

การศึกษาเปรียบเทียบความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน
ของมารดาไทยพุทธ และไทยมุสลิมในจังหวัดปัตตานี

ปริญญานิพนธ์

ของ

พวงทอง บ้องภัย

5-1 พ.ศ. 2535

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต

มีนาคม 2528

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คณะกรรมการที่ปรึกษาประจำตัวนิสิตและคณะกรรมการสอบ ได้พิจารณา
ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
การศึกษามหาบัณฑิตของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร. ชัยวัฒน์ ชื่นโกสุม
ศาสตราจารย์ ดร. ชัยวัฒน์ ชื่นโกสุม

ประธาน

กรรมการ

คณะกรรมการสอบ

ศาสตราจารย์ ดร. ชัยวัฒน์ ชื่นโกสุม
ศาสตราจารย์ ดร. ชัยวัฒน์ ชื่นโกสุม
ศาสตราจารย์ ดร. ชัยวัฒน์ ชื่นโกสุม

ประธาน

กรรมการ

กรรมการ

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ โดยผู้วิจัยได้รับคำแนะนำช่วยเหลืออย่างดียิ่ง
จากอาจารย์ ดร. ธนวรรณ อัมสมบุญ และคุณณงนุช บุญเกียรติ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ
ไว้ ณ ที่นี้ด้วย

ขอขอบคุณอาจารย์พิชัย ผดุงรัตน์ อาจารย์อาวุธ วัฒนสิน ผศ. ดร. วัน
เดชพิชัย อาจารย์ ดร. ประจิต มหาหิง ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำปรึกษา

ขอขอบคุณ ผศ. คณิต ไช้มุกต์ และนักศึกษาที่ได้ช่วยเหลือทางด้านการประมวลผล
ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์

ขอขอบคุณ คุณพัชรินทร์ บุรีภักดิ์ คุณณัณนา ลีสวัสดิ์ คุณวาริเกะ อาเก๊ะ
คุณพลศักดิ์ จ่านองวัตร คุณวิภา หะยิเวสะแลแม และคณะที่ช่วยในการรวบรวมข้อมูล

ขอขอบคุณ คุณมาหะมะ และคุณสุรีพร แม่เก ที่ช่วยให้ความกระจ่างด้าน
ความเชื่อของมารดาไทยมุสลิม

ขอขอบพระคุณ อาจารย์ปรีชา ป้องภัย และขอบใจลูก ๆ ที่ให้กำลังใจเสมอมา

ขอเทอดพระคุณพ่อ - แม่ ที่ให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา

พวงทอง ป้องภัย

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ	1
	ภูมิหลัง	1
	จุดมุ่งหมายของการศึกษา	6
	ความสำคัญของการศึกษา	7
	ข้อตกลงเบื้องต้น	7
	ขอบเขตในการศึกษา	7
	ค่านิยมศัพท์เฉพาะ	8
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
	สมมุติฐานการศึกษา	44
3	วิธีดำเนินการศึกษา	45
	ประชากร	45
	กลุ่มตัวอย่าง	45
	ขนาดตัวอย่าง	46
	เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	48
	ลักษณะของเครื่องมือ	48
	เกณฑ์การให้คะแนนของเครื่องมือ	48
	ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือและหาคุณภาพของเครื่องมือ	49
	วิธีการดำเนินการรวบรวมข้อมูล	50
	การวิเคราะห์ข้อมูล	50
	สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	52

4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	56
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	56
ผลวิเคราะห์	56
5 สรุปผล อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ	81
จุดมุ่งหมายของการศึกษา	81
กลุ่มตัวอย่าง	81
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า	81
การวิเคราะห์ข้อมูล	82
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า	82
อภิปรายผล และสรุปอภิปรายผล	89
ข้อเสนอแนะ	90
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	90
บรรณานุกรม	92
ภาคผนวก	100

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 ขนาดตัวอย่างของแต่ละตำบล แยกตามศาสนา	47
2 แสดงค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความเชื่อของมารดาไทยพุทธ	57
3 แสดงค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความเชื่อของมารดาไทยมุสลิม	57
4 เปรียบเทียบความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กระหว่างมารดาไทยพุทธ กับมารดาไทยมุสลิม	58
5 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความเชื่อของมารดาไทยพุทธที่มีอายุแตกต่างกัน	59
6 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความเชื่อของมารดาไทยพุทธ ที่มีอายุแตกต่างกัน	59
7 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความเชื่อของมารดาไทยมุสลิมที่มีอายุ แตกต่างกัน	60
8 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความเชื่อของมารดาไทย มุสลิมที่มีอายุแตกต่างกัน	61
9 เปรียบเทียบความเชื่อของมารดาไทยพุทธกับมารดาไทยมุสลิมที่มีอายุ อยู่ในช่วงอายุ 15 - 25 ปี	61
10 เปรียบเทียบความเชื่อของมารดาไทยพุทธและมารดาไทยมุสลิมที่มีอายุ อยู่ในช่วงอายุ 26 - 35 ปี	62
11 เปรียบเทียบความเชื่อของมารดาไทยพุทธและไทยมุสลิมที่มีอายุตั้งแต่ 36 ปีขึ้นไป	62
12 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความเชื่อของมารดาไทยพุทธที่มีอาชีพ แตกต่างกัน	63
13 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความเชื่อของมารดาไทยพุทธ ที่มีอาชีพแตกต่างกัน	64

14	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อของมารดาไทยพุทธที่มีอาชีพแตกต่างกันเป็นรายคู่	64
15	ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความเชื่อของมารดาไทยมุสลิมที่มีอาชีพแตกต่างกัน	65
16	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความเชื่อของมารดาไทยมุสลิมที่มีอาชีพแตกต่างกัน	66
17	เปรียบเทียบความเชื่อระหว่างมารดาไทยพุทธกับมารดาไทยมุสลิมที่มีอาชีพค้าขาย	66
18	เปรียบเทียบความเชื่อระหว่างมารดาไทยพุทธกับมารดาไทยมุสลิมที่มีอาชีพรับราชการ	67
19	เปรียบเทียบความเชื่อระหว่างมารดาไทยพุทธกับมารดาไทยมุสลิมที่มีอาชีพเกษตร	67
20	เปรียบเทียบความเชื่อระหว่างมารดาไทยพุทธกับมารดาไทยมุสลิมที่มีอาชีพรับจ้าง	68
21	เปรียบเทียบความเชื่อระหว่างมารดาไทยพุทธกับมารดาไทยมุสลิมที่มีอาชีพแม่บ้าน	68
22	ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความเชื่อของมารดาไทยพุทธที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน	69
23	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความเชื่อของมารดาไทยพุทธที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน	70
24	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อของมารดาไทยพุทธที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันเป็นรายคู่	71
25	ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความเชื่อของมารดาไทยมุสลิมที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน	71

26	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความเชื่อของมารดาไทย มุสลิมที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน	72
27	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อของมารดาไทยมุสลิม ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันเป็นรายคู่	73
28	เปรียบเทียบความเชื่อระหว่างมารดาไทยพุทธกับมารดาไทยมุสลิมที่ ไม่สำเร็จชั้นประถมศึกษา	73
29	เปรียบเทียบความเชื่อระหว่างมารดาไทยพุทธกับมารดาไทยมุสลิมที่ สำเร็จชั้นประถมศึกษา	74
30	เปรียบเทียบความเชื่อระหว่างมารดาไทยพุทธกับมารดาไทยมุสลิมที่ สำเร็จชั้นมัธยมศึกษา	74
31	เปรียบเทียบความเชื่อระหว่างมารดาไทยพุทธกับมารดาไทยมุสลิมที่ สำเร็จชั้นอุดมศึกษาขึ้นไป	75
32	ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความเชื่อของมารดาไทยพุทธที่มีฐานะ เศรษฐกิจ ครอบครัวแตกต่างกัน	76
33	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความเชื่อของมารดาไทย พุทธที่มีฐานะ เศรษฐกิจครอบครัวแตกต่างกัน	76
34	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อของมารดาไทยพุทธที่มี ฐานะ เศรษฐกิจครอบครัวแตกต่างกันเป็นรายคู่	77
35	ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความเชื่อของมารดาไทยมุสลิมที่มีฐานะ เศรษฐกิจ ครอบครัวแตกต่างกัน	78
36	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความเชื่อของมารดาไทย มุสลิมที่มีฐานะ เศรษฐกิจครอบครัวแตกต่างกัน	78
37	เปรียบเทียบความเชื่อระหว่างมารดาไทยพุทธกับมารดาไทยมุสลิมที่มีฐานะ เศรษฐกิจต่ำ	79

38	เปรียบเทียบความเชื่อระหว่างมารดาไทยพุทธกับมารดาไทยมุสลิมที่มี ฐานะเศรษฐกิจปานกลาง	79
39	เปรียบเทียบความเชื่อระหว่างมารดาไทยพุทธกับมารดาไทยมุสลิม ที่มีฐานะเศรษฐกิจสูง	80
40	จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ตายด้วยสาเหตุสำคัญต่ออัตราเกิดมีชีพ พ.ศ. 2520 - 2526	101
41	จำนวนตายในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปีต่ออัตราเกิดมีชีพพหุคูณรายเดือน พ.ศ. 2520 - 2526	102
42	แสดงจำนวนประชากรอัตราเกิด อัตราตาย และอัตราเพิ่มของประชากร ต่อพันคนของจังหวัดปัตตานี พ.ศ. 2520 - 2526	103
43	เปรียบเทียบอัตราการตายด้วยสาเหตุต่าง ๆ ของจังหวัดปัตตานีต่อพันคน พ.ศ. 2520 - 2526	104
44	กำหนดการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐาน	105
45	กำหนดการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค สำหรับเด็กอายุ 6 ปีขึ้นไป ที่ยัง ไม่เคยได้รับวัคซีนใด ๆ มาก่อน	106
46	แสดงค่าอำนาจจำแนกเป็นรายชื่อของแบบสอบถาม	118
47	แสดงคำตอบตามจำนวนและร้อยละของมารดาไทยพุทธ	119
48	แสดงคำตอบตามจำนวนและร้อยละของมารดาไทยมุสลิม	122

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

ความเจริญก้าวหน้า หรือระดับการพัฒนาของประเทศนั้น อาจพิจารณาได้หลายลักษณะ เช่น วัดจากรายได้ประชาชาติ หรือวัดจากการขยายตัวของการผลิต แต่การพัฒนาที่จะนำไปสู่ความสมบูรณ์ของประชาชนได้นั้น ขึ้นอยู่ที่ประสิทธิภาพการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรมนุษย์ และมนุษย์จะต้องเป็นจุดหมายสุดท้ายของผลแห่งการพัฒนา. ประเทศกำลังพัฒนา เช่น ประเทศไทย ที่ประชาชนส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตชนบทมีฐานะยากจน ขาดความรู้และทักษะ มีสุขภาพอ่อนแอ มีกำลังการผลิตต่ำ เป็นลักษณะทั่วไปที่มีกบประสบปัญหาที่สำคัญหลายประการ ในบรรดาปัญหาเหล่านี้ การได้รับหรือการใช้ประโยชน์จากกำลังงานของประชากรน้อยกว่าที่ควร จัดเป็นปัญหาพื้นฐานที่สำคัญ กล่าวคือ ส่วนหนึ่งได้แก่ การมีงานทำไม่เต็มที่ และการที่ประชากรที่มีส่วนในการผลิตน้อยกว่าที่ควร เป็น ปัจจัยที่เป็นเหตุ เช่นนี้ส่วนหนึ่งเกิดจากสภาวะด้านสุขภาพของประชากรวัยทำงาน หรือประชากรที่อยู่ในความเสี่ยงของประชากรวัยทำงาน

โดยที่ประเทศไทยเป็นประเทศกำลังพัฒนา เขตชนบทส่วนใหญ่ยังอยู่ในระดับด้อยพัฒนาในด้านต่าง ๆ ทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่รู้จักกันทั่วไป ในชื่อเขตชนบทยากจน คำปราศรัยของพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ นายกรัฐมนตรี จะสะท้อนเป็นอย่างดีเกี่ยวกับสถานการณ์ด้านสุขภาพของประชาชนในเขตชนบทยากจน ตอนหนึ่งกล่าวว่า

"ในด้านการสาธารณสุขนั้น เราทราบว่าคนยากจนในชนบทเจ็บป่วยไม่แข็งแรงและเด็ก ๆ ส่วนมากในพื้นที่เหล่านั้นมีสภาพการขาดอาหาร ถ้าไม่แก้ไขที่จุดนี้ คนชนบทก็จะเป็นคนที่อ่อนแอไปตลอดไปตลอดชาติ เด็กชนบทที่เติบโตขึ้นมาในอนาคตก็จะเป็นทรัพยากรที่ไร้ประโยชน์สำหรับประเทศชาติ" (เปรม ติณสูลานนท์ 2525 : 8)

คำกล่าวของผู้นำรัฐบาลเช่นนั้น เป็นสมมุติฐานที่เป็นจริงของสภาพการณ์ในชนบทของไทย และถือเป็นข้อเท็จจริงที่ยอมรับกันโดยทั่วไป

ปราโมทย์ ประสาทกุล กล่าวว่า ในเรื่องการเสริมสร้างคุณภาพของประชากร นั้น มีไขส่งเสริมพัฒนาโดยการศึกษา อบรม หรือดูแลสุขภาพอนามัยกันเมื่อเด็กนั้นโตจนเข้าโรงเรียน หรือเป็นเยาวชนแล้วเท่านั้น จุดเริ่มต้นที่สำคัญ คือ การเตรียมประชากรของประเทศตั้งแต่ก่อนปฏิสนธิ และอยู่ในครรภ์มารดาที่เคียว ฉะนั้นเด็กก็คือฐานที่ควรให้มีการเสริมสร้างให้มั่นคง (ปราโมทย์ ประสาทกุล 2526 : 7)

ตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของฟรอยด์ก็ได้เน้นความสำคัญของเด็กอย่างยิ่ง ฟรอยด์เห็นว่าในการอบรมเลี้ยงดูเด็ก และประสบการณ์ที่เด็กได้รับในขณะที่ยังเป็นทารก จะมีผลต่อทัศนคติและพฤติกรรมของบุคคลนั้นตลอดชีวิต (Hurlock. 1964 : 651)

องค์การอนามัยโลกได้เล็งเห็นความสำคัญของสุขภาพเด็ก และได้หยิบยกปัญหานี้ขึ้นมาเป็นแนวทางในการให้สุขศึกษาแก่ประชาชน โดยเริ่มตั้งแต่ปี ค.ศ. 1941 และได้ใช้คำขวัญว่า "สุขภาพสำหรับเด็กของท่านและของโลก" (Health for your child and the world's children) และในปี ค.ศ. 1948 มีคำขวัญไว้ว่า "สุขภาพอนามัยตั้งแต่เด็ก เป็นรากฐานที่สำคัญในการเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่สมบูรณ์"

หน้าที่ ๑ สำคัญอันหนึ่งขององค์การอนามัยโลก ก็คือการส่งเสริมสุขภาพอนามัยของแม่และเด็ก ดังนั้นในปีเด็กสากลปี 2522 จึงได้เน้นถึงความสำคัญในการพัฒนาเด็กและความร่วมมือระหว่าง การส่งเสริมสุขภาพ การให้การศึกษา ตลอดจนสวัสดิการด้านสังคม ทุกด้านแก่เด็ก หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า เด็กมีความสำคัญทั้งในด้านประสิทธิภาพและความสำเร็จในการพัฒนาประเทศ โดยใช้คำขวัญประจำปี พ.ศ. 2522 "อนามัยดีแต่เล็กอนาคตเด็กแจ่มใส" (A Health child a sure future) (ศิริกุล ธัญวงศ์ 2522 : 1)

องค์การอนามัยโลกได้ตั้งเป้าหมายไว้ว่า "Health for All by the year 2000" (สุขภาพดีถ้วนหน้า เมื่อ 2543) จากการประชุมสัมมนาในระดับประเทศ บรรดาที่เป็นสมาชิกขององค์การอนามัยโลก เพื่อหาวิธีการที่จะบรรลุถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ ประเทศไทยซึ่งเป็นสมาชิกประเทศหนึ่งจึงต้องพยายามดำเนินการให้ได้ผลดังกล่าว จึงได้จัดให้มีการอนามัยแม่และเด็ก และงานวางแผนครอบครัวเป็นบริการในการสาธารณสุขมูลฐานอย่างหนึ่ง

ที่จะต้องกระจายไปถึงประชาชนทุก ๆ คน (กรมอนามัย กองอนามัยครอบครัว สุขภาพดี
ถ้วนหน้า เมื่อ 2543 : 27)

มหาวิทยาลัยมหิดลได้จัดตั้งศูนย์อบรมการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน โดยมีเป้าหมาย
อันสำคัญของศูนย์คือ เพื่อนำประเทศไทยไปถึงคำขวัญ "สุขภาพดีถ้วนหน้า เมื่อ 2543"
ซึ่งหมายถึงว่า แม่และเด็กจะมีสุขภาพดีเป็นสำคัญ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว
ดร. เอช มาร์เลอร์ ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก กล่าวว่าหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 60
จะได้รับการตรวจครรภ์ก่อนคลอดเป็นประจำ และหญิงร้อยละ 60 จะได้รับการคลอดและ
ดูแลอย่างถูกหลักอนามัย ส่วนเด็กเกิดใหม่ร้อยละ 70 จะได้รับการฉีดวัคซีน วัณโรค โรคคอตีบ
และโปลิโออย่างถูกต้อง สตรีวัยเด็กไทยร้อยละ 90 จะได้รับโภชนาการอย่างถูกต้อง
(กรมอนามัย กองอนามัยครอบครัว 2526 : 2) รัฐบาลได้จัดให้มีกิจการสงเคราะห์แม่
และเด็ก ตั้งแต่เริ่มสถาปนากรมสาธารณสุข เมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ. 2461 โดยให้
อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงมหาดไทย และกระทรวงนครบาล แต่ภายหลังโอนให้
กรมสาธารณสุขรับผิดชอบ และได้ขยายงานทั้งด้านการบริการและด้านบุคลากรตลอดเวลา
จนกระทั่ง พ.ศ. 2507 ได้เปลี่ยนชื่อเป็นกองอนามัยแม่และเด็ก พร้อมทั้งได้ขยายหน่วยงาน
เพื่อบริการประชาชน โดยเริ่มตั้งศูนย์อนามัยแม่และเด็กเป็นแห่งแรกใน พ.ศ. 2509 และ
ได้เพิ่มการตั้งศูนย์ขึ้นอีกเพื่อให้เพียงพอกับการบริการประชาชน (วิรัตน์ ศรีนพคุณ 2526 :
2 - 4)

ตามประวัติงานอนามัยแม่และเด็ก จะเห็นว่าประเทศไทยมีปัญหาด้านนี้มานาน
นับปี รัฐบาลก็พยายามจะแก้ปัญหาทุกวิถีทางตลอดมา และได้มีนโยบายสนับสนุนกิจการวางแผน
ครอบครัวอย่างกว้างขวาง ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 3, 4, 5 ก็ได้เร่งรัด
สนับสนุนงานวิจัยทางด้านวางแผนครอบครัว เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพของการให้บริการ
เพื่อให้มีผู้รับบริการเพิ่มตามเป้าหมายของแผน และก็ได้ประสบความสำเร็จในการลดจำนวน
ประชากร

โครงการวางแผนครอบครัวของประเทศไทยได้รับความสำเร็จอย่างสูง อัตราประชากร
ลดลงเป็นที่น่าพอใจ ครอบครัวหนึ่ง ๆ มีบุตรน้อยลงกว่าเดิม แต่ในเวลาเดียวกัน สุขภาพเด็ก
ซึ่งควรจะเป็นสิ่งที่ให้ความสนใจไปด้วยกลับไม่ได้รับการสนับสนุนเท่าที่ควร เด็กที่มีจำนวนน้อย

แต่ด้วยคุณภาพจะเป็นปัญหาของประเทศเช่นเดียวกับการมีประชากรจำนวนมาก ดังนั้นควร จะให้ความสำคัญในการทะนุบำรุงสุขภาพเด็ก เพื่อให้เด็กได้เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพต่อ ประเทศชาติในภายภาคหน้า (ประสพศรี อึ้งถาวร 2526 : คำนำ)

จากสถิติประชากรตามตัวเลขของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม ของมหาวิทยาลัย มหิดล เดือนกุมภาพันธ์ 2527 ประเทศไทยมีคน 50 ล้านคน เป็นชาย 25.1 หญิง 24.9 เด็กต่ำกว่าอายุ 5 ขวบ จำนวน 6 ล้านคน มีคนเกิดปีละ 1.25 ล้านคน คนตายจำนวนปี ละ 4 แสนคน คนเกิดนาทีละ 2.4 คน และตายนาทีละ 0.5 คน คนเกิดเพิ่ม 3 คนทุก ๆ 2 นาที

ที่สำคัญคือ ในจำนวนเด็กที่อายุวัยก่อนเรียน คือตั้งแต่แรกเกิดถึง 5 ปี จะพบว่า ชาติอาหารเป็นอันมาก เด็กบกพร่องที่ไม่ชาติอาหารมีร้อยละ 53.49 เด็กชาติอาหารระดับต้น ร้อยละ 33.4 เด็กชาติอาหารระยะปานกลางร้อยละ 11.2 เด็กชาติอาหารระยะรุนแรง ร้อยละ 1.8 (กรมอนามัย กองอนามัยครอบครัว 2527 : 12)

นพ. กระแส ชนะวงศ์ ผู้อำนวยการฝึกอบรมการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานของ อาเซียน ได้กล่าวไว้ว่า "การมีสุขภาพที่ดีนั้น เราจะวัดได้ที่ตัวเลข 2 ตัวคือ อัตราการ ตายของทารกที่มีอายุต่ำกว่า 1 ปี ถ้ามีอัตราการตายสูง แสดงว่าชุมชนนั้น ประเทศนั้น ประชาชนมีสุขภาพไม่ดี นอกจากนี้ยังวัดกันที่อายุขัยของคน ถ้าอายุเฉลี่ยมีอัตราสูงก็แสดง ว่าประชาชนมีสุขภาพดีมีอายุยืน" (กรมอนามัย กองอนามัยครอบครัว 2526 : 3)

จากสถิติการชาติอาหารการเจ็บป่วย และการตายของเด็กทารก ทำให้เป็นปัญหาในการ พัฒนาประเทศเป็นอย่างยิ่ง แม้ว่ารัฐบาลจะทุ่มเทงบประมาณ และปรับปรุงการให้บริการ ด้านสุขภาพ และพยายามส่งเสริมสุขภาพทั้งแม่และเด็กทุกวิถีทาง แต่ก็ยังไม่สามารถจะลด อัตราการตายของทารกให้บรรลุเป้าหมายได้ ซึ่งน่าจะให้เราพิจารณาว่าอะไรเป็นสาเหตุ อะไรเป็นต้นเหตุของปัญหานี้

ในการดูแลสุขภาพเด็กนั้นขึ้นอยู่กับบุคคลหลายกลุ่ม นับตั้งแต่ตัวเด็กเองแล้ว ก็ ยังมีครอบครัวของเด็ก โรงเรียน ชุมชน นายแพทย์ สุขภาพของเด็กจะสมบูรณ์ไปไม่ได้ ถ้าขาดความร่วมมือกับบุคคลต่าง ๆ ดังกล่าวมาแล้ว โดยเฉพาะผู้ที่เป็ บิดามารดาของ เด็ก จะเป็นผู้ที่มีบทบาทที่สำคัญที่สุด เด็กในวัย 5 ปีแรกยังไม่สามารถจะช่วยเหลือตัวเอง

ได้นัก ต้องมีบิดามารดาคอยช่วยในการดูแล ถ้าหากบิดามารดาไม่มีความเชื่ออย่างใดก็จะเลี้ยงดูบุตรของตนไปในทางที่ตนเชื่อ พัฒนาการของเด็กจะดำเนินไปได้จะต้องอาศัยการเลี้ยงดูของแม่ แม่เป็นผู้สนองความต้องการทางชีววิทยาทั้งหมดของทารก นับแต่การให้นม น้ำ อาหาร ดูแลให้ความอบอุ่น ดูแลความสะอาด ดูแลการขับถ่าย ถ้าขาดแม่แล้ว พัฒนาการช่วงนี้ของเด็กจะเป็นไปอย่างไม่สมบูรณ์ ทำให้มีผลกระทบต่ออนาคตของชีวิตของเด็ก

ปัญหาที่ประเทศไทยกำลังประสบอยู่ขณะนี้คือ ปัญหาการตายของเด็กทารกอายุต่ำกว่า 1 ขวบ และปัญหาการขาดอาหารของทารกตั้งได้กล่าวมาแล้วนั้น น่าที่จะได้มียกย่องขึ้นไปถึงการเลี้ยงดูอบรมของผู้ที่เป็นมารดากันบ้างว่า เรามีความเชื่อและมีวิธีการเลี้ยงดูลูกอย่างไร เพื่อจะได้เป็นข้อมูลที่จะช่วยให้บริการทางด้านสุขภาพให้ได้ผลเต็มที่และจะเป็นการประหยัดงบประมาณของทางรัฐบาลลงไปได้มาก เหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความคิดที่จะศึกษาความเชื่อของมารดาในการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ซึ่งเป็นวัยที่กำลังมีปัญหาของประเทศไทยและประเทศที่กำลังพัฒนาทั่วโลก

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยเห็นว่าจังหวัดปัตตานี เป็นจังหวัดหนึ่งที่มีปัญหาด้านสุขภาพของเด็กและการตายของเด็กสูง เมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัดหลายจังหวัดในภาคใต้ด้วยกัน จึงสมควรจะได้ศึกษาอย่างยิ่งถึงความเชื่อของมารดา ซึ่งจะเป็นแนวทางหนึ่งที่จะค้นหาสาเหตุของปัญหาสุขภาพที่มีในภูมิภาคนั้น นอกจากนี้จังหวัดปัตตานียังเป็นจังหวัดหนึ่งที่รวมอยู่กับกลุ่มจังหวัดที่ตั้งอยู่ตอนใต้สุดของภาคใต้ของประเทศไทย ซึ่งมีจังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส และสตูล ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525 - 2529) ในส่วนที่เกี่ยวกับการพัฒนาภาคใต้ ได้กำหนดให้พื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นพื้นที่พิเศษ เพื่อการพัฒนาทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และความมั่นคง และลักษณะจำเพาะของประชากรในจังหวัดปัตตานี และในจังหวัดชายแดนภาคใต้ มิใช่การเป็นจังหวัดชายแดนหรือไม่ใช่เพราะเป็นเขตชนบทยากจนเท่านั้น หากเป็นเรื่องเกี่ยวกับเชื้อชาติ ศาสนา และชนบทธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของประชาชน จึงทำให้เกิดความแตกต่างไปจากภูมิภาคอื่น ๆ ของประเทศ แม้แต่ในภาคใต้ ก็เป็นทั้งความแตกต่างเชิงภูมิศาสตร์ กับความแตกต่างเชิงสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ กล่าวคือประชากรส่วนใหญ่ใน 4 จังหวัดภาคใต้

เป็นคนไทยเชื้อสายมาเลย์ (ทรีศักดิ์ ล้อมลิ้ม 2516 : 5) นับถือศาสนาอิสลาม พูดภาษามาเลย์ท้องถิ่น (Pattani Local Malay Dialect) ในชีวิตประจำวันมีศูนย์กลางทางสังคม ภาษา และวัฒนธรรมท้องถิ่นของตนเอง และมีความโน้มเอียงที่จะหันทิศทางของศูนย์กลางทางสังคมและวัฒนธรรมดังกล่าวลงไปทางใต้ (สุรินทร์ พิศสุวรรณ 2526 : 40) ยังประเทศมาเลเซียและอินโดนีเซีย แทนที่จะมีศูนย์กลางขึ้นไปทางเหนือที่เป็นศูนย์กลางของประเทศและศูนย์กลางทางสังคมและวัฒนธรรมของประชาชนเสียส่วนใหญ่ จำนวนประชากรที่นับถือศาสนาอิสลาม จากการสำรวจสำมะโนประชากรและเคหะเมื่อปี พ.ศ. 2523 แสดงว่าประชากรส่วนใหญ่ของ 4 จังหวัดภาคใต้เป็นไทยมุสลิม เฉลี่ยทั้ง 4 จังหวัดเป็นจำนวนถึง ร้อยละ 73.19

จะเห็นได้ว่าจังหวัดปัตตานี เป็นภูมิภาคที่มีลักษณะแตกต่างไปจากลักษณะโดยทั่วไปอย่างชัดเจน อันถือได้ว่าเป็นลักษณะเฉพาะกลุ่ม ซึ่งได้แก่ การเป็นคนไทยที่นับถือศาสนาอิสลาม เป็นคนเชื้อสายมาเลย์ พูดภาษามาเลย์ท้องถิ่นในชีวิตประจำวัน มีขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรม ตลอดจนความเชื่อและวิถีการดำรงชีวิตที่เป็นของตนเอง และได้รับการปลูกฝังถ่ายทอดต่อเนื่องกันมาเป็นเวลายาวนาน สมควรจะได้ศึกษาอย่างยิ่งถึงความเชื่อ การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพเด็กของมารดาว่าเขามีความเชื่ออย่างไร ซึ่งก็จะเป็นแนวทางหนึ่งที่จะค้นหาสาเหตุของปัญหาด้านสุขภาพที่มีในภูมิภาคนี้

จุดมุ่งหมายของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาความเชื่อของมารดาไทยพุทธและไทยมุสลิม ในด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ในจังหวัดปัตตานี
2. เพื่อเปรียบเทียบความเชื่อของมารดาไทยพุทธและไทยมุสลิมในด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ในจังหวัดปัตตานี ตามตัวแปรต่าง ๆ ดังต่อไปนี้
 - 2.1 ศาสนา
 - 2.2 อายุ
 - 2.3 อาชีพ
 - 2.4 ระดับการศึกษา

2.5 ฐานะเศรษฐกิจของครอบครัว

ความสำคัญของการศึกษา

1. ได้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับความเชื่อของมารดาไทยพุทธและไทยมุสลิม ในด้าน : การดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ในจังหวัดปัตตานี
2. ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการบริการแม่และเด็ก
3. เป็นประโยชน์แก่ผู้ที่จะศึกษาทางด้านสุขภาพของประชาชนต่อไป

ข้อตกลงเบื้องต้น

ในการศึกษารั้งนี้ จะศึกษาความเชื่อและเปรียบเทียบความเชื่อของมารดาในการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ซึ่งมุ่งศึกษาความเชื่อในการปฏิบัติของมารดาที่มีผลต่อสุขภาพด้านร่างกายของเด็กไม่รวมสุขภาพจิต โดยศึกษาจากมารดาที่มีบุตรอยู่ในวัยก่อนเรียน ด้วยการสุ่มตัวอย่างจากมารดาไทยพุทธและไทยมุสลิมในจังหวัดปัตตานี และศึกษาเกี่ยวกับตัวแปรที่กำหนดเท่านั้น

ขอบเขตในการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษารั้งนี้คือ มารดาที่มีบุตรอยู่ในวัยก่อนเรียนที่เป็นไทยพุทธและไทยมุสลิมในจังหวัดปัตตานี โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 378 คน

2. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

2.1 ตัวแปรอิสระ คือ สภาพของมารดาที่มีบุตรอยู่ในวัยก่อนเรียน ที่เป็นไทยพุทธและไทยมุสลิม จำแนกตามลักษณะได้ดังนี้

2.1.1 ศาสนา

2.1.2 อายุ

2.1.3 อาชีพ

2.1.4 ระดับการศึกษา

2.1.5 ฐานะเศรษฐกิจของครอบครัว

2.2 ตัวแปรตาม คือ ความเชื่อของมารดา ในด้านการดูแลสุขภาพเด็ก
ก่อนวัยเรียน

คำนิยามศัพท์เฉพาะ

ความเชื่อ เป็นความนึกคิด ความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่อาจมีหรือไม่มีเหตุผล ซึ่งเป็นแนวโน้มนำให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามความคิด และความเข้าใจนั้น ๆ (ประสาธน์ หลักศิลา 2514 : 390)

สำหรับความเชื่อในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง ความเชื่อในการปฏิบัติตามหลักการแพทย์และวิธีการที่มารดานำไปปฏิบัติในการเลี้ยงดู และดูแลสุขภาพเด็ก ซึ่งในการปฏิบัติอาจเป็นช่องทางประเพณีที่ปฏิบัติกันต่อมา หรือใช้วิธีการรักษาพยาบาลแผนใหม่

การปฏิบัติตามหลักการแพทย์ หมายถึง การปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษา การป้องกัน และการส่งเสริมสุขภาพ (อนุสรณ์ สุนทรพงศ์ 2522 : 8)

การรักษาพยาบาลแผนใหม่ หมายถึง เมื่อเจ็บป่วยได้รับการรักษาพยาบาลจากแพทย์แผนปัจจุบัน พยาบาล ผดุงครรภ์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาล สถานพยาบาล สถานผดุงครรภ์ ตลอดจนคลินิกของการแพทย์แผนปัจจุบัน ที่ทำการรักษาพยาบาลภายใต้กฎหมาย (อนุสรณ์ สุนทรพงศ์ 2522 : 8)

สุขภาพ สุขภาพคือ ภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ รวมถึงการดำรงอยู่ในสังคมด้วยดี และคำว่าสุขภาพนี้ มิได้หมายความว่าเฉพาะเพียงแต่ปราศจากโรคหรือปราศจากทุพพลภาพเท่านั้น

เด็กก่อนวัยเรียน หมายถึง เด็กที่ยังไม่เข้าเรียนในระดับประถมศึกษาตามเกณฑ์ที่กำหนด ในการวิจัยครั้งนี้ เด็กก่อนวัยเรียนหมายถึง ทารกแรกเกิดจนถึงอายุ 5 ปี

มารดา หมายถึง ผู้ที่เป็นมารดาที่มีบุตรอยู่ในวัยก่อนเรียน ซึ่งเป็นไทยพุทธ และไทยมุสลิม ในจังหวัดปัตตานี

ระดับอายุของมารดา หมายถึง อายุของผู้ที่เป็นมารดา แบ่งเป็น

มารดาอายุน้อย คือ อายุต่ำกว่า 25 ปี

มารดาที่มีอายุปานกลาง คือ อายุ 26 ปี - 35 ปี

มารดาที่มีอายุมาก คือ อายุ 36 ปีขึ้นไป

อาชีพ หมายถึง อาชีพของผู้ที่เป็นมารดาแบ่งเป็น

ค้าขาย หมายถึง ผู้ที่ทำการค้าขายทุกชนิด

รับราชการ หมายถึง ผู้ที่รับราชการ หรือทำงานในสังกัดรัฐบาล หรือรัฐวิสาหกิจ

เกษตรกร หมายถึง ผู้ที่มีอาชีพในการทำนา ทำไร่ ทำสวน หรือเลี้ยงสัตว์ เพื่อ

จำหน่าย

รับจ้าง หมายถึง ผู้ที่รับจ้างเป็นรายวัน รายเดือน หรือรับจ้างส่วนตัว

ซึ่งมีรายได้แน่นอนในเดือนหนึ่ง ๆ

ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับของวุฒิทางการศึกษา แบ่งเป็น

ระดับการศึกษาต่ำ หมายถึง ไม่สำเร็จชั้นประถมศึกษาและสำเร็จชั้นประถมศึกษา

ระดับการศึกษาปานกลาง หมายถึง สำเร็จชั้นมัธยมศึกษา

ระดับการศึกษาสูง หมายถึง สำเร็จชั้นอุดมศึกษาขึ้นไป

ฐานะเศรษฐกิจของครอบครัว หมายถึง รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อปี

