

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษานำเสนอในรูปแบบตารางประกอบการบรรยาย โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรี และข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรี

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรีโดยรวมและรายด้าน กับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรี

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1

จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 226)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
30-35	72	31.30
36-40	111	48.26
41-45	34	14.79
46-50	13	5.65
($\bar{X}$ = 37.68, SD = 4.21)		
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	217	94.35
สูงกว่าปริญญาตรี	13	5.65
ประวัติประจำเดือน		
สม่ำเสมอ	200	86.91
ไม่สม่ำเสมอ	30	13.09
ประสบการณ์เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากช่อง		
ญาติ หรือบุคคลใกล้ชิดเป็นโรคมะเร็งปากช่อง	24	10.43
ปฏิบัติงานพยาบาลเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคมะเร็งปากช่อง	27	11.74
ไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากช่อง	179	74.83

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 226)	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	170	73.91
มีโรคประจำตัวหรืออาการ	60	26.09
โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด	7	11.67
โรคระบบ ต่อมไร้ท่อ	6	10.00
โรคระบบภูมิคุ้มกัน	18	30.00
โรคระบบทางเดินอาหาร	11	18.33
โรคระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ	12	20.00
ไมเกรน	3	5.00
เวียนศีรษะ หูอื้อ	1	1.67
ปวดประจำเดือน	2	3.33

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในระหว่าง 36-40 ปี (ร้อยละ 48.26) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 94.35) มีประวัติประจำเดือนมาสม่ำเสมอ (ร้อยละ 86.91) ไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับโรคกระดูก (ร้อยละ 74.83) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 73.91) สำหรับกลุ่มที่มีโรคประจำตัว พบโรคที่เป็นมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคหรืออาการในระบบภูมิคุ้มกัน ระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ และระบบทางเดินอาหาร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากในพยาบาลสตรี และพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากในพยาบาลสตรี

ตารางที่ 2

พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปาก และคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากในพยาบาลสตรี

ตัวแปร	พิสัย	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับคะแนน
ความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้โดยรวม	9 - 102	60.18	14.22	ปานกลาง
- ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	20 - 64	42.57	5.97	ปานกลาง
- ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค	5 - 20	16.62	2.49	สูง
- ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค	14 - 44	32.15	4.72	ปานกลาง
- ด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค	16 - 48	31.53	6.29	ต่ำ
พฤติกรรมการป้องกันโรค	24 - 40	30.69	2.89	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากตามการรับรู้โดยรวม และรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูง และด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับต่ำ ส่วนคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรีตามการรับรู้โดยรวมและรายด้าน กับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรี

ตารางที่ 3

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรีตามการรับรู้โดยรวมและรายด้าน กับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรี

ความเชื่อด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุน
โดยรวม	.214*
รายด้าน	
- ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	-.032
- ด้านการรับรู้ความรุนแรงของ	-.023
- ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ	
พฤติกรรมการป้องกันโรค	.016
- ด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติ	
พฤติกรรมการป้องกันโรค	-.437*

* $p < .01$

จากตารางที่ 3 พบว่าคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคกระดูกพรุนตามการรับรู้โดยรวมมีความสัมพันธ์กับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในระดับต่ำมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คะแนนการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนมีความสัมพันธ์กับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในระดับต่ำ ส่วนคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคกระดูกพรุน และคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุน

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และ พฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรี ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวง สาธารณสุขในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 230 คน ครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอและอภิปรายผลตาม วัตถุประสงค์และสมมติฐานของการศึกษาดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นพยาบาลสตรีจำนวน 230 คน อายุระหว่าง 30-50 ปี อายุเฉลี่ย 37.68 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.21 ส่วนใหญ่ร้อยละ 48.26 อายุ 36-40 ปี ซึ่งอยู่ในวัย ผู้ใหญ่ สตรีวัยนี้ถือได้ว่าเป็นผู้ที่มีความสุขร่างกายแข็งแรง ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง หรือการ หมดประจำเดือน (Woods, & Mitchell, 1998) ร้อยละ 94.35 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือ เทียบเท่าปริญญาตรี ร้อยละ 86.91 มีประจำเดือนมาสม่ำเสมอ ร้อยละ 74.83 ไม่เคยมีประสบการณ์ เกี่ยวข้องกับโรคกระดูกพรุนมาก่อน และร้อยละ 73.91 ไม่มีโรคประจำตัว ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ส่วนใหญ่มีลักษณะประชากรที่คล้ายคลึงกัน กล่าวคือ เป็นสตรีวัย ผู้ใหญ่ที่มีระดับการศึกษาในวิชาชีพเดียวกัน รับราชการในสถานบริการของรัฐเหมือนกัน เป็นผู้ที่มิ สุขภาพดี ไม่มีโรคประจำตัวหรือภาวะหมดประจำเดือน และไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับโรค กระดูกพรุน

2. ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรี

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างพยาบาลสตรีมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยว กับโรคกระดูกพรุนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 60.18$, $SD = 14.22$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน และการรับรู้ประโยชน์ของ การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในระดับปานกลาง การรับรู้ความรุนแรงของโรค กระดูกพรุนในระดับสูง และการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุน ในระดับต่ำ

การที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุนในระดับ ปานกลาง ($\bar{X} = 42.57$, $SD = 5.97$) หรือยังไม่มาก อธิบายได้ว่า อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ใน

วัยผู้ใหญ่มีอายุโดยเฉลี่ยเพียง 37.68 ปี ซึ่งสตรีวัยนี้ยังถือได้ว่าเป็นผู้ที่มิสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง หรือการหมกประจําเดือน ประกอบด้วยส่วนใหญ่ร้อยละ 74.83 ไม่เคยมีประสบการณ์ที่ตนเป็นโรคกระดูกพรุนมาก่อน ส่วนประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับโรคนี้มีเพียงญาติหรือผู้ใกล้ชิดเป็นโรค หรือตนปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคนี้เท่านั้น นอกจากนี้ร้อยละ 86.91 ยังมีประจำเดือนมาสม่ำเสมอ และร้อยละ 73.91 ไม่มีโรคประจำตัวที่เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคกระดูกพรุน จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุนของคนยังไม่มาก คือ เพียงระดับปานกลางเท่านั้น ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ สติลล์แมน (Stillman, 1977) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุนสูง คือกลุ่มที่มีประวัติเป็นก่อนที่แต่งงานหรือเคยผ่าตัดก้อนมะเร็งเต้านมมาก่อนเท่านั้น

การที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 16.62$, $SD = 2.49$) อธิบายได้ว่า อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลจึงน่าจะได้รับความรู้หรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคกระดูกพรุนจากการศึกษา ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรด้านการพยาบาลมาก่อน (ส่วนพัฒนาการศึกษา สถาบันพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข, 2538) และอาจได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคกระดูกพรุนจากนโยบายการปฏิบัติงานในหน่วยงานของตนตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ซึ่งกำหนดไว้ในแผนในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2543) ด้านการส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทำงานและกลุ่มสตรีหลังวัยเจริญพันธุ์ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคต่างๆ แก่สตรี ซึ่งกล่าวถึงการป้องกันโรคกระดูกพรุนแก่สตรีด้วย (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข, 2539) ดังนั้นจึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคกระดูกพรุนอยู่ในระดับสูงแม้ว่าโรคนี้จะไม่เกิดขึ้นกับตนเองก็ตาม

การที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 32.15$, $SD = 4.72$) อธิบายได้ว่า แม้กลุ่มตัวอย่างจะเป็นพยาบาลที่มีความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับโรคกระดูกพรุน ที่เป็นปัจจัยปรับเปลี่ยนตามกรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพปัจจัยหนึ่งที่จะสนับสนุนให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมด้านสุขภาพก็ตาม (Rosenstock, 1974a) แต่เนื่องจากตนยังไม่ได้ป่วยเป็นโรคนี้ ประกอบกับส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับโรคกระดูกพรุนมาก่อน และไม่มีโรคประจำตัวหรือภาวะหมกประจําเดือนซึ่งทำให้มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้ ดังนั้นปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้ปฏิบัติที่จะชักจูงหรือกระตุ้นเหล่านี้จึงยังมีไม่มากพอที่จะทำให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนต่อตนเองในระดับสูงได้ ซึ่งตามกรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพได้อธิบายว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติด้านสุขภาพของบุคคลจะเกิดขึ้นเมื่อมีปัจจัยปรับเปลี่ยนและปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ (Rosenstock, 1974a)

