

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีวัยทอง ตำบลตากออก อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก ผู้ศึกษาได้รวบรวมข้อมูลศึกษาจากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสามารถสรุปเป็นประเด็นตามลำดับ ดังนี้

1. สตรีวัยทอง

1.1 ความหมายของสตรีวัยทอง

1.2 ประเภทและสาเหตุของการหมดประจำเดือน

1.3 การเปลี่ยนแปลงของสตรีวัยทอง

2. คุณภาพชีวิตของสตรีวัยทอง

2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

2.2 องค์ประกอบคุณภาพชีวิต

2.3 การประเมินคุณภาพชีวิต

2.4 คุณภาพชีวิตของสตรีวัยทอง

1. สตรีวัยทอง

1.1 ความหมายของสตรีวัยทอง

วัยทอง (Golden period) หรือ วัยหมดประจำเดือน (Menopausal period)

(<http://www.reanonline.com/pharepa/interesting001.asp>.) การหยุดประจำเดือน เป็นคำที่มาจากภาษากรีก เมน (men) แปลว่า เดือน และพอสซิส (pausis) แปลว่าหยุด ดังนั้นการหยุดของประจำเดือน (Speroff, Glass, & Kase, 1999) จึงหมายถึง การสิ้นสุดการมีประจำเดือนของสตรี เป็นผลมาจากรังไข่หยุดทำงาน (WHO, 1981 cited in Scharbo - De Haan & Brucker, 1991) กอบจิตต์ ลิ้มปพยอม (2544) ให้ความหมายวัยหมดประจำเดือนว่า ภายหลังจากสตรีไม่มีประจำเดือนติดต่อกันเป็นระยะเวลา 1 ปี หรือเป็นการเปลี่ยนแปลงปกติที่เกิดแก่สตรี มีการเปลี่ยนแปลงของสรีรวิทยาของร่างกายที่เป็นไปตามธรรมชาติ เกิดเนื่องจากการลดลงของฮอร์โมนเพศที่จำเป็นของสตรีคือ ฮอร์โมนเอสโตรเจน เนื่องจากรังไข่หยุดทำงาน โดยสตรีผู้นั้นจะไม่มีประจำเดือนติดต่อกันนานถึง 12 เดือน (กอบจิตต์ ลิ้มปพยอม, 2544) หรือเป็นการหยุดของประจำเดือนอย่างถาวร เนื่องจากการ

สิ้นสุดการทำงานของรังไข่ (Walsh & Ginsburg, 1999) ความหมายของการหมดประจำเดือนในปัจจุบัน ยังไม่มีข้อตกลงที่ชัดเจนในความหมายเดียวกัน มีคำศัพท์ที่ใช้หลายคำและมีการให้นิยามต่าง ๆ กัน (Project AWARE, 2002) เช่น “menopausal transition, perimenopause, postmenopause, climacteric”

1.2 ประเภทและสาเหตุของการหมดประจำเดือน

การหมดประจำเดือนของสตรีแบ่งเป็น 2 ชนิดคือ (อารีรัตน์ สังวรวงษ์พนา, 2544)

1.2.1 การหมดประจำเดือนตามธรรมชาติ (natural menopause) เป็นการหมดประจำเดือนที่เป็นไปตามธรรมชาติ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่เป็นไปตามอายุที่มากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นปริมาณไข่ในรังไข่จะลดลง และฝ่อ ทำให้การสร้างเอสโตรเจนลดลง (Black & Jacobs, 1997) ซึ่งการหมดประจำเดือนโดยธรรมชาติมี 3 ระยะ คือ

1.) ระยะก่อนหมดประจำเดือน (premenopausal period) เป็นระยะที่ประจำเดือนมาอย่างสม่ำเสมอ แต่บางครั้งอาจมีประจำเดือนขาดหายไปอย่างถาวรต่อเนื่องแต่ไม่เกิน 3 เดือน ทั้งนี้เพราะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนเพศ พบว่าสตรีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป การเจริญของไข่และการตกไข่จะเริ่มลดลงเรื่อยๆ ทำให้การเจริญพันธุ์ลดลง มีการเปลี่ยนแปลงคือการไม่ตกไข่ เยื่อบุโพรงมดลูกทำงานไม่ดี ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนและเอสโตรเจนคือเอสตราไดโอด (estradiol E) ลดลง ระดับของฟอลลิคูลาสติงฮอร์โมน (follicular stimulating hormone) จะสูงขึ้น ซึ่งเป็นการตอบสนองต่อการลดลงของเอสตราไดโอดของสมองส่วนหน้า (hypothalamus) และต่อมใต้สมอง (pituitary) ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงอันดับแรกของสตรีวัยนี้ ดังนั้นอาจพบภาวะเลือดประจำเดือนออกกระปริบกระปรอย ความผิดปกติของเยื่อบุโพรงมดลูก และมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกเกิดขึ้นได้ (ชวนชม สกลรัตน์และคณะ, 2535) แต่โดยทั่วไปจะนับระยะก่อนหมดประจำเดือนตั้งแต่ 2-3 ปี ก่อนประจำเดือนหมด คือประมาณอายุ 45 ปี ถ้านับจากอายุเฉลี่ยที่หมดประจำเดือนของสตรีไทย ประมาณ 47 หรือ 48 ปี (ธีระ ทองสง, 2536) ระยะก่อนหมดประจำเดือนแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่สตรีวัยกลางคนยังคงมีประจำเดือนมาสม่ำเสมอเป็นปกติ (perimenopausal period) และระยะใกล้หมดประจำเดือน (perimenopausal period) ประจำเดือนขาดบ่อย แต่ขาดหายไปไม่เกิน 3-11 เดือน

2.) ระยะหมดประจำเดือน (menopausal period) หมายถึง การสิ้นสุดการมีประจำเดือนเนื่องจากรังไข่ไม่ทำงาน อาจเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติของร่างกาย เป็นที่ยอมรับว่าสตรีจะอยู่ในวัยหมดประจำเดือนแน่นอน เมื่อไม่มีประจำเดือนติดต่อกันเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี ซึ่งเป็นการย่อยหลังการหมดประจำเดือนมักค่อยเป็นค่อยไป

3.) ระยะหลังหมดประจำเดือน (postmenopausal period) วัยหลังหมดประจำเดือน เป็นคำกล่าวอ้างถึงเมื่อต้องการเน้นการเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาคและสรีรวิทยาระบบต่างๆของร่างกายหลังจากหมดการทำงานของรังไข่แล้ว

1.2.2 การหมดประจำเดือนเนื่องจากการทำผ่าตัดรังไข่ออก (surgical menopause) เป็นการหมดประจำเดือนทันทีทันใดอย่างถาวร โดยได้รับการผ่าตัดรังไข่ออกทั้งสองข้าง เนื่องจากการเป็นเนื้องอกที่รังไข่และหรือมีความผิดปกติที่รังไข่

สรุป สตรีวัยทองหมายถึง การมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสตรีซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติ เกิดขึ้นเนื่องจากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน อันเป็นผลเนื่องมาจากการหยุดทำงานของรังไข่ จะไม่มีประจำเดือนติดต่อกันนานถึง 12 เดือน

อายุของการหมดประจำเดือน ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ดังนี้ สภาพสุขภาพของสตรีแต่ละบุคคล กรรมพันธุ์ อาหาร และการออกกำลังกาย (Kass-Anese, 1999) ประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าอายุเฉลี่ยของการหมดประจำเดือน คือ 50 ปีถึง 51 ปี (Gant & Cunnigham, 1993) การศึกษาที่รัฐแมทซาชูเซต พบว่าอายุเฉลี่ยของการหมดประจำเดือนคือ 51.3 ปี (Speroff et al., 1994) ส่วนในประเทศไทยแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8(พ.ศ.2540-2544) สำนักส่งเสริมสุขภาพได้กำหนดการส่งเสริมสุขภาพสตรีหลังวัยเจริญพันธุ์คือสตรีอายุระหว่าง45-59ปี(กองอนามัยครอบครัว, 2543)

1.3 การเปลี่ยนแปลงของสตรีวัยทอง

การเปลี่ยนแปลงทางกายภาคและสรีรวิทยาของอวัยวะต่างๆที่เป็นลักษณะเฉพาะของสตรีวัยทอง ได้แยกตามอาการที่เกิดในระยะแรกและเป็นครั้งคราว (Short-term sequelae) และอาการที่เกิดจากการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนระยะเวลานาน (Long-term sequelae)การเปลี่ยนแปลงของสตรีวัยทองมีดังต่อไปนี้(กองอนามัยครอบครัว, 2543)

1.3.1 อาการในระยะแรก และเป็นครั้งคราว ได้แก่

1.) ด้านระบบประสาทอัตโนมัติ (vasomotor symptom หรือ vasomotor instability) เป็นอาการแสดงที่มีลักษณะเฉพาะที่พบบ่อยในสตรีวัยทอง เชื่อว่าเกิดจากรังไข่สร้างฮอร์โมนเอสโตรเจนลดน้อยลง ทำให้หลอดเลือดหดและขยายตัว เป็นผลให้เกิดอาการร้อนวูบวาบบริเวณใบหน้า คอ หน้าอก (hot flushes หรือ hot flashes) อาการร้อนวูบวาบ พบในสตรีวัยทอง 3 คน จาก 4 คน (วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, 2541) เป็นอาการที่มีลักษณะเฉพาะและพบได้บ่อยที่สุดในสตรีวัยทอง ซึ่งพบได้ร้อยละ 50-85 ของสตรีวัยนี้ ร้อยละ 85 ที่มีอาการเป็นๆหายๆ นานกว่า 1 ปี (Barbara, 1999) ผู้ที่มีอาการร้อนวูบวาบอาจแสดงความรู้สึกร้อนขึ้นมาทันที ช่วงเวลาที่เกิดอาการอาจนาน 2-3 วินาที ถึง 1-2 นาที บางคนอาจมีอาการเพียงวันละ 1 ครั้ง ถึง วันละ 5- 20 ครั้ง บางคน

