

การรับรู้ภาวะสุขภาพ วิถีชีวิต และการเป็นแกนนำสร้างเสริมสุขภาพ ของสตรีมุสลิมในบริบทไทยภาคกลาง

Perception of Health Status, Lifestyle, and being the Health Promotion leaders of Muslim women in Context of Central area in Thailand

พวงพกา คงวัฒนานนท์, ปร.ด.^{1*} ประนอม โอทะกานนท์, ปร.ด.²

Puangpaka Kongvattananon, Ph.D., Pranom Othagantont, Ph.D.

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจการรับรู้ภาวะสุขภาพ วิถีชีวิต และความหมายการเป็นแกนนำด้านการสร้างเสริมสุขภาพของสตรีมุสลิม ในบริบทชุมชนมุสลิมไทยภาคกลาง ศึกษาจำนวน 24 คน อายุ 25-71 ปี จากการเลือกแบบเจาะจงและการบอกต่อ เก็บข้อมูลจากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก จนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว สร้างความน่าเชื่อถือด้วยวิธีตรวจสอบสามเส้า และใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ได้ข้อค้นพบคือ สตรีมุสลิมรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองแข็งแรงร้อยละ 66.2 ปัญหาสุขภาพที่พบคือ ภาวะอ้วน ภาวะไขมันในเลือดสูง เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ตามลำดับ ผู้หญิงมุสลิมให้ความหมายต่อการเป็นแกนนำการสร้างเสริมสุขภาพ มีสาระสำคัญ 3 ประการ คือ 1) แกนนำสตรีต้องยึดหลักปฏิบัติของศาสนาอิสลามกับการเป็นผู้หญิงที่ดี: ดูแลลูกดี เชื่อฟังสามี ทำให้ทุกคนในบ้านมีความสุข และเป็นผู้นำเมื่อไม่มีชายในบ้าน 2) แกนนำสตรีมุสลิมต้องมีคุณสมบัติผู้นำทั่วไป: กล้าพูด กล้าทำ นำคนอื่นได้ 3) แกนนำต้องมีสุขภาพดีก่อน จึงจะนำผู้อื่นได้ ทั้ง กาย จิต สังคม การรู้ดีชั่ว และสิ่งแวดล้อม ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่า การจะสร้างแกนนำสตรีมุสลิมต้องทำความเข้าใจ บริบทสังคมมุสลิม แนวปฏิบัติในหลักศาสนาอิสลาม ความต้องการและข้อจำกัดของสตรีมุสลิม ข้อความรู้ที่ได้นักสุขภาพสามารถนำมาทำความเข้าใจและสร้างแนวทางพัฒนาแกนนำสตรีมุสลิมในการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะสุขภาพ วิถีชีวิตมุสลิม แกนนำ สตรีมุสลิม

Abstract

This qualitative study aimed to understanding the perception of health status, lifestyle, and being the leadership health promotion of Muslim women in context of central area of Thailand. Twenty four participants were Muslim women age 25-71 by using purposive sampling and snowball techniques. Data were collected using focus group and in-depth interviewed until data saturation. Triangulation confirmed trustworthiness. Content analyses was used for data analysis. The findings revealed that participants perceived healthy 66.2 %. Most of them had underlying diseases such as overweight, hyperlipidemia, diabetes mellitus, and hypertension. The meaning of leadership composed of three main themes: 1) Women hold to Islam's principle about good women: take care her children effectively, comply with her husband, take care all kindred happiness, and being leadership women that was no man in home 2) Women leader were a leadership characteristic: dare to speak, dare to act and lead

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

² ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

* ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) e-mail: puangpaka@nurse.tu.ac.th

people to do something. 3) Women were healthy in order to lead someone to practice: Physical, Psychological, social, spiritual, and environment wellbeing. The findings suggested that promoting to be a leadership Muslim women should understand health status, the lifestyle, need, and practice on Islam principle of Muslim women. Health care provider can use this findings to plan for developing the effective health promotion Muslim women leaders

Keywords: Health Status, Lifestyle of Muslim, Leadership, Muslim women

ความสำคัญของปัญหา

นโยบายของประเทศไทยได้มีการตระหนักถึงปัญหาสุขภาพและการสร้างความเท่าเทียมในสังคม ได้มีนโยบาย และได้จัดทำมาตรการหลากหลายเพื่อการเตรียมการในการรองรับสถานการณ์ปัญหาสุขภาพทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่จะเพิ่มขึ้นมากในอนาคต (Chanocha, 2018) จากนโยบาย แผนงานและมาตรการ และวิธีการต่าง ๆ ที่ดำเนินการให้แก่บุคคลทุกกลุ่มวัย ในปัจจุบันจึงพบได้ว่าผู้หญิงวัยกลางคนและสูงอายุจำนวนหนึ่งที่มีสุขภาพดี แข็งแรง มีพลังและศักยภาพ สามารถดำรงชีวิตอิสระและสามารถถ่ายทอดภูมิปัญญาเพิ่มคุณค่าแก่สังคมได้ คุณค่าสำหรับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากบุคคลเหล่านี้ก็คือประสบการณ์ชีวิตของผู้หญิงในอดีตทั้งในภาวะปกติและในภาวะเจ็บป่วย ซึ่ง Phanich, Intharaprasoet, & Limsuphawanit (2017) เรียกความรู้ที่มีอยู่ภายในตัวตนของคนนั้นนับเป็นสิ่งที่มีความรู้ ซึ่งเรียกว่า “ความรู้ฝังลึก (tacit knowledge)” หมายถึงความรู้ของบุคคลที่เกิดจากการสั่งสมประสบการณ์และการปฏิบัติ มีลักษณะเฉพาะเป็นสิ่งที่ผุดขึ้นมาจากภายใน การทำให้ความรู้ที่มีอยู่เดิมเจริญงอกงาม ออกผลผลิตที่ต้องการต้องอาศัยตนเองในการเป็นผู้นำมาช่วยจัดการให้เกิดขึ้น การจัดการทำนองนี้จะช่วยให้ผู้หญิงจำนวนหนึ่งที่มีสุขภาพดี ช่วยเหลือตัวเองและครอบครัวได้ หรือการถ่ายทอดประสบการณ์ในการสร้างเสริมสุขภาพมาแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ผู้หญิงแต่ละคนมีการรับรู้เรื่องภาวะสุขภาพแตกต่างกัน และมีวิธี

