



สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาความเชื่อค่านิยมของชาวไทยมุสลิมในสี่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ในด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ของการใช้บริการสาธารณสุข การรับรู้ถึงอุปสรรคในการไปใช้บริการสาธารณสุข แรงจูงใจค่านิยมทั่วไปและความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเชื่อค่านิยมทั้ง 6 ด้าน และโดยส่วนรวม จำแนกตามประเภทผู้ป่วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัวคือเดือน

ประชากรใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ชาวไทยมุสลิมที่มาใช้บริการตรวจรักษาของโรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียง 30 เตียงขึ้นไปในสี่จังหวัดชายแดนภาคใต้ จำนวน 4 แห่ง การเลือกตัวอย่างประชากรโดยการกำหนดคุณสมบัติไว้ก่อน และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 290 คน เป็นผู้ป่วยนอก 191 คน ผู้ป่วยใน 99 คน ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 9 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 สถานภาพของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

ตอนที่ 2 ความเชื่อค่านิยมของชาวไทยมุสลิม รวม 6 ด้าน คือ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ของการใช้บริการสาธารณสุข การรับรู้ถึงอุปสรรคในการไปใช้บริการสาธารณสุข แรงจูงใจค่านิยมทั่วไป และความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประเมินค่าแบ่งเป็น 4 ระดับ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์ (Content Validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 8 ท่านพิจารณาตรวจแก้ไข และนำมาปรับปรุงให้เหมาะสม และแปลเป็นภาษามลายูท้องถิ่น จากนั้นนำไปคำนวณความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์กับชาวไทยมุสลิมที่มีลักษณะเดียวกับประชากรที่จะศึกษา 50 ราย และตัวอย่างประชากรจริงจำนวน 290 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าความเที่ยง .69 และ .76 ตามลำดับ

ในการรวบรวมข้อมูลนั้น เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง

แล้ว ผู้วิจัยได้เลือกชาวไทยมุสลิมที่มาใช้บริการที่มีลักษณะตรงตามเกณฑ์ที่จะศึกษา หลังจากนั้นทำการสัมภาษณ์ข้อมูลเกี่ยวกับสถานภาพส่วนบุคคล และขอความร่วมมือตอบแบบสัมภาษณ์ ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งสิ้น 9 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSSx (Statistical Package for the Social Science) ของสถาบันบริการคอมพิวเตอร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คำนวณหาค่าทางสถิติดังนี้

1. หาค่าร้อยละ ของข้อมูลเกี่ยวกับสถานภาพของกลุ่มตัวอย่างประชากร
2. หาค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อค่านิยมสุขภาพเป็นรายค่านิยมและโดยรวม
3. ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยความเชื่อค่านิยมสุขภาพรายค่านิยมและโดยรวม ในกลุ่มผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เพศหญิง และเพศชาย โดยทดสอบค่าที ( t- test )
4. ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเชื่อค่านิยมสุขภาพโดยรวมและรายค่านิยมในกลุ่มที่จำแนกตามระดับอายุ ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัวต่อเดือน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ถ้ามีความแตกต่างกัน จึงทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทีละคู่ โดยวิธีของเชฟเฟ ( Scheffe's method )

สรุปผลการวิจัย

1. สถานภาพทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
  - 1.1 ชาวไทยมุสลิมที่มาใช้บริการของโรงพยาบาล ประเภทผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน คิดเป็นร้อยละ 65.86 และ 34.14 ตามลำดับส่วนใหญ่พูดไทยได้ มีอายุอยู่ระหว่าง 20 - 30 ปีมากที่สุด
  - 1.2 ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ชาวไทยมุสลิมที่มาใช้บริการของโรงพยาบาลส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จบระดับอุดมศึกษามีน้อยที่สุด ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด และรับราชการน้อยที่สุด ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 1,000 - 2,000 บาท รองลงมาคือต่ำกว่า 1,000 บาท และผู้ที่มีรายได้น้อยกว่า 4,000 บาทมีน้อยที่สุด
  - 1.3 ผู้ที่แนะนำให้นำมาใช้บริการ พบว่าชาวไทยมุสลิมที่มาใช้บริการส่วนใหญ่มาด้วยตัวเอง รองลงมาคือญาติ และคนในครอบครัวแนะนำ
  - 1.4 สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน ประวัติการใช้บริการสาธารณสุข เหตุผล

ของการไม่ใช้ครั้งนี้ เหตุผลที่ไม่เคยใช้ วิธีการเดินทางมาใช้บริการ ค่าเดินทาง และความวิตกกังวลเรื่องการรักษา พบว่า ชาวไทยมุสลิมที่มาใช้บริการของโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีสถานีอนามัยอยู่ใกล้บ้าน ที่ไม่มีสถานบริการสาธารณสุขพบน้อยที่สุด ส่วนใหญ่เคยใช้บริการสาธารณสุขใกล้บ้านมาแล้ว และให้เหตุผลในการไม่ไปใช้ครั้งนี้ เพราะคิดว่าสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านรักษาไม่ได้ และมาลองรักษามากที่สุด รองลงมาคือได้รับการส่งต่อ ผู้ที่ไม่เคยใช้บริการสาธารณสุขใกล้บ้านให้เหตุผลว่า ไม่เคยใช้เพราะขี้ยาเกินเองสะดวกกว่ามากที่สุด ที่พบรองลงมาคือไม่เคยป่วยหนัก ขี้ยาเกินเองสะดวกกว่า ส่วนใหญ่มากด้วยรถรับจ้าง ที่พบน้อยที่สุดคือเดินมา และต้องเสียค่ารถต่ำกว่า 20 บาท มากที่สุด ส่วนใหญ่มีความกังวลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

2. การศึกษาความเชื่อค่านิยมสุขภาพโดยรวม และรายค่านของกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อค่านิยมสุขภาพโดยรวม และค่านิยมรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ของการใช้บริการสาธารณสุข การรับรู้ถึงอุปสรรคในการไปใช้บริการสาธารณสุข แรงจูงใจค่านิยมสุขภาพทั่วไป และความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ อยู่ในระดับมีความเชื่อสูง ทุกค่านิยม ยกเว้น การรับรู้ถึงอุปสรรคค่านิยมกายภาพ และค่านิยมจิตใจในการไปใช้บริการสาธารณสุข ที่มีความเชื่ออยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกตามประเภทผู้ป่วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาและรายได้ครอบครัว พบว่า

2.1 กลุ่มตัวอย่างประเภทผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน มีความเชื่อค่านิยมสุขภาพโดยรวมและรายค่านิยมอยู่ในระดับสูง ยกเว้นความเชื่อค่านิยมสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคในการไปใช้บริการสาธารณสุขที่ผู้ป่วยนอกมีการรับรู้ถึงอุปสรรคค่านิยมกายภาพ และจิตใจในระดับปานกลาง และรับรู้ถึงอุปสรรคค่านิยมการเงินในระดับสูง ส่วนผู้ป่วยในมีการรับรู้ถึงอุปสรรคค่านิยมกายภาพ ค่านิยมจิตใจ และค่านิยมการเงินในระดับสูง ปานกลาง และ สูงที่สุด ตามลำดับ

2.2 เพศชาย และเพศหญิง มีความเชื่อค่านิยมสุขภาพโดยรวม และรายค่านิยมอยู่ในระดับสูง ยกเว้นความเชื่อค่านิยมสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคในการไปใช้บริการสาธารณสุข ซึ่งเพศหญิงมีความเชื่อค่านิยมสุขภาพค่านิยมรับรู้ถึงอุปสรรคค่านิยมกายภาพ ค่านิยมจิตใจ และการเงินอยู่ในระดับสูง ปานกลาง และสูง ที่สุดตามลำดับ ส่วนเพศชายมีความเชื่อค่านิยมสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ถึงอุปสรรคค่านิยมกายภาพและค่านิยมจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง และค่านิยมการเงินอยู่ในระดับสูง

2.3 กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่างกัน มีความเชื่อค่านิยมสุขภาพโดยรวมและรายค่านิยม



ในระดับสูง ยกเว้น การรับรู้อุปสรรคในการไปใช้บริการสาธารณสุข ซึ่งผู้ที่มีอายุ 20 - 30 ปี มีความเชื่อค่านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคด้านกายภาพและจิตใจอยู่ในระดับปานกลางและมีการรับรู้อุปสรรคด้านการเงินในระดับสูง ผู้ที่มีอายุ 31 - 45 ปี มีการรับรู้ถึงอุปสรรคด้านกายภาพ และด้านจิตใจในระดับปานกลาง ส่วนด้านการเงินอยู่ในระดับสูงที่สุด ผู้ที่มีอายุ 46 - 60 ปี มีการรับรู้ถึงอุปสรรคด้านกายภาพ และด้านจิตใจอยู่ในระดับสูง และด้านการเงินอยู่ในระดับสูงที่สุด

2.4 ผู้ที่มีการศึกษาต่าง ๆ กัน มีความเชื่อค่านสุขภาพโดยรวมและรายค่านอยู่ในระดับสูง ยกเว้นการรับรู้อุปสรรคในการไปใช้บริการสาธารณสุข และความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการศึกษา มีการรับรู้ถึงอุปสรรคด้านกายภาพ ด้านจิตใจ และด้านการเงิน และความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอยู่ในระดับสูง กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยม และอุดมศึกษา มีการรับรู้ถึงอุปสรรคด้านกายภาพและจิตใจในระดับปานกลาง แต่มีการรับรู้ถึงอุปสรรคด้านการเงิน และความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในระดับสูง และกลุ่มตัวอย่างได้รับการศึกษานอกระบบโรงเรียนของไทย มีความเชื่อค่านสุขภาพด้านการรับรู้อุปสรรคด้านกายภาพและการเงินอยู่ในระดับสูง แต่การรับรู้อุปสรรคด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง และความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอยู่ในระดับสูงที่สุด

2.5 ผู้ที่มีรายได้ต่างกัน มีความเชื่อค่านสุขภาพโดยรวมและรายค่านอยู่ในระดับสูง ยกเว้นการรับรู้ถึงอุปสรรคด้านกายภาพ และจิตใจ ในการไปใช้บริการสาธารณสุขที่อยู่ในระดับปานกลาง

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อค่านสุขภาพโดยรวมและรายค่านของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประเภทผู้ป่วย เพศ มีผลการวิจัยดังนี้

3.1 คะแนนเฉลี่ยความเชื่อค่านสุขภาพโดยรวม ของกลุ่มตัวอย่างประเภทผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน พบว่า ไม่แตกต่างกัน จึงไม่รับสมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 5 ที่ว่าผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมีความเชื่อค่านสุขภาพแตกต่างกัน เมื่อวิเคราะห์เป็นรายค่านพบว่า ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย การรับรู้ถึงอุปสรรคด้านกายภาพและการเงินในการไปใช้บริการสาธารณสุขและแรงจูงใจค่านสุขภาพทั่วไป แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ผู้ป่วยนอกมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย และแรงจูงใจค่านสุขภาพทั่วไปสูงกว่าผู้ป่วยใน แต่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ถึงอุปสรรคด้านกายภาพและ



การเงินในการไปใช้บริการไปใช้บริการสาธารณสุขต่ำกว่าผู้ป่วยใน

3.2 คะแนนเฉลี่ยความเชื่อค่านิสภาพโดยรวม ของกลุ่มตัวอย่างเพศชาย และเพศหญิงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อค่านิสภาพสูงกว่าเพศชาย จึงยอมรับสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่าเพศหญิงและเพศชายมีความเชื่อค่านิสภาพแตกต่างกัน และเพศหญิงมีคะแนนความเชื่อค่านิสภาพสูงกว่าเพศชาย

เมื่อวิเคราะห์ความเชื่อค่านิสภาพเป็นรายค่านพบว่า เพศชายและเพศหญิงมีความเชื่อค่านิสภาพเกี่ยวกับการรับรู้ถึงอุปสรรคในการไปใช้บริการสาธารณสุขแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ถึงอุปสรรคในการไปใช้บริการสาธารณสุขสูงกว่าเพศชาย

4. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อค่านิสภาพโดยรวม และรายค่านของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัวต่อเดือน มีผลการวิจัยดังนี้

4.1 คะแนนเฉลี่ยความเชื่อค่านิสภาพโดยรวมและรายค่านของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่างกัน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 จึงไม่รับสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า ผู้ที่มีอายุต่างกันจะมีความเชื่อค่านิสภาพแตกต่างกันเมื่อวิเคราะห์เป็นรายค่านโดยจำแนกตามระดับอายุ 20 - 30 ปี 31 - 45 ปี และ 46 - 60 ปี พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่างกันมีความเชื่อค่านิสภาพเกี่ยวกับการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ของการไปใช้บริการสาธารณสุข การรับรู้ถึงอุปสรรค ในการไปใช้บริการสาธารณสุข และแรงจูงใจค่านิสภาพทั่วไป แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายค่านโดยวิธีของเซฟเพทพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 20 - 30 ปี มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการไปใช้บริการสาธารณสุข และแรงจูงใจค่านิสภาพทั่วไปสูงกว่า ผู้ที่มีอายุ 31 - 45 ปี และ 46 - 60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในการไปใช้บริการสาธารณสุขค่านกายภาพ ต่ำกว่าผู้ที่มีอายุ 46 - 60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในการไปใช้บริการสาธารณสุขค่านจิตใจ และการเงินต่ำกว่าผู้ที่มีอายุ 31 - 45 ปี และ 46 - 60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 31 - 45 ปี มีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อค่านิสภาพเกี่ยวกับการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ของการไปใช้บริการสาธารณสุขและแรงจูงใจค่านิสภาพทั่วไปสูงกว่าผู้ที่มีอายุ 46 - 60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ .05

4.2 คะแนนเฉลี่ยความเชื่อค่านิสัยภาพโดยรวมและรายค่านของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อจำแนกตามระดับการศึกษา คือ ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษาและการศึกษานอกระบบ และมัธยมศึกษาและอุดมศึกษา พบว่ามีความเชื่อค่านิสัยภาพโดยรวมไม่แตกต่างกัน จึงไม่รับสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่าผู้ที่มีการศึกษาต่างกันจะมีความเชื่อค่านิสัยภาพแตกต่างกัน เมื่อวิเคราะห์เป็นรายค่านพบว่า ผู้ที่มีการศึกษาต่างกันมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ของการใช้บริการสาธารณสุข การรับรู้ถึงอุปสรรคในการไปใช้บริการสาธารณสุขและแรงจูงใจค่านิสัยภาพทั่วไปแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยและความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของเชฟเฟ พบว่า ผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษามีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยแตกต่างและต่ำกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมและอุดมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการใช้บริการสาธารณสุข และแรงจูงใจค่านิสัยภาพทั่วไป แตกต่างและต่ำกว่าผู้ที่มีการศึกษาประถมศึกษา และการศึกษานอกระบบ มัธยมศึกษาและอุดมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในการไปใช้บริการสาธารณสุขแตกต่างและสูงกว่ากลุ่มที่ใ้ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา การศึกษานอกระบบ มัธยมศึกษา และอุดมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และศึกษานอกระบบ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ถึงอุปสรรคค่านิจใจและการเงินในการไปใช้บริการสาธารณสุข แตกต่าง และสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมและอุดมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่มีคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจค่านิสัยภาพแตกต่าง และต่ำกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมและอุดมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.3 คะแนนความเชื่อค่านิสัยภาพโดยรวมและรายค่านของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อจำแนกตามรายได้ครอบครัวต่อเดือน คือ ตั้งแต่ 1,000 บาทลงไป 1,001 - 2500 บาท และมากกว่า 2,500 บาท พบว่าผู้ที่มีรายได้ต่างกันมีความเชื่อค่านิสัยภาพโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงรับสมมติฐานข้อที่ 4 ว่าผู้ที่มีรายได้ต่างกันมีความเชื่อค่านิสัยภาพไม่แตกต่างกัน



เมื่อวิเคราะห์เป็นรายค่านพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่างกันมีความเชื่อค่านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย การรับรู้ถึงอุปสรรคด้านจิตใจ และการเงิน ในการไปใช้บริการสาธารณสุข และแรงจูงใจค่านสุขภาพทั่วไป แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความเชื่อค่านสุขภาพค่านอื่นอีก 3 ค่าน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของ เชฟเฟ พบว่าผู้ที่มีรายได้ตั้งแต่ 1,000 บาทลงไปมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยแตกต่างและต่ำกว่าผู้ที่มีรายได้มากกว่า 2,500 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ถึงอุปสรรคในการไปใช้บริการสาธารณสุขด้านกายภาพและจิตใจแตกต่างและสูงกว่าผู้ที่มีรายได้มากกว่า 2,500 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนผู้ที่มีรายได้ 1,001 - 2,500 บาท มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยและแรงจูงใจค่านสุขภาพทั่วไปแตกต่างและต่ำกว่าผู้ที่มีรายได้มากกว่า 2,500 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ถึงอุปสรรคด้านการเงินแตกต่างและสูงกว่าผู้ที่มีรายได้มากกว่า 2,500 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

#### อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาความเชื่อค่านสุขภาพของชาวไทยมุสลิมในสี่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ผู้วิจัยได้แยกอภิปรายตามการตอบปัญหาการวิจัย และผลการทดสอบสมมติฐานดังนี้

1. ความเชื่อค่านสุขภาพของชาวไทยมุสลิมอยู่ในระดับมาก เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มาใช้บริการของโรงพยาบาล และชี้ให้เห็นว่า ชาวไทยมุสลิมในสี่จังหวัดชายแดนภาคใต้มีความเชื่อค่านสุขภาพ เหมือนชาวไทยกลุ่มอื่น ๆ ที่มีการศึกษามาแล้ว เช่น สุภาพ ไบแกว (2528 : 99) และนิตยา ภาสุนันท์ (2529) พบว่า ผู้ป่วยมีความเชื่อค่านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมากและในด้านการใช้บริการเพื่อการป้องกัน พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (1985 : 97) พบว่า ผู้ที่ให้บริการฝากครรภ์มีความเชื่อค่านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ไม่ใช้บริการฝากครรภ์ และผลการศึกษา นี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาพบในต่างประเทศ ที่พบว่าผู้ที่มีความเชื่อค่านสุขภาพในระดับสูง จะแสวงหาการป้องกันและรักษาตั้งแต่ยังไม่มีอาการ หรือมีอาการเล็กน้อย (Kirscht 1974 ; Battistella 1971 ) และความเชื่อค่านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้คนเรามีแนวโน้มที่จะใช้บริการสาธารณสุข ( Kirscht 1974:396, quoting Andersen ) ซึ่งเมื่อพิจารณา



รายละเอียด แต่ละคำพบว่า ชาวไทยมุสลิมมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ประโยชน์ของการใช้บริการสาธารณสุข แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป และความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอยู่ในระดับมาก ทำให้ชาวไทยมุสลิมกลุ่มนี้มาใช้บริการของโรงพยาบาล เนื่องจากการรับรู้ถึงความเสี่ยง มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับพฤติกรรมการป้องกัน (Kegeles 1963 : 116 - 173 ) และการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย จะนำไปสู่การแสวงหาการรักษา ทั้งที่มีอุปสรรค (Richardson 1970 : 132 - 142) และการศึกษาวิจัยพบว่าชาวไทยมุสลิมรับรู้อุปสรรคในการไปใช้บริการสาธารณสุขด้านกายภาพและจิตใจอยู่ในระดับกลาง เมื่อการรับรู้ถึงอุปสรรคในการไปใช้บริการมีน้อย เพราะเห็นประโยชน์ของการใช้บริการ และรู้เรื่องโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเจ็บป่วย ทำให้ชาวไทยมุสลิมมาใช้บริการของโรงพยาบาล แม้ว่าการรับรู้ถึงอุปสรรคในด้านการเงินจะอยู่ในระดับมาก เนื่องจากชาวไทยมุสลิมส่วนใหญ่มีรายได้อ่อนแอต่อเดือนค่อนข้างต่ำ (ตารางที่ 2) แต่บริการสาธารณสุขของรัฐที่มีบัตรสงเคราะห์รายได้น้อย และให้บริการในราคาต่ำ ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาด้านนี้ไปได้ เป็นผลสืบเนื่องกันตรงตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock 1966 : 119 ) และได้ผลสอดคล้องกับที่เลวิตต์ (1979 : 105 - 111) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย และเห็นประโยชน์ของการไปใช้บริการสาธารณสุข สามารถรวมกันทำนายการไปใช้บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่ไคมากที่สุด และคีเกลส์ (1963 : 116 - 173) การรับรู้โอกาสเสี่ยงสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันในระดับสูง ผู้ที่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อโรคพื้นสูงจะไปหาทันตแพทย์มากกว่า เช่นเดียวกับที่เบคเคอร์ และคนอื่น (1977 : 33) พบว่าผู้ที่เข้าร่วมในโครงการค้นหาโรคทางพันธุกรรมเกี่ยวกับ โรคเทย์ - แซคส์ รับรู้การที่ตนมีโอกาสร้อยต่อพันการเป็นพาหะนำโรคมมากกว่าผู้ไม่เข้าร่วมโครงการ และสอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศไทยที่พบว่าผู้ที่รับรู้ความเสี่ยง และความรุนแรงของการเจ็บป่วย และภาวะแทรกซ้อนจะมาใช้บริการสาธารณสุข เพื่อการป้องกัน และให้ความร่วมมือในการรักษาดีกว่า ผู้ที่ไม่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน (พวงรัตน์ บุญญาบุรุษ 1985 : 97 ; นิตยา ภาสุนันท์ 2529)

2. ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน มีความเชื่อด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน เหตุผลเพราะต่างก็มีความเจ็บป่วยเป็นมูลเหตุจูงใจให้มาใช้บริการเพื่อการตรวจรักษาเหมือนกัน ความเชื่อด้านสุขภาพจึงใกล้เคียงกัน

เมื่อพิจารณาในรายค้านแล้วพบว่า ผู้ป่วยนอกมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงสูงกว่าผู้ป่วย ในอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งให้เห็นว่าผู้ป่วยนอกรู้เรื่องความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการเจ็บป่วย จึงมาใช้บริการตั้งแต่องค์อาการไม่มาก ส่วนผู้ป่วยใน แม้จะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับมาก แต่เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่า มีแนวโน้มไปทางระดับปานกลาง แสดงว่าผู้ป่วยในยังรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่มากเท่าที่ควร ทำให้การไปใช้บริการเพื่อตรวจรักษาล่าช้า จนอาการลุกลามไปมาก และต้องพักรักษาในโรงพยาบาล

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับที่คีเกลส์ (1963 : 116 - 173) พบว่าผู้ที่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อโรคฟัน ในระดับต่ำ จะไปพบทันตแพทย์น้อยกว่าผู้ที่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อโรคฟันในระดับสูง เช่นเดียวกับที่ฟิงค์ และคณะ (1972 : 328 - 336) พบว่าผู้ที่เข้าร่วมโครงการค้นหาหามะเร็งเต้านม มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งสูงกว่าผู้ที่ไม่เข้าร่วมโครงการ และเลวิตต์ (1979 : 110) พบว่า ผู้ที่มีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยในระดับสูง จะใช้บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่มากกว่า ผู้ที่มีคะแนนต่ำ ตรงกับผลการศึกษาของพวงรัตน์ บุญญาบุรุษ (1985 : 97) ที่พบว่าหญิงมีครรภ์ที่ใช้บริการฝากครรภ์รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ สูงกว่าผู้ที่ไม่ใช้บริการฝากครรภ์

ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมีการรับรู้ความรุนแรงไม่แตกต่างกัน อาจจะเป็นเพราะการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เป็นการนึกถึงถึงอันตราย และความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นมากกว่ามีอาการเกิดขึ้นแล้ว การที่ผู้ป่วยนอกมาใช้บริการตั้งแต่ออาการยังไม่มาก แสดงถึงการคำนึงถึงอันตรายและความรุนแรงที่จะเกิดขึ้น ส่วนผู้ป่วยในกำลังอยู่ในภาวะที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง จนมาใช้บริการตรวจรักษาเองไม่ได้ ต้องได้รับการส่งต่อ (ตารางที่ 3) เป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบคเคอร์ และคณะ (1977 : 33 ) ที่พบว่า ผู้ที่เข้าร่วมโครงการค้นหาโรคทางพันธุกรรมในชาวยิวมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคไม่แตกต่างจากผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการและการศึกษาของนิตยา ภาสุนันท์ (2529) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ให้ความร่วมมือในการรักษา และไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจไม่แตกต่างกัน ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาพบของพวงรัตน์ บุญญาบุรุษ (1985 : 98-100) ที่พบว่าหญิงมีครรภ์ที่ใช้บริการฝากครรภ์ รับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์มากกว่าผู้ที่ไม่ใช้บริการฝากครรภ์



อย่างไรก็ดี การที่ให้ผู้ป่วยหรือบุคคลทั่วไปได้ตระหนักถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย เป็นการกระตุ้นให้เขาเหล่านั้นแสวงหาแหล่งบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมตั้งแต่มีอาการไม่มากหรือยังไม่มีอาการ เป็นการประหยัดเวลา และทรัพย์สินที่ต้องหมกไปในการรักษาพยาบาล

ในด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการใช้บริการสาธารณสุข ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเห็นประโยชน์ของการใช้บริการสาธารณสุขอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกัน แต่ในบางกรณี แม้ว่าจะตระหนักถึงประโยชน์ของการใช้บริการ แต่ก็ไม่สามารถที่จะไปใช้บริการได้ เนื่องจากมีปัญหาหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่นค่าใช้จ่ายต่าง ๆ การปฏิบัติที่แตกต่างไปจากความเคยชิน (Becker, et al 1974 : 205 - 216) และอื่น ๆ ฉะนั้นการที่ผู้ป่วยในมีการรับรู้ประโยชน์ของการใช้บริการสูง แต่มาใช้บริการเมื่อมีอาการมาก อาจจะเป็นเพราะมีปัญหาทางด้านการประกอบอาชีพ ภาระหน้าที่ การเงิน มีผลทำให้ลดการไปใช้บริการตั้งแต่มีอาการน้อย ๆ จนไม่สามารถทนต่อการเจ็บป่วยได้จึงไปโรงพยาบาลซึ่งเมื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ถึงประโยชน์ของการใช้บริการใช้บริการแล้วพบว่าไม่แตกต่างจากผู้ป่วยนอก ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ ที่พบว่า ผู้ที่ใช้บริการฝากครรภ์เห็นประโยชน์ของการฝากครรภ์มากกว่าผู้ที่ไม่ได้ใช้ และการศึกษาของเลวิตต์ (1979 : 110) ที่พบว่าผู้ที่เห็นประโยชน์ของการใช้บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่ และรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยในระดับสูงไปใช้บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่มากกว่า ผู้ที่รับรู้ในระดับต่ำ

เมื่อพิจารณาในด้านการรับรู้อุปสรรคในการไปใช้บริการสาธารณสุข พบว่าผู้ป่วยนอกรับรู้อุปสรรคในการไปใช้บริการสาธารณสุขต่ำกว่าผู้ป่วยในอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการที่ผู้ป่วยนอก มีการรับรู้อุปสรรคในระดับต่ำ และรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเจ็บป่วย พร้อมทั้งเห็นประโยชน์ของการไปใช้บริการสาธารณสุข ทำให้ผู้ป่วยนอกไปใช้บริการตั้งแต่อาการยังไม่มาก ซึ่งต่างจากผู้ป่วยในที่แม้ว่าจะรู้เรื่องความเสี่ยง และความรุนแรงของการเจ็บป่วย ทราบว่าการไปใช้บริการสาธารณสุขจะใหญ่ประโยชน์ด้านการลดความรุนแรงของการเจ็บป่วย แต่เนื่องจากมีอุปสรรคในการไปใช้บริการในระดับสูง ทำให้ผู้ป่วยในมาใช้บริการเมื่อมีอาการมาก

อีกประการหนึ่งพบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วยนอกสูงกว่าผู้ป่วยในอย่างมีนัยสำคัญ

จึงสรุปได้ว่า การที่ผู้ป่วยนอกมีแรงจูงใจสูงและอุปสรรคต่ำทำให้ผู้ป่วยนอกไปใช้บริการมากกว่าผู้ป่วยใน



อภิปรายผลความเชื่อค่านิยมของชาวไทยมุสลิม เมื่อจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว ตามผลสัมฤทธิ์งานดังนี้

3. เพศ ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า เพศหญิง มีความเชื่อค่านิยมโดยรวมสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นเพราะว่าเพศหญิงโดยทั่วไปมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องราวของสุขภาพมากกว่าเพศชาย (Feldman, quoted in Kirscht 1974: 394) นอกจากนี้เพศหญิงยังเป็นผู้ที่จะต้องดูแลความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ทำให้เพศหญิงมีความเชื่อค่านิยมสุขภาพสูงกว่าเพศชาย แต่การที่เพศหญิงไปใช้บริการของโรงพยาบาลน้อยกว่าเพศชาย (ตารางที่ 2) เนื่องจาก สตรีไทยมุสลิมในสี่จังหวัดชายแดนภาคใต้ส่วนใหญ่จะอยู่บ้าน เป็นแม่บ้าน การติดต่อกับสังคมภายนอกมีน้อย การศึกษาคำ (เขาวรีตัน ปรปักษ์ขาม และคณะ 2526) ทำให้พูดภาษาไทยได้น้อย เป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้เพศหญิงแสวงหาการรักษาเมื่อเจ็บป่วยได้น้อยกว่าเพศชาย ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา (Rosenstock 1974 : 355 , Leavitt 1979 : 110)

ซึ่งเมื่อพิจารณาความเชื่อค่านิยมสุขภาพรายคน พบว่า เพศหญิงรับรู้อุปสรรคในการไปใช้บริการสาธารณสุขสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ของการใช้บริการสาธารณสุข สูงกว่าเพศชาย แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และเพศหญิงมีการรับรู้อุปสรรคในการไปใช้บริการสาธารณสุข สูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญในขณะที่เพศชายมีแรงจูงใจค่านิยมสุขภาพทั่วไปสูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งให้เห็นว่า การที่เพศหญิงมีภาระหน้าที่ในบ้านมาก ตลอดจนบางคนไม่สามารถไปใช้บริการด้วยตนเองได้จำเป็นต้องมีคนไปส่ง ทำให้เพศหญิงมาใช้บริการของโรงพยาบาลได้น้อยกว่า ส่วนเพศชายจะเป็นผู้ออกไปติดต่อกับสังคมภายนอกบ้าน มีการศึกษามากกว่าเพศหญิง มีความสามารถในการพูดไทยได้มากกว่าทำให้เพศชายมีอุปสรรคในการไปใช้บริการสาธารณสุขต่ำกว่าเพศหญิง และเพศชายยังมีแรงจูงใจค่านิยมสุขภาพทั่วไปสูงกว่าเพศหญิง

อย่างมีนัยสำคัญ ทำให้เพศชายไปใช้บริการสาธารณสุขมากกว่าเพศหญิง ส่วนเพศหญิง แม้จะมีความรู้เรื่องความเสี่ยง และความรุนแรงของการเจ็บป่วย และเห็นประโยชน์ของการใช้บริการสาธารณสุขอยู่ในระดับสูงก็ตาม เมื่อไม่สามารถขจัดอุปสรรคที่มีอยู่ได้ ก็ทำให้ไม่สามารถหาการป้องกัน และรักษาที่เหมาะสมได้ ซึ่งเป็นไปตามที่โรเซนสต็อค (1966 : 100) ได้กล่าวไว้ว่า ถ้าความพร้อมในการที่จะไปรักษาอยู่ในระดับต่ำ ขณะที่การคาดการณ์ถึงอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นอยู่ในระดับสูงก็จะทำให้หลีกเลี่ยงพฤติกรรมได้

4. อายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับอายุต่าง ๆ มีความเชื่อค่านิยมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง และไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาในรายละเอียดพบว่า ผู้ที่มีอายุ 46 - 60 ปี มาใช้บริการน้อยกว่าผู้ที่มีอายุ 20 - 30 ปี และ 31 - 45 ปี ทั้งนี้เป็นเพราะว่าจากการกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง จะต้องเป็นการใช้บริการของโรงพยาบาลที่ได้รับการสุ่มเป็นครั้งแรก ผู้ที่มีอายุมากแล้วส่วนใหญ่จะผ่านการใช้บริการของโรงพยาบาลมาก่อน ทำให้ได้จำนวนผู้ที่มีอายุมากน้อยกว่ากลุ่มอื่น ๆ นอกจากนี้ เป็นเพราะความสามารถในการติดต่อสื่อสาร ทำให้ผู้ที่มีอายุมาก และพูดไทยไม่ได้ มีปัญหาในการใช้บริการของรัฐ ซึ่งมีบุคลากรที่พูดภาษามลายูท้องถิ่นไม่ได้เป็นส่วนใหญ่ ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา อังกาบรณะ (2527) สุภาพ ไบแก้ว (2528) และนิตยา ภาสุนันท์ (2529) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุต่างกัน มีความเชื่อค่านิยมสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณาเป็นรายค่านพบว่า

ชาวไทยมุสลิมที่มีอายุต่างกัน มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยในระดับสูง และไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจาก ผู้ที่มีอายุ 20 - 30 ปี และ 31 - 45 ปี ได้รับข่าวสาร และความรู้เกี่ยวกับโรคต่าง ๆ มากขึ้น ทำให้รู้ถึงความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ และพยายามหาทางป้องกัน ส่วนผู้ที่มีอายุมากกว่า 45 ปี เริ่มรู้สึกถึงความเสื่อมถอยของร่างกาย และมีความห่วงใยสุขภาพของตนเอง (ศรีเรือน แก้วกังวาล 2521 : 118) ทำให้ทั้งสามกลุ่มอายุมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับใกล้เคียงกัน ซึ่งผลการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา อังกาบรณะ (2527) สุภาพ ไบแก้ว (2528) และนิตยา ภาสุนันท์ (2529) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุต่างกันมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่ต่างกัน

ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้น พบว่าผู้ที่มีอายุต่างกัน มีการรับรู้ความรุนแรงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า แม้จะมีการรับรู้ความรุนแรงในระดับสูงก็ตาม จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีอายุ 31 - 45 ปี มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยสูงกว่าผู้ที่มีอายุ 45 - 60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เป็นเพราะผู้ที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางเป็นวัยที่อยู่ในช่วงการสร้างฐานะ ถ้าเกิดการเจ็บป่วยขึ้นจะทำให้เสียหายต่องานได้ คนวัยนี้จึงเริ่มห่วงสุขภาพของตนเอง (ศรีเรือน แก้วกังวาล 2521 : 118) ต่างกับผู้ที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป การทำงานต่าง ๆ เริ่มคงที่ แม้จะตระหนักถึงการมีโอกาสเจ็บป่วยได้ง่ายของตนเอง แต่เมื่อยังไม่เกิดการเจ็บป่วย จึงยังไม่นึกถึงอันตราย และความรุนแรงในระดับสูงเท่าผู้ที่มีอายุ 31 - 45 ปี ซึ่งสอดคล้องกับที่ โรเซนสตอก (1974 : 354) พบว่า ผู้ที่ชลอการไป

ตรวจวินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็ง มักจะเป็นผู้ที่มีอายุมาก และ แบคทีสเทลลา (1971 : 1348 1361 ) รายงานการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการล่าช้าในการแสวงหาการรักษาคืออายุ

ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการใช้บริการสาธารณสุข ผู้ที่มีอายุต่าง ๆ ก็มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการไปใช้บริการสาธารณสุขแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่มีอายุ 20 - 30 ปี เห็นประโยชน์ของการใช้บริการสาธารณสุขมากกว่าผู้ที่มีอายุ 31 - 45 ปี และ 46 - 60 ปี เนื่องจากผู้ที่อยู่ในวัย 20 - 30 ปี ส่วนใหญ่ผ่านการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น การรับข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับสาธารณสุขจึงไม่มีปัญหาค้นภาษามากนัก ทำให้ทราบการให้บริการต่าง ๆ ของสถานบริการสาธารณสุขได้มากกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งคนในวัย 31 - 45 ปี เป็นวัยที่ยุ่งกับงาน อาจจะทำให้ความสนใจในข้อมูลข่าวสารของบริการสาธารณสุขลดลง (Kirscht 1974 : 395) ส่วนผู้ที่อยู่ในวัย 46 - 60 ปี มีปัญหาค้นหาการสื่อสาร การรับรู้ถึงประโยชน์ของการใช้บริการจึงมักจะทำได้โดยทางอ้อม ประกอบกับผู้ที่ยังมากยิ่งไปใช้วิธีการรักษาแผนโบราณ (เช่นชม เจริญยุทธ 2522 ; มานพ คณะโต 2525 : 218) ทำให้การเห็นประโยชน์ของการใช้บริการสาธารณสุขอยู่ในระดับต่ำกว่ากลุ่มอื่น ๆ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับทัศนคติ ภาสุนันท์ (2529) และสุภาพ ไบแก้ว (2528 : 99) พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุต่างกันมีการรับรู้ประโยชน์ไม่แตกต่างกัน

ในด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคในการไปใช้บริการสาธารณสุข พบว่าผู้ที่มีอายุ 20 - 30 ปี มีการรับรู้อุปสรรคด้านกายภาพ จิตใจ และการเงินต่ำกว่าผู้ที่มีอายุ 31 - 45 ปี และ 46 - 60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากไม่มีปัญหาค้นหาการสื่อสาร มีการติดต่อกับบุคคลอื่น ๆ มากขึ้น ส่วนด้านการเงิน คนในวัยนี้มีความกังวลน้อยเนื่องจากบางส่วนยังอยู่ในความดูแลของผู้ปกครอง บางส่วนเริ่มทำงานยังไม่ต้องรับผิดชอบครอบครัวมากนักทำให้สามารถจัดการกับอุปสรรคเหล่านี้ได้ ผู้ที่มีอายุ 31 - 45 ปีมีการรับรู้ถึงอุปสรรคด้านกายภาพและจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง และด้านการเงินอยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้ผู้ที่มีอายุ 31 - 45 ปี มีการติดต่อกับคนอื่น ๆ สามารถแสวงหาแหล่งรักษาเองได้ และการที่ต้องเป็นหัวหน้าครอบครัวทำให้ความกังวลหรือเกรงกลัวต่อสถานที่ลดลง ทำให้อุปสรรคด้านกายภาพ และจิตใจต่ำลง แต่เนื่องจากต้องรับผิดชอบเศรษฐกิจในบ้าน ทำให้มีปัญหาค้นหาการเงินในระดับมากที่สุด ส่วนผู้ที่มีอายุ 45 - 60 ปี มีการรับรู้อุปสรรคด้านกายภาพ และจิตใจอยู่ในระดับมาก และการเงินอยู่ในระดับมากที่สุด เนื่องจากมีรายได้น้อย ความสามารถในการทำงานลดลง มีปัญหาค้นหาภาษา ทำให้ผู้ที่มีอายุ 46 - 60 ปี มีการรับรู้อุปสรรคสูง ทำให้ผู้ที่มีอายุ 20 - 30 ปี มีแนวโน้มแสวงหาการรักษาป้องกันมากกว่า



กลุ่มอายุอื่น (ตารางที่ 2) ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา ภาสุนันท์ (2529) ที่พบว่าผู้ที่มีอายุต่างกันมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติคนแตกต่างกัน

ในด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป พบว่าผู้ที่มีอายุ 20 - 30 ปี มีแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปสูงกว่าผู้ที่มีอายุ 31 - 45 ปี และ 46 - 60 ปี อย่างมีนัยสำคัญ เป็นเพราะว่าผู้ที่อยู่ในช่วงวัย 20 ปีเศษ ความกังวลจะมุ่งสู่รูปร่างหน้าตา และชีวิตครอบครัว (ศรีเรือน แก้วกังวาล 2521) ทำให้ผู้ที่มีอายุ 20 - 30 ปี มีแรงจูงใจให้สภาวะสุขภาพดี อยู่ในระดับสูงมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ ส่วนผู้ที่มีอายุ 31 - 45 ปี มีแรงจูงใจสูงกว่าผู้ที่มีอายุ 46 - 60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากคนวัยนี้มีความกังวลเรื่องสุขภาพ ซึ่งจะมีผลต่อการทำงาน (ศรีเรือน แก้วกังวาล 2521 : 118) ทำให้มีแรงจูงใจที่จะรักษาสุขภาพให้ได้อยู่เสมอ ส่วนผู้ที่มีอายุ 46 - 60 ปี มีแรงจูงใจต่ำกว่าทุกกลุ่มอายุ แม้จะต้องการภาวะสุขภาพที่ดี แต่การปฏิบัติคนบางอย่างในการรักษา ชักกับความเคยชินที่มีอยู่ทำให้ผู้ที่มีอายุมากหลีกเลี่ยงพฤติกรรมอนามัยที่เหมาะสม

4. ระดับการศึกษา ผู้ที่มีการศึกษาต่าง ๆ มีความเชื่อด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน เนื่องจากชาวไทยมุสลิมส่วนใหญ่มีลักษณะเดียวกัน การศึกษาอยู่ในระดับประถมเป็นส่วนใหญ่ ความเชื่อโดยรวมจึงไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับที่ สุภาพ ไบแก้ว (2528) และนิตยา ภาสุนันท์ (2529) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับการค้นพบของนิตยา อังกาบบุรณะ (2527) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมแตกต่างกัน

เมื่อพิจารณาแต่ละด้านโดยจำแนกการศึกษาเป็นไม่ได้รับการศึกษา ได้รับการศึกษา ชั้นประถมศึกษาและนอกระบบโรงเรียนไทย และมีธยมศึกษาและอุดมศึกษา ผู้ที่มีการศึกษาต่างกันมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษามีโอกาสได้มีการหาความรู้เกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ใด่มาก โดยเฉพาะเกี่ยวกับโรคต่าง ๆ และอันตรายที่จะเกิดจากโรค ใดมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา หรือศึกษาในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับที่ คีเกลส์ และคณะ (1965 : 815 - 824) พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาดีจะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ และสอดคล้องกับการศึกษาของฮอคแบม (Hochbaum quoted in Rosenstock 1966 : 113) พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาดีจะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคได้สูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า

เมื่อศึกษาในรายละเอียด พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมและอุดมศึกษา มีการ

รับรู้โอกาสเสี่ยงมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เป็นเพราะ เมื่อมีความรู้มากขึ้น ทำให้รู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยง และอันตรายของความเจ็บป่วยได้มากขึ้น และระดับการศึกษาเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ทำให้ความเชื่อของบุคคลเปลี่ยนแปลงได้ ผู้ที่มีการศึกษามากจะช่วยเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถให้ตนเอง ทำให้เกิดเจตคติที่กว้างขวางต่าง ๆ ได้มากขึ้น (จรรยา สุวรรณทัต 2526 : 817)

การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย ผู้ที่มีการศึกษาต่างกัน มีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นการนึกถึงอาการที่จะเกิดขึ้น มากกว่าเกิดขึ้นจริง ๆ (Rosenstock 1966 : 99) ดังนั้น ผู้ที่มีการศึกษาสูงอาจจะมีการรับรู้ถึงความรุนแรงในระดับสูง เพราะผู้ที่มีการศึกษาสูง ๆ จะมีความไวต่ออันตรายและความรุนแรงของความเจ็บป่วย (Kirscht 1974 : 403) ส่วนผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำหรือไม่มีการศึกษา อาจจะมีการรับรู้ ความรุนแรงสูงขณะที่มีอาการอยู่ ซึ่งในการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่มีการศึกษาค่าจะล่าช้าในการไปใช้บริการ (Rosenstock 1974 : 384) ทำให้ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกัน การศึกษาของสุภาพ ไบแกว (2528 : 99) ที่พบว่าผู้ที่มีการศึกษาต่างกันมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจไม่แตกต่างกัน และเลวิตต์ (1979 : 110) ที่พบว่าผู้มีการศึกษาต่างกัน มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยไม่ต่างกัน

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการใช้บริการสาธารณสุข ผู้ที่มีการศึกษาต่างกัน มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการใช้บริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ จากการศึกษาในระดับประเทศพบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับประสิทธิภาพหรือประโยชน์ของการมีพฤติกรรมการป้องกัน และรักษาโรคต่าง ๆ สัมพันธ์โดยตรงกับการศึกษา (Kirscht, et al 1966) ดังนั้น ผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าจึงมีการเห็นประโยชน์ของการใช้บริการสูงกว่า จากผลการศึกษาพบว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและอุดมศึกษา มีการรับรู้ประโยชน์ของการใช้บริการสาธารณสุขสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา ซึ่งสอดคล้องกันที่สุภาพ ไบแกว (2528) พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีการศึกษาสูงจะมีความเชื่อค่านิสภาพเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์สูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาค่า

การรับรู้ถึงอุปสรรคในการไปใช้บริการสาธารณสุข ผู้ที่มีการศึกษาต่างกันมีการรับรู้ถึงอุปสรรคในการไปใช้บริการสาธารณสุขต่างกัน เนื่องจากมีความสามารถในการแก้ปัญหาต่างกัน ผู้ที่มีการศึกษาจะสามารถจัดการกับภาวะเสี่ยงและความรุนแรงของโรคได้ดีกว่า (Stine and Chuaqui 1969:2036) ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา และมัธยมศึกษา



มีการรับรู้ถึงอุปสรรคต่ำกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพบของโรเซนสโตค (1974 : 354) ที่พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาค่าจะชลอการไปตรวจและรักษาโรคมะเร็ง และสอดคล้องกับการศึกษาพบของนิตยา ภาสุนันท์ (2529) ที่พบว่าผู้มีการศึกษาสูงกว่าจะมีการรับรู้อุปสรรคในการไปรักษาค่ากว่า ผู้ที่มีการศึกษาค่ากว่า

แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป ผู้ที่มีการศึกษาในระดับมัธยม และอุดมศึกษา มีแรงจูงใจสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจาก แรงจูงใจมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับปัจจัยด้านความรู้ (Haefner and Kirscht 1970 : 483) เมื่อมีความรู้มากขึ้นเกี่ยวกับความเสี่ยงและอันตรายที่จะเกิดจากโรค เห็นประโยชน์ของการรักษาหรือป้องกันโรค ทำให้พร้อมที่จะไปใช้บริการ ซึ่งสอดคล้องกับที่ สุภาพ ไบแก้ว (2528 : 90) และนิตยา ภาสุนันท์ (2529) พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าจะมีแรงจูงใจด้านสุขภาพสูงกว่า ผู้ที่มีการศึกษาค่ากว่า

5. รายได้ครอบครัวต่อเดือน ผู้ที่มีรายได้อาจต่างกัน มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่างกัน เนื่องจากชาวไทยมุสลิมมีรายได้ใกล้เคียงกันมาก แม้จะแยกระดับรายได้แล้วก็ไม่แตกต่างกันมากนัก ทำให้ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับที่ สุภาพ ไบแก้ว (2528 : 99) และนิตยา ภาสุนันท์ (2529) พวงพยอม การภิญโญ (2526 : 83) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้อาจต่างกัน มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมไม่ต่างกัน เมื่อพิจารณาเป็นรายค่านพบว่า

ผู้ที่มีรายได้อาจต่างกันมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่างกัน โดยผู้ที่มีรายได้อาจตั้งแต่ 1,000 บาทลงไปมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยค่ากว่าผู้ที่มีรายได้อาจมากกว่า 2,500 บาทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เนื่องจากผู้ที่มีรายได้อาจต่างกันมีความจำกัดของการมีพฤติกรรมอนามัยที่เหมาะสม (Richardson 1970 : 132 - 142) แม้ว่าจรรู้เรื่องความเสี่ยงมากเพียงใด เมื่อความจำเป็นขั้นพื้นฐานของผู้มีรายได้อาจยังไม่ได้รับการตอบสนอง ความสนใจในสุขภาพย่อมจะลดลง และมุ่งในด้าน การยังชีพมากกว่าจะคำนึงถึงภาวะเสี่ยงที่กำลังเผชิญอยู่ ซึ่งต่างกับผู้ที่มีรายได้อาจที่สามารถแสวงหาสิ่งอื่นมาสนองความสุขสบายของตนเองได้ ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาพบของเลวิตต์ (1979) ที่พบว่าผู้ที่มีรายได้อาจต่างกันรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเจ็บป่วยไม่แตกต่างกัน และสุภาพ ไบแก้ว (2525 : 99) และนิตยา ภาสุนันท์ (2529) ที่พบว่าผู้ที่มีรายได้อาจต่างกัน มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงไม่แตกต่างกัน



การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้อ่างกัน มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับมาก เป็นไปไคว่า ผู้ที่มีรายไคมากกว่ารับรู้อันตรายของการเจ็บป่วยไคมาก เนื่องจากมักมีการศึกษาคึกว่าทำให้ศึกษาเรื่องโรคต่าง ๆ ไค ส่วนผู้ที่มีรายไคต่ำเกรงว่า การเจ็บป่วยจะทำให้การทำงานเสียวไป ทำให้คะแนนการรับรู้ถึงความรุนแรงสูงและไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม มีการพบว่า ผู้ที่ยากจนมีความอคทนต่อความรุนแรงของการเจ็บป่วยไคมากกว่า ผู้ที่มีฐานะคึ ทำให้ไปพบแพทย์เมื่อมีอาการหนัก (Kirscht 1974 : 358)

ผลการศึกษาคึสอดคล้องกับที่สุภาพ ไบแกว (2528 : 99) นิคยา ภาสุนันท์ (2529) พบว่า ผู้ที่มีรายไคต่างกัน รับรู้ความรุนแรงของโรคไม่ต่างกัน

การรับรู้ประโยชน์ของการใช้บริการสาธารณสุข ผู้ที่มีรายไคต่างกัน ต่างเห็นประโยชน์ของการใช้บริการสาธารณสุข ในระดับมาก และไม่ต่างกัน ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะการกระจายชาวสาธารณสุข และโครงการอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอ หรือผู้สือชาวสาธารณสุข ซึ่งพยายามที่จะเข้าไปสู่ประชาชนในท้องถิ่น ทำให้ผู้มีรายไคต่าง ๆ กันไคทราบประโยชน์ของการแพทย์สมัยใหม่ไคเลียงกัน แต่การจะไปใช้หรือไม่ั้น นอกจากรายไคแล้วยังขึ้นกับตัวแปรอื่น ๆ อึค (Kirscht, et al 1966:248 - 254 ) ผลการศึกษานึสอดคล้องกับการศึกษาคึของสุภาพ ไบแกว (2528 : 99) และนิคยา ภาสุนันท์ (2529) ที่พบว่าผู้ที่มีรายไคต่างกันรับรู้ประโยชน์ในการรักษาโรคหัวใจไม่ต่างกัน

การรับรู้อุปสรรคในการไปใช้บริการสาธารณสุข พบว่าผู้ที่มีรายไคปานกลาง คึ 1,001-2,500 บาท มีการรับรู้อุปสรรคสูงกว่าผู้ที่มีรายไคมากกว่า 2,500 บาท และตั้งแต่ 1,000 บาทลงไป ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่าผู้ที่มีรายไคปานกลาง ต้องเสียวค่าใช้จ่ายคานการรักษาพยาบาลเอง แต่เนื่องจากฐานะทางการเงินค่อนข้างต่ำ ทำให้เป็นปัญหามาก แม้ว่าบริการสาธารณสุขของรัฐจะราคาต่ำแล้วก็ตาม ซึ่งต่างกับผู้ที่มีรายไคมากกว่า 2,500 บาท ที่มีเงินมากพอที่จะให้คานบริการไค และผู้ที่มีรายไคตั้งแต่ 1,000 บาท ลงไป มีการรับรู้อุปสรรคคานการเงินที่ต่ำกว่าผู้ที่มีรายไคปานกลาง เพราะมีบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายไคน้อย นอกจากนี้ยังมีสงคมสงเคราะห์ช่วยเหลือปัญหาในคานนี้ กรณีที่ไม่มีเงินชำระคานรักษาทำให้ขจัดปัญหาคานนี้ไปไค

แรงจูงใจคานสุขภาพทั่วไป ผู้ที่มีรายไคต่างกันมีคะแนนแรงจูงใจอยู่ในระดับมาก แสดงว่า ผู้ที่มีรายไคต่างกัน ต่างมีความต้องการให้มีสุขภาพคึ แต่เนื่องจากความจำกัดเรื่องรายไคทำให้แรงจูงใจของผู้ที่มีรายไคปานกลางคึ 1,001 - 2,500 บาท ต่ำกว่าผู้ที่มีรายไคมากกว่า 2,500 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความยากจนจะนำไปสู่ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องและทำ

ไหม้แรงจูงใจต่ำ (Kirscht 1974 : 403 ) คว้ยเหตุนี้แม่จะรู้เรื่องความเสี่ยง และความรุนแรงของการเจ็บป่วย และทราบว่าการไปใช้บริการสาธารณสุขจะช่วยให้มีสุขภาพดี แต่ความจำกัดด้านเศรษฐกิจ ทำให้ผู้มีรายได้น้อยไปใช้บริการน้อยลง ซึ่งผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา ภาสะนันท์ ที่พบว่า ผู้ที่มีรายได้ต่างกันมีแรงจูงใจต่างกัน โดยผู้ที่มีรายได้ต่ำจะมีแรงจูงใจต่ำกว่าผู้มีรายได้สูง

6. จากการศึกษาเมื่อพิจารณาในแง่ความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพพบว่า ความเชื่อทางศาสนาอยู่ในระดับสูงมาก ไม่ว่าจะโดยรวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด หรือจำแนกตามประเภทผู้ป่วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว แสดงว่าความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพไม่ใช่อุปสรรคของการมาใช้บริการสาธารณสุข และเมื่อดูในรายละเอียดจะเห็นว่ามีการส่งเสริมให้ไปใช้บริการสาธารณสุข แต่การที่งานวิจัยผ่านมาพบปัญหาต่าง ๆ เช่น ด้านการป้องกัน (อนันต์ สุโลมาน 2526 ; เขียวรัตน์ ปรปักษ์ขามและคณะ 2526) และรักษา (ศิวารณ อุลชลเขตต์ และอภิพ จันทรวิทัน 1984) นั้น อาจเกิดจากบางกลุ่มยังมีความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพไม่ถูกต้องมากนัก หรืออยู่ในระดับต่ำ และมีอุปสรรคอื่น ๆ ที่ทำให้ไปใช้บริการสาธารณสุขไม่ได้ ส่วนตัวแปรเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัวไม่พบว่าส่งผลต่อความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

ขอเสนอแนะ

## 1. ข้อเสนอแนะทั่วไป

### 1.1 สำหรับผู้บริหารการพยาบาล

จากผลการวิจัย พบว่าชาวไทยมุสลิมส่วนใหญ่มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับเมื่อพิจารณาในรายด้านพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ของการใช้บริการสาธารณสุข แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป และความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมอนามัยที่เหมาะสม แต่การที่ยังมีปัญหาด้านการใช้บริการโดยเฉพาะผู้ป่วยในซึ่งมีการรับรู้อุปสรรคด้านกายภาพในระดับสูง และอุปสรรคด้านการเงินอยู่ในระดับสูงที่สุด และปัญหาด้านภาษา ซึ่งผู้ป่วยในส่วนใหญ่พูดภาษาไทยได้น้อย เป็นสาเหตุให้ชาวไทยมุสลิมกลุ่มนี้ไม่ไปใช้บริการตั้งแต่มีอาการน้อย ๆ สำหรับปัญหานี้ ผู้บริหารการพยาบาลสามารถช่วยให้ชาวไทยมุสลิมเข้าถึงอุปสรรคข้อนี้ได้ โดยจัดบุคลากรที่พูดภาษามลายูท้องถิ่นประจำที่ตึกผู้ป่วยนอก และตั้งผู้ป่วย



ในทุกเวอร์

### การแก้ปัญหาในระยะยาว โดย

1. ร่วมกับหน่วยงานอื่น เช่น การจัตรายการวิทยุ จัตการประชาสัมพันธ์การให้บริการของโรงพยาบาลเป็นภาษามลายูท้องถิ่น
2. จัตรายการเกี่ยวกับสุขภาพ ผ่านรายการวิทยุ หรือโทรทัศน์ เป็นภาษามลายู เพื่อเพิ่มพูนความรู้ด้านโรค และการป้องกัน เพื่อให้ชาวไทยมุสลิมมีความรู้เรื่องความเสี่ยงและอันตรายของโรคต่าง ๆ ที่พบในท้องถิ่น การดูแลตนเองในระยะเริ่มแรกก่อนจะไปพบแพทย์
3. จัตหน่วยบริการสาธารณสุขเคลื่อนที่เพื่อไปให้บริการแก่ชาวไทยมุสลิมที่อยู่ห่างไกล

#### 1.2 สำหรับผู้ปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกคน จะต้องตระหนักอยู่เสมอว่าตนเองเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ที่มาใช้บริการ การมีสัมพันธภาพที่ดี และเข้าใจถึงอุปสรรคในการมาใช้บริการของชาวไทยมุสลิม จะช่วยให้ชาวไทยมุสลิมมาใช้บริการเพื่อการป้องกันมากขึ้น แทนที่จะใช้บริการเพื่อการรักษาในระยะสุดท้ายเท่านั้น

เจ้าหน้าที่พยาบาลยังสามารถช่วยเพิ่มพูนการรู้ถึงความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคของชาวไทยมุสลิม โดยการให้สุขศึกษา จัตวิธีการที่เหมาะสม อาจจะโดยเป็นรายบุคคล รายกลุ่ม หรือจัดสัมมนาในกลุ่มที่เป็นโรคเดียวกัน ทั้งนี้เพื่อเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพให้ได้ผล ในค่านกฏระเบียบของโรงพยาบาล ซึ่งอาจจะทำให้มีปัญหาด้านการปฏิบัติศาสนกิจนั้น การอนุโลมกฎระเบียบบางอย่าง เช่น ให้หาละหมาคบนเตียงผู้ป่วยได้ โดยไม่ทำให้ขัดกับการรักษา หรือรบกวนผู้ป่วยอื่น จะช่วยให้ผู้ป่วยลคอุปสรรคทางด้านจิตใจ และยังทำให้การพยาบาลเป็นไปค้วยดี ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

#### 1.3 สำหรับผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ

เนื่องจากบุคลากรส่วนใหญ่พูดภาษามลายูท้องถิ่นไม่ได้ ทำให้ชาวไทยมุสลิมมีปัญหาในการสื่อสาร และปัญหาด้านจิตใจอื่นเมื่อไปใช้บริการ จึงควรสนับสนุนให้เยาวชนไทยมุสลิมได้มีการศึกษามากขึ้น และให้ทุนการศึกษาแก่นักวิชาชีพทางด้านสาธารณสุข เพื่อกลับมาเป็นบุคลากรทางการแพทย์ในสี่จังหวัดชายแดนภาคใต้

จากอุปสรรคในการไปรับบริการที่สถานบริการสาธารณสุขที่ไกลจากบ้านไม่ได้ จึง

ควรขยายบทบาทการบริการของสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน พร้อมทั้งปรับปรุงประสิทธิภาพ และคุณภาพการให้บริการให้มากขึ้น เพื่อให้ชาวไทยมุสลิมซึ่งมีปัญหาด้านการเงินได้ลดค่าใช้จ่าย ในการเดินทางไปใช้บริการ

ปัญหาสาธารณสุขด้านการติดต่อสื่อสาร และการใช้ภาษา ผู้นำชุมชน ควรได้สนับสนุนให้ประชาชนในชุมชนได้ศึกษาภาษาไทยทั้งชายและหญิง ขยายขอบเขตการศึกษานอกโรงเรียน ให้ได้ผล

พร้อมทั้งประชาสัมพันธ์การให้บริการสาธารณสุขที่รัฐจัดให้ ชี้แจงให้ประชาชนเข้าใจในระบบการบริการสาธารณสุขที่รัฐจัดให้

## 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

2.1 ศึกษาปัจจัยที่เป็นอุปสรรคที่ทำให้ชาวไทยมุสลิมมาใช้บริการสาธารณสุขล่าช้าว่ามีอะไรบ้าง

2.2 ศึกษาเปรียบเทียบความเชื่อค่านิยมของชาวไทยมุสลิมที่มาใช้และไม่มาใช้บริการสาธารณสุขในสี่จังหวัดชายแดนภาคใต้

2.3 ศึกษาความเชื่อค่านิยมเกี่ยวกับการใช้บริการสาธารณสุขของชาวไทยมุสลิมในสี่จังหวัดชายแดนภาคใต้ เฉพาะด้าน เช่น การรับภูมิคุ้มกัน การใช้บริการฝากครรภ์