อาจมีอาการปรากฏทุก 10 –30 นาที โดยช่วงระยะเวลาของการมีอาการอาจมีตั้งแต่ 2 –3 เดือน ถึง 11 ปี แต่โดยส่วนใหญ่มีอาการในระยะ 1-2 ปี และร้อยละ 25 ของผู้มีอาการมีอาการนานถึง 5 ปี หลังจากนั้น อาการค่อยๆ ลดลงตามลำดับ ซึ่งระดับความรุนแรงของอาการแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล(หะทัย เทพพิสัย และอุรุษา เทพพิสัย, 2541)สเปอรอฟฟ์ และ แคร้ (Speroff, Glass, & Kare, 1999) พบว่า ร้อยละ 25- 50 มีอาการนานกว่า 5 ปี สตรีวัยทองบางคนอาจไม่มีอาการร้อนวูบวาบ แต่มีอาการทนความร้อนไม่ได้ นอกจากนี้บางคนอาจมีเหงื่อออกมากในเวลากลางคืน ปวดศีรษะ ใจสั่น ทำให้นอนไม่หลับ ถ้าปรากฏอาการนอนไม่หลับเป็นเวลานานจะมีผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพกายและจิตสังคม ซึ่งระดับความรุนแรงของอาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออกมีมากน้อย แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเชื้อชาติ ฐานะเศรษฐกิจและสังคม (Speroff, et al., 1989)

จากการรายงาน พบว่า อุบัติการณ์การเกิดอาการร้อนวูบวาบในสตรีวัยทองในประเทศตะวันตกมีอาการร้อนวูบวาบเหงื่อออกร้อยละ 50.0 โดยร้อยละ 30.0 มีเหงื่อออกมากในเวลากลางคืน และ ร้อยละ 68.0 ของผู้มีอาการต้องได้รับการรักษาจากแพทย์ (Speroff, et al., 1989) ส่วนสตรีวัยทอง ในประเทศไทยพบได้ร้อยละ 29.4 –85 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2539 , ถ้าภา อุปการกุล, 2538 และ กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์, 2541) ขณะเดียวกันมีงานวิจัยที่พบอุบัติการณ์การเกิดอาการร้อนวูบวาบค่อนข้างต่ำคือ ศึกษาเฉพาะในกลุ่มพยาบาลพบเพียงร้อยละ 1–7.9 (วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, 2541) อาการเหงื่อออกมาก พบได้ร้อยละ 3.9 42.1 (ถ้าภา อุปการกุล, 2538 , กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์, 2541 และ วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, 2541)

2.) ด้านจิตใจและสังคมสตรีวัยทอง จะมีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ และสังคม (Black & Jacobs,1997) การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและสังคม ได้แก่ ความวิตกกังวล หงุดหงิด ซึมเศร้า อารมณ์หวั่นไหว ไม่มีสมาธิ ความจำเสื่อม ความเชื่อมั่นในตนเองลดลง เมื่อหน่วยรู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและสังคมจะต้องเผชิญปัญหาของภาวะการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและสังคมของสตรีวัยทอง (Black & Jacobs,1997) มีอาการทางจิตหลายอาการ ได้แก่ ซึมเศร้า หงุดหงิด โมโหง่าย อารมณ์แปรปรวน ตื่นตื้นตกใจง่าย ขาดความเชื่อมั่น กังวลใจ ลืมง่าย ตัดสินใจลำบากเป็นต้น ขณะที่สตรีมีระดับของเอสทราไดโอดลดลง แต่ไม่สามารถบอกได้ว่าเกิดเพราะการลดระดับของเอสทราไดโอดหรือไม่ หรือบางครั้งภาวะทางจิตเกิดอารมณ์หงุดหงิดจากนอนไม่หลับ เนื่องจากร้อนวูบวาบ ในสตรีบางรายอาจมีอาการเปลี่ยนแปลงทางสังคม การเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อม หรือบางครั้งมีปัญหาทางด้านชีวิตสมรส มีสิ่งที่ไม่พอใจทั้งหลายเกิดกับตนเองในระยะอายุที่เริ่มเข้าวัยทองจะมีอาการมากขึ้น(กอบจิตต์ ลิ้มปพยอม และอรณพ ใจสำราญ, มปย,2541)

จากการศึกษาของลำภา อุปการกุล (2538) เกี่ยวกับความรู้เรื่องอาการประจำเดือนและประสบการณ์การดูแลตนเองของสตรีวัยทอง พบว่า สตรีวัยทองร้อยละ 86.3 มีอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ คือ หลงลืมง่าย ร้อยละ 66.3 มีอาการอ่อนเพลียซึมเศร้า และร้อยละ 65.0 ไม่ได้ไปพบแพทย์หรือรับการรักษาใดๆ และอาการทางจิตพบร้อยละ 19.2- 97.5 เช่นเดียวกับ กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์ (2541) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนพบว่า ความรู้สึกหดหู่เศร้าหมองพบร้อยละ 33.6- 63.8 ความรู้สึกถูกทอดทิ้งพบมากที่สุดในระยะหลังหมดประจำเดือน ร้อยละ 53.2 รองลงมาในระยะใกล้หมดประจำเดือนพบ ร้อยละ 36.8 และในระยะก่อนหมดประจำเดือนพบ ร้อยละ 36.8

3.) ด้านระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบขับถ่ายปัสสาวะเสื่อมสภาพ เนื่องจากฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งจำเป็นสำหรับกล้ามเนื้อเยื่อเมือกชั้นเยื่อเมือก (mucosa) ของกระเพาะปัสสาวะ ท่อปัสสาวะจะบางลงเมื่อระดับเอสโตรเจนได้อลดน้อยลง ทำให้หดรูดควบคุมการถ่ายปัสสาวะเสื่อมสภาพ อาจเกิดการถ่ายปัสสาวะลำบากหรือกลั้นปัสสาวะไม่ได้ สตรีวัยทองประมาณร้อยละ 15 มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ขณะไอจาม นอกจากนี้จะพบว่ามีอาการถ่ายปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะขัดหรือแม้แต่เกิดการอักเสบของกระเพาะปัสสาวะได้ง่าย เจ็บขณะถ่ายปัสสาวะ ที่รูเปิดของท่อปัสสาวะอาจมีเยื่อเมือกยื่นออกมาเป็นติ่งเนื้อ (Barbara, 1999) อาการของระบบทางเดินปัสสาวะที่พบในสตรีวัยทองถึงวัยผู้สูงอายุเกิดขึ้นเนื่องจากมีการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนทำให้เยื่อทางปัสสาวะบางลง ท่อทางเดินปัสสาวะหดรั้งและสั้นลงมีการติดเชื้องของระบบทางเดินปัสสาวะได้ง่าย กระเพาะปัสสาวะอักเสบท่อทางเดินปัสสาวะอักเสบทำให้มีอาการปวดแสบขณะถ่ายปัสสาวะ นอกจากนี้การลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน ทำให้กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานอ่อนแรงเป็นผลให้เกิดการหย่อนยานของกระเพาะปัสสาวะทำให้เกิดการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ปัสสาวะเล็ดง่ายเมื่อมีแรงดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น (หะทัย เทพพิสัย และอรุษา เทพพิสัย, 2540) จะเห็นได้ว่าปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จะเป็นปัญหาต่อเนื่องจากสตรีวัยทอง และมีอัตราการเกิดอาการแตกต่างกัน จากการศึกษาของชลอศรี แดงเปี่ยม, ชเนนทร์ วนาภิรักษ์และวารุณี แก่นสุข (2541) เรื่องอาการที่เปลี่ยนแปลงในวัยหมดประจำเดือน และ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบุคคลกรหญิง มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างสตรีวัยทองมีปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะร้อยละ 48.8 สอดคล้องกับกนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์ (2541 เรื่องเดิม) พบว่าสตรีวัยทองมีปัสสาวะบ่อยร้อยละ 14.5-86.8 มีปัสสาวะเล็ด ร้อยละ 34.3-49 มีปัสสาวะแสบร้อยละ 2-20 และวารุณี เอี่ยมสวัสดิกุล (2541) ศึกษา อาการของภาวะหมดประจำเดือน และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน พบว่า อาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ไอจามปัสสาวะเล็ด ปัสสาวะบ่อยแสบหรือปวดเวลา

ปีสภาวะและปีสภาวะไม่ค่อยสุด พบมากที่สุดในระยะใกล้หมดประจำเดือน ร้อยละ 21.8 รองลงมา ระยะหลังหมดประจำเดือนและ ระยะก่อนหมดประจำเดือนร้อยละ 17.1 และ 15.3 ตามลำดับ

4.) ด้านระบบอวัยวะสืบพันธุ์ การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะสืบพันธุ์ ได้แก่ รังไข่มีขนาดเล็กลง ผิวบางขรุขระ และอาจมีฟอลลิเคิล (follicle) ที่ฝ่อแล้ว มดลูกฝ่อเล็กน้อย โพรงมดลูกเสื่อมสภาพไม่สามารถตั้งครรภ์ได้อีกต่อไป คือ โพรงมดลูกบางและไม่มีการหลุดลอกตัว ผนังกล้ามเนื้อมดลูกบาง มดลูกมีขนาดเล็กลง และโพรงมดลูกแคบ ซึ่งเป็นผลจากเซลล์กล้ามเนื้อมดลูกมีขนาดเล็กลง และพบว่าปีกมดลูกฝ่อ ปากมดลูกมีขนาดเล็กลง ทำให้ส่วนของปากมดลูกยื่นเข้ามาในช่องคลอดสั้นและเล็ก การสร้างเมือกจากปากมดลูกด้านใน (endocervix canal) จะค่อยๆ ลดน้อยลงและหมดไปในที่สุด ช่องคลอดเสื่อมสมรรถภาพผนังจะบาง เหี่ยวแห้งและย่น ส่วนที่เป็นร่องหายไป ขนาดของช่องคลอดเล็กลง ทำให้ช่องคลอดตื้นและแคบ เซลล์กล้ามเนื้อน้อยและบางลง (Barbara, 1999) จากการศึกษาของชลอศรี แดงเปี่ยม, ชเนนทร์ วนาภิรักษ์และวารุณี แก่นสุข (2541, เรื่องเดิม) พบว่า กลุ่มตัวอย่างสตรีวัยทองมีปัญหาอวัยวะสืบพันธุ์และเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 53.2 และ 39.5 และวารุณี เอี่ยมสวัสดิกุล (2541, เรื่องเดิม) พบว่าสตรีวัยทองมีช่องคลอดแห้งมูกลดน้อยลงร้อยละ 1.9 ความต้องการทางเพศลดลงร้อยละ 2.4-46.3

5.) อาการในระยะแรกและเป็นครั้งแรกของการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะอื่น ๆ ได้แก่

