



## รายงานการวิจัย

บริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับชาวไทยมุสลิม :

ช่องว่างแห่งระบบบริการสาธารณสุขไทย

Needs for Thai Muslim: Gaps in Thai Health Service System

กิตติยา โต้ะทอง

นิตยา หนูวงศ์ วงศ์เสงี่ยม

มนัส วงศ์เสงี่ยม

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากงบประมาณแผ่นดิน  
มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี  
ที่ได้รับการเห็นชอบจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

## บทคัดย่อ

บริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับชาวไทยมุสลิม : ช่องว่างแห่งระบบบริการสาธารณสุขไทย

กิตติยา ไต้ะทอง

นิตยา ทนวงษ์ วงศ์เสงี่ยม

มนัส วงศ์เสงี่ยม

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี

ปี พ.ศ. 2560

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการ ปัญหาและอุปสรรคของชาวไทยมุสลิมเมื่อเข้ารับบริการสาธารณสุข รวมทั้งศึกษาความรู้ความเข้าใจ ปัญหาและอุปสรรคของผู้บริหารและผู้ให้บริการสาธารณสุข เพื่อหาแนวทางในการจัดบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม และเสริมสร้างประเด็นที่เอื้อต่อการเข้ารับบริการสาธารณสุขของชาวไทยมุสลิม โดยใช้วิธีการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed methods research) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม และการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ถูกคัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้รับบริการซึ่งเป็นชาวไทยมุสลิมหรือญาติ 52 คน 2) กลุ่มผู้ให้บริการซึ่งเป็นแพทย์หรือพยาบาล 47 คน และ 3) กลุ่มผู้บริหาร 11 คน ดำเนินการเก็บข้อมูล ณ โรงพยาบาลรัฐบาล จำนวน 8 แห่งซึ่งเป็นตัวแทนโรงพยาบาลส่วนภูมิภาคจากแต่ละภูมิภาค 6 แห่ง และเป็นตัวแทนโรงพยาบาลส่วนกลางในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร 2 แห่ง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยเทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

ผลการศึกษา พบว่า ประเด็นหลักที่เป็นปัญหาในการเข้ารับบริการสาธารณสุขของชาวไทยมุสลิม คือ เรื่องอาหารฮาลาล สถานที่ละหมาด และสถานที่อาบน้ำละหมาด ผู้ให้บริการและผู้บริหารยังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิถีมุสลิมที่คลาดเคลื่อนในเรื่องของอาหารฮาลาล และสถานที่อาบน้ำละหมาด ปัญหาและข้อจำกัดในการจัดบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องตามวิถีอิสลาม ได้แก่ 1) ด้านองค์ความรู้ และความเข้าใจของผู้บริหารโรงพยาบาล 2) บริบทด้านพื้นที่ สภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล และ 3) ด้านเศรษฐศาสตร์ความคุ้มทุน แนวทางในการจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีอิสลาม ได้แก่ 1) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นมุสลิมควรเข้ามามีส่วนร่วมในการสะท้อนปัญหาและให้ข้อเสนอแนะต่อผู้บริหารโรงพยาบาล 2) ชุมชนมุสลิมหรือหน่วยงานองค์กรด้านศาสนาอิสลามในพื้นที่ควรให้คำแนะนำและประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลในการพัฒนาบริการสาธารณสุขตามวิถีอิสลาม

**คำสำคัญ:** ความต้องการที่จำเป็น บริการสาธารณสุข ชาวไทยมุสลิม วิถีอิสลาม

## Abstract

Needs for Thai Muslim: Gaps in Thai Health Service System

Kitiya Totong

Nitaya Tanuwong Wongsangiem

Manas Wongsangiem

Faculty of Science and Technology, Dhonburi Rajabhat University

2017

This research aims to study needs and problems of Thai Muslim as health service receivers who have experiences in Thai health services system including knowledge, understanding and obstacles of nurses and doctors as service providers and hospital administrative committees to provide health services in Islamic ways approach and encourage receiving health services. The mixed methods research was used for data collection. The 3 groups of key informants were selected based on purposive sampling, which consisted of 1) 52 health service receivers 2) 47 health service providers and 3) 11 hospital administrative committees. Interview, questionnaire and In-depth interview were conducted at 8 government hospitals that comprising 5 regional hospitals and 2 hospitals in Bangkok. Content and statistical analyses were used for qualitative and quantitative data conclusion, respectively.

The results show that the three main needs and problems for Thai Muslim in health services are halal food, prayer room and place for ablution. Health service providers and hospital administrative committees have not the correct knowledge and understanding of halal food and place for ablution. Limitations for health care providers and hospital administrative committees are 1) knowledge and understanding about Islamic ways 2) environmental contexts and 3) economic cost benefits. Recommended approaches to observe Islamic ways are 1) Muslim health personnel in the hospitals should give advices and feedbacks the problems to health providers and hospital administrative committees and 2) Muslim communities/organizations in local areas should participate to prepare health development based on Islamic ways.

**KEYWORDS:** need, health service, Thai Muslim, Islamic way

## กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัยเรื่อง “บริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับชาวไทยมุสลิม : ช่องว่างแห่งระบบบริการสาธารณสุขไทย” ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี โดยได้รับความร่วมมือจากบุคลากรฝ่ายต่างๆ ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้บริหารโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ผู้ประสานงานโครงการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ตลอดจนเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านของโรงพยาบาลทั้ง 8 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลพระจอมเกล้า โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา และโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี รวมทั้งคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน กระทรวงสาธารณสุขที่ช่วยพิจารณาอนุมัติรับรอง ชี้แนะ และให้คำแนะนำการดำเนินโครงการวิจัย

ขอขอบคุณผู้ป่วยชาวไทยมุสลิมและญาติที่เข้ารับบริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลพระจอมเกล้า โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา และโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ตลอดจนผู้นำชุมชนมุสลิม อย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ที่ช่วยให้ข้อมูลสำคัญ เพื่อสะท้อนปัญหาในการรับบริการสาธารณสุขของชาวไทยมุสลิมครั้งนี้ด้วยความเป็นกัลยาณมิตร

ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง นิตยา ทนวงษ์ วงศ์เสงี่ยม ที่ร่วมทุกข์ร่วมสุขและร่วมฟันฝ่าอุปสรรคในการลงเก็บข้อมูลภาคสนาม คอยห่วงใย และเป็นกำลังใจในการทำงานวิจัยขึ้นนี้

ขอขอบคุณนายแพทย์ มนัส วงศ์เสงี่ยม ที่ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะด้วยความเป็นกัลยาณมิตร

ขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ในการสนับสนุนทุนวิจัยให้ดำเนินโครงการ จนรายงานวิจัยฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์

ขอขอบคุณบุคลากรจากสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี ที่ให้คำปรึกษา คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ และเป็นกำลังใจในการทำงานวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณอัลลอฮ์ (ซ.บ.) ที่ทรงประทานความสำเร็จ และเป็นกำลังใจที่สำคัญที่สุด ทำให้งานวิจัยขึ้นนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณครอบครัวและเพื่อนร่วมงานที่คอยเป็นกำลังใจให้เสมอ

กิตติยา โต๊ะทอง



## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ ภาษาไทย	(1)
บทคัดย่อ ภาษาอังกฤษ	(2)
กิตติกรรมประกาศ	(3)
สารบัญ	(4)
สารบัญตาราง	(6)
<b>บทที่ 1 บทนำ</b>	<b>1</b>
ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย	1
คำถามการวิจัย	2
วัตถุประสงค์การวิจัย	2
ขอบเขตของการวิจัย	2
กรอบแนวคิดการวิจัย	7
ข้อตกลงเบื้องต้น	9
ข้อจำกัดในการวิจัย	10
ประโยชน์ที่ได้รับ	11
<b>บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</b>	<b>13</b>
แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความต้องการจำเป็น (Needs)	13
แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความต้องการ (Needs assessment)	14
หลักศรัทธาและหลักปฏิบัติของศาสนาอิสลาม	16
กาย จิต สุขภาวะ และความเจ็บป่วยในทรรศนะอิสลาม	20
การบำบัดรักษาเมื่อเจ็บป่วย	21
การบริการสุขภาพตามวิถีอิสลาม	22
การจัดบริการและให้บริการสุขภาพแก่ชาวไทยมุสลิมตามวิถีอิสลาม	22
การออกกำลังกายตามหลักศาสนาอิสลาม	24
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	25
<b>บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย</b>	<b>31</b>
กลุ่มตัวอย่างหรือกลุ่มผู้ให้ข้อมูล	31
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	33
การเก็บรวบรวมข้อมูล	36
การวิเคราะห์ข้อมูล	37

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
<b>บทที่ 4 ผลการศึกษาวิจัย</b>	<b>39</b>
ส่วนที่ 1 จำนวนผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่มในโรงพยาบาลเป้าหมายแต่ละแห่ง	40
ส่วนที่ 2 บริบททั่วไปของโรงพยาบาลเป้าหมายแต่ละแห่งและกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่ม	41
ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาจากแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์การเข้ารับบริการสาธารณสุขของผู้รับบริการที่เป็นชาวไทยมุสลิม	44
ส่วนที่ 4 ความต้องการ ปัญหาและอุปสรรคของชาวไทยมุสลิมในการรับบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม	51
ส่วนที่ 5 ผลการศึกษาจากแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจในวิถีอิสลามของผู้ให้บริการและผู้บริหารโรงพยาบาล	58
ส่วนที่ 6 ปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม	69
ส่วนที่ 7 ปัญหาและข้อจำกัดในการบริหารจัดการบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม	82
ส่วนที่ 8 แนวทางในการจัดบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม และเสริมสร้างประเด็นที่เอื้อต่อการเข้ารับบริการสาธารณสุขของชาวไทยมุสลิม	85
<b>บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ</b>	<b>93</b>
สรุปผลการวิจัย	93
อภิปรายผล	97
ข้อเสนอแนะ	123
<b>บรรณานุกรม</b>	<b>125</b>
ภาคผนวก ก การอนุมัติรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของแต่ละโรงพยาบาลเป้าหมาย	129
ภาคผนวก ข ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย สำหรับผู้รับบริการ	141
ภาคผนวก ค ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย สำหรับผู้ให้บริการและผู้บริหาร	143
ภาคผนวก ง เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ (ผู้รับบริการ)	145
ภาคผนวก จ เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ (ผู้ให้บริการและผู้บริหาร)	151
ภาคผนวก ฉ แบบสัมภาษณ์ (ผู้รับบริการสาธารณสุข)	157
ภาคผนวก ช แบบสอบถาม (ผู้ให้บริการสาธารณสุขและผู้บริหาร)	165
ภาคผนวก ซ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (ผู้รับบริการสาธารณสุข)	171
ภาคผนวก ฌ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (ผู้ให้บริการสาธารณสุข)	173
ภาคผนวก ญ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (ผู้บริหารโรงพยาบาล)	175
ประวัติคณะผู้วิจัย	177

## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวนมัสยิดในแต่ละพื้นที่เขตของกรุงเทพมหานคร	4
2 กิจกรรมที่ดำเนินการในแต่ละช่วงเวลา	6
3 วิธีการและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำแนกตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูล	33
4 จำนวนผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่มในแต่ละโรงพยาบาลเป้าหมาย	40
5 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้รับบริการ	44
6 แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะการเข้ารับบริการสาธารณสุข กรณีที่ไม่ตรวจรักษาแล้วกลับบ้าน (ผู้ป่วยนอกหรือโอพีดี)	46
7 แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะการเข้ารับบริการสาธารณสุข กรณีที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยในหรือไอพีดี)	48
8 ลักษณะการรับบริการสาธารณสุขด้านการฝากครรภ์ การคลอดบุตร และการชริบ	49
9 ลักษณะการรับบริการสาธารณสุขด้านการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ	50
10 ลักษณะการรับบริการสาธารณสุขด้านการเยี่ยมบ้าน	50
11 สภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกของโรงพยาบาลเป้าหมาย	52
12 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ให้บริการ และกลุ่มผู้บริหาร	58
13 ความรู้ความเข้าใจในวิถีอิสลามของผู้ให้บริการและผู้บริหารโรงพยาบาล ในประเด็นด้าน การบำบัดรักษาโรคและการตรวจร่างกาย	59
14 ความรู้ความเข้าใจในวิถีอิสลามของผู้ให้บริการและผู้บริหารโรงพยาบาล ในประเด็นด้าน โภชนาการ อาหารและยา	60
15 ความรู้ความเข้าใจในวิถีอิสลามของผู้ให้บริการและผู้บริหารโรงพยาบาล ในประเด็นด้าน สถานที่อาบน้ำละหมาด และสถานที่ละหมาด	61
16 ความรู้ความเข้าใจในวิถีอิสลามของผู้ให้บริการและผู้บริหารโรงพยาบาล ในประเด็นด้าน การวางแผนครอบครัว	62
17 ความรู้ความเข้าใจในวิถีอิสลามของผู้ให้บริการและผู้บริหารโรงพยาบาล ในประเด็นด้าน งานอนามัยแม่และเด็ก การบริจาคเลือด และการเยี่ยมเยียนผู้ป่วย	63
18 ความรู้ความเข้าใจในวิถีอิสลามของผู้ให้บริการและผู้บริหารโรงพยาบาล ในประเด็นด้าน การถือศีลอด	64
19 ความรู้ความเข้าใจในวิถีอิสลามของผู้ให้บริการและผู้บริหารโรงพยาบาล ในประเด็นด้าน การออกกำลังกาย (การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพในบริบทมุสลิม)	64
20 ความรู้ความเข้าใจในวิถีอิสลามของผู้ให้บริการและผู้บริหารโรงพยาบาล ในประเด็นด้าน การบริการสุขภาพผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต	65

## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1. ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย

การบำบัดรักษาโรคถือเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมุสลิมที่เจ็บป่วย ท่านศาสดามุฮัมมัด (ซ.ล.)<sup>1</sup> กล่าวไว้ว่า "จงรักษาเถิด แท้จริง อัลลอฮ์ (ซ.บ.)<sup>2</sup> จะไม่ทรงนำโรคลงมา เว้นแต่พระองค์จะนำยา เพื่อการบำบัดลงมาด้วย ยกเว้นเพียงโรคเดียวที่ไม่มียารักษา คือโรคชรา" (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551, หน้า 94) ดังนั้น เมื่อมีอาการป่วย มุสลิมทุกคนจึงแสวงหาคำปรึกษาและเข้ารับบริการในระบบบริการสาธารณสุข ในขณะที่เดียวกันมุสลิมก็ต้องปฏิบัติตามหลักการศรัทธาและหลักปฏิบัติของศาสนาอิสลามด้วย โดยเฉพาะประเด็น “ฮาลาล” คือสิ่งที่ศาสนาอนุมัติ และ “ฮารอม” คือสิ่งที่ศาสนาห้าม (ไม่อนุมัติ) ซึ่งมีได้เป็นเพียงบทบัญญัติที่มุ่งหมายเฉพาะกระบวนการผลิตสินค้าประเภทอาหารเท่านั้น แต่ยักรวมถึงด้านอื่นๆ รวมทั้งแนวทางการบำบัดรักษาโรคด้วย

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่ประชากรมีความหลากหลายทางสังคมและวัฒนธรรม หรือที่เรียกว่าสังคม “พหุวัฒนธรรม” โดยมีพุทธศาสนิกชนเป็นประชากรส่วนใหญ่ของประเทศคิดเป็นสัดส่วนกว่าร้อยละ 90 ชาวไทยมุสลิมในประเทศไทยอาจประสบปัญหาและเกิดความลำบากใจในทางปฏิบัติเมื่อเข้ารับบริการทางสาธารณสุขอยู่บ้าง เนื่องจากไม่ต้องการกระทำการใดที่ผิดหลักศาสนา บางครั้งจึงเลือกทางแก้ไขโดยการปฏิเสธที่จะเข้ารับบริการอันเป็นมาตรฐานของรัฐ เช่น เลือกที่จะใช้บริการพื้นบ้านในชุมชนมุสลิมตามความเชื่อดั้งเดิม ในบางกรณีมีความเข้าใจผิดอันเกิดจากการสื่อสารต่างภาษาที่ต่างความเข้าใจ หรือจากกิริยาท่าทีของบุคลากรสาธารณสุขที่มีไม่มุสลิม แม้ว่าจะเป็นการกระทำส่วนบุคคลที่มีได้เลือกปฏิบัติเฉพาะกับผู้ป่วยมุสลิมเท่านั้น กรณีดังกล่าวเหล่านี้อาจบานปลายไปสู่ปัญหาใหญ่โตขึ้นได้ จากรายงานการวิจัยเรื่องการส่งเสริมสุขภาพของชาวไทยมุสลิมในประเทศไทยของศิริแพทย์ ศุภกาญจน์กันติ และคณะ (2548) พบว่า ในแต่ละภาคนั้น ชาวไทยมุสลิมมีปัญหาเกี่ยวกับการรับบริการทางการแพทย์ที่แตกต่างกัน อาทิ ชาวไทยมุสลิมในภาคใต้มีทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลโดยได้ให้ความสำคัญในเรื่องกฎเกณฑ์ทางศาสนามากกว่าชาวไทยมุสลิมในภาคอื่นๆ และมีปัญหาด้านการสื่อสารระหว่างแพทย์และคนไข้ มารยาทของแพทย์และพยาบาลบางคน ส่วนภาคเหนือพบว่า โรงพยาบาลของรัฐไม่มีอาหารฮาลาลให้ผู้ป่วยมุสลิมได้เลือกรับประทาน นอกจากนี้ สุธีร์ ธรรมิกบวร (2555) ได้กล่าวว่า การให้การดูแลรักษาสุขภาพนั้น หากผู้ให้บริการมีความเข้าใจในความแตกต่าง และสามารถเลือกวิธีการหรือกิจกรรมที่สอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรมของผู้ป่วย ก็จะทำให้ได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วย ครอบครัว และญาติของผู้ป่วยเป็นอย่างดี ส่งผลให้เกิดการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

<sup>1</sup> ซ.ล. ย่อจาก “ซ็อลลัลลอฮุอะลัยฮิวะซัลลัม” แปลว่า “ขออัลลอฮ์ (ซ.บ.) โปรดประทานเมตตาและสันติแด่ท่าน” เป็นข้อกำหนดให้กล่าวทุกครั้งที่ยื่อนามของท่านศาสดา

<sup>2</sup> ซ.บ. ย่อจาก “ซุบฮานะฮฺวะตะอาลา” แปลว่า “มหาบริสุทธิ์และความสูงส่งยิ่งแด่พระองค์” เป็นข้อกำหนดให้กล่าวทุกครั้งที่ยื่อนามของพระองค์

ดังนั้น การศึกษาความต้องการที่จำเป็นในการรับบริการสาธารณสุขซึ่งสอดคล้องกับหลักการศาสนาอิสลามที่เรียกว่าเป็นวิถีอิสลาม รวมทั้งปัญหาอุปสรรคต่างๆ ซึ่งเป็นช่องว่างของระบบบริการสุขภาพ นอกจากจะเป็นการเติมเต็มช่องว่างต่างๆ ในระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยแล้วยังส่งผลดีต่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย ทั้งผู้ป่วยชาวไทยมุสลิมที่มาใช้บริการ ครอบครัวและญาติผู้ป่วย ผู้ให้บริการ ผู้บริหารจัดการการบริการ และผู้บริหารระบบ อีกทั้งยังเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับหน่วยงาน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่างๆ เหล่านั้น ในการจัดเตรียมบริการสาธารณสุขที่มุ่งสู่โรงพยาบาลวิถีอิสลามอันจะเป็นการนำประเทศไทยก้าวเข้าสู่เวทีประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community, AEC) ที่ประกอบไปด้วยประชากรมุสลิมประมาณร้อยละ 50 หรือ เกือบ 300 ล้านคน จากประชากรอาเซียนทั้งหมดกว่า 600 ล้านคน (วิจิตรา ดวงดี, 2556; นิพล แสงศรี, 2555) โดยข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกนำเสนอต่อผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง (stakeholders) เช่น ผู้บริหารและผู้ให้บริการสถานบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน ผู้รับบริการสาธารณสุข รวมไปถึงชุมชนมุสลิม เพื่อหาแนวทางในการพัฒนา ปรับปรุงบริการสาธารณสุขให้สอดคล้องกับหลักการศาสนาอิสลาม โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องต่อไป

## 2. คำถามการวิจัย

2.1 ความต้องการ ปัญหาและอุปสรรคของชาวไทยมุสลิมในการรับบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับหลักการศาสนาอิสลามมีอะไรบ้าง

2.2 ผู้บริหารและผู้ให้บริการสาธารณสุขมีความรู้ความเข้าใจ ปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับหลักการศาสนาอิสลามหรือไม่

## 3. วัตถุประสงค์การวิจัย

3.1 เพื่อศึกษาความต้องการ ปัญหาและอุปสรรคของชาวไทยมุสลิมในการรับบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับหลักการศาสนาอิสลาม

3.2 เพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจ ปัญหาและอุปสรรคของผู้บริหารและผู้ให้บริการสาธารณสุขในส่วนที่สอดคล้องกับหลักการศาสนาอิสลาม

3.3 เพื่อหาแนวทางในการจัดบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม และเสริมสร้างประเด็นที่เอื้อต่อการเข้ารับบริการสาธารณสุขของชาวไทยมุสลิม โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

## 4. ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed methods research) คือ ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นหลัก และเชิงปริมาณเป็นรอง คณะผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการศึกษา ซึ่งครอบคลุมประเด็นด้านพื้นที่ ประชากร เนื้อหา และระยะเวลา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

#### 4.1 ขอบเขตด้านพื้นที่

คณะผู้วิจัยได้ทำการสำรวจความต้องการ ปัญหาและอุปสรรคในการเข้ารับบริการ สาธารณสุขของชาวไทยมุสลิม รวมทั้งความรู้ความเข้าใจ ปัญหาและอุปสรรคของผู้ให้บริการ สาธารณสุขและผู้บริหารโรงพยาบาลที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม ในแต่ละภูมิภาคของประเทศไทย ซึ่ง แบ่งตามเกณฑ์ภูมิศาสตร์ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2556) ดังนี้

- 1) ภาคเหนือมี 9 จังหวัด ได้แก่ เชียงราย เชียงใหม่ น่าน พะเยา แม่ฮ่องสอน แพร่ ลำปาง ลำพูน อุตรดิตถ์
- 2) ภาคกลางมี 22 จังหวัด ได้แก่ พิษณุโลก สุโขทัย เพชรบูรณ์ พิจิตร กำแพงเพชร นครสวรรค์ ลพบุรี ชัยนาท อุทัยธานี สิงห์บุรี อ่างทอง สระบุรี พระนครศรีอยุธยา สุพรรณบุรี นครนายก ปทุมธานี นนทบุรี นครปฐม สมุทรปราการ สมุทรสาคร สมุทรสงคราม กรุงเทพมหานคร  
\* คณะผู้วิจัยได้แยก กรุงเทพมหานคร เป็นเขตศึกษาเดี่ยวหนึ่งเขต เนื่องจากบริบททางภูมิศาสตร์และ สังคมแตกต่างไปจากจังหวัดอื่นๆ ในภาคกลาง
- 3) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมี 19 จังหวัด ได้แก่ กาฬสินธุ์ ขอนแก่น ชัยภูมิ นครราชสีมา เลย นครพนม บัรีรัมย์ มหาสารคาม มุกดาหาร ยโสธร ร้อยเอ็ด ศรีสะเกษ สกลนคร สุรินทร์ หนองคาย อุตรดิตถ์ หนองบัวลำภู อุบลราชธานี อำนาจเจริญ
- 4) ภาคตะวันออกมี 7 จังหวัด ได้แก่ ฉะเชิงเทรา ชลบุรี จันทบุรี ตราด ปราจีนบุรี ระยอง สระแก้ว
- 5) ภาคตะวันตกมี 5 จังหวัด ได้แก่ กาญจนบุรี ตาก เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ราชบุรี
- 6) ภาคใต้มี 14 จังหวัด ได้แก่ กระบี่ ชุมพร ตรัง นครศรีธรรมราช พังงา พัทลุง สุราษฎร์ธานี ภูเก็ต ระนอง สตูล สงขลา นราธิวาส\* ปัตตานี\* ยะลา\*

\* คณะผู้วิจัยไม่นับรวมจังหวัดชายแดนในภาคใต้ตอนล่างเหล่านี้ เนื่องจากทั้ง 3 จังหวัดดังกล่าวมีบริบทและ สถานการณ์ทางสังคมที่อ่อนไหวและแตกต่างไปจากภาคอื่นๆ ซึ่งนักวิชาการ และบุคลากรทางสาธารณสุขใน พื้นที่ (ยูซูฟ นิมะ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2551 หน้า 104) ได้ทำการศึกษาวิจัยและนำเสนอข้อมูล อาทิ เช่น กรณีศึกษาโรงพยาบาลไม้แก่น จังหวัดปัตตานี โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา พร้อมกับให้ ข้อเสนอแนะ “แม่แบบการจัดการบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิมในจังหวัดชายแดนใต้” เพื่อนำไปสู่การ ปรับระบบบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนชายแดนใต้ไว้แล้ว อีกทั้งในเขตจังหวัดดังกล่าว กำลังมีโครงการดำเนินการจัดตั้ง “โรงพยาบาลปัตตานีจายาหรือโรงพยาบาลเชคญาซิม บินมูฮัมหมัด บินชานี” ซึ่งเป็นโรงพยาบาลวิถีอิสลาม และขณะนี้อยู่ระหว่างดำเนินการก่อสร้าง (สุพิชฌาย์ รัตน์นะ, 2555 และนิรนาม, 2560)

คณะผู้วิจัยทำการคัดเลือกแบบเจาะจงโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป เพื่อเป็นตัวแทน จากทุกภูมิภาค ภูมิภาคละ 1 โรงพยาบาล จำนวนทั้งสิ้น 6 โรงพยาบาล ได้แก่ ภาคเหนือ 1 โรงพยาบาล, ภาคใต้ 1 โรงพยาบาล, ภาคตะวันออก 1 โรงพยาบาล, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1 โรงพยาบาล, ภาค ตะวันตก 1 โรงพยาบาล และภาคกลาง 1 โรงพยาบาล ตามเกณฑ์การพิจารณาต่อไปนี้

- ความหนาแน่นของประชากรมุสลิมในแต่ละจังหวัด (ประชากรต่อพื้นที่จังหวัด)
- ความหนาแน่นของมัสยิดในแต่ละจังหวัด (จำนวนมัสยิดต่อพื้นที่จังหวัด)
- เป็นโรงพยาบาลศูนย์หรือ โรงพยาบาลทั่วไป ที่มีชาวไทยมุสลิมเข้ารับบริการสาธารณสุข

- ที่ตั้งของโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป อยู่ในจังหวัดเขตชายแดนเชื่อมต่อระหว่างประเทศไทยกับประเทศสมาชิกอาเซียน

สำหรับกรุงเทพมหานคร มีจำนวนมัสยิดทั้งหมด 186 มัสยิดซึ่งแบ่งตามเขตกำกับดูแลของคณะกรรมการอิสลามประจำกรุงเทพมหานครเป็น 6 เขต (สำนักงานคณะกรรมการอิสลามประจำกรุงเทพมหานคร, 2556) ดังนี้

**ตารางที่ 1** จำนวนมัสยิดในแต่ละพื้นที่เขตของกรุงเทพมหานคร

เขตกำกับดูแลของ คณะกรรมการอิสลาม ประจำกรุงเทพมหานคร	พื้นที่เขต	จำนวน มัสยิด (แห่ง)
เขต 1	เขตคลองคูสิต เขตบางคอแหลม เขตบางรัก เขตปทุมวัน เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย เขตพระนคร เขตยานนาวา เขตพญาไท และเขตสาทร	24
เขต 2	เขตสวนหลวง เขตประเวศ และเขตวัฒนา	27
เขต 3	เขตคันนายาว เขตดินแดง เขตบางกะปิ เขตบึงกุ่ม เขตวังทองหลาง เขตสะพานสูง และเขตห้วยขวาง	24
เขต 4	เขตคลองสามวา เขตมีนบุรี และเขตลาดกระบัง	29
เขต 5	เขตหนองจอก	45
เขต 6	เขตคลองสาน เขตจอมทอง เขตทุ่งครุ เขตธนบุรี เขตบางกอกน้อย เขตบางกอกใหญ่ และเขตบางพลัด	24
หมายเหตุ : มัสยิดที่ยังไม่ได้จดทะเบียน		13
รวมทั้งสิ้น		186

คณะผู้วิจัยพิจารณาเลือกแบบเจาะจงโรงพยาบาลรัฐ 2 โรงพยาบาลเพื่อเป็นตัวแทนโรงพยาบาลรัฐบาลทั้งหมด ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยมีเกณฑ์การพิจารณาดังต่อไปนี้

- ความหนาแน่นของประชากรมุสลิมในแต่ละเขต
- ความหนาแน่นของมัสยิดในแต่ละเขต
- โรงพยาบาลรัฐบาลที่มีชาวไทยมุสลิมเข้ารับบริการสาธารณสุข

#### 4.2 ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชากรไทยมุสลิมทั่วประเทศไทย (ไม่นับรวมชาวไทยมุสลิม 3 จังหวัดชายแดนใต้ในจังหวัดนราธิวาส ปัตตานี และยะลา) จำนวนทั้งสิ้น 1,961,527 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553) โดยในเบื้องต้น เมื่อได้รายชื่อโรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นตัวแทนโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาค จำนวน 6 โรงพยาบาล และตัวแทนโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร

จำนวน 2 โรงพยาบาลแล้ว คณะผู้วิจัยจึงทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างหรือกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ได้มาจากการคัดเลือกแบบเจาะจง ซึ่งแบ่งกลุ่มตัวอย่างหรือกลุ่มผู้ให้ข้อมูลออกเป็น 3 กลุ่ม เพื่อตอบโจทย์การวิจัย ได้แก่

1) **กลุ่มผู้รับบริการสาธารณสุข** ได้แก่ ผู้ป่วยชาวไทยมุสลิมหรือครอบครัวหรือญาติพี่น้องที่มาเฝ้าไข้หรือเยี่ยมเยียนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปที่เป็นตัวแทนสถานบริการสาธารณสุขในแต่ละภูมิภาค และโรงพยาบาลรัฐจากเขตพื้นที่ซึ่งเป็นตัวแทนสถานบริการสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร รวมจำนวนประมาณ 50 ราย (จำนวนผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้อาจแตกต่างกันไปตามจำนวนที่มีอยู่หรือที่พบในโรงพยาบาลที่เป็นตัวแทนแต่ละแห่ง และตามความสมัครใจหรือการยินยอมให้ข้อมูลกับคณะผู้วิจัย โดยโรงพยาบาลที่เป็นตัวแทนทั้งหมด มาจาก 6 ภูมิภาค ภูมิภาคละ 1 โรงพยาบาล และ 2 โรงพยาบาลของรัฐที่เป็นตัวแทนในกรุงเทพมหานคร รวมทั้งสิ้น 8 โรงพยาบาล)

2) **กลุ่มผู้ให้บริการสาธารณสุข** ได้แก่ แพทย์หรือพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ทั้งในแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป ที่เป็นตัวแทนสถานบริการสาธารณสุขในแต่ละภูมิภาค และโรงพยาบาลรัฐจากเขตพื้นที่ซึ่งเป็นตัวแทนสถานบริการสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร รวมจำนวนประมาณ 30 ราย (จำนวนผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้อาจแตกต่างกันไปในโรงพยาบาลที่เป็นตัวแทนแต่ละแห่ง เพราะเป็นไปตามความสมัครใจหรือการยินยอมให้ข้อมูลกับคณะผู้วิจัย โดยโรงพยาบาลที่เป็นตัวแทนทั้งหมดมาจาก 6 ภูมิภาคๆ ละ 1 โรงพยาบาล และ 2 โรงพยาบาลของรัฐที่เป็นตัวแทนในกรุงเทพมหานคร รวมทั้งสิ้น 8 โรงพยาบาล)

3) **กลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาล** ได้แก่ ผู้อำนวยการหรือ รองผู้อำนวยการหรือ หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก หรือหัวหน้าแผนกผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป ที่เป็นตัวแทนสถานบริการสาธารณสุขในแต่ละภูมิภาค และโรงพยาบาลรัฐจากเขตพื้นที่ซึ่งเป็นตัวแทนสถานบริการสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร รวมจำนวนประมาณ 15 ราย (จำนวนผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้อาจแตกต่างกันไปในโรงพยาบาลที่เป็นตัวแทนแต่ละแห่ง เพราะเป็นไปตามความสมัครใจหรือการยินยอมให้ข้อมูลกับคณะผู้วิจัย โดยโรงพยาบาลที่เป็นตัวแทนทั้งหมดมาจาก 6 ภูมิภาคๆ ละ 1 โรงพยาบาล และ 2 โรงพยาบาลของรัฐที่เป็นตัวแทนในกรุงเทพมหานคร รวมทั้งสิ้น 8 โรงพยาบาล)

#### 4.3 ขอบเขตด้านเนื้อหา

คณะผู้วิจัยได้ทำการศึกษาความต้องการ ปัญหาและอุปสรรคที่ชาวไทยมุสลิมประสบจากการเข้ารับบริการสาธารณสุขที่โรงพยาบาลของรัฐในส่วนที่สอดคล้องกับหลักการศาสนาอิสลาม (ในฐานะผู้รับบริการ) และศึกษาความรู้ความเข้าใจ ปัญหาและอุปสรรคของผู้บริหารและผู้ให้บริการสาธารณสุขที่ให้บริการสาธารณสุขในส่วนที่สอดคล้องกับหลักการศาสนาอิสลาม (ในฐานะผู้บริหารจัดการและในฐานะผู้ให้บริการ) เพื่อหาแนวทางหรือทางเลือกในการจัดบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม และเสริมสร้างประเด็นที่เอื้อต่อการเข้ารับบริการสาธารณสุขของชาวไทยมุสลิม โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง



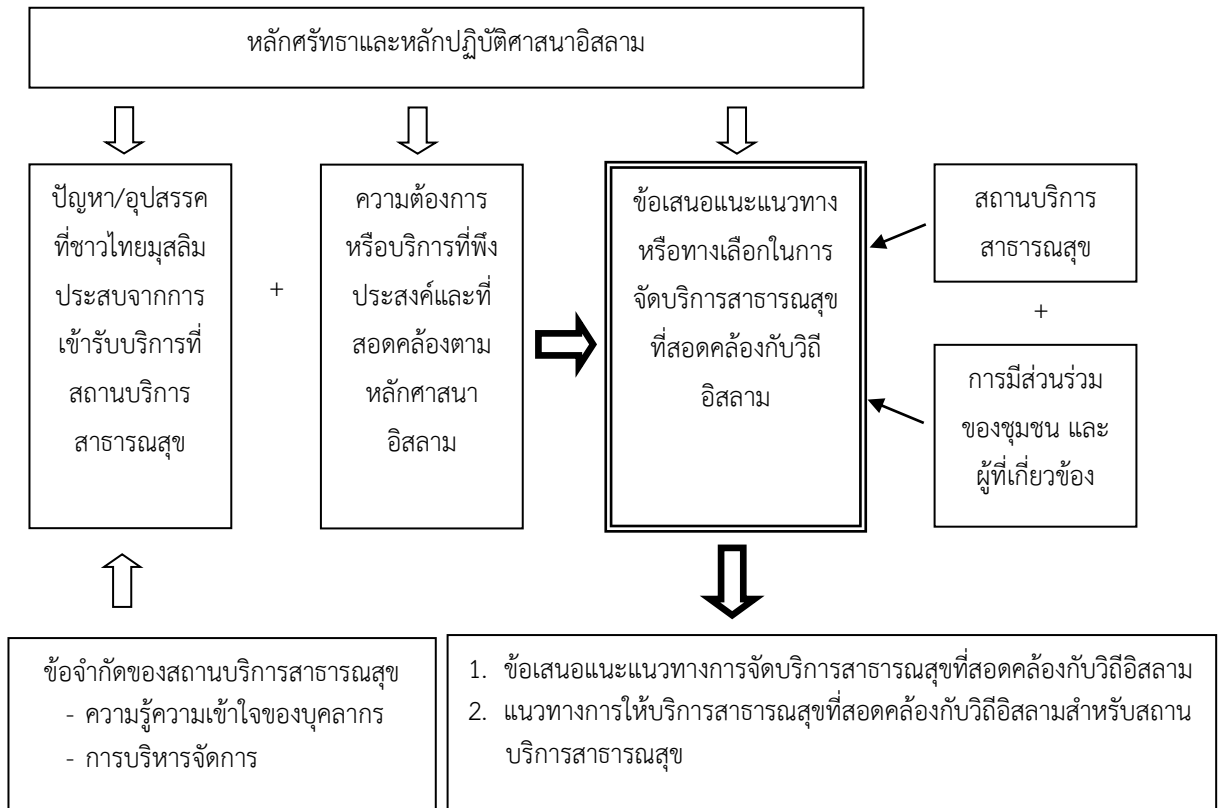
#### 4.4 ขอบเขตด้านระยะเวลา

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ ตั้งแต่ 22 ตุลาคม 2557 – 30 กันยายน 2559 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

##### ตารางที่ 2 กิจกรรมที่ดำเนินการในแต่ละช่วงเวลา

กิจกรรม	ระยะเวลา
- ส่งข้อเสนอโครงการให้คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน กระทรวงสาธารณสุข พิจารณาเพื่ออนุมัติรับรองให้ดำเนินโครงการ และมีการปรับแก้ไขข้อเสนอโครงการวิจัย 2 ครั้ง	พฤศจิกายน 2557 ถึง พฤษภาคม 2558 (ได้รับอนุมัติรับรอง เมื่อ 21 พฤษภาคม 2558)
- ปรับแก้ไขแบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม และแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก และนำไปทดลองใช้	มกราคม ถึง พฤษภาคม 2558
- ติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลเป้าหมายทั้ง 8 แห่ง - จัดเตรียมเอกสารประกอบการขอรับการพิจารณาอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของแต่ละโรงพยาบาลเป้าหมาย - ขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลจากโรงพยาบาลเป้าหมายทั้ง 8 แห่ง	พฤษภาคม 2558 ถึง เมษายน 2559
- ได้รับการอนุมัติรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของแต่ละโรงพยาบาล ดังนี้ 1) โรงพยาบาลหาดใหญ่ 2) โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี 3) โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา 4) โรงพยาบาลลำปาง 5) โรงพยาบาลขอนแก่น 6) โรงพยาบาลเลิดสิน 7) โรงพยาบาลพระจอมเกล้า 8) โรงพยาบาลชลบุรี	วันที่ได้รับการอนุมัติรับรอง 24 พฤศจิกายน 2558 27 พฤศจิกายน 2558 25 ธันวาคม 2558 30 ธันวาคม 2558 18 มกราคม 2559 10 กุมภาพันธ์ 2559 30 มีนาคม 2559 18 เมษายน 2559
- ประสานงาน นัดหมายและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล	ธันวาคม 2558 ถึง มิถุนายน 2559
- วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย	มีนาคม ถึง สิงหาคม 2559
- จัดทำรายงานวิจัย	สิงหาคม ถึง กันยายน 2559

## 5. กรอบแนวคิดการวิจัย



### อธิบายกรอบแนวคิดการวิจัย

เมื่อมุสลิมเกิดการเจ็บป่วยและต้องเข้ารับบริการสาธารณสุขที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยมุสลิมอาจรู้สึกอึดอัดใจหรือประสบปัญหาอุปสรรคในการรับบริการ เนื่องจากต้องการการบำบัดรักษาโรคแต่ในขณะเดียวกันก็ต้องปฏิบัติตามหลักการศาสนาอิสลามที่เรียกว่าวิถีอิสลามด้วย เนื่องจากศาสนาอิสลามเป็นศาสนาที่มีหลักความศรัทธาและหลักการปฏิบัติที่เป็นอัตลักษณ์เฉพาะตัวและมีแนวทางการปฏิบัติครอบคลุมทุกมิติในการดำเนินชีวิต รวมทั้งเรื่องการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสุขภาพซึ่งต้องไม่ขัดกับหลักศาสนาอิสลาม เช่น

