

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้รับบริการ ที่เสี่ยงเกิดภาวะกระดูกพรุนในโรงพยาบาลต้ง

วรรณัน สุขคุ้ม¹ นิตยา ชีพประสพ^{1*} นันทยา เสนีย์

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้และพฤติกรรม
การดูแลตนเอง และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้ตามทฤษฎีแบบแผน
ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงต่อภาวะกระดูกพรุน
ในโรงพยาบาลต้ง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 142 คน คัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้รับบริการในคลินิกกระดูก
และข้อ โรงพยาบาลต้ง ระหว่างเดือนกรกฎาคม-ตุลาคม พ.ศ. 2568 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูล
ส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคกระดูกพรุน (OHBS ฉบับภาษาไทย) และแบบสอบถาม
พฤติกรรมการดูแลตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ Chi-square, Spearman's rank
correlation และ Pearson's correlation coefficient กำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคกระดูกพรุนโดยรวมอยู่ในระดับสูง
($M = 4.12$, $SD = 0.62$) โดยการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.35$, $SD = 0.79$)
ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.04$, $SD = 0.71$) การวิเคราะห์
ความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคกระดูกพรุน ($r = 0.21$, $p < 0.05$) การรับรู้ประโยชน์ของ
การออกกำลังกาย ($r = 0.23$, $p < 0.05$) และการรับรู้ประโยชน์ของการได้รับแคลเซียม ($r = 0.41$, $p < 0.001$)
มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยส่วนบุคคล
ได้แก่ อายุมีความสัมพันธ์เชิงลบ ($r = -0.48$ ถึง -0.38 , $p < 0.01$) ส่วนระดับการศึกษา ($r_s = 0.68$) และ
รายได้ ($r = 0.43$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ($p < 0.01$) การส่งเสริมพฤติกรรมการ
ดูแลตนเองในกลุ่มเสี่ยงภาวะกระดูกพรุน ควรมุ่งเน้นการเพิ่มการรับรู้ประโยชน์และลดอุปสรรคในการ
ปฏิบัติ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุและผู้มีระดับการศึกษาต่ำ ควรพัฒนาโปรแกรมที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน

คำสำคัญ: โรคกระดูกพรุน, การรับรู้, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

¹อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*ผู้ประสานงานวิจัย e-mail: nittayac@bcnt.ac.th

Received: 1 April 2026

Revised: 8 June 2026

Accepted: 9 June 2026

Factors Associated with Perceptions and Self-Care Behaviors among Individuals at Risk of Osteoporosis in Trang Hospital

Worarat Sukkum¹ Nittaya Cheeprasop^{1*} Nantaya Sane²

Abstract

This descriptive correlational study aimed to examine the levels of perceptions and self-care behaviors, and to explore the relationships between personal factors, health belief model constructs, and self-care behaviors among individuals at risk of osteoporosis in Trang Hospital. A total of 142 participants were purposively selected from the Orthopedic Clinic of Trang Hospital between July and October 2025. Data were collected using a demographic questionnaire, the Thai version of the Osteoporosis Health Belief Scale (OHBS), and a self-care behavior questionnaire. Descriptive statistics, chi-square, Spearman's rank correlation, and Pearson's correlation coefficient were used for data analysis by statistic significant at 0.05

The results indicated that participants had a high overall level of osteoporosis-related perceptions ($M = 4.12$, $SD = 0.62$), with perceived benefits of exercise yielding the highest mean score ($M = 4.35$, $SD = 0.79$). Overall self-care behaviors were at a moderate level ($M = 3.04$, $SD = 0.71$). Perceived severity of osteoporosis ($r = 0.21$, $p < 0.05$), perceived benefits of exercise ($r = 0.23$, $p < 0.05$), and perceived benefits of calcium intake ($r = 0.41$, $p < 0.001$) were significantly positively correlated with overall self-care behaviors. Among personal factors, age was negatively correlated ($r = -0.48$ to -0.38 , $p < 0.01$), while education level ($r_s = 0.68$) and income ($r = 0.43$) were positively correlated with self-care behaviors ($p < 0.01$). Health promotion programs should focus on enhancing perceived benefits and reducing perceived barriers, especially among older adults and those with lower education. Community-based interventions are recommended.