5.1) ผิวหนังและขน เนื่องจากมีเอสโตรเจนรีเซพเตอร์อยู่ที่ผิวหนัง โดยเฉพาะบริเวณใบหน้า หน้าอก และต้นขา ดังนั้นเมื่อขาดฮอร์โมนชนิดนี้จึงทำให้ผิวหนังบริเวณดังกล่าวบางลงและเหี่ยวย่น ผิวหนังเสื่อม เช่น ความเปลี่ยนแปลงและความตึงตัว ผิวหนังย่น และกล้ามเนื้อใต้ผิวหนังจะลดน้อยลง ทำให้ผิวหนังแห้ง เหี่ยวย่น คัน ถูกข้่าชอกและเป็นแผลได้ง่าย เจ็บเสียวหรือชาตามผิวหนัง ผมห้ง ผมร่วง (หะทัย เทพพิสัย และอุรุษา เทพพิสัย, 2540) ผิวหนังที่เปลี่ยนแปลงชัดเจนคือ บริเวณที่ถูกแสงแดดบ่อยๆ เช่น ใบหน้า ลำคอ ต้นแขน และขนตามร่างกายและผมจะบางลง เป็นผลมาจากเอสโตรเจนลดลงร่วมกับระดับเทสโทสเตอโรนคงที่ ซึ่งจะพบว่าขนเล็กๆ บริเวณใบหน้าลดลงแต่จะมีขนแข็งเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะบริเวณเหนือริมฝีปาก(หนวด)และใต้คาง (เครา) ขนบริเวณรักแร้และอวัยวะเพศจะลดจำนวนลงศีรษะล้านขึ้น (กรรณิการ์ พงษ์สนธิ, อะเคื้อ อุณหเลขกะและประพิมพ์ พุทธิรักษ์กุล, 2545) จากการศึกษาของ วารุณี เอี่ยมสวัสดิกุล (2541, เรื่องเดิม) พบว่า อาการผิวหนังแห้งที่พบในสตรีวัยทองมีร้อยละ 15.7-79.4 ลักษณะผิวหนังหรือคัน ร้อยละ 47.1 สอดคล้องกับ กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์ (2541, เรื่องเดิม) ลักษณะผิวแห้งและแตกง่าย ร้อยละ 7.4 15.7 นอกจากนี้วารุณี เอี่ยมสวัสดิกุล (2541, เรื่องเดิม) ยังพบว่าเล็บมือ เล็บเท้าเปราะและหักง่ายร้อยละ 2.0-5.7

5.2) เต้านม มีขนาดเล็กลง เขียวยานและเหลว เนื่องจากส่วนประกอบต่างๆของ เต้านม ไขมัน ต่อมไขมันฝ่อ และน้อยลงขาดเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน เนื่องจากผลของ เอสทราไดออกอล และโปรเจสเตอโรน ที่หายไป เช่นเดียวกับห้วนม จะมีขนาดเล็กลงด้วย ความสามารถในการแข็งตัวหายไป(กรรณิการ์ พงษ์สนธิ, อะเคื่อ อุณหเลขกะและประพิมพ์ พุทธิรักษ์กุล, 2545)

5.3) ระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และข้อ เซลล์ของกล้ามเนื้อละเอียดเริ่มเสื่อมขนาดของเซลล์เล็กลง การสร้างเมตาบอลิซึมลดน้อยลง ทำให้เนื้อเยื่ออ่อนสมรรถภาพ เกิดอาการปวดตามกล้ามเนื้อ ปวดหลัง ปวดตามข้อจากการหมดประจำเดือน (climacteric arthralgia) (กอบจิตต์ ลิ้มปพยอม และคณะ, 2540)

1.2.2 อาการที่เกิดภายหลังเป็นกลุ่มอาการที่พบจากการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนเป็นเวลานานได้แก่

1.) โรคกระดูกพรุน (osteoporosis) เป็นภาวะที่ความแข็งแรงของกระดูกลดลง เนื่องจากเนื้อกระดูกบางลง เป็นสาเหตุของกระดูกหัก หรือยุบตัวได้ง่ายทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา (หะทัย เทพพิสัยและ อุรุษา เทพพิสัย, 2541) ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่พบบ่อย และเป็นอันตรายถึงชีวิตในประชากรสตรีมากกว่าบุรุษ (Rose & Rose, 1994) โดยเฉพาะอย่างยิ่งสตรีเอเชียและสตรีผิวขาวมีการเริ่มต้นสูญเสียเนื้อกระดูกเร็วกว่าสตรีผิวดำ (Rose & Rose, 1994 ; Speroff, Glass, & Kass, 1994) สตรีที่มีรูปร่างผอม สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ดื่มกาแฟ ขาดการออกกำลังกาย ขาดแคลเซียม ขาดฟอสฟอรัสเป็นโรคภัยร่อยค้เป็นพิษ ได้รับการผ่าตัดรังไข่ทั้งสองข้าง ได้รับยาบางชนิด หรือมีกรรมพันธุ์ในครอบครัว เป็นสตรีที่มีความเสี่ยงต่อโรคกระดูกพรุนเพิ่มขึ้น (Speroff et al., 1994) นอกจากนี้โรคกระดูกพรุนยังมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดประจำเดือน เนื่องจากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนส่งผลให้เกิดโรคกระดูกพรุน และ กระดูกหักได้บ่อย (หะทัย เทพพิสัยและ อุรุษา เทพพิสัย, 2541)ดังนั้นสตรีวัยทองที่มีปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ดังกล่าวร่วมด้วย น่าจะเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคกระดูกพรุนเพิ่มขึ้น และเนื่องจากอายุขัยเฉลี่ยของสตรียืนยาวขึ้น (ปราโมทย์ ปราสาทกุล, อัญชลี วรารัตน์, ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์, และ มาติ กาญจนกิจสกุล, 2543 ; Walsh & Ginsburg, 1999) ทำให้สตรีต้องใช้ชีวิตในวัยหมดประจำเดือนยาวนานขึ้น อาจมากกว่า 1 ใน 3 ของช่วงชีวิตทั้งหมด (Walsh & Ginsburg, 1999) ในประเทศที่พัฒนาแล้ว สตรีที่มีอายุมากกว่า 50 ปี มีโอกาสเกิดโรคกระดูกพรุนร้อยละ 50 ของประชากรสตรีวัยทอง (WHO, 1996) ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักตามมา และอาจมีผลทำให้สตรีวัยทองผู้นั้นไม่สามารถทำงานหรือทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติหรือ อาจทำให้เกิดความพิการหรือทุพพลภาพได้จะทำให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจอย่างชัดเจน (Rose & Rose, 1994) สำหรับในประเทศไทย ยังไม่มีการประเมินสถาน

การณ้และแนวโน้มน้เกี่ยวกับโรคกระดูกพรุนในสตรีวัยทองและผลกระทบไว้ชัดเจน แต่คณะทำงานกลุ่มปัญหาสุขภาพจากโรคเรื้อรังของประเทศไทย ได้พิจารณาจัดลำดับความสำคัญให้โรคกระดูกพรุนเป็นปัญหาโรคเรื้อรังหนึ่งในสามอันดับแรก ที่สมควรได้รับการพิจารณาว่ามีความสำคัญเนื่องจากเป็นโรคที่บั่นทอนสุขภาพทำให้คุณภาพชีวิตด้อยลง และเสียชีวิตเร็วกว่าที่ควรเป็น (วิชัย ต้นไพจิตร และคณะ, 2541)

2.) โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease) เป็นปัญหาที่สำคัญของสตรีวัยทอง โดยเฉพาะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง อาการเส้นโลหิตในสมองแตกหรืออุดตันเอสโตรเจนมีส่วนสำคัญในการควบคุมปริมาณไขมันในเลือดโดยพบว่า เอชดีแอล คอเลสเตอรอล (HDL-C : high- density lipoprotein cholesterol) ยังมีระดับเท่าเดิม แต่ แอลดีแอล คอเลสเตอรอล (LDL-C : low- density lipoprotein cholesterol) ของสตรีวัยนี้เพิ่มขึ้น ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดมากขึ้น ซึ่งอุบัติการณ์เกิดโรคนี้ในสตรีวัยทอง จะพบมากเป็น 3 เท่า ของสตรีที่ยังไม่หมดประจำเดือน (กอบจิตต์ ลิ้มปพยอม และคณะ, 2540) การออกกำลังกายสม่ำเสมอจะช่วยทำให้ระดับเอชดีแอลคอเลสเตอรอลเพิ่มสูงขึ้น และการรับประทานอาหารประเภทไขมันน้อย มีกากใยมาก เช่น ผัก, ผลไม้ ทำจิตใจให้สบายไม่เครียด พักผ่อนให้เพียงพอ จะสามารถช่วยป้องกันโรคนี้ได้เช่นกัน (ลำภา อุปการกุล, 2538 อ้างใน วรธิดา อิมสุดใจ, 2540)

จากที่กล่าวมาข้างต้นจึงสรุปได้ว่า ภาวะสุขภาพของสตรีวัยทองเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ลดลง ทำให้มีอาการทางกาย ได้แก่ กลุ่มอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ อาการระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ และอาการในระบบอื่นๆ ของร่างกาย รวมทั้งอาการด้านจิตใจและสังคม นอกจากนั้นยังมีปัญหาสุขภาพในระยะยาวของสตรีวัยทอง ได้แก่ โรคกระดูกพรุน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพและเศรษฐกิจอย่างเห็นได้ชัด ส่วนอาการที่เกิดจากการหมดประจำเดือนนั้น มีผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว หน้าที่การงานและสังคม ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตสตรีวัยทอง

2. คุณภาพชีวิตของสตรีวัยทอง

2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน(2539) ให้ความหมายว่าคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล และสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล (2540) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง ระดับการมีชีวิตที่ดี มีความสุข และความพอใจในชีวิตทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และการดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคมเป็นการประสานการรับรู้ของบุคคลในด้าน

