120 ของมาตรฐานน้ำหนักตามความสูง หรือดัชนีมวลกาย BMI = น้ำหนักเป็นกิโลกรัม / ความสูง²) มีค่ามากกว่า 25 หรือมีไขมันในเลือดสูงกว่า 220 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการรับประทานอาหาร ดังนี้

- ลดความถี่ของการรับประทานอาหารประเภทเนื้อหมู เนื้อวัว หนังเป็ด หนังไก่ ซึ่งเป็นแหล่งสร้างที่สำคัญของกรดไขมันอิ่มตัว และกระตุ้นการสร้างไขมันที่มีความหนาแน่นต่ำ

(LDL- C)

- งดเว้นการใช้น้ำมันจากสัตว์และกะทิในการประกอบอาหาร โดยใช้น้ำมันพืชที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวแทน เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันรำข้าว เป็นต้น จะเป็นการกระตุ้นให้ร่างกายสร้าง HDL – C เพิ่มขึ้น และสร้าง LDL- C ลดลง

- ลดการรับประทานอาหารที่มีโคเรสเตอรอลสูง และควบคุมปริมาณโคเรสเตอรอลในอาหารให้ต่ำกว่าวันละ 300 มิลลิกรัม

- รับประทานอาหารปลาทะเลเพิ่มขึ้น เนื่องจากในปลาทะเลจะมีกรดไขมันชนิดที่มีความอิ่มตัวสูง คือ EPA (Eicosapentaenoic Acid) และ DHA (Docosahexaenoic Acid) ซึ่งช่วยกระตุ้นการสร้าง HDL – C เพิ่มขึ้น ช่วยลดไขมันในเลือดและให้คุณสมบัติทางต้านเป็นส่วประกอบของเซลล์สมอง รวมทั้งเพิ่มการสร้างฮอร์โมนเฉพาะที่ผนังหลอดเลือด ที่จะช่วยลดการเกาะติดของเกล็ดเลือดอีกด้วย

- รับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เพื่อช่วยลดระดับอาหารไขมันและน้ำตาลในลำไส้ ทำให้ได้รับไขมันลดลง และแบคทีเรียไม่สามารถย่อยน้ำตาลให้คืนสู่สภาพที่ดูดซึมกลับเข้าสู่ร่างกายได้ จึงเป็นผลย้อนกลับควบคุมให้ร่างกายทำลายโคเรสเตอรอลในเลือดให้เป็นน้ำตาลเพิ่มขึ้น นำมาใช้ในการย่อยอาหารไขมันในลำไส้ จึงทำให้โคเรสเตอรอลในเลือดน้อยลง อาหารที่มีเส้นใยสูง ได้แก่ ผัก ผลไม้ และข้าวไม่ขัดสี

- รับประทานอาหารที่มีสารไฟโตเอสโตรเจน (Phytoestrogen) เพิ่มขึ้น ซึ่งพบอยู่ในพืชหลายชนิด ได้แก่ พืชชนิดเมล็ด พืชจำพวกที่มีฝัก เช่น ข้างฟ่าง ผักแว่น ข้าวไม่ขัดสี ถั่วเหลือง และเต้าหู้ เนื่องจากสารไฟโตเอสโตรเจน จะกระตุ้นให้เกิดการสร้าง SHBG (Serum – Hormone Binding Globulin) ที่ตับ เพื่อช่วยเก็บสะสมเอสโตรเจนในกระแสเลือด โดยจับกับ SHBG และเก็บไว้ได้นานไม่ถูกทำลายเร็วเหมือนกับในสภาวะอิสระ อาหารจำพวกนี้มีคุณสมบัติเป็นสารต่อต้านไวรัสต่อต้านมะเร็ง บำบัดแบคทีเรีย ต่อต้านเชื้อรา และจากการศึกษาพบว่า อาจป้องกันโรคหัวใจร่วมด้วย (อรุษา เทพพิสัย. 2542 : 70)

1.2 การรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันการเกิดภาวะกระดูกพรุน (Osteoporosis) ปัญหาการเกิดภาวะกระดูกพรุนในวัยหลังเจริญพันธุ์นั้น เป็นผลมาจากการทำงานของฮอร์โมนกระตุ้นการเจริญเติบโต (Growth Hormone) ลดลง เมื่อร่างกายขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนอย่างไรรก็ตามมีปัจจัยอื่นๆที่ช่วยกระตุ้นการทำงานของฮอร์โมนกระตุ้นการเจริญเติบโต เพื่อแก้ไขหรือลดความเสี่ยงของการเกิดกระดูกพรุน ได้แก่

- การรับประทานอาหารโปรตีน เพื่อกระตุ้นการหลั่งของฮอร์โมนกระตุ้นการเจริญเติบโต โดยเฉพาะโปรตีนที่มีกรดอะมิโนอาร์จินีน จะช่วยในการสร้างเนื้อเยื่อให้สูงขึ้น ซึ่งพบได้มากในอาหารปลา และถั่ว

- การรับประทานอาหาร ที่มีแคลเซียมเพิ่มขึ้น ปกติคนไทยจะได้รับแคลเซียมต่ำมาก เมื่อเทียบกับปริมาณที่ควรได้รับคือเพียง 488 มิลลิกรัม / วัน (National Nutrition Survey. 1986) ในขณะที่ความต้องการของร่างกาย คือ 800 มิลลิกรัม / วัน (อภิรยา พานทอง. 2540 : 28 ; อ้างอิงมาจาก Thai RDA. 1987) ทำให้มีแคลเซียมสะสมอยู่ในกระดูกน้อยในขณะที่มีประจำเดือนจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเก็บรักษาแคลเซียมในกระดูกไว้ให้ได้มากที่สุด ในวัยหลังเจริญพันธุ์ โดยการรับประทานอาหารที่ให้สารแคลเซียมเพิ่มขึ้น ได้แก่ กุ้งแห้งตัวเล็ก ปลาเล็กปลาน้อย กุ้งฝอย ปูทะเล หอยแมลงภู่ นมวัว ถั่วแดง ถั่วเหลือง ผักกระเฉด สะเดา กระถิน เป็นต้น ในการเลือกบริโภคนั้นจะต้องคำนึงปริมาณแคลเซียมในอาหารแต่ละชนิด และพิจารณาว่าในแต่ละมื้อควรบริโภคอาหารชนิดนั้นๆ ในปริมาณมากน้อยเพียงใด จึงจะให้คุณค่าด้านพลังงานและใยอาหารที่เหมาะสม

- วิตามินที่มีบทบาทในการควบคุมการดูดซึมแคลเซียมของร่างกาย คือวิตามินดี ในประชากรไทยมีโอกาสขาดวิตามินดีน้อยเพราะแสงแดดสามารถเปลี่ยนสารสเตอรอล (Steroid) ได้ผิวหนังให้เป็นวิตามินดี ได้

1.3 การรับประทานอาหารที่มีวิตามินบี 6 หรือ ไพริดอกซิน (Pyridoxin) เพิ่มขึ้น การลดลงของสารโปรเจสโตโรน ทำให้ผู้เข้าสู่วัยหลังเจริญพันธุ์เกิดอาการทางอารมณ์และจิตใจได้ ซึ่งเป็นผลมาจากการกั่งของแกมมา อะมิโน บิว ไทริก เอซิก (Gamma - Amino Butyric Acid : GABA) ในสมอง ทำให้เกิดความไม่สมดุลของสารเคมีในสมองส่งผลให้เกิดความแปรปรวน ทำให้บุคคลในวัยนี้มีอาการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความจำ และนอนไม่หลับ สามารถลดอาการเหล่านี้ได้โดยลดการกั่งของ GABA โดยการรับประทานอาหารที่มีวิตามินบี 6 และไนอะซิน ได้แก่ เนื้อสัตว์ต่างๆ ไข่แดง ถั่วลิสง ถั่วเหลือง มันฝรั่ง น้ำมันงา ข้าว เป็นต้น

2. พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านการพักผ่อนนอนหลับ กิจกรรมเพื่อการพักผ่อนของวัยหลังเจริญพันธุ์นี้ส่วนใหญ่มักถูกกลูกหลานห้ามใช้แรงงานในชีวิตประจำวัน และห้ามทำงานอดิเรกที่ใช้แรงกาย เนื่องจากคิดว่าวัยหลังเจริญพันธุ์ควรลดการใช้แรงกายและต้องพักผ่อนให้มากขึ้น แท้จริงแล้วการใช้แรงกายในชีวิตประจำวัน หรือการทำงานอดิเรกที่ใช้แรงกาย หากจัดให้พอเหมาะแล้วจะเป็นการฝึกฝนร่างกายของวัยนี้ได้เป็นอย่างดี งานอดิเรกหลายอย่างนอกจากจะให้ประโยชน์ทางสุขภาพและจิตใจแก่วัยหลังเจริญพันธุ์ยัง อาจให้ผลประโยชน์ด้านการครองชีพด้วย เช่น การทำสวน ซ่อมแซมเครื่องใช้สอย ฯลฯ ในวัยหลังเจริญพันธุ์ควรได้รับการพักผ่อนเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากจะรู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยและเมื่อยล้าได้เร็ว การเหน็ดเหนื่อยมากเกินไป จะทำให้เกิดความไม่สบาย ดังนั้นเมื่อออกกำลังกายแล้วรู้สึกเหนื่อยหรือเพลียให้รีบพักผ่อนที่ ไม่ควรหักโหมทำงาน โดยไม่มีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ จะทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ รวมทั้งควรหาเวลาพักผ่อนในเวลากลางวันอย่างน้อยวันละ $\frac{1}{2}$ - 1 ชั่วโมง หรือถ้าไม่สามารถนอนพักได้ ก็ควรนั่งเหยียดขาโดย

ยขาสูงขึ้นสักเล็กน้อยจะช่วยให้ร่างกายคลายความเหนื่อยล้าได้

การนอนหลับในวัยหลังเจริญพันธุ์ ควรพักผ่อนนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6 - 8 ชั่วโมง การนอนหลับที่เพียงพอจะช่วยให้ร่างกายและจิตใจได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ โดยเฉพาะในการใช้ความคิด การตัดสินใจ และการแก้ปัญหาต่างๆจะทำให้ดีขึ้น รวมทั้งทำให้เกิดความสุขภาพขณะนอนหลับ โดยการนอนในท่าที่สบายและทำจิตใจให้ปลอดโปร่งก่อนเข้านอนและขณะนอนหลับ นอกจากนี้การนอนหลับสนิทและการนอนอย่างเพียงพอ ยังช่วยกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนกระตุ้นการเจริญเติบโตเป็นอย่างดี ดังนั้นวัยหลังเจริญพันธุ์จึงควรหลีกเลี่ยงการอดนอนและการนอนผิดเวลา

3. พฤติกรรมการปฏิบัติตน ด้านการออกกำลังกายเป็นประจำ การออกกำลังกายที่พอเหมาะเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับวัยหลังเจริญพันธุ์ เพราะจะช่วยทำให้กล้ามเนื้อได้รับการฝึกฝนอย่างสม่ำเสมอและติดต่อกัน รวมทั้งได้รับการฝึกซ้อมให้มีการบิดและหดเพื่อใช้งานหนักได้ ตลอดจนเพิ่มสมรรถภาพการเคลื่อนไหวของหัวใจต่างๆให้มีความคล่องตัว ไม่มีข้อติดขัด ปวดเมื่อย ซึ่งเป็นผลให้กระดูกแข็งแรงงอไปด้วย ตลอดจนเป็นการเสริมความแข็งแรงทางจิตประสาท และผ่อนคลายความเครียดได้อย่างดีที่สุด รูปร่างได้สัดส่วนไม่อ้วนเกินไป การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับวัยหลังเจริญพันธุ์ ได้แก่ การวิ่งเหยาะๆ ขี่จักรยาน การบริหารร่างกายแบบแอโรบิก และการว่ายน้ำ เวลาในการออกกำลังกายนั้น ควรเริ่มด้วยการอุ่นเครื่องก่อนทุกครั้ง และเริ่มในจังหวะที่ช้าๆก่อน แล้วจึงค่อยเพิ่มจังหวะและระยะเวลา

- การวิ่ง เป็นการออกกำลังกายที่ได้พลังแอโรบิกได้ดีที่สุด แต่ในวัยหลังเจริญพันธุ์ และในคนอ้วน บุคคลที่เป็นโรคข้ออักเสบ โดยเฉพาะข้อเข่าอักเสบต้องระมัดระวังเป็นพิเศษในการวิ่ง ควรเริ่มด้วยการเดินเสียก่อนจนเกิดความเคยชิน จากนั้นจึงค่อยๆ เริ่มวิ่งสลับกับการเดินเร็ว ค่อยๆเพิ่มจังหวะ เพิ่มระยะเวลาให้มากขึ้นและนานขึ้นจนอยู่ตัว

- การทำกายบริหาร เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อและข้อต่อวัยหลังเจริญพันธุ์ ควรปฏิบัติเป็นประจำทุกวันๆ ละ 15 - 20 นาที การทำกายบริหารมีหลายรูปแบบ เช่น การบริหารแบบหัดพละ การร่วมวยจินการฝึกโยคะ เป็นต้น

- การเล่นกีฬา ควรเป็นกีฬาที่ไม่มีการปะทะ มีการเคลื่อนไหวไม่ยุ่งยากซับซ้อน ไม่มีอาการออกแรงสูงสุดในช่วงเวลาสั้นๆ สามารถควบคุมความหนักเบาได้ด้วยตนเอง และให้ผลต่อสมรรถภาพทางกาย ด้านความอดทนในการเล่นกีฬาควรเล่นเพื่อความสนุกสนานมากกว่าเพื่อการแข่งขัน และควรเล่นกับผู้ที่อยู่ในวัยเดียวกัน การออกกำลังกายที่เหมาะสมจะช่วยเพิ่มปริมาณของฮอร์โมนกระตุ้นการเจริญเติบโต (Growth Hormone) ในกระแสเลือด

4. พฤติกรรมการปฏิบัติตน ด้านการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยมีความสำคัญมากในสังคมปัจจุบัน เนื่องจากมีการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์อย่างรวดเร็ว ซึ่งในวัยหลังเจริญพันธุ์ควรมีความระหนัก และรู้จักการป้องกัน

การคิดเชื่อที่จะนำมาสู่ครอบครัว คือสามีไม่ควร ไปมีความสัมพันธ์กับหญิงอื่นที่ไม่ใช่ภรรยาของตนเอง หากมีความจำเป็นควรหาวิธีป้องกันโดยการสวมถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อต้องการมีความสัมพันธ์ทางเพศกับหญิงอื่น การสร้างความสัมพันธ์ทางเพศที่ดีภายในครอบครัวเป็นปัจจัยช่วยให้เกิดความสุขภายในครอบครัวและลดพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัยได้

5. พฤติกรรมการปฏิบัติตน ด้านการหาแหล่งบริการเมื่อเจ็บป่วย พฤติกรรมในการเลือกใช้สถานบริการทางด้านสุขภาพเมื่อเกิดความเจ็บป่วย ความกระตือรือร้นในการหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง การเข้ารับบริการทางสุขภาพเพื่อตรวจหาความผิดปกติของร่างกาย จากบุคลากรทีมสุขภาพวัยหลังเจริญพันธุ์ ควรให้ความสำคัญต่อการมารับบริการตรวจสุขภาพ เพื่อตรวจหามะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านม อย่างน้อยปีละ 1 – 2 ครั้ง หรือการมาพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น รวมทั้งการมารับบริการตรวจสุขภาพอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จะช่วยให้วัยหลังเจริญพันธุ์ได้รับข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น ได้รับคำแนะนำหรือแนวทางการปฏิบัติตน ได้อย่างถูกต้อง

6. พฤติกรรมการปฏิบัติตน ด้านการติดตามข่าวสาร พฤติกรรมการติดตามข่าวสารมีความสำคัญมากในวัยหลังเจริญพันธุ์ ข่าวสารต่างๆที่ควรได้รับ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับวัยหลังเจริญพันธุ์ อาการและอาการแสดงของวัยหลังเจริญพันธุ์ คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อเข้าสู่วัยหลังเจริญพันธุ์ รวมถึงการหาแหล่งบริการทางสุขภาพเมื่อเข้าสู่วัยหลังเจริญพันธุ์ แหล่งที่มาของข่าวสารต่างๆ ที่บุคคลในวัยนี้ได้รับ คือบุคคลใกล้ชิด โดยการมีสัมพันธ์ทางกับบุคคลภายในครอบครัวและภายในชุมชน มีการแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกันสื่อต่างๆที่รัฐจัดหาและประชาสัมพันธ์ รวมทั้งสถานบริการทางสาธารณสุขจะเป็นแหล่งข้อมูลที่ดี และทันสมัยต่อเหตุการณ์ความรู้ที่ได้รับสามารถนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติของวัยหลังเจริญพันธุ์

สรุปได้ว่าการมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดีนั้น ประชากรวัยหลังเจริญพันธุ์ควรมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในด้านต่างๆ ทั้ง 7 ประการ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่ดีและเหมาะสมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การพักผ่อนนอนหลับที่เพียงพอ การออกกำลังกายเป็นประจำอย่างเหมาะสม การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การรู้จักหาแหล่งบริการทางสาธารณสุขเมื่อมีการเจ็บป่วย การรู้จักการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม และการติดตามข่าวสารต่างๆที่เกี่ยวข้องกับด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์ การที่ประชากรวัยหลังเจริญพันธุ์จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้รับผลสำเร็จนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์นั้นมีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตน ประกอบด้วย ปัจจัยทางด้านร่างกายและจิตสังคม (Orem, 1985 : 170) ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนดังต่อไปนี้

เพศ พบว่า เพศเป็นปัจจัยด้านประชากรหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตน ซึ่งมี

ความหมายแตกต่างกันในเรื่องของการปฏิบัติตนเองในหญิงและชาย เช่น การรับประทานอาหาร พบว่า ผู้หญิงมักมีนิสัยการรับประทานอาหารจุกจิก รับประทานอาหารบ่อยครั้ง ส่วนผู้ชายมีพฤติกรรม การรับประทานอาหารเป็นเวลา การพักผ่อนในเพศชายส่วนใหญ่มักมีกิจกรรมและสังคมภายนอกบ้าน ดังนั้นจึงมีการพักผ่อนที่น้อยกว่าหญิง การออกกำลังกาย พบว่า ชายในวัยหลังเจริญพันธุ์ จะให้ความสำคัญของการออกกำลังกายมากกว่าหญิง เพราะผู้ชายในวัยนี้เชื่อว่าการออกกำลังกายให้ ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงเป็นการเพิ่มสมรรถนะทางเพศอีกทางหนึ่งด้วย การหาแหล่งบริการเมื่อ เจ็บป่วย พบว่า เพศหญิงให้ความสนใจมากกว่าชาย เนื่องจากเพศหญิงเป็นเพศที่อ่อนแอมีความ วิตกกังวลสูง อาการเปลี่ยนแปลงในวัยหลังเจริญพันธุ์พบอาการมีมากกว่าชาย และบริการทาง สาธารณสุขในปัจจุบันมีคลินิกวัยทองสำหรับสตรีทุกแห่งในจังหวัดต่างๆของประเทศไทย ส่วน คลินิกวัยทองสำหรับผู้ชายนั้นยังมีการให้บริการในวงจำกัดเฉพาะแห่ง ในโรงพยาบาลศูนย์เท่านั้น ดังนั้นแหล่งบริการที่แตกต่างกันจึงมีผลต่อพฤติกรรมกาปฏิบัติของเพศชายลดน้อยลงไปด้วย การ ติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัยหลังเจริญพันธุ์ พบว่า เพศหญิงและชายให้ความสนใจเท่าเทียมกัน เนื่องจากเป็นช่วงวัยของการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ซึ่งทำให้บุคคลต้องมีความพร้อมต่อการเผชิญ ต่อสิ่งต่างๆ และมีพฤติกรรมกาเปลี่ยนแปลงเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหา

ภูมิสำเนา เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมกาปฏิบัติตน เนื่องจากความแตกต่างของ สภาพความเป็นอยู่ ทำให้ประชากรประกอบอาชีพแตกต่างกัน ความเชื่อ ประเพณี และวัฒนธรรม ต่างกัน อยู่ในแหล่งสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตแตกต่างกัน เช่น การคมนาคม แหล่ง บริการสาธารณสุขต่างๆ ความเจริญของพื้นที่ที่อาศัย สิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลต่อพฤติกรรมกาปฏิบัติ ทั้งสิ้น

อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมกาปฏิบัติตนของวัยหลังเจริญพันธุ์ ในแต่ละ ช่วงอายุของชีวิต ในช่วงอายุแรกเริ่มวัยหลังเจริญพันธุ์ (45 - 49 ปี) ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง ทางด้านระบบประสาทอัตโนมัติมาก เช่น จะมีอาการ เหงื่อออกมาก ร้อนวูบวาบ หงุดหงิดง่าย เวียนศีรษะ หน้ามืด ดังนั้นในช่วงของวัยหลังเจริญพันธุ์จะให้ความสนใจต่อข่าวสารและสื่อต่างๆ มีการแลกเปลี่ยนความรู้กันในกลุ่มวัยเดียวกันในส่วนของช่วงอายุก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ร่างกาย สามารถปรับต่อสภาพของการเปลี่ยนแปลงได้ อาการต่างๆ เริ่มทุเลาลง ดังนั้นในช่วงอายุนี้ของ วัยหลังเจริญพันธุ์จึงสามารถพักผ่อนนอนหลับได้ดีขึ้น

อาชีพ พบว่าอาชีพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมกาปฏิบัติตนของวัยหลังเจริญพันธุ์ เนื่องจากความแตกต่างของอาชีพทำให้มีกิจกรรมการทำงานที่แตกต่างกัน มีผลกระทบต่อ การพักผ่อน นอนหลับ อาชีพรับราชการ เป็นอาชีพที่มีการติดตามข้อมูลข่าวสารมากกว่าอาชีพอื่น

รายได้ครอบครัว เป็นแหล่งประ โยชน์อย่างหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการตอบสนองความ ต้องการพื้นฐานของบุคคล และทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ของบุคคลดีขึ้น (Orem, 1985 : 175)

เพนเดอร์ (Pender, 1987 : 161) กล่าวว่า ผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมสูง จะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง และเอื้ออำนวยให้สามารถได้รับอาหารที่เพียงพอ ตลอดจนเข้ารับบริการได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถจัดหาสิ่งของ เครื่องใช้ต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวกและส่งเสริมการดูแลตนเอง ในขณะที่ผู้ที่มีฐานะทางสังคมต่ำจะมีข้อจำกัดในการจัดหาสิ่งบริการเพื่อบำรุงรักษาสุขภาพและจากการศึกษาของมัลลิกา คังเจริญ (2534 : ข) พบว่า หญิงบริการทางเพศที่มีรายได้สูงจะมีความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ได้ดีกว่า หญิงบริการทางเพศที่มีรายได้ต่ำ (เขวาลักษณ์ ทอนมาตย์, 2539 : 37)

ระดับการศึกษา ตามแนวความคิดของโอเรม (เขวาลักษณ์ ทอนมาตย์, 2539 : 36 ; อ้างอิงมาจาก Orem, 1985) เชื่อว่าการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และการมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง โดยบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหาความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และแผนการรักษา ตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ มีการตัดสินใจที่ดี และสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเหมาะสมมากกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ (Muhlenkamp and Sayles, 1986 : 336) เพราะบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ ทำให้มีข้อจำกัดในการเรียนรู้ ตลอดจนการแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง (Pender, 1987 : 161 - 162) จากการศึกษาของรูท (จีรประภา ภาวิไล, 2535 : 81 ; อ้างอิงมาจาก Ruth, 1973 : 135 - 136) พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาค่ำมักประสบปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรควิธีการรักษาและการปฏิบัติตน เนื่องจากความรู้ดังกล่าวเป็นเรื่องเชิงวิทยาศาสตร์ ดังนั้นผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถเรียนรู้ได้มากกว่า ตลอดจนเข้าใจเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ถูกต้องดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาค่ำ

สถานภาพสมรส เป็นสถานภาพทางสังคม ในประเด็นของระบบครอบครัว บุคคลที่อยู่ในระบบครอบครัวจะมีความสัมพันธ์และร่วมมือกันอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งคู่สมรสที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันจะมีความรัก ความเข้าใจ สนใจ มีการสื่อความหมายอย่างเปิดเผยและมีประสิทธิภาพ มีการให้ข้อมูล ให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาต่างๆ และให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ซึ่งกันและกัน ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมดูแลตนเอง จากการศึกษาของนิรนาท วิทโชกิตติคุณ (2534 : ก - ข) ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง กลุ่มคนที่มีคู่ชีวิตจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่า จึงมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าคนโสด พบว่า กลุ่มบุคคลที่เป็นโสด ม่าย หย่า หรือแยกกันอยู่ มักขาดคนดูแลและให้กำลังใจแต่กลุ่มบุคคลที่มีสถานภาพสมรสจะได้รับการช่วยเหลือจากคู่สมรส ดังนั้นจึงมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีกว่า จากการศึกษาของบราวน์ (Brown, 1986 : 4) พบว่า ผู้สูงอายุชายที่เป็นโสด สมรสคู่และผู้สูงอายุหญิงที่เป็นโสด จะมีพฤติกรรมสุขภาพอ่อนแอดีกว่า ผู้สูงอายุชายที่เป็นโสด

และผู้สูงอายุหญิงที่มีสถานภาพสมรสคู่

ความรู้ ปัจจัยด้านความรู้ เป็นปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตน จากการศึกษาของกาญจนา เอกปัทมาย์ และคณะ (2542 : 560) พบว่า สตรีวัยหลังเจริญพันธุ์ อายุระหว่าง 45 – 59 ปี มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62 และพบว่า สตรีที่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลอนามัยของสตรีวัยหลังเจริญพันธุ์ดี มีเจตคติที่ดี จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีด้วย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเอง เป็นปัจจัยส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนอย่างถูกต้องและเหมาะสมกับวัย

แนวคิดทฤษฎีในการพัฒนาการให้บริการงานอนามัยการเจริญพันธุ์

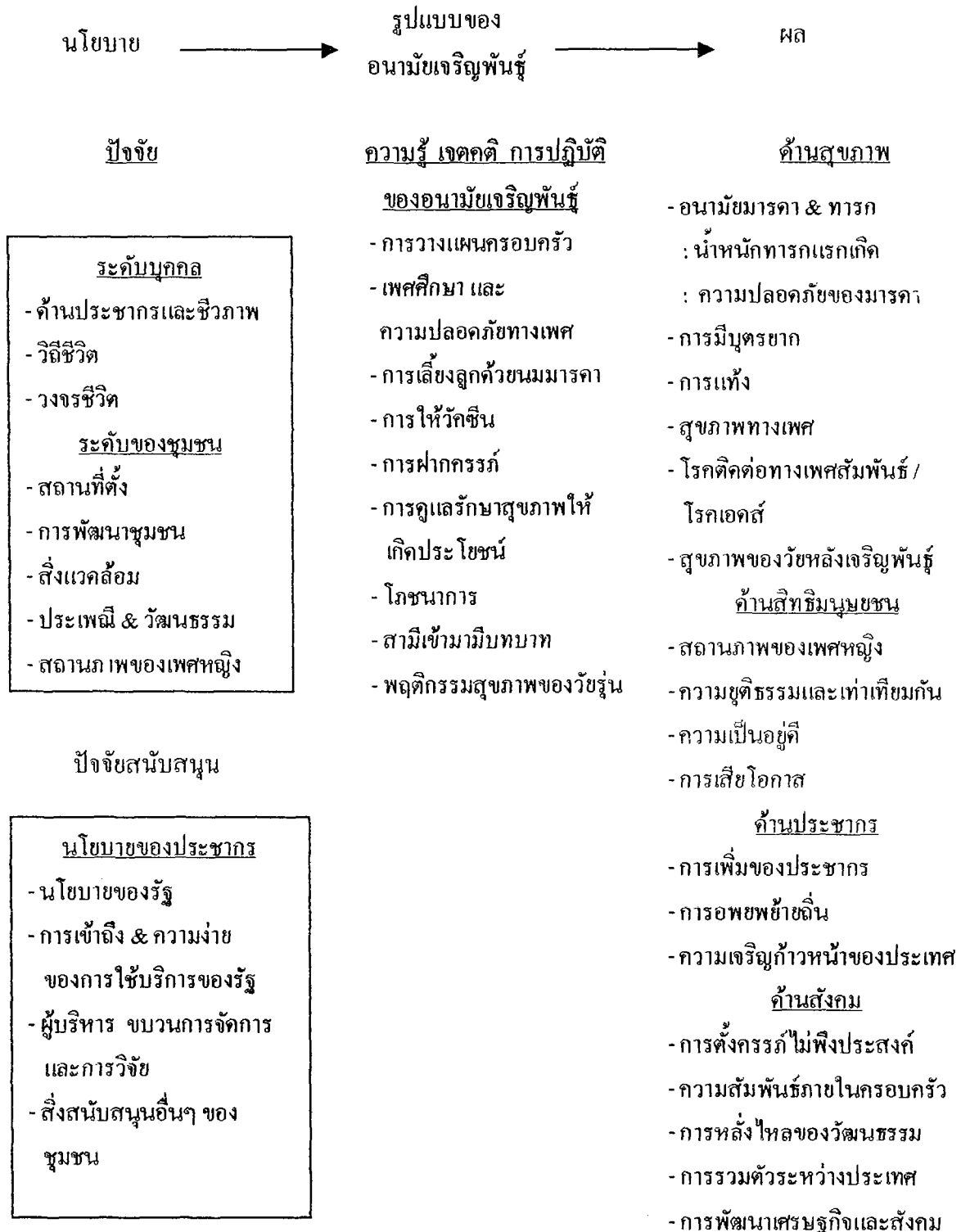
แนวคิดทฤษฎีในการพัฒนาการให้บริการงานอนามัยการเจริญพันธุ์ที่จะกล่าวต่อไปนี้เป็นแนวคิดทางด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เป็นภาพรวม ทำให้ทราบถึงโครงสร้างการพัฒนางานอนามัยการเจริญพันธุ์ในปัจจุบัน รูปแบบของการให้บริการของรัฐ ได้กำหนดให้สอดคล้องตามแนวของ ICPD ซึ่งส่งผลต่างๆตามโครงสร้างในหน้า 43 ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเพียงส่วนหนึ่งของงาน โดยแนวคิด (Concept) ของการพัฒนา (Development) เป็นสิ่งที่ทำเพื่อความเจริญที่ยั่งยืนหรือการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development) ด้วยวิธีต่างๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงระบบการทำงาน การจัดรูปแบบใหม่ๆ ขึ้น แต่โดยสรุปแล้วการพัฒนาควรเป็นไปในลักษณะ

1. เป็นพลวัตร (Dynamic)
2. มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง (Evergreen or Everchanging)
3. มีลักษณะสัมพัทธ์ (Relative) คือวันนี้ดีกว่าเมื่อวาน
4. เกิดการพึ่งตนเอง (Self Reliance)

แนวคิด (Concept) เกี่ยวกับรูปแบบงานอนามัยการเจริญพันธุ์ตามแนวของ ICPD

(International Conference of Population and Development) ตามกรอบของ Demography of Reproductive Health มีโครงสร้างดังนี้

การศึกษาเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์



ที่มา : แปลจาก กรมอนามัย. 2540 : 67 ; อ้างอิงมาจาก Aphichart Chamratrithirong. 1997.