Keywords: osteoporosis, self-care behavior, perceived benefits, perceived barriers, Health Belief Model

¹Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Trang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

²Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Trang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

*Corresponding author e-mail: nittayac@bcent.ac.th

บทนำ

โรคกระดูกพรุน (Osteoporosis) เป็นภาวะที่มีการลดลงของความหนาแน่นมวลกระดูกและความเสื่อมของโครงสร้างเนื้อกระดูก ส่งผลให้ความแข็งแรงของกระดูกลดลงและเพิ่มความเสี่ยงต่อการแตกหัก โดยพิจารณาจากค่าความหนาแน่นมวลกระดูก (Bone Mineral Density: BMD) ที่มีค่า T-score ≤ -2.5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการวินิจฉัยทางคลินิก^{1,2} โรคกระดูกพรุนถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก โดยมีประชากรมากกว่า 200 ล้านคนทั่วโลกได้รับผลกระทบ และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ¹ ในเชิงระบาดวิทยา โรคกระดูกพรุนพบได้บ่อยในเพศหญิง โดยเฉพาะในช่วงวัยหมดประจำเดือน เนื่องจากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งส่งผลต่อสมดุลของการสร้างและสลายกระดูก นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น การได้รับแคลเซียมและวิตามินดีไม่เพียงพอ การขาดการออกกำลังกาย พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงการใช้ยาบางชนิด เช่น glucocorticoids^{3,4} สำหรับประเทศไทย การศึกษาล่าสุดยังคงพบความชุกของโรคกระดูกพรุนในเพศหญิงในระดับที่น่ากังวล ซึ่งมีความชุกในบริเวณกระดูกสันหลังและกระดูกสะโพกในระดับ ร้อยละ 20.4 และ 12.7 ตามลำดับ^{5,6} จากข้อมูลของโรงพยาบาลตรังในปี พ.ศ. 2564, 2565, 2566, 2567 พบจำนวนผู้รับบริการเป็นโรคกระดูกพรุนจำนวน 1846, 1724, 1774, 2619 คน ตามลำดับ โดยปี พ.ศ. 2567 โรคกระดูกพรุนเป็นโรคที่พบบ่อยอันดับ 2 ของแผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับ สะท้อนให้เห็นถึงภาระโรคที่ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ ทั้งด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาและการดูแลระยะยาว

การเกิดกระดูกหักจากแรงกระทบกระเทือนเพียงเล็กน้อย (Fragility fracture) เป็นผลกระทบทางคลินิกที่สำคัญของโรคกระดูกพรุน โดยเฉพาะบริเวณกระดูกสะโพก กระดูกสันหลัง และกระดูกข้อมือ ซึ่งสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น และการสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตอย่างอิสระ รวมถึงการลดลงของคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ^{7,8} การป้องกันโรคกระดูกพรุนสามารถดำเนินการได้โดยการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่มีแคลเซียมและวิตามินดีเพียงพอ การออกกำลังกายแบบลงน้ำหนัก และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมดังกล่าวขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคลเป็นสำคัญ โดยทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)⁸ อธิบายว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคขึ้นอยู่กับความรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ซึ่งเป็นตัวกำหนดการตัดสินใจด้านสุขภาพ ทั้งนี้ งานวิจัยในช่วงหลังพบว่าระดับความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคกระดูกพรุนของประชากรในเอเชียยังอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีวัยหมดประจำเดือน ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค^{9,10} อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ผ่านมาในประเทศไทยยังขาดการศึกษาที่ชี้ชัดถึงอิทธิพลร่วมระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้ตามทฤษฎี HBM ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มเสี่ยงกระดูกพรุน โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลตรัง การทำความเข้าใจปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองจึงมีความสำคัญ

อย่างยิ่งต่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญสำหรับบุคลากรสุขภาพในการวางแผนและออกแบบมาตรการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคกระดูกพรุนและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงต่อภาวะกระดูกพรุนในโรงพยาบาลตรัง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้) และการรับรู้ 5 ด้านตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย การรับรู้ประโยชน์ของการได้รับแคลเซียม การรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกาย และการรับรู้อุปสรรคของการได้รับแคลเซียม) กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงต่อภาวะกระดูกพรุนในโรงพยาบาลตรัง

กรอบแนวคิด

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ของ Rosenstock¹¹ ในการอธิบายพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคกระดูกพรุน โดยทฤษฎีดังกล่าวชี้ว่าการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับความรู้หลายมิติ งานวิจัยนี้มุ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ 5 ด้านตามกรอบแนวคิด HBM ซึ่งสอดคล้องกับเครื่องมือ OHBS ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย การรับรู้ประโยชน์ของการได้รับแคลเซียม การรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกาย และการรับรู้อุปสรรคของการได้รับแคลเซียม ร่วมกับปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง 2 ด้านหลัก คือ การบริโภคอาหารที่มีแคลเซียมและการออกกำลังกาย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytic study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้รับบริการที่เข้ารับการรักษาในแผนกคลินิกกระดูกและข้อ โรงพยาบาลตรัง

