

# ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน<sup>@</sup>

สุจิตรา เหมวิเชียร<sup>1</sup>

ประณีต ส่งวัฒนา<sup>2</sup>

วิภาวี คงอินทร์<sup>3</sup>

Factors influencing preventive behaviors for cardiovascular disease among Thai Muslim menopausal women

Hemwichian S, Songwathana P, Kong-in W.

Yala Hospital, Muang, Yala, 95000, Thailand

Department of Surgical Nursing, Department of Medical Nursing,

Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, 90112, Thailand

Songkla Med J 2007;25(5):379-388

## Abstract:

The purposes of this descriptive study were to describe preventive behaviour, as well as variances of preventive behaviour for cardiovascular disease of Thai Muslim menopausal women by using perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefit, perceived barriers and health motivation as their predictors. The sample consisted of 200 Thai Muslim menopausal women who were purposively recruited according to inclusion criteria. The questionnaires comprised of demographic data, perceptions and health motivation, and preventive behaviour for cardiovascular disease which were tested for content validity and reliability. The data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and stepwise multiple regression for predicting preventive behaviour.

<sup>@</sup>วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

<sup>1</sup>พ.ม. (พยาบาลศาสตร์) โรงพยาบาลศูนย์ยะลา อ.เมือง จ.ยะลา 95000

<sup>2</sup> Ph.D. (Tropical Health) รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ <sup>3</sup>D.N.Sc. (Nursing) ผู้ช่วยศาสตราจารย์

ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90120

รับต้นฉบับวันที่ 17 ตุลาคม 2549 รับลงตีพิมพ์วันที่ 30 เมษายน 2550

1. The mean score of preventive behaviour (scale 1-4) for cardiovascular disease among Thai Muslim menopausal women was at a high level ( $\bar{X}=2.66$ ,  $SD=.34$ ). When considering each dimension, it was found that the preventive behaviour in three dimensions were at a high level ( $\bar{X}=2.53$ ,  $SD=.55$ ;  $\bar{X}=2.89$ ,  $SD=.30$ ;  $\bar{X}=2.83$ ,  $SD=.39$  respectively) whereas those in physical examination were at a medium level ( $\bar{X}=2.13$ ,  $SD=.62$ ).

2. The result of stepwise multiple regression analysis showed that 10 percent of the variance in preventive behaviour for cardiovascular disease could be explained by health motivation and perceived barriers ( $p<.05$ ), and the best predictor was health motivation ( $\beta=.28$ ,  $p<.01$ )

The findings suggest that promoting of preventive behaviour for cardiovascular disease among Thai Muslim menopausal women requires promoting health motivation in relation to Muslim's lifestyle and culture as well as decreasing perception of barriers.

**Key words:** preventive behaviour for cardiovascular disease, Thai Muslim, menopausal women

## บทคัดย่อ:

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน และทดสอบอำนาจการทำนายของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค และแรงจูงใจด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 200 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรับรู้ และแรงจูงใจด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและความเที่ยงแล้ว ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ตัวทำนาย พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยใช้สถิติถดถอยแบบขั้นตอน สรุปได้ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยรวม (จากคะแนน 1-4 คะแนน) และรายด้าน เกือบทุกด้านของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=2.66$ ,  $SD=.34$ ) ยกเว้นด้านการตรวจสอบสุขภาพประจำปียู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=2.13$ ,  $SD=.92$ )

2. แรงจูงใจด้านสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนได้ร้อยละ 10 ( $R^2=.10$ ,  $p<.05$ ) โดยแรงจูงใจด้านสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนได้มากที่สุด ( $\beta=.28$ ,  $p<.01$ )

ผลการศึกษานี้ สามารถให้ข้อเสนอแนะต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน โดยเน้นการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติศาสนกิจ และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชาวไทยมุสลิม ตลอดจนลดอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นสำคัญ