การที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนของตนเองในระดับต่ำ ($\bar{X} = 31.53$, $SD = 6.29$) อธิบายได้ว่า อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสุขภาพดีไม่มีโรคประจำตัว และจัดได้ว่าเป็นกลุ่มสตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมค่อนข้างมั่นคงเพราะรับราชการ และมีรายได้ประจำจากการปฏิบัติงานพยาบาลในหน่วยงานของรัฐ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 37.68 ปี ซึ่งจัดว่าเป็นกลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านงานบริการเป็นส่วนใหญ่ แม้ว่าการทำงานจะต้องหมุนเวียนขึ้นปฏิบัติงานในเวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึกก็ตาม แต่ก็มีกำหนดตารางการปฏิบัติงานไว้ล่วงหน้า (วาริณี เขียมสวัสดิกุล, 2541) จึงอาจไม่ใช่อุปสรรคสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่จะจัดสรรเวลาและค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนที่เหมาะสมแก่ตนเอง นอกจากกลุ่มตัวอย่างจะต้องรับผิดชอบบทบาทหน้าที่ให้บริการด้านการพยาบาลในสังคมแล้วอาจยังมีบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบต่อครอบครัวอีกด้วย การปฏิบัติบทบาทหน้าที่หลากหลายเช่นนี้จะช่วยให้เป็นผู้ที่มีสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตดีได้ ดังมีรายงานการศึกษาพบว่า สตรีที่ปฏิบัติงานนอกบ้านและต้องรับผิดชอบงานในบ้านด้วยจะเป็นผู้ที่มีสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตดีกว่าสตรีที่รับผิดชอบงานบ้านเพียงอย่างเดียว (Woods, 1995) ประกอบกับปัจจุบันการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคเป็นกระแสที่กำลังได้รับความนิยม เพื่อสนองนโยบายส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคแก่ประชาชนวัยทำงานและกลุ่มสตรีในวัยต่างๆ ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุขในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 จึงอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นบุคลากรด้านสุขภาพมีการตื่นตัวต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค รวมทั้งอาจได้รับการสนับสนุนทางสังคม เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งอื่น การประดับประคองทางอารมณ์ การให้การสนับสนุนด้านต่างๆจากบุคคลใกล้ชิด กลุ่มเพื่อน หรือบุคคลอื่นๆ เช่น แพทย์ และพยาบาลเป็นต้น ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งสนับสนุนที่ดีในด้านการมีพฤติกรรมสุขภาพ (กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์, 2541) ดังนั้นจึงอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีอุปสรรคทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม รวมทั้งด้านเวลาต่ำหรือไม่มากพอที่จะขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุน ในการศึกษาซึ่งเกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง การหลีกเลี่ยงการบริโภคสิ่งที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการออกกำลังกายชนิดลงน้ำหนักที่กระดูก ผลการศึกษาจึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิตอารี ศรีอาคะ (2543) ที่พบว่าพยาบาลสตรีที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลน่านมีการรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายต่ำ แม้จะต้องขึ้นเวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก และต้องรับภาระหน้าที่ในการดูสมาชิกในครอบครัวด้วย

ผลการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคกระดูกพรุน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีสุขภาพที่ดี ไม่มีโรคประจำตัวหรืออยู่ในภาวะหมดประจำเดือน และไม่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับโรคกระดูกพรุน จึงรับรู้ว่าคุณเองไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุนมากนัก แต่เนื่องจากประกอบวิชาชีพพยาบาลและปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยงานของรัฐทำให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคกระดูกพรุนจึงมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคสูงได้แม้ว่าโรคนี้ยังไม่เกิดขึ้นกับตน การที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าคุณเองยังไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคนัก และส่วนใหญ่ยังไม่มีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับโรคนี้อาจเป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคนี้ไม่มาก และการที่กลุ่มตัวอย่างมีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่มั่นคง รวมทั้งอาจได้รับการกระตุ้นและชักจูงให้ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคนี้จากกลุ่มสนับสนุนในสังคม อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนต่ำ

