

บทที่ 3

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี ครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามและแบบทดสอบเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างคือผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี (โต๊ะอิหม่าม คอเต็บ บิหลั่นและกรรมการอิสลามประจำมัสยิด) ในจังหวัดปัตตานี สำหรับการเสนอผลการวิจัยและผลการวิเคราะห์ข้อมูลนั้นจะแบ่งออกเป็น 4 ตอน ตามลักษณะของข้อมูลดังนี้

1. ตอนที่ 1. เป็นรายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้นำศาสนาอิสลามได้แก่อายุ ระยะเวลาการเป็นผู้นำศาสนาอิสลาม รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษาสายสามัญและระดับการศึกษาสายศาสนาอิสลามของผู้นำศาสนาอิสลาม

2. ตอนที่ 2. เป็นรายละเอียดเกี่ยวกับปัจจัยด้านการฝึกอบรม ปัจจัยด้านการรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านการรับรู้ถึงพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยด้านความเชื่อในเรื่องโรค และการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปีของผู้นำศาสนาอิสลาม

3. ตอนที่ 3. เป็นการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่ตั้งในการวิจัย

4. ตอนที่ 4. เป็นการประมวลข้อเสนอแนะหรือความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลาม

1. ตอนที่ 1. รายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้นำศาสนาอิสลาม ได้แก่อายุ ระยะเวลาการเป็นผู้นำศาสนอิสลาม รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษาสายสามัญและระดับการศึกษาสายศาสนาอิสลาม ดังแสดงให้เห็นในตาราง 8-12

ตาราง 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ

อายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อยกว่า 21 ปี	11	4.78
21 - 30 ปี	39	16.96
31 - 40 ปี	69	30.00
41 - 50 ปี	59	25.65
51 - 60 ปี	31	13.48
มากกว่า 60 ปี	21	9.13
รวม	230	100.00

$$X = 41.55$$

$$SD = 12.37$$

จากตาราง 8 กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 21 ปี จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 4.78 อายุระหว่าง 21 - 30 ปี จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 16.96 อายุระหว่าง 31 - 40 ปี จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 อายุระหว่าง 41 - 50 ปี จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 25.65 อายุระหว่าง 51 - 60 ปี จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 13.48 และอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 9.13 โดยมีค่าเฉลี่ย 41.55 และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.37

ตาราง 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาการเป็นผู้นำศาสนาอิสลาม

ระยะเวลาการเป็นผู้นำศาสนาอิสลาม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อยกว่า 2 ปี	37	16.09
2 - 4 ปี	119	51.74
5 - 7 ปี	42	18.26
8 - 10 ปี	19	8.26
11 - 13 ปี	5	2.17
มากกว่า 13 ปี	8	3.48
รวม	230	100.00

$$X = 4.52$$

$$SD = 4.06$$

จากตาราง 9 กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาการเป็นผู้นำศาสนาอิสลามน้อยกว่า 2 ปี จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 16.09 ระยะเวลาการเป็นผู้นำศาสนาอิสลาม 2 - 4 ปี จำนวน 119 คน คิดเป็นร้อยละ 51.74 ระยะเวลาการเป็นผู้นำศาสนาอิสลาม 5 - 7 ปี จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 18.26 ระยะเวลาการเป็นผู้นำศาสนาอิสลาม 8 - 10 ปี จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 8.26 ระยะเวลาการเป็นผู้นำศาสนาอิสลาม 11 - 13 ปี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 2.17 และระยะเวลาการเป็นผู้นำศาสนาอิสลามมากกว่า 13 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 3.48 โดยมีค่าเฉลี่ย 4.52 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.06

ตาราง 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายได้ของ
ครอบครัว

รายได้ของครอบครัว		จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อยกว่า	1,000 บาท	8	3.48
1,001 -	5,000 บาท	21	9.13
5,001 -	10,000 บาท	55	23.91
10,001 -	15,000 บาท	30	13.04
15,001 -	20,000 บาท	33	14.35
20,001 -	25,000 บาท	10	4.35
25,001 -	30,000 บาท	33	14.35
30,001 -	35,000 บาท	5	2.17
35,001 -	40,000 บาท	15	6.52
มากกว่า	40,000 บาท	20	8.70
รวม		230	100.00

$$X = 21517.03$$

$$SD = 17026.95$$

จากตาราง 10 กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของครอบครัวน้อยกว่า 1,000 บาทต่อปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 3.48 รายได้ของครอบครัว 1,001 - 5,00 บาทต่อปี จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 9.13 รายได้ของครอบครัว 5,001 - 10,000บาท ต่อปี จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 23.91 รายได้ของครอบครัว 10,001 - 15,000 บาท ต่อปี จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 13.04 รายได้ของครอบครัว 15,001 - 20,000 บาท ต่อปี จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 14.35 รายได้ของครอบครัว 20,001 - 25,000 บาท ต่อปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 4.35 รายได้ของครอบครัว 25,001 - 30,000 บาท ต่อปี จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ

14.35 รายได้ของครอบครัว 30,001 - 35,000 บาท ต่อปี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 2.17 รายได้ของครอบครัว 35,001 - 40,000 บาท ต่อปี จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 6.52 และรายได้ของครอบครัวมากกว่า 40,000 บาท ต่อปีจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 8.70 โดยมีค่าเฉลี่ย 21517.03 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 17026.95

ตาราง 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษาสายสามัญ

ระดับการศึกษาสายสามัญ	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ไม่ได้เรียน	38	16.5
ระดับประถมศึกษา	159	69.1
ระดับมัธยมศึกษา	31	13.5
ระดับอนุปริญญา	1	.4
ระดับปริญญาตรี	1	.4
รวม	230	100.0

จากตาราง 11 กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสายสามัญส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 159 คน คิดเป็นร้อยละ 69.1 ระดับมัธยมศึกษาจำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 13.5 ระดับอนุปริญญา จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.4 และระดับปริญญาตรี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.4 ส่วนไม่ได้เรียนเลขจำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 16.5

2. ตอนที่ 2 รายละเอียดเกี่ยวกับปัจจัยด้านการฝึกอบรม ปัจจัยด้านการรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านการรับรู้ถึงพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยด้านความเชื่อในเรื่องโรคและการยอมรับการ สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลาม ในชุมชนจังหวัดปัตตานี ดังแสดงให้เห็นในตาราง 13 - 27

2.1 ปัจจัยด้านการฝึกอบรม

ตาราง 13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการเข้า ฝึกอบรมในเรื่องการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุ ต่ำกว่า 1 ปี

การเข้าฝึกอบรม	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ไม่เคยเข้าฝึกอบรม	111	48.3
1 - 2 ครั้ง	89	38.7
3 ครั้งขึ้นไป	30	13.0
รวม	230	100.0

จากตาราง 13 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยเข้าฝึกอบรม จำนวน 111 คน คิดเป็นร้อยละ 48.3 แต่กลุ่มตัวอย่างที่มีการเข้าฝึกอบรม 1 - 2 ครั้ง จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 38.7 และมีการเข้า ฝึกอบรม 3 ครั้งขึ้นไป จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 13.0

ตาราง 14 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามวิธีการในการฝึกอบรมในเรื่องการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี

วิธีการในการฝึกอบรม	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
บรรยาย	53	44.5
บรรยายมีโปสเตอร์ประกอบ	25	21.0
บรรยายมีวีดีโอประกอบ	41	38.5
รวม	119	100.0

จากตาราง 14 กลุ่มตัวอย่างได้รับการฝึกอบรมโดยมีการบรรยาย จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 44.5 วิธีการบรรยายมีโปสเตอร์ประกอบ จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 21.0 และวิธีการบรรยายมีวีดีโอประกอบ จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 38.5

ตาราง 15 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้ที่ได้จากการฝึกอบรมในเรื่องการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี

ความรู้ที่ได้จากการฝึกอบรม	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ต่ำ	24	10.4
ปานกลาง	57	24.8
สูง	149	64.8
รวม	230	100.0

จากตาราง 15 กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ที่ได้จากการฝึกอบรมในเรื่องการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ต่ำ (ต่ำกว่า 6 คะแนน) จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 10.4 ความรู้ที่ได้จากการฝึกอบรมในเรื่องการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ปานกลาง (7 - 13 คะแนน) จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 24.8 และความรู้ที่ได้จากการฝึกอบรมในเรื่องการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี สูง (14 - 20 คะแนน) จำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 64.8

2.2 ปัจจัยด้านการรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ

ตาราง 16 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากวิทยุต่อสัปดาห์

การรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากวิทยุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ไม่เคยติดตาม	115	50.0
1 - 3 ครั้ง	87	7.8
4 ครั้งขึ้นไป	28	12.2
รวม	230	100.0

จากตาราง 16 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยติดตามข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากวิทยุต่อสัปดาห์ จำนวน 115 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 แต่กลุ่มตัวอย่างที่รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากวิทยุ 1 - 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 37.8 และรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากวิทยุ 4 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์ จำนวน 28 คนคิดเป็นร้อยละ 12.2

ตาราง 17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับข้อมูล ข่าวสารทางด้านสุขภาพจากโทรทัศน์ต่อสัปดาห์

การรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ จากโทรทัศน์	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ไม่เคยติดตาม	145	63.0
1 - 3 ครั้ง	71	30.9
4 ครั้งขึ้นไป	14	6.1
รวม	230	100.0

จากตาราง 17 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยติดตามข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากโทรทัศน์ต่อสัปดาห์ จำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 63.0 แต่กลุ่มตัวอย่างที่รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากโทรทัศน์ 1 - 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 30.9 และรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากโทรทัศน์ 4 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์ จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 6.1

ตาราง 18 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับข้อมูล
ข่าวสารทางด้านสุขภาพจากหนังสือพิมพ์ต่อสัปดาห์

การรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ จากหนังสือพิมพ์	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ไม่เคยติดตาม	136	59.1
1 - 3 ครั้ง	80	34.8
4 ครั้งขึ้นไป	14	6.1
รวม	230	100.0

จากตาราง 18 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยติดตามข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากหนังสือพิมพ์ต่อสัปดาห์ จำนวน 136 คน คิดเป็นร้อยละ 59.1 แต่กลุ่มตัวอย่างที่รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากหนังสือพิมพ์ 1 - 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 34.8 และรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากหนังสือพิมพ์ 4 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์ จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 6.1

ตาราง 19 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับ
ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการสร้างเสริม
ภูมิคุ้มกันโรคจากโปสเตอร์ต่อเดือน

การรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค จากโปสเตอร์	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ไม่เคยติดตาม	114	49.6
1 - 8 ครั้ง	107	46.5
9 ครั้งขึ้นไป	9	3.9
รวม	230	100.0

จากตาราง 19 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยติดตามข้อมูลข่าวสาร
ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจากโปสเตอร์ต่อ
เดือน จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 49.6 แต่กลุ่มตัวอย่างที่รับข้อมูล
ข่าวสารทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจาก
โปสเตอร์ 1 - 8 ครั้งต่อเดือน จำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ
46.5 และรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการสร้างเสริม
ภูมิคุ้มกันโรคจากโปสเตอร์ 9 ครั้งต่อเดือน จำนวน 9 คน คิดเป็น
ร้อยละ 3.9

ตาราง 20 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับ
ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการสร้างเสริม
ภูมิคุ้มกันโรคจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อเดือน

การรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ไม่เคยติดตาม	92	40.0
1 - 3 ครั้ง	86	37.4
4 ครั้งขึ้นไป	52	22.6
รวม	230	100.0

จากตาราง 20 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยติดตามข้อมูลข่าวสาร
ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ต่อเดือน จำนวน 92 คนคิดเป็นร้อยละ 40.0 แต่กลุ่มตัวอย่างที่รับ
ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจาก
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 - 3 ครั้งต่อเดือน จำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ
37.4 และรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการสร้างเสริม
ภูมิคุ้มกันโรคจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 4 ครั้งขึ้นไปต่อเดือน จำนวน
52 คน คิดเป็นร้อยละ 22.6

2.3 ปัจจัยด้านการรับรู้ถึงพฤติกรรมสุขภาพ

ตาราง 21 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเป็นโรค

การรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเป็นโรค	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
รับรู้น้อย	80	34.8
รับรู้ปานกลาง	91	39.6
รับรู้มาก	59	25.7
รวม	230	100.0

จากตาราง 21 กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเป็นโรคน้อยจำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 34.8 รับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเป็นโรคปานกลาง จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 39.6 และรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมมาก จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 25.7

ตาราง 22 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ถึง
ความรุนแรงของโรค

การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค	จำนวน(คน)	ร้อยละ(%)
รับรู้น้อย	79	34.3
รับรู้ปานกลาง	80	34.8
รับรู้มาก	71	30.9
รวม	230	100.0

จากตาราง 22 กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคน้อย จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 34.3 รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคปานกลาง จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 34.8 และรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมมาก จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 30.9

ตาราง 23 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	จำนวน(คน)	ร้อยละ (%)
รับรู้น้อย	68	29.6
รับรู้ปานกลาง	67	29.1
รับรู้มาก	95	41.3
รวม	230	100.0

จากตาราง 23 กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคน้อย จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 29.6 รับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคปานกลาง จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 29.1 และรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคมาก จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 41.3

2.4 ปัจจัยด้านความเชื่อในเรื่องโรค

ตาราง 24 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความเชื่อ
ในเรื่องโรคติดต่อและประสิทธิภาพของวัคซีนในการป้องกันโรค

ความเชื่อในเรื่องโรคติดต่อและ ประสิทธิภาพของวัคซีนในการ ป้องกันโรค	จำนวน(คน)	ร้อยละ (%)
เชื่อน้อย	65	28.3
เชื่อปานกลาง	110	47.8
เชื่อมาก	55	23.9
รวม	230	100.0

จากตาราง 24 กลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อในเรื่องโรคติดต่อ
และประสิทธิภาพของวัคซีนในการป้องกันโรคน้อย จำนวน 65 คน คิด
เป็นร้อยละ 28.3 มีความเชื่อในเรื่องโรคติดต่อและประสิทธิภาพของ
วัคซีนในการป้องกันโรคปานกลาง จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 47.8
และมีความเชื่อในเรื่องโรคติดต่อและประสิทธิภาพของวัคซีนในการป้องกัน
โรคมก จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 23.9

ตาราง 25 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความเชื่อ
ในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรคจากอำนาจเหนือธรรมชาติ

ความเชื่อในเรื่องสาเหตุของการเกิด โรคจากอำนาจเหนือธรรมชาติ	จำนวน(คน)	ร้อยละ(%)
เชื่อน้อย	114	49.6
เชื่อปานกลาง	59	25.7
เชื่อมาก	57	24.8
รวม	230	100.0

จากตาราง 25 กลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อในเรื่องสาเหตุของ
การเกิดโรคจากอำนาจเหนือธรรมชาติน้อย จำนวน 114 คน คิดเป็น
ร้อยละ 49.6 มีความเชื่อในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรคจากอำนาจ
เหนือธรรมชาติปานกลาง จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 25.7 และมี
ความเชื่อในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรคจากอำนาจเหนือธรรมชาติมาก
จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 24.8

ตาราง 26 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความเชื่อ
ในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรคตามหลักการศาสนาอิสลาม

ความเชื่อในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรค ตามหลักการศาสนาอิสลาม	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
เชื่อน้อย	20	8.7
เชื่อปานกลาง	48	20.9
เชื่อมาก	162	70.4
รวม	230	100.0

จากตาราง 26 กลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรคตามหลักการศาสนาอิสลามน้อย จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 8.7 มีความเชื่อในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรคตามหลักการศาสนาอิสลามปานกลาง จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 20.9 และมีความเชื่อในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรคตามหลักการศาสนาอิสลามมาก จำนวน 162 คน คิดเป็นร้อยละ 70.4

ตาราง 27 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการยอมรับ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของ ผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี

การยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนา อิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี		
	จำนวน(คน)	ร้อยละ(%)
ยอมรับน้อย	78	33.92
ยอมรับปานกลาง	99	43.04
ยอมรับมาก	53	23.04
รวม	230	100.00

จากตาราง 27 กลุ่มตัวอย่างที่มีการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี น้อย จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 33.92 ยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ปานกลาง จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 43.04 และยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี มาก จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 23.04

3. ตอนที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่ตั้งในการวิจัย คือ ทดสอบสมมติฐานปัจจัยที่สัมพันธ์กับการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี โดยทดสอบตามปัจจัยด้านการฝึกอบรม ปัจจัยด้านการรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านการรับรู้ถึงพฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยด้านความเชื่อในเรื่องโรคดังรายละเอียด ตามตาราง 28 - 57 ผลการทดสอบมีดังต่อไปนี้

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการฝึกอบรมกับการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี เป็นการหาความสัมพันธ์เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 1, 2 และ 3 คือ

3.1.1 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าฝึกอบรมกับการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี ปรากฏดังรายละเอียดในตาราง 28

ตาราง 28 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี โดยจำแนกตามการเข้าฝึกอบรม

การยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
การเข้าฝึกอบรม	ระหว่างกลุ่ม	2	12.2664	6.1332	.003**
	ภายในกลุ่ม	227	168.2844	.7431	
รวม		229	180.5507		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 28 แสดงให้เห็นว่าผู้นำศาสนาอิสลามที่มีการ
เข้าฝึกอบรมแตกต่างกัน (ไม่เคยเข้าฝึกอบรม เข้าฝึกอบรมน้อย เข้าฝึก
อบรมมาก) มีการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า
1 ปี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นไปตาม
สมมติฐานที่ 1 และเพื่อทดสอบค่าเฉลี่ยคู่ใดมีความแตกต่างกันอย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ใช้วิธีการทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่ โดย
วิธีของเชฟเฟ (Scheffe) ในตาราง 29

ตาราง 29 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยรายคู่ การยอมรับ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำ ศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี ที่มีการเข้าฝึกอบรม แตกต่างกัน โดยใช้วิธีของเชฟเฟ (Scheffe)

		ไม่เคยเข้าฝึกอบรม	เข้าฝึกอบรมน้อย	เข้าฝึกอบรมมาก
การเข้า				
ฝึกอบรม	คะแนนเฉลี่ย	2.4953	2.8919	3.0870
ไม่เคยเข้า				
ฝึกอบรม	2.4953	0.0000	0.3966**	0.5917**
เข้าฝึกอบรม				
น้อย	2.8919		0.0000	0.1951
เข้าฝึกอบรม				
มาก	3.0870			0.0000

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 29 แสดงให้เห็นว่า การยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุ 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี จำแนกตามการเข้าฝึกอบรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อยู่ 2 คู่ ได้แก่ ผู้นำศาสนาอิสลามที่มีการเข้าฝึกอบรมมาก มีการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี มากกว่าผู้นำศาสนาอิสลามที่ไม่เคยเข้าฝึกอบรมและผู้นำศาสนาอิสลามที่มีการเข้าฝึกอบรมน้อย มีการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี มากกว่าผู้นำศาสนาอิสลามที่ไม่เคยเข้าฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 1

3.1.2 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการในการฝึกอบรมกับการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี ปรากฏดังรายละเอียดในตาราง 30

ตาราง 30 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานีโดยจำแนกตามวิธีการในการฝึกอบรม

การยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน โรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี	แหล่งความ แปรปรวน	df	SS	MS	F
วิธีการในการฝึกอบรม	ระหว่างกลุ่ม	2	1.1068	.5534	.4315
	ภายในกลุ่ม	166	75.8282	.6537	
รวม		118	76.9350		

จากตาราง 30 แสดงให้เห็นว่าผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี ที่มีวิธีการในการฝึกอบรมแตกต่างกัน (บรรยาย บรรยายมีโปสเตอร์ประกอบ บรรยายมีวิดีโอประกอบ) มีการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปีไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ 2

3.1.3 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ที่ได้จากการฝึกอบรมกับการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี ปรากฏดังรายละเอียดในตาราง 31

ตาราง 31 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี โดยจำแนกตามความรู้ที่ได้จากการฝึกอบรม

การยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี						
	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	
ความรู้ที่ได้จากการฝึกอบรม	ระหว่างกลุ่ม	2	15.2611	7.6305	.0000**	
	ภายในกลุ่ม	227	165.2897	.7281		
	รวม	229	180.5507			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 31 แสดงให้เห็นว่า ผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี ที่มีความรู้ที่ได้จากการฝึกอบรมแตกต่างกัน (ความรู้น้อย ความรู้ปานกลาง ความรู้มาก) มีการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นไปตามสมมติฐานที่ 3 และเพื่อทดสอบดูว่าค่าเฉลี่ยคู่ใดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ใช้วิธีการทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่โดยวิธีของ เชฟเฟ (Scheffe) ในตารางที่ 32

ตาราง 32 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยรายคู่ การยอมรับ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี ที่มีความรู้ที่ได้จากการฝึกอบรมแตกต่างกันโดยใช้วิธีของเชฟเฟ (Scheffe)

ความรู้ที่ได้จาก การฝึกอบรม	คะแนนเฉลี่ย	ความรู้น้อย	ความรู้ปานกลาง	ความรู้มาก
	คะแนนเฉลี่ย	1.9892	2.9070	2.7754
ความรู้น้อย	1.9892	0.0000	0.9178**	0.7862**
ความรู้ปานกลาง	2.9070		0.0000	0.1316
ความรู้มาก	2.7754			0.0000

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 32 แสดงให้เห็นว่าการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี จำแนกตามความรู้ที่ได้จากการฝึกอบรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อยู่ 2 คู่ ได้แก่ ผู้นำศาสนาอิสลามที่มีความรู้มาก มีการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี มากกว่าผู้นำศาสนาอิสลามที่มีความรู้น้อยและผู้นำศาสนาอิสลามที่มีความรู้ปานกลาง มีการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี มากกว่าผู้นำศาสนาอิสลามที่มีความรู้น้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 3

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพกับการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี เป็นการหาความสัมพันธ์เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 4, 5, 6, 7 และ 8 คือ

3.2.1 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับข้อมูล ข่าวสารทางด้านสุขภาพจากวิทยุกับการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี ปรากฏดังรายละเอียดในตาราง 33

ตาราง 33 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี โดยจำแนกตามการรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากวิทยุ

การยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี						
	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	
การรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากวิทยุ	ระหว่างกลุ่ม	2	9.9415	4.9708	.0016**	
	ภายในกลุ่ม	227	170.6029	.7516		
	รวม	229	180.5507			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 33 แสดงให้เห็นว่า ผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี ที่มีการรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากวิทยุต่อสัปดาห์แตกต่างกัน (ไม่เคยติดตามข้อมูลข่าวสาร รับข้อมูลข่าวสารน้อย รับข้อมูลข่าวสารมาก) มีการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นไปตามสมมติฐานที่ 4 และเพื่อทดสอบว่าค่าเฉลี่ยคู่ใดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ใช้วิธีการทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่ โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe) ในตาราง 34

ตาราง 34 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยรายคู่ การยอมรับ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำ ศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี ที่มีการรับข้อมูลข่าวสาร ทางด้านสุขภาพจากวิทยุแตกต่างกัน โดยใช้วิธีของเชฟเฟ (Scheffe)

การรับข้อมูล		ไม่เคยติดตาม	รับข้อมูล	รับข้อมูล
ข่าวสารทางด้าน		ข้อมูลข่าวสาร	ข่าวสารน้อย	ข่าวสารมาก
สุขภาพจากวิทยุ				
	คะแนนเฉลี่ย	2.5428	2.8302	3.1543
ไม่เคยติดตาม				
ข้อมูลข่าวสาร	2.5428	0.0000	0.3874	0.6115**
รับข้อมูลข่าวสาร				
น้อย	2.8302		0.0000	0.6241
รับข้อมูลข่าวสาร				
มาก	3.1543			0.0000

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 34 แสดงให้เห็นว่าการยอมรับการสร้างเสริม ภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชน จังหวัดปัตตานี จำแนกตามการรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากวิทยุ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อยู่ 1 คู่ ได้แก่ ผู้นำศาสนาอิสลามที่มีการรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากวิทยุมากมี การยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี มากกว่า ผู้นำศาสนาอิสลามที่ไม่เคยติดตามข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากวิทยุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 4

3.2.2 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับข้อมูล ข่าวสารทางด้านสุขภาพจากโทรทัศน์กับการยอมรับการสร้างเสริม ภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปีของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัด ปัตตานี ปรากฏดังรายละเอียดในตาราง 35

ตาราง 35 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานีโดยจำแนกตามการรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากโทรทัศน์

การยอมรับการสร้างเสริม						
ภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	
การรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากโทรทัศน์	ระหว่างกลุ่ม	2	8.8153	4.4077	.0034**	
	ภายในกลุ่ม	227	171.7354	.7565		
	รวม	229	180.5507			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 35 แสดงให้เห็นว่า ผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี ที่มีการรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากโทรทัศน์ต่อสัปดาห์แตกต่างกัน (ไม่เคยติดตามข้อมูลข่าวสาร รับข้อมูลข่าวสารน้อย รับข้อมูลข่าวสารมาก) มีการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นไปตามสมมติฐานที่ 5 และเพื่อทดสอบค่าเฉลี่ยคู่ใดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ใช้วิธีการทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe) ในตาราง 36

ตาราง 36 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยรายคู่ การยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี ที่มีการรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากโทรทัศน์แตกต่างกัน โดยใช้วิธีของ เชฟเฟ (Scheffe)

การรับข้อมูล ข่าวสารทางด้าน สุขภาพจาก โทรทัศน์	คะแนนเฉลี่ย	ไม่เคยติดตาม ข้อมูลข่าวสาร	รับข้อมูล ข่าวสารน้อย	รับข้อมูล ข่าวสารมาก
		2.6465	2.7403	3.4764
ไม่เคยติดตามข้อมูล				
ข่าวสาร	2.6465	0.0000	0.0938	0.8299**
รับข้อมูลข่าวสารน้อย	2.7403		0.0000	0.7364*
รับข้อมูลข่าวสารมาก	3.4764			0.0000

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 36 แสดงให้เห็นว่า การยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี จำแนกตามการรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากโทรทัศน์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อยู่ 1 คู่ .05 1 คู่ ได้แก่ ผู้นำศาสนาอิสลามที่มีการรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากโทรทัศน์มาก มีการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี มากกว่าผู้นำศาสนาอิสลามที่ไม่เคยติดตามข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากโทรทัศน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้นำศาสนาอิสลามที่มีการรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากโทรทัศน์มาก มีการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี มากกว่าผู้นำศาสนาอิสลามที่ได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 5

3.2.3 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับข้อมูล ข่าวสารทางด้านสุขภาพจากหนังสือพิมพ์ กับการยอมรับการสร้างเสริม ภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปีของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัด ปัตตานี ปรากฏดังรายละเอียดในตาราง 37

ตาราง 37 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของการยอมรับการ สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำ ศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี โดยจำแนกตามการรับ ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากหนังสือพิมพ์

การยอมรับการสร้างเสริม					
ภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุ	แหล่งความ	df	SS	MS	F
ต่ำกว่า 1 ปี	แปรปรวน				
การรับข้อมูลข่าวสาร	ระหว่างกลุ่ม	2	9.8588	4.7294	.0022**
ทางด้านสุขภาพจากหนังสือพิมพ์	ภายในกลุ่ม	227	171.0920	.7537	
	รวม	229	180.5507		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 37 แสดงให้เห็นว่า ผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชน จังหวัดปัตตานี ที่มีการรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากหนังสือพิมพ์ต่อ สปีดาค์แตกต่างกัน (ไม่เคยติดตามข้อมูลข่าวสาร รับข้อมูลข่าวสารน้อย รับข้อมูลข่าวสารมาก) มีการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก อายุต่ำกว่า 1 ปี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็น ไปตามสมมติฐานที่ 6 และเพื่อทดสอบดูว่า ค่าเฉลี่ยคู่ใดมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ใช้วิธีการทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่ โดย วิธีของเชฟเฟ (Scheffe) ในตาราง 38

ตาราง 38 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยรายคู่ การยอมรับ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำ ศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี ที่มีการรับข้อมูลข่าวสาร ทางด้านสุขภาพจากหนังสือพิมพ์แตกต่างกัน โดยใช้วิธีของ เชฟเฟ (Scheffe)

การรับข้อมูล		ไม่เคยติดตาม	รับข้อมูล	รับข้อมูล
ข่าวสารทางด้าน		ข้อมูลข่าวสาร	ข่าวสั้นน้อย	ข่าวสารมาก
สุขภาพจาก				
หนังสือพิมพ์	คะแนนเฉลี่ย			
		2.5801	2.8705	3.3171
ไม่เคยติดตามข้อมูล				
ข่าวสาร	2.5801	0.0000	0.2904	0.7370*
รับข้อมูลข่าวสั้นน้อย	2.8703		0.0000	0.4468
รับข้อมูลข่าวสารมาก	3.3171			0.0000

* มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

จากตาราง 38 แสดงให้เห็นว่า การยอมรับการสร้างเสริม ภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชน จังหวัดปัตตานี จำแนกตามการรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจาก หนังสือพิมพ์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อยู่ 1 คู่ ได้แก่ ผู้นำศาสนาอิสลามที่มีการรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจาก หนังสือพิมพ์มาก มีการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำ กว่า 1 ปี มากกว่าผู้นำศาสนาอิสลามที่ไม่เคยติดตามข้อมูลข่าวสารทาง ด้านสุขภาพจากหนังสือพิมพ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 6

3.2.4 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับข้อมูล ข่าวสารทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจากโปสเตอร์ กับการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปีของผู้นำ ศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี ปรากฏดังรายละเอียดในตาราง 39

ตาราง 39 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของการยอมรับการ สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำ ศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานีโดยจำแนกตามการรับ ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการสร้างเสริม ภูมิคุ้มกันโรคจากโปสเตอร์

การยอมรับการสร้างเสริม					
ภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุ	แหล่งความ	df	SS	MS	F
ต่ำกว่า 1 ปี	แปรปรวน				
การรับข้อมูลข่าวสารทางด้าน	ระหว่างกลุ่ม	2	12.6535	6.3268	.0003**
สุขภาพเกี่ยวกับการสร้างเสริม					
ภูมิคุ้มกันโรคจากโปสเตอร์	ภายในกลุ่ม	227	167.8972	.7396	
	รวม	229	180.5507		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P < .01$)

จากตาราง 39 แสดงให้เห็นว่า ผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชน จังหวัดปัตตานี ที่มีการรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการ สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจากโปสเตอร์ต่อเดือนแตกต่างกัน (ไม่เคยติดตาม ข้อมูลข่าวสาร รับข้อมูลข่าวสารน้อย รับข้อมูลข่าวสารมาก) มีการยอมรับ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี แตกต่างกันอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นไปตามสมมติฐานที่ 7 และเพื่อทดสอบดูว่า ค่าเฉลี่ยคู่ใดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ใช้วิธี การทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่ โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe) ในตาราง 40

ตาราง 40 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยรายคู่ การยอมรับ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำ ศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี ที่มีการรับข้อมูลข่าวสาร ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจาก โปสเตอร์แตกต่างกัน โดยใช้วิธีของเชฟเฟ่ (Scheffe)

การรับข้อมูล		ไม่เคยติดตาม	รับข้อมูล	รับข้อมูล
ข่าวสารทางด้าน		ข้อมูลข่าวสาร	ข่าวสั้น	ข่าวสารมาก
สุขภาพเกี่ยวกับ				
การสร้างเสริม				
ภูมิคุ้มกันโรคจาก				
โปสเตอร์	คะแนนเฉลี่ย	2.5016	2.9161	3.3078
ไม่เคยติดตามข้อมูล				
ข่าวสาร	2.5016	0.0000	0.4145**	0.8062*
รับข้อมูลข่าวสั้น	2.9161		0.0000	0.3917
รับข้อมูลข่าวสารมาก	3.3079			0.0000

* มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

* มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01

จากตาราง 40 แสดงให้เห็นว่า การยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี จำแนกตามการรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจากโปสเตอร์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อยู่ 1 คู่ .05 1 คู่ ได้แก่ ผู้นำศาสนาอิสลามที่มีการรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจากโปสเตอร์น้อย มีการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี มากกว่าผู้นำศาสนาอิสลาม ที่ไม่เคยติดตามข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจากโปสเตอร์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้นำศาสนาอิสลามที่มีการรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจากโปสเตอร์มาก มีการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี มากกว่าผู้นำศาสนาอิสลามที่ไม่เคยติดตามข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจากโปสเตอร์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 7

3.2.5 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปีของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี ปรากฏดังรายละเอียดในตาราง 41

ตาราง 41 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของการยอมรับการ
สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำ
ศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานีโดยจำแนกตามการรับ
ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการสร้างเสริม
ภูมิคุ้มกันโรคจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

การยอมรับการสร้างเสริม						
ภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุ ต่ำกว่า 1 ปี	แหล่งความ แปรปรวน	df	SS	MS	F	
การรับข้อมูลข่าวสารทางด้าน สุขภาพเกี่ยวกับการสร้างเสริม ภูมิคุ้มกันโรคจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข	ระหว่างกลุ่ม	2	17.8588	8.9294	.0000**	
	ภายในกลุ่ม	227	162.6919	.7167		
	รวม	229	180.5507			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 41 แสดงให้เห็นว่า ผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชน
จังหวัดปัตตานี ที่มีการรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการ
สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อเดือนแตกต่างกัน (ไม่
เคยติดตามข้อมูลข่าวสาร รับข้อมูลข่าวสารน้อย รับข้อมูลข่าวสารมาก) มี
การยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี แตกต่างกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นไปตามสมมติฐานที่ 8 และเพื่อ
ทดสอบดูว่าค่าเฉลี่ยคู่ใดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
.01 ใช้วิธีการทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่ โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe) ใน
ตาราง 42

ตาราง 42 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยรายคู่ การยอมรับ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำ ศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี ที่มีการรับข้อมูลข่าวสาร ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแตกต่างกันโดยใช้วิธีของเชฟเฟ (Scheffe)

การรับข้อมูล	ไม่เคสติดตาม	รับข้อมูล	รับข้อมูล
ข่าวสารทางด้าน	ข้อมูลข่าวสาร	ข่าวสารน้อย	ข่าวสารมาก
สุขภาพเกี่ยวกับ			
การสร้างเสริม			
ภูมิคุ้มกันโรคจาก			
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	คะแนนเฉลี่ย		
	2.4365	2.7707	3.1640
ไม่เคสติดตามข้อมูล			
ข่าวสาร	2.4365	0.0000	0.3342*
รับข้อมูลข่าวสารน้อย	2.7707		0.0000
รับข้อมูลข่าวสารมาก	3.1640		0.0000

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 42 แสดงให้เห็นว่า การยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี จำแนกตามการรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อยู่ 1 คู่ .05 2 คู่ ได้แก่ ผู้นำศาสนาอิสลามที่มีการรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาก จะมีการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี มากกว่าผู้นำศาสนาอิสลามที่ไม่เคยติดตามข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผู้นำศาสนาอิสลามที่มีการรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาก มีการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี มากกว่าผู้นำศาสนาอิสลามที่ได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขน้อย และผู้นำศาสนาอิสลามที่รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขน้อย มีการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี มากกว่าผู้นำศาสนาอิสลามที่ไม่เคยติดตามข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 8

3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้ถึงพฤติกรรมสุขภาพกับการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี เป็นการหาความสัมพันธ์เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 9, 10 และ 11 คือ

3.3.1 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเป็นโรคกับการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี
ปรากฏดังรายละเอียดในตาราง 43

ตาราง 43 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของการยอมรับการ
สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำ
ศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานีโดยจำแนกตามการรับรู้
ถึงความเสี่ยงต่อการเป็นโรค

การยอมรับการสร้างเสริม					
ภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุ ต่ำกว่า 1 ปี	แหล่งความ แปรปรวน	df	SS	MS	F
การรับรู้ถึงความเสี่ยง ต่อการเป็นโรค	ระหว่างกลุ่ม	2	119.9049	59.9294	.0000**
	ภายในกลุ่ม	227	60.6458	.2672	
รวม		229	180.5507		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 43 แสดงให้เห็นว่า ผู้นำศาสนาอิสลามที่มี
การรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเป็นโรคแตกต่างกัน (รับรู้น้อย รับรู้
ปานกลาง รับรู้มาก) มีการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุ
ต่ำกว่า 1 ปี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นไปตาม
สมมติฐานที่ 9 และเพื่อทดสอบค่าเฉลี่ยคู่ใดมีความแตกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ใช้วิธีการทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่ โดยวิธีของ
เชฟเฟ (Scheffe) ในตาราง 44

ตาราง 44 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยรายคู่ การยอมรับ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำ ศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี ที่มีการรับรู้ถึงความ เสี่ยงต่อการเป็นโรค แตกต่างกันโดยใช้วิธีของเชฟเฟ (Scheffe)

การรับรู้ถึงความ เสี่ยงต่อการเป็น		รับรู้น้อย	รับรู้ปานกลาง	รับรู่มาก
โรค	คะแนนเฉลี่ย	1.8217	2.9170	3.6573
รับรู้น้อย	1.8217	0.0000	1.0953**	0.8356**
รับรู้ปานกลาง	2.9170		0.0000	0.7403**
รับรู่มาก	3.6573		0.0000	0.3933

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 44 แสดงให้เห็นว่า การยอมรับการสร้างเสริม ภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชน จังหวัดปัตตานี จำแนกตามการรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเป็นโรค มีความ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อยู่ 3 คู่ ได้แก่ ผู้นำ ศาสนาอิสลามที่มีการรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมมาก มีการยอมรับ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี มากกว่าผู้นำศาสนา อิสลามที่มีการรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเป็นโรคน้อยและมากกว่าผู้นำ ศาสนาอิสลามที่มีการรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเป็นโรคปานกลาง อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้นำศาสนาอิสลามที่มีการรับรู้ถึงความ เสี่ยงต่อการเป็นโรคปานกลาง มีการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี มากกว่าผู้นำศาสนาอิสลามที่มีการรับรู้ถึงความ เสี่ยงต่อการเป็นโรคน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็น ไปตามสมมติฐานที่ 9

3.3.2 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ถึง
ความรุนแรงของโรคกับการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุ
ต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี ปรากฏดัง
รายละเอียดในตาราง 45

ตาราง 45 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของการยอมรับการ
สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำ
ศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานีโดยจำแนกตามการรับรู้
ถึงความรุนแรงของโรค

การยอมรับการสร้างเสริม					
ภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุ ต่ำกว่า 1 ปี	แหล่งความ แปรปรวน	df	SS	MS	F
การรับรู้ถึงความรุนแรง ของโรค	ระหว่างกลุ่ม	2	119.9045	59.9525	.0000**
	ภายในกลุ่ม	227	60.6458	.2672	
	รวม	229	180.5507		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 45 แสดงให้เห็นว่า ผู้นำศาสนาอิสลามที่มีการรับ
รู้ถึงความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน (รับรู้น้อย รับรู้ปานกลาง รับรู้มาก)
มีการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นไปตามสมมติฐานที่ 10
และเพื่อทดสอบดูว่า ค่าเฉลี่ยคู่ใดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ .01 ใช้วิธีการทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่ โดยวิธีของเชฟเฟ
(Scheffe) ในตาราง 46

ตาราง 46 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยรายคู่ การยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี ที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคแตกต่างกันโดยใช้วิธีของเชฟเฟ (Scheffe)

การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค	คะแนนเฉลี่ย	รับรู้น้อย	รับรู้ปานกลาง	รับรู่มาก
	คะแนนเฉลี่ย	1.8217	2.9170	3.6573
รับรู้น้อย	1.8217	0.0000	1.0953**	1.8356**
รับรู้ปานกลาง	2.9170		0.0000	0.7403**
รับรู่มาก	3.6573			0.0000

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 46 แสดงให้เห็นว่า การยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี จำแนกตามการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อยู่ 3 คู่ ได้แก่ ผู้นำศาสนาอิสลามที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมก มีการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี มากกว่าผู้นำศาสนาอิสลามที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคน้อยและมากกว่าผู้นำศาสนาอิสลามที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้นำศาสนาอิสลามที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคปานกลาง มีการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี มากกว่าผู้นำศาสนาอิสลามที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 10

3.3.3 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคกับการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี ปรากฏดังรายละเอียดในตาราง 47

ตาราง 47 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานีโดยจำแนกตามการรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

การยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี						
	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	
การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	ระหว่างกลุ่ม	2	109.8144	54.9472	.0000**	
	ภายในกลุ่ม	227	70.7364	.3116		
	รวม	229	180.5508			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 47 แสดงให้เห็นว่า ผู้นำศาสนาอิสลามที่มีการรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแตกต่างกัน (รับรู้น้อย รับรู้ปานกลาง รับรู้มาก) มีการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นไปตามสมมติฐานที่ 11 และเพื่อทดสอบดูว่า ค่าเฉลี่ยคู่ใดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ใช้วิธีการทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่ โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe) ในตาราง 48

ตาราง 48 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยรายคู่ การยอมรับ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำ ศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี ที่มีการรับรู้ถึงประโยชน์ และอุปสรรคในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแตกต่างกัน โดยใช้วิธีของเชฟเฟ (Scheffe)

การรับรู้ถึงประโยชน์ และอุปสรรคในการ สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค		รับรู้น้อย	รับรู้ปานกลาง	รับรู่มาก
คะแนนเฉลี่ย		1.7656	2.7027	3.4298
รับรู้น้อย	1.7656	0.0000	0.9371**	1.6642**
รับรู้ปานกลาง	2.7027		0.0000	0.7271**
รับรู่มาก	3.4298			0.0000

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 48 แสดงให้เห็นว่า การยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี จำแนกตามการรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อยู่ 3 คู่ ได้แก่ ผู้นำศาสนาอิสลามที่มีการรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคมก มีการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี มากกว่าผู้นำศาสนาอิสลามที่มีการรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคน้อยและมากกว่าผู้นำศาสนาอิสลามที่มีการรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้นำศาสนาอิสลามที่มีการรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคปานกลาง มีการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี มากกว่าผู้นำศาสนาอิสลามที่มีการรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 11

3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความเชื่อในเรื่องโรคกับการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี เป็นการหาความสัมพันธ์เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 12, 13 และ 14 คือ

3.4.1 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อในเรื่องโรคติดต่อและประสิทธิภาพของวัคซีนในการป้องกันโรคกับการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี ปรากฏดังรายละเอียดในตาราง 49

ตาราง 49 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี โดยจำแนกตามความเชื่อในเรื่องโรคติดต่อและประสิทธิภาพของวัคซีนในการป้องกันโรค

การยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี						
	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	
ความเชื่อในเรื่องโรคติดต่อและประสิทธิภาพของวัคซีนในการป้องกันโรค	ระหว่างกลุ่ม	2	97.5077	48.7539	.0000**	
	ภายในกลุ่ม	227	83.0430	.3658		
		รวม	229	180.5507		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 49 แสดงให้เห็นว่าผู้นำศาสนาอิสลามที่มีความเชื่อในเรื่องโรคติดต่อและประสิทธิภาพของวัคซีนในการป้องกันโรคแตกต่างกัน (เชื่อน้อย เชื่อปานกลาง เชื่อมาก) มีการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นไปตามสมมติฐานที่ 12 และเพื่อทดสอบว่าค่าเฉลี่ยคู่ใดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ใช้วิธีการทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่ โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe) ในตาราง 50

ตาราง 50 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยรายคู่ การยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี ที่มีความเชื่อในเรื่องโรคติดต่อและประสิทธิภาพของวัคซีนในการป้องกันโรคแตกต่างกัน โดยใช้วิธีของเชฟเฟ (Scheffe)

การยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี	คะแนนเฉลี่ย	เชื่อน้อย	เชื่อปานกลาง	เชื่อมาก
ค่าเฉลี่ย		1.8058	2.8374	3.5905
เชื่อน้อย	1.8058	0.0000	1.0316**	1.7847**
เชื่อปานกลาง	2.8374		0.0000	0.7531**
เชื่อมาก	3.5905			0.0000

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 50 แสดงให้เห็นว่า การยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี จำแนกตามความเชื่อในเรื่องโรคติดต่อและประสิทธิภาพของวัคซีนในการป้องกันโรค มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อยู่ 3 คู่ ได้แก่ ผู้นำศาสนาอิสลามที่มีความเชื่อในเรื่องโรคติดต่อและประสิทธิภาพของวัคซีนในการป้องกันโรคมก มีการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี มากกว่าผู้นำศาสนาอิสลามที่มีความเชื่อในเรื่องโรคติดต่อและประสิทธิภาพของวัคซีนในการป้องกันโรคน้อย และมากกว่าผู้นำศาสนาอิสลามที่มีความเชื่อในเรื่องโรคติดต่อและประสิทธิภาพของวัคซีนในการป้องกันโรคปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้นำศาสนาอิสลามที่มีความเชื่อในเรื่องโรคและประสิทธิภาพของวัคซีนในการป้องกันโรคปานกลาง มีการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี มากกว่าผู้นำศาสนาอิสลามที่มีความเชื่อในเรื่องโรคและประสิทธิภาพของวัคซีนในการป้องกันโรคน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 12

3.4.2 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรคจากอำนาจเหนือธรรมชาติกับการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี ปรากฏดังรายละเอียดในตาราง 51

ตาราง 51 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของการยอมรับการ
สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำ
ศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานีโดยจำแนกตามความ
เชื่อในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรคจากอำนาจเหนือ
ธรรมชาติ

การยอมรับการสร้างเสริม						
ภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุ ต่ำกว่า 1 ปี	แหล่งความ แปรปรวน	df	SS	MS	F	
ความเชื่อในเรื่องสาเหตุ ของการเกิดโรคจาก	ระหว่างกลุ่ม	2	74.6759	37.3379	.0000**	
อำนาจเหนือธรรมชาติ	ภายในกลุ่ม	227	105.8749	.4664		
		รวม	229	180.5507		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 51 แสดงให้เห็นว่าผู้นำศาสนาอิสลามที่มีความ
เชื่อในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรคจากอำนาจเหนือธรรมชาติแตกต่างกัน
(เชื่อน้อย เชื่อปานกลาง เชื่อมาก) มีการยอมรับการสร้างเสริม
ภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .01 เป็นไปตามสมมติฐานที่ 13 และเพื่อทดสอบดูว่าค่าเฉลี่ยคู่ใดมี
ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ใช้วิธีการทดสอบค่า
เฉลี่ยรายคู่ โดยวิธีของเชฟเฟ่ (Scheffe) ในตาราง 56

ตาราง 52 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยรายคู่ การยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี ที่มีความเชื่อในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรคจากอำนาจเหนือธรรมชาติแตกต่างกัน โดยใช้วิธีของเชฟเฟ (Scheffe)

การยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี		เชื่อน้อย	เชื่อปานกลาง	เชื่อมาก
คะแนนเฉลี่ย		3.2500	2.5349	1.8756
เชื่อน้อย	3.2500	0.0000	0.7151**	1.3744**
เชื่อปานกลาง	2.2349		0.0000	0.3593**
เชื่อมาก	1.8756			0.0000

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 52 แสดงให้เห็นว่า การยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี จำแนกตามความเชื่อในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรคจากอำนาจเหนือธรรมชาติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อยู่ 3 คู่ ได้แก่ ผู้นำศาสนาอิสลามที่มีความเชื่อในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรคจากอำนาจเหนือธรรมชาติน้อย มีการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี มากกว่าผู้นำศาสนาอิสลามที่มีความเชื่อในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรคจากอำนาจเหนือธรรมชาติมากและมากกว่า ผู้นำศาสนาอิสลามที่มีความเชื่อในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรคจากอำนาจเหนือธรรมชาติปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้นำศาสนาอิสลามที่มีความเชื่อในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรคจากอำนาจเหนือธรรมชาติน้อย มีการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี มากกว่าผู้นำศาสนาอิสลามที่มีความเชื่อในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรคจากอำนาจเหนือธรรมชาติมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 13

3.4.3 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรคตามหลักการศาสนาอิสลามกับการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี ปรากฏดังรายละเอียดในตาราง 53

ตาราง 53 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาในชุมชนจังหวัดปัตตานีโดยจำแนกตามความเชื่อในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรคตามหลักการศาสนาอิสลาม

การยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี					
	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ความเชื่อในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรคตามหลักการศาสนาอิสลาม	ระหว่างกลุ่ม	2	3.6569	1.5238	.1432
	ภายในกลุ่ม	227	177.4852	.7819	
		รวม	229	180.5507	

จากตาราง 53 แสดงให้เห็นว่าผู้นำศาสนาอิสลามที่มีความเชื่อในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรคตามหลักการอิสลามแตกต่างกัน (เชื่อน้อย เชื่อปานกลาง เชื่อมาก) มีการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ 14

4. ตอนที่ 4 ประมวลข้อเสนอแนะหรือความคิดเห็นเพิ่มเติม
เกี่ยวกับการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี
ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี

4.1 ต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขออกหน่วยฉีดวัคซีน
ในหมู่บ้านและให้สุขศึกษาในเรื่องการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำ
กว่า 1 ปี แก่ผู้ปกครองของเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี มากขึ้น จำนวน 38 คน
คิดเป็นร้อยละ 16.52

4.2 ต้องการให้มีการอบรมชี้แจง ตลอดจนสัมมนาในเรื่อง
การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี แก่ผู้นำศาสนาอิสลาม
(โต๊ะอิหม่าม คอเต็บ บิหลั่น และกรรมการอิสลามประจำมัสยิด) และ
กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ให้มากขึ้น จำนวน 24 คน คิด เป็นร้อยละ 10.43