

พฤติกรรมทางเพศและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู
ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานี



นางสาวปิยนุช พันธุ์ศิริ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาเพศศาสตร์ (สหสาขาวิชา)

บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2551

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SEXUAL BEHAVIORS AND FACTORS AFFECTING SEXUAL DIFFICULTIES
OF NATURAL MENOPAUSAL OF MUEANG DISTRICT
IN UBONRATCHATHANI PROVINCE

Miss. Piyanoot Phansiri

สถาบันวิทยบริการ

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science Program in Human Sexuality

(Interdisciplinary Program)

Graduate School

Chulalongkorn University

Academic Year 2008

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	พฤติกรรมทางเพศและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาทางเพศ
โดย	ของสตรีวัยหมดระดูในเขตอำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานี
สาขาวิชา	นางสาวปิยนุช พันธุ์ศิริ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	เพศศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ศาสตราจารย์ นายแพทย์ สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล
	นางสาว วีนัส อุดมประเสริฐกุล

บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

..... คนบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.พรพจน์ เปี่ยมสมบูรณ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ปรีดา ทัศนประดิษฐ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(นางสาว วีนัส อุดมประเสริฐกุล)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง มานี ปิยะอนันท์)


ปิยนุช พันธุ์ศิริ : พฤติกรรมทางเพศและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดูในเขตอำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานี. (SEXUAL BEHAVIORS AND FACTORS AFFECTING SEXUAL DIFFICULTIES OF NATURAL MENOPAUSAL OF MUEANG DISTRICT IN UBONRATCHATHANI PROVINCE) อ.ที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์หลัก : ศ.นพ. สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม :
น.ส. วีนัส อุดมประเสริฐกุล, 141 หน้า.

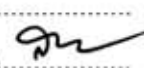
วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาถึงพฤติกรรมทางเพศและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดูในเขตอำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานี และศึกษาความแตกต่างของปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาทางเพศระหว่างกลุ่มตัวอย่างในเขตเมืองและนอกเมือง เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 250 คน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์ของปัจจัยโดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ และทีเทสต์

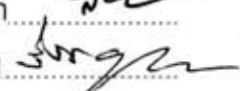
ผลการวิจัยพบว่า การมีกิจกรรมทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์ในช่วงวัยหมดระดูยังเป็นสิ่งที่มีความจำเป็น โดยช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 56.8 และไม่มีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 43.2 ในกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ พบว่า มีความถี่ในกิจกรรมทางเพศดังกล่าวเฉลี่ย 1-2 ครั้ง/เดือน ในกลุ่มที่ไม่มีกิจกรรมทางเพศ เหตุผลส่วนใหญ่เนื่องมาจากไม่มีความต้องการทางเพศและสุขภาพไม่ดี ทั้งนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดหลังหมดระดู มีปัญหาทางเพศ ร้อยละ 56.8 และไม่มีปัญหาทางเพศ ร้อยละ 43.2 โดยในกลุ่มที่มีปัญหาทางเพศนั้น ส่วนใหญ่ไม่มีความต้องการทางเพศหรือลดลง รองลงมาคือการไม่บรรลุจุดสุดยอดจากการมีเพศสัมพันธ์ คุณอนสมรรถภาพทางเพศเสื่อม ความไม่กระชับของช่องคลอด ช่องคลอดแห้ง และเจ็บแสบขณะมีเพศสัมพันธ์ ตามลำดับ โดยกลุ่มที่ประสบปัญหาทางเพศพบมากขึ้นตามการเพิ่มขึ้นของอายุ และเมื่อประสบปัญหาการมีเพศสัมพันธ์โดยส่วนใหญ่อยู่เฉยๆ ไม่ทำอะไร และไม่ทราบว่าจะต้องปฏิบัติตนอย่างไร เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู พบว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับ ลักษณะที่อยู่อาศัย และปัจจัยด้านสุขภาพเกี่ยวกับ ยาที่ใช้เป็นประจำ การเจ็บป่วยที่เป็นบ่อย (ในปัจจุบัน) การดื่มสุรา การออกกำลังกาย และปัญหาสุขภาพทางร่างกาย/จิตใจที่เกิดในวัยหมดระดู มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อศึกษาความแตกต่างของปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดูระหว่างกลุ่มตัวอย่างในเมืองและนอกเมือง พบว่า มีความแตกต่างกันในปัจจัยทุกด้าน ซึ่งอาจเกี่ยวเนื่องกับลักษณะของประชากร สภาพเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ที่อาจส่งผลต่อการดำเนินชีวิตทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมถึงส่งผลต่อการดำเนินกิจกรรมทางเพศด้วย

สาขาวิชา.....เพศศาสตร์.....

ปีการศึกษา 2551.....

ลายมือชื่อนิสิต..... 

ลายมือชื่ออ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก..... 

ลายมือชื่ออ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม..... 

5087164020 : MAJOR HUMAN SEXUALITY

KEYWORDS : NATURAL MENOPAUSAL / SEXUAL BEHAVIORS /
SEXUAL DIFFICULTIES

PIYANOOT PHANSIRI : SEXUAL BEHAVIORS AND FACTORS AFFECTING
SEXUAL DIFFICULTIES OF NATURAL MENOPAUSAL OF MUEANG
DISTRICT IN UBONRATCHATHANI PROVINCE. ADVISOR : PROF. SURASAK
TANEEPANICHSKUL, M.D., CO- ADVISOR : VENUS UDOMPRASERTGUL,
M.Sc., 141 pp.

The purpose of survey research is to study the sexual behaviors and factors affecting sexual difficulties of natural menopausal of Mueang district in Ubonratchathani province and study the difference of factors between urban and suburban area with 250 persons. The data were analyzed by descriptive statistics, Chi-square test and T-test.

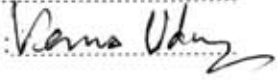
From the study the people in this group were mostly had sexual intercourse with 56.8 % and 43.2% did not have intercourse in the past of 6 months. The average of sexual intercourse frequency was 1-2 time per month. Group did not have intercourse, who was more likely to report experiencing a combination of sexual desire and poor of healthy. Many of group with 56.8% had sexual difficulties and 43.2% did not have these problem, mostly decrease of sexual desire or lack of interest and the others were encounter failure to orgasm, dysfunctional male, lack of well-fitting, poor lubrication and painful intercourse. It was increase a lot of age. When menopausal group had problem, more than were still and did not know to solve. When study to associated of factors affecting sexual difficulties of natural menopausal, result showed that factors of environment about appearance to sleep and factors of health about using drug, ill health, drinking alcohol, exercise and problem of condition in menopause were significantly correlated ($p < 0.05$). And all of factors were difference in couples urban and suburban, which were correlated characteristic of population, economic, social and culture will be affecting the way of life include sexual behaviors.

Field of Study : Human Sexuality.....

Academic Year : 2008.....

Student's Signature : 

Advisor's Signature : 

Co-Advisor's Signature : 

กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้เพราะมีผู้สนับสนุนช่วยเหลือให้งานวิจัยนี้ผ่านไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เป็นอย่างสูง ที่เป็นผู้ให้คำปรึกษา และชี้แจงแนวทางในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ รวมทั้งสละเวลาเพื่อตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ของวิทยานิพนธ์ และให้กำลังใจตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ รวมทั้ง อาจารย์วินัส อุดมประเสริฐสกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำแนวทาง รวมทั้งเอาใจใส่ช่วยเหลือในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปรีดา ทศนประดิษฐ์ ที่กรุณาให้เกียรติเป็นประธานสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงมานี ปิยะอนันท์ คณะกรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย และนายแพทย์ประวีร์ คำศรีสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ที่กรุณาตรวจสอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งให้คำแนะนำ และขอเสนอแนะในการปรับปรุงข้อคำถามดังกล่าว ทำให้วิทยานิพนธ์นี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้ช่วยประสานพื้นที่ในการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนเอกชนร่วมเกล้า ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านหนองแต้ และศูนย์สุขภาพชุมชนกระโสม ที่ได้อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลในพื้นที่ดังกล่าว

ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์दनัย ธีวันดา ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ที่ได้สนับสนุนและให้โอกาสในการศึกษาครั้งนี้ และขอบพระคุณพี่ๆ เจ้าหน้าที่ของศูนย์อนามัยที่ 7 ทุกท่าน ที่คอยให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบพระคุณคุณอาจารย์ และเจ้าหน้าที่ สาขาวิชาเภสัชศาสตร์ และวิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจเสมอมา รวมทั้งขอบคุณพี่ๆ เพื่อนๆ และน้องๆ นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาเภสัชศาสตร์ทุกท่าน ที่ช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และร่วมสร้างประสบการณ์การศึกษาที่ดีตลอดระยะเวลาที่ศึกษาอยู่ที่นี้

ขอขอบพระคุณคุณพ่อประยูร - คุณแม่เต็มจิตร์ พันธุ์ศิริ และพี่ๆ ในครอบครัวทุกคน ที่ได้ให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และมีความห่วงใยแก่ผู้วิจัยเสมอมา ตลอดระยะเวลาการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่	
1. บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามของการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	5
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	6
จริยธรรมการวิจัย.....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	9
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
ความรู้เกี่ยวกับสตรีวัยหมดระดู (Menopause).....	10
กระบวนการตอบสนองทางเพศ (Sexual Response) ของมาสเตอร์และจอห์นสัน (Master and Johnson) และเคปแลน (Kaplan 's Triphasic Model).....	28
ภาวะบกพร่องทางเพศ (Sexual Dysfunction) และปัญหาด้านเพศ (Sexual Difficulties).....	36
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	42

บทที่	หน้า
3. วิธีดำเนินการวิจัย.....	54
รูปแบบการวิจัย.....	54
กลุ่มตัวอย่าง.....	54
การคำนวณหาขนาดตัวอย่าง.....	55
วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่าง.....	55
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	57
การวัดตัวแปร.....	59
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	60
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	60
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	62
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	63
ส่วนที่ 1 ลักษณะประชากรทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	64
ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านพฤติกรรมทางเพศ และปัญหาทางเพศ ที่เกิดขึ้นของสตรีวัยหมดระดูในเขตอำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานี.....	77
ส่วนที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหา ทางเพศของสตรีวัยหมดระดูในเขตอำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานี.....	87
ส่วนที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหา ทางเพศของสตรีวัยหมดระดูระหว่างประชากรในเมืองและนอกเมือง ในจังหวัดอุบลราชธานี.....	96
5. สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	104
สรุปผลการวิจัย.....	104
อภิปรายผลการวิจัย.....	112
ข้อเสนอแนะ.....	118
รายการอ้างอิง.....	120
ภาคผนวก.....	127
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	128
แบบสอบถาม.....	129
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	141

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2.1	การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในกระแสเลือดในวัยหมดระดู..... 11
2.2	อาการที่อาจพบได้ในวัยหมดระดู..... 27
2.3	ลักษณะของอารมณ์เพศและการตอบสนองทางเพศของผู้หญิง..... 35
2.4	การจำแนกปัญหาทางเพศตามระบบของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)..... 37
4.1	จำนวน ร้อยละของลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคมของกลุ่มตัวอย่าง..... 64
4.2	จำนวน ร้อยละของลักษณะครอบครัวและที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่าง..... 67
4.3	จำนวน ร้อยละของประวัติการเจ็บป่วยและโรคประจำตัว..... 68
4.4	จำนวน ร้อยละของพฤติกรรมสุขภาพ..... 68
4.5	จำนวน ร้อยละของปัญหาสุขภาพทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดู..... 69
4.6	จำนวน ร้อยละของปัญหาสุขภาพทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดูจำแนกตามกลุ่มอายุ..... 70
4.7	จำนวน ร้อยละของปัญหาสุขภาพทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดูจำแนกตามอาการ..... 70
4.8	จำนวนร้อยละของความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศและอาการที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดู.... 72
4.9	จำนวน ร้อยละของความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศและอาการที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดูจำแนกตามกลุ่มอายุ..... 72
4.10	จำนวน ร้อยละการรับทราบความรู้/ข้อมูลเกี่ยวกับวัยหมดระดู..... 73
4.11	จำนวน ร้อยละของช่องทางที่เคยได้รับความรู้/ข้อมูลที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับวัยทองหรือวัยหมดระดู (N=137)..... 73
4.12	จำนวน ร้อยละของเจตคติเกี่ยวกับภาวะการหมดระดู..... 74
4.13	จำนวน ร้อยละของเจตคติเกี่ยวกับภาวะการหมดระดูจำแนกตามกลุ่มอายุ..... 74
4.14	จำนวน ร้อยละของความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับวัยทองหรือวัยหมดระดู..... 75

ตารางที่	หน้า	
4.15	จำนวน ร้อยละของช่องทางที่ต้องการให้ความรู้ / ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตัวในวัยทองหรือวัยหมดระดู (N=208).....	75
4.16	จำนวน ร้อยละของความคิดเห็นต่อการมีเพศสัมพันธ์ในช่วงวัยหมดระดู.....	77
4.17	จำนวน ร้อยละของบทบาทหลักในการปฏิบัติตนด้านพฤติกรรมทางเพศของสตรีในช่วงวัยหมดระดู.....	79
4.18	จำนวน ร้อยละของบทบาทหลักในการปฏิบัติตนด้านพฤติกรรมทางเพศของสตรีในช่วงวัยหมดระดูจำแนกตามกลุ่มอายุ.....	79
4.19	จำนวน ร้อยละของความต้องการทางเพศเมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นทางเพศ.....	80
4.20	จำนวน ร้อยละของปัญหาในการมีเพศสัมพันธ์จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	81
4.21	จำนวน ร้อยละของลักษณะการมีปัญหาทางเพศสัมพันธ์และแนวทางการแก้ไขปัญหา.....	82
4.22	จำนวน ร้อยละของลักษณะการถึงจุดสุดยอด (N=82).....	83
4.23	จำนวน ร้อยละของวิธีการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และพฤติกรรมกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่น.....	85
4.24	ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู.....	87
4.25	ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจเกี่ยวกับระยะเวลาของการหมดประจำเดือน กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู.....	88
4.26	ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับลักษณะครอบครัว กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู.....	89
4.27	ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับจำนวนสมาชิกในครอบครัว กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู.....	89
4.28	ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านสุขภาพเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย/โรคประจำตัว กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู.....	91
4.29	ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและปัญหาทางร่างกาย จิตใจ กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู.....	92
4.30	ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านความรู้ เจตคติ กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู.....	94

ตารางที่	หน้า
4.31	ความสัมพัทธ์ของปัจจัยด้านพฤติกรรมทางเพศ กับการเกิด ปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู..... 95
4.32	ความสัมพัทธ์ของปัจจัยด้านพฤติกรรมทางเพศเกี่ยวกับความถี่ ของการมีเพศสัมพันธ์ กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู..... 95
4.33	ความสัมพัทธ์ของปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ กับการเกิดปัญหา ทางเพศของสตรีวัยหมดระดูระหว่างประชากรในเมืองและนอกเมือง..... 96
4.34	ความสัมพัทธ์ของระยะเวลาการหมดประจำเดือน กับการเกิดปัญหา ทางเพศของสตรีวัยหมดระดูระหว่างประชากรในเมืองและนอกเมือง..... 97
4.35	ความสัมพัทธ์ของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับลักษณะครอบครัว กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดูระหว่างประชากร ในเมืองและนอกเมือง..... 98
4.36	ความสัมพัทธ์ของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับจำนวนสมาชิก ในครอบครัว กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดูระหว่าง ประชากรในเมืองและนอกเมือง..... 98
4.37	ความสัมพัทธ์ของปัจจัยด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเจ็บป่วย/โรคประจำตัว กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดูระหว่างประชากร ในเมืองและนอกเมือง..... 99
4.38	ความสัมพัทธ์ของปัจจัยด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ และปัญหาสุขภาพทางร่างกาย จิตใจ กับการเกิดปัญหาทางเพศ ของสตรีวัยหมดระดูระหว่างประชากรในเมืองและนอกเมือง..... 100
4.39	ความสัมพัทธ์ของปัจจัยด้านความรู้ เจตคติ กับการเกิดปัญหา ทางเพศของสตรีวัยหมดระดูระหว่างประชากรในเมืองและนอกเมือง..... 101
4.40	ความสัมพัทธ์ของปัจจัยด้านพฤติกรรมทางเพศ กับการเกิดปัญหา ทางเพศของสตรีวัยหมดระดูระหว่างประชากรในเมืองและนอกเมือง..... 102
4.41	ความสัมพัทธ์ของปัจจัยด้านพฤติกรรมทางเพศเกี่ยวกับความถี่ ของเพศสัมพันธ์ กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู ระหว่างประชากรในเมืองและนอกเมือง..... 103

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
2.1	ระดับฮอร์โมนที่แตกต่างกันระหว่างหญิงและชาย.....	13
2.2	ลักษณะของอวัยวะเพศและระบบสืบพันธุ์ของหญิง ขณะปกติและขณะมีอาการเพศ.....	29
2.3	ลักษณะห้วนมและคลิตอริสขณะปกติและขณะตื่นตัวทางเพศ.....	30
2.4	การตอบสนองทางเพศหญิงและชายของมาสเตอร์และจอห์นสัน.....	31
2.5	การตอบสนองทางเพศของเคปเลน.....	33
กราฟที่		
4.1	ร้อยละของอายุที่หมดประจำเดือนของกลุ่มตัวอย่าง (N = 250).....	66
4.2	ร้อยละของระยะเวลาของการหมดประจำเดือนของกลุ่มตัวอย่าง (N = 250).....	66
4.3	ร้อยละ ของจำนวนสมาชิกในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง.....	67
4.4	ร้อยละของความถี่การมีเพศสัมพันธ์ต่อเดือน ช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา (N = 142).....	78
แผนภูมิ		
4.1	ร้อยละของการมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา (N = 250).....	78
4.2	ร้อยละของสาเหตุที่ไม่มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา (N = 108).....	78
4.3	ร้อยละของปัญหาทางเพศที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่ผ่านมา ของกลุ่มตัวอย่าง (N = 250).....	81
4.4	ร้อยละของการประสบปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่าง (N = 142).....	81
4.5	ร้อยละของความรู้สึกมีความสุขสุดยดขณะมีเพศสัมพันธ์ (N = 250).....	83

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เรื่องเพศ เป็นสัญชาตญาณ (Sexual instinct) อย่างหนึ่งตามธรรมชาติของมนุษย์ เพราะมนุษย์ทุกรูปทุกนามเกิดมาพร้อมด้วยเพศ ครั้นเมื่อเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ ความเติบโตทางเพศก็เป็นความเจริญเติบโตส่วนหนึ่งของมนุษย์ ทั้งในทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม อย่างเห็นได้ชัด (สุชาติ-วรรณิ์ โสมประยูร, 2541: 3) ดังนั้น ความต้องการพื้นฐานของมนุษย์สิ่งหนึ่งก็คือ การมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งเป็นกระบวนการเพื่อสืบและคงเผ่าพันธุ์ของมนุษย์ให้ดำรงไว้และเพื่อเป็นการตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ขั้นพื้นฐานของมนุษย์แต่ละบุคคล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกระบวนการทางร่างกายประกอบกัน (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536: 599) โดยพบว่า อารมณ์ทางเพศเป็นสิ่งที่มีความตั้งแต่งำเนิดและมีความรุนแรงแตกต่างกันมากในแต่ละคน แต่พฤติกรรมทางเพศส่วนใหญ่เกิดมาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ทางเพศที่ฝังแน่นอยู่ในจิตใจ ถ้าทำให้เกิดความสุขและคลายความเครียดก็จะมีการทำซ้ำบ่อยๆ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2546: 2) โดยความต้องการทางเพศเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติของมนุษย์และเป็นไปโดยอัตโนมัติของร่างกาย และจะเกิดขึ้นเป็นขั้นๆ และจบลงด้วยความสุขสุดยอด ทั้งเพศชายและเพศหญิงต่างก็มีความต้องการทางเพศคล้ายคลึงกัน เมื่อเกิดความต้องการทางเพศขึ้นแล้ว ย่อมต้องมีการแสวงหาวิธีการต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการนั้นๆ ซึ่งวิธีการตอบสนองความต้องการทางเพศ ย่อมแตกต่างกันไปตามในแต่ละบุคคล ขึ้นกับบุคคล วัย ประสบการณ์ การฝึกฝนจนเป็นนิสัย ความนิยมส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อม ตลอดจนสุขภาพของร่างกาย (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2534: 269) ดังนั้น การตอบสนองทางเพศในบางคนโดยเฉพาะสตรีหลังหมดระดู อาจจะไม่สามารถตอบสนองได้ตรงตามความต้องการ จนเป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นในร่างกายและจิตใจ ทำให้ความสุขทางเพศที่พึงได้รับนั้นลดลงหรือขาดหายไปด้วย

“วัยทองหรือวัยหมดระดู” เป็นประชากรกลุ่มใหญ่กลุ่มหนึ่งของประเทศไทย จะเห็นได้จากจำนวนประชากรโลกมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วนับจากอดีตจนถึงปัจจุบันและคาดว่าในอนาคตประชากรโลกจะเพิ่มมากขึ้น และมีอายุเฉลี่ยเพิ่มขึ้น โดยพบว่าเพศหญิงจะมีอายุเฉลี่ยมากกว่าเพศชายรวมทั้งประเทศไทย ถ้าประมาณโดยถือว่าสตรีผู้หนึ่ง จะเข้าสู่วัยหมดระดูเมื่ออายุ 50 ปี พบว่า ในปี ค.ศ.1990 ทั่วโลกมีประชากรที่เป็นสตรีวัยหมดระดูถึงร้อยละ 9 จะเพิ่มเป็นร้อยละ 13 ในปี ค.ศ. 2030 (กอบจิตต์ ลิ้มปยอคม, 2543: 4-6) และข้อมูลการคาดประมาณอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชากรไทยเพิ่มจาก 52 ปี ในปี พ.ศ.2493-2498 เป็นเกือบ 71 ปี ในปี พ.ศ.2543-2548 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 76.8 ปี ในปี พ.ศ.2568-2573 โดยเฉลี่ยพบว่า

ผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะมีอายุขัยเฉลี่ยมากกว่าผู้ชายประมาณ 9 ปี (เกื้อ วงศ์บุญสิน, 2549) ในปี พ.ศ.2513 ประเทศไทยมีประชากรประมาณ 34.40 ล้านคน ต่อมาเพิ่มเป็นประมาณ 62.24 ล้านคนในปี พ.ศ.2543 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 71.5 ล้านคนในปี พ.ศ.2573 (เกื้อ วงศ์บุญสิน, 2550: 8)

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย ได้ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพของสตรีวัยหมดระดู ตั้งแต่ปี 2537 ถึงแม้การเปลี่ยนแปลงของสรีระร่างกายจะเป็นไปตามธรรมชาติ แต่สตรีบางราย ประสบกับปัญหานี้เป็นระยะเวลานาน มีผลต่อการดำรงชีวิตประจำวัน และยังอาจทำให้เกิด ปัญหาสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงได้เริ่มดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดระดู อย่างเป็นทางการชัดเจน โดยในปี 2538 ได้เริ่มเปิดคลินิกส่งเสริมสุขภาพสตรีที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพที่มีโรงพยาบาลแม่และเด็กทุกแห่ง และขยายลงสู่โรงพยาบาลศูนย์ จนครบร้อยเปอร์เซ็นต์ในปี 2539 กรมอนามัยได้มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างผสมผสานงานของ กองต่างๆ มาเป็นสำนักส่งเสริมสุขภาพ โดยแบ่งเอากลุ่มอายุเป็นตัวตั้ง พบว่ากลุ่มวัยทำงาน แบ่งเป็น 2 กลุ่มอายุ ได้แก่ 1) กลุ่มวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 15-44 ปี) และ 2) กลุ่มหลังวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 45-59 ปี) โดยได้บรรจุกลุ่มงานต่างๆ ดังกล่าวในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) อย่างเป็นทางการ สำหรับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) ได้จัดตั้งโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคใน สตรีวัยทอง ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2555) (กรมอนามัย , 2549: 2) และจากข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติพบว่า ในปี 2544 ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมด 62.9 ล้านคน อายุระหว่าง 40-59 ปี มีประมาณ 13.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 22 ของประชากรทั้งหมด ในจำนวนนี้เป็นประชากรชาย 6.78 ล้านคน และประชากรหญิงประมาณ 7.04 ล้านคน (สายัณห์ สวัสดิ์ศรี และคณะ, 2545: 14) แสดงให้เห็นว่ามีสัดส่วนของสตรีที่ประสบกับปัญหาเป็นจำนวนมากกว่าเพศชาย และจากข้อมูล ในปี 2549 โดยกระทรวงสาธารณสุข พบว่าขณะนี้กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายส่งเสริม สุขภาพประชากรทุกวัย เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุใน 3-4 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด จึงต้องมีการวางแผน เตรียมพร้อมให้กับผู้ที่อยู่ในวัยทองคือ กลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นวัยที่ระดับฮอร์โมนเพศใน ร่างกายจะลดลง และส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ หน้าที่การงานและสังคมได้ (กรมอนามัย, 2549: 4)

สำหรับภาวะหมดระดูของสตรี เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกาย จากการหยุดการทำงานของรังไข่ทำให้มีการสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง ส่งผลให้เกิดอาการต่างๆ มากมายทั้งในระยะต้นและระยะยาว ซึ่งแตกต่างกันในประชากรแต่ละภูมิภาคของโลก ทั้งนี้

ขึ้นกับปัจจัยต่างๆ หลายอย่าง เช่น เชื้อชาติ สุขภาพร่างกาย เศรษฐกิจ และสังคม รวมทั้งปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ด้วย มีการศึกษาถึงภาวะหมดประจำเดือนของสตรีในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ 7 ประเทศ พบว่า สตรีในกลุ่มประเทศเหล่านี้มีอายุที่เข้าสู่วัยหมดประจำเดือนประมาณ 51.09 ปี โดยสตรีจะเริ่มรอบประจำเดือนไม่สม่ำเสมอตั้งแต่อายุ 40 ปี และมากกว่าครึ่งหนึ่งของสตรีเหล่านี้จะไม่มีประจำเดือนเมื่ออายุ 52 ปี และไม่พบว่ามีสตรีคนใดที่จะยังมีประจำเดือนเมื่ออายุ 57 ปี ซึ่งการศึกษานี้ได้ผลไม่แตกต่างจากที่ศึกษาในสตรีชาวตะวันตก สำหรับประเทศไทย สุมนา และคณะ รายงานการศึกษาสตรีวัยหมดประจำเดือนที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 2,375 คน พบว่า มีอายุเฉลี่ยที่เข้าสู่วัยหมดประจำเดือน 49.5 ± 3.6 ปี (สุมนา ชมพูทวีป, 2537; 22: 9-23)

สำหรับสตรีที่เข้าสู่วัยหมดประจำเดือนนี้ ประจำเดือนจะเริ่มมาไม่สม่ำเสมอหรือหมดไปในที่สุดเพราะว่าไขในรังไข่ ที่มีมาแต่กำเนิดนั้นได้หมดไปแล้ว พร้อมกับฮอร์โมนเพศหญิงที่เรียกว่า เอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนก็หมดไปด้วย โดยการเข้าสู่วัยทองของผู้หญิงจะต่างจากผู้ชาย คือ ฮอร์โมนเพศจะหมดไปอย่างกะทันหัน ทำให้ผู้หญิงบางคนเกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย อารมณ์ และการตอบสนองทางเพศอย่างรวดเร็วจนไม่สามารถปรับตัวได้ (สุวัทนา อารีพรรค, 2550: 186) เกิดความเครียดทางเพศ ประกอบกับในหญิงวัยทองบางคนอาจมีอาการอื่นของการหมดประจำเดือนผสมเข้ามาอีก เช่น อาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออก นอนไม่หลับตลอดจนอาการทางประสาท เช่น ความเครียด หงุดหงิด วิตกกังวล เศร้าซึม ขาดความมั่นใจ อาจมีภาระการงานมากขึ้นด้วย ก็จะทำให้กระทบกับทัศนคติทางเพศลงไปอีก (สุวัทนา อารีพรรค, 2550: 189) โดยสัมพันธ์กับการศึกษาของ Mishra, Gita และ Kuh, Diana. (2006) ที่ศึกษาหน้าที่ทางเพศของสตรีวัยหมดประจำเดือนใน British จำนวน 1,525 คน ที่มีอายุระหว่าง 47-54 ปี พบว่าส่วนใหญ่ประสบกับปัญหาช่องคลอดแห้ง อาการทางร่างกาย และอาการร้อนวูบวาบ ต่างก็มีผลต่อกิจกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่เป็นไปอย่างยากลำบาก โดยพบว่าอาการทางจิตใจ ภาวะความเครียด การเพิ่มขึ้นของอายุ และการสูบบุหรี่ ล้วนมีผลต่อ sex life นอกจากนี้บางคนอาจมีอาการปัสสาวะบ่อยและปัสสาวะแสบเพราะเยื่อหุ้มท่อขับถ่ายปัสสาวะบางลง ช่องคลอดก็แห้งและขาดการยืดหยุ่น ทำให้รู้สึกเจ็บเวลามีเพศสัมพันธ์ ดังนั้นความต้องการทางเพศของหญิงวัยนี้จึงลดลงหรือหมดไปอย่างรวดเร็ว (สุวัทนา อารีพรรค, 2550: 189) ทำให้มีความเครียดทางเพศมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของลักขณา ศรีบุญวงศ์ และสุปราณี อัทธเสรี (2546) ที่ทำการศึกษาสตรีอายุ 45-59 ปี จำนวน 100 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกสตรีวัยหมดประจำเดือน โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลราชวิถี พบว่าส่วนใหญ่ยังมีเพศสัมพันธ์อยู่ แต่ไม่มีความสุขในการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งปัญหาที่พบมากที่สุด คือ เจ็บช่องคลอด รองลงมาคือ เบื่อรำคาญ และความต้องการทางเพศลดลง นอกจากนี้ Nappi RE และคณะ (2007) ยังพบว่าปัจจัยทางด้านชีววิทยา

จิตวิทยา สังคม และวัฒนธรรม ต่างก็มีผลต่อสุขภาพทางเพศ และส่งผลกระทบต่อกระบวนการตอบสนองทางเพศในระยะความต้องการทางเพศ ระยะตื่นตัวทางเพศและระยะการถึงจุดสุดยอด รวมถึงความพึงพอใจในกิจกรรมทางเพศ ซึ่งปัญหาทางเพศจะพบเมื่อมีการเพิ่มขึ้นของอายุ และปัญหาดังกล่าวเป็นผลกระทบที่เกิดจากภาวะหมดประจำเดือน

ขณะเดียวกันจากข้อมูลประชากรจังหวัดอุบลราชธานี ในปี พ.ศ.2547 พบว่า มีประชากรทั้งสิ้น 1,784,192 คน โดยเป็นประชากรกลุ่มอายุ 45-59 ปี จำนวน 252,257 คน แยกเป็นเพศชาย 124,008 คน เพศหญิง 128,249 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี[สสจ.อบ.], 2547: 2-4) ปี พ.ศ.2548 มีประชากรทั้งสิ้น 1,768,935 คน เป็นประชากรกลุ่มอายุ 45-59 ปี จำนวน 259,880 คน แยกเป็นเพศชาย 127,753 คน เพศหญิง 132,127 คน (สสจ.อบ., 2548: 2-4) ต่อมาในปี พ.ศ. 2549 มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 1,783,035 คน ซึ่งในจำนวนนี้เป็นกลุ่มอายุ 45-59 ปี จำนวน 271,924 คน แยกเป็นเพศชาย 133,462 คน เพศหญิง 138,462 คน (สสจ.อบ., 2549: 2-4) และเมื่อวันที่ 31 ธันวาคม 2550 มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 1,785,709 คน ซึ่งในจำนวนนี้เป็นกลุ่มอายุ 45-59 ปี จำนวน 275,251 คน แยกเป็นเพศชาย 134,812 คน เพศหญิง 140,439 คน (สสจ.อบ., 2550: 2-4) จะเห็นได้ว่ามีสัดส่วนของประชากรกลุ่มอายุ 45-59 ปี มากถึง 1 ใน 6 ของประชากรทั้งจังหวัดโดยประมาณและเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ดังนั้น ถ้าไม่มีการเตรียมความพร้อมในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของประชากรกลุ่มนี้ ก็อาจจะทำให้ประสบกับปัญหาสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงปัญหาทางเพศที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ไม่สามารถดำรงชีวิตเพื่อก้าวเข้าสู่วัยชราได้อย่างมีคุณภาพได้ ประกอบกับผู้หญิงเมื่ออายุย่างเข้าสู่วัย 45-59 ปี ส่วนใหญ่จะมีตำแหน่งหน้าที่การงานสูง และประสบความสำเร็จในชีวิต จึงนับว่าอยู่ในช่วงของวัยทอง แต่ขณะเดียวกันสุขภาพร่างกายจะเริ่มเสื่อมโทรมไปตามวัยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบสืบพันธุ์ (สุวัทนา อารีพรรค, 2550: 186)

ด้วยเหตุนี้ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาถึงพฤติกรรมทางเพศและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดูในเขตอำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งยังไม่มีการศึกษาในประเด็นนี้มาก่อน และจำนวนประชากรกลุ่มนี้ก็เป็นจำนวนมากดังที่ได้กล่าวแล้วข้างต้น โดยศึกษารวมถึงการปฏิบัติต่อเพศตรงข้ามในเรื่องการเอาใจใส่ดูแล การพูดคุยเรื่องเพศและปัญหาทางเพศที่เกิดขึ้น เพื่อที่จะนำไปร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหามีผลกระทบต่อพฤติกรรมทางเพศของสตรีวัยหมดระดูต่อไป

คำถามของการวิจัย

1. พฤติกรรมทางเพศของสตรีวัยหมดระดูในเขตอำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานีเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยใดบ้างมีผลต่อการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดูในเขตอำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานี
3. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดูระหว่างประชากรในเมืองและนอกเมืองในจังหวัดอุบลราชธานีแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาถึงพฤติกรรมทางเพศและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดูในเขตอำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดูระหว่างประชากรในเมืองและนอกเมืองในจังหวัดอุบลราชธานี

ขอบเขตของการวิจัย

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มุ่งศึกษาถึงพฤติกรรมทางเพศและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาทางเพศของหญิงวัยหมดระดูในเขตอำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็น การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) และศึกษาเฉพาะช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross sectional study)
2. กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชาชนทั่วไปเพศหญิงอายุระหว่าง 45-59 ปี ที่ยังมีคู่นอน และต้องอยู่ในภาวะหมดประจำเดือนตามธรรมชาติ (Menopause) ติดต่อกันเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี ไม่ได้รับการผ่าตัดทางนรีเวชและไม่ได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทน โดยศึกษาในเขตพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบสุ่มจากชั้น (Stratified Random Sampling)

ข้อตกลงเบื้องต้น

ศึกษาเฉพาะเพศหญิงอายุระหว่าง 45 – 59 ปี ที่ยังมีคู่นอนและต้องอยู่ในภาวะหมดประจำเดือนตามธรรมชาติติดต่อกันเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี ไม่ได้รับการผ่าตัดทางนรีเวชและไม่ได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทน

ข้อจำกัดของการวิจัย

ศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดอุบลราชธานี อย่างน้อย 6 เดือนก่อนถึงวันทำการศึกษาข้อมูล โดยศึกษาข้อมูลในช่วงเดือนมกราคม 2552 – มีนาคม 2552

จริยธรรมการวิจัย

1. สิทธิของประชากรกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลส่วนตัวเป็นความลับ ที่จะเป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคลและไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใดๆ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวมที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยเท่านั้น
2. เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีสมัครใจในการให้ข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ และกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ กลุ่มตัวอย่างจะไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ
3. หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัยผู้วิจัยจะแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างรวดเร็ว เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทบทวนว่ายังสมัครใจจะให้ข้อมูลในงานวิจัยต่อไปหรือไม่
4. หากกลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147

E-mail: eccu@chula.ac.th

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

สตรีวัยหมดระดู (Menopause) หมายถึง ผู้หญิงที่มีอายุระหว่าง 45-59 ปี และอยู่ในภาวะหมดประจำเดือนตามธรรมชาติติดต่อกันเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี (นิยามของ WHO ในนิตินิต เตชไกรชนะ, 2543; 5) ไม่ได้รับการผ่าตัดทางนรีเวชและไม่ได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทน

เขตอำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานี (Mueang District In Ubonratchathani) หมายถึง พื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกเป็นในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล โดยพื้นที่ในเขตเทศบาลสามารถเป็นตัวแทนของประชากรในเมือง และพื้นที่สภาพนอกเขตเทศบาลสามารถเป็นตัวแทนของประชากรนอกเมืองของจังหวัดอุบลราชธานี

ในเมือง (Urban Area) หมายถึง บริเวณที่มีประชากรตั้งถิ่นฐานอยู่อย่างหนาแน่น เป็นชุมชน (Community) และประชากรส่วนใหญ่ไม่ได้มีอาชีพเกษตรกรรม มีศูนย์กลางทางด้านการบริหารและการปกครอง มีการติดต่อสื่อสาร มีสิ่งก่อสร้างที่อำนวยความสะดวก ซึ่งเป็นพื้นที่ส่วนหนึ่งที่อยู่ในเขตอำเภอเมืองของงานวิจัย

ในเขตเทศบาล (Municipal Area) หมายถึง ท้องถิ่นซึ่งได้มีพระราชกฤษฎีกา ออกตามความในพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 จัดตั้งขึ้นเป็นเทศบาล โดยกำหนดเขตพื้นที่ของเทศบาลนั้น ๆ ไว้ด้วย เทศบาลจำแนกออกได้เป็น เทศบาลตำบล เทศบาลเมือง และเทศบาลนคร ซึ่งเป็นพื้นที่ส่วนหนึ่งที่อยู่ในเขตอำเภอเมืองของงานวิจัย

นอกเมือง (Suburban Area) หมายถึง บริเวณที่มีประชากรตั้งถิ่นฐานอยู่น้อย ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม เป็นพื้นที่ที่ห่างออกไปจากตัวเมือง และเป็นพื้นที่ส่วนหนึ่งที่อยู่ในเขตอำเภอเมืองของงานวิจัย

นอกเขตเทศบาล (Non-Municipal Area) หมายถึง พื้นที่ที่อยู่นอกเขตเทศบาลทั้งหมด หรือที่เรียกว่า หมู่บ้าน ในการกล่าวถึงการย้ายถิ่นนั้นนอกเขตเทศบาลจะหมายถึงเขตชนบท ซึ่งเป็นพื้นที่ส่วนหนึ่งที่อยู่ในเขตอำเภอเมืองของงานวิจัย

เจตคติเกี่ยวกับการหมดระดู (Attitudes Of Menopausal) หมายถึง เจตคติเชิงบวกหรือเชิงลบของสตรีที่มีต่อการมีระดูและภาวะการหมดระดู

พฤติกรรมทางเพศ (Sexual Behavior) หมายถึง พฤติกรรมทางเพศที่ประกอบด้วย ความปรารถนา จินตนาการ การแสวงหาคู่ครอง การหาความสุขทางเพศให้กับตัวเอง และกิจกรรมทางเพศทุกชนิด ซึ่งทำไปเพื่อแสดงออกและได้รับความพึงพอใจทางเรื่องเพศ เป็นการผสมผสานของการตอบสนองทางจิตใจและสรีรวิทยาต่อสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2546: 2) โดยศึกษารวมถึงการปฏิบัติต่อเพศตรงข้ามในเรื่องการเอาใจใส่ดูแล และการพูดคุยในเรื่องเพศกับคู่ของตน

ความต้องการทางเพศ (Sexual Desire) หมายถึง การแสดงออกของอารมณ์เพศที่จะปรารถนาจะมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งประกอบด้วย ความถี่บ่อยของการมีเพศสัมพันธ์ ปฏิกริยาการตอบสนองขณะมีเพศสัมพันธ์ ไม่ว่าจะเป็นกิริยาท่าทาง อารมณ์ ความรู้สึกหรือการหลังสารหล่อลื่นบริเวณช่องคลอด (ผ่องใส ดันติวิชญวานิช, 2546: 5)

ภาวะบกพร่องทางเพศ (Sexual Dysfunction) หมายถึง ภาวะที่ร่างกายหรือจิตใจไม่สามารถตอบสนองต่อการกระตุ้นทางเพศได้ตามปกติ ทำให้เกิดปัญหาในการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศหรือการมีความสุขสุดยอด (สุวิทนา อารีพรพรค, 2542: 366)

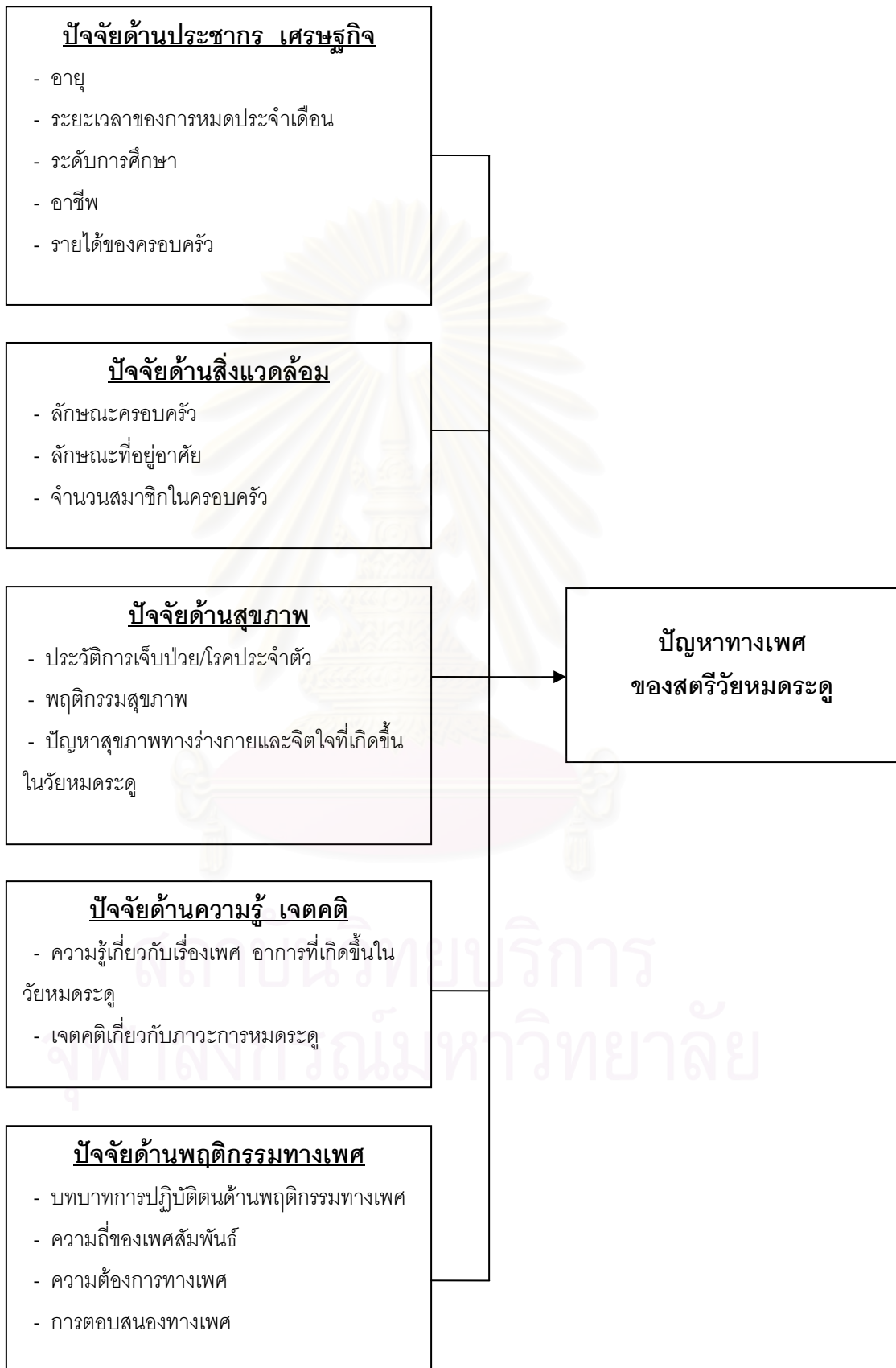
ปัญหาทางเพศ (Sexual Difficulties) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะสืบพันธุ์ ในวัยทองหรือวัยหมดระดูที่ทำให้ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมทางเพศได้ตามปกติ ซึ่งส่งผลกระทบต่อ จิตวิทยาต่อคู่สมรส ทำให้กลัวการมีเพศสัมพันธ์และอาจเกิดอาการเบื่อหน่าย จนหมดความต้องการทางเพศ ปัญหาทางเพศดังกล่าว แบ่งได้ 5 ประการ (Sarrel, 2530) คือ

1. หมดความต้องการทางเพศ(loss of sexual desire หรือ loss of libido)
2. ความถี่ของเพศสัมพันธ์ลดลง(decreased frequency of sexual activity)
3. เจ็บปวดเวลามีเพศสัมพันธ์(dyspareunia หรือ painful intercourse)
4. การตอบสนองทางเพศลดลง(diminished sexual responsiveness)
5. สมรรถภาพทางเพศเสื่อมในคู่ขนอน(dysfunctional male)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้ทราบถึงพฤติกรรมทางเพศและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดูในเขตอำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานี รวมถึงความแตกต่างของปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาทางเพศระหว่างกลุ่มตัวอย่างในเขตเมืองและนอกเมือง และนำผลการศึกษาที่ได้ไปเป็นแนวทางในการร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาทางเพศที่มีผลกระทบเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศของสตรีวัยหมดระดูต่อไป
2. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานของจังหวัดอุบลราชธานี และเป็นแนวทางในการศึกษาขยายผลในพื้นที่จังหวัดใกล้เคียงต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎี

การศึกษาพฤติกรรมทางเพศและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดูในเขตอำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานี มีแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับสตรีวัยหมดระดู (Menopause)
2. กระบวนการตอบสนองทางเพศ (Sexual Response) ของมาสเตอร์และจอห์นสัน (Master and Johnson) และเคปเลน (Kaplan's Triphasic Model)
3. ภาวะบกพร่องทางเพศ (Sexual Dysfunction) และปัญหาด้านเพศ (Sexual Difficulties)
4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับสตรีวัยหมดระดู (Menopause)

วัยทอง วัยหมดประจำเดือน หรือวัยหมดระดู เป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งลักษณะร่างกายและสรีรวิทยาอย่างมาก จนก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพและการปรับตัวเข้ากับบุคคลอื่น ๆ ซึ่งมีลักษณะ ดังนี้

การเปลี่ยนแปลงในวัยหมดระดูหรือหญิงวัยทอง

วัยหมดระดู วัยหมดประจำเดือน สภาวะหมดประจำเดือน หรือวัยทอง เป็นคำที่ถูกใช้โดยมักหมายถึง สตรีที่เข้าสู่ระยะสิ้นสุดการมีระดูอย่างถาวรเนื่องจากรังไข่หยุดทำงาน วัยหมดระดูเป็นช่วงระยะเวลาหนึ่งในกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติ จากสตรีในวัยเจริญพันธุ์เข้าสู่วัยซึ่งรังไข่หมดความสามารถในการเจริญพันธุ์ และสร้างฮอร์โมนเพศลดลง (นิमित เตชไกรชนะและกอบจิตต์ ลิมพยอม, 2543: 2) ซึ่งวัยหมดระดูจะมีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

1. การลดลงของไข่และฟอลลิเคิล

ในนรีขการสร้างอสุจิ (spermatogenesis) จะเกิดขึ้นใหม่ตลอดเวลา ต่างจากสตรีซึ่งรังไข่มี oogonia สูงสุดในระยะที่อยู่ในครรภ์มารดา ภายหลังคลอดจะมีแต่การฝ่อ (atresia) ของฟอลลิเคิลจนในที่สุดเหลือเพียง 100-1,000 ใบ ในระยะที่กำลังเข้าสู่วัยหมดระดู และไม่พบอีกเลยหลังจากนั้น ซึ่งการฝ่อของฟอลลิเคิลเป็นกระบวนการที่เกิดจากกลไกที่ เรียกว่า apoptosis (programmed cell death) เป็นกลไกของร่างกายที่ทำให้เซลล์ตายเมื่อถึงระยะเวลาหนึ่ง เพื่อ

ควบคุมจำนวนเซลล์บางชนิดในร่างกายให้อยู่ในปริมาณที่พอเหมาะ ทั้งนี้มีหลักฐานในสัตว์ทดลองที่แสดงให้เห็นว่าฟอลลิเคิลในรังไข่ของสัตว์ที่มีอายุมากจะเกิด apoptosis มากกว่าฟอลลิเคิลของสัตว์ที่มีอายุน้อย ทั้งนี้อัตราการฟอลของ immature follicles ในรังไข่ตั้งแต่แรกเกิดอาจเป็นปัจจัยที่กำหนดช่วงระยะเวลาของความสามารถในการเจริญพันธุ์ในสตรีแต่ละคน

2. การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน

เมื่อเข้าสู่วัยหมดระดู รังไข่จะสูญเสียฟอลลิเคิลทั้งหมด ทำให้ไม่สามารถสร้างเอสโตรเจนต่อไปได้ แต่รังไข่ยังมีเซลล์ใน stroma ซึ่งยังสามารถสร้างแอนโดรเจน (androgen) ตามการกระตุ้นของโกนาโดโทรปินต่อไป ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในกระแสเลือดภายหลังเข้าสู่วัยหมดระดูจึงพบได้ดังนี้

