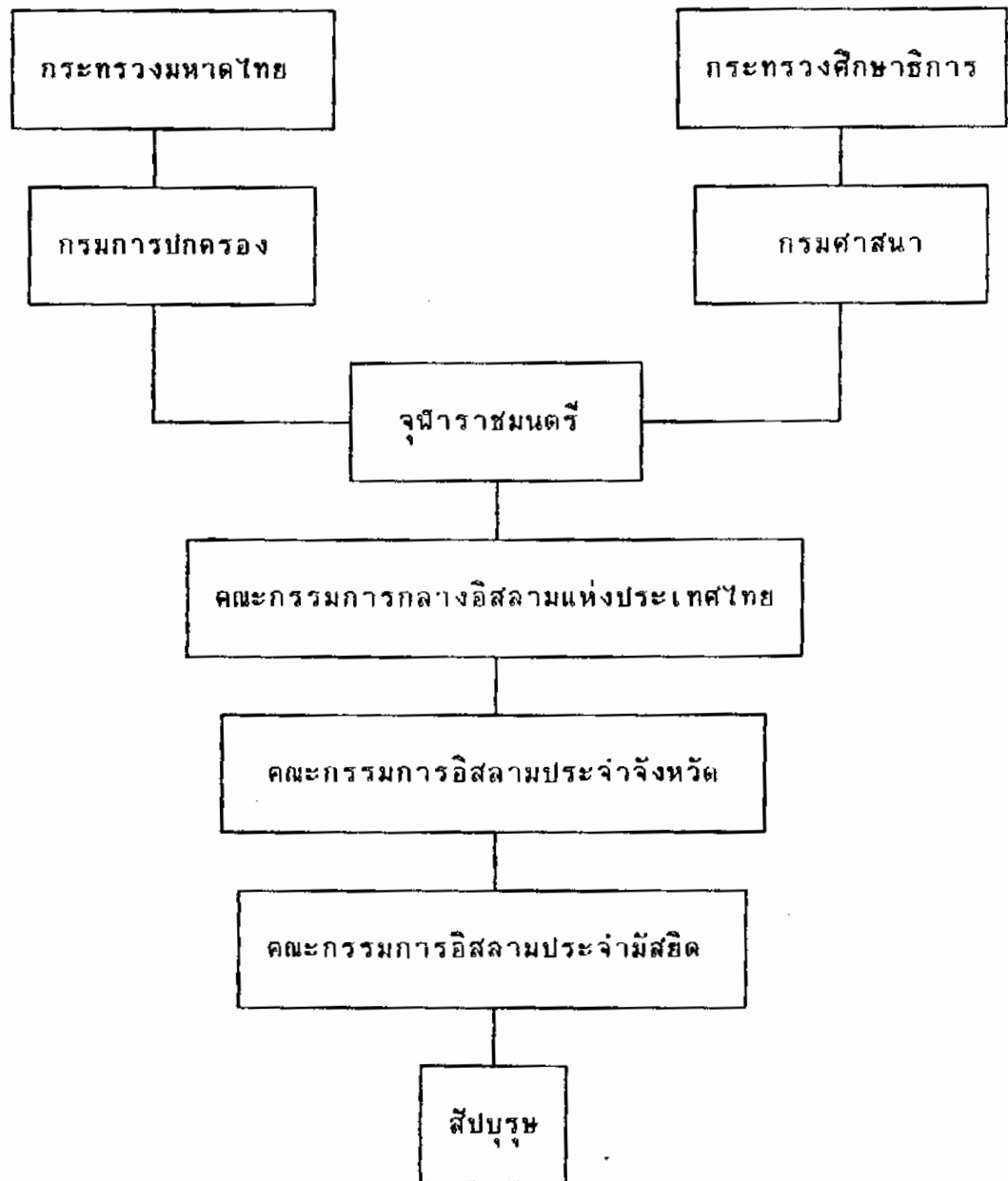


พลังศรัทธาทำให้มุสลิมไม่ยอมสยบต่อสิ่งอื่นใด มุสลิมทุกคนตระหนักดีว่าไม่มีคนหรือสัตว์ใด ๆ มีอำนาจที่จะเอาชีวิตเขาได้ มีพระเจ้าเท่านั้นที่ทรงมีอำนาจเช่นนั้น ในเมื่อถึงเวลาที่พระองค์ทรงกำหนดการศรัทธาอย่างหนักแน่น เช่นนี้ก่อให้เกิดกำลังใจที่แข็งแกร่ง เกิดความอดทนที่ยิ่งยวดและมีความไว้วางใจในพระเจ้า ทำให้เขาพร้อมเสมอที่จะเสียสละทุกสิ่งทุกอย่าง เพียงเพื่อพอพระทัยของพระเจ้า พระองค์เป็นจุดรวมของมุสลิมทุกคน (อิมรอน มะลูลีม, 2524 : 28-29)

2.5.2 ผู้นำในการปกครอง โดยธรรมชาติของมนุษย์จะต้องอยู่กันเป็นหมู่ เป็นพวก มีความสัมพันธ์ยึดเหนี่ยวและยอมรับซึ่งกันและกัน การอยู่ร่วมกันอย่างปกติสุขจำเป็นจะต้องมีผู้มีภาวะเหนือกว่าคนอื่นทำหน้าที่เป็น "ผู้นำ" กลุ่มคนนั้นในการดำเนินงานให้ประสบผลสำเร็จไม่ว่าจะในภาวะปกติหรือมีปัญหาเกิดขึ้นก็ตามโดยบุคคลอื่นทำหน้าที่ในฐานะ "ผู้ตาม" ท่านนบีมุฮัมมัด (ซอลลอลลอฮ์ฮูอาลัยฮีสسالาม) ได้กล่าวว่า เมื่อมีบุคคลจำนวน 3 คน ที่จะเดินทางร่วมกันก็ให้เลือกคนใดคนหนึ่งขึ้นเป็นผู้นำในการเดินทางนั้น ทั้งนี้เพราะอาจเกิดความคิดเห็นแตกต่างกันในระหว่างการเดินทางและผู้ที่ได้รับเลือกให้เป็นผู้นำนั้นก็จะต้องตัดสินใจปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ จากการรายงานของอบูดาอูด (การุณ กู้ใหญ่, 2531 : 104)

ศาสนาอิสลามแตกต่างจากศาสนาอื่น ๆ ในข้อที่ว่า ศาสนาอิสลามไม่มีนิกบวชเช่นในศาสนาอื่น ๆ การชำระรักษาและสืบต่อศาสนาเป็นหน้าที่ของมุสลิมทุกคนที่ต้องศึกษาและปฏิบัติศาสนกิจโดยเท่าเทียมกัน ไม่มีผู้ใดได้รับสิทธิพิเศษในการปฏิบัติศาสนกิจอย่างใดเลย แต่ในรูปของการปกครองแล้วศาสนาอิสลามก็ยังมีผู้นำศาสนา วิธีการได้มาซึ่งตำแหน่งผู้นำโดยการเลือกตั้งเท่านั้น โครงสร้างของผู้นำศาสนาอิสลามในประเทศไทยเป็นแผนภูมิดังนี้ (ขจิตภิชย์ บุรุษพัฒน์, 2519 : 507)

ภาพประกอบ 3 โครงสร้างของผู้นำศาสนาอิสลาม



แหล่งที่มา : สำนักงานคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัดปัตตานี

พ.ศ. 2534

คณะกรรมการกลางอิสลามแห่งประเทศไทย ประกอบด้วย
ประธานกรรมการและคณะกรรมการซึ่งเป็นอิสลามศาสนิก จำนวนไม่ต่ำกว่า
5 นาย แต่งตั้งและถอดถอนโดยพระบรมราชโองการตามคำแนะนำของ

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย กรรมการชุดนี้จุฬาราชมนตรีเป็น ประธานกรรมการ มีหน้าที่ให้คำปรึกษาหารือแก่กระทรวงมหาดไทย และ กระทรวงศึกษาธิการ ในกิจการที่เกี่ยวข้องกับศาสนาอิสลาม

สำหรับกรรมการอิสลามประจำจังหวัดนั้น มีขึ้นได้เมื่อ จังหวัดใดมีประชาชนผู้นับถือศาสนาอิสลามจำนวนมากพอสมควร กระทรวงมหาดไทยอาจจะจัดให้มีคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัดขึ้น โดยให้มี หน้าที่ให้คำปรึกษาหารือแก่คณะกรรมการจังหวัด ในหน้าที่เกี่ยวกับศาสนาอิสลามในจังหวัดนั้น คณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัดประกอบด้วย ประธานกรรมการ และกรรมการซึ่งเป็นศาสนิกมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 5 นาย แต่งตั้งและถอดถอนโดยกระทรวงมหาดไทย จังหวัดใดที่ไม่มีคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัด ให้คณะกรรมการกลางอิสลามแห่งประเทศไทยทำหน้าที่คณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัดนั้น ๆ (ประยูรศักดิ์ ชลาชนเดชะ, 2531 : 146-149)

ในส่วนของคณะกรรมการอิสลามประจำมัสยิด จะพึงมีได้ แห่งละไม่เกิน 15 คน ประกอบด้วย อิหม่าม คอเต็บ บิหลั่น และกรรมการอิสลามประจำมัสยิดเป็นกรรมการโดยตำแหน่ง มีอิหม่ามเป็นประธานกรรมการ คอเต็บเป็นรองประธาน (ประยูรศักดิ์ ชลาชนเดชะ, 2531 : 146)

ตามที่กล่าวมาแล้วสรุปได้ว่า ผู้นำศาสนาอิสลามมองได้ใน 2 ลักษณะกล่าวคือ ผู้นำในอุดมการณ์หมายถึงพระเจ้าที่มุสลิมนับถือ และ ผู้นำในการปกครองหมายถึง บุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งจากประชาชนให้เป็น ผู้นำในการปกครอง ซึ่งมีตั้งแต่ระดับประเทศระดับจังหวัดและระดับชุมชน ประกอบด้วยจุฬาราชมนตรี คณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัดและคณะกรรมการอิสลามประจำมัสยิดซึ่งมีโครงสร้างบทบาทและหน้าที่แตกต่างกัน ไปในแต่ละระดับ

หน้าที่ของคณะกรรมการอิสลามประจำมัสยิด (ผู้นำศาสนาอิสลาม) (ประยูรศักดิ์ ชลาชนเดชะ, 2531 : 146-149) สรุปได้ดังนี้

1) จัดการบำรุงรักษามัสยิดและศาสนสมบัติ (วาทีฟ)

ตามพระธรรมวินัย กฎหมาย ระเบียบ และมติของที่ประชุม ให้เป็นไปโดยเรียบร้อยมั่นคงและเกิดผลประโยชน์

2) แนะนำตักเตือนปวงสัปบุรุษให้ปฏิบัติศาสนกิจโดยเคร่งครัดและมีความสำนึกดี

3) จัดทำเอกสารบัญชีต่าง ๆ ของมัสยิดให้ถูกต้องและครบถ้วน

4) จัดทำทะเบียนสัปบุรุษ รักษาสมุดทะเบียนและจัดจำหน่าย แก์ทะเบียนให้ถูกต้องอยู่เสมอ

5) วางระเบียบปฏิบัติภายในมัสยิด เพื่อให้การบำเพ็ญศาสนกิจและพิธีกรรมเป็นไปด้วยความเรียบร้อย

6) ระวังข้อพิพาทเรื่องศาสนาของปวงสัปบุรุษ

7) แจ้งการเห็นเดือนชะบาน รอมฎอน เชาวาล

ซุลฮีจะห์ ต่อคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัด

8) จัดการเรื่องครอบครัวและมรดก ตามพระธรรมวินัย

9) แสดงขอตัญญูรับจ่าย และทะเบียนศาสนสมบัติต่อคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัดภายในเดือนมกราคมของทุกปี

10) กรรมการแต่ละคนรับผิดชอบในหน้าที่ของตน และต้องรับผิดชอบรวมกันในกิจกรรมทั่วไปของมัสยิด

นอกจากเป็นผู้มีบทบาทและอำนาจในทางศาสนาแล้ว จะมีอำนาจทั้งทางการและไม่เป็นทางการอันเป็นอำนาจแฝงอื่น ๆ มีบทบาทและหน้าที่จนเป็นที่เคารพนับถือในสังคมมุสลิม บทบาทในด้านนี้พอสรุปได้ดังนี้ (วิโรจน์ ชวิญเฑาะ, 2530 : 54)

1) เป็นที่ปรึกษาของฝ่ายบ้านเมือง ตั้งแต่ระดับผู้ใหญ่บ้าน กำนันจนถึงระดับนายอำเภอ

2) ทำหน้าที่คอยประสานงานระหว่างราชฎากับทางราชการ หรือเป็นตัวแทนประชาชนไปในตัวด้วย

