

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและภาวะโภชนาการของสตรีวัยหมดประจำเดือน ในสถานธรรมไท่เอวี่ยน จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งผู้ศึกษาได้ทำการศึกษา ค้นคว้าจากเอกสาร วารสาร งานเขียน และ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

- 2.1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
- 2.2. ภาวะโภชนาการ
- 2.3. สตรีวัยหมดประจำเดือน
- 2.4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ความหมายของการดูแลสุขภาพ

สุขภาพ คือ การบรรลุถึงซึ่งการใช้ศักยภาพของบุคคลที่ติดตัวมาแต่กำเนิด และที่ได้รับ การพัฒนา ซึ่งบุคคลจะบรรลุภาวะนี้ได้ จากการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย การใช้ความสามารถ ในการดูแลตนเอง และมีความพึงพอใจในสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง ในขณะเดียวกันมีการ ปรับตัวตามความจำเป็น เพื่อรักษาความมั่นคงของโครงสร้าง และความสอดคล้องกลมกลืนกับ สิ่งแวดล้อมที่มีความสำคัญกับตนเอง (Pender, 1996, p. 22)

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของ บุคคลในการกระทำ หรือเว้นกระทำในสิ่งที่มีผลเสียต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม ซึ่งได้แก่ พฤติกรรมการป้องกัน โรค พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย และพฤติกรรมที่เป็นบทบาทของการเจ็บป่วย โดยมีรายละเอียดดังนี้ มัลลิกา มัติโก (2540)

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลเพื่อป้องกันโรค ไม่ให้ โรคเกิดขึ้น ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ การคาด เข็มขัดนิรภัยเมื่อขับขี่ยานยนต์ เป็นต้น

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ ได้แก่ การพักผ่อน การถามเพื่อนฝูงเกี่ยวกับอาการของตน การแสวงหาการรักษาพยาบาล การหลบหนีจากสังคม เป็นต้น

3. พฤติกรรมที่เป็นบทบาทของการเจ็บป่วย หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมที่ทำให้อาการของโรครุนแรงมากยิ่งขึ้น เป็นต้น

การดูแลสุขภาพ เป็นเครื่องทำนายว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมต่อสุขภาพและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างไรและสามารถให้ความหมายต่อเหตุการณ์นั้น ตามประสบการณ์ที่ได้รับการขัดเกลา โดยได้มีผู้ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเองไว้หลายท่านเช่น

ฟวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2522 , หน้า 8) ได้ให้ความหมายการดูแลตนเองไว้ว่า การดูแลตนเองของผู้ใหญ่มีผลอย่างต่อเนื่องต่อสุขภาพและความเป็นอยู่อันดีของเขา ซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพด้านอนามัยของกลุ่มชนหรือชุมชนที่เขาอาศัยอยู่ด้วย

โอเร็ม (Orem , 1985 ,p.84-105 อ้างใน สุพัตรา เก้าประคิษฐ์ , 2537 , 28-29) ได้ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเองว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลได้ริเริ่มและปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อรักษาชีวิตสุขภาพและสวัสดิภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น การดูแลสุขภาพตนเองจึงเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ที่มีเป้าหมาย มีแบบแผนและขั้นตอน เป็นการกระทำที่บุคคลจงใจกระทำเพื่อสนองความต้องการในการดูแลสุขภาพตนเองทั้งหมด ตามพัฒนาการของชีวิตจากวัยเด็กถึงวัยชรา การเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ อิทธิพลทางการศึกษา ประสบการณ์ในชีวิต อิทธิพลของวัฒนธรรม และแหล่งประโยชน์ในชีวิตประจำวัน

เอี่ยมพร ทองกระจาย (2533, หน้า 8) ได้ประมวลคำอธิบายของการดูแลสุขภาพตนเองสรุปให้คำนิยาม ดังนี้

1.การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นกระบวนการที่ประชาชนสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพตนเอง มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพ รักษาภาวะสุขภาพ การป้องกันโรค การบำบัดรักษาตนเองซึ่งรวมถึงการฟื้นฟูสภาพร่างกายจิตใจภายหลังการเจ็บป่วย กระบวนการดูแลสุขภาพตนเองนี้ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตของบุคคล ไม่ได้เกิดเฉพาะชั่วคราว

2.การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นระบบการบริการสุขภาพขั้นปฐมภูมิเป็นฐานล่างสุด หรือเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญของระบบบริการ ซึ่งบริการสาธารณสุขที่ให้โดยรัฐหรือวิชาชีพ

ทุกระดับนั้น จำเป็นต้องให้สอดคล้องกับสถานการณ์และศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ

ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์ (2533, หน้า 100-104) ได้เสนอประเด็นหรือหลักการดูแลสุขภาพตนเอง ประกอบด้วย

1. การมีส่วนร่วมเป็นการตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติโดยตัวบุคคลและครอบครัวในรูปแบบของการดูแลสุขภาพตนเอง บทบาทหลักของบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุขอยู่ที่การให้ข้อมูลข่าวสารอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อช่วยให้บุคคลและครอบครัวทำการตัดสินใจด้วยตนเองและจัดการด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ทรสนะระบบสาธารณสุข ความสัมพันธ์ที่ต้องสนับสนุนกันระหว่างระบบสาธารณสุขกับการดูแลสุขภาพตนเองซึ่งครอบคลุมทั้งบุคคล ครอบครัว ผู้ใกล้ชิด และกลุ่มสนับสนุนทางสังคม นักวิชาชีพแพทย์และสาธารณสุข โดยจะต้องมีบริการสาธารณสุขและสถานบริการส่งต่ออย่างพอเพียงสำหรับประชาชนที่ภายหลังจากการดูแลสุขภาพแล้วไม่สำเร็จ

3. ภูมิปัญญาท้องถิ่นและการพึ่งตนเอง การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม เศรษฐกิจและสังคม ทำให้ภูมิปัญญาท้องถิ่นกำลังจะถูกทำลายโดยเจตนาและไม่เจตนา จึงจำเป็นต้องรื้อฟื้นภูมิปัญญาชาวบ้านทางการแพทย์ของสังคมไทยให้มีส่วนเป็นพื้นฐานของการช่วยเหลือตนเองของชาวบ้าน

4. ระดับและรูปแบบของการดูแลสุขภาพตนเอง

4.1 การดูแลตนเองขั้นปฐมภูมิ (primary self-care) เป็นการดูแลสุขภาพตนเองในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยสนับสนุนการปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองที่ดีอยู่แล้ว และแก้ไขการปฏิบัติที่เป็นผลร้ายต่อสุขภาพ

4.2 การดูแลสุขภาพขั้นทุติยภูมิ (secondary self-care) เป็นการดูแลสุขภาพตนเองโดยสถานบริการสาธารณสุขหรือโรงพยาบาล ซึ่งจะทำการหรือโครงการที่มุ่งให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลสุขภาพตนเองให้กับผู้ป่วยและญาติพี่น้อง ตลอดจนคนอื่นที่จะมาโรงพยาบาล

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

มัลลิกา มัติโก (2540, หน้า 10-14) ได้จำแนกขอบเขตการดูแลสุขภาพตนเอง ออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ (self-care in health) และการดูแลสุขภาพตนเองในภาวะเจ็บป่วย (self-care illness) ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ การดูแลตนเองเพื่อสุขภาพอนามัยเป็นพฤติกรรมดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ เป็นพฤติกรรมที่ทำในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง 3 ลักษณะ คือ

- 1.1 การดูแลส่งเสริมสุขภาพ
- 1.2 การป้องกันความรุนแรงของโรค
- 1.3 การป้องกันการแพร่ระบาดของโรค

2. การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะเจ็บป่วย พฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นตั้งแต่ตระหนักและประเมินผลเกี่ยวกับอาการผิดปกติ ตลอดจนตัดสินใจที่จะกระทำสิ่งใดลงไป เพื่อสนองต่ออาการผิดปกติ รวมทั้งการตัดสินใจที่จะไม่กระทำสิ่งใดเกี่ยวกับอาการนั้น โดยมีองค์ประกอบอย่างน้อย 4 ระดับ คือ

- 2.1 การดูแลสุขภาพของแต่ละบุคคล
- 2.2 การดูแลสุขภาพตนเองของครอบครัว
- 2.3 การดูแลสุขภาพโดยเครือข่ายสังคม
- 2.4 การดูแลสุขภาพตนเองโดยกลุ่มหรือบุคคลในชุมชน

เมื่อบุคคลรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยอย่างเพียงพอ จะมีพฤติกรรมเจ็บป่วยอยู่

4 แบบคือ

- 1.การตัดสินใจที่จะไม่ทำอะไรเลยเกี่ยวกับอาการผิดปกติ
- 2.การใช้รักษาเอง
- 3.การรักษาตนเองโดยวิธีต่างๆที่ไม่ใช่การใช้ยา
- 4.การตัดสินใจที่จะไปหาบุคลากรสาธารณสุข