2.1 Androstenedione

เมื่อเข้าสู่วัยหมดระดู ระดับ androstenedione ในกระแสเลือดจะลดลงเหลือครึ่งหนึ่ง (ดังตารางที่ 2.1) androstenedione ในสตรีวัยหมดระดูสังเคราะห์จากสองแหล่งหลักในร่างกาย โดยส่วนใหญ่สร้างมาจากต่อมหมวกไต และส่วนน้อยสร้างมารังไข่

ตารางที่ 2.1 การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในกระแสเลือดในวัยหมดระดู

	วัยเจริญพันธุ์	วัยหมดระดู
เอสตราดิออล (estradiol)	40-400 พิโคกรัมต่อมิลลิลิตร	10-20 พิโคกรัมต่อมิลลิลิตร
เอสโตรเจน (estrogen)	30-200 พิโคกรัมต่อมิลลิลิตร	30-70 พิโคกรัมต่อมิลลิลิตร
เทสโตสเตอโรน(testosterone)	20-80 นาโนกรัมต่อเดซิลิตร	15-70 นาโนกรัมต่อเดซิลิตร
Androstenedione	60-300 นาโนกรัมต่อเดซิลิตร	30-150 นาโนกรัมต่อเดซิลิตร

2.2 เทสโตสเตอโรน

เทสโตสเตอโรนในกระแสเลือดจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยหมดระดู ทั้งๆ ที่ส่วนใหญ่อัตราการสร้างเทสโตสเตอโรนจากรังไข่จะเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับสตรีในวัยเจริญพันธุ์ การที่รังไข่สร้างเทสโตสเตอโรนมากขึ้น เนื่องจากระดับ LH ที่สูงขึ้นกระตุ้นให้เซลล์ stroma ในรังไข่เกิด hypertrophy และ hyperplasia จึงทำให้มีการสังเคราะห์เทสโตสเตอโรนได้มากขึ้น ยกเว้นในบางรายที่รังไข่เกิดพังผืด (fibrosis) ทำให้เซลล์ในเนื้อเยื่อดังกล่าวไม่ตอบสนองต่อ LH จึงอาจทำให้สร้างเทสโตสเตอโรนได้น้อยลง การที่ระดับเทสโตสเตอโรนในกระแสเลือดโดยรวมกลับลดลงเป็นผลมาจากการมีระดับ androstenedione ในเลือดลดลง เนื่องจากส่วนใหญ่ของ เทสโตสเตอโรนเปลี่ยนมาจาก androstenedione (peripheral conversion)

2.3 เอสโตรเจน

เมื่อเข้าสู่วัยหมดระดู รังไข่ไม่สามารถสังเคราะห์เอสโตรเจนได้โดยตรง ระดับเอสโตรเจนในกระแสเลือดจึงลดลง เหลืออยู่ในระดับต่ำ (ตารางที่ 2.1) โดยมีระดับเอสโตรเจนสูงกว่าเอสตราไดออล เอสโตรเจนที่มีในกระแสเลือดเปลี่ยนมาจาก androstenedione และส่วนใหญ่ของเอสตราไดออลเปลี่ยนแปลงมาจากเอสโตรนอีกต่อหนึ่ง ส่วนน้อย (ร้อยละ 0.1) เปลี่ยนมาจากเทสโทสเตอโรน ดังนั้น เมื่อเข้าสู่วัยหมดระดู รังไข่ไม่สามารถสร้างเอสโตรเจนได้เอง ระดับ เอสโตรเจนส่วนใหญ่ในกระแสเลือดจึงขึ้นกับระดับของ androstenedione เมื่อระดับ androstenedione ลดลงในสตรีวัยหมดระดู จึงทำให้ระดับของเอสโตรเจนในกระแสเลือดลดลง

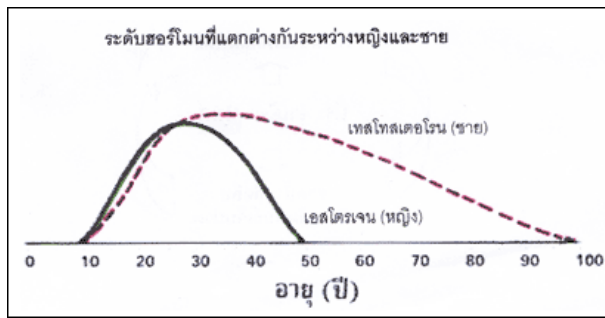
2.4 โภนาโดโทรปิน (FSH และ LH)

เมื่อเข้าสู่วัยหมดระดูระดับ FSH จะเพิ่มสูงขึ้นจากวัยเจริญพันธุ์ได้ 10-20 เท่า ในขณะที่ระดับ LH เพิ่มขึ้นได้ประมาณ 3 เท่า โภนาโดโทรปินทั้งสองชนิดจะเพิ่มขึ้นสูงสุดเมื่อเข้าสู่วัยหมดระดูได้ 1-3 ปี หลังจากนั้นจะเริ่มลดลงอย่างช้าๆ การที่ระดับ FSH เพิ่มขึ้นสูงกว่า LH เนื่องจาก LH ถูกกำจัดออกจากร่างกายได้เร็วกว่า FSH และ LH ไม่ได้ถูกยับยั้งโดย inhibin เช่นเดียวกับ FSH ดังนั้นเมื่อเข้าสู่วัยหมดระดูฟอลลิเคิลไม่สามารถสร้าง inhibin ได้ จึงทำให้ไม่มีตัวที่คอยยับยั้ง FSH จึงเป็นเหตุที่ทำให้ระดับ FSH สูงได้ค่อนข้างมาก โดยทั่วไประดับของ FSH ที่ถือว่ารังไข่หยุดทำงาน (ovarian failure) และเข้าสู่วัยหมดระดูคือ 30-40 ยูนิตต่อลิตร อย่างไรก็ตาม การที่ฮอร์โมนทดแทนในสตรีวัยหมดระดูไม่ทำให้ระดับ FSH ลดลงจนกลับมาสู่ระดับปกติในวัยเจริญพันธุ์ เนื่องจากไม่มี inhibin ช่วยยับยั้งดังที่กล่าวมาข้างต้น จึงไม่สามารถใช้ FSH ในการติดตามการรักษาสตรีที่ใช้ฮอร์โมนทดแทนได้

ระดับฮอร์โมนที่แตกต่างกันระหว่างหญิงและชาย

ในผู้หญิงนั้นหลังจากอายุประมาณ 40-45 ปี การทำงานของรังไข่ก็เริ่มลดประสิทธิภาพลง และเมื่ออายุประมาณ 50 ปี ในผู้หญิงส่วนมากรังไข่ซึ่งเปรียบเสมือนโรงงานผลิตฮอร์โมนเพศหญิง และเทสโทสเตอโรนก็จะปิดสนิท เป็นการเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนหรือวัยทอง ฮอร์โมนเพศหญิงก็จะหมดไป ส่วนฮอร์โมนแห่งความกำหนัดหรือเทสโทสเตอโรนก็จะลดลงทันทีอย่างน้อยครึ่งหนึ่ง

ส่วนในผู้ชายนั้นจะมีการหลั่งเทสโทสเตอโรนเต็มที่เมื่ออายุประมาณ 25 ปี แล้วคงรักษาระดับไว้ได้จนถึงอายุประมาณ 35 ปี หลังจากนั้นโรงงานจะลดอัตราการผลิตความกำหนัดเมื่ออายุ 85 ปี สูงถึง 40% ของระดับวัยกักตุนที่อายุ 25 ปี จึงไม่เป็นของแปลกที่เราไม่เคยได้ยินว่าผู้ชายอายุกว่า 90 ปี ยังสามารถมีบุตรกับภรรยาสาวได้ (นิกร ดุสิตสิน, 2550) ดังรูปที่ 2.1



รูปที่ 2.1 ระดับฮอร์โมนที่แตกต่างกันระหว่างหญิงและชาย

1. การเปลี่ยนแปลงของรอบประดู

จากการฟ่อของฟอลลิเคิลอย่างรวดเร็ว จนไม่พบเลยเมื่อเข้าสู่วัยหมดระดู ทำให้ระดับเอสตราดิออลและเอสโตรเจนในกระแสเลือดลดลงสู่ระดับต่ำ ระดับที่เคยมาสม่ำเสมอจึงห่างออกจนขาดหายไปมากที่สุด การที่สตรีบางรายขาดระดูไปหลายเดือนและกลับมามีระดูใหม่ อาจเนื่องมาจากยังคงมีฟอลลิเคิลหลงเหลืออยู่บ้างและสามารถสร้างเอสตราดิออลได้สูงขึ้นชั่วคราวซึ่งสตรีวัยหมดระดูโดยทั่วไปจะมีระดับเอสตราดิออล และเอสโตรเจนในกระแสเลือดอยู่ในระดับต่ำ และค่อนข้างคงที่ เอสโตรเจนทั้งสองชนิดเปลี่ยนแปลงมาจาก androstenedione และเทสโตสเตอโรน(peripheral conversion) ที่ยังคงสร้างได้จากต่อมหมวกไตและรังไข่ดังที่กล่าวมาข้างต้น ดังนั้นอัตราการเกิด peripheral conversion ของแอนโดรเจนจึงเป็นปัจจัยที่มีผลต่อระดับของเอสโตรเจนทั้งสองชนิดในกระแสเลือด การเปลี่ยนแปลงจากแอนโดรเจนเป็นเอสโตรเจนมักเกิดในเนื้อเยื่อไขมัน (adipose tissue) ดังนั้นในสตรีวัยหมดระดูที่อ้วน หรือมีน้ำหนักตัวมาก จึงพบระดับเอสโตรเจนในกระแสเลือดสูงกว่าสตรีวัยหมดระดูโดยทั่วไป และเนื่องจากคนที่อ้วนจะมีระดับ sex hormone binding globulin (SHBG) ที่ต่ำ จึงมีระดับเอสโตรเจนอิสระ (free estrogen) ที่ไม่ได้จับกับ SHBG ในกระแสเลือดสูง ซึ่งอาจกระตุ้นให้เยื่อบุโพรงมดลูกหนา (endometrial hyperplasia) และอาจเกิดมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก (endometrial carcinoma) และอาจมาพบแพทย์ด้วยอาการเลือดออกทางช่องคลอดในวัยหมดระดู (postmenopausal bleeding) (นิมิต เตชไกรชนะและกอบจิตต์ ลิขิตพยอม, 2543: 7-9)

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและพยาธิสรีรวิทยาในวัยหมดระดู

การเปลี่ยนแปลงในวัยหมดระดู เป็นการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกาย ซึ่งเป็นผลมาจากการเสื่อมของอวัยวะในระบบต่างๆ ตามอายุที่มากขึ้น ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอันเนื่องมาจากการลดลงของฟอลลิเคิลในรังไข่ ทำให้มีการสร้างเอสโตรเจนลดลงจนหยุดสร้างไปมากที่สุด อย่างไรก็ตามสตรีวัยระดูยังคงมีเอสโตรเจนในระดับต่ำๆ ที่เปลี่ยนแปลงมาจากแอนโดรเจน ซึ่งส่วนใหญ่สร้างจากต่อมหมวกไต และบางส่วนยังคงได้มาจากรังไข่ ทั้งนี้ระดับแอนโดรเจนโดยรวมในวัยนี้จะลดลงเช่นกัน

ในส่วนของ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยหมดระดู ถึงแม้สตรีแต่ละรายจะไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงในอัตรา และความรุนแรงที่เท่ากัน แต่ทั่วไปอาจเกิดอาการหรือมีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะในระบบต่างๆ คือ

- การเปลี่ยนแปลงของระบบ vasomotor
- การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ (genitourinary system)
- การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ (psychological and mood changes)
- การเปลี่ยนแปลงและปัญหาทางเพศ (sexual transition and problem)
- การเปลี่ยนแปลงของกระดูก (bone changes)
- การเปลี่ยนแปลงของหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular changes)
- การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทส่วนกลาง (changes of central nervous system)
- การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง (skin changes)
- การเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อและข้อ (changes of muscle and joint)
- การเปลี่ยนแปลงทางตา การได้ยิน และช่องปาก (changes of eyes, hearing and oral cavity)

ซึ่งจะได้กล่าวถึงรายละเอียดในแต่ละหัวข้อดังนี้

การเปลี่ยนแปลงของระบบ vasomotor

ในตำราหรือวารสารต่างประเทศมักกล่าวถึงอาการทาง vasomotor ว่าเป็นสัญลักษณ์ของการของการเข้าสู่วัยหมดระดู เนื่องจากเป็นอาการที่พบได้บ่อยในสตรีชาวตะวันตก และมักปรากฏอาการอย่างชัดเจนเมื่อเข้าสู่วัยหมดระดู แตกต่างจากอาการอื่นๆ เช่น อาการปวดเมื่อยปวดหลัง หลงลืม ที่อาจพบได้ตั้งแต่ก่อนเข้าสู่วัยหมดระดู (นิมิต เตชไกรชนะและกอบจิตต์ ลิ้มปพยอม, 2543: 10)

Vasomotor symptoms, vasomotor instability, vasomotor flushes, hot flushes (hot flashes), night sweats เป็นคำที่ใช้บรรยายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ในช่วงระยะเวลาของการเข้าสู่วัยหมดระดู คำว่า vasomotor symptoms หรือ vasomotor instability หมายความว่า (Hammond CB, 1999) กลุ่มอาการที่มีความรู้สึกร้อนบริเวณผิวหนัง คลื่นไส้ วิงเวียน ปวดศีรษะ ใจสั่น เหงื่อออกท่วมตัว (diaphoresis) เหงื่อออกตอนกลางคืน (night sweats) และนอนไม่หลับ กลุ่มอาการเหล่านี้ในภาษาไทย มีผู้ใช้คำว่าอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ

คำว่า vasomotor flushes , hot flushes หรือ hot flashes เป็นคำที่ใช้บรรยายกลุ่มอาการแดงเรื่อ และความรู้สึกร้อนที่ปรากฏขึ้นทันทีทันใดที่ผิวหนังบริเวณศีรษะ ในหน้า คอ และ/หรือ หน้าอก อาจมีอาการนำ (aura หรือ prodrome) ที่ทำให้รู้สึกว่กำลังจะเกิดอาการขึ้น เช่น ใจสั่น ปวดศีรษะ และเมื่อเกิดอาการแดงร้อนขึ้นแล้ว อาจตามมาด้วย อาการเหงื่อออกมาก รู้สึกหนาว อ่อนเพลีย วิงเวียน บางรายอาจมีอาการหน้ามืด เป็นลม ความรู้สึกร้อนตามผิวหนัง มักเกิดในระยะเวลาสั้นๆ (30 วินาทีถึง 5 นาที) ความรุนแรงและความถี่บ่อยของอาการจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลและขึ้นกับสิ่งกระตุ้น เช่น การดื่มกาแฟ อากาศที่ร้อน ความเครียด อาจทำให้เกิดอาการได้บ่อยขึ้น

สำหรับสรีรวิทยาของการเกิด hot flushes ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าจะมีจุดเริ่มต้นที่ไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ซึ่งมีศูนย์ควบคุมอุณหภูมิกาย (thermoregulatory center) อยู่ในบริเวณ preoptic และ anterior hypothalamic nuclei โดยเชื่อว่า การลดลงของระดับเอสโตรเจนจะกระตุ้นให้มีการเพิ่มขึ้นเพิ่มขึ้นของ hypothalamic norepinephrine ซึ่งเป็นสารส่งผ่านประสาท (neurotransmitter) ที่มีหลักฐานว่าน่าจะมีผลต่อการเกิด hot flushes มากที่สุด เนื่องจาก norepinephrine สามารถกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งเป็นตัวควบคุมศูนย์ควบคุมอุณหภูมิกายสำหรับสารส่งผ่านประสาทตัวอื่นๆ ได้แก่ GnRH, dopamine และ endorphin ยังไม่พบหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่าเกี่ยวข้องกับการกระตุ้นศูนย์ควบคุมอุณหภูมิกาย (Hammond CB, 1999)

สำหรับกลไกอื่นๆ ที่อาจเกี่ยวข้องกับการเกิด hot flushes เช่น กลไกเกี่ยวกับ LH หรือ กลไกเกี่ยวกับ GnRH ไม่สามารถใช้อธิบายการเกิด hot flushes ในกรณีส่วนใหญ่ จึงไม่ค่อยเป็นที่เชื่อถือในปัจจุบัน ในส่วนของระดับเอสโตรเจนในกระแสเลือดที่จะมีผลต่อศูนย์ควบคุมอุณหภูมิกาย มีการศึกษาในสัตว์ทดลองที่แสดงให้เห็นว่า ระดับเอสโตรเจนอิสระน่าจะมีผลมากกว่าระดับเอสโตรเจนโดยรวม เนื่องจากพบว่าเฉพาะเอสโตรเจนอิสระเท่านั้นที่สามารถผ่าน blood brain barrier เข้าสู่เนื้อเยื่อของสมองได้ (Hammond CB, 1999)

การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ

เนื้อเยื่อของอวัยวะสืบพันธุ์ และเนื้อเยื่อของระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น ท่อปัสสาวะ (urethra) และส่วน trigone ของกระเพาะปัสสาวะ เป็นเนื้อเยื่อที่อยู่ใกล้เคียงกันและเจริญเติบโตมาด้วยกันตั้งแต่ระยะเอ็มบริโอ (embryo) นอกจากนี้ยังพบตัวรับเอสโตรเจน (estrogen receptor) ในเนื้อเยื่อของอวัยวะทั้งสองระบบ (นิมิต เตชไกรชนะ, 2543: 11) ดังนั้นการลดลงของระดับเอสโตรเจนในวัยหมดระดู จึงอาจมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและอาการต่างๆ ดังนี้

1. ผลต่ออวัยวะสืบพันธุ์

ระดับเอสโตรเจนที่ลดต่ำลงในวัยหมดระดูจะมีผลต่ออวัยวะสืบพันธุ์ ซึ่งเป็นเนื้อเยื่อที่ตอบสนองต่อเอสโตรเจนดังนี้ คือ

1.1 ปากช่องคลอด

ปากช่องคลอดจะมีการสูญเสียส่วนของคอลลาเจน (collagen) เนื้อเยื่อไขมัน และความสามารถในการอุ้มน้ำของเนื้อเยื่อ นอกจากนี้ต่อมของเซลล์บุผิว (epithelial gland) จะมีการฝ่อลีบและบางลง สารคัดหลั่งจากต่อมไขมัน (sebaceous gland) ลดลง จึงอาจทำให้เกิดอาการเจ็บ แสบร้อน คัน หรือรู้สึกแห้งบริเวณปาก ช่องคลอดได้ ในส่วนของหนังหุ้มปลาย (prepuce) ของคลิตอริส (clitoris) จะฝ่อลีบมากกว่าส่วนหัว (glans) ทำให้คลิตอริสได้รับการเสียดสีและระคายเคืองได้ง่ายขึ้น

1.2 ช่องคลอด

ผนังช่องคลอดเป็นเยื่อเมือก (mucosa) ซึ่งมีต่อมที่จะสร้างสารคัดหลั่ง การทำงานของต่อมเหล่านี้จะขึ้นกับฮอร์โมนเอสโตรเจน เมื่อมีระดับของเอสโตรเจนต่ำ ต่อมเหล่านี้จะไม่สามารถสร้างสารคัดหลั่งได้เพียงพอ จึงทำให้เกิดอาการช่องคลอดแห้ง (vaginal dryness) การหลังสารหล่อลื่นขณะมีเพศสัมพันธ์ช้าลง และตามมาด้วยอาการเจ็บเวลามีเพศสัมพันธ์ (dyspareunia) การขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนทำให้ผนังช่องคลอดบางลง ชีด ยึดหยุ่นน้อยลง รอยย่นของผิวหนังด้านในช่องคลอด (rugae) หายไป ช่องคลอดจะสั้นและแคบลง ผิวด้านในของช่องคลอดเปื่อยยุ่ยง่าย อาจมีจุดเลือดออก (petechiae) หรือมีแผลเกิดขึ้นและมีเลือดออกได้ง่าย เกิดการยึดติด (adhesion) ของช่องคลอดได้ง่ายโดยเฉพาะรายที่ไม่ค่อยมีเพศสัมพันธ์

สารคัดหลั่งที่สร้างจากต่อมบริเวณเยื่อเมือกของผนังช่องคลอด ประกอบด้วย polysaccharide ซึ่งจะถูกย่อยสลายโดยแบคทีเรียที่ชื่อว่า lactobacilli ไปเป็นกรดแลคติก (lactic acid) ทำให้ช่องคลอดมีสภาพเป็นกรด (pH 3.5-4.5) ซึ่งจะยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรียที่อาจก่อให้เกิดโรคได้ ในสภาวะที่ขาดเอสโตรเจน ต่อมบริเวณเยื่อเมือกไม่สามารถสร้าง polysaccharide ได้ จึงทำให้ช่องคลอดมีสภาพเป็นด่าง (pH 6-8) ซึ่ง lactobacilli ไม่สามารถเจริญเติบโตได้ดี จึงทำให้เชื้อแบคทีเรียชนิดอื่นๆ ได้แก่ streptococci, enterococci และ esterichia coli เจริญเติบโตขึ้นมาแทนที่ ทำให้เกิดการอักเสบติดเชื้อได้ง่าย จึงอาจทำให้เกิดอาการเจ็บแสบและคันได้ (Hammond CB, 1999)

1.3 มดลูก

จากการบางลงของเนื้อเยื่อของอวัยวะสืบพันธุ์อื่นเป็นผลมาจากการขาดเอสโตรเจน จึงพบว่าปากมดลูกเป็นแผลได้ง่ายและอาจมีลักษณะของ erosion ต่อมภายในคอมดลูก

(endocervix) จะสร้างสารคัดหลั่งลดลง จึงมีส่วนทำให้ช่องคลอดแห้งมากขึ้น สำหรับการหย่อนตัวของมดลูก (uterine prolapse) กระเพาะปัสสาวะ (cystocele) และผนังของไส้ตรง (rectocele) พบว่าน่าจะเป็นผลมาจากอายุที่มากขึ้น ทำให้ความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อลดลงรวมถึงปัจจัยที่เป็นอันตรายต่อผนังช่องคลอด เช่น การคลอดที่ไม่ถูกวิธีมากกว่าเป็นผลจากการขาดเอสโตรเจนโดยตรง (Hammond CB, 1999)

2. ผลต่อทางเดินปัสสาวะ

ท่อปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะ และฐานเชิงกราน (pelvic floor) เป็นส่วนของทางเดินปัสสาวะที่มีบทบาทสำคัญต่อกระบวนการขับถ่ายปัสสาวะ เนื้อเยื่อของอวัยวะดังกล่าวจะไวต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับเอสโตรเจนในสภาวะปกติ แรงดันในท่อปัสสาวะ (urethral pressure) จะสูงกว่าแรงดันในกระเพาะปัสสาวะ (intravesical pressure) ทำให้กล้ามเนื้อปัสสาวะได้ ยกเว้นในขณะถ่ายปัสสาวะ (micturition) ที่แรงดันในกระเพาะปัสสาวะจะสูงกว่าแรงดันในท่อปัสสาวะ เนื้อเยื่อของท่อปัสสาวะที่มีผลต่อการกลั้นและการขับถ่ายปัสสาวะ ซึ่งไวต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับเอสโตรเจนประกอบด้วย

- 2.1 เนื้อเยื่อบุผิว (epithelium)
- 2.2 เส้นเลือดที่มาหล่อเลี้ยง (vasculature)
- 2.3 เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (connective tissue)
- 2.4 กล้ามเนื้อ (muscle)

การขาดเอสโตรเจนทำให้เยื่อเมือกและเซลล์บุผิวบางลง ทำให้มีการเจริญเติบโตของแบคทีเรีย และเกิดการอักเสบติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะได้ง่ายขึ้น การขาดเอสโตรเจนทำให้เลือดที่มาหล่อเลี้ยงลดลง เครือข่ายหลอดเลือดดำ (venous plexa) ที่อยู่รอบท่อปัสสาวะ ซึ่งเป็นตัวปรับความดันระหว่างการขับถ่ายปัสสาวะให้สม่ำเสมอ ราบเรียบ จะลดลง ทำให้กายวิภาคของท่อปัสสาวะผิดแปลกไป ประกอบกับการหดตัวของกล้ามเนื้อหูรูดเปลี่ยนแปลงไป จึงมีผลต่อการกลั้นและขับถ่ายปัสสาวะ ดังนั้น จึงพบว่าสตรีที่เข้าสู่วัยหมดระดู อาจมีอาการของระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น ถ่ายปัสสาวะบ่อย (frequency) กลั้นปัสสาวะไม่ได้ (urinary incontinence) เป็นต้น

นอกจากนี้ สตรีวัยหมดระดู อาจมีอาการ urethral syndrome ได้บ่อย กลุ่มอาการนี้ประกอบด้วย อาการถ่ายปัสสาวะบ่อย (frequency) ปวดแสบปวดร้อน (burning) ถ่ายปัสสาวะลำบาก (dysuria) ปัสสาวะบ่อยกลางคืน (nocturia) ต้องรีบถ่ายปัสสาวะกลั้นไว้ไม่ได้นาน (urgency) ร่วมกับการตรวจไม่พบเชื้อแบคทีเรียจากการเพาะเชื้อในปัสสาวะ สำหรับ genuine stress incontinence ไม่พบว่าสัมพันธ์กับการขาดเอสโตรเจนในวัยหมดระดูอย่างชัดเจน

การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์

ความสัมพันธ์ของการเข้าสู่วัยหมดระดูและการเปลี่ยนแปลงของจิตใจและอารมณ์ เริ่มจากการสังเกตพบอาการซึมเศร้าในสตรีที่อยู่ในภาวะที่มีการลดลงของระดับเอสโตรเจน เช่น ภายหลังคลอดหรือช่วงท้ายของระยะ luteal ของรอบระดู โดยเฉพาะในสตรีที่มีกลุ่มอาการก่อนมีระดู (premenstrual syndrome) นอกจากนี้ จากการศึกษาระยะทางประสาทวิทยา พบว่าเอสโตรเจนอาจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสารส่งผ่านประสาทในสมองที่มีผลต่ออารมณ์และจิตใจทั้งนี้มีการศึกษาพบว่าระดับ serotonin ในกระแสเลือดในสตรีวัยหมดระดูจะลดต่ำลงแต่จะเพิ่มขึ้นเมื่อได้รับ เอสโตรเจน และยังพบตัวรับเอสโตรเจนในส่วนของสมองที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ เช่น ไฮโปทาลามัส ต่อมใต้สมอง และ limbic forebrain ข้อมูลดังกล่าวทำให้มีความสนใจถึงการเปลี่ยนแปลงของจิตใจและอารมณ์อันเนื่องมาจากการเข้าสู่วัยหมดระดูซึ่งเป็นสภาวะที่ร่างกายขาดเอสโตรเจน (นิมิต เตชไกรชนะและกอบจิตต์ ลิ้มปพยอม, 2543: 13)

การเปลี่ยนแปลงและปัญหาทางเพศ

ในปี พ.ศ.2509 Master & Johnson ได้ทำการศึกษาปฏิกิริยาการตอบสนองทางเพศของมนุษย์และได้รายงานเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการตอบสนองทางเพศในสตรีวัยหมดระดู โดยพบว่าการลดลงของปฏิกิริยาต่างๆ (skin flush) การตั้งตัวของกล้ามเนื้อ การขยายขนาดของเต้านม ความเร็วในการตื่นตัวของคลิตอริส (reaction time of clitoris) สารคัดหลั่งจากต่อม Bartholin น้ำหล่อลื่นจากช่องคลอด (vaginal lubrication) การขยายขนาดของช่องคลอดทั้งความยาวและความกว้าง การคั่งของเลือดบริเวณช่องคลอดส่วนล่าง (orgasmic platform) และการหดตัวของมดลูกเมื่อถึงจุดสุดยอด (orgasm) (Sarrel PM, 1990)

ในปี พ.ศ.2530 Sarrel ได้สรุปปัญหาทางเพศที่ทำให้สตรีวัยหมดระดูมาพบแพทย์อยู่ 5 ประการ คือ

1. หดความต้องการทางเพศ (loss of sexual desire หรือ libido)
2. ความถี่ของเพศสัมพันธ์ลดลง (decreased frequency of sexual activity)
3. เจ็บปวดเวลามีเพศสัมพันธ์ (dyspareunia หรือ painful intercourse)
4. การตอบสนองทางเพศลดลง (diminished sexual responsiveness)
5. สมรรถภาพทางเพศเสื่อมในบุรุษ (dysfunctional male)

สำหรับสาเหตุของปัญหาทางเพศในวัยหมดระดูที่กล่าวข้างต้นประกอบด้วยปัจจัยหลัก ดังนี้คือ

1. ปัจจัยจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านชีววิทยา เช่น การลดระดับของเอสโตรเจน
2. ปัจจัยทางจิตวิทยา และความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส

3. ปัจจัยทางสังคม เศรษฐฐานะและวัฒนธรรม

4. ผลจากโรคภัยไข้เจ็บและการใช้ยา

สำหรับปัจจัยทางด้านชีววิทยาที่สำคัญ คือ การลดระดับของเอสโตรเจนในสตรีวัยหมดระดู ซึ่งจะมีผลต่ออวัยวะในระบบต่างๆ และส่งผลกระทบต่อปฏิกิริยาการตอบสนองทางเพศ คือ

1. ผลต่ออวัยวะสืบพันธุ์

การลดระดับเอสโตรเจนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะสืบพันธุ์ เช่น ช่องคลอดแห้ง ฝ่อลีบ สั้นและแคบลง ทำให้เกิดอาการเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งส่งผลทางด้านจิตวิทยาต่อคู่สมรส ทำให้กลัวการมีเพศสัมพันธ์ และอาจเกิดอาการเบื่อหน่าย หมดความต้องการทางเพศ

2. ผลต่อระบบประสาท

ในกระบวนการตอบสนองทางเพศ มักเริ่มที่การกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก (sensory stimulation) หรือการรับรู้การสัมผัส (touch perception) ซึ่งจะถูกส่งผ่านไปยังไขสันหลัง (spinal cord) เข้าสู่สมองส่วน limbic system และดังที่กล่าวข้างต้นว่า ส่วนต่างๆ ของสมองไม่ว่าจะเป็นส่วนไฮโปทาลามัส limbic forebrain และ cerebral cortex จะมีเซลล์ที่มีตัวรับเอสโตรเจนและตัวรับเทสโตสเตอโรนปรากฏอยู่ ฮอร์โมนจากรังไข่เหล่านี้ยังมีผลต่อการส่งผ่านกระแสประสาททั้งที่ presynaptic และ postsynaptic การลดลงของฮอร์โมนเพศจึงอาจมีผลต่อการรับความรู้สึก และการตอบสนองต่อการกระตุ้นประสาท

3. ผลต่อระบบการไหลเวียนของเลือด

เอสโตรเจนทำให้หลอดเลือดแดงขยายตัว (vasodilatation) และช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดแดง ทั้งนี้พบตัวรับเอสโตรเจนในหลอดเลือดแดงต่างๆ ได้แก่ หลอดเลือดโคโรนารี (coronary artery) หลอดเลือดแดงของสมอง (cerebral arteries) หลอดเลือดแดงที่ไปสู่อวัยวะสืบพันธุ์ ได้แก่ มดลูก รังไข่ ช่องคลอด การขาดเอสโตรเจนในวัยหมดระดูจึงอาจมีผลต่อหลอดเลือดแดงได้ทั่วร่างกาย โดยเฉพาะส่วนที่ไปยังอวัยวะสืบพันธุ์ นอกจากนี้ในวัยที่เกิดโรคทางหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease) อันเนื่องมาจากหลอดเลือดแดงตีบตันหรือแคบลง เช่น โรคหลอดเลือดโคโรนารี โรคหลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง ก็จะมีผลต่อความรู้สึกและการตอบสนองทางเพศเช่นกัน

ถึงแม้ปัจจัยทางชีววิทยาที่เกิดจากการลดลงของฮอร์โมนในร่างกาย จะช่วยอธิบายถึงกลไกที่ทำให้เกิดการเสื่อมถอยของอวัยวะต่างๆ จนอาจทำให้เกิดปัญหาทางเพศในวัยหมดระดูก็ตาม ในทางปฏิบัติปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการลดลงของการมีเพศสัมพันธ์ในผู้สูงอายุ กลับเป็นเรื่องของวัฒนธรรม และทัศนคติของสังคมต่อเรื่องทางเพศในผู้สูงอายุ รวมทั้งความสัมพันธ์ที่ดีของคู่สมรสและสุขภาพร่างกาย

ทัศนคติของสังคมโดยทั่วไปมักเชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์ควรสิ้นสุดเมื่ออายุมากขึ้น แต่ในความเป็นจริงเรื่องของเพศสัมพันธ์เป็นพฤติกรรมที่สามารถมีไปได้จนตลอดอายุขัย แต่จะมีการปรับเปลี่ยนไปตามสถานภาพ ดังการสำรวจประชากรสูงอายุในสหรัฐอเมริกาซึ่งพบว่า ส่วนใหญ่ของบุรุษและสตรีสูงอายุยังคงมีเพศสัมพันธ์อยู่ แตกต่างจากการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่า ส่วนใหญ่ของสตรีวัยหมดระดูที่เป็นแม่บ้านไม่มีเพศสัมพันธ์ และส่วนใหญ่ไม่มีความต้องการทางเพศ ทั้งนี้อาจเป็นผลจากทัศนคติของสังคมและวัฒนธรรมต่อเรื่องเพศของผู้สูงอายุในประเทศไทย ที่มีข้อจำกัดมากกว่าสตรีในสหรัฐอเมริกา อย่างไรก็ตาม การสำรวจถึงปัญหาทางเพศในสังคมไทย ซึ่งถือเป็นเรื่องที่ไม่เปิดเผย อาจทำให้ได้ข้อมูลไม่ตรงกับข้อเท็จจริงเมื่อเปรียบเทียบกับ การสำรวจในสังคมที่ถือว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องธรรมชาติ (นิมิต เตชไกรชนะและกอบจิตต์ ลิ้มปวยอคม, 2543: 15-17)

การเปลี่ยนแปลงของกระดูก

ในสตรีและบุรุษจะมีการเปลี่ยนแปลงความหนาแน่นของกระดูกไปตลอดชีวิต โดยในวัยเด็กและวัยรุ่น ความหนาแน่นของกระดูกจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นจนมีความหนาแน่นหรือมวลกระดูกสูงสุด (peak bone mass) เมื่ออายุราว 30-40 ปี จากนั้นจะค่อยๆ ลดลงในอัตราที่เร็วขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยหมดระดู โดยพบว่าสตรีที่เข้าสู่วัยหมดระดูตามธรรมชาติ (natural menopause) จะสูญเสียกระดูกในอัตราส่วนร้อยละ 1-2 ต่อปี แต่ในสตรีที่ได้รับการตัดรังไข่ทั้งสองข้าง (bilateral oophorectomy) ตั้งแต่อ่อนเข้าสู่วัยหมดระดู จะมีการสูญเสียกระดูกในอัตราที่เร็วกว่า โดยมีรายงานพบได้ตั้งแต้อายุ 1.8-4.5 ต่อปีภายใน 6 ปีแรก หลังการผ่าตัด หลังจากนั้นจะสูญเสียในอัตราที่ลดลงเหลือประมาณร้อยละ 1 ต่อปี

อย่างไรก็ตาม อัตราการสูญเสียกระดูกจะแตกต่างกันไป ขึ้นกับว่ากระดูกในแต่ละส่วนประกอบด้วยกระดูกชนิด trabecular (cancellous) หรือกระดูกชนิด cortical (compact) โดยพบว่ากระดูกชนิด trabecular จะมีการสูญเสียในอัตราที่เร็วกว่า ภายหลังจากเข้าสู่วัยหมดระดู สตรีอาจมีการสูญเสียกระดูกในส่วนนี้ได้ถึงร้อยละ 5 ต่อปี การสูญเสียกระดูกที่รวดเร็วในอัตรานี้อาจคงอยู่นาน 10-15 ปี หลังจากนั้นจะเริ่มลดลง ทั้งนี้การสูญเสียกระดูกในระยะแรกที่เพิ่งเข้าสู่วัยหมดระดูมักจะสัมพันธ์กับการขาดเอสโตรเจน แต่การสูญเสียกระดูกในระยะหลังๆ มักเป็นการสูญเสียที่สัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น (age-related loss) (นิมิต เตชไกรชนะและกอบจิตต์ ลิ้มปวยอคม, 2543: 17)

ในปี พ.ศ.2530 Christiansen และคณะ พบว่าสตรีที่เข้าสู่วัยหมดระดูมีการสูญเสียกระดูกในอัตราที่เร็วช้าแตกต่างกันไป ประมาณ 1 ใน 3 จะมีการสูญเสียกระดูกอย่างรวดเร็ว เกินกว่าร้อยละ 3 ต่อปี (fast bone loser) อีก 2 ใน 3 จะมีการสูญเสียกระดูกในอัตราที่ปกติ (normal bone

loser) คือน้อยกว่าร้อยละ 3 ต่อปี จึงเห็นได้ว่าถึงแม้สตรีที่เข้าสู่วัยหมดระดูจะมีการสูญเสียกระดูกเร็วขึ้น แต่ก็มี ความแตกต่างกันอัตราการสูญเสียกระดูกระหว่างบุคคลทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดโรคกระดูกพรุนเร็วช้าต่างกัน

การย่อยสลายกระดูกเก่าและสร้างกระดูกใหม่ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดชีวิตเพื่อสร้างกระดูกใหม่ที่มีคุณภาพ มีความแข็งแรง คงทน แทนที่กระดูกเก่า อย่างไรก็ตาม ความสมดุลย์ในการย่อยสลายและการสร้างเป็นสิ่งสำคัญ ถ้ามีการย่อยสลายมากกว่าการสร้าง จะทำให้มีการสูญเสียกระดูกเร็วขึ้น ทำให้ความหนาแน่นของกระดูกลดลง เกิดความเปราะบาง แตกหักได้ง่ายในสตรีวัยเจริญพันธุ์ซึ่งยังคงสามารถสร้างเอสโตรเจนได้ เอสโตรเจนจะป้องกันไม่ให้เกิดวงจรการย่อยสลายกระดูกเก่าและสร้างกระดูกใหม่เร็วเกินไป เนื่องจากการสร้างกระดูกใหม่โดยเซลล์สร้างกระดูก (osteoblast) จะใช้ระยะเวลา นานกว่าการย่อยสลายกระดูกโดยเซลล์สลายกระดูก (osteoclast) ดังนั้น ถ้าวงจรดังกล่าวเกิดขึ้นในอัตราที่เร็วจะทำให้เกิดการสูญเสียกระดูกมากขึ้น (Eastell R, 1998)

สำหรับกลไกทางชีวโมเลกุลของเอสโตรเจนต่อการป้องกันการสูญเสียกระดูก ถึงแม้ในปัจจุบันจะยังไม่เป็นที่ทราบอย่างแน่ชัด แต่จากหลักฐานที่พบตัวรับเอสโตรเจนทั้งในเซลล์สร้างกระดูก และเซลล์สลายกระดูก จึงเชื่อว่าเอสโตรเจนมีผลต่อการปรับสมดุลย์ในวงจรสลายกระดูกเก่าและสร้างกระดูกใหม่ผ่านทางเซลล์ทั้ง 2 ชนิดนี้ (นิमित เตชไกรชนะและกอบจิตต์ ลิ้มปพยอม, 2543: 19)

การเปลี่ยนแปลงของหัวใจและหลอดเลือด

เมื่อก้าวถึงโรคหัวใจและหลอดเลือด ในที่นี้หมายถึงความรวมถึงโรคหลอดเลือดโคโรนารี (coronary artery disease) โรคหลอดเลือดสมอง (stroke หรือ cerebrovascular disease) และโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (peripheral artery disease)

ข้อมูลทางระบาดวิทยาจากต่างประเทศและในประเทศไทย พบตรงกันว่าอุบัติการณ์และความชุกของโรคหัวใจและหลอดเลือดชนิดต่างๆ ที่กล่าวข้างต้น จะสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ความสัมพันธ์ของการเพิ่มขึ้นของโรคหัวใจและหลอดเลือดและการขาดเอสโตรเจนในสตรีวัยหมดระดูจะเห็นได้ชัดเมื่อพิจารณาถึงโรคหลอดเลือดโคโรนารี ซึ่งพบอุบัติการณ์ได้ต่ำในสตรีวัยเจริญพันธุ์เมื่อเปรียบเทียบกับบุรุษ แต่มีแนวโน้มที่สูงขึ้นเรื่อยๆ ภายหลังเข้าสู่วัยหมดระดูจนมีอัตราส่วนใกล้เคียงกับบุรุษในช่วงอายุ 85-94 ปี

สำหรับการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยาที่แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่จะเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยหมดระดู ประกอบด้วย

1. การเปลี่ยนแปลงของโคเลสเตอรอล (cholesterol) และ lipid-lipoprotein

ในสตรีวัยเจริญพันธุ์จะมีระดับ high-density lipoprotein (HDL) cholesterol สูงกว่าบุรุษในวัยเดียวกัน แต่มีระดับ total cholesterol และ low density lipoprotein (LDL) cholesterol ต่ำกว่า ทั้งนี้ระดับ total cholesterol และ LDL cholesterol ในสตรีจะค่อยๆ สูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น แต่จะสูงขึ้นอย่างรวดเร็วเมื่อเข้าสู่วัยหมดระดู (Speroff L และคณะ, 1999)

2. การเปลี่ยนแปลงในกลไกการแข็งตัวของเลือด

เมื่อเข้าสู่วัยหมดระดู จะมีการเพิ่มขึ้นของ factor VII และไฟบริโนเจน (fibrinogen) ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เลือดแข็งตัวได้ง่ายขึ้น ร่วมกับการเพิ่มขึ้นของ plasminogen activator inhibitor – 1 (PAI-1) ทำให้กระบวนการ fibrinolysis ลดลง จึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการอุดตันของหลอดเลือดโคโรนารี หลอดเลือดสมอง และภาวะลิ่มเลือดอุดตันของหลอดเลือดดำ (Speroff L และคณะ, 1999)

3. การเปลี่ยนแปลงของเมตาบอลิซึมของกลูโคส (glucose metabolism)

สตรีที่เข้าสู่วัยหมดระดูจะมีการเพิ่มขึ้นของระดับอินซูลิน (insulin) ในกระแสเลือด มี insulin resistance เพิ่มขึ้น และมีการเสื่อมลงของ glucose tolerance ทำให้มีแนวโน้มที่จะเป็นเบาหวานมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการเพิ่มของไขมันหน้าท้องซึ่งถือเป็น android body fat จึงมีผลเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดโคโรนารี

4. การเปลี่ยนแปลงอื่นๆ ที่เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis)

สตรีที่เข้าสู่วัยหมดระดูพบว่าระดับ homocysteine ในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น ซึ่งสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดแดงแข็งและภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือด (thrombosis)

การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ดังกล่าวที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดโคโรนารีในสตรีวัยหมดระดู ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการขาดเอสโตรเจน ทั้งนี้มีการศึกษาในสัตว์ทดลองและมนุษย์ที่แสดงให้เห็นว่าเอสโตรเจนช่วยป้องกันการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อม ผ่านกลไกต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้นและยังมีผลดีต่อกลไกอื่นๆ เพิ่มขึ้น เช่น ผลต่อการขยายตัวของหลอดเลือด ผลต่อการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดแดงแข็ง เป็นต้น (นิมิต เตชไกรชนะและกอบจิตต์ ลิ้มปพยอม, 2543: 20)

การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทส่วนกลาง

ความเสื่อมของระบบประสาทในสตรีเกิดขึ้นตามวัย เมื่ออายุเข้าวัยสูงอายุจะมีการลดลงของกำลังกล้ามเนื้อ การตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นลดลง การเคลื่อนไหวช้าลง ระบบการมองเห็นและการทรงตัวลดลง การได้ยินเสื่อมลง ความคิดอ่าน ความเฉลียวฉลาดและความทรงจำจะเสื่อม

ถอยลงไป (กัมมันต์ พันธุมจินดา อ้างถึงในนิमित เตชไกรชนะและกอบจิตต์ ลิ้มปพยอม, 2543: 20) อย่างไรก็ตาม มีการเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทส่วนกลางบางประการที่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของเอสโตรเจนเมื่อเข้าสู่วัยหมดระดู เช่น การเกิดอาการ vasomotor และการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ดังที่กล่าวมาข้างต้น นอกจากนี้ ปัญหาที่พบได้มากขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยหมดระดู คือ อาการหลงลืมง่าย สูญเสียความสามารถในการเรียนรู้ และจดจำสิ่งใหม่ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดโรค Alzheimer ซึ่งพบได้มากในผู้สูงอายุ โดยพบในสตรีมากกว่าบุรุษ

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของระบบประสาทส่วนกลางที่ก่อให้เกิดอาการต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการลดลงของฮอร์โมนเพศเมื่อเข้าสู่วัยหมดระดู เนื่องจากทั้งเอสโตรเจน โพรเจสเตอโรน และแอนโดรเจนมีผลต่อโครงสร้างและการทำงานของเซลล์ในสมอง ดังเช่นที่พบว่าเอสโตรเจนจะมีผลโดยรวมในการกระตุ้นเซลล์ประสาท (neuron) ในขณะที่โพรเจสเตอโรนมีผลในการระงับ (sedation) ต่อเซลล์ประสาท เป็นต้น

ในส่วนของเอสโตรเจนสามารถออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง โดยกลไกที่ต้องผ่านทางสารพันธุกรรม (genomic pathway) และกลไกที่ไม่ผ่านทางสารพันธุกรรม (non-genomic pathway) โดยมีหลักฐานที่พบตัวรับเอสโตรเจนในบริเวณต่างๆ ของสมอง ได้แก่ cortex, limbic system, hippocampus, cerebellum, locus ceruleus, hypothalamus, preoptic area และ amygdale นอกจากนี้ยังพบว่าเอสโตรเจนมีผลต่อการสังเคราะห์การหลั่ง รวมทั้งเมตาบอลิซึมของสารส่งผ่านประสาท และ neuropeptides ต่างๆ ซึ่งมีผลต่อจิตใจ อารมณ์ และความทรงจำ ทั้งนี้มีหลักฐานการวิจัยเบื้องต้นที่แสดงให้เห็นว่า เอสโตรเจน อาจมีผลต่อการป้องกันโรค Alzheimer ด้วยกลไกต่างๆ โดยมีผลต่อเซลล์ประสาท การส่งผ่านของกระแสประสาท การไหลเวียนของเลือดในสมอง เป็นต้น

ในส่วนของสมอง นอกจากจะเป็นอวัยวะที่ตอบสนองต่อการออกฤทธิ์ของฮอร์โมนเพศแล้ว สมองยังสามารถผลิตฮอร์โมนต่างๆ ได้เอง เนื่องจากพบว่า เซลล์ glia ในสมองมีเอนไซม์ P450 ซึ่งสามารถเปลี่ยนโคเลสเตอรอลไปเป็น pregnanolone และ metabolites ต่างๆ ทำให้เกิดฮอร์โมนที่เรียกว่า neurosteroids ซึ่งมีหลักฐานที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทางอารมณ์ เช่น อาการซึมเศร้า กังวล กระวนกระวาย กับการเปลี่ยนแปลงของ neurosteroids บางชนิด เช่น dehydroepi-androsterone (DHA)

ดังนั้น เมื่อเข้าสู่วัยหมดระดู ฮอร์โมนเพศที่สร้างจากรังไข่ลดลงหรือหมดไป จึงอาจก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและอาการต่างๆ ตามมา (นิमित เตชไกรชนะและกอบจิตต์ ลิ้มปพยอม, 2543: 20)

การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง

สตรีสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมถอยของผิวหนัง โดยพบว่าผิวหนังจะบางลง แห้ง หมอง ความเต่งตึงหายไป มีรอยเหี่ยวย่น เกิดแผลและฟกช้ำได้ง่าย การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลมาจาก 2 ปัจจัย คือ การเสื่อมถอยของผิวหนังตามอายุที่มากขึ้น และการเปลี่ยนแปลงเนื่องมาจากการขาดเอสโตรเจนเมื่อเข้าสู่วัยหมดระดู การเสื่อมถอยของผิวหนังตามอายุที่มากขึ้นจะเริ่มเมื่ออายุ 30 ปี โดยปริมาณคอลลาเจนของผิวหนังจะลดลงช้าๆ ในอัตราร้อยละ 1 ต่อปี แต่จะลดลงในอัตราที่เร็วขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยหมดระดู โดยมีอัตราการลดลงเฉลี่ยร้อยละ 2.1 ต่อปี ในระยะ 15 ปีแรก หลังจากนั้นจะช้าลงหรือคงที่

ในปี พ.ศ.2483 Albright และคณะ พบความสัมพันธ์ของการขาดเอสโตรเจนในสตรีวัยหมดระดูกับกระดูกหักจากโรคกระดูกพรุน โดยพบว่าผิวหนังของสตรีที่มีโรคกระดูกพรุนค่อนข้างบาง จึงเชื่อว่าการขาดเอสโตรเจนน่าจะมีผลต่ออวัยวะที่มีเนื้อเยื่อเกี่ยวพันทั่วร่างกาย ในปี พ.ศ. 2506 McConkey และคณะ พบว่าสตรีสูงอายุที่มีผิวหนังบางใส จะมีความชุกของโรคกระดูกพรุนสูงกว่าสตรีที่มีผิวหนังหนาที่บ (ร้อยละ 83 และ 12.5 ตามลำดับ)

