



# วิทยานิพนธ์

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยของชาวเขาเผ่าขมุ  
ตำบลชนแดน อำเภอสองแคว จังหวัดน่าน

QUALITY OF LIFE ON HEALTH OF KHMU HILL TRIBE  
IN TAMBON CHON DAEN, AMPHOE SONG KHWAE,  
CHANGWAT NAN

นางสาวธารินี ทองมี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

พ.ศ. 2550



## ใบรับรองวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมวิทยาประยุกต์)

ปริญญา

สังคมวิทยาประยุกต์

สาขา

สังคมวิทยาและมานุษยวิทยา

ภาควิชา

เรื่อง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยของชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน อำเภอสองแคว  
จังหวัดน่าน

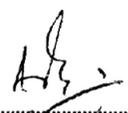
Quality of Life on Health of Khmu Hill Tribe in Tambon Chon Daen,

Amphoe Song Khwae, Changwat Nan

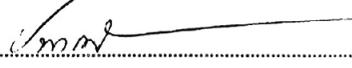
นามผู้วิจัย นางสาวธารินี ทองมี

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

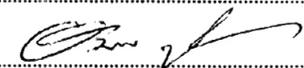
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(  ศาสตราจารย์นพนธ์ คันธเสวี, Ph.D. )

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(  รองศาสตราจารย์ปภาณี จิตวิวัฒนา, ศศ.ม., คม. )

หัวหน้าภาควิชา

(  ผู้ช่วยศาสตราจารย์อัมพร สุกันชนวิช, M.S. )

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์รับรองแล้ว

(  รองศาสตราจารย์วินัย อากงหาญ, M.A. )

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ 5 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2550

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยของชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน  
อำเภอสองแคว จังหวัดน่าน

Quality of Life on Health of Khmu Hill Tribe in Tambon  
Chon Daen, Amphoe Song Khwae, Changwat Nan

โดย

นางสาวธารินี ทองมี

เสนอ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์  
เพื่อความสมบูรณ์แห่งปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมวิทยาประยุกต์)  
พ.ศ. 2550

ธารินี ทองมี 2550: คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยของชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน  
อำเภอสองแคว จังหวัดน่าน ปรินญาตีลปศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมวิทยาประยุกต์)  
สาขาสังคมวิทยาประยุกต์ ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา อาจารย์ที่ปรึกษา  
วิทยานิพนธ์หลัก: ศาสตราจารย์นิพนธ์ คันธเสวี, Ph.D. 144 หน้า

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ 2 ประการคือ เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ  
อนามัยของชาวเขาเผ่าขมุ จังหวัดน่าน และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากร  
สังคม และเศรษฐกิจกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย ของชาวเขาเผ่าขมุจังหวัดน่าน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน อำเภอสองแคว จังหวัดน่าน  
จำนวน 215 คน การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และนำข้อมูลไปทำการประมวลผลด้วยเครื่อง  
คอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ สำหรับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ การหา  
ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์โดยค่าไคสแควร์ทั้งนี้กำหนด  
นัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ .05

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับสัมพันธภาพในครอบครัวของชาวเขาเผ่าขมุ เท่ากับ 1.57  
ซึ่งอยู่ใน “ระดับสูง” ค่าเฉลี่ยของระดับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยและที่ทำงาน เท่ากับ 1.26 ซึ่งอยู่ใน  
“ระดับปานกลาง” และค่าเฉลี่ยในภาพรวมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย เท่ากับ 1.03 ซึ่งอยู่ใน  
“ระดับปานกลาง” และเมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพบว่า สถานภาพสมรส รายได้ต่อครัวเรือน  
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน สัมพันธภาพในครอบครัว สภาพแวดล้อมทางกายภาพ และการรับฟัง  
ข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยอย่างมีนัยสำคัญ  
ที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ เพศ อายุ และระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับระดับ  
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ธารินี ทองมี

ลายมือชื่อนิสิต

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

30/5/2550

Tarinee Tongmee 2007: Quality of Life on Health of Khmu Hill Tribe in Tambon Chon Daen, Amphoe Song Khwae, Changwat Nan. Master of Arts (Applied Sociology), Major Field: Applied Sociology, Department of Sociology and Anthropology. Thesis Advisor: Professor Nipon Kantasewi, Ph.D. 144 pages.

The purpose of this research was twofolds: firstly, it examined the quality of life levels in terms of health among the Khamu hill tribe people in Changwat Nan, secondly, it determined the relationships between their population, social and economic characteristics and their health quality of life.

The sample group was the Khamu hill tribe people in Tambon Chon Daen, Amphoe Song Khwae, Changwat Nan, totaling 215 families. Questionnaires and interviews were employed to collect the information from the family representatives.

The data were electrically computed and statistically analyzed to determine percentage, means, standard deviations and test the hypothesis on correlation of the variables by Chi-Square and set the statistical significance level at .05.

From the study, the average level of family relationship of the target group was found at 1.57 which was considered "high". The mean level for the quality of the household and workplace environments was 1.26 which was considered "moderate" whereas that of the overall average for the quality of life was 1.03 being considered "moderate". Having determined the relationships between the marital status, family income, number of family members, family relationship, physical environments and modes of access to health information significantly related to the levels of health quality of life, they were found to be statistically significant at .05 level. Other factors including sex, age and education were found to be non-significantly related to the levels of their health quality of life at the .05.

\_\_\_\_\_

Student's signature

\_\_\_\_\_

Thesis Advisor's signature

30, 5, 2007

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี เนื่องจากความกรุณาความช่วยเหลือและแนะนำอย่างดียิ่งของประธานกรรมการที่ปรึกษาศาสตราจารย์นิพนธ์ คันธเสวี กรรมการที่ปรึกษาร่วมรองศาสตราจารย์ปภาณี ฐิติวัฒนา ผู้ช่วยศาสตราจารย์โสวัตรี ณ ถลาง อาจารย์สุรพันธ์ เพชรภา อาจารย์ภัทรพรรณ เล่านิรามัย และรองศาสตราจารย์วิทยากร เชียงกุล ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ซึ่งได้ให้คำแนะนำและคำปรึกษา ความคิดเห็น ตลอดจนตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอขอบคุณชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน อำเภอสองแคว จังหวัดน่านทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดวิชาความรู้และประสบการณ์ต่าง ๆ ให้ตั้งแต่เริ่มเข้าศึกษาจนกระทั่งจบการศึกษา และขอขอบคุณเพื่อนๆ นิสิตปริญญาโทสาขาสังคมวิทยาประยุกต์ รุ่นที่ 13 ทุกท่านที่ให้ความเอื้อเฟื้อและช่วยเหลือในทุกๆ ด้าน

และท้ายที่สุด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณสมาชิกในครอบครัวของผู้วิจัย ที่ให้คำแนะนำ ความห่วงใย ช่วยเหลือและสนับสนุน ตลอดจนเป็นกำลังใจอันยิ่งใหญ่แก่ผู้วิจัย คุณค่าและประโยชน์จากการศึกษาครั้งนี้ ขอมอบแก่บุพการี และผู้มีพระคุณทุกท่าน

ธารินี ทองมี

มีนาคม 2550

## สารบัญ

	หน้า
สารบัญตาราง	(3)
สารบัญภาพ	(6)
บทที่ 1 บทนำ	1
ความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	2
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
ขอบเขตการวิจัย	3
นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ	3
บทที่ 2 ตรวจสอบเอกสาร	6
แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต	6
แนวคิดหลักของการสาธารณสุขมูลฐาน	14
แนวคิดการดูแลสุขภาพตนเอง	19
แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ	34
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันสุขภาพ	37
แนวคิดการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร	45
ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	50
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	53
กรอบแนวคิดในการวิจัย	55
สมมติฐานการวิจัย	56
บทที่ 3 วิธีการวิจัย	57
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	57
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	59
การทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	61
การเก็บรวบรวมข้อมูล	63

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล	63
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	63
บทที่ 4 ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์	65
ผลการวิจัย	65
ข้อวิจารณ์	91
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	96
สรุปผลการวิจัย	96
ข้อเสนอแนะ	99
เอกสารและสิ่งอ้างอิง	102
ภาคผนวก	110
ภาคผนวก ก สภาพทั่วไปและข้อมูลพื้นฐานของอำเภอสองแคว	111
ภาคผนวก ข แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย	134
ภาคผนวก ค ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม	141

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงจำนวนประชากรในเขตอำเภอสองแคว จำแนกตามหมู่บ้าน	58
2	จำนวน และร้อยละของชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน จังหวัดน่าน จำแนกตามเพศ	66
3	จำนวน และร้อยละของชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน จังหวัดน่าน จำแนกตามอายุ	66
4	จำนวน และร้อยละของชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน จังหวัดน่าน จำแนกตามสถานภาพสมรส	67
5	จำนวน และร้อยละของชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน จังหวัดน่าน จำแนกตามระดับการศึกษา	67
6	จำนวน และร้อยละของชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน จังหวัดน่าน จำแนกตามรายได้	68
7	จำนวน และร้อยละของชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน จังหวัดน่าน จำแนกตามจำนวนสมาชิกในครัวเรือน	69
8	จำนวน และร้อยละของชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน จังหวัดน่าน จำแนกตามการรับฟังข่าวสาร ด้านสุขภาพอนามัย	69
9	จำนวน และร้อยละของชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน จังหวัดน่าน จำแนกตามการรักษาพยาบาล	71
10	ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับสัมพันธภาพในครอบครัว	72

## สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
11	ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับสภาพแวดล้อมทางกายภาพ	73
12	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน อำเภอสองแคว จังหวัดน่าน	75
13	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตของชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน อำเภอสองแคว จังหวัดน่าน	77
14	สรุประดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยของชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน อำเภอสองแคว จังหวัดน่าน	79
15	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย	80
16	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย	81
17	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย	82
18	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย	83
19	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ครัวเรือนกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย	84
20	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนสมาชิกในครัวเรือนกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย	85
21	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย	86

## สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
22	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมทางกายภาพกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย	87
23	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับฟังข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย	88
24	แสดงจำนวน และร้อยละของการได้รับการรักษาพยาบาลของชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน จังหวัดน่าน	89
25	สรุปผลการทดสอบสมมติฐาน	90
<b>ตารางผนวกที่</b>		
1	ค่าความเชื่อมั่นของสัมพันธภาพในครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยของชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน อำเภอสองแคว จังหวัดน่าน	137
2	ค่าความเชื่อมั่นของสภาพแวดล้อมทางกายภาพต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยของชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน อำเภอสองแคว จังหวัดน่าน	137
3	ค่าความเชื่อมั่นของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยของชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน อำเภอสองแคว จังหวัดน่าน	138
4	ค่าความเชื่อมั่นของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยของชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน อำเภอสองแคว จังหวัดน่าน	139

## สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แสดงปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสภาวะของบุคคล	36
2	กรอบแนวคิดในการวิจัย	55
<b>ภาพภาคผนวกที่</b>		
1	แผนที่ชุมชนตำบลชนแดน อำเภอสองแคว จังหวัดน่าน	117
2	แผนที่แสดงพื้นที่จัดเก็บข้อมูลชุมชนบนพื้นที่สูง	118
3	การตั้งถิ่นฐาน และที่อยู่อาศัย	121
4	ลักษณะเฉพาะของเผ่า	122
5	ลักษณะการแต่งกาย	123
6	ครอบครัว และเครือญาติ	124
7	อาชีพ	126
8	ศาสนา ความเชื่อ พิธีกรรม และการรักษาโรค	128

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความสำคัญของปัญหา

คุณภาพชีวิต เกิดขึ้นจากความพยายามของมนุษย์ที่จะพัฒนาวัฒนธรรมในการดำรงชีวิตของตนให้เจริญก้าวหน้ายิ่งขึ้น ซึ่งเป็นผลทำให้ลักษณะและคุณภาพในการดำรงชีวิตของมนุษย์กลุ่มต่าง ๆ เจริญก้าวหน้าขึ้นเป็นลำดับและมีลักษณะที่แตกต่างไปจากชีวิตแบบเดิม คุณภาพชีวิตจึงอาจได้รับการตีความว่าเป็นวิถีชีวิตที่เจริญรุ่งเรือง มีความสุข สมบูรณ์ อยู่ดีกินดี

ดังนั้น คุณภาพชีวิตจึงเป็นบูรณาการขององค์ประกอบต่าง ๆ รวมทั้งความสามารถ และศักยภาพในการบูรณาการปัจจัยต่าง ๆ ที่จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของมนุษย์กลุ่มต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นคนรวย คนจน คนชนบท และคนในเมือง มีระดับที่ไม่เท่าเทียมกัน แต่อย่างไรก็ตาม การพัฒนาคนและสังคมไทยในช่วงสี่ทศวรรษที่ผ่านมาส่วนใหญ่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติในแต่ละแผนฯ ได้เน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยเน้นบทบาทของภาครัฐที่เน้นการทำงานเชิงตั้งรับเพื่อฟื้นฟูและแก้ไขปัญหาสังคมที่เกิดขึ้น และมุ่งขยายบริการทางสังคมให้กระจายครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มอย่างทั่วถึง แต่ก็ยังไม่อยู่ในระดับที่น่าพอใจ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (2545) จึงได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพชีวิตคน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคนให้มีคุณภาพ สุขภาพแข็งแรง คิดเป็น ทำเป็น สามารถนำวัฒนธรรมท้องถิ่น และภูมิปัญญาพื้นบ้านมาใช้เพื่อให้เกิดความสมดุล และสามารถพึ่งตนเองได้ (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9, 2545)

จังหวัดน่านเป็นอีกชุมชนหนึ่งที่อยู่ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติที่จัดต้องได้รับการพัฒนาตามนโยบายของรัฐบาล เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีและยังเป็นจังหวัดที่มีชาวเขาเผ่าต่าง ๆ อาศัยอยู่มาก เช่น ขมุ ถิ่น ม้ง เมี่ยน เข่า ลัวะ และในจำนวนนี้ชาวเขาเผ่าขมมีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 71.5 ซึ่งตำบลชนแดน อำเภอสองแคว จังหวัดน่าน มีชาวเขาเผ่าขมอาศัยอยู่มากที่สุด (กองสงเคราะห์ชาวเขา, 2541) และมีลักษณะการตั้งบ้านเรือนกระจัดกระจายตามภูเขาสูงกว่าระดับ น้ำทะเล 3,000 ฟุตขึ้นไป มีอากาศหนาวเย็นจึงมีผู้ป่วยในฤดูหนาว และเป็นแหล่งที่มีเชื้อโรคบางอย่างชุกชุม เช่น โรคมาลาเรียและสุขอนามัยในครัวเรือนยังอยู่ในระดับต่ำเมื่อเทียบกับมาตรฐานทั่วไป การรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลยังไม่ทำเป็นกิจวัตรประจำวัน ระดับภาวะโภชนาการอยู่ใน

ขั้นต่ำและขาดแคลนปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ด้วยโอกาสทางการศึกษา (แสงทอง สุวรรณแสงทอง, 2536) เนื่องจากการบริการทางด้านสาธารณสุขของรัฐยังเข้าไปไม่ถึง และพบว่าในท้องถิ่นทุรกันดารยังมีราษฎรจำนวนมากเป็นโรคขาดสารไอโอดีน ทำให้เกิดโรคคอหอยพอกหรือโรคเอ๋ อันเป็นผลให้การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ต้องประสบปัญหาการพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นอย่างมาก (สารคดีพิเศษเฉลิมพระเกียรติ, 2546)

ในอดีตการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพ และความเจ็บป่วยของตนเอง ครอบครัวและชุมชนของชาวเขาเผ่าขมุ จังหวัดน่าน มีวิถีชีวิตและแบบแผนวัฒนธรรมเป็นไปตามความเชื่อในเรื่องอำนาจลึกลับ อำนาจเหนือธรรมชาติและภูตผีปีศาจ ฉะนั้นกระบวนการจัดการด้านสุขภาพอนามัยจึงเป็นในรูปแบบ เช่น ไห้ว บวงสรวงและประกอบพิธีกรรมต่าง ๆ ซึ่งจะเห็นได้ว่าความเชื่อของชาวขมุที่นับถือผีและมีความเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตนับตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย แม้กระทั่งในเรื่องของการเจ็บป่วยก็เชื่อว่าเป็นเพราะผีทำจึงต้องมีการเสี่ยงทายโดยการจับยามว่าผู้ป่วยนั้นป่วยเพราะเกิดจากการกระทำของผีหรือไม่ได้เกิดจากการกระทำของผี จากการศึกษาของ (ชาติชาย มีเกิดมูล, 2529) พบว่าชาวเขาเผ่าขมุจำนวน 116 ครัวเรือน คิดเป็น 82.9 มักจะรักษาคนที่เจ็บป่วยด้วยการเลี้ยงผีก่อนที่จะนำไปโรงพยาบาลหรือไปหาหมอและมีเพียง 24 ครัวเรือน หรือร้อยละ 17.1 เท่านั้นที่เมื่อมีคนป่วยเกิดขึ้นในครัวเรือนแล้วพามารักษาที่โรงพยาบาลเลย ความเชื่อของชาวเขาเผ่าขมุเป็นอุปสรรคต่อการยอมรับวัฒนธรรมใหม่ที่เข้ามาในสังคมด้วย

จากเหตุผลข้างต้นจึงเป็นสิ่งที่น่าสนใจเป็นอย่างยิ่งว่าด้วยกรอบการพัฒนาของประเทศดังกล่าว ชาวเขาเผ่าขมุ จังหวัดน่าน ซึ่งนับตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันได้มีการพัฒนาด้านคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพอนามัยตลอดมา ทั้งนี้เพื่อจะได้ทราบถึงสภาพปัญหาและเลือกแนวทางที่ถูกต้องมีประสิทธิภาพ มาแก้ไขปัญหาให้เป็นผลสำเร็จและทำให้การยกระดับคุณภาพชีวิตของชาวเขาเผ่าขมุจังหวัดน่านบรรลุเป้าหมายได้ต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยของชาวเขาเผ่าขมุ จังหวัดน่าน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากร สังคมและเศรษฐกิจกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยของชาวเขาเผ่าขมุจังหวัดน่าน

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้ทราบข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและปัจจัยเกี่ยวกับบุคคล สภาพแวดล้อมทางสังคมและเศรษฐกิจของชาวเขาเผ่าขมุ เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องใช้ในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยของชาวเขาเผ่าขมุให้ดีขึ้น

## ขอบเขตการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้มีขอบเขตในการศึกษาดังนี้

1. ขอบเขตด้านพื้นที่ในการศึกษา ได้ทำการศึกษาสภาพด้านภูมิศาสตร์ ประชากร สังคม และเศรษฐกิจของชาวเขาเผ่าขมุที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ ตำบลชนแดน อำเภอสองแคว จังหวัดน่าน
2. ขอบเขตเรื่องในการศึกษา ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตเฉพาะด้านสุขภาพอนามัยของชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน อำเภอสองแคว จังหวัดน่าน

## นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยของชาวเขาเผ่าขมุ หมายถึง กลุ่มชาวเขาเผ่าขมุที่ได้รับการตอบสนองตามความจำเป็นขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การเข้าถึงสถานบริการรักษาพยาบาลของรัฐ การให้ความรู้ในส่งเสริมสุขภาพและการดูแลรักษาโรคในเรื่องการสร้างภูมิคุ้มกันโรค การส่งเสริมโภชนาการ การดูแลเรื่องความสะอาดของน้ำและสุขาภิบาล รวมถึงมีความรู้ในการใช้ยาที่ถูกต้อง และหลีกเลี่ยงต่อปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค รวมทั้งสามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม

ชาวเขาเผ่าขมุ หมายถึง บุคคลที่มีสัญชาติไทยซึ่งสืบเชื้อสายมาจากชนชาติขมุและมีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่จังหวัดน่าน

ชาวไทย หมายถึง ผู้มีสัญชาติทั่ว ๆ ไปทั้งที่พูดภาษาไทยพื้นเมืองหรือภาษาภาคกลางในชีวิตประจำวัน

อายุ หมายถึง ระยะเวลา นับจากเกิดจนปัจจุบันของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

สถานภาพสมรส หมายถึง คุณลักษณะด้านสมรสของผู้ถูกสัมภาษณ์ โดยแบ่งเป็น โสด สมรส แยกกันอยู่ หย่าร้างหรือม่าย

ระดับการศึกษา หมายถึง วุฒิการศึกษาสูงสุดของผู้ตอบแบบสอบถามแบ่งเป็น ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย ปวช. ปวส.

รายได้ต่อครัวเรือน หมายถึง รายได้ที่เกิดจากอาชีพที่ทำอยู่เป็นประจำและรายได้ที่เกิดจากอาชีพที่ทำอยู่นอกเหนืองานประจำของครัวเรือน คิดเป็นตัวเลขเฉลี่ยต่อเดือน

จำนวนสมาชิกในครัวเรือน หมายถึง จำนวนบุคคลทั้งหมดที่อาศัยอยู่จริงในครัวเรือน

สภาพแวดล้อมทางกายภาพ หมายถึง สภาพแวดล้อมของผู้ตอบแบบสอบถามที่เกี่ยวกับสภาพที่อยู่อาศัย บ้านเรือน และสภาพแวดล้อมที่ทำงาน เช่น มีการจัดระบบสุขาภิบาล มีสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ สภาพที่อยู่อาศัยและสถานที่ทำงานไม่มีเสียงดังรบกวน

การได้รับการรักษาพยาบาล หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยไปรับบริการรักษาสุขภาพ

สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง กิจกรรมภายในครัวเรือนที่สมาชิกปฏิบัติต่อกัน ได้แก่ รับประทานอาหารร่วมกัน การไม่มีปัญหาขัดแย้งของสมาชิกในครอบครัว มีความเข้าใจยอมรับความคิดเห็นซึ่งกันและกัน มีความเอื้ออาทรกัน

การรับฟังข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย/การรับสื่อ หมายถึง บุคคลได้เปิดรับข้อมูลข่าวสารหรือเนื้อหาด้านสุขภาพ หรือกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ จากแหล่งสารต่าง ๆ โดยรับผ่านประสาทสัมผัสในทางต่าง ๆ ซึ่งบุคคลสามารถเลือกรับสื่อตามความสนใจ และความต้องการของตนเพื่อนำมาเป็นประโยชน์หรือเป็นข้อมูลในกิจกรรมต่าง ๆ

สื่อประเภทต่าง ๆ หมายถึง โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ ป้ายประชาสัมพันธ์ เสียงตามสาย ประจำหมู่บ้าน การจัดกิจกรรม/รณรงค์

สื่อบุคคล หมายถึง สื่อประเภทแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน/ผู้นำศาสนา ที่ใช้ในชุมชนชาวเขาเผ่าขมุ

ปัจจัยด้านประชากร หมายถึง สิ่งที่เราคาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย ที่เลือกมาศึกษา สำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือ อายุ เพศ สถานภาพสมรส และจำนวนสมาชิกในครัวเรือน

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ หมายถึง สิ่งที่เราคาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย ที่เลือกมาศึกษา สำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือ รายได้

ปัจจัยด้านสังคม หมายถึง สิ่งที่เราคาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย ที่เลือกมาศึกษา สำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือ ระดับการศึกษา สัมพันธภาพในครอบครัว สภาพแวดล้อมทางกายภาพ การได้บริการด้านสุขภาพอนามัย และการรับฟังข่าวสารด้านสุขภาพ

## บทที่ 2

### การตรวจเอกสาร

ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของชาวเขาเผ่าขมุ จังหวัดน่าน มีแนวคิดและทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ผู้วิจัยได้ค้นคว้าไว้ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
2. แนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน
3. แนวคิดการดูแลสุขภาพตนเอง
4. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ
5. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันสุขภาพ
6. แนวคิดการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร
7. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

#### ความหมายคุณภาพชีวิต

คำว่า “คุณภาพชีวิต” (Quality of Life) เป็นคำที่มีความหมายกว้างมาก และมีผู้ให้ความหมายของคำนี้แตกต่างกันไปตามภูมิหลังของสาขาวิชาและปรัชญาชีวิตของแต่ละคน

ชัยวัฒน์ ปัญจพงศ์ และคณะ (2526) ให้ความหมาย คุณภาพชีวิต หมายถึง ชีวิตที่ไม่เป็นภาระ และไม่ก่อปัญหาทางสังคม เป็นชีวิตที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีความคิดและความสามารถที่จะดำรงสภาพทางเศรษฐกิจ สังคม การเมืองได้อย่างถูกต้อง

นิพนธ์ คันธเสวี (2528) ได้ให้ความหมาย คุณภาพชีวิต คือระดับสภาพการดำรงชีวิตของมนุษย์ ตามองค์ประกอบของชีวิตอัน ได้แก่ ร่างกาย อารมณ์ สังคม ความคิด และจิตใจ ซึ่งรวมเอาทุกด้านของชีวิตมนุษย์ไว้หมด ถ้าสภาพความเป็นอยู่ดังกล่าวนี้ของบุคคลไม่ดี ไม่น่าพอใจก็แสดงว่าคุณภาพชีวิตของบุคคลเหล่านั้นต่ำกว่าความคาดหวัง

อัจฉรา นวจินดา และ ขจีจรัส ภิรมย์ธรรมศิริ (2532) กล่าวว่าคุณภาพชีวิต คือ การที่บุคคลได้รับการตอบสนองทางกายภาพที่เหมาะสมก็จะทำให้บุคคลมีสุขภาพกายดีและเขาได้รับการตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตใจอย่างเหมาะสมเพียงพอ จะทำให้เป็นบุคคลที่มีสุขภาพจิตดี การมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดีก็จะทำให้บุคคลมีความสุข มีความพอใจในชีวิตนั่นคือ การได้รับสิ่งที่ต้องการนำไปสู่ความพอใจของมนุษย์ความพึงพอใจในชีวิตจะบังเกิดขึ้น

ชัยยะ วิหคเหิม (2534) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตคือการ ได้รับปัจจัยสี่ในระดับที่เพียงพอ มีอาหารบริโภคเพียงพอ ที่จะทำให้อวัยวะเจริญเติบโตแข็งแรง และปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ มีเครื่องนุ่งห่มให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย มีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม และถูกสุขลักษณะ และมีการรักษาโรคในยามเจ็บป่วย

สุพรรณิ ไชยอำพร และ สนิท สมัครการ (2534) หมายถึง สภาพการดำรงชีวิตในสังคม ในลักษณะที่เจ้าของชีวิตมีความพึงพอใจในช่วงเวลาหนึ่ง และความพึงพอใจนี้สามารถวัดหรือประเมินได้ทั้งทางด้านจิตใจ และวัตถุปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตในช่วงเวลานั้นไม่ว่าจะเป็นเรื่องส่วนตัวหรือสังคมก็ตาม

กุหลาบ รัตนสังฆธรรม และคณะ (2535) ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง สภาพที่เป็นอยู่ของบุคคลทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม ความคิด และจิตใจ ที่ทำให้บุคคลสามารถดำรงอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสามารถแสดงเป็นมิติต่าง ๆ ได้ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย คือ อาหาร น้ำ เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย สุขภาพอนามัย พลังงาน การออมทรัพย์ สิ่งอำนวยความสะดวกในครอบครัว และในการประกอบอาชีพ
2. คุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ คือ การพักผ่อนหย่อนใจที่มีคุณภาพ ประโยชน์ ความนิยมชมชอบ ในศิลปวัฒนธรรมท้องถิ่น ความสัมพันธ์ที่อบอุ่นในครอบครัวและชุมชน ความรัก
3. คุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ หมายถึง สภาพแวดล้อมที่บริสุทธิ์สะอาด และเป็นระเบียบ ปราศจากมลภาวะในดิน น้ำ อากาศ และเสียง มีทรัพยากรที่จำเป็นแก่การดำรงชีพ และการคมนาคมที่สะดวก

4. คุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อมทางวัฒนธรรมคือ โอกาสทางการศึกษา และการประกอบอาชีพที่เท่าเทียมกัน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณะ ความปลอดภัยในชีวิตร่างกาย และทรัพย์สิน การปกครองที่ให้สิทธิเสรีภาพและความเสมอภาค ความเป็นธรรมด้านรายได้ ความร่วมมือร่วมใจในชุมชน ความเป็นระเบียบวินัย มีความเห็นอกเห็นใจกันและกัน มีค่านิยมที่สอดคล้องกับหลักธรรมในศาสนา

5. คุณภาพชีวิตด้านความคิดคือ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโลก ชีวิตและชุมชน การศึกษา วิชาอาชีพ ความสามารถในการป้องกันแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของตัวเอง การเป็นที่ยอมรับของชุมชน การสร้างความสำเร็จด้วยตนเอง การยอมรับตัวเอง และการมีเป้าหมายในชีวิตที่เหมาะสม

6. คุณภาพชีวิตด้านจิตใจคือ การมีคุณธรรมในส่วนตัวและสังคม เช่น ความซื่อสัตย์ สุจริต เมตตา กรุณา ช่วยเหลือเกื้อกูล กตัญญู กตเวทิตา ความจงรักภักดีต่อชาติ ความศรัทธาในศาสนา ความเสียสละ และการละเว้นจากอบายมุข

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2538) ได้ให้ความหมายว่าคุณภาพชีวิต คือการดำรงชีวิตของมนุษย์ในระดับที่มีความเหมาะสมตามความจำเป็นพื้นฐานในสภาพการณ์ของสังคมในช่วงเวลาหนึ่ง ซึ่งองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญและเหมาะสม อย่างน้อยก็น่าจะประกอบด้วย มีอาหารเพียงพอ มีเครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัยเหมาะสม รวมถึงได้รับการพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม

จากนิยามความหมายดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต คือ ความพึงพอใจของบุคคลที่เกิดจากการได้รับการตอบสนองต่อสิ่งที่ต้องการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาสภาพแวดล้อมด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างพอเพียงจนก่อให้เกิดสุขภาพกายและสุขภาพใจที่ดี

### ความสำคัญของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตมีความสำคัญต่อบุคคลและสังคมเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้เพราะผู้ที่มีคุณภาพชีวิตจะช่วยให้ตนเองและสังคมมีความสุข นิสารัตน์ ศิลปะเดช (2539) กล่าวถึงการมีคุณภาพชีวิตว่ามีลักษณะดังต่อไปนี้

1. บุคคลจะมีการดำรงชีวิตในแนวทางที่ดี ใช้วิธีการอันชอบธรรมในการสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ ของตน โดยไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนแก่ตนเองและผู้อื่น
2. บุคคลจะมีการสร้างสรรค์พัฒนา คิดปรับปรุงตนเอง สังคมและสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้นอยู่เสมอ
3. บุคคลจะใช้ภูมิปัญญา เหตุผล และวิธีการแห่งสันติในการแก้ปัญหาต่าง ๆ
4. บุคคลจะมีการยอมรับในคุณค่าและความสำคัญของตนเอง ผู้อื่น สังคมและสิ่งแวดล้อม ทำให้การอยู่ร่วมกันในสังคมมีปัญหาและความขัดแย้งน้อย
5. บุคคลจะเป็นพื้นฐานของครอบครัวและสังคมที่มีความสงบสุข มีความเจริญก้าวหน้า มีเสถียรภาพ ความปลอดภัย ความเป็นปึกแผ่นมั่นคง และความเป็นระเบียบเรียบร้อย

### องค์ประกอบคุณภาพชีวิต

อัจฉรา นวจินดา และ ขจีจรัส ภิรมย์ธรรมศิริ (2532) ให้ความเห็นว่า องค์ประกอบหรือปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ควรเป็นปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อการมีสุขภาพกาย สุขภาพจิตของบุคคล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับของการศึกษาแตกต่างกันไป ซึ่งแบ่งเป็น

1. องค์ประกอบหรือปัจจัยระดับจุลภาค อันได้แก่ ปัจจัยสี่ น้ำ อากาศ การศึกษา ความรัก ความมั่นคง ปลอดภัย การมีงานทำ มีรายได้ การมีอิสระ เสรีภาพ การเลื่อนฐานะทางสังคม สุขภาพ และความเจ็บป่วย เกียรติยศ ชื่อเสียง เป็นต้น

2. องค์ประกอบหรือปัจจัยระดับจุลภาคและมหภาคเป็นปัจจัยที่มีเป็นตัวแปรสำคัญ ในการคาดประมาณความมีคุณภาพชีวิตของบุคคลในระดับชุมชนหรือในประเทศได้ เช่น ระดับการดำรงชีวิต (ปัจจัยขั้นพื้นฐาน) ทรัพยากร (ทรัพยากรมนุษย์และธรรมชาติ) ประชากร (โครงสร้างประชากร) ระบบสังคมและการเมือง เป็นต้น

สุพรรณิ ไชยอำพร และ สนิท สมักรการ (2534) กล่าวว่า องค์ประกอบที่จะนำมาซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีประกอบด้วย 13 มิติย่อยคือ

1. ครอบครัว ประกอบด้วยความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวสิ่งแวดล้อมภายใน ภายนอกครอบครัว
2. สังคม ประกอบด้วยความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน ผู้คุ้นเคย การมีส่วนร่วมในสโมสร องค์กร ในสังคม
3. การงาน ประกอบด้วยความมั่นคง ความอิสระ โอกาสในการแสดงความสามารถ โอกาสที่จะก้าวหน้าในการทำงาน รวมทั้งค่าตอบแทนนอกจากนี้รวมถึงความสัมพันธ์ของเพื่อนร่วมงานและสภาพที่ทำงาน
4. สุขภาพอนามัย ประกอบด้วยความแข็งแรงของสุขภาพร่างกาย และการออกกำลังกาย
5. เวลาว่างและการพักผ่อนหย่อนใจ ประกอบด้วยการใช้เวลาในการเล่นกีฬา ทำงานอดิเรก ชมรายการบันเทิงต่าง ๆ และความสะดวกในการเดินทางไปพักผ่อนหย่อนใจ
6. ความเชื่อและศาสนา ประกอบด้วยเสรีภาพในการนับถือ การประกอบพิธีกรรมทางศาสนา ความศรัทธาต่อหลักธรรมทางศาสนา และการปฏิบัติธรรมของสงฆ์
7. ตนเอง ประกอบด้วยความภูมิใจในตนเอง เกี่ยวกับความสำเร็จในชีวิตทางด้านการงาน การศึกษา และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นรวมทั้งความเชื่อมั่นในตนเอง
8. สาธารณสุข ประกอบด้วยทำให้การบริการสถานพยาบาล ความสามารถของแพทย์และพยาบาล การใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
9. การบริโภคสินค้า และการบริการต่าง ๆ ประกอบด้วย ความหลากหลายของสินค้า คุณภาพสินค้า ราคาสินค้า
10. ทรัพย์สิน ประกอบด้วย บ้าน เฟอร์นิเจอร์ สิ่งอำนวยความสะดวก ยานพาหนะ
11. ท้องถิ่น ประกอบด้วย การให้บริการของชุมชนทางด้านสาธารณสุข สาธารณภัย สาธารณูปโภค การศึกษา การขนส่ง และสวัสดิการอื่น ๆ

12. รัฐบาลไทย ประกอบด้วย นโยบาย และการบริหารงานด้านเศรษฐกิจสังคม ความสัมพันธ์กับต่างประเทศ

13. ชีวิตในเมืองไทย ประกอบด้วย สิทธิพื้นฐานในการได้รับข่าวสาร ความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ความยุติธรรมในกระบวนการยุติธรรม คุณภาพการศึกษา การอนุรักษ์สภาพแวดล้อมธรรมชาติ

นิพนธ์ คันธเสวี (2537) ให้ความเห็นว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่ดีน่าจะอยู่ประกอบด้วย 1) มีอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม 2) มีสุขภาพอนามัยที่ดี 3) มีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน 4) มีความสะดวกสบายในการดำรงชีวิต 5) มีการศึกษาดี 6) ครอบครัวมีความสุข 7) มีงานที่ดีเป็นที่พอใจ 8) มีสภาพแวดล้อมที่ดีสะอาด 9) มีศีลธรรมและจริยธรรมประจำใจ

### ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิต

คณะกรรมการอำนวยการงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชนบท (2548) ได้ทำการศึกษาสภาวะคุณภาพชีวิตของประชาชนในประเทศนั้น มักจะมุ่งเน้นในเรื่องของการศึกษาสภาพความเป็นอยู่และการดำรงชีวิตของประชาชนในประเทศนั้นเป็นสำคัญซึ่งในประเทศไทยการสำรวจคุณภาพชีวิตของประชาชนก็มีการศึกษาในหลายรูปแบบด้วยกัน และรูปแบบหนึ่งที่ใช้มานานและยังคงอยู่ในปัจจุบัน คือ การศึกษาตามแบบประมวลผลและเทียบเป้าหมาย ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐานของครัวเรือน (จปฐ.) ประจำปี อันเป็นกิจกรรมหนึ่งของงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชนบท (พชช.) ที่จะต้องดำเนินการจัดเก็บข้อมูลพื้นฐาน (จปฐ.) ซึ่งเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบที่กรรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทยได้รับมอบหมายจาก คณะอนุกรรมการแผนพัฒนาระดับภูมิภาคและท้องถิ่น ในคณะกรรมการพัฒนาชนบทแห่งชาติให้ดำเนินการจัดเก็บทุกปี

โดยข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) เป็นข้อมูล que แสดงถึงลักษณะของสังคมไทยที่พึงประสงค์ตามเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำของเครื่องชี้วัด ว่าอย่างน้อยประชาชนชาวไทยรวมถึงชุมชนไทยควรมีคุณภาพชีวิตในเรื่องใด ระดับไหนบ้าง ซึ่งจะเอื้อประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตของประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาตนเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคม อันเป็นนโยบายที่สำคัญในการพัฒนาประเทศ

คณะอนุกรรมการแผนพัฒนาระดับภูมิภาคและท้องถิ่น ในคณะกรรมการพัฒนาชนบทแห่งชาติ กำหนด เครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.)ที่จะใช้จัดเก็บข้อมูลในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 (2545-2549) 6 หมวด 37 ตัวชี้วัด ได้แก่

หมวดที่ 1 สุขภาพดี (ประชาชนมีสุขภาพอนามัย) มี 11 ตัวชี้วัด ได้แก่

1. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด และฉีดวัคซีนครบ
2. แม่ที่คลอดลูกได้รับการทำคลอด และดูแลหลังคลอด
3. เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักไม่ต่ำกว่า 2,500 กรัม
4. เด็กแรกเกิดถึง 1 ปีเต็ม ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคครบ
5. เด็กแรกเกิดได้กินนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 4 เดือนแรกติดต่อกัน
6. เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ได้กินอาหารอย่างเหมาะสมและเพียงพอ
7. เด็กอายุ 6-15 ปี ได้กินอาหารอย่างถูกต้องครบถ้วน
8. เด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคครบ
9. ทุกคนในครัวเรือนได้กินอาหารที่มีคุณภาพถูกสุขลักษณะปลอดภัย และได้มาตรฐาน
10. คนในครัวเรือนมีความรู้ในการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสม
11. คนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี

หมวดที่ 2 มีบ้านอาศัย (ประชาชนมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม) มี 8 ตัวชี้วัด  
ได้แก่

12. ครัวเรือนมีความมั่นคงในที่อยู่อาศัยและบ้านมีสภาพคงทนถาวร
13. ครัวเรือนมีน้ำสะอาดสำหรับดื่มและบริโภคเพียงพอตลอดปี
14. ครัวเรือนมีน้ำใช้เพียงพอตลอดปี
15. ครัวเรือนมีการจัดบ้านเรือนเป็นระเบียบถูกสุขลักษณะ
16. ครัวเรือนไม่ถูกรบกวนจากมลพิษ
17. ครัวเรือนมีการป้องกันอุบัติเหตุอย่างถูกวิธี
18. ครัวเรือนมีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน
19. ครอบครัวมีความอบอุ่น