กอร์ดอน (Gordon ,1992) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นกิจกรรมหรือการกระทำที่ได้ปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ได้แก่

1. การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ เป็นความคิดความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตน โดยขอบเขตการดูแลสุขภาพนี้ ครอบคลุมถึงความรู้ในการดูแลสุขภาพ กิจกรรมการป้องกันโรคและความเจ็บป่วย กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและกิจกรรมที่เสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ซึ่งสตรีวัยหมดประจำเดือนควรมีการตรวจสุขภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอ หมั่นสังเกต

อาการผิดปกติของตนเอง แสวงหาความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพและใช้บริการสุขภาพ
เมื่อจำเป็น ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

2. อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร เป็นพฤติกรรมการบริโภค กระบวนการที่
ร่างกายเผาผลาญ และใช้สารอาหารและน้ำ การควบคุมน้ำและอิเล็กโทรลิตในร่างกาย การ
เจริญเติบโต ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย สตรีวัยหมดประจำเดือนควรรับประทานอาหารให้ครบ
ทุกหมู่ในปริมาณที่เหมาะสม ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว ดื่มนม หลีกเลี่ยงการดื่มชา
กาแฟ ในปริมาณที่มากเกินไป หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง และรับประทานอาหารที่มีแคลเซียม
เพียงพอ เพื่อให้ร่างกายสดชื่น แข็งแรง ไม่มีโรคอ้วน ป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด และป้องกัน
ภาวะกระดูกพรุน

3. การขยับถ่าย เป็นกระบวนการขยับถ่ายของเสียทุกประเภทออกจากร่างกาย ทั้งการ
ขยับถ่ายกากอาหาร น้ำและอิเล็กโทรลิต สตรีวัยหมดประจำเดือนควรขยับถ่ายให้เป็นเวลา ไม่กั้น
ปีสภาวะและดูแลอวัยวะขยับถ่ายให้สะอาด

4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย เป็นการประกอบกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน
การดูแลบ้านที่อยู่อาศัย กิจกรรมในงานอาชีพ การใช้เวลาว่างและนันทนาการ สตรีวัยหมดประจำเดือน
ควรมีกิจกรรมที่เหมาะสม ออกกำลังกายอย่างถูกวิธี จะช่วยกระตุ้นให้การไหลเวียนโลหิตดี ป้องกัน
การตีบตันของหลอดเลือดและช่วยให้กระดูกแข็งแรง ไม่เปราะง่าย การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะ
ช่วยบรรเทาอาการไม่สุขสบายทางร่างกายและจิตใจอันเนื่องจากการหมดประจำเดือนได้

5. การพักผ่อนนอนหลับ เป็นกระบวนการนอน และการผ่อนคลาย สตรีวัยหมดประจำเดือน
ควรมีกิจกรรมการพักผ่อนที่เหมาะสม นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ หลีกเลี่ยงการอดนอนหรือ
การนอนผิดเวลา

6. สถิติปัญญาและการรับรู้ เป็นความสามารถของบุคคล ในการรับรู้สิ่งเร้าและการ
ตอบสนองต่อสิ่งเร้า ความสามารถและพัฒนาการทางสติปัญญา สตรีวัยหมดประจำเดือนควรมีการ
ตัดสินใจ ทำในสิ่งที่ถูกต้องและเป็นประโยชน์ สามารถตัดสินใจและแก้ไขปัญหาดังกล่าว ได้อย่าง
ถูกต้อง

7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ เป็นความคิดความเข้าใจความรู้สึกรู้สึกของบุคคลที่มี
ต่อตนเองในภาพรวม และแต่ในคุณลักษณะ สตรีวัยหมดประจำเดือนควรมีความพึงพอใจในชีวิต
ตระหนักและยอมรับคุณค่าแห่งตน และมีความภูมิใจในตนเอง

8. บทบาทและสัมพันธภาพ เป็นกิจกรรมของบุคคลตามบทบาท และสัมพันธภาพของ
ตนเองต่อบุคคลอื่นทั้งภายในและภายนอกครอบครัว สตรีวัยหมดประจำเดือนควรปฏิบัติหน้าที่

อย่างเหมาะสม มีการติดต่อสื่อสารและมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น เพื่อที่จะสามารถปรึกษาเป็นกำลังใจในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นและเป็นแหล่งสนับสนุนในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

9. การปรับตัวและการทนทานต่อความเครียด เป็นการรับรู้ความเครียดและสาเหตุวิธีการและกระบวนการในการจัดการกับความเครียด ทั้งในระดับที่รู้ตัวและที่เป็นอัตโนมัติ ซึ่งสตรีวัยหมดประจำเดือนควรจัดการกับความเครียดโดยแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม ผักผ่อนคลาย วางแผนการทำงานและการพักผ่อนอย่างสมดุล หรือวางแผนจัดการมิให้เกิดภาวะเครียด

10. คุณค่าและความเชื่อ เป็นภาวะความมั่นคงทางจิตใจ การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งที่มีคุณค่ามีความหมายต่อชีวิตของตนเอง เป้าหมายในการดำเนินชีวิต สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ และการปฏิบัติตามความเชื่อที่เป็นสิ่งยึดเหนี่ยว สตรีวัยหมดประจำเดือนควรมีจุดมุ่งหมายในชีวิต มีสิ่งยึดเหนี่ยว หรือมีกิจกรรมที่ทำให้สนุกสนาน ผ่อนคลาย มีความสงบและพึงพอใจ จึงทำให้มีสุขภาพจิตที่แข็งแรงมั่นคง

2.2 ภาวะโภชนาการ

ความหมายของโภชนาการ

โภชนาการ เป็นวิทยาศาสตร์แขนงหนึ่ง กล่าวถึงความสำคัญของอาหารที่มีผลต่อสุขภาพร่างกายของมนุษย์ ร่างกายได้ประโยชน์จากอาหารที่กินเข้าไป ได้รับสารอาหารชนิดต่างๆ ปริมาณและสัดส่วนของอาหารที่ร่างกายควรได้รับ เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการแปรสภาพอาหารและสารอาหารในร่างกายของสิ่งมีชีวิต รวมทั้งการพัฒนาการของร่างกายอันเกิดจากใช้สารอาหารเพื่อไปหล่อเลี้ยงเซลล์ เนื้อเยื่อและควบคุมการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย รวมถึงการขับถ่ายของเสียออกจากร่างกายด้วย (พิชิต ภูติจันทร์ และสมหวัง ชาญศิริวัฒน์, 2545)

ภาวะโภชนาการ มีความสำคัญต่อสุขภาพ คุณภาพชีวิตของประชาชน ซึ่งคุณภาพชีวิตของประชาชนถือว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการพัฒนาประเทศให้ประสบความสำเร็จทั้งทางเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของภาวะโภชนาการดังนี้

ปราณีต ผ่องแผ้ว (2539) ความหมายของคำว่า ภาวะโภชนาการ หมายถึง ภาวะสุขภาพของบุคคลที่เป็นผลจากการบริโภคอาหารและใช้ประโยชน์ของสารอาหารในร่างกาย สารอาหารดังกล่าว ได้แก่ คาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน เกลือแร่ วิตามินและน้ำ เป็นต้น ซึ่งภาวะโภชนาการจะปกติหรือบกพร่องนั้นขึ้นอยู่กับที่ได้รับสารอาหาร การที่มีภาวะโภชนาการที่ดีจะช่วยให้มีร่างกายแข็งแรง มีความต้านทานสูง การทำงานมีประสิทธิภาพ อายุยืน สุขภาพจิตดี มีความมั่นคง

ทางอารมณ์ กระตือรือร้น สดชื่นแจ่มใส นอกจากนี้ผลจากการเผาผลาญสารอาหารในร่างกาย ก็เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สามารถส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการได้

ภาวะโภชนาการแบ่งได้ 2 ประเภท คือ

1. ภาวะโภชนาการที่ดีหรือภาวะโภชนาการปกติ หมายถึงสภาวะร่างกายได้รับสารอาหารครบถ้วนและปริมาณเพียงพอกับความต้องการของร่างกายในสัดส่วนที่เหมาะสม และร่างกายสามารถใช้สารอาหารเหล่านั้นให้เกิดประโยชน์ เกิดผลดีต่อร่างกายและจิตใจแข็งแรง สมบูรณ์ มีภูมิคุ้มกันต้านทานโรค

