

2.2.2) หน้าที่ที่มีได้กำหนดไว้อย่างชัดเจนอย่างเป็นทางการ หรือหน้าที่แฝงเร้น ซึ่งช่วยให้สังคมปรับตัวได้ (Latent Function) หมายถึง การปฏิบัติตามหน้าที่ที่แอบแฝงของสถาบันต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความกระทบกระทั่งต่อสังคมส่วนรวม คือ จากการปฏิบัติของหมอแผนโบราณในการทำแท้งให้กับคนที่ไม่พึงประสงค์จะมีบุตร และเมื่อคนส่วนใหญ่ยอมรับและนิยมมาทำแท้งกัน มากขึ้นจะส่งผลทำให้สถาบันส่วนอื่นในสังคมได้รับความกระทบกระทั่ง เช่น ผิดกฎหมาย ผิดศีลธรรมจรรยา แต่เมื่อหมอแผนโบราณต้องปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวเพื่อความอยู่รอดของตนเอง สถาบันที่เกี่ยวข้องก็ต้องช่วยกันแก้ปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้นและต้องปรับเปลี่ยนค่านิยมของสถาบันครอบครัวในการไปใช้บริการดังกล่าว เพื่อให้สถาบันส่วนอื่นในสังคมสามารถดำรงอยู่ได้อย่างมีดุลยภาพ ถ้าไม่เช่นนั้นแล้วสังคมดังกล่าวก็ต้องล่มสลาย

โดยสรุปแล้ว ตามทัศนะสำนักหน้าที่นิยม เขาจะมองว่าสังคมเน้นภาพรวมเป็นระบอบ (Whole) จะประกอบด้วยสถาบัน (Parts) ซึ่งแต่ละสถาบันหรือส่วนย่อยต้องปฏิบัติหน้าที่ ของตนให้ดีที่สุดเพื่อให้เกิดดุลยภาพ ถ้าเกิดส่วนใดส่วนหนึ่งเกิดทำหน้าที่ผิดพลาดไปจากเดิมจะส่งผลให้ส่วนอื่น ๆ ได้รับความกระทบกระทั่งตามด้วย

3) ประเด็นที่หน้าที่นิยมสนใจศึกษาอีกประเด็นหนึ่งก็คือ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากโครงสร้างและหน้าที่ทางสังคม อันเกิดจากหน้าที่ที่ขาดประสิทธิภาพ (Dysfunction) ที่ทำให้มีการปรับตัวได้น้อย ดังนั้น สังคมทั้งในระดับมหภาค และจุลภาคจะต้องมีการปรับตัวเพื่อให้เกิดความสมดุลผลของการปรับตัวของสังคมจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม ตลอดทั้งบุคลิกภาพของสมาชิกของแต่ละสังคม

3.1) กรอบทฤษฎี (Theoretical Framework)

การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการรักษาพยาบาลในครั้ง นี้ ใช้ทฤษฎีและแนวความคิดเกี่ยวกับทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนสตอกเป็นหลัก รวมทั้งการเพิ่มเติมของเบคเกอร์ ที่เป็นตัวแปรทางด้านคุณลักษณะประชากรเข้ามาประกอบในการศึกษา ส่วนพฤติกรรม การรักษาพยาบาลจะใช้ทฤษฎีพฤติกรรมการเข้าถึงแหล่งบริการของ ฮิง เป็นหลัก นอกจากนี้ ก็ใช้ตัวแปรทางด้านลักษณะโครงสร้างของครอบครัว (Determinant Based on Family) เข้ามาประกอบเพื่อความสัมพันธ์ของการศึกษามากยิ่งขึ้น

ตัวแปรที่เป็นโครงสร้างครอบครัวที่นำมาศึกษาในครั้ง นี้ประกอบด้วย ตัวแปร 5 ตัว ได้แก่ ชาติพันธุ์ ระดับการศึกษาของมารดา รายได้ ความรู้ด้านสุขภาพ จำนวนบุตรในครอบครัว ซึ่งคาดว่าลักษณะประชากรดังกล่าวจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรักษาพยาบาลแบบ

แผนโบราณและแบบแผนปัจจุบัน กลุ่มที่มีลักษณะโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรมเข้มแข็งหรือมีความยึดหยุ่นน้อย มีแนวโน้มที่จะดูแลสุขภาพตามแบบที่เคยปฏิบัติสืบต่อกันมา ซึ่งถือเป็นการรักษาพยาบาลแบบแผนโบราณ ในทางกลับกันกลุ่มใดที่มีโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรมที่ยึดหยุ่นสามารถปรับตัวได้ดี พฤติกรรมการรักษาพยาบาลมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงไปตามความเจริญของสังคม ซึ่งถือเป็นการรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบัน ถ้ากลุ่มใดมีระดับการศึกษาต่ำ รายได้น้อย ความรู้ด้านสุขภาพต่ำ จำนวนบุตรในครอบครัวมาก แนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการรักษาพยาบาลแบบแผนโบราณสูง

ตัวแปรด้านความเชื่อที่นำมาศึกษามีทั้งหมด 4 ตัว คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ในการรักษาโรค การรับรู้ถึงอุปสรรคในการรักษาโรค ซึ่งคาดว่าครอบครัวของกลุ่มที่มีการรับรู้ถึงความเสี่ยงของโรคต่ำ การรับรู้ความรุนแรงของโรคต่ำ การรับรู้ถึงประโยชน์ในการรักษาโรคต่ำ การรับรู้ถึงอุปสรรคในการรักษาโรคสูง มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการรักษาพยาบาลแบบโบราณ ในทางตรงกันข้ามครอบครัวของกลุ่มที่รับรู้ความเสี่ยงของโรคสูง รับรู้ความรุนแรงของโรคสูง รับรู้ถึงประโยชน์ในการรักษาโรคสูง และรับรู้ถึงอุปสรรคในการรักษาโรคต่ำ มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบัน เมื่อนำตัวแปรดังกล่าวมาเชื่อมโยงเข้าด้วยกันตามหลักตรรกศาสตร์ก็จะกลายเป็นประพจน์ (Propositions) ที่อาจจะเป็นทฤษฎี กฎ หรือข้อความสรุปทั่วไป (Generalizations) แล้วแต่กรณี ในประเด็นนี้

เทอร์เนอร์ (Jonathan H. Turner, 1986 : 288) ได้กล่าวถึง วิธีการสร้างประพจน์โดยแต่ละประพจน์ เกิดจากการเชื่อมโยงแนวความคิดสองแนวความคิดเข้าด้วยกัน ซึ่งการเชื่อมโยงตามแบบของเทอร์เนอร์จะเกิดเป็นประพจน์ที่แสดงความเป็นเหตุผล ระหว่างแนวความคิดทั้งสอง คือ ในประพจน์หนึ่ง ๆ จะประกอบไปด้วยส่วนที่เป็นสาเหตุ (Cause) และส่วนที่เป็นผลลัพธ์ (Effect) ซึ่งเป็นผลมาจากแนวความคิดแรก โดยที่แนวความคิดที่เป็นผลลัพธ์จะไม่มีอิทธิพลต่อแนวความคิดที่เป็นสาเหตุ ในขณะที่ฮันส์ เซทเทอร์เบิร์ก (Hans Zetterberg, 1965 : 69-73) เรียกความสัมพันธ์แบบนี้ว่า ความสัมพันธ์ที่ไม่ย้อนกลับ หรือความสัมพันธ์แบบอสมมาตร (Asymmetrical Relationship) และเมื่อรวมหลาย ๆ ประพจน์เข้าด้วยกันตามหลักตรรกศาสตร์ก็จะกลายเป็นทฤษฎี หากประพจน์นั้นได้รับการพิสูจน์ในระดับหนึ่งจากความเป็นนามธรรมของทฤษฎีรูปแบบนี้สามารถนำมาอธิบายเป็นสมมติฐานเชิงประจักษ์ เพื่อพิสูจน์ทดสอบได้ เช่นกรณีดังต่อไปนี้

- 1) ซึ่งบุคคลมีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพมากเท่าใด ก็ยิ่งทำให้บุคคลมีพฤติกรรมกรรมการแสวงหาแหล่งรักษาพยาบาลสอดคล้องกัน การเกิดของโรคมักขึ้นเท่านั้น
- 2) ซึ่งบุคคลมีความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวสังคมและวัฒนธรรมในอดีตมากเท่าใดยิ่งทำให้บุคคลมีพฤติกรรมกรรมการแสวงหาแหล่งรักษาพยาบาลเป็นไปตามแนวความเชื่อเดิมมากขึ้นเท่านั้น
- 3) ซึ่งบุคคลมีความคาดหวังกับพฤติกรรมกรรมการรักษาพยาบาลจากแหล่งนั้น ๆ และประสบความสำเร็จในการรักษามากขึ้นเท่าใด ยิ่งทำให้บุคคลมีพฤติกรรมในการใช้บริการจากสถานพยาบาลแหล่งนั้น ๆ มากขึ้นเท่านั้น
- 4) ซึ่งบุคคลมีความพร้อมและสะดวกในการดูแลสุขภาพมากขึ้นเท่าใด ยิ่งทำให้บุคคลมีความพร้อมในพฤติกรรมกรรมการรักษาพยาบาลแหล่งต่าง ๆ ตามความประสงค์ของตนเองและครอบครัวได้มากขึ้นเท่านั้น

จากประพจน์ดังกล่าว เป็นการประมวลความรู้ด้านสุขภาพจากทฤษฎีและการศึกษาค้นคว้ารวมทั้งบทวิจารณ์ของ ประภาเพ็ญ สุวรรณ ซึ่งจากการค้นคว้าพบว่า ในการศึกษาถึงพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลยังไม่มีทฤษฎีใด หรือนักทฤษฎีคนใดได้มีการนิรนัยทฤษฎีออกมาเป็นประพจน์ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงอาศัยการศึกษาค้นคว้า การกล่าวอ้างถึงของนักพฤติกรรมศาสตร์และนักมานุษยวิทยาและสังคมวิทยาทางการแพทย์ได้ตัดแปลงและตกแต่งรูปประโยคให้ออกมาเป็นประพจน์ดังกล่าว

ขอเสนอประพจน์ที่เป็นลัทธิหรือข้อเสนอ (Postulates) ดังต่อไปนี้

1) ข้อเสนอ

1.1) ครอบครัวที่บุคคลมีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพมาก ทำให้มีพฤติกรรมกรรมการแสวงหาแหล่งรักษาพยาบาล สอดคล้องกับการเกิดขึ้นของโรค

1.2) สมาชิกของครอบครัวในจังหวัดปัตตานี (ไทยพุทธ-ไทยมุสลิม) เป็นผู้มีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ

ผลการนิรนัย

"เพราะฉะนั้น สมาชิกของครอบครัวในจังหวัดปัตตานีที่มีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ ทำให้เลือกสถานพยาบาลได้สอดคล้องกับสาเหตุการเกิดขึ้นของโรคมกเท่านั้น

ผลของการนิรนัยเขียนในรูปของสมมติฐานทางทฤษฎี คือ "ครอบครัวที่มีสมาชิกมีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ สามารถเลือกสถานรักษาพยาบาลได้สอดคล้องกับการเกิดขึ้นของโรค"

2) ข้อเสนอ

ครอบครัวที่มีมารดาที่มีระดับการศึกษาสูงทำให้มีพฤติกรรมในการเลือกสถานพยาบาลสอดคล้องกับการเกิดขึ้นของโรคมากขึ้นเท่านั้น มารดาของครอบครัวในจังหวัดปัตตานี เป็นผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง

ผลการนิรนัย

"เพราะฉะนั้น มารดาของครอบครัวในจังหวัดปัตตานีที่มีระดับการศึกษาสูงทำให้เลือกสถานรักษาพยาบาลได้สอดคล้องกับสาเหตุการเกิดขึ้นของโรคมากเท่านั้น"

ผลของการนิรนัย เขียนในรูปของสมมติฐานทางทฤษฎี คือ "ครอบครัวที่มีมารดาที่มีระดับการศึกษาสูง สามารถเลือกสถานรักษาได้สอดคล้องกับการเกิดขึ้นของโรค"

3) ข้อเสนอ

3.1) ยิ่งครอบครัวที่บุคคลมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรคสูง ยิ่งทำให้มีพฤติกรรมในการแสวงหาแหล่งรักษาพยาบาลได้สอดคล้องกับการเกิดขึ้นของโรคมากเท่านั้น

3.2) สมาชิกของครอบครัวในจังหวัดปัตตานี เป็นผู้ที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรค

ผลการนิรนัย

"เพราะฉะนั้น สมาชิกของครอบครัวในจังหวัดปัตตานีที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรค ทำให้เลือกสถานรักษาพยาบาลได้สอดคล้องกับการเกิดขึ้นของโรคมากขึ้นเท่านั้น"

ผลของการนิรนัย เขียนในรูปของสมมติฐานทางทฤษฎีคือ "ครอบครัวที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคสูง สามารถเลือกสถานรักษาพยาบาลได้สอดคล้องกับการเกิดขึ้นของโรค"

4) ข้อเสนอ

4.1) ยิ่งครอบครัวที่บุคคลมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสูง ยิ่งทำให้มีพฤติกรรมในการแสวงหาแหล่งรักษาพยาบาลได้สอดคล้องกับการเกิดขึ้นของโรคมากเท่านั้น

4.2) สมาชิกของครอบครัวในจังหวัดปัตตานีเป็นผู้ที่มีการรับรู้ถึงความเสี่ยงของการเกิดโรค

ผลการนิรนัย

"เฉพาะนั้น สมาชิกของครอบครัวในจังหวัดปัตตานีที่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสูง ทำให้เลือกสถานพยาบาลได้สอดคล้องกับการเกิดขึ้นของโรคมากขึ้นเท่านั้น"

ผลของการนิรนัย เขียนในรูปแบบสมมุติฐานทางทฤษฎีคือ "ครอบครัวที่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสูง สามารถเลือกสถานรักษาพยาบาลได้สอดคล้องกับการเกิดขึ้นของโรค"

5) ข้อเสนอ

5.1) อิงครอบครัวที่บุคคลที่เคยได้รับประโยชน์จากรักษาพยาบาลแบบแผนโบราณประสบความสำเร็จในการรักษามากขึ้นเท่าใด ยิ่งทำให้บุคคลมีพฤติกรรมในการใช้บริการจากสถานพยาบาลแบบแผนโบราณมากขึ้นเท่านั้น

5.2) สมาชิกของครอบครัวในจังหวัดปัตตานีได้รับประโยชน์จากการรักษาแบบแผนโบราณ

ผลการนิรนัย

"เพราะฉะนั้น สมาชิกของครอบครัวในจังหวัดปัตตานีที่มีเห็นประโยชน์ของสถานรักษาพยาบาลแบบแผนโบราณมากเท่าใดมีแนวโน้มที่จะใช้บริการจากสถานพยาบาลดังกล่าวมากขึ้นเท่านั้น"

ผลของการนิรนัย เขียนในรูปแบบสมมุติฐานทางทฤษฎี คือ "ครอบครัวที่เห็นประโยชน์ของการรักษาแบบแผนโบราณจะเลือกใช้บริการจากสถานพยาบาลแบบแผนโบราณ"

6) ข้อเสนอ

6.1) ครอบครัวที่มีจำนวนบุตรน้อย ทำให้รู้พฤติกรรมในการเลือกสถานรักษาพยาบาลได้ตามความต้องการ

6.2) สมาชิกของครอบครัวในจังหวัดปัตตานีที่มีจำนวนบุตรน้อย

ผลการนิรนัย

"เพราะฉะนั้น มีสมาชิกของครอบครัวในจังหวัดปัตตานีที่มีจำนวนบุตรทำให้สามารถเลือกสถานรักษาพยาบาลได้สอดคล้องกับการเกิดขึ้นของโรค"

ผลของการนิรภัย เขียนในรูปของสมมติฐานทางทฤษฎี คือ "ครอบครัวที่มีจำนวนบุตรน้อย สามารถเลือกสถานรักษาได้สอดคล้องกับการเกิดขึ้นของโรค"