การขาดเอสโตรเจนในวัยหมดระดูมีผลต่อผิวหนังทั้งส่วนหนังกำพร้า (epidermis) และหนังแท้ (dermis) โดยหนังกำพร้าจะบางลงเร็วขึ้น เนื่องจากการเพิ่มจำนวนของเซลล์หนังกำพร้า (epidermal cell proliferation) ลดลง โดยพบว่าเส้นเลือดที่มาหล่อเลี้ยงหนังกำพร้าจะเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเพิ่มจำนวนเซลล์ ถ้ามีการฝ่อลีบของเส้นเลือดดังกล่าว ก็จะทำให้การฝ่อลีบของชั้นหนังกำพร้าด้วยเช่นกัน ทั้งนี้ มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าเอสโตรเจนจะเพิ่มจำนวนเส้นเลือดฝอย (capillaries) และช่วยให้หลอดเลือดแดงเล็ก (arterioles) และหลอดเลือดดำเล็ก (venules) ในชั้นหนังแท้ขยายตัว ทำให้มีเลือดมาเลี้ยงชั้นหนังกำพร้ามากขึ้น ช่วยส่งเสริมให้มีการเพิ่มจำนวนเซลล์จากชั้นฐาน (basal cell layer) อย่างไรก็ตามขนาดของเอสโตรเจนที่สูงเกินไปอาจส่งผลตรงข้ามโดยยับยั้งการสังเคราะห์ดีเอ็นเอ และโปรตีนในเซลล์ ซึ่งอาจมีผลยับยั้งการเพิ่มจำนวนของเซลล์ได้

ในส่วนของหนังแท้ซึ่งเป็นเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน ประกอบด้วย

1. ส่วนที่เป็นเซลล์ ได้แก่ เซลล์สร้างเส้นใย (fibroblast) แมโครฟาจ (macrophages) และมาสต์เซลล์ (mast cells)
2. ผลิตภัณฑ์ของเซลล์ที่อยู่ภายนอก (extracellular matrix) ได้แก่ คอลลาเจน elastin, ground substance ซึ่งประกอบด้วย mucopolysaccharides, โปรตีนที่มีโซ่คอลลาเจนและน้ำ
3. เส้นเลือดที่มาหล่อเลี้ยงทั้งหนังแท้และหนังกำพร้า ซึ่งเป็นส่วนของเส้นเลือดที่ขยายตัวเวลาเกิด hot flushes

เมื่อเข้าสู่วัยหมดระดู คอลลาเจนของผิวหนังจะลดลงในอัตราที่เร็วขึ้น โดยในระยะต้นอาจมีการสูญเสียคอลลาเจนได้ถึงร้อยละ 30 ใน 5 ปีแรก และมีผลให้ผิวหนังโดยรวมบางลง ทั้งนี้พบว่าปริมาณคอลลาเจนของผิวหนังในบุรุษจะสูงกว่าในสตรี และจะมีการสูญเสียคอลลาเจนอย่างช้าๆ ตามอายุที่มากขึ้นแตกต่างจากสตรีซึ่งมีปริมาณคอลลาเจนต่ำกว่าบุรุษตั้งแต่แรก และมีการสูญเสียในอัตราที่เร็วขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยหมดระดู จึงทำให้ผิวหนังในสตรีสูงอายุจะเสื่อมถอยเร็วกว่าในบุรุษโดยทั่วไป

นอกจากนี้ มีรายงานว่าสตรีอายุ 30-37 ปีที่หมดระดูก่อนกำหนด พบว่ามีการเสื่อมของใย elastin ไปในลักษณะเดียวกับสตรีในช่วงอายุ 50-70 ปี แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ของการขาดเอสโตรเจน และความชราภาพของผิวหนังก่อนวัยดังกล่าว

ในส่วนของเอสโตรเจน นอกจากจะช่วยป้องกันการบางลงของผิวหนัง ยังช่วยเพิ่มปริมาณคอลลาเจน ground substance โดยเฉพาะ hyaluronic acid และปริมาณน้ำในหนังแท้ ทำให้ความหนาของผิวหนังเพิ่มขึ้นได้ ทั้งนี้มีการศึกษาที่พบตัวรับเอสโตรเจนและตัวรับแอนโดรเจนในเซลล์สร้างเส้นใยของหนังแท้ นอกจากนี้ เอสโตรเจนยังช่วยให้เลือดมาหล่อเลี้ยงบริเวณหนังแท้ และหนังกำพร้ามากขึ้น จึงมีผลทางอ้อมต่อการเพิ่มจำนวนเซลล์และผลิตผลของเซลล์ ทำให้ผิวหนังมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตามเอสโตรเจนในขนาดสูงเกินไปกลับทำให้มีการสร้างคอลลาเจนต่ำลง เช่นเดียวกับในกรณีของหนังกำพร้า (นิมิต เดชไกรชนะและกอบจิตต์ ลิมปพยอม, 2543: 22)

การเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อและข้อ

ในสตรีโดยทั่วไป กำลังของกล้ามเนื้อจะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น โดยเฉพาะภายหลังอายุ 50 ปี สาเหตุอาจเกิดจากการลดลงของมวลกล้ามเนื้อ (sarcopenia) และส่วนประกอบของกล้ามเนื้อ ทั้งนี้ Cauley พบว่าการขาดเอสโตรเจนมีความสัมพันธ์กับการถดถอยของกำลังกล้ามเนื้อในสตรีวัยหมดระดู และจากการศึกษาของ Jensen พบว่าการให้ฮอร์โมนทดแทนสามารถเพิ่มมวลกล้ามเนื้อ (muscle mass) ขึ้นได้ สำหรับการศึกษถึงผลของเอสโตรเจนในการป้องกันการถดถอยของกำลังกล้ามเนื้อในสตรีวัยหมดระดู พบทั้งที่ได้ผล และไม่พบการเปลี่ยนแปลงใดๆ นอกจากนี้ยังมีข้อมูลที่แสดงให้เห็นว่ากล้ามเนื้อยังเป็นเนื้อเยื่อสังเคราะห์เอสโตรเจนได้เช่นเดียวกับเนื้อเยื่อไขมัน โดยการเปลี่ยนแอนโดรเจนไปเป็นเอสโตรเจน

ในส่วนข้อก็เช่นกัน ข้อมูลทางระบาดวิทยาพบว่าในสตรีที่อายุเกินกว่า 50 ปี มีโอกาสเกิดโรคข้อกระดูกอักเสบ (osteoarthritis) มากกว่าบุรุษ โดยจะเป็นรุนแรงกว่า และมักเกิดในข้อต่างๆ มากกว่าและจากสถิติของสตรีที่มารับบริการที่คลินิกสตรีวัยหมดระดู ทั้งจากต่างประเทศและในประเทศไทยมีรายงานถึงความชุกของอาการปวดข้อและกล้ามเนื้อสูงถึงกว่าร้อยละ 70 จากการ

ศึกษาวิจัยเพื่อสำรวจถึงความชุกของอาการต่างๆ ในวัยหมดระดู ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เมื่อปี พ.ศ. 2541-2542 พบว่าแนวโน้มของความชุกของอาการปวดข้อและกล้ามเนื้อสูงขึ้น เมื่อเริ่มเข้าสู่วัยหมดระดูโดยจะสูงสุดในปีที่ 1 และ 2 หลังจากนั้นจะเริ่มลดลง จากข้อมูลเท่าที่ปรากฏจะเห็นว่าสตรีที่เข้าสู่วัยหมดระดูมีแนวโน้มจะมีอาการของกล้ามเนื้อและข้อได้มากขึ้น(นิมิต เทชไกรชนะ และกอบจิตต์ ลิมปพยอม, 2543: 22)

การเปลี่ยนแปลงทางตา การได้ยิน และช่องปาก

ปัญหาทางตาที่มีรายงานว่าพบได้บ่อยขึ้นในสตรีวัยหมดระดู คือ อาการตาแห้ง (dry eyes หรือ keratoconjunctivitis sicca) จากการสำรวจสตรีที่มาใช้บริการที่คลินิกวัยหมดระดู โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พบแนวโน้มของอาการตาแห้งสูงขึ้น เมื่อเข้าสู่วัยหมดระดู โดยพบได้สูงสุดร้อยละ 27.3 ในสตรีที่เข้าสู่วัยหมดระดูมาได้ 1 ปี ทั้งนี้ปรากฏรายงานการศึกษาทั้งที่พบว่าทำให้เอสโตรเจนอาจช่วยให้อาการตาแห้งดีขึ้น และไม่เปลี่ยนแปลง

นอกจากนี้ยังมีรายงานถึงการเกิดอาการตาบอดจากโรค age-related macular degeneration (AMD) ข้อมูลเบื้องต้นพบว่าสตรีที่หมดระดูตั้งแต่อายุน้อยมีความเสี่ยงที่จะเกิด AMD มากกว่าสตรีที่หมดระดูเมื่ออายุมาก และมีข้อมูลการศึกษาย้อนหลังชนิด case control พบว่าการให้เอสโตรเจนหรือเอสโตรเจนร่วมกับโปรเจสโตโรน อาจลดความเสี่ยงต่อการเกิด AMD อย่างไรก็ตามคงต้องติดตามผลการศึกษาต่อไป

ในส่วนของหูและการได้ยิน พบว่าการกร่อนของกระดูกหูชั้นในรูปหอยโข่ง (cochlea) อาจทำให้การได้ยินลดลง ทั้งนี้มีการศึกษาในสตรีวัยหมดระดูอายุระหว่าง 60-85 ปี พบว่าสตรีที่มีความหนาแน่นของกระดูกต้นขาส่วน femoral neck บาง จะมีความเสี่ยงต่อการสูญเสียการได้ยิน (hearing loss) สูงขึ้น

ในส่วนของช่องปาก มีการศึกษาที่พบความสัมพันธ์ของการเกิดโรคกระดูกพรุนและการสูญเสียกระดูกเบ้าฟัน (alveolar bone loss) ซึ่งเป็นสาเหตุให้ฟันหลุดได้ง่าย นอกจากนี้ยังมีรายงานถึงอาการทางช่องปากที่พบมากขึ้นในสตรีวัยหมดระดู ซึ่งพบว่า การให้เอสโตรเจนช่วยบรรเทาอาการต่างๆ เหล่านี้ได้แก่ ปวดแสบปวดร้อน ปากแห้ง รุ้สึกรสไม่ดี เหงือกอักเสบ หรือเลือดออก ทั้งนี้เชื่อว่าเยื่อเมือกช่องปาก (oral mucosa) น่าจะมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อม เช่นเดียวกับเยื่อเมือกช่องคลอด (vaginal mucosa) ในส่วนของเสียง มีรายงานว่าสตรีที่เริ่มเข้าสู่วัยหมดระดู อาจมีการเปลี่ยนแปลงของเสียงไปในลักษณะของบุรุษ (androgenic changes) มากขึ้น (นิมิต เทชไกรชนะและกอบจิตต์ ลิมปพยอม, 2543: 23)

จะเห็นได้ว่ามีรายงานถึงอาการต่างๆ มากมายที่เกิดขึ้นในสตรีวัยหมดระดู และเชื่อว่าอาจมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกาย (ดังตารางที่ 2.2)

ตารางที่ 2.2 อาการที่พบได้ในวัยหมดระดู (นิमित เศษไกรชนะและกอบจิตต์ ลิ้มปพยอม, 2543:14)

อาการร้อนวูบวาบ (hot flushes)	ขาดสมาธิ (difficulty concentrating)
เหงื่อออกมาก (sweat)	รู้สึกตัวเองไร้ค่า (feelings of unworthiness)
หงุดหงิดง่าย (irritability)	เหนื่อย เพลีย (tiredness)
ซึมเศร้า (depression)	ปวดข้อ และกล้ามเนื้อ (muscle/joint pain)
กลัวที่จะอยู่คนเดียวในที่สาธารณะ (fear of being alone in public)	หมดความต้องการทางเพศ (loss of libido)
ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง (loss of self confidence)	นอนไม่หลับ (insomnia)
รู้สึกตึงเครียด (feeling tense)	กลั้นปัสสาวะไม่ได้ (urinary incontinence)
รู้สึกเหมือนขาดพลังงาน (loss of energy)	ปัสสาวะเล็ด (loss of urine)
รู้สึกเบื่อบนทำงานไม่ได้ (disruption)	ปัสสาวะบ่อย (frequency)
เวียนศีรษะ (dizziness)	ปวดแสบปวดร้อน หรือถ่ายปัสสาวะลำบาก (burning micturition or dysuria)
แน่นหน้าอก (chest pressure)	ช่องคลอดแห้ง (vaginal dryness)
หายใจไม่ทั่วท้อง (shortness of breath)	คันบริเวณอวัยวะเพศ (genital itching)
ใจสั่น (palpitation)	ตกขาว (vaginal discharge)
ปวดศีรษะ (headache)	รู้สึกเจ็บเวลามีเพศสัมพันธ์ (dyspareunia)
หลงลืมง่าย (forgetfulness)	รู้สึกชาบริเวณต่างๆ (numbness)
ตัดสินใจลำบาก (difficulty making decision)	รู้สึกเหมือนเข็มตำ (pains and needles)
กังวล (anxiety)	ตาแห้ง (dry eyes)
	ผิวแห้ง (dry skin)

การเข้าสู่วัยหมดระดูเป็นการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามธรรมชาติ เนื่องจากรังไข่สูญเสียฟลอลิดีเคิลและหมดความสามารถในการเจริญพันธุ์ สตรีจะมีการเสื่อมถอยของร่างกายตามอายุที่มากขึ้นและจากการขาดเอสโตรเจน อย่างไรก็ตามอัตราการเสื่อมถอย และความรุนแรงของการเปลี่ยนแปลงจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ส่วนใหญ่จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไป สำหรับสตรีที่มีการเสื่อมถอยของสุขภาพที่รวดเร็วและรุนแรง อาจมีผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต และมีผลกระทบทางอ้อมต่อครอบครัว สังคม การงาน ซึ่งหลายรายต้องการการดูแลรักษาต่อไป

2. กระบวนการตอบสนองทางเพศ (Sexual Response) ของมาสเตอร์และจอห์นสัน (Master and Johnson) และเคปแลน (Kaplan's Triphasic Model)

เมื่อมนุษย์มีความต้องการทางเพศ หรือถูกกระตุ้นทางเพศ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงในสรีรวิทยาของร่างกาย เพื่อให้พร้อมที่จะร่วมเพศได้ ซึ่งเรียกว่าการตอบสนองทางเพศ การตอบสนองทางเพศนี้เกิดขึ้นตามธรรมชาติ และเป็นไปโดยอัตโนมัติ จะเกิดขึ้นเป็นขั้นๆ และจบลงด้วยความสุขสุดยอดทางเพศ โดยทั่วไปลักษณะของการตอบสนองทางเพศจะคล้ายกันทั้งในผู้ชายและผู้หญิง แต่อย่างไรก็ดีลักษณะและระยะเวลาของการตอบสนองทางเพศในแต่ละคนอาจแตกต่างกันไป ขึ้นกับวัย ประสบการณ์ การฝึกฝนจนเป็นนิสัย สภาพของอารมณ์และจิตใจ สิ่งแวดล้อม ตลอดจนสุขภาพของร่างกาย และผลจากยาหรือสารบางอย่าง

ความต้องการทางเพศพื้นฐานของคนเราขึ้นกับฮอร์โมนเพศ ในวัยรุ่นหรือวัยหนุ่มสาว ซึ่งฮอร์โมนเพศกำลังสมบูรณ์จะมีความต้องการทางเพศสูง ในระยะกลางๆ ของรอบเดือน หรือในระยะที่กำลังมีประจำเดือนแต่ละเดือน ผู้หญิงก็มีความต้องการทางเพศมากกว่าระยะอื่น นอกจากฮอร์โมนเพศแล้ว ปัจจัยอื่นยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับความต้องการทางเพศ เช่น สภาพของอารมณ์และจิตใจ คือ ถ้าเหนื่อย กลุ้มใจ วิตกกังวล หรือเศร้า จะไม่มีความต้องการ หรือความสนใจทางเพศ ตรงกันข้ามถ้าจิตใจสบาย ผ่อนคลาย จะมีความสนใจทางเพศดี ยิ่งกว่านั้นสิ่งแวดล้อมก็มีอิทธิพลต่ออารมณ์เพศ เช่น เมื่อเปลี่ยนสถานที่หรือเมื่อไปงานฉลอง ความต้องการทางเพศของคนเราจะดีขึ้น หรือเมื่อได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้า เช่น การเห็นภาพ ได้ยินเสียง ได้รับกลิ่นหรือได้สัมผัส ตลอดจนคิดถึงสิ่งๆ ที่กระตุ้นอารมณ์เพศก็จะทำให้เกิดการตื่นตัวทางเพศได้

คนที่ต้องการให้ตนมีการตอบสนองทางเพศดีหรือมีความสุขทางเพศมากขึ้น จะต้องเรียนรู้ไปเรื่อยๆ และพยายามปรับปรุงตนเอง การพูดคุยกันอย่างเปิดเผยถึงความรู้สึกทางเพศของตนกับคู่ร่วมเพศ จะทำให้สามารถเรียนรู้และปรับตัวให้เข้ากันได้ง่ายในเรื่องเพศ อย่างไรก็ตามคนส่วนใหญ่มักเข้าใจว่า การตอบสนองทางเพศของตนจะดีขึ้นได้เองโดยไม่ต้องทำอะไร ซึ่งเข้าใจผิด

ในสมัยก่อน สังคมส่วนใหญ่มักถือว่าเรื่องเพศเป็นสิ่งที่ควรปกปิด ฉะนั้นจะไม่มีใครพูดถึงเรื่องนี้อย่างเปิดเผย ความรู้เรื่องเพศยังไม่เป็นที่ยอมรับว่าเป็นวิชาการแขนงหนึ่งที่น่าศึกษา ทั้งที่สิ่งนี้เป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ เพิ่งจะในระยะ 30 ปีนี้เองที่เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับทัศนคติในเรื่องเพศ ทำให้เกิดการศึกษารื่องนี้อย่างกว้างขวาง มาสเตอร์และจอห์นสัน ซึ่งเป็นสูตินรีแพทย์และนักสังคมสงเคราะห์ชาวสหรัฐฯ ได้ศึกษาการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ต่อการกระตุ้นอารมณ์เพศของมนุษย์อย่างละเอียดลออในชายและหญิง กว่า 600 คน ที่มีอายุระหว่าง 18-89 ปี และในการทดลองมากกว่า 2,500 ครั้ง ทำให้เราเข้าใจเรื่องการตอบสนองทางเพศ ตลอดจนวิธีป้องกัน และรักษาความบกพร่องทางเพศดีขึ้นมากในปัจจุบัน (เอนก อารีพรค, 2548: 4-5)

การตอบสนองทางเพศของมาสเตอร์และจอห์นสัน (Master and Johnson)

เมื่อมีความต้องการทางเพศหรือถูกกระตุ้นทางเพศ จะเกิดขบวนการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย 2 ประการ (สุวิทนา อารีพรอค, 2550: 209-210) คือ

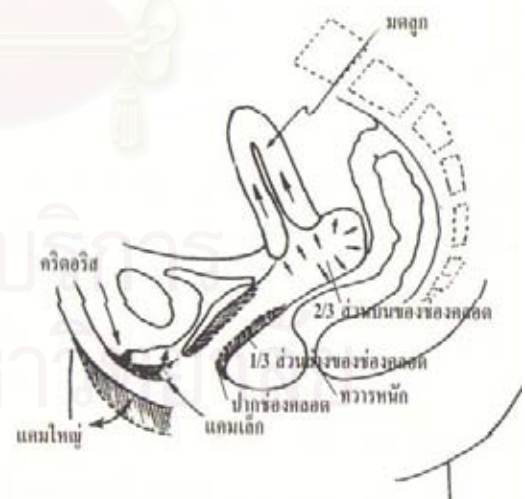
1. เกิดการคั่งของโลหิตดำทั่วร่างกาย โดยเฉพาะอวัยวะเพศ และ
2. เกิดการบีบรัดตัวเป็นจังหวะของกล้ามเนื้อที่อวัยวะเพศและกล้ามเนื้อใกล้เคียง

ขบวนการทั้งสองนี้ถูกควบคุมโดยระบบประสาทอัตโนมัติ แต่เพื่อให้เข้าใจง่ายและการเข้าใจ และมองเห็นการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ชัดเจน จะได้แบ่งการตอบสนองทางเพศออกเป็น 4 ระยะ ตามวิธีของมาสเตอร์และจอห์นสัน ดังนี้

1. **ระยะตื่นตัวทางเพศ (excitement phase)** เป็นระยะที่เริ่มเกิดความรู้สึกทางเพศ ร่างกายทั่วไปจะเกิดความเครียด เห็นได้จากการคั่งของ โลหิตดำ และการตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง มีการหายใจหนักถี่ และความดันโลหิตเพิ่มขึ้น สำหรับผู้หญิง ภายใน 30 วินาทีของการกระตุ้น ทางเพศ น้ำหล่อลื่นจะปรากฏขึ้นตามผนังช่องคลอด เป็นเม็ดๆ คล้ายเหงื่อ ทำให้ช่องคลอดชื้นและไม่ฝืด คลิตอริสจะขยายตัวใหญ่และตั้งขึ้นเพราะมีการคั่ง ของโลหิตดำ แคมเล็กและแคมใหญ่จะบวมและ ขยายตัวออกไปข้างๆ ช่องคลอดจะขยายตัวพร้อม กับมดลูกยกสูงขึ้น ทำให้ 2 ใน 3 ส่วนบนของช่องคลอดเป็นโพรง หัวนมจะตั้งและขยายตัวพร้อมกับเต้านม ผิวหนังจะเป็นผื่นแดงที่บริเวณหน้าอก และคออยู่ กระจายไปทั่วร่างกาย ความรวดเร็วและปริมาณของการเปลี่ยนแปลงขึ้นกับแต่ละบุคคล และวิธีกระตุ้นทางเพศนี้ กินเวลาดังแต่หลายนาทีจนถึงชั่วโมง



ลักษณะของอวัยวะเพศและระบบสืบพันธุ์ของหญิง
ขณะปกติ



ลักษณะของอวัยวะเพศและระบบสืบพันธุ์ของหญิง
ขณะมีอารมณ์เพศ

รูปที่ 2.2 ลักษณะของอวัยวะเพศและระบบสืบพันธุ์ของหญิงขณะปกติและขณะมีอารมณ์เพศ

(สุวิทนา อารีพรอค, 2550: 210-211)

2. **ระยะพลาโท** (plateau phase) เป็นระยะที่การตื่นตัวทางเพศอยู่ในระดับสูง จนใกล้จะถึงจุดสุดยอด การคั่งของโลหิตดำจะถึงขีดสุด กล้ามเนื้อจะเกร็งมาก และบางคนจะกัด ไหล่ของคู่ร่วมเพศ

ผู้หญิง ผิวหนังจะเป็นจุดแดงๆ เพราะมีการคั่งของโลหิตดำทั่วไป การคั่งของโลหิตที่อวัยวะเพศจะมากที่สุด แคมใหญ่จะบวมและเปลี่ยนสีตั้งแต่สีแดง จนถึงสีม่วงแดง คลิตอริสจะยกตัวสูงขึ้น ห่างออกไปจากปากช่องคลอด 1 ใน 3 ส่วนล่างของปากช่องคลอดจะหนาและแคบลง ประมาณครึ่งหนึ่งของขนาดเดิม จึงช่วยรัดองคชาตไว้ เป็นการกระตุ้นฝ่ายชายให้มีความรู้สึกมากขึ้น และมดลูกถูกยกสูงขึ้นไปจากฐานของเชิงกราน ระยะนี้กินเวลาประมาณ 30 วินาทีถึง 3 นาที



ห้วงมขณะปกติ



ห้วงมขณะมีการตื่นตัวทางเพศ



คลิตอริสขณะปกติ



คลิตอริสขณะมีการตื่นตัวทางเพศ

รูปที่ 2.3 ลักษณะห้วงมและคลิตอริสขณะปกติและขณะตื่นตัวทางเพศ

(สุวิทนา อารีพรอค, 2550: 209)

3. **ระยะสุขสุดยอดทางเพศ** (orgasmic phase) เป็นระยะที่มีความสุขมากที่สุดชีพจรจะเต้นเร็วขึ้นเป็น 110-180 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจเร็วขึ้นถึง 40 ครั้งต่อนาที และความดันโลหิตก็สูงขึ้น

สำหรับผู้หญิง จะมีการบีบรัดตัวของช่องคลอดและกล้ามเนื้ออึ้นเย็บ (perineal muscles) เป็นระยะๆ ห่างกันครั้งละประมาณ 0.8 วินาทีเช่นกัน การรัดตัวมีตั้งแต่ 3-12 ครั้ง แล้วก็จะหยุดไป ระยะนี้กินเวลาประมาณ 3 ถึง 15 วินาที

4. **ระยะกลับคืน** (resolution phase) เป็นระยะสุดท้ายของการตอบสนองทางเพศ การเปลี่ยนแปลงของร่างกายโดยทั่วไป และที่อวัยวะเพศจะกลับสู่ปกติ เลือดจะไหลออกไปจากอวัยวะเพศ และการคั่งของโลหิตดำก็จะลดลง

สำหรับผู้หญิง คลิตอริสจะกลับมาอยู่ในสภาพเดิมภายในเวลา 5-10 วินาที ช่องคลอดจะคลายตัว ปากมดลูกจะอ้าออก ในระยะ 20-30 นาทีหลังจากมีความสุขสุดยอด มดลูกจะกลับมาอยู่ในท่าปกติ ปากมดลูกเลื่อนต่ำลง สีของแคมใหญ่จะกลับมาเป็นสีแดงเพราะการคั่งของโลหิตต่ำลดลง ระยะนี้กินเวลาตั้งแต่ 10 นาทีจนถึงเป็นวันๆ (สุวัทนา อารีพรพรค, 2550: 210) ในหญิงหากมีการกระตุ้นที่ดี ก็จะกลับไปสู่ระยะความสุขสุดยอดได้อีกหลายครั้งโดยไม่ต้องมีระยะพักฟื้น

การตอบสนองต่อการกระตุ้นทางเพศเร็วหรือช้า แตกต่างกันในหญิงหรือชาย ในหญิงระยะพลาโทจะยาวกว่าของในชาย แต่จะมีระยะสุขสุดยอดทางเพศติดต่อกัน โดยไม่ต้องมีระยะพักฟื้น นอกจากนี้การตอบสนองทางเพศยังขึ้นอยู่กับวิธีการกระตุ้นทางเพศ และประสบการณ์ทางเพศที่เคยได้รับ จุดที่ไวต่อการกระตุ้นทางเพศของหญิง คือ คลิตอริส ส่วนของผู้ชายคือปลายองคชาตและด้านหลังองคชาตตลอดลำ นอกจากนี้อีกจุดที่ไวต่อการกระตุ้นทางเพศของทั้งหญิงและชายก็คือ ทวารต่างๆ เช่น ปาก หลังใบหู หัวนม รอบสะดือ ผู้ชายนั้นเพียงเห็นภาพที่ให้ความรู้สึกก็จะมีปฏิกิริยาได้โดยเร็ว ส่วนผู้หญิงบางคนต้องมีการกระตุ้นใช้โคมปฏิโลม จึงจะมีความรู้สึกถึงจุดกระสันได้ จากการศึกษาของคินเซย์ (Kinsey) และมาสเตอร์และจอห์นสัน (Master and Johnson) พบว่า ผู้หญิงบางคนถึงจุดกระสันได้โดยการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง (masturbation) หรือการกระตุ้นคลิตอริสมากกว่าการร่วมเพศโดยตรง

ความต้องการทางเพศของผู้หญิงทั่วไปจะมีมากไปจนถึงอายุ 30 ปีว่า หลังจากนั้นแล้ว โดยเฉพาะเริ่มวัยหมดประจำเดือนความรู้สึกทางเพศจะเริ่มลดลงเรื่อยๆ ในหญิงวัยหมดประจำเดือนการหล่อลื่นในช่องคลอดจะน้อยลง ในบางคนอาจมีความจำเป็นต้องใช้ครีมช่วยหล่อลื่นระหว่างการร่วมเพศ นอกจากนี้ สังคมและวัฒนธรรมยังมีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ทางเพศของผู้หญิงอีกด้วย (นงลักษณ์ เอมประดิษฐ์และคณะ, 2546: 79)



ลักษณะการตอบสนองทางเพศของผู้หญิง

ลักษณะการตอบสนองทางเพศของผู้ชาย

รูปที่ 2.4 การตอบสนองทางเพศหญิงและชายของมาสเตอร์และจอห์นสัน

(สุวัทนา อารีพรพรค, 2550: 214)

แม้ว่าการตอบสนองทางเพศของชายและหญิงจะประกอบด้วย 4 ระยะเหมือนกัน แต่ลักษณะและความรุนแรงของการตอบสนองทางเพศจะแตกต่างกันออกไป ผู้ชายส่วนใหญ่ลักษณะและความรุนแรงของการตอบสนองทางเพศเกิดคล้ายๆ กัน จะผิดกันก็ตรงที่ระยะเวลา เช่น บางคนระยะตื่นตัวทางเพศและระยะพลาโตสั้น ทำให้หลังน้ำกามเร็ว แต่บางคน 2 ระยะนี้ก็ยาวโดยทั่วไปก็ประมาณ 3-4 นาที และคนที่หลังน้ำกามได้จะมีความสุขทางเพศเหมือนๆ กัน ยกเว้นกรณีที่มีการหลังน้ำกามหลายครั้งในระยะเวลาใกล้ๆ กัน ความสุขสุดยอดจากการร่วมเพศครั้งหลังๆ อาจไม่เท่าครั้งแรก จึงมีผู้ตั้งข้อสังเกตว่า ความรุนแรงของความสุขสุดยอดทางเพศอาจมีความสัมพันธ์ กับจำนวนน้ำอสุจิที่หลังออกมาก็ได้

สำหรับผู้หญิงแต่ละคน ความรุนแรงของความสุขสุดยอดแตกต่างกันมาก บางคนอาจรู้สึกอย่างกับแผ่นดินไหว ในขณะที่บางคนรู้สึกเพียงชู้ชาเท่านั้น นอกจากความรุนแรงแล้ว ระยะเวลาและลักษณะของความสุขสุดยอดของผู้หญิงแต่ละคนยังแตกต่างกันด้วย บางคนการตอบสนองทางเพศ เกิดขึ้นรวดเร็ว ใช้เวลาไม่นานก็ถึงระยะที่มีความสุขสุดยอด และก็จะลดลงอย่างรวดเร็วเช่นกัน บางคนความรู้สึกทางเพศค่อยๆ เพิ่มขึ้นจนถึงระยะพลาโตก็หยุดไม่ดำเนินต่อไปถึงขั้นมีความสุขสุดยอด คงอยู่ระดับนั้นสักพักแล้วจึงค่อยๆ ลดลงช้าๆ แต่บางคนเมื่ออารมณ์เพศขึ้นไปถึงระดับพลาโต และระยะที่มีความสุขสุดยอดแล้วจะลดลงมาระดับหนึ่งซึ่งไม่ถึงระดับปกติ และกลับขึ้นไปสู่ระยะที่มีความสุขสุดยอดใหม่อีกหลายครั้ง

ผู้ชายทั่วไปจะมีความต้องการและสมรรถภาพทางเพศสูงในวัยรุ่น บางคนความต้องการอาจสูงถึง 4-8 ครั้งใน 1 วัน และสามารถร่วมเพศได้เกือบจะติดต่อกันวันละหลายๆ ครั้ง แต่พอเริ่มเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ ความต้องการ และความสามารถทางเพศจะค่อยๆ ลดลง ตรงกันข้ามกับผู้หญิงที่ความต้องการ และการตอบสนองทางเพศกลับดีขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น โดยเฉพาะระหว่างปลายอายุ 30 ถึงต้นอายุ 40 ปี ทั้งนี้เพราะการตอบสนองทางเพศของผู้หญิงขึ้นกับประสบการณ์และความมั่นใจในชีวิตสมรส มากกว่าความสมบูรณ์ของร่างกายเช่นผู้ชาย ยิ่งกว่านั้นความสามารถในการหลังน้ำกามของผู้ชาย ยังลดลงตามอายุด้วย ในชายสูงอายุองคชาติอาจแข็งตัวได้แต่ไม่สามารถหลังน้ำกาม ซึ่งผิดกับผู้หญิง ที่สามารถมีความสุขสุดยอดได้จนถึงแก่เฒ่า อย่างไรก็ตามเมื่ออายุมากขึ้นๆ แรงกระตุ้นทางเพศ และความสมบูรณ์หรือความรุนแรงของการตอบสนองทางเพศจะลดลงเหมือนๆ กันทั้งสองเพศ (นเรศร สุขเจริญ, 2548: 32-33)

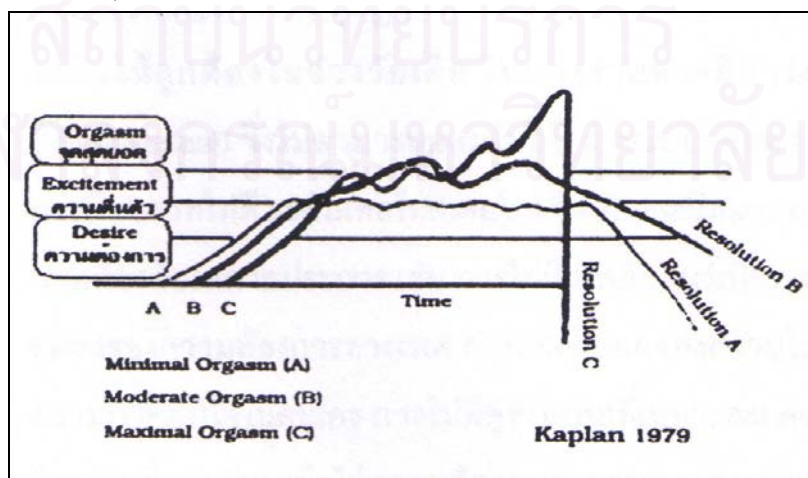
การตอบสนองทางเพศของเคปเลน (Kaplan's Triphasic Model)

ปี ค.ศ.1979 เฮเลน ซิงเกอร์ เคปเลน (Helen Singer Kaplan) นักจิตวิทยาผู้ทำการบำบัดด้านเพศ ตลอดระยะเวลา 10 ปี ที่ผ่านมาเธอได้เก็บเกี่ยวประสบการณ์การรักษ่าปัญหาความผิดปกติทางเพศ เช่น การไม่มีความสุขทางเพศ อวัยวะเพศไม่แข็งตัว ไม่สามารถหลั่งน้ำอสุจิ เป็นต้น จนพัฒนาและสร้างรูปแบบของการตอบสนองทางเพศ ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับของมาสเตอร์และจอร์นสัน เคปเลนแบ่งระดับของรูปแบบการตอบสนองทางเพศเป็น 3 ระดับ คือ

1. **ความต้องการทางเพศ (Sexual Desire)** เป็นส่วนประกอบที่สำคัญมากทางจิตวิทยาของการตอบสนองทางเพศ สิ่งหนึ่งที่เป็นตัวชี้ให้เห็นก็คือประสบการณ์ของการกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ ซึ่งการเกิดความต้องการนี้ จะมีสิ่งกระตุ้นที่เข้ามา เช่น การได้เห็น การสบตา ได้ยินเสียง ได้กลิ่นหอมที่ใช่ สิ่งเหล่านี้อาจเกิดโดยรู้ตัวหรือไม่รู้ตัว ในระยะที่ร่างกายอาจจะยังไม่มีการตื่นตัวตอบสนอง มีแต่ความต้องการเข้าหาใกล้ชิดซึ่งกันและกัน (ไพลิน ศรีสุขโข, 2547: 30)

2. **ระยะตื่นตัวทางเพศ (Excitement Phase)** เป็นระยะที่เคปเลนได้เน้นถึงสภาพทางร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลง รวมถึงการคั่งของระบบเลือด (Vasocongestion) และความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ในส่วนของเคปเลนนี้ไม่กล่าวถึงระยะพลาโต (Plateau Phase) ของมาสเตอร์และจอร์นสันเพราะไม่สามารถอธิบายได้กระจ่างถึงความแตกต่างของการเพิ่มขึ้นของระยะตื่นตัว (สุวิทนา อารีพรอค, 2544)

3. **ระยะจุดสุดยอด (Orgasm Phase)** เป็นระยะที่ถึงขั้นสุดของความเครียดทางจิตใจ และร่างกายที่เกิดจากการกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ กล้ามเนื้อที่เครียดเกร็งจะผ่อนคลายลง จะมีการลดการคั่งของระบบเลือด (Vasocongestion) และลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Gary F. Kelly, 1988) ในผู้ชายมีการหลั่งน้ำอสุจิออกมา และมีการหลั่งสาร endorphin ทำให้เกิดความสุขอย่างมาก (ไพลิน ศรีสุขโข, 2547: 32)



รูปที่ 2.5 การตอบสนองทางเพศของเคปเลน (อ้างถึงในจิตราภรณ์ บุญถนอม, 2547: 13)

ความสุขสุดยอดทางเพศของผู้หญิง

ความสุขสุดยอดทางเพศของผู้หญิงเป็นเรื่องซับซ้อนและยังถกเถียงกันมากว่าเป็นอะไร และเป็นอย่างไร แต่อาจอธิบายง่ายๆ ว่า เป็นการตอบสนองทางเพศที่สูงสุดต่อการกระตุ้นทางเพศ และเป็นประสบการณ์ส่วนตัว ของแต่ละคน ผู้หญิงแต่ละคนต้องการสิ่งกระตุ้นต่างกัน ระยะเวลาที่ใช้กระตุ้นเพศเพื่อให้ถึงจุดสุดยอดก็ต่างกัน รวมทั้งสภาวะทางอารมณ์และจิตใจก็มีผลต่อความสุขสุดยอดทางเพศโดยทั่วไปความสุขสุดยอดทางเพศจะเพิ่มขึ้น ถ้ามีการทดลองเปลี่ยนท่าร่วมเพศ ยืดเวลาการเล้าโลมให้ยาวนานขึ้น ร่วมเพศในสถานที่ที่สบาย และอารมณ์ของผู้หญิงไม่ตึงเครียด วิตกกังวลหรือเศร้า นอกจากนี้ในระยะเวลาต่างๆของรอบเดือน ความสุขสุดยอดของผู้หญิงมักจะรุนแรง

ความสุขสุดยอดจากการร่วมเพศเกิดจากการถูหรือเสียดสีที่ช่องคลอดและที่คลิตอริส การเสียดสีที่ช่องคลอดเกิดขึ้นเมื่อมีการสอดใส่องคชาติเข้าไปในช่องคลอด และเมื่อขยับองคชาติเข้าๆ ออกๆ ส่วนการเสียดสีที่คลิตอริสเกิดจากการใช้มือถูโดยตรง หรือจากการเคลื่อนไหวของหนังหุ้มคลิตอริส ขณะขยับองคชาติในช่องคลอด

ผู้ชายบางคนมีความเชื่อว่าการร่วมเพศที่ดีจะต้องให้ผู้หญิงมีความสุขสุดยอดพร้อมๆ กับตน ซึ่งเป็นเรื่องลำบากและเป็นการตั้งเป้าหมายของการร่วมเพศสูงเกินไป ผู้ชายบางคนคิดว่า การที่ตนไม่สามารถทำให้ฝ่ายหญิงบรรลุความสุขสุดยอดได้พร้อมๆ กับตน แสดงว่าตนไม่มีความสามารถทางเพศ ซึ่งการคิดเช่นนี้จะทำให้เขาวิตกและตึงเครียดเพราะกลัวว่าจะทำไม่ได้ แต่อย่างไรก็ตามมีวิธี ที่อาจช่วยให้ระยะที่มีความสุขสุดยอดของคนทั้งคู่มาอยู่ในเวลาใกล้เคียงกัน เช่น การจัดระยะเวลาเล้าโลมทางเพศให้พอเหมาะ การใช้มือกระตุ้นคลิตอริสขณะร่วมเพศ หรือใช้ท่าร่วมเพศบางท่าช่วย เช่น ท่าที่ทำให้ผู้หญิงมีความรู้สึกมากขึ้น หรือท่าที่ทำให้ผู้ชายหลั่งน้ำกามช้าลง ผู้ชายบางคนก็หวังว่าการร่วมเพศทุกครั้งต้องทำให้ฝ่ายหญิงมีความสุขสุดยอด หรือหญิงบางคนก็หวังว่า ตนจะต้องมีความสุขสุดยอดทุกครั้งที่ยร่วมเพศ ซึ่งตามความจริงแล้วเป็นไปได้ยาก เพราะผู้หญิงส่วนใหญ่ถึงจุดสุดยอดช้ากว่าผู้ชาย และความสุขจากการร่วมเพศก็ไม่ได้เกิดจากการบรรลุความสุขสุดยอดเสมอไป การร่วมเพศโดยไม่บรรลุความสุขสุดยอดยังเป็นความสุขของผู้หญิงหลายคน เพราะการร่วมเพศทำให้เธอเกิดความรู้สึกว่าเธอเป็นที่ต้องการของสามีหรือคู่ร่วมเพศ การที่ชายและหญิงตั้งความหวังไว้มากเช่นนี้จะยิ่งทำให้เกิดปัญหาในการตอบสนองทางเพศ (นเรศร สุขเจริญ, 2548:32-33)

จะเห็นได้ว่า ความสุขสุดยอดในผู้หญิงนั้น เป็นไปได้ยากกว่าผู้ชาย แต่การร่วมเพศโดยไม่บรรลุจุดสุดยอดก็ยังคงเป็นความพึงพอใจ และเป็นความสุขของผู้หญิงอีกหลายคน เพราะทำให้เขารู้สึกว่ายังเป็นที่ยรักและเป็นที่ต้องการของคุณอนงค์ของตนเอง

ลักษณะของอารมณ์เพศและการตอบสนองทางเพศ

อายุมีอิทธิพลต่อชีวิตทางเพศของชาย และหญิง แตกต่างกัน คินเซย์ กับมาสเตอร์ และ จอร์สัน มีความเห็นตรงกันว่า การตอบสนองทางเพศ และความสามารถทางเพศของผู้ชาย จะสูงสุดในอายุ 17-18 ปี หลังจากนั้นจะค่อยๆ ลดลงไปเรื่อยๆ ส่วนผู้หญิง ระยะเวลาที่มีการตอบสนองทางเพศดีที่สุดจะอยู่ระหว่างปลายอายุ 30 ปี ถึงต้นอายุ 40 ปี แล้วจะค่อยๆ ลดลงแต่ช้ากว่าผู้ชาย ซึ่งการศึกษาของมาสเตอร์และจอร์สันพบว่า ความสุขสุดยอดของผู้ชายเมื่ออายุมากขึ้น จะมีระยะพักฟื้นยาวนานขึ้น และความแรงของการหลั่งน้ำกามก็จะลดลง แต่ความสามารถของการแข็งตัวของอวัยวะสืบพันธุ์ จะไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลงมาก อย่างไรก็ตามแม้อายุมากขึ้น ผู้ชายจะไม่สามารถบรรลุ orgasm ได้ง่ายเหมือนเมื่ออายุน้อย แต่ความสุขที่ได้รับก็จะไม่ลดลงมากนัก สำหรับผู้หญิงนั้น อายุไม่มีอิทธิพลเท่าไรนัก จึงอาจมีความสุขสุดยอดหลายๆ ครั้งติดต่อกันได้ตลอดชีวิต และหลังจาก orgasm แล้ว ก็ไม่ต้องมีระยะพักฟื้น ดังตารางที่ 2.3 (นเรศ สุขเจริญ, 2548:40-43)

ตารางที่ 2.3 ลักษณะของอารมณ์เพศและการตอบสนองทางเพศของผู้หญิง

ลักษณะ	การตอบสนอง
● ความต้องการทางเพศ	ค่อยๆ ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น
● การตอบสนองทางเพศ	จะสูงสุดในปลายอายุ 30 ปี ถึงต้นอายุ 40 ปี และยังคงอยู่ ถ้ามีโอกาสที่จะร่วมเพศต่อไป ในวัย 50 ปี ถ้ามีโอกาสร่วมเพศ การตอบสนองทางเพศก็จะลดลงอย่างรวดเร็ว
- น้ำหล่อลื่นในช่องคลอด	จะน้อยลงเมื่ออายุมากขึ้น
- ความสุขสุดยอดทางเพศ	สามารถมีได้จนถึงวัยชรา ในปลายอายุ 30 ปี ถึงต้นอายุ 40 ปี ผู้หญิงจะมีความสุขสุดยอดได้ง่าย และรุนแรงกว่าวัยอื่น
- การรัดตัวของกล้ามเนื้อขณะมีความสุขสุดยอด	จำนวนครั้งและความแรงจะลดน้อยลง จาก 5-6 ครั้งเมื่ออายุ 30 ปี เป็น 1-3 ครั้ง เมื่ออายุ 70 ปี

3. ภาวะบกพร่องทางเพศ (Sexual Dysfunction) และปัญหาด้านเพศ (Sexual Difficulties)

ภาวะบกพร่องทางเพศและปัญหาทางเพศไม่ได้มีเพียงเฉพาะในคนวัยรุ่นหรือหนุ่มสาว แต่มีได้ในคนทุกเพศทุกวัย ในรูปแบบที่แตกต่างกันออกไป และมีปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดความบกพร่องและปัญหาดังกล่าวอีกมากมายประกอบกัน ซึ่งเมื่อทราบสาเหตุที่ก่อให้เกิดปัญหา ก็จะสามารถปรับปรุงข้อบกพร่องดังกล่าวได้

ภาวะบกพร่องทางเพศ (Sexual Dysfunction)

ความบกพร่องทางเพศ หมายถึง การที่สภาวะร่างกายและจิตใจไม่สามารถตอบสนองต่อการกระตุ้นทางเพศได้ตามปกติ ทำให้เกิดปัญหาในการร่วมเพศหรือการมีความสุขทางเพศ (ไพรวรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2534: 269)

ปัจจัยที่มีผลให้เกิดความบกพร่องอาจประกอบไปด้วยหนึ่งอย่างหรือหลายๆ อย่าง ดังนี้

1. ปัญหาทางร่างกาย (biological problem)
2. ความขัดแย้งในจิตใจได้สำนึก (intrapsychic conflicts)
3. ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal difficulties)
4. ความเครียดต่างๆ (stress of any kind)
5. ปัญหาทางอารมณ์ (emotional disorder)
6. ไม่มีความรู้เรื่องเพศศึกษา (lack of sexual knowledge)

การจำแนกปัญหาทางเพศ (Classification)

การกำหนดระยะการตอบสนองทางเพศที่นิยมใช้กันแพร่หลายที่สุด คือ การกำหนดของ Master & Johnson ซึ่งประกอบไปด้วย 4 ระยะดังนี้ (William H. Master, Virginia E. Johnson and Robert C. Kolony, 1985; รัชนี นพเกตุ, 2542)

1. Excitement phase (ระยะกระตุ้น)
2. Plateau phase (ระยะเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย)
3. Orgasm phase (ระยะถึงจุดสุดยอด)
4. Resolution phase (ระยะกลับสู่ภาวะปกติ)

วิธีการกำหนดระยะการตอบสนองทางเพศที่นิยมใช้กันแพร่หลายที่สุดคือ วิธีของมาสเตอร์และจอห์นสัน(Master & Johnson) ซึ่งในปัจจุบัน Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) ได้ดัดแปลงการกำหนดระยะการตอบสนองทางเพศไปเล็กน้อย (สเปญ อุ๋นอหงค์, 2545:209-10) ดังนี้

ตารางที่ 2.4 การจำแนกปัญหาทางเพศตามระบบของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)

Appetitive phase	<ul style="list-style-type: none">- Hypoactive sexual desire disorder- Sexual aversion disorder- Hypoactive sexual desire disorder due to a general medical condition- Substance-induced sexual dysfunction with impaired desire
Excitement phase	<ul style="list-style-type: none">- Female sexual arousal disorder- Male erectile disorder- Vaginismus- Male erectile disorder due to a general medical condition- Dyspareunia due to a general medical condition- Substance-induced sexual dysfunction with impaired arousal
Orgasmic phase	<ul style="list-style-type: none">- Female orgasmic disorder- Male orgasmic disorder- Premature ejaculation- Orgasmic anhedonia- Other sexual dysfunction due to a general medical condition- Substance-induced sexual dysfunction with impaired orgasm
Resolution	<ul style="list-style-type: none">- Postcoital dysphoria- Postcoital headache

ลักษณะอาการทางคลินิก (สเปญญ์ อนุอนงค์, 2545: 210-2)

1. ความผิดปกติในความต้องการทางเพศ (Appetitive Phase)

- ภาวะความต้องการทางเพศน้อยเกินไป (hypoactive sexual desire disorder) เป็นภาวะที่พบได้ทั้งในเพศชายและเพศหญิง ผู้ป่วยจะมีความต้องการทางเพศน้อยแต่เมื่อมีความต้องการและได้รับการกระตุ้นเพียงพอก็อาจมีกิจกรรมทางเพศได้อย่าง

- ภาวะรังเกียจกิจกรรมทางเพศ (sexual aversion disorder) เป็นปัญหาทางเพศอีกแบบหนึ่งซึ่งมีความไม่ชอบกิจกรรมทางเพศ จึงทำให้ความต้องการทางเพศน้อยลง