3) เป็นตัวแทนหรือศูนย์กลางการปกครอง

4) เป็นตัวแทนหรือศูนย์กลางในการพัฒนา เพื่อให้ชุมชนพ้นจากความล้าหลัง

5) เป็นตัวแทนหรือศูนย์กลางในการอนุรักษ์ ส่งเสริมศิลปวัฒนธรรมที่รวมศิลปกรรมต่าง ๆ ตลอดจนเป็นเสมือนพิพิธภัณฑ์

จากบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของคณะกรรมการอิสลามประจำมัสยิด (อิหม่าม คอเต็บ บิหลั่น และกรรมการอิสลามประจำมัสยิด) ดังที่กล่าวมา สรุปได้ว่า คณะกรรมการอิสลามประจำมัสยิดมีบทบาทและหน้าที่ที่สำคัญ และมีอิทธิพลในหลาย ๆ ด้านต่อสังคมชาวมุสลิมทั้งในเชิงศาสนาและการเมืองการปกครอง

นอกจากนี้เสาวนีย์ จิตต์หมวด (2527, 58-59 อ้างอิงมาจากดารุลอิห์ซาน, 2528 : 52-56) ได้กล่าวถึงการคัดเลือกอิหม่าม (ผู้นำ) โดยพิจารณาจากคุณลักษณะต่าง ๆ หลายประการ สำหรับประการสำคัญ ๆ สรุปได้ดังนี้

- 1) จะต้องยึดมั่นในคำสอนของอัลลอฮ์อย่างแน่นแฟ้น เป็นตัวอย่างที่ดีแก่บุคคลอื่น เป็นผู้ชักชวนให้ทำดี ห้ามปรามสิ่งชั่ว และกล้าพูดความจริง
- 2) จะต้องเข้าใจสิ่งต่าง ๆ อย่างละเอียดลึกซึ้ง อ่านและค้นคว้าให้มาก รู้เรื่องสิ่งแวดล้อมรอบตัว สภาพการณ์ เหตุการณ์ต่าง ๆ กระแสวัฒนธรรมที่หลั่งไหลเข้ามา ตลอดจนปัญหาท้าทายต่าง ๆ ที่ต้องเผชิญ
- 3) ต้องศึกษาประวัติศาสตร์อิสลามและเรื่องราวเกี่ยวกับมนุษยชาติทั้งมีความรู้พอควรเกี่ยวกับวิชาว่าด้วยสากลจักรวาลและชีววิทยา
- 4) จะต้องจำตัวบท (อัล - กุรอานและอัลฮาดิษ) ได้มาก มีความรู้ด้านภาษาดี และต้องรู้ภาษาอื่นนอกเหนือจากภาษาอาหรับ เพื่อที่จะอ่านข้อเขียนเกี่ยวกับอิสลามจากผู้ที่เป็นมิตรหรือศัตรู ยิ่งกว่านั้นจะต้องสามารถให้ความเข้าใจและชักจูงผู้ที่ไม่รู้ภาษาอาหรับทั้งที่เป็นมุสลิมและไม่ใช่มุสลิม
- 5) ต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความรับผิดชอบสูงและมีความเหมาะสมทางวิชาการ เพื่อแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นด้วยหลักฐาน เหตุผลและวิธีการที่น่าพอใจ
- 6) ต้องเป็นผู้ที่มีมารยาทที่ดี มีความประพฤติเรียบร้อย เป็นที่รักใคร่ของหมู่คณะ ทั้งนี้เพื่อให้หมู่มุชลิมนั้นเชื่อถือและปฏิบัติตามคำแนะนำที่แจ่มแจ้ง

และเสาวนีย์ จิตต์หมวด (2527 : 56 อ้างอิงมาจาก
อมาลุดตินดาร์ส, 1954 : 20) กล่าวถึงคุณลักษณะหรือคุณสมบัติของ
อิหม่าม (ผู้นำ) ไว้ 4 ประการ คือ

- 1) ผู้ที่จะเป็นอิหม่ามในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจในคัมภีร์อัล - กุรอานดีกว่าผู้อื่น
- 2) หากมีผู้ที่มีความรู้ในอัล - กุรอานเท่าเทียมกันให้เลือกผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจในสุนนะห์ดีกว่า
- 3) ถ้าหากมีผู้ที่มีความรู้ในเรื่องสุนนะห์เท่าเทียมกันให้เลือกคนที่รู้เรื่องฮิจเราะห์ดีกว่า
- 4) ถ้าหากมีผู้รู้เรื่องฮิจเราะห์เท่าเทียมกันให้เลือกผู้ที่มีอายุสูงกว่า

วีรัช จังประเสริฐ (2530 : 16 อ้างอิงมาจาก
กาอิม วันแอะเลาะ, 2526 : 128) กล่าวถึงคุณสมบัติของผู้นำชุมชนมุสลิม
ว่า ผู้มีสิทธิ์เป็นเจ้าของผู้นำอันทรงเกียรติจะต้องประกอบด้วยคุณสมบัติ 4
ประการดังนี้

- 1) ต้องเป็นผู้ที่มีความรู้เพราะความรู้เพียงประการเดียวเท่านั้นที่จะสามารถบริหารกิจการต่าง ๆ ให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของ
หลักการแห่งอัลลอฮ์ได้
- 2) มีความยุติธรรม เนื่องจากตำแหน่งเป็นตำแหน่งทาง
ศาสนา หลักนิติธรรมทั้งหมดในศาสนา คือ หลักการที่เต็มไปด้วยระบบแห่ง
ความยุติธรรม ผู้ดำรงตำแหน่งจึงต้องเป็นผู้ที่มีความยุติธรรม
- 3) มีความสมบูรณ์ในทุกด้านเช่น ต้องเป็นผู้ที่สามารถ
ตัดสินใจต่าง ๆ ได้ สามารถหาแนวทางหยิบฮันและคุ้มครองความสงบสุข
ของอามาประชาราษฎร์
- 4) เป็นผู้ที่มีประสาทสัมผัสและอวัยวะครบถ้วน ผู้นำทาง
ศาสนาต้องเป็นตัวของตัวเองพอสมควร

มุสเดซา มุเฆาะฮารี (2526 : 89-90) กล่าวว่าไม่มี
ขบวนการใดที่จะเคลื่อนไหวได้ประสพผลสำเร็จโดยปราศจากผู้นำ แต่ใคร

จะเป็นผู้นำหรือกลุ่มของผู้นำ เมื่อขบวนการที่มีลักษณะเป็นอิสลามและมีวัตถุประสงค์เป็นอิสลามเป็นที่ชัดเจนอยู่แล้วว่า

1) ผู้นำจะต้องมีเงื่อนไขทั่ว ๆ ไปในการที่จะต้องเข้ามาแบกรับภาระหน้าที่ที่ครบเสียก่อน

2) ผู้นำจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้เรื่องปรัชญาทางด้านจิตใจ ด้านจริยธรรม ด้านสังคมและด้านการเมืองของอิสลามอย่างลึกซึ้ง จะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ในเรื่องทัศนะทางจักรวาล เรื่องการสร้างสรรค์ เรื่องต้นกำเนิด เรื่องผู้สร้างจักรวาล เรื่องความจำเป็นในการสร้างจักรวาลและเรื่องหน้าที่มนุษย์ที่มีหน้าที่ต่อสังคม

3) ผู้นำจะต้องมีภาพอุดมการณ์ที่ชัดเจนเกี่ยวกับเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสังคม จะต้องมีความสามารถและวิธีการสร้างระเบียบทางสังคม จะต้องมีความสามารถในการป้องกันและติดตามเรื่องบางเรื่องและต่อต้านเรื่องบางเรื่อง ตลอดจนจะต้องมีวัตถุประสงค์ขั้นสูงสุดและวิธีการที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าวนั้นเป็นต้น

การุณ กู้ใหญ่ (2531 : 105-106) ได้กล่าวถึงคุณลักษณะและพฤติกรรมการบริหารแบบอิสลามว่า โดยทั่วไปผู้ที่จะเป็นผู้นำหรือนักบริหารที่ดี ได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่นโดยเฉพาะอย่างยิ่งคือ ผู้นำนั้นจะต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถหลัก 5 ประการ คือ

1) ความสามารถในการทำงาน กล่าวคือจะต้องเป็นผู้ที่รอบรู้เรื่องงาน รู้ว่างานในหน้าที่รับผิดชอบมีอะไรบ้าง มีกระบวนการและวิธีการทำงานอย่างไรจะต้องเกี่ยวข้องกับงานอื่นอย่างไร มีปัจจัยอะไรที่จะนำมาเสริมสร้างให้งานสำเร็จ มีวิธีการติดตามและตรวจสอบอย่างไร หากเกิดปัญหาข้อขัดข้องจะต้องใช้วิธีการตัดสินใจและแก้ปัญหาอย่างไร ซึ่งผู้ที่มีความสามารถในการทำงานนั้นนอกจากจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในธรรมชาติของงานแล้ว จะต้องเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้วยดีจึงจะสามารถสั่งงานแนะนำงานและควบคุมงานให้ผู้ตามเชื่อถือได้

2) ความสามารถในเชิงมนุษย์สัมพันธ์ กล่าวคือจะต้องเป็นผู้ที่รู้จักธรรมชาติของคน เข้าใจความแตกต่างของคน รู้ว่าแต่ละคนที่

เกี่ยวข้องกับตัวเป็นตนอย่างไร มีจุดเด่นด้อยตรงไหน และมีความสามารถขนาดไหน จึงจะสามารถปรับท่าทีในการอยู่ร่วมกันและสามารถจูงใจคนอื่นให้ปฏิบัติงานด้วยความเต็มใจและเอาจริงเอาจัง

3) ความสามารถในการคิดการณ์ไกล กล่าวคือจะต้องเป็นผู้นำที่สามารถวางแผนงาน และคาดการณ์ล่วงหน้าได้ถูกต้อง เมื่อตัดสินใจวางแผนดำเนินการแล้วไม่ผิดพลาดหรือปรับแผนน้อยที่สุด ผู้ที่สามารถหยั่งการณ์ไกลได้ดีจะทำให้ผู้ตามเกิดความเชื่อมั่นมากขึ้น ซึ่งจะเป็แรงผลักดันทำให้ผู้ตามทุ่มเทในการทำงานอย่างไม่ลังเลว่าจะผิดพลาดหรือเสียแรงเสียเวลาเปล่า

4) ความสามารถในการปกครองบังคับบัญชา ผู้นำนอกจากจะมีความสามารถในการวางแผนและควบคุมงาน สิ่งงานและสอนงาน จัดระบบงานและปรับปรุงงาน แล้วยังจะต้องมีความสามารถในการปกครองบังคับบัญชาให้ผู้ปฏิบัติงานอยู่ร่วมกันอย่างมีระเบียบและเป็นปกติ ซึ่งความสามารถดังกล่าวนี้จะต้องอาศัยความรู้ในเรื่องนโยบายธรรมเนียมปฏิบัติ และระเบียบข้อบังคับขององค์การตลอดจนธรรมชาติของงานและสภาพพื้นฐานของผู้ปฏิบัติงานด้วย จึงจะทำให้ผู้ปกครองบังคับบัญชาเป็นไปอย่างเหมาะสม เป็นผลดีต่อองค์การและเป็นทีพอใจของผู้ปฏิบัติงานด้วย

5) ความสามารถในการพัฒนาตนเอง ผู้นำที่ดีจะต้องมีการพัฒนาตนเองอยู่ตลอดเวลาเพื่อให้ทันสมัย ทันคน ทันเหตุการณ์ อันจะทำให้มีความคล่องตัวในการบริหารมากขึ้น การที่จะพัฒนาตนเองได้นั้นจะต้องเป็นผู้กล้ายอมรับความจริงกล้ายอมรับความคิดเห็นของผู้ตาม และกล้านำตัวเองเพื่อการเปลี่ยนแปลงที่ดีกว่า

จากที่กล่าวมาพอสรุปได้ว่า ผู้นำหมายถึงผู้ที่มีความรู้ความสามารถ มีบทบาทและหน้าที่ในการนำประชาชน กลุ่ม องค์กรและสังคมให้มีการพัฒนาที่ดีขึ้นหรือไม่ดีได้ สำหรับผู้นำแต่ละคนนั้นจะมีความรู้ ความสามารถและลักษณะแตกต่างกัน ซึ่งจะมีความเหมาะสมกับสถานการณ์ กลุ่ม และสังคมแต่ละประเภทแตกต่างกันด้วย สำหรับผู้นำตามทัศนะของศาสนา

อิสลามนั้นประกอบด้วยผู้นำในอุดมการณ์ คือพระเจ้าซึ่งเป็นนามธรรมเพื่อเป็นหลักยึดเหนี่ยวและความเป็นเอกภาพ และผู้นำในการปกครอง คือผู้นำศาสนาอิสลามอันเป็นบุคคลที่มีความรู้ความเข้าใจและนำหลักการศาสนาอิสลามมาใช้จนได้รับการยอมรับ การคัดเลือกและได้รับการแต่งตั้งจากประชาชนเพื่อเป็นผู้นำกลุ่ม องค์กรและสังคม ดังนั้นผู้นำศาสนาอิสลาม (โต๊ะอิหม่าม คอเต็บ บิหลั่นและกรรมการอิสลามประจำมัสยิด) จึงเป็นผู้นำที่มีพลัง อำนาจและอิทธิพลต่อประชาชนที่นับถือศาสนาอิสลามอย่างแท้จริง

3. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ถึงพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior Perception)

3.1 ความหมายของการรับรู้ (Perception)

จิราภรณ์ ดังกิตติภากรณ์ (2532 : 86) ให้

ความหมายว่า การรับรู้ (Perception) หมายถึง กระบวนการที่อินทรีย์หรือสิ่งมีชีวิตพยายามทำความเข้าใจสิ่งแวดล้อมโดยผ่านทางประสาทสัมผัส

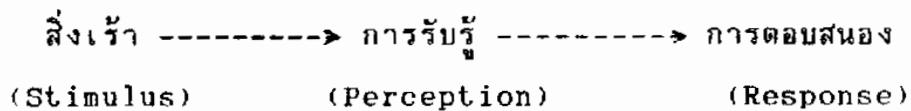
สุชา จัทรเณม (2527 : 119) ให้ความหมายว่า

การรับรู้หมายถึง การตีความหมายจากการสัมผัส (Sensation) ในการรับรู้นั้นเราไม่เพียงแต่มองเห็น ได้ยิน หรือได้กลิ่นเท่านั้น แต่เราต้องรับรู้ได้ว่าวัตถุหรือสิ่งที่รับรู้คืออะไร มีรูปร่างอย่างไร อยู่ที่ใด ไกลกว่าเรามากน้อยแค่ไหน เป็นต้น ทั้งหมดที่เราบอกได้นี้เป็นการใส่ความหมายให้กับสิ่งต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในการรับสัมผัส

กมลรัตน์ หล้าสว่างษ์ (2527 : 223) ให้ความหมาย

ว่า การรับรู้ หมายถึง การตีความหรือแปลความหมายจากการใช้อวัยวะรับสัมผัสส่วนใดส่วนหนึ่งหรือทั้งห้าส่วน ได้แก่ หู ตา คอ จมูก ลิ้น และผิวหนัง สัมผัสกับสิ่งเร้าต่าง ๆ

ในแง่ของพฤติกรรม การรับรู้เป็นขบวนการที่เกิด
แทรกอยู่ระหว่างสิ่งเร้าและการตอบสนองต่อสิ่งเร้าดังแผนภูมิข้างล่าง
(สูชา จันทรเฒ, 2527 : 119)



ดังนั้นสรุปได้ว่า การรับรู้ (Perception) หมายถึง
ขบวนการที่คนเรามีประสบการณ์กับวัตถุ เหตุการณ์หรือเรื่องราวต่าง ๆ
โดยอาศัยอวัยวะรับสัมผัสและจะมีการตอบสนองต่อวัตถุ เหตุการณ์หรือ
เรื่องราวนั้น ๆ ด้วยพฤติกรรมหรือความคิด

3.2 การรับรู้ถึงพฤติกรรมสุขภาพตามทฤษฎีรูปแบบความ เชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของโรเซนสต็อค (Rosenstock)

โรเซนสต็อค (Rosenstock, 1974 : 328 -329)
ได้ศึกษารูปแบบความเชื่อทางด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นแบบจำลองที่มีรากฐานมา
จากทฤษฎีเลวินเนียน (Levinion) ของ เคิร์ท เลวิน (Kurt Lewin)
ที่กล่าวถึงวิธีการดำเนินชีวิตของบุคคลนั้นประกอบด้วยสิ่งที่ดี สิ่งที่ไม่ดี และ
สิ่งที่เป็นกลาง และบุคคลพยายามแสวงหาสิ่งที่ดี สำหรับในเรื่องสุขภาพ
บุคคลพยายามแสวงหาสิ่งที่ดีนั้นก็ คือ สุขภาพอนามัยสมบูรณ์ พยายามหลีกเลี่ยง
ห่างจากสิ่งที่ไม่ดี ก็คือโรคร้ายไข้เจ็บต่าง ๆ

ในรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพโรเซนสต็อค
(Rosenstock, 1974 : 329-332) กล่าวว่าบุคคลจะปฏิบัติหรือกระทำ
สิ่งใดเพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นโรค ขึ้นอยู่กับการรับรู้ 3 ประการ

- 1) การรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเป็นโรคร่ง่าย
(Susceptibility)

2) การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค

(Seriousness)

3) การรับรู้ถึงประโยชน์ (Benefits) และอุปสรรค (Barrier) ในการรักษา

ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) การรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเป็นโรคร้าย

(Susceptibility)

ความเชื่อของบุคคลในการรับรู้ต่อความเสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้นอาจแตกต่างกัน เช่น บางคนอาจปฏิเสธไม่เชื่อเลย หรือบางคนก็เชื่อว่า เขามีโอกาสจะเจ็บป่วยอย่างแน่นอน หรือมีโอกาสเกิดขึ้นเหมือนกันแต่ก็ไม่มากนัก เป็นต้น ฉะนั้นการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงหรือป้องกันโรคร้ายใช้เจ็บต่าง ๆ จึงขึ้นอยู่กับระดับของการรับรู้ของเขาถึงความเสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้นเอง

2) การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค

(Seriousness)

บุคคลแต่ละคนจะตระหนักหรือรับรู้ถึงความรุนแรงของปัญหาอนามัยไม่เหมือนกัน ระดับความรุนแรงของโรคอาจจะพิจารณาทั้งจากระดับของความรู้สึกซึ่งกระตุ้นจากโรคนั้น ๆ และความลำบากหรือปัญหาที่จะตามมาในภายหลัง โดยปกติบุคคลจะมองปัญหาสาธารณสุขที่มีความรุนแรงและความยากลำบากในการรักษาพยาบาลด้วยการพยายามตอบคำถามต่าง ๆ เช่น โรคนี้เป็นแล้วถึงตายไหม มีผลต่อร่างกายและจิตใจอย่างไร ทำให้พิการหรือไม่ ต้องใช้เวลาในการรักษาพยาบาลหรือเปล่าและกระทบกระเทือนต่องานครอบครัว และสังคมมากน้อยแค่ไหน เป็นต้น ฉะนั้นจะเห็นว่าการยอมรับว่าโรคหนึ่ง ๆ รุนแรงหรือไม่ ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความรู้ และประสบการณ์ของบุคคล อย่างไรก็ตาม การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคในแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกัน เช่น การรับรู้โรคร้ายที่เกิดจากอาชีพเฉพาะอย่าง วิธีชีวิตในครอบครัว และ

ความสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลนั้น ๆ ตัวอย่างเช่น บุคคลบางคนไม่เชื่อว่าโรคติดต่อเป็นโรคที่รุนแรง และจะไม่ทราบเลยว่าโรคติดต่อจะรุนแรง เช่นนี้ทราบจนกระทั่งครอบครัวของบุคคลนั้นจะได้รับผลกระทบทั้งทางด้านจิตใจและทางด้านเศรษฐกิจจากโรคนี้

ฉะนั้นการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคง่าย และความรุนแรงของโรคย่อมขึ้นอยู่กับความแข็งขององค์ประกอบทางด้านพุทธิปัญญา ทำให้บุคคลนั้นมีความรู้ต่อโรคนั้น ๆ

3) การรับรู้ถึงประโยชน์ (Benefits) และอุปสรรค (Barrier) ในการรักษา

การรับรู้ของบุคคลต่อความเสี่ยงต่อการเป็นโรคง่าย (Susceptibility) ด้วยเชื่อว่าโรคนี้มีความรุนแรง (Seriousness) ทำให้บุคคลพร้อมที่จะกระทำหรือปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่ง แต่ไม่ได้เป็นสิ่งที่กำหนดได้ว่าพฤติกรรมที่จะปฏิบัตินั้นจะเป็นอย่างไรการที่บุคคลจะเลือกที่จะปฏิบัติอย่างไร หรือมีพฤติกรรมอย่างไรย่อมขึ้นอยู่กับความเชื่อที่ได้พิจารณาแล้วถึงการได้รับรู้ถึงประโยชน์ และอุปสรรคต่าง ๆ ในการกระทำนั้น ๆ ด้วย นั่นก็คือการที่บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ขึ้นอยู่กับวิธีการนั้น ๆ จะต้องเป็นวิธีที่บุคคลนั้นเชื่อว่าจะให้ประโยชน์กับตนมากที่สุด และมีอุปสรรคน้อยที่สุด ซึ่งจะต้องสัมพันธ์กับการลดโอกาสที่จะเป็นโรคและความรุนแรงของอาการของโรค นอกจากนี้ความเชื่อของบุคคลในเรื่องนี้ยังมีอิทธิพลจากปทัสถาน (Norms) และกฎเกณฑ์ของสังคมอีกด้วย นอกจากนี้บุคคลอาจเชื่อว่าการปฏิบัติจะมีผลทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคแต่ในขณะเดียวกันก็จะมองถึงวิธีการปฏิบัตินั้นด้วยว่า มีความยุ่งยากลำบาก ค่าใช้จ่ายสูง ไม่สบาย เจ็บปวดหรือได้รับความทุกข์ทรมาน ซึ่งนับว่าเป็นอุปสรรคของการรักษา ถ้าวิธีการรักษาใดมีอุปสรรคมากก็จะทำให้เกิดข้อขัดแย้งและนำไปสู่การหลีกเลี่ยงได้ อย่างไรก็ตามขึ้นอยู่กับพิจารณาของบุคคล ถ้าพบว่าการรักษา มีประโยชน์สูงและมีอุปสรรคเพียงเล็กน้อย โอกาสที่บุคคลนั้นจะยอมรับวิธีการรักษาหรือมีพฤติกรรมป้องกันโรคก็ยังเป็นไปได้ ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลเห็นว่าประโยชน์ที่ได้จากการรักษามีไม่มากนัก อีกทั้งอุปสรรคหรือปัญหามีพฤติกรรมที่จะยอมรับการรักษาหรือการป้องกันโรคก็ยากที่จะเกิดขึ้น

โรเซนสต็อค (Rosenstock, 1974 : 332) ยังกล่าวว่าในบางกรณีที่ไม่มีทางเลือกอื่นที่จะใช้ลดความขัดแย้งระหว่างประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติในเรื่องโรค เพราะอุปสรรคมีมาก สถานการณ์ไม่อำนวยให้บุคคลตัดสินใจได้ง่าย ๆ พบว่า บุคคลอาจแสดงออกในลักษณะหนึ่งจาก 2 ลักษณะดังนี้

1) พยายามทำอะไรสักอย่างหนึ่งเพื่อลดความกระวนกระวายใจจากสถานการณ์ที่ขัดแย้ง ถึงแม้ว่าจะไม่ช่วยลดวิธีการรักษาโรคที่บุคคลนั้นได้รับอยู่ก็ตาม

2) เพิ่มความกลัว (Fear) หรือความกังวล (Anxiety) หากความกลัวหรือความกังวลมีมากแล้วบุคคลอาจขาดความคิด และใช้เหตุผลในการแก้ปัญหา และอาจใช้วิธีหนีปัญหาซึ่งไม่สามารถนำไปสู่การลดความรุนแรงของโรคได้อย่างแท้จริง

โรเซนสต็อค (Rosenstock, 1974 : 333) ยังได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่นำไปสู่การปฏิบัติ (Cues to Action) ว่ามีตัวแปรหลายตัวที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพได้มีการศึกษามาแล้วตั้งแต่อดีต โดยกำหนดขึ้นภายใต้องค์ประกอบ การรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเป็นโรคร้าย (Susceptibility) ความรุนแรงของโรค (Seriousness) การรับรู้ถึงประโยชน์ (Benefit) และปัญหาอุปสรรค (Barrier) ปัจจุบันส่วนบุคคลซึ่งเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาและปัจจัยการชักนำคือสื่อต่าง ๆ องค์ประกอบทั้งหมดดังกล่าวมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษ เพราะเป็นองค์ประกอบที่นำไปสู่พฤติกรรมและการปฏิบัติที่เหมาะสมต่อไป แต่ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงระดับของแต่ละองค์ประกอบด้วย เช่น บุคคลใดมีระดับการรับรู้สูงถึงความเสี่ยงต่อการเป็นโรคร้าย และความรุนแรงของโรค 2 องค์ประกอบนี้จะพลังหรืออำนาจให้บุคคลนั้นนำไปสู่พฤติกรรมการป้องกันโรคถึงแม้จะมีปัญหาอุปสรรคบ้าง ตัวอย่างเช่น มารดามีความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อที่มีโอกาสเกิดขึ้นกับบุตรของตัวเองอีกทั้งทราบถึงความรุนแรงของโรคติดต่อนั้น ๆ และเห็นประโยชน์ของการพาบุตร

