



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษา ค้นคว้าเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

ความเชื่อค่านิยมสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อค่านิยมสุขภาพ และพฤติกรรมอนามัย

ชาวไทยมุสลิมกับความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

ความเชื่อค่านิยมสุขภาพ

พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคล (health related behavior) ได้รับความสนใจมาตั้งแต่ก่อนปี ค.ศ. 1950 โดยกลุ่มนักวิชาการที่ทำงานด้านบริการสาธารณสุข ชุมชน มีการสร้างทฤษฎีและรูปแบบขึ้นจากทฤษฎีทางจิตวิทยา และพฤติกรรมศาสตร์ เริ่มต้นจาก เลวิน (Lewin) ได้สร้างทฤษฎีการตั้งเป้าหมาย (Theory of goal setting) ขึ้นในปี ค.ศ. 1944 โดยมีสมมติฐานว่า พฤติกรรมของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับการมองคุณค่าของ สิ่งที่ได้รับ และผลที่จะได้รับจากการกระทำของตน (Maiman and Becker 1974 : 336)

หลังจากทฤษฎีของเลวิน ได้มีรูปแบบที่คล้ายคลึงกันเกิดขึ้น 5 รูปแบบ คือ พฤติกรรมการแสดงออก (Performance behavior) ของทอลแมน (Tolman) ทฤษฎีเสริมแรง หรือการเรียนรู้ทางสังคม (Reinforcement or Social learning) ของรอตเตอร์ (Rotter) ทฤษฎีการตัดสินใจ (Decision Theory) ของเอคเวิร์ด (Edwards) การนำทฤษฎีแรงจูงใจมาใช้กับพฤติกรรมที่เสี่ยง (Risk-taking behavior) ของ แอดคินสัน (Adkinson) และการวิเคราะห์การตัดสินใจ ภายใต้ความไม่แน่ใจของเฟียเตอร์ (Feather) รูปแบบเหล่านี้ใช้อธิบายการกระทำและการตัดสินใจของบุคคล เมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยงและมีความไม่แน่ใจ (Maiman and Becker 1974 : 336 - 348)

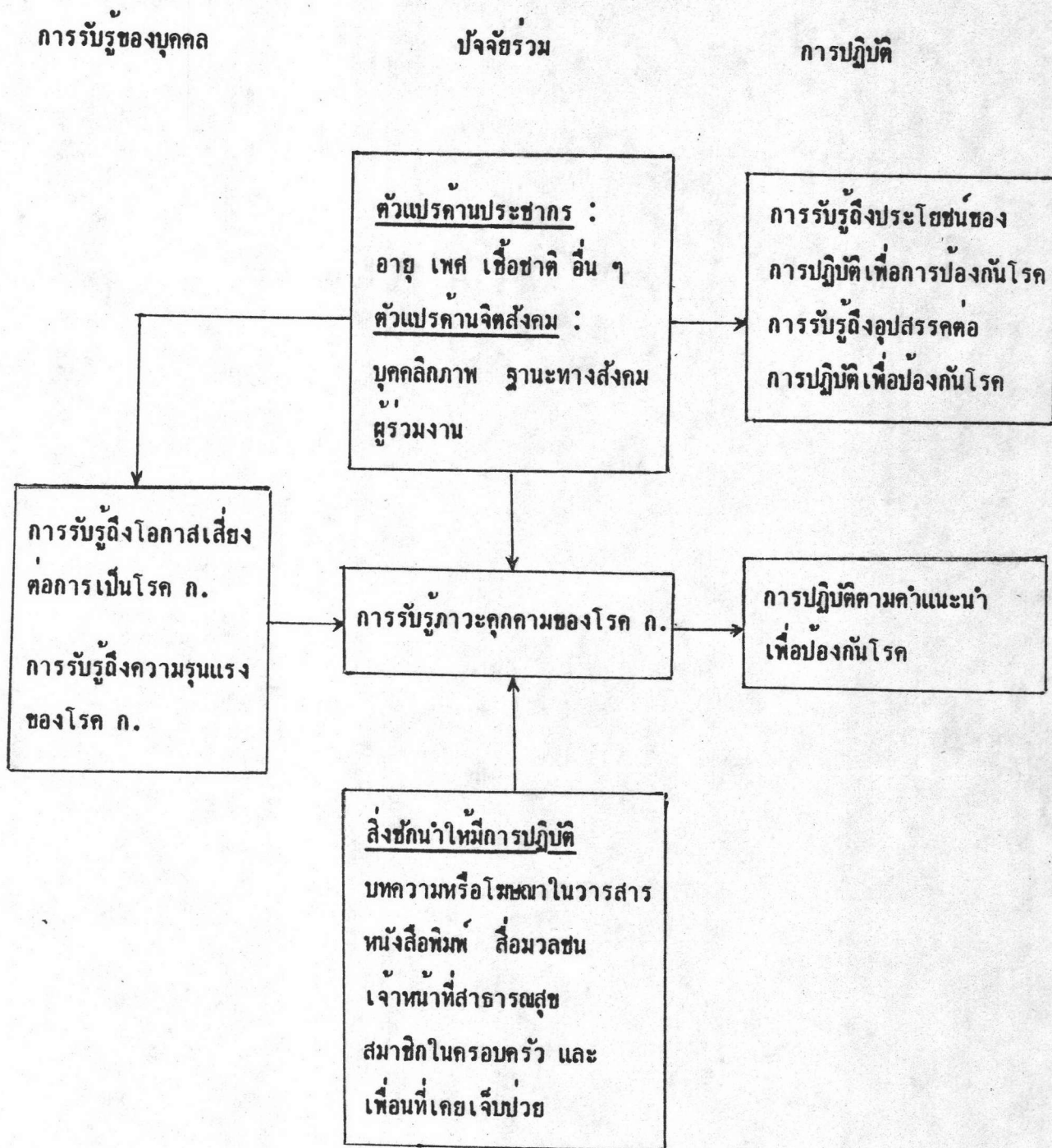
ต่อมาโรเซนสตอค (Rosenstock) ได้ผสมผสานทฤษฎีและรูปแบบเหล่านี้เข้าด้วยกัน และสร้างแบบแผนความเชื่อค่านิยมสุขภาพขึ้น ภายใต้แนวคิดที่ว่า การที่บุคคลจะหาทาง หลีกเลี่ยงโรค หรือป้องกันโรค ขึ้นอยู่กับว่าเขาเชื่อว่าตัวเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคว่าจะทำความเสียหายให้แก่ชีวิตของเขา มองเห็นประโยชน์ของ

การกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อลดโอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของโรค และประเมินความสามารถในการแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นได้ (Rosenstock 1974 : 330) แบบแผนความเชื่อค่านิยมสุขภาพนี้ ในระยะแรกนำไปใช้อธิบายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค เช่น การตรวจร่างกายประจำปี การทดสอบเพื่อค้นหาไวรัสโรค การตรวจหามะเร็ง และการป้องกันสุขภาพฟัน (Becker, Drachman and Kirscht 1974 : 206)

เบคเคอร์ (Becker) ได้ปรับปรุง แก้ไข แบบแผนความเชื่อค่านิยมสุขภาพใหม่ เพื่อนำไปอธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วย แบบแผนนี้มีส่วนประกอบสำคัญคือ

1. ความพร้อมที่จะกระทำ ขึ้นอยู่กับการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย
2. ความเชื่อในประโยชน์ของการกระทำนั้นว่าจะลดภาวะเสี่ยงอย่างไรได้ผล โดยคาดคะเนความสามารถทางร่างกาย จิตใจ การเงินและสิ่งอื่น ที่จะมามีผลต่อการมีพฤติกรรมหรือการกระทำแล้ว
3. สิ่งชักนำให้มีการกระทำเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยที่เหมาะสม อาจจะเป็นสิ่งชักนำภายในคน เช่น ความเจ็บป่วย หรือสิ่งชักนำภายนอก เช่น สื่อมวลชนต่าง ๆ ญาติ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ซึ่งสามารถเขียนความสัมพันธ์ของส่วนประกอบเหล่านี้ให้เห็นดังแผนภูมิที่ 1 (Becker and Maiman 1975 : 12)



แผนภูมิที่ 1. ความสัมพันธ์ของตัวแปรในแบบแผนความเชื่อค่านิยมในระยะเวลาแรก

(Becker and Maiman 1975 : 12)

พฤติกรรมอนามัย

ในการศึกษาพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย เพื่อให้เป็นไปได้ง่ายขึ้น คาส์ล และคอบบ (Kasl and Cobb 1966 : 246) ได้แบ่งพฤติกรรมด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยออกเป็น

1. พฤติกรรมสุขภาพดี หมายถึง การกระทำกิจกรรมของผู้ที่มีสุขภาพดี ที่มีจุดประสงค์เพื่อป้องกันโรค หรือค้นหาโรคในขณะที่ไม่มีอาการ
2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย หมายถึง การกระทำกิจกรรมของผู้ที่เริ่มรู้สึกไม่สบาย เพื่อประเมินความเจ็บป่วย และหาการรักษาที่เหมาะสม การกระทำหรือพฤติกรรมระยะนี้จะเป็นไปในรูปของการปรึกษาขอความเห็น คำแนะนำจากญาติพี่น้อง เพื่อน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
3. พฤติกรรมของผู้ป่วย หมายถึง การกระทำกิจกรรมของผู้ที่ยอมรับ หรือรับรู้ว่าตนเองเป็นคนป่วย เป็นการกระทำที่มีจุดประสงค์เพื่อให้อาการดีขึ้น ได้แก่ การยอมรับการรักษา การให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี รวมไปถึงกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพต่าง ๆ

การที่แต่ละบุคคลจะมีพฤติกรรมอนามัยลักษณะไหนนั้น ขึ้นอยู่กับการเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และการรับรู้ถึงความรุนแรงหรืออันตรายของการเจ็บป่วย ส่วนการที่จะกระทำหรือไม่ขึ้นอยู่กับว่า แต่ละบุคคลเห็นประโยชน์ของกำรกระทำนั้นเพียงไร และสามารถที่จะขจัดอุปสรรคที่คาดว่าจะเกิดขึ้นได้หรือไม่

เบคเกอร์ ดรachsman และเคิร์ชท์ (Becker, Drachman and Kirscht 1972 : 859) พบว่าแรงจูงใจเป็นตัวแปรสำคัญที่จะทำให้มีการร่วมมือในการรักษาเกิดขึ้น เขาจึงได้รวมมโนทัศน์ด้านแรงจูงใจเข้าไว้ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำไปใช้อธิบายหรือทำนายพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย (Becker 1974 : 416)

คังในแผนภูมิที่ 2

ความพร้อมที่จะปฏิบัติคาม

ปัจจัยรวม

พฤติกรรมตามบทบาท
ของผู้ป่วย

แรงจูงใจ

- ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป
- ความตั้งใจที่จะยอมรับการรักษา และให้ความร่วมมือ
- กิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก

คุณค่าของการลดภาวะความเจ็บป่วย
ผู้ป่วยคาดคะเนถึงสิ่งต่อไปนี้

- โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือการกลับเป็นซ้ำอีก
- ความอ่อนแอต่อความเจ็บป่วย โดยทั่วไป
- อันตรายที่จะเกิดกับร่างกาย
- อันตรายที่จะมีผลต่อบทบาททางสังคม
- อาการปัจจุบัน หรืออาการที่เคยเป็นมาก่อน

ความร่วมมือสามารถลดภาวะความเจ็บป่วย
ผู้ป่วยจะคาดคะเนสิ่งต่อไปนี้

- ความปลอดภัยในการรักษา
- ประสิทธิภาพของการรักษา (รวมทั้งความไว้วางใจแพทย์ผู้รักษา) วิธีการรักษาโอกาสที่จะทุเลาหรือหายจากโรค

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย

- เด็ก ผู้สูงอายุ
- โครงสร้าง - ค่าใช้จ่ายในการรักษา ระยะเวลาอาการข้างเคียงของยา
- แบบแผนพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ วิธีการรักษา
- ทัศนคติ - ความพอใจต่อแพทย์ผู้รักษา พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ
- อุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจ
- ขั้นตอนในการตรวจรักษาทางคลินิก
- ปฏิสัมพันธ์ - ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ
- ความคาดหวังของทั้งสองฝ่าย
- ชนิดความสัมพันธ์ของแพทย์และผู้ป่วย
- อิทธิพลอื่น ๆ
- ประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา
- แหล่งที่ให้คำแนะนำ

ความร่วมมือใน

- การรับประทานยา
- การรับประทานอาหาร
- การออกกำลังกาย
- การมาตรวจตามนัดเพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง
- อื่น ๆ

แผนภูมิที่ 2 แบบแผนความเชื่อค่านิยมสุขภาพที่ใช้ทำนายพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วย

แบบแผนความเชื่อค่านิยม และพฤติกรรมอนามัย

นักวิจัยหลายท่านได้ใช้แบบแผนความเชื่อค่านิยมมาวิเคราะห์พฤติกรรมค่านิยมของบุคคล ซึ่งจะแสดงให้เห็นในแต่ละองค์ประกอบของแบบแผนดังนี้

