

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดนครสวรรค์ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุใน 5 อำเภอ ผลการศึกษาได้นำเสนอในรูปตาราง ประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งเป็น 4 ส่วนตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 200 คน จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ศาสนา และโรคประจำตัว มีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1- 3

ตารางที่ 1

จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ และสถานภาพสมรส (n = 200)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	80	40.00
หญิง	120	60.00
อายุ (ปี)		
60-69	113	56.50
70-79	69	34.50
80-89	18	9.00
($\bar{X}$ = 68.85 S.D = 6.81)		
สถานภาพสมรส		
โสด	4	2.00
หม้าย	57	28.50
แยก	8	4.00
คู่	131	65.50

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60 เป็นเพศหญิง กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 56.50 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 68.85 ปี (S.D = 6.81) ผู้สูงอายुर้อยละ 65.50 มีสถานภาพสมรสคู่

ตารางที่ 2

จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ และศาสนา (n = 200)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	61	30.50
ประถมศึกษา	132	66.00
มัธยมศึกษา	6	3.00
ปริญญาตรี	1	0.50
รายได้ (เฉลี่ย/เดือน)		
ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง	103	51.50
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	92	46.00
5,001-10,000 บาท	2	1.00
มากกว่า 10,000 บาท	3	1.50
ความเพียงพอของรายได้ (n=97)		
เพียงพอ	36	37.11
ไม่เพียงพอ	61	62.89
ศาสนา		
พุทธ	200	100.00

จากตารางที่ 2 ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 30.50 ร้อยละ 66 ของผู้สูงอายุได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา ส่วนภาพเศรษฐกิจของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 51.50 ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง ผู้สูงอายุที่มีรายได้ ร้อยละ 46 มีรายได้ อยู่ในช่วงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท ร้อยละ 62.89 ของผู้สูงอายุที่มีรายได้ พบว่า รายได้ไม่ เพียงพอกับการใช้จ่าย กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ

ตารางที่ 3

จำนวน ร้อยละของโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง (n = 200)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	101	50.50
มีโรคประจำตัว	99	49.50
โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ	35	35.35
โรคความดันโลหิตสูง	19	19.19
โรคเบาหวาน	16	16.16
โรคกระเพาะอาหาร	11	11.11
ต่อกระจก	6	6.06
หอบหืด โรคปอด	4	4.04
มีเนื้องอก	3	3.03
โรคไต	2	2.02
โรคหัวใจ	1	1.01
อัมพาตครึ่งซีก	1	1.01
โรคตับ	1	1.01
โรคผิวหนัง	1	1.01
โรคกระดูกพรุน	1	1.01

* ผู้สูงอายุ 1 คน มีโรคประจำตัวได้มากกว่า 1 โรค

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 49.50 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค โรคที่พบมากที่สุดคือ โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ คิดเป็นร้อยละ 35.35 รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 19.19 และ 16.16 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ตารางที่ 4

ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับ ของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		ค่าเฉลี่ย	S.D	ระดับ
	แบบวัด	กลุ่มตัวอย่าง			
- การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	12-36	14-36	31.40	4.37	มาก
- พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	51-204	84-172	2.53	.32	พอใช้
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	9-36	10-34	1.98	.50	ต่ำ
กิจกรรมทางกาย	8-32	8-32	1.90	.52	ต่ำ
การเจริญทางจิตวิญญาณ	9-36	10-36	2.30	.37	พอใช้
การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	9-36	13-36	3.07	.49	ดี
การจัดการกับความเครียด	8-32	12-32	3.17	.43	ดี
การบริโภคอาหาร	8-32	13-31	2.76	.42	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ 31.40 (S.D = 4.37) ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับพอใช้ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.53 (S.D = .32) เมื่อพิจารณาในแต่ละกิจกรรมพบว่า การจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับดีโดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.17 (S.D = .43) และกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับต่ำโดยมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 1.90 (S.D = .52)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับการรับรู้ประโยชน์ของ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ตารางที่ 5

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ กับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
1. เพศ	1.000						
2. อายุ	.067	1.000					
3. สถานภาพสมรส	.335**	-.250**	1.000				
4. ระดับการศึกษา	.408**	-.230**	.227**	1.000			
5. รายได้	.127*	-.333**	.241**	.252**	1.000		
6. การรับรู้ประโยชน์	$r_{pb} .182^*$	-.274**	$r_{pb} .197^*$	.355**	.318**	1.000	
7. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	$r_{pb} .148^*$	-.409**	$r_{pb} .329^*$	.274**	.377**	.533**	1.000

** $p < .001$ * $p < .05$

r_{pb} = point biserial correlation

จากตารางที่ 5 พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับอายุในระดับต่ำ ($r = -0.27$ $p < .001$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการศึกษาและรายได้ในระดับต่ำ ($r = 0.36$ และ 0.32 $p < .001$) มีความสัมพันธ์กับเพศและสถานภาพสมรสในระดับต่ำมาก ($r_{pb} = 0.18$ และ 0.20 $p < .05$) ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง ($r = 0.53$ $p < .001$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับเพศในระดับต่ำมาก ($r_{pb} = 0.15$ $p < .05$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสถานภาพสมรสในระดับต่ำ ($r_{pb} = 0.33$ $p < .05$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับรายได้ และระดับการศึกษาในระดับต่ำ ($r = 0.38$ และ 0.27 $p < .001$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับอายุในระดับต่ำ ($r = -0.41$ $p < .001$)

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 6

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตัวทำนาย	b	beta	t
การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (X_1)	.723	.415	6.876*
อายุ (X_2)	-.402	-.240	-3.954*
รายได้ (X_3)	5.472	.166	2.697*
a = 110.124 SE _a = ± 13.093			
Multiple R = .618 R ² = .3817 F = 40.331*			

*p < .001

จากตารางที่ 6 เมื่อนำปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่คาดว่าจะมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ มาวิเคราะห์สมการการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อายุ และรายได้ มีความสัมพันธ์แบบพหุคูณกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเป็น 0.618 สามารถพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 38.17 มีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ ± 13.093 โดยการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 28.42 อายุ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 7.41 และรายได้สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 2.34

สามารถสร้างสมการพยากรณ์ ในรูปคะแนนดิบดังนี้

$$\text{พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ} = 110.124 + .723X_1 - .402X_2 + 5.472X_3$$

การอภิปรายผล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายถึงความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ในจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 200 ราย ทั้งเพศชายและเพศหญิง พบว่ามีจำนวนเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งคล้ายคลึงกับหลายๆการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีจำนวนผู้สูงอายุหญิงมากกว่าผู้สูงอายุชาย (ดวงพร รัตนอมรชัย, 2535; ปาลิรัตน์ พรทวีกันทา, 2541) กลุ่มตัวอย่างจะมีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี มากที่สุด มีสถานภาพสมรสคู่ และเรียนหนังสือในระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้และไม่มีรายได้เป็นของตนเองมีจำนวนใกล้เคียงกัน แต่ในผู้ที่มีรายได้ส่วนใหญ่รายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ในเรื่องของความเจ็บป่วย พบว่าผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัวมีจำนวนใกล้เคียงกับผู้ที่มีโรคประจำตัว ซึ่งในผู้ที่มีโรคประจำตัว ป่วยด้วยโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ มีมากที่สุด ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของนิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ (2534) ที่ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเอง กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเมือง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 120 ราย พบว่าโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดของผู้สูงอายุคือ โรคกระดูกและข้อ

การศึกษาค้นคว้านี้ได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 31.40$ S.D = 4.37) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้หรือมีความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพว่ามีประโยชน์ต่อตนเอง ทั้งนี้เนื่องจาก นโยบายในการพัฒนาทางด้านสุขภาพอนามัย ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (2540-2544) ได้เน้นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีสิทธิรับรู้ และเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอันเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพมากขึ้น และมีการกระจายบริการทางด้านสาธารณสุขระดับล่างไปสู่ชุมชนมากขึ้น โดยเพิ่มประสิทธิภาพ คุณภาพและการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพอนามัย (สำนักคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2540) ซึ่งจากการสำรวจจำนวนสถานอนามัยในปีพ.ศ. 2539 พบว่า มีสถานอนามัยครอบคลุมร้อยละ 99.4 ของตำบลทั่วประเทศ (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข, 2539) ซึ่งในจังหวัดนครสวรรค์ มีจำนวนสถานอนามัย 174 แห่ง ใน 130 ตำบล (สำนักงานสถิติจังหวัดนครสวรรค์, 2541) จึงเป็นผลให้ประชาชนมีโอกาสรับทราบข้อมูลข่าวสาร ความรู้ทางด้านสุขภาพจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุขได้มากขึ้น ประกอบกับความเจริญทางด้านเทคโนโลยีด้านสื่อสารมวลชน เช่น วิทยุ โทรทัศน์ วารสารและสิ่งพิมพ์

ทำให้ประชาชนมีโอกาสรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ได้มากขึ้น จากข้อมูลการสำรวจเกี่ยวกับสื่อทาง
 ด้านโทรทัศน์ของประชากรทั่วประเทศ ในปีพ.ศ. 2537 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2537) พบว่า
 ประชาชนให้ความสนใจรายการเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยร้อยละ 50.8 และพบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุ มี
 การชมโทรทัศน์ร้อยละ 73.4 ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของมณฑล ไหมพี และวาสนา จันทร์สว่าง
 (2539) ได้ศึกษาพฤติกรรมการรับรู้ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขของประชาชน ในจังหวัดชุมพร
 จำนวน 393 คน พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้ข่าวสารด้านสาธารณสุขจากโทรทัศน์มากที่สุด รองลง
 มาคือ วิทยุและหอกระจายข่าว ซึ่งจะเห็นได้ว่า สื่อที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลข่าวสาร เช่น โทรทัศน์ สื่อ
 สิ่งพิมพ์ต่างๆ จะมีผลต่อความรู้ทางด้านสุขภาพ (คมสัน หุตะแพทย์, 2535) นอกจากนี้ กลุ่ม
 ตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ ได้ผ่านการประเมินทางสถิติปัญญว่าเป็นผู้ที่มีการรับรู้อยู่ในเกณฑ์ปกติ
 ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 56 ยังอยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) ซึ่งเป็นวัยที่ความคิด
 ความจำ และประสาทสัมผัสในการรับรู้ยังคงอยู่ (Redfern, 1991) จึงทำให้สามารถบอกหรือแสดง
 ความคิดเห็นในสิ่งที่ตนรับรู้มาได้ถูกต้อง จึงเป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีการรับรู้
 ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก ซึ่งคล้ายคลึงกับกาญจนา เกษกาญจน์
 (2541) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรค
 เบาหวาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์อยู่ในเกณฑ์มาก และจิตรา จันชนะกิจ
 (2541) ได้ศึกษาการรับรู้ประโยชน์การส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ
 โรคปอดเรื้อรัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์อยู่ในเกณฑ์ดีมาก นอกจากนี้ยัง
 คล้ายคลึงกับดวงเดือน พันธุโยธี (2539) และโจนส์ และไนส์ (Jones & Nies, 1996) ที่ได้ศึกษา
 การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์ของการ
 ออกกำลังกายอยู่ในระดับดี

2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับ
 พอใช้ ($\bar{X} = 2.53$ S.D. = .32) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมหรือกิจกรรมที่ส่งเสริม
 สุขภาพนานๆ ครั้ง ไม่ได้กระทำสม่ำเสมอจนเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน ทั้งนี้เนื่องจาก
 กลุ่มตัวอย่างที่ได้มีอายุอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น ซึ่งสภาพร่างกายทั่วไปยังแข็งแรงและยังสามารถ
 ทำงานได้ ประกอบกับฐานะทางเศรษฐกิจของกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างยากจน ผู้สูงอายุยังต้องทำงาน
 หารายได้เพื่อการยังชีพ จึงทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้เป็นประจำอย่าง
 สม่ำเสมอ นอกจากนี้ผู้สูงอายุไม่สามารถแสวงหาสิ่งที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้ เนื่องจาก
 ขาดแหล่งสนับสนุนที่จะก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ

จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสามารถพิจารณาในแต่ละกิจกรรมได้ดังนี้

ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เป็นการปฏิบัติที่แสดงถึงความห่วงใย เอาใจใส่ต่อการดูแลสุขภาพของบุคคล โดยการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การสังเกตการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย รวมถึงการปรึกษาพูดคุย และขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ทั้งในภาวะปกติและในยามเจ็บป่วย จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในด้านนี้อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 1.98$ S.D = .50) ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50.5) ไม่มีโรคประจำตัวหรือความเจ็บป่วยที่ร้ายแรง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ไปปรึกษา พูดคุยกับบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ซึ่งเรื่องของการไปพูดคุย หรือขอคำปรึกษากับบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในเรื่องของสุขภาพนั้นพบน้อยมาก การไปพบแพทย์หรือไปสถานอนามัย ผู้สูงอายุจะไปก็ต่อเมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นเท่านั้น นอกจากนั้นการสำรวจสุขภาพของตนเองเกี่ยวกับความผิดปกติของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้ปฏิบัติ ซึ่งการตรวจสุขภาพเป็นกิจกรรมหนึ่งของการรักษาสุขภาพ (เกษม ดันติผลาชีวะ และกัลยา ดันติผลาชีวะ, 2528) ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้น่าจะคล้ายคลึงกับการศึกษาของปาลิรัตน์ พรทวีกันทา (2541) และวันดี แยมจันทร์ฉาย (2538) ที่พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุไม่เคยตรวจหรือสำรวจร่างกายของตนเอง จากการสอบถามในเรื่องของการไม่ได้สำรวจความผิดปกติหรืออาการที่บ่งชี้ถึงอันตรายของร่างกาย พบว่าผู้สูงอายุไม่ทราบถึงวิธีการตรวจ นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมหรือเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง อาจเนื่องจากการจัดกิจกรรมส่วนใหญ่จะจัดในเขตเมือง ในโรงพยาบาล หรือในชมรมผู้สูงอายุต่างๆ จึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในหมู่บ้านไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ได้ จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ กาญจนา เกษกาญจน์ (2541) ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และขวัญตา ศรีสกุลวัฒนา (2541) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มารับบริการในโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลสมเด็จพระนั่งเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลเลิดสิน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานั้นมีความเจ็บป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง และการมาตรวจรักษาในโรงพยาบาล ย่อมแสดงถึงความสนใจและรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ นอกจากนี้สปีคและคณะ (Speake et al. , 1989) ได้ศึกษาแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในฟลอริดาตอนเหนือพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรับผิดชอบต่อสุขภาพสูง และการศึกษาของวอล์คเกอร์และคณะ (Walker et al. , 1988) ที่เปรียบเทียบแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกับวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยกลางคน ผลการศึกษพบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพสูง ทั้งนี้เนื่องจากสภาพสังคมและความเป็นอยู่ที่แตกต่างกันกับสภาพสังคมไทยโดย

เฉพาะในชนบท ผู้สูงอายุยังคงอยู่ร่วมกับครอบครัว ทำให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือทั้งในยามปกติ และยามเจ็บป่วย จากบุตรหลาน (ภัสสร ลิมานนท์, เกื้อ วงศ์บุญวัน, สุวัฒนา วิบูลย์เสริมสรณ์, และวิพรรณ ประจวบเหมาะ รูปโฟโต, 2538) ความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพจึงตกอยู่กับบุตรหลาน หรือบุคคลในครอบครัว แต่ในผู้สูงอายุในแถบชานเมืองตะวันตก บุตรจะแยกครอบครัวออกไป ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาตนเอง และมีความจำเป็นที่ต้องเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น จึงทำให้ผลการศึกษาที่ได้แตกต่างจากการศึกษาของผู้วิจัยในครั้งนี้

กิจกรรมทางกาย เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวของร่างกายเป็นประจำสม่ำเสมอ รวมถึงการออกกำลังกายอย่างมีแบบแผน และสามารถประเมินผลของการออกกำลังกายอย่างมีแบบแผนได้โดยการตรวจนับชีพจร จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 1.90$ S.D = .52) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติกิจกรรมทางกายน้อยมาก ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำไร่ทำนา และทำงานบ้านในยามว่าง แสดงถึงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเคลื่อนไหวของร่างกาย แต่ในเรื่องของการออกกำลังกายอย่างมีแบบแผนพบว่ามีส่วนน้อยที่ปฏิบัติ ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า การทำงานบ้านหรือการทำไร่ทำนา ก็เป็นการออกกำลังกาย จึงไม่มีความจำเป็นที่ต้องไปออกกำลังกายอย่างอื่น นอกจากนี้ในส่วนของผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายอย่างมีแบบแผน พบว่าไม่มีการจับหรือตรวจนับชีพจรของตนเอง จึงส่งผลทำให้คะแนนกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งการศึกษาเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุส่วนใหญ่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายมีจำนวนน้อย (วันดี แยมจันทร์ฉาย, 2538; นันทิยา โพธิสาร, 2540; Fowler, 1997; Speake et al. , 1989) ส่วนในการศึกษาของกาญจนา เกษกาญจน์ (2541) และขวัญตา ศรีสกุลวัฒนา (2541) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับดี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มารับบริการในโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร อาจได้รับการสนับสนุนให้มีการออกกำลังกาย ประกอบกับในเขตเมืองจะมีแหล่งประโยชน์ และมีการสนับสนุนจากด้านบุคลากรทางด้านสุขภาพได้มาก เห็นได้จากการศึกษาของปาลิรัตน์ พรทวีกันทา (2541) ที่เปรียบเทียบแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง ระหว่างผู้สูงอายุในเขตเมืองกับเขตชนบท พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเมืองจะมีคะแนนเฉลี่ยด้านการออกกำลังกาย มากกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบท นอกจากนี้ ฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีจะมีผลทำให้มีเวลาสำหรับการออกกำลังกาย (Ford et al. , 1991) ซึ่งในการศึกษาของผู้วิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยในเขตชนบท และมีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างยากจน เวลาส่วนใหญ่จึงถูกใช้ไปในการหารายได้เพื่อการยังชีพ จึงอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีโอกาสได้ออกกำลังกายอย่างมีแบบแผน

การเจริญทางจิตวิญญาณ เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาจิตของบุคคล โดยบุคคลที่มีการเจริญทางจิตวิญญาณ จะเป็นผู้ที่ตระหนักว่าชีวิตมีจุดหมาย และพยายามไปให้ถึง

เป้าหมายที่ตั้งไว้ มีความพอใจในสิ่งที่ตนเป็น รวมถึงการเปิดโอกาสให้ตนเองได้มีประสบการณ์ใหม่ๆเข้ามาในชีวิต จากผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการเจริญทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 2.30$ S.D = .58) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติกิจกรรมที่แสดงให้เห็นถึงการเจริญทางจิตวิญญาณน้อย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวมีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างยากจน ทำให้จุดมุ่งหมายในชีวิตจึงอยู่กับกิจกรรมที่นำมาซึ่งรายได้ให้กับตนเอง มากกว่าที่จะทำกิจกรรมที่สร้างสรรและก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้อื่น อีกทั้งไม่เปิดโอกาสให้ตนเองได้มีประสบการณ์ใหม่ๆเข้ามาในชีวิต เนื่องจากต้องทำงานหาเลี้ยงชีพ เพื่อแบ่งเบาภาระของลูกหลาน นอกจากนี้ความเสื่อมถอยของสภาพร่างกายที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุประเมินว่าตนเองมีชีวิตรเปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ลง ไม่สามารถทำงานตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ แต่ทั้งนี้ จากการที่ผู้สูงอายุนับถือศาสนาพุทธ ได้มีการนำหลักคำสอนทางศาสนามาใช้ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกพอใจและเป็นสุขอยู่กับชีวิตของตนเองในปัจจุบัน จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านการเจริญทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับพอใช้

การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นกิจกรรมที่แสดงออกถึงการมีสัมพันธภาพที่ดีของผู้สูงอายุกับบุคคลอื่น ซึ่งการแสดงออกอาจอยู่ในรูปคำพูดหรือไม่เป็นคำพูด จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.07$ S.D = .49) แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุมีการแสดงออกถึงการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลอื่นๆทั้งในและนอกครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากสภาพสังคมวัฒนธรรมไทยยังเห็นความสำคัญ และให้ความเคารพยกย่องผู้สูงอายุ (โครงการจัดตั้งกองบริหารงานวิจัย, 2538) ประกอบกับสังคมไทยในชนบท มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีความรักใคร่สนิทสนม ซึ่งสุรีย์ กาญจนวงศ์ และคณะ (2540) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตภาคกลาง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ร่วมกับบุตรหลาน และสังคมภายในครอบครัวชนบทค่อนข้างดี ผู้สูงอายุจะมีการพูดคุยกับสมาชิกทั้งในบ้านและนอกบ้าน นอกจากนี้ การรวมกลุ่มอย่างไม่เป็นทางการ ซึ่งเป็นการรวมตัวกันเป็นชุมชนตามธรรมชาติ เช่น งานบุญ งานวัด หรืองานรื่นเริงต่างๆ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2541) ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุสามารถเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นทั้งในวัยเดียวกันและวัยอื่นๆได้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับดี ซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในเกณฑ์ดีถึงดีมาก (ดวงพร รัตนอมรชัย, 2535; ปาสีรัตน์ พรทวี กัณหา, 2541; Fowler, 1997; Walker et al. , 1988)

สำหรับข้อคำถามที่มีการสอบถามถึงการแสดงออกถึงความใกล้ชิดสนิทสนมกับบุคคลอื่น หรือ การสัมผัสและได้รับความสัมผัสในผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้ปฏิบัติ ทั้งนี้เนื่องจากขนบธรรมเนียมและวัฒนธรรมไทย ไม่นิยมการแสดงออกถึงความรัก ความสนิทสนม โดยเฉพาะกับเพศตรงข้าม เหมือนวัฒนธรรมชาวตะวันตก ถึงแม้ว่าจะเป็นคู่สมรสกัน โดยผู้สูงอายุให้คำตอบว่าแก่แล้ว อายุลูกอายุหลาน ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของวันดี แยมจันทร์ฉาย (2538) ที่พบว่า

ข้อคำถามนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ปฏิบัติ

การจัดการกับความเครียด เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการลดหรือหลีกเลี่ยงความเครียดที่เกิดขึ้น จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.17$ S.D = .43) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการในการลดความเครียดที่เกิดขึ้นให้กับตนเอง โดยพบว่า ผู้สูงอายุจะเพิ่มแรงต้านทานต่อความเครียดที่เกิดขึ้นด้วยการทำใจยอมรับกับเหตุการณ์ที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุได้ผ่านช่วงวัยและประสบการณ์ชีวิตหลายรูปแบบ ทำให้สามารถควบคุมจิตใจและอารมณ์ได้ดีกว่าในวัยอื่นๆ (เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ, 2528) นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีแหล่งที่ช่วยในการเพิ่มแรงต้านทานต่อความเครียดที่เกิดขึ้น คือ ครอบครัว และวัด โดยกลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธ มีการนำคำสอนตามหลักพุทธศาสนามาใช้ในการดำเนินชีวิต และลดความเครียดที่เกิดขึ้น เช่น การสวดมนต์ไหว้พระ การนั่งสมาธิ การทำใจให้สงบ การปล่อยวาง เป็นต้น ศาสนาจึงเป็นสิ่งที่ช่วยในการลดความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ (Ellison, 1994 cited in Oman & Reed, 1998) และอีกทั้งผู้สูงอายุในปัจจุบันมีความเข้าใจ และยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการปรับตัวให้เข้ากับสภาพการที่เปลี่ยนแปลงไปของสังคม (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2541) ประกอบกับผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลดี ซึ่งการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นจะเป็นแหล่งประโยชน์ทางจิตใจที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ (Pender, 1996) จากเหตุผลดังกล่าว จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับดี ทั้งนี้มีหลายการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุมีการจัดการกับความเครียดอยู่ในเกณฑ์ดี (กาญจนา เกษกาญจน์, 2541; วันดี เข้มจันทร์ฉาย, 2538; Riffle, Yoho, & Sam, 1989; Speake et al., 1989)

การบริโภคอาหาร เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเลือกบริโภคอาหารในแต่ละวันให้ครบ 5 หมู่ เพื่อให้ได้สารอาหารที่มีคุณค่า ที่จะก่อให้เกิดประโยชน์กับสุขภาพและร่างกายของตนเอง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.76$ S.D = .42) โดยพบว่า ผู้สูงอายุรับประทานอาหารเช้าทุกวัน และอาหารที่รับประทานส่วนใหญ่ประกอบด้วยอาหารหลัก 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารจำพวกผัก และผลไม้ ซึ่งผู้สูงอายุจะปลูกผักและผลไม้ไว้รับประทานเอง ประกอบกับเป็นอาหารที่หาง่ายและราคาไม่แพง แต่ในอาหารประเภทเนื้อสัตว์ พบว่าส่วนใหญ่จะรับประทานน้อย เนื่องจากมีปัญหาสุขภาพในช่องปากเกี่ยวกับฟันและการเคี้ยว ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาแบบแผนสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา ของวรรณิ จันทรสว่าง (2533) และการศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ ของอำไพ ชนะกอก, ยวรงค์ เขียวพานนท์, และวันทนี ขวพงศ์ (2535) ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาในเรื่องของการเคี้ยวและการกลืนอาหาร ประกอบกับ

กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจทำให้ไม่เอื้ออำนวยในการซื้ออาหารประเภทเนื้อสัตว์ ที่มีราคาค่อนข้างแพงมารับประทาน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1987) ที่กล่าวถึงสภาพเศรษฐกิจว่า เป็นองค์ประกอบสำคัญในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพตนเอง แต่ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะหันไปรับประทานเนื้อปลาแทน เนื่องจากสามารถหารับประทานได้เองจากแหล่งน้ำตามธรรมชาติ นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่คิมนม ซึ่งคล้ายคลึงกับจันทร์เพ็ญ วุฒิปะภาวธรรม (2540) และ สุรีย์ กาญจนวงศ์ และคณะ (2540) ที่ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุไทยไม่นิยมคิมนม จึงอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างได้รับแคลเซียมไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับโรคกระดูกและข้อ และปัญหาเกี่ยวกับฟัน (Elbon, Johnson, & Fischer, 1998)

สำหรับข้อคำถามในเรื่องของการอ่านฉลากโภชนาการ ที่ผู้วิจัยไม่ได้นำมาคิดคะแนนนั้น จากการสัมภาษณ์ พบว่ามีผู้สูงอายุที่ซื้ออาหารบรรจุสำเร็จบริโภคนั้น มีจำนวน 106 ราย และในจำนวนนี้มีผู้ที่ไม่ได้อ่านฉลาก ร้อยละ 84.9 ซึ่งเหตุผลที่ไม่อ่าน เนื่องจาก อ่านหนังสือไม่ออก อ่านไม่เป็น และผลิตภัณฑ์ไม่มีฉลากโภชนาการ

เนื่องจากคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละกิจกรรมมีระดับที่ไม่สูงมากนัก จึงส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ กับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จึงเป็นไปตามสมมติฐานที่ว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้สามารถอธิบายแยกตามลักษณะปัจจัยส่วนบุคคลได้ดังนี้

เพศ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำมาก ($r_{pb} = .18$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่า เพศชายมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าเพศหญิง โดยเพศชายมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 32.19 ส่วนเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 30.88 แสดงว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากความแตกต่างทางด้านสติปัญญา (Schaffer, 1981) ซึ่งสติปัญญาเป็นผลที่เกิดมาจากการได้รับการศึกษา (Birmen & Morrison, 1961 cited in Matteson et al. , 1997) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายจะได้รับการศึกษามากกว่าเพศหญิง แชฟเฟตส์ และคณะ (Chafetz et al. , 1998)

ได้ศึกษาการใช้ประโยชน์จากสื่อทางด้านการข่าวสารในผู้สูงอายุจำนวน 868 ราย ในรัฐเท็กซัส พบว่า ในผู้ที่มีการศึกษาสูง จะมีการอ่านหนังสือพิมพ์ ดูโทรทัศน์ มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาค่ำ และเพศชาย จะมีการอ่านหนังสือพิมพ์มากกว่าเพศหญิง ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของสุริย์ กาญจนวงศ์ และคณะ (2540) ที่สอบถามเกี่ยวกับกิจกรรมที่เพิ่มพูนความรู้ปัญญาของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุชายจะมีการอ่านหนังสือพิมพ์ และอ่านหนังสือทั่วไปมากกว่าผู้สูงอายุหญิง จึงเป็นผลให้ผู้สูงอายุชายมีความสามารถในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อได้หลากหลายกว่าเพศหญิง ซึ่งการที่ผู้สูงอายุให้ความสนใจกับข้อมูลข่าวสาร จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุชายมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้มากกว่าเพศหญิง แต่ทั้งนี้คะแนนการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ได้ไม่แตกต่างกันมากนัก ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างทั้งเพศหญิงและชายอยู่ในวัยสูงอายุ ความสามารถในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารอาจไม่แตกต่างกัน จึงอาจเป็นผลให้ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำมาก

อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำ ($r = -.27$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยจะมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาก และผู้สูงอายุที่มีอายุมากจะมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อย ทั้งนี้เนื่องจากการรับรู้ของบุคคลจะเกี่ยวข้องกับสติปัญญา และการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางในอันที่เกี่ยวกับการวิเคราะห์ การประเมินสถานการณ์ (fluid intelligence) ซึ่งลดลงตามอายุที่มากขึ้น (Redfern, 1991) เมื่ออายุมากขึ้น ความสามารถในการรับรู้ เช่น การได้ยิน การมองเห็น ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากภายนอกเป็นไปได้น่าจะไม่ดี ประกอบกับความสามารถในการจำลดลง (Wold, 1993) จึงทำให้ผู้สูงอายุที่อายุมากขึ้นมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้น้อย ซึ่งการศึกษาของคอน (Conn, 1998b) ที่ศึกษาการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ จำนวน 147 ราย ในรัฐมิชเวสเทิร์น (Midwestern states) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย แต่จากการศึกษาของผู้วิจัยในครั้งนี้พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำ อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างที่ได้มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปีมากที่สุด ส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุมากมีจำนวนน้อย จึงอาจทำให้ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของอายุมากพอที่จะส่งผลต่อการมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในครั้งนี้

สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำมาก ($r_{pb} = .20$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรส จะมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้มากกว่าผู้สูงอายุที่ปราศจากคู่สมรส ทั้งนี้เนื่องจากคู่สมรสจะเป็นผู้ที่ช่วยสนับสนุนการได้รับข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ (Kane,

1988) นอกเหนือจากสื่อ เช่น การพูดคุย บอกเล่า เป็นต้น จากการศึกษาของ รุ่งทิพย์ แ่งใจ (2542) ได้ศึกษาการสนับสนุนจากคู่สมรสของผู้สูงอายุ ในจังหวัดน่าน พบว่าผู้สูงอายุจะได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสในเรื่องของข้อมูลข่าวสาร ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสจึงมีโอกาสได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ ในอันที่จะส่งผลให้มีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรส แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำมาก คู่สมรสของผู้สูงอายุอาจไม่มีผลต่อการรับรู้ประโยชน์ของผู้สูงอายุมากพอ ทั้งนี้เนื่องจากคู่สมรสของผู้สูงอายุเองก็มีอายุใกล้เคียงกันกับผู้สูงอายุ จึงอาจเป็นผลให้มีการสนับสนุนการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นไม่ได้มาก

ระดับการศึกษา พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำ ($r = .36$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงจะมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาก ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือมีระดับการศึกษาค่ำจะมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อย ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของมิลเลอร์ และแชมปีเนียน (Miller & Champian, 1997) ที่ได้ศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจหามะเร็งเต้านม (mammography) ในสตรีที่มีการศึกษาต่างกัน พบว่าสตรีที่มีการศึกษาสูง จะมีการรับรู้ประโยชน์ของการมาตรวจหามะเร็งเต้านมสูงกว่าสตรีที่มีการศึกษาค่ำ ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาเล่าเรียน จะเป็นการช่วยพัฒนาสติปัญญา การคิดอ่าน (Matteson et al., 1996) ส่งผลให้มีความสามารถในการคิด และวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสาร รวมถึงสามารถรับรู้ข้อมูลทางด้านสุขภาพได้จากสื่อที่หลากหลาย แสดงให้เห็นว่าการศึกษาจะช่วยพัฒนาสติปัญญา และความรู้สึกลึกซึ้งในการเลือกรับรู้ในสิ่งที่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง แต่ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ในกลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษา หรือมีระดับการศึกษาค่ำ อาจได้รับคำแนะนำในเรื่องประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุข ได้เท่ากับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการศึกษาหรือมีระดับการศึกษาสูงๆ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เรียนในระดับประถมศึกษา จึงอาจทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ส่งผลให้ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำ

รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำ ($r = .32$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูง จะมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาก ส่วนผู้ที่มีรายได้น้อยจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อย ซึ่งรายได้จะเป็นสิ่งสำคัญในการแสวงหาสิ่งที่เป็ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง (Pender, 1987) ผู้สูงอายุที่มีรายได้เป็นของตนเองจะมีโอกาสในการแสวงหาแหล่งที่ให้ข้อมูลได้ดีกว่า เช่นจากชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ จะเป็นผู้ที่มีการศึกษา และรายได้สูง (รสสุคนธ์ แสงมณี, นฤด ตะบุญพงศ์, และอรัญญา เขาวลิต, 2537;

วันดี แยมจันทร์ฉาย, 2538) การศึกษาในครั้งนี้คล้ายคลึงกับการศึกษาของมิลเลอร์ และแชมปีเพียน (Miller & Champion, 1997) ที่พบว่า สตรีที่มีรายได้สูงจะมีการรับรู้ประโยชน์ของการมาตรวจมะเร็งเต้านมมากกว่าสตรีที่มีรายได้ต่ำ แต่ทั้งนี้จากผลการศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำ อาจเนื่องมาจาก ไม่ว่าผู้สูงอายุจะมีรายได้มากหรือน้อย แต่ก็อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือเป็นสังคมชนบท แหล่งที่ให้บริการความรู้ทางด้านสุขภาพจึงก็ไม่แตกต่างกัน อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงไม่มีโอกาสเลือก หรือแสวงหาแหล่งที่ให้ข้อมูล ได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ

จากการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานที่ว่า ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และสนับสนุนแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ที่แสดงถึงปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ที่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม แต่ทั้งนี้ จากผลการศึกษาพบว่าตัวแปรด้านปัจจัยส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยนำมาศึกษามีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำถึงต่ำมาก ซึ่งอาจมีตัวแปรอื่นๆ ในปัจจัยส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษาสามารถแสดงค่าความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้มากกว่า เช่น ประสบการณ์ในอดีต หรือปัจจัยทางจิตวิทยา

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับปานกลาง ($r = .53$ $p < .001$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาก จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามไปด้วย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การรับรู้ประโยชน์ของสิ่งที่กระทำ จะเป็นแรงจูงใจที่ก่อให้เกิดการกระทำนั้นๆ ดังที่เพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวไว้คือ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ จะมีผลต่อระดับของการกระทำพฤติกรรม ซึ่งในการวางแผนจะกระทำสิ่งใดของบุคคล มักจะมีการคาดการณ์ถึงประโยชน์หรือผลที่จะเกิดขึ้นตามมาภายหลังที่ได้กระทำ และสอดคล้องกับทฤษฎีความคาดหวังในคุณค่า (expectancy - value theory) ที่กล่าวถึงว่า การคาดการณ์ถึงผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์หรือเชื่อมั่นในประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นภายหลังการกระทำ จะเป็นแรงจูงใจที่สำคัญให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรม (Feather, 1982 cited in Pender, 1996)

การศึกษานี้คล้ายคลึงกับการศึกษาของกาญจนา เกษกาญจน์ (2541) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ($r = .429$ $p < .001$) จิตรา จันชนะกิจ (2541) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดเรื้อรัง ($r = .484$ $p < .001$) และปราณี ทองพิลา (2542) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ($r = .421$ $p < .001$)

ซึ่งจากผลการศึกษาในครั้งนี้ แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาก แต่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับพอใช้ อาจเนื่องจากเครื่องมือที่ใช้วัดการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นการวัดการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม มิได้วัดการรับรู้ประโยชน์ที่เฉพาะเจาะจงในพฤติกรรมแต่ละกิจกรรม ซึ่งผู้สูงอายุอาจมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเฉพาะกิจกรรมที่ตนปฏิบัติ แต่ในกิจกรรมที่ตนไม่ได้ปฏิบัติอาจไม่มีการรับรู้ประโยชน์ เมื่อมีการวัดการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม จึงส่งผลให้มีคะแนนสูง แต่เมื่อวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในแต่ละกิจกรรมรวมกันแล้วจึงมีคะแนนอยู่ในระดับพอใช้ จึงอาจส่งผลทำให้ค่าความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง

5. ความสามารถในการทำนาย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จากผลการศึกษาพบว่า ในขั้นตอนที่ 1 ของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ตัวทำนายแรกที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปในสมการคือ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเท่ากับ .533 สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 28.42 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 2 ตัวทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปพิจารณาคือ อายุ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้นเป็น .598 สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 35.83 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และในขั้นตอนที่ 3 ตัวทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปพิจารณาคือ รายได้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้นเป็น .618 ซึ่งสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 38.17 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 จากนั้นเมื่อเพิ่มตัวทำนายในขั้นตอนต่อไปของการวิเคราะห์พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเปลี่ยนแปลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณจึงยุติลง สรุปได้ว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อายุ และรายได้ โดยสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 38.17 ($p < .001$) สามารถอธิบายได้ดังนี้

การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นตัวแปรแรกที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ เนื่องจาก การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุสูงสุด ($r = .53$ $p < .001$) แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามไปด้วย ดังที่ได้กล่าวมาแล้วในเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ กาญจนา เกษกาญจน์ (2541) จิตรา จันชนะกิจ (2541) และปราณี ทองพิลา (2542) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุได้ เป็นตัวแปรแรก

อายุ เป็นตัวแปรที่สอง ที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ($r = -.41$ $p < .001$) แสดงให้เห็นว่า ในผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาก ส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุมากจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อย ทั้งนี้เนื่องจาก เมื่ออายุมากขึ้นจะมีข้อจำกัดของร่างกาย รวมทั้งมีปัญหาสุขภาพมากขึ้น (สุรีย์ กาญจนวงศ์ และคณะ, 2540; Palank, 1991) ทำให้ความสามารถในการที่จะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นไปได้น้อยลง (Johnson, 1991) ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของดวงพร รัตนอมรชัย (2535) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดอ่างทอง โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60-64 ปี มีคะแนนเฉลี่ยวิถีชีวิตสูงสุด และแตกต่างจากกลุ่มอายุอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่แตกต่างจากการศึกษาของวอลต์เกอร์ และคณะ (Walker et al., 1988) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพดีกว่าวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และตอนกลาง ส่วนในการศึกษาของกาญจนา เกษกาญจน์ (2541) และ วันดี เข้มจันทร์ฉาย (2538) พบว่าอายุไม่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุได้

รายได้ เป็นตัวแปรที่สาม ที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ โดยรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r = .38$ $p < .001$) แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาก และผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้น้อยตามไปด้วย ทั้งนี้เนื่องจาก “ผู้สูงอายุในปัจจุบันมีค่านิยม “บริโภคนิยม” และ “วัตถุนิยม” ก่อนข้างมาก ต่างให้ความสำคัญกับเงิน โดยถือว่าเป็นเรื่องสำคัญที่สุด มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิต นับตั้งแต่อาหาร จนถึงเครื่องอุปโภคและบริโภค” (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2541, หน้า 92) รายได้จึงเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญที่จะเอื้ออำนวยความสะดวกสบายและการเลือกรับ

บริการทางสุขภาพ (Pender, 1987) และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Blackburn, 1994) ผู้สูงอายุที่มีรายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจดี จึงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำหรือไม่มีรายได้ ซึ่งในการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ (ควงพร รัตนอมรชัย, 2535; วันดี แยมจันทร์ฉาย, 2538; Muhlenkamp & Sayles, 1986; Walker et al., 1988) แต่การศึกษาของกาญจนา เกษกาญจน์ (2541) และจิรวรรณ อินคัม (2541) พบว่า รายได้ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้

สำหรับปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส และการศึกษา และจากผลการศึกษา การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อายุ และรายได้ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้เพียงร้อยละ 39.17 ส่วนความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหลืออีกร้อยละ 60.83 ซึ่งไม่สามารถทำนายได้ อาจเป็นผลเนื่องจากยังมีปัจจัยอื่นๆที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ที่ผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ เช่น การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อิทธิพลระหว่างบุคคลหรือจากสถานการณ์

ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีปัจจัยส่วนบุคคลเป็นปัจจัยเสริมในอันที่จะก่อให้เกิดการรับรู้ในตัวบุคคลและนำไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ สนับสนุนแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ที่กล่าวว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลได้แก่ ปัจจัยทางด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม โดยมีปัจจัยส่วนบุคคลเป็นปัจจัยที่มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อม ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