2. ภาวะโภชนาการที่ไม่ดี หมายถึง สภาพของร่างกายที่เกิดจากการได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วนหรือปริมาณไม่เหมาะสมกับระดับความต้องการของร่างกาย หรืออาจเกิดจากร่างกายได้รับสารอาหารครบถ้วนเหมาะสม แต่ร่างกายไม่สามารถใช้สารอาหารนั้นได้ จึงทำให้เกิดภาวะผิดปกติขึ้น ภาวะโภชนาการที่ไม่ดี แบ่งเป็น

2.1 ภาวะโภชนาการต่ำ คือ สภาพของร่างกายที่เกิดจากการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอหรือได้รับสารอาหารไม่ครบ หรือปริมาณต่ำกว่าที่ร่างกายต้องการหรือทำให้เกิดโรคขึ้น เช่น โรคขาดโปรตีน ขาดแคลอรี หรือ ขาดวิตามิน

2.2 ภาวะโภชนาการเกิน คือ สภาพของร่างกายที่เกิดจากการได้รับสารอาหารเกินกว่าที่ร่างกายต้องการ เกิดการสะสมพลังงาน หรือ สารอาหารบางอย่างไว้นเกินโทษต่อร่างกาย เช่น โรคอ้วน โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคขาดวิตามิน หรือแม้แต่วิตามินบีรวม ซึ่งละลายน้ำง่ายและขับออกจากร่างกาย ถ้าได้รับมากเกินไปอาจเกิดการแพ้ได้

สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะโภชนาการที่ไม่ดี ได้แก่ (เสาวนีย์ จักรพิทักษ์, 2544)

1. อาหาร คือ การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ ส่วนร่างกายปกติดีทุกอย่าง และสามารถใช้อาหารที่รับประทานเข้าไปได้เต็มที่ สาเหตุที่เกิดจากการรับประทานอาหารนี้มาจากการรับประทานอาหารที่ไม่ดี หรือมาจากปัจจัยอื่นๆ ทางสังคม ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม เป็นต้นว่า ความยากจน มีความเชื่อผิดๆ ในเรื่องอาหาร ภาวะแวดล้อม การคมนาคม การสาธารณสุข การศึกษา การขาดความรู้ทางโภชนาการ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ถือว่าเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ทำให้เกิดภาวะโภชนาการที่ไม่ดี

2. สภาพร่างกาย อาหารที่รับประทานครบถ้วนเพียงพอ แต่สภาพแวดล้อมและสภาพร่างกายผิดปกติ ทำให้อาหารที่รับประทานเข้าไปใช้ประโยชน์ไม่ได้ เกิดภาวะโภชนาการที่บกพร่องขึ้น ในทางโภชนาการถือว่าเป็นปัจจัยรอง การทำให้เกิดภาวะโภชนาการที่ไม่ดี สภาพร่างกายที่ผิดปกติ นี้ อาจมีผลถึงการรับประทานอาหาร การกลืนอาหาร การย่อย การดูดซึม การขนส่งอาหาร การใช้ประโยชน์ การเก็บสะสมสารอาหารและการขับถ่าย

การประเมินภาวะโภชนาการ

การประเมินภาวะโภชนาการ เกี่ยวข้องกับสภาวะทางด้านร่างกาย การเจริญเติบโตและการพัฒนาการ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ระดับสารอาหารในปัสสาวะ เลือดและเนื้อเยื่อ รวมทั้งปริมาณและคุณภาพของสารอาหารที่ได้รับ นอกจากนี้ข้อมูลอื่นๆ ได้แก่ ยาที่ได้รับในปัจจุบัน ความเครียด หรือความเจ็บป่วยเรื้อรัง ฐานะทางเศรษฐกิจ ความรู้ด้านโภชนาการ ขนบธรรมเนียมประเพณี ภาวะความเป็นอยู่ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะมีผลต่อโภชนาการที่ได้รับ และความต้องการด้านโภชนาการ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการ (วินัส ลีพหกุล, 2545) นอกจากนี้ การประเมินโภชนาการยังมีประโยชน์ในการตรวจสอบ วินิจฉัย คัดเลือก ฝึกระวังหรือสำรวจภาวะโภชนาการของบุคคล กลุ่มบุคคล (นิธิยา รัตนพนนท์, 2537)

การประเมินภาวะโภชนาการที่นำมาใช้มีหลายวิธี (วินัส ลีพหกุล, 2545) ได้แก่

1. การประเมินภาวะโภชนาการทางชีวเคมี (Biochemical Assessment of Nutritional Status) เพื่อประเมินภาวะโภชนาการและเป็นการยืนยัน โดยเฉพาะถ้าประวัติด้านอาหารยังเป็นปัญหาหรือไม่สามารถทำได้ การตรวจทางห้องปฏิบัติการจะได้ค่าแม่นยำและสามารถตรวจพบได้ในระยะเริ่มแรก ก่อนที่จะแสดงอาการทางคลินิก การตรวจทางชีวเคมี โดยมากจะทำการวัดจากของเหลวในร่างกาย ได้แก่ พลาสมาหรือซีรัม ปัสสาวะ น้ำไขสันหลัง หรือจากเนื้อเยื่อของอวัยวะต่างๆ เช่น ตับ กล้ามเนื้อ กระดูก เป็นต้น การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อหาระดับฮีโมโกลบิน ฮีมาโตคริต โปรตีนทั้งหมด แอลบูมินหรือพรีแอลบูมินในซีรัม และจำนวนเม็ดเลือดชนิดลิมโฟไซท์ (Total lymphocyte count: TLC) จะสะท้อนถึงภาวะโภชนาการด้านโปรตีน การตรวจหาโซเดียมและโพแทสเซียม กลูโคส คอล레스เตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ จะบ่งชี้ถึงถึงภาวะสมดุลของอิเล็กโตรลัย การครองธาตุของคาร์โบไฮเดรตและไตรกลีเซอไรด์ และไขมัน ตามลำดับ

2. การประเมินภาวะโภชนาการทางคลินิก (Clinical Assessment of Nutritional Status) เป็นวิธีการตรวจร่างกายเช่นเดียวกับการประเมินภาวะสุขภาพ แต่จะให้ความสนใจทางด้านผิวหนัง ผม ฟัน เหงือก ริมฝีปาก ลิ้น และ ตา เพราะบริเวณเหล่านี้จะมีการแสดงของการขาดสารอาหารจะเร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับสารอาหารชนิดนั้นว่า มีอยู่ในร่างกายมากน้อยเพียงไร แต่ละชนิดจะมีแตกต่างกันออกไปเมื่อร่างกายนำสารอาหารที่เก็บสำรองไว้มาใช้จนหมด ร่างกายก็จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี และถ้ายังได้รับสารอาหารนั้นไม่เพียงพออีก ก็จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ซึ่งสามารถตรวจพบได้ ภาวะขาดโปรตีนและพลังงานแสดงอาการภายใน 2 อาทิตย์ ภาวะขาดวิตามินที่ละลายในน้ำอาจพบอาการขาดภายใน 1-2 เดือน ภาวะขาดเกลือแร่ (เหล็ก แคลเซียม และสังกะสี) เกิดร่วมกับภาวะเครียดและเบื่ออาหาร การตรวจพบอาการขาดสารอาหารสะท้อนให้เห็น

ว่าผู้ป่วยมีบริโภคนิสัยไม่ดีเป็นเวลานานหรือมีภาวะเครียด การประเมินและการวินิจฉัยทางด้านคลินิกเป็นสิ่งสำคัญ เช่นเดียวกับการตรวจสอบอื่นๆ แต่ควรทำรวมกับการประเมินด้านอาหารและชีวเคมีไปพร้อมๆ กัน

3. การประเมินภาวะโภชนาการ โดยวัดสัดส่วนของร่างกาย (Anthropometric Assessment of Nutritional Status) การวัดส่วนต่างๆ ของร่างกาย ได้แก่ การวัดส่วนสูง น้ำหนัก มวลกล้ามเนื้อ (lean body mass) และปริมาณไขมันที่สะสม เป็นการแสดงถึงภาวะโภชนาการทั้งหมดที่ผ่านมา เช่น ความสูง แสดงถึงภาวะโภชนาการในอดีต ส่วนเส้นรอบวงของกึ่งกลางแขนท่อนบน (mid upper arm circumference) น้ำหนักและความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง (skin fold thickness) แสดงถึงภาวะโภชนาการในปัจจุบันสำหรับเด็ก การเจริญเติบโตทางร่างกายเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งในการบ่งชี้ความเพียงพอด้านโภชนาการ