**คำสำคัญ:** พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด, สตรีไทยมุสลิม, วัยหมดประจำเดือน

## บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือดยังเป็นสาเหตุที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตในอันดับต้น ๆ โดยพบในเพศหญิงถึง 23.3 ต่อประชากร 100,000 ราย<sup>1</sup> จากสถิติผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด อายุ 40-59 ปี ในปี พ.ศ. 2547-2549 พบว่ามีสัดส่วนเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยมุสลิมที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลยะลา คิดเป็นร้อยละ 28.49, 29.89 และ 30.78 ตามลำดับ<sup>2</sup> ซึ่งการเพิ่มขึ้นของโรคมักมีความสัมพันธ์กับปัจจัยบางประการที่สำคัญได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ความเครียด การมีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งภาวะหมดประจำเดือน เป็นต้น<sup>3-4</sup> ภาวะหมดประจำเดือนเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศ โดยเฉพาะการลดระดับของฮอร์โมนเอสโตรเจนอันเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด<sup>5</sup> ส่งผลให้สตรีวัยหมดประจำเดือนมีโอกาสป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น 2-3 เท่า เมื่อป่วยเป็นโรคแล้ว อาการของโรคจะมีความรุนแรง เกิดภาวะทุพพลภาพได้มาก พื้นฟูสภาพได้ช้า คุณภาพชีวิตต่ำ และมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าเพศชาย<sup>6-7</sup> นอกจากนี้วัยหมดประจำเดือนยังเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความเครียด และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ มากขึ้น เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง<sup>8-9</sup>

อย่างไรก็ตาม โรคหัวใจและหลอดเลือดสามารถป้องกันได้ โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยง และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสม ซึ่งสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนควรให้ความสำคัญ และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลสูง การจัดการความเครียด รวมทั้งการตรวจสุขภาพประจำปี<sup>4, 10</sup> ซึ่งการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคได้นั้น จะต้องมีความเชื่อว่าตนเองเป็นผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคที่เกิดขึ้นต้องมีความรุนแรง มีผลกระทบ และเป็นอันตรายต่อชีวิต รับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ช่วยลดความรุนแรงของโรค และต้องรับรู้ว่ามีอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น ค่าใช้จ่าย ความอาย เสียเวลา เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากการปฏิบัติที่นั้นเกิดจากแรงจูงใจด้านสุขภาพตามแนวคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) อย่างไรก็ตาม ปัจจัยที่ทำให้พฤติกรรมการป้องกันโรคของแต่ละบุคคลอาจมีความแตกต่างกันคือ คุณลักษณะเฉพาะของตัวบุคคล เช่น เพศ อายุ อาชีพ ฐานะทางสังคม กลุ่มเพื่อน

ประสบการณ์การสัมผัสโรค รวมทั้งสิ่งกระตุ้นเตือนใจให้เกิดการกระทำ เช่น ข่าวสารผ่านสื่อมวลชน การได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่นทั้งทางตรงและทางอ้อม<sup>11</sup>

สำหรับชาวไทยมุสลิมซึ่งเป็นประชากรส่วนใหญ่ใน 3 จังหวัดภาคใต้จะมีรูปแบบวิถีชีวิตไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมมารับประทานอาหาร ความเป็นอยู่ การประกอบอาชีพที่มีลักษณะเฉพาะ และสภาพแวดล้อมที่แตกต่างจากภาคอื่น ซึ่งส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพบางอย่างแตกต่างออกไปที่อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด<sup>12-16</sup> จากข้อมูลและปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกัน และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนให้ความรู้ สนับสนุน รวมทั้งส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค และแรงจูงใจด้านสุขภาพ

### คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนอยู่ในระดับใด
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค และแรงจูงใจด้านสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนได้หรือไม่

## วัสดุและวิธีการ

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นสตรีไทยมุสลิมอายุ 40-59 ปี ซึ่งครอบคลุมตามระยะของการหมดประจำเดือน ได้แก่ ระยะก่อนหมดประจำเดือน (40-44 ปี) ระยะใกล้หมดประจำเดือน (45-55 ปี) และระยะหลังหมดประจำเดือน (56-59 ปี)<sup>8</sup> ที่มารับบริการ

ณ คลินิกวัยทอง และคลินิกนรีเวช โรงพยาบาลนครราชสีมา-ราชนครินทร์ โรงพยาบาลปัตตานี และโรงพยาบาลศูนย์ยะลา โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (ไม่มีโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือโรคที่เกี่ยวข้อง และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้) จำนวน 200 ราย โดยคัดเลือกส่วนระหว่างจำนวนตัวแปรอิสระต่อจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 1:40 สำหรับการใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอน เพื่อนำไปอ้างอิงได้<sup>17</sup>

