

ความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า
อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย

**Knowledge and Behaviors for Healthcare of Akha Ethnic
Group in Mae Suai District, Chiang Rai Province, Thailand**

มณูเชษฐ์ มะโนธรรม, พัชรา ก้อยชูสกุล, อารีย์ จอแย, วรัญญา มณีรัตน์

จutamaศ เมืองมูล, สุพรรณ วณิชปริญญากุล

สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

Manuchet Manotham, Patchara Koychusakun, Aree Choyae, Waranya Maneerat,

Jutamas Muangmool, Suphan Vanishprinyakul

School of Health Science, Chiang Rai Rajabhat University

บทคัดย่อ

การวิจัยภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าในเขตอำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า โดยสุ่มตัวอย่างแบบโควตา (Quota sampling) ตามกลุ่มอายุ ตั้งแต่ อายุ 15-85 ปี จำนวน 200 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้องจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านได้เท่ากับ 0.99 และค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเรื่องความรู้ ใช้สูตร KR-21 ได้เท่ากับ 0.73 ส่วนแบบสอบถามเรื่องพฤติกรรมใช้วิธีหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Chronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ใช้สถิติ Spearman's Rank Correlation Coefficient ผลการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.50) หนึ่งในสี่มีอายุระหว่าง 26-35 ปี อายุเฉลี่ย ($\bar{X} \pm S.D.$ = 40.00 ± 15.64) ปี มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 66.50) ไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 62.00) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 64.50) นับถือศาสนาคริสต์ (ร้อยละ 66.50) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 91.50) ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (ร้อยละ 99.00) ระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 69.50) ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 71.50) และความรู้กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.320, p = 0.000$) ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าในด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การดูแลสิ่งแวดล้อม การจัดการอารมณ์และการออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อให้มีสุขภาพดีต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้ พฤติกรรม การดูแลสุขภาพ ชาติพันธุ์อาข่า

Abstract

The purpose of this cross-sectional study focused on exploring the correlations between healthcare knowledge and behaviors of Akha Ethnic Group in Mae Suai District, Chiang Rai Province. For data collection, 200 Akha respondents with the ages of 15-85 were selected by quota sampling technique. A self-administered questionnaire with construct validity of 0.99, KR-21 reliability of 0.73, and the Cronbach's alpha reliability of 0.81 was used for data collection. The data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and the Spearman's rank correlation coefficient. The results of the study revealed that there were 53.50% female informants, with the ages of 26-35 ($\bar{X} \pm S.D. = 40.00 \pm 15.64$), married (66.50%), no education (62.00%), agricultural work (64.50%), and Christian (66.50%). They had no congenital disease (91.50%) and no past history of illness (99.00%). Their healthcare knowledge was at a high level (69.50%). Their behavior towards healthcare was at a moderate level (71.50%). The knowledge and behaviors for healthcare were positively related ($r = 0.320, p = 0.000$). We recommend that the results of this study can be used for developing the Akha's healthcare behaviors in regards to nutritional behaviors, environmental cares, as well as emotional management and physical fitness.

Keywords: Knowledge, Behavior, Healthcare, Akha Ethnic Group

Submitted 6/12/2017 Accepted 6/8/2018 Published 31/3/2019

บทนำ

การดูแลสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่เป็นไปตามบริบทชุมชนและครอบครัว กลุ่มชาติพันธุ์อาข่าเป็นกลุ่มของประชากรกลุ่มหนึ่งซึ่งอาศัยอยู่บนพื้นที่สูงในภาคเหนือของประเทศไทย ได้แก่ จังหวัดเชียงราย เชียงใหม่ ลำปาง ตาก แพร่ และคาดว่าบางส่วนได้อพยพไปอยู่จังหวัดน่าน พิชญ์โลกและหลายจังหวัดของประเทศไทย¹ อาข่าเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่อาศัยอยู่บนพื้นที่สูงมีอากาศหนาวเย็นตลอดทั้งปี ทำให้มีจิตใจดีงาม รักธรรมชาติ รักสงบ และชอบความสันโดษ ไม่ชอบความรุนแรง ในอดีตกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าไม่ชอบอาบน้ำโดยใน 1 ปีจะอาบน้ำ