- การบำบัดรักษาโรคหรือวิธีการรักษาโรคต้องไม่มีสิ่งต้องห้ามหรือขัดกับหลักศาสนา ขั้นตอนหรือวิธีการตรวจสุขภาพหรือตรวจร่างกายต้องคำนึงถึงการปะปนระหว่างชายหญิง เจือปนเกี่ยวกับเพศของแพทย์ผู้ตรวจกับเพศของผู้ป่วย
- การแต่งกายของผู้ป่วยในระหว่างที่เข้ารับการรักษา การแต่งกายของสตรีมุสลิมต้องมิดชิดเมื่ออยู่ต่อหน้าเพศตรงข้ามที่ไม่ใช่บุคคลในครอบครัว
- การละหมาดซึ่งเป็นการปฏิบัติศาสนกิจที่ต้องกระทำวันละ 5 เวลา เรื่องของความสะอาดสถานที่อาบน้ำละหมาด และสถานที่ละหมาด
- การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพในบริบทมุสลิม ซึ่งต้องไม่ขัดกับหลักการศาสนา ได้แก่ การออกกำลังกายและการพักผ่อน อาหารฮาลาลและโภชนาการกล่าวคือ อาหารที่

รับประทานต้องเป็นอาหารฮาลาลที่ได้รับการอนุมัติตามหลักการศาสนาอิสลาม โดยพิจารณาทั้งในเรื่องของวัตถุดิบ การเตรียม การปรุง และการเสิร์ฟด้วย

- การถือศีลอด การรักษาความเจ็บป่วยในเดือนถือศีลอด เช่น การจ่ายยา นัดตรวจ การรักษาในช่วงเดือนรอมฎอน การปรับการรับประทานยาขณะถือศีลอด
- มิติทางเพศ สุขภาวะทางเพศ และการวางแผนครอบครัว เช่น การคุมกำเนิด การทำแท้ง การปฏิสนธินอกรกรรภ์หรือการผสมเทียม
- งานอนามัยแม่และเด็ก เช่น การเตรียมความพร้อมของหนุ่มสาวก่อนแต่งงาน การตรวจคัดกรองมะเร็ง การฝากครรภ์ การคลอด ทารกแรกเกิด การเลี้ยงดูบุตร การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- การขริบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศ คือเข้าสูหนัตหรือคิตานหรือ Circumcision
- การดูแลสุขภาพสำหรับผู้เดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์
- การบริจาคเลือด และการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ
- การเย็บเย็บผู้ป่วย
- การบริการสุขภาพผู้ป่วยใกล้ตาย ได้แก่
  - การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต
  - วาระสุดท้ายของชีวิตและการตาย เช่น การตัดสินใจการรุมฆาต
  - ความตายในทัศนะของอิสลาม
  - การบริการสุขภาพเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล เช่น การจัดการศพโดยไม่ต้องฉีดยา การรับนำศพไปฝัง การพิสูจน์ศพ เป็นต้น

ซึ่งในแต่ละประเด็นมีรายละเอียดแตกต่างกันไป โดยประเด็นต่างๆ เหล่านี้มีพื้นฐานมาจากความศรัทธา (หลักศรัทธา) นำไปสู่การปฏิบัติ (หลักปฏิบัติ) ที่สอดคล้องกับความศรัทธาและถูกหล่อหลอมเป็นวิถีอิสลาม

ในขณะเดียวกันผู้จัดบริการสาธารณสุขหรือผู้ให้บริการสาธารณสุขอาจมีข้อจำกัดในการจัดบริการและให้บริการสาธารณสุขตามวิถีอิสลาม อาจเนื่องมาจากนโยบายหรือการบริหารจัดการของผู้บริหาร หรือข้อจำกัดด้านองค์ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องของบุคลากรในเรื่องวิถีอิสลามซึ่งมีอัตลักษณ์เฉพาะตัวและมีความแตกต่างจากวัฒนธรรมอื่นๆ

เมื่อผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้ให้บริการกับผู้รับบริการสาธารณสุขต่างก็มีข้อจำกัด จึงอาจทำให้เกิดปัญหาและเป็นอุปสรรคในการเข้ารับบริการหรือการให้บริการสาธารณสุข เพราะการบำบัดรักษาโรค การเยียวยาฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากตัวผู้ป่วยตลอดจนครอบครัวหรือญาติพี่น้องที่ดูแลผู้ป่วยด้วย ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการบำบัดรักษาโรคทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนั้นการสำรวจปัญหาหรืออุปสรรคของทั้งผู้รับบริการ (ผู้ป่วยมุสลิม) และผู้ให้บริการ (แพทย์หรือพยาบาล) และผู้จัดบริการสาธารณสุข (ผู้บริหาร) จะทำให้นักวิจัยทราบถึงบริบทของปัญหา ความต้องการ ตลอดจนอุปสรรคต่างๆ จากผู้รับบริการชาวไทยมุสลิม ผู้ให้บริการหรือผู้จัดบริการสาธารณสุข เมื่อทราบถึงปัญหาและอุปสรรคต่างๆ แล้ว จะได้นำปัญหาอุปสรรคจากฝ่ายต่างๆ มาร่วมปรึกษาหารือหรือเสนอแนะแนวทางในการจัดบริการสาธารณสุข

ที่สอดคล้องกับวิถีอิสลามโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และผู้จัดบริการสาธารณสุข ตลอดจนหน่วยงานองค์กรหรือชุมชนมุสลิมที่เกี่ยวข้องต่อไป

## 6. ข้อตกลงเบื้องต้น

*ศาสนาอิสลาม* หมายถึง ศาสนาที่นับถือหรือศรัทธาต่ออัลลอฮ์ (ช.บ.) พระผู้เป็นเจ้าเพียงองค์เดียว โดยมีท่านศาสดามุฮัมมัด (ช.ล.) เป็นศาสดา ศาสนาอิสลามไม่มีพระหรือนักบวชเพื่อทำหน้าที่ประกอบพิธีกรรมและเผยแพร่ศาสนาโดยเฉพาะ

*มุสลิม* หมายถึง ผู้นับถือศาสนาอิสลาม

*วิถีอิสลาม* หมายถึง วิถีแห่งการดำเนินชีวิตตามหลักคำสอนและบทบัญญัติของศาสนาอิสลาม ที่ครอบคลุมทุกมิติ ทุกกระบวนการ และทุกกิจกรรมของชีวิต อันหมายถึงความรวมถึง ความเชื่อ จิตวิญญาณ ร่างกาย การปฏิบัติศาสนกิจ พิธีกรรม การอบรม ความรู้ วิทยาการ ศิลปะ วัฒนธรรม ประเพณี เรื่องส่วนตัว ครอบครัว สังคม บ้านเมือง โลกและสรรพสิ่งทั้งหลาย ทรัพยากรธรรมชาติ ประวัติศาสตร์ อนาคต การเมือง การปกครอง การบริหารจัดการ การเชื่อมความสัมพันธ์ เป็นต้น

*อาหารฮาลาล* หมายถึง อาหารที่ผ่านกรรมวิธีในการทำ ผสม ปปรุง ประกอบ หรือแปรรูปตามข้อบัญญัติศาสนาอิสลาม กล่าวคือ วัตถุดิบหรือส่วนผสมที่ใช้ในการปรุงอาหาร ต้องไม่ขัดต่อข้อบัญญัติของศาสนา ต้องมีความสะอาด ไม่ปนเปื้อนเชื้อโรค เช่น เนื้อสัตว์ต้องได้รับการเชือดด้วยวิธีการตามหลักศาสนาโดยมุสลิม มีการกล่าวนามของพระเจ้า ไม่มีส่วนผสมที่ต้องห้าม เช่น เนื้อหมู น้ำมันหมู หรือผลิตภัณฑ์อื่นๆ จากหมู รวมทั้งเลือดสัตว์ไม่ว่าชนิดใด อาหารที่มาจากพืชที่มีพิษและเป็นอันตรายทุกชนิด รวมทั้งเครื่องดื่มหรืออาหารที่มีแอลกอฮอล์หรือส่วนประกอบที่เป็นอันตรายหรือเป็นพิษ เป็นต้น

*โรงพยาบาลส่วนกลาง* หมายถึง โรงพยาบาลรัฐบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในส่วนกลาง ขึ้นตรงต่อกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และโรงพยาบาลเลิดสิน

*โรงพยาบาลส่วนภูมิภาค* หมายถึง โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดหรืออำเภอ มีหลากหลายระดับตามขีดความสามารถ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป

*โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.)* หมายถึง โรงพยาบาลประจำจังหวัดประจำภูมิภาคที่มีขีดความสามารถระดับตติยภูมิ (Tertiary care) มีจำนวนเตียงมากกว่า 500 เตียง และเป็นโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา และโรงพยาบาลหาดใหญ่

*โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.)* หมายถึง โรงพยาบาลประจำอำเภอขนาดใหญ่ที่มีขีดความสามารถระดับทุติยภูมิ (Secondary care) มีจำนวนเตียง 120-500 เตียง และเป็นโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

*กลุ่มผู้ให้ข้อมูล* หมายถึง กลุ่มเป้าหมายที่ให้ข้อมูลผู้วิจัย

*กลุ่มผู้รับบริการสาธารณสุข* หมายถึง ผู้ป่วยชาวไทยมุสลิม หรือครอบครัว หรือญาติพี่น้อง ที่มาเฝ้าไข้หรือเยี่ยมเยียนผู้ป่วย ที่เข้ารับบริการสาธารณสุขที่โรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลพระจอมเกล้า ซึ่งเป็นตัวแทนสถานบริการสาธารณสุขในแต่ละภูมิภาค และโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และโรงพยาบาลเลิดสิน ซึ่งเป็นตัวแทนสถานบริการสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร

*กลุ่มผู้ให้บริการสาธารณสุข* หมายถึง แพทย์หรือพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอกหรือแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลพระจอมเกล้า ซึ่งเป็นตัวแทนสถานบริการสาธารณสุขในแต่ละภูมิภาค และโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และโรงพยาบาลเลิดสิน ซึ่งเป็นตัวแทนสถานบริการสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร

*กลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาล* หมายถึง ผู้อำนวยการ หรือรองผู้อำนวยการ หรือหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก หรือหัวหน้าแผนกผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลพระจอมเกล้า ซึ่งเป็นตัวแทนสถานบริการสาธารณสุขในแต่ละภูมิภาค และโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และโรงพยาบาลเลิดสิน ซึ่งเป็นตัวแทนสถานบริการสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร

## 7. ข้อจำกัดในการวิจัย

7.1 การเลือกโรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มผู้ให้ข้อมูล: เนื่องด้วยข้อจำกัดด้านเวลา การเดินทางเก็บข้อมูล งบประมาณ และความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการและการให้ข้อมูล คณะผู้วิจัยจึงทำการเลือกเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 8 โรงพยาบาล โดยเป็นโรงพยาบาลส่วนภูมิภาคที่กระจายตัวอยู่ตามภูมิภาคต่างๆ ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออก ภาคตะวันตก และภาคใต้ เลือกภูมิภาคละ 1 โรงพยาบาล รวม 6 โรงพยาบาล เพื่อเป็นตัวแทนในแต่ละภูมิภาค และอีก 1 จังหวัด (ส่วนกลาง) คือ กรุงเทพมหานคร เลือก 2 โรงพยาบาล ส่วนกลาง เพื่อเป็นตัวแทนในเขตกรุงเทพมหานคร

7.2 การเข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 กลุ่ม และการนัดหมายเพื่อเก็บข้อมูล ไม่สามารถทำได้ในระยะเวลาเดียวกัน เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านภารกิจงานหลักของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล คณะผู้วิจัยจึงต้องเดินทางเพื่อเก็บข้อมูลหลายครั้ง

7.3 เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นหลัก กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมาย 8 แห่ง จึงมีจำนวนแตกต่างกันไปตามบริบทและสภาพพื้นที่ของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง

## 8. ประโยชน์ที่ได้รับ

8.1 ทราบถึงความต้องการที่จำเป็น ปัญหาและอุปสรรค อันเกิดจากการเข้ารับบริการสาธารณสุขของชาวไทยมุสลิม (ผู้รับบริการ)

8.2 ได้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ ปัญหาและอุปสรรคของบุคลากรสาธารณสุขในการให้บริการสาธารณสุขตามวิถีอิสลาม (ผู้ให้บริการ)

8.3 ได้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อจำกัดของการบริหารจัดการและการให้บริการสาธารณสุขตามวิถีอิสลาม (ผู้บริหารโรงพยาบาล)

8.4 ทราบ และเข้าใจสภาพปัญหา ข้อจำกัด ของแต่ละฝ่ายในการจัดการบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม

8.5 ได้ข้อเสนอแนะแนวทางการจัดบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม และ/หรือ แนวทางการให้บริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีอิสลามสำหรับสถานบริการสาธารณสุข



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง “บริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับชาวไทยมุสลิม: ช่องว่างแห่งระบบบริการสาธารณสุขไทย” มีแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

#### 1. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความต้องการจำเป็น (Needs)

คำว่า “ความต้องการจำเป็น (Needs)” มีผู้ให้นิยามไว้อย่างหลากหลายมุมมอง ซึ่ง McKillip (1987 อ้างใน สุวิมล ว่องวาณิช, 2558, หน้า 46) กล่าวว่า ความต้องการที่จำเป็นหรือ needs เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงผลที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในองค์กรซึ่งผู้เกี่ยวข้องต้องให้ความสนใจแก้ไขให้หมดไปจะละเลยไม่สนใจไม่ได้ เพราะอาจทำให้เกิดผลเสียหายตามมา ซึ่งแตกต่างจาก want และ demand ซึ่งความต้องการแบบหลังนี้ถึงไม่ได้รับการตอบสนองก็ไม่เกิดผลเสียหายใดๆ

สุวิมล ว่องวาณิช (2558, หน้า 33-34) ได้ให้นิยาม “ความต้องการจำเป็น” ออกเป็น 2 มุมมอง ดังนี้

##### 1) มุมมองด้านจิตวิทยา

ตามทฤษฎีลำดับขั้นของความต้องการจำเป็นของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Needs) ซึ่งแบ่งความต้องการออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่

ระดับที่ 1: ความต้องการจำเป็นทางกายภาพ (Physiological needs)

ระดับที่ 2: ความต้องการจำเป็นด้านความปลอดภัย (Safety needs)

ระดับที่ 3: ความต้องการจำเป็นด้านความรักและการเป็นเจ้าของ (Love & belonging needs)

ระดับที่ 4: ความต้องการจำเป็นด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง (Esteem needs)

ระดับที่ 5: ความต้องการจำเป็นในการบรรลุศักยภาพของตนเอง (Self-actualization needs)

ซึ่งความต้องการจำเป็น 4 ระดับแรก จัดอยู่ในประเภทความต้องการจำเป็นบกพร่อง (Deficit needs) คือ หากยังไม่ได้รับการตอบสนอง ความต้องการจำเป็นก็จะยังคงอยู่ในสภาวะที่บกพร่องหรือขาดแคลน (สุวิมล ว่องวาณิช, 2558, หน้า 35)

##### 2) มุมมองด้านการประเมิน ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

###### 2.1) มุมมองในมิติด้านความแตกต่าง (Discrepancy)

ซึ่งในมุมมองนี้ Kaufman and English (1981 อ้างใน สุวิมล ว่องวาณิช, 2558, หน้า 36) ได้ให้ความหมายของ “ความต้องการจำเป็น” ไว้ว่า หมายถึง ความขัดแย้งระหว่างสิ่งที่เป็นอยู่ในปัจจุบันกับสิ่งที่ปรารถนาจะเกิดขึ้นในอนาคต ส่วน Witkin (1984 อ้างใน สุวิมล ว่องวาณิช, 2558, หน้า 36) กล่าวว่า ความต้องการจำเป็น คือ ความแตกต่างระหว่างสภาพที่เป็นอยู่ (What is) กับสภาพที่ควรจะเป็น (What should be)

###### 2.2) มุมมองในมิติด้านประโยชน์ที่ได้รับ (Benefit)

Scriven (1991 อ้างใน สุวิมล ว่องวาณิช, 2558, หน้า 40) ได้กล่าวไว้ว่า “ความต้องการจำเป็น” ไม่ควรกำหนดในลักษณะของความแตกต่าง เพราะความต้องการจำเป็นบางอย่างไม่



ต้องกำหนดสภาพที่ควรจะเป็น เช่น อาหาร น้ำ เป็นต้น ซึ่งในมุมมองของ Scriven จะเน้นเรื่องการกำหนดความต้องการจำเป็นที่ก่อให้เกิดประโยชน์หรือทำให้เกิดความพึงพอใจ (Satisfaction)

นอกจากนี้ Witkin (1984, 1994 อ้างใน สุวิมล ว่องวาณิช, 2558, หน้า 51) ยังได้จำแนกความต้องการจำเป็นตามองค์กรผู้รับและผู้ให้บริการออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1) ความต้องการจำเป็นระดับปฐมภูมิ (Primary needs) เป็นความต้องการจำเป็นของผู้รับบริการ (service receivers)

2) ความต้องการจำเป็นระดับทุติยภูมิ (Secondary needs) เป็นความต้องการจำเป็นของผู้ให้บริการ (service providers)

3) ความต้องการจำเป็นระดับตติยภูมิ (Tertiary needs) เป็นความต้องการจำเป็นด้านทรัพยากรและการแก้ไขปัญหา (resources solution)

ในทำนองเดียวกัน Witkin and Altschuld (1995 อ้างใน สุวิมล ว่องวาณิช, 2558, หน้า 51) ได้แบ่งความต้องการจำเป็นออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

1) ความต้องการจำเป็นระดับที่ 1: กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ คนไข้ ผู้บริโภค ลูกค้า ซึ่งถือเป็นกลุ่มบุคคลที่เป็นหัวใจของกระบวนการประเมินความต้องการจำเป็น

2) ความต้องการจำเป็นระดับที่ 2: ผู้ให้บริการและผู้กำหนดนโยบาย ได้แก่ แพทย์ ผู้บริหาร ผู้อำนวยการและผู้จัดการ เป็นต้น ซึ่งกลุ่มผู้ให้บริการมีความสัมพันธ์โดยตรงกับกลุ่มบุคคลในระดับที่ 1

3) ความต้องการจำเป็นระดับที่ 3: ทรัพยากรหรือแนวทางแก้ไขปัญหาที่องค์กรต้องจัดเตรียมให้พร้อม ได้แก่ สิ่งอำนวยความสะดวก แผนงาน รูปแบบการดำเนินงาน

## 2. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความต้องการ (Needs assessment)

“การประเมินความต้องการจำเป็น (Needs Assessment)” นั้น มีผู้ให้นิยามและความหมายไว้อย่างหลากหลายมุมมอง อาทิเช่น

Kafman (1982 อ้างใน สุวิมล ว่องวาณิช, 2558, หน้า 60) ได้ให้ความหมายของ “การประเมินความต้องการจำเป็น” ไว้ว่า หมายถึง การวิเคราะห์อย่างเป็นระบบเพื่อแสดงความแตกต่างระหว่างผลที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและผลลัพธ์ที่พึงปรารถนา การจัดเรียงลำดับความสำคัญ และการเลือกความต้องการจำเป็นมาแก้ไข

ส่วน Witkin (1984) and McKillip (1987 อ้างใน สุวิมล ว่องวาณิช, 2558, หน้า 60) กล่าวว่า “การประเมินความต้องการจำเป็น” คือ กระบวนการที่เป็นระบบที่นำมาใช้เพื่อกำหนดความแตกต่างระหว่างสภาพที่เป็นอยู่กับสภาพที่มุ่งหวัง โดยเน้นความแตกต่างของผลลัพธ์ (Outcome gaps) และนำมาจัดเรียงลำดับ และเลือกความต้องการจำเป็นมาแก้ไข

นอกจากนี้ Reviere, Berkowitz, Carter and Feguson (1996 อ้างใน สุวิมล ว่องวาณิช, 2558, หน้า 60) ยังกล่าวเพิ่มเติมอีกว่า การประเมินความต้องการจำเป็น คือ กระบวนการที่ทำอย่างเป็นระบบเพื่อค้นหาสารสนเทศมาใช้ในการตัดสินใจ ซึ่ง Witkin and Altschuld (1995 อ้างใน สุวิมล ว่องวาณิช, 2558, หน้า 60) ได้กล่าวเกี่ยวกับกระบวนการประเมินความต้องการจำเป็นว่า มี 3

ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผนดำเนินงาน 2) การสำรวจและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำหนดความต้องการจำเป็น และ 3) การใช้ประโยชน์จากความต้องการจำเป็น

McKillop (1987 อ้างใน สุวิมล ว่องวาณิช, 2558, หน้า 87) กล่าวว่า การประเมินความต้องการจำเป็น เป็นเครื่องมือที่ช่วยในการตัดสินใจของผู้บริหารในการให้บริการแก่ประชาชน ไม่ว่าจะเป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับการกำหนดนโยบาย การจัดสรรทรัพยากร การบริหารบุคลากร หรือการวางแผนการทำงาน ซึ่งการประเมินความต้องการจำเป็น ต้องได้คำตอบในคำถาม 2 ประเด็น คือ 1) บริการที่ให้กับสังคมหรือชุมชนมีความเพียงพอหรือไม่เพียงพอ และ 2) ถ้าไม่เพียงพอจะมีการดำเนินการอะไรบ้างเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว

จากนิยามในมุมมองที่หลากหลายข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า “การประเมินความต้องการจำเป็น” เป็นกระบวนการประเมินเพื่อกำหนดความแตกต่างของสภาพที่เกิดขึ้นกับสภาพที่ควรจะเป็น โดยระบุสิ่งที่ต้องการให้เกิดว่ามีลักษณะเช่นใด และประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นจริงว่ามีลักษณะเช่นใด จากนั้นนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นจริงว่าสมควรเปลี่ยนแปลงกระบวนการจัดการหรือการเปลี่ยนแปลงผลที่เกิดขึ้นปลายทาง การเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากการประเมินความต้องการจำเป็นจึงเป็นการเปลี่ยนแปลงในเชิงสร้างสรรค์และเป็นการเปลี่ยนแปลงทางบวก (สุวิมล ว่องวาณิช, 2558, หน้า 62)

การวิเคราะห์ความต้องการที่จำเป็นตามแนวคิดของ McKillop (1987 อ้างใน สุวิมล ว่องวาณิช, 2558, หน้า 88) มีการดำเนินงานแบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การระบุกลุ่มผู้ใช้และลักษณะการใช้ผลประโยชน์ความต้องการจำเป็น โดยแบ่งกลุ่มเป้าหมายเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องโดยตรงและกลุ่มผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องทางอ้อม และลักษณะของการใช้ผลประโยชน์ เช่น เพื่อการจัดสรรงบประมาณ การใช้ในการบริหารหรือจัดโครงการต่างๆ เป็นต้น (2) การระบุกลุ่มเป้าหมายและสภาพแวดล้อมของการให้บริการที่เป็นอยู่ เพื่อกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับบริบทของสภาพแวดล้อม เงื่อนไขข้อกำหนดต่างๆ และลักษณะของกลุ่มเป้าหมายที่รับบริการ (3) การระบุรายละเอียดของความต้องการจำเป็น โดยจำแนกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา และข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการแก้ไขปัญหา ซึ่งต้องอาศัยแหล่งข้อมูลมากกว่าหนึ่งแหล่ง (4) การประเมินความต้องการจำเป็นที่สำคัญ คือ การเรียงลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นสำหรับกลุ่มเป้าหมายจากประเด็นที่มีความสำคัญมากไปน้อย (5) การเผยแพร่ผลการประเมินความต้องการจำเป็น คือ การเสนอผลการวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นให้ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ รวมทั้งผู้ใช้ผลและกลุ่มคนที่เกี่ยวข้องได้รับรู้

### 3. หลักศรัทธาและหลักปฏิบัติของศาสนาอิสลาม

คำว่า “อิสลาม” มาจากรากศัพท์ภาษาอาหรับว่า “อัลละมะ” หมายถึง “จำนน ยอมตาม มอบตน มีสันติ ให้สันติ” ส่วนผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม เรียกว่า “มุสลิม” แปลว่า ผู้จำนน ผู้ยอมตาม ผู้มอบตนแด่อัลลอฮ์ (ช.บ.) (พระผู้เป็นเจ้า) ดังนั้น ศาสนาอิสลาม จึงหมายถึง ะบอบแห่งการเคารพ ภักดีพระเจ้าอันนำไปสู่สันติสุข (ยูซุฟ นิมะ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2551, หน้า 8)

มุสลิมถือว่า ศาสนาเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในการมีชีวิตอยู่ และไม่ได้แบ่งแยกชีวิตทางโลกและทาง ศาสนาออกจากกัน แต่มุสลิมเชื่อว่า กฎหมายของพระเจ้า (หรือที่เรียกว่า ชะรีอะฮ์) จะต้องได้รับการ ปฏิบัติตามอย่างจริงจัง ดังนั้น ศาสนาอิสลามจึงมีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของมนุษย์ทุกด้านทุก มิติตั้งแต่เกิดจนตาย อิสลามเป็นศาสนาที่ให้แนวทางและวิธีการดำรงชีวิตเป็นโครงสร้างทางสังคม กิจกรรมทุกอย่างของสังคมจะต้องวางอยู่บนพื้นฐานของการเคารพภักดีต่ออัลลอฮ์ (ช.บ.) พระเจ้า เพียงองค์เดียว อิสลามได้ให้คำสอนอันเป็นธรรมนูญแห่งชีวิตแก่มวลมนุษย์ เพื่อให้มนุษย์ชาติอยู่ ร่วมกันด้วยความรัก ความสงบสุข เกิดภราดรภาพ เพราะฉะนั้นชีวิตความเป็นอยู่ของชาวมุสลิมจึงมี ความสัมพันธ์แนบแน่นกับศาสนาจนไม่สามารถแยกออกจากกันได้

กฎหมายอิสลาม (ชะรีอะฮ์) เป็นบรรทัดฐานที่กำหนดวิถีชีวิตของคนมุสลิมทุกด้านตั้งแต่เกิด จนตาย ซึ่งกฎหมายอิสลามมีที่มาจาก 4 แหล่งที่สำคัญ ได้แก่

1) **คัมภีร์อัลกุรอาน** ซึ่งเป็นโองการหรือคำตรัส คำพูดของอัลลอฮ์ (ช.บ.) คือพระผู้เป็นเจ้าที่ ทรงประทานมาให้ท่านศาสดามุฮัมมัด (ช.ล.) ผ่านมลาอิกะฮ์ (ทูตสวรรค์) นามว่า จิบรีล เพื่อมวล มนุษยชาติ และถูกถ่ายทอดสู่บรรดาสาวก มีการบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร และถูกตรวจสอบอยู่ ตลอดเวลาในระหว่างที่ท่านศาสดายังมีชีวิตอยู่ และโองการทั้งหมดในคัมภีร์กุรอานไม่มีการ เปลี่ยนแปลงใดๆ ภายหลังจากท่านศาสดาเสียชีวิต ตราบจนปัจจุบันซึ่งนับเป็นเวลากว่า 1400 ปี ดังนั้น อัลกุรอาน คือแหล่งที่มาแห่งแรกของความศรัทธาและการปฏิบัติของมุสลิม อัลกุรอานสอนมนุษย์ทุก เรื่องที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ เช่น ความรู้เรื่องพระเจ้า ชีวิต และจักรวาล รวมทั้งหลักการดำเนินชีวิตที่ เป็นความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับพระเจ้า และระหว่างมนุษย์กับมนุษย์หรือสิ่งทั้งหลายที่พระองค์ ทรงสร้างขึ้นมา

2) **อัลฮะดิษ** เป็นแหล่งคำสอนของอิสลามรองจากอัลกุรอาน อัลฮะดิษ คือ คำบอกเล่าถึง “สุนนะฮ์” หรือ คำสอน / แบบฉบับการดำเนินชีวิตทุกอิริยาบถของท่านศาสดามุฮัมมัด (ช.ล.) และ สิ่งที่ท่านยอมรับในการกระทำของผู้อื่น ซึ่งมีสาวกเป็นประจักษ์พยาน

3) **อัลอิจญ์มาฮ์** คือ ข้อวินิจฉัยที่สอดคล้องกันของปวงปราชญ์มุสลิมที่ได้รับการยอมรับว่า เป็นปราชญ์ผู้รอบรู้และมีคุณธรรมเกี่ยวกับปัญหาทางกฎหมายอิสลามในกรณีที่ไม่ใช่ข้อบัญญัติกำหนด ไว้ในคัมภีร์อัลกุรอานหรืออัลฮะดิษอย่างชัดเจน

4) **อัลกียาส** คือ การอนุมานหาแนวปฏิบัติทางกฎหมาย โดยอาศัยการเปรียบเทียบกับตัวบท กฎหมายที่ใกล้เคียง และไม่ขัดกับหลักการอันเป็นที่มาของกฎหมายอิสลามทั้งสามประการขั้นต้น ใน กรณีที่ไม่ใช่ข้อบัญญัติโดยตรง

บทบัญญัติของอิสลามนั้นจะครอบคลุมหลักต่างๆ ดังนี้

- 1) หลักที่เกี่ยวข้องกับความศรัทธา (อะกีดะห์)
- 2) หลักที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรม (อัคลาก)
- 3) หลักที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติศาสนกิจต่อพระเจ้า (อิบาดัต)
- 4) หลักที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (มุอามะลัต) เช่น บทบัญญัติเกี่ยวกับครอบครัว การดำเนินธุรกิจ การตัดสินคดีความ ฯลฯ (ยูซุฟ นิมะ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2551, หน้า 9)

### 3.1 หลักศรัทธา 6 ประการ (ยูซุฟ นิมะ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2551, หน้า 10)

หลักศรัทธาในอิสลามมี 6 ประการ เรียกว่า “รูกอนอิหม่าน” ซึ่งถือเป็นข้อกำหนดสำคัญอันดับแรกที่มุสลิมต้องศรัทธาและเชื่อมั่นอย่างบริสุทธิ์ใจ ความสมบูรณ์ของมุสลิมเบื้องต้นอยู่ที่การยึดมั่นในหลักการศรัทธาทั้ง 6 ประการ หากมีความสั่นคลอน ก็จะส่งผลต่อหลักการปฏิบัติด้วย โดยหลักศรัทธา 6 ประการ มีดังต่อไปนี้

1) **การศรัทธาในอัลลอฮ์ (ช.บ.) หรือพระเป็นเจ้า** ถือเป็นหัวใจของการเป็นมุสลิม คือมุสลิมต้องศรัทธาว่า อัลลอฮ์ (ช.บ.) เป็นพระเจ้าเพียงองค์เดียว

2) **การศรัทธาในบรรดาলাอิกะฮ์** มลาอิกะฮ์ เป็นสิ่งที่อัลลอฮ์ (ช.บ.) ทรงสร้างชนิดหนึ่ง มีคุณลักษณะเฉพาะ เช่น ไม่กิน ไม่ดื่ม ไม่มีเพศ ไม่ขัดแย้งคำสั่งของอัลลอฮ์ (ช.บ.) มนุษย์เราไม่อาจเห็นรูปร่างหรือตัวตนที่แท้จริงของมลาอิกะฮ์ได้

3) **การศรัทธาในบรรดาคัมภีร์** คัมภีร์อัลกุรอาน ไม่ใช่คัมภีร์เล่มเดียวในศาสนาอิสลาม แต่ทว่ามีคัมภีร์เล่มอื่นๆ อีกที่ศาสดาท่านก่อนๆ ได้รับจากพระเจ้า เช่น

- ศาสดาดาวูด (เดวิด) ได้รับการประทานคัมภีร์ซะบูร์
- ศาสดามูซา (โมเสส) ได้รับการประทานคัมภีร์เตารอต (Torah)
- ศาสดาอีซา (เยซู) ได้รับการประทานคัมภีร์อินญีล (Gospel) และ
- ศาสดามุฮัมมัด (ช.ล.) ได้รับการประทานคัมภีร์อัลกุรอาน (Quran) ซึ่งเป็นคัมภีร์

ฉบับสุดท้ายที่อัลลอฮ์ (ช.บ.) ประทานมายังมนุษยชาติผ่านทางท่านศาสดามุฮัมมัด (ช.ล.) ซึ่งมุสลิมทั่วโลกยึดถือเป็นธรรมนูญแห่งชีวิตมาตราบจนทุกวันนี้ คัมภีร์อัลกุรอานไม่มีการสังคายนา ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ไม่มีการแก้ไข ไม่มีการเพิ่มเติมสิ่งใดทั้งสิ้นจนกระทั่งถึงปัจจุบัน

4) **การศรัทธาต่อบรรดาศาสนทูต** มุสลิมศรัทธาต่อบรรดาศาสนทูตของพระผู้เป็นเจ้าโดยเริ่มตั้งแต่อาดัม (มนุษย์คนแรก) รวมถึงนุฮ์ (โนอาห์) อิบรอฮีม (อับราฮาม) อิสมาแอล (อิสมาอีล) อิสฮาก (ไอแซค) ยะกูบ (จacob) มูซา (โมเสส) อีซา (เยซู) และศาสนทูตคนสุดท้าย คือ มุฮัมมัด (ช.ล.) ซึ่งจะไม่มีศาสดาใดเกิดขึ้นอีกจนกระทั่งวันสิ้นโลก ศาสดาแต่ละท่านนั้นเป็นผู้เทศนาตามที่ได้รับมอบหมายจากอัลลอฮ์ (ช.บ.) ศาสดาแต่ละท่านจะกล่าวแต่ความจริงและเป็นเพียงมนุษยธรรมดะ ไม่มีท่านใดที่มีคุณลักษณะเทียบเท่าพระผู้เป็นเจ้าได้เลย

5) **การศรัทธาในวันพิพากษา** จักรวาลจะถึงวาระสุดท้ายหรือวันสิ้นโลกตามที่อัลลอฮ์ (ช.บ.) ได้ทรงกำหนดไว้อย่างแน่นอน แต่ไม่มีผู้ใดทราบว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด ในวันนั้นทุกคนต้องได้รับการ

พิพากษาจากพระเจ้าและรับผลการตอบแทนของแต่ละคน จะเป็นสวรรค์หรือนรกก็ตามความประพฤติชั่วที่มนุษย์กระทำไว้ในโลกที่ยังมีชีวิตอยู่นี้

6) **การศรัทธาในกฎการกำหนดสภาวะการณ** กฎสภาวะการณ คือ ระเบียบอันรัดกุมที่พระเจ้าได้ทรงกำหนดไว้แก่จักรวาล และมนุษยชาติ แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่

- **กฎที่ตายตัว** เมื่อประสบกับผู้ใดแล้ว หลีกเลี่ยงไม่ได้ ทุกอย่างดำเนินไปตามพระประสงค์ เช่น การถือกำเนิด ชาติพันธุ์ รูปร่างหน้าตา เป็นต้น

- **กฎที่ไม่ตายตัว** โดยดำเนินไปตามความสัมพันธ์ระหว่างเหตุและผล กิจกรรมต่างๆ อยู่ในดุลยพินิจของมนุษย์ที่จะใช้สติปัญญาที่พระเจ้าประทานมา เลือกปฏิบัติตามข้อห้ามข้อใช้ต่างๆ

### 3.2 หลักปฏิบัติ 5 ประการ (ยูซูฟ นิมะ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2551, หน้า 13-15)

หลักปฏิบัติ หรือที่ชาวมุสลิม เรียกว่า “รูกนอิสลาม” คำว่า “รูกน” แปลว่า หลักการ ส่วนคำว่า “อิสลาม” หมายถึง หนทางสู่ความสงบสันติ เพราะฉะนั้น รูกนอิสลาม จึงแปลว่า หลักปฏิบัติเพื่อสร้างความสงบสันติในสังคม ซึ่งหลักปฏิบัติ 5 ประการ มีดังนี้

1) **การปฏิญาณตน (ชาฮาดะฮ์)** หลักปฏิบัติประการแรก ที่ถือว่าเป็นหัวใจของการเป็นมุสลิม คือการกล่าวคำปฏิญาณตนว่า “ลาอิลาฮะอิลลัลลอฮ มุฮัมมาตุร ร่อซูลุลลอฮ” มีความหมายว่า “ไม่มีพระเจ้าอื่นใด นอกจากอัลลอฮ (ช.บ.) และมุฮัมมัด (ช.ล.) คือศาสนทูตของอัลลอฮ (ช.บ.)” หลักปฏิบัติที่สรุปมาจากหลักความศรัทธาแบ่งออกเป็น 2 ประการที่สำคัญ คือ

- การศรัทธาในพระองค์อัลลอฮ (ช.บ.) และพระดำรัสของพระองค์ คือ คัมภีร์อัลกุรอาน
- การศรัทธาในท่านศาสดามุฮัมมัด (ช.ล.) และแบบฉบับของท่าน ที่เรียกว่า ซุนนะฮ์

คำปฏิญาณตนมีเจตจำนง เพื่อให้มุสลิมยึดมั่นในอัลลอฮ (ช.บ.) เท่านั้นที่เป็นพระเจ้า ห้ามกราบไหว้บูชาสิ่งอื่นใด อิสลามห้ามไม่ให้ถือวัตถุ บุคคล หรือสัญลักษณ์ใดๆ เป็นที่สักการะเชื่อและบูชา

2) **การละหมาด (นมาซ)** การละหมาด คือ ศาสนกิจที่แสดงออกถึงความเคารพต่ออัลลอฮ (ช.บ.) ทั้งทางร่างกายและจิตใจ เป็นข้อปฏิบัติที่มุสลิมทุกคนต้องปฏิบัติไม่ว่าจะเป็นผู้หญิงหรือผู้ชาย และจะต้องปฏิบัติตั้งแต่บรรลุนิติภาวะ คือ ผู้หญิงตั้งแต่เริ่มมีรอบเดือน และผู้ชายเมื่อเข้าสู่ความเป็นหนุ่ม (มีฟันเปื่อย) จนถึงวันสุดท้ายของชีวิต การละหมาดฟัรดู (ภาคบังคับ) ที่เป็นพื้นฐานในชีวิตประจำวันของมุสลิม คือ ละหมาดวันละ 5 เวลา ได้แก่

- เวลารุ่งอรุณ เรียกว่า ละหมาดศุบฮิ
- เวลาบ่าย เรียกว่า ละหมาดซุฮริ
- เวลาเย็น เรียกว่า ละหมาดอัซริ
- เวลาพลบค่ำ เรียกว่า ละหมาดมัฆริบ
- เวลากลางคืน เรียกว่า ละหมาดอิชาอ

ซึ่งก่อนที่จะทำการละหมาด มุสลิมจะต้องกระทำ (ข้อบังคับ) ดังต่อไปนี้

- 1) ต้องชำระล้างร่างกายให้สะอาดก่อน (ที่เรียกว่า การอาบน้ำละหมาด)
- 2) แต่งกายด้วยเสื้อผ้าที่สะอาด ปราศจากสิ่งเปรอะเปื้อน สำหรับผู้ชายอย่างน้อยต้องปิดร่างกายให้เหนือสะดือขึ้นไป และต่ำลงมาให้เลยเข่า สำหรับหญิงทั่วไปให้ปกปิดทั่วร่างกาย นอกจากใบหน้าและฝ่ามือทั้งสองข้าง
- 3) สถานที่ละหมาด จะปฏิบัติที่ไหนก็ได้ ขอให้เป็นที่สะอาด โดยไม่จำเป็นต้องเป็นสุเหร่าหรือมัสยิด
- 4) ต้องให้เข้าสู่เวลาแน่นอนของละหมาดนั้นๆ เสียก่อน ทุกๆ คราวไป
- 5) ต้องหันหน้าไปทางกิบลัต ณ นครมักกะฮ์ ประเทศซาอุดีอาระเบีย โดยมุสลิมในประเทศไทยจะหันหน้าไปทางทิศตะวันตก

3) **การถือศีลอด** การถือศีลอดเป็นการงดกิน งดดื่ม งดการมีเพศสัมพันธ์ และสำรวมตนในคุณงามความดีเป็นพิเศษในแต่ละวัน ตั้งแต่ปรากฏแสงตะวันขึ้นจนกระทั่งตะวันลับขอบฟ้า เป็นข้อกำหนดหรือบทบังคับสำหรับมุสลิมทุกคนที่บรรลุนิติภาวะและสภาพร่างกายที่สามารถถือศีลอดได้ในรอบปีหนึ่งๆ ทั้งชายหญิง ทุกฐานะต่อเนื่องกันเป็นเวลา 1 เดือน คือเดือนที่ 9 ของฮิจเราะฮ์ศักราช ซึ่งเรียกว่าเดือน “รอมฎอน” ตามปฏิทินอิสลาม ซึ่งนับตามจันทรคติ