4. การประเมินอาหารบริโภค (Dietary Assessment) ประกอบด้วย

4.1 ประวัติอาหาร (Dietary history) ข้อมูลจากประวัติอาหาร สามารถนำมากำหนดความเพียงพอ ด้านโภชนาการของผู้ป่วยที่เคยได้รับ ร่วมกับปริมาณอาหารที่ได้รับจริง ปัจจัยที่มีผลต่อการได้รับอาหาร เช่น จำนวนสมาชิกในครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจ ศาสนา วัฒนธรรม กิจกรรมที่ทำ ระดับการศึกษา และสังคมล้วนมีความสำคัญต่อการได้รับอาหาร ข้อมูลความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและการคมนาคมเป็นส่วนกำหนดความสามารถในการหาและเตรียมอาหาร ส่วนข้อมูลด้านอาชีพและกิจกรรมที่ทำจะช่วยบ่งบอกถึงปริมาณพลังงานที่ต้องการ ประวัติอาหารที่ดีจะต้องมีข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับความไม่เพียงพอของอาหารและน้ำ การสูญเสียอย่างผิดปกติ การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวในปัจจุบันหรือมีความต้องการสารอาหารเพิ่มขึ้น

4.2 อาหารที่บริโภค (Dietary intake) วิธีการประเมิน ประกอบด้วย

4.2.1 การซักประวัติหรือจดบันทึกอาหารใน 24 ชั่วโมง (24-hour recall or record) เป็นวิธีการซักถามหรือจดบันทึกชนิดของอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อ ในระยะ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา โดยจะถามถึงจำนวนหรือปริมาณอาหารแต่ละอย่างโดยประมาณ วิธีนี้เป็นวิธีที่มีคนนิยมมากที่สุด และทำได้ง่ายที่สุด เป็นการประเมินการรับประทานอาหารใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา โดยวิธีการสัมภาษณ์จากพยาบาล โภชนากร นักกำหนดอาหารที่มีประสบการณ์หรือให้ผู้ป่วยจดบันทึกอาหารที่บริโภคใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา วิธีนี้เหมาะสำหรับการสำรวจในกลุ่มคนจำนวนมาก แต่ก็ยังมีข้อบกพร่อง เช่น คนบางคนไม่สามารถจะประมาณอาหารที่ตนเองรับประทานเข้าไปได้อย่างถูกต้อง ไม่บอกความจริงว่าตนได้รับประทานอาหารอะไรเข้าไปด้วยเหตุผลต่างๆ เช่น อาย เป็นต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เที่ยงตรงควรทำติดต่อกันเป็นเวลา 7 วัน

4.2.2 ชั่งน้ำหนักอาหารที่รับประทาน (Weight food record) วิธีนี้จะได้อาหารที่ถูกต้องมากที่สุดในการประเมินอาหารที่ได้รับ แต่จะต้องเสียเวลาและทำได้ยาก แต่จะทำได้ขึ้นถ้าเราเป็นฝ่ายจัดอาหารให้ เช่น ผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลหรือในสถานพยาบาล (Nursing home) เพราะจะต้องทราบปริมาณ และชนิดของอาหารที่อยู่ในอาหาร และจดปริมาณอาหารที่รับประทานเข้าไปจริงๆ โดยชั่งน้ำหนักอาหารที่เหลือจากรับประทาน เมื่อทราบปริมาณอาหารที่รับประทานเข้าไปแล้วก็จะนำมาคำนวณหาปริมาณ โปรตีน ไขมัน คาร์โบไฮเดรต และสารอาหารอื่นๆ โดยใช้การเปิดตารางอาหาร เมื่อได้ค่าสารอาหารที่ได้รับในแต่ละวันแล้ว ก็นำไปเปรียบเทียบกับค่าที่กำหนดไว้ใน RDA (Recommended Daily Allowances) ค่าที่ใช้ตัดสินว่าได้รับสารอาหารเพียงพอหรือไม่ ส่วนใหญ่จะใช้ค่า 2-3 ของ RDA สำหรับค่าพลังงานและโปรตีนจะใช้วิธีคำนวณจากน้ำหนักตัว

4.2.3 ความบ่อยของการรับประทานอาหาร (Food frequency questionnaires) เป็นวิธีการประเมินอาหารที่รับประทานโดยให้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งจะมีรายการอาหารไว้ประมาณ 40-120 รายการ ขึ้นอยู่กับชนิดของการศึกษา ซึ่งชนิดของรายการอาหารควรมีลักษณะที่สำคัญ คือ เป็นอาหารที่รับประทานบ่อย และมีส่วนประกอบ หรือปัจจัยที่มีผลต่อสารอาหารที่ต้องการศึกษา แบบสอบถามนี้จะประกอบด้วยรายการอาหารชนิดต่างๆ และความถี่ในการรับประทานอาหารแต่ละชนิด เช่น จำนวนครั้งต่อสัปดาห์หรือต่อเดือน หรือไม่เคยรับประทาน วิธีนี้ควรใช้เมื่อมีงบประมาณจำกัด ข้อมูลที่ได้นี้นำมาวิเคราะห์ได้ง่าย จะใช้ประเมินการรับประทานอาหารในแต่ละหมู่และนำมาแปลผลในการประมาณความเพียงพอ ของอาหารที่ได้รับ

จาก 4 วิธีดังกล่าวข้างต้นนั้น ใน 3 วิธีแรกจะเป็นการประเมินโดยตรงซึ่งสามารถบอกออกมาได้ว่าภาวะโภชนาการเป็นอย่างไร ส่วนวิธีการประเมินอาหารบริโภคเป็นการประเมินทางอ้อมซึ่งเป็นการบอกปริมาณอาหารที่บริโภคว่าได้รับเพียงพอกับความต้องการของร่างกายหรือไม่

การประเมินอาหารบริโภคเป็นวิธีการที่ใช้ในการประเมินหรือการสำรวจภาวะโภชนาการ ซึ่งเป็นข้อมูลในการยืนยันหรือช่วยตัดสินภาวะโภชนาการทั้งภาวะโภชนาการเกินหรือภาวะทุพโภชนาการได้ วิธีการประเมินอาหารมีหลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีมีข้อดีและข้อจำกัดแตกต่างกัน แม้จะมีการพัฒนาวิธีการต่างๆ ที่ผ่านมา แต่จากการดำเนินงานก็ยังไม่มียุติวิธีใดที่เป็นวิธีการประเมินอาหารได้ดีที่สุดอย่างสมบูรณ์แบบ การเลือกใช้วิธีการประเมินขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการประเมิน ระดับความถูกต้อง ลักษณะกลุ่มหรือบุคคลที่ต้องการประเมิน ความชำนาญและประสบการณ์ของผู้ประเมิน ซึ่งขั้นตอนต่างๆ ของการประเมินค่อนข้างซับซ้อนและต้องใช้ความรู้ ความชำนาญ โดยเฉพาะ จึงจะสามารถประเมินได้ข้อมูลที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงสามารถ

นำไปใช้พิจารณาตัดสินได้ว่าได้รับสารอาหารเพียงพอและเหมาะสมกับความต้องการของร่างกายหรือไม่

การศึกษาครั้งนี้ใช้การประเมินภาวะโภชนาการ โดยการวัดสัดส่วนของร่างกาย (Anthropometric Assessment of Nutritional Status) ได้แก่ การวัดส่วนสูง ชั่งน้ำหนัก และวัดเส้นรอบเอว ร่วมกับการประเมินอาหารบริโภค ได้แก่ ประวัติอาหาร อาหารที่บริโภค และความบ่อยของการรับประทานอาหาร

การชั่งน้ำหนัก การวัดส่วนสูง และการวัดเส้นรอบวงเอว (ปราณีต ผ่องแผ้ว, 2539) เป็นการคำนวณดัชนีมวลกาย ซึ่งทำได้โดยไม่ยาก มีความแม่นยำ และไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันทั่วโลก ทั้งในเวชปฏิบัติและการศึกษาในภาคสนาม นอกจากนี้ ดัชนีมวลกายเป็นมาตรการที่เหมาะสม สำหรับใช้ประเมินภาวะการณั้สะสมพลังงานในผู้ใหญ่ตั้งแต่ อายุ 20 ปีขึ้นไป สามารถนำค่าดัชนีมวลกายมาวินิจฉัยความผิดปกติของภาวะโปรตีนและพลังงานได้ ดัชนีมวลกายมิใช่เป็นเพียงเกณฑ์ตัดสิน โรคอ้วนเท่านั้น แต่ยังใช้เป็นเกณฑ์ตัดสิน โรคผอมและ โรคขาดโปรตีนและพลังงานได้ด้วย แพทย์ยังสามารถประเมินผลการรักษาโรคอ้วนและโรคผอมว่า ได้ผลดีมากน้อยเพียงใด จากการติดตามหาค่าดัชนีมวลกายเป็นระยะๆ

การวัดภาวะโภชนาการนอกจากใช้ ค่าดัชนีมวลกายแล้ว การวัดเส้นรอบวงเอวก็เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ได้รับคามนิยมในปัจจุบัน จากการศึกษาพบว่า การวัดเส้นรอบวงเอวเพื่อตัดสินโรคอ้วนมีข้อดีหลายประการ คือ การวัดทำได้ง่ายไม่สัมพันธ์กับความสูง มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับดัชนีมวลกาย และเป็นดัชนีที่คาดคะเนมวลไขมันในช่องท้องและไขมันในร่างกายทั้งหมด (สุรจิตสุนทรธรรม, 2544)