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรี

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างพยาบาลสตรีมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 30.69$, $SD = 2.89$) แสดงว่า พยาบาลสตรีมีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนยังไม่มากพอ อธิบายได้ว่า อาจเป็นเพราะพยาบาลสตรีส่วนใหญ่ร้อยละ 86.91 ยังมีประจำเดือนมาสม่ำเสมอ ร้อยละ 73.91 ไม่มีโรคประจำตัว อายุเฉลี่ย 37.68 ปี ซึ่งยังเป็นวัยที่ร่างกายแข็งแรง ไม่มีอาการสัมพันธ์กับโรคเรื้อรัง หรือภาวะหมดประจำเดือน และร้อยละ 74.83 ไม่เคยมีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับโรคกระดูกพรุนมาก่อน แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะเป็นบุคลากรด้านสุขภาพซึ่งได้รับความรู้ หรือข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนจากการศึกษาในหลักสูตรพยาบาล และจากนโยบายการปฏิบัติของหน่วยงานตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ประกอบกับเป็นกลุ่มสตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมมั่นคงและมีกำหนดเวลาทำงานที่ชัดเจนก็ตาม นอกจากนี้ยังเป็นไปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างยังขาดสิ่งชักนำให้รับรู้ภาวะคุกคามของโรคต่อตนเองอย่างเหมาะสม นั่นคือไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับโรคกระดูกพรุนมาก่อน ซึ่งจะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น (Rosenstock, 1974a) กลุ่มตัวอย่างจึงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนไม่มากพอหรือเพียงระดับปานกลาง

4. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคระดูกพรุนในพยาบาลสตรีกับพฤติกรรมการป้องกันโรคระดูกพรุนในพยาบาลสตรี

สมมติฐานข้อที่ 1 ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคระดูกพรุนโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคระดูกพรุนในพยาบาลสตรี

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมกับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคระดูกพรุนมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ในระดับต่ำมาก($r = .214$) สมมติฐานจึงได้รับการสนับสนุน อาจกล่าวได้ว่าในการศึกษารั้งนี้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมสามารถนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคระดูกพรุนในกลุ่มพยาบาลสตรีได้แต่ยังไม่มากพอ และมีเพียงด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคระดูกพรุนเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคระดูกพรุนของกลุ่มตัวอย่างแต่เป็นความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ดังนั้นผลการศึกษารั้งนี้จึงชี้ให้เห็นว่า อาจมีปัจจัยอื่นๆที่ยังไม่ได้นำมาศึกษามีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้อาจเป็นปัจจัยอื่นๆตามกรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพที่ไม่ได้ศึกษารั้งนี้ เช่น ตัวแปรด้านประชากร ด้านสถานภาพสมรสเป็นต้น ดังเช่น การศึกษาของ อวยพร สุทธิสนธิ (2528) พบว่า สถานภาพสมรสที่แตกต่างกันมีผลทำให้พยาบาลมีการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หรืออาจเป็นปัจจัยอื่นๆที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังมีปัจจัยอีกหลายประการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของสตรี เช่น ความเชื่อมั่นหรือความสามารถแห่งตนมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคของสตรี ดังผลการศึกษาของ แชมเปียน (Champion, 1991) ที่พบว่า ความเชื่อมั่นหรือความสามารถแห่งตนมีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปในประเทศสหรัฐอเมริกา และการศึกษาของ โฮแรน, คิม, เจนค์เลอร์, โฟรแมน, และพาเทล (Horan, Kim, Gendler, Froman, & Patel, 1998) ที่พบว่า ความเชื่อมั่นหรือความสามารถแห่งตนมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคระดูกพรุนทั้งด้านกิจกรรมทางกายและการรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูงของสตรีอายุ 35-95 ปีในประเทศสหรัฐอเมริกา และปัจจัยด้านความเครียดมีผลทำให้สตรีมีพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคระดูกพรุน กล่าวคือสตรีที่มีความเครียดซึ่งเกิดจากการดำเนินชีวิตประจำวันเป็นเวลานานและมีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสมจะส่งผลให้สตรีไม่ได้รับอาหารครบถ้วนตามความต้องการของร่างกาย ไม่ออกกำลังกาย หรือออกกำลังกายมากเกินไป รวมทั้งมีการดื่มสุรา กาแฟ และสูบบุหรี่ด้วยเป็นต้น