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ปัจจัยด้านการรับรู้และแรงจูงใจด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วยคำถาม 38 ข้อ 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค 10 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรค 8 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ 8 ข้อ การรับรู้อุปสรรค 6 ข้อ และแรงจูงใจด้านสุขภาพ 6 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (คะแนนรวมต่ำสุด-สูงสุด = 38-190) และ 3) พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของจิตหทัย สุขสมย์<sup>18</sup> ซึ่งสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker<sup>11</sup> และจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับบริบทสังคม วัฒนธรรมของไทยมุสลิม ประกอบด้วยคำถาม 31 ข้อ มี 4 ด้าน ได้แก่ การออกกำลังกาย 8 ข้อ การรับประทานอาหาร 9 ข้อ การจัดการความเครียด 9 ข้อ และการตรวจสุขภาพประจำปี 5 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง บ่อยครั้ง เป็นประจำ (คะแนนรวมต่ำสุด-สูงสุด = 31-124) สำหรับการแปลผลค่าคะแนนของแบบสอบถามทั้งสองส่วน ใช้วิธีการกำหนดอันตรายภาคขึ้นนำคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดแล้วหารด้วยจำนวนขั้นที่ต้องการและกำหนดช่วงคะแนนเป็น 4 ระดับ (ต่ำ ปานกลาง สูง สูงมาก)

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้และแรงจูงใจด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งสองส่วนเท่ากับ 0.76 และ 0.73 ตามลำดับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ประจำห้องตรวจเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งขอความร่วมมือและชี้แจงการ

พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างด้วยวาจา เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วม ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาในการอ่านแบบสอบถาม ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านตามแบบสอบถามทุกข้อคำถาม และให้กลุ่มตัวอย่างตอบที่ละข้อ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐานและการวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression)

### ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีอายุเฉลี่ย 46.12 ปี (SD=5.00) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 45-55 ปี (ร้อยละ 51.50) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 48.50) ประกอบอาชีพรับจ้าง/ทำสวน (ร้อยละ 36.50) รายได้ครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 1,000-65,000 บาท เฉลี่ย 7,897.80 บาท (Median=5,000) มีรายได้เพียงพอและไม่มืหนี้สิน (ร้อยละ 47.50) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 82.50) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 88.50) ส่วนใหญ่เป็นสตรีที่อยู่ในระยะก่อนหมดประจำเดือนนั้นคือยังคงมีประจำเดือนสม่ำเสมอคิดเป็นร้อยละ 64.50 มีเพียงร้อยละ 23.50 ที่หมดประจำเดือนแล้ว โดยเป็นการหมดประจำเดือนตามธรรมชาติ คิดเป็นร้อยละ 15.00 นอกจากร้อยละ 18.50 มีการใช้ยาคุมกำเนิด/ฮอร์โมนเพศ ส่วนใหญ่เป็นการใช้เพื่อเป็นการคุมกำเนิดคิดเป็นร้อยละ 13.00 ไม่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 91.00) มีภาวะสุขภาพแข็งแรงและไม่มีโรคหรือความเสี่ยงทางสุขภาพ (ร้อยละ 78.50) จึงไม่เคยตรวจสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61.00) แต่ก็พบว่าร้อยละ 30.00 ของกลุ่มตัวอย่างเคยมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก

### 1. พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน

จากเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยเป็น 4 ระดับ ( $\bar{X}=1.00-1.75=ต่ำ$ ,  $\bar{X}=1.76-2.50=ปานกลาง$ ,  $\bar{X}=2.51-3.25=สูง$ ,  $\bar{X}=3.26-4.00=สูงมาก$ ) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=2.66$ ,  $SD=.34$ ) โดยมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับประทานอาหารสูงสุด ( $\bar{X}=2.89$ ,  $SD=.30$ ) รองลงมาคือ คะแนนเฉลี่ยด้านการจัดการความเครียด ( $\bar{X}=2.83$ ,  $SD=.39$ ) และด้านการออกกำลังกาย ( $\bar{X}=2.53$ ,  $SD=.55$ ) สำหรับด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ด้านการตรวจสุขภาพประจำปี

( $\bar{X}$ =2.13, SD=.92) (ตารางที่ 1) เมื่อจำแนกตามรายชื่อที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเป็นประจำและบ่อยครั้งพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติกิจกรรมมากที่สุดและน้อยที่สุด ส่วนใหญ่เป็นด้านการรับประทานอาหาร ดังตารางที่ 2

## 2. ปัจจัยด้านการรับรู้และแรงจูงใจด้านสุขภาพ

จากเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยเป็น 4 ระดับ ( $\bar{X}$ =1.00-2.00=ต่ำ,  $\bar{X}$ =2.01-3.00=ปานกลาง,  $\bar{X}$ =3.01-4.00=สูง,  $\bar{X}$ =4.01-5.00=สูงมาก) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้และแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$ =3.83, SD=.25) โดยมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ประโยชน์สูงสุด ( $\bar{X}$ =4.27, SD=.39) รองลงมาคือด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพ ( $\bar{X}$ =4.23, SD=.43) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ( $\bar{X}$ =3.97, SD=.45) และด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ( $\bar{X}$ =3.90, SD=.56) ส่วนการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพบว่ามีความคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ( $\bar{X}$ =2.61,

SD=.48) ดังตารางที่ 3 เมื่อจำแนกตามรายชื่อในแต่ละด้าน พบว่าข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ดังในตารางที่ 4

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคจำแนกตามค่าคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งรายด้าน และโดยรวม (N=200)

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

ตารางที่ 2 ร้อยละและค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่มีการปฏิบัติจำแนกตามรายชื่อของพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจ และหลอดเลือดที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติมากที่สุด 3 อันดับแรกในแต่ละด้าน

พฤติกรรมการป้องกันโรค	ร้อยละของการปฏิบัติ			ค่าเฉลี่ย
	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	
<b>การออกกำลังกาย</b>				
1. สละเวลาวันละ 5 ครั้ง โดยในแต่ละครั้งใช้เวลาครั้งละประมาณ 10-15 นาที	64.50	17.00	13.00	3.41
2. ใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น รดน้ำต้นไม้ ปลูกต้นไม้ ทำงานบ้าน หรือกิจกรรมที่ทำให้เหงื่อออก หัวใจเต้นเร็วขึ้น	40.50	36.50	20.00	3.15
3. ออกกำลังกายด้วยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น เดินขึ้นบันได เดินแทนการนั่งรถ	30.00	35.00	22.00	2.82
<b>การรับประทานอาหาร</b>				
1. ปฏิบัติศาสนกิจด้วยการถือศีลอดครบ 1 เดือนในแต่ละปี	86.00	10.00	3.50	3.82
2. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และถูกต้องตามหลักการอิสลาม (ฮาลาล) เช่น ผัก ผลไม้ เนื้อปลา	65.00	28.00	6.00	3.57
3. ปรุงอาหารโดยใช้ไขมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว น้ำมันข้าวโพด	33.50	25.00	25.00	2.76
<b>การจัดการความเครียด</b>				
1. บอกกับตัวเองเสมอว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นการทดสอบจากพระเจ้า	35.00	37.00	25.00	3.04
2. พุศุดภัยปรึกษาปัญหาให้กับบุคคลใกล้ชิด บุคคลที่ไว้วางใจ หรือบุคคลที่นับถือ เมื่อไม่สบายใจ	34.00	35.50	31.00	3.00
3. มีกิจกรรมทำในยามว่างให้รู้สึกผ่อนคลาย เช่น ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ	28.00	29.50	37.50	2.81
<b>การตรวจสุขภาพประจำปี</b>				
1. ติดตามการตรวจความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ	26.50	18.00	37.50	2.53
2. ไปรับการตรวจสุขภาพประจำปีทุกปี	20.50	11.00	21.50	2.05
3. ติดตามการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ	17.50	10.50	34.50	2.08

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคจำแนกตามค่าคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งรายด้าน และโดยรวม (N=200)

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

3. ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน

จากการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ทั้ง 5 ด้าน ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในการทำนาย พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเท่านั้นที่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมได้ร้อยละ 10 ( $R^2=.10, p<.05$ ) โดยแรงจูงใจด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนได้มากที่สุด ( $\beta =.28, p<.01$ ) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ร้อยละและค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการรับรู้และแรงจูงใจมากที่สุด 3 อันดับแรกจำแนกตามรายชื่อในแต่ละด้าน (N=200)

การรับรู้และแรงจูงใจ	ร้อยละของความเห็น		ค่าเฉลี่ย
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยง</b>			
1. ขาดการออกกำลังกาย	32.50	58.00	4.17
2. มีระดับไขมันในเลือดสูง	40.50	41.50	4.13
3. ชอบรับประทานอาหารที่มีไขมัน โคเลสเตอรอล หรืออาหารรสเค็ม เช่น แกงกะทิ อาหารทอด	34.00	48.00	4.04
<b>การรับรู้ความรุนแรง</b>			
1. เป็นอันตรายต่อสุขภาพ	52.50	45.00	4.48
2. ทำให้เสียชีวิตเฉียบพลันได้	55.00	36.00	4.43
3. ทำให้ชีวิตทุกข์ทรมาน ไม่มีความสุข	28.50	64.00	4.19
<b>การรับรู้ประโยชน์</b>			
1. งดรับประทานอาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอล	57.00	38.00	4.51
2. งดรับประทานอาหารรสเค็ม หรือหวานจัด	49.50	46.50	4.43
3. ทำจิตใจให้ปลอดโปร่ง ไม่เครียด	42.50	56.00	4.41
<b>การรับรู้อุปสรรค</b>			
1. เป็นภาระต่อครอบครัวในการเตรียมอาหาร	8.00	37.00	3.10
2. ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม	5.50	35.50	3.10
3. เสียเวลา	4.00	28.00	2.87
<b>แรงจูงใจด้านสุขภาพ</b>			
1. การสนใจและเอาใจใส่ดูแลสุขภาพตนเองอยู่เสมอ	45.50	52.50	4.43
2. มีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง	38.50	58.00	4.35
3. การปฏิบัติตามคำแนะนำจากบุคลากรด้านสุขภาพ	37.50	60.00	4.35