2.3 สตรีวัยหมดประจำเดือน

ความหมายของสตรีวัยหมดประจำเดือน

Menopause หรือที่เราเรียกว่า วัยหมดประจำเดือน หมายถึง การหยุดอย่างถาวรของเลือดประจำเดือน เนื่องจากการสูญเสียหน้าที่ของรังไข่ในการมีบุตรหรือการเจริญพันธุ์ (WHO, 1980 ,p 8)

Climacteric หรือวัยเปลี่ยน เป็นช่วงหนึ่งของชีวิตที่เปลี่ยนแปลงจากวัยเจริญพันธุ์เข้าสู่วัยสูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายทางกายวิภาคและสรีรวิทยาเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงใน

การทำงานของรังไข่ เป็นระยะที่ประจำเดือนกำลังจะหมด ซึ่งอาจมีอาการนำมามาก่อน นาน เป็นเดือนหรือเป็นปีก็ได้

จากความหมายดังกล่าว วิทยาคมประจำเดือน คือปรากฏการณ์หนึ่งในวัยเปลี่ยน (climacteric)

การแบ่งระยะของการหมดประจำเดือนตามธรรมชาติที่นิยมใช้กันมาก คือ ระยะก่อนหมดประจำเดือน (premenopause) ระยะใกล้หมดประจำเดือน (perimenopause) และระยะหลังหมดประจำเดือน (postmenopause)

ระยะก่อนหมดประจำเดือน หมายถึง ช่วงระยะวัยเจริญพันธุ์ก่อนถึงวัยหมดประจำเดือน เป็นระยะที่มีประจำเดือนสม่ำเสมอทุกเดือน

ระยะใกล้หมดประจำเดือน หมายถึง ระยะที่ประจำเดือนเริ่มมาไม่ปกติ ประจำเดือนขาดบ่อย แต่ขาดไปไม่เกิน 12 เดือน

ระยะหลังหมดประจำเดือน หมายถึง ระยะที่ประจำเดือนขาดอย่างต่อเนื่องเกิน 12 เดือนขึ้นไป นอกจากนี้บางท่านยังได้แบ่งระยะนี้ออกเป็น 2 ช่วง (สุวิภา บุญชะโหดระ, 2538) คือ

Early postmenopause หมายถึง ระยะเวลา 1-5 ปี หลังหมดประจำเดือน

Late postmenopause หมายถึง ระยะที่ประจำเดือนหมดไปแล้วมากกว่า 5 ปี

การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาของสตรีวัยหมดประจำเดือน

การเปลี่ยนแปลงในสตรีวัยหมดประจำเดือนจะเริ่มสังเกตเห็นได้ตั้งแต่อายุประมาณ 40 ปี ในวัยนี้จำนวน follicle ของรังไข่ลดลงมาก และมีการตอบสนองต่อ gonadotropin ลดลงด้วย รังไข่จึงสร้างเอสโตรเจนได้น้อยลงตามลำดับ ระดับของ follicle stimulating hormone (FSH) จะเริ่มสูงขึ้น ต่อมาจะพบการเพิ่มของ luteinizing hormone (LH) gonadotropin ทั้ง 2 ชนิด คือ FSH และ LH จะค่อยๆ เพิ่มขึ้นจนมีระดับสูงสุดภายหลังหมดประจำเดือน 1 ถึง 3 ปี โดย FSH เพิ่มถึง 10-15 เท่า (Asso, 1983:104; WHO, 1980:11) และ LH เพิ่มประมาณ 3 เท่า (สมศักดิ์ ตั้งตระกูล, 2534:76; WHO, 1980:11) ของระดับที่พบในวัยเจริญพันธุ์ หลังจากนั้นจึงลดระดับลงแต่ก็ยังคงสูงกว่าในวัยเจริญพันธุ์

ภายหลังหมดประจำเดือนรังไข่จะสร้างเอสโตรเจนในปริมาณที่น้อยมาก ระดับของเอสโตรเจน จึงมีความแตกต่างกันไปในแต่ละคน การที่เอสโตรเจนลดระดับลงมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีระของอวัยวะเป้าหมายหลายแห่ง ได้แก่ อวัยวะสืบพันธุ์ เต้านม ท่อ

ปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะ สมอง ผิวหนัง กล้ามเนื้อ กระดูก ตับ หัวใจ และหลอดเลือด ที่เห็นได้ชัดเจนคือ การเปลี่ยนแปลงในส่วนต่างๆของอวัยวะสืบพันธุ์ ท่อปัสสาวะ และ เต้านม (อร่าม โรจนสกุล , 2533: 83)

อาการของภาวะหมดประจำเดือนแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

1. **ระยะเริ่มแรกช่วงใกล้หมดประจำเดือนหรือเพิ่งหมดประจำเดือนใหม่ๆ** คือ อาการที่เกิดจากฮอร์โมนเอสโตรเจนเริ่มลดระดับลง ซึ่งมีผลต่อระบบอวัยวะสืบพันธุ์และอวัยวะอื่นๆ เช่น กระดูก หัวใจและหลอดเลือด สมอง ระบบประสาทอัตโนมัติ เต้านม ระบบปัสสาวะ ผิวหนัง เล็บ และเส้นผม เมื่อฮอร์โมนลดระดับลง จึงทำให้เกิดอาการต่างๆ ดังต่อไปนี้ ร้อนวูบวาบตามตัว หน้าอก ไบหน้า เหงื่อออกตอนกลางคืน นอนไม่หลับ หงุดหงิดง่าย ขาดสมาธิ หลงลืมง่าย เวียนศีรษะ ใจสั่น เหนื่อยง่าย ความรู้สึกทางเพศลดลง ช่องคลอดแห้ง บาง คัน และ ติดเชื้อง่าย เจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ ปัสสาวะบ่อย บางครั้งอาจมีอาการปวดแสบ ปวดร้อน เวลาถ่ายปัสสาวะ หรือ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ผิวหนังบางแห้ง เส้นผมหยาบกร้านขึ้น อาการต่างๆเหล่านี้ไม่ใช่ว่าจะเกิดกับสตรีทุกคน ขึ้นอยู่กับเชื้อชาติ สิ่งแวดล้อม บางคนก็ไม่มีอาการเลย แต่บางคนมีอาการเกือบครบทุกอย่างที่กล่าวมา ระยะเวลาที่เกิดบางคนอาจเกิดก่อนหมดประจำเดือนจริงๆ ถึง 5-6 ปี แต่บางคนก็เกิดในช่วงที่ใกล้หมดประจำเดือน

2. **ระยะยาวหลังหมดประจำเดือนไปแล้ว** การขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน จะทำให้มีผลดังนี้

2.1 ผลต่อกระดูก

ในสตรีวัยเจริญพันธุ์ เอสโตรเจน เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งในการเสริมสร้างกระดูกให้แข็งแรง เนื้อกระดูกจะมีการสร้างมากกว่าถูกทำลายแต่เมื่อหมดประจำเดือนจะทำให้มีการสลายเนื้อกระดูกมากกว่าการสร้างทดแทน การเปลี่ยนแปลงนี้จะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วใน 5 ปีแรก ทำให้กระดูกบางลง ถ้าบางลงเรื่อยๆ จนถึงจุดๆหนึ่ง เรียกว่า ภาวะกระดูกพรุน (Osteoporosis) ซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการหักง่าย ตำแหน่งที่พบกระดูกหักได้ง่าย คือ กระดูกสันหลัง สะโพก และข้อมือ นูโรม เงามม (2540) ศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนในภาคเหนือ พบว่า โรคกระดูกพรุนเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงในแมตาบอลิซึมของกระดูกทำให้เนื้อกระดูกลดลงและส่วนประกอบของกระดูกคือ เกลือแร่ และโปรตีน ที่เป็นสารอินทรีย์ของกระดูกยังปกติ ผลของการเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้กระดูกบางลง และมีลักษณะเป็นรูพรุนทำให้กระดูกเปราะบางและหักง่าย อุบัติการณ์ของโรคกระดูกพรุนเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น และเด่นชัดในสตรีวัยหมดประจำเดือน

