

ปัญหาและความเป็นมาของปัญหา

การพัฒนาประเทศในปัจจุบันมุ่งเน้นนโยบายในด้านการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ดีขึ้น ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม และการอนามัย เรื่องสุดท้ายกล่าวคือสุขภาพอนามัยหรือการสาธารณสุขนั้นเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการอำนวยให้การพัฒนาในแนวทางดังกล่าวบรรลุผลได้ ในเรื่องนโยบายการจัดการสาธารณสุขเพื่อนำการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนนั้น รัฐบาลได้กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นศูนย์กลางสำคัญเพื่อไปสู่เป้าหมายโดยรัฐจะต้องให้การสนับสนุนให้ประชาชนสามารถช่วยตนเองให้ได้มากที่สุดในการใช้ทรัพยากร เพื่อให้เป็นประโยชน์ต่อการดำรงชีวิตและการมีสุขภาพอนามัยที่ดี ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามนโยบายการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ในปี พ.ศ. 2543 ซึ่งถือว่าเป็นเป้าหมายที่สำคัญที่ประเทศสมาชิกองค์การสหประชาชาติ 118 ประเทศ ที่ยอมรับให้เป็นกลยุทธ์ในการพัฒนาการสาธารณสุขของประเทศ โดยเฉพาะประเทศที่กำลังพัฒนาอย่างประเทศไทย (ชุตินาถ ธีรวิไล, 2537 : 1)

สุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งในการดำรงชีวิต การที่บุคคลมีสุขภาพดีย่อมเป็นพื้นฐานในการพัฒนาชีวิตสมาชิกในครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นเด็ก ผู้ใหญ่ ซึ่งใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันทำให้แต่ละบุคคลมีสภาวะภาพชีวิตที่ดีในทุก ๆ ด้าน ประเทศไทยจึงมีนโยบายสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชน โดยเน้นพัฒนาพฤติกรรมด้านสุขภาพให้ถูกต้องตั้งแต่เยาว์วัย เพื่อจะอำนวยต่อการพัฒนาสุขภาพอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต เพราะถือว่าประชาชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชนที่มีสุขภาพดีเป็นทรัพยากรที่มีค่า และผู้ที่มีสุขภาพดีย่อมมีความคิดสร้างสรรค์และความเชื่อมั่นในตนเองที่จะก้าวไปข้างหน้าเพื่อความสำเร็จของชีวิตทั้งสามารถพัฒนาประเทศ ในด้านเศรษฐกิจและสังคมให้ก้าวหน้าไป ได้ ระบุว่าประเทศที่ประชาชนมีสุขภาพที่ไม่ดี ซึ่งการมีสุขภาพดีในที่นี้ อัดตามความหมายขององค์การอนามัยโลก คือ ภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ รวมถึงการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ด้วยดี มิได้มีความหมายแต่เพียงปราศจากโรค หรือทุพพลภาพเท่านั้น

การที่ประชาชนจะมีสุขภาพดีหรือไม่ดีนั้น ขึ้นอยู่กับเหตุปัจจัยทั้งระดับจุลภาค คือ ระดับปัจเจกบุคคลและระดับมหภาค คือ ระดับครอบครัว ชุมชน และสังคม ซึ่งแต่ละระดับก็จะมีปัญหาที่แตกต่างกันออกไป ทั้งในแง่ผู้ให้บริการและผู้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

สำหรับปัญหาการสาธารณสุขของประเทศไทย ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2527 : 188) กล่าวว่า ปัญหาที่สำคัญได้แก่ปัญหาการขาดแคลนแหล่งบริการ ปัญหาความไม่เสมอภาคในการให้บริการ ทั้งนี้สืบเนื่องมาจากทิศทางการพัฒนาระบบสาธารณสุขในช่วงที่ผ่านมา มุ่งเน้นการพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ในระดับสูง โดยยึดมาตรฐานตะวันตกเป็นเกณฑ์ ซึ่งต้องใช้เงินมาก ทำให้โครงสร้างทางสาธารณสุขของประเทศมีแนวโน้มให้ความสำคัญกับเมืองมากกว่าชนบท ในขณะเดียวกัน โรบินสัน (Robinson, 1980 : 416 อ้างถึงใน พิมพ์วิทย์ ปรีดาสวัสดิ์, 2530 : 26-27) กล่าวว่า การสร้างเงื่อนไขที่จำกัดการกระจายบริการสาธารณสุขจะสร้างปมจิตวิทยาในประชาชนมีลักษณะพึ่งพิงระบบบริการสาธารณสุขโดยวิชาชีพ และลดบทบาทการพึ่งตนเองของประชาชนให้การช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ในการดูแลสุขภาพระดับพื้นฐานของประชาชน ด้วยเหตุของความล้มเหลวของการพัฒนาเช่นนี้ จึงเกิดแนวคิดด้านสาธารณสุขมูลฐานความคิดใหม่ในการพัฒนาสาธารณสุข โดยให้ประชาชนรักษากันเองและมองชุมชนในฐานะที่เป็นปัจจัยพื้นฐาน ซึ่งหลักการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นเป้าหมายแทนระบบเดิมที่เอาสถาบันวิชาชีพเป็นหลัก วิชาการของการพัฒนาสาธารณสุขอื่นจะนำไปสู่ความคิดสร้างสรรค์และความสุจริตธรรมในสังคม และช่วยให้ครอบครัวสามารถดูแลอาการป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ของสมาชิกในครอบครัวได้อย่างทั่วถึง

ในกรณีของครอบครัวไทยพุทธและไทยมุสลิมก็เช่นเดียวกัน บางครั้งในการดูแลสุขภาพประชาชนถึงอาศัยวิถีเดิม ซึ่งส่วนใหญ่จะรักษาสุขภาพตามความเชื่อตามประเพณีเกี่ยวกับโรคบางชนิด บางครั้งการรักษาด้วยวิถีการ เช่นนั้นทำให้ครอบครัวดังกล่าวต้องสูญเสียสมาชิกในครอบครัวไป ทั้ง ๆ ที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถจะช่วยเหลือเขาได้ถ้าเขาได้รับการรักษาโรคต่าง ๆ ด้วยวิถีที่ถูกต้องอย่างทันท่วงที จากการสำรวจของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี พบว่า สถิติของโรคที่เกิดขึ้นกับประชากรในเขตจังหวัดปัตตานี ตามที่ระบุในตาราง 1 นอประมวลไว้ดังนี้

ตาราง 1 โรคที่เกิดกับประชากรในจังหวัดปัตตานี ปีพ.ศ. 2537

โรค	จำนวน	อัตรา	ลำดับที่
อาการภาวะที่ไม่กำหนดชัดเจน	1,241	224.01	1
ภาวะการคลอดยาก หายใจไม่ออกขาดออกซิเจน	11481	207.22	2
ลำไส้อักเสบและโรคท้องร่วงอื่น ๆ	656	118.41	3
โรคติดเชื้ออื่น ๆ ทั้งหมด	614	110.88	4
อุบัติเหตุยานยนต์	538	97.11	5
โรคหอยค่อมอักเสบ หอยค่อมพองและโรคหืด	444	80.14	6
โรคปอดบวม	419	75.63	7
อุบัติเหตุอื่น ๆ ทั้งหมด	405	70.91	8
การคลอดไม่ระบุมีโรคแทรก	349	62.99	9
ไข้ไม่ทราบสาเหตุ	335	60.47	10
ไข้เลือดออก	55	9.93	19

หมายเหตุ ข้อมูลวันที่ 1 ตุลาคม 2536 - 30 กันยายน 2537

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี, 2537 : 19

จากข้อมูลข้างต้น พบว่า โรคทั้ง 11 ชนิด เป็นโรคที่เกิดขึ้นมากที่สุดกับประชากรในจังหวัดปัตตานี แต่ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะโรคที่เกิดขึ้นกับเด็ก ซึ่งส่วนใหญ่แล้วจะเป็นโรคอุจจาระร่วง โรคปอดบวม โรคไข้เลือดออก รวมทั้งโรคตาแดง แต่สำหรับโรคตาแดงซึ่งยังไม่มี การเก็บข้อมูลอย่างเป็นทางการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานีในช่วงปี พ.ศ. 2537 เมื่อโรคดังกล่าวเกิดกับเด็กในครอบครัวใดครอบครัวหนึ่ง ก็จะมีการเลือกใช้บริการที่แตกต่างกันไป ตามความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคและการรักษาที่ไม่ขัดกับหลักศาสนา ของแต่ละครอบครัว

ในทำนองเดียวกัน เมื่อจำแนกตามลักษณะของโรคก็พอประมวลได้ดังแสดงตามตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและอัตราผู้ป่วยเป็นโรคต่าง ๆ ในจังหวัดปัตตานี ปีพ.ศ.2535 - ปีพ.ศ.2537

โรค	2535		2536		2537	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
อัตราผู้ป่วยด้วยโรคที่นำโดยอาหารและน้ำ						
- อูจจาระร่วง	9,099	1866.52	8,322	1537.8	10,380	1873.65
- อูจจาระร่วงอย่างแรง	151	27.87	72	13.30	44	7.94
- บิด	322	58.97	229	42.32	258	46.57
- อาหารเป็นพิษ	367	67.22	192	35.48	343	61.91
- ไข้ไทฟอยด์	58	10.82	36	6.65	44	7.54
- ดับอักเสบ	137	25.39	68	12.56	62	11.19
อัตราผู้ป่วยด้วยโรคทางเดินอาหาร						
- ปอดบวม	1,134	209.32	1,316	243.18	1,290	232.85
- ไข้หวัดใหญ่	283	48.55	203	37.51	193	34.84
- วัณโรคปอด	368	67.56	337	62.27	337	6.837
อัตราผู้ป่วยด้วยโรคที่นำโดยแมลง						
- ไข้เลือดออก	70	25.29	55	10.16	33	5.96
- ไข้สมองอักเสบ	3	0.55	-	-	6	1.08
- ไข้มาลาเรีย	55	10.15	154	28.46	385	69.49

หมายเหตุ ไม่มีข้อมูลของโรคตาแดง

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี, 2537 : 7

จากข้อมูลดังกล่าวพอประมวลสาระสำคัญได้ดังนี้

ในส่วนของโรคที่เกี่ยวกับโรคที่เกิดจากน้ำและอาหารเป็นพาหะ พบว่า โรคอุจจาระร่วงเป็นโรคที่คนเป็นมากที่สุด : ในปี 2535 มีจำนวน 9,099 คน ในปี 2536 ลดลงเล็กน้อยเหลือ 8,322 คน ในปี 2537 กลับมีจำนวนเพิ่มขึ้นถึง 10,380 คน ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาทางสาธารณสุขอย่างมาก ถึงแม้ทุกปีในช่วงที่คนเป็นโรคกันมากจะมีสื่อมวลชนได้แก่ วิทยุ โทรทัศน์ ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง แต่จำนวนคนที่เป็โรคกันก็ยังมีจำนวนมากขึ้น การเกิดขึ้นของโรคส่วนใหญ่นักจะสัมพันธ์กับความเชื่อและพฤติกรรมด้านสุขภาพ ผู้วิจัยจึงออกทราบบว่าเป็นจริงหรือไม่

ในส่วนของโรคที่เกี่ยวกับทางเดินหายใจ พบว่าโรคปอดบวมเป็นโรคที่คนเป็นมากที่สุด : ในปี 2535 มีผู้ป่วย 1,134 คน ในปี 2538 เพิ่มขึ้นจากเดิม คือ 1,316 คน ในปี 2537 มีจำนวนผู้ป่วยลดลงเล็กน้อย คือ 1,290 คน ซึ่งจริง ๆ แล้ว โรคดังกล่าวสามารถที่จะป้องกันได้และเมื่อเริ่มมีอาการไอ หายใจลำบาก ถ้ารีบปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็สามารถรักษาได้ทันที แต่จากสถิติดังกล่าวจำนวนผู้ป่วยไม่ได้ลดลงจากเดิมเลย ถึงแม้จะมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแล้วก็ตาม ประเด็นนี้ที่น่าสนใจไม่แพ้ประเด็นแรก

ในส่วนของโรคที่เกิดโดยอาศัยแมลงเป็นพาหะ พบว่า โรคไข้เลือดออกมีคนเป็นมากที่สุด : ในปี 2535 มีผู้ป่วย 70 คน ในปี 2536 ลดลงเหลือ 55 คน ในปี 2537 ลดลงเหลือเพียง 33 คน แต่ในปี 2538 โรคดังกล่าวก็มีปริมาณผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากเดิม รวมทั้งโรคตาแดง ถึงแม้จะไม่มีข้อมูลสนับสนุนในช่วงปีดังกล่าว แต่จากข้อมูลที่ไม่เป็นทางการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานีพบว่า โรคทั้ง 4 ชนิด เป็นปัญหาที่สำคัญที่เกิดขึ้นกับเด็กช่วงอายุ 1-10 ขวบ ในเขตเทศบาลมากที่สุดผู้วิจัยสนใจโรคดังกล่าวไม่แพ้สองประเด็นข้างต้น

ส่วนจำนวนและอัตราส่วนการป่วยเป็นโรคทั้ง 3 ประเภท ในจังหวัดปัตตานี ปี พ.ศ. 2537 พอประมวลได้ดังในตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนและอัตราผู้ป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง ปวดบวม และไข้เลือดออก
ในจังหวัดปัตตานี แยกเป็นอำเภอ ปีพ.ศ.2537

อำเภอ	อุจจาระร่วง		ปวดบวม		ไข้เลือดออก	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
เมือง	1,351	1387.61	133	138.60	8	8.22
โคกโพธิ์	1,316	2185.18	201	333.75	17	28.23
ปานาเระ	896	2298.03	101	259.04	1	2.56
มาฆอ	962	2023.60	129	271.36	-	-
ชะรัง	1,188	1606.25	130	176.77	1	1.35
ชะหรีง	895	1273.10	137	194.88	2	2.84
สาธบุรี	714	1313.85	137	252.10	1	1.84
หนองจิก	1,361	2191.45	160	257.63	2	3.22
ไม้แก่น	331	3542.00	35	374.53	-	-
ทุ่งช้างแดง	445	2982.17	60	402.09	-	-
กะหือ	352	2716.05	183	138.89	1	7.72
กิ่งอ.แม่ลาน	589	4763.50	49	410.21	-	-
รวม	10,380	1873.65	1,290	252.85	33	5.96

หมายเหตุ ไม่มีข้อมูลของโรคตาแดง

จากข้อมูลข้างต้น พบว่า อำเภอต่าง ๆ ในจังหวัดปัตตานีมีจำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรค
อหิวาต์ระว่างปอดบวม ไข้เลือดออก มีจำนวนไม่แตกต่างกันมากนัก อำเภอเมืองและอำเภอโคกโพธิ์
มีจำนวนผู้ป่วยใกล้เคียงกัน ส่วนอำเภออื่น ๆ จำนวนผู้ป่วยก็อยู่ในเกณฑ์ที่ใกล้เคียงกัน และมีจำนวน
น้อยกว่า 2 อำเภอข้างต้น แต่อำเภอเมืองเป็นอำเภอมีความหลากหลายของวัฒนธรรม การดำรง
ชีวิต ความเชื่อ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเฉพาะในเขตอำเภอเมือง โดยเฉพาะในเขตเทศบาลซึ่งมี
จำนวนผู้ป่วยเป็นโรคต่าง ๆ ตามที่ระบุในตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนผู้ป่วยอายุ 1-10 ขวบ ในเขตเทศบาลเมืองปัตตานี ปีพ.ศ.2538

ตำบล	ผู้ป่วยเป็นโรค			
	อหิวาต์ระว่าง (คน)	ปอดบวม (คน)	ไข้เลือดออก (คน)	ตาแดง (คน)
สะบารัง	99	33	9	24
อาเนาะรู	38	5	5	5
จะบังติกอ	32	8	2	6
รวม	167	46	16	35

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี, 2537 (Computer Data)

จากข้อมูลข้างต้นซึ่งเป็นการเจาะจงกลุ่มตัวอย่างเฉพาะเด็กอายุ 1-10 ขวบ ในเขต
เทศบาลเมืองปัตตานี พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรครังกล่าวมีจำนวนค่อนข้างสูง ในตำบลสะบารังมี
เด็กเป็นโรคอหิวาต์ระว่างมากที่สุด รองลงมาคือ โรคปอดบวม โรคตาแดง ตามลำดับ และโรค
ไข้เลือดออกมีจำนวนเด็กป่วยน้อยที่สุด ในตำบลอาเนาะรูมีเด็กป่วยเป็นโรคอหิวาต์ระว่างมากที่สุด
รองลงมาคือ ปอดบวม ตามลำดับ ส่วนโรคตาแดงกับไข้เลือดออกมีจำนวนเท่ากัน ส่วนในตำบล

จะบังติกอมีจำนวนเด็กป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงมากที่สุด รองลงมาคือ โรคปอดบวม โรคตาแดง และโรคไข้เลือดออก ตามลำดับ

จากตาราง 1-4 พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคอุจจาระร่วง โรคปอดบวม โรคไข้เลือดออก โรคตาแดง เป็นโรคที่เกิดขึ้นตั้งแต่อดีตและยังต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบันแม้จะมีเทคโนโลยีใหม่ ๆ ทางการแพทย์ที่สามารถแก้ปัญหาโรคดังกล่าวได้ แต่พบว่ามีเด็กอายุ 1-10 ขวบ ป่วยเป็นโรคดังกล่าวโดยทั่วไป จึงเป็นที่สงสัยว่า ความคิด ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวมีปัจจัยอะไรบ้างเข้ามาเกี่ยวข้อง รวมทั้ง ๆ พฤติกรรมในการรักษาพยาบาลเป็นไปในลักษณะใด จึงทำให้จำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคดังกล่าวยังมีจำนวนที่ไม่แตกต่างไปจากเดิม

จากเหตุผลและข้อมูลเบื้องต้นดังกล่าว ผู้วิจัยอยากทราบว่าเมื่อบุตรในครอบครัวไทยพุทธ ไทยมุสลิมเป็นโรคทั้ง 4 ชนิดดังที่กล่าวมาแล้ว ครอบครัวดังกล่าวมีพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลอย่างไร เพราะการศึกษาค้นคว้าและเอกสารรายงานเบื้องต้นสะท้อนให้เห็นว่า ประเด็นดังกล่าวเป็นประเด็นที่น่าสนใจมาก แต่ไม่สามารถอธิบายถึงสาเหตุที่ทำให้ครอบครัวชาวไทยพุทธและครอบครัวชาวไทยมุสลิม มีพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน เพราะอย่างยิ่งไม่มีใครศึกษาถึงความแตกต่างของพฤติกรรมการรักษาพยาบาลระหว่างครอบครัวชาวไทยพุทธ และครอบครัวชาวไทยมุสลิม มาก่อน นอกจากนี้ ข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี ก็ไม่มีการจำแนกโรคและการรักษาพยาบาลตามกลุ่มศาสนาหรือชาติพันธุ์ทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถหาข้อมูลเชิงประจักษ์ (Empirical Data) หรือข้อเท็จจริงในประเด็นนี้ให้เห็นอย่างชัดเจนได้ แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นผลงานการวิจัยของหลาย ๆ ท่านที่จะกล่าวถึงในตอนต่อไปแสดงให้เห็นว่า ปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาที่มีอยู่จริง และยังไม่มีใครได้ศึกษามาก่อน