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ อายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการประเมินจากแพทย์ว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะกระดูกพรุน (T-score > -2.5 แต่มีปัจจัยเสี่ยง) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) คือ มีภาวะกระดูกพรุนแล้ว (T-score $\leq$ -2.5) มีความผิดปกติทางสติปัญญาหรือการรับรู้ที่รบกวนการตอบแบบสอบถาม และมีข้อจำกัดทางร่างกายที่ทำให้ไม่สามารถออกกำลังกายได้ตามคำแนะนำทั่วไป การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างอ้างอิงจาก Cohen (1992)¹² สำหรับการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ โดยกำหนดขนาดอิทธิพลปานกลาง

($r = 0.3$) ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และอำนาจการทดสอบ (power) ที่ 0.95 ผลการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power พบว่าต้องการใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 142 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคกระดูกพรุน ใช้แบบสอบถาม Osteoporosis Health Belief Scale (OHBS) พัฒนาโดย Kim และคณะ¹³ แปลและตรวจสอบความเชื่อมั่นในบริบทไทยโดย Piaseu และคณะ¹⁴ ประกอบด้วย 5 ด้าน ด้านละ 6 ข้อ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย การรับรู้ประโยชน์ของการได้รับแคลเซียม การรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกาย และการรับรู้อุปสรรคของการได้รับแคลเซียม คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ค่าความเชื่อมั่นของฉบับภาษาไทยเท่ากับ 0.83¹²

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคกระดูกพรุน พัฒนาโดยมัทธนา จำภา¹⁵ จำนวน 13 ข้อ แบ่งเป็นพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีแคลเซียม 7 ข้อ และพฤติกรรมการออกกำลังกาย 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1 = ไม่เคยปฏิบัติ ถึง 5 = ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน) คะแนนรวมสูงแสดงถึงพฤติกรรมที่เหมาะสม เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น ระดับการรับรู้และพฤติกรรมแปลผลจากค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ช่วงชั้น คือ 1.00–2.33 = ระดับต่ำ, 2.34–3.67 = ระดับปานกลาง และ 3.68–5.00 = ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งฉบับไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.67–1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient ของแบบสอบถามการรับรู้เท่ากับ 0.87 และแบบสอบถามพฤติกรรมเท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ศรีรัง และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ แผนกคลินิกกระดูกและข้อ โรงพยาบาลตรัง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง ในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอน สิทธิในการถอนตัว และการรักษาความลับแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย ก่อนลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม (informed consent) ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 10–15 นาที ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ดังนี้

2.1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีระดับการวัดแบบ Interval (อายุ, รายได้) กับตัวแปรการรับรู้และพฤติกรรมด้วย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) ก่อนการวิเคราะห์ ได้ทำการทดสอบการแจกแจงปกติของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test ซึ่งพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ($p > 0.05$) จึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติดังกล่าว

2.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีระดับการวัดแบบ Nominal (เพศ) กับตัวแปรตามด้วยสถิติ chi-square

2.3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีระดับการวัดแบบ Ordinal (ระดับการศึกษา, อาชีพ) กับตัวแปรตามด้วย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient)

การพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ศรีรัง (ระบุนเลขที่รับรองจริยธรรม 41/2568) ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการ สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยในการปฏิเสธหรือถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษา รวมทั้งการรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคล โดยข้อมูลจะถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และไม่มีการเปิดเผยข้อมูลที่สามารัระบุตัวบุคคลได้ ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (informed consent) ก่อนเข้าร่วมการศึกษา

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 142 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.00) เพศชาย ร้อยละ 19.00 อายุอยู่ในช่วง 61–70 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 38.70) รองลงมา >71 ปี (ร้อยละ 29.60) ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่คือประถมศึกษา (ร้อยละ 62.00) รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 12.70) อาชีพส่วนใหญ่ว่างงาน (ร้อยละ 48.60) รองลงมาเกษตรกร (ร้อยละ 27.50) และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่มีรายได้ (ร้อยละ 46.50) รองลงมามีรายได้ 10,000–20,000 บาท (ร้อยละ 43.00)

ระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคกระดูกพรุน

กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคกระดูกพรุนโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 4.12$, $SD = 0.62$) โดยการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.35$, $SD = 0.79$) รองลงมาคือการรับรู้ประโยชน์ของการได้รับแคลเซียม ($M = 4.26$, $SD = 0.64$) การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรคของการ

ออกกำลังกายและแคลเซียมอยู่ในระดับสูงเช่นกัน ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.04$, $SD = 0.71$) โดยพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีแคลเซียม ($M = 2.81$, $SD = 0.73$) และพฤติกรรมการออกกำลังกาย ($M = 3.27$, $SD = 0.94$) อยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ($N = 142$)

ตัวแปร	M	SD	ระดับ
การรับรู้ความรุนแรงของโรคกระดูกพรุน	3.98	1.18	สูง
การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย	4.35	0.79	สูง
การรับรู้ประโยชน์ของการได้รับแคลเซียม	4.26	0.64	สูง
การรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกาย	4.08	1.08	สูง
การรับรู้อุปสรรคของการได้รับแคลเซียม	3.91	0.91	สูง
พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีแคลเซียม	2.81	0.73	ปานกลาง
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	3.27	0.94	ปานกลาง

ปัจจัยเพศ พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Chi-Square และพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ปัจจัยอายุและรายได้ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงลบกับตัวแปรทุกมิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยเฉพาะการรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกาย ($r = -0.56$) และพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีแคลเซียม ($r = -0.48$) รายได้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกาย ($r = 0.31$, $p < 0.01$) และพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีแคลเซียม ($r = 0.43$, $p < 0.01$) สำหรับปัจจัยระดับการศึกษาและอาชีพ พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับหลายมิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยเฉพาะระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีแคลเซียม ($r_s = 0.68$) ระดับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ($r_s = 0.52$) และระดับการรับรู้ประโยชน์ของการได้รับแคลเซียม ($r_s = 0.59$) อาชีพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับการรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกาย ($r_s = 0.64$, $p < 0.01$) ระดับการรับรู้อุปสรรคของการได้รับแคลเซียม ($r_s = 0.64$, $p < 0.01$) และระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีแคลเซียม ($r_s = 0.69$, $p < 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ($N = 142$)

ตัวแปร		เพศ		χ^2	df	p-value
		ชาย (n)	หญิง (n)			
การรับรู้ความรุนแรงของโรคกระดูกพรุน	สูง (n)	24	97	0.21	1	0.647
	ต่ำ (n)	3	18			

ตัวแปร		เพศ		χ^2	df	p-value
		ชาย (n)	หญิง (n)			
การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย	สูง (n)	25	108	0.08	1	0.777
	ต่ำ (n)	2	7			
การรับรู้ประโยชน์ของการได้รับแคลเซียม	สูง (n)	26	110	0.03	1	0.862
	ต่ำ (n)	1	5			
การรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกาย	สูง (n)	22	97	0.34	1	0.560
	ต่ำ (n)	5	18			
การรับรู้อุปสรรคของการได้รับแคลเซียม	สูง (n)	20	90	0.30	1	0.584
	ต่ำ (n)	7	25			
พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีแคลเซียม	สูง (n)	4	21	0.21	1	0.647
	ต่ำ (n)	23	94			
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	สูง (n)	12	56	0.10	1	0.752
	ต่ำ (n)	15	59			

หมายเหตุ: a ใช้ Chi-square test, b ใช้ Spearman's rank correlation, c ใช้ Pearson's correlation coefficient

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

การวิเคราะห์สหสัมพันธ์พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการได้รับแคลเซียม ($r = 0.41$, $p < 0.01$) การรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกาย ($r = 0.34$, $p < 0.01$) และการรับรู้อุปสรรคของการได้รับแคลเซียม ($r = 0.37$, $p < 0.01$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการได้รับแคลเซียมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีแคลเซียม ($r = 0.42$, $p < 0.01$) การรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกาย ($r = 0.35$, $p < 0.01$) และการรับรู้อุปสรรคของการได้รับแคลเซียม ($r = 0.38$, $p < 0.01$) ก็มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายกับพฤติกรรมทั้งสองด้าน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างมิติการรับรู้ตาม HBM กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง (N = 142)