- ภาวะตรงกันข้ามคือความต้องการทางเพศ "มากเกินไป" มักไม่ค่อยเป็นปัญหานอกจากความต้องการทางเพศของคู่สมรสไม่เท่ากันเท่านั้น

2. ความผิดปกติในการตื่นตัวทางเพศ (Excitement Phase)

ความผิดปกติในการตื่นตัวทางเพศ คือ การที่ร่างกายไม่สามารถตอบสนององความต้องการทางเพศโดยการเกิดการแข็งตัวและหลั่งน้ำหล่อลื่นของอวัยวะเพศ ความผิดปกติในระยาะนี้มีดังต่อไปนี้

- ภาวะองคชาติไม่แข็งตัว (male erectile dysfunction, "impotence") เป็นภาวะที่องคชาติไม่มีการแข็งตัวหรือแข็งตัวไม่เต็มที่หรือแข็งตัวไม่นานพอ

- ภาวะไม่ตื่นตัวทางเพศในเพศหญิง (female sexual arousal disorder) เป็นภาวะที่ไม่มีการตื่นตัวของอวัยวะเพศและไม่มีการหลั่งน้ำหล่อลื่นออกมาหรือมีแต่ไม่เพียงพอ

- ภาวะช่องคลอดหดรัดตัว (vaginismus) เป็นภาวะที่ช่องคลอดส่วนนอกอาจเกิดการหดรัดตัวอย่างรุนแรงทำให้ไม่สามารถสอดใส่องคชาติได้

- ภาวะเจ็บปวดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ (dyspareunia) เป็นภาวะที่เกิดได้ทั้งองเพศแต่ส่วนใหญ่มักเกิดในเพศหญิง

DSM-IV จัดภาวะช่องคลอดหดรัดตัวและภาวะเจ็บปวดเมื่อมีเพศสัมพันธ์รวมกันเป็นภาวะความเจ็บปวดทางเพศ (sexual pain disorders)

3. ปัญหาทางเพศในระยาะมีความสุขสุดยอด (Orgasmic Phase)

- ภาวะไม่มีความสุขสุดยอดในเพศหญิง (female orgasmic disorder, "anorgasmia" or "frigidity") เป็นภาวะที่ในเพศหญิงไม่มีความสุขสุดยอดทั้งๆที่มีการตื่นตัวทางเพศและได้รับการกระตุ้นอย่างเพียงพอแล้ว

- การหลั่งอสุจิช้าเกินไปหรือไม่หลั่งเลย (retarded ejaculation) เป็นภาวะทำนองเดียวกับการไม่มีความสุขสุดยอดในเพศหญิงแต่เกิดในเพศชาย

- การหลั่งอสุจิเร็วเกินไป (premature ejaculation) คือภาวะที่เพศชายไม่สามารถชะลอการหลั่งอสุจิ
- การหลั่งอสุจิโดยไม่มีความสุข (anhedonic ejaculation) คือการที่เพศชายมีการหลั่งอสุจิแต่ไม่รู้สึกมีความสุขสุดยอด

4. ความผิดปกติในระยะกลับสู่ระยะพัก (Resolution Phase)

ปัญหาในระยะนี้พบได้น้อยแต่ก็มีบ้างได้แก่

- อาการปวดศีรษะหลังจากมีเพศสัมพันธ์ (postcoital headache)
- ภาวะอารมณ์ไม่ดีหลังการมีเพศสัมพันธ์ (postcoital dysphoria)
- นอกจากนี้ในเพศชายอาจมีการแข็งตัวขององคชาติค้างไว้ไม่ยอมอ่อนตัว (priapism) ซึ่งมักเป็นปัญหาที่เกิดจากโรคทางกาย

ปัญหาด้านเพศ (Sexual Difficulties)

ระบาดวิทยา

ปัญหาที่พบบ่อยในเพศหญิง ได้แก่ Low sexual interest และ difficulty with orgasm ส่วนปัญหาในเพศชาย ได้แก่ Low sexual interest และ premature ejaculation

ประมาณกันว่าปัญหาทางเพศเกิดขึ้นบ่อยกว่าที่เราคิดกันมาก แต่เราไม่สามารถบอกได้แน่นอนว่าจะมีผู้ที่มีปัญหาทางเพศมากน้อยเพียงใด เพราะเป็นเรื่องส่วนตัวที่คนเรามากไม่เปิดเผย แม้ในสังคมตะวันตกก็ตาม (สเปญ อุ๋นอองค์, 2545: 212)

ปัญหาการไม่มีความต้องการทางเพศ ไม่มีความสุขสุดยอด และความเจ็บปวดที่เกิดจากการร่วมเพศ มักเกิดกับผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย

ปัญหาด้านเพศในสตรีวัยหมดระดู

เรื่องเพศ ถือเป็นกิจกรรมพื้นฐานอย่างหนึ่งของมนุษย์ หากเกิดปัญหาขึ้นมาแล้วย่อมมีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม วัยหมดระดูเป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาและด้านอื่นๆ ของสตรีที่มีผลต่อเรื่องเพศได้ ในวัยหมดระดูจะพบปัญหาด้านเพศได้หลายประการ ซึ่งมีแนวโน้มที่พบมากขึ้นตามอายุ ได้แก่ ความต้องการทางเพศลดลง (decline in sexual desire) การตอบสนองทางเพศลดลง (diminished sexual responsiveness) เจ็บปวดเวลา มีเพศสัมพันธ์ (dyspareunia) ความถี่ของเพศสัมพันธ์ลดลง (decreased sexual activity) และสมรรถภาพทางเพศฝ่ายชายเสื่อม (dysfunctional male partner) ซึ่งส่งผลกระทบต่อฝ่ายหญิง อาการทางด้านนี้ที่พบบ่อยที่สุด คือ ช่องคลอดแห้ง (vaginal dryness) ซึ่งทำให้เจ็บขณะมีเพศสัมพันธ์ (อรรณพ ใจสำราญ, 2543: 150)

การตอบสนองทางเพศของมนุษย์อาจแบ่งได้เป็นระยะต่างๆ คือ appetite arousal orgasm และ resolution การขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงซึ่งมีผลต่อ 3 ระยะแรกของการตอบสนองทางเพศ ดังนี้

1. ระยะ appetite ในกลุ่มสตรีวัยหมดระดูที่ประสบปัญหาด้านเพศ พบว่าร้อยละ 45 จะมี sexual appetite ลดลง หากได้รับฮอร์โมนทดแทนแล้ว อาการนี้จะดีขึ้นได้ถึงร้อยละ 90 การลดลงของ sexual appetite นี้ อาจเกิดจากความเบื่อหน่ายทางเพศได้ด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศให้เหมาะสม เป็นส่วนหนึ่งที่สามารถมีผลต่อภาวะนี้

2. ระยะ arousal ในระยะนี้การไหลเวียนโลหิตจะเพิ่มขึ้นในบริเวณท่อนอวัยวะผิวหนังบริเวณหน้าอกจะแดง ขนาดของเต้านมจะใหญ่ขึ้น หัวนมและคลิตอริส (clitoris) จะตั้งขึ้นขึ้น สิ่งคัดหลั่งจากต่อมบาร์โธลิน (Bartholin) จะออกมาหล่อลื่นช่องคลอด นอกจากนี้ช่องคลอดจะมีการขยายตัวกว้างและยาวขึ้น ปฏิกริยาทั้งหมดที่กล่าวมานี้พบว่าลดลงในวัยหมดระดู

ปัญหาในระยะ arousal ประกอบด้วยความไวต่อความรู้สึกจากการสัมผัส (tactile sensitivity) ลดลง ความไวต่อความรู้สึกของคลิตอริส (clitoral sensitivity) ลดลง ช่องคลอดแห้ง และกลั้นปัสสาวะไม่ได้ จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าในสตรีวัยหมดระดูที่ประสบปัญหาด้านเพศนั้น ร้อยละ 36 มีความไวต่อการรู้สึกของคลิตอริสลดลง และร้อยละ 58 มีช่องคลอดแห้ง และยังพบว่าอาการเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับระดับเอสตราไดออลในเลือด

3. ระยะเสี้ยวสุดยอดทางเพศ (orgasm) การลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนมีผลต่อระยะนี้ มีการศึกษาพบว่าร้อยละ 36 ของสตรีวัยหมดระดูที่มีปัญหาทางเพศ จะมีความถี่ของการเสี้ยวสุดยอดทางเพศลดลง และหากได้รับฮอร์โมนทดแทนอาการนี้จะดีขึ้นได้ (อรรถนพ ใจสำราญ, 2543: 150)

กลไกที่ฮอร์โมนเอสโตรเจนมีผลต่อปัญหาด้านเพศ ได้แก่

1) ผลต่ออวัยวะสืบพันธุ์ การขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ทำให้ขนาดช่องคลอดเล็กลง ผนังช่องคลอดบาง น้ำหล่อลื่นน้อย แคมใหญ่ฝ่อเหี่ยว แคมเล็กบางลง ทำให้เกิดอาการเจ็บปวดเวลามีเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ความตึงของกล้ามเนื้อบริเวณฝีเย็บก็จะลดลงอีกด้วย

2) ผลต่อระบบประสาท ในระหว่างการตอบสนองทางเพศนั้น ความรู้สึกจากการกระตุ้นจะถูกส่งจากระบบประสาทส่วนปลาย ผ่านไขสันหลังเข้าสู่ limbic system ของสมอง ในการนี้จำต้องอาศัยเซลล์ที่ตอบสนองต่อเอสโตรเจน ซึ่งพบได้ทั่วไปในระบบประสาททั้งส่วนปลายและส่วนกลาง การขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนจึงมีผลต่อการทำงานของเซลล์เหล่านี้ในการนำ กระแสประสาท

3) ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่นเดียวกับระบบอื่นๆ ในร่างกาย เซลล์ของระบบหัวใจและหลอดเลือดก็มีตอบสนองต่อฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรน การสูบบุหรี่ลดโลหิตออกจากหัวใจไปสู่อวัยวะต่างๆ ได้รับผลจากฮอร์โมนเพศทั้งสิ้น หากระดับเอสโตรเจนลดลง จะมีผลต่อการไหลเวียนโลหิต สู่อวัยวะส่วนปลายซึ่งตอบสนองต่อการกระตุ้นทางเพศระยะเวลา และระดับของการตอบสนองในด้านการคั่งของเลือด ในอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ เช่น เต้านม และอวัยวะเพศจึงเปลี่ยนแปลงไป

เอสโตรเจนยังมีผลต่อระดับไขมันในเลือด และปัจจัยอื่นๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการอุดตันของหลอดเลือดแดง จากผลการศึกษาต่างๆ พบว่าเอสโตรเจนสามารถป้องกันโรคหลอดเลือดโคโรนารีและโรคหลอดเลือดสมอง จึงอาจเป็นไปได้ว่าเอสโตรเจนจะช่วยป้องกันการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ ทำให้มีการไหลเวียนโลหิต ขณะมีการตอบสนองทางเพศได้ดี (อรรณพ ใจสำราญ, 2543: 151)

สาเหตุที่ก่อให้เกิดปัญหาทางเพศในวัยหมดระดู นอกจากการเปลี่ยนแปลงด้านชีววิทยาแล้วยังเกี่ยวกับปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านจิตใจ สังคมวัฒนธรรมและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอีกด้วย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

งานวิจัยในประเทศ

เขมิกา ยามะรัต และคณะ (2541) ศึกษาสุขภาพทางเพศของผู้สูงอายุไทย เป็นการสำรวจความคิดเห็นของผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง โดยใช้แบบสอบถามชนิดให้เขียนตอบเอง และส่งทางไปรษณีย์ผ่านชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดต่างๆ ทั่วประเทศในปี พ.ศ.2539 เป็นชาย 224 คน หญิง 51 คน พบว่า ผู้ที่คิดว่าผู้สูงอายุหญิงควรร่วมเพศได้ต่อไปนั้นลดน้อยลง และคิดว่าผู้สูงอายุควรร่วมเพศโดยเฉลี่ยเดือนละ 2 ครั้ง ปัญหาทางเพศที่พบได้แก่ความต้องการทางเพศและสมรรถภาพทางเพศลดลง สุขภาพทางกายด้านอื่นๆ มีผลกระทบต่อสุขภาพทางเพศ เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น และปัญหาของฝ่ายหญิงคือ ความเบื่อหน่ายในการร่วมเพศ ไม่มีความต้องการทางเพศ หรือสุขภาพไม่ดีหรือขาดค่อนอ่อนเนื่องจากเป็นหม้าย

พรพนนิภา ธรรมวิรัช และยุวดี วัฒนานนท์ (2541) ศึกษาในสตรีอายุ 45-59 ปี จำนวน 96 คน ซึ่งเป็นบุคลากรทางพยาบาล วิทยาเขตศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ อาจารย์พยาบาล พยาบาลประจำการ และผู้ช่วยพยาบาล พบอาการร้อนวูบวาบ ร้อยละ 56.41 ในกลุ่มพยาบาลประจำการ อาการหงุดหงิด โกรธง่าย ใจน้อย ทั้ง 3 กลุ่ม ร้อยละ 53.33 , 58.96 และ 70.36 ตามลำดับ ปัญหาหลงลืมง่าย ร้อยละ 66.66 , 73.79 และ 70.37 มีความต้องการทางเพศลดลง ร้อยละ 33.33 , 30.00 และ 29.63 ตามลำดับ ไม่พบอาการเจ็บช่องคลอดขณะมีเพศสัมพันธ์ในทั้ง 3 กลุ่ม ทางด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป พบว่าทั้ง 3 กลุ่ม มีการตรวจเต้านมร้อยละ 89.74 , 81.84 และ 73.33 มีการออกกำลังกายร้อยละ 61.54 , 53.33 และ 53.33 และส่วนใหญ่ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระ ร้อยละ 94.87 , 90.00 และ 88.99 และส่วนใหญ่ไม่มีอาการของโรคหัวใจและความดันโลหิตสูง

ชลอศรี แดงเปี่ยม และชเนนทร์ วนาภิรักษ์ (2542) ศึกษาทัศนคติต่อการหมดประจำเดือนของบุคลากรหญิง มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยแจกแบบสอบถามให้บุคลากรหญิง จำนวน 267 ชุด ได้รับคืน 202 ชุด คิดเป็นร้อยละ 75.6 พบว่า ส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการหมดประจำเดือนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 74.3 ที่เหลือร้อยละ 1.9 และ 22.8 มีทัศนคติอยู่ในระดับดีมาก และเป็นกลาง และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นข้าราชการสาย ก มีคะแนนทัศนคติต่อการหมดประจำเดือนมากกว่ากลุ่มตัวอย่างสาย ข สาย ค กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีถึงปริญญาเอก มีคะแนนทัศนคติต่อการหมดประจำเดือนมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาต่ำกว่า

ปริญญาตรี และกลุ่มตัวอย่างที่หมดประจำเดือน มีคะแนนทัศนคติต่อการหมดประจำเดือนมากกว่ากลุ่มที่ยังไม่หมดประจำเดือน

ชลอศรี แดงเปี่ยม และคณะ (2542) ศึกษาอาการเปลี่ยนแปลงในวัยหมดระดูสตรี อายุ 45-59 ปี ซึ่งเป็นบุคคลากรมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 267 ราย พบว่า มีอาการรวมร้อยละ 92.7 อาการที่พบบ่อย ได้แก่ ปัญหากระดูกและข้อ ร้อยละ 71.4 กลุ่มอาการที่สัมพันธ์กับการหมดระดู ร้อยละ 65.9 กลุ่มอาการร้อนวูบวาบ ร้อยละ 60.5 กลุ่มอาการทางจิต ร้อยละ 53.7 ปัญหาอวัยวะสืบพันธุ์หรือช่องคลอด ร้อยละ 53.2 ปัญหาเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 39.5 ปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะ ร้อยละ 48.8 โรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง และหัวใจ ร้อยละ 24.9

วรลักษณ์ สมบูรณ์พร (2543) ศึกษาความรู้-ทัศนคติ-พฤติกรรม เกี่ยวกับการร่วมเพศของสตรีวัยหมดระดูที่ใช้ฮอร์โมนทดแทน ศึกษาในประชากรตัวอย่าง 130 ราย ระหว่าง 1 พฤษภาคม - 31 สิงหาคม 2543 ที่คลินิกสตรีวัยหมดระดู โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น โดยการสัมภาษณ์แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ประชากรร้อยละ 87.7 มีความเห็นว่าจะสามารถร่วมเพศได้ปกติเช่นเดียวกับก่อนเข้าสู่วัยหมดระดู ประชากรร้อยละ 85.4 มีความต้องการทางเพศลดลงหรือไม่เลย และร้อยละ 88.5 มีการร่วมเพศลดลง ในเรื่องความกังวลใจต่อการร่วมเพศพบว่าประชากรตัวอย่างร้อยละ 73.9 ไม่มีปัญหาดังกล่าว

ชูดามา เพิ่มวงศ์ (2544) ศึกษาวิถีทางเพศและสภาวะสุขภาพของชาย-หญิงวัยทอง ในอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ทำการวิจัยเชิงสำรวจ ในกลุ่มตัวอย่างชายวัยทอง จำนวน 215 คน และหญิงวัยทอง จำนวน 215 คน ที่ยังมีคู่นอนอยู่ ผลการศึกษาพบว่า ชายวัยทองส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคน ส่วนในหญิงวัยทองส่วนใหญ่กำลังเข้าสู่วัยกลางคน โดยพบว่าอายุในชายวัยทองมีความสัมพันธ์กันกับวิถีทางเพศในทุกด้าน ส่วนในหญิงวัยทองพบว่า อายุมีผลต่อวิถีทางเพศในด้านการแสดงออกทางอารมณ์ และมีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งในด้านของระดับการศึกษาและอาชีพพบว่า ในชายวัยทองมีผลต่อวิถีทางเพศในทุกด้าน ส่วนใหญ่หญิงวัยทองนั้น พบว่ามีผลเฉพาะการแสดงออกทางอารมณ์ โดยพบว่า การเข้าสู่ภาวะวัยทองทั้งหญิงและชายมีผลทำให้การมีเพศสัมพันธ์ลดลง และพบว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่างภาวะสุขภาพที่ดีกับความพึงพอใจในชายวัยทอง ในหญิงวัยทองนั้น มีความสัมพันธ์กันของภาวะสุขภาพที่ดีกับการมีเพศสัมพันธ์ ส่วนสภาพทางสังคมที่ดีกับการมีเพศสัมพันธ์นั้น พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน

นภาพร ชโยวรรณ และจอร์น โนเดล (2545) ศึกษากิจกรรมทางเพศของคนสูงอายุไทย : อิทธิพลของอายุ เพศ และสุขภาพ โดยศึกษากิจกรรมทางเพศของประชากรอายุ 50 ปีและมากกว่า โดยพิจารณาถึงอิทธิพลของอายุ เพศ และภาวะสุขภาพ ข้อมูลที่ได้มาจากการสำรวจระดับประเทศ ภายใต้ชื่อการสำรวจภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย (SWET) พบว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุไทยที่สมรส

ไม่น้อยยังคงมีกิจกรรมทางเพศ ทั้งชายและหญิงสมรส กิจกรรมทางเพศและความต้องการทางเพศลดลงอย่างต่อเนื่องตามอายุที่เพิ่มขึ้น และในทุกกลุ่มอายุ ระดับการมีกิจกรรมทางเพศและความต้องการทางเพศของหญิงสูงอายุต่ำกว่าชายสูงอายุ และภาวะสุขภาพที่ไม่ดีทำให้กิจกรรมทางเพศและความต้องการทางเพศลดลง

ธิติมา เหล่าศิริรัตน์ (2545) ศึกษาความชุกของอาการหมดระดูของสตรีที่จังหวัดนครนายก โดยศึกษาในสตรีวัยใกล้หมดระดู กำลังหมดและหลังหมดระดู จำแนกตามปีที่หมดระดู มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป จำนวน 414 คน อายุเฉลี่ย 50.03 ± 10.45 ปี อายุเฉลี่ยเมื่อหมดระดู 49.22 ± 3.1 ปี พบว่า ความชุกของระบบประสาทอัตโนมัติ เช่นร้อนวูบวาบร้อยละ 1.4, 29.9 และ 52 ในกลุ่มสตรีวัยก่อนหมดระดู วัยกำลังหมดระดู และวัยหลังหมดระดูตามลำดับ ความชุกของอาการอารมณ์ที่ผิดปกติ เช่น หงุดหงิดง่าย พบร้อยละ 7, 42.2 และ 59.5 ตามลำดับ ความชุกของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ที่ผิดปกติ เช่น ช่องคลอดแห้งพบได้ร้อยละ 0, 18 และ 35.8 ตามลำดับ และพบว่า อาการที่ผิดปกติของระบบสืบสาวะ ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ พบมากเรื่อยๆ ตามเวลาที่เพิ่มขึ้น

ขวัญตา ตั้งตระกูล (2546) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยทอง ที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 57 โดยทำการศึกษาสตรีวัยทอง อายุ 40-59 ปี ที่ไม่เคยได้รับการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ ไม่เคยได้รับฮอร์โมนเพศหญิงมาก่อน ที่อาศัยอยู่ในแขวงหนองบอนและแขวงดอกไม้ เขตประเวศ กรุงเทพมหานคร จำนวน 402 คน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยทอง คือแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยทอง คือความรุนแรงของอาการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งจะมีอาการเมื่อหลังหมดประจำเดือน

ณรงค์ ลือขจร และเอกพล เหมรา (2546) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีอายุระหว่าง 45-55 ปี จังหวัดสตูล โดยทำการศึกษากับสตรีวัยหมดประจำเดือน อายุ 45-55 ปี จำนวน 350 คน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของสตรีวัยหมดประจำเดือน คือแรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ สำหรับอาการของการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลการเปรียบเทียบการแตกต่างของอายุ สถานภาพสมรสและภาวะการหมดประจำเดือน มีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

ผ่องใส ต้นติวิญญานิช (2546) ศึกษาพฤติกรรมทางเพศของสตรีวัยหมดระดูที่มารับบริการที่คลินิกวัยทอง โรงพยาบาลปัตตานี ศึกษาเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์เจาะลึกเป็นหลัก ร่วมกับการสังเกต จำนวน 15 ราย พบว่า ในเรื่องพฤติกรรมทางเพศนั้น มีความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ลดลง และเงื่อนไขที่ทำให้มีความต้องการทางเพศพบว่า เกิดจากการดูแลสุขภาพย่น

การดูวิดีโอ และจากการเล่าโลมของสามี ความเชื่อ ค่านิยม ครึ่งต่อครึ่งคิดว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องธรรมชาติ และคิดว่าเป็นเรื่องที่น่าอับอาย ส่วนพฤติกรรมเมื่อมีการตอบสนองของความต้องการทางเพศ พบว่าหนึ่งในสามจะเบี่ยงเบนความสนใจเมื่อตัวเองมีความต้องการทางเพศ และการจัดการเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ไม่ได้มีการสร้างบรรยากาศเป็นพิเศษ มีการทำความสะอาดร่างกายทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์

ลักษณะ ศิริบุญวงศ์ และสุปราณี อัทรเสรี (2546) ศึกษาสตรีอายุ 45-59 ปี จำนวน 100 ราย ซึ่งรับการรักษาที่คลินิกสตรีวัยหมดระดู โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลราชวิถี พบอาการ ดังนี้ อาการปวดหลัง ร้อยละ 80 ปวดเอวร้อยละ 77 และปวดกล้ามเนื้อร้อยละ 68 อาการร้อนวูบวาบร้อยละ 65 เหงื่อออกมามากร้อยละ 65 ร้อนชู้ร้อยละ 38 หลงลืมง่ายร้อยละ 86 หงุดหงิดโมโหง่ายร้อยละ 79 และนอนไม่หลับร้อยละ 58 ในเรื่องเพศสัมพันธ์ร้อยละ 70.3 ยังมีเพศสัมพันธ์ ส่วนร้อยละ 40 ไม่มีความสุขในการมีเพศสัมพันธ์ ปัญหาที่พบมากที่สุด คือ เจ็บช่องคลอด ร้อยละ 22.2 รองลงมา คือ เบื่อรำคาญ ร้อยละ 13.3 ความต้องการทางเพศลดลง ร้อยละ 42.2

ศุภรัตน์ เวชสุวรรณ (2546) ทำการศึกษาปัญหาของผู้มารับบริการปรึกษาในคลินิกให้การปรึกษา เก็บข้อมูลจากแบบบันทึกการให้การปรึกษาของผู้มารับบริการให้ห้องให้บริการปรึกษาที่หน่วยงานแพทย์ทางเลือกระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2545 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2546 จำนวน 246 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้มารับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.5 อายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี ร้อยละ 27.6 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 56.1 การศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 77.6 ปัญหาที่นำมาคือ อาการเจ็บป่วยทางกาย ร้อยละ 44.7 รองลงมาคือ อาการทางสุขภาพจิต ร้อยละ 35.0 ส่วนปัญหาที่แท้จริง คือปัญหาครอบครัว ร้อยละ 43.9 รองลงมาคือปัญหาทางจิต ร้อยละ 12.6 และจากการสำรวจความต้องการพัฒนาความรู้ของผู้ให้บริการปรึกษา จำนวน 20 ราย พบว่า ความรู้ที่ต้องการพัฒนาอันดับ 1 เรื่องการให้การปรึกษาเรื่องเพศ อันดับ 2 การให้การปรึกษาครอบครัว และอันดับ 3 การให้การปรึกษาผู้ติดสารเสพติด

เยาวลักษณ์ อยู่แบน (2547) ศึกษาการปรับทางจิตสังคมของสตรี ในระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงของการหมดประจำเดือน ศึกษาในสตรีในระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงของการหมดประจำเดือน มีสถานภาพสมรสคู่และอยู่ด้วยกันที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก รพ.โพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร จำนวน 89 ราย พบว่า สตรีในระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงของการหมดประจำเดือน มีการปรับทางจิตสังคมในระดับดี ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม และด้านความไม่สุขสบายทางใจ ร้อยละ 59.55, 51.69,

62.92 และ 55.06 ตามลำดับ และมีการปรับทางจิตสังคมในระดับไม่ตีด้านการดูแลสุขภาพ ด้านสัมพันธ์ทางเพศ และด้านสัมพันธ์ภาพกับครอบครัววัยร้อยละ 51.69 เท่ากัน

พิสิฏฐ์ ชัยประเสริฐสุด (2548) ศึกษาภาวะซึมเศร้าของสตรีวัยเปลี่ยนที่มารับบริการที่คลินิกวัยหมดประจำเดือน ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ อายุระหว่าง 45-59 ปี จำนวน 100 คน พบว่า อาการที่มาพบแพทย์ส่วนใหญ่ ร้อยละ 49 เป็นกลุ่มอาการของสตรีวัยหมดประจำเดือน เช่น ร้อนวูบวาบ เหงื่อออกมาก หงุดหงิด นอนไม่หลับ

รุ่งกาญจน์ วุฒิ (2548) ศึกษาปัญหาสุขภาพทางเพศของสตรีวัยหลังหมดประจำเดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีวัยหลังหมดประจำเดือนอายุระหว่าง 51-59 ปี ในเขตเทศบาลนครลำปาง จำนวน 292 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสุขภาพทางเพศโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการตื่นตัวทางเพศ ความต้องการทางเพศ และการบรรลุจุดสุดยอดทางเพศ อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านความเจ็บปวดที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ อยู่ในระดับน้อย โดยกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพทางเพศใช้วิธีจัดการปัญหาด้วยตนเอง วิธีที่ใช้มากที่สุดคือ การพูดคุยกับสามีถึงความรู้สึกและความต้องการทางเพศ รองลงมาคือ การพูดคุยกับสามีให้เข้าใจมากขึ้น และเมื่อแก้ปัญหาด้วยตนเองแล้วแต่ยังไม่หมดไป กลุ่มตัวอย่างต้องการความช่วยเหลือจากสามี แพทย์ พยาบาล และบุคคลใกล้ชิด

ปราณี ปราบภัย (2549) ศึกษาปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพกับแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีวัยหมดประจำเดือน ในมหาวิทยาลัยรามคำแหง ประชากรที่ศึกษากับสตรีวัยหมดประจำเดือนในมหาวิทยาลัยรามคำแหง จำนวน 442 คน ได้สุ่มตัวอย่างมาศึกษา 300 คน พบว่า ปัจจัยการรับรู้การเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ และแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ส่วนเงินเดือน ระดับการศึกษา และสถานภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์ และแคทลีน พอร์ด (2549) ศึกษาเพศสัมพันธ์หลังวัยเจริญพันธุ์ : การเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติหรือตามสังคม พบว่า จากข้อมูลการสำรวจความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ของชายและหญิงที่อยู่กับคู่ของตน (ทั้งที่แต่งงานและอยู่ด้วยกันเฉยๆ) ในกลุ่มอายุ 50-59 ปี ส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์กับคู่ของตนน้อยกว่า 1 ครั้งในหนึ่งสัปดาห์ และสูงถึงเกือบร้อยละ 20 ไม่มีเพศสัมพันธ์เลย เมื่อเปรียบเทียบความถี่ของเพศสัมพันธ์ของชายและหญิงวัยสูงอายุ (50-59 ปี) ก็ยังพบความแตกต่างอย่างเห็นได้ชัด หญิงสูงอายุที่แต่งงานแต่ไม่มีเพศสัมพันธ์เลย (marital celibacy) มีมากถึงร้อยละ 40 ขณะที่ชายในวัยเดียวกันไม่มีเพศสัมพันธ์ มีเพียงไม่ถึงร้อยละ 20

งานวิจัยต่างประเทศ

Sarrel PM. (1982) ศึกษาปัญหาทางเพศในสตรีหลังหมดประจำเดือน : กรณีศึกษาสตรีที่แต่งงานแล้วจำนวน 50 คน ที่มาใช้บริการในคลินิก Yale ที่ให้คำปรึกษาปัญหาทางเพศ ซึ่งพบว่าการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในสตรีหลังหมดประจำเดือน ดูเหมือนว่าจะมีอิทธิพลต่อความสนใจทางเพศ พฤติกรรมและการตอบสนองทางเพศของสตรีและคู่่นอน สิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่เป็นไปได้ คือ ผลของฮอร์โมนเอสโตรเจน ที่มีผลต่อการเกิดการเปลี่ยนแปลงในกลไกการตอบสนองทางเพศของสตรีหลังหมดประจำเดือน

Channon, L.D. และ Ballinger, S.E. (1986) ศึกษาผลกระทบทางเพศและอาการที่เกิดกับเพศระหว่างสตรีหลังหมดประจำเดือนกับการเกิดภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า โดยศึกษาในสตรีจำนวน 50 คน (32 คน เป็นสตรีที่หมดประจำเดือนตามธรรมชาติ และ 18 คน เป็นหมดประจำเดือนที่ได้รับการผ่าตัด) ในแผนกสูติ-นรีเวช มหาวิทยาลัย Pamukkale พบว่า สตรีส่วนใหญ่มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย พบที่มีอาการมากที่สุดร้อยละ 72 มีอาการทางระบบประสาท ร้อยละ 62 รู้สึกเหน็ดเหนื่อยหรือไม่มีเรี่ยวแรง ร้อยละ 60 รู้สึกไม่มีความสุข ร้อยละ 60 มีอาการโคกเศร้าร้อยละ 52 ขาดความสนใจในสิ่งรอบตัวร้อยละ 58 โกรธง่าย ร้อยละ 54 มีภาวะ hot flashes ร้อยละ 64 เหงื่อออกตอนกลางคืน ร้อยละ 54 และความต้องการทางเพศลดลง ร้อยละ 68 และพบความสัมพันธ์กันระหว่าง menopause period และ sexual dissatisfaction

จากการศึกษาของ George (1988) พบว่า สตรีชาวซีกส์ที่อาศัยอยู่ในประเทศแคนาดา ต่างรอคอยเวลาเพื่อให้ถึงวัยหมดประจำเดือน เพราะการมีประจำเดือน ถือเป็นช่วงที่ร่างกายสกปรก วัยหมดประจำเดือนจะเป็นช่วงที่ถูกปลดปล่อยจากความสกปรก ไม่มีรายงานว่าสตรีเหล่านี้มีอาการผิดปกติใดๆ ในวัยหมดประจำเดือน

Holte และ Mikkelsen (1991) สัมภาษณ์สตรีชาวออสโล ประเทศนอร์เวย์ อายุ 45-55 ปี จำนวน 2,349 คน โดยแบบสอบถามพบว่า ภาวะช่องคลอดแห้งเกิดภายหลังหมดระดูนาน 3 ปี และภาวะดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับความสนใจทางเพศและความพึงพอใจในการร่วมเพศ

Tungphaisal S. และคณะ (1991) ศึกษาภาวะทางเพศของสตรีไทยวัยหมดประจำเดือน โดยศึกษาในสตรีหมดประจำเดือนตามธรรมชาติ จำนวน 100 คน พบว่า อายุเฉลี่ย 56.8 ปี ขณะที่อายุเฉลี่ยวัยหมดประจำเดือน 50.3 ปี อาการวัยทองปรากฏ ร้อยละ 55 เกิดขึ้นใน 1-7 ปี หลังหมดประจำเดือน (เฉลี่ย 3.4 ปี) ปัญหาทางเพศที่พบบ่อยหลังหมดประจำเดือน คือ loss of libido, orgasmic dysfunction และ dyspareunia ซึ่งทั้งความต้องการทางเพศและกิจกรรมทางเพศลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับวัยก่อนหมดประจำเดือน ร้อยละ 90 ของกลุ่มทดลองมีความต้องการทาง

เพศน้อยกว่า 1 ครั้งต่อเดือน มีเพียง ร้อยละ 14 ของกลุ่มทดลองถึงจุดสุดยอดเป็นบางครั้ง ขณะที่ ร้อยละ 84 ไม่เคยถึงจุดสุดยอดเลยภายหลังหมดประจำเดือน

Dennerstein, L. และคณะ (1999) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อหน้าที่ทางเพศของสตรีวัยกลางคน โดยศึกษาในสตรีที่เกิดในออสเตรเลีย จำนวน 438 คน อายุ 45-55 ปี และข้อมูลที่ได้เมื่อคัดเลือกรวบรวมจำนวน 354 คน คิดเป็นร้อยละ 90 ซึ่งผลการศึกษาพบว่าภาวะหมดประจำเดือนมีผลโดยตรงต่อการเกิดช่องคลอดแห้ง รู้สึกเจ็บปวดขณะร่วมเพศ และไม่มีผลโดยตรงต่อการตอบสนองทางเพศ ซึ่งผลของกลุ่มอาการหมดประจำเดือนต่างมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ และผลจากคูนอนก็พบว่ามียผลกระทบทำให้เกิดปัญหาทางเพศ และปัจจัยทางด้านสังคม เช่น การทำงาน ความเครียด การดำเนินชีวิตประจำวัน และการศึกษาต่างก็มีผลโดยตรงต่อหน้าที่ทางเพศ แต่ไม่มีผลโดยตรงต่อกลุ่มอาการของภาวะหมดประจำเดือนและสภาวะสุขภาพ

Avis NE และคณะ (2000) ศึกษาภาวะการหมดประจำเดือนและหน้าที่ทางเพศมีความเกี่ยวข้องกันจริงหรือไม่? โดยทำการศึกษาในสตรีจำนวน 200 คน จาก Massachusetts โดยกลุ่มตัวอย่างมีภาวะหมดประจำเดือนและไม่ได้รับการรักษาด้วย Hormone ไม่ได้รับการผ่าตัดมดลูก และยังมีคูนอน การศึกษาพบว่าภาวะหมดประจำเดือนมีความต้องการทางเพศลดลง ความสนใจในกิจกรรมทางเพศลดลงซึ่งสัมพันธ์กับอายุ และการลดลงของภาวะการตื่นตัวทางเพศ เมื่อหาความสัมพันธ์พบว่าปัจจัยด้านสุขภาพ สถานภาพสมรส (หรือมีคูนอนใหม่) สภาวะทางสมอง และการสูบบุหรี่ ล้วนส่งผลต่อหน้าที่ทางเพศมากกว่าการเข้าสู่ภาวะหมดประจำเดือน

Von Sydow K.(2000) ทำวิจัยในหญิงวัยกลางคนและสูงอายุ ซึ่งอายุระหว่าง 50-90 ปี ถูกพบทวนใหม่ ผลจากการศึกษาที่ตีพิมพ์ในปัจจุบันสรุปสอดคล้องกันในมิติของกิจกรรมทางเพศ (เช่น การร่วมเพศ การกอดเจ็บ การช่วยสำเร็จความใคร่ด้วยตัวเอง) และน่าสนใจ อิทธิพลของหลายปัจจัยต่อเรื่องเพศของหญิงในวัยกลางคนและวัยสูงอายุนั้นถูกถกเถียงกันอย่างมาก ในเรื่องสุขภาพร่างกาย (สุขภาพ : การเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางเพศทั่วไป ; วัยหมดประจำเดือน) และสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่ ทั้งหมดนี้ เรื่องเพศของผู้หญิงนั้นมีความหลากหลาย ปัญหาจิตวิทยาทางเพศที่มีความชุกมากของหญิงสูงวัยมีอาการทางคลินิกที่ไม่ตรงไปมา (เช่น ปวดขณะร่วมเพศ สารหล่อลื่นไม่เพียงพอ) แต่การขาด/ลดการกอดเจ็บและการสัมผัสทางเพศ. ผลของการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนของหญิงวัยหมดประจำเดือน มีน้อยกว่าผลจากทางจิตใจ สังคม และปัจจัยจากคูนอน ซึ่งเรียกว่า HRT (Hormonal replacement therapy) ไม่สามารถมีผลที่มีนัยสำคัญต่อมิติทางเพศส่วนใหญ่ได้

Amanda A.Deek และ Marita P.McCabe. (2001) ศึกษาหน้าที่ทางเพศและสตรีวัยหมดระดู : ความสำคัญของอายุและหน้าที่ทางเพศของคูนอน-รวบรวมข้อมูลทางสถิติ โดย

ทำการศึกษาในสตรีจำนวน 304 คน ในเมือง Melbourne และชุมชนชนบทของ Victoria โดยแบ่งเป็นกลุ่ม premenopause จำนวน 120 คน (อายุ 35-54 ปี) กลุ่ม perimenopause จำนวน 76 คน (อายุ 35-54 ปี) และ 108 คน เป็นกลุ่ม postmenopause (อายุ 40-65 ปี) ผลการศึกษาในกลุ่มที่มีภาวะบกพร่องทางเพศ พบว่าสตรีหลังหมดประจำเดือน ส่วนใหญ่มีปัญหาพร้อมกันของการขาดน้ำหล่อลื่น การขาดความสนใจทางเพศ และการล้มเหลวของการถึงจุดสุดยอด (ร้อยละ 14) ส่วนในกลุ่ม perimenopause มีปัญหาร้อยละ 9.8 และพบปัญหาร้อยละ 6.1 ในกลุ่มของ premenopause

Dennerstein, L. และคณะ (2002) ศึกษาฮอร์โมน อารมณ์ สภาวะทางเพศ และการเปลี่ยนแปลงผ่านสู่วัยหมดประจำเดือน ในสตรีชาวออสเตรเลีย จำนวน 438 คน อายุระหว่าง 45-55 ปี ซึ่งคัดเลือกตามเกณฑ์ได้ 226 คน พบว่า การทำงานทางเพศของสตรีนั้นลดลงเมื่อเข้าสู่การเปลี่ยนแปลงผ่านสู่วัยหมดประจำเดือนตามธรรมชาติ ซึ่งการลดลงนี้สัมพันธ์กับการลดลงของระดับ estradiol มากกว่าระดับ androgen

Dennerstein, L., Alexander JL. และ Kotz K. (2003) ศึกษาสตรีวัยหมดประจำเดือนและหน้าที่ทางเพศ : การทบทวนองค์ความรู้ของประชากร โดยศึกษาในสตรีที่เกิดในออสเตรเลีย อายุ 45-55 ปี พบว่ามีสตรีที่มีปัญหาทางเพศเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 42 เป็นร้อยละ 88 ซึ่งพบการลดลงของระดับ estradiol แต่ไม่เกี่ยวข้องกับ androgens โดยสตรีหลังหมดประจำเดือนมีการลดลงของความสนใจทางเพศ ความตื่นตัวทางเพศและความถี่ในกิจกรรมทางเพศ แต่ประสบปัญหาช่องคลอดแห้งและเจ็บปวดขณะร่วมเพศเพิ่มขึ้น และพบว่ามีปัญหาของคู่นอนในการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศ ซึ่งสตรีที่ประสบปัญหาภาวะบกพร่องทางเพศสูงกับบุคคลที่ประสบปัญหาภาวะบกพร่องทางเพศต่ำ ต่างมีลักษณะปัญหาทางเพศที่คล้ายคลึงกัน

Penteado SR. และคณะ (2003) ศึกษาสภาวะทางเพศในสตรีหลังหมดประจำเดือนที่มีสุขภาพดี จำนวน 999 คน อายุระหว่าง 41-60 ปี หลังคัดเลือกตามเกณฑ์ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพดี จำนวน 60 คน พบว่าตัวแปรที่สำคัญเกี่ยวกับความพึงพอใจทางเพศ คือ ความมั่นใจในตัวเอง ถึงจุดสุดยอดด้วยการช่วยเหลือตนเอง รายได้หลักของบุคคล การเริ่มมีเพศสัมพันธ์ในวัยหนุ่มสาว การสัมผัสทางกายภาพที่มีคุณค่ากับคู่นอน และความสามารถในการถึงจุดสุดยอด และสิ่งเหล่านี้สนับสนุนความสามารถในการถึงจุดสุดยอดของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่แข็งแรงได้

Blumel JE และคณะ (2004) ศึกษาภาวะการเสื่อมของกิจกรรมทางเพศของสตรีวัยกลางคนใน Chile จำนวน 534 คน มีสุขภาพแข็งแรง อายุ 40-64 ปี ผลการศึกษาพบว่า สาเหตุหลักของการหยุดกิจกรรมทางเพศ คือ ร้อยละ 49.2 มีภาวะบกพร่องทางเพศ ความไม่พึงพอใจ ความสัมพันธ์ต่อกู่นอน ร้อยละ 17.9 และไม่มีคู่อ้อยละ 17.7 เหตุผลดังกล่าวแตกต่างกันไปตาม

อายุ ในหญิงอายุน้อยกว่า 45 ปี ปัญหาที่พบบ่อยคือ erectile dysfunction ร้อยละ 49.2 ในอายุ 45-59 ปี คือความต้องการทางเพศลดลง ร้อยละ 40.5 และมากกว่า 60 ปี คือไม่มีคู่อ้อยละ 32.4 โดยสรุปได้ว่าความต้องการทางเพศลดลงเป็นสาเหตุหลักของการหยุดการมีเพศสัมพันธ์ อย่างไรก็ตามการหยุดการมีเพศสัมพันธ์ก็ไม่ได้มีผลกระทบต่อความมั่นคงของชีวิตการทำงาน

Dennerstein, L. และ Lehert, P. (2004) ศึกษาหน้าที่ทางเพศและการดำเนินชีวิตของสตรีวัยกลางคนและสตรีหลังหมดระดูใน 12 เมืองของยุโรป โดยศึกษาในสตรีจำนวน 601 คน อายุ 45-60 ปี พบว่า หน้าที่ทางเพศในเรื่องความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์มีความแตกต่างกันเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละเมือง โดยในกลุ่มสตรีหลังหมดประจำเดือนประกอบด้วยมีภาวะเครียดด้วย มีผลทำให้การตอบสนองทางเพศลดลง

Hartmann U. และคณะ (2004) ศึกษาความต้องการทางเพศต่ำในสตรีวัยกลางคนและสตรีที่มีอายุมาก : ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อม การแสดงออกทางเพศ โดยทำการศึกษาในประเด็น 1) ความพึงพอใจทางเพศ 2) ปัจจัยส่วนบุคคล และ 3) การแสดงออกทางเพศระหว่างผู้ที่มีอายุน้อยกับผู้ที่มีอายุมากในกลุ่มประชากรทั้งที่เป็นผู้ป่วยและไม่ใช่นักป่วย ในแผนกคลินิกจิตเวช คณะแพทยศาสตร์ Hannover ประเทศเยอรมัน ผลการศึกษาพบว่าภาวะความต้องการทางเพศต่ำของผู้ป่วย เกิดจากการเสื่อมสภาพของกลไกทางสรีระ ซึ่งแตกต่างกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ใช่ผู้ป่วย แต่ปัจจัยทางด้านอายุมีผลต่อทั้ง 2 กลุ่มที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อภาวะบกพร่องทางเพศ

Graziottin, Alessandra MD และ Basson, Rosemary FRCP (UK). (2004) ศึกษาภาวะบกพร่องทางเพศกับสตรีที่กำลังเข้าสู่ภาวะหมดประจำเดือน โดยศึกษาเอกลักษณ์ทางเพศ หน้าที่ทางเพศ และความเกี่ยวพันกันทางเพศ พบว่า มีการขาดหายไปของความต้องการทางเพศ การตื่นตัวทางเพศ และการบรรลุจุดสุดยอด

Ojanlatva A., และคณะ (2004) ศึกษากิจกรรมทางเพศและตัวแปรพื้นหลังของหญิงวัยกลางคนชาวฟินแลนด์ กลุ่มตัวอย่าง 5,510 คน ตอบแบบสอบถามกลับ ร้อยละ 70 เป็นหญิงวัยใกล้หมดประจำเดือน อายุ 42-46 ปี และวัยหมดประจำเดือน อายุ 52-56 ปี พบว่า หญิงที่แต่งงานหรือมีคู่วัยมีกิจกรรมทางเพศทั้งสองกลุ่ม แต่ยังมีความเป็นไปได้ที่จะมีประสบการณ์ของความ ต้องการทางเพศลดลง เรื่องของฮอร์โมนน่าจะเป็นเหตุผลสำคัญที่สังเกตเห็นได้ว่า ทำให้ความต้องการทางเพศลดลง และพบว่าความถี่/บ่อยของประสบการณ์ทางเพศ การถึงจุดสุดยอด ไม่มี ความสัมพันธ์กันกับการลดลงของความต้องการทางเพศ

Dhillon HK., Singh HJ. และ Ghaffar NA. (2005) ศึกษาการทำงานทางเพศของสตรีวัยหมดประจำเดือนในกาฬินตัน มาเลเซีย โดยศึกษาในสตรีที่หมดประจำเดือนตามธรรมชาติ ที่มีสุขภาพแข็งแรง 326 คน อายุเฉลี่ย 57.1 ปี พบว่า ร้อยละ 70 ยังอยู่กับคู่วัยตลอดเวลาขณะ

ทำการศึกษา ซึ่งเหล่านี้มากกว่า 2 ใน 3 รายงานว่า มีการลดลงของกิจกรรมทางเพศหลังหมดประจำเดือน ร้อยละ 44 พบความรุนแรงของอาการเจ็บขณะร่วมเพศ ส่วนน้อยร้อยละ 8.8 รายงานว่าช่องคลอดไม่สามารถสอดใส่อวัยวะเพศชายที่แข็งตัวได้ ทั้งหมดของการตอบของคู่สมรสพบว่า สารคัดหลั่งในช่องคลอดลดลงระหว่างร่วมเพศ ร้อยละ 52.4 ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ร้อยละ 31 แต่เพิ่มขึ้น ร้อยละ 1.3 ของหญิงวัยหมดประจำเดือน ความต้องการทางเพศลดลง 2 ใน 3 ของการตอบแบบสอบถามทั้งหมด

De Lorenzi DR และ Saciloto B. (2006) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการลดลงของความต้องการในกิจกรรมการร่วมเพศของสตรีหลังหมดประจำเดือน จำนวน 206 คน อายุระหว่าง 45-60 ปี ประเมินกิจกรรมทางเพศจากจำนวนครั้งการร่วมเพศใน 1 เดือนที่ผ่านมา และอาการวัยหมดประจำเดือน พบว่า 176 คน ร้อยละ 85 ยังมีกิจกรรมทางเพศ ถึงแม้ว่ามีร้อยละ 60.6 มีการลดลงของกิจกรรมทางเพศหลังหมดประจำเดือน ส่วนใหญ่ร้อยละ 41.7 ให้เหตุผลเรื่องการเสื่อมสมรรถนะทางเพศของสามี และประมาณร้อยละ 25.7 ไม่พึงพอใจเกี่ยวกับการร่วมเพศ เมื่ออายุมากขึ้น อาการวัยหมดประจำเดือน ก็มีความรุนแรงมากขึ้นและความถี่บ่อยของกิจกรรมทางเพศก็น้อยลง รวมถึงความพึงพอใจทางเพศด้วย อาการวัยหมดประจำเดือน ซึ่งสัมพันธ์กับกิจกรรมทางเพศ คือ ร้อนวูบวาบ หงุดหงิด ซึมเศร้า ปวดข้อ/กล้ามเนื้อ และเหนื่อยง่าย