(Anness, 1999) นอกจากนี้ยังพบว่าบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในสตรีมากกว่าบุรุษ เช่น สตรีมักเลือกบริโภคหรือไม่บริโภคอาหารบางชนิดเพื่อความสวยงามของร่างกาย หรือเพื่อให้มีรูปร่างที่บอบบางตามที่กลุ่มหรือสังคมของคนยอมรับ และพบว่าภาพลักษณ์มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่นำมาซึ่งปัญหาด้านสุขภาพโภชนาการ และสุขภาพจิตของสตรี (Robbins, 1996) นอกจากนี้พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับอาหาร ความนิยมในการบริโภคของแต่ละสังคมและวัฒนธรรม รวมทั้งบริโภคนิสัยเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการด้วย (Williams, 1993)

อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาต่างๆ ที่พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล เช่น การศึกษาของ เรณู กาวิละ (2537) ที่พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์การมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ การศึกษาของ โสพรรณ โพทะยะ (2532) ที่พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกรตรวจเต้านมด้วยตนเองแม้ในสตรีที่มีอาชีพและระดับการศึกษาต่างกัน คือ พยาบาล ครู พนักงานหรือลูกจ้างในร้าน และพนักงานหรือคนงานในโรงงาน การศึกษาของ ศิริพร พงษ์โกคา (2532) ที่พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีมีความสัมพันธ์กับการป้องกันการติดต่อของโรคไปสู่บุตรและบุคคลในครอบครัวของมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรค และการศึกษาของ คัมมิง, เจตต์, และบร็อก (Cummings, Jette, & Brock, 1979 cited in Janz, & Becker, 1984) ที่พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมเกี่ยวกับโรคไข้วัดใหญ่มีความสัมพันธ์กับการมารับวัคซีนป้องกันโรคไข้วัดใหญ่

สมมติฐานข้อที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคระดูกพรุนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคระดูกพรุนในพยาบาลสตรี

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับคะแนนพฤติกรรม การป้องกันโรคระดูกพรุนในพยาบาลสตรีไม่มีความสัมพันธ์กันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 สมมติฐานจึงไม่ได้รับการสนับสนุน อาจกล่าวได้ว่า ในการศึกษาครั้งนี้การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคของกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคระดูกพรุนของพยาบาลสตรี แม้ว่าคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคระดูกพรุนกับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคนี้ของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกันก็ตาม ซึ่งอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกันมาก เพราะเป็นบุคลากรด้านสุขภาพในวิชาชีพที่

เหมือนกันและปฏิบัติงานในสถานบริการที่ใช้นโยบายเดียวกัน จึงมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนคล้ายคลึงกัน การที่คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนของกลุ่มตัวอย่างไม่แปรตามคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุนของกลุ่มตัวอย่างอาจเพราะมีปัจจัยด้านอื่นที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนของกลุ่มตัวอย่างได้มากกว่า เช่น การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคเป็นต้น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่าการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนเป็นการรับรู้เพียงด้านเดียวที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนของกลุ่มตัวอย่าง แม้ว่าคะแนนการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนจะอยู่ในระดับต่ำก็ตาม

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ รัทเลดจ์ (Rutledge, 1987) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีชนชั้นกลางอายุระหว่าง 25-85 ปี ในประเทศสหรัฐอเมริกา การศึกษาของ ยูพิน เพียร์มกล (2537) ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ออาการแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์แรก และการศึกษาของเรณู กาวีละ (2537) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุนไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจหากระดูกพรุนของสตรี แต่แตกต่างจากผลการศึกษาอื่นๆ ในช่วงปี ค.ศ. 1974-1984 ที่รวบรวมโดย เจนซ์ และเบคเกอร์ (Janz, & Becker, 1984) จำนวน 24 รายงาน ที่พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์และสามารถอธิบายถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคได้

สมมติฐานข้อที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคกระดูกพรุนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรี

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคกับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรีไม่มีความสัมพันธ์กันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 สมมติฐานจึงไม่ได้รับการสนับสนุน อาจกล่าวได้ว่าในการศึกษาครั้งนี้การรับรู้ความรุนแรงของโรคกระดูกพรุนของกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคนี้ของพยาบาลสตรีได้ แม้ว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะอยู่ในระดับสูง แต่พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคนี้ของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง การที่คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนไม่แปรตามคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคกระดูกพรุนอาจเป็นเพราะ กลุ่ม