หมวดที่ 3 ฝึกฝนการศึกษา (ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงบริการด้านการศึกษา) มี 6 ตัวชี้วัด ได้แก่

20. เด็กอายุ 3-5 ปีเต็ม ได้รับการเลี้ยงดูเตรียมความพร้อมก่อนวัยเรียน
21. เด็กอายุ 6-15 ปี ได้รับการศึกษาภาคบังคับ 9 ปี
22. เด็กที่จบการศึกษาภาคบังคับ 9 ปี ได้เรียนต่อมัธยมศึกษาตอนปลาย
23. เด็กที่ไม่ได้เรียนต่อมัธยมศึกษาตอนปลาย ได้รับการฝึกอบรมด้านอาชีพ
24. คนอายุ 15-60 ปีเต็ม อ่านออกและเขียนภาษาไทยได้
25. คนในครัวเรือนได้รับรู้ข่าวสารที่เป็นประโยชน์อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 ครั้ง

หมวดที่ 4 รายได้ก้าวหน้า (ประชาชนมีการประกอบอาชีพและมีรายได้พอเพียงต่อการดำรงชีวิต) มี 3 ตัวชี้วัด ได้แก่

26. คนอายุ 18-60 ปีเต็ม มีการประกอบอาชีพและมีรายได้
27. คนในครัวเรือนมีรายได้เฉลี่ยไม่ต่ำกว่าคนละ 20,000 บาทต่อปี
28. ครัวเรือนมีการเก็บออมเงิน

หมวดที่ 5 ปลูกฝังค่านิยมไทย (ประชาชนมีการปลูกฝังค่านิยมให้กับตนเองเพื่อให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น) มี 5 ตัวชี้วัด ได้แก่

29. คนในครัวเรือนไม่ติดสุรา
30. คนในครัวเรือนไม่สูบบุหรี่
31. คนอายุ 6 ปีขึ้นไปทุกคนปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
32. คนสูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคนในครัวเรือน
33. คนพิการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคนในครัวเรือน

หมวดที่ 6 ร่วมใจพัฒนา (ประชาชนมีจิตสำนึกและร่วมกันรักษาสิทธิของตนเอง เพื่อประโยชน์ของชุมชนหรือท้องถิ่น) มี 4 ตัวชี้วัด ได้แก่

34. ครัวเรือนมีคนเป็นสมาชิกกลุ่มที่ตั้งขึ้นในหมู่บ้าน ตำบล
35. ครัวเรือนมีคนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นเพื่อประโยชน์ของชุมชนหรือท้องถิ่น
36. ครัวเรือนมีคนเข้าร่วมทำกิจกรรมสาธารณะของหมู่บ้าน
37. คนที่มีสิทธิ์ไปใช้สิทธิ์เลือกตั้ง

## แนวคิดหลักของการสาธารณสุขมูลฐาน

### ความสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐาน

นโยบายพัฒนาชนบทและเขตเมืองเป็นนโยบายที่สำคัญของรัฐบาล ในอันที่จะทำให้ประชาชนที่มีฐานะยากจน คือการศึกษา และมีสถานภาพทางสุขภาพต่ำ ให้มีความเป็นอยู่ดีขึ้น ส่วนที่คืออยู่แล้วก็ให้รักษาระดับไว้หรือพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นไป ทั้งนี้เพราะรัฐบาลเล็งเห็นว่าสุขภาพอนามัยของประชาชนเป็นสิ่งสำคัญที่จะเอื้อต่อการพัฒนาประเทศ ดังนั้น รัฐบาลจึงได้เร่งระดมทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดมาดำเนินการในการให้บริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชน แต่บริการสาธารณสุขเหล่านั้น ยังไม่สามารถครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ได้ ทั้งนี้เพราะงบประมาณส่วนใหญ่นำไปใช้ในการจัดสร้างสถานบริการสาธารณสุขต่าง ๆ ตลอดจนวัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกในการจัดบริการสาธารณสุข นอกจากนี้งบประมาณจำกัดแล้ว การกระจายบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขยังอยู่ในสภาพที่ไม่สมดุลกันอีกด้วย โดยยังกระจุกตัวอยู่ในเมืองหลวงหรือตามเมืองใหญ่ และประชาชนยังขาดความรู้ในเรื่องสุขภาพอนามัยและประโยชน์ของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่มีอยู่ ด้วยเหตุนี้บริการสาธารณสุขที่รัฐจัดให้จึงเป็นบริการที่ไม่สามารถที่จะแก้ปัญหาได้ทัน ถ้าหากไม่หากวิธีในการแก้ปัญหาเสียใหม่ ซึ่งกลวิธีนั้นก็คือ กลวิธีในการพัฒนาประชาชนให้เกิดความรู้ความสามารถที่จะช่วยเหลือ หรือดำเนินการสาธารณสุขที่จำเป็นขั้นมูลฐานหรือขั้นพื้นฐานได้ด้วยตัวของเขาเอง โดยวิธีการอย่างนี้จะมีงานสาธารณสุขที่ประชาชนทำได้และประชาชนทำไม่ได้ รัฐบาลจะทำในสิ่งที่ประชาชนทำไม่ได้ และจะต้องพัฒนาให้ประชาชนเกิดความสามารถทำในสิ่งที่เขาสามารถทำได้ โดยอาศัยวิทยากรต่าง ๆ เมื่อเป็นเช่นนี้พอจะมองเห็นได้ว่าทรัพยากรไม่จำเป็นต้องเพิ่มขึ้นมากมาย แต่บริการสาธารณสุขที่จำเป็นขั้นมูลฐานหรือขั้นพื้นฐานสามารถเข้าถึงประชาชนได้อย่างทั่วถึงทุกคน

ดังนั้นการที่จะขยายบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุมประชากรในชนบทให้ได้มากยิ่งขึ้นนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องนำเอาประชาชนมามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชน และใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นที่มีอยู่ด้วยวิธีหรือเทคโนโลยีที่เหมาะสม ทั้งนี้โดยประสานความคิดและความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ของรัฐอย่างใกล้ชิด ในรูปแบบของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยภาครัฐให้การสนับสนุนเรื่องต่าง ๆ ตลอดจนให้ความรู้ด้านสาธารณสุขที่จำเป็นแก่อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งได้รับการคัดเลือกจากประชาชนในชุมชนของตนเอง แนวความคิดในลักษณะนี้เรียกว่า "การสาธารณสุขมูลฐาน"

การสาธารณสุขมูลฐาน จึงเป็นกลวิธีที่เหมาะสมในอันที่จะสามารถช่วยให้การบริการสาธารณสุขผสมผสานทั้งด้านการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพ สามารถให้การดำเนินการดังกล่าวครอบคลุมประชากรได้อย่างทั่วถึง และสามารถที่จะนำประชาชนส่วนใหญ่มุ่งไปสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้า (ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาคุณภาพภาคประชาชน, 2547)

### แนวความคิดที่ 1

การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นระบบบริการที่เพิ่มเติม หรือเสริมจากสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งจัดบริการในระดับตำบล หมู่บ้าน โดยประชาชน และความร่วมมือของชุมชนเอง การแก้ปัญหาสาธารณสุขดังที่กล่าวมาแล้วในตอนต้น เรามีความจำเป็นที่จะต้องสร้างข่ายของงาน และขยายงานใหม่นอกเหนือไปจากการบริการของโรงพยาบาลและสถานอนามัย หลักการมีอยู่ว่า เราจำเป็นต้องสร้างระบบบริการด้านสาธารณสุขที่ชุมชนจะรับผิดชอบและดำเนินการเองให้ได้ ด้วยความร่วมมือและการสนับสนุนของชุมชนเอง ทั้งนี้รัฐจะต้องเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางด้านวิชาการและงบประมาณ

### แนวความคิดที่ 2

การสาธารณสุขมูลฐานเป็นการพัฒนาชุมชนให้มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้ด้วยตนเอง โดยการที่ชุมชนร่วมมือจัดทำกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาที่ชุมชนเผชิญอยู่ จึงจะถือว่าเป็นงานสาธารณสุขมูลฐาน

การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในลักษณะนี้ ถือว่าชุมชนเป็นตัวจักรร่วมที่สำคัญในเรื่องการสาธารณสุขสำหรับชุมชนเอง โดยที่ชุมชนร่วมมือ ร่วมพิจารณาในการจัดทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อบรรเทาหรือแก้ไขปัญหาที่เขาเผชิญอยู่ เราจึงจะถือได้ว่ามีลักษณะงานสาธารณสุขมูลฐาน ดังนั้นตราบใดที่ชุมชนไม่ได้เข้ามาร่วมมือในการดำเนินงานแล้ว แผนงานและการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานก็จะไม่มีทางประสบผลสัมฤทธิ์

ดังนั้น เพื่อความแน่นอนที่จะให้งานดำเนินต่อไปได้ คือ การทำให้ชุมชนตระหนักและเข้าใจว่านั่นเป็นสิ่งที่ชุมชนต้องมีส่วนร่วมรู้เห็นและรับผิดชอบ เป็นงานของชุมชนเอง และชุมชนเป็นผู้รับผิดชอบในการทำงานนั่นเอง

### แนวความคิดที่ 3

การสาธารณสุขมูลฐาน จะเกิดขึ้นมาได้จะต้องให้ชุมชนรับรู้และทราบว่าปัญหาของชุมชนคืออะไร และร่วมกันพิจารณาถึงแนวทางที่จะแก้ไขปัญหา รัฐมีหน้าที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือให้ชุมชนสามารถวิเคราะห์ปัญหาได้

### แนวความคิดที่ 4

หน้าที่และบทบาทของเจ้าหน้าที่ของรัฐ จะต้องเข้าใจว่าเราไม่ได้ทำงานแทนเขา เขาไม่ทำงานให้เรา แต่เขาทำงานร่วมกันเพื่อให้เกิดการดำรงชีวิตที่ดีของชุมชน (การสาธารณสุขมูลฐาน เท่ากับ การสาธารณสุขของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน)

### แนวความคิดที่ 5

ความร่วมมือของชุมชน" คือ หัวใจของการสาธารณสุขมูลฐาน การสนับสนุนอาจจะเป็นในรูปแบบของแรงงาน แรงเงิน ความร่วมมือ ในการปฏิบัติด้วยความสมัครใจ เพราะมีการมองเห็นและรับรู้ปัญหา ไม่ใช่เป็นเพราะเขาหวังสิ่งตอบแทน

ความร่วมมือของชุมชน คือ หัวใจของงานบริการสาธารณสุขมูลฐาน หากชุมชนคิดและยอมรับว่า นี่เป็นงานของเขา เขาย่อมจะต้องให้ความร่วมมือและสนับสนุนในการวางแผนจัดดำเนินงานกิจกรรมทุกอย่าง เจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นเพียงผู้ชี้แนะให้คำปรึกษาและให้การสนับสนุนในสิ่งที่เขาต้องการเท่านั้น แต่ถ้าหากคิดว่าเรื่องการสนับสนุนควรจะมาจากรัฐทั้งหมด โดยที่ชุมชนไม่มีส่วนร่วมและช่วยเหลือตัวเองแล้ว งานบริการสาธารณสุขมูลฐานย่อมจะไม่ประสบผลสำเร็จและในที่สุดงานนี้ก็กลายเป็นงานของส่วนราชการที่แท้จริง และในเมื่องานนี้ก็กลายเป็นงานของรัฐแล้ว อาสาสมัครย่อมจะเรียกร้องค่าตอบแทนและสิทธิต่าง ๆ ซึ่งรัฐไม่อาจจะตอบสนองการเรียกร้องต่าง ๆ เหล่านั้นได้ ช่องว่างและปัญหาต่าง ๆ ก็จะเกิดขึ้น และการดำเนินงานก็จะประสบความล้มเหลวไปในที่สุด

### แนวความคิดที่ 6

สุขภาพอนามัยที่ดีมีความสัมพันธ์กับฐานะความเป็นอยู่และการดำรงชีวิต ดังนั้นงานบริการสาธารณสุขต้องผสมผสานกับงานพัฒนาด้านอื่น ๆ อาทิ การเกษตร สหกรณ์ การศึกษาและพัฒนาชุมชน เป็นต้น

งานบริการสาธารณสุขที่ดำเนินไปอย่างโดดเดี่ยว ย่อมจะประสบผลสัมฤทธิ์ไม่ได้ ทั้งนี้ เพราะชาวบ้านย่อมมีความห่วงใยในเรื่องปากท้อง หรือการทำมาหากินของเขาเพื่อความอยู่รอดของชีวิต ฉะนั้นหน้าที่ของรัฐ คือการที่จะต้องให้ความช่วยเหลือและส่งเสริมการพัฒนาในด้านอื่น ๆ ร่วมไปด้วย

### แนวความคิดที่ 7

งานสาธารณสุขมูลฐานต้องใช้เทคนิคและวิธีการง่าย ๆ ไม่เกินขอบเขตและกำลังที่ชุมชนจะเข้าใจและนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ได้ เทคนิคที่นำมาใช้ต้องมีความเหมาะสม ประหยัด ราคาถูก และปรับให้เหมาะสมกับสภาพสังคม และสิ่งแวดล้อม

### แนวความคิดที่ 8

งานสาธารณสุขมูลฐาน จะต้องสอดคล้องและอาศัยประโยชน์จากสถาบันหรือระบบชีวิตประจำวันของชุมชน

การบริการสาธารณสุขมูลฐานที่จัดดำเนินงานในหมู่บ้าน จำต้องมีความสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน องค์กรต่าง ๆ ในท้องถิ่น เช่น พระสงฆ์ หมอตำแย ครู อาสาสมัครสาธารณสุข ควรจะได้รับการชักจูงและส่งเสริมให้เข้ามามีส่วนร่วมดำเนินกิจกรรมอันจะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ชุมชน

### แนวความคิดที่ 9

งานสาธารณสุขมูลฐานควรมีความยืดหยุ่นในการที่จะนำมาใช้แก้ไขปัญหาตามความเหมาะสมของสภาพสิ่งแวดล้อมและปัญหาที่ประสบอยู่ ไม่จำเป็นจะต้องเป็นเรื่องที่เหมือนกันทุกหมู่บ้าน

เมื่อชุมชนได้ทำการวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดกิจกรรมที่จะดำเนินเพื่อแก้ไขปัญหาแล้ว เราจะพบเห็นว่า การเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาและกิจกรรมของแต่ละหมู่บ้านจะไม่เหมือนกัน เราจำต้องเคารพเหตุผลและยอมรับการทำงานของเขา ในกรณีที่ชุมชนมองไม่เห็นปัญหาที่เรามองเห็นอยู่ ก็เป็นหน้าที่ที่เราจะต้องทำความเข้าใจให้เขารับทราบปัญหาที่เรามองเห็น ดังนั้นเจ้าหน้าที่ทุกคนจะต้องมีลักษณะเป็นนักสุขศึกษาที่ดี มีความสามารถที่จะโน้มน้าวและชักจูงให้

ชุมชนมองเห็นปัญหาที่เรากล่าวถึงโดยไม่มีการบังคับ ในการนี้บทบาทของเจ้าหน้าที่จะเปลี่ยนแปลงไปจากผู้ให้ความรู้เป็นผู้สนับสนุน และส่งเสริมให้เกิดความต้องการที่จะเรียนรู้

### แนวความคิดที่ 10

บริการสาธารณสุขที่ประชาชนสามารถดำเนินการได้เองในหมู่บ้าน คือ

1. การให้การศึกษาเกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขและวิธีการป้องกันและควบคุมปัญหาเหล่านั้น
2. การส่งเสริมโภชนาการ
3. การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว
4. การจัดหาน้ำสะอาดและการสุขาภิบาล
5. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
6. การควบคุมป้องกันโรคในท้องถิ่น
7. การรักษาพยาบาลโรคง่าย ๆ ที่พบบ่อยในท้องถิ่น
8. การจัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน

### แนวความคิดที่ 11

งานสาธารณสุขมูลฐานต้องมีความเชื่อมโยงกับงานบริการสาธารณสุขของรัฐ ในด้านการให้การสนับสนุน การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาพยาบาล การให้การศึกษาต่อเนื่อง การให้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสาธารณสุข

สรุปว่า งานสาธารณสุขมูลฐานเป็นงานของประชาชนทุกคน ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมกันค้นหาปัญหา ร่วมกันวางแผน ร่วมลงทุน และร่วมปฏิบัติงาน เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนเอง โดยมีเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นผู้สนับสนุนทางด้านวิชาการ

## แนวคิดการดูแลสุขภาพตนเอง

### ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเอง

เอ็อมพร ทองกระจาย (2533) ได้เสนอเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองสรุปได้ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นกระบวนการที่ประชาชนสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ด้วยตนเอง มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) คุ้มครองรักษาภาวะสุขภาพ (health maintenance) การป้องกันโรค การบำบัดรักษาตนเอง ซึ่งรวมถึงการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ (rehabilitation) ภายหลังการเจ็บป่วย กระบวนการดูแลสุขภาพตนเองนี้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตลอดช่วงชีวิตของบุคคลไม่ได้เกิดเฉพาะชั่วคราว

2. การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นระบบการบริการสุขภาพขั้นปฐมภูมิ เป็นฐานล่างสุดหรือนัยหนึ่ง คือ เป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญยิ่งของระบบบริการสาธารณสุข ที่ให้โดยรัฐหรือวิชาชีพทุกระดับนั้น จำเป็นต้องให้สอดคล้องกับสถานการณ์และศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของประชากร

3. การดูแลสุขภาพตนเองในระดับจุลภาค ถือเป็นกระบวนการกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่กระทำโดยประชาชนและระดับมหภาค การดูแลสุขภาพตนเองถือเป็นระบบหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งและมีมาก่อนระบบบริการสาธารณสุขทั้งหมด

มัลลิกา มติโก (2530 อ้างถึง Levin, 1976) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลทั่วไปปฏิบัติ เพื่อให้เกิดประโยชน์ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค และการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย

พิมพัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ (2530, อ้างถึง Noris, 1977) ให้ความหมายการดูแลสุขภาพตนเองคือ กระบวนการที่ประชาชนและครอบครัวมีโอกาสที่จะช่วยเหลือตนเอง และรับผิดชอบตนเองด้านสุขภาพอนามัย ทั้งนี้เนื่องจากประชาชนเล็งเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง โดยมีมูลเหตุผลักดันมาจากความไม่พอใจต่อการรักษาของแพทย์ที่เห็นคนไข้เป็นเพียงวัตถุหรือ “ชิ้นส่วน” ในการรักษาเท่านั้นและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่แพง อีกทั้งตระหนักว่าตนเองก็มีศักยภาพในการพัฒนาความสามารถเพื่อการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองได้

## พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง

มัลลิกา มัติโก (2530) ได้จำแนกขอบเขตการดูแลสุขภาพตนเองออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ (self-care in health) และการดูแลสุขภาพตนเองในภาวะเจ็บป่วย (self-care illness) ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ (Self-care in health) การดูแลตนเองเพื่อสุขภาพอนามัยเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเอง และสมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอเป็นพฤติกรรมที่ทำในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง 2 ลักษณะ คือ

1.1 การดูแลส่งเสริมสุขภาพ (Health Maintenance) เป็นพฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วยสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติ และพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่าง ๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การไม่สูบบุหรี่ การควบคุมอาหาร การตรวจสุขภาพร่างกายเป็นระยะ ๆ เป็นต้น

1.2 การป้องกันโรค (Disease Prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่าง ๆ โดยแบ่งระดับของการป้องกันโรคได้ 3 ระดับ

1.2.1 การป้องกันโรคเบื้องต้น (Primary prevention) เช่น การได้รับภูมิคุ้มกันโรค

1.2.2 การป้องกันความรุนแรงของโรค (Secondary Prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่มุ่งจะขจัดโรคให้หมดไปก่อนที่จะมีอาการของโรคจะรุนแรงมากขึ้น

1.2.3 การป้องกันการแพร่ระบาดของโรค (Tertiary Prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่มีเป้าหมายต้องการยับยั้งการแพร่กระจายของโรคจากผู้ป่วยไปสู่คนอื่น ๆ

2. การดูแลสุขภาพตนเองของแต่ละบุคคลเมื่อเจ็บป่วย (Self-care in illness) หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้น ตั้งแต่บุคคลตระหนักและประเมินผลเกี่ยวกับอาการผิดปกติ ตลอดจนตัดสินใจที่จะกระทำการใดลงไป เพื่อตอบสนองต่ออาการผิดปกติรวมทั้งการตัดสินใจที่จะไม่กระทำการใดเกี่ยวกับอาการนั้น พฤติกรรมการดูแลพฤติกรรมสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย มีองค์ประกอบอย่างน้อย 4 ระดับ คือ

- 2.1 การดูแลสุขภาพตนเองของแต่ละบุคคล (Individual Self-Care)
- 2.2 การดูแลสุขภาพตนเองของครอบครัว (Family Care)
- 2.3 การดูแลสุขภาพโดยเครือข่ายสังคม (Care From the Extended Social Network)
- 2.4 การดูแลสุขภาพโดยกลุ่มหรือบุคคลในชุมชน (Mutual Aid หรือ Self-Help Group)

เมื่อบุคคลตระหนักและรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยอย่างพอเพียง บุคคลจะมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยอยู่ 4 แบบ คือ

1. การตัดสินใจที่จะไม่ทำอะไรเลยเกี่ยวกับอาการผิดปกติ
2. การใช้ยารักษาตนเอง ซึ่งอาจเป็นทั้งการซื้อยากินเอง
3. การใช้ยารักษาตนเองโดยวิธีต่าง ๆ ที่ไม่ใช่การใช้ยา เช่น การนอนพัก และดื่มน้ำอุ่นเมื่อรู้สึกตัวว่าเป็นหวัด เป็นต้น
4. การที่ตัดสินใจที่จะไปหาบุคลากรสาธารณสุข ในกระบวนการของการตัดสินใจที่จะเข้ารับการรักษา และขอคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข แต่บุคคลจะเป็นผู้ตัดสินใจเองที่จะเลือกทำตามคำแนะนำ หรือเปลี่ยนแปลงการดูแลรักษาก็ได้

#### ประเด็นหลักทางแนวคิดการดูแลสุขภาพตนเอง

ทวิทอง หงส์วิวัฒน์ (2533) ได้เสนอประเด็นหรือหลักการดูแลสุขภาพตนเอง ควรประกอบด้วย

1. การมีส่วนร่วม เป็นการตัดสินใจและลงมือปฏิบัติโดยปัจเจกบุคคลและครอบครัว โดยการมีส่วนร่วมของปัจเจกบุคคลในรูปของการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งหลักการมีส่วนร่วมในแนวคิดการดูแลสุขภาพตนเองว่า บทบาทหลักของบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุขอยู่ที่การให้ข้อมูลข่าวสาร และสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยให้บุคคลและครอบครัวทำการตัดสินใจด้วยตนเอง และการจัดการด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ
2. ทรรศนะระบบสาธารณสุข เป็นการพิจารณาการดูแลสุขภาพตนเองเป็นส่วนหนึ่งของระบบสาธารณสุขโดยรวม ประเด็นสำคัญได้แก่ ความสัมพันธ์ที่ต้องสนับสนุนกันระหว่างระบบ

สาธารณสุขกับการดูแลสุขภาพตนเองซึ่งครอบคลุมทั้งบุคคล ครอบครัว ผู้ใกล้ชิด และกลุ่มสนับสนุนทางสังคม นักวิชาชีพแพทย์ และสาธารณสุข ตลอดจนหมอนิคมอื่น ๆ ที่ให้การรักษาโดยจกต้องมึบริการสาธารณสุข และสถานบริการส่งต่ออย่างพอเพียงสำหรับประชาชนที่ภายหลังจากการดูแลสุขภาพแล้วไม่สำเร็จ

3. ภูมิปัญญาท้องถิ่นและการพึ่งตนเอง การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมทำให้ภูมิปัญญาท้องถิ่นกำลังถูกละเลยทิ้งขว้างโดยเจตนา และไม่เจตนาจึงมีความจำเป็นต้องรื้อฟื้นภูมิปัญญาชาวบ้านทางการแพทย์ของสังคมไทยให้มีส่วนเป็นพื้นฐานของการช่วยเหลือตนเองของชาวบ้าน โดยข้อเท็จจริงที่ว่าระบบการแพทย์มีหลายระบบดำรงอยู่ด้วยกันหรือที่เรียกว่า ระบบการแพทย์พหุลักษณะ (Pluralistic Medical System) ดังนั้น การดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกต้องด้วยการรักษาแบบแผนโบราณ และสมุนไพรจะช่วยเพิ่มพูนการพึ่งพิงตนเอง สร้างความมั่นใจ ภาคภูมิแก่มวลชนท้องถิ่นในทรัพยากร และภูมิปัญญาของท้องถิ่น

#### 4. ระดับและรูปแบบของการดูแลสุขภาพตนเอง

4.1 การดูแลสุขภาพตนเองขั้นปฐมภูมิ (Primary Self-Care) เป็นการดูแลสุขภาพตนเองในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ในบริบทโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรมซึ่งนักวิชาชีพสาธารณสุขควรช่วยเสริม (Supplement) โดยสนับสนุนการปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองที่ดีอยู่แล้ว และแก้ไขการปฏิบัติที่เป็นผลร้ายต่อสุขภาพ

4.2 การดูแลสุขภาพตนเองขั้นทุติยภูมิ (Secondary Self-Care) เป็นการดูแลสุขภาพตนเองโดยสถานบริการสาธารณสุขหรือโรงพยาบาล ซึ่งจะทำการกิจกรรมหรือโครงการที่มุ่งให้ความรู้ และฝึกทักษะการดูแลสุขภาพตนเองให้กับผู้ป่วยและญาติพี่น้อง ตลอดจนคนอื่นที่จะมาโรงพยาบาล รูปแบบของการดูแลสุขภาพตนเองทั้งในประเทศกำลังพัฒนาและพัฒนาแล้ว มักมีความโน้มเอียงทางวิชาชีพที่เน้นความสำคัญเฉพาะการทำนุบำรุงสุขภาพและการป้องกันโรค (Health and Disease Prevention) โดยเฉพาะในประเทศตะวันตกได้มีการเน้นความสำคัญของรูปธรรมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่เป็นแบบแผนชีวิตที่ดี

ดังนั้น การดูแลสุขภาพตนเองมีหลักการมาจากการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองให้กับประชาชน การประสานงานในทุกระบบสาธารณสุขกับการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการเน้นภูมิปัญญาท้องถิ่นและการพึ่งตนเอง

## ความหมายการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งความหมายดั้งเดิมของ Holistic มาจากภาษากรีกคือ คำว่า “Holos” หมายถึง “Whole” แปลว่าทั้งหมด ในทางการแพทย์องค์รวมหมายถึง การดูแลสุขภาพทั้งหมด คือ ร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ (Body Mind and Spirit) การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม หรือ การแพทย์ทางเลือกเป็นศาสตร์และศิลป์ในการดูแลสุขภาพ เป็นปรัชญาการสร้างสุขภาพและการรักษาโรค ซึ่งพิจารณาตัวคนรวมทั้งหมดทุกอย่าง คือ ทุกอย่างที่น่ามาประกอบกันเป็นมนุษย์ เป็นชีวิต ไม่ว่าจะป็นร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพที่ดี และความสุขในชีวิต สิ่งสำคัญอีกประการของการแพทย์ทางเลือก หรือการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม คือ มุ่งเน้นให้ผู้เข้ารับการรักษาเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดรักษา หรือปฏิบัติตนเพื่อให้หายจากโรคภัยไข้เจ็บด้วยตนเอง ซึ่งการแพทย์แผนองค์รวม เป็นวิธีการสร้างสุขภาพที่แตกต่างไปจากการแพทย์ในระบบ หรือการแพทย์ทั่วไปตรงที่มีชื่อ “รักษา” อาการของโรคอย่างเดียว หากแต่เป็นผู้ช่วยเหลือแนะนำ หรือนำทางเป็นเสมือนมักคุเทศน์ให้ผู้เข้ารับการรักษาเลือกวิธีการบำบัดที่เหมาะสมให้กับตนเอง รู้จักประเมินตนเอง รักตนเอง ช่วยเหลือตนเองร่วมไปกับการบำบัด รักษาที่ตนเองเลือก ซึ่งจะเป็นการรวมประสานกาย ใจ อารมณ์และจิตวิญญาณเข้าด้วยกัน (ประเวศ วะสี และคณะ, 2536: 9)

นายแพทย์เทวัญ ธาณิรัตน์ (2549) การแพทย์ทางเลือก คือ การแพทย์ที่ไม่ใช่ การแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์อื่น ๆ ที่เหลือถือเป็นการแพทย์ทางเลือกทั้งหมด

หยาดพิรุณ ส่อสืบ (2536) การแพทย์ทางเลือก หมายถึง แนวทางในการรักษาโรคนอกเหนือไปจากการรักษาตามโรงพยาบาลและคลินิก (การรักษาตามโรงพยาบาลและคลินิกเป็นการแพทย์แผนปัจจุบันคนเราเวลาป่วยแล้วไปโรงพยาบาลหรือไปหาแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์จะรักษาโดยใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่ ซึ่งได้แก่ การใช้ยา การผ่าตัดหรือการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ในการรักษา)

สุภาพรณี อัมภมมงคล (2543) การแพทย์ทางเลือก หมายถึง เทคนิคการดูแลสุขภาพหรือวิธีการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่ไม่ใช้การแพทย์แผนปัจจุบัน วิธีการบำบัดโรคโดยการแพทย์ทางเลือกอยู่บนฐานปรัชญาในเรื่อง การปรับสมดุลร่างกายและมองคนเป็นองค์รวมที่เชื่อมโยงเรื่องกาย จิต สังคมและสิ่งแวดล้อมเข้าด้วยกัน ซึ่งเทคนิคหรือวิธีการแพทย์ทางเลือกส่วนใหญ่จะมีลักษณะไม่กระทำต่อร่างกายอย่างรุนแรงหรือไม่ใช้เภสัชภัณฑ์ทางสารเคมี

สรุป การแพทย์ทางเลือก หมายถึง การรักษาโรคหรือความเจ็บป่วยด้วยวิธีการอื่นที่มีขั้นตอนการปฏิบัตินอกเหนือไปจากที่ได้รับการยอมรับในวงการวิทยาศาสตร์การแพทย์

## ประเภทการแพทย์ทางเลือก

การจำแนกการแพทย์ทางเลือกนั้น จำแนกได้หลายแบบ (นายแพทย์เทวัญ ธานีรัตน์, 2549)

### 1. จำแนกตามการนำไปใช้มีดังนี้

Complementary Medicine คือ การแพทย์ทางเลือกที่นำไปใช้เสริมหรือใช้ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

Alternative Medicine คือ การแพทย์ทางเลือกที่สามารถนำไปใช้ทดแทนการแพทย์แผนปัจจุบันได้ โดยไม่ต้องอาศัยการแพทย์แผนปัจจุบัน

2. การจำแนกตามกลุ่มของการแพทย์ทางเลือก หน่วยงานของ National Center of Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) ของสหรัฐอเมริกา ได้จำแนกออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้ เมื่อปี 2005

2.1 Alternative Medical Systems คือ การแพทย์ทางเลือกที่มีวิธีการตรวจรักษา วินิจฉัยและการบำบัดรักษาที่มีหลากหลายวิธีการ ทั้งด้านการให้ยา การใช้เครื่องมือมาช่วยในการบำบัดรักษาและหัตถการต่างๆ เช่น การแพทย์แผนโบราณของจีน (Traditional Chinese Medicine) การแพทย์แบบอายุรเวช ของอินเดีย เป็นต้น

2.2 Mind-Body Interventions คือ วิธีการบำบัดรักษาแบบใช้กายและใจ เช่น การใช้สมาธิบำบัด โยคะ จีกง เป็นต้น

2.3 Biologically Based Therapies คือวิธีการบำบัดรักษาโดยการใช้ สารชีวภาพ สารเคมี ต่าง ๆ เช่น สมุนไพร วิตามิน Chelation Therapy , Ozone Therapy หรือแม้กระทั่งอาหารสุขภาพ เป็นต้น

2.4 Manipulative and Body-Based Methods คือ วิธีการบำบัดรักษาโดยใช้ หัตถการ ต่างๆ เช่น การนวด การดัด การจัดกระดูก Osteopathy ,Chiropractic เป็นต้น

2.5 Energy Therapies คือวิธีการบำบัดรักษาที่ใช้ พลังงาน ในการบำบัดรักษา ที่สามารถ วัดได้และไม่สามารถวัดได้ ในการบำบัดรักษา เช่น การสวดมนต์บำบัด พลังกายทิพย์ พลังจักรวาล เรกิ โยเร เป็นต้น

### หลักการดูแลสุขภาพองค์รวม หรือการแพทย์ทางเลือก

สุวิชัย ปรัชญาปารมิตา (2541: 10-19) การดูแลสุขภาพ หรือการแพทย์แบบองค์รวมได้นำ ศาสตร์ และวิธีการบำบัดรักษาหลายอย่างเข้ามาใช้ในการส่งเสริม ฟื้นฟู สุขภาพ ทั้งทางด้าน โภชนาการ การใช้สมุนไพรรักษา การออกกำลังกาย การใช้พลังรักษา การนวดบำบัด รวมทั้งการจัด พิษในรูปแบบต่าง ๆ ดังนี้

#### 1. อาหาร (โภชนาการ : Nutrition)

โภชนาการ หมายถึง การรับประทานอาหารที่เหมาะสม มีคุณค่าครบ 5 หมู่ คือ แป้ง โปรตีน ไขมัน ผัก ผลไม้ และไขมันในจำนวนที่พอเหมาะ ถูกสุขอนามัย ซึ่งคำว่า “สุขอนามัย” หมายถึง ความ สะอาด และ “ธรรมชาติ” อันหมายถึงกระบวนการซึ่งไม่ถูกขัดขวางจากพลังที่มนุษย์สร้างขึ้น คือ ไม่ผ่านกระบวนการทำลายแหล่งธาตุและเคมีธรรมชาติที่มีอยู่ในอาหาร หรือโดนทำลายน้อยที่สุด ดังนั้นหลักการเบื้องต้นของอาหารเพื่อสุขภาพ จึงได้ถูกคิดค้นขึ้นมาหลายรูปแบบ เพื่อให้อาหารได้ สุขอนามัย สอดคล้องกับความเป็นธรรมชาติมากที่สุด เช่น

##### 1.1 สุขอนามัยธรรมชาติ (Natural hygiene)

สุขอนามัยธรรมชาติ หรือศาสตร์ชีวิต (Life Science) เป็นระบบสุขภาพระบบหนึ่ง ซึ่งกำหนดแนวทางการดำรงชีวิตให้สอดคล้องกับองค์ประกอบตามธรรมชาติ หรือทางชีววิทยาของ เราเป็นการรับประทานอาหารสุขภาพที่มีรสอร่อยตามธรรมชาติ เรียนรู้การรับประทานอาหารตาม ธรรมชาติที่เหมาะสม มนุษย์ก็จะสามารถพัฒนาร่างกายให้มีสุขภาพที่ดี และรักษาตัวเองให้หายจาก โรคภัยไข้เจ็บได้ตามธรรมชาติ “หลักพื้นฐานของอาหารสุขภาพแบบธรรมชาติอยู่ที่ว่า ร่างกาย พยายามขวนขวายเพื่อพาตนเองไปสู่สุขภาพที่ดีเสมอ และจะสามารถทำสำเร็จบรรลุถึงความมีสุขภาพดี

ได้ด้วยการทำความสะอาดตัวเองให้ปลอดภัยของเสียที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย” ซึ่งโปรแกรมอดอาหาร (Fasting) นิยมนำเข้ามาใช้ควบคู่กับโปรแกรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมในงานเพื่อสุขภาพหลายอย่าง

## 1.2 การอดอาหาร (Fasting)

การอดอาหารเพื่อรักษาโรค เป็นกระบวนการซึ่งทำให้ร่างกายขาดอาหาร (ไม่รวมของเหลว) ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งจะเป็นการทำให้ร่างกายมีโอกาสทำความสะอาดตัวเองและสร้างระเบียบ กระบวนการในการเผาผลาญอาหารขึ้นมาใหม่ วิธีการอดอาหารมีหลายแบบ มีทั้งการอดอาหารแบบบริโภคน้ำ คั้นแต่น้ำผลไม้ หรือการจำกัดอาหารบริโภคแต่เฉพาะอาหารอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น รับประทานแต่เฉพาะผลไม้ หรือข้าวเจ้าเพียงอย่างเดียว ภายในระยะเวลาที่กำหนดอาจเป็นวันเดียว หนึ่งเดือน หรือนานกว่านั้น ทั้งนี้ต้องได้รับการดูแลสุขภาพร่างกายอย่างใกล้ชิด การอดอาหารเป็นการจงใจงดเว้นอาหาร ซึ่งแตกต่างจากการขาดอาหาร หรือขาดสารอาหาร คำว่า “อดอาหาร (Fasting)” แปลว่า “ไปโดยไม่มีอาหาร ส่วน “การขาดอาหาร (Starve)” แปลว่า “การตายอย่างเชื่องช้า เพราะความหิว” การอดอาหารถูกนำมาใช้เป็นการปฏิบัติธรรม ถือเป็น การชำระล้างจิตใจ และร่างกายให้บริสุทธิ์มาช้านาน และในกลไกของร่างกายที่ค้นพบอย่างหนึ่งคือ เวลาไม่สบาย คนเราจะไม่อยากรับประทานอาหาร เป็นกลไกอย่างหนึ่งที่ร่างกายใช้เพื่อให้หายจากโรคภัยไข้เจ็บตามธรรมชาติ เพราะยามเจ็บป่วยร่างกายจะระดมพลังงานมาต่อสู้กับโรค จึงเหลือพลังงานมาทำความสะอาดจัดการกับระบบย่อยอาหารน้อยลง ประโยชน์ของการอดอาหาร จะทำให้ร่างกายมีโอกาสได้พักผ่อนจากหน้าที่จำเป็นส่วนใหญ่ เพื่อที่จะให้ร่างกายได้หันมามุ่งฟื้นฟูรักษาตนเอง ทั้งนี้ต้องทำอย่างเหมาะสม เพราะการอดอาหารอาจมีอันตรายได้ เนื่องจากการแพทย์แผนปัจจุบันพบว่า อาจมีการก่อดวงในน้ำดี เพราะมีน้ำดีค้างอยู่เป็นเวลานาน โดยมิได้ถูกนำไปใช้ในการย่อยอาหารอย่างที่ควรทำตามกำหนดเวลารับประทานอาหารปกติ

## 1.3 วิตามินบำบัด (Vitamin Therapy)

เป็นการใช้วิตามิน แร่ธาตุ หรือใช้ทั้งสองอย่างประกอบกัน เพื่อวัตถุประสงค์ในการเยียวยารักษาอาการป่วย วิตามินและแร่ธาตุสามารถป้องกันโรค รวมทั้งป้องกันและแก้ไขปัญหาทางสรีระและทางจิตอื่นๆ ได้ด้วย วิตามินเป็นสารอินทรีย์ที่จำเป็นสำหรับโภชนาการของมนุษย์ ปัจจุบันนี้ มีวิตามินที่ได้รับการรับรองว่าจำเป็นอยู่ 13 ชนิด แม้ว่าวิตามินจะไม่ได้ให้พลังงานแก่ร่างกาย แต่ร่างกายจำเป็นต้องใช้ในปริมาณเล็กน้อยเพื่อสร้างกระบวนการแปรอาหาร ไปเป็นเนื้อหนังและพลังงาน เช่น Vit B1 ช่วยป้องกันโรคเหน็บชา พบสาร ไธอามีน (Vit B1) มากในข้าวที่ไม่มีการขัดขาว Vit B3 ช่วยรักษาอาการผิวหนังเป็นเกร็ด ท้องเสีย และ โรคจิตเสีย สับสน ประสาทหลอน