การถือศีลอดเป็นกิจกรรมอันสำคัญในการเชื่อฟังต่ออัลลอฮ์ (ช.บ.) ผู้ถือศีลอดต้องตั้งใจงดถือศีลอดตลอดเดือน โดยการงดเว้นจากการบริโภคอาหาร เครื่องดื่ม การร่วมสังวาส การรักษาอวัยวะทุกส่วนให้พ้นจากการทำชั่ว ทั้งทางด้านกาย วาจา และใจ พร้อมมุ่งทำความดีเป็นพิเศษ นอกจากนี้ยังผ่อนปรนอนุโลมให้สำหรับบุคคลบางประเภท ซึ่งบุคคลที่ได้รับการยกเว้น ได้แก่

- 1) เด็กที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ
- 2) คนขาดสติสัมปชัญญะ
- 3) คนชรา
- 4) คนป่วยหรือรังที่แพทย์วินิจฉัยว่ารักษาไม่หายขาด หรือป่วยด้วยโรคทั่วไปแต่อยู่ในสภาพไม่ปกติ หากถือศีลอดแล้วจะเป็นอันตรายร้ายแรงต่อสุขภาพ
- 5) หญิงมีครรภ์และแม่ลูกอ่อนที่ให้นมแก่ทารกหรือแม่นม
- 6) หญิงขณะมีรอบเดือนและหลังคลอดบุตร
- 7) ผู้ที่อยู่ในระหว่างเดินทางมีความลำบากในการเดินทาง
- 8) บุคคลที่ทำงานหนัก ซึ่งขึ้นอยู่กับดุลยพินิจและศรัทธาของเขาเองว่าจะสามารถถือศีลอดได้หรือไม่โดยไม่หลอกลวงตัวเอง

บุคคลเหล่านี้เมื่อพ้นจากภาวะความจำเป็นต่างๆ ให้ถือศีลอดชดใช้ตามจำนวนวันที่ขาดในช่วงระยะ 11 เดือน ก่อนที่เดือนรอมฎอนของปีใหม่จะมาถึง ในด้านการบริโภคนั้นให้งดเมื่อจวนได้เวลาต้องงด และให้รับบริโภคเมื่อหมดเวลางดบริโภค (สามารถบริโภคได้) และกระทำได้ตั้งแต่ดวงอาทิตย์ตกไปจนกระทั่งดวงอาทิตย์ขึ้น ในการแก้ศีลอดนั้น สิ่งที่ท่านศาสดาได้ปฏิบัติไว้คือ การรับประทานผลไม้สด 1-3 ผล แล้วดื่มน้ำอุ่นแทนน้ำเย็น ก่อนที่จะรับประทานอาหารหนักต่อไป

4) **การจ่ายชะกาต** การจ่ายชะกาต คือ การออกทรัพย์สินที่มีปริมาณถึงพิกัตในอัตรากำหนดให้แก่ผู้มีสิทธิ 8 ประเภท ซึ่งได้แก่ คนยากจน คนขัดสน คนที่รับอิสลามใหม่ คนที่มีหนี้สินล้นพ้นตัว เป็นต้น ตามพิกัตที่กำหนด

อัตราส่วนของทรัพย์สินไม่ว่าทองหรือเงินสดที่ต้องจ่ายชะกาต ชะกาตชนิดนี้เรียกว่า “ชะกาตมาล (ชะกาตทรัพย์สิน)” คือเป็นธัญพืช หรือมูลค่าธัญพืชเป็นเงิน จะใช้เทียบด้วยจำนวนทรัพย์สินที่มีค่า 85 กรัมของทองและทรัพย์สินดังกล่าว มีอายุครอบครองหนึ่งปี จะต้องจ่ายออกไปร้อยละ 2.5

ในส่วน of ทรัพย์สินที่ต้องการบริจาคทานซึ่งมิใช่ชะกาต จะเรียกว่า “อินฟาก” (ทานที่กระทำโดยสมัครใจ) ก็สามารถบริจาคได้มากเท่าที่ต้องการ ซึ่งในศาสนาอิสลามถือว่าเป็นหลักปฏิบัติที่สำคัญรองลงมาจากภาระละหมาด การจ่ายชะกาต เป็นการขัดเกลาลจิตใจให้ผ่องแผ้ว

นอกจากนั้นยังมีชะกาตอีกชนิดหนึ่ง เรียกว่า “ชะกาตฟิฏเราะฮฺ” เป็นบทบัญญัติข้อหนึ่งที่กำหนดให้มุสลิมทุกคนต้องจ่ายในวันสิ้นสุดของการถือศีลอดเดือนรอมฎอนเพื่อช่วยให้คนยากจน ขัดสน ได้มีปัจจัยสำหรับเริ่มในเทศกาลหลังสิ้นเดือนถือศีลอดที่เรียกว่า “อีดิลฟิฏริ”

5) **ประกอบพิธีฮัจญ์** เป็นการจาริกไปเยี่ยมเยียนและประกอบศาสนพิธี ณ สถานที่ศักดิ์สิทธิ์แห่งนครมักกะฮฺ ฮัจญ์ถือเป็นหน้าที่ของมุสลิมทุกคนที่มีความสามารถ ทั้งด้วยวัย มีสติสัมปชัญญะ บริบูรณ์ ร่างกายแข็งแรง และมีค่าใช้จ่ายเพียงพอในการเดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์อย่างน้อยครั้งหนึ่งในชีวิต โดยต้องไม่มีหนี้สินและสร้างความลำบากแก่คนในครอบครัว ในฤดูกาลฮัจญ์ประจำปี ในเดือนที่ 12 ของปฏิทินอิสลาม คนจากทั่วโลกจะมาชุมนุมกันทุกๆ ปี ผู้แสวงบุญจะสวมใส่เอี๊ยะฮฺรอม ซึ่งเป็นเสื้อผ้าที่เรียบง่ายที่สุดเหมือนกันทุกคน ไม่มีการแยกชนชั้น วรรณะ หรือวัฒนธรรม ทุกคนยืนอย่างเท่าเทียมกันต่อหน้าอัลลอฮฺ (ช.บ.)

#### 4. กาย จิต สุขภาวะ และความเจ็บป่วยในทรรศนะอิสลาม

ศาสนาอิสลาม มีความเชื่อว่า อัลลอฮฺ (ช.บ.) ทรงสร้างมนุษย์ขึ้นมา ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ร่างกาย และจิตวิญญาณ ซึ่งในส่วน of วิญญาณนี้ ทำให้มนุษย์แตกต่างจากสัตว์โลกอื่นๆ เป็นพิเศษ ดังนั้น มุสลิมจึงให้ความสำคัญกับจิตใจที่อยู่ภายในมากกว่าส่วนของร่างกายภายนอก มุสลิมมีความเชื่อว่า ถ้าจิตใจของคนๆ นั้นบริสุทธิ์และยึดถือในแนวทางของอัลลอฮฺ (ช.บ.) ย่อมจะส่งผลให้ร่างกายของคนๆ นั้นแข็งแรง ปราศจากโรคตามไปด้วย แต่ถ้าจิตใจของคนๆ นั้นไม่เชื่อมั่นศรัทธาในอัลลอฮฺ (ช.บ.) ไม่ปฏิบัติตัวตามหลักปฏิบัติของศาสนา ย่อมส่งผลให้เกิดปัญหาต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ตามมา

ในความคิดของมุสลิม ปัญหาทางด้านจิตใจต่างๆ อาทิเช่น โรควิตกกังวล (anxiety disorder), โรคซึมเศร้า (depression) ไม่ได้มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง (neurotransmitter) ตามทฤษฎีความเชื่อทางการแพทย์ปัจจุบัน แต่มีสาเหตุมาจาก การขาดความเชื่อมั่น ความศรัทธาในพระเจ้า และวิถีทางศาสนา เพราะฉะนั้น การรักษาจึงไม่ได้อยู่ที่การให้ยาเพียงอย่างเดียว แต่เป็นการสอนเพื่อน้อมนำจิตใจของคนๆ นั้นกลับมาอยู่ในวิถีทางที่ถูกต้องของหลักศาสนาอิสลามนั่นเอง

ในเรื่องของความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย มุสลิมเชื่อว่า การเกิดโรคหรือความเจ็บป่วย เป็นสิ่งที่มิอาจหลีกเลี่ยงได้ อิสลามมิได้ถือว่าความเจ็บป่วยเป็นเคราะห์กรรมหรือความโชคร้าย หากแต่เชื่อว่า ความเจ็บป่วยนั้นเป็นไปตามพระประสงค์ของอัลลอฮ์ (ช.บ.) และการหายหรือไม่หายจากการเจ็บป่วย หรือการตาย ก็เป็นพระประสงค์ของอัลลอฮ์ (ช.บ.) เช่นกัน แต่ก็ได้หมายความว่า ให้ผู้ป่วยนอนรอจนกว่าพระองค์จะลิขิตให้หายโดยไม่พยายามเยียวยารักษา อิสลามถือว่า ความเจ็บป่วยเป็นการทดสอบ วัดความศรัทธา ความอดทน ความยำเกรงต่ออัลลอฮ์ (ช.บ.) นอกจากนี้ การที่พระองค์ให้เราเจ็บป่วยยังถือเป็นความเมตตา และไม่ให้เราท้อแท้สิ้นหวัง ให้รีบบำบัดเพื่อจะได้หาย ได้เคารพภักดีต่อพระองค์ต่อไป (ยูซุฟ นิมะ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2551, หน้า 17)

นอกจากนี้ อิสลามยังสอนให้ทุกคนมีจิตใจที่เข้มแข็งในการเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ อย่าท้อแท้หรือสิ้นหวังในความเมตตาของพระเจ้า อิสลามจึงห้ามการทำร้ายตัวเองทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม ร่างกายของเราก็คงเช่นเดียวกัน เป็นสิ่งที่พระเจ้าให้มาดูแลรักษา ดังนั้น การฆ่าตัวตาย (suicide) จึงถือเป็นบาปอย่างยิ่ง ผู้ป่วยมุสลิมที่มีอาการซึมเศร้า จึงไม่ค่อยพบว่าการฆ่าตัวตาย เนื่องจากเขายังมีสุขภาพทางจิตวิญญาณที่แข็งแรงอยู่ (จากสถิติการฆ่าตัวตาย พบได้น้อยที่สุดใน 3-4 จังหวัดชายแดนภาคใต้) (ดำรง แวอาลี และมุฮัมหมัดดาโอะ เจ๊ะเลาะ, ม.ป.ป., หน้า 45)

ดังนั้น การเจ็บป่วยในทรรศนะของมุสลิมจึงเป็นทั้งการทดสอบ ความเมตตา และบางกรณีบางคนถือเป็นการลงโทษ

## 5. การบำบัดรักษาเมื่อเจ็บป่วย

เมื่อเกิดการเจ็บป่วย อิสลามมิได้ใช้ให้ผู้ป่วยนอนรอความตาย หรือปล่อยให้ความเจ็บป่วยหายไปเอง เพราะเมื่อพระองค์ทรงลิขิตให้เจ็บป่วยแล้ว ก็ทรงลิขิตให้หายป่วยไว้ด้วย โดยผ่านกระบวนการบำบัดรักษา ดังที่ท่านศาสดามุฮัมมัด (ช.ล.) กล่าวไว้ ความว่า “จงรักษาเถิด แท้จริงพระองค์อัลลอฮ์ (ช.บ.) จะไม่ทรงนำโรคลงมา เว้นแต่พระองค์จะนำยาเพื่อการบำบัดลงไปด้วย ยกเว้นโรคเดียวที่ไม่มียารักษาโรค คือ โรคชรา” (บันทึกโดย อัลบุคอรี และมุสลิม) ส่วนผลของการบำบัดรักษาว่าจะหายหรือไม่ หรือจะเรื้อรังหรือไม่ ขึ้นอยู่กับพระประสงค์ของพระองค์เท่านั้น เราจึงเห็นผู้เจ็บป่วยที่รักษาไม่หายหรือตายจากโรคต่างๆ แม้เป็นโรคที่ไม่รุนแรงหรือบางคนที่เป็นโรคร้ายแรง แต่ก็รักษาหายหรือประคับประคองไปได้อีกระยะหนึ่ง ดังอัลกุรอาน ความว่า “และเมื่อฉันป่วย ดังนั้น พระองค์ทรงทำให้ฉันหายป่วย” (อัลกุรอาน 26: 80)

ดังนั้น การบำบัดรักษาจึงเป็นหน้าที่และสิ่งจำเป็นสำหรับมุสลิมที่เจ็บป่วยและญาติ เป็นการปฏิบัติตามคำสั่งสอนของพระเจ้า ไม่ปล่อยให้เป็นไปตามยถากรรม ร่างกายเป็นสิ่งที่พระเจ้ามอบหมายให้ดูแล ห้ามทำร้ายร่างกายหรือปล่อยปละละเลย ให้รีบบำบัดรักษาด้วยวิธีการที่อนุมัติ ไม่ขัดกับหลักศาสนาอย่างเช่น การตั้งภาคี การบนบานสิ่งอื่นนอกจากอัลลอฮ์ (ช.บ.) การมอบหมายหรือศรัทธาในผู้บำบัดเกินขอบเขต เชื่อว่ามนุษย์เป็นผู้บำบัดให้หายได้โดยลืมนึกถึงอัลลอฮ์ (ช.บ.) ผู้ที่ทำให้หายป่วยโดยการใช้อยาศาสตร์ การทรงเจ้าเข้าผี การเสี่ยงทายหรือบูชาญิน เป็นต้น หากจะมีการเป่าพรม ก็ต้องอ่านถ้อยคำจากพระมหาคัมภีร์อัลกุรอาน หรืออ่านบทขอพรที่ท่านศาสดามุฮัมมัด (ช.ล.) สอนไว้เท่านั้น นอกจากนี้ ยังห้ามใช้ยาที่มีส่วนผสมของสุรายาแดงหรือสิ่งต้องห้าม (ฮารอม) มา



บำบัดรักษา ส่วนการหายจากโรคนั้น ขึ้นอยู่กับพระประสงค์ของอัลลอฮ์ (ช.บ.) เท่านั้น มุสลิมที่เจ็บป่วย จึงต้องวิงวอนขอและศรัทธาต่อพระองค์ มีความอดทน มีความเชื่อมั่น มีจิตใจที่เข้มแข็ง มีกำลังใจ มีความหวังในความเมตตาของพระองค์ พร้อมกันนั้น เขาจะไม่เสียใจหรือท้อแท้ หรือไว้วางใจ หากการบำบัดนั้นไม่ได้ผล เพราะทุกอย่างเกิดจากพระประสงค์ของอัลลอฮ์ (ช.บ.) ซึ่งพระองค์อาจให้อะไรมากกว่าหายจากโรค หรือการหายเจ็บป่วย อาจทำให้เกิดผลเสียด้านอื่นแก่บ่าวของพระองค์ได้ ฉะนั้น การปลูกฝังเรื่องนี้แก่ผู้ป่วยมุสลิมและญาติ จะทำให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่มั่นคง ไม่หวั่นไหว มีกำลังใจในการต่อสู้กับโรคร้ายต่อไป (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551, หน้า 93-94)

## 6. การบริการสุขภาพตามวิถีอิสลาม

ประเทศไทยมีลักษณะเป็น “สังคมพหุวัฒนธรรม” ศาสนาอิสลามเป็นศาสนาหนึ่งที่มีผู้นับถือมาก รองจากพุทธศาสนา อิสลามได้วางแนวทางการปฏิบัติในชีวิตประจำวันไว้อย่างครอบคลุมทุกมิติ ตั้งแต่ตื่นนอนจนกระทั่งเข้านอน เช่น ศาสนกิจ การกิน การอยู่ การคบเพื่อน การครองเรือน การปฏิบัติต่อบิดามารดา ครอบครัว เพื่อนบ้าน การประกอบอาชีพ การเยี่ยมเยียนผู้ป่วย การเจ็บป่วย การจัดการศพ การดูแลทรัพยากร ฯลฯ หลักปฏิบัติเหล่านี้เป็นการบ่งบอกและชี้แนะวิธีการปฏิบัติทั้งต่อตนเอง ต่อเพื่อนมนุษย์ ต่อธรรมชาติ และต่ออัลลอฮ์ (ช.บ.) พระผู้เป็นเจ้า ไปพร้อมๆ กัน

ยูซูฟ นิมะ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ (2551, หน้า 7) กล่าวว่า ถ้าบุคลากรทางการแพทย์มีความเข้าใจพื้นฐานในความคิด ความเชื่อ ความศรัทธา และวัฒนธรรม ประเพณีของคนมุสลิม จะส่งผลให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมุสลิมตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเคารพกันท่ามกลางความหลากหลายทางศาสนา และวัฒนธรรม รวมถึงจะส่งผลดีต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรสาธารณสุขกับผู้ป่วย ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการรักษาความเจ็บป่วยของประชาชนที่เป็นมุสลิม ให้บรรลุเป้าหมายในการดูแลสุขภาพอย่างสอดคล้องกับบริบทและความเป็นจริง

นอกจากนี้ การดูแลสุขภาพและการจัดบริการสุขภาพในบริบทวัฒนธรรมมุสลิม ถือเป็นหัวใจของความสำเร็จของการสร้างศรัทธาต่อชุมชนของโรงพยาบาล เนื่องจากวิถีแห่งอิสลามนั้นมีลักษณะเฉพาะตัว ที่บุคลากรสาธารณสุขทุกคนทุกวิชาชีพ ต้องเรียนรู้ โดยเฉพาะผู้ให้บริการที่นับถือศาสนาอื่น ความเข้าใจบริบทเฉพาะของวิถีชีวิตมุสลิม จะช่วยให้การจัดการและการให้บริการด้านสุขภาพมีคุณภาพ สอดคล้องเหมาะสมและบรรลุผลลัพธ์เพื่อสุขภาวะได้อย่างที่ควรจะเป็น และนับเป็นการจัดบริการที่ใส่ใจหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized health care) อย่างแท้จริง

## 7. การจัดบริการและให้บริการสุขภาพแก่ชาวไทยมุสลิมตามวิถีอิสลาม

การจัดบริการและให้บริการสุขภาพแก่ชาวไทยมุสลิมตามวิถีอิสลาม ทั้งในด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสุขภาพนั้น มีปัจจัยหลายด้านที่ต้องคำนึงถึง แต่ละประเด็นก็มีรายละเอียดแตกต่างกันไป ซึ่งประเด็นต่างๆ เหล่านี้มีพื้นฐานมาจาก

ความเชื่อและความศรัทธา นำไปสู่การปฏิบัติที่สอดคล้องกับความศรัทธา และถูกหล่อหลอมเป็นวัฒนธรรมมุสลิมหรือวิถีอิสลาม ได้แก่

- 1) การบำบัดรักษาโรคและการตรวจร่างกาย ซึ่งวิธีการรักษาจะต้องไม่มีสิ่งต้องห้ามปะปน ขั้นตอนหรือวิธีการตรวจสุขภาพหรือตรวจร่างกายต้องคำนึงถึงการปะปนระหว่างชายหญิง เจือปนเกี่ยวกับเพศของผู้ตรวจ
- 2) มิติทางเพศ สุขภาวะทางเพศ และการวางแผนครอบครัว เช่น การคุมกำเนิด การทำแท้ง การปฏิสนธินอกครรภ์หรือการผสมเทียม
- 3) งานอนามัยแม่และเด็ก เช่น การเตรียมความพร้อมของหนุ่มสาวก่อนแต่งงาน การตรวจคัดกรองมะเร็ง การฝากครรภ์ การคลอด ทารกแรกเกิด การเลี้ยงดูบุตร การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- 4) การขีบริบทหนึ่งหุ้มปลายอวัยวะเพศ คือ เข้าสูหนัตหรือคิตานหรือ Circumcision
- 5) การถือศีลอด ได้แก่ การรักษาความเจ็บป่วยในเดือนถือศีลอด เช่น การจ่ายยา นัดตรวจ การรักษาในช่วงเดือนรอมฎอน การปรับการรับประทานยาขณะถือศีลอด
- 6) การดูแลสุขภาพสำหรับผู้เดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์
- 7) การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพในบริบทมุสลิม ซึ่งต้องไม่ขัดกับหลักการศาสนา ได้แก่ การออกกำลังกายและการพักผ่อน อาหารฮาลาล และโภชนาการ เช่น การเตรียม การปรุง และการเสิร์ฟ สำหรับผู้ป่วย
- 8) การบริจาคเลือด และการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ
- 9) การเยี่ยมเยียนผู้ป่วย
- 10) การบริการสุขภาพผู้ป่วยใกล้ตาย ได้แก่
  - การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต
  - วาระสุดท้ายของชีวิตและการตาย เช่น การตัดสินใจการรุมฆาต
  - ความตายในทัศนะของอิสลาม
  - การบริการสุขภาพเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล เช่น การจัดการศพโดยไม่ต้องฉีดยา การรับนำศพไปฝัง การพิสูจน์ศพ
- 11) ความสะอาด สถานที่อาบน้ำละหมาด และสถานที่ละหมาด
- 12) การแต่งกายของผู้ป่วยในระหว่างที่เข้ารับการรักษา
- 13) การปฏิบัติศาสนกิจและวันสำคัญทางศาสนา เช่น วันอีด วันศุกร์ เดือนรอมฎอน

นอกจากนี้ ปีติ ศรีแสงนาม (2555) ได้กล่าวไว้ในบทความและบทความวิเคราะห์ AEC หัวข้อ “จะเป็น ASEAN Medical Hub ได้ไทยต้องเข้าใจวิถีอิสลาม” อย่างน่าสนใจว่า ความร่วมมือทางเศรษฐกิจภายใต้กรอบอาเซียนที่มีประชากรอาเซียนรวมกันมากกว่า 601 ล้านคนนั้นเกือบครึ่งหนึ่งนับถือศาสนาอิสลาม เพื่อให้ประเทศไทยใช้ประโยชน์จาก AEC ได้เต็มที่จึงจำเป็นต้องที่ประเทศไทยจะต้องสนใจศึกษาวัฒนธรรมอิสลามและนโยบายโลกมุสลิมให้มากยิ่งขึ้น เนื่องจากหลักปฏิบัติทางศาสนาอิสลามที่เรียกว่า “ฮาลาล” นั้นไม่ได้เป็นบทบัญญัติที่ครอบคลุมเฉพาะการผลิตสินค้าอาหารเท่านั้น แต่ยังรวมถึงแนวทางการให้บริการตามหลักการทางศาสนา เช่น บริการทางการแพทย์ด้วย หากในอนาคตประเทศไทยต้องการเป็นศูนย์กลางการให้บริการการรักษาพยาบาลของอาเซียน

(ASEAN Medical Hub) ประเทศไทยต้องมีการปรับปรุงหรือพัฒนาการให้บริการทางการแพทย์ รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ต้องเรียนรู้วัฒนธรรมและแนวทางการประกอบวิชาชีพต่างๆ ภายใต้วิถีอิสลาม เรียนรู้ระบบโรงพยาบาลวิถีอิสลามด้วย โดยในระดับผู้ประกอบการวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ ผู้ที่จะเตรียมตัวเป็นผู้ประกอบวิชาชีพอาเซียน ต้องมีการเตรียมตัวให้มีคุณสมบัติตามข้อตกลงยอมรับร่วม (ASEAN MRAs) โดยมีกระบวนการเตรียมการที่ต่อเนื่องตั้งแต่อยู่ในระบบการศึกษาและต่อเนื่องหลังจากจบการศึกษาแล้ว ซึ่งจะเป็นการเพิ่มโอกาสการทำงานของผู้ประกอบวิชาชีพในการเข้าไปทำงานในประเทศอาเซียน สำหรับผู้กำหนดนโยบาย เช่น หน่วยงานภาครัฐ สมาคมวิชาชีพ สถาบันการศึกษาซึ่งมีส่วนร่วมในการออกแบบและจัดอบรมพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่องภายหลังจากจบการศึกษา (โปรแกรม Continued Professional Development: CPD) อาจต้องเพิ่มการอบรมการประกอบวิชาชีพของบุคลากรทางการแพทย์ในวิถีอิสลามเพิ่มเติม เช่น วิทยาลัยแพทย์สาขาต่างๆ อาจจัดอบรมแพทย์ให้รับรู้ รับทราบถึงวิธีการทำหัตถการกับผู้ป่วยมุสลิม เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ประกอบวิชาชีพชาวไทยมีโอกาสสามารถเข้าไปทำงานในตลาดประเทศมุสลิมได้มากขึ้น

#### 8. การออกกำลังกายตามหลักศาสนาอิสลาม (นिरนาม, 2557)

ศาสนาอิสลามส่งเสริมให้มุสลิมเล่นกีฬาออกกำลังกาย และถือว่าการเล่นกีฬาเป็นการปฏิบัติศาสนกิจอย่างหนึ่ง หากมีการตั้งเจตนาในการเล่นเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง หรือเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการรักดีต่ออัลลอฮ์ (ช.บ.) ทั้งยังส่งเสริมให้มุสลิมรู้จักการบริหารเวลาในชีวิตประจำวันโดยให้รู้จักแบ่งเวลาสำหรับการเคารพภักดีต่ออัลลอฮ์ (ช.บ.) และแบ่งเวลาสำหรับการพักผ่อนหย่อนใจ ศาสนาอิสลามห้ามการหลงใหลในกีฬาอย่างบ้าคลั่งหรือห้ามการเล่นที่เลยเถิดหรือเกินขอบเขตจนละเมิดสิ่งจำเป็นหรือข้อบังคับอื่นๆ ที่สำคัญกว่า เช่น เล่นกีฬาจนเลยเวลาของการละหมาดซึ่งเป็นศาสนกิจหรือกระทบต่อภาระหน้าที่ของตนเองที่ต้องรับผิดชอบ เพราะมุสลิมต้องดำเนินชีวิตตามวิถีทางของศาสนาตลอดเวลา และมีความสัมพันธ์และศรัทธาต่ออัลลอฮ์ (ช.บ.)

การออกกำลังกายจะช่วยให้ระบบต่างๆ ของร่างกายมีการปรับตัวให้สามารถทำงานที่หนักขึ้น ส่งผลให้กล้ามเนื้อและกระดูกมีความแข็งแรงมากขึ้น สามารถประกอบภารกิจการงานได้มากขึ้น มีความอดทนและทำงานได้นานขึ้น มีความคล่องแคล่วว่องไวในระดับกระฉับกระเฉงกระปรี้กระเปร่าตลอดเวลา มีน้ำหนักตัวที่สมส่วนเพราะการออกกำลังกายและเล่นกีฬาสามารถช่วยลดไขมันในร่างกายและลดน้ำหนักได้เป็นอย่างดี ทำให้มีรูปร่างและบุคลิกภาพที่ดี

ศาสนาอิสลามส่งเสริมให้มีการออกกำลังกาย แต่ต้องอยู่ในขอบเขตหรือรูปแบบที่ถูกต้องตามหลักการอิสลาม โดยการออกกำลังกายตามหลักศาสนาอิสลาม มีประเด็นที่ควรคำนึงถึง ได้แก่ 1) การตั้งเจตนา 2) การแต่งกาย 3) สถานที่ 4) เวลา 5) ท่าทางหรือพิธีกรรม 6) ดนตรีประกอบ และ 7) ความสัมพันธ์ของผู้คนแวดล้อม

## 9. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Campinho-Bacote (2002) พบว่า ผู้ให้บริการสุขภาพจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจและบูรณาการความรู้ใน 3 ประเด็นต่อไปนี้เข้าด้วยกัน ได้แก่

- 1) สุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับความเชื่อและวัฒนธรรมประเพณีที่นับถือศรัทธา
- 2) อุบัติการณ์และความชุกของโรค
- 3) ประสิทธิภาพของการรักษา

Seibert, Stridh-Igo and Zimmerman (2002) พบว่า ความเชื่อตามหลักศาสนา และจิตวิญญาณ รวมทั้งครอบครัวของผู้ป่วย มีบทบาทและเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งในการรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยให้ดีขึ้น และประสบผลสำเร็จในการรักษาพยาบาลด้วย

Anderson, Scrimshaw, Fullilove, Fielding and Normand (2003) พบว่า ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับความเชื่อทางวัฒนธรรม เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค การวินิจฉัยโรค และการป้องกันโรค รวมทั้งทางเลือกในการรักษาพยาบาล โดยครอบครัว สังคมและวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อกระบวนการรักษาพยาบาล ดังนั้น ผู้ให้บริการสาธารณสุขควรรับรู้เข้าใจ และเคารพในคุณค่าและความเชื่อของผู้ป่วย นอกจากนี้ หากมีการจัดบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีหรือวัฒนธรรมและภาษาของผู้รับบริการ จะสามารถช่วยลดความแตกต่างทางด้านบริการสาธารณสุขในผู้รับบริการที่มีความแตกต่างหลากหลายทางด้านเชื้อชาติและชาติพันธุ์ได้ และเพื่อให้การพัฒนาระบบบริการสุขภาพมีความสอดคล้องกับวิถีหรือวัฒนธรรมของผู้รับบริการ ผู้ให้บริการสุขภาพควรคำนึงถึงปัจจัย 5 ประการต่อไปนี้ ได้แก่ (1) การสรรหามูลค่าที่สะท้อนให้เห็นถึงความหลากหลายทางวัฒนธรรมของชุมชนมีส่วนร่วมหรือทำหน้าที่ในการให้บริการ (2) การใช้บริการล่ามหรือผู้ให้บริการสองภาษาสำหรับผู้รับบริการที่มีข้อจำกัดในการสื่อสารภาษา (3) การฝึกอบรมผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพตามวัฒนธรรม (4) การให้สุខศึกษาหรือสื่อสุขภาพควรใช้ภาษาและใช้สื่อวัสดุที่เหมาะสมสอดคล้องกับวัฒนธรรม (5) การจัดบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีหรือวัฒนธรรมของผู้รับบริการ

Halligan (2006) ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า การให้ความรู้ความเข้าใจแก่บุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยมุสลิมถือว่าเป็นเรื่องที่สำคัญ ผู้บริหารควรประเมินว่าผู้ให้บริการรักษาพยาบาลมีความรู้และทักษะในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยมุสลิมและครอบครัวเพียงใด เพื่อจะได้หาแนวทางในการลดความตึงเครียดและจัดเตรียมระบบในการช่วยเหลือผู้ให้บริการสุขภาพทั้งนี้เพื่อให้เกิดการบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

Davidson, Boyer, Casey, Matzel and Walden (2008) พบว่า ช่องว่างในการให้บริการสาธารณสุขกับผู้ป่วยในโรงพยาบาล ด้านทรัพยากร ได้แก่ หนังสือสวดมนต์ พรหมหรือผ้าปูละหมาด และเข็มทิศที่บอกทิศทางการละหมาด ประเด็นด้านความรู้ ได้แก่ การลดความเจ็บปวดในระยะสุดท้ายของชีวิตด้วยการอ่านบทสวดในขณะที่ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต ประเด็นด้านการปฏิบัติ ได้แก่ การสวมใส่ชุดหรือเสื้อผ้าตามกฎเกณฑ์ข้อบังคับของศาสนา การพูดคุยการประเมินความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยและความต้องการตามมาตรฐานการรักษา เป็นต้น

Reitmanova and Gustafson (2008) พบว่า ข้อมูลด้านสุขภาพถูกจำกัดและไม่ตอบสนองต่อความต้องการของสตรีมุสลิมผู้อพยพในเซนต์จอห์น นิวฟาวน์แลนด์ ในระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด และระยะหลังคลอด โดยช่องว่างที่สำคัญในการบริการสุขภาพสำหรับสตรีมุสลิมผู้อพยพคือ ข้อมูลสุขภาพทางด้านวัฒนธรรมและภาษาการสื่อสาร เนื่องจากข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการคลอดบุตรถูกออกแบบมาเพื่อตอบสนองความต้องการของสตรีชาวแคนาดาเป็นหลักและขาดความยืดหยุ่นในการตอบสนองความต้องการของสตรีชาวมุสลิมผู้อพยพ โดยงานวิจัยนี้ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ผู้จัดบริการสาธารณสุขควรพัฒนาปรับปรุงเรื่องการเข้าถึงข้อมูลในการบริการคลอดบุตรและบริการสุขภาพทั้งทางด้านวัฒนธรรมและการใช้ภาษาที่เหมาะสม และเพื่อให้การจัดบริการสุขภาพตอบสนองความต้องการที่หลากหลายนี้ ผู้ให้บริการสุขภาพและองค์กรที่เกี่ยวข้องควรสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมและความร่วมมือกับชุมชนผู้อพยพ ซึ่งจะทำให้เกิดการตอบสนองต่อความต้องการของสตรีชาวมุสลิมผู้อพยพมากขึ้น รวมทั้งตอบสนองการบริการสุขภาพสำหรับผู้หญิงแคนาดาทั้งหมดด้วย

Yosef (2008) พบว่า ปัจจัยทางด้านศาสนาและวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อความเชื่อของบุคคล พฤติกรรม และทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพและการเจ็บป่วย กล่าวคือ ประชากรมุสลิมในสหรัฐอเมริกาเป็นประชากรกลุ่มน้อยที่เสี่ยงต่อโรคต่างๆ และต้องเผชิญอุปสรรคมากมายในการเข้าถึงระบบสุขภาพของอเมริกัน ตัวอย่างเช่น แพศของแพทย์และผู้ป่วย และความเข้าใจผิดในสาเหตุของการเจ็บป่วยอันเกิดจากวัฒนธรรมความเชื่อและหลักปฏิบัติทางศาสนา นอกจากนี้ยังพบว่ามียุโรปรรคอื่นๆ ที่ซับซ้อนเกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพและการขาดศักยภาพด้านวัฒนธรรมบริการ ซึ่งพยาบาลหรือผู้ให้บริการจำเป็นต้องตระหนักและคำนึงถึงปัจจัยทางด้านศาสนาและวัฒนธรรมของผู้รับบริการเพื่อจัดและให้บริการที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพของประชากรกลุ่มนี้ นอกจากนี้พยาบาลยังต้องบูรณาการคำสอนของอิสลามเพื่อจัดบริการการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมและสนใจในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของผู้รับบริการ

Padela, Gunter, Killawi and Heisler (2011) พบว่า ความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการในเรื่องของภาษา วัฒนธรรม วิธีการรักษา รวมทั้งปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม อาจจะเป็นอุปสรรคต่อการให้บริการสุขภาพ นอกจากนี้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ และระบบบริการสุขภาพ อาจส่งผลต่อรูปแบบการเข้ารับบริการ และนำไปสู่ความไม่เท่าเทียมในการบริการสุขภาพ จากรายงานการวิจัยของเขา พบว่า สิ่งอำนวยความสะดวก 3 ลำดับแรกของผู้ป่วยมุสลิมต้องการคือ

- 1) ประเด็นในเรื่องของเพศ (การแต่งกายและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย)
- 2) อาหารฮาลาล (เป็นการส่งเสริมสุขภาพ และรวมอยู่ในวิธีการ/กระบวนการรักษา)
- 3) พื้นที่สำหรับการละหมาด (มีความปลอดภัย เป็นสัดส่วน บรรยากาศเงียบสงบ ระหว่างละหมาด)

นอกจากนี้ Padela, Killawi, Heisler, Demonner and Feters (2011) พบว่า อิหม่ามมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของมุสลิม ดังนี้ (1) ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมผ่านข้อความในการแสดงธรรมเทศนาหรือคุตบะฮ์ (2) เป็นผู้นำประกอบพิธีกรรมหรือปฏิบัติศาสนกิจทั้งในชีวิตประจำวันทั่วไปและเมื่อเกิดการเจ็บป่วย (3) สนับสนุนให้ผู้ป่วยมุสลิมเข้ารับการรักษาพยาบาล และถ่ายทอดให้ความรู้เกี่ยวกับวิถีอิสลามในโรงพยาบาล และ (4) การให้ความช่วยเหลือมุสลิมในการ

ตัดสินใจด้านการดูแลสุขภาพ ซึ่งจะเห็นว่าหาม่าในฐานะผู้นำศาสนามีบทบาทสำคัญในการกำหนดกรอบแนวคิดของสุขภาพ การเจ็บป่วย และการส่งเสริมสุขภาพของมุสลิมภายนอกกรอบของระบบการดูแลสุขภาพ ดังนั้น ความร่วมมือด้านการดูแลสุขภาพระหว่างผู้นำศาสนาและสถานพยาบาลอาจเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเสริมสร้างสุขภาพของชาวอเมริกันมุสลิม

Ezenkwele and Roodsari (2013) พบว่า ปัจจัยสำคัญทางวัฒนธรรมที่ส่งผลกระทบต่อ การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินของผู้ป่วยมุสลิมอเมริกาที่มาจากตะวันออกกลาง ได้แก่ ประเด็นเรื่องการแต่งกายตามข้อกำหนดของศาสนา บทบาททางเพศ แนวคิดการดูแลสุขภาพตามแนวทางที่พระเจ้ากำหนดหรือตามหลักการศาสนา โครงสร้างของครอบครัว ข้อห้ามของการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงานและการผัดประเวณี การละหมาดและการถือศีลอด อาหารฮาลาลและโภชนาการ รวมทั้งกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการรักษาความสะอาดตามหลักศาสนา ดังนั้น การตระหนักรู้ทางด้านวัฒนธรรมจึงเป็นสิ่งสำคัญและเป็นแนวทางในการจัดการกับปัญหาอุปสรรคสำหรับผู้ให้บริการสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยมุสลิมอเมริกาที่มาจากตะวันออกกลางซึ่งเป็นชนกลุ่มน้อย

ศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติ และคณะ (2548) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “การศึกษาการส่งเสริมสุขภาพของชาวมุสลิมในประเทศไทย” พบว่า ประเด็นปัญหาและการเข้าสู่ระบบบริการทางการแพทย์ของภาครัฐ มีดังนี้ ภาคเหนือโรงพยาบาลของรัฐควรมีอาหารฮาลาลให้ผู้ป่วยมุสลิมได้รับประทาน ส่วนภาคใต้ตอนบนและภาคใต้ตอนล่าง พบว่ามีปัญหาด้านการสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วย มารยาทของแพทย์และพยาบาลบางคน นอกจากนี้ยังพบว่า ชาวมุสลิมทุกภาคมีความสนใจและรู้วิธีปฏิบัติตนในการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพเป็นอย่างดี แต่มุสลิมในแต่ละภาคของประเทศไทยมีพฤติกรรมในการเข้ารับการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ซึ่งความแตกต่างของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพนั้นสัมพันธ์กับปัจจัยทางเศรษฐกิจ กฎเกณฑ์ทางศาสนา ระบบ และประเภทผู้ให้บริการสุขภาพในชุมชนมุสลิมแต่ละภาคที่ต่างกัน ดังนี้ ในภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคตะวันออก พบว่า การออกกกำลังกายในชุมชนมีน้อยและขาดความต่อเนื่อง บางครั้งก็มีปัญหาเรื่องรูปแบบการออกกกำลังกาย เช่น ปัญหาเรื่องการนำผู้หญิงและผู้ชายมาเดินรวมกัน การเดินแอโรบิคที่สตรีมุสลิมต้องแต่งกายรัดรูปและมีการใช้เพลงประกอบดนตรีที่ใช้ท่วงทำนองเร้าร้อนซึ่งผิดหลักการศาสนาอิสลาม

ในขณะที่การียา ยือแร, สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง และเพชรน้อย สิงห์ช่างชัย (2553) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “การส่งเสริมการออกกกำลังกายตามหลักศาสนาอิสลามในกลุ่มแม่บ้าน จังหวัดปัตตานี” ก็พบว่า แนวทางการส่งเสริมการออกกออกกำลังกายคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องให้ความรู้เรื่องการออกกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสม จัดให้มีการทดสอบสมรรถภาพทางร่างกายสม่ำเสมอ มีการติดตามและให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง และรูปแบบการออกกออกกำลังกายต้องไม่ขัดกับหลักศาสนาอิสลาม

ศรียา เลี้ยงพันธุ์สกุล (2558) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “วิเคราะห์สถานการณ์-ปัจจัยการแก้ไขปัญหานามัยแม่และเด็กในสามจังหวัดชายแดนใต้” เพื่อชี้ให้เห็นถึงสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จในการแก้ไขปัญหานามัยแม่และเด็กในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ และเพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายที่สามารถนำมากำหนดเป็นกลยุทธ์การแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่ ทั้งด้านความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม และวิถีการดำเนินชีวิต โดยงานวิจัยนี้ได้สะท้อนให้