มิติการรับรู้ (HBM)	พฤติกรรมรวม (r)	พฤติกรรมรับประทาน (r)	พฤติกรรมออกกำลังกาย (r)
การรับรู้ความรุนแรงของโรคกระดูกพรุน	0.21*	0.20*	0.19*
การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย	0.23*	0.21*	0.24*
การรับรู้ประโยชน์ของการได้รับแคลเซียม	0.41***	0.42***	0.27**
การรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกาย	0.34***	0.35***	0.28**
การรับรู้อุปสรรคของการได้รับแคลเซียม	0.37***	0.38***	0.29**

หมายเหตุ: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

การอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงต่อภาวะกระดูกพรุนในโรงพยาบาลต้ง ผลการศึกษาสามารถอภิปรายได้ตามลำดับวัตถุประสงค์ดังนี้

1. ระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคกระดูกพรุนและพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคกระดูกพรุนโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 4.12$, $SD = 0.62$) โดยเฉพาะการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายและการได้รับแคลเซียมมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($M = 4.35$ และ 4.26 ตามลำดับ) อาจอธิบายได้ว่า ผู้รับบริการในคลินิกกระดูกและข้อ โรงพยาบาลต้ง มีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำด้านสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งอาจทำให้เชื่อว่าการออกกำลังกายและการบริโภคแคลเซียมเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันโรคกระดูกพรุน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัตนกรณั เท่งขุนทด¹⁶ ที่พบว่าสตรีวัยทำงานมีการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพกระดูกในระดับสูง และสอดคล้องกับการศึกษาระดับนานาชาติของ Phu และคณะ¹⁰ ที่รายงานว่า การรับรู้ประโยชน์เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในสตรีวัยหมดประจำเดือน อย่างไรก็ตาม ระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรค ($M = 3.98$) และการรับรู้อุปสรรค ($M = 3.91-4.08$) อยู่ในระดับสูงเช่นกัน ซึ่งอาจเป็นผลจากประสบการณ์การเจ็บป่วยหรือการได้เห็นบุคคลรอบข้างประสบภาวะกระดูกพรุนและกระดูกหัก

แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีระดับการรับรู้ค่อนข้างสูง แต่พฤติกรรมการดูแลตนเองกลับอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.04$, $SD = 0.71$) โดยพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมมีค่าเฉลี่ยต่ำ ($M = 2.81$, $SD = 0.73$) เมื่อเทียบกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ($M = 3.27$, $SD = 0.94$) ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างระหว่างการรับรู้กับการปฏิบัติ (knowledge-practice gap) ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่พบได้ทั่วไปใน

งานวิจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มโรคเรื้อรังและการป้องกันโรค¹⁷ การที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ประโยชน์สูงแต่ปฏิบัติในระดับปานกลาง อาจอธิบายได้ด้วยทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ที่กล่าวว่า การเกิดพฤติกรรมสุขภาพไม่ได้ขึ้นอยู่กับรับรู้ประโยชน์เพียงอย่างเดียว แต่ยังต้องอาศัยแรงจูงใจ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) และการมีสิ่งเร้าให้เกิดการปฏิบัติ (cues to action)⁸ ประกอบด้วย นอกจากนี้ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีแคลเซียมที่อยู่ในระดับต่ำกว่าพฤติกรรมการออกกำลังกาย อาจสะท้อนถึงข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจและการเข้าถึงอาหารที่มีแคลเซียมสูงในกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยหรือไม่มีรายได้ (ร้อยละ 46.50) และมีระดับการศึกษาต่ำคือ ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 62.00) สอดคล้องกับการศึกษาของรฐา ไชยสิงห์ และวงศา เล้าหศิริวงศ์¹⁸ ที่พบว่า รายได้และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในสตรีวัยกลางคนอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่พฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะการออกกำลังกายเป็นกิจกรรมที่ไม่ต้องใช้ค่าใช้จ่ายมาก และบุคลากรทางการแพทย์มักเน้นย้ำถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องในคลินิก

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้ตาม HBM กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผลการศึกษาพบว่า

เพศ ไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.03-0.14$, $p > 0.05$) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างมีสัดส่วนเพศหญิงสูงถึงร้อยละ 81.0 ทำให้อำนาจการทดสอบในการตรวจพบความแตกต่างระหว่างเพศมีจำกัด จึงส่งผลให้เพศไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเมื่อควบคุมปัจจัยอื่น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า เมื่อคำนึงถึงปัจจัยด้านการศึกษาและรายได้แล้ว เพศไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนอย่างมีนัยสำคัญ¹⁰

อายุ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งสองด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.48$ ถึง -0.44 , $p < 0.01$) แสดงว่าเมื่ออายุมากขึ้น พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคกระดูกพรุนมีแนวโน้มลดลง โดยเฉพาะพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมและการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Farshbaf-Khalili และคณะ¹⁹ พบว่ากลุ่มผู้ที่เป็นโรคกระดูกพรุนมีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมต่ำกว่ากลุ่มสุขภาพดีอย่างมีนัยสำคัญ และมีปริมาณการรับประทานแคลเซียมต่อวันต่ำกว่าอย่างชัดเจน โดยปัจจัยด้าน อายุที่เพิ่มขึ้น และการไม่ออกกำลังกายเป็นตัวทำนายสำคัญของการลดลงของพฤติกรรมดังกล่าว ซึ่งอาจเกิดจากความเสื่อมของร่างกาย ความกลัวการหกล้ม และการมีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย⁴ ดังนั้น การส่งเสริมพฤติกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุควรเน้นการออกกำลังกายที่ปลอดภัยและเหมาะสมกับสภาพร่างกาย เช่น การเดิน การรำไม้พลอง หรือการออกกำลังกายในน้ำ

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.52-0.68$, $p < 0.01$) โดยเฉพาะระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีแคลเซียม ($r_s = 0.68$) ซึ่งเป็นค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่สูงที่สุดในตัวแปรทั้งหมด ผลนี้ชี้ให้เห็นในเชิงแนวคิดว่า ความรอบรู้

ด้านสุขภาพ (Health literacy) ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับระดับการศึกษา อาจมีบทบาทสำคัญในการแปลงความรู้ไปสู่การปฏิบัติจริง ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงสามารถเข้าถึง เข้าใจ และนำข้อมูลสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ดีกว่า อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้ไม่ได้วัดความรู้ด้านสุขภาพโดยตรง การอภิปรายดังกล่าวจึงเป็นการเชื่อมโยงเชิงแนวคิดเท่านั้น ทั้งนี้ปัจจัยร่วมอื่นๆ เช่น รายได้ หรือโอกาสในการเข้าถึงทรัพยากรสุขภาพที่มักแปรผันตามระดับการศึกษา ควรได้รับการพิจารณาประกอบด้วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Phu และคณะ¹⁰ ที่พบว่าระดับการศึกษาเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในสตรีวัยหมดประจำเดือนอย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของสุวรรณิ ช่วยเกิด²⁰ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนที่มีระดับการศึกษาสูงมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่า ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำ ควรเน้นการใช้สื่อที่เข้าใจง่าย ใช้ภาษาท้องถิ่น ภาพประกอบ และการสาธิตหรือฝึกปฏิบัติจริง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการสื่อสารด้านสุขภาพ

อาชีพ พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับการรับรู้อุปสรรคการออกกำลังกาย ($r_s = 0.64, p < 0.01$) ระดับการรับรู้อุปสรรคการรับประทานอาหารแคลเซียม ($r_s = 0.64, p < 0.01$) และระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีแคลเซียม ($r_s = 0.69, p < 0.01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อาชีพในที่นี้เป็นการจำแนกตามอาชีพที่มีรายได้แน่นอนและอาชีพที่มีรายได้ไม่แน่นอน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นอาชีพที่มีรายได้ไม่แน่นอน คือเกษตรกรและว่างงาน การตีความจึงต้องระมัดระวัง อย่างไรก็ตาม ผลนี้ชี้ให้เห็นว่าลักษณะอาชีพอาจส่งผลต่อวิถีชีวิตและการเข้าถึงทรัพยากรสุขภาพ

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้ประโยชน์ของการได้รับแคลเซียม ($r = 0.20, p < 0.05$) การรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกาย ($r = 0.31, p < 0.01$) พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีแคลเซียม ($r = 0.43, p < 0.01$) และพฤติกรรมการออกกำลังกาย ($r = 0.26, p < 0.05$) สะท้อนให้เห็นว่าผู้ที่มีรายได้สูงมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีแคลเซียมดีกว่า ซึ่งอาจเป็นเพราะสามารถเข้าถึงอาหารที่มีคุณภาพและหลากหลายได้มากกว่า ขณะที่การรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกายในกลุ่มผู้มีรายได้สูงอาจเกิดจากการมีภาระงานหรือข้อจำกัดด้านเวลามากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Alqahtani และคณะ⁹ ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคกระดูกพรุนในสตรี

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามทฤษฎี HBM กับพฤติกรรมดูแลตนเอง ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคกระดูกพรุน การรับรู้ประโยชน์ของการได้รับแคลเซียมและการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวม ($r = 0.21, p < 0.05, r = 0.23, p < 0.05$ และ $r = 0.41, p < 0.001$ ตามลำดับ) อธิบายผลการวิจัยตามแนวคิด HBM ว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคถึงแม้จะมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ค่าสหสัมพันธ์ที่ค่อนข้างต่ำ ($r = 0.21$) สะท้อนว่าการตระหนักถึงความรุนแรงของโรคเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะขับเคลื่อนพฤติกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนการรับรู้ประโยชน์ โดยเฉพาะประโยชน์ของการออกกำลังกาย ($r = 0.41$) ซึ่งมีค่าสหสัมพันธ์

สูงกว่าและมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ แสดงให้เห็นว่า การรับรู้ประโยชน์เป็นตัวทำนายที่แข็งแกร่งกว่าการรับรู้ความรุนแรง สอดคล้องกับแนวคิด HBM ที่ว่า แม้นบุคคลจะรับรู้ว่ามีความเสี่ยงหรือโรคภัยรุนแรง แต่เขาจะลงมือปฏิบัติจริงก็ต่อเมื่อรับรู้ว่าการปฏิบัตินั้นมีประโยชน์และสามารถทำได้ยิ่งไปกว่านั้น การที่รับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์สูงสุดที่ $r = 0.41$) อย่างมีนัยสำคัญยิ่ง ($p < 0.001$) จึงให้เห็นว่าการออกกำลังกายอาจถูกมองว่าเป็นพฤติกรรมที่ให้ประโยชน์หลายมิติ เช่น เสริมสร้างความแข็งแรงของกระดูก ปรับสมดุล ป้องกันการหกล้ม มากกว่าการได้รับแคลเซียมเพียงอย่างเดียว ดังนั้น การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคกระดูกพรุนควรให้ความสำคัญสูงสุดกับการเสริมสร้างการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย สอดคล้องกับหลัก HBM ที่ว่าการรับรู้ประโยชน์เป็นตัวขับเคลื่อนสำคัญให้บุคคลแสดงพฤติกรรมสุขภาพ¹¹ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Piaseu และคณะ¹⁴ ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในสตรีไทย ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกาย และการรับรู้อุปสรรคของการได้รับแคลเซียม กลับมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.34, p < 0.001$ และ $0.37, p < 0.001$ ตามลำดับ) ซึ่งขัดกับสมมติฐานดั้งเดิมของ HBM ที่คาดว่า การรับรู้อุปสรรคควรมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรม อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้หลายประการ คือ ประการแรก ผู้ที่มีการรับรู้อุปสรรคในระดับสูงอาจเป็นผู้ที่มีความตระหนักรู้ (Awareness) และสามารถระบุปัญหาอุปสรรคได้ชัดเจน เนื่องจากเคยมีประสบการณ์หรือได้เห็นผู้อื่นเผชิญอุปสรรคมามาก่อน ความตระหนักนี้อาจกระตุ้นให้บุคคลพยายามหาวิธีจัดการกับอุปสรรค แทนที่จะยอมแพ้หรือละเลยพฤติกรรมสุขภาพ แนวคิดนี้สอดคล้องกับงานวิจัยสมัยใหม่ที่เสนอว่า “การรับรู้อุปสรรคไม่ได้เป็นเพียงตัวขัดขวาง แต่ยังสามารถเป็นตัวกระตุ้นการปรับตัว (Adaptive coping) หากบุคคลมีทักษะและทรัพยากรในการจัดการ”^{8,9} ประการที่สอง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นผู้รับบริการในคลินิกกระดูกและข้อ ซึ่งได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง การรับรู้อุปสรรคที่สูงอาจเกิดจากการที่บุคคลากรสุขภาพได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอุปสรรคต่างๆ เพื่อเตรียมความพร้อมและให้คำแนะนำในการจัดการ ส่งผลให้ผู้รับบริการมีความรู้และทักษะในการเผชิญอุปสรรคมากขึ้น นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่พบอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ ($r = 0.32-0.41$) แสดงว่ายังมีปัจจัยอื่นอีกมากที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่น การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) และสิ่งเร้าให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) ซึ่งควรนำไปศึกษาต่อไป สำหรับ การรับรู้ความรุนแรงของโรค และ การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในระดับต่ำ แต่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.19-0.24, p < 0.05$) การที่การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับต่ำ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดทางร่างกาย แม้จะรับรู้ประโยชน์แต่ไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างเต็มที่

