

โรคเอดส์ กับชาวไทย มุสลิม



อารี จำปากลาง

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารทางวิชาการหมายเลข 218

ISBN 974-589-246-7

โรคเอดส์กับชาวไทยมุสลิม

อารี จำปาทาย

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม

มหาวิทยาลัยมหิดล

ได้รับการสนับสนุนทุนการวิจัย จาก
เงินรายได้สถาบันวิจัยประชากรและสังคม
มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารทางวิชาการหมายเลข 218

ISBN 974-589-246-7

ธันวาคม 2540

โรคเอดส์กับชาวไทยมุสลิม

(AIDS and Thai Muslims)

อารี จำปากลาง

เอกสารทางวิชาการหมายเลข 218

ISBN 974-589-246-7

@สงวนลิขสิทธิ์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล 2540

จำนวนพิมพ์ 1,000 ฉบับ

Cataloging in Publication Data

อารี จำปากลาง

โรคเอดส์กับชาวไทยมุสลิม/อารี จำปากลาง

(มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันวิจัยประชากรและสังคม เอกสารทางวิชาการ ; หมายเลข 218)

ISBN 974-589-246-7

1. โรคเอดส์--ไทย 2. ชาวไทยมุสลิม--ทัศนคติ I. มหาวิทยาลัยมหิดล

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม II. ชื่อเรื่อง III. ชื่อชุด

RA644.A25 0658ร 2540

จัดพิมพ์โดย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ศาลาสาธิต อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170

โทรศัพท์: (662) 441-0201-4 ต่อ 115, (662) 441-9666

โทรสาร: (662) 441-9333

E-mail: directpr@mahidol.ac.th

Homepage URL: <http://www.mahidol.ac.th/mahidol/pr/pr.html>

จัดรูปเล่ม: สุจิตรา นิลบดี

คำนำ

จนถึงปัจจุบัน เอคส์ ยังคงเป็นปัญหาสังคมระดับแถวหน้าของไทย ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้คนในแทบทุกกลุ่มประชากรของสังคมทุกชนชั้น ครอบคลุมถึงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคยังปรากฏให้เห็นเป็นปกติ เช่นเดียวกับในสังคมชาวไทยมุสลิม ชนกลุ่มน้อยที่มีจำนวนมากที่สุดของประเทศ ก็ไม่ได้รอดพ้นจากปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอคส์ไปได้ รูปแบบหนึ่งของการพยายามต่อสู้กับการแพร่ระบาดของโรคเอคส์ คือการศึกษาวิจัยเพื่อให้ได้มาซึ่งองค์ความรู้ และข้อมูลที่จะนำไปใช้ในการแก้ปัญหาในทุกกลุ่มประชากรไม่ว่าชาวไทยพุทธ หรือชาวไทยมุสลิมโดยเท่าเทียมกัน แต่หากจะถามถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคเอคส์ในกลุ่มชาวไทยมุสลิมแล้วจะพบว่ามีน้อยมาก ด้วยความคิดและความเชื่อที่แตกต่างอย่างสิ้นเชิงกับชาวไทยทั่วไป ทำให้การแสวงหาคำตอบต่อคำถามดังกล่าวเป็นสิ่งที่น่าสนใจ และมีความจำเป็น

มหาวิทยาลัยมหิดล จึงสนับสนุนด้วยความยินดีที่สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ได้ทำการศึกษาเรื่องโรคเอคส์กับชาวไทยมุสลิม ทำให้ได้ข้อมูลที่มหาวิทยาลัยเชื่อว่า จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งทั้งต่อผู้กำหนดนโยบายต่อผู้ปฏิบัติงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการป้องกัน หรือแก้ปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอคส์ในกลุ่มชาวไทยมุสลิม และต่อชาวไทยมุสลิมเองที่จะได้รับรู้สถานะของความรู้ และความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคเอคส์ อันจะนำไปสู่ความร่วมมือสร้างภูมิคุ้มกันโรคเอคส์ ให้กับชุมชนของตนเองได้ในที่สุด

ดร. วนิดา

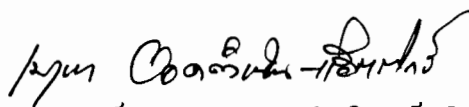
(ศาสตราจารย์เกียรติคุณ อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ)

อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล

ถ้อยแถลง

นับแต่โรคเอดส์เข้ามามีบทบาทเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ การศึกษาวิจัยเพื่อแสวงหาแนวทางป้องกัน การแก้ปัญหา ตลอดจนการประชาสัมพันธ์ และสร้างจิตสำนึกให้ประชาชนรับรู้ปัญหาร่วมกัน ได้เกิดขึ้นอย่างมากมายและกว้างขวางในเกือบทุกแง่มุม และทุกกลุ่มประชากร แต่สำหรับชาวไทยมุสลิมแล้ว ภาพความเคร่งครัดในศาสนา มักทำให้การประเมินสถานการณ์ของปัญหาในกลุ่มนี้ต่ำกว่าความเป็นจริง ทั้งในสายตาของชาวไทยทั่วไปและในสายตาของชาวไทยมุสลิมเอง การร่วมแรงร่วมใจอย่างจริงจังเพื่อคลี่คลายปัญหาในกลุ่มนี้ จึงดูเหมือนจะยังไม่เกิดขึ้น ทั้งที่โรคเอดส์เป็นปัญหาของชาวไทยมุสลิมเช่นเดียวกัน และอยู่ในระดับที่ไม่ได้เบาบางกว่าในกลุ่มอื่นเท่าใดนัก แต่ข้อมูลเกี่ยวกับปฏิกิริยาการตอบรับของชาวไทยมุสลิมที่มีต่อโรคเอดส์ยังไม่ได้มีการศึกษากันอย่างชัดเจนพอเพียง

การศึกษาเรื่อง โรคเอดส์กับชาวไทยมุสลิม เป็นความพยายามหนึ่งที่ต้องการสะท้อนสถานการณ์เบื้องต้นในเรื่องความรู้ การรับรู้ และความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคเอดส์ในกลุ่มชาวไทยมุสลิมภาคใต้ ซึ่งชาวไทยมุสลิมส่วนใหญ่อาศัยอยู่ โดยมุ่งหวังให้สิ่งที่ได้จากการศึกษาเอื้อประโยชน์โดยตรงต่อการกำหนดนโยบาย และการวางแผนสร้างกิจกรรมใดๆ ที่มีเจตนาเพื่อป้องกันและบรรเทาปัญหาต่างๆ ที่จะเกิดจากโรคเอดส์ในกลุ่มชาวไทยมุสลิม อย่างเหมาะสมกับธรรมชาติของความเชื่อ ความคิด และวิถีชีวิตที่เป็นอยู่มากที่สุด ทั้งคาดหวังให้ชาวไทยมุสลิมเองได้ตระหนักรู้ในสภาพการณ์ และเตรียมพร้อมก่อนปัญหาเอดส์จะเข้ามากระทบกับวิถีชีวิตจนไม่อาจควบคุม



(รองศาสตราจารย์ ดร.เบญญา ขอดคำเนิน-แอ็ดติกิจ)

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยประชากรและสังคม

คำขอบคุณ

การศึกษาเรื่อง **โรคเอดส์กับชาวไทยมุสลิม** เริ่มต้นและสำเร็จลงได้ด้วย การสนับสนุนทุนการวิจัยจาก สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยขอบันทึกคำขอบคุณไว้ ณ ที่นี้

ขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อภิชาติ จำรัสฤทธิ์รักษ์ ผู้กระตุ้นเตือน และ สนับสนุนการทำงานครั้งนี้มาโดยตลอด รองศาสตราจารย์ ดร.เบญจา ยอดคำเนิน -แอ็ดติภักดิ์ ผู้จุดประกายความคิดให้ผู้วิจัยได้เริ่มต้นเปลี่ยนภาพความคิดให้เป็นภาพ ความจริงขึ้นมา

ขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรชัย ทองไทย และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุไรวรรณ คณิงสุขเกษม อาจารย์ ที่ปรึกษาโครงการ สำหรับคำแนะนำ และคำวิจารณ์ ที่มีค่าต่อความสมบูรณ์ของการศึกษานี้

ขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิเชษฐ์ กาลามเกียรต์ คณะมนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้ให้คำแนะนำที่สำคัญ โดยเฉพาะใน ประเด็นที่เกี่ยวกับศาสนาอิสลาม

ขอบคุณผู้มีส่วนร่วมในการเก็บข้อมูลภาคสนาม คือ คุณเขาวัดถัณฑ์ เจียรนัย คุณสุริยา กาพสินธุ์ ผู้ควบคุมภาคสนาม คุณปิยะดา อุ่นเสียร คุณศุภศรี เอื้อยศรี ผู้ช่วยผู้ควบคุมภาคสนาม รวมทั้ง ชาราะ ค๊ะ อาดีอานา มุหะมะ ปอซี ไอดา อามีนะ อับดุลฮามิ และ อิมรอน พนักงานสัมภาษณ์ทุกคนผู้เป็นตัวจักร สำคัญของการได้มาซึ่งข้อมูล

ขอบคุณ คุณมารีเยสส์ ทองเผื่อ สำหรับการให้ข้อมูลบางประการที่จำเป็นต่อการศึกษา และช่วยจัดกระทำข้อมูลก่อนบันทึกลงในเครื่องคอมพิวเตอร์ คุณบังเอิญ คำประดับเพชร และ คุณกัญญารักษ์ อยู่ประเสริฐ ผู้ลงรหัสข้อมูล และ บันทึกข้อมูลลงในเครื่องคอมพิวเตอร์ ตลอดจนช่วยในการบรรณาธิกรณข้อมูล

ขอบคุณ อาจารย์อรพรรณ หันจางสิทธิ์ เลขานุการสถาบันฯ ที่อำนวยความสะดวกให้การศึกษานี้ดำเนินไปได้อย่างราบรื่น รวมทั้งทุกคนในสำนักงาน เลขานุการสถาบันฯ ที่มีส่วนช่วยให้งานนี้สำเร็จลงได้ ทั้งในเรื่องการพิมพ์ การดูแลด้านการเงิน และอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คุณสุจิตรา นิลบดี สำหรับการจัดรูปเล่มรายงานฉบับนี้

ที่สำคัญ ผู้วิจัยขอขอบคุณ ชาวมุสลิมผู้ให้สัมภาษณ์ทุกคน ที่กรุณาสละเวลาให้ข้อมูลอย่างเต็มที่ จนได้เป็นผลการศึกษานำเสนอต่อสาธารณะเช่นนี้

ที่สุดนี้ ผู้วิจัยระลึกอยู่ตลอดเวลาว่า เหนือสิ่งอื่นใด อัลลอฮ์ (ช.บ.) ผู้ทรงอนุภาพยิ่งเท่านั้น ที่อนุวัติให้การทำงานครั้งนี้ลุล่วงสำเร็จลง ผู้วิจัยมีอาลัยมการขอบคุณต่อพระองค์ท่านได้

อารี จำปากลาย

ธันวาคม 2540

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการศึกษาเรื่อง โรคเอดส์กับชาวไทยมุสลิมคือ เพื่อศึกษาว่าชาวไทยมุสลิมภาคใต้มีความรู้ ความเข้าใจ มีความสนใจ ความตระหนัก ในปัญหาโรคเอดส์มากน้อยเพียงใด และมีความคิดเห็นต่อโรคเอดส์ ต่อผู้ติดเชื้อ หรือผู้ป่วยเอดส์ และการประจักษ์พยานโรคเอดส์อย่างไร รวมทั้งมีปัจจัยอะไรบ้าง ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นดังกล่าว ในฐานะที่ชาวไทยมุสลิมเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีจำนวนมากที่สุดในประเทศไทย มีลักษณะเฉพาะในวิถีชีวิต มีความเชื่อ และวิธีคิด ที่แตกต่างไปจากคนไทยส่วนใหญ่ การเก็บข้อมูลภาคสนามดำเนินการพร้อมกัน และใช้กลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับโครงการสำรวจภาวะการคุมกำเนิดในประเทศไทย พ.ศ.2539 เฉพาะในภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามหญิงและชาย อายุ 15-49 ปี จำนวนทั้งสิ้น 815 คน ใช้ตารางร้อยละ ค่าเฉลี่ย สถิติ χ^2 และ Multiple Regression Analysis ในการอธิบายผลการศึกษา

ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ได้รับความรู้เรื่องเอดส์จากสื่อมวลชน คือ หนังสือพิมพ์ วิทยุ และโทรทัศน์ เรื่องที่ชาวไทยมุสลิมภาคใต้ส่วนใหญ่ยังเข้าใจผิด คือ เข้าใจว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์จากลักษณะภายนอกได้ เกือบทุกคนคิดว่า ผู้ติดเชื้อ ทุกคนจะแสดงอาการของโรค มากกว่าครึ่งยังเข้าใจว่า เอดส์ติดต่อได้ทางน้ำลาย และยาง และเกือบครึ่งเข้าใจว่า เอดส์ติดต่อได้ด้วยการใช้เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่มร่วมกัน ไอ จาม รดกัน หรือด้วยการจูบ

ส่วนใหญ่เห็นว่า เอดส์เป็นเรื่องไกลตัว และคิดว่า ตนเองแทบไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเลย มีการพูดคุยกันเรื่องเอดส์น้อยมาก ผู้ชาย และคนในเขตเมือง สนใจปัญหาเอดส์มากกว่าผู้หญิง และคนในเขตชนบท ตามลำดับ

ชาวไทยมุสลิมส่วนใหญ่ มองว่า เอดส์ คือสิ่งที่พระเจ้าส่งมาเพื่อลงโทษ ผู้กระทำความผิดในเรื่องเพศ เกี่ยวข้องโดยตรงกับการไม่ซื่อสัตย์ต่อคู่สมรสและการมี

เพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานและนอกการสมรส ดังนั้น การซื้อสตั๊ดต่อคู่สมรสและการครองความบริสุทธิ์ก่อนแต่งงานเป็นการป้องกันโรคเอดส์ที่เพียงพอแล้ว ผู้มีการศึกษาระดับสูง และผู้ที่เรียนศาสนาในระบบโรงเรียน มีแนวโน้มที่จะมองโรคเอดส์ในมุมมองกว้างกว่าผู้มีการศึกษาระดับต่ำ และผู้ที่เรียนศาสนาในระบบโรงเรียนหรือไม่เรียนศาสนา ตามลำดับ

ส่วนใหญ่เห็นว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์มักเป็นผู้มีพฤติกรรมไม่ดี แต่ยังมีความเห็นใจผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อยู่เป็นส่วนใหญ่ แม้จะยังมีการแบ่งแยกสาเหตุที่ติดเชื้อ กล่าวคือ ให้ความเห็นใจผู้ติดเชื้อจากสาเหตุสุดวิสัยมากกว่าผู้ติดเชื้อจากสาเหตุที่ขัดแย้งกับหลักการของอิสลาม (จากการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการและจากยาเสพติด) ผู้ชาย คนในเขตเมือง และคนที่เรียนศาสนาในระบบโรงเรียน มีแนวโน้มว่าจะสามารถปรับตัวในสังคมที่มีผู้ติดเชื้อเอดส์ได้มากกว่าผู้หญิง คนในชนบท และคนที่เรียนศาสนาในระบบโรงเรียนหรือไม่เรียนศาสนา ตามลำดับ

ชาวไทยมุสลิมส่วนใหญ่เห็นความจำเป็นของการให้ความรู้เรื่องเอดส์ในสังคมมุสลิม ในโรงเรียนทั้งสายสามัญและสายศาสนา และเห็นว่า การปลูกฝังทางศาสนามีส่วนช่วยแก้ปัญหาเอดส์ ประมาณ 1 ใน 4 เห็นว่า การพูดคุยเรื่องเอดส์ในที่สาธารณะเป็นสิ่งไม่เหมาะสม มากกว่า 1 ใน 3 ไม่เห็นด้วยกับการคุตบะฮ์วันศุกร์เรื่องโรคเอดส์ และครึ่งหนึ่งไม่เห็นด้วยกับการพูดคุยเรื่องเอดส์ในมัสยิด ส่วนใหญ่เห็นว่าเอดส์สามารถควบคุมได้ด้วยการห้ามการมีหญิงบริการ และการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้องไม่ว่าจะแต่งงานแล้วหรือโสดก็ตาม มากกว่าครึ่งเห็นว่า การมีภรรยาหลายคนในสังคมมุสลิมช่วยป้องกันการมีเพศสัมพันธ์นอกสมรส และช่วยป้องกันปัญหาเอดส์ ส่วนใหญ่มองการคุมกำเนิด และถุงยางอนามัยในทางลบ แต่ยอมรับได้หากเป็นการใช้เพื่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยในกรณีที่สังคมมีปัญหาโรคเอดส์เกิดขึ้น นอกจากนี้ส่วนใหญ่ยังเห็นด้วยกับการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในการรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์

ผลจากการวิเคราะห์ด้วย Multiple Regression Analysis พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้เรื่องเอดส์ในชาวไทยมุสลิมภาคใต้ทั้งคนโสดและเคยสมรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เรียงจากมีอิทธิพลมากไปหาน้อย คือ พฤติกรรมการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การศึกษาสามัญ เพศ อายุ ภาษาที่ใช้พูดในชีวิตประจำวัน ความสามารถในการฟังภาษาไทย และสถานภาพสมรส ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้เรื่องเอดส์ในชาวไทยมุสลิมภาคใต้ที่เป็นโสด คือ เพศ ความสามารถในการฟังภาษาไทย และพฤติกรรมในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้เรื่องเอดส์ในชาวไทยมุสลิมภาคใต้ที่สมรสแล้ว คือ พฤติกรรมการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ภาษาที่ใช้พูดในชีวิตประจำวัน อาชีพ และอายุของกลุ่มสมรส

ผลสรุปจากการศึกษา สะท้อนว่า ในขณะที่ปัญหาโรคเอดส์กำลังเริ่มก่อตัวในกลุ่มชาวไทยมุสลิมนั้น ความรู้เรื่องโรคเอดส์หลายประเด็นยังไม่ชัดเจน ความเข้าใจว่าปัญหาโรคเอดส์ห่างไกลกับตนเองและชุมชนยังมีอยู่เป็นส่วนใหญ่ และเอดส์ยังเป็นประเด็นที่ไม่ควรพูดคุยกันในที่สาธารณะหรือในที่ ๆ คนส่วนใหญ่รวมตัวกัน เช่น มัสยิด ความคิดเห็นดังกล่าว อาจเป็นอุปสรรคต่อการรับรู้เรื่องโรคเอดส์ ดังนั้น ชาวไทยมุสลิมจึงเป็นกลุ่มหนึ่งที่ไม่ควรมองข้าม และต้องให้ความสนใจมากขึ้น ในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์เพื่อป้องกันก่อนปัญหาเอดส์จะลุกลามมากขึ้นจนยากจะแก้ไข

ABSTRACT

Muslims are the largest ethnic group in Thailand. Since their unique way of life is so different from most Thais, their perspective toward anything are interesting. The objective of this study is to examine HIV/AIDS knowledge among Thai Muslims, their interest and concern about AIDS problems, their opinion toward HIV/AIDS, HIV infected person/HIV patient and AIDS prevention campaign, and the factors affecting their knowledge and opinions. This project conducted the fieldwork and took the same sample in the south of Thailand as The Contraceptive Prevalence Survey, 1996. The sample is 15-49 year-old-southern Muslim. Percentage table, mean χ^2 and Multiple Regression Analysis are used in the study.

The findings indicated that most respondents received HIV/AIDS information from mass media such as television, radio or newspapers. They believed that infected persons could be identified by outside features and most all of them perceived that all infected persons would present AIDS symptoms. More than half thought HIV/AIDS could be transmitted through saliva and mosquitoes, and almost half thought HIV/AIDS could be transmitted by sharing clothes, coughing, sneezing or kissing.

In their views, AIDS was far away from their lives. Most thought that they hardly had any risk of catching HIV/AIDS. Talking about AIDS in daily life was very rare. Men and urban residents were more concerned about AIDS problems than women and rural residents, respectively,

Most Thai muslims agreed that God sent AIDS to punish anyone who engaged in immoral sexual behavior. AIDS directly relevant to being unfaithful to spouse and pre/extra-marital sex. Thus they belived that being faithful to their spouse and celibacy before marriage was enough to avoid HIV/AIDS. Well-educated Muslims and

Muslims who were studying or had finished Islam study from the school system tended to be more-opened minded toward AIDS than less-educated Muslims and Muslims who had never studied Islam or studied Islam from a non-school system, respectively.

Most of them agreed that most HIV infected persons had engaged in morally wrong behavior. However, they felt sympathy for infected persons, even though it was still differentiated between infected by unintended cause and by behavior that Muslims could not accept (visiting prostitutes or intravenous heroin addicts). Muslim men, urban residents, and Muslims who were studying or finished Islam study from the school system, were more likely to be able to accept a person with AIDS than were women, rural residents, and ones who had never studied Islam or studied Islam from a non-school system.

Most also agreed that AIDS education in Muslim communities and schools, both ordinary schools and religious schools was essential, that religious education would help to cope with AIDS problem. However, about 1/4 of them disagreed with AIDS discussion in public and around 1/3 thought that Friday preach should not touch on AIDS. Moreover, half of them disagreed with talking about AIDS in masjid. Most of them thought that AIDS could be prevented by prohibiting prostitution. Visiting prostitutes was not accepted regardless of marital status. More than half of them accepted that polygamy in the Muslim community prevented man from extra-marital sex and from HIV/AIDS. Most felt that both contraceptive and condom promotion increased the spread of HIV/AIDS. However, they seemed willing to accept condom use in cases of HIV/AIDS standed occurring in Muslim community and most of them agreed with condom promotion in AIDS prevention campaign.

The results from Multiple Regression Analysis indicated that information consumption behavior, ordinary education, gender, age, daily speaking language, Thai listening ability and marital status were factors affecting AIDS knowledge among Thai Muslims, both married

and single. Whereas among single Thai Muslims, gender, ability in Thai listening and information consumption behavior influenced AIDS knowledge. And among married respondents, factors affected AIDS knowledge were information consumption behavior, daily speaking language, occupation and spouse's age.

The findings of the study warned us that while AIDS is beginning in the Muslim community, many aspects about AIDS are not clear to them. Most Muslims still consider AIDS as a remote disease that does not affect their daily lives. In their eyes, AIDS issues are not appropriate to discuss in public or places they gather (i.e. masjid). That image might prove to be an obstacle in AIDS education and suggests that closer attention must be paid to the Thai Muslim community by the AIDS prevention campaign.

สารบัญ

บทที่	หน้า
คำนำ.....	III
ถ้อยแถลง.....	IV
คำขอบคุณ.....	V
บทคัดย่อภาษาไทย.....	VII
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	XI
สารบัญ.....	XV
สารบัญตาราง.....	XIX
สารบัญตารางผนวก.....	XXIII
 1 บทนำ	
1.1 วัตถุประสงค์การศึกษา.....	3
1.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	3
1.3 กรอบแนวความคิด.....	10
1.4 คำนิยาม.....	11
 2 ระเบียบวิธีวิจัย	
2.1 ประชากรและพื้นที่ในการศึกษา.....	15
2.2 การเก็บข้อมูลและการบันทึกข้อมูล.....	16
2.3 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	17
2.4 แบบสอบถามในการศึกษา.....	17
 3 ลักษณะทั่วไป และความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ	
3.1 ลักษณะทั่วไป.....	19
3.2 ความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ.....	33
3.3 สรุป.....	40

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ความรู้ ความสนใจและความตระหนักในปัญหาโรคเอดส์	
4.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์.....	41
4.2 ความสนใจและความตระหนักในปัญหาโรคเอดส์.....	50
4.3 สรุป.....	56
5 ความคิดเห็นต่อโรคเอดส์ ผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์ และการประชาสัมพันธ์ป้องกันโรคเอดส์	
5.1 ความคิดเห็นต่อโรคเอดส์.....	59
5.2 ความคิดเห็นต่อผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์.....	62
5.3 ความคิดเห็นต่อการประชาสัมพันธ์ป้องกันโรคเอดส์.....	69
5.4 สรุป.....	79
6 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้เรื่องโรคเอดส์	
6.1 ตัวแปรในการวิเคราะห์.....	82
6.2 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุ.....	84
6.3 สรุป.....	93
7 อภิปราย สรุปผล และข้อเสนอแนะ	
7.1 สรุปผลการศึกษา และอภิปรายผล.....	96
7.2 ข้อเสนอแนะ.....	101

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
บรรณานุกรม.....	105
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก ตารางเพิ่มเติม.....	109
ภาคผนวก ข แบบสอบถาม.....	147

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
3.1 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามอายุ เพศ และเขตที่อยู่อาศัย.....	20
3.2 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามสถานภาพ สมรส เพศ และเขตที่อยู่อาศัย.....	21
3.3 อายุเฉลี่ยที่แต่งงานครั้งแรก จำแนกตามเพศ เขตที่อยู่อาศัย และสถานภาพสมรส.....	22
3.4 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตาม การศึกษาสามัญ เพศ และเขตที่อยู่อาศัย.....	23
3.5 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตาม การศึกษาสามัญ และกลุ่มอายุ.....	24
3.6 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตาม ความสามารถในการอ่าน ฟัง และพูดภาษาไทย เพศ และเขตที่อยู่อาศัย.....	25
3.7 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตาม การศึกษาทางศาสนา วิธีการเรียนศาสนา เพศ และเขตที่อยู่อาศัย.....	27
3.8 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตาม ความสามารถในการอ่านคัมภีร์อัลกุรอาน เพศ และเขตที่อยู่อาศัย.....	28
3.9 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามภาษา ที่ใช้พูดในชีวิตประจำวัน เพศ และเขตที่อยู่อาศัย.....	29

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
3.10 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามอาชีพ เพศ และเขตที่อยู่อาศัย.....	30
3.11 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามพฤติกรรม ในการรับรู้ข่าวสาร เพศ และเขตที่อยู่อาศัย.....	31
3.12 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความเคร่งครัด ในการปฏิบัติศาสนกิจ เพศ และเขตที่อยู่อาศัย.....	34
3.13 การแบ่งระดับความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ.....	38
3.14 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตาม ระดับความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ เพศ และเขตที่อยู่อาศัย.....	38
3.15 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามระดับ ความเคร่งครัดในหลักการในความคิดของตนเอง เพศ และเขตที่อยู่อาศัย.....	39
4.1 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความรู้ เกี่ยวกับโรคเอดส์ เพศ และเขตที่อยู่อาศัย.....	42
4.2 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามแหล่ง ความรู้ที่เคยได้รับเกี่ยวกับโรคเอดส์ และเขตที่อยู่อาศัย.....	43
4.3 การกระจายร้อยละของผู้ที่ตอบความรู้เรื่องเอดส์ถูกต้อง จำแนกตามเพศ และเขตที่อยู่อาศัย.....	45
4.4 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความคิด เกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัย เพศ และเขตที่อยู่อาศัย.....	46

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
4.5 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเอดส์ จำแนกตามอายุ การศึกษาสามัญ การศึกษาทางศาสนา อาชีพ ความเคร่งครัด ในการปฏิบัติศาสนกิจ เพศ และเขตที่อยู่อาศัย.....	48
4.6 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความสนใจ และความตระหนักในปัญหาโรคเอดส์ เพศ และเขตที่อยู่อาศัย.....	53
5.1 การกระจายร้อยละของผู้ที่เห็นด้วยในความคิดเห็น ต่อโรคเอดส์ จำแนกตามเพศ และเขตที่อยู่อาศัย.....	61
5.2 การกระจายร้อยละของผู้ที่เห็นด้วยในความคิดเห็นต่อผู้ติดเชื้อ หรือผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามเพศ และเขตที่อยู่อาศัย.....	63
5.3 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความคิดเห็น เรื่องการจัดการกับคนในชุมชนที่ติดเชื้อเอดส์ เพศ และเขตที่อยู่อาศัย.....	64
5.4 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความคิดเห็น เรื่องผู้ที่ควรทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเอดส์ เพศ และเขตที่อยู่อาศัย.....	65
5.5 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความคิดเห็น เรื่องการใช้ชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ เพศ และเขตที่อยู่อาศัย.....	67
5.6 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความตั้งใจ จะไปเยี่ยมคนในชุมชนที่ติดเชื้อเอดส์ เพศ และเขตที่อยู่อาศัย.....	68

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
5.7 การกระจายร้อยละของผู้ที่เห็นด้วยในความคิดเห็นต่อ การประชาสัมพันธ์โรคเอดส์ จำแนกตามเพศ และเขตที่อยู่อาศัย.....	75
5.8 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความคิดเห็น เรื่องบุคคลที่สามารถพูดคุยเกี่ยวกับโรคเอดส์ได้ เพศ และที่อยู่อาศัย.....	78
6.1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ในกลุ่มคนโสดและสมรส.....	85
6.2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของตัวแปรในกลุ่มคนโสด และสมรส.....	88
6.3 สัมประสิทธิ์ BETA ของตัวแปรอิสระที่มีต่อความรู้เกี่ยวกับ โรคเอดส์.....	92

สารบัญตารางภาคผนวก

ตารางที่	หน้า
ผ 4.1 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามเหตุผลของ ความสนใจและความตระหนักในปัญหาโรคเอดส์.....	109
ผ4.2 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความรู้ เกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ต้องการรู้เพิ่มเติม.....	112
ผ4.3 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามพฤติกรรม ที่เปลี่ยนแปลงหลังจากรู้จักโรคเอดส์.....	113
ผ5.1 การกระจายร้อยละของผู้ที่เห็นด้วยในความคิดเห็นต่อโรคเอดส์ จำแนกตามการศึกษาสามัญ.....	114
ผ5.2 การกระจายร้อยละของผู้ที่เห็นด้วยในความคิดเห็นต่อโรคเอดส์ จำแนกตามการศึกษาทางศาสนา.....	115
ผ5.3 การกระจายร้อยละของผู้ที่เห็นด้วยในความคิดเห็นต่อโรคเอดส์ จำแนกตามระดับเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ.....	116
ผ5.4 การกระจายร้อยละของผู้ที่เห็นด้วยในความคิดเห็นต่อผู้ติดเชื้อ หรือผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามการศึกษาสามัญ.....	117
ผ5.5 การกระจายร้อยละของผู้ที่เห็นด้วยในความคิดเห็นต่อผู้ติดเชื้อ หรือผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามการศึกษาทางศาสนา.....	118
ผ5.6 การกระจายร้อยละของผู้ที่เห็นด้วยในความคิดเห็นต่อผู้ติดเชื้อ หรือผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามระดับความเคร่งครัด ในการปฏิบัติศาสนกิจ.....	119
ผ5.7 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความคิดเห็น เรื่องการจัดการกับคนในชุมชนที่ติดเชื้อเอดส์ และการศึกษาสามัญ.....	120

สารบัญตารางภาคผนวก (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
ผ5.8 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความคิดเห็น เรื่องการจัดการกับคนในชุมชนที่ติดเชื่อเอดส์ และการศึกษา ทางศาสนา.....	121
ผ5.9 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความคิดเห็น เรื่องการจัดการกับคนในชุมชนที่ติดเชื่อเอดส์ และความเคร่งครัด ในการปฏิบัติศาสนกิจ.....	122
ผ5.10 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตาม ความคิดเห็นเรื่องผู้ที่ควรทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเอดส์ และศึกษาสามัญ.....	123
ผ5.11 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความคิดเห็น เรื่องผู้ที่ควรทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเอดส์ และการศึกษา ทางศาสนา.....	124
ผ5.12 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความคิดเห็น เรื่องผู้ที่ควรทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเอดส์ และระดับความเคร่งครัด ในการปฏิบัติศาสนกิจ.....	125
ผ5.13 การกระจายร้อยละของผู้ที่ตอบว่าสามารถอยู่ร่วมกับ ผู้ติดเชื่อเอดส์ได้อย่างมีเงื่อนไข จำแนกตามเงื่อนไข ของการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื่อเอดส์.....	126
ผ5.14 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความคิดเห็น เรื่องการใช้ชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ติดเชื่อเอดส์ และการศึกษาสามัญ.....	126

สารบัญตารางภาคผนวก (ต่อ)

บทที่	หน้า
ผ5.15 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความคิดเห็น เรื่องการใช้ชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ และการศึกษา ทางศาสนา.....	127
ผ5.16 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความคิดเห็น เรื่องการใช้ชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ และระดับ ความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ.....	128
ผ5.17 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามเหตุผล ของการไปเยี่ยม หรือไม่ไปเยี่ยมคนในชุมชนที่ติดเชื้อเอดส์.....	129
ผ5.18 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความตั้งใจ ที่จะไปเยี่ยมคนในชุมชนที่ติดเชื้อเอดส์ และการศึกษาสามัญ.....	130
ผ5.19 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความตั้งใจ ที่จะไปเยี่ยมคนในชุมชนที่ติดเชื้อเอดส์ และการศึกษา ทางศาสนา.....	131
ผ5.20 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความตั้งใจ ที่จะไปเยี่ยมคนในชุมชนที่ติดเชื้อเอดส์ และระดับ ความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ.....	132
ผ5.21 การกระจายร้อยละของผู้ที่เห็นด้วยในความคิดเห็นต่อการ ประชาสัมพันธ์ป้องกันโรคเอดส์ และการศึกษาสามัญ.....	133
ผ5.22 การกระจายร้อยละของผู้ที่เห็นด้วยในความคิดเห็นต่อการ ประชาสัมพันธ์ป้องกันโรคเอดส์ และการศึกษาทางศาสนา.....	136

สารบัญตารางภาคผนวก (ต่อ)

บทที่	หน้า
ผ5.23 การกระจายร้อยละของผู้ที่เห็นด้วยในความคิดเห็นต่อการ ประชาสัมพันธ์ป้องกันโรคเอดส์ และระดับความเคร่งครัด ในการปฏิบัติงาน.....	139
ผ6.1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรที่ใช้ใน การศึกษา ในกลุ่มคนโสด.....	142
ผ6.2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรที่ใช้ใน การศึกษา ในกลุ่มผู้ที่สมรส.....	143
ผ6.3 ค่าสัมประสิทธิ์ระหว่างกันของตัวแปร ในกลุ่มคนโสด และสมรส.....	144
ผ6.4 ค่าสัมประสิทธิ์ระหว่างกันของตัวแปร ในกลุ่มคนโสด.....	145
ผ6.5 ค่าสัมประสิทธิ์ระหว่างกันของตัวแปร ในกลุ่มผู้ที่สมรส.....	146

บทที่ 1

บทนำ

เอเดส มีหัตถ์ภัยที่กำลังคุกคามชาวโลกแห่งศตวรรษนี้อย่างรวดเร็วและรุนแรง ในหลายประเทศสถานการณ์ของปัญหาลงลึกจนถึงระดับที่ต้องเตรียมความพร้อมของสังคม เพื่อเผชิญหน้ากับการอยู่ร่วมกันกับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างไม่แปลกแยก หนึ่งในประเทศที่กำลังเผชิญกับสถานการณ์ดังกล่าว คือ ประเทศไทย สังคมที่มีความหลากหลายของคนต่างเชื้อชาติ ศาสนา ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน ขณะที่คนกลุ่มใหญ่ของประชากรไทยคือชาวไทยพุทธนั้น ในบรรดาชนกลุ่มน้อยทั้งหมด กลุ่มที่มีจำนวนมากที่สุดคือ ชาวไทยที่นับถือศาสนาอิสลาม หรือชาวมุสลิม

ข้อมูลของกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข มีตัวเลขรายงานจำนวนผู้ป่วยเอดส์ ในปี 2540 ทั้งสิ้น 70,013 คน (กันยายน 2540) เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์สูง เช่น สหรัฐอเมริกา ยูกันดา บราซิล และฝรั่งเศส ซึ่งมีผู้ป่วยโรคเอดส์จำนวน 179,136 21,719 16,015 และ 14,449 คน ตามลำดับ (สถาพร มานัสสฤทธิย์ 2534 : 17 อ้างใน วรชัย ทองไทย และ อรพินทร์ พิทักษ์มหาเกตุ 2537 : 24) ข้อมูลดังกล่าวชี้ว่า ประเทศไทยมีอัตราการแพร่ระบาดของโรคเอดส์อยู่ในระดับสูง อย่างไรก็ตาม ในกลุ่มชาวมุสลิมไม่มีรายงานสถานการณ์โรคเอดส์ว่าอยู่ในระดับใด การศึกษาเกี่ยวกับโรคเอดส์ในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มประชากรทั่วไป โดยไม่ได้แยกศาสนา อย่างไรก็ตาม ภาพลักษณ์ของชาวมุสลิมที่ดูเหมือนจะเคร่งครัดในหลักศาสนา อาจทำให้ถูกมองว่า การแพร่กระจายของโรคเอดส์ในกลุ่มนี้ไม่อยู่ในระดับที่เป็นปัญหาเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มชาวพุทธ แต่หากพิจารณาจำนวนผู้ป่วยเอดส์แยกตามเขตตรวจราชการของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เฉพาะในภาคใต้ ภาคที่มีชาวมุสลิมส่วนใหญ่อาศัยอยู่แล้ว พบว่า ภาคใต้ตอนล่าง หรือเขต 12 (ตรัง พัทลุง สงขลา สตูล ยะลา ปัตตานี นราธิวาส) ซึ่งรวมเอาจังหวัดที่มีประชากรส่วนใหญ่

เป็นชาวมุสลิม นั้น มีรายงานผู้ป่วยเอดส์ในจำนวนที่ไม่แตกต่างกับภาคใต้ตอนบน หรือเขต 11 (ชุมพร ระนอง ภูเก็ต พังงา กระบี่ สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช) มากนัก กล่าวคือ พบผู้ป่วยเอดส์ 2,705 คน ในเขต 11 และ 2,288 คน ในเขต 12 ตัวเลขนี้อาจประเมินได้ในเบื้องต้นว่า ในความเป็นจริงนั้น โรคเอดส์ได้ลุกลามเข้าไปในกลุ่มชาวไทยมุสลิมแล้วเช่นเดียวกัน (กองระบาดวิทยา 2540: 1-8)

ปัญหาโรคเอดส์ในระดับที่รุนแรง ทำให้รัฐบาลไทยใช้กลยุทธ์มากมาย หลายประการในอันที่จะเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ สร้างความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักให้เกิดขึ้นในหมู่ชาวไทย การดำเนินการอย่างจริงจัง ต่อเนื่อง และกว้างขวาง ทำให้กล่าวได้ว่า แม้การเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงยังไม่ปรากฏอย่างแจ้งชัด แต่ชาวไทยโดยทั่วไปมีความรู้ในเรื่องโรคเอดส์ มีความตื่นตัวและตระหนักในปัญหาแล้วในระดับหนึ่ง ในขณะที่ภาพรวมของระดับประเทศเป็นดังกล่าวนั้น ในกลุ่มชาวมุสลิมซึ่งมีลักษณะเฉพาะตัว มีแนวความคิด ทัศนคติการมองโลก และวัฒนธรรมของตนเองที่แตกต่างกับชาวไทยส่วนใหญ่จะมีการรับรู้ ทัศนคติ และปฏิกิริยาต่อโรคเอดส์อย่างไรนั้น เป็นเรื่องที่น่าจะได้มีการศึกษาและทำความเข้าใจ

ในทัศนะของอิสลาม โรคภัยไข้เจ็บอันเป็นปรากฏการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นในชีวิตมนุษย์อย่างหนึ่งนั้น ไม่ได้เป็นเคราะห์กรรมหรือความโชคร้าย แต่เป็นพระประสงค์ของพระผู้เป็นเจ้า ด้วยความเมตตาของพระองค์ เป็นเสมือนสิ่งทดสอบความศรัทธา ความยำเกรง ความหนักแน่น อดทน ซึ่งหากมนุษย์ตระหนักในความจริงข้อนี้และสามารถต่อสู้กับความทุกข์ทรมานจากโรคภัยไข้เจ็บนั้นได้ด้วย ความอดทนเข้มแข็ง ด้วยความยำเกรง และด้วยความยอมจำนนต่อพระผู้เป็นเจ้าแล้ว ความเจ็บป่วยนั้นย่อมมิใช่การสูญเปล่า หากแต่จะได้รับการตอบแทนอย่างเอนกอนันต์ทั้งในโลกนี้และโลกหน้า และเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น เป็นหน้าที่ของมุสลิมที่ต้องไปเยี่ยมเยียนและให้กำลังใจแก่คนเจ็บ (เสาวนีย์ จิตต์หมวด 2535 : 329) แต่กล่าวสำหรับโรคเอดส์แล้ว ข้อเท็จจริงในสาเหตุเบื้องหลังของโรคที่ส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมที่เป็นภาพลบในบรรทัดฐานของสังคมทั่วไป สายตาของมุสลิมที่

มองโรคเอดส์ รวมทั้งผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ภาพที่เกิดขึ้นยังไม่แน่ว่าจะยังคงเป็นเช่นที่มองโรคทั่วไปหรือไม่

ด้วยสภาพการณ์ดังกล่าวแล้ว จึงเห็นว่า การศึกษาเพื่อหาข้อเท็จจริง และทำความเข้าใจในเรื่องความรู้ และความคิดเห็นของชาวมุสลิมที่มีต่อโรคเอดส์ เป็นสิ่งจำเป็น โดยเฉพาะมุสลิมในภาคใต้ พื้นที่ที่มีมุสลิมส่วนใหญ่อาศัยอยู่ โดยหวังว่า ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อการหาแนวทางและยุทธวิธีที่เหมาะสม สอดคล้องกับธรรมชาติของกลุ่มเป้าหมาย ในการรณรงค์ประชาสัมพันธ์โรคเอดส์ เพื่อเตรียมความพร้อมของสังคมมุสลิมให้สามารถรับมือกับปัญหาโรคเอดส์ได้อย่างถูกต้องและทันทั่วทั้งที่

1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มีความตั้งใจที่จะศึกษาว่า ชาวไทยมุสลิมในภาคใต้ มีความรู้ ความเข้าใจในโรคเอดส์ มีความสนใจ และตระหนักในปัญหาโรคเอดส์ มากน้อยเพียงใด มีความคิดเห็นต่อโรคเอดส์ ต่อผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์ และต่อการประชาสัมพันธ์โรคเอดส์อย่างไรบ้าง และมีปัจจัยอะไรบ้างที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ ความสนใจ ความตระหนัก และความคิดเห็น

1.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ในกลุ่มชาวมุสลิมส่วนใหญ่ เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งมีทั้งการศึกษาวเคราะห์ในลักษณะเปรียบเทียบอิทธิพลของศาสนาต่อความคิดเห็นเรื่องโรคเอดส์ในประเทศที่ประชากรนับถือศาสนาอิสลามและศาสนาอื่น และศึกษาในประเทศที่ประชากรส่วนใหญ่ นับถือศาสนาอิสลามในแง่มุมที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ ทั้งสถานการณ์ปัญหา ความรู้ ความคิดเห็นของประชาชน และการรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ซึ่งสามารถสรุปแยกเสนอเป็นประเด็นได้ ดังนี้

ความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์

มีการศึกษาไม่มากนักที่บอกถึงความรู้เรื่องเอดส์ในชาวมุสลิม The Islamic Medical Association of Uganda ประเทศอุกันดาได้จัดทำโครงการให้ความรู้และการป้องกันโรคเอดส์ผ่านทางผู้นำศาสนาอิสลามที่เรียกว่า อิหม่าม และมีการสำรวจในปี 1992 ในอำเภอ Iganga และอำเภอ Mpigi เพื่อประเมินผลโครงการ พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ตอบใน Iganga และร้อยละ 80 ใน Mpigi ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์จากสื่อมวลชนเป็นแหล่งความรู้หลัก มีเพียงร้อยละ 3 ของผู้ตอบจากทั้งสองชุมชน ที่ตอบว่า สามารถปรึกษาหารือเกี่ยวกับโรคเอดส์จากอิหม่ามได้ ในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ แม้ว่า ผู้ตอบส่วนใหญ่ คือ ประมาณร้อยละ 80 จะตระหนักว่า เพศสัมพันธ์เป็นหนทางสำคัญที่ทำให้โรคเอดส์แพร่กระจาย แต่มีเพียงร้อยละ 1.2 เท่านั้นที่ทราบว่า โรคเอดส์สามารถติดต่อผ่านทางแม่ไปสู่ลูกได้ (Kagimu et al. 1995: 10-21)

ความคิดเห็นเรื่องการคุมกำเนิดและการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคเอดส์

การศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ชาวมุสลิมเพียงส่วนน้อยที่ยอมรับการใช้ถุงยางอนามัย จากการศึกษาของ Kagimu และคณะในปี 1995 ในประเทศอุกันดา พบว่า ผู้ตอบร้อยละ 55 รู้จักถุงยางอนามัย แต่มีเพียงร้อยละ 10 ที่เคยใช้ถุงยางอนามัย ในประเทศนี้ การใช้ถุงยางอนามัยเกี่ยวข้องกับการสำส่อนทางเพศ และไม่มีมีการใช้ถุงยางอนามัยในระหว่างคู่สมรส (Kagimu et al. อ้างแล้ว) นอกจากนี้จากการสำรวจและสัมภาษณ์ประชากรในประเทศซูดานก็พบว่า การใช้ถุงยางอนามัยยังไม่แพร่หลาย (Ahmed and Khier 1992: 303-314) ส่วนประเทศอินโดนีเซีย มีการศึกษาที่ชี้บ่งว่า การใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มขายบริการทางเพศอยู่ในอัตราต่ำ (Aznam 1992: 29-30) ขณะเดียวกัน ในประเทศมุสลิมบางประเทศมีการแจกจ่ายถุงยางอนามัยอย่างเอาใจจริงเอาใจ เช่น ประเทศโมร็อกโกซึ่งธุรกิจทางเพศเป็นปัจจัยสำคัญของการแพร่กระจายของโรคเอดส์ (Robert 1991: 26) แต่ไม่มีการระบุว่า การยอมรับการใช้ถุงยางอนามัยอยู่ในระดับใด อย่างไรก็ตาม ในประเทศเดียวกันนี้

การศึกษาในกลุ่มรกร่วมเพศของ Neal พบว่า พวกเขาไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ (Neal RB Jr. 1992)

การศึกษาอิทธิพลของศาสนาที่มีต่อโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และต่อการรณรงค์เรื่องการใช้ถุงยางอนามัยของ Dioume ในประเทศซีเนกอล ซึ่งร้อยละ 95 ของประชากรเป็นมุสลิม อีกร้อยละ 5 เป็นคริสเตียน พบว่า ผู้ตอบร้อยละ 45 คิดว่า การใช้ถุงยางอนามัยควรได้รับการส่งเสริม ขณะที่ร้อยละ 55 คิดว่า ไม่ควร ร้อยละ 42 คิดว่า การใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคเอดส์เป็นสิ่งที่ศาสนานุญาต ขณะที่ผู้ตอบถึงร้อยละ 58 เห็นว่าศาสนาไม่อนุญาต การศึกษานี้ชี้ว่า การประชาสัมพันธ์การใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มประชากรนี้เป็นสิ่งที่ต้องการการวางแผนอย่างระมัดระวัง (Dioume 1988)

ผลการวิจัยเรื่องบทบาทของผู้นำศาสนาต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศในไนจีเรียตะวันตกเฉียงใต้ ในปี 1992 ทั้งผู้นำศาสนาคริสต์และผู้นำศาสนาอิสลามพบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้นำโปรเตสแตนต์สนับสนุนการวางแผนครอบครัว และร้อยละ 20 ที่สนับสนุนการคุมกำเนิด มีเพียงร้อยละ 12.5 ที่เห็นว่า การคุมกำเนิดเป็นสาเหตุหนึ่งของการแพร่ระบาดของโรค ส่วนผู้นำมุสลิม มีถึงร้อยละ 80 ที่ไม่สนับสนุนการใช้การคุมกำเนิด กระนั้นก็ตาม ผู้นำมุสลิมที่มีความสำคัญยอมรับการใช้ถุงยางอนามัยในการรณรงค์การมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยถ้าเกิดปัญหาโรคเอดส์ขึ้นมาจริงๆ ในสังคม (Orubuloye 1993: 93-104)

พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์

การศึกษาของ Kagimu และคณะ ระบุว่า ในชนกลุ่มน้อยมุสลิมของอุกันดา มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเอดส์ 3 ประการคือ การแต่งงานแบบมีภรรยามากกว่าคนเดียว ซึ่งประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ตอบมีพฤติกรรมเช่นนี้ การขลิบในผู้ชายโดยใช้เครื่องมือที่ไม่ผ่านการฆ่าเชื้อ และการทำความสะอาดศพผู้ตายโดยไม่ใช้ถุงมือ (Kagimu et al. อ้างแล้ว) ผลการศึกษานี้ใกล้เคียงกับกับการศึกษาในประเทศซูดานซึ่งมีรายงาน

ว่า ปัจจัยที่มีบทบาทให้มีการแพร่กระจายของโรคเอดส์มากขึ้น คือ ประเพณีการมีภรรยาหลายคน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการใช้เครื่องมือที่ไม่ผ่านการฆ่าเชื้อในการสักตามพิธีกรรม (Ahmed อ้างแล้ว)

ในประเทศโมร็อกโก รักร่วมเพศเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งต่อโรคเอดส์ การศึกษาเพื่อหาวิธีการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับโรคเอดส์ให้กับกลุ่มรักร่วมเพศโดยใช้อาสาสมัคร ในปี 1991 (Neal RB Jr. 1992) พบว่า อุปสรรคของการติดต่อสื่อสารคือ ผู้ให้สุขศึกษากลับปฏิบัติกริยาของสังคมต่อการเข้าไปพูดคุยโดยตรงกับกลุ่มรักร่วมเพศ และกลุ่มรักร่วมเพศเองก็กลัวว่าครอบครัวตัวเองจะรู้และจะไม่ยอมรับพฤติกรรมของตน รวมทั้งปัญหาการไม่เปิดเผยตัวของชุมชนนี้ด้วย การศึกษายังพบว่ากลุ่มรักร่วมเพศต้องการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ อย่างไรก็ตาม ผู้ให้สุขศึกษาซึ่งเป็นอาสาสมัครในการศึกษานี้ ไม่สามารถระบุได้ว่ากลุ่มเป้าหมายนี้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศหรือไม่หลังจากได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์แล้ว การศึกษาคครั้งนี้ให้ข้อสรุปว่า ในสังคมวัฒนธรรมที่พฤติกรรมรักร่วมเพศเป็นสิ่งต้องห้ามเช่นนี้ การสร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคเอดส์เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรคเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรงของผู้ให้สุขศึกษาโรคเอดส์ที่ต้องหาวิธีการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายให้ได้

ในประเทศซูดาน มีรายงานผู้ป่วยเอดส์ถึง 14,594 ราย ในปี 1989 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ เป็นผู้หญิงอาชีพพิเศษ และเป็นคนขับรถบรรทุกทางไกล พฤติกรรมทางเพศในประเทศนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศสัมพันธ์แบบชายหญิง การมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานเป็นที่คัดค้านกันในทางภาคเหนือของประเทศ แต่ในที่อื่นพฤติกรรมดังกล่าวเกิดขึ้นโดยทั่วไป รวมทั้งรักร่วมเพศในกลุ่มผู้ชาย โดยเฉพาะในเขตเมือง ในกลุ่มนักศึกษาที่อยู่หอพัก ในโรงทหาร และในแคมป์ที่ผู้ชายใช้ชีวิตอยู่ด้วยกัน นอกจากนี้ กฎหมายต่อต้านผู้หญิงโสเภณีอาจผลักดันให้ความต้องการบริการจากโสเภณีชายเพิ่มขึ้น (Ahmed อ้างแล้ว)

ประเทศอินโดนีเซีย ซึ่งการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ยังอยู่ในระยะต้น มีรายงานว่า พฤติกรรมเสี่ยงโดยทั่วไปในกลุ่มประชากรคือ การมีเพศสัมพันธ์นอกการแต่งงาน กลุ่มคนลักเพศที่เปิดเผยตัวอยู่ในชุมชน และธุรกิจทางเพศที่เจริญรุ่งเรือง อัตราการใช้ถุงยางอนามัยที่ต่ำในกลุ่มขายบริการทางเพศ และอัตราผู้มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้รับการรักษาที่ยังสูงอยู่ (Aznam อ้างแล้ว)

ความคิดเห็นต่อโรคเอดส์ และการรณรงค์ประชาสัมพันธ์เพื่อป้องกันเอดส์

ประเทศทางตะวันออกกลาง ในปี 1990 มีรายงานผู้ป่วยเอดส์ต่อองค์การอนามัยโลก 927 ราย จาก 26 ประเทศในภูมิภาคเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจากประเทศอิสราเอลและไซปรัส แต่เนื่องจากการไม่ยอมเปิดเผยข้อมูลของรัฐบาลอาหรับบางประเทศทำให้ไม่สามารถประเมินปัญหาโรคเอดส์ที่แท้จริงในภูมิภาคนี้ได้ ประเทศมุสลิมส่วนใหญ่ การพูดคุยประเด็นเรื่องเพศอย่างเปิดเผยแทบจะเป็นสิ่งเป็นไปไม่ได้เลย และยังไม่มีความคิดให้รัฐบาลมีนโยบายใช้เข็มที่สะอาดในประเทศที่มีผู้ติดยาเสพติดมาก เช่น อิหร่าน สำหรับประเทศอียิปต์ จอร์แดน โมร็อกโก ซีเรีย และ ดูนีเซีย ได้นำแผนการป้องกันเอดส์มาใช้ แต่ก็ยังอยู่ในระยะเบื้องต้นของการพัฒนาโครงสร้างของการคัดเลือกและทดสอบในประเทศอียิปต์และโมร็อกโก องค์การอนามัยโลกทำงานร่วมกับสื่อมวลชนในการกระตุ้นให้มีการพูดคุยเกี่ยวกับโรคเอดส์ในที่สาธารณะ ซึ่งเป็นเรื่องที่อ่อนไหวในสังคมวัฒนธรรมนั้น บทความนี้ให้ข้อสรุปว่า การเข้าถึงปัญหาโรคเอดส์เป็นสิ่งที่ยากที่จะได้รับความร่วมมือจากผู้นำทางศาสนาอิสลาม (Robert อ้างแล้ว)

การศึกษาของ Dioume ในประเทศซีเนกอล พบว่า ปฏิบัติการที่ตอบสนองต่อทุกหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศคือ ความสะอาด การมีสุขภาพดีถือเป็นสิ่งจำเป็นต่อการปฏิบัติศาสนกิจ ประมาณ 3 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าจะไม่มีโรคเฉพาะในกลุ่มบางกลุ่มในชุมชน มากกว่าครึ่งที่เชื่อว่าโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เกิดขึ้นเนื่องจากการนอกใจคู่สมรส และเกือบครึ่งที่คิดว่า โรคเอดส์เป็นโรคของการนอกใจหรือการมีชู้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เชื่อว่า การซื้อสตั๊ดต่อกู่สมรส และการครอง

ความบริสุทธิ์ก่อนการสมรสเป็นสิ่งเพียงพอแล้วสำหรับการป้องกันโรคเอดส์ มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความคิดเห็นเนื่องจากขาดข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์ ประมาณ 3 ใน 4 เห็นว่าโรคเอดส์สามารถควบคุมได้ด้วยการห้ามการมีโสเภณี และประมาณ 1 ใน 4 คิดว่า การรณรงค์ให้ความรู้เป็นสิ่งจำเป็น การศึกษานี้ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการติดต่อโรคเอดส์ที่ไม่ใช่จากการมีเพศสัมพันธ์ โดยใช้ภาษาอาหรับ ฝรั่งเศส และภาษาวอลอฟด้วย (Dioume 1988)

Orubuloye IO. ได้รายงานผลการวิจัยเรื่องบทบาทของผู้นำศาสนาต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศ ในไนจีเรียตะวันตกเฉียงใต้ ในปี 1992 ทั้งผู้นำศาสนาคริสต์และผู้นำศาสนาอิสลาม พบว่า ผู้นำเกือบทุกคนเชื่อว่า เอดส์เป็นโรคที่พระเจ้าส่งมาเพื่อลงโทษผู้กระทำผิดในเรื่องเพศและบาปอย่างอื่น 3 ใน 4 ของผู้นำโปรเตสแตนต์กล่าวว่า การระบาดของโรคเอดส์ทำให้มีการกล่าวถึงเรื่องพฤติกรรมทางเพศบ่อยกว่าในอดีต ประมาณ 1 ใน 3 เห็นว่า การมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานและนอกการสมรสเป็นสาเหตุของปัญหา ควรส่งเสริมให้คู่สมรสไม่ควรวินการมีเพศสัมพันธ์หลังคลอดบุตรนานเกินไป และสนับสนุนการสมรสแบบผัวเดียวเมียเดียว ทำให้มีแนวโน้มว่า การมีภรรยาหลายคนจะค่อยๆ หดหายไป ในไนจีเรียใต้ ส่วนผู้นำมุสลิม ส่วนใหญ่เชื่อว่าตนเองมีอิทธิพลที่จะทำให้นักในชุมชนเชื่อฟังในเรื่องการแต่งงานและการมีเพศสัมพันธ์ และเห็นว่า ปัญหาโรคเอดส์เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานและนอกการสมรสโดยเฉพาะในหมู่ผู้หญิง อย่างไรก็ตาม ผู้นำศาสนาส่วนใหญ่คิดว่า รัฐบาลควรมีการสื่อสารที่ดีเกี่ยวกับความเสี่ยงของการมีเพศสัมพันธ์กับหลายๆ คน และกับผู้หญิงโสเภณีที่ไม่มีการป้องกัน นั่นคือ ไม่ควรใช้การแพร่ระบาดของโรคเอดส์เป็นเหตุผลของการรณรงค์ต่อต้านพฤติกรรมทางเพศที่ผิดศีลธรรม (Orubuloye อ้างแล้ว)

การศึกษาของ Osteria T. และ Sullivan G. เพื่อดูผลกระทบของค่านิยมทางศาสนาและวัฒนธรรมต่อการให้สุศึกษาเรื่องโรคเอดส์ เปรียบเทียบระหว่างประเทศมาเลเซียและฟิลิปปินส์ ผลสรุปของการศึกษาเป็นดังนี้คือ ในประเทศมาเลเซีย

ประชากรส่วนใหญ่เป็นชาวมุสลิม กฎหมายต่างๆ จึงเป็นไปตามวัฒนธรรมที่เคร่งครัดของอิสลาม เช่น ค่านิยมการแต่งงาน ครอบครัวแบบมีคู่สมรสเพียงคนเดียวสำหรับผู้หญิงต่อต้านรูปแบบการดำเนินชีวิตแบบอื่นๆ เช่น รักร่วมเพศ การเสพยาเสพติด โสเภณี การมีเพศสัมพันธ์ก่อนหรือนอกการสมรส บริบทดังกล่าวทำให้การให้สุขศึกษาในเรื่องโรคเอดส์ทำได้ยาก เนื่องจากวิถีชีวิตที่เสี่ยงต่อโรคเอดส์เป็นเรื่องที่ผิดกฎหมาย การประชาสัมพันธ์โรคเอดส์ที่ถูกกำหนดโดยรัฐบาลกลางเน้นความน่ากลัวของโรคซึ่งจะไม่ได้ผล เพราะไม่สามารถหยุดการเที่ยวเล่นเล่นและการใช้ยาเสพติดได้ ในขณะที่ประเทศฟิลิปปินส์ ประชากรส่วนใหญ่เป็นโรมันคาทอลิก มีการตอบสนองต่อโรคเอดส์ด้วยการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้สุขศึกษาในโรงเรียนทุกระดับ ให้ความรู้ในเรื่องการติดต่อและการป้องกัน และสนับสนุนการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มเสี่ยง การรณรงค์ในประเทศฟิลิปปินส์ให้รายละเอียดในเรื่องปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันที่ชัดเจนกว่าและเป็นไปได้ในทางปฏิบัติมากกว่าในประเทศมาเลเซีย (Osteria and Sullivan 1991: 133-146)

บางแง่มุมของโรคเอดส์ในกลุ่มชาวมุสลิมในประเทศต่างๆ ข้างต้น สะท้อนความสำคัญของศาสนาต่อความคิดเห็นในเรื่องต่างๆ รวมทั้งที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ ซึ่งจะส่งผลต่อการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์โรคเอดส์ได้หากขาดความรู้ความเข้าใจเป็นพื้นฐาน สำหรับในประเทศไทยยังมีรายงานวิจัยที่ศึกษาประเด็นปัญหาโรคเอดส์ในกลุ่มชาวมุสลิมน้อยมาก จึงเป็นแรงกระตุ้นอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้วิจัยต้องการศึกษาภาพของชาวมุสลิมในแง่มุมที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ในด้านความรู้ ความสนใจและความตระหนักในปัญหา และความคิดเห็นต่อโรคเอดส์ ต่อผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์ และต่อการประชาสัมพันธ์โรคเอดส์ รวมทั้งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ ความสนใจ และความคิดเห็นดังกล่าว

1.3 กรอบแนวความคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีแนวความคิดว่า ปัจจัยทางด้านประชากร เศรษฐกิจ และสังคม น่าจะมีอิทธิพลต่อความรู้ ความสนใจและความตระหนัก และความคิดเห็น ที่ชาวมุสลิมมีต่อโรคเอดส์ ต่อผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์ และต่อการประชาสัมพันธ์ โรคเอดส์

ความรู้เรื่องโรคเอดส์วัดจากการตอบคำถามเกี่ยวกับโรคเอดส์ในบาง ประเด็น และใช้การทดสอบทางสถิติในการศึกษาอิทธิพลของปัจจัยที่มีต่อความรู้ เรื่องโรคเอดส์ ตัวแปรอิสระคือ อายุ เพศ เขตที่อยู่อาศัย สถานภาพสมรส การศึกษาสามัญ ความสามารถในการอ่าน ฟัง และพูดภาษาไทย การศึกษาทาง ศาสนา ความสามารถในการอ่านคัมภีร์อัล-กุรอาน อาชีวะ พฤติกรรมในการรับ ข้อมูลข่าวสาร ภาษาที่ใช้ในชีวิตประจำวัน ความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ ตัวแปรตามคือ ความรู้เรื่องโรคเอดส์ นอกจากนี้ เฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่เคยสมรส ลักษณะของกลุ่มสมรส เป็นตัวแปรอิสระที่เพิ่มเข้ามาด้วย คือ อายุ การศึกษาสามัญ ความสามารถในการอ่าน ฟัง และพูดภาษาไทย การศึกษาทางศาสนา ความสามารถในการอ่านคัมภีร์อัล-กุรอาน อาชีวะ และพฤติกรรมในการรับข้อมูลข่าวสารของกลุ่มสมรส

ความสนใจและความตระหนักในปัญหาโรคเอดส์ ศึกษาจากประเด็น ต่อไปนี้คือ ความคิดเห็นเรื่องโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในชุมชนและของตนเอง ความสนใจต่อสถานการณ์โรคเอดส์ และการพูดคุยเรื่องเอดส์กับบุคคลอื่นในชุมชน ความสนใจค้นหาข่าวสารเรื่องเอดส์ การให้ความร่วมมือหากมีการให้ความรู้เรื่องเอดส์ การต้องการความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์เพิ่มเติม และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหลังจาก รู้จักโรคเอดส์

สำหรับความคิดเห็นต่อโรคเอดส์ ต่อผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์ และต่อ การประชาสัมพันธ์โรคเอดส์นั้น ศึกษาความคิดเห็น ความรู้สึกต่อผู้ติดเชื้อหรือ ผู้ป่วยเอดส์ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการ การดูแล และการปฏิบัติตนต่อผู้ติดเชื้อ

หรือผู้ป่วยเอดส์ การให้ความสำคัญกับอิหม่ามในการพูดคุยเรื่องเอดส์ การให้ความรู้เรื่องเอดส์ในชุมชนมุสลิมและในโรงเรียน การพูดคุยเรื่องเอดส์ในที่สาธารณะ และในมัสยิด ความคิดเห็นเรื่องการคุมกำเนิดและการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันเอดส์ ความคิดเห็นเรื่องหญิงบริการและการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการ และความคิดเห็นต่อการมีภรรยาหลายคนในสังคมมุสลิม

1.4 คำนิยามในการศึกษา

การศึกษาทางศาสนา หมายถึง การศึกษาทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับหลักการของศาสนาอิสลาม รวมทั้งการศึกษาคัมภีร์อัล-กุรอาน โดยทั่วไป ชาวไทยมุสลิมมีการศึกษาศาสนาใน 2 ลักษณะ คือ การศึกษาศาสนาในระบบโรงเรียนที่สามารถนับเป็นจำนวนปีได้ และมีหลักสูตรการเรียนการสอนแบบโรงเรียนทั่วไป ซึ่งอาจเป็นโรงเรียนที่สอนศาสนาอิสลามโดยตรง หรือโรงเรียนที่สอนวิชาสามัญควบคู่ไปกับการสอนวิชาทางศาสนาในลักษณะครึ่งต่อครึ่ง โรงเรียนสอนศาสนาในประเทศไทยมีหลายแห่ง ส่วนใหญ่อยู่ใน 4 จังหวัดภาคใต้ มีการเรียนการสอนตั้งแต่ชั้น 1 ถึงชั้น 10 โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ อิบตีดาอ์ 1-4 ปี มุตาวัสซิด 5-7 ปี และ ชันนาวี 8-10 ปี โดยเมื่อจบระดับชันนาวีแล้ว วุฒิที่ได้รับอาจเทียบได้กับระดับอนุปริญญา อีกลักษณะหนึ่งคือการศึกษาศาสนานอกระบบโรงเรียนที่ไม่สามารถระบุจำนวนปีที่เรียนแน่นอนได้ เช่น เรียนเฉพาะวันเสาร์-อาทิตย์ หรือบางช่วงเวลาในแต่ละวัน กับครูที่มาสอนตามมัสยิด หรือไปเรียนกับครูที่บ้าน โดยไม่มีหลักสูตรชัดเจนแน่นอน และไม่กำหนดว่า ต้องเรียนเป็นระยะเวลากี่ปี หรืออาจเรียนด้วยตนเองด้วยการอ่านหนังสือ ซึ่งปัจจุบันมีหนังสือวิชาการศาสนาอยู่มากพอสมควร

ความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ ในการศึกษาหมายถึง ความครบถ้วนในการปฏิบัติศาสนกิจหลักๆ ตามหลักการของศาสนาอิสลาม คือ การนมาซ การถือศีลอด และการอ่านคัมภีร์อัล-กุรอาน การถามในประเด็นนี้ วัดได้เพียงความเคร่งครัดในหลักปฏิบัติ และเป็นการวัดเชิงปริมาณ ไม่สามารถบอกได้ถึง

ความถูกต้องสมบูรณ์ในการปฏิบัติศาสนกิจแต่ละอย่าง และไม่รวมไปถึงหลักศรัทธา ซึ่งเป็นสิ่งที่วัดได้ยาก เพราะเป็นเรื่องของจิตใจที่ไม่มีใครมองเห็น อย่างไรก็ตาม เนื่องจากอิสลามประกอบด้วยโครงสร้างที่สำคัญสองส่วน คือ หลักศรัทธา และ หลักปฏิบัติ มุสลิมยังเป็นมุสลิมที่สมบูรณ์ไม่ได้หากยังไม่เป็นผู้ปฏิบัติ การศรัทธา ต้องแสดงออกให้เห็นถึงการปฏิบัติด้วยจึงจะถือว่าสมบูรณ์ การปฏิบัติจึงอาจเท่ากับ ตัวบ่งชี้ถึงระดับความศรัทธาของแต่ละบุคคลได้เช่นกัน (เสาวนีย์ จิตต์หมวด 2535 : 48)

หลักปฏิบัติ 5 ประการของอิสลาม คือ 1 การปฏิญาณตนว่าไม่มีพระเจ้าอื่นนอกจากอัลลอฮ์และมุฮัมมัดเป็นศาสนทูตของพระองค์ 2 การนมาซ 3 การถือศีลอด 4 การบริจาคทรัพย์สินเพื่อเป็นศาสนพลี (ซะกาต) และ 5 การบำเพ็ญฮัจญ์ ณ นครมักกะห์ (ประยูรศักดิ์ ชลาชนเดช ไม่ระบุ พ.ศ. : 21) เนื่องจากหลักปฏิบัติข้อ 1 นั้นเป็นสิ่งที่กระทำในจิตใจของแต่ละบุคคล ส่วนข้อ 4 และ 5 ก็มีเงื่อนไขที่เกี่ยวกับความสามารถทางเศรษฐกิจ การศึกษานี้จึงศึกษาเฉพาะเรื่องของการนมาซ และการถือศีลอด และได้้นำเรื่องการอ่านคัมภีร์อัล-กุรอานเข้ามาด้วยเนื่องจากในอิสลามถือว่า อัล-กุรอานเป็นธรรมนูญแห่งชีวิตที่มุสลิมทุกคนมีหน้าที่ต้องศึกษา และเป็นสิ่งสำคัญที่มุสลิมควรอ่านทบทวนพิจารณาความหมายเป็นประจำทุกวัน หรืออย่างน้อยอาทิตย์ละครั้ง (ฮัจญียะกูบ ท้วมประถม ไม่ระบุ พ.ศ. : 36-40)

การนมาซ หรือการละหมาด เป็นพิธีกรรมที่สำคัญที่สุดในส่วนของหลักปฏิบัติ มาจากภาษาอาหรับว่า อัส-เศาะลาต แปลว่า การขอพร (เสาวนีย์ จิตต์หมวด 2535 : 52,231,239,247) การนมาซในการศึกษานี้ กล่าวถึง 5 ประเภท คือ

- **นมาซ 5 เวลา** เป็นสิ่งที่มุสลิมทุกคนที่อยู่ในวัยบรรลุนิติภาวะ ต้องปฏิบัติวันละ 5 เวลา ในทุกๆ สภาการณ์ จะยกเว้นไม่ได้

- **นมาซซุนนะฮ์ก่อนและหลังนมาซ 5 เวลา** เป็นนมาซที่ควรปฏิบัติเป็นประจำไม่ควรละทิ้งแต่ไม่ใช่ข้อบังคับเหนือมุสลิม กล่าวคือ ผู้ปฏิบัติจะได้รับภาคผลเพิ่มเป็นพิเศษในวันแห่งการตอบแทน แต่ผู้ไม่ปฏิบัติก็จะได้ไม่ได้รับการลงโทษแต่ประการใด

- **นมาซวันศุกร์** เป็นหน้าที่จำเป็นสำหรับมุสลิมทุกคน โดยปฏิบัติรวมกันในชุมชนในทุกวันศุกร์ เป็นการปฏิบัติโดยมีผู้นำ หลังจากการกล่าวคุตบะฮ์หรือคำอบรมสั่งสอนของอิหม่าม บุคคลที่ได้รับการยกเว้นไม่ต้องนมาซวันศุกร์ คือ บ่าว ผู้หญิง เด็ก และคนเจ็บป่วย

- **นมาซวันอีดูลฟิตรี และนมาซวันอีดูลอัฎฮา** คือ นมาซเนื่องในวันอีดูลฟิตรี และวันอีดูลอัฎฮา เป็นนมาซที่ปฏิบัติรวมกันในชุมชน วันอีดูลฟิตรี คือ วันแรกหลังจากเดือนรอมฎอนที่มีการถือศีลอด มีความหมายว่า วันที่เวียนมาสู่สภาพเดิม ตรงกับวันที่ 1 เดือนเซาวาล ซึ่งเป็นเดือนที่ 10 ต่อจากเดือนรอมฎอน ตามปฏิทินอิสลาม ถือเป็นวันแห่งการรื่นเริง และในช่วงเช้าของวันนี้มีการนมาซที่เรียกว่า นมาซวันอีดูลฟิตรี ส่วนวันอีดูลอัฎฮา ตรงกับวันที่ 10 เดือนซุลฮิจญะฮ์ ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มุสลิมทั่วโลกเดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์ ณ นครมักกะฮ์ ประเทศซาอุดีอาระเบีย ในวันที่กำหนดให้มีการเชือดสัตว์เป็นอาหารเพื่อแจกจ่ายแก่ผู้ยากจน (เสาวนีย์ จิตต์หมวด 2535 : 259-260)

การถือศีลอดในเดือนรอมฎอน คือ การงดเว้นจากการบริโภคอาหาร เครื่องดื่ม การร่วมประเวณี การรักษาอวัยวะทุกส่วนให้พ้นจากการทำชั่ว ทั้งกายกรรม วาจกรรมและมโนกรรม ตั้งแต่แสงอรุณขึ้นจนหมดแสง ตลอดระยะเวลา 1 เดือน คือในเดือนรอมฎอน (เดือนที่ 9 ตามปฏิทิน อิสลาม) (เสาวนีย์ จิตต์หมวด 2535: 62) การถือศีลอดเป็นความจำเป็นเหนือมุสลิมทุกคนที่บรรลุนิติภาวะ คือ เมื่อเริ่มมีประจำเดือนหรืออายุ 9 ปี ในผู้หญิง และเมื่อเข้าสู่ความเป็นหนุ่ม หรือมีอายุ 15 ปีบริบูรณ์ ในผู้ชาย (สำนักพิมพ์ ส.วงศ์เสงี่ยม ไม่ระบุ พ.ศ.: 1)

คุตบะฮ์ คือ คำกล่าวอบรมสั่งสอนก่อนการมาซวันศุกร์ และหลังนมาซวันอีดูลฟิตรี และนมาซวันอีดูลอัฎฮา ผู้มีหน้าที่กล่าวคุตบะฮ์ คือ ผู้มีความรู้ทางศาสนาที่มีตำแหน่งเป็น “คอเตบ” ของ ชุมชน (เสาวนีย์ จิตต์หมวด 2535 : 474) ทั้งนี้ ในการมาซแต่ละครั้ง คอเตบอาจมอบหมายหน้าที่กล่าวคุตบะฮ์ให้กับคนอื่นก็ได้

อิหม่าม คือ ตำแหน่งผู้นำในศาสนาอิสลาม โดยทั่วไป ชุมชนมุสลิมจะมีมัสยิดเพื่อปฏิบัติศาสนกิจร่วมกัน และมีกรรมการมัสยิดรับผิดชอบกิจการต่างๆ ของมัสยิดและของชุมชน มีอิหม่ามเป็นผู้นำ อิหม่ามและกรรมการมัสยิดถูกเลือกโดยคนในชุมชนและได้รับการแต่งตั้งโดยคณะกรรมการ อิสลามประจำจังหวัด อิหม่ามนอกจากจะเป็นผู้นำในพิธีกรรมศาสนาต่างๆ แล้ว ยังมีบทบาทในด้านอื่นๆ เช่น การศึกษาของคนในชุมชน รวมทั้งประเด็นข้อพิพาทต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชน บทบาทของอิหม่ามจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับลักษณะของแต่ละชุมชนและปัจจัยอื่นๆ ด้วย

บทที่ 2

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาเรื่องเอดส์กับชาวไทยมุสลิม เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวความคิดในการวิจัย ในบทระเบียบวิธีวิจัยนี้ กล่าวถึง ประชากรและพื้นที่ในการศึกษา การเก็บข้อมูล และการบันทึกข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษา

2.1 ประชากรและพื้นที่ในการศึกษา

การศึกษารั้งนี้ ดำเนินการเก็บข้อมูลภาคสนามพร้อมกัน และใช้กลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างในภาคใต้ของโครงการสำรวจภาวะการคุมกำเนิดในประเทศไทย พ.ศ.2539 (Contraceptive Prevalence Survey 1996) โดยนำมาศึกษาเฉพาะตัวอย่างที่นับถือศาสนาอิสลาม การสุ่มตัวอย่างของโครงการสำรวจภาวะการคุมกำเนิดในประเทศไทย พ.ศ.2539 ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน และยึดหลักความน่าจะเป็นในการสุ่มเป็นสัดส่วนกับจำนวนประชากร (Probability Proportional to Size หรือ PPS) กล่าวคือ หลังจากแบ่งประชากรเป็น 5 ภาคตามที่อยู่อาศัย คือ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และกรุงเทพมหานคร แล้ว ในแต่ละภาค รวมทั้งภาคใต้ แบ่งประชากรเป็นเขตเมืองและเขตชนบท และใช้ขั้นตอนต่อไปนี้

1. ในเขตเมือง

- สุ่มเขตเทศบาล/สุขาภิบาลตัวอย่าง 10 แห่ง โดยวิธี PPS
- ในแต่ละเขตเทศบาล/สุขาภิบาล สุ่มตัวอย่าง 2 เขตสำมะโนประชากร

โดยใช้วิธี PPS

- ในแต่ละเขตสำมะโนตัวอย่างสุ่มตัวอย่าง 20 ครัวเรือน

2. ในเขตชนบท

- สุ่มอำเภอตัวอย่าง 20 อำเภอ โดยวิธี PPS
- ในแต่ละอำเภอสุ่มหมู่บ้านตัวอย่าง 2 หมู่บ้าน โดยวิธี PPS
- ในแต่ละหมู่บ้าน สุ่มตัวอย่าง 32 ครัวเรือน โดยวิธีสุ่มแบบมีระบบ

และเพื่อให้ได้ตัวอย่างที่นับถือศาสนาอิสลามเพิ่มขึ้น เฉพาะในเขต 4 จังหวัดภาคใต้ซึ่งมีชาวมุสลิมอาศัยอยู่เป็นส่วนใหญ่ นั้น ในแต่ละเขตเทศบาล/สุขาภิบาล สุ่มเขตสำมะโนเพิ่มเป็น 3 เขต และในแต่ละอำเภอของเขตชนบท สุ่มหมู่บ้านตัวอย่างเพิ่มเป็น 3 หมู่บ้าน

เมื่อได้ครัวเรือนตัวอย่างแล้ว ในแต่ละครัวเรือนจะสัมภาษณ์ ประชากร อายุ 15-49 ปี ครัวเรือนละ 1 คน โดยในแต่ละเขตสำมะโนและแต่ละหมู่บ้าน พยายามให้จำนวนตัวอย่างมีสัดส่วนใกล้เคียงกันระหว่างผู้ชาย ผู้หญิง คนโสด และเคยสมรส ได้จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 815 คน

2.2 การเก็บข้อมูล และการบันทึกข้อมูล

เช่นเดียวกัน การเก็บข้อมูลของโครงการนี้ดำเนินการพร้อมๆ กันกับการเก็บข้อมูลของโครงการสำรวจภาวะการคุมกำเนิดในประเทศไทย พ.ศ. 2539 ในช่วงที่มีการเก็บข้อมูลในภาคใต้ ประมาณปลายเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2539 ทีมสัมภาษณ์ในภาคใต้มี 2 ทีม แต่ละทีมประกอบด้วย พนักงานสัมภาษณ์ 5 คน ผู้ควบคุมภาคสนาม 1 คน และผู้ช่วยผู้ควบคุมภาคสนามอีก 1 คน พนักงานสัมภาษณ์ทุกคนเป็นมุสลิม มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ส่วนใหญ่เป็นคนในท้องที่ 4 จังหวัดภาคใต้ และสามารถพูดภาษามลายูได้ พนักงานสัมภาษณ์ได้รับการอบรมในเรื่องวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของแบบสอบถาม เทคนิควิธีการสัมภาษณ์ และฝึกทดลองสัมภาษณ์จริงในชุมชน

หลังการเก็บข้อมูล ผู้ช่วยนักวิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถามที่สมบูรณ์ในสนามและนำมาบันทึกรหัสและบันทึกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์ที่สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลก่อนที่จะดำเนินการวิเคราะห์

2.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC การอธิบายใช้ตารางแสดงการกระจายร้อยละ ค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ χ^2 และ Multiple Regression

2.4 แบบสอบถามในการศึกษา

แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาได้ร่างขึ้นตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวความคิดในการวิจัย ร่วมกับการพัฒนาจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา และจากแบบสอบถามของโครงการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องโรคเอดส์ในประเด็นของความรู้ หลังจากนั้นได้ทดลองใช้แบบสอบถามในชุมชนมุสลิมที่จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งคนในชุมชนส่วนหนึ่งพูดภาษามลายู เพื่อปรับปรุงคำถามจนได้แบบสอบถามฉบับจริง ที่ประกอบด้วย 6 ตอนด้วยกัน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ถามเรื่อง เพศ อายุ ที่อยู่อาศัย สถานภาพสมรส อายุที่แต่งงานครั้งแรก การศึกษาสามัญ ความสามารถในการอ่าน/ฟัง/พูดภาษาไทย การศึกษาทางศาสนาอิสลาม ความสามารถในการอ่านคัมภีร์อัล-กุรอาน ภาษาที่ใช้พูดในชีวิตประจำวัน อาชีพ พฤติกรรม การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร อายุของกลุ่มสมรส การศึกษาสามัญของกลุ่มสมรส ความสามารถในการอ่าน/ฟัง/พูดภาษาไทยของกลุ่มสมรส การศึกษาทางศาสนาอิสลามของกลุ่มสมรส ความสามารถในการอ่านคัมภีร์อัล-กุรอานของกลุ่มสมรส อาชีพของกลุ่มสมรส และพฤติกรรมการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของกลุ่มสมรส

ตอนที่ 2 ความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ ถามเรื่องความครบถ้วนในการปฏิบัติ نماซ 5 เวลา นมาซซุนนะฮ์ก่อนและหลัง نماซ 5 เวลา นมาซวันศุกร์ นมาซวันอีดูลฟิตรี นมาซวันอีดูลฮัจญา การถือศีลอดในเดือนรอมฎอน การอ่าน คัมภีร์อัล-กุรอาน และความเคร่งครัดในหลักการในความคิดของตัวเอง

ตอนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ถามเรื่องการเคยได้ยินเกี่ยวกับโรคเอดส์ แหล่งความรู้เรื่องโรคเอดส์ ความรู้ในลักษณะทั่วไปของโรคเอดส์ และความรู้เรื่องการติดต่อของโรคเอดส์

ตอนที่ 4 ความสนใจและความตระหนักในปัญหาโรคเอดส์ ถามความเห็นเรื่องความเสี่ยงต่อการติดโรคเอดส์ของคนในชุมชน และของตนเอง การพูดคุยเกี่ยวกับโรคเอดส์ ความสนใจค้นหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ ความต้องการความรู้เรื่องเอดส์เพิ่ม และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหลังจากรู้จักโรคเอดส์

ตอนที่ 5 ความคิดเห็นต่อโรคเอดส์ และต่อผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์ ถามเรื่องความคิดเห็นต่างๆ ไปเกี่ยวกับโรคเอดส์และต่อผู้ติดเชื้อ การจัดการกับคนในชุมชนที่ติดเชื้อเอดส์ บุคคลที่ควรทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเอดส์ การใช้ชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ และการไปเยี่ยมคนในชุมชนที่ติดเชื้อเอดส์

ตอนที่ 6 ความคิดเห็นต่อการประชาสัมพันธ์ป้องกันโรคเอดส์ ถามเรื่องความคิดเห็นเรื่องการให้ความรู้เรื่องเอดส์ในสังคมมุสลิมและในโรงเรียนทั้งสามัญและศาสนา การคุมกำเนิด การส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย และหญิงบริการกับปัญหาโรคเอดส์ การมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการ การพูดคุยเรื่องเอดส์ในที่สาธารณะ ในมัสยิด และในการคุตบะฮ์วันศุกร์ และความคิดเห็นเรื่องการมีภรรยา มากกว่า 1 คนในสังคมมุสลิม

บทที่ 3

ลักษณะทั่วไป และ

ความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ

มี 2 ประเด็นหลักที่จะกล่าวถึงในบทนี้คือ ลักษณะทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์ในด้านประชากร เศรษฐกิจ และสังคม และเรื่องการปฏิบัติศาสนกิจของผู้ให้สัมภาษณ์ โดยในลักษณะทั่วไปกล่าวถึง อายุ สถานภาพสมรส อายุเฉลี่ยที่แต่งงานครั้งแรก การศึกษาสามัญ ความสามารถในการอ่าน ฟัง พูดภาษาไทย การศึกษาทางศาสนา ความสามารถในการอ่านคัมภีร์อัล-กุรอาน ภาษาที่ใช้พูดในชีวิตประจำวัน อาชีพ และพฤติกรรมการรับรู้ข่าวสารของผู้ให้สัมภาษณ์ ส่วนเรื่องความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ ได้อธิบายภาพทั่วไปของการปฏิบัติศาสนกิจที่สำคัญบางประการของชาวไทยมุสลิมเฉพาะที่เป็นหลักปฏิบัติ คือ การนมาซ การถือศีลอดในเดือนรอมฎอน และการอ่านคัมภีร์อัล-กุรอาน

3.1 ลักษณะทั่วไป

การศึกษาครั้งนี้มีจำนวนผู้ให้สัมภาษณ์ทั้งสิ้น 815 คน เป็นชาย 382 คน หญิง 433 คน ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตชนบท มีลักษณะทางด้านประชากร เศรษฐกิจ และสังคม ดังนี้

อายุ

ผู้ให้สัมภาษณ์มีอายุเฉลี่ย 28 ปี ผู้ชายมีอายุเฉลี่ยมากกว่าผู้หญิงเล็กน้อย การกระจายด้านอายุของผู้ให้สัมภาษณ์ทั้งหญิง และชาย ทั้งที่อยู่ในเขตเมืองและชนบท ใกล้เคียงกัน กล่าวคือ อยู่ในวัยหนุ่มสาว (ต่ำกว่า 25 ปี) มากที่สุด และน้อยที่สุดคือ กลุ่มอายุ 40 ปี ขึ้นไป (ดูตารางที่ 3.1)

สถานภาพการสมรส

จากตารางที่ 3.2 เห็นได้ว่า ผู้ให้สัมภาษณ์ทั้งชายและหญิง ทั้งในเขตเมือง และเขตชนบทส่วนใหญ่เป็นผู้เคยสมรสมากกว่าโสด ทั้งนี้ ในเขตเมืองพบผู้ให้สัมภาษณ์ที่เป็นโสดในอัตราที่สูงกว่าชนบทชัดเจน สำหรับในกลุ่มผู้เคยสมรสส่วนใหญ่เป็นผู้ที่กำลังอยู่กินกับสามี ส่วนผู้ที่มีสถานภาพสมรส หม้าย หย่า หรือ แยก พบในเขตเมืองมากกว่าชนบท และเป็นผู้ให้สัมภาษณ์ที่เป็นหญิงมากกว่าชาย

ตารางที่ 3.1 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามอายุ เพศ และเขตที่อยู่อาศัย

อายุ	เพศ		เขตที่อยู่อาศัย		รวม
	ชาย	หญิง	เมือง	ชนบท	
15-19	24.4	22.2	19.6	24.3	23.4
20-24	13.1	19.9	20.9	15.7	16.7
25-29	14.7	20.1	20.9	16.8	17.6
30-34	17.1	14.3	11.4	16.7	15.6
35-39	14.4	9.9	10.8	12.4	12.1
40-44	9.2	9.5	12.0	8.7	9.4
45-49	7.1	3.5	4.4	5.4	5.2
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	381	431	158	654	812
อายุเฉลี่ย	28.9	27.5	28.2	28.1	28.1

ตารางที่ 3.2 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตาม สถานภาพสมรส เพศ และเขตที่อยู่อาศัย

สถานภาพสมรส	เพศ		เขตที่อยู่อาศัย		รวม
	ชาย	หญิง	เมือง	ชนบท	
โสด	35.9	32.8	40.3	32.8	34.2
สมรส	62.8	62.8	54.7	64.8	62.8
หม้าย	-	1.4	1.9	0.5	0.7
หย่า/แยก	1.3	3.0	3.1	2.0	2.2
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	382	433	159	656	815

อายุเฉลี่ยที่แต่งงานครั้งแรก

เมื่อพิจารณาอายุเฉลี่ยที่แต่งงานครั้งแรกในกลุ่มผู้ให้สัมภาษณ์ที่เคยสมรส จากตารางที่ 3.3 พบว่า อายุที่แต่งงานครั้งแรกโดยเฉลี่ย 21 ปี ผู้ชายแต่งงานเมื่ออายุมากกว่าหญิงประมาณ 4 ปี ผู้ให้สัมภาษณ์ในเขตเมืองแต่งงานช้ากว่าเขตชนบทประมาณ 1 ปี และผู้ที่กำลังอยู่กินกับคู่สมรสแต่งงานเร็วกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสหม้าย หย่า แยก ประมาณ 1 ปีโดยเฉลี่ย

ตารางที่ 3.3 อายุเฉลี่ยที่แต่งงานครั้งแรก จำแนกตามเพศ เขตที่อยู่อาศัย และสถานภาพสมรส

	เพศ		เขตที่อยู่อาศัย		สถานภาพสมรส			รวม
	ชาย	หญิง	เมือง	ชนบท	สมรส	หม้าย	หย่า/ แยก	
อายุเฉลี่ยที่แต่งงานครั้งแรก	23.4	19.2	21.9	21.0	21.1	22.2	22.1	21.2

การศึกษาสามัญ

ผู้ให้สัมภาษณ์มีการศึกษาสามัญเฉลี่ย 6 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาสามัญในระดับประถมศึกษา ประมาณ 1 ใน 4 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป และมีเพียงร้อยละ 5 ที่มีการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา น่าสังเกตว่า มีผู้ให้สัมภาษณ์ถึงร้อยละ 10 ที่ตอบว่า ไม่เคยเรียนหนังสือสามัญเลย เทียบกับอัตราการไม่เคยเรียนหนังสือจากการศึกษาในกลุ่มประชากรทั่วไปที่พบเพียงร้อยละ 2.6 (วรชัย ทองไทย และอรพินทร์ พิทักษ์มหาเกตุ 2537 : 10) แล้วจะเห็นว่า การไม่เคยเรียนหนังสือสามัญในกลุ่มชาวไทยมุสลิมสูงกว่ามาก โดยผู้หญิงมีอัตราการไม่เคยเรียนหนังสือสูงกว่าผู้ชาย อย่างไรก็ตาม ผู้หญิงมีการศึกษาเฉลี่ยสูงกว่าชายเล็กน้อย และผู้หญิงที่ศึกษาระดับสูงกว่าประถมศึกษามีมากกว่าผู้ชาย ขณะที่ผู้ชายจะสิ้นสุดการเรียนที่ระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ สำหรับการศึกษากับเขตที่อยู่อาศัย จากจำนวนปีที่ศึกษาโดยเฉลี่ยที่สูงกว่า อัตราการไม่เคยเรียนหนังสือที่ต่ำกว่า และอัตราการจบการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษาที่สูงกว่า แสดงให้เห็นว่า ผู้ให้สัมภาษณ์ในเขตเมืองมีการศึกษาสามัญดีกว่าเขตชนบทอย่างชัดเจน (ตารางที่ 3.4)

จากตารางที่ 3.5 พิจารณาการศึกษาตามกลุ่มอายุ พบว่า จากอัตราการไม่เคยเรียนหนังสือที่ต่ำกว่า อัตราการจบการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาที่สูงกว่าสรุปได้ว่า กลุ่มที่อายุน้อยมีการศึกษาดีกว่ากลุ่มที่อายุมาก โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 45-49 นั้น เกือบ 1 ใน 4 ไม่เคยเรียนหนังสือสามัญเลย อย่างไรก็ตาม ในเรื่อง

การไม่เรียนหนังสือนี้ แม้ในกลุ่มผู้ที่มีอายุน้อย คือ 24 ปี ลงมานั้น การไม่เคยเรียนหนังสือเลยก็ยังมีสูงถึงร้อยละ 6

ตารางที่ 3.4 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามการศึกษาสามัญ เพศ และเขตที่อยู่อาศัย

การศึกษาสามัญ	เพศ		เขตที่อยู่อาศัย		รวม
	ชาย	หญิง	เมือง	ชนบท	
ไม่เคยเรียน	7.7	11.9	5.1	11.1	9.9
ต่ำกว่าประถม	5.9	3.0	2.6	4.8	4.3
จบประถมต้น	28.0	22.6	20.5	26.2	25.1
จบประถมปลาย	36.3	32.6	25.6	36.4	34.3
จบมัธยมต้น	14.4	16.0	22.4	13.0	15.3
จบมัธยมปลาย	4.5	7.7	12.2	4.8	6.2
สูงกว่ามัธยมปลาย	3.2	6.3	11.5	3.2	4.8
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	375	430	156	649	805
เฉลี่ย (ปี)	6.00	6.40	7.9	5.8	6.21

ตารางที่ 3.5 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามการศึกษาสามัญ และกลุ่มอายุ

การศึกษา สามัญ	อายุ							รวม
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
ไม่เรียน	3.7	7.4	7.8	11.9	17.5	12.2	24.4	9.9
ต่ำกว่าประถมต้น	2.1	3.7	5.0	5.6	2.1	8.1	9.8	4.4
จบประถมต้น	8.0	11.1	14.2	33.3	51.5	50.0	56.1	25.2
จบประถมปลาย	48.9	45.2	40.4	30.2	12.4	17.6	4.9	34.3
จบมัธยมต้น	29.3	17.0	16.3	8.7	8.2	2.7	2.4	15.3
จบมัธยมปลาย	5.3	8.9	10.6	5.6	2.1	2.7	2.4	6.1
สูงกว่ามัธยมปลาย	2.7	6.7	5.7	4.8	6.2	6.8	-	4.9
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	188	135	141	126	97	74	41	802

ความสามารถในการอ่าน ฟัง และพูดภาษาไทย

ข้อมูลเรื่องความสามารถในการอ่าน ฟัง และพูดภาษาไทยของผู้ให้สัมภาษณ์ ดังตารางที่ 3.6 ซึ่งให้เห็นว่า เรื่องความสามารถในการใช้ภาษานั้น ผู้ให้สัมภาษณ์ มีปัญหาในเรื่องการอ่าน และการพูดมากกว่าการฟัง เมื่อเปรียบเทียบระหว่างเพศ และเขตที่อยู่อาศัย พบว่า ผู้หญิง และผู้อยู่ในเขตเมืองสามารถอ่าน ฟัง และพูดภาษาไทยได้ดีกว่าผู้ชาย และผู้ที่อยู่ในเขตชนบท ตามลำดับ

ตารางที่ 3.6 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความสามารถในการอ่าน ฟัง และพูดภาษาไทย เพศ และเขตที่อยู่อาศัย

ความสามารถในการอ่าน ฟัง และพูดภาษาไทย	เพศ		เขตที่อยู่อาศัย		รวม
	ชาย	หญิง	เมือง	ชนบท	
<u>ความสามารถในการอ่าน</u>					
ดี	38.8	44.9	59.7	37.8	42.1
พอใช้	42.0	35.9	34.0	39.9	38.7
น้อยมาก/ไม่ได้เลย	19.2	19.2	6.3	22.3	19.2
<u>ความสามารถในการฟัง</u>					
ดี	53.0	58.6	74.8	51.4	56.0
พอใช้	36.2	28.7	20.8	35.0	32.2
น้อยมาก/ไม่ได้เลย	10.8	12.7	4.4	13.6	11.8
<u>ความสามารถในการพูด</u>					
ดี	47.8	53.2	72.3	45.4	50.7
พอใช้	38.1	29.6	23.3	36.1	33.6
น้อยมาก/ไม่ได้เลย	14.2	17.1	4.4	18.5	15.7
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	381	432	159	654	813

การศึกษาทางศาสนา และวิธีการเรียนศาสนา

ข้อมูลในด้านการศึกษาทางศาสนาอิสลามในตารางที่ 3.7 ชี้ให้เห็นว่า ผู้ให้สัมภาษณ์เกือบทุกคนได้รับการศึกษาด้านศาสนา โดยมากกว่าครึ่งได้รับการศึกษาทางศาสนาในระบบโรงเรียน ทั้งโรงเรียนที่สอนศาสนาโดยเฉพาะ และโรงเรียนสามัญที่สอนศาสนาควบคู่ไปด้วย เป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งชายและหญิง ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท ในกลุ่มผู้ที่ได้รับการศึกษาจากระบบโรงเรียนซึ่งสามารถระบุจำนวนปีที่เรียนได้นั้น ส่วนใหญ่มีจำนวนปีที่เรียน 1-4 ปี ผู้ชายและผู้ที่อยู่ในเขตชนบทมีการศึกษาศาสนาดีกว่าผู้หญิงและผู้ที่อยู่ในเขตเมือง

สำหรับเรื่องวิธีการเรียนศาสนาของผู้ให้สัมภาษณ์ที่มีความรู้ทางศาสนานั้น พบว่า อัตราของผู้ที่เรียนจากปอเนาะ และจากครูที่สอนที่มีศรัทธาจะสูงกว่าผู้ที่เรียนด้วยวิธีอื่นๆ รองลงมาคือ เรียนในโรงเรียนสามัญที่สอนศาสนาควบคู่ไปด้วย ส่วนผู้ที่เรียนในโรงเรียนสอนศาสนาโดยตรงนั้นมีเพียงร้อยละ 6 เป็นชายมากกว่าหญิง และเป็นผู้ให้สัมภาษณ์ที่อยู่ในเขตชนบทมากกว่าเขตเมือง

ความสามารถในการอ่านคัมภีร์อัล-กุรอาน

อีกตัวแปรหนึ่งที่ใช้ในการศึกษานี้ใช้เป็นตัววัดความรู้ทางศาสนา คือ ความสามารถในการอ่านคัมภีร์อัล-กุรอาน เนื่องจากการศึกษาการอ่านคัมภีร์อัล-กุรอานเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาศาสนา และความสามารถในการอ่านคัมภีร์อัล-กุรอานสามารถบอกความรู้ทางศาสนาได้ในระดับหนึ่ง จากตารางที่ 3.8 พบว่า ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่อ่านคัมภีร์อัล-กุรอานได้ในระดับพอใช้ขึ้นไป ผู้ที่อยู่ในชนบทอ่านคัมภีร์ได้ดีกว่าผู้ที่อยู่ในเขตเมือง ข้อมูลนี้อาจบอกได้ว่า คนในชนบทมีการศึกษาศาสนาดีกว่าคนในเมือง สอดคล้องกับผลการศึกษาในเรื่องการศึกษาทางศาสนา สำหรับหญิงและชาย ความสามารถในการอ่านคัมภีร์อัล-กุรอานไม่แตกต่างกันมากนัก

ตารางที่ 3.7 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามการศึกษาทางศาสนา
วิธีการเรียนศาสนา เพศ และเขตที่อยู่อาศัย

การศึกษาศาสนา	เพศ		เขตที่อยู่อาศัย		รวม
	ชาย	หญิง	เมือง	ชนบท	
<u>การศึกษาทางศาสนา</u>					
ไม่เคยเรียน	7.3	8.8	5.6	8.7	8.1
เรียนในระบบโรงเรียน	54.7	55.4	52.8	55.6	55.1
เรียนนอกระบบโรงเรียน	38.1	35.8	41.7	35.7	36.8
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	331	399	144	586	730
<u>จำนวนปีที่ เรียนในระบบโรงเรียน</u>					
1-4 ปี	65.9	71.5	71.4	68.3	68.9
5-7 ปี	25.3	21.7	23.8	23.3	23.4
8-10 ปี	5.1	6.8	4.8	6.3	6.0
11 ปี ขึ้นไป	3.7	-	-	2.1	1.7
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	217	249	84	382	466
<u>วิธีการเรียนศาสนา</u>					
ในโรงเรียนสอนศาสนาโดยเฉพาะ	7.0	5.0	4.7	6.3	6.0
ในโรงเรียนสามัญที่สอนศาสนาควบคู่ไปด้วย	18.2	18.1	26.0	16.2	18.1
ในปอเนาะ	33.3	26.1	12.0	33.9	29.5
จากครูที่มาสอนตามมัสยิด	25.8	29.6	32.0	26.8	27.8
จากครูที่มาสอนที่บ้าน	3.4	4.0	6.0	3.1	3.7
เรียนที่บ้านครู	10.9	12.1	8.6	12.3	11.5
เรียนด้วยตัวเอง	0.8	3.3	4.7	1.5	2.1
วิธีอื่นๆ	8.4	12.1	14.6	9.3	10.3

ตารางที่ 3.8 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความสามารถในการอ่านคัมภีร์อัล-กุรอาน เพศ และเขตที่อยู่อาศัย

ความสามารถในการ	เพศ		เขตที่อยู่อาศัย		รวม
อ่านคัมภีร์อัล-กุรอาน	ชาย	หญิง	เมือง	ชนบท	
<u>คัมภีร์อัล-กุรอานเล่มเล็ก</u>					
ดี	40.9	40.3	30.5	43.1	40.6
พอใช้	46.5	49.1	58.9	45.1	47.9
น้อยมาก/ไม่ได้เลย	12.6	10.6	10.6	11.8	11.5
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	357	397	151	603	754
<u>คัมภีร์อัล-กุรอานเล่มใหญ่</u>					
ดี	32.0	30.5	20.5	33.9	31.2
พอใช้	45.2	48.9	51.0	46.2	47.1
น้อยมาก/ไม่ได้เลย	22.8	20.7	28.5	19.9	21.6
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	356	397	151	602	753

ภาษาที่ใช้พูดในชีวิตประจำวัน

เห็นได้ชัดเจนจากตารางที่ 3.9 ว่า ผู้ให้สัมภาษณ์เกินกว่าครึ่งที่ใช้ภาษามลายูสื่อสารในชีวิตประจำวัน รองลงมาคือ ไทยภาคใต้ มีผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนน้อยมากที่ใช้ภาษาไทยภาคกลาง ที่เหลือคือผู้ที่ใช้ทั้งภาษามลายูและไทยภาคใต้ มลายูและไทยภาคกลางพอๆ กัน นอกจากนี้ พบว่าผู้ให้สัมภาษณ์ที่อยู่ในเขตชนบท พูดภาษามลายูมากกว่าผู้ให้สัมภาษณ์ในเขตเมือง นั่นแสดงว่า สื่อความรู้เรื่องฮะดีษต่างๆ ทั่วไปที่เป็นภาษาไทย โดยเฉพาะสื่อสิ่งพิมพ์อาจไม่ให้ผลมากนักในกลุ่มชาวมุสลิมภาคใต้ที่ส่วนใหญ่มีความถนัดภาษามลายูมากกว่าภาษาไทย

ตารางที่ 3.9 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามภาษาที่ใช้พูดในชีวิตประจำวัน เพศ และเขตที่อยู่อาศัย

ภาษาที่ใช้พูดในชีวิตประจำวัน	เพศ		เขตที่อยู่อาศัย		รวม
	ชาย	หญิง	เมือง	ชนบท	
ไทยภาคกลาง	0.5	1.4	1.9	0.8	1.0
ไทยภาคใต้	34.3	32.3	34.6	32.9	33.3
มลายู	55.8	53.3	42.1	57.5	54.5
อื่นๆ (มลายู+ไทยภาคใต้ และมลายู+ไทยภาคกลาง)	9.4	12.9	21.4	8.8	11.3
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	382	433	159	656	815

อาชีพ

ด้านอาชีพ (ตารางที่ 3.10) พบว่า ผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและประมงมีอัตราสูงที่สุด คือ ประมาณ 1 ใน 3 รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง ช่าง และบริการ ในเขตชนบท แบบแผนการประกอบอาชีพเป็นไปในลักษณะเดียวกันนี้ ส่วนในเขตเมือง ผู้ให้สัมภาษณ์มีอาชีพ รับจ้าง ช่างและบริการมากที่สุด รองลงมา คือนักเรียน นักศึกษา และ ค้าขาย ธุรกิจ เมื่อพิจารณาเฉพาะผู้ทำงานในภาคราชการ รัฐวิสาหกิจ บริษัท หรือธนาคาร ซึ่งมีเพียงส่วนน้อยนั้น เป็นผู้ให้สัมภาษณ์ในเขตเมืองมากกว่าในเขตชนบทประมาณ 2 เท่า แบบแผนของอาชีพดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า คนในเขตเมืองมีสถานภาพทางเศรษฐกิจดีกว่าคนในเขตชนบท

ตารางที่ 3.10 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามอาชีพ เพศ และเขตที่อยู่อาศัย

อาชีพ	เพศ		เขตที่อยู่อาศัย		รวม
	ชาย	หญิง	เมือง	ชนบท	
เกษตรกรรม ประมง	39.9	23.3	10.7	36.0	31.1
ค้าขาย/ธุรกิจ	6.0	11.5	14.5	7.6	9.0
รับจ้าง ช่าง บริการ	32.0	19.9	22.6	26.3	25.6
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ บริษัท/ธนาคาร	4.5	3.2	6.3	3.2	3.8
แม่บ้าน	-	10.9	10.7	4.6	5.8
นักเรียน/นักศึกษา	13.9	15.0	20.8	13.0	14.5
ไม่มีงานทำ	3.7	13.9	13.2	8.1	9.1
อื่นๆ	-	2.3	1.3	1.2	1.2
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	381	433	159	655	814

พฤติกรรมในการรับรู้ข่าวสาร

พฤติกรรมการรับรู้ข่าวสาร วัดจากความถี่ในการอ่านหนังสือพิมพ์ อ่านวารสาร/นิตยสาร ฟังวิทยุ และดูโทรทัศน์ จากตารางที่ 3.11 สรุปได้ว่า สื่อที่ผู้ให้สัมภาษณ์นิยมมากที่สุดคือ โทรทัศน์ และวิทยุ ในขณะที่สื่อที่ต้องอาศัยการอ่าน คือ หนังสือพิมพ์ วารสาร/นิตยสาร ผู้ให้สัมภาษณ์ให้ความสนใจน้อยมาก ทั้งนี้ ผู้ชายและคนในเมืองรับสื่อทุกประเภทมากกว่าผู้หญิงและคนในชนบท ตามลำดับ

ตารางที่ 3.11 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามพฤติกรรมในการรับรู้ข่าวสาร เพศ และเขตที่อยู่อาศัย

พฤติกรรม ในการรับรู้ข่าวสาร	เพศ		เขตที่อยู่อาศัย		รวม
	ชาย	หญิง	เมือง	ชนบท	
หนังสือพิมพ์					
ทุกวัน	12.3	8.4	17.7	8.4	10.2
ทุกสัปดาห์	14.4	10.0	18.4	10.6	12.1
ทุกเดือน	3.9	2.3	1.9	3.4	3.1
นานๆครั้ง	46.2	44.8	45.6	45.4	45.4
ไม่เคยเลย	23.1	34.6	16.5	32.3	29.2
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	381	431	158	654	812
วารสาร/นิตยสาร					
ทุกวัน	1.6	2.3	0.6	2.3	2.0
ทุกสัปดาห์	7.6	10.2	15.3	7.5	9.0
ทุกเดือน	3.2	7.0	10.8	3.8	5.2
นานๆครั้ง	40.8	38.3	38.9	39.6	39.5
ไม่เคยเลย	46.8	42.2	34.4	46.8	44.4
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	380	431	157	654	811

ตารางที่ 3.11 (ต่อ) การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามพฤติกรรม
ในการรับรู้ข่าวสาร เพศ และเขตที่อยู่อาศัย

พฤติกรรม ในการรับรู้ข่าวสาร	เพศ		เขตที่อยู่อาศัย		รวม
	ชาย	หญิง	เมือง	ชนบท	
วิทยุ					
ทุกวัน	67.5	59.6	60.8	63.9	63.3
ทุกสัปดาห์	7.3	9.5	8.2	8.6	8.5
ทุกเดือน	1.3	1.9	0.6	1.8	1.6
นานๆครั้ง	19.2	17.4	23.4	17.0	18.2
ไม่เคยเลย	4.7	11.6	7.0	8.7	8.4
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	381	431	158	654	812
โทรทัศน์					
ทุกวัน	79.8	75.6	90.5	74.5	77.6
ทุกสัปดาห์	6.8	8.8	5.1	8.6	7.9
ทุกเดือน	0.8	0.9	0.6	0.9	0.9
นานๆครั้ง	11.0	9.7	2.5	12.2	10.3
ไม่เคยเลย	1.6	4.9	1.3	3.8	3.3
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	381	431	158	654	812

3.2 ความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ

ประเด็นความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจของผู้ให้สัมภาษณ์ การศึกษานี้ ได้ตามเรื่องการนมาซ การถือศีลอดในเดือนรอมฎอน และการอ่านคัมภีร์อัล-กุรอาน ข้อมูลที่ได้แสดงให้เห็นในตารางที่ 3.12- 3.15 ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

การนมาซ

ดังได้กล่าวในกรอบแนวความคิดแล้วว่า ในเรื่องการนมาซนั้น การศึกษานี้ ได้ตามเรื่องการปฏิบัตินมาซ 5 ประเภท คือ นมาซ 5 เวลา นมาซซุนนะฮ์ก่อนและหลังนมาซ 5 เวลา นมาซวันศุกร์ (เฉพาะผู้ชาย) นมาซวันอีดูลฟิตรี และ นมาซวันอีดูลอัฎฮา ข้อมูลที่ได้ในตารางที่ 3.12 สรุปได้ว่า ผู้หญิงและคนในชนบท มีความเคร่งครัดในการปฏิบัตินมาซมากกว่าผู้ชาย และคนในเมือง ตามลำดับ นมาซที่ผู้ให้สัมภาษณ์ปฏิบัติได้ครบถ้วนมากที่สุดคือ นมาซวันอีดูลฟิตรี และ นมาซวันอีดูลอัฎฮา เนื่องจากมีเพียง 2 ครั้งต่อปี รองลงมาคือ นมาซวันศุกร์ และนมาซ 5 เวลา ส่วนนมาซซุนนะฮ์ก่อนและหลังนมาซ 5 เวลานั้น ส่วนใหญ่ปฏิบัติกันเป็นบางครั้ง อาจเป็นเพราะเป็นบทบัญญัติที่พึงกระทำไม่ใช่ต้องกระทำ จึงมีเพียงส่วนน้อยที่ปฏิบัติได้ครบถ้วน

การถือศีลอดในเดือนรอมฎอน

ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 80) ถือศีลอดในเดือนรอมฎอน ได้ครบถ้วน และผู้หญิงมีความเคร่งครัดในการถือศีลอดมากกว่าผู้ชายอย่างชัดเจน แต่ไม่มีความแตกต่างมากนักระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท

การอ่านคัมภีร์อัล-กุรอาน

มุสลิมถือว่า คัมภีร์อัล-กุรอาน เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต มุสลิมทุกคน ทั้งชายหญิงจึงมีหน้าที่ศึกษาคัมภีร์อัล-กุรอาน จากการศึกษา พบว่า เกือบครึ่งของ

ผู้ให้สัมภาษณ์ (ที่สามารถอ่านคัมภีร์อัล-กุรอานได้) ตอบว่าอ่านคัมภีร์ทุกวัน หรือ ทุกสัปดาห์ ผู้ให้สัมภาษณ์ในเขตชนบทเคร่งครัดในการอ่านคัมภีร์อัล-กุรอานมากกว่า เขตเมืองอย่างชัดเจน และผู้หญิงเคร่งครัดกว่าผู้ชาย

ตารางที่ 3.12 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ เพศ และเขตที่อยู่อาศัย

ความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ	เพศ		เขตที่อยู่อาศัย		รวม
	ชาย	หญิง	เมือง	ชนบท	
นมาซ 5 เวลา					
ครบถ้วน	54.3	62.1	54.7	59.4	58.5
บ่อยครั้ง	27.6	24.2	29.6	24.9	25.8
บางครั้ง	16.0	12.0	13.8	13.9	13.9
ไม่ปฏิบัติเลย	2.1	1.6	1.9	1.8	1.8
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	381	433	159	655	814
นมาซซุนนะฮ์ก่อน-หลังนมาซ 5 เวลา					
ครบถ้วน	7.7	5.6	3.8	7.2	6.5
บ่อยครั้ง	12.4	11.6	17.7	10.6	12.0
บางครั้ง	54.1	50.0	54.4	51.3	51.9
ไม่ปฏิบัติเลย	25.9	32.9	24.1	30.9	29.6
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	379	432	158	653	811

ตารางที่ 3.12 (ต่อ) การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความเคร่งครัดในการปฏิบัติงาน เพศ และเขตที่อยู่อาศัย

ความเคร่งครัดในการ ปฏิบัติงาน	เพศ		เขตที่อยู่อาศัย		รวม
	ชาย	หญิง	เมือง	ชนบท	
<u>นมชาวันศุกร์</u>					
ครบถ้วน	-	-	67.7	72.7	72.0
บ่อยครั้ง	-	-	12.9	7.0	7.8
บางครั้ง	-	-	4.8	2.3	2.6
ไม่ปฏิบัติเลย	-	-	14.5	18.0	17.6
รวม	-	-	100.0	100.0	100.0
จำนวน	-	-	62	399	461
<u>นมชาวันอาทิตย์</u>					
ครบถ้วน	95.0	84.3	86.2	90.1	89.3
บ่อยครั้ง	1.8	6.5	5.7	4.0	4.3
บางครั้ง	1.0	5.8	4.4	3.4	3.6
ไม่ปฏิบัติเลย	2.1	3.5	3.8	2.6	2.8
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	381	432	159	654	813

ตารางที่ 3.12 (ต่อ) การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ เพศ และเขตที่อยู่อาศัย

ความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ	เพศ		เขตที่อยู่อาศัย		รวม
	ชาย	หญิง	เมือง	ชนบท	
นมาซวันอีศุลอัชฮา					
ครบถ้วน	93.2	83.3	84.3	88.8	87.9
บ่อยครั้ง	2.6	5.8	5.0	4.1	4.3
บางครั้ง	1.8	6.9	6.3	4.1	4.6
ไม่ปฏิบัติเลย	2.4	3.9	4.4	2.9	3.2
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	381	432	159	654	813
การถือศีลอดในเดือนรอมฎอน					
ครบถ้วน	73.8	91.7	83.6	83.2	83.3
มากกว่าครึ่ง	22.5	7.4	12.6	14.9	14.5
ไม่ถึงครึ่ง	2.9	0.9	3.1	1.5	1.8
ไม่ปฏิบัติเลย	0.8	-	0.6	0.3	0.4
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	382	433	159	656	815

ตารางที่ 3.12 (ต่อ) การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความเคร่งครัดในการปฏิบัติงาน เพศ และเขตที่อยู่อาศัย

ความเคร่งครัดในการ ปฏิบัติงาน	เพศ		เขตที่อยู่อาศัย		รวม
	ชาย	หญิง	เมือง	ชนบท	
<u>การอ่านคัมภีร์อัล-กุรอาน</u>					
ทุกวัน/ทุกสัปดาห์	45.0	49.6	34.5	50.6	47.5
เดือนละครั้ง	11.9	14.3	18.2	12.0	13.2
นานกว่า 1 เดือนต่อครั้ง	11.3	11.6	16.9	10.2	11.5
แทบจะไม่ได้อ่านเลย	31.8	24.4	30.4	27.3	27.9
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	362	405	148	619	767

ระดับความเคร่งครัดในการปฏิบัติงาน

เมื่อได้นำการปฏิบัติงานทั้ง 7 ประการ ดังตารางที่ 3.12 มาให้คะแนนรวมกัน เพื่อแบ่งระดับความเคร่งครัดเป็นสูง กลาง และต่ำ โดยให้คะแนนการปฏิบัติงานแต่ละอย่างเท่ากับ 3 ถ้าปฏิบัติครบถ้วน เท่ากับ 2 ถ้าปฏิบัติบ่อยครั้ง เท่ากับ 1 ถ้าปฏิบัติบางครั้ง และเท่ากับ 0 ถ้าไม่ปฏิบัติเลย ดังนั้น คะแนนเต็ม เท่ากับ 21 คะแนนในผู้ชาย และ เท่ากับ 18 คะแนนสำหรับผู้หญิง (เนื่องจากในผู้หญิงไม่นำคะแนนเรื่องการมาซวันศุกร์มาคิด) และแบ่งระดับความเคร่งครัดโดยพิจารณาจากการกระจายความถี่ของผู้ให้สัมภาษณ์ที่ได้คะแนนระดับต่างๆ ดังนี้

ตารางที่ 3.13 การแบ่งระดับความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ

ระดับความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ		คะแนน
ผู้ชาย (คะแนนเต็ม=21)	ต่ำ	0-14
	ปานกลาง	15-18
	สูง	19-21
ผู้หญิง (คะแนนเต็ม=18)	ต่ำ	0-11
	ปานกลาง	12-15
	สูง	16-18

เมื่อแบ่งระดับความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจแล้ว ได้ข้อมูลดังตารางที่ 3.14 ซึ่งจะเห็นว่า ประมาณครึ่งหนึ่งมีความเคร่งครัดปานกลาง ประมาณ 1 ใน 3 มีความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจสูง ทั้งนี้เป็นผู้หญิงและคนในเขตชนบทมากกว่าผู้ชายและคนในเขตเมือง

ตารางที่ 3.14 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามระดับความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ เพศ และเขตที่อยู่อาศัย

ระดับความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ	เพศ		เขตที่อยู่อาศัย		รวม
	ชาย	หญิง	เมือง	ชนบท	
สูง	30.8	32.0	23.8	33.3	31.5
ปานกลาง	50.6	48.6	55.8	48.1	49.5
ต่ำ	18.6	19.4	20.4	18.1	19.0
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	360	403	147	616	763

ระดับความเคร่งครัดในหลักการศาสนาในความคิดของตัวเอง

เมื่อให้ผู้สัมภาษณ์ประเมินตนเองว่า มีความเคร่งครัดในหลักการศาสนา อยู่ในระดับใดแล้ว พบว่า (ตารางที่ 3.15) มากกว่าครึ่งของผู้ให้สัมภาษณ์เห็นว่า ตนเองมีความเคร่งครัดในระดับปานกลาง และมีถึงร้อยละ 40 ที่เห็นว่า ตนเองมีความเคร่งครัดมาก มีเพียงร้อยละ 5 ที่คิดว่า ตนเองเคร่งครัดน้อย เมื่อเปรียบเทียบระหว่างชายกับหญิง และ เมืองกับชนบท จะเห็นว่า ผู้ชายเห็นว่าตนเองเคร่งครัดมากในอัตราที่สูงกว่าหญิง ซึ่งต่างกับผลที่ประเมินได้จากการปฏิบัติงานแต่ละประเภทในตารางที่ 3.13 ที่พบว่า ผู้หญิงมีความเคร่งครัดสูงกว่าชาย ส่วนคนในเขตชนบทเห็นว่าตนเองเคร่งครัดมากในอัตราที่สูงกว่าคนในเขตเมือง สอดคล้องกับการประเมินจากการปฏิบัติงานที่พบว่าคนในชนบทเคร่งครัดมากกว่าคนในเมือง

ตารางที่ 3.15 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามระดับความเคร่งครัดในหลักการในความคิดของตัวเอง เพศ และเขตที่อยู่อาศัย

ระดับความเคร่งครัดใน หลักการ	เพศ		เขตที่อยู่อาศัย		รวม
	ชาย	หญิง	เมือง	ชนบท	
มาก	45.5	34.5	33.3	41.2	39.7
ปานกลาง	48.7	61.3	58.5	54.7	55.4
น้อย	5.8	4.2	8.2	4.1	4.9
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	382	432	159	655	814

ข้อมูลในเรื่องความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ ทั้งเรื่องการนมาซ การถือศีลอด และการอ่านคัมภีร์อัล-กุรอาน ซึ่งให้เห็นค่อนข้างชัดเจนว่า ผู้หญิงมีความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจมากกว่าผู้ชาย และคนในเขตชนบทมีความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจมากกว่าคนในเขตเมือง

3.3 สรุป

ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่อยู่ในเขตชนบท อายุอยู่ในวัยหนุ่มสาว สมรสแล้ว และกำลังอยู่กับสามี อายุเฉลี่ยที่แต่งงานครั้งแรก 21 ปี การศึกษาสามัญอยู่ในระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่อ่าน ฟัง และพูดภาษาไทยได้ในระดับพอใช้ขึ้นไป โดยปัญหาอยู่ที่การอ่านและพูดภาษาไทยมากกว่าการฟัง ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาทางศาสนาอิสลาม และเรียนศาสนาในระบบโรงเรียนมากกว่านอกโรงเรียน อ่านคัมภีร์อัล-กุรอานได้ในระดับพอใช้ขึ้นไป ส่วนใหญ่พูดภาษามลายูในชีวิตประจำวัน มีอาชีพเกษตรกรรมและประมงมากที่สุด สื่อที่รับมากที่สุดคือ โทรทัศน์ และวิทยุ อ่านสิ่งพิมพ์น้อยมาก และมีความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจในระดับปานกลางถึงสูง

บทที่ 4

ความรู้ ความสนใจ และความตระหนักในโรคเอดส์

โรคเอดส์เป็นที่รู้จักกันดีนับแต่โรคนี้ได้แพร่กระจายไปอย่างรวดเร็วในทุกพื้นที่ แต่ความรู้และความเข้าใจโรคเอดส์อย่างถูกต้องในหมู่ประชาชนยังเป็นเรื่องที่ต้องการการศึกษาเพิ่มเติม โดยเฉพาะในกลุ่มชาวไทยมุสลิม ในบทนี้ เสนอผลการศึกษาในสองประเด็น ประเด็นแรกคือ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์เรื่องลักษณะทั่วไปและการติดต่อของโรค และประเด็นที่สอง คือ ความสนใจและความตระหนักในปัญหาโรคเอดส์ของชาวไทยมุสลิม

4.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

แม้ว่าโรคเอดส์จะเป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลายเนื่องจากการรณรงค์เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารจากหลายๆ หน่วยงานที่กระทำอย่างจริงจัง และต่อเนื่องในทุกภูมิภาคของประเทศ แต่การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ยังสนใจที่จะทราบถึงการรู้จักโรคเอดส์ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดเคยได้ยินเรื่องเอดส์มาแล้ว มีผู้ที่ไม่เคยได้ยินเกี่ยวกับโรคเอดส์เลย 6 คน ทั้งหมดเป็นคนในเขตชนบท เป็นหญิง 5 คน ชาย 1 คน (ตารางที่ 4.1)

ตารางที่ 4.1 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ เพศ และเขตที่อยู่อาศัย

การรู้จักโรคเอดส์	เพศ		เขตที่อยู่อาศัย		รวม
	ชาย	หญิง	เมือง	ชนบท	
รู้จัก	99.7	98.8	100	99.1	99.3
ไม่รู้จัก	0.3	1.2	-	0.9	0.7
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	382	433	159	656	815

สำหรับผู้ให้สัมภาษณ์ที่เคยได้ยินเกี่ยวกับโรคเอดส์ จากตารางที่ 4.2 แสดงแหล่งความรู้ที่เคยได้รับ จะเห็นว่า ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 90 ได้รับความรู้จากสื่อมวลชน เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุ และโทรทัศน์ รองลงมาคือเกือบครึ่งหนึ่งรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์จากเพื่อนและญาติ แหล่งความรู้ที่ผู้ให้สัมภาษณ์ระบุถึงน้อยที่สุดคือ แพทย์ และอิหม่ามหรือการคุตบะฮ์วันศุกร์สอดคล้องกันทั้งในผู้ชาย ผู้หญิง เมืองและชนบท ข้อมูลที่ได้ยืนยันความสำคัญของสื่อมวลชน ขณะเดียวกันก็ชี้ว่า บุคลากรสาธารณสุขที่เป็นที่เชื่อถืออย่างแพทย์และผู้นำทางศาสนา คืออิหม่าม ยังมีการสื่อสารกับประชาชนเรื่องโรคเอดส์น้อยมาก

ตารางที่ 4.2 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามแหล่งความรู้ที่เคยได้รับเกี่ยวกับโรคเอดส์ เพศ และเขตที่อยู่อาศัย

แหล่งความรู้	เพศ		เขตที่อยู่อาศัย		รวม
	ชาย	หญิง	เมือง	ชนบท	
หนังสือพิมพ์/วิทยุ/โทรทัศน์	91.1	89.7	92.5	89.8	90.4
แพทย์	6.0	4.0	8.8	4.0	4.9
พยาบาล/บุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ	27.6	28.5	31.4	27.2	28.1
คู่สมรส	5.5	8.4	8.2	6.8	7.0
ญาติ/เพื่อน	46.5	45.8	48.4	45.5	46.1
อิหม่าม/การกุศบะฮ์วันศุกร์	10.2	0.9	5.0	5.4	5.3
อื่นๆ	10.0	11.4	14.5	9.8	10.8
จำนวน	381	428	159	650	809

เมื่อให้ผู้ให้สัมภาษณ์ตอบคำถามเกี่ยวกับโรคเอดส์ในแต่ละข้อทั้งที่เกี่ยวกับลักษณะของโรค และการติดต่อของโรค ผลการศึกษาแสดงให้เห็นร้อยละของผู้ที่ตอบคำถามได้ถูกต้อง ดังปรากฏในตารางที่ 4.3 จะเห็นว่า ในเรื่องลักษณะของโรค ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 70) ทราบดีว่า เอดส์เป็นโรคติดต่อที่เป็นอันตรายถึงชีวิต ยังไม่มียารักษาให้หายได้ เกิดจากเชื้อไวรัส ทำให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง และอาจไม่แสดงอาการเป็นเวลาหลายปี

สิ่งที่ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ยังเข้าใจผิดอยู่ คือ ร้อยละ 70 ไม่ทราบว่าโรคเอดส์ไม่สามารถดูจากลักษณะภายนอกได้ และเกือบร้อยละ 90 คิดว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์ทุกคนจะแสดงอาการของโรค ในเรื่องนี้ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของวรชัย ทองไทย และอรพินทร์ พัทธกัมมาเขตต์ ซึ่งศึกษาความรู้ การรับรู้ข่าวสารและ

พฤติกรรมเกี่ยวกับโรคเอดส์ ในกลุ่มประชากรทั่วไปทั่วประเทศ ในประเด็นของ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์นั้น พบว่า ประมาณร้อยละ 60 ที่ตอบผิดหรือตอบไม่ แน่ใจกับคำถามว่า คนที่เป็นเอดส์ไม่จำเป็นต้องแสดงอาการใช่หรือไม่ (วรชัย ทองไทย และ อรพินทร์ พิทักษ์มหาเกตุ 2537 : 22) แสดงว่าชาวมุสลิมภาคใต้ ยังเข้าใจผิดในเรื่องนี้สูงกว่าประชากรทั่วไปอยู่มาก

ส่วนในเรื่องการติดต่อของโรค ผู้ให้สัมภาษณ์มากกว่าร้อยละ 80 มีความรู้ที่ว่า เอดส์ติดต่อโดยการมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอด ทางเข็มฉีดยา/ยาเสพติด ด้วยการรับเลือด และผ่านทางรก ประมาณร้อยละ 40 ที่ไม่ทราบว่า เอดส์ติดต่อ โดยการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก และผ่านทางน้ำนมแม่ และผู้ให้สัมภาษณ์ เกินกว่าครึ่งที่ไม่ทราบว่า เอดส์ติดต่อได้โดยการมีเพศสัมพันธ์ทางปาก สำหรับวิธี การติดต่อที่มักมีการเข้าใจผิดว่าสามารถทำให้เอดส์แพร่ระบาดได้นั้น สิ่งที่ผู้ให้ สัมภาษณ์มากกว่าครึ่งยังเข้าใจผิดหรือไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ คือ น้ำลาย และ ขู ซึ่ง ใกล้เคียงกับการศึกษาในกลุ่มประชากรทั่วไปที่พบว่า ประมาณร้อยละ 60 เข้าใจผิด หรือไม่ทราบ/ไม่แน่ใจว่าเอดส์ติดต่อได้จากการถูกขูยกัด (วรชัย ทองไทย และ อรพินทร์ พิทักษ์มหาเกตุ 2537 : 20) นอกจากนี้ พบว่า เกือบครึ่งของผู้ให้ สัมภาษณ์เข้าใจผิดหรือไม่ทราบ/ไม่แน่ใจเรื่องการติดต่อด้วยการใช้เสื้อผ้า/ เครื่องนุ่งห่มร่วมกัน ไอ/จาม รดกัน หรือ ด้วยการจูบ ในภาพรวม จะเห็นว่า ยังมี ความเข้าใจผิดในเรื่องวิธีการติดต่อของโรคมมากกว่าเรื่องลักษณะของโรค

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ชายกับผู้หญิง และระหว่างเขตเมืองกับชนบท พบว่า ผู้ชายตอบคำถามได้ถูกต้องมากกว่าผู้หญิงเกือบทุกข้อ และคนในเขตเมือง ตอบถูกมากกว่าคนในเขตชนบทเป็นส่วนใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่ม ประชากรทั่วไปเช่นเดียวกัน (วรชัย ทองไทย และ อรพินทร์ พิทักษ์มหาเกตุ 2537 : 20)

ตารางที่ 4.3 การกระจายร้อยละของผู้ที่ตอบความรู้เรื่องเอดส์ถูกต้อง จำแนกตามเพศ และเขตที่อยู่อาศัย

ความรู้เรื่องโรคเอดส์	เพศ		เขตที่อยู่อาศัย		รวม
	ชาย	หญิง	เมือง	ชนบท	
ลักษณะของโรคเอดส์					
เป็นโรคติดต่อ	91.3	86.9	87.4	89.4	89.0
เป็นอันตรายถึงชีวิต	97.6	96.3	98.7	96.5	96.9
ยังไม่มียารักษาให้หายได้	88.7	80.4	84.9	84.2	84.3
เกิดจากเชื้อไวรัส	77.7	71.5	79.7	73.1	74.4
ผู้ติดเชื้อทุกคนจะแสดงอาการ	9.7	11.0	15.1	9.2	10.4
ทำให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง	78.4	74.4	82.3	74.8	76.3
สามารถดูจากลักษณะภายนอก	30.2	29.9	33.3	29.2	30.0
ได้ว่าใครติดเชื้อ					
ผู้ติดเชื้ออาจไม่แสดงอาการ	80.6	75.5	75.5	78.5	77.9
เป็นเวลาหลายปี					
การติดต่อของโรค					
เพศสัมพันธ์ทางช่องคลอด	94.5	90.4	93.7	92.0	92.3
เพศสัมพันธ์ทางทวาร	68.9	52.9	60.5	60.5	60.5
เพศสัมพันธ์ทางปาก	50.8	41.0	40.3	46.9	45.6
เข็มฉีดยา/ยาเสพติด	97.9	92.1	98.7	93.8	94.8
ผ่านทางรก	84.0	81.1	81.8	82.6	82.4
ผ่านทางน้ำนมแม่	67.6	63.1	56.0	67.5	65.2
การรับเลือด	93.4	90.2	94.3	91.01	91.7
น้ำลาย	38.6	32.0	46.5	32.3	35.1
ยุง	43.3	38.9	50.6	38.6	40.9
ไอ จาม รดกัน	56.4	49.9	68.4	49.2	53.0
ใช้ห้องน้ำร่วมกัน	63.9	58.4	73.0	58.1	61.0
อยู่ใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อ	72.4	68.9	81.1	68.0	70.5
ทานอาหารร่วมกัน/ใช้ภาชนะร่วมกัน	62.7	58.9	70.4	58.3	60.7
กอด/จับมือถือแขน	72.4	66.7	82.4	66.3	69.4
จูบ	59.6	53.3	61.0	55.1	56.2
ใช้เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่มร่วมกัน	54.7	48.1	64.2	48.1	51.2
จำนวน	428	381	159	650	809

ตารางที่ 4.4 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความคิดเกี่ยวกับการใช้
ถุงยางอนามัย เพศ และเขตที่อยู่อาศัย

คิดว่าการใช้ถุงยางอนามัย ลดความเสี่ยงในการติดเชื้อเอดส์	เพศ		เขตที่อยู่อาศัย		รวม
	ชาย	หญิง	เมือง	ชนบท	
ใช่	84.7	76.1	84.2	79.2	80.2
ไม่ใช่	6.1	5.4	5.7	5.7	5.7
ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	9.2	18.5	10.1	15.1	14.1
รวม	100	100	100	100	100
จำนวน	380	427	158	649	807

เมื่อถามเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยว่าสามารถลดความเสี่ยงในการติดเชื้อโรคเอดส์ได้หรือไม่ (ตารางที่ 4.4) ผู้ให้สัมภาษณ์ร้อยละ 80 ที่เห็นว่าถุงยางอนามัยสามารถลดความเสี่ยงได้ โดยเป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิง และเป็นคนในเขตเมืองมากกว่าคนในเขตชนบท ผู้ให้สัมภาษณ์ที่ไม่เห็นด้วยมีเพียงร้อยละ 6 อีกร้อยละ 14 ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจ ซึ่งเป็นผู้หญิง และเป็นคนในเขตชนบทมากกว่า

เมื่อให้คะแนนความรู้เรื่องโรคเอดส์ข้อละ 1 คะแนน คือ ได้ 1 คะแนน ถ้าตอบคำถามถูกต้อง และได้ 0 ถ้าตอบคำถามผิด หรือตอบไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ จากคำถามทั้งหมด 24 ข้อ (ดูแบบสอบถามในภาคผนวก ข) พิจารณาตามลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผลปรากฏดังตารางที่ 4.5 ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

ในเรื่องความรู้เรื่องโรคเอดส์กับอายุ พบว่า ในภาพรวม กลุ่มอายุน้อยมีความรู้เรื่องเอดส์มากกว่าอายุมาก ความแตกต่างในด้านความรู้ในแต่ละกลุ่มอายุในผู้ชายไม่ชัดเจนเท่าในผู้หญิง นอกจากนี้พบว่า ผู้หญิงมีความรู้เรื่องเอดส์น้อยกว่าผู้ชายในทุกกลุ่มอายุ สะท้อนให้เห็นว่า ผู้หญิงมุสลิมยังให้ความสนใจเรื่องเอดส์

น้อยกว่าผู้ชาย สำหรับเขตที่อยู่อาศัย พบว่า ผู้ที่อยู่ในเขตเมืองมีความรู้มากกว่าเขตชนบทในทุกกลุ่มอายุเช่นเดียวกัน

ความรู้เรื่องโรคเอดส์กับการศึกษาสามัญ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นชัดเจนว่า ผู้มีการศึกษาสามัญสูงมีความรู้เรื่องเอดส์มากกว่า ทั้งชาย หญิง เมือง และชนบท

ความรู้เรื่องเอดส์กับการศึกษาทางศาสนา การศึกษานี้พบความสอดคล้องกันทั้งชาย หญิง เมือง และชนบท ว่าผู้ที่เรียนศาสนาในระบบโรงเรียนมีความรู้เรื่องเอดส์ดีที่สุด รองลงมาคือ ผู้ที่เรียนศาสนานอกระบบโรงเรียน และผู้ที่ไม่มีความรู้ด้านศาสนาเลยมีความรู้เรื่องเอดส์น้อยที่สุด ซึ่งอาจเป็นเพราะว่า ในหลักสูตรของโรงเรียนสอนศาสนา โดยเฉพาะในโรงเรียนสามัญที่สอนศาสนาควบคู่ไปด้วย มีการสอนเกี่ยวกับโรคเอดส์ให้กับนักเรียน ส่วนผู้ที่ไม่ได้เรียนศาสนาเลยก็มักจะเป็นผู้ที่มีความรู้สามัญไม่มากนักด้วยเช่นเดียวกัน

ความรู้เรื่องโรคเอดส์กับอาชีพ อาชีพที่มีความรู้เรื่องเอดส์มากที่สุด คือ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และนักเรียน/นักศึกษา ส่วนอาชีพอื่นๆ ไม่มีความแตกต่างกันในด้านความรู้มากนัก รูปแบบเป็นเช่นเดียวกันนี้ทั้งชาย หญิง เมืองและชนบท

ความรู้เรื่องโรคเอดส์กับความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ การศึกษาชี้ว่า ผู้มีความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจในระดับสูง มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์มากที่สุด สอดคล้องกันทั้งในผู้ชาย ผู้หญิง ผู้ที่อยู่ในเขตเมือง และผู้ที่อยู่ในเขตชนบท

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเอดส์ จำแนกตามอายุ การศึกษาสามัญ การศึกษาทางศาสนา อาชีพ ความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ เพศ และเขตที่อยู่อาศัย

	เพศ		เขตที่อยู่อาศัย		รวม
	ชาย	หญิง	เมือง	ชนบท	
อายุ					
15-19	16.6	15.9	16.3	16.2	16.2
20-24	17.0	15.9	17.7	15.9	16.3
25-29	16.2	15.7	16.5	15.7	15.9
30-34	16.8	14.7	17.6	15.5	15.8
35-39	15.9	14.3	16.5	14.9	15.2
40-44	15.8	13.6	16.4	14.0	14.6
45-49	15.0	10.7	16.0	13.0	13.5
การศึกษาสามัญ					
ไม่เรียน	12.8	10.3	11.6	11.2	11.3
ต่ำกว่าประถมต้น	14.1	11.9	11.3	13.5	13.3
จบประถมศึกษาตอนต้น	15.8	13.9	16.5	14.6	14.9
จบประถมศึกษาตอนปลาย	17.1	15.8	16.8	16.4	16.5
จบมัธยมศึกษาตอนต้น	17.1	17.3	17.6	17.1	17.2
จบมัธยมศึกษาตอนปลาย	19.2	15.8	17.2	16.9	17.0
สูงกว่ามัธยมศึกษา	18.1	19.0	18.9	18.6	18.7
การศึกษาทางศาสนา					
ไม่เรียน	13.9	13.6	15.4	13.5	13.7
เรียนในระบบโรงเรียน	16.7	16.0	17.4	16.0	16.3
ไม่เรียนในระบบโรงเรียน	16.0	14.3	16.3	14.8	15.1

ตารางที่ 4.5 (ต่อ) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเอดส์ จำแนกตามอายุ การศึกษา
 สัมณัญ การศึกษาทางศาสนา อาชีพ ความเคร่งครัดในการปฏิบัติ
 ศาสนกิจ เพศ และเขตที่อยู่อาศัย

	เพศ		เขตที่อยู่อาศัย		รวม
	ชาย	หญิง	เมือง	ชนบท	
<u>อาชีพ</u>					
เกษตรกรรวม	16.5	14.4	17.4	15.5	15.6
ค้าขาย	17.6	14.2	14.9	15.4	15.2
รับจ้าง/ช่าง/กรรมกร	15.7	14.0	17.7	14.4	15.0
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	18.4	18.2	18.0	18.5	18.3
แม่บ้าน	-	15.7	15.8	15.7	15.7
นักเรียน	17.4	16.7	17.0	17.0	17.0
ไม่มีงาน	13.3	15.6	16.5	14.7	15.2
อื่นๆ	-	15.4	20.5	14.0	15.4
<u>ความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ</u>					
สูง	17.1	15.8	17.7	16.1	16.4
ปานกลาง	16.0	14.9	16.3	15.2	15.4
ต่ำ	16.2	14.6	17.0	14.9	15.4
จำนวน	381	428	159	650	809

4.2 ความสนใจ และความตระหนักในปัญหาโรคเอดส์

ในประเด็นเรื่องความสนใจและความตระหนักในปัญหาโรคเอดส์ มีคำถามเรื่องความคิดเห็นในโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ของคนในชุมชน การเคยได้ยินว่าคนในชุมชนติดเชื้อเอดส์ การมีเพื่อน/ญาติ/คนรู้จักที่ติดเชื้อเอดส์ ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอดส์ของตนเอง การพูดคุยเกี่ยวกับโรคเอดส์กับบุคคลอื่น บุคคลที่พูดคุยด้วยเกี่ยวกับโรคเอดส์ การพูดคุยเกี่ยวกับโรคเอดส์ในชุมชน ความสนใจค้นหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ การให้ความร่วมมือหากมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การต้องการความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์เพิ่มเติม และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหลังจากรู้จักโรคเอดส์ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นในตารางที่ 4.6

โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ของคนในชุมชน เกือบครึ่งของผู้ให้สัมภาษณ์เห็นว่า คนในชุมชนของตัวเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อเอดส์ด้วยเหตุผลว่าเกิดจากปัญหาการติดยาเสพติดของวัยรุ่นมากที่สุด รองลงมาคือการเที่ยวสถานบริการทางเพศของผู้ชาย (ตารางที่ ๔.1 ในภาคผนวก ก) โดยที่ผู้ให้สัมภาษณ์ในเขตเมืองเห็นว่าคนในชุมชนของตัวเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อเอดส์สูงกว่าคนในเขตชนบทอย่างชัดเจน

การเคยได้ยินว่าคนในชุมชนติดเชื้อเอดส์ และการมีเพื่อน/ญาติ/คนรู้จักที่ติดเชื้อเอดส์ ผู้ให้สัมภาษณ์กว่า 1 ใน 5 ที่ตอบว่า เคยได้ยินว่าคนในชุมชนติดเชื้อเอดส์ และเกือบ 1 ใน 5 ที่มีเพื่อน ญาติ หรือคนรู้จักที่ติดเชื้อเอดส์ โดยคนในเขตเมืองและผู้ชายรู้จักคนที่ติดเชื้อเอดส์ มากกว่าคนในเขตชนบทและผู้หญิง

ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอดส์ของตนเอง เมื่อถามสิ่งที่ใกล้ตัวเข้ามา พบว่าไม่มีผู้ให้สัมภาษณ์ที่คิดว่าตัวเองมีความเสี่ยงสูงเลย ผู้ที่คิดว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อมีเพียง 1 ใน 10 และในจำนวนนี้ส่วนใหญ่คิดว่าเสี่ยงน้อย โดยเป็นคนในเขตเมืองสูงกว่าเขตชนบท แต่ไม่มีความแตกต่างระหว่างชายหญิง สำหรับผู้ที่ตอบว่ามีโอกาสเสี่ยง สาเหตุส่วนใหญ่เห็นว่า (ตารางที่ ๔.1 ในภาคผนวก ก)

เนื่องจากคนในชุมชนมีโอกาสเที่ยวหาบริการและติดยาเสพติดมาก รองลงมาคือ จากสาเหตุสุวิสัย ที่น่าสนใจคือ กว่า 1 ใน 5 ของผู้หญิงที่ตอบว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ยอมรับว่า ตนเองเสี่ยงเนื่องจากสามีมีพฤติกรรมเที่ยวหาบริการ นอกจากนี้อัยการ 6 มองว่า ตนเองเสี่ยงเนื่องจากขาดความรู้ และเป็นคนไม่เคร่ง ในหลักการของศาสนา ซึ่งอาจหมายถึงยังมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการรับเชื้อเอดส์ได้ ส่วนเหตุผลของผู้ที่ตอบว่าไม่มีโอกาสเสี่ยงเลย เกือบทุกคนตอบว่า เนื่องจากตนเอง และคู่สมรสไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง

การพูดคุยเกี่ยวกับโรคเอดส์กับบุคคลอื่น ผู้ให้สัมภาษณ์กว่าครึ่งที่ตอบว่า พูดคุยเรื่องเอดส์ แต่ส่วนใหญ่คุยไม่บ่อยครั้งนัก และมีมากถึงร้อยละ 43 ที่เกือบจะไม่ คุยเรื่องโรคเอดส์เลย ผู้ชายพูดคุยเรื่องเอดส์มากกว่าผู้หญิง และคนในเขตเมืองคุยเรื่อง เอดส์มากกว่าคนในเขตชนบท ส่วนบุคคลที่พูดคุยด้วยเกี่ยวกับเอดส์นั้น พบว่า ส่วนใหญ่จะคุยกับเพื่อนฝูงมากที่สุด รองลงมาคือ สมาชิกในครอบครัวและ คู่สมรส สำหรับอิหม่ามซึ่งเป็นผู้นำในชุมชนมุสลิมและมักจะเป็นผู้ที่มีอิทธิพลทาง ความคิดสำหรับคนในชุมชนนั้น ผู้ให้สัมภาษณ์คุยเกี่ยวกับโรคเอดส์ด้วยน้อยมาก โดยผู้ชายคุยกับอิหม่ามมากกว่าผู้หญิง และคนในชนบทคุยกับอิหม่ามมากกว่าคน ในเมือง ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะภาพลักษณ์ของอิหม่ามที่มักถูกมองว่าเป็นผู้นำ ทางศาสนามากกว่าเรื่องทางโลก และเรื่องเอดส์มักถูกจัดเป็นปัญหาทางโลกมากกว่า เรื่องศาสนา

การพูดคุยเกี่ยวกับโรคเอดส์ให้มากขึ้นในชุมชน ส่วนใหญ่เห็นด้วยว่า ควรพูดคุยเกี่ยวกับโรคเอดส์ให้มากขึ้นในชุมชน สอดคล้องกันทั้งชาย หญิง เมือง และชนบท ด้วยเหตุผลว่า เพื่อป้องกันไม่ให้เอดส์เกิดขึ้นในชุมชน นอกจากนี้มี ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนหนึ่งยอมรับว่า ควรพูดคุยให้มากขึ้นเนื่องจากในชุมชนมีปัญหา โรคเอดส์เกิดขึ้นแล้ว (ตารางที่ ผ4.1 ในภาคผนวก ก)

ความสนใจค้นหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ ผู้ให้สัมภาษณ์กว่าครึ่งที่ตอบว่า สนใจค้นหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์มาก อย่างไรก็ตาม มีถึง 1 ใน 5 ของผู้ให้สัมภาษณ์ที่ตอบว่าไม่สนใจเลย ผู้หญิงและคนในชนบทสนใจข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ น้อยกว่าผู้ชายและคนในเขตเมือง

การให้ความร่วมมือหากมีการให้ความรู้เรื่องเอดส์ ส่วนใหญ่ผู้ให้สัมภาษณ์ตอบว่าจะให้ความร่วมมือ โดยผู้ชายให้ความร่วมมือมากกว่าผู้หญิงเล็กน้อย และคนในชนบทตอบว่าจะให้ความร่วมมือมากกว่าคนในเมือง ส่วนผู้ให้สัมภาษณ์ที่ตอบว่าไม่เข้าร่วมและไม่แน่ใจนั้นให้เหตุผลว่า ไม่สนใจมากที่สุด รองลงมาคือไม่มีเวลา ที่น่าสนใจคือ ประมาณ 1 ใน 10 ที่ไม่เข้าร่วมเนื่องจากมีปัญหาเรื่องภาษาไทย และร้อยละ 3 ตอบว่า ขึ้นอยู่กับการอนุญาตของสามี (ตารางที่ ผ4.1 ในภาคผนวก ก) จะเห็นว่า ในการรณรงค์ให้ความรู้ต่างๆ จะมองข้ามเรื่องวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของผู้คนไม่ได้เลย

ความต้องการความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์เพิ่มเติม ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ต้องการความรู้เพิ่มเติมไม่สามารถบอกได้อย่างเฉพาะเจาะจงว่าต้องการทราบเรื่องอะไร สำหรับผู้ที่ระบุได้นั้นต้องการรู้เรื่องสาเหตุ/การระบาด/การติดต่อ และการป้องกันมากที่สุด รองลงมาคือ อาการ/ลักษณะของโรค และการรักษา มีเพียงส่วนน้อยมากที่ตอบว่า อยากรู้เกี่ยวกับการอยู่ร่วมกับคนเป็นเอดส์ (ตารางที่ ผ4.2 ในภาคผนวก ก) สิ่งที่ได้สะท้อนว่า ความสนใจ ซึ่งอาจหมายถึงความสงสัยและไม่แน่ใจในเรื่องวิธีการติดต่อของโรคเอดส์ด้วยนั้นยังมีอยู่ในคนส่วนใหญ่ โดยแทบจะไม่ให้ความสนใจในเรื่องการจัดการดูแลผู้ติดเชื้อเลย

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหลังจากรู้จักโรคเอดส์ ผู้ให้สัมภาษณ์เกือบ 1 ใน 3 ที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหลังจากรู้จักโรคเอดส์ โดยผู้ชายเปลี่ยนพฤติกรรมมากกว่าผู้หญิง พฤติกรรมที่เปลี่ยนส่วนใหญ่เป็นคำตอบกว้างๆ (ตารางที่ ผ4.3 ในภาคผนวก ก) คือระมัดระวังตัวเองมากขึ้น และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง

อย่างไรก็ตาม เกือบ 1 ใน 5 ของผู้ที่มีการเปลี่ยนพฤติกรรมที่เปิดเผยว่า พฤติกรรมที่เปลี่ยนคือ เลิกเที่ยว และเลิกสำส่อนทางเพศ แสดงว่า ในชาวไทยมุสลิมพฤติกรรมการเที่ยวผู้หญิงก็มีอยู่ไม่น้อย

ตารางที่ 4.6 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความสนใจและความตระหนักในปัญหาโรคเอดส์ เพศ และเขตที่อยู่อาศัย

ความสนใจและความตระหนัก ในปัญหาโรคเอดส์	เพศ		เขตที่อยู่อาศัย		รวม
	ชาย	หญิง	เมือง	ชนบท	
คิดว่าคนในชุมชนมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์					
มีโอกาส	41.2	42.8	57.2	38.3	42.0
ไม่มีโอกาส	40.7	35.7	22.6	41.8	10.5
ไม่แน่ใจ	11.0	10.0	11.9	10.2	10.5
ไม่ทราบ	7.1	11.4	8.2	9.7	9.4
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	381	428	159	650	809
การเคยได้ยินว่าคนในชุมชนติดเชื้อเอดส์					
มี	20.7	27.6	42.8	19.9	24.4
ไม่มี	79.3	72.4	57.2	80.1	75.6
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	381	427	159	649	808

ตารางที่ 4.6 (ต่อ) การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความสนใจ และความตระหนักในปัญหาโรคเอดส์ เพศ และเขตที่อยู่อาศัย

ความสนใจและความตระหนัก ในปัญหาโรคเอดส์	เพศ		เขตที่อยู่อาศัย		รวม
	ชาย	หญิง	เมือง	ชนบท	
<u>มีเพื่อน/ญาติ/คนรู้จักติดเชื้อเอดส์</u>					
มี	18.6	16.4	23.3	16.0	17.4
ไม่มี	81.4	83.6	76.7	84.0	82.6
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	381	428	159	650	809
<u>ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอดส์ของตนเอง</u>					
มีโอกาสูง	-	-	-	-	-
มีโอกาสมoderate	1.1	0.9	3.1	0.5	1.0
มีโอกาสน้อย	10.3	10.2	13.8	9.4	10.3
ไม่มีโอกาสเลย	88.4	87.9	82.4	89.5	88.1
ไม่แน่ใจ	0.3	0.9	10.6	0.6	0.6
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	378	422	159	641	800
<u>การพูดคุยเกี่ยวกับโรคเอดส์กับบุคคลอื่น</u>					
คุยบ่อยครั้ง	10.5	9.8	13.2	9.4	10.1
คุยบ้างแต่ไม่บ่อย	51.1	43.5	56.6	44.8	47.0
น้อย/ไม่คุยเลย	38.4	46.7	30.2	45.8	42.8
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	380	428	159	650	808

ตารางที่ 4.6 (ต่อ) การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความสนใจ และความตระหนักในปัญหาโรคเอดส์ เพศ และเขตที่อยู่อาศัย

ความสนใจและความตระหนัก ในปัญหาโรคเอดส์	เพศ		เขตที่อยู่อาศัย		รวม
	ชาย	หญิง	เมือง	ชนบท	
บุคคลที่พูดคุยด้วยเกี่ยวกับเอดส์					
คู่สมรส	28.6	37.7	31.5	33.6	33.1
สมาชิกอื่นในครอบครัว	42.3	56.1	51.4	48.4	49.1
เพื่อน	89.7	87.3	94.6	86.5	88.5
บุคลากรสาธารณสุข	11.5	10.1	6.3	12.3	10.8
อิหม่าม	6.8	1.3	3.6	4.3	4.1
อื่นๆ	4.3	5.3	5.4	4.6	4.8
จำนวน	234	228	111	351	462
ควรพูดคุยเกี่ยวกับโรคเอดส์ให้มากขึ้นในชุมชน					
ใช่	86.7	81.5	86.5	83.4	84.0
ไม่ใช่	13.3	18.5	13.5	16.6	16.0
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	337	422	456	643	799
ความสนใจค้นหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์					
มาก	59.1	53.3	55.3	56.2	56.0
เฉยๆ	21.5	24.8	30.8	21.4	23.2
ไม่สนใจ	19.4	21.3	13.8	22.0	20.4
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	381	428	159	650	809

ตารางที่ 4.6 (ต่อ) การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความสนใจ และความตระหนักในปัญหาโรคเอดส์ เพศ และเขตที่อยู่อาศัย

ความสนใจและความตระหนัก ในปัญหาโรคเอดส์	เพศ		เขตที่อยู่อาศัย		รวม
	ชาย	หญิง	เมือง	ชนบท	
<u>ต้องการความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์เพิ่มเติม</u>					
ต้องการ	85.6	77.3	80.5	81.4	81.2
ไม่ต้องการ	14.4	22.7	19.5	18.6	18.8
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	381	427	159	649	808
<u>การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหลังจากรู้จักโรคเอดส์</u>					
เปลี่ยน	35.9	21.3	28.9	28.0	28.2
ไม่เปลี่ยน	64.1	78.5	71.4	72.0	71.7
ไม่แน่ใจ	-	0.2	0.6	-	0.1
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	379	427	159	647	806

4.3 สรุป

ชาวไทยมุสลิมส่วนใหญ่ได้รับความรู้เรื่องโรคเอดส์จากสื่อมวลชนมากที่สุด สิ่งที่ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ยังเข้าใจคลาดเคลื่อนคือ คิดว่าโรคเอดส์สามารถดูจากลักษณะภายนอกได้ และผู้ติดเชื้อทุกคนจะแสดงอาการของโรค ไม่ทราบว่าจะเอดส์ติดต่อได้โดยการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก เพศสัมพันธ์ทางปาก และผ่านทางน้ำนมแม่ นอกจากนี้ยังคิดว่าเอดส์ติดต่อได้ทางน้ำลาย ยุง การใช้เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่มร่วมกัน ไอหรือจามรดกัน และด้วยการจูบ ผู้ชายและผู้ที่อยู่ใน

เขตเมืองมีความรู้เรื่องเอดส์ดีกว่าผู้หญิงและคนในเขตชนบท ผู้ที่อายุน้อย ผู้มีการศึกษาสามัญสูง ผู้ที่เรียนศาสนาในระบบโรงเรียน ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจและนักเรียน/นักศึกษา และผู้มีความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจในระดับสูง มีความรู้มากกว่า

สำหรับข้อมูลความสนใจและความตระหนักในปัญหาโรคเอดส์ พบว่าผู้ชายและผู้อยู่ในเขตเมืองให้ความสนใจเรื่องโรคเอดส์มากกว่าผู้หญิงและคนในชนบท สิ่งที่ได้สะท้อนให้มองได้ใน 2 ลักษณะคือ ในขณะที่ดูเหมือนว่า ปัญหาโรคเอดส์ในกลุ่มชาวมุสลิมอาจเกิดขึ้นในเขตชุมชนเมืองมากกว่าเขตชนบท แต่ในอีกแง่มุมหนึ่งก็มองได้ว่า คนในเขตเมืองตื่นตัวเรื่องโรคเอดส์มากกว่าคนในเขตชนบท ซึ่งน่าจะเป็นผลดีต่อการเตรียมพร้อมเพื่อเผชิญหน้ากับปัญหามากกว่า ขณะที่คนในชนบทยังมองว่าตนและชุมชนของตนห่างไกลกับปัญหา ทำให้ไม่มีการหามาตรการรับมือ กว่าจะรู้ตัวโรคเอดส์อาจรุกรานจนยากจะแก้ไขแล้วก็ได้ นอกจากนี้ จากที่ผู้ให้สัมภาษณ์มองว่า สาเหตุหลักของปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ คือ ยาเสพติด และการเที่ยวหญิงบริการ รวมทั้งภาพที่ผู้หญิงส่วนหนึ่งยอมรับว่าตนเองเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพราะสามีมีพฤติกรรมเที่ยวผู้หญิงก็สะท้อนภาพว่า จริงๆ แล้วในสังคมมุสลิม ปัญหาบ่อเกิดของการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ก็ไม่ได้แตกต่างจากสังคมอื่นๆ ไปเลย

สามัญ การศึกษาทางศาสนา และระดับความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ และทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติ χ^2 ประกอบการอธิบาย

5.1 ความคิดเห็นต่อโรคเอดส์

ตารางที่ 5.1 แสดงร้อยละของผู้ที่เห็นด้วยกับข้อความที่เป็นความคิดเห็นต่อโรคเอดส์ใน 4 ประเด็น คือ เอดส์เป็นโรคที่พระเจ้าส่งมาเพื่อลงโทษผู้กระทำความผิดในเรื่องเพศ เอดส์เกี่ยวข้องกับการนอกใจหรือการไม่ซื่อสัตย์ต่อคู่สมรส สาเหตุของโรคคือการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานและนอกการสมรส และการซื่อสัตย์ต่อคู่สมรส และการครองความบริสุทธิ์ก่อนแต่งงานเป็นการป้องกันโรคเอดส์ที่เพียงพอแล้ว จากตาราง อธิบายได้ว่า

ในภาพรวม จะเห็นว่า ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่มีภาพของโรคเอดส์ในทางลบ และยังคงมองสาเหตุของโรคจำกัดเพียงในเรื่องของการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ นั่นคือ กว่า 2 ใน 3 เห็นด้วยกับทั้ง 4 ประเด็นของความคิดเห็นดังกล่าว เมื่อพิจารณาตามเพศ และเขตที่อยู่อาศัย พบว่า ผู้หญิงเห็นว่าเอดส์เกี่ยวข้องกับการนอกใจคู่สมรสมากกว่าผู้ชายอย่างมีนัยสำคัญ และคนในชนบทเห็นว่า สาเหตุของโรคเอดส์คือการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานหรือนอกการสมรส และการซื่อสัตย์ต่อคู่สมรสและการครองความบริสุทธิ์ก่อนแต่งงานเป็นการป้องกันโรคเอดส์ที่เพียงพอแล้วมากกว่าคนในเมืองอย่างมีนัยสำคัญ

เมื่อพิจารณาตามการศึกษาสามัญ การศึกษาศาสนา และความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ (ดูตารางที่ ผ5.1 ผ5.2 และ ผ5.3 ในภาคผนวก ก) พบว่า การศึกษาเกี่ยวข้องกับความคิดเห็นต่อโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือ ผู้มีการศึกษาสามัญน้อยเห็นด้วยกับทั้ง 4 ประเด็นมากกว่าผู้มีการศึกษาสูง ส่วนการศึกษาทางศาสนา พบว่า ผู้ที่เรียนศาสนานอกระบบโรงเรียนเห็นว่าการซื่อสัตย์ต่อคู่สมรสและการครองความบริสุทธิ์ก่อนแต่งงานเป็นการป้องกันโรคเอดส์ที่เพียงพอแล้วมากกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญ และเมื่อดูตามระดับความเคร่งครัดในการ

ปฏิบัติศาสนกิจ ผลการศึกษาชี้ว่า ผู้ที่มีความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจสูง เห็นว่า เอดส์เป็นโรคที่พระเจ้าส่งมาเพื่อลงโทษผู้กระทำความผิดในเรื่องเพศมากกว่า กลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 5.1 การกระจายร้อยละของผู้ที่เห็นด้วยในความคิดเห็นต่อโรคเอดส์
จำแนกตามเพศ และเขตที่อยู่อาศัย

ความคิดเห็นต่อ โรคเอดส์	เพศ		นัย- สำคัญ ทางสถิติ	เพศ		นัย- สำคัญ ทางสถิติ	รวม
	ชาย	หญิง		เมือง	ชนบท		
1. เอดส์เป็นโรคที่ พระเจ้าส่งมาเพื่อ ลงโทษผู้กระทำความ ผิดในเรื่องเพศ	78.4	79.7		79.6	78.9		79.1
2. เป็นโรคที่เกี่ยวข้อง กับการนอกใจหรือ การไม่ซื่อสัตย์ต่อ คู่สมรส	77.1	79.4	*	74.2	79.3		78.3
3. สาเหตุของโรคคือ การมีเพศสัมพันธ์ ก่อนแต่งงานหรือ นอกการสมรส	73.6	74.2		64.5	76.2	**	73.9
4. การซื่อสัตย์ต่อ คู่สมรสและการ ครองความบริสุทธิ์ ก่อนแต่งงาน เป็น การป้องกันโรค เอดส์ที่เพียงพอแล้ว	78.5	74.9		67.1	79.0	**	76.6

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ผลการศึกษาชี้ว่า ผู้หญิง คนในชนบท ผู้ที่มีการศึกษาสามัญน้อย ผู้ที่เรียนศาสนานอกระบบโรงเรียน และผู้ที่มีความเคร่งครัดสูง มีแนวโน้มที่จะมองสาเหตุของโรคเอดส์ในมุมแคบเพียงเรื่องการมีเพศสัมพันธ์นอกการแต่งงานมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ความคิดเห็นดังกล่าวเป็นเรื่องที่ควรต้องได้รับการแก้ไขเพราะโดยข้อเท็จจริงนั้นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเอดส์มีหลายประการ ทั้งจากพฤติกรรมที่สังคมมุสลิมไม่ยอมรับอย่างการมีเพศสัมพันธ์นอกการแต่งงาน หรือการฉีดยาเสพติด และจากอีกหลายสาเหตุที่สุดวิสัย การมุ่งให้ความสำคัญเพียงประเด็นเดียวโดยมองข้ามเรื่องอื่นๆ อาจทำให้ขาดความระมัดระวัง นอกจากนี้ ความคิดเห็นต่อโรคเอดส์ที่จำกัดเพียงแง่มุมเดียวก็อาจส่งผลไปถึงความคิดเห็นต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยด้วย

5.2 ความคิดเห็นต่อผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์

ตารางที่ 5.2 แสดงร้อยละของผู้ที่เห็นด้วยต่อข้อความ 3 ประเด็นที่เป็นความคิดเห็นต่อผู้ติดเชื้อ หรือผู้ป่วยเอดส์ คือ ผู้ติดเชื้อเอดส์ไม่ว่าจากสาเหตุใดควรได้รับความเห็นใจจากผู้อื่น ผู้ติดเชื้อเอดส์มักเป็นผู้มีพฤติกรรมไม่ดี (สำสอนทางเพศ ฉีดยาเสพติด) และผู้ติดเชื้อเอดส์จากสาเหตุสุดวิสัยควรได้รับความเห็นใจจากผู้อื่น

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้สัมภาษณ์เกือบทุกคน (มากกว่าร้อยละ 90) มองว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์มักเป็นผู้มีพฤติกรรมไม่ดี อย่างไรก็ตาม ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ (มากกว่า 3 ใน 4) ก็คิดว่า ผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์ควรได้รับความเห็นใจจากผู้อื่น ทั้งนี้ ผู้ให้สัมภาษณ์ที่เห็นด้วยว่าผู้ที่ติดจากสาเหตุสุดวิสัยควรได้รับความเห็นใจนั้น มีอัตราสูงกว่าผู้ให้สัมภาษณ์ที่เห็นด้วยว่าผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์ไม่ว่าติดจากสาเหตุใดควรได้รับความเห็นใจ แสดงว่าในการให้ความเห็นใจผู้ติดเชื้อนั้น ส่วนหนึ่งยังมีการแยกสาเหตุของการติดโรคด้วย เมื่อพิจารณาแยกตามเพศและเขตที่อยู่อาศัย พบว่า ความคิดเห็นไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 5.2 การกระจายร้อยละของผู้ที่เห็นด้วยในความคิดเห็นต่อผู้ติดเชื้อ หรือ
ผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามเพศ และเขตที่อยู่อาศัย

ความคิดเห็นต่อผู้ติดเชื้อ หรือผู้ป่วยเอดส์	เพศ		เขตที่อยู่อาศัย		รวม
	ชาย	หญิง	เมือง	ชนบท	
1. ผู้ติดเชื้อเอดส์ไม่ว่าจากสาเหตุใด ควรได้รับความเห็นใจจากผู้อื่น	78.0	73.6	80.5	74.5	75.7
2. ผู้ติดเชื้อเอดส์มักเป็นผู้มีพฤติกรรม ไม่ดี(สำส่อนทางเพศ ดิฉยาสเสพติด)	94.7	91.3	91.2	93.3	92.9
3. ผู้ติดเชื้อเอดส์จากสาเหตุสุติวิสัย ควรได้รับความเห็นใจจากผู้อื่น	87.0	86.4	86.1	86.8	86.7

เมื่อแยกตามการศึกษาสามัญ ผลการศึกษาชี้ชัดว่า การศึกษา ยิ่งน้อยยิ่งมอง
ผู้ติดเชื้อในทางลบมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนความคิดเห็นต่อผู้ติดเชื้อกับ
การศึกษาทางศาสนา ไม่พบความแตกต่างในความคิดเห็นระหว่างทั้ง 3 กลุ่ม
อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อพิจารณาพร้อมกับระดับความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ
พบว่า ผู้ที่มีความเคร่งครัดในระดับต่ำให้ความเห็นใจผู้ติดเชื้อเอดส์ไม่ว่าจากสาเหตุ
สุติวิสัยหรือไม่มากกว่าผู้มีความเคร่งครัดในระดับสูงและปานกลางอย่างมี
นัยสำคัญ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การศึกษาสามัญมีส่วนทำให้มองผู้ติดเชื้อ
หรือผู้ป่วยเอดส์ในทางที่ดีและมีผลให้เห็นใจผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์มากขึ้นไม่ว่า
ติดจากสาเหตุใด ส่วนผู้ที่เคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจสูงและปานกลางนั้นจะ
เห็นว่า ก่อนข้างจะแยกแยะการให้ความเห็นใจต่อผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์ที่สาเหตุ
ของโรคด้วย กล่าวคือ เห็นใจผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์ที่เกิดจากสาเหตุสุติวิสัย
มากกว่าสาเหตุที่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เป็นที่ยอมรับในสังคม (ดูตารางที่ ผ5.4
ผ5.5 และ ผ5.6 ในภาคผนวก ก)

เมื่อถามความคิดเห็นต่อผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อมากขึ้น นั่นคือ การจัดการกับคนในชุมชนที่ติดเชื้อเอดส์ ผู้ที่ควรทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเอดส์ การใช้ชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ และการไปเยี่ยมคนในชุมชนที่ติดเชื้อเอดส์ ปรากฏผลดังนี้

การจัดการกับคนในชุมชนที่ติดเชื้อเอดส์ เมื่อถามว่าควรแยกผู้ติดเชื้อไว้ต่างหาก หรือว่าควรให้อยู่ร่วมกับคนอื่นๆ ในชุมชนต่อไปตามปกติ พบว่า ผู้ให้สัมภาษณ์กว่า 1 ใน 3 ที่ไม่ยอมรับผู้ติดเชื้อให้อยู่ในชุมชน (ตารางที่ 5.3) ทั้งนี้ ผู้หญิง คนในเขตเมือง และผู้ที่มีการศึกษาสามัญสูงยอมรับผู้ติดเชื้อให้อยู่ร่วมกับคนในชุมชนได้มากกว่าผู้ชาย คนในชนบท และคนที่มีการศึกษาสามัญน้อย อย่างมีนัยสำคัญ (ดูตารางที่ ผ5.7 ผ5.8 และ ผ5.9 ในภาคผนวก ก)

ตารางที่ 5.3 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความคิดเห็นเรื่อง
การจัดการกับคนในชุมชนที่ติดเชื้อเอดส์ เพศ และเขตที่อยู่อาศัย

การจัดการกับคนในชุมชน ที่ติดเชื้อเอดส์	เพศ*		เขตที่อยู่อาศัย*		รวม
	ชาย	หญิง	เมือง	ชนบท	
แยกต่างหาก	41.5	38.3	35.3	40.9	39.8
ให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นในชุมชน	36.8	45.5	50.6	39.2	41.4
อื่นๆ	21.7	16.2	14.1	19.9	18.8
(คอยดูแลช่วยเหลือไม่ทอดทิ้ง)					
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	378	426	156	648	804

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผู้ที่ควรทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเอดส์ (ตารางที่ 5.4 และตารางที่ ผ5.10 ผ5.11 ผ5.12 ในภาคผนวก ก) ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่เห็นว่า การดูแลผู้ป่วยเอดส์เป็นหน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุข และสมาชิกในครอบครัว ไม่ถึง 1 ใน 5 ของผู้ให้สัมภาษณ์ที่เห็นว่าสมาชิกในชุมชนควรช่วยกันดูแลด้วย คนในชุมชนเห็นว่าเป็นหน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุขมากกว่าคนในเมืองอย่างมีนัยสำคัญ ผู้มีการศึกษาระดับสูง และผู้ที่เรียนศาสนาในระบบโรงเรียนเห็นว่าเป็นหน้าที่ของคนในชุมชนด้วยมากกว่าผู้มีการศึกษาระดับน้อย และผู้ที่ไม่เรียนศาสนาหรือผู้ที่เรียนศาสนาในระบบโรงเรียนอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ที่มีความเคร่งครัดในระดับสูงมองว่าควรเป็นหน้าที่ของคนในชุมชนด้วยมากกว่าผู้ที่มีความเคร่งครัดระดับปานกลางและต่ำ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การศึกษาสามัญ การเรียนศาสนาในระบบโรงเรียน และความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจมีผลต่อความเห็นใจและความพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน

ตารางที่ 5.4 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความคิดเห็นเรื่อง
ผู้ที่ควรทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเอดส์ เพศ และเขตที่อยู่อาศัย

ผู้ที่ควรทำหน้าที่ ดูแลผู้ป่วยเอดส์	เพศ		เขตที่อยู่อาศัย		นัยสำคัญ ทางสถิติ	รวม
	ชาย	หญิง	เมือง	ชนบท		
บุคลากรสาธารณสุข	80.6	75.6	69.6	80.0	**	78.0
สมาชิกในครอบครัว	72.7	70.5	74.1	70.9		71.5
สมาชิกของชุมชน/หมู่บ้าน	18.4	18.0	18.4	18.2		18.2
อื่นๆ	6.6	5.4	5.7	6.0		5.9
จำนวน	381	427	159	647		808

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

การใช้ชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ เกือบครึ่งของผู้ให้สัมภาษณ์ตอบว่า สามารถใช้ชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ได้ตามปกติ อย่างไรก็ตาม ผู้ให้สัมภาษณ์ถึง 1 ใน 3 ที่ยอมรับว่า ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ติดเชื้อได้ และเกือบ 1 ใน 5 สามารถใช้ชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ได้แต่มีเงื่อนไข และขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นเป็นใคร (ตารางที่ 5.5) โดยเงื่อนไขที่ส่วนใหญ่คือ ไม่ใช้ของร่วมกันและไม่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อและต้องระวังตัวในเรื่องที่จะทำให้อึดอัดได้ (ดูตารางที่ ผ 5.13 ในภาคผนวก ก) นอกจากนี้ พบว่า ผู้หญิง คนในเขตชนบท ผู้มีการศึกษาสามัญน้อย และผู้ที่เรียนศาสนานอกระบบโรงเรียนมีแนวโน้มที่จะไม่ยอมรับการใช้ชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์มากกว่ากลุ่มอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญ (ดูตารางที่ ผ 5.14 ผ5.15 และ ผ5.16 ในภาคผนวก ก)

ตารางที่ 5.5 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความคิดเห็นเรื่อง
การใช้ชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ เพศ และเขตที่อยู่อาศัย

การใช้ชีวิตประจำวัน ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์	เพศ*		เขตที่อยู่อาศัย***		รวม
	ชาย	หญิง	เมือง	ชนบท	
ได้ตามปกติ	51.3	43.0	47.8	46.7	46.9
ได้อย่างมีเงื่อนไข	6.1	5.1	10.7	4.3	5.6
ไม่ได้	32.9	36.9	19.5	38.8	35.0
ขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นเป็นใคร	9.7	15.0	22.0	10.2	12.5
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	380	426	159	647	806

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ความตั้งใจจะไปเยี่ยมคนในชุมชนที่ติดเชื้อเอดส์หรือเป็นผู้ป่วยเอดส์ กับคำถามว่าถ้ามีคนในชุมชนไม่สบายจากการติดเชื้อเอดส์ท่านจะไปเยี่ยมหรือไม่ ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่คือ ประมาณ 3 ใน 4 ตอบว่าไปเยี่ยมแน่นอน (ตารางที่ 5.6) ด้วยเหตุผลส่วนใหญ่เพื่อต้องการปลอบใจและให้กำลังใจผู้ติดเชื้อ ประมาณ 1 ใน 5 ไปในฐานะมุสลิมด้วยกัน และในฐานะคนในชุมชนเดียวกัน สำหรับผู้ที่ตอบว่าไม่ไปเยี่ยมนั้น เหตุผลส่วนใหญ่คือ เพราะกลัวโรคเอดส์ และมากกว่า 1 ใน 4 ที่ตอบว่าเพราะรับไม่ได้กับพฤติกรรมไม่ดี ฝ่าฝืนกฎของศาสนาอิสลามของผู้ติดเชื้อ (ดูตารางที่ ผ5.17 ในภาคผนวก ก) ข้อมูลที่ได้สะท้อนชัดเจนว่า แม้ในหลักการของอิสลามจะกำหนดมารยาทสังคมประการหนึ่งคือ การไปเยี่ยมเยียนผู้ป่วยเพื่อปลอบใจและให้กำลังใจ และต้องให้ความสนใจผู้ที่ได้รับความทุกข์จากความเจ็บป่วยก็ตาม แต่สิ่งที่เกิดขึ้นหรือกำลังจะเกิดขึ้นในความเป็นจริงก็คือ มารยาทสังคมที่

กล่าวถึงถูกยกเว้นสำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์ ทั้งนี้ นอกจากเพราะความกลัวในอันตรายของโรคแล้ว มุสลิมส่วนหนึ่งยังตั้งข้อรังเกียจโรคเอดส์เพราะตั้งข้อสรุปไว้เลยว่าต้องเกิดจากพฤติกรรมไม่ดีที่ฝ่าฝืนหลักการของศาสนาจึงไม่สามารถทำใจไปเยี่ยมได้

ผลการศึกษาชี้ว่า เพศ เขตที่อยู่อาศัย และการศึกษาสามัญ เกี่ยวข้องกับการไปหรือไม่ไปเยี่ยมผู้ติดเชื้อเอดส์อย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือ ผู้ชาย คนในเขตเมือง และผู้มีการศึกษาสูงจะไปเยี่ยมผู้ติดเชื้อมากกว่าผู้หญิง คนในเขตชนบท และผู้มีการศึกษาสามัญน้อย ตามลำดับ ส่วนการศึกษาศาสนา และความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจไม่พบความเกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญกับการไปหรือไม่ไปเยี่ยมผู้ติดเชื้อเอดส์ (ดูตารางที่ ผ5.18 ผ5.19 และ ผ5.20 ในภาคผนวก ก)

ตารางที่ 5.6 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความตั้งใจจะไปเยี่ยมคนในชุมชนที่ติดเชื้อเอดส์ เพศ และเขตที่อยู่อาศัย

ความตั้งใจจะไปเยี่ยมคน ในชุมชนที่ติดเชื้อเอดส์	เพศ**		เขตที่อยู่อาศัย**		รวม
	ชาย	หญิง	เมือง	ชนบท	
ไป	79.0	69.2	77.4	72.9	73.8
ไม่ไป	11.8	16.6	6.3	16.3	14.3
ไม่แน่ใจ	9.2	14.3	16.4	10.8	11.9
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	381	428	159	650	809

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

5.3 ความคิดเห็นต่อการประชาสัมพันธ์ป้องกันโรคเอดส์

ในเรื่องความคิดเห็นต่อการประชาสัมพันธ์โรคเอดส์ การศึกษาครั้งนี้ได้ถามความคิดเห็นในเรื่องกว้างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประชาสัมพันธ์ป้องกันโรคเอดส์ เพื่อประโยชน์ในการหาแนวทางการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ และสร้างความตระหนักในปัญหาเพื่อป้องกันปัญหาเอดส์ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต และความคิดเห็นของชาวไทยมุสลิม โดยถามความคิดเห็นในประเด็นต่างๆ ดังนี้ คือ การให้ความสำคัญกับอิหม่าม การให้ความรู้เรื่องเอดส์ในสังคมมุสลิมและในโรงเรียน การพูดคุยเกี่ยวกับเอดส์ในที่สาธารณะและในมัสยิด ความคิดเห็นเรื่องการคุมกำเนิดและการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันเอดส์ ความคิดเห็นเรื่องหญิงบริการและการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการ และความคิดเห็นต่อการมีภรรยาหลายคนในสังคมมุสลิม จำแนกตามเพศ เขตที่อยู่อาศัย การศึกษาสามัญ การศึกษาทางศาสนา และความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ และทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติ χ^2 ประกอบการอธิบาย ผลการศึกษาปรากฏในตารางที่ 5.7 และตารางที่ ผ5.21-ผ5.23 ในภาคผนวก ก ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

การให้ความสำคัญกับอิหม่าม ในฐานะที่อิหม่ามเป็นผู้นำในชุมชนมุสลิม ซึ่งโดยทั่วไปมีอิทธิพลทางด้านความคิดของชาวมุสลิม การได้ทราบว่าอิหม่ามจะมีบทบาทเป็นผู้ที่สามารถปรึกษาหารือเรื่องโรคเอดส์ได้หรือไม่ จะเป็นข้อมูลประกอบการหามาตรการการประชาสัมพันธ์ผ่านทางสื่อบุคคล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้สัมภาษณ์กว่าครึ่งที่เห็นว่าสามารถปรึกษาหารือปัญหาโรคเอดส์กับอิหม่ามได้ ผู้ชายคนในชนบท และคนที่มีการศึกษาสามัญน้อย เห็นด้วยมากกว่าผู้หญิง คนในเขตเมืองและคนที่มีการศึกษาสามัญสูง ตามลำดับ และมีนัยสำคัญทางสถิติ การที่ผู้หญิงเห็นด้วยน้อยกว่าผู้ชายน่าจะเป็นเพราะความแตกต่างระหว่างเพศ เพราะอิหม่ามจะเป็นผู้ชายเท่านั้น ผู้หญิงจึงอาจไม่สะดวกที่จะพูดคุยในเรื่องปัญหาโรคเอดส์กับอิหม่ามซึ่งเป็นผู้ชาย นอกจากนี้ จะเห็นว่า ในเขตชนบทอิหม่ามจะมีความสำคัญ

และมีบทบาทต่อชาวบ้านในวงกว้างมากกว่าในเขตเมือง ขณะเดียวกัน การศึกษา ยิ่งสูงยิ่งมีผลให้เห็นความสำคัญของอิหม่ามน้อยลง

การให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ในสังคมมุสลิม และในโรงเรียน ผู้ให้สัมภาษณ์เกือบทุกคนเห็นด้วยว่า การให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ในสังคมมุสลิมเป็นสิ่งจำเป็นมาก สอดคล้องกันไม่ว่าจะเปรียบเทียบระหว่างเพศ เขตที่อยู่อาศัย การศึกษาสามัญ การศึกษาทางศาสนา หรือระดับความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ ทำนองเดียวกัน ผู้ให้สัมภาษณ์เกือบทุกคนเห็นด้วยว่า ควรให้ความรู้เรื่องเอดส์ในโรงเรียนทั้งสายสามัญและสายศาสนา และการปลูกฝังเรื่องศาสนามีส่วนช่วยแก้ปัญหาเอดส์ ข้อมูลที่ได้ชี้ว่า การให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ไม่ได้เป็นสิ่งที่คัดค้านในสังคมมุสลิม

การพูดคุยเกี่ยวกับโรคเอดส์ในที่สาธารณะ ผู้ให้สัมภาษณ์ประมาณ 1 ใน 4 คิดว่า การพูดคุยเกี่ยวกับโรคเอดส์ในที่สาธารณะเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม โดยผู้หญิง ผู้มีการศึกษาสามัญน้อย และผู้ที่เรียนศาสนานอกระบบโรงเรียน เห็นว่าไม่เหมาะสม มากกว่าผู้ชาย ผู้มีการศึกษาสามัญสูง และผู้ที่เรียนศาสนาในระบบโรงเรียน ตามลำดับ และมีนัยสำคัญทางสถิติ สิ่งที่พบแสดงว่า ในสังคมมุสลิมการพูดคุยเรื่องโรคเอดส์ ยังไม่เป็นที่เปิดกว้างนัก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้หญิง ในกลุ่มผู้มีการศึกษาน้อย และในกลุ่มที่เรียนศาสนานอกระบบโรงเรียน สิ่งที่พบยังมีนัยว่า การศึกษาช่วยให้มีความคิดเปิดกว้างในการพูดคุย รับรู้หรือแลกเปลี่ยนข่าวสารในเรื่องราวต่างๆ รวมทั้งเรื่องโรคเอดส์ด้วย

การพูดคุยหรือให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ในมัสยิด และการอ่านคุตบะฮ์วันศุกร์เกี่ยวกับโรคเอดส์ พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ให้สัมภาษณ์เห็นว่า การพูดคุยหรือให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ในมัสยิดเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม ส่วนการคุตบะฮ์วันศุกร์ ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มุสลิมมารวมตัวกันเพื่อปฏิบัติหน้าที่และรับฟังการอบรมสั่งสอนในทุกสัปดาห์นั้น ผู้ที่ไม่เห็นด้วยเรื่องการอ่านคุตบะฮ์วันศุกร์เกี่ยวกับโรคเอดส์ มีน้อยกว่าผู้ที่ไม่เห็นด้วยเรื่องการพูดคุยเกี่ยวกับโรคเอดส์ในมัสยิด

แสดงว่า มีผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนหนึ่งที่แม้จะไม่เห็นด้วยเรื่องการพูดคุยเรื่องเอดส์ในมัสยิด แต่เห็นด้วยถ้าจะมีการคุตบะฮ์วันศุกร์เกี่ยวกับโรคเอดส์ ส่วนหนึ่งที่ตีความการพูดคุยเรื่องเอดส์ในมัสยิดว่าไม่เหมาะสมอาจเป็นเพราะคำนึงถึงมารยาทเกี่ยวกับการห้ามการพูดคุยเรื่องไร้สาระในมัสยิด แต่การคุตบะฮ์นั้นเป็นการอบรมสั่งสอนที่เป็นกิจลักษณะต่างกับการพูดคุยทั่วไป

สำหรับผู้ที่เห็นว่า การพูดคุยเรื่องเอดส์ในมัสยิดเป็นสิ่งไม่เหมาะสม และไม่เห็นด้วยเรื่องการอ่านคุตบะฮ์วันศุกร์เกี่ยวกับโรคเอดส์นั้น พบว่า เป็นผู้หญิง คนในเขตชนบท คนที่มีการศึกษาน้อย คนที่เรียนศาสนานอกระบบโรงเรียน และคนที่มีความเคร่งครัดต่ำ มากกว่าผู้ชาย คนในเขตเมือง คนที่มีการศึกษาสูง คนที่เรียนศาสนาในระบบโรงเรียน หรือไม่เรียนศาสนา และคนที่มีความเคร่งครัดระดับปานกลางและสูง ตามลำดับ โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นเรื่องการพูดคุยหรือให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ในมัสยิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ เขตที่อยู่อาศัย การศึกษาสามัญ และการศึกษาทางศาสนา และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นเรื่องการคุตบะฮ์วันศุกร์เรื่องเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ เพศ เขตที่อยู่อาศัย การศึกษาสามัญ และการศึกษาทางศาสนา

จะเห็นได้ว่า ในการพูดคุยให้ความรู้เรื่องเอดส์ มัสยิดอาจยังไม่ใช่วิธีสถานที่เหมาะสมโดยเฉพาะในเขตชนบท อย่างไรก็ตาม ถ้าดูจากผู้ที่มีความเคร่งครัดสูง และผู้ที่เรียนศาสนาในระบบโรงเรียน ซึ่งน่าจะมีความรู้เรื่องศาสนามากกว่ากลุ่มที่เรียนศาสนานอกระบบโรงเรียนและไม่เรียนศาสนาแล้ว ส่วนใหญ่ไม่ได้คัดค้านเรื่องการพูดคุยเรื่องเอดส์ในมัสยิดหรือในการคุตบะฮ์วันศุกร์ ทำให้มองเห็นได้ว่า ความคิดว่าการพูดคุยเรื่องเอดส์ในมัสยิดหรือการคุตบะฮ์วันศุกร์เรื่องเอดส์เป็นสิ่งไม่เหมาะสมนั้นน่าจะไม่ได้เกิดจากข้อห้ามทางศาสนาแต่อย่างใด

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการคุมกำเนิด และการใช้ถุงยางอนามัย แนวทางหนึ่งของการประชาสัมพันธ์โรคเอดส์คือการณรงค์ให้มีการใช้ถุงยางอนามัยซึ่งเป็นวิธีการคุมกำเนิดอย่างหนึ่ง ในขณะที่ศาสนาอิสลามส่งเสริมการมีลูกหลายคน

และไม่สนับสนุนการคุมกำเนิด (ยูสุฟ กือรฎอวี 2533: 304) จึงเป็นที่น่าสนใจว่า มุสลิมมีความคิดอย่างไรต่อการรณรงค์ให้มีการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคเอดส์ จากการศึกษาพบว่า ผู้ให้สัมภาษณ์ประมาณ 1 ใน 3 เห็นว่า การคุมกำเนิดเป็นสาเหตุหนึ่งของการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ เกือบ 3 ใน 4 เห็นว่า การใช้ถุงยางอนามัยส่งเสริมการสำส่อนทางเพศ ผู้ให้สัมภาษณ์ที่เห็นว่าการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคเอดส์เป็นสิ่งที่ศาสนาอนุญาตมีไม่ถึง 1 ใน 3 อย่างไรก็ตาม มากกว่าครึ่งที่เห็นว่า หากเกิดปัญหาโรคเอดส์ขึ้นมาจริงๆ ในสังคมมุสลิม การใช้ถุงยางอนามัยเพื่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยเป็นสิ่งที่กระทำได้ และมีถึง 3 ใน 4 เห็นด้วยว่า ในการรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์ควรส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนว่า แม้ชาวมุสลิมส่วนใหญ่มองการคุมกำเนิด และถุงยางอนามัยในทางลบ แต่กลับยอมรับได้หากเป็นการใช้เพื่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยในกรณีที่สังคมมีปัญหาโรคเอดส์เกิดขึ้น และส่วนใหญ่ ยังเห็นด้วยกับการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในการรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์

นอกจากนี้ สิ่งที่พบค่อนข้างชัดเจนว่า ผู้ที่มีการศึกษาสามัญสูง คนในเขตเมือง และคนที่มีความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจระดับปานกลางยอมรับเรื่องการคุมกำเนิด และการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคเอดส์มากกว่ากลุ่มอื่นๆ

ความคิดเห็นเกี่ยวกับหญิงบริการกับโรคเอดส์ และการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการ ผลการศึกษาชี้ว่า ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่เห็นด้วยว่า เอดส์สามารถควบคุมได้ด้วยการห้ามการมีหญิงบริการ และมีผู้ให้สัมภาษณ์น้อยมากที่คิดว่าการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการไม่ใช่สิ่งที่ผิดไม่ว่าเป็นชายสมรสแล้วหรือยังโสดอยู่ก็ตาม จะเห็นว่า สำหรับชาวมุสลิมแล้วไม่สามารถยอมรับการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการได้ สอดคล้องกับหลักการของอิสลามที่ไม่ห้ามการมีเพศสัมพันธ์อย่างเด็ดขาดแต่ไม่อนุญาตให้มีเพศสัมพันธ์อย่างเสรี (วิทยาลัยอิสลามศึกษา 2535 : 2) อิสลามถือว่า การมีเพศสัมพันธ์เสรีกับผู้ที่ไม่ใช่คู่สมรสรวมทั้งกับหญิงบริการด้วย

นั้น นำไปสู่ปัญหาครอบครัวและปัญหาสังคม รวมทั้งการแพร่ระบาดของกาโรค และการสำส่อน (ยูสุฟ ก็อรฎอวี 2533 : 225)

คนในเขตชนบทเห็นด้วยว่าเอดส์ควบคุมได้ด้วยการห้ามการมีหญิงบริการ และไม่เห็นด้วยกับการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการสูงกว่าคนในเขตเมืองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ที่มีการศึกษาสามัญน้อย ผู้ที่เรียนศาสนานอกระบบโรงเรียน และผู้ที่มีความเคร่งครัดในระดับสูงเห็นว่าเอดส์ควบคุมได้ด้วยการห้ามการมีหญิงบริการมากกว่ากลุ่มอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนถึงความคิดเห็นในทางลบของกลุ่มดังกล่าวที่มีต่อหญิงบริการว่าเป็นสาเหตุของโรคเอดส์ อย่างไรก็ตาม น่าสังเกตว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงซึ่งมองหญิงบริการในทางลบน้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาสามัญน้อยนั้น ก็ไม่ยอมรับเรื่องการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาสามัญน้อยด้วย แสดงว่าการที่ไม่เห็นว่าหญิงบริการเป็นสาเหตุของโรคเอดส์ ไม่ได้หมายความว่าต้องยอมรับกับการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการด้วย

ความคิดเห็นเรื่องการมีภรรยาหลายคนในสังคมมุสลิม ในศาสนาอิสลามได้กำหนดจำนวนสูงสุดของการมีภรรยาได้ 4 คน เพื่อแก้ปัญหาที่กดดันมนุษย์อยู่ทั้งส่วนตัวและสังคม เจอนใจที่อิสลามวางไว้สำหรับการอนุญาตผู้ชายมีภรรยาได้มากกว่า 1 คน คือความเชื่อมั่นว่าผู้ชายจะสามารถปฏิบัติต่อภรรยาทุกคนอย่างเท่าเทียมกันในทุกด้าน ทั้งปัจจัยยังชีพและการแบ่งเวลา ใครก็ตามที่ไม่สามารถปฏิบัติตามเจอนใจในเรื่องความยุติธรรมและความเท่าเทียมได้ ไม่เป็นที่อนุมัติให้มีภรรยามากกว่า 1 คน (ยูสุฟ ก็อรฎอวี 2530 : 292)

จากผลการศึกษาพบว่า แม้จะมีผู้ให้สัมภาษณ์จำนวนไม่น้อยที่เห็นด้วยว่าการมีภรรยาหลายคนในสังคมมุสลิมอาจทำให้เอดส์แพร่ระบาดได้ อย่างไรก็ตาม ผู้ให้สัมภาษณ์ที่เห็นในทางกลับกันมีมากกว่า กล่าวคือ ประมาณ 2 ใน 3 เห็นว่าการมีภรรยาหลายคนในสังคมมุสลิมช่วยป้องกันการมีเพศสัมพันธ์นอกสมรส และกว่าครึ่งเห็นว่า การมีภรรยาหลายคนในสังคมมุสลิมช่วยป้องกันปัญหาเอดส์สิ่งที่พบแสดงให้เห็นว่า แม้ในความเป็นจริง จะมีชาวมุสลิมน้อยมากที่มีภรรยา

มากกว่า 1 คน เพราะชาวมุสลิมที่รู้ศาสนาดี และรู้จักตัวเองดีพอจะมีภรรยาเพียงคนเดียวเนื่องจากไม่ใช่สิ่งง่ายนักที่จะสามารถปฏิบัติได้ตามเงื่อนไขของการมีภรรยามากกว่าหนึ่งคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสภาพเศรษฐกิจเช่นปัจจุบัน (เสาวนีย์ จิตต์หมวด 2535: 322) แต่มุสลิมส่วนใหญ่ยังยอมรับเรื่องการมีภรรยาหลายคนได้ โดยเฉพาะเห็นว่าเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยป้องกันปัญหาเอดส์แพร่ระบาด

ผู้หญิงและผู้ชายมีความคิดเห็นเรื่องการมีภรรยาหลายคนไม่แตกต่างกันมากนัก ส่วนเขตที่อยู่อาศัย พบว่า แม้คนในเขตเมืองที่เห็นด้วยว่าการมีภรรยาหลายคนอาจทำให้เอดส์แพร่ระบาดมีน้อยกว่าคนในเขตชนบท แต่คนในเขตเมืองก็ยอมรับการมีภรรยาหลายคนน้อยกว่าคนในเขตชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วย

ผู้ที่มีการศึกษาสามัญสูงส่วนใหญ่ไม่ได้คิดว่าการมีภรรยาหลายคนอาจทำให้เอดส์แพร่ระบาดได้ แต่ผู้ที่มีการศึกษาสามัญสูงยอมรับเรื่องการมีภรรยาหลายคนได้น้อยกว่าผู้มีการศึกษาสามัญน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการศึกษาทางศาสนาพบว่า ผู้ที่เรียนศาสนานอกระบบโรงเรียนเห็นด้วยว่าการมีภรรยาหลายคนอาจทำให้เอดส์แพร่ระบาดได้สูงกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่เห็นด้วยว่าการมีภรรยาหลายคนจะช่วยป้องกันการมีเพศสัมพันธ์นอกสมรสและป้องกันการปัญหาเอดส์ในอัตราที่สูงที่สุดอย่างสอดคล้องกัน แสดงว่าผู้ที่เรียนศาสนานอกระบบโรงเรียนไม่เห็นด้วยกับการมีภรรยาหลายคนมากกว่าผู้ที่เรียนศาสนาในระบบโรงเรียนและไม่เรียนศาสนาเลย

เมื่อดูตามระดับความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจแล้ว พบว่า ผู้ที่มีความเคร่งครัดระดับสูงมองการมีภรรยาหลายคนในทางบวกมากที่สุด กล่าวคือ ผู้ที่มีความเคร่งครัดระดับสูงเห็นด้วยว่า การมีภรรยาหลายคนอาจทำให้เอดส์แพร่ระบาดได้น้อยกว่ากลุ่มอื่น และเห็นด้วยว่าการมีภรรยาหลายคนจะช่วยป้องกันการมีเพศสัมพันธ์นอกสมรสและป้องกันการปัญหาเอดส์มากกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 5.7 การกระจายร้อยละของผู้ที่เห็นด้วยในความคิดเห็นต่อการประชาสัมพันธ์
ป้องกันโรคเอดส์ จำแนกตามเพศ และเขตที่อยู่อาศัย

ความคิดเห็นต่อการรณรงค์ ป้องกันโรคเอดส์	เพศ		นัยสำคัญ ทางสถิติ	เขตที่อยู่อาศัย		นัยสำคัญ ทางสถิติ	รวม
	ชาย	หญิง		เมือง	ชนบท		
1. หากมีปัญหาเรื่องโรคเอดส์ สามารถพูดคุยปรึกษา หารือกับอหิมา่มได้	64.2	48.5	***	47.5	58.0	***	55.9
2. การให้ความรู้ในเรื่อง โรคเอดส์ในสังคมมุสลิม เป็นสิ่งจำเป็นมาก	94.2	93.0		91.8	94.0		93.5
3. ควรให้ความรู้เรื่อง โรคเอดส์ในโรงเรียน ทั้งสายสามัญและศาสนา	97.9	96.3		95.6	97.4		97.0
4. การปลูกฝังในเรื่องศาสนา มีส่วนช่วยป้องกันปัญหา เอดส์	95.2	92.0		91.2	94.1		93.5
5. การพูดคุยเกี่ยวกับโรค เอดส์ในที่สาธารณะ เป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม	22.1	30.2	*	20.9	27.7		26.3
6. การพูดคุยหรือให้ความรู้ เรื่องโรคเอดส์ในมัสยิด เป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม	47.7	50.2		35.9	52.3	***	49.1
7. การอ่านคุตบะฮ์วันศุกร์ เกี่ยวกับโรคเอดส์เป็น สิ่งที่ไม่เหมาะสม	32.6	40.8	*	31.4	38.3	*	36.9

ตารางที่ 5.7 (ต่อ) การกระจายร้อยละของผู้ที่เห็นด้วยในความคิดเห็นต่อการ
ประชาสัมพันธ์ป้องกันโรคเอดส์ จำแนกตามเพศ และเขตที่อยู่อาศัย

ความคิดเห็นต่อการณรงค์ ป้องกันโรคเอดส์	เพศ		นัยสำคัญ ทางสถิติ	เขตที่อยู่อาศัย		นัยสำคัญ ทางสถิติ	รวม
	ชาย	หญิง		เมือง	ชนบท		
8. การคุมกำเนิดเป็นสาเหตุ หนึ่งของการแพร่ระบาดของ ของโรคเอดส์	37.1	36.5		30.5	38.3		36.7
9. การใช้ถุงยางอนามัย ส่งเสริมการสำส่อน ทางเพศ	72.0	70.4		65.8	72.5	***	71.2
10. การใช้ถุงยางอนามัยเพื่อ ป้องกันโรคเอดส์เป็นสิ่ง ที่ศาสนานุญาต	26.4	30.9		28.8	28.7		28.7
11. หากเกิดปัญหาโรคเอดส์ ขึ้นมาจริงๆ ในสังคมมุสลิม การใช้ถุงยางอนามัยเพื่อ เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เป็นสิ่งที่กระทำได้	56.5	58.1		58.2	57.1		57.3
12. ในการรณรงค์ป้องกัน โรคเอดส์ควรส่งเสริม ให้ใช้ถุงยางอนามัย	76.6	74.0		73.7	75.0		74.8
13. โรคเอดส์สามารถควบคุม ได้ด้วยการห้ามการมี โสเภณี	85.0	87.8		80.3	88.0	*	86.5
14. การที่ชายมุสลิมโสคมี่ เพศสัมพันธ์กับหญิงบริการ ไม่ใช่สิ่งเลวร้ายหรือผิด	4.2	3.7		5.0	3.7	***	4.0

ตารางที่ 5.7 (ต่อ) การกระจายร้อยละของผู้ที่เห็นด้วยในความคิดเห็นต่อการ
ประชาสัมพันธ์ป้องกันโรคเอดส์ จำแนกตามเพศ และเขตที่อยู่อาศัย

ความคิดเห็นต่อการรณรงค์ ป้องกันโรคเอดส์	เพศ		นัยสำคัญ ทางสถิติ	เขตที่อยู่อาศัย		รวม
	ชาย	หญิง		เมือง	ชนบท	
15. การที่ชายมุสลิมสมรส แล้วมีเพศสัมพันธ์กับ หญิงบริการไม่ใช่สิ่ง เลวร้ายหรือผิด	3.7	3.0	5.0		2.9	3.3
16. การมีภรรยาหลายคนใน สังคมมุสลิมอาจทำให้ เอดส์แพร่ระบาดได้	37.9	41.9	34.6		41.3	40.0
17. การมีภรรยาหลายคนใน สังคมมุสลิมช่วยป้องกัน การมีเพศสัมพันธ์นอกสมรส	64.2	63.0	57.1		65.1	** 63.6
18. การมีภรรยาหลายคนใน สังคมมุสลิมช่วยป้องกัน ปัญหาเอดส์	56.8	56.9	48.0		59.0	*** 56.8

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ประเด็นสุดท้ายในเรื่องความคิดเห็นต่อการประชาสัมพันธ์ป้องกันโรคเอดส์
คือ คำถามว่า ใครบ้างที่ผู้ให้สัมภาษณ์คิดว่าสามารถพูดคุยได้หากมีปัญหาเรื่อง
โรคเอดส์ที่จะปรึกษาหารือ หรือพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็นของ
โรคเอดส์ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการแสวงหาช่องทางในการถ่ายทอดข้อมูลข่าวสาร
ในการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ ปรับเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับ โรคเอดส์นั่นเอง

ผลการศึกษาจากตารางที่ 5.8 แสดงให้เห็นว่า บุคคลที่ผู้ให้สัมภาษณ์เห็นว่าสามารถพูดคุยเรื่องเอดส์ได้มากที่สุด คือ เพื่อน และสมาชิกในครอบครัว (ที่ไม่ใช่คู่สมรส) รองลงมาคือ บุคลากรสาธารณสุข สอดคล้องกันทั้งในกลุ่มผู้ชาย ผู้ที่อยู่ในเขตเมือง และผู้ที่อยู่ในเขตชนบท ส่วนผู้หญิงจะคุยกับสมาชิกในครอบครัวมากที่สุด รองลงมาคือ เพื่อน และบุคลากรสาธารณสุข มีผู้ให้สัมภาษณ์ไม่ถึงครึ่ง ที่คิดว่าสามารถพูดคุยเรื่องเอดส์กับคู่สมรสได้ โดยผู้หญิงเห็นว่าคุยกับคู่สมรสได้มากกว่าชายอย่างชัดเจน สำหรับอิหม่าม มีผู้ให้สัมภาษณ์เพียงร้อยละ 13 ที่เห็นว่าสามารถพูดคุยเรื่องเอดส์ด้วยได้ โดยเป็นชายมากกว่าหญิงและเป็นคนในเขตชนบทมากกว่าคนในเขตเมือง

ตารางที่ 5.8 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ตามความคิดเห็นเรื่องบุคคลที่สามารถพูดคุยเกี่ยวกับโรคเอดส์ได้ เพศ และเขตที่อยู่อาศัย

บุคคลที่สามารถพูดคุยเกี่ยวกับโรคเอดส์ได้	เพศ		เขตที่อยู่อาศัย		รวม
	ชาย	หญิง	เมือง	ชนบท	
คู่สมรส	39.4	51.6	45.3	46.0	45.9
สมาชิกอื่นในครอบครัว	64.6	69.9	72.3	66.2	67.4
เพื่อน	69.8	66.4	72.3	66.9	68.0
บุคลากรสาธารณสุข	61.4	59.6	55.3	61.7	60.4
อิหม่าม	21.0	6.5	8.2	14.6	13.3
อื่นๆ	10.5	7.3	9.5	8.6	8.8
จำนวน	381	428	159	650	809

จะเห็นว่า ผู้ชาย และผู้หญิง หรือคนที่อยู่ในเขตเมืองกับเขตชนบทที่มีความแตกต่างกันอยู่บ้างในเรื่องการเลือกบุคคลที่จะพูดคุยเกี่ยวกับโรคเอดส์ แต่ส่วนใหญ่จะพูดคุยกันในหมู่เพื่อนฝูงมากที่สุด ดังนั้น ในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเรื่องเอดส์ที่จะผ่านทางสื่อบุคคลต้องพิจารณาถึงความแตกต่างในเครือข่ายการติดต่อสื่อสารดังกล่าวด้วย

5.4 สรุป

ผลการศึกษาเรื่องความคิดเห็นต่อโรคเอดส์ ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ แสดงให้เห็นว่า แม้มุสลิมส่วนใหญ่จะให้ความสนใจกับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ แต่ในความเห็นในนั้นส่วนหนึ่งยังไม่สามารถยอมรับการอยู่ร่วมกันในสังคมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ได้ นอกเหนือจากเพราะความน่ากลัวของโรคแล้ว ภาพความคิดที่ว่าบ่อเกิดของโรคคือพฤติกรรมที่หลักการของอิสลามไม่อาจยอมรับได้ โดยเฉพาะการมีเพศสัมพันธ์นอกการสมรสซึ่งเป็นเรื่องร้ายแรงสำหรับชาวมุสลิม ยังเป็นประเด็นสำคัญที่ส่งผลต่อให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ดีต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ไปด้วย อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาพบว่า การศึกษาที่ดีทั้งการศึกษาสามัญและศาสนา และความเป็นเมืองช่วยให้คนมองโรคเอดส์ในมุมกว้างและยอมรับการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์หรือผู้ป่วยเอดส์ได้มากขึ้น

ส่วนความคิดเห็นเรื่องการประชาสัมพันธ์ป้องกันโรคเอดส์ พบว่า ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่เห็นความจำเป็นของการให้ความรู้เรื่องเอดส์ในสังคมมุสลิม ในโรงเรียนทั้งสายสามัญและสายศาสนา และเห็นว่าการปลูกฝังทางศาสนามีส่วนช่วยแก้ปัญหาเอดส์ ประมาณ 1 ใน 4 เห็นว่า การพูดคุยเรื่องเอดส์ในที่สาธารณะเป็นสิ่งไม่เหมาะสม ครึ่งหนึ่งไม่เห็นด้วยกับการพูดคุยเรื่องเอดส์ในมัสยิด และมากกว่า 1 ใน 3 ไม่เห็นด้วยกับการคุตบะฮ์วันศุกร์เรื่องโรคเอดส์ ส่วนใหญ่เห็นว่าเอดส์สามารถควบคุมได้ด้วยการห้ามการมีหญิงบริการ และการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้องไม่ว่าจะแต่งงานแล้วหรือโสดก็ตาม มากกว่าครึ่งเห็นว่า การมีภรรยาหลายคนในสังคมมุสลิมช่วยป้องกันการมีเพศสัมพันธ์นอกสมรส และช่วยป้องกันปัญหาเอดส์ ส่วนใหญ่มองการคุมกำเนิด และถุงยางอนามัยในทางลบ แต่ยอมรับได้หากเป็นการใช้เพื่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยในกรณีที่สังคมมีปัญหาโรคเอดส์เกิดขึ้น และส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในการณรงค์ป้องกันโรคเอดส์

บทที่ 6

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ

ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

เพื่อค้นหาว่า ปัจจัยใดมีอิทธิพลต่อความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในกลุ่มชาวไทยมุสลิมภาคใต้การศึกษานี้ได้ใช้วิธีการวิเคราะห์แบบ Multiple Regression ซึ่งสามารถเปรียบเทียบอิทธิพลของตัวแปรอิสระแต่ละตัวที่มีต่อตัวแปรตามได้ เมื่อควบคุมตัวแปรอิสระตัวอื่นแล้ว ในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์นี้ เพื่อดูความแตกต่างของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในกลุ่มคนโสดและกลุ่มคนที่สมรส จึงได้เสนอผลการวิเคราะห์เป็นสาม model ดังนี้

Model 1 ศึกษาผู้ให้สัมภาษณ์ทั้งหมดโดยไม่คำนึงถึงสถานภาพสมรส ตัวแปรที่ศึกษาคือลักษณะของผู้ให้สัมภาษณ์ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษาสามัญ ความสามารถในการอ่าน ฟัง และพูดภาษาไทย การศึกษาทางศาสนา ความสามารถในการอ่านคัมภีร์อัล-กุรอาน อาชีพ เขตที่อยู่อาศัย ภาษาที่ใช้ในชีวิตประจำวัน ระดับความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ และพฤติกรรม การรับรู้ ข่าวสาร

Model 2 ศึกษาเฉพาะผู้ให้สัมภาษณ์ที่เป็นโสด ตัวแปรที่ศึกษาเช่นเดียวกับ Model 1 ยกเว้นสถานภาพสมรส นั่นคือ อายุ เพศ การศึกษาสามัญ ความสามารถในการอ่าน ฟัง และพูดภาษาไทย การศึกษาทางศาสนา ความสามารถในการอ่านคัมภีร์อัล-กุรอาน อาชีพ เขตที่อยู่อาศัย ภาษาที่ใช้ในชีวิตประจำวัน ระดับความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ และพฤติกรรม การรับรู้ ข่าวสาร

Model 3 ศึกษาเฉพาะผู้ที่มีสถานภาพสมรสเคยสมรส (มีสถานภาพสมรสเป็น สมรส หม้าย หย่า หรือแยก) ตัวแปรที่ศึกษาจึงรวมทั้งที่เป็นลักษณะของผู้ให้

สัมพัทธ์ และลักษณะของกลุ่มสมรสของผู้ให้สัมพัทธ์ด้วย นั่นคือ ตัวแปรจาก Model 2 รวมกับตัวแปรที่เป็นลักษณะของกลุ่มสมรสของผู้ให้สัมพัทธ์ คือ อายุของกลุ่มสมรส การศึกษาสามัญของกลุ่มสมรส ความสามารถในการอ่านคัมภีร์อัล-กุรอานของกลุ่มสมรส การศึกษาทางศาสนาของกลุ่มสมรส ความสามารถในการอ่าน ฟัง และพูดภาษาไทยของกลุ่มสมรส อาชีพของกลุ่มสมรส และพฤติกรรมการรับรู้ข่าวสารของกลุ่มสมรส

6.1 ตัวแปรในการวิเคราะห์

ตัวแปรตาม

ตัวแปรตามของการศึกษาในเรื่องนี้ คือ คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ซึ่งเป็นผลรวมของคะแนนจากการตอบคำถามเกี่ยวกับโรคเอดส์แต่ละข้อถูกต้อง (ได้ 1 คะแนน ถ้าตอบถูก และได้ 0 คะแนน ถ้าตอบผิด หรือ ตอบไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ) โดยมีคะแนนเต็ม เท่ากับ 24 คะแนน (เท่ากับจำนวนข้อของคำถามเกี่ยวกับโรคเอดส์) ตัวแปรคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์มีการวัดระดับช่วง

ตัวแปรอิสระ

1. อายุ มีการวัดระดับช่วง

2. เพศ

ชาย = 1 หญิง = 0

3. สถานภาพสมรส

โสด = 1 สมรส หม้าย หย่า แยก = 0

4. การศึกษาสามัญ มีการวัดระดับช่วง

5. ความสามารถในการอ่านภาษาไทย

ดี = 1 พอใช้/น้อยมาก/ไม่ได้เลย = 0

6. ความสามารถในการฟังภาษาไทย

ดี = 1 พอใช้/น้อยมาก/ไม่ได้เลย = 0

7. ความสามารถในการพูดภาษาไทย

ดี = 1 พอใช้/น้อยมาก/ไม่ได้เลย = 0

8. การศึกษาทางศาสนา

เรียนศาสนาในระบบโรงเรียน = 1

เรียนศาสนานอกระบบโรงเรียน/ไม่เรียน = 0

9. ความสามารถในการอ่านคัมภีร์อัล-กุรอาน

ดี = 1 พอใช้/น้อยมาก/ไม่ได้เลย = 0

10. อาชีพ

เกษตร = 1 นอกเกษตร = 0

11. เขตที่อยู่อาศัย

เมือง = 1 ชนบท = 0

12. ภาษาที่ใช้ในชีวิตประจำวัน

มลายู = 1 อื่นๆ = 0

13. ความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ มีการวัดระดับช่วง โดยมีคะแนนเต็มเท่ากับ 18 คะแนน จากการให้คะแนนการปฏิบัติศาสนกิจที่สำคัญ 6 ประเภท แต่ละประเภทมีคะแนนเต็ม 3 คะแนน คือ

การนมาซ ซึ่งมี 4 ประเภท คือ นมาซ 5 เวลา นมาซซุนนะฮ์ก่อนและหลังนมาซ 5 เวลา นมาซวันอีดูลฟิตรี และนมาซวันอีดูลอัฎฮา ให้คะแนนดังนี้ -- ปฏิบัติครบถ้วน 3 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติเลย 0 คะแนน

การถือศีลอด ให้คะแนนดังนี้ -- ปฏิบัติทุกปีอย่างครบถ้วน 3 คะแนน ขาดบ้างแต่ปฏิบัติได้มากกว่าครึ่งหนึ่ง 2 คะแนน ปฏิบัติได้ไม่ถึงครึ่งหนึ่ง 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติเลย 0 คะแนน

การอ่านคัมภีร์อัล-กุรอาน ให้คะแนนดังนี้ -- อ่านทุกวัน/ทุกสัปดาห์ 3 คะแนน ประมาณเดือนละครั้ง 2 คะแนน มากกว่า 1 เดือนต่อครั้ง 1 คะแนน และไม่ได้อ่านเลย 0 คะแนน

14. พฤติกรรมการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร มีการวัดระดับช่วง โดยให้คะแนนรวมจากพฤติกรรมการอ่านหนังสือพิมพ์ การอ่านวารสาร/นิตยสาร การฟังวิทยุ และการดูโทรทัศน์ ดังนี้ คือ ทุกวัน 4 คะแนน ทุกอาทิตย์ 3 คะแนน ทุกเดือน 2 คะแนน นานๆครั้ง 1 คะแนน และไม่เคยเลย 0 คะแนน พฤติกรรมการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร มีคะแนนเต็ม 16 คะแนน

สำหรับตัวแปรที่เป็นลักษณะของกลุ่มสมรส คือ อายุของกลุ่มสมรส การศึกษาสามัญของกลุ่มสมรส ความสามารถในการอ่านคัมภีร์อัล-กุรอานของกลุ่มสมรส การศึกษาทางศาสนาของกลุ่มสมรส ความสามารถในการอ่าน ฟัง และพูดภาษาไทยของกลุ่มสมรส อาชีพของกลุ่มสมรส และพฤติกรรมการรับรู้ข่าวสารของกลุ่มสมรส ก็ถูกจัดกระทำในลักษณะเดียวกันกับตัวแปรที่เป็นลักษณะของผู้ให้สัมภาษณ์

6.2 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

เมื่อศึกษาผู้ให้สัมภาษณ์ โดยไม่คำนึงถึงสถานภาพสมรส (Model 1) ผลการศึกษาในตารางที่ 6.1 ซึ่งแสดงลักษณะของผู้ให้สัมภาษณ์อธิบายได้ว่า ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ได้คะแนนความรู้เฉลี่ย 16 คะแนน (จาก 24 คะแนน) อายุเฉลี่ย 27 ปี เป็นเพศหญิงมากกว่าชายเล็กน้อย เป็นผู้ที่เคยสมรสมากกว่าโสด การศึกษาสามัญเฉลี่ยอยู่ในชั้นประถมศึกษา ความสามารถในการอ่านและฟังภาษาไทยอยู่ในระดับปานกลาง การศึกษาทางด้านศาสนามาค่อนข้างน้อยอยู่ในระบบโรงเรียนสอนศาสนาเล็กน้อย ความสามารถในการอ่านคัมภีร์อัล-กุรอานพอใช้ถึงอ่านได้เล็กน้อย ส่วนใหญ่มีอาชีพนอกเกษตรกรรมและอยู่ในเขตชนบทมากกว่าในเมือง พูดภาษามลายูมากกว่าภาษาอื่น มีค่าเฉลี่ยของความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจค่อนข้างสูง (เฉลี่ย 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 18 คะแนน) และมีคะแนนพฤติกรรมการรับรู้ข่าวสารเฉลี่ยเท่ากับ 9 (ประมาณเดือนละครั้ง)

ตารางที่ 6.1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาใน
กลุ่มรวมโศคและสมรส

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	จำนวนตัวอย่าง
ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์	15.828	4.335	617
อายุ	27.352	9.038	617
ชาย	0.457	0.499	617
โศค	0.378	0.485	617
การศึกษาสามัญ	6.502	3.597	617
อ่านภาษาไทยได้ดี	0.438	0.496	617
ฟังภาษาไทยได้ดี	0.562	0.496	617
เรียนศาสนาในระบบโรงเรียน	0.605	0.489	617
อ่านคัมภีร์อัล-กุรอานได้ดี	0.308	0.462	617
อาชีพเกษตร	0.297	0.457	617
เขตเมือง	0.194	0.396	617
พูดภาษามลายู	0.549	0.498	617
ระดับความเคร่งครัด ในการปฏิบัติศาสนกิจ	13.721	2.724	617
พฤติกรรมการรับรู้ข่าวสาร	8.729	3.166	617

เมื่อศึกษาเฉพาะผู้ให้สัมภาษณ์ที่เป็นโศค ลักษณะของผู้ให้สัมภาษณ์ ดังตารางที่ ๗.1 ในภาคผนวก ก แสดงว่า ผู้ให้สัมภาษณ์ได้คะแนนความรู้เฉลี่ย 17 คะแนน (จาก 24 คะแนน) อายุเฉลี่ย 19 ปี เป็นเพศหญิงมากกว่าชายเล็กน้อย การศึกษาเฉลี่ย 8 ปี ความสามารถในการอ่านและฟังภาษาไทยค่อนข้างดี ส่วนใหญ่เรียนศาสนาในระบบโรงเรียนสอนศาสนา ความสามารถในการอ่านคัมภีร์อัล-กุรอานค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่มีอาชีพนอกเกษตรกรรม อยู่ในเขตชนบทมากกว่าในเมือง พูดภาษามลายูมากกว่าภาษาอื่นเล็กน้อย มีค่าเฉลี่ยของระดับความเคร่งครัดในการ

ปฏิบัติศาสนกิจค่อนข้างสูง (เฉลี่ย 14 จากเต็ม 18 คะแนน) และมีคะแนนพฤติกรรม การรับรู้ข่าวสารเฉลี่ยเท่ากับ 10 (ประมาณอาทิตย์ละครั้ง)

ในกลุ่มผู้ให้สัมภาษณ์ที่สมรสแล้วเมื่อนำตัวแปรที่เป็นลักษณะของ คู่สมรสของผู้ให้สัมภาษณ์อันเป็นคำตอบในมุมมองของผู้ให้สัมภาษณ์ซึ่งอาจไม่ใช่ ข้อเท็จจริงก็ได้เข้ามาศึกษาด้วย ผู้ให้สัมภาษณ์มีลักษณะดังนี้ คือ (ตารางที่ ผ6.2 ในภาคผนวก ก) มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์เฉลี่ย 16 คะแนน อายุเฉลี่ย 32 ปี อัตราส่วนทางเพศใกล้เคียงกัน การศึกษาสามัญประมาณ 6 ปี ความสามารถในการอ่าน และฟังภาษาไทยอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างต่ำ เรียนศาสนา ในระบบโรงเรียนสอนศาสนามากกว่าเล็กน้อย ความสามารถในการอ่านคัมภีร์ อัล-กุรอานส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงน้อย อาชีพนอกเกษตรกรรมมากกว่า อาศัยอยู่ในเขตชนบทเป็นส่วนใหญ่ พูดภาษามลายูมากกว่าภาษาอื่นเล็กน้อย ความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจค่อนข้างสูง การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเฉลี่ย 8 คะแนน (ประมาณเดือนละครั้ง) ส่วนคู่สมรสของผู้ให้สัมภาษณ์มีอายุเฉลี่ย และ การศึกษาสามัญเท่ากับกับผู้ให้สัมภาษณ์ ความสามารถในการอ่านคัมภีร์อัล-กุรอาน อยู่ในระดับปานกลาง เรียนศาสนาในระบบโรงเรียนสอนศาสนาใกล้เคียงกับนอกระบบ โรงเรียน ความสามารถในการอ่านภาษาไทยค่อนข้างไปทางปานกลางและอ่านได้เล็กน้อย ความสามารถในการฟังภาษาไทยอยู่ในระดับดีพอๆ กับระดับปานกลางและอ่านได้ เล็กน้อย อาชีพนอกเกษตรกรรมมากกว่า และมีพฤติกรรมการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เฉลี่ยอาทิตย์ละครั้ง

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (ตารางที่ ผ6.3 ในภาคผนวก ก) ในกลุ่มผู้ให้สัมภาษณ์ที่รวมทั้งโสดและเคยสมรส พบว่า ตัวแปรอิสระคู่ที่มีความ สัมพันธ์กันในระดับสูง จนอาจทำให้เกิดลักษณะของความสัมพันธ์ร่วมได้ คือ ความสามารถในการพูดภาษาไทย และ ความสามารถในการฟังภาษาไทย แม้ว่า จะได้ทำการเปลี่ยนกลุ่ม ความสัมพันธ์ก็ยังอยู่ในระดับสูงอยู่ จึงพิจารณาคัดตัวแปร ใดตัวแปรหนึ่งออกไปจากสมการ เนื่องจากว่า ระหว่างความสามารถในการพูด

ภาษาไทย และความสามารถในการฟังภาษาไทย ตัวแปรที่น่าจะมีผลต่อการรับรู้ข่าวสารมากกว่า น่าจะเป็นความสามารถในการฟังภาษาไทย เพราะสื่อในปัจจุบันต้องใช้ความสามารถในการฟังมากกว่าการพูด เช่น วิทยุ โทรทัศน์ จึงได้คัดตัวแปรความสามารถในการพูดภาษาไทยออกไป

จากตารางที่ 6.2 พบว่า ในกลุ่มผู้ให้สัมภาษณ์รวมโสดและสมรส ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมี 11 ตัวแปร คือ อายุ (อายุน้อยมีความรู้มากกว่า) เพศ (ชายมีความรู้มากกว่า) สถานภาพสมรส (โสดมีความรู้มากกว่าสมรส) การศึกษาสามัญ (ความรู้สามัญสูง มีความรู้เรื่องเอดส์มากกว่า) ความสามารถในการอ่านภาษาไทย (อ่านได้ดีมีความรู้มากกว่า) ความสามารถในการฟังภาษาไทย (ฟังได้ดีมีความรู้มากกว่า) การศึกษาทางศาสนา (ศึกษาในระบบโรงเรียนสอนศาสนามีความรู้มากกว่า) ภาษาที่ใช้พูดในชีวิตประจำวัน (พูดภาษามลายูมีความรู้น้อยกว่า) และพฤติกรรมในการรับรู้ข่าวสาร (รับข่าวสารบ่อยครั้งกว่า มีความรู้มากกว่า) มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เขตที่อยู่อาศัย (อยู่ในเขตเมืองมีความรู้มากกว่า) มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และความสามารถในการอ่านคัมภีร์อัล-กุรอาน (อ่านได้ดี มีความรู้เรื่องเอดส์มากกว่า) มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 6.2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างกันของตัวแปร ในกลุ่มรวมโศดและสมรส

ตัวแปร	v1	v2	v3	v4	v5	v6	v7	v8	v9	v10	v11	v12	v13	v14
v1	1.000													
v2	-.160**	1.000												
v3	0.121**	0.037	1.000											
v4	0.128***	-.725***	0.050	1.000										
v5	0.363***	-.263***	-.071*	0.301***	1.000									
v6	0.285***	-.181***	-.081*	0.202***	0.476***	1.000								
v7	0.111***	-.061***	-.089*	0.202***	0.424***	0.686***	1.000							
v8	0.148***	-.290***	-.023	0.247***	0.289***	0.125***	0.102**	1.000						
v9	0.092*	0.016	0.008	0.009	0.124***	0.126***	0.093*	0.295***	1.000					
v10	0.007	0.265***	0.124***	-.264***	-.230***	-.122***	-.071*	0.017	0.066*	1.000				
v11	0.177**	-.010	-.155***	-.082*	0.299***	0.161***	0.169***	-.030	-.088*	-.220***	1.000			
v12	-.226***	-.021	0.027	0.047	-.172***	-.317***	-.405***	0.180***	0.124***	-.061	-.082	1.000		
v13	0.041	0.105**	-.036	-.058	0.037	-.003	-.052	0.304***	0.359***	0.150***	-.049	0.270***	1.000	
v14	0.399***	-.241***	0.066*	0.289***	0.523***	0.376***	0.302***	0.217***	0.095**	-.085*	0.127***	-.150***	0.155***	1.000

นัยสำคัญทางสถิติ * = 0.05, ** = 0.01, *** = 0.001

v1 = ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์	v6 = อ่านภาษาไทยได้ดี	v11 = เขตเมือง
v2 = ยมุ	v7 = ฟังภาษาไทยได้ดี	v12 = พุทธศาสนิกชน
v3 = ชาย	v8 = เรียนศาสนาในระบบโรงเรียน	v13 = ระดับความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ
v4 = โศด	v9 = อ่านคัมภีร์อัล-กุรอานได้ดี	v14 = พฤติกรรมในการรับรู้ข่าวสาร
v5 = การศึกษานับย	v10 = อาชีพเกษตร	

ในกลุ่มคนโสด ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามมี 8 ตัวแปร ดังนี้ (ตารางที่ ผ6.4 ในภาคผนวก ก) คือ การศึกษาสามัญ ความสามารถในการอ่านภาษาไทย ความสามารถในการฟังภาษาไทย และพฤติกรรมการรับรู้ข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามที่มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.001 เพศ ความสามารถในการอ่านอัล-กุรอาน ที่อยู่อาศัย และภาษาที่ใช้พูดในชีวิตประจำวันมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามที่มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05

ส่วนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างกันของตัวแปรอิสระและระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามในกลุ่มผู้ที่เคยสมรสนั้น พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามมีดังนี้ (ตารางที่ ผ6.5 ในภาคผนวก ก) คือ การศึกษาสามัญ ความสามารถในการอ่านภาษาไทย ความสามารถในการฟังภาษาไทย ภาษาที่ใช้พูดในชีวิตประจำ พฤติกรรมการรับรู้ข่าวสาร อายุของกลุ่มสมรส การศึกษาสามัญของกลุ่มสมรส ความสามารถในการอ่านภาษาไทยของกลุ่มสมรส ความสามารถในการฟังภาษาไทยของกลุ่มสมรส พฤติกรรมการรับรู้ ข้อมูลข่าวสารของกลุ่มสมรส มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 อายุ และการศึกษาทางศาสนา มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ อาชีพ และการศึกษาทางศาสนาของกลุ่มสมรส

หลังจากนำตัวแปรอิสระทั้งหมดเข้าทำการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อหาตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ผลการศึกษาทั้ง 3 Model ในตารางที่ 6.3 อธิบายได้ดังนี้

ใน Model 1 ตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายการผันแปรของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในกลุ่มรวมโสดและสมรสได้ร้อยละ 26 ทั้งนี้ ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมี 7 ตัวแปร เรียงลำดับจากมีอิทธิพลมากไปหาน้อย ดังนี้ พฤติกรรมการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การศึกษาสามัญ เพศ (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001) อายุ ภาษาที่ใช้พูดใน

ชีวิตประจำวัน (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01) ความสามารถในการฟังภาษาไทย และ สถานภาพสมรส (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05) และจากทิศทางการสัมพันธ์แสดงให้เห็นว่า ผู้ให้สัมภาษณ์ที่รับข่าวสารทั้งจากการดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ อ่านหนังสือวารสาร/นิตยสาร และอ่านหนังสือพิมพ์บ่อยครั้งกว่าย่อมได้รับความรู้ในเรื่องต่างๆ รวมทั้งเรื่องเกี่ยวกับโรคเอดส์มากกว่าผู้ให้สัมภาษณ์ที่รับรู้ข้อมูลข่าวสารนานๆครั้ง หรือไม่เคยเลย ผู้ให้สัมภาษณ์ที่มีการศึกษาสามัญสูงกว่ามีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ดีกว่า ผู้ชายมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ดีกว่าผู้หญิง ผู้ให้สัมภาษณ์ที่อายุน้อยกว่ามีความรู้เรื่องโรคเอดส์ดีกว่า ผู้ที่พูดภาษาไทยไม่ว่าไทยภาคกลางหรือไทยภาคใต้มีความรู้เรื่องโรคเอดส์ดีกว่าผู้ที่พูดภาษามลายู ผู้ที่ฟังภาษาไทยได้ดีกว่ามีความรู้เกี่ยวกับเอดส์ดีกว่า และผู้ที่เคยสมรสมีความรู้เรื่องเอดส์ดีกว่าคนโสด

ส่วน Model 2 แสดงให้เห็นว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมดรวมกันอธิบายการผันแปรของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ของผู้ให้สัมภาษณ์ที่เป็นโสดได้ร้อยละ 24 ตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มี 3 ตัวแปร เรียงตามลำดับจากมีอิทธิพลมากไปหาน้อย คือ ความสามารถในการฟังภาษาไทย เพศ (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001) และพฤติกรรมการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01)

ผลการศึกษาใน model 3 ชี้ว่า ตัวแปรที่เป็นลักษณะของผู้ให้สัมภาษณ์ ร่วมกับตัวแปรที่เป็นลักษณะของกลุ่มสมรสสามารถอธิบายการผันแปรของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ของผู้ให้สัมภาษณ์ที่สมรสได้ประมาณร้อยละ 28 ตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมี 4 ตัวแปร เรียงตามลำดับจากมีอิทธิพลมากไปหาน้อย ดังนี้ พฤติกรรมการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001) ภาษาที่ใช้พูดในชีวิตประจำวัน อาชีพ และ อายุของกลุ่มสมรส (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05) และจากทิศทางการสัมพันธ์ อธิบายต่อได้ว่า ผู้ให้สัมภาษณ์ที่รับรู้ ข้อมูลข่าวสารบ่อยครั้งกว่ามีความรู้เรื่องโรคเอดส์มากกว่า ผู้ที่พูด

ภาษามลาญมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์น้อยกว่า ผู้ที่มีอาชีพเกษตรกรรมมีความรู้
เรื่องโรคเอดส์มากกว่าผู้มีอาชีพนอกเกษตรกรรม และผู้ที่มิถุสมรสอายุน้อยจะมี
ความรู้เรื่องเอดส์มากกว่าผู้ที่มิถุสมรสอายุมาก

ตารางที่ 6.3 สัมประสิทธิ์ BETA ของตัวแปรอิสระที่มีต่อความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

ตัวแปรอิสระ	BETA		
	model 1	model 2	model 3
อายุ	-0.141304**	0.062924	0.045542
ชาย	0.146751***	0.255332***	0.060091
โสด	-0.111658*	-	-
การศึกษาสามัญ	0.160130***	0.131109	0.147360
อ่านภาษาไทยได้ดี	-0.009727	-0.055012	0.006165
ฟังภาษาไทยได้ดี	0.128957*	0.256368***	0.001252
ศึกษาศาสนาในระบบโรงเรียน	0.033952	0.000752	0.102553
อ่านคัมภีร์อัล-กุรอานได้ดี	0.041281	0.078021	-0.004872
อาชีพเกษตรกร	0.062368	-0.078370	0.156546*
เขตเมือง	0.070358	0.019535	0.049323
พูดภาษามลายู	-0.124276**	-0.104357	-0.161970*
ระดับความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ	0.022080	0.046831	-0.058744
พฤติกรรมการรับรู้ข่าวสาร	0.231146***	0.211909**	0.291586***
อายุของกลุ่มสมรส			-0.218879*
การศึกษาสามัญของกลุ่มสมรส			-0.006441
กลุ่มสมรสอ่านคัมภีร์อัล-กุรอานได้ดี			0.056692
กลุ่มสมรสศึกษาศาสนาในโรงเรียน			-0.014437
กลุ่มสมรสอ่านภาษาไทยได้ดี			-0.046912
กลุ่มสมรสฟังภาษาไทยได้ดี			0.077044
กลุ่มสมรสมีอาชีพเกษตร			-0.053709
พฤติกรรมการรับรู้ข่าวสารของกลุ่มสมรส			-0.053709
R Square	0.26020	0.23754	0.27916

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

เปรียบเทียบผลการศึกษาทั้งสาม Model แล้ว จะเห็นว่า ตัวแปรที่มีผลต่อความรู้เรื่องโรคเอดส์ทั้ง 3 model คือ ทั้งกลุ่มทั่วไปโดยไม่แยกสถานภาพสมรส กลุ่มคนโสด และกลุ่มเคยสมรส คือ พฤติกรรมการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ในขณะที่ภาษาที่ใช้ในชีวิตประจำวันมีอิทธิพลในกลุ่มคนสมรส แต่กลับไม่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มคนโสด ส่วนเพศและความสามารถในการฟังภาษาไทยมีอิทธิพลในกลุ่มคนโสด แต่กลับไม่มีผลในกลุ่มผู้ที่สมรส เป็นไปได้ว่า ในผู้ที่สมรสนั้น จะมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้กันระหว่างคู่สมรส ทำให้ความรู้ของผู้หญิงและผู้ชายไม่แตกต่างกัน โดยในกลุ่มผู้ที่สมรสนั้น อาชีพและอายุของคู่สมรสคือปัจจัยที่มีอิทธิพล สิ่งที่พบสะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างในปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้เรื่องเอดส์ในกลุ่มทั่วไป กลุ่มคนโสดและกลุ่มผู้ที่สมรส ดังนั้น ในการวางแผนการประชาสัมพันธ์โรคเอดส์ในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ให้ได้ผลนั้นต้องคำนึงถึงเรื่องเหล่านี้ด้วย

6.3 สรุป

ผลการศึกษา สะท้อนให้เห็นความสำคัญของการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่มีต่อความรู้เรื่องเอดส์ นอกจากนี้ภาษาที่ใช้ และความสามารถในการฟังภาษาไทย คือ ปัจจัยร่วมที่จะเป็นอุปสรรคต่อการรับรู้ ในเมื่อชาวไทยมุสลิมภาคใต้มากกว่าครึ่ง ถนัดภาษามลายูมากกว่าภาษาไทย สื่อที่ให้ความรู้ทั้งทางโทรทัศน์ วิทยุ และสื่อสิ่งพิมพ์ทั้งหลาย ได้สนองตอบประเด็นนี้แล้วหรือไม่ ยังเป็นเรื่องต้องพิจารณากันให้มากขึ้น นอกจากนี้ เพศ เป็นอีกปัจจัยที่มีผลต่อความรู้เรื่องเอดส์ ดังจะเห็นว่า ยังมีความแตกต่างในความรู้ระหว่างเพศ กล่าวคือ ผู้หญิงซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการรับเชื้อที่มีความสำคัญ ยังมีความรู้เรื่องเอดส์น้อยกว่าผู้ชาย อีกทั้งผลการศึกษาเรื่องความสนใจและความตระหนักในปัญหาโรคเอดส์ก็ชี้ว่า ผู้หญิงมีความสนใจและความตระหนักในปัญหาน้อยกว่าผู้ชาย มาตรการการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้จึงควรมุ่งไปที่ผู้หญิงเป็นสำคัญ

บทที่ 7

อภิปราย

สรุปผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่องโรคเอดส์กับชาวไทยมุสลิม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาว่าชาวไทยมุสลิมมีความรู้ ความเข้าใจ มีความสนใจ ความตระหนักในปัญหาโรคเอดส์มากน้อยเพียงใด และมีความคิดเห็นต่อโรคเอดส์ ต่อผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์ และต่อการประชาสัมพันธ์โรคเอดส์อย่างไร นอกจากนี้ยังสนใจว่า มีปัจจัยอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับประเด็นดังกล่าว ในฐานะที่ชาวไทยมุสลิมเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีจำนวนมากที่สุดในประเทศไทย มีลักษณะเฉพาะในวิถีชีวิต มีความเชื่อและวิถีคิดที่แตกต่างไปจากคนส่วนใหญ่

การศึกษานี้ ศึกษาเฉพาะชาวไทยมุสลิมในภาคใต้ โดยเก็บข้อมูลภาคสนามพร้อมกันและใช้กลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับโครงการสำรวจภาวะการคุมกำเนิดในประเทศไทย พ.ศ.2539 ช่วงที่สำรวจในภาคใต้ การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการให้ความน่าจะเป็นในการสุ่มเป็นสัดส่วนกับจำนวนประชากร ประชากรในข่ายคือ ชาวไทยมุสลิม อายุ 15-49 ปี คร่าวเรือนละ 1 คน โดยให้ได้จำนวนใกล้เคียงกันระหว่างชาย หญิง คนโสด และสมรสแล้ว ได้จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 815 คน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ในการอธิบายความรู้ ความสนใจ และความตระหนัก ใช้สถิติ χ^2 อธิบายผลการศึกษาเรื่องความคิดเห็น และ Multiple Regression Analysis ในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

7.1 สรุปผลการศึกษา และอภิปรายผล

ลักษณะทั่วไปและความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ

ผู้ให้สัมภาษณ์มีอายุเฉลี่ย 28 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในวัยหนุ่มสาว (ต่ำกว่า 25 ปี) อาศัยอยู่ในเขตชนบทมากกว่าในเขตเมือง มีสถานภาพสมรสกำลังอยู่กินกับสามีมากที่สุด ผู้ที่เป็นโสด หม้าย หย่า หรือแยกพบในเขตเมืองมากกว่าเขตชนบท อายุแต่งงานเฉลี่ย 21 ปี การศึกษาสามัญเฉลี่ย 6 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาสามัญอยู่ในระดับประถมศึกษา ผู้ให้สัมภาษณ์หญิงมีการศึกษามากกว่าชายเล็กน้อย และผู้ให้สัมภาษณ์ในเขตเมืองมีการศึกษามากกว่าในเขตชนบท ส่วนใหญ่อ่าน ฟัง และพูดภาษาไทยได้ในระดับพอใช้ขึ้นไป โดยมีปัญหาในการอ่านและพูดมากกว่าการฟัง ผู้หญิง และผู้ที่อยู่ในเขตเมือง อ่าน ฟัง และ พูดภาษาไทยได้ดีกว่าผู้ชาย และผู้ที่อยู่ในเขตชนบท ตามลำดับ ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาทางศาสนา โดยมากกว่าครึ่งเรียนศาสนาในระบบโรงเรียน นอกนั้นเรียนจากครูที่มาสอนตามมัสยิดเป็นส่วนใหญ่ อ่านคัมภีร์อัล-กุรอานได้ในระดับพอใช้ขึ้นไป ภาษาที่ใช้พูดในชีวิตประจำวันของผู้ให้สัมภาษณ์กว่าครึ่ง คือ ภาษามลายู รองลงมาคือไทยภาคใต้ ประมาณ 1 ใน 3 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและประมง ผู้ให้สัมภาษณ์ในเขตเมืองทำงานภาคราชการ รัฐวิสาหกิจ บริษัท หรือธนาคาร มากกว่าเขตชนบทประมาณ 2 เท่า สื่อที่ผู้ให้สัมภาษณ์นิยมมากที่สุด คือ โทรทัศน์ และวิทยุ โดยผู้ให้สัมภาษณ์ที่ดูโทรทัศน์ และฟังวิทยุทุกวันมีร้อยละ 80 และร้อยละ 60 ตามลำดับ ส่วนผู้ที่รับสื่อสิ่งพิมพ์อย่างน้อยอาทิตย์ละครั้งนั้นมีน้อยมาก

สำหรับความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ ส่วนใหญ่ปฏิบัติครบถ้วนในเรื่องการนมาซ และการถือศีลอด แต่ในการอ่านคัมภีร์อัล-กุรอานนั้นมีไม่ถึงครั้งที่อ่านทุกวันหรือทุกสัปดาห์ อย่างไรก็ตาม ส่วนใหญ่มีความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจในระดับปานกลาง โดยผู้หญิงและคนในเขตชนบทมีความเคร่งครัดมากกว่าผู้ชายและคนในเขตเมือง ตามลำดับ และจากการให้ประเมินตนเอง

ส่วนใหญ่เห็นว่า ตนเองมีความเคร่งครัดในหลักการของศาสนาในระดับปานกลางขึ้นไป ผู้ชายและคนในเขตชนบทประเมินว่าตนเองเคร่งครัดมากกว่าผู้หญิง และคนในเขตเมือง ตามลำดับ

ความรู้และความตระหนักในปัญหาโรคเอดส์

ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ได้รับความรู้เรื่องเอดส์จากสื่อมวลชน คือ หนังสือพิมพ์ วิทยุ และโทรทัศน์ ในเรื่องลักษณะของโรคเอดส์ เรื่องที่ชาวมุสลิมภาคใต้ส่วนใหญ่ยังเข้าใจผิด คือ เข้าใจว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์ดูจากลักษณะภายนอกได้ และเกือบทุกคนคิดว่า ผู้ติดเชื้อทุกคนจะแสดงอาการของโรค ในเรื่องวิธีการติดต่อ ผู้ให้สัมภาษณ์กว่าครึ่งยังเข้าใจว่า เอดส์ติดต่อทางน้ำลาย และขุม และเกือบครึ่งยังเข้าใจว่า เอดส์ติดต่อได้ด้วยการใช้เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่มร่วมกัน ไอ จาม รดกัน หรือด้วยการจูบ ผู้ชายและคนในเขตเมืองมีความรู้เรื่องเอดส์ดีกว่าผู้หญิงและคนในเขตชนบท ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่า ผู้ที่มีอายุน้อย ผู้มีการศึกษาสามัญสูง ผู้ที่เรียนศาสนาในระบบโรงเรียน และผู้ที่มีอาชีพข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ บริษัท หรือธนาคาร มีความรู้เรื่องเอดส์ดีกว่ากลุ่มอื่นๆ

เรื่องความสนใจและความตระหนักในปัญหาเอดส์ พบว่า ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่มองว่าเอดส์เป็นเรื่องที่ไกลตัว และคิดว่าตนเองแทบจะไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเลย มีการพูดคุยกันเกี่ยวกับโรคเอดส์น้อยมาก อย่างไรก็ตาม เกือบครึ่งของผู้ให้สัมภาษณ์ยอมรับว่า คนในชุมชนของตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ผู้ชายและคนในเขตเมืองสนใจปัญหาเอดส์มากกว่าผู้หญิง และคนในเขตชนบทกล่าวคือ ผู้ชายและคนในเขตเมืองมีคนรู้จักที่ติดเชื้อเอดส์ พูดคุยเรื่องโรคเอดส์ สนใจค้นหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหลังจากรู้จักโรคเอดส์มากกว่าผู้หญิง และคนในเขตชนบท ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ในการให้ความร่วมมือหากมีการให้ความรู้เกี่ยวกับเอดส์ คนในชนบทจะให้ความร่วมมือมากกว่าคนในเขตเมือง และผู้ชายจะให้ความร่วมมือมากกว่าผู้หญิง สำหรับผู้ที่

จะไม่ให้ความร่วมมือนั้น อุปสรรคประการหนึ่ง คือ ปัญหาเรื่องความไม่เข้าใจภาษาไทย นอกจากนี้ ผู้หญิงส่วนหนึ่งระบุว่า ต้องขึ้นอยู่กับ การอนุญาตของสามี

ความคิดเห็นต่อโรคเอดส์

ในสายตาของชาวไทยมุสลิมส่วนใหญ่ ภาพของโรคเอดส์ คือสิ่งที่พระเจ้าส่งมาเพื่อลงโทษผู้กระทำความผิดในเรื่องเพศ เกี่ยวข้องโดยตรงกับการไม่ซื่อสัตย์ต่อกู้สมรส และการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานและนอกการสมรส ดังนั้น จึงมองว่าการซื่อสัตย์ต่อกู้สมรส และการครองความบริสุทธิ์ก่อนแต่งงานเป็นการป้องกันโรคเอดส์ที่เพียงพอแล้ว นอกจากนี้ ผู้มีการศึกษาสามัญสูง และผู้ที่เรียนศาสนาในระบบโรงเรียน มีแนวโน้มที่จะมองโรคเอดส์ในแง่ลบที่กว้างกว่าผู้มีการศึกษาสามัญต่ำ และผู้ที่เรียนศาสนานอกระบบโรงเรียนหรือไม่เรียนศาสนา ตามลำดับ สำหรับความแตกต่างระหว่างเพศ เขตที่อยู่อาศัย และความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ ความคิดเห็นต่อโรคเอดส์ไม่แตกต่างกันนัก

ความคิดเห็นต่อผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์

ผลการศึกษาความคิดเห็นต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ สะท้อนว่า ชาวไทยมุสลิมส่วนใหญ่ยังเห็นว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์มักเป็นผู้มีพฤติกรรมไม่ดี ถึงกระนั้นก็ตาม ยังมีความเห็นใจผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อยู่เป็นส่วนใหญ่ แม้จะยังมีการแบ่งแยกสาเหตุที่ติดเชื้ออยู่บ้าง กล่าวคือ ให้ความเห็นใจผู้ติดเชื้อจากสาเหตุสุดวิสัยมากกว่าผู้ติดเชื้อจากสาเหตุที่ขัดแย้งกับหลักการของอิสลาม คือจากการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการและจากยาเสพติด

โดยทั่วไป ผู้ชายมีความคิดเห็นต่อผู้ติดเชื้อไม่แตกต่างจากผู้หญิงมากนัก อย่างไรก็ตาม จากประเด็นคำถามที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อ ผู้ชายมีแนวโน้มว่าจะสามารถปรับตัวในสังคมที่มีปัญหาโรคเอดส์ได้มากกว่าผู้หญิง คนในเขตเมืองมีความคิดเห็นที่แสดงถึงความพร้อมต่อการเผชิญหน้ากับโรคเอดส์มากกว่า

คนในชนบท และคนที่เรียนศาสนาในระบบโรงเรียนเห็นใจและยอมรับการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อมากกว่าคนที่เรียนศาสนานอกระบบโรงเรียนและไม่เรียนศาสนา

สิ่งหนึ่งที่น่าสังเกตในเรื่องความคิดเห็นต่อผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์กับการศึกษาสามัญ คือ แม้ว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าจะมีความคิดเห็นในทางที่ดีต่อผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย แต่ถ้าพิจารณาเฉพาะกลุ่มที่จบมัธยมศึกษา กับกลุ่มที่จบสูงกว่ามัธยมศึกษา พบข้อเท็จจริงบางอย่างที่ชี้ว่ากลุ่มที่จบระดับมัธยมศึกษาจะมีภาพความคิดในเชิงยอมรับต่อผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์มากกว่าผู้จบสูงกว่ามัธยมศึกษาเสียอีก เช่น เรื่องความคิดเห็นเรื่องการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเอดส์ของสมาชิกในชุมชน การใช้ชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ได้ตามปกติ หรือความตั้งใจจะไปเยี่ยมผู้ป่วยเอดส์ จึงมองได้ว่า แม้การศึกษาที่ดีจะช่วยขจัดความกลัว ความคิดที่ผิดๆ เกี่ยวกับโรคเอดส์ แต่ในทางกลับกันความรู้ที่มากกว่าก็อาจมีส่วนเพิ่มความกลัวจนส่งผลให้เกิดปัญหาในทางปฏิบัติในการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ได้ถ้าหากปราศจากความเห็นใจผู้ติดเชื้อเป็นพื้นฐานอยู่ด้วย

ความคิดเห็นต่อการประชาสัมพันธ์ป้องกันโรคเอดส์

ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่เห็นความจำเป็นของการให้ความรู้เรื่องเอดส์ในสังคมมุสลิม ในโรงเรียนทั้งสายสามัญและสายศาสนา และเห็นว่าการปลูกฝังทางศาสนามีส่วนช่วยแก้ปัญหาเอดส์ ประมาณ 1 ใน 4 เห็นว่า การพูดคุยเรื่องเอดส์ในที่สาธารณะเป็นสิ่งไม่เหมาะสม ครึ่งหนึ่งไม่เห็นด้วยกับการพูดคุยเรื่องเอดส์ในมัสยิด และมากกว่า 1 ใน 3 ไม่เห็นด้วยกับการคุตบะฮ์วันศุกร์เรื่องโรคเอดส์ ส่วนใหญ่เห็นว่าเอดส์สามารถควบคุมได้ด้วยการห้ามการมีหญิงบริการ และการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการเป็นสิ่งไม่ถูกต้องไม่ว่าจะแต่งงานแล้วหรือโสดก็ตาม มากกว่าครึ่งเห็นว่า การมีภรรยาหลายคนในสังคมมุสลิมช่วยป้องกันการมีเพศสัมพันธ์นอกสมรสและช่วยป้องกันปัญหาเอดส์ ส่วนใหญ่มองการคุมกำเนิด และถุงยางอนามัยในทางลบ แต่ยอมรับได้หากเป็นการใช้เพื่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยในกรณีที่

สังคมมีปัญหาโรคเอดส์เกิดขึ้น นอกจากนี้ส่วนใหญ่ยังเห็นด้วยกับการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในการรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์

ประเด็นการศึกษาทางศาสนา ผลการศึกษาทั้งด้านความรู้ ความคิดเห็น ต่อโรคเอดส์ ต่อผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์ และต่อการรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์ ชี้ว่า ผู้ที่เรียนศาสนาในระบบโรงเรียนทั้ง โรงเรียนสามัญที่สอนศาสนาควบคู่ไปด้วย และโรงเรียนที่สอนศาสนาโดยเฉพาะมีความรู้เรื่องเอดส์ดีกว่า และมีแนวโน้มว่าจะมีความคิดเห็นที่ยอมรับผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์ได้มากกว่า รวมทั้งมีมุมมองต่อการรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์ที่กว้างกว่าผู้ที่ไม่เรียนศาสนา หรือเรียนศาสนา นอกกระบบโรงเรียน ข้อค้นพบนี้สะท้อนว่า การศึกษาศาสนาไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อการรับรู้เรื่องราวความเป็นไปของโลกภายนอก ตรงกันข้าม การศึกษาศาสนา อย่างมีระบบ มีแบบแผน นอกเหนือจากให้ความรู้ในศาสตร์วิชาการแล้ว ยังมุ่งปลูกฝังจริยธรรม และจิตสำนึกที่ดีต่อเพื่อนมนุษย์ ซึ่งน่าจะเป็นประโยชน์ทั้งต่อตนเองและต่อสังคมที่กำลังเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วมากกว่าการศึกษาศาสนาแบบปราศจากหลักเกณฑ์ หรือไม่ศึกษาศาสนาเลย

คนในชนบทดูจะให้ความสำคัญกับอิหม่ามหรือผู้นำศาสนามากกว่าคนในเขตเมือง จากร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ในเขตชนบทที่มีการพูดคุยเรื่องโรคเอดส์กับอิหม่าม และเห็นด้วยว่าอิหม่ามเป็นบุคคลหนึ่งที่สามารถปรึกษาหารือเรื่องเอดส์ได้ ที่สูงกว่าเขตเมืองอย่างชัดเจน นับเป็นลักษณะเฉพาะในวิถีชีวิตของชาวชนบทที่ยังคงให้ความสำคัญนับถืออิหม่าม ในบทบาทของผู้นำที่ชาวบ้านจะปรึกษาหารือด้วย ไม่ว่าเมื่อมีปัญหาหรือข้อขัดแย้งทางศาสนาโดยตรง หรือปัญหาทางโลก เช่น ปัญหาครอบครัว ปัญหาโรคและทรัพย์สิน เป็นต้น ในขณะที่ในเขตเมืองนั้น บทบาทของอิหม่ามจะจำกัดกว่า เนื่องจากลักษณะสังคมที่ผู้คนมีทางเลือกมากกว่าชนบทเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ดังนั้น ในการรณรงค์ประชาสัมพันธ์โรคเอดส์ โดยเฉพาะในเขตชนบท อิหม่ามคือบุคคลหนึ่งที่ต้องให้ความสำคัญ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

ผลจากการวิเคราะห์ด้วย Multiple Regression Analysis พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้เรื่องเอดส์ในชาวไทยมุสลิมภาคใต้ทั้งคนโศดและเคยสมรส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เรียงจากมากไปหาน้อย คือ พฤติกรรมการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การศึกษาสามัญ เพศ อายุ ภาษาที่ใช้พูดในชีวิตประจำวัน ความสามารถในการฟังภาษาไทย และสถานภาพสมรส ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้เรื่องเอดส์ในชาวไทยมุสลิมภาคใต้ที่เป็นโศด คือ เพศ ความสามารถในการฟังภาษาไทย และพฤติกรรมการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้เรื่องเอดส์ในชาวไทยมุสลิมภาคใต้ที่สมรสแล้ว คือ พฤติกรรมการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ภาษาที่ใช้พูดในชีวิตประจำวัน อาชีพ และอายุของกลุ่มสมรส

7.2 ข้อเสนอแนะ

ผลสรุปจากการศึกษา สะท้อนว่า ปัญหาโรคเอดส์เริ่มก่อตัวแล้วในกลุ่มชาวไทยมุสลิม ในขณะที่ความรู้เรื่องโรคเอดส์หลายประเด็นยังไม่ชัดเจน ความเข้าใจว่าปัญหาโรคเอดส์ห่างไกลกับตนเองและชุมชนยังมีอยู่เป็นส่วนใหญ่ และเอดส์ยังเป็นประเด็นที่ไม่ควรพูดคุยกันในที่สาธารณะหรือในที่ ๆ คนส่วนใหญ่รวมตัวกัน เช่น มัสยิด ดังนั้น ชาวไทยมุสลิมจึงเป็นกลุ่มหนึ่งที่ไม่ควรมองข้ามในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์เพื่อป้องกันปัญหาเอดส์ก่อนจะสายเกินไป ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ประเด็นเร่งด่วนอย่างแรกที่ต้องดำเนินการ คือ การสร้างความคิดในกลุ่มชาวไทยมุสลิมให้มีการยอมรับมากขึ้นว่า เอดส์เป็นปัญหาสังคมที่ต้องแก้ไขร่วมกัน ไม่ใช่เรื่องเลวร้ายที่ไม่ควรพูดถึงอย่างเปิดเผย และไม่ใช่ว่าเพียงเรื่องทางโลกย์ที่ไม่ควรพูดถึงในมัสยิด มาตรการในระยะยาว คือ การพัฒนาเรื่องการศึกษาทั้งสามัญและศาสนา ในระยะสั้น วิธีการหนึ่งคือสร้างการยอมรับในประเด็นดังกล่าว

ในกลุ่มผู้นำชุมชนโดยเฉพาะผู้นำศาสนา ซึ่งยังต้องอาศัยการศึกษาที่เจาะจงเฉพาะในกลุ่มผู้นำศาสนาเกี่ยวกับท่าทีและความคิดเห็นเรื่องโรคเอดส์ให้มากขึ้น

2. การรณรงค์เพื่อป้องกันปัญหาเอดส์ในกลุ่มชาวไทยมุสลิม ควรหลีกเลี่ยงการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งจะถูกรับมองเป็นเรื่องการคุมกำเนิดที่ยังมีภาพเป็นลบในสายตาของชาวไทยมุสลิมบางส่วน การประชาสัมพันธ์ควรอิงหลักการศาสนาที่ให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับครอบครัว และการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ไม่ใช่คู่สมรสของตนเองเป็นสิ่งผิดมหันต์ แม้ว่าชาวไทยมุสลิมส่วนใหญ่จะตระหนักดีในหลักการนี้ เพียงแต่ว่าในทางปฏิบัติ ปัจจัยหลายๆ อย่างในโลกยุคข้อมูลข่าวสารมีแนวโน้มสูงที่จะเบี่ยงเบนความคิดให้ชาวมุสลิมยอมรับพฤติกรรมนอกหลักการที่เสี่ยงต่อการติดโรคเอดส์ได้ การตอกย้ำคำสอนเพื่อหยุดยั้งสิ่งไม่พึงประสงค์จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง

3. การประชาสัมพันธ์ต้องไม่ลืมความสำคัญในวัฒนธรรมของกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะเรื่องภาษาในการสื่อสาร จากข้อเท็จจริงที่ส่วนใหญ่ชาวไทยมุสลิมโดยเฉพาะใน 4 จังหวัดภาคใต้ มีความถนัดในภาษามลายูมากกว่าภาษาไทย และจากผลการศึกษาที่ยืนยันอิทธิพลของภาษาที่มีต่อความรู้เรื่องโรคเอดส์ การเผยแพร่ความรู้ที่หวังประสิทธิผลในกลุ่มชาวไทยมุสลิมจึงควรต้องสื่อด้วยภาษามลายูมากกว่าภาษาไทย หรืออย่างน้อยต้องมีภาษามลายูประกอบด้วย นอกจากนี้ บางวิธีของการประชาสัมพันธ์ เช่น การอบรมให้ความรู้ ซึ่งต้องให้ชาวบ้านออกจากบ้านมารับการอบรมนั้น ต้องคำนึงถึงวิถีชีวิตของชาวมุสลิมด้วย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้หญิงซึ่งตามหลักศาสนาแล้ว การเดินทางไปไหนมาไหนต้องได้รับการอนุญาตจากผู้ปกครองหรือสามี ดังนั้น การทำความเข้าใจกับผู้ปกครองของผู้หญิง หรือสามีก่อน จึงเป็นเรื่องจำเป็น

4. การศึกษาครั้งนี้ มีตัวแปรบางตัวที่ยังมีการศึกษากันค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะเมื่อนำมาศึกษาร่วมกับประเด็นของโรคเอดส์ เช่น ความรู้ทางศาสนา และความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ แต่ด้วยผู้ศึกษาเห็นว่า สำหรับการศึกษาในกลุ่มที่มีลักษณะเฉพาะอย่างชาวมุสลิม น่าจะมีปัจจัยที่แตกต่างไปจากการศึกษา

ในกลุ่มทั่วไป จึงได้หาวิธีการวัดและสร้างตัวแปรโดยการปรึกษาผู้รู้เท่าที่สามารถ
จะทำได้ อย่างไรก็ตามอาจมีจุดอ่อนในแง่ของความเที่ยงตรงบ้าง หากจะมีการ
ศึกษาในกลุ่มชาวไทยมุสลิมครั้งต่อไปควรจะมีการปรับปรุงตัวแปรเหล่านี้เพื่อให้
สามารถตรวจสอบความสัมพันธ์ได้ถูกต้องเที่ยงตรงมากขึ้น เพื่อให้ได้คำตอบที่
เป็นจริงที่สุดตามวัตถุประสงค์

บรรณานุกรม

กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สรุปรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์
ถึงวันที่ 30 กันยายน 2510.

ประยูรศักดิ์ ชลาชนเดชะ (ไม่ระบุ พ.ศ.). หลักการของอิสลาม, สำนักพิมพ์
ส.วงศ์เสงี่ยม กรุงเทพฯ

ยูซุฟ กือรฏอวี 2533. หะลาละและหะรอมในอิสลาม แปลโดย บรรจง
บินกาซัน, พิมพ์ครั้งที่ 2

วิทยาลัยอิสลามศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2535. ครอบครัวมุสลิม,
กรุงเทพฯ

วรชัย ทองไทย และ อรพินทร์ พิทักษ์มหาเกตุ 2537. ความรู้ การรับรู้ข้อมูล
ข่าวสาร และพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคเอดส์ : โครงการสำรวจประสิทธิภาพ
ของสื่อสาร เรื่องโรคเอดส์ต่อพฤติกรรม และค่านิยม พ.ศ.2536
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

เสาวนีย์ จิตต์หมวด 2535. วัฒนธรรมอิสลาม, พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ

ส.วงศ์เสงี่ยม, สำนักพิมพ์ (ไม่ระบุ พ.ศ.). กฎหมายอิสลามว่าด้วยครอบครั-
มรดก, กรุงเทพฯ

อรทัย อาจอ่ำ และสมศักดิ์ นัคลาจารย์ 2540. เครือข่ายอาสาสมัครเพื่อการอยู่
ร่วมกันในสังคมเอดส์, ผลการดำเนินโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการร่วม
ระหว่างสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และศูนย์
เอดส์กรุงเทพมหานคร, พิมพ์ครั้งแรก

ยังญิยะฮ์ ทั่วมประถม (ไม่ระบุ พ.ศ.). คู่มือชะฮ์วันศุกร์ เล่ม 2, สำนักพิมพ์ ส. วงศ์เสงี่ยม กรุงเทพฯ

Ahmed SA and Kheir AH, 1992. Sudanese Sexual Behaviour, Socio-cultural Norms and the Transmission of HIV. **Sexual Behaviour and Networking : Anthropological and Socio-cultural Studies on the Transmission of HIV**, Edited by Tim Dyson. Leige, Belgium, Editions Derouaux-Ordina.

Aznam S., 1992. Fatwas and Sensability. Indonesia Seeking Ways to Cope. **Far Eastern Economic Review**, February.

Dioume R., 1988. An Evaluation of the Religious Viewpoints of an AIDS Education Campaign. (Unpublished). Summer.

Kagimu M. et al, 1995 Planning and Evaluating strategies for AIDS Health Education Preventions in the Muslim Community in Uganda. **AIDS Education and Prevention**. February.

Neal RB Jr, 1992. A Trial Approach to Reaching Gay Men in a Muslim Country. (Unpublished) Presented at the 8th International Conference on AIDS/3rd STD World Congress, Amsterdam, Netherlands, July 19-24.

Orubuloye IO et al, 1993. The Role of Religious Leaders in Changing Sexual Behaviour in Southwest Nigeria in an era of AIDS. **Health Transition Review**.

Osteria T. and Sullivan G., 1991. The Impact of the Religion and Cultural Values on AIDS Education Programmes in Malaysia and the Philippines. **AIDS Education and Prevention**, Summer.

Robert H., 1991. Middle East--Hard Facts to Face. **South**, June-July.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

ตารางที่ ผ4.1 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์จำแนกแยกตามเหตุผลของความสนใจและความตระหนักในปัญหาโรคเอดส์

เหตุผล	ร้อยละ
<u>สาเหตุที่คิดว่าคนในชุมชนเสี่ยงต่อการติดเชื้อ</u>	
ปัจจุบันมีสถานเริงรมย์มากทำให้ผู้ชายมีโอกาสเที่ยวหญิงบริการมาก	43.3
จากการติดยาเสพติดของวัยรุ่น	49.9
จากยาเสพติดและการเที่ยวหญิงบริการ	4.7
อื่นๆ	2.1
รวม	100.0
จำนวน	337
<u>สาเหตุที่ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ</u>	
เนื่องจากคนในชุมชนมีโอกาส	40.5
เสี่ยงต่อการเที่ยวหญิงบริการและการติดยาเสพติดมาก	
จากสาเหตุสุดิวสัย เช่น รับเลือด ใช้ของร่วมกัน	31.6
สามีเที่ยวผู้หญิง	21.5
อื่นๆ (ขาดความรู้ ไม่เกรงศาสนา)	6.3
รวม	100.0
จำนวน	79

ตารางที่ ผ4.1 (ต่อ) การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์จำแนกแยกตามเหตุผล
ของความสนใจและความตระหนักในปัญหาโรคเอดส์

เหตุผล	ร้อยละ
<u>สาเหตุที่ตนเองไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคเอดส์เลย</u>	
ตัวเองและคู่สมรสไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง (ไม่เที่ยว ไม่ดึกยา)	88.8
เคร่งศาสนา	4.5
มีความรู้เรื่องเอดส์จึงระมัดระวังตัวอย่างดี	4.2
ไม่มีเอดส์ในชุมชน	0.6
ไม่มีอาการ	0.9
อื่นๆ	1.0
รวม	100.0
จำนวน	689
<u>สาเหตุที่ควรพูดคุยเรื่องเอดส์ให้มากขึ้นในชุมชน</u>	
โรคเอดส์เป็นอันตรายร้ายแรง	98.2
คนในชุมชนจะได้ระวังมากขึ้น	
เอดส์จะได้ไม่เกิดขึ้นในชุมชน	
ในชุมชนเริ่มมีโรคเอดส์แล้ว	0.6
อื่นๆ	1.2
รวม	100.0
จำนวน	662

ตารางที่ ผ4.1 (ต่อ) การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์จำแนกแยกตามเหตุผล
ของความสนใจและความตระหนักในปัญหาโรคเอดส์

เหตุผล	ร้อยละ
เหตุผลที่ไม่เข้าร่วมหากมีการให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ในชุมชน	
ไม่สนใจเรื่องโรคเอดส์ ไม่อยากรู้	36.1
กลัวที่จะรับรู้ ขอยู่ห่างๆ	
รู้เรื่องเอดส์คืออยู่แล้ว	8.2
ไม่มีเวลา	31.1
เป็นสิ่งไม่ดี ไม่อยากเข้าร่วม	3.3
คงไม่เกิดกับตัวเองแน่นอน	4.9
ไม่กลัวเอดส์	
ขึ้นอยู่กับการอนุญาตของสามี	3.3
ไม่เข้าใจภาษาไทย	9.8
อื่นๆ	3.3
รวม	100.0
จำนวน	61

ตารางที่ ผ4.2 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ต้องการรู้เพิ่มเติม

ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ต้องการรู้เพิ่มเติม	ร้อยละ
ทุกอย่างเกี่ยวกับเอดส์	27.1
การป้องกัน	25.2
อาการ ลักษณะของโรค	5.1
การรักษา	4.5
การอยู่ร่วมกับคนเป็นเอดส์	1.4
สาเหตุ การระบาด การติดต่อ	33.6
อื่นๆ	3.2
รวม	100.0
จำนวน	628

ตารางที่ ผ4.3 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามพฤติกรรมที่เปลี่ยน
หลังจากรู้จักโรคเอดส์

พฤติกรรมที่เปลี่ยนหลังจากรู้จักโรคเอดส์	ร้อยละ
ระมัดระวังตัวเองมากขึ้น	62.4
หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง	
เลิกเที่ยว เลิกสำส่อนทางเพศ	18.6
หยุดคุยตักเตือนครอบครัว (ลูก คู่สมรส)	11.3
ไม่ใช้ของร่วมกันกับผู้อื่น/ กลัวการฉีดยา	4.5
ที่ รพ. ระวังเรื่องการตัดผม/ไม่ใช้ห้องน้ำสาธารณะ/ ถ้าจะแต่งงานต้องเลือกคู่ครองที่ดี	
อื่นๆ (ไม่คุยกับคนแปลกหน้า)	3.2
รวม	100.0
จำนวน	221

ตารางที่ ผ5.1 การกระจายร้อยละของผู้ที่เห็นด้วยในความคิดเห็นต่อโรคเอดส์
จำแนกตามการศึกษาสามัญ

ความคิดเห็นต่อโรคเอดส์	การศึกษาสามัญ					รวม
	ไม่ เรียน ศึกษา	จบ ประถม ศึกษา	จบ มัธยม ศึกษา	สูงกว่า มัธยม ศึกษา	นัยสำคัญ ทางสถิติ	
1. เอดส์เป็นโรคที่พระเจ้า ส่งมาเพื่อลงโทษ ผู้กระทำความผิดในเรื่องเพศ	98.6	81.3	68.6	60.5	***	79.1
2. เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับ การนอกใจหรือการ ไม่ซื่อสัตย์ต่อคู่สมรส	97.0	78.1	74.1	69.2	***	78.4
3. สาเหตุของโรคคือ การมีเพศสัมพันธ์ก่อน แต่งงานหรือนอกการสมรส	93.9	77.2	62.4	46.2	***	73.8
4. การซื่อสัตย์ต่อคู่สมรส และการครองความบริสุทธิ์ ก่อนแต่งงานเป็นการป้องกัน โรคเอดส์ที่เพียงพอแล้ว	83.6	81.6	63.4	61.5	***	76.8

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ตารางที่ ผ5.2 การกระจายร้อยละของผู้ที่เห็นด้วยในความคิดเห็นต่อโรคเอดส์
จำแนกตามการศึกษาทางศาสนา

ความคิดเห็นต่อโรคเอดส์	การศึกษาทางศาสนา				รวม
	ไม่เรียน	เรียนศาสนา	เรียนศาสนา	นัยสำคัญ	
	ศาสนา	ในระบบ โรงเรียน	นอกระบบ โรงเรียน	ทาง สถิติ	
1. เอดส์เป็นโรคที่พระเจ้า ส่งมาเพื่อลงโทษ ผู้กระทำความผิดในเรื่องเพศ	75.5	75.9	82.8		78.4
2. เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับ การนอกใจหรือการ ไม่ซื่อสัตย์ต่อกู่สมรส	80.8	74.7	83.2		78.2
3. สาเหตุของโรคคือ การมีเพศสัมพันธ์ก่อน แต่งงานหรือนอกการสมรส	82.7	71.6	75.6		73.9
4. การซื่อสัตย์ต่อกู่สมรส และการครองความบริสุทธิ์ ก่อนแต่งงานเป็นการป้องกัน โรคเอดส์ที่เพียงพอแล้ว	71.7	71.5	82.6	*	75.6

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ ผ5.3 การกระจายร้อยละของผู้ที่เห็นด้วยในความคิดเห็นต่อโรคเอดส์
จำแนกตามระดับความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ

ความคิดเห็นต่อโรคเอดส์	ระดับความเคร่งครัดในการปฏิบัติ				รวม
	ศาสนกิจ				
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	นัยสำคัญทางสถิติ	
1. เอดส์เป็นโรคที่พระเจ้าส่งมาเพื่อลงโทษผู้กระทำความผิดในเรื่องเพศ	84.8	78.6	73.0	*	79.5
2. เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับการนอกใจหรือการไม่ซื่อสัตย์ต่อคู่สมรส	82.6	76.9	77.3		78.8
3. สาเหตุของโรคคือการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานหรือนอกการสมรส	75.7	73.9	72.1		74.2
4. การซื่อสัตย์ต่อคู่สมรสและการครองความบริสุทธิ์ก่อนแต่งงานเป็นการป้องกันโรคเอดส์ที่เพียงพอแล้ว	78.2	73.0	80.6		76.3

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ พ5.4 การกระจายร้อยละของผู้ที่เห็นด้วยในความคิดเห็นต่อผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามการศึกษาสามัญ

ความคิดเห็นต่อผู้ติดเชื้อ/ ผู้ป่วยเอดส์	การศึกษาสามัญ					รวม
	ไม่เรียน	จบ ประถม ศึกษา	จบ มัธยม ศึกษา	สูงกว่า มัธยม ศึกษา	นัยสำคัญ ทางสถิติ	
1. ผู้ติดเชื้อเอดส์ไม่ว่าจาก สาเหตุใดควรได้รับ ความเห็นใจจากผู้อื่น	65.8	74.2	80.8	84.6	*	75.3
2. ผู้ติดเชื้อเอดส์มักเป็น ผู้มีพฤติกรรมไม่ดี (สำส่อนทางเพศ ติดยาเสพติด)	100.0	95.1	86.1	84.6	***	93.1
3. ผู้ติดเชื้อเอดส์จาก สาเหตุสุภวิสัย ควรได้รับ ความเห็นใจจากผู้อื่น	94.5	88.4	80.2	79.5	**	86.7

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05,

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01,

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ตารางที่ ผ5.5 การกระจายร้อยละของผู้ที่เห็นด้วยในความคิดเห็นต่อผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามการศึกษาทางศาสนา

ความคิดเห็นต่อผู้ติดเชื้อ/ ผู้ป่วยเอดส์	การศึกษาทางศาสนา			รวม
	ไม่เรียน ศาสนา	เรียนศาสนา	เรียนศาสนา	
		ในระบบ โรงเรียน	นอกระบบ โรงเรียน	
1. ผู้ติดเชื้อเอดส์ไม่ว่าจาก สาเหตุใดควรได้รับ ความเห็นใจจากผู้อื่น	79.6	76.4	72.7	75.3
2. ผู้ติดเชื้อเอดส์มักเป็น ผู้มีพฤติกรรมไม่ดี (สำส่อนทางเพศ ติดยาเสพติด)	92.5	91.0	95.5	92.8
3. ผู้ติดเชื้อเอดส์จากสาเหตุ สุดิวสัย ควรได้รับ ความเห็นใจจากผู้อื่น	92.6	86.2	84.2	85.9

ตารางที่ ผ5.6 การกระจายร้อยละของผู้ที่เห็นด้วยในความคิดเห็นต่อผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามระดับความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ

ความคิดเห็นต่อผู้ติดเชื้อ/ ผู้ป่วยเอดส์	ความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ				รวม
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	นัยสำคัญ ทางสถิติ	
1. ผู้ติดเชื้อเอดส์ไม่ว่าจากสาเหตุใดควรได้รับความเห็นใจจากผู้อื่น	68.4	77.5	81.6	*	75.4
2. ผู้ติดเชื้อเอดส์มักเป็นผู้มีพฤติกรรมไม่ดี(สำส่อนทางเพศ ดิฉยาสเสพติด)	94.1	92.0	95.0		93.2
3. ผู้ติดเชื้อเอดส์จากสาเหตุสุติวิสัย ควรได้รับความเห็นใจจากผู้อื่น	85.7	86.1	87.9		86.3

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ ๕.๗ การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความคิดเห็นเรื่อง
การจัดการกับคนในชุมชนที่ติดเชื้อเอดส์และการศึกษาสามัญ

การจัดการกับคนในชุมชน ที่ติดเชื้อเอดส์	การศึกษาสามัญ***				รวม
	ไม่เรียน	จบประถม ศึกษา	จบมัธยม ศึกษา	สูงกว่า มัธยม	
แยกต่างหาก	56.6	42.3	27.7	20.5	39.4
ให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นในชุมชน	18.4	39.5	54.3	59.0	41.7
อื่นๆ (คอยดูแลช่วยเหลือ ไม่ทอดทิ้ง)	25.0	18.2	17.9	20.5	20.5
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	76	506	173	39	794

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ตารางที่ ผ5.8 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความคิดเห็นเรื่อง
การจัดการกับคนในชุมชนที่ติดเชื้อเอชไอวี และการศึกษาทางศาสนา

การจัดการกับคนในชุมชนที่ ติดเชื้อเอดส์	การศึกษาทางศาสนา			รวม
	ไม่เรียน	เรียนศาสนา	เรียนศาสนา	
		ในระบบ โรงเรียน	นอกระบบ โรงเรียน	
แยกต่างหาก	7.5	36.0	44.9	39.4
ให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นในชุมชน	37.5	45.8	35.8	41.5
อื่นๆ (คอยดูแลช่วยเหลือ ไม่ทอดทิ้ง)	25.0	18.3	19.2	19.1
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	56	400	265	721

ตารางที่ ผ5.9 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความคิดเห็นเรื่อง การจัดการกับคนในชุมชนที่ติดเชื้อเอดส์ และระดับความเคร่งครัด ในการปฏิบัติศาสนกิจ

การจัดการกับคนในชุมชนที่ติด เชื้อเอดส์	ระดับความเคร่งครัดในการ ปฏิบัติศาสนกิจ			รวม
	สูง	ปาน กลาง	ต่ำ	
แยกต่างหาก	4.3	39.7	35.9	40.5
ให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นในชุมชน	36.7	40.5	50.7	41.2
อื่นๆ (คอยดูแลช่วยเหลือไม่ทอดทิ้ง)	19.0	19.7	13.4	18.3
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	237	373	144	754

ตารางที่ ผ5.10 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความคิดเห็น
เรื่องผู้ที่ควรทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเอดส์ และการศึกษาสามัญ

ผู้ที่ควรทำหน้าที่ดูแล ผู้ป่วยเอดส์	การศึกษาสามัญ					รวม
	ไม่เรียน ศึกษา	จบประถม ศึกษา	จบมัธยม ศึกษา	สูงกว่า มัธยม	นัยสำคัญ ทางสถิติ	
บุคลากรสาธารณสุข	74.0	80.7	71.7	76.9		77.9
สมาชิกในครอบครัว	67.5	70.3	77.5	74.4		71.8
สมาชิกของชุมชน/หมู่บ้าน	6.5	15.5	29.5	28.2	***	18.3
อื่นๆ	5.2	5.5	5.8	10.3		5.8
จำนวน	77	509	173	39		798

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ตารางที่ ผ5.11 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความคิดเห็น
เรื่องผู้ที่ควรทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเอดส์ และการศึกษาทางศาสนา

ผู้ที่ควรทำหน้าที่ดูแล ผู้ป่วยเอดส์	การศึกษาทางศาสนา				รวม
	ไม่เรียน	เรียนศาสนา		นัยสำคัญ ทางสถิติ	
		ในระบบ	นอกระบบ		
		โรงเรียน	โรงเรียน		
บุคลากรสาธารณสุข	73.7	78.6	79.3		78.5
สมาชิกในครอบครัว	75.4	74.8	68.8		72.7
สมาชิกของชุมชน/หมู่บ้าน	12.3	24.2	12.0	***	18.8
อื่นๆ	8.8	6.0	4.9		5.8
จำนวน	57	401	266		724

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ตารางที่ ผ5.12 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความคิดเห็น
เรื่องผู้ที่ควรทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเอดส์ และระดับความเคร่งครัดใน
การปฏิบัติศาสนกิจ

ผู้ที่ควรทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเอดส์	ระดับความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ				รวม
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	นัยสำคัญทางสถิติ	
บุคลากรสาธารณสุข	81.5	77.1	75.5		78.2
สมาชิกในครอบครัว	74.4	72.3	64.3		71.5
สมาชิกของชุมชน/หมู่บ้าน	23.5	16.2	16.1		18.5
อื่นๆ	6.3	4.0	9.8	*	5.8
จำนวน	239	374	144		757

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ ผ5.13 การกระจายร้อยละของผู้ที่ตอบว่าสามารถอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ได้
อย่างมีเงื่อนไข จำแนกตามเงื่อนไขของการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์

เงื่อนไขของการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์	ร้อยละ
ต้องระวังตัวในเรื่องที่จะทำให้ติดต่อกับได้	40.0
ไม่ใช้ของร่วมกัน ไม่ใกล้ชิด	46.7
ต้องเป็นคนใกล้ชิด หรือญาติ	8.9
อื่นๆ	4.4
รวม	100
จำนวน	45

ตารางที่ ผ5.14 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความคิดเห็นเรื่อง
การใช้ชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ และการศึกษาสามัญ

การใช้ชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์	การศึกษาสามัญ***				รวม
	ไม่เรียน	จบประถม	จบมัธยม	สูงกว่า	
		ศึกษา	ศึกษา	มัธยม	
ได้ตามปกติ	26.7	42.2	65.9	59.0	46.7
ได้อย่างมีเงื่อนไข	1.3	6.3	5.2	7.7	5.7
ไม่ได้	49.3	40.3	20.2	2.6	34.9
ขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นเป็นใคร	22.7	11.2	8.7	30.8	12.7
รวม	100	100	100	100	100
จำนวน	75	509	173	39	796

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ตารางที่ พ5.15 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความคิดเห็นเรื่องการใช้ชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์และการศึกษาทางศาสนา

การใช้ชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์	การศึกษาทางศาสนา**			รวม
	ไม่เรียน	เรียนศาสนา ในระบบ โรงเรียน	เรียน ศาสนา นอกระบบ โรงเรียน	
ได้ตามปกติ	43.6	48.4	42.9	46.0
ได้อย่างมีเงื่อนไข	3.6	7.0	3.8	5.5
ไม่ได้	25.5	32.9	41.0	35.3
ขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นเป็นใคร	27.3	11.7	12.4	13.2
รวม	100	100	100	100
จำนวน	55	401	266	722

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ ผ5.16 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความคิดเห็น เรื่องการใช้ชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ และระดับความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ

การใช้ชีวิตประจำวัน ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์	ระดับความเคร่งครัดในการปฏิบัติ ศาสนกิจ			รวม
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	
ได้ตามปกติ	43.3	48.8	46.9	46.7
ได้อย่างมีเงื่อนไข	5.9	4.5	7.0	5.4
ไม่ได้	37.8	34.1	35.0	35.4
ขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นเป็นใคร	13.0	12.5	11.2	12.4
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	238	375	143	756

ตารางที่ ผ5.17 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามเหตุผลของการ
ไปเยี่ยมหรือไม่ไปเยี่ยมคนในชุมชนที่ติดเชื้อเอชไอวี

เหตุผลของการไปเยี่ยมหรือไม่ไปเยี่ยมคน ในชุมชนที่ติดเชื้อเอชไอวี	ร้อยละ
<u>เหตุผลที่จะไปเยี่ยม</u>	
เพื่อให้กำลังใจ ปลอบใจ ให้คำแนะนำ สงสาร เห็นใจ	67.4
เอชไอวีไม่ได้ติดต่อทางภายนอก	1.3
ไปเยี่ยมในฐานะมุสลิมด้วยกัน	4.2
ไปเยี่ยมในฐานะคนในชุมชนเดียวกัน	16.6
ไปเพื่อให้รู้จักโรคเอชไอวี	7.0
ดูความเหมาะสมก่อน	1.8
อื่นๆ	1.5
รวม	100.0
จำนวน	596
<u>เหตุผลที่จะไม่ไปเยี่ยม</u>	
รับไม่ได้กับพฤติกรรมที่ไม่ดีที่ฝ่าฝืน กฎของอิสลาม	27.6
กลัวโรคเอชไอวี	69.0
อื่นๆ	3.4
รวม	100.0
จำนวน	116

ตารางที่ พ5.18 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความตั้งใจที่จะไปเยี่ยมคนในชุมชนที่ติดเชื้อเอดส์ และการศึกษาสามัญ

ความตั้งใจที่จะไปเยี่ยม คนในชุมชนที่ติด เชื้อเอดส์	การศึกษาสามัญ***				รวม
	ไม่ เรียน	จบ ประถม ศึกษา	จบ มัธยม ศึกษา	สูงกว่า มัธยม	
ไป	53.2	74.3	81.5	76.9	74.0
ไม่ไป	31.2	15.5	6.4	-	14.3
ไม่แน่ใจ	15.6	10.2	12.1	23.1	11.8
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	77	510	173	39	799

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ตารางที่ ผ5.19 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความตั้งใจที่จะไปเยี่ยมคนในชุมชนที่ติดเชื้อเอชไอวีและการศึกษาทางศาสนา

ความตั้งใจที่จะไปเยี่ยม คนในชุมชน ที่ติดเชื้อเอชไอวี	การศึกษาทางศาสนา			รวม
	ไม่เรียน	เรียนศาสนา ในระบบ โรงเรียน	เรียนศาสนา นอกระบบ โรงเรียน	
ไป	71.9	77.6	70.4	74.5
ไม่ไป	17.5	11.5	16.1	13.7
ไม่แน่ใจ	10.5	11.0	13.5	11.9
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	57	401	267	725

ตารางที่ ผ5.20 การกระจายร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความตั้งใจที่จะไปเยี่ยมคนในชุมชนที่ติดเชื้อ และระดับความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ

ความตั้งใจที่จะไปเยี่ยม คนในชุมชน ที่ติดเชื้อเอดส์	ระดับความเคร่งครัดในการปฏิบัติ ศาสนกิจ			รวม
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	
ไป	70.6	73.9	75.7	73.2
ไม่ไป	14.7	14.9	14.6	14.8
ไม่แน่ใจ	14.7	11.2	14.7	12.0
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	238	376	144	758

ตารางที่ พ5.21 ร้อยละของผู้ที่เห็นด้วยในความคิดเห็นต่อการรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์
และการศึกษาสามัญ

ความคิดเห็นต่อการรณรงค์ ป้องกันโรคเอดส์	การศึกษาสามัญ					รวม
	ไม่ เรียน	จบ ประถม ศึกษา	จบ มัธยม ศึกษา	สูงกว่า มัธยม ศึกษา	นัยสำคัญ ทาง สถิติ	
1. หากมีปัญหาเรื่อง โรคเอดส์สามารถพูดคุย ปรึกษาหารือกับอหัม่ามได้	69.0	58.2	49.1	33.3	***	56.0
2. การให้ความรู้ในเรื่อง โรคเอดส์ในสังคมมุสลิม เป็นสิ่งจำเป็นมาก	98.6	93.9	90.2	94.9		93.6
3. ควรให้ความรู้เรื่อง โรคเอดส์ในโรงเรียน ทั้งสายสามัญและศาสนา	98.6	96.1	98.8	97.4		97.0
4. การปลูกฝังในเรื่อง ศาสนามีส่วนช่วยป้องกัน ปัญหาเอดส์	98.6	94.1	90.1	92.3		93.6
5. การพูดคุยเกี่ยวกับ โรคเอดส์ในที่สาธารณะ เป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม	36.6	27.0	23.7	10.3	**	26.3
6. การพูดคุยหรือให้ ความรู้เรื่องโรคเอดส์ใน มัสยิดเป็นสิ่งไม่เหมาะสม	62.9	52.8	37.0	23.7	***	48.8

ตารางที่ ผ5.21 (ต่อ) ร้อยละของผู้ที่เห็นด้วยในความคิดเห็นต่อการณรงค์ป้องกันโรคเอดส์และการศึกษาสามัญ

ความคิดเห็นต่อการณรงค์ ป้องกันโรคเอดส์	การศึกษาสามัญ					รวม
	ไม่ เรียน	จบ ประถม ศึกษา	จบ มัธยม ศึกษา	สูงกว่า มัธยม ศึกษา	นัยสำคัญ ทาง สถิติ	
7. การอ่านคุตบะฮ์ วันศุกร์เกี่ยวกับโรคเอดส์ เป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม	30.3	41.6	28.5	21.1	***	36.7
8. การคุมกำเนิดเป็น สาเหตุหนึ่งของการ แพร่ระบาดของโรคเอดส์	60.7	38.8	26.9	17.9	***	36.8
9. การใช้ถุงยางอนามัย ส่งเสริมการสำส่อน ทางเพศ	84.4	76.0	57.6	46.2	***	71.1
10. การใช้ถุงยางอนามัยเพื่อ ป้องกันโรคเอดส์เป็น สิ่งที่ศาสนาอนุญาต	10.6	31.4	28.0	34.2	***	29.0
11. หากเกิดปัญหา โรคเอดส์ขึ้นมาจริงๆ ในสังคมมุสลิม การใช้ ถุงยางอนามัยเพื่อ เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เป็นสิ่งที่กระทำได้	36.1	59.2	56.0	71.8	***	57.3

ตารางที่ ผ5.21 (ต่อ) ร้อยละของผู้ที่เห็นด้วยในความคิดเห็นต่อการรณรงค์ป้องกันโรค
เอดส์และการศึกษาสามัญ

ความคิดเห็นต่อการรณรงค์ ป้องกันโรคเอดส์	การศึกษาสามัญ					รวม
	ไม่ เรียน	จบ ประถม ศึกษา	จบ มัธยม ศึกษา	สูงกว่า มัธยม ศึกษา	นัยสำคัญ ทาง สถิติ	
12. ในการรณรงค์ป้องกัน โรคเอดส์ควรส่งเสริมให้ ใช้ถุงยางอนามัย	49.2	77.5	78.6	64.1	***	74.7
13. โรคเอดส์สามารถ ควบคุมได้ด้วยการห้าม การมีโสเภณี	97.1	89.0	78.0	74.4	***	86.5
14. การที่ชายมุสลิมโสคมี่ เพศสัมพันธ์กับหญิงบริการ ไม่ใช่สิ่งเลวร้ายหรือผิด	4.0	4.5	3.5	-		4.0
15. การที่ชายมุสลิม สมรสแล้วมีเพศสัมพันธ์ กับหญิงบริการไม่ใช่สิ่ง เลวร้ายหรือผิด	4.0	3.5	3.5	-		3.4
16. การมีภรรยาหลายคน ในสังคมมุสลิมอาจทำ ให้เอดส์แพร่ระบาดได้	45.2	42.3	34.7	30.8		40.3
17. การมีภรรยาหลายคน ในสังคมมุสลิมช่วยป้องกัน การมีเพศสัมพันธ์นอกสมรส	83.1	64.5	58.8	46.2	***	63.9
18. การมีภรรยาหลายคน ในสังคมมุสลิมช่วย ป้องกันปัญหาเอดส์	72.7	60.0	46.8	30.8	***	56.7

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 , *** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ตารางที่ 5.22 ร้อยละของผู้ที่เห็นด้วยในความคิดเห็นต่อการรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์และการศึกษาทางศาสนา

ความคิดเห็นต่อ การรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์	การศึกษาทางศาสนา			
	ไม่เรียน	เรียนศาสนา ในระบบ โรงเรียน	เรียนศาสนา นอกระบบ ทางสถิติ	รวม
1. หากมีปัญหาเรื่องโรคเอดส์ สามารถพูดคุยปรึกษาหารือ กับอิมามได้	48.1	55.3	54.0	54.3
2. การให้ความรู้ในเรื่อง โรคเอดส์ในสังคมมุสลิม เป็นสิ่งจำเป็นมาก	90.7	92.8	95.1	93.5
3. ควรให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ ในโรงเรียนทั้งสายสามัญ และศาสนา	92.6	98.0	95.9	96.8
4. การปลูกฝังในเรื่องศาสนา มีส่วนช่วยป้องกันปัญหาเอดส์	94.4	93.5	93.6	93.6
5. การพูดคุยเกี่ยวกับโรคเอดส์ ในที่สาธารณะเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม	22.2	23.3	33.1	26.8
6. การพูดคุยหรือให้ความรู้ เรื่องโรคเอดส์ในมัสยิด เป็นสิ่งไม่เหมาะสม	42.6	44.6	57.8	49.3
7. การอ่านคุตบะฮ์ วันศุกร์เกี่ยวกับโรคเอดส์ เป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม	32.3	45.3	**	37.9

ตารางที่ ผ5.22 (ต่อ) ร้อยละของผู้ที่เห็นด้วยในความคิดเห็นต่อการรณรงค์ป้องกัน
โรคเอดส์ และการศึกษาทางศาสนา

ความคิดเห็นต่อ การรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์	การศึกษาทางศาสนา			
	ไม่เรียน	เรียนศาสนา ในระบบ โรงเรียน	เรียนศาสนา นอกระบบ ทางสถิติ โรงเรียน	รวม
8. การคุมกำเนิดเป็น สาเหตุหนึ่งของการแพร่ ระบาดของโรคเอดส์	34.7	33.2	40.3	35.8
9. การใช้ถุงยางอนามัย ส่งเสริมการสำส่อนทางเพศ	73.6	67.2	73.3	69.9
10. การใช้ถุงยางอนามัยเพื่อ ป้องกันโรคเอดส์เป็นสิ่งที่ ศาสนาอนุญาต	28.3	28.4	28.6	28.4
11. หากเกิดปัญหาโรคเอดส์ ขึ้นมาจริงๆ ในสังคมมุสลิม การใช้ถุงยางอนามัยเพื่อ เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เป็นสิ่งที่กระทำได้	50.0	57.0	60.2	57.6
12. ในการรณรงค์ป้องกัน โรคเอดส์ควรส่งเสริมให้ ใช้ถุงยางอนามัย	69.8	77.8	74.0	75.8
13. โรคเอดส์สามารถควบคุม ได้ด้วยการห้ามการมีโสเภณี	81.1	83.3	90.0	* 85.6

ตารางที่ ผ5.22 (ต่อ) ร้อยละของผู้ที่เห็นด้วยในความคิดเห็นต่อการณรงค์ป้องกัน
โรคเอดส์ และการศึกษาทางศาสนา

ความคิดเห็นต่อ การรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์	การศึกษาทางศาสนา				รวม
	ไม่เรียน	เรียนศาสนา ในระบบ โรงเรียน	เรียนศาสนา นอกระบบ โรงเรียน	นัยสำคัญ ทางสถิติ	
14. การที่ชายมุสลิมโสด มีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการ ไม่ใช่สิ่งเลวร้ายหรือผิด	1.8	5.0	4.1		4.4
15. การที่ชายมุสลิมสมรส แล้วมีเพศสัมพันธ์กับ หญิงบริการไม่ใช่สิ่งเลวร้าย หรือผิด	1.8	3.7	4.1		3.7
16. การมีภรรยาหลายคนใน สังคมมุสลิมอาจท~ แพร่ระบาดได้	42.0	32.5	50.4	***	39.7
17. การมีภรรยาหลายคน ในสังคมมุสลิมช่วยป้องกัน การมีเพศสัมพันธ์นอกสมรส	69.2	63.1	59.8		62.4
18. การมีภรรยาหลายคนใน สังคมมุสลิมช่วยป้องกัน ปัญหาเอดส์	55.8	56.3	53.4		55.2

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05,

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01,

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ตารางที่ ผ5.23 ร้อยละของผู้ที่เห็นด้วยในความคิดเห็นต่อการรณรงค์ป้องกัน
โรคเอดส์ และความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ

ความคิดเห็นต่อการรณรงค์ ป้องกันโรคเอดส์	ความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ				รวม
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	นัยสำคัญ ทางสถิติ	
1. หากมีปัญหาเรื่องโรคเอดส์ สามารถพูดคุยปรึกษาหารือ กับอิหม่ามได้	61.1	53.5	52.1		55.6
2. การให้ความรู้ในเรื่อง โรคเอดส์ในสังกมมุสลิม เป็นสิ่งจำเป็นมาก	92.9	93.9	94.4		93.6
3. ควรให้ความรู้เรื่อง โรคเอดส์ในโรงเรียน ทั้งสายสามัญและศาสนา	98.3	97.3	95.1		97.2
4. การปลูกฝังในเรื่องศาสนา มีส่วนช่วยป้องกันปัญหาเอดส์	94.5	94.1	90.1		93.5
5. การพูดคุยเกี่ยวกับ โรคเอดส์ในที่สาธารณะ เป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม	30.3	25.1	25.2		26.7
6. การพูดคุยหรือให้ความรู้ เรื่องโรคเอดส์ในมัสยิดเป็น สิ่งไม่เหมาะสม	51.9	46.9	53.9		49.8
7. การอ่านคุตบะฮ์วันศุกร์ เกี่ยวกับโรคเอดส์เป็นสิ่งที่ ไม่เหมาะสม	35.2	33.8	45.3		36.4

ตารางที่ ผ5.23 (ต่อ) ร้อยละของผู้ที่เห็นด้วยในความคิดเห็นต่อการรณรงค์ป้องกัน
โรคเอดส์ และความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ

ความคิดเห็นต่อการรณรงค์ ป้องกันโรคเอดส์	ความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ				รวม
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	นัยสำคัญ ทางสถิติ	
8. การคุมกำเนิดเป็นสาเหตุหนึ่ง ของการแพร่ระบาดของ โรคเอดส์	39.0	34.4	38.2	*	36.4
9. การใช้ถุงยางอนามัยส่งเสริม การสำส่อนทางเพศ	74.1	70.2	67.1		70.9
10. การใช้ถุงยางอนามัยเพื่อ ป้องกันโรคเอดส์เป็นสิ่งที่ ศาสนานุญาต	19.7	33.0	30.9	***	28.4
11. หากเกิดปัญหาโรคเอดส์ ขึ้นมาจริงๆ ในสังคมมุสลิม การใช้ถุงยางอนามัยเพื่อ เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เป็นสิ่งที่กระทำได้	48.5	60.7	64.5	**	57.5
12. ในการรณรงค์ป้องกัน โรคเอดส์ควรส่งเสริมให้ ใช้ถุงยางอนามัย	72.6	73.1	79.6		74.2
13. โรคเอดส์สามารถควบคุม ได้ด้วยการห้ามการมีโสเภณี	89.5	87.0	82.4	*	85.6
14. การที่ชายมุสลิมโสคมี่ เพศสัมพันธ์กับหญิงบริการ ไม่ใช่สิ่งเลวร้ายหรือผิด	3.4	4.3	4.9		4.1

ตารางที่ ผ5.23 (ต่อ) ร้อยละของผู้ที่เห็นด้วยในความคิดเห็นต่อการรณรงค์ป้องกัน
โรคเอดส์ และความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ

ความคิดเห็นต่อการรณรงค์ ป้องกันโรคเอดส์	ความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ				รวม ทางสถิติ
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	นัยสำคัญ	
15. การที่ชาวมุสลิมสมรสแล้ว มีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการ ไม่ใช่สิ่งเลวร้ายหรือผิด	2.1	4.5	2.8		3.4
16. การมีภรรยาหลายคนใน สังคมมุสลิมอาจทำให้เอดส์ แพร่ระบาดได้	36.2	40.7	41.0		39.3
17. การมีภรรยาหลายคนใน สังคมมุสลิมช่วยป้องกัน การมีเพศสัมพันธ์นอกสมรส	71.6	64.0	47.5	***	63.3
18. การมีภรรยาหลายคนใน สังคมมุสลิมช่วยป้องกัน ปัญหาเอดส์	65.4	54.4	47.1	***	56.5

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ตารางที่ ผ6.1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา
ในกลุ่มคนโศค

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	จำนวน ตัวอย่าง
ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์	16.541	3.952	233
อายุ	18.944	3.847	233
ชาย	0.489	0.501	233
การศึกษาทางสามัญ	7.893	3.329	233
อ่านภาษาไทยได้ดี	0.567	0.497	233
ฟังภาษาไทยได้ดี	0.691	0.463	233
เรียนศาสนาในระบบโรงเรียน	0.760	0.428	233
อ่านคัมภีร์อัล-กุรอานได้ดี	0.313	0.465	233
เกษตรกรรม	0.142	0.349	233
เขตเมือง	0.236	0.426	233
พูดภาษามลายู	0.579	0.495	233
ระดับความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ	13.519	2.850	233
พฤติกรรมการรับรู้ข่าวสาร	9.901	2.758	233

ตารางที่ ผ6.2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา
ในกลุ่มผู้ที่สมรส

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	จำนวน ตัวอย่าง
ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์	15.531	4.434	271
อายุ	32.247	6.937	271
ชาย	0.491	0.501	271
การศึกษาทางสามัญ	5.638	3.404	271
อ่านภาษาไทยได้ดี	0.351	0.478	271
ฟังภาษาไทยได้ดี	0.458	0.499	271
ศึกษาศาสนาในระบบโรงเรียน	0.528	0.500	271
อ่านคัมภีร์อัล-กุรอานได้ดี	0.317	0.466	271
เกาตรกรรม	0.410	0.493	271
เขตเมือง	0.151	0.359	271
พูดภาษามลายู	0.557	0.498	271
ระดับความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ	13.956	2.507	271
พฤติกรรมการรับรู้ข่าวสาร	8.096	3.069	271
อายุของกลุ่มสมรส	32.446	8.232	271
การศึกษาทางสามัญของกลุ่มสมรส	5.867	3.496	271
กลุ่มสมรสอ่านคัมภีร์อัล-กุรอานได้ดี	0.413	0.493	271
กลุ่มสมรสศึกษาศาสนาในระบบโรงเรียน	0.513	0.501	271
กลุ่มสมรสอ่านภาษาไทยได้ดี	0.399	0.491	271
กลุ่มสมรสฟังภาษาไทยได้ดี	0.509	0.501	271
กลุ่มสมรสอาชีพเกษตรกรรม	0.402	0.491	271
พฤติกรรมการรับรู้ข่าวสารของกลุ่มสมรส	8.218	3.351	271

ตารางที่ ผ.6.3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างกันของตัวแปร ในกลุ่มรวม โศกและสมรส

ตัวแปร	v1	v2	v3	v4	v5	v6	v7	v8	v9	v10	v11	v12	v13	v14	v15
v1	1.000														
v2	-.160***	1.000													
v3	0.121***	0.037	1.000												
v4	0.128***	-.725***	0.050	1.000											
v5	0.363***	-.263***	-.071*	0.301***	1.000										
v6	0.285***	-.181***	-.081*	0.202***	0.467***	1.000									
v7	0.311***	-.161***	-.089*	0.202***	0.424***	0.686***	1.000								
v8	0.148***	-.290***	-.023	0.247***	0.289***	0.125***	0.102**	1.000							
v9	0.092*	0.016	0.008	0.009	0.124***	0.126***	0.093*	0.295***	1.000						
v10	0.007	0.265***	0.124***	-.264***	-.230***	-.122***	-.071*	0.017	0.066*	1.000					
v11	0.177**	-.010	-.155***	-.082*	0.299***	0.161***	0.169***	-.030	-.088*	-.220***	1.000				
v12	-.226***	-.021	0.027	0.047	-.172***	-.317***	-.405***	0.180***	0.124***	-.061	-.082*	1.000			
v13	0.041	0.105**	-.036	-.058	0.037	-.003	-.052	0.304***	0.359***	0.150***	-.049	0.270***	1.000		
v14	0.399***	-.241***	0.060*	0.289***	0.523***	0.376***	0.302***	0.217***	0.095**	-.085*	0.127***	-.150***	0.155***	1.000	
v15	0.303***	-.110**	-.087*	0.152***	0.411***	0.698***	0.812***	0.033	0.033	-.041	0.217***	-.506***	-.104**	0.332***	1.000

นัยสำคัญทางสถิติ * = 0.05, ** = 0.01, *** = 0.001

v1 = ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

v2 = อายุ

v3 = ชาย

v4 = โศก

v5 = การศึกษานานับ

v6 = อ่านภาษาไทยได้

v7 = ฟังภาษาไทยได้

v8 = เรียนศาสนาในโรงเรียน

v9 = อ่านคัมภีร์อัล-กุรอาน ได้

v10 = เกษตร

v11 = เขตเมือง

v12 = พูดภาษามลายู

v13 = ระดับความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ

v14 = พฤติกรรมในการรับรู้ข่าวสาร

v15 = พูดภาษาไทยได้ดี

ตารางที่ ผ6.4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างกันของตัวแปร ในกลุ่มคนโสด

ตัวแปร	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	V9	V10	V11	V12	V13
v1	1.000												
v2	0.072	1.000											
v3	0.116*	-0.33	1.000										
v4	0.297***	0.154**	-0.175**	1.000									
v5	0.212***	0.003	-0.218***	0.478***	1.000								
v6	0.297***	-0.58	-0.237***	0.350***	0.596***	1.000							
v7	0.049	0.062	-0.153**	0.218***	0.096	0.059	1.000						
v8	0.133*	0.068	-0.050	0.119*	0.143*	0.131*	0.207***	1.000					
v9	-0.056	0.105	0.120*	-0.168**	-0.042	-0.021	-0.031	0.018	1.000				
v10	0.113*	0.203***	-0.200***	0.331***	0.180**	0.153**	0.052	-0.049	-0.197***	1.000			
v11	-0.137*	0.062	0.051	-0.106	-0.166**	-0.166**	0.253***	0.182**	-0.153**	0.044	1.000		
v12	0.069	0.095	-0.143*	0.042	0.071	0.050	0.276***	0.371***	-0.022	0.034	0.293***	1.000	
v13	0.310***	0.064	-0.171**	0.451***	0.324***	0.236***	0.192**	0.122*	-0.008	0.240***	-0.122*	0.178**	1.000

นัยสำคัญทางสถิติ * = 0.05, ** = 0.01, *** = 0.005

v1 =	ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์	v6 =	ฟังภาษาไทยได้ดี	v11 =	พูดภาษาไทย
v2 =	อายุ	v7 =	เรียนศาสนาในระบบโรงเรียน	v12 =	ระดับความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ
v3 =	ชาย	v8 =	อ่านคัมภีร์อัล-กุรอาน ได้ดี	v13 =	พฤติกรรมในการรับรู้ข่าวสาร
v4 =	การศึกษาระดับมัธยม	v9 =	เกณฑ์กรรม		
v5 =	อ่านภาษาไทยได้ดี	v10 =	เขตเมือง		

ตารางที่ 40.5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างกันของตัวแปร ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ

ตัวแปร	v1	v2	v3	v4	v5	v6	v7	v8	v9	v10	v11	v12	v13	v14	v15	v16	v17	v18	v19	v20	v21
v1	1.000																				
v2		1.000																			
v3			1.000																		
v4				1.000																	
v5					1.000																
v6						1.000															
v7							1.000														
v8								1.000													
v9									1.000												
v10										1.000											
v11											1.000										
v12												1.000									
v13													1.000								
v14														1.000							
v15															1.000						
v16																1.000					
v17																	1.000				
v18																		1.000			
v19																			1.000		
v20																				1.000	
v21																					1.000

นัยสำคัญทางสถิติ * = 0.05, ** = 0.01, *** = 0.005

v1 = คะแนนความถี่เกี่ยวกับโรคเอดส์

v2 = อายุ

v3 = ชาย

v4 = การศึกษาสามัญ

v5 = อ่านภาษาไทยได้

v21 = พฤติกรรมการบริโภคของอาหารของผู้ติดเชื้อ

v6 = พังผดภาษาไทยได้

v7 = ศึกษาศาสนาในระบอบอิสลาม

v8 = อ่านอัล-กุรอานได้

v9 = เกษตรกรรม

v10 = เพศเมีย

v11 = พังผดภาษาอาหรับ

v12 = ระดับความถี่ครั้งในกาปฏิบัติศาสนกิจ

v13 = พฤติกรรมการรับใช้ศาสนา

v14 = อายุของผู้ติดเชื้อ

v15 = การศึกษาทางศาสนาของผู้ติดเชื้อ

v16 = ผู้ติดเชื้ออ่านอัล-กุรอานได้

v17 = การศึกษาทางศาสนาของผู้ติดเชื้อ

v18 = ผู้ติดเชื้ออ่านภาษาไทยได้

v19 = ผู้ติดเชื้อพังกาษาไทยได้

v20 = ผู้ติดเชื้ออาชีพเกษตรกรรม

แบบสอบถาม

1.1 เพศ 1 ชาย 2 หญิง

1.2 วัน เดือน ปี เกิด.....อายุ.....ปี

1.3 เขตที่อยู่อาศัยในปัจจุบัน

- 1 เทศบาล
- 2 สุขาภิบาล
- 3 นอกเขตเทศบาล/นอกเขตสุขาภิบาล

1.4 สถานภาพสมรส 1 โสด → ข้ามไปตามข้อ 1.6 2 สมรส
3 หย่า 4 หย่า/แยก

1.5 อายุที่แต่งงานครั้งแรก.....ปี

1.6 ความรู้ทางสามัญ

- 1 ไม่เคยเรียนหนังสือ
- 2 กำลังเรียนหนังสือ ชั้น.....
- 3 จบการศึกษาแล้ว ชั้น.....

สรุป จำนวนปีที่เรียนหนังสือ.....ปี (ไม่เคยเรียนหนังสือ บันทึก 0)

1.7 ความสามารถในการอ่าน/ฟัง/พูด ภาษาไทย

การอ่าน	1 คดี	2 พอใช้	3 น้อยมาก/ไม่ได้เลย
การฟัง	1 คดี	2 พอใช้	3 น้อยมาก/ไม่ได้เลย
การพูด	1 คดี	2 พอใช้	3 น้อยมาก/ไม่ได้เลย

1.8 ความรู้ทางศาสนาอิสลาม

- 1 ไม่เคยเรียนศาสนาเลย → ข้ามไปข้อ 1.11
- 2 กำลังเรียนหนังสือ ชั้น.....
- 3 จบการศึกษาแล้ว ชั้น.....
- 4 อื่นๆ คือ (บันทึกรายละเอียดให้มากที่สุด).....

สรุป จำนวนปีที่เรียนหนังสือ.....ปี (ไม่เคยเรียนศาสนาเลย บันทึก 0)

1.9 ท่านเรียนศาสนาด้วยวิธีใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1 ในโรงเรียนสามัญที่สอนศาสนาควบคู่ไปด้วย
- 2 ในโรงเรียนสอนศาสนาโดยเฉพาะ
- 3 จากปอเนาะ
- 4 เรียนจากครูที่มาสอนตามมัสยิด
- 5 เรียนจากครูที่มาสอนที่บ้าน
- 6 เรียนด้วยตนเอง
- 7 วิธีอื่นๆ คือ (บันทึกรายละเอียดให้มากที่สุด).....

1.10 ความสามารถในการอ่านคัมภีร์อัล-กุรอาน

1.10.1 อัล-กุรอานเล่มเล็ก

- | | |
|---------------------|---------|
| 1 ดี | 2 พอใช้ |
| 3 น้อยมาก/ไม่ได้เลย | |

1.10.2 อัล-กุรอานเล่มใหญ่

- | | |
|---------------------|---------|
| 1 ดี | 2 พอใช้ |
| 3 น้อยมาก/ไม่ได้เลย | |

1.11 ภาษาที่ใช้พูดในชีวิตประจำวัน

- 1 ไทยภาคกลาง
- 2 ไทยภาคใต้
- 3 มลายู
- 4 อื่นๆ ระบุ.....

1.12 อาชีพ 1 เกษตรกรรม ระบุ.....

- 2 ค้าขาย/ธุรกิจ (เจ้าของกิจการ) ระบุ.....
- 3 รับจ้าง ระบุ.....
- 4 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ระบุ.....
- 5 บริการ ระบุ.....
- 6 บริษัท ระบุ.....
- 7 แม่บ้าน
- 8 นักเรียน/นักศึกษา
- 9 อื่นๆ ระบุ.....

1.13 ท่านทำสิ่งต่อไปนี้บ่อยครั้งเพียงใด

อ่านหนังสือพิมพ์	1 ทุกวัน	2 ทุกอาทิตย์	3 ทุกเดือน	4 นานๆ ครั้ง	5 ไม่เคยเลย
อ่านวารสาร นิตยสาร	1 ทุกวัน	2 ทุกอาทิตย์	3 ทุกเดือน	4 นานๆ ครั้ง	5 ไม่เคยเลย
ฟังวิทยุ	1 ทุกวัน	2 ทุกอาทิตย์	3 ทุกเดือน	4 นานๆ ครั้ง	5 ไม่เคยเลย
ดูโทรทัศน์	1 ทุกวัน	2 ทุกอาทิตย์	3 ทุกเดือน	4 นานๆ ครั้ง	5 ไม่เคยเลย

พนักงานสัมภาษณ์ : ถ้าผู้ให้ข้อมูลเป็นโสดข้ามไปถามตอนที่ 2 ถ้าเคยแต่งงาน
ถามต่อข้อ 1.14-1.21

1.14 วัน เดือน ปี เกิด ของคู่สมรส.....อายุ.....ปี

1.15 ความรู้ทางสามัญของคู่สมรส

- 1 ไม่เคยเรียนหนังสือ
- 2 กำลังเรียนหนังสือ ชั้น.....
- 3 จบการศึกษาแล้ว ชั้น.....

สรุป จำนวนปีที่เรียนหนังสือของคู่สมรส.....ปี (ไม่เคยเรียนหนังสือ บันทึก 0)

1.16 ความสามารถในการอ่าน/ฟัง/พูด ภาษาไทยของคู่สมรส

การอ่าน	1 ดี	2 พอใช้	3 น้อยมาก/ไม่ได้เลย
การฟัง	1 ดี	2 พอใช้	3 น้อยมาก/ไม่ได้เลย
การพูด	1 ดี	2 พอใช้	3 น้อยมาก/ไม่ได้เลย

1.17 ความรู้ทางศาสนาอิสลามของคู่สมรส

- 1 ไม่เคยเรียนศาสนาเลย (ข้ามไปถามข้อ 1.20)
- 2 กำลังเรียนหนังสือ ชั้น.....
- 3 จบการศึกษาแล้ว ชั้น.....
- 4 อื่นๆ (บันทึกรายละเอียดให้มากที่สุด).....

สรุป จำนวนปีที่เรียนหนังสือของคู่สมรส.....ปี (ไม่เคยเรียนศาสนาเลย บันทึก 0)

1.18 คู่สมรสของท่านเรียนศาสนาด้วยวิธีใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1 ในโรงเรียนสามัญที่สอนศาสนาควบคู่ไปด้วย
- 2 ในโรงเรียนสอนศาสนาโดยเฉพาะ
- 3 จากพ่อแม่
- 4 เรียนจากครูที่มาสอนตามมัสยิด
- 5 เรียนจากครูที่มาสอนที่บ้าน
- 6 เรียนด้วยตนเอง
- 7 วิธีอื่นๆ คือ (บันทึกรายละเอียดให้มากที่สุด).....

1.19 ความสามารถในการอ่านคัมภีร์อัล-กุรอ่านของกลุ่มสมรส

1.19.1 อัล-กุรอ่านเล่มเล็ก

1 ดี

2 พอใช้

3 น้อยมาก/ไม่ได้เลย

1.19.2 อัล-กุรอ่านเล่มใหญ่

1 ดี

2 พอใช้

3 น้อยมาก/ไม่ได้เลย

1.20 อาชีพของกลุ่มสมรส

1 เกษตรกรรม ระบุ.....

2 ค้าขาย/ธุรกิจ (เจ้าของกิจการ) ระบุ.....

3 รับจ้าง ระบุ.....

4 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ระบุ.....

5 บริการ ระบุ.....

6 บริษัท ระบุ.....

7 แม่บ้าน

8 นักเรียน/นักศึกษา

9 อื่นๆ ระบุ.....

1.21 กลุ่มสมรสของท่านทำสิ่งต่อไปนี้บ่อยครั้งเพียงใด

อ่านหนังสือพิมพ์	1 ทุกวัน	2 ทุกอาทิตย์	3 ทุกเดือน	4 นานๆ ครั้ง	5 ไม่เคยเลย
อ่านวารสาร นิตยสาร	1 ทุกวัน	2 ทุกอาทิตย์	3 ทุกเดือน	4 นานๆ ครั้ง	5 ไม่เคยเลย
ฟังวิทยุ	1 ทุกวัน	2 ทุกอาทิตย์	3 ทุกเดือน	4 นานๆ ครั้ง	5 ไม่เคยเลย
ดูโทรทัศน์	1 ทุกวัน	2 ทุกอาทิตย์	3 ทุกเดือน	4 นานๆ ครั้ง	5 ไม่เคยเลย

ตอนที่ 2 ความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ

ต่อไปนี้เป็นขออนุญาตตามเกี่ยวกับลักษณะของการปฏิบัติศาสนกิจของท่าน
ในบางเรื่อง คือ

2.1 การนมาซ

2.1.1 นมาซ 5 เวลา	1 ครบถ้วน	2 บ่อยครั้ง	3 บางครั้ง	4 ไม่ปฏิบัติเลย
2.1.2 นมาซซุนนะฮ์ก่อน และหลังนมาซ 5 เวลา	1 ครบถ้วน	2 บ่อยครั้ง	3 บางครั้ง	4 ไม่ปฏิบัติเลย
2.1.3 นมาซวันศุกร์	1 ครบถ้วน	2 บ่อยครั้ง	3 บางครั้ง	4 ไม่ปฏิบัติเลย
2.1.4 นมาซวันอีดิลฟิตรี	1 ครบถ้วน	2 บ่อยครั้ง	3 บางครั้ง	4 ไม่ปฏิบัติเลย
2.1.5 นมาซวันอีดิลอัฎฮา	1 ครบถ้วน	2 บ่อยครั้ง	3 บางครั้ง	4 ไม่ปฏิบัติเลย

2.2 การถือศีลอดในเดือนเราะมะฎอน

- 1 ปฏิบัติทุกปี ปีละ 1 เดือน โดยไม่ขาดเลยถ้าไม่จำเป็น
- 2 ขาดบ้างแต่ปฏิบัติได้มากกว่าครึ่งหนึ่ง
- 3 ปฏิบัติได้ไม่ถึงครึ่งหนึ่ง
- 4 ไม่ได้ปฏิบัติเลย

2.3 การอ่านคัมภีร์อัล-กุรอาน

- | | |
|-------------------------|------------------------|
| 1 ทุกวัน/ทุกสัปดาห์ | 2 ประมาณ 1 เดือน/ครั้ง |
| 3 มากกว่า 1 เดือน/ครั้ง | 4 แทบจะไม่ได้อ่านเลย |
| 8 อ่านไม่ได้ | |

2.4 ในความคิดของท่าน ตัวท่านเอง มีความเคร่งครัดในการหลักการศาสนา มากน้อยแค่ไหน

- | | |
|--------|-----------|
| 1 มาก | 2 ปานกลาง |
| 3 น้อย | |

ตอนที่ 8 ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

3.1 ท่านเคยได้ยินเรื่องโรคเอดส์หรือไม่

1 เคย → 3.1.1 ท่านเคยได้ยินเรื่องโรคเอดส์มาจากที่ไหนบ้าง

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1 หนังสือพิมพ์/วิทยุ/โทรทัศน์/สื่อมวลชนอื่นๆ
- 2 แพทย์
- 3 พยาบาล หรือบุคลากรสาธารณสุข
- 4 คู่สมรส
- 5ญาติ/เพื่อน
- 6 อีห่ม่า/การกุดบะฮ์วันศุกร์
- 7 อื่นๆ ระบุ.....
- 8 ไม่เข้าข่าย

2 ไม่เคย → จบการสัมภาษณ์

3.2 ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์อย่างไร (ถามทุกข้อ)

3.2.1 โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อ

- 1 ใช่ 2 ไม่ใช่ 3 ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

3.2.2 โรคเอดส์เป็นอันตรายถึงชีวิต

- 1 ใช่ 2 ไม่ใช่ 3 ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

3.2.3 โรคเอดส์เป็นโรคที่ยังไม่มียารักษาให้หายได้

- 1 ใช่ 2 ไม่ใช่ 3 ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

3.2.4 โรคเอดส์เกิดจากเชื้อไวรัส

- 1 ใช่ 2 ไม่ใช่ 3 ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

3.2.5 ผู้ที่ติดเชื้อเอดส์ทุกคนจะแสดงอาการของโรค

- 1 ใช่ 2 ไม่ใช่ 3 ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

- 3.2.6 โรคเอดส์ทำให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง
 1 ใช่ 2 ไม่ใช่ 3 ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
- 3.2.7 เราสามารถดูจากลักษณะภายนอกได้ว่า ใครที่ติดเชื้อเอดส์
 1 ใช่ 2 ไม่ใช่ 3 ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
- 3.2.8 ผู้ที่ติดเชื้อเอดส์อาจไม่แสดงอาการเป็นเวลาหลายปี
 1 ใช่ 2 ไม่ใช่ 3 ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
- 3.3. ท่านคิดว่าโรคเอดส์ติดต่ออย่างไรได้บ้าง (ถามทุกข้อ)
- 3.3.1 เพศสัมพันธ์ทางช่องคลอด
 1 ใช่ 2 ไม่ใช่ 3 ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
- 3.3.2 เพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก
 1 ใช่ 2 ไม่ใช่ 3 ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
- 3.3.3 เพศสัมพันธ์ทางปาก
 1 ใช่ 2 ไม่ใช่ 3 ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
- 3.3.4 การใช้เข็มฉีดยา/การฉีดยาเสพติดเข้าเส้น
 1 ใช่ 2 ไม่ใช่ 3 ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
- 3.3.5 จากมารดาสู่ทารกโดยผ่านทางรก
 1 ใช่ 2 ไม่ใช่ 3 ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
- 3.3.6 จากมารดาสู่ทารกโดยผ่านทางน้ำนมแม่
 1 ใช่ 2 ไม่ใช่ 3 ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
- 3.3.7 การรับเลือด
 1 ใช่ 2 ไม่ใช่ 3 ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
- 3.3.8 ติดต่อทางน้ำลาย
 1 ใช่ 2 ไม่ใช่ 3 ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
- 3.3.9 ยุง
 1 ใช่ 2 ไม่ใช่ 3 ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

3.3.10 ไอ/จาม/หายใจรดกัน

1 ใช่ 2 ไม่ใช่ 3 ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

3.3.11 ใช้ห้องน้ำร่วมกัน

1 ใช่ 2 ไม่ใช่ 3 ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

3.3.12 การอยู่ใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อ

1 ใช่ 2 ไม่ใช่ 3 ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

3.3.13 รับประทานอาหารร่วมกัน/ใช้ภาชนะร่วมกัน

1 ใช่ 2 ไม่ใช่ 3 ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

3.3.14 กอด หรือจับมือถือแขน

1 ใช่ 2 ไม่ใช่ 3 ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

3.3.15 จูบ

1 ใช่ 2 ไม่ใช่ 3 ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

3.3.16 ใช้เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่มร่วมกัน

1 ใช่ 2 ไม่ใช่ 3 ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

3.3.17 อื่นๆ ระบุ.....

1 ใช่ 2 ไม่ใช่ 3 ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

3.4. ท่านคิดว่าการใช้ถุงยางอนามัยสามารถลดความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีได้หรือไม่

1 ใช่

2 ไม่ใช่

3 ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

ตอนที่ 4 ความสนใจ/ความตระหนักในปัญหาโรคเอดส์

4.1 ท่านคิดว่าคนในชุมชนของท่านมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์หรือไม่

- 1 มีโอกาส → 4.1.1 จากสาเหตุอะไร.....
- 2 ไม่มีโอกาส
- 3 ไม่แน่ใจ
- 4 ไม่ทราบ

4.2 ท่านได้ยืนยันว่าคนในชุมชนของท่านติดเชื้อโรคเอดส์บ้างหรือไม่

- 1 มี
- 2 ไม่มี

4.3 ท่านมีเพื่อน/ญาติ/คนรู้จัก ติดเชื้อโรคเอดส์บ้างหรือไม่

- 1 มี
- 2 ไม่มี

4.4 ท่านคิดว่าตัวท่านเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์มากน้อยแค่ไหน

- 1 มีโอกาสสูง → 4.4.1 จากสาเหตุอะไร
- 2 มีโอกาสพอสมควร
- 3 มีโอกาสน้อย
- 4 ไม่มีโอกาสเลย → 4.4.2 เพราะเหตุใด

4.5 ท่านพูดคุยเกี่ยวกับโรคเอดส์กับบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่นในชุมชนบ่อยครั้งแค่ไหน

- 1 พุดคุยบ่อยครั้ง → 4.5.1 ท่านพูดคุยเกี่ยวกับโรคเอดส์กับใครบ้าง
- 2 พุดคุยบ้างแต่ไม่บ่อยครั้งนัก (ตอบได้หลายข้อ)
- 3 ไม่ค่อยพุดคุยเรื่องนี้เลย
- 1 คู่สมรส
- 2 สมาชิกในครอบครัว
- 3 เพื่อนฝูง
- 4 บุคลากรสาธารณสุข
- 5 อีหม่าม
- 6 อื่นๆ ระบุ.....

4.6 ท่านคิดว่า ในชุมชนของท่านควรมีการพูดคุยเกี่ยวกับโรคเอดส์ให้มากขึ้นหรือไม่

- 1 ใช่ → 4.6.1 เพราะเหตุใด
- 2 ไม่ใช่

4.7 ท่านมีความสนใจค้นหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์มากน้อยเพียงใด

- 1 สนใจมากพอสมควร
- 2 เฉยๆ
- 3 ไม่ค่อยสนใจเลย

4.8 ถ้ามีการให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ เช่น มีการอบรมชาวบ้านในชุมชนเกี่ยวกับโรคเอดส์ ท่านจะเข้าร่วมหรือไม่

- 1 เข้าร่วม
- 2 ไม่เข้าร่วม → 4.8.1 เพราะเหตุใดจึงไม่เข้าร่วม.....

4.9 ท่านต้องการความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์เพิ่มเติมหรือไม่

1 ต้องการ → 4.9.1 ต้องการรู้เรื่องอะไร.....

2 ไม่ต้องการ

4.10 หลังจากท่านรู้จักโรคเอดส์แล้ว ท่านมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติบ้างหรือไม่

1 เปลี่ยน → 4.10.1 เปลี่ยนอย่างไรบ้าง.....

2 ไม่เปลี่ยน

ตอนที่ 5 ความคิดเห็นต่อโรคเอดส์ ต่อผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์

ข้อ 5.1-5.8 ท่านเห็นด้วยกับคำกล่าวต่อไปนี้หรือไม่

5.1 โรคเอดส์เป็นโรคที่พระเจ้าส่งมาเพื่อลงโทษผู้ที่กระทำผิดในเรื่องเพศ	1 เห็นด้วย	2 เห็นด้วยบางส่วน	3 ไม่เห็นด้วย
5.2 โรคเอดส์เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับการนอกใจ หรือการไม่ซื่อสัตย์ต่อคู่สมรส	1 เห็นด้วย	2 เห็นด้วยบางส่วน	3 ไม่เห็นด้วย
5.3 สาเหตุของโรคเอดส์คือ การมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน และนอกการสมรส	1 เห็นด้วย	2 เห็นด้วยบางส่วน	3 ไม่เห็นด้วย
5.4 การซื่อสัตย์ต่อคู่สมรส และการครองความบริสุทธิ์ก่อนแต่งงาน เป็นการป้องกันโรคเอดส์ที่เพียงพอแล้ว	1 เห็นด้วย	2 เห็นด้วยบางส่วน	3 ไม่เห็นด้วย
5.5 การมีภรรยาหลายคนในชุมชนมุสลิมอาจทำให้โรคเอดส์แพร่ระบาดได้	1 เห็นด้วย	2 เห็นด้วยบางส่วน	3 ไม่เห็นด้วย
5.6 หากมีปัญหาเรื่องโรคเอดส์ ท่าน สามารถพูดคุยหรือปรึกษาหารือกับอิมามได้	1 เห็นด้วย	2 เห็นด้วยบางส่วน	3 ไม่เห็นด้วย
5.7 การคุมกำเนิดเป็นสาเหตุหนึ่งของการแพร่ระบาดของโรคเอดส์	1 เห็นด้วย	2 เห็นด้วยบางส่วน	3 ไม่เห็นด้วย
5.8 ผู้ที่ติดเชื้อเอดส์เป็นโรคเอดส์ไม่ว่าจากสาเหตุใดก็ตาม ควรได้รับความเห็นใจจากผู้อื่น	1 เห็นด้วย	2 เห็นด้วยบางส่วน	3 ไม่เห็นด้วย
5.9 ผู้ที่ติดเชื้อเอดส์มักเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมไม่ดี เช่น สำส่อนทางเพศ ดิเคยาเสพติด	1 เห็นด้วย	2 เห็นด้วยบางส่วน	3 ไม่เห็นด้วย
5.10 ผู้ที่ติดเชื้อเอดส์เป็นโรคเอดส์จากสาเหตุที่สุดิวสัย ควรได้รับความเห็นใจจากผู้อื่น	1 เห็นด้วย	2 เห็นด้วยบางส่วน	3 ไม่เห็นด้วย

- 5.11 ในความคิดเห็นของท่าน ถ้ามีคนในชุมชน/หมู่บ้านของท่านติดเชื้อเอดส์ ควรทำอะไร
- 1 ควรแยกให้อยู่ต่างหาก ไม่ควรปล่อยให้อยู่ปะปนกับคนปกติ
 - 2 ควรให้อยู่ร่วมกับคนอื่นในชุมชน
 - 3 อื่นๆ ระบุ.....
- 5.12 ท่านคิดว่า การดูแลผู้ป่วยเอดส์ควรเป็นหน้าที่ของใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- 1 บุคลากรสาธารณสุข
 - 2 สมาชิกในครอบครัว
 - 3 สมาชิกของชุมชน/หมู่บ้าน
 - 4 อื่นๆ ระบุ.....
- 5.13 ท่านคิดว่า ท่านสามารถใช้ชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ที่ติดเชื้อเอดส์ได้หรือไม่
- 1 ได้ตามปกติ
 - 2 ได้แต่มีเงื่อนไข คือ.....
 - 3 ไม่ได้
 - 4 ขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นเป็นใคร
- 5.14 ถ้ามีคนในชุมชน/หมู่บ้านของท่านไม่สบายจากการติดเชื้อเอดส์ ท่านคิดว่า คนในชุมชน/หมู่บ้าน ควรไปเยี่ยมเยียนเพื่อปลอบใจหรือไม่
- 1 ควร เพราะ.....
 - 2 ไม่ควร เพราะ.....
- 5.15 ถ้ามีคนในชุมชน/หมู่บ้านของท่านไม่สบายจากการติดเชื้อเอดส์ ท่านคิดว่า ท่านจะไปเยี่ยมเยียนเพื่อปลอบใจหรือไม่
- 1 ไปแน่นอน เพราะ.....
 - 2 ไม่ไปแน่นอน เพราะ.....
 - 3 ไม่แน่ใจ

ตอนที่ 6 ความคิดเห็นต่อการณรงค์ป้องกันโรคเอดส์

ข้อ 6.1-6.11 ท่านมีความคิดเห็นกับคำกล่าวต่อไปนี้อย่างไร

6.1 การรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในสังคมมุสลิมเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมาก	1 เห็นด้วย	2 เห็นด้วยบางส่วน	3 ไม่เห็นด้วย
6.2 ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในโรงเรียนทั้งสายสามัญและศาสนา	1 เห็นด้วย	2 เห็นด้วยบางส่วน	3 ไม่เห็นด้วย
6.3 ในการรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์ควรมีการส่งเสริมให้ใช้ถุงยางอนามัย	1 เห็นด้วย	2 เห็นด้วยบางส่วน	3 ไม่เห็นด้วย
6.4 โรคเอดส์สามารถควบคุมได้ด้วย การห้ามการมีโสเภณี	1 เห็นด้วย	2 เห็นด้วยบางส่วน	3 ไม่เห็นด้วย
6.5 การใช้ถุงยางอนามัยส่งเสริมการสำส่อนทางเพศ	1 เห็นด้วย	2 เห็นด้วยบางส่วน	3 ไม่เห็นด้วย
6.6 การใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคเอดส์เป็นสิ่งที่ศาสนาอนุญาต	1 เห็นด้วย	2 เห็นด้วยบางส่วน	3 ไม่เห็นด้วย
6.7 หากเกิดปัญหาโรคเอดส์ขึ้นมาจริงๆ ในสังคมมุสลิม การใช้ถุงยางอนามัยเพื่อการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยเป็นสิ่งที่กระทำได้	1 เห็นด้วย	2 เห็นด้วยบางส่วน	3 ไม่เห็นด้วย
6.8 การพูดคุยเกี่ยวกับโรคเอดส์ในที่สาธารณะเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม	1 เห็นด้วย	2 เห็นด้วยบางส่วน	3 ไม่เห็นด้วย
6.9 การพูดคุยหรือการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในมัสยิดเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม	1 เห็นด้วย	2 เห็นด้วยบางส่วน	3 ไม่เห็นด้วย

6.10 การอ่านคุตบะฮวันศุกร์เกี่ยวกับโรคเอดส์เป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม	1 เห็นด้วย	2 เห็นด้วยบางส่วน	3 ไม่เห็นด้วย
6.11 การที่ชายมุสลิมที่เป็นโสดมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการไม่ใช่สิ่งเลวร้ายหรือผิด	1 เห็นด้วย	2 เห็นด้วยบางส่วน	3 ไม่เห็นด้วย
6.12 การที่ชายมุสลิมที่แต่งงานแล้วมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการไม่ใช่สิ่งเลวร้ายหรือผิด	1 เห็นด้วย	2 เห็นด้วยบางส่วน	3 ไม่เห็นด้วย
6.13 การปลุกฝังในเรื่องศาสนามีส่วนช่วยป้องกันปัญหาเอดส์	1 เห็นด้วย	2 เห็นด้วยบางส่วน	3 ไม่เห็นด้วย
6.14 การมีภรรยาหลายคนในชุมชนมุสลิมช่วยป้องกันการมีเพศสัมพันธ์นอกสมรส	1 เห็นด้วย	2 เห็นด้วยบางส่วน	3 ไม่เห็นด้วย
6.15 การมีภรรยาหลายคนในชุมชนมุสลิมช่วยป้องกันปัญหาโรคเอดส์	1 เห็นด้วย	2 เห็นด้วยบางส่วน	3 ไม่เห็นด้วย

6.16 ถ้าต้องการพูดคุยหรือปรึกษาหารือเกี่ยวกับโรคเอดส์ท่านจะพูดคุยกับใครได้บ้าง (ตอบได้หลายข้อ)

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1 คู่สมรส | 4 บุคลากรสาธารณสุข |
| 2 สมาชิกในครอบครัว | 5 อีหม่าม |
| 3 เพื่อนฝูง | 6 อื่นๆ ระบุ..... |

(จบการสัมภาษณ์)

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170

โทร. (662) 441-0201-4, 441-9666 โทรสาร. (662) 441-9333

E-mail: directpr@mahidol.ac.th

Homepage URL: <http://www.mahidol.ac.th/mahidol/pr/pr.html>