

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

โรคระดูกพรุนเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในหลายประเทศ จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2535 พบว่า ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศญี่ปุ่น และประเทศในทวีปยุโรป มีผู้ป่วยด้วยโรคระดูกพรุนรวมกันเป็นจำนวนมากถึง 75 ล้านคน (Melton et al., 1992 cited in World Health Organization [WHO], 1996) โดยเฉพาะในประเทศสหรัฐอเมริกา ประมาณได้ว่ามีผู้ป่วยกระดูกหักจากโรคระดูกพรุนเกิดขึ้น 1.3 ล้านคนต่อปี ทำให้รัฐบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยเหล่านี้เป็นจำนวนเงินปีละมากกว่า 10 พันล้านเหรียญ และพบว่าผู้ที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักจากโรคระดูกพรุนร้อยละ 5-20 ต้องเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆขณะป่วยและขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล (Peck et al., 1993) นอกจากนี้ยังมีการสำรวจพบว่าสตรีเป็นโรคระดูกพรุนมากกว่าบุรุษถึง 8 เท่า ซึ่งเป็นสตรีที่มีอายุมากกว่า 45 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 50 (US Department of Health, 1986 cited in McMahon, Peterson, & Schilke, 1992) โดยในประเทศที่พัฒนาแล้วสตรีที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปจะมีโอกาสเกิดกระดูกหักจากโรคระดูกพรุนในช่วงชีวิตที่เหลือสูงถึงร้อยละ 50 (WHO, 1996)

ในประเทศไทยยังไม่ปรากฏรายงานการสำรวจอุบัติการณ์ของสตรีที่เป็นโรคระดูกพรุน มีเพียงรายงานของไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล ในปี พ.ศ. 2535 ที่ศึกษาภาวะกระดูกสะโพกหักจากโรคระดูกพรุนในผู้ป่วยสตรีและบุรุษอายุมากกว่า 45 ปี ซึ่งพบอุบัติการณ์เกิดกระดูกสะโพกหักเพียง 7.05 คนต่อประชากร 100,000 คนเท่านั้น แต่การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดอยู่มาก เนื่องจากการเก็บข้อมูลจากกลุ่มประชากรยังไม่ครอบคลุมทั่วทั้งประเทศ (ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2535 อ้างใน รัชตะ รัชตะนาวิน, 2538) แต่ในความเป็นจริงสตรีไทยอาจมีอุบัติการณ์เกิดโรคระดูกพรุนและภาวะกระดูกหักจากโรคระดูกพรุนได้มากกว่าหรือน้อยกว่านี้

สตรีวัยหมดประจำเดือนและวัยสูงอายุเป็นกลุ่มสตรีที่จัดว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคระดูกพรุนสูง ทั้งนี้เพราะสตรีวัยนี้มีการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ หรือตามกระบวนการพัฒนาการของชีวิตที่สำคัญ คือ การเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนที่ฮอร์โมนเอสโตรเจนมีปริมาณลดลง

จากรังไข่เสื่อมหน้าที่ในการผลิตฮอร์โมนเพศ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการลดลงของความหนาแน่นของเนื้อกระดูกจึงทำให้สตรีวัยนี้เสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุนได้ (World Health Organization [WHO], 1994) ปัญหาเรื่องโรคกระดูกพรุนในสตรีมีแนวโน้มจะทวีความรุนแรงขึ้นตามจำนวนประชากรสตรีวัยสูงอายุที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากสตรีมีอายุขัยเฉลี่ยสูงขึ้น ส่วนในประเทศไทยจากรายงานสถิติกองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้ประมาณอายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของสตรีไทยในพ.ศ. 2538-2543 ว่าจะมีอายุคาดหมายเฉลี่ยเท่ากับ 71.80 ปี และยังมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นอีกในอนาคต (กระทรวงสาธารณสุข, 2538) ประกอบกับในปี พ.ศ. 2543 คาดว่าจะมีสตรีไทยกลุ่มอายุมากกว่า 40 ปี เพิ่มขึ้นจากเดิมถึงร้อยละ 14.1 (กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2539) ดังนั้นในอนาคตอันใกล้โรคกระดูกพรุนจึงน่าจะมีโอกาสพบในกลุ่มสตรีไทยได้มากขึ้น

ผลของโรคกระดูกพรุนจะทำให้สตรีประสบกับอาการปวดบริเวณกระดูกอย่างเรื้อรัง และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา คือ กระดูกหักง่ายเมื่อถูกแรงกระแทกเพียงเล็กน้อย (Rose, 1994) และในรายที่เป็นโรคกระดูกพรุนร่วมกับกระดูกหัก เช่น กระดูกสันหลังหัก ขอบตัว หรือคางอ จะทำให้สตรีเกิดความทุกข์ทรมานจากอาการปวดเพิ่มขึ้น มีการเคลื่อนไหวลำบากต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ต้องแยกตนเองออกจากสังคม และเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (D. G. Ciocon, J. O. Ciocon, & Galindo, 1995) การที่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นเป็นการเพิ่มภาระให้แก่สมาชิกในครอบครัวทั้งในส่วนที่เกี่ยวกับการดูแลและการรักษาพยาบาลด้วย (Lappe, 1993) เนื่องจากภาวะนี้เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังจึงต้องใช้เวลานานในการรักษาและฟื้นฟูสภาพร่างกาย ซึ่งอาจจะไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ดังเดิม (Holmes, 1998) นอกจากนี้การนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานานอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ถ้าไม่ได้รับการดูแลอย่างเพียงพอ เช่น อาจเกิดแผลกดทับ หรือเกิดทุพพลภาพจากภาวะข้อติด และมีการติดเชื้อเข้าสู่ร่างกายเป็นต้น ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวทำให้เสียชีวิตได้ (Martin, 1998) จะเห็นว่าการเป็นโรคกระดูกพรุนส่งผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีทั้งทางร่างกาย จิตใจ และภาวะทางสังคมของสตรี

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ได้กำหนดแผนพัฒนาการสาธารณสุข ด้านการส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทำงานซึ่งมีกลุ่มสตรีรวมอยู่ด้วย โดยมีวัตถุประสงค์ประการหนึ่ง คือเพื่อให้สตรีหลังวัยเจริญพันธุ์มีความรู้ และสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ถูกต้อง กรมอนามัยซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบดำเนินงานตามแผนนี้ได้จัดให้มีการอบรม การบรรยายทางวิชาการ และการแจกเอกสารเผยแพร่ความรู้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค รวมทั้งการป้องกันโรคกระดูกพรุนในสตรีวัยหมดประจำเดือน และวัยสูงอายุแก่บุคลากรด้านสุขภาพทั้งแพทย์และพยาบาลของหน่วยงานต่างๆ ที่ให้บริการสุขภาพ

แก่สตรี เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนเป็นต้น เพื่อให้บุคลากรเหล่านี้นำความรู้ที่ได้รับไปเป็นแนวทางในการให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร และ คำแนะนำแก่สตรีที่มารับบริการด้านสุขภาพ นอกจากนั้นยังมีการสนับสนุนให้หน่วยงานดังกล่าวจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคกระดูกพรุนแก่สตรีในคลินิกวัยทอง และคลินิกผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรมการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคกระดูกพรุนเป็นต้น (กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2539; คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข, 2539; หะทัย เทพพิสัย และอุรุษยา เทพพิสัย, 2541)

สตรีสามารถปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคกระดูกพรุนได้ด้วยตนเอง (Goss, 1998; Holmes, 1998; Keller, Fullerton, & Fleury, 1998) โดยการรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง ร่วมกับการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน เช่น หลีกเลี่ยงการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน การสูบบุหรี่ และการใช้ยาบางชนิดเป็นต้น รวมทั้งมีการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาชนิดลงน้ำหนักที่กระดูกอย่างสม่ำเสมอ (Anderson, 1996; Bilezikian, 1995; Johnson, 1996; Mahon, 1998; Peck et al., 1993; WHO, 1994) สตรีควรเริ่มปฏิบัติตนเช่นนี้ในระหว่างที่ร่างกายยังมีการเจริญเติบโตอยู่ (Gallo, 1996) หรือนับตั้งแต่วัยเด็กจนถึงช่วงอายุประมาณ 25-30 ปี ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่กระดูกในร่างกายของสตรีจะมีการสร้างและสะสมความหนาแน่นของเนื้อกระดูกได้สูงสุด (Ott, 1990 cited in Bilezikian, 1995) ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ร่างกายมีการสร้างและสะสมความหนาแน่นของเนื้อกระดูกไว้ให้มากที่สุดที่จะไม่เกิดภาวะกระดูกบางตัวและเกิดโรคกระดูกพรุนเมื่อเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนหรือวัยสูงอายุได้ แต่อย่างไรก็ตามสตรีทุกคนควรมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคกระดูกพรุนไปตลอดช่วงชีวิตของตนเอง (Weaver, 1997)

คาสล และคอบบ์ (Kasl, & Cobb, 1960 cited in Rosenstock, 1974b) กล่าวถึงพฤติกรรมด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคว่า เป็นการกระทำใดๆของบุคคลที่มีความเชื่อว่าจะทำให้ตนเองมีสุขภาพดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการเกิดโรค หรือเพื่อค้นหาอาการ อาการแสดงของโรค และความเจ็บป่วยในระยะเริ่มแรก ซึ่งโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974a) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหรือพฤติกรรมการป้องกันโรคว่า เป็นการกระทำใดๆของบุคคลที่ขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคลนั้น ซึ่งพัฒนามาเป็นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และใช้อธิบายถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลโดยอยู่ภายใต้ข้อตกลงว่า บุคคลต้องการหลีกเลี่ยงการเกิดโรคหรือความเจ็บป่วย และบุคคลเชื่อว่าการกระทำที่เฉพาะเจาะจงจะสามารถป้องกันการเกิดโรคได้ ความเชื่อด้านสุขภาพที่ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคนี้นับว่ามีนัยสำคัญเกี่ยวกับการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค 4 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility

of disease) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived seriousness of disease) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค (perceived benefits of preventive action) และการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค (perceived barriers of preventive action) โดย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ การคุกคามของโรค (perceived threat of disease) ซึ่งจะก่อให้เกิดแรงผลักดันให้บุคคลมีการปฏิบัติ พฤติกรรม และเมื่อบุคคลมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมมากกว่าการรับรู้อุปสรรค ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆจะเกิดผลลัพธ์ตามมาคือ บุคคลมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยปรับเปลี่ยน (modifying factors) ที่มีผลโดยอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการ ป้องกันโรคของบุคคล โดยเป็นสิ่งที่จะสนับสนุนให้บุคคลเกิดความเชื่อด้านต่างๆ ปัจจัยปรับ เปลี่ยนดังกล่าว ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร (demographic variables) ปัจจัยด้านจิตสังคม (sociopsychological variables) และปัจจัยด้านโครงสร้าง (structural variables) รวมทั้งตัวชี้เเนะการ กระทำ (cues to action) ที่จะเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลมีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน โรคนั้นๆ เช่น การได้รับคำแนะนำ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ และการได้รับประสบ การณ์เกี่ยวกับโรคเป็นต้น (Janz, & Becker, 1984; Rosenstock, 1974a, 1974b) จากการรวบรวมผล การศึกษาต่างๆที่ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแนวทางในการวิจัยเพื่ออธิบายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลโดย เจนซ์ และเบคเกอร์ (Janz, & Becker, 1984) จำนวน 24 รายงานในปี ค.ศ. 1974-1984 พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป่ องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมโนทัศน์หลักทั้ง 4 ด้านสามารถอธิบายถึงพฤติกรรมการ ป่ องกันโรคต่างๆของบุคคลได้ โดยพบว่าการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค สามารถใช้อธิบายถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคได้มากที่สุด การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค สามารถใช้อธิบายถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคได้มากกว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถใช้อธิบายพฤติกรรมการป่ อง กันโรคได้น้อยที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย มีหลายรายงานพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคในสตรี เช่น การศึกษาของ โสพรรณ โพทะยะ (2532) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การศึกษาของ ศิริพร พงษ์โกศา (2532) พบว่า ความเชื่อด้าน สุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี เพื่อป้องกันการติดต่อของโรคสู่บุตรและบุคคลในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

และการศึกษาของ เรณู กาวิละ (2537) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจหาและเร่งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นต้น

การป้องกันโรคเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบประการหนึ่งของพยาบาล ดังนั้นพยาบาลจึงมีส่วนเกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคกระดูกพรุนในสตรีที่มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคนี้ตามพัฒนาการของชีวิต ซึ่งบทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการป้องกันโรค ได้แก่ การให้ความรู้ การให้คำปรึกษา การให้คำแนะนำ และการจัดกิจกรรมต่างๆ (Bigbee, & Jansa, 1991; Pender, Barkauskas, Hayman, Rice, & Anderson, 1992) การปฏิบัติเช่นนี้จะช่วยส่งเสริม กระตุ้น และสนับสนุนให้สตรีมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคกระดูกพรุน หนึ่งในขณะที่พยาบาลสตรีให้บริการพยาบาลเพื่อป้องกันโรคกระดูกพรุนแก่สตรีทั่วไปนั้น ตนเองมีโอกาสรiskต่อการเกิดโรคกระดูกพรุนตามกระบวนการพัฒนาการของชีวิตได้เช่นเดียวกัน ดังนั้นพยาบาลสตรีจึงควรเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคกระดูกพรุน ทั้งนี้เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีสำหรับผู้อื่น (Strasen, 1992) และทำให้ตนเองมีโอกาสรiskต่อการเกิดโรคกระดูกพรุนลดลง หากเกิดโรคกระดูกพรุนในวัยหมดประจำเดือนหรือวัยสูงอายุจะทำให้สุขภาพถูกบั่นทอนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจและสังคมในการดำเนินชีวิตประจำวันตามบทบาทหน้าที่ต่างๆของตนเองได้ พยาบาลสตรีที่เป็นโรคนี้อาจเกิดความทุกข์ทรมานจากอาการปวดกระดูกเรื้อรัง ทำให้มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว รวมทั้งประกอบกิจกรรมทางกายได้น้อยลงจนเป็นเหตุให้ไม่สามารถดูแลตนเอง และไม่สามารถปฏิบัติภารกิจหน้าที่ต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนอาจมีผลด้านลบต่อบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบเหล่านั้นทั้งในครอบครัว สังคม รวมทั้งบทบาทหน้าที่ในวิชาชีพที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยด้วย

ในประเทศไทยยังไม่ปรากฏว่า มีรายงานที่เกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคกระดูกพรุนในกลุ่มพยาบาลสตรี ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรีที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขของจังหวัดเชียงใหม่ เนื่องจากจังหวัดเชียงใหม่เป็นศูนย์กลางข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขของเขต 17 จังหวัดภาคเหนือของประเทศไทย ประกอบกับพยาบาลมีหน้าที่ตามความรับผิดชอบเกี่ยวกับงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคทั่วไปแก่สตรีซึ่งใช้แนวนโยบายเดียวกันในการปฏิบัติงานตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ด้านการส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทำงานซึ่งมีกลุ่มสตรีรวมอยู่ด้วย ทั้งนี้เพื่อจะได้นำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรี
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรีกับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรี

สมมติฐานการวิจัย

1. ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคกระดูกพรุนโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรี
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรี
3. การรับรู้ความรุนแรงของโรคกระดูกพรุนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรี
4. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรี
5. การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนมีความสัมพันธ์ทางลบกับการพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรี

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษา ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรีที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแม่และเด็ก โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดเชียงใหม่รวม 22 แห่ง จำนวน 230 คน ในเดือนกรกฎาคม 2543

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

พยาบาลสตรี หมายถึง บุคคลที่ขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้น 1 ของสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย และปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลแม่และเด็ก โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดเชียงใหม่

ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคกระดูกพรุน หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน การรับรู้ความรุนแรงของโรคกระดูกพรุน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุน และการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุน ซึ่งสามารถวัดได้จากแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคกระดูกพรุนตามการรับรู้ของพยาบาลสตรี ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมหลังการผ่าตัดผ่านกล้องส่องข้อ ของ ชีรนนท์ สิงห์เฉลิม (2542)

พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคกระดูกพรุน หมายถึง การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคกระดูกพรุน ประกอบด้วย พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารที่มีแคลเซียมสูง การหลีกเลี่ยงอาหารสาร และยาที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน และการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาชนิดลงน้ำหนักที่กระดูก ซึ่งสามารถวัดได้จากแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรีที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมหลังการผ่าตัดผ่านกล้องส่องข้อ ของ ชีรนนท์ สิงห์เฉลิม (2542)