

(ตาราง 41) ผลงานวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เบกเกอร์ ดราซแมน และเควิตซ์ (1974 : 418 อ้างถึงใน สาลี เกลิมวรรณพงศ์, 2530 : 18) ที่กล่าวว่า การเลือกสถานรักษาพยาบาล และการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลขึ้นอยู่กับ แรงจูงใจ คือ ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ ความตั้งใจในการรักษาและความรุนแรงของโรค ในกรณีตัวอย่าง ไม่ว่าบุคคลจะมีรายไ้ระดับใดก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการรักษาจากแพทย์สมัยใหม่ได้ เพราะว่าชีวิตของบุคคลในครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเจ็บป่วยของบุตร บิดามารดาจะต้องเลือกรักษาที่สถานพยาบาลที่คาดว่าจะมีประสิทธิภาพมากที่สุด รวมทั้งการไว้วางใจต่อผู้รักษาและโอกาสที่จะหายจากโรค และสอดคล้องกับการศึกษาของ เลวิตต์ (อ้างถึงใน สาลี เกลิมวรรณพงศ์, 2530 : 78) กล่าวว่า ผู้มีรายไ้ต่างกันมีพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุกุภาพ ไบแก้ว (2525 : 99) และนิธสา ภาสุนันท์ (2529 อ้างถึงใน สาลี เกลิมวรรณพงศ์, 2530 : 78) พบว่าผู้มีรายไ้ต่างกันมีพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลไม่แตกต่างกัน

แต่เมื่อพิจารณาภายใต้เงื่อนไขชาติพันธุ์ พบว่า เมื่อป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง และโรคตาแดง ครอบครัวชาวไทยพุทธและชาวไทยมุสลิมที่มีรายไ้สูง ปานกลาง และต่ำ มีพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลแตกต่างกัน นั่นคือ วิธีการรักษาแบบแผนปัจจุบันทั้งครอบครัวชาวไทยพุทธและครอบครัวชาวไทยมุสลิมที่มีรายไ้สูง ปานกลาง และต่ำ มีจำนวนผู้ใช้บริการด้านนี้มากใกล้เคียงกัน ส่วนวิธีการรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ทั้งครอบครัวชาวไทยพุทธและชาวไทยมุสลิมมีจำนวนผู้ใช้บริการด้านนี้น้อยใกล้เคียงกัน แต่เมื่อพิจารณาถึงรายละเอียด พบว่า ครอบครัวชาวไทยพุทธและครอบครัวชาวไทยมุสลิมที่มีรายไ้ต่ำมีจำนวนผู้ใช้บริการด้านนี้มากที่สุด (ตาราง 38, 44) แสดงให้เห็นว่า รายไ้ได้เป็นตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของ คุชฎี ใจสมุทร, 2535 : 31) ที่กล่าวว่า รายไ้ได้มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพ ทั้งในการป้องกันและการเลือกสถานรักษาพยาบาล

เมื่อพิจารณาโรคปอดบวมและโรคไข้เลือดออก พบว่า ทั้งครอบครัวชาวไทยพุทธและครอบครัวชาวไทยมุสลิมที่มีรายไ้สูง ปานกลาง และต่ำ มีพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลไม่แตกต่างกัน นั่นคือ วิธีการรักษาแบบแผนปัจจุบันทั้งครอบครัวชาวไทยพุทธและครอบครัวชาวไทยมุสลิมที่มีรายไ้สูง ปานกลาง และต่ำ มีจำนวนผู้ใช้บริการมากใกล้เคียงกัน ส่วนวิธีการรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ทั้งครอบครัวชาวไทยพุทธและครอบครัวชาวไทยมุสลิมที่มีรายไ้สูง ปานกลาง และต่ำ มีจำนวนผู้ใช้บริการน้อยใกล้เคียงกัน (ตาราง 40, 42) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, (2535 : 73) ที่กล่าวว่า ผู้ที่มีรายไ้ต่ำมีข้อจำกัดของพฤติกรรมการรักษา

พยาบาล ถึงแม้จะรับรู้ความเสี่ยงของโรคสูง แต่ความจำเป็นพื้นฐานยังไม่ได้รับการตอบสนอง ความสนใจด้านสุขภาพย่อมลดลง แต่คนที่มีการศึกษาสูง แม้จะต้องใช้เงินจำนวนมากก็สามารถทำได้โดยไม่มีอุปสรรค แต่การวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา ภาสุนันท์ (2529, อ้างถึงใน สาลีเฉลิมวรรณพงศ์, 2530 : 78) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาต่างกัน มีความเชื่อด้านสุขภาพและการเลือกสถานพยาบาลไม่แตกต่างกัน

โดยสรุปผลการวิจัยครั้งนี้ ปฏิเสธสมมุติฐานหลักที่ว่า พฤติกรรมการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับรายได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะปัจจุบันเงื่อนไขหรือปัจจัยบางประการ กล่าวคือ บางครอบครัวสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ และมีการอำนวยความสะดวกของนักสังคมสงเคราะห์ที่สามารถช่วยเหลือปัญหาในส่วนนี้ได้ จึงทำให้การเลือกใช้บริการแบบแผนปัจจุบันของครอบครัวชาวไทยพุทธและครอบครัวชาวไทยมุสลิมไม่แตกต่างกัน

#### 4. สมมุติฐานข้อที่ 4 พฤติกรรมการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ

จากผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการรักษาพยาบาลโดยส่วนรวมไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อพิจารณาแต่ละโรค พบว่าเมื่อป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง และโรคตาแดง ครอบครัวที่มีความรู้ด้านสุขภาพและไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลแตกต่างกัน นั่นคือ วิธีการรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีความรู้ด้านสุขภาพและไม่มีความรู้ด้านสุขภาพมีจำนวนผู้ใช้บริการด้านนี้มากใกล้เคียงกัน ส่วนวิธีการรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีความรู้ด้านสุขภาพและไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ มีจำนวนผู้ใช้บริการด้านนี้น้อยใกล้เคียงกัน แต่ในขณะที่ครอบครัวที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพมีจำนวนผู้ใช้บริการด้านนี้มากกว่า (ตาราง 45, 51) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อุมามพร ปุณโศภทร (2533 : 18) ที่กล่าวว่า ครอบครัวที่สมาชิกมีความรู้ด้านสุขภาพจะสามารถคิดและกระทำ รวมทั้งการเห็นคุณค่าในการดูแลสุขภาพของสมาชิกสูงกว่าครอบครัวที่สมาชิกไม่มีความรู้ด้านสุขภาพเลย

เมื่อพิจารณาโรคปอดบวม และโรคไข้เลือดออก พบว่า ครอบครัวที่มีความรู้ด้านสุขภาพและครอบครัวที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลไม่แตกต่างกัน นั่นคือ วิธีการแบบแผนปัจจุบัน ทั้งครอบครัวที่มีความรู้ด้านสุขภาพและครอบครัวที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพใช้บริการด้านนี้มากที่สุด ส่วนวิธีการรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีความรู้ด้านสุขภาพและครอบครัวที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ มีจำนวนผู้ใช้บริการด้านนี้น้อยใกล้เคียงกัน (ตาราง 47, 49) ซึ่งสอดคล้องกับงานของ วารณวิไล จันทราภา, ม.ป.ป. : 11) ที่กล่าวว่า การเห็น

ประโยชน์และการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว บุคคลพยายามที่จะช่วยตนเองแต่ยังขาดความรู้ ขาดหลักการ และวิธีปฏิบัติที่ถูกต้อง โดยใช้ความรู้ที่ถ่ายทอดกันมาและประสบการณ์ในชีวิต ในการรักษาแต่เมื่อไม่สามารถที่จะบรรเทาอาการของโรคได้ เป้าหมายสุดท้ายคือ การไม่รักษาที่โรงพยาบาลหรือสถานบริการของรัฐ ไม่ว่าจะ เป็นบุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพหรือไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ นั่นคือ คนที่มีความรู้ด้านสุขภาพและไม่มีความรู้ด้านสุขภาพมีพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลไม่แตกต่างกัน

