

การวิเคราะห์องค์ประกอบวัฒนธรรมสุขภาพที่สัมพันธ์กับการ สาธารณสุขของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ของประเทศไทย

ครรชิต หนากกลาง*, สิงหา จันทริยวงศ์**, กิ่งเพชร ส่งเสริม**, ปิยศักดิ์ สีดา**

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบวัฒนธรรมสุขภาพที่สัมพันธ์กับการสาธารณสุขของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้นำชุมชน ปราชญ์ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บุคลากรด้านสาธารณสุข และประชาชนทั่วไป 500 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามที่มีค่าความตรงตามเนื้อหา 0.60-1.00 ค่าความเชื่อมั่น 0.98 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม-เมษายน 2564 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.00 อายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 32.60 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 72.20 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 36.40 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 56.20 มีรายได้ต่อเดือน ระหว่าง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 42.00 การวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่า องค์ประกอบของวัฒนธรรมสุขภาพสามารถจัดได้ 5 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) องค์การและการปฏิสัมพันธ์ อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 14.42 (2) บรรทัดฐาน อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 10.43 (3) ขนบธรรมเนียม/ประเพณี อธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 10.26 (4) การสื่อสารและเทคโนโลยี อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 8.09 (5) ค่านิยม อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 4.84

ดังนั้น จึงควรส่งเสริมวัฒนธรรมสุขภาพเหล่านี้ เพื่อให้การดำเนินงานสาธารณสุขบรรลุผล และประชาชนกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาวมีสุขภาพดี

คำสำคัญ: วัฒนธรรมสุขภาพ, การสาธารณสุข, กลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว

* โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหว้า อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา

**คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

Corresponding author: Khanchit Naklang Email: jued1971@gmail.com

Received 12/10/2021

Revised 11/11/2021

Accepted 30/11/2021

FACTOR ANALYSIS OF THE HEALTH CULTURE RELATED TO PUBLIC HEALTH OF THE THAI - LAO ETHNIC GROUP IN THE NORTHEAST OF THAILAND

Khanchit Naklang, Singha Jantriwong**, Kingphet Songserm**, Piyasak Seeda***

ABSTRACT

This survey research aimed to analyze the components of health culture relating to the public health of the Thai-Lao ethnic group. The 500 samples include community leaders, community philosophers, village health volunteers, public health workers, and the general population. The purposive sampling method was used for sample selection. The tool was a questionnaire that had content validity of 0.60-1.00 and a reliability of 0.98. Data collection was conducted between March and April 2021. Exploratory Factor Analysis (EFA) was used for analysis.

The results show that 70% of the sample of the Thai-Lao ethnic group people were female, 32.60% were aged from 51-60 years, 72.20% were married, 36.40% had primary education level, 56.20% were agriculturists, and 42.00% had income between 5,000- 10,000 baht. The exploratory component analysis indicates that the components of health culture can be classified into five components. (1) The organization and interaction component described the variance of 14.42%. (2) The norms component described the variance of 10.43%. (3) The traditions component described the variance of 10.26%. (4) The communication and technology component described the variance of 8.09%. (5) The values component described the variance of 4.84%.

Therefore, those health culture components should be promoted for successful public health operations for the well-being of people in the Thai-Lao ethnic group.

Keywords: Health culture, Public health, Thai-Lao ethnic group

* Nonghwa Sub District Health Promoting Hospital

** Faculty of Humanities and Social Sciences, Surindra Rajabhat University

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

สภาพปัจจุบันของสังคมไทยได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้านสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม การเมือง และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลต่อสุขภาพของคนไทย แม้ว่าในภาพรวมสุขภาพของประชาชนไทยจะดีขึ้น ระบบสุขภาพมีความครอบคลุมและก้าวหน้ามากขึ้น แต่แบบแผนโรคเปลี่ยนแปลงไปและมีความสลับซับซ้อนมากขึ้น โดยพบว่า ปี พ.ศ. 2549 ประชากรไทยมีอายุ คาดเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2517 (เพศชาย 69.93 จาก 58.00, เพศหญิง 77.74 จาก 63.82) สำหรับอัตราตาย พบว่าในปี พ.ศ. 2562 ประชากรไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งสูงเป็นลำดับที่ 1 (125.00 ต่อแสนประชากร) รองลงมา ได้แก่ โรคหลอดเลือดในสมอง (53.00 ต่อแสนประชากร) ปอดอักเสบ (53.30 ต่อแสนประชากร) และโรคหัวใจขาดเลือด (43.70 ต่อแสนประชากร)¹

ทศวรรษที่ผ่านมาสังคมไทยมีการตื่นตัวในการดูแลสุขภาพมากขึ้น เมืองคึกคักพัฒนาภาคเอกชนด้านสุขภาพเกิดขึ้นและมีการเคลื่อนไหวหลายด้าน ทั้งด้านคุ้มครองผู้บริโภค โรคเอดส์ การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทย ด้านสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ภาคประชาชนยังมีการแสวงหาความรู้ในการดูแลสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ และมีการรวมตัวของกลุ่มคนที่มีความสนใจด้านสุขภาพร่วมกันทำให้เกิดวัฒนธรรมที่

เชื่อมโยงกับการดูแลสุขภาพขึ้นอย่างมากมาย²

วัฒนธรรม หมายถึงการแลกเปลี่ยนความคิด ความหมาย ค่านิยมของสมาชิกในสังคมนั้น วัฒนธรรมเป็นการเรียนรู้ของสังคมและมักจะมีอิทธิพลต่อสมาชิกของสังคมโดยไม่รู้ตัว มนุษย์เรียนรู้วัฒนธรรมผ่านสังคมผ่านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ตลอดจนเรียนรู้ผ่านทางหนังสือ หรือโทรทัศน์ซึ่งวัฒนธรรมนี้จะส่งผลต่อทัศนคติ ความเชื่อ และมีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพ วัฒนธรรมจึงมีความหมายและมีความสำคัญต่อการมีสุขภาพที่ดีเป็นอย่างดี³ นอกจากนั้น วัฒนธรรมยังเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญ ซึ่งวัฒนธรรมบางอย่างส่งผลเสียต่อสุขภาพ เช่น วัฒนธรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มวัยรุ่น ที่ปัจจุบันมีแนวโน้มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2559 พบว่า วัยรุ่นหญิงมีสัดส่วนการดื่มมากกว่าวัยรุ่นชายถึง ร้อยละ 10.12 และพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ทั้งวัยรุ่นชายและหญิงก่อนมีเพศสัมพันธ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น⁴

วัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อสุขภาพของมนุษย์ เนื่องจากสังคมของมนุษย์เป็นสังคมที่ไม่ได้อยู่แยกกัน มนุษย์มีการเชื่อมโยงกันแม้เป็นชุมชนที่ห่างไกลกัน แม้มีความแตกต่างกันทางด้านวัฒนธรรม ทางสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย การปฏิสัมพันธ์ทำให้เกิดการเข้าถึงสินค้าแปลกใหม่จากต่างประเทศและการสร้างสัมพันธภาพทำให้

มีการแลกเปลี่ยน การผสมผสาน การซึมซับ วัฒนธรรมซึ่งกันและกัน และในที่สุดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมดั้งเดิม⁵ วัฒนธรรมเป็นเรื่องที่มีความหลากหลาย ซึ่งการตัดสินใจต่าง ๆ รวมถึงการกระทำเกี่ยวกับวัฒนธรรมขึ้นอยู่กับบริบทของ ครอบครัว ชุมชน สถานที่ทำงาน กลุ่มเพื่อน และสิ่งแวดล้อม⁶ เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหารเข้าเป็นเรื่องปกติของครอบครัวที่มีการส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งสะท้อนถึงแนวโน้มของการมีพฤติกรรมสุขภาพในทางบวก⁷ กลุ่มชาติพันธุ์บางครอบครัวนำวัฒนธรรมความเชื่อหรือประสบการณ์ที่เคยได้รับการถ่ายทอดจากคนในครอบครัวมาปฏิบัติใช้เพื่อดูแลพิน้านมของลูกหลาน⁸ วัฒนธรรมเกี่ยวกับอาหารที่มีการผสมผสานทางวัฒนธรรมที่หลากหลายทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนรสชาติของอาหารตามวัฒนธรรมของพื้นที่บริโภค⁹

กลุ่มชาติพันธุ์ไทลาวที่อาศัยอยู่ทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย นับว่าเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีขนาดใหญ่และเก่าแก่ที่สุด มีภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ซึ่งได้รับการจัดให้เป็นส่วนหนึ่งของมรดกทางวัฒนธรรม กระทรวงวัฒนธรรมแห่งประเทศไทยกำหนดให้ใช้คำว่า “มรดกภูมิปัญญาทางวัฒนธรรม”¹⁰ การศึกษาวัฒนธรรมด้านสุขภาพ จึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำเนินงานสาธารณสุข และด้วยตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงของ

ภูมิปัญญาของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาวนี้ ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาค้นคว้าประกอบของวัฒนธรรมสุขภาพ เพื่อนำความรู้ที่ได้จากการวิจัยไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบวัฒนธรรมสุขภาพที่สัมพันธ์กับการสาธารณสุขของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วิธีการศึกษา (Method)

การศึกษานี้ออกแบบการศึกษาเป็นเชิงสำรวจ (Survey Study)

ประชากร ได้แก่ ผู้นำชุมชน ปราชญ์ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บุคลากรสาธารณสุข และประชาชนทั่วไปที่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาวอาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว
2. มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป
3. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
4. สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคทางจิตเวช
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อม (Dementia)

กลุ่มตัวอย่าง ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้เกณฑ์ของ Netemeyer, Bearden, & Sharma (2003) กำหนดให้มีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 500 คน¹¹ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเลือกกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาวใน จังหวัดสุรินทร์ มุกดาหาร ขอนแก่น กาฬสินธุ์ และนครราชสีมา จังหวัดละ 100 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นแบ่งออกเป็น 2 ตอน ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมสุขภาพที่สัมพันธ์กับการ สาธารณสุขของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ด้านคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ทำการ วิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้ 1) ความ ตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ประเมิน โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน พบว่า แบบสอบถามมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence) อยู่ ระหว่าง 0.60-1.00 และ 2) ความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ กับกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว ในจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 30 คน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หา ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่า ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคม- เมษายน 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลที่เก็บ รวบรวมได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์และ

ความถูกต้อง นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้ โปรแกรม SPSS Version 24 ลิขสิทธิ์ของ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ ใช้สถิติเชิง พรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่ม ชาติพันธุ์ไทลาว โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ และใช้สถิติอ้างอิง ในการวิเคราะห์ องค์ประกอบเชิงสำรวจ (EFA)

จริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยตระหนักถึง จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยได้พิทักษ์สิทธิ ของอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการในทุก ขั้นตอนของกระบวนการศึกษา โดยยึด หลักการเคารพความเป็นบุคคล หลักของ ผลประโยชน์ของอาสาสมัคร และหลักของ ความยุติธรรม นอกจากนี้ยังตระหนักใน เรื่องการปกป้องสิทธิมนุษยชน การมีอิสระ ในการตัดสินใจ การเก็บข้อมูลเป็นความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลที่ได้มาให้กับบุคคลอื่นที่ไม่ เกี่ยวข้องกับการวิจัย นำเสนอผลการวิจัย เป็นภาพรวม และทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

ผลการศึกษา (Results)

1. ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว

พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.00 เพศชาย ร้อยละ 30.00 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 มีอายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 32.60 รองลงมา ได้แก่ อายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 25.40 และอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 16.40 สถานะทางสังคมส่วนใหญ่