ไปจัดวัดขึ้นป้องกันโรค ถึงแม้ว่าภายหลังจัดวัดขึ้นบุตรอาจมีอาการไข้ ร้องกวนโยเซบ้าง มารดาก็จะเกิดความพึงพอใจที่จะพาบุตรไปจัดวัดขึ้น เป็นต้น นอกจากนี้พฤติกรรมสุขภาพ ยังต้องพิจารณาถึงองค์ประกอบอื่น ๆ ร่วมด้วย องค์ประกอบที่มีส่วนสนับสนุนได้แก่ แรงกระตุ้นภายใน (Internal Motivation) ของบุคคลเช่น การรับรู้ถึงสภาพของร่างกาย เป็นต้น และแรงกระตุ้นภายนอก (External Motivation) ได้แก่ การปฏิสัมพันธ์ของบุคคล การเข้าถึงสื่อมวลชน และการติดต่อสื่อสารต่าง ๆ การได้รับบัตรนัดจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น

3.3 การรับรู้ถึงพฤติกรรมสุขภาพตามทัศนะของศาสนาอิสลาม

การรับรู้เรื่องราวต่าง ๆ ตามหลักการศาสนาอิสลามนั้น ขึ้นอยู่กับแนวคิดที่ว่ามนุษย์จะต้องมีการศึกษา เพื่อที่จะได้มีการรับรู้และได้รับความรู้ ดังใจความในอัลกุรอาน กล่าวว่า "นูน จงสนใจในปากกาและพวกที่เขาขีดเขียน" (เสาวนีย์ จิตต์หมวด, 2535 : 125) และจากอัล-ฮะดีษจากการรายงานของมุสลิมความว่า "จงศึกษาตั้งแต่อยู่ในอู่ (เปล) จนถึงหลุมฝังศพ" (เสาวนีย์ จิตต์หมวด, 2535 : 125) จากข้อความนี้หมายถึง อัลลอฮ์ ทรงวางรากฐานศาสนาอิสลาม ด้วยการให้ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามมีการศึกษาเพื่อให้เกิดการรับรู้อยู่ตลอดเวลา

นอกจากหลักการศาสนาอิสลามจะเน้นให้มีการศึกษา เพื่อให้มีการรับรู้ และเกิดความรู้แล้วยังให้ความสำคัญกับการถ่ายทอดความรู้นั้นให้บุคคลอื่นได้มีการรับรู้และเกิดความรู้ต่อไป ดังอัล-ฮะดีษ จากการรายงานของอิบนุมาฮะฮ์ ความว่า "ท่านที่ประเสริฐสุดคือ การศึกษาหาความรู้แล้วบุคคลผู้นั้นได้แนะนำสั่งสอนต่อ" และแม้แต่ท่านศาสดามูฮัมมัด (คือล) เองก็ยังคงทำหน้าที่ดังกล่าวนี้เช่นกัน ดังใจความในอัล-กุรอาน กล่าวว่า "และเราได้ส่งเจ้า (มูฮัมมัด) เพื่ออื่นใดเว้นแต่เป็นผู้แจ้งข่าวดีและผู้ตักเตือนมนุษย์ทั้งหลาย แต่ว่าส่วนมากมนุษย์ทั้งหลายไม่รู้"

(เสาวนีย์ จิตต์หมวด, 2535 : 126) จากข้อความนี้หมายถึงตามหลักการศาสนาอิสลามนั้นบุคคลที่มีความรู้จะต้องแนะนำถ่ายทอดให้กับผู้อื่นต่อไป

สำหรับการรับรู้ถึงพฤติกรรมสุขภาพนั้น หลักการศาสนาอิสลามได้ให้ความสำคัญกับสุขภาพอนามัยอย่างกว้างขวาง ดังอัล-ฮะดีษ จากการรายงานของมุสลิม กล่าวว่า "แท้จริงความสะอาดคือส่วนหนึ่งของความศรัทธา" (เสาวนีย์ จิตต์หมวด, 2535 : 203) และจากอัล-กรูอาน ได้กล่าวว่า "แท้จริงอัลลอฮ์ ทรงรักผู้ซอลหุโทษและทรงรักผู้ทำตนให้สะอาด (ทั้งกาย และใจ)" จากข้อความนี้หมายถึงอิสลามได้เน้นให้บุคคลทำความสะอาด เพื่อที่จะมีสุขภาพดี และอัล-ฮะดีษ จากการรายงานของท่านอับนุ อับบาส กล่าวว่า "มีความโปรดปรานสองประการที่มนุษย์ส่วนมากเพิกเฉยคือสุขภาพดีและเวลาว่าง (ดิเรก กุลศิริสวัสดิ์, 2529 : คำน่า) จากข้อความนี้ หมายถึงสุขภาพอนามัยของบุคคลเป็นสิ่งต้องการของศาสนาอิสลามถึงแม้บุคคลทั่ว ๆ ไป จะไม่คอยให้ความสนใจและในเรื่องสุขภาพของเด็กนั้น หลักการศาสนาอิสลามได้เน้นให้มีการป้องกันทุกสิ่งทุกอย่างตั้งแต่ก่อนที่บิดา มารดาจะแต่งงาน ดังใจความในอัล-กรูอานกล่าวว่า "จงอย่าแต่งงานกับเครือญาติ เพราะเด็กออกมาจะผอมและอ่อนแอมาก และจงแต่งงานกับคนแปลกหน้า" (อนิส แสงอารีย์, 2536 : 51) จากข้อความนี้หมายความว่า การที่จะให้เด็กมีสุขภาพดีนั้นจะต้องมีการวางแผนป้องกันมาล่วงหน้าและการป้องกันโรคในเด็กนั้นเป็นสิ่งสำคัญ และจาก อัล-ฮะดีษ จากการรายงานของบุคอรี และมุสลิมกล่าวว่า "พวกท่านแต่ละคนเป็นผู้ที่ให้การดูแล และเป็นผู้ที่รับผิดชอบต่อบรรดาผู้ที่อยู่ใต้การดูแลของตน" และจากรายงานของอะหมัดและนาซาอี กล่าวว่า "อัลลอฮ์จะถามผู้ที่ให้การดูแลทุกคนเกี่ยวกับคนที่อยู่ภายใต้การดูแลของเขาและผู้ชายจะถูกถามเกี่ยวกับคนในครอบครัว" (เสาวนีย์ จิตต์หมวด, 2535 : 134) จากข้อความนี้ หมายถึง หลังจากเด็กเกิดแล้วผู้ปกครองจะต้องให้การดูแลต่อบุตรเป็นอย่างดี โดยเฉพาะผู้ชายซึ่งเป็นพ่อจะต้องมีหน้าที่หลักในการดูแลในทุก ๆ เรื่องและจาก อัล-กรูอานได้กล่าวว่า "โอ้ ผู้

ศรัทธาทิ้งหลาย จงปกป้องตัวของสุเจ้า และครอบครัวของสุเจ้า ให้พ้นจากไฟนรก" (เสาวนีย์ จิตต์หมวด, 2535 : 134) จากข้อความนี้หมายถึง หลังจากเด็กคลอดออกมาแล้วพ่อแม่จะต้องให้การดูแลให้ลูกของตนพ้นจากสิ่งเลวร้ายทั้งปวง รวมทั้งโรคภัยไข้เจ็บ ก็จะต้องมีการป้องกันและรักษา เมื่อมีโรคเกิดขึ้นกับเด็กในปกครอง

สำหรับพฤติกรรมการปฏิบัติในเรื่องต่าง ๆ รวมทั้งการรักษาและการป้องกันโรคนั้น ตามหลักการศาสนาอิสลามจะขึ้นอยู่กับหลักการข้อหนึ่งคือ หลักการอิลมัน (ความรู้) อิหม่าน (เชื่อ ศรัทธาและทัศนคติ) และ อามัล (การปฏิบัติ) ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

(เสาวนีย์ จิตต์หมวด, 2535 : 379)

อิลมัน -----> อิหม่าน -----> อามัล
(ความรู้) (เชื่อ ศรัทธา) (ปฏิบัติ)

จากข้อความนี้หมายถึง มนุษย์จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติหรือตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ นั้นจะต้องเริ่มจากการรับรู้ การค้นหาความรู้ จนนำไปสู่ความเชื่อ ศรัทธาและทัศนคติที่ดี แล้วนำไปสู่การปฏิบัติ ดังนั้นการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการปฏิบัติในเรื่องการป้องกันโรคในเด็กนั้นจะต้องเริ่มจากการรับรู้และได้รับความรู้ในเรื่องโรคและการป้องกันโรคติดต่อในเด็กจนนำไปสู่ความเชื่อที่ถูกต้อง และทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมนั้น ๆ ว่าสามารถจะป้องกันและรักษาโรคได้ และจะนำไปสู่พฤติกรรมการปฏิบัติในเรื่องการรักษาและป้องกันโรคในเด็กได้

จากที่กล่าวมาพอสรุปได้ว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติหรือกระทำสิ่งใดเพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นโรคนั้นขึ้นอยู่กับ การรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและการรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัตินั้นสำหรับตามหลักการศาสนาอิสลามนั้นการที่บุคคลจะปฏิบัติหรือกระทำสิ่งใดขึ้นอยู่กับ การรับรู้และความรู้ความเข้าใจใน

เรื่องนั้น ๆ จนนำไปสู่ความเชื่อที่ถูกต้องหรือทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัตินั้นและนำไปสู่การปฏิบัติในเรื่องนั้นต่อไป ดังนั้นการที่ผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานีจะมีการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มโรคเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี จึงขึ้นอยู่กับความรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและการรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี

4. แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อในเรื่องโรค (Belief in Diseases)

4.1 ความหมายของความเชื่อ (Belief)

ความเชื่อคือ ความนึกคิด หรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ (จรรยา สุวรรณทัต, 2527 : 814) ความเชื่อเป็นส่วนประกอบภายในตัวบุคคล โดยที่บุคคลนั้นอาจรู้ตัวว่ามีหรือไม่รู้ตัวก็ได้และไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงเสมอไป อาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความคาดหวัง หรือสมมติฐานซึ่งอาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลและความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มในการกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคล (Rokeach, 1970 : 214) ความเชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดเป็นผลที่เกิดขึ้นหลังจากบุคคลได้รับประสบการณ์ต่าง ๆ มาแล้ว ไม่ว่าจะประสบการณ์นั้นจะได้รับมาโดยตรงหรือทางอ้อม และยังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการที่จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับปรุงพฤติกรรมที่แสดงออกมาให้เข้ากับสภาวะการณ์ต่าง ๆ ได้เหมาะสมสมอีกด้วย (สุชีรา อายูวัฒน์, 2527 : 1-2)

4.2 ความเชื่อกับทัศนคติ (Belief and Attitude)

สุชา จันทรเฒ (2527 : 74) กล่าวว่า ทัศนคติกับความเชื่อมักจะมี ความหมายใกล้เคียงกัน และขึ้นแก่กันและกันมาก กล่าวคือ คนเรามีความเชื่อถือในสิ่งใด บุคคลใดหรือเหตุการณ์ใดอย่างไรแล้วก็มักจะมีความคิดเห็นหรือทัศนคติไปในทำนองเดียวกันเป็นส่วนใหญ่

ชอว์ และคอสแตนโซ (Shaw and Costanzo, 1952 : 286) กล่าวว่า ทิศนคติของบุคคลต่อวัตถุหรือเหตุการณ์ คือ สมการระหว่างความมั่นคงของความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับวัตถุหรือเหตุการณ์กับการประเมินถึงการตอบสนองต่อวัตถุหรือเหตุการณ์นั้น

ทัศนคติ (Attitude) คือ สภาพจิตใจหรือความรู้สึกนึกคิดของบุคคลหรือความคิดเห็นของบุคคล ที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งออกมาเป็นที่ปรากฏต่อบุคคลหรือสาธารณชนก็ตามล้วนเป็นการกระทำอันเกิดจากทัศนคติที่มีอยู่ทั้งสิ้น (สุทธิ เลิศอรุณ, 2522 : 98) ทัศนคติเป็นเรื่องเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ความคิดเห็นและความรู้ความจริง รวมทั้งความรู้สึกที่เราประเมินค่าออกมาทั้งในทางบวกและทางลบต่อผู้อื่นต่อตัวเรา และสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ (ประสาธ อิศรปรีดา, 2523 : 177)

4.3 ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief)

แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นความเชื่อเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษาของบุคคล (Phipp, Long and Wood, 1983 : 127) ซึ่งเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น บุคคลจะปฏิบัติตัวแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการ เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจและค่านิยม (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526 : 30) และจากการศึกษาของจรรยา เศรษฐบุตร (2529 : 8-26) เกี่ยวกับแนวคิดและทฤษฎีทางมานุษยวิทยาการแพทย์ : ความต่อเนื่องและการเปลี่ยนแปลงในรอบ 50 ปี ได้สรุปแนวความคิดของผู้สังเกตการณ์หลายท่านเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพอนามัยไว้ว่าสังคมมนุษย์ทุกสังคมได้พัฒนาระบบความเชื่อ ความรู้ และความเข้าใจเหล่านี้ย่อมเป็นไปตามพื้นฐานชนบทธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมของสังคมนั้น ๆ ในแนวความคิดเหล่านี้ต่างก็มีความเข้าใจร่วมกันอยู่ 3 ประการ คือ 1) การเกิดโรคเป็นของธรรมดาสามัญ