2.2 ผลต่อหัวใจและหลอดเลือด

เมื่อขาดเอสโตรเจนจะทำให้คลอเลสเตอรอลชนิดที่มีสารไขมันโปรตีนความหนาแน่นสูง (High Density Lipoprotein Cholesterol: HDL) ลดต่ำลง สารชนิดนี้ ช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน จึงพบว่าสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนอยู่จะมีโอกาสเป็นโรคหัวใจ และหลอดเลือดน้อยกว่าผู้ชายมาก แต่หลังจากหมดประจำเดือนแล้วโอกาสที่จะเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันจะเพิ่มขึ้นอย่างมาก ทำให้อัตราการตายจากโรคใกล้เคียงกับเพศชาย อุบัติการณ์ของโรคนี้จะพบมากเป็น 3 เท่า ของสตรีที่ยังไม่หมดประจำเดือน (กอบจิตต์ ลิ้มปวยอม และคณะ, 2543)

สตรีวัยหมดประจำเดือนที่รับประทานอาหารเจเป็นประจำ มีระดับคลอเลสเตอรอลทั้งหมด คลอเลสเตอรอลชนิดที่มีสารไขมันโปรตีนความหนาแน่นต่ำ (Low Density Lipoprotein Cholesterol: LDL) ไตรกลีเซอไรด์ ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด และ ฮีโมโกลบินต่ำกว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนที่ไม่รับประทานอาหารเจ (Fu C.H. and others, 2006)

2.3 ผลต่อสมอง

เป็นที่ยอมรับในปัจจุบันแล้วว่า สตรีวัยหมดประจำเดือนจะมีโอกาสเป็นโรคสมองเสื่อมได้สูงมาก

สตรีสามารถทราบว่าตนเองเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน โดยส่วนใหญ่จะมีอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่มีอาการผิดปกติต่างๆ ดังที่กล่าวไว้ในตอนแรกควรจะสงสัยว่า เริ่มเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนแล้ว หรือสตรีที่แม้ไม่มีอาการอะไรเลย แต่ไม่มีประจำเดือนติดต่อกันนาน 1 ปี ก็ถือว่าหมดประจำเดือนแน่นอน ในกรณีที่ต้องการทราบผลแน่ชัด สามารถทราบได้โดยการเจาะเลือดหาระดับฮอร์โมน เอสโตรเจน และระดับฮอร์โมน FSH (Follicle Stimulating Hormone) ซึ่งเป็นฮอร์โมนจากต่อมใต้สมอง

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับแล้วว่า วัยหมดประจำเดือนไม่ใช่วัยเริ่มต้นสู่วัยชรา สตรีวัยนี้ยังคงทำงานได้อย่างกระฉับกระเฉง ปฏิบัติหน้าที่ทั้งในที่ทำงานและที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น สตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ สามารถศึกษาหาความรู้จากสื่อต่างๆ สิ่งพิมพ์ พูดคุยกับเพื่อน หรือปรึกษาแพทย์ทางนรีเวช สตรีวัยทองส่วนมากเมื่อมีอาการผิดปกติหรือมีปัญหาทางร่างกาย จะไปปรึกษาแพทย์ที่โรงพยาบาลเป็นอันดับแรก (Singh B. and others, 2007)

พฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน

พฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนสามารถแบ่งได้เป็นดังนี้

1. บริโภคอาหารให้มีปริมาณที่พอเหมาะกับวัยและสภาพการทำงาน

ควรเลือกรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ คือ หมู่คาร์โบไฮเดรตเป็นแหล่งพลังงานสำคัญ เพื่อให้ร่างกายคนเราทำงานได้อย่างเต็มที่ มี 3 ประเภทหลัก ได้แก่ น้ำตาล แป้ง และกากใยอาหาร หมู่โปรตีนเป็นสารอาหารที่จำเป็นสำหรับการเจริญเติบโต การซ่อมสร้างร่างกาย และเป็นแหล่งพลังงาน ได้แก่ อาหารจำพวกเมล็ดพืช ถั่ว นม ไข่ การรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของถั่วเหลืองสามารถช่วยลดระดับคอเลสเตอรอลในกระแสเลือดได้ (Rosell and others, 2005) หมู่ไขมันเป็นแหล่งให้พลังงานแก่ร่างกาย และช่วยเก็บวิตามิน เอ ดี อี และ เค หมู่ผักและผลไม้เป็นแหล่งวิตามิน แร่ธาตุชนิดต่างๆ และกากใยอาหาร สตรีวัยสูงอายุและสตรีกำลังให้นมบุตร ที่รับประทานอาหารเป็นประจำ มีโอกาสที่จะขาดวิตามินบี 12 และมีความถี่สูงในการเกิดโรคโลหิตจางจากภาวะโภชนาการ (Strucinska, 2002; Woo and others, 1998)

น้ำเป็นสิ่งสำคัญสำหรับทุกๆ เซลล์ในร่างกาย ควรดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว เพื่อให้เกิดความสมดุลกับจำนวนน้ำที่ร่างกายเสียไปในแต่ละวัน

2. เพิ่มการบริโภคกากใยอาหาร

กากใยอาหารหมายถึง สารที่ประกอบกันเป็นส่วนต่างๆ โดยผนังเซลล์ของพืช ผัก นานาชนิด เช่น ข้าว ผลไม้ ผัก และพืชตระกูลถั่ว ส่วนใหญ่ย่อยไม่ได้ มีคุณค่าทางโภชนาการเล็กน้อย แต่กากใยอาหารมีประโยชน์ช่วยทำให้ระบบทางเดินอาหาร และระบบขับถ่ายทำงานเป็นปกติ ป้องกันท้องผูก โรคริดสีดวงทวาร โรคของถุงน้ำดี โรคเกี่ยวข้องกับระบบลำไส้ เช่น โรคลำไส้โป่งพอง และโรคมะเร็งลำไส้ นอกจากนี้เพ็คตินและยางเหนียวในกากใยอาหารยังช่วยลดไขมันและระดับคอเลสเตอรอลในเลือดป้องกันการเกิดโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดได้ นอกจากนี้ยังช่วยชะลอการดูดซึมของน้ำตาลกลูโคสในลำไส้เล็กเข้าสู่กระแสโลหิตให้ช้าลง และเป็นประโยชน์ในการช่วยป้องกันไม่ให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นหรือต่ำลงอย่างรวดเร็วเกินไป รวมทั้งทำให้อิ่มท้องโดยไม่มีพลังงานส่วนเกิน (กองโภชนาการ กรมอนามัย, 2546)

อาหารที่มีกากใยอาหารสูง ได้แก่ ประเภทข้าวที่ไม่ผ่านการขัดสี เช่น ข้าวกล้อง ข้าวสาลี ข้าวโพด ลูกเดือย ผัก ถั่วต่างๆ งา เมล็ดทานตะวัน มันฝรั่ง แห้ว เม็ดแมงลัก ผลไม้บางอย่าง เช่น ฝรั่ง มะม่วง สับปะรด พุทรา มะขาม (กองโภชนาการ กรมอนามัย, 2546)

อาหารที่มีกากใยต่ำ ได้แก่ แป้งและอาหารจำพวกแป้ง เช่น เส้นก๋วยเตี๋ยว บะหมี่ ขนมจีน ขนมปัง (ขาว) ขนมต่างๆ ที่ทำจากแป้งและน้ำตาล เนื้อสัตว์ นม ไข่ และขนมที่ทำจากไข่ (กองโภชนาการ กรมอนามัย , 2546)

3. แคลเซียมและวิตามินดี

แคลเซียมเป็นสารอาหารที่จัดอยู่ในพวกเกลือแร่ เป็นส่วนประกอบที่สำคัญของกระดูกและฟัน (กองโภชนาการ กรมอนามัย , 2546) ช่วยในการทำงานของกล้ามเนื้อ และทำให้การแข็งตัวของเลือดเป็นปกติ การขาดการออกกำลังกาย การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การดื่มกาแฟหรือเครื่องดื่มที่มีสารคาเฟอีนผสมอยู่ การใช้ยาสเตียรอยด์เป็นระยะเวลานาน เป็นสาเหตุที่ทำให้กระดูกขาดแคลเซียมทั้งสิ้น การขาดแคลเซียมมีผลทำให้เกิดโรคกระดูกพรุน จึงจำเป็นต้องบริโภคอาหารที่มีแคลเซียมเป็นประจำ และได้รับวิตามินดีอย่างเพียงพอจึงจะช่วยให้ร่างกายดูดซึม และใช้แคลเซียมได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากสตรีได้รับในปริมาณที่มากเกินไป คือ มากกว่า 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน อาจทำให้เกิดผลเสียตามมา เช่น ภาวะแคลเซียมในเลือดสูง ทำให้เกิดปัสสาวะบ่อย คลื่นไส้ อาเจียน อาการขาดน้ำ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ซึม ซัก หมดสติ เกิดนิ่วในไต