เห็นอย่างชัดเจนว่า โต๊ะบีแด ถือเป็นจุดแข็งของระบบการทำงานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ เนื่องจากเป็นผู้อาวุโสที่มีความรู้ความชำนาญด้านการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ผสมผสานการดูแลกับหลักศาสนาซึ่งทำให้เกิดศรัทธาและความอุ่นใจกับหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการ ต่างกับการบริการทางการแพทย์ที่ยังไม่สามารถเข้าใจและเข้าถึงวิถีมุสลิมได้อย่างแท้จริง ดังนั้น การทำงานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ควรผสมผสานความรู้ทางด้านสาธารณสุขกับต้นทุนทางสังคม ได้แก่ ความเชื่อ วัฒนธรรม ศาสนา วิถีชีวิต ฯลฯ เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาวะด้านต่างๆ ให้กับประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของพื้นที่

ยูซูฟ นิมะ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ (2551, หน้า 102) พบว่า โดยปกติภารกิจของโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่จับต้องได้และมีผลต่อความศรัทธาของชาวบ้าน คือ การบริการรักษาพยาบาล เมื่อมีความศรัทธาเกิดขึ้น งานอื่นๆ ก็จะตามมาได้ไม่ยาก ดังนั้น ระบบบริการของโรงพยาบาลจึงต้องตอบสนองความต้องการของชาวบ้านมากที่สุด ด้วยการเปิดใจรับฟังความต้องการในทุกๆ ด้าน จากนั้นใช้หลักใจถึงใจในการทำงาน โดยเฉพาะมิติด้านจิตใจ ความรู้สึก ผสมผสานวัฒนธรรมท้องถิ่น ปรับกระบวนการทำงานบางอย่าง และในการมาโรงพยาบาลจะต้องทำให้ผู้มารับบริการเกิดความรู้สึกว่าโรงพยาบาลแห่งนี้เป็นของทุกคน ถ้าเจ็บไข้ขึ้นมาโรงพยาบาลจะเป็นที่พึ่งพาของเขาได้ โดยได้ยกตัวอย่างกรณีศึกษาโรงพยาบาลไม้แก่น จังหวัดปัตตานี เรื่องการปรับระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชนว่าทางโรงพยาบาลได้เริ่มต้นจากการสอบถามชาวบ้านว่า อยากให้ทางโรงพยาบาลทำอะไรบ้าง อยากได้อะไรบ้าง มีอะไรติดขัดบ้าง เพื่อให้ชาวบ้านมั่นใจว่า ทางโรงพยาบาลมีความจริงใจกับเขา เมื่อมีปัญหาเขาก็ก๊ฬามาปรึกษา การสร้างศรัทธาและเปิดโอกาสให้เกิดความใกล้ชิดการพูดคุยกับชาวบ้านให้มากขึ้น ทำให้เกิดการให้บริการที่เป็นกันเองและเป็นมิตร อีกทั้งมีการวิเคราะห์ระบบบริการที่เป็นอยู่ และปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับวิถีชุมชน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงหรือทำอะไรที่แตกต่างออกไปจากเดิมต้องมีเหตุผลทุกครั้ง ไม่ใช่คนใช้ต้องการอะไรก็ให้หมดทุกอย่างตามอำเภอใจ และที่โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา ก็ได้มีการเชิญผู้นำศาสนาที่ชุมชนให้การยอมรับมาให้ข้อเสนอแนะในการจัดบริการให้แก่คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล เพื่อการจัดบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน ซึ่งเป็นสิ่งที่สะท้อนความใจกว้างและมุ่งมั่นในการพัฒนาของชาวโรงพยาบาล (ยูซูฟ นิมะ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2551, หน้า 104)

นอกจากนี้ยังมีกรณีศึกษาโรงพยาบาลวิถีสลามโดยมาหะมะ เมาะมูลา (2553) ซึ่งเป็นแพทย์ของโรงพยาบาลรือเสาะ จังหวัดนราธิวาส ได้เล่าประสบการณ์ผ่านการประชุมทางวิชาการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ. เมื่อเดือนมีนาคม 2553 ในหัวข้อ “โรงพยาบาลวิถีสลาม : แนวทางและรูปแบบ” ดังนี้ เนื่องจากในโลกของเราเป็นโลกที่มนุษย์อยู่ร่วมกันในหลายๆ ความเชื่อ หลายแนวทางในการดำเนินชีวิต ซึ่งแต่ละพื้นที่ก็มีบริบทที่แตกต่างกันไป กลุ่มคนมุสลิมก็เป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่มีวิถีดำเนินชีวิตที่ค่อนข้างจะมีรูปแบบเฉพาะ และมุสลิมต้องการการบริการที่ตอบสนองต่อวิถีชีวิตความเชื่อของพวกเขาได้ ดังนั้น การบริการรักษาทางการแพทย์ควรที่จะมีแนวทางในการรักษาที่สามารถตอบสนองต่อวิถีความเชื่อของมุสลิม เนื่องจากอิสลามเป็นวิถีชีวิตที่ยั่งยืน มุสลิมไม่สามารถที่จะแยกศาสนาออกจากการดำรงชีวิตหรือแยกออกจากการรักษาพยาบาลได้ เพราะมุสลิมต้องใช้เวลาตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้อยู่ในครรลองของศาสนา ซึ่งมุสลิมทุกคนจะต้องยึดตามแนวทางของอัลกุรอาน เพื่อการดำรงชีวิต โดยรูปแบบในการให้บริการในโรงพยาบาลทั่วไป จะ

เห็นได้ว่าผู้ป่วยมุสลิมบางคน ถึงแม้ว่าจะป่วยหนัก แต่เขาก็จะไม่ยอมเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ที่เคร่งในศาสนา เนื่องจากโรงพยาบาลไม่ได้เตรียมหรือตอบสนองต่อความต้องการในการดำเนินกิจกรรมทางศาสนาในการให้การรักษาคอนไ

ดังนั้น โรงพยาบาลรือเสาะ จึงมีแนวคิดในการบูรณาการวิถีอิสลามสู่การให้บริการทางสุขภาพ โดยมีรูปแบบการดำเนินการเชิงนโยบายของโรงพยาบาล พร้อมกับกำหนดวิสัยทัศน์โรงพยาบาลอย่าง สอดคล้องและมีทิศทางว่า “โรงพยาบาลรือเสาะ โรงพยาบาลวิถีชุมชน ภายใต้สังคมพหุวัฒนธรรม” ซึ่ง ความเป็นวิถีชุมชนมิได้จำกัดเพียงการนำวิถีอิสลามมาบูรณาการเท่านั้น แต่หมายรวมถึงศาสนาอื่นๆ และผู้รับบริการต่างสัญชาติด้วย

ปัญหาประการหนึ่งที่ทางโรงพยาบาลรือเสาะค้นพบคือ บุคลากรทางการแพทย์กับบุคลากร ทางด้านศาสนาแยกความเชี่ยวชาญตามปัจเจก จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาองค์ความรู้เพื่อบูรณา การวิถีอิสลามสู่การบริการทางสุขภาพอย่างถูกต้องเหมาะสม เพราะในมิติของอิสลามถือว่าอิสลาม คือวิถีชีวิต จึงไม่สามารถแยกแยะมุสลิมออกจากวิถีอิสลามได้ในทุกกรณี แม้แต่ในยามเจ็บป่วย แต่ที่ โรงพยาบาลรือเสาะถือเป็นจุดแข็งหรือข้อดีของโรงพยาบาลรือเสาะ คือ ตัวผู้อำนวยการโรงพยาบาล เป็นผู้ที่มีความรู้ทางวิชาการด้านศาสนา มีความรู้ความสามารถในการทำความเข้าใจกับองค์ความรู้ หลากหลายภาษา อาทิเช่น อาหรับ มาลายู ไทย และอังกฤษ ดังนั้น โรงพยาบาลรือเสาะ จึงเริ่มต้น กิจกรรมจากกลุ่มเจ้าหน้าที่ก่อน โดยเริ่มจากสิ่งที่เป็นข้อกำหนดของศาสนาอิสลามที่เป็นหลักปฏิบัติ ภาคบังคับที่มุสลิมผู้อยู่ในศาสนานิติภาวะทุกคนต้องปฏิบัติตาม รวมทั้งการบริการสุขภาพสำหรับผู้ที่จะ เดินทางไปประกอบพิธีฮัจย์และหลังกลับจากพิธีฮัจย์ ซึ่งเป็นการเปิดบริการที่เพิ่มเติมกว่าการตรวจรับ ยา และฉีดวัคซีนปกติทั่วไป

ตัวอย่างการบริการสุขภาพตามวิถีอิสลาม ได้แก่ การปรับวิธีการจ่ายยาในเดือนรอมฎอนให้ สอดคล้องกับวิถีชีวิต การงดเว้นนัดผู้ป่วยนอกในเดือนรอมฎอน การใช้ปฏิทินอิสลามในการดูกำหนด นัดที่เหมาะสม การสอนให้ผู้ป่วยกล่าวคำปฏิญาณตน “กาสิมะฮฺ ชะฮาดะฮฺ” ก่อนกระทำการใด ๆ ที่อาจทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว เช่น ก่อนฉีดยาระงับประสาท การใส่ท่อช่วยหายใจ การช่วยชีวิตผู้ป่วยใน ระยะวิกฤติให้เป็นไปตามหลักศาสนา เพราะอิสลามถือว่าการตายและการมีชีวิตอยู่ต่อไปเป็นการ กำหนดของพระผู้เป็นเจ้า การจัดสถานที่ที่เหมาะสมให้มีความสะดวกสำหรับผู้ป่วยที่สามารถลุกขึ้นเดิน ได้ หรือการจัดทำอ่างน้ำสำหรับอาบน้ำละหมาดแบบเคลื่อนที่สำหรับผู้ป่วยที่เคลื่อนที่ลำบาก การ จัดทำสื่อสุขภาพที่เกี่ยวกับการรับบริการในโรงพยาบาลด้วยภาษามลายูและภาษาไทย มีการดูแล ผู้ป่วยเอดส์ด้วยการให้ผู้ป่วยได้เตาบัต (ขอประทานอภัยโทษจากพระผู้เป็นเจ้า) สำหรับความผิดบาปที่ ผ่านมาทั้งหมดก่อนการเริ่มต้นให้ยา เป็นต้น

ทั้งนี้ โรงพยาบาลรือเสาะเริ่มต้นบูรณาการสู่การให้บริการทางสุขภาพแบบโรงพยาบาลวิถี อิสลามในลักษณะค่อยเป็นค่อยไปค่อยๆ เรียนรู้และปรับปรุงแก้ไข เริ่มจากจุดเล็กๆ แล้วค่อยต่อยอดทั้ง องค์กร โรงพยาบาลรือเสาะดำเนินกิจกรรมบูรณาการวิถีอิสลามสู่การให้บริการทางสุขภาพ โดยไม่ได้ มุ่งเน้นในด้านคุณภาพว่าต้องเป็น HA หรือสิ่งอื่นใด นอกจากการทำคุณภาพให้สอดคล้องกับมิติทางจิต วิญญาณตามบริบทประชากร ซึ่งอาจเป็นคำตอบที่ดีกว่า สัมผัสได้ดีกว่า ประณีต และยังยืนกว่าบน พื้นฐานงานคุณภาพโดยหลักคิดของ สรพ. ซึ่งสอดคล้องกับหลักการทรงงานแบบ “เข้าใจ เข้าถึง และ พัฒนา”ของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช





### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed methods research) คือ ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นหลัก และเชิงปริมาณเป็นรอง มีวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างหรือกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

#### 1. กลุ่มตัวอย่างหรือกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างหรือกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแบบหลายขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 แบ่งพื้นที่ของประเทศไทย โดยจำแนกตามภูมิภาคออกเป็น 6 ภูมิภาค ได้แก่ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันออก ภาคตะวันตก ภาคกลาง ภาคใต้ กับอีก 1 จังหวัดส่วนกลาง คือ กรุงเทพมหานคร เนื่องจากมีบริบทของพื้นที่แตกต่างจากส่วนภูมิภาค

ขั้นที่ 2 ในแต่ละภูมิภาค เลือกโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป เพื่อเป็นตัวแทนภูมิภาค ละ 1 โรงพยาบาล สำหรับจังหวัดส่วนกลาง เลือกโรงพยาบาลส่วนกลาง 2 โรงพยาบาล เพื่อเป็นตัวแทนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์การพิจารณา ได้แก่ ความหนาแน่นของประชากรมุสลิมในแต่ละจังหวัดหรือเขต (ประชากรต่อพื้นที่) ความหนาแน่นของ มัสยิดในแต่ละจังหวัดหรือเขต (จำนวนมัสยิดต่อพื้นที่) และเป็นโรงพยาบาลที่มีชาวไทยมุสลิมเข้ารับ บริการสาธารณสุข และหรือที่ตั้งของโรงพยาบาลอยู่ในจังหวัดเขตชายแดนเชื่อมต่อระหว่างประเทศ ไทยกับประเทศสมาชิกอาเซียน

ขั้นที่ 3 เมื่อได้โรงพยาบาลเป้าหมายจำนวน 8 แห่งแล้ว (โรงพยาบาลส่วนภูมิภาค 6 แห่งและ โรงพยาบาลส่วนกลาง 2 แห่ง) ในแต่ละโรงพยาบาล แบ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้รับ บริการ กลุ่มผู้ให้บริการ และกลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาล ทำการคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 กลุ่มแบบ เฉพาะเจาะจง โดยใช้เกณฑ์ต่างๆ ได้แก่ เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์การแยก อาสาสมัครออกจากโครงการ และเกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา ได้จำนวนกลุ่มผู้ให้ข้อมูลรวมทั้งสิ้น 110 คน ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้รับบริการสาธารณสุข จำนวน 52 คน

กลุ่มที่ 2 ผู้ให้บริการสาธารณสุข จำนวน 47 คน

กลุ่มที่ 3 ผู้บริหารโรงพยาบาล จำนวน 11 คน

#### 1.1 เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ

1) *กลุ่มผู้รับบริการสาธารณสุข* ได้แก่ ผู้ป่วยชาวไทยมุสลิม หรือ ครอบครัว หรือญาติพี่น้อง ที่มาเฝ้าไข้หรือเยี่ยมเยียนผู้ป่วย ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า ซึ่งเป็นตัวแทนโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และโรงพยาบาลเลิดสิน ซึ่งเป็น ตัวแทนโรงพยาบาลส่วนกลาง

เพศ : ทั้งชายและหญิง

อายุ : 18 – 80 ปี

ลักษณะ : ไม่จำกัดอาชีพ ตำแหน่งหน้าที่ทางสังคม และระดับการศึกษา

ประสบการณ์ในการใช้บริการ : มีประสบการณ์ในการใช้บริการสาธารณสุขที่โรงพยาบาล ซึ่งเป็นตัวแทนสถานบริการสาธารณสุขในแต่ละภูมิภาค หรือตัวแทนสถานบริการสาธารณสุขใน กรุงเทพมหานคร โดยอาจเป็น

- ผู้ป่วยในและญาติที่กำลังรับการรักษาในโรงพยาบาล หรือ
- ผู้ป่วยนอกที่ถูกนัดหมายมารับการรักษา ณ ช่วงเวลาที่ไปเก็บข้อมูลของคณะผู้วิจัย

หรือ

- ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่ได้มารับการรักษาในช่วงเวลา 1- 3 เดือนที่ผ่านมา

ความสมัครใจเข้าร่วมโครงการ : มีความสนใจ และเต็มใจเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของโครงการด้วยความสมัครใจ

2) กลุ่มผู้ให้บริการสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์หรือพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก หรือแผนกผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า ซึ่งเป็นตัวแทนโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และโรงพยาบาลเลิดสิน ซึ่งเป็นตัวแทนโรงพยาบาลส่วนกลาง

เพศ : ทั้งชายและหญิง

อายุ : 20 – 60 ปี

ลักษณะ : ไม่จำกัดตำแหน่งหน้าที่ทางสังคม และระดับการศึกษา

ประสบการณ์การให้บริการ : มีประสบการณ์ในการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้ป่วยชาวไทยมุสลิม หรือ ครอบครัว หรือ ญาติพี่น้องที่มาเข้าหรือเยี่ยมเยียนผู้ป่วย ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาล

ความสมัครใจเข้าร่วมโครงการ : มีความสนใจ และเต็มใจเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของโครงการด้วยความสมัครใจ

3) กลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาล ได้แก่ ผู้อำนวยการ หรือ รองผู้อำนวยการ หรือ หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก หรือหัวหน้าแผนกผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า ซึ่งเป็นตัวแทนโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และโรงพยาบาลเลิดสิน ซึ่งเป็นตัวแทนโรงพยาบาลส่วนกลาง

เพศ : ทั้งชายและหญิง

อายุ : 20 – 60 ปี

ลักษณะ : ไม่จำกัดระดับการศึกษา

ประสบการณ์การบริหารจัดการบริการ : เป็นคณะผู้บริหารของโรงพยาบาล คือผู้อำนวยการ หรือ รองผู้อำนวยการ หรือ หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก หรือหัวหน้าแผนกผู้ป่วยใน ณ ช่วงเวลาที่คณะผู้วิจัยลงเก็บข้อมูล

ความสมัครใจเข้าร่วมโครงการ : มีความสนใจ และเต็มใจเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของโครงการ ด้วยความสมัครใจ

## 1.2 เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ

เมื่ออาสาสมัครที่เข้าร่วมการวิจัยในแต่ละกลุ่ม แสดงท่าทีที่อึดอัด รู้สึกเป็นกังวล ไม่สามารถร่วมกิจกรรมที่สำคัญของโครงการได้ตลอดโครงการ หรือ ขอดอนตัว หรือ เปลี่ยนใจไม่เข้าร่วมโครงการในระหว่างการทำกิจกรรม

## 1.3 เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา

- 1) เกณฑ์ให้อาสาสมัครเลิกจากการศึกษา เมื่ออาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการในแต่ละกลุ่ม
  - ขอดอนตัว หรือ เปลี่ยนใจไม่เข้าร่วมโครงการ
  - ปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป หลังจากที่เข้าร่วมการวิจัยมาแล้วระยะหนึ่ง
  - ย้ายไปรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลอื่น
  - เสียชีวิต
- 2) เกณฑ์การพิจารณาเลิกหรือยุติการศึกษาทั้งโครงการ
  - โครงการเสร็จสิ้นตามแผนการวิจัย
  - คณะผู้วิจัยได้ข้อมูลที่หนักแน่นเพียงพอ มีความอึดอัด
  - เกิดเหตุสุดวิสัย ที่ทำให้โครงการวิจัยไม่สามารถดำเนินการต่อไปได้

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือหรือวิธีการที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม และแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก ดังสรุปในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 วิธีการและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำแนกตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล	วิธีการ/ เครื่องมือที่ใช้	สถานที่
1. ผู้รับบริการ สาธารณสุข	1. แบบสัมภาษณ์ และ	1) โรงพยาบาลลำปาง
	2. สัมภาษณ์เชิงลึก (บันทึกเสียง)	2) โรงพยาบาลหาดใหญ่
2. ผู้ให้บริการ สาธารณสุข	1. แบบสอบถาม และ	3) โรงพยาบาลชลบุรี
	2. สัมภาษณ์เชิงลึก (บันทึกเสียง)	4) โรงพยาบาลพระจอมเกล้า
3. ผู้บริหาร โรงพยาบาล	1. แบบสอบถาม และ	5) โรงพยาบาลขอนแก่น
	2. สัมภาษณ์เชิงลึก (บันทึกเสียง)	6) โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
		7) โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
		8) โรงพยาบาลเลิดสิน

## 2.1 แบบสัมภาษณ์ที่ใช้สัมภาษณ์กลุ่มผู้รับบริการสาธารณสุข

เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์การเข้ารับบริการสาธารณสุขของชาวไทยมุสลิม แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ถูกสัมภาษณ์

ส่วนที่ 2 การรับบริการสาธารณสุข กรณีที่ไปตรวจรักษาแล้วกลับบ้าน (ผู้ป่วยนอกหรือโอพีดี)

ส่วนที่ 3 การรับบริการสาธารณสุข กรณีที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยในหรือไอพีดี)

ส่วนที่ 4 การรับบริการสาธารณสุขด้านการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

## 2.2 แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้รับบริการสาธารณสุข

- 1) ประสบการณ์ในการเข้ารับบริการสาธารณสุขที่โรงพยาบาล
- 2) ปัญหาหรืออุปสรรค เมื่อเข้ารับบริการสาธารณสุขที่โรงพยาบาล
- 3) กรณีที่มีปัญหาหรืออุปสรรค แก้ไขปัญหาอย่างไร และได้ผลอย่างไร
- 4) ประเด็นปัญหาที่สำคัญที่สุดและเกี่ยวข้องกับหลักการอิสลามที่ทางโรงพยาบาล ควรพัฒนาปรับปรุงเป็นอันดับแรก
- 5) ข้อเสนอแนะให้กับทางโรงพยาบาล เพื่อแก้ปัญหา
- 6) ข้อเสนอแนะอื่นๆ เพิ่มเติม

## 2.3 แบบสอบถามกลุ่มผู้ให้บริการสาธารณสุข และผู้บริหารโรงพยาบาล

เป็นแบบสอบถามที่ถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม โดยข้อคำถามได้ประยุกต์มาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขที่สอดคล้องตามวิถีอิสลาม

ส่วนที่ 3 สิ่งแวดล้อมหรือสิ่งอำนวยความสะดวกที่เอื้อต่อการปฏิบัติตนตามวิถีอิสลาม เมื่อมุสลิมเข้ารับบริการสาธารณสุข

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

## 2.4 แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้ให้บริการ

- 1) ทราบเกี่ยวกับวิถีอิสลามมาจากแหล่งความรู้ใด
- 2) ประสบการณ์เกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้ป่วยชาวไทยมุสลิมหรือญาติผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล
- 3) ปัญหาหรืออุปสรรคในการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้ป่วยชาวไทยมุสลิมและญาติ
- 4) ในฐานะที่เป็นผู้ให้บริการ มีแนวทางในการปฏิบัติอย่างไร เพื่อแก้ปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการผู้ป่วยชาวไทยมุสลิมและญาติ

- 5) ผู้บริหารของโรงพยาบาลได้เข้ามาช่วยแก้ไขปัญหหรือไม่อย่างไร
- 6) ผลที่ได้จากการแก้ปัญหาเป็นอย่างไร
- 7) ปัญหาหรือประเด็นใดที่เกี่ยวข้องกับวิถีอิสลามที่ทางโรงพยาบาล ควรพัฒนาปรับปรุงเป็นอันดับแรก
- 8) ในฐานะที่เป็นผู้ให้บริการมีข้อเสนอแนะอะไรให้กับทางผู้บริหารโรงพยาบาล หรือผู้ป่วยชาวไทยมุสลิม (ผู้รับบริการ) เพื่อแก้ปัญหา
- 9) อยากให้ทางชุมชนมุสลิมหรือผู้มารับบริการชาวไทยมุสลิมร่วมแก้ปัญหหรือไม่ อย่างไร
- 10) ข้อเสนอแนะอื่นๆ เพิ่มเติม

## 2.5 แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาล

- 1) ทราบเกี่ยวกับวิถีมุสลิมมาจากแหล่งความรู้ใด
- 2) ประสบการณ์ในการจัดบริการสาธารณสุขแก่ผู้ป่วยชาวไทยมุสลิมหรือญาติผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล
- 3) ปัญหา อุปสรรค หรือข้อจำกัด ในการจัดและให้บริการสาธารณสุขในส่วนที่เกี่ยวข้องกับวิถีอิสลาม
- 4) แนวทางในการปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหา อุปสรรค หรือข้อจำกัด ในการให้บริการและจัดบริการสาธารณสุขแก่ผู้ป่วยชาวไทยมุสลิมและญาติ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับวิถีอิสลาม
- 5) นโยบายในการจัดและให้บริการสาธารณสุขในสังคมพหุวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับวิถีมุสลิม
- 6) ต้องการให้หน่วยงานภาครัฐ หรือองค์กรมุสลิม หรือชุมชน เข้ามาร่วมแก้ไขปัญห ช่วยพัฒนาการจัดและให้บริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับหลักการศาสนาอิสลามหรือไม่ ในประเด็นใด อย่างไร
- 7) ข้อเสนอแนะอื่นๆ เพิ่มเติม

## 2.6 การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย

แบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม รวมทั้งแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก คณะผู้วิจัยได้ให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านทำการพิจารณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้แก่ ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) และดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity index: CVI) อีกทั้งยังมีคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนของกระทรวงสาธารณสุข และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมายตรวจสอบและกลั่นกรองเครื่องมือวิจัยอีกครั้งก่อนนำไปใช้

### 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีดำเนินการ เพื่อขอเก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาลเป้าหมาย มีดังนี้

- 1) ส่งข้อเสนอโครงการวิจัยให้คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน กระทรวงสาธารณสุข พิจารณาและอนุมัติให้ดำเนินโครงการ
- 2) เมื่อข้อเสนอโครงการวิจัยผ่านการอนุมัติเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน กระทรวงสาธารณสุขแล้ว คณะผู้วิจัยติดต่อและประสานไปยังโรงพยาบาลเป้าหมาย ทั้ง 8 แห่ง เพื่อขอความร่วมมือเข้าร่วมโครงการวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย
- 3) เมื่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมาย ตอบรับและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย คณะผู้วิจัยส่งข้อเสนอโครงการวิจัยให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลแต่ละแห่งพิจารณาอนุมัติก่อนทำการเก็บข้อมูล
- 4) ชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย ตลอดจนวิธีการเก็บข้อมูลกับผู้ประสานงานโครงการวิจัย ซึ่งเป็นบุคลากรของโรงพยาบาลเป้าหมาย และประสานงานไปยังแผนกต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อหาอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย และทำการนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ในการเก็บข้อมูล
- 5) ก่อนทำการเก็บข้อมูล คณะผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดโครงการแก่อาสาสมัคร หากอาสาสมัครยินดีเข้าร่วมให้ข้อมูล คณะผู้วิจัยให้อาสาสมัครเซ็นชื่อรับรองในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent form) พร้อมให้ออกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Participant information sheet) 1 ชุด
- 6) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม และสัมภาษณ์เชิงลึกตามแนวคำถามที่กำหนดไว้ล่วงหน้า การสัมภาษณ์เชิงลึกมีการขออนุญาตบันทึกเสียง เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ในภายหลัง

แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม และแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก เมื่อผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ ผ่านการทดสอบเครื่องมือ และแก้ไขเรียบร้อยแล้ว นำไปใช้กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล โดยทีมผู้วิจัยเดินทางไปเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ด้วยการประสานงานและนัดหมายกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลของโรงพยาบาลเป้าหมายผ่านผู้ประสานงานของทางโรงพยาบาลล่วงหน้า ทีมผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์กลุ่มผู้รับบริการด้วยตนเอง พร้อมทั้งสังเกตสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งอำนวยความสะดวกที่เอื้อต่อการปฏิบัติตามวิถีอิสลาม เมื่อมุสลิมเข้ารับบริการสาธารณสุขด้วย สำหรับกลุ่มผู้ให้บริการและกลุ่มผู้บริหาร คณะผู้วิจัยส่งแบบสอบถามให้ทำล่วงหน้าทางไปรษณีย์หรือโดยการนำไปแจกให้กลุ่มผู้ให้บริการและกลุ่มผู้บริหารที่เป็นอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการในครั้งแรกด้วยตนเอง แล้วจึงนัดวัน เวลา เพื่อสัมภาษณ์เชิงลึก พร้อมเก็บแบบสอบถามคืน ในการตอบแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม รวมทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มผู้ให้ข้อมูลมีอิสระในการเลือกตอบหรือไม่ตอบคำถามบางข้อ บางประเด็น หรือขอหยุดการตอบแบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม หรือการสัมภาษณ์เชิงลึกเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจะไม่ได้รับผลกระทบต่อดำเนินงานหรือสูญเสียสิทธิที่ประชาชนไทยพึงมีหรือพึงได้รับใดๆ ทั้งสิ้น หากปฏิเสธการให้ข้อมูลแก่การศึกษาวิจัยครั้งนี้

#### 4. การวิเคราะห์ข้อมูล

##### 4.1 ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ มีดังนี้

- 1) ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ที่สัมภาษณ์แล้ว เพื่อคัดเลือกแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามที่มีคำตอบสมบูรณ์ เพื่อนำมาประมวลผล
- 2) ทำการลงรหัสข้อมูลในแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม ตรวจสอบความถูกต้อง แล้วจึงบันทึกข้อมูลลงในเครื่องคอมพิวเตอร์ เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
- 3) ประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยบรรยายข้อมูลในรูปแบบความถี่ และร้อยละ เพื่ออธิบายข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล
- 4) การแปลผลแบบสอบถาม แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม ส่วนที่ 2 มีลักษณะคำถามแบบปรนัยชนิดเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่รู้ การให้คะแนน หากตอบถูกต้องให้ 1 คะแนน ส่วนคำตอบที่ไม่ถูกต้อง หรือตอบว่าไม่รู้ ให้ 0 คะแนน เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนน ใช้แบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1986) ดังนี้

ค่าคะแนน	การแปลผล
เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 80	ระดับสูง
ตั้งแต่ร้อยละ 60 -79	ระดับปานกลาง
ต่ำกว่าร้อยละ 60	ระดับต่ำ

##### 4.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก

เมื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกครบถ้วนแล้ว นำข้อมูลจากเครื่องบันทึกเสียงมาถอดเป็นข้อความ จากนั้นทำการตรวจสอบข้อมูลด้วยเทคนิคสามเส้า (triangulation) โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจและการสังเกตบริบทพื้นที่ของคณะผู้วิจัยมาพิจารณาร่วมกับข้อมูลจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในแต่ละกลุ่มที่ทำการสัมภาษณ์ว่ามีข้อมูลที่ถูกต้องตรงกันหรือสอดคล้องกันหรือไม่ จากนั้นทำการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ด้วยการจำแนกข้อความเข้ากลุ่ม แล้วจึงจัดกลุ่มข้อมูล นำเสนอข้อค้นพบ พร้อมทั้งแปลความหมาย





## บทที่ 4

### ผลการศึกษาวิจัย

ผลการศึกษาวิจัยเรื่อง “บริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับชาวไทยมุสลิม : ช่องว่างแห่งระบบบริการสาธารณสุขไทย” คณะผู้วิจัยได้แบ่งผลการศึกษาวิจัยออกเป็น 8 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 จำนวนผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่มในโรงพยาบาลเป้าหมายแต่ละแห่ง

ส่วนที่ 2 บริบททั่วไปของโรงพยาบาลเป้าหมายแต่ละแห่งและกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่ม

ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาจากแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์การเข้ารับบริการสาธารณสุขของผู้รับบริการที่เป็นชาวไทยมุสลิม

ส่วนที่ 4 ความต้องการ ปัญหาและอุปสรรคของชาวไทยมุสลิมในการรับบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม

ส่วนที่ 5 ผลการศึกษาจากแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจในวิถีอิสลามของผู้ให้บริการและผู้บริหารโรงพยาบาล

ส่วนที่ 6 ปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม

ส่วนที่ 7 ปัญหาและข้อจำกัดในการบริหารจัดการบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม

ส่วนที่ 8 แนวทางในการจัดบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีอิสลามและเสริมสร้างประเด็นที่เอื้อต่อการเข้ารับบริการสาธารณสุขของชาวไทยมุสลิม

การนำเสนอผลการวิจัย ใช้ข้อมูลจากผลการศึกษาเชิงคุณภาพเป็นหลัก ในรูปแบบการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ด้วยการจำแนกข้อความเข้ากลุ่ม จัดกลุ่มข้อมูล และนำเสนอข้อค้นพบ พร้อมทั้งแปลความหมาย และนำเสนอข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม ในรูปแบบของตารางร้อยละ และการบรรยายมาใช้ประกอบการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ

### ส่วนที่ 1 จำนวนผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่มในโรงพยาบาลเป้าหมายแต่ละแห่ง

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล 3 กลุ่ม รวมทั้งสิ้น 110 คน จากโรงพยาบาลรัฐทั้งหมด 8 แห่ง ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่มในแต่ละโรงพยาบาลเป้าหมาย

โรงพยาบาลเป้าหมาย	กลุ่มที่ 1 ผู้รับบริการ (คน)	กลุ่มที่ 2 ผู้ให้บริการ (คน)	กลุ่มที่ 3 ผู้บริหาร (คน)	รวม (คน)
1) โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง (ภาคเหนือ)	7	6	1	14
2) โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)	4	6	2	12
3) โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี (ภาคตะวันออก)	2	7	1	10
4) โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี (ภาคตะวันตก)	6	6	1	13
5) โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา (ภาคใต้)	11	6	2	19
6) โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (ภาคกลาง)	11	5	1	17
7) โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จังหวัดกรุงเทพมหานคร (ส่วนกลาง)	7	5	2	14
8) โรงพยาบาลเลิดสิน จังหวัดกรุงเทพมหานคร (ส่วนกลาง)	4	6	1	11
<b>รวมทั้งสิ้น</b>	<b>52</b>	<b>47</b>	<b>11</b>	<b>110</b>

## ส่วนที่ 2 บริบททั่วไปของโรงพยาบาลเป้าหมายแต่ละแห่งและกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่ม

### ส่วนที่ 2.1 บริบททั่วไปของโรงพยาบาลเป้าหมายแต่ละแห่ง

#### 1) โรงพยาบาล A

โรงพยาบาล A เป็นโรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียง 577 เตียง มีบุคลากรมุสลิมประมาณร้อยละ 50 ผู้ป่วยมุสลิมที่มารับบริการมีมากกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด มีทั้งที่เป็นคนมุสลิมในพื้นที่และจังหวัดใกล้เคียงซึ่งอยู่ไม่ไกลจากโรงพยาบาล อีกส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมารักษาจากโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดและจังหวัดใกล้เคียง มีอาหารฮาลาลสำหรับผู้ป่วย มีการแยกครัวฮาลาล และมีร้านอาหารอิสลามทั้งภายในโรงพยาบาลและบริเวณรอบๆ โรงพยาบาล ร้านอาหารอิสลามในโรงพยาบาลมีการแยกภาชนะที่ใช้แล้วอย่างชัดเจน มีสถานที่อาบน้ำละหมาดเฉพาะ แต่ไม่แยกบริเวณสำหรับชายหญิง ห้องละหมาดมี 1 ห้องแบ่งเป็น 2 ส่วน มีการแยกชายหญิงชัดเจน คือ ประตูทางเข้าคนละทาง ภายในห้องละหมาดมีผ้าปูละหมาด หมวก โสร่ง ผ้าตะละกง ไว้บริการ

#### 2) โรงพยาบาล B

โรงพยาบาล B เป็นโรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียง 532 เตียง มีบุคลากรมุสลิมประมาณร้อยละ 35 ผู้ป่วยมุสลิมที่มารับบริการประมาณร้อยละ 50 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด มีทั้งที่เป็นคนมุสลิมในพื้นที่ซึ่งอยู่ไม่ไกลจากโรงพยาบาล อีกส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมารักษาจากโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด มีอาหารฮาลาลสำหรับผู้ป่วย แยกครัวฮาลาลชัดเจน มีนักโภชนาการและแม่ครัวเป็นมุสลิม และมีร้านอาหารอิสลามทั้งภายในโรงพยาบาลและบริเวณรอบๆ โรงพยาบาล แต่ร้านอาหารอิสลามในโรงพยาบาลยังไม่มีมีการแยกภาชนะที่ใช้แล้ว คือมีการเก็บและล้างภาชนะรวมกับร้านที่ไม่ใช่ร้านอิสลาม โรงพยาบาลไม่มีสถานที่อาบน้ำละหมาดเฉพาะ ต้องใช้ห้องน้ำรวมที่อยู่บริเวณใกล้เคียงสำหรับอาบน้ำละหมาด ซึ่งห้องน้ำไม่มีความสะอาดเท่าที่ควร มีห้องละหมาด 1 ห้อง ภายในห้องละหมาดมีผ้าปูละหมาด หมวก โสร่ง ผ้าตะละกง ไว้บริการ

#### 3) โรงพยาบาล C

โรงพยาบาล C เป็นโรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียง 510 เตียง มีบุคลากรมุสลิมประมาณร้อยละ 5 ผู้ป่วยมุสลิมที่มารับบริการมีประมาณร้อยละ 50 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด มีทั้งที่เป็นคนมุสลิมในพื้นที่ซึ่งอยู่ไม่ไกลจากโรงพยาบาล ยังไม่มีอาหารฮาลาลสำหรับผู้ป่วย (คือยังไม่แยกครัวฮาลาลชัดเจน) แต่ผู้บริหารโรงพยาบาลมีนโยบายที่จะทำครัวฮาลาล (แยกครัว) มีร้านอาหารอิสลามภายในโรงพยาบาล แต่ร้านอาหารอิสลามในโรงพยาบาลยังไม่มีมีการแยกภาชนะที่ใช้แล้ว คือมีการเก็บและล้างภาชนะรวมกับร้านที่ไม่ใช่ร้านอิสลาม โรงพยาบาลมีสถานที่อาบน้ำละหมาดเฉพาะ ซึ่งอยู่ด้านข้างห้องละหมาด แต่สถานที่อาบน้ำละหมาดไม่แยกสำหรับชายหญิง มีห้องละหมาด 1 ห้อง ภายในห้องละหมาดมีผ้าปูละหมาด หมวก โสร่ง ผ้าตะละกง ไว้บริการ และมีการกั้นบริเวณแยกชายหญิง สถานที่อาบน้ำละหมาดและห้องละหมาดแลดูสะอาดและมีความเป็นระเบียบเรียบร้อย

#### 4) โรงพยาบาล D

โรงพยาบาล D เป็นโรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียง 825 เตียง มีบุคลากรมุสลิมน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 1) และมีผู้ป่วยมุสลิมมาใช้บริการน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 5 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด) ผู้ป่วยมุสลิมส่วนใหญ่จะถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนในภูมิภาค โรงพยาบาลไม่มีอาหารฮาลาลสำหรับผู้ป่วย แต่มีร้านอาหารอิสลามในโรงพยาบาล 1 ร้าน มีห้องละหมาด 2 ห้อง ได้แก่ 1) ห้องละหมาดที่ตึกผู้ป่วยนอก ซึ่งเปิดให้บริการเวลา 8.00-16.00 น. ไม่มีการแยกบริเวณสำหรับชายหญิง 2) ห้องละหมาดที่ตึกผู้ป่วยใน เปิดบริการนอกเวลาราชการ มีที่กั้นแยกบริเวณสำหรับชายหญิง ห้องละหมาดทั้งสองแห่ง มีชุดละหมาด (ผ้าปูละหมาด หมวก โสร่งสำหรับผู้ชาย และมีชุดตะละกงสำหรับสตรี) ไม่มีสถานที่อาบน้ำละหมาดเฉพาะ แต่มีห้องน้ำทั่วไปอยู่ใกล้ๆ กับห้องละหมาด ห้องน้ำและห้องละหมาดอยู่ในสภาพที่สะอาดเรียบร้อย

#### 5) โรงพยาบาล E

โรงพยาบาล E เป็นโรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียง 478 เตียง มีบุคลากรมุสลิมประมาณร้อยละ 5 มีผู้ป่วยมุสลิมมาใช้บริการพอสมควร (ประมาณร้อยละ 10 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด) ผู้ป่วยที่มาใช้บริการมีทั้งที่เป็นคนมุสลิมในพื้นที่ซึ่งอยู่ไม่ไกลจากโรงพยาบาล อีกส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมารักษาจากโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด โรงพยาบาลไม่มีอาหารฮาลาลสำหรับผู้ป่วย ไม่มีร้านอาหารอิสลามในโรงพยาบาลและบริเวณใกล้เคียงโรงพยาบาล มีห้องละหมาดแยกออกมาเฉพาะ ไม่ได้อยู่ในตึกผู้ป่วย ห้องละหมาดไม่แยกบริเวณสำหรับชายหญิง มีสถานที่อาบน้ำละหมาดอยู่ภายในห้องละหมาดแต่ไม่แยกชายหญิง สภาพของสถานที่อาบน้ำละหมาดและห้องละหมาดไม่ค่อยสะอาด