Vit C รักษาได้หลายโรค; ช่วยป้องกัน โรคลักปิดลักเปิดหรือเลือดออกตามไรฟัน พบในผลไม้รสเปรี้ยว Vit D ช่วยป้องกัน โรคกระดูกอ่อน ส่วนธาตุสังกะสี :สามารถแก้ไขสภาพตาบอดกลางคืน เป็นต้น มีผู้เชี่ยวชาญด้านอาหารหลายสถาบันไม่นิยมให้รับประทานวิตามินสังเคราะห์แต่แนะนำให้รับประทานอาหาร “ครบรูป” แทน ซึ่งจะให้วิตามินตามธรรมชาติที่ดีที่สุด

#### 1.4 อาหารสูตรครบรูป (Whole Food Diet)

อาหารสูตรครบรูปเป็นแผนการทางโภชนาการที่ใช้อาหารธรรมชาติบริสุทธิ์ และครบหมดทุกส่วนในการต่อสู้กับโรค รักษาสุขภาพที่ดีและดูแลทางเคมีของร่างกาย คำว่า “อาหารครบรูป” หมายถึง การรับประทานอาหารทั้งหมดครบถ้วน โดยไม่ผ่านกระบวนการปรุงแต่งใดๆ รับประทานเนื้อสัตว์ป่า หรือเนื้อสัตว์ที่เลี้ยงโดยไม่ใช้สารเคมีใดๆ จะได้รับแหล่งธาตุเคมีธรรมชาติที่บริสุทธิ์ที่สุด ไม่เกิดพิษหรืออันตรายที่ส่งผลต่อระบบอาหารทางนิเวศน์วิทยา สรุปได้ว่า ยิ่งเรากินอาหารธรรมชาติที่บริสุทธิ์ สด และครบถ้วนมากเพียงไร เราก็จะยังมีโอกาสที่จะรักษาสุขภาพที่ดีและหลีกเลี่ยงโรคภัยไข้เจ็บได้มากเพียงนั้น

## 2. การออกกำลังกาย

### 2.1 จี้กง (Qi Gong)

จี้กง หรือชี่กง เป็นการออกกำลังกายอย่างหนึ่งของคนจีนโบราณ ซึ่งช่วยสร้างความสมดุลและพลังชีวิตภายในร่างกาย เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ความสมบูรณ์พร้อมของร่างกาย และเพื่อเป็นยาอายุวัฒนะ รักษาโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ คำว่าชี่กง ในภาษาจีน แปลว่า “การฝึกหายใจ” ดังนั้นปัจจัยหลัก ๆ ของการออกกำลังกายแบบชี่กง คือ

#### 2.1.1 การวางระเบียบร่างกาย (จัดท่าทางตรงตัว)

#### 2.1.2 การวางระเบียบความคิดจิตใจ

#### 2.1.3 การวางระเบียบของการหายใจ

สามปัจจัยนี้ส่งผลกระทบต่อกันและกัน ทำให้เกิดการผ่อนคลาย การเสริมสร้างความแข็งแกร่ง และเป็นการฝึกตนภายใน มีการเคลื่อนไหว เป็นจังหวะหมุนวนอย่างนุ่มนวล ประโยชน์ จี้กงช่วยให้ระบบย่อยอาหารดีขึ้น เพราะมีการเคลื่อนไหวที่กระตุ้นการทำงานของระบบ

ทางเดินอาหารและการหลั่งน้ำย่อย แก่ท้องผูกและความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ การฝึก  
จิตใจในขณะที่อยู่ในภาวะสงบนิ่งผ่อนคลายจะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ความถี่ในการหายใจ  
น้อยลง และร่างกายใช้ออกซิเจนน้อยลง

## 2.2 โยคะ (Yoga)

โยคะ เป็นวิธีหรือระบบการพัฒนาทางสรีระ ความคิดจิตใจ และจิตวิญญาณ โดยการ  
นำเอาคำสอนในคัมภีร์พระเวทย์ของอินเดียโบราณมาประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติ เทคนิคของศาสตร์  
และศิลป์นี้คือพยายามสร้างความสมดุลย์ให้แก่ทุกแง่มุมของร่างกาย อันประกอบไปด้วยร่างกาย  
ความคิดจิตใจ และจิตวิญญาณ ที่ประสานรวมกันอย่างผสมกลมกลืน คำว่า “โยคะ” มาจากภาษา  
สันสกฤตคือ “ยูจ(Yuj) หมายถึง การรวม หรือ การบรรจบเข้าด้วยกัน พื้นฐานความมีสุขภาพดีแห่ง  
ร่างกายในแง่สรีระเรียกว่า หะระโยคะ ซึ่ง “หะระ” หมายถึง “พลัง” เป้าหมายของหะระโยคะคือ  
กำจัดแหล่งต้นตอของสุขภาพที่เลว ก่อนที่มันจะสร้างความผิดปกติขึ้นมา ซึ่งเชื่อว่าการได้รับออกซิเจน  
ไม่เพียงพอ อาหารและโภชนาการที่เลว การออกกำลังกายไม่เพียงพอ และการขาดของเสียที่ไม่ดี  
คือสาเหตุของโรค และเทคนิคการหายใจถือเป็นเรื่องที่มีความสำคัญยิ่งสำหรับโยคะ ทำให้ผู้ฝึกโยคะ  
สามารถควบคุมทั้งร่างกายและความคิดจิตใจ ให้ผ่อนคลาย ลดความหงุดหงิด ภาวะวุ่นวาย มี  
สมาธิดีขึ้น และมีออกซิเจนในโลหิตเพิ่มขึ้น

## 3. การใช้ยาสมุนไพร (Herbal Medicine)

### 3.1 โฮมิโอพาธี (Homeopathy)

การรักษาโรคด้วยการกระตุ้นภูมิคุ้มกัน “เป็นกรรมวิธีการใช้พืชและแร่ธาตุที่จัดเตรียม  
หรือปรุงขึ้นมาเป็นพิเศษในปริมาณเล็กน้อย มากระตุ้นกลไกการป้องกันตนเองของร่างกาย และกระตุ้น  
ให้เกิดกระบวนการเยียวยารักษาตัวเองเพื่อให้ตนเองหายจากโรค”ตามกฎของ “Law of Similarity”  
คือกฎของความคล้ายคลึงกัน คือ สิ่งที่คล้ายกัน หายได้ด้วยสิ่งที่คล้ายกัน คือ สารหรือยาปรุงใด ๆ ก็  
ตามที่กระตุ้นให้คนที่มีความสุขดีทานแล้วก่อให้เกิดอาการป่วย อย่างไม่อย่างหนึ่งขึ้นมา สารนั้นก็  
สามารถแก้อาการอย่างเดียวกันนั้นได้ เมื่อเอาไปให้คนที่ป่วยด้วยอาการนั้นรับประทาน

### 3.2 คันธบำบัด (Aromatherapy)

การบำบัดด้วยน้ำมันหอม หรืออาโรมาเธอราพี คือการบำบัดรักษาโรคโดยใช้น้ำมันหอมบริสุทธิ์ หรือกลิ่นหอมที่สกัดออกมาจากดอกไม้ ใบไม้ ก้านใบ ดอกและราก หรือผลของต้นไม้ ซึ่งเป็นหัวน้ำมันหอมบริสุทธิ์ของสมุนไพรในรูปแบบที่มีพลังบำบัดรักษาที่ดีที่สุด อาโรมาเธอราพีมีประโยชน์โดยตรงแก่ร่างกายและจิตใจ ทั้งจากการซึมซับเข้าทางผิวหนังโดยการนวด และด้วยการสูดดม การอบ อาบแช่ และการประคบ

มนุษย์เราใช้เครื่องหอมเป็นแนวทางการบำบัดกายและใจมายาวนานอย่างไม่รู้สึกรู้สึกรวมถึงอียิปต์โบราณมีการใช้เครื่องหอมในการรักษาศพ ทำเครื่องสำอาง ทำยา และใช้ในพิธีกรรมทางศาสนามากมาย จวบจนปัจจุบันการบำบัดรักษาโรคด้วยเครื่องหอมสมัยใหม่ หรืออาโรมาเธอราพีได้เข้ามามีบทบาทอย่างมากในงานการดูแลเพื่อสุขภาพ เพราะน้ำมันหอมระเหยเป็นสารที่มีความสลับซับซ้อน และมีประสิทธิภาพและผลโดยตรงต่อร่างกาย คือเมื่อสูดดมเข้าไปแล้ว ร่างกายจะทำปฏิกิริยาที่สมองส่วนลิมบิก (Limbic system) จะส่งฮอร์โมนความรู้สึกสุขกาย สบายใจออกมา และหากซึมเข้าผิวหนัง โมเลกุลเหล่านี้จะเข้าสู่กระแสโลหิตแล้วทำหน้าที่บำบัดรักษาอาการป่วยไข้ตามชนิดต่างๆของน้ำมันหอมระเหยอย่างมีประสิทธิภาพ

### 4. วารีบำบัด (Hydrotherapy)

ธารบำบัด หรือวารีบำบัด (Hydrotherapy) เป็นการใช้น้ำ นำคุณสมบัติของน้ำมาใช้เพื่อรักษาโรค รักษาอาการเจ็บป่วย มีทั้งแบบใช้น้ำร้อน น้ำเย็น น้ำจืด น้ำแร่ คำว่า Hydrotherapy มาจากภาษากรีกคือ “Hudro / hydro” แปลว่า “น้ำ” ส่วนคำว่า “therapeutikos / therapia” แปลว่า การดูแลการบำบัดรักษา

การใช้น้ำเพื่อการบำบัดเป็นศาสตร์ที่สืบทอดกันมาจากยุคกรีกและโรมัน ซึ่งนิยมใช้น้ำแร่ (น้ำพุร้อนตามธรรมชาติ มีปริมาณแร่ธาตุสูง ซึมเข้าสู่ร่างกายทางผิวหนังทำให้รักษาสุขภาพร่างกายให้ดี) ในการอาบแช่มาตั้งแต่สมัยโบราณ ต่อมาได้แพร่ไปสู่ยุโรปตะวันออก มีการอาบน้ำแบบตุรกี (เตอร์กิกิช บาส= Turkish Bath) หมายถึงการแช่ที่ร้อนจัดก่อนจะได้รับการนวด แล้วปิดท้ายด้วยการแช่หรือว่ายน้ำที่เย็นจัด ต่อมาได้มีการพัฒนาเป็นการอบไอน้ำแบบรัสเซีย (Russian Bath) และการอบชาน้ำแบบฟินแลนด์ (Finnish Bath) กลายเป็นที่นิยมกันในปัจจุบันนี้

กรรมวิธีการใช้น้ำในการบำบัดให้ได้ประสิทธิภาพต่อร่างกายมีความรู้สึกระปรี้กระเปร่า ผ่อนคลายความตึงเครียด เมื่อยล้า จะใช้หลักการเข้าน้ำร้อนและเย็นจัดสลับกัน เรียกว่าใช้ความแตกต่างของอุณหภูมิ และแรงดันที่ต่างกันส่งผลต่อการตอบสนองของร่างกาย ความร้อน (hyperthermia) ช่วยกระตุ้นการหมุนเวียนโลหิต เส้นเลือดขยายตัว เพิ่มออกซิเจนให้กับเนื้อเยื่อและกำจัดของเสียจากร่างกาย ส่วน ความเย็นช่วยกระตุ้นเร้าเช่นกัน เส้นเลือดหดตัว ทำให้เกิดความสดชื่น แจ่มใส กระปรี้กระเปร่า เสริมสร้างร่างกาย ทั้งหมดนี้เป็นการรุกร้ากระตุ้นที่ให้ผลและประโยชน์สืบเนื่องที่แตกต่างกัน

## 5. การใช้พลัง

5.1 เรกิ (Reiki) หรือพลังจักรวาล เป็นการฟื้นฟูพลังชีวิตจากธรรมชาติ และสร้างความสมดุลของพลังงาน ในร่างกาย เป็นระบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมตามแนวธรรมชาติ ใช้เทคนิคโดยการเอามือของผู้ให้การบำบัดวางลงที่ร่างกายผู้เข้ารับการบำบัดเฉยๆ และส่งสัมผัส พลังงานผ่านมือไปสู่ตัวผู้เข้ารับการบำบัดทั้งที่ร่างกาย ความคิด และจิตวิญญาณ โดยจะรู้สึกถึงความร้อนที่แผ่ออกมาจากมือผู้บำบัด ซึ่งเรกีนี้นี้ไม่ใช่เทคนิคการนวด แต่ในการนวดบำบัด หรือการรักษาทาง Holistic Health นำเรกิเข้ามาใช้เพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการบำบัดรักษาให้ดีขึ้น

เรกิ เป็นภาษาญี่ปุ่น หมายถึง พลังแห่งจิตวิญญาณ เป็นพลังงานที่อยู่รอบๆตัวเรา  
 “เร” แปลว่า จิตวิญญาณที่ล่องพ้นจากภพนี้ไปแล้ว หรือ จักรวาล  
 “กิ” แปลว่า พลังงานที่เป็นพลังงานชีวิตที่สำคัญยิ่ง

## 5.2 สร้างความสมดุลให้แก่จักระ (Chakra Balancing)

สร้างความสมดุลให้แก่จักระ(จักรา) คือการขจัดสิ่งทีปิดกั้นพลังงานออกไปจากจักระ โดยใช้วิธีการต่างๆอาจเป็นการทำสมาธิ การใช้เรกิ การใช้หิน หรือสีในการบำบัด ซึ่งจะส่งผลให้พลังงานที่ถูกขัดขวางอยู่ตามจักรต่างๆให้เกิดความสมดุล และประสานกลมกลืนขึ้นมาได้อีก

คำว่า “จักร” ในภาษาฮินดี สันสกฤต หมายถึง “สิ่งที่หมุน” หรือ “กงล้อ” ซึ่งบ่งชี้ว่า ศูนย์กลางของพลังเหล่านี้ก็คือ กงล้อแห่งพลังงาน ตามปรัชญาโยคะโบราณกล่าวว่า จักรเป็นศูนย์ของพลังเร้นลับที่ให้พลังชีวิตและควบคุมร่างกาย มีทั้งหมด 7 จักร คือจักรราก จักรสะดือ จักรลิ้นปี่ จักรหัวใจ จักรคอ จักรตา จักรมงกุฏ

### 5.3 การรักษาโรคด้วยรัศมีกาย (Aura Therapy)

เป็นการแพทย์นอกระบบที่เกิดจากความเชื่อและศรัทธาว่า รัศมีกาย หรือออราคือ สนามแม่เหล็กที่อยู่รอบๆตัวเรา ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กับรัศมีกายที่อยู่ล้อมรอบตัวเรา เทคนิคการมอง รัศมีกายว่าเป็นเช่นไรมีพลังงานชีวิตดีหรือไม่ มีความเจ็บป่วยทางกายหรือใจ เกิดได้จากการใช้ กระแสจิต หรือดิ่งพลังจิตเข้าไปตรวจสอบคลื่นพลังงานที่กระจายออกมาจากตัวคน หรืออาจใช้ เครื่องก้องตรวจวัดชนิดพิเศษ ซึ่งทางการแพทย์แผนปัจจุบันยังไม่เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวาง เพราะบางครั้งก็ไม่อาจตรวจพบได้เสมอไป

## 6. การฝึกความคิด (Health & Mind Thinking)

### 6.1 การทำสมาธิ (Meditation)

การทำสมาธิคือ “การทำจิตให้ว่าง หันเห็ดความสนใจไปสู่แง่มุมความสงบที่กระจ่างชัด ของธรรมชาติภายในของตัวเอง ด้วยความตั้งใจ” ซึ่งในการบำบัดรักษาหลายรูปแบบใช้การทำสมาธิในกระบวนการเยียวยารักษาโรค เป็นการฝึกจิตให้ว่าง สงบ ด้วยการดึงความคิดของตัวเองให้ออกจากสถานการณ์ในขณะนั้น โดยวิธีการเพ่งความคิดของตัวเองไปรวมไว้จุดใด จุดหนึ่ง หรือการกำหนดลมหายใจเข้า ออก เป็นต้น การทำสมาธิต้องอาศัยปัจจัย 4 ประการ คือ สถานที่ที่เงียบสงบ, ต้องอยู่ในท่าที่สบาย, ทำร่างกายและจิตใจให้ผ่อนคลาย และมุ่งความสนใจไปที่จุดใดจุดหนึ่ง หรือสิ่งเดียว

การทำสมาธิแบ่งเป็น 4 ประเภท ขึ้นกับการฝึกส่วนต่างๆของร่างกายหรือจิตใจ โดยใช้กลไกการควบคุมและปล่อยวางเป็นตัวกำหนดปัจจัยให้บรรลุถึงภาวะสมาธิ

6.1.1 การควบคุมร่างกาย-เกี่ยวกับการวางท่า กระดูกสันหลังตรง นั่งไม่เคลื่อนไหว

6.1.2 การควบคุมความคิด-ใช้การเพ่ง, ครุ่นคำนึง การนึกภาพ การใช้เสียงสวดมนต์ ให้เกิดสมาธิ

6.1.3 การปล่อยวาง- ผ่อนคลายความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ เคลื่อนไหวร่างกาย  
อย่างอิสระ

6.1.4 การปล่อยวางความคิดจิตใจให้นิ่ง และเปิดใจรับสิ่งใด ๆ ก็ตามที่จะเข้ามา  
(ปล่อยใจให้เปิด)

ประโยชน์ของการทำสมาธิทางสรีระพบว่าช่วยส่งเสริมคลื่นสมอง เฮลฟ่า และเบต้า  
ซึ่งช่วยทำให้ร่างกายมีความสมดุล ส่งเสริมระดับความคิดให้เกิดการเยียวยารักษาตนเอง ลดความ  
ดันโลหิต ความเจ็บปวดและความเครียด อีกทั้งนักวิทยาศาสตร์พบว่าสมองซีกซ้ายที่พัฒนาเกี่ยวกับ  
อารมณ์ การควบคุมตนเองให้มีความสุข แจ่มใสอยู่ในเกณฑ์ที่ดีมากในกลุ่มพุทธมามกะ

## 6.2 การสะกดจิต (Hypnotherapy)

การรักษาโรคด้วยการสะกดจิตหรือฮิปโนเธราพี เป็นการสะกดจิต ทำให้เกิดภาวะ  
ระหว่างจิตถูกกดให้อยู่ในภวังค์ คือภาวะที่การรับรู้และจิตสำนึกเปลี่ยนแปลงไป ความสัมพันธ์ระหว่าง  
การทำงานของจิตสำนึกและจิตใต้สำนึกในระหว่างปกติและภาวะการสะกดจิต จะกลับกัน ในภาวะ  
ยามตื่นตามปกติ ความคิดที่มีจิตสำนึกหรือโดยตั้งใจ จะมีบทบาทเด่นเป็นหลัก (จิตใต้สำนึกจะเป็น  
รอง) ส่วนภายใต้การสะกดจิต ความคิดของจิตใต้สำนึกหรือไม่ได้ตั้งใจ/โดยไม่รู้ตัว จะมีบทบาท  
เด่นเป็นหลัก (จิตสำนึกเป็นรอง) การนำเอาการสะกดจิตมาปรับใช้ในทางปฏิบัติมีอยู่กว้างขวางใน  
วงการแพทย์ ทั้งด้านวิสัญญี ศัลยกรรม จิตเวช เพื่อบรรเทาความกระวนกระวาย ลดความเจ็บปวด  
ใช้ช่วยในการฟื้นตัวทางจิตใจอื่นๆอีกมากมาย

## 7. การนวดบำบัด (Massage Therapy)

7.1 การระบายน้ำเหลืองด้วยการนวด (Manual Lymphatic Drainage) เป็นเทคนิคการนวด  
แบบยุโรป จะช่วยให้ร่างกายผ่อนคลาย และช่วยกำจัดของเสียที่สะสมอยู่ตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย  
ให้ระบายไปยังต่อมน้ำเหลือง และขับออกจากร่างกายในที่สุด

7.2 การนวดแบบสวีดิช (Swedish Massage) เป็นการนวดเพื่อการหมุนเวียนโลหิตและ  
ใช้เทคนิคการนวดแบบระบายน้ำเหลืองและสูกนธบำบัดร่วมด้วย เพื่อช่วยให้ร่างกายเกิดความ  
ผ่อนคลาย

7.3 การนวดไทย (Thai Massage) หรือเรียกอีกอย่างว่า อายูรเวท เป็นการนวดที่สืบทอดกันมาตั้งแต่อดีต โดยเชื่อว่าร่างกายประกอบด้วยสิ่งจากธรรมชาติ คือ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม และธาตุไฟ ซึ่งหากธาตุใดธาตุหนึ่งผิดปกติไป จะส่งผลให้ธาตุอื่นๆ ผิดปกติด้วย ท้ายที่สุดร่างกายจะเกิดโรคขึ้นมา การนวดจะนวดไปตามเส้นประธานสิบ ซึ่งเป็นแนวเส้นทางเดินของระบบประสาท วิธีการนวดทำได้โดยการกด การบีบ การคลึง การถู เป็นต้น

7.4 การนวดฝ่าเท้า (Reflexology) หรือ โซนเธอราปี (Zone therapy) ศาสตร์นี้เชื่อว่าที่ฝ่าเท้าจะมีเขตสะท้อนของอวัยวะต่างๆ เปรียบเสมือนกระจกเงาในร่างกาย ดังนั้นการกดจุดบนฝ่าเท้าจะเป็นการกระตุ้นให้อวัยวะต่างๆ ทำงานได้ดีขึ้น

7.5 ชิอัตสุ (Shiatsu) เป็นศาสตร์การนวดของญี่ปุ่น โดยการกดนิ้วลงบนจุดต่างๆ ที่เรียกว่า ซูโบ (Subo) ไปตามแนวเส้นทางพลังงานที่ถูกปิดกั้นตามแนวคิดแบบโบราณของญี่ปุ่น นำมาใช้เพื่อให้การไหลเวียนของพลังงานในร่างกายดีขึ้น การบำบัดจะอาศัยหลักของหยิน และหยางควบคู่กันไปด้วย

## 8. การขจัดพิษ (Detoxification)

การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมจัดเป็นการ Detoxification หรือการขจัดพิษออกจากร่างกายวิธีหนึ่ง ซึ่งการขับสารพิษออกจากร่างกายทางธรรมชาติมีอยู่หลายวิธีด้วยกัน เช่น ทางทวารหนัก ทางผิวหนัง จมูก หู ตา ส่วนการขจัดพิษทางการแพทย์ซึ่งเป็นที่ยอมรับในหลักการบำบัดรักษาโรคสามารถจำแนกได้ดังต่อไปนี้ คือ การสวนล้างลำไส้ใหญ่ (Colon Thertapy), การใช้น้ำและการใช้ความร้อน (Hydropatic Treatment), การออกกำลังกาย (Peak Out), การนวดบำบัด (therapeutic Massage), การฝึกหายใจ, การใช้ยาเอ็นไซม์ และการให้เลือด (Blood Trasfusion) หลักการทั้งหมดนี้เป็นศาสตร์ที่ช่วยในการกำจัดของเสียออกจากร่างกายที่ดี เพราะช่วยให้เกิดการไหลเวียนโลหิต กระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันต้านทาน ช่วยขจัดอนุมูลอิสระ (Free radical) ให้เร็วขึ้น

การสวนล้างลำไส้ใหญ่ (Colon Therapy) โคลอนเธอราพี (Colon Therapy) คือการทำ ความสะอาดและล้างพิษลำไส้ใหญ่ด้วยการกำจัดของเสียที่หมักหมมอยู่ในลำไส้ใหญ่ โดยการใช้ น้ำบริสุทธิ์ กาแฟบริสุทธิ์ หรือสมุนไพร/สาร(ตัวยา) บางชนิดสวนชำระล้างเข้าไปในลำไส้ใหญ่เริ่มต้นด้วยการฉีดน้ำสวนทวารเข้าไปในทวารหนักหรือส่วนเร็กตัม (Rectum) ลำไส้ใหญ่ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ ซีคัม ตัวลำไส้ใหญ่ และเร็กตัมหรือไส้ตรง มีความยาวทั้งสิ้นประมาณ 5 ฟุต การล้างลำไส้ใหญ่ล้างได้เพียงครั้งเดียวของความยาว 5 ฟุตของลำไส้

จุดประสงค์การล้างลำไส้ใหญ่เพื่อกำจัดของเสียที่หมักหมมเป็นมูก หรือสารพิษที่ตกค้าง อยู่ในร่างกายให้ออกไปเป็นการล้างพิษทางทวารหนัก วิธีการที่นิยมคือการใช้น้ำกาแฟบริสุทธิ์สวน เข้าไปทางทวารหนัก กาแฟมีสารคาเฟอีนจะไปกระตุ้นการทำงานของตับให้ขับหลังของเสียหรือ Toxin ออกมามากขึ้น และร่างกายจะกำจัดมันออกโดยถ่ายน้ำกาแฟที่สวนทิ้งทางทวารหนัก ระหว่าง การสวนลำไส้ใหญ่จะมีการนัดท้องร่วมไปด้วยเพื่อกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวลำไส้ใหญ่ สามารถ ขับของเสียที่เป็นตะกอนตกค้างอยู่ได้ง่ายขึ้น แต่ข้อห้ามคือห้ามทำในผู้ที่มีประวัติผ่าตัดลำไส้, มี เลือดออกหรือ เป็นแผลในลำไส้ใหญ่ และทางทวารหนัก ส่วนผู้ที่เคยผ่าตัดไส้ติ่งควรปรึกษาแพทย์ และทำด้วยความระมัดระวัง

สรุป การแพทย์ทางเลือก ได้แก่ การดูแลเรื่องโภชนาการ การออกกำลังกาย การใช้ยาสมุนไพร วาริบำบัด การใช้พลัง การฝึกความคิด การสะกดจิต การนวดบำบัด การขจัดพิษ

### แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

สุขภาพ หรือ “Health” ในภาษาอังกฤษ มีรากศัพท์มาจากคำ Whole หรือทั้งหมดสุขภาพจึง เกิดจากทั้งหมด ไม่ใช่เรื่องแยกส่วน สุขภาพยังมองประกอบที่ขยายและเชื่อมโยงถึงเรื่องเศรษฐกิจ จิตใจ ครอบครัว ชุมชน วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม การเมือง การศึกษา ทุกอย่างต้องเชื่อมโยงกันเป็น หนึ่งเดียว เพื่อนำไปสู่ความสมดุล มีคุณภาพ ทำให้เกิดความปกติ การขาดความสมดุลทำให้เกิด ความผิดปกติ เกิดโรครึ้นเนื่องจากร่างกายขาดความสมดุลถ้าพูดคำว่าสุขภาพจะ หมายถึงสุขภาพดี (จรัส สุวรรณเวลา, 2545)

ภาวะ (State) หมายถึง แนวทางที่บุคคลนั้นแสดงให้เห็นว่ายังมีชีวิตอยู่และเมื่อนำมาประยุกต์ ใช้ในความหมายว่า “สบายดี” หมายถึง เป็นผู้ที่มีการทำงานของร่างกายสอดคล้องเป็นอันหนึ่ง อันเดียวกันหรือเรียกว่าภาวะที่เป็นปกติสุขของร่างกาย (จรัส สุวรรณเวลา, 2545)

สุขภาพ โสมประยูร และคณะ (2548) กล่าวถึง สุขภาพ หมายถึง ร่างกายและจิตที่มีความสัมพันธ์ กันอย่างใกล้ชิดจนเกือบจะแยกจากกันไม่ได้ ทั้งนี้เพราะร่างกายและจิตใจของคนเรานั้นเป็นของคู่ กันและต้องพึ่งพาอาศัยกันตลอดเวลาแต่ถ้าเมื่อใดร่างกายสุขสมบูรณ์ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บหรือมี สุขภาพดีจิตใจก็สุขสบายปราศจากความเศร้าและมีความสดชื่นรื่นเริง

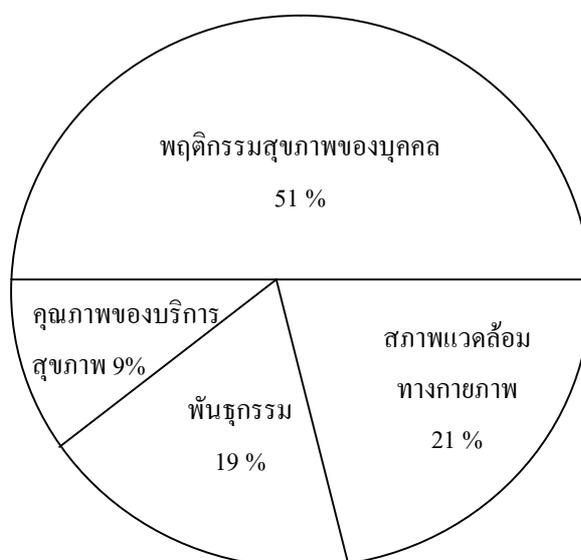
แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (2545-2549) ได้ให้ความหมาย สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์และมีคุณภาพทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และวิญญาณ สุขภาพจึงแยกไม่ได้จากวิถีชีวิตที่จะต้องดำเนินไปบนพื้นฐานของความถูกต้องพอดี โดยดำรงอยู่ในครอบครัว ชุมชนและสังคมที่พัฒนาอย่างสมดุลทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และสังคม

สุขภาพ หมายถึง “ความสุขปราศจากโรค” ก่อนปี 2500 ประเทศไทย ใช้คำว่า สุขภาพกั นน้อยมากเพราะขณะนั้นใช้คำว่า “อนามัย” กั นอยู่ต่อมามีการใช้คำว่า “สุขภาพ” แทนคำว่า อนามัย (อน+ มัย) หมายถึง ความไม่มีโรค เมื่อเปรียบเทียบกันแล้ว จะเห็นว่าสุขภาพมีความหมายกว้างและสมบูรณ์กว่าอนามัย เพราะสุขภาพเน้นความสุขซึ่งมีความหมายในเชิงบวก ตรงกันข้ามกับอนามัย ที่เน้นความทุกข์ซึ่งมีความหมายในเชิงลบ (ราชบัณฑิตยสถาน 2525 อ้างใน สุชาติ โสมประยูร, 2548)

สรุป ภาวะสุขภาพ หมายถึง ภาวะที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่อง คนที่มีสุขภาพดี คือ คนที่มีโครงสร้างที่สมบูรณ์และสามารถทำหน้าที่ของตนได้อย่างเหมาะสม มีความแข็งแรงไม่มีอาการของโรคหรือความทุกข์ สามารถดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมได้ตามศักยภาพของตน ภาวะสุขภาพประกอบไปด้วยสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสังคม

### ปัจจัยที่สำคัญของภาวะสุขภาพอนามัย

สุขภาพเป็นเรื่องที่มีความเกี่ยวข้องกับบุคคล สังคม และสิ่งแวดล้อม การที่บุคคลจะมีสุขภาพที่ดีหรือไม่ก็ได้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหรือปัจจัยเพียงอย่างเดียวใดอย่างหนึ่ง แต่เป็นผลรวมจากปัจจัยหลาย ๆ ด้านประกอบกัน สำหรับปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดภาวะสุขภาพของบุคคลประกอบด้วย 4 ปัจจัย ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ พันธุกรรมและบริการสุขภาพ (Getchell and others, 1987 อ้างใน สุชาติ โสมประยูร, 2548)



ภาพที่ 1 แสดงปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสถานะของบุคคล

ที่มา: สุชาติ โสมประยูร (2548: 67)

1. พฤติกรรมของประชาชน (Health Behavior) หมายถึงการกระทำ หรือการประพฤติปฏิบัติของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้ของบุคคลเป็นสำคัญ โดยเฉพาะเห็นลักษณะการกระทำและไม่กระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยทั่วไปพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลสามารถจำแนกได้ดังนี้

1.1 พฤติกรรมการป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ (Preventive and Promotive Health) คือการส่งเสริมให้คนมีสุขภาพดี การป้องกันโรค และอุบัติเหตุต่าง ๆ

1.2 พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) คือ การปฏิบัติเมื่อรู้สึกว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้นกับตนเอง ได้แก่เข้ารับรู้ และเกิดพฤติกรรมตอบสนอง

1.3 พฤติกรรมที่เป็นบทบาทของการเจ็บป่วย (Sick Role Behavior) คือ การปฏิบัติที่บุคคลกระทำ หลังจากทราบผลวินิจฉัยแล้ว เป็นพฤติกรรมที่กระทำตามคำแนะนำ

2. สภาพแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Environment) คือ ถ้าสิ่งแวดล้อมในบ้าน ในชุมชน และสังคม มีความสะอาดไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อน ราคายาต่อสุขภาพกายสุขภาพจิต โอกาสที่จะเจ็บป่วยก็มีน้อย โอกาสที่สุขสมบูรณ์ก็มีมาก

3. บริการทางแพทย์และสาธารณสุข (Health Care Service) หมายความว่าถ้ามีบริการทางด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพการเป็นอยู่อย่างเพียบพร้อมสมบูรณ์ เมื่อประชาชนมีความเดือดร้อน จะต้องการการบริการเมื่อใด ก็ได้รับเมื่อนั้น โอกาสที่จะเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บอยู่นานด้วยความทุกข์ทรมาน หรือเสียชีวิตก็มีน้อยมาก โอกาสที่จะมีสุขภาพสมบูรณ์ก็จะมามาก

4. พันธุกรรม (Heredity) ถ้าสภาพของพันธุกรรมดี ไม่มีโรคที่ถ่ายทอดมาจากพันธุกรรม โอกาสที่จะเจ็บป่วยจากโรคก็มีน้อย

จากภาพจะพบว่า การแก้ปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนนั้นต้องอาศัยบทบาทของประชาชนและชุมชนเป็นหลัก โดยการช่วยกันดูแลปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้น่าอยู่ และปฏิบัติตนให้เอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพดี ส่วนในเรื่องการให้บริการทางสาธารณสุขรัฐจะเป็นผู้ให้บริการ นอกจากนี้เรื่อง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์ให้เอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพดีเพื่อให้เกิดสัมฤทธิ์ผลนั้นต้องอาศัยมาตรการที่สำคัญคือ การให้ความรู้เพื่อเสริมภูมิปัญญาแก่ประชาชน และชุมชนในการป้องกันและรักษาโรคด้วยตนเอง

### แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันสุขภาพ

#### พฤติกรรมสุขภาพ

ธนวรรณ อิมสมบูรณ์ (2539) ให้ความหมายคำว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคลนั้นๆ เอง หรือบุคคลอื่นๆ แล้วแต่กรณี รวมถึงการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่เป็นผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ ในรูปของความรู้ความเข้าใจ เจตคติ และการกระทำ หรือการปฏิบัติทั้งหลายที่เป็นผลดีผลเสียต่อสุขภาพ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2536) ให้ความหมายคำว่า พฤติกรรมสุขภาพ ว่าหมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่มนุษย์แสดงออกทั้งในด้าน ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ซึ่งสามารถสังเกตหรือวัดได้ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม พฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่สังเกตมองเห็น ได้นั้นอาจแยกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ การปฏิบัติตามปกติในชีวิตประจำวัน ซึ่งจะเป็นการปฏิบัติที่เป็น การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อีกประการหนึ่งคือ การปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งจะรวมถึง การปฏิบัติตนโดยทั่วไป และการไปรับบริการการรักษาพยาบาลและการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ หรือบุคลากรสาธารณสุข

สุชาติ โสภประยูร (2548) ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกเกี่ยวกับสุขภาพทั้งทางด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติตัวและทักษะ โดยเน้นในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถสังเกตและวัดได้ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในเรื่องสุขภาพ

### ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

ธนวรรณ อัมสมบูรณ์ (2539) จำแนกตามสภาวะสุขภาพและพัฒนาสุขภาพได้ 4 ลักษณะ คือ

1. พฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness or Sick – Role Behavior) คือการกระทำหรือการแสดงออกเมื่อรับรู้ได้ว่าตนเองเกิดเจ็บป่วยหรือบุคคลในครอบครัวเกิดเจ็บป่วย
2. พฤติกรรมการรักษา (Health Care Seeking Behavior) คือการกระทำหรือการปฏิบัติเมื่อบุคคลตัดสินใจแล้วว่าอาการเจ็บป่วยนั้น ๆ ต้องการการรักษาพยาบาล
3. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Behavior) คือการกระทำหรือการปฏิบัติหรือการงดเว้นไม่กระทำ หรือปฏิบัติเพื่อให้ตนเอง หรือบุคคลอื่นไม่เจ็บป่วย
4. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Behavior) คือการกระทำหรือการปฏิบัติเพื่อให้ตนเอง หรือบุคคลอื่นมีสุขภาพที่ดีตามกระบวนการ

### องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2536) ได้อธิบายองค์ประกอบของพฤติกรรมโดยใช้แนวคิดทฤษฎีของ Bloom ว่าประกอบด้วยองค์ประกอบดังนี้

1. พฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย (Cognitive Domain) เป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับการรับรู้การจำข้อเท็จจริงต่างๆ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถทางด้านสติปัญญา ซึ่งจำแนกได้คือ

1.1 ความรู้ (Knowledge) หมายถึง ความสามารถที่จะจดจำและระลึกได้ถึงเรื่องราวที่ได้รับไปแล้ว

1.2 ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นทักษะและความสามารถที่จะจดจำและระลึกได้ถึงเรื่องราวที่ได้รับไปแล้ว

1.3 การนำไปประยุกต์ใช้ (Application) คือความสามารถที่จะนำความรู้ ความเข้าใจจากหลักสูตรทฤษฎีและวิธีดำเนินการต่างๆ ของเรื่องนั้น ไปใช้ในสถานการณ์ใหม่ที่ไม่เหมือนเดิม

1.4 การวิเคราะห์ (Analysis) คือความสามารถในการแยกแยะเรื่องราวที่สมบูรณ์ใด ๆ ให้กระจายออกเป็นส่วนย่อยและมองเห็นหลักการผสมผสานระหว่างส่วนประกอบกันขึ้นเป็นปัญหาหรือสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง

1.5 การสังเคราะห์ (Synthesis) หมายถึงความสามารถและทักษะที่นำองค์ประกอบหรือส่วนต่างๆมารวมกันหรือให้เป็นภาพพจน์ที่สมบูรณ์ เป็นขบวนการที่เกี่ยวกับการพิจารณาส่วนย่อยแต่ละส่วน แล้วจัดรวมเป็นหมวดหมู่เพื่อให้เกิดความกระจ่างในสิ่งเหล่านั้น

1.6 การประเมินค่า (Evaluation) หมายถึงความสามารถที่จะพิจารณาและตัดสินใจไม่ว่าจะด้วยมาตรฐานที่ผู้อื่นกำหนดหรือกำหนดด้วยตนเอง

2. พฤติกรรมด้านจิตพิสัย (Affective Domain) เป็นพฤติกรรมหมายถึงสภาพความพร้อมทางจิตใจของบุคคลที่มีต่อสุขภาพ ได้แก่ความสนใจ ความรู้สึกที่ดี ความชอบ ความพึงพอใจ การให้คุณค่า การรับ การเปลี่ยนหรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ พฤติกรรมด้านนี้ยากต่อการอธิบายเพราะเกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคล ซึ่งจะต้องใช้เครื่องมือพิเศษในการวัดพฤติกรรมเพราะความรู้สึกเหล่านี้ยากต่อการวัด พฤติกรรมที่แสดงออกมาและขั้นตอนการเกิดพฤติกรรมจิตพิสัยมีดังนี้

2.1 การรับรู้หรือการให้ความสนใจ

2.2 การตอบสนอง

2.3 การให้ค่า

2.4 การจัดกลุ่มค่า

2.5 การแสดงคุณลักษณะตามค่านิยมที่นับถือ

3. พฤติกรรมด้านทักษะพิสัย (Psychomotor Domain) เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความสามารถในการแสดงออกทางร่างกาย ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติที่แสดงออกและสังเกตได้ในสภาวะการณ์หนึ่งๆ หรืออาจเป็นพฤติกรรมที่คาดคะเนว่าอาจจะปฏิบัติในโอกาสต่อไป พฤติกรรมด้านการปฏิบัติของบุคคลเป็นเป้าหมายขั้นสูงสุดที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี แต่กระบวนการที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน

### ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2528) กล่าวว่า แนวคิดทางด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้

แนวความคิดที่ 1 ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม

แนวความคิดที่ 2 ปัจจัยภายนอกบุคคล เช่น ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและระบบโครงสร้างทางสังคม ระบบการเมือง การเศรษฐกิจ การศึกษา ศาสนา องค์กรประกอบด้านประชากร และลักษณะทางภูมิศาสตร์ว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์อย่างไร

แนวความคิดที่ 3 ปัจจัยหลายปัจจัย พฤติกรรมของคนนั้นเกิดมาจากปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล โดยสรุปว่าปัจจัยต่อไปนี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของมนุษย์ คือ

1. ความยากง่ายของการเข้าถึงบริการสาธารณสุข
2. การประเมินผลของประสิทธิภาพของบริการสาธารณสุข
3. โลกทัศน์เกี่ยวกับอาการของโรค ความรุนแรงและการเสี่ยงต่อการติดเชื้อ
4. องค์กรประกอบทางสังคมและเครือข่ายทางสังคม
5. ความรู้
6. องค์กรประกอบทางด้านประชากร
7. องค์กรประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

สรุปผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนมีมากมาย เช่น ปัจจัยทางจิตวิทยา ด้านสังคมและวัฒนธรรม ด้านเศรษฐกิจ ด้านการศึกษาและด้านการเมือง ซึ่งจะอธิบายโดยสรุปได้ดังนี้

#### ปัจจัยด้านจิตวิทยา

เป็นสิ่งที่อยู่ภายในจิตใจของคนที่มีต่อการเกิด และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ปัจจัยด้านนี้ประกอบด้วย วุฒิภาวะ การรับรู้ความต้องการ ความคับข้องใจ ความสนใจ เป้าหมาย การจูงใจ เจตคติอารมณ์ และความสามารถ

#### ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม

การเรียนรู้และพัฒนาแนวคิด ความเชื่อถือและการปฏิบัติล้วนเป็นอิทธิพลทางสังคมและวัฒนธรรมนี้จะครอบคลุมถึงด้านพฤติกรรมสุขภาพด้วย ดังต่อไปนี้

1. ครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ล้วนเป็นอิทธิพลต่อการปลูกฝัง และการปฏิบัติเป็นตัวอย่างแก่บุตร เช่น นิสัยการรับประทานอาหาร การรักษาความสะอาด การออกกำลังกาย เป็นต้น

2. กลุ่มบุคคลในสังคม อิทธิพลของกลุ่มบุคคลในสังคมจะมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพของกลุ่มในสังคม ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้าน เพื่อนเรียน เป็นต้น

3. สถานภาพทางสังคมที่แตกต่างกันของบุคคล จะมีผลทำให้พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ต่างกันด้วย เช่น ครู อาจารย์ ย่อมจะมีความรู้และปฏิบัติตนในด้านการป้องกันและรักษาโรคได้ดีกว่าประชาชนทั่วไป

4. วัฒนธรรมแต่ละชุมชน จะเป็นตัวกำหนดวิถีชีวิตของชุมชน ความเชื่อ ความคิด ขนบธรรมเนียมประเพณีบางอย่างก็จะมีผลต่อสุขภาพ เช่น ความเชื่อของชาวเขาเผ่าขมุได้รักษา ความเจ็บป่วย โดยจัดพิธีเลี้ยงผีด้วยไก่และหมู หรือการฆ่าควายเพื่อรักษาผู้ป่วยหนัก

5. ศาสนา มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชน และมีผลต่อพฤติกรรมของประชาชนด้วย เช่น ศาสนาพุทธที่มีศีล 5 ข้อ ห้ามดื่มสุรา เป็นต้น

### ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ

รายได้ของประชาชนมีผลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพ กล่าวคือ ถ้าประชาชนมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดี ก็ทำให้เขาสามารถที่จะเลือกซื้ออาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายได้อย่างเพียงพอ ตลอดจนสามารถที่จะนำเงินรายได้นั้นมาใช้ในการรักษาพยาบาลเมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย

### ปัจจัยด้านการศึกษา

ระดับการศึกษา มีผลทำให้พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกันทั้งทางด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตน จากการศึกษาพบว่าปัญหาด้านแพทย์และการสาธารณสุขมักจะพบในกลุ่มประชากรที่มีการศึกษาต่ำ แต่อย่างไรก็ตามพบว่า ระดับฐานะทางเศรษฐกิจ และระดับการศึกษาของประชาชน ก็มีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกันด้วย

### ปัจจัยด้านการเมือง

นโยบายทางด้านการเมืองของประเทศมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ทั้งทางด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ เพราะนโยบายของประเทศจะชี้ให้เห็นถึงจำนวนและความเพียงพอของการรักษาพยาบาล แม้แต่กฎหมายหรือข้อบังคับก็มีผลต่อสุขภาพของประชาชนเช่นกัน เช่น ประเทศสิงคโปร์เน้นเรื่องการรักษาความสะอาดของถนนหนทาง มีการออกกฎหมายอย่างเคร่งครัด เป็นผลให้ประชาชนปฏิบัติตนอย่างถูกต้องและเคร่งครัดต่อกฎหมายจนกลายเป็นนิสัยประจำชาติในที่สุด

### การส่งเสริมสุขภาพ

การประชุมนานาชาติเรื่อง “การส่งเสริมสุขภาพ” (Health Promotion) จัดขึ้นครั้งแรก ณ กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา ในการประชุมครั้งนี้ได้มีการประกาศ “กฎบัตรออตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ” (Ottawa Charter for Health Promotion) ว่าด้วยยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ ดังนี้ (พิสมัย จันทรวิมล, 2541: 3)

1. การสร้างนโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ (Build Healthy Public) นโยบายส่งเสริมสุขภาพมีวิธีการที่หลากหลาย แต่สอดคล้องสนับสนุนกัน โดยผู้กำหนดนโยบายจะต้องคำนึงถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพเป็นสำคัญ

2. การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment) ส่งเสริมให้คนและสิ่งแวดล้อม อยู่ร่วมกันอย่างเกื้อกูลและสมดุล ถือว่า การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติทั่วโลก เป็นภารกิจร่วมกันของประชากรโลก เปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิตการทำงาน การพักผ่อน ให้มีสุขภาพที่ดีและปลอดภัยโดยไม่ทำลายสิ่งแวดล้อม

3. การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen Community Action) เป็นการสนับสนุนให้ชุมชนพึ่งตนเองได้ โดยชุมชนเป็นผู้ตัดสินใจและจัดการ มีการระดมทรัพยากร และวัตถุดิบในชุมชน ทั้งนี้ชุมชนจะต้องได้รับข้อมูลข่าวสาร โอกาสการเรียนรู้และแหล่งทุนสนับสนุน

4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skills) การส่งเสริมสุขภาพโดยการสนับสนุนในเรื่องการพัฒนาบุคคลและสังคม ด้วยการให้ข้อมูลข่าวสาร การศึกษาเพื่อสุขภาพและการเสริมทักษะในการจัดการที่ดีเพื่อป้องกันและควบคุมสุขภาพของตน

5. การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ (Reorient Health Services) การจัดระบบบริการสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพเป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างบุคคล ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข สถาบันบริการสาธารณสุขและรัฐบาล ซึ่งจะต้องทำงานร่วมกัน เพื่อมุ่งไปสู่สุขภาพของประชาชน ในการปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุขจำเป็นต้องให้ความสำคัญในด้านการวิจัยทางสาธารณสุข หลักสูตรการฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขสาขาต่าง ๆ เพื่อปรับเปลี่ยนเจตคติ โดยมองปัญหาของปัจเจกบุคคลไปสู่การมองปัญหาในองค์รวม

#### ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ

ทวิทอง หงส์วิวัฒน์ (2534) ได้ให้ความหมายการส่งเสริมสุขภาพไว้ว่า หมายถึง กิจกรรมทางสิ่งแวดล้อม สังคม การเมือง การศึกษา เศรษฐกิจ นันทนาการ และอื่นๆ ที่ประกอบขึ้นเพื่อส่งผลให้เงื่อนไขชีวิตที่เอื้อต่อสุขภาพ และป้องกันการเกิดโรคในบุคคลและกลุ่มบุคคล

หทัย จิตานนท์ (2540) การส่งเสริมสุขภาพ คือ กระบวนการซึ่งทำให้ประชาชน สามารถเพิ่มการควบคุมสุขภาพ และทำให้สุขภาพดีขึ้น การจะบรรลุถึงสภาวะสุขสบาย ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมได้ ปัจเจกชน หรือกลุ่มบุคคลจะต้องสามารถที่จะพอใจ ในสิ่งที่ตนปรารถนา และที่จะปรับเปลี่ยนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม

สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ (2541) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง

มาลี ธรรมลิขิตกุล (2544 อ้างใน Pender, 1987) ให้ความหมายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่บุคคลหรือกลุ่มบุคคลกระทำ เพื่อมุ่งยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีและมีความสุขรวมถึง การบรรลุเป้าหมายในชีวิตของบุคคล ชุมชนและสังคม ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง ได้แก่ การดูแลตนเองอยู่เสมอ รับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการต่อร่างกาย ควรมีการนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ การออกกำลังกายและกิจกรรมการพักผ่อนที่เหมาะสม มีวิธีจัดการความเครียดที่เหมาะสม ตระหนักและยอมรับในความมีคุณค่าแห่งตน มีจุดมุ่งหมายในชีวิต มีสัมพันธภาพที่ดีสามารถควบคุมสภาวะแวดล้อมอันจะก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ สามารถเลือกใช้ บริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวจะต้องสอดคล้อง และผสมผสานเข้าเป็นส่วนหนึ่งของแผนในการดำเนินชีวิต

### หลักสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ

เกษม ดันติผลาชีวะ และ กุลยา ดันติผลาชีวะ (2528) กล่าวว่าหลักสำคัญ 4 ประการ สำหรับการส่งเสริมสุขภาพส่วนบุคคลทุกวัย ดังนี้

1. กินเป็น หมายถึง การกินอาหารถูกต้องได้สัดส่วนกับความต้องการของร่างกายไม่มากเกินไป หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารไขมัน งดเว้นการดื่มชา กาแฟและสุรา การประเมินสภาพการกินเป็นได้จากการประเมินความสมดุลของการกิน กับน้ำหนักมาตรฐานตามอายุและส่วนสูง
2. นอนเป็น หมายถึง การนอนหลับเต็มที่และเพียงพอโดยจำนวนชั่วโมงของการนอนขึ้นอยู่กับความเพียงพอของร่างกายแต่ละคน ไม่มีกำหนดมาตรฐานแน่นอนว่าเป็น 8 หรือ 10 ชั่วโมง

3. อยู่เป็น หมายถึง การรักษาสุขวิทยาที่ดีมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ รับประทานอาหารให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน หลีกเลี่ยงการเป็นโรค รู้จักวิถีชีวิตความเครียดทางจิตใจ มีอารมณ์ดี มีการพักผ่อน มีความเหมาะสม

4. สังคมเป็น หมายถึง การปรับตัวให้เข้ากับสภาพสังคมในระยะแรกๆ ของการปรับตัว อาจสร้างความคับข้องใจอยู่บ้าง แต่การใช้หลักเหตุผลความเข้าใจ และการยอมรับจะทำให้การปรับตัวดีขึ้น และอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข นอกจากนี้ไม่ควรที่จะไปคาดหวัง จากสังคมมากเกินไป เพราะถ้าไม่เป็นไปอย่างที่หวังจะทำให้เกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง ในที่สุดก็ต้องแยกตัวออกจากสังคม หรืออยู่ในสังคมอย่างไม่มีความสุข

สรุปได้ว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการหรือกิจกรรมที่บุคคลหรือกลุ่มบุคคลกระทำ เพื่อส่งเสริมสุขภาพให้เกิดภาวะสุขภาพดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ให้เกิดการมีศักยภาพ ซึ่งจะนำไปสู่ความอยู่ดีและเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในที่สุด ความสำเร็จของการส่งเสริมสุขภาพขึ้นอยู่กับความร่วมมืออย่างแท้จริงของบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยการส่งเสริมสุขภาพประชาชน เพื่อให้สามารถยกระดับมาตรฐานการดำเนินชีวิตที่ปลอดภัยไม่ต้องตกอยู่ในสภาวะที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคและนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยส่งเสริมในเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง ได้แก่ การตรวจสุขภาพ และการหลีกเลี่ยงต่อปัจจัยเสี่ยง

### แนวคิดการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร

#### ความหมายของการรับรู้

นวลศิริ เปาโรหิตย์ (2532) ให้ความหมายของคำว่า การรับรู้ หมายถึง กระบวนการแปลความหมายของสิ่งเร้าที่มากกระทบกับประสาทสัมผัสต่างๆ ของคนและการแปลความหมายขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในอดีตและสภาพจิตใจในปัจจุบัน

รัชนี นพเกตุ (2539) กล่าวว่า การรับรู้ หมายถึง กระบวนการประมวลและตีความข้อมูลต่างๆ ที่อยู่รอบๆ ตัวเราที่ได้จากความรู้สึกรู้สึก ส่วนความรู้สึกรู้สึก เกิดจากการกระตุ้นอวัยวะรับความรู้สึก ซึ่งมีอยู่ 5 ตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนัง การรู้สึกจึงเป็นขบวนการแรกหรือขบวนการพื้นฐานก่อนที่จะเกิดการรับรู้ขึ้น อวัยวะรับความรู้สึกแต่ละชนิดจะรับตัวกระตุ้นหรือพลังกระตุ้นเฉพาะ เมื่อมีการ

กระตุ้นอวัยวะรับความรู้สึกเกิดขึ้น เช่น มีแสงมากระทบนัยน์ตา มีเสียงมากระทบหู ทำให้เกิดการมองเห็น หรือเกิดการได้ยิน การรู้สึกจึงมีลักษณะง่ายตรงไปตรงมา ไม่ตกอยู่ใต้อิทธิพลของการเรียนรู้ ประสบการณ์ แรงจูงใจ อารมณ์ ส่วนการรับรู้จะเป็นขบวนการต่อไป คือตีความสิ่งที่ได้จากการรู้สึก ออกมาให้มีความหมายว่า สิ่งที่เห็นอยู่คืออะไร เสียงที่ได้ยินคืออะไร การรับรู้จึงมีเรื่องของจิตวิทยา คือ การเรียนรู้ ประสบการณ์ แรงจูงใจ อารมณ์เข้ามามีบทบาทร่วมด้วย

ทรงพล ภูมิพัฒน์ (2540) กล่าวว่า การรับรู้ หมายถึง การรู้ รู้จักสิ่งต่าง ๆ สภาพต่าง ๆ ที่เป็นสิ่งเร้ามาทำปฏิกิริยากับตัวเราเป็นการแปลอาการสัมผัสให้มีความหมายขึ้นเกิดเป็นความรู้สึกเฉพาะตัวสำหรับบุคคลนั้น ๆ

สุชา จันทน์เอม (2540) กล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการที่มีระดับตั้งแต่ง่ายสุด ถึงซับซ้อนที่สุดจึงยากแก่การเข้าใจ นักจิตวิทยาได้ให้ความหมายการรับรู้แตกต่างกันออกไปดังนี้

1. การรับรู้ หมายถึง การตีความหมายจากการรับสัมผัส (sensation) ในการรับรู้ นั้น ไม่เพียงแต่มองเห็น ได้ยินหรือได้กลิ่นเท่านั้น แต่ต้องรับรู้ได้ว่า วัตถุหรือสิ่งที่เรารับรู้นั้นคืออะไร มีรูปร่างอย่างไร เป็นต้น

2. ในแง่ของพฤติกรรม การรับรู้เป็นกระบวนการที่เกิดแทรกอยู่ระหว่างสิ่งเร้าและการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ดังนี้

สิ่งเร้า (Stimulus) → การรับรู้ (perception) → การตอบสนอง (responses)

กึ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์ (2540) ได้อธิบายไว้ว่า การรับรู้เป็นกระบวนการของการตีความหรือแปลความหมายสิ่งเร้า เพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อสิ่งเร้าตามการรู้สึกสัมผัสของแต่ละบุคคล

ดังนั้น สรุปได้ว่า การรับรู้ หมายถึง กระบวนการที่คนเรามีประสบการณ์กับวัตถุ หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ โดยอาศัยอวัยวะสัมผัส

## องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้

จำเนียร ช่วงโชติ (2537) กล่าวถึง องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ ดังนี้

1. คุณสมบัติของผู้รับรู้ มีผลทำให้การรับรู้ของคนเราแตกต่างกันไปที่สำคัญได้แก่ ความต้องการ หรือแรงขับ (Need or Drive) ทักษะคติ (Attitude) บุคลิกภาพ (Personality) และการปรับตัวส่วนบุคคล (Personal Adjustment)
2. ความใส่ใจและการรับรู้ (Attention and Perception) ปกติเราจะไม่รับรู้หรือตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งหมด จุบรวมของการรับรู้ต่อสิ่งเร้าใดสิ่งเร้าหนึ่ง คือ ความใส่ใจหรือความตั้งใจ ซึ่งเราจะเลือกเฟ้นเฉพาะที่ตรงกับความต้องการและความสนใจของเรา
3. การเตรียมพร้อมที่จะรับรู้ (Preparatory Set) เมื่อบุคคลอยู่ในสภาพการเตรียมพร้อมจะช่วยให้บุคคลสามารถคาดการณ์ล่วงหน้าในสิ่งที่เกิดขึ้นได้ และเตรียมพร้อมในการเตรียมตัวเองอย่างเต็มที่ ต่อการแสดงปฏิกิริยาตอบสนองออกมาให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ในสถานการณ์นั้นๆ
4. ความต้องการและแรงจูงใจ (Need and Motivation Factor) คนเรามักจะเลือกให้ความสำคัญต่อสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจ หรือความต้องการของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสิ่งที่รับไม่ได้รับการตอบสนอง
5. ความต้องการและคุณค่า (Need and Value) สิ่งที่เรารับรู้ได้นั้นอาจถูกกำหนดขึ้นมาจากความต้องการและคุณค่าส่วนตัว เพื่อตีความหมายของสิ่งของหรือเหตุการณ์ต่างๆที่จะรับรู้
6. บุคลิกภาพของบุคคลมีอิทธิพลต่อการรับรู้ ลักษณะของบุคลิกภาพที่ไม่เหมือนกัน ย่อมรับรู้ในส่วนที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติทางสังคม และการรับรู้สิ่งเร้าที่ปรากฏไม่ชัดเจนแตกต่างกันเสมอ
7. ประสบการณ์เดิม (Early Experience) ประสบการณ์เดิมหรือพื้นฐานความรู้เดิมในเรื่องราวหรือเหตุการณ์ๆ ย่อมมีผลต่อการตีความของสิ่งที่เรารับรู้

โยธิน ศันสนยุทธ (2533) ได้เสนอองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเลือกรับรู้ที่สามารถพิจารณาได้ดังนี้

1. องค์ประกอบอันเนื่องมาจากสิ่งเร้า
  - 1.1 ความเข้มและขนาด (Intensity and Size)
  - 1.2 ความผิดเพี้ยน (Contrast)
  - 1.3 การกระทำซ้ำ (Repetition)
  - 1.4 การเคลื่อนไหว (Movement)
2. องค์ประกอบอันเนื่องมาจากบุคคล
  - 2.1 ความสนใจ (Interest)
  - 2.2 ความคาดหวัง (Expectancy)
  - 2.3 ความต้องการ (Need)
  - 2.4 การเห็นคุณค่า (Value)

McCombs and Becker (1979) ได้ให้ความคิดเห็นว่าบุคคลเปิดรับข่าวสารจากสื่อมวลชนเพื่อตอบสนองความต้องการ 4 ประการ

1. เพื่อต้องการรู้เหตุการณ์ (Surveillance) โดยการติดตามความเคลื่อนไหวและสังเกตการณ์สิ่งต่างๆ รอบตัวจากสื่อมวลชนเพื่อจะได้รู้ทันเหตุการณ์ ทันสมัย และรู้ว่าอะไรเป็นสิ่งสำคัญที่ควรรู้
2. เพื่อต้องการช่วยตัดสินใจ (Decision) โดยเฉพาะการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวกับชีวิตประจำวันการเปิดรับข่าวสารทำให้บุคคลสามารถกำหนดความเห็นของตนต่อสภาวะหรือเหตุการณ์ต่างๆ รอบตัวได้
3. เพื่อการพูดคุยสนทนา (Discussion) การเปิดรับข่าวสารจากสื่อมวลชน ทำให้บุคคลมีข้อมูลที่จะนำไปใช้ในการพูดคุยกับผู้อื่นได้

4. เพื่อความต้องการมีส่วนร่วม (Participation) เพื่อรับรู้ และมีส่วนร่วมในเหตุการณ์ความ เป็นไปต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสังคมและรอบๆ ตัว

จากแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง การที่บุคคลได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ จากสื่อดังต่อไปนี้ คือ โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ อินเทอร์เน็ต สื่อบุคคล และสื่อเฉพาะกิจในรูปแบบที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับ ทักษะคิด ประสิทธิภาพ ความเชื่อ และแรงจูงใจของบุคคล จึงทำให้บุคคลจำเป็นต้องรับรู้ข้อมูล ข่าวสารอย่างสม่ำเสมอ เพื่อจะได้พิจารณาแยกแยะถึงคุณประโยชน์ของข่าวสารที่ได้รับ

### ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเปิดรับข่าวสาร

ในกระบวนการติดต่อสื่อสารต้องอาศัยขอบเขตแห่งความรู้หรือขอบเขตแห่งประสิทธิภาพ ของผู้รับสารและผู้ส่งสาร ในการเปิดรับสารของบุคคลในอันที่จะเข้าใจข่าวสาร ได้มากน้อยเพียงใด ก็ย่อมขึ้นอยู่กับขอบเขตแห่งประสิทธิภาพของผู้รับสารของแต่ละคน

สำหรับขอบเขตแห่งประสิทธิภาพย่อมขึ้นกับระบบสังคมและวัฒนธรรมตลอดจนภูมิหลัง ต่างๆ ซึ่งแยกปัจจัยต่างๆ ได้ดังนี้ (จุฬารักษ์ สิทกลางพล, 2547)

1. ทักษะหรือความชำนาญอันเป็นทักษะในการอ่าน การฟังของผู้รับสาร เช่น การอ่านหนังสือ ของบุคคลแต่ละวันหรือระดับการศึกษาต่างกันย่อมมีความสามารถ ความเร็วในการอ่านตลอดจน การเข้าใจในสาระข่าวสารนั้นต่างกันด้วย

2. ทักษะคิดของผู้รับสาร ซึ่งจะมีต่อข่าวสารเรื่องราวที่ได้รับและทัศนคติที่มีต่อผู้ส่งสาร ตัวอย่างเช่น ผู้รับสารมีทัศนคติไม่ดีต่อหน่วยงานที่เป็นผู้ส่งสาร ผู้รับก็ย่อมมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อข่าวสาร และปฏิเสธการรับข่าวสาร

2.1 ระดับความรู้ของผู้รับสาร การที่จะทำความเข้าใจข่าวสารเรื่องราวที่จะรับหรือทำ ความเข้าใจต่อสิ่งที่ได้พบเห็น คนที่มีความรู้มากย่อมเข้าใจข่าวสารเรื่องราวต่างๆ ได้เร็วกว่าผู้มีความรู้ น้อย

2.2 ระบบสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งจะมีผลต่อการแปลหรือการตีความของผู้รับสารที่คนเรามาจากสังคมต่างกันหรือภูมิหลังวัฒนธรรมที่แตกต่างกันย่อมเข้าใจข่าวสารเรื่องราวต่างๆ ได้เร็วกว่าผู้มีความรู้น้อย

2.3 ความต้องการของผู้รับสาร เนื่องจากในสังคมปัจจุบันมีการติดต่อสื่อสารแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น ตลอดจนประสบการณ์ต่างๆ แก่กัน ข่าวสารนั้นก็มีมากมายหลายประเภท ผู้รับสารแต่ละบุคคลหรือกลุ่มจะเลือกรับเฉพาะข่าวที่มีสาระตรงกันกับความสนใจความต้องการหรือวัตถุประสงค์ที่เป็นเป้าหมายของแต่ละคนและสนใจจดจำในส่วนนั้นๆ มากเป็นพิเศษ

กล่าวโดยสรุป คือ บุคคลจะมีการเลือกเปิดรับข่าวสารเพื่อสนองความต้องการและสอดคล้องกับทัศนคติดั้งเดิมของแต่ละบุคคล ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามขอบเขตแห่งประสบการณ์

1. ความเหงา เป็นเหตุผลทางจิตวิทยาที่ว่าปกติมนุษย์ไม่ชอบอยู่ตามลำพัง ดังนั้นจึงพยายามที่จะรวมกลุ่มเพื่อสังสรรค์กับผู้อื่น แต่เมื่อไม่สามารถได้ก็ใช้วิธีอื่น ๆ คือการหันมาหาสื่อต่าง ๆ แทน

2. ความอยากรู้อยากเห็น ซึ่งเป็นคุณสมบัติพื้นฐานของมนุษย์ในการนำเสนอข่าวสารต่างๆ เพื่อสนองความอยากรู้อยากเห็นนี้ โดยเริ่มตั้งแต่สิ่งที่อยู่ใกล้ตัวไปจนถึง ไกลตัว

3. ประโยชน์ใช้สอย โดยอาศัยหลักพื้นฐานว่ามนุษย์เป็นผู้เห็นแก่ตัวซึ่งไม่เหมือนกันสื่อแต่ละประเภทจึงตอบสนองความพึงพอใจของผู้รับสารไปคนละอย่าง เช่น หนังสือพิมพ์ทำให้ผู้รับสัมผัสกับสังคมภายนอกได้อย่างกว้างและละเอียดลอบมากกว่าสื่ออื่นๆ ในขณะที่โทรทัศน์เป็น สื่อที่สามารถชดเชยความรู้สึกหรือสิ่งที่ตนเองไม่มี เป็นต้น

### ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

คำตัน บุญมณี (2545) ได้ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของประชาชนในกำแพงนครเวียงจันทน์ สาธารณรัฐประชาชนลาว กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา 190 คน ระยะเวลา ผลการวิจัยพบว่า อาชีพ ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ชุตินา เลาหวิจิตรจันทร์ (2544) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของนักสังคมสงเคราะห์ สังกัด กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา 228 คน ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยอยู่ในระดับปานกลางและจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้รวมต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

เวียร์เชียร์ สุขชื่น (2545) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตพื้นที่พักอาศัยใกล้นิคมอุตสาหกรรม กรณีศึกษาชุมชนในเขตฝั่งเมืองรวมมาบตาพุด จังหวัดระยอง ผลการวิจัยพบว่า เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สภาพที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชน ในเขตพื้นที่พักอาศัยบริเวณรอบนอกอุตสาหกรรม

เกียรตินิยม แก้วลี (2542) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของประชาชนสองฝั่งคลองแสนแสบในเขต กรุงเทพมหานคร ด้านสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม จำนวนครัวเรือนที่ใช้ในการศึกษา 180 ครัวเรือน ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนสองฝั่งคลองแสนแสบมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง โดยพิจารณาจากองค์ประกอบในการเจ็บป่วยของสมาชิกในครัวเรือน ความเครียดและการป้องกัน ดูแลสุขภาพและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนสองฝั่งคลองแสนแสบได้แก่ รายได้ของ ครัวเรือน ขนาดครัวเรือน พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ

มานิต มายอ (2542) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขสุขของชุมชนชนบท: ศึกษาเฉพาะกรณีตำบลเยาะมาตี อำเภอบาเจาะ จังหวัดนราธิวาสกลุ่มตัวอย่างประชากร 233 ครัวเรือน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่รัฐ ร้อยละ 88.8 เนื่องจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัย ได้ทำหน้าที่หมอบประจำครอบครัวและออกเยี่ยมบ้านให้ความรู้ด้านสุขภาพและจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขอนามัย

ศิราณี ปันคำ (2542) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ผลการวิจัยพบว่า ด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุร้อยละ 46.2 มีโรงเรือนร้างและด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำ ผู้สูงอายุ 1 ใน 3 มีภาวะจิตเสื่อมและมีภาวะซึมเศร้าและจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า อายุ สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

หัตสยา เกตุจิตร (2542) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดกองกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา 139 คน ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า รายได้ สถานภาพสมรส สัมพันธภาพในครอบครัวและสภาพแวดล้อมทางกายภาพมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแตกต่างกัน

อรุณี ไทยาภิรมย์ (2542) เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของข้าราชการทหารอากาศชั้นประทวน ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย

ชนิกานต์ สมจารี(2541) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และการใช้สติปัญญาของชาวไทยมุสลิมในชุมชนชนบท อำเภอเรือเสาะ จังหวัดนราธิวาส จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 116 คน ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของชาวไทยมุสลิม อยู่ในระดับค่อนข้างสูงและครัวเรือนมีการดูแลเอาใจใส่สุขภาพ หากมีการเจ็บป่วยก็จะได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสมและครัวเรือนมีการติดตามข่าวสารสุขภาพอยู่เสมอ

สุวลักษณ์ มีปาน (2541) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการใช้สติปัญญาของชาวไทยมุสลิมในชุมชนชนบท อำเภอเมือง จังหวัดยะลา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ครัวเรือนในตำบลลิคิล จำนวน 158 ครัวเรือน ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยระดับครอบครัวโดยรวมพบว่า มีระดับคุณภาพชีวิตค่อนข้างสูง เนื่องจากประชาชนสามารถเข้าถึงบริการของรัฐ

นงนุช เหมหิรัยพงศ์ (2541) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของชาวไทยมุสลิมในชุมชนเมืองด้านสุขภาพและการใช้สติปัญญา: ศึกษากรณีชุมชนบ้านหัวสะพานสะเตง และชุมชนกำแพงบาโงย อำเภอเมืองจังหวัดยะลา โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 150 ครัวเรือน ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับสูงและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตใจอยู่ในระดับสูงและเมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยจนถึงขั้นไปหาหมอส่วนใหญ่จะไปรับการรักษาในสถานบริการรัฐทุกคน ในชุมชนมีโอกาสการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

นูโรม เงามาม (2540) ได้ศึกษาเรื่องคุณภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนในภาคเหนือ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นสตรีที่มีอายุ 40-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองของจังหวัดลำปาง และจังหวัดพิจิตร โลก จังหวัดละ 200 ราย รวมทั้งสิ้น 400 ราย ผลการวิจัยพบว่าในด้านสุขภาพระดับการศึกษาและรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ฉวีวรรณ สมบูรณ์พร้อม (2539) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกลุ่มชาติพันธุ์กูไท ใ้ญ่ ไทยลาว ที่อาศัยในเขตชนบท จังหวัดสกลนคร จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา 100 คน ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของกลุ่มชาติพันธุ์ทั้ง 4 กลุ่มอยู่ในระดับต่ำ เพราะทั้ง

4 กลุ่มชาติพันธุ์เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง คือ ระบบกล้ามเนื้อกระดูก กลุ่มชาติพันธุ์ไท ญ้อ ไทยลาว ส่วนใหญ่จะไปรับการรักษาที่สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ส่วนกลุ่มชาติพันธุ์ โส้ส่วนใหญ่จะรับการรักษาโดยหมอแผนโบราณ หมอพื้นบ้านและกลุ่มชาติพันธุ์ส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตอยู่ในระดับปกติ มีการได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ

สมพร รักความสุข (2537) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของแม่บ้านในย่านโรงงานอุตสาหกรรมไม่หิน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่แต่งงานแล้ว อายุ 15-50 ปี จำนวน 278 คน ผลการวิจัยพบว่าแม่บ้านส่วนใหญ่มีสภาวะสุขภาพจิตและสุขภาพกายอยู่ในระดับต่ำ เพราะในรอบปีที่ผ่านมามีอาการเจ็บที่พบบ่อยคือ อาการปวดศีรษะและเมื่อเจ็บป่วยโดยทั่วไปจะซื้อยากินเอง แต่ถ้าอาการรุนแรงจะไปรับการรักษาที่คลินิก แม่บ้านส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อครอบครัว ส่วนสภาพแวดล้อมการทำงานของแม่บ้านส่วนใหญ่อยู่ในสภาพแวดล้อมไม่ดี ได้แก่ การมีเสียงดังรบกวนขณะทำงาน มีฝุ่นมาก หายใจไม่สะดวกและการระบายอากาศไม่ดี

ขัตติยา ชั้นประดับ (2539) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้รับการเปลี่ยนหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจำนวน 10 รายผลการวิจัยพบว่า สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

สุชิน เหลืองอุทัยรัตน์ (2535) ได้ศึกษาสถิติวิเคราะห์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยตามเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานระดับหมู่บ้านในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย

### ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

#### 1. ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย

##### 1.1 ปัจจัยทางประชากร ได้แก่

- 1.1.1 เพศ
- 1.1.2 อายุ
- 1.1.3 จำนวนสมาชิกในครัวเรือน
- 1.1.4 สถานภาพสมรส

## 1.2 ปัจจัยทางเศรษฐกิจ

### 1.2.1 รายได้

## 1.3 ปัจจัยทางสังคม

### 1.3.1 ระดับการศึกษา

### 1.3.2 สัมพันธภาพในครอบครัว

### 1.3.3 สภาพแวดล้อมทางกายภาพ

### 1.3.4 การได้รับการรักษาพยาบาล

### 1.3.5 การรับฟังข่าวสารด้านสุขภาพ

## 2. ตัวแปรตาม

### คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย

#### 2.1 สุขภาพกาย

#### 2.2 สุขภาพจิต



### สมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานที่ 1 เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย

สมมติฐานที่ 2 อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย

สมมติฐานที่ 3 สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย

สมมติฐานที่ 4 ขนาดครัวเรือนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย

สมมติฐานที่ 5 รายได้ของครัวเรือนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย

สมมติฐานที่ 6 ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย

สมมติฐานที่ 7 สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ  
อนามัย

สมมติฐานที่ 8 สภาพแวดล้อมทางกายภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ  
อนามัย

สมมติฐานที่ 9 การได้รับการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ  
อนามัย

สมมติฐานที่ 10 การรับฟังข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้าน  
สุขภาพอนามัย

## บทที่ 3

### วิธีการวิจัย

การศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยของชาวเขาเผ่าขมุกรณีศึกษา ตำบลชนแดน อำเภอสองแคว จังหวัดน่านครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ร่วมกับการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการดังนี้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

#### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ครูโรงเรียนของชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน อำเภอสองแคว จังหวัดน่าน ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

#### กลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนการศึกษา โดยมีประชากร ที่ใช้ในการศึกษา ซึ่งจำนวนครูเรือนทั้งสิ้น 461 ครูเรือน คำนวณจากจำนวนครูเรือน ปี 2549 จากทำเนียบชุมชน บนพื้นที่สูง กรมพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์

#### 1. ขนาดตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้คำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมด้วยการใช้สูตรของ Yamane's โดยใช้สูตรดังนี้ (वल्लภ ถ้าพาย, 2549)

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

- เมื่อ  $n$  = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง  
 $N$  = ขนาดของประชากรที่ใช้ในการวิจัย  
 $e$  = ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมรับได้ในการ ประมาณค่าในที่นี่กำหนดเท่ากับร้อยละ .05

$$\text{แทนค่า } n = \frac{461}{1 + (461 \times 0.05^2)}$$

$$= 215$$

ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่ากับ 215 ครั้วเรือน

## 2. การสุ่มตัวอย่าง

ขั้นที่ 1 ทำการหาจำนวนประชากรที่ต้องการสุ่มในแต่ละหมู่บ้าน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรในแต่ละหมู่บ้าน และในแต่ละชั้นภูมิจะทำการสุ่มตัวอย่างแบบสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) โดยใช้สูตรดังนี้

$$\text{จำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม/ชั้น} = \frac{\text{จำนวนตัวอย่างทั้งหมด} \times \text{จำนวนประชากรในแต่ละกลุ่มชั้น}}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมด}}$$

**ตารางที่ 1** แสดงจำนวนประชากรในเขตอำเภอสองแคว ตำบลชนแดน จังหวัดน่าน จำแนกตามหมู่บ้าน (ครั้วเรือนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง)

(หน่วย: ครั้วเรือน)

หมู่บ้าน		จำนวนประชากรเป้าหมาย	จำนวนตัวอย่างที่คำนวณได้
บ้านห้วยเลา	หมู่ที่ 1	77	36
บ้านน้ำป่าน	หมู่ที่ 3	89	41
บ้านห้วยเกลบ	หมู่ที่ 4	80	37

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

(หน่วย: ครัวเรือน)

หมู่บ้าน	หมู่ที่	จำนวนประชากรเป้าหมาย	จำนวนตัวอย่างที่คำนวณได้
บ้านสบปาง	หมู่ที่ 6	41	19
บ้านน้ำหลุ	หมู่ที่ 7	86	40
บ้านห้วยมอย	หมู่ที่ 8	48	23
บ้านใหม่ชายแดน	หมู่ที่ 9	40	19
รวม		461	215

ที่มา: ทำเนียบชุมชนบนพื้นที่สูง กรมพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ (2549)

ขั้นที่ 2 ใช้สุ่มตัวอย่างแบบให้โอกาส (Probability Sampling) โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีจับสลากครัวเรือนตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อ ใน 7 หมู่บ้านในตำบลชนแดน อำเภอสองแคว จังหวัดน่าน จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 215 ครัวเรือน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามขึ้นมา เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการวิจัย การสร้างแบบสอบถามดังกล่าวได้นำแนวความคิด ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยและตัวแปรต่างๆ มาเป็นคำถามในแต่ละข้อ โดยแบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลประชากร เศรษฐกิจและสังคม ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครัวเรือน รายได้ ระดับการศึกษา สัมพันธภาพในครอบครัว สภาพแวดล้อมทางกายภาพ การได้รับการรักษาพยาบาล การรับฟังข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย ประกอบด้วย ตัวชี้วัดที่ 1 สุขภาพกาย โดยใช้ตัวชี้วัดความจำเป็นพื้นฐานช่วงแผนพัฒนา ฉบับที่ 9 (2545-2549) ตัวชี้วัดที่ 2 สุขภาพจิต โดยใช้ตัวชี้วัดของกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

## เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัดที่ 1 สุขภาพกาย การให้การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิตตามแบบประเมิน 15 ข้อ โดยให้คะแนนแต่ละข้อดังนี้

## ข้อความเชิงบวกข้อ (1-13)

ไม่เคยเลย = 0 คะแนน

เป็นครั้งคราว = 1 คะแนน

เป็นประจำ = 2 คะแนน

## ข้อความเชิงลบข้อ (14-15)

ไม่เคยเลย = 2 คะแนน

เป็นครั้งคราว = 1 คะแนน

เป็นประจำ = 0 คะแนน

ตัวชี้วัดที่ 2 สุขภาพจิต การให้การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิตตามแบบประเมิน 20 ข้อ โดยให้คะแนนแต่ละข้อดังนี้

ไม่เคยเลย = 2 คะแนน

เป็นครั้งคราว = 1 คะแนน

เป็นประจำ = 0 คะแนน

เกณฑ์การจัดระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ระดับสัมพันธภาพในครอบครัวและระดับความพึงพอใจสภาพแวดล้อมทางกายภาพ

การแปลความหมายคะแนนระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ระดับสัมพันธภาพในครอบครัว และระดับความพึงพอใจสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ของชาวเขาเผ่าขมุ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ โดยมีการกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาแบ่งระดับด้วยการหาช่องกว้างของอันตรภาคชั้น(Class Interval) ที่คำนวณจากสูตรดังนี้ (สุรพันธ์ เพชรภา, 2549)

$$\begin{aligned} \text{อันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{2-0}{3} = .66 \end{aligned}$$

ค่าคะแนนเฉลี่ยระดับ	ระดับคุณภาพชีวิต
0.00-0.66	ต่ำ
0.67-1.33	ปานกลาง
1.34-2.00	สูง

จากเกณฑ์ดังกล่าวผู้วิจัยกำหนดการแปลความหมาย คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยของ ชาวเขาเผ่าขมุ จ.น่าน ได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 0.00 – 0.66 เท่ากับ ระดับต่ำ หมายความว่า ชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน อำเภอสองแคว จังหวัดน่านมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย สัมพันธภาพในครอบครัว และสภาพแวดล้อมทางกายภาพอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 0.67 – 1.33 เท่ากับ ระดับปานกลาง หมายความว่า ชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน อำเภอสองแคว จังหวัดน่านมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย สัมพันธภาพในครอบครัว และสภาพแวดล้อมทางกายภาพอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.34 – 2.00 เท่ากับ ระดับสูง หมายความว่า ชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน อำเภอสองแคว จังหวัดน่านมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย สัมพันธภาพในครอบครัว และสภาพแวดล้อมทางกายภาพอยู่ในระดับสูง

#### การทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความเที่ยงตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม ดังนี้

1. ทดสอบความเที่ยงตรง (Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์แล้วนำไปตรวจสอบจากการสัมภาษณ์พร้อมแบบสอบถามที่เคยมีผู้วิจัยในเรื่องที่เกี่ยวข้อง เพื่อปรับปรุงแก้ไขให้แบบสอบถามมีความเที่ยงตรงยิ่งขึ้น

2. การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปสอบถามหัวหน้าครัวเรือน โดยนำไปทดสอบ (pre test) กับชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลสะเนียง อำเภอเมือง จังหวัดน่าน จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบข้อบกพร่องของแบบสอบถามที่สร้างขึ้นและปรับปรุงแก้ไขให้มีความถูกต้องและสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้ในการสัมภาษณ์จริง

การคำนวณหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งจะมีค่าอยู่ระหว่าง 0 – 1 ค่าที่เข้าใกล้ 1 จะมีค่าความเชื่อมั่นของความสอดคล้องภายในสูง แสดงว่าแบบสัมภาษณ์นี้สามารถวัดได้ในเนื้อหาเดียวกันและวัดได้สอดคล้องกันทุกข้อ สูตรที่ใช้ในการคำนวณ คือ (วัลลภ ลำพาย, 2549)

$$a = \frac{k}{k-1} \left\{ 1 - \frac{\sum v_i^2}{v_t^2} \right\}$$

แทนค่า  $a$  = สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น

$k$  = จำนวนข้อคำถามทั้งหมด

$v_t^2$  = ความแปรปรวนของคะแนนรวม

$v_{i=}$  ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

ผลของการทดสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้

2.1 ด้านสัมพันธภาพในครอบครัวได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91

2.2 ด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพเท่ากับ 0.86

2.3 ด้านสุขภาพกายเท่ากับ 0.94

2.4 ด้านสุขภาพจิตเท่ากับ 0.93

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มประชากรที่ศึกษา มีขั้นตอนดังนี้

1. สำรวจพื้นที่เป้าหมาย โดยมีผู้ประสานงานในพื้นที่ ซึ่งรู้จักคุ้นเคยกับกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ
2. สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ และการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในเรื่องวิถีชีวิต ความเชื่อ และพิธีกรรม รวมทั้งการรักษาโรค
3. ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สมบูรณ์แล้วไปสอบถามหัวหน้าครัวเรือนหรือตัวแทน ซึ่งได้ชี้แจงรายละเอียดต่าง ๆ เพื่อทำความเข้าใจให้ตรงกันในวัตถุประสงค์และการศึกษาตามระบบการวิจัยเมื่อเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ในแต่ละวัน ผู้วิจัยได้รวบรวมแบบสอบถามภายในวันนั้น ๆ แล้วทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล โดยมีระยะเวลาระหว่าง 1 พฤศจิกายน 2549 - 31 ธันวาคม 2549

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำผลข้อมูลที่รวบรวมได้มาตรวจสอบความถูกต้อง จากการสอบถามมาประมวลผล โดยเครื่องคอมพิวเตอร์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS / PC+ (Statistical Package for the Social Sciences) และนำเสนอผลการศึกษาด้วยตารางแจกแจงความถี่ และทดสอบสมมติฐานนำเสนอด้วยตารางผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม

## สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ส่วนที่ 1 นำเสนอข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่

1.1 ค่าร้อยละ (Percentage)

1.2 ค่าเฉลี่ย หรือค่ากลางเลขคณิต (Mean)

1.3 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

1.4 ค่ามัธยฐาน (Median)

## ส่วนที่ 2 สถิติอนุมาน (Inferential Statistics)

ใช้สำหรับประมวลผลหาคำตอบให้กับวัตถุประสงค์ของการวิจัย และเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยของชาวเขาเผ่าขมุตามคุณลักษณะของประชากร เศรษฐกิจและสังคม โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi - Square Test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

## ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ขนาดความสัมพันธ์โดยใช้ Cramer's v มีสูตรดังนี้

$$\text{Cramer}'v = \sqrt{\frac{c^2}{(N)(\text{Minimum of } r-1, c-1)}}$$

เมื่อ  $n$  = จำนวนตัวอย่าง

ในที่นี้แบ่งขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปรเป็น 2 ระดับ คือ

ระดับความสัมพันธ์มากตั้งแต่ 0.50 - 1.00

ระดับความสัมพันธ์น้อยตั้งแต่ 0.00 - 0.49

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์

#### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยของชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน อำเภอสองแคว จังหวัดน่าน ซึ่งในการวิเคราะห์ข้อมูลนั้น ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูล และเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. ข้อมูลเกี่ยวกับระดับสัมพันธภาพในครอบครัว และสภาพแวดล้อมทางกายภาพของชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน จังหวัดน่าน
3. ข้อมูลเกี่ยวกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย
4. ผลการทดสอบสมมติฐาน

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้แก่ ครอบครัวของชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน จังหวัดน่าน จำนวน 215 ครอบครัว ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อครัวเรือน จำนวนสมาชิกในครัวเรือน การได้รับฟังข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย การได้รับการรักษาพยาบาล ดังแสดงไว้ในตารางดังนี้

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละ ของจำนวนชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน จังหวัดน่าน จำแนกตามเพศ

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	108	50.23
หญิง	107	49.77
รวม	215	100.00

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถาม เป็น เพศชาย 108 คน เพศหญิง 107 คน คิดเป็น ร้อยละ 50.23 และ ร้อยละ 49.77 ตามลำดับ

วิเคราะห์ได้ว่ากลุ่มประชากรตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิงมีส่วนเท่า ๆ กันเพราะมีการกระจายประชากรเพศหญิงและเพศชายมีส่วนเท่าๆกัน

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละ ของจำนวนชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน จังหวัดน่าน จำแนกตามอายุ

อายุ	จำนวน	ร้อยละ
18 - 20 ปี	57	26.51
21 - 40 ปี	44	20.47
41 - 60 ปี	60	27.91
61 ปีขึ้นไป	54	25.11
รวม	215	100.00

กลุ่มประชากรตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-60 ปี จำนวน 60 คน (ร้อยละ 27.91) รองลงมาคือ อายุระหว่าง 18-20 ปี จำนวน 57 คน (ร้อยละ 26.51) และน้อยที่สุดคือ อายุ 61 ปีขึ้นไป จำนวน 54 คน (ร้อยละ 25.11)

วิเคราะห์ได้ว่ากลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 41-60 ปี เนื่องจากเป็นช่วงวัยกลางคนที่อาศัยอยู่บ้านเป็นส่วนใหญ่ อีกทั้งผู้ตอบแบบสัมภาษณ์เป็นตัวแทนของครัวเรือนที่สามารถให้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ได้มากที่สุด

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละ ของจำนวนชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน จังหวัดน่าน จำแนกตาม สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	จำนวน	ร้อยละ
โสด	33	15.35
สมรสแล้วอยู่ด้วยกัน	157	73.02
สมรสแล้วอาศัยอยู่คนละที่	15	6.98
หย่า / ม่าย	10	4.65
รวม	215	100.00

กลุ่มประชากรตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ สมรสแล้วอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 73.02) รองลงมา โสด (ร้อยละ 15.35) สมรสอยู่คนละที่ (ร้อยละ 6.98) และ หย่า/ม่าย (ร้อยละ 4.65)

วิเคราะห์ได้ว่ากลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่เมื่อสมรสแล้วจะอาศัยอยู่ด้วยกันเพื่อประกอบอาชีพและสร้างครอบครัวของตนเอง โอกาสที่เมื่อแต่งงานแล้วจะแยกกันอยู่มีน้อยเนื่องจากมีการโยกย้ายถิ่นฐานเพื่อประกอบอาชีพน้อย

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละ ของจำนวนชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน จังหวัดน่าน จำแนกตาม ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้รับการศึกษา	53	24.65
ประถมศึกษา	57	26.51
มัธยมศึกษาตอนต้น	52	24.19
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	36	16.74
อนุปริญญา/ปวส.	17	7.91
รวม	215	100.00

กลุ่มประชากรตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ จบการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 26.51) รองลงมา ไม่ได้รับการศึกษา (ร้อยละ 24.65) จบมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 24.19) จบมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 16.74) จบอนุปริญญา/ปวส. (ร้อยละ 7.91)

วิเคราะห์ได้ว่ากลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มประชากรตัวอย่างประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก จึงคิดว่าไม่จำเป็นต้องศึกษาในระดับที่สูงขึ้นและในสมัยก่อนไม่นิยมเรียนหนังสือแต่ให้ความสำคัญกับการประกอบอาชีพมากกว่า

**ตารางที่ 6** จำนวน และร้อยละ ของจำนวนชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน จังหวัดน่าน จำแนกตาม รายได้

รายได้	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เกิน 1,000 บาท	52	24.19
1,001-1,500 บาท	47	21.86
1,501-2,000 บาท	43	20.00
2,001-2,500 บาท	40	18.60
มากกว่า 2,500 บาท	33	15.35
รวม	215	100.00

กลุ่มประชากรตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 1,000 บาท (ร้อยละ 24.19) รองลงมา มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 1,000-1,500 บาท (ร้อยละ 21.86) มีรายได้ต่อเดือน 1,501-2000 บาท (ร้อยละ 20.00) มีรายได้ต่อเดือน 2,001-2500 บาท (ร้อยละ 18.60) และมีรายได้ต่อเดือน มากกว่า 2,500 บาท (ร้อยละ 15.35)

วิเคราะห์ได้ว่ากลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนต่ำมาก เนื่องจากทุกครัวเรือนประกอบอาชีพเกษตรกรรมโดยปลูกข้าวเหนียวเพื่อบริโภคในครัวเรือนเป็นหลัก หากเหลือจากการบริโภคจึงนำไปขาย ส่วนการรับจ้างและขายแรงงานยังมีน้อยและได้ค่าตอบแทนต่ำ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าชาวเขาเผ่าขมุยังประกอบอาชีพดั้งเดิมตามบรรพบุรุษ รายได้จึงขึ้นอยู่กับผลผลิตทางการเกษตรเป็นส่วนใหญ่ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับต่ำ ทำให้ไม่สามารถเลือกประกอบอาชีพที่ดีได้

ตารางที่ 7 จำนวน และร้อยละ ของจำนวนชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน จังหวัดน่าน จำแนกตาม จำนวนสมาชิกในครัวเรือน

จำนวนสมาชิกในครัวเรือน	จำนวน	ร้อยละ
1-4 คน	115	53.49
5-7 คน	80	37.21
8 คนขึ้นไป	20	9.30
รวม	215	100.00

จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ มีสมาชิกในครัวเรือน 1-4 คน (ร้อยละ 53.49) รองลงมา มีสมาชิกในครัวเรือน 5-7 คน (ร้อยละ 37.21) และสมาชิกในครอบครัว 8 คนขึ้นไป (ร้อยละ 9.30)

วิเคราะห์ได้ว่ากลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิก 1-4 คน เนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้เข้าไปให้ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแก่ชาวเขาเผ่าขมุ และยังมีการวางแผนครอบครัวเคลื่อนที่โดยมุ่งเน้นการวางแผนชนิดถาวร ได้แก่ การทำหมันชาย และการทำหมันหญิง และยังมีการสนับสนุนการผลิตบุคลากรระดับท้องถิ่น ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข แพทย์ประจำตำบล หมอพื้นบ้าน ให้มีความรู้ในการจูงใจประชาชนในชุมชนนั้นเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว เพื่อเป็นการลดการเพิ่มของประชากรได้ตามนโยบายที่กำหนด

ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละ ของจำนวนชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน จังหวัดน่าน จำแนกตาม การได้รับฟังข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

การได้รับฟังข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย	จำนวน	ร้อยละ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	212	98.60
อาสาสมัคร	205	95.35
ผู้นำท้องถิ่น/ผู้นำศาสนา	184	85.58
สมาชิกในครอบครัว	135	62.79
วิทยุ/โทรทัศน์	74	34.42
เสียงตามสายประจำหมู่บ้าน	69	32.09

(n = 215)

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ รับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 98.60) รองลงมาได้รับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยจากอาสาสมัคร (ร้อยละ 95.35) ได้รับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยจากผู้นำท้องถิ่น/ผู้นำศาสนา (ร้อยละ 85.58) ได้รับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยจากสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 62.79) ได้รับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยจากวิทยุ/โทรทัศน์ (ร้อยละ 34.42) ได้รับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยจากเสียงตามสายประจำหมู่บ้าน (ร้อยละ 32.09)

วิเคราะห์ได้ว่ากลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัย ได้เข้าไปส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรครวมทั้งให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง และการวางแผนครอบครัวแก่ประชากรกลุ่มเป้าหมาย รองลงมากลุ่มประชากรตัวอย่างรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เนื่องจากอาสาสมัครประจำสาธารณสุขส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกัน ทำให้การติดต่อสื่อสารสะดวก รวดเร็ว ส่วนการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยจากผู้นำท้องถิ่น/ผู้นำศาสนาอยู่ในลำดับถัดมา เนื่องจากเป็นบุคคลที่ได้รับความไว้วางใจ ความเชื่อถือจากคนในชุมชนและยังเป็นผู้ที่คอยดูแลความสงบเรียบร้อยภายในชุมชน อีกทั้งเป็นที่พึ่งแก่คนในชุมชน ดังนั้นผู้นำจึงยังคงมีอิทธิพลมากและยังเป็นคนกลางที่คอยประสานงานระหว่างประชาชนในพื้นที่กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการแจ้งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย ลำดับต่อมาคือ การรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยจากสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดสนิทสนมกัน ดังนั้นจึงมีโอกาที่จะพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยแก่กันและกัน ซึ่งแต่ละคนก็มีความรู้และประสบการณ์ในด้านนี้น้อยมากเพราะขาดการศึกษา ส่วนการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยจากวิทยุ/โทรทัศน์น้อย เนื่องจากชาวเขาเผ่าขมุในแต่ละครัวเรือนมีเครื่องรับวิทยุและโทรทัศน์น้อย ส่วนการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยที่น้อยที่สุดคือเสียงตามสายประจำหมู่บ้าน เนื่องจากการกระจายข่าวจากหอกระจายข่าวสารไม่ทั่วถึงและเครื่องมือชำรุดไม่ได้บำรุงรักษาอย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 9 จำนวน และร้อยละ ของจำนวนชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน จังหวัดน่าน จำแนกตาม  
การรักษาพยาบาล(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

	(n = 215)	
การรักษาพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
สถานีนามัย	208	96.74
ไสยศาสตร์	201	93.49
แผนไทยโบราณ, หมอพื้นบ้าน (สมุนไพร)	137	63.72
โรงพยาบาล	89	41.40

จากตารางที่ 9 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เมื่อเจ็บป่วยจะไปใช้บริการรักษาพยาบาลที่สถานีนามัย (ร้อยละ 96.74) รองลงมารักษาทางไสยศาสตร์ (ร้อยละ 93.49) เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยไปรักษาแผนไทยโบราณ, หมอพื้นบ้าน/สมุนไพร (ร้อยละ 63.72) และไปรักษาที่โรงพยาบาล (ร้อยละ 41.40)

วิเคราะห์ได้ว่ากลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ยังใช้การรักษาพยาบาลของภาครัฐควบคู่ไปกับการใช้วิธีการรักษาแบบดั้งเดิมคือ การรักษาทางไสยศาสตร์ แผนไทยโบราณและหมอพื้นบ้าน เนื่องจากสถานีนามัยตั้งอยู่ใจกลางหมู่บ้านทำให้สะดวกต่อการเข้าถึงบริการ ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอคือโรงพยาบาลสองแควมีจำนวน 1 แห่ง ซึ่งอยู่ห่างออกไปเป็นระยะทาง 5 กิโลเมตร แต่การเดินทางไปใช้บริการในโรงพยาบาลค่อนข้างลำบาก เนื่องจากมีบางครัวเรือนเท่านั้นที่มีรถยนต์เป็นของตนเอง อีกทั้งไม่มีรถโดยสารประจำทางเข้าถึง ส่วนการรักษาแบบดั้งเดิมตามความเชื่อทางไสยศาสตร์ก็ยังคงถือปฏิบัติสืบต่อกันมา และจะรักษาควบคู่ไปกับการรักษาที่สถานีนามัย ส่วนแผนไทยโบราณ หมอพื้นบ้าน (สมุนไพร) โดยส่วนใหญ่ชาวเขาเผ่าขมุจะปลูกพืชไว้เพื่อใช้ในการประกอบพิธีกรรมเกี่ยวกับการเลี้ยงผีและไว้ใช้สำหรับรักษาโรค ได้แก่ จิง ขมิ้น ไซโล ส่วนรังจืดเป็นสมุนไพรที่ชาวเขาเผ่าขมุไปเก็บมาจากป่าเพื่อใช้ในการแก้พิษจากสารในยากำจัดศัตรูพืช แก้วพิษเคมี พิษเบื่อเมา พิษแอลกอฮอล์ พิษสุราเรื้อรัง

## 2. ข้อมูลการศึกษาในระดับสัมพันธภาพในครอบครัว และสภาพแวดล้อมทางกายภาพ

การศึกษาข้อมูลการศึกษาในระดับสัมพันธภาพในครอบครัวและสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์คะแนนดังต่อไปนี้ ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 1.34 – 2.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 0.67 – 1.33) และระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 0.00 – 0.66) ตามลำดับ ได้ผลการศึกษา ดังแสดงได้ตามตารางที่ 10-11 ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับสัมพันธภาพในครอบครัว

(n = 215)			
สัมพันธภาพในครอบครัว	$\bar{X}$	S.D	ระดับ
1. การรับประทานอาหารร่วมกันในครอบครัว	1.60	0.56	สูง
2. การสนิทสนมกลมเกลียวกัน	1.76	0.50	สูง
3. การปรึกษาหารือปัญหากันในครอบครัว	1.34	0.59	สูง
รวม	1.57	0.35	สูง

จากตารางที่ 10 ผลการศึกษา คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยของชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน อำเภอสองแคว จังหวัดน่าน ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว โดยเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ใน “ระดับสูง” ( $\bar{X} = 1.57$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า การสนิทสนมกลมเกลียวในครอบครัวมีมากที่สุด ( $\bar{X} = 1.76$ ) รองลงมาได้แก่ การรับประทานอาหารร่วมกันในครอบครัว ( $\bar{X} = 1.60$ ) และการปรึกษาหารือปัญหากันในครอบครัว ( $\bar{X} = 1.34$ ) ตามลำดับ

แสดงให้เห็นว่าสมาชิกในครอบครัวของชาวเขาเผ่าขมุมีความสัมพันธ์กันมาก ซึ่งเป็นลักษณะของสังคมแบบปฐมภูมิ (Primary Society) ที่สมาชิกในของครอบครัวมีความสนิทสนมกันมีความสัมพันธ์กันแน่นแฟ้น และมีลักษณะเป็นส่วนตัว ความสัมพันธ์ยากที่จะสิ้นสุดสุด มีการพบปะและมีกิจกรรมภายในครอบครัว เช่น การรับประทานอาหารร่วมกัน การปรึกษาหารือปัญหาภายในครอบครัว ซึ่งจะส่งผลให้ครอบครัวของชาวเขาเผ่าขมุมีความมั่นคงและเข้มแข็ง

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความพึงพอใจเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมทางกายภาพ

(n = 215)

สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยและที่ทำงาน	$\bar{X}$	S.D	ระดับความพึงพอใจ
1. การจัดระบบสุขาภิบาลบริเวณที่อยู่อาศัย	0.23	0.47	ต่ำ
2. สภาพที่อยู่อาศัยมีความคงทนถาวร	0.22	0.47	ต่ำ
3. สภาพที่อยู่อาศัยไม่มีเสียงดังรบกวน	1.85	0.37	สูง
4. พึงพอใจกับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย	1.69	0.47	สูง
5. สถานที่ทำงานไม่มีเสียงดังรบกวน	1.89	0.30	สูง
6. พึงพอใจกับสภาพแวดล้อมที่ทำงาน	1.67	0.46	สูง
รวม	1.26	0.20	ปานกลาง

จากตารางที่ 11 ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยของชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน อำเภอสองแคว จังหวัดน่าน ด้านสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยและที่ทำงาน พบว่า ระดับความพึงพอใจในสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยและที่ทำงาน โดยเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ใน “ระดับปานกลาง” ( $\bar{X} = 1.26$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีความพึงพอใจในสถานที่ทำงานไม่มีเสียงดังรบกวนมีมากที่สุด ( $\bar{X} = 1.89$ ) และรองลงมา มีความพึงพอใจในสภาพที่อยู่อาศัยไม่มีเสียงดังรบกวน ( $\bar{X} = 1.85$ ) และพึงพอใจกับสภาพที่อยู่อาศัย ( $\bar{X} = 1.69$ ) ส่วนอันดับต่ำสุด ได้แก่ พึงพอใจในสภาพที่อยู่อาศัยมีความคงทนถาวร ( $\bar{X} = 0.22$ )

เมื่อพิจารณาด้านสภาพแวดล้อมและที่ทำงานเป็นรายข้อปรากฏผลดังต่อไปนี้

1. ผลการศึกษารั้งนี้ พบว่ากลุ่มประชากรตัวอย่างมีความพึงพอใจกับการจัดระบบสุขาภิบาลอยู่ใน “ระดับต่ำ” ซึ่งพิจารณาจากเกณฑ์การวัด การจัดเก็บขยะ ส้วม และประปา

1.1 ขยะ – การกำจัดขยะของชาวเขาเผ่าขมุยังไม่ได้ทำเป็นกิจจะลักษณะ เพราะชาวเขาเผ่าขมุไม่เข้าใจเรื่องการป้องกัน โรค การทำลายแหล่งเชื้อโรคหรือพาหะนำโรค การกำจัดสิ่งปฏิกูลจะทำโดยการเผาและจะทำก็ต่อเมื่อมีจำนวนมากเกินไป อีกทั้งบริเวณบ้านและใต้ถุนบ้านก็ยังเป็นสถานที่เลี้ยงสัตว์ ได้แก่ สุกรพื้นเมือง (หมูดำ) ไก่พื้นเมือง เป็ดพื้นเมือง ไม่มีการกำจัดมูลสัตว์ที่ถูกสุขลักษณะจึงเป็นแหล่งที่เพาะเชื้อโรค

1.2 ส้วม – พบว่าครัวเรือนชาวขมุมีส้วมใช้ แต่มีปัญหาเรื่องการดูแลรักษาความสะอาดให้ถูกสุขลักษณะ

1.3 ประปา – น้ำที่ใช้ในการอุปโภคบริโภคมาจากประปาภูเขา น้ำดื่มจะใช้วิธีนำมาต้มก่อนบริโภค ปัญหาเรื่องน้ำดื่มจะมีมากในช่วงหน้าฝน เพราะน้ำมีสีขุ่นแดงไม่สะอาด ทำให้ยังพบปัญหาท้องร่วงและบางช่วงครัวเรือนมีน้ำสะอาดไม่เพียงพอสำหรับบริโภค

2. ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ประชากรกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจกับสภาพที่อยู่อาศัยมีความคงทนถาวรใน “ระดับต่ำ”

ตามเกณฑ์มาตรฐานความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.) ชุมชนควรมีบ้านพักอาศัยมีสภาพคงทนถาวรได้อย่างน้อย 5 ปี แต่จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าที่อยู่อาศัยของชาวเขาเผ่าขมุส่วนใหญ่ใช้วัสดุที่หาได้ง่ายในท้องถิ่น เช่น ไม้ไผ่ และหญ้าคา ทำให้ความคงทนถาวรยังต่ำกว่ามาตรฐาน มีเพียงบางส่วนเท่านั้นที่มีที่อยู่อาศัยคงทนถาวร

3. ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าประชากรกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจกับสภาพที่อยู่อาศัยไม่มีเสียงดังรบกวนและมีความพึงพอใจกับสถานที่ทำงานไม่มีเสียงดังรบกวนใน “ระดับสูง” เนื่องจากสภาพที่อยู่อาศัยและสถานที่ทำงานของชาวเขาเผ่าขมุเกี่ยวข้องกับธรรมชาติและยังคงประกอบอาชีพที่เกี่ยวกับการเกษตร ทำให้ไม่มีปัญหาเรื่องเสียงดังรบกวน

4. ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าประชากรกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจกับสภาพแวดล้อมที่ทำงานหรือประกอบอาชีพใน “ระดับสูง” ทั้งนี้เนื่องจากสภาพแวดล้อมที่ทำงานเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติและมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการประกอบอาชีพน้อยทำให้มีความพึงพอใจกับอาชีพดั้งเดิม แต่ก็มีส่วนน้อยที่ไม่พอใจในการประกอบอาชีพและคืนรนไปใช้แรงงานรับจ้างนอกหมู่บ้าน

5. ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าประชากรตัวอย่างมีความพึงพอใจกับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยใน “ระดับสูง” ทั้งนี้เนื่องจากการตั้งบ้านเรือนของชาวเขาเผ่าขมุมักตั้งอยู่ในละแวกกลุ่มเครือญาติตนเองและชุมชนดั้งเดิม ทำให้เกิดความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินและเพื่อนบ้านยังมีความสนิทสนมกลมเกลียวกัน

## 3. ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย

ตารางที่ 12 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย  
ของชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน อำเภอสองแคว จังหวัดน่าน

(n = 215)

ข้อความ	ไม่เคย	เป็นครั้งคราว	เป็นประจำ	$\bar{X}$	S.D	ระดับ
1. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแล ก่อนคลอดและฉีดวัคซีนครบ	10 (4.65)	65 (30.23)	140 (65.12)	1.60	0.57	สูง
2. แม่ที่คลอดลูกได้รับการทำคลอด และดูแลหลังคลอด	24 (11.16)	76 (35.35)	115 (53.49)	1.42	0.68	สูง
3. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการส่งเสริม ภาวะโภชนาการเพื่อให้เด็ก แรกเกิดคลอดมีน้ำหนัก ไม่ต่ำกว่า 2,500 กรัม	33 (15.35)	108 (50.23)	74 (34.42)	1.19	0.68	ปานกลาง
4. เด็กแรกเกิดถึง 1 ปีเต็ม ได้รับ การฉีดวัคซีนป้องกันโรคครบ	12 (5.58)	48 (22.33)	155 (72.09)	1.66	0.57	สูง
5. เด็กแรกเกิดได้กินนมแม่อย่าง เดียว อย่างน้อย 4 เดือนแรก ติดต่อกัน	18 (8.37)	78 (36.28)	119 (55.35)	1.46	0.64	สูง
6. เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ได้กินอาหาร อย่างเหมาะสมและเพียงพอ	28 (13.02)	75 (34.88)	112 (52.09)	1.39	0.70	สูง
7. เด็กอายุ 6-15 ปี ได้กินอาหาร ครบ 5 หมู่ ถูกสุขลักษณะและ ปลอดภัย	23 (10.70)	121 (56.28)	71 (33.02)	1.22	0.62	ปานกลาง
8. เด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับการฉีด วัคซีนป้องกันโรคครบ	9 (4.19)	48 (22.32)	158 (73.49)	1.69	0.54	สูง
9. สมาชิกในครัวเรือนได้กินอาหาร ที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่	0 (0.00)	171 (79.53)	44 (20.47)	1.20	0.40	ปานกลาง
10. สมาชิกในครัวเรือนมีความรู้ ในการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสม	8 (3.72)	127 (59.07)	80 (37.21)	1.33	0.54	ปานกลาง
11. คนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการ ตรวจสุขภาพประจำปี	21 (9.77)	110 (51.16)	84 (39.07)	1.29	0.63	ปานกลาง
12. ครัวเรือนมีน้ำสะอาดสำหรับ ดื่มและบริโภคเพียงพอ	5 (2.33)	184 (85.58)	26 (12.09)	1.09	0.36	ปานกลาง

ตารางที่ 12 (ต่อ)

(n = 215)						
ข้อความ	ไม่เคย	เป็นครั้งคราว	เป็นประจำ	$\bar{X}$	S.D	ระดับ
13. คริวเรือนมีการบ้านเรือนและบริเวณบ้านเป็นระเบียบถูกสุขลักษณะ	32 (14.88)	181 (84.19)	2 (0.93)	0.86	0.37	ปานกลาง
14. คนในครัวเรือนสูบบุหรี่	16 (7.44)	79 (36.74)	120 (55.81)	0.51	0.63	ต่ำ
15. คนในครัวเรือนดื่มสุรา	12 (5.58)	54 (25.12)	149 (69.30)	0.36	0.58	ต่ำ
รวม				1.22	0.14	ปานกลาง

จากตารางที่ 12 พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน อำเภอสองแคว จังหวัดน่าน อยู่ใน“ระดับปานกลาง” (ค่าเฉลี่ย 1.22) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อสามารถสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายที่มีค่าสูงสุดคือ ข้อ 8 เด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับการฉีดวัคซีนและป้องกันโรคครบ ( $\bar{X} = 1.69$ ) รองลงมาคือข้อ 4 เด็กแรกเกิดถึง 1 ปีเต็มได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคครบ ( $\bar{X} = 1.66$ ) และ ข้อ 1 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอดและฉีดวัคซีนโรคครบ ( $\bar{X} = 1.60$ ) และน้อยที่สุดคือ ข้อ 15 คนในครัวเรือนดื่มสุรา ( $\bar{X} = 0.36$ ) แสดงให้เห็นว่าสุขภาพทางด้านร่างกายของชาวเขาเผ่าขมุ มีความเหมาะสมในระดับหนึ่งเท่านั้น จำเป็นที่หน่วยงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขต้องเข้าไปปรับปรุงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยให้ดีขึ้นกว่าเดิม โดยเฉพาะในเรื่องการสูบบุหรี่และการดื่มสุรายังอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากชาวเขาส่วนหนึ่งยังนิยมสูบใบยาสูบที่มีแหล่งเพาะปลูกอยู่ในชุมชนส่วนการดื่มสุรานั้นชาวเขาจะมีการหมักเหล้าไว้กินเอง

ตารางที่ 13 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต  
ของชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน อำเภอสองแคว จังหวัดน่าน

ข้อความ						ระดับ
	ไม่เคย	เป็นครั้งคราว	เป็นประจำ	$\bar{X}$	S.D	
1. นอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือ กังวลใจ	25 (11.63)	131 (60.93)	59 (27.44)	0.84	0.60	ปานกลาง
2. รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ	13 (6.05)	130 (60.46)	72 (33.49)	0.72	0.56	ปานกลาง
3. ทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาท ตึงเครียด	21 (9.77)	132 (61.39)	62 (28.84)	0.80	0.59	ปานกลาง
4. มีความวุ่นวายใจ	16 (7.44)	120 (55.81)	79 (36.75)	0.70	0.59	ปานกลาง
5. ไม่อยากพบปะผู้คน	16 (7.44)	123 (57.21)	76 (35.35)	0.72	0.59	ปานกลาง
6. ปวดหัวข้างเดียวหรือปวด บริเวณขมับทั้ง 2 ข้าง	22 (10.23)	127 (59.07)	66 (30.70)	0.79	0.60	ปานกลาง
7. รู้สึกไม่มีความสุขและ เศร้าหมอง	22 (10.23)	140 (65.12)	53 (24.65)	0.85	0.57	ปานกลาง
8. รู้สึกหมดหวังในชีวิต	14 (6.51)	126 (58.60)	75 (34.88)	0.71	0.57	ปานกลาง
9. รู้สึกชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า	25 (11.63)	139 (64.65)	51 (23.72)	0.87	0.58	ปานกลาง
10. กระวนกระวายอยู่ตลอดเวลา	38 (17.67)	112 (52.10)	65 (30.23)	0.87	0.68	ปานกลาง
11. รู้สึกตนเองไม่มีสมาธิ	40 (18.60)	144 (66.98)	31 (14.42)	1.04	0.57	ปานกลาง
12. รู้สึกเพื่อยจนไม่มีแรงจะทำ อะไร	13 (6.05)	158 (73.49)	44 (20.46)	0.85	0.49	ปานกลาง
13. รู้สึกเหนื่อยหน่ายไม่อยากทำ อะไร	20 (9.30)	122 (56.74)	73 (33.95)	0.75	0.61	ปานกลาง
14. มีอาการหัวใจเต้นแรง	82 (38.14)	91 (42.33)	42 (19.53)	1.18	0.73	ปานกลาง
15. เสี่ยงสั้น ปากสั้น หรือมือสั้น เวลาไม่พอใจ	22 (10.23)	141 (65.58)	52 (24.19)	0.86	0.57	ปานกลาง

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ข้อความ				(n = 215)		ระดับ
	ไม่เคย	เป็นครั้งคราว	เป็นประจำ	$\bar{X}$	S.D	
16. รู้สึกกลัวผิดพลาดในการทำสิ่งต่าง ๆ	21 (9.77)	137 (63.72)	57 (26.51)	0.83	0.57	ปานกลาง
17. ปวดหรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย หลังหรือไหล่	58 (26.98)	115 (53.49)	42 (19.53)	1.07	0.67	ปานกลาง
18. ตื่นเต้นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย	13 (6.05)	149 (69.30)	53 (24.65)	0.81	0.52	ปานกลาง
19. มึนงงหรือเวียนศีรษะ	19 (8.84)	141 (65.58)	55 (25.58)	0.83	0.56	ปานกลาง
20. ความสุขทางเพศลดลง	10 (4.65)	140 (65.12)	65 (30.23)	0.74	0.53	ปานกลาง
รวม				0.84	0.45	ปานกลาง

จากตารางที่ 13 พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตของชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน อำเภอสองแคว จังหวัดน่าน อยู่ใน “ระดับปานกลาง” (ค่าเฉลี่ย 0.84) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อสามารถสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตที่มีค่าสูงสุดคือ ข้อ 14 มีอาการหัวใจเต้นแรง ( $\bar{X} = 1.18$ ) รองลงมาคือ ข้อ 17 ปวดหรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย หลังหรือไหล่ ( $\bar{X} = 1.07$ ) และข้อ 11 รู้สึกตนเองไม่มีสมาธิ ( $\bar{X} = 1.04$ ) และน้อยที่สุดคือ ข้อ 4. มีความวุ่นวายใจ ( $\bar{X} = 0.70$ ) แสดงให้เห็นว่าสุขภาพทางด้านจิตของชาวเขาเผ่าขมุ มีความเหมาะสมในระดับหนึ่งเท่านั้น ซึ่งหน่วยงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขต้องเข้าไปปรับปรุงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยให้ดีขึ้นกว่าเดิม นอกจากนี้โดยส่วนใหญ่ชาวเขาเผ่าขมุยังมีวิถีชีวิตแบบดั้งเดิมคือประกอบอาชีพเกษตรกรรมทำให้ไม่มีภาวะความเครียดมากนัก แต่อาจมีบ้างว่าบางส่วนยังมีปัญหาที่ทำให้เกิดความวุ่นวายใจอยู่บ้าง เช่น ปัญหาเรื่องผลผลิตทางการเกษตร และรายได้จากการประกอบอาชีพได้ค่าตอบแทนต่ำจึงเกิดภาวะกดดัน

ตารางที่ 14 สรุประดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยของชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน อำเภอสองแคว จังหวัดน่าน

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยของชาวเขาเผ่าขมุ	$\bar{X}$	ระดับ
		คุณภาพชีวิต
1. ด้านสุขภาพกาย	1.22	ปานกลาง
2. ด้านสุขภาพจิต	0.84	ปานกลาง
รวม	1.03	ปานกลาง

(n = 215)

จากตารางที่ 14 โดยเฉลี่ยภาพรวมพบว่า ชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน อำเภอสองแคว จังหวัดน่าน ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย อยู่ใน “ระดับปานกลาง” ( $\bar{X} = 1.03$ ) ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอยู่ใน “ระดับปานกลางค่อนข้างสูง” ( $\bar{X} = 1.22$ ) และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตอยู่ใน “ระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ” ( $\bar{X} = 0.84$ ) ทั้งนี้เนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในการให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ การป้องกัน และรักษาโรคมากขึ้น อีกทั้งสถานีอนามัยอยู่ใกล้หมู่บ้านทำให้ง่ายต่อการเข้ารับบริการ และการแพทย์แผนปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีที่ทันสมัย และความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นการใช้ยา การผ่าตัด การใช้รังสี ซึ่งการแพทย์แผนปัจจุบันเน้นการรักษาทางกาย แต่ไม่ได้เน้นการรักษาทางจิตใจ ทั้งนี้เนื่องจากจิตใจเป็นสิ่งที่เข้าใจและมองเห็นได้ยากกว่าทางกายจึงทำให้สุขภาพจิตถูกละเลย และโรคที่เกิดจากสุขภาพจิตที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย เช่น โรคที่เกิดจากความวิตกกังวล หรือเครียด อาจจะทำให้เกิดอาการท้องผูก ปวดศีรษะ ถ้าสุขภาพจิตไม่ดีก็จะมีผลให้สุขภาพกายเปลี่ยนแปลงไป อาจทำให้เกิดโรคทางกายได้ ซึ่งสาเหตุของโรคต่างๆ เกิดขึ้นจากคุณภาพของจิตใจ เป็นสาเหตุของโรคทางกายด้วย

#### 4. ผลการทดสอบสมมติฐาน

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน การได้รับฟังข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย การได้รับการรักษาพยาบาล สัมพันธภาพในครอบครัว สภาพแวดล้อมทางกายภาพ และตัวแปรตาม ได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย ซึ่งสถิติที่นำมาใช้ในการศึกษาวิเคราะห์ ได้แก่ ค่าไคสแควร์ (Chi-Square) ใช้ทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปร สำหรับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้กำหนดไว้ที่ระดับ .05 ซึ่งผลการทดสอบสมมติฐานที่ตั้งไว้ปรากฏดังนี้

สมมติฐานที่ 1 เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย

ตารางที่ 15 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างเพศชายและหญิงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย

เพศ	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย		รวม
	ต่ำ	สูง	
ชาย	46.30	53.70	50.23 (108)
หญิง	57.90	42.10	49.77 (107)
รวม	52.10	47.90	100.00 (215)

Chi-Square = 2.92      df = 1      Sig = 0.87

Cramer's v = 0.11

การทดสอบสมมติฐานได้แบ่งกลุ่มเพศกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย ออกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มเพศชาย และกลุ่มหญิง ผลการแบ่งกลุ่ม พบว่า กลุ่มผู้ที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยใน “ระดับสูง” ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 53.70 และเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 42.10

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่างเพศชายและหญิงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย โดยใช้สถิติไคสแควร์ ผลการทดสอบพบว่า ค่าไคสแควร์ที่คำนวณได้เท่ากับ 2.92 มีค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.87 ซึ่งมีค่ามากกว่าระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$ ) ที่กำหนดไว้ที่ระดับ .05 แสดงว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย ผลการศึกษาจึงไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานที่ 2 อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย

ตารางที่ 16 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย

อายุ	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย		รวม
	ต่ำ	สูง	
18-40 ปี	50.50	49.50	46.98 (101)
41-60 ปี	45.00	55.00	27.90 (60)
61 ปีขึ้นไป	63.00	37.00	25.12 (54)
รวม	52.10	47.90	100.00 (215)

Chi-Square = 3.87      df = 2      Sig = 0.14

Cramer's v = 0.13

การทดสอบสมมติฐาน ได้แบ่งกลุ่มอายุกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยออกเป็นสามกลุ่ม คือ กลุ่มที่มีอายุระหว่าง 18-40 ปี กลุ่มที่มีอายุ 41-60 ปี และกลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 61 ปีขึ้นไป ผลการแบ่งกลุ่ม พบว่า กลุ่มผู้ที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพใน “ระดับสูง” ส่วนใหญ่จะมีอายุระหว่าง 41-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.00 และอายุ 61 ปีขึ้นไป มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.00

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่างอายุกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยใช้สถิติไคสแควร์ ผลการทดสอบพบว่า ค่าไคสแควร์ที่คำนวณได้เท่ากับ 3.87 มีค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.14 ซึ่งมีความมากกว่าระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$ ) ที่กำหนดไว้ .05 แสดงว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย ผลการศึกษาจึงไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานที่ 3 สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย

ตารางที่ 17 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย

สถานภาพสมรส	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย		รวม
	ต่ำ	สูง	
สมรส	44.60	55.40	73.02 (157)
โสด,หย่า/ม่าย,แยกกันอยู่	72.40	27.60	26.98 (58)
รวม	52.10	47.90	100.00 (215)

Chi-Square = 13.14      df = 1      Sig = 0.00

Cramer's v = 0.25

การทดสอบสมมติฐานได้แบ่งกลุ่มสถานภาพสมรส กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย ออกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มสมรสแล้วอาศัยอยู่ด้วยกันและกลุ่มโสด หย่า/ม่าย สมรสและอยู่คนละที่ ผลการแบ่งกลุ่ม พบว่า กลุ่มผู้ที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยใน “ระดับสูง” ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่สมรสแล้วอาศัยอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 55.40

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่างสถานภาพสมรสกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย โดยใช้สถิติไคสแควร์ ผลการทดสอบพบว่า ค่าไคสแควร์ที่คำนวณได้เท่ากับ 13.14 มีค่านัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.00 ซึ่งมีค่าน้อยกว่าระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$ ) ที่กำหนดไว้ .05 แสดงว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย ผลการศึกษาจึงเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานที่ 4 ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย

ตารางที่ 18 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย

ระดับการศึกษา	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย		รวม
	ต่ำ	สูง	
ไม่ได้รับการศึกษา	60.40	39.60	24.65 (53)
ประถมศึกษา	54.40	45.60	26.51 (57)
มัธยมศึกษาตอนต้น	44.20	55.80	24.19 (52)
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือสูงกว่า	49.10	50.90	24.65 (53)
รวม	52.10	47.90	100.00 (215)

Chi-Square = 3.06      df = 3      Sig = 0.38

Cramer's v = 0.12

การทดสอบสมมติฐานได้แบ่งกลุ่มการศึกษา กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย ออกเป็นสี่กลุ่ม คือ กลุ่มไม่ได้รับการศึกษา กลุ่มที่ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา กลุ่มที่ได้รับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มที่ได้รับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือสูงกว่า ผลการแบ่งกลุ่ม พบว่าผู้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยใน “ระดับสูง” มีกลุ่มที่ได้รับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 55.80

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่างระดับการศึกษา กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย โดยใช้สถิติไคสแควร์ ผลการทดสอบพบว่า ค่าไคสแควร์ที่คำนวณได้เท่ากับ 3.06 มีค่านัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.38 ซึ่งมีค่ามากกว่าระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$ ) ที่กำหนดไว้ .05 แสดงว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย ผลการศึกษาจึงไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานที่ 5 รายได้ของครัวเรือนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย

ตารางที่ 19 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย

รายได้ของครัวเรือน	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย		รวม
	ต่ำ	สูง	
0-1,500 บาท	45.50	54.50	46.05 (99)
1,501-2,000 บาท	63.90	36.10	38.60 (83)
มากกว่า 2,000 บาท	42.40	57.60	15.35 (33)
รวม	52.10	47.90	100.00 (215)

Chi-Square = 7.59      df = 2      Sig = 0.02

Cramer's v = 0.19

การทดสอบสมมติฐานได้แบ่งกลุ่มรายได้ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยออกเป็นสามกลุ่ม คือ กลุ่มที่มีรายได้ระหว่าง 0-1,500 บาทต่อเดือน กลุ่มที่มีรายได้มากกว่า 1,501-2,000 บาทต่อเดือน และกลุ่มที่มีรายได้มากกว่า 2,000 บาทต่อเดือน ผลการแบ่งกลุ่ม พบว่า ผู้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยใน “ระดับสูง” มีกลุ่มที่มีรายได้มากกว่า 2,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 57.60

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่างรายได้ของครัวเรือนกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย โดยใช้สถิติไคสแควร์ ผลการทดสอบพบว่า ค่าไคสแควร์ที่คำนวณได้เท่ากับ 7.59 มีค่านัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.02 ซึ่งมีค่าน้อยกว่าระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$ ) ที่กำหนดไว้ .05 แสดงว่ารายได้ของครัวเรือนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย ผลการศึกษาจึงเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานที่ 6 จำนวนสมาชิกในครัวเรือนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ  
อนามัย

ตารางที่ 20 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนสมาชิกในครัวเรือนกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ  
อนามัย

จำนวนสมาชิกในครัวเรือน	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย		รวม
	ต่ำ	สูง	
1-4 คน	44.30	55.70	53.49 (115)
5-7 คน	68.80	31.30	37.21 (80)
8 คนขึ้นไป	30.00	70.00	9.30 (20)
รวม	52.10	47.90	100.00 (215)

Chi-Square = 15.57      df = 2      Sig = 0.00

Cramer's v = 0.27

การทดสอบสมมติฐานได้แบ่งกลุ่มจำนวนสมาชิกในครัวเรือน กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ  
อนามัย ออกเป็นสามกลุ่ม คือ กลุ่มที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนระหว่าง 1-4 คน กลุ่มที่มีจำนวน  
สมาชิกในครัวเรือน 5-7 คน และกลุ่มที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนตั้งแต่ 8 คนขึ้นไป ผลการ  
แบ่งกลุ่ม พบว่า กลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยอยู่ใน “ระดับสูง” ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มี  
จำนวนสมาชิกในครัวเรือนจำนวน 8 คนขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 70.00

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่างจำนวนสมาชิกในครัวเรือนกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ  
อนามัย โดยใช้สถิติไคสแควร์ ผลการทดสอบพบว่า ค่าไคสแควร์ที่คำนวณได้เท่ากับ 15.57 มีค่า  
นัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.00 ซึ่งมีค่าน้อยกว่าระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$ ) ที่กำหนดไว้ .05 แสดงว่าจำนวน  
สมาชิกในครัวเรือนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย ผลการศึกษาจึงเป็นไปตาม  
สมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานที่ 7 สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ  
อนามัย

ตารางที่ 21 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ  
อนามัย

สัมพันธภาพในครอบครัว	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย		รวม
	ต่ำ	สูง	
สัมพันธภาพในครอบครัวต่ำ	70.50	29.50	40.93 (88)
สัมพันธภาพในครอบครัวสูง	39.40	60.60	59.07 (127)
รวม	52.10	47.90	100.00 (215)

Chi-Square = 20.13      df = 1      Sig = 0.00

Cramer's v = 0.31

การทดสอบสมมติฐานได้แบ่งกลุ่มสัมพันธภาพในครอบครัว กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ  
อนามัย ออกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวต่ำ และกลุ่มที่มีสัมพันธภาพใน  
ครอบครัวสูง ผลการแบ่งกลุ่ม พบว่า กลุ่มผู้ที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยใน “ระดับสูง” ส่วน  
ใหญ่เป็นกลุ่มที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวสูง คิดเป็นร้อยละ 60.60

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ  
อนามัย โดยใช้สถิติไคสแควร์ ผลการทดสอบพบว่า ค่าไคสแควร์ที่คำนวณได้เท่ากับ 20.13 มีค่า  
นัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.00 ซึ่งมีค่าน้อยกว่าระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$ ) ที่กำหนดไว้ .05 แสดงว่า  
สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย ผลการศึกษาจึงเป็นไป  
ตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานที่ 8 สภาพแวดล้อมทางกายภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย

ตารางที่ 22 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมทางกายภาพกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย

สภาพแวดล้อมทางกายภาพ	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย		รวม
	ต่ำ	สูง	
สภาพแวดล้อมทางกายภาพไม่ดี	55.90	44.10	82.33 (177)
สภาพแวดล้อมทางกายภาพดี	34.20	65.80	17.67 (38)
รวม	52.10	47.90	100.00 (215)

Chi-Square = 5.92      df = 1      Sig = 0.02

Cramer's v = 0.17

การทดสอบสมมติฐานได้แบ่งกลุ่มสภาพแวดล้อมทางกายภาพ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยออกเป็นสองกลุ่มคือ กลุ่มที่อยู่ในสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ไม่ดี และกลุ่มที่อยู่ในสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ผลการแบ่งกลุ่ม พบว่า ผู้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยใน“ระดับสูง” มีในกลุ่มที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี คิดเป็นร้อยละ 65.80

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่างสภาพแวดล้อมทางกายภาพกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย โดยใช้สถิติไคสแควร์ ผลการทดสอบพบว่า ค่าไคสแควร์ที่คำนวณได้เท่ากับ 5.92 มีค่านัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.02 ซึ่งมีค่าน้อยกว่าระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$ ) ที่กำหนดไว้ .05 แสดงว่าสภาพแวดล้อมทางกายภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย ผลการศึกษาจึงเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานที่ 9 การรับฟังข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย

ตารางที่ 23 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับฟังข่าวสารด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย

การรับฟังข่าวสารด้านสุขภาพ	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย		รวม
	ต่ำ	สูง	
การไม่ได้รับข่าวสารด้านสุขภาพ	61.40	38.60	59.10 (127)
การได้รับฟังข่าวสารด้านสุขภาพ	38.60	61.40	40.90 (88)
รวม	52.10	47.90	100.00 (215)

Chi-Square = 10.81      df = 1      Sig = 0.00

Cramer's v = 0.22

การทดสอบสมมติฐานได้แบ่งกลุ่มการรับฟังข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยออกเป็นสองกลุ่มกลุ่ม คือ กลุ่มที่ไม่ได้รับฟังข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย และกลุ่มที่ได้รับฟังข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย ผลการแบ่งกลุ่ม พบว่า ผู้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยใน “ระดับสูง” มีในกลุ่มที่ได้รับฟังข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย คิดเป็นร้อยละ 61.40

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่างการรับฟังข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย โดยใช้สถิติไคสแควร์ ผลการทดสอบพบว่า ค่าไคสแควร์ที่คำนวณได้เท่ากับ 10.81 มีค่านัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.00 ซึ่งมีค่าน้อยกว่าระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$ ) ที่กำหนดไว้ .05 แสดงว่าการรับฟังข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย ผลการศึกษาจึงเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ตารางที่ 24 แสดงจำนวน และร้อยละ ของการได้รับการรักษาพยาบาลชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน  
จังหวัดน่าน

การได้รับการรักษาพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
รักษาแผนโบราณ	7	3.26
รักษาแผนปัจจุบัน	4	1.86
รักษาแบบผสมทั้งสองอย่าง	204	94.88
รวม	215	100.00

เมื่อพิจารณาจำนวนของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ การได้รับการรักษาพยาบาลของกลุ่มประชากร ตัวอย่างที่ศึกษาแบ่งกลุ่มเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการรักษาแผนโบราณ (ร้อยละ 3.26) กลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบแผนปัจจุบัน (ร้อยละ 1.86) และกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบผสมทั้งแผนโบราณและแผนปัจจุบัน (ร้อยละ 94.88) จะเห็นว่า กลุ่มที่ได้รับการรักษาแผนโบราณอย่างเดียวและกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบแผนปัจจุบันอย่างเดียวมีสัดส่วนที่น้อยจึงไม่สามารถนำมาทดสอบสมมติฐานได้ และการที่ชาวเขาเผ่าขมุส่วนใหญ่รักษาพยาบาลแบบผสม ทั้งนี้เนื่องจาก การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้เข้ามามีบทบาทกับชาวเขาเผ่าขมุมากขึ้น โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะเน้นการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ ชุมชน และครอบครัว โดยการขอความร่วมมือจากผู้ใหญ่บ้านและแต่งตั้งอาสาสมัครประจำหมู่บ้านให้มีส่วนร่วมในการช่วยกันเผยแพร่ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพอนามัย โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการกำจัดความเครียด การตรวจสุขภาพ อีกทั้งให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และรณรงค์ให้ทุกคนช่วยกันรักษาสุขภาพแวดล้อมให้น่าอยู่ และส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่นด้วยการรักษาด้วยสมุนไพร และส่งเสริมให้ชาวเขาเผ่าขมุเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยให้ไปรับการรักษาที่สถานีนานามัย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ได้ห้ามในเรื่องความเชื่อการรักษาโรคด้วยวิธีทางไสยศาสตร์ แต่จะให้มีการรักษาด้วยวิธีทางไสยศาสตร์ควบคู่ไปด้วย ปัจจุบันจึงพบว่าชาวเขาเผ่าขมุส่วนใหญ่เมื่อคนในครัวเรือนเกิดภาวะเจ็บป่วยจะไปรับการรักษาที่สถานีนานามัยหลังจากนั้นเมื่อหายจากการเจ็บป่วยจะประกอบพิธีกรรมเรียกขวัญ แต่ถ้าไม่หายจากการเจ็บป่วยหรือเกิดป่วยเรื้อรังก็จะต้องนำคนป่วยมาประกอบพิธีกรรมรักษาตามความเชื่อด้วยวิธีทางไสยศาสตร์ต่อไป

## สรุปผลการทดสอบสมมติฐาน

ผลการทดสอบสมมติฐาน เพื่อหาปัจจัยทางประชากร สังคมและเศรษฐกิจที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย ของชาวเขาเผ่าขมุจังหวัดน่าน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครัวเรือน จำนวนสมาชิกในครัวเรือน การรับฟังข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย สัมพันธภาพในครอบครัว สภาพแวดล้อมทางกายภาพ (จากตารางที่ 15- 24) พบว่าปัจจัย สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครัวเรือน รายได้ของครัวเรือน สัมพันธภาพในครอบครัว สภาพแวดล้อมทางกายภาพ การรับฟังข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย ส่วนปัจจัยด้านอื่นๆ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย

### ตารางที่ 25 สรุปผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐาน	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย	
	ยอมรับสมมติฐาน	ปฏิเสธสมมติฐาน
1. เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย		<b>P</b>
2. อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย		<b>P</b>
3. สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย	<b>P</b>	
4. ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย		<b>P</b>
5. รายได้ต่อครัวเรือนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย	<b>P</b>	
6. จำนวนสมาชิกในครัวเรือนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย	<b>P</b>	
7. สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย	<b>P</b>	
8. สภาพแวดล้อมทางกายภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย	<b>P</b>	
9. การรับฟังข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย	<b>P</b>	

## ข้อวิจารณ์

จากผลการศึกษาผู้วิจัยมีข้อวิจารณ์ในประเด็นดังต่อไปนี้

### 1. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยของชาวเขาเผ่าขมุ

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยของชาวเขาเผ่าขมุในตำบลชนแดน อำเภอสองแคว จังหวัดน่านอยู่ในระดับปานกลางทั้งภาพรวมและรายด้าน แสดงว่าสภาพการดำรงชีวิตของชาวเขาเผ่าขมุ4ทั้งทางด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจได้รับการตอบสนองความต้องการในการดำรงชีวิตที่เหมาะสมในระดับหนึ่ง แต่ทั้งนี้คุณภาพชีวิตของชาวขมุยังไม่อยู่ในระดับที่น่าพึงพอใจจึงควรปรับปรุงคุณภาพชีวิตให้อยู่ในระดับที่สูงขึ้น เพื่อให้ชาวเขาเผ่าขมุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยเฉพาะด้านสุขภาพกายที่อยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ คนในครัวเรือนสูบบุหรี่ คนในครัวเรือนดื่มสุรา นอกจากนี้ยังมีประเด็นอื่นๆที่สุขภาพกายที่อยู่ในระดับปานกลางที่ควรปรับปรุงดังตารางที่ 12 ได้แก่ ควรมีการจัดบ้านเรือนและบริเวณบ้านให้เป็นระเบียบถูกสุขลักษณะเนื่องจากบริเวณบ้านและใต้ถุนบ้านเป็นสถานที่เลี้ยงสัตว์และเป็นแหล่งสะสมเชื้อโรคอาจทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพได้ และสมาชิกในครัวเรือนไม่ได้กินอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยทางด้านรายได้น้อยจึงไม่สามารถหาซื้ออาหารที่มีประโยชน์เพียงพอกับความต้องการของร่างกายซึ่งจะเห็นว่าชาวเขาเผ่าขมุมีรูปร่างเล็ก อาจเป็นเพราะชาวเขาเผ่าขมุขาดสารอาหารทำให้มีน้ำหนักต่ออายุและส่วนสูงต่ออายุต่ำกว่ามาตรฐาน อีกทั้งชาวเขาเผ่าขมุมีน้ำบริโภคไม่เพียงพอมักมีปัญหาเรื่องน้ำดื่มไม่สะอาดทำให้พบปัญหาโรคท้องร่วง และยังพบว่าชาวเขาเผ่าขมุจบการศึกษาประถมศึกษาปีที่สูงสุดและรองลงมาไม่ได้รับการศึกษาจากผลการศึกษาของ(จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2540: 99) พบว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาจะมีลูกที่มีพัฒนาการช้า ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตนั้นอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรเข้าไปดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตให้อยู่ในระดับสูงขึ้น

ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยของชาวเขาเผ่าขมุอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากเดิมที่คุณภาพชีวิตของชาวเขาส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ แต่ปัจจุบันคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางหรือสูงขึ้นจากเดิม เนื่องจากหน่วยงานภาครัฐเล็งเห็นปัญหาและได้เข้ามามีบทบาทในด้านสุขภาพอนามัยมากขึ้น ผลการศึกษารั้งนี้สามารถอธิบายตามแนวคิดคุณภาพชีวิตตามเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำของความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ได้ว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยของชาวเขาเผ่าขมุได้รับการตอบสนองความต้องการในการดำรงชีวิตประจำวันขั้นต่ำเหมาะสมในระดับหนึ่ง

ซึ่งกรณีคุณภาพชีวิตด้านสุขอนามัยนี้ แสดงว่าหน่วยงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขสามารถทำหน้าที่ตอบสนองความต้องการขั้นต่ำในการดำเนินชีวิตของชาวเขาเผ่าขมุในตำบลชนแดนได้ในระดับปานกลางเท่านั้นและการทำงานที่ของหน่วยงานดังกล่าวยังต้องพัฒนาต่อไปเพื่อให้คุณภาพชีวิตของชาวเขาเผ่าขมุในตำบลชนแดนอยู่ในระดับที่สูงขึ้น

2. ผลการทดสอบสมมติฐานทั้งหมด 9 ข้อนั้น ปรากฏว่าเป็นการยอมรับสมมติฐานที่กำหนดไว้จำนวน 6 ข้อ และไม่ยอมรับสมมติฐาน จำนวน 3 ข้อ ซึ่งมีข้อวิจารณ์ดังนี้

### สมมติฐานที่ 1 เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย

ผลการศึกษาพบว่า เพศไม่เป็นปัจจัยที่ทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยมีความสัมพันธ์กันทั้งนี้เนื่องจากชาวเขาเผ่าขมุไม่ว่าเพศชายหรือเพศหญิงต่างก็ได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการของรัฐอย่างทั่วถึงและรัฐได้จัดโครงการหลักประกันสุขภาพให้กับทุกเพศทุกวัยเท่าเทียมกัน อีกทั้งชาวเขาเผ่าขมุทั้งเพศชายและเพศหญิงมีวิถีชีวิต ค่านิยม ความเชื่อด้านสุขภาพอนามัยที่คล้ายกันทำให้เพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ผลการทดสอบสมมติฐานในข้อนี้สอดคล้องกับการศึกษาของหัตถยา เกตุจิตร (2542) ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดกองกลาง สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า บุคลากรที่มีเพศแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน

### สมมติฐานที่ 2 อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย

ผลการศึกษาพบว่า อายุไม่เป็นปัจจัยที่ทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยมีความสัมพันธ์กันทั้งนี้เนื่องจากไม่ว่าชาวเขาเผ่าขมุจะมีอายุแตกต่างกันหรือไม่ก็มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากได้รับการสืบทอดทางวัฒนธรรมในเรื่องการดูแลสุขภาพด้วยวิถีทางไสยศาสตร์สืบทอดกันมาทำให้อายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย ผลการทดสอบสมมติฐานในข้อนี้สอดคล้องกับการศึกษาของหัตถยา เกตุจิตร (2542) ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดกองกลาง สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า บุคลากรที่มีอายุแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน

### สมมติฐานที่ 3 สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย

ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย ทั้งนี้เนื่องจากสถานภาพสมรสที่แตกต่างกันทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน คือ คน โสดหรือหนุ่มสาวมักมีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงจึงไม่ให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพมากนัก ในขณะที่กลุ่มที่สมรสแล้วจะให้ความสนใจกับการดูแลสุขภาพมากกว่าเนื่องจากภาระหน้าที่การทำงานทำให้จำเป็นต้องดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้นและหากมีอาการเจ็บป่วยอาจทำให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัว ซึ่งผลการทดสอบสมมติฐานในข้อนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ชุตติมา เลาหวิจิตรจันทร์ (2544) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของนักสังคมสงเคราะห์ สังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย และศิริณี ปันคำ (2542) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงราย พบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

### สมมติฐานที่ 4 ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาไม่เป็นปัจจัยที่ทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยมีความสัมพันธ์กัน ทั้งนี้เนื่องจากระบบการศึกษาของไทยไม่ได้เน้นสอนในเรื่องสุขภาพ อีกทั้งชาวเขาเผ่าขมุมีความเชื่อ ความผูกพันในเรื่องการรักษาความเจ็บป่วยด้วยวิธีทางไสยศาสตร์และยังได้รับอบรมสั่งสอนจากสมาชิกในครอบครัวเรื่องสุขภาพตั้งแต่เกิด เช่น การทำพิธีขวัญและการตั้งชื่อจะทำให้เด็กไม่เจ็บป่วย, พิธีกรรมการในชุมชน แต่ถ้าเมื่อใดขาดการเคารพเช่น ไหว้บูชาจะทำให้เกิดเรื่องไม่ดีขึ้น หรือไหว้ผีหมู่บ้าน เพราะเชื่อว่าผีหมู่บ้านจะคอยปกป้องรักษาทำให้คนในชุมชนเจ็บป่วย, การเลี้ยงผีเรือน ชาวเขาเผ่าขมุเชื่อว่าผีเรือนจะคอยปกป้องรักษาให้สมาชิกในครอบครัวอยู่กันอย่างสงบสุข แต่เมื่อสมาชิกในครอบครัวทำผิดจารีตประเพณี ก็จะทำให้ผีโกรธจึงจับขวัญเอาไว้ทำให้เกิดความเจ็บป่วยต้องประกอบพิธีเรียกขวัญ หรือพิธีมัดขวัญ ซึ่งชาวเขาเผ่าขมุเชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากการที่ขวัญจำนวนหนึ่งออกไปจากร่างกายของมนุษย์แล้วยังจำนวนขวัญออกไปมากก็จะทำให้อาการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น เช่น การฝันร้าย หกล้ม ตกใจ หรือเกิดอุบัติเหตุดังนั้นจึงต้องมีการประกอบพิธีกรรมเรียกขวัญให้กลับมา พิธีกรรมต่าง ๆ มีความเกี่ยวข้องกับวิถีการดำเนินชีวิต และภาวะการเจ็บป่วยของชาวเขาเผ่าขมุทั้งสิ้นผลการทดสอบสมมติฐานในข้อนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ หัสยา เกตุจิตร (2542) เรื่อง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดกองกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของบุคลากรสาธารณสุข

### สมมติฐานที่ 5 รายได้ของครัวเรือนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย

ผลการศึกษาพบว่า รายได้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย ทั้งนี้เนื่องมาจาก ชาวเขาเผ่าขมุที่มีรายได้สูงก็จะสามารถที่จะเลือกซื้ออาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายที่เพียงพอและสามารถจัดหาสิ่งจำเป็นแก่การดำรงชีวิต สิ่งอำนวยความสะดวก ตลอดจนสามารถที่จะนำเงินรายได้มาใช้ในการรักษาพยาบาลเมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย ผลการทดสอบสมมติฐานในข้อนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณี ไทยภิรมณ์ (2542) เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของข้าราชการทหารอากาศชั้นประทวน ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย และของชัตติยา ชั้นประดับ (2539) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้รับการเปลี่ยนหัวใจโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

### สมมติฐานที่ 6 จำนวนสมาชิกในครัวเรือนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย

ผลการศึกษาพบว่า จำนวนสมาชิกในครัวเรือนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย ทั้งนี้เนื่องมาจากครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกมากทำให้สามารถดูแลสมาชิกได้ทั่วถึงมากกว่าครอบครัวที่มีสมาชิกจำนวนน้อย ซึ่งจากการศึกษาพบว่าขนาดครอบครัวของชาวเขาเผ่าขมุมีขนาด 14 คนจึงมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยเช่นเดียวกัน ผลการทดสอบสมมติฐานในข้อนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเกียรตินิยม แก้วลี (2542) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของประชาชนสองฝั่งคลองแสนแสบในเขตกรุงเทพมหานครด้านสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม พบว่า ขนาดครัวเรือนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตคือ ถ้ายังมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวมากคุณภาพชีวิตของคนในครัวเรือนก็ยิ่งดีขึ้น

### สมมติฐานที่ 7 สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย

ผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย ทั้งนี้เนื่องจากครอบครัวที่มีกิจกรรมภายในที่สมาชิกปฏิบัติกิจกรรมสม่ำเสมอจะทำให้สมาชิกในครอบครัวสนิทสนมกัน มีการสื่อสารและถ่ายทอดความรู้ต่อกันและช่วยส่งเสริมดูแลสุขภาพซึ่งกันและกัน ผลการทดสอบสมมติฐานในข้อนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ หัสยา เกตุจิตร

(2542) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดกองกลาง สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพ

### สมมติฐานที่ 8 สภาพแวดล้อมทางกายภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ อนามัย

ผลการศึกษาพบว่า สภาพแวดล้อมทางกายภาพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพ ชีวิตด้านสุขภาพอนามัย ทั้งนี้เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวที่มีสภาพที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่ ทำงานมีความสะอาด ไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต โอกาสที่จะ เป็น โรคก็มีน้อย อีกทั้งยังช่วยส่งเสริมสุขภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันให้ดีขึ้นด้วย ผลการทดสอบ สมมติฐานในข้อนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเวียนเธียร สุขชื่น (2544) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของ ประชาชนในเขตพื้นที่พักอาศัยใกล้ถนนอุตสาหกรรม กรณีศึกษา ชุมชนในเขตฝั่งเมืองรวมมาบตาพุด จังหวัดระยอง พบว่า สภาพที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนใน เขตพื้นที่พักอาศัยบริเวณรอบนอกอุตสาหกรรม และหัตยา เกตุจิตร์ (2542) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพ ของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดกองกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า สภาพแวดล้อมทางกายภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข 0154

### สมมติฐานที่ 9 การรับฟังข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพอนามัย

ผลการศึกษาพบว่า การรับฟังข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย ทั้งนี้เนื่องจากการเข้าถึงข้อมูลและข่าวสารด้านสาธารณสุขจะทำให้ เกิดการรับรู้และกลายเป็นประสบการณ์ที่สามารถนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพอนามัย ซึ่งจากการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่ชาวเขาเผ่าขมุได้รับฟังข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยอย่างทั่วถึงทั้งจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำศาสนารวมทั้งสมาชิกในครอบครัวเป็นต้น จึงมี ผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยด้วยเช่นเดียวกัน ผลการทดสอบสมมติฐานในข้อนี้สอดคล้อง กับการศึกษาของสุชิน เหลืองอุทัยรัตน์ (2535) ได้ศึกษาสถิติวิเคราะห์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ อนามัยตามเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานระดับหมู่บ้านในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การรับรู้ข่าวสารด้าน สุขภาพอนามัยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย

## บทที่ 5

### สรุปและข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

ในการศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยของชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน อำเภอสองแคว จังหวัดน่านครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล และแบ่งเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 4 ส่วน ผู้วิจัยได้กำหนดวัตถุประสงค์ในการศึกษานี้ไว้ 2 ประการ คือ 1) เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยของชาวเขาเผ่าขมุ จังหวัดน่าน 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากร สังคม และเศรษฐกิจกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยของชาวเขาเผ่าขมุจังหวัดน่าน

สำหรับการทดสอบสมมติฐานในการวิจัยครั้งนี้ ตัวแปรอิสระได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน การรับฟังข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยสัมพันธภาพในครอบครัว สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ส่วนตัวแปรตามคือ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยของชาวเขาเผ่าขมุ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

#### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรกลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 41-60 ปี (ร้อยละ 27.91) เพศชาย (ร้อยละ 50.23) เพศหญิง ร้อยละ (49.77) สถานภาพสมรสแล้วอาศัยอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 73.02) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 26.51) มีรายได้ไม่เกิน 1,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 24.19) จำนวนสมาชิกในครัวเรือน 1-4 คน (ร้อยละ 53.49) การได้รับฟังข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด (ร้อยละ 98.60) และการรักษาพยาบาลไปรับการรักษาที่สถานีนอนามัยมากที่สุด (ร้อยละ 96.74)

2. ผลการศึกษาระดับสัมพันธภาพในครอบครัวและสภาพแวดล้อมทางกายภาพของชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน จังหวัดน่าน

ผลการศึกษาข้อมูลพบว่า ระดับสัมพันธภาพในครอบครัวโดยเฉลี่ยในภาพรวมมีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ใน “ระดับสูง” ( $\bar{X} = 1.57$ ) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าชาวเขาเผ่าขมุมีสัมพันธภาพในครอบครัวในเรื่องการสนิทสนมกลมเกลียวใน “ระดับสูง” ( $\bar{X} = 1.76$ ) รองลงมาได้แก่ การรับประทานอาหารร่วมกันในครอบครัวใน “ระดับสูง” ( $\bar{X} = 1.60$ ) และการปรึกษาหารือปัญหากันในครอบครัวใน “ระดับสูง” ( $\bar{X} = 1.34$ ) ตามลำดับ ส่วนการวัดระดับความพึงพอใจสภาพแวดล้อมทางกายภาพโดยเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ใน “ระดับปานกลาง” ( $\bar{X} = 1.26$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีความพึงพอใจในสถานที่ทำงานที่มีเสียงดังรบกวนใน “ระดับสูง” ( $\bar{X} = 1.89$ ) และรองลงมามีความพึงพอใจในสภาพที่อยู่อาศัยที่มีเสียงดังรบกวนใน “ระดับสูง” ( $\bar{X} = 1.85$ ) และมีความพึงพอใจกับสภาพที่อยู่อาศัยใน “ระดับสูง” ( $\bar{X} = 1.69$ ) ตามลำดับ

### 3. ผลการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ผลการศึกษาโดยเฉลี่ยภาพรวมพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน อำเภอสองแคว จังหวัดน่านอยู่ใน “ระดับปานกลาง” ( $\bar{X} = 1.03$ ) และแบ่งคุณภาพชีวิตเป็นสองส่วนคือ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอยู่ใน “ระดับปานกลาง” ( $\bar{X} = 1.22$ ) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตอยู่ใน “ระดับปานกลาง” ( $\bar{X} = 0.84$ ) และสามารถจัดลำดับความสำคัญที่มีค่ามากที่สุดตามลำดับได้ดังนี้สุขภาพกาย เด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับการฉีดวัคซีนและป้องกันโรคครบ ( $\bar{X} = 1.69$ ) รองลงมา เด็กแรกเกิดถึง 1 ปีเต็มได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคครบ ( $\bar{X} = 1.66$ ) และหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอดและฉีดวัคซีนโรคครบ ( $\bar{X} = 1.60$ ) ด้านสุขภาพจิต มีอาการหัวใจเต้นแรง ( $\bar{X} = 1.18$ ) รองลงมามีอาการปวดหรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย หลังหรือไหล่ ( $\bar{X} = 1.07$ ) และมีความรู้สึกตนเองไม่มีสมาธิ ( $\bar{X} = 1.18$ ) ตามลำดับ

### 4. ผลการทดสอบสมมติฐาน

จากการทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับปัจจัยทางประชากร สังคมและเศรษฐกิจที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยของชาวเขาเผ่าขมุจังหวัดน่านพบว่า

สมมติฐานที่ 1 เพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 2 อายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย อย่างมีนัยสำคัญ  
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 3 สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย อย่างมี  
นัยสำคัญทางสถิติ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 4 ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย  
อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 5 รายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย อย่างมีนัยสำคัญ  
ทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 6 จำนวนสมาชิกในครัวเรือนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ  
อนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 7 การรับฟังข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต  
ด้านสุขภาพอนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 8 สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ  
อนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 9 สภาพแวดล้อมทางกายภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ  
อนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

ผลการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยของชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน อำเภอสองแคว จังหวัดน่าน ชาวเขาเผ่าขมุมีความเชื่อ ค่านิยมที่ปฏิบัติสืบทอดกันมาในเรื่องการรักษาโรคด้วยวิธีทางไสยศาสตร์ทำให้การรักษาโรคจะเป็นไปในรูปของการเซ่นไหว้ บวงสรวง อีกทั้งชาวเขาเผ่าขมามีวิถีชีวิตที่เรียบง่ายผูกพันกับธรรมชาติที่มีอยู่ค่อนข้างอัตคัดขาดแคลน การผลิตเป็นแบบผลิตเพื่อยังชีพ ทำให้ผลผลิตที่ได้มีไม่เพียงพอจึงนำไปสู่ปัญหาการขาดแคลนอาหาร น้ำอุปโภคบริโภคไม่เพียงพอและไม่สะอาดจึงนำไปสู่ปัญหาสุขภาพ ที่ผ่านมาระทรวงสาธารณสุขรณรงค์ในเรื่องสุขภาพอย่างเต็มที่ แต่เพื่อให้ชาวเขามีสุขภาพที่ดีขึ้นกว่าเดิมดังนั้น ผู้วิจัยใคร่ขอเสนอแนะเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยดังต่อไปนี้

1. ควรมีการปรับปรุงการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขแก่ชาวเขาเผ่าขมุ ซึ่งผลจากการวิจัยพบว่า ชาวเขาเผ่าขมามีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยในระดับปานกลาง จำเป็นที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องเข้าไปยกระดับคุณภาพให้สูงขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายบางข้อยังอยู่ในระดับต่ำคือ การดื่มสุราและการสูบบุหรี่ ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขควรรณรงค์ให้คนในชุมชนตระหนักถึงผลเสียของการดื่มสุราและสูบบุหรี่ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ได้แก่ การดื่มสุราทำให้หลอดเลือดขยายตัว แต่ถ้าดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากจะทำลายเยื่อบุกระเพาะอาหารทำให้เกิดอาการอักเสบและเป็นแผลในกระเพาะอาหารได้ แอลกอฮอล์ยังทำให้เกิดความเสียหายที่เนื้อตับและการตัดสินใจช้าลง ประสิทธิภาพการมองเห็นและการได้ยินลดลง การคาดคะเนระยะทางผิดพลาด เป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุและเสียชีวิตสุรายังเป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาครอบครัว เช่น เลี่ยงต่อการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปัญหาทางอาชญากรรม ปัญหาเศรษฐกิจและสังคม ส่วนการสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง โรคมะเร็ง เส้นเลือดเลี้ยงสมองและหัวใจตีบและโรคหัวใจขาดเลือด เป็นต้น นอกจากนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรปรับปรุงด้านสุขลักษณะของที่อยู่อาศัย น้ำอุปโภคบริโภคให้เพียงพอตลอดปี เพื่อให้สุขภาพอนามัยของชาวเขาเผ่าขมุดีขึ้น

2. ควรพัฒนาบุคลากรที่ให้บริการข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยในพื้นที่ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา เนื่องจากว่าบุคคลเหล่านี้เป็นประชาชนในพื้นที่ มีวัฒนธรรมเหมือนกันในเรื่องความเชื่อในการรักษาโรคด้วยวิธีทางไสยศาสตร์ มีความใกล้ชิดสนิทสนมและเป็นกันเองมากกว่าเจ้าหน้าที่ สามารถใช้ภาษาสื่อสารและถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารที่เข้าใจได้ดีกว่า เนื่องจากบุคคลดังกล่าวสามารถพูดภาษาเฉพาะของกลุ่มคนได้และภาษาขมุที่ใช้อยู่ในตระกูล

ออสโตรเอเชียติก สาขามอญ-เขมรซึ่งมีลักษณะแตกต่างด้านระบบเสียง และยังมีความแตกต่างเกี่ยวกับลักษณะบางประการของประโยค นอกจากนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรรู้ด้านสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ข่าวสารในเรื่องการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งกระตุ้นให้ชาวเขาเผ่าขมุมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพและทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเสริมสร้างให้ชาวเขาเผ่าขมุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ การรักษาความสะอาดของห้องน้ำ-ห้องส้วม และบริเวณที่อยู่อาศัย รณรงค์เรื่องการสูบบุหรี่และดื่มสุรา การตรวจสุขภาพประจำปี

3. ผู้นำชุมชนควรส่งเสริมให้คนในชุมชนเกิดกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วมมากที่สุด ตั้งแต่ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมทำและร่วมประเมินผล เพื่อให้คนในชุมชนเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

4. รัฐควรให้การศึกษแก่ประชาชนอย่างทั่วถึง ไม่ว่าจะอาศัยอยู่ในถิ่นทุรกันดารและห่างไกลเพียงใด เพื่อให้ชาวไทยภูเขาทุกเผ่ามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของชีวิต มีเจตคติที่ดีและสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตให้อยู่ในระดับสูง

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยในเชิงคุณภาพและเชิงลึกในเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยของชาวเขาเผ่าขมุ เพื่อหาวิธีการพัฒนาปัจจัยด้านระดับการศึกษา รายได้ การรับฟังข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย สภาพแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัย และความเชื่อในการรักษาโรคเพื่อจะได้หาแนวทางที่เหมาะสมต่อเรื่องคุณภาพชีวิตที่ดีของชาวเขาเผ่าขมุ

2. การศึกษาในครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะกลุ่มชุมชนตำบลชนแดน อำเภอสองแควเท่านั้น ดังนั้นจึงควรทำการศึกษารวมชนบทระดับจังหวัดและระดับภูมิภาค เพื่อจะได้เปรียบเทียบหาแนวทางในการพัฒนากลยุทธ์ในการดำเนินการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ดีขึ้นต่อไป

3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบกับชาวเขากลุ่มอื่น ๆ เพื่อให้ได้ภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพชีวิต เพื่อนำไปสู่การวางแผนพัฒนาต่อไป

4. ควรมีการศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากการใช้สารเคมีในกลุ่มชาวเขาเผ่าขมุที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและมีโอกาสเสี่ยงในการสัมผัสสารพิษดังกล่าวในกระบวนการเพาะปลูกและกำจัดศัตรูพืช

## เอกสารและสิ่งอ้างอิง

กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2549.

ทำเนียบชุมชนบนพื้นที่สูง 20 จังหวัดในประเทศไทย. ม.ป.ท.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2549. แบบประเมินความเครียด (Online). <http://www.watpon.com/test/serioustest.htm>, 18 ตุลาคม 2549.

กองสงเคราะห์ชาวเขา. 2541. ขมุ (Online).[www.nan.com](http://www.nan.com) ,11 พฤศจิกายน 2549.

กุหลาบ รัตนจักรธรรม และ คณะ. 2535. การพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในวิธีดำเนินงานวางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตตามเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานในระดับหมู่บ้าน. โครงการมหาวิทยาลัยตามโครงการน้ำพระทัยจากในหลวงเพื่อพัฒนาภาคตะวันออกเฉียงเหนือตามแนวพระราชดำริ.

เกษม ตันติผลาชีวะ และ กุลยา ตันติผลาชีวะ. 2528. การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: อรุณการพิมพ์.

เกียรตินิยม แก้วลี. 2542. คุณภาพชีวิตของประชาชนสองฝั่งคลองแสนแสบ ในเขตกรุงเทพมหานครด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

ขัตติยา ชั้นประดับ. 2539. คุณภาพชีวิตของผู้รับการเปลี่ยนหัวใจ. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2545. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9. 2548. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งเสริมสินค้าและวัสดุภัณฑ์.

- คำตัน บุญมณี. 2545. **คุณภาพชีวิตของประชาชนในกำแพงนครเวียงจันทน์ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว**. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- จรัส สุวรรณเวลา. 2545. **30 ประเด็นสู่แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9**. โครงการตำรา สำนักนโยบาย และแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. 2540. **สถานภาพองค์ความรู้เกี่ยวกับเด็ก เยาวชนและครอบครัวไทย มุขนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. ปีที่3 ฉบับที่3**.
- จำเนียร ช่วงโชติ. 2537. **จิตวิทยาการรับรู้และการเรียนรู้**. กรุงเทพมหานคร: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- จุฬารักษ์ สihakกลางพล. 2547. **ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านเทคโนโลยีการแพทย์ของประชาชนในเขตสายไหม กรุงเทพฯ**. วิทยาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุศึกษา, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ฉวีวรรณ สมบูรณ์พร้อม. 2539. **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกลุ่มชาติพันธุ์ กูไท โส้ ญ้อ ไทยลาว ที่อาศัยในเขตชนบทจังหวัดสกลนคร**. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชนิกานต์ สมจारी. 2541. **คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และการใช้สติปัญญาของชาวไทยมุสลิมในชุมชนชนบท: กรณีศึกษาบ้านต้นหยง ตำบลบาดง อำเภอรือเสาะ จังหวัดนราธิวาส**. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ชัยยะ วิหกheim. 2534. **“การพัฒนาคุณภาพชีวิต”**. วารสารสาธารณสุข.
- ชัยวัฒน์ ปัญจพงศ์. 2523. **การปรับปรุงคุณภาพชีวิตนวัตกรรมการทางประชากรศึกษาจริงหรือ**. **วารสารประชากรศึกษา**. 7(สิงหาคม 2532): 28.

- ชาติชาย มีเกิดมุล. 2529. **การยอมรับวัฒนธรรมไทยของชาวเขาเผ่าข่ามบรรณโศภินธุ์.**  
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ชุติมา เลาหิจิตรจันทร์. 2544. **คุณภาพชีวิตของนักสังคมสงเคราะห์สังกัดกรุงเทพมหานคร.**  
ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศึกษา, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทรงพล ภูมิพัฒน์. 2540. **จิตวิทยาทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 2.** กรุงเทพมหานคร: ศูนย์เทคโนโลยี  
ทางการศึกษา, มหาวิทยาลัยศรีปทุม.
- ทวีทอง หงส์วิวัฒน์. 2533. “การดูแลสุขภาพตนเอง”. น. 100 – 104 **ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแล  
สุขภาพตนเอง. นครปฐม: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข, คณะสังคมศาสตร์และ  
มนุษยศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.**
- ทวีทอง หงส์วิวัฒน์. 2534. “กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพและปัญหายุทธศาสตร์การ  
ศึกษา”. รายงานการสัมมนายุทธศาสตร์การสื่อสารเพื่อส่งเสริมและป้องกันโรค.
- ชนวรรณ อิ่มสมบูรณ์. 2528. **การประเมินผลงานสุขศึกษาในโรงเรียน: กระบวนการวิเคราะห์  
อย่างเป็นระบบ ข่าวสุขศึกษา เมษายน-พฤษภาคม. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.**
- นงนุช เหมหิรัญพงศ์. 2541. **คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการใช้สติปัญญา ของชาวไทยมุสลิมใน  
ชุมชนเมือง: ศึกษากรณีชุมชนบ้านหัวสะพานสะเตง และชุมชนกำแพงบาโจย อำเภอเมือง  
จังหวัดยะลา. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหาร  
ศาสตร์.**
- นวลศิริ เปาโรหิตย์. 2532. **จิตวิทยาทั่วไป. ภาควิชาจิตวิทยา. คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัย  
รามคำแหง.**
- เทวัญ ธานีรัตน์, นายแพทย์. 2549. **รายงานสัมมนาทางวิชาการ เรื่อง อาหารสร้างชีวิต ครั้งที่ 3.  
30 สิงหาคม 2549.**

นิพนธ์ คันทะเสวี. 2528. **คุณภาพกำลังคนเพื่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เนติกุลการพิมพ์.

นิพัทธเวช สืบแสง. 2536. **วัฒนธรรมกับพฤติกรรมทางเพศและสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในชุมชนชาวเขาเผ่าถิ่นและเผ่าขมุ**. รายงานวิจัย สถาบันวิจัยชาวเขากรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม.

นิสารัตน์ ศิลปะเดช. 2539. **ประชากรกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต**. ม.ป.ท.

นุโรม เงามาม. 2540. **คุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนในภาคเหนือ**. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก, มหาวิทยาลัยมหิดล.

บุญช่วย ศรีสวัสดิ์. 2545. **ชาวเขาในไทย**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ร่วมสาส์น.

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. 2528. **จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุขในเอกสารการสอนชุดวิชาสังคมวิทยาการแพทย์ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. หน่วยที่ 9-15**. กรุงเทพมหานคร: ชวนพิมพ์.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2536. **พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขศึกษา**. กรุงเทพมหานคร: เจ้าพระยาการพิมพ์.

ประเวศ วะสี. 2536. **องค์กรร่วมแห่งสุขภาพพัฒนาใหม่เพื่อคุณภาพแห่งชีวิตและการบำบัดรักษา**. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิโกมลคีมทอง.

พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, และ อรัญญา ปุรณัน. 2530. **การดูแลสุขภาพตนเองที่คณะทางสังคมวัฒนธรรม**. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.

พิสมัย จันทร์วิมล. 2541. การส่งเสริมสุขภาพ. (Online). <http://www.swu.ac.th/royal/Book6/b6c3t1.html>, 18 ตุลาคม 2549.

มัลลิกา มัติโก. 2530. “แนวความคิดและพัฒนาการของการดูแลสุขภาพตนเอง”. การดูแลสุขภาพตนเองที่ชนะทางสังคมวัฒนธรรม. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แสงแดด.

มานิต มายอ. 2546. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขของชุมชนชนบท: ศึกษาเฉพาะกรณีตำบลกาเยาะมาตี อำเภอบาเจาะ จังหวัดนราธิวาส. สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

มาลี ธรรมลิขิตกุล. 2544. พฤติกรรมการกินของคนไทยกับปัญหาสุขภาพอนามัย. กรุงเทพมหานคร: โครงการวิจัยเสริมหลักสูตร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

โยธิน ศันสนยุทธ. 2533. จิตวิทยา. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ.

รัชนี นพเกตุ. 2539. จิตวิทยาทั่วไปเรื่องการรับรู้. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ประกายพริก.

วัลลภ ลำพาย. 2549. เทคนิควิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

เวียรเชียร สุขชื่น. 2545. คุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตพื้นที่พักอาศัยใกล้นิคมอุตสาหกรรมกรณีศึกษา ชุมชน ในเขตฝั่งเมืองรวมมาบตาพุด จังหวัดระยอง. การวางแผนชุมชนเมืองสาขาวิชาการวางแผนชุมชนเมืองและสภาพแวดล้อม, สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง.

ศิราณี ปันคำ. 2542. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตชนบทจังหวัดเชียงราย. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2547. **สาธารณสุขมูลฐาน**. (Online). <http://www.e-san.org/online/phc/phc01.htm>, 2 พฤษภาคม 2550.
- สมเดช เขียนนา. 2547. **สภาพทั่วไปและข้อมูลพื้นฐานของอำเภอสองแคว**. สำนักงานพัฒนาสังคม. (อัคราเสนา).
- สมพร รักความสุข. 2537. **คุณภาพชีวิตของแม่บ้านในย่านโรงงานอุตสาหกรรม โรงโม่หิน**. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สารคดีเฉลิมพระเกียรติ. 2546. วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2546 ปีที่ 15 ฉบับที่ 308.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2538. **รายงานผลการพัฒนาประเทศระยะครึ่งแผน**. กรุงเทพมหานคร: ม.ป.ท.
- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. 2545. **แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9**. (Online). <http://www.dms.moph.go.th/plan9/p9.html>, 2 ตุลาคม 2549.
- สุชา จันทน์อม. 2540. **จิตวิทยาทั่วไป**. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร: บริษัทโรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช จำกัด.
- สุชาติ โสมประยูร. 2541. **สุขภาพเพื่อชีวิต**. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุชิน เหลืองอุทัยรัตน์. 2535. **สถิติวิเคราะห์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยตามเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานระดับหมู่บ้านในจังหวัดเชียงใหม่**. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสถิติประยุกต์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุพรรณิ ไชยอำพร และ สนิท สมักรการ. 2534. **คุณภาพชีวิตของคนไทย ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างชาวเมืองกับชนบท**. กรุงเทพมหานคร: สำนักวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- สุภาพรณ อัญมมงคล. 2543. **วารสารเวทีปฏิรูปเรื่องแพทย์ทางเลือกในระบบสุขภาพไทย** 1(8) : 10.

สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. 2541. การส่งเสริมสุขภาพ. (Online). <http://www.swu.ac.th/royal/Book6/b6c3t1.html>, 20 ตุลาคม 2549.

สุรพันธ์ เพชรภา. 2549. การวิจัยทางสังคมศาสตร์. เอกสารประกอบการเรียนการสอน คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

สุวลักษณ์ มีปาน. 2541. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และการใช้สติปัญญาของชาวไทยมุสลิมในชุมชนชนบท: กรณีศึกษาตำบลลิดล อำเภอเมือง จังหวัดยะลา. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

สุวิษญ์ ปรัชญาปารมิตา. 2541. การแพทย์นอกระบบ 177 ทางเลือกไปสู่สุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สาระ.

สุวิไล เปรมศรีรัตน์. 2541. ขมุ. สารานุกรมกลุ่มชาติพันธุ์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ บริษัท สหธรรมมิกจำกัด (สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเพื่อพัฒนาชนบท มหาวิทยาลัยมหิดล จัดพิมพ์เนื่องในวโรกาสฉลองสิริราชสมบัติครบ 50 ปี ในปีพุทธศักราช 2539).

แสงทอง วรรณแสงทอง. 2536. การสร้างชุดการเรียนรู้เรื่อง การเจ็บป่วยภายในบ้านสำหรับนักเรียนชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงในระดับประถมศึกษา. ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเทคโนโลยีทางการศึกษา, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

หทัย ชิดานนท์. 2540. นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร. โครงการสำนักพิมพ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

หยาดพิรุณ ส่อสืบ. 2536. การแพทย์ทางเลือก. กรุงเทพมหานคร: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก.

หัสยา เกตุจิตร. 2542. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดกองกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

- อรุณี ไทยาภิรมย์. 2542. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของข้าราชการทหารอากาศชั้นประทวนในเขตกรุงเทพมหานคร**. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการศึกษาศาสตร์ศึกษา, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อัจฉรา นวจินดา และ ขจีรัตน์ ภิรมย์ธรรมศิริ. 2532. **รายงานการวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความจำเป็นพื้นฐานภาวะทางคหกรรมศาสตร์ และคุณภาพชีวิต**. รายงานการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- เอี่ยมพร ทองกระจาย. 2533. “การดูแลสุขภาพตนเอง แนวคิด นโยบาย และยุทธวิธีเพื่อการพัฒนาสาธารณสุข”. น. 49. **ยุทธศาสตร์เพื่อการพัฒนาสุขภาพตนเอง**. นครปฐม: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- McCombs, M.E. and L. B. Beaker. 1979. **Using Mass Communication theory**. Angle Wood Cliffs, Prentice-Hall, Inc, New Jersey.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

สภาพทั่วไปและข้อมูลพื้นฐานของอำเภอสองแคว

## สภาพทั่วไปและข้อมูลพื้นฐานของอำเภอสองแคว

### ประวัติความเป็นมา

ก่อนปี พ.ศ. 2516 ยังไม่ปรากฏเป็นเมืองสองแคว เนื่องจากตำบลยอด ยังขึ้นอยู่กับอำเภอปง จังหวัดเชียงราย และตำบลนาไร่หลวงยังขึ้นอยู่กับอำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน การคมนาคมเป็นไปด้วยความยากลำบาก ราษฎรทั้งสองตำบลต้องเดินทางข้ามภูเขาไปตามถนนลูกรังเพื่อติดต่อกับทางราชการ ต่อมา พ.ศ. 2516 จังหวัดน่าน ได้รับโอนให้ตำบลยอด อำเภอปง จังหวัดเชียงรายมาขึ้นกับอำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน และ พ.ศ. 2535 กระทรวงมหาดไทยจึงประกาศตั้งเป็นกิ่งอำเภอสองแควขึ้นมี 3 ตำบล ตำบลยอด ตำบลนาไร่หลวง และตำบลชนแดน มีอยู่ทั้งหมด 24 หมู่บ้าน

เนื่องจากมีลำน้ำแฉ่งและลำน้ำยาวไหลมาบรรจบกัน ราษฎรจึงตั้งชื่อหมู่บ้านว่าสองแควและที่ว่าการอำเภอ ตั้งอยู่ในหมู่บ้านสองแคว จึงเป็นกิ่งอำเภอสองแควมาจนถึงปัจจุบัน (สมเดช เขียนนา, 2547: 5)

### สภาพภูมิศาสตร์ทั่วไป

#### ลักษณะที่ตั้ง/อาณาเขต

**ทิศเหนือ** ติดต่อเมืองเชียงอ่อน แขวงไชยบุรี ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว มีสันคอยน้ำลาว คอยยาว คอยป่าซางเหลืองเป็นเส้นแบ่ง อาณาเขต ระยะทาง 32 กิโลเมตร

**ทิศใต้** ติดต่อเขตตำบลผาตอ ตำบลแสงทอง อำเภอท่าวังผา และตำบลผาซำน้อย อำเภอปง จังหวัดพะเยา

**ทิศตะวันออก** ติดต่อเขตตำบลเปือ อำเภอเชียงกลาง อำเภอทุ่งช้าง จังหวัดน่าน

**ทิศตะวันตก** ติดต่ออำเภอปง และอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา

## สภาพภูมิประเทศและภูมิอากาศ

ตามสภาพภูมิศาสตร์ สองแควตั้งอยู่ทางทิศเหนือของจังหวัดน่าน มีพื้นที่ทั้งหมด 525 ตารางกิโลเมตร หรือ 328,125 ไร่ สภาพพื้นที่จะเป็นภูเขาสูงชัน สลับซับซ้อน ประมาณร้อยละ 85 ของพื้นที่ทั้งหมด และเป็นพื้นที่ราบเพียงร้อยละ 5 มีพื้นที่เป็นป่าและภูเขาประมาณ 446 ตารางกิโลเมตร มีพื้นที่ทางการเกษตรเพียงร้อยละ 10 ราษฎรใช้ประโยชน์ทำนาเพียง 2,500 ไร่ ทำสวน 600 ไร่ ทำไร่เลื่อนลอย 11,310 ไร่ และเลี้ยงสัตว์ 18,402 ไร่ เป็นพื้นที่อยู่อาศัยประมาณ 18,125 ไร่ หรือเพียงร้อยละ 5 ของพื้นที่ทั้งหมด

ลักษณะภูมิอากาศ หนาวจัดมีหมอกปกคลุมหนาหิบบ อุณหภูมิต่ำสุด 3 องศาเซลเซียส และมีฝนตกชุกในฤดูฝน ฝนวัดได้ 1,200-1,400 มิลลิเมตร ส่วนฤดูร้อนอากาศแห้งแล้ง อุณหภูมิสูงถึง 41-42 องศาเซลเซียส อุณหภูมิเฉลี่ยตลอดปีประมาณ 21 องศาเซลเซียส

## ประวัติหมู่บ้านของตำบลชนแดน

### 1. บ้านห้วยเลา

บ้านห้วยเลาหมู่ที่ 1 ตำบลชนแดน กิ่งอำเภอสองแคว จังหวัดน่าน ตั้งอยู่ทิศเหนือของจังหวัดน่าน มีระยะทางห่างจากจังหวัดน่านประมาณ 96 กิโลเมตร ลักษณะภูมิประเทศเป็นภูเขาสูงชันและมีพื้นที่ราบเล็กน้อย และเป็นพื้นที่ป่าสงวน

### การกำเนิดหมู่บ้าน

ประชากรของหมู่บ้านเป็นชาวเขาเผ่าขมุ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย หมู่บ้านตั้งขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2480 บริเวณที่ตั้งเป็นที่ราบมีลำห้วยเลาซึ่งอยู่ห่างจากหมู่บ้านปัจจุบัน 800 เมตร แต่ต้องอพยพย้ายเนื่องจากเกิดโรคหิวระบาด เมื่อประมาณ พ.ศ. 2526 ทางราชการให้อพยพลงมา และได้อพยพกลับที่เดิมเมื่อ พ.ศ. 2528 จนถึงปัจจุบัน

## 2. บ้านน้ำปาน

บ้านน้ำปานหมู่ที่ 3 ตำบลชนแดน กิ่งอำเภอสองแคว จังหวัดน่าน ตั้งอยู่ทางทิศเหนือของ มีระยะห่างจากจังหวัด ประมาณ 85 กิโลเมตร บริเวณที่ตั้งของหมู่บ้านมีลักษณะภูมิประเทศเป็นที่สูงชัน มีธรรมชาติคือ ลำน้ำยาว และลำห้วยน้ำพริกไหลผ่านมีความอุดมสมบูรณ์ สภาพของลำน้ำต้นสภาพที่ดินของประชากรส่วนใหญ่เป็นที่จับของ ไม่มีเอกสารสิทธิ์

### การกำเนิดของหมู่บ้าน

ประชากรของหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นชาวมุเชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ก่อนจะมาตั้งบ้านเรือนได้อพยพจากชายแดนติดต่อกับลาวต่อมาปี พ.ศ. 2505 ได้มีผู้ก่อการร้ายเข้ามาปล้นหมู่บ้านบ่อย ๆ ทางกรจึงให้อพยพมาอยู่ที่ตั้งปัจจุบัน ชื่อหมู่บ้านเกิดจากชาวบ้านที่อยู่ในห้วยซึ่งไม่ทราบชื่อว่าห้วยอะไร ได้ขุดพบแร่เงินที่ขุนน้ำ เมื่อขุดแล้วจึงขนใส่แพบรรทุกถ่วงน้ำมาแต่แพบรรทุกเงินไม่ไหวจึงแตกแผ่ปานไปทั่วน้ำ จึงตั้งชื่อหมู่บ้านว่า “น้ำปาน” ประกาศเป็นหมู่บ้านอย่างเป็นทางการเมื่อ วันที่ 12 เมษายน 2506 ความเชื่อดั้งเดิมของประชานับถือผี ประชากรได้บัตรประชาชนหรือเอกสารแสดงเชื้อชาติ สัญชาติเมื่อ พ.ศ. 2505 เริ่มมีไฟฟ้าเมื่อ พ.ศ. 2526 เริ่มมีการตัดถนนเข้าสู่หมู่บ้านเมื่อ พ.ศ. 2518 มีโรงเรียนประถมศึกษาคือโรงเรียนบ้านน้ำปาน สร้างเมื่อ พ.ศ. 2501 ปัจจุบันยุบรวมเข้ากับโรงเรียนบรรณ โศภิชฐ์

## 3. บ้านห้วยเกลบ

บ้านห้วยเกลบ หมู่ที่ 4 ตำบลชนแดน กิ่งอำเภอสองแคว จังหวัดน่าน ตั้งอยู่ทางทิศเหนือของจังหวัดน่าน มีระยะทางห่างจากจังหวัด 88 กิโลเมตร บริเวณที่ตั้งของหมู่บ้านมีลักษณะภูมิประเทศเป็นเนินเขาสูงชัน มีแหล่งน้ำธรรมชาติ คือ ลำห้วยน้ำพริกไหลผ่านมีความอุดมสมบูรณ์ สภาพของลำน้ำมีสภาพร่องน้ำตื้นแคบ สภาพที่ดินของประชากรส่วนใหญ่เป็นที่ดินไม่มีเอกสารสิทธิ์

### การกำเนิดหมู่บ้าน

ประชากรส่วนใหญ่เป็นชาวมุเชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ก่อนตั้งบ้านเรือนได้อพยพมาจากทิศเหนือของตำบลชนแดนติดกับลาว เมื่อ พ.ศ. 2470 ความเชื่อดั้งเดิมนับถือผี ประชากรได้รับบัตรประชาชนหรือเอกสารแสดงเชื้อชาติ สัญชาติเมื่อ พ.ศ. 2505 ชื่อหมู่บ้านได้มาจากสมัยก่อน

ชาวบ้านปลูกข้าวแถบริมลำห้วย แต่ถูกคนก หนู มารบกวณกินข้าวจนเหลือแต่แกลบ จึงตั้งชื่อหมู่บ้านนี้ว่า “ห้วยแกลบ” ประกาศตั้งเป็นหมู่บ้านอย่างเป็นทางการเมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2505

#### 4. บ้านสบพาง

บ้านสบพาง หมู่ที่ 6 ตำบลชนแดน กิ่งอำเภอสองแคว จังหวัดน่าน ตั้งอยู่ทางทิศเหนือของจังหวัดน่าน มีระยะทางห่างจากจังหวัด 85 กิโลเมตร บริเวณที่ตั้งของหมู่บ้านมีลักษณะภูมิประเทศเป็นหุบเขา มีแหล่งน้ำธรรมชาติคือ ลำห้วยพางไหลผ่านตลอดปี สภาพของลำน้ำตื้นเขินแคบ สภาพที่ดินของประชากรเป็นที่จับจอง ไม่มีเอกสารสิทธิ์

##### การกำเนิดหมู่บ้าน

ประชากรหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นชาวมุ-ไทยลื้อ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ก่อนที่จะมาตั้งหมู่บ้านได้อพยพมาจากบ้านสบพางเก่า ตำบลนาไร่หลวง อำเภอสองแคว จังหวัดน่าน เมื่อ พ.ศ. 2547 ความเชื่อดั้งเดิมของประชากรนับถือศาสนาพุทธและนับถือผี ประชากรได้บัตรประชาชนเมื่อ พ.ศ. 2445 และประกาศตั้งหมู่บ้านอย่างเป็นทางการเมื่อ พ.ศ. 2445

#### 5. บ้านน้ำหล

บ้านน้ำหล หมู่ที่ 7 ตำบลชนแดน กิ่งอำเภอสองแคว จังหวัดน่าน ตั้งอยู่ทางทิศเหนือของจังหวัดน่าน มีระยะทางห่างจากจังหวัด 87 กิโลเมตร ลักษณะภูมิประเทศเป็นเนินเขาสูง สภาพที่ดินของประชากรส่วนใหญ่เป็นประเภทจับจองไม่มีเอกสารสิทธิ์

##### การกำเนิดหมู่บ้าน

ประชากรของหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นชาวมุ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ความเชื่อดั้งเดิมนับถือผี การตั้งชื่อหมู่บ้านตั้งตามห้วยน้ำหล และเริ่มใช้ไฟฟ้าเมื่อ พ.ศ. 2531 มีการตัดถนนเข้าหมู่บ้าน พ.ศ. 2519

## 6. บ้านห้วยมอย

บ้านห้วยมอย หมู่ที่ 8 ตำบลชนแดน กิ่งอำเภอสองแคว จังหวัดน่าน ตั้งอยู่ทิศเหนือของจังหวัดน่าน ระยะทางห่างจากจังหวัด 87 กิโลเมตร บริเวณที่ตั้งของหมู่บ้านมีลักษณะภูมิประเทศเป็นที่ราบสูงบนเนินเขา

### การกำเนิดหมู่บ้าน

ประชากรส่วนใหญ่เป็นชาวมุเชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ความเชื่อดั้งเดิมของประชานับถือผี ประชากรได้รับบัตรประชาชนหรือเอกสารแสดงเชื้อชาติ เมื่อ พ.ศ. 2512 ชื่อหมู่บ้านตั้งตามชื่อลำห้วยที่ไหลผ่านหมู่บ้าน ประกาศตั้งหมู่บ้านเป็นทางการเมื่อ พ.ศ. 2508

## 7. บ้านใหม่ชายแดน

บ้านใหม่ชายแดน หมู่ที่ 9 ตำบลชนแดน กิ่งอำเภอสองแคว จังหวัดน่าน ตั้งอยู่ทางทิศเหนือของจังหวัดน่าน ระยะทางห่างจากจังหวัด 89 กิโลเมตร บริเวณที่ตั้งหมู่บ้านมีลักษณะภูมิประเทศเป็นภูเขาสูงชัน

### การกำเนิดหมู่บ้าน

ประชากรส่วนใหญ่เป็นชาวมุเชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ความเชื่อดั้งเดิมนับถือผี และก่อนจะมาตั้งบ้านเรือนเดิมอยู่ร่วมกับบ้านน้ำหล ตำบลชนแดน แต่ต่อมาแยกตัวมาตั้งใหม่ที่ราบลุ่มลำน้ำซึ่งเป็นหมู่บ้านล่าสุด และอยู่ติดชายแดนไทย-ลาว เมื่อปี พ.ศ. 2526 จึงตั้งชื่อหมู่บ้านว่า “บ้านใหม่ชายแดน” ประกาศตั้งเป็นหมู่บ้านอย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 16 มิถุนายน 2535



ภาพผนวกที่ 1 แผนที่แสดงที่ตั้งตำบลชนแดน อำเภอสองแคว จังหวัดน่าน



## ขมุ (KHMU)

ขมุ แปลว่า คน เป็นคำที่ชาวขมุใช้เรียกตัวเอง เป็นชาวเขาเผ่าหนึ่งซึ่งส่วนใหญ่มีถิ่นที่อยู่ทางภาคเหนือของประเทศไทย แต่เป็นเผ่าที่มีประชากรมากที่สุดในบรรดาชนกลุ่มน้อยของลาวเชื่อกันว่า ขมุเป็นชนชาติที่เก่าแก่ที่สุดในดินแดนสุวรรณภูมิ (สุวิไล เปรมศรีรัตน์, 2541) ส่วนใหญ่มาจากพื้นที่อพยพมาจากลาวพื้นที่แขวงหลวงพระบาง คนไทยทั่วไปเรียกชาวเขาเผ่านี้ว่า “ขมุ” หรือ “ข่ามู” หรือ “ลาวเทิง” ระบุว่าในประเทศไทยมีประชากรชาวเขาเผ่าขมุ จำนวน 13,674 คน ประมาณร้อยละ 1.5 ของประชากรชาวเขาที่ตั้งถิ่นฐานอาศัยอยู่ในประเทศไทย ส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ตามบริเวณชายแดนไทย-ลาว ในเขตจังหวัดน่าน และเชียงราย ชาวขมุประมาณร้อยละ 71.5 อยู่ในจังหวัดน่าน ร้อยละ 21 อยู่ในจังหวัดเชียงราย ร้อยละ 5 อยู่ในจังหวัดอุทัยธานี ที่เหลือกระจายอยู่ในจังหวัดลำปาง สุโขทัย เชียงใหม่ และบางจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ข้อมูลของกองสงเคราะห์ชาวเขา, 2541)

ได้แยกขมุในประเทศไทยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อยคือ 1. ขมุหมกพลาถ หรือ ขมุฮอก 2. ขมุ ลื้อ เหตุผลที่นิพพิทเวชแบ่งชาวขมุออกเป็นสองกลุ่มนั้นเนื่องจากความแตกต่างทางภาษาท้องถิ่น และลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรม กล่าวคือชาวขมุ ลื้อก่อนข้างจะเป็นกลุ่มที่ได้รับอิทธิพลจากภายนอกมากกว่า การใช้ภาษาพูดจะมีภาษาไทยเหนือปะปนอยู่มาก การยึดถือจารีตประเพณีและความเชื่อดั้งเดิมก็ค่อนข้างจะเปลี่ยนแปลงไปมากกว่าขมุหมกพลาถ (นิพพิทเวช สืบแสง, 2536: 1)

ชาติชาย มีเกิดมูล (2529) กล่าวถึงความแตกต่างของคำว่า “ขมุหมกพลาถ” และ “ขมุ ลื้อ” หมกพลาถเป็นชื่อดอยลูกหนึ่งที่ยังบรรพบุรุษของชาวขมุเคยอยู่ เมื่ออพยพโยกย้ายไปอยู่ที่ไหนก็มักจะบอกผู้ที่ตนพบว่าเป็นขมุหมกพลาถ คือเป็นขมุที่มาจากดอยหมกพลาถและการที่ถูกเรียกว่าเป็นขมุ ลื้อนั้นสืบเนื่องมาจากเป็นขมุที่รับเอาวัฒนธรรมของชาวไทยลื้อมาเป็นวัฒนธรรมของตนหลายประการ เช่น มีการนับถือศาสนาพุทธควบคู่ไปกับผีและผีที่นับถือก็รับเอาผีของชาวไทยลื้อมานับถือเพิ่มเติมจากที่ตนนับถืออยู่แล้ว และนอกจากนั้นก็ยังมีวันขึ้นปีใหม่หรือวันสงกรานต์เช่นเดียวกับไทยลื้อ

ขมุ สันนิษฐานว่าตั้งถิ่นฐานอยู่ตามหมู่บ้านชายแดนเมืองน่านและลาว เมื่อประมาณเกือบ 200 ปีก่อน สันนิษฐานว่าในปี พ.ศ. 2373 (สุวิไล เปรมศรีรัตน์, 2541) ขมุถูกกวาดต้อนเพื่อเป็นกำลังในการสร้างกำแพงเมืองน่าน และเข้ามาตั้งบ้านเรือนในประเทศไทย ณ ตำบลติดกับพรมแดนประเทศลาว คือ อำเภอเชียงของ, จังหวัดเชียงราย, อำเภอทุ่งช้าง และอำเภอบัว เหตุที่อพยพเข้ามาอยู่ในไทย เนื่องจากท้องถิ่นที่อยู่เดิมเป็นป่าและภูเขาตัดคดกันดาร การทำมาหากินฝืดเคือง ถูกเกณฑ์

ไปใช้งานราชการเสมอ เมื่อชาวต่างประเทศเข้ามาสัมปทานป่าไม้ในภาคเหนือเกิดการขาดแคลนคนงานจึงจ้างแรงงานชาวขมุ เพราะมีค่าแรงต่ำ และซื่อสัตย์ ต่อมาชาวเหนือนิยมใช้ขมุเป็นแรงงาน เช่น เป็นคนงานทำไร่ยาสูบ , ทำสวน และขุดดิน (ชาติชาย มีเกิดมุล, 2529) กล่าวว่า ชาวขมุน่าจะเข้ามาอยู่ในเขตเมืองน่านตั้งแต่พ.ศ. 2329 (จ.ศ. 1148) ในสมัยเจ้าพระยามงคลวราช ซึ่งไปกวาดต้อนไพร่ไทยเมืองเชียงแสนที่พระยายองนำมาไว้ที่เมืองเทิง และพ.ศ. 2333 (จ.ศ. 1152) ซึ่งไพร่พลของพระยายองแตกหนีมาจากเมืองหลวงภูคาเข้ามาในสมัยของเจ้าหลวงสุมนเทวราชเช่นกัน และหากไม่ได้เข้ามาในปีตามกล่าวข้างต้นก็อาจจะเข้ามาใน พ.ศ. 2355 (จ.ศ. 1174) ซึ่งเจ้าหลวงสุมนเทวราชขึ้นไปกวาดเอาผู้คนเมืองลำ เมืองพง เมืองเชียงแขง และเมืองหลวงภูคา มาไว้เมืองน่านถึง 6,000 คน ชาวขมุน่าจะเข้ามาอยู่ในเมืองน่านตั้งแต่ พ.ศ. 2329-2355 (จ.ศ. 1148-1174) ซึ่งเป็นระยะเวลาประมาณ 173-199 ปีมาแล้ว เจมส์ เอฟ แม็คคาธีร์ได้สำรวจเพื่อทำแผนที่ทางภาคเหนือช่วงปี พ.ศ. 2433-2436 กล่าวถึงขมุตามชายแดนเมืองน่านว่ามี 2 กลุ่ม คือ ขมุ (ลาวเรียกว่า ข่า) หรือ “ข่าลาว” อยู่ใต้อำนาจหลวงพระบาง และขมุที่อยู่ใต้อำนาจของน่านเรียกว่า “ข่าแคว้น” เหตุที่อพยพเข้ามาอยู่ในไทย เนื่องจากท้องถิ่นที่อยู่ ชาวขมุแบ่งออกได้เป็นหลายกลุ่มตามลักษณะการใช้ภาษาท้องถิ่น และลักษณะทางสังคมวัฒนธรรม ความเป็นอยู่ คำที่ชาวขมุใช้เรียกพวกกันเองแต่ต่างกลุ่มคือ “ตม้อย” โดยใช้ลักษณะเฉพาะของกลุ่มนั้น ๆ ต่อท้าย เช่น ตม้อยดอย (ชาวขมุจากเขตภูเขากา) ตม้อยลือ (ชาวขมุที่อยู่ในกลุ่มพวกลือ) เป็นต้น (บุญช่วย ศรีสวัสดิ์ , 2545)

### ลักษณะการตั้งถิ่นฐาน

ชาวขมุตั้งถิ่นฐานอยู่บริเวณที่สูง โดยชอบสร้างบ้านอยู่ตามภูเขาที่มีความสูง 700-900 เมตรเหนือระดับน้ำทะเล หมู่บ้านจะตั้งตามเนินเขาที่มีสายน้ำไหลผ่าน สภาพหมู่บ้านดูสะอาดและเป็นระเบียบ

โครงสร้างหมู่บ้านของชาวขมุจะมีศาลากลางบ้านที่เรียกว่า “จอง” ซึ่งใช้เป็นที่ชุมนุมทำพิธีกรรม และกิจกรรมส่วนรวมของชุมชน เช่น เลี้ยงผีหมู่บ้าน ตัดดินคตีพิพากษาคตีทะเลาะเบาะแว้งต่าง ๆ และทำอาหารเลี้ยงเมื่อมีการปลูกบ้านใหม่ ตลอดจนเป็นที่พักของผู้เดินทางอีกด้วย

บ้านของชาวขมุมีทั้งแบบยกพื้นและแบบคร่อมดิน ตามฐานะของผู้เป็นเจ้าของถ้าเป็นบ้านยกพื้นก็จะสูงจากพื้นประมาณครึ่งตัวคนขึ้นไป ใต้ถุนบ้านใช้เป็นที่เก็บฟืนและที่อยู่ของสัตว์เลี้ยง หลังคามุงหญ้าคาหรือแฝก ฝาบ้านเป็นไม้ไผ่ภายในตัวบ้านแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ห้องนอน และห้องเอนกประสงค์ ห้องเอนกประสงค์นี้มุมหนึ่งจะใช้เป็นที่ทำครัว เตาไฟที่ใช้จะมี 2 เตาใช้เป็นเตาหุง

ข้าว และเตาทำอาหารแยกกัน อีกมุมหนึ่งจะใช้เป็นที่ทำกิจกรรมอื่น ๆ ชาวขมุนิยมนำไม้ไผ่มาสร้างเป็นตัวบ้านแล้ว เครื่องใช้ในบ้านส่วนมากมักจะทำมาจากไม้ไผ่ประเภทต่าง ๆ และหวาย เช่น ภาชนะใส่อาหารหรือ โตกตั้งอาหาร ไม้ไผ่สาน กล่องใส่ข้าว เป็นต้น (บุญช่วย ศรีสวัสดิ์, 2545:149)



ภาพผนวกที่ 3 การตั้งถิ่นฐาน และที่อยู่อาศัย

### ลักษณะเฉพาะของเผ่า

ชาวขมุโดยทั่วไปจะมีผิวค่อนข้างคล้ำ รูปร่างค่อนข้างเล็กแต่แข็งแรง อุดม ขยันแข็งแรง ซื่อสัตย์จงรักภักดี เป็นผู้ที่รักสงบไม่ชอบทะเลาะวิวาท ทำอะไรเชิงซ้าขาดความเชื่อมั่นในตัวเอง และขมุยังมีนิสัยชอบเป็นมิตรชอบมีเพื่อนฝูง มีการกินข้าว กินเหล้าร่วมกัน (สุวิไล เปรมศรีรัตน์, 2541: 9)



### ภาพผนวกที่ 4 ลักษณะเฉพาะของเผ่า

#### ภาษา

ภาษาขมุอยู่ในตระกูลออสโตรเอเชียติก สาขามอญ-เขมร และอยู่ในสาขาย่อยขมุอีก ภาษาขมุในท้องถิ่นต่าง ๆ มีลักษณะแตกต่างด้านระบบเสียง และยังมีความแตกต่างเกี่ยวกับลักษณะบางประการของประโยค เนื่องจากได้รับอิทธิพลจากภาษาอื่น ๆ ที่สำคัญในพื้นที่ที่อยู่ ขมุในประเทศไทยที่อยู่ในภาคเหนือในประเทศไทย จะพูดคำเมืองได้ เพราะใช้ในการติดต่อซื้อขายแลกเปลี่ยน และการทำงานรับจ้างในภาคเหนือ นอกจากนี้ยังจะต้องพูดภาษาไทยกลาง เพื่อใช้ในการติดต่อทั่วไปที่เป็นทางการ และใช้ในโรงเรียน ในขณะที่ภาษาที่ใช้ในบ้าน ในหมู่บ้าน ในชีวิตประจำวัน จะเป็นภาษาขมุ (นิพัทธเวช สืบแสง, 2536: 34)

## การแต่งกาย

ชาวขมุไม่มีวัฒนธรรมในการทอผ้าเอง มีเฉพาะในกลุ่มขมุลื้อชาวขมุบางกลุ่มจะนิยมเสื่อผ้าสีคำ หรือสีคล้ำเข้มการแต่งกายของผู้หญิงอำเภอทุ่งช้าง และเชียงกลาง จังหวัดน่าน จะใช้ชั้นลายขวางแบบไทยลื้อ และสวมเสื่อผ้าหนาสีน้ำเงินเข้มตัวสั้น ตกแต่งด้วยผ้าด้ายสีและเหรียญเงิน ใส่งาไลเงินที่คอ และกำไลข้อมือและมักจะโพกผ้าสีขาว เจาะหูเป็นรูกว้างใช้ดอกไม้เสียบประดับ ในชีวิตประจำวันจะพบการแต่งกายเหล่านี้เฉพาะกลุ่มมีอายุ เด็กรุ่นใหม่จะนิยมแต่งกายแบบคนเมือง และในหมู่บ้านของชาวขมุบางกลุ่มจะไม่พบเครื่องแต่งกายประจำเผ่าเลย ส่วนเครื่องแต่งกายชายนั้นในปัจจุบันไม่ต่างไปจากคนเมือง แต่กล่าวกันว่า แต่เดิมใช้นุ่งผ้าเดี่ยวเรียกว่า (เมือร) ซึ่งในปัจจุบันนำมาใช้เป็นส่วนหนึ่งของพิธีกรรมเท่านั้น (สุวิไล เปรมศรีรัตน์, 2541: 15-16)



ภาพผนวกที่ 5 ลักษณะการแต่งกาย

## ครอบครัว เครือญาติ

ชาวขมุเชื่อว่าตนมีบรรพบุรุษที่สืบเชื้อสายมาจากสัตว์หรือพืชบางชนิด เช่น เสือ คางคก ผู้ใดอยู่ในบรรพบุรุษไหนจะกินสัตว์หรือพืชชนิดนั้น ๆ ไม่ได้ และบุคคลที่อยู่ในบรรพบุรุษเดียวกัน จะแต่งงานกันไม่ได้ ครอบครัวของชาวขมูมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว การแต่งงานเป็นระบบ คู่เดียวเมียเดียว เมื่อแต่งงานมักจะแยกครอบครัวออกไป จารีตประเพณีที่ต้องถือปฏิบัติในครอบครัว คือ การถือผีบรรพบุรุษหรือผีเรือน ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญมาก เป็นสิ่งที่ควบคุมระเบียบ

วิธีการปฏิบัติของคนในบ้าน ซึ่งถ้าผู้ใดประพฤติผิด จะต้องมิพิถีพิถัน มิฉะนั้นจะเกิดการเจ็บป่วย ล้มตายได้ ระเบียบวิธีในการเลี้ยงผีจะต้องทำตามวิธีการของผีฝ่ายสามี สังคมชาวขมุนี้ฝ่ายชายมีสถานภาพเหนือหญิง งานในไร่ทุกคนต้องช่วยกัน การทำพิธีกรรมต่าง ๆ จักสาน เข้าป่าล่าสัตว์ ฟันไร่เป็นหน้าที่ของฝ่ายชาย ส่วนการตักน้ำตำข้าว เก็บผักหักฟัน ดูแลสัตว์เลี้ยงและทำความสะอาด บ้านล้วนเป็นหน้าที่ของฝ่ายหญิง ระบบเครือญาติของชาวขมุเป็นระบบที่ซับซ้อนเป็นระบบที่ทำให้ ความสำคัญทั้งฝ่ายพ่อและแม่ ทั้งชายและหญิงแต่เป็นที่สังเกตเห็นได้ว่าจะมีคำเรียกญาติฝ่ายชาย เป็นคำเฉพาะมากกว่าฝ่ายหญิงซึ่งมักจะใช้การเรียกชื่อได้มากกว่า และในกรณีกฎของการแต่งงาน ในหมู่ญาติ ลูกชายจะสามารถแต่งงานกับลูกพี่ลูกน้องได้ และถือว่าเป็นสิ่งที่ดีและเหมาะสม ส่วน ผู้หญิงนั้นจะต้องแต่งงานกับผู้อื่น (สุวิไล เปรมศรีรัตน์, 2541: 18-20)



ภาพผนวกที่ 6 ครอบครัวและเครือญาติ

### อำนาจการตัดสินใจในครัวเรือน

ชาติชาย มีเกิดมูล (2529: 94) กล่าวว่าอำนาจการตัดสินใจในครอบครัวแยกเป็นเรื่องส่วนตัว เรื่องเกี่ยวกับผี และเรื่องทั่วไป เรื่องส่วนตัวอาทิ เช่น การเลือกคู่ครอง การตัดสินใจแต่งงาน บิดามารดา ส่วนใหญ่ให้ลูกตัดสินใจเองไม่บังคับข่มเหงน้ำใจลูก ในอดีตอาจมีการบังคับให้ลูกสาวแต่งงานกับชายที่บิดามารดาเลือกไว้ให้ ส่วนเรื่องเกี่ยวกับผี การประกอบพิธีกรรมผู้เป็นหัวหน้าครอบครัวจะเป็นผู้ตัดสินใจแต่เพียงผู้เดียว และการตัดสินใจในเรื่องทั่ว ๆ ไป เช่น การซื้อของเข้าบ้าน มีอยู่ 22 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 15.7 ที่ให้พ่อแม่เป็นผู้ตัดสินใจซื้อพวกวิทยุ เทป เข้ามาใช้ในบ้านหรือไม่ และมี 118 ครัวเรือนคิดเป็นร้อยละ 84.3 ที่พ่อแม่และลูกตัดสินใจร่วมกันว่าสมควรจะซื้อของสิ่งนั้น

มาใช้ในครัวเรือนดีหรือไม่ เพราะปัจจุบันลูกสามารถหารายได้ให้แก่ครอบครัวจากการหาของป่ามาขาย แต่เดิมรายได้มีเพียงผลผลิตจากไร่และการเลี้ยงสัตว์ในครอบครัว อันเป็นผลผลิตรวมนั้นพ่อกับแม่จะเป็นเจ้าของ รายได้เกิดจากการจำหน่ายผลผลิตนั้นลูก ๆ จะได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับพ่อและแม่จะแบ่งปันให้ อำนาจการตัดสินใจที่ซื้อของชนิดใดจึงขึ้นอยู่กับพ่อและแม่เท่านั้น ครั้นต่อมาเมื่ออาชีพใหม่ ๆ เกิดขึ้นในชุมชน ลูกสามารถไปหารายได้จากอาชีพเหล่านั้นหลังจากที่ว่างจากการใช้แรงงานในไร่ของพ่อแม่ ทำให้ลูกมีรายได้เองไม่ต้องเฝ้าคอยให้พ่อแม่แบ่งปันรายได้จากการจำหน่ายผลผลิตให้ดังสมัยก่อน พ่อแม่จึงต้องยินยอมให้ลูกมีสิทธิมีเสียงในการตัดสินใจต่าง ๆ ภายในครอบครัวด้วย

## อาชีพ

ชาวขมุทำไร่เป็นอาชีพหลัก ลักษณะเป็นไร่หมุนเวียน พืชหลักคือข้าวเหนียว และพืชผักสำหรับประกอบอาหาร เช่น ข้าวโพด พริก ก้อย ถั่วแดง เป็นต้น สัตว์ที่นิยมเลี้ยง คือ ไก่ หมู ควาย จะเลี้ยงไว้สำหรับใช้ในพิธีกรรมเป็นส่วนใหญ่ สำหรับควายนั้นเปรียบได้กับช้างของชาวกะเหรี่ยง เพราะถือเป็นของมีค่า เป็นสัตว์เลี้ยงที่บ่งบอกถึงฐานะความร่ำรวย จะมีได้เฉพาะบางคนที่ฐานะดีเท่านั้น นอกนั้นก็เป็นการหาของป่า โดยจะเป็นการหาอาหาร ซึ่งชาวขมุนั้นกินสัตว์และผักได้แทบทุกอย่าง ส่วนอาชีพค้าขายนั้นไม่เป็นที่ชื่นชอบของชาวขมุ ความเป็นอยู่ของชาวขมุเป็นไปอย่างเรียบง่าย โดยอาศัยการพึ่งตนเองและธรรมชาติที่มีอยู่ซึ่งก็ค่อนข้างจะอดคัดขาดแคลน เพราะระบบการผลิตของชาวขมุเป็นแบบผลิตเพื่อยังชีพ และความเคร่งครัดในการถือผี ชาวขมุยังคงใช้วิธีการผลิตแบบดั้งเดิม ไม่ยอมรับเทคโนโลยีที่พัฒนาเพิ่มพูนผลผลิต ดังนั้นผลผลิตที่ได้จึงไม่เพียงพอต่อการบริโภค ชาวขมุจะแก้ปัญหาความขาดแคลน ด้วยการออกไปใช้แรงงานรับจ้างนอกหมู่บ้าน ซึ่งก็เป็นที่ชื่นชอบของนายจ้าง เพราะชนเผ่านี้มีความซื่อสัตย์และจงรักภักดีเป็นที่ตั้ง ปัจจุบัน โดยเฉพาะทางภาคเหนือจะมีชาวขมุมาทำงานรับจ้างอยู่ทั่วไป (สุวิไล เปรมศรีรัตน์, 2541: 20-21)



ข้าวโพด



ครกมอญ



ยั้งข้าว

ภาพผนวกที่ 7 อาชีพ

## อาหารการกิน

กินข้าวเหนียวเป็นหลัก และกินเนื้อสัตว์และผักทุกชนิด สัตว์ที่ใช้เป็นอาหารมีทั้งเขียด งู หนู ตู๊กแก กิ้งก่า ตะกวด อาหารจำพวกหมู ไก่ สุนัข จะใช้เฉพาะพิธีกรรม หรือเมื่อมีแขกมาเยือน อาหารประจำวันส่วนใหญ่จะเป็นจำพวกผักต่าง ๆ ทั้งที่ปลูกไว้ในไร่ และพืชผักสวนครัว บางส่วนได้มาจากการล่าสัตว์ เก็บของป่า โดยทั่วไปชาวขมุมีฐานะยากจน หมู่บ้านขมุหลายแห่งเป็นหมู่บ้านที่ยังขาดแคลนอาหาร การแก้ไขปัญหาการขาดแคลนอาหารและความยากจนปัจจุบันชาวขมุใช้วิธีนำเอาของมาแลกเปลี่ยนกับคนนอกเผ่า รับจ้างตัดต้นไม้ และออกหางานทำนอกหมู่บ้าน การประกอบอาหารนั้นส่วนมากมักจะใช้วิธีต้มหรือทำแกงผักต่าง ๆ เวลารับประทานอาหารจะนั่งล้อมวงที่ตั้งอาหาร ชาวขมุจะหมักเหล้าไว้กินเอง เหล้าของชาวขมุ เป็นเหล้าอุเรียกว่า “ปุง” ไว้ต้อนรับแขกผู้มาเยือน และใช้ในการเซ่นไหว้ผี (สุวิไล เปรมศรีรัตน์, 2541: 27)

## ศาสนา ความเชื่อ พิธีกรรม และการรักษาโรค

ชาวขมุนับถือผี มีพิธีเซ่นไหว้ด้วยหมู ไก่ ข้าว เหล้า ชาวขมุจะสร้างที่ทำพิธีเลี้ยงผีในพิธีสำคัญต่าง ๆ ผีที่เกี่ยวข้องในชีวิตของชาวขมุมีทั้งผีป่า ผีบ้าน ผีน้ำ ผีหมู่บ้าน ทุกบ้านจะต้องมีผีเรือน ซึ่งเชื่อว่าประติษฐานในบริเวณเตาหุงข้าว พิธีต่าง ๆ เกี่ยวกับการเลี้ยงผีมีพิธีเลี้ยงขวัญข้าว พิธีเลี้ยงผีไร่ พิธีเลี้ยงผีหมู่บ้าน พิธีเลี้ยงผีรักษาผู้ป่วย พิธีเลี้ยงผีเพื่อแก้ความผิดต่าง ๆ เพื่อป้องกันเหตุร้ายหรือเจ็บป่วยล้มตาย เป็นต้น เวลามีพิธีเลี้ยงผีจะมีการติดเฉลว (ตแล้) ไว้เป็นเครื่องหมายเป็นข้อปฏิบัติมาแต่โบราณ แม้แต่เวลาขึ้นบ้านใหม่ก็ต้องมีพิธีเลี้ยงผีและติดตั้งตแล้ไว้อยู่เสมอ เมื่อทำพิธีเลี้ยงผีหมู่บ้านจะต้องทำตแล้เอาไว้ 4 ทิศเหนือ ใต้ ตะวันตก และตะวันออกของหมู่บ้าน เนื่องจากชาวขมุเป็นผู้ที่เคร่งครัดต่อประเพณี และพิธีกรรมที่เกี่ยวกับความเชื่อเรื่องผีเป็นอย่างยิ่ง ทางเข้าหมู่บ้านหรือตามทางแยกบ้านขมุจึงมักจะต้องพบเห็นตแล้เป็นสัญลักษณ์ของการเลี้ยงผีเสมอ (สุวิไล เปรมศรีรัตน์, 2541: 23-27)

นิพัทธเวช สืบแสง (2536: 37) กล่าวว่ามนุษย์ นอกจากจะมีร่างกายและจิตใจแล้วยังมีสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งที่ประกอบเป็นชีวิตของมนุษย์คือ ขวัญ ตามความเชื่อของชาวขมุ ขวัญเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการมีชีวิตอยู่ และมีอยู่ในร่างกายของมนุษย์ แต่ในเรื่องจำนวนนั้นมีความเห็นแตกต่างกันออกไป จนไม่สามารถสรุปได้ว่าจำนวนที่แท้จริงเป็นเท่าไร มีตั้งแต่ 5,7,9 ไปจนถึง 32 ขวัญ ไม่ว่าขวัญจะมีจำนวนเท่าใด แต่มีความเชื่อร่วมกันอยู่ว่า ความเจ็บป่วยเกิดจากการที่ขวัญจำนวนหนึ่งออกไปจากร่างกายของมนุษย์ จำนวนขวัญยิ่งออกไปมากก็จะทำให้อาการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้นไปด้วย ถ้าจำนวนขวัญทั้งหมดออกไปจากร่างกายก็จะทำให้มนุษย์เสียชีวิต นอกจากนี้ยังเชื่อกันว่าขวัญ

มีความอ่อนไหว สามารถจะออกไปจากร่างกายของมนุษย์ได้โดยง่าย ไม่ว่าจะเป็นอาการตกใจ หกล้ม การฝนร่าย การประสูบบุหรี่ สิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วแต่ทำให้ขวัญออกไปได้ และทำให้เกิดความเจ็บป่วยชาวขมุจึงมักประกอบพิธีมัดขวัญ เพื่อรักษาขวัญให้อยู่ในร่างกาย และถ้ามีการเสี่ยงทายดูแล้วพบว่าขวัญได้ออกไปจากร่างกาย ก็จะมีการประกอบพิธีกรรมเรียกขวัญให้กลับมา นอกจากนี้ขวัญยังสามารถออกไปจากร่างกายโดยถูกผีต่าง ๆ จับขวัญเอาไว้ ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้โดยการที่มนุษย์เข้าไปในถิ่นที่อยู่ของผีตามป่าเขา เป็นการไปรบกวนผีทำให้ผีโกรธและจับเอาขวัญไว้ ส่วนผีเรือนผีบ้าน และผีเจ้าที่นั้น ตามปกติเป็นผีที่คอยปกป้องรักษามนุษย์อยู่ แต่ถ้าคนในชุมชนขาดการเอาใจใส่ เช่น ไร่ร้าง แสดงอาการลบหลู่ หรือการประพาศผีจาริตประเพณีของชุมชน จะทำให้ผีจับขวัญไว้ ทำให้เกิดความเจ็บป่วย และในกรณีที่ขวัญออกไปจากร่างกาย เพราะถูกผีจับไว้ ไม่สามารถแก้ได้ด้วยพิธีมัดขวัญ หรือเรียกขวัญ จะต้องแก้ด้วยการให้หมอสีประกอบพิธีติดต่อกับผี เพื่อขอมมาลาโทษ และใช้ชีวิตของสัตว์ เช่น ไก่ หรือหมู เพื่อแลกกับขวัญของมนุษย์



ผีหมู่บ้าน



เจลว (แตล)

ภาพผนวกที่ 8 ศาสนา ความเชื่อ พิธีกรรม และการรักษาโรค



ขัวญข้าว



หมุดำใช้ประกอบพิธีกรรม



กระดุกควาย ไม้ และหมูเพื่อไหว้ผีเรือน  
ภาพที่ 8 (ต่อ)

ขาไก่มีไว้เพื่อไม่ให้สิ่งชั่วร้ายหรือผีเข้ามาในบ้าน



### สมุนไพร

#### ภาพที่ 8 (ต่อ)

#### วิธีป้องกันและรักษาความเจ็บป่วยของชาวขมุ

การใช้พืชและสมุนไพรพื้นบ้าน ชาวขมุจะมีการปลูกพืชบางชนิดไว้เพื่อใช้ในพิธีกรรมเกี่ยวกับการเลี้ยงผี หรือใช้ในการรักษาโรคบางประเภทที่รู้ต้นเหตุชัดเจน เช่น ขิง ขมิ้น ไพล และ บ้างก็ปลูกเพื่อกันผี

1. พิธีกรรมในการรักษาความเจ็บป่วยโรคที่ชาวขมุใช้พิธีกรรมในการบำบัดมีทั้งโรคทางจิตและทางกาย เมื่อเกิดโรคที่มีอาการเจ็บป่วยที่หาสาเหตุชัดเจนไม่ได้ เช่น อาการบวมตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายโดยไม่ทราบสาเหตุ โรคกระดูกหัก ชักหมดสติ เป็นต้น โรคภัยไข้เจ็บที่ไม่มีสาเหตุชัดเจน เช่นนี้ ชาวขมูมีความเชื่อเป็นพื้นฐานว่าเกิดจากชาวบ้านไปทำ “ผิดผี” ทำให้ผีโกรธ จะต้องมีการแก้ด้วยการจัดพิธีกรรม เพื่อรักษาโรคที่เกิดจากผีที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยตามความเชื่อของชาวขมุ ผู้ที่เจ็บป่วยนั้นเวลาทำพิธีต้องมีการจับยามคว่าผีต้องการกินอะไร ไก่ หมู หรือควาย

การจับยามเพื่อเลี้ยงผีนั้นมี 3 วิธี คือ การจับยามด้วยข้าวสาร การจับยามจากรากไม้ การจับยามด้วยไข่ วิธีที่นิยมทำมีสองวิธีคือจับยามด้วยข้าวสารและจับยามด้วยไข่

การจับยามด้วยข้าวสารใช้อุปกรณ์คือดอกไม้ เทียน 4 คู่ เสื่อของคนป่วย และข้าวสารใส่จานหรือถาดออกมา จับยามจะจุดเทียนหีบดอกไม้ ถาดใส่เสื่อผ้าและข้าวสารยอขึ้นอธิษฐานว่าผีต้องการจะกินสัตว์นี้ไข่หรือไม่ หากไข่ออกให้ข้าวสารที่หีบออกมาเป็นเลขคู่แล้วก็วางถาดเสื่อผ้าดอกไม้และข้าวสารลง หีบข้าวสารออกจากภาชนะที่ใส่มานับ การหีบข้าวสารมานับนี้จะทำ 3

ครั้ง หากเป็นเลขคู่ติดต่อกัน 3 ครั้ง แสดงว่าผีต้องการกินสัตว์นั้นจริง แต่หากเป็นเลขคี่แสดงว่าไม่ใช่ ก็ต้องอธิษฐานใหม่จนกว่าจะรู้ว่าต้องกินสัตว์ชนิดใด

การจับยามด้วยไข่ ผู้ดูเมื่อจะเอาไข่ดิบมาดูตามตัวผู้ป่วยแล้วนำไข่ไปตอกใส่ในถ้วยด้วยว่าไข่มีจุดตรงไหน ถ้าไข่นั้นไม่มีจุดเลยแสดงว่าการเจ็บป่วยไม่ได้เกิดจากการกระทำของผี และโรคนั้นต้องรักษาด้วยยาหรือไปโรงพยาบาล

2. วิธีป้องกันความเจ็บป่วย ถ้ามีการประพุดิปฏิบัติผิดธรรมเนียมประเพณีหรือผิดผีขึ้น เช่น ประพุดิตัวไม่เหมาะสม ไม่นับถือผีหมู่บ้าน หรือทำผิดประเพณีอื่น ๆ ฯลฯ ถือเป็นการผิดผีจะต้องมีการทำพิธีแก้เพื่อเป็นการป้องกันมิให้เกิดการเจ็บป่วยล้มตายขึ้น ถ้ามีเหตุที่ทำให้ขวัญออกจกตัว ทำให้ตกใจ เจ็บป่วยก็ต้องมีการทำพิธีเรียกขวัญ หรือพิธีผูกข้อมือเพื่อให้เกิดความเป็นสิริมงคลปราศจากเหตุร้ายความเจ็บป่วยทั้งปวง พิธีผูกข้อมือ (ตุ๊กตุ๊ก) วิธีการเรียกขวัญ หมอทำนายขวัญจะถือไข่ว่างมือหนึ่ง และอีกมือจะถือพัด มีการเอาสีแต้มทาหน้าคนหนุ่มสาวที่มาร่วมพิธีรับไข่เรียกขวัญ พิธีนี้จะมีการผูกข้อมือด้วย

3. การรักษาความเจ็บป่วยโดยจัดพิธีเลี้ยงผีด้วยไก่ และหมู พิธีเช่น ไหว้เลี้ยงผีบ้านด้วยหมูเป็นพิธีกรรมเพื่อการบำบัดความเจ็บป่วย ที่มีอาการค่อนข้างมาก พิธีเช่นนี้มักจะเลี้ยงผีด้วยไก่ โดยคนเฒ่าคนแก่จะเริ่มพิธีผูกข้อมือ และใส่กำไลเงินให้คนป่วย ต่อจากนั้นจะผูกข้อมือคนที่อยู่ในบ้านขณะที่ผูกข้อมือจะมีการว่าคาถาเสร็จจากการผูกข้อมือแล้วจะนำไก่มาปาดปากแล้วเอาเลือดมาทาที่หัวเข่าคนป่วยก่อน แล้วจึงทาที่เข่าพ่อและแม่ ลูก ๆ คนที่อาศัยอยู่ในบ้านหลังนั้น แล้วนำเลือดไก่จากปากมาทาที่ไหล่ซ้าย 2 ข้าง ดึงขนไก่มาติดที่รอยเลือดไก่ คราวนี้คนป่วยจะเอาไก่ทาที่หัวเข่าใหม่เป็นเสร็จพิธี ไก่นั้นจะนำไปทำอาหารต่อไป ต่อจากนั้นจะเป็นการฆ่าหมูโดยใช้มีดแทงคอหมู และนำถ้วยมารองรับเลือดหมูที่ไหลออกมามากมาย จนเลือดหมดจากหมูแล้วก็จับหมูมาทาผู้ป่วยขณะที่ทาที่ว่าคาถาไปด้วย ต่อจากนั้นก็นำหมูไปทาคนที่อยู่ในครอบครัว พอเสร็จพิธีก็นำหมูและไก่ไปทำอาหาร โดยล้างให้สะอาด แบ่งปอด หัวใจ เครื่องในหมู พริก ข้าวสุก ข้าวเปลือก ยาเส้น น้ำต้มหมู 1 ช้อน จัควางไว้บนใบกล้วยเพื่อเตรียมให้ผีแม่ ผีพ่อ ผีป่า ผีคน โดยเมื่อจัดเสร็จจะยกใส่ถุงว่าคาถาแล้วโยนถุงออกนอกบ้านไป หรือเอาไปไว้ตามทางสามแยกให้ผีกิน นอกจากนี้ยังนำกระดูกหมูมาแขวนไว้ให้ผีกินที่ชั้นวางของ และจัดข้าว เนื้อหมู หัวหมู หัวไก่ แล้วใส่โตกให้ผีเรือกิน แล้วจึงให้คนป่วยและคนที่อยู่ในบ้านนั้นกินพร้อมกัน จากนั้นผู้ร่วมพิธีจึงร่วมวงกินอาหาร

4. พิธีฆ่าควายเพื่อรักษาผู้ป่วยหนัก ควายเป็นสัตว์ที่สำคัญของชาวมุ เป็นสมบัติมีค่าอย่างหนึ่งและเป็นเครื่องเช่นไหว้เลี้ยงผีในพิธีกรรมใหญ่ที่สุดในการรักษาความเจ็บป่วยของชาวมุ พิธีฆ่าควายจะใช้เมื่อหลังจากไข้ไก่อและหมุในการเช่นไหว้เลี้ยงผีไม่ได้ผล พิธีนี้มีความซับซ้อน และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมากที่สุด พิธีฆ่าควายมีการทำเป็น 2 อย่าง คือ

4.1 พิธีฆ่าควายเพื่อรักษาคนเจ็บไข้ในกรณีที่คนป่วยหนักดูท่าจะไม่รอดหรือเรื้อรังเป็นเวลานาน รักษาทางใดก็ไม่หาย

4.2 พิธีฆ่าควายเพื่อแก้การผัดผิกระทำขึ้น เป็นการป้องกันโรคภัยไม่ให้เกิดลูกหลาน เพื่อให้คนในบ้านอยู่เย็นเป็นสุข ใช้ในกรณีที่เกิดความไม่สงบสุขขึ้น ผู้คนในบ้านเจ็บป่วยต่อเนื่องกันจากคนหนึ่งไปอีกคนหนึ่งหรือเจ็บพร้อมกันหลาย ๆ คน

เมื่อมีคนป่วยเกิดขึ้นหมอดูทำพิธีได้ความว่าเป็นเพราะผีเรือน และต้องทำพิธีฆ่าควายจึงจะหาย ญาติคนป่วยจึงสร้างบ้านเล็ก ๆ ขึ้นในป่า แล้วนำคนป่วยไปนอนที่บ้านหลังนั้น ทำพิธีเอาเลือดไก่มาทา ก่อน แล้วจึงให้แม่บ้าน พ่อบ้าน (ของคนป่วย) สะพายขวัญคนป่วยโดยการใส่ผ้าแดงพาดบ่า แม่บ้านจะโปกศริษะด้วยผ้าดำ ส่วนพ่อบ้านจะโปกศริษะด้วยผ้าแดงห่อขวัญ โดยจะเข้าไปทำพิธีในบ้านที่สร้างขึ้นเพื่อรักษาคนป่วยนั้น ต่อจากนั้นจะนำควายมามัดที่หลักตรงบริเวณหลังบ้านซึ่งทำไม้เป็นรูปกากบาทปักดินไว้ นำโตร (ถ้าไม่มีไฟที่ประดับประดาแล้ว) มาปักใกล้กับไม้รูปกากบาท เอาเชือกพันคอควาย จากนั้นพ่อบ้านพันคอควายให้ตายทันที แล้วเอามัดแทงตรงรักแร้ควายเพื่อเอาเลือดส่วนหนึ่งไว้ที่ยุงข้าว อีกส่วนหนึ่งนำไปไว้ที่บ้านที่รักษาคนป่วย จากนั้นจึงทำพิธีผูกขวัญคนป่วยก่อน สำหรับเนื้อควายแลไปทำอาหาร เมื่อเสร็จแล้วก็นำขึ้นตั้งโตกให้คนแก่กินก่อนเป็นรอบแรก จากนั้นจึงเป็นกลุ่มคนอายุรอง ๆ ลงมาตามลำดับ จนถึงเด็กและหญิงชายหนุ่มสาวเป็นรอบสุดท้าย โดยแบ่งไว้ทำอาหารสำหรับเลี้ยงผี และเลี้ยงคน เนื้อควายนั้นถ้าเหลือจากแจกจะเก็บไว้ขาย สำหรับหัวควาย เขาจะเอาไม้เสียบจุมกไปตั้งไว้ทางทิศหัวนอนของคนป่วยในห้องในบ้านที่สร้างเพื่อรักษาผู้ป่วย แล้วนำกระดูกควายและข้าวสุกใส่ภาชนะที่ใช้ไม้ไผ่สาน 5 ใบ วางไว้ตามที่ต่าง ๆ ภายในบ้าน จากนั้นหนุ่มสาวจะนั่งดื่มเหล้า ดั้นรำ มีการตีเกราะร้องเพลงกันตลอด 3 คืน จึงจะแล้วเสร็จพิธี ผู้ป่วยก็จะหาย แต่ถ้าไม่หายก็จะพาไปพบแพทย์ หรือต้องปลงใจเพราะทำอะไรไม่ได้อีกแล้ว (สุวิไล เปรมศรีรัตน์, 2541: 23-27)

## เครื่องดนตรี

มีเครื่องดนตรีหลายชนิดที่ชาวขมุเล่นเพื่อความเพลิดเพลินยามว่าง จะทำมาจากไม้ไผ่เป็นส่วนใหญ่ หลายชนิดทำมาจากไม้ไผ่สด เล่นแล้วทิ้งไป เช่น “โท้ร์” หรือ ตาว ใช้มือตี ตอด ซึ่งกูร ชูล เป็นต้น บางแห่งมีการเล่นแคน เล่นโธ่ ซึ่งทำมาจากเหรียญทองแดง ใช้ปากเป่าและมือตีค มีการเป่าขลุ่ยเรียกว่า “ซูล” และตรีเวิล มีการตีฆ้องทองเหลือง ตีกลองซึ่งมีลักษณะคล้ายฆ้องมอญแต่จึงด้วยหนังวัวหนังควาย (สุวิไล เปรมศรีรัตน์, 2541: 29-30)

ภาคผนวก ข  
แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

## แบบสอบถาม

เรื่อง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยของชาวเขาเผ่ามู  
ตำบลชนแดน อำเภอสองแคว จังหวัดน่าน

สถานที่สัมภาษณ์ บ้านเลขที่.....

- ( ) หมู่ที่ 1 บ้านห้วยเลา
- ( ) หมู่ที่ 3 บ้านน้ำป่าน
- ( ) หมู่ที่ 4 บ้านห้วยเกลบ
- ( ) หมู่ที่ 6 บ้านสบปาง
- ( ) หมู่ที่ 7 บ้านน้ำหลู
- ( ) หมู่ที่ 8 บ้านห้วยมอย
- ( ) หมู่ที่ 9 บ้านใหม่ชายแดน

ตำบลชนแดน อำเภอสองแคว จังหวัดน่าน

ชื่อเจ้าบ้าน (นาย/นาง/นางสาว).....

ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์ (นาย/นาง/นางสาว).....

เพศ (1) ชาย (2) หญิง

วันที่สัมภาษณ์.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับประชากร เศรษฐกิจ และสังคม  
คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย **P** ลงในช่อง **☒**

1. เพศ

ชาย

หญิง

2. อายุ  18 - 20 ปี

20 - 40 ปี

41 - 60 ปี

61 ปีขึ้นไป

3. สถานภาพสมรส

โสด

คู่ อยู่ด้วยกัน

คู่ แยกกันอยู่

หย่า / ม่าย

4. ระดับการศึกษาสูงสุด

ไม่ได้รับการศึกษา

ประถมศึกษา

มัธยมศึกษาตอนต้น

มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.

อนุปริญญา/ปวส.

5. รายได้รวมทั้งหมดของครัวเรือน

ไม่เกิน 1,000 บาท

1,001-1,500 บาท

1,501 - 2,000 บาท

2,001 - 2,500 บาท

มากกว่า 2,500 บาท

6. จำนวนคนในครัวเรือน.....คน

7. ท่านได้รับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยจากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

วิทยุ/โทรทัศน์

สมาชิกในครอบครัว

เสียงตามสายประจำหมู่บ้าน

ผู้นำท้องถิ่น/ ผู้นำศาสนา

อาสาสมัคร

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

8. เมื่อสมาชิกในครอบครัวของท่านเจ็บป่วยได้ไปรับการรักษาที่ไหนบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> แผนไทยโบราณ, หมอพื้นบ้าน (สมุนไพร) | <input type="checkbox"/> ไลยศาสตร์ |
| <input type="checkbox"/> สถานีอนามัย                        | <input type="checkbox"/> โรงพยาบาล |

9. สัมพันธภาพในครอบครัว

- ในครอบครัวของท่านรับประทานอาหารร่วมกัน

- |                                 |                                     |                                 |
|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ไม่เลย | <input type="checkbox"/> เป็นบางวัน | <input type="checkbox"/> ทุกวัน |
|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|

- ในครอบครัวท่านสนิทสนมกลมเกลียวกัน

- |                                    |                                   |                                |
|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ไม่ค่อยดี | <input type="checkbox"/> ค่อนข้าง | <input type="checkbox"/> ดีมาก |
|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|

- เมื่อท่านมีปัญหาท่านจะปรึกษากับสมาชิกในครอบครัว

- |                                 |                                   |                                   |
|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ไม่เลย | <input type="checkbox"/> บางครั้ง | <input type="checkbox"/> ทุกครั้ง |
|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|

10. สภาพแวดล้อมทางกายภาพ

สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

- สภาพที่อยู่อาศัยรอบ ๆ บ้านมีการจัดระบบสุขาภิบาล

- |                             |                                  |                                |
|-----------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ดี | <input type="checkbox"/> ปานกลาง | <input type="checkbox"/> ไม่ดี |
|-----------------------------|----------------------------------|--------------------------------|

- สภาพที่อยู่อาศัยของท่านคงทนถาวร

- |                             |                                  |                                |
|-----------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ดี | <input type="checkbox"/> ปานกลาง | <input type="checkbox"/> ไม่ดี |
|-----------------------------|----------------------------------|--------------------------------|

- สภาพที่อยู่อาศัยของท่านมีเสียงดังรบกวน

- |                                |                                     |                                     |
|--------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มีบางครั้ง | <input type="checkbox"/> มีทุกครั้ง |
|--------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|

- ท่านพอใจกับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

- |                              |                                  |                                  |
|------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> มาก | <input type="checkbox"/> ปานกลาง | <input type="checkbox"/> ไม่พอใจ |
|------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|

สภาพแวดล้อมที่ทำงาน

- สถานที่ทำงานของท่านมีเสียงดังรบกวน

- |                                |                                     |                                     |
|--------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มีบางครั้ง | <input type="checkbox"/> มีทุกครั้ง |
|--------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|

- ท่านพอใจกับสภาพแวดล้อมในที่ทำงาน

- |                              |                                  |                                  |
|------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> มาก | <input type="checkbox"/> ปานกลาง | <input type="checkbox"/> ไม่พอใจ |
|------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

**คำชี้แจง** ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ให้ท่านสำรวจตัวท่านเองภายใน 2 เดือนที่ผ่านมา และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย **P** ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด ค่ะคำตอบมี 4 ตัวเลือก คือ

ไม่มี หมายถึง ไม่มีบุคคลในกรณีดังกล่าว

ไม่เคย หมายถึง ไม่เคยได้รับ ไม่เคยมีเหตุการณ์

เป็นครั้งคราว หมายถึง เคยได้รับเพียงเล็กน้อย

เป็นประจำ หมายถึง ได้รับการเข้าถึงทุกครั้ง

### ด้านสุขภาพกาย

ข้อความ	ไม่เคย	เป็นครั้ง คราว	เป็น ประจำ	ไม่มี
1. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอดและ ฉีดวัคซีนครบ				
2. แม่ที่คลอดลูกได้รับการทำคลอดและดูแล หลังคลอด				
3. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการส่งเสริมภาวะโภชนาการ เพื่อให้เด็กคลอดมีน้ำหนักไม่ต่ำกว่า 2,500 กรัม				
4. เด็กแรกเกิดถึง 1 ปีเต็มได้รับการฉีดวัคซีน ป้องกันโรคครบ				
5. เด็กแรกเกิดได้กินนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 4 เดือนแรกติดต่อกัน				
6. เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ได้กินอาหารที่เหมาะสม และเพียงพอ				
7. เด็กอายุ 6-15 ปี ได้กินอาหารครบ 5 หมู่ ถูกสุขลักษณะและปลอดภัย				

ข้อความ	ไม่เคย	เป็นครั้ง คราว	เป็น ประจำ	ไม่มี
8. เด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค ครบ				
9. สมาชิกในครัวเรือนได้กินอาหารที่มีประโยชน์ ครบ 5 หมู่				
10. สมาชิกในครัวเรือนมีความรู้ในการใช้ยาที่ ถูกต้องเหมาะสม				
11. คนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจสุขภาพ ประจำปี				
12. ครัวเรือนมีน้ำสะอาดสำหรับดื่มและบริโภค เพียงพอ				
13. ครัวเรือนมีการจัดบ้านเรือนและบริเวณบ้าน เป็นระเบียบถูกสุขลักษณะ				
14. คนในครัวเรือนสูบบุหรี่				
15. คนในครัวเรือนดื่มสุรา				

**คำชี้แจง** ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมาให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย **P** ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 4 ตัวเลือก คือ

ไม่เคย หมายถึง ไม่เคยได้รับ ไม่เคยมีเหตุการณ์  
เป็นครั้งคราว หมายถึง เคยมีเหตุการณ์เพียงเล็กน้อย (1-3 ครั้งต่อสัปดาห์)  
เป็นประจำ หมายถึง เคยมีอาการ ความรู้สึกเรื่องนั้น ๆ ทุกครั้ง (4-7 ครั้งต่อสัปดาห์)

### ด้านสุขภาพจิต

ในระยะ 2 เดือน	ระดับอาการ		
	ไม่เคย	เป็นครั้งคราว	เป็นประจำ
ท่านรู้สึกอย่างไรกับเหตุการณ์ดังต่อไปนี้			
1. นอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ			
2. รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ			
3. ทำอะไร ไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียด			
4. มีความวุ่นวายใจ			
5. ไม่อยากพบปะผู้คน			
6. ปวดหัวข้างเดียวหรือปวดบริเวณขมับทั้ง 2 ข้าง			
7. รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง			
8. รู้สึกหมดหวังในชีวิต			
9. รู้สึกชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า			
10. กระวนกระวายอยู่ตลอดเวลา			
11. รู้สึกตนเองไม่มีสมาธิ			
12. รู้สึกเปลืองเงิน ไม่มีแรงจะทำอะไร			
13. รู้สึกเหนื่อยหน่ายไม่อยากทำอะไร			
14. มีอาการหัวใจเต้นแรง			
15. เสียงสั่น ปากสั่น หรือมือสั่นเวลาไม่พอใจ			
16. รู้สึกกลัวผิดพลาดในการทำสิ่งต่าง ๆ			
17. ปวดหรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย หลังหรือไหล่			
18. ตื่นเต้นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย			
19. มึนงงหรือเวียนศีรษะ			
20. ความสุขทางเพศลดลง			

ภาคผนวก ค

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

**ตารางผนวกที่ 1** ค่าความเชื่อมั่นของสัมพันธภาพในครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย  
ของชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน อำเภอสองแคว จังหวัดน่าน

<b>Item</b>	<b>Corrected Item Total Correlation</b>	<b>Alpha if Item Delete</b>
1	.7762	.9150
2	.9415	.7727
3	.7762	.9150

Reliability Coefficients N of Cases = 30.0 N of Items = 3 Alpha = .91

**ตารางผนวกที่ 2** ค่าความเชื่อมั่นของสภาพแวดล้อมทางกายภาพต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย  
ของชาวเขาเผ่าขมุตำบลชนแดน อำเภอสองแคว จังหวัดน่าน

<b>Item</b>	<b>Corrected Item Total Correlation</b>	<b>Alpha if Item Delete</b>
1	.7995	.8093
2	.9393	.7751
3	.0000	.8971
4	.9184	.7804
5	.0000	.8971
6	.9393	.7751

Reliability Coefficients N of Cases = 30.0 N of Items = 6 Alpha = .86

ตารางผนวกที่ 3 ค่าความเชื่อมั่นของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ  
อนามัยของชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน อำเภอสองแคว จังหวัดน่าน

Item	Corrected Item Total Correlation	Alpha if Item Delete
1	.8069	.9321
2	.9188	.9284
3	.8769	.9282
4	.9188	.9284
5	.8069	.9321
6	.9188	.9284
7	.8845	.9284
8	.9188	.9284
9	.3437	.9408
10	.9188	.9284
11	.7003	.9349
12	.4970	.9475
13	.2547	.9485
14	.8069	.9321
15	.5692	.9375

Reliability Coefficients N of Cases = 30.0 N of Items = 15 Alpha = .94

**ตารางผนวกที่ 4** ค่าความเชื่อมั่นของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย  
ของชาวเขาเผ่าขมุ ตำบลชนแดน อำเภอสองแคว จังหวัดน่าน

<b>Item</b>	<b>Corrected Item Total Correlation</b>	<b>Alpha if Item Delete</b>
1	.9290	.9250
2	.8277	.9277
3	.6311	.9305
4	.6172	.9301
5	.9290	.9250
6	.9240	.9243
7	.8277	.9277
8	.9240	.9243
9	.9290	.9250
10	.6260	.9321
11	.6230	.9300
12	.2171	.9390
13	.0722	.9373
14	.9290	.9250
15	.9240	.9243
16	.8277	.9277
17	.5257	.9324
18	.6127	.9301
19	.1276	.9374
20	.0462	.9376

Reliability Coefficients N of Cases = 30.0 N of Items = 20 Alpha = .93