

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

#### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองของประชากรวัยทอง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชากรวัยทอง และหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชากรวัยทอง ในอำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 205 ราย ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล
2. การรับรู้ความสามารถของตนเองของประชากรวัยทองโดยรวมและรายด้าน
3. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชากรวัยทองโดยรวมและรายด้าน
4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชากรวัยทองโดยรวมและรายด้าน

#### 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

##### ตาราง 2

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (N=205)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	101	49.30
หญิง	104	50.70
อายุ ( $\bar{X} = 47.05, SD = 5.00$ )		
สถานภาพสมรส		
โสด	8	3.90
คู่	175	85.40
หย่า / แยก / หม้าย	22	10.70

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	2	1.00
ประถมศึกษา	136	66.30
มัธยมศึกษา	41	20.00
อนุปริญญา / ประกาศนียบัตร	17	8.30
ปริญญาตรี	9	4.40
อาชีพในปัจจุบัน		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6	2.90
รับจ้าง	28	13.70
เกษตรกรรม	108	52.70
ประมง	7	3.40
รับราชการ	12	5.90
ค้าขาย	44	21.50
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 3,000 บาท	25	12.20
3,001 – 5,000 บาท	61	29.80
5,001 – 7,000 บาท	35	17.10
7,001 – 10,000 บาท	43	21.00
มากกว่า 10,000 บาท	41	20.00
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	113	55.10
ไม่เพียงพอ	92	44.90

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	177	86.30
มีโรคประจำตัว	28	13.70
ไมเกรน	1	0.50
กระเพาะอาหาร	6	2.90
ความดันโลหิตสูง	5	2.40
เบาหวาน	4	2.00
หอบหืด	1	0.50
ภูมิแพ้	8	3.90
ธัยรอยด์	2	1.00
กระดูกเสื่อม	1	0.50
การอยู่ร่วมกันในครอบครัว		
อยู่คนเดียว	3	1.50
อยู่กับคู่สมรส	23	11.20
อยู่กับคู่สมรสและบุตร	148	71.80
อยู่กับบุตร	23	11.20
อยู่กับญาติหรือคนรู้จัก	5	2.40
อยู่กับบิดามารดา	2	1.00
อยู่กับมารดา	2	1.00

จากตาราง 2 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีมากกว่าเพศชายเล็กน้อยคิดเป็นร้อยละ 50.70 และเพศชายร้อยละ 49.30 กลุ่มตัวอย่างมีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 40 - 59 ปี อายุเฉลี่ย 47.05 ปี มีสถานภาพคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 85.40 รองลงมาคือ หย่า / แยก / หม้าย ร้อยละ 10.70 และจบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 66.30 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 20.00 มีอาชีพเกษตรกรกรรมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.70 รองลงมา คือ ค้าขายร้อยละ 21.50 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง

3,001 - 5,000 บาท ร้อยละ 29.80 มีรายได้เพียงพอคิดเป็นร้อยละ 55.10 ซึ่งไม่แตกต่างกับไม่เพียงพอมากนัก คือ ร้อยละ 44.90 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 86.30 สำหรับโรคประจำตัวที่พบบ่อยที่สุดคือ ภูมิแพ้คิดเป็นร้อยละ 3.90 รองลงมาคือ โรคกระเพาะอาหารร้อยละ 2.90 การอยู่ร่วมกันในครอบครัวอยู่กับคู่สมรสและบุตรมากที่สุด ร้อยละ 71.80 รองลงมาคือ อยู่กับคู่สมรสและอยู่กับบุตรซึ่งมีจำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ 11.20

## 2. การรับรู้ความสามารถของตนเองของประชากรวัยทองโดยรวมและรายด้าน

ตาราง 3

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยรวมและรายด้าน (N=205)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง	$\bar{X}$	SD	Range
การรับรู้ความสามารถของตนเองโดยรวม	86.08	8.19	66 - 107
การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านทั่วไป	64.21	6.49	46 - 80
การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสังคม	21.86	3.16	13 - 30

ตาราง 4

จำนวน ร้อยละ และการแปลผลระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองของประชากรวัยทองโดยรวมและรายด้าน

การรับรู้ความสามารถของตนเอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ระดับการรับรู้
การรับรู้ความสามารถของตนเองโดยรวม	103	50.20	ดี
การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านทั่วไป	102	49.80	ไม่ดี
การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสังคม	110	53.70	ดี
การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านทั่วไป	95	46.30	ไม่ดี
การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสังคม	122	59.50	ดี
การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสังคม	83	40.50	ไม่ดี

จากตาราง 3 และ 4 แสดงคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 205 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 50.20 มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 86.08$ ,  $SD = 8.19$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองทั้งด้านทั่วไปและด้านสังคมอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 53.70 ( $\bar{X} = 64.21$ ,  $SD = 6.49$ ) และร้อยละ 59.50 ( $\bar{X} = 21.86$ ,  $SD = 3.16$ ) ตามลำดับ

นอกจากนี้ได้วิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้ความสามารถของตนเองรายข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ด้านทั่วไป และด้านสังคม โดยการคำนวณหาค่าร้อยละ รายละเอียดแสดงในภาคผนวก ก

### 3. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชากรวัยทอง

ตาราง 5

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน (N=205)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	Range
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	151.96	16.09	107 - 192
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน			
ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต	29.52	3.74	18 - 36
การดูแลรับผิดชอบต่อสุขภาพ	21.27	3.29	11 - 30
การออกกำลังกาย	18.52	4.42	8 - 28
การรับประทานอาหาร	27.52	3.48	17 - 36
การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น	27.93	3.59	17 - 36
การจัดการกับความเครียด	27.20	3.74	16 - 36

ตาราง 6

จำนวน ร้อยละ และการแปลผลระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชากรวัยทองโดยรวม และรายด้าน

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ระดับพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	107	52.20	ดี
	98	47.80	ไม่ดี
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน			
ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต	114	55.60	ดี
	91	44.40	ไม่ดี
การดูแลรับผิดชอบต่อสุขภาพ	88	42.90	ดี
	117	57.10	ไม่ดี
การออกกำลังกาย	108	52.70	ดี
	97	47.30	ไม่ดี
การรับประทานอาหาร	103	50.20	ดี
	102	49.80	ไม่ดี
การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น	115	56.10	ดี
	90	43.90	ไม่ดี
การจัดการกับความเครียด	123	60.00	ดี
	82	40.00	ไม่ดี

จากตาราง 5 และ 6 แสดงคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 205 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 52.20 มีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 151.96$ ,  $SD = 16.09$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดีในด้าน ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และด้านการจัดการกับความเครียด คิดเป็นร้อยละ 55.60 ( $\bar{X} = 29.52$ ,  $SD = 3.74$ ), ร้อยละ 52.70 ( $\bar{X} = 18.52$ ,  $SD = 4.42$ ), ร้อยละ 50.20 ( $\bar{X} = 27.52$ ,  $SD = 3.48$ ), ร้อยละ 56.10 ( $\bar{X} = 27.93$ ,  $SD = 3.59$ ) และร้อยละ 60.00 ( $\bar{X} = 27.20$ ,  $SD = 3.74$ ) ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนน

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ในด้านการดูแลรับผิดชอบต่อสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 57.10 ( $\bar{X} = 21.27$ ,  $SD = 3.29$ )

นอกจากนี้ได้วิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายข้อทั้ง 6 ด้าน คือ ด้านความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต ด้านการดูแลรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และด้านการจัดการกับความเครียด โดยการคำนวณหาค่าร้อยละ รายละเอียดแสดงในภาคผนวก ก

จากตาราง 7 จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้าน โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม และรายด้าน คือ ด้านความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ด้านการจัดการกับความเครียด ( $r = 0.22, 0.21, 0.19,$  และ  $0.21$  ตามลำดับ) และการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ( $r = 0.16$ ) และการรับรู้ความสามารถของตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพและด้านการออกกำลังกาย

## การอภิปรายผล

### ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองของประชากรวัยทอง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชากรวัยทอง และความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชากรวัยทอง จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 205 ราย ซึ่งมีอายุระหว่าง 40 - 59 ปี จำนวนกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีมากกว่าเพศชายเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 50.70 เพศชายมีจำนวนร้อยละ 49.30 ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับลักษณะของประชากรในภาพรวมของจังหวัดกระบี่ และจำนวนประชากรในภาพรวมของอำเภอคลองท่อม ที่พบว่า จำนวนประชากรเพศหญิงและเพศชายมีความแตกต่างกันเล็กน้อย คือ เพศหญิงมีจำนวน 188,828 คน เพศชายมีจำนวน 191,869 คน (สำนักงานสถิติจังหวัดกระบี่, 2546) และจำนวนประชากรในอำเภอคลองท่อม เพศหญิงมีจำนวน 5,705 คน เพศชาย มีจำนวน 5,726 คน (สำนักงานปกครองอำเภอคลองท่อม, 2546) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 85.40 มีสถานภาพคู่ครองลงมา คือ หย่า / แยก / หม้าย ร้อยละ 10.70 และส่วนใหญ่ร้อยละ 66.30 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า คือ ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 20.00 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 52.70 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รองลงมา คือ ค้าขาย ร้อยละ 21.50 สำหรับรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่ร้อยละ 29.80 อยู่ระหว่าง 3,001 - 5,000 บาท ส่วนความเพียงพอของรายได้ส่วนใหญ่ร้อยละ 55.10 มีรายได้เพียงพอซึ่งแตกต่างกับไม่เพียงพอมากนัก คือ ร้อยละ 44.90 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 86.30 ไม่มีโรคประจำตัว สำหรับโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคภูมิแพ้ร้อยละ 3.90 รองลงมา คือ โรคกระเพาะอาหารร้อยละ 2.90 ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับข้อมูลทางด้านเศรษฐกิจของจังหวัดกระบี่ และของอำเภอคลองท่อม ที่พบว่า ประชากรส่วนใหญ่ของจังหวัดกระบี่ร้อยละ 51.60 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รองลงมา คือ การขายส่ง การขายปลีก ร้อยละ 17.40 (สำนักงานสถิติจังหวัดกระบี่, 2546) ส่วนข้อมูลทางด้านเศรษฐกิจของอำเภอคลองท่อมใน พบว่า ประชากรส่วนใหญ่ร้อยละ 95 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รองลงมา คือ ค้าขาย ร้อยละ 3 (สำนักงานเกษตรอำเภอคลองท่อม, 2546)

และในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์และสมมุติฐานการวิจัยซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

## การรับรู้ความสามารถของตนเองของประชากรวัยทอง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 50.20 มีการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่า ตนมีความสามารถในการกระทำพฤติกรรมให้สำเร็จลุล่วงตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 40 - 59 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีวุฒิภาวะเจริญเต็มที่ มีประสบการณ์และทักษะที่ช่วยในการพัฒนาด้านสติปัญญา อารมณ์ และด้านสังคม ตลอดจนการเรียนรู้ แก้ไขปัญหาในชีวิต (Vamer & Younger, 1995) ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการพัฒนาด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองควบคู่กันไปด้วย ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองจะเพิ่มมากขึ้นพร้อมกับการมีพัฒนาการทางด้านร่างกาย (Pender et al., 2002) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยที่มีทั้งประสบการณ์ที่มีความสำเร็จและความล้มเหลวในชีวิตมาก่อน จึงเกิดประสบการณ์ที่มีคุณค่าสำหรับการกระทำกิจกรรมต่างๆ สำหรับบุคคลที่มีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จทำให้เกิดความภาคภูมิใจและมีความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้น (Gremboski, 1993) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 85.40 มีสถานภาพคู่ และการอยู่ร่วมกันในครอบครัว ร้อยละ 71.80 จะอยู่ร่วมกับคู่สมรสและบุตร (ภาคผนวก ก) ดังนั้นในการกระทำกิจกรรมต่างๆอาจได้รับคำแนะนำ กำลังใจจากบุคคลที่มีความสำคัญกับตนเอง คือ บุคคลในครอบครัว ทำให้มีกำลังใจ มีความพยายาม และมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะกระทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Cohen & Will, 1985 อ้างตามนิภาพร, 2542) ดังจะเห็นได้จาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 86.30 ไม่มีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับทางด้านจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2002) ที่กล่าวถึงตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเองว่า หากร่างกายอยู่ในภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จะทำให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น แต่ในสภาวะที่ร่างกายไม่ปกติหรือเจ็บป่วยจะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำลง

เมื่อพิจารณาการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 53.70 มีการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านทั่วไปอยู่ในระดับดี แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีวุฒิภาวะที่เป็นผู้ใหญ่เต็มที่ที่มีความคิดในการวางแผนในการดำเนินชีวิต มีความมุ่งมั่นพยายามที่จะกระทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ดังจะเห็นได้จาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 67.30 มีความคิดเห็นว่าหากกระทำสิ่งใดแล้วไม่ประสบความสำเร็จในครั้งแรกก็ไม่คิดที่จะเลิกทันที มีความคิดที่จะพยายามทำต่อไป ร้อยละ 49.50 เห็นว่าเมื่อตัดสินใจทำอะไร

แล้วจะพยายามกระทำสิ่งนั้นจนประสบความสำเร็จ และร้อยละ 57.90 มีความมั่นใจในตัวเองว่าจะสามารถแก้ไขปัญหาคือปัญหาต่างๆที่เข้ามาในชีวิตได้ (ภาคผนวก ก) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลรับรู้และมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองก็จะเกิดความมั่นใจไม่ย่อท้อ มีความพยายามที่จะกระทำกิจกรรมนั้นๆ แม้ว่าบางครั้งการกระทำกิจกรรมนั้นต้องพบกับอุปสรรคหรือความล้มเหลวบ้างก็ตามจะไม่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองมากนัก เพราะบุคคลจะคิดว่าตนเองใช้ความพยายามไม่เพียงพอหรือใช้วิธีการไม่เหมาะสมมากกว่าหรือคิดว่าตนเองไม่มีความสามารถ จึงทำให้บุคคลประสบความสำเร็จในที่สุด ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คล้ายคลึงกับการศึกษาของ จิตตระการ (2543) ที่พบว่า สตรีที่ต้องโทษในเรือนจำกลางจังหวัดเชียงใหม่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยทั่วไปอยู่ในระดับค่อนข้างสูงเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าเมื่อตนเองตัดสินใจจะทำอะไรแล้วจะตั้งใจและพยายามกระทำสิ่งนั้นจนประสบความสำเร็จ

นอกจากนี้จะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 58.40 เห็นว่าตนเองไม่คิดที่จะหลีกเลี่ยงการเรียนรู้อะไรใหม่ที่จะเห็นว่ามันยากเกินไป อาจเป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53.70 มีการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านทั่วไปอยู่ในระดับดี ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนเองมากก็จะมี ความมั่นใจในตัวเองมาก และมีความมุ่งมั่นที่จะพยายามกระทำกิจกรรมหรือเรียนรู้อะไรต่างๆเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่ตนเองคาดหวังไว้ จึงไม่คิดหลีกเลี่ยงที่จะเรียนรู้อะไรใหม่ทั้งๆที่สิ่งนั้นอาจจะยากเกินไป ดังที่เพนเดอร์ (Pender et al., 2002) ได้กล่าวถึงตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเองว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองผันแปรไปตามระดับความยากง่ายของกิจกรรม คือ บุคคลที่รับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะมีความมุ่งมั่นพยายามที่จะกระทำกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่มีความยากและสลับซับซ้อนได้ ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่รับรู้ความสามารถของตนเองต่ำจะรู้สึกว่าตนเองสามารถกระทำกิจกรรมหรือพฤติกรรมเฉพาะที่เป็นเรื่องง่ายๆเท่านั้น

เมื่อพิจารณาการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสังคมอยู่ในระดับดี แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพยายามมุ่งมั่น ที่จะสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลและสังคม โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 62.40 มีความคิดเห็นว่า สามารถมีเพื่อนใหม่โดยใช้ความสามารถของตนเอง และร้อยละ 58.40 คิดว่าไม่ใช่เป็นเรื่องยากที่จะมีเพื่อนใหม่ (ภาคผนวก ก) สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 52.70 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม เช่น ทำสวนยางพารา ทำสวนปาล์ม ซึ่งส่วนใหญ่อยู่เขตชนบท เมื่อเสร็จจากภารกิจการงานประจำในแต่ละวันมักจะมาพบปะนั่งคุยกัน บางครั้งได้ทำกิจกรรมทางด้านสังคมร่วมกัน เช่น กิจกรรมช่วยเหลือสาธารณประโยชน์ งานบุญประเพณีต่างๆ

นอกจากนี้มักจะมีการผลัดเปลี่ยนช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการทำกิจกรรมงานต่างๆ เช่น งาน บวช งานมงคลสมรส งานศพ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จึงทำให้เกิดความใกล้ชิดสนิทสนม สามารถ ทำความรู้จักสร้างสัมพันธภาพเป็นมิตรที่ดีต่อกันได้ง่าย ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับวิถีชีวิตทางด้าน สังคมวัฒนธรรมของประชากรส่วนใหญ่ที่อยู่ในเขตชนบทของจังหวัดกระบี่ (กลิ่น, 2546)

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 44.10 เห็นว่าตนมีความสามารถน้อยในการที่ จะพยายามทำความรู้จักกับคนที่น่าสนใจแต่ทำความคุ้นเคยด้วยยาก อธิบายได้ว่าระดับการรับรู้ ความสามารถของบุคคลอาจผันแปรได้ตามความยากง่ายของกิจกรรม บางคนมีความสามารถทำ ได้เฉพาะกิจกรรมที่ง่าย ส่วนกิจกรรมที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อนบุคคลอาจจะรู้ว่าตนเองมีความ สามารถน้อยหรือไม่มีความสามารถจึงมีแนวโน้มที่จะไม่กระทำกิจกรรมนั้นๆเพื่อหลีกเลี่ยงความ ล้มเหลวและความผิดหวัง และหากบุคคลต้องประสบกับความล้มเหลวหรือผิดหวังอยู่บ่อยๆจะทำให้ บุคคลนั้นรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำลง (Pender et al., 2002) ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพ กับบุคคลอื่นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างทั้งตัวบุคคลที่เป็นผู้สร้างสัมพันธภาพว่ามีลักษณะและ บุคลิกภาพเป็นอย่างไร มีจุดมุ่งหมายอย่างไร รวมทั้งโอกาสและประสบการณ์ในการฝึกฝนตนเอง เพื่อให้เกิดทักษะในการคบหาสมาคมกับผู้อื่นและความเต็มใจที่จะผูกมิตรกับผู้อื่นเช่นกัน (ดาวิณี, 2542) ดังนั้นแม้กลุ่มตัวอย่างคิดว่าตนมีความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ ดีแต่เมื่อต้องทำความรู้จักกับคนที่ทำความคุ้นเคยด้วยยากแล้วอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความ สามารถของตนเองต่ำลงได้

#### *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชากรวัยทอง*

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ใน ระดับดี แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพค่อนข้างสม่ำเสมอจนกลายเป็น ส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง อยู่ในระดับดีจึงมีความมั่นใจในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่ ตนเองคาดหวังไว้ คือ การมีสุขภาพที่ดี (Pender et al., 2002) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีอายุ ระหว่าง 40 - 59 ปี ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง และวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย จึงมีวุฒิภาวะทั้งทาง ด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ และสังคม มีหน้าที่การงานที่มั่นคงและต้องมีบทบาทหน้าที่เป็นผู้ นำครอบครัว จะเห็นได้ว่าจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 85.40 อาจจะได้รับการสนับสนุน กำลังใจจากบุคคลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพของบุคคลใน

ครอบครัว ทำให้มีความตระหนักใส่ใจในการดูแลสุขภาพซึ่งกันและกัน อันจะนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Cohen & Will, 1985 อ้างตามนิภาพร, 2542; Uphold, 1991) อีกทั้งในปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างอาจได้รับทราบข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ จึงมองเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพ และจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น (Becker, 1974) โดยเฉพาะการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในช่วงวัยที่มีภาวะเสี่ยงซึ่งอาจจะเกิดโรคเรื้อรังต่างๆได้ง่าย ทำให้มีความตระหนักในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกันมากขึ้น (อุรุษา และคณะ, 2544) จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มสตรีวัยหมดประจำเดือนหลายการศึกษา ที่พบว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงวัยที่กำลังประสบความสำเร็จในชีวิตทั้งทางด้านการงานและครอบครัว (นิภา, 2544; วาริณี, 2541; ปริศนา, 2543; สกุลรัตน์, 2544; อภิรยา, 2540)

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในแต่ละด้าน พบว่ามีดังนี้

*ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต* ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิตอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 52.70 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และมีสภาพความเป็นอยู่ที่เรียบง่ายมีการปฏิบัติตามวัฒนธรรมและขนบธรรมเนียมประเพณีและปฏิบัติศาสนกิจทางด้านศาสนาอย่างสม่ำเสมอ และมีความคล้ายคลึงกับวิถีชีวิตทางด้านสังคมวัฒนธรรมของประชากรส่วนใหญ่ในเขตชนบทของจังหวัดกระบี่ ซึ่งมักจะปฏิบัติตามวัฒนธรรมและขนบธรรมเนียมประเพณีและปฏิบัติศาสนกิจทางด้านศาสนาอย่างสม่ำเสมอ (กลิ่น, 2541) ดังจะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 64.40 มีความคิดเห็นที่พึงยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ และร้อยละ 45.50 ได้ปฏิบัติกิจกรรมทางด้านศาสนา คือ สวดมนต์ไหว้พระก่อนนอนทุกคืน (ภาคผนวก ก) ซึ่งสุขภาพทางด้านจิตวิญญาณหรือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะรวมถึงความศรัทธาทางด้านศาสนาหรือการมีศาสนาเป็นที่พึ่งทางจิตใจ (ประเวศ, 2543; Johnson, 1997; Miller, 1995; Miller & Price, 1998) และสอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2002) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมทางด้านศาสนามีผลโดยตรงต่อการสร้างเสริมสุขภาพทางด้าน

จิตวิญญาณของบุคคล นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่และอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนกลางและช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ซึ่งเป็นวัยที่มีแนวทางในการดำเนินชีวิตตามที่ตนเองต้องการและพึงพอใจ (Vamer & Younger, 1995; Carson, 1998) ประกอบกับมีหน้าที่การงานที่มั่นคง มีการสร้างความมั่นคงให้กับตนเองและครอบครัว (ยุพิน และคณะ, 2543) มีการตั้งเป้าหมายในการดำเนินชีวิตในระยะยาวเพื่ออนาคตข้างหน้าของครอบครัว จึงก่อให้เกิดความภาคภูมิใจที่สามารถดูแลตนเองและครอบครัวได้ โดยพบว่า ร้อยละ 62.90 เชื่อว่าชีวิตของตนมีเป้าหมายและร้อยละ 55.40 รู้ว่าอะไรเป็นสิ่งที่สำคัญในชีวิต และร้อยละ 55.00 มีความคิดตั้งความหวังไว้กับอนาคตข้างหน้า (ภาคผนวก ก) ซึ่งผลการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มสตรีวัยหมดประจำเดือนที่พบว่า สตรีวัยหมดประจำเดือนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในชีวิตอยู่ในระดับดี (นิภา, 2544; ปริศนา, 2543; อภิรยา, 2540) และระดับดีมาก (วาริณี 2541; สกุลรัตน์, 2544) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงวัยที่กำลังประสบความสำเร็จในชีวิตสูงสุดทั้งทางด้านหน้าที่การงานและครอบครัว แม้ว่าจะต้องมีความรับผิดชอบในครอบครัวและสังคมมากแต่กลับมีผลต่อจิตใจในทางบวกทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเองหรือรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่ามากขึ้น และใกล้เคียงกับผลการศึกษาของกฤติกาพร (2543) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลตนเองของสตรีโรคเบาหวานในภาวะหมดประจำเดือนจังหวัดชัยภูมิ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง

*ด้านการดูแลรับผิดชอบต่อสุขภาพ* ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการดูแลรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ได้เอาใจใส่ดูแลสุขภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอ อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 85.40 มีสถานภาพคู่ การอยู่ร่วมกันในครอบครัว ร้อยละ 71.80 จะอยู่ร่วมกับคู่สมรสและบุตร และร้อยละ 29.80 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน อยู่ระหว่าง 3,001 - 5,000 บาท (ภาคผนวก ก) จึงต้องมีบทบาทในการดูแลรับผิดชอบต่อครอบครัว ดังนั้นในการดำเนินชีวิตประจำวันกลุ่มตัวอย่างจึงมุ่งที่จะประกอบอาชีพเพื่อหารายได้มาเลี้ยงครอบครัวมากกว่าที่จะสนใจในเรื่องของการดูแลสุขภาพ เช่น เมื่อร่างกายมีอาการผิดปกติ เล็กๆ น้อยๆ มักจะหาซื้อยารับประทานตามร้านขายยาใกล้บ้าน ซึ่งต้องการความสะดวก รวดเร็ว แต่หากอาการไม่ดีขึ้นจึงไปสถานีอนามัยหรือพบแพทย์ที่โรงพยาบาล นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 86.30 ไม่มีโรคประจำตัว อาจทำให้ไม่ได้ตระหนักถึงเรื่องดูแลสุขภาพของตนเอง เนื่องจากเห็นว่าตนเองยังมี

สุขภาพร่างกายแข็งแรง ทำงานได้เป็นปกติ และไม่มีอาการผิดปกติที่ร้ายแรงถึงกับต้องไปปรึกษาปัญหาแพทย์หรือพยาบาล และอาจเนื่องจากมีความแตกต่างกันในบริบททางด้านวัฒนธรรมไทยและวัฒนธรรมของต่างประเทศในเรื่องของการดูแลรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ดังจะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลรับผิดชอบต่อสุขภาพน้อยที่สุด คือร้อยละ 58.90 ปรึกษาแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติของร่างกาย รองลงมา ร้อยละ 56.40 ได้เข้าร่วมฟังบรรยายหรือการให้สุศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองทางสุขภาพ และร้อยละ 54.00 ปรึกษาปัญหาแพทย์หรือพยาบาล ส่วนข้อปฏิบัติที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติสม่ำเสมอมากที่สุด ร้อยละ 57.40 สนใจและติดตามข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากแหล่งต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ เป็นต้น (ภาคผนวก ก)

แต่การศึกษาคั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วาริณี (2541) ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพ วิทยุหัดประจำเดือนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการดูแลรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับดี อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปฏิบัติงานที่ให้บริการสุขภาพซึ่งต้องให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้รับบริการตลอดเวลา จึงทำให้ระดับความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี และจากการศึกษาของ สกฤษรัตน์ (2544) ที่พบว่าสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนและสตรีวัยหมดประจำเดือนในจังหวัดนครสวรรค์มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการดูแลรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับดี อาจเนื่องจากปัจจัยต่างๆ เช่น เพศ ซึ่งเพศหญิงจะเป็นเพศที่มีการดูแลตนเองที่ดีกว่าเพศชาย (Mechanic & Cleary, 1980) เช่นเดียวกับการศึกษาของ นิภา (2544) ที่พบว่า ครูสตรีวัยหมดประจำเดือนในโรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดกรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการดูแลรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดี และใกล้เคียงกับการศึกษาของ อภริยา (2540) ที่พบว่า สตรีวัยหมดประจำเดือนที่มาใช้บริการในคลินิกของโรงพยาบาลศิริราชมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการดูแลรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี และเมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาทั้ง 4 เรื่องดังกล่าวกับผลการศึกษาคั้งนี้ พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการดูแลรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับที่แตกต่างกัน คือระดับดีและระดับไม่ดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีความแตกต่างกัน โดยผู้วิจัยศึกษาในกลุ่มประชากรวัยทองซึ่งมีทั้งเพศหญิงและเพศชาย และในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน คือ เพศหญิงร้อยละ 50.70 เพศชายร้อยละ 49.30 และการศึกษาทั้ง 4 เรื่องดังกล่าวศึกษาเฉพาะเพศหญิง คือ กลุ่มผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน ซึ่งจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมระหว่างเพศหญิงและเพศชาย พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของเพศหญิงและเพศชายมีความแตกต่างกัน (ภาคผนวก ก) นอกจากนี้จากการศึกษางานวิจัยในกลุ่มประชากรต่างๆ พบว่าเพศ

หญิงมีความสนใจในการดูแลรับผิดชอบต่อสุขภาพและมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าเพศชาย (Sonnenberg & Everhart, 1997; Singh, Cydulka, Stahmer, Woodruff, & Camargo, 1999) และเพศหญิงจะมีพฤติกรรมสุขภาพในทางบวกมากกว่าเพศชาย (Bottorff, Johnson, Ratner, & Hayduk, 1996; Muhlenkamp & Broerman, 1988; Palank, 1991) และจากการศึกษาของ ไฮดริท (Heidrich, 1998) ศึกษาการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงจะแสวงหาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย นอกจากนี้จากการศึกษาของนัยนา (2543) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของชายวัยผู้ใหญ่อายุระหว่าง 20 - 59 ปี จำนวน 200 รายในชุมชนแออัดคลองเตย พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับไม่ดี จึงพอสรุปได้ว่า เพศหญิงจะมีพฤติกรรมดูแลรับผิดชอบต่อสุขภาพมากกว่าหรือดีกว่าเพศชาย ดังนั้น จึงทำให้ผลการศึกษางานวิจัยทั้ง 4 เรื่องดังกล่าวให้ผลการศึกษาต่างจากการศึกษาครั้งนี้

*ด้านการออกกำลังกาย* ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีการออกกำลังกายในการดำเนินชีวิตประจำวันค่อนข้างสม่ำเสมอ ทั้งนี้อาจเนื่องจากในปัจจุบันหน่วยงานต่างๆของรัฐมีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์เรื่องของการออกกำลังกายผ่านสื่อต่างๆกันมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรวัยทองซึ่งเป็นวัยที่มีภาวะเสี่ยงที่จะเกิดโรคเรื้อรังต่างๆได้ง่าย โดยชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายและโทษของการไม่ออกกำลังกาย และยังให้การสนับสนุนในเรื่องต่างๆสู่ชุมชนมากขึ้น เช่น งบประมาณ สถานที่ วิทยากร เป็นต้น เพื่อให้ประชาชนได้มีโอกาสออกกำลังกาย นอกจากนี้ในการดำเนินชีวิตประจำวันกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องปฏิบัติตามภารกิจต่อเนื่องในแต่ละวันจึงมักใช้เวลาปฏิบัติกิจกรรมการออกกำลังกายในช่วงเวลาก่อนนอน หลังตื่นนอน หรือระหว่างทำงาน เช่น การบิดตัวและเหยียดแขนเหยียดขา หรือพยายามหาโอกาสออกกำลังกายเล็กๆ น้อยๆ ในแต่ละวัน เช่น เดินเล่นหลังรับประทานอาหาร ซึ่งสามารถทำได้ง่าย สะดวก นอกจากนี้ลักษณะการประกอบอาชีพ เช่นการทำสวนยางพาราส่วนใหญ่มักจะมีเวลาว่างในช่วงบ่ายจนถึงเย็นจึงมีเวลาในการออกกำลังกายอย่างมีแบบแผน เช่น การเดิน การวิ่ง แอโรบิก เป็นต้น ดังจะเห็นได้จากร้อยละ 54.00 ของกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ปฏิบัติสม่ำเสมอมากที่สุด คือการบิดตัวและเหยียดแขนเหยียดขาอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เช่น ทำก่อนลุกจากที่นอนหรือเมื่อรู้สึกเมื่อยล้าจากการนั่งทำงาน รองลงมาร้อยละ 43.60 พยายามหาโอกาสออก

กำลังกาย เล็กๆ น้อยๆ ในแต่ละวัน เช่น เดินเล่นหลังรับประทานอาหาร เดินขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟท์ และร้อยละ 34.20 ได้หาโอกาสออกกำลังกายที่ใช้แรงน้อยหรือปานกลาง เช่น เดินติดต่อกัน 30 - 40 นาที อย่างน้อย 5 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มสตรีวัยหมดประจำเดือน ซึ่งพบว่า สตรีวัยหมดประจำเดือนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านออกกำลังกายอยู่ในระดับดี (วาริณี, 2541; สกุรัตน์, 2544; อภิรยา, 2540) แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของปริศนา (2543) ที่พบว่า สตรีวัยหมดประจำเดือนในจังหวัดราชบุรีมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับพอใช้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้าง จึงมีกิจกรรมงานประจำที่ต้องกระทำตลอดวันรวมทั้งภาระงานบ้านจึงไม่มีเวลาออกกำลังกาย และจากการศึกษาของนิภา (2544) ที่พบว่า ครูสตรีวัยหมดประจำเดือนโรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดกรุงเทพมหานครมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายอยู่ในเกณฑ์น้อย เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ สุทธินิจ (2539) ที่พบว่า สตรีวัยหมดประจำเดือน ในจังหวัดนนทบุรีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายน้อยมากที่สุด และจากการศึกษาของ ดัฟฟี, รอสโซ, และเฮอ์นันเดซ (Duffy, Rossow, & Hernandez, 1996) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของลูกจ้างสตรีชาวอเมริกันอายุระหว่าง 19 - 70 ปี จำนวน 397 คน พบว่าลูกจ้างสตรีชาวอเมริกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายในระดับต่ำ

นอกจากนี้ในส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ออกกำลังกายอย่างมีแบบแผน พบว่า ร้อยละ 49.50 ของกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ไม่เคยปฏิบัติมากที่สุด คือ ตรวจนับชีพจรทุกครั้งก่อนและหลังการออกกำลังกาย อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องตามหลักการออกกำลังกาย อันจะก่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อร่างกายหรือบางส่วนอาจมีความรู้แต่เป็นการยากที่จะปฏิบัติให้เป็นไปตามหลักการทางด้านทฤษฎี เป็นต้น

*ด้านการรับประทานอาหาร* ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับดี โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 84.70 ปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารสม่ำเสมอมากที่สุด คือ รับประทานอาหารเข้าทุกมื้อ รองลงมา ร้อยละ 65.30 รับประทานอาหารผักทุกวัน (ภาคผนวก ก) ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม เช่น การทำสวนยางพารา ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับลักษณะการประกอบอาชีพของประชากรส่วนใหญ่ในจังหวัดกระบี่ โดยเฉพาะการทำสวนยางพารา ซึ่งต้องออกไปปฏิบัติภารกิจตั้งแต่ตอนกลางคืน และจะกลับมาบ้านในตอนเช้าเพื่อรับประทานอาหาร เช้าจากนั้นจึงจะไปปฏิบัติภารกิจต่อจนถึงช่วงเที่ยง และจะปฏิบัติเช่นนี้ทุกวันเนื่องจากการรับ

ประทานอาหารเช้าจะช่วยให้ร่างกายได้รับพลังงานเพื่อใช้ในการทำงาน อีกทั้งวัฒนธรรมของคนชนบทจะชอบรับประทานอาหารเช้า จึงอาจกล่าวได้ว่าวัฒนธรรมและประเพณีของท้องถิ่นมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการของบุคคล (Palank, 1991; Spector, 1995) นอกจากนี้การปรุงอาหารในแต่ละวันส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างจะประกอบอาหารประเภทผักเพราะปลูกได้เอง หาซื้อได้ง่าย และประหยัด

อย่างไรก็ตาม พบว่าร้อยละ 47.00 ของกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าที่ปฏิบัติน้อยที่สุด คือ ต้มมันนหรือรับประทานโยเกิร์ตทุกวัน รองลงมา ร้อยละ 31.20 ไม่เลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำและคอเรสเตอรอลต่ำ และร้อยละ 29.70 ไม่หลีกเลี่ยงการกินอาหารรสหวานจัดและขนมหวานจัด (ภาคผนวก ก) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า ไม่ชอบต้มมันนหรือทานโยเกิร์ตเพราะไม่ชอบรส กลิ่น และไม่คุ้นชินกับการต้มมันนและโยเกิร์ต และในชนบทมักไม่นิยมต้มมันน ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ อวยพร, ชวพรพรรณ, สุจิตรา และจารุณี (2543) ที่พบว่า สตรีวัยกลางคนในชุมชนลานนาไม่ได้ต้มมันนด้วยเหตุผลว่าไม่ชอบรส กลิ่น หรือไม่มีจำหน่ายในชุมชน และอาจเนื่องจากมีความแตกต่างในบริบทของวัฒนธรรมในเรื่องการรับประทานอาหารเช้าของคนไทยและต่างประเทศ นอกจากนี้จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 86.30 ไม่มีโรคประจำตัว จึงมีความคิดเห็นว่าคุณภาพของตนเองยังแข็งแรง ทำงานได้เป็นปกติ ดังนั้นการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าในแต่ละวันจึงไม่คิดที่จะเลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำและคอเรสเตอรอลต่ำ และไม่หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสหวานจัด หรือขนมหวานจัด อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่าเป็นปกติเช่นนี้มานานแล้วสุขภาพก็ยังเป็นปกติ และกลุ่มตัวอย่างบางส่วนให้เหตุผลว่า การรับประทานอาหารรสหวานจัดจะช่วยให้ร่างกายมีพลังงานในการทำงาน ทำให้รู้สึกไม่อ่อนเพลียง่าย นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 85.40 มีสถานภาพคู่และร้อยละ 71.80 จะอยู่ร่วมกับคู่สมรสและบุตร ดังนั้นการดำเนินชีวิตประจำวันในเรื่องของการประกอบอาหารและรับประทานอาหารร่วมกัน จึงอาจเป็นข้อจำกัดซึ่งทำให้ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวได้

ซึ่งผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกพร, วงเดือน และจิราพร (2539) ที่พบว่า สตรีวัยกลางคน อายุ 40 - 59 ปี ในชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานครมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าอยู่ในระดับไม่ดี และจากการศึกษาของกองอนามัยครอบครัว (2537) พบว่า สตรีวัยก่อนและหลังหมดประจำเดือนในจังหวัด สระบุรี นครสวรรค์ นครราชสีมา และนครศรีธรรมราชมีภาวะโภชนาการเกินกว่าปกติและต่ำกว่าปกติร้อยละ 61 และจากผลการศึกษาของ ปรีศนา (2543) ที่พบว่า สตรีวัยหมดประจำเดือนในจังหวัดราชบุรีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ เนื่อง

จากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำงานเกษตรกรรมและรับจ้างมีรายได้ครอบครัวน้อยกว่า 10,000 บาท จึงมีกิจกรรมและงานประจำที่ต้องกระทำตลอดเวลา รวมทั้งภาระงานบ้านจึงไม่มีเวลามาพินิจพิเคราะห์ในการเลือกคัดสรรอาหาร

ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นอยู่ในระดับดี แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกในครอบครัวและให้ความสำคัญกับการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสภาพความเป็นอยู่แบบสังคมชนบท จะมีวัฒนธรรมความเป็นอยู่ให้การช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน เมื่อเสร็จจากภาระกิจการงานในแต่ละวันในช่วงบ่ายมักจะมารวมกลุ่มพูดคุยกัน ปรึกษาปัญหาต่างๆด้วยกัน บางครั้งมีการรวมกลุ่มแบบไม่เป็นทางการ เป็นการรวมตัวเป็นชุมชนธรรมชาติ เช่น งานบุญประเพณี งานรื่นเริงต่างๆ เป็นต้นและจะมีความคล้ายคลึงกับวิถีชีวิตทางด้านสังคมวัฒนธรรมของประชากรส่วนใหญ่ในเขตชนบทของจังหวัดกระบี่ ซึ่งมักจะมีการรวมตัวเป็นชุมชนธรรมชาติ และปฏิบัติตามขนบธรรมเนียมประเพณีอย่างสม่ำเสมอ (กลิ่น, 2541) นอกจากนี้การมีสัมพันธภาพที่ดียังช่วยเสริมความรู้สึกมั่นคงทางด้านจิตใจ (Carpinello, Knight, Markowitz, & Pease, 2000) ส่งผลต่อจิตใจทำให้รู้สึกมีคุณค่า มีความภูมิใจ มองโลกในแง่ดีก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีแก่บุคคลในครอบครัว ดังจะเห็นได้จากร้อยละ 66.80 ของกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นที่ปฏิบัติสม่ำเสมอมากที่สุด คือ ได้รักษาสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น รองลงมาร้อยละ 52.00 สามารถแสดงความห่วงใยความรักและให้ความอบอุ่นกับผู้อื่นโดยไม่ขัดเขิน และร้อยละ 39.10 ได้สัมผัสหรือได้รับการสัมผัสโดยบุคคลที่ให้ความรักความห่วงใย (ภาคผนวก ก)

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มสตรีวัยหมดประจำเดือนที่พบว่า สตรีวัยหมดประจำเดือนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นอยู่ในระดับดี (นิภา, 2544; ปริศนา, 2543) และใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ สกุรัตน์ (2544) ที่พบว่าสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนและสตรีวัยหมดประจำเดือนในจังหวัดนครสวรรค์มีพฤติกรรมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นอยู่ในระดับดีมาก เช่นเดียวกับการศึกษาของ วาริณี (2541) ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือนที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลของรัฐทั่วประเทศมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นอยู่ในระดับดีมาก

นอกจากนี้ร้อยละ 39.10 ของกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติพฤติกรรมการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นน้อยที่สุด คือการเสาะแสวงหาเพื่อนที่รู้จักหรือให้ความใกล้ชิด อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ซึ่งต้องทำงานเพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัวจึงไม่ค่อยมีเวลาว่างในการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว

ด้านการจัดการกับความเครียด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับดี อาจเป็นไปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางและวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ซึ่งเป็นวัยที่ผ่านประสบการณ์ต่างๆมามากมาย จึงมีประสบการณ์ที่จะสามารถนำมาดำเนินชีวิตในทางที่เหมาะสมได้ ทำให้สามารถควบคุมจิตใจและอารมณ์ได้ดีกว่าวัยอื่นๆ (ชิน, 2544) และเมื่อเกิดความเครียดกลุ่มตัวอย่างจึงสามารถจัดการกับความเครียดของตนเองได้ดี โดยวิธีที่ใช้ในการจัดการกับความเครียดอาจเป็นการสร้างเงื่อนไขในการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าทางด้านร่างกายที่เกิดจากความเครียด ดังเช่นร้อยละ 59.90 ของกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการกับความเครียดมีการปฏิบัติสม่ำเสมอมากที่สุด คือได้หยุดพักทุกครั้งเมื่อรู้สึกเหนื่อย หรืออาจจะเป็นพฤติกรรมในการสร้างความเข้มแข็งทางด้านจิตใจให้กับตัวเอง เพื่อให้ผ่อนคลาย เช่น ร้อยละ 58.40 การที่ได้พักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 6 - 8 ชั่วโมง และร้อยละ 53.00 ได้หาเวลาพักผ่อนในแต่ละวัน เช่น นั่งดูทีวี นอนเล่น หรือจับหลับ

(ภาคผนวก ก) นอกจากนี้วิถีชีวิตของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีลักษณะที่ให้การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ได้มีโอกาสพูดคุยหรือปรับทุกข์กับคนที่ใกล้ชิด จะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นอยู่ในระดับดี ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนในด้านต่างๆ เช่น ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งการมีสัมพันธภาพที่ดีจะทำให้บุคคลมีความมั่นคงทางด้านจิตใจ และช่วยลดภาวะเครียด (Cohen & Will, 1985 อ้างตามนิภาพร, 2542) ดังนั้นจึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับคำกล่าวของเพนเดอร์ (Pender et al., 2002) ที่กล่าวไว้ว่า การที่บุคคลมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นรวมทั้งได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆแล้วจะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียดของตนเองได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มสตรีวัยหมดประจำเดือนที่พบว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับดี (นิภา, 2544; ปริศนา, 2543; วาริณี, 2541; สกุลรัตน์, 2544) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุที่ใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยศึกษา คือเป็นวัยที่เข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ซึ่งเป็นวัยที่ผ่าน

ประสบการณ์ในชีวิตมามากมาย สามารถแสวงวิธีการต่างๆเพื่อจะใช้ในการจัดการกับความเครียดได้ดี และใกล้เคียงกับผลการศึกษาของอภิรยา (2540) ที่พบว่า สตรีวัยหมดประจำเดือนที่มารับบริการในคลินิกโรงพยาบาลศิริราชมีพฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับค่อนข้างดี

*ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน*

จากผลการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ( $r = 0.22$ ) แสดงว่า ประชากรวัยทองที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาก ในทางตรงกันข้ามประชากรวัยทองที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อย ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997 cited in Pender et al., 2002) ที่มีความเชื่อว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลต่อการกระทำกิจกรรมของบุคคล คือ หากบุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถสูงก็จะมีแนวโน้มที่จะกระทำกิจกรรมนั้นมาก แต่หากบุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถต่ำหรือไม่มีความสามารถก็จะพยายามหลีกเลี่ยงการกระทำกิจกรรมหรือไม่ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ และสอดคล้องกับการศึกษาของเพนเดอร์และคณะ (Pender et al., 2002) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้สูงที่สุด และบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงด้วย (Weitzel, 1989; Gillis, 1993; Stuifbergen & Becker, 1994)

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คล้ายคลึงกับการศึกษาของจิตตระการ (2543) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถแห่งตนกับแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่ด้อยโอกาสในเรือนจำกลางจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 210 ราย พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.20$ ,  $p < 0.01$ ) และใกล้เคียงกับการศึกษาของวันดี (2538) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองการรับรู้ภาวะสุขภาพกับแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 150 ราย พบว่าการรับรู้ความสามารถแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบ

แผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.46, p < 0.01$ ) และจากการศึกษาของ สุดาวัฒน์ (2537) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับวิถีทางดำเนินชีวิตของวัยรุ่นในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 441 ราย พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีทางดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.50, p < 0.01$ ) และจากการศึกษาของ จันทรพิชญ (2542) ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูสตรีวัยหมดประจำเดือนสังกัดกรมอาชีวศึกษาในกรุงเทพมหานคร พบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.56, P < 0.01$ ) นอกจากนี้จากการศึกษาของ ไวท์เซล (Weitzel, 1989) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของคนงานลูกจ้างในมหาวิทยาลัย 179 ราย พบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ เช่นเดียวกับ ดัฟฟีและคณะ (Duffy et al., 1996) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของสตรีชาวแม็กซิกัน พบว่าการรับรู้ความสามารถแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของสตรีชาวอเมริกัน และจากการศึกษาของ ซอง และโยม (Sohng et al., 2002) ศึกษา พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้หญิงอพยพสูงอายุชาวเกาหลีในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้หญิงอพยพสูงอายุชาวเกาหลี.

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต ( $r = 0.21, p < 0.01$ ) ด้านการรับประทานอาหาร ( $r = 0.16, p < 0.05$ ) ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ( $r = 0.19, p < 0.01$ ) ด้านการจัดการกับความเครียด ( $r = 0.21, p < 0.01$ ) ทั้งนี้สามารถอธิบายความสัมพันธ์ดังกล่าวได้ว่า ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นพร้อมกับกระบวนการเจริญเติบโตของร่างกาย สถิติปัญญา อารมณ์และมโนธรรม เป็นภาวะที่บุคคลได้บรรลุถึงความต้องการขั้นสูงสุดก่อให้เกิดความสุขในชีวิต (Johnson, Ratner, Bottroff, & Haydux., 1993) บุคคลจึงมีความต้องการบรรลุความสำเร็จในขั้นนี้ แต่ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในชีวิตจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถและศักยภาพของบุคคล บุคคลที่รู้ว่าตนเองมีความสามารถสูงและมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำสูง บุคคลนั้นจะมีความพยายามอดทนต่ออุปสรรค และตั้งใจกระทำพฤติกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมาย แต่ในทางตรงกันข้าม บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ

แม้ความคาดหวังในผลลัพธ์จะสูงหรือต่ำ บุคคลนั้นจะมีแนวโน้มที่จะไม่กระทำพฤติกรรมนั้นๆ (Pender et al., 2002) การรับรู้ความสามารถของตนเองจึงเป็นแรงขับไปสู่ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต (Atkinson & Murray, 1992) ซึ่งผลการศึกษาคั้งนี้คล้ายคลึงกับการศึกษาของ จิตตระการ (2543) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.28, p < 0.01$ ) และใกล้เคียงกับการศึกษาของวันดี (2538) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.53, p < 0.01$ ) และจากการศึกษาของสุดารัตน์ (2537) ซึ่งพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.49, p < 0.01$ ) นอกจากนี้จากการศึกษาของ สตัฟเบอร์เจนและแบคเคอร์ (Stuiefbergen & Backer, 1994) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.47, p < 0.01$ )

*ด้านการจัดการกับความเครียด* พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.21, p < 0.01$ ) แสดงว่า ประชากรวัยทองที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดมาก ส่วนประชากรวัยทองที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดน้อย อธิบายได้ว่า ประชากรวัยทองที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะสามารถแสวงหาวิธีการต่างๆ ที่จะหลีกเลี่ยงหรือจัดการกับความเครียดได้ดี ซึ่งการจัดการกับความเครียด และการปรับตัวที่ดีจะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีด้วย (Harnish, Aseltine, & Gores, 2000) ผลการศึกษาคั้งนี้คล้ายคลึงกับการศึกษาของ สุดารัตน์ (2537) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.36, p < 0.01$ ) และการศึกษาของวันดี (2538) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.23, p < 0.01$ ) และจากการศึกษาของ สตัฟเบอร์เจนและแบคเคอร์ (Stuiefbergen & Backer, 1994) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.23, p < 0.01$ )

สัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.37, p < 0.01$ )

ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.19, p < 0.01$ ) แสดงว่า ประชากรวัยทองที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมากกว่าส่วนประชากรวัยทองที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลน้อยด้วย สามารถอธิบายได้ว่าการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นจะเป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนและส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น กล่าวคือ เมื่อบุคคลได้ให้การช่วยเหลือผู้อื่นบุคคลนั้นก็ยังสามารถสะสมประสบการณ์ ฝึกฝนทักษะของตนเองในการเผชิญกับการแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่างๆได้ ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข (Carpinello, Knight, & Markowitz, 2000) นอกจากนี้บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดๆหากมีความเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จและการกระทำนั้นจะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่ตนคาดหวังไว้ บุคคลนั้นจะมีความพยายามและมีความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น (Pender et al., 2002) ผลการศึกษาครั้งนี้ คล้ายคลึงกับการศึกษาของ สุดารัตน์ (2537) ซึ่งพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.31, p < 0.01$ ) และใกล้เคียงกับการศึกษาของวันดี (2538) ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.39, p < 0.01$ ) และจากการศึกษาของ จิตตระการ (2543) พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.17, p < 0.05$ ) และจากการศึกษาของ สตึฟเบอร์เจนและเบกเคอร์ (Stuiefbergen & Becker, 1994) พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.46, p < 0.01$ )

ด้านการรับประทานอาหาร พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.16, p < 0.05$ ) แสดงว่า ประชากรวัยทองที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารมาก ส่วนประชากรวัยทองที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารน้อย อธิบายได้ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะสามารถดูแลตนเอง และแสวงหาความรู้ที่จะเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ รวมถึงการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ รวมทั้งการคงพฤติกรรมที่ดีไว้เพื่อให้เกิดความผาสุกในชีวิต (Strecher, Devellis, Becker & Rosenstock., 1986) ซึ่งผลการศึกษาคั้งนี้คล้ายคลึงกับการศึกษาของ สูดาร์ตัน (2537) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.23, p < 0.01$ ) และใกล้เคียงกับการศึกษาของ วันดี (2538) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.26, p < 0.01$ ) และจากการศึกษาของ สตีฟเบอร์เจนและเบคเคอร์ (Stuiefbergen & Becker, 1994) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.46, p < 0.01$ )

และจากการศึกษาคั้งนี้พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการดูแลรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านการออกกำลังกาย แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองอาจจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการดูแลรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านการออกกำลังกายหรืออาจจะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 2 ด้านดังกล่าวก็ได้ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

การรับรู้ความสามารถของตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการดูแลรับผิดชอบต่อสุขภาพ อธิบายได้ว่า ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะมีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับดี แต่ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการดูแลรับผิดชอบต่อสุขภาพอาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 85.40 มีสถานภาพสมรสคู่ และการอยู่ร่วมกันในครอบครัวส่วนใหญ่ร้อยละ 71.80 จะอยู่ร่วมกับคู่สมรสและบุตร นอกจากนี้รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 3,001 - 5,000 บาท จึงต้องมีบทบาทที่จะดูแลรับผิดชอบครอบครัว ดังนั้นในการดำเนินชีวิตประจำวันกลุ่มตัวอย่างจึงมุ่งที่จะหารายได้มาเลี้ยงครอบครัวมากกว่าที่จะสนใจ

เรื่องการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ผู้ที่มีรายได้สูงจะมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพและแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของตนเองมากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ (วันดี, 2538; Pender, 1987; Walker et al., 1988) จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการดูแลรับผิดชอบต่อสุขภาพ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 86.30 ไม่มีโรคประจำตัว ทำให้ไม่ได้ตระหนักและไม่ค่อยให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเอง และคิดว่าตนเองไม่ได้มีอาการผิดปกติร้ายแรงถึงกับต้องไปพบแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ ดังจะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการดูแลรับผิดชอบต่อสุขภาพน้อยที่สุดตามลำดับ คือ ร้อยละ 58.90 ปรีกษาแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติของร่างกาย รองลงมาร้อยละ 56.40 ได้ร่วมเข้าฟังบรรยายหรือการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองทางด้านสุขภาพ และร้อยละ 54.00 ปรีกษาปัญหาทางสุขภาพกับแพทย์หรือพยาบาล นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 66.30 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ซึ่งผู้ที่มีวุฒิการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สูงกว่าบุคคลที่มีวุฒิมัธยมศึกษาต่ำ (กมลทิพย์, 2540; วันดี, 2538; Kasl & Cobb, 1996; Miller & Champion, 1997) จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการดูแลรับผิดชอบต่อสุขภาพ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการดูแลรับผิดชอบต่อสุขภาพ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนเองและรู้ว่าหากปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลรับผิดชอบต่อสุขภาพแล้วตนเองจะได้รับผลลัพธ์ตามที่ตนเองต้องการหรือคาดหวังไว้ เช่น การได้รับความรู้เรื่องข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ หรือเป็นการค้นหาความผิดปกติของร่างกาย กลุ่มตัวอย่างจึงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลรับผิดชอบต่อสุขภาพ จะเห็นได้จาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 57.40 มีพฤติกรรมการดูแลรับผิดชอบต่อสุขภาพสม่ำเสมอมากที่สุด คือ การสนใจติดตามข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากแหล่งต่างๆ เช่น โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ เป็นต้น รองลงมาร้อยละ 24.80 ของกลุ่มตัวอย่างได้คอยสังเกตความผิดปกติของร่างกายด้วยตนเองอย่างน้อยเดือนละครั้ง เช่น การตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นต้น สอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองซึ่ง เพนเดอร์ (Pender et al., 2002) ได้กล่าวว่า บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นสูง บุคคลนั้นจะมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ สูงแต่หากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่ำ บุคคลนั้นจะมีแนวโน้มที่จะไม่กระทำพฤติกรรมนั้นๆ

การรับรู้ความสามารถของตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย อธิบายได้ว่าถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับ

ดี แต่ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการออกกำลังกายที่ถูกต้อง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.30 มีระดับการศึกษาในชั้นประถมศึกษา ซึ่งผู้ที่วุฒิมัธยมศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่าบุคคลที่มีวุฒิมัธยมศึกษาต่ำ (กมลทิพย์, 2540; วันดี, 2538; Kasl & Cobb, 1996; Miller & Champion, 1997) จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ไม่ถูกต้องหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย จะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 49.50 มีพฤติกรรมการออกกำลังกายน้อยที่สุด คือ ตรวจนับชีพจรทุกครั้งก่อนและหลังการออกกำลังกาย รองลงมา ร้อยละ 33.70 ได้พยายามเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจเวลาออกกำลังกาย นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 85.40 มีสถานภาพคู่และการอยู่ร่วมกันในครอบครัวส่วนใหญ่ร้อยละ 71.80 จะอยู่ร่วมกับคู่สมรสและบุตร และรายได้ส่วนใหญ่จะอยู่ระหว่าง 3,001 - 5,000 บาท ดังนั้นในการดำเนินชีวิตประจำวันจึงต้องมีบทบาทรับผิดชอบครอบครัว และมุ่งประกอบอาชีพเพื่อหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว เมื่อเสร็จจากภาระกิจการทำงานในแต่ละวันทำให้ร่างกายมีความเหนื่อยล้า จึงต้องการพักผ่อนมากกว่าที่จะออกกำลังกาย จึงไม่ได้ออกกำลังกายหรือปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอโดยเฉพาะการออกกำลังกายแบบมีแบบแผน ดังเช่น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 30.70 มีพฤติกรรมการออกกำลังกายค่อนข้างน้อย คือการได้ทำตามแผนการออกกำลังกาย และร้อยละ 29.70 ได้ออกกำลังกายที่ใช้แรงมากเป็นเวลา 20 - 30 นาทีอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เช่น เดินเร็ว แอโรบิก เป็นต้น นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างอาจมีความคิดเห็นว่าในแต่ละวันได้มีโอกาสออกกำลังกายเล็กน้อยๆ ในขณะทำงานแล้ว จึงไม่ได้ทำตามแผนการออกกำลังกายและไม่ค่อยได้ออกกำลังกายอย่างมีแบบแผน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายแล้วตนเองจะได้รับผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ (Pender et al., 2002) เช่น การมีสุขภาพที่แข็งแรงปราศจากโรค หรือทำให้อาการของโรคที่เป็นอยู่ทุเลาลงหรือหายจากโรคนั้นๆ จึงปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกาย ดังเช่น กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.00 มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอมากที่สุด คือ ได้บิดตัวหรือเหยียดแขนเหยียดขาอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เช่น ทำก่อนลุกจากที่นอน หรือเมื่อรู้สึกเมื่อยล้าจากการทำงาน รองลงมา กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 43.60 พยายามหาโอกาสออกกำลังกายเล็กน้อยๆ ในแต่ละวัน เช่น เดินเล่นหลังรับประทานอาหาร เดินขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟท์ เป็นต้น

และจากผลการศึกษาค้นคว้า พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ( $r = 0.22, p < 0.01$ ) และมีความสัมพันธ์

ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน คือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในชีวิต ( $r = 0.21, p < 0.01$ ) ด้านการรับประทานอาหาร ( $r = 0.16, p < 0.05$ ) ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ( $r = 0.19, p < 0.01$ ) และด้านการจัดการกับความเครียด ( $r = 0.21, p < 0.01$ ) แต่ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการดูแลรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านการออกกำลังกาย ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับสมมุติฐานเพียงบางส่วน อาจเนื่องมาจาก พฤติกรรมของแต่ละบุคคลไม่ได้ถูกกำหนดด้วยปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง แต่เป็นผลมาจากหลายปัจจัยด้วยกัน นอกจากนี้ อาจมีตัวแปรหรือปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่ผู้วิจัยไม่ได้นำเข้ามาศึกษาในครั้งนี้ เช่น การรับรู้ประโยชน์ต่อการกระทำ การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยด้านพฤติกรรม อิทธิพลสถานการณ์ เป็นต้น จึงอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้การศึกษานี้ พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพียงบางส่วนเท่านั้น

นอกจากนี้จะเห็นได้ว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับต่ำ อาจเนื่องมาจากแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นแบบสอบถามที่ประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านทั่วไปและด้านสังคม และลักษณะข้อคำถามเป็นแบบทั่วไป มีความหลากหลาย ไม่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของจิตระการ (2543) ที่ใช้แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองแบบทั่วไปของซีเรอร์และแมดด็อกซ์ (Sherer & Maddux., 1982) แบบสอบถามมี 2 ส่วน คือ ด้านทั่วไปและด้านสังคม ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับต่ำทั้งโดยรวมและรายด้าน ( $r = 0.15, p < 0.05, r = 0.28, p < 0.01$ ) และใกล้เคียงกับการศึกษาของสุดารัตน์ (2537) ที่ใช้แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองแบบทั่วไปของซีเรอร์และแมดด็อกซ์ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับต่ำถึงระดับปานกลางทั้งโดยรวมและรายด้าน ( $r = 0.21, p < .01, r = 0.50, p < 0.01$ ) เช่นเดียวกับการศึกษาของวันดี (2538) ที่ใช้แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองแบบทั่วไปของซีเรอร์และแมดด็อกซ์ โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านทั่วไปเพียงด้านเดียว พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตั้งแต่ระดับต่ำถึงระดับปานกลางทั้งโดยรวมและรายด้าน ( $r = 0.18, p < 0.05, r = 0.53, p < 0.01$ )

นอกจากนี้จากการศึกษาของสตัฟเบอร์เจนและเบกเคอร์ (Stuifbergen & Becker, 1994) ที่ศึกษาปัจจัยที่ทำนายวิถีทางดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพในผู้ที่ทุพพลภาพ จำนวน 117 คน โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองแบบทั่วไปของซีเรอร์และแมคคอกซ์และแบบสอบถามการประเมินระดับความสามารถของตนเองที่เกี่ยวกับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Self - Rated Abilities for Health Practices Scales) ที่สร้างขึ้นโดยเบกเคอร์, สตัฟเบอร์เจน, โอไฮโอและฮอลล์ (Becker, Stuifbergen, Oh, & Hall, 1993) ซึ่งพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองที่เฉพาะเจาะจงกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีทางดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพและมีระดับความสัมพันธ์มากกว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองแบบทั่วไป ( $r = 0.62, p < 0.01, r = 0.44, p < 0.01$ ) ตามลำดับ ดังนั้นในการศึกษางานวิจัยในครั้งนี้ซึ่งใช้แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองแบบทั่วไป จึงทำให้ผลการศึกษาค่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีค่าความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