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional design) จึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง แม้จะเหมาะสมกับบริบทคลินิก แต่ข้อค้นพบอาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงไปยังประชากรในวงกว้าง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขควรบูรณาการการประเมินการรับรู้ตามทฤษฎีแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเฉพาะด้านการรับรู้อุปสรรค เข้าสู่กระบวนการให้คำปรึกษาในคลินิกกระดูกและข้อ เพื่อระบุผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสม

2. ควรพัฒนาสื่อสุขภาพที่เน้นประโยชน์ของการบริโภคแคลเซียมและการออกกำลังกายควบคู่กับการให้แนวทางเชิงปฏิบัติในการลดอุปสรรค โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น การเลือกอาหารที่เข้าถึงได้ง่าย ใช้ทรัพยากรในท้องถิ่น เช่น อาหารแหล่งแคลเซียมราคาถูก (ปลาตัวเล็ก งา เต้าหู้ ผักใบเขียว) และกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับข้อจำกัดของผู้สูงอายุ

3. ควรปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับระดับความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย เช่น การใช้สื่อภาพ การสาธิต และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยเพิ่มเติม เช่น การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้โอกาสเสี่ยง

2. พัฒนาและทดสอบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ HBM เป็นกรอบ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่เพื่อประเมินประสิทธิผล

3. ใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสานเพื่อเข้าใจอุปสรรคและแรงจูงใจเชิงลึก

เอกสารอ้างอิง

1. International Osteoporosis Foundation. Osteoporosis facts and statistics [Internet]. Nyong: IOF; 2021 [cited 2026 Mar 30]. Available from: <https://www.osteoporosis.foundation>
2. Kanis JA, Cooper C, Rizzoli R, Reginster JY. European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. Osteoporos Int. 2021;32(1):1–21.
3. Compston J, McClung MR, Leslie WD. Osteoporosis. Lancet. 2019;393(10169):364–76.
4. Lorentzon M, Cummings SR. Osteoporosis: the evolution of a diagnosis. J Intern Med. 2022;292(1):11–24.
5. กรมการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคกระดูกพรุน. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
6. วัชรินทร์ วงษาหล้า, มโนไท วงษาหล้า. ความชุกของโรคกระดูกพรุนในสตรีไทย. วารสารวิจัยสุขภาพ. 2563;34(2):145–56.

7. Clynes MA, Harvey NC, Curtis EM, Fuggle NR, Dennison EM, Cooper C. The epidemiology of osteoporosis. *Br Med Bull*. 2020;133(1):105–17.
8. Jones CJ, Jensen JD, Scherr CL, Brown NR, Christy K, Weaver J. The Health Belief Model as an explanatory framework in communication research. *Health Commun*. 2021;36(1):1–12.
9. Alqahtani BA, Alenazi AM, Alhowimel AS, Elnaggar RK. Osteoporosis knowledge and health beliefs among women: a cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(10):5283.
10. Phu S, Bani Hassan E, Vogrin S, Duque G. Osteoporosis knowledge and health beliefs among postmenopausal women: a systematic review. *Maturitas*. 2022;153:1–8.
11. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. *Health Educ Monogr*. 1974;2(4):328–35.
12. Cohen J. A power primer. *Psychol Bull*. 1992;112(1):155–9.
13. Kim KK, Horan ML, Gendler P, Patel MK. Development and evaluation of the Osteoporosis Health Belief Scale. *Res Nurs Health*. 1991;14(2):155–63.
14. Piaseu N, Belza B, Mitchell P. Testing the reliability and validity of the Thai Osteoporosis Health Belief Scale (OHBS). *Thai J Nurs Res*. 2001;5(3):183–95.
15. มั่นธินา จำภา. พฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในสตรีวัยหมดประจำเดือน [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
16. รัตนกรณีย์ เท่งขุนทด. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในสตรีวัยหมดประจำเดือน [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา; 2560.
17. Kelly MP, Barker M. Why is changing health-related behaviour so difficult? *Public Health*. 2016;136:109–16.
18. รฐา ไชยสิงห์, วงศา เล้าหศิริวงศ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในสตรีวัยกลางคน. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยขอนแก่น*. 2565;15(3):45–56.
19. FarshbafKhalili A, Malekmirzaei E, Babaie S, Pakpour V. The determinants of self-care behaviors and calcium-vitamin D intake in elderly women: a comparative study of osteoporosis and healthy counterparts. *Sci Rep*. 2025;15:27290.
20. วรณีย์ ช่วยเกิด. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 2567;33(1):112–24.