การดูแลตนเองและครอบครัวแตกต่างกัน

ด้วยผู้หญิงมีอายุไขเฉลี่ยสูง และอายุยืนกว่าผู้ชาย และในสังคมไทยผู้หญิงโดยส่วนใหญ่ยังมีบทบาทสำคัญในบ้านโดยเฉพาะการดูแลสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพของทุกคนในครอบครัว (Chirawatkul et. al. 2016) ผู้หญิงจึงเป็นแกนหลักที่สำคัญในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพในสังคมชาวมุสลิมก็เช่นกันผู้ชายเป็นใหญ่ในครอบครัว การตัดสินใจจึงมักขึ้นกับผู้ชาย ขณะที่การสร้างเสริมสุขภาพผู้หญิงเป็นผู้ปฏิบัติ ทั้งอาหารการกิน สุขอนามัย สิ่งแวดล้อมในบ้าน ผู้หญิงจึงเสมือนเป็นผู้นำในการดูแลสุขภาพของทุกคนในครอบครัว

ชุมชนมุสลิมเป็นชุมชนที่มีลักษณะเด่นในลักษณะครอบครัวขยายที่มีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวดี ลูกหลานที่แต่งงานแล้วยังคงอยู่ในครอบครัวเดิม ที่ขยายต่อจนเป็นชุมชนใหญ่ มีลักษณะเป็นสังคมเครือญาติ (Jampaklai, Prasitthihima, & Sakunsri, 2012) และในครอบครัวมุสลิมผู้หญิงจะทำหน้าที่ดูแลสุขภาพ จัดหาอาหารหรือประกอบอาหารให้ทุกคนในครอบครัว และจากการศึกษาของ Aliusaman (2005) พบว่าชาวไทยมุสลิมเจ็บป่วยด้วยโรคที่มาจากพฤติกรรมกรรมกรบริโภคที่ไม่เหมาะสมขาดการออกกำลังกาย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง เบาหวาน โรคหัวใจ มีภาวะอ้วน มากกว่าชาวไทยพุทธ โดยเฉพาะพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ ยังพบว่าชาวไทยมุสลิมชอบรับประทานอาหารรสเค็ม อาหารมัน อาหารทอด จำพวกแป้งและน้ำตาล (Sakunpanyawat, 2014) และชาวไทยมุสลิมชอบรับประทานอาหารหวานและมัน โดยยังมีความเชื่อว่าอาหารประเภทนี้เป็นอาหารชั้นดี (Anuwatyanyong, 2007) ที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของคนไทยมุสลิม

ผู้หญิงจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวชาวมุสลิม และด้วยวิถีชีวิตของชุมชนมุสลิมที่ยึดหลักศาสนาในการดำเนินชีวิตปัจจุบัน การทำความเข้าใจการรับรู้ภาวะสุขภาพ วิธีชีวิต และความหมายของการเป็นแกนนำสตรี จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้เห็นสุขภาพเข้าใจภาวะสุขภาพ วิธีชีวิตและการเป็นแกนนำของสตรีมุสลิม ซึ่งผลการศึกษาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างแกนนำสตรีมุสลิม เมื่อสตรีมุสลิมได้รับการพัฒนาเป็นแกนนำด้านการสร้างเสริมสุขภาพซึ่งเชื่อว่าสตรีจะช่วยสร้างสุขภาพ

ที่ดีของคนในครอบครัวและโยงไปสู่ชุมชนสุขภาพที่ดี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจ การรับรู้ภาวะสุขภาพ วิถีชีวิต และความหมายการเป็น แกนนำด้านการสร้างเสริมสุขภาพของสตรีมุสลิมในบริบท ชุมชนมุสลิมไทยภาคกลาง

กรอบแนวคิดในการวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้ ให้ความสำคัญกับความรู้ที่มาจาก การสังเกตประสบการณ์จากชีวิตของสตรีมุสลิม ผู้วิจัยจึง เลือกใช้แนวคิดในการศึกษาอันประกอบด้วย 3 แนวคิดคือ แนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) เป็น แนวทางเบื้องต้นในการศึกษา การเลือกผู้ให้ข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล แนวคิดเชิงเพศภาวะ (gender perspective) ในการวิเคราะห์ความเป็นชายเป็นหญิงกับการเป็นแกนนำสตรี และแนวคิดการจัดการความรู้ (knowledge management) ในการพัฒนาหลักสูตร แกนนำสตรีมุสลิม ทำการวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อค้นหา ความหมายและเจาะลึกวิถีชีวิตผู้หญิงมุสลิมนำไปสู่การเป็น แกนนำสตรีมุสลิม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ตาม แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาเชิงบรรยาย (Husserl phenomenology) (Creswell & Poth, 2018; Patton, 2015) เป็นแนวทางในการเลือกผู้ให้ข้อมูล กำหนดวิธีเก็บ รวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีมุสลิมที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่มีสุขภาพดี และยินดีเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเป็นแกนนำในการสร้างเสริมสุขภาพของสตรีมุสลิม และกำหนดกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ สตรีมุสลิม ในชุมชนมุสลิม

เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (purposive sampling) จากสตรีมุสลิมที่เปิดโอกาสให้พูดคุยและให้ข้อมูลใน เบื้องต้น โดยเริ่มต้นจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน จากนั้นเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักด้วยวิธีการบอกต่อ

(snowball sampling) ไปยังมุสลิมกลุ่มอื่น ๆ เพื่อให้เกิด ความหลากหลายทั้งอายุ ประสบการณ์ การศึกษา รายได้ สถานะในชุมชน ในการยืนยันลักษณะข้อค้นพบที่คล้ายคลึง กัน และใช้วิธีการเลือกจากทฤษฎี (theoretical sampling) (Streubert & Carpenter, 2011) เพื่อค้นหาหมวดหมู่ ของความหมาย และความต้องการที่เหมือนกัน หรือ แตกต่างกันของสตรีมุสลิม เพื่อให้ได้ความหมาย วิถีชีวิต และการเป็นแกนนำด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง เป็นจริงเก็บข้อมูลจนได้ข้อมูลอิ่มตัว ซึ่งมีผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด จำนวน 24 คน

เครื่องมือในการวิจัย

ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยมีประสบการณ์การทำวิจัยเชิงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะไม่น้อยกว่า 10 ปี และทำวิจัยเชิงคุณภาพ 8 เรื่อง ตีพิมพ์เผยแพร่เป็นบทความวิจัย 10 เรื่อง หลังจบการศึกษา ระดับปริญญาเอก และใช้นวการสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น ครอบคลุมวัตถุประสงค์ในเบื้องต้น 15 ข้อคำถามและ คำถามสามารถปรับเปลี่ยนได้ในระหว่างศึกษาตามประเด็น ที่พบและต้องการข้อมูลที่ลึกมากขึ้น ตัวอย่างคำถาม เช่น “ภาวะสุขภาพของท่าน ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาเป็นอย่างไร ตามการรับรู้ของท่าน” เป็นต้น โดยข้อคำถามมีการพิจารณา จากผู้เชี่ยวชาญด้านศาสนาอิสลาม เพื่อให้เกิดความเหมาะสม ตามบริบทวัฒนธรรมชุมชนมุสลิม

ความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (trustworthiness) และความเชื่อถือได้ (credibility) ใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation) (Creswell & Poth, 2018; Patton, 2015) ด้านวิธีเก็บข้อมูลแหล่งข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยมีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและการตีความ ด้วยการย้อนกลับไปยังผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ (member checking) (Creswell & Poth, 2018)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

วิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ก่อนตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ใน การวิจัย รหัสโครงการเลขที่ 211/3560 ครั้งที่ 1 รับรอง วันที่ 27 มกราคม 2560 ถึง 26 มกราคม 2561 และ ครั้งที่ 2 รับรองวันที่ 27 มกราคม 2561 ถึง 26 มกราคม 2562

เมื่อผู้ให้ข้อมูลเซ็นใบยินยอมจึงเก็บรวบรวมข้อมูล และผู้วิจัยจะใช้รหัสแทนทั้งชื่อผู้ให้ข้อมูลและองค์กร ที่ไม่สามารถอ้างไปถึงผู้ให้ข้อมูลได้ และทำลายเทปเสียงเมื่อการศึกษาสิ้นสุด และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมที่จะไม่ทำความเสียหายแก่ผู้ให้ข้อมูลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการสนทนากลุ่ม 3 กลุ่ม โดยแบ่งกลุ่มตามพื้นที่ของชุมชน และเจาะลึกข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในครั้งหลัง โดยสัมภาษณ์ 1-3 ครั้ง ร่วมกับการบันทึกภาคสนาม ได้ผู้ให้ข้อมูล 24 คน ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้หญิงมุสลิม 21 คน และผู้ให้ข้อมูลรองเป็นผู้ชายมุสลิม 3 คน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักอ้างถึง ประกอบด้วย ผู้นำศาสนา ผู้สูงอายุในชุมชน และครูสอนศาสนา และตรวจสอบข้อมูลโดยการสัมภาษณ์มากกว่า 1 ครั้ง และให้ผู้ข้อมูลตรวจสอบข้อมูลครั้งก่อนก่อนการสัมภาษณ์ จนได้ข้อมูลอิมตัว ในขณะที่ศึกษาผู้ให้ข้อมูลสามารถปฏิเสธได้ในเบื้องต้นและสามารถปฏิเสธได้ตลอดการดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) (Creswell, 2018; Patton, 2015) ด้วยการอ่านบทสัมภาษณ์เข้าไปเข้ามา สกัดข้อที่มีความสำคัญ กำหนดความหมาย สร้างหมวดหมู่ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลให้เป็นที่ยอมรับ และปรับเปลี่ยนข้อค้นพบที่ถูกต้องเป็นจริงอีกครั้งจากข้อเสนอของผู้ให้ข้อมูล เมื่อข้อมูลมีความหนาแน่นมากพอ นำมาเรียงร้อยเชื่อมโยงเป็นสาระสำคัญ (Creswell, 2018; Patton, 2015) ซึ่งขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลทำไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลการวิจัย

จำนวนผู้ให้ข้อมูลจำนวน 24 คน ทั้งหมดเป็นคนไทยที่นับถือศาสนาอิสลาม อาศัยอยู่ในชุมชนมุสลิมที่ศึกษา 5-60 ปี อายุอยู่ระหว่าง 20-81 ปี เป็นผู้หญิง 21 คน และผู้ชาย 3 คน ซึ่งเป็น ผู้นำศาสนา ผู้สูงอายุในชุมชน และครูสอนศาสนา โดยข้อค้นพบได้ประเด็น 3 ประเด็นดังนี้

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพของสตรีมุสลิม ผู้หญิงมุสลิมรับรู้ว่าคุณแข็งแรงดีถึงแม้จะมีโรคประจำตัว สุขภาพแข็งแรงมองที่ร่างกายยังทำงาน หรือทำมาหากินได้ คนที่มีสุขภาพไม่ดี คือคนที่ทำมาหากินไม่ได้ ไปไหนมาไหนไม่ได้

ต้องพึ่งพาคนอื่น และถ้าเปรียบเทียบกับตอนสาวรับรู้ว่าแข็งแรงน้อยกว่า ตัวอย่างคำพูดดังนี้

“คิดว่าเรามีสุขภาพดีนะ ก็เรายังทำงานได้ ทำมาหากินได้... หมอบอกเรามีไขมัน และอ้วน ก็กินยาไขมันที่บอก ไขมันก็ปกติแล้ว ก็คิดว่าตนเองแข็งแรงดีนะ” (หญิงมุสลิมวัย 55 ปี)

“ตนเองแข็งแรงดีนะ ยังขายกล้วยได้ทุกวัน (หัวเราะ) ถ้าไปขายไม่ได้เมื่อไรก็เมื่อนั้นแหละ ถ้าสมัยสาว ๆ เทียบกันไม่ได้ ก็แข็งแรงกว่านี้มาก อดนอนวันสองวันไม่เป็นไร เดียวนี้ไม่ได้” (หญิงมุสลิมวัย 45 ปี)

“ไม่แข็งแรงแบบเขา ไปไหนมาไหนลำบาก เดินลำบาก เมื่อก่อนไปไหนมาไหนคล่องตัว บางที่ต้องพึ่งพาหลาน คนแข็งแรงต้องไปไหนมาไหนได้ พึ่งตัวเองได้ค่ะ” (หญิงมุสลิมวัย 64 ปี)

ส่วนข้อมูลจากแบบสอบถามปลายเปิด ผู้ให้ข้อมูลตอบว่าตนมีสุขภาพแข็งแรงดีร้อยละ 66.2 ส่วนโรคประจำตัวที่พบ คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง หอบหืด/โรคภูมิแพ้ พบร้อยละ 25.4, 17.8, 16.9, 10.2 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายเกินค่าปกติ ร้อยละ 73.8 มีภาวะโรคอ้วน ร้อยละ 56.9 และมีรอบเอวมากกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (มากกว่า 80 เซนติเมตร) ร้อยละ 80.5 และพบว่าจำนวนครั้งของการเจ็บป่วยต่อปีเฉลี่ย มากกว่า 1 ครั้งต่อปี และกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งรับรู้ว่าคุณแข็งแรงดี และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของสตรีมุสลิมในชุมชน ร้อยละ 51.1 ไม่เคยตรวจสุขภาพ และดูแลตนเองด้วยการรับประทานยาประจำตามแพทย์สั่ง ปฏิบัติตามข้อกำหนดศาสนาอย่างเคร่งครัด และ อดอาหารกินเอง พบร้อยละ 39.8, 31.4, และ 21.2 ตามลำดับ