7) ข้อเสนอ

7.1) ครอบครัวที่สมาชิกมีอุปสรรคในการเลือกสถานรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบัน มาก ทำให้มีพฤติกรรมในการเลือกสถานพยาบาลสอดคล้องกับการเกิดขึ้นของโรคมกเท่านี้

7.2) สมาชิกของครอบครัวในจังหวัดปัตตานี มีอุปสรรคในการเลือกสถานพยาบาลแบบแผนปัจจุบัน

ผลการนิรภัย

"เพราะฉะนั้น สมาชิกของครอบครัวในจังหวัดปัตตานีที่มีอุปสรรคในการเลือกสถานรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบัน ทำให้เลือกสถานรักษาพยาบาลได้สอดคล้องกับการเกิดขึ้นของโรคน้อย"

ผลของการนิรภัย เขียนในรูปของสมมติฐานทางทฤษฎี คือ "ครอบครัวที่มีอุปสรรคในการเลือกสถานรักษาพยาบาลแบบใด มีแนวโน้มที่จะใช้บริการจากสถานพยาบาลแห่งนั้นน้อย"

8) ข้อเสนอ

8.1) ยิ่งครอบครัวที่มีรายได้น้อย ยิ่งทำให้มีพฤติกรรมในการเลือกสถานรักษาพยาบาลได้สอดคล้องกันเท่านี้

8.2) สมาชิกของครอบครัวในจังหวัดปัตตานี เป็นครอบครัวที่มีรายได้น้อย

ผลการนิรภัย

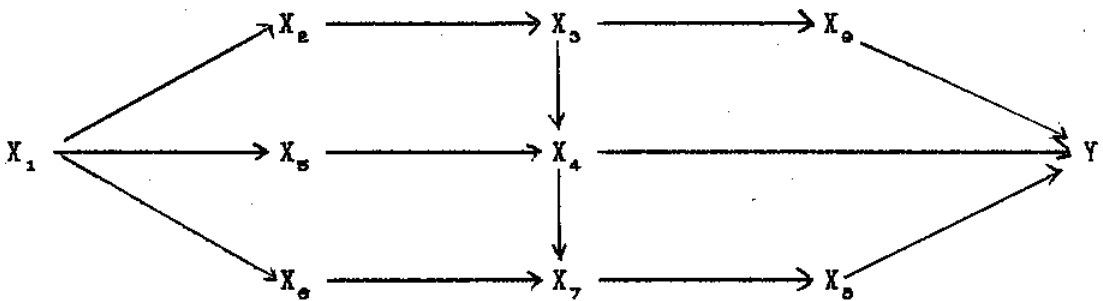
"เฉพาะนั้น สมาชิกของครอบครัวในจังหวัดปัตตานีที่มีรายได้น้อย มีพฤติกรรมในการเลือกสถานรักษาพยาบาลได้สอดคล้องกับการเกิดขึ้นของโรค"

ผลของการนิรภัย เขียนในรูปสมมติฐานทางทฤษฎี คือ "ครอบครัวที่มีรายได้น้อยมีความสามารถในการเลือกสถานพยาบาลได้สอดคล้องกับการเกิดขึ้นของโรค"

3.2 กรอบการวิจัย (Research Framework)

ในการวิจัยครั้งนี้เลือกตัวแปรทั้งหมด 9 ตัว จากทฤษฎีและแนวความคิดต่าง ๆ มาศึกษา

ตัวแปรอิสระคือ ชีวทัศน์ โดยเฉพาะระบบครอบครัวที่มีผลต่อตัวแปรตามคือ พฤติกรรมในการรักษาพยาบาลโรคในเด็ก ซึ่งตัวแปรอิสระนี้เมื่อวิเคราะห์ตามหลักการวิเคราะห์ของแผนผังเส้นทางแล้ว จะพบว่าตัวแปรแทรกซ้อนอยู่หลายตัวซึ่งแต่ละตัวจะมีปฏิสัมพันธ์กันก่อนที่จะมาถึงตัวแปรตาม ด้วยเหตุนี้กรอบของการวิจัยในครั้งนี้จะออกมาในลักษณะของแผนผังเส้นทาง (Path Diagrams) หรือเรียกว่า ตัวแบบเชิงเหตุผลถ่วงน้ำหนัก (Recursive Causal Model) ซึ่งเป็นลักษณะของลูกศรที่ไหลไปในทิศทางเดียว คือ



- โดยที่ X_1 = ชีวทัศน์ : ครอบครัว
 X_2 = ระดับการศึกษาของมารดา
 X_3 = รายได้
 X_4 = ความรู้ด้านสุขภาพ
 X_5 = จำนวนบุตรในครอบครัว
 X_6 = การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค
 X_7 = การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค
 X_8 = การรับรู้ถึงประโยชน์ในการรักษา
 X_9 = การรับรู้ถึงอุปสรรคในการรักษา
 Y = พฤติกรรมการรักษาพยาบาล

1) $X_1 \longrightarrow X_2 \longrightarrow X_3 \longrightarrow X_4 \longrightarrow Y$

ชาติพันธุ์เป็นสิ่งสำคัญในการบ่งบอกรูปแบบการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะชาวไทยมุสลิม ที่นับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งถือว่ากฎเกณฑ์ของศาสนาเป็นพรหมลิขิตชีวิตของคนไทยมุสลิม (เจนิวารมพรรณประเสริฐ, 2524 : 35) จากการศึกษาชาติพันธุ์ที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อระดับการศึกษาของมารดา โดยพบว่า ส่วนใหญ่ผู้หญิงชาวไทยมุสลิมจะมีระดับการศึกษาค่อนข้างต่ำ และผู้หญิงส่วนใหญ่ไม่นิยมศึกษาในระดับสูงเพราะชาติพันธุ์มีความสัมพันธ์กับศาสนา ซึ่งตามหลักศาสนาจะกำหนดให้ผู้หญิงมีความสงบเสถียรไม่นิยมออกสู่สังคมภายนอก ดังนั้น เมื่อมารดามีระดับการศึกษาต่ำ ทำให้มีความรู้ในเรื่องต่าง ๆ ต่ำไปด้วยโดยเฉพาะการรู้เกี่ยวกับโรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับบุตรในครอบครัว รวมทั้งความรู้ต่าง ๆ ในการเลือกแหล่งรักษาที่เหมาะสมกับโรคพบว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคและอันตรายที่เกิดจากโรคได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ (สาลิ เจนิวารมพงศ์, 2530 : 76) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ (ลีเกรส และคณะ, 1965 : 815-824) ระดับการศึกษาเป็นตัวกำหนดสถานภาพทางสังคมคนที่มีระดับการศึกษามีแนวโน้มที่จะมีสถานภาพในสังคมสูงด้วย ดังนั้นระดับการศึกษาที่มีอิทธิพลต่อการมีรายได้ จากการศึกษาพบว่า รายได้ของแต่ละครอบครัวจะทำให้สภาพความเป็นอยู่ รวมทั้งความพร้อมในการดำรงชีวิตของคนแตกต่างกัน คนที่มีรายได้สูงสามารถมีความเป็นอยู่อย่างสุขสบายมีความพร้อมในการดูแลสุขภาพของบุตรอย่างทั่วถึงและมีความสามารถในการเลือกสถานพยาบาล ที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการรักษาพยาบาลบุตรในครอบครัว ตรงข้าม คนที่มีรายได้น้อยมักจะมีระดับการศึกษาต่ำ มีความเป็นอยู่แร้นแค้น ได้รับความทุกข์ร้อนจากปัญหาต่าง ๆ เมื่อบุตรในครอบครัวเกิดเจ็บป่วยการแสวงหาแหล่งรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่จะเลือกสถานที่ที่มีค่าใช้จ่ายน้อย สะดวก บางครั้งเป็นการรักษาพยาบาลที่ไม่ถูกต้องตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน (สุกัญพงศ์ นรทมนไฉจิตร, 2525 : 35) จากผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาที่ว่า ผู้มีรายได้น้อยมีการเห็นประโยชน์ของแหล่งบริการแบบแผนปัจจุบันสูงกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย (สาลิ เจนิวารมพงศ์, 2530 : 77) จากการศึกษาของคนรายได้น้อย ทำให้มีผลต่ออุปสรรคในการเลือกใช้บริการคนที่มีระดับการศึกษาต่ำ มีรายได้น้อย ซึ่งบุคคลดังกล่าวค่อนข้างจะมีสถานภาพทางสังคมต่ำมีผลต่อการตัดสินใจเลือกสถานพยาบาลตามความเหมาะสมกับสถานภาพของตน การศึกษาและรายได้เป็นส่วนหนึ่งของสถานภาพ

ทางสังคม ดังนั้น คนที่มีรายได้น้อยและมีระดับการศึกษาต่ำ มีพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลที่เป็นแบบแผนโบราณสูง

$$2) X_1 \longrightarrow X_2 \longrightarrow X_3 \longrightarrow X_4 \longrightarrow Y$$

จากที่กล่าวมาแล้ว ชาวอินเดียมีผลต่อระดับการศึกษาและมีผลต่อการมีรายได้ของครอบครัว เพราะชาวอินเดียเป็นตัวบ่งชี้ถึงรูปแบบของการดำรงชีวิต โดยเฉพาะชาวไทยพุทธกับชาวไทยมุสลิม ซึ่งมีความแตกต่างในด้านความเชื่อในการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัยของเด็ก จากอิทธิพลของศาสนา ที่มีส่วนผลักดันให้ผู้หญิงแต่งงานทันทีที่เข้าสู่วัยสาว ทำให้ขาดความรู้ด้านการปฏิบัติตนเมื่อมีครอบครัว ขาดความรู้เรื่องการมีบุตร การเลี้ยงดูบุตร จึงมักเป็นสาเหตุให้อัตราการตายของทารกในกลุ่มชาวไทยมุสลิมสูง และอัตราการเกิดต่อมารดาแต่ละคนสูง ทำให้มารดามีสุขภาพทรุดโทรม นอกจากนี้ ยังมีรายได้น้อยในการใช้จ่ายประจำวันน้อยมาก ส่งผลให้การดูแลสุขภาพเมื่อบุตรเจ็บป่วยทำได้ไม่เต็มที่ (สงคราม ชื่นภิบาล, 2518 : 174) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าครอบครัวที่มีระดับการศึกษาต่ำส่วนใหญ่จะขาดความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคน้อย ทำให้บางครั้งไม่สามารถทำการรักษาพยาบาลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ได้ รวมทั้งมีความเชื่อเกี่ยวข้องกับสุขภาพในทางที่ไม่ถูกต้อง จากพฤติกรรมดังกล่าว การตัดสินใจเลือกใช้บริการด้านสุขภาพก็เป็นไปตามความเชื่อและการปฏิบัติสืบต่อกันมา รวมทั้งข้อห้ามบางอย่างที่ขัดกับหลักการแพทย์ (สาลี เฉลิมวรรณพงศ์, 2530 : 24)

ดังนั้น ชาวอินเดียจึงมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาของมารดา รายได้ และการมีความรู้ด้านสุขภาพ ครอบครัวที่มีสถานภาพทางสังคมสูง มีแนวโน้มที่จะเลือกใช้บริการด้านสุขภาพที่มีความเจริญทางวิทยาการมากกว่าครอบครัวที่มีสถานภาพทางสังคมต่ำ

$$3) X_1 \longrightarrow X_2 \longrightarrow X_3 \longrightarrow X_4 \longrightarrow X_5 \longrightarrow X_6 \longrightarrow Y$$

จากที่กล่าวมาแล้ว ชาวอินเดียจะเป็นตัวกำหนดรูปแบบของการรักษาพยาบาลซึ่งจะมีตัวแปรที่แทรกอยู่หลายตัว ความแตกต่างกันด้านสังคมและวัฒนธรรม มีผลต่อการแสวงหาความรู้คนที่มีการศึกษาสูงจะมีความรู้ด้านสุขภาพควบคู่กันไปด้วย รวมทั้งมีความคิดวิจารณ์ในการเลือกสิ่งที่ดีที่สุดให้กับตนเองและครอบครัว ซึ่งจะส่งผลถึงการรับรู้ความรุนแรงของโรค จากการศึกษาพบว่า

ชาวโทคมุสลิมที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษาและมีความรู้ด้านสุขภาพพอสมควรจะมีความรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงของโรคและอันตรายจากการเจ็บไข้ได้ป่วยมากขึ้น และระดับการศึกษาที่ทำให้องค์ประกอบของความเชื่อของบุคคลเปลี่ยนแปลงไปผู้ที่มีการศึกษาสูงจะสร้างเจตคติให้ตนเองมีความรับรู้ความรุนแรงของโรคมมากขึ้น (สาส์ เณิมวรรณพงศ์, 2530 : 77) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่มีความรู้สูงจะมีอุปสรรคในการรักษาน้อยกว่า และมีความไวต่อความรุนแรงของโรคมมากกว่าคนที่มีความรู้ต่ำ และนอกจากนี้ยังมีความล่าช้าในการไปใช้บริการ (Rosenstock, 1974 : 348 อ้างถึงใน สาส์ เณิมวรรณพงศ์, 530 : 77) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาต่างกันมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจไม่ต่างกัน

4) $X_1 \longrightarrow X_2 \longrightarrow X_3 \longrightarrow X_4 \longrightarrow X_7 \longrightarrow X_8 \longrightarrow Y$

ลักษณะของชาติพันธุ์มีผลต่อระดับการศึกษาของมารดา รวมทั้งรายได้และความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้ความรุนแรงของโรค จากการศึกษาที่กล่าวมาแล้ว พบว่า ชาติพันธุ์มีผลโดยตรงต่อระดับการศึกษาของมารดาโทคมุสลิม ส่วนมารดาไทยพุทธชาติพันธุ์จะไม่มีอิทธิพลต่อระดับการศึกษาแต่พบว่ารายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญในการบ่งบอกถึงชนชั้นทางสังคม รวมทั้งความรู้ด้านสุขภาพจะมีผลต่อการตัดสินใจเลือกสถานพยาบาล การรับรู้ถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้น เพราะความรุนแรงของโรคแต่ละโรคที่มีต่อเด็กแตกต่างกันไป ครอบครัวที่มีความรู้ความเข้าใจสามารถที่จะรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรคได้ดีกว่าครอบครัวที่ไม่มีความรู้ (สาส์ เณิมวรรณพงศ์, 2530 : 77)

จากการศึกษาถึงการรับรู้ถึงประโยชน์ของการใช้บริการสาธารณสุข พบว่า ผู้ที่มีรายได้มีระดับการศึกษา และมีความรู้ด้านสุขภาพอนามัยแตกต่างกันมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการใช้บริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ จากการศึกษาในระดับประเทศ พบว่าความเชื่อเกี่ยวกับประสิทธิภาพหรือประโยชน์ของการมีพฤติกรรมป้องกันและรักษาโรคต่าง ๆ สัมพันธ์โดยตรงกับการศึกษาและความรู้เรื่องสุขภาพอนามัย (สาส์ใจ คัมชนาบ, 2517 : 96) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา อุดมศึกษา มีการรับรู้ถึงการรักษาโรคแบบแผนปัจจุบันสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา (ชื่นชม เจริญอุท, 2526 : 39) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ว่า ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการศึกษาสูง จะมีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์สูงกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำและ

มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลเป็นแบบแผนปัจจุบันมากกว่าผู้ที่มีการศึกษา รายได้และมีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ

5) $X_1 \longrightarrow X_2 \longrightarrow X_3 \longrightarrow Y$

ความแตกต่างด้านชาติพันธุ์ มีผลทำให้ความเชื่อด้านต่าง ๆ ของสมาชิกในแต่ละสังคมแตกต่างกัน ซึ่งไทยพุทธจะมีความเชื่อเกี่ยวกับผีสา่งเทวดา เมื่อบุตรของตนเจ็บป่วยก็มีการบนบานขอให้พันธุกรรมและมีการแก้บนความเชื่อดังกล่าวยังคงมีอิทธิพลต่อชาวไทยพุทธในจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ฉวีวรรณ วรรณประเสริฐ, 2528 : 33) ส่วนชาวไทยมุสลิมจะมีความแตกต่างในรูปแบบความเชื่อทางศาสนาอย่างชัดเจน ความเชื่อดังกล่าวจะมีอิทธิพลต่อมุสลิมทั่วโลก คือ มีความเชื่อในเทพเจ้าองค์เดียว คือ พระอัลลอฮ์ และอัลกุรอาน (ฉวีวรรณ วรรณประเสริฐ, 2528 : 35) จากการศึกษาพบว่าชาวไทยมุสลิมมีอัตราการเกิดสูงเพราะมุสลิมมีความเชื่อเกี่ยวกับการเกิดการตายว่าอยู่เหนืออำนาจที่จะควบคุมได้นอกจากอัลลอฮ์ การมีจำนวนบุตรมาก น้อยหรือไม่มีบุตรไม่มีอำนาจจะกำหนดเองได้ (สาลี เฉลิมวรรณพงศ์, 2530 : 24) ดังนั้น การคุมกำเนิดจึงเป็นข้อห้ามสำหรับประชาชาติอิสลาม การกลักรักษากรรมคจากโลก การกลัวประชารด้นโลกเป็นการขัดกับหลักศาสนา และห้ามคุมกำเนิดในหญิงปกติ ยกเว้นหญิงที่มีความเสี่ยงสูง (เสาวนีย์ จิตต์หมวด, 2524 : 328) ในการวางแผนครอบครัวเพื่อสุขภาพอนามัยของมารดานั้น ในหลักศาสนาอิสลามมีหลักการคือ ไม่ควรให้มารดาตั้งครรภ์ในระยะกำลังเลี้ยงบุตร ประมาณ 24 เดือน และอนุญาตให้มีการคุมกำเนิดสำหรับมารดาที่ตั้งครรภ์แล้วมีอันตรายถึงชีวิต (อนันต์ สุโลมาน, 2526 : 278-279) นอกจากนี้พบว่า จำนวนบุตรในครอบครัวถ้ามีจำนวนมากทำให้ครอบครัวตกต่ำ และมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นกันมากในกลุ่มคนจน (สุทธิพงษ์ พรหมไพจิตร, 2525 : 50) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ว่า ถ้าครอบครัวยังขาดการศึกษา มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ โอกาสที่บุตรจะรอดไปเป็นผู้ใหญ่มีน้อยมาก มีผลทำให้กลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำมีจำนวนบุตรมากกว่าผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพสูง (ศรันธา บุนนาค, 2525 : 7)

$$6) X_1 \longrightarrow X_2 \longrightarrow X_3 \longrightarrow X_4 \longrightarrow X_5 \longrightarrow Y$$

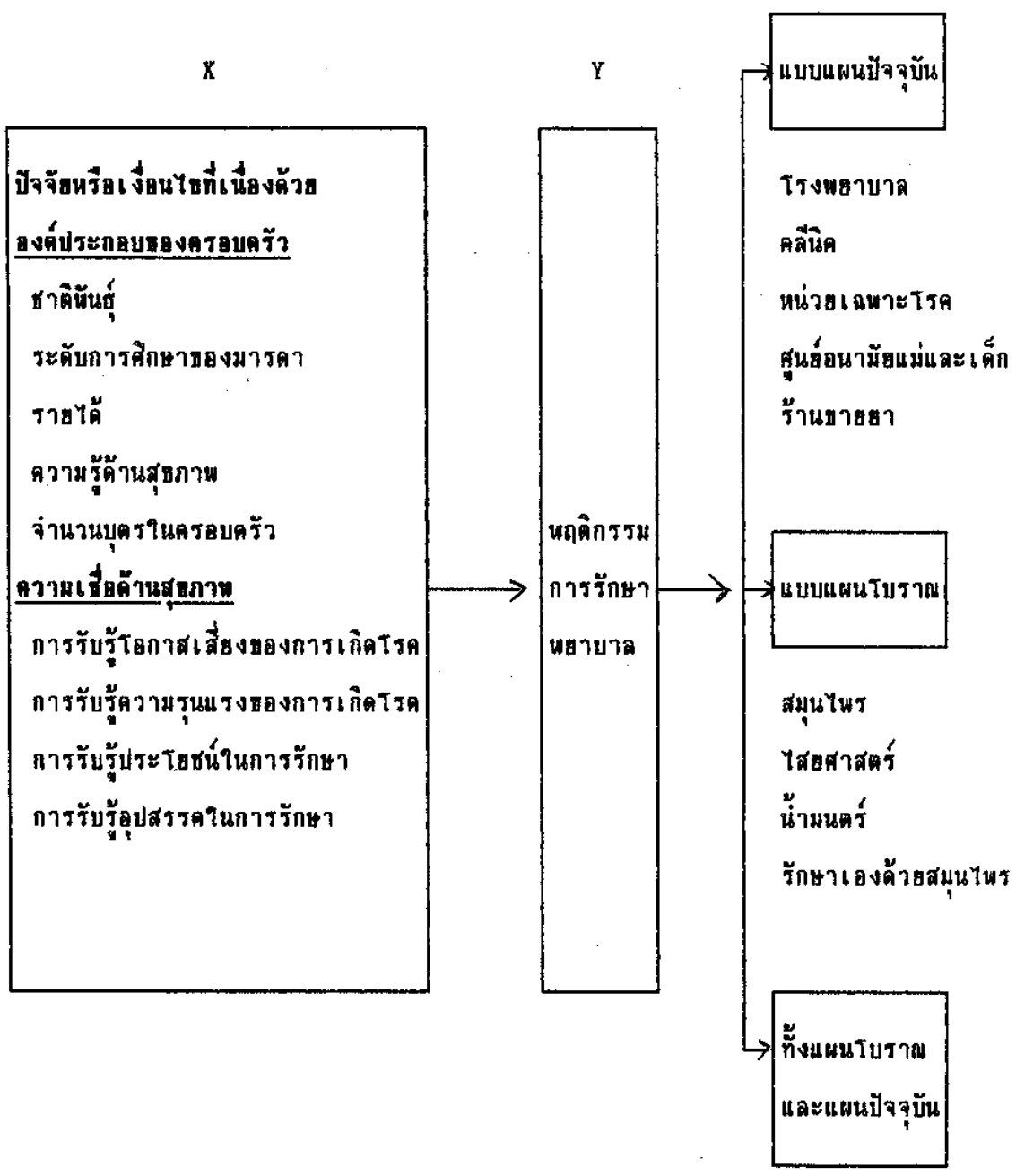
ชาติพันธุ์มีความสัมพันธ์ต่อการมีบุตรจากข้อห้ามของหลักศาสนา และส่งผลต่อการมีความรู้ความเข้าใจต่อสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว การศึกษาหาความรู้ทั้งในด้านสามัญและสุขภาพจะมีผลต่อการรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะการรับรู้ความเสี่ยงโอกาสการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งต้องมีความรู้ทางสุขภาพอนามัยเป็นฐานจากการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีการศึกษาต่างก็มีความรู้ด้านสุขภาพต่างกัน และจะมีความไวต่อการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่างกัน ด้วย และทำให้เกิดความล่าช้าในการไปใช้บริการ ทำให้เกิดอุปสรรคในการรักษาการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีผลต่อการรับรู้ถึงประโยชน์คือ การเลือกสถานพยาบาลต้องมั่นใจว่า สามารถรักษาโรคได้หายได้แน่นอน ผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพสูง มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคสูง จะมองเห็นประโยชน์ของแหล่งบริการ (สาดี เฉลินวรรณพงษ์, 2530 : 77) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มีความรู้ทางด้านสุขภาพจะมีความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ถึงประโยชน์ในการเลือกสถานพยาบาลสูงกว่าผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ (สุภาพ ไบนแก้ว, 2528 : อ้างถึงใน สาดี เฉลินวรรณพงษ์, 2530 : 77)

3.3 สรุปกรอบแนวความคิดในการวิจัย

จากการทบทวนเอกสาร ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว ผู้วิจัยได้

กำหนดตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมการรักษาพยาบาลของครอบครัวไทยพุทธและไทยมุสลิม ดังต่อไปนี้

แผนภาพ 3 : แสดงตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมการรักษาพยาบาล



(รายละเอียดของตัวแปรดังกล่าวจะอยู่ในส่วนของนิยามศัพท์)

จากกรอบการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยจึงศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยตามลักษณะของตัวแปรต่อไปนี้

3.3.1 ชีวทัศน์

สำหรับประเทศไทยซึ่งมีศาสนาพุทธเป็นศาสนาประจำชาตินั้น

ประชาชนส่วนใหญ่ ร้อยละ 95.3 เป็นพุทธศาสนิกชน และเนื่องจากไม่มีข้อจำกัดเรื่องสิทธิเสรีภาพในการนับถือศาสนาจึงปรากฏว่าศาสนาอิสลามมีประชากรนับถือรองลงมา คือ ร้อยละ 3.8 ที่เหลือร้อยละ 6.0 และร้อยละ 0.3 นับถือศาสนาคริสต์และอื่น ๆ (ศรีธนา บุนนาค, 2525:16) กลุ่มชีวทัศน์คือ กลุ่มประชากรที่มีลักษณะแตกต่างกันออกไปเป็นพิเศษในแต่ละกลุ่มซึ่งข้อแตกต่างดังกล่าวได้แก่ ลักษณะทางด้านกายภาพและลักษณะของโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรม เนื่องจากมีกลไกบางอย่างทำให้แยกตัวออกไปอยู่ตามลำพัง เช่น การมีอุปสรรคทางด้านภูมิศาสตร์หรือทางสังคม ความแตกต่างเหล่านี้จะผันแปรไปตามอิทธิพลของอุปสรรคทางภูมิศาสตร์และทางสังคม (จำเริญภาวิจิตร และคณะ, 2520 : 78)

ในจำนวนประชากรที่เป็นมุสลิม ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ได้แก่ ปัตตานี ยะลา นราธิวาส และสตูล โดยมากกว่าร้อยละ 75 ของประชาชนในจังหวัดดังกล่าวนับถือศาสนาอิสลาม จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลถึงพฤติกรรมของมารดาในการนำบุตรไปรับภูมิคุ้มกันโรคพบว่า ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม คือ การรับรู้ถึงประโยชน์ของวัคซีนและการสื่อสารด้วยภาษาไทยซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปร เท่ากับ 0.7973 และ 0.3775 ตามลำดับ ดังนั้น มารดาที่รับรู้ถึงประโยชน์ของวัคซีนมากและสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี มีแนวโน้มที่จะนำบุตรไปรับภูมิคุ้มกันโรคครบ (สุนีย์ ไช้มุกด์, 2534 : 92) ส่วนทางด้านการศึกษาถึงการยอมรับวิธีการคุมกำเนิดในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย พบว่า ชาวไทยมุสลิมจะไม่นิยมคุมกำเนิด โดยถือหลักการว่าขัดกับหลักศาสนา แสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติตามอะไรก็ตามถ้าขัดกับหลักศาสนาหรือสิ่งที่ไม่เคยปฏิบัติกันมาในอดีต ชาวไทยมุสลิมจะไม่ยอมรับ (สตีลย์ นิสมญาดี, 2526 : 18) จากการสัมภาษณ์ชาวไทยมุสลิมเกี่ยวกับความเชื่อของมารดาในการดูแลสุขภาพแม่และเด็ก ผลจากการศึกษาคือ ชาวไทยมุสลิมยังยอมรับการดูแลสุขภาพเด็กจากสถานบริการของหมอแผนโบราณสูงและจะปฏิบัติตามคำแนะนำของหมออย่างเคร่งครัด (พวงทอง บึงก้อย, 2528 : 24-26) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของมารดาและบุตร จากคำบอกเล่าพบว่าวิธีการที่มารดาปฏิบัติตัวในขณะที่หลังคลอด รวมทั้งการดูแลสุขภาพมารดาและบุตรจะเป็นวิธีการแบบโบราณ (ประมุข อุทัย-

พันธ์, 2532 : 94-106 อ้างถึงใน ลีนา ดังณะภักดิ์, 2535 : 15) ความเชื่อดังกล่าวจะขัดแย้งกับหลักการแพทย์สมัยใหม่ เช่น ความเชื่อในการปฏิบัติตัวของมารดา การรับประทานอาหาร ซึ่งความเชื่อในสมัยโบราณจะมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของครอบครัวชาวไทยมุสลิมอย่างมาก

จากการศึกษาพบว่า การรักษาโรคของชาวไทยมุสลิมจะเป็นไปตามความเชื่อของคนโบราณคือ ชาวไทยมุสลิมในภาคใต้มีความเป็นอยู่อย่างชนบทคือ ห่างไกลความเจริญขาดหลักประกันด้านสวัสดิภาพของชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องโรคภัยไข้เจ็บเมื่อไม่สามารถรักษาให้หายด้วยสมุนไพร แล้วก็มักจะมีอาการเชื่อเกี่ยวกับอำนาจลึกลับ ผีसाง วิธีการแก้ไขก็มีอยู่ทางเดียวคือการเช่นสร่างเพื่อติดต่อกับผี หรือการใช้อำนาจลึกลับนั้นมาบอกวิธีการให้เช่น การใช้วิธีการที่เรียกว่า ตือตริ ซึ่งเป็นวิธีการที่มีความเชื่อว่าคนสามารถติดต่อกับผีสางและเทวดาได้ ผลจากการรักษาดังกล่าวว่าคุณจะได้ไปโรงพยาบาล อาการที่หนักยากแก่การรักษาเสียของแพทย์ (ชวนเพชรแก้ว, 2523 : 179-181)

3.3.2 ระดับการศึกษาของมารดา

ระดับการศึกษาเป็นสถานภาพทางสังคมที่ต้องอาศัยความสามารถในการได้มา ระดับการศึกษาจึงเป็นสถานภาพที่แสดงให้เห็นถึงความสามารถของบุคคล เพราะการศึกษาเป็นการสะสมความรู้ประสบการณ์ จากการอบรมเลี้ยงดูและการถ่ายทอดจากผู้รู้ โดยวัดระดับการศึกษาได้จากจำนวนชั้นเรียน ผู้ที่ผ่านการศึกษามากย่อมมีพฤติกรรมในทางรอบรู้มากกว่าผู้ที่ผ่านการศึกษาน้อย รวมทั้งความสามารถในการตัดสินใจเลือกใช้บริการที่ดีที่สุดสำหรับงานป้องกันสุขภาพ หรือการรักษาสุขภาพของผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง ย่อมที่จะเลือกใช้บริการที่มีประสิทธิภาพกว่า (คุษณี ใจสมุทร, 2535 : 31) จากการศึกษาพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการดูแลรักษาสุขภาพ ทั้งในการป้องกันและรักษาสุขภาพ นอกจากนี้ บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสในการเลือกดำเนินชีวิตและได้รับการยกย่องจากสังคมว่าเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ส่วนผู้ที่ได้รับการศึกษาน้อยย่อมได้รับการปฏิบัติทางสังคมแตกต่างกันไป (อาณัติ อภาภิรมณ์, 2515 : 177) นอกจากนี้พบว่าจำนวนปีที่เข้ารับการศึกษาระหว่างประชาชนมีผลต่อการใช้บริการทางด้านสุขภาพ ทั้งในการปรึกษาแพทย์ การรักษาโรค ระดับการศึกษา จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ในการดูแลสุขภาพและจากการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีผลต่อการรับบริการทางการแพทย์ ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาน้อยมีการซื้อยามากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงและพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูง ระดับอนุปริญญา และสูงกว่า มีการใช้บริการที่สถานบริการของรัฐและสถานพยาบาลเอกชน มากกว่าผู้ที่มีการ

ศึกษาชั้นประถมศึกษามัธยมศึกษา (คุชฎี ใจสมุทร, 2535 : 110) ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจของ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้สำรวจเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยและวิธีการรักษาความเจ็บป่วยของ ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัดในปี 2513 พบว่า ประชาชนที่มีระดับการศึกษาต่าง กันมีการใช้วิธีการรักษาต่างกัน ผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จะใช้บริการจากสถาน พยาบาลของรัฐมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาอื่น ๆ และพบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา ปีที่ 4 มีการใช้บริการแพทย์แผนโบราณมากที่สุด (กระทรวงสาธารณสุข, 2527 : 45)

จากการศึกษาของ จิตมัสส์ (Jitmuss, 1975 อ้างถึงใน ภรณี เอกบรรณสิงห์, 2535 : 23) พบว่า การใช้บริการทางการแพทย์มีแนวโน้มที่จะผันแปรไปตามระดับ การศึกษา ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความระมัดระวังเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ (สมพร เจริญชัย, 2521 อ้างถึงใน ภรณี เอกบรรณสิงห์, 2535 : 24) เกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการของโรงพยาบาลจังหวัดขอนแก่นพบว่าผู้ป่วยที่มีการ ศึกษาต่ำส่วนมากจะพึงพอใจต่อบริการของโรงพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษา ที่เป็นเช่นนั้น เพราะว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงมีสถานภาพทางสังคมสูง ย่อมมีการคาดหวังในบริการด้านการแพทย์สูงด้วย นอกจากนี้ การศึกษาของ (สาธิต คุ้มชนาบ, 2515 : 2-3) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติทาง อณามัธในปี พ.ศ. 2512 ระดับการศึกษามีอิทธิพลต่อการเลือกวิธีการคลอดกล่าวคือ สตรีที่มีการ ศึกษาสูงมีแนวโน้มที่จะคลอดลูกด้วยวิธีเก้านอกกว่าสตรีที่มีระดับการศึกษาต่ำ ทั้งนี้ เนื่องจากการ ศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการเรียนรู้ และการมีประสบการณ์ทางการศึกษามากกว่าย่อมมีโอกาสตัดสินใจ และเลือกสิ่งที่คิดว่าผู้ที่มีความรู้และมีการศึกษาน้อย เพราะการศึกษามีผลต่อการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม ดังนั้น การศึกษาจึงเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการในการรักษา พยาบาลของประชาชนในจังหวัดปัตตานี

3.3.3 ความรู้ด้านสุขภาพ

ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานซึ่งปลูกฝังพฤติกรรมการส่งเสริม

สุขภาพ การป้องกันโรคและการดูแลสุขภาพสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้ ครอบครัวยังมีบทบาท ที่สำคัญในการริเริ่มและไปใช้บริการสาธารณสุขในสถานบริการสุขภาพ (อุมาพร บุญโสพรรณ, 2533 : 17)

ความรู้เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เมื่อได้รับ สิ่งกระตุ้นที่รุนแรงเพียงพอ บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพบนพื้นฐานความรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่ เขามีอยู่ (Rosenstock, 1974 อ้างถึงใน อุมาพร บุญโสพรรณ, 2535 : 18) คนที่มีความรู้ด้านสุขภาพ

จะสามารถบอกถึงแนวโน้มของโรคที่จะเป็นไปในอนาคตได้ ซึ่งอาจจะมาจากการฝึกอบรมซึ่งเป็นการเพิ่มพูนสมรรถภาพในการทำงานของผู้ปฏิบัติงาน ทั้งด้านความคิด การกระทำ ความรู้ความชำนาญ และการที่ประชาชนจะสามารถดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองได้ในระดับหนึ่งนั้น ประชาชนจะต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตน โดยอาศัยการเรี้นรู้ การเห็นคุณค่า การเห็นประโยชน์และการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว จะเป็นการส่งเสริมให้เพิ่มขีดความสามารถในการประกอบอาชีพซึ่งจะเป็นผลส่งให้ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมดีขึ้น ชาวบ้านจะมีความสนใจด้านสาธารณสุขบ้างพอสมควร และได้พยายามชวนชาวสขที่จะช่วยเหลือตัวเองอยู่แล้วแต่ยังขาดความรู้ขาดหลักการและวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้อง โดยการพยายามหาทางช่วยเหลือให้ห่างจากความทุกข์ทรมานโดยใช้ความรู้ที่ถ่ายทอดกันมาตั้งแต่บรรพบุรุษและประสบการณ์ในชีวิต โดยการใช้บริการของหมอแผนโบราณ (วรรณวิไล จันทราภา, มปป. : 11) จากการศึกษา (สุนีย์ ไช้มุกด์, 2534 : 8) พบว่า การยอมรับที่จะไปฉีดวัคซีนของมารดานั้นความรู้เรื่องประโยชน์ของวัคซีนเป็นปัจจัยที่สำคัญ โดยเฉพาะมารดาที่ไม่มีความรู้จะไม่เห็นถึงประโยชน์ที่รัฐหยิบยื่นให้

3.3.4 จำนวนบุตรในครอบครัว

ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของเด็กที่สำคัญคือ ช่วงเวลาในการที่มารดาจะทุ่มเทให้กับบุตรได้อย่างเต็มที่ ซึ่งสังเกตได้ว่าครอบครัวใดที่มารดามีจำนวนบุตรน้อยก็สามารถที่จะให้การดูแลบุตรได้อย่างทั่วถึง จากการศึกษาของ ริชาร์ด (Ricchards) และรีนิงส์ (Reining) (อ้างถึงใน ศรีธนา บุนนาค, 2525 : 3) พบว่า คนใดที่ทั่วไปจะมีค่านิยมเกี่ยวกับขนาดของครอบครัวโดยใช้จำนวนบุตรเป็นตัวชี้วัด และพบว่าถ้าเกิดครอบครัวใดที่มีจำนวนบุตรมาก 3-4 คน จะไม่ต้องการมีบุตรเพิ่มอีก เพราะไม่สามารถดูแลบุตรทุกคนได้อย่างทั่วถึง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีธนา บุนนาค (2525 : 3) จากการศึกษาของ ลีนา ดิงกนะภักดิ์ (2535 : 67) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการทำคลอดแบบพื้นบ้าน และแบบสมัยใหม่ของมารดาไทยมุสลิมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า ครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกน้อยที่มีรายได้จะใช้บริการทำคลอดแบบพื้นบ้านลดลง แต่จะใช้บริการทำคลอดแบบสมัยใหม่มากขึ้น ส่วนครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกมากและไม่มีรายได้มีแนวโน้มที่มารดาจะใช้บริการทำคลอดแบบพื้นบ้านสูงกว่า และจากการศึกษาของ เทียนฉาส กิระนันท์ (อ้างถึงใน ศรีธนา บุนนาค, 2535 : 7) พบว่า การใช้แบบจำลองความต้องการมีบุตรโดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมผู้บริโภคนั้นเป็นพื้นฐานโดยพิจารณาจากการมีบุตร เปรียบเสมือนสินค้าอุปโภคบริโภคแล้วเปรียบเทียบกับความพอใจที่ได้รับจากการมีบุตรแต่ละคนกับสิ่งที่สูญเสียไป ในรูป

ของค่าใช้จ่าย พบว่า มีบุตรมากจะเพิ่มค่าใช้จ่ายให้กับครอบครัวสูง ทำให้ความพร้อมทางด้านเศรษฐกิจกับการดูแลสุขภาพพลุกมีน้อยลง

3.3.5 การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) จะมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมในการรักษาพยาบาล โรเซนสโตก ได้อธิบายลักษณะของการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ว่าเป็นความเชื่อของบุคคลที่ถูกถ่ายทอดกันมาจนกลายเป็นความเชื่อของสมาชิกในครอบครัวว่า ทุกคนมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยได้ และเมื่อไม่สามารถหลีกเลี่ยงภาวะดังกล่าวได้ก็ต้องคิดถึงพฤติกรรมในการแสวงหาแหล่งพยาบาลเพื่อรักษาโรค

ในกรณีที่เกิดการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในแต่ละครอบครัวจะแตกต่างกันออกไป ทำให้พฤติกรรมในการแสวงหาแหล่งรักษาพยาบาลก็แตกต่างกันออกไปด้วยสิ่งเกิดได้จากกรณีดังต่อไปนี้

3.3.5.1 ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรค ถ้าผู้ป่วยไม่เชื่อการวินิจฉัยของแพทย์หรือขาดความมั่นใจในแพทย์ หรือมีความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพไม่ถูกต้องทำให้ทรศนะที่มองเกี่ยวกับโอกาสความเสี่ยงต่อการเกิดโรคผิดไป

3.3.5.2 การคาดคะเนว่าตนอยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย หรือมีโอกาสที่จะเกิดซ้ำได้ ถ้าสมาชิกในครอบครัวเคยเป็นมาก่อน

3.3.5.3 ความนึกคิดของสมาชิกในครอบครัวถึงโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย มีผลต่อการป้องกันโรค การรักษาและการส่งเสริมสุขภาพเป็นอย่างมาก บุคคลใดที่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงจะเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเองอย่างดี จากการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพของชาวไทขมุสลิมกับการมาใช้บริการในโรงพยาบาล พบว่าชาวไทขมุสลิมมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จะมีความสัมพันธ์กับความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอยู่ในระดับสูง ทำให้ชาวไทขมุสลิมกลุ่มนี้มาใช้บริการของโรงพยาบาลซึ่งถือว่าเป็นพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบัน (สาดี เฉฉิม-วรรณพงศ์, 2530 : 70) ได้ผลสอดคล้องกับเลวิตต์ (Leavitt, 1979 : 105-111) พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการเห็นประโยชน์บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่มากที่สุด รวมทั้งการศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพกับการไปใช้บริการทันตแพทย์คือ ผู้ที่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระดับต่ำ จะไปพบทันตแพทย์น้อยกว่าผู้ที่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระดับสูง คีลเลส (Kegeles, 1963 : 116-173) ในปี 1970 ไชซ์เชลมานันต์

และเบรกเลห์ (Heinzenlman and Bagley, 1970 : 905-911) มีการศึกษาเกี่ยวกับเหตุผลในการเข้าร่วมโครงการการออกกำลังกาย พบว่า เหตุผลที่มีความสำคัญ 2 ประการ คือ ต้องการให้รู้สึกดีขึ้น และลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ แต่ในความเป็นจริงจุดประสงค์ที่สำคัญในการเข้าร่วมโครงการคือการลดอันตรายจากการคุกคามของโรคหัวใจ (อ้างถึงใน สาลี เฉลิมวรรณพงษ์, 2530 : 14-15) และสอดคล้องกับการศึกษาของ เบคเกอร์และคณะ เกี่ยวกับการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อธิบายพฤติกรรมการเข้าร่วมโครงการค้นหาผู้ติดปกติทางพันธุกรรมเกี่ยวกับโรคเทย์-แซคส์ (Tay-Sachs) ในชาวยิว ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นพาหะนำโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างสูงกับการเข้าร่วมโครงการ (Becker, et all 1977 : 33) จากการศึกษาเกี่ยวกับภาวะโรคแทรกซ้อนกับการเลือกใช้บริการสาธารณสุข พบว่า ผู้ที่มีการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง จะเลือกใช้บริการสาธารณสุขแบบแผนปัจจุบันสูงกว่าผู้ที่มีการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่ำ (ทองรัตน์ บุญญานุกัษ, 1985 : 97 อ้างถึงใน สาลี เฉลิมวรรณพงษ์, 2530 : 15)

ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการให้ความร่วมมือในการรักษานั้น จากการศึกษาหลาย ๆ ครั้ง ๆ ของเบคเกอร์ สรุปว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคจะเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลและมีคุณค่าในการทำนุพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วย (Becker, 1975 : 409-419)

3.3.6 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค (Perceived Severity) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพยืนยันว่า แม้ว่าสมาชิกในครอบครัวจะรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่พวกเขาก็ยังไม่หาวิธีการป้องกันหรือการเลือกแหล่งรักษาพยาบาล จนกว่าพวกเขาจะมีความเชื่อว่าการเกิดโรคจะทำให้เกิดอันตรายกับอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย ซึ่งจะมีผลกระทบต่อตนเองและครอบครัว (Becker, 1972 : 41) ความรุนแรงของโรคได้จากแพทย์ที่ประมาณอาการแสดงของโรค และใช้ระดับความรุนแรงของโรคที่รับรู้ขึ้นเป็นองค์ประกอบในกระบวนการตัดสินใจเลือกแหล่งรักษาพยาบาล โดยจะคำนึงถึงความคิดเป็นส่วนใหญ่ของหมู่ญาติและเพื่อนฝูง (นิมห์วัลส์ ปีศาจวิสต์, 2530 : 79) นอกจากนี้ บุคคลในครอบครัวจะมองความรุนแรงและความยากลำบากในการรักษาพยาบาลโดยการรักษาพยาบาลหาค่าตอบต่าง ๆ เช่นโรคนี้เป็นแล้วจะตายหรือไม่

มีผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมอย่างไร สมาชิกในครอบครัวที่มีความเชื่อต่างกัน การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรคก็จะต่างกันไป ทั้งขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลนั้น ๆ

นอกจากนี้ เบคเกอร์กล่าวว่า การวิจัยที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคกับโครงการตรวจและป้องกันโรค พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปรนี้ เขากล่าวว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคเกิดจากการที่บุคคลมีความเชื่อสูง/ต่ำเกินไป ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับการแสวงหาและการเลือกใช้สถานพยาบาล และปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526 : 107) จากการศึกษาของไฮน์เซลมานน์ กล่าวว่า ผู้ป่วยที่เห็นว่าไข้รูมาติกมีความรุนแรงเมื่อเทียบกับโรคอื่น จะให้ความร่วมมือในการรับประทานยาเพื่อป้องกันการเกิดโรคเป็นอย่างดี (อ้างถึงใน สาลี เฉลิมวรรณพงศ์, 2530 : 16) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า หญิงมีครรภ์ที่ใช้บริการฝากครรภ์มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะโรคแทรกซ้อนมากกว่าผู้ที่ไม่ใช้บริการฝากครรภ์ (พวงรัตน์ บุญญานุกฤษ, 1985 : 99-100) เช่นเดียวกับการศึกษาเกี่ยวกับการใช้บริการการคลอดของชาวไทยมุสลิมพบว่า ชาวไทยมุสลิมส่วนใหญ่ที่มีการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคน้อย และมีความเชื่อมั่นในศาสนาอิสลามจะใช้บริการการคลอดที่เป็นแบบแผนโบราณมากกว่าชาวไทยมุสลิมที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคสูงจะใช้บริการการคลอดแบบสมัยใหม่ และจากการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามในการให้ความร่วมมือ ทั้งในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและการมาตรวจตามนัด (Becker, and other 1972 : 843-853)

อย่างไรก็ตาม การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมิได้หมายถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริง ๆ แต่เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลและสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อความรุนแรงของโรค (Rosenstock, 1966 : 99) จากผลงานการวิจัยจำนวนมากกล่าวว่าผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงไม่ได้ให้ความร่วมมือดีไปกว่าผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง เบคเกอร์ได้สรุปว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรคหรือภาวะการเจ็บป่วยต่าง ๆ สามารถทำนายพฤติกรรมของครอบครัวเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลได้ ครอบครัวที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าการที่ไม่รุนแรงจะเลือกสถานพยาบาลที่สะดวกและคุ้นเคย ส่วนใหญ่ที่เป็นสถานพยาบาลแบบแผนโบราณ ส่วนครอบครัวที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคสูงและเป็นโรคเฉียบพลันจะเลือกใช้สถานพยาบาลแบบแผนปัจจุบันสูง และมีแนวโน้มของพฤติกรรมในการให้ความร่วมมือสูงด้วย นอกจากนี้ เมื่อมีการศึกษาโดยจำแนกตามลักษณะผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่แตกต่างกัน (สาลี เฉลิม-

วรรณพงศ์, 2530 : 71) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบคเกอร์ที่พบว่าผู้ที่เข้าร่วมโครงการค้นหาโรคของพันธุกรรมในชาวสวิสมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่ต่างจากผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการ

3.3.7 การรับรู้ถึงประโยชน์ในการรักษา (Perceived Benefit)

องค์ประกอบอย่างหนึ่งของสังคมที่มีอิทธิพลต่อมนุษย์มาก คือ ความเชื่อเป็นรูปธรรมทางสังคม วัฒนธรรม ที่สืบทอดกันมาแต่อดีต แต่ความเชื่อมันจะมีอิทธิพลต่อรูปแบบการดำรงชีวิตจะต้องมีความเชื่อว่าจะปฏิบัติตามสิ่งนั้นแล้วจะได้รับผลประโยชน์ตอบแทน ชาวไทยมุสลิมจะผูกพันกับความเชื่อทางศาสนาอย่างเหนียวแน่น เพราะเชื่อว่าการปฏิบัติตามหลักคำสอนทางศาสนาจะเป็นคนดี ซึ่งถือเป็นผลประโยชน์ที่ได้รับ (ฉวีวรรณ วรรณประเสริฐ, 2524 : 35) จากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม อาหาร อุนามัซ และความเชื่อทางการอุนามัซของประชาชนในจังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ประชาชนมีเหตุผลในการเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมทางการอุนามัซ โดยเชื่อว่าจะปฏิบัติตามแล้วจะทำให้ตนมีสุขภาพแข็งแรงและมีอุนามัซสมบูรณ์ และมีพฤติกรรมในการรักษาพยาบาล โดยยึดหลักประสิทธิภาพในการรักษาโดยจะเลือกสถานพยาบาลแห่งใดนั้น สิ่งที่ต้องคำนึง คือ การหาชจากโรคซึ่งคนส่วนใหญ่จะยอมรับวิถีการของชาวมุสลิมมากกว่าหมอพื้นบ้าน (อุดม เพชรศิริ, 2506 : 110-111) จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติทางด้านอุนามัซของชาวชนบทไทย โดยศึกษาในจังหวัดพิษณุโลก กล่าวคือ ชาวไทยในชนบทส่วนใหญ่จะมีการรับรู้ถึงประโยชน์ในการรักษานอสม เมื่อมีอาการเจ็บไข้จะคุ้นเคยกับการรักษาพยาบาลตนเอง โดยวิถีการของหมอแผนโบราณคือการรดน้ำมันต์ ทรงเจ้า เข้าผี มีเพียงส่วนน้อยที่ไปรับการรักษาแผนใหม่หรือสถานบริการของรัฐ เพราะชนกลุ่มนี้ต้องการให้หายจากการเจ็บป่วยอย่างรวดเร็ว และเลือกสถานพยาบาลที่คิดว่าให้ประโยชน์กับตนและครอบครัวสูงสุด (สาสใจ คัมขนาบ, 2517 : 95) นอกจากนี้ เบคเกอร์และคณะ ได้ศึกษาพบว่า ผู้ที่รับประทานฮาลาล่าเสมอมีความเชื่อว่ายาที่ได้จากแพทย์มีประสิทธิภาพในการรักษา และการรักษาที่ได้รับอุนามัซมีประโยชน์ผู้ป่วยที่เชื่อในความสามารถของแพทย์ว่ารักษาความเจ็บป่วยให้หายได้ จะไปพบแพทย์ตามนัด (Becker, et al 1975 : 12) นอกจากนี้ ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยกล่ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า มีความสัมพันธ์ในทางบวก โดยเฉพาะด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับการปฏิบัติตนในการเลือกสถานพยาบาล (นิตยา อังกาบุระณะ, 2527 : 83 อ้างถึงใน สาลี เฉลิมวรรณพงศ์, 2530 : 71) เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่าหญิงมีครรภ์ที่ใช้บริการฝากครรภ์จะเห็นประโยชน์ของการฝากครรภ์มากกว่าผู้ที่ไม่ใช้บริการ (พวงรัตน์ บุญญาบุรักษ์, 1985 : 102 อ้างถึงใน สาลี เฉลิมวรรณพงศ์, 2530 : 71) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อ

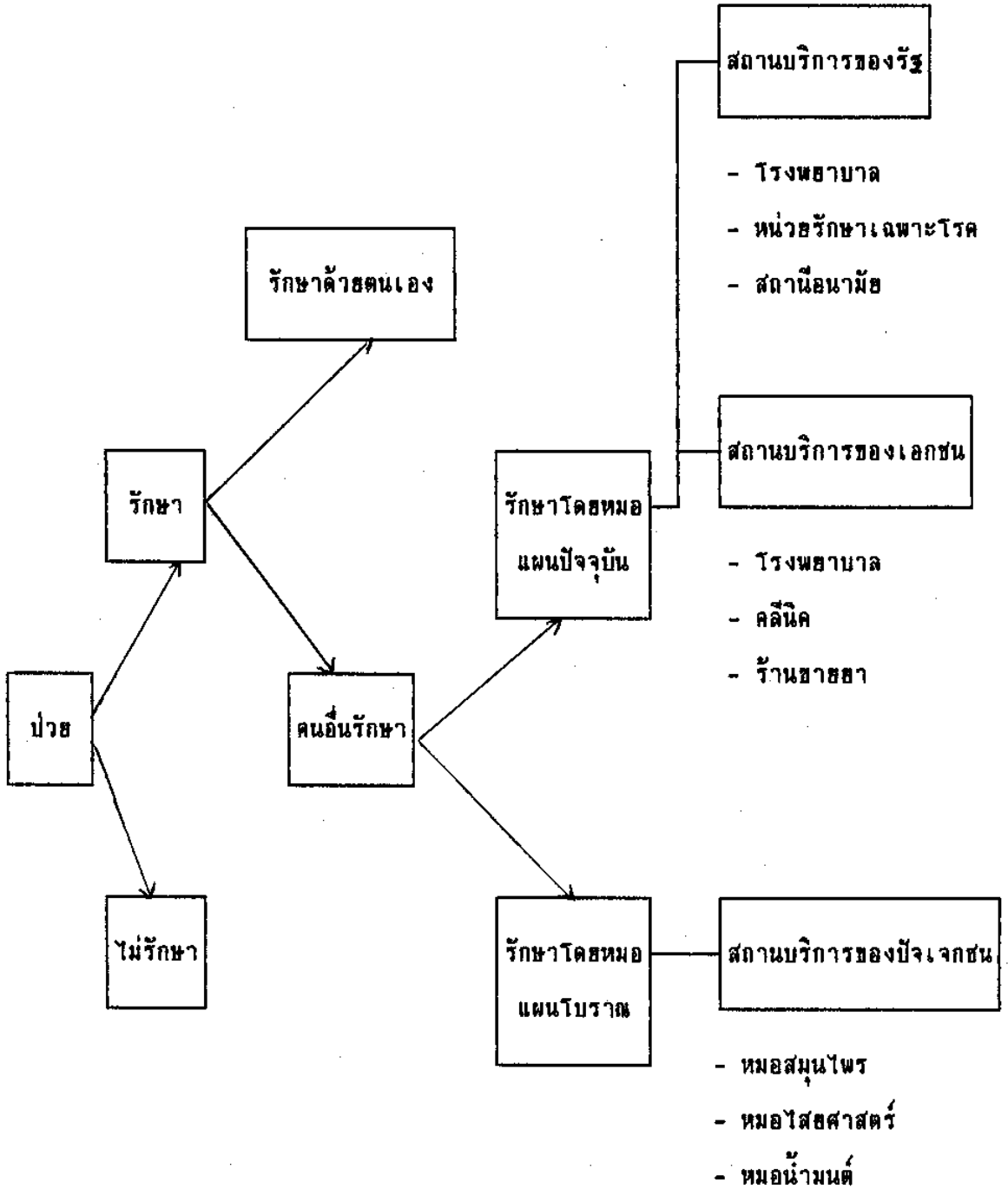
ด้านสุขภาพกับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ให้ความร่วมมือในการรักษา และไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่ต่างกัน

ส่วนการรับรู้ถึงประโยชน์ในการรักษาเมื่อจำแนกตามลักษณะผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเห็นประโยชน์ของการใช้บริการสาธารณสุขในระดับสูง แต่ในบางกรณี แม้ว่าตระหนักถึงประโยชน์ของการใช้บริการแต่ไม่สามารถไปใช้บริการได้ ยังคงเลือกใช้แบบแผนโบราณเนื่องจากมีปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ฉะนั้น ผู้ป่วยที่มีการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการใช้บริการสูง แต่ไม่มาใช้บริการอาจจะเป็นเพราะภาระหน้าที่ การเงิน มีผลทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเลือกใช้วิธีการแบบแผนโบราณ

3.3.8 การรับรู้ถึงอุปสรรคในการรักษาโรค (Perceived Barrier)

ในการที่จะมีพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับสุขภาพ เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้า ในแง่ลบอาจจะเป็นความลำบากในการไปใช้บริการต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก ไม่พอใจในบริการ ความเจ็บป่วยที่ได้รับความไม่พร้อมด้านร่างกายและจิตใจ สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการไม่ไปใช้บริการด้านสุขภาพ จากการศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพและการเลือกใช้สถานพยาบาลพบว่า อุปสรรคในด้านการเงิน ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ชาวไทยมุสลิมไม่นิยมการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน เนื่องจากชาวไทยมุสลิมส่วนใหญ่มีรายได้น้อยของครอบครัวค่อนข้างต่ำ (สาดี เจริญธรรมพงศ์, 2530 : 70) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า มารดาที่ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาบุตรของตนเป็นอย่างดี เป็นผู้ที่มีความพอใจในความเป็นกันเองของแพทย์ รู้สึกว่าแพทย์เข้าใจผู้ป่วย และผู้วิจัยพบว่า การที่มารดาพบว่า การไปพบแพทย์ไม่ได้ช่วยแก้ปัญหาให้ ชาติสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีแนวโน้มที่จะใช้บริการแบบแผนโบราณสูง (Francis, and Korch, 1996 : 535-540 อ้างถึงใน สาดี เจริญธรรมพงศ์, 2530 : 18)

แผนภาพ 4 สรุบบนแบบแผนพฤติกรรมกรรการรักษาพยาบาล



จากการศึกษาของ แมคคไลน์ (Maclean, 1966 : 131-139) เกี่ยวกับทางเลือกในการรักษาพยาบาลที่ประเทศในจีเรียเป็นการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างประชากรสองกลุ่ม กลุ่มแรกเป็นพวกที่มีความเป็นอยู่แบบดั้งเดิมส่วนใหญ่ฐานะยากจนและระดับการศึกษาค่อนข้างต่ำ จำนวนสมาชิกในครอบครัวสูง ส่วนกลุ่มหลังจะมีระดับการศึกษาสูง ครอบครัวสมาชิกน้อย ส่วนใหญ่เป็นชนชั้นกลางและชั้นสูงมีลักษณะความเป็นอยู่แบบชาวตะวันตก ผลจากการศึกษาพบว่ากลุ่มที่มีความเป็นอยู่แบบดั้งเดิม ประมาณร้อยละ 60 ของทุกระดับการศึกษา ยังคงใช้วิธีการรักษาแบบดั้งเดิม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุมีการใช้วิธีการรักษาแบบดั้งเดิมมากกว่ากลุ่มอื่น ขณะที่มากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ให้สัมภาษณ์ ก็มีการใช้วิธีการรักษาแบบตะวันตก ส่วนกลุ่มชนชั้นกลางและชั้นสูง มีสภาพความเป็นอยู่แบบตะวันตกก็มีการใช้วิธีการรักษาแบบดั้งเดิมในอัตราส่วนที่ใกล้เคียงกับกลุ่มแรกและการใช้วิธีการรักษาแบบนี้ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับอาชีพแม่บ้าน กล่าวคือ แม่บ้านได้อบรมเกี่ยวกับวิชาชีพใช้วิธีการรักษาแบบดั้งเดิมเพียงร้อยละ 33 ในขณะที่แม่บ้านที่ไม่ได้รับการฝึกอบรมจะเลือกใช้วิธีการรักษาแบบดั้งเดิมถึง ร้อยละ 66

จากการศึกษาของ แมคคไลน์ สรุปได้ว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการเลือกวิธีการรักษาได้แก่ ประสิทธิภาพที่ได้รับผลสำเร็จในครั้งก่อน ระดับอายุ การศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจจำนวนสมาชิกในครอบครัวและลักษณะอาชีพของแม่บ้าน

มาร์คแลนด์และคูแรนด์ได้ศึกษาถึงองค์ประกอบทางจิตวิทยาสังคมที่มีผลต่อการให้ภูมิคุ้มกันโรคแก่เด็กในพื้นที่ 4 แห่ง คือ เขตเมือง ชานเมือง นอกเมือง และชนบท ของเมืองเซนต์หลุยส์ รัฐมิสซูรี สหรัฐอเมริกา พบว่า กลุ่มที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาพยาบาลแผนปัจจุบันโดยการนำเด็กไปรับภูมิคุ้มกันโรคได้ความสัมพันธ์กับองค์ประกอบ 9 ตัว คือ การยอมรับถึงความรุนแรงของโรค การยอมรับถึงความเลื่องของโรค ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของวัคซีน ความรู้เกี่ยวกับระยะเวลาให้วัคซีน ระดับอายุของผู้ปกครอง ระดับการศึกษา ขนาดของครอบครัว การติดต่อสื่อสาร และชาติพันธุ์ (อ้างถึงใน สุนีย์ ไช้มุกด์, 2534 : 27)

โคลสัน (Anthony C. Colson, 1971 : 236-237) นักมานุษยวิทยาได้ศึกษาชาวมาเลย์ประมาณ 400 คน ใน 6 หมู่บ้าน ริมฝั่งแม่น้ำปะหัง โดยเข้าไปใช้ชีวิตกับชาวบ้านนานถึง 11 เดือน โดยเฝ้าสังเกตวิธีการรักษาของประชาชนในการเจ็บป่วย 520 ครั้ง ศึกษาเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของการเจ็บป่วยกับตัวแปรอิสระ 23 ตัว ผลที่ได้คือ ลักษณะบริการที่ประชาชนสามารถเลือกได้ มีอยู่ 5 ประเภท คือ บริการของรัฐ การรักษาแบบพื้นบ้าน คลินิกเอกชน ร้านขายยา และการรักษาด้วยตัวเอง ตัวแปรต่าง ๆ ที่ศึกษาได้แก่ ลักษณะของผู้ป่วย หรือครอบครัว เช่น อายุ

เพศ สถานภาพสมรส ระดับเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา ขนาดของครอบครัว รวมทั้งตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับสภาพความเจ็บป่วยเช่นระดับความรุนแรง ความเชื่อเกี่ยวกับโรค ระยะเวลา พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมีอิทธิพลอย่างมากต่อการเลือกวิถีรักษา เกี่ยวกับระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย กล่าวคือ ถ้ามีอาการรุนแรงมากจะเลือกใช้วิถีการรักษาประเภทอื่น ๆ แต่ถ้ามีการเจ็บป่วยเล็กน้อย น้อย ๆ จะไปรักษาที่สถานบริการของรัฐ ในชุมชนนี้เชื่อว่าการรักษาแบบพื้นบ้านจะได้ผลดีกว่าการรักษาโรคประเภทหนึ่ง ส่วนการรักษาที่คลินิกของรัฐจะได้ผลดีกับโรคอีกประเภทหนึ่ง

สิ้นชม เจริญสุข (2522 : 77) ได้ศึกษาถึงตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้บริการสาธารณสุขประเภทต่าง ๆ ของประชาชนในเขตชนบท ผลจากการศึกษาพบว่า การศึกษาของหัวหน้าครอบครัวเมื่อมีระดับการศึกษาสูงขึ้น การใช้บริการของรัฐจะเพิ่มขึ้น และการใช้แบบแผนโบราณจะลดลง ส่วนการศึกษาของ อรพินท์ สิงห์เดช และคณะ ได้ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ทัศนคติของบิดามารดา หรือผู้ปกครองกับการได้รับภูมิคุ้มกันโรคของเด็กวัยก่อนเรียนในเขตพญาไท กรุงเทพมหานคร 2521 พบว่า เด็กสบายดี ร่างกายแข็งแรง ทดความรู้ความเข้าใจ ไม่เห็นความสำคัญของการฉีดวัคซีน ไม่ทราบถึงจุดประสงค์ที่แท้จริงของการตรวจสุขภาพเด็ก ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับวัคซีนครบถ้วนคือ ฐานะทางเศรษฐกิจระดับการศึกษาของบิดามารดา ความรู้เกี่ยวกับโรค (อ้างใน สุนีย์ ไช่มุกด์, 2534 : 28)

สาดี เณนิมารณพงศ์ (2530 : 69-79) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ความเชื่อด้านสุขภาพของชาวไทยมุสลิมที่ให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลในสี่จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพของชาวไทยมุสลิม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นชาวไทยมุสลิมที่มาให้บริการครั้งแรกจากโรงพยาบาล จำนวน 290 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ ความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้ถึงอุปสรรคในการรักษาอยู่ในระดับกลาง นอกจากนี้ ตัวแปรเกี่ยวกับ เพศผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน อายุ การศึกษา รายได้ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

มานพ คณะโต (2525 : 253) ได้ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการรับการรักษาทางการแพทย์และสาธารณสุข ศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มชาติพันธุ์ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยมีจุดประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบลักษณะของการรับบริการทางการแพทย์ โดยเปรียบเทียบระหว่างชาติพันธุ์ ส่วนกลุ่มตัวอย่าง เป็นหญิงที่แต่งงานแล้วอยู่กับสามี โดยแบ่งเป็นชาติพันธุ์มี ไทยพุทธ ไทยมุสลิม และไทยจีน อย่างละ 200 คน มีอายุไม่เกิน 59 ปี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม

เกี่ยวกับ ชาติพันธุ์ ข้อมูลทั่วไป สุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งผลการศึกษาที่ได้พบว่า ในการรับบริการทางการแพทย์จากแพทย์แผนโบราณนั้นแต่ละชาติพันธุ์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญอย่างยิ่งที่ระดับ 0.01 ส่วนการรับบริการจากแพทย์แผนปัจจุบัน มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ทางด้านการรับรู้เกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วย พบว่า ผู้ที่รับรู้สภาพความเจ็บป่วยมากกว่าจะไปใช้บริการทางการแพทย์แผนปัจจุบันน้อยกว่าผู้ที่รับรู้สภาพความเจ็บป่วยน้อยกว่า และความแตกต่างดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทางด้านความเชื่อถือในแพทย์แผนปัจจุบัน พบว่า ผู้ที่เห็นด้วยกับแพทย์แผนปัจจุบันจะไปรับบริการแพทย์แผนปัจจุบันน้อยกว่าผู้ที่ไม่เห็นด้วยกับการแพทย์ชนิดนี้ และความแตกต่างดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สาสใจ คัมชนาบ (2517 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติด้านอนามัยของชาวชนบทในประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจะหาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับลักษณะการปฏิบัติด้านอนามัยของชาวชนบทในประเทศไทย ว่ามีลักษณะการปฏิบัติในเรื่องการป้องกันและรักษาพยาบาลกับการจัดทำสุขภาพและสิ่งแวดล้อมโดยทั่วไปอย่างไร กลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นครอบครัวที่อยู่ในชนบททั้งประเทศโดยวิธีการสุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัย การป้องกันการรักษาพยาบาล การจัดทำสุขภาพสิ่งแวดล้อมซึ่งผลการศึกษาสรุปว่า ปัจจัยที่มีส่วนในการกำหนดพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพคือปัจจัยทางสังคมได้แก่ การศึกษาและปัจจัยทางเศรษฐกิจคือ ฐานะทางเศรษฐกิจมีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ หัวหน้าครัวเรือนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงและการศึกษาสูง จะมีร้อยละของสมาชิกในครัวเรือนเคยปลูกผีหรือฉีดยาสูงขึ้นตามลำดับ ซึ่งผลปรากฏว่า สองปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อการปฏิบัติด้านอนามัยเกี่ยวกับการคลอดในตนเองได้เช่นกัน คือ สตรีที่มีการศึกษาและมีฐานะทางเศรษฐกิจดี มีแนวโน้มคลอดบุตรด้วยวิธีแก่น้อยกว่าสตรีที่มีการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม พบว่า ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและการศึกษายังคงมีอิทธิพลเช่นเดียวกัน ในการปฏิบัติทางด้านอนามัยการใช้ส้วมการจัดทำบริเวณบ้าน การใช้รองเท้า การใช้ส้วม การรักษาฟัน นอกจากนี้พบว่า ที่ตั้งของที่อยู่อาศัยยังมีผลต่อการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ส้วมและการรักษาฟัน คือ ครัวเรือนที่มีบ้านตั้งอยู่ในชุมชนตลาด จะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ส้วมและการรักษาฟันในอัตราส่วนร้อยละสูงกว่าครัวเรือนที่อยู่ห่างออกไป

ส่วนการศึกษาของ สุนีย์ ไช้มุกด์ (2534 : ก) โดยศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของมารดาในการพาบุตรไปรับภูมิคุ้มกันโรคในจังหวัดปัตตานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาดูตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มมารดาที่พาบุตรไปรับภูมิคุ้มกันโรคครบและไม่ครบ กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหรือหญิงที่ทำหน้าที่เลี้ยงดูบุตรที่เกิดในเดือนมกราคม 2532 ถึงกันยายน 2533 จำนวน 226 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ มีบทสรุปว่าปัจจัยทางสังคม-วัฒนธรรม ปัจจัยทางบริการสาธารณสุขและปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผล ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การสื่อสารด้วยภาษาไทย การรับรู้ถึงประโยชน์ของวัคซีน การอ่านหนังสือพิมพ์ ระยะทางใกล้บ้าน ตัวแปรทั้งหมดนี้มีผลต่อมารดาที่จะนำบุตรไปรับภูมิคุ้มกันโรค

วัตถุประสงค์

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ :

1. เพื่อศึกษาองค์ประกอบของครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาพยาบาลเด็ก
2. เพื่อเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างชาวไทยพุทธกับชาวไทยมุสลิม
3. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการรักษาพยาบาลเด็กของชาวไทยพุทธและชาวไทยมุสลิม

ปัญหาการวิจัย

1. องค์ประกอบของครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมการรักษาพยาบาลเด็กอย่างไร
2. ความเชื่อด้านสุขภาพของชาวไทยพุทธกับชาวไทยมุสลิม มีผลต่อพฤติกรรมการรักษาพยาบาลเด็กเป็นอย่างไร
3. พฤติกรรมการรักษาพยาบาลเด็กของชาวไทยพุทธกับชาวไทยมุสลิมเป็นอย่างไร

สมมติฐาน

การศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพโดยอาศัยทฤษฎีทางการแพทย์ของโรเซนสโตก และ ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ช่วยให้เห็นว่า (Proposition) ด้วยนิรนัยจากตัวทฤษฎี (Deduction) ซึ่งมีผลช่วยให้อธิบายสมมติฐานทางการวิจัยได้ดังนี้

1. ความแตกต่างทางชาติพันธุ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาสภาพของเด็ก ภายใต้งบประมาณ การค้นพบของตัวแปรคือ ความรู้ด้านสุขภาพ

ความแตกต่างด้านชาติพันธุ์ ทำให้รูปแบบการดำรงชีวิตของแต่ละชาติพันธุ์แตกต่างกันออกไป รวมทั้งการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยซึ่งการรับรู้ถึงลักษณะของการเจ็บป่วยของคนแต่ละชาติพันธุ์ จะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับสังคมกรรม (Socialization) ของแต่ละสังคม จากการศึกษาเกี่ยวกับ พฤติกรรมมารับบริการทางการแพทย์ของกลุ่มชาติพันธุ์จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่า ชาวไทยมุสลิมจะมีความ เชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรคว่าดีกว่าสาเหตุปัจจุบันคือเห็นด้วยถึงร้อยละ 57.0 ส่วนชาวไทยพุทธและ ชาวไทยจีนส่วนมากจะไม่เชื่อในเรื่องนี้ (มานพ คณะโต, 2525 : 61) สำหรับความเชื่อเกี่ยวกับการปฏิบัติตามกฎศาสนาเคร่งครัดพระเจ้าจะคุ้มครอง ผลคือ ชาวไทยมุสลิมเกือบทั้งหมดเชื่อเรื่องนี้ แต่ชาวไทยพุทธ ชาวไทยจีน ที่เชื่อถือน้อยและไม่เชื่อถือนั้นมีจำนวนใกล้เคียงกันซึ่งสังเกตจากพิธีกรรมทาง ศาสนา คนไทยมุสลิมเคร่งครัดมากกว่า ส่วนความเชื่อเกี่ยวกับการทรงเจ้าเข้าผีเป็นเรื่องมวงาย ไม่ควรเชื่อถือนั้น พบว่า ชาวไทยมุสลิมส่วนมากจะเข้าใจ เช่นนั้นชาวไทยพุทธส่วนใหญ่ก็เชื่อเช่นเดียวกัน แต่มีจำนวนน้อยกว่า ส่วนชาวไทยจีนที่เชื่อถือนั้นมีครั้งหนึ่งเท่านั้น (มานพ คณะโต, 2525 : 61) ส่วนการเลือกใช้สถานบริการ พบว่า ชาวไทยพุทธส่วนมากจะพิจารณาเลือกใช้สถานบริการที่ราคาถูก แต่ชาวไทยจีนกลับเลือกใช้สถานบริการที่มีหลายชนิด ส่วนชาวไทยมุสลิมส่วนใหญ่เลือกใช้สถานบริการ ที่อยู่ใกล้บ้าน (มานพ คณะโต, 2525 : 61) นอกจากนี้ พบว่าสตรีไทยมุสลิมนิยมคลอดบุตรที่บ้าน มากถึงร้อยละ 87.3 ไปคลอดโรงพยาบาลเพียงร้อยละ 6.6 ขณะที่สตรีไทยพุทธคลอดที่บ้านร้อยละ 49 ที่เหลือส่วนใหญ่ไปคลอดโรงพยาบาล คลินิกส่วนตัวและสถานบริการอื่น ๆ ของรัฐ (สาวิ เณนิมารถพงศ์, 2530 : 2) สำหรับสภาวะอนามัยของเด็กไทยในอำเภอจะนะ การได้รับภูมิคุ้มกัน โรคคอตีบ โสทรนและบาดทะยัก เด็กไทยพุทธได้รับร้อยละ 57.8 แต่ได้รับจนครบตามขนาดที่กำหนด เพียงร้อยละ 9.7 ส่วนเด็กไทยมุสลิมเคยได้รับร้อยละ 32.6 แต่ได้รับครบเพียง 3.6 เท่านั้น เมื่อ

เทียบระหว่างเด็ก 2 กลุ่มเห็นได้ชัดว่า เด็กไทยมุสลิมมีอัตราการรับบริการชนิดนี้ต่ำกว่าเด็กไทยพุทธทุกกลุ่มอายุ และเนื่องจากสตรีไทยมุสลิมไปรับบริการฝากครรภ์จากรัฐน้อยมาก ทำให้อัตราของผู้ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยักในระหว่างตั้งครรภ์น้อยกว่าสตรีไทยพุทธ สาเหตุเหล่านี้ทำให้ทารกและเด็กไทยมุสลิมมีอัตราการตายสูงกว่าทารกและเด็กไทยพุทธ (เฮาเวิร์ตน์ ปรปักษ์ขาม และคณะ, 2526 : 462-464 อ้างถึงใน สาลี เฉลิมวรรณพงศ์, 2530 : 3)

2. ระดับการศึกษาของมารดาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาพยาบาล ภายใต้งैณไข การผันแปรของตัวแปรคุม คือ ชำติพันธ์

ระดับการศึกษาของครอบครัว ก็มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลือกแหล่งรักษาพยาบาล คือผู้ที่ผ่านการศึกษามากย่อมมีพฤติกรรมไปในทางที่รอบรู้มากกว่าผู้ที่ผ่านการศึกษาน้อย รวมทั้งความสามารถในการตัดสินใจเลือกใช้แหล่งบริการที่ดีที่สุดสำหรับครอบครัว (คุชฎี ใจสมุทร, 2535 : 31) ดังนั้น บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง ย่อมมีโอกาสในการเลือกวิถีการดำเนินชีวิต และได้รับการยกย่องจากสังคมว่าเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ส่วนผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำย่อมได้รับการปฏิบัติจากสังคมแตกต่างกัน (อานนท์ อาภาภิรมณ์, 2515 : 177) นอกจากนี้ ยังพบว่าระดับการศึกษามีผลต่อการรับบริการทางการแพทย์ ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำมีการซื้อยามากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูง และพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูง ตั้งแต่ระดับอนุปริญญาขึ้นไป มีการใช้บริการจากสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยและวิธีการรักษาความเจ็บป่วยของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด ในปี 2513 พบว่า ประชาชนที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีการใช้วิธีการรักษาต่างกัน ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จะใช้บริการจากสถานพยาบาลของรัฐมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับอื่น ๆ และพบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาปีที่ 4 มีการใช้บริการของการแพทย์แผนโบราณมากที่สุด (กระทรวงสาธารณสุข, 2527 : 45)

3. รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาพยาบาล ภายใต้งैณไขการผันแปร ของตัวแปรคุม คือ ชำติพันธ์

เมคคานิค (Mechanic อ้างถึงใน พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, 2535 : 73) ตั้งข้อสังเกตว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมดีจะมีพฤติกรรมในการป้องกันเช่น บัตรประกันสุขภาพ การตรวจร่างกาย เนื่องจากผู้ที่มีรายได้ต่ำมีข้อจำกัดของการมีพฤติกรรมการรักษาพยาบาล ถึงแม้ว่าจะรู้ว่ามิ

ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมามากเพียงใด เมื่อความจำเป็นขั้นพื้นฐานของผู้มีรายได้น้อยยังไม่ได้รับการตอบสนอง ความสนใจด้านสุขภาพย่อมลดลง ซึ่งต่างกับผู้ที่มียาได้มาก สามารถแสวงหาแหล่งรักษาพยาบาลได้หลากหลาย แม้จะต้องใช้เงินจำนวนมากเพื่อที่จะตอบสนองต่อปฏิกริยาการหายป่วยของสมาชิกในครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย พบว่าผู้ที่มียาได้มากกว่ารับรู้ถึงอันตรายของการเจ็บป่วยได้มาก เนื่องจากมีการศึกษาสูงทำให้เข้าใจเรื่องต่าง ๆ ได้ดีกว่า (สาดี เจริญวรรณพงศ์, 2530 : 79) นอกจากนี้ ยังพบว่ากลุ่มชาวไทยจีนเป็นกลุ่มที่มีรายได้อันดับสอง รองลงมาคือกลุ่มชาวไทยพุทธ และท้ายสุดคือ กลุ่มชาวไทยมุสลิม (มานพ คณะโต, 2525 : 45)

4. ความแตกต่างด้านความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาสมาชิกในครอบครัว ภายใต้เงื่อนไขการมีเงินแปรของตัวแปรคือ ชีวทัศน์

การที่ครอบครัวจะกำหนดได้ว่า อาการลักษณะไหนจึงเรียกว่า เกิดการเจ็บป่วยสมาชิกในครอบครัวต้องมีความรู้ความเข้าใจถึงลักษณะของคนที่เป็นกับคนปกติ ซึ่งต้องอาศัยความรู้ในแง่โรค เช่น ดอก กล่าวไว้ว่า ครอบครัวที่มีความรู้ด้านสุขภาพจะสามารถมองแนวโน้มของโรคที่จะเป็นไปในอนาคตได้ซึ่งความรู้เหล่านั้นมาจาก การฝึกอบรม การศึกษาในระดับสูง ซึ่งเป็นการเพิ่มพูนสมรรถภาพในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานทั้งด้านความคิด การกระทำ ความรู้ความชำนาญ และการที่สมาชิกในครอบครัวจะดูแลสุขภาพอนามัยของบุคคลนั้น จะต้องมีการเรียนรู้ การเห็นคุณค่าและเห็นประโยชน์ (อุมาพร ปุณฺณโสพรรณ, 2533 : 18) นอกจากนี้ ยังพบว่าครอบครัวที่มีความรู้ความสนใจ ด้านสาธารณสุขพอสมควร ได้พยายามช่วยเหลือครอบครัวโดยการไปค้นหาความรู้แต่ยังขาดหลักการและวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้อง จึงต้องใช้วิธีการที่ได้รับการถ่ายทอดกันมา เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน โดยใช้บริการของหมอแผนโบราณ (วรรณวิไล จันทราภา, มปป. : 11)

5. ครอบครัวที่มีความแตกต่างของจำนวนบุตรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาสมาชิกในครอบครัว ภายใต้เงื่อนไขของตัวแปรคือ ความรู้ด้านสุขภาพ

จำนวนบุตรก็เป็นดัชนีตัวหนึ่งที่ชี้วัดสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เพราะความเป็นอยู่ของครอบครัว ชีวทัศน์ต่าง ๆ จะมีลักษณะใกล้เคียงกัน เพียงแต่ว่าครอบครัวใดมีบุตรมากครอบครัวนั้นก็มีความมั่นคงน้อยลง ไม่ว่าจะในด้านการดูแลสุขภาพหรือการตอบสนองต่อปัจจัยพื้นฐาน จากการศึกษาพบว่า ถ้าครอบครัวที่มีจำนวนบุตรมาก 3-4 คน จะไม่ต้องการมีบุตรเพิ่มอีก เพราะไม่สามารถดูแลให้ทั่วถึงได้ (ศรีนษา บุญนาค, 2525 : 3) จากการศึกษาของ ลีนา ดังกนะภักย์

(2535 : 67) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการทำคลอดแบบพื้นบ้านหรือสมัยใหม่ของมารดา ไททิมุสลิมในจังหวัดชายแดนภาคใต้พบว่า ครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกน้อยมีรายได้น้อยกว่าจะใช้บริการทำคลอดแบบพื้นบ้านลดลง แต่จะใช้บริการทำคลอดสมัยใหม่เพิ่มขึ้น ส่วนครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกมากและไม่มียารายได้มีแนวโน้มที่จะใช้บริการทำคลอดแบบพื้นบ้านสูงกว่า นอกจากนี้ การใช้แบบจำลองความต้องการมีบุตรโดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมผู้บริโภคเป็นพื้นฐาน โดยพิจารณาจากการมีบุตรเปรียบเสมือนสินค้าอุปโภคบริโภค แล้วเปรียบเทียบพอใจที่ได้รับจากการมีบุตรแต่ละคนกับสิ่งที่สูญเสียไปในรูปของค่าใช้จ่ายพบว่า มีบุตรมากจะเพิ่มค่าใช้จ่ายให้กับครอบครัวสูงทำให้ความพร้อมทางเศรษฐกิจกับการดูแลสุขภาพบุตรน้อยลง (ศรีวันธา บุญนาค, 2535 : 7)

6. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาพยาบาล ภายใต้เงื่อนไขการผันแปรของตัวแปรคุม คือ ชาติพันธุ์

โรเซนสตัดก (อ้างถึงใน สาลี เฉลิฉัตรพงศ์, 2530 : 5) ได้ให้แนวคิดว่าครอบครัวจะมีพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บป่วยเมื่อเขาเชื่อว่า สมาชิกในครอบครัวมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย เมื่อเจ็บป่วยจะทำให้เกิดความเสียหายต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม นอกจากนี้การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพบว่า ชาวไททิมุสลิมมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและมีความสัมพันธ์กับความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในระดับสูง ทำให้ชาวไททิมุสลิมมาใช้บริการของโรงพยาบาล ซึ่งถือว่าเป็นสถานพยาบาลแบบแผนปัจจุบัน (สาลี เฉลิฉัตรพงศ์, 2530 : 70) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เคเวิลด์ (Kegeles, 1963 : 116-173 อ้างถึงใน สาลี เฉลิฉัตรพงศ์, 2530 : 71) ที่พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการเห็นประโยชน์ของสาธารณสุข มีแนวโน้มที่จะไปใช้บริการจากแหล่งดังกล่าว นอกจากนี้พบว่าผู้ที่มีความเชื่อต่อโอกาสการเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระดับสูงจะไปพบทันตแพทย์ มากกว่าผู้ที่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคต่ำ

7. การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรักษาพยาบาล ภายใต้เงื่อนไขการผันแปรของตัวแปรคุม

การรับรู้ความรุนแรงของโรค จากการศึกษาพบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรที่สูงและโรคเจ็บปวดนั้นจะเลือกใช้สถานพยาบาลแบบแผนปัจจุบันสูง และมีแนวโน้มในการให้ความร่วมมือในการรักษาสูงด้วย (สาลี เฉลิฉัตรพงศ์, 2530 : 71)

8. การรับรู้ถึงประโยชน์ในการรักษาของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาพยาบาล
ภายใต้เงื่อนไขการผันแปรตัวแปรคุม คือ ชาติพันธุ์

จากการศึกษาของ นิตยา อังกาบบุระ (2527 : 83) ผู้ซึ่งได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจตาย พบว่า มีความสัมพันธ์ในทางบวก โดยเฉพาะด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการศึกษามีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับการปฏิบัติตน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พวงรัตน์ บุญญาภิรักษ์ (1985 : 102-103) ที่พบว่า หญิงมีครรภ์ที่ใช้บริการฝากครรภ์เห็นประโยชน์ของการฝากครรภ์มากกว่าผู้ที่ไม่ใช้บริการฝากครรภ์ (อ้างใน สาลี เฉลิมวรรณพงศ์, 2530 : 18) นอกจากนี้ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการมีพฤติกรรมการรักษาพยาบาล พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีการรับรู้ถึงประโยชน์ในการเลือกแหล่งบริการแตกต่างกัน คือ ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและอุดมศึกษา มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการเลือกแหล่งบริการสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา (สาลี เฉลิมวรรณพงศ์, 2530 : 77) จากการสำรวจความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการเลือกรับบริการ พบว่าชาวไทยพุทธส่วนมากเห็นว่าร้านขายยาจะมีราคาแพง แต่ให้การต้อนรับดีและมีบริการหลายชนิด ซึ่งหมายถึงการมีสาขาวิชาโรคได้ทุกโรค ส่วนชาวไทยจีนเห็นว่าร้านขายยาให้บริการในราคาถูกและมีบริการหลายชนิด และชาวไทยมุสลิมส่วนมากเห็นว่าร้านขายยาเป็นสถานที่ที่มีบริการหลายชนิด ระยะเวลาก็ไม่ไกล (มานพ คณะโต, 2525 : 83) จากการศึกษาการรับบริการจากแพทย์แผนปัจจุบันแต่ละด้านพบว่า ชาวไทยพุทธคิดว่า สถานีอนามัยตั้งอยู่ห่างไกลและให้บริการได้บางชนิดเท่านั้นคนไทยมุสลิมคิดว่าบริการดังกล่าวไม่สามารถให้บริการได้ตามต้องการ ส่วนคนไทยจีนคิดว่าบริการได้รับการต้อนรับเป็นอย่างดี สถานบริการเอกชนพบว่าชาวไทยพุทธและคนไทยจีนเห็นว่า สถานบริการจากเอกชนจะให้บริการในราคาแพงเกินไป แต่มีให้บริการได้หลายชนิด ส่วนชาวไทยมุสลิมเห็นว่าสถานบริการดังกล่าวให้การต้อนรับดีแต่ราคาแพงและไม่มีการบริการตามที่ต้องการ โดยเฉพาะการแยกคนไข้มุสลิมออกจากคนไข้ทั่วไป สำหรับสถานบริการของรัฐ พบว่า ทั้งชาวไทยพุทธ ชาวไทยจีน และชาวไทยมุสลิม เห็นเหมือนกันว่า สถานบริการชนิดนี้ให้การต้อนรับที่ไม่ดี บริการต่าง ๆ ก็มีน้อย อยู่ห่างไกล ทำให้ไปรับบริการลำบาก แต่ในการรับบริการจากหมอแผนโบราณ ชาวไทยพุทธส่วนมากเห็นว่า แหล่งบริการอยู่ห่างไกลบริการได้บางชนิด แต่ให้การต้อนรับดี ชาวไทยมุสลิมเห็นว่า สถานบริการไม่มีบริการตามต้องการ แต่ให้การต้อนรับดีชาวไทยจีนเห็นว่า สถานบริการดังกล่าวให้การต้อนรับดี (มานพ คณะโต, 2525 : 83-84)

9. การรับรู้อุปสรรคในการรักษาของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาพยาบาล ภายใต้เงื่อนไขการผันแปรของตัวแปรคุม คือ ชาติพันธุ์

นอกจากนี้ สถานภาพทางเศรษฐกิจจะพบว่า เป็นตัวเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอุปสรรคในการรับการรักษา ซึ่งตามปกติแล้วคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจจะสามารถเลือกแหล่งบริการได้ตามความจำเป็น ความสะดวกในทางตรงข้ามคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ข้อจำกัดในการเลือกสถานพยาบาลก็มีมากขึ้น ส่วนใหญ่แล้วจะเลือกปฏิบัติตามความเชื่อในอดีตและเลือกรักษาที่หมอแผนโบราณ เพราะเสียค่าใช้จ่ายน้อย สะดวก และเป็นกลุ่มคนในสมาคมเดียวกัน

ความสำคัญและประโยชน์

1. ทำให้ทราบถึงอิทธิพลของครอบครัวในแง่ชาติพันธุ์ที่มีผลต่อการเลือกใช้สถานพยาบาลในการดูแลสุขภาพเด็ก
2. ทำให้ทราบถึงความเข้มแข็งของวัฒนธรรม ความเชื่อของครอบครัวแต่ละชาติพันธุ์ที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพเด็ก และการเลือกปฏิบัติในการรักษาพยาบาล
3. ทำให้ทราบถึงผลของแนวโน้มในการใช้บริการทางการแพทย์ของครอบครัวของแต่ละชาติพันธุ์ว่า ชาติพันธุ์ใดที่ใช้บริการของกระทรวงสาธารณสุขมากกว่า
4. ทำให้ทราบถึงวิธีการแก้ไขและปรับปรุงของแต่ละชาติพันธุ์ ที่มีความเชื่อและวิธีปฏิบัติในการดูแลสุขภาพแบบดั้งเดิมให้ยอมรับการบริการด้านสุขภาพสมัยใหม่ในบางส่วน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาครอบครัวในแง่ของชาติพันธุ์กับพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคในเด็กในเขตเทศบาลเมืองปัตตานี โดยศึกษาเฉพาะกรณีครอบครัวไทยพุทธกับไทยมุสลิม ในการวิจัยนี้ มีตัวแปรทั้งหมด 9 ตัว

ตัวแปรอิสระ

ปัจจัยหรือเงื่อนไขที่เนื่องด้วย องค์ประกอบของครอบครัว

(Determinants Based on Family)

- ชีวทัศน์ : ครอบครัว
- ระดับการศึกษาของมารดา
- รายได้
- ความรู้ด้านสุขภาพ
- จำนวนบุตรในครอบครัว

ความเชื่อ (Health Belief Model)

- การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค
- การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค
- การรับรู้ถึงประโยชน์ในการรักษา
- การรับรู้ถึงอุปสรรคในการรักษา

ตัวแปรตาม พฤติกรรมการรักษาพยาบาล

- แบบแผนปัจจุบัน
- แบบแผนโบราณ
- ทั้งแบบแผนปัจจุบัน และแบบแผนโบราณ

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. คำตอบทุกข้อของผู้ตอบแบบสอบถามคือข้อเท็จจริงที่เชื่อถือได้
2. การแพทย์แผนปัจจุบัน จะรวมการพยาบาลจากสถานที่ต่อไปนี้ด้วย คือ สถานีอนามัย
โรงพยาบาล คลินิกเอกชน เกสเซอร์ชายสถานปัจจุบัน
3. การแพทย์แผนโบราณ จะรวมถึงวิธีการรักษาของหมอพื้นบ้าน หมอสมุนไพร หมอน้ำมันดี หมอผี
ผู้นำศาสนา และหมอไสยศาสตร์ (ไม่อยู่ในกรณี 1)

นิยามศัพท์

องค์ประกอบของครอบครัว หมายถึง ลักษณะโครงสร้างของครอบครัวที่บ่งบอกถึงความ เป็นครอบครัวประกอบด้วย ชาติพันธุ์ ระดับการศึกษาของมารดา ราชได้ ความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน บุตร

ชาติพันธุ์ หมายถึง กลุ่มคนที่นับถือศาสนาเดียวกันมีลักษณะของวัฒนธรรมที่เป็นแกนร่วมกัน แบ่งออกเป็น

ครอบครัวไทยพุทธ หมายถึง ครอบครัวคนไทยที่นับถือศาสนาพุทธเดียวกัน มีวิถีชีวิตและ พฤติกรรมดังเช่นชาวพุทธทั่วไป มีการประกอบพิธีกรรมทางศาสนาเป็นครั้งคราวตามความสะดวก เช่น การทำบุญตักบาตร ไปทำบุญที่วัด และรักษาเบญจศีล เป็นต้น

ครอบครัวไทยมุสลิม หมายถึง ครอบครัวคนไทยที่นับถือศาสนาอิสลามมีวิถีชีวิตและ พฤติกรรมดังเช่นชาวไทยมุสลิมโดยทั่วไป มีการแต่งงานภายในกลุ่มของตัวเอง มีการประกอบพิธี- กรรมทางศาสนาเป็นครั้งคราวตามศาสนบัญญัติ เช่น การละหมาดและการถือศีลอด เป็นต้น

ซึ่งจะแทนด้วย

ครอบครัวไทยพุทธ = 1

ครอบครัวไทยมุสลิม = 2

เกณฑ์ในการแบ่ง มานพ คณะใด (2525 : 13)

ระดับการศึกษาของมารดา หมายถึง ระดับการศึกษาชั้นสูงสุดของมารดาทั้งสายสามัญ และสายอาชีพ แต่ไม่นับรวมการศึกษาสายศาสนาทั้งของมารดาไทยพุทธ และมารดาไทยมุสลิม ซึ่ง ผู้วิจัยพยายามที่จะให้มารดาวัดอยู่ในระดับสูงสุด คือ ระดับช่วงชั้น (Interval Scale) เพื่อการ ตัดความนั้น ผู้วิจัยจึงแบ่งการศึกษออกเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับต่ำ หมายถึง เข้ารับการศึกษาในสถาบันการศึกษา 12 ปีลงมา

ระดับปานกลาง หมายถึง เข้ารับการศึกษาในสถาบันการศึกษา 13-14 ปี

ระดับสูง หมายถึง เข้ารับการศึกษาในสถาบันการศึกษา 15 ปีขึ้นไป

ซึ่งจะแทนด้วย

ระดับต่ำ = 1

ระดับปานกลาง = 2

ระดับสูง = 3

เกณฑ์ในการแบ่ง กองวางแผนงานกำลังคน สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้แบ่งระดับการศึกษาโดยใช้เวลาเรียนปีการศึกษาในสถาบันเป็นตัวกำหนด โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ (หนังสือ ทัศนาคินทร์, 2521 : 80)

ระดับต่ำ	ผู้ที่ได้รับการศึกษาในสถาบันการศึกษา 12 ปีลงมาหรือต่ำกว่า มีมัธยมศึกษาปีที่ 6
ระดับปานกลาง	ผู้ที่ได้รับการศึกษาในสถาบันการศึกษา 13-14 ปี ได้แก่ ผู้จบมัธยมศึกษาปีที่ 6 ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นต้น หรือเทียบเท่า
ระดับสูง	ผู้ที่ได้รับการศึกษาในสถาบันการศึกษา 15 ปีขึ้นไป คือ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ประกาศนียบัตรวิชาชีพเทคนิค ประกาศนียบัตรการศึกษาชั้นสูง ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

รายได้ หมายถึง รายได้ต่อเดือนที่เป็นตัวเงินและไม่เป็นตัวเงิน โดยประเมินออกมาเป็นตัวเงิน ซึ่งประกอบด้วย รายได้จากการทำงาน รายได้จากเงินเดือน รายได้จากเงินปันผล ค่าเช่าที่ดิน ค่าเช่าบ้าน ค่าเช่าอื่น ๆ เงินช่วยเหลือ เงินได้เปล่าจากผู้อื่นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

รายได้สูง	หมายถึง มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวเกิน 8,000 บาท
รายได้ปานกลาง	หมายถึง มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 6,001-8,000 บาท
รายได้ต่ำ	หมายถึง มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 6,000 บาท

ซึ่งจะแทนด้วย

รายได้ต่ำ	= 1
รายได้ปานกลาง	= 2
รายได้สูง	= 3

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิดของครอบครัวไทยพุทธ และไทยมุสลิม เกี่ยวกับสุขภาพที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพเด็ก แบ่งออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้

จบการศึกษาพยาบาลศาสตร์ 4 ปี

จบการศึกษามัธยมศึกษา 2 ปี

ได้รับการฝึกอบรมด้านการดูแลสุขภาพ

ประกอบอาชีพเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

ได้รับความรู้จากการอ่านตำรา, จากสื่อสารมวลชน

ซึ่งจะแทนด้วย

มีความรู้ = 1

ไม่เคยได้ศึกษาและไม่เคยได้รับข่าวสารใด ๆ ทั้งจากบุคคลและสื่อสารมวลชน

ไม่มีความรู้ = 0

เกณฑ์ในการแบ่ง พิจารณาจากหลักสูตรการศึกษา และประสบการณ์ในการทำงาน

จำนวนบุตรในครอบครัว หมายถึง จำนวนบุตรที่เกิดกำเนิดจากบิดามารดาในครอบครัวนั้น ๆ ซึ่งขณะนี้มีชีวิตและอยู่อาศัยกับครอบครัวหรือแยกออกไปต่างหาก แบ่งออกเป็น 3 ระดับดังนี้

จำนวนน้อย 0-1 คน

จำนวนปานกลาง 2-3 คน

จำนวนมาก 4 คนขึ้นไป

ซึ่งจะแทนด้วย

จำนวนน้อย = 1

จำนวนปานกลาง = 2

จำนวนมาก = 3

เกณฑ์ในการแบ่ง แบ่งตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้แต่ละครอบครัวมีบุตรไม่เกิน 2 คน

ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง องค์ความรู้ ความรู้สึก ความนึกคิดของครอบครัวไทยพุทธ ไทยมุสลิม เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพ ซึ่งการปฏิบัติตนจะแตกต่างกันไปตามความรับรู้ในด้านต่าง ๆ แบ่งออกเป็น 4 ลักษณะ ดังนี้

การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดและความเชื่อของครอบครัวไทยพุทธ ไทยมุสลิม เกี่ยวกับความเสี่ยงของเด็กที่จะเกิดโรค รวมทั้งอันตรายของโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากอาการป่วยของเด็ก

ข้อความ

การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- 1) ท่านคิดว่าบุตรของท่านมีโอกาสไม่สบายได้ตลอดเวลา
- 2) แม้ไม่มีอาการมาก แต่บุตรของท่านอาจจะมีโรคภัยอยู่ภายใน

- 3) ท่านคิดว่าท่านสามารถดูแลสุขภาพบุตรของท่านอย่างดีแล้ว แต่ยังมีโอกาสที่จะเกิดโรคอยู่เสมอ
- 4) ถ้าท่านเห็นว่าบุตรของท่านปกติทุกอย่างแสดงว่าบุตรของท่านไม่ได้เจ็บป่วยเลย
- 5) โรคอุจจาระร่วงเป็นโรคที่เกิดได้กับทุกคน
- 6) การรักษาความสะอาดจะช่วยลดโอกาสการเสี่ยงของโรคอุจจาระร่วงได้
- 7) การทำให้ร่างกายมีความอบอุ่นจะช่วยลดความเสี่ยงของโรคปอดบวมได้
- 8) การนอนกางมุ้งจะช่วยลดความเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก
- 9) บุตรของท่านนอนกางมุ้งทุกคืน
- 10) โรคตาแดงอาจจะทำให้ตาบอดได้
- 11) เมื่อบุตรของท่านมีอาการไม่สบายเล็ก ๆ น้อย ๆ ท่านจะรีบรักษาทันที

การให้คะแนน

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
เห็นด้วยมาก	4	1
เห็นด้วย	3	2
ไม่เห็นด้วยบางส่วน	2	3
ไม่เห็นด้วยเลย	1	4

เกณฑ์การตัดสินคะแนนเฉลี่ย

- 1.00 - 2.00 ความเชื่ออยู่ในระดับต่ำ
- 2.01 - 3.00 ความเชื่ออยู่ในระดับปานกลาง
- 3.01 - 4.00 ความเชื่ออยู่ในระดับสูง

การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อของครอบครัวไทยพุทธ ไทยมุสลิม เกี่ยวกับอันตรายหรือความเสียหายที่เกิดจากการเจ็บป่วยของเด็กว่ามีผลกระทบต่อวิถีต่าง ๆ ในร่างกาย การดำเนินชีวิต อารมณ์ของเด็ก โดยวัดจาก

ข้อความ

การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค

- 1) อาการไม่สบายทุกอย่างอาจทำให้เจ็บหนักต่อไปได้
- 2) ความเจ็บป่วยบางอย่างอาจทำให้บุตรของท่านพิการได้
- 3) ผลของความเจ็บป่วยอาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพได้ตลอดชีวิต

- 4) โรคอุจจาระร่วงอาจทำให้บุตรของท่านเสียชีวิตได้
- 5) อาการปวดหัว ตัวร้อน ปวดท้อง เป็นอาการไม่ร้ายแรงท่านสามารถรักษาให้หายเองได้
- 6) เมื่อบุตรของท่านเป็นโรคอุจจาระร่วงรักษาด้วยตนเองก่อนที่จะนำส่งโรงพยาบาล
- 7) โรคปอดบวมอาจทำให้เสียชีวิต
- 8) โรคปอดบวม เป็นโรคธรรมดาไม่อันตรายมากนัก
- 9) โรคไข้เลือดออกปล่อยไว้สักระยะก็หายเอง
- 10) โรคตาแดงรักษาด้วยตนเองดีกว่ารักษากับคนอื่น

การให้คะแนน

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
เห็นด้วยมาก	4	1
เห็นด้วย	3	2
ไม่เห็นด้วยบางส่วน	2	3
ไม่เห็นด้วยเลย	1	4

เกณฑ์การตัดสินคะแนนเฉลี่ย

- 1.00 - 2.00 ความเชื่ออยู่ในระดับต่ำ
- 2.01 - 3.00 ความเชื่ออยู่ในระดับปานกลาง
- 3.01 - 4.00 ความเชื่ออยู่ในระดับสูง

การรับรู้ถึงประโยชน์ในการรักษา หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อของครอบครัวไทยพุทธ และไทยมุสลิม เกี่ยวกับแหล่งให้บริการว่าสามารถวินิจฉัยให้คำแนะนำ และรักษาอาการป่วยของเด็กให้หายได้ หรือลดความรุนแรงของอาการลงได้

ข้อความ

การรับรู้ถึงประโยชน์ในการรักษา

- 1) การที่จะทราบว่าบุตรของท่านเป็นโรคอะไรต้องได้รับการตรวจจากหมอ
- 2) คำแนะนำของหมอสามารถช่วยของท่านป้องกันโรคอุจจาระร่วง ปอดบวม ไข้เลือดออก ตาแดง
- 3) ท่านจะนำไปรักษาสถานที่ที่คิดว่ารักษาหายแน่นอน
- 4) การรักษากับหมอแผนโบราณ สะดวก ปลอดภัย กว่ารักษากับหมอแผนปัจจุบัน

- 5) โรคอุจจาระร่วงรักษาที่ไหนก็ได้
- 6) ใบฝรั่งสามารถรักษาโรคอุจจาระร่วงได้
- 7) โรคปวดบวมต้องไปรักษาที่โรงพยาบาลจึงจะหาย
- 8) โรคปวดบวมรักษาเองก็หาย
- 9) ไข่เค็มออกต้องรักษาที่โรงพยาบาล
- 10) โรคตาแดงสามารถรักษาได้ด้วยการล้างตาด้วยน้ำเกลือ
- 11) แหล่งที่ทำงานจะนำบุตรไปรักษาต้องสามารถรักษาโรคให้หายได้

การให้คะแนน

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
เห็นด้วยมาก	4	1
เห็นด้วย	3	2
ไม่เห็นด้วยบางส่วน	2	3
ไม่เห็นด้วยเลย	1	4

เกณฑ์การตัดสินคะแนนเฉลี่ย

- 1.00 - 2.00 ความเชื่ออยู่ในระดับต่ำ
- 2.01 - 3.00 ความเชื่ออยู่ในระดับปานกลาง
- 3.01 - 4.00 ความเชื่ออยู่ในระดับสูง

การรับรู้ถึงอุปสรรคในการรักษา หมายถึง การคาดคะเนของครอบครัวไทยพุทธ และ ไทยมุสลิม เกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรคในการที่จะนำเด็กไปรับบริการจากสถานบริการนั้น

ข้อความ

การรับรู้ถึงอุปสรรคในการรักษา

- 1) ท่านจะพาบุตรไปรักษาสถานที่ที่สะดวกที่สุด
- 2) ท่านคิดว่า การไปตรวจที่โรงพยาบาลช้าและเสียเวลามาก
- 3) ท่านไม่ชอบใช้บริการของโรงพยาบาลเพราะคุยกับหมอไม่รู้เรื่อง
- 4) การที่บุตรต้องพักที่โรงพยาบาลทำให้ครอบครัวเดือดร้อน
- 5) วิธีการรักษาของหมอแผนปัจจุบันบางครั้งขัดกับหลักศาสนา
- 6) ส่วนใหญ่ท่านจะใช้สมุนไพรในการรักษาโรคต่าง ๆ ที่เกิดกับบุตรของท่าน
- 7) ท่านให้บุตรของท่านรับประทานสมุนไพรแก้โรคท้องร่วง

- 8) ครอบคลุมความต้องการใช้เงินในการรักษาพยาบาลสูง
- 9) ท่านจะเลือกใช้บริการที่สะดวก ใกล้บ้าน ราคาไม่แพง
- 10) ใช้เลือกออกคนใช้จะถูกเจาะเลือก ท่านส่งสารบุตรของท่าน
- 11) ท่านจะเลือกใช้บริการที่คำแนะนำของหมอไม่ขัดกับความเชื่อของท่าน

การให้คะแนน

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
เห็นด้วยมาก	4	1
เห็นด้วย	3	2
ไม่เห็นด้วยบางส่วน	2	3
ไม่เห็นด้วยเลย	1	4

เกณฑ์การตัดสินคะแนนเฉลี่ย

- 1.00 - 2.00 ความเชื่ออยู่ในระดับต่ำ
- 2.01 - 3.00 ความเชื่ออยู่ในระดับปานกลาง
- 3.01 - 4.00 ความเชื่ออยู่ในระดับสูง

เกณฑ์การตัดสินคะแนนเฉลี่ย ทุกหัวข้อเอามาจากทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของเบกเกอร์และโรเซนสโตก รวมทั้งของ สาลี เฉิมวรรณพงศ์ (2530 : 7)

การวัดความเชื่อด้านสุขภาพในการวิจัยครั้งนี้ไม่สามารถที่จะหาตัวชี้วัด (scale) โดยตรงได้ ผู้วิจัยจึงอาศัยการวัดโดยทางอ้อม (Indirect Measure) โดยพิจารณาจากข้อความถาม และวัดคะแนนคำตอบของผู้ปกครองในการนำเด็กไปรักษาพยาบาล ซึ่งรายละเอียดในการวัดจะกล่าวอีกครั้งในหัวข้อของเครื่องมือการวิจัย

พฤติกรรมการรักษาพยาบาล หมายถึง การปฏิบัติที่เกิดจากการตัดสินใจของครอบครัวในการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลในการรักษาโรคของบุตรในครอบครัว แบ่งออกเป็น 3 แผน ดังนี้

การแพทย์แผนโบราณ หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำการรักษาโรคด้วยวิธีการสมัยก่อน ได้แก่ หมอพระ หมอผี หมอไสยศาสตร์ หมอสมุนไพร หมอตำแย

การแพทย์แผนปัจจุบัน หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำการตรวจรักษาโรคด้วยวิธีการสมัยใหม่ ได้แก่ สถานบริการของรัฐ คือ โรงพยาบาล สถานีอนามัย หน่วยงานเฉพาะโรค สถานบริการของเอกชน ได้แก่ โรงพยาบาล คลินิก ร้านขายยา

การแพทย์แผนโบราณและการแพทย์แผนปัจจุบัน หมายถึง การให้บริการจากบุคลากรทาง
การแพทย์ทั้งสองอย่างข้างต้น

ซึ่งแทนด้วยตัวเลข

การแพทย์แผนปัจจุบัน = 1

การแพทย์แผนโบราณ = 2

ทั้งการแพทย์แผนโบราณและการแพทย์แผนปัจจุบัน = 3

เกณฑ์ในการแบ่ง จากทฤษฎีพฤติกรรมการศึกษาของฮิง (Young)

ในการที่วัดพฤติกรรมการศึกษา มาณพ คณะโต ไม่ได้แบ่งระดับการวัดไว้
อย่างชัดเจน ผู้วิจัยจึงสังเกตจากข้อความทั้งหมด 12 ข้อ แต่ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ออกแบบ
สอบถามและตัดแปลงคำถามของ มาณพ คณะโต บางส่วนเพื่อความเหมาะสมในการวิจัย ซึ่งเป็น
ลักษณะของคำถามเปิด มีจำนวน 10 ข้อคำถาม ที่ผู้วิจัยคาดว่าสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรม
การศึกษาศาสนาได้อย่างชัดเจน

โรค หมายถึง ลักษณะของสิ่งที่ทำให้ร่างกายผิดปกติ ประกอบด้วย

โรคอุจจาระร่วง หมายถึง โรคที่มีอาการอาเจียน ท้องเสีย ถ่ายเป็นน้ำ
ถ่ายเป็นมูกเป็นเลือด

โรคปอดบวม หมายถึง โรคที่เกิดจากการอักเสบของทางเดินหายใจส่วนบน
มีอาการไข้สูง หายใจเร็ว เจ็บหน้าอกและไอ

โรคไข้เลือดออก หมายถึง โรคที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้ออย่างรุนแรง
มีเลือดออกเป็นจุด ๆ บริเวณผิวหนัง ต่อม่าน้ำเหลืองโต

โรคตาแดง หมายถึง โรคที่มีอาการปวดแสบบริเวณตา มีสีแดงบริเวณตาขาว

ซึ่งจะแทนด้วยตัวเลข

โรคอุจจาระร่วง = 1

โรคปอดบวม = 2

โรคไข้เลือดออก = 3

โรคตาแดง = 4

เกณฑ์ในการแบ่ง จากการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุขปีพ.ศ. 2537 พบว่า
เป็นโรคที่เกิดขึ้นกับเด็กช่วงอายุ 1-10 ขวบ ในเขตเทศบาลจังหวัดปัตตานีมากที่สุด