#### 6) โรงพยาบาล F

โรงพยาบาล F เป็นโรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียง 528 เตียง มีบุคลากรมุสลิมประมาณร้อยละ 3 มีผู้ป่วยมุสลิมมาใช้บริการน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 10 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด) ไม่มีห้องละหมาด ไม่มีอาหารฮาลาลสำหรับผู้ป่วย ไม่มีร้านอาหารอิสลามในโรงพยาบาล แต่มีร้านอาหารอิสลามบริเวณใกล้เคียงโรงพยาบาลสำหรับญาติผู้ป่วยที่มาเฝ้าไข้

#### 7) โรงพยาบาล G

โรงพยาบาล G เป็นโรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียง 807 เตียง มีบุคลากรมุสลิมน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 1) และมีผู้ป่วยมุสลิมมาใช้บริการน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 2 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด) ผู้ป่วยที่มาใช้บริการส่วนใหญ่เป็นคนมุสลิมในจังหวัด โรงพยาบาลไม่มีห้องละหมาด ไม่มีอาหารฮาลาลสำหรับผู้ป่วย ไม่มีร้านอาหารอิสลามในโรงพยาบาลสำหรับญาติผู้ป่วยที่มาเฝ้าไข้ แต่มีมัสยิดซึ่งอยู่ห่างจากโรงพยาบาลประมาณ 1 กิโลเมตร บริเวณใกล้ๆ มัสยิดมีร้านอาหารอิสลาม

#### 8) โรงพยาบาล H

โรงพยาบาล H เป็นโรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียง 867 เตียง มีบุคลากรมุสลิมน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 1) และมีผู้ป่วยมุสลิมมาใช้บริการน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 3 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด) โรงพยาบาลไม่มีห้องละหมาด ไม่มีอาหารฮาลาลสำหรับผู้ป่วย ไม่มีร้านอาหารอิสลามในโรงพยาบาลหรือบริเวณใกล้เคียงโรงพยาบาล

## ส่วนที่ 2.2 บริบททั่วไปของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่ม

**กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้รับบริการสาธารณสุข** ซึ่งเป็นผู้ป่วยชาวไทยมุสลิมหรือญาติพี่น้องที่มาเฝ้าไข้ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการสาธารณสุขที่โรงพยาบาลเป้าหมาย เป็นชาวไทยมุสลิมที่มีระดับความศรัทธาและการปฏิบัติศาสนกิจที่แตกต่างกัน ซึ่งผู้วิจัยทราบจากการสังเกตลักษณะการแต่งกายและการปฏิบัติศาสนกิจ รวมทั้งการพูดคุยสอบถามในประเด็นหลักศาสนาทั่วไปและวิธีการปฏิบัติ พบว่า มุสลิมทางภาคเหนือและภาคใต้มีความเคร่งครัดทางศาสนามากกว่ามุสลิมในภาคอื่นๆ

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มผู้รับบริการสาธารณสุข หัวหน้าพยาบาลจะเป็นผู้แนะนำว่าแผนกใดบ้างที่มีผู้ป่วยมุสลิมมาเข้ารับการรักษาพยาบาลในช่วงที่คณะผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูล และคณะผู้วิจัยได้ทำการพูดคุยและสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ณ โรงพยาบาลเป้าหมายที่ผู้ให้ข้อมูลมาใช้บริการ ยกเว้น โรงพยาบาล D และ G ซึ่งคณะผู้วิจัยไม่พบผู้ป่วยที่โรงพยาบาลเป้าหมายในช่วงที่คณะผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูล ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงต้องลงพื้นที่ชุมชน เพื่อสืบเสาะหาผู้นำชุมชนทั้งแบบที่เป็นทางการและแบบไม่เป็นทางการ เพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยและขอความร่วมมือ รวมทั้งขอคำแนะนำเพื่อเข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่อยู่ในชุมชนมุสลิม ซึ่งกลุ่มผู้รับบริการทุกคนได้ร่วมสนทนาและให้ข้อมูลอย่างเป็นกันเองและมีความเป็นกัลยาณมิตรกับคณะผู้วิจัย และในบางครั้งได้แนะนำผู้รับบริการมุสลิมรายอื่นๆ ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลในแผนกต่างๆ ในขณะนั้นให้คณะผู้วิจัยทราบด้วย

**กลุ่มที่ 2 ผู้ให้บริการสาธารณสุข** ซึ่งเป็นแพทย์หรือพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกหรือแผนกผู้ป่วยในในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาลเป้าหมาย เช่น อายุรกรรมชาย/หญิง ศัลยกรรมชาย/หญิง เป็นต้น ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นพยาบาล เนื่องจากแพทย์มีภารกิจหลัก ไม่สะดวกในการให้ข้อมูล โดยหัวหน้าพยาบาลจะเป็นผู้แนะนำว่าแผนกใดบ้างที่มีผู้ป่วยมุสลิมมาเข้ารับการรักษาพยาบาล และพยาบาลคนใดที่มีประสบการณ์ในการให้บริการผู้ป่วยมุสลิม ซึ่งผู้ให้ข้อมูลได้ร่วมสนทนาและให้ข้อมูลอย่างเป็นกันเองและมีความเป็นกัลยาณมิตร และบางครั้งผู้ให้ข้อมูลก็มีการตั้งประเด็นข้อคำถามเกี่ยวกับหลักศรัทธาและหลักปฏิบัติศาสนกิจของมุสลิมกับคณะผู้วิจัย ซึ่งก็ถือเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ให้ข้อมูลกับคณะผู้วิจัย

**กลุ่มที่ 3 ผู้บริหารโรงพยาบาล** ซึ่งเป็นคณะผู้บริหารชุดปัจจุบันในช่วงเวลาที่คณะผู้วิจัยลงเก็บข้อมูล โดยคณะผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลจากตัวแทนผู้บริหารทั้งฝ่ายการแพทย์และฝ่ายการพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่จะได้ข้อมูลจากฝ่ายการพยาบาล เนื่องจากตัวแทนผู้บริหารฝ่ายการแพทย์มักติดภารกิจหลักจึงไม่สะดวกในการให้ข้อมูล แม้ว่าคณะผู้วิจัยจะทำการนัดหมายวันเวลาในการขอเก็บข้อมูลล่วงหน้าก็ตาม

### ส่วนที่ 3 ผลการศึกษา จากแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์การเข้ารับบริการสาธารณสุขของผู้รับบริการที่เป็นชาวไทยมุสลิม

#### 3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้รับบริการ

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มผู้รับบริการที่เป็นชาวไทยมุสลิม พบว่า ร้อยละ 69.23 ของผู้ให้ข้อมูลเป็นหญิง ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.77 โดยเป็นผู้ป่วยเองถึงร้อยละ 57.69 ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือบัตรทอง และสิทธิประกันสังคม คิดเป็นร้อยละ 65.38 และ 19.23 ตามลำดับ สามปัจจัยแรก que ผู้รับบริการใช้พิจารณาเลือกสถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย คือ ใช้สิทธิตามบัตรทอง โรงพยาบาลอยู่ใกล้บ้านหรือเดินทางสะดวก และพิจารณาตามความเชี่ยวชาญของโรงพยาบาลที่ตรงกับปัญหาหรือโรคที่เจ็บป่วย คิดเป็นร้อยละ 38.46, 30.77 และ 13.46 ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้รับบริการ (n = 52)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. เพศ</b>		
ชาย	16	30.77
หญิง	36	69.23
<b>2. สถานภาพ</b>		
ผู้ป่วย	30	57.69
ญาติผู้ป่วย	22	42.31
<b>3. อายุ</b>		
น้อยกว่า 20 ปี	1	1.92
21-30 ปี	6	11.54
31-40 ปี	12	23.08
41-50 ปี	6	11.54
51-60 ปี	16	30.77
มากกว่า 60 ปี	11	21.15
<b>4. สิทธิการรักษาพยาบาล</b>		
สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)	34	65.38
สิทธิประกันสังคม	10	19.23
สิทธิข้าราชการ	6	11.54
อื่นๆ ได้แก่ ประกันสุขภาพของเอกชน/รัฐวิสาหกิจ	2	3.85

## ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
<b>5. ปัจจัยอันดับแรก ที่ใช้พิจารณาเลือกสถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย</b>		
ใช้สิทธิตามบัตรทอง	20	38.46
ใช้สิทธิตามบัตรประกันสังคม	5	9.62
อยู่ใกล้บ้าน หรือเดินทางสะดวก	16	30.77
มีผู้แนะนำมา	1	1.92
ค่ารักษาพยาบาลไม่แพง	3	5.77
ความเชี่ยวชาญของสถานพยาบาลที่ตรงกับปัญหาที่เจ็บป่วย	7	13.46

## 3.2 การรับบริการสาธารณสุข กรณีที่ไปตรวจรักษาแล้วกลับบ้าน (ผู้ป่วยนอกหรือโอพีดี)

ลักษณะการเข้ารับบริการสาธารณสุข กรณีที่ไปตรวจรักษาแล้วกลับบ้าน (ผู้ป่วยนอกหรือโอพีดี) พบว่า เมื่อเกิดการเจ็บป่วย ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เข้ารับการรักษายาบาลที่โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 65.38 โดยมีทั้งผู้ที่ต้องมารักษาเป็นประจำ และผู้ที่นานๆ สักครั้งจะเกิดการเจ็บป่วยและมารักษาพยาบาล ร้อยละ 42.31 เท่าๆ กัน สำหรับผู้ป่วยที่แพทย์นัดมาตรวจรักษานั้น ร้อยละ 100.00 จะมาตามที่แพทย์นัด และร้อยละ 46.15 แพทย์มักให้คำปรึกษาเรื่องการปรับเวลากินยาในเดือนรอมฎอน ส่วนการเดินทางจากบ้านพักไปยังโรงพยาบาลนั้น ส่วนใหญ่เดินทางโดยรถยนต์หรือรถมอเตอร์ไซด์ส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 63.45 รองลงมาคือ มีลูกหลานหรือญาติพี่น้องพามาส่งที่โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 23.08 โดยร้อยละ 82.69 กล่าวว่าไม่จำเป็นต้องนำอาหารมาเองในระหว่างที่มาตรวจรักษาที่โรงพยาบาล แต่ต้องการให้ทางโรงพยาบาลจัดสถานที่ที่เหมาะสมให้ คิดเป็นร้อยละ 80.77 สำหรับผู้ที่เคยเดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์ ร้อยละ 36.54 นั้นพบว่า หากเกิดการเจ็บป่วยในช่วงประกอบพิธีฮัจญ์ และต้องการคำปรึกษาในเรื่องสุขภาพ จะไปรับบริการจากหน่วยแพทย์มุสลิมของกระทรวงสาธารณสุข ที่ทางประเทศไทยจัดไว้บริการเป็นประจำทุกปี คิดเป็นร้อยละ 47.37 และ 42.10 ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงไว้ในตารางที่ 6



ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะการเข้ารับบริการสาธารณสุข  
กรณีที่ไม่ไปตรวจรักษาแล้วกลับบ้าน (ผู้ป่วยนอกหรือโอพีดี) (n = 52)

ลักษณะการเข้ารับบริการสาธารณสุข	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. การเข้ารับการรักษา เมื่อเจ็บป่วย</b>		
โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป	34	65.38
คลินิก หรือโรงพยาบาลเอกชน	12	23.08
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	6	11.54
<b>2. ลักษณะการใช้บริการสถานบริการในข้อ 1</b>		
ไปรับยาเป็นประจำ	22	42.31
ไปเมื่อเจ็บป่วย น้อยกว่า 2 ครั้งต่อเดือน	8	15.38
ไปเมื่อเจ็บป่วย นานๆ ครั้ง	22	42.31
<b>3. วิธีการเดินทางไปสถานบริการ</b>		
รถยนต์หรือมอเตอร์ไซด์ส่วนตัว	33	63.45
ไปรถเมล์/ มอเตอร์ไซด์รับจ้าง/ สองแถวประจำทาง	5	9.62
เหมารถรับจ้างไปเป็นครั้งคราว	2	3.85
อื่นๆ ได้แก่ ลูกหลานหรือญาติมาส่ง, รถบริการของชุมชน	12	23.08
<b>4. การนำอาหารไปรับประทานเองเมื่อต้องไปตรวจรักษา</b>		
ต้องนำไปด้วยทุกครั้ง	2	3.85
นำไปเป็นบางครั้ง	7	13.46
ไม่จำเป็นต้องนำไป	43	82.69
<b>5. ความจำเป็นหรือต้องการให้มีสถานที่ละหมาด</b>		
จำเป็น	42	80.77
มีก็ดี/ไม่มีก็ได้ ไม่เป็นไร	6	11.54
อื่นๆ คือ กลับไปละหมาดที่บ้าน, บ้านอยู่ใกล้, ละหมาดที่ไหนก็ได้, มาตรวจ OPD แค่ครึ่งวัน	4	7.69
<b>6. การไปตรวจรักษาตามที่หมอนัด</b>		
ไปตามที่หมอนัดเป็นประจำ	52	100.00

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ลักษณะการเข้ารับบริการสาธารณสุข	จำนวน	ร้อยละ
<b>7. แพทย์ให้คำปรึกษาเรื่องการปรับเวลากินยาหรือจำนวนยาอาหาร และการเจาะเลือด ในเดือนรอมฎอน</b>		
ให้คำปรึกษาแนะนำ	24	46.15
ไม่ให้คำปรึกษาแนะนำ	5	9.62
อื่นๆ เช่น แพทย์ไม่เข้าใจ/ ไม่เคยแจ้งให้แพทย์ทราบ	23	44.23
<b>8. การเดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์</b>		
เคย	19	36.54
ไม่เคย	33	63.46
<b>9. กรณีที่เคยไปฮัจญ์ มีหมอประจำที่สามารถขอคำปรึกษาในเรื่องสุขภาพและเรื่องต่างๆ</b>		
ไม่มีหมอประจำ จึงไม่สามารถขอคำปรึกษาหมอ	3	15.79
ไม่มีหมอประจำ แต่สามารถขอคำปรึกษาหมอได้	2	10.53
มีหมอประจำ และหมอสามารถให้คำปรึกษาได้	6	31.58
อื่นๆ ได้แก่ ทางรัฐบาลไทยจัดแพทย์มุสลิมไปทุกปี	8	42.10
<b>10. กรณีเจ็บป่วยช่วงประกอบพิธีฮัจญ์</b>		
รับบริการจากหน่วยแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข	9	47.37
นำยาไปเอง	3	15.79
อื่นๆ ได้แก่ แข็งแรงดี/ ไม่เจ็บป่วย	7	36.84

### 3.3 การรับบริการสาธารณสุข กรณีที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยในหรือไอพีดี)

ลักษณะการเข้ารับบริการสาธารณสุข กรณีที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยในหรือไอพีดี) พบว่า คนในครอบครัวของผู้ให้ข้อมูล และตัวผู้ให้ข้อมูล เคยป่วยและนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 61.54 และ 38.46 ตามลำดับ โดยร้อยละ 44.23 นอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลามากกว่า 5 วัน ในระหว่างที่นอนรักษาที่โรงพยาบาล ร้อยละ 42.31 พบว่ามีปัญหาในเรื่องต่างๆ ได้แก่ เรื่องอาหาร สถานที่สำหรับทำละหมาดหรือห้องละหมาด การแต่งกายของผู้ป่วย และการแสดงท่าที กิริยา วาจาของพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ ดังตารางที่ 7

**ตารางที่ 7** แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะการเข้ารับบริการสาธารณสุข  
กรณีที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยในหรือไอพีดี) (n = 52)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล</b>		
เคย โดยเป็นผู้ป่วยเอง	20	38.46
เคย โดยคนในครอบครัวเป็นผู้ป่วย	32	61.54
<b>2. ระยะเวลาที่นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล</b>		
1-2 วัน	13	25.00
3-5 วัน	16	30.77
มากกว่า 5 วัน	23	44.23
<b>3. ปัญหาที่พบ ในระหว่างนอนพักรักษาที่โรงพยาบาล</b>		
ไม่มีปัญหา	30	57.69
เรื่องอาหาร	10	19.23
เรื่องสถานที่ละหมาด/ การปฏิบัติศาสนกิจ	9	17.31
เรื่องการแต่งกายของผู้ป่วย	1	1.92
เรื่องคำพูด ท่าที กิริยาของพยาบาล	2	3.85

### 3.4 การรับบริการสาธารณสุขด้านการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ

การเข้ารับบริการสาธารณสุข ได้แก่ การฝากครรภ์ การคลอดบุตร และการฉีดวัคซีนเด็ก พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่ฝากครรภ์ คลอดบุตร และนำเด็กไปฉีดวัคซีนที่โรงพยาบาลของรัฐ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่อยู่ใกล้บ้าน คิดเป็นร้อยละ 42.31, 55.77 และ 50.00 ตามลำดับ สำหรับการขริบหรือการเข้าสู่หนัดในเด็กผู้ชายนั้น พบว่า ร้อยละ 21.15 ผู้ปกครองจะพาบุตรหลานไปเข้าร่วมการขริบหรือการเข้าสู่หนัดหมู่กับหน่วยงานองค์กรต่างๆ เช่น มัสยิด คณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัด ชุมชน หรือกลุ่มแพทย์มุสลิม ที่มักมีการจัดงานเข้าสู่หนัดหมู่ประจำปี อีกร้อยละ 17.31 ยังคงใช้บริการกับหมอพื้นบ้าน ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ลักษณะการรับบริการสาธารณสุขด้านการฝากครรภ์ การคลอดบุตร และการขริบ (n = 52)

บริการสาธารณสุข	จำนวน (ร้อยละ)				
	ไม่เคย/ ไม่มีคนใน ครอบครัวอยู่ใน สถานะนั้น	เคย ที่			
		โรง พยาบาล รัฐ	โรง พยาบาล เอกชน/ คลินิก	หมอ พื้นบ้าน	อื่นๆ
1) การฝากครรภ์	19 (36.54)	22 (42.31)	11 (21.15)	-	-
2) การคลอดบุตร	20 (38.46)	29 (55.77)	3 (5.77)	-	-
3) การขริบ/เข้าสู่หน้ เต็กชาย	24 (46.16)	7 (13.46)	1 (1.92)	9 (17.31)	11 (21.15)
4) การฉีดวัคซีนเด็กใน ครอบครัว	15 (28.84)	26 (50.00)	9 (17.31)	-	2 (3.85)

สำหรับการเข้ารับบริการสาธารณสุขด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การตรวจคัดกรองมะเร็ง พบว่า มากกว่าร้อยละ 50.00 ของผู้ให้ข้อมูลและคนในครอบครัว ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (51.92) มะเร็งเต้านม (65.38) และมักไม่ค่อยออกกำลังกาย (65.38) แต่ร้อยละ 61.54 ได้รับการให้คำปรึกษา คำแนะนำ และการฝึกอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจากโรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลเอกชน และชุมชน โดยเฉพาะโรงพยาบาลรัฐ (53.84) ดังรายละเอียดในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ลักษณะการรับบริการสาธารณสุขด้านการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ (n = 52)

บริการสาธารณสุข	จำนวน (ร้อยละ)				
	ไม่เคย	เคย ที่			
		โรงพยาบาล รัฐ	โรง พยาบาล เอกชน/ คลินิก	ชุมชน	บริเวณ บ้าน
1) การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	27 (51.92)	23 (44.23)	2 (3.85)	-	-
2) การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม	34 (65.38)	15 (28.85)	3 (5.77)	-	-
3) การให้ความรู้ คำปรึกษา คำแนะนำ ฝึกอบรมเกี่ยวกับ สุขภาพ	20 (38.46)	28 (53.84)	2 (3.85)	2 (3.85)	-
4) การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริม สุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย	34 (65.38)	3 (5.77)	-	11 (21.15)	4 (7.70)

ส่วนการบริการเยี่ยมบ้าน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาลหรือ อสม.นั้น พบว่า บุคลากรสาธารณสุขเคยมาเยี่ยมบ้าน คิดเป็นร้อยละ 59.62 ซึ่งลักษณะการมาเยี่ยมจะแตกต่างกันไปตามวาระ คือ มานานๆ ครั้ง (21.15) เป็นประจำ (17.31) เป็นบางครั้ง (9.61) และดูแลเฉพาะราย (11.55) ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ลักษณะการรับบริการสาธารณสุขด้านการเยี่ยมบ้าน (n = 52)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. บริการเยี่ยมบ้าน</b>		
ไม่เคย	21	40.38
เคย เป็นประจำ	9	17.31
เคย เป็นบางครั้ง	5	9.61
เคย นานๆ ครั้ง	11	21.15
อื่นๆ ได้แก่ หลังคลอดมา 1 ครั้ง, อสม. ดูแลเฉพาะราย	6	11.55

#### ส่วนที่ 4 ความต้องการ ปัญหาและอุปสรรคของชาวไทยมุสลิมในการรับบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม

จากการที่คณะผู้วิจัยได้สำรวจ สังเกต และการสอบถามพูดคุยกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งอำนวยความสะดวกของโรงพยาบาลเป้าหมายทั้ง 8 แห่ง ในเรื่องอาหารอิสลามสำหรับผู้ป่วย ครีวอาหารฮาลาล ร้านอาหารอิสลามภายในโรงพยาบาล สถานที่ละหมาด (ห้องละหมาด) สถานที่อาบน้ำละหมาด รวมทั้งร้านอาหารอิสลามบริเวณรอบๆ หรือใกล้เคียงโรงพยาบาล สามารถสรุปได้ดังตารางที่ 11

และจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยชาวไทยมุสลิมที่มีประสบการณ์การเข้ารับบริการสาธารณสุขในโรงพยาบาลเป้าหมายแต่ละแห่ง พบว่า ผู้ป่วยชาวไทยมุสลิมและญาติส่วนใหญ่มีปัญหาในการรับบริการสาธารณสุขในเรื่องอาหารฮาลาล สถานที่ละหมาด สถานที่อาบน้ำละหมาด การบริการรักษาพยาบาล และการแสดงกิริยา วาจา ท่าทีของผู้ให้บริการ ดังนี้

##### 1) อาหารฮาลาลสำหรับผู้ป่วย

ประเด็นเรื่องอาหารฮาลาลสำหรับผู้ป่วย เป็นประเด็นหลักที่ผู้เข้ารับบริการในโรงพยาบาลเป้าหมายทั้ง 8 แห่งกล่าวถึง แม้ว่า โรงพยาบาล 2 แห่ง คือ โรงพยาบาล A และ B จะมีครีวอาหารฮาลาลแยกต่างหากแล้ว แต่ผู้ป่วยและญาติก็ยังไม่แน่ใจว่า อาหารสำหรับผู้ป่วยมุสลิมที่เจ้าหน้าที่หรือพยาบาลเรียกว่า “อาหารอิสลาม” ที่โรงพยาบาลทั้ง 8 แห่งจัดบริการผู้ป่วยมุสลิมนั้น เป็นอาหารฮาลาลหรือไม่ เพราะตามความเข้าใจของเจ้าหน้าที่หรือพยาบาลอาจเข้าใจว่า อาหารอิสลาม หมายถึงไม่มีเนื้อหมูเพียงอย่างเดียวเท่านั้น ถ้าเป็นเนื้อไก่หรือเนื้อสัตว์อื่นๆ สามารถทานได้ ผู้ป่วยบางรายและญาติที่มาเฝ้าไข้ กล่าวว่า หากเตรียมอาหารทานก็จะนำอาหารมาเองจากบ้าน แต่ถ้าเตรียมไม่ทันและในโรงพยาบาลหรือร้านที่อยู่รอบๆ โรงพยาบาลมีร้านอาหารอิสลามจำหน่ายก็มาซื้อรับประทาน ซึ่งหาซื้อได้ง่ายและสะดวก

“ไม่มั่นใจว่า อาหารสำหรับผู้ป่วยเป็นอาหารฮาลาลจริงหรือไม่” (BP5 วันที่สัมภาษณ์ 22/02/59, BP10 วันที่สัมภาษณ์ 25/04/59)

“ไม่แน่ใจว่า อาหารสำหรับผู้ป่วยเป็นอาหารฮาลาลจริงหรือไม่” (FP3 วันที่สัมภาษณ์ 11/04/59)

“อยากให้มียาอาหารฮาลาลสำหรับผู้ป่วย” (EP6 วันที่สัมภาษณ์ 25/05/59)

“เตรียมมาจากที่บ้าน” (BP5 วันที่สัมภาษณ์ 22/02/59, BP6 วันที่สัมภาษณ์ 22/02/59)

“ถ้าเตรียมทันก็นำมาเอง แต่ถ้าเตรียมไม่ทันก็มาซื้อรับประทานที่ร้านรอบๆ โรงพยาบาล” (AP6 วันที่สัมภาษณ์ 29/03/59)

“มาซื้อเอา เพราะหาซื้อได้ง่าย” (BP9 วันที่สัมภาษณ์ 25/04/59, BP11 วันที่สัมภาษณ์ 25/04/59)

ตารางที่ 11 สภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกของโรงพยาบาลเป้าหมาย

โรงพยาบาล	จำนวน เตียง*	ร้อยละ บุคลากร มุสลิม	ร้อยละ ผู้ป่วย มุสลิม	ครัว อาหาร ฮาลาล สำหรับ ผู้ป่วย	ร้านอาหาร อิสลาม ภายใน โรงพยาบาล	ร้านอาหาร อิสลาม บริเวณรอบๆ หรือใกล้เคียง โรงพยาบาล	ห้องละหมาด			สถานที่อาบน้ำละหมาด		
							ไม่มี	มี		ที่เฉพาะ		ใช้ห้องน้ำ ทั่วไป
								แยก ชายหญิง	ไม่แยก ชายหญิง	แยก ชายหญิง	ไม่แยก ชายหญิง	
1. โรงพยาบาล A	577	50	> 50	✓	✓	✓	-	✓	-	-	✓	-
2. โรงพยาบาล B	532	35	50	✓	✓	✓	-	✓	-	-	-	✓
3. โรงพยาบาล C	510	5	50	✗	✓	✓	-	✓	-	-	✓	-
4. โรงพยาบาล D	825	< 1	< 5	✗	✓	✗	-	✓	✓	-	-	✓
5. โรงพยาบาล E	478	5	10	✗	✗	✗	-	-	✓	-	✓	-
6. โรงพยาบาล F	528	3	< 10	✗	✗	✓	✓	-	-	-	-	✓
7. โรงพยาบาล G	807	< 1	< 2	✗	✗	✗	✓	-	-	-	-	✓
8. โรงพยาบาล H	867	< 1	< 3	✗	✗	✗	✓	-	-	-	-	✓

\* ที่มา: รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข ปี 2558, หน้า 139-140 และ 185

นอกจากนี้กลุ่มผู้รับบริการชาวไทยมุสลิม ต้องการให้แม่ครัวที่เป็นมุสลิมเป็นผู้ปรุงอาหารฮาลาล เพื่อให้แน่ใจว่าอาหารอิสลามเป็นอาหารฮาลาลตามหลักศาสนาจริงๆ และแนะนำให้แยกเป็นครัวอาหารฮาลาลแยกต่างหาก

“อาหารสำหรับผู้ป่วย อยากให้เป็นอาหารฮาลาลที่แยกต่างหาก แยกเป็นครัวฮาลาล” (EP5 วันที่สัมภาษณ์ 25/05/59)

“อยากให้แม่ครัวมุสลิมทำอาหารและทำอาหารแยกต่างหาก เพื่อให้มั่นใจว่าถูกหลักฮาลาลจริงๆ” (BP9 วันที่สัมภาษณ์ 25/04/59, BP10 วันที่สัมภาษณ์ 25/04/59)

“อยากให้แม่ครัวเป็นมุสลิม เป็นผู้ทำอาหารฮาลาล เพราะไม่แน่ใจว่าอาหารอิสลามของทางโรงพยาบาลเป็นอาหารฮาลาลหรือไม่” (FP4 วันที่สัมภาษณ์ 25/04/59)

“อาหาร ควรมีการจัดหาแม่ครัวที่เป็นมุสลิม หรือไม่ก็จัดอบรมแก่ผู้ทำอาหารให้เข้าใจคำว่าอาหารฮาลาล” (HP4 วันที่สัมภาษณ์ 19/04/59)

นอกจากอาหารฮาลาลสำหรับผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยนอกและญาติที่มาเฝ้าไข้ก็มีความต้องการให้มีร้านอาหารอิสลามภายในโรงพยาบาลไว้บริการ ซึ่งจากการสำรวจและสังเกตของทีมผู้วิจัย พบว่า มีโรงพยาบาลเป้าหมายเพียง 4 ใน 8 แห่งเท่านั้น ได้แก่ โรงพยาบาล A, B, C และ D ที่มีร้านอาหารอิสลามจำหน่ายภายในโรงพยาบาล และจาก 4 ใน 8 แห่งของโรงพยาบาลที่มีร้านอาหารอิสลามจำหน่ายภายในโรงพยาบาลนั้นพบว่า มีโรงพยาบาลเพียง 2 ใน 4 แห่ง คือโรงพยาบาล A และ D ที่จัดให้มีการแยกภาชนะที่ใส่อาหารและที่ใช้แล้วเป็นสัดส่วน คือ มีถังรองรับภาชนะที่ใช้แล้วตั้งอยู่บริเวณหน้าร้านอาหารอิสลามแยกต่างหากจากร้านอาหารอื่นๆ ไม่ปะปนกัน ส่วนโรงพยาบาล B และ C มีการวางภาชนะที่ใช้แล้วปะปนกับร้านอาหารอื่นๆ และล้างรวมกัน ผู้ป่วยมุสลิมและญาติจึงอยากให้มีการแยกภาชนะที่ใส่อาหารสำหรับร้านอิสลามและแยกล้างให้เป็นสัดส่วน

“ร้านอาหารอิสลามอยากให้แยกภาชนะ โดยส่วนตัวไม่เคยซื้ออาหารในโรงพยาบาลทาน เพราะไม่มั่นใจว่าแยกภาชนะที่ใช้หรือไม่” (BP6 วันที่สัมภาษณ์ 22/02/59)

“ภาชนะที่ใส่อาหารของร้านอาหารอิสลาม ควรแยกล้างภาชนะ” (BP1 วันที่สัมภาษณ์ 22/02/59)

“อยากให้แยกภาชนะใส่อาหาร ไม่แน่ใจว่าล้างรวมกันหรือไม่” (CP6 วันที่สัมภาษณ์ 26/04/59)

“อยากให้แยกล้างภาชนะ ไม่ควรล้างปนกัน” (CP1 วันที่สัมภาษณ์ 20/02/59)

สำหรับอีก 4 ใน 8 ของโรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาล E, F, G และ H ที่ยังไม่มีร้านอาหารอิสลามในโรงพยาบาล พบว่า มีเพียงโรงพยาบาล F โรงพยาบาลเดียวเท่านั้นที่แม้ว่าไม่มีร้านอาหารอิสลามภายในโรงพยาบาล แต่ยังมีร้านอาหารอิสลามที่อยู่บริเวณใกล้เคียงหรือด้านนอกโรงพยาบาล ส่วนโรงพยาบาล E, G และ H ไม่มีร้านอาหารอิสลามทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล ผู้ป่วยมุสลิมและญาติจึงอยากให้มีร้านอาหารอิสลามจำหน่ายภายในโรงพยาบาล



“อยากให้มีร้านอาหารอิสลามขายในโรงพยาบาล” (HP3 วันที่สัมภาษณ์ 19/04/59)

“อยากให้มีร้านอาหารอิสลาม” (GP2 วันที่สัมภาษณ์ 05/04/59)

“อยากให้มีร้านอาหารอิสลามในโรงพยาบาล เนื่องจากบริเวณรอบๆ โรงพยาบาลไม่มีร้านอาหารอิสลาม” (EP6 วันที่สัมภาษณ์ 25/05/59)

## 2) สถานที่ละหมาด

จากการสำรวจ การสังเกตของทีมนักวิจัยและการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้รับบริการชาวไทยมุสลิมพบว่า ถ้าผู้ป่วยมุสลิมเป็นผู้ป่วยนอกหรือบ้านอยู่ไม่ไกลจากโรงพยาบาลก็จะกลับไปละหมาดที่บ้าน แต่ถ้าหากเป็นผู้ป่วยมุสลิมและญาติที่บ้านอยู่ไกลหรือมาเฝ้าไข้เป็นระยะเวลานานติดต่อกันหลายวัน อยากให้ทางโรงพยาบาลจัดสถานที่ละหมาดให้ เพื่อให้สามารถปฏิบัติศาสนกิจได้ โดยเฉพาะโรงพยาบาล 3 ใน 8 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาล F, G และ H ที่ไม่มีห้องละหมาดสำหรับให้ผู้ป่วยมุสลิมและญาติที่มาเฝ้าไข้ได้ปฏิบัติศาสนกิจ

“บ้านอยู่ไม่ไกลโรงพยาบาล สามารถกลับไปละหมาดที่บ้านได้” (BP5 วันที่สัมภาษณ์ 22/04/59, BP6 วันที่สัมภาษณ์ 22/04/59, EP1 วันที่สัมภาษณ์ 03/05/59)

“อยากให้มีห้องละหมาด” (GP2 วันที่สัมภาษณ์ 05/04/59)

“อยากให้ทางโรงพยาบาลจัดสถานที่ละหมาดให้ เพื่อปฏิบัติศาสนกิจ” (GP2 วันที่สัมภาษณ์ 05/04/59)

“หากมีจำนวนมุสลิมมาใช้บริการมากขึ้น อยากให้มีห้องละหมาด และสถานที่อาบน้ำละหมาด” (GP3 วันที่สัมภาษณ์ 05/04/59)

“อยากให้ทางโรงพยาบาลจัดสถานที่ละหมาดให้ เพราะเมื่อถึงเวลาจะได้ทำละหมาดตามเวลา” (GP1 วันที่สัมภาษณ์ 05/04/59)

“ควรมีสถานที่ละหมาด สำหรับมุสลิม” (FP4 วันที่สัมภาษณ์ 11/04/59)

สำหรับโรงพยาบาลอีก 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาล A, B, C, D และ E ที่มีห้องละหมาดจัดไว้บริการผู้ป่วยมุสลิมและญาตินั้น จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ใช้บริการ พบว่า โรงพยาบาลบางแห่งผู้ใช้บริการไม่ทราบว่าห้องละหมาดอยู่บริเวณจุดใด จึงเสนอแนะว่า ควรมีป้ายบอกทางไปห้องละหมาดให้ชัดเจน โรงพยาบาลบางแห่งห้องละหมาดตั้งอยู่ในบริเวณที่ไม่ปลอดภัย หากต้องใช้บริการช่วงกลางวัน เนื่องจากช่วงเวลาของการละหมาด 5 เวลา ครอบคลุมทั้งช่วงกลางวันและกลางคืน และโรงพยาบาลบางแห่งควรดูแลรักษาความสะอาดความเป็นระเบียบเรียบร้อยของห้องละหมาดด้วย

“ไม่รู้ว่ห้องละหมาดอยู่ตรงไหน เสนอแนะว่า ควรมีป้ายบอกทางไปห้องละหมาดให้ชัดเจน” (DP1 วันที่สัมภาษณ์ 24/05/59)

“การทำละหมาดในช่วงกลางวัน สำหรับญาติที่มาเฝ้าไข้ ไม่สะดวกและอาจจะไม่ปลอดภัย ที่จะไปใช้บริการที่ห้องละหมาด เนื่องจากห้องละหมาดอยู่บริเวณมุขตึก แต่ถ้าผู้ป่วยอยู่ห้องพิเศษก็จะทำการละหมาดที่ข้างเตียงผู้ป่วย” (BP1 วันที่สัมภาษณ์ 22/02/59)

“ควรดูแลความสะอาดของห้อง حمامด้วย” (BP8 วันที่สัมภาษณ์ 25/04/59)

### 3) สถานที่อาบน้ำละหมาด

นอกจากสถานที่ละหมาดจะเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมุสลิมในการปฏิบัติศาสนกิจแล้ว ก่อนที่มุสลิมจะทำละหมาด จะต้องอาบน้ำละหมาดก่อน คือ เช็ดล้างอวัยวะบางส่วน เช่น ล้างหน้า ล้างมือ จนถึงข้อศอก เช็ดผมหรือศีรษะบางส่วน ล้างเท้า เป็นต้น การอาบน้ำละหมาดถือเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องกระทำก่อนการละหมาด หากไม่มีน้ำละหมาด ถือว่าการละหมาดนั้นไม่สมบูรณ์ ดังนั้น สถานที่อาบน้ำละหมาดจึงมีความจำเป็นและมีความสำคัญ เพราะสถานที่อาบน้ำละหมาดต้องเป็นบริเวณที่สะอาด ปราศจากสิ่งสกปรกปนเปื้อน จากการสังเกตของทีมวิจัยและการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้บริการ พบว่า มีเพียง 3 โรงพยาบาลเท่านั้น ได้แก่ โรงพยาบาล A, C และ E ที่มีสถานที่อาบน้ำละหมาดเฉพาะ แต่ยังไม่มีการแยกบริเวณระหว่างชายและหญิง เนื่องจากในการอาบน้ำละหมาดนั้น ผู้หญิงต้องปิดผ้าคลุมเพื่อเช็ดผมหรือศีรษะบางส่วน มีการถลกแขนเสื้อเพื่อล้างมือจนถึงข้อศอก และมีการล้างเท้า จึงทำให้ผู้ให้บริการที่เป็นสตรีมุสลิมไม่ได้รับความสะดวก หากต้องถอดผ้าคลุมหรือถลกเสื้อในขณะที่อาบน้ำละหมาดในที่สาธารณะหรือเปิดเผยแก่บุคคลทั่วไปที่ไม่ใช่ญาติพี่น้อง ผู้ให้บริการจึงอยากให้ทางโรงพยาบาลจัดสถานที่อาบน้ำละหมาดที่แยกบริเวณสำหรับชายและหญิง ส่วนโรงพยาบาล B และ D ผู้ให้บริการต้องอาบน้ำละหมาดโดยใช้ห้องน้ำทั่วไป ซึ่งห้องน้ำทั่วไปของโรงพยาบาล D มีการรักษาความสะอาดอยู่เสมอ แต่ห้องน้ำของโรงพยาบาล B ยังไม่สะอาดเท่าที่ควร ยิ่งกว่านั้น การอาบน้ำละหมาดของสตรีมุสลิม มักทำให้พื้นห้องน้ำเปียกเป็นบริเวณกว้าง เมื่อมีผู้คนเดินไปมาทำให้พื้นห้องน้ำนั้นสกปรก พนักงานทำความสะอาดไม่พอใจ แสดงท่าทีรังเกียจเมื่อมีสตรีมุสลิมเข้ามาใช้บริการหรือมักกล่าวห้ามไม่ให้อาบน้ำละหมาด ผู้ให้บริการบางท่านจึงแนะนำให้ทำสถานที่อาบน้ำละหมาดให้อยู่ในบริเวณห้องละหมาดจะทำให้ผู้ให้บริการได้รับความสะดวกยิ่งขึ้น

“ควรมี... และสถานที่อาบน้ำละหมาดสำหรับมุสลิมด้วย” (FP4 วันที่สัมภาษณ์ 11/04/59)

“ที่อาบน้ำละหมาด อยากให้แยกสำหรับชายและหญิง” (AP6 วันที่สัมภาษณ์ 29/03/59, AP7 วันที่สัมภาษณ์ 29/03/59)

“ควรมีสถานที่อาบน้ำละหมาดที่แยกชายและหญิง” (BP8 วันที่สัมภาษณ์ 25/04/59)

“สถานที่อาบน้ำละหมาด ควรแยกสำหรับชายและหญิง” (BP2 วันที่สัมภาษณ์ 22/02/59)

“ควรดูแลความสะอาดของห้องละหมาดและสถานที่อาบน้ำละหมาด” (BP8 วันที่สัมภาษณ์ 25/04/59)

“น่าจะทำสถานที่อาบน้ำละหมาดให้อยู่ในบริเวณห้องละหมาด” (BP1 วันที่สัมภาษณ์ 22/02/59)

#### 4) ประเด็นที่เป็นอุปสรรคทำให้ผู้รับบริการไม่ยอมมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาล

ประเด็นที่เป็นอุปสรรคทำให้ผู้รับบริการชาวไทยมุสลิม ไม่ยอมมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาล นอกเหนือจากประเด็นเรื่องอาหารฮาลาลสำหรับผู้ป่วยและญาติ ห้องละหมาด และสถานที่อาบน้ำละหมาด ได้แก่ ความล่าช้าในการบริการ ความแออัด การแสดงกิริยามารยาทของผู้ให้บริการ ภาษา และการสื่อสาร

“ผู้ป่วยมีจำนวนมาก ทำให้เกิดความล่าช้า บางครั้งบางโรคทำให้คอยนานเกินไป ถ้าไม่จำเป็น จะไม่ไปใช้บริการ” (GP4 วันที่สัมภาษณ์ 05/04/59)

“การตรวจรอนาน ล่าช้า มารับบัตรคิวตั้งแต่เช้ามืด ได้ตรวจตอนเที่ยง ได้เข้าห้องฉุกเฉิน ช่วงป่วย” (FP4 วันที่สัมภาษณ์ 11/04/59)

“ใช้เวลาในการตรวจรักษา ตั้งแต่ไปติดต่อทะเบียน ชักประวัติ หรือรอตรวจใช้เวลานานมาก” (GP2 วันที่สัมภาษณ์ 05/04/59)

“มุสลิมรุ่นเก่าๆ ส่วนมากจะใช้ยาสมุนไพร ทำกินเองมากกว่าที่จะมาใช้บริการที่โรงพยาบาล เพราะมารักษาพยาบาลนาน แต่ได้แค่ยาพาราเซตามอล” (AP4 วันที่สัมภาษณ์ 29/03/59)

“ล่าช้า รอนาน” (CP6 วันที่สัมภาษณ์ 26/04/59, HP2 วันที่สัมภาษณ์ 19/04/59)

“แออัด ไม่มีที่สำหรับให้เฝ้าไข้” (EP4 วันที่สัมภาษณ์ 25/05/59)

“พบตัวหมอยาก” (HP3 วันที่สัมภาษณ์ 19/04/59)

“ในกรณีของผู้ป่วยหญิง ควรจะได้รับการตรวจจากหมอที่เป็นผู้หญิง” (HP4 วันที่สัมภาษณ์ 19/04/59)

“พยาบาลบางคนพูดจาไม่ค่อยดี เหมือนไม่พอใจ เหมือนมีอคติกับคนมุสลิม” (GP2 วันที่สัมภาษณ์ 05/04/59)

“พยาบาลหรือหมอบางคน ควรมารยาทกับคนมุสลิมมากกว่านี้” (GP2 วันที่สัมภาษณ์ 05/04/59)

“หมอบางคนพูดไม่ดีกับคนไข้” (GP3 วันที่สัมภาษณ์ 05/04/59)

“บางครั้งหมอพูดจาไม่ไพเราะกับคนไข้” (CP4 วันที่สัมภาษณ์ 26/04/59)

“กิริยาของผู้ให้บริการ เช่น ผู้ช่วยพยาบาล พยาบาล อยากให้ใช้คำพูดที่ดี ไม่ทำลายความรู้สึก” (CP6 วันที่สัมภาษณ์ 26/04/59)

“มนุษยสัมพันธ์ของเจ้าหน้าที่บางคนทั้งที่เป็นมุสลิมและพุทธ บางทีเจ้าหน้าที่มุสลิมก็เห็นผู้ป่วยเป็นคนบ้านๆ บางทีก็แล้วแต่ดวง บางทีเจ้าหน้าที่ที่เป็นพุทธก็มีท่าทีที่ดี” (AP1 วันที่สัมภาษณ์ 28/03/59)

“ผู้ช่วยพยาบาลและพยาบาลควรเอาใจใส่ต่อผู้ป่วยมากขึ้นกว่าเดิม” (BP4 วันที่สัมภาษณ์ 22/02/59, BP6 วันที่สัมภาษณ์ 22/02/59)

“เจ้าหน้าที่ พยาบาล ควรเอาใจใส่บริการมากกว่าเดิม” (CP6 วันที่สัมภาษณ์ 26/04/59)

“พยาบาลที่เป็นมุสลิม พูดภาษามลายูได้ ควรพูดกับผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารภาษากลางได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ” (AP5 วันที่สัมภาษณ์ 29/03/59)

“มุสลิมผู้สูงอายุ รุ่นเก่าๆ ถ้ามาโรงพยาบาลคนเดียว ไม่มีญาติมาด้วย จะมีปัญหาเรื่องภาษา สื่อสารลำบาก เนื่องจากพูดภาษากลางไม่ได้ แต่เข้าใจภาษากลาง” (AP4 วันที่สัมภาษณ์ 29/03/59)

##### 5) ข้อเสนอแนะที่อยากให้โรงพยาบาลจัดให้สำหรับผู้ให้บริการชาวไทยมุสลิม

ข้อเสนอแนะที่ผู้รับบริการชาวไทยมุสลิมอยากให้โรงพยาบาลจัดให้ ได้แก่ เรื่องอาหารฮาลาล สถานที่ทำละหมาด การตรวจรักษาพยาบาลควรคำนึงถึงวิถีอิสลาม เช่น การตรวจทางสูตินรีเวช ควรให้แพทย์ผู้หญิงตรวจรักษา เป็นต้น การบริการรถรับ-ส่งผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินทางมาโรงพยาบาลได้ด้วยตนเอง

“สำหรับมุสลิม ควรแยกอาหาร” (HP1 วันที่สัมภาษณ์ 19/04/59)

“อยากให้ดูแลเรื่องอาหารการกินที่ฮาลาล” (GP5 วันที่สัมภาษณ์ 05/04/59)

“อยากให้มีร้านอาหารฮาลาลบ้าง” (GP6 วันที่สัมภาษณ์ 05/04/59)

“อยากให้มีอาหารฮาลาลที่แน่ใจและไว้วางใจได้” (GP7 วันที่สัมภาษณ์ 05/04/59)

“ควรมีสถานที่ทำละหมาด” (HP1 วันที่สัมภาษณ์ 19/04/59)

“อยากให้จัดสถานที่ละหมาด” (GP5 วันที่สัมภาษณ์ 05/04/59)

“มีสถานที่ที่เหมาะสม เพื่อใช้ในการละหมาด” (GP6 วันที่สัมภาษณ์ 05/04/59)

“บางอย่างที่หมอสั่ง มุสลิมอาจทำไม่ได้ อยากให้รับฟังและร่วมกันหาทางออกที่ไม่ส่งผลเสียต่อการเจ็บป่วยและไม่ขัดต่อศาสนาอิสลามด้วย” (HP4 วันที่สัมภาษณ์ 19/04/59)

“วัฒนธรรมแบบอิสลาม หมอหรือพยาบาลไม่มีความเข้าใจเกี่ยวกับอิสลามมากนัก ข้อเสนอแนะคือ ควรมีการอบรมให้หมอและพยาบาลมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับวัฒนธรรมของอิสลาม” (GP3 วันที่สัมภาษณ์ 05/04/59)

“อยากให้ทุกๆ โรงพยาบาลของรัฐ มีเจ้าหน้าที่ในทุกๆ แผนกที่เข้าใจในหลักการศาสนาจริงๆ คอยช่วยเหลือให้คำปรึกษามากกว่า เพราะบางทีผู้ป่วยมุสลิมก็ยากที่จะอธิบายสิ่งที่เราต้องการหรือจำเป็นต้องปฏิบัติให้ต่างศาสนิกเข้าใจ” (CP1 วันที่สัมภาษณ์ 20/02/59)

“การตรวจรักษาทางสูตินรีเวช ควรให้เป็นเจ้าหน้าที่และหมอผู้หญิง เพราะเท่าที่เจอมาทางโรงพยาบาลไม่ได้ให้โอกาสผู้ป่วยมีสิทธิ์เลือกตรวจรักษากับหมอผู้หญิง นอกจากที่เจ้าหน้าที่และพยาบาลจะจัดให้เองเท่านั้น” (GP4 วันที่สัมภาษณ์ 05/04/59)

“ถ้าเป็นไปได้ การฝากครรภ์ การตรวจมะเร็งเต้านม การตรวจภายในหรือการตรวจเฉพาะของสตรี อยากให้เป็นหมอผู้หญิงเท่านั้น” (GP6 วันที่สัมภาษณ์ 05/04/59)

“หากเป็นไปได้ อยากให้แยกแพทย์หญิงรักษาผู้ป่วยผู้หญิง” (GP5 วันที่สัมภาษณ์ 05/04/59)

“มีรถ รับ-ส่ง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถไปโรงพยาบาลเองได้” (HP1 วันที่สัมภาษณ์ 19/04/59)

ส่วนที่ 5 ผลการศึกษา จากแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจในวิถีอิสลามของผู้ให้บริการ  
และผู้บริหารโรงพยาบาล

ตารางที่ 12 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ให้บริการ และกลุ่มผู้บริหาร (n = 58)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	4	6.90
หญิง	54	93.10
2. อายุ		
20-30 ปี	3	5.17
31-40 ปี	10	17.24
41-50 ปี	12	20.69
51-60 ปี	33	56.89
3. ศาสนา		
พุทธ	52	89.66
คริสต์	3	5.17
อิสลาม	3	5.17
4. ภูมิลำเนาเดิม		
ภาคเหนือ	10	17.24
ภาคกลาง	16	27.59
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	11	18.97
ภาคตะวันออก	8	13.79
ภาคตะวันตก	6	10.34
ภาคใต้	7	12.07
5. ลักษณะงาน		
แพทย์	5	8.62
พยาบาล	53	91.38
6. ระยะเวลาทำงาน ในตำแหน่งปัจจุบัน		
1-5 ปี	12	20.69
6-10 ปี	7	12.07
11-15 ปี	13	22.41
16-20 ปี	14	24.14
มากกว่า 20 ปี	12	20.69

จากตารางที่ 12 พบว่า กลุ่มผู้ให้บริการและผู้บริหาร ร้อยละ 93.10 เป็นเพศหญิง มีอายุในช่วง 51-60 ปี รองลงมาคือ อายุ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.89 และ 20.69 ตามลำดับ และปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลส่วนภูมิภาคที่เป็นภูมิลำเนาเดิม ส่วนใหญ่เป็นพยาบาล นั้บถือศาสนาพุทธ และมีประสบการณ์ในการทำงานในตำแหน่งงานปัจจุบันมากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 91.38, 89.66 และ 67.24 ตามลำดับ

**ตารางที่ 13** ความรู้ความเข้าใจในวิถีอิสลามของผู้ให้บริการและผู้บริหารโรงพยาบาล ในประเด็นด้านการบำบัดรักษาโรคและการตรวจร่างกาย

ข้อ	คำถาม	โดยภาพรวม 8 โรงพยาบาล (n = 58)		
		ตอบถูก (%)	ตอบผิด (%)	ไม่รู้ (%)
1	มุสลิมเชื่อว่าการเกิดโรคหรือความเจ็บป่วย เป็นไปตามกำหนดหรือพระประสงค์ของพระเจ้า (อัลลอฮ์ ซ.บ.) กล่าวคือ พระเจ้าได้กำหนดสภาวะการณ์ไว้ให้มนุษย์แต่ละคนแล้ว	39 (67.24)	5 (8.62)	14 (24.14)
2	เมื่อมุสลิมเจ็บป่วยและเข้ารับการบำบัดรักษาโรค วิธีการบำบัดต้องไม่ขัดต่อหลักศรัทธาและหลักปฏิบัติของศาสนาอิสลาม เพราะถ้ารักษาด้วยวิธีการที่ขัดต่อหลักศาสนา จะทำให้จิตใจที่ศรัทธาเกิดความวิตกกังวลว่า ตนเองกำลังฝ่าฝืน	37 (63.79)	9 (15.52)	12 (20.69)
3	มุสลิมเชื่อว่าการหายจากโรคหรือความเจ็บป่วย ขึ้นอยู่กับวิธีการในการบำบัดรักษาโรคเท่านั้น ถ้าวิธีการรักษาโรคมีประสิทธิภาพหรือตรงกับโรค โรคนั้นก็หายไ้	23 (39.66)	21 (36.21)	14 (24.14)
4	การขอพร (ดุอา) จากพระเจ้าให้หายป่วย ถือเป็นการบำบัดรักษาโรคอย่างหนึ่งของมุสลิม ควบคู่กับการรักษาทางการแพทย์ เพราะผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนขอพรให้การรักษานั้นๆ ประสบผลสำเร็จ และการขอพรมีผลต่อสภาพจิตใจและเป็นการเสริมกำลังใจของผู้ป่วยและญาติ	48 (82.76)	1 (1.72)	9 (15.52)
5	การตรวจร่างกายต้องคำนึงถึงการปฏิบัติตนระหว่างชายหญิงในวัฒนธรรมมุสลิม ซึ่งสอดคล้องกับจรรยาบรรณของวิชาชีพด้วย เพื่อป้องกันความเสียหายที่จะเกิดขึ้น	47 (81.03)	2 (3.45)	9 (15.52)

สำหรับความรู้ความเข้าใจในวิถีอิสลามของแพทย์และพยาบาลผู้ให้บริการและผู้บริหาร ประเด็นด้านการบำบัดรักษาโรคและการตรวจร่างกาย ใน 5 ข้อคำถาม ดังตารางที่ 13 พบว่า ผู้ตอบ

แบบสอบถามมีความรู้ความเข้าใจระดับสูงในเรื่องการขอพรมีผลต่อสภาพจิตใจและเป็นการเสริมกำลังใจของผู้ป่วยและญาติ (ร้อยละ 82.76) และการคำนึงถึงการปฏิบัติตนระหว่างชายหญิงตามวิถีอิสลามและจรรยาบรรณวิชาชีพ (ร้อยละ 81.03) มีความรู้ความเข้าใจระดับปานกลางในเรื่องความเชื่อของมุสลิมเมื่อเจ็บป่วย (ร้อยละ 67.24) และวิธีการบำบัดรักษาต้องไม่ขัดต่อหลักศาสนา (ร้อยละ 63.79) แต่มีความรู้ความเข้าใจในระดับต่ำในเรื่องความเชื่อในการหายจากโรคหรือการเจ็บป่วย โดยมีผู้ตอบถูกเพียงร้อยละ 39.66 เท่านั้น

ส่วนประเด็นด้านโภชนาการ อาหารและยา จำนวน 4 ข้อคำถาม พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีความรู้ความเข้าใจระดับสูงในเรื่องที่มุสลิมต้องบริโภคอาหารฮาลาล และลักษณะของครัวฮาลาล โดยตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 93.10 และ 81.03 ตามลำดับ ส่วนเรื่องอาหารฮาลาลควรมีลักษณะเฉพาะอย่างไร (ตอบถูกร้อยละ 62.07) และยาที่นำมาใช้ในการรักษาต้องไม่มีส่วนประกอบของสิ่งต้องห้าม (ร้อยละ 62.24) พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีความรู้ความเข้าใจในระดับปานกลางเท่านั้น ดังรายละเอียดในตารางที่ 14

**ตารางที่ 14** ความรู้ความเข้าใจในวิถีอิสลามของผู้ให้บริการและผู้บริหารโรงพยาบาล ในประเด็นด้านโภชนาการ อาหารและยา

ข้อ	คำถาม	โดยภาพรวม 8 โรงพยาบาล (n = 58)		
		ตอบถูก (%)	ตอบผิด (%)	ไม่รู้ (%)
1	มุสลิมทุกคนต้องบริโภคอาหารตามที่หลักศาสนาอนุมัติ (ฮาลาล) เท่านั้น ซึ่งหลักฮาลาลมีขอบเขตกำหนดไว้อย่างชัดเจน	54 (93.10)	-	4 (6.90)
2	อาหาร “ฮาลาล” หมายถึง อาหารที่ไม่มีส่วนผสมของเนื้อหมู หรือผลิตภัณฑ์จากหมู เช่น การดักชิ้นเนื้อหมูออกจากข้าวหรือแกงที่ทำไว้แล้ว เพื่อให้มุสลิมรับประทานได้	36 (62.07)	17 (29.31)	5 (8.62)
3	อาหาร “ฮาลาล” สำหรับผู้ป่วยมุสลิม สามารถจัดเตรียมปรุง และเสิร์ฟ ร่วมกับอาหารสำหรับผู้ป่วยทั่วไปได้ หมายถึง ไม่ต้องแยกครัว ภาชนะ หรือวัตถุดิบที่ใช้ในการเตรียม ปรุง และเสิร์ฟ แบบที่เรียกว่า ครัว ฮาลาล	47 (81.03)	4 (6.90)	7 (12.07)
4	ยาที่นำมาใช้ในการรักษาโรคต้องไม่มีส่วนผสมของสุรายาโดง หรือสิ่งต้องห้าม (ฮะรอม) ตามหลักศาสนาอิสลาม เพราะการบริโภคสิ่งต้องห้าม (ฮะรอม) เป็นบาป	39 (67.24)	6 (10.34)	13 (22.41)

ประเด็นด้านสถานที่อาบน้ำละหมาด และสถานที่ละหมาด ผู้ตอบแบบสอบถามมีความรู้ความเข้าใจในระดับสูง ว่าสถานที่ละหมาด และสถานที่อาบน้ำละหมาด ควรเป็นสถานที่สะอาด และแยกส่วนของชายและหญิง โดยตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 93.10 และ 87.93 ตามลำดับ ส่วนเรื่องการอาบน้ำละหมาด (ร้อยละ 77.59) และการทำละหมาดวันละ 5 เวลา (ร้อยละ 65.52) นั้น ผู้ตอบแบบสอบถามมีความรู้ความเข้าใจในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 15

**ตารางที่ 15** ความรู้ความเข้าใจในวิถีอิสลามของผู้ให้บริการและผู้บริหารโรงพยาบาล ในประเด็นด้านสถานที่อาบน้ำละหมาด และสถานที่ละหมาด

ข้อ	คำถาม	โดยภาพรวม 8 โรงพยาบาล (n = 58)		
		ตอบถูก (%)	ตอบผิด (%)	ไม่รู้ (%)
1	มุสลิมจำเป็นต้องทำละหมาดวันละ 5 เวลา เพราะเป็นศาสนบัญญัติ แม้ว่าจะป่วยหรืออยู่ระหว่างการบำบัดรักษาโรค ก็ต้องทำละหมาด ถ้ายังมีสติรู้ตัว	38 (65.52)	9 (15.52)	11 (18.97)
2	มุสลิมจะต้องทำความสะอาดบางส่วนของร่างกาย (เรียกว่า อาบน้ำละหมาด) เพื่อชำระล้างสิ่งสกปรก และเพื่อเป็นการทำให้ร่างกายรู้สึกสดชื่น กระปรี้กระเปร่า เป็นการเตรียมความพร้อม ก่อนเข้าสู่การทำละหมาด	45 (77.59)	2 (3.45)	11 (18.97)
3	สถานที่อาบน้ำละหมาด ควรเป็นสถานที่สะอาด และแยกส่วนของชาย/หญิง	51 (87.93)	2 (3.45)	5 (8.62)
4	สถานที่ทำละหมาด ควรเป็นสถานที่สะอาดและสงบ เพื่อให้จิตใจมีสมาธิกับการทำละหมาด	54 (93.10)	-	4 (6.90)

ประเด็นด้านการวางแผนครอบครัว พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถาม มีความรู้ความเข้าใจในระดับปานกลาง เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวหรือการคุมกำเนิดชั่วคราว และการทำแท้งเป็นบาปและเป็นข้อห้ามของศาสนาอิสลาม โดยตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 63.79 และ 68.97 ตามลำดับ สำหรับเรื่องอิสลามห้ามการคุมกำเนิดทุกประเภท การอุ้มบุญ การปฏิสนธินอกครรภ์หรือในหลอดแก้วนั้น ผู้ตอบแบบสอบถามมีความรู้ความเข้าใจในระดับต่ำสำหรับประเด็นเหล่านี้ โดยตอบถูกน้อยกว่าร้อยละ 33.00 ดังรายละเอียดในตารางที่ 16



ตารางที่ 16 ความรู้ความเข้าใจในวิถีอิสลามของผู้ให้บริการและผู้บริหารโรงพยาบาล ในประเด็นด้าน  
การวางแผนครอบครัว

ข้อ	คำถาม	โดยภาพรวม 8 โรงพยาบาล (n = 58)		
		ตอบถูก (%)	ตอบผิด (%)	ไม่รู้ (%)
1	อิสลามห้ามการคุมกำเนิดทุกประเภท เพราะการกำเนิดถือเป็นการกำหนดของพระเจ้า (อัลลอฮ์ ซ.บ.)	7 (12.07)	36 (62.07)	15 (25.86)
2	อิสลามอนุญาตให้มุสลิมคุมกำเนิดได้ (วางแผนครอบครัว) ถ้ามีเหตุผลและความจำเป็นอันเป็นที่ยอมรับ เช่น จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของภรรยา	37 (63.79)	4 (6.90)	17 (29.31)
3	อิสลามอนุญาตให้น้ำน้ำเชื้อสุจิของสามีฉีดเข้าไปในช่องคลอดหรือมดลูกของภรรยาตนเองได้ เพื่อช่วยในการมีบุตร หากคู่สามีภรรยานั้นได้แต่งงานกันอย่างถูกต้องตามหลักการศาสนาอิสลาม และทั้งสองคนยังใช้ชีวิตสามีภรรยาอยู่	16 (27.59)	8 (13.79)	34 (58.62)
4	อิสลามอนุญาตให้น้ำน้ำเชื้อสุจิของสามีและไข่ของภรรยาตน ผสมเทียมภายนอก (ปฏิสนธินอกครรภ์/ในหลอดแก้ว) แล้วฉีดตัวอ่อนเข้าไปในมดลูกของภรรยาตนได้ หากน้ำเชื้อสุจิและไข่ มาจากคู่สามีภรรยาที่แต่งงานกันอย่างถูกต้องตามหลักการศาสนาอิสลาม และทั้งสองคนยังใช้ชีวิตสามีภรรยาอยู่	14 (24.14)	9 (15.52)	35 (60.34)
5	การอุ้มบุญ โดยการฝากตัวอ่อนของคู่สามีภรรยามุสลิมไว้ในครรภ์ของผู้หญิงอีกคนหนึ่ง เป็นที่อนุญาตตามหลักการศาสนาอิสลาม	19 (32.76)	6 (10.34)	33 (56.90)
6	การทำแท้ง หรือตั้งใจทำลายทารกในครรภ์ ถือเป็นบาปและเป็นข้อห้ามในศาสนาอิสลาม ยกเว้นเมื่อมีเหตุจำเป็นซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ซึ่งในกรณีนี้จะต้องได้รับการวินิจฉัยและยืนยันจากคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ	40 (68.97)	2 (3.45)	16 (27.59)

ประเด็นด้านงานอนามัยแม่และเด็ก พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีความรู้ความเข้าใจในระดับต่ำเกี่ยวกับการกล่าวถ้อยคำเฉพาะ (อะซาน) ที่ข้างหูของเด็กแรกเกิด และความเชื่อที่ว่ารกเป็นส่วนหนึ่งของร่างกายต้องนำไปฝัง โดยตอบถูกเพียงร้อยละ 43.10 เท่านั้น ในเรื่องการบริจาคเลือดและการถ่ายเลือดนั้น พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับปานกลาง (ตอบถูกร้อยละ 56.90) และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเย็บเยียนผู้ป่วยตามวิถีอิสลามในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 82.76 ดังตารางที่ 17

**ตารางที่ 17** ความรู้ความเข้าใจในวิถีอิสลามของผู้ให้บริการและผู้บริหารโรงพยาบาล ในประเด็นด้านงานอนามัยแม่และเด็ก การบริจาคเลือด และการเย็บเยียนผู้ป่วย

ข้อ	คำถาม	โดยภาพรวม 8 โรงพยาบาล (n = 58)		
		ตอบถูก (%)	ตอบผิด (%)	ไม่รู้ (%)
1	บิดาหรือญาติผู้ใหญ่จะกล่าวถ้อยคำประกาศเชิญชวนให้ปฏิบัติละหมาด เมื่อเข้าเวลาละหมาด ด้วยถ้อยคำที่เฉพาะ (เรียกว่า “อะซาน”) ที่ข้างหูของเด็กแรกเกิดทันทีที่มารดาคลอดบุตร เนื่องจากเป็นถ้อยคำปฏิญาณตนของมุสลิมว่า ไม่มีพระเจ้าอื่นใด นอกจากอัลลอฮ์ (ซ.บ.) ซึ่งควรเป็นถ้อยคำแรกที่เข้าหูทารก	25 (43.10)	-	33 (56.90)
2	มุสลิมเชื่อว่า “รก” เป็นส่วนหนึ่งของร่างกาย ซึ่งต้องนำไปฝัง	25 (43.10)	1 (1.72)	32 (55.17)
3	อิสลามอนุญาตให้มุสลิมบริจาคเลือดได้ และสามารถรับการถ่ายเลือดได้ เมื่อมีความจำเป็นทางการแพทย์	33 (56.90)	5 (8.62)	20 (34.48)
4	การเย็บเยียนผู้ป่วย ถือเป็นหน้าที่ของมุสลิม เมื่อทราบข่าวการเจ็บป่วย ญาติพี่น้องจะมาเย็บเยียนและขอพร (ดุอา) ให้กำลังใจผู้ป่วย	48 (82.76)	-	10 (17.24)

ประเด็นด้านการถือศีลอด พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีความรู้ความเข้าใจในระดับปานกลางว่าการถือศีลอดคืออะไร และแพทย์หรือพยาบาลควรให้คำแนะนำการปรับยาในช่วงเดือนรอมฎอนแก่ผู้ป่วย โดยตอบถูกร้อยละ 62.07 สำหรับการนัดตรวจ การเจาะเลือด การฉีดยาในเดือนรอมฎอนนั้น ผู้ตอบแบบสอบถามมีความรู้ความเข้าใจในระดับต่ำและไม่ทราบถึงเหตุผลว่าเหตุใดจึงต้องหลีกเลี่ยงการนัดตรวจดังกล่าว โดยตอบผิดและไม่รู้ มากกว่าร้อยละ 60.00 รายละเอียดดังตารางที่ 18

**ตารางที่ 18** ความรู้ความเข้าใจในวิถีอิสลามของผู้ให้บริการและผู้บริหารโรงพยาบาล ในประเด็นด้านการถือศีลอด

ข้อ	คำถาม	โดยภาพรวม 8 โรงพยาบาล (n = 58)		
		ตอบถูก (%)	ตอบผิด (%)	ไม่รู้ (%)
1	การถือศีลอด คือ การละเว้นการกินการดื่มทุกชนิดในช่วงเวลาตั้งแต่แสงอรุณขึ้น จนถึงเวลาดวงอาทิตย์ลับขอบฟ้า เป็นเวลา 1 เดือน ที่เรียกว่า เดือนรอมฎอน ดังนั้นผู้ป่วยมุสลิมไม่สามารถรับประทานยาในช่วงเวลาดังกล่าวได้	36 (62.07)	12 (20.69)	10 (17.24)
2	แพทย์ พยาบาลไม่ควรนัดหรือกระทำการฉีดยา เจาะเลือด หรือตรวจภายใน โดยไม่จำเป็น ในเดือนรอมฎอน (เดือนแห่งการถือศีลอด)	22 (37.93)	16 (27.59)	20 (34.48)
3	แพทย์ หรือผู้ให้บริการสาธารณสุข ควรหลีกเลี่ยงการนัดตรวจผู้ป่วยในช่วงเดือนรอมฎอน	13 (22.41)	26 (44.83)	19 (32.76)
4	แพทย์ หรือผู้ให้บริการสาธารณสุข ควรให้ความรู้หรือคำแนะนำการปรับเปลี่ยนยาและอาหารแก่ผู้ป่วยในช่วงเดือนรอมฎอน	36 (62.07)	7 (12.07)	15 (25.86)

**ตารางที่ 19** ความรู้ความเข้าใจในวิถีอิสลามของผู้ให้บริการและผู้บริหารโรงพยาบาล ในประเด็นด้านการออกกำลังกาย (การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพในบริบทมุสลิม)

ข้อ	คำถาม	โดยภาพรวม 8 โรงพยาบาล (n = 58)		
		ตอบถูก (%)	ตอบผิด (%)	ไม่รู้ (%)
1	สตรีมุสลิม สามารถออกกำลังกายในรูปแบบใดและสถานที่ใดก็ได้ ถ้ารูปแบบการออกกำลังกาย และสถานที่ออกกำลังกายนั้นๆ ไม่มีสิ่งต้องห้าม	41 (70.69)	5 (8.62)	12 (20.69)
2	การออกกำลังกายด้วยการเต้นแอโรบิค ที่มีการเปิดเสียงเพลงประกอบการเต้น ไม่ขัดต่อหลักคำสอนของอิสลาม	14 (24.14)	19 (32.76)	25 (43.10)

ประเด็นด้านการออกกำลังกาย (ตารางที่ 19) ซึ่งเป็นการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพนั้น พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามยังมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับรูปแบบการออกกำลังกาย คือไม่เข้าใจว่าการเปิดเสียงเพลงประกอบการเต้นนั้นขัดต่อหลักคำสอนของอิสลาม (ตอบผิดและไม่รู้ มากกว่าร้อยละ 75.00)

สำหรับประเด็นด้านการบริการสุขภาพผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีความรู้ความเข้าใจระดับสูงในเรื่องการจัดการศพของผู้ตายภายใน 24 ชั่วโมง (ตอบถูกร้อยละ 91.38) มีความรู้ความเข้าใจระดับมากในเรื่องความตายในทรรศนะอิสลาม และการที่อิสลามไม่อนุญาตให้ผ่าศพ โดยตอบถูกร้อยละ 75.86 มีความรู้ความเข้าใจเรื่องการทำารุณฆาตตามทรรศนะของอิสลามในระดับปานกลาง (ตอบถูกร้อยละ 68.97) แต่มีความเข้าใจในระดับต่ำเกี่ยวกับเรื่องการที่ญาติต้องสอนผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตกล่าวถ้อยคำปฏิญาณ (ตอบถูกร้อยละ 56.90) ดังตารางที่ 20

**ตารางที่ 20** ความรู้ความเข้าใจในวิถีอิสลามของผู้ให้บริการและผู้บริหารโรงพยาบาล ในประเด็นด้านการบริการสุขภาพผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต

ข้อ	คำถาม	โดยภาพรวม 8 โรงพยาบาล (n = 58)		
		ตอบถูก (%)	ตอบผิด (%)	ไม่รู้ (%)
1	ในทรรศนะของอิสลาม ถือว่า “การตาย” เป็นพระประสงค์ของพระเจ้าที่กำหนดมาให้มนุษย์ มิใช่เป็นการสิ้นสุดของชีวิตหรือเป็นการพ้นทุกข์	44 (75.86)	1 (1.72)	13 (22.41)
2	การทำารุณฆาต (euthanasia) โดยตรง การฆ่าตัวตาย และการช่วยเพื่อให้เกิดการฆ่าตัวตาย ถือเป็นบาปในทรรศนะของอิสลาม	40 (68.97)	3 (5.17)	15 (25.86)
3	เมื่อผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้าย ญาติจะเอ่ยนำใกล้หูให้กล่าวคำว่า “ลาอิลลาฮะอิลลัลลอฮฺ” (แปลว่าไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากอัลลอฮฺ ซ.บ.) จนสิ้นลม ดังนั้น ญาติจำเป็นต้องอยู่ใกล้ผู้ป่วยก่อนตาย	33 (56.90)	2 (3.45)	23 (39.66)
4	เมื่อมีการตายเกิดขึ้น ญาติหรือครอบครัวผู้ตายต้องจัดการกับร่างผู้ตาย เช่น อาบน้ำชำระล้างร่างกายให้สะอาด และฝังศพให้เสร็จสิ้นภายใน 24 ชั่วโมง หลังการตาย ตามข้อกำหนดของศาสนา	53 (91.38)	1 (1.72)	4 (6.90)
5	อิสลามไม่อนุญาตให้ผ่าศพหรือกระทำการใดๆ อันเกิดความเสียหายต่อศพ ยกเว้นในรายที่ต้องชันสูตรพลิกศพ ซึ่งสามารถทำเท่าที่จำเป็น เพื่อประโยชน์ในการดำเนินคดีและในทางการแพทย์เท่านั้น	44 (75.86)	-	14 (24.14)

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้ให้บริการและผู้บริหารโรงพยาบาล พบว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิถีอิสลามในด้านต่างๆ ที่นำมาตอบคำถามในแบบสอบถามนั้น กลุ่มผู้ให้บริการและผู้บริหารโรงพยาบาล ทราบมาจากแหล่งความรู้ที่หลากหลาย ได้แก่ จากสื่อทางโทรทัศน์ จากการศึกษาด้วยตนเอง จากการที่มีญาติพี่น้องและเพื่อนร่วมงานเป็นมุสลิม จากการอาศัยอยู่ในชุมชนมุสลิม มีประสบการณ์ตรงจากการไปทำงานในสภาพแวดล้อมที่บริบทของพื้นที่เป็นชุมชนมุสลิม และเรียนรู้วิถีอิสลามจากผู้ป่วยชาวไทยมุสลิมและญาติที่มาเฝ้าไข้หรือเยี่ยมเยียน

“ทราบเกี่ยวกับวิถีมุสลิมมาจากหลายๆ ที่ เช่น ที่วี จากการศึกษาดูด้วยตนเอง มีญาติพี่น้องเป็นมุสลิม ลูกน้องก็เป็นมุสลิมเยอะ ก็มีการพูดคุยทักทายกัน ในบางเรื่องเขาบอกเราว่าเราต้องไปทำนั่นนะ เราก็ต้องศึกษาด้วย ทำให้เราศึกษาเยอะ” (AI1 วันที่สัมภาษณ์ 28/03/59)

“เป็นคนภาคนี้แต่กำเนิด...มีเพื่อนที่เป็นมุสลิมหลายคน มีลูกน้องที่เป็นมุสลิมเยอะเหมือนกัน อ่านจากหนังสือบ้าง เคยไปอยู่จังหวัดชายแดนใต้เป็นนักเรียนพยาบาล” (AI2 วันที่สัมภาษณ์ 28/03/59)

“รู้เกี่ยวกับวิถีมุสลิมมาจากการเรียนรู้จากคนไข้ เช่น ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่ใช่การอ่านตำราที่ปฏิบัติสืบทอดกันมา” (AI3 วันที่สัมภาษณ์ 28/03/59)

“การเรียนรู้วิถีมุสลิม จากการที่เคยไปทำงานที่จังหวัดชายแดนใต้ ประมาณ 20 ปี...ค่อยๆ ซึมซับเข้ามา รับรู้ไปเรื่อยๆ ... ส่วนใหญ่จะถามจากพวกพี่ๆ เจ้าหน้าที่ที่เป็นมุสลิมด้วยกัน เคยมีประสบการณ์ตรงในการให้คนไข้หรือญาติเล่าให้ฟัง...” (AO3 วันที่สัมภาษณ์ 29/03/59)

“...เคยบรรจุทำงานอยู่ที่จังหวัดชายแดนภาคใต้...ใช้ทุนที่นั่น 4 ปี แล้วย้ายมาอยู่โรงพยาบาลแห่งนี้...ที่นั่นทำให้เราคลุกคลีกับวิถีมุสลิมเยอะ เพราะว่าได้ออกพื้นที่หรือไปที่บ้านหรือไปร่วมงานกิจกรรมต่างๆ เช่น งานแต่งงาน...ก็เลยทำให้เราค่อนข้างจะรู้วิถีวัฒนธรรมมุสลิม...” (AE2 วันที่สัมภาษณ์ 28/03/59)

“...เป็นคนภาคกลาง...แต่อยู่ที่นี้มา 20 กว่าปี ได้ประสบการณ์ตรงมาจากทั้งในโรงพยาบาลหรือสังคมข้างนอกที่เราใช้ชีวิตอยู่ ไม่ได้อ่านจากแหล่งความรู้อื่น ส่วนใหญ่ได้จากประสบการณ์ตรง ไม่ได้ถามด้วย แต่เหมือนกับรับรู้เอง” (AE1 วันที่สัมภาษณ์ 29/03/59)

“ได้เรียนรู้วิถีชีวิตมุสลิมมาจากคนรอบข้าง และจากเพื่อนร่วมงานที่เป็นมุสลิม” (BI1 วันที่สัมภาษณ์ 25/04/59)

“เรียนรู้มาจากเพื่อนๆ คนไข้และญาติคนไข้ จากประสบการณ์การทำงาน” (BI3 วันที่สัมภาษณ์ 25/04/59)

“เป็นคนในจังหวัดนี้ เรียนรู้เข้าใจวิถีวัฒนธรรมมุสลิมจากในชีวิตประจำวัน จากชุมชนมุสลิมจากผู้ป่วย จากญาติผู้ป่วย เช่น ถ้าอยู่ห้องพิเศษเราจะอยู่กับเขาทั้งวันทั้งคืน เราจะเห็นวิถีของเขา เขาจะเล่าให้ฟัง ถ้าเราสงสัย เราก็จะถามเขา เขาก็จะเล่าให้ฟัง ค่อยๆ ค่อยๆ ก็เหมือนญาติกัน เราก็ค่อยเรียนรู้” (BO1 วันที่สัมภาษณ์ 25/04/59)

“ทราบวิถีอิสลามมาจากประสบการณ์การทำงาน เนื่องจากโรงพยาบาลตั้งอยู่ในแหล่งชุมชนมุสลิม ทำงานมา 30 กว่าปี สัมผัสกับคนไข้ในกลุ่มนี้ ก็ได้เรียนรู้ไปด้วย” (CI1 วันที่สัมภาษณ์ 23/03/59)

“ทราบมาจากการทำงาน แต่เดิมก็ไม่รู้มาก่อน แต่พอมาทำงานที่นี้ก็รู้มาเรื่อยๆ ว่า มุสลิมมีหลักปฏิบัติอะไรอย่างไบบ้าง คือเรียนรู้จากคนไข้จากญาติ...มีเพื่อนที่เป็นมุสลิมอยู่หลายคน ก็จะรู้แบบพินๆ” (CI2 วันที่สัมภาษณ์ 23/03/59)

“ได้เรียนรู้วิถีมุสลิมจากเพื่อนๆ น้องๆ เพื่อนร่วมงานที่เป็นมุสลิม” (CO1 วันที่สัมภาษณ์ 24/03/59)

“ทราบเกี่ยวกับวิถีมุสลิมมาจากเจ้าหน้าที่ที่เขานับถือศาสนาอิสลาม” (CE2 วันที่สัมภาษณ์ 23/03/59)

“เคยเป็นหมอใช้ทุนอยู่ที่โรงพยาบาลย่านชุมชนมุสลิมแห่งหนึ่ง แต่ก่อนก็ไม่เข้าใจว่าทำไมมุสลิมเขาต้องทำอย่างนี้ทำอย่างนั้น...อาจจะเป็นเพราะได้เข้าไปอยู่ในชุมชนมุสลิม และค่อยๆ ซึมซับไปเรื่อยๆ พอมาอยู่ที่นี่ก็เลยเข้าใจ” (CE1 วันที่สัมภาษณ์ 26/04/59)

“อาศัยประสบการณ์มากกว่า เพราะว่าบางอย่างเราไม่รู้ เวลาที่เราคุยกับญาติ ได้ข้อมูลบางอย่างมา” (DI1 วันที่สัมภาษณ์ 10/06/59)

“รู้มาจากที่มีเพื่อนเป็นมุสลิม” (DE2 วันที่สัมภาษณ์ 10/06/59)

“จากประสบการณ์การทำงาน...มีคนไข้ที่เป็นมุสลิมมารักษา” (DI2 วันที่สัมภาษณ์ 10/06/59)

“จากประสบการณ์การทำงานที่นี้” (DI3 วันที่สัมภาษณ์ 10/06/59)

“เรียนรู้จากคนไข้จากญาติคนไข้ที่มารับบริการที่นี้” (DO1 วันที่สัมภาษณ์ 10/06/59)

“ทราบ เพราะมีเพื่อนเป็นมุสลิม เขาไม่รับประทานหมู...และตอนที่เรียนพยาบาล อาจารย์ก็จะแทรกเรื่องของอิสลามมาบ้าง” (EI1 วันที่สัมภาษณ์ 03/05/59)

“ทราบ เพราะบ้านอยู่ในชุมชนมุสลิม” (EI2 วันที่สัมภาษณ์ 03/05/59)

“จากประสบการณ์ จากที่ญาติเขาบอก” (EI3 วันที่สัมภาษณ์ 03/05/59)

“จากประสบการณ์ในการให้บริการคนไข้” (EO1 วันที่สัมภาษณ์ 25/05/59)

“รู้มาจากประสบการณ์การทำงาน จากเพื่อนที่เป็นมุสลิม” (GI3 วันที่สัมภาษณ์ 27/04/59)

“ได้เรียนรู้จากประสบการณ์การทำงาน แต่ไม่ทราบในเรื่องที่ลึกๆ หรือรายละเอียดจะไม่ทราบ” (FE2 วันที่สัมภาษณ์ 11/04/59)

“ทราบจากญาติคนไข้และญาติ เขาแจ้งว่าเป็นมุสลิม อาหารต้องเป็นแบบอิสลาม เมื่อมีคนไข้เสียชีวิตต้องรีบนำศพออกจากโรงพยาบาล เพราะต้องจัดการทำพิธีศพภายใน 24 ชั่วโมง” (FI1 วันที่สัมภาษณ์ 11/04/59 )

“ประสบการณ์การให้บริการผู้ป่วยชาวไทยมุสลิม...ตอนที่เรียนอาจารย์พูดถึงเสมอก็คือการเคารพสิทธิส่วนบุคคล...การปฏิบัติต่อผู้ป่วยในแต่ละศาสนา...ตอนที่เรียน...ก็มีเพื่อนที่เป็นมุสลิมบ้าง...พอเรียนจบมาก็ได้เอาความรู้นั้นมาใช้ เนื่องจากในเขตพื้นที่นี้มีมุสลิม...และสนใจเรื่องการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมด้วย” (FI2 วันที่สัมภาษณ์ 11/04/59)

“ทราบเกี่ยวกับวิถีอิสลาม เพราะอาศัยอยู่ในชุมชนมุสลิม...และจากประสบการณ์การให้บริการผู้ป่วยมุสลิม” (FO1 วันที่สัมภาษณ์ 22/04/59)

“ทราบเกี่ยวกับวิถีอิสลาม จากประสบการณ์การให้บริการผู้ป่วยมุสลิม” (FO2 วันที่สัมภาษณ์ 22/04/59)

“ทราบมาจากพี่ที่เป็นเพื่อนร่วมงานเป็นมุสลิม” (FO3 วันที่สัมภาษณ์ 22/04/59)

“มีชุมชนของมุสลิมอยู่ใกล้กับโรงพยาบาล...อาจจะยังไม่ได้ลึกซึ้งในวิถีของมุสลิม แต่ก็อ่านศึกษาบ้าง...” (GE2 วันที่สัมภาษณ์ 04/04/59)

“ทราบมาจากข่าว เวลาดูทีวี งานมหรหรรรมฮาลาลต่างๆ...และเคยมีน้องพยาบาลที่เป็นคนภาคใต้มาฝึกงานที่นี่” (GI1 วันที่สัมภาษณ์ 27/04/59)

“เคยมีอาจารย์และมีน้องมาแต่งงานกับมุสลิม และมีคนใช้มุสลิม...เมื่อก่อนรับผิดชอบงานเรื่อง end of life และได้เข้าไปฟัง เพราะทางโรงพยาบาลจะเชิญตัวแทนของแต่ละศาสนามาให้ความรู้เรื่องของ end of life...” (GI2 วันที่สัมภาษณ์ 27/04/59 )

“ทราบมาจากประสบการณ์การทำงาน...มีเพื่อนที่เป็นมุสลิม” (GI3 วันที่สัมภาษณ์ 27/04/59)

“มีเพื่อนที่เป็นมุสลิม...จะเห็นวิถีที่เขาปฏิบัติ...จากคนใช้ที่เป็นมุสลิม” (GO1 วันที่สัมภาษณ์ 27/04/59)

“จากประสบการณ์ ก่อนที่จะย้ายมาอยู่ที่นี่...เคยอยู่ในชุมชนมุสลิมมาก่อน...เคยทำงานร่วมกับมุสลิมมาก่อน...” (GO2 วันที่สัมภาษณ์ 27/04/59)

“เห็นจากในทีวี และจากคนใช้ที่เป็นมุสลิม” (GO3 วันที่สัมภาษณ์ 27/04/59)

“มุสลิมในจังหวัดนี้มีจำนวนไม่มาก ทราบเกี่ยวกับวิถีมุสลิมบ้างแต่ไม่เยอะ ฟังจากวิทยุบ้าง โทรทัศน์บ้าง อ่านจากหนังสือพิมพ์บ้าง เหมือนว่าเมืองไทยจะทำครัวฮาลาลเพื่อที่จะส่งออกอาหารไปทางกลุ่มประเทศตะวันออกที่นับถือศาสนาอิสลาม แต่ไม่ทราบรายละเอียดลึกๆ” (HE1 วันที่สัมภาษณ์ 03/06/59)

“ทราบเกี่ยวกับวิถีอิสลาม จากการอ่านแนวทางการปฏิบัติต่อผู้ป่วยมุสลิมว่าเป็นอย่างไร เพื่อมาแนะนำทีมผู้ปฏิบัติ รู้ว่าอะไรที่สำคัญ แต่ไม่ร้อยเปอร์เซ็นต์...จากเพื่อนร่วมงาน เช่น ไม่ทานหมู ถ้าถึงเดือนถือศีลอดก็จะไม่ทานอาหาร” (HE2 วันที่สัมภาษณ์ 20/04/59)

“ทราบจากหนังสือ นิตยสาร มีคนเล่าให้ฟัง” (HI1 วันที่สัมภาษณ์ 20/04/59)

“จากประสบการณ์การทำงาน” (HI2 วันที่สัมภาษณ์ 20/04/59)

“จากนักศึกษาพยาบาลภาคใต้ที่มาฝึกงาน จากผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย” (HI3 วันที่สัมภาษณ์ 20/04/59)

“รู้มาจากสื่อ จากข่าว ...ส่วนใหญ่จะเห็นจากสื่อว่าเขาต้องการอย่างนี้ ตอนที่เขานักศึกษาอาจารย์ก็ได้สอนมาบ้าง แต่ไม่ได้ลึกซึ้ง ไม่มาก อาจารย์จะพูดเกี่ยวกับพิธีศพเป็นส่วนใหญ่ เช่น การไม่ให้ผ่าศพ” (HO1 วันที่สัมภาษณ์ 20/04/59)

“วิถีของมุสลิมพอทราบคร่าวๆ จากการเรียนสมัยมัธยม แต่ถ้าลึกๆ เช่น ละหมาดวันละ5ครั้ง เราไม่ทราบ” (HO2 วันที่สัมภาษณ์ 20/04/59)

“ทราบเกี่ยวกับวิถีของมุสลิมมาจากการพูดคุย ลูกที่เรียนอยู่มีเพื่อนที่เป็นมุสลิม ลูกบอกว่าเพื่อนเขาต้องไปทำละหมาด ทำพิธีของเขาตามเวลา เวลาที่เขา นั่งเรียน เมื่อถึงเวลาที่เขาต้องทำละหมาด เขาก็จะไปทำละหมาด” (HO3 วันที่สัมภาษณ์ 20/04/59)

## ส่วนที่ 6 ปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้ให้บริการ พบว่า ปัญหาที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขจากโรงพยาบาลเป้าหมาย 8 แห่งประสบพบเจอเหมือนกันคือ เรื่องอาหารฮาลาลสำหรับผู้ป่วย และเรื่องสถานที่ทำละหมาด รวมถึงสถานที่อาบน้ำละหมาด ส่วนปัญหาเรื่องภาษาและการสื่อสารจะพบเฉพาะในโรงพยาบาลส่วนภูมิภาคบางแห่งที่มีบริบทเชิงพื้นที่เฉพาะเท่านั้น

การให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกหรือโอพีดี โดยส่วนใหญ่มักไม่ค่อยมีปัญหาอุปสรรคในการให้บริการ เนื่องจากลักษณะของการให้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก เมื่อผู้ป่วยนอกมาตรวจรักษาหรือมาตามแพทย์นัด จะมีการซักประวัติ รับประทานยา และรอพบแพทย์ ซึ่งพยาบาลหรือแพทย์จะพูดคุยสอบถามอาการของผู้ป่วยและตรวจรักษา โดยใช้ระยะเวลารวมทั้งสิ้นประมาณครึ่งวันเช้า เนื่องจากมีผู้ป่วยมาใช้บริการจำนวนมากในแต่ละวัน จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้ให้บริการพบว่า แพทย์และพยาบาลให้บริการผู้ป่วยทั้งไทยพุทธและไทยมุสลิมตามมาตรฐานการรักษาพยาบาลและจรรยาบรรณวิชาชีพ ไม่มีความแตกต่างในการให้บริการ ที่แตกต่างจะเป็นในเรื่องเฉพาะ เช่น ในช่วงเดือนรอมฎอน แพทย์หรือพยาบาลต้องแนะนำผู้ป่วยเรื่องการปรับการกินยา เป็นต้น

“การให้บริการผู้ป่วยนอกทั้งที่เป็นชาวพุทธและมุสลิม ไม่แตกต่างกัน แต่จะแตกต่างจากการให้บริการผู้ป่วยใน เพราะถ้าเป็นผู้ป่วยนอก เราก็จะเรียกผู้ป่วยตามบัตรคิว ” (AO1 วันที่สัมภาษณ์ 29/03/59)

“OPD คนไข้เยอะ ไม่มีเวลา ไม่ได้มาสัมผัสพูดคุยรายละเอียดกับคนไข้มากนัก คนไข้วันละ 400-500 คน” (AO1 วันที่สัมภาษณ์ 29/03/59)

“ให้การบริการเท่ากันหมดไม่มีการแยกว่านี่คือพุทธหรือมุสลิม ให้การบริการเหมือนกันตามมาตรฐานการพยาบาล ” (AO2 วันที่สัมภาษณ์ 29/03/59)

“อยู่ OPD ก็ไม่ค่อยได้พูดคุยรายละเอียดกับผู้ป่วยมากนัก นอกจากการซักประวัติผู้ป่วย ซึ่งคุณหมอก็จะปรับยาให้ คุณหมอมักรู้เองโดยอัตโนมัติว่า ถ้าติดเดือนรอมฎอนจะให้นายามากหน่อย บางคนถือศีลอดมา แล้วก็มาแก้ศีลอด เพื่อมาตรวจรักษาก็มี” (BO1 วันที่สัมภาษณ์ 25/04/59)

“คนไข้ที่มาตรวจที่ OPD ส่วนใหญ่ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่ค่อยมีปัญหาอะไร ส่วนผู้ป่วยไทยพุทธกับไทยมุสลิม ก็เท่าเทียมกันเหมือนกันให้บริการตามมาตรฐานสากลเหมือนกัน ” (BO2 วันที่สัมภาษณ์ 25/04/59)

“การให้บริการรักษาผู้ป่วยมุสลิมที่มาตรวจที่ OPD ไม่มีปัญหาหรืออุปสรรคใด คือไม่มีข้อร้องเรียนใด...การให้การรักษายาพยาบาลผู้ป่วยมุสลิม ได้มีการเรียนรู้จนกลมกลืนไปเรื่อยๆ อาจเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเป็นมุสลิมด้วย” (CO1 วันที่สัมภาษณ์ 24/03/59)

“ประสบการณ์ในการให้บริการผู้ป่วยทั้งที่เป็นมุสลิมและไม่ใช่มุสลิม ไม่มีความแตกต่างกันในการให้บริการ ที่แตกต่างคือในช่วงเดือนรอมฎอนที่ต้องแนะนำผู้ป่วยในเรื่องการปรับการกินยา บางเคสไม่สามารถถือศีลอดได้แต่มีความต้องการที่จะถือศีลอดก็จะให้คำแนะนำเป็นกรณีไป เคยมีบ้างที่มาสอบถามว่าห้องละหมาดหรือร้านอาหารอิสลามอยู่ตรงไหน ก็ให้คำแนะนำไป” (CO3 วันที่สัมภาษณ์ 24/03/59)



“OPD แทบจะไม่มีเวลาได้พูดคุยลงลึก แค่ว่าเป็นอะไร ส่งต่อให้ถูกห้อง รับยาแล้วไปไหน ส่วนใหญ่คนไข้เราจะเยอะ ไม่มีเวลาคุยได้นาน” (DO1 วันที่สัมภาษณ์ 10/06/59)

“...เพศของผู้ป่วยและหมอ การตรวจที่ต้องตรวจกับหมอสุนัข ที่นี้จะมีตรวจเต้านมและตรวจกัน คือถ้าวันไหนที่หมอสุนัขเป็นหมอผู้ชายลงตรวจทั้งคู่ คนไข้ก็จะเลือกหมอไม่ได้ ต้องเป็นภาวะจำยอม แต่หากมีหมอผู้หญิงลงตรวจ ถ้าคนไข้อายุมากกว่า 50 ปี จะไม่ถามแล้วว่าอยากตรวจกับหมอผู้หญิงหรือผู้ชาย แต่ถ้าเป็นคนไข้ผู้หญิงสาว ๆ ก็จะไม่ถามก่อนว่าต้องการพบหมอผู้หญิงหรือไม่ เพราะหมอผู้หญิงจะรอคิวนาน คือบอกให้รู้ล่วงหน้าเลย มีทางเลือก แต่นาน ถ้าโอเคก็ไปได้เลย ไม่ว่าจะเป็นคนไข้ที่เป็นพุทธหรือมุสลิมจะถามแบบนี้เหมือนกัน...” (DO1 วันที่สัมภาษณ์ 10/06/59)

“ให้บริการตามปกติตามมาตรฐานสากลทั่วไป...เท่าที่อยู่มาก็ไม่เคยเจอปัญหา” (EO1 วันที่สัมภาษณ์ 25/05/59)

“การให้บริการสาธารณสุขผู้ป่วยมุสลิมที่มารักษาที่ OPD มีขั้นตอนเหมือนกันกับคนไข้ทั่วไปทุกอย่าง...ส่วนใหญ่แล้วเราจะ contact กับผู้ป่วยในช่วงเวลาสั้นๆ...ไม่เจอปัญหาอะไร...เพราะว่าให้บริการที่เป็นมาตรฐานสากลอยู่แล้ว...” (EO2 วันที่สัมภาษณ์ 25/06/59)

“ส่วนใหญ่หลังพบแพทย์ คนไข้ทุกคนจะออกมาจากห้องหมอ 5 ห้อง มาเจอพยาบาลคนเดียว เพื่อออกไปนัด...นัดกันที่นี่ว่าจะปฏิบัติตัวอย่างไร...พยาบาลไม่ค่อยมีเวลามากในการคุยรายละเอียดกับคนไข้...การพูดคุยจะคุยสั้นๆ...ส่วนใหญ่จะใช้เวลาครึ่งวัน...พบแพทย์ตรวจเสร็จจะไปปรึกษาที่บ้าน” (EO3 วันที่สัมภาษณ์ 25/06/59)

“เนื่องจาก OPD จะพบผู้ป่วยแค่ช่วงครึ่งวันเช้า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมาตรวจรักษาเสร็จก็กลับบ้าน ไม่ค่อยมีปัญหาเรื่องอาหาร สถานที่สะอาด ไม่เหมือนกรณีของผู้ป่วยมานอนแอดมิท” (FO1 วันที่สัมภาษณ์ 22/04/59)

“การให้บริการผู้ป่วยมุสลิม ไม่ค่อยมีปัญหาอะไร อาจเป็นเพราะเขาไม่ได้บอกเราหรือเราไม่ได้สังเกตหรือเปล่าก็ไม่รู้ ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะผู้ป่วยมีจำนวนมากด้วย เราเลยไม่ค่อยมีเวลาสนใจในรายละเอียดอื่นๆ มาก...ส่วนใหญ่คนไข้จะมาแต่เช้า รอตรวจเสร็จ รับยาแล้วก็กลับบ้าน คงกลับไปกินข้าวที่บ้านมากกว่า” (FO2 วันที่สัมภาษณ์ 22/04/59)

“...ให้บริการเท่าเทียมกันตามหลักสากล...ไม่มีปัญหาอะไร อาจเป็นเพราะตรง OPD ไม่ค่อยได้สัมผัสกับผู้ป่วยนานนัก จะแตกต่างจากบริบทของ IPD” (FO3 วันที่สัมภาษณ์ 22/04/59)

“ตรง OPD ไม่มีปัญหาอะไร นานๆ จะเจอผู้ป่วยมุสลิมและผู้ป่วยมุสลิมก็ไม่เคร่งอะไรมาก...ไม่เหมือน IPD ที่ต้องมีเรื่องอาหารเรื่องของอะไร เราแค่ชกประวัติแล้วก็ตรวจธรรมดา...ช่วงหลังเจอผู้ป่วยมุสลิมเยอะขึ้น เพราะว่าเขาย้ายถิ่นฐานมาจากภาคใต้...เรื่องภาษาไม่มีปัญหา ส่วนมากที่มาเขาก็พูดภาษากลางได้ อาจจะเป็นด้วยเงินเนอเรชั่นใหม่ๆ ก็เลยพูดภาษากลางได้” (GO2 วันที่สัมภาษณ์ 27/04/59)

“ที่ OPD ใช้เวลาครึ่งวันในการตรวจ คือชกประวัติแล้วส่งให้คุณหมอ การให้บริการผู้ป่วยมุสลิมไม่ได้ต่างจากผู้ป่วยทั่วไป คือให้บริการเท่าเทียมกัน...แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยในกรณีแอดมิทก็อาจจะถามว่ามีอาหารฮาลาลหรือเปล่า” (GO3 วันที่สัมภาษณ์ 27/04/59)

“ส่วนใหญ่การให้บริการ ไม่ว่าจะศาสนาใดก็ตาม ก็จะทำให้มาตรฐานเดียวกันหมด... ส่วนใหญ่ที่ OPD จะชกประวัติแล้วก็ส่งเข้าตรวจ...มาตรวจที่ OPD ก็ใช้เวลาประมาณครึ่งวันแล้วก็กลับ หรือ

บางครั้งถ้ายาวจริงๆ ก็เต็มวัน...เรื่องอาหาร สำหรับผู้ป่วยที่เป็นมุสลิมก็คือ ถ้าผู้ป่วยไม่กลับไปกินข้าว บ้านก็ห่อมาเอง เพราะจะทำให้เขามั่นใจที่สุด ไม่ใช่แต่เฉพาะมาที่โรงพยาบาล ไปที่สถานที่อื่นๆ ก็เช่นกัน ถ้าเขาไม่มั่นใจ เขาก็ห่อข้าวไปทานเอง แต่ถ้าอยู่ใกล้ๆ ก็กลับไปทานข้าวที่บ้าน แต่ที่โรงพยาบาลที่นี่ ไม่มีร้านอาหารอิสลาม” (HO1 วันที่สัมภาษณ์ 20/04/59)

“การให้บริการผู้ป่วยชาวไทยมุสลิมและญาติ กรณีที่เป็นสตรีมุสลิมแต่งตัวคลุมผมมาหาหมอตามนัด ก็จะซักประวัติ ตรวจรักษาตามปกติ...ยังไม่พบปัญหาใดๆ คือผู้ป่วยจะมา contact กับเราประมาณ 1-2 ชั่วโมง มารอตรวจประมาณครึ่งวัน” (HO2 วันที่สัมภาษณ์ 20/04/59)

“...คนไข้มุสลิม OPD จะมีนานๆ ครั้ง ไม่มีทุกวัน ส่วนมากจะเป็นผู้ป่วยมุสลิมที่อยู่ในเขตจังหวัดนี้ที่มารับบริการ ปัญหาของคนไข้มุสลิมที่เจอคือเรื่องการสื่อสาร บางรายพูดภาษาไทยไม่ค่อยชัด เขาจะพูดภาษาของเขาเป็นภาษาทางใต้หรือยาวิ แต่บางรายก็จะมีคนที่แปลมาให้กับผู้ป่วยด้วย...การให้บริการส่วนมากจะไม่มีปัญหา เพราะว่าที่ OPD คนไข้มาถึง พยาบาลซักประวัติ พบแพทย์ แล้วก็กลับบ้าน ไม่เหมือนผู้ป่วยในที่มานอนแอดมิด” (HO3 วันที่สัมภาษณ์ 20/04/59)

สำหรับการให้บริการผู้ป่วยในจะมีบริบทที่แตกต่างจากผู้ป่วยนอก เนื่องจากผู้ป่วยในต้องนอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยใน มีญาติมาเฝ้าไข้และเยี่ยมเยียนเป็นระยะๆ ผู้ให้บริการมักประสบปัญหาในการให้บริการในหลายๆ เรื่อง เช่น อาหารฮาลาลสำหรับผู้ป่วย สถานที่ละหมาดและสถานที่อาบน้ำละหมาดสำหรับญาติที่มาเฝ้าไข้ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น

### 1) ปัญหาเรื่องอาหารฮาลาล

จากข้อค้นพบของผู้วิจัย พบว่า ปัญหาเรื่องอาหารฮาลาลสำหรับผู้ป่วยนั้น ผู้ให้บริการยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้อง เพราะจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ผู้ให้บริการ รวมทั้งผู้บริหาร ส่วนใหญ่เข้าใจว่า อาหารฮาลาลคืออาหารอิสลาม และอาหารอิสลามคือไม่มีหมูเท่านั้น แต่ถ้าเป็นไก่หรือปลา มุสลิมสามารถทานได้ ซึ่งเป็นความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง บางครั้งเกิดความผิดพลาดเสิร์ฟผิด นำอาหารที่มีเมनुหมูมาเสิร์ฟให้ผู้ป่วยมุสลิม บางครั้งผู้ป่วยมุสลิมและญาติต้องแก้ไขปัญหาด้วยการนำอาหารที่ทำเองจากบ้านมาส่งให้ผู้ป่วยรับประทาน

“ปัญหา อุปสรรคในการให้บริการคือ เรื่อง อาหาร ที่คนไข้มุสลิมร้องเรียนมาว่า กินไม่ได้ ต้องเฉพาะ” (HI1 วันที่สัมภาษณ์ 20/04/59)

“ปัญหาส่วนมากจะเป็นอาหารอิสลาม เรื่องเบิกอาหาร” (HI2 วันที่สัมภาษณ์ 20/04/59)

“ปัญหาคือ เรื่องอาหารการกิน คือต้องทานอาหารอิสลาม อาหารฮาลาล” (HI3 วันที่สัมภาษณ์ 20/04/59)

“เจอบ่อยเรื่องอาหารฮาลาล ถือเป็นเรื่องพื้นฐานหลักๆ ... อิสลามก็ต้องมีอาหารฮาลาล ซึ่งบางคนก็จะเคร่ง โดยภาพรวม ในส่วนผู้ให้บริการจะคำนึงถึงว่าเหมาะหรือไม่เหมาะกับโรคของผู้ป่วยมากกว่าที่จะลงไปในเชิงลึกในเรื่องความเชื่อเรื่องของศาสนา” (FE2 วันที่สัมภาษณ์ 11/04/59)

“อาหารอิสลามจากฝ่ายโภชนาการ คือ ไม่มีหมู” (HI3 วันที่สัมภาษณ์ 20/04/59)

“จะเบิกอาหาร ส่วนใหญ่เป็นไก่ทั้งหมดเลย ไม่มีหมู ...แต่ในบางครั้งคนไข้ก็จะมีการคลุมเครือว่าอาหารเป็นหมูหรือเปล่า” (CI1 วันที่สัมภาษณ์ 23/03/59)

“ที่นี่ถ้าเป็นอาหารธรรมดา จะไม่มีหมูอยู่แล้ว มีแต่เป็นไก่เท่านั้น” (CI2 วันที่สัมภาษณ์ 23/03/59)

“คนไข้มุสลิมจะแจ้งมา ระบุว่าไม่มีอะไรที่ไม่ทานบ้าง เช่น หมู ส่วนใหญ่คนไข้มุสลิมจะบอกว่า ขออาหารอิสลามได้ไหม เป็นที่รู้กันว่าอาหารอิสลามคือ ไม่มีหมู” (HI1 วันที่สัมภาษณ์ 20/04/59)

“เรื่องอาหาร อาหารเขาจะไม่ทานเนื้อหมู ก็จะสั่งอาหารที่ไม่มีหมูมาให้” (DI3 วันที่สัมภาษณ์ 10/06/59)

“เวลาที่มีผู้ป่วยมุสลิมมา ก็จะเบิกอาหารประเภทที่ไม่มีหมูให้...ไม่ได้ทำตามหลักฮาลาลร้อยเปอร์เซ็นต์ เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยไม่มาก ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลแล้วต้องการอาหารฮาลาลจริงๆ ทางครอบครัวผู้ป่วยจะเตรียมมาเอง เพื่อให้ถูกต้องตามหลักบัญญัติของศาสนา” (HE1 วันที่สัมภาษณ์ 03/06/59)

“ที่นี่ จะแยกภาชนะ แต่ครัวที่ทำอาหารยังเป็นสถานที่เดียวกัน วัตถุดิบไม่เคยไปดู ไม่มั่นใจว่าแยกด้วยหรือเปล่า” (CI1 วันที่สัมภาษณ์ 23/03/59)

“อาหารฮาลาลน่าจะต้องแยกเป็นครัวฮาลาลเลยใช้ใหม่ตามที่เราเห็นจากสื่อต่างๆ...ที่โรงครัวที่นี่ไม่รู้ว่าจะแยกหรือเปล่า ไม่ทราบเหมือนกัน” (CI2 วันที่สัมภาษณ์ 23/03/59)

“เรื่องอาหารอิสลามสำหรับผู้ป่วยมุสลิม ที่นี่แยกเป็นอาหารฮาลาลกับอาหารทั่วไปหรือไม่ตอบไม่ได้ ต้องไปดูที่ฝ่ายโภชนาการ เพราะทางโภชนาการเป็นคนทำ” (DI2 วันที่สัมภาษณ์ 10/06/59)

“เรื่องอาหารผู้ป่วยที่เป็นมุสลิม อาหารฮาลาลที่นี่แยกหรือไม่ ไม่แน่ใจ แต่ทางเราจะแจ้งไปที่ฝ่ายโภชนาการ แล้วทางโภชนาการจะแยกมาเป็นถาดแล้วก็มีพลาสติกปิดคลุม แยกมา เสิร์ฟพร้อมกัน กรณีที่ผู้ป่วยไม่แน่ใจอาหารว่าฮาลาลหรือไม่ ก็แก้ปัญหาโดยทางญาติเตรียมมาเอง” (DI1 วันที่สัมภาษณ์ 10/06/59)

“เรื่องอาหาร ที่เคยถามผู้ป่วยที่เป็นมุสลิมก็คือ ถ้าไม่กลับไปกินข้าวบ้านก็ห่อมาเอง เพราะจะทำให้เขามั่นใจที่สุด ไม่ใช่แต่เฉพาะมาที่โรงพยาบาล ไปที่สถานที่อื่นๆ ก็เช่นกัน ถ้าเขาไม่มั่นใจ เขา ก็ห่อข้าวไปทานเอง แต่ถ้าอยู่ใกล้ๆ ก็กลับไปทานข้าวที่บ้าน แต่ที่โรงอาหารที่นี่ ไม่มีร้านอาหารอิสลาม” (HO1 วันที่สัมภาษณ์ 20/04/59)

“บางกรณีฝ่ายโภชนาการ ต้องสื่อสารกับญาติผู้ป่วย ว่าสามารถนำอาหารมาเองได้ โดยที่ไม่ขัดต่อโรคที่ผู้ป่วยเป็น เช่น ความดัน ก็ไม่ควรให้อาหารมีรสชาติเค็ม หรือเป็นอาหารอ่อน อาหารธรรมดาที่คนไข้ทานได้” (CI1 วันที่สัมภาษณ์ 23/03/59)

“เรื่องอาหารอิสลาม อาจไม่ใช่อาหารฮาลาลนั้น ถ้าเป็นความต้องการของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยจุดประเด็นมาในส่วนนี้ ต้องประสานกับทางผู้บริหาร แล้วมีนโยบายลงมาที่แผนกโภชนาการ มีการมาคุยร่วมกัน เพราะบางทีในรายละเอียดทางโรงพยาบาลยังไม่ทราบ ...ถ้าทางโรงพยาบาลรู้ว่าผู้ป่วยต้องการแบบใด จะได้เข้าใจแล้วนำมาพัฒนา” (CI1 วันที่สัมภาษณ์ 23/03/59)

“ผู้ป่วยในและญาติก็เคยมาปรึกษาเรื่องอาหารฮาลาล ตอนนี้เป็นครัวรวม แต่อาหารแยก คือเป็นไก่ ขั้นตอนการทำอาจจะไม่ฮาลาล เราก็ไม่กล้ารับปากคนไข้ได้อย่างเต็มปากเต็มคำว่าฮาลาล

ตอบคนไข้ได้เพียงว่า ก็แยกให้ แต่ว่าคนไข้มุสลิมจะทานหรือไม่ทาน ขึ้นอยู่กับวิจารณ์ญาณของคนไข้แต่ละคน บางคนถ้าเห็นว่าจำเป็นเขาก็กิน” (CO3 วันที่สัมภาษณ์ 24/03/59)

“ผู้ป่วยมุสลิมมีจำนวนน้อย ไม่มีบริการที่ชัดเจน ให้บริการเป็นรายๆ ไป เฉพาะรายที่ร้องขออาหารอิสลาม” (HI1 วันที่สัมภาษณ์ 20/04/59)

“มีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องอาหาร บางคนไม่เคร่งครัดก็ไม่เท่าไร แต่บางคนเขาเคร่ง คือเขาไม่ได้บอกเราหรอก แต่เราสังเกตจะเห็นว่าเขาเอาข้าวมาทานเอง บางทีญาติมาส่งข้าวส่งน้ำ” (FI3 วันที่สัมภาษณ์ 11/04/59)

“อาหาร ส่วนใหญ่เขาขอจัดมาเองคือ ญาติของคนไข้ เขาเอามาส่งเอง” (GI1 วันที่สัมภาษณ์ 27/04/59)

“เรื่องอาหารอิสลาม เคยมีญาติคนไข้มาถามว่า ร้านอาหารอิสลามมีขายอยู่ตรงไหน ในโรงพยาบาลไม่มีร้านอาหารอิสลามขาย แต่มีร้านอิสลามที่อยู่รอบๆ โรงพยาบาล สามารถบอกได้ว่าอยู่ตรงไหน” (FI1 วันที่สัมภาษณ์ 11/04/59)

“เรื่องร้านอาหารอิสลาม โรงพยาบาลเราไม่มี ส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากว่า ตรงบริเวณชุมชนนี้มีร้านอาหารมุสลิม” (FI2 วันที่สัมภาษณ์ 11/04/59)

“ส่วนใหญ่จะเป็นปัญหาเรื่องอาหาร คือจัดเป็นอาหารธรรมดา ไม่ใช่อาหารอิสลาม มาเสิร์ฟให้ผู้ป่วย...ส่วนใหญ่จะถามว่าหมูหรือไก่ ถ้าเขาแน่ใจว่าเป็นไก่ เขาก็จะทาน แต่บางคนก็บอกไม่เป็นไรให้ลูกซื้อมาให้แล้ว” (EI1 วันที่สัมภาษณ์ 03/05/59)

“มีบางเคสที่เสิร์ฟอาหารสลັบกัน คนมุสลิมบอกว่านี่ไม่ใช่ๆ เราก็กโทรไปแจ้งทางโภชนาการ เขาก็ขอโทษแล้วเอาเปลี่ยนให้ใหม่ เคสแบบนี้ก็มีแต่ไม่บ่อยมาก แต่ไม่ถึงขั้นร้องเรียน เพราะคุยกันได้” (FI3 วันที่สัมภาษณ์ 11/04/59)

“เรื่องอาหาร จะมีใบเบิกอาหาร ถ้าเป็นมุสลิมก็จะเขียนขออาหารอิสลาม บางทีเสิร์ฟผิด เพราะผู้ป่วยไม่ได้แจ้งว่าเป็นมุสลิม” (EI2 วันที่สัมภาษณ์ 03/05/59)

“เมื่ออาทิตย์ที่แล้ว มีหนึ่งเคส เสิร์ฟผิด เอาข้าวผัดหมูมาเสิร์ฟให้คนไข้มุสลิม คนไข้บอกอันนี้ไม่ใช่เนื้อวัวแน่ๆ มันต้องเป็นหมู น่องพยาบาลก็ชิม...อืม...หมูจริงๆ...เราก็กโทรไปทักที่โรงครัว เขาก็กเลยบอกว่า เดี๋ยวเอามาเปลี่ยนให้ คือเหมือนกับทางโรงครัวเขาก็กพบปัญหาทำนองนี้บ่อย แต่คนไข้ก็ไม่ได้โวยวายอะไร พอเปลี่ยนให้ใหม่ก็โอเค ส่วนมากที่นี้จะใช้เป็นไก่เป็นปลาแทน” (FI2 วันที่สัมภาษณ์ 11/04/59)

“Concept ของฮาลาลคือ ไม่ใช่ว่าฮาลาล ต้องไม่มีหมู ความลึกซึ้งและความเข้าใจของหลักปฏิบัติที่ถูกต้องนี้ ทางโรงพยาบาลเองก็ยังไม่รู้ ทางเราก็กจะให้ในเชิงของเรื่องการรักษาเป็นส่วนใหญ่ เป้าหมายของทีมเราคือเรื่องของการให้คนไข้ทุเลาและหายจากการเจ็บป่วย” (GI2 วันที่สัมภาษณ์ 27/04/59)

## 2) ปัญหาเรื่องสถานที่ทำละหมาด

ปัญหาเรื่องสถานที่ทำละหมาด โรงพยาบาล F, G และ H ไม่มีห้องละหมาดให้ผู้มารับบริการ เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านพื้นที่ และจำนวนผู้ป่วยมุสลิมที่มารับบริการมีสัดส่วนที่น้อย ซึ่งหากญาติผู้ป่วยมุสลิมแจ้งความประสงค์ต่อทางโรงพยาบาล ทางโรงพยาบาลแก้ปัญหาโดยการจัดหามุมหรือสถานที่ให้ละหมาดในแต่ละกรณีเป็นรายเฉพาะ

“เรื่องห้องละหมาดเราไม่มี ด้วยความจำกัดของสถานที่” (FO1 วันที่สัมภาษณ์ 22/04/59)

“เรื่องสถานที่ละหมาด โรงพยาบาลเราไม่มี ส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากว่าคนที่มาเยี่ยม มาเฝ้าไข้ อาจจะไม่ได้อาศัยอยู่ทั้งวัน อาจจะมาช่วงที่ทำการศัลยกรรมของเขาเรียบร้อยแล้วจึงมา หรือกลับไปทำที่บ้าน” (FI2 วันที่สัมภาษณ์ 11/04/59)

“ทางโรงพยาบาลเรา ไม่มีสถานที่ละหมาด อาจจะเป็นเพราะว่ามุสลิมมาใช้บริการน้อย” (GI3 วันที่สัมภาษณ์ 27/04/59)

“คนไข้มุสลิมที่ส่วนใหญ่เป็นคนท้องถิ่นดั้งเดิมอยู่ที่นี่มานานแล้ว เขาเคยรักษาที่นี่ เขาก็จะรู้ว่าไม่มีที่ละหมาด” (GO1 วันที่สัมภาษณ์ 27/04/59)

“ถ้าญาติร้องขอเรื่องสถานที่ละหมาดเราก็จัดสถานที่ให้ ถ้าไม่เป็นการรบกวนการรักษาพยาบาล เราก็พยายามจัดให้” (FI3 วันที่สัมภาษณ์ 11/04/59)

โรงพยาบาลหลายแห่ง ในอดีตไม่มีห้องละหมาด ปัจจุบันทางโรงพยาบาลได้จัดห้องละหมาดสำหรับญาติผู้ป่วยแล้ว ได้แก่ โรงพยาบาล A, B, C, D และ E โดยห้องละหมาดของโรงพยาบาลบางแห่งเกิดจากความร่วมแรงร่วมใจของเจ้าหน้าที่และบุคลากรทางการแพทย์ที่เคร่งครัดในหลักศาสนาของโรงพยาบาลช่วยให้ข้อเสนอแนะและพัฒนาปรับปรุง แต่ในโรงพยาบาลบางแห่งมีจำนวนมุสลิมมาใช้บริการเป็นจำนวนมาก ทำให้บางครั้งห้องละหมาดเกิดความคับแคบ ไม่เพียงพอต่อการใช้บริการ แม้ว่าเวลาของการละหมาดจะเป็นช่วงเวลาและผู้ใช้บริการสลับสับเปลี่ยนหมุนเวียนกันมาใช้บริการก็ตาม

“เมื่อก่อนมีปัญหาเรื่องการทำละหมาด ต้องทำ 5 เวลา แต่สถานที่ทางโรงพยาบาลไม่เอื้ออำนวย ไม่สะดวก ปัจจุบันทางโรงพยาบาลจัดห้องละหมาดให้แล้ว” (CI1 วันที่สัมภาษณ์ 23/03/59)

“เคยมีผู้ป่วยมาถามเกี่ยวกับสถานที่ละหมาด เพราะบางทีเขามารถตรวจทั้งวัน แล้วยังไม่ได้เวลาตรวจ แต่ถึงเวลาที่เขาต้องทำละหมาด เขาก็จะมาถามว่าที่โรงพยาบาลมีห้องสำหรับทำละหมาดไหม มีห้องน้ำสำหรับอาบน้ำละหมาดไหม เราก็บอกเขาว่า ห้องน้ำอาจจะเป็นห้องน้ำรวมที่ใช้ร่วมกับห้องน้ำทั่วไป อยู่ทางด้านหลังซึ่งทางโรงพยาบาลจัดให้ ห้องละหมาดที่ทางโรงพยาบาลจัดไว้ให้จะอยู่ด้านล่าง...” (BO2 วันที่สัมภาษณ์ 25/04/59)

“ส่วนใหญ่คนที่เขาเคร่งครัด เขาก็จะขอทำละหมาดตามเวลาของเขา เราก็มีสถานที่ที่พอจัดให้เขาได้ เป็นห้องละหมาด” (DI1 วันที่สัมภาษณ์ 10/06/59)

“เรื่องการละหมาด เคยมีญาติของคนไข้มาถามหาเกี่ยวกับสถานที่ละหมาด เราก็บอกว่ามีห้องละหมาดจัดไว้ให้ เราก็อำนวยความสะดวกให้” (BI1 วันที่สัมภาษณ์ 25/04/59)

“เมื่อก่อนเราก็ไม่รู้ว่าเขาต้องละหมาด เราเพิ่งมารู้เมื่อเราเห็น ไม่ว่าจะเดินทางไปไหน จะไปเที่ยวเดินห้าง หรือสนามบิน เราก็จะเห็นห้องละหมาด เราก็จะถือว่าส่วนนี้สำคัญ เราก็เลยเอาห้องของหัวหน้าเป็นห้องละหมาด” (DI2 วันที่สัมภาษณ์ 10/06/59)

“เรื่องสถานที่ละหมาด โรงพยาบาลจะมีสถานที่ที่เป็นห้องละหมาดที่ทางโรงพยาบาลจัดให้อยู่แล้ว ไม่แน่ว่าญาติผู้ป่วยรู้หรือไม่ว่าทางโรงพยาบาลจัดสถานที่ละหมาดไว้ให้ตรงบริเวณไหน” (DI3 วันที่สัมภาษณ์ 10/06/59)

“สถานที่ละหมาด เมื่อก่อนไม่มี ที่มิขึ้นได้ เพราะผู้บริหาร อาจารย์หมอ พยาบาล เจ้าหน้าที่ร่วมกันบริจาคเงินเข้ามาช่วยพัฒนาปรับปรุง” (CI1 วันที่สัมภาษณ์ 23/03/59)

“ห้องละหมาดคับแคบไป มีที่กันแยกแต่ละฝั่งสำหรับผู้หญิงและผู้ชาย แม้ว่าผู้ใช้บริการจะทยอยกันมาละหมาด เพราะมีพื้นที่ให้ละหมาดได้เพียง 3-4 คนต่อครั้งก็เต็มแล้ว” (CE1 วันที่สัมภาษณ์ 26/04/59)