Dennerstein, L., Koochaki P., Barton I. และ Graziottin A. (2006) ศึกษาภาวะการลดลงของความต้องการทางเพศของสตรีวัยหมดประจำเดือน โดยศึกษาในสตรีอายุ 20-70 ปี จำนวน 2,467 คน ซึ่งผลการศึกษาสตรีที่มี HSDD จะมีความต้องการทางเพศลดลงและภาวะกอดตันทางเพศโดยความต้องการทางเพศที่ลดลง การวิเคราะห์ในกลุ่มประชากรจะรวมใน 1,356 คน ที่มีคู่นอน รวมทั้งที่ surgical menopause มีประจำเดือนสม่ำเสมอ และวัยหมดประจำเดือนตามธรรมชาติ พบว่า คะแนนความต้องการทางเพศและแรงกระตุ้นทางเพศ การถึงจุดสุดยอด และความพึงพอใจทางเพศจะสูง แสดงได้จากความต้องการทางเพศลดลงบ่อยสอดคล้องกับการลดลงของการทำงานทางเพศในมุมมองด้านการตอบสนองทางเพศ หญิงที่มีความต้องการทางเพศลดลงจะมีกิจกรรมทางเพศที่ลดลงและไม่พึงพอใจชีวิตทางเพศ และความสัมพันธ์กับคู่นอนก็ลดลงกว่าหญิงที่มีความต้องการทางเพศที่ปกติ

Howard JR, O'Neill S และ Travers C. (2006) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อเพศของสตรีวัยสูงอายุในออสเตรเลีย : ความสนใจทางเพศ ความตื่นตัวทางเพศ และการไม่ได้รับความสุขทางเพศของสตรีสูงอายุในออสเตรเลีย โดยทำการศึกษาในปี 2004 จำนวน 474 คน ผลการศึกษาพบว่า มีกลุ่มอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 83.3 และอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 46.4 โดยความสามารถทางเพศลดลงสัมพันธ์กับอายุ ซึ่งมีเพียง ร้อยละ 4.8 ของคู่นอนที่ช่วยในการคงความแข็งแรงตัวของ

อวัยวะเพศชาย และมีเพียงร้อยละ 2.5 ที่กลุ่มตัวอย่างรายงานว่ามีความพึงพอใจในความสัมพันธ์ทางเพศลดลง อุบัติการณ์ของการไม่ได้รับความสุขทางเพศ คือมีร้อยละ 5.7 ของสตรีที่อายุน้อยและยังมีคู่นอน มีระดับความเดือดร้อนมากกว่าสตรีที่อายุมาก และมีความไม่แตกต่างในระดับความถี่ที่เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 26.7 ในสตรีกลุ่มอายุ 40-49 ปี ถึงร้อยละ 72.3 ในกลุ่มอายุ 70-79 ปี

Leiblum SR. และคณะ (2006) ศึกษาภาวะความต้องการทางเพศต่ำในสตรีหลังหมดประจำเดือน : ผลจากการศึกษาสตรีทั่วโลกด้านสุขภาพและลักษณะอาการทางเพศ (WISHeS) โดยศึกษาในสตรีทั่วโลกจากการตอบแบบสอบถามส่งทาง mail ในด้านสุขภาพและลักษณะอาการทางเพศในปี 2000 โดยข้อมูลครอบคลุมถึงสภาวะสุขภาพทั่วไป เช่น หน้าที่การทำงานทางเพศของสตรีที่ประกอบด้วย ความต้องการทางเพศและปัจจัยส่วนบุคคลที่ทำให้เกิดความต้องการทางเพศต่ำ โดยสตรีที่ศึกษาแบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ สตรีมีอาการหมดประจำเดือนที่ได้รับการผ่าตัดอายุ 20-49 ปี และ 50-70 ปี สตรี premenopause อายุ 20-49 ปี และสตรีที่หมดประจำเดือนตามธรรมชาติ อายุ 50-70 ปี โดยใช้เครื่องมือ HSDD ในการศึกษา แล้วหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความต้องการทางเพศและความถี่ของกิจกรรมทางเพศ หรือความพึงพอใจในกิจกรรมความสัมพันธ์ดังกล่าว พบว่ามีค่า HSDD ในกลุ่มที่หมดประจำเดือนตามธรรมชาติ ร้อยละ 9 และเพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุน้อยที่ได้รับการผ่าตัด ร้อยละ 26 และมีความสัมพันธ์จากการศึกษาดังกล่าวมากที่สุดในกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัด อายุ 20-49 ปี ซึ่งมากกว่ากลุ่ม premenopause ที่มีช่วงอายุใกล้เคียงกัน และไม่แตกต่างกันในกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัด อายุ 50-70 ปี กับกลุ่มที่หมดประจำเดือนตามธรรมชาติ และสตรีจำนวนมากพบว่า สภาพอารมณ์และความเครียดทางจิต มีผลกระทบต่อเพศและความพึงพอใจของคู่นอนต่ำ และจากการศึกษาตาม HDSS ข้างต้น พบว่ามีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพ รวมถึงสภาพทางสมองและทางจิตวิทยา

Mishra, Gita. และ Kuh, Diana. (2006) ศึกษาหน้าที่ทางเพศของสตรีวัยหมดระดู : การรับรู้ของสตรีใน British โดยศึกษาในสตรี 1,525 คน อายุ 47-54 ปี พบว่าในกลุ่มตัวอย่างมีทั้ง premenopause , peri menopause และ postmenopause ต่างมีปัญหาที่พบมาก คือ ช่องคลอดแห้ง ซึ่งอาการทางร่างกายและอาการ hot flushes ต่างมีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่เป็นไปได้ยากลำบาก และภาวะทางจิต ความเครียด การเพิ่มขึ้นของอายุ และการสูบบุหรี่ ต่างมีผลต่อ sex life

Nappi RE. Wawra K. และ Schmitt S. (2006) พบว่า Hypoactive sexual desire disorder (HSDD) ตามประสบการณ์ของสตรีวัยหมดประจำเดือนบางคน เป็นการขาดหายไปของจินตนาการทางเพศ หรือความคิด และ/หรือ ความต้องการเพื่อการมีกิจกรรมทางเพศ ซึ่งเป็นสาเหตุของความยากลำบากของแต่ละบุคคล

Dennerstein, L.; Lehert, P. และ Guthrie, J. (2007) ศึกษาภาวะสุขภาพและรูปแบบการเปลี่ยนแปลงของสตรีวัยหมดประจำเดือน โดยศึกษาในสตรีที่เกิดในประเทศออสเตรเลียจำนวน 438 คน อายุระหว่าง 45-55 ปี ซึ่งข้อมูลได้จากกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการคัดเลือกจำนวน 336 คน (ร้อยละ 77) พบว่าระดับเอสโตรเจน มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน คือ เกิดภาวะกระดูกพรุน เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ อาการหลอดเลือดตีบหรือโป่งพอง ช่องคลอดแห้ง และมีผลต่อความต้องการทางเพศลดลง ซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ความเครียด ภาวะ hot flushes BMI และเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน ปัจจัยดังกล่าวและอารมณ์ต่างส่งผลโดยตรงต่อการตอบสนองทางเพศ

McCall K. และ Meston C. (2007) ศึกษาความแตกต่างระหว่างสตรีก่อนและหลังหมดประจำเดือนต่อการแสดงออกในความต้องการทางเพศ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยสตรีก่อนหมดประจำเดือนที่ไม่มีความสนใจทางเพศ จำนวน 35 คน มีความต้องการทางเพศต่ำ จำนวน 30 คน และกลุ่มหลังหมดประจำเดือน ที่ไม่มีความสนใจทางเพศ จำนวน 21 คน และมีความต้องการทางเพศต่ำ จำนวน 39 คน ผลการศึกษาพบว่า สตรีที่มีความต้องการทางเพศที่ต่ำนั้น มีความสัมพันธ์กับการขาดหายไปของการแสดงออกซึ่งอารมณ์แห่งความรัก ความใคร่ ความโรแมนติก และสัมพันธ์กับการมีความต้องการทางเพศที่ต่ำ (จากคะแนนการแสดงออกซึ่งความต้องการทางเพศที่ต่ำ) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่ไม่สนใจทางเพศ พบว่าไม่แตกต่างกัน ส่วนในสตรีหลังหมดประจำเดือน ส่วนใหญ่พบว่าการแสดงออกซึ่งความรัก มีผลต่อความต้องการทางเพศที่ต่ำ เมื่อเทียบกับสตรีก่อนหมดประจำเดือน

Nappi RE. และคณะ (2007) พบว่าปัจจัยทางด้านชีววิทยา จิตวิทยา สังคมและวัฒนธรรม ล้วนมีผลต่อสุขภาพทางเพศ และส่งผลต่อกระบวนการตอบสนองทางเพศ ในระยะความต้องการทางเพศ ระยะตื่นตัวทางเพศ และระยะจุดสุดยอด รวมถึงความพึงพอใจทางเพศ ซึ่งปัญหาทางเพศจะพบเมื่ออายุเพิ่มขึ้น และปัญหาดังกล่าวเป็นผลที่เกิดจากภาวะหมดประจำเดือน

Oniz A., Keskinoglu P. และ Bezircioglu I. (2007) ศึกษาความชุกและสาเหตุของสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือนใน Turkish โดยศึกษาในศูนย์บริการวางแผนครอบครัวและส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 422 คน อายุ 19-51 ปี พบว่าร้อยละ 15.7 ของสตรีที่มีพบมีปัญหาทางเพศ ซึ่งการสำรวจความชุกใช้ GRISS (Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction) พบร้อยละ 26.1 โดยเจ็บปวดขณะร่วมเพศร้อยละ 41.7, จำนวนความถี่ในการร่วมเพศไม่บ่อยนัก ร้อยละ 39.1 และไม่มีความต้องการในการร่วมเพศ ร้อยละ 38.3 และพบว่าไม่มีความพึงพอใจในการร่วมเพศ ร้อยละ 7 และปัญหาดังกล่าว พบว่าเกิดกับสตรีที่แต่งงานอยู่กับคู่นอนเป็นระยะเวลาานาน (มากกว่า 11 ปี)

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวงศ์กรรมทางเพศและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดูในเขตอำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวงศ์กรรมทางเพศ ปัญหาทางเพศรวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาดังกล่าวของสตรีวัยหมดระดูในจังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ สตรีที่มีอายุระหว่าง 45-59 ปี ที่ยังมีคู่นอน และต้องอยู่ในภาวะหมดประจำเดือนตามธรรมชาติ (Menopause) ติดต่อกันเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี ไม่ได้รับการผ่าตัดทางนรีเวช ไม่ได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทน และไม่ได้อยู่ในระหว่างการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ไม่จำกัดระดับการศึกษาและอาชีพ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบสุ่มจากชั้น (Stratified Random Sampling) โดยศึกษาเฉพาะผู้มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี อย่างน้อย 6 เดือนก่อนถึงวันทำการศึกษาข้อมูล
2. กลุ่มตัวอย่างยินดี สมัครใจในการให้ข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ และกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ กลุ่มตัวอย่างจะไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ
3. กรณีที่กลุ่มตัวอย่างอ่านหนังสือภาษาไทยไม่ออก แต่เข้าใจความหมายของภาษาไทย และมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก ให้ถือว่าบุคคลนั้นเป็นประชากรกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบสอบถาม
4. กลุ่มตัวอย่างหากมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างรวดเร็ว เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทบทวนว่ายังสมัครใจจะให้ข้อมูลในงานวิจัยต่อไป

กลุ่มที่ไม่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก (Exclusion Criteria)

กรณีที่กลุ่มประชากรที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก แต่ปฏิเสธการให้ข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ หรือไม่เข้าใจความหมายของภาษาไทย ให้ถือว่าบุคคลนั้นไม่ใช่ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณหาขนาดตัวอย่าง

คำนวณโดยใช้สูตรของ Freund (Freund ,1981 ในอวยพร เรื่องตระกูล, 2550: 110)

$$n = \frac{Z^2_{\alpha} P(1-P)}{e^2}$$

เมื่อ Z แทนค่าสถิติทดสอบ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

P แทนระดับความชุกของกลุ่มตัวอย่าง

e แทนขนาดความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่จะยอมรับได้

ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 เปิดตารางหาค่า Z_{α} ได้ 1.96

ความชุกของการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มอายุ 45-59 ปี² คือ 0.80

(ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมทางเพศระดับประเทศ 2549 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล)

แทนค่าในสูตร

$$\begin{aligned} n &= \frac{(1.96)^2 (0.80) (1-0.80)}{(0.05)^2} \\ &= 245.86 \\ &\approx 250 \text{ คน} \end{aligned}$$

วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มตัวอย่างในการศึกษา ซึ่งใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างที่อาศัยทฤษฎีความน่าจะเป็นแบบสุ่มจากชั้น (Stratified Random Sampling) โดยดำเนินการแบ่งตำบลในอำเภอเมืองของจังหวัดอุบลราชธานี เป็นพื้นที่ในเขตเทศบาลนคร และนอกเขตเทศบาล ดังนี้

1.1 พื้นที่ในเขตเทศบาลนคร คือ ตำบลในเมือง ประกอบด้วยศูนย์สุขภาพชุมชน ดังนี้ ศูนย์สุขภาพชุมชนท่าวังหิน , ปทุมมาลัย และศูนย์สุขภาพชุมชนเอกชนร่มเกล้า

จากนั้นใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับสลากคัดเลือกศูนย์สุขภาพชุมชนฯ ตำบลในเมือง จำนวน 1 ศูนย์ฯ ได้ ศูนย์สุขภาพชุมชนเอกชนร่มเกล้า

ซึ่ง ศูนย์สุขภาพชุมชนเอกชนร่มเกล้า มีชุมชนในพื้นที่ประกอบด้วย ชุมชนเฉลิมพระเกียรติ 1, เฉลิมพระเกียรติ 2, วัดป่าแสนอุดม 1, วัดป่าแสนอุดม 2, วิทยาลัยเทคนิค1, วัดสว่างอารมณ์ 1, วัดสว่างอารมณ์ 2, ท่ายชอยสุชาอุปถัมภ์ 11, ศาลเยาวชนและครอบครัว, สำนักงานที่ดินจังหวัด, หลังโรงเรียนยาวเรศ 1, หลังโรงเรียนยาวเรศ 2, วิทยาลัยสารพัดช่าง, วัดไชยมงคล, ถนนพนม1,

วัดโรมันคาทอลิก, สามแยกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ 1, สามแยกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ 2 และชุมชนวัดสุปฏิหาราม

จากนั้นใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับสลากคัดเลือกชุมชนที่อยู่ในพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเอกชนร่มเกล้า จำนวนครึ่งหนึ่ง ได้ชุมชนวัดป่าแสนอุดม 1, วัดป่าแสนอุดม 2, ทำยชอยสุขาอุปถัมภ์ 11, สามแยกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ 1, สามแยกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ 2, วิทยาลัยเทคนิค 1 และชุมชนศาลยาวชนและครอบครัว

1.2 พื้นที่นอกเขตเทศบาลนคร แบ่งออกเป็น พื้นที่นอกเขตเทศบาลนครชั้นใน และพื้นที่นอกเขตเทศบาลนครชั้นนอก ดังนี้

- 1) พื้นที่นอกเขตเทศบาลนครชั้นใน ประกอบด้วย ตำบลขามใหญ่ ตำบลปทุม ตำบลไร่น้อย ตำบลชีเหล็ก และตำบลแจระแม
- 2) พื้นที่นอกเขตเทศบาลนครชั้นนอก ประกอบด้วย ตำบลหนองซอน ตำบลหนองบ่อ ตำบลกระโสบ ตำบลกุดลาด และตำบลปะอาว

จากนั้นใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากคัดเลือกพื้นที่นอกเขตเทศบาลนคร พื้นที่ละ 1 ตำบล ดังนี้

พื้นที่นอกเขตเทศบาลนครชั้นใน คือ ตำบลชีเหล็ก

พื้นที่นอกเขตเทศบาลนครชั้นนอก คือ ตำบลกระโสบ

2. นำขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ มาคำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบลที่สุ่มได้ โดยเทียบสัดส่วน (Proportion) ซึ่งจะดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง โดยได้กลุ่มตัวอย่างแยกตามพื้นที่ ดังนี้

พื้นที่เก็บข้อมูล อ.เมือง จ.อุบลราชธานี		ประชากรปี 2550 เพศหญิง อายุ 45-59 ปี	คำนวณจำนวน ตัวอย่าง ตามสัดส่วน	ขนาด ตัวอย่าง
ในเขต เทศบาลนคร	ตำบลในเมือง ชุมชน -วัดป่าแสนอุดม 1 -วัดป่าแสนอุดม 2 -ทำยชอยสุขาอุปถัมภ์ 11 -สามแยก รพ.พระศรีฯ1 -สามแยก รพ.พระศรีฯ2 -วิทยาลัยเทคนิค 1 -ศาลยาวชนและครอบครัว	905	905 x 250 / 1,814 = 124.72	125

พื้นที่เก็บข้อมูล อ.เมือง จ.อุบลราชธานี		ประชากรปี 2550 เพศหญิง อายุ 45-59 ปี	คำนวณจำนวน ตัวอย่าง ตามสัดส่วน	ขนาด ตัวอย่าง
นอกเขต เทศบาลนคร	ตำบลขี้เหล็ก	429	429 x 250 / 1,814 = 59.12	59
	ตำบลกระโสม	480	480 X 250 / 1,814 = 66.15	66
รวม		1,814	(ร้อยละ 100)	250

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยรวบรวมเนื้อหาจาก ตำรา เอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่ง ออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย อายุ อายุเมื่อ หมดประจำเดือน ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะของครอบครัว จำนวนสมาชิกใน ครอบครัว รายได้ของครอบครัว ลักษณะที่อยู่อาศัย ประวัติสุขภาพ/การเจ็บป่วย และพฤติกรรม สุขภาพ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาศึกษาถึงปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัย หมดระดูในเขตอำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานี

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัญหาสุขภาพทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดู หมายถึง ปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคม ที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดระดูของสตรีเป็นตัว แปรที่ได้จากแบบสอบถามที่เกี่ยวกับความผิดปกติของรอบระดู อาการทางระบบประสาท อัดโนมตี อาการทางจิตประสาท การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะสืบพันธุ์ ระบบขับถ่ายปัสสาวะ และ เรื่องเพศสัมพันธ์ ข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ เป็นลักษณะอาการที่กลุ่มตัวอย่างประสบเมื่อเข้าสู่ ภาวะหมดประจำเดือน โดยแต่ละข้อเป็นส่วนประมาณค่า (rating scale) ใช้ 4 ระดับ (0-3) คือ ไม่มีอาการให้คะแนน 0 คะแนน มีอาการเล็กน้อยให้ 1 คะแนน มีอาการปานกลางให้ 2 คะแนน มีอาการมากให้ 3 คะแนน โดยใช้เกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

ไม่มี หมายถึง ไม่มีอาการดังกล่าวเกิดขึ้นเลย

เล็กน้อย หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นนานๆ ครั้ง (โดยเฉลี่ยน้อยกว่า หรือเท่ากับ 1 ครั้งต่อ สัปดาห์ หรืออย่างน้อยเดือนละครั้ง)

ปานกลาง หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นบ่อยแต่ไม่ทุกวัน (โดยเฉลี่ย 2-3 วัน ต่อสัปดาห์)

มาก หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นเกือบทุกวัน (โดยเฉลี่ย 4-7 วันต่อสัปดาห์)

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศและอาการที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดู หมายถึง ความสามารถในการจำ เข้าใจและสามารถอธิบายข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสตรีวัยหมดระดูได้ เป็นตัวแปรที่ได้จากการตอบคำถามในแบบสอบถามเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุของการหมดระดู อาการต่างๆ ที่เกิดเนื่องจากการหมดระดู และการปฏิบัติตนด้านต่างๆ (ข้อคำถามดัดแปลงจากแบบสอบถามของกิริยา ลากเจริญวงศ์, 2543: 129-130) โดยคำถาม 15 ข้อแรก เป็นแบบตรวจความถูกต้อง เป็นความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศและอาการที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดู ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการหมดระดู อาการและโรคแทรกซ้อนที่มักเกิดกับหญิงในวัยหมดระดู การดูแลตนเองเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการพักผ่อน โดยตอบถูกจะได้ 1 คะแนน ตอบไม่ถูกหรือตอบไม่ทราบจะได้ 0 คะแนน

ข้อคำถามที่ตอบถูก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 และ 15

ข้อคำถามที่ตอบผิด ได้แก่ ข้อ 3, 12, 13 และ 14

ส่วนข้อคำถาม 2 ข้อสุดท้าย เป็นคำถามเกี่ยวกับแหล่งความรู้ที่สตรีเคยได้รับที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดระดู

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเจตคติเกี่ยวกับภาวะการหมดระดู หมายถึง เจตคติเชิงบวกหรือเชิงลบของสตรีที่มีต่อการมีประจำเดือนและภาวะการหมดระดู เป็นตัวแปรที่ได้จากการตอบคำถามในแบบสอบถามเกี่ยวกับเจตคติในเรื่องของประจำเดือนและภาวะการหมดระดู มีทั้งหมด 15 ข้อ (ข้อคำถามดัดแปลงจากแบบสอบถามของกิริยา ลากเจริญวงศ์, 2543: 131) ประกอบด้วย

ข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ ข้อ 1, 3, 5, 8, 9, 10 และ 12

ข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 2, 4, 6, 7, 11, 13, 14 และ 15

โดยข้อคำถามมีคำตอบเป็นส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ (0-2) โดยให้คะแนน ดังนี้

คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ	คะแนนที่ได้
เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	1
ไม่แน่ใจ	ไม่แน่ใจ	0

ส่วนข้อคำถาม 3 ข้อสุดท้าย เป็นคำถามเกี่ยวกับความต้องการข้อมูลข่าวสารในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดระดู

ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านพฤติกรรมทางเพศและปัญหาทางเพศที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดู แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ตอนที่ 5.1 ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านพฤติกรรมทางเพศในช่วงวัยหมดระดู หมายถึง การตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ โดยเป็นผู้กระทำหลักหรือเป็นผู้ถูกกระทำในแต่ละประเด็น เป็นตัวแปรที่ได้จากการตอบคำถามที่ตรงกับพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง มีทั้งหมด 10 ข้อ แต่ละข้อเป็นส่วนประมาณค่า (rating scale) ใช้ 5 ระดับ (0-4) คือ ตอบไม่เคยให้ 0 คะแนน ตอบน้อยครั้งให้ 1 คะแนน ตอบบางครั้งให้ 2 คะแนน ตอบบ่อยครั้งให้ 3 คะแนน และตอบทุกครั้งให้ 4 คะแนน โดยใช้เกณฑ์การพิจารณาดังนี้

- ทุกครั้ง หมายถึง ตัดสินใจ/กระทำเป็นประจำทุกครั้ง
- บ่อยครั้ง หมายถึง ตัดสินใจ/กระทำ 5-6 ครั้ง/รอบ 3 เดือน
- บางครั้ง หมายถึง ตัดสินใจ/กระทำ 3-4 ครั้ง/รอบ 3 เดือน
- น้อยครั้ง หมายถึง ตัดสินใจ/กระทำ 1-2 ครั้ง/รอบ 3 เดือน
- ไม่เคย หมายถึง ไม่เคยตัดสินใจ/กระทำเลย

ตอนที่ 5.2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาทางเพศที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดู จำนวน 16 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับปัญหาทางเพศที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นลักษณะเลือกตอบที่ตรงตามลักษณะการปฏิบัติตนของกลุ่มตัวอย่าง

การวัดตัวแปร

สำหรับตัวแปรเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพทางร่างกายและจิตใจที่เกี่ยวข้องกับการหมดระดู ความรู้ ทักษะคติ และบทบาทการปฏิบัติตนด้านพฤติกรรมทางเพศ เป็นตัวแปรที่ได้มาจากชุดคำถามประกอบขึ้นมาจากหลายคำถามด้วยกัน เพื่อที่จะนำคำถามเหล่านี้มาใช้ได้ จำเป็นที่จะต้องแปลงให้เป็นดัชนีที่สามารถแบ่งระดับความแตกต่างได้ ในการศึกษานี้ได้แบ่งดัชนีทุกตัวออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์เดียวกันในการแบ่ง คือ การใช้ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ดังนี้ (กิริยา ลากเจริญวงศ์, 2543: 34)

1. ระดับต่ำ หมายถึง มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยเลขคณิตลบด้วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($\leq \bar{X} - S.D.$)
2. ระดับกลาง หมายถึง มีค่าคะแนนอยู่ระหว่างค่าที่มากกว่าค่าเฉลี่ยเลขคณิตลบด้วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ถึงค่าที่น้อยกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยเลขคณิตบวกด้วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($> \bar{X} - S.D., (\leq \bar{X} + S.D.)$)
3. ระดับสูง หมายถึง มีค่าคะแนนมากกว่าค่าเฉลี่ยเลขคณิตบวกด้วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($> \bar{X} + S.D.$)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Content Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับสตรีวัยหมดระดูจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach 's alpha coefficient) มีสูตรดังนี้ (อวยพร เรื่องตระกูล, 2550: 15)

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

เมื่อ	α	แทนความเที่ยงแบบสัมประสิทธิ์แอลฟา
	k	แทนจำนวนข้อคำถาม
	S_i^2	แทนความแปรปรวนของคะแนนข้อที่ i
	S_t^2	แทนความแปรปรวนของคะแนนรวม

ผลการคำนวณได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (α) ดังนี้

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศและอาการที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดู (α) = 0.74

ส่วนที่ 4 เจตคติเกี่ยวกับภาวะการหมดระดู (α) = 0.79

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยประสานขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยติดต่อทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขออนุมัติในการเข้าดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยและขออนุมัติการศึกษาข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากบันทึกประวัติสุขภาพประจำตัว (Family Folder) ในพื้นที่ 3 ตำบล คือ ตำบลในเมือง ตำบลชีเหล็ก และตำบลกระโสม เพื่อศึกษาประวัติสุขภาพ ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยโดยเรียงตามบ้านเลขที่ ซึ่งเป็นการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การพิจารณา

2. เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ประสานกับสาธารณสุขอำเภอเมือง เพื่อขออนุญาตลงพื้นที่ในการเก็บข้อมูลวิจัยและขอศึกษาข้อมูลพร้อมรับคำแนะนำในข้อมูลประชากรที่สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจากบันทึกประวัติสุขภาพประจำตัว (Family Folder) ของศูนย์สุขภาพชุมชนที่อยู่ในพื้นที่ดังกล่าว ประกอบด้วย ตำบลในเมือง คือ ศูนย์สุขภาพชุมชนเอกชนร่มเกล้า, ตำบลชีเหล็ก คือ ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านหนองแต้ และตำบลกระโสม คือ ศูนย์สุขภาพชุมชนกระโสม เพื่อดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ตรงตามเกณฑ์การพิจารณาดังที่ได้กล่าวแล้วข้างต้น โดยดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนมกราคม 2552 – มีนาคม 2552

3. เมื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยขอคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)ในแต่ละพื้นที่ เกี่ยวกับที่ตั้งของที่พักอาศัย เพื่อให้สะดวกต่อการเดินทางไปสอบถามข้อมูลการวิจัยดังกล่าว

4. ในการเก็บข้อมูลการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างที่ตรงตามเกณฑ์การพิจารณาที่ได้คัดเลือกแล้ว จะดำเนินการเก็บข้อมูล โดยเริ่มต้นจากการเรียงลำดับตามบ้านเลขที่ เมื่อเก็บข้อมูลได้ครบตามจำนวนที่เทียบสัดส่วนในแต่ละพื้นที่แล้ว ให้หยุดเก็บข้อมูลทันที แต่ถ้าหากกลุ่มตัวอย่างท่านใดที่มีเหตุผลให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ด้วยเหตุจำเป็นต่างๆ เช่น กลุ่มตัวอย่างไม่ยินยอมในการให้ข้อมูล เป็นต้น ให้ข้ามไปบ้านของกลุ่มตัวอย่างคนถัดไป และดำเนินการเก็บข้อมูลต่อไปจนกว่าจะครบตามจำนวน จึงให้หยุดเก็บข้อมูลทันที โดยวิธีการเก็บข้อมูลจากการเรียงลำดับตามบ้านเลขที่นั้น ทำให้สะดวกต่อการเก็บข้อมูล เนื่องจากพื้นที่ชุมชนเป็นพื้นที่ขนาดใหญ่ เมื่อมีการเรียงลำดับดังกล่าวทำให้การเข้าไปหากกลุ่มตัวอย่างเป็นไปได้ง่ายยิ่งขึ้น และสามารถควบคุมกลุ่มตัวอย่างจากการเทียบสัดส่วนได้เป็นอย่างดี รวมทั้งยังสามารถช่วยลดอคติจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลได้อีกด้วย

5. ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลทุกครั้ง ผู้วิจัยต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมแก่ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวิจัยอย่างครบถ้วนชัดเจน โดยแจ้งข้อมูล ดังนี้

1) ความเป็นมาและเหตุผลของการวิจัย วัตถุประสงค์ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง สถานที่ จำนวนของกลุ่มตัวอย่างและวิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว เหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยดังกล่าว และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

2) ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล โดยจะใช้เวลาเก็บข้อมูลประมาณ 45-60 นาที/คน

3) สิทธิของประชากรกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลส่วนตัวเป็นความลับ ที่จะเป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคลและไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใดๆ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวมที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยเท่านั้น

4) เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีสมัครใจในการให้ข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ และกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ กลุ่มตัวอย่างจะไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ

5) กรณีที่กลุ่มตัวอย่างอ่านหนังสือภาษาไทยไม่ออก แต่เข้าใจความหมายของภาษาไทย และมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก ให้ถือว่าบุคคลนั้นเป็นประชากรกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม

6) ข้อมูลในแบบสอบถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ จะมีคำถามเรื่องพฤติกรรม ส่วนตัวทางเพศอยู่หลายคำถาม โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามได้ โดยไม่จำเป็นต้อง แจ้งเหตุผล และกลุ่มตัวอย่างจะไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ

7) หากกลุ่มตัวอย่างไม่มีความรู้ หรือมีความรู้ที่ผิด ในประเด็นคำถามตาม แบบสอบถาม ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำในข้อมูลนั้นๆ แก่กลุ่มตัวอย่างทันทีหลังเสร็จสิ้นการ สัมภาษณ์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้อง

8) หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้ง ให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างรวดเร็วเพื่อให้ทราบว่ายังสมควรใจจะให้ข้อมูลในงานวิจัยต่อไปหรือไม่

9) หากกลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

10) ผู้วิจัยมีของที่ระลึกเป็นผ้าขนหนูมอบให้หลังการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม

6. ตรวจสอบความเรียบร้อยและความครบถ้วน จากการเก็บข้อมูลในแบบสอบถาม เพื่อนำไปบันทึกข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเพื่อนำเสนอและสรุปผลการวิจัย

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามข้อมูลปัญหาสุขภาพทางร่างกายและจิตใจที่เกี่ยวข้องกับการหมดระดู ในข้อคำถามลักษณะอาการที่กลุ่มตัวอย่างประสบเมื่อเข้าสู่ภาวะหมดประจำเดือน ส่วนที่ 3 เป็นความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศและอาการที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดู ส่วนที่ 4 เป็นข้อมูลเจตคติเกี่ยวกับภาวะการหมดระดู และส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านพฤติกรรมทางเพศและปัญหาทางเพศ โดยตารางแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดูในเขตอำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานี และความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดูระหว่างประชากรในเมืองและนอกเมือง โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi - square) และ T-test

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์

การศึกษาพฤติกรรมทางเพศและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดูในเขตอำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ศึกษาเฉพาะช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross sectional study) โดยกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชาชนทั่วไปเพศหญิงอายุระหว่าง 45 - 59 ปี ที่ยังมีคู่นอน และต้องอยู่ในภาวะหมดประจำเดือนตามธรรมชาติ (Menopause) ติดต่อกันเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี ไม่ได้รับการผ่าตัดทางนรีเวช และไม่ได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทน โดยศึกษาในเขตพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี เฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดอุบลราชธานี อย่างน้อย 6 เดือนก่อนถึงวันทำการศึกษาข้อมูล ศึกษาข้อมูลในช่วงเดือนมกราคม 2552 – มีนาคม 2552 โดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบสุ่มจากชั้น (Stratified Random Sampling) จำนวน 250 คน การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะประชากรทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อายุ ระยะเวลาของการหมดประจำเดือน ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ลักษณะที่อยู่อาศัย ประวัติสุขภาพ/การเจ็บป่วย พฤติกรรมสุขภาพ ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดู ความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศและอาการที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดู และเจตคติเกี่ยวกับภาวะการหมดระดู

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านพฤติกรรมทางเพศ และปัญหาทางเพศที่เกิดขึ้นของสตรีวัยหมดระดูในเขตอำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานี

ส่วนที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดูในเขตอำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานี โดยการใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi - square) และ T-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = .05$

ส่วนที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดูระหว่างประชากรในเมืองและนอกเมืองในจังหวัดอุบลราชธานี โดยการใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi - square) และ T-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = .05$

ผลการศึกษารูปได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะประชากรทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อายุ ระยะเวลาของการหมดประจำเดือน ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ลักษณะที่อยู่อาศัย ประวัติสุขภาพ/การเจ็บป่วย พฤติกรรมสุขภาพ ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดู ความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศและอาการที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดู และเจตคติเกี่ยวกับภาวะการหมดระดู

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละของลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

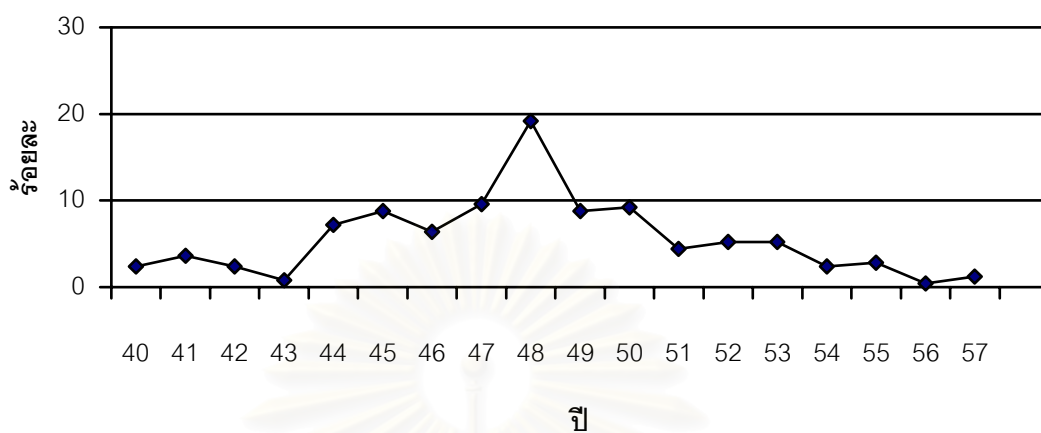
ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ที่ตั้งของกลุ่มตัวอย่าง		
ในเขตเทศบาล	125	50.0
นอกเขตเทศบาล	125	50.0
รวม	250	100.0
อายุ		
45-49 ปี	55	22.0
50-54 ปี	81	32.4
55-59 ปี	114	45.6
รวม	250	100.0
ศาสนา		
พุทธ	250	100.0
รวม	250	100.0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	8	3.2
ประถมศึกษา	165	66.0
มัธยมศึกษา	35	14.0
อนุปริญญา-ปริญญาตรี	38	15.2
ปริญญาโท-ปริญญาเอก	4	1.6
รวม	250	100.0

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

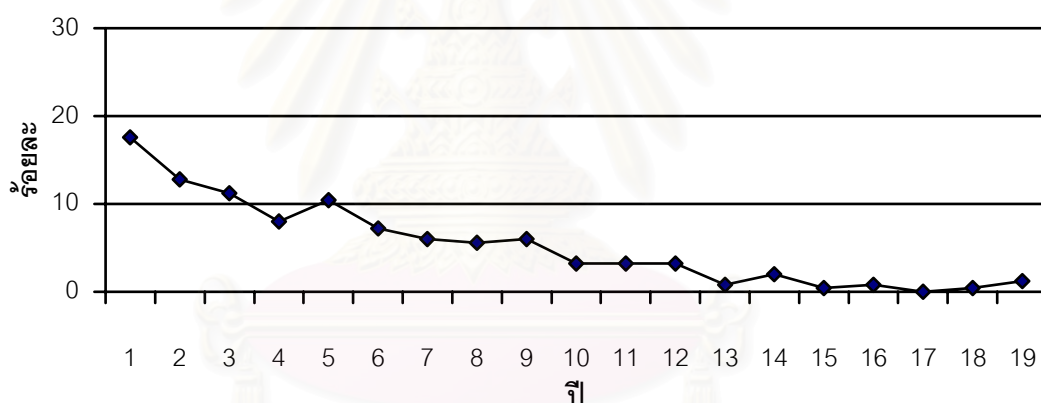
ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน/แม่บ้าน	64	25.6
เกษตรกรรวม	70	28.0
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	38	15.2
รับจ้าง	33	13.2
พนักงานรัฐวิสาหกิจ/เอกชน	12	4.8
รับราชการ	33	13.2
รวม	250	100.0
รายได้ของครอบครัว		
ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน	73	29.2
5,001-10,000 บาท/เดือน	91	36.4
10,001-15,000 บาท/เดือน	28	11.2
15,001-20,000 บาท/เดือน	24	9.6
20,001-25,000 บาท/เดือน	6	2.4
25,001-30,000 บาท/เดือน	6	2.4
30,001 บาท/เดือนขึ้นไป	22	8.8
รวม	250	100.0

กลุ่มตัวอย่างมีเขตพื้นที่อยู่ในเมืองร้อยละ 50 และนอกเมืองร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 55-59 ปี รองลงมาอายุ 50-54 ปี และ 45-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.6, 32.4 และ 22.0 ตามลำดับ โดยร้อยละ 100 นับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษาร้อยละ 66.0 มีอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 28.0 ไม่ได้ทำงานหรือเป็นแม่บ้าน ร้อยละ 25.6 และประกอบการค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 15.2 และพบว่ารายได้ของครอบครัวอยู่ที่ประมาณ 5,001-10,000 บาท/เดือน เป็นส่วนใหญ่ (ดังตารางที่ 4.1)

กราฟที่ 4.1 ร้อยละของอายุที่หมดประจำเดือนของกลุ่มตัวอย่าง (N = 250)



กราฟที่ 4.2 ร้อยละของระยะเวลาของการหมดประจำเดือนของกลุ่มตัวอย่าง (N = 250)

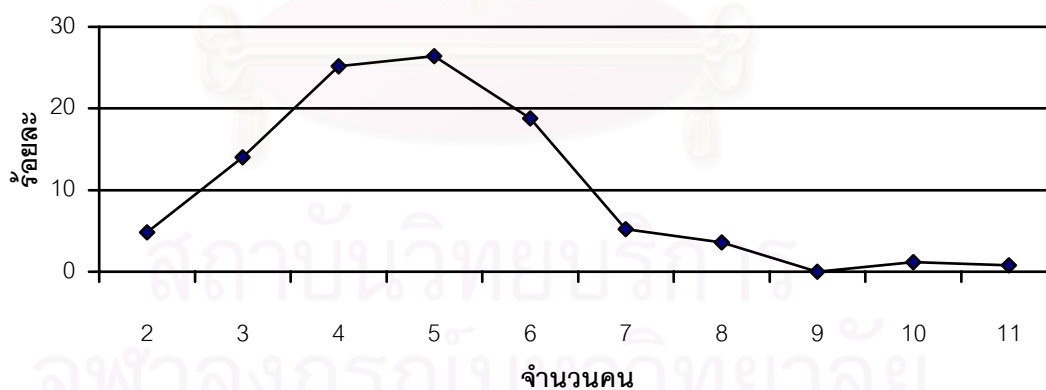


จากการศึกษาอายุที่หมดประจำเดือนของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า จะเริ่มหมดประจำเดือน ในช่วงอายุระหว่าง 47 – 50 ปี โดยส่วนใหญ่จะหมดประจำเดือนอายุ 48 ปี รองลงมาอายุ 47 , 50 และ 49 ปี คิดเป็นร้อยละ 19.2 , 9.6 , 9.2 และ 8.8 ตามลำดับ (ดังกราฟที่ 4.1) และเมื่อพิจารณา ถึงระยะเวลาของการหมดประจำเดือน พบว่า ส่วนใหญ่จะหมดประจำเดือนมาแล้วประมาณ 1-3 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.6 , 12.8 และ 11.2 ตามลำดับ และมีจำนวน 3 คน ที่หมดประจำเดือนมาแล้ว 19 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวเริ่มหมดประจำเดือนมาตั้งแต่อายุ 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 1.2 (ดังกราฟที่ 4.2)

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละของลักษณะครอบครัวและที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	159	63.6
ครอบครัวขยาย	91	36.4
รวม	250	100.0
ลักษณะที่อยู่อาศัย		
นอนด้วยกันกับคู่นอน		
โดยแยกห้องจากสมาชิกคนอื่น	203	81.2
นอนรวมกันกับสมาชิกคนอื่น		
ในห้องเดียวกัน	31	12.4
นอนแยกกันกับคู่นอน		
โดยอยู่คนละห้อง	16	6.4
รวม	250	100.0

กราฟที่ 4.3 ร้อยละ ของจำนวนสมาชิกในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง



ลักษณะครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 63.6 และครอบครัวขยาย ร้อยละ 36.4 โดยส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิก 5, 4 และ 6 คน คิดเป็นร้อยละ 26.4, 25.2 และ 18.8 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาถึงลักษณะของที่อยู่อาศัยในส่วนของที่พัก พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างนอนด้วยกันกับคู่นอน โดยแยกห้องจากสมาชิกคนอื่น รองลงมาจะนอนรวมกันกับสมาชิกคนอื่น โดยพักอยู่ในห้องเดียวกัน และนอนแยกกันกับคู่นอนโดยอยู่กันคนละห้อง คิดเป็นร้อยละ 81.2, 12.4 และ 6.4 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 4.2 และกราฟที่ 4.3)

ตารางที่ 4.3 จำนวน ร้อยละของประวัติการเจ็บป่วยและโรคประจำตัว

ประวัติสุขภาพ / การเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
การเจ็บป่วยและการผ่าตัด (ในอดีต)		
ไม่มี	192	76.8
มี	58	23.2
รวม	250	100.0
โรคประจำตัว		
ไม่มี	185	74.0
มี	65	26.0
รวม	250	100.0
ยาที่ใช้เป็นประจำ		
ไม่มี	184	73.6
มี	66	26.4
รวม	250	100.0
การเจ็บป่วยที่เป็นบ่อย (ในปัจจุบัน)		
ไม่มี	172	68.8
มี	78	31.2
รวม	250	100.0

ตารางที่ 4.4 จำนวน ร้อยละของพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การสูบบุหรี่		
ไม่เคย	247	98.8
ไม่สม่ำเสมอ	1	0.4
ประจำ	2	0.8
รวม	250	100.0

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การดื่มสุรา		
ไม่เคย	215	86.0
ไม่สม่ำเสมอ	33	13.2
ประจำ	2	0.8
รวม	250	100.0
การออกกำลังกาย		
ไม่เคย	65	26.0
ไม่สม่ำเสมอ	129	51.6
ประจำ	56	22.4
รวม	250	100.0

ประวัติการเจ็บป่วยและโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีการเจ็บป่วยและการผ่าตัด (ในอดีต) ร้อยละ 76.8 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 74.0 ไม่มีการใช้ยาที่ใช้เป็นประจำ ร้อยละ 73.6 และในปัจจุบันร้อยละ 68.8 ไม่มีการเจ็บป่วยที่เป็นบ่อย (ดังตารางที่ 4.3)

ในเรื่องของพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 98.8 ไม่เคยดื่มสุรา ร้อยละ 86.0 และมีการออกกำลังกายที่ไม่สม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 51.6 (ดังตารางที่ 4.4)

ตารางที่ 4.5 จำนวน ร้อยละของปัญหาสุขภาพทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดู

ปัญหาสุขภาพทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดู	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (0 - 11.98 คะแนน)	46	18.4
ระดับปานกลาง (11.99 - 31.96 คะแนน)	163	65.2
ระดับสูง (31.97 คะแนนขึ้นไป)	41	16.4
รวม	250	100.0

$\bar{X} = 21.97$ $SD = 9.99$

ตารางที่ 4.6 จำนวน ร้อยละของปัญหาสุขภาพทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดูจำแนกตามกลุ่มอายุ

		ปัญหาสุขภาพทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดู							
		ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับสูง		รวม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ	45-49 ปี	14	30.4	33	20.2	8	19.5	55	22.0
	50-54 ปี	10	21.7	54	33.1	17	41.5	81	32.4
	55-59 ปี	22	47.8	76	46.6	16	39.0	114	45.6
รวม		46	100.0	163	100.0	41	100.0	250	100.0

ตารางที่ 4.7 จำนวน ร้อยละของปัญหาสุขภาพทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดูจำแนกตามอาการ

อาการที่เกิดขึ้นในช่วงระยะของการหมดระดู	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่มี	รวม
	ร้อยละ(จำนวน)	ร้อยละ(จำนวน)	ร้อยละ(จำนวน)	ร้อยละ(จำนวน)	ร้อยละ(จำนวน)
ความรู้สึกอ่อนวูบวาบ					
ที่ตัว หน้าอก	12.4 (31)	24.8 (62)	32.4 (81)	30.4 (76)	100.0 (250)
ปวดศีรษะ	16.0 (40)	30.8 (77)	35.2 (88)	18.0 (45)	100.0 (250)
หงุดหงิด	23.2 (58)	32.4 (81)	31.6 (79)	12.8 (32)	100.0 (250)
ความรู้สึกไม่เป็นที่รัก /					
รู้สึกถูกทอดทิ้ง	9.2 (23)	12.8 (32)	27.2 (68)	50.8 (127)	100.0 (250)
ความรู้สึกวิตกกังวล	16.4 (41)	25.6 (64)	35.6 (89)	22.4 (56)	100.0 (250)
นอนไม่หลับ	19.6 (49)	29.2 (73)	36.4 (91)	14.8 (37)	100.0 (250)
เหนื่อยเพลียง่าย	15.6 (39)	36.0 (90)	33.2 (83)	15.2 (38)	100.0 (250)
ปวดหลัง	18.0 (45)	29.2 (73)	34.8 (87)	18.0 (45)	100.0 (250)
ปวดกล้ามเนื้อ	13.2 (33)	29.6 (74)	37.2 (93)	20.0 (50)	100.0 (250)
ปวดข้อต่างๆ	17.2 (43)	32.0 (80)	31.2 (78)	19.6 (49)	100.0 (250)
ผิวแห้ง	6.8 (17)	24.4 (61)	30.8 (77)	38.0 (95)	100.0 (250)
ปัสสาวะบ่อยและแสบ	4.4 (11)	20.4 (51)	30.4 (76)	44.8 (112)	100.0 (250)
กลั้นปัสสาวะไม่อยู่	9.6 (24)	20.8 (52)	29.2 (73)	40.4 (101)	100.0 (250)

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

อาการที่เกิดขึ้น ในช่วงระยะของการ หมดระดู	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่มี	รวม
	ร้อยละ(จำนวน)	ร้อยละ(จำนวน)	ร้อยละ(จำนวน)	ร้อยละ(จำนวน)	ร้อยละ(จำนวน)
ความต้องการทางเพศลดลง	18.8 (47)	35.2 (88)	29.2 (73)	16.8 (42)	100.0 (250)
ความรู้สึกทางเพศลดลง/ ไม่มีความสุขทางเพศ	17.2 (43)	32.8 (82)	31.2 (78)	18.8 (47)	100.0 (250)
ช่องคลอดแห้ง	12.0 (30)	27.6 (69)	28.0 (70)	32.4 (81)	100.0 (250)
เจ็บช่องคลอดเวลา มีเพศสัมพันธ์	12.8 (32)	18.0 (45)	29.6 (74)	39.6 (99)	100.0 (250)

จากตารางที่ 4.5 กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสุขภาพทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดูอยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 65.2 รองลงมามีปัญหาดังกล่าวอยู่ในระดับต่ำและระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 18.4 และ 16.4 ตามลำดับ

โดยปัญหาดังกล่าวเมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มที่ประสบปัญหาสุขภาพทางร่างกายและจิตใจในระดับต่ำ และระดับปานกลาง ส่วนใหญ่พบมากในกลุ่มอายุ 55-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.8 และ 46.6 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มที่มีปัญหาอยู่ในระดับสูงนั้น พบมากในกลุ่มอายุ 50-54 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.5 (ดังตารางที่ 4.6)

เมื่อพิจารณาตามอาการที่มีปัญหาเกิดขึ้นในช่วงเวลาของการหมดระดู ที่ประสบปัญหา มาก คือ อาการหงุดหงิด ร้อยละ 23.2 นอนไม่หลับ ร้อยละ 19.6 ความต้องการทางเพศลดลง ร้อยละ 18.8 ปวดหลัง ร้อยละ 18.0 และอาการปวดข้อต่างๆ กับความรู้สึกทางเพศลดลง/ไม่มีความสุขทางเพศนั้น ประสบปัญหาเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 17.2 ส่วนกลุ่มอาการที่ประสบปัญหาปานกลาง ที่พบมากคือ เหนื่อยเพลียง่าย ร้อยละ 36.0 รองลงมาความต้องการทางเพศลดลง, ความรู้สึกทางเพศลดลง/ไม่มีความสุขทางเพศ, หงุดหงิด และอาการปวดข้อต่างๆ คิดเป็นร้อยละ 35.2, 32.8, 32.4 และ 32.0 ตามลำดับ นอกจากนี้ในกลุ่มอาการที่ประสบปัญหาเล็กน้อย ที่พบเป็นส่วนใหญ่คือ ปวดกล้ามเนื้อ ร้อยละ 37.2 รองลงมาเป็นอาการนอนไม่หลับ, มีความรู้สึกวิตกกังวล, ปวดศีรษะ และปวดหลัง คิดเป็นร้อยละ 36.4, 35.6, 35.2 และ 34.8 ตามลำดับ และในกลุ่มอาการที่ไม่ประสบปัญหาเลย ส่วนใหญ่เป็นความรู้สึกไม่เป็นที่รัก/รู้สึกถูกทอดทิ้ง ร้อยละ 50.8 รองลงมาไม่พบอาการปัสสาวะบ่อย/แสบ และกลับปัสสาวะไม่อยู่ คิดเป็นร้อยละ 44.8 และ 40.4 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 4.7)