จังหวัดปัตตานีเป็นจังหวัดที่มีความหลากหลายของวัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยมและวิถีชีวิตที่แตกต่างไปจากจังหวัดส่วนใหญ่ของประเทศ และจังหวัดปัตตานีมีประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลามถึงร้อยละ 77.5 (มานพ จิตต์ภูษา, 2529 : 11) ซึ่งในเขตเทศบาลความห่างของการตั้งถิ่นฐานกับสถานบริการด้านสาธารณสุขของทั้งสองกลุ่มคือ ไทยพุทธและไทยมุสลิมจะไม่มี ความแตกต่าง ดังนั้น เมื่อคุณตัวแปรที่เกี่ยวกับความแตกต่างด้านสภาพแวดล้อมด้านภูมิประเทศ ผู้วิจัยจึงกำหนดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตเทศบาลเมืองปัตตานีเพื่อความเที่ยงตรงของผลการวิจัย

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้มีกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ โดยค้นคว้าจากทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นฐานในการที่จะทำความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นต่าง ๆ ที่เป็นแนวทางเชื่อมโยงไปสู่ตัวแปร สมมติฐาน และการทดสอบ ดังต่อไปนี้

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับครอบครัว : ทิศนะทางสังคมวิทยา

- สถาบันครอบครัว
- ครอบครัวไทยมุสลิม
- ครอบครัวไทยพุทธ

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

- พฤติกรรมการรักษาพยาบาลของครอบครัวไทยพุทธและไทยมุสลิม
- พฤติกรรมสุขภาพ.
- พฤติกรรมการรักษาพยาบาล
 - ทฤษฎีความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพของ โท เร็นสตอกและเบรทเกอร์
 - ทฤษฎีแบบจำลองพฤติกรรมการตัดสินใจเลือกแหล่งบริการสุขภาพของ ฮิง
 - แนวความคิดทางด้านสังคมวิทยาการแพทย์
 - แนวความคิดทางสังคมวิทยาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

กรอบแนวความคิดในการวิจัย

- กรอบทฤษฎี
- กรอบการวิจัย
- เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ศึกษา

1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับครอบครัว : ทศนะทางสังคมวิทยา

1.1 สถาบันครอบครัวตามทศนะทางสังคมวิทยา

1.1.1 คำจำกัดความ

เบอร์เกสส์และลอค (Burgess and Locke, 1953 อ้างถึงใน สุภัตรา สุภาพ, 2531 : 37) ได้ให้คำจำกัดความเกี่ยวกับครอบครัว ว่ามีลักษณะสำคัญ 2 ประการ คือ

1) ครอบครัวประกอบด้วย บุคคลที่มาอยู่ร่วมกันโดยการสมรสหรือความผูกพันทางสายโลหิตหรือการมีบุตรบุญธรรม การสมรสแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยา ส่วนความผูกพันทางสายโลหิต คือ ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ลูก รวมทั้งบุตรบุญธรรมด้วย

2) สมาชิกเหล่านี้อยู่รวมภายในและครอบครัวเดียวกันหรือบางครั้งแยกกันอยู่ต่างหาก

3) ครอบครัวเป็นหน่วยของการกระทำระหว่างกัน เช่น สามีภรรยา พ่อแม่-ลูก พี่น้อง โดยแต่ละสังคมจะกำหนดบทบาทของแต่ละครอบครัวไว้ เช่น การรักกัน เอาใจใส่กัน สิ่งสอนกัน เป็นต้น

4) ครอบครัวถ่ายทอดรักษาวัฒนธรรม แบบของความประพฤติที่สมาชิกพึงปฏิบัติต่อกันและผู้อื่น รวมทั้งพฤติกรรมการดูแลรักษาสุขภาพ

1.1.2 แบบของการสมรส

การสมรสเป็นจุดเริ่มต้นของการมีครอบครัวใหม่ในสังคม ซึ่งในแต่ละสังคมจะมีขนบธรรมเนียมประเพณีที่แตกต่างกันออกไป บางสังคมจะอนุญาตให้ผู้ชายมีภรรยาได้หลายคน บางสังคมอนุญาตให้ผู้หญิงมีสามีได้หลายคนในเวลาเดียวกัน ในประเด็นนี้ ลีโอนาร์ด บรูม และฟิลิป เซลซันนิค (Broom and Selznick, 1963 : 358) แสดงทัศนะไว้ดังนี้

1) แบบหัวเดียวเมียเดียว (Monogamy) ได้แก่ การที่ประเพณีและกฎหมายอนุญาตให้ชายหรือหญิงมีคู่สมรสเพียงคนเดียวในเวลาเดียวกัน เป็นที่นิยมกันกว้างขวางในสังคมที่เจริญแล้ว

2) แบบมากหัวมากเมีย (Polygamy) ได้แก่ การที่ประเพณีและกฎหมายอนุญาตให้ชายหรือหญิงมีคู่สมรสได้มากกว่า 1 คน แบ่งได้เป็น 2 แบบย่อย คือ

2.1) แบบมากเมีย (Polygyny) คือ การที่ประเพณียินยอมให้ผู้ชายมีภรรยาได้หลายคนในเวลาเดียวกัน เช่น ศาสนาอิสลามอนุญาตให้ผู้ชายมีภรรยาได้ถึง 4 คน

2.2) แบบมากผัว (Polyandry) คือ การที่ประเพณียอมให้ผู้หญิงสามารถมีสามีได้หลายคนในเวลาเดียวกัน

1.1.3 ประเภทของครอบครัว

ออกเบินและนิมคอฟฟ์ (Ogburn and Nimkoff, 1985 : 581) ได้แบ่งครอบครัวเป็น 2 ประเภท คือ

1) ครอบครัวเดี่ยว (Nuclear Family) ประกอบด้วยคนเพียง 2 รุ่น คือ พ่อแม่และลูก ทรัพย์สินรายได้รวมกันเป็นของครอบครัว อำนาจของหัวหน้าครอบครัวอยู่ที่พ่อ แม่ หรือ พ่อกับแม่

2) ครอบครัวขยาย (Extended Family) ประกอบด้วย ครอบครัวเดี่ยว 2 ครอบครัวขึ้นไปรวมกัน สมาชิกของครอบครัวมีความสัมพันธ์โดยสายเลือด หรือการสมรส อำนาจของครอบครัวอยู่ที่ผู้อาวุโสเป็นส่วนใหญ่

1.1.4 ที่อยู่อาศัยและอำนาจภายในครอบครัว

การสมรสทำให้เกิดโครงสร้างทางสังคมของครอบครัวขึ้น ดังนั้น ที่อยู่อาศัยและอำนาจภายในครอบครัวย่อมเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับครอบครัว ซึ่งจะพิจารณาตามทัศนะทางสังคมวิทยา ได้ดังนี้

ที่อยู่อาศัยของครอบครัว แบ่งได้เป็น 3 รูปแบบ ตามทัศนะของ บรูมและเชลซ์นิก (1963 : 356) คือ

1) การอยู่อาศัยร่วมกับครอบครัวฝ่ายชาย (Patrilocal Family) คือ ครอบครัวที่คู่สมรสใหม่เข้าไปอยู่อาศัยกับครอบครัวของฝ่ายชายหลังจากทำการสมรสแล้ว เช่น ครอบครัวชาวจีน และจะมีการสืบเชื้อสายทางฝ่ายบิดา เมื่อมีบุตรก็ต้องเป็นสมาชิกของฝ่ายบิดา จะมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับญาติฝ่ายบิดาเท่านั้น เรียกความสัมพันธ์แบบนี้ว่า การสืบสกุลโดยฝ่ายชาย (Patrilineal Descent System)

2) การอยู่อาศัยร่วมกับครอบครัวฝ่ายหญิง (Matrilocal Family) คือ ครอบครัวที่คู่สมรสใหม่เข้าไปอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวของฝ่ายหญิงหลังจากทำการสมรสแล้ว เช่น ครอบครัวของเผ่าเบมบา (Bemba) เมื่อเด็กเกิดมาต้องเป็นสมาชิกของฝ่ายมารดา จะมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับญาติฝ่ายมารดาเท่านั้น เรียกความสัมพันธ์แบบนี้ว่า การสืบสกุลโดยฝ่ายหญิง (Matrilineal Descent System)

3) การอยู่อาศัยเป็นเอกเทศ (Neolocal Family) คือ ครอบครัวที่คู่สมรสใหม่แยกตัวออกไปต่างหากจากครอบครัวของบิดาและมารดาทั้งสองฝ่าย บุตรที่เกิดมาจะมีความสัมพันธ์กับญาติทั้งสองฝ่าย เรียกระบบความสัมพันธ์แบบนี้ว่า ระบบสืบสกุลทั้งสองฝ่าย (Bilateral Descent System) พบมากในแถบตะวันตก

ส่วนอำนาจภายในครอบครัว บรูม และเชลส์นิก (1936 : 356) ได้จำแนกออก 3 แบบ

- 1) ครอบครัวที่ฝ่ายชายเป็นผู้นำ (Patriarchal Family) ได้แก่ ครอบครัวจีนครอบครัวไทยมุสลิม
- 2) ครอบครัวที่ฝ่ายหญิงเป็นผู้นำ (Matriarchal Family) ได้แก่ ครอบครัวของชาวเอสกีโม
- 3) ครอบครัวที่มีอำนาจเสมอภาค (Equalitarian Family) ได้แก่ ครอบครัวที่บิดาหรือมารดามีอำนาจเท่าเทียมกัน

เมื่อบุคคลได้มาอยู่รวมกัน ไม่ว่าจะเป็นทางการสมรสหรือความผูกพันทางสายเลือดทำให้บุคคลเหล่านั้นมีภาระหน้าที่ที่ต้องกระทำต่อกัน ในทางสังคมวิทยาเรียกว่าความสัมพันธ์ว่าเป็นความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างหน้าที่ (Functionalism) ซึ่งมีการขัดเกลาทางสังคมการถ่ายทอดวัฒนธรรมและการแบ่งงานกันทำระหว่างเพศ (Collins, 1985 : 16) ในประเด็นเดียวกันนี้ พอล บี ฮอร์ตตัน และเชสเตอร์ แอล ฮันท์ (Paul B. Horton and Chester L. Hunt, 1972 : 205-215) ได้กล่าวถึง หน้าที่ของครอบครัว มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- 1) บำบัดความต้องการทางเพศ (The Sexual Regulation Function) การสมรสเป็นวิธีการหนึ่งที่สังคมเข้ามาควบคุมความสัมพันธ์ทางเพศให้อยู่ในขอบเขตตามปทัสถานของสังคมนั้น ๆ
- 2) สร้างสรรค์สมาชิกใหม่ (The Reproductive Function) สังคมจะดำรงอยู่ได้ต้องมีสมาชิกใหม่ที่สมาชิกที่ตายไป ถ้าปราศจากสมาชิกใหม่แล้วสังคมนั้น ๆ จะค่อย ๆ ล่มสลายและหมดสิ้นไป
- 3) การอบรมสั่งสอนระเบียบของสังคม (The Socialization Function) ครอบครัวเป็นแหล่งอบรมเบื้องต้นและมีอิทธิพลต่อเด็กมากที่สุด ทำให้เด็กรู้จักวัฒนธรรมปทัสถานของสังคม
- 4) ให้ความรักความอบอุ่น (The Affectional Function) สมาชิกทุกคนได้รับความรักความอบอุ่นใจจากครอบครัว ซึ่งจะทำให้เด็กมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับอุปสรรคในอนาคต

5) กำหนดสถานภาพ (The Status Function) เด็กที่เกิดมาจะได้รับสถานภาพตามกำเนิด (Ascribed Status) จากครอบครัวทันที เช่น เพศ ชื่อสกุล เป็นต้น

6) ปกป้องคุ้มครองให้ปลอดภัย (The Protective Function) ครอบครัวจะต้องเลี้ยงดูบุตรให้เจริญเติบโตและปกป้องคุ้มครองเพื่อให้บุตรสามารถมีชีวิตอยู่ได้

7) ผลผลิตทางเศรษฐกิจ (The Economic Function) ครอบครัวเป็นหน่วยผลิตที่สำคัญ สมาชิกทุกคนต้องร่วมกันทำงานและแบ่งปันผลผลิตเพื่อความอยู่รอดของสมาชิกในครอบครัว

ดังนั้น ครอบครัวจึงเป็นสถาบันที่เป็นฐานสำคัญที่สุดของสถาบันสังคม จะช่วยให้สมาชิกในสังคมเกิดความผูกพันโดยการแต่งงาน หรือสาส์นเลือด ความผูกพันของครอบครัวทำให้เกิดความผูกพันด้านสิทธิและหน้าที่ของสมาชิกตามที่สังคมได้กำหนดไว้ ดังนั้น ครอบครัวจึงเป็นหัวใจของระบบสังคม และจำนวนของสมาชิกในครอบครัว ทำให้เกิดความแตกต่างระหว่างครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยาย การเลือกที่อยู่อาศัยทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ลึกซึ้งของสมาชิกใหม่กับเครือญาติฝ่ายที่อาศัยอยู่ด้วย รวมทั้งการมีอำนาจในการตัดสินใจของครอบครัว

1.2 ครอบครัวไทยมุสลิม

สังคมมุสลิมให้ความสนใจแก่ครอบครัวเป็นพิเศษ และศาสนานี้จะนิยามให้มีการสมรสเพื่อที่จะได้มีการสืบทอดเจตนาธรรมของพระเจ้า อิสลามสร้างครอบครัวบนพื้นฐานที่แข็งแกร่งและสามารถทำให้ครอบครัวดำเนินต่อไปด้วยความมั่นคงอย่างแท้จริง นอกจากนี้ อิสลามได้กำหนดสถานภาพ บทบาท และบรรทัดฐานเรื่องครอบครัวไว้อย่างละเอียดมาก ครอบครัวมุสลิมรับภาระหน้าที่ในการอบรมสั่งสอนหรือถ่ายทอดระเบียบทางสังคมและวัฒนธรรม รวมทั้งการดูแลรักษาสุขภาพแก่คนในครอบครัว วิธีการถ่ายทอดแบ่งได้ 2 วิธี (เสาวฤทธิ์ จิตต์หมวด, 2531 : 236-237) คือ

1) การถ่ายทอดโดยตรง ได้แก่ การสอน

2) การถ่ายทอดโดยทางอ้อม ได้แก่ การปฏิบัติตนเป็นแบบอย่าง วิธีการแบบนี้จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของสมาชิกมากกว่าการถ่ายทอดโดยตรงกันทุก ๆ วัน ฉะนั้น การปฏิบัติตามวัฒนธรรมหรือบรรทัดฐาน อิสลามจึงเป็นการถ่ายทอดหรือสั่งสอนให้แก่คนในครอบครัวไปโดยปริยาย

ในครอบครัวไทยมุสลิมการตั้งถิ่นฐานของครอบครัว อิสลามไม่ได้กำหนดเรื่องการตั้งถิ่นฐานของครอบครัวหรือคู่สมรสไว้อย่างชัดเจน ดังนั้น คู่สมรสไทยมุสลิมจะตั้งถิ่นฐานตามค่านิยมของสังคม (ฉวีวรรณ วรรณประเสริฐ, 2524 : 9) คือ

1) การตั้งถิ่นฐานตามฝ่ายชาย (Patrilocal Residence) คือชายหญิงที่ทำการสมรสตามประเพณีเรียบร้อยแล้ว จะอาศัยอยู่กับครอบครัวฝ่ายชายกลายเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวขยาย (Extended Family) ซึ่งส่วนใหญ่แล้วฝ่ายชายจะมีฐานะมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม

2) การตั้งถิ่นฐานตามฝ่ายหญิง (Matrilocal Residence) คือ ชายหญิงที่ทำการสมรสตามประเพณีเรียบร้อย แล้วไปตั้งถิ่นฐานอาศัยอยู่กับครอบครัวฝ่ายหญิง กลายเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวขยาย (Extended Family) ซึ่งส่วนใหญ่แล้วครอบครัวฝ่ายหญิงจะมีฐานะมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม

3) การตั้งถิ่นฐานตามลุง (Arunculocal Residence) คือ ชายหญิงที่ทำการสมรสแล้ว จะตั้งถิ่นฐานอยู่กับครอบครัวของลุง ซึ่งเป็นพี่ชายของแม่ฝ่ายชาย เพราะลุงเคยอุปการะเลี้ยงดูมาก่อน คู่สมรสไทยมุสลิมบางรายจะตั้งถิ่นฐานตามลุง

4) การตั้งถิ่นฐานใหม่ หรือเอกเทศ (Neolocal Residence) คือชายหญิงที่ทำการสมรสแล้วจะตั้งถิ่นฐานของครอบครัวใหม่เป็นเอกเทศ การตั้งถิ่นฐานใหม่ของคู่สมรสไทยมุสลิมจะไม่นำningถิ่นฐานทางเศรษฐกิจและสังคม

การตั้งถิ่นฐานของคู่สมรสไทยมุสลิมในชนบทส่วนใหญ่จะนิยมตั้งถิ่นฐานตามฝ่ายหญิง แต่คู่สมรสไทยมุสลิมในเมืองนิยมตั้งถิ่นฐานใหม่

การสืบเชื้อสายของครอบครัว เด็กที่เกิดมาใหม่จะมีสถานภาพและความเกี่ยวข้องกับญาติฝ่ายพ่อแม่อย่างไร ขึ้นอยู่กับการกำหนดหลักเกณฑ์จากการสืบเชื้อสาย แบ่งได้ดังนี้

1) การสืบเชื้อสายฝ่ายบิดา (Patrilineal Descent) เด็กที่เกิดใหม่จะมีความผูกพันกับญาติสืบสายโลหิตทางฝ่ายบิดา ตลอดทั้งการใช้นามสกุล เด็กจะได้รับการอบรมเลี้ยงดูจากญาติฝ่ายบิดา ส่วนญาติฝ่ายมารดาจะไม่มีบทบาทต่อเด็กเลย ไทยมุสลิมส่วนใหญ่นิยมสืบเชื้อสายจากฝ่ายบิดา

2) การสืบเชื้อสายจากฝ่ายมารดา (Matrilineal Descent) เด็กที่เกิดใหม่จะมีความผูกพันกับญาติฝ่ายมารดา เด็กจะได้รับการอบรมเลี้ยงดูจากญาติฝ่ายมารดา ส่วนญาติฝ่ายบิดาจะไม่มีบทบาทต่อเด็กเลย การสืบเชื้อสายในลักษณะนี้จะไม่ปรากฏในครอบครัวไทยมุสลิม

3) การสืบเชื้อสายทั้งสองฝ่าย (Bilateral Descent) เด็กเกิดใหม่จะมีความผูกพันกับญาติทั้งฝ่ายบิดาและฝ่ายมารดา ทุกคนที่ใกล้ชิด จะทำหน้าที่อบรมสั่งสอน ครอบครัวไทยมุสลิมนิยมการสืบเชื้อสายแบบนี้เช่นกัน

1.3 ครอบครัวไทยพุทธ

จากที่กล่าวมาแล้ว (ครอบครัวมุสลิม) จะเห็นได้ว่า ลักษณะของครอบครัวมุสลิมกับครอบครัวไทยพุทธจะมีลักษณะคล้ายกัน ไม่ว่าจะเป็นที่อยู่อาศัย การสืบสายโลหิต ซึ่งครอบครัวชาวพุทธจะไม่แตกต่างกันเลยกับครอบครัวมุสลิม ส่วนที่จะแตกต่างกันก็คือ รูปแบบการสมรสและอำนาจภายในครอบครัว

- รูปแบบการสมรส ครอบครัวไทยพุทธจะมีกฎหมายใช้บังคับว่า สามีและภรรยาสามารถที่จะจดทะเบียนสมรสได้เพียงคนเดียวในขณะนั้น จึงทำให้รูปแบบของการสมรสส่วนใหญ่จะเป็นลักษณะของหัวเดียวเมียเดียว (Monogamy) ถึงแม้ผู้ชายหรือผู้หญิงจะไปสมรสหรือไปมีสามี, ภรรยาอีกคน กฎหมายจะไม่รองรับสิทธิ ยกเว้นจากการหย่าจากภรรยา, สามีคนเดิมเสียก่อน

- อำนาจภายในครอบครัว ครอบครัวไทยพุทธก็จะมีลักษณะคล้ายคลึงกับครอบครัวไทยมุสลิม เพียงแต่ครอบครัวไทยพุทธผู้หญิงจะมีสิทธิเสรีภาพและโอกาสในการเป็นผู้นำมากกว่าครอบครัวไทยมุสลิม แต่ทั้งนี้ทั้งนั้น เมื่อพิจารณาถึงภาพรวมของครอบครัวส่วนใหญ่ทั้งครอบครัวไทยพุทธและครอบครัวไทยมุสลิม ฝ่ายชายจะเป็นผู้นำครอบครัว

จากที่กล่าวมาแล้ว จะเห็นได้ว่า สถาบันครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่เก่าแก่ที่สุดและเป็นพื้นฐานที่สำคัญในสังคม วัฒนธรรม ประเพณีที่สืบทอดกันมา มีผลต่อการประพฤติปฏิบัติตัวตามรูปแบบที่ถูกกำหนด ครอบครัวในจังหวัดปัตตานีก็เช่นกันส่วนใหญ่จะมีลักษณะคล้ายคลึงกัน ในด้านรูปแบบการสมรส การตั้งถิ่นฐาน อำนาจในครอบครัว การสืบเชื้อสาย แต่มีส่วนปลีกย่อยเล็ก ๆ น้อย ตามประเพณีวัฒนธรรมที่เคยปฏิบัติสืบทอดกันมาทำให้เกิดความแตกต่าง แต่โครงสร้างทั้งครอบครัวไทยพุทธและครอบครัวไทยมุสลิมจะไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ การปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวก็จะเป็นไปในรูปแบบเดียวกัน เพื่อทำให้ครอบครัวที่อาศัยอยู่ในสังคมดังกล่าวสามารถที่จะปรับตัวให้อยู่รอดและมีการสืบต่อของสมาชิกสืบไป

2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

2.1 พฤติกรรมการรักษาพยาบาลของครอบครัวไทยพุทธและไทยมุสลิม

ในสถานการณ์เช่นนี้ทำให้คนไข้ที่เป็นกลุ่มที่ไม่มีอำนาจ ในการที่จะใช้บริการการแพทย์พื้นบ้านของตนเอง หรือบริการการแพทย์ภาคเอกชนที่มีคนจากกลุ่มเดียวกันเป็นคนให้บริการมากกว่าในการวิเคราะห์ดังกล่าวข้างต้น สามารถนำมาประยุกต์ในพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของชนกลุ่มน้อยต่าง ๆ สังคมไทย (นิพนธ์วิไลย์ บุญมงคล และสุพจน์ เด่นดวง, 2539 : 65)

2.1.1 กลุ่มประชากรที่ศึกษา

ในการศึกษาคั้งนี้ผู้ศึกษาจะกล่าวเฉพาะ 2 กลุ่ม คือ

2.1.1.1 ชาวไทยมุสลิม

ไทยมุสลิมนับถือศาสนาอิสลามพูดภาษามลายูและพูดภาษาไทยมี

ประชากรประมาณ 2 ล้านคน ใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ สงขลา ปัตตานี ยะลา นราธิวาส สตูล ประชากรเชื้อสายมลายูส่วนใหญ่ในจังหวัดสตูลและสงขลานั้นนับถือศาสนาอิสลามแต่พูดภาษาไทยท้องถิ่น (ภาษาใต้) ชาวใต้ที่มีเชื้อสายมลายูแทบทุกคน จะนับถือศาสนาอิสลาม ดังนั้นอิสลามจะมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อสังคมที่วัดความเป็นอยู่ ความเชื่อ ซึ่งชาวไทยมุสลิมเชื่อในพระเจ้า ความดี ความชั่ว การเจ็บป่วย เป็นลิขิตจากอัลเลาะห์

2.1.1.2 ชาวไทยพุทธ

กลุ่มคนไทยพุทธนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่พูดภาษาท้องถิ่น หรือ

เรียกว่า ภาษาปักษ์ใต้ เป็นคนค่อนข้างมากของประชากรในภาคใต้ยกเว้น 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ คือ ปัตตานี ยะลา นราธิวาส สตูล ซึ่งจะเป็นคนไทยมุสลิมประมาณ 72% วัฒนธรรมของชาวไทยพุทธมีลักษณะทั่วไป ไม่ต่างกับชาติไทยภาคอื่น ๆ ส่วนที่ได้รับอิทธิพลจากลัทธิพราหมณ์ พุทธ ฮินดู ที่เป็นอิทธิพลของพุทธก็เชื่อในกฎแห่งกรรม เชื่อในนรก-สวรรค์ ศรัทธาในพระพุทธรูปศาสนาอย่างแรงกล้า และความเชื่อในไสยศาสตร์ค่อนข้างมาก มีการนับถือผี วิญญาณ มาก ๆ พอกับการนับถือพระ (สุภาพ นิสิตอง, 2539 : 69-70)

สรุปได้ว่า เหตุปัจจัยสำคัญที่กำหนดให้เกิดความแตกต่างกันของบุคคลในหลาย ๆ ด้าน รวมทั้ง พฤติกรรมการรักษายาบาลจะเป็นไปในรูปแบบไหนนั้น ขึ้นอยู่กับความเชื่อและวัฒนธรรมเดิมของแต่ละกลุ่มชนหรือชาติพันธุ์

2.1.2 เจ็อนไขที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการรักษายาบาล

2.1.2.1 การสั่งสมประสบการณ์ทางวัฒนธรรมกับพฤติกรรมการรักษายาบาล

ประชาชนในแต่ละกลุ่มวัฒนธรรมได้สั่งสมองค์ความรู้ ความเชื่อ

เกี่ยวกับการเชืษวธา การเจ็บป่วย ซึ่งจากคำอธิบายของระบบการแพทย์แผนโบราณในแต่ละกลุ่มจะแตกต่างกัน จากการศึกษาพบว่า ชนิดและความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่คนไข้และเครือช่ายสังคมเป็นผู้ประเมินความคิดเกี่ยวกับสาเหตุของโรค ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย เพศ อายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา บทบาทในครอบครัว เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการรักษายาบาล

2.1.2.2 ความเป็นชาตินิยม (Nationalism or Particularism) กับ

พฤติกรรมการรักษาพยาบาล

อุดมการณ์เรื่องชาตินิยมและความภาคภูมิใจในกลุ่มของตนเองเป็นสิ่งที่เห็นได้ทั่ว ๆ ไป ในชนกลุ่มน้อยที่อาศัยอยู่ในสังคมพหุวัฒนธรรม โดยเฉพาะในกลุ่มชาวไทยมุสลิมใน 4 จังหวัดภาคใต้ ซึ่งจากประวัติศาสตร์ในอดีตได้รับความบีบคั้นจากนโยบายผสมกลมกลืนชาวไทยมุสลิมในอดีต โดยเฉพาะนโยบายในสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม นโยบายดังกล่าวมีความพยายามหลักที่จะทำให้คนไทยมุสลิมกลายเป็นไทยพุทธ ซึ่งมีผลกระทบเนื่องถึงการสร้างความรู้สึกแปลกแยกและผิดหวังกับระบบการปกครองของไทย ความรู้สึกแปลกแยกผสมผสานกับการเกิดอุดมการณ์ชาตินิยมซึ่งถูกสร้างขึ้นในหมู่คนไทยมุสลิม 4 จังหวัดภาคใต้ ถือเป็นกลไกการต้านทานกระแสนโยบายการผสมกลมกลืนของรัฐบาลไทย ซึ่งความเป็นชาตินิยมจะสะท้อนออกมาในทุก ๆ ด้านของการดำรงชีวิต ทั้งนี้รวมทั้งการต่อต้านการใช้บริการสาธารณสุขของรัฐ โดยการแสวงหาการรักษาเสียจากหมอพื้นบ้านต่าง ๆ ดังที่การศึกษาของ โกลอมบ์ (Golomb, 1987 : 71 อ้างถึงใน พิมพ์วัลย์ บุญมงคล และสุพจน์ เค้นดวง, 2539 : 61) พบว่าคนไทยเชื้อสายมาเลย์ในอดีตส่วนใหญ่มีความเชื่อถือว่าระบบการแพทย์สมัยใหม่ของรัฐมีประสิทธิภาพสูงกว่าหมอพื้นบ้าน แต่เขาก็ยังต่อต้านไม่ใช้บริการการแพทย์แผนปัจจุบัน เนื่องจากมองว่าเป็นตัวแทนของกลุ่มรัฐบาลกลาง ซึ่งในประวัติศาสตร์พยายามจะทำลายศาสนาของพวกเขา และในทำนองเดียวกัน เลนดี้ (Landy) กล่าวว่า ในระหว่างช่วงระยะเวลาของความรู้สึกเป็นชาตินิยมสูงจะมีการแยกแยะว่า ระบบการแพทย์พื้นบ้านหมายถึงค่านิยมที่ "ดี" และการแพทย์แผนปัจจุบันจะเชื่อมโยงกับความหมายของ "ความไม่ดี" นอกจากนั้น ยังเกิดแรงกดดันทางสังคมจากหมอพื้นบ้านเชื้อสายไทยมุสลิม และผู้นำชุมชนในการต่อต้านการใช้บริการการแพทย์สมัยใหม่ โดยทำให้แบบแผนการแสวงหาบริการสุขภาพเป็นเรื่องของ "คุณธรรม" และความถูกต้อง (อ้างถึงใน พิมพ์วัลย์ บุญมงคล และสุพจน์ เค้นดวง, 2539 : 61)

ส่วนเฟรเซอร์ (Fraser, 1960 : 245, อ้างถึงใน พิมพ์วัลย์ บุญมงคล และสุพจน์ เค้นดวง, 2539 : 62) ก็ได้ศึกษาและอธิบายเกี่ยวกับการไม่ใช้สถานบริการของรัฐของคนไทยมุสลิมในอดีตว่า แม้ว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐจะพูดภาษามาเลย์และเป็นบริการฟรีก็ตาม แต่ก็ไม่ได้รับความนิยมนอกจากชาวไทยมุสลิม ในราวประมาณปี พ.ศ. 2490 ชาวไทยมุสลิมมักไม่ค่อยต่อต้านชาวไทยมุสลิมด้วยกันเองที่ไปรับบริการจากหมอสอนศาสนาชาวตะวันตก ความแตกต่างทางศาสนาระหว่างหมอสอนศาสนาในโรงพยาบาลมิชชันนารีกับคนไข้ชาวไทยมุสลิม ไม่ได้เป็นปัญหาเท่ากับความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐกับคนไข้ชาวไทยมุสลิม ซึ่งถูกทำให้เป็นปัญหาทางด้านการเมืองไป

เราจะเข้าใจพฤติกรรมความเป็นชาตินิยมของคนไทยมุสลิมได้ดีถ้า

เราเปรียบเทียบพฤติกรรมการรักษาเชื้อชาติโดยชาวไทยพุทธและไทยมุสลิมในอดีต (Golomb, 1987 : 172 อ้างถึงใน พิมพ์วิไลย์ บุญมงคล และสุพจน์ เต๋นดวง, 2539 : 62) ชาวไทยพุทธทั้งในเขตเมืองและชนบทรวมทั้งหมอนพื้นบ้านชาวไทยพุทธมองว่า การแพทย์แผนปัจจุบันมีประสิทธิภาพสูงในการรักษาอาการเจ็บป่วยที่รุนแรง ชาวไทยพุทธมักไปใช้บริการการแพทย์แผนปัจจุบันก่อนการหาหมอพื้นบ้าน ยกเว้นในกรณีผู้ป่วยต้องการน้ำมันดีหรือการรักษาทางไสยศาสตร์ ในทางตรงข้ามชาวไทยมุสลิมจะไปรักษากับหมอพื้นบ้านไทยมุสลิมก่อนการไปหาแพทย์แผนปัจจุบัน ไม่ว่าจะรับรู้ว่าการรุนแรงหรือไม่ก็ตาม ทั้งชาวไทยพุทธและมุสลิมมักจะซื้อยากินเอง (ยาสมัฮ์ใหม่) ก่อนการไปสถานอนามัยหรือโรงพยาบาลของรัฐ แต่คนไทยมุสลิมมักไปร้านขายยาหลังจากการพบหมอไสยศาสตร์ และโดยทั่ว ๆ ไปคนไทยมุสลิมจะใช้เวลาในการตัดสินใจเลือกใช้บริการสาธารณสุขของรัฐนานกว่าคนไทยพุทธ นอกจากนี้ การต่อต้านการให้บริการสาธารณสุขของรัฐ มักสะท้อนออกมาจากพฤติกรรมการวินิจฉัยโรคของหมอนพื้นบ้านชาวไทยมุสลิม หมอนพื้นบ้านชาวไทยมุสลิมมักมีความรู้เกี่ยวกับประเภทของโรคสมัฮ์ใหม่น้อยกว่าหมอนพื้นบ้านไทยพุทธ และมักนำแนวความคิดของการแพทย์สมัฮ์ใหม่มาใช้อธิบายสาเหตุของโรคในขอบเขตที่จำกัด เมื่อเปรียบเทียบกับหมอนพื้นบ้านไทยพุทธ ลักษณะดังกล่าวทำให้การส่งต่อคนไข้โดยหมอนพื้นบ้านไทยมุสลิมมีน้อยกว่าหมอนพื้นบ้านไทยพุทธ

พฤติกรรมการรักษาพยาบาลของชาวไทยมุสลิมใน 4 จังหวัดภาคใต้ ในลักษณะของการใช้บริการของรัฐน้อยกว่าในกลุ่มอื่น ๆ ของประเทศ โดยมีสัมมุติฐานหลักในเรื่องปัจจัยทางการเมืองอื่น ได้แก่ อุดมการณ์ทางชาตินิยมในกลุ่มชาวไทยมุสลิม เป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องมีการศึกษาค้นคว้ากันต่อไปในกลุ่มไทยมุสลิม

2.1.2.3 โครงสร้างสังคม (Social Structure) ของกลุ่มชาติพันธุ์กับ
พฤติกรรมการรักษาพยาบาล

ความแตกต่างทางวัฒนธรรมของแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์ ไม่เพียงแต่เป็นสิ่งที่มองเห็นได้ชัดเจนเท่านั้น เมื่อเราพูดถึงองค์ประกอบของชาติพันธุ์จะเป็นทั้ง เรื่องของวัฒนธรรม ชนชั้นและความสัมพันธ์ทางอำนาจที่แตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์ ดังเช่น คายส์ (Keyes, 1979 : 7 อ้างถึงใน พิมพ์วิไลย์ บุญมงคล และสุพจน์ เต๋นดวง, 2539 : 63) ได้ให้ความเห็นว่าคนไทยอีสานมีแนวโน้มจะมองกลุ่มตนในเชิงชนชั้นมากกว่าในเชิงกลุ่มชาติพันธุ์ ดังนั้นจึงไม่น่าแปลกใจเลยว่ากลุ่มคนไทยจีน กลุ่มคนไทยใต้ กลุ่มคนไทยอีสานและกลุ่มชาวเขา พฤติกรรม การรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน เนื่องจากอำนาจหรือทางเศรษฐกิจที่สูงกว่าของคนไทยจีนและคนไทยใต้ เมื่อเทียบกับอีก 2 กลุ่มหลัง ทำให้การให้บริการสุขภาพจากแหล่งเอกชนน่าจะมีอยู่สูงกว่าใน 2

กลุ่มแรก ขณะที่กลุ่มคนไทยอีสานและกลุ่มชาวเขามีสถานะเศรษฐกิจจากจน การพึ่งบริการของรัฐจากสถานอนามัย การรักษาตนเอง หรือการรักษากับหมอพื้นบ้าน จึงน่าจะปรากฏให้เห็นได้มากกว่าการรับการรักษาจากแหล่งบริการสุขภาพของเอกชน

ปัจจัยด้านโครงสร้างสังคมอีกอันหนึ่งคือ เรื่องเครือข่ายสังคม สิ่ง queenกันได้ทั่วไปในชนกลุ่มน้อยในสังคมพหุวัฒนธรรม คือ พฤติกรรมการพึ่งพาญาติพี่น้องและกลุ่มเพื่อนบ้านกันสูง ซึ่งลักษณะดังกล่าวมาจากการที่กลุ่ม มีลักษณะความสัมพันธ์ทางสังคมในลักษณะของเครือข่ายสังคมแบบเหนียวแน่น (Closely-Knited Social Network) กล่าวคือ สมาชิกในกลุ่มมีความสัมพันธ์กันเหนียวแน่นใกล้ชิดและมีความผูกพันกันมากในสังคมที่มีเครือข่ายสังคมแบบเหนียวแน่น จะส่งผลให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะทำการรักษาเอื้ออาทรกันเองภายในระบอบครอบครัวและเครือญาติ ตลอดจนการรักษาพยาบาลโดยระบบการแพทย์พื้นบ้านในชุมชน ดังนั้น จึงไม่แปลกเลยที่แบบแผนการแสวงหาบริการสุขภาพของกลุ่มต่าง ๆ จะเป็นเรื่องของการรักษาเอื้ออาทรกันเองภายในครอบครัวและชุมชนของตนเป็นส่วนใหญ่

2.1.2.4 เพศ (Gender) กับพฤติกรรมการรักษาพยาบาล

กลุ่มได้ให้ความหมายของบทบาทเพศชายและหญิงที่แตกต่างกัน ซึ่งก้าวเลยไปสู่การให้คุณค่าและสถานภาพที่ไม่เท่ากันระหว่างหญิงกับชาย เช่น ในสังคมไทยแม้หญิงจะมีบทบาทในทางเศรษฐกิจหรือการผลิตเท่า ๆ กับผู้ชาย แต่มีบทบาทและสถานภาพที่ด้อยกว่าชายในสังคมสังคมและการเมือง ในสมัยก่อนหญิงไม่มีโอกาสด้านการศึกษาเล่าเรียนและถูกอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้ตามมากกว่าผู้นำ ทำหน้าที่แม่บ้านแม่เรือนและดูแลปรนนิบัติครอบครัว ซึ่งผลจากการเปลี่ยนแปลงสังคมจากสังคมชนบทเกษตรไปสู่สังคมเมืองและการผลิตทางอุตสาหกรรม ค่านิยมเดิม ๆ ก็ถึงเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก

ในหลาย ๆ วัฒนธรรม ความแตกต่างทางสถานภาพระหว่างหญิงกับชายมีความแตกต่างกันมาก จนกระทั่งมีผลกระทบต่อความแตกต่างในแบบแผนการแสวงหาบริการสุขภาพ ในสังคมอิสลาม ซึ่งศึกษาถึงแบบแผนการแสวงหาบริการสุขภาพของหญิงและชาย ในอาการเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคตา พบความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด เจนกล่าว คือ ทั้งผู้หญิงผู้ชายและเด็กเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคตา ทั้ง 3 กลุ่มจะเริ่มต้นด้วยการรักษาตนเองภายในครอบครัวก่อน เมื่อไม่หายผู้ชาย (โดยเฉพาะหัวหน้าครอบครัว) จะมีแนวโน้มมากกว่าเด็กและผู้หญิงที่จะถูกส่งไปรับบริการการรักษาจากหมอที่มีประสิทธิภาพสูง ซึ่งหมายถึงหมอแผนปัจจุบัน (โดยเฉพาะแพทย์จากคลินิกเอกชน) โดยได้รับการยินยอมพร้อมใจจากสมาชิกของครอบครัวชายทั้งหมด ขณะที่เด็กและผู้หญิง (โดยเฉพาะลูกสะใภ้ของครอบครัว) กลับต้องวนเวียนรักษาตนเองอยู่ในครอบครัว และจะถูกส่งไปหาหมอ

แผนโบราณนอกจากในกรณีของอาการฉุกเฉินเท่านั้น และแม้ว่าจากการศึกษาอื่นยืนยันว่าเด็กเป็นกลุ่มที่มีอาการของตาอีกเสบมากที่สุด และผู้หูฟังอิมปีคัมมีอาการตาอีกเสบเร็วรั้งนานกว่าผู้ชาย ปัจจัยที่อธิบายความแตกต่างระหว่างแบบแผนการแสวงหาบริการสุขภาพระหว่างกลุ่มผู้หูฟัง ผู้ชายและเด็กคือ ความจริงที่ว่าผู้ชายมีสถานภาพที่สูงกว่าผู้หูฟังมากในสังคมนี้ และสถานภาพเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ ดังนั้น ผู้ใหญ่ที่เป็นเพศชายเป็นผู้ที่มีสถานภาพสูงในครอบครัวชาย ก็จะเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพที่ดีกว่าและได้เร็วกว่ากลุ่มผู้หูฟังและเด็กซึ่งมีสถานภาพที่ต่ำกว่าในครอบครัวชาย (นิมิตวัลย์ บุญมงคล และสุพจน์ เค่นดวง, 2539 : 63-64)

2.1.2.5 ชั้นชั้นทางสังคม (Social Class) กับพฤติกรรมการรักษาพยาบาล

เงื่อนไขทางสังคมของการเป็นชนกลุ่มน้อยนั้น มักหมายถึงการเป็นชนชั้นที่มีสถานภาพทางสังคมที่ติดตัวมา (Ascribed Status) ที่ต่ำจนอาจเรียกได้ว่าเป็นชนชั้นสอง (Second Class Citizen) ทำให้โอกาสที่จะเข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรมในสังคมต่าง ๆ ถูกตัดออกไป แม้ว่าจะมีความสามารถก็ตาม สถานภาพที่ต่ำต้อยนี้มักจะถูกถ่ายทอดจากชนรุ่นหนึ่งไปสู่อีกรุ่นหนึ่ง ทำให้การที่จะปลดตัวเองให้หลุดจากสถานภาพที่ต่ำต้อยนั้นเป็นไปได้ยาก การที่ไม่มีอำนาจในสังคมนั้น อาจอยู่ในหลายรูปแบบตั้งแต่การที่ไม่ให้สัญชาติ การไม่ให้ออกเสียง การลงคะแนนในการเลือกตั้ง สมาชิกรัฐสภาจนถึงการที่นำเอามาเป็นทาสรับใช้ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การเอามาเป็นแรงงานผิดกฎหมาย เป็นต้น นอกจากนี้ กลุ่มที่มีความยากจนมีความเสี่ยงเปรี๊ยบทางเศรษฐกิจเนื่องจากชนกลุ่มน้อยไม่มีโอกาสในการแข่งขัน ดังนั้น จึงทำให้รายได้ของกลุ่มมีน้อย กลายเป็นชนชั้นที่ถูกเอาเปรียบทางเศรษฐกิจได้

การกีดกันการเอาเปรียบต่อชนกลุ่มน้อยนั้นมิได้เกิดเฉพาะในสังคมส่วนใหญ่หรือทั่ว ๆ ไปเท่านั้น แต่อาจเกิดในระบบบริการสาธารณสุขด้วย ในรูปของการไม่ยอมรับการแพทย์พื้นบ้านของกลุ่มเชื้อชาติ หรือกรณีในปิรามิดของโครงสร้างอำนาจหรือโครงสร้างการบริหารงาน ผู้ที่อยู่ในส่วนอำนาจหรือบนสุดมักเป็นผู้ที่มาจากชนชั้นสูงในสังคม มีการศึกษามีฐานะและชาติตระกูลสูง แต่ผู้ที่อยู่ด้านล่างของปิรามิดที่ทำงานหนักสปรกหรืออันตราย มักมาจากชนชั้นล่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งชนกลุ่มน้อย ในทำนองเดียวกันการปฏิบัติต่อกลุ่มดังกล่าวก็เป็นไปในทางกีดกันด้วย เช่น การที่แพทย์และนักวิทยาศาสตร์เยอรมันทำการทดลองการแพทย์กับชาวฮิวในเยอรมัน หรือการแพทย์ให้การรักษาที่รุนแรง เช่น การช็อคด้วยไฟฟ้าต่อคนไข้ที่เป็นคนผิวดำมากกว่าคนผิวขาว การให้บริการในลักษณะนี้จึงมีโอกาสเกิดงวอในสถานบริการที่เป็นของกลุ่มที่มีอำนาจ

2.2 พฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ ไม่ว่าจะสังเกตได้หรือไม่ได้ แต่สามารถวัดได้โดยใช้เครื่องมือพิเศษ ซึ่งจากการใช้เครื่องมือนี้สามารถบอกได้ว่า มีหรือไม่มี เช่น ความคิด ความรู้สึก ความสนใจ คำนิยาม (ประภาเทัญ สุวรรณ, 2536 : 25 อ้างถึงใน สุนีย์ ไช้มงคล, 2534 : 13)

พฤติกรรมมีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ

- ความรู้ ความคิด เรียกว่า พฤติปัญญา (Cognitive Domain)
- ด้านความรู้สึก คำนิยาม (Affective Domain)
- ด้านการปฏิบัติการ (Psychomotor Domain)

ซึ่งพฤติกรรมทั้ง 3 ด้าน มีความสัมพันธ์และมีรายละเอียด ดังนี้ (Bloom, 1956 : 95-108)

1) ด้านพฤติปัญญา

กล่าวว่า ความคิดเป็นองค์ประกอบที่มนุษย์ใช้ในการคิด ความคิดนี้อาจจะอยู่ในรูปธรรมใดรูปธรรมหนึ่งแตกต่างกัน ที่เกี่ยวข้องกับ การรู้ การจำ และข้อเท็จจริงต่าง ๆ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถและทักษะทางสติปัญญา การใช้วิจารณญาณ การตัดสินใจในการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่คนที่มีความคิด ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพจะเลือกใช้บริการที่คิดว่ามีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยพิจารณาจากข้อเท็จจริงจากข้อมูลข่าวสารจะไม่เชื่อในสิ่งที่ไม่มีความหมายหรือในสิ่งที่ไม่สามารถพิสูจน์ทดสอบได้ ซึ่งจะแบ่งออกเป็น

1.1) ความรู้ (Knowledge) เป็นข้อกำหนดหรือองค์ประกอบขั้นต้น ได้แก่ คำจำกัดความ ความหมายข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง ทางด้านสุขภาพ คือ สามารถรับรู้ถึงการปกติและผิดปกติของร่างกายได้

1.2) ความเข้าใจ (Comprehension) เมื่อบุคคลได้มีประสบการณ์จากการฟัง การอ่าน การเห็น ก็สามารถทำความเข้าใจกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับสุขภาพของบุคคลได้

1.3) การประยุกต์หรือการนำความรู้ไปใช้ (Application) ซึ่งต้องอาศัยความสามารถหรือทักษะด้านความเข้าใจดังกล่าวมาแล้วเพื่อจะนำไปใช้ในการตัดสินใจเลือกสถานพยาบาลว่าจะจะเป็นรูปแบบใด

1.4) การวิเคราะห์ (Analysis) หมายถึงความสามารถในการแยกแยะเรื่องราวให้กระจ่างออกเป็นส่วนย่อย และพิจารณาถึงความเจ็บป่วย แบบนี้ควรเลือกให้สถานพยาบาลอย่างไร

๑
๖๑๓.๐๔๒
๑๗๗

1.5) การสังเคราะห์ (Synthesis) หมายถึง ความสามารถและทักษะที่จะนำองค์ประกอบหรือส่วนอื่น ๆ มารวมกันเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ โดยการพิจารณาความเจ็บป่วยแบบนั้นสามารถที่จะรับการรักษาจากสถานพยาบาลรูปแบบใดบ้าง วิชาวิธีใดวิธีหนึ่ง หรือหลายวิธีรวมกัน

1.6) การประเมินค่า (Evaluation) หมายความว่าความสามารถที่จะพิจารณาและตัดสินใจว่าการที่ใช้เลือกรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพหรือไม่ คราวต่อไปจะไปในใช้บริการอีกหรือไม่

2) ด้านความรู้สึกหรือค่านิยม

องค์ประกอบด้านนี้เป็นความรู้สึกจะเป็นตัวเร่ง "ความคิด" อีกต่อหนึ่ง ถ้าบุคคลมีความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดี ซึ่งยากแก่การอธิบายเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสุขภาพว่า สุขภาพแบบใดที่เรียกว่าเป็นภาวะปกติและภาวะผิดปกติ รวมถึง การตัดสินใจเลือกสถานพยาบาล บุคคลจะเลือกสถานพยาบาลที่ตนมีความมั่นใจว่าสามารถรักษาโรคของตนให้หายได้ ซึ่งจะเกิดจากความศรัทธาต่อสถานพยาบาลนั้น ๆ จึงตัดสินใจเลือกใช้บริการ ตรงข้ามกับบุคคลที่มีความรู้สึกไม่ดีในรูปแบบของสถานพยาบาลในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง การตัดสินใจเลือกใช้สถานพยาบาลนั้น ๆ ก็มีน้อยมากหรือไม่มีเลยของบุคคล (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2520 : 10-13)

3) ด้านการปฏิบัติ

พฤติกรรมนี้เป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย รวมทั้งการปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่แสดงออกและสังเกตได้ ซึ่งต้องอาศัยองค์ประกอบด้านพุทธิปัญญา ด้านความรู้สึก หรือค่านิยม พฤติกรรมด้านนี้เมื่อแสดงออกมาจะสามารถประเมินผลได้

พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับงานวิจัยนี้มีความหมายโดยทั่ว ๆ ไป แต่มุ่งเฉพาะด้านสุขภาพแนวคิดเกี่ยวกับโรคหรือความไม่สมบูรณ์ของร่างกาย และเมื่อเป็นโรคแล้วจะให้หายจากโรคต้องปฏิบัติตนอย่างใดอย่างหนึ่ง (สุนีย์ ไช้มุกด์, 2534 : 15)

2.3 พฤติกรรมการรักษาพยาบาล

พฤติกรรมเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล กล่าวได้ว่าเป็นการอธิบายถึงพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความเจ็บป่วยของคนที่เป็นขั้นตอน (Stage of Illness) เป็นพฤติกรรมที่มีการเคลื่อนไหวอย่างมีระดับขึ้นเป็นไปตามกระบวนการตัดสินใจ (Decision Making Process) ในเรื่องการประเมินอาการผิดปกติของร่างกาย การวินิจฉัยสาเหตุของโรค การพิจารณาเลือกแหล่งรักษา ในกระบวนการตัดสินใจต่าง ๆ เหล่านี้ บุคคล สังคม และสิ่งแวดล้อมล้วนมีอิทธิพลที่มีต่อความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลสุขภาพของครอบครัวรวมทั้งวิธีการรักษา (นิมพัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, 2530 : 93)

เมคคานิค (Mechanic, 1968 อ้างถึงใน พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, 2530 : 48) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมกำเริบป่วยว่า เมื่อบุคคลเรียนรู้ว่าเขามีอาการกำเริบป่วยหรือเริ่มมีอาการผิดปกติหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งพฤติกรรมของเขาก็จะเปลี่ยนแปลงไป และพฤติกรรมในการแสวงหาหนทางที่จะขจัดความผิดปกติเหล่านั้น ซึ่งเขาเรียกว่า พฤติกรรมการแสวงหาความป่วยเหลือ โดยเน้นว่าแต่ละครั้งที่บุคคลเผชิญกับความผิดปกติอาการเหล่านี้ก็จะถูกรับรู้ ถูกประเมิน ให้นำหนัก มีการปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งที่เป็นความหมายให้บุคคลรับรู้จากสภาพแวดล้อม สังคม และวัฒนธรรม

บุคคลที่มาจากสังคมวัฒนธรรมเดียวกัน การรับรู้ ประเมิน และการตอบสนองต่อการกำเริบป่วยในแบบแผนการรักษาจะคล้าย ๆ กัน พฤติกรรมการกำเริบป่วย และพฤติกรรมการแสวงหาวิธีพยาบาล ได้มีผู้เสนอแนวคิดที่แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมกำเริบป่วยอย่างมีขั้นตอน และเป็นไปตามกระบวนการตัดสินใจ มีรายละเอียดดังนี้

2.3.1 ทฤษฎีความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ (Health Belief Model)

พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคล (Health Related Behavior) ได้รับความสนใจมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1950 โดยกลุ่มนักวิชาการที่ทำงานด้านบริการสาธารณสุขชุมชน มีการสร้างทฤษฎีขึ้นจากทฤษฎีทางจิตวิทยาและพฤติกรรมศาสตร์ เริ่มต้นจากเลวิน (Kurt Lewin) ได้สร้างทฤษฎีการตั้งเป้าหมาย (Theory of Goal Setting) ในปี ค.ศ. 1944 โดยมีสมมุติฐานว่า พฤติกรรมของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับความมองคุณค่าของสิ่งที่ตนได้รับ และผลที่จะได้รับจากการกระทำของตน (Becker and Maiman, 1975 : 310)

หลังจากทฤษฎีของเลวินได้มีทฤษฎีที่มีรูปแบบคล้ายคลึงกันเกิดขึ้น คือ ทฤษฎีพฤติกรรมแสดงออก (Performance Behavior) ของทอลแมน (Tolman) ทฤษฎีการเสริมแรงหรือการเรียนรู้ทางสังคม (Reinforcement or Social Learning) ของรอทเตอร์ (Rotter) ทฤษฎีการตัดสินใจ (Decision Theory) ของเอเดเวิร์ดส์ (Edwards) และทฤษฎีแรงจูงใจกับพฤติกรรมเสี่ยง (Risk-Taking Behavior) ของแอดคินสัน (Addinson) (Becker and Maiman, 1975 : 10-13)

ต่อมา โรเซนสต็อก (Irwin Rosenstock) ได้นำทฤษฎีดังกล่าวมาผสมผสานเข้าด้วยกันและสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพขึ้น ภายใต้นแนวคิดที่ว่า การที่บุคคลจะหาทางหลีกเลี่ยงโรคหรือป้องกันโรค ขึ้นอยู่กับว่าเขาและครอบครัวมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคว่าจะทำความเสียหายให้แก่ชีวิตของสมาชิกในครอบครัว และมองเห็นการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อลดโอกาสเสี่ยงและลดความรุนแรงของโรค รวมทั้งการประเมินว่า ถ้า

กระทำอย่างนั้นแล้วจะมีอุปสรรคเกิดขึ้นมากน้อยแค่ไหน หลังจากนั้น เบคเกอร์ (Marshall H. Becker, 1974 : 418 อ้างถึงใน สาลี เฉลิมวาทพงษ์, 2530 : 13) ได้ปรับปรุง แกไขแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใหม่เพื่อนำไปอธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วย แบบแผนนี้มีส่วนประกอบที่สำคัญคือ

- 1) ความพร้อมที่จะทำ ขึ้นอยู่กับการรับรู้โอกาสเสี่ยง และรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย
- 2) ความเชื่อในประโยชน์ของการทำนั้น ว่าลดภาวะเสี่ยงอย่างได้ผลโดยคาดคะเนความสามารถด้านอื่น ๆ ที่จะมีผลต่อพฤติกรรมในการรักษาพยาบาล
- 3) สิ่งชักนำที่มีผลต่อการเลือกสถานพยาบาล อาจจะเป็นสิ่งชักนำภายในตน เช่น ความเจ็บป่วย หรือสิ่งชักนำภายนอก เช่น สื่อมวลชนต่าง ๆ ญาติ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

