

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน
ของชนเผ่าม้ง ตำบลปอ จังหวัดเชียงราย



การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
พฤษภาคม 2566
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการพาดูตรงลานมารับบริการวัดชั้นพื้นฐาน
ของชนเผ่าม้ง ตำบลปอ จังหวัดเชียงราย



การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

พฤษภาคม 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

PREDICTING FACTORS OF PARENTS ON SEEKING BASIC IMMUNIZATION PROGRAM FOR
THEIR CHILDREN AMONG HMONG PEOPLES IN POR SUB-DISTRICT, CHIANGRAI
PROVINCE



An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment
of the Requirements for the Master of Public Health Degree

May 2023

Copyright 2023 by University of Phayao

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

เรื่อง

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการทานอาหารมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน
ของชนเผ่าม้ง ตำบลปอ จังหวัดเชียงราย

ของ เชนิยา ปาโท

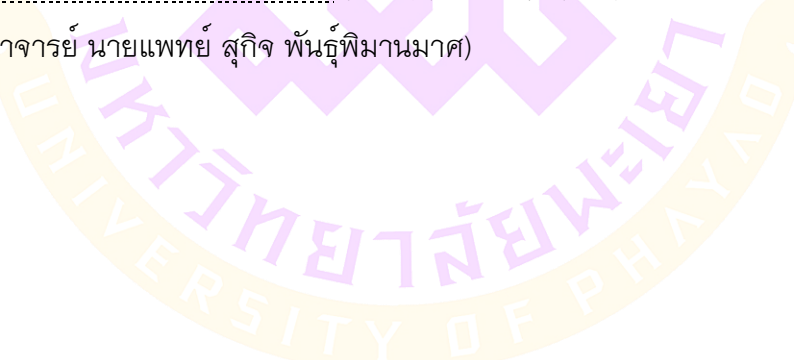
ได้รับพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
ของมหาวิทยาลัยพะเยา

..... ประธานกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมคิด จุฬาวา)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เทียนทอง ตะแก้ว)

..... อาจารย์บัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยพะเยา
(รองศาสตราจารย์ ดร. ทวีวรรณ ศรีสุขคำ)

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ สุกิจ พันธุ์พิมานมาศ)



เรื่อง:	ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการพบบุตรหลานมารับบริการวัดซินพื้นฐาน ของชนเผ่าม้ง ตำบลปอ จังหวัดเชียงราย
ผู้ศึกษาค้นคว้า:	เชณิยา ปาโท, การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง: ส.ม., มหาวิทยาลัยพะเยา, 2565
อาจารย์ที่ปรึกษา:	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เทียนทอง ตะแก้ว
คำสำคัญ:	ปัจจัยทำนาย, การพบบุตรหลานมารับวัดซินพื้นฐาน, ชนเผ่าม้ง

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยด้านประชากรปัจจัยด้านความรู้เรื่องวัดซินพื้นฐาน ปัจจัยด้านการรับรู้ ปัจจัยด้านสิ่งชักนำ พฤติกรรมการพบบุตรหลานมารับบริการวัดซินพื้นฐาน และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการพบบุตรหลานมารับบริการวัดซินพื้นฐาน ของชนเผ่าม้ง ตำบลปอ จังหวัดเชียงราย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 292 คน เครื่องมือที่ใช้ คือแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านความรู้ เรื่องวัดซินพื้นฐาน ปัจจัยด้านการรับรู้ ปัจจัยด้านสิ่งชักนำ และพฤติกรรมการพบบุตรหลานมารับบริการวัดซินพื้นฐาน ตรวจสอบความตรงในเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.67-1 ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านความรู้ โดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) มีค่าเท่ากับ 0.70 และทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านการรับรู้ สิ่งชักนำ และพฤติกรรมการพบบุตรหลานมารับบริการวัดซินพื้นฐาน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.72 0.71 และ 0.77 สถิติที่ใช้คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณด้วยวิธี stepwise ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการพบบุตรหลานมารับบริการวัดซินพื้นฐาน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.30 ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการพบบุตรหลานมารับบริการวัดซินพื้นฐาน ได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้ ปัจจัยด้านประชากร (ระยะทางในการเดินทางไปรับบริการ การรับบริการวัดซินพื้นฐานของเด็กความสัมพันธ์ของผู้ให้ข้อมูลกับเด็ก) และปัจจัยด้านสิ่งชักนำ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-Value = <0.001, <0.001, <0.001, 0.002, 0.041 ตามลำดับ) และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการพบบุตรหลานมารับบริการวัดซินพื้นฐาน ได้ร้อยละ 32.70 (Adjusted R² = 0.327)

Title: PREDICTING FACTORS OF PARENTS ON SEEKING BASIC IMMUNIZATION PROGRAM FOR THEIR CHILDREN AMONG HMONG PEOPLES IN POR SUB-DISTRICT, CHIANGRAI PROVINCE

Author: Cheniya Patho, Independent Study: M.P.H., University of Phayao, 2022

Advisor: Assistant Professor Tienthong Takaew , Ph.D.

Keywords: predicting factors seeking basic immunization program Hmong peoples

ABSTRACT

The objectives of this study were to study the factors of demographic, basic vaccine knowledge, perception, cues to action, parents behavior on seeking basic immunization program for their children and predicting factors of parents on seeking basic immunization program for their children among Hmong people in Por sub-district, Chiangrai province. It is a descriptive research. The sample group was 292 parents, selected by multi-stage sampling technique. The data collected by the questionnaires which was developed from the review of documents, concepts, theories and related researches which were applied to create a questionnaire divided into 5 parts. That is demographic factors, basic immunization program knowledge factors, perception factors, cues to action factors, and seeking basic immunization program for their children behaviors factors. The content validity of questionnaires was reviewed by 3 experts. The Item Objective Congruence (IOC) index was 0.67-1. The validity of basic vaccine knowledge was tested by Kuder-Richardson 20 at 0.70 and validity of perception, cues to action, parents behavior on seeking basic immunization program for their children were tested by Cronbach's Alpha Coefficient at 0.72 0.71 and 0.77. The statistical data for analysis included percentage, means, standard deviation, and stepwise multiple regression analysis. It was found that seeking basic immunization program for their children behaviors was at the middle level of 49.30 percent. As for the predicting factors of parents on seeking basic immunization program for their children, it was found that perception, demographic (including distance from their house, seeking another service and children's informants) and cues to action at the 0.05 level of significance (P-Value = <0.001, <0.001, <0.001, 0.002, 0.041 respectively in level of significance). These factors could together predict on seeking basic immunization program for their children of 32.70 percent.

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความเอาใจใส่และความกรุณา เป็นอย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เทียนทอง ต๊ะแก้ว อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ซึ่งเป็นผู้ที่ให้คำแนะนำ คำปรึกษา คอยชี้แนะ ถ่ายทอดความรู้ และแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่แก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมาจนการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง สำเร็จสมบูรณ์ได้ ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมาไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมคิด จุฬาวา และรองศาสตราจารย์ ดร.ทวีวรรณ ศรีสุขคำ ที่ให้เกียรติเป็นกรรมการสอบ ให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะในการทำวิจัย ทำให้ผู้วิจัยนำมาพิจารณาและปรับปรุงในส่วนที่บกพร่องเพื่อให้การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประจวบ แหลมหลัก คุณทศพล เมืองอินทร์ และคุณสุพจน์ เชื้อเมืองพาน ที่กรุณาให้คำแนะนำ ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และเครื่องมือ ตลอดจนแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าจนทำให้เครื่องมือมีความสมบูรณ์ และมีคุณค่า

ขอขอบพระคุณอาสาสมัครผู้ปกครองเด็กในตำบลปอ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงรายทุกท่าน ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวก และให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบิดามารดา และครอบครัว ซึ่งเปิดโอกาสให้ได้รับการศึกษาเล่าเรียน เป็นกำลังใจให้เสมอมา ขอบพระคุณผู้เขียนหนังสือและบทความต่าง ๆ ที่ให้ความรู้แก่ผู้วิจัยจนสามารถทำให้การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยดี คุณค่าและประโยชน์จากการศึกษานี้ ผู้วิจัยขออุทิศความดีความชอบแด่ผู้มีพระคุณทุกท่าน

เชณิยา ปาโท

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ที่มาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
คำถามการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย	5
ขอบเขตการวิจัย	5
นิยามศัพท์	6
ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัย	6
บทที่ 2 ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม.....	8
ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)	12
ความรู้เรื่องวัคซีน.....	23
ชาวเขาเผ่าม้ง.....	30
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	39
กรอบแนวคิดการวิจัย	48

บทที่ 3 วิธีการดำเนินงานวิจัย.....	49
รูปแบบงานวิจัย.....	49
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	49
วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง.....	50
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	51
การทดสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย	53
การเก็บรวบรวมข้อมูล	53
การวิเคราะห์ข้อมูล	54
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	55
ส่วนที่ 1 ข้อมูลประชากรของผู้ตอบแบบสอบถาม.....	55
ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านความรู้เรื่องวัดขึ้นพื้นฐาน	58
ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านการรับรู้.....	60
ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านสิ่งชักนำ	63
ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัดขึ้นพื้นฐาน.....	65
ส่วนที่ 6 ปัจจัยด้านการรับรู้ ปัจจัยด้านสิ่งชักนำ และพฤติกรรมการพาบุตรหลาน มารับ บริการวัดขึ้นพื้นฐาน ในชนเผ่าม้ง ตำบลปอ จังหวัดเชียงราย.....	69
ส่วนที่ 7 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัดขึ้นพื้นฐาน ของชนเผ่าม้ง ตำบลปอ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย	70
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย.....	73
สรุปผลการวิจัย	75
อภิปรายผลการศึกษา	77
ข้อเสนอแนะ.....	80
บรรณานุกรม	83
ภาคผนวก	90

ภาคผนวก ก เอกสารผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	91
ภาคผนวก ข แบบสอบถามในการวิจัย.....	95
ภาคผนวก ค แผนการดำเนินการวิจัย.....	103
ประวัติผู้วิจัย	105



สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 แสดงกำหนดการให้วัคซีนพื้นฐานและวิธีการให้วัคซีน.....	26
ตาราง 2 แสดงภาษาชนเผ่าม้ง.....	38
ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลประชากร	55
ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละ ของความรู้เรื่องวัคซีนพื้นฐาน จำแนกรายข้อ.....	58
ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละ ของระดับความรู้เรื่องวัคซีนพื้นฐาน	59
ตาราง 6 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ แยกรายข้อ	60
ตาราง 7 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้.....	63
ตาราง 8 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสิ่งชักนำ แยกรายข้อ	63
ตาราง 9 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับสิ่งชักนำ	65
ตาราง 10 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรม แยกรายข้อ.....	65
ตาราง 11 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน.....	68
ตาราง 12 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของปัจจัยด้านการรับรู้ ปัจจัยด้านสิ่งชักนำ และพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน.....	69
ตาราง 13 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน.....	70

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพ 1 แสดงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใช้ทำนายพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรค.....	23
ภาพ 2 แสดงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใช้ทำนายพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรค.....	47
ภาพ 3 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย	48
ภาพ 4 แสดงจำนวนผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี ชนเผ่าม้งแต่ละหมู่บ้านในตำบลปอ	50



บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

วัคซีนพื้นฐาน เป็นวัคซีนที่เด็กไทยทุกคนควรได้รับ เน้นวัคซีนป้องกันโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ โดยกระทรวงสาธารณสุขจัดระบบบริการเพื่อให้เด็กทุกคนในประเทศได้รับวัคซีนตามกำหนด โดยให้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐเป็นหน่วยบริการหลัก (สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย, 2562) งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเป็นงานที่มีความสำคัญในการที่จะช่วยป้องกันการเกิดโรคและส่งเสริมสุขภาพพื้นฐานให้แก่ประชาชน ทำให้มีภูมิคุ้มกันต่อโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน ช่วยลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศ ทั้งทางทรัพยากรบุคคลและภาระค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อควบคุมการกระจายของโรค โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนอาจเกิดการระบาดได้ ถ้าไม่สามารถให้วัคซีนได้ครอบคลุมเพียงพอ หรือให้ไม่ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ภูมิคุ้มกันที่สร้างจากวัคซีนมีระดับลดลงเมื่อเวลาผ่านไปและต้องได้รับการกระตุ้นซ้ำ เพราะประสิทธิภาพของวัคซีนก็จะลดลงเช่นกันประกอบไปด้วยปัจจัยต่าง ๆ (จิรศักดิ์ อรรถเจริญสุข, 2562)

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดบริการวัคซีนพื้นฐานที่เด็กไทยทุกคนควรได้รับ โดยเน้นวัคซีนป้องกันโรค ที่เป็นปัญหาสำคัญ ซึ่งในปัจจุบันประกอบด้วยวัคซีน 9 ชนิด ได้แก่ วัคซีนป้องกันวัณโรค (BCG) วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี (HB) วัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบบาดทะยัก ไอกรน ตับอักเสบบี ฮิบ (DTP-HB-Hib) วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดรับประทาน (OPV) วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดฉีด (IPV) วัคซีนรวมป้องกันโรคหัด คางทูม หัดเยอรมัน (MMR) วัคซีนป้องกันโรคไข้มองอักเสบเจอีชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ (LAJE) วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน (DTP) และวัคซีนโรต้า (Rota) (กองโรคป้องกันได้ด้วยวัคซีน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) โดยกระทรวงสาธารณสุขจัดระบบบริการ เพื่อให้เด็กทุกคนในประเทศได้รับวัคซีนตามกำหนด โดยให้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐเป็นหน่วยบริการหลัก ทั้งนี้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รับผิดชอบในการจัดหาวัคซีน และกระจายวัคซีนจากส่วนกลางไปยังคลังวัคซีนระดับอำเภอ ทุกแห่งโดยตรง วัคซีนที่กำหนดไว้ในแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในประเทศต่าง ๆ อาจแตกต่างกันขึ้นกับการพิจารณาของแต่ละประเทศเกี่ยวกับอุบัติการณ์ ความรุนแรงของโรค ประสิทธิภาพของวัคซีน ราคาของวัคซีน ปัจจุบันประชาชนในประเทศไทยมากกว่าร้อยละ 90 ได้รับวัคซีนในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ส่วนบริการวัคซีนในสถานบริการภาคเอกชน

เป็นที่นิยมในเมือง เป้าหมายหลักของการกระจายงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค คือการปกป้องประชาชนให้ปลอดภัยจากโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีนให้ได้มากที่สุด และสถานการณ์โดยรวมของวัคซีนในประเทศ ในอนาคตแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค อาจปรับปรุงเปลี่ยนแปลงได้ โดยขยายเพิ่มชนิดของวัคซีน ขยายกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งปรับเปลี่ยนกำหนดการให้วัคซีน ทั้งนี้โดยพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ อย่างเหมาะสม (สถาบันวัคซีนแห่งชาติ, 2560) จากข้อมูลของ World Health Organisation and UNICEF (2016) พบว่า ในปี 2016 เด็กทารกแรกเกิดทั่วโลกจำนวน 12.9 ล้านคน ไม่ได้รับวัคซีนใด ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศด้อยพัฒนาหรือประเทศที่มีรายได้น้อย เช่น แอฟริกา โซมาเลีย ซีเรีย และไนจีเรีย เป็นต้น นอกจากนี้ ยังพบว่า เด็กทารกแรกเกิดทั่วโลก จำนวน 6.6 ล้านคน ที่ได้รับโดสแรกของวัคซีนคอตีบบาดทะยัก ไอกรน (diphtheria tetanus pertussis (DTP)) จะไม่ได้รับวัคซีน DTP ครบ 3 โดส ซึ่งจะส่งผลให้เด็กมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคดังกล่าวและทำให้เสียชีวิตได้

ตัวชี้วัดหนึ่งในงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ คือเรื่องความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ 1 ปี, 2 ปี, 3 ปี และ 5 ปี (fully immunized) ซึ่งมีคำนิยามคือ ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ 1 ปี หมายถึง ร้อยละของเด็กอายุครบ 1 ปี ในงวดที่รายงานที่ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ตั้งแต่แรกเกิดจนอายุครบ 1 ปี ได้แก่ วัคซีน BCG, HB, DTP-HB3, OPV3 และ MMR1 ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ 2 ปี หมายถึง ร้อยละของเด็กอายุครบ 2 ปี ในงวดที่รายงานที่ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ตั้งแต่แรกเกิดจนอายุครบ 2 ปี ได้แก่ วัคซีน BCG, HB, DTP-HB3, OPV3, MMR1, LAJE1, DTP4 และ OPV4 ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ 3 ปี หมายถึง ร้อยละของเด็กอายุครบ 3 ปี ในงวดที่รายงานที่ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ตั้งแต่แรกเกิดจนอายุครบ 3 ปี ได้แก่ วัคซีน BCG, HB, DTP-HB3, OPV3, MMR1, LAJE1, DTP4, OPV4, MMR2 และ LAJE2 ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ 5 ปี หมายถึง ร้อยละของเด็กอายุครบ 5 ปี ในงวดที่รายงานที่ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ตั้งแต่แรกเกิดจนอายุครบ 5 ปี ได้แก่ วัคซีน BCG, HB, DTP-HB3, OPV3, MMR1, LAJE1, DTP4, OPV4, MMR2, LAJE2, DTP5 และ OPV5 นอกจากนี้ยังกำหนดให้มีเกณฑ์เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ประชากรกลุ่มเป้าหมายคือ เด็กอายุครบ 1 ปี, 2 ปี, 3 ปี และ 5 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมดในงวดที่รายงาน (จากแฟ้ม Person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม สถานะบุคคล Type area = 1 และ 3) ซึ่งเด็กเกิดในช่วงเดือนเดียวกับงวดที่รายงาน แต่ผ่านมาแล้ว 3 ปี

(กระทรวงสาธารณสุข, 2563) มีหลักฐานชัดเจนทางวิทยาศาสตร์ที่ชี้ว่าการฉีดวัคซีนเป็นหนทางที่ดีที่สุดในการป้องกันการติดเชื้อโรคที่อาจทำให้ป่วยถึงตายได้หลายโรค เช่น โรคหัด ซึ่งวัคซีนสามารถป้องกันคนหลายพันล้านคนทั่วโลกไม่ให้ติดโรคร้าย และทำให้โรคไขุทรพิษ หหมดไปจากโลก และยังทำให้การกำจัดโรคโปลิโอให้หมดไปจากโลกใกล้จะประสบความสำเร็จ แต่โรคที่ป้องกันได้ยากอย่างหัดกำลังกลับมาระบาดอีกครั้ง และผู้เชี่ยวชาญหลายคนเห็นตรงกันว่า สาเหตุอย่างหนึ่งเกิดจากการที่คนไม่ยอมฉีดวัคซีน เพราะกลัว และความกลัวนั้นเกิดจากการได้รับข้อมูลผิด ๆ (มิเชล โรเบิร์ตส์, 2562) โดย กรมควบคุมโรค (2562) ได้ติดตามสถานการณ์โรคหัดทั้งในประเทศ และต่างประเทศ อย่างใกล้ชิด เผยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง สิงหาคม พบผู้ป่วยโรคหัดทั่วโลกเพิ่มขึ้นเกือบ 3 เท่า เมื่อเทียบกับช่วงเดียวกันของปีที่ผ่านมา โดยในปี 2562 พบผู้ป่วยโรคหัด 364,808 รายทั่วโลก ส่วนประเทศที่มีผู้ป่วยโรคหัดมากที่สุดในปีนี้ 3 อันดับแรก คือ ประเทศมาดากัสการ์ 127,464 ราย ประเทศยูเครน 54,246 ราย และ ประเทศฟิลิปปินส์ 36,253 ราย สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 31 สิงหาคม 2562 พบผู้ป่วยโรคหัด 4,435 ราย เสียชีวิต 14 ราย โดยจังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด 5 อันดับแรก คือ นราธิวาส บัตตานี เพชรบุรี เชียงใหม่ และตาก ตามลำดับ (กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน, 2562)

ในปี 2563 หากแบ่งข้อมูลความครอบคลุมการได้รับวัคซีนเด็กตามเขตสุขภาพของประเทศไทย 13 เขตแล้ว พบว่าในเด็กอายุครบ 1 ปี และ 2 ปี มีเพียงเขตสุขภาพที่ 3 ที่ผ่านเกณฑ์ ส่วนในเด็กอายุครบ 3 ปี และ 5 ปี ยังไม่มีเขตสุขภาพใดที่ผ่านเกณฑ์ หากแบ่งออกเป็นจังหวัดจะเห็นได้ว่าข้อมูลความครอบคลุมการได้รับวัคซีนเด็กจังหวัดเชียงราย ยังไม่ผ่านเกณฑ์ในทุกช่วงอายุ (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) และจากข้อมูลความครอบคลุมการได้รับวัคซีนเด็กแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ใน 18 อำเภอในจังหวัดเชียงราย ปี พ.ศ.2563 เด็กอายุครบ 1 ปีที่ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ พบว่ายังไม่ผ่านเกณฑ์ 17 อำเภอ เด็กอายุครบ 2 ปี ที่ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ พบว่ายังไม่ผ่านเกณฑ์ 15 อำเภอ เด็กอายุครบ 3 ปี ที่ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ พบว่ายังไม่ผ่านเกณฑ์ 16 อำเภอ เด็กอายุครบ 5 ปีที่ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ พบว่ายังไม่ผ่านเกณฑ์ 16 อำเภอ อำเภอเวียงแก่นเป็นหนึ่งในอำเภอที่อยู่ติดชายแดน และยังไม่ผ่านเกณฑ์ในทุกช่วงอายุที่กล่าวมา ซึ่งตำบลปอเป็นตำบลที่มีประชากรมากที่สุด ในอำเภอเวียงแก่น มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ โดยในตำบลปอมีประชากรชนเผ่าม้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.04 และมีประชากรเด็กอายุ 0-5 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 68.32 แต่มีความครอบคลุมการได้รับวัคซีนน้อยที่สุดในอำเภอ พบว่าในเด็กอายุครบ 1 ปี

มีความครอบคลุมการได้รับวัคซีนร้อยละ 46.98 เด็กที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์เป็นชนเผ่าม้ง คิดเป็นร้อยละ 76.65 เด็กอายุครบ 2 ปี มีความครอบคลุมการได้รับวัคซีนร้อยละ 54.29 เด็กที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์เป็นชนเผ่าม้ง คิดเป็นร้อยละ 73.61 เด็กอายุครบ 3 ปี มีความครอบคลุมการได้รับวัคซีนร้อยละ 51.09 เด็กที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์เป็นชนเผ่าม้งคิดเป็นร้อยละ 78.34 และเด็กอายุครบ 5 ปี มีความครอบคลุมการได้รับวัคซีนร้อยละ 48.80 เด็กที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์เป็นชนเผ่าม้งคิดเป็นร้อยละ 78.36 ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย, 2563) นอกจากนี้ในปี 2561 ยังพบผู้ป่วยโรคไข้มองอักเสบ ซึ่งเป็นเด็กอายุ 9 ปี ไม่มีประวัติการได้รับวัคซีนในพื้นที่ตำบลปอ อำเภอเวียงแก่น และปี 2563 ยังพบผู้ป่วยด้วยโรคคอตีบ ซึ่งเป็นผู้ป่วยมาจากประเทศลาว (ศูนย์ระบาดวิทยาโรงพยาบาลเวียงแก่น, 2561)

ดังนั้น ในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุข สุขจึงสนใจที่จะหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการฉีดวัคซีนในเด็ก 0-5 ปี ของชนเผ่าม้ง ตำบลปอ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย และทำนายพฤติกรรม การได้รับวัคซีนในเด็ก 0-5 ปี ในอนาคต และเนื่องจากอำเภอเวียงแก่นเป็นอำเภอที่อยู่ติดชายแดน หากเกิดการระบาดของโรคติดต่อ อาจยากต่อการควบคุมโรค ผู้วิจัยจึงต้องการหาแนวทางในการดำเนินงานบริการฉีดวัคซีนพื้นฐานของสาธารณสุขไทย เพื่อให้เด็กได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์มากขึ้น ลดอัตราการเกิดโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน และป้องกันโรคระบาดที่อาจเกิดจากประเทศเพื่อนบ้าน โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ในการวิจัยครั้งนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านความรู้เรื่องวัคซีนพื้นฐาน ปัจจัยด้านการรับรู้ ปัจจัยด้านสิ่งชักนำ ของชนเผ่าม้ง ตำบลปอ จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน ของชนเผ่าม้ง ตำบลปอ จังหวัดเชียงราย
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายนายพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน ของชนเผ่าม้ง ตำบลปอ จังหวัดเชียงราย

คำถามการวิจัย

1. ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านความรู้เรื่องวัคซีนพื้นฐาน ปัจจัยด้านการรับรู้ ปัจจัยด้านสิ่งชักนำ ของชนเผ่าม้ง ตำบลปอ จังหวัดเชียงราย เป็นอย่างไร
2. พฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน ของชนเผ่าม้ง ตำบลปอ จังหวัดเชียงราย เป็นอย่างไร
3. ปัจจัยใดบ้างสามารถทำนายพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน ของชนเผ่าม้ง ตำบลปอ จังหวัดเชียงราย

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านความรู้เรื่องวัคซีนพื้นฐาน ปัจจัยด้านการรับรู้ ปัจจัยด้านสิ่งชักนำ ของชนเผ่าม้ง ตำบลปอ จังหวัดเชียงราย สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐานได้

ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้มีรูปแบบวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยมีการหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพาบุตรหลานมารับวัคซีนพื้นฐานของผู้ปกครองชนเผ่าม้ง ตำบลปอ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย และทำนายพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการฉีดวัคซีนพื้นฐานของเด็กชนเผ่าม้งในอนาคต

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ปกครองเด็กชนเผ่าม้งอายุ 0-5 ปี ที่อยู่ในพื้นที่ตำบลปอ มีจำนวนทั้งสิ้น 1,210 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของเครซี และ มอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970) กำหนดให้ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 0.05 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 292 คน โดยพื้นที่ในการทำวิจัยในครั้งนี้คือ ตำบลปอ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

3. ระยะเวลาในการดำเนินงานวิจัย

กรกฎาคม 2563-มิถุนายน 2564

นิยามศัพท์

1. วัคซีนพื้นฐาน หมายถึง วัคซีนที่เด็ก 0-5 ปี ทุกคนควรได้รับ เพื่อป้องกันโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ โดยกระทรวงสาธารณสุขจัดระบบบริการเพื่อให้เด็กทุกคนได้รับวัคซีนตามกำหนด
2. พฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน หมายถึง การพาบุตรหลานมารับบริการหรือไม่มารับบริการวัคซีนพื้นฐานของชนเผ่าม้ง ตำบลปอ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย
3. เด็ก หมายถึง เด็กชนเผ่าม้งที่มีอายุ 0-5 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลปอ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย
4. การรับรู้โอกาสเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่บุตรหรือหลานของประชากรในพื้นที่ตำบลปอสามารถป่วยเป็นโรค คอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก ไวรัสตับอักเสบบี เยื่อหุ้มสมองอักเสบ โปลิโอ หัด หัดเยอรมัน คางทูม ไข้มองอักเสบ และอุจจาระร่วงในเด็กได้ หากไม่ได้รับวัคซีน
5. การรับรู้ความรุนแรง หมายถึง หากบุตรหลานไม่ได้รับวัคซีนอาจป่วยเป็นโรคซึ่งอาจพิการ เสียเวลา เสียค่าใช้จ่าย และเสียชีวิต
6. การรับรู้ประโยชน์ หมายถึง การได้รับวัคซีนพื้นฐานสามารถป้องกันการเจ็บป่วย ความพิการ และการสูญเสีย จากโรคที่ป้องกันด้วยวัคซีนได้
7. การรับรู้อุปสรรค หมายถึง สิ่งที่กระตุ้นหรือส่งผลให้เกิดความลำบากต่อการพาบุตรหรือหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน
8. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ หมายถึง สิ่งกระตุ้นหรือสิ่งส่งผลต่อความสนใจในการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน ได้แก่ การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร การประชาสัมพันธ์ในชุมชน การประชาสัมพันธ์หรือการรณรงค์ของเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข และการแนะนำจากญาติหรือคนรู้จัก
9. ทำนาย หมายถึง การพยากรณ์ถึงพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน ของชนเผ่าม้ง ตำบลปอ จังหวัดเชียงราย

ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัย

1. ผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานวัคซีนแก่เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข
2. ผลการวิจัยในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการรณรงค์ให้ผู้ปกครองพาบุตรหลานมาฉีดวัคซีนให้ครบตามเกณฑ์

3. ผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถปรับใช้กับพื้นที่ที่มีบริบทของหมู่บ้านใกล้เคียงกัน เช่น การทำความเข้าใจเรื่องวัคซีน และการรณรงค์ฉีดวัคซีนในเด็ก



บทที่ 2

ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม
2. ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
3. ความรู้เรื่องวัคซีน
4. ชาวเขาเผ่าม้ง
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิด

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม

ความหมายของพฤติกรรม

Bloom (1943 อ้างอิงใน บุรฉัตร จันทรแดง, 2562) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมว่าเป็นกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำขึ้นซึ่งอาจสังเกตเห็นได้หรือไม่ก็ได้ก็ตาม

Cronbach (1963) ได้ให้คำจำกัดความของพฤติกรรมไว้ว่า เป็นผลของการเลือกปฏิบัติที่เหมาะสมที่สุดมาตอบสนอง สิ่งเร้าในสถานการณ์ต่าง ๆ เช่น ในการสร้างบ้านใหม่ย่อมต้องมีเป้าหมายว่าจะให้ได้บ้านที่มีรูปร่างลักษณะอย่างไร เจ้าของบ้านจะต้องเลือกการตอบสนองอยู่ตลอดเวลา

Goldenson (1984) ได้ให้คำจำกัดความของพฤติกรรมไว้ว่า เป็นการกระทำหรือตอบสนองการกระทำทางจิตวิทยาของแต่ละบุคคลและเป็นปฏิสัมพันธ์ในการตอบสนอง สิ่งกระตุ้นภายในหรือภายนอก รวมทั้งเป็นกิจกรรมการกระทำต่าง ๆ ที่เป็นไปอย่างมีจุดหมายสังเกตเห็นได้ หรือเป็นกิจกรรมการกระทำต่าง ๆ

Lefton and Brannon (2008) สรุปว่า พฤติกรรม คือ การแสดงออกภายนอก เช่น การเคลื่อนไหว การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (การสนทนา) และการตอบสนองทางอารมณ์หรือการแสดงออกทางอารมณ์ (การหัวเราะ หรือร้องไห้) นอกจากนี้ ยังรวมถึงการทำงานของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย เช่น การเต้นของหัวใจ หรือการทำงานของสมอง ซึ่งสามารถใช้เครื่องมือตรวจสอบได้

King (2011) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมว่าหมายถึง การกระทำทุกอย่างของบุคคลที่สามารถสังเกตเห็นได้โดยตรง เช่น การจูบ การร้องไห้ การขับรถไปเรียน

Nevid (2012) ได้อธิบายว่า พฤติกรรม คือ การกระทำของบุคคล ซึ่งจะครอบคลุม เฉพาะสิ่งที่แสดงออก เช่น การพูด การนั่ง การยิ้ม หรือการเคลื่อนไหว เป็นต้น

