

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ (descriptive correlational study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค โดยรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 100 ราย การนำเสนอผลการศึกษา แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพ

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ดังได้กล่าวข้างต้นว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษา ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 100 ราย ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้านประชากร และเศรษฐกิจสังคม เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้กับค่าใช้จ่าย แสดงในตารางที่ 1 และตารางที่ 2 ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เช่น ระยะเวลาที่รักษา และ ประเภทของผู้ป่วย แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา (n=100)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	75	75.0
หญิง	25	25.0
<b>อายุ</b>		
≤ 20 ปี	4	4.0
21-30 ปี	24	24.0
31-40 ปี	15	15.0
41-50 ปี	27	27.0
51-60	14	14.0
≥ 61 ปี	16	16.0
$\bar{X}$ (S.D) = 43.2 (15.5)		
<b>สถานภาพสมรส</b>		
คู่	71	71.0
โสด	24	24.0
หย่าร้าง/หม้าย	4	4.0
แยกกันอยู่	1	1.0
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้ศึกษา	5	5.0
ประถมศึกษา	67	67.0
มัธยมศึกษา	17	17.0
อนุปริญญา	6	6.0
ปริญญาตรี	5	5.0

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 75 เป็นเพศชาย อีกร้อยละ 25 เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 18-82 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 43.2 ปี (S.D =15.5) โดยร้อยละ 27 ของกลุ่มตัวอย่าง มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 อีกร้อยละ 24 มีอายุระหว่าง 21-30 ปี มีเพียงร้อยละ 4 เท่านั้นที่

มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ในด้านสถานภาพสมรส ร้อยละ 71 มีสถานภาพสมรสคู่และอีกร้อยละ 24 มีสถานภาพสมรสโสด ส่วนทางด้านการศึกษา ร้อยละ 67 จบชั้นประถมศึกษา ในขณะที่ ร้อยละ 5 ของกลุ่มตัวอย่าง ไม่ได้รับการศึกษาหรือจบการศึกษาระดับปริญญาตรีในสัดส่วนที่เท่ากัน

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว และ ความเพียงพอของรายได้ (n=100)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
<b>อาชีพ</b>		
ว่างงาน	14	14.0
เกษตรกร	40	40.0
รับจ้าง	27	27.0
ค้าขาย	10	10.0
ธุรกิจส่วนตัว	5	5.0
รับราชการ	2	2.0
อื่นๆ (พระภิกษุ)	2	2.0
<b>รายได้เฉลี่ยของครอบครัว</b>		
≤ 5,000 บาท	31	31.0
5,001-10,000 บาท	44	44.0
10,001-15,000 บาท	15	15.0
15,001-20,000	7	7.0
≥20,000	3	3.0
( Median = 7,000 )		
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>		
ไม่เพียงพอ	72	72.0
เพียงพอ	26	26.0
เหลือเก็บ	2	2.0

ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ ในตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า ร้อยละ 40 ของกลุ่มตัวอย่างมีอาชีพเกษตรกรกรรม อีกร้อยละ 27 มีอาชีพรับจ้าง ขณะที่ ร้อยละ 14 ไม่ได้ประกอบอาชีพ และเพียงร้อยละ 2 เท่านั้นที่มีอาชีพรับราชการ รายได้ของครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 3,000 บาท ถึง 30,000 บาท (มีฐาน = 7,000 บาท) ซึ่ง ร้อยละ 44 มีรายได้อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท และร้อยละ 31 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ที่น่าสนใจก็คือ ร้อยละ 72 ของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ไม่พอเพียงกับค่าใช้จ่าย ในขณะที่มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายที่จำเป็นเพียง ร้อยละ 26 และ มีรายได้เหลือเก็บเพียง ร้อยละ 2 เท่านั้น

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละ ของระยะเวลาที่รักษาจำแนกตามประเภทผู้ป่วย (n=100)

ระยะเวลา รักษา (เดือน)	ประเภทผู้ป่วย					
	ผู้ป่วยใหม่		ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ		ผู้ป่วยขาดยา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
≤ 2	8	8.0	5	5.0	0	0
3-4	39	39.0	2	2.0	4	4.0
5-6	26	26.0	3	3.0	7	7.0
> 6	2	2.0	2	2.0	2	2.0
รวม	75	75.0	12	12.0	13	13.0