เมื่อพิจารณาภายใต้เงื่อนไขชาติพันธุ์ พบว่าเมื่อป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง ปวดบวม โรคไข้เลือดออก และโรคตาแดง ทั้งครอบครัวชาวไทยพุทธและครอบครัวชาวไทยมุสลิมที่มีความรู้ด้านสุขภาพและไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลไม่แตกต่างกัน นั่นคือ วิธีการรักษาแบบแผนปัจจุบัน ทั้งครอบครัวชาวไทยพุทธและครอบครัวชาวไทยมุสลิมที่มีความรู้ด้านสุขภาพและไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ มีจำนวนผู้ใช้บริการด้านนี้มากที่สุด ส่วนวิธีการรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวชาวไทยพุทธที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพจะมีจำนวนผู้ใช้บริการด้านนี้มากกว่าครอบครัวที่มีความรู้ด้านสุขภาพ ส่วนครอบครัวชาวไทยมุสลิมครอบครัวที่มีความรู้ด้านสุขภาพจะมีจำนวนผู้ใช้บริการด้านนี้น้อยกว่าครอบครัวที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ แต่เมื่อพิจารณาในภาพรวม พบว่าครอบครัวชาวไทยพุทธที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ มีจำนวนผู้ใช้บริการด้านนี้น้อยกว่าครอบครัวชาวไทยมุสลิมที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ (ตาราง 46, 48, 50, 52) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ชาติพันธุ์ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรักษาพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โรเซนสตอก (อ้างถึงในอุมาพร ปุณฺณโสพรรณ, 2533 : 18) ที่กล่าวว่า ครอบครัวที่มีความรู้ด้านสุขภาพจะสามารถมองแนวโน้มของโรคที่จะเป็นไปได้ในอนาคต ซึ่งความรู้เหล่านั้นมาจากการฝึกอบรม การศึกษาในระดับสูง เป็นการเพิ่มพูนความรู้ ความชำนาญ ในการที่จะดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว แต่ในการศึกษารั้งนี้ คาดว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับผลการวิจัยครั้งนี้คือ ที่ตั้งของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งส่วนใหญ่แล้วเป็นคนค่อนข้างมีการศึกษาสูง ถึงแม้เขาจะไม่มีความรู้ด้านสุขภาพโดยตรง แต่ผลจากการศึกษาทำให้เขามีความคิดพ้อที่จะตัดสินใจได้ว่า เมื่อสมาชิกในครอบครัวไม่สบายขึ้นมา ควรเลือกสถานพยาบาลอย่างไร ดังนั้น จึงทำให้ผลการวิจัยของกลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพและไม่มีความรู้ด้านสุขภาพมีพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลไม่แตกต่างกัน

โดยสรุป ผลการวิจัยครั้งนี้ปฏิเสธสมมติฐานหลักที่ว่า พฤติกรรมรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องมาจากปัจจัยเงื่อนไขอื่น กล่าวคือ ปัจจุบันการสื่อสารด้านสุขภาพได้มีการเผยแพร่อย่างกว้างขวาง รวมทั้งกลุ่มประชากรตัวอย่างอาศัยอยู่ในเขตเทศบาล ซึ่ง

เป็นศูนย์รวมของความรู้ ข่าวสาร และเทคโนโลยี รวมทั้งสถานที่รักษาพยาบาล ทำให้ทุกคนมีความพร้อมในการที่จะใช้บริการต่าง ๆ ได้เท่าเทียมกันทั้งชาวไทยพุทธและชาวไทยมุสลิมที่มีความรู้ด้านสุขภาพและไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ ดังนั้น จึงส่งผลให้พฤติกรรมในการรักษาพยาบาลไม่แตกต่างกัน

##### 5. สมมุติฐานข้อที่ 5 พฤติกรรมการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับจำนวนบุตร

จากผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการรักษาพยาบาลโดยส่วนรวมไม่มีความสัมพันธ์กับจำนวนบุตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อพิจารณาแต่ละโรค พบว่า เมื่อป่วยเป็นโรคใช้เลือดออกและโรคตาแดง ครอบครัวที่มีจำนวนบุตรมาก ปานกลาง และน้อย มีพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลแตกต่างกัน นั่นคือ วิธีการรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีจำนวนบุตรมาก ปานกลาง และน้อย มีจำนวนผู้ใช้บริการด้านนี้มากใกล้เคียงกัน ส่วนวิธีการรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีจำนวนบุตรมาก และปานกลาง มีจำนวนผู้ใช้บริการมากกว่าครอบครัวที่มีจำนวนบุตรน้อย (ตาราง 57, 59) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดินา ตั้งกะนาศย์ (2535 : 67) ที่กล่าวว่า ครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกน้อยมีรายได้สม่ำเสมอจะใช้บริการทำคลอดแบบพื้นบ้านลดลง แต่จะใช้บริการทำคลอดสมัยใหม่เพิ่มขึ้น นั่นคือ ครอบครัวที่มีจำนวนบุตรน้อยจะใช้บริการจากโรงพยาบาล คลินิก หรือการรักษาแบบแผนปัจจุบันมากกว่าครอบครัวที่มีจำนวนบุตรมากที่ยังใช้วิธีการแบบสมัยเก่าในการรักษาพยาบาล

เมื่อพิจารณาโรคจางาระร่วงและโรคปอดบวม พบว่า ครอบครัวที่มีจำนวนบุตรมาก ปานกลาง และน้อย มีพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลไม่แตกต่างกัน นั่นคือ วิธีการแบบแผนปัจจุบันครอบครัวที่มีจำนวนบุตรมาก ปานกลาง และน้อย มีจำนวนผู้ใช้บริการด้านนี้มากใกล้เคียงกัน ส่วนวิธีการรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีจำนวนบุตรมาก และปานกลาง มีจำนวนผู้ใช้บริการด้านนี้ใกล้เคียงกัน (ตาราง 53, 55) ผลการวิจัยครั้งนี้ขัดแย้งกับการศึกษาของ ศรีนสา บุญาค (2535 : 7) ที่กล่าวว่า การมีบุตรมากจะเพิ่มค่าใช้จ่ายให้กับครอบครัวสูง ทำให้ความพร้อมด้านเศรษฐกิจกับการดูแลสุขภาพพลุมน้อยลง แต่ในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างจะมีบุตรอายุ 1-10 ขวบ ซึ่งส่วนใหญ่แล้วครอบครัวที่มีบุตรอยู่ในวัยนี้ ส่วนใหญ่บุตรคนอื่น ๆ อายุก็ไม่ต่างกันมาก ดังนั้น ค่าใช้จ่ายจึงมีน้อย มีเฉพาะค่าใช้จ่ายส่วนตัวและค่าใช้จ่ายในการศึกษาเล่าเรียน และบุตรก็ยังอาศัยอยู่กับครอบครัว ดังนั้น เมื่อปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายยังมีไม่มาก สุขภาพก็ย่อมได้รับความสนใจจากบิดามารดา ดังนั้น ไม่ว่าบุตรจะมีจำนวนมากหรือน้อย บิดามารดาต้องให้ความสนใจเป็นลำดับแรก เพราะเด็กในวัยนี้ไม่สามารถที่จะบอกอาการได้ในบางครั้ง มีอาการแสดงให้เห็นได้

ชัดเจนว่า มีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ดังนั้น บิดามารดาสามารถรับรู้และนำบุตรไปปรึกษากับแพทย์แผนปัจจุบันทั้งครอบครัวไทยพุทธและไทยมุสลิม

เมื่อพิจารณาภายใต้เงื่อนไขความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า เมื่อป่วย เป็นโรคอุจจาระร่วง ครอบครัวที่มีจำนวนบุตรมาก ปานกลาง และน้อย มีพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลแตกต่างกัน นั่นคือ วิธีการแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีความรู้ด้านสุขภาพและไม่มีความรู้ด้านสุขภาพที่มีจำนวนบุตรมาก ปานกลาง และน้อย มีจำนวนผู้ใช้บริการด้านนี้มากใกล้เคียงกัน ส่วนวิธีการทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีความรู้ด้านสุขภาพและไม่มีความรู้ด้านสุขภาพที่มีจำนวนบุตรมาก ปานกลาง และน้อย มีจำนวนผู้ใช้บริการด้านนี้น้อยใกล้เคียงกัน แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียด พบว่า ครอบครัวที่มีความรู้ด้านสุขภาพ ครอบครัวที่มีจำนวนบุตรมาก มีจำนวนผู้ใช้บริการด้านนี้น้อยกว่าครอบครัวที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพที่มีจำนวนบุตรน้อย (ตาราง 54) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีนยา บุนนาค (2525 : 7) ที่พบว่า ถ้าครอบครัวมีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ โอกาสที่บุตรจะรอดไปเป็นผู้ใหญ่ มีจำนวนน้อยมาก มีผลทำให้กลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำมีจำนวนบุตรมากกว่าผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพสูง

แต่เมื่อพิจารณาโรคปอดบวม โรคไข้เลือดออก และโรคตาแดง พบว่า ครอบครัวที่มีจำนวนบุตรมาก ปานกลาง และน้อย มีพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลไม่แตกต่างกัน นั่นคือ วิธีการรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีความรู้ด้านสุขภาพและไม่มีความรู้ด้านสุขภาพที่มีจำนวนบุตรมาก ปานกลาง และน้อย มีจำนวนผู้ใช้บริการด้านนี้มากใกล้เคียงกัน ส่วนวิธีการรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีความรู้ด้านสุขภาพและไม่มีความรู้ด้านสุขภาพที่มีจำนวนบุตรมาก และปานกลาง มีจำนวนผู้ใช้บริการด้านนี้น้อยใกล้เคียงกัน (ตาราง 56, 58, 60) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ ศรีนยา บุนนาค (2525 : 7) ที่กล่าวว่า ครอบครัวที่มีจำนวนบุตรมากจะเพิ่มค่าใช้จ่ายให้กับครอบครัวสูง ทำให้ความพร้อมด้านเศรษฐกิจในการดูแลสุขภาพน้อยลง ทำให้ความสนใจและการเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพเด็กน้อยกว่าครอบครัวที่มีจำนวนบุตรน้อยกว่า แต่ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างซึ่งอยู่ในเขตเทศบาล ความสะดวกในการที่จะไปรับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันมีมากกว่า และในขณะเดียวกัน คนส่วนใหญ่มีการศึกษาค่อนข้างสูง เล็งเห็นถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับจากการแพทย์แผนปัจจุบันมีมากกว่าแพทย์แผนโบราณ และนอกจากนี้จำนวนของสถานบริการที่เป็นแพทย์แผนปัจจุบันมีมากกว่าแพทย์แผนโบราณ และมีลักษณะเฉพาะด้าน เช่น รักษาโรคเด็ก โรคสตรี และโรคผิวหนัง ดังนั้น ทำให้ครอบครัวที่มีความรู้ด้านสุขภาพ และไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ เลือกใช้สถานบริการที่มีความหลากหลายและรักษาให้หายได้แน่นอน

โดยสรุปการวิจัยครั้งนี้ ปฏิเสธสมมุติฐานที่ว่า พฤติกรรมการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับจำนวนบุตร ทั้งนี้เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ทั้งครอบครัวชาวไทยพุทธและครอบครัวชาวไทยมุสลิมอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลและมีบุตรส่วนมากไม่เกิน 3 คน ทำให้ผู้ปกครองสามารถให้การดูแลบุตรได้อย่างทั่วถึงในทุกด้าน รวมทั้งการดูแลสุขภาพทำให้มีพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลไม่แตกต่างกัน

#### 6. สมมุติฐานที่ 6 พฤติกรรมการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ภายใต้งैอนไขชาติพันธ์ุ

จากผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการรักษาพยาบาลโดยส่วนรวมไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อพิจารณาแต่ละโรคพบว่าเมื่อป่วยเป็นโรคปอดบวม และโรคไข้เลือดออก ครอบครัวที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูง และปานกลาง มีพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลแตกต่างกัน นั่นคือ วิธีการแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูง และปานกลาง มีจำนวนผู้ใช้บริการด้านนี้มากใกล้เคียงกัน ส่วนวิธีการรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูง และปานกลาง มีจำนวนผู้ใช้บริการด้านนี้น้อยใกล้เคียงกัน แต่เมื่อพิจารณารายละเอียดพบว่า ครอบครัวที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูงมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงปานกลาง (ตาราง 57, 59) สอดคล้องกับการศึกษาของ หวงรัตน บุญญานุรักษ์ (1985 : 97 อ้างถึงใน สาลี เฉลิมวารณพงศ์, 2530 : 15) ที่กล่าวว่า ผู้ที่มีการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสูง จะเลือกใช้บริการสาธารณสุขแบบแผนปัจจุบันสูงกว่าผู้ที่มีการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคต่ำ และสอดคล้องกับการศึกษาของ โรเซนสตอก ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะหาทางหลีกเลี่ยงหรือป้องกันโรค ขึ้นอยู่กับเขาและครอบครัว ว่ามีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคว่าทำลายชีวิตของสมาชิกในครอบครัว และมองเห็นการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อลดความเสี่ยง โดยการเลือกรักษาจากสถานที่ที่ไว้วางใจได้และมีประสิทธิภาพ นั่นคือ การแพทย์แผนปัจจุบัน เพราะมีความรู้ความสามารถ และมีอุปกรณ์พร้อมเพรียง (Becker and Maiman, 1974 อ้างถึงใน สาลี เฉลิมวารณพงศ์, 2530 : 13)

เมื่อพิจารณาโรคอุจจาระร่วงและโรคตาแดง พบว่าครอบครัวที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูง และปานกลาง มีพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลไม่แตกต่างกัน นั่นคือ วิธีการรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูง และปานกลาง มีจำนวนผู้ใช้บริการมากใกล้เคียงกัน ส่วนวิธีการรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูง และปานกลาง

มีจำนวนผู้ใช้บริการน้อยใกล้เคียงกัน (ตาราง 61, 67) สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา ภาสุนันท์ (2529 อ้างถึงใน สาลี เฉลิมวรรณพงศ์, 2530 : 74) ที่กล่าวว่า บุคคลที่รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ไม่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลไม่แตกต่างกัน ในการวิจัยครั้งนี้จะเห็นได้ว่า การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคมิเฉพาะสูงกับปานกลาง ดังนั้น เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับสูง และปานกลาง หมายความว่า เขามองเห็นว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้น เมื่อเขาให้ความสำคัญกับส่วนนี้ เขาก็ต้องให้ความสำคัญกับสถานที่ที่จะรักษาพยาบาลด้วย นั่นคือ เป็นแบบแผนปัจจุบันเพราะคาดว่าสามารถรักษาให้หายได้แน่นอน

เมื่อพิจารณาภายใต้เงื่อนไขชาติพันธุ์ พบว่าเมื่อป่วยเป็นโรคใช้เลือกออก ครอบครัวชาวไทยพุทธและครอบครัวชาวไทยมุสลิมที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูง และปานกลาง มีพฤติกรรมการรักษาพยาบาลแตกต่างกัน นั่นคือ วิธีการรักษาแบบแผนปัจจุบันทั้งครอบครัวชาวไทยพุทธและครอบครัวชาวไทยมุสลิม มีจำนวนผู้ใช้บริการด้านนี้มากใกล้เคียงกัน ส่วนวิธีการรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ พบว่า ครอบครัวชาวไทยพุทธและครอบครัวชาวไทยมุสลิม ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูง และปานกลาง มีจำนวนผู้ใช้บริการด้านนี้น้อยใกล้เคียงกัน แต่เมื่อพิจารณารายละเอียด พบว่า ชาวไทยพุทธที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงปานกลาง มีจำนวนน้อยกว่าชาวไทยมุสลิมที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับปานกลาง (ตาราง 66) สอดคล้องกับการศึกษาของ เลวิตต์ (อ้างถึงใน สาลี เฉลิมวรรณพงศ์, 2530 : 71) ที่พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและการเห็นประโยชน์ของสาธารณสุข มีแนวโน้มที่จะไปใช้บริการจากแหล่งรักษาพยาบาลที่เป็นแบบแผนปัจจุบัน และผู้มีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคในระดับสูง จะไปรับการรักษาจากสถานที่ที่คาดว่าหายจากโรคอย่างแน่นอน

เมื่อพิจารณาโรคอุจจาระร่วง โรคปอดบวม และโรคตาแดง ครอบครัวชาวไทยพุทธและครอบครัวชาวไทยมุสลิมที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูง และปานกลาง มีพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลไม่แตกต่างกัน นั่นคือ วิธีการรักษาแบบแผนปัจจุบันครอบครัวชาวไทยพุทธและครอบครัวชาวไทยมุสลิมที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูง และปานกลาง มีจำนวนผู้ใช้บริการด้านนี้มากใกล้เคียงกัน ส่วนวิธีการรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวชาวไทยพุทธและครอบครัวชาวไทยมุสลิมที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูง และปานกลาง มีจำนวนผู้ใช้บริการด้านนี้น้อยใกล้เคียงกัน (ตาราง 62, 68, 68) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โรเซนสโตก (Becker and et al., 1977 : 26) ที่กล่าวว่า ครอบครัวที่มีพฤติกรรมป้องกันเจ็บป่วยเมื่อเขาเชื่อว่า สมาชิกในครอบครัวมีโอกาส

เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย เมื่อเจ็บป่วยจะทำให้เกิดความเสียหายต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม  
 ดังนั้น จึงมีพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลที่เชื่อมั่นว่าสามารถช่วยให้สมาชิกในครอบครัวห่างจากโรค  
 ได้แน่นอน

