

ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพและการจัดการเงื่อนไขของตนเอง
เพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส.
ของประชาชนที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม จังหวัดเชียงราย

**Knowledge and Understanding of Health and Management
of Self Condition for Health Promotion According to Thai
Health Promotion Guidelines among Cultural Diversity
People in Chiang Rai Province**

มณูเชษฐ์ มะโนธรรม, พัชรา ก้อยชูสกุล, พัชรินทร์ วินยางค์กุล, อนุสราร พงศ์จันตา,
จัทมาศ เมืองมูล, กรรณิการ์ เทปกิจ
สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

**Manuchet Manotham, Patchara Koychusakun, Patcharin Winyangkul,
Anursara Pongjanta, Jutamas Muangmool, Kannikar Tappakit**
School of Health Science, Chiang Rai Rajabhat University

บทคัดย่อ

การวิจัยภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพกับการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ของประชาชนที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุระหว่าง 15-90 ปี จำนวน 600 คนซึ่งประกอบด้วย กลุ่มชาวไทยพื้นราบ 400 คน กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ 100 คน และกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า 100 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามมีค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเรื่องความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพใช้สูตร KR-21 ได้เท่ากับ .76. ส่วนแบบสอบถามเรื่องการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Chronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .91. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Spearman's Rank Correlation Coefficient ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มชาวไทยพื้นราบ ร้อยละ 65.50 มีระดับความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. อยู่ในระดับดีมาก กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ ร้อยละ 48.00 และกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า ร้อยละ 53.00 มีระดับความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. อยู่ในระดับไม่ดี ในขณะที่ระดับการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ของกลุ่มชาวไทยพื้นราบ ร้อยละ 61.00 กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ ร้อยละ 51.00 และกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า ร้อยละ 52.00 อยู่ในระดับไม่ดี และเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพกับการจัดการเงื่อนไข

ของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ในกลุ่มชาวไทยพื้นราบ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ ($r_s = -.047, p = .346$) แต่พบว่ามีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่และกลุ่มชาติพันธุ์อ่าข่า ตามลำดับ ($r_s = .489, p = <.001$; $r_s = .570, p = <.001$) ตามลำดับ ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาการเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ในกลุ่มชาติพันธุ์ที่เป็นคนกลุ่มน้อยในพื้นที่ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ หลัก 3 อ. 2 ส. กลุ่มชาติพันธุ์

Abstract

This cross-sectional study aimed to describe the relationship between knowledge and understanding of health and management of self condition for health promotion according to Thai Health Promotion Guidelines among cultural diversity people in Chiang Rai Province. Purposive sampling was used to recruit 600 participants aged between 15-90 years old, consisting of the 400 Thai participants, 100 Lahu and 100 Akha ethnic groups. Data were collected with self-administered questionnaires consisted of knowledge and understanding of health and management of self condition for health promotion according to Thai Health Promotion guidelines. The reliability of knowledge and understanding of health questionnaire and management of self condition for health promotion according to Thai Health Promotion guidelines were .76. (KR-21) and α .91. Descriptive statistics such as frequency, percentage, mean and Standard Deviation was used to describe data and Spearman's Rank Correlation Coefficient was used to test correlation. The findings showed that over a half of the Thai people (65.50%) had good knowledge and understanding of health according to Thai Health Promotion guidelines. In contrast, 48.00% of Lahu and 53.00% of Akha ethnic groups had poor knowledge and understanding of health according to Thai Health Promotion guidelines. Furthermore, 61.00% of the Thai people, 51.00% of Lahu and 52.00% of Akha ethnic groups had the management of self condition at low level. The bivariate analysis indicated that in Thai people, knowledge and understanding of health was not associated with management of self condition for health promotion ($r_s = -.047, p = .346$). In Lahu and Akha ethnic groups, knowledge and understanding of health was significantly related

to the management of self condition for health promotion (rs = .489, p = <.001; rs = .570, p = <.001). Research suggests that to promote Thai Health Promotion guidelines should be addressed in the sub-ethnic group because they were limited health literacy.