แบ่งออกเป็น

ฐานะเศรษฐกิจต่ำ หมายถึง ระดับรายได้ต่ำกว่า 24,000 บาทต่อปี

ฐานะเศรษฐกิจปานกลาง หมายถึง ระดับรายได้ 24,000 - 58,088 บาท

ต่อปี

ฐานะเศรษฐกิจสูง หมายถึง ระดับรายได้สูงกว่า 58,088 บาทต่อปี

ศาสนา หมายถึง ศาสนาพุทธและศาสนาอิสลาม

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ครอบครัวมีอิทธิพลอย่างมากในการเสริมสร้างคุณภาพ และการป้องกันโรคให้ แก่สมาชิกในครอบครัวตามที่ ดันน์ และกิลเบิร์ต ได้กล่าวไว้ว่า "Public Health Begins in the Family" งานสารานุกรมเริ่มในครอบครัว (Dunn and Gilbert. อ้างอิงมาจาก จำเรียง ฐรมะสุวรรณ 2522 : 86) เครือวัลย์ สุธานินทร์ และ คนอื่น ๆ ได้กล่าวว่า ครอบครัวเป็นสถาบันแรกที่สร้างลักษณะนิสัย หรือบุคลิกภาพของเด็ก ในแต่ละครอบครัวต่างก็มีวัฒนธรรม หรือวิถีดำเนินชีวิตเป็นของตนเองโดยเฉพาะ (เครือวัลย์ สุธานินทร์ และคนอื่น ๆ 2509 : 102) มัสเสน และคนอื่น ๆ กล่าวไว้ว่า การเรียนรู้ ทางสังคมครั้งแรกของเด็กเกิดขึ้นที่บ้าน โดยประสบการณ์ของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะ อย่างยิ่งจากแม่ของเขา วิธีการเลี้ยงดูทารกของผู้ที่เป็นแม่มีผลต่อพฤติกรรม มีผลต่อความรู้ สึกนึกคิดทางจิตใจของเด็กในขณะนั้น และในเวลาต่อ ๆ มาด้วย (Mussen and others. 1965 : 193) อัลเฟรด แอดเลอร์ ได้เห็นว่า เด็กจะมีพฤติกรรมอย่างไร นั้น จะขึ้นอยู่กับอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะทัศนคติของผู้ที่อยู่ใกล้ชิดทารก อันจะช่วย สร้างสมพฤติกรรมขึ้นให้กับเด็ก เขาได้เน้นทัศนคติของพ่อแม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งของแม่ ที่มีต่อลูกและสัมพันธภาพระหว่างพี่น้องว่าสำคัญยิ่งต่อพฤติกรรมของเด็กในวัยต่อมา (Alfred Adler. อ้างอิงมาจาก จตุพร จริยะนวิช 2514 :4) คูบิน กล่าวว่า การฝึกหัดทางสังคมให้แก่เด็กที่กำลังต้องการตัวอย่างเพื่อเลียนแบบ จะทำให้เด็กเอาอย่าง พฤติกรรมนั้นมาเป็นของตนได้ง่ายที่สุด (Dubin ; Marian and Vincent. 1966 : 135) ฮอสเลอร์ กล่าวว่า ทักษะของทารกอยู่ที่การเลี้ยงดูของแม่ ซึ่งจะรวมทั้งด้าน ร่างกายและจิตใจ ถ้าทารกขาดแม่การเจริญเติบโตทั้งร่างกายและจิตใจเป็นไปอย่างไม่ เต็มที่ ไม่ได้รับความสำเร็จในตนเองเท่ากับเด็กคนอื่น ๆ ได้รับการพัฒนาทางด้านอารมณ์ เป็นไปอย่างไม่สมบูรณ์ ทำให้บุคลิกภาพของชีวิตจะไม่สามารถมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพราะเขาขาดแม่ที่จะเป็นผู้ก่ออารมณ์ ก่อความรู้สึก ก่อความรักให้แก่เขา แม้การกระทำ คำพูด ความคิด ความเชื่อของแม่วัดไม่ได้ แต่ก็มีผลต่อเขามากกว่าผู้อื่น

(Hostler. 1969 : 82 - 83) สุชา และ สุภางค์ จันท์เอม ให้ทัศนะเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กว่า การเลี้ยงดูเด็กนั้นเรามีจุดหมายปลายทางร่วมกันคือ ต้องการเห็นเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีอนาคตรุ่งเรือง มีความสุข และมีความสำเร็จในชีวิต สิ่งที่เป็นเหตุให้เกิดผลดังนั้นมีมากมายหลายประการด้วยกัน แต่องค์ประกอบอันสำคัญยิ่งประการหนึ่ง คือ ครอบครัวยุติธรรมไม่ว่าจะเป็นเชื้อชาติใด วัฒนธรรมใด หรือศาสนาใดก็ตาม การเจริญเติบโตของเด็กทั้งทางกายและจิตใจต่างมีรากฐานมาจากประสบการณ์ภายในครอบครัว ดังนั้นถ้าหากพ่อแม่มีความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กอย่างไรก็ย่อมจะถ่ายทอดความคิดและแนวทางปฏิบัติแก่เด็ก (สุชา และสุภางค์ จันท์เอม 2526 : 224) จำเรียง กุระมสุวรรณกล่าวว่า ในการดูแลเด็ก แม่จะเป็นผู้มีอิทธิพลและมีความสำคัญต่อเด็กมากที่สุด เพราะแม่เป็นตัวแทนของสังคมแรกที่เด็กรู้จัก และยังเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดคอยดูแลและตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของเด็กในช่วงแรกของชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วงก่อนวัยเรียน เป็นวัยที่มีความสำคัญต่อการกำหนดบุคลิกภาพของเด็กที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ความเชื่อของแม่จะเป็นสิ่งสำคัญ ถ้าหากแม่มีความเชื่ออย่างใดก็จะเลี้ยงดูเด็กไปตามความเชื่อของตนเองด้วย (จำเรียง กุระมสุวรรณ 2522 : 86)

เกี่ยวกับความเชื่อนี้ ได้มีผู้ให้ความหมายและขอบเขตไว้หลายประการ ดังเช่น ประสาท หลักศิลา ได้ให้ความหมายไว้ว่า ความเชื่อ คือสิ่งที่บุคคลปักใจยึดถือในสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อาจเชื่อโดยมีเหตุผลให้เชื่อได้ เพราะเห็นข้อเท็จจริงต่าง ๆ เพียงพอแล้วหรือเชื่อเพราะคล้อยตามคนที่เรารับชอบ คนที่เรากลัว หรือเชื่อเพราะไม่รู้ข้อเท็จจริง (ประสาท หลักศิลา 2514 : 390) พิเศษเบียน และ ไอเซน ได้ให้ความหมายของความเชื่อไว้ในรูปของความน่าจะเป็นเกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดการตอบสนอง และสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดการตอบสนองได้จะต้องมีความสัมพันธ์กับเป้าหมายความคิด เหตุผล จุดมุ่งหมายของบุคคล ความเชื่อดังกล่าวนี้นี้มีรากฐานที่มา 2 ประการคือ

1. บุคคลสร้างความเชื่อจากความสัมพันธ์อาจเป็นสิ่งที่เคยพบเห็นและเป็นสิ่งที่แน่นอน
2. บุคคลสร้างความเชื่อจากการที่มีประสบการณ์โดยตรงต่อสิ่งนั้น ๆ อย่างเช่น

ได้รับการอบรมเลี้ยงดูจากบิดามารดา ได้รับการเลี้ยงดูมาอย่างไรก็จะมีเชื่อ
อย่างนั้น (Fishbein and Ajzen. อ้างอิงมาจาก เตือนใจ อินทุโสมา 2517 :
10)

ความเชื่อ ค่านิยม และวัฒนธรรมเป็นอุปสรรคต่อการให้บริการด้านสุขภาพ
ประชาชนส่วนมากไม่สนใจในการป้องกันโรคแต่ละสนใจรักษาเมื่อเกิดอาการของโรคแล้ว
ปี 1966 โรเซน สต็อก (Rosenstock) ได้ศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้และพบว่า ความเชื่อ
ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านสุขภาพ การที่จะทำให้บุคคลเกิดความเชื่อด้านสุขภาพ
ได้ต้องจัดให้มีแรงจูงใจ (อ้างอิงมาจาก Haefner and Kirscht 1970 : 478 -
483)

มิลตัน บอกว่าความเชื่อเป็นความเข้าใจ ความนึกคิด ความคาดหวัง เป็นสมมุติฐาน
ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจมีหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ (Milton. อ้างอิงมาจาก เตือนใจ อินทุโสมา
2517 : 11) ไวทติ้ง และ ไชลด์ ได้ให้คำจำกัดความว่า ความเชื่อเป็นวัฒนธรรมที่
ตอบสนองต่อสัญลักษณ์ที่สัมพันธ์กับเหตุการณ์ และในแต่ละวัฒนธรรมจะประกอบด้วยประเพณี
และการปฏิบัติ ค่านิยม ทัศนคติ ความเชื่อต่าง ๆ กันไป และจะพบบ่อยครั้งที่การปฏิบัติใด ๆ
ก็ตามจะสัมพันธ์กับความเชื่อ แม้จะไม่ได้ระบุออกมาแน่ชัด (Whiting and Child.
1953 : 36)

เขอลอค ได้แบ่งความเชื่อต่าง ๆ ของคนไว้ 6 ประการ คือ

1. ความเชื่อเกี่ยวกับพันธุกรรม มีผลต่อบุคลิกภาพ ความสามารถพิเศษ รูปร่าง
หน้าตา พันธุกรรมเป็นตัวกำหนดและไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้
2. ความเชื่อของมารดาก่อนคลอดบุตร เชื่อว่ามารดาที่มีความหวาดกลัวจะทำให้
ให้คลอดบุตรยาก และเชื่อด้วยว่ามารดาเป็นผู้ที่มีความสามารถที่จะกำหนดเพศของบุตรตัวเอง
ได้ด้วย
3. ความเชื่อเกี่ยวกับการเกิดของคน เวลาเกิด และดวงความีผลต่อเด็กที่เกิด
เช่น เด็กเกิดวันจันทร์หน้าตาจะสวย เด็กเกิดฤดูหนาวจะเป็นเด็กที่ขยัน เป็นต้น
4. ความเชื่อเกี่ยวกับการฝึกอบรมเด็ก ให้มีความเชื่อว่า การทำโทษเด็กทาง
กาย ทำให้เด็กมีความพยายามมากขึ้น ถ้ามารดาปล่อยปละละเลยเด็กมากจะทำให้เสียเด็ก

และเมื่อทำโทษเด็ก เด็กจะหยุด และจะไม่มีความเป็นมิตรกับทุกคนที่ใช้อำนาจกับเขา

5. ความเชื่อเกี่ยวกับสติปัญญา เชื่อว่าผู้ที่มีรูปร่างไม่สวยจะเรียนเก่ง เด็กฉลาดจะมีสัดส่วนของศีรษะใหญ่และกว้าง และจะพบว่าเด็กฉลาดมักจะสายตาสั้น

6. ความเชื่อเกี่ยวกับการคลอดบุตรก่อนกำหนด จะทำให้เด็กที่คลอดออกมาเป็นเด็กที่ไม่มีความแข็งแรง และจะต้องพึ่งพาบุคคลอื่นเสมอไป (Hurlock. 1978 : 1 - 9)

สุโท เจริญสุข ได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมการเชื่อไว้

ดังนี้

1. อายุ คนที่มีอายุมากร่างกายก็จะเจริญขึ้น ความคิด ความเห็นของคนก็เจริญขึ้นด้วย

2. ระดับการศึกษาทั่วไป คนที่มีการศึกษาและประสบการณ์มากจะช่วยเพิ่มพูนความรู้และความสามารถให้ตนเองเสมอ ทำให้เกิดเจตคติที่กว้างขวาง และอุทานในสิ่งต่าง ๆ ได้มาก

3. ชั้นของการเรียน คือจบชั้นไหนของการศึกษา ผู้ที่เคยผ่านชั้นสูง ๆ ก็รู้มาก เห็นมาก คิดมากเป็นธรรมดา พัฒนาการด้านความเชื่อและอุดมคติจึงเป็นไปได้ดีกว่าคนที่มีความรู้ระดับการศึกษาต่ำกว่า

4. ฐานะทางเศรษฐกิจสังคม คนมีเงินมากย่อมแสวงหาสิ่งที่ต้องการได้มากกว่า และดีกว่าคนขาดเงิน การได้ท่องเที่ยวในต่างประเทศก็ช่วยให้คนเพิ่มพูนความรู้ลึกซึ้งคิดในทางที่ถูกต้องเช่นกัน

5. อาชีพ เจตคติ และศีลธรรมจรรยา ย่อมเป็นตามอาชีพของคน สิ่งเกิดได้ง่าย ๆ เช่น แนวความคิด และการกระทำของคนอาชีพหาเข้ากินคำ กับคนอาชีพสูง ๆ ที่สังคมยกย่องจะเห็นว่าต่างกัน พวกมีอาชีพสูงนั้นจะมีแนวโน้มว่าจะเป็นบุคคลที่มีความคิดผูกมัดกับประเพณีระเบียบแบบแผน

6. เพศ ความแตกต่างทางเพศชี้ให้เห็นว่าความเป็นไปของสังคมเกี่ยวกับเรื่องนี้ไว้บ้าง เช่น การดื่มสุรา ผู้ชายจะมากกว่าผู้หญิง การเชื่อฟังปฏิบัติตามกฎหมายไม่ฝ่าฝืน ข้อบังคับ ผู้หญิงจะมากกว่าผู้ชาย (สุโท เจริญสุข 2520 : 40 - 41)

ความเชื่อและพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ และการรักษาพยาบาลของคนไทย

ชาวไทยในชนบทส่วนใหญ่มีความเชื่อและการปฏิบัติที่มีแนวโน้มจะนำไปสู่ผลเสียต่อสุขภาพได้มากกว่าชาวไทยในเขตเมืองใหญ่ เนื่องจากปัจจัยด้านการศึกษา เศรษฐกิจ-สังคม การขาดแคลนหน่วยบริการที่มีคุณภาพ ฯลฯ เป็นตัวกำหนดวัฒนธรรมซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมอนามัย

1. ในด้านความเชื่อต่าง ๆ เกี่ยวกับร่างกาย และสาเหตุการเจ็บป่วย ได้แก่

1.1 เชื่อว่าร่างกายประกอบไปด้วยธาตุทั้ง 4 คือ ดิน น้ำ ลม ไฟ ถ้าหากธาตุทั้ง 4 เสียสมดุลจะทำให้ป่วย โดยลมจะเป็นพาหนะนำสิ่งไม่ดีมาสู่ร่างกายทำให้ป่วยหรือตาย และเชื่อว่า การรักษาสมดุลของธาตุทั้ง 4 วิธีหนึ่งก็คือ รับประทานอาหารกลุ่ม "เย็น" และ "ร้อน" ให้สมดุลกัน ความเชื่อเช่นนี้มีผลต่อพฤติกรรมอนามัย คือถ้าป่วยไม่มากก็มักช่วยตัวเองโดยการเลือกรับประทานอาหารกลุ่มที่คิดว่าจะแก้อาการได้ เช่น เป็นไข้ตัวร้อน ก็ให้ดื่มน้ำเย็นเพื่อลดไข้ ฯลฯ

ถ้าหากมีอาการป่วยหนัก และไม่มีแหล่งบริการการแพทย์สมัยใหม่ ประชาชนก็มักนิยมเลือกรักษากับหมอแผนโบราณ หมอเวทย์มนต์ หมอผี

ในด้านการป้องกัน จะมีการระวังและเลือกอาหารกลุ่มที่คิดว่าจะทำให้ไม่เกิดโรค ซึ่งบางกรณี การเลือกอาหารอย่างไม่ถูกต้องจะทำให้เกิดภาวะทุโภชนาการได้

1.2 เชื่อว่าร่างกายประกอบไปด้วยเส้นต่าง ๆ เช่น เส้นเลือด เส้นเอ็น เส้นประสาท วิธีการรักษา คือ การนวด และจับเส้นต่าง ๆ ซึ่งในบางกรณีได้ผลดี แต่บางกรณีการจับเส้นหรือนวดจะเกิดผลเสียได้ เช่น การนวดบริเวณที่มีกระดูกหัก (โดยไม่ทราบว่ามีกระดูกหัก) จะเกิดอันตรายอย่างร้ายแรงจากชิ้นส่วนกระดูกที่หักหรือแตกได้

1.3 เชื่อว่าร่างกายเป็นที่พักของวิญญาณต่าง ๆ ทั้งดีและไม่ดี และเชื่อว่าการเป็นตัวกำหนดให้วิญญาณประเภทใดเข้าสู่ร่างกายได้ ทำให้เกิดพฤติกรรมบางอย่างซึ่งทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เช่น เมื่อป่วยไม่คิดจะรักษาหรือค้นหาสาเหตุที่แท้จริง กันเชื่อว่าป่วยเพราะกรรม ควรแก้โดยการทำบุญหรือบนบาน บวงสรวงวิญญาณต่าง ๆ แทนที่จะรักษาคนไข้อย่างถูกวิธี นอกจากนี้ ยังทำให้ไม่ค่อยเห็นความสำคัญของการป้องกันมาก เพราะคิดว่า

บาป - บุญ เป็นสิ่งกำหนดการเจ็บป่วย จึงเป็นสิ่งที่มนุษย์ไม่อาจบังคับได้

1.4 ความเชื่อเกี่ยวกับอาหารการกินโดยทั่ว ๆ ไป เป็นประเพณีที่มีมาแต่เดิม ซึ่งอาจเป็นผลมาจากสภาพความเป็นอยู่ และศาสนาพุทธที่เน้นการกินอยู่แบบง่าย ๆ จึงพบว่าคนไทยโดยเฉพาะชนบทมักรับประทานอย่างง่าย ๆ ส่วนอาหารปทานิยมรับประทานในลักษณะปลาแห้ง ปลาเค็มมากกว่าปลาสด ประเพณีการรับประทานอาหารแบบนี้ มีแนวโน้มจะทำให้เกิดภาวะทุโภชนาการได้ เพราะได้สารอาหารไม่ครบทุกชนิด โดยเฉพาะในครอบครัวใหญ่ แม่บ้าน เด็ก ๆ มักรับประทานอาหารที่เหลือหัวหน้าครอบครัว ทำให้โอกาสจะได้สารอาหารอื่น ๆ จากกับมีน้อยลง

2. พฤติกรรมในด้านการรักษาโรค

2.1 ในด้านการเลือกหมอ คนไทยส่วนใหญ่โดยเฉพาะชาวชนบทมักจะไปรับการรักษาจากหมอหลายประเภท เช่น หมอฉีดยา หมอน้ำมันตัม หมอประดาน้ำ หมอยาหม้อ ฯลฯ คุณสมบัติที่ชาวบ้านใช้กำหนดในการที่จะไปหาบุคคลดังกล่าวนั้น ประกอบด้วย

2.1.1 ผู้นั้นมีใบประกอบโรคศิลป์ หรือที่เรียกว่า ประกาศนียบัตรจากหลวง หรือ

2.1.2 บุคคลนั้นได้ทำการรักษาคนไข้มาแล้ว

ดังนั้น การเลือกจึงพิจารณาที่ความสามารถในการรักษาโรค มิใช่เน้นที่บทบาททางสังคมที่คนนั้นเป็นอยู่ เช่น พระสงฆ์ โดยบทบาทไม่มีหน้าที่ในการรักษาโรค แต่ชาวบ้านก็นับถือเป็นหมอและไปรับบริการรักษาได้ ถ้ามีกิตติศัพท์ว่าพระรูปนั้นรักษาโรคได้ นอกจากนี้การที่คนชนบทนิยมหมอพื้นบ้านมาก เพราะมีความใกล้ชิดกันทางสังคมมากกว่าในหน่วยบริการของรัฐ ซึ่งไม่ใช่คนท้องถิ่นเดียวกัน วัฒนธรรมเดียวกัน

2.2 การเลือกวิธีรักษา คนไทยทั่ว ๆ ไป มีความคิดว่าโรคต่าง ๆ ส่วนใหญ่สามารถรักษาได้ทั้ง 2 วิธีคือ แผนโบราณและแผนปัจจุบัน จึงทำให้มีการรักษากับหมอทั้งแผนโบราณและแผนปัจจุบัน ในขณะเดียวกัน และอาจเปลี่ยนหมอหลาย ๆ คน ถ้าหมอหนึ่งรักษาไม่หาย ซึ่งวิธีการเลือกหมอเช่นนี้ มีผลเสียในการรักษาไม่ต่อเนื่อง เพราะหมอแต่ละคนอาจมีการวินิจฉัยโรคได้แตกต่างกันไป และการให้ยากก็ต่างกันด้วย

2.3 ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยา คนไช้มักมีการเรียกชื่อยาตามอาการ เช่น ยาแก้ปวด ยาลดไข้ และแบ่งตามลักษณะการใช้ เช่น ยาโบราณ ยาสมัยใหม่ (ยังแยกเป็น ยาเม็ด ยาฉีด ยาน้ำ ฯลฯ) การที่คนไช้จะใช้ยาประเภทใด มีความสัมพันธ์เกี่ยวกับอาการของโรคที่เป็น เช่น เชื่อว่าร้อนในทำให้เกิดสิ่ว มักจะรักษาโดยกินยาถ่าย โดยคิดว่าจะทำให้ร่างกายคืนสู่สภาพปกติโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ และมักนิยมเก็บยาเก่าที่เคยรักษาได้ผลไว้เพื่อนำมากิน เมื่อมีอาการของโรคที่คล้ายกับที่เคยเป็น และยังมีการรับหรือใช้ยาจากผู้อื่นด้วย เช่น ยานี้พ่อเคยใช้แล้วหาย ลูกจึงป่วยด้วยอาการคล้าย ๆ กันก็จะใช้ยาของพ่ออีก โดยไม่ปรึกษาแพทย์ก่อนจึงอาจเกิดอันตรายขึ้นได้

2.4 หน่วยบริการสุขภาพที่นิยมใช้ คนไทยจำนวนมากทั้งในเขตเมืองและชนบทนิยมใช้บริการของร้านขายยา คือซื้อยากินเอง จากสถิติกระทรวงสาธารณสุข ปี 2513 พบว่า ชาวชนบทร้อยละ 50 ซื้อยากินเอง ร้อยละ 25 รับบริการจากแพทย์เอกชน ร้อยละ 15 ขอบริการจากรัฐ และร้อยละ 10 รักษากับแพทย์แผนโบราณและไสยศาสตร์ นอกจากนี้คนไทยยังนิยมรักษาตามคำแนะนำของญาติหรือผู้ใกล้ชิดด้วย

2.5 พฤติกรรมการรักษาโรคของแพทย์และคนไช้ พบว่าคนไทยส่วนใหญ่ไม่สนใจการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ แม้การเจ็บป่วยก็จะมุ่งเน้นการรักษาให้หายขาดจากโรคอย่างเฉียบพลัน โดยไม่สนใจสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค แม้แต่การไปพบแพทย์ก็จะไปเมื่อมีอาการป่วยหนักแล้ว ส่วนแพทย์ได้ให้การรักษาไปตามอาการอย่างเฉียบพลันไม่ค่อยสนใจสาเหตุของการเกิดโรคนั้น ๆ เลย

คนไทยในเขตเมืองใหญ่ เช่น กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจโดยทั่วไปดีกว่าชาวชนบท จะมีพฤติกรรมบางอย่างแตกต่างจากชนบท เพราะวัฒนธรรมและความเชื่อแตกต่างกันตามประสบการณ์ การเรียนรู้ และสภาพแวดล้อมของสังคม กล่าวคือ ผู้ที่ระดับการศึกษาสูง ฐานะเศรษฐกิจดี นอกจากจะนิยมไปพบแพทย์เมื่อป่วยระยะต้น ๆ ยังนิยมในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพด้วย เช่น ขอรับบริการตรวจร่างกายประจำปีตามสถานบริการต่าง ๆ ทั้งของรัฐและเอกชน สำหรับผู้ที่มีระดับการศึกษาและเศรษฐกิจปานกลาง มักมีพฤติกรรมอยู่ระหว่างกลางของทั้งสองกลุ่ม ส่วนผู้ที่มีระดับการศึกษาและเศรษฐกิจต่ำ มักไม่ค่อยสนใจในการป้องกันหรือส่งเสริมสุขภาพ จะไปพบแพทย์เมื่อป่วยหนักจนทำงานไม่ไหว

และต้องการให้หายป่วยโดยเร็ว เนื่องจากต้องรีบกลับไปทำงาน (เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ 2523 : 11 - 15)

ความเชื่อเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กและการดูแลสุขภาพ

ฟรอยด์ กล่าวว่า "The child is father of the man" "เด็กในวันนี้ คือผู้ใหญ่ในวันหน้า" บุคลิกภาพของคนจะเริ่มพัฒนามาตั้งแต่ในช่วงแรกของชีวิต เมื่อผ่านพ้นวัยทารกมาแล้ว บุคลิกภาพของคนเราได้พัฒนาในขั้นพื้นฐาน และมีโครงสร้างเรียบร้อยแล้ว ฉะนั้นการอบรมเลี้ยงดูและการกระทำตัวของบิดามารดา จะเป็นตัวอย่างที่ดีแก่เด็กมาก โดยเฉพาะเด็กที่มีอายุ 5 ปีแรกของชีวิต เป็นช่วงที่สำคัญที่สุดในการพัฒนาบุคลิกภาพ ขั้นของการพัฒนาในช่วง 5 ปีแรกมี 3 ขั้น ขั้นแรกปาก (oral) ขั้นที่ 2 การขับถ่าย (Anal) ขั้นที่ 3 ขั้นอวัยวะเพศขั้นต้น (Phallic) (Freud. 1949 : 26 - 29)

ชัยนาถ นาคบุปผา เห็นความสำคัญของบ้านว่า สถานันสำคัญอันดับแรกที่จะสร้าง ให้เด็กเป็นบุคคลที่มีความสามารถในการดำเนินชีวิตอย่างเป็นสุขได้หรือไม่ เด็กจะเจริญเติบโต ได้มากน้อยเพียงไรอยู่ที่บทบาทของพ่อแม่เป็นสำคัญ การเข้มงวดกวดขันและรู้จักของผู้ใหญ่ที่มี ต่อเด็ก เด็กจะมีอารมณ์ที่ไม่มั่นคง (ชัยนาถ นาคบุปผา 2515 : 75)

กรูทรี กล่าวว่า ในการที่ผู้ใหญ่หยิบยื่นประสบการณ์ต่าง ๆ ให้แก่เด็กนั้น ผู้ใหญ่ จะมีองค์ประกอบความเชื่ออยู่หลายประการเป็นหลักในการปฏิบัติต่อเด็ก และความเชื่อ เหล่านี้จะส่งผลต่อเด็กด้วย และสิ่งนี้จะมีอิทธิพลมากกว่าสิ่งอื่นใด นั่นก็คือขนบธรรมเนียม ประเพณี ความเชื่อของชาวบ้าน จะมีผลให้แต่ละกลุ่มมีบุคลิกภาพแตกต่างกัน และยึดถือสิ่ง เหล่านี้ไว้อยู่ เพราะได้รับการอบรมถ่ายทอดต่อ ๆ กันมา (Guthrie. 1961 : 1)

เดอ กาแรง ได้ศึกษาความเชื่อที่ผิดของประชาชนในประเทศอิตาลี พบว่า ประชาชน มีความเชื่อที่ผิดทางด้านโภชนาการในยามเจ็บป่วย กล่าวคือ เมื่อเด็กเป็นโรคท้องร่วงเรื้อรัง หรือเป็นไข้ และถูกจำกัดอาหารการกินอย่างมากจนถึงขั้นที่ได้รับปริมาณโปรตีนและคลอรีนไม่ เพียงพอ เพราะเด็กที่ป่วยจะได้รับเพียงข้าวต้ม และผลไม้จำพวกน้ำเต้าเท่านั้น นอกจากนี้ ประชาชนบางแห่งยังมีความเชื่อเกี่ยวกับอาหารบางประเภทอาจทำให้เกิดลม ท้องร่วง

ท้องผูก หรือเป็นพยาธิ และอาหารบางอย่างมีผลต่ออารมณ์ทางเพศ เช่น ไข่ ทำให้เพศหญิงเป็นหมัน และเสเพล หรือทำให้เด็กเป็นคนชอบลักขโมย จากการศึกษาในประเทศอังกฤษพบว่า วัฒนธรรมเกี่ยวกับอาหารของคนอังกฤษโบราณเป็นผลให้ชาวอังกฤษไม่ยอมบริโภคไก่ เพราะเชื่อว่าไก่มีอำนาจที่จะกัดเป่าอำนาจชั่วร้ายต่าง ๆ และสามารถทำนายเกี่ยวกับความตายได้ (De Garine. อ้างอิงมาจาก เสาวลักษณ์ ภูมิวิสนะ 2518 : 40 - 45) แมคอาเธอร์ ได้ศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับอาหารแสลงของประชาชนในประเทศมาเลเซีย และพบว่าได้มีการห้ามเด็กบริโภคอาหารประเภทผัก และผลไม้ โดยเฉพาะมะละกอและพืชผักสีเขียว เป็นเหตุให้เด็กเป็นจำนวนมากต้องป่วยด้วยโรคขาดวิตามินเอ ที่ควรจะได้รับจากอาหารประเภทดังกล่าว (McArthur. อ้างอิงมาจาก เสาวลักษณ์ ภูมิวิสนะ 2518 : 46) จากการศึกษาปัจจัยทางวัฒนธรรมที่เป็นข้อจำกัดทางภาวะโภชนาการของประชาชนในอำเภอห้างฉัตร และอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ของเนญจา ยอดคำเนิน และคนอื่น ๆ พบว่า อาหารที่ประชาชนบริโภคส่วนใหญ่มักแปรเปลี่ยนไปตามฤดูกาล ซึ่งเป็นข้อจำกัดอย่างหนึ่งของประชาชนในแถบนั้น และมีข้อจำกัดอันสำคัญอย่างยิ่ง คือ วัฒนธรรม และขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นตัวกำหนดแนวความคิดและความเชื่อเกี่ยวกับอาหารหรือบริโภคนิสัยที่ประชาชนปฏิบัติอยู่ ซึ่งความเชื่อในการบริโภคอาหารจะเห็นได้ชัดในการบริโภคอาหารของหญิงมีครรภ์ หญิงให้นมลูก เด็กเล็ก ผู้ป่วย และผู้มีอาชีพหรือตำแหน่งพิเศษ เช่น หมอเมือง หมอไสยศาสตร์และพระ ซึ่งการกระทำเหล่านี้มีผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคลเป็นอย่างมาก

ลักษณะความเชื่อที่เข้าไปมีบทบาทอยู่ในบริโภคนิสัยของประชาชนในท้องถิ่นนั้นสามารถแยกออกได้จากการศึกษาลักษณะการรับประทานอาหารของกลุ่ม กล่าวคือ

1. หญิงมีครรภ์ หญิงมีสามีเมื่อเริ่มรู้ว่าตั้งครรภ์โดยที่ประจำเดือนขาดหายไป จะไปพบกับหมอเมืองหรือหมอดำแย เพื่อไปทดสอบว่าท้องหรือไม่ เมื่อทราบว่ากำลังตั้งครรภ์จะงอกอาหารแสลงต่าง ๆ เช่น พวกกั้วาย และของหวานทุกชนิด เพราะกลัวว่าเด็กในท้องจะฮ้วน ทำให้คลอดยาก งดรับประทานหนังวัวหนังควาย เพราะเชื่อว่ารกจะบานติดท้องคลอดออกมาไม่ได้ งดรับประทานต้นบอน เนื่องจากเชื่อว่าทำให้รกเหลว และทำให้ตัดลำบาก

งคบริโภคอาหารที่มีไขมัน เนื่องจากว่าไขมันจะติดตัวเด็กทำให้คลอคลำบาก อาหารรสจัดให้ลดน้อยลงเพราะเชื่อว่าจะไปมีผลต่อเด็ก นอกจากที่กล่าวมาแล้ว ยังมีการห้ามหญิงมีครรภ์นั่งค้ำบันได เพราะจำทำให้คลอดบุตรยากเพราะเชื่อว่าลูกจะติดที่ช่องคลอดห้ามหญิงมีครรภ์สอยใบกล้วย เพราะกลัวเด็กในท้องจะทำให้มีคตกลงมาใส่ท้อง ห้ามหญิงมีครรภ์ดูคนที่ใกล้ตาย เพราะกลัวว่าวิญญาณของคนตายจะเข้าท้องทำให้ลูกแท้ง ห้ามหญิงมีครรภ์กินข้าวอัมหลังผู้อื่น ห้ามไปดูคนเจ็บท้องคลอดลูก เพราะเชื่อว่าเด็กในท้องจะไปห้ามเด็กไม่ให้เกิด เป็นต้น

ส่วนอาหารที่ควรรับประทานสำหรับหญิงมีครรภ์ ได้แก่ ผักปลัง ซึ่งเชื่อว่าเมื่อหญิงมีครรภ์รับประทานแล้วจะทำให้คลอดง่าย และน้ำมะพร้าว เพราะเชื่อว่าจะไปชะล้างไขมันออกจากตัวเด็ก ทำให้เด็กผิวสวย และคลอดง่าย

2. หญิงให้นมลูก ภายหลังคลอดบุตรแล้วยังคงถือเสมือนว่าเป็นการเจ็บป่วยจึงมีการระมัดระวังอาหารการกินมาก เพราะกลัวว่าจะเกิดการแสดงของอาหารขึ้นมา ซึ่งพอจะสรุปเหตุผลในการงคอาหารของหญิงให้นมลูกได้ดังต่อไปนี้

ก. งคอาหารเพื่อป้องกันอันตรายต่อสุขภาพของแม่เอง กล่าวคือ กลัวไม่สบายหรือเป็นลมผิตเคื่อน และอีกประการหนึ่งได้แก่ การงคอาหารเพื่อป้องกันการทำให้มดลูกเข้าอู่ช้า ซึ่งจะงคอาหารที่ทำให้มดลูกบาน และบริโภคอาหารที่ทำให้มดลูกหดตัวเร็ว

ข. งคอาหารเพื่อป้องกันอันตรายที่จะมีต่อตัวเด็ก ซึ่งอธิบายได้ในสองลักษณะด้วยกัน ประการแรก ถ้าแม่บริโภคอาหารที่มีพิษเข้าไปแล้ว จะมีผลไปถึงลูกด้วย ผลประการที่สอง ระหว่างที่เด็กเกิดใหม่สะดือยังไม่หลุด จะให้แม่รับประทานข้าวบั้งกับเกลือ เนื่องจากกลัวว่าอาหารอื่น ๆ จะทำให้สะดือลูกเปื่อยเน่าเรื้อรัง

ค. งคอาหารเพื่อรักษารูปร่างของหญิงหลังคลอด เนื่องจากว่าการรับประทานอาหารมากจะทำให้ไม่สวยงาม นอกจากจะงคอาหารหลายชนิดแล้ว ยังต้องใช้ผ้ารัดหน้าท้องให้แน่นอีกด้วย

3. ทารก อาหารของทารก คือ นมแม่ เชื่อว่าการกินนมแม่จะทำให้เด็กแข็งแรงกว่านมผง นมผงนอกจากจะทำให้เด็กไม่แข็งแรงแล้ว เด็กยังคลานช้า ตั้งไข่ช้า แม่จะให้ลูกกินนมผสมต่อเมื่อมีหัวนมไม่ดี เด็กเกิดใหม่ 2 - 3 วันแรก จะยังไม่ให้ดูนมแม่ และแม่จะบีบเอาน้ำนมเหลืองทิ้ง เพราะคิดว่าน้ำนมเหลืองเป็นน้ำนมเสีย จะทำให้เด็กท้องเดิน แต่จะ

เอาน้ำผึ้งผสมกับน้ำหยตปากเด็กแทน เพราะจำทำให้เด็กเป็นคนที่พูดจาอ่อนหวาน และเชื่อว่า น้ำผึ้งจะขับล้างขี้เทาออกจากท้องเด็กให้หมด หลังจากนั้นจะให้นมแม่และให้น้ำส้ม เด็กจะคิมนมอยู่นานประมาณ $1\frac{1}{2}$ - 2 ขวบ ในระหว่างนั้นเด็กจะได้รับประทานอาหารเสริมด้วย อาหารเสริมคือ ข้าวบดกับกล้วย โดยจะเริ่มให้ตั้งแต่เด็กอายุได้ 3 - 4 วัน อาหารประเภทไข่จะให้เมื่อหย่านมแล้ว โดยการเพิ่มปริมาณขึ้นทีละน้อยจนกว่าอายุ 3 - 4 ขวบ จะรับประทานร่วมกับผู้ใหญ่ได้ และอาหารเด็กก็ไม่แตกต่างจากอาหารผู้ใหญ่มากนัก แต่จะไม่มีรสจัด หรือไม่ใช่อาหารดิบ

4. ผู้ป่วย การงเคอาหารจะอยู่ในช่วงที่ป่วยช่วงเดียวเท่านั้น เมื่อหายแล้วก็จะสามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ ตอนที่ป่วยมีการห้ามอาหารประเภทเย็น เช่น ผักตำลึง เนื่องจากจะทำให้เป็นเหน็บชา ในทางตรงกันข้ามผักตำลึงหรือใบแววก เอามาตำแล้วพอกที่ศีรษะ ช่วยลดความร้อนได้ หรืออาหารพวกผักบุ้ง ผักปลัง เนื้อวัว เพราะจะไปทำให้ฤทธิ์ของยาเสื่อม งเคอาหารของหมัก ของคอง เพราะกลัวจะผิดพยาธิ ต้องระวังห้ามรับประทานอาหารมัน ทำให้ลำไส้ลิ้น เกิดการท้องเคินมากขึ้น ให้รับประทานของฝาด เช่น กล้วยดิบ เอามาต้ม หรือเผา หรือคั้นแต่น้ำดื่มยอดแพ้ง ยอดทับทิม ยอดฝรั่ง (เบญจา ยอดคำเนิน และคนอื่น ๆ 2523 : 112 - 117) แมคแคนเลส ได้ศึกษาพบว่า มารดาระดับกลาง และระดับต่ำ มีความเชื่อในการอบรมเลี้ยงดูเด็กแตกต่างกันที่เห็นได้ชัดคือ

มารดาระดับกลาง

1. มีความเชื่อในเรื่องพระเจ้า และปฏิบัติตามความเชื่อนี้ โดยไปโบสถ์และสวดอ้อนวอนเพื่อให้ครอบครัวมีความสุข
2. เชื่อในเรื่องความสะอาดส่วนบุคคล และความสะอาดของเสื้อผ้า ร่างกาย พัน ผม และเล็บ
3. เชื่อในเรื่องความประหยัด
4. เชื่อในเรื่องการใช้ลคิปัญญา และเหตุผลมากกว่าอารมณ์
5. เชื่อในเรื่องความอดทน อดกลั้นในการแสดงออก

มารดาระดับต่ำ

1. ไม่ค่อยปฏิบัติตามระเบียบ หรือปฏิบัติทางศาสนาเท่าระดับกลาง
2. ประสบความลำบาก ในการจัดแจงเรื่องความสะอาดต่าง ๆ เพราะฐานะไม่อำนวย
3. เรื่องความประหยัด ไม่มีสิ่งใดที่จะประหยัดได้ เชื่อว่าการมีโอกาสนในการหยิบฉวยเป็นสิ่งที่ มิฉะนั้นจะหมดโอกาสเสียก่อน
4. ใช้อารมณ์ในการควบคุมพฤติกรรมเด็ก ทำให้เด็กไม่เกิดการเรียนรู้ในเรื่องการให้เหตุผล
5. ไม่คำนึงถึงการแสดงออกทางอารมณ์ที่เป็นที่ยอมรับหรือไม่ยอมรับ

(McCandless. อ้างอิงมาจาก ชูศรี หลักเพชร 2517 : 11)

อาณนที อาภาภิรม ได้จำแนกวิธีการอบรมเลี้ยงดูบุตรออกเป็น 3 ประเภท

1. การอบรมเลี้ยงดูบุตรของครอบครัวที่ยากจน วิธีการอบรมเลี้ยงดูบุตรของครอบครัวประเภทนี้มักจะปล่อยปละละเลย เพราะทั้งพ่อและแม่ต่างหากินตัวเป็นเกลียว จึงไม่ค่อยมีเวลาเอาใจใส่ต่อการอบรมเลี้ยงดูมากนัก พ่อแม่มักจะถือคติว่า "ลูกจะดีหรือไม่ดีก็สุดแต่บุญของเด็ก" เมื่อยามเจ็บป่วยได้ใช้ ก็รักษากันไปตามมีตามเกิด กินยาต้มอมยาหม้อ ถ้าโรคก็เลี้ยงดูกันไป ถ้าตายก็หมดเรื่องหมดราวกันไป ดังคำกล่าวที่ว่า "ตายผั่งยังเลี้ยง" แต่ก็มีบางครอบครัวที่พยายามเลี้ยงลูกเป็นอย่างดี แต่ก็มีอุปสรรค อาจเนื่องมาจากสิ่งแวดล้อมในละแวกบ้าน และเพื่อนเล่นชักนำไปสู่ทางที่ไม่ดี เด็กที่มาจากครอบครัวที่ยากจนจึงเป็นปัญหาอันยุ่งยากของสังคม อาจนำไปสู่ปัญหาอาชญากรรมและปัญหาเสพยาเสพติด เป็นต้น เนื่องจากเด็กไม่ได้รับการอบรมเพียงพอ

2. การอบรมเลี้ยงดูบุตรของครอบครัวของชนชั้นกลาง ครอบครัวประเภทนี้ย่อมมีโอกาสหรือเวลาพอที่จะเอาใจใส่อบรมเลี้ยงดูลูกมากกว่าครอบครัวที่ยากจน การอบรมของชนชั้นกลางมักเน้นหนักไปในเรื่องของความเป็นระเบียบ อันได้แก่ การรับประทานอาหาร มารยาททางสังคม รู้จักรักสวยรักงาม และความเป็นผู้รู้จักเหตุรู้จักผล โดยถือคติว่า "เด็กดีอยู่ที่การอบรมสั่งสอน" เมื่อเด็กเจริญเติบโตขึ้นก็นิยมวางแผนการศึกษาให้เด็กและพยายามสนับสนุนให้เด็กได้มีโอกาสศึกษาเล่าเรียนในชั้นสูง ๆ เพราะฉะนั้น ปัญหาของการอบรม

เลี้ยงบุตรของครอบครัวของชนชั้นกลางจึงไม่สู้ก่อปัญหาสังคมมากนัก

3. การอบรมเลี้ยงบุตรของครอบครัวของชนชั้นสูง ครอบครัวประเภทนี้ให้ความเอาใจใส่แก่บุตรเป็นอย่างดี ทั้งด้านการกินอยู่หลับนอน อบรมให้รู้จักมารยาทของผู้ดี และปรนเปรอทุกอย่างที่ลูกอยากได้ ฉะนั้นเด็กของครอบครัวชนชั้นสูงจึงได้รับสิ่งต่าง ๆ อย่างครบถ้วนทั้งการเลี้ยงดู การอบรมสั่งสอน และโอกาสในการศึกษาเล่าเรียน แต่ก็มีอยู่บ่อยที่พบว่า เด็กถูกเอาใจมากเกินไปจนกลายเป็นเด็กที่มีปัญหา และอาจเป็นปัญหาแก่สังคมได้เช่นเดียวกับการอบรมของชนชั้นยากจน (อาณนัฏ อัมภาภิรม 2515 : 88 - 90)

เชียรส์ ได้ศึกษาความเชื่อและแบบแผนของการอบรมเลี้ยงดูเด็กที่มีผลต่อสุขภาพ โดยกระทำกับมารดาในมลรัฐนิวอิงแลนด์ พบว่า ความเชื่อและแบบแผนของการอบรมเลี้ยงดูเด็กแตกต่างกันไปตาม ศาสนา วัฒนธรรม ฐานะเศรษฐกิจ และสังคม รวมทั้งขนบธรรมเนียมของแต่ละครอบครัว (Sears. 1957 : 11) เกษมสุข เฉลียวศักดิ์ ได้ศึกษาความเชื่อของบิดามารดาเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดู และความกลัวของเด็กก่อนวัยเรียน ใน 4 จังหวัดภาคใต้ของประเทศไทย พบว่าเด็กก่อนวัยเรียนที่ครอบครัวมีความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูแตกต่างกัน มีความกลัวไม่แตกต่างกัน ครอบครัวที่มีสถานภาพของครอบครัวแตกต่างกัน มีความเชื่อเกี่ยวกับอบรมเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียนแตกต่างกัน และเด็กหญิงมีความกลัวมากกว่าเด็กชาย (เกษมสุข เฉลียวศักดิ์ 2521 : 58 - 64) กัลยานาคเพ็ชร ได้ศึกษาองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน ในท้องที่ตำบลคางพลู อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา และพบว่า ตามธรรมชาติของคนส่วนใหญ่แล้ว มักจะประพฤติดูแลหรือกระทำในสิ่งต่าง ๆ ตามความเคยชินเหมือนอย่างที่เคยทำมาแล้วในอดีต ทั้งนี้เพราะเป็นหลักประกันทางจิตใจว่า การปฏิบัติเช่นนี้จะได้ผลประโยชน์และปลอดภัย แม้จะไม่ถูกต้องนัก แต่ก็ยังดีกว่าทำในสิ่งที่ไม่เคยทำหรือไม่เคยชิน (กัลยานาคเพ็ชร 2521 : 16)

นีอมฤติ จงพยุหะ สมประสงค์ ปิ่นจินดา และศิริรัตน์ เจริญศักดิ์ ได้กล่าวว่า บิดามารดาที่มีการศึกษาย่อมมีความรู้ความเข้าใจในการอบรมเลี้ยงดู และแนะนำบุตรได้ดีกว่าบิดามารดาที่มีการศึกษาน้อย เช่น รู้จักการจัดอาหารให้ลูกตามหลักโภชนาการ แบ่งเวลาให้ลูกด้วยความอบอุ่นและสุขใจ ดูแลสุขภาพอนามัยของเด็ก

รักษาพยาบาลเด็กยามเจ็บป่วย อบรมสั่งสอนเรื่องมารยาทของสังคม วัฒนธรรม ศีลธรรม และระเบียบต่าง ๆ (น้อมฤดี จงพยุงะ สมประสงค์ ปิ่นจินดา และศิริรัตน์ เจริญศักดิ์ 2518 : 73) ปิยะวรรณ วิรัชชัย ได้ศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก และสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน พบว่าความเชื่ออย่างใดไม่มีเหตุผลของมารดาในการเลี้ยงดู มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน และเด็กก่อนวัยเรียนที่มารดามีความเชื่ออย่างใดไม่มีเหตุผลในการเลี้ยงดูเด็กน้อย จะมีสุขภาพดีกว่ากลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนที่มารดามีความเชื่ออย่างใดไม่มีเหตุผลในการเลี้ยงดูเด็กมาก นอกจากนี้ยังพบว่าความเชื่อของมารดาในการเลี้ยงดูเด็กขึ้นอยู่กับ ระดับการศึกษา อาชีพของมารดา อาชีพของบิดาและฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว (ปิยะวรรณ วิรัชชัย 2521 : 69 - 70) สายใจ คุ่มขนาน ได้ศึกษาครอบครัวในเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติด้านอนามัยต่าง ๆ ของบุคคลในครอบครัวพบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวมีผลต่อการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยในเรื่องป้องกันโรค การรักษาพยาบาล ซึ่งมีผลต่อสุขภาพของเด็ก (สายใจ คุ่มขนาน 2515 : 42 - 69) สัมพันธ์ บุญเกิด ได้ศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กที่มีต่อความเชื่อมั่นในตนเองของเด็กก่อนวัยเรียน ในจังหวัดภาคเหนือ พบว่าเด็กในวัยก่อนวัยเรียน ที่มีมารดามีความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กแตกต่างกัน มีความเชื่อมั่นในตนเองไม่แตกต่างกัน มารดาที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมแตกต่างกัน มีความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กแตกต่างกัน (สัมพันธ์ บุญเกิด 2522 : 71) ทศนีย์ อินทรสุขศรี ได้ศึกษาเรื่องความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพของนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนต้น จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ความรู้ต่าง ๆ ที่ไม่ถูกต้องมักจะมีผลต่อความเชื่อ เจตคติ และการปฏิบัติตัวของบุคคลในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลในเรื่องนั้น ๆ ด้วย (ทศนีย์ อินทรสุขศรี 2522 : 38) โคเบอร์น และโบปป์ ได้ศึกษาโดยสำรวจคนงานชาย ในเมืองวิกตอเรีย ของรัฐโวลัมเบีย เกี่ยวกับการปฏิบัติในด้านการป้องกันการเจ็บป่วย ได้แก่ การไปพบแพทย์ เพื่อตรวจสุขภาพ การรับการฉีดยาป้องกันโรค ขนาดของครอบครัว และการดูแลเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของเด็ก ผลปรากฏว่ารายได้ ฐานะทางเศรษฐกิจ และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพอนามัยและการรับฉีดยาป้องกันโรคของบุคคลในครอบครัวและเด็ก

(Coburn and Pope. อ้างอิงมาจาก ปิยะวรรณ วิรัชชัย 2521 : 25) จอห์นสันพบว่า บิดามารดาที่มีทัศนคติในด้านความสะอาด และใช้ชีวิตในครอบครัวแบบยึดหยุ่นจะทำให้เด็กมีทัศนคติที่ดีต่อความเจ็บป่วย และมักเป็นเด็กปกติไม่ค่อยเจ็บป่วย ซึ่งจะต่างจากเด็กที่บิดามารดาที่ขบว้างกล่าวและติเตียน (Johnson. อ้างอิงมาจาก ปิยะวรรณ วิรัชชัย 2521 : 25) เตือนใจ อินทุโสมา ได้ศึกษาครอบครัวของเด็กป่วยที่ได้รับการรักษาแบบไม่เสียเงินในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 207 ครอบครัว พบว่าบิดามารดาของเด็กป่วยเหล่านั้นมีการศึกษาต่ำ มารดาส่วนใหญ่เลี้ยงบุตรด้วยนมชั้นหวาน ขาดการปฏิบัติด้านการป้องกันโรคแก่เด็ก โดยเฉพาะการป้องกัน โรคคอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก และโปลิโอ จึงสรุปได้ว่าลักษณะการเลี้ยงบุตรของมารดาทำให้เด็กป่วย และโครงสร้างทางครอบครัวมีแนวโน้มทำให้บุตรเจ็บป่วย (เตือนใจ อินทุโสมา 2517 : 114 - 115)

ความเชื่อของชาวไทยมุสลิมภาคใต้ของประเทศไทย

ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้รู้ซึ่งเป็นชาวไทยมุสลิมภาคใต้โดยตรงหลายท่าน เกี่ยวกับความเชื่อในการปฏิบัติตัวของมารดา และการเลี้ยงบุตรซึ่งรวบรวมไว้ดังต่อไปนี้

ความเชื่อในการปฏิบัติตัวของมารดา เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร จะไม่มีการห้ามรับประทาน โดยจะรับประทานได้ทุกอย่าง แต่ต้องไม่ขัดกับข้อบัญญัติของศาสนาที่กำหนดไว้ โดยทั่วไปแล้วจะมีความเชื่อว่า การกินอาหารมากเกินไปจะทำให้ทารกมีขนาดใหญ่และคลอดยาก เกี่ยวกับการคุมกำเนิด แต่เดิมไม่นิยมทำ ซึ่งสอดคล้องกับผลวิจัยของสุทธิพงศ์ พรหมไพจิตร พบว่า ในการวางแผนครอบครัวของชาวไทยมุสลิมภาคใต้ ร้อยละ 75 มีความเชื่อว่า การวางแผนครอบครัวยึดหลักศาสนาและมีเหตุผลไม่ยอมรับในอัตราสูง ถึงแม้ว่าจะเคยได้รับรู้และได้ยินคำเหล่านี้มาอย่างแพร่หลายก็ตาม นอกจากนี้แล้วชาวไทยมุสลิมในภาคใต้ ยังเชื่อว่า ยาสมุนไพรสามารถป้องกันมิให้มิบุตรได้อีกด้วย (สุทธิพงศ์ พรหมไพจิตร 2523 : 54) แต่ในปัจจุบันเริ่มมีคนนิยมทำหมันกันแล้ว ส่วนการทำแท้งนั้นมีการห้ามอย่างเด็ดขาด เพราะถือว่าเป็นการฆ่าคน ถ้าหากว่าได้ตั้งครรภ์มาแล้วมากกว่า 4 เดือนขึ้นไป ผลการวิจัยของ จงจิตต์ ทัทธชนม์ ปรีดา โทนแก้ว และเพียรพันธ์ กิตติวงศ์โสภณ พบว่า มารดาชาวไทยมุสลิมมีความเชื่อว่า ควรจะจำกัดจำนวนบุตร เพื่อ

สุขภาพของแม่ แต่ในเรื่องการทำหมัน ถือว่าเป็นบาปและขัดกับหลักศาสนา และมีความเห็นว่าการมีลูกมาก ๆ จะได้เป็นที่พึ่งของพ่อแม่ เมื่อมีการตั้งครรภ์จะฝากครรภ์กับหมอตำแย ถึงร้อยละ 60.13 (จงจิตต์ พัทธชนม์ ปรีดา โทณแก้ว และเพียรพันธ์ กิตติวงศ์โสภณ 2526 : 61 - 69)

ความเชื่อของมารดาหลังคลอดบุตร หลังคลอดบุตรมารดาจะต้องอยู่ไฟ 40 วัน หรือ 30 วัน เพื่อให้มดลูกยุบเร็ว และจะใช้หินเผาไฟนวดหน้าท้อง พร้อมทั้งยกหน้าท้อง และนวดไปทุก ๆ ส่วน โดยหมอตำนายจะเป็นผู้ให้นวดให้ หลังจากนวดแล้วจะอาบน้ำยาสมุนไพร ซึ่งมีความเชื่อว่าจะทำให้ผิวพรรณสดใส ขำเสียง วุฒิฉันทร์ และคนอื่น ๆ ได้กล่าวถึงการปฏิบัติตนของมารดาชาวไทยมุสลิมภาคใต้หลังคลอดไว้ว่า ในระยะ 40 วัน หลังคลอดผู้เป็นมารดาจะพยายามรักษาทัวเลี้ยงลูกอยู่กับบ้านจนกว่าจะหมดเลือดอันเนื่องมาจากการคลอดบุตร ระยะนี้สตรีผู้เป็นมารดาจะไม่เกี่ยวข้องกับสามีเรื่องเพศ เมื่อพ้นกำหนดระยะเวลาแล้วและได้ชำระร่างกายให้สะอาดตามหลักปฏิบัติของศาสนาแล้วจึงร่วมหลับนอนกับสามีได้ วิธีที่ศาสนาอิสลามบัญญัติไว้ จะเป็นการชะลอการเกิดหรือการวางแผนครอบครัวในปัจจุบันวิธีหนึ่งด้วย หลังจากระยะเวลาดังกล่าวนี้แล้ว สตรีก็จะปฏิบัติศาสนกิจประจำวัน คือ ละหมาดได้ตามปกติ ในปัจจุบันนี้ ตามหลักการคลอดของแพทย์แผนใหม่ จะไม่ยอมให้เลือดออกมาก วิธีเช่นนี้สตรีผู้เป็นมารดา ก็จะสังเกตดูความสะอาดของตนเอง ถ้าเลือดหยุดสนิทไม่มีแม้แต่หยดเดียวแล้ว ก็จะอาบน้ำชำระร่างกายให้สะอาดตามหลักปฏิบัติทางศาสนาได้ (ขำเสียง วุฒิฉันทร์ และคนอื่น ๆ 2523 : 33) ส่วนความเชื่อเรื่องอาหารหลังคลอด มารดาหลังคลอดจะไม่รับประทานอาหารมาก เพราะกลัวว่ามดลูกจะขยายและไม่เข้าอู่เร็ว นิยมให้รับประทานอาหารพวก ชিং ขำ กระเทียม พริกไทย ส่วนอาหารประเภทโปรตีน จะรับประทานได้เฉพาะปลาเค็ม ถ้าเป็นเนื้อจะต้องตากให้แห้งสนิท ส่วนพวกประเภทปรุงรสอาหารนั้นใช้ได้เฉพาะเกลือ และงคของเปรี้ยวทุกชนิด รวมทั้งผลไม้ทุกชนิด ขณะอยู่ไฟจะดื่มน้ำร้อนหรือน้ำเย็นก็ได้

ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลเด็กหลังคลอด หลังคลอดบุตรนั้นมารดายังไม่ไหลนมมาเด็กไปดูนมมารดาของเด็กอื่นที่กำลังอยู่ในระยะให้นมเด็ก ส่วนการอาบน้ำและดูแลเด็กจะเป็นหน้าที่ของหมอตำนายจะทำให้ เมื่อทารกอายุได้ประมาณ 2 อาทิตย์ จะให้

อาหารเสริมนอกเหนือจากนม อาหารเสริมที่ให้จะเป็นกล้วยสุกนำมาเผาให้สุก และผสมกับข้าว ส่วนอาหารประเภทผักไม่นิยมให้บุตรรับประทานจนกว่าบุตรจะเติบโต

ความเชื่อด้านอาหารและเครื่องดื่ม ตามปกติชาวไทยมุสลิมจะไม่รับประทานเนื้อหมูกบ เขียด เต่า แมงดา ตะกวด งู ทุกชนิด ลิง ค่าง ตะพาบน้ำ ฯลฯ แต่ที่รับประทานกันมาก ได้แก่ ปลา วัว ไก่ นกบางชนิด กุ้ง ปลาไหล กวาง อีเก้ง ฯลฯ ข้าวเลี้ยง วุฒิจันทร์ และคนอื่น ๆ ได้กล่าวถึงความเชื่อเรื่องอาหารและเครื่องดื่มไว้ว่า ชาวไทยมุสลิมจะไม่รับประทาน และไม่แตะต้องเนื้อสุกร ไม่รับประทานเนื้อสัตว์บางชนิดที่ไม่ได้เชือดตามหลักทางศาสนา ไม่รับประทานสัตว์บางชนิดที่ต้องห้าม และมีระบุไว้ในพระกัมภีร์อัลกุรอาน ไม่ดื่มสุราเมรัย และสิ่งมีเมา เช่น ยาเสพติด กัญชา ฝิ่น เป็นต้น ไม่จำหน่าย และให้เป็นของกำนัล ของขวัญ และจะถือว่าเป็นการดูหมิ่นอย่างรุนแรง ถ้ามีใครนำมาให้หรือหลอกให้รับประทาน ดื่ม หรือนำภาชนะของมุสลิมไปใส่สิ่งที่ต้องห้ามเหล่านั้น (ข้าวเลี้ยง วุฒิจันทร์ และคนอื่น ๆ 2523 : 57) ส่วนอาหารแสลงที่ห้ามรับประทานขณะเจ็บป่วยหรือมีบาดแผลนั้นเป็นอาหารพวกให้ความเย็น เช่น มะละกอ กล้วยน้ำว้า หน่อไม้ น้ำมะพร้าว น้ำแข็ง ข้าวเหนียว ไข่ ปลาบางชนิด เช่น ปลาทูน่า (ชาวปักชีได้เรียกปลาโอ) กุ้ง ปลาหมึก เป็นต้น

ชาวไทยมุสลิมพื้นบ้านนิยมรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ มีข้าว เป็นอาหารหลัก และนิยมรับประทานด้วยมือ

ในกรณีที่มีการเจ็บป่วยเล็กน้อย นิยมไปรับการรักษาที่สถานอนามัยประจำตำบล เมื่อป่วยมากนิยมไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอำเภอ หรือจังหวัด แต่มีข้อยกเว้นในกรณีที่เกิดกระดูกหักที่แขนหรือที่ขา มักจะนิยมให้หมอบ้านรักษา โดยไม่ยอมไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล เพราะมีความเชื่อว่าหมอบ้านรักษาได้ดีกว่าไม่มีความพิการเกิดขึ้นหลังการรักษา จากการที่ผู้วิจัยได้เคยไปใกล้ชิดกับชาวไทยมุสลิมภาคใต้มามากกว่าสิบห้าปี พบว่าความเชื่อเช่นนี้ไม่เคยเปลี่ยนไปเลย

ผลจากการวิจัยของ จงจิตต์ พัทธชนม์ ปรีดา โทนแก้ว และเพียรพันธ์ กิตติวงศ์โสภาก พบว่า ด้านการเจ็บป่วยนิยมไปรับการรักษากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก่อนและ

ไม่นิยมไปซื้อยารับประทานเอง ส่วนด้านการให้ภูมิคุ้มกันโรค ส่วนใหญ่ที่ทัศนคติต่อการให้ภูมิคุ้มกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง แต่ไม่เห็นความสำคัญของการควบคุมโรคติดต่อที่เกิดขึ้นประจำในท้องถิ่น เพราะให้เหตุผลว่าเกิดเองได้ก็จะหายเองได้ (จงจิตต์ พัทธชนม์ ปรีดา โทนแก้ว และเพียรพันธ์ กิตติวงศ์โสภณ 2526 : 70)

เกษมสุข เจลียวศักดิ์ ได้กล่าวไว้ว่า แม้ในศาสนาอิสลามจะไม่อนุญาตให้ชาวไทยมุสลิมเชื่อในเรื่องใด ๆ ก็ตาม แต่ชาวไทยมุสลิมก็มีความเชื่อหลาย ๆ ประการเหมือนชาวไทยพุทธ เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับการเกิด การตาย ผู้ตั้งกรรมห้ามเตรียมเครื่องใช้ของเด็กไว้ก่อนคลอด เพราะจะทำให้คลอดไม่ได้ ความหมายที่แฝงเร้นอยู่ก็คือ ไม่ให้พ่อแม่ของเด็กตั้งความหวังไว้มากเกินไป ถ้าคลอดบุตรออกมาแล้ว บุตรเสียชีวิตก็就不用เสียใจมาก รวมทั้งเครื่องใช้เด็กที่เตรียมไว้จะไม่สูญเปล่า

เด็กเกิดใหม่พ่อแม่นิมนต์หนังสือ คินฮอส สอดไว้ใต้ที่นอนของเด็กโดยให้เหตุผลว่า เด็กจะเรียนเก่ง ถ้าเป็นเด็กผู้หญิงให้เอาเข็ม ค้าย สอดไว้ใต้ที่นอน ความหมายที่แฝงเร้นคือ ต้องการให้เด็กผู้หญิงเป็นแม่บ้านแม่เรือน หรือเด็กผู้ชายเรียนเก่ง ซึ่งถือว่าเป็นคตินิยมของไทยมาแต่เดิมแสดงว่าค่านิยมของไทยและมลายูคล้ายคลึงกัน

ส่วนความเชื่อของชาวไทยพุทธและชาวไทยมุสลิม ที่แตกต่างกันนั้นได้แก่ การที่ชาวไทยพุทธจะเชื่อในเรื่องต่อไปนี แต่ชาวไทยมุสลิมไม่เชื่อ เช่น เด็กคลอดใหม่ 2 - 3 เดือนห้ามใส่เครื่องประดับ เพราะจะเป็นลูกผี การแต่งตัวจะใช้สีเสื้อผ้าตามวัน วันอาทิตย์ใส่สีแดง วันจันทร์ใส่สีนวล เป็นต้น ในอดีตความเชื่อบางอย่างของไทยมุสลิม จะเหมือนกับชาวไทยพุทธ แต่ภายหลังมีการล้มล้างความเชื่อนี้ เพราะถือว่าขัดกับคำสอนของศาสนาอิสลาม อย่างไรก็ตามชาวไทยมุสลิมยังมีความเชื่อในเรื่องต่าง ๆ คล้ายกับชาวไทยพุทธอยู่มาก (เกษมสุข เจลียวศักดิ์ 2521 : 13) จากการศึกษาของ เกษมสุข พบว่า ครอบครัวที่นับถือศาสนาพุทธ และครอบครัวที่นับถือศาสนาอิสลาม มีขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม และความเชื่อแตกต่างกัน จะมีวิธีการให้การอบรมเลี้ยงดูบุตรแตกต่างกันไปตามความเชื่อที่ตนได้รับ การถ่ายทอดมา สิ่งแตกต่างที่เห็นเด่นชัด คือ ลักษณะการแต่งกาย บ้านเรือนที่อยู่อาศัย การรับประทานอาหารและการอบรมสั่งสอน ดังนั้นครอบครัวที่นับถือศาสนาอิสลามกับครอบครัวที่นับถือศาสนาพุทธจึงมีความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียนแตกต่างกัน

(เกษมสุข เฉลียวศักดิ์ 2521 : 63)

ในแต่ละสังคมจะมีพิธีการแตกต่างกันไป ในสังคมไทยได้ให้ความสำคัญแก่การเกิดของเด็กเช่นกัน แต่จะมากหรือน้อยเพียงไร อย่างไรขึ้นอยู่กับฐานะและความเป็นอยู่ ตลอดจนความเชื่อของแต่ละบุคคล

ประเพณีการเกิดของชาวไทยภาคใต้

ในสมัยโบราณหญิงมีครรภ์ จะฝากครรภ์ไว้กับหมอตำนาย เมื่อถึงเวลาคลอดต้องไปตามหมอตำนายมาทำคลอดให้ที่บ้าน เมื่อหมอตำนายมาถึงบ้าน เจ้าบ้านจะเตรียมขันบรรจุข้าวสาร มีหมากสามผล พลุสามเรียง กล้วยหัวหนึ่ง ธูปสามดอก เทียนสามเล่ม มีเงินตามอัตราค่าธรรมเนียม การทำคลอดในห้องนั้น เมื่อทำคลอดเรียบร้อยแล้วหมอตำนาย จะทำความสะอาดให้แม่และลูก และช่วยดูแลหลังคลอดเป็นเวลา 30 วัน จึงจะหมดหน้าที่ หญิงหลังคลอดต้องอยู่ไฟตั้งแต่ 7 - 21 วัน

ส่วนพิธีเกี่ยวกับเด็กที่เกิดใหม่นั้น เมื่อเด็กตกจาก หมอตำนายจะให้ผ้าขาวปูรองรับเด็กแล้วควักเมือกในปากเด็กออก ตีกันเด็กให้ร้อง แล้วใช้เชือกหรือด้ายผูกสายสะดือไว้เป็นสามเปลาะรัดให้แน่น แต่ละเปลาะที่มัดจะต้องว่านโมพุทธายะไปด้วย แล้วจึงตัดสายสะดือ หลังจากนั้นจะอาบน้ำให้เด็กด้วยน้ำอุ่น ถ้าเด็กมีไขมันมากจะเอาน้ำมันมะพร้าวทาตัวเด็กก่อน แล้วใช้ผ้าเช็ดไขมันออก หลังจากอาบน้ำจะเอาเด็กวางลงบนขาของหมอตำนาย โดยหันหัวเด็กไปทางปลายเท้าของหมอตำนาย ดัดแขนดัดขาให้ตรงพร้อมกับอาบน้ำเด็กให้สะอาด ถ้าเป็นผู้ที่มีฐานะดี จะจัดเอาแก้วแหวนเงินทองเซวไว้ในอ่างอาบน้ำเด็กด้วย เพื่อเอาเคล็ดว่า เมื่อเด็กเติบโตขึ้นจะมีเงินทอง เมื่ออาบน้ำเด็กแล้วจะเอาขมิ้นผงบนดินสอพองโรยที่สะดือเด็ก หรือใช้ขมิ้นชันตำโปะสะดือเพื่อให้สะดือแห้ง และใช้ผ้ารัดท้องเด็ก เพื่อป้องกันสายสะดือเลื่อนจากที่

รกและสายสะดือที่ตัดออกจากเด็กจะได้รับการล้างให้สะอาดแล้วบรรจุในหม้อดินเผาโดยเอาเกลือกลบนรก เพื่อป้องกันรกเน่าและจะนำรกไปฝัง หลังจากคลอดบุตรแล้ว 3 วัน เมื่ออาบน้ำเด็กเสร็จแล้วจะวางเด็กลงในกระดัง ถ้าเป็นเด็กผู้ชายให้จัดสมุดดินสอวางไว้ในกระดัง ถ้าเป็นเด็กผู้หญิงจะวางท้าย และเข็มเย็บผ้า หมอตำนายจะยกกระดัง

ร้อนเบา ๆ 3 ครั้ง ปากพูดว่า "สามวันลูกผี สี่วันลูกคน" และจะมีหญิงที่เคยมีบุตรแล้ว ซึ่งเป็นผู้ที่มีความสามารถเลี้ยงลูกได้ดีจะพูดว่า "ลูกฉันเอง" และรับเอาเด็กจากหมอต๋ายแย ซึ่งผู้รับในที่นี่เรียกว่า แม่ยก จะให้เงินหมอต๋ายแยเป็นพิธีว่าซื้อเด็กไว้แล้ว หลังจากนั้นจะวาง กระตังไว้โดยใช้ด้ายสายสิญจน์วางไว้รอบกระตัง เด็กคลอดใหม่จะไม่ให้กินอะไรเลยนอกจาก น้ำผึ้งรวงผสมเกลือ บางแห่งใช้บอระเพ็ดหีบละลายชุน้ำผึ้งรวงให้เด็กดูด โดยให้เหตุผลว่า เป็นการถ่ายพิษเทาออกมา เมื่อเด็กอายุได้ 3 วันไปแล้วจึงให้เด็กดื่มนมแม่ เพราะเชื่อว่า แม่มีน้ำนมที่บริสุทธิ์เลี้ยงลูกแล้วขณะนี้ (คณาจารย์วิทยาลัยครูยะลา 2520 : 122)

การปฏิบัติเมื่อเด็กแรกเกิดของชาวไทยมุสลิมภาคใต้

เมื่อแรกคลอดหลังจากอาบน้ำให้เด็กแล้ว บิดาหรือผู้มีความรู้ทางศาสนาจะทำพิธี อะซาน โดยการพูดกรอกหูข้างขวา และกอมัต โดยพูดกรอก หูข้างซ้ายแก่เด็กเป็นภาษา อาหรับ มีใจความว่า

1. องค์อัลเลาะห์ผู้ยิ่งใหญ่ องค์อัลเลาะห์ผู้ทรงยิ่งใหญ่
2. ข้าขอปฏิญาณว่า ไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากพระองค์อัลเลาะห์
3. ข้าขอปฏิญาณว่า นบีมุฮัมมัด เป็นทูตของพระองค์
4. จงละหมาด (กราบไหว้พระเจ้า) เด็ก
5. จงมาในทางมีชัยเด็ก
6. แท้จริงข้าได้ยินละหมาดแล้ว
7. องค์อัลเลาะห์ผู้ทรงยิ่งใหญ่
8. ไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากอัลเลาะห์

การทำพิธีจะทำการอะซานก่อน โดยกล่าวเป็นภาษาอาหรับด้วยข้อความข้างบนวรรคละ 2 เที้ยว โดยไม่ต้องกล่าวข้อความในข้อ 6 แล้วจึงกอมัต โดยกล่าวข้อความข้างบน วรรคละครั้งเดียวทุกวรรค

พิธีโกนผมไฟ ตั้งชื่อ และพิธีเชือดสัตว์

เมื่อเด็กอายุ 7 วัน หรือมากกว่าก็ได้ จะทำการตัดผมหรือโกนผมไฟ พร้อมทั้ง

ตั้งชื่อเด็กเพื่อเป็นมงคลสำหรับเด็ก ในพิธีนี้จะมีการเชื่อกศัตว์เนื่องในโอกาสเกี่ยวกับการเกิดของเด็กตามหลักการทางศาสนาด้วย

การตั้งชื่อทางศาสนาให้แก่เด็กไทยมุสลิมจะตั้งเป็นภาษาอาหรับ โดยใช้นามของบรรดาพระศาสดาหรือคำที่มีความหมายดีงาม สำหรับชื่อจริงเป็นภาษาไทยจะตั้งพร้อมกันหรือไม่ก็ได้ แต่ต้องเป็นคำที่มีความหมายดีงามเช่นกัน การอ่านเขียนหรือเรียกชื่อคนไทยมุสลิมในจังหวัดชายแดนภาคใต้สำเนียงอาจเพี้ยนไปบ้าง เช่น มุฮัมมัด เป็นหะมะ เป็นต้น

พิธีเชื่อกศัตว์ หรืออะกีกะห์ ตามหลักการศาสนาอิสลามถือว่า เพื่อให้ไปเป็นพาหนะส่งเคราะห์ของตนในโลกหน้า สัตว์ที่ใช้เชื่อกในพิธีโกนผมไฟและตั้งชื่อทางศาสนาใช้วัวควาย ขนาดอายุ 2 ขวบ 1 ตัว หรือแพะ หรือแกะ ขนาดอายุ 1 ขวบ 2 ตัว เมื่อเชื่อกแล้วก็แจกเนื้อให้เป็นทานแก่ผู้ยากจนเชิญใจ หรือวงศาคณาญาติที่ยากไร้

การเตรียมการและดำเนินพิธีโกนผมไฟ การตั้งชื่อทางศาสนา

1. อาบน้ำแต่งตัวเด็กที่จะประกอบพิธีแล้ววางบนเบาะอย่างสวยงาม แบบเดียวกับที่คนไทยโบราณวางเด็กในกระดังหรือถาด
2. เตรียมเครื่องตัดผมไฟ มีแปรง อินทผล่ำ น้ำหอม ในภาควัสดุที่อาจจะมีข้าวเหนียวเหลืองสำหรับป้อนเด็ก
3. มะพร้าวอ่อนเปิดปาก แกะสลักโดยรอบอย่างสวยงาม สำหรับใส่ผมที่ตัดลงไป บางคนก็ประดับด้วยอาภรณ์หรือดอกไม้
4. เมื่อแขกมาพร้อม ก็จะนำเด็กออกมาวางค่อนหน้าผู้ประกอบพิธีทางศาสนา บางคนก็จะเตรียมแปลที่สวยงามไว้ใส่ด้วย
5. ผู้ที่มีอาวุโสที่สุดหรือผู้ที่บิดามารดาของเด็กนับถือ จะเป็นผู้ประกอบพิธีถวายพระนามของพระเจ้า เจิมหน้าด้วยแป้งและน้ำหอม ป้อนอินทผล่ำหรือน้ำผึ้งและตัดผมชนิดหนึ่งใส่ลงในมะพร้าวอ่อนแล้วส่งให้แขกตัดผมเด็กลงในมะพร้าวใบนั้น เวียนต่อ ๆ ไป จากซ้ายไปส่วหญิง
6. หลังจากแขกเหวี่ยงไปหมดแล้ว จะโกนศีรษะเด็ก รวมผมทั้งหลายใส่ลงในมะพร้าวพอเต็มแล้วนำเอาไปฝังในบริเวณบ้าน ปูลูกดันไม้ไว้ข้างบนเป็นที่หมาย บางคนก็นำไปลอยน้ำ

การทำพิธี^๕ เป็นการทำบุญในครอบครัว หรือจะเชิญคนอื่นมาร่วมด้วยก็ได้ ตามประเพณีมักจะถือเป็นวันประชุมญาติและครอบครัว สำหรับผู้นับถือศาสนาอื่นจะไปร่วมด้วยก็ได้ เป็นการไปแสดงความยินดี ร่วมรับประทานอาหารและสังสรรค์ระหว่างผู้ไปร่วมงาน (ขำเลียง วุฒินันท์ และคนอื่น ๆ 2523 : 31 - 33)

ประเพณีเกี่ยวกับการเกิดต่าง ๆ ที่กล่าวมาเป็นของสมัยโบราณ ปัจจุบันนิยมไปคลอดบุตรที่โรงพยาบาล หรือคลินิก วิธีการก็จะเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ความเชื่อเปลี่ยนแปลงไปด้วย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความเจริญก้าวหน้าทางด้านการแพทย์ในปัจจุบัน แต่ยังมีคนบางกลุ่มยังคงปฏิบัติตามประเพณีอยู่

การปฏิบัติขณะตั้งครรภ์

ในระหว่างการตั้งครรภ์^๕ให้ทำนุบำรุงร่างกายและการตรวจครรภ์ อย่างสม่ำเสมอมีความสำคัญมากต่อการเจริญเติบโตของทารก ในประเทศไทยมีสตรีจำนวนมากที่ไม่เข้าใจ ไม่เห็นความสำคัญของการฝากครรภ์ บางคนมาฝากครรภ์เพียงครั้งเดียวเพื่อเป็นหลักประกันว่าตัวเองมีสถานที่คลอด ไม่สนใจต่อผลการตรวจอื่น ๆ ที่แพทย์ทำไว้ หรือการนัดให้มาติดตามผล ดังนั้นเมื่อมีความผิดปกติและไม่ได้รับการรักษาย่อมเกิดผลเสียต่อทารกในครรภ์ เด็กอาจพิการหรือคลอดก่อนกำหนดหรือตายก็ได้ การฝากครรภ์ก็เช่นกัน ควรมาฝากเมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์ เพราะแพทย์หรือพยาบาลจะได้ตรวจร่างกาย ถ้าพบสิ่งผิดปกติ จะได้ให้การรักษาทันท่วงทีก่อนที่จะเกิดอันตราย นอกจากนั้นเจ้าหน้าที่ยังให้ความรู้ในการดูแลตนเอง การดูแลเด็ก ตลอดจนการเลี้ยงดูบุตรด้วย

การคลอด ส่วนใหญ่โดยเฉพาะในชนบทร้อยละ 80 ยังนิยมคลอดที่บ้านโดยหมอตายะ ซึ่งถ้ามีโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้นก็จะเป็นอันตรายทั้งแม่และเด็ก การนี้กระทรวงสาธารณสุขก็ได้พยายามแก้ไขโดยการอบรมหมอตายะให้ทำการคลอดที่ถูกต้องตามหลักวิชาพอสมควร เพื่อเป็นการลดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ นอกจากนั้นยังได้พยายามกระจายการให้บริการด้านนี้ให้ครอบคลุมมากขึ้น

การดูแลหลังคลอด มีความสำคัญเช่นกัน ระหว่างพักฟื้นในโรงพยาบาล มารดาจะได้รับความรู้ในการดูแลลูก ควรให้ลูกกินนมแม่ เพราะนมแม่มีคุณค่ามากมาย ในขณะที่

เดียวกัน เจ้าหน้าที่จะให้คำแนะนำในด้านยาคุมกำเนิด เพื่อเว้นระยะการมีบุตร และหลังจากกลับบ้านแล้ว แพทย์ก็จะนัดมารดาพร้อมทั้งเด็กมาตรวจประมาณ $1\frac{1}{2}$ - 2 เดือน หลังคลอด เพื่อตรวจร่างกายทั่วไป แนะนำและให้บริการคุมกำเนิดที่ถูกต้องตลอดจนตรวจสุขภาพเด็ก

การตรวจสุขภาพเด็ก จุดประสงค์ของการตรวจสุขภาพเด็กนั้น เพื่อ

1. ตรวจค้นหาความผิดปกติ และให้การรักษาทันท่วงที
2. การดูแลต่อเนื่อง เพื่อติดตามการเจริญเติบโต และพัฒนาการของเด็ก

ให้เป็นไปตามปกติ

3. ให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองในด้านการดูแลเด็ก การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น โภชนาการที่ถูกต้อง และเป็นประโยชน์

4. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของการป้องกันโรค เนื่องจากมีโรคติดต่อร้ายแรงบางชนิด เช่น โรคคอตีบ โปลิโอ บาดทะยัก วัณโรค เป็นต้น สามารถป้องกันได้โดยการให้วัคซีน (กรมอนามัย กองอนามัยครอบครัว สุขภาพดีถ้วนหน้า เมื่อ 2543 : 28)

ในอเมริกาได้มีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างสตรีตั้งครรภ์ที่มารับคำแนะนำในการปฏิบัติตัว โดยเฉพาะในระยะไตรมาสที่ 1 และที่ 2 กับสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการดูแลในระยะตั้งครรภ์ พบว่า สตรีตั้งครรภ์กลุ่มแรกมีสัดส่วนของทารกที่มีสุขภาพดีสูงกว่า สตรีตั้งครรภ์กลุ่มหลัง ซึ่งในสตรีกลุ่มนี้จะมีทารกสุขภาพไม่ดีเป็นส่วนใหญ่ (Rees. 1982 : 1446)

เนตรทราย รุ่งเรืองธรรม และ จริยวัตร กมพักษ์ ได้ทำการศึกษาการเลี้ยงดูเด็กทารกของมารดาในตำบลช้างหล่อ อำเภอบางกอกน้อย ได้พบว่า สตรีที่ตั้งครรภ์ร้อยละ 96.20 ในจำนวนที่ฝากครรภ์ทั้งหมดนี้ ได้ไปตรวจครรภ์ก่อนคลอดอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 80.40 ไปตรวจเป็นบางครั้ง ร้อยละ 12.50 ไปครั้งแรก แล้วไม่ไปตรวจอีกเลย ร้อยละ 7.20 และเมื่อได้เปรียบเทียบการไปฝากครรภ์ของมารดาแล้ว ระดับการศึกษาของมารดาไม่มีความแตกต่างกัน (เนตรทราย รุ่งเรืองธรรม และ จริยวัตร กมพักษ์ 2521 : 21)

เปรียบ ปณณานิช และคนอื่น ๆ ศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติอนามัยแม่และเด็ก ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้วในเมือง และในชนบทของจังหวัดเชียงใหม่ และพบว่า ประชาชนที่อยู่ในเมือง มีความรู้ ทักษะ และด้านการปฏิบัติอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว ถูกต้องกว่ามารดาที่อาศัยอยู่ในชนบท มารดาที่อาศัยอยู่ในเมืองมีความรู้ ความเข้าใจในประโยชน์ของการฝากครรภ์ อาการผิดปกติในระยะตั้งครรภ์ อันตรายที่จะเกิดขึ้นกับบุตร มารดาในเมืองมีความเชื่อที่ถูกต้องในเรื่องการตรวจครรภ์ หรือปรึกษาผู้หาคัดลอกเมื่อมีอาการผิดปกติ และเชื่อว่านมมารดามีประโยชน์กว่านมผสม ส่วนในด้านการปฏิบัติ มารดาที่อาศัยอยู่ในเมืองจะนิยมฝากครรภ์กับแพทย์พยาบาล หรือผดุงครรภ์ เพราะถือว่าเป็นผู้ที่มีความรู้และความชำนาญไว้ใจได้ สำหรับอาหารแสดงในเวลาตั้งครรภ์ จะงคอาหารประเภทของหมักดองและอาหารรสจัด ส่วนมารดาในชนบท ในระยะหลังคลอดยังปฏิบัติตนไม่ถูกต้องในการงคอาหารแสดง มารดาส่วนใหญ่จะงครับประทานอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ที่โบราณห้ามไว้ เพราะเกรงว่าจะเกิดอาการผดผื่นต่าง ๆ (เปรียบ ปณณานิช และคนอื่น ๆ อ้างอิงมาจาก เนตรทราย รุ่งเรืองธรรม 2521 : 19) ความเชื่อของมารดาระหว่างตั้งครรภ์ต่อคำแนะนำของแพทย์ ในการปฏิบัติตัวเกี่ยวข้องกับอาหาร มารดาในระหว่างตั้งครรภ์ ส่วนมารดาที่มีความเชื่อ และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลจำนวนร้อยละ 87.67 ส่วนมารดาที่ไม่เชื่อมีจำนวนน้อย และที่เชื่อว่ามีอาหารแสดง จำนวนร้อยละ 45.67 ซึ่งจำนวนใกล้เคียงกับมารดาที่เชื่อว่าไม่มีอาหารแสดง จำนวนร้อยละ 54.33 (นัฐกาญจน์ ภาวิไล 2521 : 80)

วชิรา กสิโกศล ได้ศึกษาที่อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่ามีจำนวนมารดาไปฝากครรภ์ ร้อยละ 77 และในจำนวนมารดาที่ไปฝากครรภ์ทั้งหมดนั้น ปรากฏว่า ร้อยละ 77.90 ไปฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 21.50 ฝากครรภ์ที่สถานอนามัยชั้น 2 และมีเพียงร้อยละ 0.60 ฝากครรภ์ที่คลินิก จากการศึกษาหาเหตุผลของผู้ไม่ไปฝากครรภ์ พบว่า มีผู้บอกว่าไม่มีความจำเป็นจะฝากครรภ์ ร้อยละ 30.60 และร้อยละ 21.70 บอกว่าไม่เคยฝากมาก่อน เพราะไม่มีเงิน ไม่มีเวลา ส่วนการคลอดบุตร นิยมคลอดที่โรงพยาบาล ร้อยละ 54.0 และร้อยละ 45 คลอดที่บ้าน ร้อยละ 1 คลอดที่คลินิก (วชิรา กสิโกศล 2521 : 31 - 32)

สิ่งที่สำคัญสำหรับมารดาขณะตั้งครรภ์คือ อาหาร คณะอนุกรรมการโภชนาการ มารดา ทารกและเด็กก่อนวัยเรียนได้แนะนำอาหารสำหรับมารดาขณะตั้งครรภ์ และหลังคลอดไว้ดังนี้

อาหารสำหรับมารดาขณะตั้งครรภ์ และหลังคลอด

1. อาหารประเภทเนื้อสัตว์ (รวมปลาด้วย) นม ไข่ ผัก และผลไม้ ควรเพิ่มมากขึ้น
 2. อาหารประเภทแป้งและน้ำตาล ข้าวและขนมหวาน ไม่ควรรับประทานเพิ่ม รับประทานในปริมาณเดียวกันกับก่อนตั้งครรภ์
 3. อาหารประเภทไขมันควรลดลง (ยกเว้นชาวชนบทบางกลุ่มที่ขาดอาหาร ไขมันเป็นประจำอยู่แล้ว ควรพิจารณาเพิ่มให้)
 4. วิตามินและแร่ธาตุต่าง ๆ จะเพิ่มขึ้นถ้ารับประทานอาหารดังกล่าวมาแล้ว แร่ธาตุที่สำคัญที่มักขาดระหว่างตั้งครรภ์ คือ แร่เหล็ก ซึ่งมีมากในอาหารประเภท เนื้อ ตับ
 5. อาหารทุกชนิดที่เคยรับประทานก่อนตั้งครรภ์ ไม่แสดงต่อกรรมสิทธิ์ และได้นำแนะนำอาหารสำหรับหญิงแม่ลูกอ่อนไว้ดังต่อไปนี้
1. อาหารมื้อแรกหลังคลอด ควรเป็นอาหารอ่อน ๆ เช่น ข้าวต้ม หรือ เครื่องดื่มหวาน ๆ ต่อไปก็รับประทานตามปกติ
 2. อาหารประเภทเนื้อสัตว์ นม ไข่ ผัก และผลไม้เพิ่มขึ้นมาก ๆ
 3. อาหารทุกชนิดที่เคยรับประทานก่อนตั้งครรภ์ ไม่แสดงแม่ และทารก
 4. ห้ามเครื่องดื่มและอาหารที่มีแอลกอฮอล์ รวมทั้งยาอดงเหล้า

(คณะกรรมการโภชนาการมารดา ทารก และเด็กก่อนวัยเรียนแห่งชาติ 2525 : 48 - 51)

อาหารสำหรับทารก

แม้ว่าประเทศไทยจะเป็นประเทศที่ผลิตพืชพันธุ์ธัญญาหารได้เพียงพอ และมีเหลือส่งออกนอกประเทศได้ก็ตาม แต่พบว่า ยังมีปัญหาด้านโภชนาการอยู่ โดยเฉพาะการขาด

โปรตีน และแคลอรีในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน หญิงมีครรภ์และหญิงให้นมลูก ทั้งในชนบทและชุมชนแออัดในเมือง จากการสำรวจภาวะโภชนาการทั่วประเทศในปี 2525 พบว่า จากจำนวนเด็กเล็ก 1.5 ล้านคนทั่วประเทศที่สำรวจ 1 ใน 3 ของเด็กเหล่านี้มีภาวะขาดสารอาหารระดับรุนแรง ซึ่งทั้งสองระดับนี้ ถ้าปล่อยไว้อาจถึงตายหรือพิการทั้งทางร่างกายและสมองได้ ทั้งนี้จากการสำรวจพบว่า เด็กในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสภาวะขาดสารอาหารมากที่สุด คือ ร้อยละ 64 นอกจากนี้ สภาวะการขาดสารอาหารดังกล่าวยังพบได้ทั่วไปในชนบทรวมทั้งในชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานครอีกด้วย เพราะพบว่าร้อยละ 40 ของครอบครัวในชุมชนแออัดมีการบริโภคที่ต่ำกว่ามาตรฐาน (เสนาะ อุณกุล 2527 : 15)

ทารกแรกคลอดจากมารดาที่มีสุขภาพและภาวะโภชนาการดี จะมีน้ำหนักโดยเฉลี่ย 3 กิโลกรัม แต่ถ้าแม่ได้อาหารไม่พอเพียงกับที่ร่างกายต้องการในระยะตั้งครรภ์ ทารกจะมีน้ำหนักต่ำกว่านี้ เช่น น้ำหนักเพียง 2.7 กิโลกรัม จนทนต่อสภาพต่าง ๆ ของสิ่งแวดล้อมไม่เท่ากับเด็กทั่วไปและมีโอกาสอยู่รอดได้น้อยกว่า ทารกที่คลอดมาแล้วมีน้ำหนักตัวตามเกณฑ์ปกติ

ความต้องการของพลังงานและโปรตีนในวัยทารกโดยเฉลี่ยจะเป็น 110 - 120 แคลอรี และ 2 - 2.4 กรัม โปรตีนต่อกิโลกรัม น้ำหนักตัวต่อวัน ถ้าทารกได้อาหารพอเพียงกับที่ร่างกายต้องการจะเจริญเติบโตได้ดี มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นคือเป็นสองเท่าของแรกเกิด คือ น้ำหนัก 6 กิโลกรัม เมื่ออายุประมาณ 5 เดือน และหนักเป็น 3 เท่า คือ 9 กิโลกรัม เมื่ออายุประมาณ 12 เดือน จะหนัก 12 กิโลกรัม (4 เท่าของแรกเกิด) เมื่ออายุ 2 ปีเต็ม จากนั้นน้ำหนักจะเพิ่มขึ้นอีกปีละประมาณ 2 กิโลกรัม เช่น เด็กอายุ 5 ปี จะหนักประมาณ 18 กิโลกรัม เป็นต้น

เมื่อทราบน้ำหนักของทารก และเด็กแล้ว จะทำให้ประเมินได้ว่า ทารกหรือเด็กคนนั้นได้อาหารพอเพียงกับที่ร่างกายต้องการหรือไม่ ถ้ามีการเติบโตและน้ำหนักเพิ่มเป็นปกติ ก็แสดงว่าได้รับอาหารพอเพียง (คณะกรรมการโภชนาการมารดา ทารก และเด็กก่อนวัยเรียน แห่งชาติ 2525 : 51)

อาหารสำหรับทารกที่สำคัญที่สุดคือ นมแม่ ซึ่งเป็นอาหารที่มีมาในธรรมชาติ ความสำคัญของการเลี้ยงดูลูกด้วยนมแม่ที่มีผลต่อสุขภาพของทารกได้เป็นที่ตระหนักชัดของ

แพทย์ทั่ว ๆ ไปมานาน นับแต่มีประวัติศาสตร์การแพทย์ ดังจะเห็นได้จากบทความตอนหนึ่งในเรื่อง "โรคเด็กและการรักษาพยาบาล" ซึ่งเขียนโดยศาสตราจารย์นิล โรเซน วอน โรเซนชเตียน (Nils Rosen Von Rosenstein) เมื่อศตวรรษที่ 18 ไว้ว่า "เด็กจะเจริญเติบโตดีควรได้รับอาหารที่ค่อยๆ เพิ่มขึ้น อาหารที่ดีที่สุดของเด็กนั้นก็คือนมแม่ อย่างไรก็ตามไม่ต้องสงสัย ดังนั้นเราจึงพบว่า เด็กที่เจริญเติบโตดี ก็คือเด็กที่ดื่มนมแม่" ในยุโรปตราบถึงศตวรรษนี้ มีประเพณีว่า เด็กทุกคนจะต้องได้รับการเลี้ยงดูจากแม่และเด็กจะดื่มนมแม่จนอายุถึง 2 - 3 ขวบ สภาวะเช่นนี้ก็เช่นเดียวกับประเทศที่กำลังพัฒนาหลายประเทศในปัจจุบัน (พวงทิพย์ โมนุมิตร 2519 : 21 - 29)

การที่ เต็มเจริญ ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่าง ทัศนคติของมารดาต่อการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดากับชนิดของนมที่ใช้เลี้ยงบุตร ในคลินิกสุขภาพเด็กดี ของโรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลเด็ก พบว่า มารดาที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน จะเลือกชนิดนมที่ใช้เลี้ยงบุตรแตกต่างกัน แต่อายุ ภูมิฐานะ อาชีพ เศรษฐกิจ และจำนวนบุตรของมารดาไม่ผลต่อการเลือกใช้นมไม่แตกต่างกัน (การดี เต็มเจริญ 2519 : 43) สมชาย ฤกษ์สุวรรณ ได้ทำการศึกษาวิธีให้นมบุตรของหญิงที่คลอดปกติ ตั้งครรภ์ครบกำหนดในโรงพยาบาลศิริราช ทั้งคนใช้สามัญ และพิเศษ พบว่ามีการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาถึงร้อยละ 86.3 และเมื่อถามเหตุผลในการใช้นมเลี้ยงบุตร มารดาร้อยละ 36.5 บอกว่าสะดวก ร้อยละ 20.6 บอกว่าเพราะยากจน และมีเพียงร้อยละ 16.8 เท่านั้นที่บอกว่านำนมมารดาไม่ประโยชน์ (สมหมาย ฤกษ์สุวรรณ 2523 : 262 - 268) ชาร์ค และคนอื่น ๆ ที่ทำการสำรวจครอบครัวหญิงแม่ลูกอ่อน ตำบลบางชัน อำเภอมโนรมย์ ให้อาหารนอกจากนมมารดาแล้ว ทารกซึ่งมีอายุได้ 3 เดือน ประมาณครึ่งหนึ่งจะได้รับกล้วย ซึ่งบางครั้งอาจบดให้เป็นอาหารเสริม เมื่ออายุเด็กได้ 6 เดือน จะเริ่มให้รับประทาน ปลา ไข่ และผลไม้ สำหรับเด็กบางคนประมาณ 2 ใน 3 หย่านม เมื่ออายุ 18 - 19 เดือน (Hark and others. อ้างอิงมาจาก วณิ ชิตเชิดวงศ์ 2521 : 39)

พ.ญ. เพ็ญศรี กาญจนันท์ ได้ศึกษาและรายงานสถิติการเลี้ยงลูกด้วยน้ำนมแม่ ตามแหล่งต่าง ๆ ของประเทศไทย คือที่แหล่งสลัม กรุงเทพมหานคร บางปะอิน และ

ชนบทในกลุ่มแม่น้ำแม่กลอง ได้พบว่า ในชนบทจริง ๆ คือที่ลุ่มแม่น้ำแม่กลองมีทารกกว่าร้อยละ 95 ได้รับการเลี้ยงด้วยนมแม่ในระยะ 6 เดือนแรก ซึ่งจะพบเช่นนี้ในชนบทอื่น ๆ ของประเทศไทยด้วย ทารกที่มีอายุได้ 1 ปี จะมีตึ๋มนมแม่อยู่ร้อยละ 31 ทารกอายุได้ $1\frac{1}{2}$ ปี จะมีตึ๋มนมแม่อยู่ร้อยละ 45 และจะหย่านมอย่างเด็ดขาดเมื่ออายุประมาณ 2 - $2\frac{1}{2}$ ปี

ที่บางปะอิน พบว่า ทารกร้อยละ 62 ตึ๋มนมแม่จนอายุได้ 6 เดือน และจำนวนนี้จะค่อย ๆ ลดลงเป็นร้อยละ 44 และร้อยละ 42 เมื่อเด็กอายุได้ 1 และ $1\frac{1}{2}$ ปีตามลำดับ และจะมีทารกแค้ร้อยละ 16 ตึ๋มนมแม่จนอายุ 2 ปี

ในแหล่งสลัมของกรุงเทพมหานคร เป็นกลุ่มที่มีปัญหาเรื่องความเป็นอยู่ ภาวะเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม ขาดสุขลักษณะ เมื่อแรกคลอดจะมีทารกร้อยละ 75 ได้รับการเลี้ยงดูด้วยนมแม่ แต่จำนวนจะลดลงไปเป็นร้อยละ 46 เมื่อทารกอายุได้ 4 เดือนและจะเป็นร้อยละ 34 เมื่ออายุได้ 6 เดือน จากนั้นจำนวนเด็กที่ได้นมแม่จะค่อย ๆ ลดลงไปเป็นร้อยละ 26 และร้อยละ 6 เมื่ออายุ 1 และ $1\frac{1}{2}$ ปี ตามลำดับ

เมื่อศึกษาสาเหตุของการที่ไม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่า ร้อยละ 50 ของแม่ที่ไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยตนเอง มีเหตุผลทางสุขภาพแต่มีอีกร้อยละ 50 ที่ไม่เลี้ยงลูกด้วยนมตนเอง เพราะเข้าใจว่านมผสมเหมาะสมกว่า เป็นที่นิยมของคนทั่วไป ซึ่งอาจได้รับอิทธิพลจากเพื่อนบ้าน และการโฆษณาผสม (เพ็ญศรี กาญจนยัตติ อ้างอิงมาจาก ประพุทธ ศิริบุญย์ และทองดี ชัยพานิช 2522 : 2 - 3)

การให้อาหารเสริมแก่ทารก

นอกจากนมแล้ว เมื่อเด็กเติบโตขึ้น ร่างกายจะต้องการอาหารอื่น ๆ มาช่วยด้วย ซึ่งในที่สุด อาหารเสริมต่าง ๆ ในเด็กเล็ก ได้แก่ ข้าว ผัก ผลไม้ เนื้อ ก็จะกลายเป็นอาหารหลักต่อไปในเด็กโต

เกี่ยวกับอาหารเสริมในเด็กนี้ เป็นเรื่องที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละชุมชน จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกา เมื่อ ค.ศ. 1975 พบว่า เด็กส่วนใหญ่จะเริ่มอาหารเสริมในอายุ 2 เดือน ทั้งนี้เพราะสาเหตุ 3 ประการคือ

ประการที่ 1 ในสังคมนี้ทุกคนเริ่มให้อาหารเด็กก่อนในอายุ 2 เดือน

ประการที่ 2 มีบริษัททำอาหารเด็กอ่อนแบบสำเร็จรูปจำหน่ายอย่างแพร่หลาย ทำให้สะดวกในการหาซื้อ

ประการที่ 3 ความเชื่อที่ว่า อาหารหนักจะช่วยให้เด็กนอนหลับตลอดคืน

(ประสพศรี อึ้งถาวร 2526 : 157)

ปัญหาที่พบในการให้อาหารเสริมแก่เด็กเร็วเกินไป

1. อาหารเสริมจะไปทำให้ภูมิคุ้มกันเสียไป และเด็กจะเกิดภูมิต้านทานมากเกินความต้องการ
2. ชนิดของอาหารเสริมมีหลายอย่าง บางอย่างจะมีจำนวนแคลอรีสูงกว่านมเสียอีก ดังนั้นถ้าเลือกอาหารเสริมไม่ดีย่อมเกิดผลเสียคือ เด็กจะกินมากและอ้วนตั้งแต่เล็ก
3. ในเด็กเล็กที่บอกไม่ได้ว่าอิ่มแล้วหรือไม่ การให้อาหารเสริมดูเหมือนจะเป็นการฝืนใจเกินไป และจะได้รับอาหารในปริมาณที่มากเกินไปโดยไม่จำเป็น
4. การให้อาหารเสริมในปริมาณมาก ทำให้เด็กรับประทานอาหารน้อยครั้งลงในแต่ละวัน ในแต่ละครั้งเด็กจะได้รับแคลอรีจากอาหารเป็นจำนวนมาก มีผู้ทำการศึกษาพบว่า การรับประทานครั้งละมาก ๆ จะเป็นผลทำให้มีไขมันชั้นสูงในเลือด และจากการทดลองในหนูพบว่า จะทำให้มีไขมันสะสมมากกว่ากลุ่มที่กินน้อย ๆ และบ่อย ๆ แต่ในเด็กยังไม่มีการศึกษา ซึ่งควรจะระวังไว้ก่อน
5. ในเด็กที่ดื่มนมแม่ การกินนมแม่จะมีเป็นจำนวนมากพอ นั้น ต้องการเวลาและการกระตุ้นจากการดูดนมของลูก การให้อาหารเสริมแก่เด็กในระยะสัปดาห์แรก ๆ หลังคลอด ดังที่พบมากในชนบทของไทยเรานั้น เป็นสาเหตุหนึ่งที่มีผลเสียต่อการเลี้ยงและสร้างน้ำนมแม่ได้

ควรจะให้อาหารเสริมได้เมื่อไร มีผู้แนะนำว่าควรจะเริ่มเมื่อเด็กพร้อมที่จะรับ และเมื่อเด็กสามารถแสดงอาการปฏิเสธอาหารได้ อายุที่เหมาะสมที่เด็กมีความสามารถในการนั่งได้ คอแข็ง บอกความต้องการอาหารได้ด้วยการอ้าปาก และปฏิเสธอาหารด้วยการหันหน้าหนี หรือเอนตัวหนีนั้นคือ อายุประมาณ 5 - 6 เดือน แต่ถ้าเด็กมีความต้องการ

อาหารอื่น ๆ นอกจากนมเร็วกว่าอายุดังกล่าว ก็สามารถให้ได้ แต่ไม่ควรจะให้เร็วกว่าอายุ 3 เดือน เพราะไม่มีความจำเป็นแต่อย่างใด ส่วนการที่จะให้อาหารดังกล่าวช้าเกินไป เด็กอาจจะปฏิเสธอาหารและกินแทนมอย่างเดียวน ทำให้ต้องดื่มนมมากเกินไปทำให้เกิดปัญหาขึ้นได้

(ประสพศรี อังถาวร 2526 : 158 - 159)

อาหารเสริมที่ควรให้ทารก มีดังนี้

- | | | |
|------|--------------|---|
| อายุ | 3 เดือน | ข้าวบดใส่น้ำแกงจืด ผัดเปลี่ยนกับกล้วยสุกครูด |
| | 4 เดือน | ข้าวบดกับไข่แดงต้มสุก ข้าวบดกับตับ สลัดกับข้าวบดกับถั่วต้มเปื่อย |
| | 5 เดือน | เริ่มสลัดด้วยเนื้อปลา และควรเติมผักทอง หรือผักบดด้วย |
| | 6 เดือน | อาหารมื้อหลัก 1 มื้อ ให้กล้วยหรือมะละกอสุกเป็นอาหารว่างอีก 1 มื้อ |
| | 7 เดือน | เริ่มเนื้อสัตว์บดผสมข้าว แหนบปลาหรือตับ และให้ไข่ทั้งฟองได้ |
| | 8 - 9 เดือน | อาหารมื้อหลัก 2 มื้อ |
| | 10 -12 เดือน | อาหารมื้อหลัก 3 มื้อ |

อาหารสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน

เมื่อเด็กพ้นวัยทารก มีอายุเกินหนึ่งขวบขึ้นไป จนถึงอายุประมาณหกขวบ จัดอยู่ในวัยก่อนเรียน ระยะนี้การเจริญเติบโตของร่างกาย และสมองจะช้าลงกว่าในระยะทารก แต่ในระยะแรก ๆ ของวัยนี้ การเจริญเติบโตก็ยังคงเป็นไปค่อนข้างรวดเร็วและค่อยช้าลงเมื่อมีอายุมากขึ้น ดังนั้นเด็กวัยนี้ต้องการอาหารที่มีทั้งจำนวนคุณภาพเพียงพอกับร่างกายต้องการ แต่เด็กวัยนี้มักจะถูกผู้ใหญ่ละเลยหรือมองข้ามไป

สำหรับอาหารที่จะแนะนำเด็กวัยนี้ยากที่จะกำหนดแน่นอนลงไป เพราะจะขึ้นกับความอยากอาหารของเด็กเองเป็นส่วนใหญ่ และจำนวนอาหารที่เด็กรับประทานแต่ละมื้อ

ก็อาจจะมากหรือน้อยกว่ากันได้ อาหารที่ให้ส่วนใหญ่ก็จะประกอบด้วย นม ข้าว ไข่ เนื้อสัตว์ ปลา ถั่ว ผัก และผลไม้ เช่น ขณะที่เป็นการกึ่งเลี้ยงดูเพียงแต่ปริมาณอาหารเพิ่มขึ้นหรืออาหารแทนที่จะบด หรือครูด จะเปลี่ยนมาเป็นสับละเอียด หรือชิ้นเล็ก ๆ เมื่อเด็กโตก็จะใช้ฟันบดเคี้ยวเอง (คณะกรรมการโภชนาการมารดา ทารก และเด็กก่อนวัยเรียนแห่งชาติ 2525 : 55 - 58)

จากการวิจัยของสถาบัน Institute Nutrition of Central America And Panama ทำในหมู่บ้านทางตะวันออกของประเทศกัวเตมาลา พบว่าการให้อาหารเสริมเพียงวันละไม่กี่ร้อยแคลอรีแก่หญิงมีครรภ์ในช่วง 3 เดือนสุดท้ายก่อนคลอดสามารถลดอัตราเด็กแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าปกติได้จากร้อยละ 30 มาเหลือเพียงร้อยละ 4 หรือ 5 เท่านั้น และยังลดอัตราการตายของทารกได้อีกครึ่งหนึ่งด้วย (เจมส์ พี. แกรนท์ 1984 : 26)

รายงานผลการสำรวจการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และนมผงในส่วนต่าง ๆ ของโลกของแพทย์หญิง แอนน์ ฮิลล์ สรุปได้ว่า ทารกที่กินนมทั้งสองชนิด คือนมแม่และนมผงกับทารกที่กินนมผงเพียงอย่างเดียว มีโอกาสเสียชีวิตในวัยทารกเป็น 3 เท่าและ 5 เท่าตามลำดับ (เจมส์ พี. แกรนท์ 1984 : 15)

การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค หมายถึง การให้วัคซีนเข้าไปในร่างกายของคนเรา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็ก ๆ จะโดยวิธีการฉีด หรือรับประทานก็ได้ แล้วร่างกายของคนนั้นก็สร้างภูมิคุ้มกันโรคขึ้นมาทำให้ร่างกายสามารถต่อสู้กับเชื้อโรคได้ แม้จะได้รับเชื้อโรคเข้าไปก็จะไม่เจ็บป่วยด้วยโรคนั้น ๆ การให้วัคซีนแก่เด็กนี้เป็นวิธีการอย่างหนึ่งในการป้องกันโรคติดต่อ ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากรายงานโรคติดต่อของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า แต่ละปีที่ผ่านมา มีเด็กต้องเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อต่าง ๆ เป็นจำนวนหลายหมื่นคน และในจำนวนนี้หลายพันคนต้องเสียชีวิตไปอย่างน่าเสียดาย โรคติดต่อเหล่านี้มีอยู่หลายโรคที่สามารถป้องกันได้ผลเกือบร้อยเปอร์เซ็นต์ โดยการให้

วัคซีนแก่เด็ก ดังนั้นถ้าบิดามารดาหรือผู้ปกครองยอมเสียเวลาเพียงเล็กน้อยเพื่อนำบุตรหลานไปฉีดวัคซีน บุตรก็จะไม่ต้องทนทุกข์ทรมาน หรือเสียชีวิตไปในเวลาอันไม่สมควร

คลอสเน และเคซี่ ได้ศึกษาถึงสาเหตุที่ประชาชนไม่นิยมไปรับวัคซีนป้องกันโปลิโอ ก็เพราะมีสาเหตุสองประการคือ ความพร้อมของประชาชนและอิทธิพลของสังคม ส่วนความพร้อมของประชาชน จะมีส่วนมาจาก แรงจูงใจ หัสนคติ และความเชื่อของแต่ละบุคคล ที่จะทำให้ประชาชนตัดสินใจที่จะไปรับวัคซีน ส่วนอิทธิพลของสังคมนั้น สาเหตุมาจากความกดดันของสังคม อาจมาจากผู้ที่เขานับถือหรือมีความสำคัญต่อเขา เช่น หมอประจำครอบครัว หรือจากความสะทกสะท้านที่ควรจะได้รับ (อ้างอิงมาจาก Rosenstock, Darryberry and Carriger 1959 : 98 - 102)

จากการศึกษาองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการให้ภูมิคุ้มกันแก่เด็ก ในสหรัฐอเมริกา พบว่า ขนาดของครอบครัว อายุของพ่อแม่ ระดับการศึกษาฐานะเศรษฐกิจ ตลอดจนเชื้อชาติ มีส่วนสัมพันธ์กับระดับการให้ภูมิคุ้มกันแก่เด็ก (Markland and Durand 1976 : 168 - 169)

จากผลการวิจัยเรื่อง รายงานเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของเด็ก และเยาวชนด้านสุขภาพอนามัย ของกองวิจัยสังคมศาสตร์ สภาวิจัยแห่งชาติ 2505 พบว่า โครงการฉีดวัคซีน บีซีจี ป้องกันวัณโรค มีผลต่อสุขภาพอนามัยของเด็ก และเยาวชนเป็นอย่างมาก ในปี พ.ศ. 2495 ผู้ป่วยเป็นโรคตาบอดแสงละ 50.70 ในปี พ.ศ. 2505 ลดลงเป็นแสงละ 31.60 ในจำนวนผู้ป่วยด้วยวัณโรค ในปี 2504 พบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี เป็นวัณโรคถึงร้อยละ 61.00 (อนุสรณ์ สุนทรพงศ์ 2522 : 4) ผลจากการสำรวจของกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2518 - 2521 พบว่า เด็กเป็นอัมพาตเนื่องมาจากโรคโปลิโอ ด้วยอัตราส่วน 1.67 ต่อเด็ก 1,000 คน (วารสารโรคติดต่อ 2521 : 9)

การศึกษาของ วชิรา กสิโกศล พบว่า เด็กก่อนวัยเรียน อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ได้รับการฉีดวัคซีน คอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก ร้อยละ 43 และวัคซีนป้องกันโปลิโอ ร้อยละ 27.50 (วชิรา กสิโกศล 2521 : 56 - 57)

จากการศึกษาของ เนตรทราย รุ่งเรืองธรรม และจริยาวัตร คมพยัคฆ์ ที่ตำบล
บ้านช้างหล่อ อำเภอบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร พบว่า ไปรับภูมิคุ้มกันโรคตามแพทย์
นัดร้อยละ 84.8 มารดาไม่ว่าอาชีพใด ระดับการศึกษาใด จะเห็นความสำคัญของวัคซีน
เท่า ๆ กัน (เนตรทราย รุ่งเรืองธรรม และ จริยาวัตร คมพยัคฆ์ 2521 : 4)
เยาวรัตน์ ปรัชญ์ขาม และสันติ ศิริศรี ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ
อนามัยภาวะเจริญพันธุ์ และการวางแผนครอบครัว พบว่า จำนวนบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี
ที่ได้รับการฉีดวัคซีนร้อยละ 78 เป็นบุตรของกลุ่มผู้ใช้วิชาชีพ รองลงมา คือกลุ่มค้าขาย
และผู้ไม่ทำงาน ส่วนกลุ่มเกษตรกรมีส่วนการรับวัคซีนป้องกันโรคต่ำสุด (เยาวรัตน์
ปรัชญ์ขาม และสันติ ศิริศรี 2525 : 20)

องค์การอนามัยโลก ได้เปิดเผยตัวเลขพร้อมแสดงความห่วงใยเกี่ยวกับปัญหา
เด็กเสียชีวิต เนื่องจากการขาดวัคซีนของประเทศต่าง ๆ ในแถบภูมิภาคเอเชียว่า ขณะนี้
มีการเสียชีวิตถึงนาทีละ 10 คน หรือจำนวนร้อยละ 6 ของเด็กที่เกิดใหม่ ต้องเสียชีวิต
เพราะเหตุนี้ ทั้งที่การใช้ยาในการฉีดวัคซีนในเด็กเพียงคนละ 115 บาทเท่านั้น

ดร. อาร์ เอส เซนเคอร์สันเปิดเผยว่าในบรรดาเด็กทั่วโลกจะมีเด็กเพียง
ร้อยละ 44 เท่านั้นที่ได้รับการฉีดวัคซีนอย่างเต็มขั้นตอน โดยเฉพาะในประเทศภูมิภาค
เอเชียและแปซิฟิก กลุ่มประชากรที่เป็นเป้าหมาย ควรได้รับการบริการฉีดวัคซีนก่อนเด็ก
อายุต่ำกว่า 1 ปี และหญิงมีครรภ์เป็นกลุ่มที่สำคัญ กลับได้รับการฉีดวัคซีนต่ำกว่าเป้าหมาย
อยู่มาก จึงเป็นเรื่องที่น่าหนักใจ

ดร. เซนเคอร์สัน ได้เปิดเผยถึงเป้าหมายสำคัญของการฉีดวัคซีนในเด็ก เพื่อ
ลดอัตราการตายในปี 2523 ที่จะเน้นหนักใน 6 โรค คือ วัณโรค คอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก
โปลิโอ และหัด สำหรับในภูมิภาคเอเชีย หากองค์การอนามัยโลกได้สนับสนุนการฉีดวัคซีน
โดยฝ่ายโครงการสาธารณสุขต่าง ๆ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้รับการบริการก่อน (กรมอนามัย
กองอนามัยครอบครัว 2527 : 4)

นายแพทย์วินิจ อัสวเสนา อธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อเปิดเผยว่า ในแต่ละปี
ยังมีเด็กที่ตายด้วยโรคติดต่อที่สามารถป้องกันได้โดยการฉีดวัคซีน เช่น ในปี พ.ศ. 2526

มีผู้ที่ไม่ได้รับการฉีดวัคซีนเป็นโรคถึง 27,000 ราย ตายมากกว่า 200 คน และยังมีอีกจำนวนไม่น้อยที่พิการตลอดชีวิต ซึ่งนับเป็นที่น่าเสียคามากหากผู้ปกครองได้ร่วมมือและเอาใจใส่ นำเด็กไปรับการฉีดวัคซีนป้องกันตามหน่วยบริการสาธารณสุข เด็กก็จะปลอดภัยจากโรค

นายแพทย์วินิจ อัสวเสนา ได้ชี้แจงอีกว่า เด็กที่ฉีดวัคซีนแล้วร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันโรคขึ้น ๆ ได้ แม้จะได้รับเชื้อโรคเข้าไปก็จะไม่เกิดโรค ส่วนวัคซีนป้องกันวัณโรคให้กับเด็กแรกเกิดให้ไม่มีอันตราย ถ้าเด็กไม่ได้รับการฉีดเมื่อแรกเกิด ให้รีบนำไปฉีดโดยเร็ว ส่วนเด็กที่อายุตั้งแต่ 2 เดือนขึ้นไป ควรนำไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก และโปลิโอ ให้ครบ 3 ครั้ง โดยห่างกันครั้งละ 1 - 2 เดือน หากครั้งที่ 2 - 3 ไม่ได้ นำเด็กไปฉีดวัคซีนตามกำหนด ด้วยสาเหตุใดก็ตามให้รีบนำเด็กไปฉีดทันทีที่นึกขึ้นได้ และเมื่อเด็กอายุ 9 - 12 เดือน ให้นำไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัด ซึ่งฉีดครั้งเดียวจะป้องกันได้ตลอดชีวิต (กรมอนามัย กองอนามัยครอบครัว มิถุนายน 2527 : 3)

การได้รับภูมิคุ้มกันโรคเป็นสิ่งที่สำคัญยิ่งในการป้องกันโรคสำหรับเด็ก โดยเฉพาะช่วงอายุ 2 - 6 เดือนแรก (Janice Selekman. 1980 : 1441) ดังนั้นทารกจำเป็นต้องได้รับการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคอีก สำหรับทารกที่ได้รับนมมารคาก็ควรจะได้รับภูมิคุ้มกันโรคเช่นเดียวกับทารกที่ได้รับนมผสมด้วย การให้ภูมิคุ้มกันโรคก็เพื่อป้องกันโรค 6 โรค คือ วัณโรค คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอ และหัด (Jean Francois Chre'tien. 1983 : 16 - 17)

จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวมาแล้วข้างต้น พอที่จะสรุปได้ว่ามารดาที่มีความเชื่อเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กอย่างไร ย่อมปฏิบัติตามความเชื่อของตน ในการปฏิบัติจะแตกต่างกันไปตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ภาวะเศรษฐกิจ ประเพณี ตลอดจนศาสนาของบุคคลนั้น ๆ ความเชื่อจะมีทั้งถูกและผิด ซึ่งพอที่จะเป็นแนวทางในการตั้งสมมุติฐานในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ดังนี้

สมมติฐานการศึกษา

1. มารดาไทยพุทธและไทยมุสลิมมีความเชื่อในการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกัน
2. มารดาไทยพุทธและไทยมุสลิมที่มีช่วงอายุเดียวกัน และช่วงอายุแตกต่างกัน มีความเชื่อในการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกัน แยกสมมติฐานย่อยดังนี้
 - 2.1 มารดาไทยพุทธที่มีช่วงอายุแตกต่างกันมีความเชื่อในการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกัน
 - 2.2 มารดาไทยมุสลิมที่มีช่วงอายุแตกต่างกัน มีความเชื่อในการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกัน
 - 2.3 มารดาไทยพุทธและไทยมุสลิมที่มีช่วงอายุเดียวกัน มีความเชื่อในการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกัน
3. มารดาไทยพุทธและไทยมุสลิมที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีความเชื่อในการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกัน
4. มารดาไทยพุทธและไทยมุสลิมที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความเชื่อในการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกัน
5. มารดาไทยพุทธและไทยมุสลิม ที่มีฐานะเศรษฐกิจครอบครัวแตกต่างกัน มีความเชื่อในการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกัน

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ได้แบ่งวิธีดำเนินการศึกษาออกเป็นขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. กลุ่มตัวอย่าง และวิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ที่เป็นมารดาที่มีบุตรอยู่ในวัยก่อนเรียน ในตำบลที่สุ่มเป็นตัวอย่างในจังหวัดปัตตานี ซึ่งเป็นไทยพุทธและไทยมุสลิม จำนวน 16,496 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้คือ มารดาที่มีบุตรอยู่ในวัยก่อนเรียน ทั้งไทยพุทธ และไทยมุสลิม ในจังหวัดปัตตานี จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 378 คน โดยวิธีการสุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

1. การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งเป็นกลุ่ม (Cluster Random Sampling)
โดยการแบ่งประชากรที่จะศึกษาออกเป็นกลุ่มย่อย ๆ โดยใช้ห้องที่ทางภูมิศาสตร์เป็นหลัก (Area Sampling)

กลุ่มที่แบ่งได้ มี 3 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1

- อำเภอยะหริ่ง
- อำเภอปะนาเระ
- อำเภอสาบบุรี

กลุ่มที่ 2

- อำเภอหนองจิก
- อำเภอเมือง
- อำเภอโคกโพธิ์

กลุ่มที่ 3

- อำเภอยะรัง
- อำเภอมายอ

2. ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้น (Multi - Stage Sampling) ออก
จากแต่ละกลุ่มดังนี้

2.1 Random Sampling เอาอำเภอออกจากกลุ่มใหญ่กลุ่มละ 1 อำเภอ
ฉะนั้นอำเภอที่เป็นตัวอย่าง คือ

- อำเภอปะนาเระ
- อำเภอเมือง
- อำเภอมายอ

2.2 Random Sampling ตำบลออกจากอำเภอ อำเภอละ 2 ตำบล
ฉะนั้นตำบลที่เป็นตัวอย่าง คือ

- | | | | |
|--------------|---------|---------------|--------------------|
| อำเภอปะนาเระ | สุ่มได้ | - ตำบลท่าช้าง | - ตำบลควน |
| อำเภอเมือง | สุ่มได้ | - ตำบลบุยุต | - ตำบลกะมิยอ |
| อำเภอมายอ | สุ่มได้ | - ตำบลมายอ | , - ตำบลลูโบะยี่ไร |

ขนาดตัวอย่าง

- | | | |
|-----------------|--|-----------|
| 1. อำเภอปะนาเระ | มีมารดาที่มีบุตรอยู่ในวัยก่อนเรียนประมาณ | 4,006 คน |
| 2. อำเภอเมือง | มีมารดาที่มีบุตรอยู่ในวัยก่อนเรียนประมาณ | 8,511 คน |
| 3. อำเภอมายอ | มีมารดาที่มีบุตรอยู่ในวัยก่อนเรียนประมาณ | 4,429 คน |
| | รวม | 16,946 คน |

(การสำรวจสัมมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2523)

คิดขนาดตัวอย่างตามแบบของ KREJCIE AND MORGAN (KREJCIE AND MORGAN 1970 : 608)

ฉะนั้นจะได้ขนาดตัวอย่าง 375 คน เมื่อแบ่งตามตำบลที่สุ่มเป็นตัวอย่างจะได้ขนาดตัวอย่างดังต่อไปนี้

1. ตำบลท่าข้าม และตำบลควน ได้ขนาดตัวอย่าง 125 คน
2. ตำบลปยุต และตำบลกะมียอ ได้ขนาดตัวอย่าง 125 คน
3. ตำบลมายอและตำบลลูโบะยี่ไร ได้ขนาดตัวอย่าง 125 คน

จำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่มตำบล แยกเป็นไทยพุทธและไทยมุสลิม ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 1 ขนาดตัวอย่างของแต่ละตำบล แยกตามศาสนา

ตำบล	ไทยพุทธ	ไทยมุสลิม	รวม
ท่าข้ามและควน (อ. ปะนาเระ)	63	63	126
ปยุตและกะมียอ (อ. เมือง)	63	63	126
มายอและลูโบะยี่ไร (อ. มายอ)	63	63	126
รวม	189	189	378

จากจำนวนตัวอย่างในตารางข้างบนนำไปเก็บข้อมูล โดยแยกจำนวนมารดาที่มีบุตรในวัยก่อนเรียนในแต่ละกลุ่มตำบล ออกเป็น 2 กลุ่ม โดยยึดเอาศาสนาเป็นหลัก และใช้การสุ่มอย่างง่าย โดยวิธีจับสลากจากแต่ละกลุ่มตามจำนวนที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามวัดความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยพุทธและไทยมุสลิม ในจังหวัดปัตตานี แบ่งออกเป็น 2 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลรายละเอียดของผู้ตอบแบบสอบถาม ตามตัวแปรอิสระที่ต้องการจะศึกษา ได้แก่ ศาสนา อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ฐานะเศรษฐกิจของครอบครัว

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กของมารดา โดยยึดหลักการสร้างตามแบบของ Likert Scale การวัดแบบนี้เริ่มด้วยการรวบรวมหรือการเรียบเรียงข้อมูลเกี่ยวกับความเชื่อที่จะศึกษา โดยให้ผู้ตอบ แสดงความรู้สึกว่าอยู่ในระดับใดใน 5 ระดับ จากเห็นด้วยมากที่สุด จนถึงเห็นด้วยน้อยที่สุด (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และคนอื่น ๆ 2526 : 77)

เกณฑ์การให้คะแนนของเครื่องมือ

การกำหนดน้ำหนักแต่ละตัวเลือกโดยใช้วิธี Arbitrary Weighting Method วิธีนี้คือกำหนดให้แต่ละตัวเลือกมีน้ำหนักเป็น 5 4 3 2 และ 1

ถ้าข้อความที่กล่าวถึงสิ่งนั้น ๆ ในทางที่ดี (ทางบวก) ถ้าตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งจะได้คะแนน 5 4 3 2 และ 1 ตามลำดับ

และถ้าข้อความที่กล่าวถึงสิ่งนั้น ๆ ในทางที่ไม่ดี (ทางลบ) ถ้าตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จะได้คะแนนเป็น 1 2 3 4 และ 5 ตามลำดับ (อ้างอิงมาจาก พวงรัตน์ หวีรัตน์ และคิลก ศิลกานนท์ 2526 : 25)

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือและหาคุณภาพของเครื่องมือ

สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นเป็นเครื่องมือ ซึ่งมีอยู่ 2 ตอนด้วยกัน คือ

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับรายละเอียดส่วนตัวของมารดา โดยครอบคลุมตัวแปรที่จะศึกษา

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความเชื่อของมารดา ในเรื่องการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ขั้นตอนในการสร้างมีดังนี้

2.1 ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตัวของมารดาขณะตั้งครรภ์ การคลอด หลังคลอด การปฏิบัติกับทารกแรกเกิด การให้อาหาร รวมทั้งอาหารเสริม การให้ภูมิคุ้มกันโรค การดูแลสุขภาพเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี รวมทั้งศึกษาประเพณีที่ปฏิบัติกันต่อ ๆ มา ในการเลี้ยงดูและการดูแลสุขภาพเด็กของมารดาไทยพุทธและไทยมุสลิม

2.2 สร้างแบบสอบถามให้ได้เนื้อหาเพียงพอที่จะใช้สอบถาม ให้ครอบคลุมสิ่งต่าง ๆ ที่ต้องการจะวัดโดยครบถ้วน

2.3 นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิในด้านสุขภาพ และการอนามัยแม่และเด็ก ได้ตรวจสอบเนื้อหา ตลอดจนภาษาที่ใช้

2.4 นำเอาข้อความที่ตรวจสอบแล้วไปทดลองกับผู้ที่เป็นมารดาที่มีบุตรในวัยก่อนเรียนที่มีใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน กลุ่มมารดาที่ใช้ทดลองครั้งนี้เป็นกลุ่มมารดาไทยพุทธและไทยมุสลิม ในตำบลชะบารัง อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี

2.5 นำคะแนนที่ได้มาตรวจสอบค่าอำนาจจำแนก โดยแบ่งกลุ่มคนออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่มีความเห็นสูงกับกลุ่มที่มีความเห็นต่ำ การแบ่งเป็นกลุ่มสูง และกลุ่มต่ำ ใช้เทคนิค 25% ของ เอ็ดเวิร์ด (Edwards) คือนำ 25% ของคน ทั้งหมดที่มีความเห็นสูงสุดเป็นกลุ่มสูง และนำ 25% ของคนทั้งหมดที่มีความเห็นต่ำสุดมาเป็นกลุ่มต่ำ เมื่อเป็นเช่นนี้จะได้คะแนนเฉลี่ยความเห็นทั้งสองกลุ่มแตกต่างกัน

สูตรในการหาค่าอำนาจจำแนกใช้ t - test

$$t = \frac{\bar{X}_H - \bar{X}_L}{\sqrt{\frac{S_H^2}{n_H} + \frac{S_L^2}{n_L}}}$$

ค่า t ที่ได้จะเป็นค่าอำนาจจำแนกของข้อความนั้น ๆ เกณฑ์ที่ใช้เลือกค่า t ตั้งแต่ 1.75 ขึ้นไป (Edwards. 1957 : 152) จากแบบสอบถามทั้งหมด 90 ข้อ ได้ข้อที่มีอำนาจจำแนก 1.75 ขึ้นไป จำนวน 50 ข้อ ดูค่าอำนาจจำแนกในภาคผนวก

2.6 ตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่น โดยการรวบรวมข้อความที่มีค่าอำนาจจำแนกที่อยู่ในเกณฑ์ที่ใช้ได้เข้าด้วยกัน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้วิธีของครอนบาค คือหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha - Coefficient) ซึ่งมีสูตรดังนี้

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \cdot \left(1 - \frac{\sum s_i^2}{S_t^2} \right)$$

เกณฑ์ในการพิจารณาค่าความเชื่อมั่นถ้ามีค่าความเชื่อมั่น .6 ขึ้นไป ถือว่าใช้ได้ แต่ถ้าค่าเข้าใกล้ 1 ถือว่ามีความเชื่อมั่นสูง (Cronbach. 1970 : 161)

จากแบบสอบถามที่นำไปทดลองนี้ เมื่อทดสอบค่าความเชื่อมั่นแล้ว ได้ค่าความเชื่อมั่น .97 และให้ปรับปรุงแก้ไขแบบทดสอบเพื่อความเหมาะสมอีกครั้ง และนำไปรวบรวมข้อมูลกับมารดาไทยพุทธและมารดาไทยมุสลิมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล

เนื่องจากการคาไทยมุสลิมในจังหวัดปัตตานีส่วนมากจะพูดภาษายาวีมากกว่าภาษาไทย ฉะนั้นจึงจำเป็นต้องมีผู้ช่วยวิจัยที่มีความสามารถในการพูดภาษายาวีได้เป็นอย่างดีช่วยในการเก็บข้อมูล

การดำเนินการครั้งนี้ได้จัดให้ผู้ช่วยวิจัย จำนวน 6 คน ช่วยในการเก็บข้อมูล ก่อนดำเนินการให้อธิบายขั้นตอนการเก็บข้อมูล ตลอดจนอธิบายให้เข้าใจในแบบสอบถามแต่ละข้อให้แจ่มแจ้ง

เมื่อนำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูล ได้ไปสำรวจจำนวนมารดาที่มีบุตรก่อนวัยเรียน ในตำบลที่ตกเป็นกลุ่มตัวอย่างจากเจ้าหน้าที่อนามัยในตำบลนั้น ๆ โดยยึดเอาบ้านเลขที่เป็นหลัก และใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากออกมาให้ครบจำนวนที่ต้องการคือ มารดาไทยพุทธ 63 คน และมารดาไทยมุสลิม 63 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. จากแบบสอบถามที่ได้รับคำตอบ ผู้วิจัยจะนำมาตรวจสอบดูความเรียบร้อยของการตอบอีกครั้ง
2. ผู้วิจัยตรวจให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อของแบบสอบถามแต่ละชุด ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ครบทุกฉบับ
3. แยกบันทึกข้อมูลออกเป็นกลุ่มตามตัวแปรอิสระ
4. คำนวณค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความแปรปรวนของข้อมูลแต่ละด้านของแต่ละกลุ่มตามตัวแปรอิสระ เพื่อพิจารณาผลวิจัย และทดสอบสมมุติฐานที่ตั้งไว้
5. ในการทดสอบสมมุติฐานเกี่ยวกับค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกัน ผู้วิจัยจะใช้สถิติ $t - test$ ทดสอบที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยใช้สูตรของเฟอร์กูสัน (Ferguson. 1981 : 182)

6. เมื่อทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเกิน 2 กลุ่ม ผู้วิจัยใช้ F - Test โดยใช้สูตรของวินเนอร์ (Winer. 1971 : 185 - 196)

7. ในกรณีที่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ผู้วิจัยจะทำการทดสอบรายคู่ต่อด้วยวิธีของ Scheffe' (S-Method) (อ้างอิงมาจาก พวงรัตน์ ทวีรัตน์ และ คีลิก คีลิกานนท์ 2526 : 28)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การหาค่าเฉลี่ยโดยใช้สูตรของเพอร์กูสัน

$$\bar{X} = \frac{\Sigma X}{N}$$

เมื่อ $\bar{X}$ แทน ค่าเฉลี่ย
 ΣX แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
 N แทน จำนวนคน

(Ferguson. 1981 : 49)

2. ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยใช้สูตรของเพอร์กูสัน

$$S = \sqrt{\frac{N\Sigma X^2 - (\Sigma X)^2}{N(N-1)}}$$

เมื่อ S แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
 ΣX^2 แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
 $(\Sigma X)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
 N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

(Ferguson. 1981 : 68)

3. การทดสอบหาค่าอำนาจจำแนกโดยใช้สูตรของเอคเวอร์ต

$$t = \frac{\bar{X}_H - \bar{X}_L}{\sqrt{\frac{s_H^2}{n_H} + \frac{s_L^2}{n_L}}}$$

เมื่อ	$\bar{X}_H$	แทน คะแนนเฉลี่ยความเห็นของกลุ่มสูง
	$\bar{X}_L$	แทน คะแนนเฉลี่ยความเห็นของกลุ่มต่ำ
	s_H^2	แทน ความแปรปรวนของการกระจายคะแนนในกลุ่มสูง
	s_L^2	แทน ความแปรปรวนของการกระจายคะแนนในกลุ่มต่ำ
	n_H	แทน จำนวนคนที่เลือกมาจากกลุ่มคะแนนสูง
	n_L	แทน จำนวนคนที่เลือกมาจากกลุ่มคะแนนต่ำ

(Edwards. 1957 : 152)

4. การทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรของคอนบาร์ค

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \cdot \left(1 - \frac{\sum s_i^2}{s_t^2} \right)$$

เมื่อ	α	แทน ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
	k	แทน จำนวนข้อของแบบสอบถาม
	s_t^2	แทน ความแปรปรวนของคะแนนรวมของแบบสอบถามทั้งฉบับ
	$\sum s_i^2$	แทน ผลรวมของค่าความแปรปรวนของคะแนนของแบบสอบถามแต่ละข้อ

(Cronbach. 1970 : 161)

5. ทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระ
จากกัน ใช้สูตรของเพอร์กูสัน

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2}}} \quad df = \frac{\left(\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2} \right)^2}{\frac{\left(\frac{s_1^2}{n_1} \right)^2}{n_1 - 1} + \frac{\left(\frac{s_2^2}{n_2} \right)^2}{n_2 - 1}}$$

เมื่อ	t	แทน ค่าที่ใช้พิจารณาใน t - distribution
	$\bar{x}_1, \bar{x}_2$	แทน ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม
	s_1^2, s_2^2	แทน ค่าความแปรปรวนของคะแนนของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม
	n_1, n_2	แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม
	df	แทน ชั้นแห่งความเป็นอิสระ

(Ferguson. 1981 : 182)

6. ทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเกิน 2 กลุ่ม ใช้สูตร
ของวินเนอร์

$$F = \frac{MS_A}{MS_W}$$

เมื่อ	F	แทน ค่าที่ใช้พิจารณาใน F - distribution
	MS_A	แทน ค่า Mean Square ระหว่างกลุ่ม
	MS_W	แทน ค่า Mean Square ภายในกลุ่ม

(Winer. 1971 : 185 - 196)

7. ในกรณีที่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ใช้ทดสอบรายคู่ด้วยวิธี
S - Method ของ Scheffe' มีสูตรดังนี้

$$\sqrt{MS_W \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} + \dots + \frac{1}{n_k} \right)} \cdot \sqrt{(K - 1) F_{\alpha, K - 1, n - k}}$$

(อ้างอิงมาจาก พวงรัตน์ ทวีรัตน์ และ ดิลก ศิลกานนท์ 2526 : 28)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน t - distribution
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน F - distribution
SS	แทน	Sum of Square
MS	แทน	Mean Square
df	แทน	Degree of Freedom

การทดสอบรายคู่ด้วยวิธี S - Method ของ Scheffe

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน

ตอนที่ 1 แสดงค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยพุทธ และมารดาไทยมุสลิม

ตอนที่ 2 1. ทดสอบความแตกต่างของความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนระหว่างมารดาไทยพุทธกับมารดาไทยมุสลิม

2. ทดสอบความแตกต่างของความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนระหว่างมารดาไทยพุทธกับมารดาไทยมุสลิม ที่มีอายุอยู่ในช่วงเดียวกัน และช่วงอายุแตกต่างกัน

3. ทดสอบความแตกต่างของความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนระหว่างมารดาไทยพุทธกับมารดาไทยมุสลิมที่มีอาชีพแตกต่างกัน

4. ทดสอบความแตกต่างของความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนระหว่างมารดาไทยพุทธกับมารดาไทยมุสลิมที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน

5. ทดสอบความแตกต่างของความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนระหว่างมารดาไทยพุทธกับมารดาไทยมุสลิมที่มีฐานะเศรษฐกิจครอบครัวแตกต่างกัน

ตอนที่ 1 แสดงค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยพุทธและมารดาไทยมุสลิม

ตาราง 2 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยพุทธ

ตัวแปร	N	ค่าร้อยละ	$\bar{X}$	S
ความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน	189	50.00	3.895	.283

จากตาราง 2 แสดงให้เห็นว่าค่าความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยพุทธ มีคะแนนเฉลี่ย 3.895 ซึ่งหมายความว่า มารดาไทยพุทธด้านการดูแลสุขภาพเด็ก อยู่ในระดับปานกลาง

ตาราง 3 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยมุสลิม

ตัวแปร	N	ค่าร้อยละ	$\bar{X}$	S
ความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน	189	50.00	3.669	.349

จากตาราง 3 แสดงให้เห็นว่าค่าความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยมุสลิม มีคะแนนเฉลี่ย 3.669 ซึ่งหมายความว่า มารดาไทยมุสลิมมีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กอยู่ในระดับปานกลาง

ตอนที่ 2

1. ทดสอบความแตกต่างของความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนระหว่างมารดาไทยพุทธกับมารดาไทยมุสลิม

ตาราง 4 เปรียบเทียบความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนระหว่างมารดาไทยพุทธกับมารดาไทยมุสลิม

ตัวแปร	N	ค่าร้อยละ	$\bar{X}$	S	t
มารดาไทยพุทธ	189	50.00	3.895	.283	18.7433**
มารดาไทยมุสลิม	189	50.00	3.665	.349	

จากตาราง 4 แสดงให้เห็นว่ามารดาไทยพุทธและไทยมุสลิมมีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 18.7433$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานการศึกษาข้อ 1 กล่าวคือ มารดาไทยพุทธมีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กที่ถูกถูกต้องกว่ามารดาไทยมุสลิม

2. ทดสอบความแตกต่างของความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนระหว่างมารดาไทยพุทธกับมารดาไทยมุสลิม ที่มีอายุอยู่ในช่วงเดียวกัน และช่วงอายุแตกต่างกัน

2.1 เปรียบเทียบความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยพุทธที่มีอายุแตกต่างกัน

ตาราง 5 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยพุทธที่มีอายุแตกต่างกัน

อายุ	N	ค่าร้อยละ	ความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน	
			$\bar{X}$	S
15 - 25 ปี	50	26.4450	3.8562	.2291
26 - 35 ปี	108	57.1428	3.9202	.2878
36 ปีขึ้นไป	31	16.4021	3.8832	.3164

จากตาราง 5 แสดงให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยพุทธที่มีอายุแตกต่างกัน 3 กลุ่ม คือกลุ่มอายุ 15 - 25 ปี กลุ่มอายุ 26 - 35 ปี และกลุ่มอายุ 36 ปีขึ้นไป มีลักษณะดังนี้ กลุ่มอายุ 26 - 35 ปี มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.9202$, $S = .2878$) กลุ่มอายุ 36 ปีขึ้นไปมีคะแนนเฉลี่ยสูงรองลงมา ($\bar{X} = 3.8832$, $S = .3164$) และกลุ่มอายุ 15 - 25 ปี มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 3.8562$, $S = .2291$)

เมื่อนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนเกี่ยวกับความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยพุทธที่มีอายุอยู่ในช่วงที่แตกต่างกัน ปรากฏผลดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 6 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยพุทธที่มีอายุแตกต่างกัน

แหล่งของความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	.1470	.07354	.9475
ภายในกลุ่ม	186	14.3599	.07762	
รวม	188	14.5070		

จากตาราง 6 แสดงว่ามารดาไทยพุทธที่มีอายุแตกต่างกันมีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนไม่แตกต่างกันซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานการศึกษาข้อ 2.1

2.2 เปรียบเทียบความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยมุสลิม ที่มีอายุแตกต่างกัน

ตาราง 7 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความเชื่อมั่นด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยมุสลิม ที่มีอายุแตกต่างกัน

อายุ	N	ค่าร้อยละ	ความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน	
			$\bar{X}$	S
15 - 25 ปี	79	41.7989	3.6776	.3330
26 - 35 ปี	69	36.5079	3.6994	.3640
36 ปีขึ้นไป	41	21.6931	3.5517	.3580

จากตาราง 7 แสดงให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยมุสลิมที่มีอายุแตกต่างกัน 3 กลุ่ม คือ กลุ่มอายุ 15 - 25 ปี กลุ่มอายุ 26 - 35 ปี และกลุ่มอายุ 36 ปีขึ้นไป มีลักษณะดังนี้คือ กลุ่มอายุ 26 - 35 ปี มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.6994$, $S = .3640$) กลุ่มอายุ 15 - 25 ปี มีคะแนนเฉลี่ยรองลงมา ($\bar{X} = 3.6776$, $S = .3330$) และกลุ่มอายุ 36 ปีขึ้นไปมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 3.5517$, $S = .3580$)

เมื่อนำเอาไปวิเคราะห์ความแปรปรวนเกี่ยวกับความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยมุสลิมที่มีอายุอยู่ในช่วงที่ต่างกัน ปรากฏผลดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 8 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็ก
ก่อนวัยเรียนของมารดาไทยมุสลิมที่มีอายุแตกต่างกัน

แหล่งของความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	.6123	.3061	2.5000
ภายในกลุ่ม	187	22.9028	.1224	
รวม	189	23.5151		

จากตาราง 8 แสดงให้เห็นว่ามารดาไทยมุสลิมที่มีอายุแตกต่างกันมีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยข้อ 2.2

2.3 เปรียบเทียบความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนระหว่าง
มารดาไทยพุทธกับมารดาไทยมุสลิม ที่มีอายุอยู่ในช่วงอายุเดียวกัน

ตาราง 9 เปรียบเทียบความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนระหว่างมารดาไทยพุทธ
กับมารดาไทยมุสลิม ที่มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 15 - 25 ปี

อายุ 15 - 25 ปี	N	$\bar{X}$	S	t
มารดาไทยพุทธ	50	3.8562	.0525	3.6174**
มารดาไทยมุสลิม	79	3.6776	.1109	

จากตาราง 9 แสดงให้เห็นว่ามารดาไทยพุทธและไทยมุสลิมที่มีอายุอยู่ในช่วงอายุ
ระหว่าง 15 - 25 ปี มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ .01 ($t = 3.6174$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยข้อ 2.3 กล่าวคือ
มารดาไทยพุทธมีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กถูกต้องกว่ามารดาไทยมุสลิม

ตาราง 10 เปรียบเทียบความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนระหว่างมารดาไทยพุทธกับมารดาไทยมุสลิม ที่มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 26 - 35 ปี

อายุ 26 - 35 ปี	N	$\bar{X}$	S	t
มารดาไทยพุทธ	108	3.9202	.0828	4.2544**
มารดาไทยมุสลิม	69	3.6994	.1325	

จากตาราง 10 แสดงให้เห็นว่ามารดาไทยพุทธและไทยมุสลิม ที่มีอายุอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 26 - 35 ปี มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 4.2544$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการศึกษาข้อ 2.3 โดยที่มารดาไทยพุทธมีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กได้ถูกต้องกว่ามารดาไทยมุสลิม

ตาราง 11 เปรียบเทียบความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนระหว่างมารดาไทยพุทธกับมารดาไทยมุสลิม ที่มีอายุตั้งแต่ 36 ปีขึ้นไป

อายุ 36 ปีขึ้นไป	N	$\bar{X}$	S	t
มารดาไทยพุทธ	31	3.8832	.1001	4.1578**
มารดาไทยมุสลิม	41	3.5517	.1282	

จากตาราง 11 แสดงให้เห็นว่ามารดาไทยพุทธและมารดาไทยมุสลิมที่มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 36 ปีขึ้นไป มีความเชื่อในการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 4.1578$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการศึกษาข้อ 2.3 โดยที่มารดาไทยพุทธมีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กที่ถูกต้องกว่ามารดาไทยมุสลิม

3. ทดสอบความแตกต่างความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนระหว่าง
มารดาไทยพุทธกับมารดาไทยมุสลิม ที่มีอาชีพแตกต่างกัน

3.1 เปรียบเทียบความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดา
ไทยพุทธที่มีอาชีพแตกต่างกัน

ตาราง 12 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของ
มารดาไทยพุทธ ที่มีอาชีพแตกต่างกัน

อาชีพ	N	ค่าร้อยละ	ความเชื่อในการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน	
			$\bar{X}$	S
รับราชการ	54	28.7234	4.0444	.2486
เกษตรกร	50	26.4550	3.8060	.2111
รับจ้าง	36	19.1469	3.8022	.3252
แม่บ้าน	33	17.0212	3.9118	.2813
ค้าขาย	16	8.5106	3.8850	.2497

จากตาราง 12 แสดงให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อน
วัยเรียนของมารดาไทยพุทธที่มีอาชีพแตกต่างกัน 5 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีอาชีพค้าขาย รับราชการ
เกษตรกร รับจ้าง และแม่บ้าน นั้น มีลักษณะดังต่อไปนี้ กลุ่มที่มีอาชีพรับราชการมีคะแนนเฉลี่ยสูง
สุด ($\bar{X} = 4.0444$, $S = .2486$) อาชีพแม่บ้าน มีคะแนนเฉลี่ยสูงรองลงมา ($\bar{X} =$
 3.9118 , $S = .2813$) อาชีพค้าขาย มีคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X} = 3.8850$, $S = .2497$)
อาชีพเกษตรกร มีคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X} = 3.8060$, $S = .2111$) และ อาชีพรับจ้าง
มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 3.8022$, $S = .3252$)

เมื่อนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนเกี่ยวกับความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อน
วัยเรียนของมารดาไทยพุทธ ที่มีอาชีพแตกต่างกัน ปรากฏผลดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 13 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความเชื่อถือนำการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยพุทธที่มีอาชีพแตกต่างกัน

แหล่งของความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	4	1.9547	.4886	7.1245**
ภายในกลุ่ม	184	12.5523	.0685	
รวม	188	14.5070		

จากตาราง 13 แสดงให้เห็นว่ามารดาไทยพุทธ ที่มีอาชีพแตกต่างกันมีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = 7.1245$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการศึกษาข้อ 3 แสดงว่า มารดาไทยพุทธที่มีอาชีพแตกต่างกันดูใดคนหนึ่ง ใน 5 กลุ่ม มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกัน จึงทดสอบต่อไปโดยใช้ *S - Method* ของ *Scheffe* เป็นสถิติในการทดสอบ ดังปรากฏผลต่อไปนี้

ตาราง 14 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อถือนำการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยพุทธ ที่มีอาชีพแตกต่างกันเป็นรายคู่

อาชีพ		รับจ้าง	เกษตรกร	ค้าขาย	แม่บ้าน	รับราชการ
	$\bar{X}$	3.8022	3.8060	3.8550	3.9118	4.0444
รับจ้าง	3.8022	-	.0037	.0527	.1165	.2422**
เกษตรกร	3.8060		-	.0490	.1127	.2384**
ค้าขาย	3.8550			-	.0637	.1894
แม่บ้าน	3.9118				-	.1256
ข้าราชการ	4.0444					-

จากการาง 14 แสดงให้เห็นว่ามารคาไทยพุทธกลุ่มที่มีอาชีพเกษตร มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็ก แตกต่างจากกลุ่มที่มีอาชีพรับราชการอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 และกลุ่มที่มีอาชีพรับจ้างมีความเชื่อในการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างจากกลุ่มที่มีอาชีพรับราชการอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 คู่อื่น ๆ นอกจากนี้ มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กไม่แตกต่างกัน

3.2 เปรียบเทียบความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารคาไทยมุสลิม ที่มีอาชีพแตกต่างกัน

การาง 15 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารคาไทยมุสลิมที่มีอาชีพแตกต่างกัน

อาชีพ	N	ค่าร้อยละ	ความเชื่อในการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน	
			เ	ส
เกษตร	77	40.7407	3.6342	.3590
ค้าขาย	47	24.8677	3.6640	.3170
รับจ้าง	30	15.8730	3.5500	.3825
แม่บ้าน	24	12.6984	3.7558	.3566
รับราชการ	11	5.8201	3.8666	.2660

จากการาง 15 แสดงให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารคาไทยมุสลิมที่มีอาชีพแตกต่างกัน 5 กลุ่มอาชีพคือ กลุ่มอาชีพค้าขาย รับราชการ เกษตร รับจ้าง และ แม่บ้าน มีลักษณะดังต่อไปนี้ กลุ่มที่มีอาชีพรับราชการ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.8666$, $S = .2660$) อาชีพแม่บ้าน มีคะแนนเฉลี่ยสูงรองลงมา ($\bar{X} = 3.7558$, $S = .3566$) อาชีพค้าขายมีคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X} = 3.6640$, $S = .3170$) อาชีพเกษตร มีคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X} = 3.6342$, $S = .3590$) และอาชีพรับจ้างมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 3.5500$, $S = .3825$)

เมื่อนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนเกี่ยวกับความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยมุสลิม ที่มีอาชีพแตกต่างกันปรากฏผลดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 16 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยมุสลิมที่มีอาชีพแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	4	1.1471	.2867	2.3718
ภายในกลุ่ม	184	22.3680	.1209	
	188	23.5151		

จากตาราง 16 แสดงให้เห็นว่ามารดาไทยมุสลิมที่มีอาชีพแตกต่างกันมีความเชื่อด้านการดูแลเด็กไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานการศึกษาคำที่ 3

3.3 เปรียบเทียบความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนระหว่างมารดาไทยพุทธและมารดาไทยมุสลิมที่มีอาชีพเดียวกัน

ตาราง 17 เปรียบเทียบความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนระหว่างมารดาไทยพุทธกับมารดาไทยมุสลิม ที่มีอาชีพค้าขาย

ค้าขาย	N	$\bar{X}$	S	t
มารดาไทยพุทธ	16	3.8550	.0623	2.4578**
มารดาไทยมุสลิม	47	3.6640	.1004	

จากตาราง 17 แสดงให้เห็นว่ามารดาไทยพุทธและมารดาไทยมุสลิม ที่มีอาชีพค้าขาย มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 2.4578$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานการศึกษาข้อ 3 กล่าวคือ มารดาไทยพุทธมีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กที่ถูกต้องกว่ามารดาไทยมุสลิม

ตาราง 18 เปรียบเทียบความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนระหว่างมารดาไทยพุทธกับมารดาไทยมุสลิมที่มีอาชีพรับราชการ

รับราชการ	N	$\bar{X}$	S	t
มารดาไทยพุทธ	54	4.0444	.0618	2.1182*
มารดาไทยมุสลิม	11	3.8666	.0679	

จากตาราง 18 แสดงให้เห็นว่ามารดาไทยพุทธและมารดาไทยมุสลิมที่มีอาชีพรับราชการ เช่นเดียวกัน มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.1182$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานการศึกษาข้อ 3 กล่าวคือ มารดาไทยพุทธมีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็ก ได้ถูกต้องกว่ามารดาไทยมุสลิม

ตาราง 19 เปรียบเทียบความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนระหว่างมารดาไทยพุทธกับมารดาไทยมุสลิมที่มีอาชีพเกษตรกร

เกษตรกร	N	$\bar{X}$	S	t
มารดาไทยพุทธ	50	3.8060	.0445	3.3900**
มารดาไทยมุสลิม	77	3.6342	.1289	

จากตาราง 19 แสดงให้เห็นว่ามารดาไทยพุทธและไทยมุสลิมที่มีอาชีพเกษตรกรเช่นเดียวกันมีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 3.3900$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานการศึกษาข้อ 3 กล่าวคือ มารดาไทยพุทธมีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กได้ถูกต้องกว่ามารดาไทยมุสลิม

ตาราง 20 เปรียบเทียบความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนระหว่างมารดาไทยพุทธกับมารดาไทยมุสลิมที่มีอาชีพรับจ้าง

รับจ้าง	N	$\bar{X}$	S	t
มารดาไทยพุทธ	36	3.8022	.1057	2.8522**
มารดาไทยมุสลิม	30	3.5500	.1463	

จากตาราง 20 แสดงให้เห็นว่ามารดาไทยพุทธและมารดาไทยมุสลิมที่มีอาชีพรับจ้างเช่นเดียวกันมีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 2.8522$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานการศึกษาข้อ 3 โดยที่มารดาไทยพุทธมีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กได้ถูกต้องกว่ามารดาไทยมุสลิม

ตาราง 21 เปรียบเทียบความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนระหว่างมารดาไทยพุทธกับมารดาไทยมุสลิมที่มีอาชีพแม่บ้าน

แม่บ้าน	N	$\bar{X}$	S	t
มารดาไทยพุทธ	33	3.9187	.0790	1.8477*
มารดาไทยมุสลิม	24	3.7558	.1276	

จากตาราง 21 แสดงให้เห็นว่ามารดาไทยพุทธและมารดาไทยมุสลิมที่มีอาชีพแม่บ้าน เช่นเดียวกัน มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 1.8477$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการศึกษาข้อ 3 กล่าวคือมารดาไทยพุทธ มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กได้ถูกต้องกว่ามารดาไทยมุสลิม

4. ทดสอบความแตกต่างความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนระหว่างมารดาไทยพุทธกับไทยมุสลิมที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน

4.1 เปรียบเทียบความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยพุทธที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน

ตาราง 22 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยพุทธที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน

ระดับการศึกษา	N	ค่าร้อยละ	ความเชื่อในการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน	
			$\bar{X}$	S
ไม่สำเร็จชั้นประถมศึกษา	23	12.1693	3.8060	.3168
สำเร็จชั้นประถมศึกษา	87	46.0317	3.8220	.2576
สำเร็จชั้นมัธยมศึกษา	53	28.0423	3.9098	.1981
สำเร็จชั้นอุดมศึกษา	26	13.7566	4.2000	.2488

จากตาราง 22 แสดงให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยพุทธที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน 4 กลุ่ม คือกลุ่มที่ไม่สำเร็จชั้นประถมศึกษา สำเร็จชั้นประถมศึกษา สำเร็จชั้นมัธยมศึกษา และสำเร็จชั้นอุดมศึกษาขึ้นไป นั้นมีลักษณะดังต่อไปนี้คือ กลุ่มที่สำเร็จชั้นอุดมศึกษาขึ้นไปมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.2000$, $S = .2488$) กลุ่มที่สำเร็จชั้นมัศึกษามีคะแนนเฉลี่ยสูงรองลงมา ($\bar{X} = 3.9098$, $S = .1981$) กลุ่มสำเร็จชั้นประถมศึกษามีคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X} = 3.8220$, $S = .2576$)

และกลุ่มที่ไม่สำเร็จชั้นประถมศึกษาที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 3.8060$ $S = .3168$)

เมื่อนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนเกี่ยวกับความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยพุทธที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน ปรากฏผลดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 23 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยพุทธ ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน

แหล่งของความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	3.0683	1.0227	16.5351**
ภายในกลุ่ม	185	11.4386	.0621	
รวม	188	14.5070		

** $P < .01$ ($F = 3.91$)

จากตาราง 23 แสดงให้เห็นว่ามารดาไทยพุทธที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = 16.5351$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการศึกษาข้อ 4 แสดงว่ามารดาไทยพุทธที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน คู่ใดคู่หนึ่งใน 4 กลุ่ม มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกัน จึงทดสอบต่อไปโดยใช้ S - Method ของ Scheffe เป็นสถิติในการทดสอบ ดังปรากฏผลต่อไปนี้

ตาราง 24 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน
ของมารดาไทยพุทธ ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันเป็นรายคู่

ระดับการศึกษา		ไม่สำเร็จชั้น ประถมศึกษา	สำเร็จชั้น ประถมศึกษา	สำเร็จชั้น มัธยมศึกษา	สำเร็จชั้น อุดมศึกษา
	$\bar{X}$	3.8060	3.8220	3.9098	4.2000
ไม่สำเร็จชั้นประถมศึกษา	3.8060	-	.0160	.1037	.3939**
สำเร็จชั้นประถมศึกษา	3.8220		-	.0877	.3779**
สำเร็จชั้นมัธยมศึกษา	3.9098			-	.2907**
สำเร็จชั้นอุดมศึกษา	4.2000				

** $P < .01$

จากตาราง 24 แสดงให้เห็นว่ามารดาไทยพุทธ กลุ่มที่สำเร็จชั้นอุดมศึกษามีความเชื่อ
ด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างจากกลุ่มที่ไม่สำเร็จชั้นประถมศึกษา กลุ่มสำเร็จชั้นประถมศึกษา
และกลุ่มสำเร็จชั้นมัธยมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 คู่อื่น ๆ นอกจากนั้นมีความเชื่อไม่แตกต่างกัน

4.2 เปรียบเทียบความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทย
มุสลิมที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน

ตาราง 25 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของ
มารดาไทยมุสลิมที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน

ระดับการศึกษา	N	ค่าร้อยละ	ความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน	
			$\bar{X}$	S
ไม่สำเร็จชั้นประถมศึกษา	68	35.9788	3.5847	.3841
สำเร็จชั้นประถมศึกษา	95	50.2645	3.6715	.3224
สำเร็จชั้นมัธยมศึกษา	14	7.4074	3.8600	.2830
สำเร็จชั้นอุดมศึกษา	12	6.3492	3.3750	.3908

จากตาราง 25 แสดงให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยมุสลิมที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน 4 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ไม่สำเร็จชั้นประถมศึกษา สำเร็จชั้นประถมศึกษา สำเร็จชั้นมัธยมศึกษา และสำเร็จชั้นอุดมศึกษาขึ้นไปนั้นมีลักษณะดังต่อไปนี้ คือ กลุ่มสำเร็จชั้นมัศึกษามีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 3.8600$, $s = .2830$) กลุ่มสำเร็จชั้นประถมศึกษาคะแนนเฉลี่ยรองลงมา ($\bar{x} = 3.6715$, $s = .3224$) กลุ่มไม่สำเร็จชั้นประถมศึกษาที่มีคะแนนเฉลี่ย และกลุ่มสำเร็จชั้นอุดมศึกษาขึ้นไปมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x} = 3.3750$, $s = .3908$)

เมื่อนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนเกี่ยวกับความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยมุสลิมที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน ปรากฏผลดังต่อไปนี้คือ

ตาราง 26 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยมุสลิมที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	ss	ms	F
ระหว่างกลุ่ม	3	1.0253	.3417	2.8266*
ภายในกลุ่ม	185	22.4898	.1209	
รวม	188	23.5151		

* $P < .05$ ($F = 2.67$)

จากตาราง 26 แสดงให้เห็นว่ามารดาไทยมุสลิมที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 2.8266$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานการศึกษาข้อ 4 แสดงว่ามารดาไทยมุสลิมที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันคู่ใดหนึ่งใน 4 กลุ่ม มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกัน จึงทดสอบต่อไปโดยใช้ s - Method ของ Scheffe เป็นสถิติในการทดสอบ ปรากฏผลดังต่อไปนี้

ตาราง 27 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน
ของมารดาไทยมุสลิมที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันเป็นรายคู่

ระดับการศึกษา		สำเร็จชั้น มัธยมศึกษา	สำเร็จชั้น อุดมศึกษา	สำเร็จชั้น ประถมศึกษา	ไม่สำเร็จชั้น ประถมศึกษา
	$\bar{x}$	3.8600	3.7350	3.6715	3.5847
สำเร็จชั้นมัธยมศึกษา	3.8600	-	.1250	.1884	.2752*
สำเร็จชั้นอุดมศึกษา	3.7350		-	.0634	.1502
สำเร็จชั้นประถมศึกษา	3.6715			-	.0868
ไม่สำเร็จชั้นประถมศึกษา	3.5847				-

* $P < .05$

จากตาราง 27 แสดงให้เห็นว่ามารดาไทยมุสลิม กลุ่มที่สำเร็จชั้นมัธยมศึกษา มีความเชื่อ
ด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างจากกลุ่มไม่สำเร็จชั้นประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ .05 คู่อื่น ๆ นอกจากนี้มีความเชื่อไม่แตกต่างกัน

4.3 เปรียบเทียบความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนระหว่างมารดาไทย
พุทธกับมารดาไทยมุสลิมที่มีระดับการศึกษาเดียวกัน

ตาราง 28 เปรียบเทียบความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนระหว่างมารดาไทยพุทธ
กับมารดาไทยมุสลิมที่ไม่สำเร็จชั้นประถมศึกษา

ไม่สำเร็จชั้นประถมศึกษา	N	$\bar{x}$	S	t
มารดาไทยพุทธ	23	3.8060	.1003	2.7386**
มารดาไทยมุสลิม	68	3.584	.1040	

จากตาราง 28 แสดงให้เห็นว่ามารดาไทยพุทธ และมารดาไทยมุสลิม ที่มีระดับการศึกษาในชั้นไม่สำเร็จชั้นประถมศึกษา เช่นเดียวกันมีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 2.7386$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการศึกษา ข้อ 4 โดยที่มารดาไทยพุทธมีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กที่ถูกต้องกว่ามารดาไทยมุสลิม

ตาราง 29 เปรียบเทียบความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ระหว่างมารดาไทยพุทธกับมารดาไทยมุสลิมที่สำเร็จชั้นประถมศึกษา

สำเร็จชั้นประถมศึกษา	N	$\bar{X}$	S	t
มารดาไทยพุทธ	87	3.8220	.0663	3.4950**
มารดาไทยมุสลิม	95	3.6715	.1040	

จากตาราง 29 แสดงให้เห็นว่ามารดาไทยพุทธและมารดาไทยมุสลิม ที่มีการศึกษาในชั้นสำเร็จชั้นประถมศึกษา เช่นเดียวกันมีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 3.4950$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการศึกษา ข้อ 4 โดยที่มารดาไทยพุทธมีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กได้ถูกต้องกว่ามารดาไทยมุสลิม

ตาราง 30 เปรียบเทียบความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ระหว่างมารดาไทยพุทธกับมารดาไทยมุสลิมที่สำเร็จชั้นมัธยมศึกษา

สำเร็จชั้นมัธยมศึกษา	N	$\bar{X}$	S	t
มารดาไทยพุทธ	53	3.9098	.0392	.6195
มารดาไทยมุสลิม	14	3.8600	.0801	

จากตาราง 30 แสดงให้เห็นว่ามารดาไทยพุทธ และมารดาไทยมุสลิมที่สำเร็จชั้นมัธยมศึกษา เช่นเดียวกันมีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการศึกษา ข้อ 4

ตาราง 31 เปรียบเทียบความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ระหว่างมารดาไทยพุทธกับมารดาไทยมุสลิมที่สำเร็จชั้นอุดมศึกษา

สำเร็จชั้นอุดมศึกษา	N	$\bar{x}$	S	t
มารดาไทยพุทธ	26	4.2000	.0616	3.7829 **
มารดาไทยมุสลิม	12	3.7350	.1527	

จากตาราง 31 แสดงให้เห็นว่ามารดาไทยพุทธ และมารดาไทยมุสลิม ที่สำเร็จชั้นอุดมศึกษา เช่นเดียวกันมีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 3.7829$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการศึกษา ข้อ 4 โดยที่มารดาไทยพุทธมีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กได้ถูกต้องกว่ามารดาไทยมุสลิม

5. ทดสอบความแตกต่างความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ระหว่างมารดาไทยพุทธกับมารดาไทยมุสลิมที่มีฐานะเศรษฐกิจครอบครัวแตกต่างกัน

5.1 เปรียบเทียบความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยพุทธที่มีฐานะเศรษฐกิจครอบครัวแตกต่างกัน

ตาราง 32 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของ
มารดาไทยพุทธ ที่มีฐานะเศรษฐกิจครอบครัวแตกต่างกัน

ฐานะเศรษฐกิจของครอบครัว	N	ค่าร้อยละ	ความเชื่อในการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน	
			$\bar{X}$	S
ฐานะเศรษฐกิจต่ำ	113	59.5744	3.8198	.2403
ฐานะเศรษฐกิจปานกลาง	57	30.3191	3.9575	.2790
ฐานะเศรษฐกิจสูง	19	10.1063	4.1715	.2816

จากตาราง 32 แสดงให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยพุทธที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีฐานะเศรษฐกิจต่ำ ฐานะเศรษฐกิจปานกลาง และฐานะเศรษฐกิจสูง มีลักษณะดังต่อไปนี้คือ กลุ่มที่มีฐานะเศรษฐกิจสูงมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.1715$, $S = .2816$) กลุ่มฐานะเศรษฐกิจปานกลางมีคะแนนเฉลี่ยรองลงมา ($\bar{X} = 3.9575$, $S = .2790$) และกลุ่มที่มีฐานะเศรษฐกิจต่ำมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 3.8198$, $S = .2403$)

เมื่อนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนเกี่ยวกับความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยพุทธที่มีฐานะเศรษฐกิจแตกต่างกัน ปรากฏผลตามตารางต่อไปนี้

ตาราง 33 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยพุทธที่มีฐานะเศรษฐกิจครอบครัวแตกต่างกัน

แหล่งของความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	2.3085	1.1542	17.5054**
ภายในกลุ่ม	186	12.1985	.0659	
รวม	188	14.5070		

** $P < .01$ ($F = 3.00$)

จากตาราง 33 แสดงให้เห็นว่ามารดาไทยพุทธที่มีฐานะเศรษฐกิจครอบครัวแตกต่างกัน มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = 17.5054$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการศึกษาข้อ 5 แสดงว่ามารดาไทยพุทธที่มีฐานะเศรษฐกิจครอบครัวแตกต่างกันคู่ใดหนึ่งใน 3 กลุ่ม มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกัน จึงทดสอบต่อไปโดยใช้ s - Method ของ Scheffe' เป็นสถิติในการทดสอบ ปรากฏผลดังต่อไปนี้

ตาราง 34 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยพุทธที่มีฐานะเศรษฐกิจครอบครัวแตกต่างกันเป็นรายคู่

ฐานะเศรษฐกิจของครอบครัว	$\bar{x}$	ฐานะเศรษฐกิจต่ำ	ฐานะเศรษฐกิจปานกลาง	ฐานะเศรษฐกิจสูง
		3.8198	3.9575	4.1715
ฐานะเศรษฐกิจต่ำ	3.8198	-	.1377**	.35175**
ฐานะเศรษฐกิจปานกลาง	3.9575		-	.2140**
ฐานะเศรษฐกิจสูง	4.1715			-

** $P < .01$

จากตาราง 34 แสดงให้เห็นว่ามารดาไทยพุทธกลุ่มที่มีฐานะเศรษฐกิจสูงมีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างจากกลุ่มที่มีฐานะเศรษฐกิจปานกลาง และกลุ่มที่มีฐานะเศรษฐกิจต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับ .01 และกลุ่มฐานะเศรษฐกิจปานกลางมีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างจากกลุ่มที่มีฐานะเศรษฐกิจต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับ .01

5.2 เปรียบเทียบความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยมุสลิมที่มีฐานะเศรษฐกิจครอบครัวแตกต่างกัน

ตาราง 35 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของ
มารดาไทยมุสลิมที่มีฐานะเศรษฐกิจรอบครัวแตกต่างกัน

ฐานะเศรษฐกิจของครอบครัว	N	ค่าร้อยละ	ความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน	
			$\bar{X}$	S
ฐานะเศรษฐกิจต่ำ	117	61.9047	3.6438	.3522
ฐานะเศรษฐกิจปานกลาง	56	29.6296	3.6975	.3622
ฐานะเศรษฐกิจสูง	16	8.4656	3.6287	.3325

จากตาราง 35 แสดงให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยมุสลิมที่มีฐานะเศรษฐกิจรอบครัวแตกต่างกัน 3 กลุ่ม คือกลุ่มฐานะเศรษฐกิจต่ำ ฐานะเศรษฐกิจปานกลาง และฐานะเศรษฐกิจสูงนั้น มีลักษณะดังต่อไปนี้ คือกลุ่มที่มีฐานะเศรษฐกิจปานกลางมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.6975, S = .3622$) กลุ่มที่มีฐานะเศรษฐกิจต่ำมีคะแนนเฉลี่ยสูงรองลงมา ($\bar{X} = 3.6438, S = .3522$) และกลุ่มที่มีฐานะเศรษฐกิจสูงมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 3.6287, S = .3325$)

เมื่อนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนเกี่ยวกับความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยมุสลิมที่มีฐานะเศรษฐกิจแตกต่างกัน ปรากฏผลตามตารางต่อไปนี้

ตาราง 36 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยมุสลิมที่มีฐานะเศรษฐกิจรอบครัวแตกต่างกัน

แหล่งของความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	.1247	.0623	.4988
ภายในกลุ่ม	186	23.3904	.1259	
รวม	188	23.5151		

จากตาราง 36 แสดงให้เห็นว่ามารดาไทยมุสลิมที่มีฐานะเศรษฐกิจรอบครัวแตกต่างก็มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กไม่แตกต่างกัน

5.3 เปรียบเทียบความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนระหว่างมารดาไทยพุทธ กับมารดาไทยมุสลิมที่มีฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวในระดับเดียวกัน

ตาราง 37 เปรียบเทียบความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนระหว่างมารดาไทยพุทธ กับมารดาไทยมุสลิมที่มีฐานะเศรษฐกิจต่ำ

ฐานะเศรษฐกิจต่ำ	N	$\bar{x}$	S	t
มารดาไทยพุทธ	113	3.8198	.0577	4.4463**
มารดาไทยมุสลิม	117	3.6438	.1240	

จากตาราง 37 แสดงให้เห็นว่ามารดาไทยพุทธและมารดาไทยมุสลิมที่มีฐานะเศรษฐกิจต่ำเช่นเดียวกันมีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 4.4463$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานการศึกษาข้อ 5 โดยที่มารดาไทยพุทธมีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กถูกต้องกว่ามารดาไทยมุสลิม

ตาราง 38 เปรียบเทียบความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนระหว่างมารดาไทยพุทธ กับมารดาไทยมุสลิมที่มีฐานะเศรษฐกิจปานกลาง

ฐานะเศรษฐกิจปานกลาง	N	$\bar{x}$	S	t
มารดาไทยพุทธ	57	3.9575	.0778	4.2669**
มารดาไทยมุสลิม	56	3.6975	.1312	

จากตาราง 38 แสดงให้เห็นว่ามารดาไทยพุทธและมารดาไทยมุสลิมที่มีฐานะเศรษฐกิจปานกลางเช่นเดียวกันมีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 4.2669$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานการศึกษาข้อ 5 กล่าวคือ มารดาไทยพุทธมีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กถูกต้องกว่ามารดาไทยมุสลิม

ตาราง 39 เปรียบเทียบความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนระหว่างมารดาไทยพุทธ และมารดาไทยมุสลิมที่มีฐานะเศรษฐกิจสูง

ฐานะเศรษฐกิจสูง	N	$\bar{X}$	S	t
มารดาไทยพุทธ	19	4.1715	.0793	5.5898**
มารดาไทยมุสลิม	16	3.6287	.1106	

จากตาราง 39 แสดงให้เห็นว่ามารดาไทยพุทธและมารดาไทยมุสลิมที่มีฐานะเศรษฐกิจสูงเช่นเดียวกันมีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 5.5898$) โดยที่มารดาไทยพุทธมีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กถูกต้องกว่ามารดาไทยมุสลิม และสอดคล้องกับสมมุติฐานการศึกษาข้อ 5

สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

จุดมุ่งหมายของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาความเชื่อของมารดาไทยพุทธและไทยมุสลิม ในเรื่องการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ในจังหวัดปัตตานี
2. เพื่อเปรียบเทียบความเชื่อของมารดาไทยพุทธและไทยมุสลิม ในเรื่องการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ในจังหวัดปัตตานี ตามตัวแปรต่าง ๆ ดังต่อไปนี้
 - 2.1 ศาสนา
 - 2.2 อายุ
 - 2.3 อาชีพ
 - 2.4 ระดับการศึกษา
 - 2.5 ฐานะเศรษฐกิจของครอบครัว

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้สำหรับการศึกษาค้างนี้คือ มารดาที่มีบุตรอยู่ในวัยก่อนเรียนที่เป็นไทยพุทธและไทยมุสลิมในจังหวัดปัตตานี จำนวน 375 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบแบ่งเป็นกลุ่มโดยใช้ห้องที่ทางภูมิศาสตร์เป็นหลัก

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ เป็นแบบสอบถามวัดความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยพุทธและไทยมุสลิม ในจังหวัดปัตตานี แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลรายละเอียดของผู้ตอบแบบสอบถาม ตามตัวแปรอิสระที่ต้องการจะศึกษาได้แก่ ศาสนา อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ฐานะเศรษฐกิจของ

ครอบครัว จำนวนบุตรของครอบครัว

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กของมารดาโดยยึดหลักการสร้างตามแบบของ Likert Scale มีระดับการวัด 5 ระดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. หาค่าสถิติพื้นฐานความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยพุทธและไทยมุสลิมในจังหวัดปัตตานีตามตัวแปรแต่ละประเภท
2. ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยใช้การทดสอบค่าที (t - test)
3. ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่ม โดยใช้วิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบมี 1 ตัวประกอบ (One - way Analysis of Variance)
4. เมื่อ F - test มีนัยสำคัญจึงเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธี S - Method ของ Scheffe

สรุปผลการศึกษา

1. มารดาไทยพุทธและไทยมุสลิมมีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
2. มารดาไทยพุทธที่มีอายุแตกต่างกันมีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนไม่แตกต่างกัน ส่วนมารดาไทยมุสลิมที่มีอายุแตกต่างกันมีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกัน แต่เมื่อเปรียบเทียบความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยพุทธและไทยมุสลิมที่มีอายุอยู่ในช่วงเดียวกันแล้วพบว่า มารดาที่มีอายุน้อย (15 - 25 ปี) มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มารดาที่มีอายุปานกลาง (26 - 35 ปี) มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมารดาที่มีอายุมาก (36 ปีขึ้นไป) มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. มารดาไทยพุทธที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งกลุ่มที่มีอาชีพรับราชการมีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างจากกลุ่มที่มีอาชีพเกษตรกร และกลุ่มที่มีอาชีพรับจ้าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนกลุ่มอื่น ๆ ไม่มีความแตกต่างกัน

มารดาไทยมุสลิมที่มีอาชีพแตกต่างกันมีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กไม่แตกต่างกัน

ผลเปรียบเทียบความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยพุทธและไทยมุสลิมที่มีอาชีพค้าขายเช่นเดียวกัน พบว่า มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อาชีพรับราชการ พบว่า มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 อาชีพเกษตรกร พบว่า มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 อาชีพรับจ้าง พบว่า มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 และอาชีพแม่บ้าน พบว่า มีความเชื่อแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

4. มารดาไทยพุทธที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กลุ่มมารดาไทยพุทธที่สำเร็จชั้นอุดมศึกษามีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างจากกลุ่มที่ไม่สำเร็จชั้นประถมศึกษา กลุ่มสำเร็จชั้นประถมศึกษาและกลุ่มสำเร็จชั้นมัธยมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 กลุ่มอื่น ๆ นอกจากนี้มีความเชื่อไม่แตกต่างกัน

มารดาไทยมุสลิมที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 คือกลุ่มที่สำเร็จชั้นมัธยมศึกษา มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างจากกลุ่มไม่สำเร็จชั้นประถมศึกษา ส่วนกลุ่มอื่น ๆ มีความเชื่อไม่แตกต่างกัน

ผลเปรียบเทียบความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยพุทธและไทยมุสลิม พบว่า มารดาไทยพุทธ มารดาไทยมุสลิมที่มีระดับการศึกษาเท่ากัน คือไม่สำเร็จชั้นประถมศึกษา มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กลุ่มที่สำเร็จชั้นประถมศึกษา มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ .01 กลุ่มสำเร็จชั้นอุดมศึกษา มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และกลุ่มสำเร็จชั้นมัธยมศึกษา มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กไม่แตกต่างกัน

5. มารดาไทยพุทธที่มีฐานะเศรษฐกิจแตกต่างกัน มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มารดาไทยพุทธที่มีฐานะเศรษฐกิจสูงมีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างจากกลุ่มที่มีฐานะเศรษฐกิจปานกลาง และกลุ่มที่มีฐานะเศรษฐกิจต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนกลุ่มฐานะเศรษฐกิจปานกลาง มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างจากกลุ่มที่มีฐานะเศรษฐกิจต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

มารดาไทยมุสลิมที่มีฐานะเศรษฐกิจแตกต่างกัน มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนไม่แตกต่างกัน

ผลเปรียบเทียบความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนระหว่างมารดาไทยพุทธกับมารดาไทยมุสลิมที่มีฐานะเศรษฐกิจครอบครัวยู่ในระดับเดียวกัน พบว่า มารดาไทยพุทธและมารดาไทยมุสลิมที่มีฐานะเศรษฐกิจต่ำ มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และฐานะเศรษฐกิจปานกลาง มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และฐานะเศรษฐกิจสูงมีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผล

1. จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มารดาไทยพุทธและมารดาไทยมุสลิม มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนแตกต่างกัน ในความแตกต่างกันเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่า มาจากการอบรมเลี้ยงดู ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรมและศาสนาที่มีบทบาทต่อการปฏิบัติเอาไว้ ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการศึกษาข้อ 1 และสอดคล้องกับการศึกษาของ เชียร์ส ซึ่งได้ศึกษาความเชื่อ แบบแผนของการอบรมเลี้ยงดูเด็กที่มีผลต่อสุขภาพ โดยศึกษามารดาในมลรัฐนิวอิงแลนด์ พบว่า ความเชื่อ แบบแผนของการอบรมเลี้ยงดูเด็กแตกต่างไปตามศาสนา

วัฒนธรรม ฐานะเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งขนบธรรมเนียมของแต่ละครอบครัว (Sears. 1957 : 11) จากการศึกษาของ เบญจา ยอดคำเนิน และคนอื่น ๆ พบว่า วัฒนธรรม และขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นตัวกำหนดแนวความคิดและความเชื่อเกี่ยวกับอาหารหรือ บริโภคนิสัยที่ประชาชนปฏิบัติอยู่ ซึ่งการกระทำเหล่านั้นมีผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคลเป็น อย่างมาก (เบญจา ยอดคำเนิน และคนอื่น ๆ 2523 : 112) จากการศึกษาของ เกษมสุข พบว่า ครอบครัวที่นับถือศาสนาอิสลาม มีขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม และ ความเชื่อแตกต่างกัน จะมีวิธีอบรมเลี้ยงดูบุตรแตกต่างกันไปตามความเชื่อที่ตนได้รับการ ถ่ายทอดมา ที่เป็นเด่นชัดคือการแต่งกาย บ้านเรือนที่อยู่อาศัย การรับประทานอาหาร และ การอบรมสั่งสอน ดังนั้นครอบครัวที่นับถือศาสนาอิสลามกับครอบครัวที่นับถือศาสนาพุทธจึงมี ความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียนแตกต่างกัน (เกษมสุข เจริญศักดิ์ 2521 : 63)

2. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มารดาไทยพุทธที่มีอายุแตกต่างกัน มีความเชื่อด้าน การดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนไม่แตกต่างกันในเรื่องความเชื่อของบุคคล เป็นสิ่งที่เปลี่ยน ได้ยาก นอกจากจะมีแรงจูงใจหรือเห็นว่าเป็นสิ่งจำเป็น จึงจะยอมรับสิ่งใหม่ ๆ เข้ามา ฉะนั้นจะพบว่า เมื่ออายุมากความเชื่อจะเปลี่ยนได้ยาก ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานการศึกษา ข้อ 2.1 และพบว่า มารดาไทยมุสลิมที่มีอายุแตกต่างกันมีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็ก ก่อนวัยเรียนไม่แตกต่างกัน และไม่เป็นไปตามสมมุติฐานการศึกษาข้อ 2.2 แต่ขัดแย้งทฤษฎี พัฒนาการทางการคิดของ เพียเจต์ และอัลเฮลเดอร์ ซึ่งได้กล่าวไว้ว่า เด็กที่มีอายุมากมี ความคิดให้เหตุผลตามหลักการสูงกว่าเด็กอายุน้อย แต่ได้ให้ข้อคิดไว้ว่า องค์ประกอบที่เป็น ตัวแปรสำคัญเกี่ยวกับพัฒนาการด้านสติปัญญาขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 3 ประการ คือ วุฒิภาวะ ประสพการณ์ และการถ่ายทอดทางวัฒนธรรม องค์ประกอบเหล่านี้ทำให้มีผลแตกต่างกันได้ (Piaget and Inhelder. 1969, Nyiti 1976 : 1122 - 1129)

ผลการเปรียบเทียบความเชื่อระหว่างมารดาไทยพุทธและไทยมุสลิมที่มีอายุอยู่ใน ช่วงอายุเดียวกัน คือช่วงอายุน้อย (15 - 25 ปี) ช่วงอายุปานกลาง (26 - 35 ปี) และช่วงอายุมาก (36 ปีขึ้นไป) แล้วพบว่า มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อ 2.3 ที่แตกต่างกันเช่นนี้

อาจเป็นเพราะว่า การถ่ายทอดทางวัฒนธรรมแตกต่างกัน จึงทำให้มีความเชื่อแตกต่างกัน แม้อายุจะอยู่ในช่วงเดียวกัน กรูทรี กล่าวไว้ว่า ผู้ใหญ่จะยึดองค์ประกอบความเชื่ออยู่หลายประการเป็นหลักในการปฏิบัติต่อเด็ก และความเชื่อเหล่านั้นจะส่งผลต่อเด็กด้วย และสิ่งนี้จะมีอิทธิพลมากกว่าสิ่งอื่นใด นั่นคือขนบธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อของชาวบ้าน จะมีผลให้แต่ละกลุ่มมีบุคลิกภาพแตกต่างกัน และจะยึดถือสิ่งเหล่านั้นอยู่ เพราะได้รับการอบรมถ่ายทอด ๗ กันมา (Guthrie. 196๑ : 1)

3. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มารดาไทยพุทธที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกัน กลุ่มที่มีอาชีพรับราชการมีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างจากกลุ่มที่มีอาชีพเกษตรกร และกลุ่มที่มีอาชีพรับจ้าง ส่วนกลุ่มอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการศึกษาข้อ 3 กลุ่มที่มีอาชีพรับราชการมีความเชื่อที่ถูกต้องกว่ากลุ่มอื่น ๆ เนื่องมาจากกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีความรู้มาก และสอดคล้องกับ สุโท เจริญสุข ได้ให้ทัศนะไว้ว่า องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมการเชื่อไว้ว่า เจตคติ และศีลธรรมจรรยา ย่อมเป็นไปตามอาชีพของคน สังเกตง่าย ๆ คือ แนวความคิดและการกระทำของคนอาชีพหาเข้ากันคำกับคนที่มีความรู้สูง ๆ ที่สังคมยกย่อง จะเห็นว่าต่างกัน (สุโท เจริญสุข 2520 : 40 - 41) และสอดคล้องกับการศึกษาของ เขาวรัตน์ ประักษ์ขาม และสันหัต เสริมศรี ซึ่งได้พบว่า จำนวนบุตรของผู้ที่มีอาชีพแตกต่างกันที่ไปรับการฉีดวัคซีนนั้น ผู้ที่มีวิชาชีพจะนำบุตรไปฉีดวัคซีนมากที่สุด รองลงมาจะเป็นผู้ที่มีอาชีพค้าขาย และผู้ที่ไม่ทำงาน ส่วนกลุ่มเกษตรกรมีส่วนการรับวัคซีนป้องกันโรคต่ำ (เขาวรัตน์ ประักษ์ขาม และสันหัต เสริมศรี 2525 : 20) แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ เนตรทราย รุ่งเรืองธรรม และจริยวัตร คมพยัคฆ์ ซึ่งได้ศึกษาพบว่า มารดาไม่ว่าอาชีพใด ๆ ก็ตาม จะเห็นความสำคัญของวัคซีนเท่า ๆ กัน (เนตรทราย รุ่งเรืองธรรม และจริยวัตร คมพยัคฆ์ 2521 : 4)

ส่วนกลุ่มมารดาไทยมุสลิมที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กไม่แตกต่างกัน

ผลจากการเปรียบเทียบระหว่างมารดาไทยพุทธและไทยมุสลิม พบว่า มีความเชื่อแตกต่างกัน ซึ่งอาจเป็นเพราะการดำเนินชีวิตระหว่างชาวไทยพุทธและไทยมุสลิมต่างกัน

ชาวไทยมุสลิมมีความเชื่อในศาสนาและปฏิบัติตามวัฒนธรรมอิสลามที่ปรากฏอยู่ในคัมภีร์อัลกุรอาน และขุนนะห์อย่างเคร่งครัด ดัง ขำเลื่อง วุฒิลันท์ และคนอื่น ๆ ได้ให้ทัศนะไว้ว่า พระคัมภีร์อัลกุรอานเป็นทั้งธรรมนูญของชีวิต และธรรมนูญการปกครองของประเทศมุสลิม เพราะในคัมภีร์นี้จะมีทั้งสิ่งที่อนุญาตให้ทำ สิ่งที่ห้าม การศึกษา การปกครอง เศรษฐศาสตร์ วิทยาศาสตร์ นิติศาสตร์ พานิชยศาสตร์ สังคมวิทยา แพทย์ศาสตร์ ดาราศาสตร์ ตลอดจนเรื่องของอากาศ เรื่องของครอบครัว และอื่น ๆ ไว้พร้อม (ขำเลื่อง วุฒิลันท์ และคนอื่น ๆ 2523 : 23)

4. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มารดาไทยพุทธที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกัน กลุ่มมารดาที่สำเร็จชั้นอุดมศึกษา มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างจากกลุ่มไม่สำเร็จชั้นประถมศึกษา กลุ่มสำเร็จชั้นประถมศึกษา และกลุ่มสำเร็จชั้นมัธยมศึกษา ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการศึกษาข้อ 4 จะเห็นได้ว่าการศึกษาเป็นตัวแปรที่สำคัญในการที่จะเปลี่ยนความเชื่อความเข้าใจได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ น้อมฤดี จงพยุหะ สมประสงค์ ปิ่นจินดา และศิริรัตน์ เจริญศักดิ์ ได้ศึกษาพบว่า บิดามารดาที่มีการศึกษาคือย่อมมีความรู้ ความเข้าใจในการอบรมเลี้ยงดูและแนะแนวบุตรได้ดีกว่าบิดามารดาที่มีการศึกษาน้อย (น้อมฤดี จงพยุหะ สมประสงค์ ปิ่นจินดา และศิริรัตน์ เจริญศักดิ์ 2518 : 73) ภารดี เต็มเจริญ ได้ศึกษาพบว่า มารดาที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน จะเลือกชนิดของนมที่ใช้เลี้ยงบุตรแตกต่างกัน (ภารดี เต็มเจริญ 2519 : 43) สุโท เจริญสุข ให้ทัศนะว่า คนที่มีการศึกษาและประสบการณ์มาก จะช่วยเพิ่มพูนความรู้และความสามารถให้ตนเองเสมอ ทำให้เกิดเจตคติที่กว้างขวาง และอุปทานในสิ่งต่าง ๆ ได้มาก (สุโท เจริญสุข 2520 : 40 - 41) วราภรณ์ รักวิจัย ได้ศึกษาพบว่า บิดามารดาที่มีการศึกษาสูงส่วนมากจะเข้าใจถึงธรรมชาติเด็ก ๆ ได้ดีกว่าและการเลี้ยงดูก็อาจแตกต่างไปจากบิดามารดาที่มีการศึกษานานกลาง และบิดามารดาที่ไม่ได้รับการศึกษา ซึ่งบิดามารดาที่มีการศึกษานานกลาง หรือบิดามารดาที่ไม่ได้รับการศึกษามักจะมองเห็นว่าวัยเด็กเล็กไม่สำคัญ ต้องรอให้โตขึ้นพอสมควร จึงจะดูแลอย่างใกล้ชิด (วราภรณ์ รักวิจัย 2522 : 9 - 10)

ส่วนมารดาไทยมุสลิมจากการศึกษาค้นพบว่า มารดาที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความเชื่อด้านการดูแลเด็กแตกต่างกัน เช่นกันกับมารดาไทยพุทธ

ผลการเปรียบเทียบระหว่างมารดาไทยพุทธกับมารดาไทยมุสลิม พบว่า มีความเชื่อแตกต่างกัน นอกจากมารดาที่สำเร็จชั้นมัธยมศึกษามีความเชื่อไม่แตกต่างกัน ซึ่งเนื่องมาจากได้รับการอบรมมาเท่า ๆ กัน และเหมือน ๆ กัน จึงทำให้ความเชื่อไม่แตกต่างกัน

5. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มารดาไทยพุทธที่มีฐานะเศรษฐกิจรอบครัวต่างกัน มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกัน กลุ่มมารดาที่มีฐานะเศรษฐกิจรอบครัวสูง มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างจากกลุ่มที่มีฐานะเศรษฐกิจรอบครัวปานกลาง และกลุ่มที่มีฐานะเศรษฐกิจรอบครัวต่ำ และกลุ่มที่มีฐานะเศรษฐกิจรอบครัวปานกลาง มีความเชื่อแตกต่างจากกลุ่มที่มีฐานะเศรษฐกิจรอบครัวต่ำ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อ 5 กลุ่มมารดาที่มีฐานะเศรษฐกิจสูงส่วนมากจะมีระดับการศึกษาสูง จึงทำให้มีความเชื่อในการเลี้ยงดูเด็กที่ถูกต้องกว่า และสอดคล้องกับ เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ ได้ให้ทัศนะไว้ว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง มีฐานะเศรษฐกิจดี นอกจากจะนิยมไปพบแพทย์เมื่อป่วยระยะต้น ๆ แล้ว ยังนิยมในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพด้วย ส่วนผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ และเศรษฐกิจต่ำ มักไม่ค่อยสนใจในการป้องกันหรือส่งเสริมสุขภาพ จะไปพบแพทย์เมื่อป่วยหนักจนทำงานไม่ได้ และต้องการให้หายป่วยโดยเร็ว เนื่องจากต้องรีบไปทำงาน (เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ 2523 : 11 - 13) สายใจ คุ่มขนาน ได้ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติด้านอนามัยต่าง ๆ ของบุคคลในครอบครัว พบว่า ฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวมีผลต่อการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยในเรื่องป้องกันโรค การรักษาพยาบาล ซึ่งมีผลต่อสุขภาพเด็ก (สายใจ คุ่มขนาน 2515 : 42 - 69) สัมพันธ์ บุญเกิด ได้ศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กในภาคเหนือ พบว่า มารดาที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมแตกต่างกัน มีความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กแตกต่างกัน (สัมพันธ์ บุญเกิด 2522 : 71) โคเบอร์น และโป๊ป ได้ศึกษาพบว่า ฐานะเศรษฐกิจและอาชีพ มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพอนามัยและการรับการฉีดยาป้องกันโรคของบุคคลในครอบครัวและเด็ก (Coburn and Pope. อ้างอิงมาจาก ปิยะวรรณ วิรัชชัย 2521 : 25)

ส่วนมารดาไทยมุสลิมผลจากการศึกษาค้นพบว่า มารดาไทยมุสลิมที่มีฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวแตกต่างกัน แต่ความเชื่อด้านการดูแลเด็กไม่แตกต่างกัน

ผลจากการเปรียบเทียบระหว่างมารดาไทยพุทธและไทยมุสลิม แล้วพบว่า มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกัน

หนึ่งในการศึกษาค้นคว้าวิจัยได้ศึกษาจำนวนบุตรของครอบครัวของมารดาไทยพุทธและมารดาไทยมุสลิมด้วย พบว่า มารดาไทยพุทธที่มีจำนวนบุตรในครอบครัวแตกต่างกันมีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับมารดาไทยมุสลิมที่มีจำนวนบุตรในครอบครัวแตกต่างกัน มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กไม่แตกต่างกัน ส่วนผลการเปรียบเทียบระหว่างมารดาไทยพุทธกับมารดาไทยมุสลิม พบว่า มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกัน

สรุปผลอภิปราย

จากการศึกษาพบว่ามารดาไทยพุทธที่มีอาชีพแตกต่างกัน ระดับการศึกษาแตกต่างกัน และฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวแตกต่างกัน มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนแตกต่างกัน แต่อายุของมารดา และจำนวนบุตรในครอบครัวแตกต่างกันไม่ทำให้ความเชื่อของมารดาแตกต่างกัน ส่วนมารดาไทยมุสลิมที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกัน แต่มารดาไทยมุสลิมที่มีอาชีพแตกต่างกัน อายุแตกต่างกัน ฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวแตกต่างกัน ตลอดจนจำนวนบุตรแตกต่างกัน มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กไม่แตกต่างกัน จากการเปรียบเทียบระหว่างมารดาไทยพุทธกับมารดาไทยมุสลิมพบว่า มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนแตกต่างกัน ผลจากการศึกษาพบครั้งนี้ พอจะสรุปได้ว่า ความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรม ของศาสนาอิสลาม มีอิทธิพลต่อมารดาไทยมุสลิม ดังทัศนะของ ฉวีวรรณ วรรณประเสริฐ พิระยศ ราฮิมมูลา และมานพ จิตัญญา ได้ให้ไว้ว่า มุสลิมทั่วโลกได้ยึดหลักความเชื่อ และค่านิยมอย่างเดียวกันในรูปแบบเดียวกัน^๕ ทั้งนี้เพราะมุสลิมมีความเชื่อในพระเจ้าองค์เดียว คือ พระอัลลอฮ์ และคัมภีร์อัลกุรอานเดียวกัน คัมภีร์อัลกุรอานไม่เพียงแต่เป็นคัมภีร์ แต่เป็นรัฐธรรมนูญชีวิตของมวลประชาชนมุสลิมทั่วโลก

ส่วนวัฒนธรรมของอิสลามนั้น หมายถึง วิธีชีวิต หรือรูปแบบพฤติกรรม ตลอดจนสิ่งสร้างสรรค์ต่าง ๆ ที่ปรากฏขึ้นคัมภีร์อัลกุรอานและสุนนะห์ของท่านศาสดามุฮัมมัด ดังนั้นวัฒนธรรมอิสลามจึงมีลักษณะที่ไม่เปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลาสังคม หรือสิ่งแวดล้อม ฯลฯ เช่นเดียวกับวัฒนธรรมอื่น ๆ จนมีผู้สรุปไว้ว่า วัฒนธรรมอิสลามเป็นวัฒนธรรมที่แข็งแกร่ง (ฉวีวรรณวรรณประเสริฐ พีระยศ ราฮิมมูลา และมานพ จิตต์ภูษา 2525 : 29) ส่วนศาสนาพุทธมีลักษณะยึดหยุ่นค่อนข้างสูง และช่วยให้ศาสนิกชนมีการปรับตัวได้คล่องจนทำให้เกิดลักษณะปัจเจกชนนิยมในคนไทยพุทธมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะ

1. รายงานการวิจัยนี้อาจเป็นประโยชน์แก่หน่วยงานสาธารณสุข และหน่วยงานจัดการศึกษาเด็กก่อนวัยเรียนในเรื่องแนวทางในการปฏิบัติงานบริการอนามัยแม่และเด็กให้สอดคล้องกับภูมิหลังของมารดาที่มีความเชื่อด้านการเลี้ยงดูเด็กแตกต่างกัน โดยเฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้องกับการให้การอบรมแก่มารดา เพื่อค้นหาทางเพิ่มพูนความรู้และปลูกฝังความเชื่อที่ถูกต้องให้แก่มารดาได้มีความรู้และความเข้าใจในการปฏิบัติ และอบรมเลี้ยงดูเด็กได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาโดยไม่ขัดต่อหลักปฏิบัติทางศาสนา

2. รายงานวิจัยนี้อาจเป็นแนวคิดแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการศึกษา หรือโครงการต่าง ๆ ที่ให้การช่วยเหลือแก่ประชาชนในท้องถิ่นใดท้องถิ่นหนึ่งว่าหากพิจารณาเกี่ยวกับความเชื่อและขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรมในท้องถิ่นนั้น ๆ ควรได้ศึกษาอย่างถ่องแท้ก่อน ตลอดจนได้ร่วมปรึกษารื้อกับผู้นำศาสนาในท้องถิ่นนั้น ๆ เพื่อให้เขาได้มีส่วนร่วมในการวางแผนโครงการด้วย จะเป็นแนวทางช่วยให้โครงการบรรลุความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ หรือจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของโครงการได้

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้ทำเฉพาะในจังหวัดปัตตานีเท่านั้น หากได้มีการศึกษาเรื่องนี้ซ้ำอีก ในท้องที่จังหวัดสตูล ยะลา และนราธิวาส ที่มีองค์ประกอบทางสังคมคล้ายคลึงกัน

ย่อมจะเป็นแนวทางให้ได้ภาพรวมเกี่ยวกับความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของ
มารดาในภูมิภาคนี้ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. ควรได้ศึกษาอีกต่อไปเกี่ยวกับความเชื่อด้านขนบธรรมเนียม ประเพณี ตลอดจน
ศาสนาว่ามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติทางด้านสุขภาพเพียงใด หรือไม่

3. ควรได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กในวัยต่าง ๆ ของมารดาที่
นับถือศาสนาต่างกัน นอกเหนือจากเด็กก่อนวัยเรียน

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กัลยา นาคเพชร การศึกษาองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียนในท้องที่ตำบลค้างพลู อำเภอนิคมไทย จังหวัดนครราชสีมา ปรินฎานิพนธ์ กศ.ม. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร 2521, 147 หน้า อุดมสำเนา
- เกษมสุข เฉลียวศักดิ์ ความเชื่อของบิดามารดาเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูและความกลัวของเด็กก่อนวัยเรียนใน 4 จังหวัดภาคใต้ ปรินฎานิพนธ์ กศ.ม. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร 2521, 65 หน้า อุดมสำเนา
- คณะกรรมการโภชนาการ มารดา ทารก และเด็กก่อนวัยเรียน "อาหารแนะนำสำหรับแม่ ทารก และเด็กก่อนวัยเรียน" โภชนาการสาร ปีที่ 16 : 1 มกราคม - มีนาคม 2525
- เครือวัลย์ สุทธามินทร์ และคนอื่น ๆ พัฒนาการของครอบครัวและเด็ก โรงพิมพ์ศรีหงส์ 2509, 385 หน้า
- จตุพร จริยะนวิช ความสัมพันธ์ระหว่างการให้ความรักและสถานภาพของแม่และของลูกกับ "การยอมรับตนเอง" เปรียบเทียบระหว่างเด็กวัยรุ่นปกติกับเด็กวัยรุ่นกระทำผิด ปรินฎานิพนธ์ กศ.ม. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร 2514, 113 หน้า อุดมสำเนา
- จงจิตต์ พัทธชนม์ ปริศา โทณแก้ว และเพียรพันธ์ กิตติวงศ์โสภาก 'ทัศนคติของประชาชนชาวไทยที่นับถือศาสนาอิสลามใน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ (ยะลา ปัตตานี นราธิวาส สตูล) ที่มีต่องานสาธารณสุขมูลฐาน' ฝ่ายวิชาการประเมินผล วิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้ จังหวัดยะลา 2526, 108 หน้า
- เจมส์ พี. แกรนท์ สภาวะของเด็กในโลก องค์การยูนิเซฟ 1984, 41 หน้า
- จำเรียง กุระมสุวรรณ สังคมวิทยาสำหรับพยาบาล สามเจริญพานิช 2522, 172 หน้า
- ฉวีวรรณ วรรณประเสริฐ พีระยศ ราธิมมูลา และมานพ จิตต์ภูษา ประเพณีที่ช่วยส่งเสริมการผสมผสานทางสังคม ระหว่างชาวไทยพุทธกับชาวไทยมุสลิม เอกสารทางวิชาการของสถาบันเอเชีย อันตบที่ 14 บริษัทรสารมวลชน จำกัด 2525, 151 หน้า
- ชัยนาก นาคบุผา โลกของวัยรุ่น โรงพิมพ์แสงศิลป์ เชียงใหม่ 2515, 331 หน้า

- ชูศรี หล็กเพชร ความสัมพันธ์ระหว่างการอบรมเลี้ยงดูกับความเชื่อมั่นในตนเอง และ
คุณธรรมแห่งพลเมืองดี ปริญญานิพนธ์ ศศ.ม. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
 2517, 101 หน้า
- ชำเลื่อง จุติจันทร์ และคนอื่น ๆ ศาสนาและวัฒนธรรมไทย ในจังหวัดชายแดนภาคใต้
 โรงพิมพ์สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี 2523, 92 หน้า
- เตือนใจ อินทุโสมา ลักษณะโครงสร้างครอบครัวและบทบาทพ่อแม่ วิทยานิพนธ์
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2517, 127 หน้า
- ทวีศักดิ์ ล้อมลัม ความสัมพันธ์ระหว่างไทยกับมลายูในสมัยรัตนโกสินทร์ตอนต้น แพรววิทยา
 2516, 220 หน้า
- ทัศนีย์ อินทรสุขศรี ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของนักเรียน
ระดับประถมศึกษาตอนต้น จังหวัดนครราชสีมา วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. สาขาพัฒนาชุมชน
 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ 2522, 294 หน้า
- นีอมฤดี จงพยุหะ สมประสงค์ ปิ่นจินดา และศิริรัตน์ เจริญศักดิ์ คู่มือการศึกษา
วิชาพัฒนาการเด็ก พิมพ์ครั้งที่ 3 ศึกษาสัมพันธ์ 2518, 234 หน้า
- นัฐภาณุจณ์ ภาวีไล การศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลต่อการโภชนาการของมารดา
ระหว่างตั้งครรภ์ วิทยานิพนธ์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ 2521,
 140 หน้า
- เนตรทราย รุ่งเรืองธรรม และจริยาวัตร คมพยัคฆ์ การศึกษาวิถีอบรมเลี้ยงดูเด็ก
ของมารดาไทยในตำบลศิริราช และตำบลบ้านช่างหล่อ อำเภอบางกอกน้อย กรุงเทพฯ-
มหานคร ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
 มหิดล 2521, 27 หน้า
- เบญจฯ ยอดคำเนิน จรรยา เศรษฐบุตร และกฤตยา อาชวนิจกุล ทฤษฎีและการศึกษา
ทางสังคมวิทยา มานุษยวิทยา การแพทย์ โครงการเผยแพร่ข่าวสาร และการศึกษาด้าน
 ประชากร สถาบันวิจัยประชากร และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล 2523, 293 หน้า
- ประพุด ศิริบุญย์ และทองดี ชัยพานิช "ผลสรุปการศึกษาทารกที่อยู่ในเมืองได้รับการ
 เลี้ยงดูด้วยนมแม่น้อยกว่าชนบท" เด็กวัยทารกก้าวหน้า เล่ม 1 สำนักพิมพ์กรุงเทพ
 เวชสาร 2522, 168 หน้า

ประสพศรี อังถาวร สุขภาพเด็กและการดูแลเด็กปกติ สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2526, 298 หน้า

ประสาธ หลักศิลา สังคมวิทยา สำนักพิมพ์ก้าวหน้า 2514, 434 หน้า

ปราโมทย์ ประสาทกุล ประชากรและการพัฒนา ปีที่ 3 : สิงหาคม - กันยายน
2526

ปิยะวรรณ วิรัชชัย การศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการเลี้ยงดูและสุขภาพอนามัยของเด็ก
ก่อนวัยเรียน ปรินทิเนียนท์ กศ.ม. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
2521, 92 หน้า

เปรม ทิณสุลลันท์ "ทศวรรษแห่งการพัฒนาชนบท" ชนบทไทย 2525 สำนักงาน
คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 196 หน้า

พวงทิพย์ โมนนภูมิตร "วิวัฒนาการเลี้ยงดูทารกด้วยนมแม่ในยุโรป" โภชนาการสาร
ปีที่ 10 : 2 เมษายน - มิถุนายน 2519

พวงรัตน์ ทวีรัตน์ และติลก ศิลกานนท์ "สถิติการวิจัย" วารสารวัดผลการศึกษา
ปีที่ 5 : 2 กันยายน - ธันวาคม 2526

เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ "ผลของวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาพอนามัย" เอกสารประกอบ
การสอนวิชามานุษยวิทยาการแพทย์ 2523, 18 หน้า

การตี เต็มเจริญ ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของมารดา ต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนม
มารดากับชนิดนมที่ใช้เลี้ยงบุตร วิทยานิพนธ์ ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยา)
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2519, 73 หน้า

เปาวรัตน์ ประพัชขาม และสันตติ เสริมศรี "ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพอนามัย
ภาวะเจริญพันธุ์ และการวางแผนครอบครัว" เอกสารเสนอในการประชุมสัมมนา
เรื่อง "การพัฒนาด้านสาธารณสุขและการเพิ่มประชากรในเขตชนบทไทย" ณ โรงแรม
เชียงใหม่ เมืองพิทยา วันที่ 19 - 21 สิงหาคม 2525

ริทซ์, จิน เอ. เอส. โภชนาการเพื่อสุขภาพ แปลจาก Learning better
Nutrition โดยเสาวลักษณ์ ภูมิวิสนะ พิมพ์ครั้งที่ 2 สำนักงานคณะกรรมการวิจัย
แห่งชาติ 2521, 324 หน้า

ล้วน สายยศ และ อังคณา สายยศ สถิติวิทยาการทางการศึกษา พิมพ์ครั้งที่ 2

วัฒนาพานิช 2522, 276 หน้า

วชิรา กลีโกศล การวิเคราะห์ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ และสังคมที่มีผลต่อสุขภาพของ
แม่และเด็ก อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทบัณฑิต
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ 2521, 138 หน้า

วดี ชิดเชิดวงศ์ การเปรียบเทียบลักษณะนิสัยในการบริโภค และการเจริญเติบโตของ
เด็กวัยก่อนเรียนที่มาจากสภาพครอบครัวต่างกัน ในจังหวัดนครราชสีมา วิทยานิพนธ์
กศ.ม. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร 2521, 145 หน้า

วรารณ รักวิจัย อิทธิพลสิ่งแวดล้อมที่มีต่อความคิดสร้างสรรค์เด็กวัย 5 - 6 ปี
โรงเรียนประถมสาธิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร คณะศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 2522, 55 หน้า อุดรสำเนา

วิทยาลัยครูยะลา เอกลักษณ์ปิณฑิ ะลาการพิมพ์ จังหวัดยะลา 2520, 152 หน้า

วิรัตน์ ศรีนพคุณ เอกสารประกอบการสอนสุขภาพมารดาและเด็ก ภาควิชาสุขศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พลศึกษา 2526, 192 หน้า

สมหมาย ดงสุวรรณ และคนอื่น ๆ "การให้นมบุตรของหญิงที่คลอดในโรงพยาบาล
ศิริราช" สารศิริราช ปีที่ 32 : 5 พฤษภาคม 2523

สัมพันธ์ บุญเกิด ความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กที่มีต่อความเชื่อมั่นในตนเอง
ของเด็กก่อนวัยเรียน ในจังหวัดภาคเหนือ วิทยานิพนธ์ กศ.ม. มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร 2522, 91 หน้า

สาธารณสุข, กระหวง กองควบคุมโรคติดต่อ "สรุปรายงานการสำรวจผู้เป็นอัมพาต
จากโรคไขสันหลังอักเสบในประเทศไทย" วารสารโรคติดต่อ ปีที่ 5 : 9 มกราคม -
มีนาคม 2521

สายใจ หุ้มนาน "ปัจจัยที่ยังผลต่อการปฏิบัติทางด้านอนามัยของชาวชนบทในประเทศไทย"
วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2515, 129 หน้า
สุชา และสุรางค์ จันท์เอม จิตวิทยาเด็ก แพรววิทยา 2516, 278 หน้า

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธ์ และคนอื่น ๆ ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์ พิมพ์ครั้งที่ 4

จังหวัดระยอง สหพรหมการพิมพ์ 2526, 297 หน้า

สุทธิพงศ์ พรหมไพจิตร ผลกระทบต่อภาวะเจริญพันธุ์ที่เกิดจากความเชื่อทางศาสนา

และระเบียบประเพณีของชาวไทยมุสลิมภาคใต้ 2523, 60 หน้า

สุโท เจริญสุข จิตวิทยาวัยรุ่น โอเคียนสโตร 2520, 104 หน้า

สุรินทร์ พิศสุวรรณ "อิสลามศึกษากับการเมืองการปกครองของไทย" รายงานการ

ประชุมสัมมนาเพื่อจัดตั้งศูนย์อิสลามศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขต

ปัตตานี ระหว่างวันที่ 27 - 29 พฤษภาคม 2526

เสนาะ อุณากรุ "โภชนาการในสายตาของนักเศรษฐศาสตร์" เศรษฐกิจและสังคม

ปีที่ 21 : 2 มีนาคม - เมษายน 2527

"องค์การอนามัยโลกกับปีเด็กสากล" แปลจาก WHO Chronicle Volume 33, No 1.

page 3 - 6 January 1976 โดย ศิริกุล ธัญวงศ์ 2522, 10 หน้า

อนามัย, กรม กองอนามัยครอบครัว "การให้บริการอนามัยแม่และเด็กและการวางแผน

ครอบครัว" สุขภาพดีถ้วนหน้าเมื่อ 2543 ม.ป.ท. 116 หน้า

_____ ศูนย์ประมวลข่าวสารการอนามัยครอบครัว ข่าวอนามัยครอบครัว มกราคม

2526

_____ ศูนย์ประมวลข่าวสารการอนามัยครอบครัว ข่าวอนามัยครอบครัว พฤษภาคม

2526

_____ ศูนย์ประมวลข่าวสารการอนามัยครอบครัว ข่าวอนามัยครอบครัว เมษายน

2527

_____ ศูนย์ประมวลข่าวสารการอนามัยครอบครัว ข่าวอนามัยครอบครัว พฤษภาคม

2527

อนุสรณ์ สุนทรพงศ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติทางด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน

แขวงสีพระยา และมหาพฤฒาราม วิทยานิพนธ์ ปริญญาสังคมวิทยา มหาวิทยาลัย

วิชาสังคมวิทยาและมนุษยวิทยา (สาขาวิชาประชากรศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2522, 139 หน้า

อานนท์ อากาภิรม "มนุษย์กับสังคม" สังคม - วัฒนธรรมไทย โรงพิมพ์บำรุงนุกุลกิจ
2515, 249 หน้า

Breckenridge, Marian E. and Vincent, E. Lee. Child Development Physical and psychological Growth through Adolescence. 5th. ed., Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1966. 485 p.

Chre'tien, Jean - Francois. "The Children Today : The Adult of the year 2000" World Health, February - March, 1983

Cronbach, Lee Joseph. Esentials of Psychological Testing. 3rd. ed., New York, Harper and Row, 1970. 752 p.

Edwards, Allen Louis. Techniques of Attitude Scale Construction. New York, Appleton - Century - Crofts, 1975. 256 p.

Ferguson, George A. Statistical Analysis in Psychology and Education. 5th. ed., Tokyo, McGraw - Hill, International Book, 1981. 549 p.

Freud, Sigmund. An Outline of Psychoanalysis, W.W.Norton & Company, Inc. New York, 1949. 127 p.

Guthrie, George M. The Fillipino Child and Philippine Society. Philippine Nornal College press Manila, 1961. 142 p.

Haefner, Don P. and Kirscht, John P. "Motivational and Behavioral Effects of Modifying Health Beliefs." Public Health Report. vol. 85. 1970

Hostler, Phyllis. The Child's world. Penguin Books. England, 1969. 203 p.

Hurlock, Elizabeth B. Child Development. New York, McGraw - Hill Book, Co., 1964. 570 p.

_____. Child Development. 6th, ed., McGraw - Hill Kogakusha, Ltd., Tokyo, 1978. 494 p.

Krejcie, Robert V. and Morgan, Daryle W. "Determining Sample size of research activities" Educational and Psychological Measurement. Vol. 30 : 3, Autumn 1970.

Markland, Robert E. and Durand, Douglas E. "An Investigation of Socio - Psychological Factors Affecting Infant Immunization." American Journal of Public Health. Vol. 66, No. 2, February, 1976.

Mussen, Paul Henry. and others. Reading in Child Development and personality. Harper & Row, Publishers New York, Evanston and London. 1965. 480 p.

- Piaget, J. and Inhelder, B. The psychology of the child, Translated by Helen weaver, Basic Books, Inc. New York, 1969. 173 p.
- Rees, Colin. "Antenatal Classes : Time for A new, Approach." Nursing Times. Vol. 78, No. 34, August, 1982
- Rosenstock, Irwin M., Derryberry, Mayhew and Carriger, Babara. "Why People Fail to Seek Poliomyelitis Vaccination." Public Health Report. Vol. 74. 1959
- Sears, Robert R., Maccoby, Eleanor E. and Levin Harry. Patterns of Child Rearing. New York, Peterson and Company, 1957. 549 p.
- Seleckman, Janice. "Immunization : what's It All About." American Journal of Nursing. Vol. 80, No. 8, August 1980
- Wellin, E. "Cultural factors in nutrition" Nutritional Review. 13, : 129, 1955.
- Whiting, John W.M. and Child, Irvin L. Child Training and Personality. New Haven : Yale University Press, 1953. 353 p.
- Winer, B.J. Statistical Principles in Experimental Design. 2nd. ed., New York, McGraw - Hill Book Company 1971. 907 p.

ภาคผนวก

ตาราง 40 จำนวนเตาอายุต่ำกว่า 1 ปี ตามตัวเศษสาเหตุการเสียชีวิต (ต่อเด็กมีชีวิตคน) (ต่อเด็กมีชีวิตคน)

พ.ศ. 2520 - 2526

สาเหตุตาย	2520		2521		2522		2523		2524		2525		2526	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
รวมทุกสาเหตุ	17,499	16.2	17,218	16.6	15,224	14.2	14,286	13.3	13,305	12.5	13,286	12.4	13,096	12.4
โรคท้องร่วง	1,194	1.1	1,377	1.3	1,042	1.0	802	0.7	674	0.6	511	0.5	503	0.5
ปอดอักเสบ	1,586	1.5	1,360	1.3	1,137	1.1	935	0.9	1,021	1.0	953	0.9	965	0.9
ชัก	431	0.4	339	0.3	195	0.2	182	0.2	193	0.2	212	0.2	204	0.2
จำนวนรวมของเหยื่ออื่น														
เนื้องอก (วัณโรค)	257	0.2	165	0.2	179	0.2	85	0.1	363	0.3	322	0.3	272	0.3
โรคอหิวาต์	160	0.1	145	0.1	136	0.1	120	0.1	103	0.1	104	0.1	113	0.1
ไข้จับสั่น	155	0.1	104	0.1	78	0.1	80	0.1	85	0.1	117	0.1	43	0.1
ความบกพร่องทางโภชนาการ	130	0.1	118	0.1	140	0.1	93	0.1	108	0.1	90	0.1	85	0.1
ไข้หวัดใหญ่	91	0.1	120	0.1	79	0.1	71	0.1	82	0.1	88	0.1	54	0.1
โรคหัด	16	0.0	16	0.0	22	0.0	29	0.0	30	0.0	24	0.0	22	0.0
สาเหตุอื่น ๆ	13,479	12.5	13,474	13.0	12,216	11.4	11,839	11.0	11,646	10.0	10,855	10.1	10,855	10.1

ที่มา : กองสถิติสาธารณสุข

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตาราง 4.1 จำนวนตายในเค็ดอายุต่ำกว่า 1 ปี กับอัตรา (ต่อเกิดมีชีวิตคน)
รายเดือน พ.ศ. 2520 - 2526

เดือน (Month)	2520(1977)		2521(1978)		2522(1979)		2523(1980)		2524(1981)		2525(1982)		2526(1983)	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
รวม (Total)	17,499	16.2	17,218	16.6	15,224	14.2	14,286	13.3	13,305	12.5	13,286	12.4	13,096	12.4
มารดา	1,331	14.6	1,450	16.4	1,326	14.6	1,196	13.1	1,196	13.0	1,120	12.3	1,186	13.3
กุมภพันธ์	1,211	14.9	1,316	16.4	1,104	13.3	1,199	14.5	970	11.9	977	11.8	979	12.1
มีนาคม	1,283	14.0	1,332	15.1	1,161	12.7	1,112	12.2	1,010	11.2	1,086	11.9	1,060	11.8
เมษายน	1,335	15.1	1,306	15.3	1,062	12.0	1,138	12.9	971	11.2	946	10.7	952	11.0
พฤษภาคม	1,524	16.7	1,368	15.5	1,204	13.2	1,098	12.0	931	10.3	1,078	11.8	964	10.8
มิถุนายน	1,609	18.2	1,545	18.1	1,252	14.2	1,136	12.9	1,102	12.7	1,076	12.2	1,074	12.4
กรกฎาคม	1,519	16.6	1,587	18.0	1,386	15.2	1,244	13.6	1,201	13.0	1,045	11.5	1,108	12.4
สิงหาคม	1,471	16.1	1,441	16.3	1,339	14.7	1,303	14.3	1,171	13.0	1,081	11.9	1,220	13.6
กันยายน	1,570	17.7	1,489	17.5	1,303	14.8	1,210	13.7	1,204	13.8	1,209	13.7	1,190	13.8
ตุลาคม	1,537	16.8	1,631	18.5	1,405	15.4	1,250	13.7	1,230	13.7	1,108	12.2	1,151	12.9
พฤศจิกายน	1,620	18.3	1,401	16.4	1,300	14.8	1,098	12.4	1,142	13.1	1,217	13.8	1,149	13.3
ธันวาคม	1,489	16.3	1,352	15.3	1,376	15.1	1,302	14.3	1,204	13.4	1,343	14.7	1,063	11.9

ที่มา : กองสถิติสาธารณสุข

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตาราง 42 แสดงจำนวนประชากร อัตราเกิด อัตราตาย และอัตราเพิ่มของประชากรต่อพันคน
ของจังหวัด ปีค.ศ. 2520 - 2526

พหุสักราช	ประชากร	เกิด		ตาย		ตายอายุต่ำกว่า 1 ปี		เกิดไร้ชีพ		มารดาตาย		อัตราเพิ่ม
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	
2520	423,562	11,798	20.32	2,489	6.18	-	-	-	-	-	-	22.14
2521	432,134	10,748	25.17	2,475	5.82	113	1.05	-	-	-	-	19.35
2522	449,307	9,943	22.31	2,999	6.65	75	0.75	-	-	-	-	15.66
2523	457,760	9,519	20.99	1,998	4.42	101	1.06	-	-	-	-	16.57
2524	465,001	10,625	23.20	2,518	5.41	83	0.78	14	1.31	7	0.16	17.59
2525	472,380	11,743	25.11	3,224	6.82	83	0.70	16	1.36	13	0.03	18.22
2526	467,621	11,480	24.54	3,967	8.48	64	0.13	14	1.22	13	0.02	16.08

ที่มา : จากสถิติ - มรณบัตร สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดปัตตานี
จากทะเบียนราษฎร

ตาราง 43 เปรียบเทียบอัตราการตายด้วยสาเหตุต่าง ๆ ของจังหวัดปัตตานีต่อพันคน
พ.ศ. 2524 - 2526

สาเหตุการตาย	2524		2525		2526	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
1. ไข้	900	1.94	1,234	2.61	1,636	3.50
2. โรคชรา	595	1.28	985	2.00	852	1.82
3. หัวใจวาย	65	7.15	105	0.22	71	0.15
4. ไม่ทราบสาเหตุ	85	6.18	81	0.17	340	0.73
5. ถูกยิง	122	0.26	63	0.13	45	0.10
6. เป็นลม	54	0.12	60	0.12	62	0.13
7. วัณโรค	47	0.1	60	0.12	58	0.12
8. มะเร็ง	39	0.00	50	0.11	41	0.05
9. ปวดท้อง	48	0.1	50	0.11	68	0.15
10. อุดจากระร่วง	35	0.07	35	0.07	41	0.09
11. มาลาเรีย	37	0.07	24	0.05	17	0.04
12. จากหลายสาเหตุ	491	1.05	477	1	736	1.5
	2,510	5.41	3,224	6.82	3,967	8.46

ที่มา : มรณบัตร สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดปัตตานี

กำหนดการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ฯ

ตาราง 44 กำหนดการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐาน

อายุ	การให้ภูมิคุ้มกันโรค (การให้วัคซีน)
แรกเกิดถึง 1 เดือน	1. ฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรค (BCG) (ดูหมายเหตุข้อ 1)
2 - 3 เดือน	1. ฉีดวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน (DTP) ครั้งที่ 1 2. กินวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ (OPV) ครั้งที่ 1
4 - 5 เดือน	1. ฉีดวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน (DTP) ครั้งที่ 2 2. กินวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ (OPV) ครั้งที่ 2
6 - 7 เดือน	1. ฉีดวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน (DTP) ครั้งที่ 3 2. กินวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ (OPV) ครั้งที่ 3
9 - 12 เดือน	1. ฉีดวัคซีนกันโรคหัด
1½ - 2 ปี	1. ฉีดวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน (DTP) กระตุ้น 2. กินวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ (OPV) กระตุ้น
4 - 7 ปี	1. ฉีดวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน หรือวัคซีน ป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก (aT) กระตุ้น (ดูหมายเลขข้อ 4) 2. ฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรค (BCG) ซ้ำ 3. ฉีดวัคซีนป้องกันไข้หัดเยอรมัน (ดูหมายเหตุข้อ 4)
11 - 14 ปี	1. ฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก (ต่อไปฉีดกระตุ้นทุก 10 ปี) 2. ฉีดวัคซีนป้องกันไข้หัดเยอรมัน
หญิงมีครรภ์	1. ฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 1 เดือน (ดูหมายเหตุข้อ 5)

หมายเหตุ

1. วัคซีนป้องกันวัณโรค ฉีดได้ทุกอายุ ถ้ายังไม่เคยได้รับ หรือได้รับแต่ไม่มีผลเป็น

2. วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน (DTP) เด็กที่มาหลังอายุ 2 - 3 เดือน ก็ให้เริ่มฉีดวัคซีนได้ โดยฉีดให้อย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกัน 2 เดือน และกระตุ้นอีก

1 ครั้ง หลังฉีดครบชุดแล้ว 1 - 1½ ปี

3. ในกลุ่มอายุ 4 - 7 ปี เด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ให้วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน (DTP) เด็กอายุ 6 ปีขึ้นไปให้วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก (dT)

4. ฉีดวัคซีนป้องกันไข้หัดเยอรมัน แก่เด็กอายุ 2 ปีขึ้นไป ในห้องที่มีโรคชุกชุม

5. เพื่อป้องกันบาดทะยักในเด็กเกิดใหม่ ให้ฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยักแก่หญิงมีครรภ์เข้ากล้ามเนื้อครั้งละ 0 - 5 มล. รวม 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อยครั้งละ 1 เดือน โดยเริ่มฉีดครั้งที่ 1 ให้ในโอกาสแรกที่พบ จะเป็นระยะตั้งครรภ์เดือนไหนก็ได้ แต่ครั้งที่ 2 ควรฉีดก่อนครบกำหนดคลอด 1 เดือน

หญิงมีครรภ์ที่เคยฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยักครบชุดมาแล้วเกิน 3 ปี ให้ฉีดกระตุ้นอีก 1 ครั้ง ขนาด 0.5 มล. แต่ถ้าเคยฉีดครบชุดมาแล้วไม่เกิน 3 ปี ไม่ต้องฉีดกระตุ้น

6. การให้วัคซีนกันโรคหัดเพิ่งเริ่มในปี 2527

ตาราง 45 กำหนดการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค สำหรับเด็กอายุ 6 ปีขึ้นไป ที่ยังไม่เคยได้รับวัคซีนใด ๆ มาก่อน

ครั้งที่	การให้ภูมิคุ้มกันโรค
1. ครั้งแรก	1. ฉีดวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก (dT) ครั้งที่ 1 2. ฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรค (BCG)
2. (ห่างจากครั้งแรก 1 เดือน)	ฉีดวัคซีนป้องกันไข้หัดเยอรมัน
3. (ห่างจากครั้งแรก 2 เดือน)	ฉีดวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก (dT) ครั้งที่ 2

ตาราง 45 (ต่อ)

ชั้น ครั้งที่	การให้ภูมิคุ้มกันโรค
4. (ห่างจากครั้งแรก 1 ปี)	ฉีดวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก (dT) กระตุ้น
5. (อายุประมาณ 11 - 14 ปี)	1. ฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก (ต่อไปฉีดกระตุ้นทุก 10 ปี) 2. ฉีดวัคซีนป้องกันไข้หัดเยอรมัน

หมายเหตุ

กำหนดการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค สำหรับเด็กอายุ 6 ปีขึ้นไปนั้น ได้ปรากฏว่า
โรคโปลิโอพบมากขึ้นในเด็กโต ในอนาคตอาจจะต้องพิจารณาให้วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ
(OPV) เพิ่มเติมด้วย

ที่มา : กรมอนามัย กองอนามัยครอบครัว

กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2527

จังหวัดปัตตานี

พื้นที่ จังหวัดปัตตานีมีเนื้อที่ 2,109 ตารางกิโลเมตร พื้นที่ทั่วไปเป็นที่ราบมีภูเขาและเนินเขาเป็นบางส่วน มีเทือกเขาบูโดอยู่ระหว่างรอยต่อของจังหวัดปัตตานี นราธิวาส และยะลา

อาณาเขตติดต่อกับจังหวัดใกล้เคียง

จังหวัดปัตตานี เป็นจังหวัดหนึ่งที่อยู่ทางชายฝั่งด้านตะวันออก (อ่าวไทย) ตอนใต้ของประเทศมีอาณาเขตดังนี้

ทิศเหนือ	จดอำเภอเทพา จังหวัดสงขลา
ทิศใต้	จดจังหวัดนราธิวาสและจังหวัดยะลา
ทิศตะวันออก	จดอ่าวไทย
ทิศตะวันตก	จดอำเภอสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลาและจังหวัดยะลา

การคมนาคม

ระยะทางห่างจากกรุงเทพมหานคร 1,009 กิโลเมตร สามารถติดต่อกับกรุงเทพมหานคร และจังหวัดใกล้เคียงทั้งทางบก ทางน้ำ ทางอากาศ

การปกครอง

จังหวัดปัตตานีแบ่งเขตการปกครองออกเป็น 8 อำเภอ 3 กิ่งอำเภอ 111 ตำบล (อยู่ในเขตเทศบาล 4 ตำบล) 579 หมู่บ้าน 2 เทศบาล 8 สุขาภิบาล ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอหนองจิก อำเภอโคกโพธิ์ อำเภอยะรัง อำเภอมายอ อำเภอยะหริ่ง อำเภอสายบุรี อำเภอปะนาเระ กิ่งอำเภอไม้แก่น กิ่งอำเภอทุ่งยางแดง กิ่งอำเภอกะพ้อ เทศบาลเมืองปัตตานี เทศบาลตำบลตะลัน (สายบุรี)

ประชากร

จำนวนประชากร 467,621 คน ชาย 230,301 คน หญิง 237,320 คน
ประชากร ร้อยละ 73.63 นับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 26.07 นับถือศาสนาพุทธ และ
ร้อยละ 0.25 นับถือศาสนาอื่น ๆ จำนวนครัวเรือน 56,162 ครัวเรือน เฉลี่ย 8 คน
ต่อครัวเรือน ความหนาแน่นของประชากร 222 คนต่อตารางกิโลเมตร

อาชีพและรายได้

อาชีพสำคัญ ทำนา ทำสวนยางพารา สวนมะพร้าว ประมง รับจ้าง ก้ายาย
เลี้ยงสัตว์ และนาเกลือ

รายได้เฉลี่ย 7,261 บาท/คน/ปี 58,088 บาท/ครอบครัว/ปี

สถานศึกษา

ระดับอุดมศึกษา มีวิทยาเขตของมหาวิทยาลัย 1 แห่ง คือ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
วิทยาเขตปัตตานี ประกอบด้วย คณะศึกษาศาสตร์ และคณะมนุษยศาสตร์ ระดับอาชีวศึกษา
3 โรง ระดับมัธยมศึกษา 19 โรง ระดับประถมศึกษาสังกัดการประถมศึกษา 342 โรง
สังกัดเทศบาล 11 โรง การศึกษานอกโรงเรียน 108 โรง สถานศึกษาเอกชนมี 174 โรง

สถานบริการสาธารณสุข

สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่เปิดดำเนินการแล้วมี 135 แห่ง นอกสังกัดกระทรวง
สาธารณสุข มี 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลคริสเตียนสายบุรี และโรงพยาบาลค่ายอิงคยุทธบริหาร

แบบสอบถามตอนที่ 1

1. อายุ

- ☐ อายุต่ำกว่า 15 ปี
- ☐ 15 - 25 ปี
- ☐ 26 - 35 ปี
- ☐ 36 ปีขึ้นไป

2. จำนวนบุตร

- ☐ 1 คน
- ☐ 2 คน
- ☐ 3 คน
- ☐ 4 คนขึ้นไป

3. อาชีพ

- ☐ กู้ขาย
- ☐ รับราชการ
- ☐ เกษตร
- ☐ รับจ้าง
- ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ

4. ระดับการศึกษา

- ☐ ไม่สำเร็จชั้นประถมศึกษา
- ☐ สำเร็จชั้นประถมศึกษา
- ☐ สำเร็จชั้นมัธยมศึกษา
- ☐ สำเร็จชั้นอุดมศึกษาขึ้นไป

5. รายได้ครอบครัว

- ☐ ต่ำกว่า 24,000 บาท ต่อปี
- ☐ 24,001 - 30,000 บาท ต่อปี
- ☐ 30,001 - 40,000 บาท ต่อปี
- ☐ 40,001 - 50,000 บาท ต่อปี
- ☐ 50,001 - 58,088 บาท ต่อปี
- ☐ มากกว่า 58,088 บาท ต่อปี

6. ศาสนา

- ☐ ศาสนาพุทธ
- ☐ ศาสนาอิสลาม

ตอนที่ 2

ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1	เมื่อรู้ว่าตั้งครรรค์ควรไปฝาก ครรรค์ที่สถานีนานามัยหรือโรง พยาบาล	.....	.....	.....	.....	.....
2	หญิงมีครรภ์ควรรับประทาน อาหาร พวก เนื้อสัตว์ นม ไข่ เพิ่มมากขึ้น	.....	.....	.....	.....	.....
3	หญิงมีครรภ์ไม่ควรรับประทาน- ข้าว หรือขนมหวานเพิ่มมากขึ้น	.....	.....	.....	.....	.....
4	หญิงมีครรภ์สามารถทำงาน บ้านได้ตามปกติ	.....	.....	.....	.....	.....

ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
5	หญิงมีครรภ์ไม่ควรทำงานที่ ออกแรงมาก เช่น ขุดดิน หรือ ยกของหนัก	.....	.....	.....	.....	.....
6	หญิงมีครรภ์ควรงดสูบบุหรี่	.....	.....	.....	.....	.....
7	หญิงมีครรภ์ไม่ควรดื่มสุรา	.....	.....	.....	.....	.....
8	หญิงมีครรภ์ไม่ควรรับประทาน อาหารมากเกินไป เพราะจะทำให้ เด็กอ้วนและคลอดยาก	.....	.....	.....	.....	.....
9	เมื่อมีเลือดออกทางช่องคลอด ในระหว่างตั้งครรภ์ ควรไป พบหมอทันที	.....	.....	.....	.....	.....
10	หญิงมีครรภ์ ไม่ควรนั่งก้มันใด หรือประตุ เพราะจะทำให้ คลอดยาก	.....	.....	.....	.....	.....
11	หญิงมีครรภ์ ไม่ควรไปคุณ เจ็บท้องคลอด เพราะจะทำให้ คลอดยาก	.....	.....	.....	.....	.....
12	ไม่ควรเตรียมเสื้อผ้า เครื่องใช้ เด็กไว้ก่อน เพราะจะทำให้เด็ก ตายได้	.....	.....	.....	.....	.....
13	การไปคลอดกับเจ้าหน้าที่ อนามัยมีความปลอดภัยมากกว่า หมอตำแย	.....	.....	.....	.....	.....

ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
14	การไปคลอดกับหมอที่โรงพยาบาล มีความปลอดภัยมากกว่า หมอต้าแย	.....	.....	.....	.....	.....
15	มารดาหลังคลอดบุตร ควรงด อาหารที่คิดว่าแสลง เพราะจะ ทำให้เป็นลมผิกเคื้อน	.....	.....	.....	.....	.....
16	มารดาหลังคลอดบุตร ไม่ควร รับประทานอาหารมาก เพราะ จะทำให้มกดูบาน	.....	.....	.....	.....	.....
17	ก่อนลูกสะกือหลุควรให้แม่ รับประทาน ข้าวกับเกลือ เพราะถ้ารับประทานอาหาร ชนิดอื่น สะกือลูกจะเปื้อยเรื้อรัง	.....	.....	.....	.....	.....
18	มารดาในระยะให้นมบุตร ห้าม รับประทานอาหารประเภทผัก เพราะจะทำให้เด็กท้องอืด	.....	.....	.....	.....	.....
19	มารดาหลังคลอดบุตรไม่มีความ จำเป็นจะต้องอยู่ไฟ	.....	.....	.....	.....	.....
20	มารดาหลังคลอดบุตรควรเอาผ้า รัดหน้าท้องให้แน่น เพื่อจะทำให้ ท้องยุบในระยะเวลายันสั้น	.....	.....	.....	.....	.....
21	ควรทำความสะอาดหัวนมก่อน ให้ลูกดูดนมเสมอ	.....	.....	.....	.....	.....

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
22	การใช้ลูกตุ้มจะทำให้ทรุด ทรงของแม่เสีย	.....	.....	.....	.....	.....
23	มารดาหลังคลอดควรทำ ความสะอาดวัยวะสืบพันธุ์ ทุกครั้งหลังอาบน้ำหรือถ่าย อุจจาระ ปัสสาวะ	.....	.....	.....	.....	.....
24	ควรงดการร่วมเพศหลังคลอด ประมาณ 6 อาทิตย์	.....	.....	.....	.....	.....
25	หลังคลอดประมาณ 2 เดือน ควรให้กลับไปพบหมอเพื่อตรวจ ร่างกายทั่ว ๆ ไป	.....	.....	.....	.....	.....
26	นมชั้นหวานมีคุณค่าอาหาร เช่นเดียวกับนมแม่	.....	.....	.....	.....	.....
27	ควรเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่า นมชั้นหวาน	.....	.....	.....	.....	.....
28	ไม่ควรเอาเด็กคลอดใหม่ไปดู นมมารดาของเด็กอื่น	.....	.....	.....	.....	.....
29	เสื้อผ้าเด็กอ่อนที่ใช้ควรมีเนื้อนุ่ม และละเอียด	.....	.....	.....	.....	.....
30	เด็กอ่อนอายุประมาณ 2 - 3 เดือน ห้ามใส่เครื่องประดับ เพราะจะทำให้เป็นลูกผี	.....	.....	.....	.....	.....

ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
31	ควรให้ล้างมือให้สะอาดก่อนที่จะ เตรียมอาหาร หรือให้นมลูก	.....	.....	.....	.....	.....
32	ควรให้เด็กกินข้าวกับกล้วย เมื่อเด็กมีอายุได้ 3 - 4 วัน	.....	.....	.....	.....	.....
33	เมื่อเด็กเริ่มมีฟันขึ้น ควรอย่า นมทันที เพราะเด็กเคี้ยวอาหาร ได้แล้ว	.....	.....	.....	.....	.....
34	เด็กเล็ก ๆ ควรรับประทานข้าว มาก ๆ กับน้อย ๆ เพื่อป้องกัน มิให้เป็นตะอืด	.....	.....	.....	.....	.....
35	การเจ็บป่วยทั้งหลาย มีสาเหตุมา จากเคราะห์กรรม	.....	.....	.....	.....	.....
36	การเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ไม่จำเป็นจะไปพบหมอ การไป พบหมอควรจะไปเมื่อมีอาการ ป่วยหนักมากแล้ว	.....	.....	.....	.....	.....
37	การบวบสรวงวิญญาณต่าง ๆ ทำให้หายเจ็บป่วยได้	.....	.....	.....	.....	.....
38	การฉีควัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก และวัณโรค เป็นสิ่งจำเป็นมากสำหรับเด็ก	.....	.....	.....	.....	.....

ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
39	เมื่อเกิดเจ็บป่วยควรได้รับการ รักษากับหมอที่สถานีนานามัย หรือโรงพยาบาล	.....	.....	.....	.....	.....
40	ไม่ควรเปลี่ยนหมอรักษาบ่อย ๆ ในการป่วยแต่ละครั้ง	.....	.....	.....	.....	.....
41	ควรรับประทานยาตามขนาดที่ หมอกำหนดให้	.....	.....	.....	.....	.....
42	ยาของผู้ใหญ่ไม่ควรนำมาให้เด็ก รับประทาน เพราะจะทำให้ อาการของเด็กทรุดลง เนื่อง จากได้รับยาเกินขนาด	.....	.....	.....	.....	.....
43	เด็กมีอาการท้องร่วง จะหายได้ เอง เพราะเป็นการยืดตัว ของเด็ก	.....	.....	.....	.....	.....
44	เด็กมีลิ้นเป็นฝ้าให้ใช้ผ้าอ้อม เปียกปัสสาวะเช็ดที่ลิ้น	.....	.....	.....	.....	.....
45	เมื่อเจ็บป่วย อาหารประเภท "เย็น" เช่น ผักตำลึง ไม่ควร รับประทานเพราะจะทำให้เป็น เพ็บซา	.....	.....	.....	.....	.....
46	การให้เด็กดื่มน้ำมาก ๆ ขณะ เจ็บป่วย ไปมีอันตรายต่อเด็ก	.....	.....	.....	.....	.....

ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
47	เมื่อเด็กเจ็บป่วยควรให้อาหาร อ่อน ๆ และย่อยง่าย เช่น ข้าวต้ม	.....	.....	.....	.....	.....
48	เมื่อมีบาดแผล ไม่ควรกิน ข้าวเหนียวหรือไข่ เพราะจะทำ ให้แผลหายช้า	.....	.....	.....	.....	.....
49	ห้ามคนเจ็บป่วยรับประทานส้ม เพราะจะทำลายฤทธิ์ยา ทำให้ หายช้า	.....	.....	.....	.....	.....
50	เมื่อกระดูกหักควรรักษากับหมอ บ้าน เพราะทำให้หายเร็วกว่า หมอในโรงพยาบาล	.....	.....	.....	.....	.....

ตาราง 46 แสดงค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อของแบบสอบถาม

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก t	ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก t	ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก t
1	1.75	23	2.77	45	5.67
2	3.00	24	2.08	46	2.27
3	3.12	25	2.77	47	3.04
4	2.91	26	2.12	48	1.75
5	2.16	27	2.70	49	2.67
6	3.39	28	1.75	50	2.06
7	3.39	29	3.5		
8	2.36	30	1.79		
9	2.01	31	2.78		
10	4.94	32	2.78		
11	3.67	33	2.67		
12	1.92	34	3.62		
13	1.81	35	3.94		
14	1.85	36	2.96		
15	2.11	37	4.03		
16	3.57	38	2.52		
17	9.05	39	1.75		
18	3.00	40	2.65		
19	3.24	41	3.00		
20	6.70	42	2.11		
21	2.78	43	3.48		
22	1.75	44	2.77		

ตาราง 47 แสดงคำตอบตามจำนวนและร้อยละของมารดาไทยพุทธ

ข้อที่	เห็นด้วยอย่างยิ่ง		เห็นด้วย		ไม่แน่ใจ		ไม่เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
	N	ค่าร้อยละ	N	ค่าร้อยละ	N	ค่าร้อยละ	N	ค่าร้อยละ	N	ค่าร้อยละ
1	133	70.32	52	27.5	3	1.58	-	-	1	0.52
2	67	35.44	113	59.78	5	2.64	3	1.58	1	0.52
3	23	12.16	71	37.56	35	18.51	44	23.28	16	8.46
4	53	28.04	127	67.19	3	1.58	3	1.58	3	1.58
5	84	44.44	67	35.44	3	1.58	12	6.34	9	4.76
6	108	57.14	66	34.92	2	1.05	6	3.17	8	4.23
7	124	65.60	53	28.24	3	1.58	2	1.05	7	3.70
8	7	3.70	61	32.27	22	11.64	71	37.56	28	14.81
9	114	60.31	69	36.50	4	2.11	1	0.52	1	0.52
10	14	7.40	78	41.26	33	17.46	49	25.92	15	7.93
11	18	9.52	99	52.38	26	13.75	37	19.57	9	4.76
12	26	13.75	131	69.31	16	8.46	10	5.29	6	3.17
13	130	68.78	51	26.98	1	0.52	3	1.58	4	2.1
14	140	74.07	43	22.75	3	1.58	-	-	3	1.58
15	11	5.82	36	19.04	29	15.34	97	51.32	16	8.46
16	7	3.70	66	34.92	51	26.98	50	26.45	15	7.93
17	24	12.6	127	67.19	21	11.11	13	6.87	4	2.11
18	28	14.81	129	68.25	16	8.46	11	5.82	5	2.64
19	40	21.16	55	29.10	13	6.87	73	38.62	8	4.23
20	17	8.99	102	53.96	15	7.93	49	25.92	6	3.17
21	70	37.03	83	43.91	6	3.17	32	16.93	7	3.70
22	112	59.25	71	37.56	1	0.52	3	1.58	2	1.05

ตาราง 47 (ต่อ)

ข้อที่	เห็นด้วยอย่างยิ่ง		เห็นด้วย		ไม่แน่ใจ		ไม่เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
	N	ค่าร้อยละ	N	ค่าร้อยละ	N	ค่าร้อยละ	N	ค่าร้อยละ	N	ค่าร้อยละ
23	119	62.96	63	33.33	5	2.64	2	1.05	1	0.52
24	93	49.20	89	47.08	6	3.17	1	0.52	-	-
25	91	39.68	90	47.61	7	3.70	2	1.05	-	-
26	46	24.33	115	60.84	20	10.58	7	3.70	1	0.52
27	147	77.77	36	19.04	2	1.05	1	0.52	3	1.58
28	39	20.63	110	58.20	13	6.87	21	11.11	6	3.17
29	100	52.91	86	45.50	1	0.52	1	0.52	1	0.52
30	22	11.64	99	52.38	50	26.45	17	8.99	1	0.52
31	112	59.25	77	40.74	-	-	-	-	-	-
32	42	22.22	114	60.31	3	1.58	27	14.28	3	1.58
33	23	12.16	118	62.43	10	5.29	31	16.40	7	3.70
34	29	15.34	98	51.85	29	15.34	29	15.34	4	2.11
35	48	25.39	90	47.61	25	13.22	22	11.64	4	2.11
36	49	25.92	120	63.49	2	1.05	7	3.70	11	5.82
37	35	18.51	120	63.49	23	12.16	9	4.76	2	1.05
38	154	81.48	30	15.87	3	1.58	2	1.05	1	0.52
39	120	63.49	66	34.92	1	0.52	1	0.52	1	0.52
40	29	15.34	115	60.84	15	7.93	26	13.75	4	2.11
41	118	62.43	69	36.50	1	0.52	1	0.52	-	-
42	114	60.31	61	32.27	2	1.05	8	4.23	4	2.11
43	25	13.22	106	56.08	31	16.40	16	8.46	11	5.82

ตาราง 47 (ต่อ)

ข้อที่	เห็นด้วยอย่างยิ่ง		เห็นด้วย		ไม่แน่ใจ		ไม่เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
	N	ค่าร้อยละ	N	ค่าร้อยละ	N	ค่าร้อยละ	N	ค่าร้อยละ	N	ค่าร้อยละ
44	22	11.64	64	33.86	24	12.69	65	34.39	14	7.40
45	18	9.52	103	54.49	47	24.86	12	6.34	9	4.76
46	48	25.39	80	42.32	23	12.16	38	20.10	-	-
47	92	48.67	91	48.14	3	1.58	2	1.05	1	0.52
48	3	1.58	68	35.97	32	16.93	65	34.39	21	11.11
49	12	6.34	59	31.21	31	16.40	67	35.44	20	10.58
50	7	3.70	28	14.81	62	32.80	40	21.16	52	27.51

ตาราง 48 แสดงค่าตอบตามจำนวนและร้อยละของมารดาไทยมุสลิม

ข้อที่	เห็นด้วยอย่างยิ่ง		เห็นด้วย		ไม่แน่ใจ		ไม่เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
	N	ค่าร้อยละ	N	ค่าร้อยละ	N	ค่าร้อยละ	N	ค่าร้อยละ	N	ค่าร้อยละ
1	101	53.43	81	42.8	7	3.70	-	-	-	-
2	85	44.9	90	47.6	10	5.2	4	2.1	-	-
3	8	4.23	92	48.67	20	10.55	45	23.80	24	12.69
4	52	27.5	101	53.43	13	6.87	23	12.16	-	-
5	78	41.26	51	26.9	23	12.76	28	14.8	9	4.76
6	104	57.14	34	20.10	9	4.76	21	11.1	13	6.87
7	126	66.66	36	19.04	5	2.64	6	3.17	15	7.93
8	13	6.87	78	41.2	29	5.34	40	21.16	29	15.34
9	107	56.6	75	39.58	3	1.58	3	1.58	1	0.52
10	11	5.82	61	32.27	41	21.69	32	16.93	44	23.28
11	23	12.16	77	40.74	16	8.46	36	19.04	37	14.28
12	94	49.73	55	29.10	9	4.76	15	7.93	16	8.46
13	25	13.22	60	31.74	40	21.16	42	22.22	22	11.64
14	82	43.38	79	41.79	27	14.28	2	1.05	-	-
15	5	2.64	50	26.45	42	22.22	45	23.80	47	24.86
16	7	3.70	64	33.86	34	17.98	46	24.33	38	20.10
17	25	13.22	95	50.26	14	7.40	26	13.75	29	15.34
18	24	12.69	84	44.44	33	17.46	31	16.40	17	8.99
19	20	10.58	70	37.03	30	15.87	39	20.63	30	15.87
20	15	7.93	63	33.33	35	18.51	59	31.21	60	31.74
21	99	52.38	82	43.38	7	3.70	1	0.52	-	-

ตาราง 48 (ต่อ)

ข้อที่	เห็นด้วยอย่างยิ่ง		เห็นด้วย		ไม่แน่ใจ		ไม่เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
	N	ค่าร้อยละ	N	ค่าร้อยละ	N	ค่าร้อยละ	N	ค่าร้อยละ	N	ค่าร้อยละ
22	19	10.05	95	50.26	32	16.93	29	15.34	14	7.40
23	88	46.56	89	47.08	10	5.29	-	-	2	1.05
24	80	42.3	68	35.97	23	12.16	13	6.87	5	2.94
25	75	36.68	91	48.14	16	8.46	5	2.64	2	1.05
26	80	42.32	72	38.09	19	10.05	12	6.34	6	3.17
27	88	46.56	67	35.44	15	7.93	9	4.76	10	5.29
28	46	24.33	61	32.27	30	15.87	38	20.10	14	7.40
29	81	42.85	96	50.79	7	3.70	5	2.64	-	-
30	45	23.80	87	46.03	26	13.75	19	10.05	12	6.34
31	106	56.08	63	33.33	17	8.99	3	1.58	-	-
32	39	20.63	69	36.50	14	7.40	47	24.86	20	10.58
33	38	20.10	63	33.33	31	16.40	40	21.16	17	8.99
34	33	17.46	86	45.50	23	12.16	20	10.58	27	14.28
35	15	7.93	58	30.68	33	17.46	37	19.57	46	24.33
36	66	34.92	87	46.03	7	3.70	13	6.87	16	8.46
37	46	24.33	74	39.15	47	24.86	17	8.99	5	2.64
38	111	58.7	64	33.86	12	6.34	2	1.05	-	-
39	92	48.67	89	47.08	8	4.23	-	-	-	-
40	35	18.51	77	40.41	25	13.22	51	26.98	1	0.52
41	114	60.31	67	35.44	7	3.70	1	0.50	-	-
42	104	57.14	44	23.28	7	3.70	14	7.40	16	8.46

ตาราง 48 (ต่อ)

ข้อที่	เห็นด้วยอย่างยิ่ง		เห็นด้วย		ไม่แน่ใจ		ไม่เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
	N	ค่าร้อยละ	N	ค่าร้อยละ	N	ค่าร้อยละ	N	ค่าร้อยละ	N	ค่าร้อยละ
43	34	17.98	120	63.49	13	6.87	12	6.34	10	5.29
44	46	24.33	66	34.92	41	21.69	27	14.28	9	4.76
45	13	6.87	44	23.28	70	37.03	40	21.16	22	11.64
46	44	23.28	67	35.44	45	23.80	30	15.87	3	1.58
47	93	49.20	84	44.44	3	1.58	3	1.58	6	3.17
48	12	6.34	48	25.39	40	21.16	60	31.74	29	15.34
49	8	4.23	68	35.97	23	12.16	59	31.21	31	16.40
50	7	3.70	22	11.64	55	29.10	55	29.10	50	26.45

การศึกษาเปรียบเทียบความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน
ของมารดาไทยพุทธ และไทยมุสลิมในจังหวัดปัตตานี

บทคัดย่อ

ของ

พวงทอง ป้องภัย

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต

มีนาคม 2528

จุดมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เพื่อศึกษาและ เปรียบเทียบความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพ เด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยพุทธและมารดาไทยมุสลิมในจังหวัดปัตตานี ผู้มีความแตกต่างกันในด้านศาสนา อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ฐานะเศรษฐกิจของครอบครัว ใน การศึกษาได้เลือกมารดาไทยพุทธ และมารดาไทยมุสลิมในจังหวัดปัตตานีที่มีบุตรอยู่ในวัยก่อน เรียน จำนวน 378 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบกลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวม ข้อมูล ใช้แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในการปฏิบัติตัวของมารดาขณะตั้งครรภ์ การคลอด หลังคลอด การให้ภูมิคุ้มกันโรค และการดูแลสุขภาพเด็กแรกเกิดจนถึงอายุ 5 ปี และใช้สถิติ t - test และ F - test สำหรับวิเคราะห์ข้อมูล

จากการศึกษาพบว่า

1. มารดาไทยพุทธและมารดาไทยมุสลิมมีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนแตกต่างกัน
2. มารดาไทยพุทธที่มีความแตกต่างกันด้านอาชีพ ระดับการศึกษา และฐานะเศรษฐกิจของครอบครัว มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนแตกต่างกัน แต่ มารดาไทยพุทธที่มีอายุแตกต่างกัน มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กไม่แตกต่างกัน
3. มารดาไทยมุสลิมที่มีความแตกต่างกันด้านอายุ อาชีพ และฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนไม่แตกต่างกัน แต่มารดาไทยมุสลิมที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กแตกต่างกัน
4. จากการวิเคราะห์ความแตกต่างของความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนระหว่างมารดาไทยพุทธกับมารดาไทยมุสลิม จำแนกตามกลุ่มอายุ อาชีพ และฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว พบว่ามีความแตกต่างกันในทุกกลุ่ม สำหรับตัวแปรด้านการศึกษา พบว่ามีความแตกต่างกันในทุกกลุ่มที่ไม่สำเร็จชั้นประถมศึกษา สำเร็จชั้นประถมศึกษา และ สำเร็จชั้นอุดมศึกษา แต่ไม่มีความแตกต่างกันในกลุ่มมารดาที่สำเร็จการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา

A COMPARATIVE STUDY OF THE BELIEF IN PRE - SCHOOL CHILD HEALTH CARE
OF THE BUDDHIST AND MUSLIM MOTHERS IN CHANGWAT PATTANI

AN ABSTRACT

BY

PUANGTONG PONGBHAI

Presented in partial fulfillment of the requirements
for the Master of Education degree
at Srinakharinwirot University
March 1985

The purposes of this study were to investigate the beliefs of the Buddhist and Muslim mothers in Changwat Pattani concerning pre - school health care, and to compare the beliefs of the mothers according to their religions, age groups, occupations, education backgrounds and economic statuses. Three hundred and seventy eight Buddhist and Muslim mothers who had a pre - school child in the family obtained from cluster random sampling were used as the sample group. Questionnaires concerning the belief in health practices during pregnancy, delivery, post delivery, immunization and health care of a new - born baby up to five years of age had been constructed for using as the instrument of the study. Data collection had been conducted and completed over the period of two months. The analysis of variance and t - test were made to prove the formulated hypotheses. The findings were as the followings:

i. The beliefs of the Buddhist and Muslim mothers relating to pre - school child health care were different.

ii. The Buddhist mothers of different occupations, education backgrounds, and economic statuses, had differences in their beliefs concerning pre - school child health care. However; the Buddhist mothers of different ages had no difference in their beliefs concerning pre - school child health care.

iii. The Muslim mothers of different ages, occupations and economic statuses, had no difference in their beliefs concerning pre - school child health care. While the Muslim mothers of different educational backgrounds had differences in their beliefs concerning pre - school child health care.

iv. The analyses of the beliefs concerning pre - school child health care between the Buddhist and Muslim mothers according to their differences in age groups, occupations, and economic statuses, were found to be different. No education mothers, the primary education mothers, and the college education mothers, had shown their differences, while the secondary education mothers showed no difference.

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ สกุล	นางพวงทอง ป้องภัย
วัน เดือน ปีเกิด	9 เมษายน 2485
สถานที่เกิด	จังหวัด อุบลราชธานี
ที่อยู่ปัจจุบัน	181/42 ถ. เจริญประดิษฐ์ ต. รุสะมิแล อ. เมือง จ. ปัตตานี 94000
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2503 มัธยมศึกษาปีที่ 8 จากโรงเรียนวิไลวัฒนา จังหวัด อุบลราชธานี พ.ศ. 2507 ประกาศนียบัตรการพยาบาลและผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง จากโรงเรียนพยาบาล โรงพยาบาลมิชชั่น กรุงเทพ ฯ พ.ศ. 2508 ประกาศนียบัตรวิสัญญีพยาบาล จาก โรงพยาบาลมิชชั่น กรุงเทพ ฯ พ.ศ. 2522 ศษ.บ (สุขศึกษา)จาก มหาวิทยาลัยสงขลา- นครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี
ประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2508 วิสัญญีพยาบาล ที่โรงพยาบาลมิชชั่น กรุงเทพ ฯ พ.ศ. 2511 วิสัญญีพยาบาล ที่โรงพยาบาลมิชชั่น หาดใหญ่ จ. สงขลา พ.ศ. 2518 พยาบาลประจำมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขต ปัตตานี จ. ปัตตานี พ.ศ. 2525 อาจารย์ภาควิชา พลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์ วิทยาเขต ปัตตานี จ. ปัตตานี