$$\bar{X} (S.D) = 4.2 (1.5)$$

จากตารางที่ 3 ข้อมูลการเจ็บป่วยแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างสามในสี่เป็นผู้ป่วยใหม่ และกว่าหนึ่งในสิบ เป็นผู้ป่วยขาดยาหรือผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ ส่วนระยะเวลาในการรักษาของผู้ป่วย วัลโรคอยู่ในช่วงระหว่าง 2-9 เดือน โดยมีระยะเวลา เฉลี่ย เท่ากับ 4.2 เดือน (S.D = 1.5) เมื่อพิจารณาตามประเภทของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยใหม่ ร้อยละ 39 มีระยะเวลาในการรักษาอยู่ในช่วง 3-4 เดือน อีกร้อยละ 26 มีระยะเวลาการรักษาอยู่ในช่วง 5-6 เดือน มีเพียงร้อยละ 2 เท่านั้นที่มีระยะเวลาการรักษามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป ส่วนผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ พบว่า ร้อยละ 5 ของกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการรักษา น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 เดือน ส่วนระยะเวลาการรักษาอยู่ในช่วง 3-4 เดือน และมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป พบในสัดส่วนที่เท่ากัน คือ ร้อยละ 2 สำหรับประเภทผู้ป่วยขาดยา พบว่า ร้อยละ 7 ของกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการรักษาอยู่ในช่วง 5-6 เดือน อีก ร้อยละ 4 มีระยะเวลาการรักษาอยู่ในช่วง 3-4 เดือน มีเพียงร้อยละ 2 เท่านั้นที่มีระยะเวลาการรักษามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป

## ส่วนที่ 2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำเสนอผลการศึกษาเกี่ยวกับข้อมูลการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มตัวอย่าง โดยการจัดระดับของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้คือ  $(49.3 \pm 7.2)$  โดยแบ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับต่ำ                      น้อยกว่า 42 คะแนน

ระดับปานกลาง            42-56 คะแนน

ระดับสูง                      มากกว่า 56 คะแนน

โดยนำเสนอ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างตามระดับการรับรู้ ดังแสดงในตารางที่ 4 ส่วนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจำแนกเป็นรายชื่อของกลุ่มตัวอย่าง จะแสดงในตารางที่ 5 โดยได้รวบรวมความคิดเห็นในระดับเห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง อยู่ในกลุ่มเดียวกัน

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละ ของระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของกลุ่มตัวอย่าง ( $n = 100$ )

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	13	13.0
ระดับปานกลาง	67	67.0
ระดับสูง	20	20.0
$\bar{X}$ (S.D) = 49.3 (7.2)		

จากตารางที่ 4 พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ  $49.3$  (S.D = 7.2) โดยร้อยละ 67 มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง อีกร้อยละ 20 และร้อยละ 13 ของกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง และระดับต่ำ ตามลำดับ

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายข้อ(n=100)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	เห็นด้วยอย่างยิ่งและเห็นด้วย		ไม่แน่ใจ		ไม่เห็นด้วย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.เมื่อฉันวางแผนที่จะทำอะไรฉันแน่ใจว่าฉันทำตามที่วางแผนได้	74	74.0	23	23.0	3	3.0
*2 ฉันไม่สามารถลงมือทำงานได้เมื่อควรจะทำ	46	46.0	38	38.0	16	16.0
3.ถ้าฉันไม่สามารถทำงานอย่างหนึ่งอย่างใดได้ในครั้งแรกฉันจะพยายามทำต่อไปจนกว่าจะสำเร็จ	87	87.0	11	11.0	2	2.0
*4.เมื่อฉันตั้งเป้าหมายที่สำคัญสำหรับตัวฉันบ่อยครั้งมากที่ฉันจะบรรลุเป้าหมาย	42	42.0	42	42.0	16	16.0
*5.ฉันล้มเลิกการทำสิ่งต่างๆก่อนที่จะทำสิ่งเหล่านั้นให้สำเร็จ	28	28.0	26	26.0	48	48.0
*6.ฉันพยายามหลีกเลี่ยงการเผชิญกับความยุ่งยาก	41	41.0	22	22.0	27	27.0
*7.ถ้าบางสิ่งดูมีความซับซ้อนยุ่งยากฉันจะไม่พยายามทำ สิ่งเหล่านั้น	54	54.0	26	26.0	20	20.0
8.เมื่อฉันต้องทำงานที่ไม่ชอบฉันจะพยายามทำงานนั้นจนสำเร็จ	44	44.0	19	19.0	37	37.0
9.เมื่อฉันตัดสินใจที่จะทำสิ่งใดฉันจะไม่รีรอที่จะทำสิ่งนั้น	84	84.0	11	11.0	5	5.0
*10.เมื่อฉันพยายามเรียนรู้สิ่งใหม่ๆฉันจะล้มเลิกความตั้งใจโดยเร็ว ถ้าฉันไม่ประสบความสำเร็จตั้งแต่ต้น	42	42.0	27	27.0	31	31.0
*11.เมื่อเกิดปัญหาที่ไม่คาดคิดมาก่อนฉันแก้ปัญหาได้ ไม่นึก	38	38.0	49	49.0	13	13.0
*12.ฉันหลีกเลี่ยงที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆเมื่อมันดูยากเกินไป สำหรับฉัน	56	56.0	22	22.0	22	22.0
13.ความล้มเหลวทำให้มีความพยายามมากขึ้น	82	82.0	15	15.0	3	3.0