Keywords : Health Literacy, Health Promotion, Thai Health Promotion Guidelines, Ethnic Group

Received 1/9/2019 Revised 28/9/2019 Accepted 1/10/2019

บทนำ

ข้อมูลภาวะสุขภาพของประชาชนในจังหวัด เชียงราย พ.ศ. 2555 – 2559 พบว่ามีอัตราป่วยด้วย โรคความดันโลหิตสูง ไตวาย เบาหวาน มีแนวโน้ม เพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2559 พบว่าความผิดปกติ ของต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิกอื่น ๆ ความดันโลหิตสูง และไตวายเป็นปัญหาสุขภาพของ ประชาชนที่สำคัญ 3 อันดับแรก¹ ทั้งนี้ปัญหาสุขภาพ ดังกล่าวเป็นผลมาจากวัฒนธรรม ความรู้ ความเชื่อ ของครอบครัวหรือชุมชน การมีพฤติกรรมสุขภาพ ที่ไม่เหมาะสมจึงเป็นสาเหตุของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) หรือโรควิถีชีวิตที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข ของประเทศ ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (หมายถึงโรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง) และโรคเบาหวาน ซึ่งเป็น ภัยเงียบที่ส่งผลต่อสุขภาพทำให้เกิดการเจ็บป่วย ความพิการ และเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจำนวนมาก อีกทั้งยังเป็นภาระการดูแลรักษาพยาบาลและ ค่าใช้จ่ายทั้งของครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ องค์การอนามัยโลกทำนายว่าในปี พ.ศ. 2574 ประชากรโลกจะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจจำนวน 23 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2557 ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยในด้วยโรคหัวใจขาดเลือด 264,820 คน โรคหลอดเลือดสมอง 228,836 คน

โรคเบาหวาน 670,664 คน โรคความดันโลหิตสูง 1,014,231 คน และมีจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ ขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน และ ความดันโลหิตสูง 18,079, 25,114, 11,389 และ 7,115 คน ตามลำดับ และพบว่าแนวโน้มของ ผู้ป่วยในและผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553– 2557 กลุ่มโรคนี้มีสาเหตุจากปัจจัยเสี่ยงร่วมหนึ่ง ปัจจัยหรือมากกว่า โดยปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมร่วม ที่สำคัญ ได้แก่ การบริโภคยาสูบ การดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การมี กิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ ความเครียดเรื้อรัง และปัจจัยเสี่ยงด้านการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ระดับ น้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน² โรคไม่ติดต่อเรื้อรังจึงเป็นสาเหตุของการตายและ การเจ็บป่วยของประชากรในประเทศกำลังพัฒนา โดยเป็นผลมาจากการที่ประชากรมีการเปลี่ยนแปลง ของภาวะโภชนาการขาดไปสู่ภาวะโภชนาการเกิน จึงก่อให้เกิดผลกระทบโดยตรงอย่างร้ายแรงต่อ สุขภาพและเศรษฐกิจโดยรวม³⁻⁴ ทั้งนี้พบว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถป้องกันได้ถ้ามีความรู้ ความเข้าใจและมีวินัย⁵

หลักการสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเอง 3 อ. 2 ส. ได้แก่ 1) อ. อาหาร ควรรับประทานตามหลัก โภชนบัญญัติ เช่น รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่

รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ หลีกเลี่ยงอาหาร
 สุกๆ ดิบๆ อาหารค้างคืน อาหารที่มีรสจัด อาหาร
 หมักดองและดื่มน้ำสะอาด 2) อ. ออกกำลังกาย
 ควรออกกำลังกายให้ร่างกายแข็งแรงอย่างน้อย
 สัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 20-30 นาที 3) อ. อารมณ์
 คือ การทำจิตใจให้แจ่มใสอยู่เสมอ หาวิธีคลายเครียด
 หรือทำกิจกรรม เช่น ปลูกต้นไม้ เล่นดนตรี วาดภาพ
 ท่องเที่ยว และควรพักผ่อนให้พอเพียง วันละ 6-8
 ชั่วโมง 4) ส.ไม่สูบบุหรี่ และ 5) ส. ไม่ดื่มสุรา⁶
 ซึ่งสามารถใช้เป็นหลักการสร้างเสริมสุขภาพ
 ด้วยตนเองได้ ดังนั้นประชาชนจึงต้องมีความรู้
 ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตน
 ตามหลัก 3 อ. 2 ส. ให้ดีก่อนจึงจะสามารถปรับเปลี่ยน
 พฤติกรรมสุขภาพหรือจัดการเงื่อนไขของตนเอง
 เพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ได้
 จากการสำรวจการรับทราบข้อมูลข่าวสารความรู้และ
 พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไทย พบว่าการ
 รับรู้ข้อมูลข่าวสาร แหล่งของข้อมูลข่าวสารและ
 ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของ
 ประชาชนไทย⁷⁻⁸