ปีละ 1 - 2 ครั้งเท่านั้น และปกติในชีวิตประจำวันก็เพียงเอาน้ำลูบหน้าและศีรษะเท่านั้น การทำความสะอาดสะอาดปากฟันก็ไม่ค่อยได้ทำความสะอาด เพราะส่วนใหญ่นิยมกินหมาก เพื่อเป็นการรักษาปากและฟัน และสำหรับคนหนุ่มสาวจะนิยมใส่ฟันทอง นอกจากนี้ชาวอาข่าเชื่อว่าการเจ็บป่วยนี้เกิดจากภูตผีที่จับเอา "ขวัญ" ของคนไว้ โดยเชื่อว่าร่างกายของคนจะมี 12 ขวัญ ถ้าขวัญใดขวัญหนึ่งหายไปจะทำให้เกิดการเจ็บป่วย แต่ถ้าหายไปทั้ง 12 ขวัญอาจทำให้เสียชีวิตได้²

ผลจากการแสดงออกทางพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมจึงเป็นสาเหตุของโรคเรื้อรัง (Chronic

disease) โดยมีปัจจัยเสี่ยงของโรคที่สำคัญ 4 ประการ คือ สูบบุหรี่ ไม่ออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไป โรคเรื้อรังส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม สามารถป้องกันได้ถ้ามีความรู้และมีวินัย³ และเป็นสาเหตุของการตายและการเจ็บป่วยของประชากรในประเทศกำลังพัฒนา โดยเป็นผลมาจากการที่ประชากรมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการขาดไปสู่ภาวะโภชนาการเกิน ก่อให้เกิดผลกระทบโดยตรงอย่างร้ายแรงต่อสุขภาพและเศรษฐกิจโดยรวม⁴⁻⁵ จากการศึกษาสถานะสุขภาพชาวอาข่า จังหวัดเชียงราย ประเทศไทย จำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับวัคซีน MMR เพียงร้อยละ 30.00 ส่วนกลุ่มเด็ก 1-5 ปี พบว่า ส่วนใหญ่คลอดที่บ้าน (ร้อยละ 90.00) ได้รับการประเมินพัฒนาการตามแบบประเมินกระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 4.80) และมีฟันผุ (ร้อยละ 66.00) ในกลุ่ม 6-12 ปี ได้รับการประเมินพัฒนาการ (ร้อยละ 22.00) และมีฟันผุ (ร้อยละ 66.00) ในกลุ่มชายอายุ 13-25 ปี มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม อาทิ สูบบุหรี่ (ร้อยละ 28.00) ดื่มสุรา (ร้อยละ 18.00) เสพกัญชา (ร้อยละ 26.00) และมีประวัติมีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 16 ปี (ร้อยละ 40.00) ในกลุ่มหญิงอายุ 13-44 ปี ไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 56.00) ไม่ได้รับการดูแลขณะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 64.30) คลอดที่บ้านโดยหมอดำแย (ร้อยละ 64.30) ได้รับวัคซีน TT ครบ 3 ครั้งช่วงตั้งครรภ์ (ร้อยละ 7.10) ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 12.50) ในกลุ่มผู้ชาย 26-60 ปี ไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 78.00) ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ (ร้อยละ 28.00) สูบบุหรี่ (ร้อยละ 62.00) และดื่มสุรา (ร้อยละ 64.00) ในกลุ่มหญิงอายุ 45-60 ปี ไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 92.00) ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ (ร้อยละ 92.00) และกินอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ (ร้อยละ 84.00) ในกลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

ไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 100.00) และไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ (ร้อยละ 94.00)⁶

แต่ในปัจจุบันเมื่อทางหน่วยงานราชการได้ให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ จึงทำให้กลุ่มชาติพันธุ์ อาข่าที่อาศัยอยู่บนพื้นที่สูงมีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้นและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะมีโรงพยาบาลและการแพทย์สมัยใหม่จำนวนมาก หากลักษณะพื้นที่ที่อยู่อาศัยของกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า ตั้งอยู่บนภูเขาสูง ทิศกันดารห่างไกลจากตัวเมือง การเดินทางยากลำบากต้องใช้เวลาช้านาน รวมทั้งยังมีปัญหาเกี่ยวกับยานพาหนะที่ใช้ในการขนส่งด้วย ประกอบกับคนส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรและมีฐานะยากจน จึงยังพบเห็นผู้ที่มีปัญหาต่างๆ ด้านพฤติกรรมสุขภาพอยู่เสมอ จากการสำรวจการรับทราบข้อมูลข่าวสารความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไทย พบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารแหล่งของข้อมูลข่าวสารและความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไทย⁷⁻⁸ ทั้งนี้ หมู่บ้านดอยช้าง ตำบลลาวี อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงรายนั้น มีลักษณะภูมิประเทศเป็นภูเขาสูง ภูมิอากาศหนาวเย็นตลอดปี อุณหภูมิเฉลี่ย 18 องศาเซลเซียส มีระยะทางจากหมู่บ้านถึงอำเภอเมือง 72 กิโลเมตร และใช้เวลาในการเดินทางโดยเฉลี่ย 3 ชั่วโมง ประชากรส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า นอกจากนี้มีปัญหาดังกล่าว คือ การคมนาคมขนส่งยากลำบาก และราคาผลผลิตทางการเกษตรตกต่ำ บางครั้ง⁹