ราชบัณฑิตยสถาน (2542) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมว่าหมายถึง การกระทำ หรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด และความรู้สึก เพื่อตอบสนองสิ่งเร้า

ธัญญา ชีระอนิษฐ (2555) กล่าวว่า พฤติกรรม หมายถึง อาการที่แสดงออกของมนุษย์ ปฏิบัติการโต้ตอบต่อสิ่งเร้าที่อยู่รอบตัว โดยจากการสังเกตหรือการใช้เครื่องมือ ช่วยวัดพฤติกรรมซึ่งส่งผลต่อกระบวนการทางร่างกาย

องค์ประกอบของพฤติกรรม

Cronbach (1963) ได้อธิบายว่าพฤติกรรมของบุคคลจะเกิดขึ้นจากองค์ประกอบ 7 ประการ ดังนี้

1. ความมุ่งหมาย (Goal) เป็นความต้องการหรือวัตถุประสงค์ที่ทำให้เกิดกิจกรรม คนเรามีพฤติกรรมเกิดขึ้นก็เพราะต้องการตอบสนองความต้องการของตนเอง หรือต้องการทำตามวัตถุประสงค์ที่ตนได้ตั้งไว้ คนเรายังมีความต้องการหลาย ๆ อย่างในเวลาเดียวกัน และมักจะเลือกสนองตอบความต้องการที่รีบด่วนก่อนความต้องการอื่น ๆ

2. ความพร้อม (Readiness) ระดับวุฒิภาวะ หรือความสามารถที่จำเป็น ในการประกอบพฤติกรรมเพื่อสนองตอบความต้องการ คนเราจะมีความพร้อมในแต่ละด้าน ที่ไม่เหมือนกัน ดังนั้น พฤติกรรมของทุกคนจึงไม่จำเป็นต้องเหมือนกัน และไม่สามารถ จะประกอบพฤติกรรมได้ทุกรูปแบบ

3. สถานการณ์ (Situation) คนเรายังจะประกอบพฤติกรรมที่ตนเองต้องการ เมื่อมีโอกาสหรือสถานการณ์นั้น ๆ เหมาะสมสำหรับการประกอบพฤติกรรม

4. การแปลความหมาย (Interpretation) แม้จะมีโอกาสในการประกอบพฤติกรรม แล้วคนเรายังมักจะประเมินสถานการณ์ หรือคิดพิจารณาก่อนที่จะทำพฤติกรรมนั้น ๆ ลงไป เพื่อให้พฤติกรรมนั้นมีความเสี่ยงน้อยที่สุด และสามารถที่จะตอบสนองความต้องการของเขา ได้มากที่สุด

5. การตอบสนอง (Respond) หลังจากได้แปลความหมาย หรือได้ประเมินสถานการณ์แล้ว พฤติกรรมก็จะถูกกระทำตามวิธีการที่ได้เลือกในขั้นตอนของการแปลความหมาย

6. ผลที่ได้รับ (Consequence) เมื่อประกอบพฤติกรรมไปแล้วผลที่ได้จากการกระทำนั้น ๆ อาจจะตรงกับความต้องการ หรืออาจจะไม่ตรงกับความต้องการที่ตนเองได้คาดหวังไว้

7. ปฏิกริยาต่อความผิดหวัง (Reaction to Threat) เมื่อคนเราไม่สามารถตอบสนอง ความต้องการของตนเองได้ก็จะประสบกับความผิดหวัง ซึ่งเมื่อเกิดความผิดหวังแล้วคน ๆ นั้น

ก็อาจจะกลับไปแปล ความหมายใหม่ เพื่อที่จะหาวิธีที่จะสนองความต้องการของตนเองใหม่ จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า พฤติกรรมมนุษย์นั้นจะขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่างด้วยกัน ได้แก่ เป้าหมาย ความพร้อม สถานการณ์ การแปลความหมาย การตอบสนองของผลลัพธ์ที่ตามมา และปฏิกิริยาต่อความผิดหวัง สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ ล้วนเป็นตัวกำหนด พฤติกรรมต่าง ๆ เกิดขึ้นทั้งสิ้น นับว่าเป็นเงื่อนไขที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมของมนุษย์นั่นเอง

ประเภทของพฤติกรรม

จากความหมายที่ผู้เขียนสรุปในหัวข้อข้างต้น พบว่า พฤติกรรมจะประกอบไปด้วย การกระทำหรือการแสดงออกที่สามารถสังเกตได้โดยตรง และกระบวนการทางจิต ที่ไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง ซึ่งสอดคล้องกับการแบ่งประเภทของพฤติกรรมที่นักวิชาการบางกลุ่ม ในสมัยก่อนได้ ทำการแบ่ง (Coon and Mitterer, 2013; จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์, 2556) ดังนี้

1. พฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) คือ การกระทำหรือปฏิกิริยาทางร่างกาย ที่ทั้งเจ้าตัวและบุคคลอื่นสามารถสังเกตผ่านอวัยวะรับสัมผัส/ประสาทสัมผัส (ตา หู จมูก ลิ้น หรือ ผิวหนัง) หรือใช้เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ช่วยสังเกตซึ่งมีความหมายสอดคล้องกับคำว่า “พฤติกรรม” ของนิยาม ณ ปัจจุบัน ทั้งนี้ สามารถแบ่งพฤติกรรมภายนอก ออกเป็น 2 ประเภท คือ

1.1 พฤติกรรมภายนอกชนิดโมลาร์ (Molar Behavior) เป็นพฤติกรรมที่สามารถสังเกตได้โดยใช้อวัยวะรับสัมผัส ไม่ต้องใช้เครื่องมือช่วย เช่น การเดิน การวิ่ง การจาม เป็นต้น

1.2 พฤติกรรมภายนอกชนิดโมเลกุล (Molecular Behavior) เป็นพฤติกรรมที่สามารถสังเกตได้หรือวัดได้ด้วยเครื่องมือทางการแพทย์หรือเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ เช่น การทำงานของต่อมต่าง ๆ ในร่างกาย การทำงานของอวัยวะภายใน หรือการทำงานของระบบประสาท เป็นต้น

2. พฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) คือ กระบวนการที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล จะโดยรู้สึกตัวหรือไม่รู้สึกตัวก็ตาม เป็นกระบวนการที่ไม่สามารถสังเกตได้และไม่สามารถใช้เครื่องมือวัดได้โดยตรง หากเจ้าของพฤติกรรมไม่บอก (บอกกล่าว เขียน หรือแสดงท่าทาง) ได้แก่ ความคิด อารมณ์ความรู้สึก ความจำ การรับรู้ ความฝัน รวมถึง การรับสัมผัสต่าง ๆ เช่น การได้ยิน การได้กลิ่น ความรู้สึกทางผิวหนัง เป็นต้น ทั้งนี้ พฤติกรรมภายใน จำเป็นต้องอนุมานหรือคาดเดาผ่านพฤติกรรม ภายนอก โดยพฤติกรรมภายใน มีความหมายสอดคล้องกับคำว่า “กระบวนการทางจิต/จิตลักษณะ” ทั้งนี้ พฤติกรรมภายใน สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

2.1 พฤติกรรมภายในที่เกิดขึ้นโดยรู้สึกรู้ตัว (Conscious process) เป็นพฤติกรรมที่เจ้าของพฤติกรรมรู้สึกตัวว่ากำลังเกิดพฤติกรรมนั้น ๆ หากไม่บอก ไม่แสดงอาการ หรือท่าทางใด ๆ ก็ไม่มีผู้ได้รับรู้ได้ว่าเกิดพฤติกรรมนั้น ๆ ยกตัวอย่างเช่น อารมณ์ความรู้สึก ความคิด ความฝัน จินตนาการ เป็นต้น

2.2 พฤติกรรมภายในที่เกิดขึ้นโดยไม่รู้สึกรู้ตัว (Unconscious process) เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นโดยที่เจ้าของพฤติกรรมไม่รู้สึกรู้ตัว หากแต่มีผลต่อพฤติกรรมภายนอก ยกตัวอย่างเช่น แรงจูงใจ ความคาดหวัง ความวิตกกังวล เป็นต้น

สิ่งที่กำหนดพฤติกรรมมนุษย์

ซูดา จิตพิทักษ์ (2525) ได้อธิบายว่าสิ่งที่กำหนดพฤติกรรมของมนุษย์มี 2 ประเภท คือ

1. ลักษณะนิสัยส่วนตัวของมนุษย์แต่ละคน ประกอบด้วย

1.1 ความเชื่อ หมายถึง การที่บุคคลคิดว่าการกระทำบางอย่างหรือปรากฏการณ์บางอย่าง หรือสิ่งของบางอย่าง หรือคุณสมบัติของสิ่งของ หรือของบุคคลบางอย่างมีอยู่จริง หรือเกิดขึ้นจริง ๆ กล่าวโดยสรุปคือ การที่บุคคลหนึ่งคิดถึงอาจจะเป็นแง่ข้อเท็จจริงได้ แต่ถ้าเขาคิดว่าความจริงเป็น เช่นนั้นแล้ว นั่นคือความเชื่อของเขา

1.2 ค่านิยม หมายถึง แนวความคิดทั้งที่เห็นได้อย่างชัดเจนและไม่เด่นชัด ซึ่งเป็นลักษณะพิเศษของบุคคลหนึ่ง หรือกลุ่มหนึ่งเกี่ยวกับว่าอะไรเป็นสิ่งดี ซึ่งเป็นความคิดที่มีอิทธิพลให้บุคคล เลือกกระทำการอันใดอันหนึ่งที่มีอยู่หลายวิธี หรือเลือกเป้าหมายอันใดอันหนึ่งจากหลาย ๆ อันที่มีอยู่

1.3 ทักษะคิดหรือเจตคติ ทักษะคิดเป็นแนวโน้มหรือขั้นเตรียมพร้อมของพฤติกรรม นักจิตวิทยาบางท่านเรียกว่า ทักษะคิดเป็นการตอบสนองสิ่งเร้าทางจิตใจ ซึ่งคล้ายกับการตอบสนองทางร่างกาย ต่างกันแต่ยังไม่ได้ออกกำลังกายเท่านั้น (ชิตยา สุวรรณชญ, 2517) ทักษะคิดแม้จะเป็นผู้กำหนดทิศทางของพฤติกรรม แต่ทักษะคิดมิได้กำหนดเวลาที่ควรแสดงพฤติกรรม ทั้งยังมีได้กำหนดว่าควรแสดงพฤติกรรมมากน้อยเพียงใด สิ่งที่กำหนดเวลาและปริมาณของพฤติกรรมนั้น เรียกว่าแรงจูงใจ ดังนั้น ทักษะคิดจึงเป็นผู้วางแผนหรือทิศทางให้แรงจูงใจ และแรงจูงใจเป็นผู้กำหนดพฤติกรรมอีกทอดหนึ่ง

1.4 บุคลิกภาพ เป็นสิ่งที่บอกว่าบุคคลจะปฏิบัติอย่างไรในสถานการณ์หนึ่ง ๆ การอธิบายว่าบุคลิกภาพได้มาอย่างไรนั้น จะต้องอาศัยทฤษฎีทางจิตวิทยา หรือทฤษฎีการเรียนรู้ มาอธิบายหลักของทฤษฎีนี้บ่งว่าคนหรือสัตว์ก็ตาม ถ้าพฤติกรรมใด นำมาซึ่งรางวัล สัตว์หรือคนสถานการณ์หนึ่ง ๆ การอธิบายว่าบุคลิกภาพได้มาได้อย่างไรนั้น

จะมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมแบบนั้นเมื่อมีโอกาส แต่ถ้าพฤติกรรมได้นำมาซึ่งการลงโทษ ลัทธิหรือคนนั้นจะมีแนวโน้มที่จะไม่ทำเช่นนั้นอีก

2. กระบวนการอื่น ๆ ทางสังคมซึ่งไม่เกี่ยวกับลักษณะนิสัยส่วนตัวของมนุษย์ สามารถแบ่งเป็น ประเด็นได้ ดังนี้

2.1 สิ่งกระตุ้นพฤติกรรม (Stimulus Object) และความเข้มข้นของสิ่งกระตุ้นพฤติกรรม (Strength of Stimulus Object) พฤติกรรมจะเกิดขึ้นไม่ได้ถ้าไม่มีสิ่งกระตุ้นพฤติกรรม สิ่งกระตุ้นพฤติกรรมนั้นเป็นอะไรก็ได้ เช่น อาหาร เสียงปืน คำสบประมาท ฯลฯ

2.2 สถานการณ์ (Situation) หมายถึง สิ่งแวดล้อมทั้งที่เป็นบุคคล และไม่ใช่มนุษย์ ซึ่งอยู่ในสถานะที่บุคคลกำลังจะมีพฤติกรรม

จากแนวคิดเรื่องพฤติกรรมข้างต้น ทำให้ทราบว่าพฤติกรรม จะมีพื้นฐาน มาจากความรู้ และทัศนคติที่คอยผลักดันให้เกิดพฤติกรรม ซึ่งในแต่ละบุคคลจะมีพฤติกรรม แตกต่างกันไป สืบเนื่องมาจากการได้รับความรู้จากแหล่งต่าง ๆ ไม่เท่ากัน รวมถึงการตีความหมายของสารที่ได้รับมาไปคน ละทิศคนละทางอีกด้วย ซึ่งชี้ให้เห็นว่า การสื่อสารผ่านสื่อต่าง ๆ มีประโยชน์ในการทำให้บุคคลมีความรู้ นำความรู้ที่ได้ มาสร้างทัศนคติ สุดท้ายจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล สามารถนำแนวคิดที่ได้มาใช้อ้างอิงในการสรุปผลการศึกษาในด้านแนวโน้ม การเกิดพฤติกรรมของบุคคลว่าต้องอาศัยปัจจัยในด้านใดบ้าง ที่มีส่วนให้แต่ละบุคคล มีแนวโน้มการเกิดพฤติกรรมจากการเปิดรับข่าวสารจากสื่อต่าง จึงมีพฤติกรรมการแสดงออก ที่แตกต่างกัน

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

ความหมายของความเชื่อด้านสุขภาพ

Phipps, Long and Wood (1983 อ้างอิงใน ธัญญาลักษณ์ ไชยรินทร์, 2544) ได้กล่าวถึง ความหมายว่าความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึงความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของตัวบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการดูแลรักษา เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นก็ย่อมที่จะต้อง มีการปฏิบัติตัวหรือมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่แตกต่างกับบุคคลที่ไม่เจ็บป่วยออกไป นั่นก็ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรคอาการ และการรักษา การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่ ประกอบกับความเชื่อเดิม ความสนใจ และค่านิยม เป็นต้น

Rokeach (1970 อ้างอิงใน บัญชา มณีคำ, 2538) ได้ให้ความหมายของความเชื่อนี้ว่า คือความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งสามารถทำให้บุคคลมีปฏิกิริยาโต้ตอบในรูปแบบของการกระทำเกี่ยวกับสิ่งนั้น ๆ โดยที่ตนเองอาจจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ตาม ความเชื่อสิ่งนั้น ๆ ไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริงเสมอหรือความเชื่อนั้น อาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความคาดหวังหรือสมมติฐาน ซึ่งอาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ ความเชื่อเป็นองค์ประกอบในตัวบุคคลที่ฝังแน่นอยู่ในความคิด ความเข้าใจ เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างใด ความเชื่อนั้นจะเป็นแนวโน้มชักนำ ให้บุคคลประพฤติปฏิบัติ ตามความคิดและความเข้าใจนั้น ๆ

กล่าวโดยสรุปได้ว่าความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อความรู้สึกนึกคิด และความเข้าใจที่จะยอมรับหรือการรับรู้ของบุคคลนั้น ๆ ต่อภาวะสุขภาพอนามัยของตนเอง ซึ่งสามารถส่งผลต่ออาการเจ็บป่วย รวมถึงการดูแลรักษาการปฏิบัติตัวหรือมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่แตกต่างกับบุคคลที่ไม่เจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ชักนำให้บุคคลนั้น ๆ มีพฤติกรรมสุขภาพตามความคิดและความเข้าใจได้

ศุภกานต์ นุสรณ์รัมย์ (2557) ได้กล่าวว่า ความเชื่อ คือความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และทำให้มนุษย์มีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิดและความเข้าใจนั้น ความเชื่อจึงเป็นสิ่งที่มียุทธพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างไร ความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมให้บุคคลประพฤติปฏิบัติ ตามความคิดเห็น และความเข้าใจนั้น โดยอาจจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้ และความเชื่อในสิ่งนั้น ๆ ไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริงเสมอไป หรือความเชื่ออาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความคาดหวัง หรือสมมติฐาน ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้

ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล มียุทธพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยจะปฏิบัติตัวแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น การรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจและค่านิยม

แนวคิดของทฤษฎีนี้เริ่มแรกสร้างขึ้นจากทฤษฎีเกี่ยวกับ “อวกาศของชีวิต” (Life Space) ซึ่งได้คิดขึ้นครั้งแรกโดยนักจิตวิทยา Kurt Lewin ซึ่งมีสมมติฐานว่าบุคคลจะหันเหตนเองไปสู่พื้นที่ที่บุคคลให้ค่านิยมเชิงบวกและขณะเดียวกันจะหลีกเลี่ยงจากพื้นที่ที่มีค่านิยมเชิงลบ อธิบายได้ว่า บุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อจะปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อการป้องกันและฟื้นฟูสภาพทราบเท่าที่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้นเป็นสิ่งที่มีความเสี่ยงมากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้น จากการปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าวบุคคล

จะต้องมีความรู้สึกกลัวต่อโรคหรือรู้สึกว่าโรคคุกคามตน และจะต้องมีความรู้สึกว่าตนเองมีพลังที่จะต่อต้านโรคได้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสรวง สุวรรณ, 2536) ซึ่งต่อมาโรเซนสต็อกพัฒนาแนวความคิดแบบความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อที่จะใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล (Rosenstock, 1974 อ้างอิงใน John Kemm and Ann Close, 1995)

องค์ประกอบของแบบจำลอง

แบบจำลองนี้ประกอบด้วยมโนทัศน์ที่เกี่ยวกับการรับรู้ของบุคคล (Individual perception), ปัจจัยร่วม (Modifying factors) พฤติกรรม และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติพฤติกรรม รายละเอียดเป็นดังนี้

1. การรับรู้ของบุคคล (Individual Perception) ประกอบด้วย ตัวแปรย่อย 3 ตัว ได้แก่
 - 1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยง
 - 1.2 การรับรู้ความรุนแรง
 - 1.3 การรับรู้ภาวะคุกคาม
2. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) เป็นปัจจัยที่กระทบต่อความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติ
3. พฤติกรรม โดยมีอิทธิพลทั้งต่อการรับรู้ของบุคคลและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ประกอบด้วยปัจจัยย่อย 4 ปัจจัย ได้แก่
 - 3.1 ปัจจัยด้านประชากร
 - 3.2 ปัจจัยด้านจิตสังคม
 - 3.3 ปัจจัยด้านโครงสร้าง
 - 3.4 ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ
4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Likelihood of Action) ประกอบด้วย 2 ปัจจัยย่อยที่มีผลต่อโอกาสที่จะปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่
 - 4.1 การรับรู้ประโยชน์ (Perceive benefits)
 - 4.2 การรับรู้อุปสรรค (Perceive barriers)

อาจกล่าวได้ว่า การรับรู้หรือความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลเป็นปัจจัยสำคัญในการกระตุ้นหรือจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำในขณะที่ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ เช่น การกระตุ้นเตือน การให้ข้อมูลที่ชัดเจน การสร้างความตระหนักจะเป็นสิ่งเน้นย้ำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น

แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแบบจำลองที่ได้ระบุเอกลักษณ์ของแนวคิดรวบยอด ที่เชื่อมโยงสนับสนุนการวัดในระดับบุคคล แบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพเป็นรูปแบบหนึ่งที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย เพื่ออธิบายว่าทำไมบุคคลจึงมีพฤติกรรมการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตาม คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันสุขภาพของตนเอง แบบจำลองความเชื่อเป็นแบบแผนหรือรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคม เพื่ออธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยครั้งแรกได้นำมาใช้ในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมการป้องกัน ต่อมาภายหลังได้มีการดัดแปลงไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมการเจ็บป่วยและพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ (Sick-Role Behavior)

การพัฒนาแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพโดย Hochbaum (1958) และนั่นได้เริ่มจากแนวความคิดตามแนวทฤษฎีสนามของ Lewin ที่กล่าวว่า “โลกของการรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ” คือสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคล จะไม่มีอิทธิพลต่อการกระทำของบุคคล เว้นแต่สิ่งแวดล้อมเหล่านั้นได้ไปปรากฏอยู่ในใจหรือการรับรู้ของบุคคลด้วยเหตุนี้บุคคลจึงแสดงออกตามสิ่งที่เขาเชื่อถึงแม้ว่าสิ่งนั้นจะไม่ถูกต้องตามที่ผู้อยู่ในวิชาชีพคิดก็ตาม

Strecher and Rosebstock (1997 อ้างอิงใน พรสุข หุ่นิรันดร, 2545) กล่าวว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีองค์ประกอบดังนี้

1. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หมายถึง บุคคลมีความเชื่อโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งอยู่ในช่วงปกติและช่วงเจ็บป่วย บุคคลเหล่านี้จึงเกิดการปฏิบัติตามเพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงโรคความเชื่อหรือการคาดคะเนของบุคคล ว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นมาากน้อยเพียงใด และถ้าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วย จะหมายถึงความเชื่อต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์การคาดคะเนถึงโอกาสเกิดโรคซ้ำและความรู้สึกของผู้ป่วยว่าตนเองง่ายต่อการป่วยเป็นโรคต่าง ๆ

2. การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และการต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาการเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตน ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่กล่าวมานั้น อาจมีความแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม

(Perceived threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนหนึ่งที่บุคคลนั้นไม่ปรารถนาและโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง

3. การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และป้องกันโรค (Perceived Benefits) ปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อที่ว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำย่อมขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรม โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งทีก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึงการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายหรือผลที่เกิดขึ้น จากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือด หรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สุขสบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรมอนามัยนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมป้องกันโรคและพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้ สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation) แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึงความรู้สึกอารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับบุคคล หรือระดับความสนใจความห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพ แรงปรารถนาที่จะดำรงรักษาสุขภาพ และการหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วย แรงจูงใจนี้อาจเกิดจากความสนใจของสุขภาพโดยทั่วไป หรือเกิดจากการกระตุ้นของความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค ความเชื่อต่อผลดีที่จะเกิดจากการปฏิบัติรวมทั้งสิ่งเร้าภายนอก เช่น สื่อ ข่าวสาร คำแนะนำของแพทย์ ซึ่งสามารถกระตุ้นแรงจูงใจด้านสุขภาพบุคคลได้

6. ปัจจัยร่วม (Modifying factors) ปัจจัยร่วม หมายถึง ปัจจัยที่นอกเหนือจากองค์ประกอบข้างต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่มีส่วนช่วยส่งเสริมหรือการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในการรักษาโรคได้ปัจจัยประกอบด้านสุขภาพที่มีส่วนช่วยด้วย ตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุระดับการศึกษาปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อนกลุ่มอ้างอิง มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรม ซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน และปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค เป็นต้น

Rosenstock (1974) ได้สรุปแนวคิดขององค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า “การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า 1. เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค 2. อย่างน้อยที่สุดโรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตเขาพอสมควร 3. การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดีแก่เขา โดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค ถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้น ๆ และการปฏิบัติดังกล่าวไม่ควรจะมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความไม่สะดวก ความกลัว ความอาย เป็นต้น ต่อมา Rosenstock ยังได้เสนอเพิ่มเติมว่า ในการอธิบายพฤติกรรมการไปตรวจสุขภาพเพื่อวินิจฉัยโรค นอกจากจะต้องประกอบไปด้วยปัจจัยดังกล่าวมาแล้ว ยังจะต้องเพิ่มปัจจัยด้านความเชื่อ ว่าเขาสามารถจะป่วยเป็นโรคได้ ถึงแม้จะไม่มีอาการก็ตาม

องค์ประกอบที่สำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค มี 5 ประการ คือ

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด ซึ่งจากการศึกษาจำนวนมากพบว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกระหว่าง ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรค

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และการต้องใช้เวลาในการรักษาการเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived Threat) ของโรค ว่ามีมากน้อยเพียงใดซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนที่บุคคลไม่ปรารถนาและมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง

3. การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับและค่าใช้จ่าย (Perceived Benefits and Cost / Barriers) การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับและค่าใช้จ่าย หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันมิให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์ และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ในขณะที่เดียวกันบุคคล

จะต้องมีความเชื่อว่า ค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นข้อเสีย หรืออุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกัน และรักษาโรคจะต้องมีน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับ

4. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง ระดับความสนใจและห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพ ความปรารถนาที่จะดำรงรักษาสุขภาพ และการหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วย แรงจูงใจนี้ อาจเกิดจากความสนใจด้านสุขภาพ โดยทั่วไปของบุคคล หรือเกิดจาก การกระตุ้นของความเชื่อของโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค ความเชื่อต่อผลดีจากการปฏิบัติ รวมทั้งสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำของเพื่อน/แพทย์ ซึ่งสามารถกระตุ้นแรงจูงใจด้านสุขภาพของบุคคลได้ และวัดได้จากความสนใจที่เกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่วไป

ถวิล ธาราโกชน และศรัณย์ คำวิสุข (2546) อธิบายว่าเป็นสภาวะภายใน ที่ถูกกระตุ้น โดยแหล่งที่อยู่ภายใน (Internal source) และจากแหล่งที่มาภายนอก (External source) ทำให้เกิดพฤติกรรมสูงสุดหมายถึงปลายทาง (Goal)

สุภาภรณ์ พลนิกร (2548) กล่าวว่าแรงจูงใจเป็นตัวแทนของพลังที่มองไม่เห็นทำ หน้าที่กระตุ้น และออกแรงบังคับให้มีการตอบสนอง

ธงชัย สันติวงษ์ (2549) อธิบายว่าสิ่งจูงใจ เป็นสิ่งแสดงออกเพื่อมุ่งสู่เป้าหมาย โดยมีพื้นฐานจากความต้องการ ซึ่งได้รับเสริมเข้าไปตลอดชีวิตของคน และเป็นสิ่งที่กำหนด พฤติกรรมที่แตกต่างกันไป

อดุล จาตุรงค์กุล และดลยา จาตุรงค์กุล (2550) ให้ความหมายสิ่งจูงใจ ว่าเป็นความพยายามในการตอบสนองความต้องการตนเอง เป็นสิ่งที่นำผู้บริโภคไปสู่เป้าหมาย

ชูชัย สมितिไกร (2556) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นแรงผลักดันของความต้องการนั้น ๆ ยิ่งผู้บริโภคมีความสนใจมากจะยิ่งทำให้มีการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งนั้นมาก

5. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) หมายถึง ปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริม หรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยร่วมประกอบด้วย ตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ตัวแปรด้านโครงสร้าง เช่น ความซับซ้อน ของการปฏิบัติ ตัวแปรด้านปฏิสัมพันธ์ เช่น คุณภาพ ความต่อเนื่อง และความสม่ำเสมอ ของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การสนับสนุน หรือสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ ได้แก่ สิ่งกระตุ้น ที่นำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม ตัวแปรเหล่านี้ อาจเป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคล เช่น อากาศไม่สบาย อ่อนเพลียที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลนั่นเอง หรือเป็นสิ่งที่ภายนอกที่มากระตุ้น เช่น การรณรงค์ หรือข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ

ศศิวิมล ทองพั้ว และอารีวรรณ เชี่ยวชาญวัฒนา (2556) ได้กล่าวว่า การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค สามารถอธิบายได้ว่าบุคคลที่มีการรับรู้และเชื่อว่า ตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค จึงจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค ประกอบกับการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค หากบุคคลนั้น ๆ เชื่อว่าโรคดังกล่าวมีความรุนแรง ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิตสูงหรือส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตมาก บุคคลนั้นจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค ดังนั้นหากผู้ปกครองมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง ของการเป็นโรคร่วมกับรับรู้ความรุนแรงของโรคก็อาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจซื้อวัคซีน ให้บุตรหลานฉีดได้ การรับรู้ในประโยชน์ที่จะได้รับสามารถอธิบายได้ว่าผู้บริโภคจะเปรียบเทียบ ระหว่าง ประโยชน์และข้อจำกัดของการตัดสินใจว่าจะก่อให้เกิดผลดีหรือผลเสียมากกว่ากัน หากผู้ปกครองเชื่อว่าการฉีดวัคซีนทางเลือกรับรู้ว่าเป็นการกระทำที่มีประโยชน์และเหมาะสม โดยเฉพาะการเชื่อในคำแนะนำเรื่องประโยชน์ของวัคซีน จากบุคลากรทางการแพทย์อาจส่งผล ต่อการตัดสินใจ ซื้อวัคซีนเพื่อป้องกันโรคแก่บุตรหลานได้ ส่วนการรับรู้ต่ออุปสรรคนั้น ถือเป็นปัจจัยที่อาจคาดการณ์พฤติกรรมป้องกันโรคได้เนื่องจากผู้ปกครองจะประเมิน ระหว่างประโยชน์ที่ได้รับ เปรียบเทียบกับอุปสรรคที่เกิดขึ้น ก่อนการตัดสินใจที่ทำให้ไม่ปฏิบัติตาม คำแนะนำ เช่น ค่าใช้จ่าย หรืออาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการฉีดวัคซีน หรือความยากลำบากในการเข้าถึงบริการ เป็นต้น อาจส่งผลให้ผู้ปกครองตัดสินใจไม่ซื้อวัคซีน ให้บุตรหลานได้เช่นกัน นอกจากนี้ ปัจจัยที่เพิ่มเติมซึ่งเกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึก ก็ถือเป็นแรงจูงใจ ด้านสุขภาพซึ่งถูกกระตุ้นร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่าง ๆ ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพได้ เช่น ความเชื่อทัศนคติต่อการฉีดวัคซีน ความสงสารและความใส่ใจในบุตรหลาน เป็นต้น ประกอบกับปัจจัยรวมอื่น ๆ นอกเหนือองค์ประกอบดังกล่าว ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติตัวตาม คำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ เช่น ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยเชิงโครงสร้าง การได้รับข้อมูลจากสื่อและบุคคล ตลอดจนการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

เนื่องจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรกเพื่อทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคของบุคคลนั้น ยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ Kasl and Cobb (1966) จึงประยุกต์ พฤติกรรมความเจ็บป่วยเข้าไว้ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแบ่งพฤติกรรม ที่เกี่ยวข้องกันของบุคคลไว้ 3 ลักษณะ คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Health behavior) หมายถึง กิจกรรมใด ๆ ของบุคคล ที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โดยมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันโรค หรือค้นหาโรคในระยะแรก ที่ยังไม่มีอาการ

2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึงกิจกรรมใด ๆ ที่บุคคลปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบาย เพื่อประเมินความเจ็บป่วยและรับการรักษาที่เหมาะสม

3. พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick role behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นแล้ว โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้อาการดีขึ้น เช่น การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายและให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา เป็นต้น

ต่อมา Becker and Maiman (1974) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใหม่โดยนำทฤษฎีทางจิตสังคมมาวิเคราะห์ พฤติกรรมอนามัยของบุคคล โดยอธิบายถึงพฤติกรรมในการตัดสินใจ โดยเพิ่มองค์ประกอบขึ้นอีก เพื่ออธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับการรักษาโรค โดยเน้นที่แรงจูงใจทางด้านสุขภาพของบุคคลที่แสวงหาการรักษาโรค และเพิ่มองค์ประกอบร่วม (Modifying and enabling factor) ซึ่งรวมตัวแปรทางด้านประชากรและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Due to action) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจะปรับปรุงความสามารถในการทำนายพฤติกรรม (Predictability of health behavior) ได้ดีขึ้น ซึ่งมีผู้นำไปประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลายและสามารถสรุปเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ ดังต่อไปนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ซึ่งจะแตกต่างกันออกไปแต่ละบุคคล กล่าวคือ ความเชื่อที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย ซึ่งแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล จึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรคโดยการปฏิบัติตนเพื่อ ป้องกันโรคและรักษาสุขภาพในระดับที่แตกต่างกัน ซึ่ง Hochbaum (1958) ได้กล่าวว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้น เป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่นที่จะส่งผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ Becker, et al. (1977) จึงสรุปว่าบุคคลที่มีการรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี โดยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคของบุคคลได้

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคนั้น ๆ มีความรุนแรงต่อสุขภาพและการมีชีวิตของเขา ถ้าหากเขาไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรค หรือการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลซึ่งในความเชื่อด้านสุขภาพกล่าวว่า แม้บุคคลจะตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่พฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอาจจะยังไม่เกิดขึ้น ถ้าบุคคลไม่มีความเชื่อว่าโรคนั้นจะเกิดอันตรายต่อร่างกายหรือกระทบกระเทือนต่อฐานะทางสังคม

การรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย และการป้องกันโรคได้ และผลที่ได้รับในทางลบส่วนมากจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางด้านจิตวิทยา เช่น ความกลัว ความวิตกกังวลที่สูงหรือต่ำเกินไป

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Perceived benefits of taking the health action minus the barriers or cost of that action) หมายถึง การบุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคนั้นจะสามารถหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วยหรือโรคได้ ถึงแม้บุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคเป็นอย่างดีแล้วก็ตาม แต่การที่จะให้ความร่วมมือ ยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำจะต้องรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติโดยมีความเชื่อว่า สิ่งที่เขาปฏิบัตินั้นเป็นวิธีที่ดีและเหมาะสมที่จะช่วยป้องกันโรคได้จริง

4. การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived barriers) หมายถึง การรับรู้ถึงอุปสรรคเป็นไปตามการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ได้แก่ การรับรู้ถึงความไม่สะดวก ค่าใช้จ่ายแพง ความล้าชายเป็นต้น ฉะนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติในสิ่งที่แพทย์แนะนำหรือไม่นั้นจะขึ้นอยู่กับภาระชั่งน้ำหนักข้อดี ข้อเสียของพฤติกรรมดังกล่าว โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เชื่อว่ามีผลดี มากกว่าผลเสีย Rosenstock (1974) กล่าวถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัติว่าจะจะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจ ถ้าบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติสูง ในขณะที่มีอุปสรรคต่อการปฏิบัติจะเกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจยากแก่การแก้ไข จะทำให้มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ

5. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์ หรือ สิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่ง Becker and Maiman (1975) ได้กล่าวว่า เพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติซึ่งมี 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal Cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือการเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External Cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา ปिता มารดา เป็นต้น

6. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ปัจจัยร่วม เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ ได้แก่

6.1 ปัจจัย ด้านประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น

6.2 ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อนกลุ่มอ้างอิง มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรม ซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

6.3 ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค เป็นต้น

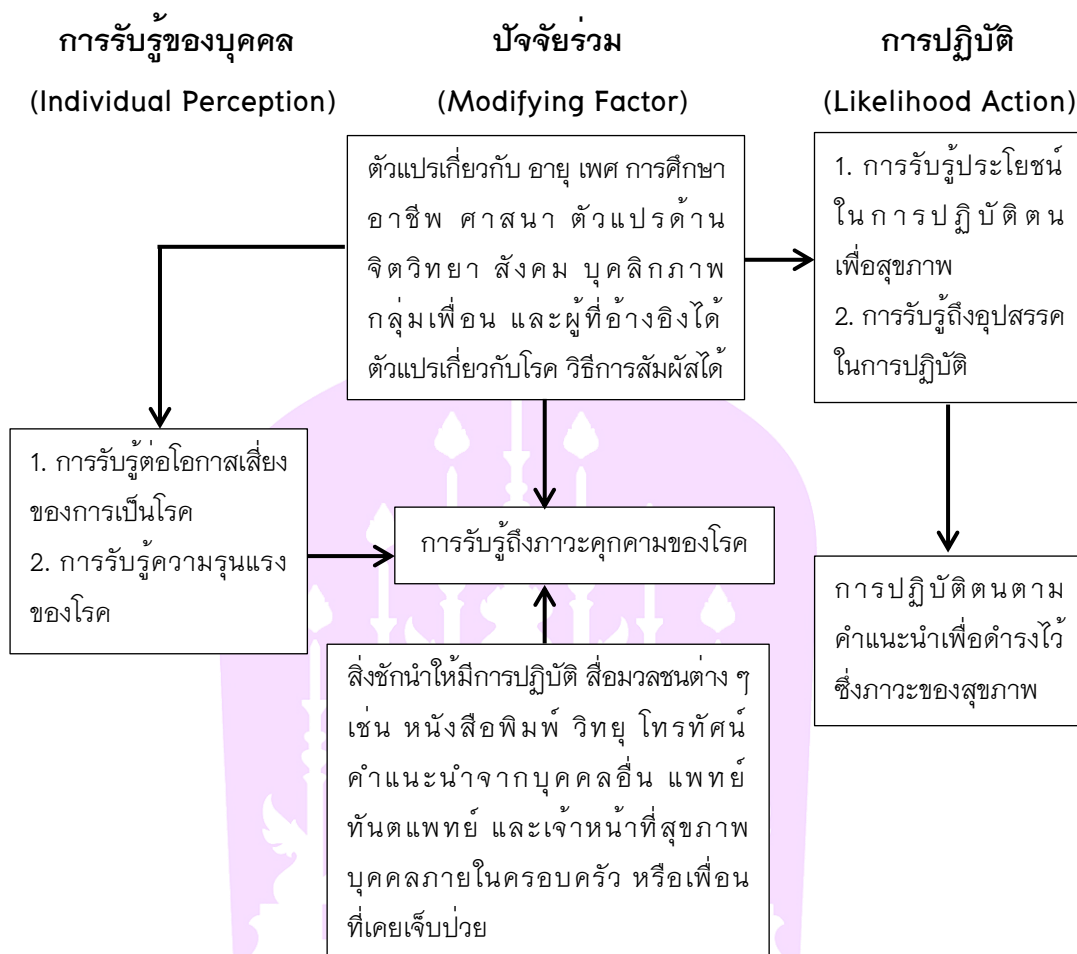
7. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง สภาพอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการถูกกระตุ้นด้วยเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ได้แก่ ระดับความสนใจ ความใส่ใจ ทศนคติและค่านิยมทางด้านสุขภาพ เป็นต้น

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจึงเป็นแบบแผนที่ใช้เป็นตัวแปรทางจิตสังคมเพื่ออธิบายหรือทำนายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคล (Health related behavior) โดยในระยะแรกนั้น แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมุ่งอธิบายพฤติกรรมอนามัยในการป้องกันโรคของบุคคล โดยสมมุติฐานว่า บุคคลจะไม่แสวงหาการดูแลเพื่อป้องกันโรคหรือการนั้น ๆ (Becker and Maiman, 1974) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในระยะแรกมีส่วนประกอบดังนี้

1. ความพร้อมที่จะกระทำ (Readiness to take action) เป็นความพร้อมทางด้านจิตใจของบุคคลที่จะปฏิบัติสิ่งหนึ่งสิ่งใด โดยพิจารณาตัดสินใจจากการรับรู้ของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคนั้น

2. การประเมินถึงประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Evaluation of the advocated health behavior) โดยบุคคลจะประเมินโดยพิจารณาถึงความสะดวกหรือความเป็นไปได้ทางปฏิบัติ และผลที่ได้รับว่ามีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือลดความรุนแรงโรคเพียงใด ทั้งนี้โดยเปรียบเทียบกับสิ่งที่เป็นอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติ เช่น ความเจ็บปวด การเสียเวลา ค่าใช้จ่าย เป็นต้น

3. สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (Due to action) อาจเป็นสิ่งชักนำภายใน เช่น อาหาร ความเจ็บป่วย หรือสิ่งชักนำภายนอก เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สื่อมวลชนต่าง ๆ ญาติ แพทย์ พยาบาล เป็นต้น สามารถเขียนความสัมพันธ์ของส่วนประกอบเหล่านี้ ดังภาพ 1



ภาพ 1 แสดงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใช้ทำนายพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรค

ที่มา: Becker, et al., 1977

ความรู้เรื่องวัคซีน

ความหมายของวัคซีน

วัคซีน (Vaccine) เป็นสารชนิดหนึ่งที่ฉีดเข้าไปในร่างกาย เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันโรคต่าง ๆ ส่วนใหญ่ทำมาจากเชื้อโรค เมื่อฉีดเข้าไปในร่างกายคนเรา ร่างกายเราก็จะสร้างภูมิคุ้มกันกับโรคนั้น ๆ การให้วัคซีนเป็นวิธีการหนึ่งที่ดีที่สุดในการป้องกันโรคติดเชื้อ โดยเฉพาะในเด็ก ซึ่งเป็นวัยที่ภูมิคุ้มกันยังทำงานไม่สมบูรณ์และมีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อ โดยผู้ปกครองควรพาบุตรหลานไปรับวัคซีนพื้นฐานอย่างครบถ้วน รวมทั้งวัคซีนเข็มกระตุ้นหรือวัคซีนที่กำหนดให้ต้องฉีดซ้ำตามกำหนด เพื่อให้ร่างกายเด็กสร้างภูมิคุ้มกันได้อย่างมีประสิทธิภาพไปจนโต

โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน

1. วัณโรค (Tuberculosis) เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium tuberculosis* อาการและอาการแสดงของวัณโรคปอด คือ ไอเรื้อรังนานเกิน 3 สัปดาห์ ไอมีเสมหะ และบางครั้งอาจมีเลือดปน เจ็บหน้าอก อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด มีไข้ต่ำ ๆ ตอนบ่ายทุกวัน เหงื่อออกกลางคืน

2. วัณโรคนอกปอด เช่น วัณโรคเยื่อหุ้มสมอง จะมีไข้ ปวดศีรษะ อาเจียน คอแข็ง ซึม ไม่รู้สึกตัว และชัก หรือวัณโรคต่อมน้ำเหลือง จะมีต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ รักแร้ และขาหนีบโต และอาจโตมากจนแตกมีหนองไหลออกมา เป็นแผลเรื้อรังและลุกลามมีต่อมน้ำเหลืองโต ตืด ๆ กันหลายเม็ดได้ สามารถถ่ายทอดโรคจากการรับเชื้อที่อยู่ในละอองฝอยขนาดเล็ก ที่ผู้ป่วยไอ จาม หรือพูด เข้าร่างกายทางการหายใจ (Airborne transmission) นอกจากนี้ อาจติดเชื้อจากการสัมผัสเชื้อทางเยื่อเมือกที่บาดแผล แต่พบได้น้อย

3. โรคไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B) เกิดจากเชื้อไวรัส Hepatitis B virus อาการและอาการแสดงแบบเฉียบพลัน การติดเชื้อครั้งแรกในผู้ใหญ่ อาจมีอาการอ่อนเพลีย มีไข้ เบื่ออาหาร อาเจียน ปวดใต้ชายโครงขวา ปัสสาวะสีเข้ม ตาเหลือง ตัวเหลือง (Jaundice) จะหายเป็นปกติภายใน 2-4 สัปดาห์ รายที่รุนแรงมากอาจมีภาวะตับวาย และเสียชีวิตได้ สำหรับการติดเชื้อในเด็กอาจมีอาการไม่รุนแรงไปจนถึงไม่มีอาการ แต่ส่วนใหญ่ มักกลายเป็นผู้ติดเชื้อเรื้อรัง ส่วนแบบเรื้อรังอาการมักไม่ชัดเจน หากมีภาวะตับอักเสบบีเฉียบพลันแทรกซ้อน นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะตับแข็ง ซึ่งมาการตัวบวม ท้องบวม ตัวเหลือง ตาเหลือง เลือดออกง่าย และอาจกลายเป็นมะเร็งตับได้ สามารถถ่ายทอดโรคจากการสัมผัสกับเลือด หรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยติดเชื้อเรื้อรัง เช่น น้ำอสุจิ การใช้เข็มหรือหลอดฉีดยาร่วมกัน รวมทั้งการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ติดเชื้อนี้ โดยไม่ได้สวมถุงยางอนามัย และจากมารดาที่เป็นผู้ติดเชื้อเรื้อรังที่สามารถแพร่เชื้อให้ลูกระหว่างคลอด

4. โรคคอตีบ (Diphtheria) เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Corynebacterium diphtheria* อาการและอาการแสดง มีอาการไข้ต่ำ ๆ และอาการคล้ายหวัดในระยะแรก ไอเสียงก้อง เจ็บคอ เบื่ออาหาร ตรวจในคอพบแผ่นเยื่อสีขาวปนเทาติดแน่นอยู่บริเวณทอนซิลและลิ้นไก่ เกิดจากพิษ (Toxin) ที่ออกมาทำลายเนื้อเยื่อ ทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อ ทับซ้อนกันเป็นแผ่น ติดแน่นกับเยื่อบุลำคอ ซึ่งอาจทำให้ทางเดินหายใจตีบตัน หายใจลำบากและถึงตายได้ นอกจากนี้ Toxin อาจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจและปลายประสาทอักเสบได้ สามารถถ่ายทอดโรค

จากการรับเชื้อที่อยู่ในละอองเสมหะ น้ำมูก น้ำลาย ผ่านทางการหายใจ ไอ จามรดกัน ใช้ภาชนะร่วมกัน

5. โรคไอกรน (Pertussis) เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Bordetella pertussis* อาการและอาการแสดง 1-2 สัปดาห์แรกมีอาการคล้ายหวัด ต่อมาไอถี่ ๆ หายใจมีเสียงดัง ไอจนมีเลือดออกที่ตาขาวได้ สามารถถ่ายทอดโรคจากการรับเชื้อที่อยู่ในละอองเสมหะ น้ำมูก น้ำลายผู้ป่วย ผ่านทางการหายใจ ไอ จามรดกัน

6. โรคบาดทะยัก (Tetanus) เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Clostridium tetani* อาการและอาการแสดง ในทารกแรกเกิด มักเริ่มมีอาการเมื่ออายุ 4-10 วัน โดยทารกจะไม่ค่อยดูดนม หน้ายิ้มแฉะ ร้องคราง มือ แขน ขาเกร็ง อาจมีชักกระตุกและหน้าเขียว เด็กโต/ผู้ใหญ่ ชากรรไกรแข็ง อ้าปากไม่ได้ คอแข็ง เกร็ง กระตุก หยุตหายใจ เสียชีวิต สามารถถ่ายทอดจากการรับเชื้อผ่านผิวหนัง บาดแผลถลอก และแผลลึก กรณีทารกเชื้อเข้าทางสายสะดือที่ตัดด้วยกรรไกร/ของมีคมที่ไม่สะอาด รวมทั้งการพอกสายสะดือ โดยเฉพาะกรณีที่ไม่รดตาไม้ได้วัคซีนก่อนคลอด

7. โรคโปลิโอ (Poliomyelitis) เกิดจากเชื้อไวรัส Poliovirus Types 1, 2 และ 3 โดยมีอาการและอาการแสดง ดังนี้

ชนิดไม่รุนแรง: ไข้ต่ำ เจ็บคอ เพสียง อาเจียน มีอาการคล้ายไข้หวัด นาน 2-4 วัน

ชนิดรุนแรง: ไข้ เจ็บคอ อ่อนเพลียง อาเจียน ปวดศีรษะ กระสับกระส่าย ปวดเมื่อย อาจมีคอแข็ง

รุนแรงมาก: อัมพาตของแขน ขา กระบังลม หายใจเองไม่ได้ เสียชีวิต

สามารถถ่ายทอดจากการรับเชื้อที่ปนเปื้อนมากับอุจจาระของผู้ป่วยหรือผู้ที่เป็นพาหะ ผ่านเข้าทางปากหรือรับประทานอาหาร น้ำ ที่ปนเปื้อนเชื้อ

8. โรคคางทูม (Mumps) เกิดจากเชื้อไวรัส Mumps virus อาการและอาการแสดง มีไข้ ต่อมน้ำลายบวมโตและปวด มักเป็นข้างเดียว สามารถถ่ายทอดจากการรับเชื้อที่น้ำลายผู้ป่วยผ่านการหายใจ หรือสัมผัสกับน้ำลายของผู้ป่วย ใช้ภาชนะกินอาหารและน้ำร่วมกัน

9. โรคหัด (Measles) เกิดจากเชื้อไวรัส Measles virus อาการและอาการแสดง มีไข้สูง น้ำมูกไหล ไอ ตาแดง มีผื่นหรือตุ่มที่เยื่อช่องปาก กระพุ้งแก้ม (Koplik spots) หลังมีอาการ 3-7 วัน จะมีผื่นที่โรคม ซอกคอ หน้า ลำตัว สามารถถ่ายทอดจากการรับเชื้อที่อยู่ในละอองเสมหะ น้ำมูก น้ำลายของผู้ป่วย เชื้อสามารถแพร่กระจายผ่านฝอยละอองขนาดเล็กในอากาศ

10. โรคหัดเยอรมัน ((Rubella) เกิดจากเชื้อไวรัส Rubella virus อาการและอาการแสดง มีไข้ต่ำ ๆ เพื่อย ตาแดง มีผื่นเล็ก ๆ ตามใบหน้า ลำตัว แขน ขา ต่อมมน้ำเหลืองบริเวณหลังหู ท้ายทอย และด้านหลังของลำคอโตขึ้น สามารถถ่ายทอดจากการรับเชื้อที่อยู่ในละอองเสมหะ น้ำมูก น้ำลายของผู้ป่วย ผ่านการหายใจ การไอจาม ทารกที่เป็นโรคจะมีเชื้ออยู่ในลำคอ และขับถ่ายออกทางปัสสาวะได้นาน 1 ปี ความสำคัญของโรคหัดเยอรมัน คือ ทารกที่ติดเชื้อในครรภ์ เมื่อคลอดอาจมีความพิการทางตา หู หัวใจ และสมองได้

11. โรคไข้มองอักเสบ เจอี (Japanese encephalitis) เกิดจากเชื้อไวรัส Japanese B encephalitis virus อาการและอาการแสดงส่วนใหญ่มักไม่มีอาการ ร้ายแรงจะมีอาการสมองอักเสบ มีไข้สูง ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ชักเกร็ง เสียชีวิตได้ โรคนี้ไม่ติดต่อจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่งได้ แต่มีสุกรเป็นแหล่งรังโรค ยุงรำคาญ เป็นพาหะนำเชื้อ

การให้วัคซีน

วัคซีนพื้นฐาน หรือวัคซีนตามแผนการสร้างภูมิคุ้มกันโรค หมายถึง วัคซีนจำเป็น ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้เด็กไทยทุกคนต้องได้รับ โดยเป็นวัคซีนป้องกันโรคสำคัญ ๆ ที่ติดต่อได้ง่าย หรือโรคที่ก่อให้เกิดอาการรุนแรงอันตรายในปัจจุบันประกอบไปด้วยวัคซีน ดังนี้

ตาราง 1 แสดงกำหนดการให้วัคซีนพื้นฐานและวิธีการให้วัคซีน

อายุ	วัคซีน	การให้วัคซีน	ข้อแนะนำ
แรกเกิด	BCG (วัคซีนป้องกันวัณโรค)	ฉีด เข้า ใน หั ง บริเวณ ต้น แขน 0.1 ML	1. ฉีดให้เด็กก่อนออกจาก โรงพยาบาล 2. ถ้าไม่มีหลักฐานว่า เคยได้มาก่อน ให้ฉีดซ้ำ เมื่ออายุ 6 เดือน
	HB1 (วัคซีนป้องกัน โรคตับอักเสบบี)	ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ บริเวณ กึ่งกลาง ต้นขาด้านหน้า ก่อนไปด้านนอก 0.5 ML	ควรให้เร็วที่สุดภายใน 24 ชั่วโมง

ตาราง 1 (ต่อ)

อายุ	วัคซีน	การให้วัคซีน	ข้อแนะนำ
1 เดือน	HB2 (วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี)	ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ บริเวณกึ่งกลางต้นขาด้านหน้าคอนไปด้านนอก 0.5 ML	เฉพาะรายที่คลอดจากมารดาที่เป็นพาหะของไวรัสตับอักเสบบี
2 เดือน	DTP HB Hib1 (วัคซีนรวมคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน ตับอักเสบบี ฮิบ)	ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ บริเวณกึ่งกลางต้นขาด้านหน้าคอนไปด้านนอก 0.5 ML	ห้ามให้วัคซีนโรคตา ครั้งที่ 1 ในเด็กอายุมากกว่า 15 สัปดาห์
	OPV1 (วัคซีนป้องกันโปลิโอชนิดรับประทาน)	รับประทานครั้งละ 2-3 หยด	
	Rota1 (วัคซีนโรคตา)	รับประทาน 1.5 ML	
4 เดือน	DTP HB Hib2 (วัคซีนรวมคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน ตับอักเสบบี ฮิบ)	ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ บริเวณกึ่งกลางต้นขาด้านหน้าคอนไปด้านนอก 0.5 ML	1. ให้วัคซีนป้องกันโปลิโอชนิดฉีด 1 เข็ม พร้อมกับวัคซีนป้องกันโปลิโอชนิดรับประทาน 1 ครั้ง
	OPV2 (วัคซีนป้องกันโปลิโอชนิดรับประทาน)	รับประทานครั้งละ 2-3 หยด	2. ห้ามให้วัคซีนโรคตาครั้งสุดท้าย ในเด็กอายุมากกว่า 32 สัปดาห์
	IPV1 (วัคซีนป้องกันโปลิโอชนิดฉีด)	ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ บริเวณกึ่งกลางต้นขาด้านหน้าคอนไปด้านนอก	
	Rota2 (วัคซีนโรคตา)	รับประทาน 1.5ML	

ตาราง 1 (ต่อ)

อายุ	วัคซีน	การให้วัคซีน	ข้อแนะนำ
6 เดือน	DTP HB Hib3 (วัคซีนรวมคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน ตั๊กแตนไขสันหลัง สิบ) OPV3 (วัคซีนป้องกันโปลิโอชนิดรับประทาน) Rota3 (วัคซีนโรต้า)	ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ บริเวณกึ่งกลางต้นขาด้านหน้าค่อนไปด้านหลัง 0.5 ML รับประทานครั้งละ 2-3 หยด	1. ห้ามให้วัคซีนโรต้าครั้งสุดท้าย ในเด็กอายุมากกว่า 32 สัปดาห์ 2. ให้ยกเว้นการได้รับวัคซีนโรต้าครั้งที่ 3 ในเด็กที่ได้รับวัคซีน Rotarix มาแล้ว 2 ครั้ง
9 เดือน	MMR1 (วัคซีนรวมป้องกันโรคหัด คางทูม หัดเยอรมัน)	ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง บริเวณกึ่งกลางต้นขาด้านหน้าค่อนไปด้านหลัง 0.5ML	หากไม่ได้ฉีดเมื่ออายุ 9 เดือน ให้รีบติดตามฉีดโดยเร็วที่สุด
1 ปี	LAJE1 (วัคซีนป้องกันโรคไข้มองอักเสบนกเจี๋ชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์)	ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง บริเวณกึ่งกลางต้นขาด้านหน้าค่อนไปด้านหลัง 0.5 ML	
1 ปี 6 เดือน	DTP4 (วัคซีนคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน) OPV4 (วัคซีนป้องกันโปลิโอชนิดรับประทาน)	ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ บริเวณกึ่งกลางต้นขาด้านหน้าค่อนไปด้านหลัง 0.5 ML รับประทานครั้งละ 2-3 หยด	

ตาราง 1 (ต่อ)

อายุ	วัคซีน	การให้วัคซีน	ข้อแนะนำ
2 ปี 6 เดือน	MMR2 (วัคซีนรวมป้องกันโรคหัด คางทูม หัดเยอรมัน)	ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ บริเวณกึ่งกลางต้นขาด้านหน้าค่อนไปด้านนอก 0.5 ML	
	LAJE2 (วัคซีนป้องกันโรคไข้วสมองอักเสบเจอี ชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์)	ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ บริเวณกึ่งกลางต้นขาด้านหน้าค่อนไปด้านนอก 0.5 ML	
4 ปี	DTP5 (วัคซีนคอตีบบาดทะยัก ไอกรน)	ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ บริเวณกึ่งกลางต้นขาด้านหน้าค่อนไปด้านนอก 0.5 ML	
	OPV5 (วัคซีนป้องกันโปลิโอชนิดรับประทาน)	รับประทานครั้งละ 2-3 หยด	

- หมายเหตุ:** 1. วัคซีนทุกชนิดถ้าไม่สามารถเริ่มให้ตามกำหนดได้ ก็เริ่มให้ทันทีที่พบครั้งแรก
2. สำหรับวัคซีนที่ต้องให้มากกว่า 1 ครั้ง หากเด็กมารับวัคซีนครั้งต่อไปล่าช้า สามารถให้วัคซีนครั้งต่อไปได้โดยไม่ต้องเริ่มต้นครั้งที่ 1 ใหม่
3. กรณีการให้วัคซีนแก่ผู้ที่ได้รับวัคซีนไม่ครบถ้วนหรือล่าช้า เด็กจะได้รับวัคซีนตามกำหนดครบภายในระยะเวลา 1 ปี จากนั้นให้วัคซีนต่อเนื่องตามที่กำหนดในกำหนดการให้วัคซีนปกติ

ที่มา: กองโรคป้องกันได้ด้วยวัคซีน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563

อาการข้างเคียงของวัคซีน

อาการข้างเคียงสามารถแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. อาการข้างเคียงเฉพาะที่ คืออาการที่เกิดขึ้นบริเวณตำแหน่งที่ฉีดวัคซีน เช่น อาการปวด อาการบวมแดง อาการคัน เป็นต้น

2. อาการข้างเคียงทั่วไป เช่น อาการไข้ อ่อนเพลีย ผื่น เป็นต้น ดังนั้นผู้ปกครองควรทราบวัคซีนแต่ละชนิดที่เด็กจำเป็นต้องได้รับ และอาการข้างเคียงจากวัคซีนนั้น ๆ เพื่อการดูแลอย่างถูกวิธี

ข้อควรปฏิบัติหลังรับวัคซีน

1. ผู้ปกครองควรเฝ้าสังเกตอาการของเด็กในสถานพยาบาลที่ได้รับวัคซีนอย่างน้อย 30 นาที ก่อนพาเด็กกลับบ้าน และควรสังเกตอาการต่อที่บ้าน หากเด็กมีอาการข้างเคียงภายหลังจากการได้รับวัคซีน เช่น ชัก ไข้สูงมาก ผู้ปกครองควรพาเด็กไปพบแพทย์ และรายงานให้แพทย์ทราบทุกครั้งก่อนการรับวัคซีนครั้งต่อไป

2. หลังได้รับวัคซีน เด็กอาจมีไข้ ตัวร้อน มักเกิดในวัคซีนคอตีบ ไอกรน บาดทะยักที่ได้รับตอนอายุ 2, 4, 6, 18 เดือน และ 4 ปี ควรเช็ดตัวให้เด็กด้วยผ้าชุบน้ำอุ่น โดยเฉพาะบริเวณซอกคอ ข้อพับ และรับประทานยาลดไข้ประเภทพาราเซตามอล

3. หากบริเวณที่ฉีดวัคซีนมีอาการปวด บวม แดง ร้อน เด็กอาจมีอาการร้องกวนหรืออแงได้ หากมีอาการมาก อาจใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นประคบและรับประทานยาแก้ปวด

4. วัคซีนบางชนิดต้องได้รับมากกว่า 1 ครั้ง ผู้ปกครองควรพาบุตรหลานไปรับวัคซีนให้ครบทุกครั้ง การให้วัคซีนซ้ำในกรณีที่ไม่แน่ใจว่าเคยได้รับมาก่อนหรือไม่ ไม่มีอันตรายใด ๆ นอกจากสิ้นเปลืองเงิน ยกเว้นวัคซีนป้องกันไข้สมองอักเสบเจอี ชนิดเชื้อตายที่ไม่แนะนำให้ฉีดเกิน 5 ครั้ง

5. ในกรณีที่ไม่สามารถมารับวัคซีนได้ตามที่กำหนด เมื่อผู้ปกครองไม่มีธุระอันใด ควรพาเด็กมารับวัคซีนทันที โดยสามารถให้เข็มต่อไปได้โดยไม่ต้องตั้งต้นใหม่

6. ผู้ปกครองควรเก็บบันทึกการรับวัคซีนของเด็กไว้ตลอดไป เพื่อเป็นหลักฐานการได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

7. ควรพักผ่อนสุขภาพ หากเด็กย้ายไปอยู่ที่อื่น และเมื่อถึงกำหนดรับวัคซีนให้พาเด็กไปรับวัคซีนที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน

ชาวเขาเผ่าม้ง

ประวัติศาสตร์

อูโร ยังชีพสุจริต (2560) ได้กล่าวว่า ตราบนานเท่าใดที่ม้งเรียกตนเองว่า “ม้ง” ม้งเองก็ถูกคนอื่นเรียกว่า “เหมียว” หรือ “แม้ว” นานเท่านี้ด้วยเช่นกัน ในขณะที่คำแรกเป็นเพียงชื่อเฉพาะ ที่แทบไม่มีความหมายในตัวเองใด ๆ คำหลังกลับมีนัยยะความหมายว่าเป็นกลุ่มคนที่รู้จักระบบการทำนาหรือทำการผลิตข้าวเป็นอาหารหลักโดยเชื่อมโยงกับตัวอักษร

ในภาษาจีน“เหมียว” (苗) ที่มีลักษณะเป็นรูปที่นา ซึ่งภายหลังนี่เองที่คนม้งได้อพยพ จากดินแดนในจีนสู่มาประเทศต่าง ๆ ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ชื่อดังกล่าวในภาษาพื้นถิ่น แถบกลับมิได้มีความหมายมากไปกว่าการเป็นเพียงเสียงร้องของแมวเท่านั้น จึงเป็นเหตุหนึ่ง ที่คนม้งส่วนใหญ่ไม่ชอบให้คนอื่นเรียกตนเองว่า “แม้ว” และพวกเขามีความพยายามยิ่ง ในการรณรงค์ให้ทั้งภาครัฐ สื่อมวลชน และคนทั่วไปหันมาใช้ชื่อชาติพันธุ์ที่พวกเขาานิยามตนเอง แทนการนิยามของคนนอกวัฒนธรรมคำดังกล่าว

สำหรับ ความหมายของคำว่า “ม้ง” แม้ในสามัญสำนึกของม้งทั่วไป จะไม่ได้แปลว่าอะไรเลยก็ตาม แต่ภายหลังก็มีนักวิชาการบางท่านก็พยายามให้ความหมาย กับคำดังกล่าวว่าหมายถึง “อิสระ” หรือ “อิสระชน” (Sucheng Chan, 1994; Yang, 2020) แต่ความหมายดังกล่าวก็ถูกตั้งคำถามและถกเถียงกันอยู่ เพราะประวัติศาสตร์ชีวิตม้งที่ผ่านมา ม้งหาได้ดำรงอยู่อย่างอิสระอย่างปราศจากการปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มวัฒนธรรมกระแสอื่น ๆ เรื่องเล่า ภาษาและวัฒนธรรมล้วนแล้วได้รับอิทธิพลจากกลุ่มสังคมกระแสหลักทั้งสิ้น และที่สำคัญมีการลุกขึ้นต่อสู้กับกลุ่มอำนาจกระแสหลักตลอดประวัติศาสตร์ที่ผ่านมา Lamont H. Thao (2002) จึงเห็นว่า คำว่าม้งจึงไม่อาจแปลได้ว่าอิสระชนได้ เพราะเขาเข้าจริงแล้ว มันเป็นเพียงชื่อชาติพันธุ์ที่หมายถึงคนม้งเช่นเดียวกันกับคนในชาติอื่น ๆ ที่ถูกเรียกว่า คนอินเดีย คนอังกฤษ และอเมริกัน โดยไม่มีความหมายอื่นแฝงอยู่แต่อย่างใด ทว่าตามทัศนะ และตามประสบการณ์ของผู้เขียนในฐานะที่เป็นม้งแล้ว เห็นว่าในบางบริบทคำดังกล่าว ก็แปลว่า “คน” หรือ Man เช่นเดียวกับชื่อชาติพันธุ์อื่น ๆ ที่มักจะตั้งชื่อของตนเองว่าเป็นมนุษย์ หรือคน เช่น “มานิ” แปลว่า “มนุษย์/คน” ปกาเกอญอ ก็แปลว่าคน และมลาปรี ก็มีความหมายว่าคน เป็นต้น นอกจากสองคำดังกล่าวแล้ว ยังมีอีกคำหนึ่งคือ “แซ่” ซึ่งเป็นคำที่คนกะเหรี่ยงหรือปกาเกอญอในจังหวัดเชียงใหม่และแม่ฮ่องสอนใช้เรียกม้ง คำดังกล่าวในทางนิรุกติศาสตร์แล้ว จิตร ภูมิศักดิ์ (2554) บันทึกไว้ว่าเป็นคำที่คนไตเหนือ ใช้เรียกคนจีนที่อยู่บริเวณพรมแดนญูนานตะวันตกติดต่อกับรัฐคะฉิ่นของพม่า ฉะนั้นการที่คนปกาเกอญอได้เรียกคนม้งว่า “แซ่” ผู้เขียนจึงเห็นว่าไม่ใช่เป็นประเด็นที่แปลก แต่อย่างใด เพราะคนม้งที่ตั้งรกรากอยู่ในเอเชียอาคเนย์นั้นล้วนแล้วแต่เดินทาง ออกมาจากดินแดนจีนทั้งสิ้น

แต่อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีผู้ใดสามารถสรุปได้ว่าชนชาติม้งมาจากที่ไหน แต่สันนิษฐานกันว่า ม้งคงจะอพยพมาจากที่ราบสูงทิเบต ไชปีเรีย และมองโกเลีย เข้าสู่ประเทศจีน แต่หลักแหล่ง อยู่แถบลุ่มแม่น้ำเหลือง (แม่น้ำฮวงโห) เมื่อราว 3,000 ปีมาแล้ว ซึ่งชาวเขาเผ่าม้งจะตั้งถิ่นฐาน อยู่ในมณฑลไกว เจา ฮุนหน่า กวางสี และมณฑลญูนาน ม้งอาศัยอยู่ในประเทศจีน

มาหลายศตวรรษ จนกระทั่งประมาณคริสต์ศตวรรษที่ 17 ราชวงศ์แมนจู(เหมา) มีอำนาจในประเทศจีน กษัตริย์จีนในราชวงศ์เหมาได้เปลี่ยนนโยบายเป็นการปราบปราม เพราะเห็นว่าม้งที่เป็นผู้ขายส่วนใหญ่แล้วรูปร่าง หน้าตาคล้ายกับคนรัสเซีย ทำให้คนจีนคิดว่า ม้งเป็นคนรัสเซีย จึงเป็นเหตุให้มีการปราบปรามม้งเกิดขึ้น โดยให้ชาวม้งยอมจำนน และยอมรับวัฒนธรรมของจีน และอีกประการหนึ่งคือเห็นว่า ม้ง เป็นพวกอนารยชนแห่งขุนเขา (คนป่าเถื่อน) จึงได้มีการต่อสู้กันอย่างรุนแรงในหลายแห่ง เช่น ในเมืองพังหยุนในปี พ.ศ. 2009 และการต่อสู้ในมณฑลไกวเจาในระหว่าง พ.ศ. 2276-2278 และการต่อสู้ในมณฑลเสฉวน ในระหว่าง พ.ศ. 2306-2318 ในที่สุด ชาวม้งประสบกับความพ่ายแพ้ สูญเสียพลรบ และประชากรเป็นจำนวนมาก ในที่สุดม้งก็เริ่มอพยพถอยร่นสู่ทางใต้ และกระจายเป็นกลุ่มย่อย กลับขึ้นอยู่บนที่สูงป่าเขาในแคว้น สิบสองจุไทย สิบสองปันนา และอีกกลุ่มได้อพยพไป ตามทิศตะวันออกเฉียงเหนือของราชอาณาจักรลาวบริเวณทุ่งไหหินเขียนเปียนฟู โดยมีหัวหน้าม้งคนหนึ่ง คือ นายพลวังปอ ได้รวบรวมม้ง และอพยพเข้าสู่ประเทศไทย เมื่อประมาณ พ.ศ. 2400เศษ เป็นต้นมา

ปัจจุบันชาวม้งส่วนใหญ่ในประเทศไทย ตั้งถิ่นฐานอยู่ตามภูเขาสูง หรือที่ราบเชิงเขา ในเขตพื้นที่จังหวัดเชียงราย พะเยา น่าน เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน แพร่ ลำปาง กำแพงเพชร เลย พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย และตาก มีจำนวนประชากรทั้งสิ้นประมาณ 151,080 คน (กรณีการ รัชยะลา, 2559)

วิถีชีวิตของชนเผ่าม้ง

เป็นที่ทราบกันว่าสังคมม้งเป็นสังคมเกษตรกรรมเท่านั้น ชาวม้งไม่มีวันหยุด ตามประเพณี นอกจากวันพิธีปีใหม่เท่านั้น เว้นแต่จะหยุดตามเหตุการณ์ดังต่อไปนี้ มีผู้เสียชีวิตในหมู่บ้าน พิธีแต่งงาน หรือการประกอบพิธีกรรมของแต่ละครัวเรือน ดังนั้นกิจกรรมการเกษตร ซึ่งรวบรวมได้ตามกำหนดเวลาในรอบปีที่เกี่ยวกับทำไร่ข้าว ข้าวโพด พืชผักต่าง ๆ เป็นต้น แต่ปัจจุบันนี้ ม้งเริ่มมีการเกษตรผสมผสานมากขึ้น โดยส่วนใหญ่ เลิกการทำไร่ข้าว ข้าวโพด หันมาทำข้าวนาแทนสวนผลไม้ ตลอดจนประกอบอาชีพอื่นมาเสริม เช่น การปักผ้า การทำเครื่องประดับทองขาว การทำเครื่องเงิน เป็นต้น

ปรารภ มงคลธวัช (2541) กล่าวว่า ครอบครัวม้งในประเทศไทย มีลักษณะ เป็นครอบครัวขยายในแนวนอน ประกอบด้วยครอบครัวหลายครอบครัว ซึ่งเกี่ยวข้องเป็นพี่น้องกัน อยู่ร่วมกันในครอบครัวเดียวกัน เช่น ครอบครัวของพี่ชายและครอบครัวของน้องชาย อยู่ในครัวเรือนเดียวกัน และมีหัวหน้าครอบครัวคนเดียวกัน อำนาจการตัดสินใจปัญหาสำคัญ ๆ ของครอบครัวอยู่ที่ฝ่ายชาย ผู้อาวุโสสูงสุดที่เป็นหัวหน้าและเป็นผู้นำครอบครัวหนึ่ง ๆ

มีสมาชิกจำนวนมาก เกี่ยวพันโดยสายเลือดและแต่งงาน หลังแต่งงานฝ่ายหญิงจะอยู่บ้านฝ่ายชาย (patrilocal residence) ทำให้เกิดครอบครัวชายที่มีแกนอยู่ที่กลุ่มญาติผู้ชาย มรดกตกทอด และการสืบตำแหน่งต่าง ๆ จากพ่อจะไปยังลูกชาย และใช้สกุลของพ่อ สังคมของม้งอนุญาตให้ผู้ชายมีภรรยามากกว่า 1 คนได้ และไม่ให้มีการแต่งงานในแซ่สกุลเดียวกัน เพราะถือว่าเป็นพี่น้องกัน ความสัมพันธ์ทางเครือญาติที่ใกล้ชิดของม้ง พิจารณาได้จากศัพท์ 3 คำ 1. "แซ่เดียวกัน" (ตัวลู่วง) คือ ม้งที่มีแซ่เดียวกันถือเป็นพี่น้องกัน แม้จะอยู่ต่างถิ่นฐานกันหรือไม่ได้เป็นญาติกันโดยตรงก็ตาม อาจจะนับถือผีบรรพบุรุษเดียวกันหรือไม่ก็ได้ 2. "ลูกพี่ลูกน้อง" (กือตี้) คือมีแซ่เดียวกัน เป็นญาติพี่น้องกัน สามารถปรึกษาหารือให้คำแนะนำซึ่งกันและกันได้ แต่อาจทำพิธีกรรมบางอย่างร่วมกันไม่ได้ เพราะนับถือผีบรรพบุรุษไม่เหมือนกัน 3. "นับถือผีเดียวกัน" (ตัวตุ๊กลั้ง) เป็นความสัมพันธ์ทางสายเลือดที่ใกล้ชิดกันมากที่สุด เพราะนับถือผีบรรพบุรุษเดียวกัน เป็นญาติพี่น้องกันจริง ๆ สามารถตายและจัดพิธีศพในบ้านของกันและกันได้ ความสัมพันธ์ทางเครือญาติของม้งจึงสามารถวิเคราะห์ผ่านพิธีกรรมงานศพได้ สำหรับบ้านห้วยน้ำไซประเภทครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัวชาย คือร้อยละ 75.82 และ 24.18 การแต่งงาน: ม้งมีการแต่งงานหลายแบบ เช่น การฉุด การพาหนี การลู่ขอ และการหมั้นตั้งแต่ยังเด็ก แต่วิธีแต่งงานที่นิยมกันมากคือการฉุดหรือหนีตามกัน เมื่อทำมาหากินจนมีเงินทองแล้ว จึงไปลู่ขอและจัดทำพิธีแต่งงาน ส่วนการหมั้นตั้งแต่เด็กอาจเปลี่ยนใจได้ภายหลัง แต่ฝ่ายที่เปลี่ยนใจต้องเสียค่าปรับเป็นเงินค่อนข้างสูง (ปัจจุบันมีไม่มาก) ประเพณี การเกี่ยวสาวของหนุ่มม้งจะไม่ทำในที่สาธารณะหรือต่อหน้าผู้ใหญ่ เพราะจะเป็นการไม่ให้เกียรติผู้ใหญ่หรือไม่ทำในบ้าน เพราะถือว่าเป็นการผิดผี ฝ่ายชายจะร่อนจนกว่าพ่อแม่ฝ่ายหญิงหลับ จึงเรียกฝ่ายหญิงออกไปพบกันนอกบ้าน การมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานจึงเป็นเรื่องธรรมดาในสังคมม้ง หากเกิดตั้งครรภ์ขึ้นในขณะที่พบกับผู้ชายหลายคน แต่ไม่ทราบว่าตั้งครรภ์กับใคร หญิงสาวอาจบอกพ่อแม่เพื่อจะได้หาทางทำแท้ง หรือหญิงสาวอาจบอกชื่อของชายหนุ่มที่เธอรักมากที่สุดว่าเป็นพ่อของเด็กในท้อง ชายหนุ่มอาจยอมแต่งงานด้วยหรือปฏิเสธ โดยยอมเสียค่าปรับเป็นค่าทำคลอดก็ได้ การตั้งครรภ์ในลักษณะนี้จะคลอดในบ้านไม่ได้ พ่อจะสร้างกระท่อมเล็ก ๆ ใกล้บ้านเพื่อคลอดลูก หลังคลอดลูก 1 เดือน จึงกลับเข้าอยู่ในบ้านได้ ส่วนการฉุดมักกระทำเมื่อสนใจหญิงสาวแล้วไม่ได้รับการสนใจตอบ การฉุดต้องทำนอกบ้านเพื่อไม่ให้ผิดผี หากมีผู้พบเห็นก็ไม่มีใครช่วยแม้จะได้รับการร้องขอจากฝ่ายหญิงก็ตาม พ่อฝ่ายหญิงและญาติพี่น้องฝ่ายชายตลอดจนคนนอกจะไม่เข้ายุ่งเกี่ยว คนที่จะช่วยมีแต่แม่ฝ่ายหญิงหรือญาติที่เป็นผู้หญิงเท่านั้น หากการฉุดสำเร็จ ภายใน 3 วัน

ฝ่ายชายจะไปขอขมาต่อพ่อแม่ฝ่ายหญิงและตกลงค่าสินสอดการแต่งงาน หลังแต่งงานฝ่ายหญิงต้องทำงานหนัก การแบ่งงานกันทำภายในครอบครัวในอดีต ฝ่ายหญิงจะทำงานหนักต้องรับผิดชอบทั้งงานบ้านและงานในไร่ เมื่อตื่นขึ้นมาจะทำหน้าที่ตำข้าว สับผักหั่น ต้มข้าวหมู หุงข้าวและทำอาหาร พอเช้าตรู่จะออกไปทำไร่ ในขณะที่ฝ่ายชายจะอยู่เฝ้าบ้านนั่งล้อมวงพูดคุยและสูบฝิ่น แต่ในปัจจุบันนี้สมาชิกทุกคนในครอบครัวจะช่วยกันทำไร่ ปัจจุบันม้งที่หมู่บ้านห้วยน้ำไซ ถ้าฝ่ายชายชอบหญิงคนใดจะไปบอกพ่อแม่ พ่อแม่จะทำพิธีเช่นผีด้วยธูปและไก่ต้ม โดยอธิฐาน หากลูกชายของตนแต่งงานแล้วจะมีความสุข มีเงินมีทองขอให้สำแดงอิทธิฤทธิ์ด้วยการพิจารณาจากลั่นไก่และขาไก่ หากลั่นและขาไก่ไม่มีปัญหาพ่อแม่ฝ่ายชายจะส่งเถ้าแก่ไปสู่ขอตกลงสินสอด ซึ่งนิยมเป็นเงินแท่ง

ความเชื่อด้านสุขภาพ

ชาวม้งมีการนับถือวิญญาณบรรพบุรุษ สิ่งศักดิ์สิทธิ์เกี่ยวกับธรรมชาติสิ่งแวดล้อมที่อยู่บนฟ้า ในลำนํ้า ประจำต้นไม้ ภูเขา ไร่นา ฯลฯ ชาวม้งจะต้องเช่นสิ่งเวทย์สิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่าง ๆ เหล่านี้ปีละครั้ง โดยเชื่อว่าพิธีไสยศาสตร์เหล่านี้จะช่วยให้วินิจฉัยโรคได้ถูกต้องและทำการรักษาได้ผล เพราะความเจ็บป่วยทั้งหลาย ล้วนแต่เป็นผลมาจากการผิดผีทำให้ผีเดือดดาลมาแก้แค้นลงโทษให้เจ็บป่วย จึงต้องใช้วิธีจัดการกับผีให้คนไข้หายจากโรค หากว่าคนทรงเจ้ารายงานว่าคนไข้ที่ล้มป่วยเพราะขวัญหนี ก็จะต้องทำพิธีเรียกขวัญกลับเข้าสู่ร่างของคุณคนนั้น แต่การที่จะเรียกขวัญกลับมานั้น จะต้องมีการปฏิบัติมากมาย บางครั้งบางพิธีกรรมก็มีความยุ่งยากในการปฏิบัติ แต่ม้งก็ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคเหล่านั้น ม้งเชื่อว่าการที่มีร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง โดยไม่มีโรคภัยมาเบียดเบียนนั้นคือความสุขอันยิ่งใหญ่ของม้ง ฉะนั้นม้งจึงต้องทำทุกอย่างเพื่อเป็นการรักษาให้หายจากโรคเหล่านั้น ซึ่งพิธีกรรมในการรักษาโรคของม้งนั้นมีอยู่หลายแบบ ซึ่งแต่ละแบบก็รักษาโรคแต่ละโรคแตกต่างกันออกไป การที่จะทำพิธีกรรมการรักษาได้นั้นต้องดูอาการของผู้ป่วยว่าอาการเป็นเช่นไร แล้วจึงจะเลือกวิธีการรักษาโดยวิธีใดถึงจะถูกต้อง (กาญจนา จันทร์สิงห์, 2560)

การรักษาโรคด้วยความเชื่อทางไสยศาสตร์

ม้งมีความเชื่อว่าพิธีไสยศาสตร์เหล่านี้จะช่วยให้วินิจฉัยโรคได้ถูกต้องและทำการรักษาได้ผล เพราะความเจ็บป่วยทั้งหลาย ล้วนแต่เป็นผลมาจากการผิดผีทำให้ผีเดือดดาลมาแก้แค้นลงโทษให้เจ็บป่วย จึงต้องใช้วิธีจัดการกับผีให้คนไข้หายจากโรค หากว่าคนทรงเจ้ารายงานว่าคนไข้ที่ล้มป่วยเพราะขวัญหนี ก็จะต้องทำพิธีเรียกขวัญกลับเข้าสู่ร่างของคุณคนนั้น แต่การที่จะเรียกขวัญกลับมานั้น จะต้องมีการปฏิบัติมากมาย บางครั้งบางพิธีกรรมก็มีความยุ่งยากในการปฏิบัติ แต่ม้งก็ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคเหล่านั้น

มั่งเชื่อว่าการที่มีร่างกายสมบูรณ์ แข็งแรง โดยไม่มีโรคภัยมาเบียดเบียนนั้นคือ ความสุขอันยิ่งใหญ่ของมั่ง ฉะนั้นมั่งจึงต้องทำทุกอย่าง เพื่อเป็นการรักษาให้หายจากโรคเหล่านั้น ซึ่งพิธีกรรมในการรักษาโรคของมั่งนั้นมีอยู่หลายแบบ ซึ่งแต่ละแบบมีการรักษาโรคแต่ละโรค แตกต่างกันไป การที่จะทำพิธีกรรมการรักษาได้นั้น ต้องดูอาการของผู้ป่วย ว่าอาการเป็นเช่นไร แล้วจึงเลือกวิธีการรักษาโดยวิธีใดถึงจะถูกต้อง

1. การทำผี หรือการลงผี (การอ้วน)

การอ้วน (การทำผีหรือลงผี) เป็นการรักษาอีกประเภทหนึ่งของมั่ง ซึ่งมีอยู่ 3 ประเภท คือ การอ้วนข่อยชื้อะ การอ้วนเกรทัง การอ้วนไชโย ซึ่งการอ้วน แตกต่างกันไป การรักษาก็แตกต่างกันด้วยเช่นกัน การจะอ้วนได้เมื่อมีคนในครอบครัว เจ็บป่วย โดยไม่รู้สาเหตุเป็นการรักษาอีกประเภทหนึ่ง ดังนั้นมั่งมักจะนิยมอ้วน เพื่อการเรียกขวัญที่หายไปหรือมีผีพาไปให้กลับคืนมาเท่านั้น ซึ่งมั่งเชื่อว่าการเจ็บป่วย เกิดจากขวัญที่อยู่ในตัวหายไป มีวิธีการรักษา ดังนี้

เวลาอ้วนหรือทำผีนั้น คนที่เป็นพ่อบุญจะเริ่มไปนั่งบนเก้าอี้แล้วร่ายเวทมนต์ คาถาต่าง ๆ พร้อมกับติดต่อสื่อสารกับผีแล้วไปคลี่คลายเรื่องราวต่าง ๆ กับผีถ้าคลี่คลายได้ แล้วจะมีการฆ่าหมู แต่ก่อนจะฆ่าหมูนั้นจะต้องให้คนไข่นั่งอยู่ข้างหลังพ่อบุญแล้วผูกข้อมือ จากนั้นนำหมูมาไว้ข้างหลังคนไข่นั่ง แล้วพ่อบุญจะสั่งให้ฆ่าหมู การที่จะฆ่าหมูได้นั้น จะต้องมีคนหนึ่งซึ่งเป็นตัวแทนของพ่อบุญ และสามารถฟังเรื่องราวของการอ้วน ได้รู้ว่าตอนนี้พ่อบุญต้องการอะไรหรือสั่งให้ทำอะไร เมื่อพ่อบุญสั่งลงมา คนที่เป็นตัวแทน ต้องบอกกับคนในครอบครัวให้ทำตามคำบอกกล่าวของพ่อบุญ เมื่อสั่งให้ฆ่าหมู ต้องนำหมูมาฆ่าแล้วจะนำกั๊วะมาจุ่มกับเลือดหมู พร้อมกับมาปะที่หลังคนไข่นั่ง แล้วพ่อบุญ จะเป่าเวทมนต์ จากนั้นนำกั๊วะไปจุ่มเลือดหมูเพื่อไปเช่นไหว้ที่ผ่นซึ่งเป็นที่รวมของของบูชาเหล่านั้น

2. การรักษาคนตกใจ (การไชแจง)

เป็นการรักษาอีกประเภทหนึ่งของมั่ง การไชแจงจะกระทำเมื่อมีคนป่วยที่ตัวเย็น เท้าเย็น ใบหูเย็น มือเย็น ซึ่งมั่งเชื่อว่าการที่เท้าเย็น มือเย็น หรือตัวเย็น เกิดจากขวัญในตัวคน ได้หล่นหายไป หรือไปทำให้ผีกลัว แล้วผีก็แก้งทำให้บุคคลนั้นไม่สบาย มีวิธีการรักษา ดังนี้

พ่อบุญจะนำเอาขิงมาขนาดตามเส้นประสาท ได้แก่ บริเวณปลายจมูก ตรงไปที่หน้าผาก นวด แล้วย้อนกลับไปใบหู แล้วนวดบริเวณหน้าผากไปที่ใบหูซ้ำ 3 ครั้ง จากนั้นเปลี่ยนเป็นการนวดที่เส้นประสาทมือ คือนวดบริเวณปลายนิ้วมือไล่ไปที่ข้อมือ ทำซ้ำทุกนิ้วมือ แล้วรวมกันที่ข้อมือ นวดและหมุนรอบที่ข้อมือ ซึ่งขณะนวดต้องเป่าคาถา ด้วย และบริเวณฝ่าเท้าให้นวดเหมือนกัน ต้องทำซ้ำกัน 3 ครั้ง ซึ่งการรักษาไชแจงนี้

จะทำการรักษา 3 วัน เมื่อเสร็จจากการรักษาแล้ว ถ้าอาการไม่ดีขึ้นก็หาวิธีอื่น ๆ มารักษาต่อ เช่น อีวีนิ่งหรือการสูปรี เป็นต้น

3. การรักษาด้วยการเป่าด้วยน้ำ (การช้อแตะ)

เป็นการรักษาอีกประเภทหนึ่งของมั้ง การช้อแตะจะเป็นการกระทำเมื่อมีคนในครอบครัวที่ป่วยร้องไห้ไม่หยุด และตกใจมากเป็นพิเศษ โดยไม่รู้สาเหตุ หรือผู้ป่วยเห็นบางอย่างที่ทำให้รู้สึกกลัวมาก มีวิธีการรักษาดังนี้

คนที่เป่าพ่อบุญหรือแม่หมอบ จะให้คนป่วยอาการดังกล่าวไปนั่งใกล้กับกองไฟหรือเตาไฟ แล้วเอาถ้วยหนึ่งใบใส่น้ำให้เรียบร้อยมาตั้งไว้ข้าง ๆ พ่อบุญหรือแม่หมอบ คือผู้ที่ทำการรักษา จะใช้ตะเกียบคู่หนึ่งหนีบก้อนถ่านที่กำลังรูกใหม่เป็นสีแดงขึ้นมา แล้วเป่าก้อนถ่านจากนั้นเริ่มท่องคาถา แล้วนำก้อนถ่านก้อนนั้นไปวนบนหัวของคนป่วย ขณะวันนั้นก็สวดคาถาด้วย เมื่อวนเสร็จนำก้อนถ่านก้อนนั้นใส่ในถ้วยที่เตรียมไว้ พร้อมกับปิดฝาให้ทำซ้ำกันแบบนี้สามรอบเมื่อเสร็จแล้วจับมือคนป่วยขึ้นมาเป่าพร้อมท่องคาถา เมื่อเสร็จสิ้นแล้วนำมือชุบน้ำที่อยู่ถ้วยขึ้นมาลูบหน้าของผู้ป่วยหรือลูบแขนผู้ป่วย เมื่อทำเสร็จแล้วอาการของผู้ป่วยจะทุเลาลง มั้งจะนำวิธีการนี้มาใช้ในการรักษาคนไข้ที่ตกใจมาก และปัจจุบันนี้มั้งยังคงยึดถือและปฏิบัติกันอยู่ แต่ก็มีบางที่อาการหนักมากจนไม่สามารถที่จะรักษาให้หายขาดได้แล้วจึงจะนำไปรักษาที่โรงพยาบาลต่อไป

4. การปิดกวาดสิ่งที่ไม่ดีออกไป (การหรือขู่)

เป็นการรักษาอีกวิธีหนึ่งของมั้งที่จะปฏิบัติในช่วงขึ้นปีใหม่เท่านั้น คือในหนึ่งรอบปีที่ผ่านมามีครอบครัวจะเจอสิ่งที่ไม่ดี ดังนั้นจึงมีการหรือขู่ เพื่อปิดเป่าหรือกวาดสิ่งที่ไม่ดีให้ออกไปจากบ้านและตัวบุคคล หรือเป็นการปิดเป่า กวาดโรคภัยไข้เจ็บออกจากตัวบุคคล หรือออกจากบ้านให้หมด เพื่อที่จะรับปีใหม่ที่เข้ามา และต้อนรับสิ่งดีๆ ที่กำลังจะมาในปีถัดไป พิธีกรรมนี้มั้งจะทำทุกปี และคนในครอบครัวต้องอยู่ให้ครบทุกคน ไม่ให้ขาดคนใดคนหนึ่ง (แต่หากว่าคนในครอบครัวนั้นไปทำงานต่างจังหวัดและไม่สามารถที่จะกลับมาร่วมพิธีกรรมนี้ได้ ผู้ปกครองต้องนำเสื้อผ้าของคนที่ไม่อยู่มาร่วมพิธีกรรม หากไม่ได้เข้าร่วมพิธีกรรมนี้ มั้งเชื่อว่าสิ่งที่ไม่ดีจะติดตัวไปยังปีต่อ ๆ ไป และทำอะไรก็ไม่เจริญ)

5. หมูประตู่ผี (อ้วะบัวจ่อง)

เป็นพิธีกรรมที่มั้งกระทำเพื่อรักษาคนทั้งหมดในบ้านหลังนั้นให้ปราศจากโรคภัย โดยมีวิธีการรักษาดังนี้ ซึ่งการประกอบพิธีกรรมหมูประตู่ผีนั้นจะทำในตอนกลางคืนเท่านั้น อันดับแรกคือการกล่าวปิด และกล่าวเปิดประตู จากนั้นจะมีการฆ่าหมูแล้วต้มให้สุก

จากนั้นก็กล่าวปิดประตู แล้วนำหมูที่ต้มสุกนั้นมาหันเป็นชิ้นเล็ก ๆ จัดไว้ตามจานที่วางไว้ 9 จาน ซึ่งแต่ละจานจะใส่ชิ้น เนื้อแตกต่างกัน ดังนี้

จานที่ 1 ใส่มี้อซ้ายหมูและหัวข้างซ้าย

จานที่ 2 จะใส่ขาขวาหมูกและหัวข้างขวา

จานที่ 3 จะใส่ขาซ้ายหมูและคางซ้ายหมู

จานที่ 4 ใส่มี้อขวาหมูและคางขวาหมู

จานที่ 5 ใส่มี้อซ้ายหมู

จานที่ 6 ใส่ขาขวาหมู

จานที่ 7 ใส่ขาขวาหมูและใบหู 5 ชิ้น

จานที่ 8 ใส่มี้อขวาหมู

จานที่ 9 ใส่จุมกและหางหมู

เครื่องมือทำผี (อ้วเน้ง)

1. ไม้คู่เสียงท่าย (ก๊วะ) ทำมาจากไม้หรือเขาสัตว์ต่าง ๆ มีลักษณะพิเศษคือ หากว่าทำจากไม้ ไม้ันต้องเป็นหน่อไม้ที่โผล่พ้นจากดินชนิดหนึ่ง จึงจะตัดเอาไปทำไม้คู่เสียงท่ายได้ หากทำจากเขาสัตว์ ต้องเป็นเขาสัตว์ที่แก่ตายเอง เพราะมั่งมีความเชื่อว่า ก๊วะ นั้นเป็นเครื่องมือในการสื่อสารระหว่างคนกับผีปู่ผีย่า ดังนั้นจะต้องมีความศักดิ์สิทธิ์ และมีความแม่นยำในการติดต่อสื่อสาร ดังนั้นมั่งจึงไม่นิยมทำไม้คู่เสียงท่ายจากเขาสัตว์ที่ถูยิงตาย ก๊วะเป็นเครื่องมือในการสื่อสารระหว่างคนกับผีปู่ผีย่าได้ทุกกรณี การใช้ก๊วะติดต่อระหว่างคนกับผีโดยทั่วไปนั้น สามารถที่จะปรากฏผลดังนี้ คือ

ถ้าทายทั้งคู่ หมายถึง ภาษาคนติดต่อกับผีหรือคนตายไม่ได้

ถ้าคู่ว่าทั้งคู่ หมายถึง ภาษาคนติดต่อกับผีหรือคนตายได้แต่ผีไม่ยอมรับ

ถ้าคู่ว่าหนึ่งอัน ทายหนึ่งอัน หมายถึง สามารถติดต่อกับผีได้ และผียอมรับเอาของนั้น ๆ ไปกินไปใช้ (ก๊วะ ใช้สำหรับอ้วเน้งเท่านั้น)

2. ฆ้อง (จ๊วะเน้ง) เป็นอุปกรณ์อย่างหนึ่งที่มั่งใช้ในการประกอบพิธีการทำผี หรือการอ้วเน้ง ซึ่งอุปกรณ์ชนิดนี้มีความสำคัญมากในการทำผีจะขาดไม่ได้เลย และเป็นสัญญาณในการบ่งบอกว่ามีก๊วะอ้วเน้งเกิดขึ้น หากได้ยินเสียงฆ้อง (จ๊วะเน้ง) แสดงว่าบ้านหลังนั้นมีการอ้วเน้ง เพื่อรักษาผู้ป่วยในครอบครัวนั้น ซึ่งปัจจุบันนี้ ยังคงมีการใช้แต่ละขั้นตอน ในการทำผีจะลดขบวนการลงยึดในส่วนที่สำคัญไว้เท่านั้น

3. แก้อี้ในการนั่งทำผี (จ้องเน้ง) เป็นอุปกรณ์ที่คนมั่งใช้ในการทำผีหรือการอ้วเน้ง ซึ่งการทำผีทุกครั้งจะต้องมีแก้อี้สำหรับคนที่ เป็นพ่อหมอนั่งขณะทำ เพื่อช่วยลดความเมื่อยล้า

ของพ่อหมอล ซึ่งแก้อ้อหรือจ๋องเน้งนั้นมีความสำคัญมากในการอ้วเน้ง เพราะช่วยให้พ่อหมอล มีสมาธิในการทำผีตีขึ้น ซึ่งปัจจุบันนี้ยังใช้ในการอ้วเน้ง ไม่ได้สูญหายไป

4. เหยียญกษัตริย์ (จ้อเน้ง) เป็นอนุกรรมอย่างหนึ่งที่มั่งใช้ในการทำผี (อ้วเน้ง) ซึ่งเหยียญกษัตริย์ หรือจ้อเน้งนั้นเป็นหัวใจสำคัญในการติดต่อสื่อสารระหว่างโลกมนุษย์ กับยมโลก ซึ่งมั่งจะทำพิธีทำผี (อ้วเน้ง) แต่ครั้งนั้นเป็นการรักษาโรคต่าง ๆ ของผู้ป่วย ดังนั้นมั่งจำเป็นต้องมีเหยียญกษัตริย์นี้เพื่อในการติดต่อกับยมโลก หรือถือได้ว่าเป็นอนุกรรม สำหรับในการเดินทางผ่านด่านแต่ละด่านเพื่อเข้าไปถึงยมโลก และตกลงกับยมโลก เพื่อที่จะให้ยมโลกยอมรับเงื่อนไขต่าง ๆ ซึ่งเงื่อนไขนั้นก็จะมีอยู่ว่า ถ้ายมโลกยอมรับเงื่อนไข แล้วจะบำเหน็จรางวัลให้กับยมโลก หรือผีปู้ผีย่าต่าง แต่ผีต่าง ๆ เหล่านี้ ต้องทำให้คนป่วยนั้น หายจากโรคที่เป็นอยู่ ฉะนั้นการอ้วเน้งของมั่งจะขาดเหยียญกษัตริย์ไม่ได้เลย มีความจำเป็นมาก ซึ่งในปัจจุบันนี้มั่งยังคงใช้อยู่ และยังคงประกอบพิธีกรรม ในการรักษาผู้ป่วยเหล่านี้อยู่ (สมัย สุทธิธรรม, 2530)

ภาษาม้ง

ภาษาม้งนับได้ว่าเป็นอีกหนึ่งภาษาในประเทศไทย แต่ภาษาม้งเป็นภาษาที่ใช้ได้ในกลุ่มคนบางกลุ่มคนเท่านั้น เนื่องจากว่าภาษาม้งจะใช้ได้เฉพาะคนที่เป็นม้งเป็นส่วนใหญ่ และในปัจจุบันลูกหลานม้งเริ่มเห็นคุณค่าของภาษานี้น้อยลง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลง ของสังคมเปลี่ยนไป ทำให้ม้งใช้ภาษาของตนเองน้อยลง ใช้ภาษากลางเป็นหลัก ในอนาคตเยาวชนม้งรุ่นต่อไปอาจไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาของตนและไม่สามารถ เขียนภาษาม้งได้ (ประสิทธิ์ ลีปรีชา, 2537)

ตาราง 2 แสดงภาษาชนเผ่าม้ง

ภาษาชนเผ่าม้ง	ความหมาย
Nyob zoo	สวัสดี ขยายความ ประโยคนี้อจะใช้เมื่อพบกันทักทายกัน
kuv hlub koj	ฉันรักเธอ ขยายความ ประโยคนี้อใช้เมื่อเราต้องการ บอกความในใจ แก่คนที่เรารัก
Thov kom tau koob hmoov zoo	ขอให้โชคดี ขยายความ ประโยค อวยพรให้ ผู้ที่กำลังจะจากกันไป
Thov txim	ขอโทษ ขยายความ ประโยคนี้อ เป็นการขอโทษสิ่งที่ทำไป หากไม่ถูกต้อง
Kuv lub npe hu hais tias yiv	ฉันชื่อ...หยี่

ตาราง 2 (ต่อ)

ภาษาชนเผ่าม้ง	ความหมาย
Thaum twg	เมื่อไร ขยายความ ประโยคนี้ จะใช้เมื่อต้องการถามเวลาไหน
Qhov twg	ที่ไหน ขยายความ ประโยคถามสถานที่
Hnub no	วันนี้ ขยายความ ประโยคนี้ จะใช้เมื่อคนสองคน พูดถึงวันนี้
Nej tuaj qhov twg tuaj	คุณมาจากที่ไหน ขยายความ ประโยคถามคนที่ไม่รู้จักกันมาก่อน
zoo siab tau sib ntsib	ยินดีที่ได้พบกัน ขยายความ ประโยคนี้จะใช้เมื่อคนสองคน เพิ่งรู้จักกัน
haus dej	ดื่มน้ำ ขยายความ ประโยคบอกให้อีกคนดื่มน้ำ
Thov nej pab kuv thiab	โปรดช่วยฉันด้วย ขยายความ ประโยคนี้จะใช้เมื่อต้องการ ขอความช่วยเหลือ
Noj mov	กินข้าว หรือทานข้าว ขยายความ ประโยคบอกให้กินข้าว
Ua tsaug ntau	ขอบคุณมาก ขยายความ ใช้สำหรับขอบคุณ
Tsaus ntuj	ตอนเย็น ขยายความ ประโยคนี้เป็นการบอกว่ามืดแล้ว
npaum li cas	ราคาเท่าไร ขยายความ ประโยคนี้เป็นการถามราคาสินค้า ที่จะซื้อ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

รุสนา ดอแม็ง (2555) ปัจจัยที่มีผลต่อผู้ปกครองในการนำเด็กอายุ 0-5 ปี
รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐานของจังหวัดปัตตานี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ปกครอง
เด็กอายุ 0-5 ปี จังหวัดปัตตานี จำนวน 540 คน การศึกษานี้มีรูปแบบการศึกษาเชิงวิเคราะห์
แบบภาคตัดขวาง โดยใช้แบบสัมภาษณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล สถิติที่ใช้
เป็นสถิติเชิงพรรณนา และ logistic regression ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์
ต่อการนำบุตรหลานมารับวัคซีน ได้แก่ ศาสนา ระดับการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริม
ภูมิคุ้มกันโรค ความเชื่อเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปัจจัยเอื้อที่มีความสัมพันธ์
ได้แก่ ความพึงพอใจในการบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ระยะทางจากบ้าน
ถึงสถานบริการสาธารณสุข และสถานการณ์ความไม่สงบ และปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์
พบว่าไม่มีผลต่อการนำบุตรหลานอายุ 0-5 ปี รับวัคซีนพื้นฐาน ของผู้ปกครอง จังหวัดปัตตานี

ภูทอง พรหมวงศา และคณะ (2560) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความครอบคลุมของการได้รับวัคซีน ในเด็กอายุต่ำกว่า 24 เดือน เมืองบริคตันท์ แขวงบอลิคำไซ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 24 เดือน จำนวน 240 คน และเด็กอายุต่ำกว่า 24 เดือน จำนวน 240 คน มีรูปแบบการวิจัย Cross-Sectional Analytical Study เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ สถิติที่ใช้ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน univariate logistic regression และ multiple logistic regression พบว่า อัตราการได้รับวัคซีนตามเกณฑ์ของเด็กอายุต่ำกว่า 24 เดือนนั้น ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งการให้ความรู้ผู้ปกครองเกี่ยวกับความสำคัญของการมารับวัคซีนเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ปกครองพาบุตรหลานมารับวัคซีน โดยเฉพาะในกลุ่มชนเผ่าที่มีปัญหาด้านภาษา มีบริบททางสังคม ความเชื่อที่อาจเป็นข้อจำกัดในการเข้ารับบริการ ดังนั้นต้องวางแผนและพัฒนาสื่อให้ความรู้ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของชนเผ่าชนนั้น ๆ

วรภัทร กระทุ้, อัมพวรรณ ศรีวิไล และพอใจ พัทธนิത്യธรรม (2561) ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเรื่องการเจ็บป่วยของผู้ปกครองชาวม้งและการมารับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนขั้นพื้นฐานในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ปกครองชาวม้งที่มีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่จริงในอำเภอหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 115 คน โดยมีรูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง โดยใช้แบบสัมภาษณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้สถิติ logistic regression วิเคราะห์ความสัมพันธ์อย่างหยาบ และ multiple logistic regression วิเคราะห์ความสัมพันธ์อย่างง่าย ผลการศึกษาพบว่าลักษณะความเชื่อเรื่องการเจ็บป่วยของผู้ปกครองชาวม้งสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ ความเจ็บป่วยที่มีสาเหตุการเกิดโรคมมาจากธรรมชาติ (ความไม่สมดุลของร่างกายสิ่งแวดล้อม และสิ่งทำให้เกิดโรค) และสาเหตุการเกิดโรคมจากสิ่งทีนอกเหนือธรรมชาติ ชาวม้งนั้นมีความเชื่อในเรื่องภูตผี และนับถือวิญญาณต่าง ๆ โดยเฉพาะวิญญาณของบรรพบุรุษจะคอยส่งผลดีและผลร้ายกับพวกเขา รวมทั้งการเกิดอาการเจ็บป่วยต่าง ๆ อัตราการมารับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนขั้นพื้นฐานครบตามช่วงอายุเท่ากับร้อยละ 67.8 ผู้ปกครองที่มีความเชื่อเรื่องการเจ็บป่วยว่ามีสาเหตุการเกิดโรคมมาจากธรรมชาติมีความสัมพันธ์กับการพาบุตรหลานมารับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนขั้นพื้นฐานในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ครบตามช่วงอายุ และปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ ผู้ปกครองอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี การฝากครรภ์ก่อนคลอดมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง นับถือศาสนาพุทธ ไม่เชื่อว่าการฉีดวัคซีนเข้าสู่ร่างกายถือว่เป็นการขัดต่อความเชื่อของชาวม้ง การได้รับความยินยอม

ในการพาบุตรหลานไปรับวัคซีนจากหัวหน้าครอบครัว และความรู้เกี่ยวกับการรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนขั้นพื้นฐานสำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

มยุรี โยธาวิฑู (2562) ความเข้าใจของมารดาต่อการได้รับวัคซีนของบุตร: กรณีศึกษาโรงพยาบาลบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร โดยมีรูปแบบการวิจัยแบบผสมผสานของการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาที่มีบุตรช่วงอายุ แรกเกิด-5 ปี จำนวน 186 คน มีการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกในหัวหน้ากุมารแพทย์ จำนวน 1 คน หัวหน้าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกกุมาร จำนวน 1 คน และมารดาเด็กแรกเกิด-5 ปี จำนวน 6 คน สถิติที่ใช้เป็นสถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า มารดาส่วนใหญ่มีความเข้าใจถึงความเสี่ยงในการเกิดโรคของบุตรกรณีที่บุตรไม่ได้รับวัคซีนตามกำหนดในระดับปานกลาง อีกทั้งมีความเข้าใจต่อความรุนแรงในการเกิดโรคในกรณีที่บุตรไม่ได้รับวัคซีนตามกำหนดและมีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของโรคว่าจะส่งผลกระทบต่อกิจวัตรหรือกิจกรรมประจำวันของบุตรอยู่ในระดับมาก ประกอบกับมารดาส่วนใหญ่มีความเข้าใจถึงประโยชน์ของการได้รับวัคซีนตามกำหนด โดยเชื่อว่ากุมารแพทย์สามารถให้คำแนะนำในการรับวัคซีนเพื่อป้องกันโรคอยู่ในระดับมากที่สุด และเชื่อว่าพยาบาลสามารถให้คำแนะนำในการรับวัคซีนเพื่อป้องกันโรคอยู่ในระดับมาก ตามลำดับ

ณปภา ประยูรวงษ์ (2562) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์อายุของเด็กปฐมวัย ตำบลกระเจ็ด อำเภอบัวชุม จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้คือ ผู้ปกครองเด็กอายุครบ 5 ปีบริบูรณ์-5 ปี 11 เดือน 29 วัน ในเขตตำบลกระเจ็ด อำเภอบัวชุม จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 216 คน มีรูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลสถิติที่ใช้เป็นสถิติเชิงพรรณนาและ logistic regression ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ผลดีผลเสียของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองอยู่ในระดับสูง และการเข้าถึงบริการด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับสูง และพบว่าคุณลักษณะของผู้ปกครองด้านสถานภาพคู่สมรสและการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคทั้ง 5 ด้าน มีอิทธิพลต่อการได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์อายุของเด็กปฐมวัย สรุปได้ว่าการที่ผู้ปกครองมีสถานภาพสมรสคู่ และสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคได้ดีจะส่งผลให้การได้รับวัคซีนตามเกณฑ์อายุของเด็กปฐมวัยสูงขึ้นด้วย

ไวโรญจน์ เปรมสุข, รัตน์ศิริ ทาโต และ ระพีณ ผลสุข (2560) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้คือ ชายวัยกลางคนที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง และโรคอ้วน อย่างน้อย 1 โรค ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร 3 แห่ง จำนวน 175 คน มีรูปแบบการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม สถิติที่ใช้เป็นสถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple correlation coefficient) โดยใช้วิธีวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ผลการวิจัยพบว่า 1. ชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับเหมาะสม ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย 4 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ความเครียดในชีวิตประจำวัน ระดับการศึกษา และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค สามารถรวมทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร ได้ร้อยละ 37.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สำหรับปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคไม่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครได้

วิจิตรา รทะจักร, ลภัสรดา หนูมคำ และสุรางค์รัตน์ พ้องพาน (2561) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 1 ปีครึ่ง ถึง 3 ปี ของผู้ปกครอง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้คือผู้ปกครองเด็ก 261 คน มีรูปแบบวิจัยแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติไค์สแคว์ และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก ผลการศึกษาพบว่า แบบแผนความเชื่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กด้านปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กและความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value < 0.05) การทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก พบว่าสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันปัญหาสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง สามารถรวมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กได้ร้อยละ 58.2

ปิยะพร แซ่ฮ่วย (2561) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฉีดวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ ในเด็ก 0-2 ปี โรงพยาบาลปัตตานี: การศึกษาย้อนหลังแบบจับคู่ เก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถาม โดยการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย Multiple conditional logistic regression ผลการศึกษา พบว่ามีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ของเด็ก 0-2 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ผู้ปกครองของเด็กที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า หรือเท่ากับระดับประถมศึกษา ผู้ปกครองของเด็กที่มีความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงภายหลังได้รับวัคซีน ผู้ปกครองของเด็กที่คิดว่าวัคซีนไม่มีประโยชน์ และผู้ปกครองของเด็กที่มีความคิดเห็นว่าวัคซีนเป็นข้อจำกัดของศาสนา

ชำชุติณ ดายะ, นิรัชรา ลิลละฮ์กุล และเจษฎากร โนนินทร์ (2562) การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ปกครองเด็กอายุ 0-5 ปี เพื่อรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน: กรณีศึกษาจังหวัดยะลา กลุ่มตัวอย่างครั้งนี้คือภาคีเครือข่ายของชุมชน ซึ่งประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำศาสนา ผู้ปกครองเด็กอายุ 0-5 ปี และสมาชิกในครอบครัวที่มีอำนาจในการตัดสินใจ จำนวน 70 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มแบบกำหนดประเด็น และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงประเด็น (Thematic Analysis) พบว่ารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ปกครองเด็ก ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1. การให้บริการสาธารณสุข ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับวัคซีน การจัดบริการให้วัคซีนแก่เด็กและการติดตามผล 2. การสนับสนุนการจัดการภาคีเครือข่ายในการเสริมสร้างพลังอำนาจของประชาชนในชุมชน ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีน การประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความร่วมมือตามบริบทของชุมชน การสะท้อนปัญหาและอุปสรรคของการรับบริการ 3. การสร้างมาตรฐานในผลิตภัณฑ์วัคซีนเพื่อความมั่นใจประกอบด้วย การให้ความรู้แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนโดยผู้นำศาสนา การจัดการมาตรฐานในผลิตภัณฑ์วัคซีนให้เป็นที่ยอมรับของชุมชน และการผลักดันนโยบายการผลิตวัคซีนที่ผ่านการรับรองฮาลาลโดยคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัดและสำนักงานจุฬารัฐมนตรี การที่ไม่สามารถชักนำหรือดึงความสนใจจากผู้ปกครองทุกคนให้เห็นถึงความสำคัญของการฉีดวัคซีนได้นั้นถือเป็นอุปสรรคต่อความครอบคลุมการรับบริการวัคซีนของเด็ก

อัสลีษา กาซอ, พัฒนศักดิ์ คำมณีจันทร์ และสุปรีชา แก้วสวัสดิ์ (2565) ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้ปกครองเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างครั้งนี้คือผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 363 คน ทำการสุ่มคัดเลือกอย่างง่ายจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้งหมด 28 แห่ง เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาโดยเฉพาะ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่าผู้ปกครองเด็กเกินครึ่งมีการรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรคไข้หวัดใหญ่อยู่ในระดับปฏิสัมพันธ์ และปัจจัยเหล่านี้สามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรคไข้หวัดใหญ่ ประกอบด้วย การรับรู้สภาวะสุขภาพ การรับรู้คุณภาพบริการสาธารณสุข ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ประวัติการได้รับวัคซีนของเด็ก และปัญหาสุขภาพของเด็ก

อีระฟาน หะยี้ฮัต และประภาภรณ์ หลังปู่เต๊ะ (2563) รูปแบบการส่งเสริมความครอบคลุมของวัคซีนในเด็ก 0-5 ปี จังหวัดยะลา งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ จำนวน 75 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และงานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 87 คน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ร้อยละ และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์แก่นสาระ ผลการวิจัยพบว่าผู้ปกครองของเด็กส่วนใหญ่มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ซึ่งไม่เพียงพอต่อการชักนำให้ผู้ปกครองนำบุตรหลานเข้ารับวัคซีนครบตามเกณฑ์ ส่วนรูปแบบการส่งเสริมความครอบคลุมของ วัคซีนที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 1. การพัฒนาคุณภาพบริการ 2. การสื่อสารกับชุมชน และ 3. การมีส่วนร่วมของชุมชน ภายหลังดำเนินการเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้และทักษะในการให้บริการและการสื่อสารเรื่องการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเพิ่มขึ้น แกนนำชุมชนรับทราบปัญหาและมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมส่งเสริมความครอบคลุมของวัคซีน และผู้ปกครองนำบุตรหลานเข้ารับวัคซีนเพิ่มขึ้น

Oku, et al. (2017) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินกลยุทธ์การสื่อสารเรื่องวัคซีนในเด็กในประเทศไนจีเรีย: การศึกษาเชิงคุณภาพ การศึกษาที่มีรูปแบบวิจัยเชิงคุณภาพและดำเนินการศึกษาใน 2 รัฐ ได้แก่ รัฐเบาสีและรัฐครอสริเวอร์ทางตอนเหนือและตอนใต้ของไนจีเรียตามลำดับ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์แบบ thematic พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินการแทรกแซงการสื่อสารผ่านการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารการให้วัคซีนในบริการสุขภาพ เราได้ตรวจสอบเอกสารที่เกี่ยวข้องด้วยข้อมูลที่สร้างขึ้น ได้รับการถอดความแบบคำต่อคำและวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เฉพาะเรื่องผลที่ได้คือกิจกรรมการสื่อสารเป็นองค์ประกอบสำคัญของโครงการสร้างภูมิคุ้มกัน ดังนั้นจึงเป็นเรื่องสำคัญสำหรับผู้กำหนดนโยบายและผู้จัดการโครงการที่จะต้องเข้าใจอุปสรรคและผู้อำนวยการความสะดวกที่ส่งผลต่อการจัดส่งการสื่อสารการฉีดวัคซีน เพื่อให้สามารถให้การแทรกแซงการสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

Noh, et al. (2018) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความครอบคลุมและความทันเวลาของการได้รับวัคซีนเด็กในเมืองสินธ์ ประเทศปากีสถาน มีรูปแบบการวิจัยเชิงภาคตัดขวาง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ binary logistic regression พบว่าในบรรดาเด็ก 2,253 คน 1,156 คน (51.3%) ได้รับวัคซีนพื้นฐานครบตามอายุ อัตราการสร้างภูมิคุ้มกันพื้นฐานอยู่ที่ 69.1% สำหรับเด็กอายุน้อยกว่า 5 สัปดาห์, 38.3% สำหรับ 6-9 สัปดาห์, 18.8% สำหรับ 10-13 สัปดาห์, 44.0% สำหรับ 14 สัปดาห์-8 เดือน, 60.4% สำหรับ 9-11 เดือน และ 59.1% สำหรับมากกว่าหนึ่งปี อายุของเด็ก จำนวนเด็กที่มีชีวิต ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง ความมั่งคั่ง แหล่งที่มาของข้อมูลสุขภาพแม่และเด็ก จำนวนการฝากครรภ์ และความช่วยเหลือระหว่างการคลอดมีความสัมพันธ์กับการสร้างภูมิคุ้มกันขั้นพื้นฐาน

Nozaki, Hachiya and Kitamura (2019) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนขั้นพื้นฐานในประเทศพม่า: การวิเคราะห์ระดับทุติยภูมิของข้อมูลการสำรวจประชากรและสุขภาพของประเทศพม่าปี 2558 มีการวิเคราะห์แบบ 2 ตัวแปรและหลายตัวแปรโดยใช้ logistic regression พบว่า การสำรวจประชากรและสุขภาพครั้งแรกในเมียนมาร์เปิดเผยว่ามีเด็กอายุ 12-23 ปี ประมาณครึ่งหนึ่งเท่านั้นที่ได้รับการฉีดวัคซีนครบถ้วน ซึ่งต่ำกว่าอัตราที่ประเมินจากความครอบคลุมของการดูแลตามปกติ ผลลัพธ์ของเราบ่งชี้ว่าสถานะการสร้างภูมิคุ้มกันที่ไม่สมบูรณ์มีความสัมพันธ์กับสถานะทางเศรษฐกิจที่ต่ำ อายุของมารดาที่อายุน้อยกว่าการไปฝากครรภ์น้อยลง และมารดาไม่ได้ฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก การค้นพบนี้อาจช่วยปรับปรุงการกำหนดเป้าหมายและการดำเนินการเชิงกลยุทธ์ของแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในประเทศ

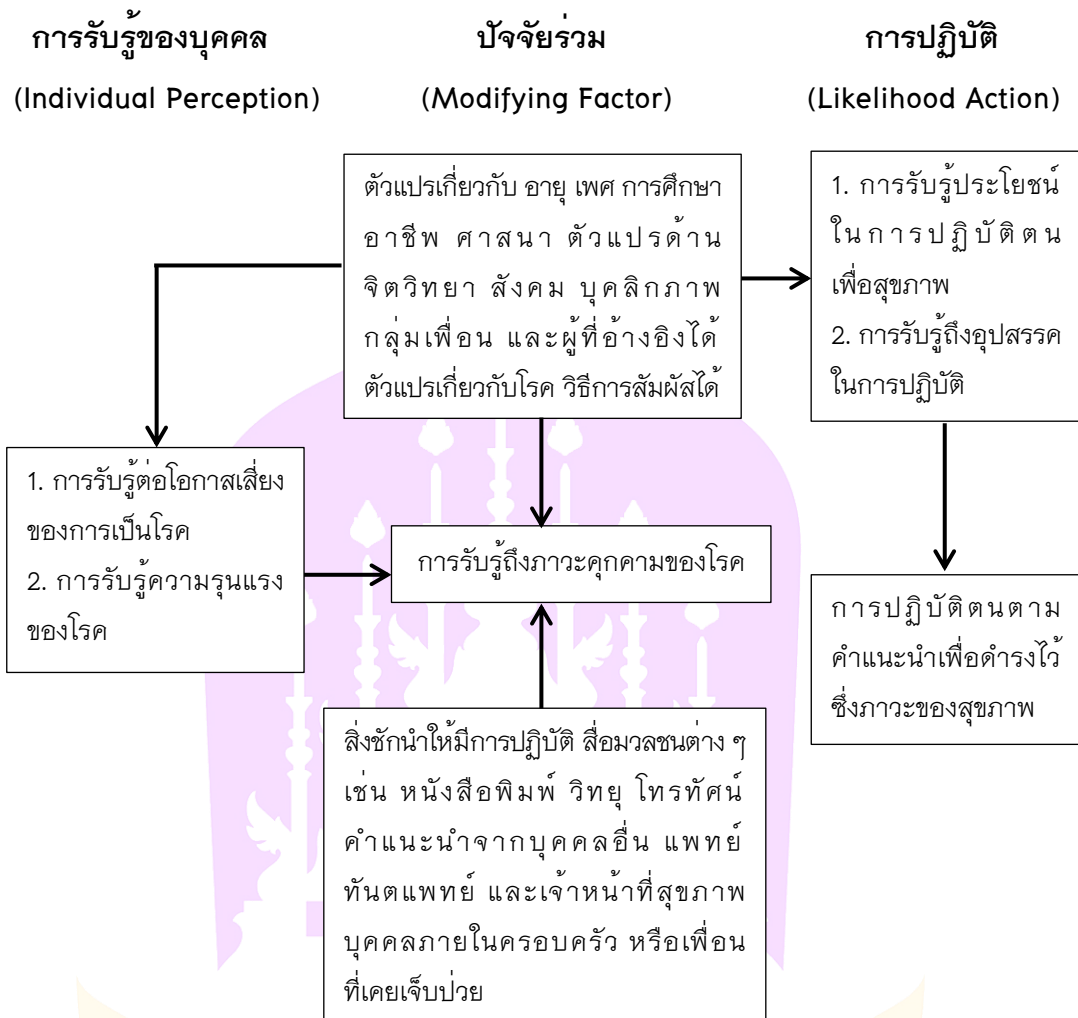
Balbir Singh, et al. (2019) การประเมินความรู้และทัศนคติของมารดาหลังคลอดต่อการได้รับวัคซีนในเด็กในประเทศมาเลเซีย การศึกษานี้มีรูปแบบการวิจัยเชิงภาคตัดขวาง โดยเก็บข้อมูลแบบสอบถามจากหญิงหลังคลอดจำนวน 200 รายระหว่างการเยี่ยมหลังคลอดที่คลินิก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การทดสอบ chi-square พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของมารดาที่ทำการศึกษามีคะแนนความรู้ที่ดีเกี่ยวกับการฉีดวัคซีน และมากกว่า 2 ใน 3 ของมารดา

ที่ทำการศึกษามีคะแนนทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการฉีดวัคซีน อย่างไรก็ตาม ความเข้าใจผิดทางศาสนาและความกลัวอหิวาตกโรคเป็นสาเหตุหลักของการฉีดวัคซีนในมาเลเซีย

Yang (2020) พลวัตของการแพร่เชื้อและข้อมูลเชิงลึกจากการระบาดของโรคหัดในนิวยอร์กซิตีในปี 2561–2562: การศึกษาแบบจำลอง การศึกษานี้มุ่งเน้นไปที่แบบจำลองการระบาดในกลุ่มย่อยนี้ ประเมินจากการศึกษาชุมชนชาวฮิวในนิวยอร์ก ประมาณ 165,970 คน การวิเคราะห์ของเขาชี้ให้เห็นว่าการสัมผัสเชื้อที่เพิ่มขึ้นในเด็กอายุ 1 ถึง 4 ปีในช่วงต้นปี 2019 ซึ่งมีแนวโน้มเชื่อมโยงกับผู้ปกครองที่จัดงานเลี้ยงโรคหัดในเวลานั้น อาจนำไปสู่การระบาดระลอกใหญ่ครั้งที่สองในปี 2019 เพื่อตรวจสอบผลกระทบ ในกลุ่มโรคหัด เราใช้แบบจำลองและค่าประมาณพารามิเตอร์เพื่อจำลองผลลัพธ์ของการระบาด พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการระบาด ได้แก่ การได้รับวัคซีนล่าช้าของเด็ก จึงเน้นย้ำถึงความรุนแรงของโรคหากไม่มีการควบคุมการติดเชื้อและการแพร่ระบาดที่มีประสิทธิภาพ

จากการศึกษานิววิจัยที่เกี่ยวข้อง พบปัจจัยที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อการรับบริการวัคซีนเด็ก ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การนับถือศาสนา สถานภาพ ความเชื่อ จำนวนการฝากครรภ์ เศรษฐกิจ ความพึงพอใจในการรับบริการ ระยะทางในการมารับบริการ สถานการณ์ความไม่สงบ การได้รับความยินยอมจากหัวหน้าครอบครัว การเข้าถึงบริการสาธารณสุข สุข และการรับรู้ผลดีผลเสียของการได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

จากการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model; HBM) ของเบคเกอร์ (Becker, et al., 1977) สรุปได้ว่า สิ่งที่ใช้ทำนายพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคมี่ดังนี้ 1. การรับรู้ของบุคคล ได้แก่ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อสุขภาพ การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติ เป็นต้น 2. ปัจจัยร่วม ได้แก่ ด้านประชากร จิตวิทยา และความรู้ เป็นต้น 3. สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ ซึ่งสรุปเป็นกรอบแนวคิด ดังภาพ 2