ที่สามารถเกิดขึ้นได้กับมนุษย์ทุกผู้ทุกนาม 2) เมื่อเกิดโรคขึ้นมาแล้วมนุษย์ก็ต้องหาทางรักษา เพราะฉะนั้นสังคมมนุษย์ทุกสังคมจึงมีการพัฒนาทางด้านการรักษาพยาบาลรวมทั้งกำหนดด้วยว่าผู้ใดที่จะทำการรักษาได้และมีบทบาทประการใดบ้างในการที่จะกำจัดและรักษาโรค และ 3) นอกจากจะมีการพัฒนาทางด้านการรักษาแล้ว สังคมมนุษย์ทุกสังคมย่อมต้องคิดค้นหาสาเหตุและความเข้าใจในกระบวนการเกิดโรค เพื่อเป็นแนวทางในการรักษาตน รวมทั้งเป็นแนวทางในการรักษาพยาบาลด้วยประการหนึ่ง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ได้พัฒนาต่อมาเป็นความเชื่อหรือการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการเจ็บป่วยในสังคมนั้น ๆ และกรณีศึกษา กันธะรักษา (2527 : 17) กล่าวว่า ความเชื่อมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัย แม้ว่าบุคคลจะประสบเหตุการณ์ในชีวิตเหมือนกัน เช่น การตั้งครวรก การคลอด หรือการเจ็บป่วย แต่การยอมรับเหตุการณ์หรือการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพจะแตกต่างกันออกไปตามความคิด ประสพการณ์และความเชื่อของบุคคล เช่น ผู้ที่เชื่อว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง และตนเองสามารถเป็นผู้ควบคุม หรือแก้ไขสถานการณ์ได้จะมีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยไปในลักษณะหนึ่งในขณะที่ผู้ที่เชื่อในโชคชะตาเคราะห์กรรมหรืออำนาจของผู้อื่น จะคิดว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากอำนาจภายนอก และตนเอง ไม่สามารถควบคุมหรือแก้ไขสถานการณ์นั้นได้ จะมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัย เป็นอีกลักษณะหนึ่งซึ่งแตกต่างกันไปตามความเชื่อ

4.4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

การพัฒนาแบบแผนเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพเริ่มทำอย่างจริงจัง ตั้งแต่ประมาณปี ค.ศ. 1950 ทั้งนี้เนื่องมาจากความร่วมมือของประชาชนทางด้านการสาธารณสุขในการป้องกันปัญหาให้ลดลง ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในด้านนี้จึงพยายามศึกษาหาสาเหตุ และหาแนวทางปฏิบัติ

เพื่อให้ประชาชนให้ความร่วมมือเพิ่มขึ้นในการป้องกัน การสืบค้นและการรักษาโรค (Mikhail, 1981 : 65 quoting Rosenstock, 1974 : 1) ต่อมานักวิชาการและนักวิจัยหลายท่าน ได้สร้างและเสนอแบบแผนในทัศนะเกี่ยวกับภาวะสุขภาพไว้ต่าง ๆ กัน ทั้งนี้เพื่ออธิบายถึงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคล แบบแผนที่ได้รับการยอมรับ และถูกนำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย เรียกว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) องค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนนี้อาศัยตัวแปรทางจิตวิทยาสังคมมาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคล โดยอธิบายถึงพฤติกรรม และการตัดสินใจของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยง หรือภาวะที่ไม่แน่ใจ พฤติกรรมอนามัยของบุคคลนี้ขึ้นอยู่กับการที่บุคคลมองเห็นคุณค่าสิ่งที่ตนจะได้รับ และผลที่ได้จากการกระทำของตน (Becker and Maiman, 1975 : 11) และการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยเป็นแบบใดนั้นขึ้นอยู่กับความเชื่อว่าพฤติกรรมอนามัยนั้น ๆ จะป้องกันความเจ็บป่วย หรือรักษาความเจ็บป่วย หรือรักษาโรคได้ ซึ่งความเชื่อของบุคคลนั้นจะเกิดขึ้นได้ย่อมจะต้องอาศัยเวลา และความเชื่อจะเป็นไปในทางใดอาจขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ลักษณะของสังคม วัฒนธรรม ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาล เป็นต้น (Becker, et al., 1977 : 349)

จากแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัย สรุปได้ว่า บุคคลจะแสดงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ และการป้องกันโรค ขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญอยู่อย่างหนึ่ง คือ ความเชื่อในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรค ซึ่งสามารถอธิบายได้จาก 2 ความเชื่อคือ ความเชื่อในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรคจากการกระทำของตนเอง และตนเองสามารถควบคุมได้โดยจะมีความเชื่อในกระบวนการเกิดโรค ซึ่งหมายถึงเชื่อในเรื่องการติดต่อของโรคและพฤติกรรมอนามัยนั้น ๆ สามารถป้องกันการเป็นโรคได้ กับความเชื่อในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรคจากอำนาจเหนือธรรมชาติ (Supernature)

และตนเองไม่สามารถควบคุมได้ คือ ความเชื่อในอำนาจผีสิง นางไม้
 ธรรมชาติและสิ่งเร้นลับ ซึ่งความเชื่อเหล่านี้ จะมีความแตกต่างกันอยู่กับ
 ลักษณะของสังคมวัฒนธรรมและประเพณีของแต่ละพื้นที่

4.5 ความเชื่อของประชาชนในชุมชนของจังหวัดปัตตานี

จังหวัดปัตตานีเป็นจังหวัดหนึ่งในสามจังหวัดชายแดน

ภาคใต้ และที่มาของสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ตามหลักฐานทาง

ประวัติศาสตร์นั้นยังไม่มีหลักฐานแน่นอนว่าได้ตั้งขึ้นเมื่อไร แต่ตามจดหมายเหตุ

เหตุของจินตอนใต้ที่ชาวจีนมีการติดต่อกับดินแดนในเอเชียตะวันออกเฉียง

ใต้ในคริสต์ศตวรรษที่ 2 นั้นเมืองลังกาสุกะ (Jangkajuka) ตั้งขึ้นแล้ว

(เสาวนีย์ จิตต์หมวด, 2531 : 63 อ้างอิงมาจากNakula, 1964 :

20) จากจดหมายเหตุนี้ นักเขียนชาวยุโรปหลายคนเชื่อว่าเมืองลังกาสุกะ

ดังกล่าวเป็นเมืองเดิมของปัตตานีตั้งอยู่ทางฝั่งตะวันออกของแหลมมลายู คือ

ระหว่างสงขลาและกลันตันมีปัตตานีเป็นเมืองหลวง และเมืองท่าที่สำคัญ

ก่อนที่ศาสนาพราหมณ์จะเข้ามาในอาณาจักรนี้ราวคริสต์ศตวรรษที่ 2 ประชากร

ในบริเวณนี้นับถือภูติผี และธรรมชาติต่าง ๆ เช่น แม่น้ำ ต้นไม้ ฯลฯ ต่อมา

อาณาจักรศรีวิชัย (พุทธศตวรรษที่ 12-18) ได้แผ่อำนาจเขตครอบคลุมบริเวณ

ปัตตานี แหลมมลายูบางส่วนของบอร์เนียว ชวาและสุมาตรา อิทธิพลของ

พุทธศาสนาได้เจริญรุ่งเรืองมากในบริเวณนี้ ดังนั้นชาวปัตตานี จึงได้มีการ

นับถือศาสนาพุทธโดยทั่วไป (ฉวีวรรณ วรรณประเสริฐ, 2524 : 7-8)

และต่อมาศาสนาอิสลามได้เข้ามาสู่ดินแดนไทยตั้งแต่ ค.ศ. ที่ 7 ในบริเวณ

อาณาจักรปัตตานีที่เคยรุ่งเรืองและเป็นศูนย์กลางของอารยธรรมต่าง ๆ

และศาสนาอิสลามได้แผ่ขยายและรุ่งเรืองอย่างมากหลังจากที่ราชาของ

อาณาจักรนี้ได้เข้ารับศาสนาอิสลาม จนกระทั่งต่อมาอาณานิคมนี้ได้ถูก

ผนวกเข้าเป็นส่วนหนึ่งของราชอาณาจักรไทย

ตามที่กล่าวมาหากจะพิจารณาในด้านวัฒนธรรมของ

จังหวัดปัตตานีโดยใช้ศาสนาหรือแนวทางดำเนินชีวิต และระบบความเชื่อ

เป็นเกณฑ์ในการจำแนกสามารถแบ่งออกเป็น 3 รูปแบบใน 3 ระยะ คือ

(เสาวนีย์ จิตต์หมวด, 2531 : 86-87)

4.5.1 ปัตตานีในสมัยอาณาจักรลังกาสุกะ อยู่ใน
วัฒนธรรมพราหฺม ฮินดู

4.5.2 ปัตตานีในสมัยอาณาจักรศรีวิชัย อยู่ใน
วัฒนธรรมพุทธศาสนา

4.5.3 ปัตตานีในสมัยอาณาจักรปัตตานี ซึ่งหลังจากที่
ราชาได้เข้ารับศาสนาอิสลามแล้ว ทำให้ปัตตานีกลายเป็นรัฐอิสลาม อยู่ใน
วัฒนธรรมอิสลาม แต่กระนั้นวัฒนธรรมพราหฺม - พุทธ ก็หาได้หมดไปจาก
ภูมิภาคนี้อย่างสิ้นเชิงทีเดียวไม่สิ่งที่หลงเหลืออยู่นั้นชาวบ้านที่ปฏิบัติส่วนใหญ่
ก็หาได้คิดว่าเป็นวัฒนธรรมพราหฺม - พุทธหากแต่คิดว่านั้นคือส่วนหนึ่งของ
วัฒนธรรมอิสลาม

4.6 ความเชื่อตามหลักการศาสนาอิสลามของประชาชน
ในชุมชนจังหวัดปัตตานี

สำหรับความเชื่อตามหลักการศาสนาอิสลามของ
ประชาชนในชุมชนของจังหวัดปัตตานี สามารถอธิบายได้จากความยึดมั่นใน
หลักการอิสลาม 2 หลักการคือ หลักศรัทธา 6 ประการ ซึ่งเป็นนามธรรม
ที่เกิดขึ้นในจิตใจ ซึ่งจะนำไปสู่หลักปฏิบัติ 5 ประการ และ
เสาวนีย์ จิตต์หมวด (2524 : 19-23) ได้กล่าวเกี่ยวกับหลักศาสนา
อิสลาม สามารถสรุปได้ว่า

4.6.1 หลักศรัทธา 6 ประการ

4.6.1.1 ศรัทธาในอัลลอฮ์ ยอมรับว่าไม่มี
พระเจ้าอื่นใดนอกเหนือจากอัลลอฮ์

4.6.1.2 ศรัทธาในมาลาอิกะห์ เป็น
นามธรรมสื่อสารระหว่างอัลลอฮ์กับศาสดาทั้งหลาย

4.6.1.3 ศรัทธาในคัมภีร์ทางศาสนา
ยอมรับพระคัมภีร์ดั้งเดิมแห่งศาสนาดังต่าง ๆ เป็นคัมภีร์ของ
อัลลอฮ์

4.6.1.4 ศรัทธาในศาสนทูต ยอมรับศาสดา
ต่าง ๆ ที่เทศนาแก่ชาวโลกในทุกสมัยเป็นศาสดาที่มาจากอัลลอฮ์ทั้งสิ้น

4.6.1.5 ศรัทธาในวันกียามัต ยอมรับว่า
วันอาสานของโลกนั้นมีจริง

4.6.1.6 ศรัทธาในกฎกอฎอ - กอดัร
ยอมรับการกำหนดสภาวะการณของอัลลอฮ์ ยอมรับว่ากฎทั้งหลายใน
ธรรมชาติมาจากอัลลอฮ์ทั้งสิ้น กฎธรรมชาติก็คือกฎซึ่งอัลลอฮ์เป็นผู้กำหนด
ชั้นนั้นเอง จะกำหนดอย่างไรนั้นพันญาณวิสัยของมนุษย์ความ เชื่อในเรื่อง
บุญวาสนากรรมเก่า เชื่อว่าพระเจ้าลิขิตนั้น ในหลักการของศาสนาอิสลาม
นั้นไม่มี แต่ยอมรับว่ากฎทั้งหลายในธรรมชาตินั้นมาจากอัลลอฮ์ทั้งสิ้น

4.6.2 หลักปฏิบัติ 5 ประการ

4.6.2.1 การปฏิญาณตนด้วยวาจาว่า ไม่มี
พระเจ้าอื่นใดนอกจากอัลลอฮ์และมุฮัมมัดเป็นศาสนทูตของอัลลอฮ์

4.6.2.2 การละหมาด วันละ 5 เวลา คือ
รุ่งเช้า บ่าย เย็น หัวค่ำและกลางคืน

4.6.2.3 การถือศีลอด (ปอซอ) คือละเว้น
จากการกิน - ดื่ม การพูดจาเหลวไหล จิตอกุศล ประพฤติชั่วทั้งที่ลับและ
เปิดเผย หรือแม้แต่การตั้งเจตนาชั่ว

4.6.2.4 การบริจาคทาน

4.6.2.5 การประกอบพิธีฮัจญ์ ถ้าหากมี

ความสามารถ

4.6.3 ข้อห้ามในอิสลาม

อิสลามมีข้อห้ามใหญ่ ๆ ที่เกี่ยวกับความเชื่อ
ในอำนาจอื่น ๆ นอกจากอัลลอฮ์ตามคัมภีร์อัล - กุรอาน ดังนี้

4.6.3.1 ห้ามตั้งภาคี หรือยึดถือนำสิ่งอื่น
มาเทียบเคียงอัลลอฮ์

4.6.3.2 ห้ามกราบไหว้บูชารูปปั้น วัตถุ
ต้นไม้ ดวงดาว ผีศาจ นางไม้ ฯลฯ

จากหลักศรัทธาข้อที่ 1 คือศรัทธาในอัลลอฮ์ และหลัก
ศรัทธาข้อที่ 6 คือ ศรัทธาในกฎสภาวะการณของอัลลอฮ์ และข้อห้ามในเรื่อง

ความเชื่อในอำนาจอื่น ๆ นอกจากอัลลอฮ์ สรุปลงได้ว่าอิสลามเป็นศาสนาง่าย ๆ มีเหตุผล ปฏิบัติได้ ไม่มีมโหฬารมายาการวิทยา (Mythology) เข้ามาเกี่ยวข้อง ห่างไกลจากการเชื่อถือโชคลางผีसाง และหลักการที่ไร้เหตุผล ดังนั้นความเชื่อในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรคตามหลักการศาสนาอิสลามคือ เชื่อว่าเกิดจากอำนาจของอัลลอฮ์ โดยกฎสภาพการณ์ของอัลลอฮ์ ซึ่งอัลลอฮ์ได้วางกฎเกณฑ์ในธรรมชาติ ดังอัล-หะดีษของท่านศาสดาจากการรายงานของหลาย ๆ ท่านว่า เช่น จากการรายงานของ อับดุลวูด กล่าวว่า "อัลลอฮ์ได้ทรงบังเกิดโรคและอัลลอฮ์ที่ทรงประทานยาเพื่อรักษาและโรคทุกโรคนั้นย่อมมียารักษา และเจ้าจงอย่ารักษาโรคด้วยสิ่งของที่ไม่มีที่อนุมัติ" (สำนักงานคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัดปัตตานี, 2534 : 3) และจากการรายงานของมุสลิม กล่าวว่า "ทุก ๆ โรคย่อมมียารักษา และเมื่อใช้ยาที่ถูกกับโรคนั้น ๆ แล้ว โรคก็จะหายจากการอนุมัติของอัลลอฮ์" (สำนักงานคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัดปัตตานี, 2534 : 17) และสำหรับการรักษานั้นท่านศาสดากล่าวว่า จากการรายงานของอะหมัดและอันนาซาอี "โอบีบาวของอัลลอฮ์ จงรักษาเกิดแท้จริงอัลลอฮ์ไม่ทรงบังเกิดโรคเว้นแต่จะทรงประทานยาเพื่อรักษาโรคด้วย" (สำนักงานคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัดปัตตานี, 2534 : 29) สำหรับการป้องกันทั้งในเรื่องศีลธรรมและการป้องกันตัวจากโรคอัลลอฮ์ทรงกล่าวในอัล - กุรอาน ความว่า "จงอย่านำตัวของสุเจ้าเข้าสู่ความหายนะ" (สำนักงานคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัดปัตตานี, 2534 : 30)

จากความเชื่อตามหลักการศาสนาอิสลามสรุปลงได้ว่าความเชื่อในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรคตามหลักการศาสนาอิสลามคือเชื่อในอำนาจของอัลลอฮ์

ดังนั้นจากแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัย และจากอิทธิพลของความเชื่อจากศาสนาในอดีตและปัจจุบันของประชาชนในจังหวัดปัตตานีสรุปลงได้ว่า ประชาชนในชุมชนของจังหวัดปัตตานีจะแสดงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัย และการป้องกันโรคนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านความเชื่ออยู่ 2 ประการ คือ

1) ด้านความเชื่อในเรื่องโรคติดต่อและประสิทธิภาพของวัคซีนป้องกันโรค

2) ด้านความเชื่อในเรื่องอำนาจเหนือธรรมชาติ ซึ่งมีอยู่ 2 แนวด้วยกัน คือ

2.1) ความเชื่อในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรคจากอำนาจเหนือธรรมชาติ

2.2) ความเชื่อในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรคตามหลักการศาสนาอิสลาม

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี สำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้นำศาสนาอิสลามโดยตรงมีน้อย ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประชาชนโดยทั่วไปมาเป็นแนวในการศึกษา ดังต่อไปนี้

5.1 ปัจจัยด้านการฝึกอบรม

กัญญา กระระณา (2533 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลของโครงการการฝึกอบรมที่มีต่อการพัฒนาด้านอาหารโภชนาการของกลุ่มสตรีพบว่า การฝึกอบรมทำให้ความรู้ด้านอาหารโภชนาการ ทิศนคติต่ออาหารโภชนาการ และพฤติกรรมด้านอาหารโภชนาการแตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังโครงการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของจินภา นราคร (2533 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลการให้โภชนาการศึกษาแก่มารดาต่อภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน : ศึกษาเฉพาะกรณีในเขตหมู่ที่ 1 ตำบลเชิงแส กิ่งอำเภอกะฉะลิษฐ์ จังหวัดสงขลา พบว่าหลังการให้โภชนาการศึกษแก่มารดา มารดามีความรู้ด้านโภชนาการดีขึ้น มีความเชื่อในการบริโภคอาหารถูกต้องมากขึ้น และมีบริโภคนิสัยดีขึ้น และเด็กวัยก่อนเรียนมีบริโภคนิสัยและภาวะโภชนาการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุวิชา ยี่สุนทร (2533 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง
คุณลักษณะของผู้นำศาสนาอิสลามที่เอื้อต่อการพัฒนาชุมชนและแนวทางใน
การจัดฝึกอบรมผู้นำศาสนาอิสลาม เพื่อพัฒนาชุมชนในชุมชนจังหวัดปัตตานี
พบว่า ผู้นำศาสนาอิสลามที่มีจำนวนการฝึกอบรมแตกต่างกัน จะมีคุณลักษณะ
ที่เอื้อต่อการพัฒนาชุมชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วรรณิ จันทรสว่าง และสุชาดา วิไชยคำมาตย์ (2529 :
93) ได้ศึกษาเรื่อง การศึกษาความรู้ ทักษะและการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับ
กับการให้ภูมิคุ้มกันโรคของวัยทารกถึงวัยก่อนเรียนในเขตจังหวัดสงขลา พบ
ว่าความรู้เกี่ยวกับการให้ภูมิคุ้มกันโรคของมารดามีส่วนเกี่ยวข้องกับการได้
รับภูมิคุ้มกันโรคของบุตรและสอดคล้องกับการศึกษาของเพชรไสว ล้มตระกูล
และคณะ (1987 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อความครอบคลุม
การก่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในจังหวัดขอนแก่น พบว่าผู้ประกอบการที่มี
ความรู้ในเรื่องวัคซีนและโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน บุตรจะมีโอกาส
ได้รับการฉีดวัคซีนมากกว่าผู้ประกอบการที่มีความรู้ที่น้อย

5.2 ปัจจัยด้านการรับข้อมูลข่าวสาร

สุวิชา ยี่สุนทร (2533 : บทคัดย่อ) พบว่าผู้นำ
ศาสนาอิสลามที่มีการได้รับข้อมูลข่าวสารทั้งทางหนังสือพิมพ์ วิทยุและโทรทัศน์
แตกต่างกันจะมีคุณลักษณะที่เอื้อต่อการพัฒนาชุมชนแตกต่างกันอย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติ

ชลอศรี จันทรประทุม (2520 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษา
เรื่อง การใช้บริการด้านอนามัยของประชาชนที่สถานีอนามัยในตำบลเชิงดอย
อำเภอคลองสะแกก จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าการอ่านหนังสือพิมพ์มีผลต่อความ
นิยมรักษาแบบการแพทย์แผนปัจจุบันของประชาชน และสอดคล้องกับการศึกษา
ของ วราภรณ์ พุ่มจำปา (2513 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง การยอมรับ
เอาวิธีการวางแผนครอบครัวมาปฏิบัติในเขตอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี
พบว่าคนที่ใช้วิทยุเป็นประจำหรือฟังบ่อย ๆ จะยอมรับวิธีการวางแผน
ครอบครัวมากกว่าคนที่รับฟังวิทยุที่น้อย และสุนีย์ ไช้มนัด (2534 : บทคัดย่อ)

พบว่าปัจจัยด้านการอ่านหนังสือพิมพ์ และการดูโทรทัศน์มีผลต่อพฤติกรรมการพาบุตรไปรับภูมิคุ้มกันโรค

ฤทัยพร ตรีตรง (2533 : 211) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค พบว่าในชุมชนที่มีความครอบคลุมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสูง เจ้าหน้าที่ที่มีการประสานงาน ติดต่อกับและติดตามงานของผสส. อสม. อย่างสม่ำเสมอทำให้ อสม. ผสส. ตื่นตัว และมีการกระตุ้นให้แม่พามารับวัคซีนเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับ อรทัย รวยอาเงิน และคณะ (2523 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษา ปัจจัยทางสังคมจิตวิทยาในการใช้บริการสาธารณสุขของรัฐในชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าประชาชนเลือกใช้บริการสถานอนามัย ซึ่งมีเจ้าหน้าที่ให้ความรู้ คำแนะนำกับผู้ป่วยได้และมีบรรยากาศดีกับประชาชน

5.3 ปัจจัยด้านการรับรู้ถึงพฤติกรรมสุขภาพ

ไพโรส และคณะ (Price, et al., 1992 : 200) ได้ศึกษาเรื่องการรับรู้เรื่องมะเร็งเต้านมกับการตรวจเต้านมของหญิงผิวดำในชนเมืองพบว่า การรับรู้ถึงความเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคมี่ความสัมพันธ์กับการมาตรวจมะเร็งเต้านมของหญิงผิวดำในชนเมือง ล่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ

วัลภา ผิวทน (2527 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อ อ่านนิตยสารใน ภายนอกคนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคติดต่อ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคมกับการให้ความร่วมมือของมารดาในการนำเด็กวัยก่อนเรียนมารับภูมิคุ้มกันโรค พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมี่ความสัมพันธ์กับความร่วมมือของมารดาในการนำบุตรไปรับภูมิคุ้มกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของพรพันธ์บุญรัตน์พันธ์ และคณะ (2528 : 345-354) ได้ศึกษาเรื่อง การศึกษาการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุ 1-2 ปี และงานอื่น ๆ ของสาขารณสุขมูลฐานในเขตชุมชน

แอ๊ด 27 แห่ง ของกรุงเทพมหานคร พบว่ากลุ่มผู้ปกครองที่มีการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของวัคซีนมากกว่าและถูกต้องกว่า บุตรจะได้รับวัคซีนครบชุดมากกว่ากลุ่มผู้ปกครองที่มีการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของวัคซีนน้อยกว่า

แฟบริเอกา และโรเบิร์ต (Fabreaga and Robert, 1972 : 215-223) ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ทางจิตวิทยาสังคมกับการพบแพทย์ของชาวนิโกรที่ด้อยโอกาสทางเศรษฐกิจบริเวณชานเมือง (Social Psychology Correlates of Physician Use by Economically Disadvantage Negro Urban Residents) พบว่าคนที่มีความรู้ มีการรับรู้เข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคและสุขภาพอนามัยสูง จะไปใช้บริการรักษาพยาบาลสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของทวิตอง ทงษ์วิวัฒน์และคณะ (2524 : 4) ได้ศึกษาถึงเรื่อง ความรู้ ความรับรู้และพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการป้องกันมาลาเรีย พบว่าประชาชนที่มีความรับรู้ถึงสาเหตุของการเกิดโรคจะมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลในการป้องกันและรักษาโรค เช่น ยอมรับการกินยาป้องกันโรคมมาลาเรีย ยอมรับการเจาะเลือดเพื่อหาเชื้อโรค และยอมรับการฉีดวัคซีน. ตามบ้านเป็นต้น และสุนีย์ ไท่มุกด์ (2534 : บทคัดย่อ) พบว่าปัจจัยทางด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของวัคซีนมีผลต่อพฤติกรรมของมารดาในการนำบุตรไปรับภูมิคุ้มกันโรคในจังหวัดปัตตานี

5.4 ปัจจัยด้านความเชื่อในเรื่องโรค

สมพงษ์ จิตการุณ (2524 : 1-8) ได้ศึกษาเรื่อง การศึกษาและทดลองวิธีปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในอำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง พบว่าแม่ที่มีความเชื่อที่ถูกต้องว่าวัคซีนสามารถป้องกันโรคได้และวัคซีนที่ให้แก่เด็กนั้นมีประโยชน์มากกว่าโทษ มีผลต่อการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กมากกว่าแม่ที่มีความเชื่อที่ไม่ดีและสอดคล้องกับการศึกษาของเพชรไสวลิ้มตระกูล และคณะ (1987 : บทคัดย่อ) พบว่ามารดาที่มีความเชื่อที่ถูกต้องว่าวัคซีนสามารถป้องกันโรคได้ และวัคซีนที่ให้แก่เด็กนั้นมีประโยชน์มากกว่าโทษ จะมีการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กมากกว่า มารดาที่มีความเชื่อที่ผิดและนิคยา ภาสุนันท์

(2529 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวาย เลือดคั่ง พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา และสอดคล้องกับการศึกษาของ นวลจันทร์ เจริญวานิชกิจ (2531 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาในหัวข้อเรื่องเดียวกัน พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการร่วมมือในการรักษา

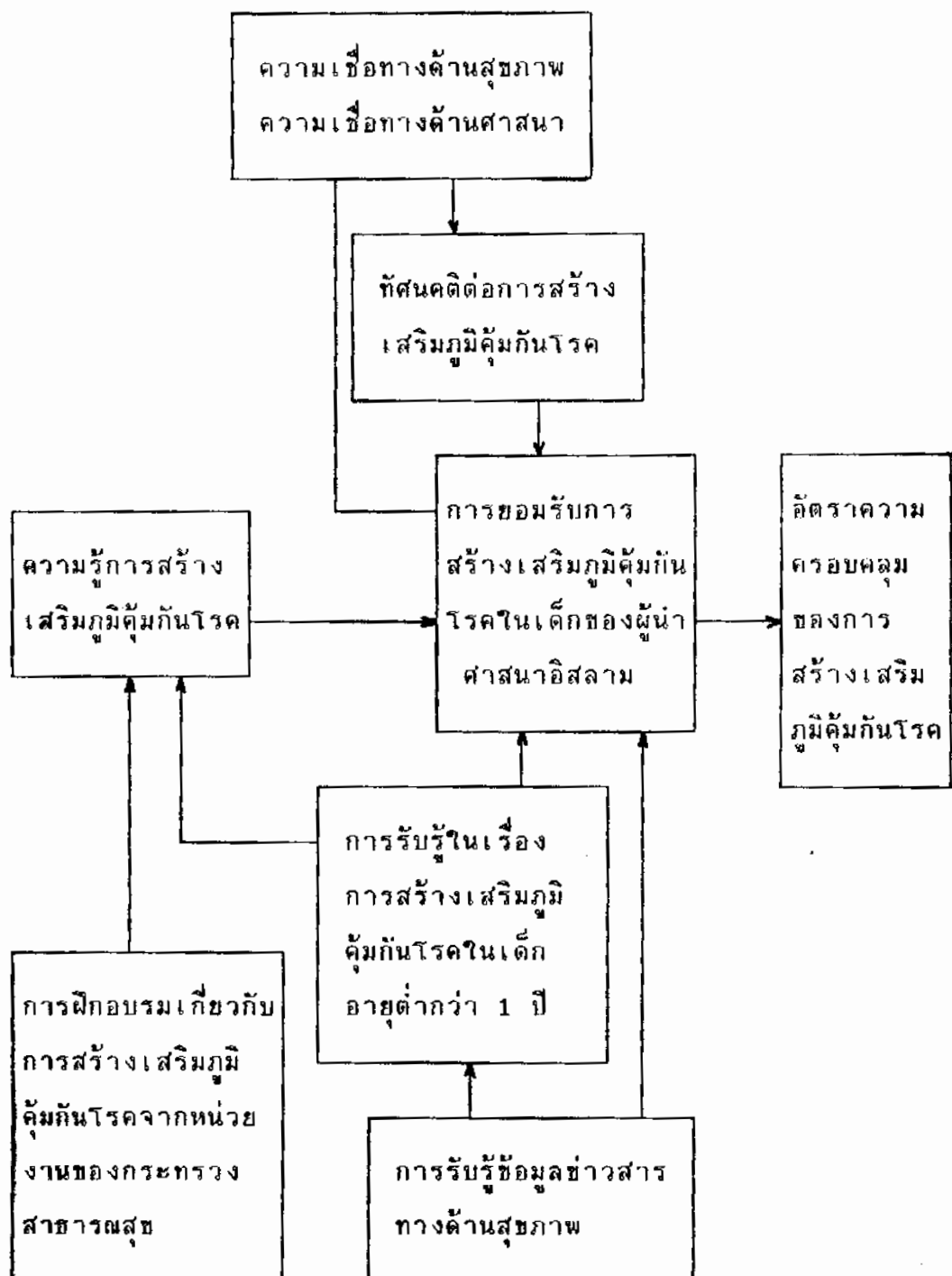
โคลสัน (Colson, 1971 : 226-237) ได้ศึกษาเรื่องการรักษาของประชาชนในการเจ็บป่วยริมฝั่งแม่น้ำปะกัง ประเทศมาเลเซีย พบว่าความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วยมีอิทธิพลอย่างมากต่อการเลือกใช้วิธีการรักษา และพบว่าประชาชนที่มีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยนั้นมีสาเหตุจากกรรมชาติจะไปรับการรักษาแบบแผนปัจจุบัน ส่วนประชาชนที่มีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยนั้นมีสาเหตุมาจากอำนาจเหนือกรรมชาติ จะไปรับการรักษาแบบแผนพื้นบ้าน และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชู (Shu, 1976 : 135-154) ได้ศึกษาพฤติกรรมกลุ่มเมื่อเกิดการระบาดของโรคอหิวาตกโรคที่เมือง ไช่เจียง ทางตอนเหนือของจีน ในปี ค.ศ.1942 พบว่ากลุ่มประชาชนไปรับการรักษาตามแบบพื้นบ้านเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากวัฒนธรรมของกลุ่มยึดถือและมีความเชื่ออยู่กับอำนาจเหนือกรรมชาติ และแอนเดอร์สัน (Anderson, 1978 : 54) ได้ศึกษาที่หมู่บ้านแห่งหนึ่งในประเทศฟิลิปปินส์ พบว่าประชาชนไปรับการรักษาโรคจากแพทย์แผนโบราณ เนื่องจากเชื่อว่าการเจ็บป่วยนั้นเกิดจากเวทมนต์คาถาของพ่อมดหมอผี ที่เขาไม่สามารถมองเห็นได้ และสอดคล้องกับการศึกษาในเมืองไทยของ สันทัด เสริมศรี และโรลีย์ (2517 : บทคัดย่อ) ในเรื่องพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์สาธารณสุขและคุมกำเนิดของไทย ที่ชุมชนแห่งหนึ่งในภาคกลางของประเทศไทย พบว่าความเชื่อมีอิทธิพลต่อการเลือกใช้วิธีรักษาพยาบาลกล่าวคือถ้าเชื่อว่าการเจ็บป่วยเนื่องมาจากอำนาจเหนือกรรมชาติก็จะไปรับการรักษาแบบแผนโบราณ แต่ถ้าเชื่อว่าสาเหตุของการ

เจ็บป่วยเป็น เรื่องที่เป็นไปตามธรรมชาติก็จะไปรับการรักษาแบบแผนใหม่ และการศึกษาของบุษยมาล บุญใจเพชร (2526 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง การศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยสังคมจิตวิทยาของผู้ป่วยที่ไปใช้บริการแผนโบราณ และแผนปัจจุบัน และเพชรน้อย สิงห์ช่างชัย (2528 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษา ปัจจัยบางประการที่กำหนดการเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัย : การศึกษาที่ ชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา ผลการศึกษามีความสอดคล้องกันคือ ผู้ป่วยที่ไปใช้บริการแผนโบราณส่วนใหญ่มีความเชื่อในเรื่องสาเหตุของการ เกิดโรคจากอำนาจเหนือธรรมชาติมาก แต่ผู้ป่วยที่ไปใช้บริการแบบปัจจุบัน มีความเชื่อในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรคจากอำนาจเหนือธรรมชาติน้อย

ดลมนรรจ บากา (2526 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง การศึกษา วิเคราะห์เปรียบเทียบความเชื่อทางศาสนาและผลกระทบที่มีต่อ ลักษณะสังคม เศรษฐกิจและแนวการดำเนินชีวิตของชาวมุสลิมและชาวมุสลิม ในชนบท : ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา พบว่าชาวมุสลิมที่มีความเชื่อมั่นในพระเจ้า การกำหนดสภาวะต่าง ๆ ของสรรพสิ่ง และสรรพสัตว์โดยพระเจ้า มีการปฏิบัติตามศาสนบัญญัติอย่างเคร่งครัด จะมีการดำเนินชีวิตทั้งทางสังคม เศรษฐกิจไปในทางที่ดี และศรัทธา บุญนาค (2526 : 143) ได้สรุปรายงานการวิจัยเรื่อง บทบาทศาสนาพุทธและ ศาสนาอิสลามที่มีต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมภาคใต้ พบว่าศาสนามี บทบาทต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมภาคใต้มาก และอรรถพงษ์ เทพจาวี (2534 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง ความยึดมั่นผูกพันในทางศาสนาอิสลาม ของคนไทยมุสลิมชนบท จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีผลต่อพฤติกรรมด้านสังคม เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิต พบว่าความยึดมั่นผูกพันในศาสนาอิสลามระดับ ต่ำก็ระดับสูงของคนไทยมุสลิมชนบทจังหวัดชายแดนภาคใต้มีผลต่อ พฤติกรรมทางด้านสังคมแตกต่างกัน

จากการศึกษา แนวคิด ทฤษฎีและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้วิจัยได้แนวความคิดในการที่จะศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับการ ยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนา อิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานีซึ่งสามารถนำมาเขียนเป็นกรอบแนวความคิด ได้ดังนี้

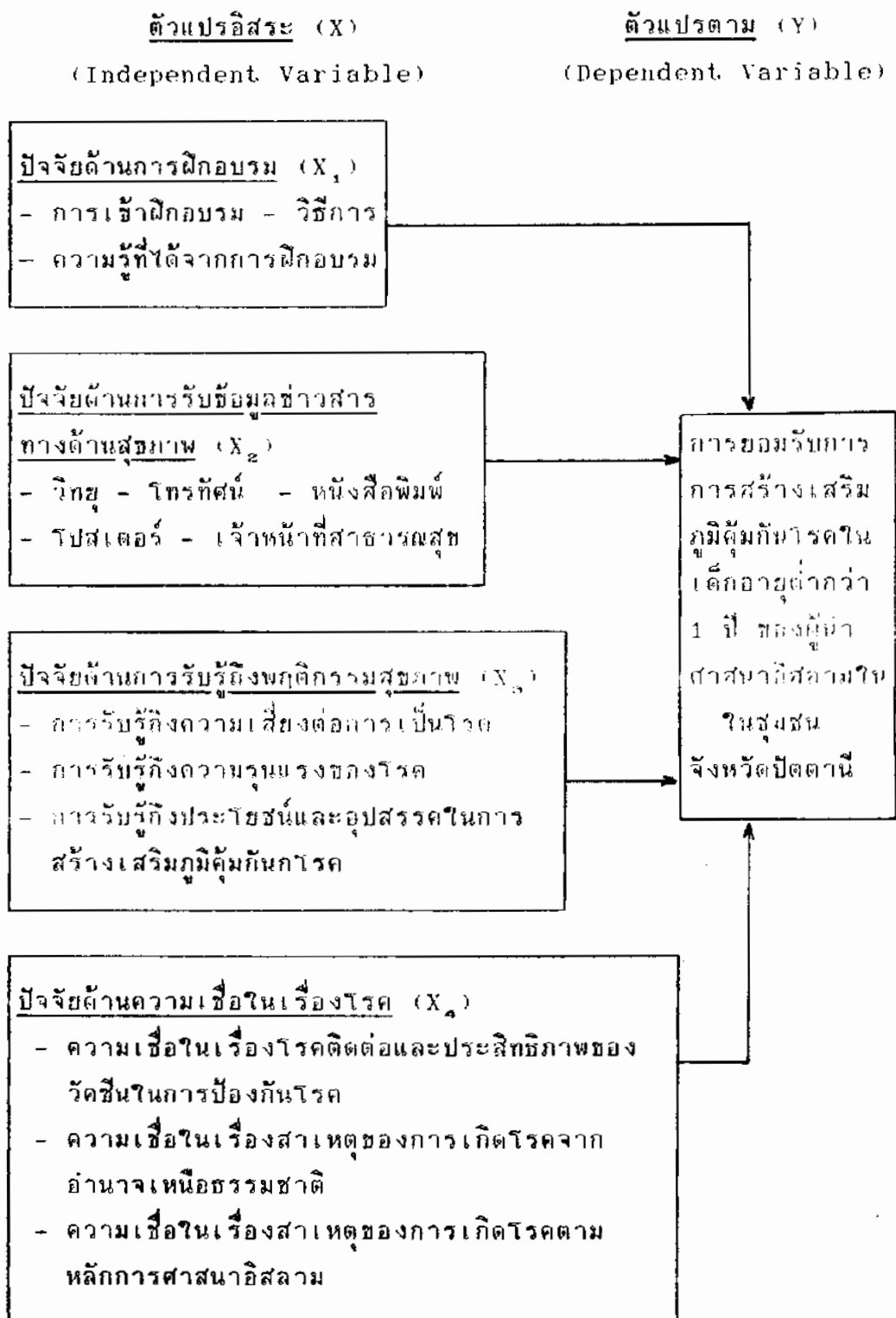
ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน
โรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลาม



ดังนั้นการที่ผู้นำศาสนาอิสลามจะมีการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี นั้น ขึ้นอยู่กับหลาย ๆ ปัจจัยด้วยกัน คือปัจจัยด้านความเชื่อทางด้านสุขภาพและความเชื่อทางด้านศาสนา ปัจจัยด้านทัศนคติต่อการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปัจจัยด้านความรู้ในเรื่องการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปัจจัยด้านความรู้ในเรื่องการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปัจจัยด้านการรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพและปัจจัยด้านการฝึกอบรมในเรื่องการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแต่ที่สอดคล้องและเหมาะสมกับสภาพพื้นที่และสังคมที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานีซึ่งผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่

- 1) ปัจจัยด้านการฝึกอบรม คือการเข้าฝึกอบรม วิธีการในการฝึกอบรมและความรู้ที่ได้จากการฝึกอบรม
- 2) ปัจจัยด้านการรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพคือ จำนวนครั้งในการรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจาก วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ โปสเตอร์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- 3) ปัจจัยด้านการรับรู้ถึงพฤติกรรมสุขภาพคือ การรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและการรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรค
- 4) ปัจจัยด้านความเชื่อในเรื่องโรคคือความเชื่อในเรื่องโรคติดต่อและประสิทธิภาพของวัคซีนในการป้องกันโรค ความเชื่อในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรคจากอำนาจเหนือธรรมชาติและความเชื่อในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรคตามหลักการศาสนาอิสลาม ซึ่งเขียนภาพแสดงความสัมพันธ์ได้ดังแสดงในภาพประกอบ 3

ภาพประกอบ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
ในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชน
จังหวัดปัตตานี



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยด้านการฝึกอบรม ปัจจัยด้านการรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านการรับรู้ถึงพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยด้านความเชื่อในเรื่องโรคกับการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานีตามปัจจัยด้านการฝึกอบรมที่แตกต่างกัน ได้แก่ การเข้าฝึกอบรม วิธีการในการฝึกอบรมและความรู้ที่ได้จากการฝึกอบรม

2.2 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานีตามปัจจัยด้านการรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน ได้แก่ การรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ โปสเตอร์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2.3 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานีตามปัจจัยด้านการรับรู้ถึงพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน ได้แก่ การรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

2.4 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานีตามปัจจัยด้านความเชื่อในเรื่องโรคที่แตกต่างกัน ได้แก่ ความเชื่อในเรื่องโรคติดต่อและประสิทธิภาพของวัคซีนในการป้องกันโรค ความเชื่อในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรค

จากอำนาจเหนือธรรมชาติและความเชื่อในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรคตามหลักการศาสนาอิสลาม

2.5 เพื่อศึกษาข้อเสนอแนะของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานีเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี

สมมติฐานของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้อาศัยทฤษฎี แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้นเป็นแนวทางในการตั้งสมมติฐานในการวิจัย ซึ่งประกอบด้วยสมมติฐานทั่วไปและสมมติฐานเฉพาะดังต่อไปนี้

1. สมมติฐานทั่วไป

ปัจจัยด้านการฝึกอบรม ปัจจัยด้านการรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านการรับรู้ถึงพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยด้านความเชื่อในเรื่องโรคมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี

2. สมมติฐานเฉพาะ

2.1 การเข้าฝึกอบรมมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี

2.2 วิธีการในการฝึกอบรมมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี

2.3 ความรู้ที่ได้จากการฝึกอบรมมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี

2.4 การรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากวิทยุมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี

2.5 การรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากโทรทัศน์มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี

2.6 การรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากหนังสือพิมพ์มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี

2.7 การรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจากโปสเตอร์มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี

2.8 การรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี

2.9 การรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี

2.10 การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี

2.11 การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคมมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี

2.12 ความเชื่อในเรื่องโรคติดต่อและประสิทธิภาพของวัคซีนในการป้องกันโรคมมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี

2.13 ความเชื่อในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรคจากอำนาจเหนือธรรมชาติมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี

2.14 ความเชื่อในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรคตามหลักการศาสนาอิสลามมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี

ความสำคัญและประโยชน์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีความสำคัญและประโยชน์สามารถแยกกล่าวได้ 2 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. ด้านความรู้

1.1 การวิจัยครั้งนี้เป็นการค้นหาความจริงด้านการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี

1.2 ผลการวิจัยทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี

2. ด้านการนำไปใช้

2.1 เพื่อเป็นแนวทางในการจัดฝึกอบรมในเรื่องการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี แก่ผู้นำศาสนาอิสลามและประชาชนในชุมชนจังหวัดปัตตานีให้เกิดการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปีมากยิ่งขึ้น

2.2 เพื่อเป็นแนวทางในการนำเสนอข้อมูลโดยใช้สื่อมวลชนประเภทต่าง ๆ ในเรื่องการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี แก่ผู้นำศาสนาอิสลามและประชาชนในชุมชนจังหวัดปัตตานีให้เกิดการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี มากยิ่งขึ้น

2.3 เพื่อเป็นแนวทางที่จะส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้นำ ศาสนาอิสลามและประชาชนในชุมชนจังหวัดปัตตานีมีความเชื่อในเรื่องโรค ที่ถูกต้องในอันที่จะช่วยให้เกิดการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคใน เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปีมากยิ่งขึ้น

2.4 เพื่อเป็นประโยชน์ต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับ ตำบล อำเภอและจังหวัดของจังหวัดปัตตานีใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการ ปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของจังหวัด ปัตตานีให้มีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีขอบเขตดังนี้

1. ประชากรในการวิจัยได้แก่ ผู้นำศาสนาอิสลามจำนวน 8,205 คนจากจำนวน 8 อำเภอ 4 กิ่งอำเภอในจังหวัดปัตตานี
2. กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้นำศาสนาอิสลามจำนวน 230 คน จากจำนวน 16 มัสยิดของ 16 หมู่บ้านในจังหวัดปัตตานี
3. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ตัวแปรดังนี้

3.1 ตัวแปรอิสระ (Independent Variable)

3.1.1 ปัจจัยด้านการฝึกอบรมของผู้นำศาสนา อิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานีที่สัมพันธ์กับการยอมรับการสร้างเสริม ภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้แก่

1. การเข้าฝึกอบรม
2. วิธีการในการฝึกอบรม
3. ความรู้ที่ได้จากการฝึกอบรม

3.1.2 ปัจจัยด้านการรับข้อมูลข่าวสารทางด้าน สุขภาพของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานีที่สัมพันธ์กับการ ยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี

- จากวิทยุ
1. การรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ
- จากโทรทัศน์
2. การรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ
- จากหนังสือพิมพ์
3. การรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ
- เกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจากโปสเตอร์
4. การรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ
- เกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
5. การรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ

3.1.3 ปัจจัยด้านการรับรู้ถึงพฤติกรรมสุขภาพของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานีที่สัมพันธ์กับการขอรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้แก่

1. การรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเป็นโรค
2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค
3. การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคใน

การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

3.1.4 ปัจจัยด้านความเชื่อในเรื่องโรคของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานีที่สัมพันธ์กับการขอรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้แก่

1. ความเชื่อในเรื่องโรคติดต่อและประสิทธิภาพของวัคซีนในการป้องกันโรค
2. ความเชื่อในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรคจากอำนาจเหนือธรรมชาติ
3. ความเชื่อในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรคตามหลักการศาสนาอิสลาม

3.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variable)

การยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี

ข้อตกลงเบื้องต้น (Basic Assumption)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการภายใต้ข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้

1. ผู้ตอบมีความเข้าใจคำถามและตอบคำถามในแบบสอบถามและแบบทดสอบตรงตามความเป็นจริงและเชื่อถือได้
2. กลุ่มตัวอย่างที่นำมาแทนกลุ่มตัวอย่างส่วนที่ขาดมีสภาพทางประชากรคล้ายคลึงกันและสามารถจะเป็นตัวแทนที่ดีของกลุ่มตัวอย่างส่วนที่ขาดได้
3. ผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนในอำเภอแต่ละอำเภอของจังหวัดปัตตานีมีความคิดเห็นในเรื่องต่าง ๆ โดยทั่ว ๆ ไป คล้ายคลึงกัน

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ภูมิคุ้มกันโรค (Immunity) หมายถึง การที่ร่างกายมีความต้านทานต่อเชื้อโรค อาจเกิดขึ้นตามธรรมชาติหรือเกิดขึ้นภายหลังที่ได้รับวัคซีนเข้าไปในร่างกาย
2. โรคติดต่อในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี หมายถึง โรคติดต่อ 6 โรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ได้แก่ โรควัณโรค โรคคอตีบ โรคไอกรน โรคบาดทะยัก โรคโปลิโอ โรคหัด
3. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี หมายถึง การให้วัคซีนโดยการกินหรือฉีดแก่เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี 4 ชนิด

เพื่อป้องกันโรคติดต่อ 6 โรค คือ วัคซีนบีซีจี. (BCG.) ป้องกันโรควัณโรค วัคซีนดีพีที. (DPT) ป้องกันโรคคอตีบ โรคไอกรน โรคบาดทะยัก วัคซีนโอฟีวี. (OPV.) ป้องกันโรคโปลิโอและวัคซีนหัด (Measles) ป้องกันโรคหัด

4. นวัตกรรมใหม่หรือสิ่งใหม่ หมายถึง วัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี คือ วัคซีนบีซีจี. (BCG.) วัคซีนดีพีที. (DPT.) วัคซีนโอฟีวี. (OPV.) วัคซีนหัด (Measles) ในกลุ่มผู้นำศาสนาอิสลามของจังหวัดปัตตานี

5. ผู้นำศาสนาอิสลาม หมายถึง ผู้นำศาสนาอิสลามในระดับท้องถิ่นที่ประชาชนคัดเลือกให้ทำหน้าที่เป็นอิหม่าม คอเต็บ บิหลั่นและกรรมการอิสลามประจำมัสยิด และได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งอย่างเป็นทางการ

6. การยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี หมายถึง การนำบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ไปรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและมีส่วนร่วมในงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี

7. อัตราความครอบคลุมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี หมายถึง ค่าที่ได้จากจำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ที่ได้รับการฉีดวัคซีนครบด้วย 100 แล้วหารด้วยจำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ทั้งหมด

8. ปัจจัย หมายถึง เหตุหรือองค์ประกอบที่ก่อให้เกิดสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อาจเป็นพฤติกรรม เช่น การกระทำหรือไม่กระทำ แนวคิด เช่น ความเชื่อหรือไม่เชื่อ

9. การฝึกอบรม หมายถึง การจัดประชุม สัมมนา ศึกษาดูงาน เพื่อให้ความรู้ในเรื่องการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี แก่ผู้นำศาสนาอิสลามจากหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข

10. การรับข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี จากวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ โปสเตอร์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของผู้นำศาสนาอิสลาม

11. การรับรู้ถึงพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การที่ผู้นำศาสนาอิสลามมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ โดยวัดจากการตอบแบบสอบถามวัดการรับรู้ถึงพฤติกรรมสุขภาพ

12. ความเชื่อ (Belief) หมายถึง การยอมรับเกี่ยวกับข้อเท็จจริงต่าง ๆ ซึ่งถือว่าเป็นความจริง เช่น เรื่องราวเกี่ยวกับศาสนา ลัทธิ ตลอดจนเรื่องอื่น ๆ