นอกจากนี้ผู้หญิงมุสลิมให้มุมมองภาวะสุขภาพผู้หญิงขึ้นกับภาระการดูแลผู้ป่วยในครอบครัวของผู้ให้ข้อมูล ถ้ายังดูแลคนอื่นได้แสดงว่ามีสุขภาพดี จากข้อมูลพบว่าส่วนใหญ่มีผู้ป่วยที่บ้าน คิดเป็น ร้อยละ 33.8 ในกลุ่มนี้พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่ต้องดูแลในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน พบร้อยละ 20.3 และมี 2 คน พบร้อยละ 5.1 ลักษณะโรค/ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในบ้าน ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 48.7 รองลงมาเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ร้อยละ 25.6 พิจารณาช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ร้อยละ 15.4 และพบผู้ป่วยติดเตียง

ในบ้าน ร้อยละ 10.3 ตามลำดับ

2. วิถีชีวิตของสตรีมุสลิมในชุมชนมุสลิมที่ศึกษาเป็นชุมชนเก่าดั้งเดิมมีมานานกว่าหนึ่งร้อยปี ปัจจุบันมีลักษณะเป็นชุมชนกึ่งเมือง มีมัสยิด 2 แห่ง มีโรงเรียนประถมศึกษา 1 แห่ง โรงเรียนสอนศาสนา 1 แห่ง ในพื้นที่มีโรงฆ่าสัตว์ของคนมุสลิมที่ทำในพื้นที่ที่ได้รับอนุญาตตามหลักปฏิบัติของศาสนาอิสลาม ชุมชนนี้มีประชากร 4, 453 คน สตรีมุสลิมร้อยละ 53.2 ประกอบอาชีพที่ทำงานอยู่ในพื้นที่ครอบครัวภายในชุมชน ที่สามารถดูแลบุตรและครอบครัวได้ ได้แก่ ค้าขายอาหาร ขายเนื้อวัว ขายขนม เปิดร้านค้าเล็ก ๆ ในบ้านและในชุมชน และทำเกษตรกรรม และร้อยละ 36.6 มีอาชีพเป็นแม่บ้าน โดยมีสามีเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว และร้อยละ 10.2 ทำงานนอกบ้าน เป็นข้าราชการครู พนักงานบริษัท โดยในกลุ่มที่ทำงานนอกบ้านมีอายุอยู่ระหว่าง 20 ถึง 38 ปี สตรีมุสลิมมีรายได้เฉลี่ย 6231.43 บาทต่อเดือน ลักษณะวิถีชีวิตของสตรีมุสลิมใช้หลักศาสนาอิสลามในการดำเนินชีวิต มุ่งเน้นสองประเด็น คือ

2.1 วิถีชีวิตของสตรีมุสลิม: ยึดหลักศาสนาอิสลามเป็นแนวทางการดำเนินชีวิต

สตรีมุสลิมทุกคนจะปฏิบัติตามหลักศาสนาอิสลาม ละหมาดวันละ 5 ครั้ง ถ้าไม่สามารถทำได้ครบตามเวลาที่กำหนดสามารถทดไปทำในช่วงเวลาที่สะดวกได้ และในวันเสาร์ช่วงเช้ามีการเรียนศาสนาอิสลาม และเมื่อมีงานบุญของครอบครัวคนในชุมชน ทุกคนจะให้ความสำคัญและไปร่วมงานช่วยเหลือกัน คนในชุมชนส่วนใหญ่เป็นเครือญาติกัน เมื่อสมรสแล้วมักจะอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวใหญ่ มีการขยายต่อเติมบ้านออกไป จึงมีความสัมพันธ์กันใกล้ชิด และช่วยเหลือเกื้อกูลกันภายในกลุ่มของตน ดังตัวอย่างคำพูดดังนี้

“ผู้หญิงไม่ได้ไปมัสยิด เราละหมาดที่บ้านหรือที่ทำงาน ละหมาดวันละ 5 ครั้ง ผู้ชายเขาจะไปมัสยิดกัน” (หญิงมุสลิมวัย 64 ปี)

“ชุมชนมุสลิมเราลูกหลาน ถึงแม่แต่งงานไปก็จะมาอยู่ด้วยกันเป็นครอบครัวใหญ่ อีกอย่างเด็กมุสลิมทุกคนต้องเรียนศาสนา ที่นี่เราจัดสอนในวันเสาร์ ผู้หญิงเราบางที่ก็มาเรียนด้วยกับเด็ก ๆ ค่ะ” (หญิงมุสลิมวัย 42 ปี)

“การปฏิบัติตามหลักศาสนา การละหมาดวันละ 5 ครั้ง ถ้าไม่สามารถทำได้ครบตามเวลาที่กำหนด

สามารถทดไปทำในช่วงเวลาที่สะดวกได้ครับ” (ครูสอนศาสนาอิสลามวัย 46 ปี)

2.2 การเป็นผู้หญิงมุสลิมที่ดี: เชื่อฟังสามี ดูแลทุกคนในบ้านให้มีความสุข

ผู้หญิงมุสลิมที่สมรสแล้ว ต้องเชื่อฟังสามี โดยสามีทำหน้าที่เป็นผู้นำ และเป็นผู้ตัดสินใจในครอบครัว ภรรยาทำหน้าที่เป็นผู้ตาม และต้องดูแลบุตร ผู้หญิงมุสลิมเมื่อจะออกนอกบ้านหรือไปทำกิจกรรมต่าง ๆ นอกบ้าน จะต้องขออนุญาตสามีก่อนเสมอ และการเลี้ยงดูบุตรให้เติบโตสมบูรณ์เป็นหน้าที่ผู้หญิงเช่นกัน ผู้หญิงมักทำงานอยู่ที่บ้าน เช่น เปิดร้านขายของชำ ขายอาหาร ก๋วยเตี๋ยว เป็นต้น ในขณะที่ผู้ชายจะเป็นผู้ประกอบอาชีพ ทำงานนอกบ้านหารายได้ให้กับครอบครัว ดังตัวอย่างคำพูดดังนี้

“การเป็นผู้หญิงที่ดีต้องอยู่กับैया ฝากับเรือน เชื่อฟังสามี แต่งกายมิดชิดไม่เปิดเผยส่วนจรงกาย” (หญิงมุสลิมวัย 45 ปี)

“เวลาเราจะออกไปนอกบ้าน ต้องขออนุญาตสามี หลักศาสนาอิสลามต้องขออนุญาต ถ้าเขาไม่ให้ก็ไมควไปคะ” (หญิงมุสลิมวัย 35 ปี)

“อย่างวันนี้ที่มาทำกลุ่มกัน ฉันก็บอกสามีให้เขารู้ขออนุญาต บางคนก็มาด้วยกันเลยก็ถือว่าอนุญาตกัน หลักอันนี้ก็คงป้องกันการทะเลาะ ระแวงกันนะคะ” (หญิงมุสลิมวัย 39 ปี)

ในด้านการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนของผู้หญิงมุสลิม การจัดกิจกรรมในพื้นที่มุสลิมต้องให้ความสำคัญและคำนึงถึงหลักศาสนาที่เป็นแนวปฏิบัติในชีวิตประจำวันของคนมุสลิม เนื่องจากหลักศาสนาเป็นหลักในการดำเนินชีวิตประจำวันของคนไม่แยกจากกัน การทำงานในชุมชนมุสลิม มีข้อปฏิบัติที่ควรคำนึงถึงและนำไปสู่ความร่วมมือในการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนมุสลิม คือ 1) การจัดกิจกรรมกลุ่ม ควรจัดกิจกรรมเสียงดัง ไม่ใช่เครื่องดนตรี ไม่ร้องเพลง จัดเกมส์ที่ทำกลุ่มควรทำในห้อง เช่น การระดมสมอง การเขียนโครงการ การทำกิจกรรมร่วมกันในชุมชน 2) การแต่งกายควรใช้ชุดสุภาพ งดการสวมกางเกงขาสั้น กระโปรงสั้น หรือใส่เสื้อแขนกุด ทุกครั้งที่เข้าชุมชนมุสลิม 3) ดำเนินกิจกรรมให้ตรงเวลา เลิกตรงเวลา โดยการจัดกิจกรรมต้องไม่จัดในช่วงเวลาของการละหมาด 5 เวลาที่กำหนด 4) ในขณะที่ดำเนิน

กิจกรรมถ้ามีเสียงตามสายเป็นบทสวดอัลกุรอานหรือให้หยุดทำกิจกรรมและสงบนิ่ง ทุกครั้งที่ลงจัดกิจกรรมในชุมชน 5) ระมัดระวังการดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับข้อไม่ควรปฏิบัติในหลักศาสนา เช่น อาหารที่เป็นข้อห้ามรับประทาน ได้แก่ เลือดสัตว์ หมู ระมัดระวังขณะพูดคุย และจัดอาหารที่มีตราฮาลาลัน หรือสั่งอาหารจากร้านมุสลิมในวันจัดกิจกรรม 6) งดการทำกิจกรรมในช่วงเวลาการถือศีลอด 7) การจัดกิจกรรมควรหลีกเลี่ยงการกระทบต่อการทำละหมาด หรือควรงดเมื่อมีงานบุญต่าง ๆ ในชุมชน

3. ความหมายต่อการเป็นแกนนำการสร้างเสริมสุขภาพของสตรีมุสลิม ผู้หญิงมุสลิมรับรู้ถึงการเป็นแกนนำการสร้างเสริมสุขภาพของสตรีมุสลิม ผู้ที่เป็นแกนนำได้มีลักษณะสำคัญ 3 ประการ คือ

1) ยึดมั่นในหลักปฏิบัติของศาสนาอิสลาม ในการเป็นผู้หญิงที่ดี: งานในบ้านต้องดีก่อน จึงจะทำงานนอกบ้านได้ และผู้หญิงจะเป็นผู้นำเมื่อไม่มีผู้ชายในบ้าน ตัวอย่างคำพูดดังนี้

“การเป็นผู้หญิงที่ดีต้องอยู่กับเหย้าเฝ้ากับเรือน เชื้อฟังสามี่ แต่งกายมิดชิดไม่เปิดเผยส่วนของร่างกาย ... งานนอกบ้านเป็นเรื่องของผู้ชายเขา... แต่เดี๋ยวนี้ผู้หญิงก็ทำงานนอกบ้านกันเยอะขึ้นนะมันไม่พอกัน แต่ว่าผู้หญิงที่จะขาดไม่ได้ คืองานในบ้าน ลูก สามี่ ต้องดูแลให้ดีก่อนบกพร่องไม่ได้ เขาก็สอนกันมาแบบนี้ค่ะ” (หญิงมุสลิมวัย 45 ปี)

“เวลาเราจะออกไปนอกบ้าน ต้องขออนุญาตสามี่ หลักศาสนาอิสลามต้องขออนุญาต ถ้าเขาไม่ให้ก็ไม่ควรไปค่ะ” (หญิงมุสลิมวัย 35 ปี)

“โดยหลักปฏิบัติแล้ว ผู้หญิงมุสลิมถ้าจะออกจากบ้านต้องขออนุญาตสามี่ก่อน ถ้าไปโดยที่ไม่รู้จักไม่เหมาะสม” (ครูสอนศาสนาอิสลามวัย 46 ปี)

“ผู้ชายเขาคาดหวังว่าเราต้องดูแลลูกให้ดี ดูแลลูกหน้าตาของผู้หญิง เหมือนทั่วไป ยิ่งดีมาก ก็คือดูแลคนในครอบครัวให้คนในบ้านมีความสุข พ่อแม่เราริของสามี่ ต้องดูแลหมดค่ะ ในบ้านต้องดี ทำงานข้างนอกไว้ทีหลัง” (หญิงมุสลิมวัย 50 ปี)

“ผู้หญิงที่ดีต้องแต่งกายมิดชิด ถ้าไปเปิดแต่งไม่มิดชิดทำให้ผู้ชายทำผิด ผิดประเพณีเรา ผู้หญิงก็เป็นคนบาปด้วยเหมือนกันค่ะ” (ชายผู้นำชุมชน วัย 65 ปี)

“ป้าก็ แพนป้าเสียไป สี่ห้าปีแล้วมั่ง อยู่กับลูกสาว 2 คน เขายังไม่แต่งงาน ป้าก็ต้องเป็นผู้นำทุกอย่าง พอลูกเขาแต่งงาน หน้าที่ผู้นำก็เป็นลูกเขยค่ะ” (หญิงมุสลิมอายุ 44 ปี)