ตารางที่ 5 (ต่อ) จำนวน และร้อยละ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายข้อ (n=100)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	เห็นด้วยอย่างยิ่งและเห็นด้วย		ไม่แน่ใจ		ไม่เห็นด้วย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
*14 ฉันรู้สึกไม่มั่นใจในความสามารถของ						
ฉันที่จะกระทำสิ่งต่างๆ	34	34.0	38	38.0	28	28.0
15. ฉันเป็นคนที่ยิ่งพาดตนเอง	88	88.0	8	8.0	4	4.0
*16. ฉันยอมแพ้ต่อสิ่งต่างๆโดยง่ายตาย	11	11.0	15	15.0	74	74.0
*17. ฉันเหมือนคนไม่มีความสามารถในการรับมือกับปัญหาส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นในชีวิต	18	18.0	40	40.0	42	42.0

\* ข้อความด้านลบ

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในรายข้อมีความหลากหลาย ทั้งข้อความทางบวกและข้อความทางลบในแต่ละกิจกรรม เมื่อพิจารณาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามระดับความเชื่อมั่นในความสามารถของกลุ่มตัวอย่างตามข้อคำถามทางบวก พบว่า ร้อยละ 74 ของกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งว่า เมื่อตนวางแผนที่จะทำอะไรแล้วมีความแน่ใจว่าสามารถทำตามแผนที่วางไว้ และร้อยละ 87 ของกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง ที่จะพยายามทำงานต่อไปให้สำเร็จแม้ว่าจะไม่สามารถทำงานนั้นให้สำเร็จในครั้งแรก ขณะที่ร้อยละ 44 เห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งที่ตนจะพยายามทำงานที่ไม่ชอบให้ประสบผลสำเร็จ ร้อยละ 84 เห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าเมื่อตนตัดสินใจจะทำสิ่งใดจะไม่รื้อที่ที่จะทำสิ่งนั้น และอีกร้อยละ 82 ของกลุ่มตัวอย่างที่เห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าความล้มเหลวทำให้ตนมีความพยายามมากขึ้น และกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 63 เห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าตนเป็นคนที่ยิ่งพาดตนเอง

ส่วนข้อคำถามทางด้านลบ กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 16 ไม่เห็นด้วยในกรณีที่คุณไม่สามารถลงมือทำงานได้เมื่อถึงเวลาที่ควรจะทำ หรือไม่สามารถบรรลุเป้าหมายสำคัญที่วางไว้ได้ อีกร้อยละ 48 ของกลุ่มตัวอย่าง ไม่เห็นด้วยกับการล้มเลิกการทำสิ่งต่างๆ ก่อนที่จะทำให้สำเร็จ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 41 และ ร้อยละ 54 เห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งที่จะพยายามหลีกเลี่ยงกับการเผชิญความยุ่งยากลำบาก และมีแนวโน้มที่ไม่จะพยายามทำบางสิ่งที่คุณมีความซับซ้อนยุ่งยาก และร้อยละ

38 ของกลุ่มตัวอย่าง เห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งว่า ตนไม่มั่นใจว่าเมื่อเกิดปัญหาที่ไม่คาดคิดมาก่อนจะสามารถแก้ไขปัญหาได้ดีเท่าที่ควร อีกร้อยละ 56 เห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งว่า ตนจะหลีกเลี่ยงในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ที่ดูยากเกินไป แต่ประเด็นที่น่าสนใจคือ ร้อยละ 74 และ ร้อยละ 42 ไม่เห็นด้วยว่าตนยอมแพ้ต่อสิ่งต่างๆ โดยง่ายดาย และดูเหมือนเป็นคนไม่มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาล้วนใหญ่ที่เกิดขึ้นในชีวิต

### ส่วนที่ 3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน โดยมีการแบ่งระดับของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ซึ่งแสดงในตารางที่ 6 ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ  $(125.0 \pm 11.4)$  ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับต่ำ (น้อยกว่า 113 คะแนน)

ระดับปานกลาง (113-136 คะแนน)

ระดับสูง (มากกว่า 136 คะแนน)

ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละของระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมจำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง  
(n = 100)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	14	14.0
ระดับปานกลาง	70	70.0
ระดับสูง	16	16.0
$\bar{X} (S.D) = 125.0 (11.4)$		

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 125.0 (S.D = 11.4) กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 70 มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อีกร้อยละ 16 มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง เพียงร้อยละ 14 ของกลุ่มตัวอย่างเท่านั้นที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ



ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน ผู้ศึกษาได้นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน โดยมีการแบ่งระดับของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน แสดงในตารางที่ 7 ตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งสามารถแบ่งเป็น 3 ระดับ ในแต่ละด้าน ดังนี้

ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ( $58.8 \pm 5.6$ )

ระดับต่ำ (น้อยกว่า 53 คะแนน)

ระดับปานกลาง (53-64 คะแนน)

ระดับสูง (มากกว่า 64 คะแนน)

ด้านโภชนาการ ( $24.3 \pm 2.7$ )

ระดับต่ำ (น้อยกว่า 21 คะแนน)

ระดับปานกลาง (21-27 คะแนน)

ระดับสูง (มากกว่า 27 คะแนน)

ด้านการพักผ่อนและการผ่อนคลายความเครียด ( $26.7 \pm 3.6$ )

ระดับต่ำ (น้อยกว่า 23 คะแนน)

ระดับปานกลาง (23-30 คะแนน)

ระดับสูง (มากกว่า 30 คะแนน)

ด้านการออกกำลังกาย ( $15.0 \pm 4.6$ )

ระดับต่ำ (น้อยกว่า 10 คะแนน)

ระดับปานกลาง (10-19 คะแนน)

ระดับสูง (มากกว่า 19 คะแนน)

ตารางที่ 7 จำนวน และร้อยละ ของ ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำแนกตามรายด้าน (n=100)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ		
ระดับต่ำ	15	15.0
ระดับปานกลาง	70	70.0
ระดับสูง	15	15.0
$\bar{X}(S.D) = 58.8 (5.6)$		

ตารางที่ 7 (ต่อ) จำนวน และร้อยละ ของระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำแนกตามรายด้าน  
(n=100)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
<b>โภชนาการ</b>		
ระดับต่ำ	7	7.0
ระดับปานกลาง	81	81.0
ระดับสูง	12	12.0
$\bar{X}$ (S.D) = 24.3 (2.7)		
<b>การพักผ่อนและการผ่อนคลายความเครียด</b>		
ระดับต่ำ	11	11.0
ระดับปานกลาง	73	73.0
ระดับสูง	16	16.0
$\bar{X}$ (S.D) = 26.7 (3.6)		
<b>การออกกำลังกาย</b>		
ระดับต่ำ	11	11.0
ระดับปานกลาง	68	68.0
ระดับสูง	17	17.0
$\bar{X}$ (S.D) = 15.0 (4.6)		

จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อจำแนกเป็นรายด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 58.8 คะแนน (S.D = 5.6) ร้อยละ 70 ของกลุ่มตัวอย่างมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับสูงและระดับต่ำในสัดส่วนที่เท่ากัน คือ ร้อยละ 15 ส่วนด้านโภชนาการ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 24.3 (S.D = 2.7) ร้อยละ 81 ของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง อีกร้อยละ 12 และ ร้อยละ 7 มีภาวะโภชนาการอยู่ในระดับสูง และในระดับต่ำ ตามลำดับ ด้านการพักผ่อนและการผ่อนคลายความเครียด มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 26.7 (S.D = 3.6) ร้อยละ 73 ของกลุ่มตัวอย่างมีการพักผ่อนและการผ่อนคลายความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง อีกร้อยละ 16 และร้อยละ 11 มีการพักผ่อนและวิธีการผ่อนคลายความเครียด

อยู่ในระดับระดับสูงและระดับต่ำ และด้านการออกกำลังกาย มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 15.0 (S.D = 4.6) ร้อยละ 68 ของกลุ่มตัวอย่างมีการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง อีกร้อยละ 17 และ ร้อยละ 11 มีการออกกำลังกายอยู่ในระดับสูงและระดับต่ำ ตามลำดับ

#### ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามโดยรวมและรายด้าน

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวม
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	.245*
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน	
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	.284*
โภชนาการ	-.006
การพักผ่อนและการผ่อนคลายความเครียด	.108
การออกกำลังกาย	.177

\*  $p < 0.05$

จากตารางที่ 8 แสดงให้เห็นว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ( $r = .24$   $p < 0.05$ ) และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำเฉพาะกับความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เท่านั้น ( $r = .28$   $p < 0.05$ )

## การอภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยวัยโรค และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยวัยโรค จำนวน 100 ราย จากการศึกษา ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงประมาณ 3 เท่า (เพศชาย = 75 ราย เพศหญิง = 25 ราย) อายุอยู่ระหว่าง 18-82 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 43.23 ปี ซึ่งจัดเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เมื่อพิจารณาเรื่องการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามในสี่มีระดับการศึกษาคอนข้างต่ำโดยจบในระดับประถมศึกษามากที่สุด (ตารางที่ 2) ประกอบอาชีพเกษตรกรเป็นส่วนใหญ่ มีรายได้ของครอบครัว อยู่ในช่วง 3,000-30,000 บาท และส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายที่จำเป็น กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีทั้งผู้ป่วยใหม่ ผู้ป่วยขาดยาและผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ และมีระยะเวลาของการรักษาอยู่ระหว่าง 2-9 เดือน