โดยสรุปผลการวิจัยครั้งนี้ ปฏิเสธสมมติฐานที่ว่า พฤติกรรมการรักษาพยาบาลมีความ  
 สัมพันธ์กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ทั้งนี้เพราะจากผลการวิจัย การรับรู้จะอยู่ในระดับ  
 ปานกลาง และระดับสูง ซึ่งเมื่อบุคคลรับรู้ในระดับนี้ย่อมมองเห็นความสำคัญในการรักษาพยาบาล  
 ดังนั้น เมื่อมีความสะดวก มีความพร้อม และมีการรับรู้ที่ค่อนข้างสูง ทำให้ทั้งครอบครัวของไทยพุทธ  
 และครอบครัวชาวไทยมุสลิมมีพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลไม่แตกต่างกัน

## 7. สมมติฐานข้อที่ 7 พฤติกรรมการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรง

### ของการเกิดโรคภายใต้เงื่อนไขชาติพันธุ์

จากผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการรักษาพยาบาลโดยส่วนรวมไม่มีความสัมพันธ์กับการ  
 รับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อพิจารณาแต่ละโรค พบ  
 ว่าเมื่อป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก พบว่า ครอบครัวที่มีการรับรู้ความรุนแรงสูง ปานกลาง และต่ำ  
 มีพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลแตกต่างกัน นั่นคือ วิธีการรักษาแบบแผนปัจจุบันครอบครัวที่มีการรับรู้  
 ความรุนแรง สูง ปานกลาง และต่ำ มีจำนวนผู้ใช้บริการด้านนี้มากใกล้เคียงกัน ส่วนวิธีการรักษา  
 ทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณพบว่า ครอบครัวที่มีการรับรู้ความรุนแรงสูง และปานกลาง มี  
 จำนวนมากกว่าครอบครัวที่การรับรู้ปานกลาง ซึ่งถือว่ามี ความแตกต่างกัน (ตาราง 73) สอดคล้อง  
 กับการศึกษาของ โรเซนสตอก (1966 : 99 อ้างถึงใน สาลี เฉลิมวรรณพงศ์, 2530 : 15)  
 ที่กล่าวว่า ครอบครัวที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคสูง และเป็นโรคเฉียบพลันจะใช้สถาน  
 พยาบาลที่เป็นแบบแผนปัจจุบัน ส่วนครอบครัวที่เห็นว่าผู้ป่วยมีอาการไม่รุนแรงจะเลือกสถานพยาบาล  
 ที่สะดวกและคุ้นเคย และสอดคล้องกับการศึกษาของ สาลี เฉลิมวรรณพงศ์, 2530 : 71) ที่พบว่า  
 ครอบครัวของผู้ป่วยที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคสูง และโรคเฉียบพลันจะเลือกใช้สถาน  
 พยาบาลแบบแผนปัจจุบันสูง และมีแนวโน้มให้ความร่วมมือในการรักษาสูงด้วย

เมื่อพิจารณาโรคอุจจาระร่วง โรคปอดบวมและโรคตาแดง พบว่า ครอบครัวที่มีการรับรู้  
 ความรุนแรงสูง ปานกลาง และต่ำ มีพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลไม่แตกต่างกัน นั่นคือ วิธีการ  
 รักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีการรับรู้ความรุนแรงสูง ปานกลาง และต่ำ มีจำนวนผู้ใช้บริการ  
 ด้านนี้มากใกล้เคียงกัน ส่วนวิธีการรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีการรับรู้



ความรุนแรงสูง ปานกลาง และต่ำ มีจำนวนผู้ใช้บริการด้านนี้น้อยใกล้เคียงกัน และถือว่าไม่มีความแตกต่างกัน (ตาราง 69, 71, 75) สอดคล้องกับการศึกษาของ เบกเกอร์ (1972 : 845) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคกับโครงการป้องกันโรค และการเลือกสถานรักษาพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กัน เบกเกอร์กล่าวว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค เกิดจากการที่บุคคลมีความเชื่อสูงหรือต่ำเกินไป การเลือกสถานรักษาพยาบาลส่วนใหญ่จะเป็นแบบแผนปัจจุบันมากที่สุด

เมื่อพิจารณาภายใต้เงื่อนไขชาติพันธุ์ พบว่าเมื่อป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง โรคปอดบวม โรคไข้เลือดออก และโรคตาแดง พบว่า ครอบครัวชาวไทยพุทธและครอบครัวชาวไทยมุสลิมที่มีการรับรู้ความรุนแรงสูง และปานกลาง มีพฤติกรรมการรักษาพยาบาลไม่แตกต่างกัน นั่นคือ วิธีการรักษาแบบแผนปัจจุบันทั้งครอบครัวชาวไทยพุทธและครอบครัวชาวไทยมุสลิม มีจำนวนผู้ใช้บริการด้านนี้ใกล้เคียงกัน ส่วนวิธีการรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ พบว่า ครอบครัวชาวไทยพุทธและครอบครัวชาวไทยมุสลิม ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูงและปานกลาง มีจำนวนผู้ใช้บริการด้านนี้น้อยใกล้เคียงกัน แต่เมื่อพิจารณารายละเอียด พบว่า ชาวไทยพุทธที่มีการรับรู้ความรุนแรงปานกลาง มีจำนวนน้อยกว่าชาวไทยมุสลิมที่มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับปานกลาง (ตาราง 70, 72, 74, 76) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบกเกอร์ ซึ่งได้สรุปว่า จากการศึกษาหลาย ๆ ครั้งของเขา และคณะ สามารถกล่าวได้ว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค หรือภาวะความเจ็บป่วยต่าง ๆ บางครั้งไม่สามารถทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยเกี่ยวกับการให้ความร่วมมือได้ เพราะบางครั้งคนที่มีการรับรู้ความรุนแรงสูงแต่ไม่ค่อยให้ความร่วมมือ แต่บุคคลที่มีการรับรู้ความรุนแรงต่ำกลับให้ความร่วมมือในการรักษาดีกว่า เขากล่าวว่า พฤติกรรมด้านนี้จะเกี่ยวข้องกับจิตวิทยาในสภาวะการที่ผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลสูงเกินไป (Becker and et al, 1977 : 71) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ให้ความร่วมมือในการรักษา และไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจไม่แตกต่างกัน

โดยสรุปผลการวิจัยครั้งนี้ จึงปฏิเสธสมมุติฐานที่ว่า พฤติกรรมการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค ทั้งนี้ เพราะความเจริญก้าวหน้าทางด้านสาธารณสุข การให้ข้อมูลข่าวสาร ทำให้ประชาชนได้รับทราบถึงอันตรายและความรุนแรงของโรคต่าง ๆ รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ใกล้กับสถานบริการทางด้านสุขภาพของรัฐบาล ทำให้มีความสะดวกในการไปใช้บริการ การสอบถาม และพูดคุย ทำให้บุคคลโดยทั่วไปมีความรู้อย่างทั่วถึงกัน ทั้งครอบครัวชาวไทย

พุทธและครอบครัวชาวไทขมุสลิม จึงมีผลทำให้ทั้งชาวไทพุทธและชาวไทขมุสลิม มีพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลไม่แตกต่างกัน

### 8. สมมุติฐานข้อที่ 8 พฤติกรรมการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์ในการรักษา ภายใต้เงื่อนไขชาติพันธุ์

จากผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการรักษาพยาบาลโดยส่วนรวมไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์ในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อพิจารณาแต่ละโรค พบว่า เมื่อป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงครอบครัวที่รับรู้ประโยชน์สูง ปานกลาง และต่ำ มีพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลแตกต่างกัน นั่นคือ วิธีการรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีการรับรู้ประโยชน์สูง ปานกลาง และต่ำ มีจำนวนผู้ใช้บริการด้านนี้มากใกล้เคียงกัน ส่วนวิธีการรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีการรับรู้ประโยชน์ในการรักษาสูง ปานกลาง และต่ำ มีจำนวนผู้ใช้บริการด้านนี้น้อยใกล้เคียงกัน แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียด พบว่า ครอบครัวที่มีการรับรู้ประโยชน์ต่ำมีจำนวนผู้ใช้บริการมากที่สุด (ตาราง 77) สอดคล้องกับการศึกษาของ เบกเกอร์ (1972 : 845) ที่กล่าวว่า ผู้ที่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำต่าง ๆ อย่างเคร่งครัดจะมีความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้น ๆ สามารถลดภาวะความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อสุขภาพได้

เมื่อพิจารณาโรคปอดบวม โรคไข้เลือดออกและโรคตาแดง พบว่า ครอบครัวที่มีการรับรู้ประโยชน์สูง ปานกลาง และต่ำ มีพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลไม่แตกต่างกัน นั่นคือ วิธีการรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีการรับรู้ประโยชน์สูง ปานกลาง และต่ำ มีจำนวนผู้ใช้บริการด้านนี้มากใกล้เคียงกัน ส่วนวิธีการรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีการรับรู้ประโยชน์สูง ปานกลาง และต่ำ มีจำนวนผู้ใช้บริการด้านนี้น้อยใกล้เคียงกัน ซึ่งถือว่าไม่มีความแตกต่างกัน (ตาราง 79, 81, 83) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ เบกเกอร์ และคณะ (Becker and Maiman, 1975 : 205-216) ที่กล่าวว่า ผู้ที่รับประธานสาสมาเสมอมีความเชื่อว่ายาที่ได้จากแพทย์มีประสิทธิภาพในการรักษาและการรักษาที่ได้รับอนุมัติประโยชน์ ผู้ป่วยที่เชื่อในความสามารถของแพทย์ว่าสามารถรักษาให้หายได้ก็จะไปพบแพทย์ตามนัด ซึ่งจะเห็นได้ว่า การเลือกใช้บริการจากสถานที่ใดผู้ใช้บริการต้องมั่นใจว่าสามารถรักษาให้หายได้แน่นอน

เมื่อพิจารณาภายใต้เงื่อนไขชาติพันธุ์ พบว่าเมื่อป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง โรคปอดบวม โรคไข้เลือดออก และโรคตาแดง ครอบครัวชาวไทพุทธและครอบครัวชาวไทขมุสลิมที่มีการรับรู้ประโยชน์สูง ปานกลาง และต่ำ มีพฤติกรรมการรักษาพยาบาลไม่แตกต่างกัน นั่นคือ วิธีการรักษา

แบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวชาวไทยพุทธและครอบครัวชาวไทยมุสลิม ที่มีการรับรู้ประโยชน์สูง ปานกลาง และต่ำ มีจำนวนผู้ใช้บริการด้านนี้มากใกล้เคียงกัน ส่วนวิธีการรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวชาวไทยพุทธและครอบครัวชาวไทยมุสลิมที่มีการรับรู้สูง ปานกลาง และต่ำ มีจำนวนผู้ใช้บริการด้านนี้น้อยใกล้เคียงกัน (ตาราง 78, 80, 82, 84) สอดคล้องกับการศึกษาของ สาลี เจริมวรรณพงศ์, 2530 : 72) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ประโยชน์ของสถานบริการสูง แต่มาใช้บริการเมื่อมีอาการมาก อาจจะเป็นเพราะมีปัญหาทางด้านค่าใช้จ่าย ภาระหน้าที่ มีผลทำให้ชลอการไปใช้บริการตั้งแต่อาการยังไม่รุนแรง จนไม่สามารถทนต่อการเจ็บป่วยได้จึงต้องไปโรงพยาบาลซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ประโยชน์ในการรักษาสูง ปานกลาง และต่ำ มาใช้บริการจากโรงพยาบาลไม่แตกต่างกัน

โดยสรุปผลการวิจัยครั้งนี้ ปฏิเสธสมมุติฐานที่ว่า พฤติกรรมการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์ในการรักษา ทั้งนี้เพราะจุดมุ่งหมายของการรักษาพยาบาลคือ การหายจากโรค ดังนั้น ทั้งครอบครัวชาวไทยพุทธและครอบครัวชาวไทยมุสลิมได้เล็งเห็นประโยชน์ จึงตัดสินใจเลือกใช้บริการที่คาดว่าจะให้ประโยชน์กับตนสูงสุด จึงทำให้มีพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลไม่แตกต่างกัน

#### 9. สมมุติฐานข้อที่ 9 พฤติกรรมการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สัรรคในการรักษาภายใต้เงื่อนไขชาติพันธุ์

จากผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการรักษาพยาบาลโดยส่วนรวมไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สัรรคในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อพิจารณาแต่ละโรค พบว่า เมื่อป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง โรคไข้เลือดออก และโรคตาแดง พบว่า ครอบครัวที่มีการรับรู้สัรรคต่ำ ปานกลาง และสูง มีพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลแตกต่างกัน นั่นคือ วิธีการรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีการรับรู้สัรรคต่ำ ปานกลาง และสูง มีจำนวนผู้ใช้บริการด้านนี้มากใกล้เคียงกัน ส่วนวิธีการรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ พบว่า ครอบครัวที่มีการรับรู้สัรรคต่ำ ปานกลาง และสูง มีจำนวนผู้ใช้บริการด้านนี้น้อยใกล้เคียงกัน เมื่อพิจารณารายละเอียด พบว่า โรคอุจจาระร่วง และโรคไข้เลือดออก ครอบครัวที่มีการรับรู้สัรรคสูงมีจำนวนผู้ใช้บริการทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณค่อนข้างมาก ถือว่ามีความแตกต่างกัน ส่วนกรณีโรคตาแดง พบว่า ครอบครัวที่มีการรับรู้สัรรคปานกลาง มีจำนวนผู้ใช้บริการทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณค่อนข้างมาก ถือว่ามีความแตกต่างกัน (ตาราง 85, 89, 91) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฟรานซิส

คอร์ช และบอร์วิส (Francis, Korch and Morris, 1969 อ้างถึงใน สาลี เถลิงวรรณพงศ์, 2530 : 18) ที่พบว่า มารดาที่ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์เป็นผู้มีความพอใจในความเป็นกันเองของแพทย์ และรู้สึกว่าการเข้าใจในปัญหาของตน นอกจากนี้ผู้วิจัยยังพบว่า การที่มารดา รู้สึกว่าการไปพบแพทย์ไม่สามารถช่วยแก้ปัญหาได้ รวมทั้งการกลัวเจ็บ ความไม่สุขสบาย ปัญหาด้านการเงิน เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

เมื่อพิจารณาโรคปอดบวมพบว่า ครอบครัวที่มีการรับรู้อุปสรรคต่ำ ปานกลาง และสูง มีพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลไม่แตกต่างกัน นั่นคือ วิธีการรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีการรับรู้อุปสรรคต่ำ ปานกลาง และสูง มีจำนวนผู้ใช้บริการมากใกล้เคียงกัน ส่วนวิธีการรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีการรับรู้อุปสรรคต่ำ ปานกลาง และสูง มีจำนวนผู้ใช้บริการน้อยใกล้เคียงกัน ซึ่งถือว่าไม่มีความแตกต่างกัน (ตาราง 87)

ในกรณีโรคปอดบวม อาจจะเป็นเพราะว่าลักษณะอาการของโรคปอดบวมไม่สามารถวินิจฉัยอาการจากลักษณะของผู้ป่วยได้โดยตรง ต้องอาศัยเครื่องมือทางการแพทย์ ดังนั้น เมื่อบุตรเป็นโรคนี้นิยามารดาที่เกิดความกังวลใจและกลัวอันตรายจึงต้องนำบุตรไปโรงพยาบาล ถึงแม้จะมีอุปสรรคมากน้อยแค่ไหนก็ตาม ซึ่งแตกต่างจากโรคอุจจาระร่วง ให้เลือกออก และตาแดง ที่สามารถบ่งบอกถึงลักษณะของโรคจากอาการของผู้ป่วยได้ชัดเจนมากกว่า

เมื่อพิจารณาภายใต้เงื่อนไขชาติพันธุ์ พบว่าเมื่อป่วยเป็นโรคใช้เลือกออก ครอบครัวชาวไทพุทธรและครอบครัวชาวไทมุสลิมที่มีการรับรู้อุปสรรค ต่ำ ปานกลางและสูง มีพฤติกรรมการรักษาพยาบาลแตกต่างกัน นั่นคือ วิธีการรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวชาวไทพุทธรและครอบครัวชาวไทมุสลิม มีจำนวนผู้ใช้บริการด้านนี้มากใกล้เคียงกัน ส่วนวิธีการรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ พบว่า ครอบครัวชาวไทพุทธรและครอบครัวชาวไทมุสลิมที่มีการรับรู้อุปสรรคสูงมีจำนวนผู้ใช้บริการด้านนี้ค่อนข้างสูง (ตาราง 90)

เมื่อพิจารณาโรคอุจจาระร่วง โรคปอดบวม และโรคตาแดง พบว่า ครอบครัวชาวไทพุทธรและครอบครัวชาวไทมุสลิม มีพฤติกรรมการรักษาพยาบาลไม่แตกต่างกัน นั่นคือ วิธีการรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวชาวไทพุทธรและครอบครัวชาวไทมุสลิม มีจำนวนผู้ใช้บริการมากใกล้เคียงกัน ส่วนวิธีการรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวชาวไทพุทธรและครอบครัวชาวไทมุสลิมมีจำนวนผู้ใช้บริการด้านนี้ค่อนข้างน้อย แต่ในกรณีโรคอุจจาระร่วงจะพบว่า ครอบครัวชาวไทพุทธรและครอบครัวชาวไทมุสลิมที่มีการรับรู้อุปสรรคต่ำ ปานกลาง และสูง จะมีจำนวนผู้ใช้บริการด้านนี้มากขึ้นตามลำดับ (ตาราง 86, 88, 92) สอดคล้องกับการศึกษาของ

สาส์น เอลิมวารรพวงศ์ (2530 : 70) ที่กล่าวว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ชาวไทยมุสลิมไม่นิยมใช้การรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบัน เนื่องจากชาวไทยมุสลิมส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนของครอบครัวต่ำ เช่นเดียวกับชาวไทยพุทธเพราะขาดปัจจัยด้านการเงิน ย่อมเลือกสถานบริการที่สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้มากกว่า ซึ่งเช่นเดียวกับผลการวิจัยในครั้งนี้

โดยสรุปผลการวิจัยครั้งนี้ ปฏิเสธสมมุติฐานที่ว่า พฤติกรรมการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้อุปสรรคในการ ทั้งนี้เพราะสภาพภูมิศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ค่อนข้างจะสะดวกในการเดินทางไปรักษาพยาบาล ทั้งครอบครัวชาวไทยพุทธและครอบครัวชาวไทยมุสลิม รวมทั้งสภาพเศรษฐกิจและสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ค่อนข้างจะมีความพร้อมพอสมควร ดังนั้นจึงไม่เป็นอุปสรรคในการที่จะรักษาโรคต่าง ๆ ของบุตร

ผลการวิจัยครั้งนี้จะเห็นได้ว่า ปฏิเสธสมมุติฐานหลักทั้ง 9 ข้อ ซึ่งในประเด็นนี้คาดว่าตัวแปรที่เข้ามามีอิทธิพลต่อผลการวิจัยมีหลายตัว ซึ่งได้แก่ สภาพทางภูมิศาสตร์ พื้นที่ของเมือง ความเจริญก้าวหน้าของสื่อสารมวลชน ระยะทางความใกล้-ไกลระหว่างบ้านกับสถานบริการ ความเปลี่ยนแปลงของสังคมและวัฒนธรรมจากความเชื่อเดิม ๆ ในอดีต กลายมาเป็นความเชื่อตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ อาชีพของผู้ปกครองซึ่งต้องทำงานนอกบ้าน ทำให้มีเวลาในการดูแลบุตรในยามเจ็บป่วยน้อยลง ดังนั้น จึงต้องเลือกสถานที่รักษาที่คิดว่ามีประสิทธิภาพ มีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่พร้อมเพรียงและทันสมัย จากสภาพความเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ทำให้บุคคลและครอบครัวมีพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลเป็นไปในรูปแบบเดียวกัน

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับทฤษฎีของโรเซนสตอก น่าจะมาจากการทดสอบของผู้วิจัยเป็นการทดสอบของตัวแปรหลายตัว (Multivariate Variable) และการให้รายละเอียดของตัวแปรโดยใช้ตัวแปรคุม (Elaboration) แต่ในขณะที่เดียวกันตัวแบบ (Model) ของโรเซนสตอก ไม่ได้กล่าวถึงการให้รายละเอียด และการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัว และในส่วนของระเบียบวิธีวิจัย (Methodology) โรเซนสตอกก็ไม่ได้กล่าวไว้อย่างชัดเจน ดังนั้น ความไม่สอดคล้องกันของผลการวิจัยกับตัวแบบทางทฤษฎีของโรเซนสตอกน่าจะเป็นอย่างทีกล่าวมาแล้ว และรอโอกาสที่จะทดสอบต่อไป

ในทำนองเดียวกันกับตัวแบบทฤษฎีของฮิง ซึ่งข้อสรุปที่ได้นี้จะ เป็นข้อสรุปชั่วคราวที่รอให้มีการทดสอบต่อไป ซึ่งในส่วนนี้ แซทเทอร์เบิร์ก ได้กล่าวไว้ว่า การปฏิเสธสมมุติฐานเกิดจากปัจจัยหลายอย่าง เช่น กลุ่มตัวอย่าง ความเที่ยงตรงของการวัด การเก็บข้อมูล และการใช้ตัวแปรคุม รวมทั้งปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในของตัวแปร X คือ ในการศึกษาตัวแปร X จะมีปัจจัยต่าง ๆ

ที่สัมพันธ์กับ X ก่อนที่จะส่งผลต่อการเกิดของ Y ถ้าศึกษา X เพียงตัวเดียวไม่คำนึงถึงปัจจัยดังกล่าว ผลที่ออกมา ก็อาจจะไม่ตรงกับทฤษฎี นอกจากนี้ ตัวแปรคุม สภาพความเปลี่ยนแปลงของสังคมในแต่ละยุคแต่ละสมัย ก็จะมีอิทธิพลต่อการเกิด Y ดังนั้น การปฏิเสธสมมติฐานจึงทำให้เกิดความรู้ใหม่ เพื่อรอการทดสอบต่อไป (Zetterberg, 1985 : 150)

จากผลการวิจัยตรงนี้สามารถสรุปตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

### 1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการรักษาพยาบาลของครอบครัวชาวไทยพุทธและครอบครัวชาวไทยมุสลิม

จากการศึกษาพฤติกรรมการรักษาพยาบาลของครอบครัวชาวไทยพุทธ พบว่า ในการรักษาโรคอุจจาระร่วง โรคปอดบวม โรคไข้เลือดออก และโรคตาแดง ส่วนใหญ่ใช้วิธีการรักษาแบบแผนปัจจุบัน ซึ่งเชื่อว่าวิธีการรักษาแบบนี้สามารถรักษาให้หายได้แน่นอน รวมทั้งอันตรายต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นกับบุตรก็น้อย ส่วนครอบครัวที่เลือกวิธีการรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ จากการศึกษา พบว่า ครอบครัวชาวไทยพุทธมีจำนวนน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการแบบแผนปัจจุบัน ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากสถานบริการที่เป็นแบบแผนปัจจุบันอยู่ใกล้กับที่อาศัย รวมทั้งมีความพร้อมความสะดวกในการเดินทาง ทำให้ครอบครัวชาวไทยพุทธเลือกใช้วิธีการรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่เลือกใช้คาดว่าน่าจะเป็นครอบครัวที่มีสมาชิกที่อาศัยอยู่ด้วยกัน มีความรู้ในเรื่องการรักษาโรคนั้น ๆ มาก่อน และจะเลือกใช้เฉพาะเด็กที่ป่วยเล็กน้อย อาการไม่รุนแรง ถ้าอาการรุนแรงขึ้นก็จะนำส่งโรงพยาบาล หรือคลินิกเช่นเดียวกัน

ส่วนครอบครัวชาวไทยมุสลิม จากการศึกษาพบว่า ในการรักษาโรคอุจจาระร่วง โรคปอดบวม โรคไข้เลือดออก และโรคตาแดง ส่วนใหญ่ใช้วิธีการรักษาแบบแผนปัจจุบัน เช่นเดียวกับครอบครัวชาวไทยพุทธ และเหตุผลที่เลือกรักษา ก็เช่นเดียวกัน ส่วนวิธีการรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ พบว่า ครอบครัวชาวไทยมุสลิมมีจำนวนน้อยเช่นกัน แต่ถ้าพิจารณาในภาพรวม นางโรคจะมีมากกว่าชาวไทยพุทธเล็กน้อย ซึ่งครอบครัวส่วนใหญ่จะมีความเชื่อด้านศาสนาเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น การสวดขอพรจากพระเจ้าให้บุตรที่เจ็บป่วยหายเร็วขึ้น มีการปรึกษาจากหมอบ้านที่อาศัยใกล้กัน และสำหรับบางโรคที่อาการไม่รุนแรงนักก็จะใช้ยาสมุนไพรพร้อม ๆ กับใช้ยาจากหมอแผนปัจจุบัน วิธีการรักษาดังกล่าวความเชื่อเกี่ยวข้องกับปฏิบัติตัวสามเจ็บป่วยยังมีอิทธิพลต่อชาวไทยมุสลิมในบางกรณี แต่ทั้งนี้เมื่อพิจารณาผลจากการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่า พฤติกรรมการรักษาพยาบาลของครอบครัวชาวไทยพุทธและครอบครัวชาวไทยมุสลิมไม่แตกต่างกัน

## 2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมประกอบของครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษา

พยาบาล

องค์ประกอบของครอบครัวที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย ชาติพันธุ์ ระดับการศึกษาของมารดา รายได้ ความรู้ด้านสุขภาพ และจำนวนบุตร

จากการศึกษาพบว่า องค์ประกอบของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาพยาบาลของครอบครัวชาวไทยพุทธและครอบครัวชาวไทยมุสลิม แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของโรคจะพบว่า มีตัวแปรที่เป็นองค์ประกอบบางตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาพยาบาล แต่เป็นความสัมพันธ์เล็กน้อย แต่เมื่อมองในภาพรวมของตัวแปรกับโรคแต่ละโรคตามสมมุติฐานหลัก พบว่าองค์ประกอบของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาพยาบาลทั้งครอบครัวชาวไทยพุทธและครอบครัวชาวไทยมุสลิม จึงสรุปได้ว่า องค์ประกอบของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาพยาบาล

## 3. เพื่อเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างครอบครัวชาวไทยพุทธกับครอบครัวชาวไทยมุสลิม

จากการศึกษาพบว่า ครอบครัวชาวไทยพุทธกับครอบครัวชาวไทยมุสลิมมีความเชื่อด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน นั่นคือ ครอบครัวชาวไทยพุทธจะมีความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดขึ้น การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา และการรับรู้อุปสรรคในการรักษา ทั้งในระดับสูง ปานกลาง และต่ำ ส่วนใหญ่ก็จะมีพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลในรูปแบบเดียวกัน นั่นคือ การรักษากับหมอแผนปัจจุบัน ส่วนครอบครัวชาวไทยพุทธมีจำนวนน้อยที่เลือกใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ส่วนใหญ่ที่เลือกวิธีนี้เพราะได้รับคำแนะนำจากญาติผู้ใหญ่และเคยปฏิบัติตาม ทำให้ช่วยบรรเทาอาการป่วยของบุตรได้ แต่บุตรต้องมีอาการเริ่มแรกที่ไม่รุนแรงมากนัก เช่น โรคอุจจาระร่วง โรคตาแดง ส่วนโรคปอดขวม และโรคไข้เลือดออก ถ้าทราบว่าเป็นโรคเหล่านี้ก็จะนำส่งโรงพยาบาลทันที ดังนั้น จึงจะเห็นได้ว่าความเชื่อด้านสุขภาพบางครั้งก็ยังมีความเชื่อที่สืบทอดกันมา แต่จะเลือกใช้ให้เหมาะสมกับโอกาสและความรุนแรงของโรค ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นยาสมุนไพร เช่น ใบฝรั่ง ใบชา ทางมะพร้าวเผาคั้นเอาน้ำให้บุตรดื่มแก้โรคท้องร่วง แต่ก็จะมีอุปสรรคคือ บางครั้งไม่สามารถหาสมุนไพรเหล่านี้ได้ก็จำเป็นต้องไปโรงพยาบาล แม้ว่าบุตรจะมีอาการป่วยเพียงเล็กน้อย ส่วนเมื่อบุตรเป็นโรคตาแดง ก็ให้ล้างตากับน้ำเกลือหรือซีสซาหอดูดตาจากร้านขายยา และให้พักผ่อนมาก ๆ รวมทั้งผู้ป่วยต้องระวังไม่แพร่เชื้อไปยังผู้อื่น ซึ่งมีความเชื่อว่า เมื่อพบเห็นคนที่เป็นโรคตาแดงให้หลบเดินใส่ผู้ที่พบเห็นก็จะไม่ติดเชื้อดังกล่าว ในประเด็น

นี้ความเชื่อของแต่ละกลุ่มคนแต่ละสังคมก็จะแตกต่างกันออกไปตามรูปแบบและวิถีการดำเนินชีวิต และความเชื่อที่เคยปฏิบัติสืบต่อกันมา

ส่วนครอบครัวชาวไทยมุสลิม ความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการรักษา ทั้งในระดับสูง ปานกลาง และต่ำ ก็จะมีลักษณะเช่นเดียวกับครอบครัวชาวไทยพุทธ เพียงแต่ครอบครัวชาวไทยมุสลิมจะให้ความสำคัญกับการรักษาความสะอาด เช่น ต้องอาบน้ำละหมาดอย่างน้อยวันละ 5 ครั้ง เพื่อชำระล้างความสกปรก ไม่ให้ใกล้เคียงกับสิ่งซึ่งถือว่าเป็นสิ่งน่าเชื่อโรค ตามวัฏประเพณีถือสุกฺร เพราะเชื่อว่าเป็นแหล่งสะสมเชื้อโรค ส่วนใหญ่ความเชื่อดังกล่าวจะได้รับอิทธิพลจากศาสนาอิสลาม รวมทั้งความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาโรค โดยการขอพรจากพระเจ้า เช่น การสวดคฺุอาห์ เพื่อให้บุตรหายเร็วขึ้น ส่วนใหญ่จะให้ก่อนที่จะนำบุตรไปโรงพยาบาลหรือขณะรักษาตัวที่บ้านหรือที่โรงพยาบาล และเชื่อว่าการเจ็บป่วยทำให้บุคคลได้ใกล้ชิดกับพระเจ้า เพราะได้นึกถึงพระเจ้า ทำให้เป็นคนที่มีความรัก ความภักดีต่อพระเจ้า จะส่งผลให้การเจ็บป่วยหายเร็วขึ้น

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างครอบครัวชาวไทยพุทธและครอบครัวชาวไทยมุสลิมในเขตเทศบาลเมืองปัตตานีโดยทั่วไปจะมีลักษณะคล้ายคลึงกัน แต่จะแตกต่างกันส่วนของความเชื่อที่ได้รับอิทธิพลจากศาสนา ซึ่งได้รับการปฏิบัติสืบต่อกันมา ซึ่งชาวไทยมุสลิมถือว่าเป็นธรรมเนียมของชีวิต

### องค์ความรู้ที่ได้จากการทำวิจัย

1. ผลการวิจัยครั้งนี้ช่วยให้เกิดองค์ความรู้ (Body of Knowledge) ดังนี้
  - 1.1 เกิดความรู้ความเข้าใจระบบการแพทย์แนวพุทธและระบบการแพทย์แนวอิสลามในเขตเทศบาลเมืองปัตตานี ซึ่งไม่เคยมีใครศึกษามาก่อน
  - 1.2 พฤติกรรมการรักษาพยาบาลของครอบครัวชาวไทยพุทธและครอบครัวชาวไทยมุสลิมดำเนินไปอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
  - 1.3 ความแตกต่างของการแพทย์แนวพุทธและการแพทย์แนวอิสลาม
  - 1.4 ระบบการแพทย์แนวพุทธและแนวอิสลาม มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของคนในเขตเมืองน้อยลง



- 1.5 แนวความคิดและความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการรักษาของคนในเขตเมืองมีความทันสมัยยิ่งขึ้น (Modernity) ไม่ว่าจะเป็นชาวไทยพุทธหรือมุสลิม
  - 1.6 ความเปลี่ยนแปลงของสังคมและวัฒนธรรมในเขตเมือง ทำให้ความเข้มแข็งของวัฒนธรรมแบบพุทธและอิสลามลดลงไป
  - 1.7 องค์ประกอบของครอบครัวที่ศึกษาไม่มีอิทธิพลต่อการเลือกสถานรักษาพยาบาลของคนในเขตเมือง
  - 1.8 ความสัมพันธ์ของคนในสังคมที่ต่างวัฒนธรรมกัน สามารถผสมผสานวัฒนธรรมต่าง ๆ ให้สามารถอยู่ร่วมกันในสังคมได้
2. ผลการวิจัยครั้งนี้ก่อให้เกิดสมมุติฐานใหม่ที่ควรนำไปใช้ในการวิจัยครั้งต่อไป เพื่อให้ได้องค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการรักษาพยาบาล ดังต่อไปนี้
    - 2.1 สภาภูมิศาสตร์กับพฤติกรรมกรรมการรักษาพยาบาลในเขตเมือง
    - 2.2 การศึกษากับพฤติกรรมกรรมการรักษาพยาบาล
    - 2.3 พฤติกรรมการรับรู้ข่าวสารด้านสาธารณสุขกับพฤติกรรมกรรมการรักษาพยาบาล
    - 2.4 เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการรักษาพยาบาลของครอบครัวในเขตเมืองและชนบท
    - 2.5 เปรียบเทียบประเภทของครอบครัวกับพฤติกรรมในการรักษาพยาบาล
    - 2.6 เปรียบเทียบระบบการแพทย์แนวพุทธ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการรักษาพยาบาลของครอบครัวในเขตเมืองและชนบท
    - 2.7 เปรียบเทียบระบบการแพทย์แนวอิสลาม ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการรักษาพยาบาลของครอบครัวในเขตเมืองและชนบท
    - 2.8 ระยะเวลาที่อยู่อาศัยกับพฤติกรรมในการรักษาพยาบาล
    - 2.9 เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการรักษาพยาบาลระหว่างเพศของบุตรในครอบครัว
    - 2.10 ศึกษาและพิสูจน์ทฤษฎีเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพของไทเช่นสวดอก และของฮัจ
    - 2.11 ศึกษาพฤติกรรมกรรมการรักษาพยาบาลของครอบครัวชาวไทยพุทธและชาวไทยมุสลิม โดยใช่วิธีเชิงคุณภาพ
    - 2.12 ศึกษาพฤติกรรมกรรมการรักษาพยาบาล ภาษาใต้เงี้ยวของตัวแปรคุมที่ยังไม่ได้ศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้

## ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยพบว่า ทั้งครอบครัวชาวไทยพุทธและครอบครัวชาวไทยมุสลิมส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลที่เป็นแบบแผนปัจจุบัน แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดจะพบว่า ส่วนใหญ่ชาวไทยมุสลิมจะมีพฤติกรรมการรักษาพยาบาล ทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณมากกว่าชาวไทยพุทธ ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่า ชาวไทยมุสลิมถึงแม้ว่าจะเชื่อว่าวิธีการรักษาแบบแผนปัจจุบันเป็นวิธีการที่ดี แต่เนื่องจากอาการของเด็กผู้ป่วยยังไม่รุนแรงและเริ่มมีอาการ จึงใช้วิธีการรักษาแบบแผนโบราณ เมื่อไม่หายจึงจะนำไปรักษาที่โรงพยาบาลหรือคลินิกเอกชน นอกจากนี้ยังพบว่า ภาษาที่ใช้พูดสื่อสารระหว่างการรักษา และศาสนาของผู้ที่ทำการศึกษาก็มีส่วนในการตัดสินใจเลือกสถานรักษาพยาบาลของชาวไทยมุสลิม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข เพื่อส่งเสริมให้ชาวไทยพุทธและชาวไทยมุสลิมไปใช้บริการของหมอแผนปัจจุบัน ตั้งแต่บุตรมีอาการแรกเริ่ม เพื่อจะได้ง่ายในการปฏิบัติการรักษา มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### 1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 ประชาชนใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส มีวิถีการดำเนินชีวิตโดยใช้ภาษาส่วในการติดต่อสื่อสารเป็นประจำ ซึ่งรัฐบาลได้เห็นความสำคัญและพยายามปรับปรุงคุณภาพ และประสิทธิภาพของการศึกษา และเร่งรัดการเรียนภาษาไทยเพื่อให้ประชาชนพูดและใช้ภาษาไทยได้ และเพื่อแก้ไขทัศนคติที่ไม่ถูกต้องหลายประการ จึงควรที่จะมีโครงการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมการพูดภาษาไทย เช่น โครงการส่งเสริมการเรียนการสอนวิชาภาษาไทยแก่นักเรียนโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนโดยทั่วไปสามารถพูดและใช้ภาษาไทยได้ ทั้งนี้ เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาทางด้านสังคมและเศรษฐกิจของชุมชน และประเทศต่อไป

1.2 ส่งเสริมให้มีการอบรมความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนในท้องถิ่น รวมทั้งจัดให้มีบุคลากรในท้องถิ่นที่มีความรู้ด้านสุขภาพ สามารถให้คำปรึกษาแก่สมาชิกในหมู่บ้านเมื่อเกิดการเจ็บป่วยได้

1.3 ส่งเสริมให้กรรมการหมู่บ้าน ผู้นำหมู่บ้าน ผู้นำศาสนา และผู้นำอื่น ๆ ที่มีในหมู่บ้านบุคคลเหล่านี้ถือว่าเป็นบุคคลสำคัญในชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรรหาโอกาสไปพบปะ ชี้แนะ และอธิบายให้บุคคลเหล่านี้เห็นปัญหาของการเป็นโรคของเด็ก และให้ความรู้ในการดูแลคนป่วยเบื้องต้นก่อนที่จะนำไปพบแพทย์

1.4 ในการจัดสรรงบประมาณ ควรจัดให้เพียงพอแก่ความต้องการด้านสาธารณสุขของประชาชน เพราะสุขภาพถือว่าเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญที่สุด ถ้าบุคลากรมีสุขภาพดีทุกคน ความพร้อมในการพัฒนาประเทศด้านต่าง ๆ ก็จะมีความพร้อมมากยิ่งขึ้น

1.5 ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ควรจัดนโยบายการกระจายบุคลากรทางการแพทย์ให้เหมาะสมกับสภาพสังคมและวัฒนธรรม คือ ควรจัดให้แพทย์ หรือพยาบาลที่เป็นชาวไทยมุสลิม และสามารถพูดภาษามลายูท้องถิ่นได้ประจำอยู่ในโรงพยาบาลในจังหวัดชายแดนภาคใต้

## 2. ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ปฏิบัติ

2.1 เจ้าหน้าที่สถานีสสาธารณสุขตำบล ควรใช้ประโยชน์จากความใกล้ชิดและเข้าใจสภาพข้อมูลพื้นฐานของชุมชนเป็นอย่างดี เป็นแนวทางในการให้สุศึกษาและเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ เกี่ยวกับงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเด็ก เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็กทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย

2.2 การให้สุศึกษาเป็นรายบุคคล ในขณะที่บุคคลดังกล่าวนำบุตรมารักษาพยาบาล แพทย์หรือพยาบาลสามารถให้ความรู้ คำแนะนำ และให้คำปรึกษากับบุคคลเหล่านั้นได้ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองดังกล่าวซักถามข้อสงสัย และปัญหาต่าง ๆ ได้ หากไม่ขัดกับจรรยาแพทย์

2.3 การให้สุศึกษาเป็นรายกลุ่ม สามารถทำได้ทั้งนอกและในสถานีนอามัย เช่น การออกเยี่ยมบ้าน หรือการอบรมความรู้ด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนโดยทั่วไป อาจจะใช้สื่อต่าง ๆ ได้แก่ แผ่นภาพ แผ่นพลิก โปสเตอร์ ซึ่งแบ่งรายละเอียดต่าง ๆ ให้เป็นขั้นตอน สามารถที่จะเข้าใจได้ง่ายยิ่งขึ้น

2.4 ให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ โดยร่วมมือกับรายการวิทยุ จัดการประชาสัมพันธ์ การให้บริการของโรงพยาบาลเป็นภาษาไทยกลาง ภาษาไทยท้องถิ่นภาคใต้ และภาษามลายูท้องถิ่น

2.5 จัดรายการเกี่ยวกับสุขภาพผ่านทางวิทยุ หรือโทรทัศน์ เป็นภาษามลายูและภาษาไทย เพื่อเพิ่มพูนความรู้ด้านอันตราย การระมัดระวัง การรักษาโรคต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ฟังได้มีความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดโรค รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยในระยะเริ่มแรกก่อนที่จะนำไปพบแพทย์

2.6 จัดหน่วยบริการสาธารณสุขเคลื่อนที่ไปให้บริการแก่ชาวไทยมุสลิมที่อยู่ห่างไกลออกไป

### 3. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยที่เป็นอุปสรรคที่ทำให้ชาวไทมูสลิมมาใช้บริการสาธารณสุขล่าช้า ว่าเกิดจากปัจจัยใดบ้าง
2. ศึกษาเปรียบเทียบความเชื่อของชาวไทยพุกถนและชาวไทมูสลิมในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้
3. ศึกษาเปรียบเทียบความเชื่อระหว่างชาวไทยพุกถนและชาวไทมูสลิมเฉพาะด้าน เช่น การดูแลสุขภาพในภาวะปกติและการดูแลสุขภาพในภาวะเจ็บป่วย
4. เนื่องจากตัวแปรที่นำมาศึกษาบางตัวจะมีความสัมพันธ์กันในกลุ่ม ดังนั้น เพื่อให้ผลสรุปได้ดียิ่งขึ้นควรศึกษาเฉพาะราย (Case Study) ในกรณีดังกล่าว รวมทั้งสรุปสาเหตุว่ามาจากอะไรจะได้คำตอบที่ชัดเจนยิ่งขึ้น