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Perceived susceptibility) มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพอนามัยทั้งในภาวะที่มีสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วย โรเซนสตอค (Rosenstock 1974 : 330) ได้อธิบายลักษณะการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยว่าเป็นความเชื่อของบุคคลว่าตนเองมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยได้ และเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะที่จะเจ็บป่วย จำเป็นต้องมีพฤติกรรมอนามัย เกี่ยวกับการป้องกันโรค

ในกรณีที่เกิดการเจ็บป่วยแล้ว การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน และยังสามารถเปลี่ยนแปลงได้จาก

1.1 ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรค ถ้าผู้ป่วยไม่เชื่อการวินิจฉัยของแพทย์ หรือขาดความมั่นใจในแพทย์ หรือมีความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพไม่ถูกต้อง จะทำให้ตระหนักเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยผิดไป

1.2 การคาดคะเนว่าตนอยู่ในภาวะที่มีการเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย หรือมีโอกาสที่จะเกิดการกลับซ้ำได้ ถ้าเขาเคยเป็นมาก่อน

1.3 ความนึกคิดของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ หรือความเจ็บป่วยโดยทั่วไป

การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย มีผลต่อการป้องกันโรค การรักษา และการส่งเสริมสุขภาพเป็นอย่างมาก บุคคลใดที่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยดี จะเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเองดี ดังเช่นที่ คีเกลส์ (Kegeles 1963 : 116 - 173) พบว่าผู้ที่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยในระดับต่ำ จะไปพบทันตแพทย์น้อยกว่าผู้ที่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งที่สองของคีเกลส์ (Kegeles 1963 : 116 - 173) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 42 ที่ไม่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยปฏิเสธการไปพบทันตแพทย์ และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58 ที่มีโอกาสรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ไปพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ถึงแม้จะไม่มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพปากและฟันก็ตาม ในปี 1970 ไฮเซลมานน์ และบากเลย์ (Heinzelmann and Bagley 1970 : 905 - 911) ศึกษาเหตุผลในการเข้าร่วมโครงการการออกกำลังกาย พบว่าเหตุผลสำคัญ 2 ประการ คือ ต้องการให้รู้สึกดีขึ้น และลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ แต่ความจริงแล้ว

จุดประสงค์ที่สำคัญที่สุดของการเข้าร่วมโครงการก็คือ การลดอันตรายจากการคุกคามของโรคหัวใจ นอกจากนี้ เบคเกอร์ และคณะ ได้ใช้แบบแผนความเชื่อค่านิยมสุขภาพเพื่ออธิบายพฤติกรรมการเข้าร่วมโครงการค้นหาผู้ที่มีความผิดปกติทางพันธุกรรมเกี่ยวกับโรคเทย์ - แซคส์ (Tay-Sachs) ในชนชาวยิว พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นพาหะนำโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างสูงกับการเข้าร่วมในโครงการ (Becker, et al 1977 : 33)

สำหรับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง ซาลาล (Hallal 1982 : 140) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อค่านิยมสุขภาพกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่าความเชื่อค่านิยมสุขภาพค่านิยมการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฟิงค์ ชาปิโร และโรสเตอร์ (Fink, Shapiro and Roester 1972 : 328 - 336) ที่พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม คำนึงถึงอันตรายของโรคและเห็นประโยชน์ของการตรวจเต้านม ทำให้สตรีเข้าร่วมในโครงการค้นหาหามะเร็งเต้านม ซึ่งสนับสนุนการค้นพบของ คีเกลส์ (Kegeles 1969 : 115 - 124) ที่ว่าสตรีที่มีการรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกสูง จะมีผลทำให้ไปตรวจหามะเร็งปากมดลูกมากกว่าผู้ที่ไม่มี การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค นอกจากนี้ เลวิตต์ (Leavitt 1979 : 105 - 111) ศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่อค่านิยมสุขภาพกับการใช้บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่ พบว่า คู่แปรที่ทนายการมาใช้บริการมากที่สุด คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค ผู้ที่รับรู้ว่าคุณเองมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยจะมาใช้บริการเพื่อการป้องกันสูงกว่า นอกจากนี้ พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (1985 : 97) ได้ศึกษาการใช้บริการฝากครรภ์ของหญิงมีครรภ์ในประเทศไทยพบว่า ผู้ที่เคยใช้บริการฝากครรภ์มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์มากกว่าผู้ที่ไม่เคยใช้บริการฝากครรภ์

ในค่านิยมความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อค่านิยมสุขภาพค่านิยมการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงกับความร่วมมือในการรักษานั้น จากการศึกษาหลาย ๆ ครั้งของ เบคเกอร์ได้สรุปว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค เป็นคู่แปรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแผนการรักษา และมีคุณค่าในการทนายพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยได้ (Becker 1975 : 409 - 419) ซึ่งมีงานวิจัยอื่น ๆ ที่สนับสนุนข้อสรุปนี้ เช่น ไฮน์เซลมานน์ (Heinzelmann 1962 : 73 - 81) ได้รายงานพฤติกรรมมารับประทานยาเพนนิซิลิน เพื่อป้องกันอันตรายของโรคในกลุ่มนักศึกษาวิทยาลัยที่มีประวัติเคยเป็นไขรูห์มาติก (Rheumatic fever) ว่า ความร่วมมือในการรับ

ประหานครามีความสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่จะตามมา ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ เอลลิง และคณะ (Elling, Whittemore and Green 1960 : 183 - 191) ที่พบว่า มารดาที่เชื่อว่าบุตรของตนมีโอกาสกลับเป็นไข้รูห์มาติกได้อีก จะให้ความร่วมมือในการให้ยาเพนิซิลลิน และพาบุตรไปตรวจที่คลินิกตามนัด และเคิร์ชท์ เบคเกอร์ และเอทีแลนค์ (Kirscht, Becker and Eveland 1976 : 422 - 431) ยังพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคแทรกซ้อนเป็นตัวแทนที่ดีในการมาตรวจตามนัด

2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย (Perceived severity) แบบแผนความเชื่อค่านิยมที่เชื่อกันว่า แม้ว่าบุคคลจะรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย แต่เขาอาจจะยังไม่หาการป้องกันหรือรักษา จนกว่าเขาจะมีความเชื่อว่า การเจ็บป่วยจะทำให้เกิดอันตรายกับอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย ซึ่งจะมีผลกระทบต่อตนเอง และสังคม (Becker 1974 : 411) ฉะนั้นการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยจึงเป็นตัวกระตุ้นให้มีการป้องกันโรค แม้จะยังไม่ชัดเจน แต่ในกรณีที่ถูกคลุ้รู้สึกว่าไม่สบาย ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยจะเป็นตัวกระตุ้นให้เขาตัดสินใจไปใช้บริการสุขภาพ (Kirscht 1974 : 391) ทั้งนี้ พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (1985 : 99 - 100) พบว่า หญิงมีครรภ์ที่ใช้บริการฝากครรภ์มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนมากกว่าผู้ไม่ใช้บริการฝากครรภ์

และไซน์เซลมานน์ (1962 : 73 - 81) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่เห็นว่าไข้รูห์มาติกมีความรุนแรงเมื่อเทียบกับโรคอื่น จะให้ความร่วมมือในการรับประทานยาเพนิซิลลินเพื่อป้องกันการเกิดโรคเป็นอย่างดี เช่นเดียวกับที่ กอร์ดิส มาร์คowitz และลิเลียนฟิลด์ (Gordis, Markowitz and Lilienfeld 1969 : 957 - 968) พบว่า มารดาที่ให้ความร่วมมือในการพาบุตรไปพบแพทย์ตามนัด มีความเชื่อในอันตรายของไข้รูห์มาติกมากกว่ามารดาที่ไม่ให้ความร่วมมือและการศึกษาต่อมาของเบคเกอร์ และคนอื่น (Becker and other 1972 : 843 - 853) ก็ได้ผลคล้ายคลึงกัน คือการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการให้ความร่วมมือ ทั้งในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการมาตรวจตามนัด ส่วนคาร์นีย์ และคณะ (Charney, et al 1967 : 188 - 195) ศึกษาพฤติกรรมการใหญ่ครรภ์รับประทานยาเพนิซิลลิน

สรุปว่ามารดาที่รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหูอักเสบ (Otitis) จะให้ยาบุตรอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ เนลสันและคณะ (Nelson, et al 1978 : 903) ได้ศึกษาผลกระทบของการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

พบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าคุณค่าความค้ำโลกสูงเป็นภาวะที่มีอันตรายรุนแรง จะให้ความร่วมมือในการควบคุมภาวะความค้ำโลกโคคักว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่คิดว่าโรคนี้อันตรายรุนแรง

อย่างไรก็ดี การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย มิได้หมายถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริง ๆ แต่เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรค (Rosenstock 1966 : 99) ฉะนั้น จะเห็นได้จากงานวิจัยจำนวนมาก ที่ผู้ป่วยมีอาการไม่รุนแรง มิได้ให้ความร่วมมือดีไปกว่าผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ซึ่งเบคเคอร์ได้สรุปว่า จากการศึกษาหลายหลายครั้งของเขา และผู้ร่วมงาน สามารถกล่าวได้ว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงที่เกิดจากโรคหรือภาวะความเจ็บป่วยต่าง ๆ สามารถทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย เกี่ยวกับการให้ความร่วมมือในการรักษาได้ เพราะผลที่ได้ในทางลบ ส่วนมากจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางค้ำจิตวิทยา ในสภาพการณ์ที่ผู้ป่วยมีระดับความกลัวและวิตกกังวลสูงเกินไป

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ (Perceived benefit) ของการป้องกันรักษา เป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่มีผลต่อความร่วมมือของผู้ป่วยในการป้องกันและตรวจรักษา ผู้ที่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำต่าง ๆ อย่างเคร่งครัด จะมีความเชื่อว่า การปฏิบัตินั้น ๆ สามารถลดภาวะความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อสุขภาพได้ ซึ่ง เอลลิง และคณะ (1960 : 183 - 191) และไฮน์เซลมานน์ (1962 : 73 - 81) รายงานว่าความเชื่อในความสามารถป้องกันการกลับเป็นไข้รูห์มาติกของยาเพนนิซิลลิน มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการปฏิบัติตามการรักษาอย่างเคร่งครัดเช่นเดียวกับที่ เบคเคอร์ และคณะ (Becker, et al 1974 : 205 - 216) พบว่า ผู้ที่รับประทานยาสม่ำเสมอ มีความเชื่อว่ายาที่ได้จากแพทย์มีประสิทธิภาพในการรักษา และการรักษาที่ใคร่บอญมีประโยชน์ ผู้ป่วยที่เชื่อในความสามารถของแพทย์ว่ารักษาความเจ็บป่วยให้หายได้ จะไปพบแพทย์ตามนัด เหมือนกับที่กาเบรียลสัน เลวิน และเอลลิสัน (Gabrielson, Levin and Ellison 1967 : 48 - 59) ได้รายงานการวิจัยไว้ว่า บิดา มารดาที่เชื่อในประสิทธิภาพการรักษาของแพทย์ จะให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการนำบุตรก่อนวัยเรียนไปตรวจตามนัด

ในค้ำนการปฏิบัติตน นิคยา อังกาบรณะ (2527 : 83) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อค้ำสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจค้ำย พบว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวก โดยเฉพาะค้ำนการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับการปฏิบัติตน เช่นเดียวกับที่ฮาลาล (1982 : 127 - 142) ศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่อค้ำสุขภาพกับการตรวจค้ำนค้ำยตนเอง เพื่อกันหามะเร็งในระยะแรกเริ่มพบว่าคะแนนการรับรู้ถึง

ประโยชน์ในกลุ่มที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ตรวจ เช่นเดียวกับที่ พวงรัตน์ บุญยานุรักษ์ (1985 : 102 - 103) พบว่าหญิงมีครรภ์ที่ใช้บริการฝากครรภ์เห็นประโยชน์ของการฝากครรภ์มากกว่าผู้ที่ไม่ใช้บริการฝากครรภ์

นอกจากนี้ คีเกลส์ เคิร์ชท์ และโรเซนสตอค (Kegeles, Kirscht and Rosenstock 1965 : 815 - 824) ทำวิจัยสนามเพื่อองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในโครงการตรวจคัดมะเร็งปากมดลูก พบว่าสตรีที่เข้าร่วมในโครงการส่วนใหญ่เชื่อว่า

- 3.1. แพทย์หรือการตรวจสอบสามารถค้นพบมะเร็งปากมดลูกได้
- 3.2. การทดสอบนั้นสามารถบอกได้ว่าเป็นโรคหรือไม่ ก่อนที่จะมีอาการ
- 3.3. การตรวจพบในระยะแรกเริ่ม จะช่วยให้การพยากรณ์โรคดีขึ้น

4. การรับรู้ถึงอุปสรรค (Perceived barrier) ในการที่จะมีพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ เป็นการคาดการณ์ไปล่วงหน้าในแง่ลบ อาจจะเป็นความลำบากในการไปใช้บริการต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก ไม่พอใจในบริการ ความเจ็บปวดที่อาจจะได้รับ หรือความไม่สบายใจ ความไม่พร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความขัดแย้ง และหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมอนามัย เช่น ไม่ไปใช้บริการสาธารณสุขเพื่อการป้องกัน รักษา (Rosenstock 1974 : 331) ดังเช่นที่ฟรานซิส คอร์ก และมอร์ริส (Francis, Korch and Morris 1969 : 535 - 540) รายงานว่า มารดาที่ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาบุตรของตนเป็นอย่างดี เป็นผู้ที่มีความพอใจในความเป็นกันเองของแพทย์ รู้สึกว่าแพทย์เข้าใจในสิ่งที่เขาไม่สบายใจ และผู้วิจัยยังพบว่า การที่มารดาพบว่าการไปพบแพทย์ไม่ได้ช่วยแก้ปัญหาให้ ขาดความสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย และไม่ได้รับคำอธิบายถึงการวินิจฉัยโรคเป็นสาเหตุสำคัญทำให้ไม่ให้ความร่วมมือ นอกจากนี้ แอนโทนอนอฟสกี (Antonovsky 1970 : 367) ยังพบว่า ความกลัวเจ็บ ความไม่สบายใจ ปัญหาการเงิน มีความสัมพันธ์ในทางกลับกันกับการไปใช้บริการป้องกันรักษาฟัน และพวงรัตน์ บุญยานุรักษ์ (1985 : 105) พบว่าหญิงมีครรภ์ที่ไม่ใช้บริการฝากครรภ์มีการรับรู้อุปสรรคมากกว่าผู้ที่ใช้บริการฝากครรภ์

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation) เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการมีพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การป้องกัน การให้ความร่วมมือในการรักษา (Rosenstock 1974 : 380) แรงจูงใจด้านสุขภาพเป็นสภาพอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการถูกกระตุ้นด้วยเรื่องของสุขภาพอนามัย ได้แก่ ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ความต้องการให้มีสุขภาพที่ดีตลอดไป

ความตั้งใจที่จะหายจากโรค ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่ว ๆ ไป ดังเช่นที่เบคเคอร์ และคณะ (Becker, et al 1977 : 353 - 360) ทำการศึกษาการให้ความร่วมมือในการควบคุมน้ำหนักบุตร พบว่า มารดที่รับรู้ว่าคุณสมบัติของคนมีโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย เห็นความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่เกิดจากความอ้วน เห็นประโยชน์ของการรักษา และวิธีการรักษา และเชื่อว่าการลดอาหารจะทำให้ภาวะเสี่ยงลดลง เด็กจะป่วยได้น้อยลง จะให้ความร่วมมือในการลดน้ำหนักเด็ก และการศึกษาอื่น ๆ ยังแสดงให้เห็นว่า แรงจูงใจสามารถทำนายความร่วมมือของมารดาได้อีกด้วย และทำนายการไปใช้บริการเพื่อการป้องกันตัว ดังเช่นที่ พวงรัตน์ บุญญาบุรุษ (1985 : 107) ศึกษาการใช้บริการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์พบว่าผู้ที่ใช้บริการฝากครรภ์มีแรงจูงใจสูงกว่าผู้ที่ไม่ใช้บริการฝากครรภ์

ในกรณีที่เป็นผู้ป่วย พวงพยอม การภิญโญ (2526 : 103 - 119) ได้ทำการวิจัยโดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อค่านิยมสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า แรงจูงใจค่านิยมสุขภาพทั่วไปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา แสดงว่าผู้ป่วยที่มีคะแนน แรงจูงใจค่านิยมสุขภาพสูงให้ความร่วมมือในการรับประทานยาคือว่าผู้ป่วยที่มีคะแนนค่านิยมสุขภาพสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพ ไบแก้ว (2528 : 99) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อค่านิยมสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า แรงจูงใจค่านิยมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจค่านิยมสุขภาพทั่วไปสูง จะให้ความร่วมมือในการรักษาคือว่า

6. ปัจจัยร่วม (Modifying factor) เบคเคอร์ พบว่ายังมีปัจจัยอื่น ๆ อีกที่มีผลต่อพฤติกรรมอนามัย ได้แก่ ปัจจัยทางค่านิยมประชากร เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ เป็นต้น ปัจจัยค่านิยมสังคม และปัจจัยทางค่านิยมระหว่างบุคคลต่างก็มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอนามัยด้วยกันทั้งสิ้น ทั้งในภาวะสุขภาพดี และในภาวะความเจ็บป่วย (Becker 1974 : 414 - 415)

6.1 ปัจจัยทางค่านิยมประชากร (Demographic variables) ได้แก่

6.1.1 อายุ นับว่ามีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมอนามัย จากการศึกษาของแบลคเวลล์ (Blackwell 1973 : 249) พบว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยส่วนมากปฏิเสธที่จะรับประทานยาที่มีรสไม่เค็ม เช่น รสขม และพบว่า ความหลงลืม หรือความไม่สนใจตนเองของผู้ป่วยสูงอายุ ทำให้ขาดยาได้บ่อยครั้ง ในค่านิยมการใช้บริการสาธารณสุขนั้น เฟรดเคอริค เอ. เคย์ และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ (1977 : 66 - 86) ได้ศึกษารูปแบบการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนใน

จังหวัดสุพรรณบุรี เมื่อพ.ศ. 2520 พบว่าหัวหน้าครอบครัวที่มีอายุมาก จะมีการใช้หมอต้มยำสูงกว่าหัวหน้าครอบครัวที่มีอายุต่ำกว่า และกลุ่มบุคคลสูงอายุจะมีการใช้การรักษาแผนโบราณมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมมารับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่างไทยพุทธ ไทยจีน และไทยมุสลิม ของประชาชนในเขตจังหวัดพระนครศรีอยุธยาของมานพ ณะโต พบว่าทั้งคนไทยพุทธ ไทยจีน และไทยมุสลิมนี้ ยิ่งอายุสูงขึ้นจะยิ่งไปใช้บริการของแพทย์แผนโบราณมากกว่าผู้ที่มีอายุต่ำกว่า (มานพ ณะโต 2525 : 218)

6.1.2 เพศ เฟรดเคอริก เอ. เคย์ และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ (1977 : 66 - 86) พบว่า เพศหญิงไปใช้บริการของโรงพยาบาลอำเภอและโรงพยาบาลจังหวัดมากกว่าเพศชาย ทั้งที่เจ็บป่วยเล็กน้อย และเจ็บป่วยรุนแรง ซึ่งได้ผลเช่นเดียวกับการศึกษาและวิจัยที่ผ่านมาในต่างประเทศที่พบว่า เพศหญิงไปใช้บริการตรวจและรักษามากกว่าเพศชาย (Rosenstock 1974 : 355) และเลวิตซ์พบว่าเพศหญิงไปใช้บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่เพื่อการป้องกันมากกว่าเพศชาย ในด้านการให้ความร่วมมือในการรักษา พวงพยอม การภิญโญ พบว่าเพศชายให้ความร่วมมือในการรักษาดีกว่าเพศหญิง (พวงพยอม การภิญโญ 2526 : 103 - 119) แสดงว่า เพศมีผลต่อพฤติกรรมอนามัยเช่นเดียวกัน

6.1.3 ระดับการศึกษา เป็นตัวทำนายที่ดีตัวหนึ่งต่อการมีพฤติกรรมอนามัย คาลส์และคอบบ์ (Kals and Cobb 1966 : 250) กล่าวว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับพฤติกรรมความร่วมมือ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงย่อมมีพฤติกรรมความร่วมมือเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยสูงกว่า จากการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุขปี 2513 พบว่าผู้ที่มีเศรษฐกิจและสังคม เช่น ระดับการศึกษา และรายได้สูงกว่า มีแนวโน้มจะใช้การรักษาแผนใหม่ (ชื่นชม เจริญยุทธ 2522) และจากการวิเคราะห์โครงการจังหวัดสงขลาของเขาวรัตน์ ปรปักษ์ขามและคณะ พบว่าสตรีไทยมุสลิมในเขตอำเภอจะนะมีการศึกษาค่ำ เป็นเหตุให้ไม่ยอมรับบริการสมัยใหม่ต่าง ๆ รวมทั้งการบริการสาธารณสุขด้วย (เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม สมใจ ประมาทผล และจอห์น โนเคล 2526) ในด้านการป้องกันโรค วัลลา พิวทน (2527 : 105) พบว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาสูงจะให้ความร่วมมือในการนำเด็กวัยก่อนเรียนมารับภูมิคุ้มกันโรค มากกว่ามารดาที่มีการศึกษาในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการใช้บริการฝากครรภ์ของหญิงมีครรภ์ของพวงรัตน์ บุญยานุรักษ์ (1985) ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาระดับอาชีวและวิทยาลัยไปใช้บริการฝากครรภ์มากกว่าหญิงมีครรภ์ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า

6.1.4 รายไค้ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม คาสลี และคอมบ์ (1966 : 250) กล่าวว่ารายไค้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ โกล่ซึกกับความร่วมมือในการป้องกันและรักษา จากการศึกษาปัญหาการใช้บริการทางการแพทย์ของชาวไทยมุสลิม มานพ คณะโต พบว่า การที่ไทยมุสลิมไม่นิยมใช้บริการทางการแพทย์ที่รัฐจัดให้ เนื่องจากเกรงว่าจะไม่มีคำรักษา (มานพ คณะโต 2520 : 3) และในการพิจารณาความต้องการบริการจากคุณสมบัติของสถานบริการนั้น ๆ แล้ว พบว่าในด้านความต้องการมากที่สุดนั้น ไทยมุสลิมส่วนใหญ่นำเงินถึงราคาของสถานบริการว่าจะต้องเป็นราคาที่ถูกลงเป็นคุณสมบัติแรก (มานพ คณะโต 2525 : 73)

6.2 ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือ โคอี และเวสเสน (Coe and Wessen 1965 : 1024 - 1031) กล่าวว่า การปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้มารับบริการกับเจ้าหน้าที่สุขภาพที่เป็นไปในค่านลบ มีความล้มเหลวในการติดต่อสื่อสาร และบรรยากาศในการให้บริการเคร่งเครียด จะทำให้พฤติกรรมการร่วมมือล้มเหลว เช่นเดียวกับที่มานพ คณะโต (2520 : 3) ให้เหตุผลว่า การที่ไทยมุสลิมไม่นิยม มหาแพทย์แผนใหม่ เนื่องมาจากความแตกต่างทางภาษา และไม่มี ความพอใจในบุคลากร จึงคงใช้การรักษาพื้นบ้านแบบมุสลิมด้วยกัน

6.3 ปัจจัยด้านสังคม อิทธิพลของสังคมโดยเฉพาะวัฒนธรรมเป็นสิ่งกำหนดพฤติกรรมมนุษย์ในสังคมนั้น ๆ ในวัฒนธรรมจะมีทั้งความเชื่อ ความศรัทธา ค่านิยมและอื่น ๆ สำหรับชาวไทยมุสลิม ซึ่งนับถือศาสนาอิสลามมีวัฒนธรรมอิสลามอันเป็นวิธีการดำเนินชีวิต หรือรูปแบบของพฤติกรรม ตลอดจนสิ่งสร้างสรรค์ต่าง ๆ ที่อยู่ในขอบข่ายของคัมภีร์อัล - กุรอาน และซุนนะหุ (คำสั่งสอนของศาสดามูฮัมมัด) และมุสลิมทุกคนจะต้องปฏิบัติตามวัฒนธรรมอิสลาม (เสาวนีย์ จิตต์หวมก 2524 : 6, 22, 24) รวมไปถึงการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพด้วย

ชาวไทยมุสลิมกับความเชื่อด้านศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

ชาวไทยมุสลิม คือ ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม หมายถึง ผู้นอบน้อมมอบตนต่อพระผู้เป็นเจ้าแต่ผู้เดียวอย่างสิ้นเชิง ซึ่งจะมีความหมายที่ครอบคลุมพฤติกรรมของมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนตาย มีวัฒนธรรมอิสลามเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต และกำหนดพฤติกรรมต่าง ๆ รวมทั้งพฤติกรรมอนามัยด้วยมุสลิมทุกคนจะต้องปฏิบัติตามวัฒนธรรมอิสลามที่ปรากฏอยู่ในคัมภีร์อัล - กุรอาน และซุนนะหุ (เสาวนีย์ จิตต์หวมก 2524 : 22 - 24)

โครงสร้างสำคัญของศาสนาอิสลาม ซึ่งมุสลิมที่ดีและสมบูรณ์ต้องมีอยู่ในตนเองอย่างครบ

ถวน และถูกต้อง มี 2 ประการ (เสาวนีย์ จิตต์หมวด 2524 : 33 - 96) คือ

1. หลักศรัทธา (รูกันอีมาน) มี 6 ประการ
2. หลักปฏิบัติ (รูกันอิสลาม) มี 5 ประการ

หลักศรัทธา 6 ประการ หรือที่เรียกว่า รูกันอีมาน ได้แก่

1. ความศรัทธาในอัลลอฮ์ เชื่อว่าอัลลอฮ์ เป็นพระเจ้าสูงสุดผู้เดียว ทรงมีอำนาจเหนือทุกสิ่ง เป็นผู้รอบรู้ เป็นผู้สร้าง และพิทักษ์รักษาสิ่งทั้งปวง เชื่อว่ามนุษย์เป็นสิ่งที่พระองค์สร้างขึ้น จึงไม่มีอำนาจใด ๆ ทั้งสิ้น ต้องทำตัวให้อัลลอฮ์โปรดปราน และชี้ทางนำไปสู่สวรรค์ในวันปรโลก

2. ศรัทธาในมลาอิกะฮ์ หรือเทวดา ซึ่งอัลลอฮ์ บังคาลให้เกิดขึ้นจากรัศมีของพระองค์ คอยทำหน้าที่ต่าง ๆ

3. ศรัทธาในคัมภีร์ของอัลลอฮ์ ถือว่าข้อความในคัมภีร์เหล่านั้นเป็นพระวจนะของพระเจ้าเป็นเจ้าแต่เพียงผู้เดียว

4. ศรัทธาในศาสนทูตของอัลลอฮ์ (นบีหรืออรซูล) มุสลิมเชื่อว่านบีมุฮัมมัด 28 ท่าน และมุฮัมมัด (ช.ล.) เป็นศาสนทูตองค์สุดท้าย

5. ศรัทธาในอวสาน และปรโลก มุสลิมเชื่อในวันอวสานของโลกนี้ และเชื่อในชีวิตโลกหน้า การกระทำของมนุษย์จะไม่สูญหาย ต้องมีการตอบแทนเสมอ คนที่ทำดีจะได้ไปอยู่สวรรค์ คนทำชั่วจะได้ไปอยู่นรก

6. ความศรัทธาในการกำหนดสภาวะต่าง ๆ ของสรรพสิ่ง และสรรพสัตว์โดยอัลลอฮ์ การกำหนดสภาวะมี 3 ประการ

6.1 สภาวะที่ตายตัวแน่นอน ไม่มีผู้ใดเปลี่ยนแปลงได้ นอกจากอัลลอฮ์ เช่น การเกิด การตายของสิ่งมีชีวิต การโคจรของดวงอาทิตย์ เป็นต้น

6.2 สภาวะที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ เช่น ดินกำเนิด

6.3 สภาวะที่สามารถแก้ไข เปลี่ยนแปลงได้ด้วยการกำหนดสภาวะอีกประการหนึ่ง เช่น ความหิว จะแก้ด้วยการรับประทานอาหาร ความกระหาย แก้ด้วยการดื่มน้ำ

หลักปฏิบัติ หรือรูกันอิสลาม มี 5 ประการ (จำเริญ กุรมะสุวรรณ 2522 : 105) คือ

2.1 การปฏิญาณตน มุสลิมจะต้องปฏิญาณตนทุกวันว่า "ไม่มีพระเจ้าอื่นใด นอกจากอัลลอฮ์ และนบีมุฮัมมัด เป็นศาสนทูตของพระองค์"

2.2 การละหมาด หรือนมาซ เป็นการปฏิบัติที่แสดงถึงความภักดีต่อองค์อัลลอฮ์ มุสลิมทุกคนเมื่ออายุเข้าซิกที่รู้จักรับผิดชอบได้แล้ว ต้องทำละหมาด วันละ 5 เวลา คือ เช้าครู บ่าย เย็น พลบค่ำ และเวลากลางคืน การละหมาดเปรียบได้กับเสาเอกของอัล - อิสลาม ซึ่งจะนำพามุสลิมให้มีความสุขทางจิตใจในโลกนี้ และจะเป็นกุญแจสำหรับสวรรค์ในโลกหน้า ฉะนั้นผู้ที่ละทิ้งการละหมาด ถือได้ว่าผู้นั้นไม่ใช่มุสลิม (เสาวนีย์ จิตต์หมวด 2524 :103) การละหมาดจึงมีความสำคัญมาก ละเว้นไม่ได้ ไม่ว่าจะยามปกติ หรือเจ็บป่วย ยกเว้นหญิงคลอดบุตร หรือหญิงกำลังมีประจำเดือน

2.3 มุสลิมจะต้องถือศีลอด หรือถือบวชทุกปี ปีละ 1 เดือน คือในเดือนรอมฎอน อันเป็นเดือนที่ 9 แห่งปีในศาสนาอิสลาม

การถือศีลอด คือ การงดเว้นจากการบริโภคอาหาร และเครื่องดื่ม งดการประพฤติ ไปตามอารมณ์ฝ่ายต่ำที่ต้องห้าม ในช่วงรุ่งอรุณเรื่อยไปจนกระทั่งตะวันตกลับฟ้า การถือศีลอดอาจ งดเว้นได้ในกรณีที่กำลังป่วย ผู้ที่ป่วยเรื้อรัง ผู้ที่มีสุขภาพอ่อนแอ ถ้าหากถือศีลอดชดเชยไม่ได้ หลังจากหายป่วยแล้ว ต้องมีสิ่งทดแทน

2.4 ต้องบำเพ็ญทาน ซึ่งเรียกว่า ซะกาต (Zakart) เป็นข้อบัญญัติหนึ่งของ ศาสนาที่ถือเป็นหน้าที่ของมุสลิมทุกคนที่มีทรัพย์สิน จะต้องสละทรัพย์สินบางส่วนให้แก่ผู้รับโดยไม่มี เงื่อนไขผูกมัดผู้รับแต่อย่างใด

2.5 การเดินทางไปสักการะบุงาเวฮ์สถานศักดิ์สิทธิ์ที่เมกกะ หรือที่เรียกว่า การ ฮัจญ์ ซึ่งการประกอบพิธีฮัจญ์ กระทำกันเพียงปีละครั้งในเดือนที่ 12 แห่งปีอิสลาม

สำหรับประการที่ 4 และ 5 นี้ เป็นการปฏิบัติเพื่อให้ได้บุญมากขึ้น ผู้ที่มีความสามารถทำได้ควรจะทำ ผู้ที่ไม่สามารถทำได้ ไม่ถือว่าบาปแต่อย่างใด

ความศรัทธา และการปฏิบัติที่มุสลิมทุกคนต้องมีและต้องทำดังกล่าวนี้ ส่งผลต่อเนื่อง ถึงพฤติกรรมอนามัยของชาวไทยมุสลิม ในด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับการอนามัยแม่และเด็ก ตัวอย่าง ที่เห็นได้ชัดจากอิทธิพลของศาสนาอิสลามที่มีส่วนผลักดันให้ผู้หญิงแต่งงานทันทีที่ย่างเข้าสู่วัยสาว อายุประมาณ 13 - 14 ปีเท่านั้น ทำให้ขาดความรู้ด้านการปฏิบัติตนเมื่อมีครอบครัว ขาดความรู้ เรื่องการมีบุตร และเลี้ยงดูบุตร จึงมักเป็นสาเหตุให้อัตราการตายของทารกในกลุ่มชาวไทยมุสลิมสูง อัตราการเกิดตอมารคาแต่ละคนสูง ทำให้มารดาแต่ละคนมีสุขภาพทรุดโทรม (สงคราม ชื่นภบาล 2518 : 174) ศาสนาและวัฒนธรรมอิสลามยังมีส่วนผลักดันให้มีอัตราการ เกิดสูง เพราะมุสลิมมีความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องการเกิด การตาย ว่าอยู่เหนืออำนาจของผู้ใด

จะควบคุมได้ นอกจากพระอัลลอฮ์ การมีจำนวนบุตรมากหรือน้อย หรือไม่มีบุตร มนุษย์ไม่มีอำนาจ จะกำหนดเองได้ (สำนักงานสายสัมพันธ์ 2524 : 23 - 29) ดังนั้นการคุมกำเนิดจึงเป็นข้อห้ามสำหรับประชาชาติอิสลาม การกลัวประชากรจะล้นโลก จะแย่งทรัพยากรธรรมชาติกัน เป็นการขัดต่อหลักศรัทธาในเอกานุภาพของพระผู้เป็นเจ้า อย่างไรก็ตามศาสนาอิสลามก็อนุญาตให้มีการคุมกำเนิดได้ในกรณีที่จะเป็นอันตรายต่อชีวิตมารดา การคุมกำเนิด มิได้หมายเฉพาะการทำหมันเท่านั้น แต่หมายถึงทุกวิธีการ เช่น การใช้ยาเม็ด ยาฉีดยา ฉวยยาง ห่วงยางอนามัย (เสาวนีย์ จิตต์หมวก 2524 : 328) ในค่านการวางแผนครอบครัวเพื่อสุขภาพอนามัยของมารดานั้น ในศาสนาอิสลามมีหลักการบางอย่างที่สนับสนุนให้มีการวางแผนครอบครัว เช่น ไม่ควรให้มีการตั้งครรภ์ในระยะที่สตรีกำลังเลี้ยงบุตร ประมาณ 24 เดือน กล่าวคือสตรีมุฮัมมัดต้องการให้มีการตั้งครรภ์แต่ละครั้งห่างกันอย่างน้อย 33 เดือน หรือ 3 ปี และยังอนุญาตให้มีการคุมกำเนิดสำหรับมารดาที่ตั้งครรภ์แล้วจะมีอันตรายถึงชีวิต (สมาคมวางแผนครอบครัว 2519 : 66) และแพทย์ตรวจพบว่าการตั้งครรภ์ต่อไปจะเป็นอันตราย หรือเสี่ยงต่อความตาย ก็อาจจะทำหมันได้ (อนันต์ สุโลมาน 2526 : 278 - 279)

ในค่านสุขภาพทั่ว ๆ ไป คำสั่งสอนในศาสนาอิสลามมีอยู่หลายบท หลายตอนที่มิบทกำหนดเกี่ยวกับพฤติกรรมทางค่านสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหาร ห้ามรับประทานเนื้อสัตว์ที่ตายเอง เลือดสัตว์ทุกชนิด เพราะเชื้อโรคต่าง ๆ มักอยู่ในเลือด เนื้อสุกร เพราะมีการดำรงชีวิตที่สกปรก และหลีกเลี่ยงสุนัขเนื่องจากเป็นต้นนำโรคร้ายแรงคือ โรคกลัวน้ำ ห้ามการเสกและซื้อขายสิ่งที่มีมนเมาจากทุกชนิดเพราะนอกจากจะทำให้ควบคุมสติไม่ไ้จนเกิดอันตรายต่อตัวเองและผู้อื่นแล้วยังทำให้เป็นโรคต่าง ๆ ได้อีกด้วย ในค่านการรักษาความสะอาดนั้นเน้นมาก ก่อนการละหมาดจะต้องชำระร่างกายให้สะอาดวันละ 5 ครั้ง เด็กชายต้องเข้าสู้นัด (circumcision) เพื่อการรักษาความสะอาดได้ง่าย (เสาวนีย์ จิตต์หมวก 2524 : 409 - 415, 425 - 427)

ค่านการปฏิบัติคนเมื่อเกิดการเจ็บป่วย

ในบทบัญญัติของศาสนา ได้ระบุแน่ชัดว่าเมื่อเจ็บป่วยต้องรักษา และรักษาด้วยความอกทน (มุฮัมมัด 2529 : 27 - 28) แสดงว่าศาสนาได้เอื้อต่อการที่จะมีพฤติกรรมอนามัยที่เหมาะสมเป็นอย่างยิ่ง การที่มีปัญหาต่าง ๆ เกิดขึ้นอาจจะเกิดจากความไม่รู้จริงและสติความจากความไม่รู้ (อนันต์ สุโลมาน 2526 : 278 - 279)

เมื่อพิจารณาถึงปัญหาสาธารณสุข ทั้งค่านอนามัยแม่และเด็ก การป้องกัน รักษา

และฟื้นฟูสภาพ กระทรวงสาธารณสุขจึงพยายามแก้ปัญหาเหล่านี้โดยในปี 2523 รัฐโคชขยายสถานบริการ คือ ศูนย์การแพทย์ และอนามัยในจังหวัดชายแดนภาคใต้ 12 แห่งเป็นจำนวนเงิน 16 ล้านบาท และมีการอบรมฟื้นความรู้เป็นพิเศษแก่ผู้ให้บริการแก่ประชาชนโดยตรงจำนวน 912 คน เป็นเงิน 9 แสนบาท นอกจากนี้ยังมีนโยบาย และบริการเพื่อชาวไทยมุสลิม (ทัศนีย์ พรหมไพจิตร 2524 : 54) ดังนี้

1. ให้แพทย์ พยาบาล ตลอดจนพนักงานทุกคนศึกษาหลักศาสนา ชนบธรรมนียม ประเพณีท้องถิ่น เพื่อให้ปฏิบัติงานไม่ขัดกับหลักศาสนา
2. ให้แพทย์ พยาบาล พนักงานในโรงพยาบาล และศูนย์ทุกศูนย์ในสี่จังหวัดชายแดนภาคใต้ให้บริการแก่ราษฎรให้ดีที่สุด เพื่อรับใช้ประชาชน
3. ให้ทางโรงพยาบาล และศูนย์ทุกแห่งจัดอาหาร ภาชนะที่ใช้เป็นสัดส่วนต่างหาก ไม่ให้ปะปนกัน และจัดให้มีผู้ปรุง ผู้เตรียม และผู้จัดเป็นชาวไทยมุสลิม
4. ให้โรงพยาบาล และศูนย์ทุกแห่งในสี่จังหวัดชายแดนภาคใต้ จัดสถานที่ประกอบศาสนกิจ (ละหมาด) สำหรับชาวไทยมุสลิมไว้ในโรงพยาบาลด้วย
5. การจัดหิ้งพระพุทธรูปให้เก็บไว้เฉพาะที่อำนวยการเท่านั้น