แคลเซียมในธรรมชาติ พบในอาหารที่กินเกือบทุกชนิด อาหารที่มีแคลเซียมสูง ได้แก่ นมและผลิตภัณฑ์นม ปลาโดยเฉพาะปลาเล็กปลาน้อย และปลาชนิดอื่นๆ ที่กินได้ทั้งตัว กุ้งแห้ง กะปิ ปูทะเล คะน้า สะเดา ใบชะพลู ใบยอ ใบโหระพา ผักกะเฉด ผักขม ยอดแค งา ถั่วแดง ถั่วงอก เหลียงดิบ ใบมะระจีน ยอดฟักทอง ยอดมะละกอ ใบมะกรูด ยี่ห่วย พริกไทยแห้ง ฝรั่ง (กองโภชนาการ กรมอนามัย , 2546)

4. ลดอาหารไขมัน

ควรลดอาหารที่มีไขมันสูง โดยเฉพาะอาหารประเภททอด อาหารที่เติมกะทิ การรับประทานไขมันจำนวนมากมีส่วนทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดในสมองตีบแข็งเพิ่มมากขึ้น และอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งชนิดต่างๆ เช่น มะเร็งเต้านม มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งลำไส้ใหญ่ วิธีที่ดีที่สุดในการบริโภคไขมันคือ ควรบริโภคอาหารไขมันชนิดไม่อิ่มตัวแทนไขมันชนิดอิ่มตัว อาหารที่มีไขมันชนิดอิ่มตัวมาก เช่น เนื้อสัตว์ที่มีมัน เนย นม มะพร้าว พยายามเลือกกินอาหารที่มีไขมันต่ำ ควรบริโภคปลาและน้ำมันพืชในสัดส่วนที่มากกว่าอาหาร ไขมัน จากสัตว์ นมและผลิตภัณฑ์จากนมซึ่งมีปริมาณไขมันอิ่มตัวสูง (กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2543)

5. ลดการกินน้ำตาล

น้ำตาลทรายขาวและผลิตภัณฑ์ต่างๆ ที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบไม่ควรบริโภคมาก เนื่องจากน้ำตาลเป็นอาหารที่ผ่านกระบวนการตัดแปลงในการผลิต ถูกสกัดเอาสารและใย

อาหารธรรมชาติที่เป็นประโยชน์ออกไปจนเหลือแต่ความหวานและส่วนที่ทำให้ฮ้วนการกินอาหารที่มีน้ำตาลมากก็จะทำให้ร่างกายได้รับพลังงานสูงกว่าที่ต้องการ จึงทำให้ฮ้วนได้ง่าย ได้รับคุณค่าทางโภชนาการน้อย ฟันผุง่ายเพราะน้ำตาลเป็นตัวการสำคัญที่ทำให้เกิดกรดในปาก การได้รับน้ำตาลมากยังมีผลต่อการทำงานของตับอ่อน น้ำตาลพวกนี้เมื่อรับประทานเข้าไปจะทำให้ระดับของกลูโคสในกระแสเลือดสูงขึ้นอย่างฉับไว ทำให้ร่างกายต้องสร้างอินซูลินเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดสภาวะของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งต่างจากการรับประทานผลไม้ โยอาหารซึ่งมีอยู่ในผลไม้ จะมีส่วนช่วยให้การเปลี่ยนน้ำตาลจากผลไม้เป็นกลูโคสเป็นไปอย่างช้าๆ ระดับกลูโคสในกระแสเลือดจึงมีความสม่ำเสมออยู่ได้เป็นเวลานาน (กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2543)

6. ลดการกินเกลือ โซเดียม

การกินโซเดียมมากเกินไปทำให้ความดันเลือดเพิ่มขึ้น และเป็นอันตรายต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2532) เนื่องจากอาหารรสเค็มมีโซเดียมเป็นส่วนประกอบที่สำคัญ ทำให้ร่างกายขับน้ำออกทางปัสสาวะมากขึ้นและขับแคลเซียมตามออกมาด้วย จึงทำให้เกิดการสูญเสียแคลเซียมมากขึ้น

7. งดการดื่มกาแฟ

กาแฟมีคาเฟอีนเป็นส่วนผสม ซึ่งจะมีผลกระตุ้นประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด นอกจากนี้คาเฟอีนยังมีผลทำให้น้ำตาลในเลือดสูง ไตรกลีเซอไรด์สูง กรดไขมันอิสระสูง เพิ่มการหลั่งของกรดในกระเพาะ มีฤทธิ์ขับปัสสาวะ หากดื่มกาแฟมากเกินไป จะทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ กระวนกระวายหรือนอนไม่หลับ (กองโภชนาการ กรมอนามัย, 2546)

8. งดการดื่มแอลกอฮอล์

แอลกอฮอล์มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง หัวใจ อวัยวะอื่นๆ และ จิตใจ แอลกอฮอล์มีส่วนทำลายสมอง ตับ ทางเดินอาหารและกระเพาะ การดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำในปริมาณมากนั้นจะทำให้แคลเซียมลดต่ำลง (กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2543)

9. งดการสูบบุหรี่

สารประกอบทาร์ นิโคติน ก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ เป็นส่วนผสมที่สำคัญในควันบุหรี่ที่ทำให้เกิดโรคร้ายในระบบทางเดินหายใจ ก่อให้เกิดการแข็งและหนาตัวของผนังเส้นเลือดแดงในทุกส่วนของร่างกาย (กองโภชนาการ กรมอนามัย, 2546) ทำให้มีปัญหาในการไหลเวียนของโลหิต ส่งผลให้อวัยวะส่วนปลายจะได้รับการไหลเวียนของโลหิตน้อยกว่าที่จำเป็น หากเกิดขึ้นกับหลอดเลือดหัวใจ ก็อาจทำให้หัวใจวายได้

10. ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ในสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีการออกกำลังกาย ด้วยการลงน้ำหนักที่กระดูก จะช่วยเพิ่มมวลกระดูกร้อยละ 2-3 และช่วยลดการเกิดกระดูกหักในวัย สูงอายุได้ถึงร้อยละ 10 รูปแบบการออกกำลังกายที่ลงน้ำหนักที่กระดูก เช่น การเดิน การวิ่งเหยาะๆ เดินรำ รำมวยจีน ว่ายน้ำ บริหารร่างกาย (กรรณิการ์ พงษ์สนธิ, 2547)

11. ตรวจร่างกายอย่างสม่ำเสมอปีละ 1 ครั้ง ตรวจเช็คความดันโลหิต ตรวจเลือดหา ระดับไขมัน ตรวจเช็คภายในมะเร็งปากมดลูก ตรวจหามะเร็งเต้านม (Mammography) และตรวจหา ความหนาแน่นของกระดูก (Bone mineral density)

12. ปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาปรับฮอร์โมนทดแทน การให้ฮอร์โมนทดแทน คือ การให้ ฮอร์โมนเอสโตรเจน ชนิดสกัดจากธรรมชาติเพื่อชดเชยเอสโตรเจนที่ลดระดับลงไป จึงช่วยบรรเทา อาการที่เกิดจากการหมดประจำเดือน ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ได้แก่ บรรเทาอาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออก เวียนศีรษะ ลดอาการเจ็บขณะมีเพศสัมพันธ์ ทำให้การถ่ายปัสสาวะปกติ บรรเทาอาการ ปวดหลัง ปวดเมื่อย ช่วยปรับสภาพผิวหนัง และเส้นผม ป้องกันการเกิดโรคสมองเสื่อม กระดูกพรุน และหัวใจขาดเลือดได้

13. ฝึกจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใส พักผ่อน ไม่เครียด โดยการนั่งสมาธิ ทำบุญ ฟังธรรม พุดคุยกับลูกหลาน ฟังเพลง หรือ ปลูกต้นไม้ เป็นต้น

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้ศึกษาได้รวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

สมพิศ รักเสรี และคณะ (2540) ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพภาวะโภชนาการ และ อาการของการหมดระดูในสตรีวัยก่อนหมดระดูและหลังหมดระดูของเขตสาธารณสุข 6 โดย ทำการศึกษาในสตรีที่มีอายุ 40-59 ปี ที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ ไม่ได้ใช้ฮอร์โมน หรือไม่ได้หมดระดูจาก สาเหตุอื่นที่ไม่เป็นธรรมชาติของเขตสาธารณสุข 6 จำนวน 700 คน ผลการศึกษาพบว่า ในสตรีกลุ่ม ศึกษาที่มีการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ยกเว้นเรื่อง การบริโภคไขมัน และการออกกำลังกายที่มีผู้รู้ อยู่ในอัตราที่ค่อนข้างต่ำ สำหรับการปฏิบัติตนด้านการส่งเสริมสุขภาพปฏิบัติได้ถูกต้องสูงสุดคือ การไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 96.4 ปฏิบัติได้เกินร้อยละ 75 คือ การนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ การไม่ ดื่มกาแฟ และไม่ดื่มสุรา ส่วนการปฏิบัติที่ยังมีผู้ปฏิบัติได้น้อยมากคือ การตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 27.2 ออกกำลังกาย ร้อยละ 28.1 และ ดื่มนม ร้อยละ 49.4 โดยส่วนใหญ่ดื่มนมนานๆ ครั้ง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ คือ ที่อยู่อาศัย เศรษฐฐานะและสภาวะหมดระดู สำหรับภาวะ