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการศึกษาดังนี้

### 1. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยวัยโรค

จากผลการศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในช่วง 30-64 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 49.3 (S.D = 11.4) โดยกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 67 มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับปานกลาง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการกระทำกิจกรรมใดๆ ในระดับปานกลาง การที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในแต่ละบุคคลจะมีพื้นฐานมาจาก ประสบการณ์ตรงหรือผลงานที่เคยประสบผลสำเร็จ การได้เห็นการกระทำของบุคคลอื่นมาก่อน การถูกชักจูงใจหรือถูกโน้มน้าวจากคำพูดของบุคคลอื่น (Bandura, 1986) ซึ่งเพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้ระบุว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในแต่ละบุคคล จะได้รับอิทธิพลมาจากประสบการณ์หรือทักษะที่เกิดขึ้นในอดีต ทั้งทางด้านที่ประสบผลสำเร็จและด้านที่ล้มเหลว ซึ่งนับเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง จึงทำให้บุคคลมีการพัฒนาการรับรู้ความสมรรถนะแห่งตนควบคู่กันไป อย่างไรก็ตามเพียงหนึ่งในสี่ของกลุ่มตัวอย่างเท่านั้น ที่มีประสบการณ์มาก่อน เช่น ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยขาดยาที่กลับมารับรักษาใหม่ (ตารางที่ 3) และประเด็นที่น่าสนใจ คือ แม้ว่าร้อยละ 80 ของกลุ่มตัวอย่างจะมีอายุอยู่ในช่วงของวัยผู้ใหญ่ (ตารางที่ 1) ซึ่งเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะเจริญเติบโตเต็มที่ และเคยผ่าน

ประสบการณ์ทั้งทางด้านที่ประสบผลสำเร็จและประสบการณ์ด้านความล้มเหลวในชีวิตมาก่อน ซึ่งจะทำให้มีทักษะที่ช่วยในการพัฒนาทั้งทางด้านสังคม และสติปัญญา ตลอดจนการการเรียนรู้ต่างๆ ที่เป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาระดับการรู้สมรรถนะแห่งตนให้สูงขึ้นได้ (Bandura, 1977) แต่เมื่อพิจารณาจากแนวคิดทฤษฎี การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนมากอยู่ในวัยผู้ใหญ่ น่าจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง แต่ผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเกี่ยวข้องกับกับการรู้สมรรถนะแห่งตนไม่ได้อาจเกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งแต่อาจเกิดจากปัจจัยหลายปัจจัยผสมผสานกัน (Bandura, 1986) ประกอบกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคต้องประสบกับปัญหาของการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระวิทยา ยังผลให้มีข้อจำกัดทางร่างกาย ร่วมกับผลกระทบที่เกิดโดยตรงต่อผู้ป่วยทั้งทางจิตใจและสังคม ทำให้เกิดผู้ป่วยมีภาวะเครียดหรือความวิตกกังวลได้ ตลอดจนการเผชิญกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานาน ที่อาจมีส่วนส่งเสริมให้ระดับการรู้สมรรถนะแห่งตนลดต่ำลงได้ (Bartholomew et al., 1993 อ้างใน กิตติมา สารานุกรมไทยธรรม, 2541) ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีที่กล่าวไว้ว่า การเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรู้สมรรถนะ กล่าวคือ ในสภาวะที่ร่างกายเกิดความตื่นตัว เช่น วิตกกังวล มีความเครียด อ่อนเพลีย เมื่อยล้า อันจะทำให้บุคคลมีการรู้สมรรถนะลดต่ำลงได้ (Pender, 1996) อีกทั้ง ร้อยละ 16 ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยสูงอายุ (ตารางที่ 1) ซึ่งเป็นวัยที่มีความเสื่อมทางร่างกายประกอบกับหนึ่งในสี่ของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำและผู้ป่วยขาดยา (ตารางที่ 3) ที่เคยมีประสบการณ์ในด้านความล้มเหลวของการรักษามาก่อน จึงอาจส่งผลให้ไม่มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการที่กระทำสิ่งต่างๆ ซึ่งอาจมีส่วนให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถพัฒนาการรู้สมรรถนะแห่งตนให้อยู่ในระดับสูงได้

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาค่อนข้างต่ำ ซึ่งอาจยังผลให้เกิดความไม่มั่นใจในความสามารถของตน ทำให้มีความรู้ความสามารถในการแก้ไขปัญหาได้ไม่ดีเท่าที่ควรในบางสถานการณ์ ทั้งนี้เพราะการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ ที่สำคัญการศึกษาจะช่วยให้นักศึกษาสามารถเข้าใจข้อมูลข่าวสาร และสามารถใช้เหตุผลในการพิจารณาเรื่องราว ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้สิ่งต่างๆ ได้ดียิ่งขึ้น (Orem, 1985) และสามารถแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ได้ดี ทำให้เกิดความมั่นใจในการกระทำของตนเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาค่ำ ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า บุคคลที่มีวุฒิการศึกษาค่ำจะมีระดับการรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำด้วยเช่นกัน (รัตนกรณ ศิริวัฒน์ชัยพร, 2537; วันดี เข้มจันทร์ฉาย, 2538; กมลพรรณ หอมนาน, 2539) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ไม่พอเพียงกับค่าใช้จ่ายที่จำเป็น ที่อาจเป็นอีกหนึ่งปัจจัยซึ่งจะส่งผลต่อระดับการรู้สมรรถนะแห่ง

คนของกลุ่มตัวอย่างได้ ซึ่งสอดคล้องกับหลายรายงานการศึกษาทั้งในและนอกประเทศ ที่ระบุไว้ อย่างชัดเจนว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับของรายได้ นั่นคือ บุคคลที่มีรายได้สูงหรือมีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมสูง จะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าบุคคลที่มีรายได้ต่ำ (วันดี แยมจันทร์ฉาย, 2538; สุวคนธ์ กุรัตน, 2539; Gecas, 1989; Grembowski et al., 1993)

และเมื่อพิจารณาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายข้อที่มีส่วนทำให้ กลุ่มมีตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับปานกลาง คือ ร้อยละ 49 ของกลุ่มตัวอย่าง ไม่แน่ใจว่าตนจะสามารถแก้ไขปัญหาที่ไม่คาดคิดมาก่อนให้ได้เท่าที่ควร และเกินกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 54) จะไม่พยายามทำบางสิ่งบางอย่างที่มีความซับซ้อนยุ่งยาก ขณะที่ ร้อยละ 51 มีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงเกี่ยวกับการเผชิญกับความยุ่งยาก อีกทั้งพยายามหลีกเลี่ยงการกระทำสิ่งที่ คิดว่ายากเกินไปสำหรับตนเอง (ตารางที่ 5) ซึ่งมีความสอดคล้องกับคำกล่าวของ เบนดูรา (Bandura, 1977) ที่กล่าวไว้ว่า การรับรู้สมรรถนะของบุคคลจะมีสูงขึ้น ถ้าพฤติกรรมนั้น ไม่ยากที่จะปฏิบัติตาม และเมื่อปฏิบัติแล้วได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ และการที่บุคคลมั่นใจว่าสามารถกระทำกิจกรรมนั้นๆ ได้หรือพยายามกระทำกิจกรรมที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ให้ประสบผลสำเร็จและได้ผลลัพธ์ตามที่ คาดหวังไว้ จะเป็นแรงเสริมให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันถ้า บุคคลล้มเลิกความตั้งใจหรือล้มเลิกการทำงานโดยง่าย หรือไม่พยายามทำกิจกรรมกิจกรรมที่มีความ ยุ่งยากซับซ้อนให้ประสบผลสำเร็จ ก็จะเป็นผลให้ระดับการรับรู้สมรรถนะต่ำลง เช่นเดียวกัน ซึ่งมีความ คล้ายคลึงกับการศึกษาของ อรพินท์ กายโรจน์ (2542) ที่ศึกษาผลกระทบของการรับรู้ สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงวัย กลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่พบว่า หญิงวัยกลางคนจะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง เกี่ยวกับเรื่อง que ปฏิบัติได้ไม่ยากและการปฏิบัตินั้นไม่ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงมากนัก

## 2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ใน ช่วง 90-152 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 125.0 (S.D = 11.4) ร้อยละ 70 ของกลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 16 และร้อยละ 14 มีพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพโดยรวมในระดับสูงและระดับต่ำ ตามลำดับ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติ พฤติกรรมหรือกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ แต่อาจไม่ได้ปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอจนกลายเป็น ส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นวัย

แรงงานและมีรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายที่จำเป็น (ตารางที่ 2) ซึ่งจะให้ความสำคัญสูงสุดกับการประกอบอาชีพเพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัว จึงทำให้ขาดความสนใจในการส่งเสริมสุขภาพและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (จารุวรรณ ชันดิสุวรรณ, 2528) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาค่อนข้างต่ำ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างอาจจะเลยในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้เพราะบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำจะขาดทักษะในการค้นคว้าหาความรู้ หรือการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพและขาดความเข้าใจในประโยชน์ หรือความจำเป็นในสิ่งที่ตนปฏิบัติอย่างแท้จริง (เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์, 2534) ซึ่งสอดคล้องกับหลายรายงานการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ ที่ระบุไว้อย่างชัดเจนว่า การศึกษาและรายได้ของครอบครัวหรือฐานะทางเศรษฐกิจ ล้วนเป็นองค์ประกอบทั้งสิ้นที่จะส่งผลถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล (วันดี เข้มจันทร์ฉาย, 2528; ประภาพัญญ์ สุวรรณ, 2534; กมลพรรณ หอมมาน, 2539; Pender, et al., 1990; Stuijbergen & Becker, 1994) และถ้าพิจารณาในองค์ประกอบของระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรค จะเห็นได้ว่าแผนการรักษายังคงมุ่งเน้นที่ผลการรักษาหายขาดของผู้ป่วยโรคเป็นสำคัญ (WHO, 1996) ซึ่งจะให้ความสำคัญของพฤติกรรมการรักษาโดยเฉพาะการรับประทานยารักษาโรคมกกว่าการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย อีกทั้งภาพรวมของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกอาจยังไม่มีประสิทธิภาพ และขาดการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพที่เหมาะสม (ประเวศ วะสี, 2542) จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในแต่ละด้าน ดังนี้

ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงความสนใจและความเอาใจใส่ในภาวะสุขภาพของตนเอง รวมทั้งพยายามหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดต่อภาวะสุขภาพ โดยการศึกษาค้นคว้าความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การปฏิบัติตัวในขณะที่รักษาโรค และการสังเกตอาการผิดปกติของร่างกาย ตลอดจนการใช้บริการสถานบริการทางสุขภาพอย่างถูกต้องและการขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ที่เหมาะสม จากผลการศึกษา พบว่า ร้อยละ 70 ของกลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 58.8 (S.D = 5.6) ทั้งนี้อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งหมด ป่วยเป็นโรคอย่างน้อย 2 เดือน (ตารางที่ 3) จึงทำให้มีประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพของตนเอง อีกทั้งเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องมารับการตรวจรักษาและมารับยาในโรงพยาบาลเป็นประจำทุกเดือน ทำให้ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการรักษา โดยเฉพาะด้านการรับประทานยารักษาโรค ประกอบกับการรักษาแบบมีพี่เลี้ยงกำกับดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคอย่างสม่ำเสมอ แต่ประเด็นที่น่า

สนใจจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง มีเพียง ร้อยละ 16 ของกลุ่มตัวอย่างเท่านั้นที่มีการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับ วัคซีนโรคและการดูแลส่งเสริมสุขภาพของตนเอง และส่วนใหญ่ไม่พยายามละเว้นหรือหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการขาดคำแนะนำจากบุคลากรในทีมสุขภาพ หรือกลุ่มตัวอย่างอาจขาดการตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลส่งเสริมสุขภาพ

ด้านโภชนาการ เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางสารอาหารครบ 5 หมู่ และเพียงพอในแต่ละวัน จากผลการศึกษา พบว่า ร้อยละ 81 ของกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 24.3 (S.D = 2.7) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาจมีการรับประทานอาหารที่มีคุณค่าและเพียงพอครบ 5 หมู่ไม่สม่ำเสมอเป็นประจำทุกวัน ทั้งนี้เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคที่ส่งผลให้รับประทานอาหารได้น้อยและเบื่ออาหาร รวมทั้งอาจเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนจากอาการไม่พึงประสงค์ของยาต้านไวรัส เช่น ไรแฟมปีซิน และ พัยราซินามัย (กระทรวงสาธารณสุข, 2541) อีกทั้งการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ค่อนข้างต่ำและไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายที่จำเป็น ที่อาจมีส่วนให้กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้น้อยหรือไม่มีรายได้ ไม่สามารถซื้ออาหารมารับประทานให้เพียงพอครบทุกประเภทได้ทุกวัน ซึ่งสอดคล้องกับ มอร์ริส และคณะ (Morris et al., 2000) ที่พบว่า บุคคลที่รายได้น้อยจะมีข้อจำกัดในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง

ด้านการพักผ่อนและวิธีการผ่อนคลายความเครียด เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการนอนหลับพักผ่อนและการเผชิญกับความเครียดที่เหมาะสม โดยการปรึกษาหรือการพูดคุยระบายความรู้สึกกับบุคคลที่ไว้วางใจ และการหางานอดิเรกทำเมื่อเกิดความเครียด เช่น การดูโทรทัศน์หรือการฟังวิทยุ ซึ่งวิธีการดังกล่าวจะช่วยลดภาวะความตึงเครียดได้ระดับหนึ่ง ทำให้สามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม ผลการศึกษา พบว่า ร้อยละ 73 ของกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการพักผ่อนและวิธีการผ่อนคลายความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 26.7 (S.D = 3.6) ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรคและอาการแสดงของโรค ซึ่งประกอบไปด้วยอาการไอเรื้อรัง มีไข้เวลากลางคืน และเหนื่อยอ่อนเพลียง่าย ซึ่งจะส่งผลให้นอนหลับไม่สนิทในเวลากลางคืน และอาจทำให้มีการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอได้ในบางครั้ง เมื่อพิจารณาด้านวิธีการผ่อนคลายความเครียด จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลา 2-9 เดือน (ตารางที่ 3) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงอาจปรับตัวและสามารถเรียนรู้กับวิธีการจัดการกับความเครียดได้ หรือกล่าวอีกนัย คือ กลุ่มตัวอย่างจะมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามระยะเวลาของการเจ็บป่วย (Orem, 1991) ทั้งนี้เพราะความเครียดและความวิตก



กังวลของบุคคลนั้น จะต้องอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวและการยอมรับกับสภาพหรือการจัดการกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้นๆ (Hamish, Asestine, JR., & Gore, 2000) ซึ่งการปรับตัวที่ดีจะนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพที่ดีด้วย (Pender, 1996)

ด้านการออกกำลังกาย เป็นการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอรวมถึงการออกกำลังกายอย่างถูกต้องตามขั้นตอน จากผลการศึกษา พบว่า ร้อยละ 68 ของกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 15.0 (S.D = 4.63) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการออกกำลังกายแต่อาจไม่ได้ปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ ซึ่งอาจสะท้อนให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างอาจขาดความรู้ความเข้าใจในการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสม ทั้งนี้อาจเกี่ยวเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนมากประกอบอาชีพทางด้านเกษตรกรรมและรับจ้าง ซึ่งเป็นงานที่ต้องใช้แรงงานและต้องทำงานติดต่อกันเป็นเวลานาน ซึ่งอาจทำให้เกิดความเหนื่อยล้าจากการทำงาน จึงทำให้ไม่สามารถออกกำลังกายได้อย่างสม่ำเสมอเป็นประจำ (คาร์ณิสวภาพ, 2541) ประกอบกับข้อจำกัดทางด้านร่างกายซึ่งเกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคทำให้มีปัญหาเหนื่อยหอบได้ง่าย จึงทำให้เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย

### 3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ( $r = .24, p < .05$ ) จากผลการศึกษาที่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะมีอิทธิพลต่อการเลือกการกระทำกิจกรรมต่างๆ รวมถึงความพยายามที่จะกระทำกิจกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง เพราะการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการตัดสินใจที่สามารถของตนเองว่า จะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ในระดับใด และอาจเป็นไปได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับปานกลาง จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างจึงมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน ในทางตรงกันข้ามถ้ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำ ก็จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่ดีด้วยเช่นกัน ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนี้จะเป็นแรงจูงใจสำคัญ ในการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงแก้ไขพฤติกรรมโดยบุคคล จะเลือกกระทำและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่มีประโยชน์ รวมทั้งการหลีกเลี่ยงและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่อาจทำให้เกิดโทษต่อภาวะสุขภาพของตนเอง (Strecher et al., 1986) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เกรมโบวสกีและคณะ (Grembowski et al., 1993) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้

สมรรถนะแห่งคนในระดับสูงจะมีการปฏิบัติกิจกรรมในการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารประเภทไขมัน การควบคุมน้ำหนัก การงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการงดสูบบุหรี่ได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งคนในระดับต่ำ และสอดคล้องกับ เพนเดอร์และคณะ (Pender et al., 1990) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งคนเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้สูงสุด เนื่องจากบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะส่งผลให้บุคคลนั้นมีการรับรู้อุปสรรคต่ำ และเกิดความพร้อมในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในสถานการณ์ที่ตนเผชิญอยู่ขณะนั้นๆ ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วันดี เข้มจันทร์ฉาย (2538) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งคน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .46, p < .001$ ) และ จิราภรณ์ ฉลาวัณน์ (2541) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งคนของผู้สูงอายุที่ปวดหลัง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .33, p < .001$ ) และ เวทเชล (Weitzel, 1989) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของคนงานพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งคนมีความสัมพันธ์ทางบวก กับแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .33, p < .001$ ) นอกจากนี้ กรอสแมนและคณะ (Grossman et al., 1987) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งคนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .76, p < .001$ )

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งคนกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งคนมีความสัมพันธ์เฉพาะด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ( $r = .28, p < .05$ ) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งคนดีก็จะมี ความรับผิดชอบต่อสุขภาพดีเช่นกัน และการรับรู้สมรรถนะแห่งคนจะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง โดยจะมีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองเป็นอย่างดี รวมถึงการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา และการหยุดพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของตนเอง ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ คารินี สุวภาพ (2542) และ จิตระการ สุกรีดี (2543) และ เวทเชล (Weitzel, 1989) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งคนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

โดยสรุปในภาพรวมการศึกษาค้นคว้านี้สนับสนุนสมมติฐานของการศึกษา ที่ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งคนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และเป็นที่ยืนยันความตรงในเชิงทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ที่ระบุไว้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งคนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่เมื่อพิจารณาถึงระดับความสัมพันธ์ พบว่า ค่าความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำมาก ดังนั้นถ้าต้องการเพิ่มนัยสำคัญของ

การทดสอบความสัมพันธ์ โดยอาจจะพิจารณาเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยมีอำนาจการทดสอบที่ .80 (power) และขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ .30 (effect size) โดยมีระดับนัยสำคัญที่ 0.01 ซึ่งน่าจะมีขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยเป็น 131 รายขึ้นไป (Polit & Hungler, 1999) นอกจากนี้ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีความหลากหลายทั้งผู้ป่วยใหม่ ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ และผู้ป่วยขาดยา อีกทั้งการรับรู้สมรรถนะของบุคคลอาจเกิดได้จากหลายปัจจัย หรือปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งก็เป็นที่ (Bandura, 1977) เช่น ประสบการณ์ตรงที่ประสบผลสำเร็จในอดีต การได้เห็นประสบการณ์หรือการกระทำของบุคคลอื่น การได้รับคำพูดชักจูง และในส่วนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของแต่ละบุคคล ก็ไม่ได้ถูกกำหนดด้วยปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง แต่เป็นผลมาจากหลายปัจจัยด้วยกัน ซึ่ง เพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้เสนอไว้ในรูปแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ที่ระบุถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวมาแล้ว นอกจากนี้อาจมีตัวแปรหรือปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งผู้ศึกษาไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ เช่น ภาวะความรุนแรงของโรค แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น