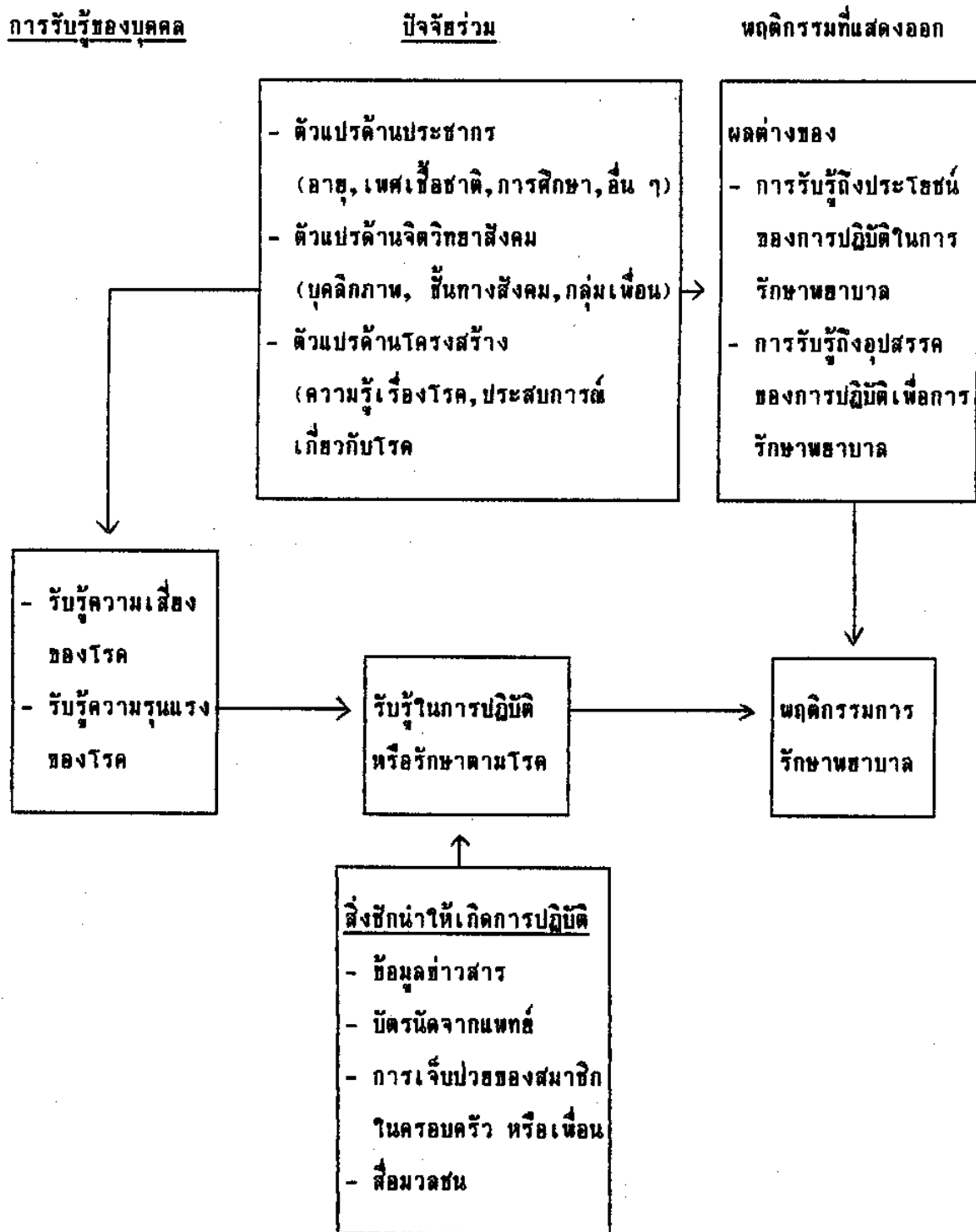
โรเซนสโตก และเบคเกอร์ ได้กล่าวถึง รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเริ่มพัฒนาโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่ออธิบายพฤติกรรมการรักษาพยาบาลได้เน้นความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและการใช้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2530 : 65)

ในรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ บุคคลทั้งสองเชื่อว่าบุคคลจะปฏิบัติหรือกระทำสิ่งใดเพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นโรคและแสวงหาวิธีการรักษาพยาบาล ขึ้นอยู่กับปัจจัยทั้ง 4 ประการ

- 1) ปัจจัยร่วม (Modifying Factors)
- 2) การรับรู้ของบุคคล (Individual Percept)
- 3) พฤติกรรมที่แสดงออก (Likelihood to Decision)
- 4) การปฏิบัติ (Cure to Action)

ปัจจัยทั้ง 4 ประการนี้ เป็นตัวสำคัญในการกำหนดรูปแบบและเลือกวิธีการรักษาพยาบาลได้สรุปเป็นแบบแผน (Model) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

แผนภาพ 1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบกเกอร์และโรเซนสไตน์



ดังนั้น จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพดังกล่าว สรุปได้ว่าพฤติกรรมการรักษาพยาบาล
 โรคของเด็กในแต่ละครอบครัว สัมพันธ์อยู่กับหลายปัจจัย ความแตกต่างของปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ ใน
 แต่ละสังคม แต่ละวัฒนธรรม ก็จะมีมุมมองที่แตกต่างกันไป พิจารณาจากตัวแปรทางด้านประชากร
 พบว่า อายุ เพศ เชื้อชาติ การศึกษา จะเป็นตัวบ่งบอกถึงพฤติกรรม การรักษาพยาบาลที่ต่างกันออกไป
 โดยเฉพาะเชื้อชาติ ในกลุ่มสังคมที่มีวัฒนธรรม รูปแบบการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมือนกัน ความเชื่อ
 ในการดูแลสุขภาพก็ย่อมแตกต่างกัน ซึ่งสถาบันทางสังคม โครงสร้างสังคม จะมีอิทธิพลในการกำหนด
 ความเชื่อของคนในสังคมนั้น ๆ

ในเรื่องตัวแปรทางด้านจิตวิทยาสังคม โรเซนสตัด ได้กล่าวว่าโครงสร้างด้านร่างกาย
 หรือบุคลิกภาพก็มีผลต่อการเลือกสถานพยาบาล คนที่มีโครงสร้างร่างกายปกติ มีความเข้มแข็งทาง
 ภาวะจิตใจ สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้เหมือนคนทั่วไป แนวโน้มจะเลือกสถานพยาบาลที่ได้รับการ
 สอนรับจากคนส่วนใหญ่ในสังคม ขึ้นทางสังคม คนที่มีขึ้นทางสังคมในระดับสูงหรือปานกลางจะนิยม
 เลือกสถานพยาบาลที่มีใจว่าสามารถรักษาให้หายจากการเป็นโรคได้ ไม่คำนึงถึงค่าใช้จ่ายในการ
 รับบริการ เพื่อนฝูง บุคคลที่อยู่ในกลุ่มสังคมที่มีเพื่อนมาก การได้รับข่าวสารด้านสุขภาพและสาระ
 ต่าง ๆ มากกว่าปกติ ทำให้มีทางเลือกในการคิดการตัดสินใจที่จะเลือกสถานพยาบาล

ตัวแปรทางด้านโครงสร้าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคการ
 ตัดสินใจเลือกใช้สถานพยาบาลแบบใด การมีความรู้ความเข้าใจถึงสาเหตุของโรค ความรุนแรงของ
 โรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งประสบการณ์ที่เกี่ยวกับโรค ถ้ามีข้อมูลส่วนนี้อยู่ พฤติกรรมการรักษาพยาบาล
 ก็จะเป็นไปในแนวที่ผู้ตัดสินใจคาดว่าจะสอดคล้องกับลักษณะของโรค

ตัวแปรทางด้านการรับรู้ของบุคคล ได้แก่ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การรักษา
 พยาบาลคือ การรับรู้ความเสียหายต่อการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์
 ในการรักษา การรับรู้ถึงอุปสรรคในการรักษา การรับรู้ถึงลักษณะดังกล่าวส่วนใหญ่แล้วจะเป็นตัว
 กำหนดของสังคมและวัฒนธรรม โดยพิจารณาจากเครือข่ายสังคม และการให้คำจำกัดความของ
 คนในสังคมนั้น ๆ เกี่ยวกับคำว่า "การป่วย" ความรุนแรงของการป่วยในแต่ละสังคมจะแตกต่างกัน
 ออกไป ดังนั้น การตัดสินใจในการเลือกสถานพยาบาลก็แตกต่างกันไป

นอกจากนี้ เบคเกอร์ ดรามาแมน และเคิร์ชท์ (Becker, Drachman and kirscht
 1972 : 859 อ้างถึงใน สาลี เฉลิมวรณพงศ์, 2530 : 31) พบว่า แรงจูงใจเป็นตัวแปรที่สำคัญ
 ที่จะทำให้มีการร่วมมือในการรักษาเกิดขึ้น เขาจึงได้รวบรวมมโนทัศน์ด้านแรงจูงใจเข้าไว้ในแบบ
 แผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำไปอธิบายพฤติกรรมในการรักษาพยาบาล

แผนภาพ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามทัศนคติของ เบกเกอร์ คราซมัน และเคริชท์

ความพร้อมที่จะปฏิบัติตาม

ปัจจัยร่วม

พฤติกรรมตามบทบาทของผู้ป่วย

แรงจูงใจ

- ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป
- ความตั้งใจที่จะยอมรับการรักษาและให้ความร่วมมือ
- กิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก

คุณค่าของการลดภาวะการเจ็บป่วย
ผู้ป่วยคาดคะเนถึงสิ่งต่อไปนี้

- โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือการเป็นซ้ำ
- ความอ่อนแอต่อความเจ็บป่วยโดยทั่วไป
- อันตรายที่จะเกิดกับร่างกาย
- อันตรายที่จะมีบทบาททางสังคม
- อาการปัจจุบันหรืออาการเคยเป็นมาก่อน

ความร่วมมือสามารถลดภาวะการเจ็บป่วย
ผู้ป่วยคาดคะเนในสิ่งต่อไปนี้

- ความปลอดภัยในการรักษา
- ประสิทธิภาพของการรักษา (รวมทั้งความไว้วางใจผู้รักษาและโอกาสที่จะหาย)

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย

- เด็ก ผู้สูงอายุ

โครงสร้าง ค่าใช้จ่าย

ในการรักษาระยะเวลา
อาการข้างเคียงของยา
แบบแผนพฤติกรรมใหม่
ที่ต้องการวิธีการรักษา
ทัศนคติ ความพอใจต่อ
แพทย์ผู้รักษา พยาบาล
และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ

อุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจ
ขั้นตอนในการตรวจรักษา
ในคลินิก
ปฏิสัมพันธ์ ปฏิสัมพันธ์
ระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่
สุขภาพ ความคาดหวังของ
ทั้งสองฝ่าย ชนิดความสัมพันธ์
ของแพทย์และผู้ป่วย
อิทธิพลอื่น ๆ ประสบการณ์
ที่ผ่านมาเกี่ยวกับความ
เจ็บป่วยและการรักษาแหล่ง
ที่ให้คำแนะนำ

ความร่วมมือในการรักษา
พยาบาล

- การรับประทานยา
- การรับประทานอาหาร
- การออกกำลังกาย
- การมาตรวจตามนัด
- อื่น ๆ

ที่มา : แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้ทำนายพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วย (Becker 1974 : 418 อ้างถึงใน สาลี เฉลิมวรรณพงศ์, 2530 : 13)

จากรายละเอียดดังกล่าว เบคเกอร์ ได้เพิ่มองค์ประกอบอื่น ๆ ในรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเพื่ออธิบายพฤติกรรมการรักษาพยาบาล โดยเน้นความสนใจไปที่แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivations) รวมถึงความใส่ใจ (Concern) เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพและความตั้งใจของบุคคลที่จะแสวงหาการรักษาโรคโดยได้เพิ่มองค์ประกอบร่วม (Modifying Factors) ซึ่งรวมถึงตัวแปรด้านลักษณะประชากร องค์ประกอบร่วมนี้ ได้แก่ทัศนคติของผู้ป่วยต่อการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่าย ความเพียงพอของแหล่งบริการ องค์ประกอบเกี่ยวข้องกับสิ่งชักนำไปสู่การปฏิบัติ (Cure to Action) ประกอบด้วย การให้ข่าวสารข้อมูล เครือข่ายสังคม องค์ประกอบเหล่านี้ถูกเพิ่มเติมในรูปแบบความเชื่อแบบเดิม โดย เบคเกอร์ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงความสามารถในการทำนายพฤติกรรม เพราะเชื่อว่าพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลไม่ได้เกี่ยวข้องกับเฉพาะความเชื่อด้านสุขภาพเท่านั้น แต่ในการศึกษาคั้งนี้องค์ประกอบร่วมจะศึกษาเฉพาะลักษณะประชากร เพราะเป็นการบ่งบอกถึงความแตกต่างของชาติพันธุ์ ส่วนอื่น ๆ จะไม่ศึกษาเพราะพบว่า เป็นการศึกษาทัศนคติเสียเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นลักษณะของปัจเจกชนไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ในลักษณะทางสังคมได้ ส่วนตัวแปรของโครงสร้างการพยาบาล ซึ่งเป็นความเพียงพอของแหล่งบริการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นประชากรที่อยู่ในเขตเมืองระยะทาง และจำนวนของแหล่งบริการมีจำนวนใกล้เคียงกัน ดังนั้นตัวแปรดังกล่าวจึงไม่มีผลต่อการตัดสินใจในการเลือกสถานพยาบาล จากการเพิ่มตัวแปรใหม่ ๆ เข้าไปทำให้สามารถทำนายพฤติกรรมได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตามเมื่อมีการปฏิบัติจริง ๆ ตัวแปรที่เพิ่มขึ้นมีลักษณะซับซ้อนและไม่สามารถวัดได้อย่างชัดเจน

2.3.2 แนวความคิดเชิงทฤษฎีของยัง (Young's Theoretical Concept)

แบบจำลองพฤติกรรมการตัดสินใจเลือกแหล่งบริการสุขภาพ (The Health Care Choice Making Model) ของ เจม ซี ยัง (Jame C. Young, 1981 อ้างถึงใน นิมห์วัลย์ ปรินดาสวัสดิ์, 2530 : 79-80) กล่าวว่า พฤติกรรมการตัดสินใจเลือกใช้บริการสาธารณสุขในระบบสังคมที่มีแหล่งบริการ หรือวิธีการรักษาให้เลือกหลาย ๆ แห่ง โดยกล่าวว่า การตัดสินใจเลือกใช้บริการขึ้นอยู่กับพื้นฐานสำคัญ 4 ประการ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะพิจารณาประเภทของการเจ็บป่วย และประเมินระดับของความรุนแรงของการเจ็บป่วยคั้งนั้น และใช้ระดับความรุนแรงของโรคนั้นเป็นองค์ประกอบในการตัดสินใจเลือกแหล่ง หรือวิธีการรักษาใด ๆ ทั้งนี้ บุคคลต้องคำนึงถึงความคิดเห็นของคนในหมู่ญาติ และเพื่อนฝูงของตนด้วย

2) ความรู้เกี่ยวกับการรักษาเอชอีวีที่บ้าน ปัจจุบันคือความรู้ของบุคคลในการรักษาตนเองสำหรับการป่วยนั้น ๆ ถ้าบุคคลรู้ถึงวิธีการรักษาด้วยตนเองแบบพืชน้ำประคบกับรู้ว่าอาการนั้นไม่รุนแรงเขาก็จะเลือกวิธีการเอชอีวีที่บ้านที่สืบทอดกันมา ถ้าเขาไม่มีความรู้เกี่ยวกับการรักษาตนเองดังกล่าว ประคบกับอาการขั้นรุนแรงบุคคลก็มีแนวโน้มที่จะใช้แหล่งรักษาพยาบาลในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน

3) ความเชื่อในเรื่องของวิธีการรักษา เป็นความเชื่อที่ว่าวิธีการรักษา นั้น ๆ สามารถรักษาให้หายจากโรคได้ ความเชื่อนี้จะสัมพันธ์กับทางเลือกต่าง ๆ ในการรักษาพยาบาล กล่าวคือ บุคคลย่อมเลือกแบบแผนหรือวิธีการรักษาเอชอีวีตามความเชื่อถือ ศรัทธาในประสิทธิภาพของวิธีการรักษา นั้น ๆ

4) การเข้าถึงแหล่งบริการ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการกำหนดทางเลือกของแหล่งบริการ ได้แก่ การเข้าถึงบริการในส่วนต่าง ๆ เช่น ค่าใช้จ่ายในการซื้อบริการนั้น ๆ ความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการจากแหล่งนั้น ความเพียงพอของแหล่งบริการ และความฮากง่ายในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขชนิดต่าง ๆ เช่น ชุมชนที่คนป่วยอาศัยอยู่ อยู่ใกล้โรงพยาบาล หรือมีจำนวนแพทย์พอเพียง หรือถ้าในชุมชนนั้นมีหมอพื้นบ้านอยู่หลาย ๆ คน สามารถเรียกหาได้ง่าย ย่อมมีแนวโน้มที่คนไข้จะเลือกหมอบ้านมากกว่าไปโรงพยาบาล นอกจากนี้ ยังประเมินถึงรายจ่ายที่จะใช้กับบริการนั้น ๆ ด้วย

นอกจากนี้ ยัง (Jame C. Young, 1981 อ้างถึงใน (พิมพ์วิทย์ ปรีดา-สวัสดิ์, 2530 : 81) ได้เสนอปัจจัย อีก 3 ประการ ที่เป็นเหตุผลในการเลือกวิธีการรักษาเอชอีวีตนเองยามเจ็บป่วย คือ

- 1) การรับรู้อาการของโรค ว่ามีความรุนแรงระดับใด
- 2) ความรู้เรื่องวิธีเอชอีวีรักษาตนเองของผู้ป่วยญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน
- 3) ความเชื่อในประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาลตนเองที่ได้รับการถ่ายทอดสืบทอดกันมา

ทั้ง 3 ประการนี้ ยัง ระบุว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการเลือกวิธีหรือแหล่งรักษาเอชอีวีกล่าวคือ สำหรับการเจ็บป่วยที่บุคคลรับรู้ว่ามีความรุนแรงมาก ผู้ป่วยและครอบครัวจะเลือกแหล่งบริการที่คาดว่ามีประสิทธิภาพมากที่สุด ซึ่งโดยทั่วไปมักจะเป็นแพทย์ปริญญาในเมือง โดยไม่คำนึงถึงราคาค่าบริการ แต่สำหรับกรณีเจ็บป่วยที่รับรู้ว่ามีความรุนแรงน้อยหรือเป็นการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ผู้ป่วยและครอบครัวมักทำการรักษาเอชอีวีเอง โดยวิธีการที่บุคคลในครอบครัวรู้จักกันดี

2.3.3 แนวความคิดทางด้านสังคมวิทยาการแพทย์ (Socio-Medical Concept)

2.3.3.1 แนวความคิดของแอกเคอร์เนค (Ackernecht's Theoretical Concept)

แอกเคอร์เนค (Ackernecht, 1940 อ้างถึงใน เบญจา สอดคำเนิน, 2529 : 15-16) ได้เสนอแนวคิดไว้ 5 ประการ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) หน่วยที่สำคัญในการศึกษาทางมานุษยวิทยาการแพทย์มิใช่ลักษณะของวัฒนธรรมใดวัฒนธรรมหนึ่ง หากแต่เป็นกรอบทางวัฒนธรรมในสังคมทั้งหมด ซึ่งหมายถึงความถึงแบบแผนทางการแพทย์ด้วย

2) การแพทย์นั้นบ้านไม่ได้มีอยู่เพียงแบบเดียวแต่มีอยู่หลายแบบอาจมีมากเท่ากับจำนวนสังคม วัฒนธรรม ที่มีอยู่ในสังคมนุษย์

3) ส่วนต่าง ๆ แบบแผนทางการแพทย์ก็เป็นเช่นเดียวกับส่วนต่าง ๆ ของวัฒนธรรมทั้งหมดกล่าวคือ มีหน้าที่และความสัมพันธ์ขึ้นแก่กันและกันกับวัฒนธรรมส่วนอื่น ๆ แม้ว่าระดับความสัมพันธ์กับส่วนต่าง ๆ จะแตกต่างกันไปจากสังคมอื่น ๆ

4) การปฏิบัติตัวหรือความคิดของพลเมืองที่มีใช้ชาวตะวันตกในด้านโรคภัยไข้เจ็บมักไม่ใช้มีสาเหตุมาจากธรรมชาติและการแพร่กระจายของเชื้อโรค ก็เป็นการปรับตัวให้เข้ากับความเป็นอยู่ หากแต่การปฏิบัติตัวหรือการรักษาพยาบาลของชนเหล่านั้นมักถูกกำหนด โดยชนบทรวมเนื้อมประเพณี และความเชื่อที่มีอยู่ในสังคมนั้นเป็นสำคัญ

5) การแพทย์นั้นบ้านของแต่ละท้องถิ่น จะมีความแตกต่างกันแง่ของวิชาการและประสิทธิภาพของการรักษา แต่การแพทย์นั้นบ้านทุกแห่งจะต้องประกอบด้วยเวทมนต์คาถา นอกจากนี้ แอกเคอร์เนคยังกล่าวว่าการแพทย์นั้นบ้านและการแพทย์สมัยใหม่ไม่อยู่ในวงการศึกษาด้วยกัน โดยให้เหตุผลว่าการแพทย์ยุคเก่าส่วนมากเป็นเรื่องราวเวทมนต์คาถา ศาสนา และการใช้ประโยชน์จากสารพิษเล็กน้อย ในขณะที่แพทย์สมัยใหม่ใช้วิทยาศาสตร์ เหตุผล และไม่ใช้สิ่งปฏิบัติ

รูปแบบความคิดของแอกเคอร์เนคค่อนข้างเข้มงวด เนื่องจากเขาได้กำหนดตัวแปรไว้เพียง 2 ตัว คือ ความซับซ้อนทางการแพทย์ และพฤติกรรมการรักษาเป็นตัวแปรตามตัวแปรอิสระ คือ รูปลักษณ์ของวัฒนธรรม (Cultural Configuration) ของสังคมนั้นเอง

วัฒนธรรมเป็นเรื่องของกระบวนการปรับตัวของมนุษย์ให้เข้ากับ

สิ่งแวดล้อม อันเป็นการปรับตัวทั้งทางชีววิทยาและวัฒนธรรม (Biological and Cultural Adaptation) สุขภาพเป็นผลมาจากการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมดังกล่าว ระบบการแพทย์และสาธารณสุขเป็นเครื่องมือชนิดหนึ่งที่ใช้ในการปรับตัวของมนุษย์ ถือเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมที่ปรากฏให้เห็น ทั้งส่วนที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม สะท้อนให้เห็นถึงแบบแผนและค่านิยมทางสังคม เนื่องจากปัญหาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในทุกสังคมที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ในอดีตมนุษย์ได้พยายามแสวงหาวิธีการและทางออกในการเอาชนะความเจ็บป่วยดังกล่าว การต่อสู้เพื่อจัดการกับความเจ็บป่วย จึงเป็นเรื่องของวัฒนธรรมซึ่งแตกต่างกันออกไปในแต่ละสังคม ความเชื่อและค่านิยมของคนในแต่ละสังคม รวมทั้งปัจจัยจากวัฒนธรรมภายนอกผสมผสานกับวัฒนธรรมเดิมความพยายามในการเอาชนะความเจ็บป่วยดังกล่าว ได้พัฒนาสิ่งสมจนกลายมาเป็นแบบแผนของการดูแลสุขภาพของคนในแต่ละสังคมสืบต่อกันมา

2.3.3.2 มุมมองของนักปรัชญาการแพทย์ตามทัศนะของ เลอเดอร์มันน์ ซึ่งเป็นนักวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้มีมุมมอง (Approaches) หรือกระบวนการทัศน์ (Paradigm) 2 ประเภท (Ledermann, 1986 อ้างถึงใน ประจิตร มหาหิง, 2535 : 2-3) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- ทัศนะว่าตัวของค้ำรวม (Holistic) การแพทย์แผนโบราณ (Ethnomedical Approach)
- ทัศนะว่าตัวของวัตถุนิยมเชิงจักรกล (Materialism) การแพทย์แผนปัจจุบัน (Modern Approach)

ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- 1) ทัศนะว่าตัวของค้ำรวม : การแพทย์แผนโบราณ

กลุ่มสังคมใด ๆ ที่มีวิถีชีวิตและประวัติศาสตร์ยาวนานย่อมผ่านประสบการณ์ในการต่อสู้เพื่อแก้ปัญหาต่าง ๆ ในชุมชน ด้วยเหตุนี้ ภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งสังเคราะห์จากประสบการณ์ ความรู้ ความเชื่อ การสังเกต การทดลอง และถ่ายทอดกันมาเป็นวัฒนธรรมรวมทั้งการต่อสู้ด้านสุขภาพ ซึ่งแต่ละสังคมแต่ละวัฒนธรรมมีรูปแบบในการรักษาความเจ็บป่วยเป็นของตนเองที่เรียกกันว่า การรักษาแบบพื้นบ้าน หรือการรักษาแบบแผนโบราณ (Ethnomedicine) ซึ่งมาจากการสั่งสมประสบการณ์ การแพทย์แผนโบราณจึงเปรียบเสมือนกระแสวัฒนธรรมที่พัฒนาและสั่งสมความรู้ด้านสุขภาพ การทำความเข้าใจต่อการแพทย์แผนโบราณของไทยสามารถศึกษาได้จาก 3

แหล่งใหญ่ ๆ คือ ความเชื่อเรื่องผี วิญญาณบรรพบุรุษ และพหุศาสนา ซึ่งเป็นรากฐานของระบบแพทย์แผนโบราณ ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลโรคในเด็กด้วย แบ่งได้ 4 ประเภท (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2538 : 92-110)

สำหรับมุมมองของการแพทย์แผนโบราณ ผู้รักษาและนักสังคมวิทยาทางการแพทย์จะมองปัญหาโรคภัยไข้เจ็บในขอบเขตที่กว้าง การรักษาต้องรักษาทั้งร่างกายและจิตใจจะเป็นลักษณะของการแยกแล้วโยง คือ รักษาส่วนที่ผิดปกติให้ปกติ หลังจากนั้นจะรักษาโดยมองภาพรวมของชีวิตมนุษย์ โดยมองการประสานสัมพันธ์ทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะมองแยกจากกันไม่ได้เด็ดขาด เพราะความบกพร่องของส่วนใดส่วนหนึ่งจะกระทบกระเทือนไปยังส่วนอื่น ๆ ดังนั้น วิธีการรักษาจะต้องมองชีวิตมนุษย์ในลักษณะกว้าง ๆ ไม่รักษาเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งจะรักษาในลักษณะที่เรียกว่า ภาพรวมของชีวิต

1.1) การแพทย์แบบประสพการณ เป็นระบบการแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญในการรักษาพยาบาลเด็กและผู้ใหญ่ที่เกิดจากการสะสมประสพการณ และได้รับการถ่ายทอดจึงไม่มีทฤษฎีหรือแนวความคิดที่เป็นระบบ กระบวนการรักษาก็พัฒนามาจากท้องถิ่นของตนเป็นหลักจึงเกิดความแตกต่างกันในแต่ละท้องถิ่นในด้านวิธีการรักษา ชาวไทยพุทธ ชาวไทยมุสลิมก็เหมือนกัน ความแตกต่างด้านวัฒนธรรมจะส่งผลต่อรูปแบบและวิธีการในการรักษาพยาบาลโรคในเด็กอย่างแน่นอน

วิธีการรักษาแบบแพทย์ประสพการณซึ่งสามารถจำแนกรูปแบบการบำบัดรักษาได้ 3 ลักษณะ

1.1.1) การรักษาคัวฮากกลางบ้าน โดยทั่วไปมักใช้สมุนไพรเป็นของหาง่ายและใช้ได้กับโรคทั่วไป ความรู้เหล่านี้เป็นประสพการณที่ใช้ต่อ ๆ กันมาและเป็นความรู้ในครัวเรือนไม่ต้องหาหมอพื้นบ้าน

1.1.2) แบบแผนการปฏิบัติเฉพาะ แบบแผนที่พบมีอยู่ในกลุ่มชาวไทยพุทธและชาวไทยมุสลิม คือ ข้อห้าม (Taboo) ในภาวะเจ็บป่วยหรือช่วงสำคัญ เช่น การรับประทานอาหารจะมีข้อห้ามต่าง ๆ มากมาย

1.1.3) การรักษากับหมอพื้นบ้าน ลักษณะของหมอพื้นบ้านที่อยู่ในระบบการแพทย์แบบประสพการณได้แก่ หมอพื้นบ้านที่รักษาได้เฉพาะโรคที่ตนมีประสพการณเท่านั้น

1.2) การแพทย์แบบอำนาจเหนือธรรมชาติ เป็นระบบการแพทย์ที่มองสาเหตุการเจ็บป่วยว่าเกิดจากอำนาจเหนือธรรมชาติ ฉะนั้นเพื่อความปลอดภัยมนุษย์จึงจำเป็นต้องเรียนรู้ถึงกฎเกณฑ์ของอำนาจเหนือธรรมชาติ และปฏิบัติตามเพื่อหลีกเลี่ยงการกระทำที่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ตนและครอบครัว

ความสำคัญของระบบการแพทย์แบบอำนาจเหนือธรรมชาตินั้น อยู่ในระบบความเชื่อที่ทำหน้าที่เป็นระเบียบกฎเกณฑ์ของสังคม เป็นตัวควบคุมพฤติกรรมของมนุษย์ให้ดำเนินไปตามความเหมาะสม โดยให้ความสำคัญกับสมดุลของทั้งระบบ ทั้งมิติของวิญญาณ มิติของสังคม และมิติทางนิเวศวิทยา

วิธีการรักษา : มีการเช่นไหว้บูชาผี การรักษาด้วยหมอยี่ที่สามารถรักษาโรคที่เกิดจากการกระทำของผี โดยการใช้เวทมนต์ คาถาอาคม การเขียนคัมภีร์หวาย การสักคิ้วไฟรเสก การผูกสายสิญจน์เพื่อขับไล่ผีหรือวิญญาณให้ออกจากร่างการรักษาดังกล่าวได้รับวัฒนธรรมมาจากพราหมณ์ ซึ่งเด็กที่ไม่สบายบางครั้งก็ใช้วิธีการแบบนี้ในการรักษาพยาบาล

1.3) การแพทย์แบบโหราศาสตร์ เป็นระบบการแพทย์ที่ไทยได้มาจากพราหมณ์ วัฒนธรรมพราหมณ์ได้พัฒนาระบบความคิดที่สลับซับซ้อน โดยเชื่อว่าสิ่งต่าง ๆ ในจักรวาลล้วนมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน และเป็นไปตามวิถีหรือโชคชะตาที่กำหนดโดยตำแหน่งของจักราศี โดยถือว่าเคราะห์ที่เกิดขึ้นเมื่อชีวิตได้เคลื่อนไปถึงจุดที่มันต้องเกิด และอาจรูล่วงหน้าโดยการทำนายการคำนวณ และใช้การสะเดาะเคราะห์เพื่อบรรเทาได้

วิธีการรักษา : เมื่อเด็กไม่สบาย การรักษาจะเริ่มต้นที่การวินิจฉัย โดยชาวบ้านจะไปหาหมอยี่จักราศี จะใช้ตำราพรหมชาติในการอ้างอิง คำนวณชะตาราศีจาก วัน เดือน ปีเกิดเป็นสำคัญ หลังการคำนวณหมอยี่ก็สามารถพยากรณ์ถึงภาวะการเจ็บป่วยของเด็กได้ว่าเกิดจากเคราะห์กรรมใดสามารถรักษาให้หายได้หรือไม่ โดยใช้วิธีการสะเดาะเคราะห์นอกจากนี้ ในกรณีที่เด็กเจ็บป่วยบ่อย ๆ อาจจะทำให้เกิดความไม่ลงตัวของจักราศีต้องมีการไฉนหมุก การเปลี่ยนชื่อ การยกให้เป็นลูกของพราหมณ์ เป็นต้น

1.4) การแพทย์แบบทฤษฎีธาตุ เป็นระบบการแพทย์ที่อธิบายถึงปรากฏการณ์ของร่างกายมนุษย์และความเจ็บป่วยที่เป็นระบบที่สุด โดยมีแนวคิดว่าร่างกายประกอบด้วยธาตุ 4 ธาตุ คือ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม ธาตุไฟ ถ้าธาตุเหล่านี้อยู่ในภาวะสมดุลร่างกายก็เป็นปกติ แต่เมื่อใดเกิดอาการไม่ปกติขึ้นมา จะก่อให้เกิดภาวะเสียสมดุล ทำให้ร่างกายเจ็บป่วย การแพทย์แบบทฤษฎีธาตุของไทยได้รับอิทธิพลโดยตรงจากการแพทย์อาสูรเวทของอินเดีย

วิธีการรักษา : การแพทย์แบบทฤษฎีชาตุนั้นได้จำแนก
เภสัชกรออกเป็นหมวดหมู่ ซึ่งมีคุณสมบัติในการแก้ความแปรปรวนของธาตุใดธาตุหนึ่ง โดยการแบ่ง
เภสัชสารออกเป็น 9 รส คือ รสฝาด รสมัน รสหวาน รสหอมเย็น รสเมาเบื่อ รสเค็ม รสขม รส
เปรี้ยว และรสเผ็ด

ระบบการแพทย์แบบแผนโบราณของไทยทั้ง 4 รูปแบบ
มีความแตกต่างกันออกไป เพราะมนุษย์มีความเชื่อและยึดถือความจริงแตกต่างกัน จึงได้มีการ
สังเคราะห์แบบแผนการแก้ปัญหาขึ้นเพื่อตอบสนองความจำเป็นในการดูแลสุขภาพ (ทวิทอง
หงษ์วิวัฒน์, 2535 : 110)

แนวคิดของการแพทย์แผนโบราณ (Ethnomedical Approaches) แนวคิดของการ
แพทย์แผนโบราณจะมองอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายของมนุษย์มีการทำงานที่สัมพันธ์กัน และให้
มนุษย์เป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ ถ้าหากว่ามนุษย์มีชีวิตที่สอดคล้องกลมกลืนกับธรรมชาติมนุษย์ก็จะมี
สุขภาพดี แต่เมื่อใดที่มนุษย์มีชีวิตที่เบียดเบียนจากกฎเกณฑ์ของธรรมชาติ ร่างกายมนุษย์ก็จะเสียสมดุลย์
และเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ดังนั้น ในการรักษาจะต้องเริ่มต้นด้วยการทำให้เกิดความสมดุลประสานกัน
ระหว่างจิตใจ ร่างกายและสิ่งแวดล้อม (อรุณพร อธิรัตน์, 2538 : 4-5)

2) ทิศนะว่าด้วยวัตถุนิยมเชิงจักรกล : การแพทย์แผนปัจจุบัน
การแพทย์เป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ในการป้องกันและการรักษา
โรคภัยที่เกิดขึ้นอุบัติขึ้นที่ทางการแพทย์ โดยเฉพาะการแพทย์แผนปัจจุบันจะต้องเป็นผู้มีประสพ-
การณ์ผ่านการศึกษาวิชาการแพทย์จึงจะประกอบวิชาชีพทางนี้ได้ นั่นคือ แพทย์ต้องเป็นคนเก่ง คนกล้า
และคนดีรับผิดชอบต่อสังคม ช่วยสร้างสรรค์พัฒนาสังคมในทุก ๆ ด้าน (ประจิตร มหาหิง, 2538 :
2)

สำหรับมุมมองของการแพทย์แผนปัจจุบันแพทย์ หรือนักวิชา-
ศาสตร์ทางชีวภาพ จะมองความเจ็บป่วยและมองมนุษย์เหมือนกับเครื่องชนิดกลไกตามหลักวิชา-
ศาสตร์ธรรมชาติโดยมองว่าชีวิตมนุษย์ถูกแบ่งออกเป็น ส่วน ๆ (Parts) โดยเฉพาะการแบ่งออกเป็น
กาย (The body) และจิต (The mind) ซึ่งในส่วนแรกจะเป็นส่วนของชีววิทยา และส่วนหลังเป็น
เรื่องของจิตวิทยาการศึกษาจะเน้นความชำนาญเฉพาะอย่าง (Specialization) ที่มองมนุษย์
เหมือนเครื่องจักรกลปราศจากความรู้สึกนึกคิด ซึ่งสอดคล้องตามที่นะของปฏิฐานนิยม (Posi-
tivism) (ประจิตร มหาหิง, 2538 : 3) ซึ่งการแพทย์แผนปัจจุบันจะมุ่งเน้นการรักษาพยาบาล
มากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โรคบางโรคก็เกี่ยวเนื่องกับสภาพจิตใจ บางครั้งการ

รักษาของแพทย์จะไม่คำนึงถึงความเป็นองค์รวมของกายและใจ (สวิตซ์ วิบูลผลประเสริฐ, 2530 : 17)

ส่วนรูปแบบในการรักษา ก็จะเป็นการรักษาจากโรงพยาบาล การรักษาจากหน่วยเฉพาะโรค การรักษาจากสถานเอนามิส และการซื้อยากินเอง

แนวคิดการแพทย์แผนปัจจุบัน (Modern Medical Approaches) การแพทย์แผนปัจจุบันจะมองปัญหาแบบเจาะลึก คือ การมองความเจ็บป่วยในแง่จุลภาค (Microscopic) หรือมองเพียงจุดใดจุดหนึ่ง ดังนั้น วิธีการศึกษาในการแก้ปัญหาจึงเป็นลักษณะการวิเคราะห์หรือการศึกษาแบบแยกแยะคุณสมบัติ ส่วนประกอบหรือปัจจัยต่าง ๆ ออกจากกัน วิธีการมองปัญหานี้ทำให้เกิดการแก้ปัญหาเป็นจุด ๆ หรือการแก้ปัญหาแบบกลไก (อรุณพร อัฐรัตน์, 2538 : 6)

ความแตกต่างเกี่ยวกับทัศนะทางการแพทย์ 2 ระบบ คือ

1) สาเหตุของโรค การแพทย์แผนโบราณจะมองสาเหตุของโรคเกิดจากการขาดสมดุล ในขณะที่การแพทย์แผนปัจจุบันมองว่าสาเหตุเกิดเฉพาะจุดเท่านั้น เช่น เกิดจากเชื้อโรค

2) การมองของแพทย์แผนปัจจุบัน ทุกอย่างมีเหตุผลซึ่งกันและกันและจะต้องพิสูจน์ออกมาได้ในห้องทดลอง การแพทย์แผนโบราณ ไม่เน้นการพิสูจน์ในระดับอนุภาค เน้นความเป็นรูปธรรมและนามธรรม คือ การรักษาโดยอาศัยพิธีกรรม การนับถือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ซึ่งไม่สามารถพิสูจน์ได้

3) การแพทย์แผนโบราณมุ่งเน้นการรักษาสุขภาพ หรือการป้องกันการเกิดโรค หรือเน้นการปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดี ในขณะที่แพทย์แผนปัจจุบันมุ่งเน้นการรักษาโรคเป็นหลักและการฆ่าเชื้อโรค ซึ่งเป็นการรักษาเฉพาะจุดใดจุดหนึ่งเท่านั้น

4) ตัวยาที่ใช้ในการแพทย์แผนโบราณจะประกอบด้วย สมุนไพรตามธรรมชาติ ไม่มีการสกัดจากสูตรเคมี แต่การแพทย์แผนปัจจุบันต้องได้จากการสังเคราะห์หรือสกัดต้องรู้ถึงสูตรโครงสร้างทางเคมี

5) ผลการรักษาของแพทย์แผนโบราณจะได้ผลช้าแต่มีผลข้างเคียงน้อยหรืออาจจะไม่มีเลย ทั้งนี้ เนื่องจากสารประกอบต่าง ๆ เป็นสมุนไพรหลายชนิดจะเสริมฤทธิ์และต้านฤทธิ์กันเอง ในขณะที่ผลการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบันจะเร็วกว่า แต่ผลข้างเคียงจากการรักษามากกว่าเนื่องจากใช้ตัวยาที่บริสุทธิ์และมีความเข้มข้นสูง (อรุณพร อัฐรัตน์, 2538 : 9)

แนวความคิดดังกล่าว ชวนให้สามารถจำแนกความแตกต่างของมุมมองในแต่ละกลุ่มได้ ซึ่งพบว่ากลุ่มที่มีความเชื่อต่างกันจะมีพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลต่างกัน ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยขอแยกกลุ่มแนวความคิดทางการแพทย์ที่เชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับแนวความคิดทางชาติพันธุ์ ออกเป็น 2 ระบบ คือ

1) การแพทย์แนวพุทธ

ความเจ็บป่วยเป็นธรรมชาติของสังขารและชีวิตที่เกิดกับทุกสิ่งคม การสูญเสียและความทุกข์ทรมานที่เกิดจากความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาทั้งต่อชีวิตบุคคลและสังคม มนุษย์ในฐานะ เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีวัฒนธรรมและอยู่ร่วมกันเป็นสังคม จึงพยายามหาทางหลีกเลี่ยงกับความเจ็บป่วยเหล่านั้นตลอดมา ผลผลิตของการเผชิญกับปัญหาได้ก่อให้เกิดเป็นสถาบันทางสังคม มีการสั่งสมเป็นแนวคิด ทฤษฎี และวิธีการแก้ไขความเจ็บป่วย ตลอดจนทั้งพัฒนาเทคนิควิธีการและผู้ชำนาญ เพื่อเชี่ยวชาญความเจ็บป่วยนั้น ผลผลิตแห่งกระบวนการปรับตัวทางสังคมและวัฒนธรรมเหล่านี้เรียกว่า ระบบการแพทย์ (Medical System)

ในแนวคิดทางสังคมวิทยาการแพทย์ ระบบการแพทย์คือแบบแผนของสถาบันทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีวิวัฒนาการมาจากพฤติกรรมของมนุษย์คือสุขภาพ ระบบความเชื่อทางการแพทย์ถูกรวบรวมมาจากความคิดความเป็นเหตุผล และหลักเกณฑ์ที่มาจากความรู้และประสบการณ์ของมนุษย์ในการรักษาและควบคุมโรค ระบบการแพทย์เป็นผลผลิตทางวัฒนธรรม เช่นเดียวกับระบบสังคมอื่น ๆ โดยเฉพาะสถาบันศาสนา ซึ่งมีความจำเป็นต่อความมั่นคงของสังคมและชีวิตผู้คน ระบบการแพทย์จึงปรากฏและดำรงอยู่ในทุกสังคมของมนุษย์จนถึงทุกวันนี้ (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ, 2533 : 64)

ระบบการแพทย์เป็นผลผลิตทางวัฒนธรรม เป็นทั้งระบบสังคมและวัฒนธรรมย่อยที่ประกอบขึ้นด้วยส่วนต่าง ๆ อันสลับซับซ้อนนับแต่ความคิด ความเชื่อ นิธิกรรม สัญลักษณ์ บทบาท บรรทัดฐาน จนถึงเทคนิคและเครื่องมือต่าง ๆ โดยเฉพาะในแต่ละกลุ่มที่มีความเชื่อทางศาสนาแตกต่างกัน องค์ประกอบต่าง ๆ ดังกล่าวก็แตกต่างกันออกไป การที่คนในสังคมมีระบบวัฒนธรรม ความเชื่อที่ต่างกัน ทำให้ระบบการแพทย์ของสังคมนั้น ๆ มีความแตกต่างและหลากหลาย (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ, 2533 : 64)

โดยเฉพาะระบบการแพทย์แนวพุทธจะเห็นได้ว่า พระพุทธศาสนา เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ 2 ด้าน ด้านที่หนึ่ง เป็นเรื่องของหลักการ เนื้อหาสาระในทางวิชาการที่สัมพันธ์กับความ เป็นจริงสอดคล้องกับกฎธรรมชาติ เรียกว่าเป็นสังขารม ด้านที่สอง เป็นเรื่องของ

เวชปฏิบัติคือ เป็นการให้ความช่วยเหลือแก่อีกผู้หนึ่งและสังคมตามความเหมาะสม เรียกว่า จริย-
ธรรม (ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ, 2533 : 23)

พระพุทธศาสนามองความไม่สบายว่าเป็นโรคของชีวิตทั้งหมด

(Holistic view) ไม่ได้มองเพียงด้านใดด้านหนึ่งโดยเฉพาะการมองแยกแยะจะสะดวกในการ
ปฏิบัติ แต่ตอนแรกจะมองโรคของชีวิตทั้งหมด "โรค" เป็นคำที่ใช้แทนคำว่า "ทุกข์" ซึ่งเป็นปัญหา
ของมนุษย์ทุกคนทุกข์ คือ ปัญหาของชีวิต ดังนั้น ในการแก้ไขปัญหามนุษย์จึงต้องแก้ที่ทุกข์
พระพุทธเจ้าได้วางหลักทั่วไปที่เรียกว่า อริยสัจ 4 ซึ่งถือว่าเป็นกระบวนการและระบบเหตุผลในการ
แก้ไขปัญหามนุษย์ อริยสัจนั้นเป็นระบบการแก้ปัญหาในแนวทางการรักษาโรค คล้ายกับว่า
พระพุทธศาสนามองโลกด้วยสายตาอย่างแพทย์ เมื่อเป็นโรคพระพุทธศาสนาเชื่อว่าจะต้องตรวจดู
อาการเพื่อวินิจฉัยว่าเป็นโรคอะไร เกิดจากอะไร แล้วใช้วิธีการรักษาพยาบาลเพื่อให้หายจากโรค
แต่จะประสบความสำเร็จแค่ไหน ขึ้นอยู่กับวิธีการปฏิบัติ 4 ประการ (ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์, 2533 :
30) คือ

- ขั้นตอนที่หนึ่ง ทุกข์ คือ โรค
- ขั้นตอนที่สอง สมุทัย คือ การหาสาเหตุของโรค
- ขั้นตอนที่สาม นิโรธ คือ ภาวะที่หายจากโรค หรือการมีสุขภาพดี
- ขั้นตอนที่สี่ มรรค คือ การวางวิธีแก้ไขบำบัด เช่น การให้ยา

แนวทางของพุทธศาสนาก็เป็นแนวทางของการรักษาโรค จึงเรียก
พระพุทธเจ้าว่าเป็นแพทย์ ในการรักษาก็แยกแยะออกไปว่า "ทุกข์" อยู่ที่ชีวิต ชีวิตที่แยกไปเป็นองค์
ประกอบต่าง ๆ คือ รูป เวทนา สัญญา สังขาร วิญญาณ สรูปก็คือ กายกับใจ กายกับใจจะต้องเป็น
อันหนึ่งอันเดียวกัน พระพุทธศาสนามองชีวิตหรือระบบของการเป็นอยู่และมีความสัมพันธ์กับส่วนต่าง ๆ
จะทำให้มีการคิดหาที่มาของกระบวนการเหตุปัจจัยที่สืบทอดกันมาคือ พุทธศาสนา มองปัญหาของมนุษย์
มองทุกข์ มองโรคภัยไข้เจ็บ การบำบัดรักษาเป็นความสัมพันธ์ขององค์ประกอบที่อิงต่อกันเป็นกระบวน
การแห่งปัจจัยสืบเนื่อง ซึ่งหลักทั่วไปของพุทธศาสนาจะสอดคล้องกันคือ หลักอริยสัจ 4 หลักไตรลักษณ์
หลักอริยสัจ 5 ล้วนสนับสนุนแนวคิดนี้ทั้งสิ้น เพราะฉะนั้นผลที่เกิดขึ้นอย่างหนึ่งจึงมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องมาก
มา อาจจะเป็นปัจจัยหลักหรือปัจจัยสนับสนุน จะไม่มองแบบที่ว่า ความเจ็บป่วยอันหนึ่ง โรคอันหนึ่ง
ซึ่งแยกกันโดยเด็ดขาด แต่จะเป็นระบบสัมพันธ์ที่มีตัวแปรมากมาย (ดัดแปลงจาก ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์,
2533 : 30)

2) การแพทย์แนวอิสลาม

ชนชาติต่าง ๆ ล้วนสืบทอดประวัติด้านศาสตร์ของคนมาจากอดีตและผ่านประสบการณ์การต่อสู้เพื่อกำหนดปัญหาความเจ็บป่วยมาด้วยกันทั้งสิ้น และประสบการณ์ดังกล่าวได้รับการถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่นซึ่งกลายเป็นลักษณะของภูมิปัญญา ซึ่งสังเคราะห์จากประสบการณ์ผ่านการสังเกต การทดลองใช้ ตัดเลือก และถ่ายทอดเป็นวัฒนธรรม (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2533 : 93)

อิสลาม เป็นศาสนาหนึ่งที่มีความสำคัญในการกำหนดรูปแบบของการดำเนินชีวิตของชาวมุสลิม ประเพณี วัฒนธรรมต่าง ๆ ของศาสนาอิสลามจะมีความแตกต่างกับศาสนาอื่น ๆ อย่างชัดเจน ไม่ว่าจะเป็นความเชื่อ การปฏิบัติ ซึ่งรวมทั้งการปฏิบัติ และความเชื่อ ด้านสุขภาพตามหลักของศาสนาอิสลามเชื่อว่าชีวิตของคนแต่ละคน องค์อัลลอฮ์ (ซ.บ) ทรงเมตตาประทานอาซูมาให้แต่ละคนเกิดมานานแสนนาน จนบางคนลืมว่าตนเองอาซูเท่าไร อยู่มานานแค่ไหน ซึ่งมุสลิมทุกคนต้องสำนึกในพระเมตตาให้มาก (ชะอกีบ ท้วมประภม, มปป : 1) เมื่อองค์อัลลอฮ์ ทรงกำหนดในเรื่องการเจ็บไข้ได้ป่วย ตัวร็อนเป็นไข้ ปวดในร่างกายน ต้องยอมรับว่านั่นเป็นช่วงที่อัลลอฮ์ทรงเมตตาที่จะให้มุสลิมเก็บเกี่ยวผลบุญที่พระองค์ทรงกำหนดมาให้ หากมุสลิมมีแต่ความสุข ความสบาย ร่างกายแข็งแรง สุขภาพดี มีกินมีใช้ สภาพชีวิตแบบนั้น น้อยคนนักที่จะเก็บเกี่ยวผลบุญ เพราะลืมนึกถึงองค์พระเจ้า และลืมในการสำนึกแห่งพระองค์แห่งองค์พระผู้อภิบาล

การเจ็บไข้ได้ป่วย เรื่องนี้ต่างหากที่ทำให้มุสลิมนึกถึงองค์อัลลอฮ์ ซึ่งมุสลิมทุกคนจะได้สวดคุอาห์วิงวอนขอความเมตตาขอให้พระองค์ทรงเมตตาบันดาลให้อาการเจ็บไข้ได้ทุเลาลง ทำให้รำลึกถึงพระเมตตา การเจ็บไข้ทำให้คิดถึงวันตายและรีบทำในสิ่งที่ค้างค้ำอยู่ รวมทั้งการขอขมาลาโทษในบาปและกรรมชั่วที่เคยทำ นอกจากนี้การเจ็บไข้ได้ป่วยยังให้ประโยชน์แก่มุสลิมอย่างเหลือคณานับ หากเป็นมุสลิมที่มีการศรัทธาอย่างจริงจัง (ชะอกีบ ท้วมประภม, มปป : 4-5)

โดยเฉพาะการเจ็บป่วยในเด็ก ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นมากสำหรับบิดามารดาในการที่จะต้องดูแลรักษาสิ่งที่มีค่าที่พระเจ้าทรงประทานมาให้ และครอบครัวไหนถ้าลูกมีสุขภาพดี มรรยาทเรียบร้อย ศรัทธาในพระเจ้าอย่างแท้จริง จะเป็นสื่อช่องทางให้บิดามารดาได้ไปพบกับพระเจ้าในโลกหน้า ดังนั้นเมื่อเด็กในครอบครัวชาวมุสลิมไม่สบาย ผู้เป็นบิดามารดาต้องเลือกวิธีการรักษาอย่างใดอย่างหนึ่งตามความเชื่อและความศรัทธา

การรักษาโรคของเด็กในศาสนาอิสลามมีอยู่ 2 วิธี เป็นวิธีที่คนทั่วไป
 ไปรู้จักกัน คือการรักษากับหมอที่เชี่ยวชาญ มีความรู้ในโรคนั้นและเป็นผู้ที่มีใบอนุญาตประกอบอาชีพ
 จากองค์การหรือสถาบัน วิธีที่สอง คือ การรักษาโดยการอ่านซูเราะฮ์ หรืออาชะฮ์จากอัลกุรอ่าน
 หรือการอ่านคุอาห์ซอท่านร็อยซูล ศ็อลลัลลอฮุอะลัยฮิวะซัลลิม ดังที่กล่าวว่า "เมื่อผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวด
 ให้เอามือวางบนที่ ๆ เจ็บแล้วกล่าวว่า ฉันขอป้องกันด้วยพระอำนาจของอัลลอฮ์และด้วยเดชานุภาพ
 ของพระองค์ให้พ้นจากความชั่วร้ายของสิ่งที่ฉันได้พบ และสิ่งที่ฉันกำลังระวังอยู่ให้อ่านเจ็ดครั้ง"
 (อัสมาน อิบนิอะลิลอาซ)

การรักษาโรคโดยการใช้อัลกุรอ่านหรือคุอาห์

การปิดเป่าด้วยอัลกุรอ่านและคุอาห์ที่ปรากฏอยู่ในหลักฐานนั้น ศาสนา
 อนุญาตและส่งเสริมให้กระทำแท้จริง อัลลอฮ์ให้อัลกุรอ่านเป็นยาบำบัดโรคต่าง ๆ ทั้งที่สัมผัสได้และ
 ไม่อาจสัมผัสได้ จากโรคภายในหัวใจและโรคทางกาย แต่มีเงื่อนไขว่าผู้รักษาและคนไข้ต้องมีความ
 บริสุทธิ์ใจเพื่ออัลลอฮ์ไม่ใช่อัลกุรอ่านเป็นเครื่องมือหากินและไม่หลอกลวงคนอื่น และแต่ละฝ่ายจะต้อง
 เชื่อมั่นว่า การหายป่วยนั้นมาจากอัลลอฮ์ และการปิดเป่าด้วยพจนานุกรมของอัลลอฮ์เป็นสาเหตุที่เอื้อ
 อำนวยประโยชน์ และเมื่อผู้รักษาที่ปิดเป่าด้วยอัลกุรอ่านเป็นผู้ที่ดำรงอยู่บนความซื่อตรงและมีความ
 เชื่อถือที่ถูกต้อง ตลอดจนเป็นที่รู้จักว่าไม่ปิดเป่าด้วยคำที่เป็นวิริก แต่จะต้องรักษาและปิดเป่าด้วย
 อัลกุรอ่าน ซึ่งเป็นแนวทางของท่านร็อยซูล ศ็อลลัลลอฮุอะลัยฮิวะซัลลิม และมุสลิมในรุ่นแรก ๆ โดยที่
 พวกเขาเชื่อว่าอัลกุรอ่านเป็นสาเหตุที่อนุญาตให้ทำและมีประโยชน์ แต่ผู้ที่ให้หายนั้นคือ อัลลอฮ์ตะ
 อาลาองค์เดียวเท่านั้น (ซอ และหุ เสือสมิง, มปป. : 121-123)

ดังนั้น เด็กที่เจ็บไข้ได้ป่วยเขาก็ไม่พึงปรารถนา แต่เป็นกำหนดของ
 องค์อัลลอฮ์ และในขณะที่เดียวกันพระองค์ก็เป็นผู้บันดาลให้หาย และการสวดคุอาห์เป็นสิ่งที่ต้องขออย่า
 ได้ขาด รวมทั้งการละหมาด ดังที่ท่านรซูลุลเลาะห์ กล่าวว่า "การคุอาห์ที่วิงวอนขอด้วยความบริสุทธิ์
 ใจและความนอบน้อมอย่างแท้จริงนั้นย่อมเปลี่ยนแปลงกำหนดการที่อัลลอฮ์ทรงกำหนดมาให้ (ฮัลฮาгим)
 นอกจากนี้ จากชะเคษราชงานว่า "การเจ็บไข้ได้ป่วยอย่างเรื้อรังติดต่อกันนาน ๆ ของผู้ที่มีศรัทธา
 อย่างมั่นคงนั้น เป็นสิ่งลบล้างโทษแก่บรรดาความผิดความชั่วของเขาเท่าที่เขาย่อมทำผ่านมา (อะมีญ์-
 ร็อยเราะฮ์รฎิ ฮัลฮาгим)

เมื่อเด็กในครอบครัวเกิดเจ็บไข้ได้ป่วยขอให้บิดามารดาระลึกไว้เสมอว่าเป็นช่วงที่องค์พระอภิบาลมอบช่วงเวลาที่เหมาะสมไว้ให้แก่เด็กแล้ว โดยให้ใกล้ชิดพระเมตตาให้ล้างความสกปรกของบาปกรรม โดยการใช้ศาสนาเป็นเครื่องวิงวอนให้หมั่นศุอาห์ให้กล่าวเฉพาะถ้อยคำดี ๆ อ่านกุรอาน ละหมาด ให้กล่าวเฉพาะคำที่เป็นศิริมงคลแก่ตนเองและครอบครัว เรื่องการเจ็บไข้ได้ป่วยเป็นเรื่องธรรมดาที่จะทำให้เกิดความไม่สบายใจแก่พ่อแม่ และบุคคลที่อยู่รอบข้าง เพราะความรักของเด็กความเป็นห่วงที่มีต่อเด็กที่เจ็บป่วย (ชะอ์บีย์ ท้าวมประภม, มปป: 23-33)

ดังนั้น เรื่องการเจ็บไข้ได้ป่วยของเด็กที่เกิดขึ้นในครอบครัวใด สิ่งที่ต้องคำนึงเริ่มแรกคือ คนที่เป็นห่วงใยคนที่อยู่เคียงข้าง ต้องให้ความรัก ความเห็นใจ ความเมตตา และปลอบใจแก่คนป่วย เพราะคนเจ็บคือ คนที่ต้องการความเอาใจใส่จากคนใกล้ชิดมากกว่าปกติและในขณะที่เดียวกัน การระลึกถึงองค์อัลลอฮ์จะทำให้ท่านเพิ่มความเมตตา และให้หายจากโรคโดยทรงเมตตาให้อาการดังกล่าวเบาบางลง และขอให้เรื่องที่เจ็บป่วยเป็นของเด็กเป็นหนทางที่จะช่วยสลบล้างสิ่งเลวร้ายที่ติดตัวเด็กมาแต่อดีต ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการละเมิดกฎศาสนา หรืออะไรก็ตามถือว่าพระองค์ทรงให้โอกาสแก่บุตรของท่านในการล้างบาป ดังคำกล่าวของท่านรซูล กล่าวว่า "ถือเป็นที่ศาสนาอย่างหนึ่งของมนุษย์ ในการที่เขามีความยินดียอมรับในสิ่งที่อัลลอฮ์ได้ทรงกำหนดไว้แก่ตัวเขา และถือว่าเป็นความอัปยศอย่างหนึ่งของมนุษย์ในการที่เขาไม่ยินดี ไม่พอใจในสิ่งที่อัลลอฮ์ทรงกำหนดให้แก่เขา" (อิรมิซีย์ : 31 อ้างใน ชะอ์บีย์ ท้าวมประภม, มปป. : 34)

ดังนั้น มุสลิมทุกคนจึงขอให้พระองค์คืนสุขภาพที่ดีให้เหมือนเดิมกับมุสลิม ขอให้พระองค์ทรงโปรดเมตตาให้มุสลิม กับเป็นบ่าวของพระองค์ที่เกลียดสะอาดปราศจากความชั่วหรือความเลวเหลือแต่บัญญัติของคัมภีร์ความดี เหลือแต่เมตตาจากพระองค์ ซึ่งมุสลิมจะดำเนินชีวิตที่ดำรงสืบไป (ชะอ์บีย์ ท้าวมประภม, มปป : 127)

2.3.3.4 แนวความคิดทางสังคมวิทยาเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ

(Sociological Concept in Health Care)

สังคมวิทยาเป็นสาขาหนึ่งในกระบวนวิชาต่าง ๆ ทางสังคมศาสตร์ที่มุ่งศึกษาความสัมพันธ์ของมนุษย์โดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งมีปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวเนื่องมาจากสภาพแวดล้อมและสังคมรอบ ๆ ตัวของมนุษย์มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางด้านต่าง ๆ ซึ่งจะปรากฏออกมาเป็นพฤติกรรมหรือการกระทำ การที่จะทำความเข้าใจถึงพฤติกรรมของมนุษย์ จึงต้องเข้าใจถึงลักษณะพื้นฐานของมนุษย์ด้วยว่ามนุษย์มีความเป็นอยู่และการดำเนินชีวิตอย่างไรบ้าง ทั้งนี้ เนื่องจาก

มนุษย์ต้องอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม เป็นสังคม มีความเกื้อกูลสัมพันธ์กันในหมู่สมาชิกมีการพึ่งพาอาศัยกัน และกัน (คชฎี ใจสมุทร, 2535 : 13) กล่าวว่าเป็นนักสังคมวิทยาโดยเฉพาะอย่างยิ่ง นักสังคมวิทยาการแพทย์มีความเห็นคล้ายคลึงตามทัศนะองค์รวมมากกว่าทัศนะว่าตัววัตถุนิยมจักรกล ซึ่งมีมุมมองหลายมิติ ดังต่อไปนี้

1) มนุษย์มีระยะเวลาการเป็นทารกนาน ในระยะเริ่มต้นของชีวิต หรือในช่วงที่เป็นทารก มนุษย์ไม่สามารถช่วยเหลือดูแลตัวเองได้เป็นระยะเวลาานานมากกว่าสัตว์ประเภทอื่น เป็นเหตุให้มนุษย์จำเป็นต้องใช้ชีวิตด้วยกัน จึงเกิดแบบแผนความสัมพันธ์ในรูปของครอบครัว การมีเครือญาติวงศ์วาน เพื่อนบ้าน และความสัมพันธ์กับกลุ่มอื่น ๆ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

2) เนื่องจากมนุษย์มีความสามารถด้านสมอง สามารถคิดและควบคุมธรรมชาติบางประการให้เป็นประโยชน์แก่ตนเองได้ จึงเป็นเหตุสำคัญที่ทำให้มนุษย์ต้องอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม เพราะการควบคุมของธรรมชาตินั้น บุคคลเพียงคนเดียวไม่สามารถทำได้ต้องอาศัยสมาชิกคนอื่น ๆ ในสังคม การเสาะแสวงหาและการเพาะปลูก เพื่อความอยู่รอดในเรื่องอาหารการกิน การสร้างบ้านเรือนที่อยู่อาศัย รวมทั้งเครื่องนุ่งห่ม และการบำบัดรักษาโรค เป็นสิ่งที่ยุติมนุษย์ต้องร่วมมือเพื่อความอยู่รอดของตนเอง และบุคคลอื่น ๆ

3) มนุษย์มีความสามารถในการสร้างวัฒนธรรม รวมทั้งมีการติดต่อสื่อสาร ถ่ายทอดวัฒนธรรม ค่านิยม ความเชื่อ ศาสนา และอื่น ๆ ที่ถ่ายทอดไปยังอนุชนรุ่นหลัง นอกจากนี้มนุษย์ยังต้องการความรัก ความอบอุ่น ความเป็นเพื่อน ความเป็นระเบียบของสังคม เป็นต้น การถ่ายทอดทางวัฒนธรรมเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องไม่ขาดระยะ จึงจำเป็นต้องอยู่รวมกันเป็นสังคม นอกจากนี้ การที่มนุษย์อยู่รวมกันได้ก็มีความสงบสุข และดำรงสังคมมนุษย์สืบต่อไปนั้น จำเป็นต้องมีกฎระเบียบหรือรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ถูกต้องและเหมาะสมกับสังคม ดังนั้น มนุษย์จึงกำหนดรูปแบบพฤติกรรมด้วยเหตุผลที่สำคัญ (บรรบต วีระสิทธิ์, 2530 : 81) คือ

3.1) ความจำเป็นในการอยู่รอด

3.2) เพื่อความมีระเบียบในสังคม

3.3) แสดงถึงการมีความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ในสังคม เช่น การทัก

ทาส การแสดงความเสียใจ เป็นต้น

พฤติกรรมหรือการแสดงออกในด้านต่าง ๆ ของมนุษย์จึงมีความสัมพันธ์กับระบบสังคม วัฒนธรรมของมนุษย์เป็นอย่างมากหรืออาจจะกล่าวได้ว่า วัฒนธรรมเป็นแบบแผนพฤติกรรมของมนุษย์ พฤติกรรมด้านสุขภาพหรือพฤติกรรมกาเจ็บป่วยก็เป็นพฤติกรรมที่ถูกกำหนดโดยสังคมวัฒนธรรม ทั้งนี้เนื่องจากการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล รวมทั้งการป้องกันโรคและการดูแลสุขภาพ เป็นสิ่งที่มนุษย์ต้องประสบและช่วยกันหาวิธีแก้ไข เพื่อให้คนในสังคมอยู่ร่วมกันได้อย่างสงบโดยปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ มนุษย์จำเป็นต้องรู้วิธีการรักษาโรค การป้องกันโรค และการดูแลสุขภาพโดยการถ่ายทอดติดต่อกันมาจนเกิดเป็นวัฒนธรรมสุขภาพเฉพาะของแต่ละสังคม

ดังนั้น การมีพฤติกรรมในการรักษาพยาบาล นักสังคมวิทยาการแพทย์จะมองกระบวนการในการรักษาแตกต่างจากแพทย์และนักวิทยาศาสตร์ชีวภาพ ซึ่งจะมองว่าความเจ็บป่วยมีสาเหตุมาจากเชื้อโรค มิได้มองความเจ็บป่วยเป็นอาการที่เกิดขึ้นในร่างกายของคนที่มีชีวิตจิตใจ มีความรู้สึกนึกคิด มีความสามารถในการสร้างวัฒนธรรม มีความสัมพันธ์กันในสังคม ในความเป็นจริงความเจ็บป่วยไม่ได้เป็นปรากฏการณ์ทางชีววิทยาเพียงอย่างเดี๋ยวน แต่เป็นปรากฏการณ์ทางสังคมด้วยการมองความเจ็บป่วยในแง่ของชีววิทยาเพียงอย่างเดี๋ยวน ไม่เพียงพอที่จะครอบคลุมปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในสังคมมนุษย์ (เบญจมา สอดคำเนิน, 2523 : 5)

จะเห็นได้ว่า แนวความคิดทางสังคมวิทยาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพจะไม่มองสภาพของความเจ็บป่วยในมิติใดมิติหนึ่ง แต่จะมองหลาย ๆ มิติในภาพรวม ซึ่งปรากฏการณ์ของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นไม่สามารถสร้างดุลยภาพในร่างกายได้ ถ้าไม่พิจารณาถึงสภาพรวมของร่างกาย ด้วยเหตุที่มนุษย์มีความแตกต่างจากสิ่งมีชีวิตชนิดอื่น ๆ ทำให้เกิดความแตกต่างในการรักษาสุขภาพความปกติของร่างกายซึ่งต้องอาศัยองค์ประกอบทุกส่วนในร่างกาย รวมทั้งจิตใจจะขาดเสียส่วนใดส่วนหนึ่งไม่ได้

3. กรอบแนวความคิดในการวิจัย

กรอบทฤษฎีที่ประยุกต์ใช้ในงานวิจัยนี้ มีนัยที่คล้ายตามกระบวนการทัศน์เชิงหน้าที่นิยม (Functionalist Paradigm) โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระบวนการทัศน์ ตามทัศนะของ เมอร์ตัน (Robert K. Merton, 1968 : 104-108) เป็นหลัก แนวความคิดทฤษฎีเชิงโครงสร้างหน้าที่ โดยสังเขป มีประเด็นที่พิกำหนดดังต่อไปนี้ (Theodorson and Theodorson, 1969 : 167)

1) หน้าที่นิยม (Functionalism) เน้นการศึกษาวิเคราะห์ปรากฏการณ์ทางด้านสังคมและวัฒนธรรมที่เกี่ยวกับโครงสร้างหน้าที่ทางสังคมและวัฒนธรรมในระบบสังคม กลุ่มหน้าที่นิยมมองสังคมเป็นระบบความสัมพันธ์ทางสังคมคล้ายสิ่งมีชีวิต (Organism) ซึ่งประกอบไปด้วยส่วนต่าง ๆ (สถาบัน) ที่เชื่อมโยงประสานหรือบูรณาการเข้าด้วยกันเป็นระบบเดียวกันที่เราไม่สามารถศึกษาเข้าใจได้ถ้าหากศึกษาแยกแยกขาดออกจากกันหรือไม่เชื่อมโยงเข้าหากัน

โดยสรุปแล้วประเด็นแรกที่แนวความคิดหน้าที่นิยมเน้น คือ โครงสร้างสังคม (Social Structure) ซึ่งเน้นแบบแผนของความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพที่เกิดจากการจัดแบ่งหน้าที่ทางการทำงาน (Division of Labour) และการจัดแบ่งช่วงชั้นทางสังคม (Stratification)

2) ประเด็นที่หน้าที่นิยมให้ความสนใจควบคู่กับโครงสร้างสังคม ได้แก่ บทบาทหรือหน้าที่ทางสังคม (Social Function) ซึ่งเป็นตัวกำหนดให้โครงสร้างสังคมมีความสมดุลหรือขาดความสมดุลอันจะมีผลต่อการปรับตัว (Adaptation) ในประเด็นนี้ เมอร์ตันได้แบ่งหน้าที่ออกเป็น 2 ชนิด คือ

2.1) หน้าที่ที่ช่วยให้ระบบสังคมปรับตัวได้และให้เกิดความสมดุล (Eufunction) หมายถึง สภาพการปรับตัวและการคงอยู่ของสถาบันต่าง ๆ ในสังคมอยู่ในภาวะดุลยภาพ (Equilibrium) ซึ่งเมอร์ตันได้แบ่งออกเป็น 2 ประการ

2.1.1) หน้าที่ที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน (Manifest Function) หมายถึง การปรับตัวของสถาบันในการปฏิบัติหน้าที่ที่มีอยู่อย่างชัดเจน เพื่อให้ครอบครัวหรือสังคมเกิดดุลยภาพคือครอบครัวในสมัยก่อนจะมีพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่แล้ว จะใช้วิถีการแบบแผนโบราณ เพราะในสมัยนั้นความเจริญทางด้านเทคโนโลยียังมีน้อย ไม่มีการผลิตแพทย์จากสถาบันที่เป็นแหล่งวิชาการอย่างในปัจจุบัน ทำให้ครอบครัวส่วนใหญ่เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวไม่สบายก็จะใช้วิถีการรักษาที่บรรพบุรุษเคยปฏิบัติกันมา คือการหาหมอแผนโบราณ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า สมัยก่อนการปรับตัวของสถาบันครอบครัวก็ต้องปรับตัวในการรักษาพยาบาลให้สอดคล้องกับสภาพสังคมในสมัยนั้น ซึ่งถือว่าเป็นหน้าที่ที่ครอบครัวต้องปฏิบัติเพื่อบำบัดความทุกข์ และเพื่อปรับตัวเพื่อให้ครอบครัวสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้

2.1.2) หน้าที่ที่มีได้กำหนดไว้อย่างชัดเจนอย่างเป็นทางการ หรือหน้าที่แฝงเร้น ซึ่งช่วยให้สังคมปรับตัวได้ (Latent Function) หมายถึง การปรับตัวของสถาบันในการปฏิบัติหน้าที่นอบบ่งเพื่อให้ครอบครัวหรือสังคมเกิดดุลยภาพคือ ครอบครัวในสมัยก่อนสามารถจะเลือก

ใช้บริการทางการแพทย์ในรูปของหมอแผนโบราณ แต่จากการเปลี่ยนแปลงของสังคมมีการถือกำเนิดของสถาบันทางวิชาการที่มีการศึกษากันอย่าง เป็นระบบ เป็นรูปธรรม มีการสอนทางด้านทางการแพทย์ ที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ ครอบครัวส่วนใหญ่ก็มีการปรับตัวตามการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคม มีการเลือกใช้บริการจากโรงพยาบาล สถานือนามัย เพราะถือว่าผู้ให้บริการเป็นผู้ที่มีความรู้ความชำนาญที่เชื่อถือได้ ในขณะที่เดียวกัน ยังมีครอบครัวที่ยังใช้บริการทางด้านแพทย์จากหมอแผนโบราณซึ่งส่วนใหญ่แล้วเป็นครอบครัวที่มีความเชื่อจากวัฒนธรรมเดิมอย่างเข้มแข็ง จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้หมอแผนโบราณกลายเป็นหน้าที่ทางสังคมอย่างแฝงอยู่ ไม่มีการเปิดให้บริการอย่างเป็นทางการ แต่คนในชุมชนเดียวกันจะทราบว่าใครมีความสามารถในการรักษาโรคอะไร เมื่อสมาชิกเกิดเจ็บป่วยในโรคดังกล่าวขึ้นมา ครอบครัวก็ยังมาใช้บริการจากหมอแผนโบราณอยู่และไม่ได้ทำให้เกิดปัญหาขึ้นในสังคม สถาบันต่าง ๆ ก็สามารถดำรงอยู่ในสังคมได้ตามปกติ ไม่ได้ทำให้เกิดปัญหาหรือกระทบกระเทือนต่อสังคมส่วนรวมแต่อย่างใด

2.2) หน้าที่ที่บกพร่องหรือขาดประสิทธิภาพ (Dysfunction) หมายถึง สภาพการคงอยู่และการปรับตัวของสถาบันในสังคมอยู่ในภาวะที่ไม่เกิดดุลยภาพ (Disequilibrium) เมอร์ตันได้แบ่งออกเป็น 2 ชนิด เช่นกัน

2.2.1) หน้าที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน (Manifest Function) หมายถึง การปฏิบัติตามหน้าที่ที่มีอยู่อย่างชัดเจนของสถาบันที่ทำให้เกิดผลกระทบกระเทือนต่อสังคมส่วนรวม คือ จากการเปลี่ยนแปลงของสังคมส่วนรวมทำให้มีการนำเทคโนโลยีต่าง ๆ มาใช้ในการรักษาพยาบาลมากขึ้น ซึ่งผู้ใช้บริการส่วนใหญ่ก็จะเชื่อถือในสถานบริการที่ได้รับการยอมรับของสังคม ในขณะที่เดียวกันหมอแผนโบราณที่เคยมีอยู่กลับไม่มีคนมาใช้บริการ ทำให้เกิดผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ในสมัยก่อนการคลอดบุตรส่วนใหญ่จะคลอดกับหมอตำแย แต่ปัจจุบันมีสถานือนามัยมีโรงพยาบาลมีการฉีดวัคซีน มีการรับฝากครรภ์ ซึ่งบริการต่าง ๆ ดังกล่าวทำให้คนส่วนใหญ่ นิยมไปใช้บริการ ในขณะที่เดียวกัน หมอตำแยที่เคยบริการทำคลอดในอดีต ต้องเปลี่ยนอาชีพมาเป็นหมอทำแท้งให้แก่บุคคลที่ไม่พึงประสงค์ จะมีบุตร ซึ่งการปฏิบัติตามหน้าที่ดังกล่าวของหมอตำแยถือว่าเป็นการสร้างผลกระทบกระเทือนแก่สถาบันอื่นในสังคม เช่น สถาบันการปกครองและสถาบันศาสนา ทำให้เกิดปัญหาแก่ระบบสังคม จึงต้องมีการปรับเปลี่ยนหน้าที่ดังกล่าวเพื่อให้เกิดดุลยภาพแก่สังคมส่วนรวม