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายค่าความแปรปรวนของพฤติกรรมกำบังโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน (N=200)

ตัวแปรที่ศึกษา	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> change	b	Beta	t
1. แรงจูงใจด้านสุขภาพ	.28	.08	.08	1.19	.28	4.19**
2. การรับรู้รูปสรรคของการปฏิบัติ	.32	.10	.02	-.55	-.15	-2.28*

\*P<0.05 \*\*P<0.01 constant (a) = 63.38 SEE = 8.65

## วิจารณ์

### พฤติกรรมกำบังโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน

จากผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการกำบังโรคและหลอดเลือดทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูงทุกด้าน ยกเว้นด้านการตรวจสุขภาพประจำปีที่อยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะการปฏิบัติดังกล่าวสอดคล้องกับหลักการทางศาสนา โดยเฉพาะด้านการรับประทานอาหารที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติสูงสุดใน 5 อันดับแรก (ตารางที่ 2) ซึ่งได้กล่าวถึงหลักในการรับประทานอาหาร คือ ให้เลือกรับประทานอาหารที่ดี สะอาด มีประโยชน์ และถูกต้องตามหลักการอิสลาม<sup>19</sup> ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า สตรีวัยหมดประจำเดือนมีการรับประทานอาหารที่มีคุณค่าต่อร่างกาย เช่น อาหารประเภทผักที่มีกาก ผลไม้ที่ให้พลังงานต่ำ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารหวาน ไขมันมาก และแคลอรีสูง สามารถบริโภคอาหารในปริมาณที่ถูกต้อง และเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย<sup>20</sup> ประกอบกับชาวไทยมุสลิมมีการถือศีลอดถึงร้อยละ 86.00 ซึ่งเชื่อว่าเป็นการควบคุมน้ำหนัก และช่วยป้องกันการเกิดโรคได้<sup>21</sup> ดังเห็นได้จากการศึกษาของจิตจรดา นิละไพจิตร<sup>15</sup> พบว่าช่วงเดือนถือศีลอดน้ำหนักของร่างกาย และระดับไตรกลีเซอไรด์ลดลงกว่าช่วงที่ไม่ได้ถือศีลอด

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีวิธีการจัดการความเครียดโดยการบอกกับตัวเองเสมอว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นการทดสอบจากพระผู้เป็นเจ้า ที่พบว่าเป็นการปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด (ตารางที่ 2) ซึ่งการปฏิบัติตามแนวทางศาสนา เช่น การละหมาด การทำสมาธิ การสวดมนต์ หรือการอ่านหนังสือเกี่ยวกับศาสนา จะสามารถช่วยให้จิตใจสงบ มีสติ และสมาธิ ช่วยลดความวิตกกังวล และฟุ้งซ่าน ดังเช่นการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการจัดการความเครียดด้วยการปฏิบัติศาสนกิจซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละศาสนา เช่น นั่งสมาธิ อ่านหนังสือเกี่ยวกับศาสนา<sup>22</sup>

สำหรับวิธีการจัดการความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติรองลงมาคือ พุดคุยปรึกษาปัญหากับบุคคลใกล้ชิดบุคคลที่ไว้วางใจหรือบุคคลที่นับถือเมื่อไม่สบายใจ และมีกิจกรรมทำในยามว่างให้รู้สึกผ่อนคลาย เช่น ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ (ตารางที่ 2) ขณะเดียวกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 40 มีการออกกำลังกายที่เกี่ยวข้องกับงานบ้าน โดยมีการใช้เวลาในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น รดน้ำต้นไม้ ปลูกต้นไม้ ทำงานบ้าน หรือกิจกรรมที่ทำให้เหงื่อออก รวมทั้งมีการออกกำลังกายด้วยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น เดินขึ้นบันได เดินแทนการนั่งรถ หรือประกอบอาชีพรับจ้าง/ทำสวน (ตารางที่ 2) ซึ่งเป็นการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างว่า การทำงานหรือการประกอบอาชีพเป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการออกกำลังกายโดยการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับอาชีพ งานบ้าน หรือการดำเนินกิจวัตรประจำวัน เช่น ทำงานบ้าน ทำสวนครัว เดินหรือปั่นจักรยานไปทำงาน<sup>23-24</sup> ซึ่งหากเปรียบเทียบกับตามความหมายของการออกกำลังกายตามหลักทฤษฎีแล้วจะพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับรู้ว่าการออกกำลังกายที่ถูกต้องตามหลักการต้องประกอบด้วย ระยะอบอุ่นร่างกายและระยะผ่อนคลาย หรือดำเนินถึงความถี่ ความแรง ความนานในการออกกำลังกาย รวมทั้งไม่เคยสังเกตอาการผิดปกติขณะออกกำลังกาย เช่น เจ็บหน้าอก ใจสั่น หายใจเหนื่อย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มตัวอย่างสตรีวัยหมดประจำเดือนกลุ่มที่มีความเสี่ยงและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ซึ่งพบว่า มีการออกกำลังกายไม่ถูกต้องตามหลักการออกกำลังกายเช่นเดียวกัน<sup>25-27</sup>

อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาพบว่า สตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนมีพฤติกรรมการกำบังโรคในด้านการตรวจสุขภาพประจำปีอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 88.50) ไม่มีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 91.00) และมีภาวะสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคหรือความเสี่ยงทางสุขภาพ (ร้อยละ

78.50) จึงไม่เห็นความสำคัญของการตรวจสุขภาพประจำปี ประกอบกับต้องมีหน้าที่ดูแลสมาชิกจึงทำให้ไม่มีเวลาสำหรับการตรวจสุขภาพ และจะตรวจสุขภาพเมื่อมีความเจ็บป่วยเท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาของสมจิต ไชยพุทธ<sup>27</sup> พบว่าสตรีไทยมุสลิมร้อยละ 52.50 ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี เนื่องจากมีการรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพแข็งแรงดีจึงไม่เห็นความสำคัญของการตรวจสุขภาพ และจะตรวจสุขภาพเมื่อมีความเจ็บป่วยเท่านั้น สำหรับการตรวจสุขภาพประจำปีที่มีการปฏิบัติมากที่สุด คือ ติดตามการตรวจความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 26.50 และติดตามการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอร้อยละ 17.50 (ตารางที่ 2) ทั้งนี้เพราะเป็นการตรวจร่างกายตามระบบปกติที่มีอยู่

#### ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน

ผลการศึกษา พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนได้ร้อยละ 10 ( $R^2=.10, p<.05$ ) โดยเฉพาะแรงจูงใจด้านสุขภาพซึ่งสามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนได้มากที่สุด ( $\beta=.28, p<.01$ ) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 90) มีแรงจูงใจในการปฏิบัติ เช่น มีความสนใจและเอาใจใส่ดูแลสุขภาพอยู่เสมอ มีสุขภาพที่แข็งแรง และได้ปฏิบัติตามคำแนะนำจากบุคลากรด้านสุขภาพ (ตารางที่ 3) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความเชื่อทางสุขภาพที่กล่าวว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพมักเกิดจากความสนใจในสุขภาพ โดยทั่วไปของบุคคล เป็นความรู้สึกของบุคคลที่เกิดจากกระตุ้นด้วยเรื่องของสุขภาพ แสดงถึงความต้องการที่จะได้มาซึ่งเป้าหมายทางสุขภาพในรูปแบบของความตั้งใจ ความตั้งใจ หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการผลักดันให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัย เอาใจใส่ดูแลสุขภาพของตนเอง มีความสนใจในการแสวงหาความรู้ แหล่งบริการทางสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วยเพื่อให้ตนเองมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและเหมาะสม<sup>11</sup> สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลได้<sup>1, 28-30</sup> แม้จะพบว่าความสามารถในการทำนายไม่สูงมาก อาจเป็นเพราะมีปัจจัยร่วมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดอีกมาก เช่น ความรู้เรื่องโรคและการป้องกัน การมีโรคประจำตัว การมีพฤติกรรมเสี่ยง เป็นต้น

ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค พบว่าสามารถรวมทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนได้เช่นเดียวกัน แต่พบในระดับต่ำอาจเป็นเพราะการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเป็นปัจจัยขัดขวางทำให้บุคคลมีการหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค หากบุคคลมีการรับรู้ว่าการแสดงพฤติกรรมสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ลดความรุนแรงของโรค มีประโยชน์อย่างมากในการป้องกันโรค และรับรู้ว่าการแสดงพฤติกรรมมีอุปสรรคน้อย บุคคลจะมีความพยายามที่จะแสดงพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น<sup>31</sup> ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง เช่น เป็นภาระต่อครอบครัวในการเตรียมอาหาร หรือต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมและเสียเวลา (ตารางที่ 3) สอดคล้องกับการหลายศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค และสามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคของบุคคลได้<sup>32-36</sup> และยังพบว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคสามารถอธิบายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคของบุคคลได้มากที่สุด<sup>37</sup>

#### สรุป

ผลการศึกษาที่สะท้อนให้เห็นว่า พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยพบว่า ปัจจัยด้านแรงจูงใจ และการรับรู้อุปสรรคสามารถรวมทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันดังกล่าวได้

#### ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ คือ

1. การศึกษานี้อาจมีข้อด้อยในเรื่องแบบประเมินซึ่งเป็นคำถามปลายปิดทั้งหมดและการประเมินพฤติกรรมที่ไม่ได้เป็นการวัดจากการปฏิบัติโดยตรง แต่เป็นการประเมินตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างว่ามีการปฏิบัติในเรื่องต่างๆ มากน้อยเพียงใด จึงอาจไม่ได้สะท้อนพฤติกรรมที่เป็นจริง นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ที่เข้าถึงบริการที่โรงพยาบาลเท่านั้น จึงไม่สามารถสะท้อนภาพของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในสตรีมุสลิมวัยหมดประจำเดือนได้ทั้งหมด
2. จุดเด่นที่พบจากการศึกษานี้ คือ การที่สตรีมุสลิมวัยหมดประจำเดือนมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคทั้งโดยรวม



และรายด้านอยู่ในระดับสูง โดยพบว่าพฤติกรรมส่วนใหญ่มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชาวไทยมุสลิม เช่น การปฏิบัติศาสนกิจด้วยการละหมาด การถือศีลอด และการรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักการอิสลาม (ฮาลาล) เป็นต้น ที่มีความสุขจึงควรสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดดังกล่าวโดยเชื่อมโยงกับความรู้ด้านการป้องกันโรค

3. บุคลากรในทีมสุขภาพควรเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของสตรีไทยมุสลิมที่มีอยู่แล้ว และเพิ่มเติมการปฏิบัติในเรื่องอื่นๆ ที่ยังมีไม่มาก เช่น การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพประจำปี ตลอดจนการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดเพื่อการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่ต่อเนื่อง

### เอกสารอ้างอิง

- ศูนย์ข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. สถิติสาธารณสุข [homepage on the Internet]. [เข้าถึง 6 มิถุนายน 2548]. สืบค้นจาก: <http://www.moph.htm>.
- หน่วยเวชระเบียน โรงพยาบาลยะลา. ข้อมูลสถิติเวชระเบียน ปี 2547-2549. ยะลา: โรงพยาบาลยะลา; 2549.
- เกสร ศรีพิชญากุล. ความเป็นหญิงชาย: ประเด็นสำคัญที่ถูกมองข้ามในโรคหัวใจและหลอดเลือด. *พยาบาลสาร* 2544;28:12-20.
- Arevian M, Adra M, Kubeissi L. Risk factors for coronary artery disease (CAD) in Lebanese American women. *Health Care Women Int* 2004;25:933-49.
- กิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์. วิจัยหมดระดู. ใน: สมบูรณ์ คุณฉิม, สุวนิตย์ อีระศักดิ์วิชา, ภาคภูมิ โพธิ์พงษ์, บรรณาธิการ. *นรีเวชวิทยา*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: พี.เอ.อี.พี.วี. 2544;89-99.
- ธนพร ศันนุตร. การดูแลสุขภาพสตรีวัยหมดระดูและครอบครัว. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* 2541;20:18-27.
- Mosca L. The role of hormone replacement therapy in the prevention of postmenopausal heart disease. *Arch Intern Med* 2000;160:2263-72.
- นิมิต เตชไกรชนะ, กอบจิตต์ ลิ้มปวยอม. วิจัยหมดระดู (menopause). ใน: กิจประมุข ตันตยาภรณ์, สมภพ ลิ้มพงศานุรักษ์, เยื่อน ตันตินันทร, สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล, ดำรง ตรีสุโกศล, บรรณาธิการ. *นรีเวชวิทยา*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โอ. เอส. พรินติ้ง เฮาส์; 2544:329-47.
- Krummel DS, Koffman DM, Bronner Y, Davis J, Greenlund K, Tessaro I, et al. Cardiovascular health interventions in women: what work? *J Womens Health Gend Based Med* 2001;10:117-31.
- ดิลก กิโยทัย. ปัจจัยทางจิตใจและสังคมกับโรคหัวใจและหลอดเลือด. *หมอชาวบ้าน* 2547;26:14-6.
- Becker MH, Haefner DP, Kasl SV, Kirscht JP, Maiman LA, Rosenstock IM. Select psychosocial models and correlates of individual health-related behaviors. *Med Care* 1997;15:27-46.
- ดำรงค์ แวอาลี, บรรณาธิการ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวทางอิสลาม. กรุงเทพมหานคร: โอ เอส พรินติ้งเฮาส์; 2547.
- มานี ชูไทย. รายงานการวิจัยเรื่องหลักการอิสลามที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพ และการสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2544.
- ศิริอร สินธุ, สุตานันท์ แสงกาศนีย์. ผลของการถือศีลอดต่อความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยสูงอายุชาวไทยมุสลิม. *วารสารพญามาติยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* 2544; 2:25-33.
- จิตรลดา นีละไพจิตร. ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการบริโภคอาหารกับสัดส่วนของร่างกาย และระดับไขมันในเลือดของชายไทยมุสลิมระหว่างเดือนถือศีลอดกับเดือนที่ไม่ถือศีลอด: กรณีศึกษาพนักงานโรงงานยาสูบ [วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
- ปริศนา วรนนท์. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ [วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. หลักการและการใช้สถิติวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางการแพทย์. *สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์*; 2548.
- จิตหทัย สุขสมัย. การศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในพนักงานธนาคาร [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.

19. กษิติช ศรีสง่า. ละหมาดกับการออกกำลังกาย. นิตยสารทูบา 2548;2:14-5.
20. วรวรรณ วิตะกุล. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีวัยหมดประจำเดือนในชุมชนพัฒนาภูเต้า ตำบลศรีภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์-มหาบัณฑิต, สาขาวิชาโภชนาการ]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.
21. จิตรลดา พิริยาศสน์. ถือกีฬอดแบบชาวมุสลิมได้อย่างไร. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม 2543;1:23-8.
22. จีวรณ อินคัม. การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์-มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
23. บุปผา อินตะแก้ว. ตัวกำหนดความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนของสตรีวัยหมดประจำเดือน [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสตรี]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2544.
24. Wilson MM. Menopause. Clin Geriatr Med 2003;9: 483-506.
25. จิตอารี ศรีอาคะ. การรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายและพฤติกรรมการออกกำลังกายของพยาบาล [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสตรี]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2543.
26. ปริญญา ดาสา. พฤติกรรมการออกกำลังกาย และการรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายของอาจารย์สตรีมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสตรี]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2544.
27. Chaiput S. Menopause symptoms and health practices among middle aged Thai Muslim women [Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing]. Songkla: Prince of Songkla University; 2003.
28. จันทร ศรีสุรกีษ. พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดฉะเชิงเทรา [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาประชากรศาสตร์]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
29. มาลี จันทรเทพ. แบบแผนการดำเนินชีวิตเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพรตวรรษธานี กรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาสุขศึกษา]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2545.
30. Christensen C. Exercise habits, calcium intake, and osteoporosis health beliefs of premenopausal women, University of Alaska Anchorage Research Report No. 1395358; 1999.
31. Salazar MK. Comparison of four behavioral theories a literature review. Am Assoc Occup Health Nurs 1991; 39:128-35.
32. ฉวีวรรณ จิตต์สาคร. การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.
33. ดรุณี ดลรัตนภัทร. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของผู้ใหญ่วัยกลางคน [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์-มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.
34. สุวิชา ธีรโรจนวงศ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะกระดูกพรุนของสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือน [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2544.
35. Al-Khasawneh EM. Barrier to breast self-examination in Jordanian Muslim women. New York: State University of New York at Buffalo Research Report No. 0493823018; 2002.
36. Ekstrom DC. Perceived susceptibilities, benefits, and barriers to breast and cervical cancer screenings of women in rural Alaska community. Alaska: University of Alaska Anchorage Research Report No. 1421620; 2004.
37. Janz NK, Becker MH. The health belief model: a decade later. Health Educ Q 1984;11:1-47.