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาในกลุ่ม
 ตัวอย่างของประชาชนที่มีความหลากหลายทาง
 วัฒนธรรม ซึ่งมีลักษณะความเป็นอยู่และความเชื่อ
 ที่แตกต่างกัน ดังนั้นผลการวิจัยครั้งนี้จะทำให้ทราบ
 ถึงความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพและการจัดการ
 เงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก
 3 อ. 2 ส. ของประชาชนที่มีความหลากหลายทาง
 วัฒนธรรมในภาวะการณปัจจุบันที่กำลังอยู่ในช่วงการ
 เปลี่ยนแปลงของลักษณะหลายประการที่เกิดขึ้น
 ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม เพื่อจะได้
 นำข้อมูลไปประกอบการพิจารณาการจัดกิจกรรม
 การสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพ
 ชีวิตดีขึ้น โดยยึดหลักการคือ เพื่อให้เกิดการ
 ยอมรับและนำไปปฏิบัติให้สอดคล้องกับวัฒนธรรม
 ดั้งเดิมมากที่สุด เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสำรวจความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ
 และการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้าง
 สุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ของประชาชนแต่ละ
 ชชาติพันธุ์ในจังหวัดเชียงราย
2. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้
 ความเข้าใจทางสุขภาพกับการจัดการเงื่อนไขของ
 ตนเอง เพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส.
 ของประชาชนแต่ละชาติพันธุ์ในจังหวัดเชียงราย

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง
 (Cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่อาศัยอยู่ในตำบลนางแล อำเภอเมือง
 จังหวัดเชียงราย จำนวน 11,390 คน ซึ่งประกอบด้วย
 กลุ่มชาวไทยพื้นราบ กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ และกลุ่ม
 ชาติพันธุ์อาข่า โดยแบ่งเป็นเพศชาย 5,503 คน
 และเพศหญิง 5,887 คน¹ ซึ่งได้มาจากการคำนวณ
 กลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณขนาดตัวอย่าง
 ของ Yamane T.⁹ ขนาดตัวอย่างคำนวณได้จำนวน
 389 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง
 เพิ่มเป็น 600 คน ประกอบด้วยกลุ่มชาวไทยพื้นราบ
 400 คน กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ 100 คน และกลุ่ม
 ชาติพันธุ์อาข่า 100 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง
 เป็นกลุ่มที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมที่ยัง
 มีความระมัดระวังในการให้ข้อมูลต่างๆ กับคน
 ภายนอก ทำให้ยากต่อการเข้าถึง มีข้อจำกัดเกี่ยวกับ
 ภาษาที่ต้องใช้ในการสื่อสารและเพื่อให้มีข้อมูล
 สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง
 (Purposive sampling) ในกลุ่มชาวไทยพื้นราบ
 กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ และกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า เฉพาะ
 ผู้ที่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยกับคณะผู้วิจัยได้
 และสมัครใจในการตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามมาตรฐานที่ใช้วัดความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. ของคนไทยที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป¹⁰ โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 16 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ 2) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบปรนัย 4 ตัวเลือก วิเคราะห์โดยพิจารณาจากคะแนนรวม โดยกำหนดเกณฑ์ในการแบ่งระดับความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ไม่ดี (0 - 5 คะแนน) ถูกต้อง (6 - 7 คะแนน) และดีมาก (8 - 10 คะแนน) และ 3) การจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. จำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ วิเคราะห์โดยพิจารณาจากคะแนนรวม โดยกำหนดเกณฑ์ในการแบ่งการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ไม่ดี (0 - 12 คะแนน) พอใช้ (13 - 15 คะแนน) และดีมาก (16 - 20 คะแนน)

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างในตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. โดยวิธีใช้สูตร Kuder-Richardson (KR-21) ได้เท่ากับ .76. และได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. โดยวิธีการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Chronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .91

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะ

กรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย รหัสโครงการ ETH.CRRU 013/61 วันที่ 5 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 และผู้วิจัยทำหน้าที่ขอความอนุเคราะห์ลงพื้นที่เก็บข้อมูลวิจัยไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอเข้าพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคมถึงมีนาคม พ.ศ. 2562 จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยนำแบบสอบถามเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูลที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างทุกวันเสาร์-อาทิตย์ ช่วงเวลา 13.00-17.00 น. ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มชาวไทยพื้นราบ กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ และกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า เฉพาะผู้ที่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยกับคณะผู้วิจัยได้สมัครใจในการตอบแบบสอบถามและเซ็นใบยินยอมในกรณีที่อ่านเขียนภาษาไทยไม่ได้และยินดีให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ช่วยวิจัยคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่และกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าที่สามารถสื่อสารได้ เป็นผู้ให้รายละเอียดข้อมูลงานวิจัยและสอบถามกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่อ่านเขียนภาษาไทยไม่ได้ จำนวน 23 คน ซึ่งผู้วิจัยได้เตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ การเก็บรวบรวมข้อมูล และขั้นตอนในการทำวิจัยเพื่อให้เข้าใจตรงกันและให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองใช้แบบสอบถามกับประชาชนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน เพื่อให้เกิดความเข้าใจและมีทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปช่วยในการวิเคราะห์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพกับการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. โดยใช้สถิติ Spearman's Rank Correlation Coefficient เนื่องจากความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัวแปรมีมาตรการวัดเป็นอันดับ

ผลการศึกษา

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชาวไทยพื้นราบ (ร้อยละ 66.67) รองลงมาเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่และกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าเท่ากัน (ร้อยละ 16.67) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 51.20) หนึ่งในสี่มีอายุระหว่าง 46-60 ปี อายุเฉลี่ย ($\bar{X} \pm S.D.$ = 46.55 ± 16.22) ปี มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 66.00) ไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 25.30) มีอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 52.70) มีรายได้พอเพียง (ร้อยละ 60.50) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 66.00) ลักษณะความเป็นอยู่ของครอบครัวอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 35.30) บทบาทในชุมชนเป็นสมาชิกของชุมชน (ร้อยละ 95.00) และมีการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนเป็นบางครั้ง (ร้อยละ 43.00) ข้อมูลภาวะสุขภาพเบื้องต้นพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 84.00) ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (ร้อยละ 99.00) มีน้ำหนักเฉลี่ย ($\bar{X} \pm S.D.$ = 59.04 ± 11.28) กิโลกรัม มีส่วนสูงเฉลี่ย ($\bar{X} \pm S.D.$ = 158.56 ± 8.08) เซนติเมตร มีค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) อยู่ในช่วงปกติ (ร้อยละ 40.70) มีช่วงค่าความดันโลหิตค่าบน (Systolic Blood Pressure : SBP) อยู่ในระดับปกติ (ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 120 มิลลิเมตรปรอท) (ร้อยละ 50.80) และมีช่วงค่าความดันโลหิตค่าล่าง (Diastolic Blood Pressure : DBP) อยู่ใน

ระดับปกติ (ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 80 มิลลิเมตรปรอท) (ร้อยละ 82.50) มีอัตราการเต้นของหัวใจ (ชีพจร) อยู่ในช่วงปกติ (ร้อยละ 100.00) และมีสวัสดิการในการรักษาพยาบาลโดยใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือบัตรทอง 30 บาท (ร้อยละ 83.80) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส.

ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. ของกลุ่มชาวไทยพื้นราบพบว่าหากต้องการคลายเครียดกระทำตามข้อใด มีผู้ตอบผิดมากที่สุด (ร้อยละ 56.00) กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่และกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า พบว่าหากต้องการคลายเครียดกระทำตามข้อใด และการออกกำลังกายทุกครั้งเราควรกระทำตามบุคคลในข้อใด มีผู้ตอบผิดมากที่สุด ร้อยละ 84.00 และร้อยละ 87.00 ตามลำดับ

เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามระดับความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. ของกลุ่มชาวไทยพื้นราบ พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. ระดับดีมาก (ร้อยละ 65.50) กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่และกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. ระดับไม่ดี ร้อยละ 48.00 และร้อยละ 53.00 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส.

ระดับความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	ชาวไทยพื้นราบ (n=400)		ชาติพันธุ์ลาหู่ (n=100)		ชาติพันธุ์อาข่า (n=100)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับไม่ดี (0-5 คะแนน)	14	3.50	48	48.00	53	53.00
ระดับถูกต้อง (6-7 คะแนน)	124	31.00	13	13.00	10	10.00
ระดับดีมาก (8-10 คะแนน)	262	65.50	39	39.00	37	37.00

การจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส.

การจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ของกลุ่มชาวไทยพื้นราบ โดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} \pm S.D. = 2.21 \pm 1.03$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือ การวางแผนเป้าหมายของการออกกำลังกาย และทำให้ได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ได้อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} \pm S.D. = 2.14 \pm 1.12$) กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ โดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} \pm S.D. = 2.41 \pm 0.94$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือ การปรับปรุงสภาพแวดล้อมรอบตัวเองเพื่อให้ปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3 อ. 2 ส. ได้มากขึ้นอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} \pm S.D. = 1.95 \pm 1.02$) และกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า โดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} \pm S.D. = 2.42 \pm 0.69$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือ การปรับปรุงสภาพแวดล้อมรอบตัวเองเพื่อให้ปฏิบัติตน เพื่อดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3 อ. 2 ส. ได้มากขึ้นอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} \pm S.D. = 2.17 \pm 0.93$) เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามระดับ

การจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ของกลุ่มชาวไทยพื้นราบ กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ และกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า พบว่าส่วนใหญ่มีการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 61.00 ร้อยละ 51.00 และร้อยละ 52.00 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพกับการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส.

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพกับการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ในกลุ่มชาวไทยพื้นราบ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ ($r_s = -.047, p = .346$) แต่พบว่ามีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่และกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า ตามลำดับ ($r_s = .489, p = <.001$; $r_s = .570, p = <.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส.

ระดับการจัดการ เงื่อนไขของตนเอง เพื่อเสริมสร้างสุขภาพ	ชาวไทยพื้นราบ (n=400)		ชาติพันธุ์ลาหู่ (n=100)		ชาติพันธุ์อาข่า (n=100)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับไม่ดี (0-12 คะแนน)	244	61.00	51	51.00	52	52.00
ระดับถูกต้อง (13-15 คะแนน)	93	23.30	30	30.00	26	26.00
ระดับดีมาก (16-20 คะแนน)	63	15.80	19	19.00	22	22.00

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพกับการจัดการเงินเฝ้าไข้ของตนเอง เพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ของกลุ่มตัวอย่าง

ความสัมพันธ์ ระหว่าง	ชาวไทยพื้นราบ		ชาติพันธุ์ลาหู่		ชาติพันธุ์อาข่า	
	Correlation Coefficient	P-value	Correlation Coefficient	P-value	Correlation Coefficient	P-value
ความรู้ความเข้าใจ ทางสุขภาพกับการ จัดการเงินเฝ้าไข้ของ ตนเองเพื่อเสริมสร้าง สุขภาพ ตามหลัก 3 อ. 2 ส.	-.047	.346	.489	<.001	.570	<.001

อภิปรายผล

จากผลการสำรวจระดับความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. พบว่ากลุ่มชาวไทยพื้นราบ ร้อยละ 65.50 มีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. อยู่ในระดับดีมาก แตกต่างกับการศึกษาของวิชาญ ปาวัน และคณะ¹¹ ที่ได้ศึกษาการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทยประจำปี 2559 พบว่าความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ ร้อยละ 48.00 และกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า ร้อยละ 53.00 มีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. อยู่ในระดับไม่ดี ทั้งนี้พบว่าความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. ของกลุ่มชาวไทยพื้นราบ กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ และกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าในเรื่อง วิธีการคลายเครียด มีผู้ตอบผิดมากที่สุด ร้อยละ 56.00 ร้อยละ 84.00 และร้อยละ 87.00 ตามลำดับ ซึ่งทำให้พบว่าประชาชน

ยังไม่เข้าใจวิธีการคลายเครียดที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของอรธพงษ์ อินทพงษ์¹² ที่ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของชาวไทยภูเขาตำบลวารี อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย พบว่าคุณภาพชีวิตของชาวไทยภูเขาตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ด้านอารมณ์ของประชาชนชาวไทยภูเขาเผ่าลาหู่ เผ่าอาข่า และเผ่ากะเหรี่ยงมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับน้อย ดังนั้นควรมีการส่งเสริมให้ประชาชนสามารถสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเองได้ โดยเน้น อ. อารมณ์ คือ การทำจิตใจให้แจ่มใสอยู่เสมอ หัวใจคลายเครียดหรือทำกิจกรรม เช่น ปลูกต้นไม้ เล่นดนตรี วาดภาพ ท่องเที่ยว และควรพักผ่อนให้พอเพียง วันละ 6-8 ชั่วโมง⁶ สอดคล้องกับการศึกษาของศิวาพร มหาทำนุโชค¹³ ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่มีความเสี่ยงกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งอาศัยอยู่บนพื้นที่สูงคล้ายกับกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่และอาข่า พบว่ากลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงชาวมีการแสดงออกของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับน้อยๆ พร้อมทั้ง

ควรส่งเสริมให้ประชาชนมีการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งพบว่าจะส่งผลทำให้มีสุขภาพจิตดีขึ้น

นอกจากนี้พบว่าความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. ของกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่และกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าในเรื่องการออกกำลังกาย มีผู้ตอบผิดมากที่สุด ร้อยละ 84.00 และร้อยละ 87.00 ตามลำดับ โดยพบว่ายังไม่เข้าใจขั้นตอนการออกกำลังกายที่ถูกต้อง คือ ก่อนการออกกำลังกายทุกครั้งจะต้องมีการอบอุ่นร่างกายก่อน และหลังการออกกำลังกายต้องมีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ สอดคล้องกับการศึกษาของมณูเชษฐ์ มะโนธรรม และคณะ¹⁴ ที่ได้ศึกษาความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย พบว่ากลุ่มชาติพันธุ์อาข่าส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม คือ การอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกายและผ่อนคลายกล้ามเนื้อหลังออกกำลังกายเสร็จทุกครั้ง อาจเป็นเพราะประเภทของการออกกำลังกายของกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าแตกต่างจากการออกกำลังกายโดยทั่วไป เพราะการออกกำลังกายของกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าส่วนใหญ่นิยมนำเอาวัลย์มากระโดดเล่น ผู้ชายนิยมเล่นตีขาง ผู้หญิงนิยมเล่นโยนลูกสะบ้า เป็นต้น และช่วงเวลาที่ออกกำลังกายจะนิยมออกกำลังกายหลังจากกลับมาจากไร่ สวน ในตอนเย็น จึงทำให้กลุ่มชาติพันธุ์ยังไม่เข้าใจขั้นตอนการออกกำลังกายที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณพงษ์ อินทพงษ์¹² ที่ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของชาวไทยภูเขาตำบลวาริ อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย พบว่าคุณภาพชีวิตของชาวไทยภูเขาดำเนินตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ด้านออกกำลังกายของประชาชนชาวไทยภูเขาเผ่าลาหู่ เผ่าอาข่า และเผ่ากะเหรี่ยง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับน้อย ดังนั้นควรมีการส่งเสริมให้ประชาชนสามารถสร้างเสริม

สุขภาพด้วยตนเองได้ โดยเน้น อ. ออกกำลังกาย ซึ่งควรออกกำลังกายให้ร่างกายแข็งแรงอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 20-30 นาที⁶ ทั้งนี้ก่อนการออกกำลังกายทุกครั้งจะต้องมีการอบอุ่นร่างกายก่อนและหลังการออกกำลังกายต้องมีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ สอดคล้องกับการศึกษาของศิวาพร มหาทำนุโชค¹³ ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงชาวที่มีความเสี่ยงกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งอาศัยอยู่บนพื้นที่สูงคล้ายกับกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่และกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า พบว่ากลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงชาวมีการแสดงออกของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับบ่อยๆ โดยสรุปพบว่ากลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่และชาติพันธุ์อาข่ามีระดับความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. น้อยกว่ากลุ่มชาวไทยพื้นราบ อาจเป็นเพราะกลุ่มชาติพันธุ์มีข้อจำกัดเรื่องระดับการศึกษาและความสามารถในการใช้ภาษาไทย สอดคล้องกับการศึกษาของ Apidechkul T et al.¹⁵ ที่ได้ศึกษาสถานะสุขภาพชาวอาข่า จังหวัดเชียงราย ประเทศไทย พบว่าชาวอาข่าในประเทศไทยมีพฤติกรรมเสี่ยงหลายอย่างและมีความยากลำบากในการเข้าถึงสุขภาพ เนื่องจากระดับการศึกษาและความสามารถในการใช้ภาษาไทย

การสำรวจระดับการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. พบว่ากลุ่มชาวไทยพื้นราบ ร้อยละ 61.00 กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ ร้อยละ 51.00 และกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า ร้อยละ 52.00 มีการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. อยู่ในระดับไม่ดี ทั้งนี้พบว่ากลุ่มชาวไทยพื้นราบมีการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ในเรื่องการวางแผนเป้าหมายของการออกกำลังกายและทำให้ได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ได้ เป็นข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุดและอยู่ในระดับพอใช้ ดังนั้น

ควรมีการส่งเสริมให้ประชาชนสามารถสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเองได้ โดยเน้น อ. ออกกำลังกาย ซึ่งควรออกกำลังกายให้ร่างกายแข็งแรงอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 20-30 นาที⁶ ส่วนกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่และกลุ่มชาติพันธุ์อาข่ามีการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ในเรื่องการปรับปรุงสภาพแวดล้อมรอบตัวเองเพื่อให้ปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3 อ. 2 ส. เป็นข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุด และอยู่ในระดับพอใช้เท่ากัน สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณพงษ์ อินทพงษ์² ที่ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของชาวไทยภูเขาตำบลลาวาริ อำเภอมะสอย จังหวัดเชียงราย พบว่าคุณภาพชีวิตของชาวไทยภูเขาตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของประชาชนชาวไทยภูเขาเผ่าลาหู่ เผ่าอาข่า และเผ่ากะเหรี่ยงมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับน้อย อาจเป็นเพราะกลุ่มชาติพันธุ์เกิดการเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพจากการถ่ายทอดจากบรรพบุรุษ การใช้ประสบการณ์เดิมและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันจากวัฒนธรรม ประเพณี พิธีกรรม และความเชื่อ ภูมิปัญญาท้องถิ่นในรูปแบบของกระบวนการเรียนรู้ในครอบครัวที่มีลักษณะของการสั่งสอนถ่ายทอดจากผู้อาวุโสในครอบครัวไปสู่ลูกหลานและเครือญาติ กระบวนการเรียนรู้ในระบบพื้นบ้าน มีลักษณะของความเชื่อถือ ศรัทธา และเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา การเมือง การปกครอง วัฒนธรรม ประเพณี พิธีกรรม และความเชื่อ ซึ่งเมื่อพิจารณาในภาพรวมแล้วเห็นว่า นอกจากหลักการสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเอง 3 อ. 2 ส. ควรมีการพัฒนาแบบการสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชนที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมให้สอดคล้องกับแนวคิดในการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา¹⁶ ที่ประกอบด้วย 5 ประการ คือ การสร้างนโยบายสาธารณสุขเพื่อ

สุขภาพ การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับระบบบริการสาธารณสุข ที่สำคัญที่สุดคือการสร้างแรงจูงใจร่วมกันในการปรับพฤติกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพกับการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ในกลุ่มชาวไทยพื้นราบ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ อธิบายได้ว่ากลุ่มชาวไทยพื้นราบที่มีคะแนนเชิงลบต่อการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. สูงจะไม่ส่งผลต่อความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. ให้ต่ำตามไปด้วย อาจเป็นเพราะชาวไทยพื้นราบมีการศึกษาสูงและมีความสามารถในการใช้ภาษาไทยสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ง่ายกว่า ซึ่งในผลการศึกษานี้ พบว่ากลุ่มชาวไทยพื้นราบส่วนใหญ่มีการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. อยู่ในระดับไม่ต่ำ แต่พบว่ามีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. อยู่ในระดับดีมาก

นอกจากนี้พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพกับการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่และกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าตามลำดับ ($r_s = .489, p = <.001$; $r_s = .570, p = <.001$) อธิบายได้ว่า กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่และกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าที่มีคะแนนการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ต่ำ จะส่งผลต่อความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. ต่ำตามไปด้วย

ซึ่งผลการศึกษานี้ พบว่ากลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่และกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าส่วนใหญ่มีการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. อยู่ในระดับไม่ดี และพบว่ามีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. อยู่ในระดับไม่ดี Wagner CV et al.¹⁷ ได้กล่าวว่าอุปสรรคของแรงจูงใจที่มีผลต่อการตัดสินใจ ถ้าหากเกิดความซับซ้อน มีทางเลือกที่หลากหลาย มีความยุ่งยากในการปฏิบัติ กลุ่มบุคคลที่มีระดับความรู้ทางสุขภาพต่ำ มักมีแนวโน้มที่จะเลือกใช้ประสบการณ์เดิมหรืออารมณ์ ความรู้สึกมากกว่าการคิดวิเคราะห์เชิงวิจารณ์ในการตัดสินใจ วิธีการรักษาหรือการเลือกปฏิบัติเหล่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาของธัญชนก ชุมทอง และคณะ¹⁸ พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 1) แรงจูงใจภายในตัวบุคคล 2) การให้บริการเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 3) ครอบครัว ญาติ และเพื่อนในการส่งเสริมให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง ดังนั้น โดยสรุปพบว่าระดับการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานด้านสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรเน้นการให้ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. ในกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่และกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าที่เป็นคนกลุ่มน้อยในพื้นที่ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พร้อมทั้งสร้างแรงจูงใจร่วมกันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมให้สามารถจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้าง

สุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ให้เหมาะสมเพื่อให้มีสุขภาพดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติจังหวัดเชียงราย. รายงานสถิติจังหวัดเชียงราย พ.ศ. 2561. เชียงราย; 2562.
2. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยยึดชุมชนเป็นฐาน: ชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (CBI NCDs). กรุงเทพฯ. บริษัท อีโมชั่น อาร์ต จำกัด; 2560.
3. Nugent R. Chronic diseases in developing countries: Health and economic burdens. Ann N Y Acad Sci 2008; 1136: 70-9.
4. Tokunaga M, Takahashi T, Singh RB, Rupini D, Toda E, Nakamura T, et al. Diet, nutrients and noncommunicable diseases. Open Nutraceuticals J 2012; 5: 146-59.
5. พินิจ กุลละวณิชย์. โรคไม่ติดต่อ. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.naewna.com/lady/columnist/32081> (วันที่ค้นข้อมูล 20 สิงหาคม 2562)
6. Suriwong P. แนะนำหลัก 3 อ. 2 ส. ลดการเกิดโรค. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.thaihealth.or.th/Content/29607-> (วันที่ค้นข้อมูล 21 สิงหาคม 2562)
7. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. การประเมินการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้พฤติกรรมสุขภาพของประชาชน. กรุงเทพฯ. ห้างหุ้นส่วนจำกัด สำนักพิมพ์ อักษรกราฟฟิค แอนด์ ดีไซน์; 2557.
8. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

- การรับรู้ของประชาชนชาวไทยต่อโรคไวรัสอีโบลา (EVD). กรุงเทพฯ. บริษัท แดเน็กซ์ อินเทอร์เน็ตปอเรชั่น จำกัด; 2558.
9. Yamane T. Statistics: An Introductory Analysis. 3rd Edition, Harper and Row, New York; 1973.
 10. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. ของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : file:///C:/Users/User/Downloads/21122015103140902_menuhome.pdf (วันที่ค้นข้อมูล 26 สิงหาคม 2562)
 11. วิชาญ ปาวัน, กรัณท์รัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์, จักรกฤษณ์ พลราชม, และมาสริน ศุกลปักษ์. การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทย ประจำปี 2559. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2560; 11(1): 70-79.
 12. อรรถพงษ์ อินทพงษ์. การศึกษาคุณภาพชีวิตตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของชาวไทยภูเขาตำบลลาวารี อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย. (การศึกษาระดับปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์สิ่งแวดล้อม). เชียงราย: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏ เชียงราย; 2551.
 13. ศิวาพร มหาทำนุโชค. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่มีความเสี่ยงกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. พยาบาลสาร 2558; 42 (ฉบับพิเศษ): 118-125.
 14. มณูเชษฐ มະโนธรรม, พัชรา ก้อยชูสกุล, อารีย์ จอแย, วรัญญา มณีรัตน์ จุฑามาศ เมืองมูล, และสุพรรณ วณิชปริญญากุล. ความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2562; 14(1): 69-80.
 15. 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.
 16. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. 1986; 1(4): 2-4.
 17. Wagner CV, Steptoe A, Wolf MS, Wardle J. Health literacy and health actions A review and framework from health psychology. Health Educ & Behav 2009; 36(5): 860-77.
 18. ธัญชนก ชุมทอง, วิราภรณ์ โพธิศิริ และขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง. Veridian E-Journal Science and Technology Silpakorn University 2559; 3(6): 67-85.