เป็นประชาชนทั่วไป ร้อยละ 48.20 รองลงมา ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 39.40 และผู้นำชุมชน ร้อยละ 9.40 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 72.20 มีการศึกษา อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 36.40 รองลงมา ได้แก่ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 33.20 และ มัธยมศึกษาตอนต้น

ร้อยละ 20.00 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 56.20 รองลงมา ได้แก่ รับจ้าง ร้อยละ 23.20 มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 42.00 รองลงมาได้แก่ มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 35.20 และมีรายได้ ระหว่าง 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 15.00 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว จำแนกตามจังหวัด เพศ ศาสนา กลุ่มอายุ สถานะ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ (N=500)

ลักษณะทั่วไป	รวม	สุรินทร์	มุกดาหาร	ขอนแก่น	กาฬสินธุ์	นครราชสีมา
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
1. เพศ						
ชาย	150 (30.00)	26	27	22	34	41
หญิง	350 (70.00)	74	73	78	66	59
2. อายุ						
อายุ 18- 50 ปี	274 (54.80)	50	55	45	57	66
อายุ 51-80 ปี	226 (45.20)	50	45	54	43	34
3. สถานะ						
เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข / ผู้นำชุมชน / อสม.	253 (50.60)	54	49	63	43	44
ประชาชนทั่วไป / พระภิกษุ / อื่น ๆ	247 (49.40)	46	51	37	57	56

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว จำแนกตามจังหวัด เพศ ศาสนา กลุ่มอายุ
สถานะ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ (N=500) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	รวม	สุรินทร์	มุกดาหาร	ขอนแก่น	กาฬสินธุ์	นครราชสีมา
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
4.สถานภาพสมรส						
โสด / คู่	443 (88.60)	88	95	89	87	84
หม้าย / หย่า / แยก	57 (11.40)	12	5	11	13	16
5.ระดับ การศึกษา						
ประถมศึกษา	182 (36.4)	29	48	46	34	25
มัธยมศึกษา ตอนต้น	100 (20.00)	15	21	17	19	28
มัธยมศึกษา ตอนปลาย	166 (33.20)	44	20	26	36	40
ปริญญาตรี / สูงกว่าปริญญา ตรี / อื่น ๆ	52 (10.40)	12	11	11	11	8
6.อาชีพ						
รับจ้าง	116 (23.20)	22	26	23	23	22
เกษตรกร	281 (56.20)	51	51	50	59	70
รับราชการ / ธุรกิจส่วนตัว / ไม่ได้ทำงาน / อื่น ๆ	103 (20.60)	27	17	23	11	8

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว จำแนกตามจังหวัด เพศ ศาสนา กลุ่มอายุ สถานะ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ (N=500) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	รวม	สุรินทร์	มุกดาหาร	ขอนแก่น	กาฬสินธุ์	นครราชสีมา
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
7.รายได้ต่อเดือน						
□ 10,000 บาท	386 (77.20)	91	82	79	70	64
10,001 - 50,000 บาท	114 (22.80)	9	18	21	30	36

2. การวิเคราะห์องค์ประกอบ
วัฒนธรรมสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว

ทำการวิเคราะห์ความเหมาะสม
ของข้อมูล ได้ค่า Kaiser-Meyer-Olkin
(KMO) = 0.96 แสดงว่าข้อมูลมีความ

เหมาะสมที่จะนำมาทำการวิเคราะห์
องค์ประกอบ นอกจากนั้นยังพบว่าค่า
p-value < 0.05 แสดงว่าข้อมูลมี
ความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
(ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความเหมาะสมของข้อมูลด้วยค่า KMO and Bartlett's Test

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy		0.96
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	16676.43
	df	1485
	Sig	0.00**

**p<0.05

การสกัดองค์ประกอบวัฒนธรรม
สุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาวด้วยวิธี
Principle Component Analysis และ

ทำการหมุนแกนแบบ Varimax พบว่า
องค์ประกอบวัฒนธรรมสุขภาพสามารถจัดได้

5 องค์ประกอบ และได้กำหนดชื่อองค์ประกอบของวัฒนธรรมสุขภาพ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 องค์การและการปฏิสัมพันธ์ มีค่า Eigen = 21.02 อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 14.42 องค์ประกอบที่ 2 บรรทัดฐาน มีค่า Eigen = 3.47 อธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 10.43 องค์ประกอบที่ 3 ขนบธรรมเนียม

ประเพณี มีค่า Eigen = 1.95 อธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 10.26 องค์ประกอบที่ 4 การสื่อสารและเทคโนโลยี มีค่า Eigen = 1.63 อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 8.09 องค์ประกอบที่ 5 ค่านิยม มีค่า Eigen = 1.47 อธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 4.84 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าไอเกน และร้อยละของความแปรปรวน จากการสกัดองค์ประกอบด้วยวิธี Principal Component Analysis และการหมุนแกนองค์ประกอบแบบ Varimax

องค์ประกอบ	Initial Eigenvalues			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1. องค์การ และการปฏิสัมพันธ์	21.02	38.21	38.21	7.93	14.42	14.42
2.บรรทัดฐาน	3.47	6.31	44.52	5.74	10.43	24.85
3.ขนบธรรมเนียมประเพณี	1.95	3.55	48.07	5.64	10.26	35.11
4.การสื่อสาร และเทคโนโลยี	1.63	2.96	51.03	4.45	8.09	43.21
5.ค่านิยม	1.47	2.67	53.71	2.66	4.84	48.04

การสกัดองค์ประกอบพบว่า องค์ประกอบหลักของวัฒนธรรมสุขภาพในแต่ละหมวด ประกอบไปด้วยองค์ประกอบย่อย ๆ ที่มีจำนวนแตกต่างกัน ดังนี้

1) **องค์ประกอบที่ 1** องค์การและการปฏิสัมพันธ์ (Organization and interaction)

มีองค์ประกอบย่อย 18 ข้อ ค่า Factor loading อยู่ระหว่าง 0.71 ถึง 0.43 โดยองค์ประกอบย่อยมีลักษณะเกี่ยวกับการมีองค์การ การสนับสนุนให้เกิดกลุ่ม และการยกย่องอาสาสมัครต่าง ๆ

2) **องค์ประกอบที่ 2** บรรทัดฐาน (Norms) มีองค์ประกอบย่อย 14 ข้อ ค่า Factor loading อยู่ระหว่าง 0.62 ถึง 0.41 องค์ประกอบย่อยมีลักษณะเกี่ยวกับสิ่งที่กลุ่มชาติพันธุ์ไทลาวยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ ทั้งวิถีประชา กฎศีลธรรม และกฎหมาย

3) **องค์ประกอบที่ 3** ขนบธรรมเนียม ประเพณี (Traditions) มีองค์ประกอบย่อย 9 ข้อ ค่า Factor loading อยู่ระหว่าง 0.69 ถึง 0.32 องค์ประกอบย่อยมีลักษณะเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นลักษณะเฉพาะที่ได้รับ การยอมรับในสังคม

4) **องค์ประกอบที่ 4** การสื่อสารและ เทคโนโลยี (Communication and technology) มีองค์ประกอบย่อยจำนวน 7 ข้อ ค่า Factor loading อยู่ระหว่าง 0.70 ถึง 0.42 องค์ประกอบย่อยมีลักษณะเกี่ยวกับกระบวนการถ่ายทอดวัฒนธรรมสุขภาพ

5) **องค์ประกอบที่ 5** ค่านิยม (Value) มีองค์ประกอบย่อยจำนวน 5 ข้อ ค่า Factor loading อยู่ระหว่าง 0.64 ถึง 0.39 องค์ประกอบย่อยมีลักษณะเกี่ยวกับความคิด ความเชื่อ

วิจารณ์ (Discussions)

วัฒนธรรมสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาวที่สัมพันธ์กับการสาธารณสุขแนวใหม่ซึ่งมุ่งเน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การมีส่วนร่วมของประชาชน รวมทั้งการสร้าง

ความเข้มแข็งให้กับชุมชนหรือสังคมนั้น ผลการศึกษาพบว่า สามารถจัดได้ 5 องค์ประกอบ ได้แก่

องค์ประกอบที่ 1 องค์กร และการปฏิสัมพันธ์ องค์ประกอบนี้นับว่าเป็นวัฒนธรรมสุขภาพสำคัญที่ส่งผลต่อการดำเนินงานสาธารณสุข เนื่องจากการมีองค์กรทำให้เกิดความชัดเจน ในบทบาทหน้าที่ของการดำเนินงานสาธารณสุข ทั้งองค์กรภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชน โดยมีการขับเคลื่อนผ่านกระบวนการปฏิสัมพันธ์ ซึ่งทำให้สมาชิกกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาวเกิดการเรียนรู้ การแลกเปลี่ยน และการถ่ายทอดวัฒนธรรมสุขภาพ ทำให้เกิดความเข้มแข็งของชุมชนเพื่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่ยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาของ นิภาพร มาลีสัย (2560) ที่พบว่าพหุชาติพันธุ์มีการรวมกลุ่มสร้างเครือข่าย เพื่อฟื้นฟูและเผยแพร่วัฒนธรรม ส่งผลให้มีการพัฒนาทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง¹² นรินทร์รักษ์ ปาทาน (2558) พบว่าการปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มคนชาวมุสลิม กลุ่มชาติพันธุ์และเจ้าหน้าที่รัฐในพื้นที่ชายแดนทำให้เกิดการผสมผสานวัฒนธรรมระหว่างกลุ่มชาติพันธุ์และกลุ่มอื่น⁹ กมลทิพย์ กันตะเพ็ง และประสพชัย พูลนันท (2559) พบว่าการปฏิสัมพันธ์เป็นองค์ประกอบหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตในสังคม¹³ ธนกฤต เปรมสวัสดิ์ และ สุวรรณ

โชติสุกานต์ (2558) พบว่าการปฏิสัมพันธ์เป็นองค์ประกอบหนึ่งของวัฒนธรรม¹⁴

องค์ประกอบที่ 2 บรรทัดฐาน เป็นสิ่งที่กลุ่มชาติพันธุ์ไทลาวยึดถือ เป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพดี การพัฒนาสังคม และการมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพจะสอดคล้องกับการศึกษาของธีรพงษ์ บุญรักษา และชูศักดิ์ สุวิมลเสถียร (2559) ที่พบว่าชุมชนมีการถ่ายทอดเรื่องความกตัญญู กตเวทิตาผ่านกระบวนการขัดเกลากายทางสังคมจนกลายเป็นบรรทัดฐานสังคม ซึ่งนำไปสู่ความมั่นคงของผู้สูงอายุ¹⁵ บุษบา หินธารี และคณะ (2564) พบว่า วิถีชีวิต วัฒนธรรม ประเพณีของคนในชุมชนมีความสัมพันธ์กับการทำมาหากิน และความเป็นอยู่ ซึ่งมี ฮีต 12 คอง 14 เป็นตัวกำกับคุณธรรม จริยธรรมและการปฏิบัติของประชาชนในหมู่บ้าน¹⁶

องค์ประกอบที่ 3 ขนบธรรมเนียมประเพณี โดยกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาวปฏิบัติสืบเนื่องกันมาช้านานจนเป็นลักษณะเฉพาะเป็นที่ยอมรับของคนในกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว ตั้งแต่อดีตมาจนถึงปัจจุบัน ขนบธรรมเนียมประเพณีเหล่านี้มีความสำคัญต่อการสาธารณสุข ซึ่งมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับศาสนาพุทธ โดยมีพระสงฆ์เป็นต้นแบบด้านสุขภาพ เช่น การรักษาศีล การฟังธรรม สวดมนต์ ซึ่งส่งเสริมให้เกิดสุขภาพจะสอดคล้องกับการศึกษาของ นิเวศน์ มณีรัตนวงศ์ (2560) ที่พบว่ามีภิกษุสงฆ์นำหลักคำสอนทางศาสนาพุทธ ได้แก่ ทานมัย ศีลมัย

ภาวนามัย รวมถึงการใช้วัฒนธรรมของครอบครัวมาเป็นแนวทางในการดำรงชีวิต และการอยู่ร่วมกัน¹⁷ ปวีณา ผาแสง และชนิษฐา นครประสาท (2558) พบว่า การฟ้อนเจิงมีบทบาทสำคัญต่อชาวล้านนา จึงมีการถ่ายทอดองค์ความรู้จากรุ่นสู่รุ่น¹⁸

องค์ประกอบที่ 4 การสื่อสารและเทคโนโลยี เป็นกระบวนการถ่ายทอดวัฒนธรรมสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว ได้แก่ การพูด การจัดกิจกรรม ผ่านช่องทางต่าง ๆ โดยการใช้เทคโนโลยีที่หลากหลาย และเหมาะสม เพื่อถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจ ซึ่งการเลือกใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม ทันสมัยช่วยให้การสื่อสารเกิดผลสัมฤทธิ์ สอดคล้องกับนำชัย ศุภฤกษ์สกุล และคณะ (2557) ที่พบว่าการพัฒนาทางเทคโนโลยีเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมตามค่านิยมและวัฒนธรรมไทย¹⁹

องค์ประกอบที่ 5 ค่านิยม กลุ่มชาติพันธุ์มีความคิด ความเชื่อส่วนบุคคลและความเชื่อส่วนสังคมเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี ได้แก่ การสืบทอดคนดี มีศีลธรรม การยกย่องปราชญ์ชาวบ้านที่มีความรู้และมีการปฏิบัติดี ความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการดูแลสุขภาพที่ต้องทำไปพร้อม ๆ กันทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยมีความเชื่อว่าพระสงฆ์จะช่วยขัดเกลากายใจของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว และทำให้เกิดสุขภาพดี สอดคล้องกับ มโนลี ศรีเปารยะ เพ็ญพงษ์ (2559) ที่พบว่า

พฤติกรรมการบริโภคอาหารเกิดจากความเชื่อ หรือค่านิยมที่เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร²⁰ นำชัย ศุภฤกษ์สกุล และคณะ (2557) พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของชาวไทยพวน ได้แก่ ความเชื่อ และค่านิยม¹⁹

ข้อยุติ (Conclusions)

องค์ประกอบวัฒนธรรมสุขภาพที่สัมพันธ์กับการสาธารณสุขของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) องค์การ และการปฏิสัมพันธ์ 2) บรรทัดฐาน 3) ขนบธรรมเนียม ประเพณี 4) การสื่อสารและเทคโนโลยี และ 5) ค่านิยม

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ควรมีการส่งเสริมวัฒนธรรมสุขภาพทั้ง 5 องค์ประกอบนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับการ

ดำเนินงานสาธารณสุขแนวใหม่ ที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน ควบคุมโรค โดยใช้ทรัพยากรและทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนอย่างยั่งยืน

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

กลุ่มชาติพันธุ์ไทลาวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย เป็นกลุ่มชาติพันธุ์กลุ่มใหญ่ที่มีวัฒนธรรมสุขภาพเป็นเอกลักษณ์มากมาย และมีการถ่ายทอดสืบต่อเนื่องมาอย่างยาวนาน การศึกษานี้พบว่าวัฒนธรรมสุขภาพที่สำคัญ และมีความเกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว ได้แก่ องค์การและการปฏิสัมพันธ์ บรรทัดฐาน ขนบธรรมเนียม ประเพณี การสื่อสารและเทคโนโลยี และ ค่านิยม

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Strategy and Planning Division Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. **Public Health Statistics A.D. 2019** [online] 2019 [cited 2021 June 10]. Available from: https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic62.pdf [In Thai].
2. Komart J, Sumaporn S. **30 Issues for the National Health Development Plan, No. 9**. Nonthaburi: Pimpalak; 2002. [in Thai].
3. Bohlman LN, Panzer AM, Kindig DA. **Health Literacy: A Prescription to End Confusion**. Washington, DC: The national academies press; 2004.
4. Kanpechaya N. Drug abuse behavior in Nakhon Ratchasima Province. **Community Health Development**

- Quarterly Khon Kaen University 2017; 5(3): 379-398. [in Thai].
5. Valdez LM. Interaction and Cultural Change in the Peruvian Central Highland Valley of Ayacucho. **Anthropology** 2017; 5(4): 1-8.
 6. Napier D. **Culture matters: using a cultural contexts of health approach to enhance policy-making**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017.
 7. Cassidy T, Hilton S. Family Health Culture, Health Locus of Control and Health Behaviours in Older Children. **Health Care and Community Medicine** 2018; 2(1): 1-9.
 8. Suthida K. **Cultural beliefs of parents in deciduous tooth care of preschool children during social changes in Nongbuo Subdistrict, Chai Prakarn District, Chiang Mai Province** [Master Thesis in Public health]. Chiang Mai: The Graduate School, Chiang Mai University; 2015. [in Thai].
 9. Niranrak P. **Food in Ban Haw Market: Transgression the Border of Ethnic and Religious Identities** [Master Thesis in Arts] . Chiang Mai: The Graduate School, Chiang Mai University; 2015. [in Thai].
 10. Benjawan N. **Isan wisdom development: From folk knowledge to cultural intangible heritage**. Khon kaen: Center for Research on Plurality in the Mekong Region, Khon Kaen University; 2017. [in Thai]
 11. Netemeyer R G, Bearden W O, Sharma S. **Scaling procedures: Issues and applications**. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 2003.
 12. Nipaporn M. **Using social capital and cultural capital in building the strength of multiethnic community**. [Master Thesis in Arts] . Khon Kaen: The graduate school, Khon Kaen University; 2017. [in Thai].
 13. Kamontip K, Prasopchai P. Factors of Lifestyle Change in Social of Students in High School Level at Thawaranukul School, Samut Songkhram Province. **Journal of Interdisciplinary Research: Graduate Studies** 2016; 5(1): 82-92. [in Thai].
 14. Thanakrit P, Suwanna C. Secondary school culture model for the office of the basic education commission. **Journal of Humanities and Social Sciences Thonburi University** 2015; 9(19): 94-107. [in Thai].

- 15.Theeraphong B, Chusak S. Community culture management: Wisdom for establishing security of the elderly, Case Study of Lahu Community, Mae Ai District, Chiang Mai Province. **Burapha Arts Journal** 2016; 18(2): 93-113. [in Thai].
- 16.Budsaba H, Orawan P, Kamonrat B. The Study Way of Life, Culture, Tradition of the Majority of People at the Community of Ban Namuang, Chattrakarn District, Phitsanulok Province. **Humanities and Social Sciences Journal of Graduate School, Pibulsongkram Rajabhat University** 2021; 15(1): 169-185. [in Thai].
- 17.Niwet M. Community management process by the integration of religious teaching and culture way in the three southern border provinces. Research report. Pattani: Maha Chulalongkorn Rajavidyalaya University; 2017. [in Thai].
- 18.Paweena P, Khanittha N. Learning process and community participation for Conservation and continuation of local arts and culture in Nan: Case study of Du Tai Sub-district, Mueang Nan District, Nan Province. Research report. Nan: Nan Community College; 2015. [in Thai].
- 19.Namchai S, Wichuda K, Thasuk C, Narisara P. The Development of Promoting Model for Sustainable Behavior Conformability with Thai Value and Culture. Research report. Bangkok: Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University; 2014. [in Thai].
- 20.Manolee S P. Food Consumption Behavior of Students in Suratthani Province. **Journal of Management Sciences, Suratthani Rajabhat University** 2016; 3(1): 109-126. [in Thai].