จากโครงสร้างดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า การศึกษาเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ (Demography of Reproductive Health) จะให้ความสำคัญ และมองเห็นเกี่ยวกับขอบข่ายของอนามัยการเจริญพันธุ์ (Reproductive Health) โดยกล่าวถึงปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดด้านนโยบายประชากร ได้แก่ ระดับบุคคล ชุมชน หรือโปรแกรมต่างๆที่มีผลกระทบไปสู่สังคมและมีผลย้อนกลับมาเป็นตัวกำหนดรูปแบบด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ (Reproductive Health Pattern) โดยเน้นความเกี่ยวข้องกันระหว่างด้านประชากรกับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งเป็นการมองด้านสุขภาพที่กว้างมากยิ่งขึ้น

การวางแผนครอบครัว (Family Planning) เน้นเรื่องการคุมกำเนิด (Contraceptive) และการรักษา (Treatment) เกี่ยวกับการมีบุตร (Fertility) แนวคิดได้มีการเปลี่ยนไปไม่เพียงแต่ต้องการลดปริมาณของประชากรเท่านั้น แต่ควรมีผลทางด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพ เช่น มารดาและทารก ด้านการมีบุตรยาก ด้านภาวะการแท้งบุตรและด้านสุขภาพทางเพศ (MCH Infertile, Induced Abortion, Sexual Health) ด้านสุขภาพทางเพศเป็นเรื่องที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อรูปแบบของอนามัยการเจริญพันธุ์ ถึงแม้สังคมจะเปลี่ยนแปลง เรื่องของสุขภาพทางเพศก็ยังมี ความสำคัญต่อรูปแบบและขบวนการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งมักจะรวมบทบาทหน้าที่ของสุขภาพทางเพศ (Sexual Health) ด้วย

ด้านสิทธิมนุษยชน (Human Right) เป็นตัวกำหนดหนึ่งของสังคมที่เข้ามามีบทบาทในปัจจุบัน เพื่อให้เกิดความยุติธรรมและเท่าเทียมกันในการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะเพศหญิง ซึ่งการประชุมประชากรโลก (ICPD) ครั้งสุดท้าย ได้เน้นด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะบทบาทและสิทธิของเพศหญิงในสังคม ให้มีการพัฒนาขึ้นมาเพื่อความเท่าเทียมกัน ความเสมอภาคกัน เพราะฉะนั้นโครงการต่างๆที่รณรงค์ในเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ จะช่วยลดช่องว่างต่างๆของผู้หญิงในสังคมได้ ดังนั้นเรื่องของสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวกับบทบาทของผู้หญิง จึงเป็นเป้าหมายของโครงการอนามัยการเจริญพันธุ์

ด้านผลที่เกิดจากสังคม (Social Consequence) การทำโครงการอนามัยการเจริญพันธุ์ เป็นเรื่องของการพัฒนาสังคมโดยตรง ซึ่งเกี่ยวข้องกับบทบาทความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและศาสนา ไม่ว่าจะเป็นเพศศึกษา (Sex Education) การแท้ง (Abortion) เป็นเรื่องที่สำคัญมาก และเป็นเรื่องที่ต้องแก้ไขเร่งด่วน

สิ่งที่กำหนดรูปแบบของอนามัยการเจริญพันธุ์ มีด้านปัจจัยโดยตรง และปัจจัยสนับสนุน (Supply Demand) ในระดับบุคคลเป็นผลจากเศรษฐกิจสังคมของเพศหญิง โดยเฉพาะรูปแบบของวงจรชีวิต และวิถีชีวิตตั้งแต่เกิดขึ้นมา ภาวะชีวิตต่างๆจะทำให้เกิดปัจจัยต่างๆในเรื่องของอนามัยการเจริญพันธุ์แตกต่างกันออกไปรวมทั้งพันธุกรรมซึ่งจะต้องแก้ไขกันตั้งแต่ยังไม่เกิดเป็นมนุษย์ ในระดับชุมชนสิ่งที่ทำให้เกิดปัจจัยที่ต่างกัน คือ ภาวะเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยีที่พัฒนา

ไปขึ้นกับสภาพเดิมของเพศหญิงด้วย

ปัจจัยสนับสนุน (Supply) คือรูปแบบสิ่งส่งเสริมต่างๆ ได้แก่ การสร้างปัจจัยที่จำเป็นขึ้นมา จะเห็นว่าอนามัยการเจริญพันธุ์ไม่ได้มองเฉพาะการกระทำ (Practice) อย่างเดียว แต่เน้นที่ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมปฏิบัติด้วย การสร้างปัจจัยให้คนเข้าถึงการมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ถูกต้องและที่ดี ต้องมีความสามารถในการเข้าถึง และความง่ายต่อการได้รับบริการของรัฐซึ่งต้องเน้นเรื่องการให้คำปรึกษา (Counselling) ในกลุ่มต่างๆ ทุกอายุจะต้องมีรูปแบบกระบวนการบริหารจัดการที่เน้นแนวทางด้านสุขภาพเป็นสำคัญ และต้องมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างปัจจัยตรง และปัจจัยสนับสนุน ดังนั้นรูปแบบของกระบวนการจึงเป็นพลวัตตามวงจรของชีวิต

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

งานวิจัยในต่างประเทศ

โอ เดียร์ ฮันเตอร์ และแอนจอส (O' Dea Hunter and Anjos. 1999 : 131 – 140) ได้ศึกษาถึงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มประชากรวัยกลางคนในหญิงและชาย โดยศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของวัยหมดระดู และการได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนจะช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยศึกษากลุ่มตัวอย่าง หญิงและชายอายุ 49 – 55 ปี ในคลินิกกรุงลอนดอน โดยการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างหญิง 103 คน ชาย จำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 60 และ 40 ตามลำดับ ในกลุ่มตัวอย่างหญิง พบหญิงที่อยู่ในวัยก่อนหมดระดู ร้อยละ 15 หญิงวัยหมดระดูที่มีอาการแสดงของวัยและหญิงที่หมดระดูแล้วมีจำนวนร้อยละ 68 หญิงที่ใช้การรักษาด้วยฮอร์โมนบำบัดพบร้อยละ 17 ของกลุ่มตัวอย่างหญิง ในการศึกษาความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างหญิงและชายกับระดับของคุณภาพชีวิตพบว่า หญิงและชายในกลุ่มดังกล่าวไม่มีความสัมพันธ์กัน แม้ว่าจากการศึกษาหญิงวัยหมดระดูจะมีอาการทางร่างกายมากกว่าชายอยู่ร้งมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องของความเจ็บป่วย แต่ในกลุ่มของผู้ใช้ฮอร์โมนบำบัดหญิงและชายไม่พบความแตกต่างกันในด้านคุณภาพชีวิต

จีออรีนัว (Georgiev. 1999 : 144 – 146) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ การรับรู้ของหญิงวัยหมดระดูในประชากรบัลแกเรีย โดยการสำรวจและการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม จากการศึกษา กลุ่มประชากรหญิงและชายในหลายประเทศ เช่น ประเทศฝรั่งเศส ประเทศตุรกี และประเทศสหพันธรัฐเยอรมันนี่ เป็นต้น ในด้านความรู้เกี่ยวกับวัยหมดระดูระหว่างหญิงและชาย พบว่า หญิงวัยหมดระดูยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบจากการลดระดับฮอร์โมนเอสโตรเจน

ต่อสุขภาพ เนื่องจากการขาดข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความรู้ใหม่ๆเกี่ยวกับการรักษาและสถานการณ์ แนวโน้มของวัยหมดระดูระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย จากการสำรวจข้อมูลในประเทศบัลแกเรีย ส่วนใหญ่ประชาชนยังขาดความรู้เกี่ยวกับวัยหมดระดู และยังพบว่า หญิงวัยหมดระดูของประเทศบัลแกเรียมีจำนวนเพิ่มจำนวนมากขึ้นเป็น 1.20 ล้านคน ในจำนวนนี้มีอายุมากกว่า 45 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 14.60 มีผู้ได้รับการรักษาร้อยละ 1 คิดเป็นจำนวน 344 คน จากการสรุปพบว่า ค่าเฉลี่ยของผู้ที่หมดระดูแล้วมีอายุ 47.30 ปี นอกจากนี้ประเทศบัลแกเรีย ยังมีการจัดตั้งบริการทางโทรศัพท์เกี่ยวกับความรู้ในวัยหมดระดู ได้ทำการรวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการที่ใช้บริการทางโทรศัพท์ พบ จำนวน 1,187 คน คิดเป็นร้อยละ 59 และพบว่ามีผู้สอบถามเกี่ยวกับเรื่องการใช้ฮอร์โมนเพื่อการรักษา ร้อยละ 14 จำนวน 282 คน คิดเป็นร้อยละ 14 ของจำนวนผู้ใช้บริการ

จากการสรุปคำถามที่ผู้รับบริการใช้ในการสอบถาม แบ่งออกเป็น ประเภทคำถามได้

4 กลุ่ม ดังนี้คือ

กลุ่มที่ 1 เหตุผลในการมารับบริการที่คลินิก

1. ได้มารับรักษาที่คลินิกวัยหมดประจำเดือน มีจำนวนผู้มารับบริการ 917 คน ไม่มา 83 คน
2. ผู้ที่ให้คำแนะนำในการมาคลินิกครั้งแรก คือ กลุ่มวัยหมดระดูจำนวน 615 คน ได้รับคำแนะนำจากแพทย์จำนวน 277 คน และมารับบริการเองจำนวน 108 คน
3. ปัญหาที่มาทำการรักษาพบจำนวนดังนี้
 - 3.1 เกี่ยวกับร้อนวูบวาบ จำนวน 817 คน
 - 3.2 เกี่ยวกับการใช้ยาฮอร์โมนบำบัด จำนวน 109 คน
 - 3.3 เกี่ยวกับความผิดปกติของรอบระดูจำนวน 44 คน
 - 3.4 เกี่ยวกับความต้องการตรวจสุขภาพจำนวน 30 คน

กลุ่มที่ 2 เกี่ยวกับความรู้ทั่วไปจำนวนดังนี้

1. มีความรู้เกี่ยวกับวัยหมดระดู พบว่า มีผู้ขาดความรู้จำนวน 952 คน ไม่ขาดความรู้จำนวน 48 คน
2. ผู้มารับบริการมีความรู้เกี่ยวกับภาวะกระดูกพรุน พบผู้มีความรู้จำนวน 719 คน ไม่มีความรู้จำนวน 281 คน
3. มีความรู้เรื่องการใช้ฮอร์โมนบำบัด มีผู้มีความรู้จำนวน 558 คน ไม่มีความรู้จำนวน 442 คน
4. มีความวิตกกังวลกลัวต่อการใช้ฮอร์โมนทดแทน พบว่า มีความกลัวจำนวน 713 คน ไม่กลัวจำนวน 287 คน
5. เหตุผลของการกลัวการใช้ฮอร์โมนมีดังนี้

- 5.1 กลัwn้ำหนักเพิ่ม และชนเพิ่มขึ้นพบจำนวน 650 คน
 - 5.2 มีปัญหาเรื่องเต้านมพบจำนวน 277 คน
 - 5.3 ไม่ตอบคำถามจำนวน 65 คน
 - 5.4 อื่นๆจำนวน 8 คน
6. มีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ พบว่ามีการยอมรับภาวะสุขภาพจำนวน 612 คน ไม่ยอมรับจำนวน 388 คน
7. มีความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติเกี่ยวกับรอบระดู พบว่ามีความผิดปกติจำนวน 101 คน ไม่พบความผิดปกติจำนวน 243 คน
8. มีความรู้เกี่ยวกับอาการวัยหมดระดูที่ต้องการรักษา มีผู้รับการรักษาจำนวน 417 คน ไม่รักษาจำนวน 583 คน
9. มีความรู้เกี่ยวกับเมื่อมีอาการเข้าสู่วัยหมดระดูต้องทำการรักษาด้วยฮอร์โมน มีผู้รับการรักษานจำนวน 250 คน ไม่รักษาจำนวน 750 คน
- กลุ่มที่ 3 ประวัติครอบครัว
1. พบว่ามารดามีปัญหาเกี่ยวกับวัยหมดระดูจำนวน 454 คน ไม่มีปัญหาจำนวน 217 คน ไม่ตอบคำถามจำนวน 329 คน
 2. จากปัญหาวัยหมดระดู มารดาขอรับการรักษานจำนวน 217 คน ไม่รักษาจำนวน 237 คน
 3. จากมารดาที่ไม่มีอาการของวัยหมดระดู ได้มีการขอรับการรักษาฮอร์โมนรักษานจำนวน 40 คน ไม่รักษาจำนวน 177 คน
- กลุ่มที่ 4 เกี่ยวกับความรู้เฉพาะเรื่อง
1. ความรู้เกี่ยวกับเรื่องการตรวจแมมโมแกรม (Mammography) ผู้มารับบริการมีความรู้จำนวน 377 คน ไม่มีความรู้จำนวน 623 คน
 2. ความรู้เกี่ยวกับความหนาแน่นของกระดูก ผู้มารับบริการมีความรู้จำนวน 186 คน ไม่มีความรู้จำนวน 824 คน
 3. ความรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด มีผู้มารับบริการมีความรู้จำนวน 271 คน ไม่มีความรู้จำนวน 729 คน
 4. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัยหมดระดูกับภาวะสมองเสื่อม (Alzheimer's Disease) ผู้มารับบริการมีความรู้จำนวน 17 คน ไม่มีความรู้จำนวน 933 คน
- บอดติกลิโอนี และอลอยซิโอ(สุทธนิจ ทูณทสาร. 2539 : 70 ; อ้างอิงมาจาก Bottiglioni and Aloysio. 1982) ได้สร้างแบบสอบถาม และสัมภาษณ์ผู้รับบริการที่คลินิก ในมหาวิทยาลัย Bologna จำนวน 756 คน ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบหญิงวัยหมดระดูระหว่างกลุ่มก่อนหมด

ประจำเดือน พบว่า ในกลุ่มหมดประจำเดือนแล้วพบจำนวนผู้ที่ไม่มีเพศสัมพันธ์ตามปกติเป็น 5 เท่า ของกลุ่มก่อนหมดประจำเดือนซึ่งพบว่ามีสาเหตุมาจากการไม่ได้รับความสุขจากการมีเพศสัมพันธ์ และสองในสามของกลุ่มที่หมดประจำเดือนแล้วจะมีจำนวนครั้งในการบรรลุจุดสุดยอดน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มก่อนหมดประจำเดือนซึ่งมีเพียงร้อยละ 44 และพบว่าหญิงที่หมดประจำเดือนแล้วจะมีความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์น้อยกว่า 1 ครั้ง / สัปดาห์ มีถึงร้อยละ 76 และมากกว่าร้อยละ 79 มีความสนใจในทางเพศลดลง

ชาร์เรล และบาจูไลยา (สุทธรณีจ หุณฑสาร. 2539 : 71 ; อ้างอิงมาจาก Sarrel and Bajulaiya. 1983) ได้ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมทางเพศในหญิงในเจ็ชเรียผิวดำระหว่างกลุ่มก่อนหมดประจำเดือนและกลุ่มหลังหมดประจำเดือนแล้ว 1-3 ปี จำนวน 250 คน พบว่า มีความเจ็บปวดจากการมีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10 เป็นร้อยละ 40 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มก่อนหมดประจำเดือนและกลุ่มหลังหมดประจำเดือนแล้ว 1-3 ปี และพบว่า ร้อยละ 70 ของหญิงที่หมดประจำเดือนแล้ว 9 ปี มีเพศสัมพันธ์ยากลำบาก เนื่องจากความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 48 มีปัญหาช่องคลอดแห้ง ร้อยละ 57 มีความต้องการทางเพศลดลง และร้อยละ 42 มีปัญหาเนื่องจากสามีมีความต้องการทางเพศลดลง เปรียบเทียบความต้องการทางเพศพบว่าในกลุ่มก่อนหมดประจำเดือนมีความต้องการทางเพศลดลงร้อยละ 13 ส่วนกลุ่มที่หมดประจำเดือนแล้ว 1-3 ปี มีความต้องการทางเพศลดลงถึงร้อยละ 47 เมื่อถามคู่สมรสของหญิงที่หมดประจำเดือนถึงความเปลี่ยนแปลงของกิจกรรมทางเพศ ร้อยละ 50 ตอบว่า มีความยากลำบากในการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งกลุ่มก่อนหมดประจำเดือนตอบว่ามีเพียงร้อยละ 10

มิเชลล์ (Mishell. 1992 : 77) ได้รับรายงานว่าหญิงในประเทศย่านอุตสาหกรรมทางยุโรปและอเมริกามีอาการ Hot flushes ถึงร้อยละ 75 ในขณะที่ผู้หญิงในเอเชียมีอาการนี้ไม่ถึงร้อยละ 25 ความแตกต่างกันนี้เป็นสาเหตุให้มีแพทย์นักวิจัย และนักสังคมสงเคราะห์ให้ความสนใจและทำการศึกษาเพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการในวัยหมดประจำเดือนของหญิงในกลุ่มต่างๆ ที่มีความแตกต่างกันทั้งด้านสังคม วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี และสิ่งแวดล้อม

อริบาร์ก (Aribarg. 1998 : 55) ได้ศึกษาเรื่องอาการที่เกี่ยวข้องกับผู้ชายวัยทอง พบว่า ผู้ชายวัยทองมีอาการแรกเริ่มเกี่ยวกับความผิดปกติในสมองเกี่ยวกับระบบประสาทอัตโนมัติทำให้เกิดอาการต่างๆ ไป ซึ่งเป็นผลจากการลดระดับของฮอร์โมนแอนโดรเจน บทบาททางเพศและพฤติกรรมทางเพศเกิดจากอวัยวะเพศขาดการไหลเวียนของเลือด และผลของฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนมีผลกระทบต่อต่อมลูกหมากโต หรือมีผลทำให้เกิดมะเร็งของต่อมลูกหมาก

ฮับบาร์คและคณะ (สุทธรณีจ หุณฑสาร. 2539 : 71 ; อ้างอิงมาจาก Hubbard et al. 1996) รายงานว่ากลุ่มคนที่ใช้ชีวิตคู่จะมีการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าจึงมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าคนโสด เพราะการมีคู่ชีวิตจะช่วยลดความเครียดทั้งหลายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย จากการศึกษา

ของคัพพี (Brown, 1986 ; citing Duffy, 1993 : 4) ในผู้สูงอายุจำนวน 386 คน พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายที่แต่งงานแล้วมีการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพมากกว่าเพศหญิงและชายที่ยังไม่แต่งงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จารูวรรณ เหมะชร และพิมพ์พรรณ ศิลป์สุวรรณ (2532 : 71) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสจะมีภาวะสุขภาพกายดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพสมรส โสด หม้าย หย่า และแยกกันอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฉันทนา กาญจนพจน์ (2529 : 53) พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการร่วมกิจกรรมโดยผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มักมีส่วนร่วมกิจกรรมมากกว่าผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย จากการศึกษาของนิรนาท วิทโยชกิตติคุณ (2534 : ก - ข) ได้ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง สุวิมล พนารัตนกุล (2534 : 32) ได้ศึกษา พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง และ พบว่า สถานภาพสมรสคู่มียึดมั่นทัศนคติความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่เป็นมา

ทั้งไพรัชอล และคณะ (Tungphaisal et al. 1991 : 143 - 146) ได้ศึกษาพฤติกรรมทางเพศของหญิงไทย ซึ่งหมดระดูแล้ว 1 ปี จำนวน 100 คน ผลการศึกษา พบว่า ผู้หญิงมีความต้องการทางเพศลดลง ร้อยละ 95 เหมือนเดิมร้อยละ 5 และพบว่ามีความสัมพันธ์ทางเพศจำนวน 1 ครั้ง หรือน้อยกว่าต่อเดือน ร้อยละ 79 มีเพศสัมพันธ์ 2 - 3 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 16 มีเพศสัมพันธ์ 4 ครั้งหรือมากกว่าต่อเดือน ร้อยละ 5 ปัญหาที่พบบ่อยคือ ไม่บรรลุนัดสุดยอด ร้อยละ 78 มีความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 35 และยังพบว่าระดับฮอร์โมน LH, FSH, Estradiol และ Testosterone ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกต้องการทางเพศ หรือความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ของหญิงวัยหมดระดู

เดนเนอร์สไตน์ และคณะ (กรมอนามัย, 2537 : 30 ; อ้างอิงมาจาก Dennerstein et al. 1997) ได้ศึกษาในหญิงจำนวน 89 คน ที่ทำการผ่าตัด Hysterectomy และ Bilateral Salpingo - Oophorectomy พบว่า ร้อยละ 37 มีปัญหาทางเพศที่พบบ่อยคือ ความต้องการทางเพศลดลง มีความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์และบรรลุนัดสุดยอดลดน้อยลง และได้สรุปว่า Androgen จากรังไข่มีส่วนสำคัญเกี่ยวกับความต้องการทางเพศ หรือแรงงูใจทางเพศ

แบคแมน และคณะ (กองอนามัยครอบครัว, 2537 : 31 ; อ้างอิงมาจาก Bachmann et al. 1984) ได้ให้ความสนใจในปัญหาทางเพศในหญิงวัยหมดระดู และได้ศึกษาในวัยหมดระดู จำนวน 69 คน พบว่า การมีเพศสัมพันธ์เป็นไปตามปกติและเป็นความรับผิดชอบของฝ่ายชาย พฤติกรรมทางเพศอื่นๆ เช่น การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง Oralsex คู่สมรสให้ความสำคัญน้อยกว่าการมีเพศสัมพันธ์

งานวิจัยในประเทศไทย

สมหมาย คชนาม (2535 : ก - ข) ได้ศึกษาอายุเมื่อหมดประจำเดือนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของหญิงวัยหมดประจำเดือนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงที่หมดประจำเดือน อายุระหว่าง 41 - 60 ปี ผลการศึกษาพบว่า อายุเฉลี่ยเมื่อหมดประจำเดือนเท่ากับ 48.35 ส่วนปัจจัยที่มีผลต่ออายุเมื่อหมดประจำเดือน พบว่า จำนวนการตั้งครรภ์ ภาวะโภชนาการ การสูบบุหรี่ และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับอายุ เมื่อหมดประจำเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ และปัญหาทางเพศของหญิงที่หมดประจำเดือนแล้ว มีปัญหาสุขภาพอย่างน้อย 1 ชนิด หลังหมดประจำเดือนได้แก่ มีน้ศีรษะ เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย หงุดหงิดง่าย นอนไม่หลับ ใจสั่นเต้นแรง ร้อนวูบวาบตามตัว ใบหน้า ปวดศีรษะ เหงื่อออกตอนกลางคืน ซึมเศร้า และหายใจลำบาก สำหรับปัญหาทางเพศ พบว่า หญิงที่หมดประจำเดือนแล้วร้อยละ 59.80 มีความต้องการทางเพศลดลง ร้อยละ 27.40 ไม่มีความต้องการทางเพศมากขึ้น นอกจากนั้นยัง พบว่า หญิงที่หมดประจำเดือน ร้อยละ 23.70 มีปัญหาในการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งปัญหาที่พบได้บ่อย ได้แก่ เจ็บปวดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 45.90 และไม่บรรลุนิยัตยอด ร้อยละ 39.50

ประมวล สุวัฒนา และคณะ (2535 : 217 - 228) ได้ศึกษาเรื่องอาการของวัยหมดระดูของหญิงไทยในกรุงเทพมหานคร โดยสัมภาษณ์หญิงที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 614 คน พบว่า มีอาการที่เกี่ยวข้องกับการหมดระดูร้อยละ 69 และในกลุ่มที่มีอาการพบว่ามีอาการร้อนวูบวาบ ร้อยละ 82 มีอาการหงุดหงิด ร้อยละ 76 มีอารมณ์แปรปรวน ร้อยละ 57 มีอาการมีน้ศีรษะ ร้อยละ 48 มีอาการหัวใจเต้นแรง ร้อยละ 47 มีอาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 39 และมีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 27 ปัญหาที่พบในระบบทางเดินปัสสาวะ พบปัสสาวะบ่อย ร้อยละ 81 อาการปัสสาวะลำบาก ร้อยละ 40 ปัญหาเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ พบในหญิงที่ไม่มีเพศสัมพันธ์แล้วร้อยละ 59 โดยให้เหตุผลว่ารู้สึกเบื่อการมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 31 และมีความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 0.80

เขวาลักษณ์ ทอนมาตย์ (2539 : ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับการหมดประจำเดือน ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงที่อยู่ในช่วงจะหมดประจำเดือน ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการหมดประจำเดือนมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ส่วนรายได้ของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

กระทรวงสาธารณสุข (โสมย์จรรยั เตชะวรวุฒิ. 2541 : 41 ; อ้างอิงมาจาก กระทรวงสาธารณสุข. 2539) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของสตรีไทยวัยก่อนและหลังหมดระดู ศึกษาในหญิงไทยทั่วประเทศที่มีอายุ 40 - 59 ปี จาก 12 เขต ยกเว้นกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์หญิงกลุ่มศึกษา ผลการศึกษาพบว่า หญิงวัยหมดระดูเมื่ออายุเฉลี่ย 48 ปี มีความรู้เกี่ยวกับการหมดระดูและมีการปฏิบัติตนของวัยหมดระดูในระดับปานกลางถึงระดับมาก และเชื่อว่าการหมดระดูเป็นเรื่องของธรรมชาติและพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะสภาพสิ่งแวดล้อม การรับรู้ ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการหมดระดูไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสุขภาพและภาวะสุขภาพ นอกจากนี้ยัง พบว่า อายุของหญิงไทย อายุบุตรคนสุดท้าย และจำนวนสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการการหมดประจำเดือน ภาวะโภชนาการ ปัจจุบันมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ความรู้และความเชื่อต่างๆ เกี่ยวกับการหมดระดูมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิตประสาท และอาการส่วนใหญ่ที่ศึกษามีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ลดลง

สุทรนิจ พุฒนทสาร (2539 : ข) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงวัยหมดประจำเดือนเขตชนบท จังหวัดนนทบุรี ผลการวิจัยพบว่าปัจจัย อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การมีแหล่งบริการด้านต่างๆ และประสบการณ์ในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยด้านสังคมวิทยา ได้แก่ ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้อำนาจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสำหรับสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อและการได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

อภิรยา พานทอง (2540 : ข) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงวัยหมดประจำเดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงที่ได้รับบริการที่คลินิกวัยหมดประจำเดือนของโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงวัยหมดประจำเดือนโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อยู่ในเกณฑ์ดี 2 ด้าน คือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไปและด้านการควบคุมสภาวะแวดล้อม ส่วนด้านอื่นๆอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี

สุกัญญา ชัยกิตติศิลป์ และคณะ (2540 : 259) ได้ศึกษาอาการและปัญหาของหญิงไทยวัยหมดระดูที่อาศัยในชุมชนแออัดคลองเตย โดยฝึกรอบรมนักสังคมสงเคราะห์ให้สัมภาษณ์หญิงวัยหมดระดูตามแบบสอบถามที่ได้ปรับมาตรฐานแล้ว และคัดเลือกหญิงวัยหมดระดูเหล่านี้ตามวิธีการสุ่มตัวอย่าง บ้านเลขที่ มีหญิงที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกทั้งหมด 119 คน ผู้หญิงเหล่านี้เป็นกลุ่มที่มีเศรษฐกิจและการศึกษาต่ำ มีอายุเฉลี่ย 58.90 ± 6.90 ปี และหมดระดูมานานเฉลี่ย 7 ปี ความชุกของอาการในหญิงวัยหมดระดูมี ดังนี้ อาการทางระบบประสาทอัตโนมัติร้อยละ 72.30 อาการระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 80.70 อาการระบบอวัยวะสืบพันธุ์ ร้อยละ 87.40 และอาการทาง

จิตประสาทร้อยละ 98.30 อย่างไรก็ตามอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ อาการระบบทางเดินปัสสาวะ อาการระบบอวัยวะสืบพันธุ์ อาการทางจิตประสาทที่รุนแรง จนเป็นปัญหา พบว่า มีร้อยละ 29.40 19.30 15.10 และ 75.60 ตามลำดับ โดยสรุป พบว่า ความชุกของอาการในหญิงวัยหมดระดูในชุมชนแออัดคลองเตยพบมากแต่อาการที่เป็นปัญหาพบได้น้อย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะหญิงกลุ่มนี้คิดว่าเรื่องเหล่านี้เป็นเรื่องธรรมดา

ลำภา อุปการกุล และคณะ (2539 : 49) ได้ศึกษาเรื่องการหมดประจำเดือนและประสบการณ์การดูแลตนเองของหญิงวัยหมดประจำเดือนในชุมชนแออัด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ศึกษาเรื่องการหมดประจำเดือนและประสบการณ์การดูแลตนเอง โดยเลือกกลุ่มหญิงอายุ 45 – 55 ปี ในชุมชนแออัด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 80 คน ทำการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ พบว่า หญิงวัยหมดประจำเดือนมีความรู้เรื่องการหมดประจำเดือนอยู่ในระดับปานกลาง(ร้อยละ 66.30) โดยมีความรู้ถูกต้องในเรื่อง การลดลงของฮอร์โมนเพศทำให้ผิวหนังเหี่ยวย่น และทำให้เต้านมหย่อนยาน (ร้อยละ 88.70) อาการท้องอืด และท้องผูกเกิดจากลำไส้ทำงานน้อยลง (ร้อยละ 83.70) อาการอ่อนเพลียซึมเศร้า และนอนไม่หลับ (ร้อยละ 82.50) และอาการปวดกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 76.30) บางส่วนมีความรู้ถูกต้องรายชื่อในเรื่องหญิงหมดประจำเดือนควรรับการตรวจภายใน (ร้อยละ 57.50) มีความมั่นใจในตัวเอง (ร้อยละ 48.70) ควรดำรงความมีคุณค่าในตนเอง และควรรับการตรวจเต้านมเท่ากัน (ร้อยละ 45)

ประสบการณ์การดูแลตนเองเมื่อมีอาการที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.50) มีอาการร้อนชู้ซ่าและเหงื่อออกมากกว่าปกติ บรรเทาอาการโดยการอาบน้ำบ่อยๆ (ร้อยละ 25) อาการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจคือหงุดหงิดง่าย และการอ่อนเพลียซึมเศร้ามีร้อยละ 86.30 และ 66.30 ตามลำดับ ซึ่งร้อยละ 65 ปล่อยให้ไปเฉยๆ ขณะที่ร้อยละ 10 จะไปพบแพทย์ เมื่อมีอาการไม่สุขสบาย และอาการอื่นๆ เช่น มีอาการอักเสบในช่องคลอดและประจำเดือนขาดหายไป นอกนั้นจะซื้อยามาประทานเองและปล่อยให้ไปเฉยๆ

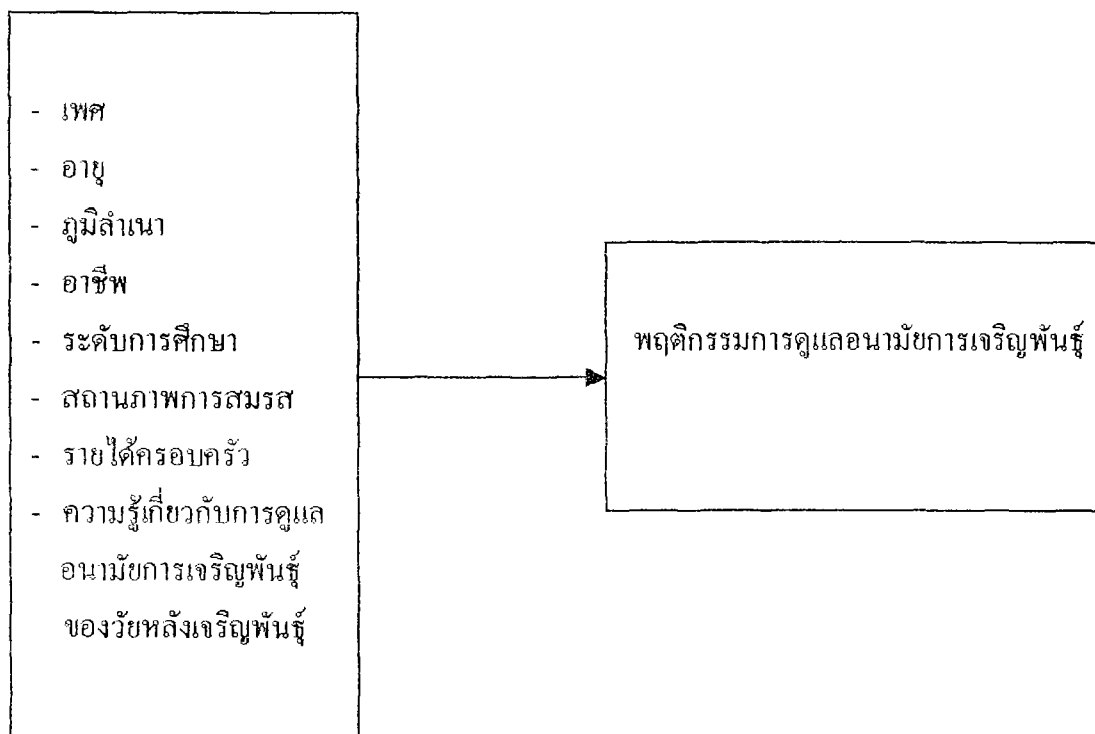
ฉวีวรรณ ไวยเนตร และคณะ (กรมอนามัย. 2541 : 117 ; อ้างอิงมาจาก ฉวีวรรณ ไวยเนตร และคณะ. 2538) ได้ศึกษาเรื่องทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ของประชากรกลุ่มอายุ 15 – 59 ปี จังหวัดแพร่ พ.ศ.2537 ผลการศึกษา พบว่า ทางด้านทัศนคติส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าโรคเอดส์เป็นปัญหาลำดับที่กำลังคุกคาม ไม่มีความวิตกกังวลว่าตนเองจะติดเชื้อเอดส์ ร้อยละ 41.70 เกือบครึ่งหนึ่งคิดว่าไม่จำเป็นเลขที่ตนเองต้องมีประสบการณ์ทางเพศก่อนแต่งงาน ร้อยละ 49 การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองไม่เป็นอันตราย ร้อยละ 47.94 ส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลายคนนั้นเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์เพิ่มขึ้น ร้อยละ 90.60 ตนเองเป็นผู้มีบทบาทสำคัญที่สุดในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ ร้อยละ 70.63 ในกลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่ยอมรับว่าไม่มีเพศสัมพันธ์กับคนอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรส หรือคู่นอนประจำของตน