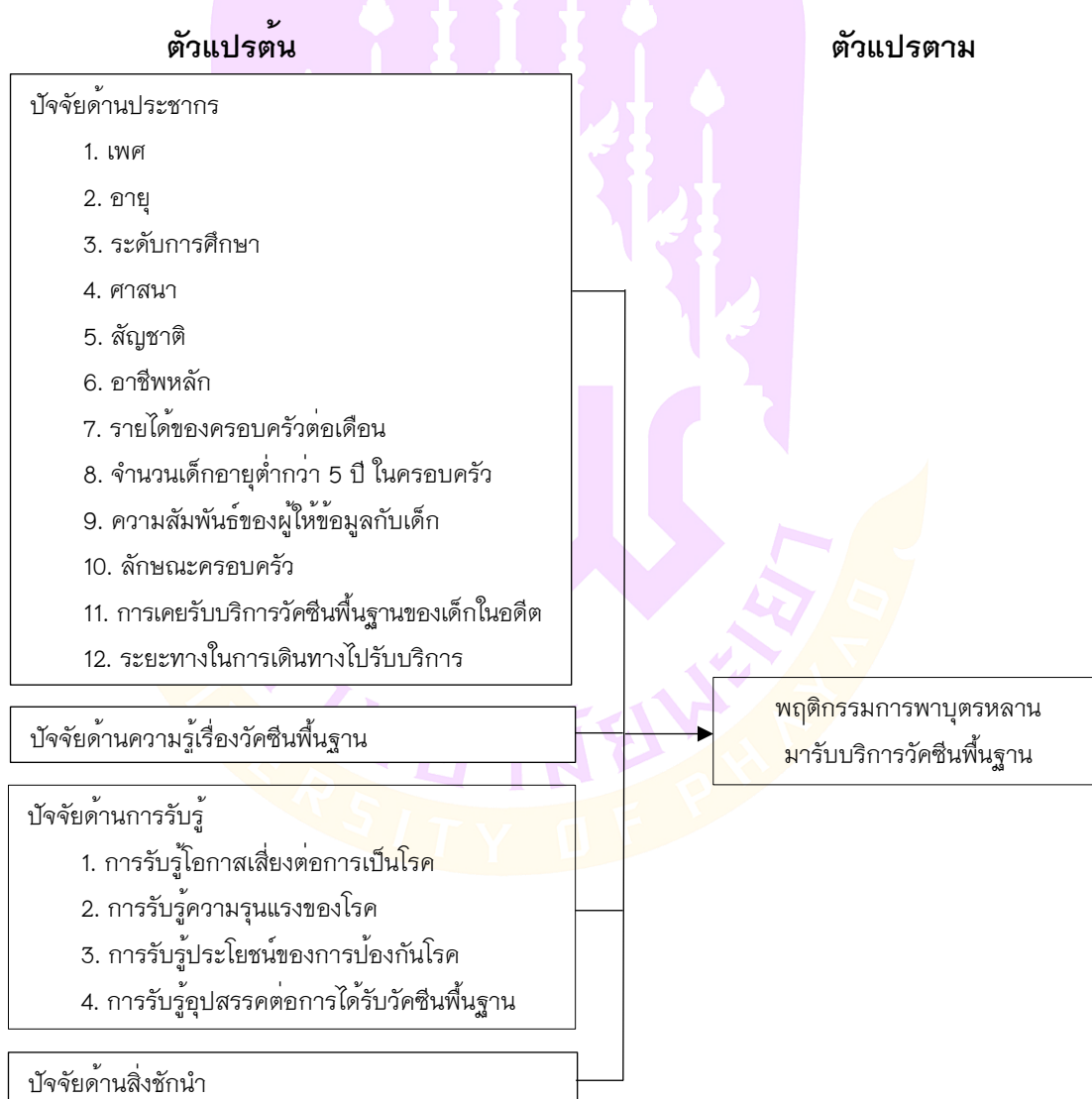


ภาพ 2 แสดงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใช้ทำนายพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรค

ที่มา: Becker, et al., 1977

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker, et al., 1977) และปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการรับบริการวัคซีนเด็กจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาประยุกต์ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 7 ปัจจัย ได้แก่ 1. ปัจจัยด้านประชากร 2. ปัจจัยด้านความรู้เรื่องวัคซีนพื้นฐาน 3. ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค 4. ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค 5. ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค 6. ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการได้รับวัคซีน 7. ปัจจัยด้านสิ่งชักนำ ซึ่งปรับเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ได้ดังนี้



ภาพ 3 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินงานวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีรูปแบบวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยมีการหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับวัคซีนพื้นฐานของผู้ปกครองชนเผ่าม้ง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ผู้ปกครองเด็กชนเผ่าม้งอายุ 0-5 ปี ใน 10 หมู่บ้านของตำบลปอ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย จำนวน 1,210 คน

กลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของเครซี และมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970) กำหนดให้ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 0.05

สูตรของ เครซี และ มอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970)

$$n = \frac{\chi^2 N p (1-p)}{e^2 (N-1) + \chi^2 p (1-p)}$$

โดย n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

χ^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($\chi^2 = 3.841$)

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด p = 0.5)

คำนวณได้

$$n = \frac{\chi^2 N p (1-p)}{e^2 (N-1) + \chi^2 p (1-p)}$$

$$n = \frac{3.841 \times 1,210 \times 0.5 \times (1-0.5)}{[0.05^2 \times (1,210-1)] + [3.841 \times 0.5 \times (1-0.5)]}$$

$$n = 291.73$$

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 292 คน โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

คุณสมบัติของอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย (Inclusion Criteria)

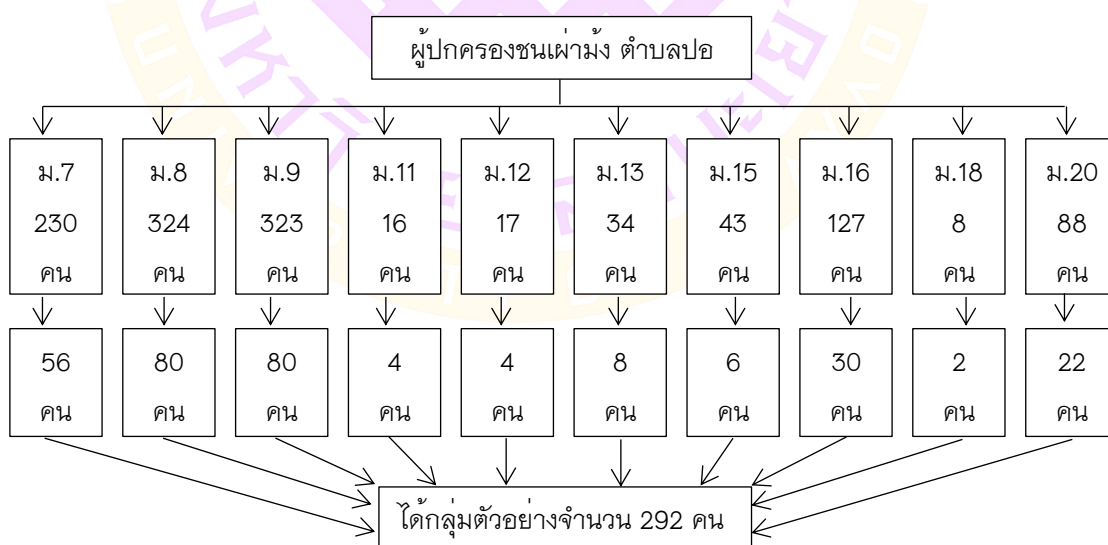
1. อาศัยอยู่ในตำบลปอ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย
2. ไม่เป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางการพูดและภาษา
3. ไม่เป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน
4. ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากโครงการวิจัย (Exclusion Criteria)

1. ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
2. ตอบแบบสอบถามไม่ครบตามที่กำหนดไว้
3. ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัยได้

วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้วิธีอาศัยความน่าจะเป็น โดยใช้แผนการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) โดยผู้วิจัยแบ่งผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี ชนเผ่าม้งออกเป็นกลุ่ม ๆ ตามจำนวนหมู่บ้านในเขตพื้นที่ตำบลปอ แบ่งได้ 10 หมู่บ้าน จากนั้นเปรียบเทียบอัตราส่วนอย่างเหมาะสม ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 292 คน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย โดยจับฉลากรายชื่อผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี ชนเผ่าม้งแต่ละหมู่บ้าน ในตำบลปอ ได้จำนวนดังนี้



ภาพ 4 แสดงจำนวนผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี ชนเผ่าม้งแต่ละหมู่บ้านในตำบลปอ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา สัญชาติ อาชีพหลัก รายได้ของครอบครัวต่อเดือน จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในครอบครัว ความสัมพันธ์ของผู้ให้ข้อมูลกับเด็ก ลักษณะครอบครัว การเคยรับบริการวัคซีนพื้นฐานของเด็กในอดีต ระยะทางในการเดินทางไปรับบริการ เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องวัคซีนพื้นฐาน ลักษณะแบบสอบถาม เป็นแบบให้เลือก 2 คำตอบคือ ใช่ หรือ ไม่ใช่ เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ คือ คำถามเชิงบวก ตอบ ใช่ ได้ 1 คะแนน ตอบ ไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน คำถามเชิงลบ ตอบ ใช่ ได้ 0 คะแนน ตอบ ไม่ใช่ ได้ 1 คะแนน คะแนนที่ได้ แบ่งระดับความรู้แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยประยุกต์ จากแนวคิดการแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ ตามหลักเกณฑ์ของ บุญธรรม กิจปริดาภิรักษ์ (2540) ดังนี้

ระดับความรู้ต่ำ หมายถึง ร้อยละ 0-59 (0-5.9 คะแนน)

ระดับความรู้ปานกลาง หมายถึง ร้อยละ 60-79 (6-7.9 คะแนน)

ระดับความรู้ดี หมายถึง ร้อยละ 80-100 (8-10 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยการรับรู้ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคอร์ต (Likert, 1967) โดยใช้ระดับการวัดข้อมูลประเภทอันตรภาคชั้น มี 5 ระดับ เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ โดยแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และด้านการรับรู้อุปสรรค ซึ่งแบบสอบถามนั้นเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคอร์ต แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ในข้อความแต่ละข้อจะใช้เกณฑ์การตรวจให้คะแนน (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2549) และระดับคะแนนเฉลี่ยที่ได้จากการแบ่งระดับข้างต้น สามารถแบ่งระดับความคิดเห็นได้ดังนี้

	ด้านบวก	ด้านลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง 5 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย	หมายถึง 4 คะแนน	2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	หมายถึง 3 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง 2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง 1 คะแนน	5 คะแนน

ผู้วิจัยได้แปลผลคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนพื้นฐาน โดยประยุกต์มาจากเกณฑ์ของ เสรี ลาซโรจน์ (2537) เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 60)	คะแนนอยู่ระหว่าง 15-44 คะแนน
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79)	คะแนนอยู่ระหว่าง 45-59 คะแนน
ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	คะแนนอยู่ระหว่าง 60-75 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งชักนำ ข้อคำถามจะครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการได้รับสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ มีลักษณะเป็นมาตรวัดระดับ (Rating scale) 5 ระดับ เลือกตอบได้เพียง 1 ตัวเลือก ซึ่งผู้ที่ได้คะแนนสูง หมายถึง ผู้ที่ได้รับสิ่งชักนำมาก มีเกณฑ์ให้คะแนนตามลักษณะของข้อคำถาม ดังนี้

การทำแบบสอบถาม ผู้ตอบสามารถพิจารณาและเลือกตอบตามความคิดเห็น โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เป็นประจำ หมายถึง	ได้รับตลอดทุกเดือน
บ่อย หมายถึง	ได้รับ 1-2 เดือนต่อครั้ง
บางครั้ง หมายถึง	ได้รับ 3-4 เดือนต่อครั้ง
นาน ๆ ครั้ง หมายถึง	ได้รับ 5-6 เดือนต่อครั้ง
ไม่เคยเลย หมายถึง	ไม่เคยได้รับเลยในทุกเดือน

ผู้วิจัยได้แปลผลคะแนนเฉลี่ยของการได้รับสิ่งชักนำ โดยประยุกต์มาจากเกณฑ์ของ เสรี ลาซโรจน์ (2537) เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 60)	คะแนนอยู่ระหว่าง 10-29 คะแนน
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79)	คะแนนอยู่ระหว่าง 30-39 คะแนน
ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	คะแนนอยู่ระหว่าง 40-50 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย โดยมีความหมายและเกณฑ์การคิดคะแนนดังนี้

มีการปฏิบัติเป็นประจำ	ให้คะแนน 5 คะแนน
มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง	ให้คะแนน 4 คะแนน
มีการปฏิบัติบางครั้ง	ให้คะแนน 3 คะแนน
มีการปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ให้คะแนน 2 คะแนน
ไม่มีการปฏิบัติเลย	ให้คะแนน 1 คะแนน

ผู้วิจัยได้แปลผลคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน โดยประยุกต์มาจากเกณฑ์ของ เสรี ลาซโรจน์ (2537) เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 60)	คะแนนอยู่ระหว่าง 15-44 คะแนน
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79)	คะแนนอยู่ระหว่าง 45-59 คะแนน
ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	คะแนนอยู่ระหว่าง 60-75 คะแนน

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ทดสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Validity) โดยการนำแบบสอบถามที่สร้างไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านตรวจสอบ โดยประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ (Index Of Item Objective Congruence : IOC) ได้ค่าตั้งแต่ 0.67-1

ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability)

นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ปกครอง เด็กอายุ 0-5 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่บ้านไทยสมบูรณ์ จำนวน 30 ราย ซึ่งมีบริบทคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ และจากนั้นหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เรื่องวัคซีนพื้นฐาน โดยใช้สูตรของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) มีค่าเท่ากับ 0.70 และใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) หาค่าความเชื่อมั่นด้านการรับรู้ มีค่าเท่ากับ 0.72 สิ่งชักนำ มีค่าเท่ากับ 0.71 และพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน มีค่าเท่ากับ 0.77

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ใช้เป็นพื้นที่ศึกษา ผู้วิจัยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย จากคณะดี คณะสาธารณสุขศาสตร์ และส่งถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เพื่อรับทราบการเก็บข้อมูล และส่งถึงสาธารณสุขอำเภอเวียงแก่น เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตพื้นที่ตำบลปอ เพื่อชี้แจงการเก็บข้อมูลและนัดอาสาสมัครสาธารณสุข แต่ละพื้นที่มาประชุม

1.3 ประชุมชี้แจงอาสาสมัครสาธารณสุข เกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่าง

2. ขั้นตอนการ

2.1 จับฉลากรายชื่อเด็กชนเผ่าม้งตำบลปออายุ 0-5 ปี เพื่อนำแบบสอบถาม เก็บข้อมูลจากผู้ปกครอง

2.2 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามรายชื่อที่จับฉลากไว้ โดยระยะเวลา ในการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนเมษายน-พฤษภาคม 2564 รวมระยะเวลา 2 เดือน โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองในบางหมู่บ้านพร้อมกับล่ามแปลภาษา ส่วนในหมู่บ้าน ที่ไม่ได้ลงเก็บข้อมูลด้วยตนเองนั้น จะประสาน อสม. ในแต่ละพื้นที่ลงเก็บข้อมูลแทน

2.3 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนสมบูรณ์ ก่อนนำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีการประมวลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และใช้สถิติ ในการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงบรรยาย (descriptive statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านความรู้เรื่องวัคซีนพื้นฐาน ปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนพื้นฐาน ปัจจัยด้านสิ่งชักนำ และพฤติกรรมกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน

2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) ได้แก่ วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) ด้วยวิธี stepwise method ในการวิเคราะห์หาปัจจัยทำนาย พฤติกรรมพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐานของชนเผ่าม้ง ตำบลปอ จังหวัดเชียงราย โดยมีการแปลงข้อมูลเชิงกลุ่มให้เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ โดยสร้างตัวแปรหุ่น (dummy variable)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีรูปแบบวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านความรู้เรื่องวัคซีนพื้นฐาน ปัจจัยด้านการรับรู้ ปัจจัยด้านสิ่งชักนำ ศึกษาพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐานในชนเผ่าม้ง ตำบลปอ จังหวัดเชียงราย และเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน ในชนเผ่าม้ง ตำบลปอ จังหวัดเชียงราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากผู้ปกครองเด็กอายุ 0-5 ปี จำนวน 292 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปประชากรและผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านความรู้เรื่องวัคซีนพื้นฐาน

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านการรับรู้

ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านสิ่งชักนำ

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน

ส่วนที่ 6 ปัจจัยด้านการรับรู้ ปัจจัยด้านสิ่งชักนำ และพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน ในชนเผ่าม้ง ตำบลปอ จังหวัดเชียงราย

ส่วนที่ 7 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐานของชนเผ่าม้ง ตำบลปอ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลประชากรของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลประชากร

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	102	34.90
หญิง	190	65.10
อายุ		
น้อยกว่า 21 ปี	41	14.04
21-30 ปี	123	42.12

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
31-40 ปี	104	35.62
41-50 ปี	20	6.85
51 ปีขึ้นไป	4	1.37
$\bar{X} = 2.39$ S.D. = 0.86 Min = 1 Max = 5		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	60	20.55
ประถมศึกษา	57	19.52
มัธยมศึกษาตอนต้น	99	33.90
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	60	20.55
อนุปริญญา/ปวส.	6	2.06
ปริญญาตรี	10	3.42
ศาสนา		
พุทธ	224	76.72
คริสต์	34	11.64
นับถือผี/บรรพบุรุษ	34	11.64
สัญชาติ		
ไทย	252	86.30
ไม่มีสัญชาติ	40	13.70
อาชีพหลัก		
เกษตรกร	196	67.10
รับจ้างทั่วไป	65	22.30
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	12	4.10
ไม่ได้ทำงาน	19	6.50
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,001 บาท	244	83.56
5,001-10,000 บาท	23	7.88

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
10,001–15,000 บาท	2	0.68
15,001 บาทขึ้นไป	23	7.88
$\bar{X} = 1.33$ S.D. = 0.84 Min = 1 Max = 4		
จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในครอบครัว		
0–3 คน	270	92.50
4–6 คน	17	5.80
7–10 คน	0	0
10 คนขึ้นไป	5	1.70
$\bar{X} = 1.11$ S.D. = 0.45 Min = 1 Max = 4		
ความสัมพันธ์ของผู้ให้ข้อมูลกับเด็ก		
บิดา/มารดา	272	93.20
ลุง/ป้า/น้า/อา	19	6.50
ปู่/ย่า/ตา/ยาย	1	0.30
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวใหญ่	182	62.33
เด็กอาศัยอยู่กับบิดา/มารดา	109	37.33
เด็กอาศัยอยู่กับปู่/ย่า/ตา/ยาย	1	0.34
การเคยรับบริการวัคซีนพื้นฐานของเด็กในอดีต		
เด็กไม่เคยได้รับวัคซีน	15	5.10
เด็กเคยได้รับวัคซีนที่โรงพยาบาลของรัฐ	23	7.90
เด็กเคยได้รับวัคซีนที่ รพ.สต./สถานีนอมาลัย	254	87.00
ระยะทางในการเดินทางไปรับบริการ		
0–3 กิโลเมตร	136	46.60
4–6 กิโลเมตร	94	32.20
7–10 กิโลเมตร	35	12.00
10 กิโลเมตรขึ้นไป	27	9.20
$\bar{X} = 1.84$ S.D. = 0.97 Min = 1 Max = 4		

จากตาราง 3 ข้อมูลด้านประชากรของเด็ก พบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.70 และเพศหญิง ร้อยละ 48.30 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 0-2 ปี ร้อยละ 60.69 ข้อมูลด้านประชากรของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.1 และเพศชาย ร้อยละ 34.90 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 21-30 ปี ร้อยละ 42.12 ระดับการศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 33.90 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 76.72 สัญชาติไทย ร้อยละ 86.30 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 67.10 รายได้ของครอบครัวน้อยกว่า 5,001 บาทต่อเดือน ร้อยละ 83.56 มีจำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในครอบครัว 0-3 คน ร้อยละ 92.50 ผู้ให้ข้อมูลมีความสัมพันธ์เป็น บิดา/มารดา ของเด็ก ร้อยละ 93.20 อาศัยอยู่เป็นครอบครัวใหญ่ ร้อยละ 62.33 เด็กเคยได้รับวัคซีนที่ รพ.สต./สถานีอนามัย ร้อยละ 87.00 และระยะทาง ในการเดินทางไปรับบริการวัคซีน 0-3 กิโลเมตร ร้อยละ 46.60

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านความรู้เรื่องวัคซีนพื้นฐาน

ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละ ของความรู้เรื่องวัคซีนพื้นฐาน จำแนกรายข้อ

ข้อความ	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. วัคซีนคือสารชนิดหนึ่งที่ถูกฉีดเข้าร่างกายแล้ว สามารถป้องกันโรคได้	286	97.90	6	2.10
2. เด็กแรกเกิดจะต้องได้ฉีดวัคซีนป้องกันโรคทันที	257	88.00	35	12.00
3. วัคซีนบางชนิดหลังจากฉีดแล้ว สามารถทำให้เด็ก มีไข้ตัวร้อนได้ เป็นอาการข้างเคียงของวัคซีน	283	96.90	9	3.10
4. เมื่อเด็กมีไข้ ตัวร้อน หลังฉีดวัคซีน ต้องเช็ดตัวลดไข้ และรับประทานยาลดไข้ ตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	283	96.90	9	3.10
5. หลังฉีดวัคซีนบางชนิด อาจเกิดอาการปวด บวม แดง บริเวณตำแหน่งที่ฉีดวัคซีน	265	90.80	27	9.20
6. วัคซีนบางชนิด ช่วยป้องกันความพิการได้	196	67.10	96	32.90

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อความ	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน (คน)	% ร้อยละ	จำนวน (คน)	% ร้อยละ
7. หากมารดาเด็กเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบี เด็ก ต้องได้รับวัคซีนป้องกันโรคนี้อีก 1 เข็ม	228	78.10	64	21.90
8. ปัจจุบันวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอมีทั้งชนิดกิน และชนิดฉีด	247	84.60	45	15.40
9. เด็กทุกคนจำเป็นต้องได้รับวัคซีนป้องกันโรค ไข้วัดใหญ่	36	12.30	256	87.70
10. เด็กที่มีไข้วัดใหญ่ในวันที่มาฉีดวัคซีนสามารถฉีดได้ทันที	211	72.30	81	27.70

จากตาราง 4 พบว่า กลุ่มประชากรมีความรู้เรื่องวัคซีนพื้นฐานว่าวัคซีนคือ สารชนิดหนึ่ง que ฉีดเข้าร่างกายแล้วสามารถป้องกันโรคได้ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 97.90 รองลงมา คือ วัคซีนบางชนิดหลังจากฉีดแล้ว สามารถทำให้เด็กมีไข้วัดใหญ่ได้ เป็นอาการข้างเคียงของวัคซีน และเมื่อเด็กมีไข้วัดใหญ่ หลังฉีดวัคซีน ต้องเช็ดตัวลดไข้ และรับประทานยาลดไข้ตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 96.90 และมีความรู้ว่า เด็กทุกคนจำเป็นต้องได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้วัดใหญ่ น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 12.30

ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละ ของระดับความรู้เรื่องวัคซีนพื้นฐาน

ระดับความรู้	จำนวน(คน)	ร้อยละ
น้อย (0-5.9 คะแนน)	39	13.40
ปานกลาง (6-7.9 คะแนน)	189	64.70
ดี (8-10 คะแนน)	64	21.90
$\bar{X} = 7.85$ S.D. = 1.19 Min = 4 Max = 10		

จากตาราง 5 เมื่อจัดระดับความรู้เรื่องวัคซีนพื้นฐานของกลุ่มประชากรโดยภาพรวมพบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 189 คน คิดเป็นร้อยละ 64.70 รองลงมา คือ มีความรู้ในระดับดี จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 21.90 และมีความรู้เรื่องวัคซีนพื้นฐานอยู่ในระดับน้อย จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 13.40

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านการรับรู้

ตาราง 6 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ แยกรายข้อ

คำถาม	ระดับความคิดเห็น					\bar{X}	S.D.	ระดับ
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	ไม่เห็นด้วย			
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค								
1. ท่านคิดว่าเด็กที่ฉีดวัคซีน จะไม่เกิดความรู้สึกจากโรคบางชนิด	21.60	34.90	4.50	34.20	4.80	3.34	1.27	ปานกลาง
2. ท่านคิดว่าเด็กที่ไม่ฉีดวัคซีน จะทำให้เด็กเจ็บป่วยได้ง่ายในอนาคต	23.60	34.20	20.50	16.40	5.10	3.55	1.16	ปานกลาง
3. ท่านคิดว่าเด็กที่ฉีดวัคซีน สามารถป้องกันโรคติดต่อบางชนิดได้ดี	21.90	47.90	13.00	13.00	4.10	3.71	1.07	ปานกลาง
การรับรู้ความรุนแรงของโรค								
4. ท่านคิดว่าหากเด็กป่วยเป็นโรคติดต่อบางชนิด อาจทำให้พิการได้	20.90	28.40	11.00	32.90	6.80	3.24	1.29	ปานกลาง
5. ท่านคิดว่าเด็กที่ไม่ได้ฉีดวัคซีนแล้วป่วย มีอาการรุนแรงถึงตายได้	18.50	26.00	17.10	29.10	9.20	3.15	1.28	ปานกลาง

ตาราง 6 (ต่อ)

คำถาม	ระดับความคิดเห็น					\bar{X}	S.D.	ระดับ
	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	ไม่ เห็น ด้วย			
6. ท่านคิดว่าถ้าป่วย เป็นโรคติดต่อบางชนิด อาจเสียค่าใช้จ่าย ในการดูแลเด็กสูง	25.70	42.50	10.60	15.10	6.20	3.66	1.18	ปาน กลาง
7. ท่านคิดว่าถ้าเด็ก ไม่ได้ฉีดวัคซีนแล้วป่วย ผู้ปกครองต้องคอย ดูแลเด็ก ส่งผลให้ เสียรายได้	27.10	34.90	12.70	20.90	4.50	3.59	1.21	ปาน กลาง
การรับรู้ประโยชน์ ของการป้องกันโรค								
8. ท่านคิดว่าการฉีด วัคซีนช่วยลดการเกิด ความพิการจากโรค ติดต่อบางชนิด	22.90	28.40	17.50	27.70	3.40	3.40	1.21	ปาน กลาง
9. ท่านคิดว่าการฉีด วัคซีนทำให้เด็กไม่ป่วย เป็นโรคติดต่อร้ายแรง	17.50	45.50	7.90	22.60	6.50	3.45	1.20	ปาน กลาง
10. ท่านคิดว่าการฉีด วัคซีนป้องกันโรค ทำให้ลดค่าใช้จ่าย ในการรักษาโรค	22.60	41.10	15.10	16.80	4.50	3.61	1.13	ปาน กลาง

ตาราง 6 (ต่อ)

คำถาม	ระดับความคิดเห็น					\bar{X}	S.D.	ระดับ
	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	ไม่ เห็น ด้วย			
การรับรู้อุปสรรคต่อการได้รับวัคซีนพื้นฐาน								
11. ท่านคิดว่าการฉีดวัคซีนช่วยลดโอกาสเสียชีวิตจากโรคติดต่อร้ายแรง	18.50	36.60	15.40	26.00	3.40	3.41	1.15	ปานกลาง
12. ท่านคิดว่าถ้าผู้ดูแลเด็ก ไม่ใช่บิดาหรือมารดาจะไม่กล้านำเด็กมาฉีดวัคซีน	14.00	19.50	13.00	34.90	18.50	2.76	1.33	ต่ำ
13. ท่านคิดว่าท่านไม่มีพาหนะจึงไม่นำเด็กมาฉีดวัคซีน	30.80	35.60	13.70	14.40	5.50	3.72	1.20	ปานกลาง
14. ท่านคิดว่าการฉีดวัคซีนเป็นเรื่องผิดผี	72.60	8.90	6.50	7.90	4.10	4.38	1.15	สูง
15. ท่านคิดว่าการฉีดวัคซีนจะทำให้เด็กพิการได้	27.70	31.50	20.50	12.30	7.90	3.59	1.23	ปานกลาง
	รวม					3.50	1.21	ปานกลาง

จากตาราง 6 พบว่า กลุ่มประชากรมีการรับรู้อุปสรรคต่อการได้รับวัคซีนพื้นฐานว่าการฉีดวัคซีนมิได้เป็นเรื่องผิดผี มากที่สุด $\bar{X} = 4.38$ รองลงมา คือ รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคว่าทางครอบครัวไม่มีพาหนะจึงไม่นำเด็กมาฉีดวัคซีน $\bar{X} = 3.72$ และมีการรับรู้อุปสรรคต่อการได้รับวัคซีนพื้นฐานว่า ถ้าผู้ดูแลเด็ก ไม่ใช่บิดาหรือมารดาจะไม่กล้านำเด็กมาฉีดวัคซีน น้อยที่สุด $\bar{X} = 2.76$

ตาราง 7 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้

ระดับการรับรู้	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ต่ำ (15-44 คะแนน)	50	17.10
ปานกลาง (45-59 คะแนน)	180	61.60
สูง (60-75 คะแนน)	62	21.20
$\bar{X} = 52.55$ S.D. = 8.03 Min = 33 Max = 74		

จากตาราง 7 เมื่อจัดระดับการรับรู้โดยภาพรวม พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 180 คน คิดเป็นร้อยละ 61.60 รองลงมามีการรับรู้อยู่ในระดับสูงจำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 21.20 และมีการรับรู้อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 17.10

ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านสิ่งชักนำ

ตาราง 8 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสิ่งชักนำ แยกรายข้อ

คำถาม	ระดับความคิดเห็น					\bar{X}	S.D.	ระดับ
	เป็นประจำทุกครั้งที่	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคยเลย			
1. สถานพยาบาลของรัฐฉีดวัคซีนให้เด็กฟรีทุกคน	77.40	14.70	4.80	2.40	0.70	4.66	0.74	สูง
2. หากเพื่อนบ้านของท่านป่วย ท่านจะรีบพาบุตรหลานของท่านมาฉีดวัคซีน	27.70	13.40	24.00	20.90	14.00	3.20	1.41	ปานกลาง

ตาราง 8 (ต่อ)

คำถาม	ระดับความคิดเห็น					\bar{X}	S.D.	ระดับ
	เป็นประจำ ทุกครั้ง	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ เคย เลย			
3. เจ้าหน้าที่ใน สถานพยาบาลให้บริการ ด้วยความสุภาพ	53.80	21.20	16.80	7.90	0.30	4.20	1.01	สูง
4. ท่านเคยได้รับความรู้ เรื่องวัคซีนจากแหล่ง ข่าวสารต่าง ๆ	18.50	26.70	34.90	17.50	2.40	3.41	1.05	ปาน กลาง
6. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เคยให้คำแนะนำ ให้ท่านหรือคนใน ครอบครัวของท่าน นำเด็กมาฉีดวัคซีนตามนัด	56.50	33.90	5.80	3.40	0.30	4.43	0.78	สูง
7. ท่านได้รับคำแนะนำ จากเพื่อนบ้านให้นำ เด็กมารับวัคซีน	14.40	32.90	30.80	10.60	11.30	3.28	1.18	ปาน กลาง
8. สมาชิกในครอบครัว ให้ความสนับสนุน เรื่องการป้องกันโรค	33.90	34.90	18.50	9.60	3.10	3.87	1.08	ปาน กลาง
9. ท่านคิดว่าการฉีดวัคซีน จะทำให้ผู้บรรพบุรุษโรค	69.90	4.50	10.60	11.60	3.40	4.26	1.23	สูง
10. ท่านเคยได้ยิน การประกาศเสียงตามสาย ให้ไปฉีดวัคซีนจาก ผู้นำชุมชน	43.80	27.70	15.10	11.30	2.10	4.00	1.11	สูง
	รวม					3.90	1.06	ปาน กลาง

จากตาราง 8 พบว่า กลุ่มประชากรมีสิ่งชักนำเกี่ยวกับสถานพยาบาลของรัฐฉีดวัคซีนให้เด็กฟรีทุกคน มากที่สุด $\bar{X} = 4.66$ รองลงมา คือ มีสิ่งชักนำเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เคยให้คำแนะนำให้ท่านหรือคนในครอบครัวของท่านนำเด็กมาฉีดวัคซีนตามนัด $\bar{X} = 4.43$ และมีสิ่งชักนำเกี่ยวกับหากเพื่อนบ้านของท่านป่วย ท่านจะรีบพาบุตรหลานของท่านมาฉีดวัคซีน น้อยที่สุด $\bar{X} = 3.20$

ตาราง 9 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับสิ่งชักนำ

ระดับสิ่งชักนำ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ต่ำ (10-29 คะแนน)	8	2.70
ปานกลาง (30-39 คะแนน)	144	49.30
สูง (40-50 คะแนน)	140	47.90
$\bar{X} = 38.95$ S.D. = 4.51 Min = 24 Max = 50		

จากตาราง 9 เมื่อมีการจัดระดับสิ่งชักนำโดยภาพรวม พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับสิ่งชักนำอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 144 คน คิดเป็นร้อยละ 49.30 รองลงมาคือ มีระดับสิ่งชักนำอยู่ในระดับสูง จำนวน 140 คิดเป็นร้อยละ 47.90 และมีระดับสิ่งชักนำอยู่ในระดับต่ำจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 2.70

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน

ตาราง 10 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรม แยกรายข้อ

คำถาม	ระดับความคิดเห็น					\bar{X}	S.D.	ระดับ
	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคยเลย			
1. ท่านนำเด็กมารับวัคซีนตามนัดทุกครั้ง	25.70	22.30	30.50	14.40	7.20	3.45	1.22	ปานกลาง
2. หากท่านลืมนำเด็กมารับวัคซีน เมื่อท่านนึกขึ้นได้จะรีบนำไปฉีดวัคซีนทันที	40.80	21.20	17.80	9.20	11.00	3.72	1.37	ปานกลาง

ตาราง 10 (ต่อ)

คำถาม	ระดับความคิดเห็น					\bar{X}	S.D.	ระดับ
	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคยเลย			
3. หากต้องย้ายที่อยู่อาศัย ท่านจะนำบุตรหลานไปฉีดวัคซีนที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน	41.80	28.10	16.80	4.50	8.90	3.89	1.25	ปานกลาง
4. หากท่านไม่ว่างพาเด็กไปฉีดวัคซีน ท่านจะฝากผู้อื่นให้นำไปเด็กไปฉีดวัคซีนแทน	15.10	12.30	17.10	13.00	42.50	2.45	1.50	ต่ำ
5. ท่านไม่สะดวกในการเดินทาง จึงไม่นำเด็กมาฉีดวัคซีน	2.40	8.60	32.50	26.70	29.80	3.73	1.06	ปานกลาง
6. แม้ครอบครัวจะไม่เห็นด้วย ท่านจะยังคงยืนยันที่จะนำเด็กมาฉีดวัคซีนทุกครั้ง	41.10	22.60	19.50	11.30	5.50	3.83	1.24	ปานกลาง
7. ท่านสื่อสารกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่เข้าใจ จึงไม่นำเด็กมาฉีดวัคซีน	3.80	3.10	12.00	15.80	65.40	4.36	1.05	สูง
8. ท่านทำสมุดสีชมพูหาย จึงไม่นำเด็กมาฉีดวัคซีนตามนัด	2.70	7.50	15.40	10.60	63.70	4.25	1.13	สูง

ตาราง 10 (ต่อ)

คำถาม	ระดับความคิดเห็น					\bar{X}	S.D.	ระดับ	
	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคยเลย				
9. ท่านไม่นำเด็กมาฉีดวัคซีน เนื่องจากจำวันนัดไม่ได้	11.00	14.00	34.20	20.50	20.20	3.25	1.24	ปานกลาง	
10. ท่านไม่นำเด็กมาฉีดวัคซีน เนื่องจากฟังภาษาไทยไม่รู้เรื่อง	1.40	6.80	7.20	7.20	77.40	4.52	0.99	สูง	
11. ท่านไม่สามารถนำเด็กมาฉีดวัคซีนได้ เนื่องจากต้องไปทำงาน	2.40	16.40	24.00	23.60	33.60	3.70	1.17	ปานกลาง	
12. ฉีดวัคซีนแล้วเด็กมีไข้ จึงไม่นำเด็กมาฉีดวัคซีนอีกในครั้งต่อไป	8.90	13.00	28.10	11.60	38.40	3.58	1.35	ปานกลาง	
13. เด็กไม่ยอมมาฉีดวัคซีน จึงไม่นำมาฉีดวัคซีน	1.70	6.20	6.50	12.30	73.30	4.49	0.98	สูง	
14. ท่านไม่นำเด็กมาฉีดวัคซีน เนื่องจากฉีดแล้วเด็กปวดขา	10.60	16.10	29.10	18.20	26.00	3.33	1.31	ปานกลาง	
15. ท่านไม่นำเด็กไปฉีดวัคซีน เนื่องจากฉีดแล้วเด็กมักมีอาการผื่นปกติ	2.40	6.50	8.90	18.80	63.40	4.34	1.04	สูง	
	รวม						3.79	1.19	ปานกลาง

จากตาราง 10 พบว่า กลุ่มประชากรมีพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการ วัดซีนพื้นฐานเกี่ยวกับการไม่นำเด็กมาฉีดวัดซีน เนื่องจากฟังภาษาไทยไม่รู้เรื่อง มากที่สุด $\bar{X} = 4.52$ รองลงมา คือ มีพฤติกรรมเกี่ยวกับเด็กไม่ยอมฉีดวัดซีน จึงไม่นำมาฉีดวัดซีน $\bar{X} = 4.49$ และมีพฤติกรรมเกี่ยวกับหากไม่ว่างพาเด็กไปฉีดวัดซีน จะฝากผู้อื่นให้นำไปเด็กไปฉีดวัดซีนแทน น้อยที่สุด $\bar{X} = 2.45$

ตาราง 11 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการ วัดซีนพื้นฐาน

ระดับพฤติกรรม	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ต่ำ (15-44 คะแนน)	31	10.60
ปานกลาง (45-59 คะแนน)	131	44.90
สูง (60-75 คะแนน)	130	44.50
$\bar{X} = 56.88$ S.D. = 8.91 Min = 33 Max = 75		

จากตาราง 11 เมื่อมีการจัดระดับพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการ วัดซีนพื้นฐาน โดยภาพรวม พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 131 คน คิดเป็นร้อยละ 44.90 รองลงมาคือ มีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง จำนวน 130 คิดเป็นร้อยละ 44.50 และมีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 10.60

ส่วนที่ 6 ปัจจัยด้านการรับรู้ ปัจจัยด้านสิ่งชักนำ และพฤติกรรมการพบบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน ในชนเผ่าม้ง ตำบลปอ จังหวัดเชียงราย

ตาราง 12 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของปัจจัยด้านการรับรู้ ปัจจัยด้านสิ่งชักนำ และพฤติกรรมการพบบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน

ตัวแปร	Min	Max	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนพื้นฐาน	33	74	52.55	8.03	ปานกลาง
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค					
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค					
3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค					
4. การรับรู้อุปสรรคต่อการได้รับวัคซีนพื้นฐาน					
ปัจจัยด้านสิ่งชักนำ	24	50	38.95	4.51	ปานกลาง
พฤติกรรมการพบบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน	33	75	56.88	8.91	ปานกลาง

จากตาราง 12 พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้มีค่าเฉลี่ย (\bar{X}) เท่ากับ 52.55 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 8.03 ระดับการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านสิ่งชักนำมีค่าเฉลี่ย (\bar{X}) เท่ากับ 38.95 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 4.51 ระดับสิ่งชักนำอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการพบบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐานมีค่าเฉลี่ย (\bar{X}) เท่ากับ 56.88 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 8.91 ระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 7 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน
ของชนเผ่าม้ง ตำบลปอ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

ตาราง 13 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการพาบุตร
หลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน

ปัจจัยพยากรณ์	B	S.E.	β	t	Sig.
ค่าคงที่	14.220	4.812		2.955	0.003
ปัจจัยด้านการรับรู้ (x_1)	0.470	.055	0.423	8.485	<0.001*
ปัจจัยด้านประชากร					
ระยะทางในการเดินทางไปรับบริการ (x_2)	-4.701	.935	-.250	-5.027	<0.001*
การเคยรับบริการวัคซีนพื้นฐานของเด็ก ในอดีต (x_3)	8.712	1.963	0.216	4.438	<0.001*
ความสัมพันธ์ของผู้ให้ข้อมูลกับเด็ก (x_4)	5.319	1.723	0.151	3.086	0.002**
ปัจจัยด้านสิ่งชักนำ (x_5)	0.202	0.099	0.103	2.052	0.041*
$R^2 = 0.338$ Adjusted $R^2 = 0.327$ $F = 29.239$ $P < 0.001$					

จากตาราง 13 พบว่า การวิเคราะห์ทางสถิติถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) ด้วยวิธี stepwise method พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน ได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้ ปัจจัยด้านประชากร (ระยะทางในการเดินทางไปรับบริการ การเคยรับบริการวัคซีนพื้นฐานของเด็กในอดีต ความสัมพันธ์ของผู้ให้ข้อมูลกับเด็ก) และปัจจัยด้านสิ่งชักนำ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-Value = <0.001, <0.001, <0.001, 0.002, 0.041 ตามลำดับ) และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐานได้ร้อยละ 32.70 (Adjusted $R^2 = 0.327$)

ปัจจัยด้านการรับรู้ สามารถทำนายพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐานได้ในทางบวก ($B = 0.47$, P-Value <0.001) กล่าวคือ ชนเผ่าม้งที่มีรับรู้สูง จะมีพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐานสูงกว่าชนเผ่าม้งที่มีรับรู้ต่ำ

ระยะทางในการเดินทางไปรับบริการ สามารถทำนายพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐานได้ในทางลบ ($B = -4.70$, $P\text{-Value} < 0.001$) กล่าวคือ คนเฝ้าเลี้ยงที่มีระยะทางในการเดินทางไปรับบริการไกล จะมีพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐานน้อยกว่าคนเฝ้าเลี้ยงที่มีระยะทางในการเดินทางไปรับบริการใกล้

การเคยรับบริการวัคซีนพื้นฐานของเด็กในอดีต สามารถทำนายพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐานได้ในทางบวก ($B = 8.71$, $P\text{-Value} < 0.001$) กล่าวคือ คนเฝ้าเลี้ยงที่เคยรับบริการวัคซีนพื้นฐานของเด็กในอดีต จะมีพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐานสูงกว่าคนเฝ้าเลี้ยงที่ไม่เคยรับบริการวัคซีนพื้นฐานของเด็กในอดีต

ความสัมพันธ์ของผู้ให้ข้อมูลกับเด็ก สามารถทำนายพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐานได้ในทางบวก ($B = 5.32$, $P\text{-Value} < 0.001$) กล่าวคือ ความสัมพันธ์ของผู้ให้ข้อมูลกับเด็กเป็นบิดาและมารดา จะมีพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐานสูงกว่าคนเฝ้าเลี้ยงที่มีความสัมพันธ์ของผู้ให้ข้อมูลกับเด็กไม่ใช่บิดาและมารดา

ดังนั้นสามารถนำเข้าสู่สร้างสมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบได้ดังนี้

$$\hat{Y} = a + b_1 X_1 + b_2 X_2 + \dots + b_k X_k$$

\hat{Y} แทนคะแนนพยากรณ์ของตัวเกณฑ์(ตัวแปรตาม)

a แทนค่าคงที่ของสมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบ

$b_1 b_2 \dots b_k$ แทนค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวพยากรณ์ตัวที่ 1 ถึงตัวที่ k ตามลำดับ

X_1 ปัจจัยด้านการรับรู้

X_2 ระยะทางในการเดินทางไปรับบริการ

X_3 การเคยรับบริการวัคซีนพื้นฐานของเด็กในอดีต

X_4 ความสัมพันธ์ของผู้ให้ข้อมูลกับเด็ก

X_5 ปัจจัยด้านสิ่งชักนำ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน ได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้ ระยะทางในการเดินทางไปรับบริการ การเคยรับบริการวัคซีนพื้นฐานของเด็กในอดีต ความสัมพันธ์ของผู้ให้ข้อมูลกับเด็ก และปัจจัยด้านสิ่งชักนำ

โดยสามารถนำมาเขียนสมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบได้ดังต่อไปนี้

$$\hat{Y} = 14.22 + 0.470 (X_1) - 4.701 (X_2) + 8.712 (X_3) + 5.319 (X_4) + 0.202 (X_5)$$

$\hat{Y} = 14.22 + 0.470$ (ปัจจัยด้านการรับรู้) $- 4.701$ (ระยะทางในการเดินทางไปรับบริการ) $+ 8.712$ (การเคยรับบริการวัคซีนพื้นฐานของเด็กในอดีต) $+ 5.319$ (ความสัมพันธ์ของผู้ให้ข้อมูลกับเด็ก) $+ 0.202$ (ปัจจัยด้านสิ่งชักนำ)

เขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$Z = 0.432 (X_1) - 0.250 (X_2) + 0.216 (X_3) + 0.151 (X_4) + 0.103 (X_5)$$

$$Z = 0.432 (\text{ปัจจัยด้านการรับรู้}) - 0.250 (\text{ระยะทางในการเดินทางไปรับบริการ}) + 0.216 (\text{การเคยรับบริการวัคซีนพื้นฐานของเด็กในอดีต}) + 0.151 (\text{ความสัมพันธ์ของผู้ให้ข้อมูลกับเด็ก}) + 0.103 (\text{ปัจจัยด้านสิ่งชักนำ})$$

ปัจจัยที่ทำให้เพิ่มโอกาสในการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน ได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้ การเคยรับบริการวัคซีนพื้นฐานของเด็กในอดีต ความสัมพันธ์ของผู้ให้ข้อมูลกับเด็ก และปัจจัยด้านสิ่งชักนำ

ปัจจัยที่ทำให้ลดการเกิดพฤติกรรมพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน ได้แก่ ระยะทางในการเดินทางไปรับบริการ



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐานของชนเผ่าม้ง มีรูปแบบวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยดำเนินการวิจัยในผู้ปกครองของเด็กชนเผ่าม้งอายุ 0-5 ปี จำนวน 292 คน ซึ่งอาศัยอยู่ใน 10 หมู่บ้านของตำบลปอ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย โดยมี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านความรู้เรื่องวัคซีนพื้นฐาน ปัจจัยด้านการรับรู้ปัจจัยด้านสิ่งชักนำ ของชนเผ่าม้ง ตำบลปอ จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน ของชนเผ่าม้ง ตำบลปอ จังหวัดเชียงราย
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐานของชนเผ่าม้ง ตำบลปอ จังหวัดเชียงราย

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านความรู้เรื่องวัคซีนพื้นฐาน ปัจจัยด้านการรับรู้ปัจจัยด้านสิ่งชักนำของชนเผ่าม้ง ตำบลปอ จังหวัดเชียงราย สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐานได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูล 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านประชากรของเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ ลำดับการเกิดของเด็ก เป็นต้น และปัจจัยด้านประชากรของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา สัญชาติ อาชีพหลัก รายได้ของครอบครัวต่อเดือน จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในครอบครัว ความสัมพันธ์ของผู้ให้ข้อมูลกับเด็ก ลักษณะครอบครัว การเคยรับบริการวัคซีนพื้นฐานของเด็กในอดีต ระยะเวลาในการเดินทางไปรับบริการ เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องวัคซีนพื้นฐาน จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือก 2 คำตอบ คือ ใช่ หรือ ไม่ใช่ แบ่งระดับความรู้แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง ดี โดยประยุกต์ จากแนวคิดการแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ตามหลักเกณฑ์ของ บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ (2540)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยการรับรู้ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคอร์ต (Likert, 1967) โดยใช้ระดับการวัดข้อมูลประเภทอันตรภาคชั้น มี 5 ระดับ เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ โดยแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และด้านการรับรู้อุปสรรค ซึ่งแบบสอบถามนั้นเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคอร์ตแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ปานกลาง ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งแปลผลคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนพื้นฐาน โดยเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งชักนำ ข้อคำถามจะครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการได้รับสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ มีลักษณะเป็นมาตรวัดระดับ (Rating scale) 5 ระดับ เลือกตอบได้เพียง 1 ตัวเลือก ซึ่งผู้ที่ได้คะแนนสูง หมายถึง ผู้ที่ได้รับสิ่งชักนำมาก มีเกณฑ์ให้คะแนน คือ เป็นประจำ บ่อย บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคยเลย ซึ่งแปลผลคะแนนเฉลี่ยของการได้รับสิ่งชักนำ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย ซึ่งแปลผลคะแนนเฉลี่ยของการได้รับสิ่งชักนำ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และสูง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านที่ใช้เป็นพื้นที่ศึกษา ผู้วิจัยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย จากคณะบดี คณะสาธารณสุขศาสตร์ และส่งถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เพื่อรับทราบการเก็บข้อมูล และส่งถึงสาธารณสุขอำเภอเวียงแก่น เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตพื้นที่ตำบลปอ เพื่อชี้แจงการเก็บข้อมูลและนัดอาสาสมัครสาธารณสุขแต่ละพื้นที่มาประชุม

1.3 ประชุมชี้แจงอาสาสมัครสาธารณสุข เกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

2. ขั้นตอนการ

2.1 จับฉลากรายชื่อผู้ปกครองเด็กชนเผ่าม้งตำบลปออายุ 0-5 ปี เพื่อนำแบบสอบถามเก็บข้อมูลจากผู้ปกครอง

2.2 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามรายชื่อที่จับฉลากไว้ โดยระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนเมษายน-พฤษภาคม 2564 รวมระยะเวลา 2 เดือน โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองในบางหมู่บ้านพร้อมกับล่ามแปลภาษา ส่วนในหมู่บ้านที่ไม่ได้ลงเก็บข้อมูลด้วยตนเองนั้น จะประสาน อสม. ในแต่ละพื้นที่ลงเก็บข้อมูลแทน

2.3 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนสมบูรณ์ ก่อนนำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ

สรุปผลการวิจัย

จากผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านประชากร พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.1 และเพศชาย ร้อยละ 34.90 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 21-30 ปี ร้อยละ 42.12 ระดับการศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 33.90 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 76.72 สัญชาติไทย ร้อยละ 86.30 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 67.10 รายได้ของครอบครัวน้อยกว่า 5,001 บาทต่อเดือน ร้อยละ 83.56 มีจำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในครอบครัว 0-3 คน ร้อยละ 92.50 ผู้ให้ข้อมูล มีความสัมพันธ์เป็น บิดา/มารดา ของเด็ก ร้อยละ 93.20 อาศัยอยู่เป็นครอบครัวใหญ่ ร้อยละ 62.33 เด็กเคยได้รับวัคซีนที่ รพ.สต./สถานีอนามัย ร้อยละ 87.00 และระยะทาง ในการเดินทางไปรับบริการวัคซีน 0-3 กิโลเมตร ร้อยละ 46.60

จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านความรู้เรื่องวัคซีนพื้นฐาน กลุ่มประชากรมีความรู้ เรื่องวัคซีนพื้นฐานว่าวัคซีนคือสารชนิดหนึ่งที่ฉีดเข้าร่างกายแล้วสามารถป้องกันโรคได้ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 97.90 รองลงมา คือ วัคซีนบางชนิดหลังจากฉีดแล้ว สามารถทำให้ เด็กมีไข้ ตัวร้อนได้ เป็นอาการข้างเคียงของวัคซีน และเมื่อเด็กมีไข้ ตัวร้อน หลังฉีดวัคซีน ต้องเช็ดตัวลดไข้ และรับประทานยาลดไข้ตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 96.90 และมีความรู้ว่า เด็กทุกคนจำเป็นต้องได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 12.30 เมื่อจัดระดับความรู้เป็น 3 ระดับ ส่วนใหญ่มีความรู้ อยู่ในระดับปานกลางจำนวน 189 คิดเป็นร้อยละ 64.70 รองลงมา คือมีความรู้ในระดับดี จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 21.90 และมีความรู้ในระดับน้อยจำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 13.40

จากผลการศึกษาพบว่า ด้านการรับรู้ กลุ่มประชากรมีการรับรู้อุปสรรคต่อการได้รับวัคซีนพื้นฐานว่า การฉีดวัคซีนมิได้เป็นเรื่องผิดผี มากที่สุด $\bar{X} = 4.38$ รองลงมา คือ รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคว่า ทางครอบครัวไม่มีพาหนะจึงไม่นำเด็กมาฉีดวัคซีน $\bar{X} = 3.72$ และมีการรับรู้อุปสรรคต่อการได้รับวัคซีนพื้นฐานว่า ถ้าผู้ดูแลเด็กไม่ใช่บิดาหรือมารดาจะไม่กล้านำเด็กมาฉีดวัคซีนน้อยที่สุด $\bar{X} = 2.76$ เมื่อจัดระดับการรับรู้ ส่วนใหญ่มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 180 คน คิดเป็นร้อยละ 61.60 รองลงมา มีการรับรู้อยู่ในระดับสูงจำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 21.20 และมีการรับรู้อยู่ในระดับต่ำจำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 17.10

จากผลการศึกษา พบว่า ด้านสิ่งชักนำ กลุ่มประชากรมีสิ่งชักนำเกี่ยวกับสถานพยาบาลของรัฐฉีดวัคซีนให้เด็กฟรีทุกคน มากที่สุด $\bar{X} = 4.66$ รองลงมาคือ มีสิ่งชักนำเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเคยให้คำแนะนำให้ท่านหรือคนในครอบครัวของท่านนำเด็กมาฉีดวัคซีนตามนัด $\bar{X} = 4.43$ และมีสิ่งชักนำเกี่ยวกับหากเพื่อนบ้านของท่านป่วย ท่านจะรีบพาบุตรหลานของท่านมาฉีดวัคซีน น้อยที่สุด $\bar{X} = 3.20$ เมื่อมีการจัดระดับสิ่งชักนำ ส่วนใหญ่มีระดับสิ่งชักนำอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 144 คน คิดเป็นร้อยละ 49.30 รองลงมาคือ มีระดับสิ่งชักนำอยู่ในระดับสูงจำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 47.90 และมีระดับสิ่งชักนำอยู่ในระดับต่ำจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 2.70

จากผลการศึกษา พบว่า ด้านพฤติกรรมกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน กลุ่มประชากรมีพฤติกรรมกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐานเกี่ยวกับการไม่นำเด็กมาฉีดวัคซีน เนื่องจากฟังภาษาไทยไม่รู้เรื่อง มากที่สุด $\bar{X} = 4.52$ รองลงมาคือ มีพฤติกรรมเกี่ยวกับเด็กไม่ยอมฉีดวัคซีน จึงไม่นำเด็กมาฉีดวัคซีน $\bar{X} = 4.49$ และมีพฤติกรรมเกี่ยวกับหากไม่ว่างพาเด็กไปฉีดวัคซีน จะฝากผู้อื่นให้นำเด็กไปฉีดวัคซีนแทน น้อยที่สุด $\bar{X} = 2.45$ เมื่อมีการจัดระดับพฤติกรรมกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน ส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 131 คน คิดเป็นร้อยละ 44.90 รองลงมาคือ มีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับสูงจำนวน 130 คน คิดเป็นร้อยละ 44.50 และมีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 10.60

จากผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน มีผลมาจากปัจจัยที่มีนัยสำคัญเรียงตามลำดับ คือ ปัจจัยด้านสิ่งชักนำ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความสัมพันธ์ของผู้ให้ข้อมูลกับเด็กมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และปัจจัยด้านการรับรู้ ระยะทางในการเดินทางไปรับบริการ การรับบริการวัคซีนพื้นฐานของเด็ก มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐานของชนเผ่าม้ง ตำบลปอ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย ได้ร้อยละ 33.80

อภิปรายผลการศึกษา

จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความรู้เรื่องวัคซีนพื้นฐานอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.70 สอดคล้องกับงานวิจัยของ รุสนา ดอแม็ง (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผู้ปกครองในการนำเด็กอายุ 0-5 ปี รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐานของจังหวัดปัตตานี พบว่า ปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์ต่อการนำบุตรหลานมารับวัคซีน ได้แก่ ศาสนา ระดับการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งวัคซีนพื้นฐานเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ความเชื่อเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคอยู่ในระดับดี ซึ่งการให้ความรู้ผู้ปกครองเกี่ยวกับความสำคัญของการมารับวัคซีนเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ปกครองพาบุตรหลานมารับวัคซีน และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ฌปภา ประยูรวงษ์ (2562) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์อายุของเด็กปฐมวัย ตำบลกระเจียน อำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งปัจจัยด้านความรู้เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้อัตราการรับวัคซีนพื้นฐานไม่ผ่านเกณฑ์เช่นเดียวกับงานวิจัยนี้ แต่ไม่ได้ระบุระดับของความรู้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับการรับรู้ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.60 แตกต่างกับงานวิจัยของ ฌปภา ประยูรวงษ์ (2562) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์อายุของเด็กปฐมวัย ตำบลกระเจียน อำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าการรับรู้ผลดีผลเสียของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองอยู่ในระดับสูง และคุณลักษณะของผู้ปกครองด้านสถานภาพคู่/สมรส และการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคทั้ง 5 ด้าน มีอิทธิพลต่อการได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์อายุของเด็กปฐมวัย ความแตกต่างด้านการรับรู้ของงานวิจัยอาจเนื่องมาบริบททางสังคมถิ่นที่อยู่อาศัยและวัฒนธรรมความเชื่อ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับสิ่งชักนำอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.30 สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิจิตรา รทะจักร, ลภัสรดา หนูมคำ และ สุรางค์รัตน์ พ้องพาน (2561) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 1 ปีครึ่ง ถึง 3 ปี ของผู้ปกครองอำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน พบว่าสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอยู่ในระดับปานกลาง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐานพบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.90 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐานเกี่ยวกับการไม่นำเด็กมาฉีดวัคซีนเนื่องจากฟังภาษาไทยไม่รู้เรื่องมากที่สุด อาจเนื่องมาจากอายุของผู้ปกครอง

ที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นผู้สูงอายุที่ยังคงยึดถือในวัฒนธรรมประเพณีของชนเผ่า และงานวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ภูทอง พรหมวงศา และคณะ (2560) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความครอบคลุมของการได้รับวัคซีน ในเด็กอายุต่ำกว่า 24 เดือน เมืองบริดจ์ตันท์ แขวงบอลิคำไซ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว พบว่า อัตราการได้รับวัคซีน ตามเกณฑ์อายุของเด็กอายุต่ำกว่า 24 เดือนนั้น ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งการให้ความรู้ ผู้ปกครองเกี่ยวกับความสำคัญของการมารับวัคซีนเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ปกครอง พานบุตรหลานมารับวัคซีน โดยเฉพาะในกลุ่มชนเผ่าที่มีปัญหาด้านภาษา มีบริบททางสังคม ความเชื่อที่อาจเป็นข้อจำกัดในการเข้ารับบริการ ซึ่งงานวิจัยนี้ด้านการฟังภาษาไทยไม่รู้เรื่อง เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ปกครองชาวม้งไม่พาเด็กมารับวัคซีนพื้นฐาน

ปัจจัยที่รวมทำนายพฤติกรรมการพานบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน พบว่าตัวแปรที่สามารถรวมทำนายพฤติกรรมการพานบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน ประกอบด้วย

ปัจจัยด้านการรับรู้ (X_1) สอดคล้องกับงานวิจัยของ อัสลีษา กาซอ, พัฒนศักดิ์ คำมณี จันท์ และสุปรีชา แก้วสวัสดิ์ (2565) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้ปกครองเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าผู้ปกครองเด็กเกินครึ่งมีการรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้ คุณภาพบริการ สุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรคไข้หวัดใหญ่ อยู่ในระดับปฏิสัมพันธ์ และปัจจัยเหล่านี้สามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของโรคไข้หวัดใหญ่ ประกอบด้วยการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้คุณภาพบริการสาธารณสุข ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ประวัติการได้รับวัคซีนของเด็ก และปัญหาสุขภาพของเด็ก อาจเนื่องมาจากการที่ระดับการรับรู้มากจะมีความระวังปัญหาด้านสุขภาพของตนเองและคน ในครอบครัวมากขึ้น ทำให้มีการป้องกันที่มากขึ้นตาม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของงานวิจัย

ระยะทางในการเดินทางไปรับบริการ (X_2) สอดคล้องกับงานวิจัยของ รุสนา ดอแม็ง (2555) ที่ศึกษาปัจจัยมีผลต่อผู้ปกครองในการนำเด็กอายุ 0-5 ปี รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค พื้นฐานของจังหวัดปัตตานี พบว่าปัจจัยเชื้อที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ ความพึงพอใจ ในการบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการสาธารณสุข การเคยรับบริการวัคซีนพื้นฐานของเด็กในอดีต อาจเนื่องมาจากความสะดวกในการเดินทาง ของแต่ละคนแตกต่างกัน บางคนมีความขาดแคลนในหลายด้านทำให้ยากต่อการเดินทางไปทำกิจกรรมต่าง ๆ แม้วากิจกรรมนั้นจะเป็นเรื่องจำเป็นก็ตาม เป็นไปตามสมมติฐานของงานวิจัย ในส่วนของปัจจัยด้านประชากร

การพาเด็กไปรับบริการวัคซีนพื้นฐาน (X_3) สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปิยะพร แซ่ฮู่ (2561) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฉีดวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ในเด็ก 0-2 ปี โรงพยาบาลปัตตานี: การศึกษาย้อนหลังแบบจับคู่ พบว่ามีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ ของเด็ก 0-2 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ผู้ปกครองของเด็กที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า หรือเท่ากับระดับประถมศึกษา ผู้ปกครองของเด็กที่มีความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงภายหลังได้รับวัคซีน ผู้ปกครองของเด็กที่มีความคิดเห็นว่าวัคซีนไม่มีประโยชน์ และผู้ปกครองของเด็กที่มีความคิดเห็นว่าวัคซีนเป็นข้อจำกัดของศาสนา อุปสรรคการรับบริการวัคซีนในเด็กอาจเนื่องมาจากความพร้อมของผู้ปกครองแต่ละครอบครัว ซึ่งหากสามารถร่วมกันแก้ไขปัญหาในจุดนี้ก็จะสามารถทำให้ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนเด็กในประเทศของเราดีมากยิ่งขึ้น เป็นไปตามสมมติฐานของงานวิจัยในส่วนของปัจจัยด้านประชากร

ความสัมพันธ์ของผู้ปกครองกับเด็ก (X_4) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับงานวิจัยของ รุสนา ดอแม็ง (2555) ที่ศึกษาปัจจัยมีผลต่อผู้ปกครองในการนำเด็กอายุ 0-5 ปี รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐานของจังหวัดปัตตานี พบว่าสาเหตุที่รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคไม่ครบตามเกณฑ์อายุคือ ไม่มีเวลาหรือพ่อแม่ทำงานต่างพื้นที่ วัคซีนไม่ฮาลาล และสาเหตุอื่น ๆ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ วรภัทร กระทุ้ง, อัมพวรรณ ศรีวิไล และพอใจ พัทธินิตย์ธรรม (2561) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเรื่องการเจ็บป่วยของผู้ปกครองชาวม้งและการมารับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนชั้นพื้นฐานในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่า ปัจจัยอย่างหนึ่งที่สัมพันธ์ต่อการมารับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนชั้นพื้นฐานในเด็ก คือการได้รับความยินยอมในการพาบุตรหลานไปรับวัคซีนจากหัวหน้าครอบครัว และความรู้เกี่ยวกับการมารับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนชั้นพื้นฐานสำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อาจเนื่องมาจากการที่เด็กไม่อยู่กับพ่อแม่ ทำให้การดูแลเด็กไม่เต็มที่เท่าที่ควร จึงทำให้ความสัมพันธ์ของผู้ปกครองและเด็กส่งผลต่อการรับวัคซีนของเด็ก เป็นไปตามสมมติฐานของงานวิจัยในส่วนของปัจจัยด้านประชากร

ปัจจัยด้านสิ่งชักนำ (X_5) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Oku, et al. (2017) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินการตามกลยุทธ์การสื่อสารการฉีดวัคซีนในเด็กในไนจีเรีย: การศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ผลที่ได้คือกิจกรรมการสื่อสารเป็นองค์ประกอบสำคัญของโปรแกรมการสร้างภูมิคุ้มกัน ดังนั้นจึงเป็นเรื่องสำคัญสำหรับผู้กำหนดนโยบายและผู้จัดการโครงการที่จะต้องเข้าใจอุปสรรคและผู้อำนวยการความสะดวกที่ส่งผลต่อการส่งมอบการสื่อสารการฉีดวัคซีน เพื่อให้สามารถดำเนินการแทรกแซง

การสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชำชูติน ดาเยะ, นิรัชรา ลิลละฮ์กุล และเจษฎากร โนนินทร์ (2562) การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ปกครองเด็กอายุ 0-5 ปี เพื่อรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน: กรณีศึกษาจังหวัดยะลา พบว่ารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ปกครองเด็กฯ ประกอบด้วย การให้ความรู้ การติดตามผลการประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความร่วมมือตามบริบทของชุมชน การสะท้อนปัญหาและอุปสรรคของการรับบริการ การจัดการมาตรฐานในผลิตภัณฑ์วัคซีนให้เป็นที่ยอมรับของชุมชน และการผลักดันนโยบายการผลิตวัคซีนที่ผ่านการรับรองสากล โดยคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัดและสำนักงานจุฬารัฐมนตรี การที่ไม่สามารถชักนำหรือดึงความสนใจจากผู้ปกครองทุกคนให้เห็นถึงความสำคัญของการฉีดวัคซีนได้นั้น ถือเป็นอุปสรรคต่อความครอบคลุมการรับบริการวัคซีนของเด็ก เป็นไปตามสมมติฐานของงานวิจัย

ปัจจัยด้านความรู้เรื่องวัคซีนพื้นฐานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐานของชนเผ่าม้ง ตำบลปอ จังหวัดเชียงราย อาจเนื่องมาจากปัจจุบันสามารถค้นหาความรู้ต่าง ๆ จากสื่อเทคโนโลยีออนไลน์ได้ และด้วยช่วงอายุส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 21-30 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่สามารถใช้เครื่องมือด้านเทคโนโลยีเพื่อค้นหาข้อมูลความรู้ได้และเข้าใจคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สอดคล้องกับงานวิจัยของ ณปภา ประยูรวงษ์ (2562) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์อายุของเด็กปฐมวัย ตำบลกระเจียน อำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าความรู้ไม่มีผลต่อการได้รับวัคซีนตามเกณฑ์ของเด็ก

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาการให้บริการวัคซีนพื้นฐานในเด็กของชนเผ่าม้ง เพื่อส่งเสริมการป้องกันและควบคุมโรคต่อไป

1.2 ควรมีการรณรงค์การฉีดวัคซีนพื้นฐานในเด็กอายุ 0-5 ปี ให้มากขึ้น เพื่อประชาสัมพันธ์ชักจูงให้ประชาชนสนใจในการพาบุตรหลานมารับบริการ

1.3 ควรมีการทำความเข้าใจให้แก่บิดาและมารดาถึงการที่ให้ผู้อื่นพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนแทน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการขยายขอบเขตของประชากรในการวิจัยครั้งต่อไป เพื่อศึกษาประชากรในกลุ่มที่กว้างขึ้นและสามารถเปรียบเทียบความสัมพันธ์และความแตกต่างได้

2.2 ควรเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความชัดเจนและมีความถูกต้อง ตรงกับความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น





บรรณานุกรม

มหาวิทยาลัยพะเยา

UNIVERSITY OF PHAYAO

บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรค. (2562). **กรมควบคุมโรค ติดตามสถานการณ์โรคหัดทั้งในประเทศ และต่างประเทศอย่างใกล้ชิด**. สืบค้นเมื่อ 26 กรกฎาคม 2563, จาก <https://ddc.moph.go.th/dvb/news.php?news=9337&deptcode=dvb>
- กรรณิการ์ วงษ์ยะลา. (2559). **การศึกษาชนเผ่าม้งเพื่อออกแบบชุดผลิตภัณฑ์ของตกแต่งบ้าน (กรณีศึกษาชนเผ่าม้ง ดอยปุย จังหวัดเชียงใหม่)**. การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ศศ.ม., มหาวิทยาลัยศิลปากร, นครปฐม.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2563). **ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนเด็กในประเทศไทย**. สืบค้นเมื่อ 23 กรกฎาคม 2563, จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=4df360514655f79f13901ef1181ca1c7
- กองโรคป้องกันได้ด้วยวัคซีน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). **แผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค**. สืบค้นเมื่อ 3 สิงหาคม 2563, จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1048320191202064105.pdf>
- กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน. (2562). **กรมควบคุมโรค ติดตามสถานการณ์โรคหัดทั้งในประเทศ และต่างประเทศอย่างใกล้ชิด หากมีไข้สูง และมีผื่นนูนแดงที่ใบหน้าควรรีบพบแพทย์ทันที**. สืบค้นเมื่อ 28 กรกฎาคม 2563, จาก <https://ddc.moph.go.th/dvb/news.php?news=9337&deptcode=dvb>
- กาญจนา จันทร์สิงห์. (2560). **ศาสนาคำเชื่อและพิธีกรรมของชาวเขา**. สืบค้นเมื่อ 30 กรกฎาคม 2563, จาก https://arit.kpru.ac.th/ap2/local/?nu=pages&page_id=160&code_db=610004&code_type=05
- จิตร ภูมิศักดิ์. (2554). **ความเป็นมาของคำสยาม ไทย ลาว และขอม และลักษณะทางสังคมของชื่อชนชาติ ข้อเท็จจริงว่าด้วยชนชาติขอม**. กรุงเทพฯ: ศยาม.
- จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์. (2556). **จิตวิทยาทั่วไป**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จිරักดิ์ อัดถเจริญสุข. (2562). **โครงการส่งเสริมการรับวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี**. สืบค้นเมื่อ 3 สิงหาคม 2563, จาก <https://localfund.happy-network.org/project/51306>
- ชูดา จิตพิทักษ์. (2525). **พฤติกรรมศาสตร์เบื้องต้น**. กรุงเทพฯ: สารมวลชน.

- ชูชัย สมितिโกกร. (2556). **พฤติกรรมผู้บริโภค**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. (2549). **เทคนิคการเขียนเค้าโครงการวิจัย : แนวทางสู่ความสำเร็จ**. นนทบุรี: ไทเนรมิตกิจ อินเทอร์เน็ต โปรเกรสซิฟ.
- ชำชูติน ดายะ, นิรัชรา ลิลละฮ์กุล และเจษฎากร โนอินทร์. (2562). การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ปกครองเด็กอายุ 0-5 ปี เพื่อรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน : กรณีศึกษาจังหวัดยะลา. **วารสารกรมการแพทย์**, 44(1), 113-118.
- ฑิตยา สุวรรณชฎ. (2517). **“สังคมวิทยา” วิทยาศาสตร์สังคม**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.
- ณปภา ประยูรวงษ์. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์อายุของเด็กปฐมวัยตำบลกระเจียน อำเภอกู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. **วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ**, 2(2), 43-53.
- ถวิล ธาราโกชน์ และศรีนัย ดำริสุข. (2546). **พฤติกรรมมนุษย์กับการพัฒนาตน**. กรุงเทพฯ: อักษรภาพพัฒนา.
- ธงชัย สันติวงษ์. (2549). **พฤติกรรมผู้บริโภคทางการตลาด = Consumer behavior in marketing**. กรุงเทพฯ: ประชุมช่าง.
- ธนัญญา ชีระอกนิษฐ. (2555). **พฤติกรรมมนุษย์เพื่อการพัฒนาตน**. อุดรธานี: สำนักวิชาศึกษาทั่วไป มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี.
- ธัญญาลักษณ์ ไชยรินทร์. (2544). **ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ปัญญา มณีคำ. (2538). **ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมกรับขี่รถจักรยานยนต์ของผู้ขี่รถจักรยานยนต์ในจังหวัดเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ ศษ.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2540). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์**. กรุงเทพฯ: คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุรฉัตร จันท์แดง. (2562). **กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงพฤติกรรมศาสตร์**. **วารสารสหวิทยาการวิจัย**, 8(1), 49-60.

- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสรวง สุวรรณ. (2536). **พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขศึกษา**. กรุงเทพฯ: เจ้าพระยาการพิมพ์.
- ประสิทธิ์ ลีปรีชา. (2537). **สุขภาพิตคำสอนมั่ง**. เชียงใหม่: สถาบันวิจัยสังคมมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปรารธนา มงคลธวัช. (2541). **เอกลักษณ์ทางวัฒนธรรมและการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมของ ชาวเขาเผ่าม้งบ้านห้วยน้ำไซ อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก**. วิทยานิพนธ์ สค.ม., จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ปิยะพร แซ่ฮ้อย. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฉีดวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ในเด็ก 0-2 ปี โรงพยาบาลปัตตานี: การศึกษาย้อนหลังแบบจับคู่. **วารสารการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม**, 41(4), 21-32.
- พรสุข หุ่นนิรันดร์. (2545). **พฤติกรรมศาสตร์ทางสุขศึกษา**. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ภูทอง พรหมวงศา, คงเวียง พันทะวงศา, อุดมศักดิ์ มหาวิวัฒน์ และวิทยา อัญสุช. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนในเด็กอายุต่ำกว่า 24 เดือน เมืองบริคัณฑ์ แขวงบอลิคำไซสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. **วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น**, 5(4), 589-603.
- มยุรี โยธาทู. (2562). ความเข้าใจของมารดาต่อการได้รับวัคซีนของบุตร: กรณีศึกษาโรงพยาบาลบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร. **วารสารการพยาบาล และการดูแลสุขภาพ**, 37(4), 32-41.
- มิเชล โรเบิร์ตส์. (2562). **สุขภาพ : คนทั่วโลกเชื่อมั่นในการฉีดวัคซีนแค่ไหน? สืบค้นเมื่อ 28 กรกฎาคม 2563**, จาก <https://www.bbc.com/thai/international-48704017>
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2542). **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน 2542**. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่น.
- รุสนา ดอแม็ง. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อผู้ปกครองในการนำเด็กอายุ 0-5 ปี รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐานของจังหวัดปัตตานี. **วารสารวิชาการสาธารณสุข**, 28(2), 224-235.
- วรภัทร กระทุ้ง, อัมพวรรณ ศรีวิไล และพอใจ พัทธนิษฐ์ธรรม. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเรื่องการเจ็บป่วยของผู้ปกครองชาวม้งและการมารับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนชั้นพื้นฐานในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี. **วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร: วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2018**, 26(2), 146-154.

- วิจิตรา ราชจักร, ลภัสรดา หนุ่มคำ และสุรางค์รัตน์ พ้องพาน. (2561). ปัจจัยทำนายพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 1 ปีครึ่ง ถึง 3 ปี ของผู้ปกครอง อำเภอเวียงสา จังหวัด น่าน. **วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี**, 28(2), 1473-1489.
- ไวริญจน์ เปรมสุข, รัตน์ศิริ ทาโต และระพีณ พลสุข. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรม ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร. **วารสารเกื้อการุณย์**, 26(1), 24-39.
- ศศิวิมล ทองพัว และอารีวรรณ เชี่ยวชาญวัฒนา. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อการซื้อวัคซีนทางเลือก ของผู้ปกครอง: การศึกษาโดยการสัมภาษณ์ ณ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น. **วารสาร เกษศาสตร์อีสาน**, 9(2), 37-49.
- ศุภกานต์ นุสรณ์รัมย์. (2557). **ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี.** วิทยานิพนธ์ ส.ม., มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ศูนย์ระบาดวิทยาโรงพยาบาลเวียงแก่น. (2561). **รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา อำเภอเวียงแก่น ประจำเดือนตุลาคม.** เชียงราย: โรงพยาบาลเวียงแก่น.
- สถาบันวัคซีนแห่งชาติ. (2560). **ความรู้เรื่องวัคซีน.** สืบค้นเมื่อ 24 กรกฎาคม 2563, จาก <http://nvi.go.th/index.php/vaccine-knowledge/epi-program>
- สมัย สุทธิธรรม. (2530). **คนบนดอย : อีโก้.** กรุงเทพฯ: วัฒนาพานิช.
- สมาคมโรคติดต่อในเด็กแห่งประเทศไทย. (2562). **ความรู้สำหรับประชาชนเรื่องวัคซีนพื้นฐาน สำหรับเด็ก.** สืบค้นเมื่อ 24 กรกฎาคม 2563, จาก www.pidst.or.th/A746.html
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. (2563). **ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนเด็ก ตามเขตสุขภาพ.** สืบค้นเมื่อ 24 กรกฎาคม 2563, จาก https://cri.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=4df360514655f79f13901ef1181ca1c7
- สุภาภรณ์ พลนิกร. (2548). **พฤติกรรมผู้บริโภค.** กรุงเทพฯ: ไสยศิลป์ พับลิชชิง.
- เสรี ลาซโรจน์. (2537). **การสอนชุดวิชาการบริหารและการจัดการ การวัดและประเมินผล การศึกษา หน่วยที่ 1-7.** นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- อดุล จาตุรงค์กุล และดลยา จาตุรงค์กุล. (2550). **พฤติกรรมผู้บริโภค.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- อัสนีลา กาชอ, พัฒนศักดิ์ คำมณีจันทร์ และสุปรียา แก้วสวัสดิ์. (2565). ปัจจัยทำนาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้ปกครองเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 32(2), 132–144.
- ธีระพาน หะยิอิตต์ และประภาภรณ์ หลังปฐเตชะ. (2563). รูปแบบการส่งเสริมความครอบคลุมของ วัคซีนในเด็ก 0–5 ปี จังหวัดยะลา. *วารสาร อัส-อิกมะฮ์ มหาวิทยาลัยฟาฏอนี*, 10(20), 137–148.
- อุไร ยั้งชีพสุจริต. (2560). **กลุ่มชาติพันธุ์ม้ง**. กลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ 30 กรกฎาคม 2563, จาก <https://www.sac.or.th/databases/ethnic-groups/ethnicGroups/84>
- Balbir Singh, H. K., Badgujar, V. B., Yahaya, R. S., Abd Rahman, S., Sami, F. M., Badgujar, S., et al. (2019). Assessment of knowledge and attitude among postnatal mothers towards childhood vaccination in Malaysia. *Hum Vaccin Immunother*, 15(11), 2544–2551. doi:10.1080/21645515.2019.1612666.
- Becker and Maiman. (1974). The Health Belief Model: Origins and Correlates in Psychological Theory. *Health Education Monographs*, 2, 336–353. doi:https://doi.org/10.1177/109019817400200404.
- Becker, M. H. and Maiman, L. A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Med Care*, 13(1), 10–24. doi:10.1097/00005650-197501000-00002.
- Becker, M. H., Maiman, L. A., Kirscht, J. P., Haefner, D. P. และ Drachman, R. H. (1977). The Health Belief Model and prediction of dietary compliance: a field experiment. *J Health Soc Behav*, 18(4), 348–366.
- Coon, D. and Mitterer, J. (2013). **Introduction to Psychology: Gateways to Mind and Behavior** (13 ed.). Singapore: Wadsworth Learning.
- Cronbach, L. (1963). **Educational Psychology**. New York: Harcourt Brace and World, Inc.
- Goldenson, R. (1984). **Longman Dictionary of Psychology and Psychiatry**. New York: Long–M.

- Hochbaum. (1958). **Public participation in medical screening programs: a socio-psychological study** Public Health Service Publication. Washington, DC: United States Government Printing Office.
- John Kemm and Ann Close. (1995). **Health Promotion**. London: Red Globe Press London.
- Kasl and Cobb. (1966). Health behavior, illness behavior. **Archives Environmental Health Education Monographs**, 12, 246–261.
- King, L. A. (2011). **The Science of Psychology** (2 ed.). New York: McGraw Hill.
- Krejcie, R. V. and Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities **Educational and Psychological Measurement**, 30(3), 607–610.
- Lamont H. Thao. (2002). **Hmong Means Free?**. Retrieved July 30, 2020, from <https://sites.google.com/site/wwwhmonghomepage/home/hmong-means-free/hmong-means-free>
- Lefton and Brannon. (2008). **Psychology**. New York: Pearson Education.
- Likert, R. (1967). The Method of Constructing and Attitude Scale. In Reading in Fishbein, M (Ed.), **Attitude Theory and Measurement**, 90–95.
- Nevid, J. S. (2012). **An Introduction to Psychology** (4 ed.). Connecticut: WADSWORTH CENGAGE Learning.
- Noh, J. W., Kim, Y. M., Akram, N., Yoo, K. B., Park, J., Cheon, J., et al. (2018). Factors affecting complete and timely childhood immunization coverage in Sindh, Pakistan; A secondary analysis of cross-sectional survey data. **PLoS One**, 13(10), e0206766. doi:10.1371/journal.pone.0206766.
- Nozaki, I., Hachiya, M. and Kitamura, T. (2019). Factors influencing basic vaccination coverage in Myanmar: secondary analysis of 2015 Myanmar demographic and health survey data. **BMC Public Health**, 19(1), 242. doi:10.1186/s12889-019-6548-0.
- Oku, A., Oyo-Ita, A., Glenton, C., Fretheim, A., Eteng, G., Ames, H., et al. (2017). Factors affecting the implementation of childhood vaccination communication strategies in Nigeria: a qualitative study. **BMC Public Health**, 17(1), 200. doi:10.1186/s12889-017-4020-6.

Rosenstock. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. **Health Education Monographs**, 2(4), 2–380.

Sucheng Chan. (1994). **Hmong Means Free: Life in Laos and America**. Philadelphia: Temple University Press.

World Health Organisation and UNICEF. (2016). **1 in 10 infants worldwide did not receive any vaccinations in 2016**. Retrieved July 24, 2020, from www.who.int/news/item/17-07-2017-1-in-10-infants-worldwide-did-not-receive-any-vaccinations-in-2016

Yang, W. (2020). Transmission dynamics of and insights from the 2018–2019 measles outbreak in New York City: A modeling study. **Sci Adv**, 6(22), eaaz4037. doi:10.1126/sciadv.aaz4037.





ภาคผนวก

ภาคผนวก ก เอกสารผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา

UNIVERSITY OF PHAYAO HUMAN ETHICS COMMITTEE

19 หมู่ 2 ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา 50000 เบอร์โทรศัพท์ 05448 0666

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามมาตรฐาน
หลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines
และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐานของชนเผ่าม้ง ตำบลปอ
จังหวัดเชียงราย
: Factors predicting the behavior of bringing children to basic vaccination service among
Hmong people in Po sub-district, Chiangrai province

เลขที่โครงการวิจัย : 1.3/00664

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวเดนิลา ปาโท

สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

อาจารย์ที่ปรึกษา : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญทอง ต๊ะแก้ว

สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

วิธีทบทวน : คณะกรรมการเต็มชุด (Full board)

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อยทุก 12 เดือน หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์
หากดำเนินการโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์ ดร.อัจฉราภรณ์ ดวงใจ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพและวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยพะเยา

วันที่รับรอง : 17 มีนาคม 2564

วันหมดอายุ : 17 มีนาคม 2565

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



University of Phayao
Human Ethics Committee

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
สำหรับอาสาสมัครอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป
(Informed Consent Form)

การวิจัยเรื่อง

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการพบบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐานของชนเผ่าม้ง ตำบลปอ
จังหวัดเชียงราย

วันที่ทำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....
ที่อยู่.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่
..... และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม
และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้
ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำ
วิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะ
เกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอใน
การซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่
ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการ
รักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (และระบุด้วยว่าจะได้รับการชดเชยจากผู้สนับสนุนการวิจัยหรือไม่
.....)

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล
และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับ
ต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับ
การยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของวิษัผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณา
จริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและ

Version.....

Date.....

แบบฟอร์ม UP-HEC 05 / 2

ประมวลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า ยินยอม
 ไม่ยินยอม

ให้เก็บตัวอย่างชีวภาพที่เหลือไว้เพื่อการวิจัยในอนาคต

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

Version.....


Date.....

แบบฟอร์ม UP-HEC 05 / 3

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์ หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย อย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในแบบคำยินยอมไว้ให้ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดี ข้าพเจ้าจึงประทับตราลายนิ้วมือของข้าพเจ้าในแบบคำยินยอมนี้ด้วยลายนิ้วมือ	
	ลายนิ้วมือผู้ยินยอม..... (.....)
	พยาน.....(ไม่ใช่ผู้เขียน) (.....)
	วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ประทับลายนิ้วมือข้าพเจ้า	

Version.....

Date.....

ภาคผนวก ข แบบสอบถามในการวิจัย

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการพบบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐานของชนเผ่าม้ง ตำบลปอ จังหวัดเชียงราย

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ซึ่งมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการพบบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐานของชนเผ่าม้ง ตำบลปอ จังหวัดเชียงราย และหาแนวทางในการดำเนินงานวัคซีนในพื้นที่ต่อไป ในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถาม ตามความเป็นจริงและครบถ้วนทุกข้อ

แบบสอบถามทั้งหมดแบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านประชากร

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องวัคซีนพื้นฐาน (10 ข้อ)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้ (15 ข้อ)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (10 ข้อ)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการพบบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน (15 ข้อ)

ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านเป็นอย่างยิ่งในการตอบแบบสอบถาม ผลที่ได้จากการวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการพบบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐานของชนเผ่าม้ง ตำบลปอ จังหวัดเชียงราย จะเป็นประโยชน์ต่อระบบการดำเนินงานวัคซีนให้มีการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น

ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านประชากร

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ ปี
3. ระดับการศึกษา ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา
มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
อนุปริญญา/ปวส. ปริญญาตรี
4. ศาสนา พุทธ คริสต์ นับถือผี/บรรพบุรุษ อื่น ๆ ระบุ.....
5. สัญชาติ ไทย ลาว ไม่มีสัญชาติ อื่น ๆ ระบุ.....
6. อาชีพหลัก เกษตรกร รับจ้างทั่วไป ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ไม่ได้ทำงาน อื่น ๆ ระบุ.....
7. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน.....บาท/เดือน
8. จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในครอบครัว คน
9. ความสัมพันธ์ของผู้ให้ข้อมูลกับเด็ก บิดา/มารดา ลุง/ป้า/น้า/อา
ปู่/ย่า/ตา/ยาย อื่น ๆ ระบุ.....
10. ลักษณะครอบครัว ครอบครัวใหญ่ เด็กอาศัยอยู่กับบิดา/มารดา
เด็กอาศัยอยู่กับปู่/ย่า/ตา/ยาย อื่น ๆ ระบุ.....
11. การเคยรับบริการวัคซีนพื้นฐานของเด็กในอดีต
 - 11.1 เด็กไม่เคยได้รับวัคซีน
 - 11.2 เด็กเคยได้รับวัคซีนที่..... โรงพยาบาลของรัฐ รพ.สต./สถานีนอมาัย
คลินิก/โรงพยาบาลเอกชน
12. ระยะทางในการเดินทางไปรับบริการ.....กิโลเมตร

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านความรู้เรื่องวัคซีนพื้นฐาน

คำชี้แจง เขียนเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่ท่านคิดว่าถูกต้องที่สุด

คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1. วัคซีนคือสารชนิดหนึ่งที่ถูกฉีดเข้าร่างกายแล้วสามารถป้องกันโรคได้		
2. เด็กแรกเกิดจะต้องได้ฉีดวัคซีนป้องกันโรคทันที		
3. วัคซีนบางชนิดหลังจากฉีดแล้ว สามารถทำให้เด็กมีไข้ ตัวร้อนได้ เป็นอาการข้างเคียงของวัคซีน		
4. เมื่อเด็กมีไข้ ตัวร้อน หลังฉีดวัคซีน ต้องเช็ดตัวลดไข้ และรับประทานยาลดไข้ตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
5. หลังฉีดวัคซีนบางชนิด อาจเกิดอาการปวด บวม แดง บริเวณตำแหน่งที่ฉีดวัคซีน		
6. วัคซีนบางชนิด ช่วยป้องกันความพิการได้		
7. หากมารดาเด็กเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบี เด็กต้องได้รับวัคซีนป้องกันโรคนี้เพิ่มอีก 1 เข็ม		
8. ปัจจุบันวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอมีทั้งชนิดกิน และชนิดฉีด		
9. เด็กทุกคนจำเป็นต้องได้รับวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่		
10. เด็กที่มีไขในวันที่มาฉีดวัคซีนสามารถฉีดได้ทันที		

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้

คำชี้แจง เขียนเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่ท่านคิดว่าตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค					
1. ท่านคิดว่าเด็กที่ฉีดวัคซีน จะไม่เกิดความพิการจากโรคบางชนิด					
2. ท่านคิดว่าเด็กที่ไม่ฉีดวัคซีน จะทำให้เด็กเจ็บป่วยได้ง่าย ในอนาคต					

คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย
3. ท่านคิดว่าเด็กที่ฉีดวัคซีน สามารถป้องกันโรคติดต่อ บางชนิดได้ดี					
การรับรู้ความรุนแรงของโรค					
4. ท่านคิดว่าหากเด็กป่วย เป็นโรคติดต่อบางชนิด อาจทำให้พิการได้					
5. ท่านคิดว่าเด็กที่ไม่ได้ฉีดวัคซีน แล้วป่วย มีอาการรุนแรงถึงตายได้					
6. ท่านคิดว่าถ้าป่วยเป็น โรคติดต่อบางชนิด อาจเสีย ค่าใช้จ่ายในการดูแลเด็กสูง					
7. ท่านคิดว่าถ้าเด็กไม่ได้ฉีดวัคซีน แล้วป่วย ผู้ปกครองต้องคอยดูแลเด็ก ส่งผลให้เสียรายได้					
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค					
8. ท่านคิดว่าการฉีดวัคซีน ช่วยลดการเกิดความพิการ จากโรคติดต่อบางชนิด					
9. ท่านคิดว่าการฉีดวัคซีน ทำให้เด็กไม่ป่วยเป็นโรคติดต่อร้ายแรง					
10. ท่านคิดว่าการฉีดวัคซีน ป้องกันโรค ทำให้ลดค่าใช้จ่าย ในการรักษาโรค					
11. ท่านคิดว่าการฉีดวัคซีน ช่วยลดโอกาสเสียชีวิตจาก โรคติดต่อร้ายแรง					

คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย
การรับรู้อุปสรรคต่อการได้รับวัคซีนพื้นฐาน					
12. ท่านคิดว่าถ้าผู้ดูแลเด็ก ไม่ใช่บิดาหรือมารดาจะไม่กล้า นำเด็กมาฉีดวัคซีน					
13. ท่านคิดว่าท่านไม่มีพาหนะ จึงไม่นำเด็กมาฉีดวัคซีน					
14. ท่านคิดว่าการฉีดวัคซีน เป็นเรื่องผิดผี					
15. ท่านคิดว่าการฉีดวัคซีน จะทำให้เด็กพิการได้					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งชักนำ

คำชี้แจง เขียนเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่ท่านคิดว่าตรงการปฏิบัติของท่านมากที่สุด

คำถาม	เป็น ประจำ ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยเลย
1.สถานพยาบาลของรัฐฉีดวัคซีน ให้เด็กฟรีทุกคน					
2.หากเพื่อนบ้านของท่านป่วย ท่านจะรีบพาบุตรหลานของท่าน มาฉีดวัคซีน					
3.เจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาล ให้บริการด้วยความสุภาพ					
4.ท่านเคยได้รับความรู้เรื่องวัคซีน จากแหล่งข่าวสารต่าง ๆ					

คำถาม	เป็นประจำ ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยเลย
5. ท่านได้รับข่าวสารเรื่องโรคติดต่อ					
6. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเคยให้คำแนะนำให้ท่านหรือคนในครอบครัวของท่านนำเด็กมาฉีดวัคซีนตามนัด					
7. ท่านได้รับคำแนะนำจากเพื่อนบ้านให้นำเด็กมารับวัคซีน					
8. สมาชิกในครอบครัวให้การสนับสนุนเรื่องการป้องกันโรค					
9. ท่านคิดว่า การฉีดวัคซีนจะทำให้ผีบรรพบุรุษโกรธ					
10. ท่านเคยได้ยินการประกาศเสียงตามสาย ให้ไปฉีดวัคซีนจากผู้นำชุมชน					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน

คำชี้แจง เขียนเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่ท่านคิดว่าตรงกับกรปฏิบัติของท่านมากที่สุด

คำถาม	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย
1. ท่านนำเด็กมารับวัคซีนตามนัดทุกครั้ง					
2. หากท่านลืมนำเด็กมารับวัคซีนเมื่อนึกขึ้นได้ จะรีบนำไปฉีดวัคซีนทันที					

คำถาม	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย
3. หากต้องย้ายที่อยู่อาศัย ท่านจะนำบุตรหลานไปฉีดวัคซีน ที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน					
4. หากท่านไม่ว่างพาเด็ก ไปฉีดวัคซีน ท่านจะฝากผู้อื่น ให้นำไปเด็กไปฉีดวัคซีนแทน					
5. ท่านไม่สะดวกในการเดินทาง จึงไม่นำเด็กมาฉีดวัคซีน					
6. แม่ครอบครัวจะไม่เห็นด้วย ท่านจะยังคงยืนยันที่จะนำเด็ก มาฉีดวัคซีนทุกครั้ง					
7. ท่านสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขไม่เข้าใจ จึงไม่นำ เด็กมาฉีดวัคซีน					
8. ท่านทำสมุดสีชมพูหาย จึงไม่นำ เด็กมาฉีดวัคซีนตามนัด					
9. ท่านไม่นำเด็กมาฉีดวัคซีน เนื่องจากจำวันนัดไม่ได้					
10. ท่านไม่นำเด็กมาฉีดวัคซีน เนื่องจากฟังภาษาไทยไม่รู้เรื่อง					
11. ท่านไม่สามารถนำเด็ก มาฉีดวัคซีนได้ เนื่องจาก ต้องไปทำงาน					
12. ฉีดวัคซีนแล้วเด็กมีไข้ จึงไม่นำเด็กมาฉีดวัคซีนอีก ในครั้งต่อไป					

คำถาม	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย
13. เด็กไม่ยอมฉีดวัคซีน จึงไม่นำมาฉีดวัคซีน					
14. ท่านไม่นำเด็กมาฉีดวัคซีน เนื่องจากฉีดแล้วเด็กปวดขา					
15. ท่านไม่นำเด็กไปฉีดวัคซีน เนื่องจากฉีดแล้วเด็กมักมีอาการ ผื่นปกติ					





ประวัติผู้วิจัย

มหาวิทยาลัยพะเยา
UNIVERSITY OF PHAYAO

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	เซณิยา ปาโท
วัน เดือน ปี เกิด	15 ตุลาคม 2538
สถานที่เกิด	เชียงราย
วุฒิการศึกษา	พ.ศ. 2561 ส.บ.(สาธารณสุขชุมชน), มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี
ที่อยู่ปัจจุบัน	409 หมู่ 13 ตำบลห้วยซ้อ อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย

