

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง มโนทัศน์สุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี โดยศึกษาจากผู้สูงอายุจำนวน 240 คน ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

- 4.1 ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ
- 4.2 มโนทัศน์สุขภาพของผู้สูงอายุ
- 4.3 การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
- 4.4 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
- 4.5 ความสัมพันธ์ระหว่าง มโนทัศน์สุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
- 4.6 ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัย

4.1 ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเป็นเพศหญิงร้อยละ 63.3 เพศชาย 36.7 มีอายุระหว่าง 60-85 ปี อายุเฉลี่ย 68 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี ซึ่งเป็นวัยสูงอายุตอนต้น จำนวนร้อยละ 84 รองลงมาเป็นกลุ่มผู้สูงอายุตอนกลาง และตอนปลาย ร้อยละ 15.4 และ 0.4 ตามลำดับ ผู้สูงอายุทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 98.3 มีเพียงส่วนน้อยที่ไม่ได้รับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 1.7 สถานภาพสมรส พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 57.9 รองลงมามีสถานภาพสมรส หม้าย และ โสด คิดเป็นร้อยละ 38.3 และ 3.3 ตามลำดับ สำหรับการทำงานประกอบอาชีพ พบว่าส่วนใหญ่ไม่ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 70.8 ส่วนผู้ที่ยังทำงานมีจำนวนร้อยละ 29.2 รายได้หลักส่วนใหญ่จึงมาจาก บุตร หลาน คู่สมรส ถึงร้อยละ 80.8 และทำงานหาเงินใช้เอง ร้อยละ 19.2 ซึ่งรายได้ที่ได้รับมีความเพียงพอต่อการใช้จ่าย

เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 61.3 ไม่เพียงพอร้อยละ 38.7 ทางด้านการพักอาศัย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในบ้านของตนเอง คิดเป็นร้อยละ 92.1 และอาศัยอยู่กับบุตร หลาน ญาติ ร้อยละ 7.9 สำหรับจำนวนสมาชิกในครอบครัว มีจำนวนระหว่าง 1-11 คน เฉลี่ย 5 คน ต่อครอบครัว ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามลักษณะทั่วไป

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	88	36.7
หญิง	152	63.3
อายุ		
60-74 ปี	202	84.2
75-84 ปี	37	15.4
85 ปีขึ้นไป	1	0.4
ศาสนา พุทธ	240	100.0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	4	1.7
ประถมศึกษา	236	98.3
สถานภาพสมรส		
โสด	8	3.3
คู่	139	57.9
หม้าย	93	38.8
การทำงานประกอบอาชีพ		
ทำงาน	70	29.2
ไม่ทำงาน	170	70.8

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามลักษณะทั่วไป (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รายได้หลัก		
ทำงานหาเงินใช้เอง	46	19.2
ได้รับเงินจากคู่สมรส บุตร หลาน ญาติ	194	80.8
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	147	61.3
ไม่เพียงพอ	93	38.7
บ้านที่พักอาศัย		
บ้านของตนเอง	221	92.1
บ้านของบุตร หลานญาติ	19	7.9
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
1-3 คน	70	29.2
4-6 คน	126	52.6
7-11 คน	44	18.2

4.2 มโนทัศน์สุขภาพของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีมโนทัศน์สุขภาพรูปแบบภาวะที่ปราศจากโรคหรือความเจ็บป่วย สูงที่สุด คือ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 21.65 คะแนน รองลงมา คือ มโนทัศน์รูปแบบการแสดงบทบาทหน้าที่ การบรรลุความสำเร็จสูงสุดในชีวิต และการปรับตัวตามสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป มีคะแนนเฉลี่ย 21.5, 19.98 และ 18.55 คะแนน ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าพิสัยของคะแนนในทัศนสุขภาพของ
ผู้สูงอายุ

ทัศนสุขภาพ	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	คะแนนเต็ม	พิสัย (Range)
- ภาวะที่ปราศจากโรค	21.65	2.43	24	14-24
- ความสามารถในการ แสดงบทบาทหน้าที่	21.55	2.56	24	12-24
- ความสามารถในการปรับตัว	18.55	2.77	24	11-24
- การบรรลุความสำเร็จ สูงสุดในชีวิต	19.98	2.46	24	13-24

เมื่อพิจารณาทัศนสุขภาพรายข้อ พบว่า

4.2.1 มโนทัศนสุขภาพรูปแบบภาวะที่ปราศจากโรคหรือความเจ็บป่วย ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นต่อมโนทัศนนี้สูงที่สุด เมื่อพิจารณาในรายละเอียด พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าคนสุขภาพดีคือ คนที่ไม่มีโรค และไม่เจ็บป่วยมากที่สุด (ร้อยละ 75) รองลงมาคือไม่ต้องไปพบแพทย์ หรือต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์หรือทีมสุขภาพ ไม่มีความพิการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ไม่ต้องรับประทานยา ไม่มีอาการของโรค และรับประทานอาหารได้ นอนหลับพักผ่อนได้ ตามลำดับ

4.2.2 มโนทัศนสุขภาพรูปแบบความสามารถในการแสดงบทบาทหน้าที่ ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นต่อมโนทัศนรูปแบบนี้เป็นลำดับที่ 2 แต่เมื่อพิจารณาในข้อย่อย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความคิดเห็นในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่งทุกข้อ โดยข้อที่มีผู้เห็นด้วยมากที่สุดคือ คนสุขภาพดีคือ คนที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง (ร้อยละ 72.5) รองลงมาคือ คนที่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ เสมอ เช่น ออกกำลังกาย ทำงานบ้าน (ร้อยละ 68.2) สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามความต้องการของตนเอง (ร้อยละ 62.9) เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนได้ (ร้อยละ 62.9) ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำ ดักเตือนบุตรหลาน (ร้อยละ 54.2) และ

สามารถประกอบอาชีพตามความชอบได้

4.2.3 มโนทัศน์สุขภาพรูปแบบความสามารถในการปรับตัว ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นต่อมโนทัศน์รูปแบบนี้น้อยที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบอื่น ๆ เมื่อพิจารณาความคิดเห็นส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง มีเพียง 2 ข้อ คือ คนสุขภาพดีคือ คนที่รู้จักหาแนวทางทำให้ตนเองสงบ และมีความสุข (ร้อยละ 52) และมีความยืดหยุ่น รู้จักให้อภัยผู้อื่น รู้จักผ่อนสั้นผ่อนยาว (ร้อยละ 47) ส่วนข้ออื่น ๆ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความคิดเห็นในระดับเห็นด้วย

มีข้อค้นพบที่น่าสนใจสำหรับมโนทัศน์สุขภาพรูปแบบนี้ คือ ในข้อย่อย 2 ข้อ ที่ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นในระดับที่ไม่เห็นด้วยคือ คนสุขภาพดี คือคนที่ยอมรับและปรับตัวตามสภาพการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย (ร้อยละ 61.7) และยอมรับความช่วยเหลือในด้านเงินทอง แรงงานจากผู้อื่นบ้างเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (ร้อยละ 41.3)

4.2.4 มโนทัศน์สุขภาพรูปแบบ การบรรลุความสำเร็จสูงสุดในชีวิต ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นต่อมโนทัศน์รูปแบบนี้เป็นลำดับที่ 3 เมื่อพิจารณาข้อย่อยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความคิดเห็นระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง กับระดับเห็นด้วย ในสัดส่วนเท่า ๆ กัน ข้อที่ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นระดับเห็นด้วยอย่างยิ่งคือ คนที่สุขภาพดี คือ คนที่มีความสบายใจมีความสุขสงบ และอึดเอิบใจ (ร้อยละ 70.4) เห็นความมีคุณค่าในตนเอง มีความภาคภูมิใจที่ตนได้สร้างความเจริญก้าวหน้าแก่ครอบครัวและชุมชน (ร้อยละ 61.3) มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีการวางแผนในการดำเนินชีวิต (ร้อยละ 53.3) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับความคิดเห็นที่มีต่อมโนทัศน์สุขภาพ รายข้อ

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
I. มโนทัศน์สุขภาพรูปแบบภาวะปราศจากโรค หรือความเจ็บป่วย				
1) คนที่สุขภาพดี คือ คนที่ไม่มีโรค ไม่เจ็บป่วย เช่น โรคเรื้อรัง	75.0	24.2	0.8	0.8
2) คนสุขภาพดี คือ คนที่ไม่ต้องรับ ประทานยา	60.8	36.3	2.1	0.8
3) คนสุขภาพดี คือ คนที่ไม่ต้อง ไปพบแพทย์หรือต้องอยู่ในความ ดูแลของแพทย์/ทีมสุขภาพ	65.0	33.8	1.3	0.0
4) คนสุขภาพดีคือคนที่รับประทาน อาหารได้ นอนหลับพักผ่อนได้ดี	54.2	42.1	3.8	0.0
5) คนสุขภาพดีคือ คนที่ไม่มีอาการ ของโรค เช่น ความเจ็บปวด ไม่มีไข้	59.2	39.2	1.7	0.0
6) คนสุขภาพดี คือ คนที่ไม่มีความ พิการทั้งทางร่างกายและจิตใจ	62.9	35.8	1.3	0.0
II. มโนทัศน์สุขภาพรูปแบบความสามารถในการแสดงบทบาทหน้าที่				
7) คนสุขภาพดีคือ คนที่สามารถทำ กิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง	72.5	26.7	0.8	0.0

ตารางที่ 4.3 ร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับความคิดเห็นที่มีต่อมโนทัศน์สุขภาพ รายข้อ
(ต่อ)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
8) คนสุขภาพดี คือคนที่สามารถทำ หน้าที่เป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำ ตักเตือนแก่บุตรหลาน	54.2	45.0	0.8	0.0
9) คนสุขภาพดีคือ คนที่สามารถกระทำ กิจกรรมต่าง ๆ สม่าเสมอ เช่น ออกกำลังกาย ทำงานบ้าน ช่วยทำ สวนทำไร่	68.6	30.8	0.4	0.0
10) คนสุขภาพดีคือ คนที่สามารถทำ กิจกรรมต่างๆ ตามความต้องการ การของตนเอง เช่น ไปเยี่ยม ญาติ/เพื่อน ทั้งที่อยู่ในชุมชน และอยู่ต่างถิ่น การไปซื้อของ การได้ทำงานอดิเรกที่ชอบ	62.9	35.4	1.7	0.0
11) คนสุขภาพดี คือ คนที่สามารถ เข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของ ชุมชนได้ เช่น กิจกรรมทางศาสนา	62.9	35.4	1.7	0.0
12) คนสุขภาพดี คือ คนที่สามารถ ประกอบอาชีพตามความชอบได้	51.3	38.3	9.2	0.0

ตารางที่ 4.3 ร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับความคิดเห็นที่มีต่อมโนทัศน์สุขภาพ รายข้อ
(ต่อ)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
III. มโนทัศน์สุขภาพรูปแบบความสามารถในการปรับตัว				
13) คนสุขภาพดี คือคนที่ยอมรับและปรับตัวตามสภาพการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เช่น การใช้แว่นสายตาเพื่อช่วยในการมองเห็น การใช้ไม้เท้าช่วยเวลาเดิน	12.1	36.3	32.1	19.6
14) คนสุขภาพดี คือ คนที่สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่คับขันหรือเหตุการณ์ที่ทำให้ไม่สบายใจโดยการควบคุมสติอารมณ์และหาแนวทางแก้ไข	43.8	46.7	9.2	0.4
15) คนสุขภาพดี คือคนที่รู้จักหาแนวทางทำให้ตนเองสงบ และมีสุข เช่น สวดมนต์ การทำสมาธิ	52.0	44.2	3.8	0.0
16) คนสุขภาพดี คือ คนที่ปรับตัวให้เข้ากับสภาพความเป็นจริง เช่น รู้จักใช้จ่ายเงินทองตามความสามารถในการจัดหามาได้	40.8	51.7	7.1	0.4

ตารางที่ 4.3 ร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับความคิดเห็นที่มีต่อมโนทัศน์สุขภาพ รายข้อ (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
17) คนสุขภาพดี คือ คนที่ยอมรับ ความช่วยเหลือในด้านเงินทอง แรงงานจากผู้อื่นบ้าง เมื่อเข้าสู่ วัยสูงอายุ	14.6	44.2	27.5	13.8
18) คนสุขภาพดีคือ คนที่มีความยืดหยุ่น รู้จักให้อภัยผู้อื่น รู้จักผ่อนสั้นผ่อน ยาว	47	46.3	5.8	0.8
IV. มโนทัศน์สุขภาพรูปแบบการบรรลุความ สำเร็จสูงสุดในชีวิต				
19) คนสุขภาพดี คือ คนที่เห็นความมี คุณค่าในตนเองมีความภาคภูมิใจ ที่คนได้สร้างความก้าวหน้าความ เจริญให้เกิดแก่ครอบครัวและชุมชน	61.3	35.4	3.3	0.0
20) คนสุขภาพดีคือ คนที่มีความคิด ริเริ่มสร้างสรรค์ มีการวางแผน ในการดำเนินชีวิต	53.3	44.2	2.5	0.0
21) คนสุขภาพดีคือ คนที่ดำเนินชีวิต ด้วยความกระตือรือร้น กระฉับ กระเฉง พร้อมที่จะทำงานที่เกิด ประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่น	46.7	47.5	5.2	0.4

ตารางที่ 4.3 ร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับความคิดเห็นที่มีต่อมโนทัศน์สุขภาพ รายข้อ
(ต่อ)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
22) คนสุขภาพดีคือ คนที่ประสบความสำเร็จสมหวังในการดำเนินชีวิตที่ผ่านมา	44.6	49.2	5.8	0.4
23) คนสุขภาพดีคือ คนที่มีความสบายอกสบายใจ ถึงแม้ว่าจะมีโรคเรื้อรังประจำตัว ซึ่งต้องรับประทานยาเป็นประจำ	12.5	37.4	31.3	18.8
24) คนสุขภาพดีคือ คนที่มีความสบายใจ มีความสุขสงบและอิ่มเอิบใจ	70.4	26.3	3.3	0.0

4.3 การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คือมีคะแนนเฉลี่ย 2.4 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.72 รายละเอียดในตารางที่ 4.5 เมื่อพิจารณารายละเอียด การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ภาวะสุขภาพในระดับปานกลาง (ร้อยละ 50.5) รองลงมาคือระดับไม่ดี และดี ในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 22.9 และ 21.6 ตามลำดับ และผู้ที่รับรู้ภาวะสุขภาพดีมาก มีจำนวนน้อยที่สุดคือ ร้อยละ 5.0 และเมื่อพิจารณาการรับรู้ภาวะสุขภาพรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ภาวะสุขภาพในระดับปานกลาง (ร้อยละ 42.5-44.6)

และระดับดี (ร้อยละ 25.4-33.8) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ			
	ดีมาก	ดี	ปานกลาง	ไม่ดี
ในอดีต	15.4	30.8	44.6	9.2
ในปัจจุบัน	10.8	33.8	43.8	11.7
เปรียบเทียบกับผู้อื่น	10.0	25.4	42.5	22.1
โดยรวม	5.0	21.6	50.5	22.9

4.4 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.96 คะแนนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.27) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับดีคือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการแสดงบทบาทหน้าที่ และ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบรรลุความสำเร็จสูงสุดในชีวิต พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลางคือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพและป้องกันความเจ็บป่วย และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการปรับตัว ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ และคะแนน
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	2.4	0.72
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	2.96	0.27
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการ ดูแลและป้องกันความเจ็บป่วย	2.74	0.27
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการ แสดงบทบาทหน้าที่	3.04	0.42
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการปรับตัว	2.93	0.36
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบรรลุ ความสำเร็จสูงสุดในชีวิต	3.07	0.46

พิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายข้อในแต่ละด้าน พบว่า

4.4.1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพและป้องกันความเจ็บป่วย
พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับดี-ดีมาก ผู้วิจัยขอเสนอ 5 อันดับแรกของการ
ปฏิบัติระดับดีมาก ดังนี้คือ ไม่ดื่มสุรา (ร้อยละ 92.5) ไม่ดื่มสุรา (ร้อยละ 83.3)
รับประทานอาหารประเภทผัก ทอด กะทิ 1 ครั้งใน 1 สัปดาห์ (ร้อยละ 73.3) ไม่สูบบุหรี่
(ร้อยละ 69.2) ขับถ่ายอุจจาระเป็นประจำทุกวัน (ร้อยละ 62.5) (รายละเอียดในตาราง
ที่ ค.1)

นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ปฏิบัติได้ในระดับปานกลาง
ไม่เหมาะสม โดยพฤติกรรมที่ปฏิบัติในระดับไม่เหมาะสมคือ ผู้สูงอายุเคี้ยวหมากเป็นประจำ
(ร้อยละ 43.8) และไม่ออกกำลังกายอย่างมีรูปแบบ (ร้อยละ 43.8) ส่วนพฤติกรรมที่ปฏิบัติใน
ระดับปานกลางส่วนใหญ่คือ ส้วมที่ใช้เป็นส้วมซึม ที่ไม่มีราวสำหรับยึดเหนี่ยว (ร้อยละ 78.3)

การทำความสะอาดร่างกายที่บ่อยเกินไปในขณะที่มีอากาศหนาวเย็น (ร้อยละ 65.8) การจัดเก็บขยะโดยถังขยะที่ไม่มีฝาปิด และกำจัดขยะน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 57.1)

4.4.2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการแสดงบทบาทหน้าที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ปฏิบัติในระดับ ดี-ดีมาก โดยพฤติกรรมที่ปฏิบัติได้ดีมากเป็นส่วนใหญ่คือ การติดต่อพูดคุยกับเพื่อนบ้านเป็นประจำ (ร้อยละ 63.8) เป็นที่ปรึกษาแก่สมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 51.3) ไปร่วมกิจกรรมทางศาสนาที่วัดเป็นประจำ (ร้อยละ 46.7)

นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ปฏิบัติในระดับปานกลาง คือ การเดินทางไปเยี่ยมญาติ เพื่อนที่อยู่หมู่บ้านอื่น (ร้อยละ 57.1) การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน (ร้อยละ 38.8) (รายละเอียดในตารางที่ ค.2)

4.4.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการปรับตัว พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ปฏิบัติในระดับ ดี-ดีมาก-ปานกลาง ในสัดส่วนที่เท่า ๆ กัน โดยพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ปฏิบัติในระดับดีคือ เมื่อเกิดความรู้สึกไม่สบายใจแล้วไม่แก้ปัญห โดยการดื่มสุรา (ร้อยละ 88.8) สูบบุหรี่ (ร้อยละ 78.8) ใช้อารมณ์ประสาธ (ร้อยละ 69.6) แสดง พฤติกรรมก้าวร้าว (ร้อยละ 53.3) พฤติกรรมที่ส่วนใหญ่ปฏิบัติในระดับดีคือ การแก้ปัญหโดยการพูดคุยระบายความรู้สึกกับ คู่ชีวิต บุตร หลาน เพื่อน (ร้อยละ 41.3) ใช้หลักธรรมทางพุทธศาสนา (ร้อยละ 40) อยู่คนเดียว (ร้อยละ 35.4) และวางเฉยหรือเบนความสนใจ (ร้อยละ 27.9) ส่วนพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ปฏิบัติในระดับปานกลางคือ การแก้ปัญหโดยการพิจารณาสาเหตุของความไม่สบายใจแล้วแก้ไข (ร้อยละ 38.8) รวมถึงการเกิดความรู้สึกไม่พอใจในเหตุการณ์ต่าง ๆ (ร้อยละ 40.8) เมื่อไม่สบายใจ มักจะบดขี้นะ นอนไม่หลับ (ร้อยละ 36.7) และไม่สบายใจ (ร้อยละ 35.8) (รายละเอียดในตารางที่ ค.3)

4.4.4 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบรรลุความสำเร็จสูงสุดในชีวิต พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ปฏิบัติพฤติกรรมในระดับดีมาก โดยมีพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ปฏิบัติมากที่สุดคือ ได้ทำประโยชน์ให้เกิดแก่ ครอบครัว ชุมชน (ร้อยละ 54.6) ได้รับการยกย่องนับถือ (ร้อยละ 49.6) มีความพึงพอใจกับสภาพความเป็นอยู่ในปัจจุบัน (ร้อยละ 41.7) พฤติกรรมที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ปฏิบัติในระดับดีได้แก่ ความรู้สึกมีความสุขที่ได้ถ่ายทอดวิชาความรู้ให้คนรุ่นหลัง (ร้อยละ 48.3) มีการวางแผนดำเนินชีวิตอย่างเป็นขั้นตอน (ร้อยละ 42.5)

ส่วนพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ปฏิบัติในระดับปานกลาง ได้แก่ การดำเนินชีวิตประจำวันอย่างกระตือรือร้น (ร้อยละ 49.6) และดำเนินชีวิตตามแผนที่วางไว้จน

ประสบความสำเร็จ (ร้อยละ 32.5) (รายละเอียดในตารางที่ ค.4)

4.5 ความสัมพันธ์ระหว่าง มโนทัศน์สุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาพบว่า มโนทัศน์สุขภาพทั้ง 4 รูปแบบ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับต่ำ โดยมีมโนทัศน์สุขภาพที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากที่สุดคือ มโนทัศน์รูปแบบการบรรลุความสำเร็จสูงสุดในชีวิต ($r = .2442, p < 0.001$) รองลงมาคือ มโนทัศน์สุขภาพรูปแบบความสามารถในการแสดง บทบาทหน้าที่ ($r = .1528, p < 0.01$) มโนทัศน์สุขภาพรูปแบบภาวะที่ปราศจากโรคหรือ ความเจ็บป่วย ($r = .1364, p < 0.05$) และมโนทัศน์สุขภาพรูปแบบความสามารถในการ ปรับตัว ($r = .1303, p < 0.05$) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์สุขภาพแต่ละรูปแบบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน พบว่า

4.5.1 มโนทัศน์สุขภาพรูปแบบภาวะที่ปราศจากโรคหรือความเจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพและป้องกันความเจ็บป่วย ($r = .1039, p > 0.05$)

4.5.2 มโนทัศน์สุขภาพรูปแบบความสามารถในการแสดงบทบาทหน้าที่ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการแสดง บทบาทหน้าที่ ($r = .1452, p < 0.05$)

4.5.3 มโนทัศน์สุขภาพรูปแบบความสามารถในการปรับตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการปรับตัว ($r = .0333, p > 0.05$)

4.5.4 มโนทัศน์สุขภาพรูปแบบการบรรลุความสำเร็จสูงสุดในชีวิต มีความสัมพันธ์ ทางบวกในระดับต่ำ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบรรลุความสำเร็จสูงสุดในชีวิต อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($r = .2783, p < 0.001$) รายละเอียดในตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 ความสัมพันธ์ระหว่าง มโนทัศน์สุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

มโนทัศน์สุขภาพ	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ				โดยรวม
	ด้านการดูแลสุขภาพ	ด้านการแสดงบทบาทหน้าที่	ด้านการปรับตัว	ด้านการบรรลุความสำเร็จ	
ภาวะที่ปราศจากโรค	.1039	.1328*	.0038	.1361*	.1364*
ความสามารถในการแสดงบทบาทหน้าที่	.1429*	.1452*	.0286	.1589**	.1528**
ความสามารถในการปรับตัว	.1573**	.0449	.0333	.1939**	.1303*
การบรรลุความสำเร็จสูงสุดในชีวิต	.2210***	.1514**	.0236	.2783***	.2442***

* $P < .05$, ** $P < .01$, *** $P < .001$

4.6 ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญในระดับค่อนข้างต่ำ ($r = .2007$, $p < .001$) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพและป้องกันความเจ็บป่วย ($r = .1523$, $p < 0.01$) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการแสดงบทบาทหน้าที่ ($r = .1657$, $p < .01$) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบรรลุความสำเร็จสูงสุดในชีวิต ($r = .1393$, $p < .05$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการปรับตัว ($r = .1081$, $p > .05$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ					
ตัวแปร	ด้านการดูแลสุขภาพ	ด้านการแสดงบทบาท	ด้านการปรับตัว	ด้านการบรรลุความสำเร็จสูงสุดในชีวิต	โดยรวม
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.1523*	.1657**	.1081	.1393*	0.2007***

* $P < .05$, ** $P < .01$, *** $P < .001$

การอภิปรายผล

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง มโนทัศน์สุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี มีข้อค้นพบและอภิปรายผลได้ดังนี้

1. มโนทัศน์สุขภาพของผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีมโนทัศน์สุขภาพ หรือให้ความหมายสุขภาพรูปแบบภาวะที่ปราศจากโรคหรือความเจ็บป่วยสูงสุด และให้ความหมายสุขภาพรูปแบบความสามารถในการแสดงบทบาทหน้าที่ รูปแบบการบรรลุความสำเร็จสูงสุดในชีวิต รูปแบบความสามารถในการปรับตัว เป็นลำดับรองลงมาตามลำดับ ซึ่งข้อค้นพบนี้มีข้ออภิปรายดังนี้

1.1 ผู้สูงอายุให้ความหมายของสุขภาพ คือ ภาวะที่ปราศจากโรคหรือความเจ็บป่วย มากที่สุด ทั้งนี้เป็นเพราะแนวคิดนี้เป็นมุมมองสุขภาพที่มองเห็นเด่นชัด และได้รับการสืบทอดกันมานานของคนในสังคม และในความคิดเห็นของทีมสุขภาพ (Laffrey, 1986a) การให้ความหมายของสุขภาพเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ในอดีต (Kozier, et al., 1991) ทำให้ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย และการหาแนวทางมาจัดการความเจ็บป่วย หรือภาวะที่ถูกคุกคามจากโรคด้วยวิธีต่าง ๆ เพื่อให้ร่างกายสามารถกลับมาทำหน้าที่ได้ดังเดิม (Kozier and Erp, 1987) มีความคุ้นเคยกับแนวคิดนี้มากที่สุด โดยผู้สูงอายุจะ

กล่าวถึง สุขภาพดี คือการมีโรคหรือไม่มีโรคมากที่สุด ภาวะเจ็บป่วยคือการเกิดโรค ต้องได้รับการดูแลจากแพทย์

การให้ความหมายของสุขภาพดีในระดับรองลงมา คือ ความพิการของร่างกายและจิตใจ ซึ่งผู้สูงอายุให้ความคิดเห็นว่าบุคคลจะมีสุขภาพดีไม่ได้ถ้าร่างกายไม่ครบ 32 ประการ ทั้งนี้แม้แต่ในความหมายของสุขภาพที่องค์การอนามัยโลกกล่าวถึง ก็ให้ความสำคัญกับเรื่องของความพิการ ดังความหมาย "สุขภาพดีคือ ภาวะที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ มิใช่แต่เพียงการปราศจากโรคหรือความพิการ" (WHO, cited by Pender, 1987) นอกจากนั้นแล้ว การให้ความหมายของสุขภาพตามแนวคิดนี้ ยังเกี่ยวข้องกับการแสดงทางร่างกาย และการมีพฤติกรรมทางสุขภาพด้วย นั่นคือ ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นว่า การมีสุขภาพดีนั้นจะต้องไม่มีการแสดงออกของอาการที่บ่งบอกถึงความเจ็บป่วย เช่น ความเจ็บปวด มีไข้ และการรับประทานอาหาร การนอนหลับ

อย่างไรก็ตาม มีผู้สูงอายุจำนวนน้อยที่แสดงความคิดเห็นในด้านที่ตรงกันข้ามในบางข้อ โดยผู้สูงอายุเปรียบเทียบสภาพร่างกาย การปฏิบัติตัว และปรากฏการณ์ที่ตนเองเผชิญอยู่เป็นเกณฑ์ในการตัดสิน นั่นคือ การให้ความหมายของสุขภาพ คือ การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน โดยผู้สูงอายุกล่าวว่า การรับประทานได้มากไม่ใช่สิ่งที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ เพราะจะทำให้อ้วนเกินไป มีโรคแทรกง่าย

1.2 ผู้สูงอายุให้ความหมายของสุขภาพ คือ ความสามารถในการแสดงบทบาทหน้าที่มากเป็นลำดับรองลงมา และมีความใกล้เคียงกับรูปแบบแรก ทั้งนี้เป็นเพราะเมื่อมีความคิดเห็นว่า สุขภาพคือ ภาวะที่เจ็บป่วยหรือไม่เจ็บป่วยแล้ว เมื่อเกิดการเจ็บป่วยได้รับการตัดสินจากผู้อื่น บุคคลจะเข้าสู่บทบาทของผู้ป่วย (มัลลิกา มัติโก, 2530) โดยจะลดบทบาทต่าง ๆ ที่ดำเนินอยู่เป็นปกติลง เช่น ลดหรือหยุดทำงาน เป็นต้น ทุกคนในสังคมแต่ละคนจะมีบทบาทของตนเอง บุคคลอาจจะต้องแสดงหลายบทบาท เช่น พ่อ แม่ ปู่ ย่า ลูก ผู้ป่วย เป็นต้น เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุบุคคลก็จะมีบทบาทที่ต่างไปจากเดิม สำหรับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีนั้น บทบาทที่ควรจะทำ ส่วนใหญ่เห็นว่าจะต้องทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง มีกิจกรรมต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ เช่น ทำงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ หรือการมีกิจกรรมออกกำลังกาย สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนได้ และทำหน้าที่ในการให้คำแนะนำตักเตือนบุตรหลาน ให้คำแนะนำในการประกอบอาชีพ แนวทางให้การดำเนินชีวิต

อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ก็ยังมีความเห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีควรทำงานประกอบอาชีพได้ แต่มีผู้สูงอายุกลุ่มหนึ่งที่เห็นว่า ผู้สูงอายุควรจะพักผ่อน ไม่ต้องทำงานประกอบอาชีพอีกต่อไปแล้ว ภาระรับผิดชอบต่าง ๆ ควรจะเป็นของบุตรหลานมากกว่า จากข้อค้นพบนี้ สนับสนุนความคิดเห็นของ สุรกุล เจนอบรม (2534) ที่กล่าวถึงบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุ ที่ว่าผู้สูงอายุมีบทบาททางสังคมสูงในด้านศาสนา ศิลปวัฒนธรรม การอบรมเลี้ยงดูบุตรหลาน เป็นที่เคารพของบุตรหลาน และถ้าหากสังคมให้การยกย่อง ยอมรับและเห็นประโยชน์ของผู้สูงอายุแล้ว ผู้สูงอายุจะยอมรับสภาพความเปลี่ยนแปลงของตนเอง และพยายามสร้างประโยชน์ให้แก่สังคมตามความสามารถที่มีอยู่

1.3 ผู้สูงอายุให้ความหมายของสุขภาพคือ การบรรลุความสำเร็จสูงสุดในชีวิตมากเป็นลำดับที่ 3 ทั้งนี้การบรรลุความสำเร็จสูงสุดในชีวิต เป็นความต้องการขั้นสูงสุดของความต้องการตามลำดับขั้นของ มาสโลว์ (Maslow's hierarchy of needs) บุคคลที่บรรลุความต้องการระดับนี้จะมีความตระหนักและเข้าใจในตนเอง มีความริเริ่มและพัฒนาตนเอง ยอมรับตนเอง ยอมรับผู้อื่น มีการวางแผนในการทำงาน มีความสุขในการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม มีความสุขสบายใจ สำหรับผู้สูงอายุที่มีพัฒนาการมาถึงช่วงสุดท้ายแห่งชีวิต ซึ่ง Erikson ได้อธิบายพัฒนาการของวัยสูงอายุว่า เป็นช่วงชีวิตที่รู้สึกว่าคุณค่า มีความมั่นคง พึงพอใจในความสำเร็จที่ผ่านมา เกิดความสงบใจ (อาภา ใจงาม, 2533) จึงทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นว่า การมีสุขภาพที่ดี คือความสงบและอึดเอิบใจ เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่แวดล้อมไปด้วยลูกหลาน และได้รับการยกย่องนับถือ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงสำรวจของผู้สูงอายุเฒ่า ก็พบว่า ได้รับการยกย่องนับถือ และอยู่ร่วมกับบุตรหลาน จึงมีสุขภาพจิตที่ดี (สุรพงศ์ อำพันวงษ์, 2535) นอกจากนั้นแล้ว ผู้สูงอายุยังเห็นว่าสุขภาพที่ดีนั้น คือการที่บุคคลเกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าของตนเอง มีความภาคภูมิใจในตนเองที่ได้สร้างความเจริญก้าวหน้าแก่ครอบครัวและชุมชน มีการวางแผนในการดำเนินชีวิต มีความต้องการจะสร้างสิ่งที่เกิดประโยชน์ ทั้งต่อตนเองและผู้อื่นเสมอ อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าจะมีความสุขสบายใจอย่างไร ถ้าหากว่ามีโรคเรื้อรัง และต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นว่า มีสุขภาพไม่ดี ซึ่งแสดงให้เห็นว่า กายกับจิตไม่สามารถแยกจากกันได้ และผู้สูงอายุให้ความหมายของสุขภาพคือ ภาวะที่เจ็บป่วยและไม่เจ็บป่วยเป็นสำคัญ

1.4 ผู้สูงอายุให้ความหมายของสุขภาพคือ ความสามารถในการปรับตัวเป็นลำดับสุดท้าย การให้ความหมายของสุขภาพคือ ความสามารถในการปรับตัว หมายถึง ภาวะที่บุคคล

สามารถปรับตัวหรือเผชิญกับภาวะเครียดต่าง ๆ ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม หรือ มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปได้สำเร็จ และให้ความหมายของความเจ็บป่วยว่าเป็น ภาวะที่ไม่สามารถปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมได้ (อัมพร เจริญชัย, 2534) สำหรับผู้สูงอายุที่มีสภาพ ร่างกาย จิตใจ สังคมเปลี่ยนแปลง จำเป็นต้องมีการปรับตัวเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี โดยผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ให้ความหมายของสุขภาพมากที่สุด ในด้านการรู้จักหาแนวทางทำให้ตนเองสงบและมีความสุข เช่น การสวดมนต์ การทำสมาธิ ในด้านความสามารถในการเผชิญเหตุการณ์ที่คับขัน โดยการควบคุมสติอารมณ์ และหาแนวทางแก้ไข แต่จะมีบางด้านที่ผู้สูงอายุแสดงความไม่เห็นด้วย คือ การที่ต้องปรับตัวโดยรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น และการปรับตัวโดยใช้วัสดุอุปกรณ์เพื่อช่วยให้การดำเนินชีวิตที่มีความสะดวกและปลอดภัย ซึ่งอาจจะเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุยังปรับตัวได้ไม่เต็มที่ เพราะผู้สูงอายุเพิ่งผ่านวัยผู้ใหญ่ตอนปลายมาไม่นาน เคยมีบทบาทของผู้นำ ครอบครัว ความมีอำนาจ จึงยังคงยึดมั่นกับความคิดเห็นของตนเองเป็นใหญ่ ประกอบกับลักษณะ ของสังคมไทยให้ความสำคัญกับผู้อาวุโส จึงทำให้การรับความช่วยเหลือจากคนอื่นแสดงให้เห็น ความอ่อนแอ และมีสุขภาพไม่ดี ดังนั้นจึงควรจะสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ผู้สูงอายุว่าความ เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในทางเสื่อมถอยของสภาพร่างกายนั้นเป็นเรื่องปกติ แต่สามารถจะทำให้ การดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างสะดวกปลอดภัย ควรจะได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นบ้าง หรือ มีการใช้วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ช่วย ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตได้อย่างปลอดภัยและมี สุขภาพ

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ เพราะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่ไม่อยู่ในภาวะเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น (อายุ 60-74 ปี) ยังมีสุขภาพแข็งแรง ซึ่งสามารถกระทำกิจวัตรประจำวัน ได้ด้วยตนเอง และยังทำงานประกอบอาชีพ ร้อยละ 29.9 ส่วนผู้ที่ไม่ทำงานประกอบอาชีพจะ ช่วยดูแลความเรียบร้อยในครอบครัว ในด้านการหุงหาอาหารและเลี้ยงดูหลาน ทำหน้าที่ให้ คำแนะนำปรึกษาแก่สมาชิกในครอบครัว มีความสุข สบายใจ โดยอาศัยอยู่ร่วมกับลูกหลาน จึงทำ ให้ผู้สูงอายุที่ถึงแม้สภาพร่างกายมีความเสื่อมถอย และอาจจะมีโรคเรื้อรังประจำตัว ประเมิน สุขภาพของตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ เพชรา อินทรพาณิชย์ (2536) ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างดี

3. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายละเอียดของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน และรายข้อ มีพฤติกรรมที่น่าสนใจ ดังนี้

3.1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพและป้องกันความเจ็บป่วย ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมด้าน อาหาร การออกกำลังกาย สุขนิสัยประจำวัน ความรับผิดชอบต่อสุขภาพพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านนี้อยู่ในระดับปานกลาง พิจารณารายละเอียดของข้อย่อยได้ดังนี้

3.1.1 ด้านอาหาร มีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลางถึงดีมาก กิจกรรมที่มีการปฏิบัติมากที่สุดคือ การไม่ดื่มชา กาแฟ ไม่ดื่มสุรา ดื่มน้ำสะอาด วันละ 6-8 แก้ว ตามลำดับ เนื่องจากแบบแผนการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุไทย จะรับประทานอาหารเป็นหลัก ไม่ดื่มน้ำชา กาแฟ ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ บรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2531) ขวัญใจ ดันดีวัฒนเสถียร (2534) รจนารถ ร่วงลือ (2536) อรรรรณ ขาวพอง (2537) ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุไม่ดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ ดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว

กิจกรรมที่ปฏิบัติดีมากในลำดับที่รองลงมาคือ การไม่สูบบุหรี่ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 69) ทั้งนี้เป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ซึ่งจะไม่สูบบุหรี่ แต่จะเคี้ยวหมาก และอีกเหตุผลหนึ่งคือการรณรงค์สูบบุหรี่ผ่านสื่อต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสาร และอันตรายของบุหรี่ จึงมีการเลิกสูบบุหรี่มากขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อรรรรณ ขาวพอง (2537) พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่เป็นอันดับแรก แต่แตกต่างจากการศึกษาของ ศรีน้อย มาศเกษม และคณะ (2534) พบว่า ผู้สูงอายุชายในชนบทภาคอีสาน มีอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 73.1 และการศึกษาของ ราตรี โอภาส และคณะ (2538) ที่พบว่า ผู้สูงอายุสูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 41

3.1.2 ด้านการออกกำลังกาย พบว่า ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติกิจกรรมการออกกำลังกาย โดยการประกอบกิจกรรมประจำวันมากกว่าการออกกำลังกายอย่างเป็นกิจลักษณะ (ได้แก่ การออกกำลังกายบริหาร การเดิน การวิ่ง) ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่า ผู้สูงอายุยังไม่เห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย และประเมินว่าการกระทำกิจกรรมประจำวันเป็นการออกกำลังกายที่เพียงพอแล้ว เรื่องของการออกกำลังกายเป็นเรื่องของหนุ่มสาว (Fletcher,

1994) สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญใจ ตันตวิวัฒนเสถียร (2534) ดวงพร รัตนอมรชัย (2535) รจนารถ ร่วงลือ (2536) อรพรรณ ขาวพอง (2537) ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติกิจกรรมด้านนี้น้อย แต่จะมีการประกอบกิจกรรมประจำวันแทนการออกกำลังกาย

3.1.3 ด้านสุขนิสัยประจำวัน พบว่า ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลางถึงดีมาก โดยมีกิจกรรมที่กระทำมากที่สุดคือ การขับถ่ายอุจจาระเป็นประจำทุกวัน เนื่องจากผู้สูงอายุมีการดื่มน้ำอย่างเพียงพอ รับประทานผักเป็นประจำ ออกกำลังกายโดยประกอบกิจวัตรประจำวันเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ อำไพ ชนะกอก และคณะ (2535) อรพรรณ อิศราภรณ์ (2536) รจนารถ ร่วงลือ (2536) อรพรรณ ขาวพอง (2537) ราตรี โอภาส และคณะ (2538) ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ถ่ายอุจจาระเป็นประจำทุกวัน ส่วนกิจกรรมที่กระทำมารองลงมาคือ การนอนหลับพักผ่อนในตอนกลางคืน ประมาณคืนละ 6-8 ชั่วโมง อาจเป็นเพราะว่า ผู้สูงอายุไม่มีปัญหาการนอนไม่หลับ ประกอบกับสภาพแวดล้อมในชนบทมีความเงียบสงบ ทำให้ผู้สูงอายุนอนหลับพักผ่อนได้อย่างเพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญใจ ตันตวิวัฒนเสถียร (2534) อำไพ ชนะกอก และคณะ (2535) รจนารถ ร่วงลือ (2536) อรพรรณ ขาวพอง (2537) ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่นอนหลับและพักผ่อนอย่างเพียงพอในตอนกลางคืน

สำหรับพฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับไม่เหมาะสมคือ การดูแลให้มีการกำจัดขยะ จะพบว่าส่วนใหญ่ถึงขยะที่ไม่มีฝาปิด และกำจัดขยะ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือน้อยกว่า ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่า ปริมาณขยะที่มีในแต่ละวันไม่มาก แต่ละครอบครัวจึงไม่ได้กำจัดขยะบ่อย แต่การที่ถึงขยะไม่มีฝาปิด และยังไม่ค่อยให้ขยะหมักหมม ย่อมเป็นแหล่งเพาะเชื้อโรค ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดปัญหาของโรคติดต่อหลายอย่างได้

3.1.4 ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง พบว่า กิจกรรมที่มีการปฏิบัติมากคือ การไปรับการตรวจสุขภาพประจำปีในขณะที่ไม่มีความเจ็บป่วย โดยมีผู้ที่ไปรับการตรวจเป็นประจำ ร้อยละ 39.6 ตรวจปีเว้นปี ร้อยละ 20 ตรวจปีเว้น 2 ปี หรือมากกว่า ร้อยละ 17.1 และมีผู้ที่ไม่เคยตรวจเลย ร้อยละ 30.8 ซึ่งผู้สูงอายุที่ไปตรวจสุขภาพประจำปีนั้น เป็นการตรวจสุขภาพที่เจ้าหน้าที่ประจำตำบลจัดให้ในวันผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุจะได้รับบริการ ชั่งน้ำหนัก ตรวจวัดสัญญาณชีพ ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ ถ้าผลการตรวจผิดปกติ ก็จะส่งต่อเพื่อรับการตรวจในโรงพยาบาลต่อไป ผลการศึกษานี้คล้ายคลึงกับการศึกษาของ ทศนีย์ ระย้า (2537) ที่พบว่าผู้สูงอายุไปตรวจสุขภาพประจำปีเป็นประจำ ร้อยละ 41 และเมื่อซักถามถึงการไปตรวจ

สุขภาพประจำปี นั้น เป็นการไปตรวจสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุในหมู่บ้าน ซึ่งเจ้าหน้าที่สถานีนานามัยเป็นผู้ให้บริการ กิจกรรมที่ได้รับคือ การตรวจร่างกายทั่วไป การตรวจสัญญาณชีพ การชั่งน้ำหนัก การตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ ซึ่งผลการตรวจที่ผิดปกติเจ้าหน้าที่จะส่งตัวผู้สูงอายุไปตรวจยังสถานพยาบาลที่มีขีดความสามารถสูงขึ้น การดำเนินการโครงการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุนี้แสดงให้เห็นถึงความพยายามของรัฐที่จะให้บริการทางสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ แต่ก็ยังมีผู้สูงอายุจำนวนมากที่ยังไม่เห็นความสำคัญ และไม่มารับการตรวจอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งการตรวจสุขภาพประจำปีมีความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ เพราะการค้นพบโรคแต่เนิ่น ๆ แล้วรีบรักษาจะทำให้การรักษาได้รับผลดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุยืนยาวได้ ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงควรจะทำให้ความสนใจ และให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้สูงอายุให้เห็นความสำคัญ และมารับการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ

3.2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการแสดงบทบาทหน้าที่ ประกอบด้วยพฤติกรรมด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมด้านนี้อยู่ในระดับดี โดยมีการปฏิบัติรายข้อในระดับปานกลางถึงดีมาก ข้อที่มีการปฏิบัติระดับดีมาก คือ ผู้สูงอายุมีการติดต่อพูดคุยกับเพื่อนบ้านเป็นประจำ การเป็นที่ปรึกษาแก่สมาชิกในครอบครัว การไปร่วมกิจกรรมทางศาสนา ส่วนกิจกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติน้อยที่สุดคือ การเดินทางไปเยี่ยมญาติ เพื่อนฝูงที่อยู่หมู่บ้านอื่น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ทำให้ลำบากต่อการเดินทางหรือต้องเป็นภาระแก่ผู้อื่น ผู้สูงอายุจึงหลีกเลี่ยงการเดินทาง สอดคล้องกับการศึกษาของ รจนารถ รุ่งลือ (2536) เพชรา อินทรพานิช (2536) อรรณพ ขาวทอง (2537) ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีการพบปะพูดคุยกับเพื่อน แต่การเดินทางไปเยี่ยมญาติปฏิบัติน้อย

3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการปรับตัว ประกอบด้วย พฤติกรรมด้านการจัดการกับภาวะเครียด พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านนี้อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีการปฏิบัติรายข้อ ในระดับปานกลางถึงดีมาก ข้อที่มีการปฏิบัติในระดับดีมากคือ การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดความรู้สึกไม่สบายใจโดยไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา หรือใช้ยาเสพติดประสาธ ส่วนข้อที่ปฏิบัติในระดับดีคือ การพูดคุยและระบายความรู้สึกกับคู่ชีวิต บุตร หลาน เพื่อน การใช้หลักธรรมทางพุทธศาสนา โดยการสวดมนต์ นั่งสมาธิ ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุได้ผ่านช่วงวัยและประสบการณ์ในชีวิตมามาก จึงมีความสงบ เยือกเย็นขึ้น ไม่แสดงพฤติกรรมที่ก้าวร้าว แต่จะใช้หลักพุทธศาสนา เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ และเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต

3.4 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบรรลุความสำเร็จสูงสุดในชีวิต พบว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านนี้อยู่ในระดับดี พิจารณารายข้อ พบว่าส่วนใหญ่มีการปฏิบัติในระดับดีถึงดีมาก และมีการปฏิบัติระดับปานกลางเพียงข้อเดียว คือการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างกระตือรือร้น อาจจะเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุเห็นว่า วัยนี้ควรจะเป็นวัยที่อยู่อย่างสงบ ไม่ต้องต่อสู้ดิ้นรน การดำเนินชีวิตที่เร่ร่อนควรจะเป็นลักษณะของคนวัยหนุ่มสาว ส่วนข้อที่มีการปฏิบัติระดับดีมากคือ การได้ทำประโยชน์ให้แก่ครอบครัว และชุมชน การมีความสุขที่ได้ถ่ายทอดวิชาความรู้ให้แก่คนรุ่นหลัง การได้รับการยกย่องนับถือ เพราะลักษณะของสังคมไทยให้การยกย่องนับถือผู้อาวุโส มีความกตัญญูต่อบุคคลที่ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ โดยขอคำแนะนำปรึกษา คล้ายคลึงกับการศึกษาของ เพชรา อินทรพานิช (2536) พบว่า ผู้สูงอายุให้คำปรึกษาโดยนำประสบการณ์ชีวิตมาเป็นส่วนช่วยในการสอน รู้สึกว่าตนเองได้ทำประโยชน์ให้แก่ครอบครัว และ การศึกษาของ อรพรรณ ขาวพอง (2537) ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่รู้สึกว่าตนเองเป็นที่เคารพ และนับถือของบุคคลทั่วไป

4. ความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์สุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากสมมติฐานข้อที่ 1 มโนทัศน์สุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า มโนทัศน์สุขภาพทุกรูปแบบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน โดยมีมโนทัศน์สุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงสุดคือ มโนทัศน์สุขภาพหรือการให้ความหมายสุขภาพรูปแบบการบรรลุความสำเร็จสูงสุดในชีวิต รองลงมาคือรูปแบบความสามารถในการแสดงบทบาทหน้าที่ รูปแบบภาวะที่ปราศจากโรคหรือความเจ็บป่วย และรูปแบบความสามารถในการปรับตัว ตามลำดับ ผลการศึกษาแสดงว่า การให้ความหมายของสุขภาพ มีผลต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผู้ให้ความหมายสุขภาพรูปแบบการบรรลุความสำเร็จสูงสุดในชีวิต มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาก เพราะผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยของสภาพร่างกาย แต่ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกสงบ ซึ่งเป็นสิ่งจูงใจให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษานี้สนับสนุนคำกล่าวของ Pender (1987) ที่ว่า ผู้ให้ความหมายสุขภาพคือ การบรรลุความสำเร็จสูงสุด จะมีพฤติกรรมที่จะทำให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีขึ้น และเกิดความผาสุกและคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Frank-Stromborg และคณะ (1990) และ Pender และคณะ (1990) ที่พบว่า การให้ความหมายของสุขภาพคือ ความสุขสมบูรณ์มีความสัมพันธ์และพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ และการศึกษาของ Gillis (1994) ที่พบว่า

การให้ความหมายของสุขภาพ (ยกเว้นด้านการปรับตัว) มีความสัมพันธ์และเป็นตัวพยากรณ์ที่ดีของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์สุขภาพแต่ละรูปแบบ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแต่ละด้าน พบว่า

4.1 มโนทัศน์สุขภาพ หรือการให้ความหมายสุขภาพ รูปแบบภาวะที่ปราศจากโรคหรือความเจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพและป้องกันความเจ็บป่วย ($r = .1039, p > 0.05$) แสดงว่า ผู้สูงอายุที่ให้ความหมายสุขภาพคือ ภาวะที่ปราศจากโรค ไม่มีผลต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้าน อาหาร การออกกำลังกาย สุขนิสัยประจำวัน และความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างยังมีสุขภาพแข็งแรง มีความสามารถในการประกอบกิจกรรมประจำวันด้วยตนเอง ไม่ต้องพึ่งพาคนอื่น มีความเห็นว่าภาวะเจ็บป่วยยังไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต นอกจากนี้ อาจจะเป็นเพราะว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเหล่านี้เกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่น ๆ หลายประการ เช่น ความเชื่อทัศนคติ ค่านิยมที่ได้รับการถ่ายทอดจนเป็นแบบแผนชีวิต การให้ความหมายสุขภาพ คือภาวะที่ปราศจากโรค จึงไม่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Pender และคณะ (1990) ที่ศึกษาในกลุ่มคนงาน และ Frank-Stromborg และคณะ (1990) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง และพบว่าการให้ความหมายของสุขภาพรูปแบบภาวะที่ปราศจากโรคหรือความเจ็บป่วย ไม่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

4.2 มโนทัศน์สุขภาพ หรือการให้ความหมายสุขภาพ รูปแบบความสามารถในการแสดงบทบาทหน้าที่ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการแสดงบทบาทหน้าที่ ($r = .1452, p < 0.05$) แสดงว่าผู้ให้ความหมายสุขภาพคือ ความสามารถในการแสดงบทบาทหน้าที่ จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมาก เพราะผู้สูงอายุเห็นว่าความสามารถในการประกอบกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมได้ การละบทบาทการเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวมาทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำแนะนำปรึกษา ให้การอบรมเลี้ยงดูบุตรหลานได้ เป็นสิ่งที่แสดงว่ามีสุขภาพที่ดี ซึ่งสุรกุล เจริญธรรม (2534) กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่สามารถแสดงบทบาทหน้าที่ได้ดีและเหมาะสม เช่น การประกอบกิจกรรมประจำวันด้วยตนเอง ร่วมกับกิจกรรมในชุมชน ทำหน้าที่อบรมให้คำแนะนำปรึกษาแก่บุตรหลาน จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่น และมีความสุข มองเห็นคุณค่าของตนเอง และเป็นการแสดงให้เห็นว่ามีสุขภาพที่ดี ซึ่งเป็นสิ่งจูงใจอันสำคัญอย่างหนึ่งที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ

กระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น

4.3 มโนทัศน์สุขภาพ หรือการให้ความหมายของสุขภาพรูปแบบความสามารถในการปรับตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการปรับตัว ($r = .0333$, $p > 0.05$) แสดงว่า ผู้สูงอายุที่ให้ความหมายสุขภาพ คือความสามารถในการปรับตัว ไม่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับภาวะเครียด ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุมีแบบแผนการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้านนี้จากการสืบทอดกันมาเป็นเวลายาวนาน จนเกิดความเคยชินต่อพฤติกรรมนั้น ยากต่อการเปลี่ยนแปลง หรืออาจจะต้องใช้เวลานานในการเปลี่ยนแปลง และนอกจากนั้นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่น ๆ หลายปัจจัย การให้ความหมายของสุขภาพอาจจะปัจจัยที่มีผลน้อยกว่าปัจจัยอื่น ๆ ผลการศึกษานี้คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Gillis (1994) ที่ศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นหญิง และพบว่า การให้ความหมายของสุขภาพด้านการปรับตัว ไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

4.4 มโนทัศน์สุขภาพ หรือการให้ความหมายสุขภาพ รูปแบบการบรรลุความสำเร็จสูงสุดในชีวิต มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบรรลุความสำเร็จสูงสุดในชีวิต ($r = .2783$, $p < 0.001$) แสดงว่าผู้สูงอายุที่ให้ความหมายสุขภาพ คือ การบรรลุความสำเร็จสูงสุดในชีวิต จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบรรลุความสำเร็จสูงสุดในชีวิตมาก ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุเห็นว่าการดำเนินชีวิตอย่างกระตือรือร้น มีความภาคภูมิใจในตนเอง มองเห็นคุณค่าของตนเอง และมีความสุขสงบในจิตใจ เป็นการแสดงถึงการมีสุขภาพดี จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบรรลุความสำเร็จสูงสุดในชีวิต ผลการศึกษานี้สนับสนุนการศึกษาของ Pender (1987) ที่กล่าวว่า การให้ความหมายของสุขภาพ มีผลต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้ที่ให้ความหมายของสุขภาพคือ การบรรลุความสำเร็จสูงสุด จะมีแนวโน้มของพฤติกรรมในด้านดี หรือการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

5. ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากสมมติฐานข้อที่ 2 การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .2007$, $p < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วย ด้านการแสดงบทบาทหน้าที่ และด้านการบรรลุความสำเร็จ

สูงสุดในชีวิต แสดงว่า ผู้สูงอายุที่รับรู้ภาวะสุขภาพดี จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีด้วย ทั้งนี้เพราะการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นแรงจูงใจที่สำคัญต่อความถี่และความจริงจังในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1987) ทำให้ผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าคุณภาพดี มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง จึงมีความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาก และมีสุขภาพที่ดีขึ้น สำหรับผู้รับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี จะมีความเบื่อหน่าย ไม่ตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลให้มีสุขภาพไม่ดีมากขึ้น สำหรับการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น ยังมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง สามารถทำกิจกรรมที่ตนเองต้องการได้ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในระดับปานกลางค่อนข้างดี จึงสามารถเลือกตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษานี้สนับสนุนการศึกษาของ Pender (1987) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญใจ ต้นติ้วสนเสถียร (2534) ดวงพร รัตนอมรชัย (2535) Riffle และคณะ (1989) ; Speake และคณะ (1989) Duffy (1993) ที่พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ แต่ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของ เพชรา อินทรพาณิชย์ (2536) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนแออัด จังหวัดอุดรธานี พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะความแตกต่างของกลุ่มที่ศึกษา หรือเครื่องมือที่นำมาประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