ร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ ทางสังคม สิ่งแวดล้อม ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละคนเช่นเดียวกับองค์การอนามัยโลก(WHO,1996) ได้ให้ความหมายของคำว่า คุณภาพชีวิต โดยเน้นถึงการรับรู้ของบุคคล คุณภาพชีวิตเป็นมโนทัศน์หลายมิติที่ประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความเชื่อส่วนบุคคล ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล ลิว (Liu, 1975 อ้างใน ปิยะนุช เงินคล้าย, 2545) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่าเป็นชื่อใหม่ของการกินคืออยู่ดี มีสุข (well-being) กล่าวคือ เป็นการ เป็นดี อยู่ดี ของคนและสิ่งแวดล้อมตามสภาพทั่วไป ในด้านส่วนบุคคล คุณภาพชีวิตจะแสดงออกในรูปของความ ต้องการ เมื่อได้รับการตอบสนองแล้วจะทำให้บุคคลนั้นมีความสุขและความพอใจ แคมป์เบล (Cambell, 1976) ได้สรุปว่า แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตเป็นมิติหลายรูปแบบ เน้นเป็นพิเศษที่ความสุขและความพึงพอใจในชีวิตที่แต่ละคนเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่ กับสถานการณ์ที่เขาอยากให้เป็น หรือที่คาดหวัง ผลที่จะเป็นความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ ความสุขหรือไม่มีความสุข ซึ่งเป็นการตัดสินใจของแต่ละบุคคล วัตต์ และคูบอส (Watts, 1976 , Dubos, 1976 อ้างใน พนิษฐา พานิชชีวะกุล, 2537) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตเป็นความอึดอ้อมในชีวิต เป็นความพึงพอใจจากกิจกรรมในวิถีชีวิตประจำวัน ตามแนวทาง ตามความสามารถและค่านิยมของแต่ละบุคคล ส่วนฮอร์นควิสต์ (Hornquist, 1982 อ้างใน เกษญา บุญญา, 2545) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าเป็นเรื่องความพึงพอใจต่อความต้องการทางกาย จิตวิทยา สังคม กิจกรรม วัตถุ และโครงสร้าง ซึ่งคล้ายคลึงกับพาดิลา และคณะ(Padilla, et.Al,1983 อ้างใน เบญจวรรณ คุณรัตนภรณ์, 2540)ที่กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิต ที่เปลี่ยนไปตามภาวะสุขภาพ โดยวัดจากความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย ทัศนคติของตนเองต่อสุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิต และความรู้สึกว่าตนเองได้รับการช่วยเหลือจากสังคม

เฟอร์รานส์และเพาเวอร์ส (Ferrans & Powers, 1985 อ้างใน นุโรม เงามาม, 2540) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตหมายถึง ความรู้สึกผาสุกของผู้ป่วยที่เกิดจากความสมดุลระหว่างความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจในองค์ประกอบของชีวิตในแต่ละบุคคล ซึ่งให้ความสำคัญแตกต่างกันไป ได้แก่ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และด้านครอบครัว ทาทา (Tartar, 1988 อ้างใน เกษญา บุญญา, 2545) ได้กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นรูปทรงที่มีหน้าตาที่หลากหลาย ซึ่งรวมความสามารถทางความรู้ความเข้าใจ และพฤติกรรมของคนๆ หนึ่ง ความเป็นอยู่ที่ดีทางอารมณ์ และความสามารถที่ต้องการแสดงออกมาของบทบาทภายในอาชีพและสังคม เช่นเดียวกับมีเบริก (Meeberg, 1993) ได้กล่าวว่า คุณภาพชีวิต เป็นความรู้สึกของความพึงพอใจในชีวิตทั่วไป เป็นความสามารถทางอารมณ์ในการประเมินผลของชีวิตตนเอง ตามความพึงพอใจ สภาพที่ยอมรับได้ของสุขภาพทางกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งจะมีทั้งส่วนที่

เป็นจิตวิสัย และวัตถุวิสัยซึ่งทั้งสองส่วนล้วนมีความจำเป็น เฟร์เรล (Ferrell, 1995) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต คือ คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ภาวะความสุขสบายที่ไม่คงที่ของบุคคลจากประสบการณ์ในชีวิต 4 ด้าน ความผาสุกทางด้านร่างกายและอาการทางกาย (physical well-being and symptoms) ความผาสุกด้านจิตใจ (psychological well-being) มีการเปลี่ยนแปลงไปตามเวลาและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง อยู่บนพื้นฐานแนวคิดคุณภาพชีวิต ทำนองเดียวกับเฮแอส (Haas, 1999) ได้กล่าวว่า คุณภาพชีวิต เป็นการประเมินหลายองค์ประกอบของชีวิตที่เกิดในบริบทของบุคคล มีวัฒนธรรมและคุณค่าของแต่ละบุคคล ตามด้านพื้นฐานของด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และจิตวิญญาณ นอกจากนี้ชาน (Zhan, 1992) ได้ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตเป็นระดับที่ชีวิตของคนๆ หนึ่งเกิดความพึงพอใจแนวคิดที่เป็นทั้งหลายมิติ และสัมพันธ์กับบริบท เพราะประสบการณ์ของมนุษย์นั้นมีการพลวัตและซับซ้อน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของคนๆ นั้น รวมทั้งสถานการณ์ทางสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม

จากที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง เป็นความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับความเป็นสุข ความพึงพอใจ ความรู้สึกปกติสุข ความสุข เป็นการแสดงถึงการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของแต่ละบุคคลตามสภาพที่ตนดำรงอยู่ เป็นการรับรู้ในชีวิต และประเมินได้ด้วยตนเอง ซึ่งเป็นผลรวมของการตอบสนองความรู้สึกภายในตัวบุคคล ในการประเมินคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษา

2.2 องค์ประกอบคุณภาพชีวิต

บุคคลจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้น ต้องขึ้นอยู่กับองค์ประกอบมากมาย แต่ละองค์ประกอบนั้นก็มีความสำคัญมากน้อยแตกต่างกันไป ตามทัศนะของแต่ละบุคคลหรือแต่ละสังคม มีนักวิชาการหลายท่านได้เสนอองค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตซึ่งมีส่วนแตกต่างกันไป ดังนี้

ลิว (Liu, 1975 อ้างใน ปิยะนุช เงินคล้าย, 2545) กล่าวถึง องค์ประกอบคุณภาพชีวิตว่าคุณภาพชีวิตมีองค์ประกอบอยู่ 2 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านจิตวิสัย เป็นเรื่องของอารมณ์ความรู้สึกของบุคคล อันได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม และความรู้สึกนึกคิดของบุคคล องค์ประกอบด้านจิตวิสัย บางครั้ง เรียกว่า องค์ประกอบด้านจิตวิทยา (psychological) องค์ประกอบที่สำคัญอีกองค์ประกอบหนึ่งคือ องค์ประกอบด้านวัตถุวิสัย ได้แก่ ปัจจัยหรือสภาพแวดล้อมของบุคคล เช่น องค์ประกอบด้านสังคมและเศรษฐกิจ การเมืองและสิ่งแวดล้อม

ทากาฮาชิ (Takahashi, 1979 อ้างใน ปิยะนุช เงินคล้าย, 2545) ได้แบ่งองค์ประกอบคุณภาพชีวิตออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. เงื่อนไขทางด้านวัตถุ (objective condition) เป็นองค์ประกอบของคุณภาพ

ชีวิตที่สามารถมองเห็นได้สามารถวัดปริมาณได้

2. เจื่อนใจทางด้านจิตใจ (subjective attitude) เป็นองค์ประกอบของเจตคติในเชิงจิตวิทยา ซึ่งแสดงถึงความพึงพอใจทางด้านร่างกาย และจิตใจที่จะได้รับเจื่อนใจทางด้านวัตถุ แคมเบล (Campbell, 1976 อ้างใน ปิยะนุช เงินคล้าย, 2545) ได้แบ่งองค์ประกอบคุณภาพชีวิตออกเป็น 3 ด้านคือ

1. ด้านกายภาพ ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยด้านมลภาวะ ความหนาแน่นของประชากร และสภาพที่อยู่อาศัย
2. ด้านสังคม ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยด้านการศึกษา สุขภาพอนามัย ความมั่นคงของครอบครัว
3. ด้านจิตวิทยา ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยด้านความพอใจ ความสำเร็จ ความผิดหวัง และความคับข้องใจในชีวิต

อเล็กซานเดอร์และวิลเลมส์ (Alexander & Willems, 1981 อ้างใน สมสุข สิงห์ปัญญานที, 2540) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่า มีแนวโน้มเปลี่ยนจากการครอบครองด้านวัตถุของบุคคล (economic man) มาเป็นการครอบครองทางด้านจิตใจของบุคคล (psychological man) โดยประเมินการตอบสนองด้านจิตใจ อารมณ์และสติปัญญาของบุคคลต่อสิ่งที่มีความสำคัญในชีวิตของมนุษย์ ซึ่งประกอบด้วยความสุขสบายทางกาย ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม การมีกิจกรรมในสังคม พัฒนาการส่วนบุคคล การพักผ่อนหย่อนใจ ตลอดจนสิ่งแวดล้อมทางด้านเศรษฐกิจ และความปลอดภัย

ฟลานาแกน (Flanagan, 1982 อ้างใน สมสุข สิงห์ปัญญานที, 2540) กล่าวว่าองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเป็นหน่วยรวมที่ผสมผสานกันของกาย จิต สังคมและอารมณ์ ซึ่งได้จำแนกออกเป็น 5 ด้านคือ

1. การมีความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ เช่น มีบ้านที่น่าน้อย มีอาหารที่ดี มีเครื่องอำนวยความสะดวก มีความมั่นคง มีความปลอดภัยทางด้านสุขภาพและส่วนบุคคล
2. การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เช่น คู่สมรส บิดา มารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง มีการแบ่งปันทางด้านความคิด สิ่งที่น่าสนใจ นอกจากนี้การมีบุตรและการเลี้ยงดูบุตรก็ถือเป็นความสัมพันธ์นี้ด้วย
3. การมีกิจกรรมในสังคมและชุมชน การมีส่วนร่วมการได้มีโอกาสช่วยเหลือและสนับสนุนผู้อื่น
4. การมีพัฒนาการทางด้านบุคลิกภาพ และมีความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ตาม

พัฒนาการ เช่น การเรียนรู้สนใจการเรียน พัฒนา เข้าใจตนเอง และรู้จักเด่น จุดด้อยของตนเอง
ทำงานที่สนใจ ได้รับผลตอบแทนดีและแสดงออกในทางสร้างสรรค์

5. การมีสัมพันธภาพ เช่น สัมคมกับผู้อื่น การอ่านหนังสือ ฟังเพลง ดูกีฬาหรือ
สิ่งบันเทิงอื่นๆ ตลอดจนมีส่วนร่วมในสังคม

เฟอร์รานส์และเพาเวอร์ส (Ferrans & Powers, 1985 อ้างใน วรริศา อิมสุคใจ, 2540)
ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบ คุณภาพชีวิตดังนี้

1. ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ หมายถึง ภาวะสุขภาพ การดูแลสุขภาพและ
ความสามารถในการทำหน้าที่ทางด้านร่างกายของบุคคล เช่น ความสามารถ ในการตัดสินใจ และการ
เลือก ปฏิบัติ ความรับผิดชอบต่อครอบครัว การทำประโยชน์ต่อบุคคลอื่น งานอดิเรกและชีวิตพิเศษ
เป็นต้น

2. ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ หมายถึง ความสุข ความพึงพอใจในตนเองและ
ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ เช่น ความสำเร็จตามเป้าหมายในชีวิต ความสุขความพึงพอใจ โดยทั่วไป
ความพึงพอใจต่อรูปร่างหน้าตา และความพึงพอใจต่อตนเองโดยทั่วไป รวมทั้งความรู้สึกสงบในจิต
ความเชื่อและศรัทธาทางศาสนา

3. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ หมายถึง สัมพันธภาพกับเพื่อนเพื่อนบ้านและสถาน
ภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ เช่น สัมพันธภาพกับเพื่อนและเพื่อนบ้าน การสนับสนุนด้านอารมณ์ที่
ได้จากเพื่อนและเพื่อนบ้าน สภาพที่อยู่อาศัย อาชีพ การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

4. ด้านครอบครัว หมายถึงความสุขและสัมพันธภาพในครอบครัวเช่นภาวะสุข
ภาพของสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์กับคู่สมรส ความสุขในครอบครัว ความสัมพันธ์กับ
ญาติพี่น้อง และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ที่ได้รับจากครอบครัว เป็นต้น

พาดิลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985 อ้างใน วรริศา อิมสุคใจ, 2540) ได้ให้แนว
คิดเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตควรประกอบไปด้วยความสามารถใน การทำกิจวัตร
ประจำวัน การรับรู้ความผาสุก ด้านร่างกายและจิตใจ ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การ
ตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา รวมทั้งความรู้สึกต่อสังคมรอบตัวผู้ป่วย

ชาร์มา (Sharma, R.C., 1988 อ้างใน เจษฎา บุญทา, 2545) ได้แบ่งองค์ประกอบคุณภาพ
ชีวิตออกเป็น 2 ด้าน คือ

1. ด้านกายภาพ ได้แก่ อาหาร น้ำ ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม ฯลฯ
2. ด้านสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ การศึกษา การบริการทางการแพทย์และ
การสาธารณสุข การมีงานทำ สภาพแวดล้อมในการทำงาน ฯลฯ

เด็นแฮม (Denham, 1991) กล่าวว่า องค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม สุขภาพกายสุขภาพจิต บุคลิกภาพ และประวัติในอดีต

ชาน (Zhan, 1992 อ้างใน นุโรม เงามาม, 2540) ได้กล่าวไว้ว่าคุณภาพชีวิต มีองค์ประกอบ 4 ด้านคือ

1. ด้านความพึงพอใจในชีวิต เป็นการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงในสภาวะภายนอก ที่ได้รับอิทธิพลจากภูมิหลังของคน บุคลิกลักษณะ สิ่งแวดล้อม และสถานะทางสุขภาพ สิ่งที่คุณคนรับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองครองอยู่ ซึ่งอยู่ระหว่างความต้องการ ความคาดหวัง ความใคร่ ความปรารถนาที่ตั้งไว้และความสำเร็จที่ได้รับ
2. ด้านอึดทนโนทัศน์เป็นความเชื่อและความรู้สึกที่คนๆหนึ่งมีต่อตนเองความเชื่อ ความรู้สึกเหล่านี้มาจากการรับรู้ โดยเฉพาะการรับรู้ปฏิกริยาของผู้อื่นที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของคนๆ หนึ่งเกี่ยวกับตนเองในห้วงเวลาหนึ่ง
3. ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย เป็นเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม นอกจากจะประเมินอาการทางคลินิกแล้ว ยังประเมินในเรื่องการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล สิ่งที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ
4. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นการประเมินการประกอบอาชีพและรายได้ ซึ่งถูกกำหนดเป็นมาตรฐานทางสังคมและความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับสังคม และยังต้องพิจารณาถึงอิทธิพลทางสังคม สิ่งแวดล้อม และการเมืองด้วย

2.3 การประเมินคุณภาพชีวิต

เนื่องจากยังไม่มีข้อกำหนดหรือข้อตกลงที่ชัดเจนเกี่ยวกับแนวคิดของคุณภาพชีวิต จึงเป็นผลทำให้ยากที่จะสรุปถึงการใช้เครื่องมือหรือเครื่องชี้วัด ในการประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลที่เป็นแบบวัดที่มีความเป็นมาตรฐานสากลได้ การประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลจึงมีความหลากหลายและมีรูปแบบวิธีการประเมินที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษานั้น ๆ

1. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2540) ได้แปลและพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตชุดย่อยฉบับภาษาไทย (WHOQOL –BREF-THAI, 1997) จากเครื่องชี้วัดคุณภาพชุดย่อยขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาอังกฤษ (WHOQOL –BREF, 1996) แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ

- 1.1 ด้านร่างกาย คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิต

ประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสบาย ไม่มี ความเจ็บป่วย การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บป่วยทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผล กำล้างในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องการนอนหลับ และพักผ่อน ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผล ต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถ ในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ถึงความ สามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณเองไม่ต้องพึ่งพาอาศัยใครๆ หรือ การรักษาทางการแพทย์อื่นๆ เป็นต้น มี 7 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) ความเจ็บปวดและความไม่สบาย 2.) กำล้างวังชาและความเหนื่อยล้า 3.) การนอนหลับพักผ่อน 4.) การเคลื่อนไหว 5.) การดำเนินชีวิตประจำวัน 6.) การใช้จ่ายหรือการ รักษา 7.) ความสามารถในการทำงาน

1.2 ด้านจิตใจ คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทาง บวก ที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อ ด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมาย ของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น มี 6 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1.) ความรู้สึกในด้านดี 2.) การคิดการเรียนรู้ ความจำและสมาธิ 3.) การ นับถือตนเอง 4.) ภาพลักษณ์และรูปร่าง 5.) ความรู้สึกในทางที่ไม่ดี 6.) จิตวิญญาณ ศาสนา ความ เชื่อส่วนบุคคล

1.3 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับ บุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศ สัมพันธ์มี 3 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1.) สัมพันธภาพทางสังคม 2.) การช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม 3.) กิจ กรรมทางเพศ

1.4 ด้านสิ่งแวดล้อม คือการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณเองมีชีวิตอยู่อย่างอิสระไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย และมีความมั่นคงในชีวิต การ รับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่ง ประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสที่ จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมใน เวลาว่าง เป็นต้น มี 8 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1.) ความปลอดภัยทางร่างกาย และความมั่นคงในชีวิต 2.) สภาพแวดล้อมของบ้าน 3.) แหล่งการเงิน 4.) การดูแลสุขภาพและบริการทางสังคม 5.) การรับรู้ข้อ

มูลข่าวสารและทักษะใหม่ๆ 6.) การมีส่วนร่วม มีโอกาสพักผ่อนหย่อนใจ และมีเวลาว่าง 7.) สภาพแวดล้อม 8.) การคมนาคม

2. องค์การอนามัยโลก (WHO, 1996) ได้กำหนดเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต ประกอบไปด้วย 6 ด้านดังนี้

2.1 ด้านร่างกาย คือ การรับรู้ทางสภาพ ทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ความรู้สึกสบาย ไม่มี ความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผล กำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องการนอนหลับ และพักผ่อน รวมถึงการรับรู้เรื่องการ มีเพศสัมพันธ์ ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

2.2 ด้านจิตใจ คือ การรับรู้สภาพจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทาง บวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ และการตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน และ การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความ เคร้า หรือ กังวล เป็นต้น

2.3 ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล คือ การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้อง พึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจ วัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่จำเป็นต้องพึ่งพาต่างๆ หรือ การรักษาทางการแพทย์อื่นๆ เป็นต้น

2.4 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับ บุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศ สัมพันธ์

2.5 ด้านสิ่งแวดล้อมคือการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณเองมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย และมีความมั่นคงในชีวิต การ รู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่ง ประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณเองมีโอกา สที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมใน เวลาว่าง เป็นต้น

2.6 ด้านความเชื่อส่วนบุคคลคือรวมไปถึงการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อมั่นต่างๆ ของคนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่อมั่นอื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิตมีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3. UNESCO (1980 อ้างใน Zhan, 1992 ; Meeberg, 1993) การประเมินคุณภาพชีวิตโดยอาศัยตัวบ่งชี้ มี 2 ชนิด คือ 1.) ตัวบ่งชี้เชิงวัตถุวิสัย (objective indicators) ซึ่งเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้ข้อมูลที่เป็นรูปธรรมที่มองเห็นได้ วัดได้และเป็นปัจจัยหรือตัวบ่งชี้ทางสังคม ได้แก่ ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่น รายได้ การศึกษา อาชีพ ที่อยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับบุคคล เป็นต้น และ 2.) ตัวบ่งชี้เชิงจิตวิสัย (subjective indicators) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้ข้อมูลทางด้านจิตวิทยา ประเมินโดยการสอบถามความรู้สึกและเจตนาคติที่มีต่อประสบการณ์ชีวิต การรับรู้ หรือความรู้สึกอารมณ์และจิตใจของบุคคล ต่อสภาพความเป็นอยู่ในการดำเนินชีวิต และสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต ความผาสุก ความรู้สึกเป็นสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ตลอดจนการตัดสินใจหรือการรับรู้ต่อคุณค่าและความหมายในชีวิตของบุคคลด้วย

4. สตรอมเบอร์ก (Stromberg, 1984) ได้เสนอแนวคิดในการประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งสามารถกระทำได้ 3 ลักษณะ คือ

4.1 การประเมินเชิงปริมาณโดยผู้อื่น (objective scales yielding quantitative data) เช่น แพทย์ พยาบาล หรือบุคคลอื่นๆ ในทีมสุขภาพ โดยประเมินภาวะสุขภาพ รายได้ การศึกษา หรืออาชีพ และประเมินออกมาเป็นคะแนน

4.2 การประเมินเชิงปริมาณ โดยตัวผู้ป่วยประเมินตนเอง (subjective scales yielding quantitative data) ขึ้นอยู่กับคำนิยามคุณภาพชีวิตของตนเอง หรือ ประสบการณ์ในชีวิตของตนเอง เช่น ความรู้สึกพอใจ ความสุขที่ตนเองได้รับ เป็นต้น โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

4.3 การประเมินเชิงคุณภาพ โดยตัวผู้ป่วยประเมินตนเอง (subjective scales yielding qualitative data) โดยผู้ป่วยได้รับคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในการดำรงชีวิตและภาวะสุขภาพ เช่น ครอบครัว กิจกรรมในสังคม หรือ ภาวะเจ็บป่วย ผลออกมาเป็นการบรรยายถึงสภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

5. ซาน (Zhan, 1992 อ้างใน นุโรมเงางาม, 2540) ได้ให้แนวคิดว่า คุณภาพชีวิตสามารถประเมินทั้งในด้านวัตถุวิสัยและจิตวิสัย แต่การวัดในเชิงวัตถุวิสัย ซานได้อ้างถึงการศึกษายของแคมป์เบลล์ (Campbell, 1976 cited in Zhan, 1992) ซึ่งกล่าวว่า แม้ผลการประเมินคุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัยอยู่ในลักษณะที่ดี แต่เมื่อศึกษาถึงระดับความพึงพอใจในชีวิตของบุคคลนั้น ปรากฏว่าไม่

ได้อยู่ในระดับที่ดีตามผลการประเมินเชิงอัตวิสัย ดังนั้น ชานจึงให้ความสนใจในการประเมินคุณภาพชีวิต โดยการศึกษาเรื่องนี้อย่างจริงจังและกว้างขวางและได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินคุณภาพชีวิตควรประเมินทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ให้ครอบคลุมในโครงสร้าง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจ

5.1 องค์ประกอบด้านความพึงพอใจ (Life Satisfaction) เป็นความรู้สึกพึงพอใจถือว่าเป็นตัวบ่งชี้สำคัญในการประเมินคุณภาพชีวิตของสตรีวัยทอง ความพึงพอใจในชีวิตเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการประเมินคุณภาพชีวิต (Ferrans & Powers, 1985) ความพึงพอใจในชีวิตเป็นสิ่งที่บุคคลรับรู้ถึงสิ่งที่ตนครองอยู่ ซึ่งอยู่ระหว่างความปรารถนาที่ตั้งไว้กับความสำเร็จที่ได้รับ กล่าวคือถ้าบุคคลได้รับในสิ่งที่ปรารถนาที่จะเป็นความพึงพอใจในเชิงบวก แต่ถ้าสิ่งที่ได้รับนั้นต่ำกว่าสิ่งที่ปรารถนา ความพึงพอใจก็จะเป็นเชิงลบ ชานจึงมีแนวคิดที่ว่า ความพึงพอใจในชีวิตและความสุขไม่สามารถใช้แทนกันได้โดยชานสนับสนุนตามแนวคิดของ แคมป์เบลล์ (Campbell, 1976 cited in Zhan, 1992) ที่กล่าวว่า ความสุขเป็นความรู้สึกหรือเป็นผลกระทบทางอารมณ์ของประสบการณ์ในชีวิต แต่ความพึงพอใจในชีวิตเป็นความรู้สึกที่มากกว่านั้น กล่าวคือ เป็นความรู้สึกที่ผ่านกระบวนการรับรู้ต่อความเป็นจริงนั้น หรือสิ่งที่ผ่านเข้ามาในชีวิต แต่ความพึงพอใจในชีวิตนั้นอาจเปลี่ยนแปลงได้จากอิทธิพลของปัจจัยภายนอก ได้แก่ ปัจจัยประชากร ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ความพึงพอใจในชีวิต (Zhan, 1992) ความหมายถึง ความสุข ที่เกิดขึ้นจากการปรับตัวของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมได้เป็นอย่างดี และมีความสมดุลระหว่างความต้องการ กับการได้รับการตอบสนองของบุคคล ถ้าเมื่อใดที่บุคคลปรับตัวต่อภาวะต่างๆ ได้ เช่น ความทุกข์ ความไม่สบายใจบุคคลนั้นก็รู้สึกพึงพอใจในการดำรงชีวิต ความพึงพอใจในชีวิตเป็นค่าที่มีเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญในการมีคุณภาพชีวิตของบุคคล เป็นความสุข (Happiness) และเชื่อว่าความสุขนั้นต้องประกอบด้วย ความสนุกสนาน (Zest) การมีประสบการณ์ที่ดี (Positive experience) ในเรื่องต่างๆ การได้รับรางวัลหรือผลตอบแทนในการทำกิจกรรมใดๆ การมีสัมพันธภาพที่มีความหมายกับบุคคลอื่น (Ferran & Power, 1985) มาสโลว์ (Maslow, 1970) ได้กล่าวถึง แนวคิด เกี่ยวกับความต้องการและความพึงพอใจของมนุษย์ตามทฤษฎีแรงจูงใจ (Motivation theory) ว่ามนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิต ที่มีความต้องการอยู่เสมอและเป็นการยากมากที่มนุษย์จะมีความพึงพอใจสูงสุด ยกเว้นในช่วงเวลาสั้นๆ ทั้งนี้ เพราะในธรรมชาติของมนุษย์นั้นเมื่อความปรารถนาอย่างหนึ่งได้รับการตอบสนองจนเป็นที่พอใจแล้ว ก็จะมีความปรารถนาอย่างอื่นเข้ามาแทนที่เป็นเช่นนี้เรื่อยๆ ไป และลักษณะเฉพาะของชีวิตมนุษย์ก็คือ การทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ได้มาในสิ่งที่ปรารถนา นั่นคือเมื่อใดที่มีความปรารถนาเกิดขึ้น ก็จะมีแรงขับและการกระทำที่จะถูกปลุกเร้าแล้วก็จะเกิดความพึงพอใจ

ขึ้น จากการที่ได้บรรลุวัตถุประสงค์ตามความปรารถนา ซึ่งพฤติกรรมหรือการกระทำใด ๆ ของบุคคลที่ปรารถนานั้นมักจะขึ้นอยู่กับความต้องการ หรือความปรารถนาขั้นพื้นฐานของบุคคลและเพิ่มความต้องการจากระดับต่ำสู่ระดับสูงขึ้นไปตามลำดับดังนี้)ความต้องการด้านร่างกาย 2)ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย 3)ความต้องการความรักและความรู้สึกเป็นเจ้าของ 4)ความต้องการความรู้สึกมีคุณค่าและการยอมรับนับถือ 5)ความต้องการความสำเร็จในชีวิต

ซึ่งความต้องการทั้งหลายเหล่านี้ เป็นแรงจูงใจให้บุคคล แสวงหาการตอบสนองจนพอใจ ดังนั้นความพึงพอใจของบุคคลจึงขึ้นอยู่กับ การตอบสนองต่อความต้องการในระดับต่างๆ อย่างไรก็ตาม หากความต้องการได้รับการตอบสนองมาก บุคคลย่อมมีความรู้สึกพึงพอใจมาก หากความต้องการได้รับการตอบสนองน้อยบุคคลย่อมมีความพึงพอใจน้อยหรือไม่พึงพอใจในชีวิต สอดคล้องกับ ฟลานาแกน (Flanagan, 1982) ที่กล่าวว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมีพื้นฐานมาจากความต้องการของมนุษย์ซึ่งจำแนกออกเป็น 5 ขอบเขต คือ ความสุขสบายทางด้านร่างกายและพฤติกรรมการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การมีกิจกรรมในสังคมชุมชน การมีพัฒนาการทางบุคลิกภาพ และมีความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ตามพัฒนาการและการสันทนการ ส่วนแนวคิดของ แคมเบลล์ (Campbell, 1976) ที่กล่าวว่าคุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์จากการที่แต่ละคนเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่กับสถานการณ์ที่คาดหวัง ความพึงพอใจในชีวิต จึงเป็นองค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพชีวิต ของสตรีวัยทองได้เป็นอย่างดี ดังนั้นความพึงพอใจจึงเป็นองค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพชีวิตของสตรีวัยทอง ที่สำคัญต้องคำนึงถึง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้น ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต ทำให้สตรีวัยทอง ต้องมีการปรับตัวในการดำเนินชีวิตส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจในชีวิตของสตรีวัยทอง

5.2 องค์ประกอบด้านอัตมโนทัศน์ (self concept) เป็นเรื่องของความปกติสุขด้านจิตใจ เป็นความรู้สึกนึกคิดของสตรีวัยทองที่มีต่อตนเอง รวมทั้งความรู้สึกที่มีคุณค่า (self esteem) ภาพลักษณ์ (self image)อัตมโนทัศน์ หมายถึงความเชื่อและความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองในห้วงเวลาหนึ่ง ความเชื่อและความรู้สึกเหล่านี้มีต้นกำเนิดมาจากการรับรู้ จากปฏิกิริยาและพฤติกรรมของบุคคลอื่น อัตมโนทัศน์เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิด พฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล (McCrae, 1987 cited in Zhan, 1992) ได้กล่าวว่า อัตมโนทัศน์ด้านบวก เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลเผชิญต่อปัญหาต่างๆ ในชีวิตซึ่งเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตไม่สามารถมาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นได้ทั้งหมด แต่อย่างไรก็ตามการประเมินอัตมโนทัศน์ ต้องอยู่บนพื้นฐานความเชื่อที่ว่าบุคคลสามารถประเมินตนเองได้ อัตมโนทัศน์เป็นส่วนหนึ่งที่บอกลถึงคุณภาพชีวิต ดังนั้น ในการประเมินคุณภาพชีวิตควรประเมินอัตมโนทัศน์ของบุคคลด้วยเป็นสิ่งที่บอกลถึง ความเป็นสุขทางด้านจิตใจ โดยที่อัตมโนทัศน์ หมายถึง ความเชื่อ และความรู้สึก ที่มีต่อตนเองของบุคคลในช่วงเวลา