2) แกนนำต้องมีคุณสมบัติผู้นำทั่วไป: กล้าพูด กล้าทำ นำคนอื่นได้

คุณลักษณะผู้นำ ผู้ที่เป็นจะแกนนำสตรีต้องกล้าพูด กล้าทำในสิ่งที่ถูกต้อง นำผู้อื่นได้ เช่น ผู้นำอสม. ผู้นำกลุ่มแม่บ้าน สตรีมุสลิมปกติจะเป็นผู้นำได้ต่อเมื่อไม่มีผู้ชายในบ้าน ต้องดูแลครอบครัวแทน จึงผลักดันให้ผู้หญิงเป็นผู้นำครอบครัว กลุ่มตัวอย่างหลายคนเป็นผู้นำครอบครัวเนื่องจากสามีเสียชีวิต บางคนเป็นผู้นำ อสม. ผู้นำกลุ่มแม่บ้าน คุณสมบัติผู้นำควรมีลักษณะ มีความกล้าที่จะพูดโดยเฉพาะในที่สาธารณะ กล้าทำกล้าแสดงออก ชี้นำผู้อื่นให้ปฏิบัติตามได้ ตัวอย่างคำพูดดังนี้

“ผู้นำ แบบโตะอิหม่าม ผู้นำผู้หญิงเราไม่ค่อยเป็น ส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย ถ้าเป็นผู้นำ ต้องกล้าพูดหน้าชั้น พูดคำไหนที่พูดต้องทำให้ได้ อย่าง...ประธาน อสม. ก็นำเราคอยแจ่งข่าว เป็นตัวแทนเราประชุมโน้นนี่นั่น” (หญิงมุสลิมวัย 45 ปี)

“ผู้นำ ต้องนำเราได้ค่ะ” (หญิงมุสลิมวัย 64 ปี)

“ผู้หญิงมุสลิมเราไม่ค่อยกล้า ยิ่งให้มาพูดหน้าห้อง ต่อหน้าคนเยอะ ๆ ไม่ค่อยกล้า มันพูดไม่ออกเงินค่ะ” (หญิงมุสลิมวัย 51 ปี)

“แรก ๆ ไม่กล้าเลย ให้ไปพูดต่อหน้าคนมาก ๆ ไม่กล้า พูดไม่ออกไม่รู้จะพูดอะไร พอทำกิจกรรมบ่อย ๆ ต้องนำเสนอข้อมูลที่เทศบาลให้ไปรวบรวมก็ต้องพูด หลัง ๆ ก็ทำได้ค่ะ ผู้หญิงมุสลิมเราไม่ค่อยได้ไปไหนทำอะไรนอกบ้าน พอไปทำก็ไม่ค่อยกล้านะ” (หญิงมุสลิมวัย 36 ปี ประธาน อสม.)

“พวกผู้หญิงมุสลิมไม่ค่อยกล้า ชี้อาย พูดต่อหน้าคนเยอะ ๆ เขาไม่เคย ถ้าเป็น อสม. ก็จะกล้าหน่อยคือว่า เคยอบรมมา เขาให้ทำกิจกรรมเยอะ” (ชายมุสลิมวัย 51 ปี ผู้นำชุมชน)

3) แกนนำสตรีต้องมีสุขภาพดีก่อน จึงจะนำผู้อื่นได้: กายดี จิตดี สังคมดี มีประสบการณ์ และรู้ว่าอะไรควรไม่ควร พร้อมทั้งรู้จักหาสิ่งแวดล้อมด้วย

คนที่ เป็นแกนนำสตรีด้านการสร้างเสริมสุขภาพควรมีสุขภาพดี เพื่อเป็นแบบอย่างหรือเป็นตัวช่วยให้คนอื่นทำตาม ถ้าแกนนำมีสุขภาพไม่ดีก็จะชี้แนะให้ผู้อื่นทำตามไม่ได้ โดยการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม สตรีมุสลิมรับรู้ถึงความหมายว่า เป็นการเสริมสร้างร่างกายให้มีสุขภาพดี มีจิตใจดี โปร่ง มีครอบครัวดี ปฏิบัติตามหลักศาสนาได้สมบูรณ์ ประกอบกับการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี และผู้หญิงมุสลิมมีการรับรู้ว่าการส่งเสริมสุขภาพองค์รวมประกอบด้วย ร่างกาย ความคิด จิตใจ อารมณ์ ครอบครัว และสิ่งแวดล้อม ส่วนวิธีการปฏิบัติในการสร้างเสริมสุขภาพองค์รวมต้องมีเรื่อง การออกกำลังกายทุกวัน กินอาหารสะอาดและสุก กินผักกินปลา ไม่เครียด ดูแลบ้านและสิ่งแวดล้อมให้สะอาด เข้าสังคมเพื่อนฝูง มีจิตอาสาช่วยเหลือผู้อื่น และต้องทำละหมาดทุกวัน ตัวอย่างคำพูดดังนี้

“การจะเป็นแกนนำ เรื่องสุขภาพ เราจะไปบอกเขาให้ทำโน่นนั่นนี่ ดียังงั้นดียังงี้ ถ้าเราสุขภาพไม่ดี เขาไม่เชื่อเราหรอกค่ะ เขาจะว่าเอา ดุชิตัวเองก็ทำไม่ได้เลย เขาก็ไม่เชื่อถือแบบนั้น ... มันต้องยังงี้ เราต้องเป็นตัวอย่างไม่เขาถึงจะเชื่อเรา” (หญิงมุสลิมวัย 54 ปี)

“ถึงแม้เราจะ เป็นเบาหวานถ้าเราคุมได้ดี น้ำตาลไม่เคยขึ้น คุมได้ดี เวลาเราไปพูดกับคนที่ เป็นเบาหวาน แนะนำ เราคุยกันได้ เขาจะเชื่อเรา และทำตามเรา” (หญิงมุสลิมวัย 64 ปี)

“ไม่ใช่สุขภาพดีอย่างเดียว บ้านช่องเราก็ต้อง สะอาดน่าอยู่ ไม่ใช่เป็นผู้นำบ้านสกปรก ขยะหนูแมงสาบเต็ม โอ๊ย อย่างนี้ก็นำใครเขาได้ บอกเขาก็ยาก ถ้าบ้านเราสะอาดน่าอยู่ เขาก็อาจทำตามไม่ต้องพูดมาก อีกร้อยละคะ คือเราเห็นอะไรสกปรกเราก็ให้เห็นอันนี้ ก็เป็นตัวอย่างไม่เขาทำตามได้ค่ะ” (หญิงมุสลิมวัย 51 ปี)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาในส่วนภาวะสุขภาพของสตรีมุสลิม ผู้หญิงรับรู้ตัวตนแข็งแรงดีถ้ายังทำงานได้ ผู้หญิงให้ความสำคัญกับการหารายได้ ความสามารถในการประกอบอาชีพ การช่วยเหลือตนเองได้ การมีโรคประจำตัวถ้ายังทำงานได้ช่วยเหลือตนเองได้ ถือว่ายังแข็งแรง แต่แข็งแรงน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับวัยสาว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ

Wiwannachit, et al. (2000) ขณะที่ผู้ให้ข้อมูลมีโรคประจำตัวถึงหนึ่งในสาม

บทบาทในครอบครัวมุสลิมผู้หญิงจะทำหน้าที่ดูแลสุขภาพ จัดหาอาหารหรือประกอบอาหารให้ทุกคนในครอบครัว ชุมชนมุสลิมเป็นชุมชนที่มีลักษณะเด่นในลักษณะครอบครัวขยายที่มีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวดี ลูกหลานที่แต่งงานแล้วยังคงอยู่ในครอบครัวเดิม ที่ขยายต่อจนเป็นชุมชนใหญ่ มีลักษณะเป็นสังคมเครือญาติ (Jampaklai et al., 2012) แต่มีความแตกต่างจากการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะครอบครัวเดี่ยว ใกล้เคียงกับครอบครัวขยายที่นี้อาจเนื่องมาจากชุมชนที่ศึกษาเป็นชุมชนที่เป็นสังคมเมือง บุตรหลานมีการแยกครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้นและบางส่วนออกไปทำมาหากินนอกพื้นที่ และจากการศึกษาของ Aliusaman (2005) พบว่าชาวไทยมุสลิมเจ็บป่วยด้วยโรคที่มาจากพฤติกรรมกรรมกรบริโภคที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง เบาหวาน โรคหัวใจ มีภาวะอ้วน มากกว่าชาวไทยพุทธ โดยเฉพาะพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ ยังพบว่าชาวไทยมุสลิมชอบรับประทานอาหารรสเค็ม อาหารมัน อาหารทอด จำพวกแป้งและน้ำตาล (Sakunpanyawat, 2014)

ชาวไทยมุสลิมชอบรับประทานอาหารหวานและมัน โดยยังมีความเชื่อว่า อาหารประเภทนี้เป็นอาหารที่ดี (Anuwatyanyong, 2007) ที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของคนไทยมุสลิม ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาข้างต้น คือ ปัญหาสุขภาพที่พบในกลุ่มคนที่นับถือศาสนาอิสลาม คือ โรคอ้วนที่พบถึงร้อยละ 80 และรองลงมา คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง หอบหืด และโรคภูมิแพ้ ตามลำดับ เนื่องจากผู้หญิงมุสลิมขาดการออกกำลังกาย จะออกกำลังกายได้ต้องแต่งกายมิดชิด จึงมีข้อจำกัดการเลือกชนิดการออกกำลังกายที่ตนชอบ และอาหารของคนมุสลิมไม่หลากหลาย เน้นแป้งและน้ำตาล

นอกจากนี้วิถีชีวิตในบริบทของมุสลิม ผู้หญิงต้องปฏิบัติตามหลักศาสนาโดยเคร่งครัด โดยใช้หลักปฏิบัติตามหลักศาสนาอิสลามที่ใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน (The Islam foundation, 2018) กำหนดการดำเนินชีวิต ซึ่งเชื่อว่าเป็นสิ่งศรัทธาต่อพระผู้เป็นเจ้าทำให้ตนมีชีวิตที่

เป็นสุขได้ ผู้หญิงจึงถูกกำหนดการปฏิบัติตัว การร่วมกิจกรรม การแต่งกาย การครองเรือน ที่สอดคล้องกับหลักหลัก ศาสนาอิสลาม (The Islam foundation, 2018) ที่ว่า ผู้หญิงต้องแต่งกายมิดชิด ไม่ควรเดินหรือร้องรำทำเพลง ทำละหมาดวันละ 5 ครั้ง ห้ามรับเลือดเข้าร่างกาย ห้ามรับประทานหมู ปฏิบัติถือศีลอดปีละครั้ง เมื่อบุคคลที่มีได้ นับถือศาสนาอิสลามเมื่อเข้าชุมชนจึงต้องทำความเข้าใจ และไปกระทำพฤติกรรมที่เกิดข้อขัดแย้งต่อชุมชน วิธีชีวิต ของคนมุสลิมกับหลักศาสนาจึงเป็นเรื่องเดียวกัน

การเป็นแกนนำสตรีมุสลิม ในสังคมมุสลิมคาดหวัง ผู้หญิงมุสลิมเป็นผู้หญิงที่ดี ต้องทำบทบาทของความ เป็นแม่ที่สมบูรณ์ รับผิดชอบดูแลลูกให้เติบโตเป็นคนดี จัดหา อาหาร ทำให้ทุกคนในบ้านมีความสุข หน้าที่นี้ต้องสมบูรณ์ ก่อน และถ้าผู้หญิงที่สมรสแล้วการที่จะออกนอกบ้าน ไปไหนมาไหนต้องได้รับการอนุญาตจากสามีก่อน การเป็น ผู้นำจึงมีความสำคัญรองลงมา ดูแลลูกให้ดี มีความสุข และ เชื่อฟังสามี ต้องให้ความสำคัญก่อนออกไปทำงานนอกบ้าน และคุณลักษณะของแกนนำสร้างเสริมสุขภาพยังเน้นที่การ มีสุขภาพดีจึงจะนำผู้อื่นได้ นั่นหมายถึงการเป็นแบบอย่าง ที่ดีให้กับคนอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดความเชื่อถือ (Bakao, Yoloa, KijTham, & Chanprasert, 2013) นอกจากนี้หลักสำคัญ ที่งานวิจัยนี้นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมด้วยเพื่อให้เกิดการยอมรับของการเป็นแกนนำสตรีของกลุ่มมุสลิม คือ การมีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ (Gender Sensitivity) (Chirawatkul et al., 2015; Miers, 2002) โดยเฉพาะความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างชายหญิงที่ ส่งผลต่อการการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน และความไว เชิงวัฒนธรรม (Campimha-Bacote, 2003) ในการ ทำความเข้าใจบทบาทผู้หญิงที่เป็นผู้สร้างภาวะสุขภาพ ของคนในครอบครัวตั้งแต่ตั้งครรภ์บุตรจนกระทั่งดูแลบุตร ดูแลสามี ดูแลบุพการีจนจากไป ดังนั้นในการวางแผน ดำเนินกิจกรรมต้องให้สอดคล้องต่อความต้องการของสตรี มุสลิมทำให้สตรีมุสลิมสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้โดย ทุกคนต้องได้รับการอนุญาตจากสามีและครอบครัว ทำให้ ผู้หญิงมีความสบายใจและให้ความสนใจที่จะเรียนรู้ เพราะ ไม่ขัดต่อการปฏิบัติศาสนกิจ (Bakao et al., 2013) และ ความเชื่อที่จะนำไปสู่การเป็นแกนนำในการสร้างเสริม สุขภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพ จากข้อค้นพบที่ได้จะช่วยให้พยาบาลสามารถเข้าใจบริบทมุสลิม และบทบาทของผู้หญิงมุสลิมในการสร้างเสริมสุขภาพที่จะช่วยให้การทำงานการส่งเสริมสุขภาพของคนมุสลิมมี ประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ด้านการวิจัย ควรศึกษาการพัฒนาโปรแกรม สร้างแกนนำสตรีมุสลิมในรูปแบบการวิจัยเชิงทดลองหรือ เชิงปฏิบัติการ จะเป็นประโยชน์ต่อชุมชนมุสลิมและสังคม ไทยที่หลากหลายต่อไป

3. ด้านการศึกษา จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การเข้าไปศึกษาบริบทและทำความเข้าใจวิถีชีวิต ความเชื่อ ของคนในชุมชนที่มีความเฉพาะจะช่วยให้เข้าถึงชุมชนและ ได้รับความร่วมมือที่ดีจากชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนวิจัย คณะ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ คณะผู้วิจัยจึง ขอขอบคุณมา ณ ที่นี้ และนอกจากนี้ต้องขอขอบคุณ แกนนำสตรีมุสลิมทุกคน และผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ครูสอนศาสนาอิสลามของชุมชนมุสลิม ในจังหวัดปทุมธานี ที่เป็นอาสาสมัครในการวิจัยครั้งนี้

Reference

- Aliusaman S. (2005). *Health and Health-Care Differences: Case Study of Thai Buddhists and Muslim Thais in the Province of Nakhon-Nayok* [dissertation]. Mahidol University. [In Thai].
- Anuwatyanyong A. (2007). *Health Care during the Month of Ramadan in a Community Dimension*. [updated: 2007; cited 2017 July 10]. Available from: <http://www.annisaa.com/forum/index.php?topic=683>

- Bakao, N., Yoloa, D., KijTham, W., & Chanprasert, T. (2013). Self-Management and Family Coping Toward a Happy Warm Family of Muslim Married Female Teachers: a Case Study of Yala Province. *AL-NUR Journal*, 5(9), 83-96. [In Thai].
- Campimha-Bacote, J. (2003). A model and instrument for addressing cultural competence in health care. *Journal of nursing education*, 38(5), 203-207.
- Chan-o-cha, P. [updated: 2018; cited 2018 December 22]. Available from: <http://www.hfocus.org>. [In Thai].
- Chirawatkul S., Hanirattisai, T., Buaboon, N., Sirisaeng, P., Kongvattananon, P., Kittiwatphosan, W. et al. (2015). Sexual Paradigms and the Prevention of and Response to Teenage Pregnancy Problems in the Thai Society. *The Journal of Health Science*, 24 (2), 378-388. [In Thai].
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd Ed.). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum associates.
- Creswell, J.W. & Poth, C.N. (2018). *Qualitative Inquiry Research Design. Choosing among five Approaches* (4th ed.). California: SAGE Publications.
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, (2010). Retrieved March 3, 2015, from <https://krupaga.wordpress.com/3/3/2558>
- Gill, A.K. & Mishra, A. (2018). Impact of self Help Groups in Empowering Women: A Study of Rural Assam. *International Journal of Management, Law & Science Studies*, 2(6), 56-62.
- Giorgi, A. (2009). *A descriptive phenomenological method in psychology: A modified Husserlian approach*. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press.
- Jampaklai A, Prasitthihima A, Sakunsri A. (2012). The Muslims of Thailand: Borderline or Simply Different. *The Journal of Population and Social Research*, 16(2): 84-104. [In Thai].
- KlongLuang Municipality. [Updated: 2017; cited 2017 February 3]. Available from: <http://www.klongluang.go.th>. [In Thai]
- Miers, M. (2002). Developing an understanding of gender sensitive care: exploring concepts and knowledge. *Journal of Advanced Nursing*, 40(1), 69-77.
- Phanich W, Intharaprasoet C, Limsuphawanit, W. (2017, March). *KM 4.0 New Dimensions in Instruction Management*. Paper presented at the lessons learned of the 18th Technical Meeting of the HA National Forum Mahidol University, IMPACT Forum Convention Center, Mueangthong Thani, Nonthaburi. [In Thai]
- Patton, M., Q. (2015). *Qualitative Research & Evaluation Methods* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice* (7th ed). Boston: Pearson Education.
- Sakunpanyawat S. (2014). Health-promoting behaviors of elderly Muslims: Case study of the Thumbol of Ongtrak, District of Ongtrak, Nakhon Nayok. *The Army Journal of Nursing*, 15(3), 353-360. [In Thai].

- Wiwannachit, S., Lungpotae, P., Magang, M., Sulong, W., & Galeya, S. (2017). *Muslin women's social space and health empowerment through physical activities amid unrest situation in Southernmost Provinces (phase I)*. Bangkok; HSRI.
- Streubert, H. J. & Carpenter, D.J. (2011). *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. 5th ed. Woltors Kluver Health & Williams and Wilkins.
- Sundstrom, A. & Wangnerud, L. (2018). Women's Empowerment at the Local Level. *Measuring Women's Political Empowerment across the Globe*, 2(3). 117-137.
- The Islam foundation. [updated: 2018; cited 2018 February 10]. Available from: <http://islamhouse.muslimthai.com/main/index>
- Trivedi, S.B. (2018). Achieving Gender Equality and Women Empowerment in India (SDGS-5) *Opportunities and Challenges. Multidisciplinary Higher Education, Research, Dynamics & Concepts, Opportunities and Challenges for Sustainable Development*, 1(1), 220-232.
- Wangsom, A., Kongvattananon, P., & Somprasert, C. (2018). Conducting the Focus Group of Novice Nurse Qualitative Researchers: A Literature Review. *The Songklanagarind Journal of Nursing*, 38(1), 81-86.
- World Health Organization. (2009). *Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences*. Geneva: World Health Organization.