

## ความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า กรณีศึกษาหมู่บ้านแม่มอญ ตำบลห้วยชมภู อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

มนุเชษฐ์ มะโนธรรม\* พัทธรา ก้อยชูสกุล\*\* อริย์ จอแย\*\* วรัญญา มณีรัตน์\*\*

จุฑามาศ เมืองมูล\*\* สุพรรณ วนิชปริญญากุล\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจและหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าในเขตจังหวัดเชียงรายกลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าในเขตหมู่บ้านแม่มอญ ตำบลห้วยชมภู อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 80 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเฉพาะผู้ที่มีอายุ 15-90 ปี เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้และระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยใช้สถิติ Spearman's Rank Correlation Coefficient ผลการวิจัยมีดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 31-45 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ไม่ได้รับการศึกษา มีอาชีพรับจ้างทั่วไป นับถือศาสนาคริสต์ และไม่มีโรคประจำตัว มีระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี และไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างระดับความรู้และระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

**คำสำคัญ:** ความรู้ พฤติกรรม การดูแลสุขภาพ ชาติพันธุ์อาข่า

---

\* สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย, E-mail: manuchetocmed@gmail.com

\*\* สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

## **Healthcare knowledge and practice of Akha ethnic group :**

### **Case study at a Mae-monVillage, TambonHuay-chom-poo, AmphurMuang, Chiang Rai.**

Manuchet Manotham\* Patchara Koychusakun\*\* Aree Choyae\*\* Waranya Maneerat\*\*

Jutamas Muangmool\*\* Suphan Vanishprinyakul\*\*

#### **Abstract**

Aim of this cross-sectional study was to survey and explore the correlation between healthcare knowledge and healthcare behaviors of Akha Ethnic Group living in Mae-mon Village, TambonHuay-chom-poo, AmphurMuang, ChiangRai. The sampling was conducted to select 80samples aged between 15-90 years who agreed to participate and were able to communicate. Questionnaires were used as research instruments.Data were analysed using descriptive statistics and Spearman's Rank Correlation Coefficient. The results were as follows.

Most of the samples were females, 31-45 years of age, married, un-educated, general employee, Christian and had not diseases. Most samples healthcare knowledge was in a moderate level; whereas, more than a half had healthcare behaviors in a good level. Also, there was no significant relationship between healthcare knowledge and healthcare behavior.

**Keywords:** knowledge, practice, healthcare, akha ethnic group

---

\* School of Health Science, Chiangrai Rajabhat University, E-mail: manuchetocmed@gmail.com

\*\* School of Health Science, Chiangrai Rajabhat University

## บทนำ

การดูแลสุขภาพของประชากรส่วนใหญ่จะเป็นไปตามวัฒนธรรมของครอบครัวหรือแต่ละชุมชน กลุ่มชาติพันธุ์อาข่าซึ่งเป็นกลุ่มของประชากรที่อาศัยอยู่บนพื้นที่สูงของภาคเหนือ ได้แก่ จังหวัดเชียงราย เชียงใหม่ ลำปาง ตาก แพร่ และคาดว่าบางส่วนได้อพยพไปอยู่จังหวัดน่าน พิจิตร และหลายจังหวัดของประเทศไทย<sup>1</sup> อาข่าเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่อาศัยอยู่บนพื้นที่สูงมีอากาศหนาวเย็นตลอดทั้งปี ทำให้มีจิตใจดีงาม รักธรรมชาติ รักสงบและชอบความสันโดษ ไม่ชอบความรุนแรง ในอดีตกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าไม่ชอบอาบน้ำโดยใน 1 ปี จะอาบน้ำปีละ 1-2 ครั้งเท่านั้นและปกติในชีวิตประจำวันก็เพียงเอาน้ำลูบหน้าและศีรษะเท่านั้นการทำความสะอาดปากฟันก็ไม่ค่อยได้ทำความสะอาด เพราะส่วนใหญ่นิยมกินหมากเพื่อเป็นการรักษาปากและฟัน และสำหรับคนหนุ่มสาวจะนิยมใส่ฟันทองนอกจากนี้ชาวอาข่าเชื่อว่าการเจ็บป่วยนี้เกิดจากภูติผีที่จับเอา“ขวัญ” ของคนไว้ โดยเชื่อว่าร่างกายของคนจะมี 12 ขวัญ ถ้าขวัญใดขวัญหนึ่งหายไปจะทำให้เกิดการเจ็บป่วย แต่ถ้าหายไปทั้ง 12 ขวัญ อาจทำให้เสียชีวิตได้<sup>2</sup>

ผลจากการแสดงออกทางพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมจึงเป็นสาเหตุของโรคเรื้อรัง (Chronic disease) โดยมีปัจจัยเสี่ยงของโรคที่สำคัญ 4 ประการคือ สูบบุหรี่ ไม่ออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไป โรคเรื้อรังส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมที่ไม่ดี สามารถป้องกันได้ถ้ามีความรู้และมีวินัย<sup>3</sup> และเป็นสาเหตุของการตายและการเจ็บป่วยของประชากรในประเทศกำลังพัฒนาโดยเป็นผลมาจากการที่ประชากรมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการขาดไปสู่ภาวะโภชนาการเกิน ก่อให้เกิดผลกระทบโดยตรงอย่างร้ายแรงต่อสุขภาพ และเศรษฐกิจโดยรวม<sup>4-6</sup> จากการศึกษาลักษณะการดำเนินชีวิตของกลุ่ม

ชาติพันธุ์กะเหรี่ยงขาว พบว่า บางส่วนมีพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพศหญิงมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย (ต่ำกว่า 20 ปี) มีการใช้ยาคุมกำเนิด และมีบุตรคนแรกเมื่ออายุน้อยกว่า 18 ปี ซึ่งลักษณะดังกล่าวเป็นสาเหตุของความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง<sup>7</sup> และจากข้อมูลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่มีอายุน้อย (< 30 ปี) จะเลือกบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการต่ำกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า<sup>8</sup> และรายได้ต่อเดือนส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .5<sup>9</sup> ส่วนปัจจัยด้านอื่นๆ ยังไม่มีผลการวิจัยที่แน่ชัด

แต่ในปัจจุบัน เมื่อทางหน่วยงานราชการได้ให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ จึงทำให้กลุ่มชาติพันธุ์อาข่าที่อาศัยอยู่บนพื้นที่สูงมีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้นและมีการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะมีโรงพยาบาลและการแพทย์สมัยใหม่จำนวนมาก หากลักษณะพื้นที่อยู่อาศัยของกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าตั้งอยู่บนดอยสูง ห่างไกลจากตัวเมือง การเดินทางยากลำบากต้องใช้เวลานาน รวมทั้งยังมีปัญหาเกี่ยวกับยานพาหนะที่ใช้ในการขนส่งด้วย ประกอบกับคนส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรมฐานะยากจน จึงยังพบเห็นผู้ที่มีปัญหาต่างๆ ด้านสุขภาพอยู่เสมอ หมู่บ้านแม่มอญ ตำบลห้วยชมภู อำเภอเมือง จังหวัดเชียงรายนั้น มีลักษณะภูมิประเทศเป็นภูเขาสูง ภูมิอากาศหนาวเย็นมีหมอก อุณหภูมิเฉลี่ย 25 องศาเซลเซียส มีระยะทางจากหมู่บ้านถึงอำเภอเมือง 35 กิโลเมตร และใช้ระยะเวลาในการเดินทางโดยเฉลี่ย 2 ชั่วโมง ประชากรส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า และมีกลุ่มชาติพันธุ์อื่นๆ คือ ลีซออาศัยอยู่ด้วย นอกจากนี้หมู่บ้านแม่มอญมีปัญหาหลักๆ ได้แก่ การคมนาคมขนส่งยากลำบากและราคาผลผลิตทางการเกษตรตกต่ำบางครั้ง<sup>10</sup>

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิธีการดูแลสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าในเขตจังหวัดเชียงราย เพื่อจะได้ทราบถึงความรู้และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพใน

ภาวะปัจจุบันที่กำลังอยู่ในช่วงการเปลี่ยนแปลงของลักษณะหลายประการที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม เพื่อจะได้นำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้กลุ่มชาติพันธุ์อาข่ามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสำรวจความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าในเขตจังหวัดเชียงราย
2. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าในเขตจังหวัดเชียงราย

### วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่มีอายุ 15-90 ปี จำนวน 1,300 คน โดยแบ่งเป็นเพศชาย 600 คน และเพศหญิง 700 คน (สัมภาษณ์ผู้ใหญ่วัยหนุ่มบ้านแม่มอญ ปี พ.ศ. 2559)

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่ยังมีความระมัดระวังในการให้ข้อมูลต่างๆ กับคนภายนอก ทำให้ยากต่อการเข้าถึง และยังมีข้อจำกัดเกี่ยวกับภาษาที่ต้องใช้ในการสื่อสาร ผู้วิจัยจึงมีวิธีการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยให้โควตา กลุ่มอายุละ 16 คน โดยแบ่งตามกลุ่มอายุ ดังนี้

1. อายุ 15-30 ปี จำนวน 16 คน
2. อายุ 31-45 ปี จำนวน 16 คน
3. อายุ 46-60 ปี จำนวน 16 คน
4. อายุ 61-75 ปี จำนวน 16 คน
5. อายุ 76-90 ปี จำนวน 16 คน

รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 80 คนการสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเฉพาะผู้ที่สื่อสารกันได้ และให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

- 1) ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 15 ข้อ
- 2) ความรู้ในการดูแลสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบถูกผิด และ
- 3) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ จำนวน 28 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ตามวิธีการของ Likertscale 3 ระดับ ที่ผ่านการวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.50 หรือมากกว่าและนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่าความเที่ยง (Reliability) โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Chronbach' s alpha coefficient) เท่ากับ 0.76 โดยมีผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นคนในพื้นที่เป็นคนเก็บข้อมูลในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านหนังสือได้ให้ผู้ช่วยผู้วิจัยที่เป็นชาติพันธุ์อาข่าอ่านและแปลให้ฟังเป็นภาษาอาข่าและให้ตอบเป็นรายข้อซึ่งผู้วิจัยมีการอบรมผู้ช่วยผู้วิจัย โดยวิธีการอธิบายแบบสอบถามในแต่ละส่วนให้ผู้ช่วยผู้วิจัยเข้าใจตรงกัน

### ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย รหัสโครงการ ETH.CRRU 002/59 วันที่ 29 กรกฎาคม พ.ศ. 2559

### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการทำวิจัยไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยนำแบบสอบถามเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มไว้แล้ว โดยสอบถามความยินดีให้ความร่วมมือ และ

ให้เซ็นในใบยินยอม (Consent form) ทั้งนี้ให้ผู้ตอบแบบสอบถามอ่านและตอบคำถามในแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยให้เวลาตามความต้องการ ในกรณีที่อ่านไม่ได้ ผู้ช่วยผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านให้ และให้ตอบตามที่ผู้ตอบแบบสอบถามต้องการ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปช่วยในการวิเคราะห์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง

ระดับความรู้และระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยใช้สถิติ Spearman's Rank Correlation Coefficient

#### ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 78.80) อายุ 31-45 ปี (ร้อยละ 33.80) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 68.80) ไม่ได้รับการศึกษา (ร้อยละ 67.50) มีอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 53.80) นับถือศาสนาคริสต์ (ร้อยละ 88.80) และไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 88.80)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้ (n = 80)

| ระดับความรู้              | จำนวน(คน) | ร้อยละ |
|---------------------------|-----------|--------|
| ระดับต่ำ (0-7 คะแนน)      | 0         | 0      |
| ระดับปานกลาง (8-14 คะแนน) | 48        | 60.00  |
| ระดับสูง (15-20 คะแนน)    | 32        | 40.00  |
| รวม                       | 80        | 100.00 |

จากตารางที่ 1 เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามระดับความรู้ พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.00) รองลงมา อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 40.00)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (n = 80)

| พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ                                         | $\bar{X}$ | SD   | ระดับพฤติกรรม* |
|---------------------------------------------------------------|-----------|------|----------------|
| 1. ท่านรับประทานอาหารเช้า 3 มื้อ                              | 2.98      | 0.16 | ดี             |
| 2. ท่านรับประทานอาหารเช้า ดิบๆ เช่น ลาบก๊วย                   | 2.75      | 0.44 | ดี             |
| 3. ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ติดมันเช่นหมูสามชั้น                | 2.33      | 0.50 | พอใช้          |
| 4. ท่านรับประทานอาหารหมักดองเช่นปลาเค็มผักดอง                 | 2.25      | 0.44 | พอใช้          |
| 5. ท่านรับประทานอาหารประเภทผักมากกว่าเนื้อสัตว์               | 2.03      | 0.27 | พอใช้          |
| 6. ท่านรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัดเช่นขนุนลำไยทุเรียนเป็นต้น | 2.24      | 0.43 | พอใช้          |
| 7. ท่านดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว                                  | 1.80      | 0.43 | พอใช้          |
| 8. ท่านใช้สารเคมีในการเกษตร                                   | 2.38      | 0.54 | ดี             |
| 9. ท่านกำจัดขยะโดยการเผา                                      | 2.44      | 0.55 | ดี             |

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (n = 80) (ต่อ)

| พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ                                                                          | $\bar{X}$ | SD   | ระดับพฤติกรรม* |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------|----------------|
| 10. ท่านจำกัดขยะโดยใส่ถุงไปทิ้งกลางป่า                                                         | 2.45      | 0.53 | ดี             |
| 11. ท่านกำจัดวัชพืชโดยวิธีการเผา                                                               | 2.45      | 0.55 | ดี             |
| 12. ท่านทำความสะอาดร่างกายโดยการอาบน้ำ                                                         | 2.99      | 0.11 | ดี             |
| 13. ท่านทำความสะอาดผมโดยการสระผม                                                               | 2.88      | 0.33 | ดี             |
| 14. ท่านทำความสะอาดฟันโดยการแปรงฟัน                                                            | 3.00      | 0.00 | ดี             |
| 15. ท่านทำการอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกายและผ่อนคลายกล้ามเนื้อหลังออกกำลังกายเสร็จทุกครั้ง     | 1.34      | 0.48 | ควรปรับปรุง    |
| 16. ท่านใช้เวลาในการออกกำลังกายไม่ต่ำกว่าครั้งละ 15-30 นาที                                    | 1.35      | 0.51 | ควรปรับปรุง    |
| 17. ท่านออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารทันที                                                     | 2.86      | 0.35 | ดี             |
| 18. ท่านออกกำลังกายจนได้รับบาดเจ็บ                                                             | 2.91      | 0.28 | ดี             |
| 19. ท่านออกกำลังกายไม่ต่ำกว่าสัปดาห์ละ 3 วัน                                                   | 1.31      | 0.52 | ควรปรับปรุง    |
| 20. ท่านออกกำลังกายด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเองด้วยการเดินวิ่งหรือเล่นกีฬาอื่นๆ | 1.75      | 0.58 | พอใช้          |
| 21. ท่านออกกำลังกายโดยการทำงานบ้านเช่นกวาดบ้าน                                                 | 1.83      | 0.38 | พอใช้          |
| 22. เมื่อท่านโกรธมักพุดจาไม่สุภาพ                                                              | 2.54      | 0.50 | ดี             |
| 23. ท่านระบายอารมณ์ด้วยการขว้างปาสิ่งของเสมอ                                                   | 2.66      | 0.48 | ดี             |
| 24. ท่านฝึกสมาธิอยู่เสมอ                                                                       | 1.25      | 0.44 | ควรปรับปรุง    |
| 25. เมื่อมีความรู้สึกท้อแท้ท่านจะหาวิธีแก้ไขความรู้สึกนั้น                                     | 2.58      | 0.59 | ดี             |
| 26. ท่านจะไม่นำคำพูดของผู้อื่นมาคิดให้เกิดความกังวลหรือโกรธเคือง                               | 2.45      | 0.76 | ดี             |
| 27. ท่านมักพบปะพูดคุยและปรับทุกข์กับเพื่อนวัยเดียวกัน                                          | 2.80      | 0.40 | ดี             |
| 28. ท่านไม่เปรียบเทียบเรื่องของตนเองกับผู้อื่นให้เกิดความทุกข์                                 | 2.28      | 0.86 | พอใช้          |
| เฉลี่ยรวม                                                                                      | 2.32      | 0.14 | พอใช้          |

\* การแปลผลค่าเฉลี่ย คือ 1.00-1.67 = ระดับควรปรับปรุง, 1.68-2.35 = ระดับพอใช้, 2.36-3.00 = ระดับดี

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ( $\bar{X} \pm SD = 2.32 \pm 0.14$ ) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีคะแนนมากที่สุด คือ ท่านทำความสะอาดฟันโดยการแปรงฟันอยู่ระดับดี ( $\bar{X} \pm SD = 3.00 \pm 0.00$ ) รองลงมา

คือ ท่านทำความสะอาดร่างกายโดยการอาบน้ำอยู่ระดับดี ( $\bar{X} \pm SD = 2.99 \pm 0.11$ ) และที่มีคะแนนน้อยที่สุด ท่านฝึกสมาธิอยู่เสมอสม่ำเสมออยู่ในระดับควรปรับปรุง ( $\bar{X} \pm SD = 1.25 \pm 0.44$ )

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (n = 80)

| ระดับพฤติกรรม                       | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|-------------------------------------|------------|--------|
| ระดับควรปรับปรุง (ค่าเฉลี่ย 0-1.67) | 0          | 0      |
| ระดับพอใช้ (ค่าเฉลี่ย 1.68-2.35)    | 34         | 42.50  |
| ระดับดี (ค่าเฉลี่ย 2.36-3.00)       | 46         | 57.50  |
| รวม                                 | 80         | 100.00 |

จากตารางที่ 3 เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม พบว่า ส่วนใหญ่มี

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 57.50) รองลงมา อยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 42.50)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้และระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

| ความสัมพันธ์ระหว่าง                       | Correlation Coefficient | p- value |
|-------------------------------------------|-------------------------|----------|
| ระดับความรู้และระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ | .134                    | .235     |

จากตารางที่ 4 ผลการหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้และระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยใช้สถิติ Spearman's Rank Correlation Coefficient พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างระดับความรู้และระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

#### อภิปรายผล

ระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพ พบว่า กลุ่มชาติพันธุ์อาข่าส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง รองลงมา คือ อยู่ในระดับสูง และไม่มีผู้ที่มีความรู้ในระดับต่ำเลยซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิชาญ ปาวัน และคณะ<sup>11</sup> ที่ได้ศึกษาการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทยประจำปี 2559 พบว่า ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ

ของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางแต่การศึกษาของไพรวลัย โศตรตะ กษพงศ์ สารการ ปาริชาติ รัตนราช<sup>12</sup> ที่ได้ศึกษาปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังอยู่ในระดับมาก

และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีข้อคำถามที่ทุกคนตอบได้ถูกต้อง จำนวน 4 ข้อ คือ อาหารสุกๆ ดิบๆ เช่น ลาบดิบ ถือเป็นอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพควรล้างมือก่อนและหลังรับประทานอาหารการแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งช่วยป้องกันฟันผุและการออกกำลังกายควรทำเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกิตติพงษ์ พรหมผลเมือง และปัทมพงษ์

เกษมบุรณ์<sup>13</sup> ที่ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภูพบว่าพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบหรือปลาสุกๆดิบๆมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในประชากรตัวอย่างชัดเจนนอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มชาติพันธุ์อ่าขามีความรู้ในการดูแลสุขภาพในเรื่องการแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งช่วยป้องกันฟันผุซึ่งในอดีตไม่ค่อยได้ทำความสะอาด เพราะส่วนใหญ่นิยมกินหมาก เพื่อเป็นการรักษาปากและฟัน และยังพบว่าการอาบน้ำควรอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ซึ่งในอดีตกลุ่มชาติพันธุ์อ่าขามิชอบอาบน้ำโดยใน 1 ปี จะอาบน้ำปีละ 1-2 ครั้งเท่านั้น<sup>2</sup> ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในภาวะปัจจุบันหน่วยงานราชการได้ให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ จึงทำให้กลุ่มชาติพันธุ์อ่าข่าที่อาศัยอยู่บนพื้นที่สูงมีการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพมาเป็นระบบปัจจุบันมากขึ้น

**ระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ** พบว่า กลุ่มชาติพันธุ์อ่าข่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสิวพร มหาทำนุโชค<sup>14</sup> ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงชาวมุสลิมที่มีความเสี่ยงกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงชาวมุสลิมมีการแสดงออกของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้านคือด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพด้านการปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายด้านภาวะโภชนาการด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณและด้านการจัดการความเครียดในระดับบ่อยๆ และด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือด้านการปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายโดยข้อคำถามที่พบการแสดงออกพฤติกรรมมากที่สุดในด้านนี้คือการออกกำลังกายในระหว่างทำกิจวัตรประจำวันเช่นเดินไปมาทำงานบ้าน และมีการแสดงออกของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเรื่องการรับประทานอาหารเข้าทุกวันมากที่สุดทั้งนี้อาจเป็นผลจากการที่ชาวกะเหรี่ยงให้ความสำคัญกับข้าวตั้งแต่การ

ผลิตจนถึงการบริโภคและมีวัฒนธรรมการผลิตข้าวไว้เพื่อบริโภค นอกจากนี้เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า มีข้อที่มีคะแนนมากที่สุด คือ ท่านทำความสะอาดฟันโดยการแปรงฟันอยู่ระดับดี รองลงมา คือ ท่านทำความสะอาดร่างกายโดยการอาบน้ำอยู่ในระดับดีทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของจักรพันธ์เพ็ญพนัสศักดิ์<sup>15</sup> ที่ได้ศึกษาพิธีกรรมของชาวกะเหรี่ยงที่เป็นภูมิปัญญาของชาวบ้านพบว่า มีพิธีกรรมการสาดน้ำในหมู่เพื่อนบ้านที่มาช่วยงานเป็นการแสดงความยินดีที่งานเสร็จและทุกคนเหนื่อยจากการทำงานการเอาน้ำเย็นๆ มาชะล้างบริเวณไร่เพื่อให้ข้าวงอกงามดีเปรียบเสมือนผีสงสารไปรยฝนลงมาในภาวะปัจจุบันมีความเจริญทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมจึงทำให้กลุ่มชาติพันธุ์อ่าขามีความเชื่อเกี่ยวกับการทำความสะอาดปากฟัน และการทำความสะอาดร่างกายโดยการอาบน้ำ จะทำให้สุขภาพแข็งแรง ไม่เจ็บป่วยได้ง่าย นอกจากนี้ข้อคำถามที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือ ท่านฝึกสมาธิอยู่เสมอสม่ำเสมอในระดับควรปรับปรุงอาจเป็นเพราะกลุ่มชาติพันธุ์อ่าข่าส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป จึงเป็นเหตุผลที่ทำให้ไม่มีเวลาว่างในการฝึกสมาธิ

### สรุปและข้อเสนอแนะ

ระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพ พบว่า มีความรู้ในระดับปานกลาง ระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ พบว่า มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี และไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างระดับความรู้และระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

#### ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้  
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมให้ความรู้และทักษะแก่กลุ่มกลุ่มชาติพันธุ์อ่าข่าเพื่อให้เกิด

ความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปสู่การมีพฤติกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ได้แก่ การรับประทานอาหาร การจัดการสิ่งแวดล้อม การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด เป็นต้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาแนวทางปฏิบัติและความเป็นไปได้ในการคงไว้และส่งเสริมซึ่งพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือวิจัยอันได้แก่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วัชรพงษ์ เรือนคำ อาจารย์ ดร. กาญจนา ปินคำ และอาจารย์พัชรินทร์ วินยงค์กุล ขอขอบพระคุณคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนงานวิจัยเพื่อการพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงรายที่ให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัย รวมทั้งขอขอบพระคุณนายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย สาธารณสุขอำเภอเมืองเชียงราย ผู้ใหญ่บ้านหมู่บ้านแม่มอญ ตำบลห้วยชมภู อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย และนางสาวหมีเงาะ พูเบญจ ผู้ช่วยผู้วิจัยตลอดจนขอขอบพระคุณอาสาสมัครผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่กรุณาให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. Hilltribe. org. Akhatribes [Internet]. 2011 [cited 2017 Apr 17]; Available from: <http://akha.hilltribe.org/thai/>. (in Thai).
2. Chiang Mai Diocese. Character traits of Akhae thnic groups (Ekor) [Internet]. 2013 [cited 2017 Apr 17]; Available from: <http://www.cmdiocese.org/th/ethnic/akha/34-34>. (in Thai).

3. Kulvanich P. Non-communicable diseases. Naewna. 2017 Sep 17; Phoying: 6. (in Thai).
4. Nugent R. Chronic diseases in developing countries: Health and economic burdens. Ann N Y Acad Sci. 2008; 1136: 70-9.
5. Tokunaga M, Takahashi T, Singh RB, Rupini D, Toda E, Nakamura T, et al. Diet, nutrients and noncommunicable diseases. The Open Nutraceuticals Journal. 2012; 5: 146-59.
6. Lummela N, Kekkonen RA, Jauhiainen T, Pilvi TK, Tuure T, Järvenpää S, et al. Effects of a fibre-enriched milk drink on insulin and glucose levels in healthy subjects. Nutr J. 2009; 8: 45.
7. The Office of Mae Hong Son Province. The nature city of north 2013. Mae Hong Son: Information Work Group Information and Communication; 2013. (in Thai).
8. Pakseresht M, Lang R, Rittmueller S, Roache C, Sheehy T, Batal M, et al. Food expenditure patterns in the Canadian Arctic show cause for concern for obesity and chronic disease. Int J Behav Nutr Phys Act. 2014; 11: 51.
9. Sudsaneha T. Variable affecting food consumption behavior of metabolic syndrome risk group a case study: Phai-Ngam Health Promotion Hospital, Khok Sung District, Sakaeo Province [Thesis]. Bangkok: Rajamangala University of Technology Phra Nakhon; 2013. (in Thai).
10. Data of Mae-mon Village, Tambon Huay-chom-poo, Amphur Muang, Chiang Rai Province [Internet].

- 2013 [cited 2017 May 5]; Available from:<https://hdkn.hrdi.or.th/public/img/SscBasicinfo/2556/Muang%20Chiangrai/ssc85%20Maemorn.pdf>. (in Thai).
11. Pawun V, Boonchuaythanasit K, Ponrachom C, Sukolpuk M. Perception of information, knowledge and protecting behavior of diseases and health hazard of Thai citizens in 2016. *Journal of Health Science Research*. 2017; 11(1):70-9. (in Thai).
  12. Kotra P, Sarakan K, Ratanarat P. Factors related to food consumption behavior for chronic disease prevention in adults. *Journal of Health Science Research*. 2016;10(1):25-31. (in Thai).
  13. Prompolmuang K, Kessomboon P. Risk factors to opisthorchiasis among people in Sriboonruang District, Nongbualamphu Province. *KhonKaen: Graduate Research Conference, KhonKaen University*; 2014. p.1882-8. (in Thai).
  14. Mahathamnuchock S. Health promotion behaviors of Sgaw Karens in risk of Non-Communicable Disease (NCD). *Nursing Journal*. 2015;42 Suppl:118-25. (in Thai).
  15. Peampanatsak J. Indigenous knowledge ritual of Karen community [Thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2000. (in Thai).