ตารางที่ 4.8 จำนวนร้อยละของความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศและอาการที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดู

ความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศและอาการที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดู		จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	(0 – 4.42 คะแนน)	56	22.4
ระดับปานกลาง	(4.43 – 10.98 คะแนน)	166	66.4
ระดับสูง	(10.99 คะแนนขึ้นไป)	28	11.2
รวม		250	100.0

\bar{X} = 7.70 SD = 3.28

ตารางที่ 4.9 จำนวน ร้อยละของความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศและอาการที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดู จำแนกตามกลุ่มอายุ

		ความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศและอาการที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดู							
		ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับสูง		รวม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ	45-49 ปี	14	25.0	39	23.5	2	7.1	55	22.0
	50-54 ปี	19	33.9	56	33.7	6	21.4	81	32.4
	55-59 ปี	23	41.1	71	42.8	20	71.4	114	45.6
รวม		56	100.0	166	100.0	28	100.0	250	100.0

ในเรื่องของความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศและอาการที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดูนั้น ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.4 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ และระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 22.4 และ 11.2 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 4.8)

เมื่อจำแนกความรู้ตามกลุ่มอายุ พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มอายุ 55-59 ปี มีระดับความรู้สูงกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ โดยความรู้ดังกล่าวทั้งในระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 71.4, 42.8 และ 41.1 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 4.9)

ตารางที่ 4.10 จำนวน ร้อยละการรับทราบความรู้/ข้อมูลเกี่ยวกับวัยหมดระดู

ความรู้/ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เคยทราบข้อมูลเกี่ยวกับคลินิกหญิงวัยทองหรือหญิงวัยหมดระดู		
ไม่เคยทราบข้อมูล	180	72.0
เคยทราบข้อมูล	70	28.0
รวม	250	100.0
เคยได้รับความรู้/ข้อมูลที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับวัยทองหรือวัยหมดระดู		
ไม่เคยได้รับความรู้/ ข้อมูล	113	45.2
เคยได้รับความรู้/ ข้อมูล	137	54.8
รวม	250	100.0

ตารางที่ 4.11 จำนวน ร้อยละของช่องทางที่เคยได้รับความรู้/ข้อมูลที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับวัยทองหรือวัยหมดระดู (N=137)

ช่องทางที่เคยได้รับความรู้ / ข้อมูลที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับวัยทองหรือวัยหมดระดู	จำนวน	ร้อยละ
หนังสือพิมพ์	39	28.5
นิตยสาร	48	35.0
วารสารวิชาการ / สิ่งตีพิมพ์	30	21.9
ป้ายประชาสัมพันธ์ / แผ่นพับ	35	25.5
รายการโทรทัศน์	97	70.8
รายการวิทยุ	45	32.8
เพื่อน	34	24.8
สมาชิกในครอบครัว	17	12.4
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	99	72.3
อินเทอร์เน็ต	12	8.8
เสียงตามสายในชุมชน	17	12.4
อื่นๆ	4	2.9

เมื่อสอบถามถึงการทราบข้อมูลเกี่ยวกับคลินิกหญิงวัยทองหรือหญิงวัยหมดระดู ก็พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยทราบข้อมูลดังกล่าว ร้อยละ 72.0 แต่เคยได้รับความรู้/ข้อมูลที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับวัยทองหรือวัยหมดระดู คิดเป็นร้อยละ 54.8 และร้อยละ 45.2 ไม่เคยได้รับความรู้ / ข้อมูลมาก่อนเลย (ดังตารางที่ 4.10)

โดยในกลุ่มที่เคยได้รับความรู้/ข้อมูลที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับวัยทองหรือวัยหมดระดูนั้น พบว่า ช่องทางที่กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับความรู้/ข้อมูลดังกล่าว ส่วนใหญ่แล้วได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 72.3 รองลงมาจากรายการโทรทัศน์ ร้อยละ 70.8, นิตยสาร ร้อยละ 35.0, รายการวิทยุ ร้อยละ 32.8, หนังสือพิมพ์ ร้อยละ 28.5 และป้ายประชาสัมพันธ์/แผ่นพับ คิดเป็นร้อยละ 25.5 (ดังตารางที่ 4.11)

ตารางที่ 4.12 จำนวน ร้อยละของเจตคติเกี่ยวกับภาวะการหมดระดู

เจตคติเกี่ยวกับภาวะการหมดระดู		จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	(0 – 17.91 คะแนน)	46	18.4
ระดับปานกลาง	(17.92 – 24.37 คะแนน)	171	68.4
ระดับสูง	(24.38 คะแนนขึ้นไป)	33	13.2
รวม		250	100.0

$$\bar{X} = 21.14 \quad SD = 3.23$$

ตารางที่ 4.13 จำนวน ร้อยละของเจตคติเกี่ยวกับภาวะการหมดระดูจำแนกตามกลุ่มอายุ

อายุ	เจตคติเกี่ยวกับภาวะการหมดระดู							
	ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับสูง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
45-49 ปี	10	21.7	42	24.6	3	9.1	55	22.0
50-54 ปี	15	32.6	56	32.7	10	30.3	81	32.4
55-59 ปี	21	45.7	73	42.7	20	60.6	114	45.6
รวม	46	100.0	171	100.0	33	100.0	250	100.0

ตารางที่ 4.14 จำนวน ร้อยละของความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับวิทยทองหรือวิทยหมตระกูล

ความต้องการ	จำนวน	ร้อยละ
ความต้องการให้หน่วยงานต่างๆ เข้ามา มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพวิทยทอง		
ไม่ต้องการ	82	32.8
ต้องการ	168	67.2
รวม	250	100.0
ความต้องการข้อมูลข่าวสารเพิ่มเติมเกี่ยวกับ การปฏิบัติตัวในวิทยทองหรือวิทยหมตระกูล		
เฉยๆ	104	41.6
ไม่ต้องการ	42	16.8
ต้องการ	104	41.6
รวม	250	100.0

ตารางที่ 4.15 จำนวน ร้อยละของช่องทางที่ต้องการให้ความรู้ / ข้อมูลที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในวิทยทองหรือวิทยหมตระกูล (N=208)

ช่องทางที่ต้องการให้ความรู้/ข้อมูลเกี่ยวกับ การปฏิบัติตัวในวิทยทองหรือวิทยหมตระกูล	จำนวน	ร้อยละ
เสียงตามสายในชุมชน	60	28.8
ป้ายประชาสัมพันธ์ / แผ่นพับ	48	23.1
กิจกรรมรณรงค์	33	15.9
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	119	57.2
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)	111	53.4
รายการโทรทัศน์	95	45.7
รายการวิทยุ	52	25.0
วารสารวิชาการ / สิ่งตีพิมพ์	34	16.3
หนังสือพิมพ์ / นิตยสาร	32	15.4
อินเทอร์เน็ต	9	4.3
อื่นๆ	7	3.4

โดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติเกี่ยวกับภาวะการหมดระดู อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.4 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ และระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 18.4 และ 13.2 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 4.12)

เมื่อจำแนกเจตคติตามกลุ่มอายุ พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มอายุ 55-59 ปี มีเจตคติสูงกว่ากลุ่มอายุ 50-54 ปี และอายุ 45-49 ปี โดยเจตคติดังกล่าวพบมากในระดับสูง ระดับต่ำ และระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 60.6, 45.7 และ 42.7 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 4.13)

เมื่อตรวจสอบถึงความต้องการให้หน่วยงานต่างๆ เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพวัยทองหรือไม่ พบว่า ส่วนใหญ่แล้วมีความต้องการ คิดเป็นร้อยละ 67.2 นอกจากนี้ในเรื่องของความต้องการข้อมูลข่าวสารเพิ่มเติมเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในวัยทองหรือวัยหมดระดู พบว่า มีความรู้สึกเฉยๆ และมีความต้องการข้อมูลอยู่ในระดับเท่ากัน คือ ร้อยละ 41.6 และมีส่วนน้อยที่ไม่ต้องการ ร้อยละ 16.8 (ดังตารางที่ 4.14) โดยช่องทางที่ต้องการให้ความรู้ / ข้อมูลที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในวัยทองหรือวัยหมดระดู ส่วนใหญ่ต้องการให้เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 57.2 รองลงมาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.), รายการโทรทัศน์, เสียงตามสายในชุมชน, รายการวิทยุ และป้ายประชาสัมพันธ์ / แผ่นพับ คิดเป็นร้อยละ 53.4, 45.7, 28.8, 25.0 และ 23.1 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 4.15)

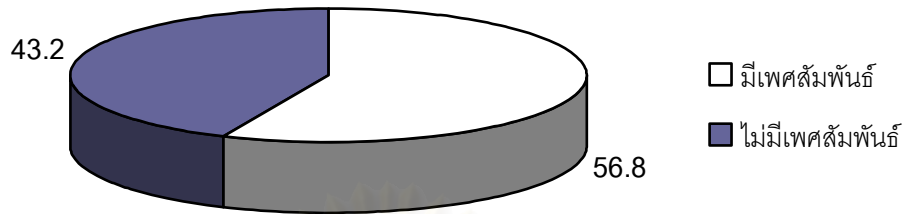
ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านพฤติกรรมทางเพศและปัญหาทางเพศที่เกิดขึ้นของสตรีวัยหมดระดูในเขตอำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานี

ตารางที่ 4.16 จำนวน ร้อยละของความคิดเห็นต่อการมีเพศสัมพันธ์ในช่วงวัยหมดระดู

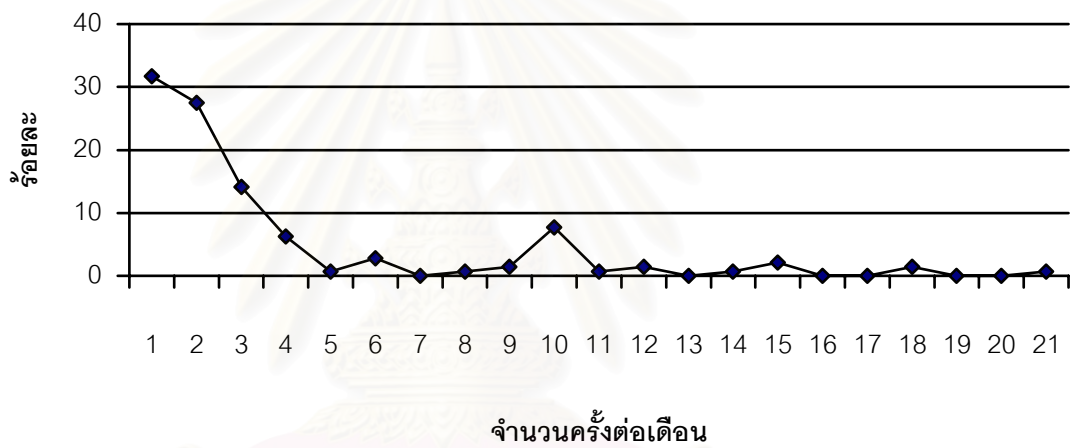
ความคิดเห็น	จำนวน	ร้อยละ
เพศสัมพันธ์เป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับชีวิตคู่สมรส		
เฉยๆ	73	29.2
สำคัญ	126	50.4
ไม่สำคัญ	21	8.4
ไม่มีความคิดเห็น	30	12.0
รวม	250	100.0
ความจำเป็นในการมีกิจกรรมทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์ในช่วงวัยหมดระดู		
เฉยๆ	81	32.4
จำเป็น	88	35.2
ไม่จำเป็น	37	14.8
ไม่มีความคิดเห็น	44	17.6
รวม	250	100.0
ความคิดเห็นถึงภาพลักษณ์และสรีระของร่างกาย		
ไม่มีผลกระตุ้นให้เกิดความต้องการทางเพศ	182	72.8
มีผลกระตุ้นให้เกิดความต้องการทางเพศ	68	27.2
รวม	250	100.0

จากตารางที่ 4.16 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า การมีเพศสัมพันธ์สำหรับชีวิตคู่สมรสเป็นเรื่องที่สำคัญ ร้อยละ 50.4 ที่เหลือมีความคิดเห็นว่าเฉยๆ , ไม่มีความคิดเห็น และไม่มี ความสำคัญ ร้อยละ 29.2 , 12.0 และ 8.4 ตามลำดับ และมีความคิดเห็นว่าการมีกิจกรรมทาง เพศหรือการมีเพศสัมพันธ์ในช่วงวัยหมดระดูยังเป็นสิ่งที่มีความจำเป็น ร้อยละ 35.2 รองลงมาคิด ว่าเฉยๆ , ไม่มีความคิดเห็น และไม่มีความเป็น คิดเป็นร้อยละ 32.4, 17.6 และ 14.8 ตามลำดับ นอกจากนี้แล้วกลุ่มตัวอย่างยังมีความคิดเห็นถึงภาพลักษณ์ และสรีระของร่างกายว่าไม่มีผลต่อ การกระตุ้นให้เกิดความต้องการทางเพศ ถึงร้อยละ 72.8 มีเพียงส่วนน้อย ร้อยละ 27.2 ที่คิดเห็นว่า สิ่งเหล่านั้นมีผลต่อการกระตุ้นให้เกิดความต้องการทางเพศ

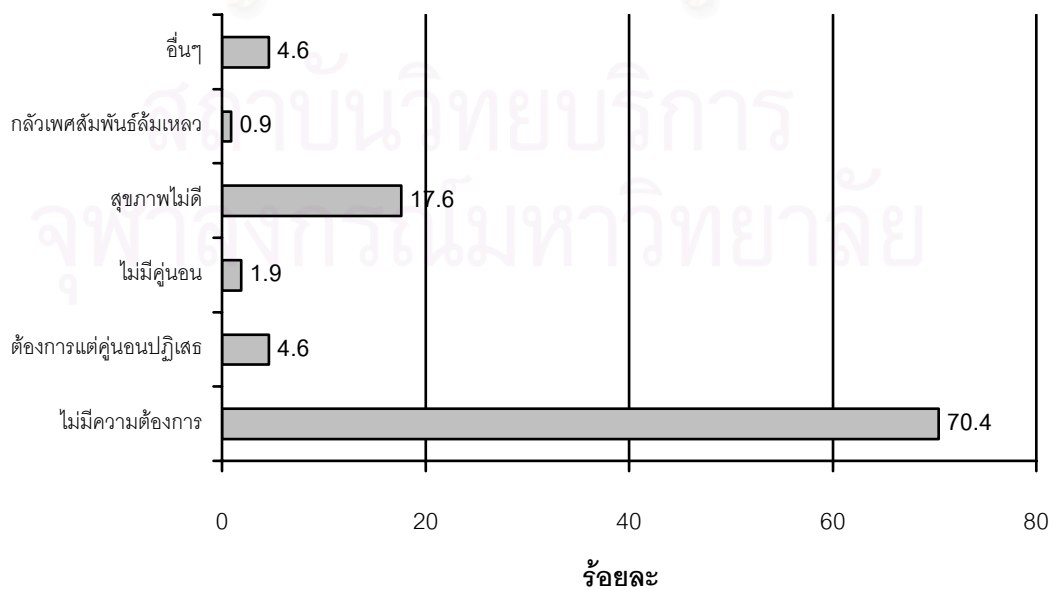
แผนภูมิที่ 4.1 ร้อยละของการมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา (N = 250)



กราฟที่ 4.4 ร้อยละของความถี่การมีเพศสัมพันธ์ต่อเดือน ช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา (N=142)



แผนภูมิที่ 4.2 ร้อยละของสาเหตุที่ไม่มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา (N = 108)



ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 56.8 และไม่มีเพศสัมพันธ์โดย ร้อยละ 43.2 (ตั้งแผนภูมิที่ 4.1) โดยในกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ พบว่า มีความถี่ในกิจกรรมทางเพศ ดังกล่าว ส่วนใหญ่จำนวน 1 ครั้ง รองลงมา 2 และ 3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 31.7, 27.5 และ 14.1 ตามลำดับ (ตั้งกราฟที่ 4.4) โดยในกลุ่มที่ไม่มีกิจกรรมทางเพศในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา เหตุผล ส่วนใหญ่เนื่องมาจากไม่มีความต้องการทางเพศ ร้อยละ 70.4 รองลงมาคือสุขภาพไม่ดี และกลุ่ม ตัวอย่างมีความต้องการแต่คุณอนไม่ต้องการ คิดเป็นร้อยละ 17.6 และ 4.6 ตามลำดับ (ตั้งแผนภูมิ ที่ 4.2)

ตารางที่ 4.17 จำนวน ร้อยละของบทบาทหลักในการปฏิบัติตนด้านพฤติกรรมทางเพศ ของสตรีในช่วงวัยหมดระดู

บทบาทหลักในการปฏิบัติตนด้าน		จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมทางเพศในช่วงวัยหมดระดู			
ระดับต่ำ	(0 - 5.02 คะแนน)	48	19.3
ระดับปานกลาง	(5.03 – 15.78 คะแนน)	168	67.5
ระดับสูง	(15.79 คะแนนขึ้นไป)	33	13.3
รวม		249	100.0

$$\bar{X} = 10.40 \quad SD = 5.38$$

ตารางที่ 4.18 จำนวน ร้อยละของบทบาทหลักในการปฏิบัติตนด้านพฤติกรรมทางเพศ ของสตรีในช่วงวัยหมดระดูจำแนกตามกลุ่มอายุ

		บทบาทหลักในการปฏิบัติตนด้านพฤติกรรมทางเพศในช่วงวัยหมดระดู							
		ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับสูง		รวม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ	45-49 ปี	10	20.8	39	23.2	6	18.2	55	22.1
	50-54 ปี	15	31.3	51	30.4	15	45.5	81	32.5
	55-59 ปี	23	47.9	78	46.4	12	36.4	113	45.4
รวม		48	100.0	168	100.0	33	100.0	249	100.0

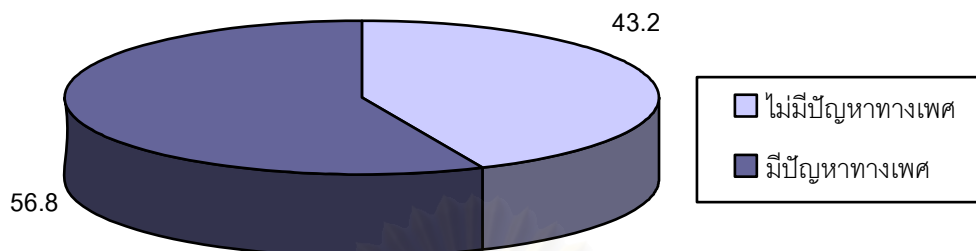
ในการปฏิบัติตนด้านพฤติกรรมทางเพศของสตรีในช่วงวัยหมดระดู พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีบทบาทหลักในกิจกรรมดังกล่าวอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.5 รองลงมาในระดับต่ำ และระดับสูง ร้อยละ 19.3 และ 13.3 ตามลำดับ โดยบทบาทดังกล่าวนั้นประกอบด้วย การเป็นฝ่ายเริ่มต้นในการมีเพศสัมพันธ์, ความพึงพอใจต่อการมีเพศสัมพันธ์, ได้รับการกระตุ้นอย่างเพียงพอจนเกิดความต้องการสูงสุด ก่อนการมีเพศสัมพันธ์จากคู่นอน, การใช้อุปกรณ์ช่วยในการมีเพศสัมพันธ์ เช่น เครื่องสั่น อุปกรณ์เทียม เป็นต้น, การได้รับบาดเจ็บจากการทาบตี ทำร้ายร่างกายจากคู่นอน, การเคยมีเพศสัมพันธ์ด้วยความไม่เต็มใจ, การหลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ ในขณะที่ไม่พร้อมหรือไม่ต้องการจะมีกิจกรรมทางเพศ, การพูดคุยเรื่องการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กับคู่นอน, การพูดคุยเกี่ยวกับความต้องการและความพึงพอใจต่อรูปแบบการมีเพศสัมพันธ์ เพื่อให้เกิดความสุขทั้งสองฝ่าย และการร่วมกันแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่สุขสม โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 1 คน ที่ปฏิเสธการให้ข้อมูลดังกล่าว (ดังตารางที่ 4.17)

โดยการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวเมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มอายุ 55-59 ปี มีบทบาทด้านพฤติกรรมทางเพศมากในระดับต่ำ และระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 47.9 และ 46.4 ตามลำดับ และกลุ่มอายุ 50-54 ปี พบว่ามีบทบาทดังกล่าวในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 45.5 (ดังตารางที่ 4.18)

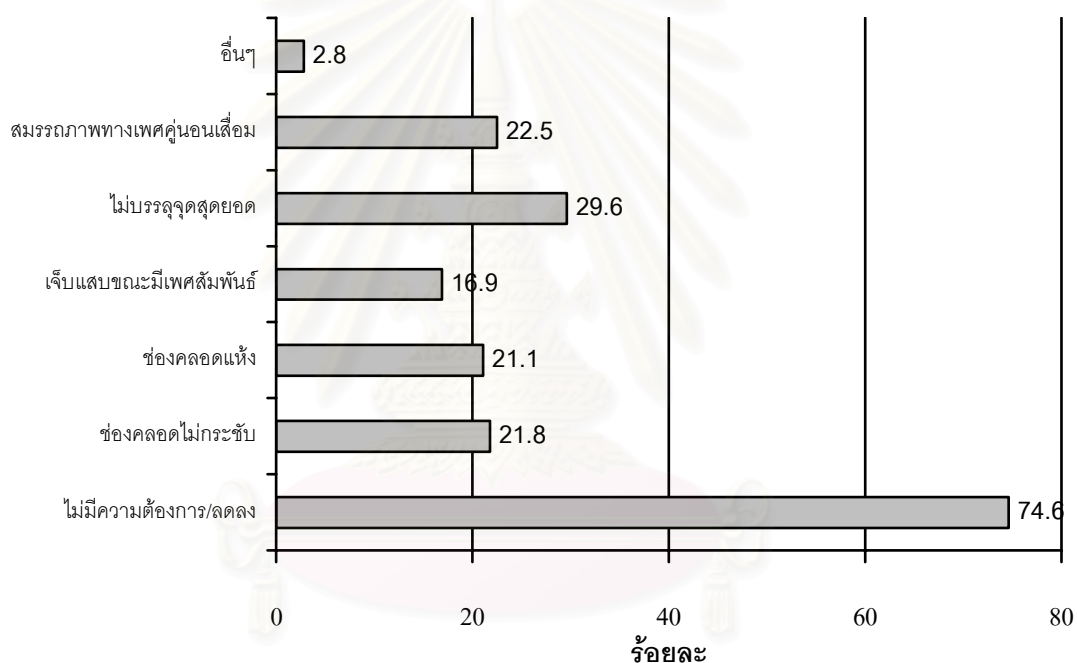
ตารางที่ 4.19 จำนวน ร้อยละของความต้องการทางเพศเมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นทางเพศ

การมีความต้องการทางเพศ เมื่อได้รับการกระตุ้นทางเพศ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีความต้องการทางเพศ	92	36.8
มีความต้องการทางเพศทุกครั้ง	8	3.2
มีความต้องการทางเพศบ่อยครั้ง	9	3.6
มีความต้องการทางเพศบางครั้ง	99	39.6
มีความต้องการทางเพศน้อยครั้ง	42	16.8
รวม	250	100.0

แผนภูมิที่ 4.3 ร้อยละของปัญหาทางเพศที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาหลังการหมดระดูที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่าง (N = 250)



แผนภูมิที่ 4.4 ร้อยละของการประสบปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่าง (N= 142)



ตารางที่ 4.20 จำนวน ร้อยละของปัญหาเพศสัมพันธ์หลังหมดระดูจำแนกตามกลุ่มอายุ

		ปัญหาทางเพศ					
		ไม่มีปัญหา		มีปัญหา		รวม	
อายุ		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
45-49 ปี		27	25.0	28	19.7	55	22.0
50-54 ปี		34	31.5	47	33.1	81	32.4
55-59 ปี		47	43.5	67	47.2	114	45.6
รวม		108	100.0	142	100.0	250	100.0

ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการกระตุ้นทางเพศ เช่น การสัมผัส การกระตุ้นทางสายตา น้ำเสียง กลิ่น รสจากคู่หรือตัวเอง หรือจากสื่อต่างๆ เช่น วิดีโอโป๊ พบว่า มีความต้องการทางเพศ บางครั้งและไม่มีความต้องการทางเพศมีจำนวนใกล้เคียงกัน โดยมีความต้องการทางเพศบางครั้ง ร้อยละ 39.6 และไม่มีความต้องการทางเพศ ร้อยละ 36.8 รองลงมา มีความต้องการทางเพศน้อย ครั้ง ร้อยละ 16.8 (ดังตารางที่ 4.19) นอกจากนี้ยังพบว่าในช่วงเวลาหลังหมดประจำเดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาทางเพศ ร้อยละ 56.8 และไม่มีปัญหาทางเพศ ร้อยละ 43.2 (ดังแผนภูมิที่ 4.3) โดยในกลุ่มที่มีปัญหาทางเพศนั้น ส่วนใหญ่ไม่มีความต้องการทางเพศหรือลดลง รองลงมาคือ การไม่บรรลุจุดสุดยอดจากการมีเพศสัมพันธ์ คุณอนสมรรถภาพทางเพศเสื่อม ความไม่กระชับ ของช่องคลอด ช่องคลอดแห้ง และเจ็บแสบขณะมีเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 74.6 , 29.6 , 22.5 , 21.8 , 21.1 และ 16.9 ตามลำดับ (ดังแผนภูมิที่ 4.4)

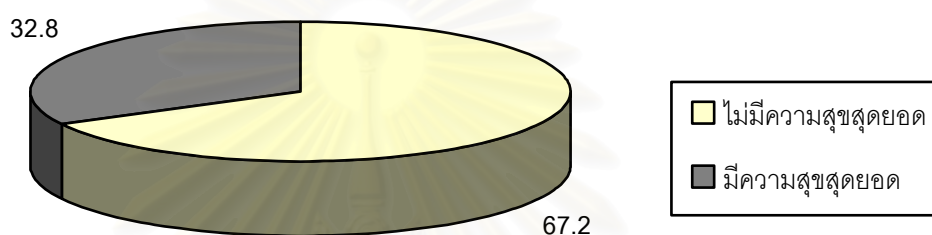
โดยกลุ่มที่มีปัญหาทางเพศส่วนใหญ่ เป็นกลุ่มอายุ 55-59 ปี รองลงมา 50-54 ปี และ 45-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.2 , 33.1 และ 19.7 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มที่ไม่มีปัญหาทางเพศ พบว่า กลุ่มอายุ 55-59 ปี ไม่มีปัญหาทางเพศ ร้อยละ 43.5 และกลุ่มที่ไม่มีปัญหาทางเพศพบลดลงตาม กลุ่มอายุ 50-54 ปี และ 45-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.5 และ 25.0 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 4.20)

ตารางที่ 4.21 จำนวน ร้อยละของลักษณะการมีปัญหาทางเพศสัมพันธ์และแนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหาทางเพศ/แนวทางแก้ไข	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะการมีปัญหาทางเพศสัมพันธ์		
มีบ้าง แต่แก้ไขได้	55	38.7
มีบ้าง จึงมีเพศสัมพันธ์ลดลง	72	50.7
มีมาก จึงเลิกการมีเพศสัมพันธ์	15	10.6
รวม	142	100.0
แนวทางการแก้ไขปัญหาทางเพศสัมพันธ์		
เฉยๆ ไม่ต้องทำอะไร	82	57.7
ซื้อยามาใช้เอง	3	2.1
ไปพบแพทย์เพื่อทำการปรึกษาหรือรักษา	18	12.7
ไม่ทราบว่าจะต้องปฏิบัติตนอย่างไร	37	26.1
ไม่มีความคิดเห็น	2	1.4
รวม	142	100.0

ในกลุ่มที่มีปัญหาทางเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่มีปัญหาบ้าง จึงทำให้มีเพศสัมพันธ์ลดลง ร้อยละ 50.7 รองลงมามีปัญหาบ้าง แต่สามารถแก้ไขได้ ร้อยละ 38.7 อีกจำนวนหนึ่งมีปัญหามาก จึงทำให้เลิกการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 10.6 และในกลุ่มนี้เมื่อประสบปัญหาการมีเพศสัมพันธ์โดยส่วนใหญ่อยู่เฉยๆ ไม่ต้องทำอะไร ร้อยละ 57.7 และไม่ทราบว่าจะต้องปฏิบัติตนอย่างไร ร้อยละ 26.1 และร้อยละ 1.4 ไม่แสดงความคิดเห็นในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว (ดังตารางที่ 4.21)

แผนภูมิที่ 4.5 ร้อยละของความรู้สึกมีความสุขสุดขณะมีเพศสัมพันธ์ (N= 250)



ตารางที่ 4.22 จำนวน ร้อยละของลักษณะการถึงจุดสุดยอด (N=82)

การถึงจุดสุดยอด (orgasm)	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้สึกเมื่อมีความสุขสุด		
orgasmเพียงครั้งเดียว.	67	81.7
orgasmต่อเนื่องได้หลายครั้ง	15	18.3
รวม	82	100.0
ลักษณะความรู้สึกมีความสุขสุด		
มีความสุขสุดได้ช้า	60	73.2
มีความสุขสุดได้เร็ว	22	26.8
รวม	82	100.0
ลักษณะอาการจากความรู้สึกมีความสุขสุด		
orgasmได้ทุกครั้ง	9	11.0
orgasmได้บ่อยครั้ง	6	7.3
orgasmได้บางครั้ง	9	11.0
orgasmได้น้อยครั้ง	11	13.4
orgasmได้ใกล้เคียงและตรงความต้องการ	47	57.3
รวม	82	100.0

ตารางที่ 4.22 (ต่อ)

การถึงจุดสุดยอด (orgasm)	จำนวน	ร้อยละ
การรับทราบเมื่อคู่นอนของท่านถึงจุดสุดยอด		
สังเกต	115	46.0
คำบอกเล่าของคู่นอน	57	22.8
คิดไปเอง	14	5.6
ไม่ทราบ/ไม่สนใจ	64	25.6
รวม	250	100.0

พฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ในขณะที่มีเพศสัมพันธ์หรือช่วยตัวเอง ส่วนใหญ่ไม่มีความสุขสุดยอด ร้อยละ 67.2 และมีความสุขสุดยอด ร้อยละ 32.8 (ดังแผนภูมิที่ 4.5)

ในกลุ่มที่มีความสุขสุดยอด ส่วนใหญ่แล้วจะมีความสุขสุดยอดเพียงครั้งเดียว ร้อยละ 81.7 และมีความสุขสุดยอดต่อเนื่องได้หลายครั้ง ร้อยละ 18.3 โดยในการมีความสุขสุดยอดในแต่ละครั้งนั้นพบว่า มีความสุขสุดยอดได้ช้า ร้อยละ 73.2 และมีความสุขสุดยอดได้เร็ว ร้อยละ 26.8 เมื่อพิจารณาลักษณะอาการจากความรู้สึกมีความสุขสุดยอดของกลุ่มตัวอย่างก็พบว่าในแต่ละครั้งนั้น ส่วนใหญ่การมีความสุขสุดยอดเกิดขึ้นได้ใกล้เคียงและตรงตามความต้องการ ร้อยละ 57.3 และพบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างจะใช้วิธีสังเกตคู่นอนของตนเกี่ยวกับการถึงจุดสุดยอด รองลงมาไม่ทราบ/ไม่สนใจ และรับฟังจากคำบอกเล่าของคู่นอน คิดเป็นร้อยละ 46.0, 25.6 และ 22.8 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 4.22)

ตารางที่ 4.23 จำนวน ร้อยละของวิธีการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และพฤติกรรมกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

พฤติกรรมทางเพศ	จำนวน	ร้อยละ
การมีวิธีป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากคู่นอน		
ไม่มี	215	86.0
มี	35	14.0
รวม	250	100.0
การเคยมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรส		
เคย	15	6.0
ไม่เคย	235	94.0
รวม	250	100.0
เหตุผลที่มีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรส		
ต้องการเปลี่ยนรสชาติ เพิ่มความตื่นเต้น	7	46.7
คู่สมรสไม่ยอมมีเพศสัมพันธ์ด้วย	1	6.7
คู่สมรสไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้	5	33.3
ปฏิเสธการให้ข้อมูล	2	13.3
รวม	15	100.0

กลุ่มตัวอย่างเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่ไม่มีการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากคู่นอนเลย ร้อยละ 86.0 และเมื่อสอบถามถึงการเคยมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรส พบว่าส่วนใหญ่แล้วไม่เคยมีพฤติกรรมดังกล่าว ร้อยละ 94.0 มีเพียงส่วนน้อยที่เคยมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ร้อยละ 6.0 ซึ่งในกลุ่มนี้ให้เหตุผลที่มีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรส เนื่องจากต้องการเปลี่ยนรสชาติ เพิ่มความตื่นเต้น ร้อยละ 46.7 รองลงมาคู่สมรสไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ ร้อยละ 33.3 และคู่สมรสไม่ยอมมีเพศสัมพันธ์ด้วย ร้อยละ 6.7 โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 13.3 ที่ปฏิเสธการให้เหตุผลในการมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (ดังตารางที่ 4.23)

ในการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามถึงประเด็น การโอบกอด จูบ ลูบคลำ สัมผัสจากผู้อื่น ทำให้มีความสุขหรือไม่ เมื่อเปรียบเทียบกับกรณีเพศสัมพันธ์ พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างจะมีความคิดเห็นว่า การโอบกอดจูบ ลูบคลำ สัมผัส ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นสุข และอบอุ่นมากกว่า การมีเพศสัมพันธ์ ส่วนการมีกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์นั้นส่วนใหญ่ไม่มีความต้องการ และบางครั้งเกิดความรู้สึกไม่เป็นสุขทั้งทางกายและทางใจ ไม่มีความรู้สึกเหมือนกับตอนที่ยังเป็นหนุ่มสาว จึงทำให้ไม่มีความต้องการทางเพศ หรือมีความต้องการทางเพศลดลง

เมื่อพิจารณาถึงความสุขในชีวิตคู่ ในความต้องการของกลุ่มตัวอย่างก็พบว่า ส่วนใหญ่ต้องการให้อยู่ร่วมกัน เป็นเพื่อนคุย คอยให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ให้ความรัก สนับสนุนการทำกิจกรรมงานอดิเรกในยามว่างด้วยกัน ไม่ทะเลาะเบาะแว้ง และคอยเป็นที่ปรึกษาให้แก่กันและกัน ในยามที่ท้อแท้ ผิดหวัง หรือมีปัญหา คอยอยู่เคียงข้างกันไม่ว่าจะทุกข์จะสุข และอยู่เป็นร่วมโพธิ์ร่วมไทรให้กับลูกหลานตลอดไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดูในเขตอำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานี โดยการใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi - square) และ T-test และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = .05$

ตารางที่ 4.24 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู

ปัจจัย	ปัญหาทางเพศ						χ^2 (p-values)
	ไม่มีปัญหา		มีปัญหา		รวม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ							
45-49 ปี	27	25.0	28	19.7	55	22.0	.604
50-54 ปี	34	31.5	47	33.1	81	32.4	
55-59 ปี	47	43.5	67	47.2	114	45.6	
รวม	108	100.0	142	100.0	250	100.0	
ระดับการศึกษา							
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	3.7	4	2.8	8	3.2	.364
ประถมศึกษา	77	71.3	88	62.0	165	66.0	
มัธยมศึกษา	14	13.0	21	14.8	35	14.0	
อนุปริญญา-ปริญญาตรี	11	10.2	27	19.0	38	15.2	
ปริญญาโท-ปริญญาเอก	2	1.9	2	1.4	4	1.6	
รวม	108	100.0	142	100.0	250	100.0	
อาชีพ							
ไม่ได้ทำงาน/แม่บ้าน	28	25.9	36	25.4	64	25.6	.068
เกษตรกรรม	27	25.0	43	30.3	70	28.0	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	24	22.2	14	9.9	38	15.2	
รับจ้าง	15	13.9	18	12.7	33	13.2	
รับราชการ	9	8.3	24	16.9	33	13.2	
รัฐวิสาหกิจ/เอกชน	5	4.6	7	4.9	12	4.8	
รวม	108	100.0	142	100.0	250	100.0	

ตารางที่ 4.24 (ต่อ)

ปัจจัย	ปัญหาทางเพศ						χ^2 (p-values)
	ไม่มีปัญหา		มีปัญหา		รวม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน							
ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน	30	27.8	43	30.3	73	29.2	.439
5,001-10,000 บาท/เดือน	42	38.9	49	34.5	91	36.4	
10,001-15,000 บาท/เดือน	13	12.0	15	10.6	28	11.2	
15,001-20,000 บาท/เดือน	13	12.0	11	7.7	24	9.6	
20,001-25,000 บาท/เดือน	1	0.9	5	3.5	6	2.4	
25,001-30,000 บาท/เดือน	3	2.8	3	2.1	6	2.4	
30,001 บาท/เดือนขึ้นไป	6	5.6	16	11.3	22	8.8	
รวม	108	100.0	142	100.0	250	100.0	

ตารางที่ 4.25 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจเกี่ยวกับระยะเวลาของการหมดประจำเดือน กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู

ปัจจัย	ปัญหาทางเพศ				t	df	p-values
	ไม่มีปัญหา		มีปัญหา				
	จำนวน	Mean (S.D.)	จำนวน	Mean (S.D.)			
ระยะเวลาของการหมดประจำเดือน	108	5.1 (4.1)	142	5.6 (4.0)	-1.13	248	0.260

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู (ดังตารางที่ 4.24 และ 4.25) พบว่าปัจจัยด้านประชากรและเศรษฐกิจ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และระยะเวลาของการหมดประจำเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู

ตารางที่ 4.26 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับลักษณะครอบครัว กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู

ปัจจัย	ปัญหาทางเพศ						χ^2 (p-values)
	ไม่มีปัญหา		มีปัญหา		รวม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ลักษณะครอบครัว							
ครอบครัวเดี่ยว	64	59.3	95	66.9	159	63.6	.213
ครอบครัวขยาย	44	40.7	47	33.1	91	36.4	
รวม	108	100.0	142	100.0	250	100.0	
ลักษณะที่อยู่อาศัย							
นอนด้วยกันกับคู่นอนโดย							
แยกห้องจากสมาชิกคนอื่น	96	88.9	107	75.4	203	81.2	.021*
นอนรวมกันกับสมาชิกคนอื่นในห้องเดียวกัน							
อื่นในห้องเดียวกัน	7	6.5	24	16.9	31	12.4	
นอนแยกกันกับคู่นอนโดย							
อยู่คนละห้อง	5	4.6	11	7.7	16	6.4	
รวม	108	100.0	142	100.0	250	100.0	

*P < .05

ตารางที่ 4.27 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับจำนวนสมาชิกในครอบครัว กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู

ปัจจัย	ปัญหาทางเพศ				t	df	p-values
	ไม่มีปัญหา		มีปัญหา				
	จำนวน	Mean (S.D.)	จำนวน	Mean (S.D.)			
จำนวนสมาชิกใน							
ครอบครัว	108	4.9 (1.7)	142	4.8 (1.5)	0.81	248	0.417

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู (ดังตารางที่ 4.26 และ 4.27) พบว่า ลักษณะที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยกลุ่มที่มีปัญหาทางเพศ พบมากในกลุ่มที่นอนด้วยกันกับคู่นอนโดยแยกห้องจากสมาชิกคนอื่นต่างหาก ร้อยละ 75.4 รองลงมาพบในการนอนรวมกันกับสมาชิกคนอื่นในห้องเดียวกัน และการนอนแยกกันกับคู่นอน โดยอยู่กันคนละห้อง คิดเป็นร้อยละ 16.9 และ 7.7 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มที่ไม่มีปัญหาทางเพศ พบว่า ลักษณะการนอนด้วยกันกับคู่นอนโดยแยกห้องจากสมาชิกคนอื่นต่างหาก ทำให้ไม่มีปัญหาทางเพศมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 88.9

ส่วนลักษณะครอบครัวและจำนวนสมาชิกในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.28 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านสุขภาพเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย/โรคประจำตัว กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู

ปัจจัย	ปัญหาทางเพศ						χ^2 (p-values)
	ไม่มีปัญหา		มีปัญหา		รวม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การเจ็บป่วยและการผ่าตัด (ในอดีต)							
ไม่มี	86	79.6	106	74.6	192	76.8	.355
มี	22	20.4	36	25.4	58	23.2	
รวม	108	100.0	142	100.0	250	100.0	
โรคประจำตัว							
ไม่มี	86	79.6	99	69.7	185	74.0	.077
มี	22	20.4	43	30.3	65	26.0	
รวม	108	100.0	142	100.0	250	100.0	
ยาที่ใช้เป็นประจำ							
ไม่มี	90	83.3	94	66.2	184	73.6	.002*
มี	18	16.7	48	33.8	66	26.4	
รวม	108	100.0	142	100.0	250	100.0	
การเจ็บป่วยที่เป็นบ่อย (ในปัจจุบัน)							
ไม่มี	89	82.4	83	58.5	172	68.8	.000*
มี	19	17.6	59	41.5	78	31.2	
รวม	108	100.0	142	100.0	250	100.0	

*P < .05

ตารางที่ 4.29 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและปัญหาทางร่างกาย จิตใจ กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู

ปัจจัย	ปัญหาทางเพศ						χ^2 (p-values)
	ไม่มีปัญหา		มีปัญหา		รวม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การสูบบุหรี่							
ไม่เคย	107	99.1	140	98.6	247	98.8	.670
ไม่สม่ำเสมอ	0	0.0	1	0.7	1	0.4	
ประจำ	1	0.9	1	0.7	2	0.8	
รวม	108	100.0	142	100.0	250	100.0	
การดื่มสุรา							
ไม่เคย	99	91.7	116	81.7	215	86.0	.007*
ไม่สม่ำเสมอ	7	6.5	26	18.3	33	13.2	
ประจำ	2	1.9	0	0.0	2	0.8	
รวม	108	100.0	142	100.0	250	100.0	
ออกกำลังกาย							
ไม่เคย	37	34.3	28	19.7	65	26.0	.007*
ไม่สม่ำเสมอ	44	40.7	85	59.9	129	51.6	
ประจำ	27	25.0	29	20.4	56	22.4	
รวม	108	100.0	142	100.0	250	100.0	
ปัญหาสุขภาพทางร่างกาย/ จิตใจที่เกิดในวัยหมดระดู							
ระดับต่ำ	28	25.9	18	12.7	46	18.4	.015*
ระดับปานกลาง	67	62.0	96	67.6	163	65.2	
ระดับสูง	13	12.0	28	19.7	41	16.4	
รวม	108	100.0	142	100.0	250	100.0	

*P < .05

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านสุขภาพ กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู (ดังตารางที่ 4.28 และ 4.29) พบว่ายาที่ใช้เป็นประจำ, การเจ็บป่วยที่เป็นบ่อย (ในปัจจุบัน), การดื่มสุรา, การออกกำลังกาย และปัญหาสุขภาพทางร่างกาย / จิตใจที่เกิดในวัยหมดระดู มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดย

1. ยาที่ใช้เป็นประจำ

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีการใช้ยาเป็นประจำ พบว่า ไม่มีปัญหาทางเพศ ร้อยละ 83.3 และมีปัญหาทางเพศ ร้อยละ 66.2 ส่วนในกลุ่มที่มีการใช้ยาเป็นประจำ พบว่ามีปัญหาทางเพศ ร้อยละ 33.8 และไม่มีปัญหาทางเพศ ร้อยละ 16.7

2. การเจ็บป่วยที่เป็นบ่อย(ในปัจจุบัน)

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีการเจ็บป่วยที่เป็นบ่อยในปัจจุบัน พบว่า ไม่มีปัญหาทางเพศ ร้อยละ 82.4 และมีปัญหาทางเพศ ร้อยละ 58.5 ส่วนในกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยบ่อยในปัจจุบันนั้น มีปัญหาทางเพศ ร้อยละ 41.5 และไม่มีปัญหาทางเพศ ร้อยละ 17.6

3. การดื่มสุรา

ในพฤติกรรมการดื่มสุรา พบว่า กลุ่มที่ไม่เคยดื่มสุรานั้น ไม่มีปัญหาทางเพศ ร้อยละ 91.7 และมีปัญหาทางเพศ ร้อยละ 81.7

4. การออกกำลังกาย

กลุ่มตัวอย่างที่ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ พบว่า ไม่มีปัญหาทางเพศสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เคยออกกำลังกายเลย คิดเป็นร้อยละ 40.7 และ 34.3 ตามลำดับ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ มีปัญหาทางเพศสูงกว่ากลุ่มที่มีการออกกำลังกายเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 59.9 และ 20.4 ตามลำดับ

5. ปัญหาสุขภาพทางร่างกาย / จิตใจที่เกิดในวัยหมดระดู

กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพทางร่างกาย / จิตใจที่เกิดในวัยหมดระดูในระดับต่ำ ไม่มีปัญหาทางเพศสูงกว่ามีปัญหาทางเพศ ร้อยละ 25.9 และ 12.7 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มที่มีปัญหาในระดับปานกลาง มีปัญหาทางเพศสูงกว่าไม่มีปัญหาทางเพศ ร้อยละ 67.6 และ 62.0 และในกลุ่มที่มีปัญหาในระดับสูง พบว่า มีปัญหาทางเพศสูงกว่าไม่มีปัญหาทางเพศ คิดเป็นร้อยละ 19.7 และ 12.0 ตามลำดับ

ส่วนปัจจัยด้านสุขภาพเกี่ยวกับ การเจ็บป่วยและการผ่าตัด (ในอดีต), โรคประจำตัว และการสูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู

ตารางที่ 4.30 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านความรู้ เจตคติ กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู

ปัจจัย	ปัญหาทางเพศ						χ^2 (p-values)
	ไม่มีปัญหา		มีปัญหา		รวม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ความรู้เรื่องเพศและอาการที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดู							
ระดับต่ำ	27	25.0	29	20.4	56	22.4	.106
ระดับปานกลาง	74	68.5	92	64.8	166	66.4	
ระดับสูง	7	6.5	21	14.8	28	11.2	
รวม	108	100.0	142	100.0	250	100.0	
เจตคติเกี่ยวกับประจำเดือนและภาวะการหมดระดู							
ระดับต่ำ	17	15.7	29	20.4	46	18.4	.436
ระดับปานกลาง	74	68.5	97	68.3	171	68.4	
ระดับสูง	17	15.7	16	11.3	33	13.2	
รวม	108	100.0	142	100.0	250	100.0	

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านความรู้ เจตคติ กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู (ดังตารางที่ 4.30) พบว่า ความรู้เรื่องเพศและอาการที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดู และเจตคติเกี่ยวกับประจำเดือนและภาวะการหมดระดู ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู

ตารางที่ 4.31 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านพฤติกรรมทางเพศ กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู

ปัจจัย	ปัญหาทางเพศ						χ^2 (p-values)
	ไม่มีปัญหา		มีปัญหา		รวม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
บทบาทพฤติกรรมทางเพศ							
ระดับต่ำ	17	15.7	31	22.0	48	19.3	.148
ระดับปานกลาง	80	74.1	88	62.4	168	67.5	
ระดับสูง	11	10.2	22	15.6	33	13.3	
รวม	108	100.0	141	100.0	249	100.0	
ความต้องการทางเพศ							
ไม่มีความต้องการ	43	39.8	49	34.5	92	36.8	.389
มีความต้องการ	65	60.2	93	65.5	158	63.2	
รวม	108	100.0	142	100.0	250	100.0	
การตอบสนองทางเพศ							
ไม่มีความสุขสุดยอด	75	69.4	93	65.5	168	67.2	.510
มีความสุขสุดยอด	33	30.6	49	34.5	82	32.8	
รวม	108	100.0	142	100.0	250	100.0	

ตารางที่ 4.32 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านพฤติกรรมทางเพศเกี่ยวกับความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู

ปัจจัย	ปัญหาทางเพศ				t	df	p-values
	ไม่มีปัญหา		มีปัญหา				
	จำนวน	Mean (S.D.)	จำนวน	Mean (S.D.)			
ความถี่การมีเพศสัมพันธ์	60	4.2 (4.6)	82	3.5 (3.7)	1.08	140	0.284

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านพฤติกรรมทางเพศ กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู (ดังตารางที่ 4.31 และ 4.32) พบว่า บทบาทหลักการปฏิบัติตนด้านพฤติกรรมทางเพศ, ความต้องการทางเพศ, การตอบสนองทางเพศ และความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู

ส่วนที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดูระหว่างประชากรในเมืองและนอกเมืองในจังหวัดอุบลราชธานี โดยการใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi - square) และ T-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = .05$

ตารางที่ 4.33 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดูระหว่างประชากรในเมืองและนอกเมือง

ปัจจัย	ปัญหาทางเพศ					
	ในเมือง			นอกเมือง		
	ไม่มีปัญหา	มีปัญหา	χ^2 p-values	ไม่มีปัญหา	มีปัญหา	χ^2 p-values
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
อายุ						
45-49 ปี	14 (25.0)	6 (8.7)	.034*	13 (25.0)	22 (30.1)	.615
50-54 ปี	18 (32.1)	22 (31.9)		16 (30.8)	25 (34.2)	
55-59 ปี	24 (42.9)	41 (59.4)		23 (44.2)	26 (35.6)	
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2 (3.6)	3 (4.3)	.016*	2 (3.8)	1 (1.4)	.360
ประถมศึกษา	35 (62.5)	30 (43.5)		42 (80.8)	58 (79.5)	
มัธยมศึกษา	12 (21.4)	14 (20.3)		2 (3.8)	7 (9.6)	
อนุปริญญา-ป.ตรี	5 (8.9)	22 (31.9)		6 (11.5)	5 (6.8)	
ปริญญาโท-เอก	2 (3.6)	0		0	2 (2.7)	
อาชีพ						
ไม่ได้ทำงาน/แม่บ้าน	11 (19.6)	15 (21.7)	.005*	17 (32.7)	21 (28.8)	.548
เกษตรกรรม	8 (14.3)	6 (8.7)		19 (36.5)	37 (50.7)	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	19 (33.9)	8 (11.6)		5 (9.6)	6 (8.2)	
รับจ้าง	10 (17.9)	14 (20.3)		5 (9.6)	4 (5.5)	
รัฐวิสาหกิจ/เอกชน	5 (8.9)	7 (10.1)		0	0	
รับราชการ	3 (5.4)	19 (27.5)		6 (11.5)	5 (6.8)	

ตารางที่ 4.33 (ต่อ)

ปัจจัย	ปัญหาทางเพศ						
	ในเมือง			χ^2	นอกเมือง		
	ไม่มีปัญหา	มีปัญหา	χ^2		ไม่มีปัญหา	มีปัญหา	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		p-values	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	p-values
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน							
ต่ำกว่า5,000บาท	21 (37.5)	12 (17.4)	.241	9 (17.3)	31 (42.5)	.005*	
5,001-10,000บาท	16 (28.6)	23 (33.3)		26 (50.0)	26 (35.6)		
10,001-15,00บาท	5 (8.9)	6 (8.7)		8 (15.4)	9 (12.3)		
15,001-20,00บาท	7 (12.5)	10 (14.5)		6 (11.5)	1 (1.4)		
20,001-25,00บาท	1 (1.8)	2 (2.9)		0	3 (4.1)		
25,001-30,00บาท	1 (1.8)	3 (4.3)		2 (3.8)	0		
30,001บาทขึ้นไป	5 (8.9)	13 (18.8)		1 (1.9)	3 (4.1)		

*P < .05

ตารางที่ 4.34 ความสัมพันธ์ของระยะเวลาการหมดประจำเดือน กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดูระหว่างประชากรในเมืองและนอกเมือง

ระยะเวลาการหมดประจำเดือน	ปัญหาทางเพศ				t	df	p-values
	ไม่มีปัญหา		มีปัญหา				
	จำนวน	Mean (S.D.)	จำนวน	Mean (S.D.)			
ในเมือง	56	5.6 (4.7)	69	6.5 (4.1)	-1.22	123	0.223
นอกเมือง	52	4.5 (3.3)	73	4.8 (3.8)	-0.45	123	0.652

การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดูระหว่างประชากรในเมืองและนอกเมือง (ดังตารางที่ 4.33 และ 4.34) กล่าวคือ

กลุ่มตัวอย่างเขตในเมือง พบว่า อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนรายได้ของครอบครัว และระยะเวลาการหมดประจำเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู

กลุ่มตัวอย่างเขตนอกเมือง พบว่า รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนอายุ การศึกษา อาชีพ และระยะเวลาการหมดประจำเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู

ตารางที่ 4.35 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับลักษณะครอบครัว กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดูระหว่างประชากรในเมืองและนอกเมือง

ปัจจัย	ปัญหาทางเพศ					
	ในเมือง			นอกเมือง		
	ไม่มีปัญหา	มีปัญหา	χ^2 p-values	ไม่มีปัญหา	มีปัญหา	χ^2 p-values
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ลักษณะครอบครัว						
ครอบครัวเดี่ยว	29 (51.8)	42 (60.9)	.308	35 (67.3)	53 (72.6)	.523
ครอบครัวขยาย	27 (48.2)	27 (39.1)		17 (32.7)	20 (27.4)	
ลักษณะที่อยู่อาศัย						
นอนด้วยกัน	51 (91.1)	47 (68.1)	.008*	45 (86.5)	60 (82.2)	.343
นอนรวมกัน	3 (5.4)	13 (18.8)		4 (7.7)	11 (15.1)	
อื่นๆ	2 (3.6)	9 (13.0)		3 (5.8)	2 (2.7)	

*P < .05

ตารางที่ 4.36 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับจำนวนสมาชิกในครอบครัว กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดูระหว่างประชากรในเมืองและนอกเมือง

จำนวนสมาชิก ในครอบครัว	ปัญหาทางเพศ				t	df	p-values
	ไม่มีปัญหา		มีปัญหา				
	จำนวน	Mean (S.D.)	จำนวน	Mean (S.D.)			
ในเมือง	56	4.9 (1.9)	69	4.8 (1.7)	0.45	123	0.654
นอกเมือง	52	4.9 (1.5)	73	4.8 (1.4)	0.74	123	0.463

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดูระหว่างประชากรในเมืองและนอกเมือง (ดังตารางที่ 4.35 และ 4.36) กล่าวคือ

กลุ่มตัวอย่างเขตในเมือง พบว่า ลักษณะที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนลักษณะครอบครัว และจำนวนสมาชิกในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู

กลุ่มตัวอย่างเขตนอกเมือง พบว่า ลักษณะครอบครัว ลักษณะที่อยู่อาศัย และจำนวนสมาชิกในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู

ตารางที่ 4.37 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเจ็บป่วย/โรคประจำตัว กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดูระหว่างประชากรในเมืองและนอกเมือง

ปัจจัย	ปัญหาทางเพศ					
	ในเมือง			นอกเมือง		
	ไม่มีปัญหา จำนวน (ร้อยละ)	มีปัญหา จำนวน (ร้อยละ)	χ^2 p-values	ไม่มีปัญหา จำนวน (ร้อยละ)	มีปัญหา จำนวน (ร้อยละ)	χ^2 p-values
การเจ็บป่วยและการผ่าตัด (ในอดีต)						
ไม่มี	40 (71.4)	49 (71.0)	.959	46 (88.5)	57 (78.1)	.133
มี	16 (28.6)	20 (29.0)		6 (11.5)	16 (21.9)	
โรคประจำตัว						
ไม่มี	38 (67.9)	46 (66.7)	.888	48 (92.3)	53 (72.6)	.006*
มี	18 (32.1)	23 (33.3)		4 (7.7)	20 (27.4)	
ยาที่ใช้เป็นประจำ						
ไม่มี	42 (75.0)	45 (65.2)	.237	48 (92.3)	49 (67.1)	.001*
มี	14 (25.0)	24 (34.8)		4 (7.7)	24 (32.9)	
การเจ็บป่วยที่เป็นบ่อข(ปัจจุบัน)						
ไม่มี	43 (76.8)	38 (55.1)	.011*	46 (88.5)	45 (61.6)	.001*
มี	13 (23.2)	31 (44.9)		6 (11.5)	28 (38.4)	

*P < .05

ตารางที่ 4.38 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและปัญหาสุขภาพทางร่างกาย จิตใจ กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดูระหว่างประชากรในเมืองและนอกเมือง

ปัจจัย	ปัญหาทางเพศ					
	ในเมือง		χ^2	นอกเมือง		χ^2
	ไม่มีปัญหา	มีปัญหา		ไม่มีปัญหา	มีปัญหา	
จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	p-values	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	p-values	
การสูบบุหรี่						
ไม่เคย	56 (100.0)	68 (98.6)	.366	51 (98.1)	72 (98.6)	.808
ไม่สม่ำเสมอ	0	1 (1.4)		0	0	
ประจำ	0	0		1 (1.9)	1 (1.4)	
การดื่มสุรา						
ไม่เคย	51 (91.1)	60 (87.0)	.313	48 (92.3)	56 (76.7)	.017*
ไม่สม่ำเสมอ	4 (7.1)	9 (13.0)		3 (5.8)	17 (23.3)	
ประจำ	1 (1.8)	0		1 (1.9)	0	
การออกกำลังกาย						
ไม่เคย	11 (19.6)	9 (13.0)	.106	26 (50.0)	19 (26.0)	.021*
ไม่สม่ำเสมอ	21 (37.5)	39 (56.5)		23 (44.2)	46 (63.0)	
ประจำ	24 (42.9)	21 (30.4)		3 (5.8)	8 (11.0)	
ปัญหาสุขภาพทางร่างกาย/ จิตใจที่เกิดในวัยหมดระดู						
ระดับต่ำ	20 (35.7)	10 (14.5)	.013*	8 (15.4)	8 (11.0)	.713
ระดับปานกลาง	28 (50.0)	40 (58.0)		39 (75.0)	56 (76.7)	
ระดับสูง	8 (14.3)	19 (27.5)		5 (9.6)	9 (12.3)	

*P < .05

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านสุขภาพ กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดูระหว่างประชากรในเมืองและนอกเมือง (ดังตารางที่ 4.37 และ 4.38) กล่าวคือ

กลุ่มตัวอย่างเขตในเมือง พบว่า การเจ็บป่วยที่เป็นบ่อย(ปัจจุบัน) และปัญหาสุขภาพทางร่างกาย/จิตใจที่เกิดในวัยหมดระดู มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนการเจ็บป่วยและการผ่าตัด (ในอดีต), โรคประจำตัว, ยาที่ใช้เป็นประจำ, การสูบบุหรี่, การดื่มสุรา และการออกกำลังกาย ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู

กลุ่มตัวอย่างเขตนอกเมือง พบว่า โรคประจำตัว, ยาที่ใช้เป็นประจำ, การเจ็บป่วยที่เป็นบ่อย(ปัจจุบัน), การดื่มสุรา และการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนการเจ็บป่วยและการผ่าตัด (ในอดีต), การสูบบุหรี่ และปัญหาสุขภาพทางร่างกาย/จิตใจที่เกิดในวัยหมดระดู ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู

ตารางที่ 4.39 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านความรู้ เจตคติ กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดูระหว่างประชากรในเมืองและนอกเมือง

ปัจจัย	ปัญหาทางเพศ					
	ในเมือง		χ^2	นอกเมือง		χ^2
	ไม่มีปัญหา	มีปัญหา		ไม่มีปัญหา	มีปัญหา	
จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	p-values	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	p-values	
ความรู้เรื่องเพศและอาการที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดู						
ระดับต่ำ	11 (19.6)	8 (11.6)	.004*	16 (30.8)	21 (28.8)	.403
ระดับปานกลาง	42 (75.0)	42 (60.9)		32 (61.5)	50 (68.5)	
ระดับสูง	3 (5.4)	19 (27.5)		4 (7.7)	2 (2.7)	
เจตคติเกี่ยวกับภาวะการหมดระดู						
ระดับต่ำ	9 (16.1)	13 (18.8)	.640	8 (15.4)	16 (21.9)	.049*
ระดับปานกลาง	40 (71.4)	44 (63.8)		34 (65.4)	53 (72.6)	
ระดับสูง	7 (12.5)	12 (17.4)		10 (19.2)	4 (5.5)	

*P < .05

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านความรู้ เจตคติ กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดูระหว่างประชากรในเมืองและนอกเมือง (ดังตารางที่ 4.39) กล่าวคือ

กลุ่มตัวอย่างเขตในเมือง พบว่า ความรู้เรื่องเพศและอาการที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดู มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนเจตคติเกี่ยวกับการหมดระดู ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู

กลุ่มตัวอย่างเขตนอกเมือง พบว่า เจตคติเกี่ยวกับภาวะการหมดระดู มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วน ความรู้เรื่องเพศและอาการที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดู ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู

ตารางที่ 4.40 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านพฤติกรรมทางเพศ กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดูระหว่างประชากรในเมืองและนอกเมือง

ปัจจัย	ปัญหาทางเพศ					
	ในเมือง			นอกเมือง		
	ไม่มีปัญหา	มีปัญหา	χ^2	ไม่มีปัญหา	มีปัญหา	χ^2
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
บทบาทด้านพฤติกรรมทางเพศ						
ระดับต่ำ	11 (19.6)	14 (20.3)	.353	6 (11.5)	17 (23.6)	.153
ระดับปานกลาง	43 (76.8)	48 (69.6)		37 (71.2)	40 (55.6)	
ระดับสูง	2 (3.6)	7 (10.1)		9 (17.3)	15 (20.8)	
ความต้องการทางเพศ						
ไม่มีความต้องการ	28 (50.0)	29 (42.0)	.374	15 (28.8)	20 (27.4)	.859
มีความต้องการ	28 (50.0)	40 (58.0)		37 (71.2)	53 (72.6)	
การตอบสนองทางเพศ						
ไม่มีความสุขสุดยอด	47 (83.9)	53 (76.8)	.323	28 (53.8)	40 (54.8)	.916
มีความสุขสุดยอด	9 (16.1)	16 (23.2)		24 (46.2)	33 (45.2)	

ตารางที่ 4.41 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านพฤติกรรมทางเพศเกี่ยวกับความถี่ของเพศสัมพันธ์ กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดูระหว่างประชากรในเมืองและนอกเมือง

ความถี่ของ เพศสัมพันธ์	ปัญหาทางเพศ				t	df	p-values
	ไม่มีปัญหา		มีปัญหา				
	จำนวน	Mean (S.D.)	จำนวน	Mean (S.D.)			
ในเมือง	26	2.4 (1.1)	37	2.6 (2.7)	-0.49	61	0.626
นอกเมือง	34	5.6 (5.6)	45	4.1 (4.3)	1.28	60.33	0.204

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านพฤติกรรมทางเพศ กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดูระหว่างประชากรในเมืองและนอกเมือง (ดังตารางที่ 4.40 และ 4.41) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างเขตในเมืองและนอกเมือง พบว่า บทบาทหลักการปฏิบัติตนด้านพฤติกรรมทางเพศ, ความต้องการทางเพศ, การตอบสนองทางเพศ และความถี่ของเพศสัมพันธ์ ไม่มี ความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาพฤติกรรมทางเพศและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดูในเขตอำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ศึกษาเฉพาะช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross sectional study) โดยกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชาชนทั่วไปเพศหญิงอายุระหว่าง 45 - 59 ปี ที่ยังมีคู่นอน และต้องอยู่ในภาวะหมดประจำเดือนตามธรรมชาติ (Menopause) ติดต่อกันเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี ไม่ได้รับการผ่าตัดทางนรีเวชและไม่ได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทน โดยศึกษาในเขตพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี เฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดอุบลราชธานี อย่างน้อย 6 เดือนก่อนถึงวันทำการศึกษาข้อมูล ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบสุ่มจากชั้น (Stratified Random Sampling) จำนวน 250 คน ดำเนินการศึกษาข้อมูลในช่วงเดือนมกราคม 2552 – มีนาคม 2552 โดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม

สรุปผลการวิจัย

1. ลักษณะประชากรทั่วไป พฤติกรรมทางเพศและปัญหาทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง

ด้านประชากร เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม

กลุ่มตัวอย่างมีเขตพื้นที่อยู่ในเมืองและนอกเมืองกลุ่มละเท่าๆ กัน คือร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 55-59 ปี รองลงมาอายุ 50-54 ปี และ 45-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.6, 32.4 และ 22.0 ตามลำดับ จากการศึกษาอายุทั้งหมดประจำเดือนของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า จะเริ่มหมดประจำเดือนในช่วงอายุระหว่าง 47 - 50 ปี โดยส่วนใหญ่จะหมดประจำเดือนอายุ 48 ปี คิดเป็นร้อยละ 19.2 และเมื่อพิจารณาถึงระยะเวลาของการหมดประจำเดือน พบว่า ส่วนใหญ่จะหมดประจำเดือนมาแล้วประมาณ 1-3 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.6 , 12.0 และ 11.2 ตามลำดับ และมีจำนวน 3 คนที่หมดประจำเดือนมาแล้วเป็นเวลา 19 ปี โดยพบว่าเริ่มหมดประจำเดือนตั้งแต่อายุ 40 ปี

โดยร้อยละ 100 นับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษาร้อยละ 66.0 มีอาชีพเกษตรกรกรรมและไม่ได้ทำงานหรือเป็นแม่บ้านเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 28.0 และ 25.6 ตามลำดับ และส่วนใหญ่รายได้ของครอบครัวอยู่ที่ประมาณ 5,001-10,000 บาท/เดือน ลักษณะครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 63.6 และครอบครัวขยาย ร้อยละ 36.4 โดยส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิก 4-6 คน เมื่อพิจารณาถึงลักษณะของที่อยู่อาศัยในส่วนของที่พัก

พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างนอนด้วยกันกับคู่นอน โดยแยกห้องจากสมาชิกคนอื่น รองลงมาจะนอนรวมกันกับสมาชิกคนอื่นโดยพักอยู่ในห้องเดียวกัน และแยกห้องนอนกันโดยอยู่กันคนละห้อง คิดเป็นร้อยละ 81.2, 12.4 และ 6.4 ตามลำดับ

ด้านสุขภาพ

ประวัติการเจ็บป่วยและโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีการเจ็บป่วยและการผ่าตัด (ในอดีต) ร้อยละ 76.8 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 74.0 ไม่มีการใช้ยาที่ใช้เป็นประจำ ร้อยละ 73.6 และในปัจจุบันร้อยละ 68.8 ไม่มีการเจ็บป่วยที่เป็นบ่อย ในเรื่องของพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 98.8 ไม่เคยดื่มสุรา ร้อยละ 86.0 และมีการออกกำลังกายที่ไม่สม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 51.6 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีปัญหาสุขภาพทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดูอยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 65.2 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ และระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 18.4 และ 16.4 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามอาการที่มีปัญหาเกิดขึ้นในช่วงเวลาของการหมดระดูที่ประสบปัญหามาก คือ อาการหงุดหงิด ร้อยละ 23.2 นอนไม่หลับ ร้อยละ 19.6 ความต้องการทางเพศลดลง ร้อยละ 18.8 ปวดหลัง ร้อยละ 18.0 และอาการปวดข้อต่างๆ กับความรู้สึกทางเพศลดลง/ไม่มีความสุขทางเพศนั้น ประสบปัญหาเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 17.2

ด้านความรู้และเจตคติ

ความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศและอาการที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดูนั้น ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.4 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ และระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 22.4 และ 11.2 ตามลำดับ

โดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติเกี่ยวกับภาวะการหมดระดู อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.4 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ และระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 18.4 และ 13.2 ตามลำดับ

การปฏิบัติด้านพฤติกรรมทางเพศและปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู

ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าการมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องที่สำคัญสำหรับชีวิตคู่สมรส ร้อยละ 50.4 และมีความคิดเห็นว่าการมีกิจกรรมทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์ในช่วงวัยหมดระดูยังเป็นสิ่งที่มีความจำเป็น ร้อยละ 35.2 นอกจากนี้แล้วยังมีความคิดเห็นถึงภาพลักษณ์และสรีระของร่างกายว่าไม่มีผลต่อการกระตุ้นให้เกิดความต้องการทางเพศถึงร้อยละ 72.8 มีเพียงส่วนน้อยร้อยละ 27.2 ที่คิดเห็นว่สิ่งเหล่านั้นมีผลต่อการกระตุ้นให้เกิดความต้องการทางเพศ

โดยในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 56.8 และไม่มีเพศสัมพันธ์เลย ร้อยละ 43.2 โดยในกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ พบว่า มีความถี่ในกิจกรรมทางเพศดังกล่าว ส่วนใหญ่จำนวน 1 ครั้ง รองลงมา 2 และ 3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 31.7 , 27.5 และ 14.1 ตามลำดับ โดยในกลุ่มที่ไม่มีกิจกรรมทางเพศในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา เหตุผลส่วนใหญ่เนื่องมาจากไม่มีความต้องการทางเพศ ร้อยละ 70.4 รองลงมาคือ สุขภาพไม่ดี ร้อยละ 17.6

ในการปฏิบัติตนด้านพฤติกรรมทางเพศของสตรีในช่วงวัยหมดระดู พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีบทบาทหลักในกิจกรรมดังกล่าวอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.5 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ และระดับสูง ร้อยละ 19.3 และ 13.3 ตามลำดับ ขณะที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการกระตุ้นทางเพศ เช่น การสัมผัส การกระตุ้นทางสายตา น้ำเสียง กลิ่น รสจากคู่นอนหรือตัวเอง หรือจากสื่อต่างๆ เช่น วีดีโอโป๊ พบว่า มีความต้องการทางเพศบางครั้ง ร้อยละ 39.6 และไม่มีความต้องการทางเพศ ร้อยละ 36.8

นอกจากนี้ยังพบว่าในช่วงเวลาหลังจากหมดประจำเดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาทางเพศ ร้อยละ 56.8 และไม่มีปัญหาทางเพศ ร้อยละ 43.2 โดยในกลุ่มที่มีปัญหาทางเพศนั้น ส่วนใหญ่ไม่มีความต้องการทางเพศหรือลดลง รองลงมาคือ การไม่บรรลุจุดสุดยอดจากการมีเพศสัมพันธ์ คุณอนสมรรถภาพทางเพศเสื่อม ความไม่กระชับของช่องคลอด ช่องคลอดแห้ง และเจ็บแสบขณะมีเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 74.6 , 29.6 , 22.5 , 21.8 , 21.1 และ 16.9 ตามลำดับ ในกลุ่มที่มีปัญหาทางเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่มีปัญหาบ้าง จึงทำให้มีเพศสัมพันธ์ลดลง ร้อยละ 50.7 รองลงมามีปัญหาบ้าง แต่สามารถแก้ไขได้ ร้อยละ 38.7 อีกจำนวนหนึ่งมีปัญหามาก จึงทำให้เลิกการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 10.6 และพบว่าในกลุ่มที่มีปัญหานี้เมื่อประสบปัญหาการมีเพศสัมพันธ์โดยส่วนใหญ่อยู่เฉยๆ ไม่ทำอะไร ร้อยละ 57.7 และไม่ทราบว่าจะปฏิบัติตนอย่างไร ร้อยละ 26.1

พฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ในขณะที่มีเพศสัมพันธ์หรือช่วยตัวเอง ส่วนใหญ่ไม่มีความสุขสุดยอด ร้อยละ 67.2 และมีความสุขสุดยอด ร้อยละ 32.8 ในกลุ่มที่มีความสุขสุดยอด ส่วนใหญ่แล้วจะมีความสุขสุดยอดเพียงครั้งเดียว ร้อยละ 81.7 และมีความสุขสุดยอดต่อเนื่องได้หลายครั้ง ร้อยละ 18.3 โดยในการมีความสุขสุดยอดในแต่ละครั้งนั้นพบว่า มีความสุขสุดยอดได้ช้า ร้อยละ 73.2 และมีความสุขสุดยอดได้เร็ว ร้อยละ 26.8 เมื่อพิจารณาลักษณะอาการจากความรู้สึกมีความสุขสุดยอดของกลุ่มตัวอย่างก็พบว่าในแต่ละครั้งนั้น ส่วนใหญ่การมีความสุขสุดยอดเกิดขึ้นได้ใกล้เคียงและตรงตามความต้องการ ร้อยละ 57.3 และพบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างจะใช้วิธีสังเกตคุณอนของตนเกี่ยวกับการถึงจุดสุดยอด รองลงมาไม่ทราบ/ไม่สนใจ และรับฟังจากคำบอกเล่าของคุณอน คิดเป็นร้อยละ 46.0 , 25.6 และ 22.8 ตามลำดับ

จากพฤติกรรมกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่ไม่มีการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากคู่นอนเลย ร้อยละ 86.0 และเมื่อสอบถามถึงการเคยมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรส พบว่าส่วนใหญ่แล้วไม่เคยมีพฤติกรรมดังกล่าว ร้อยละ 94.0 มีเพียงส่วนน้อยที่เคยมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ร้อยละ 6.0 ซึ่งในกลุ่มนี้ได้ให้เหตุผลที่ไปมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรส เนื่องจากต้องการเปลี่ยนรสชาติ เพิ่มความตื่นเต้น ร้อยละ 46.7 รองลงมาคู่สมรสไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ ร้อยละ 33.3 และคู่สมรสไม่ยอมมีเพศสัมพันธ์ด้วย ร้อยละ 6.7 โดยมีจำนวน 2 คน ที่ปฏิเสธการให้เหตุผลในการมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่น คิดเป็นร้อยละ 13.3

ความต้องการถึงความสุขในชีวิตคู่สมรส

ในการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามถึงประเด็น การโอบกอด จูบ ลูบคลำ สัมผัสจากคู่นอน ทำให้มีความสุขหรือไม่ เมื่อเปรียบเทียบกับกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์ พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างจะมีความคิดเห็นว่า การโอบกอดจูบ ลูบคลำ สัมผัส ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นสุข และอบอุ่นมากกว่ากรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์ ส่วนกรรมกรรมมีกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์นั้นส่วนใหญ่ไม่มีความต้องการ และบางครั้งเกิดความรู้สึกไม่เป็นสุขทั้งทางกายและทางใจ ไม่มีความรู้สึกเหมือนกับตอนที่ยังเป็นหนุ่มสาว จึงทำให้ไม่มีความต้องการทางเพศ หรือมีความต้องการทางเพศลดลง

เมื่อพิจารณาถึงความสุขในชีวิตคู่ ในความต้องการของกลุ่มตัวอย่างก็พบว่า ส่วนใหญ่ต้องการให้อยู่ร่วมกัน เป็นเพื่อนคุย คอยให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ให้ความรัก สนับสนุนการทำกิจกรรมงานอดิเรกในยามว่างด้วยกัน ไม่ทะเลาะเบาะแว้ง และคอยเป็นที่ปรึกษาให้แก่กันและกัน ในยามที่ท้อแท้ ผิดหวัง หรือมีปัญหา คอยอยู่เคียงข้างกันไม่ว่าจะทุกข์จะสุข และอยู่เป็นร่วมโพธิ์ร่วมไทรให้กับลูกหลานตลอดไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู

ปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู พบว่าปัจจัยด้านประชากรและเศรษฐกิจ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และระยะเวลาของการหมดประจำเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู พบว่า ลักษณะที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยกลุ่มที่มีปัญหาทางเพศ พบมากในกลุ่มที่นอนด้วยกันกับคู่นอนโดยแยกห้องจากสมาชิกคนอื่นต่างหาก ร้อยละ 75.4 รองลงมาพบในการนอนรวมกันกับสมาชิกคนอื่นในห้องเดียวกัน และการนอนแยกกันกับคู่นอนโดยอยู่กันคนละห้อง คิดเป็นร้อยละ 16.9 และ 7.7 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มที่ไม่มีปัญหาทางเพศ พบว่า ลักษณะการนอนด้วยกันกับคู่นอนโดยแยกห้องจากสมาชิกคนอื่นต่างหาก ทำให้ไม่มีปัญหาทางเพศมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 88.9 ส่วนลักษณะครอบครัวและจำนวนสมาชิกในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู

ปัจจัยด้านสุขภาพ

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านสุขภาพ กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู พบว่า ยาที่ใช้เป็นประจำ, การเจ็บป่วยที่เป็นบ่อย (ในปัจจุบัน), การดื่มสุรา, การออกกำลังกาย และปัญหาสุขภาพทางร่างกาย/จิตใจที่เกิดในวัยหมดระดู มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดย

1. ยาที่ใช้เป็นประจำ

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีการใช้ยาเป็นประจำ พบว่า ไม่มีปัญหาทางเพศ ร้อยละ 83.3 และมีปัญหาทางเพศ ร้อยละ 66.2 ส่วนในกลุ่มที่มีการใช้ยาเป็นประจำ พบว่ามีปัญหาทางเพศ ร้อยละ 33.8 และไม่มีปัญหาทางเพศ ร้อยละ 16.7

2. การเจ็บป่วยที่เป็นบ่อย(ในปัจจุบัน)

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีการเจ็บป่วยที่เป็นบ่อยในปัจจุบัน พบว่า ไม่มีปัญหาทางเพศ ร้อยละ 82.4 และมีปัญหาทางเพศ ร้อยละ 58.5 ส่วนในกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยบ่อยในปัจจุบันนั้น มีปัญหาทางเพศ ร้อยละ 41.5 และไม่มีปัญหาทางเพศ ร้อยละ 17.6

3. การดื่มสุรา

ในพฤติกรรมการดื่มสุรา พบว่า กลุ่มที่ไม่เคยดื่มสุรานั้น ไม่มีปัญหาทางเพศ ร้อยละ 91.7 และมีปัญหาทางเพศ ร้อยละ 81.7

4. การออกกำลังกาย

กลุ่มตัวอย่างที่ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ พบว่า ไม่มีปัญหาทางเพศสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เคยออกกำลังกายเลย คิดเป็นร้อยละ 40.7 และ 34.3 ตามลำดับ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ มีปัญหาทางเพศสูงกว่ากลุ่มที่มีการออกกำลังกายเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 59.9 และ 20.4 ตามลำดับ

5. ปัญหาสุขภาพทางร่างกาย / จิตใจที่เกิดในวัยหมดระดู

กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพทางร่างกาย / จิตใจที่เกิดในวัยหมดระดูในระดับต่ำ ไม่มีปัญหาทางเพศสูงกว่ามีปัญหาทางเพศ ร้อยละ 25.9 และ 12.7 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มที่มีปัญหาในระดับปานกลาง มีปัญหาทางเพศสูงกว่าไม่มีปัญหาทางเพศ ร้อยละ 67.6 และ 62.0 และในกลุ่มที่มีปัญหาในระดับสูง พบว่า มีปัญหาทางเพศสูงกว่าไม่มีปัญหาทางเพศ คิดเป็นร้อยละ 19.7 และ 12.0 ตามลำดับ

ส่วนปัจจัยด้านสุขภาพเกี่ยวกับ การเจ็บป่วยและการผ่าตัด (ในอดีต), โรคประจำตัว และการสูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู

ปัจจัยด้านความรู้ เจตคติ

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านความรู้ เจตคติ กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู พบว่า ความรู้เรื่องเพศและอาการที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดู และเจตคติเกี่ยวกับภาวะการหมดระดู ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู

ปัจจัยด้านพฤติกรรมทางเพศ

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านพฤติกรรมทางเพศ กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู พบว่า บทบาทหลักการปฏิบัติตนด้านพฤติกรรมทางเพศ, ความต้องการทางเพศ, การตอบสนองทางเพศ และความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู

3. ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดูระหว่างประชากรในเมืองและนอกเมือง

ปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดูระหว่างประชากรในเมืองและนอกเมือง กล่าวคือ

กลุ่มตัวอย่างเขตในเมือง พบว่า อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนรายได้ของครอบครัว และระยะเวลาการหมดประจำเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู

กลุ่มตัวอย่างเขตนอกเมือง พบว่า รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนอายุ การศึกษา อาชีพ และระยะเวลาการหมดประจำเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดูระหว่างประชากรในเมืองและนอกเมือง กล่าวคือ

กลุ่มตัวอย่างเขตในเมือง พบว่า ลักษณะที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนลักษณะครอบครัว และจำนวนสมาชิกในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู

กลุ่มตัวอย่างเขตนอกเมือง พบว่า ลักษณะครอบครัว ลักษณะที่อยู่อาศัย และจำนวนสมาชิกในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู

ปัจจัยด้านสุขภาพ

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านสุขภาพ กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดูระหว่างประชากรในเมืองและนอกเมือง กล่าวคือ

กลุ่มตัวอย่างเขตในเมือง พบว่า การเจ็บป่วยที่เป็นบ่อย(ปัจจุบัน) และปัญหาสุขภาพทางร่างกาย/จิตใจที่เกิดในวัยหมดระดู มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนการเจ็บป่วยและการผ่าตัด (ในอดีต), โรคประจำตัว, ยาที่ใช้เป็นประจำ, การสูบบุหรี่, การดื่มสุรา และการออกกำลังกาย ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู

กลุ่มตัวอย่างเขตนอกเมือง พบว่า โรคประจำตัว, ยาที่ใช้เป็นประจำ, การเจ็บป่วยที่เป็นบ่อย(ปัจจุบัน), การดื่มสุรา และการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนการเจ็บป่วยและการผ่าตัด (ในอดีต), การสูบบุหรี่ และปัญหาสุขภาพทางร่างกาย/จิตใจที่เกิดในวัยหมดระดู ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู

ปัจจัยด้านความรู้ เจตคติ

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านความรู้ เจตคติ กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดูระหว่างประชากรในเมืองและนอกเมือง กล่าวคือ

กลุ่มตัวอย่างเขตในเมือง พบว่า ความรู้เรื่องเพศและอาการที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดู มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนเจตคติเกี่ยวกับการหมดระดู ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู

กลุ่มตัวอย่างเขตนอกเมือง พบว่า เจตคติเกี่ยวกับภาวะการหมดระดู มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนความรู้เรื่องเพศและอาการที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดู ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู

ปัจจัยด้านพฤติกรรมทางเพศ

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านพฤติกรรมทางเพศ กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดูระหว่างประชากรในเมืองและนอกเมือง กล่าวคือ

กลุ่มตัวอย่างเขตในเมืองและนอกเมือง พบว่า บทบาทหลักการปฏิบัติตนด้านพฤติกรรมทางเพศ, ความต้องการทางเพศ, การตอบสนองทางเพศ และความถี่ของเพศสัมพันธ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาพฤติกรรมทางเพศและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดูในเขตอำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานี นำมาอภิปรายผลได้ดังนี้

อาการเปลี่ยนแปลงและสุขภาพในวัยหมดระดู

จากการศึกษาอายุที่หมดประจำเดือนของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า จะเริ่มหมดประจำเดือนในช่วงอายุระหว่าง 47 – 50 ปี โดยส่วนใหญ่จะหมดประจำเดือนอายุ 48 ปี รองลงมาอายุ 47 , 50 และ 49 ปี คิดเป็นร้อยละ 19.2 , 9.6 , 9.2 และ 8.8 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กิริยา ลากเจริญวงศ์ (2543) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสตรีวัยหมดระดู พบว่า อายุเฉลี่ยเมื่อหมดประจำเดือนคือ 48.9 ปี และสัมพันธ์กับการศึกษาของธิดิมา เหล่าศิริรัตน์ (2545) ที่ศึกษาความชุกของอาการหมดระดูของสตรีที่จังหวัดนครนายก ในกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป พบว่า อายุเฉลี่ยเมื่อหมดระดูอยู่ในระหว่าง 49.22 ± 3.1 ปี

และจากการศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีปัญหาสุขภาพทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดูอยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 65.2 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำและระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 18.4 และ 16.4 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามอาการที่มีปัญหาเกิดขึ้นในช่วงเวลาของการหมดระดูที่ประสบปัญหา มาก คือ อาการหงุดหงิด ร้อยละ 23.2 นอนไม่หลับ ร้อยละ 19.6 ความต้องการทางเพศลดลง ร้อยละ 18.4 ปวดหลัง ร้อยละ 18.0 และอาการปวดข้อต่างๆ กับความรู้สึกทางเพศลดลงหรือไม่มีความสุขทางเพศ นั้นประสบปัญหาเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 17.2 ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นดังกล่าวไม่แตกต่างกับการศึกษาของชลอศรี แดงเปี่ยม และคณะ (2542) ที่ศึกษาอาการเปลี่ยนแปลงในวัยหมดระดูสตรี อายุ 45-59 ปี พบว่า มีอาการรวมร้อยละ 92.7 อาการที่พบบ่อย ได้แก่ ปัญหากระดูกและข้อ ร้อยละ 71.4 กลุ่มอาการที่สัมพันธ์กับการหมดระดู ร้อยละ 65.9 กลุ่มอาการร้อนวูบวาบ ร้อยละ 60.5 กลุ่มอาการทางจิต ร้อยละ 53.7 ปัญหาอวัยวะสืบพันธุ์หรือช่องคลอด ร้อยละ 53.2 ปัญหาเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 39.5 ปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะ ร้อยละ 48.8 โรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง และหัวใจ ร้อยละ 24.9 และสัมพันธ์กับการศึกษาของลักขณา ศรีบุญวงศ์ และสุปราณี อัทธเสรี (2546) ที่ศึกษาสตรีอายุ 45-59 ปี พบอาการดังนี้ อาการปวดหลัง ร้อยละ 80, ปวดเข่า ร้อยละ 77, ปวดกล้ามเนื้อ ร้อยละ 68, อาการร้อนวูบวาบ ร้อยละ 65, เหงื่อออกมาก ร้อยละ 65, ร้อนชู้ซ่า ร้อยละ 38, หลงลืมง่าย ร้อยละ 86, หงุดหงิดโมโหง่าย ร้อยละ 79 และนอนไม่หลับ ร้อยละ 58 นอกจากนี้ยังไม่แตกต่างกับการศึกษาของต่างประเทศของ Mishra, Gita. และ Kuh, Diana. (2006) ที่ศึกษาหน้าที่ทางเพศของสตรีวัยหมดระดู : การรับรู้ของสตรีใน British อายุ 47-54 ปี ปัญหาที่พบมาก คือ ช่องคลอด

แห้ง ซึ่งอาการทางร่างกายและอาการ hot flushes ต่างมีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่เป็นไปได้ อย่างไรก็ตาม กล้ามเนื้อ และสภาวะทางจิต ภาวะความเครียด การเพิ่มขึ้นของอายุ และการสูบบุหรี่ ต่างมีผลต่อ sex life และสอดคล้องกับการศึกษาของ Dennerstein, L.; Lehert, P. และ Guthrie, J.(2007) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพและรูปแบบการเปลี่ยนแปลงของสตรีวัยหมดประจำเดือน ในสตรีที่เกิดในประเทศออสเตรเลียอายุระหว่าง 45-55 ปี โดยร้อยละ 77 พบว่าระดับเอสโตรเจน มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน คือ เกิดภาวะกระดูกพรุน เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ อาการหลอดเลือดตีบหรือโป่งพอง ช่องคลอดแห้ง และมีผลต่อความต้องการทางเพศลดลง ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ความเครียด ภาวะ hot flushes BMI และเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน ปัจจัยดังกล่าวและอารมณ์ต่างส่งผลโดยตรงต่อการตอบสนองทางเพศ จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงในวัยหมดระดู เป็นการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกาย ซึ่งเป็นผลมาจากการเสื่อมของอวัยวะในระบบต่างๆ ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอันเนื่องมาจากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพตามอายุที่มากขึ้น

ความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับเรื่องเพศและภาวะการหมดระดู

ด้านความรู้

ในเรื่องของความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศและอาการที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดูนั้น ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างเขตพื้นที่ในเมืองมีระดับความรู้สูงกว่าเขตนอกเมือง คิดเป็น 3.67 เท่า สัมพันธ์กับระดับการศึกษา โดยกลุ่มตัวอย่างเขตนอกเมืองที่ไม่ได้เรียนหนังสือ และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีมากกว่าเขตในเมืองถึง 1.5 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกิริยา ลาภเจริญวงศ์ (2543) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสตรีวัยหมดระดู : กรณีศึกษาในเขตเมืองและชนบทจังหวัดราชบุรี พบว่า ผู้ที่ไม่มีการศึกษาและจบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีมากกว่าครึ่งของสตรีที่เป็นตัวอย่าง และสตรีในเขตเมืองมีความรู้เกี่ยวกับภาวะหมดระดูและมีการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าสตรีในเขตชนบท ทั้งนี้สตรีเกือบครึ่งยังไม่รู้จักคลินิกวัยทอง จะเห็นได้ว่า การรับทราบเกี่ยวกับคลินิกวัยทอง ยังมีการให้ข้อมูลหรือประชาสัมพันธ์เป็นส่วนน้อย เห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยทราบข้อมูลเกี่ยวกับคลินิกวัยทองหรือวัยหมดระดูมากถึง ร้อยละ 72.0

ด้านเจตคติ

ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติเกี่ยวกับภาวะการหมดระดูอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.4 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำและสูง คิดเป็นร้อยละ 18.4 และ 13.2 ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของชลลศรี แดงเปี่ยม และชเนนทร์ วนาภิรักษ์ (2542) ที่ศึกษาทัศนคติต่อการหมดประจำเดือนของบุคลากรหญิง มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่า ส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการหมดประจำเดือนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 74.3 ที่เหลือร้อยละ 1.9 และ 22.8 มีทัศนคติอยู่ในระดับดีมาก และเป็นกลาง นอกจากนี้เมื่อสอบถามกลุ่มตัวอย่างถึงความต้องการให้หน่วยงานต่างๆ เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพวัยทองหรือไม่นั้น พบว่า มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการ ดังนั้นจึงควรมีการประชาสัมพันธ์ความรู้และให้ข้อมูลผ่านหลายช่องทางช่องทางด้วยกัน โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เนื่องจากเป็นบุคลากรที่สามารถให้ข้อเท็จจริงได้โดยตรงในขณะที่ยังอยู่ในที่ชุมชน ในการเยี่ยมบ้าน และควรมีการอบรมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้ได้มีความรู้และสามารถส่งต่อข้อมูลดังกล่าวให้กับประชาชนในชุมชน และควรมีการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อรายการโทรทัศน์, เสียงตามสายในชุมชน, รายการวิทยุ, ป้ายประชาสัมพันธ์ และแผ่นพับ เพื่อเป็นทางเลือกให้ประชาชนได้ศึกษาตามความสนใจของแต่ละบุคคล เพราะการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่วัยหมดระดูที่ดี ย่อมส่งผลดีต่อสภาพร่างกายและจิตใจอีกด้วย

พฤติกรรมทางเพศ กระบวนการตอบสนองทางเพศ และปัญหาทางเพศที่เกิดขึ้น

กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่าการมีเพศสัมพันธ์ยังเป็นเรื่องที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับชีวิตคู่สมรส โดยในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 56.8 และไม่มีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 43.2 โดยในกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ พบว่า มีความถี่ในกิจกรรมทางเพศดังกล่าว ส่วนใหญ่จำนวน 1 ครั้ง รองลงมา 2 และ 3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 31.7 , 27.5 และ 14.1 ตามลำดับ โดยในกลุ่มที่ไม่มีกิจกรรมทางเพศในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา เหตุผลส่วนใหญ่เนื่องจากไม่มีความต้องการทางเพศ ร้อยละ 70.4 รองลงมาคือ สุขภาพไม่ดี และกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการแต่คู่นอนไม่ต้องการ คิดเป็นร้อยละ 17.6 และ 4.6 ตามลำดับ ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของเขมิกา ยามะรัต และคณะ (2541) ที่ศึกษาสุขภาพทางเพศของผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้ที่คิดว่าผู้สูงอายุหญิงควรร่วมเพศได้ต่อไปนั้นลดน้อยลง และคิดว่าผู้สูงอายุควรร่วมเพศโดยเฉลี่ยเดือนละ 2 ครั้ง ปัญหาทางเพศที่พบ ได้แก่ ความต้องการทางเพศและสมรรถภาพทางเพศลดลง สุขภาพทางกายด้านอื่นๆ มีผลกระทบต่อสุขภาพทางเพศ เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น และปัญหาของฝ่ายหญิง คือ ความเบื่อหน่ายในการร่วมเพศ ไม่มีความต้องการทางเพศ หรือสุขภาพ

ไม่ดี หรือขาดคู่นอนเนื่องจากเป็นหม้าย และสอดคล้องกับการศึกษาของนภาพร ชัยวรณ และ จอร์น โนเดล (2545) ที่ศึกษากิจกรรมทางเพศของคนสูงอายุไทย พบว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุไทยที่สมรสไม่น้อยยังคงมีกิจกรรมทางเพศ กิจกรรมทางเพศและความต้องการทางเพศลดลงอย่างต่อเนื่องตามอายุที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังสัมพันธ์กับการศึกษาของ Blumel JE และคณะ (2004) ที่ศึกษาภาวะการเสื่อมของกิจกรรมทางเพศของสตรีวัยกลางคนใน Chile พบว่า สาเหตุหลักของการหยุดกิจกรรมทางเพศ คือ ร้อยละ 49.2 มีภาวะบกพร่องทางเพศ ความไม่พึงพอใจ ความสัมพันธ์ต่อคู่นอน ร้อยละ 17.9 และไม่มีคู่อ้อยละ 17.7 เหตุผลดังกล่าวแตกต่างกันไปตามอายุ ในหญิงอายุน้อยกว่า 45 ปี ปัญหาที่พบบ่อยคือ erectile dysfunction ร้อยละ 49.2 ในอายุ 45-59 ปี คือความต้องการทางเพศลดลง ร้อยละ 40.5 และมากกว่า 60 ปี คือไม่มีคู่อ้อยละ 32.4 โดยสรุปได้ว่าความต้องการทางเพศลดลงเป็นสาเหตุหลักของการหยุดการมีเพศสัมพันธ์

เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการกระตุ้นทางเพศ พบว่า มีความต้องการทางเพศบางครั้งและไม่มีความต้องการทางเพศมีจำนวนใกล้เคียงกัน โดยมีความต้องการทางเพศบางครั้ง ร้อยละ 39.6 และไม่มีความต้องการทางเพศ ร้อยละ 36.8 รองลงมาที่มีความต้องการทางเพศน้อยครั้ง ร้อยละ 16.8 ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดความต้องการทางเพศนั้น สนับสนุนการศึกษาของ ผ่องใส ตันติวิชญวานิช (2546) ที่ศึกษาพฤติกรรมทางเพศสตรีวัยหมดระดูที่มาใช้บริการที่คลินิกวัยทอง โรงพยาบาลปัตตานี พบว่า พฤติกรรมทางเพศนั้น มีความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ลดลง และเงื่อนไขที่ทำให้มีความต้องการทางเพศ เกิดจากการดูภาพยนตร์ การดูวีดีโอ และจากการเล่าโลมของสามี และจากการศึกษาพบว่าในช่วงเวลาหลังหมดประจำเดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาทางเพศ ร้อยละ 56.8 และไม่มีปัญหาทางเพศ ร้อยละ 43.2 โดยในกลุ่มที่มีปัญหาทางเพศนั้น ส่วนใหญ่ไม่มีความต้องการทางเพศหรือลดลง รองลงมาคือการไม่บรรลุจุดสุดยอดจากการมีเพศสัมพันธ์ คู่นอนสมรรถภาพทางเพศเสื่อม ความไม่กระชับของช่องคลอด ช่องคลอดแห้ง และเจ็บแสบขณะมีเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 74.6 , 29.6 , 22.5 , 21.8 , 21.1 และ 16.9 ตามลำดับ โดยปัญหาทางเพศที่เกิดขึ้นไม่แตกต่างกับการศึกษาของ Amanda A.Deek และ Marita P.McCabe. (2001) ที่ศึกษาหน้าที่ทางเพศและสตรีวัยหมดระดูในเมือง Melbourne และชุมชนชนบทของ Victoria ผลการศึกษาในกลุ่มที่มีภาวะบกพร่องทางเพศ พบว่า สตรีหลังหมดประจำเดือน ส่วนใหญ่มีปัญหาาร่วมกันของการขาดน้ำหล่อลื่น การขาดความสนใจทางเพศ และการล้มเหลวของการถึงจุดสุดยอด และสัมพันธ์กับการศึกษาของ Dennerstein L., Alexander JL. และ Kotz K. (2003) ที่ศึกษาสตรีวัยหมดระดูและหน้าที่ทางเพศ ในสตรีที่เกิดในออสเตรเลีย อายุ 45-55 ปี พบว่าสตรีหลังหมดระดูมีการลดลงของความสนใจทางเพศ ความตื่นตัวทางเพศและความถี่ในกิจกรรมทางเพศ แต่ประสบปัญหาช่องคลอดแห้ง และเจ็บปวดขณะร่วมเพศเพิ่มขึ้น

และพบว่ามีปัญหาของคู่นอนในการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศ อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ De Lorenzi DR และ Saciloto B. (2006) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการลดลงของความถี่ ในกิจกรรมการร่วมเพศของสตรีหลังหมดประจำเดือน พบว่าร้อยละ 85 ยังมีกิจกรรมทางเพศ ถึงแม้ว่าร้อยละ 60.6 มีการลดลงของกิจกรรมทางเพศหลังหมดประจำเดือน ส่วนใหญ่ร้อยละ 41.7 ให้เหตุผลเรื่องการเสื่อมสมรรถนะทางเพศของสามี และประมาณร้อยละ 25.7 ไม่พึงพอใจเกี่ยวกับการร่วมเพศ เมื่ออายุมากขึ้น อาการวัยหมดประจำเดือน ก็มีความรุนแรงมากขึ้นและความถี่บ่อยของกิจกรรมทางเพศก็น้อยลง รวมถึงความพึงพอใจทางเพศด้วย นอกจากนี้ยังใกล้เคียงกับการศึกษาของ Oniz A., Keskinoglu P. และ Bezircioglu I. (2007) ที่ศึกษาความชุกและสาเหตุของสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือนใน Turkish พบว่า เจ็บปวดขณะร่วมเพศร้อยละ 41.7, จำนวนความถี่ในการร่วมเพศไม่บ่อยนัก ร้อยละ 39.1 และไม่มีความต้องการในการร่วมเพศ ร้อยละ 38.3 และพบว่าไม่มีความพึงพอใจในการร่วมเพศ ร้อยละ 7 โดยปัญหาดังกล่าว พบว่าเกิดกับสตรีที่แต่งงานอยู่กับคู่นอนเป็นระยะเวลาานาน (มากกว่า 11 ปี) จะเห็นได้ว่าปัญหาทางเพศส่วนใหญ่จะพบเมื่อมีการเพิ่มขึ้นของอายุ และพบมากขึ้นเรื่อยๆ ตามเวลาที่เพิ่มขึ้น

จากการศึกษาในกลุ่มที่มีปัญหานี้เมื่อประสบปัญหาการมีเพศสัมพันธ์โดยส่วนใหญ่จะอยู่เฉยๆ ไม่ทำอะไร ร้อยละ 57.7, ไม่ทราบว่าจะต้องปฏิบัติตนอย่างไร ร้อยละ 26.1 และไปพบแพทย์เพื่อทำการปรึกษาหรือรักษา ร้อยละ 12.7 ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของรุ่งกาญจน์ วุฒิ (2548) ที่ศึกษาปัญหาสุขภาพทางเพศของสตรีวัยหลังหมดประจำเดือน โดยกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพทางเพศใช้วิธีจัดการปัญหาด้วยตนเอง วิธีที่ใช้มากที่สุดคือ การพูดคุยกับสามีถึงความรู้สึกและความต้องการทางเพศ รองลงมาคือ การพูดคุยกับสามีให้เข้าใจมากขึ้น และเมื่อแก้ปัญหาด้วยตนเองแล้วแต่ยังไม่หมดไป กลุ่มตัวอย่างต้องการความช่วยเหลือจากสามี แพทย์ พยาบาล และบุคคลใกล้ชิด ดังนั้นจึงควรมีการวางแผน และหาแนวทางแก้ไขปัญหาทางเพศที่เกิดขึ้น เพื่อให้การดำเนินชีวิตของคู่สมรสดำเนินไปได้ด้วยดี รวมถึงกิจกรรมทางเพศด้วย

จากพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่ไม่มีการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากคู่นอนเลย ร้อยละ 86.0 และเมื่อสอบถามถึงการเคยมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรสหรือไม่ ก็พบว่าส่วนใหญ่แล้วไม่เคยมีพฤติกรรมดังกล่าว ร้อยละ 94.0 มีเพียงส่วนน้อยที่เคยมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ร้อยละ 6.0 ซึ่งในกลุ่มนี้ได้ให้เหตุผลที่ไปมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรส เนื่องจากต้องการเปลี่ยนรสชาติ เพิ่มความตื่นเต้น ร้อยละ 46.7 รองลงมาคู่สมรสไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ ร้อยละ 33.3 และคู่สมรสไม่ยอมมีเพศสัมพันธ์ด้วย ร้อยละ 6.7 แต่เมื่อพิจารณาถึงการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยหมดระดูแล้ว พบว่าส่วนใหญ่จะมองข้ามในเรื่องนี้ ดังนั้นจึงควรมีการให้ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และแนวทางการ

ป้องกันจากโรคดังกล่าว เพราะถึงแม้จะมีอายุที่มากแล้ว แต่เรื่องของเพศสัมพันธ์ก็ยังเป็นเรื่องที่สำคัญไม่ใช่เล็กน้อยและพบว่ามีบางส่วนที่มีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรสแล้วยังไม่มีการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ด้วยดังกล่าวนั้น จึงเป็นเรื่องที่เสี่ยงต่อการได้รับเชื้อโรคต่างๆ ได้ เมื่อพิจารณาถึงการศึกษาศึกษาของศุภรัตน์ เวชสุวรรณ (2546) ที่ศึกษาปัญหาของผู้มารับบริการปรึกษาในคลินิกให้การปรึกษา พบว่า ความรู้ที่ต้องการพัฒนาอันดับ 1 คือการให้การปรึกษาเรื่องเพศ อันดับ 2 การให้การปรึกษารอบครัว และอันดับ 3 การให้การปรึกษาผู้ติดสารเสพติด ดังนั้น จึงควรให้ความสำคัญเกี่ยวกับความรู้เรื่องเพศในวัยหมดระดูนี้ไม่แพ้กับวัยอื่นๆ เช่นกัน

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ทั้งด้านประชากร เศรษฐกิจ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพ ด้านความรู้เจตคติ และด้านพฤติกรรมทางเพศ พบว่า ตัวแปรที่เกี่ยวกับ ลักษณะที่อยู่อาศัย, ยาที่ใช้เป็นประจำ, การเจ็บป่วยที่เป็นบ่อย(ในปัจจุบัน), การดื่มสุรา, การออกกำลังกาย และปัญหาสุขภาพทางร่างกาย/จิตใจที่เกิดในวัยหมดระดู มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนตัวแปรที่เหลือนั้นไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู จะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องของสุขภาพที่มีผลต่อการเกิดปัญหาทางเพศ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเขมิกา ยามะรัต และคณะ (2541) ที่ศึกษาสุขภาพทางเพศของผู้สูงอายุไทย ที่พบว่า สุขภาพทางกายด้านอื่นๆ มีผลกระทบต่อสุขภาพทางเพศ เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น และสัมพันธ์กับการศึกษาของนภาพร ชโยวรรณ และจอร์น โนเดล (2545) ที่ศึกษากิจกรรมทางเพศของคนสูงอายุไทย พบว่า ภาวะสุขภาพที่ไม่ดีทำให้กิจกรรมทางเพศและความต้องการทางเพศลดลง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Avis NE และคณะ (2000) ที่ศึกษาภาวะการหมดประจำเดือนและหน้าที่ทางเพศมีความเกี่ยวข้องกันจริงหรือ เมื่อหาความสัมพันธ์พบว่าปัจจัยด้านสุขภาพ สถานภาพสมรส (หรือมีคู่ใหม่นใหม่) สภาวะทางสมอง และการสูบบุหรี่ ล้วนส่งผลกระทบต่อหน้าที่ทางเพศมากกว่าการเข้าสู่ภาวะหมดประจำเดือน

เมื่อศึกษาความแตกต่างของปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดูระหว่างประชากรในเมืองและนอกเมือง ก็พบว่า มีความแตกต่างกันในปัจจัยทุกด้าน ซึ่งอาจจะเกี่ยวข้องกับลักษณะของประชากร สภาพทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ที่อาจจะส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมถึงส่งผลกระทบต่อดำเนินของกิจกรรมทางเพศด้วย นอกจากนี้สภาพทางร่างกายและจิตใจ ยังอาจจะมีผลต่อปัญหาทางเพศที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดูก็เป็นได้ ดังการศึกษา Nappi RE. และคณะ (2007) ที่พบว่าปัจจัยทางด้านชีววิทยา จิตวิทยา สังคม

และวัฒนธรรม ล้วนมีผลต่อสุขภาพทางเพศ และส่งผลต่อกระบวนการตอบสนองทางเพศ ในระยะความต้องการทางเพศ ระยะตื่นตัวทางเพศ และระยะจุดสุดยอด รวมถึงความพึงพอใจทางเพศ ซึ่งปัญหาทางเพศจะพบเมื่อมีการเพิ่มขึ้นของอายุ และปัญหาดังกล่าวเป็นผลกระทบที่เกิดจากภาวะหมดประจำเดือน

จะเห็นได้ว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องที่สำคัญเรื่องหนึ่งในชีวิตคู่สมรส และบางครั้งอาจจะประสบกับปัญหาทางเพศได้ โดยปัญหานั้นไม่ได้มีเพียงเฉพาะในวัยรุ่นหรือหนุ่มสาว แต่มีได้ในคนทุกเพศทุกวัย ในรูปแบบที่แตกต่างกันออกไป รวมถึงวัยหมดระดูด้วย และมีปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดความบกพร่องในปัญหาดังกล่าวอีกมากมายประกอบกัน ซึ่งเมื่อทราบสาเหตุของปัญหานั้นแล้ว ก็สามารถปรับปรุงข้อบกพร่องในปัญหาดังกล่าวได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผู้วิจัย

1. ควรมีการเผยแพร่ความรู้ และข้อมูลเกี่ยวกับสตรีวัยหมดระดู ให้แก่ประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีอายุ 40 ปีขึ้นไป เนื่องจากเป็นวัยที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของสรีรวิทยาและพยาธิวิทยา ที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ หน้าที่การงานและสังคมได้ ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญในเรื่องนี้ เพราะจะเป็นการเตรียมความพร้อมเพื่อให้เข้าสู่สังคมสูงอายุที่มีคุณภาพปราศจากโรค ภัยต่างๆ รวมถึงปัญหาทางเพศด้วย

2. ควรมีการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ เกี่ยวกับคลินิกวัยทองหรือวัยหมดระดู ให้กว้างขวางมากยิ่งขึ้น เนื่องจากการศึกษาพบว่ายังมีกลุ่มที่รู้จักคลินิกดังกล่าวเป็นจำนวนน้อยมาก และพบว่าเมื่อมีปัญหาทางร่างกายและจิตใจไม่ทราบว่า จะปฏิบัติตนอย่างไร ดังนั้น ควรมีการให้ข้อมูล และให้ความสำคัญต่อการประชาสัมพันธ์ในรูปแบบต่างๆ และหลากหลายช่องทาง เช่น ป้ายประชาสัมพันธ์ แผ่นพับ รายการโทรทัศน์ รายการวิทยุ เสียงตามสาย เป็นต้น

3. ควรมีการอบรมความรู้เรื่องการปฏิบัติตนเมื่อเข้าสู่วัยหมดระดูให้กับแกนนำในชุมชน หรือ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในชุมชนต่างๆ เพื่อให้เขาเหล่านั้นได้เป็นผู้นำด้านความรู้ที่จะเป็นผู้ส่งต่อ เผยแพร่ให้กับคนในชุมชนที่สนใจต่อไป ซึ่งจะทำให้กลุ่มประชาชนที่อยู่ในเขตพื้นที่ห่างไกลได้รับข้อมูลอย่างทั่วถึง

4. ควรมีการรณรงค์และกระตุ้นให้ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และกระตุ้นให้ตระหนักถึงการป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์ เพื่อป้องกันการเกิดโรคดังกล่าวได้ เนื่องจากวัยหมดระดูส่วนใหญ่ไม่มีการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เลย และบางส่วนยังมีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรส ดังนั้นจึงไม่ควรมองข้าม และควรให้ความสำคัญในเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ไม่แพ้กลุ่มวัยอื่นๆ

5. หน่วยงานหรือส่วนราชการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพประชาชน ควรมีการผลิตบุคลากรที่มีองค์ความรู้เรื่องเพศโดยเฉพาะ เนื่องจากเรื่องเพศเป็นเรื่องที่มีความจำเพาะในเนื้อหาและประเด็นเรื่องเพศต่างๆ ซึ่งยังมีจำนวนไม่เพียงพอกับจำนวนประชาชนที่เริ่มมีปัญหาเรื่องเพศเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยในเรื่องนี้ในพื้นที่ที่กว้างขวางมากขึ้น เนื่องจากการศึกษาภายในจังหวัดเดียว อาจจะมีเรื่องของชนบทธรรมเนียม วัฒนธรรม ค่านิยม ที่คล้ายกัน ทำให้ลักษณะของพฤติกรรมทางเพศไม่แตกต่างกันเท่าใดนัก ดังนั้นจึงควรมีการเปรียบเทียบในเขตพื้นที่ที่ต่างกัน อย่างชัดเจน เช่น ในเขตภาคกลางกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นต้น

2. ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาทางเพศใน 3 กลุ่ม คือ กลุ่มก่อนหมดระดู กลุ่มกำลังเข้าสู่วัยหมดระดู และกลุ่มหลังการหมดระดูไปแล้ว เพื่อให้เห็นถึงความเหมือนและความแตกต่างกันของปัจจัยที่เกิดขึ้น ซึ่งจะสามารถนำไปพัฒนาแนวทางการแก้ไขปัญหาได้ชัดเจนต่อไป

3. ควรมีการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาทางเพศในกลุ่มที่มีพฤติกรรมกวดูแลสุขภาพเป็นอย่างดี เปรียบเทียบกับกลุ่มทั่วไปที่ไม่ค่อยสนใจเรื่องสุขภาพเท่าใดนัก เพื่อให้เห็นถึงความชัดเจนว่าสุขภาพมีผลต่อการลดลงของความตึงเครียดทางเพศ และส่งผลต่อปัญหาทางเพศที่เกิดขึ้นได้จริงหรือไม่

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กอบจิตต์ ลิมปพยอม. 2543. วัยหมดระดู. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- กิริยา ลาภเจริญวงศ์. 2543. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสตรีวัยหมดระดู: กรณีศึกษา
ในเขตเมืองและชนบท จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชา
ประชากรศาสตร์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เกื้อ วงศ์บุญสิน. 2550. โครงสร้างประชากรของไทยยุคโพสต์โมเดิร์น: การเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว
เกินกว่าจะถ่วงมองข้าม. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เขมิกา ยามะรัต และคนอื่นๆ. 2541. สุขภาพทางเพศของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร:
โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ขวัญตา ตั้งตระกูล. 2546. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยทองที่มารับ
บริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 57. วารสาร 47, 1.
- จิตราภรณ์ บุญถนอม. 2547. ความชุกของภาวะบกพร่องทางเพศในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ใช้ยา
ต้านเศร้ากลุ่มเซโรโทนิน สเปซีฟิก รีอัปเดต อินฮิบิเตอร์. วิทยานิพนธ์
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชลอศรี แดงเปี่ยม และชเนนทร์ วนาภิรักษ์. 2542. ทักษะการติดต่อการหมดประจำเดือนของบุคลากร
หญิง มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่เวชสาร 38,3 (กันยายน): 98.
- ชลอศรี แดงเปี่ยม, ชเนนทร์ วนาภิรักษ์ และวารุณี แก่นสุข. 2542. อาการเปลี่ยนแปลงใน
วัยหมดประจำเดือนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบุคลากรหญิงในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
พยาบาลสาร 26, 4 (ตุลาคม-ธันวาคม): 14-28.
- ณรงค์ ลือขจร และเอกพล เหมรา. 2546. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของสตรี
วัยหมดประจำเดือนที่มีอายุระหว่าง 45-55 ปี จังหวัดสตูล. วารสารวิชาการเขต 12
14, 3 (กรกฎาคม-กันยายน): 21-28.
- ธิติมา เหล่าศิริรัตน์. 2545. ความชุกของอาการหมดระดูของสตรีที่จังหวัดนครนายก.
วารสารวิชาการ รพศ/รพท เขต 1. 4, 1.
- นงลักษณ์ เอมประดิษฐ์ และคนอื่นๆ. 2546. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเพศศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นภาพร ชโยวรรณ และจอร์น โนเดล. 2545. กิจกรรมทางเพศของคนสูงอายุไทย: อิทธิพลของอายุ
เพศ และสุขภาพ. วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร:
วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- นเรศร สุขเจริญ. 2548. กายวิภาคและการตอบสนองทางเพศของสตรี. ใน เอนก อารีพรอค, บรรณาธิการ. เพศศาสตร์ในสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี จำกัด.
- นิกร ดุสิตสิน. 2550. เอกสารประกอบการบรรยายวัยสูงอายุ. สหสาขาวิชาเพศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิมิต เตชไกรชนะ, บรรณาธิการ. 2543. ฮอริโมนทดแทนในวัยหมดระดู. ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- นิมิต เตชไกรชนะ และกอบจิตต์ ลิมปพยอม. 2543. การเปลี่ยนแปลงในวัยหมดระดู. ใน นิมิต เตชไกรชนะ, บรรณาธิการ. ฮอริโมนทดแทนในวัยหมดระดู. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- ปราณี ปราบภัย. 2549. ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของสตรีวัยหมดประจำเดือน ในมหาวิทยาลัยรามคำแหง. วิทยานิพนธ์ (ศษ.ม.) มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ผ่องใส ต้นดิวิษณุวานิช. 2546. พฤติกรรมทางเพศของสตรีวัยหมดระดูที่มาใช้บริการที่คลินิกวัยทอง โรงพยาบาลปัตตานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- พรธมนิภา ธรรมวิรัช และยุวดี วัฒนานนท์. 2541. การศึกษาความรู้เรื่องวัยหมดระดูและการดูแลตนเองของบุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ในวัยหมดระดูของวิทยาเขตศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล. วารสารพยาบาลศาสตร์ (กรกฎาคม-กันยายน): 57-58.
- พิสิฐฐ์ ชัยประเสริฐสุด. 2548. ภาวะซึมเศร้าของสตรีวัยเปลี่ยนที่มาใช้บริการที่คลินิกวัยหมดประจำเดือน ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ไพรัตน์ พุกษาชาติคุณากร. 2534. จิตเวชศาสตร์ เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: ธนบรรณาการพิมพ์.
- ไพลิน ศรีสุขโข. 2547. คู่มือการให้การปรึกษาปัญหาทางเพศ รุ่นที่ 11. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภัสสร ลิมานนท์. 2550. บทบาทของวิทยาลัยประชากรศาสตร์ในการสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุไทย. เอกสารวิชาการ หมายเลข 1/2550. วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เยาวลักษณ์ อยู่แบน. 2547. การปรับทางจิตสังคมของสตรี ในระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงของการ
หมดประจำเดือน. รายงานการค้นคว้าอิสระเชิงวิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

รุ่งกาญจน์ วุฒิ. 2548. ปัญหาสุขภาพทางเพศของสตรีวัยหมดประจำเดือน. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

รัชนี นพเกตุ. 2542. มนุษย์ : จิตวิทยาทางเพศ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ประกายพริ้ง.

ลักขณา ศรีบุญวงศ์ และสุปราณี อัทธเสรี. 2546. การรับรู้อาการ ผลกระทบจากอาการ และ
การวัดกับอาการหมดประจำเดือนของสตรีวัยหมดประจำเดือน. วารสารพยาบาล
(มกราคม-มิถุนายน): 5.

วรลักษณ์ สมบูรณ์พร. 2543. ความรู้-ทัศนคติ-พฤติกรรม เกี่ยวกับการร่วมเพศของสตรี
วัยหมดระดูที่ใช้ฮอร์โมนทดแทน. ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา, คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น. จดหมายเหตุทางการแพทย์ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย 85,
2: 167-171.

วรุณยุพา สุวรรณทัต. 2546. การศึกษาการใช้โปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตสตรีวัยหมดระดู.
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศุภรัตน์ เวชสุวรรณ. 2546. การศึกษาปัญหาของผู้มารับบริการปรึกษาในคลินิกให้การรักษา.
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต. เอกสารการประชุมวิชาการ
นานาชาติ ครั้งที่ 2 สุขภาพจิตกับยาเสพติด ปี 2546 . ณ โรงแรมแอมบาสเดอร์
กรุงเทพมหานคร: 247.

สมภพ เรื่องตระกูล. 2546. ความผิดปกติทางเพศ. หนังสือชุดเรียนรู้เพื่อชีวิต เพื่อครอบครัวและ
สังคม ชุดที่ 4. มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

สเปญ อุ๋นอรงค์. 2545. ความผิดปกติทางเพศ. ใน มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์,
บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร:
สวิชาญการพิมพ์.

สาธารณสุข,กระทรวง. กรมอนามัย. 2549. สรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2549.
กรุงเทพมหานคร: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. 2547. สรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2547.
อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. 2548. สรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2548.
อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี.

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. 2549. สรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2549.
อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. 2550. สรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2550.
อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี.
- สายัณห์ สวัสดิ์ศรี และคนอื่นๆ. 2545. เพิ่มสีสันของชีวิตในชายวัยทอง ตอนสุขภาพดี ชีวีมีสุข.
กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.
- สุชาติ โสมประยูร และวรรณิ โสมประยูร. 2541. เพศศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร:
โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- สุมนา ชมพูทวีป, เขมิกา ยามะรัต และนิกร ดุสิตสิน. 2537. การศึกษาการหมดระดูของสตรี
ไทยในกรุงเทพมหานคร. วารสารอนามัยครอบครัว 22: 9-23.
- สุรศักดิ์ สุานีพานิชสกุล และคนอื่นๆ. 2544. การวางแผนครอบครัวและเทคโนโลยีการคุมกำเนิด.
พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์ จำกัด.
- สุวิทนา อารีพรรค. 2536. ความผิดปกติทางเพศ (Sexual Disorder). ใน เกษม สันติผลชีวะ,
บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตเวชศาสตร์แห่งประเทศไทย เล่มที่ 2.
พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุวิทนา อารีพรรค. 2550. เรียนรู้เรื่องเพศกับคุณหมอ ภาค 1. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- สุวิทนา อารีพรรค. 2550. เรียนรู้เรื่องเพศกับคุณหมอ ภาค 2. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- อรรณพ ใจสำราญ. 2543. ฮอร์โมนทดแทนและอาการในวัยหมดระดู. ใน นิमित เตชไกรชนะ,
บรรณาธิการ. ฮอร์โมนทดแทนในวัยหมดระดู. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- อวยพร เรื่องตระกูล. 2550. สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์. ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยา
การศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อภิชาติ จำรัสฤทธิ์รงค์ และแคทลีน ฟอร์ด. 2551. เพศสัมพันธ์หลังวัยเจริญพันธุ์: การ
เปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติหรือตามสังคม (2549). ใน กฤตยา อาชวนิจกุล และกาญจนา
ตั้งชลทิพย์, บรรณาธิการ. ประชากรและสังคม 2551 : มิติ "เพศ" ในประชากรและสังคม.
สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เอนก อารีพรรค. 2548. เพศศาสตร์ในสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์
แห่งประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี จำกัด.

ภาษาอังกฤษ

- Amanda A. Deeks and Marita P. McCabe. 2001. Sexual Function and the menopausal woman: the importance of age and partner's sexual functioning – Statistical Data Included. Journal of Sex Research.
- Avis, N.E., Stellato, R., Crawford, S., Johannes, C., and Longcope, C. 2000. Is there an association between menopause status and sexual functioning? Menopause 7: 297-309.
- Blumel JE., Castelo-Branco C., Cancelo MJ., Romero H., Aprikian D. and Sarra S. 2004. Impairment of sexual activity in middle-aged women in Chile. Menopause 11 (1): 78-81.
- Channon, L. D. and Ballinger, S. E. 1986. Some aspects of sexuality and vaginal symptoms during menopause and their relation to anxiety and depression. British Journal of Medical Psychology 59: 173-180.
- Chudapa Permwongk. 2001. Sex life and well-being among andropause and menopause in muang district, Ratchaburi province. Faculty of graduate studies. Faculty of public health. Mahidol University. Thailand.
- De Lorenzi DR and Saciloto B. 2006. Factors related to frequency of sexual activity of postmenopausal women. Review Associate Medical Bras 52 (4): 256-260.
- Dennerstein, L., Alexander, J.L., and Kotz, K. 2003. The menopause and sexual functioning: A review of the population-based studies. Annual Review of Sex Research 14: 64-82.
- Dennerstein, L., Koochaki P., Barton I. and Graziottin A. 2006. Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: a survey of Western European women. Journal of Sex Medical 3 (2): 212-22.
- Dennerstein, L. and Lehert, P. 2004. Women's sexual functioning, lifestyle, mid-age, and menopause in 12 European countries. Menopause 11 (6, Part 2 of 2): 778-785.
- Dennerstein, L., Lehert, P., Burger, H. and Dudley, E. 1999. Factors affecting sexual functioning of women in the mid-life years. Climacteric 2: 254-262.

- Dennerstein, L., Lehert, P. and Guthrie, J. 2007. Modeling women's health during the menopausal transition: a longitudinal analysis. Menopause 14 (1): 53-62.
- Dennerstein, L., Randolph J., Taffe J., Dudley E. and Burger H. 2002. Hormones, mood, sexuality, and the menopausal transition. Fertil Steril 77 (4 Suppl): 42-48.
- Dhillon HK., Singh HJ. and Ghaffar NA. 2005. Sexual function in menopausal women in Kelantan, Malaysia. Maturitas 52 (3-4): 256-263.
- Eastell R. 1998. Treatment of postmenopausal osteoporosis. N Engl J Med 338: 736-746.
- George T. 1988. Canadian Sikh woman. A different view. International Journal of Sociology of the Family 18: 297-302.
- Graziottin, Alessandra MD and Basson, Rosemary FRCP (UK). 2004. Sexual dysfunction in women with premature menopause. Menopause 11 (6, Part 2 of 2): 766-777.
- Hartmann U., Philippsohn S., Heiser K. and Ruffer-Hesse C. 2004. Low sexual desire in midlife and older women: personality factors, psychosocial development, present sexuality. Menopause 11 (6 Pt 2): 726-740.
- Hammon CB. 1999. Climacteric. In: Scott JR., DiSaia PJ., Hammon CB., Spellacy WN., editor. Danforth's obstetrics & gynecology. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins: 677-697.
- Holte A and Mikkelsen A. 1991. Psychosocial determinants of climacteric complaints. Maturitas 13: 205-215.
- Howard JR., O'Neill S. and Travers C. 2006. Factors affecting sexuality in older Australian women: sexual interest, sexual arousal, relationships and sexual distress in older Australian women. Climacteric 9 (5): 355-367.
- Leiblum SR., Koochaki PE., Rodenberg CA., Barton IP. And Rosen RC. 2006. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Women's International Study of Health and Sexuality (WISHeS). Menopause 13 (1): 46-56.
- McCall K. and Meston C. 2007. Differences between per- and postmenopausal women in cues for sexual desire. Journal of Sex Medical 4 (2): 364-371.

- McCoy, N.L. 1998. Methodological problems in the study of sexuality and the menopause. Maturitas 29: 51-60.
- Mishra, Gita. and Kuh, Diana. 2006. Sexual functioning throughout menopause: the perceptions of women in a British cohort. Menopause 13 (6): 880-890.
- Nappi RE., Albani F., Valentino V., Polatti F., Chiovato L. and Genazzani AR. 2007. Aging and sexuality in women. Minerva Ginecol 59 (3): 287-298.
- Nappi RE. Wawra K. and Schmitt S. 2006. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women. Gynecol Endocrinol 22 (6): 318-323.
- Ojanlatva A., Helenius H., Jokinen K., Sundell J., Makinen J. and Rautava P. 2004. Sexual activity and background variables among Finnish middle-aged women. American Journal of Health Behavior 28 (4): 302-315.
- Oniz A., Keskinoglu p. and Bezircioglu I. 2007. The prevalence and causes of sexual problems among premenopausal Turkish women. Journal of Sex Medical 4 (6): 1575-1581.
- Penteado SR., Fonseca AM., Bagnoli VR., Assis JS. and Pinotti JA. 2003. Sexuality in healthy postmenopausal women. Climacteric 6 (4): 321-329.
- Sarrel PM. 1982. Sex problems after menopause: A study of fifty married couples treated in a sex counseling programme. Maturitas 4: 231-237.
- Sarrel PM. 1988. Sexuality. In: Studd JWW, Whitehead MI (eds.) The menopause. Oxford Blackwell Scientific Publication: 65-75.
- Sarrel PM. 1990. Sexuality and menopause. Obstet Gynecol 75 (4 Suppl): 26-30.
- Speroff L., Glass RH., Kase NG. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. 6th ed. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins: 725-779.
- Tunphaisal S., Chandeying V., Sutthijumroom S., Krisanapan O. and Udomratn P. 1991. Postmenopausal sexuality in Thai women. Asia Oceania J Obstet Gynaecol 17 (2): 143-146.
- Von Sydow K. 2000. Sexuality of older women. The effect of menopause, other physical and social and partner related factors. Z Arztl Fortbild Qualitatssich 94 (3): 223-229.
- William H. Master, Virginia E. Johnson and Robert C. Kolodny. 2000. Human Sexuality. 2nd ed. USA: Little, Brown and company (Canada) Limited.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ผู้วิจัยขอความกรุณาให้ช่วยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

1. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ปรีดา ทัศนประดิษฐ์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง มานี ปิยะอนันท์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล
3. นายแพทย์ ประวีร์ คำศรีสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การวิจัยเรื่อง พฤติกรรมทางเพศและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดู
ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาถึงพฤติกรรมทางเพศและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดูในเขตอำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมทางเพศและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดูระหว่างประชากรในเมืองและนอกเมืองในจังหวัดอุบลราชธานี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. เพื่อให้ทราบถึงพฤติกรรมทางเพศและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาทางเพศของสตรีวัยหมดระดูในเขตอำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานี รวมถึงความแตกต่างของปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาทางเพศระหว่างกลุ่มตัวอย่างในเขตเมืองและนอกเมือง และนำผลการศึกษาที่ได้ไปเป็นแนวทางในการร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาทางเพศที่มีผลกระทบเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศของสตรีวัยหมดระดูต่อไป
2. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานของจังหวัดอุบลราชธานี และเป็นแนวทางในการศึกษาขยายผลในพื้นที่จังหวัดใกล้เคียงต่อไป

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้ แบ่งเป็น 5 ส่วน
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล
ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัญหาสุขภาพทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดู
ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศและอาการที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดู
ส่วนที่ 4 เจตคติเกี่ยวกับภาวะการหมดระดู
ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านพฤติกรรมทางเพศและปัญหาทางเพศที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดู
2. คำตอบที่ได้รับจากท่านจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยนำไปวิเคราะห์ทางวิชาการเท่านั้น
ขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

นางสาวปิยนุช พันธุ์ศิริ

นิสิตหลักสูตร วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต

สหสาขาวิชาเพศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชื่อชุมชน/ตำบล.....อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี
วัน/เดือน/ปี ที่สัมภาษณ์.....

แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย✓ ลงใน หน้าข้อความที่ตรงกับท่าน

1. อายุปี

2. ท่านหมดประจำเดือนเมื่ออายุประมาณ.....ปี

3. ศาสนา 1. พุทธ 3. อิสลาม
 2. คริสต์ 4. อื่นๆ (โปรดระบุ).....

4. ระดับการศึกษา

1. ไม่ได้เรียนหนังสือ 5.ปริญญาตรี
 2. ประถมศึกษา 6. ปริญญาโท
 3. มัธยมศึกษา 7. อื่นๆ (ระบุ).....
 4. อนุปริญญา

5. อาชีพ

1. ไม่ได้ทำงาน / แม่บ้าน 5. พนักงานรัฐวิสาหกิจ / เอกชน
 2. เกษตรกรรม 6. รับราชการ
 3. ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว 7. อื่นๆ (ระบุ).....
 4. รับจ้าง

6. ลักษณะของครอบครัว

1. ครอบครัวเดี่ยว
 2. ครอบครัวขยาย

7. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน

8. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน

1. ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน 5. 20,001 – 25,000 บาท/เดือน
 2. 5,001 – 10,000 บาท/เดือน 6. 25,001 – 30,000 บาท/เดือน
 3. 10,001 – 15,000 บาท/เดือน 7. 30,001 บาท/เดือนขึ้นไป
 4. 15,001 – 20,000 บาท/เดือน

9. ลักษณะที่อยู่อาศัย

- 1. นอนด้วยกันกับคู่นอนโดยแยกห้องจากสมาชิกคนอื่นต่างหาก
- 2. นอนรวมกันกับสมาชิกคนอื่นในห้องเดียวกัน
- 3. อื่นๆ (ระบุ).....

10. ประวัติสุขภาพ / การเจ็บป่วย

10.1 การเจ็บป่วยและการผ่าตัด (ในอดีต)

- 1. ไม่มี
- 2. มี (ระบุ).....เมื่อ พ.ศ.....

10.2 โรคประจำตัว

- 1. ไม่มี
- 2. มี (ระบุ).....

10.3 ยาที่ใช้เป็นประจำ

- 1. ไม่มี
- 2. มี (ระบุ).....

10.4 การเจ็บป่วยที่เป็นบ่อย (ในปัจจุบัน)

- 1. ไม่มี
- 2. มี (ระบุ).....

11. พฤติกรรมสุขภาพ

11.1 การสูบบุหรี่

- 1. ไม่เคย
- 2. ไม่สม่ำเสมอ
- 3. สูบบุหรี่ประจำ ประมาณ.....มวน/วัน

11.2 การดื่มสุรา

- 1. ไม่เคย
- 2. ไม่สม่ำเสมอ
- 3. ดื่มสุราประจำ ประมาณ.....แก้ว/วัน

11.3 การออกกำลังกาย

- 1. ไม่เคย
- 2. ไม่สม่ำเสมอ
- 3. ออกกำลังกายประจำ ประมาณ.....วัน/สัปดาห์

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดู

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน สำหรับข้อความที่ตรงกับท่าน

อาการที่เกิดขึ้นดังกล่าว เป็นอาการที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาของการหมดระดู ดังนี้

ไม่มี หมายถึง ไม่มีอาการดังกล่าวเกิดขึ้นเลย

เล็กน้อย หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นนานๆ ครั้ง (โดยเฉลี่ยน้อยกว่า หรือเท่ากับ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หรืออย่างน้อยเดือนละครั้ง)

ปานกลาง หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นบ่อยแต่ไม่ทุกวัน (โดยเฉลี่ย 2-3 วัน ต่อสัปดาห์)

มาก หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นเกือบทุกวัน (โดยเฉลี่ย 4-7 วันต่อสัปดาห์)

ลำดับ	อาการที่เกิดขึ้น ในช่วงระยะเวลาของการหมดระดู	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่มี
1	ความรู้สึกร้อนวูบวาบที่ตัว หน้าอก				
2	ปวดศีรษะ				
3	หงุดหงิด				
4	ความรู้สึกรู้สึกไม่เป็นที่รัก / รู้สึกถูกทอดทิ้ง				
5	ความรู้สึกรู้สึกวิตกกังวล				
6	นอนไม่หลับ				
7	เหนื่อยเพลียง่าย				
8	ปวดหลัง				
9	ปวดกล้ามเนื้อ				
10	ปวดข้อต่างๆ				
11	ผิวแห้งแฉะ				
12	บัสสาวะบ่อยและแสบ				
13	กลั้นบัสสาวะไม่อยู่				
14	ความต้องการทางเพศลดลง				
15	ความรู้สึกรู้สึกทางเพศลดลง / ไม่มีความสุขทางเพศ				
16	ช่องคลอดแห้ง				
17	เจ็บช่องคลอดเวลามีเพศสัมพันธ์				

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศและอาการที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดู

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลงใน สำหรับข้อความที่ตรงกับท่าน

ลำดับ	ความรู้เกี่ยวกับภาวะหมดระดู	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1	การหมดระดูเกิดเนื่องจากรังไข่ผลิตฮอร์โมนเพศลดลง			
2	สตรีวัยหมดระดูเมื่อมีอายุมากขึ้นจะเกิดโรคกระดูกพรุน ทำให้กระดูกหักได้ง่ายกว่าปกติ			
3	อาการใจสั่น เหนื่อยง่าย เป็นอาการของโรคหัวใจในสตรีวัยหมดระดูเท่านั้น			
4	อาการท้องอืด ท้องผูกของสตรีวัยหมดระดูเกิดจากระบบย่อยอาหาร ทำงานน้อยลง			
5	สตรีวัยหมดระดูมักมีอาการอ่อนเพลีย ซึมเศร้า หงุดหงิด โมโหง่ายหรือนอนไม่หลับ ได้ง่ายกว่าปกติ			
6	การมีปัสสาวะเล็ดเวลาไอ หรือจามในสตรีวัยหมดระดู เกิดจากกล้ามเนื้อหูรูด และกล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะเสื่อมสมรรถภาพ เนื่องจากขาดฮอร์โมนเพศ			
7	สตรีวัยหมดระดูจะเกิดอาการผิวแห้งและคันได้มากกว่าปกติ			
8	สตรีวัยหมดระดูควรรับประทานอาหารที่มีแคลเซียม เช่น ปลาเล็กปลาน้อย ผักใบเขียว ให้มากกว่าปกติ เพื่อป้องกันโรคกระดูกพรุน			
9	กาแฟ สุรา บุหรี่เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคกระดูกพรุนได้เร็วขึ้น			
10	สตรีวัยหมดระดูควรได้นอนหลับพักผ่อน วันละ 8 ชั่วโมง			
11	สตรีวัยหมดระดูควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เช่น การเดิน วิ่งเหยาะ ยกแขนขาไปมาบ้างวันละเล็กน้อย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง			
12	สตรีวัยหมดระดูควรรับประทานยาขับระดู ทำให้เลือดที่ออกกะปริกกะปรอยกลับมาสม่ำเสมอขึ้น			
13	สตรีวัยหมดระดูทุกคน จำเป็นต้องได้รับฮอร์โมนเพศเสริม			
14	เมื่อมีเพศสัมพันธ์ สตรีวัยหมดระดูส่วนใหญ่จะไม่รู้สึกลับสบายช่องคลอด เนื่องจากยังมีสารหล่อลื่นตามปกติ			
15	อาหารพวกเต้าหู้ เต้าเจี้ยว มีสารที่มีฤทธิ์เหมือนฮอร์โมนเพศ สตรีวัยหมดระดูควรรับประทาน			

16. ท่านเคยทราบข้อมูลเกี่ยวกับคลินิกหญิงวัยทองหรือสตรีวัยหมดระดูหรือไม่

1. ไม่เคย

2. เคย (ระบุ).....

17. ท่านเคยได้รับความรู้/ข้อมูลที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับวัยทองหรือวัยหมดระดูหรือไม่ ทางใดบ้าง

1. ไม่เคย

2. เคย เรื่องใด (ระบุ).....

1) หนังสือพิมพ์

7) เพื่อน

2) นิตยสาร

8) สมาชิกในครอบครัว

3) วารสารวิชาการ / สิ่งตีพิมพ์

9) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

4) ป้ายประชาสัมพันธ์ / แผ่นพับ

10) อินเทอร์เน็ต

5) รายการโทรทัศน์

11) เสียงตามสายในชุมชน

6) รายการวิทยุ

12) อื่นๆ (ระบุ).....



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเจตคติเกี่ยวกับภาวะการหมดระดู

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน สำหรับข้อความที่ตรงกับท่าน

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น		
		เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
1	การมีประจำเดือน คือสิ่งที่แสดงความเป็นหญิงที่สมบูรณ์			
2	การมีประจำเดือนทำให้เกิดความยุ่งยากสำหรับผู้หญิง			
3	การมีประจำเดือนสม่ำเสมอ ทำให้ผู้หญิงมีผิวพรรณดี หน้าตาสดใส			
4	เลือดประจำเดือน คือของเสียที่ร่างกายต้องขับออก			
5	เมื่อมีประจำเดือนไม่ควรมีเพศสัมพันธ์ เพราะทำให้ติดเชื้อโรคได้ง่าย			
6	ช่วงมีประจำเดือน ควรเลี่ยงการรับประทานอาหาร เครื่องดื่มบางชนิด เพราะทำให้ร่างกายอ่อนแอ			
7	การหมดประจำเดือนเกิดจากสภาวะหมดลูกแห้ง			
8	สตรีวัยหมดระดูจำเป็นต้องได้รับคำแนะนำปรึกษาจากแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อหมดระดู			
9	แม้จะไม่มีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับภาวะการหมดระดู สตรีควรขอคำแนะนำจากแพทย์เพื่อสุขภาพที่ดีในวัยสูงอายุ			
10	การหมดประจำเดือนเป็นเรื่องธรรมชาติของผู้หญิง ซึ่งไม่ควรกังวล			
11	การหมดประจำเดือนมักทำให้เจ็บป่วยบ่อยขึ้น			
12	สตรีวัยหมดประจำเดือนส่วนใหญ่จะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และอารมณ์			
13	การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ของสตรีวัยหมดประจำเดือน เกิดจากปัญหาส่วนตัวของแต่ละคนที่มีมาแต่เดิม			
14	สตรีเมื่อหมดประจำเดือนแล้วไม่ควรมีเพศสัมพันธ์			
15	สตรีวัยหมดระดูทุกคน จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทน เพื่อแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น			

16. ท่านต้องการข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในวัยทองหรือวัยหมดระดูเพิ่มเติมหรือไม่

1. เฉยๆ
2. ไม่ต้องการ (ข้ามไปตอบข้อ 18)
3. ต้องการ เรื่องใด (ระบุ).....

17. ถ้าจะมีการให้ความรู้/ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตัวในวัยทองหรือวัยหมดระดู ท่านต้องการให้ข้อมูลดังกล่าวผ่านช่องทางใด

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1) เสียงตามสายในชุมชน | <input type="checkbox"/> 6) รายการโทรทัศน์ |
| <input type="checkbox"/> 2) ป้ายประชาสัมพันธ์ / แผ่นพับ | <input type="checkbox"/> 7) รายการวิทยุ |
| <input type="checkbox"/> 3) กิจกรรมรณรงค์ | <input type="checkbox"/> 8) วารสารวิชาการ / สิ่งตีพิมพ์ |
| <input type="checkbox"/> 4) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข | <input type="checkbox"/> 9) หนังสือพิมพ์ / นิตยสาร |
| <input type="checkbox"/> 5) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) | <input type="checkbox"/> 10) อินเทอร์เน็ต |
| | <input type="checkbox"/> 11) อื่นๆ (ระบุ)..... |

18. ท่านต้องการให้หน่วยงานต่างๆ เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพวัยทองหรือไม่

1. ไม่ต้องการ
2. ต้องการ (ระบุชื่อหน่วยงาน).....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านพฤติกรรมทางเพศและปัญหาทางเพศที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดู

ตอนที่ 5.1 ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทการปฏิบัติตนด้านพฤติกรรมทางเพศในช่วงวัยหมดระดู
คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย \surd ลงใน สำหรับข้อความที่ตรงกับท่าน

การตัดสินใจ / การกระทำหลัก คือ การตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ ที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดู โดยเป็นผู้กระทำหลักหรือเป็นผู้ถูกกระทำในแต่ละประเด็น เพื่อศึกษาถึงพฤติกรรมทางเพศในอีกมุมมองหนึ่ง ซึ่งแบ่งได้ดังนี้

ทุกครั้ง หมายถึง ตัดสินใจ/กระทำเป็นประจำทุกครั้ง

บ่อยครั้ง หมายถึง ตัดสินใจ/กระทำ 5-6 ครั้ง/รอบ 3 เดือน

บางครั้ง หมายถึง ตัดสินใจ/กระทำ 3-4 ครั้ง/รอบ 3 เดือน

น้อยครั้ง หมายถึง ตัดสินใจ/กระทำ 1-2 ครั้ง/รอบ 3 เดือน

ไม่เคย หมายถึง ไม่เคยตัดสินใจ/กระทำเลย

ลำดับ	บทบาทการปฏิบัติตนด้านพฤติกรรมทางเพศ ในช่วงวัยหมดระดู	การตัดสินใจ / การกระทำหลัก				
		ทุก ครั้ง	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	น้อย ครั้ง	ไม่ เคย
1	การเป็นฝ่ายเริ่มต้นในการมีเพศสัมพันธ์					
2	ท่านได้รับความพึงพอใจต่อการมีเพศสัมพันธ์ ในแต่ละครั้ง					
3	การได้รับการกระตุ้นอย่างเพียงพอจนเกิดความต้องการ สูงสุด ก่อนการมีเพศสัมพันธ์จากคู่ของท่าน					
4	การใช้อุปกรณ์ช่วยในการมีเพศสัมพันธ์ เช่น เครื่องสั่น อุปกรณ์เทียม เป็นต้น					
5	ได้รับบาดเจ็บจากการทุบตี ทำร้ายร่างกายจากคู่ของท่าน					
6	การเคยมีเพศสัมพันธ์ด้วยความไม่เต็มใจ					
7	การหลีกเลี่ยง หรือปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ในขณะที่ท่าน ไม่พร้อมหรือไม่ต้องการจะมีกิจกรรมทางเพศ					
8	พูดคุยเรื่องการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กับคู่ของท่าน					
9	พูดคุยเกี่ยวกับความต้องการและความพึงพอใจต่อรูปแบบ การมีเพศสัมพันธ์ เพื่อให้เกิดความสุขทั้งสองฝ่าย					
10	ร่วมกันแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่สุขสม					

ตอนที่ 5.2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาทางเพศที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดู

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย \surd ลงใน สำหรับข้อความที่ตรงกับท่าน

(การตอบสนองทางเพศของพลาโต คือ ระยะเวลาที่มีความต้องการทางเพศ, ระยะตื่นตัว, ระยะจุดสุดยอด)

1. การมีเพศสัมพันธ์เป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับชีวิตคู่สมรสหรือไม่
 1. เฉยๆ 2. สำคัญ
 3. ไม่สำคัญ 4. ไม่มีความคิดเห็น
2. การมีกิจกรรมทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์ยังมีความจำเป็นในช่วงวัยหมดระดูหรือไม่
 1. เฉยๆ 2. จำเป็น
 3. ไม่จำเป็น 4. ไม่มีความคิดเห็น
3. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยร่วมเพศหรือมีเพศสัมพันธ์หรือไม่
 1. เคย (ระบุ) ความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ประมาณ.....ครั้ง/เดือน
 2. ไม่เคย เนื่องจาก
 2.1) ไม่มีความต้องการ
 2.2) มีความต้องการแต่คู่นอนไม่ต้องการ
 2.3) ไม่มีคู่นอน
 2.4) สุขภาพไม่ดี
 2.5) กลัวการมีเพศสัมพันธ์ล้มเหลว
 2.6) อื่นๆ (โปรดระบุ).....
4. ในขณะที่ท่านได้รับการกระตุ้นทางเพศ เช่น การสัมผัส การกระตุ้นทางสายตา น้ำเสียง กลิ่นรส จากคู่นอนหรือตัวท่านเอง หรือจากสื่อต่างๆ เช่น วิดีโอโป๊ ท่านมีความต้องการทางเพศหรือไม่
 1. ไม่มี 2. มีทุกครั้ง
 3. มีบ่อยครั้ง 4. มีบางครั้ง
 5. มีน้อยครั้ง
5. ที่ผ่านมาท่านมีปัญหาในการมีเพศสัมพันธ์หรือไม่
 1. ไม่มีปัญหา (ข้ามไปตอบข้อ 8)
 2. มีปัญหา โดย
 2.1 มีบ้าง แต่แก้ไขได้
 2.2 มีบ้าง จึงมีเพศสัมพันธ์ลดลง
 2.3 มีมาก จึงเลิกการมีเพศสัมพันธ์
 2.4 อื่นๆ (ระบุ).....

6. สิ่งที่เป็นปัญหาในการมีเพศสัมพันธ์ที่ท่านประสบมีดังต่อไปนี้ (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1. การไม่มีความต้องการทางเพศหรือลดลง
- 2. ความไม่กระชับของช่องคลอด
- 3. ช่องคลอดแห้ง
- 4. เจ็บแสบขณะมีเพศสัมพันธ์
- 5. การไม่บรรลุจุดสุดยอดจากการมีเพศสัมพันธ์
- 6. สมรรถภาพทางเพศเสื่อมในคู่นอน
- 7. อื่นๆ (ระบุ).....

7. หากท่านประสบปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ ท่านมีวิธีการปรับตัว และแนวทางแก้ไขปัญหาดังนี้ด้วยตนเองอย่างไร

- 1. เฉยๆ ไม่ต้องทำอะไร
- 2. ปรึกษาเพื่อน
- 3. ซื่อยามาใช้เอง
- 4. ไปพบแพทย์เพื่อทำการรักษาหรือรักษา
- 5. ไม่ทราบว่าจะต้องปฏิบัติตนอย่างไร
- 6. อื่นๆ (ระบุ).....

8. ในขณะที่มีเพศสัมพันธ์หรือช่วยตัวเอง ท่านมีความรู้สึกมีความสุขสุดยอดหรือไม่ อย่างไร

- 1. ไม่มีความสุขสุดยอด (ข้ามไปตอบข้อ 10)
- 2. มีความสุขสุดยอด โดย
 - 2.1 มีความสุขสุดยอดเพียงครั้งเดียว (ในกิจกรรม 1 ครั้ง)
 - 2.2 มีความสุขสุดยอดต่อเนื่องได้หลายครั้ง (ในกิจกรรม 1 ครั้ง)

9. ความรู้สึกมีความสุขสุดยอดในขณะที่มีเพศสัมพันธ์หรือช่วยตัวเองของท่าน มีลักษณะอย่างไร

- 1. มีความสุขสุดยอดได้ช้า
- 2. มีความสุขสุดยอดได้เร็ว โดย
 - (1) มีความสุขสุดยอดได้ทุกครั้ง
 - (2) มีความสุขสุดยอดได้บ่อยครั้ง (5-6 ครั้ง/รอบ 3 เดือน)
 - (3) มีความสุขสุดยอดได้บางครั้ง (3-4 ครั้ง/รอบ 3 เดือน)
 - (4) มีความสุขสุดยอดได้น้อยครั้ง (1-2 ครั้ง/รอบ 3 เดือน)
 - (5) มีความสุขสุดยอดได้ใกล้เคียงและตรงความต้องการ

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวปิยนุช พันธุ์ศิริ เกิดวันที่ 8 ตุลาคม พ.ศ. 2523 จังหวัดอุบลราชธานี สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี เมื่อ พ.ศ. 2546 รับราชการศุนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ พ.ศ.2546 - 2550 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาแพศศาสตร์ ในภาคต้นปีการศึกษา 2550



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย