อิทธิพลความรอบรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและการตัดสินใจรับวัคซีนโควิด-19 ของกลุ่มชาติพันธุ์ ในอำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน

Influence of Health Literacy on COVID-19 Disease to Preventive Behaviors and Vaccination Decisions among Ethnic Group in Pang Mapha District, Mae Hong Son Province

อนาวิน ภัทรภาคินวรกุล[1]*, อองดาว ประกายนำสุข[2], ศิรินภา สรานนท์เมธากุล[3]

Anavin Phattharaphakinworakun[1]*, Ongdao Prakainamsuk[2], Sirinapa Saranonmethakul[3]

[1] หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน

[2] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน

[3] โรงพยาบาลปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน

[1] Bachelor of Public Health Program, Chiang Mai Rajabhat University, Mae Hong Son Campus

[2] Pang Mapha District Public Health Office, Mae Hong Son Province

[3] Pang Mapha Hospital, Mae Hong Son Province

*Correspondence to: anavin_pha@g.cmru.ac.th

Received: Oct 3, 2025 | Revised: Nov 24, 2025 | Accepted: Nov 26, 2025

บทคัดย่อ

การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 กลุ่มชาติพันธุ์ได้รับผลกระทบในการเข้าถึงวัคซีนโรคโควิด-19 เข็มกระตุ้นต่ำกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ การวิจัยเชิงวิเคราะห์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับและวิเคราะห์อิทธิพลของความรอบรู้เกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาล วัคซีนโควิด-19 และโรคโควิด-19 ที่ส่งผลต่อทัศนคติ พฤติกรรมการป้องกันโรค และการตัดสินใจรับวัคซีนโควิด-19 ของกลุ่มชาติพันธุ์ ในอำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง ดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน 2564 - กุมภาพันธ์ 2565 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ จำนวน 200 คน รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ทดสอบคุณภาพความตรงเนื้อหาและความเที่ยงตั้งแต่ 0.66 ขึ้นไป วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการถดถอยเชิงเส้นอย่างง่าย ผลการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 52.0) อายุ 31-45 ปี (ร้อยละ 35.0) และประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 60.0) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้โดยรวมระดับต่ำ (ร้อยละ 65.0) ทัศนคติ (ร้อยละ 75.5) และพฤติกรรมการป้องกันโรค (ร้อยละ 70.0) อยู่ในระดับสูง ส่วนการตัดสินใจรับวัคซีนโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 45.0) ความรอบรู้เกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาล วัคซีนโควิด-19 และโรคโควิด-19 ส่งผลเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ต่อทัศนคติ (ร้อยละ 28.0) พฤติกรรม (ร้อยละ 21.0) และการตัดสินใจรับวัคซีน (ร้อยละ 15.0) ตามลำดับ แม้ว่าความรอบรู้โดยรวมและรายด้านจะอยู่ในระดับต่ำ แต่ยังคงเป็นปัจจัยเชิงบวกต่อการทำให้ทัศนคติ พฤติกรรม และการตัดสินใจให้เปลี่ยนแปลงได้ ลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของการเกิดโรคในชุมชนได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: โควิด-19, กลุ่มชาติพันธุ์, ทัศนคติ, พฤติกรรมการป้องกันโรค, การตัดสินใจรับวัคซีน

Abstract

During the COVID-19 pandemic, COVID-19 booster vaccination rates among ethnic groups were lower than the national average. This analytical cross-sectional study aimed to assess the levels and analyze the influence of Knowledge regarding Health care Rights, COVID-19 Disease, and COVID-19 Vaccine on attitudes, preventive behaviors, and vaccination decisions regarding COVID-19 among the LAHU ethnic group in Pang Mapha, Mae Hong Son. The study was conducted from June 2021 to February 2022. A sample of 200 Lahu ethnic individuals was selected using purposive sampling. Data were collected using a questionnaire, which demonstrated content validity and a reliability coefficient of 0.66 higher, and the data were analyzed using descriptive statistics and simple linear regression. The findings revealed that the majority of participants were predominantly female (52.0%), aged 31–45 years (35.0%), and worked in agriculture (60.0%), with a low level of overall knowledge (65.0%). Whereas, high levels of positive attitudes (75.5%) and preventive behaviors (70.0%) were found. Vaccination decisions were predominantly at a moderate level (45.0%). Health literacy regarding providing healthcare rights, the COVID-19 vaccine, and COVID-19 disease had a significant positive influence on attitudes (28.0%), behaviors (21.0%), and vaccination decisions (15.0%) ($p < 0.001$), respectively. Although health literacy was low level, it remains a positive factor for enabling changes to attitudes, behaviors, and decision-making. Reduce the severity and complications of disease in the community in a sustainable way.

Keywords: COVID-19, Ethnic group, Attitudes, Preventive Behaviors, Vaccination Decision

บทนำ

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้สร้างวิกฤตการณ์ด้านสาธารณสุขครั้งประวัติศาสตร์ ในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ติดเชื้อทั่วโลกกว่า 280 ล้านคน และเสียชีวิตกว่า 5.4 ล้านคน ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อเสถียรภาพทางสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมทั่วโลก[1] ในระดับโลกชี้ให้เห็นว่า กลุ่มเปราะบางโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มชาติพันธุ์และชนพื้นเมือง (ethnic and indigenous) เป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญ เช่น ข้อมูลจากศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (CDC) พบว่าชาวอเมริกันพื้นเมืองมีโอกาสติดเชื้อ COVID-19 สูงกว่าคนผิวขาวถึง 1.7 เท่า และมีโอกาสเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงกว่า 3.5 เท่า รวมถึงโอกาสเสียชีวิตสูงกว่า 2.4 เท่า[2,3] ผลกระทบไม่ได้จำกัดแค่ด้านสุขภาพเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงมิติทางเศรษฐกิจและสังคม โดยพบว่าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์เผชิญกับภาวะการว่างงานสูงขึ้นร้อยละ 10.0-15.0 และประสบปัญหาความไม่มั่นคงทางอาหารรุนแรงกว่ากลุ่มประชากรหลัก[4] สาเหตุสำคัญของผลกระทบที่รุนแรงนี้มาจากอุปสรรคเชิงโครงสร้างที่มีอยู่เดิม เช่น ความเหลื่อมล้ำในการเข้า

ถึงบริการสุขภาพ ข้อมูลข่าวสาร และทรัพยากรที่จำเป็น ซึ่งสถานการณ์การระบาดได้ทำให้ช่องว่างเหล่านี้ชัดเจนและรุนแรงยิ่งขึ้น ในภาวะวิกฤตทางสุขภาพเช่นนี้ ความรอบรู้เกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาล การเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 และการป้องกันโรคโควิด-19 เป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญ ส่งผลโดยตรงต่อทัศนคติ พฤติกรรมการป้องกันโรค และการตัดสินใจรับวัคซีนในกลุ่มชาติพันธุ์ โดยเฉพาะในกลุ่มที่เปราะบางหรือเผชิญความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในพื้นที่ชายขอบห่างไกล การสร้างความเชื่อมั่นและลดอุปสรรคในการเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาล จึงเป็นหัวใจสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพลงได้[5-7] โดยพบว่า สิทธิการรักษาพยาบาล การมีประกันสุขภาพหรือแพทย์ประจำตัว เป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มโอกาสในการได้รับวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มชาติพันธุ์ ส่วนผู้ที่ไม่มีประกันสุขภาพ ไม่มีแพทย์ประจำ หรือว่างงาน มีโอกาสได้รับวัคซีน น้อยกว่ากลุ่มที่มีสิทธิ มากกว่า ร้อยละ 30.0 โดยที่กลุ่มตัวอย่างที่มีประกันสุขภาพ ร้อยละ 91.0 ได้รับวัคซีนโควิด-19 ร้อยละ 71.0 ขณะที่กลุ่มไม่มีประกันสุขภาพได้รับวัคซีนโควิด-19 เพียงร้อยละ 6.6[8,9]

สำหรับประเทศไทย แม้จะมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) ที่ครอบคลุมประชากรผู้มีสัญชาติไทยได้ถึง ร้อยละ 99.8 และได้รับการยอมรับในระดับโลก แต่การเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิทธิของประชากรกลุ่มชาติพันธุ์ที่อาศัยในพื้นที่ห่างไกลและแนวชายแดนยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญ[10] ข้อมูลจากกรมการปกครองพบว่ายังมีประชากรกลุ่มชาติพันธุ์และชนเผ่าพื้นเมืองอีกกว่า 5 แสนคน ที่ยังคงมีปัญหาสถานะบุคคลและทะเบียนราษฎร ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐาน รวมถึงสิทธิในหลักประกันสุขภาพ[11] นอกจากนี้ กลุ่มชาติพันธุ์ยังเผชิญอุปสรรคหลายมิติ โดยเฉพาะอุปสรรคด้านภาษาและการสื่อสาร จากการสำรวจพบว่า กว่าร้อยละ 60.0 ของกลุ่มชาติพันธุ์ในบางพื้นที่มีข้อจำกัดในการสื่อสารด้วยภาษาไทย ทำให้การทำความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพที่ซับซ้อนเป็นไปได้ยาก[12] ประกอบกับมีพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ที่ทำให้ต้องใช้เวลาเดินทางไปสถานบริการสุขภาพเฉลี่ยนานกว่าประชากรทั่วไป 2-3 เท่า อุปสรรคที่ทับซ้อนเหล่านี้ส่งผลให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพในภาวะวิกฤต เช่น สถานการณ์โควิด-19 อาจมีจำกัดกว่าประชากรกลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญ[13]

จังหวัดแม่ฮ่องสอนเป็นจังหวัดชายแดนที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์สูงที่สุดแห่งหนึ่งของประเทศไทย โดยข้อมูลจากสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ระบุว่าประชากรในจังหวัดกว่าร้อยละ 63.0 เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศหลายเท่า[14] โดยเฉพาะในพื้นที่อำเภอปางมะผ้า ซึ่งมีประชากรกลุ่มชาติพันธุ์อาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก รวมถึงกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ที่มีวิถีชีวิต วัฒนธรรม และภาษาที่เป็นเอกลักษณ์ สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ที่ผ่านมาได้สะท้อนให้เห็นถึงความเปราะบางด้านสุขภาพในพื้นที่ โดยพบว่าอัตราการได้รับวัคซีนโควิด-19 เข็มกระตุ้นของประชากรในอำเภอปางมะผ้าอยู่ที่เพียงร้อยละ 25.4 ซึ่งต่ำกว่าภาพรวมของจังหวัดแม่ฮ่องสอน อยู่ที่ร้อยละ 35.7 และต่ำกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศอย่างมีนัยสำคัญ[15] โดยพบว่า การมีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและวิธีป้องกันโควิด-19 ระดับที่ต่ำกว่า จะมีแนวโน้มเชื่อข้อมูลผิดเกี่ยวกับวัคซีนมากกว่า ส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคต่ำและลังเลใน

การรับวัคซีนโควิด-19 รวมทั้งความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิรักษาพยาบาลในระบบสุขภาพ ประสบการณ์เข้าใช้บริการตามสิทธิ โดยพบว่าเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการตัดสินใจรับวัคซีนในกลุ่มชาติพันธุ์มากกว่าในกลุ่มอื่น[16,17] ปัจจัยความรอบรู้เกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาล วัคซีนโรคโควิด-19 และโรคโควิด-19 นั้น มีความสัมพันธ์หรือส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและการตัดสินใจรับวัคซีนโควิด-19 ของกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่อย่างไรนั้น ถือเป็นช่องว่างทางความรู้ที่สำคัญดังที่กล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงศึกษาในประเด็นดังกล่าว เพื่อทำความเข้าใจถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลและเสนอแนะแนวทางในการพัฒนารูปแบบการสื่อสารและส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบททางวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ อันจะนำไปสู่การวางแผนลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพและสร้างความมั่นคงทางสุขภาพให้กับประชากรกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ชายขอบที่ห่างไกลได้อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินระดับความรอบรู้เกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาล วัคซีนโรคโควิด-19 และโรคโควิด-19 และทัศนคติ พฤติกรรมการป้องกันโรคและการตัดสินใจรับวัคซีนโควิด-19 ของกลุ่มชาติพันธุ์ในอำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน

2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของความรอบรู้เกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาล วัคซีนโรคโควิด-19 และโรคโควิด-19 ส่งผลต่อทัศนคติ พฤติกรรมการป้องกันโรคและการตัดสินใจรับวัคซีนโควิด-19 ของกลุ่มชาติพันธุ์ในอำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study) โดยเก็บรวบรวมข้อมูล ณ อำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน ในเดือนมิถุนายน 2564 – กุมภาพันธ์ 2565

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ที่อาศัยในอำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน จำนวนทั้งสิ้น 5,992 คน[18] การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างอ้างอิงตามหลักการของ Cochran โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% และระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (Margin of Error) ที่ ±5% ซึ่งต้องใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 362 คน[19] อย่างไรก็ตามเนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลาและทรัพยากรและตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Sampling Criteria) ดังนี้ เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria) คือ เป็นผู้ที่ระบุตนเองว่าเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ และมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านหรืออาศัยอยู่จริงในเขตพื้นที่อำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน มีอายุ 18 ปีขึ้นไป เนื่องจากเป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลและตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ด้วยตนเองตามหลักจริยธรรม มีความสามารถในการสื่อสารและตอบคำถามตามแบบสัมภาษณ์ได้รู้เรื่อง และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ หลังจากได้รับฟังคำชี้แจงและลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม (Informed Consent) ส่วนเกณฑ์การคัดเลือกออก (Exclusion Criteria) คือ เป็นผู้ที่มีภาวะบกพร่องทางการได้ยิน การมองเห็น หรือมีภาวะเจ็บป่วยทางจิตเวชรุนแรง จนเป็นอุปสรรคต่อการสื่อสารและการให้ข้อมูลที่สมบูรณ์ และไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยหรือภาษาถิ่นที่ผู้เก็บข้อมูลหรือล่ามสามารถสื่อสารทำความเข้าใจได้ ดังนั้นจึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่สามารถดำเนินการได้จริงจำนวน 200 คน ซึ่งเมื่อคำนวณค่าทางสถิติย้อนกลับพบว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างมีระดับความเชื่อมั่นที่ 95% โดยมีระดับความคลาดเคลื่อนอยู่ที่ ±6.81% ซึ่งยังคง

อยู่ในระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้[20] จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างเฉพาะเจาะจงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และจนครบตามจำนวน

เครื่องมือที่ใช้ เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าวิจัย โดยมีพื้นฐานมาจากการศึกษาเอกสารและทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาปรับประยุกต์เนื้อหาและภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล[21,22] ลักษณะคำถามแบบ Check List จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ ช่วงอายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ เกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาล วัคซีนโรคโควิด-19 และโรคโควิด-19[23] จำนวน 45 ข้อ โดยในภาพรวม มีระดับความคิดเห็น เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) การแปลผลภาพรวม (คะแนนเต็ม 225 คะแนน) ความรอบรู้โดยรวมระดับสูง (165-225 คะแนน) ความรอบรู้โดยรวมระดับปานกลาง (105-164 คะแนน) ความรอบรู้โดยรวมระดับต่ำ (45-104 คะแนน) โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผลความหมายคะแนนของเบสท์และคาห์น[24] และรายด้านประกอบด้วย

ด้านสิทธิการรักษาพยาบาล จำนวน 15 ข้อ[25] ด้านวัคซีนโรคโควิด-19 จำนวน 15 ข้อ[25] ด้านโรคโควิด-19 จำนวน 15 ข้อ[26] โดยทั้ง 3 ด้านมีลักษณะเป็นแบบรายการคะแนน 1-5 คะแนน มีระดับความคิดเห็น เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) การแปลคะแนนรายด้าน (คะแนนเต็มด้านละ 75 คะแนน) ความรอบรู้ระดับสูง (55-75 คะแนน) ความรอบรู้ระดับปานกลาง (35-54 คะแนน) ความรอบรู้ระดับต่ำ (15-34 คะแนน) โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผลความหมายคะแนนของเบสท์และคาห์น[24]

ส่วนที่ 3 ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและวัคซีน โรคโควิด-19[27] จำนวน 15 ข้อ มีข้อคำถามเชิงบวก (ข้อ 1 3 5 7 8 10 12 14) มีระดับคะแนนทัศนคติ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ส่วนข้อคำถามเชิงลบ (ข้อ 2 4 6 9 11 13 15) สลับคะแนน (Reverse Score) และกำหนดทัศนคติระดับสูง (55-75 คะแนน) ทัศนคติระดับปานกลาง (35-54 คะแนน) ทัศนคติระดับต่ำ (15-34 คะแนน) โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผลความหมายคะแนนของเบสท์และคาห์น[24]

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19[28] จำนวน 15 ข้อ มีระดับคะแนนปฏิบัติ เป็นประจำ (5 คะแนน) บ่อยครั้ง (4 คะแนน) บางครั้ง (3 คะแนน) นานๆ ครั้ง (2 คะแนน) ไม่เคยเลย (1 คะแนน) และกำหนดพฤติกรรมการปฏิบัติระดับสูง (55-75 คะแนน) พฤติกรรมการปฏิบัติระดับปานกลาง (35-54 คะแนน) พฤติกรรมการปฏิบัติระดับต่ำ (15-34 คะแนน) โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผลความหมายคะแนนของเบสท์และคาห์น[24]

ส่วนที่ 5 การตัดสินใจรับวัคซีนโรคโควิด-19[29] จำนวน 15 ข้อ มีข้อคำถามเชิงบวก (ข้อ 1 2 3 4 5 6 7 8 10 11 13 14 15) มีระดับคะแนน สำคัญมากที่สุด (5 คะแนน) สำคัญมาก (4 คะแนน) สำคัญปานกลาง (3 คะแนน) สำคัญน้อย (2 คะแนน) ไม่สำคัญเลย (1 คะแนน) ส่วนข้อคำถามเชิงลบ (ข้อ 9, 12) สลับคะแนน (Reverse Score) และกำหนดการให้ความสำคัญต่อการตัดสินใจในระดับสูง (55-75 คะแนน) การให้ความสำคัญต่อการตัดสินใจในระดับปานกลาง (35-54 คะแนน) การให้ความ

สำคัญต่อการตัดสินใจในระดับต่ำ (15-34 คะแนน) โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผลความหมายคะแนนของเบสท์และคาห์น[24]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ความครอบคลุม และความสอดคล้องของเนื้อหากับวัตถุประสงค์ จากนั้นนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข[30] และคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง 0.66 - 1.00

หลังจากปรับแก้ตามคำแนะนำแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามแต่ละส่วน แบบสอบถามความรอบรู้เกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาล วัคซีนโรคโควิด-19 และโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นข้อคำถามวัดความรู้ความเข้าใจ (ลักษณะตอบถูก-ผิด)[31] ได้นำมาวิเคราะห์ค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร Kuder-Richardson 20 (KR-20) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.70

ในส่วนของแบบสอบถามที่เป็นมาตรวัดแบบประเมินค่า (Rating Scale) ได้แก่ ด้านทัศนคติ ด้านพฤติกรรม และด้านการตัดสินใจ ได้นำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)[32] ได้ผลดังนี้ ด้านทัศนคติ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.91 ด้านพฤติกรรม มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83 และด้านการตัดสินใจรับวัคซีน มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85 โดยแบบสอบถามมีความเที่ยงในภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.88

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นเตรียมการผู้วิจัยได้ขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากนั้นจึงทำหนังสือขออนุญาตเข้าพื้นที่วิจัยอย่างเป็นทางการ และสุดท้ายได้จัดเตรียมแบบสอบถามพร้อมทั้งอบรมผู้ช่วยวิจัยในพื้นที่เพื่อให้พร้อมสำหรับการเก็บข้อมูล ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยลงพื้นที่ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ จากนั้นจึงชี้แจงข้อมูลเพื่อพิทักษ์สิทธิ์และขอความยินยอมโดยสมัครใจ ก่อนจะดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างทีละบุคคลจนครบ ขั้นตรวจสอบข้อมูล ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับ จากนั้นจึงนำข้อมูลทั้งหมดมาลงรหัสเพื่อเตรียมนำไปวิเคราะห์ทางสถิติในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ต่อไป การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Statistics Analysis) และใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่าย (Simple Linear Regression Analysis) การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ IBRCMRU 2021/075.03.05 วันที่ 28 พฤษภาคม 2564

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 52.0 มีช่วงอายุระหว่าง 31-45 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.0 รองลงมาคือช่วงอายุ 18-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.0 ด้านสถานภาพส่วนใหญ่สมรส/อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 65.0 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 70.0 สำหรับระดับการศึกษาสูงสุด พบว่าส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็น

ร้อยละ 50.0 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 30.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม/ทำไร่/เลี้ยงสัตว์ คิดเป็นร้อยละ 60.0 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.0 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลลักษณะประชากร (n=200)

ลักษณะข้อมูลประชากร	รายละเอียด	n (คน)	%
เพศ	ชาย	96	48.0
	หญิง	104	52.0
ช่วงอายุ	18 - 30 ปี	60	30.0
	31 - 45 ปี	70	35.0
	46 - 60 ปี	50	25.0
	61 ปีขึ้นไป	20	10.0
สถานภาพสมรส	โสด	50	25.0
	สมรส / อยู่ด้วยกัน	130	65.0
	หม้าย / หย่าร้าง / แยกกันอยู่	20	10.0
โรคประจำตัว	ไม่มี	140	70.0
	มี เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น	60	30.0
ระดับการศึกษา	ไม่ได้ศึกษา / อ่านออกเขียนได้	30	15.0
	ประถมศึกษา	100	50.0
	มัธยมศึกษา (ตอนต้น/ตอนปลาย)	60	30.0
	สูงกว่ามัธยมศึกษา	10	5.0
อาชีพหลัก	เกษตรกรรม / ทำไร่ / เลี้ยงสัตว์	120	60.0
	รับจ้างทั่วไป	30	15.0
	ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	20	10.0
	พ่อบ้าน / แม่บ้าน / ไม่ได้ประกอบอาชีพ	20	10.0
	อื่นๆ เช่น นักศึกษา พนักงาน เป็นต้น	10	5.0
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	ต่ำกว่า 5,000 บาท	50	25.0
	5,001 - 10,000 บาท	90	45.0
	10,001 - 15,000 บาท	40	20.0
	มากกว่า 15,000 บาท	20	10.0

2. ระดับความรอบรู้เกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาล วัคซีนโรคโควิด-19 และโรคโควิด-19 ทัศนคติ พฤติกรรมการป้องกันโรคและการตัดสินใจรับวัคซีนโควิด-19 ของกลุ่มชาติพันธุ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้เกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาล วัคซีนโรคโควิด-19 และโรคโควิด-19 โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (Mean=96.80, SD=8.50) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านสิทธิการรักษาพยาบาล ด้านวัคซีนโรคโควิด-19 และด้านโรคโควิด-19 อยู่ในระดับต่ำ

สำหรับทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรค พบว่าอยู่ในระดับสูง ทั้งสองด้าน (Mean=60.60, SD=9.95 และ Mean=57.41, SD=10.55 ตามลำดับ) ส่วนการตัดสินใจรับวัคซีน พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=49.10, SD=11.25) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงระดับความรอบรู้โดยรวมและรายด้าน ทัศนคติ พฤติกรรมการป้องกันโรคและการตัดสินใจรับวัคซีนโควิด-19 ของกลุ่มชาติพันธุ์ (n=200)

ตัวแปร	n (%)	Mean	S.D.	แปลผล
ความรอบรู้ (โดยรวม)				ระดับต่ำ
ระดับสูง (165-225 คะแนน)	10 (5.0)	96.8	8.5	
ระดับปานกลาง (105-164 คะแนน)	60 (30.0)			
ระดับต่ำ (45-104 คะแนน)	130 (65.0)			
- ด้านสิทธิการรักษาพยาบาล				ระดับต่ำ
ระดับสูง (55-75 คะแนน)	10 (5.0)	34.9	9.85	
ระดับปานกลาง (35-54 คะแนน)	70 (35.0)			
ระดับต่ำ (15-34 คะแนน)	120 (60.0)			
- ด้านวัคซีนโรคโควิด-19				ระดับต่ำ
ระดับสูง (55-75 คะแนน)	10 (5.0)	33.76	10.2	
ระดับปานกลาง (35-54 คะแนน)	55 (27.5)			
ระดับต่ำ (15-34 คะแนน)	135 (67.5)			
- ด้านโรคโควิด-19				ระดับต่ำ
ระดับสูง (55-75 คะแนน)	10 (5.0)	34.17	9.5	
ระดับปานกลาง (35-54 คะแนน)	75 (37.5)			
ระดับต่ำ (15-34 คะแนน)	115 (57.5)			
ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19				ระดับสูง
ระดับสูง (55-75 คะแนน)	151 (75.5)	60.6	9.95	
ระดับปานกลาง (35-54 คะแนน)	39 (19.5)			
ระดับต่ำ (15-34 คะแนน)	10 (5.0)			

ตัวแปร	n (%)	Mean	S.D.	แปลผล
พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19				ระดับสูง
ระดับสูง (55-75 คะแนน)	140 (70.0)	57.41	10.55	
ระดับปานกลาง (35-54 คะแนน)	45 (22.5)			
ระดับต่ำ (15-34 คะแนน)	15 (7.5)			
การตัดสินใจรับวัคซีนโรคโควิด-19				ระดับปานกลาง
ระดับสูง (55-75 คะแนน)	70 (35.0)	49.1	11.25	
ระดับปานกลาง (35-54 คะแนน)	90 (45.0)			
ระดับต่ำ (15-34 คะแนน)	40 (20.0)			

3. ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของความรอบรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่ส่งผลต่อทัศนคติ พฤติกรรม และการตัดสินใจรับวัคซีนโรคโควิด-19 พบว่า ความรอบรู้ส่งผลต่อทัศนคติ พฤติกรรม และการตัดสินใจรับวัคซีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยความรอบรู้เกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาลวัคซีนโรคโควิด-19 และโรคโควิด-19 สามารถอธิบายความแปรปรวนของทัศนคติได้ร้อยละ 28.0 ($R^2=0.280$) อธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมได้ร้อยละ 21.0 ($R^2=0.210$) และอธิบายความแปรปรวนของการตัดสินใจรับวัคซีนได้ร้อยละ 15.0 ($R^2=0.150$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่าย (Model Summary) ของอิทธิพลของความรอบรู้ (n=200)

ตัวแปรตาม (Dependent Variable)	R	R Square	Adj. R Square	F	p-value
ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันฯ	0.529	0.28	0.275	77.25	< 0.001*
พฤติกรรมการป้องกันโรค	0.458	0.21	0.206	52.81	< 0.001*
การตัดสินใจรับวัคซีน	0.387	0.15	0.146	35.01	< 0.001*

หมายเหตุ *p-value < 0.05

4. ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของความรอบรู้ (Coefficients) ที่ส่งผลต่อทัศนคติ พฤติกรรม และการตัดสินใจ ความรอบรู้มีอิทธิพลเชิงบวกต่อตัวแปรตามทั้งสามด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เมื่อเปรียบเทียบขนาดอิทธิพลจากค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐาน (Beta) พบว่า ส่งผลต่อทัศนคติ ($\beta=0.529$) มากที่สุด รองลงมาคือพฤติกรรม ($\beta=0.458$) และการตัดสินใจรับวัคซีน ($\beta=0.387$) ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์นี้ชี้ให้เห็นว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้เกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาล วัคซีนโรคโควิด-19 และโรคโควิด-19 เพิ่มสูงขึ้น จะส่งผลให้มีทัศนคติ พฤติกรรม และแนวโน้มการตัดสินใจรับวัคซีนที่ดีขึ้นตามไปด้วย ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของความรอบรู้ (Coefficients) ที่ส่งผลต่อทัศนคติ พฤติกรรม และการตัดสินใจ (n=200)

ตัวแปรตาม (Dependent Variable)	B	Std. Error	Beta (β)	t	p-value
ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันฯ	0.25	0.028	0.529	8.79	< 0.001*
พฤติกรรมการป้องกันโรค	0.22	0.03	0.458	7.27	< 0.001*
การตัดสินใจรับวัคซีน	0.18	0.03	0.387	5.92	< 0.001*

หมายเหตุ *p-value < 0.05

วิจารณ์

จากผลการศึกษา พบว่า ระดับความรอบรู้เกี่ยวกับด้านสิทธิการรักษาพยาบาล ด้านวัคซีนโควิด-19 และด้านโรคโควิด-19 อยู่ในระดับต่ำ แตกต่างจากผลทัศนคติและพฤติกรรมการป้องกันโรคที่อยู่ในระดับสูง ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการปฏิบัติตามมาตรการทางสาธารณสุข เช่น การสวมหน้ากากอนามัยและการเว้นระยะห่างทางสังคม การรับวัคซีนตามสิทธิการรักษาและป้องกันโรค เป็นต้น อาจไม่ได้ขึ้นอยู่กับความรอบรู้เกี่ยวกับด้านสิทธิการรักษาพยาบาลและด้านโรคโควิด-19 ด้านวัคซีนโควิด-19 เนื่องจากกลุ่มชาติพันธุ์เป็นกลุ่มประชากรเปราะบางในพื้นที่ห่างไกล โครงสร้างขั้นพื้นฐานยังมีไม่เพียงพอ อีกทั้งด้านความเข้าใจภาษาไทย การเข้าถึงข้อมูลที่เหมาะสมกับบริบท วัฒนธรรม และความไว้วางใจที่มีต่อระบบบริการสุขภาพของรัฐที่อาจไม่เท่ากับกลุ่มประชากรอื่น[33,34] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษากลุ่มประชากรเปราะบางในสหราชอาณาจักร พบว่าอุปสรรคทางภาษาและความไม่คุ้นเคยกับระบบสุขภาพเป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลมาจากความรอบรู้ของประชากร[33] และยังสอดคล้องกับการศึกษาในอิหร่านที่พบว่ากลุ่มประชากรในชนบทมีความรอบรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ต่ำกว่าประชากรในเมืองอย่างมีนัยสำคัญ[35] การค้นพบนี้จึงยืนยันว่ากลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ยังคงเผชิญกับความเหลื่อมล้ำทางข้อมูลเกี่ยวกับด้านสิทธิการรักษาพยาบาลและด้านโรคโควิด-19 ด้านวัคซีนโควิด-19 ซึ่งเป็นปัญหาเชิงโครงสร้างที่พบได้ทั่วโลก และยังแตกต่างกับแนวคิดทางทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพโดยทั่วไป คือการที่กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติและพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง แม้จะมีความรอบรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ต่ำ[36] ถึงแม้ว่าเป็นปัจจัยตั้งต้นที่สำคัญของพฤติกรรมที่เหมาะสม ก็ตาม แต่มีการศึกษาพบว่า เกิดจากบรรทัดฐานทางสังคม ความไว้วางใจในระบบสุขภาพ[37] และมีการศึกษาพบว่า กลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านวัคซีนโควิด-19 ระดับต่ำ จะมีความลังเลในการตัดสินใจฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 สูงกว่า อย่างมีนัยสำคัญ[38] ความสัมพันธ์ของความรอบรู้เกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาล วัคซีนโควิด-19 และโรคโควิด-19 พบมีอิทธิพลต่อทัศนคติ สอดคล้องกับการศึกษาในประชากรประเทศจีน พบว่า กลุ่มที่มีความรอบรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 สูงกว่า จะมีทัศนคติที่ดีต่อมาตรการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญ ชี้ให้เห็นว่า ความเข้าใจในข้อมูลที่ถูกต้องช่วยลดความกังวล และสร้างทัศนคติที่เชื่อมั่นต่อมาตรการสาธารณสุข[39] โดยมีความรอบรู้ด้านสิทธิการรักษาพยาบาลโดยบุคลากรทางการแพทย์ จะเกิดความเชื่อมั่นทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันโรคโควิด-19 ได้[40,41] และแตกต่างจากการศึกษาเกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย

โควิด-19 การรับวัคซีนโรคโควิด-19 ไม่ใช่ปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติต่อโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญ[42,43]

ความสัมพันธ์ของความรอบรู้เกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาล วัคซีนโควิด-19 และโรคโควิด-19 พบมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 สอดคล้องกับการศึกษางานวิจัยยืนยันว่าความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 วัคซีนโรคโควิด-19 และสิทธิการรักษาพยาบาล พบมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค การสวมหน้ากาก ล้างมือ เว้นระยะห่าง และการรับวัคซีน โดยผู้ที่มีความรอบรู้ระดับสูง จะมีแนวโน้มปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและยอมรับวัคซีนมากกว่า[44,45] ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการส่งเสริมความรอบรู้รวมทั้งประชาชนเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้องเป็นกลยุทธ์สำคัญในการควบคุมโรคและเพิ่มการยอมรับวัคซีนในประชากรได้ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาความรอบรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 วัคซีนโรคโควิด-19 และสิทธิการรักษาพยาบาลของกลุ่มชาติพันธุ์ในสหรัฐอเมริกา ถึงแม้จะมีระดับความรอบรู้สูงแต่ไม่ใช่อิทธิพลที่ส่งผลต่อ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19[46,47]

ความสัมพันธ์ของความรอบรู้เกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาล วัคซีนโควิด-19 และโรคโควิด-19 พบมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจรับวัคซีนโรคโควิค-19 สอดคล้องกับการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อความลังเลในการรับวัคซีนโควิด-19 ในชุมชนที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ในสหราชอาณาจักร พบว่า ความรอบรู้เกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาล วัคซีนโควิด-19 และโรคโควิด-19 มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจยอมรับวัคซีนในกลุ่มชาติพันธุ์ โดยผู้ที่มีความรอบรู้ระดับมากจะลังเลน้อยลง และตัดสินใจยอมรับวัคซีนโรคโควิด-19[48-50] แต่ยังมีการศึกษาที่แตกต่าง โดยพบว่าปัจจัยเกี่ยวกับสิทธิการรักษา วัคซีนโควิด-19 และโรคโควิด-19 ที่มีผลต่อการตัดสินใจรับวัคซีน ไม่ใช่ปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับวัคซีนโควิด-19 เป็นปัจจัยด้านความกังวลเรื่องความปลอดภัยและประสิทธิภาพของวัคซีน ที่ส่งผลให้เกิดความลังเลในการยอมรับวัคซีนในกลุ่มชาติพันธุ์[51,52] โดยการสร้างความไว้วางใจและการสื่อสารที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมท้องถิ่น ยังคงมีความสำคัญมากกว่าการให้ความรอบรู้เพียงอย่างเดียวในการเพิ่มอัตราการรับวัคซีนโรคโควิค-19 ในกลุ่มชาติพันธุ์

โดยสรุป กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ในพื้นที่ศึกษาส่วนใหญ่มีความรอบรู้เกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาล วัคซีนโรคโควิด-19 และโรคโควิด-19 ในระดับต่ำ แต่มีทัศนคติและพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับสูง ซึ่งอาจเป็นผลมาจากอิทธิพลของความไว้วางใจและบรรทัดฐานทางสังคมในท้องถิ่น อย่างไรก็ตาม ความรอบรู้เกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาล วัคซีนโรคโควิด-19 และโรคโควิด-19 ยังคงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลเชิงบวกต่อทัศนคติ พฤติกรรม และการตัดสินใจรับวัคซีนของกลุ่มชาติพันธุ์ ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของการเกิดโรคในชุมชนได้อย่างยั่งยืน

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษาเป็นแบบภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้อย่างครบถ้วนทุกปัจจัยเพราะยังมีปัจจัยอื่นที่จะต้องศึกษาอีกต่อไปได้ และการศึกษาในพื้นที่จำกัด อาจทำให้ผลลัพธ์ไม่สามารถเป็นตัวแทนของกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ในบริบทอื่นได้ทั้งหมด ส่วนการใช้แบบสอบถามเชิงปริมาณ หากศึกษาในประเด็นอื่น อาทิ ความเชื่อ เหตุผลเชิงลึกทางวัฒนธรรม อาจไม่สามารถสรุปได้อย่างลึกซึ้งในกลุ่มประชากรนี้ได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้

ความรอบรู้เกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาล วัคซีนโรคโควิด-19 และโรคโควิด-19 ส่งผลต่อทัศนคติ พฤติกรรมการป้องกันโรค และการตัดสินใจรับวัคซีน แต่ระดับความรอบรู้ยังอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งอาจส่งผลเชิงลบต่อการป้องกันโรค เนื่องจากประชากรส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ การสื่อสารข้อมูลอาจคลาดเคลื่อน จึงควรใช้เวลาสร้างความเข้าใจและใช้การสื่อสารด้วยภาษาชาติพันธุ์ควบคู่กับภาษาไทย เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งในประเด็นสิทธิการรักษา วัคซีน และโรคโควิด-19

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

ควรวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาวัฒนธรรม ความเชื่อ และความไว้วางใจทางสังคมต่อการตัดสินใจรับวัคซีนของกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ พร้อมวิจัยติดตามระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมป้องกันโรค และเปรียบเทียบประสิทธิผลการสื่อสารผ่านผู้นำชุมชนกับสื่อดิจิทัลเพื่อยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณประชาชนกลุ่มชาติพันธุ์ อำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน ในการให้ข้อมูลวิเคราะห์ครั้งนี้ ขอบคุณผู้ช่วยนักวิจัยท้องถิ่น ในพื้นที่อำเภอปางมะผ้าที่เป็นล่ามแปลภาษาถิ่น และขอบคุณการสนับสนุนงบประมาณจากโครงการยุทธศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏเพื่อการพัฒนาท้องถิ่น มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. COVID-19 pandemic: A timeline of WHO's response [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021. [cited 2025 Sep 28]. Available from: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline
2. Wilder JM. The disproportionate impact of COVID-19 on racial and ethnic minorities in the United States. Clin Infect Dis [Internet]. 2021 [cited 2025 Nov 9]; 72(4):707-9. Available from: https://doi.org/10.1093/cid/ciaa959
3. Centers for Disease Control and Prevention. COVID-19 in Racial and Ethnic Minority Groups [Internet]. Atlanta: CDC; 2021 [cited 2025 Sep 28]. Available from: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/health-equity/race-ethnicity.html
4. Pan American Health Organization. COVID-19 and Indigenous Peoples in the Americas: An urgent call to action [Internet]. Washington, D.C.: PAHO; 2020 [cited 2025 Nov 1]; Available from: https://iris.paho.org/handle/10665.2/54013
5. Dada D, Djiometio JN, McFadden SM, Demeke J, Vlahov D, Wilton L, et al. Strategies that promote equity in COVID-19 vaccine uptake for Black communities: a review. J Urban Health [Internet]. 2022 [cited 2025 Nov 5];

99(1):15-27. Available from: https://doi.org/10.1007/s11524-021-00594-3

6. Hyman I, Khan A, Effiong I. Factors im pacting COVID-19 vaccine uptake and confidence among immigrant and refugee populations in Canada. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2025 [cited 2025 Nov 9]; 22(4):493. Available from: https://doi.org/10.3390/ijerph22040493
7. Abba-Aji M, Stuckler D, Galea S, McKee M. Ethnic/racial minorities' and migrants' access to COVID-19 vaccines: a systematic review of barriers and facilitators. J Migr Health [Internet]. 2022 [cited 2025 Nov 2]; 5:100086. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jmh.2022.100086
8. Peña JM, Schwartz MR, Hernandez-Vallant A, Sanchez GR. Social and structural determinants of COVID-19 vaccine uptake among racial and ethnic groups. J Behav Med [Internet]. 2023 [cited 2025 Nov 1]; 46(1-2):129-39. Available from: https://doi.org/10.1007/s10865-023-00393-y
9. Ku L. The association of social factors and health insurance coverage with COVID-19 vaccinations and hesitancy, July 2021. J Gen Intern Med [Internet]. 2022 [cited 2025 Nov 9]; 37(2):409-14. Available from: https://doi.org/10.1007/s11606-021-07213-6
10. Tangcharoensathien V, Limwattananon S, Patcharanarumol W, Thammatacharee J, Jongudomsuk P, Sirilak S. Achieving universal health coverage goals in Thailand: the vital role of strategic purchasing. Health Policy Plan [Internet]. 2015 [cited 2025 Oct 20]; 30(9):1152-61. Available from: https://doi.org/10.1093/heapol/czu120
11. สำนักงานสภาความมั่นคงแห่งชาติ. แผนปฏิบัติการด้านการพัฒนาประชากรกลุ่มชาติพันธุ์และชนเผ่าพื้นเมือง ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2566-2570) [อินเตอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาความมั่นคงแห่งชาติ; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2 พ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://gdcatalog.go.th/dataset/gdpublish-nscsse-51-02
12. Moonpanane K, Pitchalard K, Thepsaw J, Singkhorn O, Potjanamart C. Healthcare service utilization of hill tribe children in underserved communities in Thailand: barriers to access. BMC Health Serv Res [Internet]. 2022 [cited 2025 Nov 9]; 22(1):1114. Available from: https://doi.org/10.1186/s12913-022-08494-1
13. Choorust T, Pimchant K, Bangkhomnet P, Jomchoeichuen S, Laorat O, Charoenlap K, et al. Preventive behaviors for COVID-19 in Ban Dok Bua area, Tha Wang Thong Sub-district, Mueang District, Phayao. UBRU Journal for Public Health Research [Internet]. 2022 [cited 2025 Nov 9]; 11(1):96-107. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ubruphjou/article/view/251940
14. สำนักงานจังหวัดแม่ฮ่องสอน. แผนพัฒนาจังหวัดแม่ฮ่องสอน (พ.ศ. 2566-2570)

ฉบับทบทวน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 [อินเตอร์เน็ต]. แม่ฮ่องสอน: สำนักงานจังหวัดแม่ฮ่องสอน; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 9 พ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.maehongson.go.th/new/wp-content/uploads/2023/01

15.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน. รายงานสถานการณ์การให้วัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 จังหวัดแม่ฮ่องสอน [อินเตอร์เน็ต]. แม่ฮ่องสอน: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 9 พ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://mhso.moph.go.th/mhso/frontend/web/

16.McCaffery KJ, Dodd RH, Cvejic E, Ayrek J, Batcup C, Isautier JM, et al. Health literacy and disparities in COVID-19-related knowledge, attitudes, beliefs and behaviours in Australia. Public Health Res Pract [Internet]. 2020 [cited 2025 Oct 29]; 30(4):30342012. Available from: https://doi.org/10.17061/phrp30342012

17.Carson SL, Casillas A, Castellon-Lopez Y, Mansfield LN, Morris D, Barron J, et al. COVID-19 Vaccine Decision-making Factors in Racial and Ethnic Minority Communities in Los Angeles, California. JAMA Netw Open [Internet]. 2021 [cited 2025 Oct 19]; 4(9):e2127582. Available from: https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.27582

18.ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน). ฐานข้อมูลกลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทย: ลาหู่ [อินเตอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน); 2561 [เข้าถึงเมื่อ 28 ก.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.sac.or.th/databases/ethnic-groups/ethnicGroups/11

19.Cochran WG. Modern methods in the sampling of human populations. Am J Public Health Nations Health [Internet]. 1951 [cited 2025 Oct 9]; 41(6):647-68. Available from: https://doi.org/10.2105/ajph.41.6.647

20.Al-Subaihi AA. Sample size determination. Influencing factors and calculation strategies for survey research. Saudi Med J [Internet]. 2003 [cited 2025 Nov 9]; 24(4):323-30. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12754527/

21.สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2563 [อินเตอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 28 ก.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/survey_detail/yC#gsc.tab=0

22.สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2566 [อินเตอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 28 ต.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/survey_detail/qC

23.Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health [Internet]. 2012 [cited 2025 Nov 9]; 12:80. Available from: https://

doi.org/10.1186/1471-2458-12-80

24.DiLorenzo TA, Becker-Fiegeles J, Gibelman M. Education in the responsible conduct of research in psychology: methods and scope. Account Res [Internet]. 2014 [cited 2025 Nov 9]; 21(3):143-58. Available from: https://doi.org/10.1080/08989621.2014.847659

25.McCaffery KJ, Dodd RH, Cvejic E, Ayrek J, Batcup C, Isautier JM, et al. Health literacy and disparities in COVID-19-related knowledge, attitudes, beliefs and behaviours in Australia. Public Health Res Pract [Internet]. 2020 [cited 2025 Sep 19]; 30(4):30342012. Available from: https://doi.org/10.17061/phrp30342012

26.Jang SH. Social-ecological factors related to preventive behaviors during the COVID-19 pandemic in South Korea. PLoS One [Internet]. 2022 [cited 2025 Sep 18]; 17(3):e0266264. Available from: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0266264

27.Lazarus JV, Ratzan SC, Palayew A, Gostin LO, Larson HJ, Rabin K, et al. A global survey of potential acceptance of a COVID-19 vaccine. Nat Med [Internet]. 2021 [cited 2025 Nov 7]; 27(2):225-8. Available from: https://doi.org/10.1038/s41591-020-1124-9

28.Azlan AA, Hamzah MR, Sern TJ, Ayub SH, Mohamad E. Public knowledge, attitudes and practices towards COVID-19: a cross-sectional study in Malaysia. PLoS One [Internet]. 2020 [cited 2025 Nov 2]; 15(5):e0233668. Available from: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233668

29.Sallam M. COVID-19 Vaccine Hesitancy Worldwide: A Concise Systematic Review of Vaccine Acceptance Rates. Vaccines (Basel) [Internet]. 2021 [cited 2025 Jan 10]; 9(2):160. Available from: https://doi.org/10.3390/vaccines9020160

30.Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. Res Nurs Health [Internet]. 2006 [cited 2025 Mar 22]; 29(5):489-97. Available from: https://doi.org/10.1002/nur.20147

31.Kunselman AR. A brief overview of pilot studies and their sample size justification. Fertil Steril [Internet]. 2024 [cited 2025 May 1]; 121(6):899-901. Available from: https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2024.01.040

32.Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. Int J Med Educ [Internet]. 2011 [cited 2025 Jul 14]; 2:53-5. Available from: https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd

33.Lee RXN, Yogeswaran G, Wilson E, Oni G. Barriers and facilitators to breast reconstruction in ethnic minority women-A systematic review. J Plast Reconstr

Aesthet Surg [Internet]. 2021 [cited 2025 Sep 5]; 74(3):463-74. Available from: https://doi.org/10.1016/j.bjps.2020.10.055

34.Valdez R, Spinler K, Kofahl C, Seedorf U, Heydecke G, Reissmann DR, et al. Oral Health Literacy in Migrant and Ethnic Minority Populations: A Systematic Review. J Immigr Minor Health [Internet]. 2022 [cited 2025 Feb 18]; 24(4):106180. Available from: https://doi.org/10.1007/s10903-021-01266-9

35.Panahi R, Ghorbanpour Z, Moradi B, Eidy F, Amjadian M. The relationship between health literacy and the adoption of COVID-19 preventive behaviors: A cross-sectional study in Iran. PLoS One [Internet]. 2024 [cited 2025 Apr 7]; 19(5):e0299007. Available from: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0299007

36.Brewer NT, Chapman GB, Rothman AJ, Leask J, Kempe A. Increasing Vaccination: Putting Psychological Science Into Action. Psychol Sci Public Interest [Internet]. 2017 [cited 2025 Jun 30]; 18(3):149-207. Available from: https://doi.org/10.1177/1529100618760521

37.Toshkov D. What accounts for the variation in COVID-19 vaccine hesitancy in Eastern, Southern and Western Europe? Vaccine [Internet]. 2023 [cited 2025 Aug 11]; 41(20):3178-88. Available from: https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2023.03.030

38.Fallucca A, Priano W, Carubia A, Ferro P, Pisciotta V, Casuccio A, et al. Effectiveness of Catch-Up Vaccination Interventions Versus Standard or Usual Care Procedures in Increasing Adherence to Recommended Vaccinations Among Different Age Groups: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials and Before-After Studies. JMIR Public Health Surveill [Internet]. 2024 [cited 2025 Oct 26]; 10:e52926. Available from: https://doi.org/10.2196/52926

39.Ling J, Jiang H, Wang X, Rao H. Health literacy affected the residents' knowledge, attitude, practice for prevention and control of COVID-19 in Shanxi Province, China. Sci Rep [Internet]. 2023 [cited 2025 Jun4]; 13(1):3567. Available from: https://doi.org/10.1038/s41598-023-30730-9

40.Sobierajski T, Rzymski P, Wanke-Rytt M. Impact of the COVID-19 Pandemic on Attitudes toward Vaccination: Representative Study of Polish Society. Vaccines (Basel) [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 12]; 11(6):1069. Available from: https://doi.org/10.3390/vaccines11061069

41.Wang L, Wang Y, Cheng X, Li X, Yang Y, Li J. Acceptance of coronavirus disease 2019 (COVID-19) vaccines among healthcare workers: A meta-analysis. Front Public Health [Internet]. 2022 [cited

2025 Mar 5]; 10:881903. Available from: https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.881903

42.Gerussi V, Peghin M, Palese A, Bressan V, Visintini E, Bontempo G, et al. Vaccine Hesitancy among Italian Patients Re covered from COVID-19 Infection towards Influenza and Sars-Cov-2 Vaccination. Vaccines (Basel) [Internet]. 2021 [cited 2025 Apr 19]; 9(2):172. Available from: https://doi.org/10.3390/vaccines9020172

43.Holzmann-Littig C, Braunisch M, Kranke P, Popp M, Seeber C, Fichtner F, et al. COVID-19 Vaccination Acceptance and Hesitancy among Healthcare Workers in Germany. Vaccines (Basel) [Internet]. 2021 [cited 2025 Jun 1]; 9(7):777. Available from: https://doi.org/10.3390/vaccines9070777

44. Sobierajski T, Rzymski P, Wanke-Rytt M. Impact of the COVID-19 Pandemic on Attitudes toward Vaccination: Representative Study of Polish Society. Vaccines (Basel) [Internet]. 2023 [cited 2025 Jul 22]; 11(6):1069. Available from: https://doi.org/10.3390/vaccines11061069

45.Elhadi M, Alsoufi A, Alhadi A, Hmeida A, Alshareea E, Dokali M, et al. Knowledge, attitude, and acceptance of healthcare workers and the public regarding the COVID-19 vaccine: a cross-sectional study. BMC Public Health [Internet]. 2021 [cited 2025 Aug 8]; 21(1):955. Available from: https://doi.org/10.1186/s12889-021-11000-0

46. Pothisa T, Ong-Artborirak P, Seangpraw K, Tonchoy P, Kantow S, Auttama N, et al. Knowledge of COVID-19 and Its Relationship with Preventive Behaviors and Vaccination among Adults in Northern Thailand's Community. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2022 [cited 2025 Sep 14]; 19(3):1521. Available from: https://doi.org/10.3390/ijerph19031521

47. Jain P, Ahmed R. COVID-19 Knowledge, Attitude, Practice, and Vaccine-Related Decision Making among Immigrants: A Cross-Sectional Exploratory Study. Am Behav Sci [Internet]. 2023 [cited 2025 Oct 2]; 69(1):71-82. Available from: https://doi.org/10.1177/00027642221147131

48. Willis DE, Andersen JA, Bryant-Moore K, Selig JP, Long CR, Felix HC, et al. COVID-19 vaccine hesitancy: Race/ethnicity, trust, and fear. Clin Transl Sci [Internet]. 2021 [cited 2025 Nov 3]; 14(6):2200-7. Available from: https://doi.org/10.1111/cts.13077

49.Abba-Aji M, Stuckler D, Galea S, McKee M. Ethnic/racial minorities' and migrants' access to COVID-19 vaccines: A systematic review of barriers and facilitators. J Migr Health [Internet]. 2022 [cited 2025 Dec 11]; 5:100086. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jmh.2022.100086

50.Reiter PL, Katz ML. Racial/Ethnic Differences in Knowledge, Attitudes, and Beliefs About COVID-19 Among Adults in the United States. Front Public Health [Internet]. 2021 [cited 2025 Feb 7]; 9:653498. Available from: https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.653498
51.Cook EJ, Elliott E, Gaitan A, Nduka I, Cartwright S, Egbutah C, et al. Vaccination against COVID-19: Factors That Influence Vaccine Hesitancy among an Ethnically Diverse Community in the UK. Vaccines (Basel) [Internet]. 2022 [cited 2025 May 28]; 10(1):106. Available from: https://doi.org/10.3390/vaccines10010106
52.Hussain B, Latif A, Timmons S, Nkhoma K, Nellums LB. Overcoming COVID-19 vaccine hesitancy among ethnic minorities: A systematic review of UK studies. Vaccine [Internet]. 2022 [cited 2025 Oct 20]; 40(25):3413-32. Available from: https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2022.04.030