หนึ่ง ความเชื่อและความรู้สึกเหล่านี้ มีต้นกำเนิดมาจากปฏิกิริยา และพฤติกรรมของบุคคลอื่น ที่มีต่อตนเอง ซึ่งอึดมโนทัศน์ เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดพฤติกรรม หรือการกระทำของบุคคล (Zhan, 1992) แอนดรู ลาซาร์ส และแมคครอว์ (Andrex , 1976 ; Lazarus,1987 ; Mc Crae,1987) ได้กล่าว ว่า อึดมโนทัศน์ด้านบวก เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคล เผชิญต่อปัญหาและเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ซึ่ง เหตุการณ์ต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตไม่สามารถนำมาใช้ในคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นได้ทั้งหมด ด้านอึดมโนทัศน์ ตั้งอยู่บนพื้นฐานความเชื่อที่ว่า บุคคลสามารถประเมินตนเองได้ แนวคิดเกี่ยวกับ อึดมโนทัศน์นอกจากจะมีผลรวมของการรับรู้ที่บุคคลมีต่อตนเอง ประกอบด้วยความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ค่านิยม และการยอมรับเกี่ยวกับตนเอง ทั้งทางด้านรูปร่าง คุณลักษณะ และความสามารถ ด้านต่าง ๆ ของตนซึ่งเป็นเอกลักษณ์เฉพาะประจำตัวของบุคคลแล้วอึดมโนทัศน์ ยังเป็นผลมาจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและสังคม รวมทั้งบุคคลที่มีความสำคัญต่อเขาในชีวิต เช่น บิดา มารดา ผู้เลี้ยงดู ซึ่งจะมามีอิทธิพลต่อการพัฒนาอึดมโนทัศน์ของแต่ละบุคคล อึดมโนทัศน์ใน ทางบวกสามารถทำให้บุคคลนั้นพบแต่ความสุขในชีวิต มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ได้ เผชิญกับความ ผิดหวัง และ การเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้ แต่บุคคลที่อึดมโนทัศน์ทางลบ จะมีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่พอใจตนเอง บางขณะก็เกลียดชังบุคคลอื่นได้ด้วย เกิดความเศร้าหมองหวัง และอ่อนล้า ได้ง่าย (Kozier & Erb, 1988)

5.3 องค์ประกอบด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย (health and functioning) เป็นการรับรู้ถึงความปกติสุขด้านร่างกาย ซึ่งในการประเมินคุณภาพชีวิตของสตรีวัยทองด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกายถือเป็นเรื่องสำคัญมาก เพราะสุขภาพและการทำงานของร่างกายจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต จากการวิจัยมีการพบมากขึ้นเป็นลำดับว่า สุขภาพเป็นส่วนที่สำคัญยิ่ง ในองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ยิ่งกว่านั้นกล่าวได้ว่า การมีสุขภาพที่ดีเปรียบเสมือนการประสบความสำเร็จสูงสุดในชีวิต ภาวะสุขภาพเป็นประสบการณ์ในชีวิตของบุคคล เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตได้ในเชิงวัตถุวิสัยและจิตวิสัย การวัดภาวะสุขภาพและการทำงานของร่างกาย ไม่เพียงแต่เป็นการวัดอาการแสดงทางคลินิกเท่านั้น แต่ ยังต้องวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล สิ่งที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่าง ครอบครัวกับสังคมที่มนุษย์เราจะดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขนั้น จะต้องมียุทธศาสตร์ที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งคือ สุขภาพและการทำงานของร่างกายที่ดี เพราะการมีสุขภาพดี มีร่างกาย แข็งแรง สามารถกระทำสิ่งต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ทอแรนซ์ (Torrance, 1987 cited in Zhan, 1992)ชี้ให้เห็นว่าปัญหาทางสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ความเจ็บป่วยทำให้การทำหน้าที่ ของร่างกายและอารมณ์ผิดปกติ จึงทำให้คุณภาพชีวิตเสื่อมลง ในสตรีวัยทองส่วนใหญ่มักพบ ปัญหาความไม่สุขสบาย เนื่องจากการหมดประจำเดือน

สุขภาพและการทำงานของร่างกายเป็นความรู้สึกปกติสุขด้านร่างกายหรือการมีสุขภาพที่ดีเปรียบเสมือนการประสบความสำเร็จในชีวิต สุขภาพเป็นประสบการณ์ในชีวิตของบุคคล เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กับสิ่งแวดล้อม สุขภาพสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตได้ และการทำงานของร่างกาย ซึ่งสามารถวัดได้จากความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและการไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ สตรีวัยทองส่วนใหญ่มีปัญหาด้านสุขภาพอาจทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไปส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลงด้วย

5.4 องค์ประกอบด้านสังคมและเศรษฐกิจ (socio-economic factors) เป็นเรื่องของความปกติสุขในด้านสังคม ซึ่งสิ่งสำคัญที่ต้องประเมินในด้านนี้คือ อาชีพ รายได้ และการศึกษา จากทฤษฎีทางสังคมศาสตร์ ได้กล่าวถึงสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินคุณภาพชีวิต (Miller 1970 cited in Zhan, 1992) ซึ่งปัจจัยด้านนี้อาจมีความเกี่ยวข้องกับความรู้สึกทางด้านจิตใจ ความรู้สึกปลอดภัยในชีวิต และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่วนนโยบายด้านสังคม โดยทั่วไปจะมองสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจว่าเกี่ยวข้องกับแหล่งรายได้ของบุคคลเท่านั้น (US Department of Health Education and Welfare 1971 cited in Zhan, 1992) ซึ่งสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจถูกกำหนดเป็นมาตรฐานทางสังคมว่าประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การประกอบอาชีพ การศึกษา และรายได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัย อันเป็นองค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพชีวิต อย่างไรก็ตาม ความสมบูรณ์ของบุคคลเชิงวัตถุวิสัยสามารถนำมาประเมินคุณภาพชีวิตในเชิงจิตวิสัยได้ เช่นเดียวกับภาวะสุขภาพ โดยประเมินจากการรับรู้ความเพียงพอของรายได้ความพึงพอใจในแหล่งรายได้) สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจมีความสำคัญอย่างยิ่ง ต่อคุณภาพชีวิต (Zhan, 1992) ตามแนวคิดทางจิตสังคม สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ อาจมีความเกี่ยวข้องกับความรู้สึกด้านจิตใจ คือ ความรู้สึกปลอดภัย และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นสิ่งที่บอกระดับโครงสร้าง และสภาพแวดล้อมของบุคคลนั้น สตรีวัยทอง มีความรู้สึกพึงพอใจในฐานะทางเศรษฐกิจ รายได้หรือไม่ ความรู้สึกเพียงพอของรายได้ ในการใช้จ่ายแก่ตนเองและครอบครัว ย่อมทำให้สตรีวัยทองมีความสุข ในทางตรงกันข้ามสตรีวัยทองมีฐานะเศรษฐกิจไม่ดีย่อมทำให้ไม่มีความสุข นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงบทบาททางสถานภาพทางสังคมของสตรีวัยทอง อย่างเช่น บทบาทเป็นมารดา ป้า ย่า ยาย รวมทั้งสัมพันธ์ภาพกับบุคคลรอบข้าง หน้าที่สังคม ก็เป็นสิ่งที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของสตรีวัยทองเช่นกัน

ด้านสังคมและเศรษฐกิจมีความสำคัญมากกับคุณภาพชีวิต เพราะคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรม สังคมและสิ่งแวดล้อม ความรู้สึกพึงพอใจเกี่ยวกับอาชีพที่ทำอยู่และความเพียงพอของรายได้ในปัจจุบัน ในการใช้จ่ายแก่ตนเองและครอบครัว ย่อมทำให้สตรีวัย

ทองมีความสุข ในทางตรงกันข้ามสตรีวัยทองไม่พอใจกับรายได้และค่าใช้จ่ายจะส่งผลให้ไม่มีความสุขมีคุณภาพชีวิตไม่ดี

6. นูโรม เงามาม (2540) ได้สร้างแบบประเมินคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน ในภาคเหนือตามแนวคิดของชาน (Zhan,1992)ประกอบด้วย 1.)แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระดับการศึกษา อาชีพ งานอดิเรก สถานภาพในครอบครัว รายได้ของครอบครัว ลักษณะครอบครัว การตรวจสุขภาพประจำปี โรคประจำตัว การเจ็บป่วยในระยะ 1-2 ปีที่ผ่านมา การเป็นสมาชิกสมาคมทางสังคม ประวัติเกี่ยวกับการมีประจำเดือน การมีเพศสัมพันธ์สำหรับผู้ที่มีคู่สมรส 2.) แบบประเมินความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นในวัยหมดประจำเดือน 3.)แบบวัดคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 4 ด้านคือ 3.1) ด้านความพึงพอใจในชีวิต ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการดำรงชีวิต สภาพที่อยู่อาศัย สิ่งอำนวยความสะดวกภายในบ้าน สภาพแวดล้อม ความปลอดภัยในบ้านและสภาพครอบครัวในปัจจุบัน 3.2)ด้านอัตมโนทัศน์ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับลักษณะรูปร่างหน้าตา ลักษณะทางเพศ บุคลิกภาพ ความหวัง ศีลธรรมจรรยา การยอมรับตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในฐานะเป็นสมาชิกกลุ่ม และภาวะสุขภาพจิต 3.3) ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของร่างกายและ ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ 3.4) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ประกอบด้วย การมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น กำลังใจ การเงินข้อมูลข่าวสาร การปฏิบัติบทบาทหน้าที่และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในสังคมและความรู้สึกเกี่ยวกับอาชีพ ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนโดยรวมและรายด้านทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับค่อนข้างดี ส่วนปัจจัยด้านระยะของการหมดประจำเดือน ความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นในวัยหมดประจำเดือน ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และอาชีพแตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001, .001, .001, .001 และ.05 ตามลำดับ ส่วนปัจจัยด้านสถานภาพสมรส และโรคประจำตัว ที่แตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

2.4 คุณภาพชีวิตของสตรีวัยทอง

การที่สตรีวัยทอง มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจไปในทางเสื่อมลง ซึ่งเป็น

ไปตามธรรมชาติ นั้น ทำให้สตรีวัยทองต้องประสบกับปัญหาต่าง ๆ มากมาย โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะผลกระทบต่อสภาพร่างกาย ความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน แล้ว ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจของสตรีวัยทองเองและครอบครัวด้วย ดังนั้น คุณภาพชีวิตของสตรีวัยทองการศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดองค์ประกอบคุณภาพชีวิตตาม (Zhan,1992) ประกอบด้วย

1. ด้านความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) จากการศึกษาของนูโรม เงามาม (2540, เรื่องเดิม) เรื่องคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนของภาคเหนือ พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมดี ส่วนในเรื่องความพึงพอใจในชีวิตเกี่ยวกับการดำรงชีวิต สภาพที่อยู่อาศัย สิ่งอำนวยความสะดวกภายในบ้าน สภาพแวดล้อม ความปลอดภัยในบ้าน และสภาพครอบครัวในปัจจุบัน มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับค่อนข้างดี สอดคล้องกับ ฟลานาแกน (Flanagan, 1978 อ้างใน พุทธชาติ สินธุนาวา, 2540) กล่าวว่า มิติหนึ่งของคุณภาพชีวิตนั่นก็คือ ความพึงพอใจในเรื่องต่างๆ อันเป็นความต้องการของบุคคล ซึ่งเห็นด้วยกับการศึกษาของ พุทธชาติ สินธุนาวา (2540, เรื่องเดิม) เรื่องคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนในกรุงเทพมหานคร พบว่า ความพึงพอใจในชีวิตเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อม เครื่องอำนวยความสะดวก สภาพที่อยู่อาศัย ความอบอุ่นของครอบครัว ความปลอดภัย มีคุณภาพชีวิตอยู่ระดับค่อนข้างดี เช่นเดียวกับ เบญจวรรณ คุณรัตนภรณ์ (2540, เรื่องเดิม) ศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน ในเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร พบว่าคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน ของกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตค่อนข้างดี มากที่สุด สอดคล้องกับ จิรภา รัตนกิจ (2540, เรื่องเดิม) ศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนในภาคใต้ ด้านความพึงพอใจในชีวิต พบว่า คุณภาพชีวิตด้านนี้อยู่ในระดับค่อนข้างดี โดยเรื่องการไม่เดือดร้อนหรือทุกข์ใจกับการหมดประจำเดือนอยู่ในระดับดี ส่วนเรื่องต่าง ๆ ที่อยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ ในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตประจำวัน ความสุขในชีวิตที่ผ่านมา การไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า ความพึงพอใจในสภาพที่อยู่อาศัย ความพึงพอใจในเครื่องอำนวยความสะดวกภายในบ้าน ความพึงพอใจเกี่ยวกับสภาพสิ่งแวดล้อมรอบตัว การมีความสุขกับสภาพแวดล้อมภายนอกบ้าน ความพึงพอใจกับความเจริญก้าวหน้าของบุคคลในครอบครัว แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รายได้ครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางและต่ำ ส่วนในเรื่องสภาพที่เป็นอยู่อาศัย พบว่าส่วนใหญ่เช่าบ้าน หรือบางคนก็เช่าที่ดิน และบ้านของตนเองสภาพแวดล้อมไม่ดี เช่นเสียงรถ ควันพิษ น้ำเสีย ส่งผลให้คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับ วรริดา อิมสุใจ (2540, เรื่องเดิม) พบว่ากลุ่มตัวอย่างประเมินความรู้สึกรู้สึกมีความสุขในชีวิตด้วยตนเอง พบว่าด้านความพึงพอใจอยู่ในระดับดี

2. ด้านอัตมโนทัศน์ (Self –Concept) เป็นสิ่งที่บอกลึกถึงความเป็นสุขทางด้านจิตใจ จากการศึกษานี้ของ จีรภา รัตนกิจ (2540 , เรื่องเดิม) พบว่า สตรีวัยทอง มีอัตมโนทัศน์อยู่ในระดับค่อนข้างดี เมื่อพิจารณาแต่ละเรื่องพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอัตมโนทัศน์ในเรื่องต่างๆ อยู่ในระดับค่อนข้างดี ส่วนเรื่องการบรรเทาของอาการไม่สุขสบายจากการหมดประจำเดือน อยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ยังมีเรื่องที่อยู่ในระดับปานกลางอีกได้แก่ การคาดหวังในอนาคต การเป็นที่พึ่งของเพื่อนหรือคนใกล้ชิด การอยู่อย่างสุขสบายไม่ เครียด ไม่กังวล รายได้ครอบครัวเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง พบมากที่สุด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเหล่านี้จะดำรงชีวิตในแต่ละวัน โดยหารายได้ให้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย แต่ก็ยังมีบางกลุ่มที่รายได้ไม่เพียงพอ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตในเรื่องเหล่านี้อยู่ในระดับปานกลาง เรื่องความสำเร็จในหน้าที่การงาน อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ส่วนในเรื่องที่อยู่ในระดับดี คือ การให้ความเคารพนับถือของคนรอบข้าง สอดคล้องกับ นุ โรม เงามาม (2540, เรื่องเดิม) พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นวัยที่ปฏิบัติหน้าที่การงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ต้องพึ่งผู้อื่น แต่จะเป็นที่พึ่งให้แก่บุตรหลาน และบุคคลในครอบครัว มีรายได้เป็นของตนเอง จึงทำให้สตรีวัยนี้ รู้สึกว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญของครอบครัวอยู่ในระดับค่อนข้างดี และรู้สึกว่าตนเองเป็นบุคคลที่มีคุณค่า ส่งผลให้มีอัตมโนทัศน์ที่ดีต่อตนเอง เช่นเดียวกับ พุทธชาด สิ้นธนาภา (2540, เรื่องเดิม) และวรรธิตา อิมสุดใจ (2540, เรื่องเดิม) ส่วนเบญจวรรณ คุณรัตนภรณ์ (2540, เรื่องเดิม) พบว่า กลุ่มตัวอย่างบางกลุ่มมีความรู้สึกพอใจ และมีบางกลุ่มที่รู้สึกไม่พึงพอใจในตนเอง เกี่ยวกับสถานะด้านอารมณ์ ความหวัง การยอมรับ ความจำ การมีสมาธิ และการรับรู้คุณค่าของตนเอง ในการเข้าสู่วัยทอง ต่างกัน และมีระดับคุณภาพชีวิตในด้านนี้อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด

3. ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย (health and functioning)จากการศึกษาเบญจวรรณ คุณรัตนภรณ์ (2540, เรื่องเดิม) พบว่า มีคุณภาพชีวิตระดับค่อนข้างดีมากที่สุด และเมื่อพิจารณามีบางเรื่องพบว่ากลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่พึงพอใจ และพึงพอใจมากที่สุดในสัดส่วนใกล้เคียงกัน ได้แก่ การบดเคี้ยวอาหาร การย่อยอาหาร การขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ การหายใจ ความรู้สึกต้องการทางเพศ สุขภาพร่างกายโดยรวม สอดคล้องกับ จีรภา รัตนกิจ (2540 , เรื่องเดิม) พบว่า ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย สตรีวัยทองมีคุณภาพชีวิตด้านนี้อยู่ในระดับค่อนข้างดี เมื่อพิจารณาเรื่อง การหมดประจำเดือน การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ การขับถ่าย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพและการทำงานของร่างกายในเรื่องต่างๆ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับค่อนข้างดี ส่วนเรื่องที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การรู้สึกอ่อนเพลีย และเหนื่อยง่าย ความพอใจในสภาพปัจจุบัน การมีความแข็งแรงของสุขภาพเหมือนเมื่อก่อน ความสามารถในการออกกำลังกายตามปกติ

4. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (socio-economic factors) สถานภาพทางสังคมและ

เศรษฐกิจ จากการศึกษาของจีรภา รัตนกิจ (2540 , เรื่องเดิม) พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจ อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาแต่ละเรื่องพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับค่อนข้างดี ส่วนเรื่องผู้ช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาด้านการเงิน อยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีรายได้ อยู่ระดับปานกลางมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มที่มีรายได้ต่ำซึ่งเมื่อรายได้ไม่เพียงพอก็ไม่มีใครช่วยเหลือได้ จะต้องกู้ยืมเป็นส่วนใหญ่ เรื่องการไม่เบียดเบียนกับอาชีพหรืองานที่กำลังทำอยู่ในปัจจุบัน อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ส่วนเรื่องที่อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ได้แก่ ความพอใจกับรายได้ที่ได้รับในปัจจุบัน ความพอใจที่มีเงินเหลือเก็บ ความพอใจที่มีทรัพย์สินจะให้ เป็นมรดกแก่ลูกหลาน เช่นเดียวกับ พุทธชาด สินธุนาวา (2540, เรื่องเดิม) พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางและค่อนข้างต่ำ ได้แก่ การได้รับการช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาด้านการเงิน ความรู้สึกพึงพอใจกับรายได้ที่ได้รับ การมีทรัพย์สินหรือมีเงินเหลือเก็บ และความภูมิใจที่ได้เป็นสมาชิกชมรมหรือกลุ่มต่างๆ สอดคล้องกับ นูโรม เงามาม (2540, เรื่องเดิม) พบว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง คือ ความรู้สึกเกี่ยวกับเรื่องอาชีพและรายได้ เช่น เรื่องความพอใจเกี่ยวกับรายได้ที่ได้รับในปัจจุบัน ความพอใจที่มีเงินเหลือเก็บ และเรื่องความรู้สึกพอใจที่มีทรัพย์สินมรดกให้ลูกหลาน

กรอบแนวคิดในการศึกษา

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดประจำเดือน ของสตรีวัยทอง มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของสตรีวัยทอง ซึ่งส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิต อึดมโนทัศน์ สุขภาพและการทำงานของร่างกาย รวมทั้งสังคมและเศรษฐกิจ นอกจากนี้ยังมีปัจจัย สถานภาพสมรส ระยะเวลาหมดประจำเดือน ความรุนแรงของอาการหมดประจำเดือน โรคประจำตัว การศึกษา รายได้ของครอบครัว และอาชีพ ที่จะส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของสตรีวัยทอง โดยเฉพาะในสตรีวัยทอง ซึ่งเป็นช่วงสำคัญช่วงหนึ่งของชีวิต และการเปลี่ยนแปลงที่ซับซ้อนในวัยนี้ ผู้ศึกษาประยุกต์ใช้เครื่องมือการวัดคุณภาพชีวิตของ นูโรม เงามาม (2540) ซึ่งสร้างจากกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของซาน (Zhan,1992) ตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอึดมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกายด้านสังคมและเศรษฐกิจเป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้