ดังนั้นพฤติกรรมดูแลสุขภาพ จึงเป็นพฤติกรรมที่สำคัญสำหรับกลุ่มชาติพันธุ์นี้ อย่างไรก็ตาม ความหมายของคำว่า “สุขภาพ (Health) ตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) หมายถึง การมีสุขภาพะทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ”¹⁰ สิ่งที่ดีแลได้ง่ายและชัดเจนที่สุด คือ สุขภาพด้าน

ร่างกาย รองลงมาคือ ด้านสังคม จิตใจ และจิตวิญญาณ ตามลำดับ หลักการดูแลสุขภาพมีมากมาย หลายทฤษฎี แต่การวิจัยครั้งนี้ได้เชื่อมโยงกับหลักการ 3 อ. 2 ส. หมายถึง 1. อ.อาหาร ควรรับประทานตามหลักโภชนบัญญัติ เช่น รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ หลีกเลี่ยงอาหารสุกๆ ดิบๆ อาหารค้างคืน อาหารที่มีรสจัด อาหารหมักดองและดื่มน้ำสะอาด 2. อ.ออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายให้ร่างกายแข็งแรงอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที 3. อ.อารมณ์ คือ การทำจิตใจให้แจ่มใสอยู่เสมอ หาวิธีคลายเครียดหรือ ทำกิจกรรม เช่น ปลูกต้นไม้ เล่นดนตรี วาดภาพ ท่องเที่ยว และควรพักผ่อนให้พอเพียง วันละ 6-8 ชั่วโมง 4. ส.ไม่สูบบุหรี่ และ 5. ส.ไม่ดื่มสุรา¹¹

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิธีการดูแลสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าในเขตอำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย เพื่อจะได้ทราบถึงความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปัจจุบันที่กำลังอยู่ในช่วงการเปลี่ยนแปลงของลักษณะหลายประการที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม เพื่อจะได้นำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้กลุ่มชาติพันธุ์อาข่ามีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสำรวจความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าในเขตจังหวัดเชียงราย
2. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าในเขตจังหวัดเชียงราย

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ในกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า อำเภอ

แม่สรวย จังหวัดเชียงราย ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม - เมษายน พ.ศ.2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

กลุ่มชาติพันธุ์อาข่าที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านดอยช้าง อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย จำนวน 2,658 คน (สัมภาษณ์ผู้ใหญ่บ้านหมู่บ้านดอยช้าง, 2559)

กลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่ยังมีความระมัดระวังในการให้ข้อมูลต่างๆ กับคนภายนอก ทำให้ยากต่อการเข้าถึงและยังมีข้อจำกัดเกี่ยวกับภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร ผู้วิจัยจึงมีวิธีการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยให้โควตา (Quota sampling) กลุ่มอายุละ 28 คน โดยแบ่งตามกลุ่มอายุ ช่วงละ 10 ปี ตั้งแต่อายุ 15-85 ปี รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 196 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเป็น 200 คน โดยเพิ่มกลุ่มผู้สูงอายุเนื่องจากป้องกันการสูญหายของข้อมูลและให้มีข้อมูลสมบูรณ์

การสุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบโควตา (Quota sampling) โดยเฉพาะผู้ที่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยกับคณะผู้วิจัยได้และสมัครใจในการตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ 2) ความรู้ในการดูแลสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบถูกผิด วิเคราะห์โดยพิจารณาจากคะแนนรวม โดยกำหนดเกณฑ์ในการแบ่งระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพแบ่งเป็น 3 ระดับ¹² ได้แก่ ต่ำ (0 - 7 คะแนน) ปานกลาง (8 - 14 คะแนน) และสูง (15 - 20 คะแนน) และ 3) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ จำนวน 28 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale)

3 ระดับ วิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผลโดยใช้ระดับการวัดข้อมูลประเภทอันตรภาคชั้น (Interval scale) แบ่งเป็น 3 ระดับ¹³ ได้แก่ ควรปรับปรุง (1.00 - 1.67 คะแนน) พอใช้ (1.68 - 2.35 คะแนน) และดี (2.36 - 3.00 คะแนน)

การหาคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา โดยวิธีหาค่าดัชนีความสอดคล้องจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านได้เท่ากับ 0.99 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างหมู่บ้านแม่มอญ ตำบลห้วยชมภู อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลสุขภาพ โดยวิธีใช้สูตร Kuder-Richardson (KR-21) ได้เท่ากับ 0.73 และได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพ โดยวิธีการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Chronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.81

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

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

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ลงพื้นที่เข้าเก็บข้อมูลวิจัยไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอเข้าพื้นที่เก็บข้อมูลวิจัย จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยนำแบบสอบถามเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มไว้ โดยสอบถามความยินดีให้ความร่วมมือและให้เซ็นใบยินยอม ในกรณีที่อ่านเขียนภาษาไทยไม่ได้และยินดีให้ความร่วมมือผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ช่วยผู้วิจัยที่เป็นชาติพันธุ์อาข่าเป็นผู้ให้รายละเอียดข้อมูลงานวิจัย ให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมและทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปช่วยในการวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพ โดยใช้สถิติ Spearman's Rank Correlation Coefficient

ผลการศึกษา

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.50) หนึ่งในสี่มีอายุระหว่าง 26-35 ปี อายุเฉลี่ย ($\bar{X} \pm S.D.$ = 40.00 ± 15.64) ปี มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 66.50) ไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 62.00) มีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 64.50) มีรายได้ไม่พอเพียง (ร้อยละ 59.50) นับถือศาสนาคริสต์ (ร้อยละ 66.50) ลักษณะความเป็นอยู่ของครอบครัวอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน (ร้อยละ 46.50) บทบาทในชุมชนเป็นสมาชิกของชุมชน (ร้อยละ 96.00) และมีการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนทุกครั้ง (ร้อยละ 61.00) ข้อมูลภาวะสุขภาพเบื้องต้น พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 91.50) ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (ร้อยละ 99.00) มีน้ำหนักเฉลี่ย ($\bar{X} \pm S.D.$ = 55.68 ± 9.55) กิโลกรัม มีส่วนสูงเฉลี่ย ($\bar{X} \pm S.D.$ = 156.27 ± 14.24) เซนติเมตร มีค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) อยู่ในช่วงปกติ (ร้อยละ 51.00) มีช่วงค่าความดันโลหิตค่าบน (Systolic Blood Pressure : SBP) อยู่ในระดับค่อนข้างสูง (121-139 มิลลิเมตรปรอท) (ร้อยละ 42.00) และมีช่วงค่าความดันโลหิตค่าล่าง (Diastolic Blood Pressure : DBP) อยู่ในระดับปกติ (ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 80 มิลลิเมตรปรอท) (ร้อยละ 59.50) มีอัตราการเต้นของหัวใจ (ชีพจร) อยู่ในช่วงปกติ (ร้อยละ 90.50) และมีสวัสดิการในการรักษาพยาบาลโดยใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วน

หน้าหรือบัตรทอง 30 บาท (ร้อยละ 59.50)

ความรู้ในการดูแลสุขภาพ

ความรู้ในการดูแลสุขภาพ พบว่า ความรู้เรื่อง การล้างมือก่อนและหลังรับประทานอาหาร มีผู้ตอบ

ได้ถูกต้องมากที่สุด (ร้อยละ 98.50) รองลงมา คือ การอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง (ร้อยละ 98.00) และความรู้ที่มีผู้ตอบถูกน้อยที่สุด (ร้อยละ 35.50) คือ การรับประทานผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น ลำไย ช่วยให้ร่างกายได้รับวิตามินมากขึ้น ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการได้คะแนนความรู้ในการดูแลสุขภาพ (n = 200)

ความรู้ในการดูแลสุขภาพ	ถูก		ผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อาหารสุกๆ ดิบๆ เช่น ลาบดิบ ถือเป็นอาหารที่ดี ต่อสุขภาพ	194	97.00	6	3.00
2. การดื่มชาหรือกาแฟให้ประโยชน์ต่อร่างกายเหมือนการดื่มน้ำเปล่า	164	82.00	36	18.00
3. ควรล้างมือก่อนและหลังรับประทานอาหาร	197	98.50	3	1.50
4. การรับประทานอาหารหมักดองเป็นประจำอาจทำให้เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้	155	77.50	45	22.50
5. การรับประทานผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น ลำไย ช่วยให้ร่างกายได้รับวิตามินมากขึ้น	71	35.50	129	64.50
6. การกำจัดวัชพืชโดยการเผาเป็นวิธีที่ถูกต้อง	111	55.50	89	44.50
7. ควรอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง	196	98.00	4	2.00
8. การสระผมบ่อยเกินไปทำให้ไม่สบายได้	136	68.00	64	32.00
9. การแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งช่วยป้องกันฟันผุ	195	97.50	5	2.50
10. การนำขยะไปทิ้งกลางป่าเป็นวิธีที่เหมาะสม	154	77.00	46	23.00
11. การออกกำลังกายควรทำเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน	185	92.50	15	7.50
12. ก่อนออกกำลังกายจำเป็นต้องอบอุ่นร่างกายก่อนทุกครั้ง	174	87.00	26	13.00
13. การออกกำลังกายควรใช้เวลาอย่างน้อย 15 - 30 นาทีต่อครั้ง	188	94.00	12	6.00
14. เราสามารถออกกำลังกายได้ทันทีหลังรับประทานอาหารเสร็จใหม่ๆ	179	89.50	21	10.50
15. การทำงานบ้าน เช่น กวาดบ้าน ถือเป็นการออกกำลังกายประเภทหนึ่ง	185	92.50	15	7.50
16. การเปรียบเทียบเรื่องของตัวเองกับผู้อื่นเป็นสิ่งที่ดี	137	68.50	63	31.50
17. การฝึกสมาธิทุกวันช่วยผ่อนคลายความเครียดได้	187	93.50	13	6.50
18. เมื่อเกิดปัญหาชีวิตที่รุนแรงควรแก้ไขด้วยตนเอง ไม่ควรพึ่งพาผู้อื่น	118	59.00	82	41.00
19. การระบายอารมณ์ด้วยการขว้างปาสิ่งของเป็นสิ่งที่ไม่ควรทำ	179	89.50	21	10.50
20. คนที่ชอบบ่นปะสังสรรค์กับผู้อื่นเป็นคนไม่น่าคบ	182	91.00	18	9.00

เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามระดับความรู้ ระดับสูง (ร้อยละ 69.50) รองลงมา อยู่ในระดับ ในการดูแลสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ใน ปานกลาง (ร้อยละ 30.50) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพ (n = 200)

ระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- ระดับสูง (15-20 คะแนน)	139	69.50
- ระดับปานกลาง (8-14 คะแนน)	61	30.50

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} \pm S.D. = 2.32 \pm 0.12$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนมากที่สุด คือ การกำจัดขยะโดยใส่ถุง ไปทิ้งกลางป่า และการทำความสะอาดร่างกาย โดยการอาบน้ำ อยู่ระดับดีเท่ากัน ($\bar{X} \pm S.D. =$

2.98 ± 0.14) รองลงมา คือ การทำความสะอาดผม โดยการสระผม และการทำความสะอาดฟันโดยการ แปรงฟัน อยู่ระดับดีเท่ากัน ($\bar{X} \pm S.D. = 2.97 \pm 0.20$) และที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือ การทำกรอบอุ้งร่างกาย ก่อนออกกำลังกายและผ่อนคลายกล้ามเนื้อหลัง ออกกำลังกายเสร็จทุกครั้ง อยู่ในระดับควรปรับปรุง ($\bar{X} \pm S.D. = 1.29 \pm 0.49$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (n = 200)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ พฤติกรรม
1. ท่านรับประทานอาหารเช้า 3 มื้อ	2.95	0.25	ดี
2. ท่านรับประทานอาหารเช้า ดิบ ๆ เช่น ลาบดิบ	2.61	0.49	ดี
3. ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน เช่น หมูสามชั้น	1.87	0.43	พอใช้
4. ท่านรับประทานอาหารหมักดอง เช่น ปลาเค็ม ผักดอง	1.99	0.27	พอใช้
5. ท่านรับประทานอาหารประเภทผักมากกว่าเนื้อสัตว์	2.71	0.45	ดี
6. ท่านรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ขนุน ลำไย ทุเรียน	2.10	0.37	พอใช้
7. ท่านดื่มน้ำวันละ 6 - 8 แก้ว	2.63	0.53	ดี
8. ท่านใช้สารเคมีในการเกษตร	2.24	0.58	พอใช้
9. ท่านกำจัดขยะโดยการเผา	2.88	0.36	ดี
10. ท่านกำจัดขยะโดยใส่ถุงไปทิ้งกลางป่า	2.98	0.14	ดี
11. ท่านกำจัดวัชพืชโดยวิธีการเผา	2.76	0.43	ดี
12. ท่านทำความสะอาดร่างกายโดยการอาบน้ำ	2.98	0.14	ดี
13. ท่านทำความสะอาดผมโดยการสระผม	2.97	0.20	ดี

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (n = 200)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ พฤติกรรม
14. ท่านทำความสะอาดพื้นโดยการแปรงพื้น	2.97	0.20	ดี
15. ท่านทำการอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกายและผ่อนคลายกล้ามเนื้อหลังออกกำลังกายเสร็จทุกครั้ง	1.29	0.49	ควรปรับปรุง
16. ท่านใช้เวลาในการออกกำลังกายไม่ต่ำกว่าครั้งละ 15 - 30 นาที	1.50	0.54	ควรปรับปรุง
17. ท่านออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารทันที	2.94	0.24	ดี
18. ท่านออกกำลังกายจนได้รับบาดเจ็บ	2.93	0.26	ดี
19. ท่านออกกำลังกายไม่ต่ำกว่าสัปดาห์ละ 3 วัน	1.47	0.55	ควรปรับปรุง
20. ท่านออกกำลังกายด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเองด้วยการเดิน วิ่ง หรือเล่นกีฬาอื่น ๆ	1.66	0.55	ควรปรับปรุง
21. ท่านออกกำลังกายโดยการทำงานบ้าน เช่น กวาดบ้าน	1.91	0.69	พอใช้
22. เมื่อท่านโกรธมักพูดจาไม่สุภาพ	2.09	0.45	พอใช้
23. ท่านระบายนอารมณ์ด้วยการขว้างปาสิ่งของเสมอ	2.67	0.51	ดี
24. ท่านฝึกสมาธิอยู่เสมอ	1.41	0.57	ควรปรับปรุง
25. เมื่อมีความรู้สึกท้อแท้ ท่านจะหาวิธีแก้ไขความรู้สึกนั้น	1.99	0.55	พอใช้
26. ท่านจะไม่นำคำพูดของผู้อื่นมาคิดให้เกิดความกังวลหรือโกรธเคือง	2.00	0.65	พอใช้
27. ท่านมักพบปะพูดคุยและปรับทุกข์กับเพื่อนวัยเดียวกัน	2.21	0.66	พอใช้
28. ท่านไม่เปรียบเทียบเรื่องของตนเองกับผู้อื่นให้เกิดความทุกข์	2.46	0.52	ดี
เฉลี่ยรวม	2.32	0.12	พอใช้

เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพพบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 71.50) รองลงมาอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 28.50) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (n = 200)

ระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- ระดับดี (ค่าเฉลี่ย 2.36-3.00 คะแนน)	57	28.50
- ระดับพอใช้ (ค่าเฉลี่ย 1.68-2.35 คะแนน)	143	71.50

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

พบว่า ความรู้กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.320, p = 0.000$)

อภิปรายผล

จากผลการสำรวจระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพ พบว่า กลุ่มชาติพันธุ์อาข่าส่วนใหญ่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 69.50) รองลงมา คือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 30.50) โดยส่วนใหญ่มีความรู้เรื่อง การล้างมือก่อนและหลังรับประทานอาหารมากที่สุด รองลงมา คือ การอาบน้ำ อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ซึ่งในอดีตกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าไม่ชอบอาบน้ำ โดยใน 1 ปีจะอาบน้ำปีละ 1 - 2 ครั้งเท่านั้น ในชีวิตประจำวันก็เพียงอาบน้ำ ลูบหน้าและศีรษะเท่านั้น² และการแปรงฟัน อย่างน้อยวันละ 2 ครั้งช่วยป้องกันฟันผุ ซึ่งในอดีต กลุ่มชาติพันธุ์อาข่าไม่ค่อยได้ทำความสะอาดฟัน เพราะส่วนใหญ่นิยมกินหมากเพราะมีความเชื่อว่าเป็นการรักษาปากและฟัน² ทั้งนี้เป็นเพราะใน ภาวะปัจจุบันหน่วยงานราชการได้ให้ความช่วยเหลือ ในด้านต่างๆ มากยิ่งขึ้น ดังเช่นโครงการส่งเสริม โภชนาการและสุขภาพอนามัยแม่และเด็กใน ถิ่นทุรกันดาร กรมอนามัย ตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ซึ่งมีการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมศักยภาพครูในศูนย์ การเรียนรู้ชุมชนชาวไทยภูเขาแม่ฟ้าหลวง ให้ส่งเสริม สุขภาพอนามัยแม่และเด็ก โภชนาการ อนามัย สิ่งแวดล้อมในชุมชน และอนามัยส่วนบุคคล ตลอดจนสนับสนุนการผลิตสื่อการเรียนรู้ให้ สอดคล้องกับวิถีชุมชน ท้องถิ่น ให้ชุมชนสามารถ ช่วยเหลือและดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁴ จึงทำให้กลุ่มชาติพันธุ์อาข่าที่อาศัยอยู่บนพื้นที่สูง มีการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพมาเป็นระบบ

ปัจจุบันมากขึ้น และพบว่ากลุ่มชาติพันธุ์อาข่าส่วนใหญ่ ยังขาดความรู้ในเรื่อง การรับประทานผลไม้ที่มี รสหวาน และการกำจัดวัชพืชโดยการเผา เป็นต้น ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของไพรวลัย โครตรตะ และคณะ¹⁵ ที่ได้ศึกษาปัจจัยบางประการที่มีความ สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกัน โรคเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการ รับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารเพื่อป้องกัน โรคเรื้อรังอยู่ในระดับมาก และการศึกษาของวิชาญ ปาวัน และคณะ¹⁶ ที่ได้ศึกษาการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ ของประชาชนไทยประจำปี 2559 พบว่า ความรู้เรื่อง โรคและภัยสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมอยู่ใน ระดับปานกลาง

การสำรวจระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พบว่า กลุ่มชาติพันธุ์อาข่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 71.50) รองลงมา คือ ระดับดี (ร้อยละ 28.50) โดยส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในเรื่อง การทำความสะอาดร่างกายโดยการอาบน้ำ รองลงมา คือ การทำความสะอาดฟันโดยการแปรงฟัน ทั้งนี้สอดคล้อง กับการศึกษาของจักรพันธ์ เพ็ชรพนัสลัก¹⁷ ที่ได้ศึกษา ภูมิปัญญาชาวบ้านในพิธีกรรมของชุมชนกะเหรี่ยง ซึ่งอาศัยอยู่บนพื้นที่สูงคล้ายกับกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า พบว่า มีพิธีกรรมการสาดน้ำในหมู่บ้านที่มา ช่วยงานเป็นการแสดงความยินดีที่งานเสร็จและ ทุกคนเหนื่อยจากการทำงาน นอกจากนี้การได้เอาน้ำ เย็น ๆ มาชะล้างบริเวณไร่เพื่อให้ข้าวออกงามดีเปรียบ เสมือนผีสง่าโปรยฝนลงมา ซึ่งกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า ก็มีพิธีกรรมเช่นเดียวกันกับกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ในภาวะปัจจุบันมีความเจริญทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมจึงทำให้กลุ่ม ชาติพันธุ์อาข่ามีความ เชื่อเกี่ยวกับการทำความสะอาดโดยการสระผม และการทำความสะอาดปากฟัน จะช่วยให้สุขภาพ

แข็งแรง ไม่เจ็บป่วยได้ง่าย และพบว่ากลุ่มชาติพันธุ์ อาข่าส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม คือ การอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย และผ่อนคลายกล้ามเนื้อหลังออกกำลังกายเสร็จทุกครั้ง ซึ่งอาจเป็นเพราะว่าประเภทของการออกกำลังกายแตกต่างจากการออกกำลังกายโดยทั่วไป ซึ่งการออกกำลังกายของกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าส่วนใหญ่นิยมนำเอาวัลย์มากระโดดเล่น ผู้ชายนิยมเล่นตีขาง ผู้หญิงนิยมเล่นโยนลูกสะบ้า เป็นต้น โดยช่วงเวลาที่ออกกำลังกายจะนิยมออกกำลังกายหลังจากกลับมาจากรไ่ สวนในตอนเย็น ทั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของศิวาพร มหาทำนุโชค¹⁸ ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่มีความเสี่ยงกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งอาศัยอยู่บนพื้นที่สูงคล้ายกับกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า พบว่ากลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงชาวมีการแสดงออกของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน คือ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกาย ด้านภาวะโภชนาการ ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการความเครียดในระดับบ่อย ๆ และด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านการปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยข้อความที่พบการแสดงออกพฤติกรรมมากที่สุดในด้านนี้คือ การออกกำลังกายในระหว่างทำกิจกรรมประจำวัน เช่น เดินไปเดินมา ทำงานบ้าน และมีการแสดงออกของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเรื่องการรับประทานอาหารเช้าทุกวันมากที่สุด ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการที่ชาวกะเหรี่ยงชาวให้ความสำคัญกับข้าวตั้งแต่การผลิตจนถึงการบริโภคและมีวัฒนธรรมการผลิตข้าวไว้เพื่อบริโภค

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ พบว่า ความรู้กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.320, p = 0.000$) ซึ่งสอดคล้อง

กับการสำรวจการรับทราบข้อมูลข่าวสารความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไทย พบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร แหล่งของข้อมูลข่าวสารและความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไทย^{7, 8}

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรเพิ่มการให้ความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องการบริโภคอาหาร การดูแลสุขภาพสิ่งแวดล้อม การจัดการอารมณ์ และการออกกำลังกายที่สอดคล้องกับบริบทชุมชนและวิถีชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าที่เหมาะสมเพื่อให้มีสุขภาพดีต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือวิจัย ได้แก่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วัชรพงษ์ เรือนคำ อาจารย์ ดร.กาญจนา ปินตาคำ และอาจารย์พัชรินทร์ วินยางค์กุล คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนงานวิจัยเพื่อพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงรายที่ให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัย รวมทั้งนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย สาธารณสุขอำเภอแม่สรวย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอยช้าง ผู้ใหญ่บ้านหมู่บ้านดอยช้าง ตำบลลาวี อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย ตลอดจนอาสาสมัครผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. พิพิธภัณฑสถานแห่งชาติ. ชนเผ่าอาข่า. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <http://akha.hilltribe.org/thai/> (วันที่ค้นข้อมูล 4 ธันวาคม 2560)

2. สังฆมณฑลเชียงใหม่. ลักษณะอุปนิสัยดั้งเดิมของกลุ่มชาติพันธุ์ชาวอาข่า (อ๊กอ). [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.cmdiocese.org/th/ethnic/akha/34-34> (วันที่ค้นข้อมูล 4 ธันวาคม 2560)
3. พินิจ กุลละวณิชย์. โรคไม่ติดต่อ. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.naewna.com/lady/columnist/32081> (วันที่ค้นข้อมูล 6 ธันวาคม 2560)
4. Nugent R. Chronic diseases in developing countries: Health and economic burdens. *Ann N Y Acad Sci* 2008;1136:70-9.
5. Tokunaga M, Takahshi T, Singh RB, Rupini D, Toda E, Nakamura T, et al. Diet, nutrients and noncommunicable diseases. *Open Nutraceuticals J* 2012; 5:146-59.
6. Apidechkul T, Wongnuch P, Sittisarn S, Ruanjai T. Health situation of Akha Hill Tribe in Chiang Rai Province, Thailand. *J of Public Health and Development* 2016;14(1): 77-96.
7. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. การประเมินการรับรู้ข้อมูลข่าวสารความรู้ พฤติกรรมสุขภาพของประชาชน. กรุงเทพฯ. ห้างหุ้นส่วนจำกัด สำนักพิมพ์ อักษรกราฟฟิค แอนด์ ดีไซน์; 2557.
8. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. การรับรู้ของประชาชนชาวไทยต่อโรคไวรัสอีโบล่า (EVD). กรุงเทพฯ. บริษัทแดนเนกซ์ อินเทอร์เน็ตคอร์ปอเรชั่น จำกัด; 2558.
9. เชียงรายออฟเดด. ดอยช้างจังหวัดเชียงราย. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <https://chian-graiupdate.com/doichang/> (วันที่ค้นข้อมูล 6 ธันวาคม 2560)
10. องค์การอนามัยโลก (WHO). [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.un.or.th/th/staff/องค์การอนามัยโลก-who/> (วันที่ค้นข้อมูล 26 มิถุนายน 2561)
11. Suriwong P. และใช้หลัก 3อ. 2ส. ลดการเกิดโรค. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.thaihealth.or.th/Content/29607-> (วันที่ค้นข้อมูล 26 มิถุนายน 2561)
12. Bloom BS. Learning for mastery. *Evaluation Comment (UCLA-CSIEP)* 1968;1(2): 1-12.
13. ธาณินทร์ ศิลป์จารุ. การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ. บิสซิเนสอาร์แอนด์ดี; 2552.
14. ศูนย์พัฒนาอนามัยพื้นที่สูง. โครงการสร้างเสริมศักยภาพภาคีเครือข่ายในศูนย์การเรียนรู้ชุมชนชาวไทยภูเขาแม่ฟ้าหลวง (ศศช). [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : http://hhdc.anamai.moph.go.th/ewt_news.php?nid=210&filename=index (วันที่ค้นข้อมูล 1 สิงหาคม 2561)
15. ไพรวลัย โศตรตะ, กชพงศ์ สารการ, และปาริชาติ รัตนราช. ปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ* 2559; 10(1): 25-31.
16. วิชาญ ปาวัน, กรัณฐรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์, จักรกฤษณ์ พลราชม, และมาสริน ศุกลปักข์. การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทย ประจำปี 2559. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ* 2560; 11(1): 70-79.
17. จักรพันธ์ เพ็ชรพนัสส์ก. ภูมิปัญญาชาวบ้านในพิธีกรรมของชุมชนกะเหรี่ยง. (วิทยานิพนธ์

ปริญญา ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
ศึกษานอกระบบ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่;
2543.

18. ศิวาพร มหาทำนุโชค. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงชาวที่มีความเสี่ยง
กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. พยาบาลสาร 2558;
42(ฉบับพิเศษ): 118-125.