ในรอบ 1 เดือนก่อนสำรวจ ร้อยละ 91 และยอมรับว่าในรอบปีที่ผ่านมาเคยเป็นกามโรค ร้อยละ 2.80

จากที่ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร และการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ ทั้งในต่างประเทศ และภายในประเทศไทย จึงได้สร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพประกอบ 1 และกำหนดสมมติฐานในการวิจัยในครั้งนี้ต่อไป

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร และการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัย ซึ่งทดสอบสมมติฐานการวิจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนี้

1. ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี จะมีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์แตกต่างกัน
2. ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์แตกต่างกัน
3. ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่อาศัยอยู่ในภูมิถิ่นานต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์แตกต่างกัน
4. ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่ประกอบอาชีพต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์แตกต่างกัน
5. ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์แตกต่างกัน
6. ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์แตกต่างกัน
7. ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีรายได้ครอบครัวต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์แตกต่างกัน
8. ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์แตกต่างกัน

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยศึกษาถึงสภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรเป็นชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์อายุ 45 – 59 ปี ในจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 43,709 คน เป็นชาย จำนวน 21,569 คน และหญิง จำนวน 22,140 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. 2542) ตามรายละเอียดดังนี้

1. อำเภอเมือง จำนวน 22 ตำบล ประชากรชาย 4,803 คน และหญิง 5,549 คน
2. อำเภอชะอำ จำนวน 9 ตำบล ประชากรชาย 3,554 คน และหญิง 1,874 คน
3. อำเภอเขาย้อย จำนวน 10 ตำบล ประชากรชาย 2,327 คน และหญิง 2,625 คน
4. อำเภอท่ายาง จำนวน 12 ตำบล ประชากรชาย 2,123 คน และหญิง 2,515 คน
5. อำเภอบ้านลาด จำนวน 18 ตำบล ประชากรชาย 2,996 คน และหญิง 3,464 คน
6. อำเภอบ้านแหลม จำนวน 10 ตำบล ประชากรชาย 2,843 คน และหญิง 3,235 คน
7. อำเภอแก่งกระจาน จำนวน 6 ตำบล ประชากรชาย 2,318 คน และหญิง 2,262 คน
8. อำเภอหนองหญ้าปล้อง จำนวน 4 ตำบล ประชากรชาย 605 คน และหญิง 615 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์อายุ 45 – 59 ปี ในจังหวัดเพชรบุรี ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 397 คน เป็นชายจำนวน 196 คน และหญิงจำนวน 201 คน ได้มาตามขั้นตอน ดังนี้

1. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรยามานะ (Yamane. 1967 : 583) โดยให้มีความคลาดเคลื่อนได้ .05 ดังสูตร

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

- เมื่อ n แทน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง
 N แทน ขนาดของประชากร
 e แทน ความคลาดเคลื่อนในการสุ่ม

ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 397 คน

2. กำหนดหาขนาดกลุ่มตัวอย่างของชายและหญิง จากประชากรแต่ละอำเภอ โดยใช้ อัตราส่วนตามสูตรดังนี้ (สุทธิณี หุณหสาร. 2539 : 94)

$$n_n = \frac{n \times N_n}{N}$$

- เมื่อ n แทน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง
 N แทน ขนาดของประชากร
 N_n แทน ขนาดของประชากรแต่ละกลุ่ม
 n_n แทน ขนาดกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม

กำหนดหาขนาดกลุ่มตัวอย่างของชายได้จำนวน 196 คน หญิงได้จำนวน 201 คน

3. การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling Technique) โดยดำเนินการดังนี้

3.1 เลือกทุกอำเภอเป็นกลุ่มตัวอย่าง

3.2 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากประชากรแต่ละอำเภอ ดังปรากฏตามตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี
จำแนกตามอำเภอ

อำเภอ	จำนวนประชากร		ขนาดกลุ่มตัวอย่าง	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
อำเภอเมือง	4,803	5,549	44	50
อำเภอชะอำ	3,554	1,874	32	17
อำเภอเขาชัย	2,327	2,625	21	24
อำเภอท่ายาง	2,123	2,515	19	23
อำเภอบ้านลาด	2,996	3,464	27	31
อำเภอบ้านแหลม	2,843	3,235	26	29
อำเภอแก่งกระจาน	2,318	2,262	21	21
อำเภอหนองหญ้าปล้อง	605	616	6	6
รวม	21,569	22,140	196	201

4. ระดับตำบลสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากระดับอำเภอ อำเภอละ 1 ตำบล ดังปรากฏตามตาราง 2
5. ระดับหมู่บ้านสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากระดับตำบล ตำบลละ 3 หมู่บ้าน ดังปรากฏตามตาราง 2
6. ระดับหมู่บ้านสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากรายชื่อชายและหญิงที่มีอายุ 45 – 59 ปี ตามจำนวนของขนาดตัวอย่าง ดังปรากฏตามตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี
จำแนกตามตำบล และหมู่บ้าน

อำเภอ	รายชื่อกลุ่มตัวอย่าง		ขนาดกลุ่มตัวอย่าง	
	ตำบล	หมู่บ้าน	ชาย	หญิง
อำเภอเมือง	ตำบลธงชัย (ม. 1 - 8)	ม. 2 บ้านคอนคาน	14	16
		ม. 3 บ้านทุ่งเพื่อ	15	17
		ม. 6 บ้านขลุ่	15	17
อำเภอชะอำ	ตำบลเขาใหญ่ (ม. 1 - 5)	ม. 3 บ้านสวนผัก	11	6
		ม. 5 บ้านไร่เนิน	11	6
		ม. 8 บ้านหุบกระพง	10	5
อำเภอเขาย้อย	ตำบลทับคาบ (ม. 1 - 5)	ม. 1 บ้านคอนทราย	7	8
		ม. 3 บ้านท่าคอย	7	8
		ม. 5 บ้านทับคาบ	7	8
อำเภอท่ายาง	ตำบลหนองจอก (ม. 1 - 14)	ม. 6 บ้านหนองจอก	6	8
		ม. 9 บ้านหนองจิก	6	8
		ม. 11 บ้านบ่อพันงู	7	7
อำเภอบ้านลาด	ตำบลถ้ำรงค์ (ม. 1 - 5)	ม. 1 บ้านท่ามะเฟือง	9	10
		ม. 2 บ้านม่วงงาม	9	10
		ม. 11 บ้านไร่สะท้อน	9	11
อำเภอบ้านแหลม	ตำบลบ้านแหลม (ม. 1 - 10)	ม. 2 บ้านตลาด	8	10
		ม. 7 บ้านศาลเจ้าตึก	9	10
		ม. 8 บ้านท้องคุ้ง	9	9
อำเภอแก่งกระจาน	ตำบลป่าเต็ง (ม. 1 - 8)	ม. 1 บ้านป่าเต็งเหนือ	7	7
		ม. 2 บ้านร่วมใจ	7	7
		ม. 8 บ้านป่าเต็งใต้	7	7
อำเภอหนองหญ้าปล้อง	ตำบลท่าตะคร้อ (ม. 1 - 5)	ม. 2 บ้านท่าตะคร้อ	2	2
		ม. 3 บ้านสามเรือน	2	2
		ม. 5 บ้านหุบอน	2	2
		รวม	196	201

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ภูมิลำเนา อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้ครอบครัว

ส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินภาวะสุขภาพด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้แก่ แบบประเมินภาวะบกพร่องฮอร์โมนเพศในชายและหญิง โดยใช้แบบประเมินของหะทัย เทพพิสัย (2542) ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า มี 4 ระดับ คือ ไม่มี น้อย ปานกลาง มาก ชายจำนวน 17 ข้อ หญิง 24 ข้อ และแบบประเมินเกี่ยวกับข้อมูลการมีบุตร ความผิดปกติทางเพศ โรคทางเพศสัมพันธ์ และมะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์ ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ มี 2 ตัวเลือก คือ มี ไม่มี จำนวน 21 ข้อ

ส่วนที่ 3 เป็นแบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ ลักษณะเป็นแบบเลือก ตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ จำนวน 30 ข้อ

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามวัดพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ มีลักษณะ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ จำนวน 30 ข้อ

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาเอกสาร วารสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์
2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างแบบทดสอบ แบบสอบถาม จากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. สร้างแบบสอบถามเพื่อศึกษาถึงภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชายจำนวน 17 ข้อ หญิง 24 ข้อ และแบบประเมินภาวะสุขภาพของวัยหลังเจริญพันธุ์ จำนวน 20 ข้อ แบบทดสอบความรู้เรื่องเกี่ยวกับการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ จำนวน 40 ข้อ และแบบสอบถามวัดพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ จำนวน 44 ข้อ
4. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ให้คณะกรรมการควบคุมปริญญาโท และผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแก้ไขปรับปรุง เพื่อให้ข้อคำถามมีความชัดเจน และถูกต้อง

5. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุง แก้ไข แล้ว ไปทดลองใช้กับชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ ในตำบล และหมู่บ้านในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือ

เกณฑ์การให้คะแนน

ส่วนที่ 1 เป็นการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัว ไม่มีคะแนน

ส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินภาวะสุขภาพ

2.1 แบบประเมินภาวะบกพร่องฮอร์โมนเพศชายและเพศหญิง ที่อ้างมาจาก หะทัยเทพพิสัยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตัวเลือก	คะแนน
มาก	3
ปานกลาง	2
น้อย	1
ไม่มี	0

การแปลผล

เพศชาย ถ้ามีคะแนนรวมอาการระบบใดระบบหนึ่ง แสดงว่า มีภาวะฮอร์โมนเพศชายต่ำ

คะแนนรวมอาการทางร่างกาย และอาการทางระบบไหลเวียนโลหิต ≥ 5 คะแนน

คะแนนรวมอาการทางจิตใจ ≥ 4 คะแนน

คะแนนรวมปัญหาทางเพศ ≥ 8 คะแนน

เพศหญิง ถ้ามีคะแนนมากกว่า 15 แสดงถึงการมีระดับของฮอร์โมนเอสโตรเจนบกพร่อง

2.2 แบบประเมินภาวะสุขภาพเกี่ยวกับการมีบุตร ความผิดปกติทางเพศ โรคทางเพศสัมพันธ์ และมะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตัวเลือก	คะแนน
มี	1
ไม่มี	0

การแปลผล สภาวะสุขภาพดี หมายถึง มีคะแนนด้านสุขภาพมากกว่าร้อยละ 80

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบวัดความรู้เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ถ้าตอบถูกต้อง ให้ 1 คะแนน

ถ้าตอบไม่ถูกต้อง ให้ 0 คะแนน

ถ้าตอบไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน

การแปลความหมายของคะแนนวัดความรู้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2524) ดังนี้

ระดับความรู้ดี หมายถึง ได้คะแนนเฉลี่ย (\bar{X}) เท่ากับหรือสูงกว่า 18.59 คะแนน ($\bar{X} + 0.5 S$)

ระดับความรู้ปานกลาง หมายถึง ได้คะแนนเฉลี่ย (\bar{X}) อยู่ระหว่าง 11.42 ถึง 18.58 คะแนน ($\bar{X} \pm 0.5 S$)

ระดับความรู้ต่ำ หมายถึง ได้คะแนนเฉลี่ย (\bar{X}) เท่ากับหรือต่ำกว่า 11.41 คะแนน ($\bar{X} - 0.5 S$)

ส่วนที่ 4. แบบสอบถามวัดพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ การให้คะแนนขึ้นอยู่กับข้อความดังนี้

ข้อความที่มีลักษณะทางบวก (Positive) จะให้คะแนนดังนี้

ข้อเลือก	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	2
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	1
ไม่เคยปฏิบัติ	0

ข้อความที่มีลักษณะทางลบ (Negative) จะให้คะแนนดังนี้

ข้อเลือก	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	0
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	1
ไม่เคยปฏิบัติ	2

การแปลคะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2530 : 1)

ค่าเฉลี่ย 1.34 - 2.00 หมายถึง พฤติกรรมกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์อยู่ในระดับดี

ค่าเฉลี่ย 0.67 - 1.33 หมายถึง พฤติกรรมกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์อยู่ในระดับพอใช้

ค่าเฉลี่ย 0.00 - 0.66 หมายถึง พฤติกรรมกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์อยู่ในระดับต้องปรับปรุง

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามลำดับขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. หาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) นำแบบทดสอบและแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ และพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นทั้ง 4 ตอน ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยอาศัยดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญ (Face Validity) พิจารณาเป็นรายข้อว่าแต่ละข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้อง (IC) กับสิ่งที่ต้องการวัดหรือไม่ โดยใช้เกณฑ์กำหนดคะแนน ดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 117)

+1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการวัด

0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการวัดหรือไม่

-1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นไม่มีความสอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการวัด

บันทึกผลการพิจารณาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละข้อ แล้วนำไปหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IC) ระหว่างข้อคำถามกับสิ่งที่ต้องการวัด โดยผู้วิจัยจะเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IC) ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไปเป็นข้อคำถาม แล้วนำแบบทดสอบและแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขใหม่

2. นำแบบทดสอบและแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้ (Try Out) กับชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ ซึ่งมีคุณสมบัติความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในตำบลสองกระแชง อังก่อเมือง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 100 คน เป็นชาย 50 คน หญิง 50 คน เพื่อนำผลมาวิเคราะห์หาคุณภาพแบบสอบถาม ดังนี้

2.1 แบบทดสอบความรู้

2.1.1 หาค่าความยาก - ง่าย (Difficulty) ของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ โดยหาสัดส่วนของชาย และหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ ที่ตอบข้อนั้นถูกต้องกับจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด (สุนี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 125) มีค่าความยากง่ายระหว่าง 0.25 - 0.78

2.1.2 หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) ของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ โดยการหาค่าสหสัมพันธ์ของพอยต์ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation) ซึ่งเป็นค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to Total Correlation) แล้วเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกสูงไว้ คือ ตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป (สุนี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 119) ได้จำนวน 30 ข้อ จาก 40 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.20 - 0.60

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์

หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ โดยนำมาวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อ กับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to Total Correlation) แล้วเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกสูงไว้ (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์, 2539 : 117) ได้จำนวน 30 ข้อ จาก 44 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.32 – 0.68

3. หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

3.1 นำแบบทดสอบความรู้ที่มีค่าความยากง่าย และมีค่าอำนาจจำแนกที่ใช้ได้ มาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรคูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 (Kuder Richardson 20 : KR20) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์, 2539 : 121) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94

3.2 นำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชาย และหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ มาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha – Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์, 2539 : 118) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73

วิธีการดำเนินการรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการประสานงานกับเจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุขอำเภอ และเจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุขตำบล
2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปดำเนินการชี้แจงวิธีการเก็บข้อมูล แก่เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าพนักงานสาธารณสุขตำบลจากกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

วิธีจัดกระทำกับข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้รับจากแบบสอบถามทั้ง 4 ส่วนที่สมบูรณ์มาวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูป เอสพีเอสเอส / พีซี (SPSS / PC+ : Statistical Package for The Social Sciences / Personal Computer Plus) ตามลำดับดังนี้

1. คัดเลือกแบบทดสอบและแบบสอบถามที่สมบูรณ์แล้วมาตรวจสอบให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ นำมาลงรหัส
2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ มีขั้นตอนดังนี้
 - 2.1 การวิเคราะห์แบบสอบถามข้อมูล ส่วนที่ 1 เกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ตามตัวแปรต้น และนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง
 - 2.2 วิเคราะห์แบบสอบถามภาวะสุขภาพโดยใช้แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ แบ่งเป็น

2 ส่วน นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

2.2.1 วิเคราะห์ภาวะบกพร่องฮอร์โมนเพศของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ โดยการแจกแจงความถี่เป็นจำนวน และร้อยละ

2.2.2 วิเคราะห์ข้อมูลการมีบุตร ความผิดปกติทางเพศ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และมะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์ โดยการแจกแจงความถี่เป็นจำนวน และร้อยละ

2.3 วิเคราะห์คะแนนความรู้ และพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ โดยค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S)

2.4 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน โดยการทดสอบด้วยค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1

2.5 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม ใช้การทดสอบแบบการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One Way Analysis of Variance) หรือทดสอบค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อที่ 2 ถึงข้อ 8 เมื่อพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบเป็นรายคู่ โดยวิธีทูกีวี เอชเอสดี (Tukey's HSD)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่

1.1 หาค่าร้อยละโดยใช้สูตร (ประกอง กรรณสูตร. 2525 : 73)

$$P = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ P แทน ค่าร้อยละ

f แทน ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ

n แทน จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 ค่าเฉลี่ยของคะแนน (Mean) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 40)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{n}$$

เมื่อ \bar{X} แทน ค่าเฉลี่ย

$\sum X$ แทน ผลรวมทั้งหมดของคะแนน

n แทน จำนวนคะแนนทั้งหมด

1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน (Standard Deviation) โดยใช้สูตร (บุศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 65)

$$S = \sqrt{\frac{n\Sigma X^2 - (\Sigma X)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ S แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
 ΣX^2 แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
 $(\Sigma X)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
 n แทน จำนวนคนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพเครื่องมือ

2.1 การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและโครงสร้าง (Face Validity) โดยอาศัยคุณพินิจของผู้เชี่ยวชาญซึ่งสามารถตรวจสอบ และวิเคราะห์ออกมาเชิงปริมาณ หรือ ตัวเลข ดังนี้

2.1.1 หาดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความกับลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรม โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจเนื้อหา โดยแต่ละคนพิจารณาลงความเห็นและให้คะแนน ดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 117)

- +1 เมื่อแน่ใจว่าข้อความนั้น มีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการ
- 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อความนั้น มีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการวัดหรือไม่
- 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อความนั้น ไม่มีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการวัด

2.1.2 นำคะแนนที่ได้มาแทนค่าในสูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 117)

$$IC = \frac{\Sigma R}{N}$$

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความกับจุดประสงค์ที่ต้องการวัด
 ΣR แทน ผลรวมของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ
โดยใช้เกณฑ์ของค่า IC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป

2.2 หาค่าความยาก – ง่าย (P) ของแบบทดสอบความรู้โดยใช้สูตรดังนี้ (สุนี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 125)

$$P = \frac{R}{N}$$

เมื่อ P แทน ค่าความยากของคำถามแต่ละข้อ
R แทน จำนวนผู้ตอบถูกในแต่ละข้อ
N แทน จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม

2.3 การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (Discrimination Power)

2.3.1 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ วิเคราะห์โดยหาค่าสหสัมพันธ์ แบบพอยต์ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation) ใช้สูตรดังนี้ (สุนี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 119)

$$r_{pbis} = \frac{\bar{Y}_p - \bar{Y}_q}{S_y \sqrt{pq}}$$

เมื่อ r_{pbis} แทน ค่าอำนาจจำแนกประจำข้อ คำนี้นสัมพันธ์สหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล
 \bar{Y}_p แทน ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มที่ตอบข้อนั้นถูก
 \bar{Y}_q แทนค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มที่ตอบข้อนั้นผิด
 S_y แทนค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนรวมทั้งหมด
p แทนค่าความยากของข้อสอบนั้น (สัดส่วนของชายและหญิงที่ตอบข้อนั้นถูก)
q แทน ค่า (1 - p) ซึ่งคือ สัดส่วนของชายและหญิงที่ตอบข้อนั้นผิด

2.3.2 แบบสอบถามการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ ใช้วิธีวิเคราะห์สหสัมพันธ์(Correlation Analysis)โดยหาค่าสหสัมพันธ์ของคะแนนรายข้อและคะแนนรวมทั้งหมด ของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรดังนี้ (สุนี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117 – 118)

$$r_{xy} = \frac{N\Sigma XY - \Sigma X\Sigma Y}{\sqrt{[N\Sigma X^2 - (\Sigma X)^2][N\Sigma Y^2 - (\Sigma Y)^2]}}$$

เมื่อ	r_{xy}	แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร X และ Y
	ΣX	แทน ผลรวมของคะแนนรายข้อ (Item) ของกลุ่มตัวอย่าง
	ΣY	แทน ผลรวมของคะแนนรวม (Total) ของทั้งกลุ่มตัวอย่าง
	ΣX^2	แทน ผลรวมของกำลังสองของคะแนน X
	ΣY^2	แทน ผลรวมของกำลังสอง ของคะแนน Y
	ΣXY	แทน ผลรวมของผลคูณของคะแนน X และคะแนน Y
	N	แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

2.4 การวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability)

2.4.1 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ ใช้สูตรคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) สูตรที่ KR 20 (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์ . 539 :121)

$$r_{tt} = \left[\frac{n}{n-1} \right] \left[\frac{S_t^2 - \Sigma pq}{S_t^2} \right]$$

เมื่อ	r_{tt}	แทนค่าความเชื่อมั่นของข้อสอบทั้งฉบับ
	n	แทนจำนวนข้อของแบบทดสอบ
	P	แทนค่าความยากของข้อสอบแต่ละข้อ (สัดส่วนของคนทำถูก)
	q	แทน 1 - p (สัดส่วนของคนทำผิด)
	S_t^2	แทนค่าความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

2.4.2 แบบสอบถามการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha - Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) จากสูตร (Cronbach. 1970 : 161)

$$\infty = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

เมื่อ ∞	แทน ความเชื่อมั่นของแบบทดสอบทั้งฉบับ
n	แทน จำนวนข้อสอบ
S_i^2	แทน คะแนนความแปรปรวนเป็นรายข้อ
S_t^2	แทน ความแปรปรวนของเครื่องมือทั้งฉบับ

3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน โดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1, 2 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2541 : 170)

$$t = \frac{X_1 - X_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

$$\text{โดยที่ } df = \frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}{\frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} \right]^2}{n_1 - 1} + \frac{\left[\frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}{n_2 - 1}}$$

เมื่อ t	แทนค่าใช้พิจารณาใน t - distribution
X_1, X_2	แทนคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2
S_1^2, S_2^2	แทนค่าความแปรปรวนของคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2
n_1, n_2	แทนจำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2
df	แทนชั้นแห่งความอิสระ (Degree of Freedom)

3.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยวิเคราะห์ความแปรปรวน 1 ตัวประกอบ (One Way Analysis of Variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 3 ถึงข้อ 8 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 249)

$$F = \frac{MS_B}{MS_W}$$

เมื่อ	F	แทนค่าที่ใช้ในการพิจารณาใน F - distribution
	MS_B	แทนค่าเฉลี่ยของผลบวกยกกำลังสองระหว่างกลุ่ม
	MS_W	แทนค่าเฉลี่ยของผลบวกยกกำลังสองภายในกลุ่ม

ซึ่งเมื่อ พบว่า การทดสอบมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธี วิวิฑูคีวี เอชเอสดี (Tukey 's HSD) โดยใช้สูตร (ล้วน สายยศ และ อังคณา สายยศ. 2538 :127)

$$HSD = q (\alpha , df) \sqrt{\frac{MS_E}{\tilde{n}}}$$

เมื่อ	q	แทน q - Statistic ที่ได้จากตาราง
	n	แทนจำนวนในกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน
	α	แทนความเชื่อมั่นที่ 0.05
	df	คือค่า N - K เมื่อ k คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
	MS_E	แทนค่าความคลาดเคลื่อนของความแปรปรวนที่ได้มาจากตารางวิเคราะห์ความแปรปรวนบางครั้งใช้ MS_W
	\tilde{n}	คือค่า Harmonic mean คำนวณจากสูตร
	\tilde{n}	$= \frac{k}{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} + \dots + \frac{1}{n_k}}$

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
\bar{X}	แทน	คะแนนเฉลี่ย
S	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการพิจารณาใน F – distribution
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการพิจารณาใน t – distribution
p	แทน	ค่าความน่าจะเป็น (Probability)
df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ
SS	แทน	ผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Sum of Square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Mean of Square)
r	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัวของเพียร์สัน
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลความหมายแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรีโดยการแจกแจงความถี่เป็นจำนวน และร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง 3

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ภาวะสุขภาพด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ ซึ่งประกอบด้วย

2.1 วิเคราะห์ ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์โดยการแจกแจงความถี่เป็นจำนวน และร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง 4 – 7

2.2 วิเคราะห์ข้อมูลการมีบุตร ความผิดปกติทางเพศ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และมะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์ โดยการแจกแจงความถี่เป็นจำนวน และร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง 8

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ของ

ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ และพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ โดยแสดงค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพ ดังปรากฏตามตาราง 9 – 11

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ จำแนกตามเพศ อายุ ภูมิภาค อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว และความรู้เกี่ยวกับเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยการทดสอบค่าที (t – test) และค่าสถิติเอฟ (F – test) ถ้าพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะทดสอบรายคู่ โดยใช้วิธีของทูกีย์ เอชเอสดี (Tukey ' HSD test) ดังปรากฏตามตาราง 12 – 31

ผลการศึกษาลักษณะ

ส่วนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี โดยการแจกแจงความถี่เป็นจำนวน และร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง 1

ตาราง 3 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ภูมิภาค อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	196	49.37
หญิง	201	50.63
รวม	397	100.00
อายุ		
45 – 49 ปี	177	44.58
50 – 54 ปี	121	30.48
55 – 59 ปี	99	24.94
รวม	397	100.00

ตาราง 3 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ภูมิลำเนา		
อำเภอเมือง	94	23.68
อำเภอชะอำ	49	12.34
อำเภอเขาชัย	45	11.34
อำเภอท่ายาง	42	10.58
อำเภอบ้านลาด	58	14.61
อำเภอบ้านแหลม	55	13.85
อำเภอแก่งกระจาน	42	10.58
อำเภอหนองหญ้าปล้อง	12	3.02
รวม	397	100.00
อาชีพ		
รับจ้าง	120	30.23
ค้าขาย	66	16.62
เกษตรกร	96	24.18
รับราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ	89	22.42
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	26	6.55
รวม	397	100.00
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	26	6.55
ระดับประถมศึกษา	250	62.97
ระดับมัธยมศึกษา	50	12.60
ระดับอนุปริญญา หรือเทียบเท่า	27	6.80
ระดับปริญญาตรี หรือสูงกว่า	44	11.08
รวม	397	100.00

ตาราง 3 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	41	10.33
คู่	318	80.10
มีข ะหย่า แยก	38	9.57
รวม	397	100.00
รายได้ของครอบครัว		
รายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท / เดือน	113	28.46
รายได้ 3,000 – 8,000 บาท / เดือน	149	37.53
รายได้ 8,001 – 13,000 บาท / เดือน	46	11.59
รายได้ 13,001 – 18,000 บาท / เดือน	39	9.82
รายได้สูงกว่า 18,000 บาท / เดือน	50	12.60
รวม	397	100.00

จากตาราง 3 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 397 คน จำแนกตามตัวแปรได้ดังนี้

เพศ เป็นเพศชาย ร้อยละ 49.37 และเพศหญิง ร้อยละ 50.63

อายุ กลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากสุดคือ ช่วงอายุ 45 – 49 ปี ร้อยละ 44.58 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 50 – 54 ปี ร้อยละ 30.48 และช่วงอายุ 55 – 59 ปี มีจำนวนน้อยที่สุด ร้อยละ 24.94

ภูมิลำเนา กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองมีจำนวนมากที่สุดคือ ร้อยละ 23.68 รองลงมาคือ อำเภอบ้านลาด อำเภอบ้านแหลม อำเภอชะอำ อำเภอเขาชัย อำเภอยาย อำเภอยาย อำเภอแก่งกระจาน และอำเภอหนองหญ้าปล้องมีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 14.61 13.85 12.34 11.34 10.58 10.58 และ 3.02 ตามลำดับ

อาชีพ กลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากที่สุด คือ รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 30.23 รองลงมาคือ เกษตรกร รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ และค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 24.18 22.42 และ 16.62 ตามลำดับ และผู้ไม่ได้ประกอบอาชีพมีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 6.55

ระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากที่สุด คือ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 62.97 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า และระดับต่ำกว่าประถมศึกษา มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 12.60 11.08 6.80 และ 6.55 ตามลำดับ

สถานภาพสมรส กลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากที่สุดอยู่ในกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.10 รองลงมามีสถานภาพโสด ร้อยละ 10.33 และผู้ที่มีสถานภาพม้าย หย่า แยก มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 9.57

รายได้ของครอบครัว กลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากที่สุดมีรายได้ 3,000 – 8,000 บาท / เดือน ร้อยละ 37.53 รองลงมามีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท / เดือน รายได้สูงกว่า 18,000 บาท / เดือน รายได้ 8,001 – 13,000 บาท / เดือน และรายได้ 13,001 – 18,000 บาท / เดือน มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.46 12.60 11.59 และ 9.82 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ภาวะสุขภาพด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์

2.1 วิเคราะห์ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์โดยการแจกแจงความถี่เป็นจำนวนและร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง 4 – 7

ตาราง 4 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศ และอายุ

อายุ (ปี)	ชาย				หญิง			
	ไม่มีภาวะพร่อง ฮอร์โมน		มีภาวะพร่อง ฮอร์โมน		ไม่มีภาวะพร่อง ฮอร์โมน		มีภาวะพร่อง ฮอร์โมน	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
45 – 49	32	16.33	53	27.04	35	17.41	57	28.36
50 – 54	18	9.18	43	21.94	21	10.45	39	19.40
55 – 59	11	5.61	39	19.90	11	5.47	38	18.91
รวม	61	31.12	135	68.88	67	33.33	134	66.67

จากตาราง 4 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี เพศชาย จำนวน 196 คน มีภาวะพร่องฮอร์โมนมากกว่า 2 เท่าของผู้ไม่มีภาวะพร่องฮอร์โมน คิดเป็นร้อยละ 68.88 และ 31.12 ตามลำดับ พบช่วงอายุ 45 – 49 ปี มากที่สุด ร้อยละ 27.04 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 50 – 54 ปี ร้อยละ 21.94 และน้อยที่สุด ช่วงอายุ 55 – 59 ปี ร้อยละ 19.90 สำหรับเพศหญิง จำนวน 201 คน มีภาวะพร่องฮอร์โมนเป็น 2 เท่าของผู้ไม่มีภาวะพร่องฮอร์โมน คิดเป็นร้อยละ 66.67 และ 33.33 ตามลำดับ พบช่วงอายุ 45 – 49 ปี มากที่สุด ร้อยละ 28.36 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 50 – 54 ปี ร้อยละ 19.40 และน้อยที่สุด ช่วงอายุ 55 – 59 ปี ร้อยละ 18.91

ตาราง 5 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นชาย 196 คน หญิง 201 คน จำแนกตามภาวะพร่องฮอร์โมนเพศ

ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มี		
ชาย	61	31.12
หญิง	67	33.33
รวม	128	32.24
มี		
ชาย	135	68.88
หญิง	134	66.67
รวม	269	67.76

จากตาราง 5 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 397 คน มีภาวะพร่องฮอร์โมนมากกว่า 2 เท่าของผู้ไม่มีภาวะพร่องฮอร์โมน คิดเป็นร้อยละ 67.76 และ 32.24 ตามลำดับ และพบว่า ชายและหญิงมีภาวะพร่องฮอร์โมนจำนวนใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 68.88 และ 66.67 ตามลำดับ

ตาราง 6 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเพศชายจำนวน 196 คน จำแนกตามกลุ่มอาการภาวะพร่องฮอร์โมนเพศ

กลุ่มอาการภาวะพร่องฮอร์โมนเพศ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปวดเมื่อยตามกระดูก และข้อ	142	72.45
หงุดหงิด	142	72.45
เหงื่อออกมาก	127	64.79
หลงลืมมากขึ้น	126	64.29
นอนไม่ค่อยหลับ หรือตื่นนอนกลางคืน	120	61.22
ขาดความสนใจทางเพศ (รู้สึกมีความต้องการทางเพศลดลง)	118	60.20
ไม่มีเรี่ยวแรง	116	59.18
ขาดความตื่นเต้นทางเพศ (อวัยวะเพศไม่แข็งตัว)	112	57.14
ไม่มีสมาธิ	111	56.63
องคชาติไม่แข็งตัวขณะตื่นนอนเช้า	96	48.98
หัวใจเต้นเร็วหรือใจสั่น	90	45.92
ไม่สนใจในสิ่งต่างๆ	89	45.41
ร้อนวูบวาบตามร่างกาย	88	44.90
เบื่ออาหาร	85	43.37
องคชาติอ่อนตัวขณะมีเพศสัมพันธ์	84	42.86
องคชาติไม่แข็งตัวขณะมีกิจกรรมทางเพศ	79	40.31
กลัว ตกใจอย่างไม่มีเหตุผล	68	34.69

จากตาราง 6 แสดงว่า ชายวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี มีกลุ่มอาการภาวะพร่องฮอร์โมนเพศมากที่สุด คือ ปวดเมื่อยตามกระดูก และข้อ และหงุดหงิด ร้อยละ 72.45 รองลงมา คือ มีเหงื่อออกมาก ร้อยละ 64.79 และมีอาการน้อยที่สุด คือ กลัว ตกใจอย่างไม่มีเหตุผล ร้อยละ 34.69

ตาราง 7 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเพศหญิง จำนวน 201 คน จำแนกตามกลุ่มอาการ
ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศ

กลุ่มอาการภาวะพร่องฮอร์โมนเพศ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปวดตามข้อต่างๆ	162	80.60
ปวดตามกล้ามเนื้อ	158	78.61
ปวดศีรษะ หรือเวียนศีรษะ	154	76.62
รู้สึกเหนื่อยง่าย	153	76.12
ปวดหลัง	150	74.63
อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย เช่น โกรธง่าย หงุดหงิด	146	72.64
ความจำเสื่อม หรือไม่มีสมาธิ หลงลืมง่าย	144	71.64
กังวล หรือกระวนกระวายใจ	131	65.17
ร้อนวูบวาบ หรือเหงื่อออกเวลากลางคืน รู้สึกหนาวและร้อนผิดปกติ	129	64.18
นอนไม่หลับ หรือหลับไม่สนิท (โดยไม่ทราบสาเหตุ)	129	64.18
ใจสั่น หรือใจเต้นแรง	118	58.71
ความรู้สึกทางเพศลดลง เบื่อและไม่สนใจทางเพศ	111	55.22
ผมแห้ง ร่วงง่าย	109	54.23
เฉื่อยชา ง่วงเหงาหาวนอน	106	52.74
กลั้นปัสสาวะไม่ค่อยได้	102	50.75
ผิวหนังแห้งและคัน	101	50.25
ขณะไอจาม มีปัสสาวะเล็ด	100	49.75
ขาดความมั่นใจในการพูดจา หรือมีความลังเลใจในการทำงาน	96	47.76
ถ่ายปัสสาวะบ่อย หรือกระปริดกระปรอย	95	47.26
ซึมเศร้า ไม่รื่นเริง ใจโท่เหี่ยว	94	46.77
ริมฝีปากแห้ง	92	45.77
ไม่สุขสบายหลังมีเพศสัมพันธ์	76	37.81
ช่องคลอดแห้ง หรือรู้สึกเจ็บเวลามีเพศสัมพันธ์	65	32.34
ปัสสาวะมีอาการแสบ และขัด	41	20.40

จากตาราง 7 แสดงว่า หญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี มีกลุ่มอาการภาวะพร่องฮอร์โมนเพศมากที่สุด คือ ปวดเมื่อยตามข้อต่างๆ ร้อยละ 80.60 รองลงมาคือ ปวดตามกล้ามเนื้อ ร้อยละ 78.61 และมีอาการน้อยที่สุด ปัสสาวะมีอาการแสบ และขัด ร้อยละ 20.40

2.2 วิเคราะห์ข้อมูลการมีบุตร ความผิดปกติทางเพศ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และมะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์ โดยการแจกแจงความถี่เป็นจำนวนและร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง 8

ตาราง 8 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัญหาทางด้านสุขภาพ

ปัญหาทางด้านสุขภาพ	จำนวนคนทั้งหมด	จำนวนคนที่มีปัญหา	ร้อยละของจำนวนคนที่มีปัญหา
ข้อมูลเกี่ยวกับการมีบุตร			
มีบุตรเมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป	397	20	5.04
ความผิดปกติทางเพศ			
มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายทำให้เบื่อและไม่สนใจทางเพศ			
ชาย	196	36	18.37
หญิง	201	61	30.35
มีความสัมพันธ์ทางเพศกับผู้อื่นที่ไม่ใช่คู่สมรส			
ชาย	196	19	9.69
หญิง	201	3	1.49
ถูกทอดทิ้งจากคู่สมรส			
ชาย	196	24	12.24
หญิง	201	17	8.46
มีการหย่าร้าง			
ชาย	196	6	3.06
หญิง	201	7	3.48

ตาราง 8 (ต่อ)

ปัญหาทางด้านสุขภาพ	จำนวนคน ทั้งหมด	จำนวนคน ที่มีปัญหา	ร้อยละของจำนวน คนที่มีปัญหา
โรคทางเพศสัมพันธ์			
มีความผิดปกติ / มีการติดเชื้อทาง เพศสัมพันธ์	397	11	2.77
มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์มากกว่า 2 อาการขึ้นไป	397	24	6.05
มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์			
มะเร็งเต้านม			
ชาย	196	1	0.51
หญิง	201	5	2.49
มะเร็งองคชาติ	196	1	0.51
มะเร็งปากมดลูก	201	5	2.49
มะเร็งมดลูก	201	-	-
มะเร็งรังไข่	201	1	0.51
การปฏิบัติด้านการรักษาพยาบาล			
รักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน	397	13	6.47
สมุนไพร และแผนโบราณ	397	13	6.47
แผนปัจจุบันและแผนโบราณ	397	-	-
มีภาวะต่อมลูกหมากโต	196	56	28.57
ปัญหาเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์			
ไม่พบปัญหา	397	260	65.49
มีความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์			
ชาย	196	7	3.57
หญิง	201	31	15.42

ตาราง 8 (ต่อ)

ปัญหาทางด้านสุขภาพ	จำนวนคน ทั้งหมด	จำนวนคน ที่มีปัญหา	ร้อยละของจำนวน คนที่มีปัญหา
ไม่ถึงจุดสุดยอด			
ชาย	196	28	14.29
หญิง	201	11	5.47
ไม่พึงพอใจในรูปร่างของกลุ่มสมรสที่ เปลี่ยนแปลงไป	397	43	10.83
คู่สมรส ไม่มีอารมณ์ร่วม	397	56	14.11
การแก้ปัญหาเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์			
ในกลุ่มสมรส			
อยู่เฉย	397	211	53.15
ช่วยเหลือตัวเอง	397	56	14.11
ไปที่ขอบริการทางเพศ			
ชาย	196	3	1.53
หญิง	201	12	5.97
ไปมีคู่นอนคนใหม่			
ชาย	196	7	3.57
หญิง	201	14	6.97
หย่าร้างแต่งงานใหม่	397	13	3.27

จากตาราง 8 แสดงว่า ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรีจำนวน 397 คน มีปัญหาสุขภาพอนามัยหลังการเจริญพันธุ์ดังนี้

มีการตั้งครรภ์ หรือมีบุตรเมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป ร้อยละ 5.04

ความผิดปกติทางเพศ มีดังนี้ คือ

มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายทำให้เบื่อและไม่สนใจทางเพศ พบเพศหญิงมากกว่า เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 30.35 และ 18.37 ตามลำดับ มีความสัมพันธ์ทางเพศกับผู้อื่นที่ไม่ใช่คู่สมรส พบเพศชายมากกว่าเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 9.69 และ 1.49 ตามลำดับ คู่สามีภรรยาที่มีความรู้สึก

ถูกทอดทิ้งจากคู่สมรส พบเพศชายมากกว่าเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 12.24 และ 8.46 ตามลำดับ และมีการหย่าร้าง พบเพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 3.48 และ 3.06 ตามลำดับ

โรคทางเพศสัมพันธ์ มีดังนี้ คือ

มีความผิดปกติ / มีการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 2.77 มีอาการสัมพันธ์กับ

โรคเอดส์มากกว่า 2 อาการขึ้นไป ร้อยละ 6.05

มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ มีดังนี้ คือ

ในเพศชาย พบมะเร็งเต้านม และมะเร็งองคชาติซึ่งมีจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 0.51 และมีภาวะต่อมลูกหมากโต ร้อยละ 28.57 ส่วนในเพศหญิง พบมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก ซึ่งมีจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 2.49 และพบมะเร็งรังไข่ ร้อยละ 0.51 แต่ไม่พบมะเร็งมดลูก

การปฏิบัติด้านการรักษาพยาบาลสำหรับโรคมะเร็ง มีผู้เป็นมะเร็งทั้งสิ้นจำนวน 13 คน ได้รับการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน และสมุนไพรกับแผนโบราณ ทั้ง 13 คน

ปัญหาเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ มีดังนี้ คือ

ไม่พบปัญหาทางเพศ ร้อยละ 65.49 มีความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ พบเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 15.42 และ 3.57 ตามลำดับ ไม่ถึงจุดสุดยอด พบเพศชายมากกว่าเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 14.29 และ 5.47 ตามลำดับ ไม่พึงพอใจในรูปร่างของคู่สมรสที่เปลี่ยนแปลงไป ร้อยละ 10.83 และคู่สมรสไม่มีอารมณ์ร่วม ร้อยละ 14.11

การแก้ปัญหาเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ในคู่สมรส มีดังนี้ คือ

อยู่เฉย ร้อยละ 53.15 ช่วยเหลือตัวเอง ร้อยละ 14.11 ไปเที่ยวบริการทางเพศ พบเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 5.97 และ 1.53 ตามลำดับ ไปมีคู่นอนคนใหม่ พบเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 6.97 และ 3.57 ตามลำดับ และมีการหย่าร้าง แต่งงานใหม่ ร้อยละ 3.27

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ และพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ โดยแสดง ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพ ดังปรากฏตามตาราง 9-11

ตาราง 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเพศชายเพศหญิง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับ
 อนามัยการเจริญพันธุ์

ระดับความรู้	ชาย		หญิง		ชายและหญิง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	70	35.71	53	26.37	124	31.24
ปานกลาง	60	30.62	82	40.80	113	28.46
สูง	66	33.67	66	32.83	160	40.30
รวม	196	100.00	201	100.00	397	100.00

จากตาราง 9 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายมีความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์
 ในระดับต่ำจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.71 รองลงมาคือ มีความรู้เกี่ยวกับอนามัยการ
 เจริญพันธุ์ในระดับสูง และระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 33.67 และ 30.62 ตามลำดับ สำหรับ
 เพศหญิงมีความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ในระดับปานกลางจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ
 40.80 รองลงมาคือ มีความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ในระดับสูง และระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ
 32.83 และ 26.37 และเมื่อรวมทั้งชายและหญิง มีความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ในระดับสูง
 จำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.30 รองลงมาคือ มีความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ใน
 ระดับต่ำ และระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 31.24 และ 28.46 ตามลำดับ

ตาราง 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเพศชายเพศหญิง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

ระดับพฤติกรรม	ชาย		หญิง		ชายและหญิง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปรับปรุง	0	0	0	0	0	0
พอใช้	157	80.10	115	57.21	272	68.51
ดี	39	19.90	86	42.79	125	31.49
รวม	196	100.00	201	100.00	397	100.00

จกตาราง 10 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายมีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ในระดับพอใช้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80.10 รองลงมาคือ มีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 19.90 สำหรับเพศหญิง มีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ในระดับพอใช้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.21 รองลงมาคือ มีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 42.79 และเมื่อรวมทั้งชายและหญิง มีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ในระดับพอใช้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 68.51 รองลงมาคือ มีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 31.49

ตาราง 11 คะแนนเต็ม ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนรวมเฉลี่ย ด้านความรู้และพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงในจังหวัดเพชรบุรี

พฤติกรรม	คะแนนเต็ม	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด	\bar{X}	S	ระดับ
ความรู้						
ชาย	30	29	0	13.52	7.17	ปานกลาง
หญิง	30	29	0	15.92	7.01	ดี
ชายและหญิง	30	29	0	14.73	7.18	ปานกลาง
การปฏิบัติ						
ชาย	2	2	0	1.15	0.23	พอใช้
หญิง	2	2	0	1.30	0.23	พอใช้
ชายและหญิง	2	2	0	1.23	0.24	พอใช้

จากตาราง 11 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายมีความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 13.52 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.17 สำหรับเพศหญิงมีความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ย 15.92 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.01 และเมื่อรวมทั้งชายและหญิง มีความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 14.73 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.18

สำหรับพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ในระดับพอใช้ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 1.15 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.23 สำหรับเพศหญิงมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ในระดับพอใช้ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 1.30 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.23 และเมื่อรวมทั้งชายและหญิง มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ในระดับพอใช้ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 1.23 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.24

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์จำแนกตาม เพศ อายุ ภูมิภาค อาชีพ ระดับการ

ศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว และความรู้เกี่ยวกับการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยการทดสอบค่าที (t-test) และค่าสถิติเอฟ (F-test) ถ้าพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะทดสอบเป็นรายคู่โดยวิธีของทูกีว (Tukey's HSD test) ดังปรากฏตามตาราง 12-31

ตาราง 12 วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามเพศ

เพศ	n	\bar{X}	S	t	p
ชาย	196	1.15	0.23	0.153	0.696
หญิง	201	1.29	0.23		
รวม	397	1.23	0.24		

จากตาราง 12 แสดงว่า ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี มีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 13 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามกลุ่มอายุ

เพศ	อายุ	n	\bar{X}	S	ระดับ
ชายและหญิง	45 - 49 ปี	177	1.21	0.24	พอใช้
	50 - 54 ปี	121	1.24	0.24	พอใช้
	55 - 59 ปี	99	1.24	0.24	พอใช้
รวม		397	1.23	0.24	พอใช้

จากตาราง 13 แสดงว่า ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ในแต่ละช่วง

อายุมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ในระดับพอใช้ โดยช่วงอายุ 45 – 49 ปี มีคะแนนเฉลี่ย 1.21 (S = 0.24) ช่วงอายุ 50 – 54 ปี มีคะแนนเฉลี่ย 1.24 (S = 0.24) และช่วงอายุ 55 – 59 ปี มีคะแนนเฉลี่ย 1.24 (S = 0.24)

ตาราง 14 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามกลุ่มอายุ

	df	SS	MS	F	p
แหล่งความแปรปรวน					
ระหว่างกลุ่ม	2	6.83	0.03	0.588	0.556
ภายในกลุ่ม	394	22.82	0.06		
รวม	396	22.89			

จากตาราง 14 แสดงว่า ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีอายุต่างกัน มีคะแนนของพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 15 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์
ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามภูมิลำเนา

เพศ	ภูมิลำเนา	n	\bar{X}	S	ระดับ
ชายและหญิง	เมือง	94	1.24	0.22	พอใช้
	ชะอำ	49	1.30	0.22	พอใช้
	เขาชัย	45	1.11	0.17	พอใช้
	ท่าช้าง	42	1.19	0.23	พอใช้
	บ้านลาด	58	1.22	0.27	พอใช้
	บ้านแหลม	55	1.26	0.27	พอใช้
	แก่งกระจาน	42	1.23	0.26	พอใช้
	หนองหญ้าปล้อง	12	1.28	0.24	พอใช้
	รวม	397	1.23	0.24	พอใช้

จากตาราง 15 แสดงว่า ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีภูมิลำเนา
อยู่ในแต่ละอำเภอของจังหวัดเพชรบุรี มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ อยู่ใน
ระดับพอใช้

ตาราง 16 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์
ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามภูมิลำเนา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	7	0.97	0.14	2.468*	0.017
ภายในกลุ่ม	389	21.92	0.06		
รวม	396	22.89			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 16 แสดงว่า ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีภูมิลำเนาต่างกัน มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงนำไปทดสอบเป็นรายคู่โดยวิธีของ ทูคีย์ เอชเอสดี (Tukey's HSD test) ดังปรากฏตามตาราง 17

ตาราง 17 การทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีภูมิลำเนาต่างกัน

อำเภอ	เขาชัย	ท่ายาง	บ้านลาด	แก่ง กระจาน	เมือง	บ้าน แหลม	หนอง หญ้า ปล้อง	ชะอำ	
	\bar{X}	1.11	1.19	1.22	1.23	1.24	1.26	1.28	1.30
เขาชัย	1.11	-	0.08	0.11*	0.12*	0.13*	0.15*	0.17*	0.19*
ท่ายาง	1.19		-	0.03	0.04	0.05	0.07	0.09	0.11*
บ้านลาด	1.22			-	0.01	0.02	0.04	0.06	0.08
แก่งกระจาน	1.23				-	0.01	0.03	0.05	0.07
เมือง	1.24					-	0.02	0.04	0.06
บ้านแหลม	1.26						-	0.02	0.04
หนองหญ้า ปล้อง	1.28							-	0.02
ชะอำ	1.30								-

จากตาราง 17 แสดงว่า ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีภูมิลำเนาในอำเภอเขาชัย มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ต่างจากอำเภออื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ของชายและหญิงในอำเภอเขาชัยต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ อำเภออื่นๆ ยกเว้นอำเภอท่ายาง และพบว่า อำเภอท่ายางมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์มีความแตกต่างกับอำเภอชะอำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 18 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	n	\bar{X}	S	ระดับ
รับจ้าง	120	1.18	0.25	พอใช้
ค้าขาย	66	1.23	0.24	พอใช้
เกษตรกร	96	1.19	0.23	พอใช้
รับราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	89	1.32	0.22	พอใช้
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	26	1.23	0.23	พอใช้
รวม	397	1.23	0.24	พอใช้

จากตาราง 18 แสดงว่า ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่ประกอบอาชีพ รับจ้าง ค้าขาย เกษตรกร รับราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ และไม่ได้ประกอบอาชีพ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์อยู่ในระดับพอใช้ทั้งหมด

ตาราง 19 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามอาชีพ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	4	1.23	0.31	5.544*	0.000
ภายในกลุ่ม	392	21.67	0.06		
รวม	396	22.89			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 19 แสดงว่า ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีอาชีพต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงนำไปทดสอบเป็นรายคู่โดยวิธีของ ทูคีวี เอชเอสดี (Tukey's HSD test) ดังปรากฏตามตาราง 20

ตาราง 20 การทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีอาชีพต่างกัน

อาชีพ	รับจ้าง	เกษตรกร	ค้าขาย	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	รับราชการ/ พนักงานรัฐ วิสาหกิจ
\bar{X}	1.18	1.19	1.23	1.24	1.32
รับจ้าง	-	0.01	0.05	0.06	0.14*
เกษตรกร		-	0.04	0.05	0.13*
ค้าขาย			-	0.01	0.09*
ไม่ได้ประกอบอาชีพ				-	0.08
รับราชการ/ พนักงานรัฐ วิสาหกิจ					-

จากตาราง 20 แสดงว่า ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ มีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ต่างจากผู้ประกอบอาชีพ รับจ้าง เกษตรกร และค้าขาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 21 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์
ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	n	\bar{X}	S	ระดับ
ต่ำกว่าประถมศึกษา	26	1.17	0.18	พอใช้
ระดับประถมศึกษา	250	1.20	0.24	พอใช้
ระดับมัธยมศึกษา	50	1.28	0.22	พอใช้
ระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า	27	1.31	0.23	พอใช้
ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า	44	1.33	0.24	พอใช้
รวม	397	1.23	0.24	พอใช้

จากตาราง 21 แสดงว่า ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา ระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา ระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า และปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์อยู่ในระดับพอใช้ทุกระดับการศึกษา

ตาราง 22 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์
ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามระดับการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	4	1.12	0.28	5.023*	0.001
ภายในกลุ่ม	392	21.78	0.06		
รวม	396	22.89			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 22 แสดงว่า ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงนำไปทดสอบเป็นรายคู่โดยวิธีของทูกีวู เอชเอสดี (Tukey 's HSD test) ดังปรากฏตามตาราง 23

ตาราง 23 การทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน

ระดับการศึกษา	ต่ำกว่า ประถม ศึกษา	ระดับ ประถม ศึกษา	ระดับ มัธยม ศึกษา	ระดับ อนุปริญญา หรือเทียบเท่า	ระดับ ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	
\bar{X}	1.17	1.20	1.28	1.31	1.33	
ต่ำกว่าประถมศึกษา	1.17	-	0.03	0.11*	0.14*	0.16*
ระดับประถมศึกษา	1.20	-	0.08	0.12*	0.13*	
ระดับมัธยมศึกษา	1.28		-	0.03	0.05	
ระดับอนุปริญญาหรือ เทียบเท่า	1.31			-	0.02	
ระดับปริญญาตรีหรือ สูงกว่า	1.33				-	

จากตาราง 23 แสดงว่า ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ต่างจากผู้ที่มีการศึกษา ระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า และระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า และผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา มีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ต่างจากผู้ที่มีการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา ระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า และระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 24 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์
ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	n	\bar{X}	S	ระดับ
โสด	41	1.29	0.25	พอใช้
คู่	318	1.22	0.24	พอใช้
ม้าย หย่า แยก	38	1.23	0.23	พอใช้
รวม	397	1.23	0.24	พอใช้

จากตาราง 24 แสดงว่า ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีสถานภาพ
โสด คู่ และม้าย หย่า แยก มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์อยู่ในระดับ
พอใช้

ตาราง 25 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์
ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามสถานภาพสมรส

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2	0.21	0.11	1.852	.158
ภายในกลุ่ม	394	22.68	0.06		
รวม	396	22.89			

จากตาราง 25 แสดงว่า ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีสถานภาพ
สมรสต่างกัน มีคะแนนพฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 26 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์
ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามรายได้ของครอบครัว

รายได้ของครอบครัว	n	\bar{X}	S	ระดับ
รายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท / เดือน	113	1.22	0.23	พอใช้
รายได้ 3,000 – 8,000 บาท / เดือน	149	1.18	0.23	พอใช้
รายได้ 8,001 – 13,000 บาท / เดือน	46	1.16	0.24	พอใช้
รายได้ 13,001 – 18,000 บาท / เดือน	39	1.38	0.21	ดี
รายได้สูงกว่า 18,000 บาท / เดือน	50	1.30	0.24	พอใช้
รวม	397	1.23	0.24	พอใช้

ตาราง 26 แสดงว่า ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท / เดือน รายได้ 3,000 – 8,000 บาท / เดือน รายได้ 8,001 – 13,000 บาท / เดือน และ รายได้สูงกว่า 18,000 บาท / เดือน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์อยู่ใน ระดับพอใช้ ยกเว้นผู้ที่มีรายได้ 13,001 – 18,000 บาท / เดือน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแล อนามัยการเจริญพันธุ์อยู่ในระดับดี

ตาราง 27 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์
ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามรายได้ของครอบครัว

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	4	1.63	0.41	7.496*	.000
ภายในกลุ่ม	392	21.27	0.05		
รวม	396	22.89			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 27 แสดงว่า ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงนำไปทดสอบเป็นรายคู่โดยวิธีของทูกีวู เอชเอสดี (Tukey's HSD test) ดังปรากฏตามตาราง 28

ตาราง 28 การทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลอนามัยการ
เจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน

รายได้ของครอบครัว (บาท / เดือน)	รายได้ 8,001 – 13,000	รายได้ 3,000 – 8,000	รายได้ต่ำ กว่า 3,000	รายได้สูง กว่า 18,000	รายได้ 13,001 – 18,000	
\bar{X}	1.16	1.18	1.22	1.30	1.38	
รายได้ 8,001 – 13,000	1.16	-	0.02	0.06	0.14*	0.22*
รายได้ 3,000 – 8,000	1.18	-	0.04	0.12*	0.20*	
รายได้ต่ำกว่า 3,000	1.22		-	0.08	0.16*	
รายได้สูงกว่า 18,000	1.30			-	0.08	
รายได้ 13,001 – 18,000	1.38				-	

จากตาราง 28 แสดงว่า ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีรายได้ 13,001 – 18,000 บาท / เดือน มีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ต่างจากผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท / เดือน รายได้ 3,000 – 8,000 บาท / เดือน รายได้ 8,001 – 13,000 บาท / เดือน และผู้ที่มีรายได้สูงกว่า 18,000 บาท / เดือน มีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ต่างจากผู้ที่มีรายได้ 3,000 – 8,000 บาท / เดือน และรายได้ 8,001 – 13,000 บาท / เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 29 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์

ระดับความรู้	N	\bar{X}	S	ระดับ
ต่ำ	124	1.11	0.19	พอใช้
ปานกลาง	113	1.20	0.23	พอใช้
สูง	160	1.34	0.24	ดี
รวม	397	1.23	0.24	พอใช้

จากตาราง 29 แสดงว่า ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีระดับความรู้ต่ำ และปานกลาง มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์อยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.11 (S = 0.19) และ 1.20 (S = 0.23) ส่วนผู้ที่มีระดับความรู้สูง มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์อยู่ในระดับดี ซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.34 (S = 0.24)

ตาราง 30 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามระดับความรู้

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2	3.77	1.88	38.788*	.000
ภายในกลุ่ม	394	19.13	0.05		
รวม	396	22.89			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 30 แสดงว่า ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีระดับความรู้ต่างกัน มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงนำไปทดสอบเป็นรายคู่โดยวิธีของทูกีวู เอชเอสดี (Tukey ' s HSD test) ดังปรากฏตามตาราง 31

ตาราง 31 การทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีระดับความรู้ต่างกัน

ระดับความรู้	\bar{X}	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
ต่ำ	1.11	-	0.09*	0.23*
ปานกลาง	1.20		-	0.14*
สูง	1.34			-

จากตาราง 31 แสดงว่า ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีระดับความรู้ต่ำ มีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ต่างจากผู้ที่มีระดับความรู้ปานกลาง และสูง และผู้ที่มีระดับความรู้ปานกลาง มีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ต่างจากผู้ที่มีระดับความรู้สูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บทที่ 5

บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

บทย่อ

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี
2. เพื่อศึกษาความรู้เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ และพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี
3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ตามตัวแปร เพศ อายุ ภูมิลำเนา อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว และความรู้เกี่ยวกับการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากร

ประชากรเป็นชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์อายุ 45 – 59 ปี ในจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 43,709 คน เป็นชาย จำนวน 21,569 คน และหญิง จำนวน 22,140 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี, 2543 : 3)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์อายุ 45 – 59 ปี ในจังหวัดเพชรบุรี ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 397 คน เป็นชายจำนวน 196 คน และหญิงจำนวน 201 คน ได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling Technique)

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ภูมิลำเนา อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้ครอบครัว

ส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินภาวะสุขภาพด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้แก่ แบบประเมินภาวะบกพร่องฮอร์โมนเพศในชายและหญิง โดยใช้แบบประเมินของหะทัย เทพพิสัย (2542) ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า มี 4 ระดับ คือ ไม่มี น้อย ปานกลาง มาก และแบบประเมินเกี่ยวกับข้อมูลการมีบุตร ความผิดปกติทางเพศ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และมะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์ ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ มี 2 ตัวเลือก คือ มี ไม่มี

ส่วนที่ 3 เป็นแบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามวัดพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่รับจากแบบสอบถามทั้ง 4 ส่วนที่สมบูรณ์มาวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป เอสพีเอสเอส / พีซี (SPSS / PC+ : Statistical Package for The Social Sciences / Personal Computer Plus) ตามลำดับดังนี้ดังนี้

1. วิเคราะห์แบบสอบถามข้อมูลส่วนที่ 1 เกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ตามตัวแปรต้น
2. วิเคราะห์แบบสอบถามภาวะสุขภาพโดยใช้แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ
 - 2.1 วิเคราะห์ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ
 - 2.2 วิเคราะห์ข้อมูลการมีบุตร ความผิดปกติทางเพศ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และมะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์ โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ
3. วิเคราะห์คะแนนความรู้ และพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ โดยค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S)
4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน โดยการทดสอบด้วยค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1
5. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม ใช้การทดสอบแบบการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way Analysis of Variance) หรือทดสอบค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อที่ 2 ถึงข้อ 3 เมื่อพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบเป็นรายคู่ โดยวิธีทิวกีว์ เอชเอสดี (Tukey's HSD test)

สรุปผลการศึกษาลักษณะ

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนของวัยหลังเจริญพันธุ์ 397 คน เป็นเพศชายร้อยละ 49.37 เพศหญิง ร้อยละ 50.63 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 45 – 49 ปี ร้อยละ 44.58 มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอเมือง ร้อยละ 23.68 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 30.23 มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 62.97 มีสถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 80.10 และมีรายได้ของครอบครัวระหว่าง 3,000 – 8,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 37.53

ด้านสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ของวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี มีภาวะพร่องฮอร์โมน ร้อยละ 67.76 ซึ่งพบในชายร้อยละ 68.88 หญิงร้อยละ 66.67 และยังพบว่ากลุ่มอายุที่มีภาวะพร่องฮอร์โมนมีอายุระหว่าง 45 – 49 ปี ร้อยละ 27.04 ในชาย และร้อยละ 28.36 ในหญิง กลุ่มอาการของภาวะพร่องฮอร์โมนในชาย ส่วนใหญ่มีอาการทางร่างกายและจิตใจ พบอาการปวดเมื่อยตามกระดูกและข้อ อาการหงุดหงิด ร้อยละ 72.45 กลุ่มอาการทางระบบประสาทและไหลเวียนโลหิต ส่วนใหญ่พบว่า มีอาการเหงื่อออกมาก ร้อยละ 64.79 ส่วนกลุ่มปัญหาทางเพศ พบว่า มีอาการขาดความสนใจทางเพศ (รู้สึกมีความต้องการทางเพศลดลง) ร้อยละ 60.20 และร้อยละ 57.14 ของเพศชายขาดความตื่นเต้นทางเพศหรืออวัยวะเพศไม่แข็งตัว ในเพศหญิง ส่วนใหญ่มีกลุ่มอาการทางร่างกาย พบอาการปวดตามข้อต่างๆ และปวดตามกล้ามเนื้อ ร้อยละ 80.60 และ 78.61 กลุ่มอาการของระบบประสาทและไหลเวียนโลหิต พบอาการร้อนวูบวาบหรือเหงื่อออกเวลากลางคืน รู้สึกหนาวและร้อนผิดปกติ ร้อยละ 64.18 กลุ่มอาการทางจิตใจ พบอาการรู้สึกเหนื่อยง่าย ร้อยละ 76.12 และอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย เช่น โกรธง่าย หงุดหงิด ร้อยละ 72.64 ส่วนอาการทางระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ พบว่า มีความรู้สึกทางเพศลดลง เบื่อและไม่สนใจทางเพศ ร้อยละ 55.22 และพบอาการกลั้นปัสสาวะไม่ค่อยได้ ร้อยละ 50.75

ปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ พบหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปมีบุตร ร้อยละ 5.04 ในวัยหลังเจริญพันธุ์ที่มีอาการเปลี่ยนแปลงของร่างกายทำให้เบื่อและไม่สนใจทางเพศ พบในหญิงมากกว่าชาย คิดเป็นร้อยละ 30.35 และ 18.37 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มที่มีปัญหาทางเพศและไปมีเพศสัมพันธ์กับผู้อื่นที่ไม่ใช่คู่สมรสของตนเอง พบในชายมากกว่าหญิง คิดเป็นร้อยละ 9.69 และ 1.49 ตามลำดับ ในจำนวนคู่สมรสที่มีปัญหา พบว่า ชายมีความรู้สึกถูกทอดทิ้งจากคู่สมรสมากกว่าหญิง คิดเป็นร้อยละ 12.24 และ 8.46 ตามลำดับ และยังพบว่า มีคู่สมรสที่มีการหย่าร้างจากสาเหตุปัญหาทางเพศ เป็นชาย ร้อยละ 3.06 และหญิง ร้อยละ 3.48

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบ ร้อยละ 2.77 มีอาการผิดปกติและมีการติดเชื้อเกี่ยวกับโรคทางเพศสัมพันธ์ และร้อยละ 6.05 มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์มากกว่า 2 อาการขึ้นไป ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่มีโอกาสเป็นโรคเอดส์มาก

มะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์ ในหญิง พบ มะเร็งเต้านม ร้อยละ 2.49 มะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 2.49 มะเร็งรังไข่ 0.51 ในชาย พบมะเร็งเต้านม ร้อยละ 0.51 มะเร็งขององคชาติ ร้อยละ 0.51 และไม่พบมะเร็งต่อมลูกหมาก แต่พบว่ามีความผิดปกติต่อมลูกหมากโต ร้อยละ 28.57 สำหรับด้านการดูแลรักษาเมื่อเป็นโรคมะเร็ง พบว่า รักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ร้อยละ 6.47 รักษาด้วยยาสมุนไพรและใช้ยาแผนโบราณ ร้อยละ 6.47

ในด้านปัญหาที่เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่ ไม่พบปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 65.49 สาเหตุของอาการที่พบว่ามีปัญหาในวัยหลังเจริญพันธุ์ คือ คู่สมรสไม่มีอารมณ์ร่วม ร้อยละ 14.11 ในหญิงมีความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 15.42 ไม่ถึงจุดสุดยอดในชาย พบมากกว่าหญิง คิดเป็นร้อยละ 14.29 และ 5.47 ตามลำดับ การแก้ปัญหา ส่วนใหญ่จะอยู่เฉย ไม่แก้ไข ร้อยละ 53.15 ไปเที่ยวบริการทางเพศ ร้อยละ 1.53 ในชาย และร้อยละ 5.97 ในหญิง ไปมีคู่นอนคนใหม่ พบในชาย ร้อยละ 3.57 หญิง ร้อยละ 6.97 มีการหย่าร้างแต่งงานใหม่ ร้อยละ 3.27

ด้านความรู้ และพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ พบว่า

ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี มีความรู้ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์ ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับดี ร้อยละ 40.30 เมื่อจำแนกเฉพาะกลุ่มพบว่า ส่วนใหญ่เพศชายมีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 35.71 และหญิงส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.80 สำหรับพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 68.51 เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ พบว่า ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 14.73$) ซึ่งพบในเพศหญิงมีคะแนนอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 15.92$) ส่วนในเพศชายมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 13.52$) สำหรับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 1.23$) เมื่อจำแนกเฉพาะกลุ่ม พบว่า ชายและหญิงมีคะแนนการพฤติกรรมอยู่ในระดับพอใช้เช่นกัน ($\bar{X} = 1.15$ และ $\bar{X} = 1.30$ ตามลำดับ)

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ จำแนกตาม เพศ อายุ ภูมิลำเนา อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว และระดับความรู้ พบว่า

1. ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี มีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์ ไม่แตกต่างกัน
2. ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์ ไม่แตกต่างกัน

3. ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีภูมิลำเนาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5. ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6. ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์ ไม่แตกต่างกัน

7. ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีรายได้ครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

8. ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีระดับความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การอภิปรายผล

จากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี อภิปรายผลได้ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี
พบว่า ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ ส่วนใหญ่มีภาวะพร่องฮอร์โมนเพศ ร้อยละ 67.76 พบเฉพาะเพศชาย ร้อยละ 68.88 หญิง ร้อยละ 66.67 และส่วนใหญ่ยังพบว่า มีอายุระหว่าง 45 – 49 ปี กลุ่มอาการของภาวะพร่องฮอร์โมนในชายและหญิง พบว่า กลุ่มอาการที่พบมาก คือมีอาการทางร่างกายและจิตใจ ส่วนใหญ่มีอาการปวดเมื่อยตามกระดูก และข้อ อาการหงุดหงิด ร้อยละ 72.45 ในชาย และร้อยละ 80.60 ในหญิง มีอาการปวดกล้ามเนื้อร่วมด้วย ร้อยละ 78.61 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฝ่ายการศึกษาพยาบาลและผดุงครรภ์ กองอนามัยครอบครัว และการศึกษาของกาญจนา เอกปรัชญา และคณะ (2542 : 565) ที่ศึกษาเรื่องการดูแลอนามัยของสตรีวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดแพร่ พบว่า กลุ่มอาการภาวะหมดระดูที่พบว่ามีอาการและมีปัญหา 5 อันดับแรก ได้แก่

ปวดข้อต่างๆ ปวดหลัง ปวดกล้ามเนื้อ นอนไม่หลับ และปวดศีรษะ ซึ่งอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นในวัยหลังเจริญพันธุ์ เป็นผลมาจากการลดระดับของฮอร์โมนเพศในระบะแรกที่มีอาการเป็นครั้งแรก (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2539 : 5)

กลุ่มอาการของระบบประสาทอัตโนมัติ และการไหลเวียนโลหิต พบว่า ชายมีอาการเหงื่อออกมากเป็นอันดับหนึ่ง ร้อยละ 64.79 รองลงมามีอาการหัวใจเต้นเร็วหรือใจสั่น ร้อนวูบวาบตามร่างกาย พบร้อยละ 45.92 และ 44.90 ซึ่งในหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์พบอาการร้อนวูบวาบหรือเหงื่อออกเวลากลางคืน รู้สึกหนาวและร้อนผิดปกติมากเป็นอันดับหนึ่ง ร้อยละ 64.18 ซึ่งสอดคล้องกับกอบจิตต์ ลิ้มปพยอม (2537 : 6) ที่กล่าวไว้ในหญิงไทยวัยหลังเจริญพันธุ์ พบปัญหาทางด้านระบบประสาทที่ควบคุมผนังหลอดเลือด พบได้ถึง ร้อยละ 70 และในวัยนี้มีอาการร้อนวูบวาบ ร้อยละ 62 ซึ่งสอดคล้องกับกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2539 : 5) ที่ได้ศึกษาข้อมูลไว้ พบว่า ร้อยละ 50 – 70 ของผู้หญิงวัยหลังเจริญพันธุ์จะมีความรู้สึกร้อนวูบวาบ ชูซ่า เหงื่อออกเวลากลางคืน บางครั้งมีอาการใจสั่นร่วมด้วย และสอดคล้องกับ หะทัย เทพพิสัย และอุรุษา เทพพิสัย (2542 : 17) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับอาการของระบบประสาทอัตโนมัติและการไหลเวียนโลหิต พบว่า ในผู้ชายและผู้หญิงวัยทอง จะมีอาการที่พบบ่อยที่สุดซึ่งแสดงออกด้วยความรู้สึกร้อนขึ้นมาทันทีตรงบริเวณใบหน้า คอ และคอข่า ลามมาที่หน้าอก มักเกิดขึ้นในเวลา กลางคืน สามารถพบได้ในหญิง ร้อยละ 50 – 85 ส่วนในเพศชายจะมีอาการน้อยกว่าเพศหญิง และส่วนใหญ่ของอาการจะมีอยู่ในช่วงระยะ 1 – 2 ปีแรกของวัยหลังเจริญพันธุ์เท่านั้น แต่จากการศึกษาของสุวิภา บุญยะไพศร (2539 : 32) ได้ศึกษาและรวบรวมรายงานจากประเทศต่างๆ ที่แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของอุบัติการณ์การเกิดอาการต่างๆ เป็นต้นว่า อาการร้อนวูบวาบ (Hot Flushes) ของวัยหลังเจริญพันธุ์ พบอุบัติการณ์การเกิดอาการร้อนวูบวาบในผู้หญิงชาวตะวันตก ร้อยละ 70 ชาวสก็อต ร้อยละ 48 ชาวออสเตรีย ร้อยละ 44.70 ชาวอังกฤษ ร้อยละ 55 ชาวออสเตรเลียในนครเมลเบิร์น ร้อยละ 39 ชาวเดนมาร์กมีอุบัติการณ์สูง ร้อยละ 80 ในแถบเอเชียผู้หญิงชาวอินโดนีเซีย พบ ร้อยละ 13 ชาวญี่ปุ่นพบ ร้อยละ 9 ชาวมาเลย์ในประเทศเม็กซิโก และชาวกรีกที่อาศัยอยู่ในประเทศแคนาดา ไม่พบว่ามีอาการร้อนวูบวาบเลย และปัญหาสุขภาพของผู้หญิงในวัยนี้ที่พบบ่อยในประเทศแถบเอเชีย ส่วนใหญ่ ได้แก่ อาการเกี่ยวกับระบบกระดูก และกล้ามเนื้อ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษา และได้ผลสอดคล้องเช่นเดียวกัน อาการดังกล่าวเป็นผลมาจากภาวะฮอร์โมนเอสโตรเจนลดน้อยลงในเพศหญิง และภาวะฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนลดน้อยลงในเพศชาย

กลุ่มอาการของทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ ในเพศชายพบอาการถ่ายปัสสาวะ

ลำบาก ต้องเบ่งหรือรอนานจึงจะถ่ายออกมาได้ พบร้อยละ 28.57 ซึ่งเกิดจากภาวะต่อมลูกหมากโต สาเหตุมาจากระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (Testosterone) ลดลง ส่วนในเพศหญิงพบอาการกลั้นปัสสาวะไม่ค่อยได้ ร้อยละ 50.75 กลุ่มอาการดังกล่าวมีสาเหตุมาจากภาวะฮอร์โมนเพศลด

ระดับลง ทำให้หน้าที่ต่างๆ ของระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์เสื่อมถอยลงไป จนเกิดอาการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ส่งผลให้บทบาททางเพศของชายและหญิงเสื่อมถอยลงไปด้วย อาทิ เช่น ความสนใจ และความต้องการทางเพศ ความสามารถที่จะมีอารมณ์ทางเพศถึงจุดสุดยอด (Orgasm) ปริมาณและความแรงของการหลั่งน้ำอสุจิ จนเกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศในเพศชาย ส่วนในเพศหญิงเกิดอาการช่องคลอดแห้ง คัน เกิดการอักเสบได้ง่าย รู้สึกเจ็บเวลามีเพศสัมพันธ์ ทำให้เพศหญิงในวัยนี้เบื่อ และไม่สนใจทางเพศ ในเพศชายก็เช่นกัน ซึ่งบางครั้งทำให้เกิดภาวะ ความวิตกกังวล อารมณ์เปลี่ยนแปลง กิิดฟุ้งซ่านทางเพศ สมรรถภาพทางเพศเสื่อมถอย ทำให้ความสามารถทางเพศลดลง เกิดความเบื่อ ลดความสนใจทางเพศ จากการศึกษาพบว่าเพศหญิง เบื่อ และไม่สนใจทางเพศ ร้อยละ 55.22 เพศชายพบร้อยละ 60.20 และร้อยละ 57.14 ของเพศชายพบอาการขาดความตื่นเต้นทางเพศ หรือมีอวัยวะเพศไม่แข็งตัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของหะทัย เทพพิสัย และอุรุษา เทพพิสัย (2542 : 50) และสอดคล้องกับการศึกษาของซาร์เรล และบาจูไลยา (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2537 : 30 ; อ้างอิงมาจาก Sarrel and Bajulaiye. 1984) ได้ศึกษาพฤติกรรมทางเพศในหญิงไนจีเรียผิวดำจำนวน 250 คน พบว่าหญิงที่หมดประจำเดือนแล้ว 9 ปี มีความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 70 ช่องคลอดแห้ง ร้อยละ 48 มีความต้องการทางเพศลดลง ร้อยละ 57 และเนื่องจากสามีมีความต้องการทางเพศลดลง ร้อยละ 42 ซึ่งจากการศึกษาของผู้วิจัยพบ ต่ำกว่าผลการศึกษาของบอททิกลิโอนี และเดอ อัลลอยส์โอ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2537 : 30 ; อ้างอิงมาจาก Bottiglioni and De Aloysio. 1982) และกาญจนา เอกปีชฌาย์ และคณะ และฝ่ายการศึกษาพยาบาลและผดุงครรภ์ กองอนามัยครอบครัว (กาญจนา เอกปีชฌาย์ และคณะ. 2542 : 565) ที่พบว่า ร้อยละ 79 ร้อยละ 78.1 และร้อยละ 81.3 ของหญิงวัยหมดประจำเดือนมีความสนใจทางเพศลดลง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนเพศลดลง

ปัญหาทางด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์

ด้านการมีบุตรเมื่ออายุมากเกินไป พบว่า หญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปมีบุตร ร้อยละ 5.04 ซึ่งวัยนี้ยังคงสามารถพบได้ในช่วงที่ยังมีประจำเดือนอยู่ แต่โอกาสที่จะมีการตั้งครรภ์มักพบได้น้อย เนื่องจากฮอร์โมนเพศมีการลดระดับลง ทำให้ในบางรอบของประจำเดือนอาจไม่มีการตกไข่ แต่จำนวนที่ศึกษาพบค่อนข้างสูง คือ ร้อยละ 5.04 เพราะอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาค่อนข้างต่ำอยู่ในระดับประถมศึกษา มีอาชีพรับจ้างและเกษตรกร ซึ่งมีความรู้น้อยในเรื่องของการคุมกำเนิด เสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ หรือการมีบุตร และคนกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีความจำเป็นเกี่ยวกับเรื่องการทำมาหาเลี้ยงชีพ จึงลดความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง

ด้านความผิดปกติทางเพศ พบว่า หญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ มีอาการเปลี่ยนแปลง

ของระบบต่างๆ ภายในร่างกาย ทำให้เกิดอาการเบื่อและไม่สนใจทางเพศ ซึ่งพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายโดยเป็นเพศหญิง ร้อยละ 30.35 เพศชาย ร้อยละ 18.37 อันเนื่องมาจากผู้หญิงมีอาการของช่องคลอดแห้ง และรู้สึกเจ็บขณะมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งพบถึงร้อยละ 32.34 และทำให้เกิดความไม่สุขสบายหลังการมีเพศสัมพันธ์ พบร้อยละ 37.81 สอดคล้องกับการศึกษาของแบคแมน และคณะ (Bachmann et al. 1984 : 6) พบว่า ร้อยละ 30 ของผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน 69 คน ที่ไม่ได้รับฮอร์โมนทดแทนมีอาการรู้สึกเจ็บเวลามีเพศสัมพันธ์ และทำให้ความต้องการทางเพศลดลงด้วย ดังนั้นจึงทำให้คู่สมรสในวัยหลังเจริญพันธุ์เกิดอาการเบื่อและไม่สนใจทางเพศ ซึ่งอาการเบื่อที่เกิดขึ้นทำให้เกิดความไม่สมดุลทางเพศในเรื่องเพศของผู้หญิงและผู้ชายในบางคู่ กล่าวคือในคู่สมรสที่เกิดในฝ่ายหญิง แต่ฝ่ายชายไม่เกิดอาการดังกล่าว จึงก่อให้เกิดปัญหาภายในครอบครัวตามมาก็คือ การไปมีเพศสัมพันธ์กับผู้อื่น จากการศึกษาคู่สมรสที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้อื่นพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 9.69 และ 1.49 ตามลำดับ อาจเนื่องมาจากวัฒนธรรม สังคมของไทยยังไม่ยอมรับ ถ้าหากหญิงที่มีสามีแล้วไปมีความสัมพันธ์กับชายอื่น สังคมจะประณามว่าหญิงผู้นั้นเป็นบุคคลที่ประพฤตินั้นเป็นที่รังเกียจของสังคม แต่ในขณะที่เดียวกันถ้าหากชายไปมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรสของตนเอง สังคมจะถือการกระทำนั้นเป็นเรื่องปกติวิสัยของเพศชายที่พึงกระทำได้ถ้าไม่เกิดความขัดแย้งกันภายในครอบครัว ดังนั้นจึงพบว่าชายมีโอกาสที่จะไปมีความสัมพันธ์ทางเพศกับหญิงอื่นมากกว่าหญิงไปมีเพศสัมพันธ์กับชายอื่น และปัจจัยในการสนับสนุนที่ทำให้เกิดมากขึ้น จากข้อมูลการศึกษาพบว่า ชายมีความรู้สึกถูกทอดทิ้งจากคู่สมรสตนเองมากกว่าที่หญิงมีความรู้สึกถูกสามีตนเองทอดทิ้ง คิดเป็นร้อยละ 12.24 และ 8.46 ตามลำดับ จากปัญหาภายในครอบครัวที่เกิดขึ้นส่งผลทำให้เกิดมีการหย่าร้าง พบในผู้ชาย ร้อยละ 3.06 และผู้หญิง ร้อยละ 3.48 จากจำนวนดังกล่าวที่เกิดขึ้นแสดงให้เห็นว่าเพศชายเป็นเพศที่ต้องการการดูแลเอาใจใส่ ส่วนเพศหญิงเป็นเพศที่มีอารมณ์อ่อนไหวง่าย ใจน้อย การตัดสินใจมักใช้อารมณ์ ดังนั้นจึงทำให้พบจำนวนของการหย่าร้างในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย

ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ พบร้อยละ 2.77 มีอาการผิดปกติ และมีการติดเชื้อเกี่ยวกับโรคทางเพศสัมพันธ์ และพบว่า ร้อยละ 6.05 มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์มากกว่า 2 อาการขึ้นไป ซึ่งอยู่ในกลุ่มที่มีโอกาสเป็นโรคเอดส์มาก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง และเกษตรกร มีการศึกษาค่อนข้างต่ำ ระดับประถมศึกษา และเป็นกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 45 - 49 ปี ซึ่งกลุ่มชายส่วนใหญ่ยังคงมีความต้องการทางเพศอยู่ในระดับค่อนข้างมาก ประกอบกับจังหวัดเพชรบุรีเป็นแหล่งสถานที่ท่องเที่ยว ซึ่งทำให้มีการหลั่งไหลของวัฒนธรรมและความเจริญทางด้านวัตถุ เกิดแหล่งท่องเที่ยว สถานบริการต่างๆ ที่เป็นจุดศูนย์รวมของการติดเชื้อที่เกิดจากกิจกรรมทางเพศในกลุ่มที่มาใช้บริการ โดยเฉพาะโสเภณีที่แอบแฝง จากการศึกษายังพบว่ากลุ่มตัวอย่างชายและหญิงในจังหวัดเพชรบุรี มีเพศสัมพันธ์กับผู้อื่นที่ไม่ใช่คู่สมรสของตนเอง

เป็นชาย ร้อยละ 9.69 และหญิง ร้อยละ 1.49 แต่ในกลุ่มตัวอย่างนี้เมื่อมีปัญหาทางเพศ จะแก้ปัญหาโดยวิธีการไปเที่ยวบริการทางเพศ พบในชาย ร้อยละ 1.53 หญิง ร้อยละ 5.97 ไปมีคู่นอน คนใหม่เป็นชาย ร้อยละ 3.57 หญิง ร้อยละ 6.97 ซึ่งบุคคลในกลุ่มตัวอย่างนี้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์สูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฉวีวรรณ ไวยเนตร และคณะ (กรมอนามัย. 2541 : 117 ; อ้างอิงมาจาก ฉวีวรรณ ไวยเนตร และคณะ. 2538) ได้ศึกษาทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ของประชากรกลุ่มอายุ 15 – 59 ปี จังหวัดแพร่ พ.ศ. 2537 พบว่า การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลายคนนั้นเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์เพิ่มขึ้น ร้อยละ 90.60 และ ในกลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่ยอมรับว่า ไปมีเพศสัมพันธ์กับคนอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรส หรือคู่นอนประจำของตนในรอบ 1 เดือนก่อนสำรวจ ร้อยละ 91 และยอมรับว่าในรอบปีที่ผ่านมาเคยเป็นกามโรค ร้อยละ 2.80 ซึ่งจากรายงานของกองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 30 เมษายน 2544 พบว่าประชากรในจังหวัดเพชรบุรี มีอัตราการติดเชื้อโรคเอดส์อยู่ในอันดับ 9 ของประเทศไทย มีอัตราป่วยเท่ากับ 78.7 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ในจำนวนนี้มีผู้มีอาการ 2,555 คน เสียชีวิตแล้ว 725 คน จากการศึกษาข้อมูลของกองระบาดวิทยาเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย พบว่า อาชีพที่พบมากที่สุดคือ รับจ้าง ร้อยละ 51.77 เกษตรกรรม ร้อยละ 14.16 ค้าขาย ร้อยละ 4.76 และข้าราชการ ร้อยละ 2.08 พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง อัตราส่วน ชาย : หญิง เท่ากับ 3.2 : 1 เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบอายุ 45 – 49 ปี ร้อยละ 3.54 อายุ 50 – 54 ปี ร้อยละ 1.59 อายุ 55 – 59 ปี ร้อยละ 1.10 (กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2544 : 139 – 140)

ด้านมะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์ พบมะเร็งเต้านมในหญิง ร้อยละ 2.49 ชาย ร้อยละ 0.51 ในเพศหญิงพบมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 2.49 มะเร็งรังไข่ ร้อยละ 0.51 ส่วนในเพศชายพบมะเร็งขององคชาติ ร้อยละ 0.51 ไม่พบมะเร็งต่อมลูกหมาก แต่พบว่า มีภาวะต่อมลูกหมากโต ร้อยละ 28.57 จากการศึกษาพบว่า อัตราการเป็นมะเร็งเต้านมพบในหญิงมากกว่าชาย พบมะเร็งเต้านมจำนวนเท่ากับมะเร็งปากมดลูก ซึ่งจากสถิติทั่วไปจะพบมะเร็งเต้านมในเพศชายน้อยกว่า จากรายงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2538 พบว่า อัตราการเกิดของมะเร็งในแต่ละพื้นที่แตกต่างกัน เช่น ในแถบประเทศตะวันตก พบอัตราการเกิดมะเร็งเต้านมสูงกว่ามะเร็งของปากมดลูก ส่วนในประเทศไทยพบมะเร็งปากมดลูกมากที่สุด ร้อยละ 33 รองลงมาคือ มะเร็งเต้านม ร้อยละ 29.9 (ปิ่นหทัย สุภเมธพร. 2538 : 12) และพบว่า ผู้หญิงไทยมีอัตราการเป็นมะเร็งของปากมดลูกและเต้านมสูงกว่ามะเร็งชนิดอื่นๆ แต่เมื่อแจกแจงตามภาคแล้ว พบว่า ผู้หญิงภาคกลางและภาคใต้เป็นมะเร็งปากมดลูกมากกว่ามะเร็งชนิดอื่นๆ ในขณะที่ภาคเหนือพบมะเร็งของปอดมากที่สุด รองลงมาคือ มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านม ส่วนภาคอีสานพบมะเร็งตับมากที่สุด และรองลงมาคือ มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม (ปิ่นหทัย สุภเมธพร. 2539 : 15) ซึ่งจังหวัดเพชรบุรีเป็น

จังหวัดหนึ่ง ในแถบภาคกลางตอนล่าง ดังนั้นอัตราการเกิดจึงใกล้เคียงกัน จะเห็นได้ว่าอัตราการเกิดมีแนวโน้มสูงขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านชีวภาพ พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ในร่างกาย เช่น การรับประทานอาหารที่มีสารกระตุ้นการเกิดมะเร็ง หรือมีพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าที่ไม่ถูกต้อง และได้สัดส่วน ขาดความรู้ ความเข้าใจในการเลือกรับประทานอาหาร เช่น การรับประทานอาหารเช้าที่ไขมันมากเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม ปัจจัยด้านชีวภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในอายุ 45 - 49 ปี เป็นกลุ่มที่มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจตุพล ศรีสมบุญ (2540 : 72) ที่พบว่า มะเร็งปากมดลูกมักพบในผู้หญิงที่มีอายุระหว่าง 45 - 55 ปี อายุเฉลี่ยประมาณ 48 ปี ส่วนอายุเฉลี่ยของการเกิดมะเร็งเต้านมประมาณ 50 ปี (Somyos Decrasamee et al. 1999 : 53 - 55) และกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีการศึกษาก่อนข้างต่ำ เศรษฐฐานะปานกลาง อาชีพรับจ้าง และเกษตรกรรม ซึ่งเป็นกลุ่มที่ด้อยทางด้านเศรษฐกิจและสังคมมีโอกาสที่เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งก่อนข้างสูง

มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ของเพศชาย จากการศึกษาไม่พบมะเร็งต่อมลูกหมาก แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างชายมีอาการของต่อมลูกหมากโต ร้อยละ 28.57 ในกลุ่มนี้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของหะทัย เทพพิสัย และอรุษา เทพพิสัย (2542 : 61) ที่พบว่าผู้ชายอายุ 50 ปีขึ้นไปจะมีอาการผิดปกติของการไหลของปัสสาวะขณะขับถ่าย ทำให้ปัสสาวะออกน้อยหรือปัสสาวะไม่ออก จำนวนร้อยละ 50 และสอดคล้องกับอริบาร์ก (Aribarg. 1998 : 55) ที่ศึกษาเรื่องอาการที่เกี่ยวกับผู้ชายวัยทอง พบว่า ผลของฮอร์โมนเทสโทสเตอร์โรนมีผลกระทบทำให้ต่อมลูกหมากโตหรือมีผลทำให้เกิดมะเร็งของต่อมลูกหมาก อัตราการเกิดของภาวะต่อมลูกหมากโตที่ศึกษาพบจำนวนต่ำกว่าที่หะทัย เทพพิสัย และอรุษา เทพพิสัย ได้ศึกษาไว้ แต่การศึกษาของโรงพยาบาลพัทลุง พบอัตราการเป็นมะเร็งของต่อมลูกหมาก ร้อยละ 11.10 (Sriplug et al. 1997 : 11)

2. ด้านความรู้ และพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลัง

เจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี พบว่า

ด้านความรู้เกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี มีความรู้ในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 40.30 เมื่อจำแนกเฉพาะกลุ่ม พบว่า ส่วนใหญ่เพศชายมีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 35.71 และหญิงส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.80 เมื่อพิจารณาในภาพรวมโดยใช้คะแนนเฉลี่ยพบว่า ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์มีคะแนนความรู้ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 14.73$) ซึ่งเฉพาะชายมีคะแนนความรู้ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 13.52$) และเฉพาะหญิงมีคะแนนความรู้ในระดับดี ($\bar{X} = 15.92$) อาจเนื่องจากปัจจุบันนโยบายของรัฐบาลเน้นให้มีบริการส่งเสริมสุขภาพ

ประชากรวัยหลังเจริญพันธุ์ จึงมีสื่อต่างๆออกมาเผยแพร่ เช่น เอกสารแผ่นพับ และมีการจัดตั้งบริการในโรงพยาบาลต่างๆ จึงทำให้วัยหลังเจริญพันธุ์มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับปานกลาง แต่พบในเฉพาะหญิงมีคะแนนความรู้ในระดับดี อาจเนื่องจากในจังหวัดเพชรบุรีมีบริการคลินิกวัยทองในโรงพยาบาลสำหรับผู้หญิง และมีบริการเอกสารความรู้ในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ของวัยหลังเจริญพันธุ์ จึงทำให้ผู้หญิงได้รับความรู้จากการไปรับบริการที่คลินิกวัยทอง และจากสื่อต่างๆ ส่งผลให้ผู้หญิงมีคะแนนความรู้ในระดับดี แต่ในโรงพยาบาลของจังหวัดเพชรบุรียังไม่มีบริการคลินิกวัยทองสำหรับผู้ชาย และจากภาพรวมทั้งประเทศพบว่า คลินิกวัยทองสำหรับผู้ชายมีให้บริการเฉพาะในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยของรัฐ ผู้ชายจะต้องแสวงหาความรู้จากสื่อต่างๆ เอง โดยยังไม่มีบริการเช่นเดียวกับในผู้หญิง ส่งผลให้ผู้ชายมีคะแนนความรู้อยู่ในระดับปานกลาง จากการศึกษาครั้งนี้ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์มีความรู้ในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 14.73$) จำนวนร้อยละ 40.80 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิชัย เทียนถาวร (กอบจิตต์ ลิมปพยอม. 1996 : 61 ; อ้างอิงมาจาก วิชัย เทียนถาวร. 2538) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของหญิงไทยวัยก่อนและหลังหมดระดู สอดคล้องกับการศึกษาของลำภา อุปการกุลและคณะ (2539 : 49) และวิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ (2539 : 61) ที่ได้ศึกษา ปัจจัยเสี่ยง ความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะกระดูกพรุนของสตรีวัยหมดประจำเดือนและสตรีวัยสูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา เอกปัทมาย์ และคณะ (2542 : 560) ที่ได้ศึกษาการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์ พบผู้หญิงวัยหลังเจริญพันธุ์มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50 66.30 49.20 และ 62 ตามลำดับ

ด้านพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์ พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 68.51 มีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์อยู่ในระดับพอใช้ และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม $\bar{X} = 1.23$ เมื่อจำแนกตามกลุ่มชายและหญิง พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมอยู่ในระดับพอใช้เช่นกัน $\bar{X} = 1.15$ และ $\bar{X} = 1.30$ ตามลำดับ จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี มีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์อยู่ในระดับพอใช้ หรือระดับปานกลาง เพราะอาจเนื่องมาจากมีความจำเป็นในการหาเลี้ยงชีพ เป็นผู้หารายได้และดูแลครอบครัวทั้งผู้สูงอายุ เยาวชน และเด็ก จึงไม่ค่อยสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกระทรวงสาธารณสุข (โสมย์จรรย์ เตชะวรวิ. 2541: 41 ; อ้างอิงมาจาก กระทรวงสาธารณสุข. 2539) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของหญิงไทยวัยก่อนและหลังหมดระดู พบว่า หญิงวัยหมดระดูมีอายุเฉลี่ย 48 ปี มีความรู้และการปฏิบัติตนของวัยหมดระดูในระดับปานกลาง ถึงระดับมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของวิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ (2539 : 61) ที่ได้ศึกษา ปัจจัยเสี่ยง ความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะกระดูกพรุนของสตรีวัยหมดประจำเดือนและสตรีวัยสูงอายุ พบว่า ผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนมีระดับพฤติกรรม

การป้องกันภาวะกระดูกพรุน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 95.50 และสอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา เอกปัทมาย์ และคณะ (2542 : 565) ที่ได้ศึกษาการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ ได้แก่ การศึกษา และอาชีพ ผู้มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและผู้ที่ไม่รู้หนังสือมีอาชีพเกษตรกรรม และรับจ้าง มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เขียวลักษณ์ ทอนมาตย์ (2539 : 62) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับการหมดประจำเดือน ปัจจัยพื้นฐานบางประการ กับพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงที่อยู่ในช่วงกำลังจะหมดประจำเดือนในจังหวัดชัยภูมิ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลตนเองเท่ากับ 73.49 จัดอยู่ในระดับสูง จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมดูแลตนเองในแต่ละพื้นที่จะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัย และตัวแปรต่างๆ ในแหล่งที่ศึกษา

3. เปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ตามตัวแปร เพศ อายุ ภูมิถิ่นนา อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว และความรู้เกี่ยวกับการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ปรากฏผลดังนี้

3.1 เพศ

ผลการเปรียบเทียบชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีเพศต่างกัน จะมีพฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์แตกต่างกัน สอดคล้องกับแนวคิดของปิยะวาท เกสมาส (เขียวลักษณ์ ทอนมาตย์. 2539 : 27; อ้างอิงมาจาก ปิยะวาท เกสมาส. 2530) ที่ว่าพฤติกรรมปฏิบัติเป็นกิจกรรมที่บุคคลแต่ละคนริเริ่ม และกระทำด้วยตนเอง เพื่อดำรงรักษาชีวิตสุขภาพอนามัยและสวัสดิภาพของตนเอง ดังนั้นบุคคลจึงเลือกที่จะกระทำกิจกรรมนั้นๆ ให้เกิดผลดีแก่ตนเอง ซึ่งมีเป้าหมายเดียวกัน ฉะนั้นชายและหญิง จึงมีพฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา ประสานปราม (2535 : 65) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของอรอนงค์ สัมพันธุ์ (2539 : 100) ที่ได้ศึกษาปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพศหญิงมีการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกับเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของสนอง เพชรรง (2541 : 94) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พบว่า บุคลากร

ทางการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เพศชายและเพศหญิงมีการปฏิบัติในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของมาร์สตันและคนอื่นๆ (บุปผา ศิริวิรัมย์. 2540 : 11; อ้างอิงมาจาก Marston. 1970 ; พิสมัช พิทักษาวรากร. 2536; อำนวยพร ทิววงศ์ษา. 2534 : 74; เขวาคี สุวรรณนาคะ. 2532 : 72; นิตยา ภาสุนันท์. 2529 : 39) ที่ศึกษาปัจจัยเรื่องเพศกับพฤติกรรมสุขภาพในการใช้ยา พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพอนามัย การปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา และความร่วมมือในการรักษาโรค และสอดคล้องกับการศึกษาของปิยนุช ปัญญาธิระ (2542 : 91) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมโรคเบาหวานไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของคัฟฟี (Brown. 1986; citing Duffy. 1993 : 4) พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายที่แต่งงานแล้วมีการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพมากกว่าเพศหญิง ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของพาลังก์ (Palank. 1991 : 823) พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของฮิลล์ และสมิท และคนอื่นๆ (บุปผา ศิริวิรัมย์. 2540 : 11; อ้างอิงมาจาก Hill and Smith. 1985 : 9; Cockerham. 1982; Anderson and Norris. 1972) ที่ศึกษาปัจจัยเรื่องเพศกับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและรักษาโรค พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่า ถูกต้องเหมาะสมกว่าเพศชาย ทั้งทางด้านส่งเสริม ป้องกัน และการรักษาโรค แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนทรหิรัญวรรณ (2538 : 102) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เพศหญิงมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าเพศชาย จากผลการศึกษารั้งนี้ อาจเนื่องมาจากในจังหวัดเพชรบุรี มีการจัดตั้งคลินิกบริการสำหรับหญิงวัยทอง สื่อเอกสารต่างๆในเรื่องการปฏิบัติเน้นการดูแลสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงมีเนื้อหาเช่นเดียวกัน ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีสถานภาพสมรส คู่ จึงมีการสื่อสารแลกเปลี่ยนความรู้ และร่วมกิจกรรมการปฏิบัติเพื่อสุขภาพภายในครอบครัว ดังนั้นจึงทำให้ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ไม่แตกต่างกัน

3.2 อายุ

ผลการเปรียบเทียบชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่าชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของวิลโลว์รอน ทองเจริญ และคณะ (2539 : 54) ที่ได้ศึกษา ปัจจัยเสี่ยง ความรู้ และพฤติกรรมในการป้องกันภาวะกระดูกพรุนของหญิงวัยหมดประจำเดือน และสตรีวัยสูงอายุ พบว่า อายุและสถานะสุขภาพทั่วไปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันภาวะกระดูกพรุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้อง

แนวคิดของสมจิต หนูเจริญกุล (เขวลักษณะ ทอนมาตย์. 2539 : 62 ; อ้างอิงมาจาก สมจิต หนูเจริญกุล. 2536) ที่กล่าวถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไปที่เรียนรู้ภายใต้ชนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรม สั่งสมปฏิบัติกันมาเป็นสูนิสัยที่ดี ซึ่งบุคคลในภาวะปกติผู้ใหญ่มักจะดูแลตนเองได้ดี ดังนั้นวัยหลังเจริญพันธุ์ชายและหญิงในช่วงอายุ 45 – 59 ปี ซึ่งเป็นบุคคลในภาวะปกติผู้ใหญ่ จึงมีพฤติกรรมการดูแลอนามัยตนเองได้ดีเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์เพ็ญ ธรรมเจริญ (2539 : 145) พบว่า ผู้บริหารโรงเรียนที่มีอายุต่างกัน มีการปฏิบัติในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของสนอง เพชรคง (2541 : 95) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่มีอายุต่างกัน มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของลีเวนทาล (สนอง เพชรคง. 2541 : 95 ; อ้างอิงมาจาก Leventhal. 1983) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของอายุกับพฤติกรรมสุขภาพ ในด้านการปฏิบัติตนต่อสุขภาพ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลเพิ่มขึ้นตามอายุ ยกเว้นพฤติกรรมที่ต้องออกแรงมาก เช่น การออกกำลังกาย โดยการเดินแอโรบิก จากผลการศึกษารั้วนี้อาจเนื่องมาจากชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ได้รับสื่อต่างๆเกี่ยวกับการป้องกัน ส่งเสริม และการดูแลสุขภาพของชายและหญิงวัยทองในจังหวัดเพชรบุรี มีบริการคลินิกวัยทองสำหรับหญิงที่มีสื่อบริการให้ทั้งวัยทองเพศชายและหญิงตามโรงพยาบาลต่างๆ มีการจัดตั้งชมรม ซึ่งทำให้ประชากรภายในจังหวัดเพชรบุรีมีการแลกเปลี่ยนความรู้ และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพพร้อมกัน ดังนั้นจึงทำให้ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ไม่แตกต่างกัน

3.3 ภูมิสำเนา

ผลการเปรียบเทียบชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีภูมิสำเนาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องสมมติฐานข้อที่ 3 สอดคล้องกับแนวคิดของโอเรม (เขวลักษณะ ทอนมาตย์. 2539 : 3 ; อ้างอิงมาจาก Orem. 1985) ที่กล่าวถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับปัจจัยพื้นฐานต่างๆ เช่น อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ สังคมชนบธรรมเนียมประเพณี อาชีพ สถานที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพ ปัจจัยทางระบบบริการทางสุขภาพ แหล่งประโยชน์และประสบการณ์ชีวิต ทำให้บุคคลมีการดูแลสุขภาพของตนเองดี ซึ่งในจังหวัดเพชรบุรี พบว่า ประชากรแต่ละอำเภอมีความแตกต่างกันในด้านต่างๆ

ได้แก่ ขนบธรรมเนียม ประเพณี อาชีพ สถานที่อยู่อาศัย ตัวอย่างเช่น อำเภอเขาชัยประชากรส่วนใหญ่มีเชื้อสายลาวกลุ่มต่างๆ เช่น ไทยคำ ลาวโขง มีขนบธรรมเนียม ประเพณี ซึ่งแตกต่างจากคนไทยเชื้อสายไทยมักมีอาชีพทำไร่ ทำนา สภาพปัจจุบันอำเภอเขาชัยได้เปลี่ยนไปเป็นแหล่งอุตสาหกรรม ทำให้วิถีชีวิตประชาชนเปลี่ยนไปมีอาชีพรับจ้างเพิ่มมากขึ้น อำเภอบ้านแหลมเป็นถิ่นฐานที่มีพื้นที่ใกล้ทะเลประชากรส่วนใหญ่จะมีอาชีพประมง อำเภอบ้านลาด ลักษณะภูมิประเทศเป็นที่ราบ ส่วนใหญ่ ประชากรมักมีอาชีพเกษตรกรรม ทำไร่ ทำสวน และประชากรบางส่วนมีเชื้อสายเขมร ซึ่งต่างทศวัฒนธรรม และขนบธรรมเนียม ประเพณีแตกต่างจากไทย อำเภอแก่งกระจาน ประชากรส่วนใหญ่มีเชื้อสายกระเหรี่ยง ภูมิประเทศส่วนใหญ่เป็นภูเขา สลับที่ราบสูง มีระดับการศึกษาน้อย มักประกอบอาชีพ ทำไร่ และรับจ้าง และอำเภออื่นๆ ก็มีความแตกต่างกันในด้านขนบธรรมเนียม ประเพณี ระดับการศึกษา อาชีพ ตามแหล่งของภูมิลำเนาที่อาศัยอยู่ ดังนั้นจึงทำให้ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีภูมิลำเนาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกระทรวงสาธารณสุข (โสมย์จรรย์ เตชะวรวิฑูริ. 2541 : 41 ; อ้างอิงมาจาก กระทรวงสาธารณสุข. 2539) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของหญิงไทยวัยก่อนและหลังหมดประจำเดือน ศึกษาในหญิงไทยที่มีอายุ 40 – 59 ปี พบว่า ลักษณะสภาพสิ่งแวดล้อม การรับรู้ ความรู้ และความเชื่อเกี่ยวกับการหมดประจำเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพ

3.4 อาชีพ

ผลการเปรียบเทียบชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องสมมติฐานข้อที่ 4 สอดคล้องกับการศึกษาของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2537 : 76) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของหญิงวัยก่อนและหลังหมดประจำเดือนในจังหวัด สระบุรี นครสวรรค์ นครราชสีมา และนครศรีธรรมราช พบว่า อาชีพที่แตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่างในทุกจังหวัดมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในเรื่องของการออกกำลังกายแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของนันทนา คงนันทะ (สุทธนิจ หุณหะสาร. 2539 : 157 ; อ้างอิงมาจาก นันทนา คงนันทะ. 2535 : 88 – 89) พบว่า อาชีพที่ต่างกันจะมีการตัดสินใจในการทำหมันต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของโสพรรณ โททะยะ (สุทธนิจ หุณหะสาร. 2539 : 157 ; อ้างอิงมาจาก โสพรรณ โททะยะ. 2532 : 107 – 108) พบว่า อาชีพที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมตรวจคัดกรองด้วยตนเองแตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของสุทธนิจ หุณหะสาร. (2539 : 156) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงวัยหมดประจำเดือนเขตชนบท จังหวัดน่านพบที่พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของภัทระ

บุญส่งเสริม (สุททนิจ หุณฑสาร. 2539 : 157 ; อ้างอิงมาจาก ภัทระ บุญส่งเสริม. 2535 : บทคัดย่อ) พบว่า อาชีพของบิดามารดาที่ต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับทัศนสุขภาพไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาคั้งนี้อาจเนื่องมาจากชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ส่วนใหญ่มีอาชีพที่แตกต่างกันตามแหล่งของภูมิลำเนา ลักษณะของพื้นที่ภูมิประเทศ ซึ่งเป็นตัวกำหนดลักษณะงานที่ทำเป็นประจำ และวัยหลังเจริญพันธุ์ ส่วนใหญ่มักประกอบอาชีพที่มั่นคง และแน่นอนมีหลักฐานการเป็นอยู่ที่ดี จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ที่ประกอบอาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่ประกอบอาชีพอื่นๆ เช่น รับจ้าง เกษตรกร และค้าขาย ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้ที่มีอาชีพรับราชการ หรือ พนักงานรัฐวิสาหกิจให้ความสำคัญในเรื่องสุขภาพมากกว่าผู้ที่ประกอบอาชีพอื่นๆ อาจเนื่องมาจากผู้ที่ประกอบอาชีพรับจ้าง เกษตรกร และค้าขาย มีเวลาน้อย การประกอบอาชีพต้องใช้แรงงาน เหน็ดเหนื่อยต่องาน และอาจมีภาวะเครียดต่อปัญหาเศรษฐกิจ ทำให้ขาดความสนใจต่อสุขภาพ และข่าวสารต่างๆ จึงทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองน้อยลงหรือไม่สนใจสุขภาพตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกอบแก้ว กุศลวัต จารุวรรณ ชันดิสุวรรณ และประชงค์ สัจพงษ์ (บุญผา ศิริวิทย์. 2540 : 12 ; อ้างอิงมาจาก กอบแก้ว กุศลวัต. 2528 ; จารุวรรณ ชันดิสุวรรณ. 2528 ; ประชงค์ สัจพงษ์. 2534) พบว่า ลักษณะการประกอบอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยที่มีลักษณะอาชีพเป็นงานประจำแน่นอน จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าและให้ความร่วมมือในการรักษาที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีลักษณะอาชีพที่ต้องย้ายถิ่นบ่อยต้องเดินทางเป็นประจำหรือต้องทำงานที่มีเวลาไม่แน่นอน และจากการศึกษาคั้งนี้ พบว่า ระดับการศึกษาและระดับความรู้มีส่วนทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่แตกต่างกันด้วย และพบว่า ระดับการศึกษาและระดับความรู้มักเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการกำหนดอาชีพให้แตกต่างกัน เช่น บุคคลที่มีการศึกษาคิดมักมีอาชีพที่ดี และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีด้วย สอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender. 1987 : 161 - 2) ที่กล่าวว่า บุคคลที่มีการศึกษาสูง ย่อมมีโอกาสประกอบอาชีพที่ดี มีรายได้ มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ดี ทำให้มีโอกาสดีในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นจึงพบว่าชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรีที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์แตกต่างกัน

3.5 ระดับการศึกษา

ผลการเปรียบเทียบชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องสมมติฐานข้อที่ 5 สอดคล้องกับแนวความคิดของโอเรม (เขียวลักษณ์ ทอนมาตย์. 2539 : 36 ; อ้างอิงมาจาก Orem. 1985) ที่กล่าวถึงการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และการมีทัศนคติที่ดีต่อมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยบุคคลที่มีการ

ศึกษาพัฒนาความรู้ ทักษะ และการมีทัศนคติที่ดีต่อมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง โดยบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหาความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ ความเจ็บป่วย การรักษา ตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ทำให้มีการตัดสินใจที่ดี และสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเหมาะสมมากกว่าบุคคลที่มีการศึกษาค่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของพิศมัย พิทักษาวรากร พิมพ์ เพราเพริศภิรมย์ และเขวดี สุวรรณาคะ (บุปผา ศิริวิทย์, 2540 : 12 ; อ้างอิงมาจาก พิศมัย พิทักษาวรากร, 2536 ; พิมพ์ เพราเพริศภิรมย์, 2533 ; เขวดี สุวรรณาคะ, 2532) พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติทางด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาค่ำ นอกจากนี้ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้องมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาค่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา เอกปรัชญา และคณะ (2542 : 565) พบว่า การศึกษาและอาชีพ ผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และผู้ที่ไม่รู้หนังสือมีอาชีพเกษตรกรรม และรับจ้าง มีการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่า และผู้ที่มีอาชีพอื่นๆ ที่ดีกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของสุรีย์ จันทรมาลี (2535 : 136 – 152) พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ และความเชื่อมั่นในความสามารถดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของรุท (จิรประภา ภาวิไล, 2535 : 81 ; อ้างอิงมาจาก Rueth, 1973 : 135 – 136) พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาค่ำมักประสบปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรค วิธีการรักษาและการปฏิบัติตน เนื่องจากความรู้ดังกล่าวเป็นเรื่องทางวิทยาศาสตร์ ดังนั้นผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถเรียนรู้ได้มากกว่า ตลอดจนเข้าใจเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ได้ถูกต้องดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาค่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของเขวดีลักษณ์ ทอนมาตย์ (2539 : 68) พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของสนอง เพชรคง (2541 : 95) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พบว่า บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีการปฏิบัติในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอุบล ตูลยาภรณ์ (2533 : 96) พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการปฏิบัติงานสุศึกษาไม่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของปิยนุช ปัญญาธิระ (2542 : 93) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคเบาหวานไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาจะมีคะแนนการปฏิบัติในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์น้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับอนุปริญาตรีหรือเทียบเท่า และระดับปริญาตรีหรือสูงกว่า และผู้ที่มีการศึกษาค่ำกว่าระดับประถมศึกษาจะมีคะแนนการปฏิบัติในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์น้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาค่ำตั้งแต่

ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป จึงแสดงว่า การศึกษามีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ผู้ที่มีการศึกษาน้อยย่อมขาดการพัฒนาความรู้ ขาดทักษะในการแสวงหาข้อมูลที่จะดูแลสุขภาพของตนเอง จึงเป็นผลให้พฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์แตกต่างไปจากกลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่า

3.6 สถานภาพสมรส

ผลการเปรียบเทียบชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องสมมติฐานข้อที่ 7 ที่ว่า ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนันทนา กาญจนพจน์ (2539 : 53) พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการร่วมกิจกรรม โดยผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีการร่วมกิจกรรมมากกว่าผู้สูงอายุที่เป็นม่าย ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจารุวรรณ เหมะธร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2532 : 71) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงที่มีอายุสถานภาพสมรส โสด ม่าย หย่า แยก ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ (2534 : ก - ข) ได้ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมล พนารัตนกุล (2539 : 32) พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง และพบว่า สถานภาพสมรส มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่เป็นม่าย ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของแบ็คเวลล์ วิลล์คอก และนพวรรณ อัครวัฒน์ (บุปผา ศิริวิทย์. 2540 : 12 ; อ้างอิงมาจาก Blackwell. 1972 ; Willcook. 1965 ; นพวรรณ อัครวัฒน์. 2536) พบว่า การมีคู่สมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรม ซึ่งถือว่าเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้ที่เป็นโสดจะมีพฤติกรรมการใช้ยาที่บกพร่องมากกว่าผู้ป่วยที่อยู่กับภรรยา และพบว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรส จะให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา มากกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสหย่าหรือแยก ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของโสภณพรณ วิมลรัตน์ (2537 : 264 - 265) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส และอยู่กับคู่สมรส มีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด ม่าย หย่าร้าง และแยกกันอยู่ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเขวาลักษณ์ ทอนมาตย์ (2539 : 68) พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีที่อยู่ในช่วงกำลังจะหมดประจำเดือน ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของคัฟฟี (Brown. 1986 ; citing Duff. 1993 : 4) ที่ศึกษาผู้สูงอายุจำนวน 386 คน พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายที่แต่งงานแล้วมีการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพมากกว่าเพศหญิงและชายที่ยังไม่แต่งงาน ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของฮับบาร์ค และคณะ (สุทธานิจ หุณฑสาร. 2539 : 71 ; อ้างอิงมาจาก

Hubbard et al. 1996) พบว่า กลุ่มคนที่มีชีวิตอยู่จะมีการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าจึงมีความสะดวกในการดูแลตนเอง ได้ดีกว่าคนโสดเพราะการมีคู่ชีวิตจะช่วยลดความเครียดทั้งหลายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย แต่จากการศึกษาชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี พบว่า ผู้มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ไม่แตกต่างกัน และอาจเนื่องมาจากในจังหวัดเพชรบุรีมีบริการคลินิกวัยทอง ซึ่งมีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์สื่อต่างๆ และมีการจัดตั้งชมรมขึ้นในแต่ละอำเภอ จึงมีการสนับสนุน ส่งเสริมในการดูแลซึ่งกันและกันทั้งภายในครอบครัวและในชุมชน โดยไม่ได้แยกตามความแตกต่างของสถานภาพสมรส ดังนั้นจึงทำให้ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิรประภา ภาวิไล (2535 : 99) พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ในทำนองเดียวกันกับการศึกษาของกาญจนา ประสานปราน (2535 : 6) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารไม่แตกต่างกัน และการศึกษาของสุนทรา หิรัญวรรณ (2538 : 99) พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน และสอดคล้องกับการศึกษาของปิยนุช ปัญญาธิระ (2542 : 94) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคเบาหวานไม่แตกต่างกัน

3.7 รายได้ของครอบครัว

ผลการเปรียบเทียบชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องสมมติฐานที่ 5 สอดคล้องกับการศึกษาของจิรภา หงษ์ตระกูล (2532 : 47) พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของบรรลุ ศิริพานิช (2532 : 70 – 72) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีชีวิตยืนยาวส่วนใหญ่มาจากครอบครัวที่มีฐานะเศรษฐกิจปานกลางถึงร่ำรวย สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญใจ ดันดีวัฒนเสถียร (2534 : 117 – 123) และการศึกษาของดวงพร รัตนอมรชัย (2535 : 117) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ของครอบครัวดีจะมีพฤติกรรม และวิถีชีวิตในการดูแลตนเองดี สอดคล้องกับการศึกษาของเขาวลัักษณ์ ทอนมาตย์ (2539 : 68) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับการหมคประจำเดือน ปัจจัยพื้นฐานบางประการ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีที่อยู่ในช่วงกำลังหมคประจำเดือนในเขตเทศบาลเมืองชัยภูมิ พบว่า ผู้มีรายได้ของครอบครัวดีจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี สอดคล้องกับการศึกษาของสุทษณี หุณฑสาร. (2539 : 158) พบว่า ผู้หญิงวัยหมคประจำเดือนเขตชนบทจังหวัดนนทบุรีที่มีรายได้ของครอบครัวดี จะมีพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพของตนเองคือ สอดคล้องกับการศึกษาของแสงเดือน ลีวฤกษ์พันธ์ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2541 : 77 ; อ้างอิงมาจาก แสงเดือน ลีวฤกษ์พันธ์. 2539) พบว่า ผู้สูงอายุชาวไทยพุทธและชาวไทยมุสลิม จังหวัดระยอง ที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของปิยนุช ปัญญาธิระ (2542 : 95) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการสุขภาพด้านการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคเบาหวานแตกต่างกัน จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้มีรายได้สูงกว่า 18,000 บาท / เดือน และรายได้ 13,001 – 18,000 บาท / เดือน มีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์แตกต่างจากผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่าทุกระดับลงมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของครอบครัวดี มีความสามารถเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพที่ได้รับข้อมูลและสื่อต่างๆ อีกทั้งยังมีความพร้อมที่จะให้ความร่วมมือต่อสังคม แลชุมชน ในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง และอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นในวัยหลังเจริญพันธุ์ ส่วนใหญ่ ก็อาการที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ ซึ่งบุคคลทั่วไปคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นไม่จำเป็นต้องทำการรักษาก็สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ และที่ผ่านมารูปแบบในการจัดให้มีบริการคลินิกวัยทอง ผู้รับบริการต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง เนื่องจากเป็นคลินิกส่งเสริมสุขภาพไม่ใช่คลินิกด้านการรักษา ดังนั้นข้อจำกัดในด้านการรักษาไม่เอื้ออำนวยต่อผู้มีรายได้น้อย จึงทำให้กลุ่มผู้มีรายได้สูงมีโอกาสและได้เปรียบในด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลตนเองมากกว่าผู้มีรายได้น้อย ซึ่งต้องเห็นความสำคัญของการใช้จ่ายในครอบครัวมากกว่าในด้านการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ซึ่งสอดคล้องการศึกษาของอัศนีย์ สิงหกละ และคนอื่นๆ (บุปผา ศิริรัศมี. 2540 : 11 ; อ้างอิงมาจาก อัศนีย์ สิงหกละ. 2525 ; เขาวดี สุวรรณนาคะ. 2532 ; ชัชวาลย์ ประภาลัย. 2533 ; พิมล เพราเพริศภิรมย์. 2533 และ ลาวัญย์ ศิริวัชรินทร์. 2536) ที่พบว่า รายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่กำหนดความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ นอกจากนี้ระดับเศรษฐกิจยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ และความร่วมมือในการรักษาด้วย โดยผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ จะมีพฤติกรรมสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาไม่ดี ดังนั้นจึงทำให้ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสนอง เพชรคง (2541 : 94) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พบว่า บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดไม่แตกต่างกัน

3.8 ความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์

ผลการเปรียบเทียบชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีความรู้

เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ 8 สอดคล้องกับการศึกษาของฮอร์แกน (Horgan, 1987 : 32) พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้องจะทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร พงษ์โสภณ (2532 : 87) ได้ศึกษาความรู้เรื่องโรคความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคไวรัสตับอักเสบบี ในมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรค พบว่า ผู้มีความรู้เรื่องโรคคมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคไวรัสตับอักเสบบีดีกว่าผู้มีความรู้ต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของแก้วตะวัน ด่วนชะเอม (2536 : ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงมีครรภ์ พบว่า ผู้ที่มีความรู้เรื่องโรคเอดส์คจะมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์ดีกว่าผู้ที่มีความรู้ต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2537 : 76) พบว่า หญิงในจังหวัดสระบุรีและนครราชสีมา ที่มีความรู้เกี่ยวกับการหมักประจำเดือนจะมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้มีความรู้ต่ำกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์เพ็ญ ชรรณเจริญ (2539 : 151) พบว่า ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา กรมสามัญศึกษาที่มีความรู้คจะมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงกว่าผู้มีความรู้ต่ำกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของสนอง เพชรคง (2541 : 94) ที่พบว่า ความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของคุก และคณะ (Cook et al. 1991 : 135 – 145) พบว่าการให้ความรู้สามารถเพิ่มระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะกระดูกพรุนและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดำเนินชีวิตได้ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอลิ และเบนเนทท์ (Ali and Bennett. 1992 : 24 – 33) พบว่า บุคคลที่มีความรู้เรื่องการป้องกันภาวะกระดูกพรุนเพิ่มขึ้น จะสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธานิจ หุณเพชร. (2539 : 160) พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวิไลวรรณ ทองเจริญ. (2539 : 61) พบว่า ผู้หญิงวัยหมักประจำเดือน และผู้หญิงวัยสูงอายุ มีความรู้เกี่ยวกับภาวะกระดูกพรุนไม่แตกต่างกัน แต่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนแตกต่างกัน จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีภาวะพร่องฮอร์โมน ร้อยละ 67.76 ซึ่งเป็นกลุ่มที่แสดงอาการต่างๆ ของวัย และเมื่อพบว่าร่างกายมีความผิดปกติ ทำให้กลุ่มวัยดังกล่าวมีการเล่าสู่กันฟัง และสอบถามความรู้ และวิธีการปฏิบัติดูแลตนเองมากขึ้น รวมทั้งมีการหาสื่อเอกสารต่างๆ เพื่อศึกษาและนำมาบอกเล่า แลกเปลี่ยนความรู้ในกลุ่มวัยเดียวกันทำให้ผู้ที่มีความรู้มากจะมีโอกาสและได้เปรียบกว่าผู้ที่มีความรู้

น้อย จากการศึกษาคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มที่มีระดับความรู้ต่ำและปานกลางมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้ แต่ผู้ที่มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับสูงมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีด้วย แสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีความรู้ดีย่อมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีด้วย ซึ่งสนับสนุนกับแนวคิดของนิภา มนูญปี (2528 : 88) ที่กล่าวว่าความรู้ทำให้เกิดการปฏิบัติ และความรู้มีความสัมพันธ์กับเจตคติซึ่งส่งผลให้เกิดการปฏิบัติได้ ความรู้จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ บุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพดี จะมีความสามารถในการกลั่นกรองข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาที่ ผู้วิจัยพบว่า ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ส่วนใหญ่มีภาวะพร่องฮอร์โมนเพศ เกิดอาการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามระบบต่างๆ ทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ กาย จิต และสังคม ในปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ยังพบว่า มีการตั้งครรภ์ในวัยสูงอายุ พบพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และเกิดปัญหาการหย่าร้างขึ้น และยังพบว่าวัยหลังเจริญพันธุ์มีความรู้เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์อยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มเพศชายมีความรู้ในระดับต่ำ ในด้านการปฏิบัติพบทั้งชายและหญิงมีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์อยู่ในระดับพอใช้ ในด้านพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ พบว่าชายและหญิงมีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มี ภูมิสำเนา อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ของครอบครัว และความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์ มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์แตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรจัดตั้งบริการคลินิกชายวัยทองขึ้นในจังหวัดเพชรบุรี เพื่อเปิดโอกาสให้กลุ่มชายวัยหลังเจริญพันธุ์กล้าเข้ามาใช้บริการ และได้รับการส่งเสริมสุขภาพตามวัย
2. ควรจัดตั้งคลินิกให้คำปรึกษาของวัยหลังเจริญพันธุ์ เพื่อให้กลุ่มชายและหญิงที่มีปัญหาเกี่ยวกับวัยในเรื่องต่างๆ เช่น เพศสัมพันธ์ กล้าปรึกษาและซักถามปัญหาได้ดียิ่งขึ้น
3. ควรจัดโปรแกรมการสอนสุขศึกษาเป็นระบบ มีแบบแผนเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการส่งเสริมสุขภาพของประชากรวัยหลังเจริญพันธุ์
4. ควรจัดตั้งชมรมวัยทอง ทั้งชายและหญิงในทุกอำเภอ เพื่อให้เกิดพลังกลุ่ม และพลังของชุมชน เป็นตัวสนับสนุนให้เกิดการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ และมีการทัศนศึกษาแลกเปลี่ยนนวัตกรรมใหม่ๆ ระหว่างชมรมภายในหรือภายนอกจังหวัดเพื่อเป็นการกระตุ้น และเกิดแรงงูงใจในการพัฒนาชมรมของตนเองให้ดียิ่งขึ้น

5. ควรจัดให้มีการรณรงค์ เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารพฤติกรรมกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ และผลิตสื่อให้ทั่วถึงทุกอำเภอภายในจังหวัด
6. ควรจัดหน่วยบริการเชิงรุก เพื่อไปสำรวจและดูแลสุขภาพของประชากรกลุ่มวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัด เพื่อวางแผนการดูแลและส่งเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมทุกหน่วยประชากร

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ เช่น ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ด้านภาวะสุขภาพของวัย ที่มีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเอง
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลการใช้โปรแกรมสุขศึกษา ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์
3. ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี
4. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมกรรมการรับบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กอบจิตต์ ลิ้มปพขอม. “ปัญหาสุขภาพสตรีวัยหมดระดู,” ในเอกสารการประชุมวิชาการเรื่อง พยายามกับการพัฒนาสุขภาพสตรี. วันที่ 2 – 4 กันยายน 2535. หน้า 10 – 34. กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- กอบจิตต์ ลิ้มปพขอม และคณะ. โรคกระดูกบางในสตรีวัยหมดระดู. กรุงเทพฯ : ม.ป.ท., 2537.
- กอบจิตต์ ลิ้มปพขอม และอรรรณพ ใจสำราญ. “วัยหมดระดู,” วารสารอนามัยครอบครัว. 22 :24 – 32; มิถุนายน – กันยายน 2537.
- กอบจิตต์ ลิ้มปพขอม. “วัยทอง,” ในเอกสารประกอบการประชุมสัมมนาเรื่อง แนวทาง และกลวิธีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยหลังเจริญพันธุ์. หน้า 24 – 42. กรุงเทพฯ : 2538.
- กอบจิตต์ ลิ้มปพขอม. “การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของสตรีไทยวัยก่อนและหลังหมดระดู,” Holistic Approach to Menopause. Third Scientific meeting on the Menopause 19th, March, 1996.
- กาญจนา เอกปรัชมาย์ และคณะ. “การดูแลอนามัยของสตรีวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดแพร่,” วารสารวิชาการสาธารณสุข. 8 (4) : 560 – 566 ; ตุลาคม – ธันวาคม 2542.
- กาญจนา ประสารปราน. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.
- แก้วตะวัน ด่วนชะเอม. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ กับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของหญิงมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.
- ขวัญใจ ดันดีวัฒนเสถียร. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมตามระบบงานของผู้สูงอายุในบทบาทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ ค.ม. (บริหารการพยาบาล). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534. อัดสำเนา.
- จารุวรรณ เหมะชร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. ความต้องการทางสุขอนามัยของผู้สูงอายุในตำบลเกาะเกร็ด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี. รายงานการวิจัยภาควิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- จตุพล ศรีสมบุญ. “มะเร็งปากมดลูกภายในเชือก,” มะเร็งวิทยานีเวช. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสูติศาสตร์ และมะเร็งวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2540.

- จันทร์เพ็ญ ชรรณเจริญ. พฤติกรรมในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้บริหาร โรงเรียนมัธยมศึกษา กรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539. อัดสำเนา.
- จิรประภา ภาวิไล. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพจิต พฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.
- จิรภา หงษ์ตระกูล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ พย.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- ฉวีวรรณ ไวยเนตร, พลเดช ปิ่นประทีป และกาญจนา เอกปัญญชัย. ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ของประชากรกลุ่มอายุ 15 – 59 ปี จังหวัดแพร่ 2537. รายงานการวิจัยทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ของประชากรกลุ่มอายุ 15 – 59 ปี จังหวัดแพร่, 2537 – 2538.
- ฉันทนา กาญจนพัญญ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมกับอึดมโนทัศน์ของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ พย.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529. อัดสำเนา.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
- ดวงพร รัตนอมรชัย. การรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้การควบคุมสภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลสาธารณสุข) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.
- ชนวรรณ อิ่มสมบุญ. “การประเมินงานสุขศึกษาในโรงเรียน : กระบวนการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ,” วารสารสุศึกษา. 8 (29) : เมษายน – พฤษภาคม 2528.
- _____. “การสอนสุศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ,” วารสารสุศึกษา. 4 (2) : 38 – 43 ; เมษายน – กันยายน 2532.
- นิกร คูสัตตสิน. “วัยปลายเจริญพันธุ์ของสตรีไทย,” การประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ. 21 – 22 พฤศจิกายน : สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
- นิรนาถ วิทโยภักดีคุณ. ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (พยาบาล). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.

- นิพนธ์ เทพวัลย์. “ICPD กับการพัฒนาประชากร,” อนามัยการเจริญพันธุ์. กรุงเทพฯ : กองวางแผนครอบครัวและประชากร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2540.
- นิภา มนูญปัจจุ. การวิจัยทางสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : อักษรบัณฑิต, 2528.
- นิมิต เดชไกรชนะ และคณะ. “อาการของสตรีในวัยหมดระดู,” ในเอกสารประชุมวิชาการเรื่อง Holistic Approach to Menopause. วันที่ 19 มีนาคม 2539. หน้า 72 – 85. กรุงเทพฯ : ชมรมวิชาการทางสตรีวัยหมดระดูแห่งประเทศไทย, 2539.
- นายกรัฐมนตรีนรี, สำนัก. สำมะโนประชากรและคชชะ พ.ศ. 2533. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรีนรี โรงพิมพ์อักษรไทย, 2537.
- เบญจวรรณ คุณรัตนภรณ์. คุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนในเขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ. วิทยานิพนธ์ พย.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540. อัดสำเนา.
- บุปผา ศิริรัศมี. “พฤติกรรมสุขภาพในเรื่องการใช้อาชีพชีวิตประจำวันของประชาชนในจังหวัดนครปฐม,” รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540. อัดสำเนา.
- บรรลพ ศิริพานิช และคณะ. “พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่มีอายุยืนและแข็งแรง,” รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข, 2531.
- ปนัดดา ปรัชญาคม. “การรักษาพยาบาลขั้นต้นในสตรีวัยหมดประจำเดือน,” วารสารพยาบาล. 36 : 119 – 128 ; เมษายน - มิถุนายน 2530.
- ปิ่นหทัย ศุภเมฆาพร. “สถานการณ์สุขภาพผู้หญิงไทย,” วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข. 4 (1) : 2539.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทัศนคติ : การจัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โอเคียนสโตร์, 2526.
- _____. ทัศนคติ : การจัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์พีระพัฒนา, 2532.
- ปิยนุช ปัญญาธิระ. พฤติกรรมสุขภาพและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลราชบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2542. อัดสำเนา.
- ปวีวัฒน์ อังควะนิช และคณะ. “ความชุกของโรคกระดูกพรุนในสตรีที่มารับการตรวจที่คลินิกวัยหมดระดู โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์,” ในเอกสารประชุมวิชาการเรื่อง Holistic Approach to Menopause. วันที่ 19 มีนาคม 2539. หน้า 68 – 69. กรุงเทพฯ : ชมรมวิชาการทางสตรีวัยหมดระดูแห่งประเทศไทย, 2539.

- ปิยะวาท เกสมาส. ทฤษฎีการพยาบาลของไอเรมในทฤษฎีการพยาบาล. เพ็ญศรี ระเบียบ
บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- พรหมพิไล ศรีอาภรณ์. “การพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพสตรี,” สตรีกับการมีระดู. เชียงใหม่ :
ภาควิชาการพยาบาลศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่, 2537.
- พันธ์ศักดิ์ ศุภระถุณย์. กฏเกณฑ์ข่าวประชากรและอนามัยการเจริญพันธุ์. กองวางแผนครอบครัว
และประชากร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2540.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ :
สำนักงานทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร, 2538.
- ไพบุลย์ เทวรักษ์. จิตวิทยาการศึกษาพฤติกรรมภายในและภายนอก. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตวิทยา
คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2523.
- ภัสสร ลิมานนท์. บทบาทเพศกับอนามัยการเจริญพันธุ์. กรุงเทพฯ : วิทยาลัยประชากรศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.
- มณฑนา ประทีปเสน. “โภชนาการในสตรีวัยก่อนและหลังหมดระดู” ประชุมวิชาการของชมรม
ทางวิชาการสตรีวัยหมดระดูแห่งประเทศไทย หน้า 30 – 40 ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงแรม
สยามอินเตอร์คอนติเนนตัล, 2539.
- เขวลักษณ์ ทอนมาตย์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับการหมดประจำเดือนกับปัจจัย
พื้นฐานบางประการกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีที่อยู่ในช่วงกำลังจะหมด
ประจำเดือน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2539. อัดสำเนา.
ระบาควิทยา, กอง. “สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการในประเทศไทย ณ วันที่ 30
เมษายน 2544,” รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำเดือน. 32 (4) : เมษายน 2544.
- รัตนภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ และการรับรู้สมรรถนะ
ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.
- ลิขิต กาญจนภรณ์. พื้นฐานพฤติกรรมมนุษย์. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2525.
- ลำภา อุปการกุล และคณะ. “ความรู้เรื่องการหมดประจำเดือนและประสบการณ์ การดูแลตนเอง
ของหญิงวัยหมดประจำเดือนในชุมชนแออัด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น,” เชียงใหม่
เวชสาร. 35 (3) : กันยายน 2539.
- ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ :
สุวีริยาสาสน์, 2538.

- วิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ. “ปัจจัยเสี่ยง ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันภาวะกระดูกพรุน ของสตรีวัยหมดประจำเดือนและสตรีวัยสูงอายุ,” สารสภากาการพยาบาล. 11 (3) : กรกฎาคม – กันยายน 2539.
- วิสุทธิ์ บุญเกษมสันติ. “วัยหมดระดู” นรีเวชวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537.
- วิสุทธิ์ บุญเกษมสันติ. “วัยหมดระดู,” นรีเวชวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 2. หน้า 57 – 69. สุจิต เม้าสวัสดิ์ และคณะ. บรรณาธิการ กรุงเทพฯ: ทรีโอแอนด์, 2534.
- วิเชียร เกตุสิงห์. หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ เรื่องอักษร, 2524.
- วีระ นิยมวัน. “แนวทางและกลวิธีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพสตรีหลังวัยเจริญพันธุ์,” ในการประชุมสัมมนาเรื่องแนวทาง และกลวิธีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพสตรีหลังวัยเจริญพันธุ์. หน้า 1 – 2. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข, 2538. อัดสำเนา.
- ศิริพร พงษ์โกคา. การศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคในมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของไวรัสตับอักเสบบี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.
- ไศตพรรณ วิมลรัตน์. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสาคร. ปริญญา นิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒน ประสานมิตร, 2537. อัดสำเนา.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ The Population Reference Bureau of Washington D.C. คู่มือประชากร. กรุงเทพฯ: อมรินทร์การพิมพ์, กันยายน 2524.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับโครงการวางแผนครอบครัว กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานแผนครอบครัวในระดับจังหวัด. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2528.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. สถิติข้อมูลด้านอนามัยการเจริญพันธุ์. 9 (2) : กรกฎาคม 2543. สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน สำนักนายกรัฐมนตรี. ในงานสำรวจสภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน 2536. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี, ม.ป.ป.
- _____. สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2533. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรไทย, 2537.
- สถิติโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. “แผนที่จังหวัดเพชรบุรี,” รายงานประจำปี 2539. โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 2539.
- สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. “การรังใจ,” เอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพศึกษาหน่วยที่ 6. หน้า 97 – 98. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2532.

- สมทรง รักษ์เผ่า และสรงศ์ภรณ์ ดวงคำสวัสดิ์. กระบวนการดำเนินงานสุขภาพเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรณี : การพัฒนาพฤติกรรมผู้บริโภคในชุมชน. โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2540.
- สมหมาย คชนาม. อายุเมื่อหมดประจำเดือนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของสตรีวัยหมดประจำเดือนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อุดลำนานา.
- สรอรรถ กลิ่นประทุม. “นโยบายอนามัยการเจริญพันธุ์” เอกสารประกอบการสัมมนาระดับชาติ ครั้งที่ 1 เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ วันที่ 10 กรกฎาคม 2540. ณ โรงแรมนิวกี๊ กรุงเทพฯ, 2540.
- สาธารณสุข, กระทรวง. “สถานการณ์โรคเอดส์,” ข่าวสารโรคเอดส์. 10 (9) : กันยายน 2540.
 _____ . “การศึกษาการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของสตรีไทย,” ส่วนอนามัยวัยทำงานและผู้สูงอายุ. สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2541.
- สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี, สำนักงาน. “จำนวนประชากรจำแนกตามหมวดอายุ” ในเอกสารประกอบการตรวจราชการ รอบที่ 1 ระหว่างวันที่ 5 – 7 มกราคม 2543.
 _____ . “จำนวนและร้อยละของประชากรจำแนกตามหมวดอายุของจังหวัดเพชรบุรี ปี 2542 ทะเบียนราษฎร,” ในเอกสารประกอบการตรวจราชการ รอบที่ 1 ระหว่างวันที่ 5 – 7 มกราคม 2543.
- สุกัญญา ชัยกิตติศิลป์ และคณะ. “อาการและปัญหาของสตรีวัยหมดระดูในชุมชนแออัดคลองเตย,” จดหมายเหตุทางแพทย์. 80 (4) : 259 – 261 ; 2540.
- สุชาดา สุธรรมรักษ์. เอกสารประกอบการสอน จ.ต. 101 จิตวิทยาเบื้องต้น. กรุงเทพฯ : ภาควิชาแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปทุมวัน, 2531.
- สุชาติ โสมประยูร. โปรแกรมสุขภาพในโรงเรียน. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2525.
- สุทรนิช หุมนเตสาร. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนเขตชนบท จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539. อุดลำนานา.
- สุนี รักษาเกียรติศักดิ์. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ : 2539.
- สนอง เพชรคง. พฤติกรรมป้องกันการโรคหัวใจขาดเลือดของบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. ปรินญาณินพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒน ประสานมิตร, 2541. อุดลำนานา.

- สุณี เวชประสิทธิ์. คุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ พย.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540. อัดสำเนา.
- สุนทรา หิรัญวรรณ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน : ศึกษาเฉพาะโรงพยาบาลแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538. อัดสำเนา.
- สุนา ชมพูทวีป. “ การศึกษาการหมดระดูของสตรีไทยในกรุงเทพมหานคร, ” ในการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติครั้งที่ 21. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2533.
- สุนา ชมพูทวีป, เฌอภา ชะมะรัต และนิกร คุณิตสิน. “ การศึกษาการหมดระดูของสตรีไทยในกรุงเทพมหานคร, ” วารสารอนามัยครอบครัว. 22 (3) : 9 – 23 ; 2537.
- สุวิภา บุญชะโหดระ. “วัยหมดประจำเดือน,” ในเอกสารประกอบการประชุมสัมมนาเรื่องแนวทางหลักวิถีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของสตรีหลังวัยเจริญพันธุ์. หน้า 1-2 กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข, 2538.
- สุวิภา บุญชะโหดระ. “ ภาวะสุขภาพผู้หญิงไทยวัยหมดระดู, ” วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 4 (1) : 29 – 36 ; 2539.
- สุวิมล พนารัตนกุล. อัตรานอนหลับ ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- โสสมัยจรีย์ เตชะวรวุฒิ. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยใช้รูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน. ปรินฤญาติวิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒน ประสานมิตร, 2541. อัดสำเนา.
- หะทัย เทพพิสัย และอุรุมา เทพพิสัย. “ ระดับฮอร์โมนและกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นในสภาวะหมดประจำเดือนโดยธรรมชาติ, ” จุฬาลงกรณ์เวชสาร. 33 (2); 140 – 145, เมษายน 2532.
- _____. ผู้ชายวัยทอง. บริษัทเจริญกรุงเทพฯ จำกัด, 2542.
- _____. สตรีวัยหมดประจำเดือน. บริษัทเจริญกรุงเทพฯ จำกัด, 2542.
- อนามัย, กรม. “แบบแผนการดูแลสุขภาพอนามัยของสตรีก่อนและหลังหมดระดู ” การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยก่อนและหลังหมดระดู ในจังหวัดสระบุรี นครสวรรค์ นครราชสีมา และนครศรีธรรมราช. กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย, 2537.
- _____. คู่มือการสำรวจแบบเร่งด่วนในงานสายส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร. องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2537.

- อนามัย, กรม. เอกสารโครงการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยก่อนและหลังหมดประจำเดือน เรื่องสตรีวัยหมดประจำเดือน สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข. กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย, 2539.
- _____. “อนามัยการเจริญพันธุ์.” ในเอกสารประกอบการสัมมนาระดับชาติ เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ ณ โรงแรมมิโก้ มหานคร ถนนรัชดาภิเษก 10 กรกฎาคม 2540. กองวางแผนครอบครัวและประชากร กรมอนามัย, 2540. อัดสำเนา.
- _____. “ภาวะหลังวัยเจริญพันธุ์.” การประชุมงานวิจัยอนามัยการเจริญพันธุ์. กองวางแผนครอบครัวและประชากร กรมอนามัย, 2541.
- _____. “คำจำกัดความที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล” แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยก่อนและหลังหมดประจำเดือนสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2541.
- อภิชาติ จำรัสฤทธิ์รงค์. “มุมมองทางสังคมเรื่องงานอนามัยการเจริญพันธุ์.” รายงานการสัมมนา ระดับชาติ ครั้งที่ 2 เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์. วางแผนครอบครัวและประชากร กรมอนามัย, 2540.
- อภิรดา พานทอง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน. ปรินญาณีพนธ์ พย.ม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย, 2540. อัดสำเนา.
- อรอนงค์ สัมพันธุ์. การศึกษาปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539. อัดสำเนา.
- อร่าม โรจนสกุล. “ปัญหาที่พบบ่อยในวัยหมดประจำเดือน,” ปัญหาที่พบบ่อยในวิทยาเอนโดครินนรีเวช. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง, 2533.
- อุบล ศุภยาภรณ์. ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีต่องานสุขภาพในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร. ปรินญาณีพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2533. อัดสำเนา.
- อุรมา เทพพิสัย. “วัยหมดประจำเดือน,” ในวิทยาเอนโดครินนรีเวช - นรีเวช. กรุงเทพฯ: ยูนิตีพับลิเคชัน, 2532.
- _____. “คลินิกโรงพยาบาลรามารักษาฟรีวันเฉลิม,” ไทยรัฐ 7 สิงหาคม 2538.
- Ali, N.S. Bennett SJ. “Postmenopausal woman factors in osteoporosis preventive behaviors,” Journal Gerontol Nursing, 18: 23 – 32, 1992.
- Aribarg, A. “Male Menopause: Fact or Fiction,” Journal of the Medical Association of Thailand, 80(1) : 55; January, 1998.

- Bachmann, G.A. et al. "Sexual expression and its determinants in the post-menopausal Women," Maturitas. 19 - 29; 1984.
- Bhassorn Limanonda. "Implications of Emerging Labor Market Dynamics for Adolescents and Youth, a Paper presented at the Expert Group Meeting on Adolescents: Implication of Population Trends," Environment and Development. Bangkok: ESCAP, 1997.
- Bloom, S.B. "Taxonomy of Education Objective," Hand Book I: Cognitive Domain. New York: Mckay Co., Inc, 1975.
- Boonmongkon, Pimpawun. "Adolescent Sexual Health : Lessons Learned and New Directions," A paper presented at the Seminar on Future Needs of Thailand in Population and Reproductive Health. 17 - 18; April, 1997.
- Brown, J.P. The Hale Elderly : Health Behavior and its Correlates. Research in Nursing and Health. 9(4): 1986.
- Cook, B. et al. "An Osteoporosis patient education and screening program: Result and Implication," Patient Education Counseling. 17: 135 - 145; 1995.
- Coope, J. "The Menopause," Coping with the Change Singapore. P.G. Publishing, 1984.
- Casper, R. F. et. al. "Menopause flush," A neuro endocrine link with pulsatile leutinizing hormone secretion. Year Book Medical Publishers, 1979.
- Deerasamee, Somyos and Petcharin Srivatanakul. "Cervix uterus," Cancer in Thailand Vol 2 (1992 - 1994): IARC Technical Report No 34, 1999.
- Green, L. W. et. al. "Health Education Planning," A Diagnostic Approach. PAIO. ALTO: May field Publishing Comp, 1980.
- Green, L. W. and M. W. Kreuter. "Health Promotion," An Education and Environmental Approach. Toronto: Mayfield Publishing Comp, 1991.
- Griffiths, K. et al. "Phytoestrogens and Disease of the Prostate gland," Baillieres Clin Endocrinol Metabolism. 12(4): 625 - 647; December, 1998.
- Georgiev. "Menopause knowledge and perception in the Bulgarian population," Climacteric. 2(2); June, 1999.
- Holmang, S. et al. Effect of long-term oral testosterone undecanoate treatment on prostate Volume and serum prostate specific antigen in eugcnadal middle-aged men. Prostate, 1993.

- Horgan, P.A. "Health Status Perceptions Affect Health-Related Behavior," Journal of Gerontological Nursing, vol. 13, 30-33: December, 1987.
- Heiss, G. et al. "Lipoprotein cholesterol distribution in selected North American populations," The Lipid Research Clinics Program Prevalence Study. Circulation, 1980.
- Kalache, D.A. "Progress in attempts to identify prostate cancer," Presented in First world Congress in Aging Male. Geneva Switzerland: Feb, 1998.
- Kase, N.G. "The management of postmenopausal woman," In office Gynaecology. Baltimore: Williams and Wilkins, 1981.
- Kiti Chindavijak, Nimit Martin. "Breast Cancer," Cancer in Thailand. Vol 2:1992-1994; IARC. Technical Report NO. 34 Lyon, 1999.
- Krathwohl, D.J. et al. Taxonomy of Education Objective Hand BookII. New York: David Mckea Co., 1964.
- Morgentaler, A. et al. "Occult Prostate Cancer in Men with Low Serum Testosterone Levels," JAMA. 1996.
- Martin, C.E. "Marital and Sexual factors in relation to age disease and longevity," Life History Research in Bychopathology. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1975: 326-47.
- Mishell, D.R. and S.T. Louis. "Amenorrhoea," New York Book. 1992.
- Muhlenkamp, A.F. and Sayles, J.A. "Self-Esteem Social Support and Positive Health Practices," Nursing Research. 35(6): 1986.
- National Nutritional Survey. A Collaboration of Department of Nutrition, Faculty of Public Health, Mahidol University and the Division of Nutrition; Department of Health, Ministry of Public Health. 1986.
- Oddens, B.J. and A. Vermeulen. eds. "Bone metabolism and osteoporosis," Androgens and the Aging Male. New York: The Parthenon Publishing Group, 1996.
- O' Dea, I. et al. "Life Satisfaction and Health Related Quality of Life (SF-36) of middle-aged men and women," Climacteric. 2(2); June, 1999.
- Orem, DE. Nursing Concepts of Practice. 2nd ed. New York: McGraw-Hill Co, 1980.
- Orem, DE. Nursing Concepts of Practice. 3rd ed. New York: McGraw-Hill Co, 1985.

- Palank, C.L. "Determinants of Health - Promotive Behavior," Nursing clinic of North America. 30 : 815 - 832; December, 1991.
- Pender. NJ. Health Promotion in Nursing Practice. East Norwalk : Appletion - Century Crofts. 1987.
- Pender. NJ. Health Promotion in Nursing Practice. : 3rd ed. USA : Appletion and Lange, 1996.
- Sarrel, P.M. "The Menopause : Sexuality," Oxford : Blackwell Scientific Publication. 1988 : 65 - 75.
- Schiavi, R.C. et al. "Healthy Aging and Male sexual junction," American Journal Psychiatry. 1990 : 766 - 771.
- Schow, D.A. et al. "Male Menopause How to define it how to treat it," Male Menopause. 1997.
- Schwartz, NE. "Nutritional Knowledge, Attitude and Practice of High School Graduates," Journal of the American Dietetic Association. 66 (1) : 28 - 31 January, 1975.
- Sherman, B.M. et al. "The relationship of menopause hot flushes to medical and reproductive Experience," Journal Gerontology. 36 ; March, 1990.
- Sukwatana, Pramool et al. "Menopausal symptoms among Thai women in Bangkok," Elsevier Scientific Publishers Ireland Ltd. Ireland, 1991.
- Sriplung, H. et al. "Development of Cancer registry in Phathalung Hospital," Southeast Asian Journal Trop Medical Public Health. 28 Suppl 30 : 11 - 13 , 1997.
- Tunghaisal, S. et al. "Postmenopausal sexuality in Thai women," Asia - Oceania Journal obslet Gynaecol. 1991.
- UNFPA. "Advocating change : Population," Empowerment and Development. New York : UNFPA, 1994.
- Vermeulen, A. and V.A. Giagull. "Andropause." In Studd. Journal education The Management of The Menopause. New York : Parthenon Publishing Group, 1998.
- Vermeulen, A. "The male climacterium," Annual Medical. 1993.
- World Health Organization. "Reproductive Health," South - East Asian Regional Training Course in reproductive health. New Delhi India : 1-9; September, 1997.

Yamane, Taro. Statistics : introductory Analysis. 2nd ed. New York : Harper and Row,
1967.

ภาคผนวก

ที่ ทบ. ๑๐๑๒/ ๗/๘๑



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท ๒๓ กรุงเทพฯ ๑๐๑๑๐

๑๗/กุมภาพันธ์ ๒๕๔๔

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวดินันท์ เกียรติมาลา นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้ประชาชนอายุระหว่าง ๔๕ - ๕๕ ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลธงชัย ตำบลทับคาง ตำบลถ้ำรงค์ ตำบลป่าเต็ง ตำบลหนองจอก ตำบลเขาใหญ่ ตำบลบ้านแหลม และตำบลท่าตะคร้อ จำนวน ๑๕๗ คน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม ๒๕๔๔

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวดินันท์ เกียรติมาลา ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. ๖๖๔-๑๐๐๐ ต่อ ๕๗๒๖, ๕๖๔๔

โทรสาร. ๒๕๘-๔๑๑๕

ที่ ทม ๑๐๑๒/๓๘๗



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท ๒๓ กรุงเทพฯ ๑๐๑๑๐

๒๗ มกราคม ๒๕๕๔

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน นายกเทศมนตรีเทศบาลเมืองเพชรบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวตินันท์ เกียรติมาลา นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในกรณีนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยขออนุญาตใช้สถานที่ และขอให้ประชาชนอายุระหว่าง ๔๕ - ๕๕ ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลคลองกระแซง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน ๑๐๐ คน เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ในระหว่างเดือนมกราคม ๒๕๕๔

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวตินันท์ เกียรติมาลา ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. ๖๖๔-๑๐๐๐ ต่อ ๕๗๒๖, ๕๖๔๔

โทรสาร. ๒๕๕-๔๑๑๕



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ฝ่ายแนะแนวและให้คำปรึกษา โทร. 02-2589589 , 02-6641000 ต่อ 5355

ที่ ทม 1001(13)/

วันที่ ๘ มกราคม 2545

เรื่อง การเบิกเงินทุนการศึกษา

เรียน วิทยาลัย เพ็ชรเกษม

ตามที่ท่านได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย ๗.๓๕.๗๖๗๗ ๗๖๗๗ ประจำปีการศึกษา 2544
ทุนละ 6,000 บาท นั้น

ฝ่ายแนะแนวและให้คำปรึกษา ขอความกรุณาท่านดำเนินการตามเอกสารที่แนบมาด้วยนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณาดำเนินการ โดยด่วนด้วย จักขอบคุณยิ่ง

(นางสาวยุพิน องคานนท์)

หัวหน้าฝ่ายแนะแนวและให้คำปรึกษา

แบบสอบถาม

เพศชาย

แบบสอบถาม

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ใน
จังหวัดเพชรบุรี

วัยหลังเจริญพันธุ์ หมายถึง วัยที่เริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย อันเกิด
จากการลดระดับของฮอร์โมนเพศในร่างกายทำให้เกิดอาการต่างๆ ซึ่งอาจเรียกได้ว่า วัยทอง

คำแนะนำในการตอบแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะสุขภาพด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์

ส่วนที่ 3 เป็นแบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามวัดพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์

2. การตอบแบบสอบถามกรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

3. กรุณาตอบคำถามทุกข้อ เพราะหากท่านตอบไม่ครบ จะมีผลทำให้แบบสอบถามขาดความสมบูรณ์

4. คำตอบของท่านจะไม่มีผลเสียหายต่อท่านเพราะผู้วิจัยจะนำไปใช้เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ขอขอบคุณเป็นอย่างยิ่งที่ให้ความร่วมมือ

นางสาวรศินันท์ เกียรติมาลา

นิติคปริญาโท วิชาเอกสุขศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย / ลงในช่อง () หรือเติมคำลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ

() 1. ชาย

() 2. หญิง

2. อายุ ปี เดือน

3. อำเภอที่ท่านอาศัยอยู่

4. อาชีพ

() 1. รับจ้าง

() 2. ก้าขาย

() 3. เกษตรกร

() 4. รับราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ

() 5. ไม่ได้ประกอบอาชีพ

() 6. อื่นๆ (ระบุ)

5. ระดับการศึกษาชั้นสูงสุด

() 1. ต่ำกว่าประถมศึกษา

() 2. ระดับประถมศึกษา

() 3. ระดับมัธยมศึกษา

() 4. ระดับอนุปริญญา หรือเทียบเท่า

() 5. ระดับปริญญาตรี หรือสูงกว่า

6. สถานภาพสมรส

() 1. โสด

() 2. คู่

() 3. ม้าย หย่า แยก

7. รายได้ครอบครัว

() 1. รายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท / เดือน

() 2. รายได้ 3,000 – 8,000 บาท / เดือน

() 3. รายได้ 8,001 – 13,000 บาท / เดือน

() 4. รายได้ 13,001 – 18,000 บาท / เดือน

() 5. รายได้สูงกว่า 18,000 บาท / เดือน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะสุขภาพค่านอนมัธการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์

2.1 แบบประเมินภาวะ ฮอร์โมนเพศชาย บทพร้อม

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ต้องการทราบถึงความรุนแรงของอาการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและอารมณ์ที่มีผลกระทบต่อความไม่สุขสบายต่อสุขภาพของท่าน ประกอบด้วยข้อความ 17 ข้อ ซึ่งในแต่ละข้อความจะบรรยายลักษณะอาการสั้น ๆ กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้อและพิจารณาว่าอาการนั้นมีความรุนแรงของท่านในระดับใด แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่กำหนดไว้ ให้ตรงกับความเป็นจริง และกรุณาตอบทุกข้อ ในการเลือกตอบใช้เกณฑ์ดังนี้คือ

- อาการมาก** หมายถึง อาการในข้อความนั้นเกิดขึ้นกับตัวท่านทุกวัน หรือเกือบทุกวันหรือท่านรู้สึกไม่สุขสบายจากอาการนั้นอย่างมาก
- อาการปานกลาง** หมายถึง อาการในข้อความนั้นเกิดขึ้นกับตัวท่านเป็นบางวัน (3-5 วัน/สัปดาห์) ทำให้ท่านรู้สึกไม่สุขสบายจากอาการนั้นไม่มากนัก
- อาการน้อย** หมายถึง อาการในข้อความนั้นเกิดขึ้นกับตัวท่านนานๆครั้ง (1-2 ครั้ง/สัปดาห์) ทำให้ท่านรู้สึกไม่สุขสบายเพียงเล็กน้อย
- ไม่มีอาการ** หมายถึง อาการในข้อความนั้นไม่เคยเกิดขึ้นกับตัวท่าน

อาการแสดง	ความรุนแรงของอาการ			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี
1. ไม่มีเรี่ยวแรง				
2. นอนไม่ค่อยหลับ หรือตื่นนอนกลางคืนแล้วหลับยาก				
3. เบื่ออาหาร				
4. ปวดเมื่อยตามกระดูก และข้อ				
5. ร้อนวูบวาบตามร่างกาย				
6. มีเหงื่อออกมาก				
7. หัวใจเต้นเร็วหรือใจเต้น				
8. หลงลืมมากขึ้น				
9. ไม่มีสมาธิ				
10. กลัว ตกใจอย่างไม่มีเหตุผล				
11. หงุดหงิด				
12. ไม่สนใจในสิ่งต่าง ๆ				
13. ขาดความสนใจทางเพศ (รู้สึกมีความต้องการทางเพศลดลง)				
14. ขาดความตื่นตัวทางเพศ (อวัยวะเพศไม่แข็งตัว)				
15. องคราคิไม่แข็งตัวขณะตื่นนอนเช้า				
16. องคราคิไม่แข็งตัวในขณะที่มีกิจกรรมทางเพศ				
17. องคราคิอ่อนตัวขณะมีเพศสัมพันธ์				

ข้อคำถาม	สถานภาพ	
	อาการ	
	มี	ไม่มี
มะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์		
15. มีก้อนหรือสิ่งคัดหลั่ง เช่น เลือด หรือหนองไหลจากห้วนม.....
16. เป็นมะเร็งเต้านม.....
17. ท่านเป็นมะเร็งขององคชาติ.....
18. มีความผิดปกติของต่อมลูกหมาก ดังนี้		
18.1 ถ่ายไม่สุดหรือเหลือค้างหลังถ่าย.....
18.2 ถ่ายบ่อยหรือถ่ายห่างกันไม่ถึง 2 ชั่วโมง.....
18.3 ถ่ายกะปริดกะปรอย คือ ถ่าย ๆ หยุด ๆ หลายครั้ง.....
18.4 เมื่อปัสสาวะแล้วกลั้นไม่อยู่.....
18.5 ลำปัสสาวะไม่พุ่ง.....
18.6 ต้องเบ่งหรือรอนานกว่าจะถ่ายปัสสาวะออกมา.....
18.7 ในเวลากลางคืนถ่ายปัสสาวะมากกว่า 3 ครั้ง.....
18.8 ท่านเป็นมะเร็งของต่อมลูกหมาก.....
19. ท่านเป็นมะเร็ง		
19.1 ได้รับการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน.....
19.2 รักษาด้วยสมุนไพร หรือการแพทย์แผนโบราณ.....
19.3 ได้รับการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน และแผนโบราณ.....
19.4 อื่น ๆ (ระบุ).....
ปัญหาเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์		
	ใช่	ไม่ใช่
20. ท่านมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรสของท่านแล้วมีปัญหาอย่างไร		
ท่านไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์.....
มีความเจ็บปวดเมื่อมีเพศสัมพันธ์.....
ไม่ถึงจุดสุดยอด.....
ไม่พึงพอใจในรูปร่างของคู่สมรสของท่านที่เปลี่ยนแปลงไป.....
คู่สมรสไม่มีอารมณ์ร่วม.....
อื่น ๆ (ระบุ)
21. เมื่อมีปัญหาในการมีเพศสัมพันธ์ท่านปฏิบัติอย่างไร		
อยู่เฉย ๆ.....
ช่วยเหลือตัวเอง.....
ไปเที่ยวหญิง / ชาย บริการ.....
ไปมีคู่นอนคนใหม่.....
หย่าร้างแต่งงานใหม่.....
อื่น ๆ (ระบุ)

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่กำหนดไว้ 3 ช่อง คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ กรุณาตอบทุกข้อในการเลือกตอบใช้เกณฑ์ดังนี้คือ

ใช่ หมายถึง ข้อความนั้นถูกต้อง

ไม่ใช่ หมายถึง ข้อคำถามนั้นไม่ถูกต้อง หรือผิด

ไม่ทราบ หมายถึง ข้อคำถามนั้นท่านไม่ทราบ หรือไม่แน่ใจในคำตอบ

แบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์

ข้อ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1.	ชายและหญิงเมื่ออายุประมาณ 40 ปีขึ้นไป เริ่มมีภาวะของการขาดฮอร์โมนเพศ			
2	วัยหลังเจริญพันธุ์ หรือวัยทอง คือวัยแห่งการเสื่อมถอยของร่างกาย			
3	เมื่อฮอร์โมนเพศลดลงทำให้การดูดซึมของแคลเซียมลดน้อยลงด้วย			
4	อาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออกมาก รู้สึกหนาวๆ ร้อนๆ เป็นอาการของระบบประสาทอัตโนมัติในคนวัยหลังเจริญพันธุ์			
5	ภาวะกระดูกพรุน และโรคหัวใจขาดเลือดเป็นผลมาจากภาวะพร่องฮอร์โมน			
6	ภาวะพร่องฮอร์โมนมีผลต่อระบบทางเดินอาหาร			
7	อาหารสำหรับวัยหลังเจริญพันธุ์ควรเป็นอาหารที่มีไขมันต่ำ			
8	อาหารที่มีกากใยสูงเหมาะสมสำหรับวัยหลังเจริญพันธุ์ เพื่อช่วยลดการเกิดมะเร็งของ ลำไส้			
9	ปลาทะเลเป็นอาหารโปรตีนที่เหมาะสมที่สุดของวัยหลังเจริญพันธุ์			
10	อาหารสำหรับวัยหลังเจริญพันธุ์ควรเป็นอาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น กะปิ ปลาตัว กุ้งแห้ง			
11	ถั่วเหลือง น้ำเต้าหู้ เป็นอาหารที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนธรรมชาติ			
12	การดื่ม ชา กาแฟ ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของคนวัยหลังเจริญพันธุ์			
13	น้ำมันปลา เป็นไขมันพืชที่เหมาะสมในการใช้ประกอบอาหารสำหรับคนวัยหลังเจริญพันธุ์			
14	กะทิ เป็นไขมันอิ่มตัวจากพืชที่ไม่มีผลต่อระดับโคเลสเตอรอล			
15	ผักและผลไม้ มีเส้นใยอาหารมากไม่เหมาะสำหรับวัยหลังเจริญพันธุ์ เพราะย่อยยาก			
16	อาการผิดปกติที่พบในวัยหลังเจริญพันธุ์ จำเป็นต้องใช้ฮอร์โมนทดแทนเพื่อการรักษาเท่านั้น			
17	วัยหลังเจริญพันธุ์ ไม่มีความจำเป็นต้องรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทนทุกราย			
18	การออกกำลังกายสามารถลดภาวะไขมันในเส้นเลือดได้			
19	ฮอร์โมนเอสโตรเจนถูกสะสมไว้ในไขมันตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย			

ข้อ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
20	วิทยาลัยเจริญพันธุ์ เป็นวิทยาลัยที่มีโอกาสเป็นมะเร็งของอวัยวะต่างๆ ใ้้้มาก			
21	ในประเทศไทยพบหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์เป็นมะเร็งของปากมดลูกเป็นอันดับ 1			
22	มะเร็งคอมลูกหมากเป็นสาเหตุการตายของเพศชายวัยหลังเจริญพันธุ์			
23	ผู้หญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ มักมีอาการปัสสาวะบ่อยกลั้นไม่อยู่ หรือในผู้ชายมักมีอาการปัสสาวะลำบาก เนื่องจากต่อมลูกหมากโต			
24	ในวัยหลังเจริญพันธุ์ ควรกลั้นปัสสาวะไว้บ่อยๆ ทั้งหญิงและชายเพื่อฝึกการขับถ่าย			
25	ในชายวัยหลังเจริญพันธุ์ หากอวัยวะเพศไม่แข็งตัวเป็นเรื่องปกติความวัยไม่ต้องรักษา			
26	การฝึกจิตทำสมาธิ เป็นการบำบัดทางหนึ่งของการรักษาอาการที่เกิดขึ้นในวัยหลังเจริญพันธุ์			
27	คลินิกวัยทอง เปิดให้บริการในโรงพยาบาลต่างๆ ทุกจังหวัด			
28	เรื่องบทบาททางเพศในปัจจุบัน เพศชายควรมีสิทธิมากกว่าเพศหญิง			
29	ผู้ชายควรตรวจการมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ เนื่องจากผู้หญิงวัยนี้มีกประสบปัญหาความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์			
30	วัยหลังเจริญพันธุ์มักพบปัญหาปวดตามข้อ ดังนั้นไม่ควรออกกำลังกาย หรือบริหารร่างกาย เพื่อให้ข้อต่างๆ ได้พักอย่างเต็มที่			

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามวัดพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประเมินวัดพฤติกรรมการปฏิบัติตนเองในการดูแลสุขภาพอนามัยของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วยคำถาม 30 ข้อ กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงที่ท่านปฏิบัติมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ โดยการเลือกคำตอบใช้เกณฑ์ดังนี้

- ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ทุกครั้ง หรือปฏิบัติทุกวันอย่างสม่ำเสมอ
 ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เป็นบางครั้ง หรือการกระทำเป็นส่วนน้อย
 ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เลย

แบบสอบถามวัดพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์

ข้อ	ข้อความ	การปฏิบัติ		
		เป็นประจำ	เป็นบางครั้ง	ไม่เคย
1	ท่านเปิดประตู หน้าต่างในบ้าน ให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก			
2	ในชีวิตประจำวัน ท่านเดินรับอากาศบริสุทธิ์			
3	ท่านรับประทานอาหารประเภทโปรตีน เช่น ปลา ถั่วเหลือง			
4	ท่านรับประทานปลาเล็ก ปลาน้อย			
5	ท่านรับประทานผัก			
6	ท่านรับประทานผลไม้ตามฤดูกาล			
7	ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันหมู			
8	ท่านใช้น้ำมันปาล์มในการปรุงอาหาร			
9	ท่านเลาะไขมันที่ติดมากับเนื้อหมู วัว เลาะหนังเปิด ไก่ ออกก่อนปรุงอาหาร			
10	ท่านดื่มนมถั่วเหลือง			
11	ท่านดื่ม ชา กาแฟ ซอกโกแลต หรือโคล่า หลังอาหาร มือเย็น			
12	ท่านสูบบุหรี่			
13	ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์			
14	ท่านทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ หลังขับถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระ .			
15	ท่านกั้นปัสสาวะเป็นเวลานาน			
16	ท่านนอนหลับสนิทคืนละ 6-8 ชั่วโมง			
17	ท่านดูแลต้นไม้ อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ หรืออย่างใดอย่างหนึ่ง			
18	ท่านออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง			

ข้อ	ข้อความ	การปฏิบัติ		
		เป็น ประจำ	เป็น บาง ครั้ง	ไม่ เคย
19	เมื่อมีปัญหาไม่สบายใจ ท่านเล่าให้คนใกล้ชิดในครอบครัวฟัง			
20	ท่านไปวัด ใส่บาตร หรือฟังเทศน์ อย่างใดอย่างหนึ่ง			
21	ท่านนั่งสมาธิ			
22	ท่านสนใจติดตามข่าวเกี่ยวกับสุขภาพในวัยของท่าน			
23	ท่านตรวจสุขภาพประจำปีทุกปี			
24	ท่านควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้อ้วน			
25	ท่านระมัดระวังเรื่องการหกล้ม ตกบันได			
26	ท่านสังเกตสิ่งผิดปกติที่เกิดกับตัวท่าน			
27	เมื่อท่านเจ็บป่วย ท่านจะรักษาด้วยตนเองก่อนเสมอ เช่น ซื้อยากินเอง			
28	เมื่อพบสิ่งผิดปกติเกิดขึ้นกับท่าน ท่านไปพบเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพและปฏิบัติตามคำแนะนำ			
29	ท่านตรวจหามะเร็งในระยะแรกเริ่มของอวัยวะสืบพันธุ์อย่างน้อยปีละครั้ง			
30	ท่านพูดคุยเรื่องเพศกับคู่สมรสของท่าน			

แบบสอบถาม
เพศหญิง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย / ลงในช่อง () หรือเติมคำลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ

- () 1. ชาย
- () 2. หญิง

2. อายุ ปี เดือน

3. อำเภอที่ท่านอาศัยอยู่

4. อาชีพ

- () 1. รับจ้าง
- () 2. ค้าขาย
- () 3. เกษตรกร
- () 4. รับราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ
- () 5. ไม่ได้ประกอบอาชีพ
- () 6. อื่นๆ (ระบุ)

5. ระดับการศึกษาชั้นสูงสุด

- () 1. ต่ำกว่าประถมศึกษา
- () 2. ระดับประถมศึกษา
- () 3. ระดับมัธยมศึกษา
- () 4. ระดับอนุปริญญา หรือเทียบเท่า
- () 5. ระดับปริญญาตรี หรือสูงกว่า

6. สถานภาพสมรส

- () 1. โสด
- () 2. คู่
- () 3. ม้าย หย่า แยก

7. รายได้ครอบครัว

- () 1. รายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท / เดือน
- () 2. รายได้ 3,000 – 8,000 บาท / เดือน
- () 3. รายได้ 8,001 – 13,000 บาท / เดือน
- () 4. รายได้ 13,001 – 18,000 บาท / เดือน
- () 5. รายได้สูงกว่า 18,000 บาท / เดือน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะสุขภาพด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์

2.1 แบบประเมินภาวะบกพร่องฮอร์โมนเพศหญิง

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ต้องการทราบถึงความรุนแรงของอาการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและอารมณ์ที่มีผลกระทบต่อความไม่สุขสบายต่อสุขภาพของท่าน ประกอบด้วยข้อความ 24 ข้อ ซึ่งในแต่ละข้อความจะบรรยายลักษณะอาการต่างๆ กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้อและพิจารณาว่าอาการนั้นมีความรุนแรงต่อท่านในระดับใด แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่กำหนดไว้ ให้ตรงกับความเป็นจริง และกรุณาตอบทุกข้อ ในการเลือกตอบใช้เกณฑ์ดังนี้คือ

- อาการมาก หมายถึง อาการในข้อความนั้นเกิดขึ้นกับตัวท่านทุกวัน หรือเกือบทุกวัน หรือท่านรู้สึกไม่สุขสบายจากอาการนั้นอย่างมาก
- อาการปานกลาง หมายถึง อาการในข้อความนั้นเกิดขึ้นกับตัวท่านเป็นบางวัน (3-5 วัน/สัปดาห์) ทำให้ท่านรู้สึกไม่สุขสบายจากอาการนั้นไม่มากนัก
- อาการน้อย หมายถึง อาการในข้อความนั้นเกิดขึ้นกับตัวท่านนานๆครั้ง (1-2 ครั้ง/สัปดาห์) ทำให้ท่านรู้สึกไม่สุขสบายเพียงเล็กน้อย
- ไม่มีอาการ หมายถึง อาการในข้อความนั้นไม่เคยเกิดขึ้นกับตัวท่าน

แบบประเมินอาการภาวะฮอร์โมนเอสโตรเจนบกพร่อง (กลุ่มอาการของการหมดประจำเดือนในเพศหญิง)

อาการแสดง	ความรุนแรงของอาการ			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี
1. ร้อนวูบวาบ หรือเหงื่อออกเวลากลางคืน รู้สึกหนาวและร้อนสลับกัน
2. ปวดศีรษะ หรือเวียนศีรษะ
3. อาการใจเต้น หรือใจเต้นแรง
4. นอนไม่หลับ หรือหลับไม่สนิท (โดยไม่ทราบสาเหตุ)
5. ความจำเสื่อม หรือไม่มีสมาธิ หลงลืมง่าย
6. อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย เช่น โกรธง่าย หงุดหงิด
7. กังวล หรือกระวนกระวายใจ
8. อาการซึมเศร้า ไม่รื่นเริง จิตใจห่อเหี่ยว
9. รู้สึกเหนื่อยง่าย
10. ขาดความมั่นใจในการพุดจา หรือมีความลังเลใจในการทำงาน
11. เฉื่อยชา ง่วงเหงาหาวนอน
12. ปวดหลัง

อาการแสดง	ความรุนแรงของอาการ			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี
13. ปวดตามข้อต่างๆ
14. ปวดตามกล้ามเนื้อ
15. ผิวหนังแห้ง และคัน
16. ผมหงอก ร่วงง่าย
17. ริมฝีปากแห้ง
18. ถ่ายปัสสาวะบ่อย หรือกะปริดกะปรอย
19. กลั้นปัสสาวะไม่ค่อยได้
20. ขณะไอจาม มีปัสสาวะเล็ด
21. ปัสสาวะมีอาการแสบ และขัด
22. ช่องคลอดแห้ง หรือรู้สึกเจ็บเวลามีเพศสัมพันธ์
23. ความรู้สึกทางเพศลดลง เบื่อและไม่สนใจทางเพศ
24. ไม่สุขสบายหลังการมีเพศสัมพันธ์

2.2 แบบประเมินเกี่ยวกับข้อมูลการมีบุตร ความผิดปกติทางเพศ โรคทางเพศสัมพันธ์และมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ ซึ่งมีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบมี 2 ตัวเลือก คือ มี และ ไม่มี กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้อและทำเครื่องหมาย ✓ ลง ในช่องที่กำหนดไว้ ให้ตรงกับความเป็นจริง และกรุณาตอบทุกข้อ ในการเลือกตอบใช้เกณฑ์ดังนี้ คือ

- มี หมายถึง อาการหรือข้อความผิดปกติที่เคยเกิดขึ้นกับท่าน
 ไม่มี หมายถึง อาการหรือข้อความผิดปกติไม่เคยเกิดขึ้นกับท่าน

แบบประเมินภาวะสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์

ข้อคำถาม	สถานภาพอาการ	
	มี	ไม่มี
ข้อมูลเกี่ยวกับการมีบุตร		
1. มีการตั้งครรภ์ หรือมีบุตรเมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป.....
2. บุคคลคนสุดท้ายมีอายุ 1 – 3 ปี.....
ความผิดปกติทางเพศ		
3. อวัยวะเพศมีการเปลี่ยนแปลงหรือปกติ.....
4. การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในตัวท่านทำให้เบื่อและไม่สนใจทางเพศ.....
5. ปัจจุบันท่านมีความสัมพันธ์ทางเพศกับผู้อื่นที่ไม่ใช่คู่สมรส.....
6. ท่านรู้ดีที่ถูกทอดทิ้งจากคู่สมรส.....
7. ความผิดปกติทางเพศเป็นสาเหตุของการหย่าร้างของท่าน.....
โรคทางเพศสัมพันธ์		
8. มีการติดเชื้อที่ระบบอวัยวะสืบพันธุ์.....
9. มีปัสสาวะแสบขัด หรือมีหนองไหล.....
10. มีสิ่งคัดหลั่งผิดปกติออกจากอวัยวะสืบพันธุ์.....
11. มีความเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์.....
12. มีอาการต่าง ๆ เหล่านี้		
12.1 ผิวหนังมีผื่นคัน รอยโรค ที่รักษาไม่หาย.....
12.2 มีอาการของโรคปอด.....
12.3 มีอาการไข้เรื้อรัง รักษาไม่หาย.....
12.4 มีอาการท้องเสียเรื้อรัง.....
12.5 มีเชื้อราขึ้นภายในช่องปาก.....
12.6 เป็นเริ่มเป็น ๆ หาย ๆ.....
12.7 ขูดขอม น้ำหนักตัวลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ.....
13. มีการติดเชื้อโรคทางเพศสัมพันธ์ ไปยังคู่สมรสของท่าน.....
14. ได้รับการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จากแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข.....

ข้อความ	สถานภาพ	
	อาการ	
	มี	ไม่มี
มะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์		
15. มีก้อนหรือสิ่งค้ำหลัง เช่น เลือด หรือหนองไหลจากหัวนม.....
16. เป็นมะเร็งเต้านม.....
17. มีสิ่งค้ำหลัง เช่น ตกขาวมีกลิ่นเหม็น หรือเลือดออกผิดปกติจากช่องคลอด.....
18. เป็นมะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์		
18.1 มะเร็งปากมดลูก.....
18.2 มะเร็งมดลูก หรือเยื่อบุมดลูก.....
18.3 มะเร็งรังไข่.....
19. ท่านเป็นมะเร็ง		
19.1 ได้รับการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน.....
19.2 รักษาด้วยสมุนไพร หรือการแพทย์แผนโบราณ.....
19.3 ได้รับการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน และแผนโบราณ.....
19.4 อื่น ๆ (ระบุ).....

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ให้ตรงกับปัญหาเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ของท่าน

ปัญหาเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์	ใช่	ไม่ใช่
20. ท่านมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรสของท่านแล้วมีปัญหาอย่างไร		
ท่านไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์.....
มีความเจ็บปวดเมื่อมีเพศสัมพันธ์.....
ไม่ถึงจุดสุดยอด.....
ไม่พึงพอใจในรูปร่างของคู่สมรสของท่านที่เปลี่ยนแปลงไป.....
คู่สมรสไม่มีอารมณ์ร่วม.....
อื่น ๆ (ระบุ)
21. เมื่อมีปัญหาในการมีเพศสัมพันธ์ท่านปฏิบัติอย่างไร		
อยู่เฉย ๆ.....
ช่วยเหลือตัวเอง.....
ไปที่ขอหญิง / ชาย บริการ.....
ไปมีคู่นอนคนใหม่.....
หย่าร้างแต่งงานใหม่.....
อื่น ๆ (ระบุ)

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่กำหนดไว้ 3 ช่อง คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ กรุณาตอบทุกข้อในการเลือกตอบใช้เกณฑ์ดังนี้คือ

ใช่ หมายถึง ข้อความนั้นถูกต้อง

ไม่ใช่ หมายถึง ข้อคำถามนั้นไม่ถูกต้อง หรือผิด

ไม่ทราบ หมายถึง ข้อคำถามนั้นท่านไม่ทราบ หรือไม่แน่ใจในคำตอบ

แบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์

ข้อ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1.	ชายและหญิงเมื่ออายุประมาณ 40 ปีขึ้นไป เริ่มมีภาวะของการขาดฮอร์โมนเพศ			
2.	วัยหลังเจริญพันธุ์ หรือวัยทอง คือวัยแห่งการเสื่อมถอยของร่างกาย			
3.	เมื่อฮอร์โมนเพศลดลงทำให้การดูดซึมของแคลเซียมลดน้อยลงด้วย			
4.	อาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออกมาก รู้สึกหนาวๆ ร้อนๆ เป็นอาการของระบบประสาทอัตโนมัติในคนวัยหลังเจริญพันธุ์			
5.	ภาวะกระดูกพรุน และโรคหัวใจขาดเลือดเป็นผลมาจากภาวะพร่องฮอร์โมน			
6.	ภาวะพร่องฮอร์โมนมีผลต่อระบบทางเดินอาหาร			
7.	อาหารสำหรับวัยหลังเจริญพันธุ์ควรเป็นอาหารที่มีไขมันต่ำ			
8.	อาหารที่มีกากใยสูงเหมาะสมสำหรับวัยหลังเจริญพันธุ์ เพื่อช่วยลดการเกิดมะเร็งของลำไส้			
9.	ปลาทะเลเป็นอาหารโปรตีนที่เหมาะสมที่สุดของวัยหลังเจริญพันธุ์			
10.	อาหารสำหรับวัยหลังเจริญพันธุ์ควรเป็นอาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น กะปิ ปลา ร้า กุ้งแห้ง			
11.	อ้วนเหลือง น้ำเต้าหู้ เป็นอาหารที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนธรรมชาติ			
12.	การดื่ม ชา กาแฟ ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของคนวัยหลังเจริญพันธุ์			
13.	น้ำมันปาล์ม เป็นไขมันพืชที่เหมาะสมในการใช้ประกอบอาหารสำหรับคนวัยหลังเจริญพันธุ์			
14.	กะทิ เป็นไขมันอิ่มตัวจากพืชที่ไม่มีผลต่อระดับโคเลสเตอรอล			
15.	ผักและผลไม้ มีเส้นใยอาหารมากไม่เหมาะสำหรับวัยหลังเจริญพันธุ์ เพราะย่อยยาก			
16.	อาการผิดปกติที่พบในวัยหลังเจริญพันธุ์ จำเป็นต้องใช้ฮอร์โมนทดแทนเพื่อการรักษาเท่านั้น			
17.	วัยหลังเจริญพันธุ์ ไม่มีความจำเป็นต้องรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทนทุกราย			
18.	การออกกำลังกายสามารถลดภาวะไขมันในเส้นเลือดได้			
19.	ฮอร์โมนเอสโตรเจนถูกสะสมไว้ในไขมันตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย			

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามวัดพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประเมินวัดพฤติกรรมการปฏิบัติตนเองในการดูแลสุขภาพอนามัยของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วยคำถาม 30 ข้อ กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงที่ท่านปฏิบัติมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ โดยการเลือกคำตอบใช้เกณฑ์ดังนี้

- ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ทุกครั้ง หรือปฏิบัติทุกวันอย่างสม่ำเสมอ
- ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เป็นบางครั้ง หรือการกระทำเป็นส่วนน้อย
- ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เลย

แบบสอบถามวัดพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์

ข้อ	ข้อความ	การปฏิบัติ		
		เป็นประจำ	เป็นบางครั้ง	ไม่เคย
1	ท่านเปิดประตู หน้าต่างในบ้าน ให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก			
2	ในชีวิตประจำวัน ท่านเดินรับอากาศบริสุทธิ์			
3	ท่านรับประทานอาหารประเภทโปรตีน เช่น ปลา ถั่วเหลือง			
4	ท่านรับประทานปลาเล็ก ปลาน้อย			
5	ท่านรับประทานผัก			
6	ท่านรับประทานผลไม้ตามฤดูกาล			
7	ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันหมู			
8	ท่านใช้น้ำมันปาล์มในการปรุงอาหาร			
9	ท่านเอาไขมันที่ติดมากับเนื้อหมู วัว ไล่หนังเปิด ไข่ ออกก่อนปรุงอาหาร			
10	ท่านดื่มนมถั่วเหลือง			
11	ท่านดื่ม ชา กาแฟ ซอกโกแลต หรือโคล่า หลังอาหาร มื้อเย็น			
12	ท่านสูบบุหรี่			
13	ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์			
14	ท่านทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ หลังขับถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระ			
15	ท่านกลั้นปัสสาวะเป็นเวลานาน			
16	ท่านนอนหลับสนิทคืนละ 6-8 ชั่วโมง			
17	ท่านดูแลต้นไม้ อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ หรืออย่างใดอย่างหนึ่ง			
18	ท่านออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง			

ข้อ	ข้อความ	การปฏิบัติ		
		เป็น ประจำ	เป็น บาง ครั้ง	ไม่ เคย
19	เมื่อมีปัญหาไม่สบายใจ ท่านเล่าให้คนใกล้ชิดในครอบครัวฟัง			
20	ท่านไปวัด ไต่บาตร หรือฟังเทศน์ อย่างใดอย่างหนึ่ง			
21	ท่านนั่งสมาธิ			
22	ท่านสนใจติดตามข่าวเกี่ยวกับสุขภาพในวัยของท่าน			
23	ท่านตรวจสุขภาพประจำปีทุกปี			
24	ท่านควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้อ้วน			
25	ท่านระมัดระวังเรื่องการหกล้ม ตกบันได			
26	ท่านสังเกตสิ่งผิดปกติที่เกิดกับตัวท่าน			
27	เมื่อท่านเจ็บป่วย ท่านจะรักษาด้วยตนเองก่อนเสมอ เช่น ซื้อยากินเอง			
28	เมื่อพบสิ่งผิดปกติเกิดขึ้นกับท่าน ท่านไปพบเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพและปฏิบัติตามคำแนะนำ			
29	ท่านตรวจหามะเร็งในระยะแรกเริ่มของอวัยวะสืบพันธุ์อย่างน้อยปีละครั้ง			
30	ท่านพูดคุยเรื่องเพศกับคู่สมรสของท่าน			

ข้อ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
20	วิทยาลัยเจริญพันธุ์ เป็นวิทยาลัยที่มีโอกาสเป็นมะเร็งของอวัยวะต่างๆ ใ้มาก			
21	ในประเทศไทยพบหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์เป็นมะเร็งของปากมดลูกเป็นอันดับ 1			
22	มะเร็งต่อมลูกหมากเป็นสาเหตุการตายของเพศชายวัยหลังเจริญพันธุ์			
23	ผู้หญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ มักมีอาการปัสสาวะบ่อยครั้งไม่อยู่ หรือในผู้ชายมักมีอาการปัสสาวะลำบาก เนื่องจากต่อมลูกหมากโต			
24	ในวัยหลังเจริญพันธุ์ ควรกลั้นปัสสาวะไว้บ่อยๆ ทั้งหญิงและชายเพื่อฝึกการขับถ่าย			
25	ในชายวัยหลังเจริญพันธุ์ หากอวัยวะเพศไม่แข็งตัวเป็นเรื่องปกติตามวัยไม่ต้องรักษา			
26	การฝึกจิตทำสมาธิ เป็นการบำบัดทางหนึ่งของการรักษาอาการที่เกิดขึ้นในวัยหลังเจริญพันธุ์			
27	คลินิกวัยทอง เปิดให้บริการในโรงพยาบาลต่างๆ ทุกจังหวัด			
28	เรื่องบทบาททางเพศในปัจจุบัน เพศชายควรมีสิทธิมากกว่าเพศหญิง			
29	ผู้ชายควรตรวจการมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ เนื่องจากผู้หญิงวัยนี้มักประสบปัญหาความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์			
30	วัยหลังเจริญพันธุ์มักพบปัญหาปวดตามข้อ ดังนั้นไม่ควรออกกำลังกาย หรือบริหารร่างกาย เพื่อให้ข้อต่างๆ ได้พักอย่างเต็มที่			

ค่าสถิติแสดง ค่าความยาก (p) ค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชาย และหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี

ข้อ	ค่าความยาก (p)	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	0.64	0.48
2	0.76	0.24
3	0.59	0.42
4	0.56	0.44
5	0.49	0.38
6	0.32	0.28
7	0.78	0.28
8	0.65	0.30
9	0.77	0.26
10	0.57	0.32
11	0.70	0.26
12	0.73	0.26
13	0.31	0.38
14	0.47	0.24
15	0.70	0.56
16	0.40	0.52
17	0.52	0.32
18	0.78	0.24
19	0.30	0.30
20	0.71	0.28
21	0.52	0.48
22	0.38	0.60
23	0.60	0.20
24	0.58	0.20
25	0.32	0.34

	ค่าความยาก (p)	ค่าอำนาจจำแนก (r)
26	0.77	0.34
27	0.61	0.34
28	0.41	0.34
29	0.25	0.26
30	0.55	0.42

ความเชื่อมั่นของแบบทดสอบวัดความรู้ เท่ากับ 0.94

ค่าสถิติแสดง ค่าความเชื่อมั่นรายข้อ และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ ของแบบสอบถาม
วัดพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี

ข้อ	ค่าความเชื่อมั่นรายข้อ
1	0.73
2	0.73
3	0.72
4	0.73
5	0.73
6	0.72
7	0.73
8	0.74
9	0.73
10	0.73
11	0.73
12	0.72
13	0.73
14	0.73
15	0.73
16	0.73
17	0.72
18	0.72
19	0.72
20	0.72
21	0.72
22	0.71
23	0.72
24	0.72
25	0.73

ข้อ	ค่าความเชื่อมั่นรายข้อ
26	0.72
27	0.73
28	0.72
29	0.71
30	0.73

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามวัดพฤติกรรม เท่ากับ 0.73

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวรศินันท์ เกียรติมาลา
วัน เดือน ปี เกิด	31 ธันวาคม 2502
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	38/11 หมู่บ้านคีรีรัฐยา 3 หมู่ 8 ตำบลธงชัย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ 7 ผู้อำนวยการพิเศษด้านการตรวจและรักษา พยาบาลงานห้องตรวจพิเศษ กลุ่มงานสูติ - นรีเวช และ วางแผนครอบครัว โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
สถานที่ทำงาน	งานวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2519	มัธยมศึกษาตอนปลาย จากโรงเรียนเบญจมเทพอุทิศ จังหวัดเพชรบุรี
พ.ศ. 2524	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ
พ.ศ. 2527	อบรมหลักสูตรเฉพาะทางพยาบาลเวชปฏิบัติทารกแรกเกิด คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2529	วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
พ.ศ. 2544	การศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

พฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์
ในจังหวัดเพชรบุรี

บทคัดย่อ
ของ
รศ.นันทน์ เกียรติจินดา

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
มีนาคม 2545

การศึกษาครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยหลังเจริญพันธุ์ เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชาย และหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ตามตัวแปร เพศ อายุ ภูมิลำเนา อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว และความรู้เกี่ยวกับการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ กลุ่มตัวอย่าง เป็นชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี อายุระหว่าง 45-59 ปี ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน จำนวน 397 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (t-test) การทดสอบค่าเอฟ (F-test) และทดสอบค่าความแตกต่างเป็นรายคู่ ทูคีว เอชเอสดี (Tukey's HSD)

ผลการศึกษา พบว่า

ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ส่วนใหญ่มีภาวะพร่องฮอร์โมน ร้อยละ 67.76 ซึ่งพบในเพศชาย ร้อยละ 68.88 เพศหญิง ร้อยละ 66.67 กลุ่มอาการของภาวะพร่องฮอร์โมน ส่วนใหญ่มีอาการทางร่างกายและจิตใจ พบอาการปวดเมื่อยตามกระดูก และข้อ และอาการหงุดหงิด ร้อยละ 72.45 และร้อยละ 80.60 ในเพศชายและเพศหญิง ตามลำดับ ในด้านปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ พบหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป มีการตั้งครรภ์ ร้อยละ 5.04 มีปัญหาทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 34.51 พบปัญหาการหย่าร้าง ร้อยละ 3.27 ปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 2.77 พบมะเร็งเต้านม ร้อยละ 2.49 มะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 2.49 ในเพศชาย พบ ภาวะต่อมลูกหมากโต ร้อยละ 28.57 ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์อยู่ในระดับพอใช้ ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มี ภูมิลำเนา อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และระดับความรู้ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ที่มี เพศ อายุ และสถานภาพสมรส แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

REPRODUCTIVE HEALTH CARE BEHAVIOR OF POST
REPRODUCTIVE AGED MEN AND WOMEN
CHANGWAT PHETCHABURI

AN ABSTRACT
OF
RATINUN KEAITIMALA

Presented in partial fulfillment of the requirements for the Master
of Education degree in Health Education
at Srinakharinwirot University

March 2002

The purpose of this research was to study health and health care behavior of post reproductive aged men and women and compare health care behavior of post reproductive aged men and women in Changwat Phetchaburi as variables : sex, age, domicile, occupation, education level, marital status, income of family, and knowledge. The sample was 397 post reproductive men and women aged 45 – 59 years selected by Multistage Sampling Technique. The questionnaire was used to collect the data analyzed by using descriptive statistics, t - test , F - test and each couple difference compared by Tukey 's HSD test.

The results showed that the most defected was hormonal decrease 67.76 % in men and 68.88 % in women. The most sign and symptom were the physical and mental changes. There were muscular pain , bone and joint pain and moodiness 72.45 % in men and 80.60 % in women. The post reproductive women aged over 40 had pregnancy about 5.04 % , sexual problem 2.77 % , breast cancer 2.49 % , carcinoma of cervix 2.49 % . The post reproductive men had prostatic hyperthophy 28.57 % . The knowledge of post reproductive health care of men and women was at moderate level. The health care behavior of men and women was fair. The post reproductive aged men and women with difference of domicile, occupation, education level, income of family and knowledge showed significant difference of health care behavior at .05 level. There were no statistically significant difference in health care behavior of post reproductive aged men and women with difference variables i.e., sex , age and marital status.