โภชนาการพบว่า ปกติ ร้อยละ 47.6 และพบปัญหาโภชนาการเกิน ร้อยละ 36.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ คือ สภาวะหมดระดู และ เศรษฐฐานะ

นิภาพร อยู่เจริญกิจ (2542) ได้ศึกษาภาวะโภชนาการในกลุ่มตัวอย่าง สตรีวัยหมดประจำเดือน จำนวน 200 คน ในอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่า มีภาวะโภชนาการเกินคิดเป็นร้อยละ 43.0 มีภาวะโภชนาการต่ำ คิดเป็น ร้อยละ 10.5 สตรีวัยหมดประจำเดือนทั้งหมดประจำเดือนแล้วอย่างน้อย 1 ปี มีอายุระหว่าง 45-49 ปี มีจำนวนคนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.10 และมีการปรับตัวด้านการพึงพาอาศัยระหว่างกันอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 54.61

สกุลรัตน์ ศิริกุล (2544) ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในสตรีวัยหมดประจำเดือน ที่มีอายุตั้งแต่ 40-68 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 214 คน โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งตัดแปลงจากแบบวัดแผนการดำเนินชีวิต ของ วอล์คเกอร์ ซีคริสต์ และ เพนเดอร์ พบว่าสตรีระยะใกล้หมดประจำเดือนและสตรีวัยหมดประจำเดือนมีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี ในด้านการดูแลรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการจัดการกับความเครียด

วรวรรณ วิสวะกุล (2545) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีวัยหมดประจำเดือนในชุมชนพัฒนาภูเต่า ตำบลศรีภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีนิสัยการบริโภคอาหาร 5 หมู่ และดื่มน้ำอยู่ในระดับดี ส่วนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ชอบ อยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งมีความเชื่อว่าหน่อไม้ทำให้ ปวดข้อ ปวดกระดูก ร้อยละ 34.14 และรับประทานอาหารได้ทุกอย่างโดยไม่เป็นอะไร ร้อยละ 21.95 โดยมีพฤติกรรมเลือกรับซื้ออาหาร การเตรียมอาหาร การประกอบอาหารและการเก็บอาหาร อยู่ในระดับดี ยกเว้นการรับประทานข้าวกล้อง อาหารประเภททอด ผัด นึ่ง ยำ อยู่ในระดับพอใช้ อีกทั้งอาหารประเภทต้น ออบ อยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง

สมลักษณ์ นิมสกุล และคณะ (2543) ได้ศึกษาเรื่องผลกระทบของการบริโภคอาหารต่อภาวะโภชนาการของหญิงวัยเจริญพันธุ์ในชนบทจังหวัดเชียงใหม่ ในประชากรที่มีอายุ 15-55 ปี ผลการศึกษาพบว่า หญิงวัยเจริญพันธุ์ในชนบทยังคงมีรูปแบบการบริโภคอาหารแบบท้องถิ่นพื้นเมืองคือ บริโภคข้าวเหนียวเป็นอาหารหลัก ส่วนแหล่งของคาร์โบไฮเดรตอื่นๆ ที่สำคัญ ได้แก่ ข้าวเจ้า ขนมจีน ก๋วยเตี๋ยว ส่วนใหญ่ประกอบอาหารโดยวิธีแกง ต้ม ปิ้ง นึ่งย่าง ซึ่งส่วนใหญ่ประกอบอาหารรับประทานเอง ร้อยละ 57.6 การปรุงสำเร็จ ร้อยละ 40.2 ใช้น้ำมันพืชปรุงอาหาร อาหารโปรตีนที่นิยมบริโภค คือ เนื้อหมู ปลาแห้ง เนื้อไก่/เป็ด ไข่ นมสด และน้ำเต้าหู้ ผักที่นิยม

รับประทาน ได้แก่ ผักกาดเขียว ผักกวางตุ้ง ผักตำลึง มะเขือเทศสูง ผักบุ้ง และถั่วฝักยาว ผลไม้ที่นิยมบริโภค คือ กล้วยน้ำว้าสุก มะละกอสุก ส้มเขียวหวาน สับปะรด และฝรั่ง สารอาหารที่ควรบริโภคในปริมาณที่สูงขึ้น ได้แก่ แคลเซียม ฟอสฟอรัส เนื่องจากแคลเซียมและฟอสฟอรัสเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของกระดูกและฟัน

วรลักษณ์ คงหนู และ ประเวศ บุญเลี้ยง (2543) ได้ศึกษาเรื่องสังคมจิตวิทยาในการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมที่มีความสัมพันธ์กับอาการหมดประจำเดือนของสตรี จังหวัดสระบุรี ในกลุ่มประชากรอายุ 45-59 ปี พบว่า ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมที่มีความสัมพันธ์กับอาการหมดประจำเดือนมากที่สุดคือ ตังกวย แต่หากได้บริโภคอาหารหลักประจำวันจำพวกนมเปรี้ยว โยเกิร์ต น้ำเต้าหู้ ไข่ ข้าวกล้อง ผัก ผัก สับปะรด ชมพู ฝรั่ง มะละกอสุก และถั่วกวน จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการร้อนวูบวาบ เหน็บชา ผิวหนังแห้งและคันได้ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการบริโภคอาหารที่หลากหลายและครอบคลุม 5 หมู่ จะช่วยป้องกันและบรรเทาอาการหมดประจำเดือนได้ หากผู้บริโภครู้จักเลือกชนิดของอาหารให้เหมาะสมและเพียงพอกับความต้องการของร่างกายก็จะช่วยป้องกันและบรรเทาอาการหมดประจำเดือนได้โดยไม่จำเป็นต้องบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริม

กรรณิการ์ พงษ์สนิท และคณะ (2545) ได้ศึกษาเรื่องการเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนของบุคลากรหญิงมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับวัยหมดประจำเดือนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่เกี่ยวกับอาหารมีผลต่อการหมดประจำเดือนร้อยละ 67.6

เกาและคณะ (Kao et al., 1995, อ้างใน มันทนา ประทีปประเสน, 2539) ได้ศึกษาเรื่องโภชนาการในสตรีก่อนและหลังหมดระดูโดยได้รวบรวมรายงานเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้ลดการเกิดกระดูกพรุนในเอเชียโดยเน้นวิถีชีวิตของชาวเอเชีย พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในชนบทมีอาชีพเกษตรกรรม ใช้แรงงาน ได้รับแสงแดด พบว่า ปัจจัยเหล่านี้มีผลในการป้องกันต่อการเกิดกระดูกพรุน ป้องกันกระดูกหักได้ซึ่งรวมไปถึงอาหารพวกผัก โดยเฉพาะอาหารพวกพืชตระกูลถั่วเหลือง จะมีไบโอฟลาโวนอยด์ (Bioflavonoids) และมีไฟโตเอสโตรเจน (Phytoestrogen) สูง ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้มีผลทำให้อุบัติการณ์ของการเกิดภาวะกระดูกพรุนและกระดูกหักต่ำกว่าชาวตะวันตก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร สุวรรณกิติ และคณะ (2541) ซึ่งทำการศึกษาภาวะกระดูกโปรงบางในสตรีวัยหมดประจำเดือนในกลุ่มประชากรอายุ 45-59 ปี พบว่า ในการป้องกันภาวะกระดูกโปรงบางสามารถทำได้ตั้งแต่วัยก่อนหมดประจำเดือน โดยการบริโภคอาหารที่มีปริมาณเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เช่น อาหารประเภทผักใบเขียว ข้าวกล้องหรือข้าวซ้อมมือ เต้าหู้ งาดำ ปลาเล็ก ปลาน้อย ถั่ว ธัญพืชต่างๆ ในเรื่องพฤติกรรมการบริโภคในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมาในกลุ่มสตรีที่ศึกษา จำนวน 452 คน บริโภคผลไม้ทุกวัน ร้อยละ 65.71 บริโภคผักใบเขียวทุกวัน ร้อยละ 64.60 บริโภค

นมหรือเนยแข็งเป็นอาหารที่ให้แคลเซียมทุกวัน ร้อยละ 39.16 บริโภคปลา กุ้งแห้งทุกสัปดาห์ ร้อยละ 58.19 สำหรับการรับประทานปลาทุกวันพบเพียงร้อยละ 8.19 ส่วนทางด้านโภชนาการ พบว่า มีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 49 ภาวะโภชนาการต่ำกว่าปกติ ร้อยละ 7 และมีภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 44



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved