การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ที่สอดคล้องกับหลักศาสนาอิสลาม วัฒนธรรมและวิถีชีวิตของสตรีมุสลิม

Promoting Health Behaviors and Reproductive Behaviors Aligned with Islamic Principles, Culture, and the Way of Life of Muslim Women

ศุภามณ จันทร์สกุล[1*]
Suphamon Chansakul
ชนินทร์ จักรภพโยธิน[2]
Chanin Chakkrapopyodhin
คชารัตน์ ปรีชล[3]
Kacharat Prechon
บุญส่ง สุประดิษฐ์[4]
Boonsong Supradith
*Corresponding author E-mail: Suphamon.cha@cra.ac.th
(Received: April 9, 2025; Revised: August 30, 2025; Accepted: August 31, 2025)

บทคัดย่อ

พฤติกรรมสุขภาพของสตรีมุสลิมส่วนใหญ่บริโภคอาหารไขมันสูงและพร่องการออกกำลังกาย ปัญหาสุขภาพพบโรคเรื้อรังได้แก่ ภาวะอ้วน ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ส่วนพฤติกรรมการเจริญพันธุ์พบสตรีมุสลิมดูแลตนเองตามวิถีอิสลาม วิถีชุมชนท้องถิ่น และตามหลักการแพทย์นิยมใช้วิธีการคุมกำเนิดแบบชั่วคราว พบความเชื่อว่าแม้สุขภาพจะมีความเสี่ยงสูงก็ไม่คุมกำเนิดเพราะผิดหลักศาสนาอิสลาม ตามหลักคำสอนของศาสนาอิสลามการคุมกำเนิดต้องไม่ใช้วิธีทำหมันถาวรยกเว้นเหตุผลทางการแพทย์ การดูแลสุขภาพเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันก่อนการรักษา การบริโภคอาหารไม่มากเกินไปเพื่อภาวะสุขภาพที่ดีอันนำไปสู่ความสามารถในการปฏิบัติศาสนกิจตามวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของมุสลิม บทบาทของครอบครัวมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้าถึงบริการสุขภาพ ในชุมชนมุสลิมผู้นำศาสนามีบทบาทสำคัญในการเผยแพร่ความรู้ และการชี้นำพฤติกรรมของสมาชิกในชุมชน การส่งเสริมสุขภาพในชุมชนมุสลิม จึงต้องเคารพต่อวัฒนธรรมชุมชนและอาศัยความร่วมมือกับผู้นำศาสนาเพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ของสตรีมุสลิมควรบูรณาการหลักศาสนาอิสลามกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการเจริญพันธุ์ และบูรณาการแนวคิดการทำงานแบบชุมชนมีส่วนร่วม เสริมสร้างศักยภาพของสตรีมุสลิมในการดูแลสุขภาพของตนเอง

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการเจริญพันธุ์ แนวคิดการทำงานแบบชุมชนมีส่วนร่วม สตรีมุสลิม

*[1-3] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์
Instructor, Princess Agrarajakumari Faculty of Nursing, Chulabhorn Royal Academy
[4] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต
Instructor, Faculty of nursing, Dhurakij Pundit University

Abstract

The health behaviors of most Muslim women are characterized by high-fat dietary consumption and insufficient physical activity. Common health problems include chronic conditions such as obesity, hyperlipidemia, diabetes, and hypertension. In terms of reproductive behavior, Muslim women tend to care for themselves according to Islamic principles, local community practices, and medical guidelines, with a preference for temporary contraceptive methods. However, some still believe that contraception, even in high-risk health situations, is against Islamic teachings. According to Islamic doctrine, permanent contraception is prohibited unless justified by medical necessity. Health care emphasizes health promotion and disease prevention rather than curative care. Moderation in food intake is encouraged to maintain good health, which in turn supports the ability to fulfill religious duties. Family plays a significant role in influencing decisions related to accessing health services, while religious leaders hold an important position in disseminating knowledge and guiding community members' behaviors. Therefore, health promotion in Muslim communities must respect cultural norms and involve collaboration with religious leaders to foster proper understanding and behavior change. Promoting health and reproductive behaviors among Muslim women should integrate Islamic principles with modern health practices. Additionally, the Community-Based Participatory Research (CBPR) approach should be adopted to empower Muslim women in managing their own health. Such integration can lead to more effective, culturally sensitive, and sustainable health promotion tailored to the needs of Muslim women.

Keywords: Health Behaviors, Reproductive Behaviors, Community-Based Participatory Research (CBPR), Muslim Women

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases : NCDs) ได้แก่ โรคอ้วน ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน เป็นปัญหาสุขภาพของสตรีมุสลิมในประเทศไทย จากพฤติกรรมสุขภาพของสตรีมุสลิมไทยที่บริโภคอาหารไขมันสูง อาหารทอด ส่งผลเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีโอกาสควบคุมคอเลสเตอรอลได้ไม่ดีสูงกว่าถึงเกือบ 3 เท่า (OR=2.95; CI=1.30–6.68) ซึ่งหมายถึงความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Wichaidit et al., 2014) พฤติกรรมสุขภาพของสตรีมุสลิมได้รับอิทธิพลอย่างลึกซึ้งจากหลักศาสนาอิสลาม ค่านิยมทางวัฒนธรรม และวิถีชีวิตแบบชุมชน (Kulwicki, Aswad, Carmona & Ballout, 2000) ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ การเข้ารับบริการทางการแพทย์ และการดูแลตนเองในมิติต่าง ๆ เช่น โภชนาการ การออกกำลังกาย และสุขภาวะทางจิตใจ ในขณะเดียวกันพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ของสตรีมุสลิมก็ผูกพันกับบทบาททางศาสนาและความคาดหวังของครอบครัว เช่น ความสำคัญของการแต่งงาน การมีบุตร และการวางแผนครอบครัวที่สอดคล้องกับหลักศีลธรรมอิสลาม (Ali & Ushie, 2013; Omari & Wood, 2021) การเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์จึงต้องมีความเข้าใจในมิติความเชื่อทางศาสนา เช่น การเลือกแพทย์เพศหญิง การปกปิดร่างกาย และการให้ความเคารพต่อความเป็นส่วนตัว ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักศาสนาและการทำงานร่วมกับผู้นำ

ศาสนาในระดับชุมชน เป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมและยั่งยืน (Hassouneh & Kulwicki, 2007) พฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ของสตรีมุสลิมมีลักษณะเฉพาะตามวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของมุสลิม ซึ่งยึดตามหลักคำสอนในศาสนาอิสลาม การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ของสตรีมุสลิมควรบูรณาการหลักศาสนาอิสลามร่วมกับบูรณาการแนวคิดการทำงานแบบชุมชนมีส่วนร่วม ส่งเสริมให้ผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน และสตรีมุสลิมเข้ามามีบทบาทอย่างแท้จริง โดยผู้ปฏิบัติงานต้องมีความไวต่อวัฒนธรรม เข้าใจบริบทศาสนา เสริมสร้างศักยภาพของสตรีมุสลิมในการดูแลสุขภาพของตนเอง

พฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ของสตรีมุสลิม

1. พฤติกรรมสุขภาพของสตรีมุสลิม

พฤติกรรมสุขภาพของสตรีมุสลิมในประเทศไทย มีดังนี้

1.1 พฤติกรรมการออกกำลังกาย – สตรีมุสลิมมีพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับต่ำพร่องการออกกำลังกายและออกกำลังกายไม่ต่อเนื่อง (Kongvattananon & Othaganont, 2019; Nima, Balthip & Suteeravut, 2015) โดยเข้าใจว่าการประกอบอาชีพหรือทำงานบ้านคือการออกกำลังกายไปในตัว (Totong, Tanuwong Wongsangiem & Wongsangiem, 2018) อุปสรรคในการออกกำลังกายได้แก่ ผู้หญิงและผู้ชายออกกำลังกายในสถานที่รวมกันไม่ได้ การแต่งกายรัดรูปและใช้เพลงทำนองเร่งเร้าซึ่งผิดหลักการศาสนาอิสลาม ไม่ค่อยมีเวลาออกกำลังกาย สตรีมุสลิมส่วนใหญ่จึงมีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับภาวะอ้วน ภาวะไขมันในเลือดสูง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคไต (Health District 12 Office, Ministry of Public Health, 2021)

1.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร – วิถีชีวิตมุสลิมมีงานบุญและงานเทศกาลต่างๆ ค่อนข้างบ่อย พฤติกรรมการบริโภคอาหารในชีวิตประจำวันส่วนใหญ่เป็นแป้ง น้ำตาล กะทิ อาหารที่มีรสเค็ม อาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ อาหารไขมันสูง ปัญหาสุขภาพของสตรีมุสลิมส่วนใหญ่พบโรคเรื้อรังสูง ได้แก่ ภาวะอ้วน ภาวะไขมันในเลือดสูง เบาหวาน และ ความดันโลหิตสูง (Nima et al., 2015; Kongvattananon et al, 2019; Rasmejam, Akaratanapol, Limteerayos & Khungtumneam, 2018)

2. พฤติกรรมการเจริญพันธุ์ของสตรีมุสลิม

พฤติกรรมการเจริญพันธุ์ของสตรีมุสลิมในประเทศไทย มีดังนี้

2.1 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในขณะตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ - กรณีศึกษาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปัตตานี พบว่าสตรีมุสลิมที่มีมาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์เท่ากับหรือมากกว่า 12 สัปดาห์ (ร้อยละ 34.98) ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ฝากครรภ์คุณภาพ (ร้อยละ 41.26) มีจำนวนการตั้งครรภ์มากกว่า 3 ครั้ง (ร้อยละ 24.22) โดยระยะห่างของการตั้งครรภ์แต่ละครั้งน้อยกว่า 24 เดือน (ร้อยละ 42.15) และส่วนใหญ่มีปัญหาภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 32.83) (Paetjakrang, Puttapitukpol & Thongkhamrod, 2022) และจากการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุ 15-20 ปี พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีประสบการณ์ดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ใน 3 ประเด็นหลัก คือ 1) การดูแลตนเองตามวิถีอิสลาม ได้แก่ การรับประทานอาหารฮาลาลบำรุงครรภ์ตามหลักศาสนา การปล่อยวางความวิตกกังวลโดยหมั่นขอดุอาอ์ (ขอพร) ละหมาด และอ่านอัลกุรอานเพิ่มขึ้นเพื่อเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ 2) การดูแลตนเองตามวิถีชุมชนท้องถิ่น ได้แก่ การฝากครรภ์กับโต๊ะบิแดควบคู่กับการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล และปฏิบัติตัวตามความเชื่อของของวิถีชุมชนโดยดื่มน้ำจากดอกสีตีฟาตีเมาะห์เพราะเชื่อว่าจะทำให้คลอดง่าย 3) การดูแลตนเอง

ตามหลักการแพทย์สากล ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพขณะตั้งครรภ์โดยมาฝากครรภ์ตามนัด ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและยาบำรุงเลือด การออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์ และนับลูกดิ้น ป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นกับทารกในครรภ์ (Niyomdecha & Thitimapong, 2020)

2.2 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในระยะหลังคลอดและการคุมกำเนิด – จากการศึกษาในสตรีมุสลิมที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดนราธิวาส จังหวัดปัตตานี และจังหวัดยะลา พบว่าสตรีมุสลิมมีพฤติกรรมการออกกำลังกายหลังคลอดน้อย (Sawan, Siriphan, Adulyarat, Suwannakan & Samael, 2019) ส่วนการคุมกำเนิดพบว่าสตรีมุสลิมในภาคใต้คุมกำเนิดร้อยละ 55.6 โดยนิยมใช้การคุมกำเนิดแบบชั่วคราว ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด การนับระยะปลอดภัย ตามลำดับ (Chaipakdee, 2015) นอกจากนั้นยังมีสตรีมุสลิมที่มีความเชื่อว่าแม้สุขภาพจะมีความเสี่ยงสูงก็ไม่คุมกำเนิดเพราะผิดหลักศาสนาอิสลาม (Liangphansakul, Lillahkul, Sonbut & Sittisaranukul, 2015)

คำสอนตามหลักศาสนาอิสลามเกี่ยวกับการรับผิดชอบต่อสุขภาพ

ในศาสนาอิสลาม สุขภาพถือเป็นอามานะฮ์ (ความไว้วางใจ) ที่อัลลอฮ์ (ซบ.) มอบให้มนุษย์ดูแลอย่างดีที่สุด การดูแลสุขภาพไม่ใช่เพียงเรื่องของทางกายภาพเท่านั้น แต่เป็นหน้าที่ทางศาสนา (religious obligation) ซึ่งได้รับการยืนยันจากอัลกุรอานและหะดีษหลายบท ดังนี้

1. สุขภาพเป็นทรัพย์สมบัติที่ต้องรับผิดชอบ

ศาสดามุฮัมมัด (ซ.ล.) กล่าวว่า “มีสองสิ่งที่คนส่วนมากไม่ให้ความสำคัญคือ สุขภาพและเวลาว่าง” (รายงานโดย อัล-บุคอรีย์, หะดีษเลขที่ 6412) (Al-Bukhari, n.d.) คำสอนนี้สะท้อนถึงการที่มุสลิมควรใช้สุขภาพที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์ ไม่ประมาท และดูแลรักษาให้ดี

2. อิสลามส่งเสริมการป้องกันก่อนการรักษา

อายะฮ์นี้สามารถตีความได้ถึงการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การกินอาหารที่เป็นโทษ การสูบบุหรี่ หรือไม่ออกกำลังกาย (อัลกุรอาน ซูเราะฮ์ อันนิสาอ์ 4:29) (The Quran, n.d.)

3. การกินที่ดีมีผลต่อสุขภาพทั้งกายและจิต

ศาสดามุฮัมมัด (ซ.ล.) กล่าวว่า “จงบริโภคสิ่งที่ดีงาม (ตอยยิบ) ที่เราได้ประทานให้แก่พวกเจ้า” แปลความได้ว่าควรรับประทานอาหารซึ่งไม่เป็นอันตราย ไม่มากเกิน และต้องฮะลาลด้วย (อัลกุรอาน ซูเราะฮ์ อัลบะเกาะเราะฮ์ 2:172) (The Quran, n.d.)

4. สุขภาพดีเป็นเงื่อนไขสำหรับการปฏิบัติศาสนกิจ

อิบาดะฮ์หลายอย่างต้องอาศัยร่างกายที่แข็งแรง เช่น การละหมาด การถือศีลอด การเดินทางไปฮัจญ์

การรับผิดชอบต่อสุขภาพตามหลักศาสนาอิสลาม กล่าวโดยสรุปได้ว่า ชาวมุสลิมต้องดูแลสุขภาพให้แข็งแรง ดูแลสุขภาพและป้องกันการเกิดโรค การรับประทานฮะลาลและบริโภคแต่พอดี การดูแลสุขภาพให้ดีเสมอเพื่อความสามารถในการปฏิบัติศาสนกิจได้ ส่วนพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ตามหลักศาสนาอิสลามนั้นมีพื้นฐานอยู่บนแนวคิดของความรับผิดชอบ การวางแผนครอบครัวที่ไม่ขัดกับหลักศาสนา และสิทธิของทั้งสามีและภรรยา ซึ่งได้รับการกล่าวถึงทั้งในอัลกุรอานและหะดีษ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การแต่งงานเพื่อสืบเผ่าพันธุ์

การมีบุตรเป็นส่วนหนึ่งของพันธกิจมนุษย์ในการดำรงเผ่าพันธุ์และเสริมสร้างครอบครัวที่มั่นคง การแต่งงานเป็นหนทางที่ถูกต้องตามหลักศาสนาในการมีเพศสัมพันธ์และให้กำเนิดบุตร ศาสดามุฮัมมัด (ซ.ล.) กล่าวว่า “จงแต่งงานและมีลูกเถิด เพราะแท้จริงฉันจะภูมิใจในจำนวนของพวกเจ้าในวันกิยามะฮ์” (หะดีษ: อบูดาวูด) (Abu Dawood, n.d.)

2. การวางแผนครอบครัว

แม้ว่าอิสลามจะสนับสนุนให้มีลูก แต่ก็ไม่ได้ห้ามการวางแผนครอบครัวหากมีเหตุผลที่เหมาะสม เช่น ภาวะเศรษฐกิจ สุขภาพของมารดา หรือความไม่พร้อมทางจิตใจ โดยมีข้อแม้ว่าการคุมกำเนิดต้องไม่เป็นการทำลายชีวิตโดยถาวร และต้องได้รับความยินยอมจากทั้งสามีและภรรยา (Ali & Ushie, 2013; Omari & Wood, 2021) การคุมกำเนิดต้องไม่ขัดกับหลักศาสนา เช่น ไม่ใช้วิธีทำหมันถาวร (ยกเว้นเหตุผลทางการแพทย์) อัลกุรอานกล่าวว่า “อย่าฆ่าลูกของพวกเจ้าเพราะเกรงความยากจน” (อัลกุรอาน 6:151) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอิสลามไม่สนับสนุนการทำแท้งเพื่อเหตุผลทางเศรษฐกิจ แต่เปิดโอกาสให้สามารถวางแผนเพื่ออนาคตของครอบครัวได้ โดยต้องไม่ขัดกับหลักศีลธรรมและหลักศาสนา (The Quran, n.d.)

3. สิทธิและหน้าที่ของทั้งสองฝ่าย

อิสลามให้ความสำคัญกับสิทธิในการตัดสินใจของทั้งสามีและภรรยาเกี่ยวกับเรื่องการมีบุตร การเว้นช่วง หรือการใช้วิธีคุมกำเนิด โดยต้องมีความยินยอมร่วมกัน

4. การเลี้ยงดูบุตรเป็นอามานะฮ์ (ความไว้วางใจ)

การมีบุตรจึงไม่ใช่เพียงเรื่องชีวภาพ แต่ยังรวมถึงการดูแลทางจิตใจ ศีลธรรม และศาสนาอย่างครบถ้วน อิสลามถือว่าการเลี้ยงดูบุตรให้มีความดีงามเป็นภารกิจศักดิ์สิทธิ์ที่ต้องกระทำด้วยความรัก ความรู้ และความรับผิดชอบ (Yousuf, 2014)

สรุปพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ตามหลักศาสนาอิสลามโดย ชาวมุสลิมต้องแต่งงานให้ถูกต้องตามหลักศาสนา (นิกะห์) และให้กำเนิดบุตร การวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิดต้องได้รับความยินยอมจากทั้งสามีและภรรยา การคุมกำเนิดห้ามการคุมกำเนิดถาวร สามารถคุมกำเนิดได้จากปัญหาทางสุขภาพและเป็นไปตามคำแนะนำของแพทย์ หน้าที่ของพ่อแม่ต้องเลี้ยงดูบุตรให้มีความดีงาม

วัฒนธรรมและวิถีชีวิตของมุสลิม

ชาวมุสลิมยึดหลักคำสอนของศาสนาอิสลามเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตทุกมิติ ทั้งในด้านปัจเจกบุคคล ครอบครัว และสังคม โดยวัฒนธรรมของชาวมุสลิมไม่ใช่เพียงแค่ขนบธรรมเนียมประเพณี แต่เป็นวิถีชีวิตตามหลักศาสนา (Way of Life) ที่รวบรวมคำสั่งและข้อห้ามทางศาสนาไว้ด้วยกัน ดังนี้

1. วิถีชีวิตตามหลักศาสนาอิสลาม

หลักปฏิบัติสำคัญในชีวิตของชาวมุสลิม ได้แก่

1.1 การละหมาดวันละ 5 เวลา เป็นการเชื่อมโยงระหว่างผู้ศรัทธากับพระผู้เป็นเจ้า

เพราะการละหมาดแสดงความนอบน้อมสูงสุด การละหมาดวันละ 5 เวลาเปรียบเสมือนการพักใจจากภารกิจทางโลกเพื่อกลับไปเชื่อมโยงกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ และแสดงถึงการรำลึกถึงพระเจ้า

1.2 การถือศีลอด (รอมฎอน) เป็นการฝึกความอดทน ความเสียสละ และจิตสำนึกต่อผู้ยากไร้

เพราะการถือศีลอดต้องงดเว้นไม่เพียงแต่อาหารและน้ำ แต่รวมถึงอารมณ์โกรธ คำพูดหยาบและพฤติกรรมไม่เหมาะสม จึงเป็นการควบคุมตนเองและฝึกความอดทนทั้งทางกายและใจ ฝึกเสียสละความสุขส่วนตัวได้แก่ อาหาร น้ำ หรือความใกล้ชิดคู่สมรส ฝึกจิตสำนึกต่อผู้ยากไร้โดยการถือศีลอดทำให้เข้าใจความรู้สึกของผู้ที่ขาดแคลนได้อย่างแท้จริง

1.3 การบริจาคซะกาต เป็นการแบ่งปันทรัพย์สินให้แก่ผู้ด้อยโอกาส

เพราะซะกาตช่วยลดความตระหนี่ ความโลภ เป็นการกระจายรายได้จากผู้มีทรัพย์ไปสู่ผู้ขัดสน ช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาส สนับสนุนคุณธรรมแห่งความเมตตา เป็นระบบแบ่งปันทางศาสนาที่เสริมสร้างความสมดุลในสังคม

1.4 การแสวงบุญ (ฮัจญ์) ที่นครมักกะฮฺ อย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิต หากมีความสามารถ

เพราะการประกอบพิธีฮัจญ์ด้วยความบริสุทธิ์ใจจะทำให้มุสลิมได้รับการอภัยโทษจากพระเจ้า พิธีฮัจญ์สะท้อนความอดทน การเสียสละ และความศรัทธาแสดงความเป็นหนึ่งเดียวของมุสลิมทั่วโลก

กิจวัตรเหล่านี้ผูกพันอยู่ในชีวิตประจำวัน ส่งผลต่อการเลือกอาหาร การแต่งกาย การบริโภคยา และแม้กระทั่งการรักษาพยาบาล ซึ่งต้องไม่ขัดต่อหลัก “ฮาลาล” (สิ่งที่อนุมัติให้ทำ) และต้องหลีกเลี่ยง “ฮะรอม” (สิ่งต้องห้าม) (The Quran, n.d.; Al-Bukhari, n.d.)

2. โครงสร้างครอบครัวและบทบาทของเพศ

ครอบครัวในวัฒนธรรมอิสลามถือเป็นสถาบันพื้นฐานที่มีความสำคัญสูงสุด พ่อแม่มีบทบาทในการอบรมศีลธรรมแก่บุตรธิดาโดยปลูกฝังให้นบนอบต่อผู้ใหญ่ บทบาทของสตรีมุสลิมมักเชื่อมโยงกับหน้าที่ดูแลบ้าน เลี้ยงลูก และปฏิบัติตามกรอบศาสนาในด้านสุขภาพและการเจริญพันธุ์ ความเชื่อและบทบาทของครอบครัวมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ เช่น การคุมกำเนิด การตรวจภายใน หรือการเข้าถึงบริการสุขภาพซึ่งต้องผ่านการอนุมัติของสามีหรือญาติผู้ชายในบางบริบท (Yousuf, 2014)

3. วัฒนธรรมชุมชนและผู้นำศาสนา

ชุมชนมุสลิมมีความสัมพันธ์แน่นแฟ้น โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทหรือจังหวัดชายแดนใต้ของไทย ได้แก่ จังหวัดปัตตานี จังหวัดยะลา และจังหวัดนราธิวาส ผู้นำศาสนา (อิหม่าม, โต๊ะครู) มีบทบาทสำคัญในการเผยแพร่ความรู้ การตัดสินปัญหา และการชี้นำพฤติกรรมของสมาชิกในชุมชน การส่งเสริมสุขภาพหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในชุมชนมุสลิม จึงต้องเคารพต่อวัฒนธรรมชุมชนและอาศัยความร่วมมือกับผู้นำศาสนาเพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Kulwicki et al., 2000)

4. วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพ

ชาวมุสลิมจำนวนมากมีการดูแลสุขภาพโดยอิงตามหลักศาสนาได้แก่ การรับประทานอาหารที่สะอาดและฮาลาล การหลีกเลี่ยงของมึนเมา และการรักษาสุขภาพด้วยสมุนไพรธรรมชาติ อย่างไรก็ตาม การเข้ารับบริการทางการแพทย์อาจมีข้อจำกัดเรื่องเพศของผู้ให้บริการ หรือความเชื่อเกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษา (The Quran, n.d.; Al-Bukhari, n.d.) การละหมาดมีผลต่อดีต่อสุขภาพ เพราะการละหมาดประกอบด้วยการเคลื่อนไหวทางกายและการหายใจเป็นจังหวะ จึงเป็นกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพกายลดความเครียด ทำให้จิตใจสงบ จึงส่งเสริมสุขภาพจิต การกินอาหารฮาลาลเน้นความสะอาด สุขอนามัย และต้องปราศจากสารต้องห้าม ซึ่งลดความเสี่ยงจากอาหารปนเปื้อนหรือสารก่อโรค การละหมาดและการรับประทานอาหารฮาลาลช่วยเสริมสร้างร่างกายให้แข็งแรงจึงมีผลดีต่อสุขภาพการเจริญพันธุ์ด้วย ส่วนการถือศีลอดช่วยลดน้ำหนักและลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจ เบาหวาน และเมตาบอลิกซินโดรม อย่างไรก็ตาม ในขณะตั้งครรภ์ การอดอาหารอาจนำไปสู่ภาวะขาดสารอาหาร ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย ดังนั้นคำแนะนำทางการแพทย์จึงมักแนะนำให้หลีกเลี่ยงการถือศีลอดสำหรับสตรีตั้งครรภ์ ส่วนการปฏิบัติตามหลักศาสนาอิสลามให้งดเว้นการถือศีลอดในสตรีตั้งครรภ์ที่สุขภาพไม่พร้อมได้

แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) เป็นแนวคิดที่เน้นให้ประชาชนในชุมชนมีบทบาทในการตัดสินใจ การวางแผน และการดำเนินการเกี่ยวกับกิจกรรมหรือโครงการที่เกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ของคนในชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยเสริมสร้างความมั่นคงทางสังคมและเพิ่มโอกาสในการปรับปรุงสภาพความเป็นอยู่ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน และส่งเสริมการสร้างความเข้มแข็งภายในชุมชน (Oakley & Marsden, 1984) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization:

WHO) ให้การสนับสนุนแนวคิดนี้โดยมีมุมมองว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านต่างๆ เช่น การพัฒนาสุขภาพ การศึกษา การพัฒนาทางเศรษฐกิจ ทำให้ประชาชนสามารถควบคุมและจัดการปัญหาของตนเองได้มากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการรับรองว่าแนวทางนี้ช่วยลดความเหลื่อมล้ำและเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงทรัพยากรต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาชุมชน (WHO, 2002) การมีส่วนร่วมของบุคคลในชุมชนสามารถแบ่งได้เป็นหลายระดับ ตั้งแต่การให้ข้อมูลไปจนถึงการตัดสินใจร่วมกันในการดำเนินการต่างๆ ตามแนวคิดบันไดการมีส่วนร่วม (Ladder of Citizen Participation) ของอาร์นสเตน (Arnstein) แบ่งการมีส่วนร่วมเป็น 8 ขั้น โดยเริ่มตั้งแต่

ขั้นที่ 1 การชักจูงหรือควบคุม (Manipulation) เป็นระดับที่ประชาชนไม่มีอำนาจและไม่มีการมีส่วนร่วมที่แท้จริง ประชาชนถูกชักจูงหรือได้รับข้อมูลเท่านั้น

ขั้นที่ 2 การบำบัด (Therapy) พยายามในการมุ่งเปลี่ยนทัศนคติของประชาชนให้ยอมรับ โดยไม่ได้ให้ความสำคัญกับความคิดเห็นของพวกเขา

ในขั้นที่ 1 และ 2 ประชาชนไม่มีส่วนร่วมแท้จริง (Nonparticipation)

ขั้นที่ 3 การให้ข้อมูล (Informing) การให้ข้อมูลแก่ประชาชนเป็นการสื่อสารทางเดียว เช่น ประกาศแจ้งข่าว ไม่ได้เปิดโอกาสให้พวกเขามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

ขั้นที่ 4 การปรึกษา (Consultation) การสอบถามความคิดเห็นจากประชาชนโดยแบบสอบถาม เวทีประชาพิจารณ์ แต่ไม่ได้นำความคิดเห็นเหล่านั้นมาพิจารณาในการตัดสินใจ

ขั้นที่ 5 การประนีประนอม (Placation) การเปิดโอกาสให้ประชาชนได้แสดงความคิดเห็น มีบทบาทบางส่วนในคณะกรรมการ และอาจมีการเปลี่ยนแปลงบางอย่างตามข้อเสนอ ซึ่งการตัดสินใจโดยรวมยังคงอยู่ภายใต้การควบคุมของผู้มีอำนาจ

ในขั้นที่ 3, 4 และ 5 เป็นการทำเป็นพิธีหรือการมีส่วนร่วมแบบสร้างภาพ (Tokenism) ประชาชนถูกจำกัดการมีส่วนร่วม

ขั้นที่ 6 ความเป็นหุ้นส่วน (Partnership) ประชาชนมีอำนาจต่อรองร่วมกับผู้มีอำนาจ มีการแบ่งอำนาจการตัดสินใจอย่างสมดุล ประชาชนและผู้มีอำนาจร่วมกันตัดสินใจ

ขั้นที่ 7 อำนาจที่มอบหมาย (Delegated Power) ประชาชนมีอำนาจตัดสินใจบางส่วนโดยตรง ประชาชนมีอำนาจในการตัดสินใจบางเรื่องที่ได้รับมอบหมาย เจ้าหน้าที่รัฐอยู่ในฐานะผู้ร่วมสนับสนุน

ขั้นที่ 8 การควบคุมโดยพลเมือง (Citizen Control) ประชาชนมีอำนาจเต็มที่ในการตัดสินใจ และควบคุมกระบวนการตัดสินใจทั้งหมด

ในขั้นที่ 6, 7 และ 8 แสดงถึงอำนาจของพลเมือง (Citizen Power) ประชาชนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง มีอำนาจในการตัดสินใจ เช่น การควบคุมโครงการหรือการบริหารงาน (Arnstein, 1969) เมื่อชุมชนมีความเข้าใจในปัญหาของตนเองดีที่สุด และมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ จะทำให้การดำเนินงานสามารถตอบสนองต่อความต้องการจริงของชุมชนได้ (Laverack & Wallerstein, 2001)

แนวคิดการทำงานแบบชุมชนมีส่วนร่วม (Community-based participatory research-CBPR) โมเดลพัฒนาขึ้นโดยศูนย์วิจัยการมีส่วนร่วมของมหาวิทยาลัยนิวเม็กซิโก (University of New Mexico Center for Participatory Research - UNM-CPR) มีจุดมุ่งหมายในการสร้างความเข้าใจลึกซึ้งเกี่ยวกับปัญหาที่ชุมชนประสบ มุ่งเน้นการสร้างความร่วมมือระหว่างทีมงานกับสมาชิกในชุมชน โดยมีเป้าหมายในการพัฒนาวิธีการหรือโปรแกรมที่สามารถช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าวผ่านการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน การส่งเสริมความเสมอภาค การเสริมพลังให้กับชุมชน และการสร้างความรู้ร่วมกันระหว่างทีมงานและสมาชิกในชุมชน เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง แนวคิด

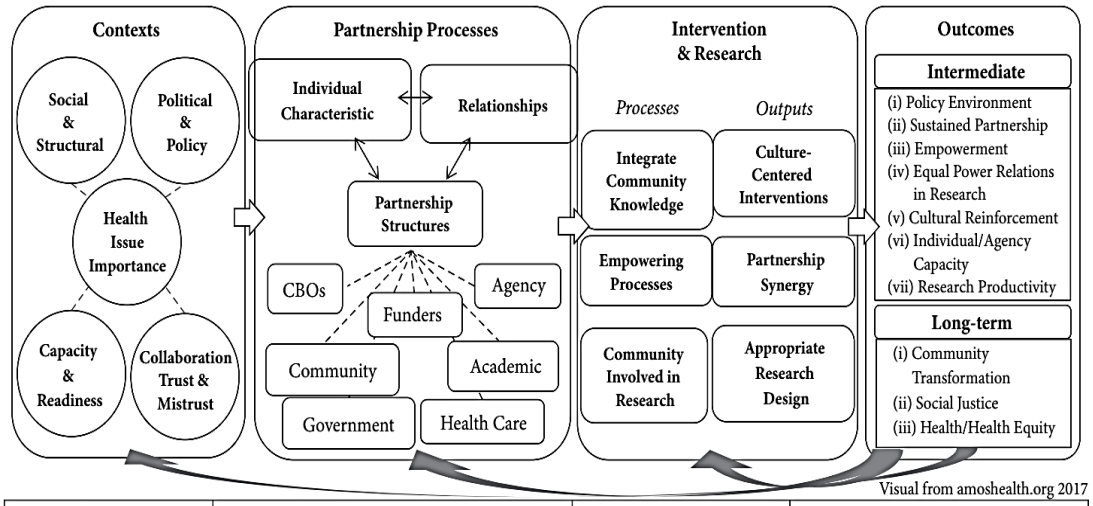
CBPR ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ที่มีความสัมพันธ์กันดังนี้ (Oetzel, Wallerstein, Duran, Sanchez-Youngman, Nguyen, Woo, Wang, Schulz, Keawe'aimoku Kaholokula, Israel, and Alegria, 2018; Belone, Lucero, Duran, Tafoya, Baker, Chan, Chang, Greene-Moton, Kelly and Wallerstein, 2014)

1. บริบท (Contexts) – บริบทของชุมชน ประกอบด้วย 1) สังคมและโครงสร้างทางสังคม ได้แก่ เศรษฐกิจ พื้นที่ตั้งของชุมชน ประวัติความเป็นมาของชุมชน ปัจจัยทางวัฒนธรรม สภาพแวดล้อมของชุมชน 2) การเมืองและนโยบายในชุมชน สถาบันหรือหน่วยงานภายในชุมชน 3) สุขภาวะของคนในชุมชน ประเด็นทางสุขภาพหรือปัญหาสุขภาพในชุมชน 4) ศักยภาพและความพร้อมของชุมชน และ 5) การมีส่วนร่วม ความร่วมมือร่วมแรงกันภายในชุมชน ตลอดจนศักยภาพและความพร้อมของชุมชน

2. พลวัตกลุ่มหรือกระบวนการของผู้มีส่วนร่วม (Group dynamics/Partnership processes) – เป็นการให้ข้อผูกพันในการเสริมพลังอำนาจระหว่างกันผ่านกระบวนการปฏิบัติงานในชุมชนซึ่งมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันในเรื่องต่างๆ ได้แก่ 1) บุคลิกลักษณะของบุคคลภายในชุมชน ได้แก่ แรงจูงใจในการเข้ามามีส่วนร่วม วัฒนธรรมและค่านิยมร่วมกัน ความเชื่อและค่านิยมของบุคคลในชุมชน การยอมรับผู้นำทีมงาน 2) ความสัมพันธ์หรือสัมพันธภาพภายในชุมชน ได้แก่ การยอมรับนับถือ ความยืดหยุ่น การบริหารความขัดแย้ง ผู้นำหรือผู้มีอิทธิพลในชุมชน การเรียนรู้ การมีส่วนร่วมตัดสินใจ บทบาทหน้าที่ของบุคคลในชุมชน โดยกระบวนการปฏิบัติงานในชุมชนต้องมีการสร้างข้อตกลงร่วมกันและมีการเสริมพลังให้บุคคลในชุมชน 3) โครงสร้างความเป็นหุ้นส่วนของกลุ่มผู้มีส่วนร่วมซึ่งประกอบด้วย องค์กรต่างๆ ผู้ให้ทุน ตัวแทนชุมชน หน่วยงานภาควิชาการ หน่วยงานบริการสุขภาพ หน่วยงานภาครัฐ และชุมชน โดยโครงสร้างความเป็นหุ้นส่วนของกลุ่มผู้มีส่วนร่วมมีความเกี่ยวข้องกับความหลากหลายของบุคคลในชุมชนและการมีส่วนร่วมของบุคคล ความซับซ้อน ข้อตกลง การควบคุมการใช้ทรัพยากร งบประมาณในชุมชน หลักการทำงาน คุณค่าของภาคีเครือข่าย ต้นทุนทางสังคม และระยะเวลาการสร้างความเป็นหุ้นส่วน

3. กระบวนการปฏิบัติและการวิจัย (Intervention & Research) – กระบวนการปฏิบัติและการวิจัยเกี่ยวข้องกับกระบวนการและผลผลิต โดยกระบวนการประกอบด้วยกิจกรรม 1) บูรณาการความรู้เชิงวัฒนธรรมในชุมชนร่วมกับความรู้ในเชิงวิชาการ 2) กระบวนการเสริมพลังในการทำงานร่วมกัน และ 3) การมีส่วนร่วมปฏิบัติและการวิจัยของสมาชิกในชุมชน ส่วนผลผลิตที่ได้ ดังนี้ 1) การแก้ปัญหาที่มีวัฒนธรรมชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Culture-centered interventions) 2) กระบวนการทำงานร่วมกันในชุมชนซึ่งเป็นการผนึกกำลังภาคีเครือข่าย (Partnership synergy) และ 3) การออกแบบการแก้ปัญหาซึ่งเป็นรูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมกับชุมชน (Appropriate research design)

4. ผลลัพธ์ (Outcomes) – ผลลัพธ์ของการวิจัยแบบมีส่วนร่วมของชุมชน แบ่งเป็น 1) ผลลัพธ์ที่เกิดระยะกลาง (Intermediate) ได้แก่ นโยบาย การมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างยั่งยืน การเสริมพลัง การกระจายอำนาจอย่างเท่าเทียมกันในการทำงาน การมีวัฒนธรรมการเสริมแรง ความสามารถของบุคคลและหน่วยงานในชุมชน ผลผลิตที่ได้จากการวิจัย และ 2) ผลลัพธ์ที่เกิดในระยะยาว (Long-term) ได้แก่ การสร้างการเปลี่ยนผ่านของชุมชน การตัดสินของชุมชน ความเสมอภาคทางด้านสุขภาพ



Contexts

(i) Social-Structural: Social-Economic Status, Place, History, Environment, Community Safety, Institutional Racism, Culture
(ii) Role of Education and Research Institutions
(iii) Political & Policy: National/Local Governance/Stewardship Approvals of Research; Policy & Funding Trends
(iv) Health Issue: Perceived Severity
(v) Collaboration: Historic Trust/ Mistrust between Partners
(vi) Capacity: Community History of Organizing/Academic Capacity/ Partnership Capacity

Partnership Processes

Partnership Structures:
(i) Diversity: Who is involved
(ii) Complexity
(iii) Formal Agreements
(iv) Control of Resources
(v) % Dollars to Community
(vi) CBPR Principles
(vii) Partnership Values
(viii) Bridging Social Capital
(ix) Time in Partnership

Individual Characteristics:
(i) Motivation to Participate
(ii) Cultural Identities/Humility
(iii) Personal Beliefs/Values
(iv) Spirituality
(v) Reputation of P.I.

Relationships:
(i) Safety/Respect/Trust
(ii) Influence/Voice
(iii) Flexibility
(iv) Dialogue and Listening/ Mutual Learning
(v) Conflict Management
(vi) Leadership
(vii) Self & Collective Reflection/ Reflexivity
(viii) Resource Management
(ix) Participatory Decision- Making
(x) Task Roles Recognized

Commitment to Collective Empowerment

Intervention & Research

(i) Processes that honor community and cultural knowledge and voice, fit local settings, and use both academic & community language lead to Culture-Centered Interventions
(ii) Empowering Co-Learning Processes lead to Partnership Synergy
(iii) Community Members Involved in Research Activities leads to Research/Evaluation Design Reflecting Community Priorities
(iv) Bidirectional Translation, Implementation & Dissemination

Outcomes

Intermediate System & Capacity
(i) Policy Environment: University & Community Changes
(ii) Sustainable Partnerships and Projects
(iii) Empowerment – Multi-Level
(iv) Shared Power Relations in Research/ Knowledge Democracy
(v) Cultural Reinforcement/Revitalization
(vi) Growth in Individual Partner & Agency Capacities
(vii) Research Productivity: Research Outcomes, Papers, Grant Applications & Awards

Long-Term Outcomes: Social Justice
(i) Community/Social Transformation: Policies & Conditions
(ii) Improved Health/Health Equity

ภาพที่ 1 แนวคิดการทำงานแบบชุมชนมีส่วนร่วม (CBPR conceptual model)
แหล่งที่มา : Community-based participatory research: A partnership approach to improve public health. (Oetzel et al., 2018)

แนวคิด CBPR ต่างจากแนวคิดดั้งเดิมในการส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

ประเด็น	แนวคิด CBPR	แนวคิดดั้งเดิม
บทบาทของชุมชน	ชุมชนเป็น “หุ้นส่วนร่วม” หรือ “ผู้ร่วมสร้าง” ความรู้และการเปลี่ยนแปลง	ชุมชนเป็น “ผู้รับ” หรือ “เป้าหมาย” ของโครงการสุขภาพ
กระบวนการทำงาน	แนวทางการดำเนินงาน “จากล่างขึ้นบน” (Bottom-up) โดยให้ชุมชนร่วมกำหนดทุกขั้นตอน	แนวทางการดำเนินงาน “จากบนลงล่าง” (Top-down) โดยนักวิชาการ/หน่วยงานกำหนด
การตัดสินใจ	ชุมชนและนักวิจัยร่วมตัดสินใจเท่าเทียมกัน	การตัดสินใจโดยนักวิจัยหรือผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้กำหนดเป้าหมายและวิธีการ
เป้าหมาย	เน้นทั้งผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และการเสริมพลังชุมชน (empowerment)	เน้นผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (health outcomes)
การสร้างองค์ความรู้	องค์ความรู้ได้จากท้องถิ่นและประสบการณ์ของชุมชนมีคุณค่าเท่ากับความรู้วิชาการ	องค์ความรู้ได้จากนักวิจัยหรือผู้เชี่ยวชาญเป็นหลัก
ความยั่งยืน	มุ่งเน้นความยั่งยืนโดยสร้างศักยภาพให้ชุมชนสามารถดำเนินการได้เองอย่างต่อเนื่อง	โครงการสิ้นสุดตามระยะเวลาที่กำหนด

การบูรณาการแนวคิดด้านศาสนาอิสลามกับการทำงานแบบชุมชนมีส่วนร่วม

การส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ของสตรีมุสลิมเป็นภารกิจที่ต้องอาศัยความเข้าใจในมิติศาสนา วัฒนธรรม และบริบทของชุมชนควบคู่กัน โดยเฉพาะในชุมชนที่ศาสนาอิสลามมีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตและการตัดสินใจในเรื่องสุขภาพ การบูรณาการแนวคิดด้านศาสนาอิสลามกับแนวคิดการทำงานแบบชุมชนมีส่วนร่วม (CBPR) จึงเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ช่วยสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ดังนี้

1. การบูรณาการหลักศาสนาอิสลามกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการเจริญพันธุ์

ศาสนาอิสลามให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ โดยถือว่าสุขภาพเป็นสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่พระเจ้าได้มอบให้มนุษย์ และมนุษย์มีหน้าที่ดูแลรักษา ดังในอัลกุรอานได้กล่าวไว้ว่า “จงบริโภคสิ่งที่ดีที่เราได้ประทานแก่พวกเจ้า” (อัลบะเกาะเราะฮฺ 2:172) และหะดีษของท่านนบีมูฮัมหมัด (ซ.ล.) ที่ว่า “แท้จริงร่างกายของท่านมีสิทธิ์ที่ท่านต้องตอบแทน” (Sahih al-Bukhari, Hadith 6412) ในด้านพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ อิสลามเปิดโอกาสให้มีการวางแผนครอบครัว (family planning) ภายใต้เงื่อนไขที่ไม่ขัดต่อหลักศาสนา เช่น การเว้นระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์ การให้ความรู้เรื่องสุขภาพแม่และเด็ก ตลอดจนการดูแลสุขภาพช่วงก่อนและหลังคลอด ทั้งนี้ต้องอยู่ภายใต้หลักการฮาลาล (สิ่งที่อนุมัติ) และไม่ละเมิดศีลธรรมอิสลาม

ตัวอย่างการบูรณาการหลักศาสนาอิสลามกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ สามารถทำได้โดยจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่บูรณาการร่วมกับหลักศาสนาอิสลามที่เกี่ยวกับการรับผิดชอบต่อสุขภาพ ได้แก่ โครงการการบริโภคที่ดี การดูแลสุขภาพที่ดีและการป้องกันการเกิดโรค เป็นต้น ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ สตรีมุสลิม บุคคลในครอบครัว ผู้นำศาสนา และผู้ให้บริการสุขภาพ บทบาทของบุคคลที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

กิจกรรม	บทบาทของบุคคลที่เกี่ยวข้อง			
	สตรีมุสลิม	บุคคลในครอบครัว	ผู้นำศาสนา	ผู้ให้บริการสุขภาพ
การบริโภคที่ดี การดูแลสุขภาพที่ดี และการป้องกันการเกิดโรค	- ปฏิบัติตามหลักการดูแลสุขภาพที่ดีและป้องกันการเกิดโรคที่สอดคล้องกับหลักทางศาสนา - สนับสนุนให้กำลังใจ - กำกับการปฏิบัติที่ถูกต้อง	- ปฏิบัติตามหลักการดูแลสุขภาพที่ดีและป้องกันการเกิดโรคที่สอดคล้องกับหลักทางศาสนา - สนับสนุนให้กำลังใจ - กำกับการปฏิบัติที่ถูกต้อง	- ให้ความรู้ตามหลักศาสนาอิสลาม - วางแผนกับผู้ให้บริการสุขภาพเพื่อบูรณาการการปฏิบัติตามหลักทางศาสนาที่สอดคล้องกับหลักการดูแลสุขภาพที่ดีและป้องกันการเกิดโรค - นำการปฏิบัติ	- ศึกษาและทำความเข้าใจ วัฒนธรรมมุสลิม - ฝึกทักษะการสื่อสารที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมมุสลิม - วางแผนกับชุมชนเพื่อบูรณาการ การปฏิบัติตามหลักการการดูแลสุขภาพที่ดีและป้องกันการเกิดโรคที่สอดคล้องกับหลักทางศาสนา - ให้ความรู้ ความเข้าใจหลักการการดูแลสุขภาพ ที่ดีและป้องกันการเกิดโรค - ตรวจสุขภาพและคัดกรองโรค

2. การบูรณาการแนวคิดการทำงานแบบชุมชนมีส่วนร่วม (CBPR) ในการทำงานร่วมกับชุมชนมุสลิม

แนวคิดการทำงานแบบชุมชนมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการวิจัยและพัฒนาโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การกำหนดปัญหา วางแผน ร่วมทำวิจัย ตีความผล และนำผลไปใช้ โดย เคารพในความรู้ของชุมชนและมองว่าชุมชนคือ "ผู้รู้" ไม่ใช่ "ผู้รับบริการ" (Oetzel et al., 2018) การใช้หลัก CBPR จะช่วยให้เกิดความไว้วางใจ เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจร่วมกัน และลดความขัดแย้งทางวัฒนธรรม นักวิจัยหรือผู้ปฏิบัติงานจำเป็นต้องมีความไวต่อวัฒนธรรม เข้าใจบริบททางศาสนา และส่งเสริมให้ผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน และสตรีมุสลิมเข้ามามีบทบาทอย่างแท้จริง (Belone et al., 2014) เมื่อบูรณาการหลักศาสนาอิสลามกับแนวคิด CBPR เข้าด้วยกัน การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการเจริญพันธุ์ของสตรีมุสลิมจะมีความยืดหยุ่นและเหมาะสมกับบริบทชุมชน เช่น การจัดอบรมโดยใช้ภาษาและเนื้อหาที่สอดคล้องกับค่านิยมศาสนา การดึงผู้นำศาสนา (โต๊ะอิหม่าม) เข้ามาร่วมสื่อสารในประเด็นสุขภาพ การสร้างกลุ่มอาสาสมัครสตรีเพื่อถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ แนวทางนี้จะนำไปสู่การเสริมสร้างศักยภาพของชุมชนมุสลิมในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ดีขึ้นอย่างยั่งยืน

ตัวอย่างการบูรณาการแนวคิด CBPR ในการทำงานร่วมกับชุมชนมุสลิม ในโครงการการบริโภคที่ดี การดูแลสุขภาพที่ดีและการป้องกันการเกิดโรค ดังนี้

แนวคิด CBPR	กิจกรรม	บุคคลที่เกี่ยวข้อง	บทบาท
การกำหนดปัญหา	“เวทีชูรอสุขภาพ” หลังละหมาดใช้วงปรึกษาหารือ (ชูรอ) ร่วมจัดลำดับปัญหา	คณะกรรมการมัสยิด, อิหม่าม, กลุ่มสตรี, รพ.สต., นักวิจัย	เสนอประเด็น โหวต ร่างคำถามวิจัย
ประเมินบริบท	- ถ่ายภาพจุดเสี่ยงสุขภาพรอบชุมชน - การทำแผนที่ปัญหา (Community Mapping)	อาสาสุขภาพ, นักวิจัย	เก็บข้อมูลเชิงภาพ/พิกัด ถกเชิงสาเหตุ
ออกแบบ/พัฒนา	- จัดค่ายทำอาหาร สาธิตเมนูลดโซเดียม /กะทิ - โครงการตั้งครรภ์คุณภาพ	เชฟท้องถิ่น, กลุ่มสตรี, โภชนากร, พยาบาลผดุงครรภ์, นักวิจัย	ปรับเมนู-สื่อให้ถูกหลักศาสนา ร่วมพัฒนาโครงการตั้งครรภ์คุณภาพ
ดำเนินการ	- เวิร์กช็อปการดูแลสุขภาพนำร่องในมัสยิด ใช้ครูเพื่อน (peer educators) ที่ผ่านการอบรม	คณะกรรมการมัสยิด, ครูเพื่อน (peer educators), รพ.สต., นักวิจัย	สอนและติดตาม, ประสาน รพ.สต.
ประเมิน-ปรับ	- แบบสอบถาม - การสนทนากลุ่ม - การรับฟังเสียงสะท้อน	คณะกรรมการมัสยิด, ประชาชนในชุมชน, รพ.สต., นักวิจัย	วิเคราะห์ข้อมูล ปรับเนื้อหา/วิธีการ
การมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างยั่งยืน	- จัดตั้ง “กองทุนซะกาตเพื่อสุขภาพแม่-เด็ก” - จัดตั้ง “ซะกาตชุมชนมาสนับสนุนค่าตรวจ ANC/HPV”	คณะกรรมการมัสยิด, คณะกรรมการกองทุนซะกาต, รพ.สต.	จัดสรรงบประมาณ รายงานผลการดำเนินงานกองทุน

สรุป

การดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต้องอาศัยแนวทางการพยาบาลที่คำนึงถึงความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ช่วยให้การพยาบาลมุ่งเน้นการรักษาศักดิ์ศรี ลดความทุกข์ทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย รวมถึงเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาล ครอบครัว และทีมสุขภาพ เมื่อพยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยจะได้รับประสบการณ์การรักษาที่ดีขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

References

Ayhan, H., Yaman, A., Baykara, Z. G.,& Duru, P. (2014). Normal saline instillation before endotracheal suctioning: “What does the evidence say?What do the nurses think?” Multimethod study. *Journal of Critical Care*, *30*(4), 762–767. https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.02.010

Bumrungphong, B., Aumnate, C., & Pakdeechote, P. (2018). Extubation and duration of mechanical ventilation among critically ill patients receiving evidence-based nursing practice. *Kuakarun Journal of Nursing*, *22*(1), 129–143. (in Thai)

Chanphen, N., Deuanram, R., & Warathip, K. (2020). Professional nursing competencies in caring for patients using ventilators. *Journal of Nursing and Health Care, 28*(1), 6-14. (in Thai)

Florence, N. (1969). *Notes on nursing: What it is and what it is not.* Dover.

Jiaranai, C. (2017). *Nursing care for patients with oxygenation and ventilation disorders* (4th ed.). Charansanitwong Printing. (in Thai)

Kulsirin, K., & Kachonam, S. (2018). Professional nursing competency in ventilator patient care at Nopparat Rajathanee Hospital. *Vajira Nursing Journal*, 20(2), 1–12. (in Thai)

Limumnoilap, S. & Tumnong, C. (2014). *Critical Care Nursing (7th ed.).* Klungnana Vitthaya Press. (in Thai)

Nakrit, B., Namwongphrom, A., & Phakdeewong, N. (2015). Unplanned extubation and duration of mechanical ventilation in critically ill patients managed with evidence-based nursing practice. *Kuakarun Journal of Nursing, 22*(1), 129-143. (in Thai)

Panthu, K. (2021). *Caring for patients using ventilators*. Chulalongkorn University Publishing House. (in Thai)

Phongphaew, K., & Kachanam, S. (2018). Competencies in managing ventilator-dependent patients among professional nurses at Nopparat Rajathanee Hospital. *Vajira Nursing Journal, 20*(2), 1-12. (in Thai)

Plotplueang, A., Meenasantirak, A., Plianbamrung, D., Rakbanglaem, C., & Ounprommee, S. (2018). Learning experiences of humanized care practice. *Journal of MCU Nakhonsawan*, *5*(3), 745–770. (in Thai)

Ponsirirat, T., & Phoolkarung, Y. (2018). A nursing manual for acute respiratory failure patients treated with non-invasive positive pressure ventilation. Siriraj Hospital, Mahidol University. (in Thai)

Sricharoenchai, T. (2016). Ventilator for the beginners: When to start invasive ventilation and what to gve? In Dusit Sataworn, and Kronchit Piyawechawirat (Editor), All about critical care: Toward critical care excellence (pp. 145-164). Nonthaburi: Beyond Enterprise Company Limited. (in Thai)

Suwannaew, R. (2024). Humanized health care: A holistic approach to patient care. (in Thai)

Tabutwong, W., & Julamet, P. (2015). Elderly patients using ventilators: Psychosocial care. *Journal of Faculty of Nursing, Burapha University, 23*(2), 41-51. (in Thai)

Thailand nursing and midwifery council. (2010). *Competencies of registered nurses. 2nd ed.* Siriyod printing. (in Thai)

Williams, S. (2013). Chapter 10: Nursing care for critically ill patients with respiratory disorders. In S. Lim-amnuaylap, K. Simacharuek, P. Siripakan, & C. Thamnong (Eds.), *Critical care nursing for adult patients* (pp. 145-173). Khon Kaen: Khlang Nana Witya. (in Thai)

Yooyangket, A., & Ketphichayawattana, J. (2019). Effects of a humanitude care program on anxiety among elderly patients in a cardiac ICU. *Journal of Health and Nursing Research, 35*(2), 129-139. (in Thai)

Yuyangket, A., & Kasepitchayawatana, J. (2019). Effects of a humanitude care program on anxiety among elderly patients in a cardiac ICU. *Journal of Health and Nursing Research*, 35(2), 129–139. (in Thai)