ตัวอย่างยังไม่มีภาวะเสี่ยงหรือประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการเป็นโรคกระดูกพรุนโดยตรง และกลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงของโรคนี้เป็นเพียงการคาดประมาณในสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้นจริง และอาจมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคเป็นการรับรู้เพียงด้านเดียวที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคในช่วง ปี ค.ศ. 1974-1984 ที่รวบรวมโดย เจนซ์ และเบคเกอร์ (Janz, & Becker, 1984) ที่พบว่าในจำนวน 24 รายงาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์และอธิบายถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคได้น้อยที่สุดเพียงร้อยละ 36 เท่านั้น

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ รัทเลดจ์ (Rutledge, 1987) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีชนชั้นกลางระดับสูงอายุ 25-85 ปี ในประเทศสหรัฐอเมริกา การศึกษาของ ไวเปอร์ (Wyper, 1990) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมไม่สัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์จนถึงวัยสูงอายุที่มีระดับการศึกษาดีในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งทั้ง 2 การศึกษาได้อธิบายว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างยังไม่มีอาการที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งที่เต้านม และเป็นเพียงการประมาณถึงความรุนแรงในสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้นจริง และการศึกษาของ มุนด์ท์ (Mundt, 1992) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไวรัสตับอักเสบบีไม่มีความสัมพันธ์กับการรับวัคซีนเพื่อป้องกันโรคของกลุ่มพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศแคนาดา ส่วนในประเทศไทยผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เรณู กาวิตะ (2537) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจหาเชื้อมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอสันป่าตอง ของจังหวัดเชียงใหม่ แต่แตกต่างจากผลการศึกษาของ คัมมิงส์, เจ็ตต์, และบร็อก (Cummings, Jette, & Brock, 1979 cited in Janz, & Becker, 1984) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้หวัดใหญ่มีความสัมพันธ์กับการรับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ การศึกษาของ โรเซนสต็อก, เดอร์วเบอร์รี่, และคาร์ริเจอร์ (Rosenstock, Derrvberry, & Carriger, 1959 cited in Rosenstock, 1974b) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคโปลิโอมีผลต่อการมารับวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ ส่วนการศึกษาในประเทศไทยพบว่าแตกต่างจากการศึกษาของ ศิริพร พงษ์โกคา (2532) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคโปลิโอบุตรและบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการป้องกันการติดต่อของโรคไวรัสตับอักเสบบีในมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรค และการศึกษาของ ยูพิน เพ็ชรมงคล (2537) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์แรก

สมมติฐานข้อที่ 4 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรี

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนกับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุน ไม่มีความสัมพันธ์กันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 สมมติฐานจึงไม่ได้รับการสนับสนุน อาจกล่าวได้ว่าในการศึกษานี้การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนของกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคนี้ของพยาบาลสตรีได้ ซึ่งอธิบายได้ว่า อาจเนื่องจากมีปัจจัยที่ผลด้านลบต่อการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งในการศึกษานี้ พบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคนี้ด้วย แม้ว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนจะอยู่ในระดับต่ำก็ตาม ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณภาพเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่มาก ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับโรคนี้ และการรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นเพียงการคาดประมาณในสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้นกับตนเอง ดังนั้นจึงไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ รันดอลล์ และวิลเลอร์ (Rundall, & Wheeler, 1979 cited in Janz, & Becker, 1984) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจร่างกายเพื่อป้องกันโรคจากแพทย์ไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจร่างกายของกลุ่มประชาชนในประเทศสหรัฐอเมริกาเนื่องจากมีอุปสรรคด้านค่าใช้จ่ายเข้ามาเกี่ยวข้อง และการศึกษาของ สติลล์แมน (Stillman, 1977) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ปฏิบัติพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองแม้ว่าส่วนใหญ่ที่รับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างคิดว่าตนเองไม่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมและปฏิบัติไม่เป็นแต่แตกต่างจากผลการศึกษาของโรเซนสต็อก, เคอร์วเบอร์รี่, และคาร์ริเจอร์ (Rosenstock, Derrvberry, & Carriger, 1959 cited in Rosenstock, 1974b) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคโปลิโอในด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัยมีผลให้กลุ่มประชาชนในประเทศสหรัฐอเมริการับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ การศึกษาของ รัทเลดจ์ (Rutledge, 1987) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับความถี่ในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีชนชั้นกลางอายุ 25-85 ปีในประเทศสหรัฐอเมริกา การศึกษาของ ไวเปอร์ (Wyper, 1990) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองทั้งด้านความถี่และความละเอียดถี่ถ้วนในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

เองของสตรีวัยเจริญพันธุ์และวัยสูงอายุที่มีการศึกษาดีในประเทศสหรัฐอเมริกา การศึกษาในประเทศไทย ของ ศิริพร พงษ์โกตา (2532) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีมีความสัมพันธ์กับการป้องกันการติดต่อของโรคไปสู่บุตรและบุคคลในครอบครัวของสตรีหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรค การศึกษาของ เรณู กาวิละ (2537) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจหาเชื้อเรื้อรังปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจหาเชื้อเรื้อรังปากมดลูกของสตรีในอำเภอสันป่าตองของจังหวัดเชียงใหม่

สมมติฐานข้อที่ 5 การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรี

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนกับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคนี้มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ($r = -.437$) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 สมมติฐานจึงได้รับการสนับสนุน อาจอธิบายได้ว่าเมื่อบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนมากขึ้น จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนน้อยลง แม้ว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรีจะอยู่ระดับต่ำ ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคกระดูกพรุนอยู่ในระดับสูง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรครวมทั้งการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคจะอยู่ในระดับปานกลางก็ตาม แสดงให้เห็นว่าในการศึกษานี้ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนเป็นการรับรู้เพียงด้านเดียวที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนของกลุ่มตัวอย่างจึงสามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนของพยาบาลสตรีกลุ่มนี้มากกว่าการรับรู้ด้านอื่นๆ

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาอื่นๆในช่วงปี ค.ศ. 1974-1984 ที่รวบรวมโดย เจนซ์ และเบคเกอร์ (Janz, & Becker, 1984) ในจำนวน 24 รายงาน ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์และสามารถอธิบายถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลได้มากที่สุด (Janz, & Becker, 1984) การศึกษาของ รัทเลดจ์ (Rutledge, 1987) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับการปฏิบัติพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีชนชั้นกลางอายุระหว่าง 25-85 ปี ในประเทศสหรัฐอเมริกา การศึกษาของ ไวเปอร์ (Wyper, 1990) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับการปฏิบัติพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัย

เจริญพันธุ์และวัยสูงอายุที่มีการศึกษาดีในประเทศสหรัฐอเมริกา การศึกษาในประเทศไทยของ ศิริพร พงษ์โกตา (2532) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคไวรัสตับอักเสบบีในมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรค การศึกษาของ เรณู กาวีละ (2537) ที่พบว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคของการมาตรวจหามะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอสนป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ และการศึกษาของ จิตอาวี ศรีอาคะ (2543) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายโดยรวมมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของพยาบาลโรงพยาบาลน่าน และพบความสัมพันธ์ในรายด้าน คือ เวลา และความพร้อมของร่างกาย

ผลการศึกษานี้สรุปได้ว่า การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุน เป็นการรับรู้เพียงด้านเดียวที่สามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในกลุ่มพยาบาลสตรีได้แม้ว่าจะอธิบายได้ไม่มาก ในขณะที่การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน การรับรู้ความรุนแรงของโรคกระดูกพรุน และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนยังไม่สามารถนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลสตรีได้ ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในกลุ่มพยาบาลสตรีในการศึกษานี้ได้แต่ยังไม่ชัดเจนพอ ผลการศึกษานี้จึงชี้ให้เห็นว่าอาจยังมีปัจจัยอื่นๆตามกรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยยังไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ เช่น ตัวแปรด้านประชากรมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคของสตรี เช่น สถานภาพสมรสที่แตกต่างกันมีผลทำให้พยาบาลมีการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองแตกต่างกัน (อวยพร สุทธิสนธิ์, 2528) รวมทั้งปัจจัยอื่นๆที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคล เช่น ความเชื่อมั่นหรือความสามารถแห่งตนมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรี (Champion, 1991) รวมทั้งมีผลต่อการป้องกันโรคกระดูกพรุนของสตรีด้วย (Horan, Kim, Gendler, Froman, & Patel, 1998) และความเครียดกับการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสมมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนของสตรี (Anness, 1999) ตลอดจนปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคและภาวะโภชนาการ เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับอาหาร บริโภคนิสัย ความนิยมในการบริโภค (Williams, 1993) ตลอดจนบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงและภาพลักษณ์ (Robbins, 1996) เป็นต้น