### 3) ปัญหาเรื่องสถานที่อาบน้ำละหมาด

จากการสำรวจ การสังเกต และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้บริการและผู้บริหาร ในประเด็นเรื่องสถานที่อาบน้ำละหมาดซึ่งเกี่ยวเนื่องกับประเด็นเรื่องสถานที่ละหมาด (ห้องละหมาด) นั้น ทีมวิจัยได้ข้อค้นพบว่า ผู้ให้บริการและผู้บริหารส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าผู้รับบริการชาวไทยมุสลิมมีปัญหาในประเด็นนี้ ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากบริบทและข้อจำกัดด้านพื้นที่ บางส่วนไม่ทราบว่ามุสลิมต้องการอาบน้ำละหมาดก่อนจะทำการละหมาด บ้างก็เข้าใจไม่ถูกต้องกล่าวคือ เข้าใจว่าการอาบน้ำละหมาดเป็นการอาบน้ำทั่วทั้งร่างกาย และส่วนหนึ่งเนื่องมาจากผู้รับบริการชาวไทยมุสลิมไม่กล้าร้องขอหรือไม่สะท้อนปัญหานี้ไปยังผู้บริหารหรือผู้ให้บริการ บางครั้งผู้รับบริการชาวไทยมุสลิมพยายามปรับตัวเองเพื่อให้สามารถปฏิบัติตามศาสนกิจได้ตามหลักศาสนา แต่ในบางครั้งก็ทำให้เกิดความเข้าใจผิดอันเนื่องมาจากการปฏิบัติหรือแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

“มีเพิ่งมาอ่านในแบบสอบถาม เพิ่งรู้ว่าต้องมีที่อาบน้ำละหมาดด้วย ...องค์ความรู้ด้านนี้ยังไม่เคยมีใครมาพูดให้ฟัง คือเข้าใจว่าต้องอาบน้ำเลย” (EE1 วันที่สัมภาษณ์ 25/05/59)

“ละหมาดวันละ 5 ครั้ง ถ้าอย่างนั้นก็ต้องอาบน้ำวันละ 5 ครั้งด้วยใช่ไหม?” (GO3 วันที่สัมภาษณ์ 27/04/59)

“เรื่องสถานที่อาบน้ำละหมาด เนื่องจากทางโรงพยาบาลมีข้อจำกัดในเรื่องของพื้นที่ ต้องคิดหาแนวทางในการพัฒนาต่อไป” (CI1 วันที่สัมภาษณ์ 23/03/59)

“เรื่องการอาบน้ำละหมาด ก็ใช้ห้องน้ำคนไข้ตามปกติ มีแม่บ้านคอยดูแลห้องน้ำอยู่” (DI3 วันที่สัมภาษณ์ 10/06/59)

“ที่นี้แม้ไม่มีสถานที่อาบน้ำละหมาดเฉพาะ ก็มีห้องน้ำทั่วไปอยู่ใกล้ๆ ห้องละหมาด” (DE2 วันที่สัมภาษณ์ 10/06/59)

“การอาบน้ำละหมาด ทางโรงพยาบาลมีห้องน้ำสำหรับคนไข้ โดยส่วนใหญ่คนไข้ที่นี้ก็จะไม่ค่อยได้ใช้ ส่วนใหญ่จะเป็นญาติที่ใช้มากกว่า เราจะมีแม่บ้านเดินดูทำความสะอาดทุก 1-2 ชั่วโมง

เพื่อดูแลไม่ให้ห้องน้ำเปียก เขาก็จะทำความสะอาดให้ตลอดเวลา ก็สามารถใช้ห้องน้ำสำหรับอาบน้ำ ละครวมได้” (DI1 วันที่สัมภาษณ์ 10/06/59)

“ในส่วนนี้จะมีเจ้าหน้าที่มุสลิมดูแลอยู่ ซึ่งเขาก็ไม่ได้ร้องขอในประเด็นนี้มา...ถ้าเป็นปัญหาก็ให้ทำเรื่องเสนอขึ้นมามีว่าจะปรับปรุงหรือทำอะไร...ทางเราก็น่าจะช่วยปรับปรุงแก้ไขให้ แต่เท่าที่ผ่านมาก็ไม่เคยได้ยินว่า เขามีปัญหาตรงนี้ หรือเป็นเพราะอาจจะเคยชินหรืออยู่ใกล้ เขาอาจจะกลับไปละหมาดที่บ้าน หรือบางคนอาจจะคิดว่า มีเท่านี้ก็ดีแล้ว...คือเรื่องของพิธีกรรม ทางเราจะไม่ค่อยรู้สึกเท่าไร” (CE2 วันที่สัมภาษณ์ 23/03/59)

“ห้องละหมาด...ผู้ใช้บริการขอให้จัดที่ละหมาดให้หน่อย แต่สำหรับที่อาบน้ำละหมาด ไม่มี การร้องขอ” (HI1 วันที่สัมภาษณ์ 20/04/59)

“...เรื่องห้องละหมาด สถานที่อาบน้ำละหมาด ประเด็นเหล่านี้ยังเป็นประเด็นที่ติดค้างอยู่ ยังทำไม่ประสบผลสำเร็จ คือผู้บริหารทุกคนเห็นความสำคัญ แต่ไม่สามารถจัดสรรพื้นที่ที่จะเป็นห้องๆ ชัดเจนเหมือนที่สนามบินอย่างนั้นได้ เพราะจะต้องมีข้อกำหนดว่าจะต้องมีก๊อกน้ำ สถานที่อาบน้ำ ละหมาด” (HE1 วันที่สัมภาษณ์ 20/04/59)

“เรื่องการอาบน้ำละหมาด ก็ใช้ห้องน้ำคนไข้ตามปกติ มีแม่บ้านคอยดูแลห้องน้ำอยู่แล้ว ก็เลยไม่มีปัญหา ไม่เคยมีเคสร้องเรียนอะไร” (DI3 วันที่สัมภาษณ์ 10/06/59)

“สถานที่อาบน้ำละหมาดไม่แยกชายหญิง ควรจะแยกชายหญิงให้เป็นสัดส่วน” (CE1 วันที่ สัมภาษณ์ 26/04/59)

“ห้องละหมาด มีพาทิชั้นกันแยกสำหรับชายหญิง แต่ที่อาบน้ำละหมาดยังไม่ได้แยก ถ้ามี ผู้หญิงมาอาบน้ำละหมาด วิธีการแก้ปัญหาคือ ผู้ชายก็ต้องหยุดรอให้ผู้หญิงอาบน้ำละหมาดเสร็จก่อน เป็นที่รู้กันเอง” (CO3 วันที่สัมภาษณ์ 24/03/59)

“อยากบอกผู้ป่วยมุสลิมและญาติ คือ สถานที่ล้างเท้า (สถานที่อาบน้ำละหมาด) ทาง โรงพยาบาลเราไม่มีงบประมาณที่จะไปทำที่ล้างเท้าที่อาบน้ำละหมาดได้ เขาก็จะยกเท้าขึ้นมาล้างบน อ่างล้างหน้า...เป็นปัญหาคือ เปียกไปหมด...อันนี้เป็นประเด็นที่ฝากไว้ คือถ้าเรามอบให้ เราก็จะอำนวยความสะดวกให้เขามากขึ้น อันที่จริงก็มีที่สำหรับล้างไม่มีอบ แต่เขาอาจจะคิดว่าไม่สะอาดในตรงนั้น” (AI2 วันที่สัมภาษณ์ 28/03/59)

#### 4) ปัญหาอื่นๆ

นอกจากปัญหาเรื่องอาหารฮาลาล สถานที่ละหมาด และสถานที่อาบน้ำละหมาดซึ่งเป็น ประเด็นหลักแล้ว ยังมีปัญหาประเด็นอื่นๆ ในการให้บริการผู้ป่วยชาวไทยมุสลิมด้วยในบางครั้ง เช่น การรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การเยี่ยมเยียนของญาติ เป็นต้น

“พอคนไข้อาการหนัก ญาติก็จะมารุมกันเต็มไปหมดเลย ซึ่งบางทีเวลาเราจะเข้าไปทำการ รักษาพยาบาลก็ค่อนข้างลำบาก...ก็ต้องบอกต้องอธิบายว่าตอนนี้เราจะเข้าไปทำการรักษาพยาบาล อย่างไร” (CI2 วันที่สัมภาษณ์ 23/03/59)

“ญาติที่มาเยี่ยมมาเยอะมาก เป็นปัญหา ก็จะบอกหรือให้ข้อมูลญาติว่า ให้เฝ้าเตียงละหนึ่งคน แล้วก็ให้มาเยี่ยมหลังเที่ยง เพราะเขาจะมาเยอะมากเลย แล้วก็ล้อมเต็มเตียงเลย พอหมอมาตรวจก็

เป็นอุปสรรค เราก็ไปอธิบายชี้แจง ก็ไม่ได้ไปไล่ทันที่โทรออก ต้องบอกขอเหลือแค่คนเดียว ขอสัก 5 นาที ญาติก็ไม่ค่อยพอใจเท่าไร” (BI2 วันที่สัมภาษณ์ 25/04/59)

“เรื่องการปรับเปลี่ยนยา การเลื่อนนัด บางทีหมอนัดช่วงเดือนรอมฎอน แต่คนไข้บอกว่าเป็นช่วงถือศีลอด ขอเลื่อนได้ไหม พยาบาลก็ไปคุยกับหมอ เพื่อขอเลื่อนหรือขอเพิ่มยาให้คนไข้ หลังเดือนรอมฎอนค่อยมาใหม่” (FO1 วันที่สัมภาษณ์ 22/04/59)

“คนไข้มุสลิม ส่วนมากที่เห็นที่ได้ยิน คือ ผู้ป่วยมุสลิมจะไปโรงพยาบาลเอกชน น่าจะเป็นเพราะการบริการที่รวดเร็วกว่า ยินดีจ่ายเอง” (HI1 วันที่สัมภาษณ์ 20/04/59)

“เรื่องเพศของผู้ป่วยและหมอ การตรวจที่ต้องตรวจกับหมอสตรี ที่นี้จะมีตรวจเต้านมและตรวจกัน คือถ้าวันไหนที่หมอสตรีเป็นหมอผู้ชายลงตรวจทั้งคู่ คนไข้ก็จะเลือกหมอไม่ได้ ต้องเป็นภาวะจำยอม แต่ถ้ามีหมอผู้หญิงลงตรวจ โดยส่วนตัวพยาบาลจะตัดยอดสักอายุประมาณ 50-60 ปี คือถ้าอายุมากกว่า 50 ปี จะไม่ถามแล้วว่าอยากตรวจกับหมอผู้หญิงหรือผู้ชาย แต่ถ้าเป็นคนไข้ผู้หญิงสาว ๆ ก็จะถามก่อนว่าต้องการพบหมอผู้หญิงหรือไม่ เพราะหมอผู้หญิงจะรอคิวนาน เราต้องบอกให้รู้ล่วงหน้าเลย มีทางเลือก แต่นาน ถ้าโอเคก็ไปได้เลย ไม่ว่าจะเป็นคนไข้ที่เป็นพุทธหรือมุสลิมจะถามแบบนี้เหมือนกัน ที่นี้มีหมอสตรีผู้หญิงเพียง 3 คน นอกนั้นเป็นผู้ชายหมด” (DO1 วันที่สัมภาษณ์ 10/06/59)

##### 5) ข้อเสนอแนะในการให้บริการสาธารณสุข

สิ่งที่ผู้ให้บริการต้องการให้ทางโรงพยาบาลพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น คือ เรื่องของภาษาและการสื่อสาร สำหรับโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาค (ภาคใต้) ซึ่งมีบริบททางสังคมแตกต่างจากภูมิภาคอื่น เรื่องของการจัดอบรมให้ความรู้ผู้มารับบริการในช่วงเดือนรอมฎอน และการเตรียมตัวเดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์ นอกจากนี้ ผู้ให้บริการบางคนได้ให้ข้อสังเกตไว้ว่า สาเหตุที่ผู้ป่วยบางส่วนที่มีฐานะพอจ่ายรักษาพยาบาลได้ ไม่อยากมาใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐ อาจเนื่องมาจากการตอบสนองความต้องการพื้นฐานที่ไม่เพียงพอของโรงพยาบาลรัฐซึ่งมีข้อจำกัดในหลายประการ จึงทำให้ผู้ป่วยหันไปใช้บริการของสถานพยาบาลเอกชนแทน

“ควรส่งเสริมการสื่อสาร เช่น การเรียนรู้ภาษาอาหรับบ้าง เพราะภาษาอังกฤษคงใช้ไม่ได้ผลเท่าไร เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นชาวบ้านทั่วไป” (AI1 วันที่สัมภาษณ์ 28/03/59)

“สิ่งที่โรงพยาบาลต้องพัฒนาให้ดีขึ้น อาจจะเป็นเรื่องของภาษาอาหรับ เมื่อก่อนเราไม่ค่อยเจอเคสเท่าไร เพราะมุสลิมที่อยู่สงขลา สตูล รอบนอกนี้ จะพูดไทยหมด แต่ถ้าสามจังหวัดชายแดนใต้ถูกส่งมาที่นี่ เราจะสื่อสารยากนิดนึง ต้องมีคนช่วยแปล แต่บางทีเข้าใจยาก ถ้าเราเองได้ภาษาด้วยก็จะพูดง่ายขึ้น อธิบายได้ดีมากขึ้น เพราะเรารู้ว่าจะอธิบายอะไรอย่างไร ...เนื่องจากเหตุการณ์ความไม่สงบทำให้ประชาชนย้ายมาอยู่ในจังหวัดอื่นๆ มากขึ้น เมื่อเจ็บป่วยก็มาใช้บริการที่โรงพยาบาลมากขึ้น ถ้าเป็นคนรุ่นใหม่ก็จะเข้าใจภาษาไทยได้ดีขึ้น แต่ถ้าเป็นผู้สูงอายุรุ่นเก่า ก็เข้าใจยากหน่อย” (AI2 วันที่สัมภาษณ์ 28/03/59)

“ควรมีการจัดอบรมผู้ป่วย ก่อนเข้าสู่เดือนรอมฎอน เรื่องการปรับการทานยา” (CE1 วันที่สัมภาษณ์ 26/04/59)



“ควรมีการอบรมให้ความรู้สำหรับผู้ที่จะเดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์ เพื่อเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพก่อนเดินทาง” (CE1 วันที่สัมภาษณ์ 26/04/59)

“ที่ต้องแนะนำผู้ป่วยในเรื่องการปรับการกินยา บางเคสไม่สามารถถือศีลอดได้ แต่มีความต้องการที่จะถือศีลอด ก็ให้คำแนะนำเป็นกรณีไป” (CO3 วันที่สัมภาษณ์ 24/03/59)

“การที่มุสลิมไม่มารักษาพยาบาลที่นี่ อาจจะเป็นไปได้ว่าหรืออาจจะมีส่วน ที่มาแล้วไม่มีสถานที่ละหมาดให้ แต่สำหรับคนไข้ที่มีกำลังที่จะจ่าย เขาอาจจะไปใช้บริการในส่วนโรงพยาบาลเอกชน แต่คนไข้ก็กลุ่มหนึ่งก็ยังไม่ใช้บริการที่โรงพยาบาลอยู่ เพราะใช้สิทธิบัตรทอง ประกันสังคม เบิกสิทธิข้าราชการ แม้คนไข้เยอะก็ต้องรอเหมือนเดิม แต่คนที่กำลังจะไปที่อื่นกัน แต่ที่เรามองมุสลิมเขามีอาชีพ ก็จะมีรายได้ ฐานะดีขึ้นหน่อยก็จะไปรับบริการที่สถานบริการที่ให้ความสะดวกรวดเร็ว” (HO2 วันที่สัมภาษณ์ 20/04/59)

จากปัญหาในการให้บริการข้างต้น ผู้ให้บริการสาธารณสุข ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า การเรียนรู้วิถีหรือความหลากหลายทางวัฒนธรรม เป็นสิ่งที่จำเป็นต้องเรียนรู้ เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติ ซึ่งการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยต้องครอบคลุมทุกมิติ ทั้งมิติทางกาย ใจ และจิตวิญญาณ

“เราเป็นผู้ให้บริการต้องเข้าใจวิถีการดำเนินชีวิตที่แตกต่างหลากหลาย เพราะว่าการให้การดูแลคนไข้การจะทำให้เขาเกิดความร่วมมือ เราต้องนึกถึงวัฒนธรรมหรือพื้นฐานของเขา ถ้าเราแนะนำอะไรที่มันขัดต่อหลักความเชื่อถือของเขา เราจะไม่ได้รับความร่วมมือ มันจะช่วยให้เราในส่วนนี้ ถ้าเราสามารถรู้ถึงวัฒนธรรมเขา ก็อาจจะสืบถึงปัญหาสาเหตุที่แท้จริงที่ยังแก้ไม่ได้ เช่น ทำไมคุมอาหารไม่ได้สักที ถ้าเรารู้ก็อาจจะเข้าใจในความเชื่อของเขา มันอาจจะทำให้เราคนไข้ได้ครอบคลุมมากขึ้น” (GO6 วันที่สัมภาษณ์ 27/04/59)

“ในฐานะผู้ให้บริการ จำเป็นต้องรู้เกี่ยวกับวิถีมุสลิมที่แตกต่าง เพราะลักษณะของการดูแลรักษาต้องดูทั้งมิติกาย ใจ สังคม รวมถึงจิตวิญญาณด้วย ซึ่งจิตวิญญาณก็จะเป็นเรื่องของศาสนา จำเป็นต้องรู้เพราะเรามีความหลากหลายทางสังคม เราก็ต้องรู้ คือไม่ต้องรู้ลึกมาก แต่ก็ต้องทำให้เขาสบายใจไม่รู้สึกผิดต่อศาสนาของตนเอง แต่เราคงดูแลไม่ได้ครบถ้วนขนาดนั้น แต่คิดว่าในส่วนของ OPD เราก็คงพยายามทำ ไม่ให้มีการละเมิดสิทธิของทุกศาสนา” (DO1 วันที่สัมภาษณ์ 10/06/59)

“จำเป็นต้องเรียนรู้ทุกวัฒนธรรม เพราะบางทีเราไม่รู้ แล้วเราทำผิดหลักความเชื่อของเขา ซึ่งบางคนเคร่งครัดมาก บางทีเราอาจจะเผลอเรอ ผู้ป่วยอาจจะรู้สึกคับข้องใจ ไม่สบายใจ แต่เขาอาจจะไม่กล้าบอกเรา เพราะฉะนั้นก็จำเป็นที่จะมีการเรียนรู้ รูปแบบการเรียนรู้ คือพยาบาลซักถามคนไข้ เช่น เป็นมุสลิมหรือเปล่า เราก็ต้องเข้าใจเขา เช่น ผู้ป่วยเป็นแพศหญิง ต้องการหอมแพศหญิงเหมือนกัน (เช่น สูดินรีเวช) ก็จะมาสอบถาม หอมผู้หญิงออกตรวจวันไหน แต่บางทีพยาบาลบางคนเขาก็ไม่เข้าใจ” (FO1 วันที่สัมภาษณ์ 22/04/59)

“ในฐานะผู้ให้บริการต้องเรียนรู้วิถีชีวิตวัฒนธรรมที่แตกต่างมากกว่านี้ เพราะโลกมันเปลี่ยนไปอะไรที่เป็นความรู้เก่าๆ อาจจะใช้ไม่ได้ ในทุกอย่าง เช่น วิถีของมุสลิม พุทธ คริสต์ เราต้องเรียนรู้ ต้อง the must เลย เราปฏิเสธไม่ได้” (DI2 วันที่สัมภาษณ์ 10/06/59)

“การเรียนรู้ต่างวัฒนธรรมที่หลากหลายจำเป็น และเราต้องให้ความสำคัญด้วย เพราะถ้าเราเข้าใจวิถีของคนไข้แล้วเราตอบสนองคนไข้ได้ เราก็คงได้บุญ ผู้ป่วยได้ดำเนินชีวิตของเขาด้วยวิถีของเขา

ไม่ขัดกับหลักความเชื่อความศรัทธาของเขา อย่างโรคเรื้อรังก็ต้องอาศัยกำลังใจ จากญาติพี่น้อง ศาสนา” (FO3 วันที่สัมภาษณ์ 22/04/59)

“จำเป็นมากที่ต้องเรียนรู้เกี่ยวกับวิถีวัฒนธรรมความเชื่อที่แตกต่าง ไม่ว่าจะเป็นพี่น้องชาว พุทธ มุสลิม คริสต์ เพราะจะได้เป็นการดูแลที่ครอบคลุมทั้งทางร่างกายและจิตใจ ด้านร่างกายคุณ หมอดูแล ด้านจิตใจก็สำคัญ ก็น่าจะเป็นข้อดี ถ้าสามารถดูแลถึงจิตใจ วิธีชีวิตเขาด้วย” (FO2 วันที่สัมภาษณ์ 22/04/59)

“ผู้ให้บริการ จำเป็นต้องรู้วิธีการดำเนินชีวิตที่แตกต่างหลากหลาย ที่เป็นพหุวัฒนธรรม เพราะถ้าเรารู้และเข้าใจ เวลาที่เขาทำเราจะได้ไม่ต้องสงสัยว่า เขาทำอะไร ... อย่างคนไข้เคสหนัก ญาติเขาจะบอกไม่ต้องป้อนนะ ไม่ไวยวาย ไม่ตีโพยตีพาย เหมือนคนมุสลิมจะเข้าใจในธรรมชาติของ ชีวิตเกี่ยวกับการตาย ซึ่งการเรียนรู้ไม่จำเป็นต้องเจาะลึก เราเรียนรู้แบบกว้างๆ ทั่วๆ ไป” (FI3 วันที่สัมภาษณ์ 11/04/59)

“เราต้องให้เกียรติกัน และเข้าใจในจิตวิญญาณว่า ความต้องการของผู้ป่วยและญาติคืออะไร ถ้าตอบสนองความต้องการของเขาได้ เขาก็จะมีความสุข ความเข้าใจจึงสำคัญที่สุด” (CI1 วันที่สัมภาษณ์ 23/03/59)

“การเรียนรู้ข้ามวัฒนธรรม มีความจำเป็นสำหรับงานบริการพยาบาล เพราะการให้บริการคือ พยาบาล ก็สบายใจว่าเราได้ทำให้คนไข้บรรลุวัตถุประสงค์ของเขา เขาจะได้ไม่มีความรู้สึกแตกต่างว่า การมาอยู่โรงพยาบาลกับการที่เขาอยู่บ้านแตกต่างกัน นอกจากว่าการมาอยู่โรงพยาบาลแสดงว่าเขา เจ็บไข้ได้ป่วย แต่วิธีชีวิตอย่างอื่นก็ยิ่งเหมือนเดิม” (FI2 วันที่สัมภาษณ์ 11/04/59)

“ผู้ให้บริการจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องเรียนรู้พหุวัฒนธรรม สำคัญมาก วัฒนธรรมที่ต่างกัน ศาสนาที่ ต่างกัน วิถีคนก็จะต่างกันไปด้วย ถ้าเราเข้าใจ เราจะวางแผนการดูแลเขาและจะลดปัญหาข้อขัดแย้ง ระหว่างพยาบาลและญาติ บางครั้งเราอาจจะไม่เข้าใจ ทำไมเขาต้องทำอย่างนั้นอย่างนี้ แต่ถ้าเรา เรียนรู้ในปัจเจกของแต่ละบุคคล ไม่เฉพาะศาสนา แต่รวมทั้งเรื่องปัจเจกบุคคล เราก็จะสามารถให้การ ดูแลเขาได้ตรงเป้าหมาย แล้วจะแฮปปี้ทั้งสองฝ่าย” (BI1 วันที่สัมภาษณ์ 25/04/59)

“จำเป็นที่จะต้องเรียนรู้เกี่ยวกับวิถีวัฒนธรรมที่แตกต่างหลากหลาย เพราะวิถีชีวิตของคนไข้ เราก็จำเป็นต้องรู้ เพื่อให้คำแนะนำที่ถูกต้อง เพราะวิถีที่แตกต่าง การให้คำแนะนำก็จะแตกต่างกัน ก็ อาจจะมียผลต่อการให้บริการ เพราะบางอย่างเขาอาจจะทำไม่ได้ เพราะขัดกับหลักศาสนา แต่ถ้าเราคุย กันแล้วค่อยๆ ปรับก็จะทำได้เข้าใจ”(BO1 วันที่สัมภาษณ์ 25/04/59)

“ในฐานะผู้ให้บริการต้องเรียนรู้เกี่ยวกับวิถีมุสลิมหรือวัฒนธรรมอื่นๆ จำเป็นมาก เพราะ มุสลิมก็เป็นคนไทยกลุ่มหนึ่ง คือการให้บริการต้องเข้าใจในตัวตนของเขา คือ ทุกเพศ ทุกวัย ทุก ศาสนา” (HO3 วันที่สัมภาษณ์ 20/04/59)

“การรู้วิถีของแต่ละศาสนาสำคัญ เช่น บางทีเขามาในช่วงเร่งด่วน เราอาจแนะนำให้เขาไป ละหมาดก่อน แล้วค่อยกลับมา แต่ถ้าเราไม่ทราบ เราอาจจะบอกว่าไปไม่ได้ เดี่ยวหมอมาน แล้วอาจจะ มีข้อร้องเรียนเกิดขึ้น ถ้ารู้ไว้ก็จะมีส่วนช่วยเราได้ อย่างน้อยให้รู้ว่าในวิถีชีวิตของเขาต้องทำอย่างนี้ๆ ในแต่ละวัน หรือช่วงเวลานี้ คือถ้าคนที่เคร่งแล้วเขาต้องการปฏิบัติจริงๆ ก็จะได้ไม่เกิดข้อพิพาทหรือ ข้อร้องเรียนซึ่งกันและกัน ระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการซึ่งเป็นคนละศาสนา ซึ่งบางทีเราไม่รู้เรา

อาจจะทำอะไรที่ผิดพลาดไป อย่างเช่น ในตึก คนใช้นอนแอดมิด เราไม่รู้ คนมุสลิมไม่ทานหมู ถ้าเรารู้เวลาที่เตรียมอาหารก็จะได้บอกแม่ครัวเตรียมให้ถูก” (HO2 วันที่สัมภาษณ์ 20/04/59)

“จำเป็นต้องรู้ถึงวิถีและวัฒนธรรมที่แตกต่าง เพราะความเชื่อที่แตกต่างกันในแต่ละศาสนา จะช่วยด้านจิตใจ ช่วยให้ความสบายใจ เพราะว่าญาติเขาต้องกังวลเกี่ยวกับคนไข้อยู่แล้วว่า คนไข้จะเจ็บหนักแค่ไหนต้องนอนกี่วัน แต่ถ้าเราสามารถช่วยเขาได้หรือทำในสิ่งที่เขาต้องการได้โดยไม่ขัดต่อการรักษาและไม่ขัดต่อศรัทธาความเชื่อของคนไข้ก็ยินดีที่จะให้บริการอยู่แล้ว” (EI1 วันที่สัมภาษณ์ 03/05/59)

“ในฐานะที่เป็นผู้ให้บริการและจัดบริการ รู้เกี่ยวกับวิถีมุสลิมหรือวิถีที่แตกต่างหลากหลายในสังคมไว้ก็ดี เพราะความเชื่อของแต่ละกลุ่มคนมีความแตกต่างในเรื่องความเชื่อของการเจ็บป่วย ความตาย หรือการดูแลรักษา มีทางเลือกที่แตกต่าง ถ้าเรารู้ตรงนี้ การจัดบริการก็จะง่ายขึ้น หรือสอดคล้องกับความต้องการของคนไข้แต่ละกลุ่ม” (DE2 วันที่สัมภาษณ์ 10/06/59)

“จำเป็นต้องรู้ความหลากหลายทางวัฒนธรรม เราต้องเข้าถึงเขาให้ได้ ว่าเขามีความเชื่อ ในชุมชนเขาเชื่อเรื่องอะไร เขามีใครเป็น key person ที่สำคัญในการดูแลเขา เป็นสิ่งที่จำเป็นมากๆ เพราะจะช่วยให้เราเข้าใจเขา บางทีเป้าหมายในการรักษาเขาก็คือต้องการให้คนไข้หายทุเลา แต่เป้าหมายของเขาต้องไม่ขัดต่อความเชื่อและความศรัทธาของเขาด้วย เพราะฉะนั้นคนที่เป็ทีมหรือบุคลากรสาธารณสุขจำเป็นต้องศึกษาเรียนรู้ความเป็นตัวตนของคนไข้เราด้วย เนื่องจากสิ่งที่เขาป่วยเราต้องศึกษาพื้นฐานของเขา วัฒนธรรมประเพณีที่เขาอยู่เป็นอย่างไร มีความเชื่อเป็นยังไงบ้างเพราะถ้าเราไม่ศึกษาเขา เราก็คงไม่รู้เรื่อง ถ้าเรารู้ก็จะช่วยลดเรื่องความขัดแย้งระหว่างเรากับคนไข้ลงได้เยอะ” (GI2 วันที่สัมภาษณ์ 27/04/59)

นอกจากนี้ กลุ่มผู้ให้บริการยังให้ข้อเสนอแนะว่า ควรจะมีคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรสาธารณสุข ผู้ให้บริการ เมื่อต้องให้บริการผู้ป่วยมุสลิม

“พยาบาลในฐานะผู้ให้บริการ ก็ควรจะรู้เกี่ยวกับวิถีหรือวัฒนธรรมของต่างศาสนา เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติ เพราะว่าเราอาจจะไปพุดอะไรให้กระทบกระเทือน หรือเราไม่รู้หลักปฏิบัติแต่ละศาสนาที่เราไม่รู้เรารับเรียนมา ก็คือถ้าเป็นอย่างนี้ ต้องทำอย่างนี้ แต่ถ้าเป็นเรื่องที่ลึกซึ้ง เช่น การคุมกำเนิด ถ้าเราได้รับข้อมูล ได้เรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องเหล่านี้ โดยเรียนรู้จากคนไข้ จากสื่อ การจัดอบรม หรือทางออนไลน์ หรือถ้าจัดทำเป็นคู่มือก็จะดี คู่มือจะเป็นแนวทางปฏิบัติที่จะดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ความเชื่อ ความคิด ต้องดูแลอย่างไร” (HI3 วันที่สัมภาษณ์ 20/04/59)

“การดูแลคนไข้ การปฏิบัติ ความเชื่ออย่างไร อันนี้ไม่รู้ ก็เลยไม่รู้ว่าจะอะไรที่ต้องปฏิบัติเพิ่มเติม นอกเหนือจากแบบแผนมาตรฐานที่เราดูแลคนไข้ปกติทั่วไป เรื่องอาหารเราพอรู้อยู่ ข้อเสนอแนะ คืออยากให้ทำคู่มือมา ประกอบด้วยแนวทางการปฏิบัติ แยกออกมาว่าจะดูแลคนกลุ่มนี้อย่างไร ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ความเชื่อ คือด้านร่างกายเราก็ดูแลรักษาตามมาตรฐานสากลอยู่แล้ว ส่วนเรื่องการสัมผัสร่างกายได้ไหม เขาต้องการอย่างไร แต่จิตใจเรื่องของความเชื่อ เราสัมผัสไม่ได้ ว่าเป็นอย่างไร เขาต้องการอย่างไร เพื่อให้เข้าใจตรงนั้นให้มากขึ้น” (HI3 วันที่สัมภาษณ์ 20/04/59)

“ประเด็นเรื่องการบริการรักษาพยาบาล อยากให้มีแนวทางในการให้บริการผู้ป่วยชาวไทยมุสลิมสำหรับพยาบาลทั่วประเทศ ไม่ใช่เฉพาะทางใต้เท่านั้น บางอย่างเราไม่เข้าใจในลักษณะของเขา

เราจะถามแนวไหนที่เหมือนว่าจะไม่ไปล้ำเขตเขา ที่สำคัญคือ ควรจะถามใหม่ คือคนที่เป็นมุสลิมเขาจะคิดว่า ทางเราไม่เข้าใจ พอไม่เข้าใจเขาไม่พูด ทางเราก็อยากถาม แต่จะถามได้ไหม ไม่กล้าถามเกรงว่าจะไม่ถูกใจกัน กลายเป็นว่าไม่ได้อะไรเลย เพราะฉะนั้นสิ่งที่อยากได้คือข้อมูล อย่างเป็นเว็บไซต์ พอไปค้นหาก็ก็นั่นแหละ เชื่อถือได้ไหม จริงไหม คืออยากให้มันเป็นแนวทางแบบนี้เลย” (HO1 วันที่สัมภาษณ์ 20/04/59)

“คำแนะนำที่จะออกมาควรจะเป็นว่า ในประเด็นไหนที่ควรจะถามหรือควรหลีกเลี่ยง ถ้าจำเป็นต้องถามควรจะถามอย่างไร เช่น ถามว่าทำหมันหรือยัง หรือประโยชน์นี้ไม่ควรถาม แต่ควรถามในแนวอื่น คือ ถึงเราจะมีผู้ป่วยมุสลิมน้อย เราก็อยากได้แนวทางการปฏิบัติตรงนี้ เพราะอนาคตข้างหน้า รู้สึกว่าทางใต้จะย้ายมาทางภูมิภาคนี้เยอะขึ้น เช่น มาทำสวนยาง” (HO1 วันที่สัมภาษณ์ 20/04/59)

“จากแบบสอบถาม อยากได้เพิ่ม คือ เหตุผลประกอบ เช่น อิสลามห้ามการคุมกำเนิดทุกประเภท เพราะอะไร แล้วถ้ามุสลิมคุมกำเนิดจะผิดหลักศาสนาไหม หรือถ้าเราถามเกี่ยวกับการคุมกำเนิด แล้วเขาตอบเราเขาจะผิดไหม สิ่งที่ยากรู้เพิ่ม เช่น เรื่องอาหารฮาลาลที่ไม่มีส่วนผสมของเนื้อหมู ถ้าเป็นเนื้ออื่นๆ ผสมได้ไหม ยาที่นำมาใช้รักษาโรค เช่น ยาประสานบางตัวมีแอลกอฮอล์ หรือมีตัวอื่นที่เป็นทางเลือก หรือเมื่อผู้ป่วยมานอนแอดมิด ต้องการอาหารฮาลาล อาหารฮาลาลตามหลักการศาสนาคืออะไร อะไรที่จะไม่ละเมิดสิทธิของคนไข้ อะไรที่จะไม่ล่วงเกินคนไข้ โดยที่เราไม่รู้ตัว” (HO1 วันที่สัมภาษณ์ 20/04/59)

“ข้อเสนอแนะ น่าจะมีคู่มือออกมาแจกตามโรงพยาบาลต่างๆ คู่มืออาจจะมีลักษณะเป็นแนวทาง เป็นโปสเตอร์ ออกมาตามเทศบาลก็ได้ ส่งให้ทาง สสจ. รพ. เพื่อให้รู้ว่าถ้าเป็นมุสลิมมารับบริการในเขตของเรา เราควรปฏิบัติตัวหรือแนะนำอย่างไร ประชาสัมพันธ์มา ถ้าทางทีมวิจัยทำมาให้ทางโรงพยาบาล ส่งมาให้เลย เช่น ช่วงที่กลับมาจากประกอบพิธีฮัจญ์ อาจจะต้องมีการคัดกรองโรคเป็นข้อมูลความรู้มาให้ ทางเราจะได้ประชาสัมพันธ์เผยแพร่” (HO2 วันที่สัมภาษณ์ 20/04/59)

“ข้อเสนอแนะ อยากได้คำแนะนำว่า คนมุสลิม ต้องการอะไรบ้างเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล เพราะเราเองก็ไม่ว่าเขาต้องการอะไรบ้าง จะได้ให้บริการได้ตรงตามความต้องการ เช่น การพบแพทย์ แพทย์ผู้หญิงหรือผู้ชาย เพศไหนได้ หรือต้องเปิดเผยอะไรได้บ้าง เราก็เลยให้บริการทั่วๆ ไป เราก็อยากให้บริการที่เหมือนๆ กันทุกเพศทุกศาสนา ถ้าอันไหนที่เราพอทำได้ เราก็พร้อมที่จะทำตามความเหมาะสม” (HO3 วันที่สัมภาษณ์ 20/04/59)

“อยากได้คู่มือแบบว่าคู่มือแบบวัฒนธรรมของเขา ข้อห้ามหรือข้ออะไรเวลาที่เขามาโรงพยาบาล พวกเราวิชาชีพควรจะรู้บ้าง เช่น เรื่องอาหารฮาลาล อาหารฮาลาลคืออะไรไม่มีหมูอย่างเดียวเลยหรือป่าว หรือว่ามันต้องแยกขนาดไหนอะไรยังไง ถูกลดจนจำเป็นถึงขนาดไหน อย่างไร ไม่ลงลึก” (EI3 วันที่สัมภาษณ์ 03/05/59)

“ในกรณีที่คนไข้เป็นมุสลิมมาแอดมิด มีอะไรที่แตกต่างจากศาสนาพุทธไหม เช่น ข้อมูลเบื้องต้นในการดูแลผู้ป่วยมุสลิม อยากได้เป็นหนังสือหรือคู่มือ ถึงแม้จะมีผู้ป่วยมุสลิมน้อยรายก็ตาม ถือว่าเป็นสิ่งที่ได้เรียนรู้ ได้องค์ความรู้ ว่าถ้าเจอแบบนี้ จะต้องทำอะไรบ้าง หรือดูแลอะไรเป็นพิเศษบ้าง เช่น ไม่รู้ว่าต้องละหมาดวันละ 5 เวลา ถ้ารู้ก็จะได้อาถามเขาว่าต้องการสถานที่ละหมาดไหม

อย่ารู้ แต่เขาอาจจะไม่กล้าพูดกับเรา เราก็เลยไม่รู้ว่าการต้องการของเขามีอะไรบ้างในเบื้องต้นที่เขาอยากให้เราช่วย” (HI2 วันที่สัมภาษณ์ 20/04/59)

## ส่วนที่ 7 ปัญหาและข้อจำกัดในการบริหารจัดการบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารโรงพยาบาล พบว่า ปัญหาและข้อจำกัดในการจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีอิสลาม ได้แก่ 1) ผู้บริหารไม่เข้าใจและไม่ทราบองค์ความรู้เกี่ยวกับวิถีอิสลาม บางประเด็นยังมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน ไม่ถูกต้อง และไม่ชัดเจน 2) ข้อจำกัดด้านสภาพแวดล้อมหรือบริบทของพื้นที่ โดยทั่วไปสถานที่ของโรงพยาบาลยังไม่เพียงพอต่อการให้บริการรักษาผู้ป่วยซึ่งเป็นภารกิจหลักของโรงพยาบาลและมีความสำคัญลำดับแรก การหาสถานที่เพื่อทำห้องละหมาดจึงเป็นปัญหา และสถานที่ตั้งของห้องละหมาดอาจไม่เอื้อหรือไม่เหมาะสมต่อการเข้ามาใช้บริการของผู้รับบริการ 3) โรงพยาบาลบางแห่งจำนวนผู้ใช้บริการที่เป็นชาวไทยมุสลิมมีจำนวนน้อย การจัดบริการที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม เช่น การแยกทำครัวฮาลาล ห้องละหมาด เมื่อพิจารณาด้านเศรษฐศาสตร์ไม่คุ้มค่าการลงทุน ในขณะที่งบประมาณมีจำนวนจำกัด แต่ผู้บริหารได้เห็นความสำคัญและมีความพยายามที่จะพัฒนาปรับปรุงการจัดบริการที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม และพยายามแก้ไขปัญหาเฉพาะราย เมื่อผู้รับบริการชาวไทยมุสลิมมีความต้องการ 4) บริบททางสังคมเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ช่วยเอื้ออำนวยในการจัดบริการที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม เช่น การที่โรงพยาบาลมีบุคลากรที่เป็นมุสลิมและคอยให้คำแนะนำ ส่งเสริม สนับสนุน การบริการที่เกี่ยวข้องกับวิถีอิสลาม การปรับตัวของผู้รับบริการ การแก้ปัญหาเฉพาะรายของผู้บริหารจัดการและผู้ให้บริการ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

### 1) ด้านองค์ความรู้ ความเข้าใจของผู้บริหารโรงพยาบาล

“บุคลากรทางการแพทย์ ส่วนหนึ่ง ไม่ได้เข้าใจวิถีมุสลิม” (CE1 วันที่สัมภาษณ์ 26/04/59)

“เพิ่งมาอ่านในแบบสอบถาม เพิ่งรู้ว่าต้องมีที่อาบน้ำละหมาดด้วย...องค์ความรู้ด้านนี้ยังไม่เคยมีใครมาพูดให้ฟัง คือเข้าใจว่าต้องอาบน้ำเลย” (EE1 วันที่สัมภาษณ์ 25/05/59)

“เรื่องอาหารฮาลาล เนื่องจากเราไม่มีองค์ความรู้ ถ้ารู้ว่าที่ถูกต้องเป็นอย่างไร ก็อาจจะต้องนำเรื่องเข้าไปหารือ คือไม่มีใครพูดถึงประเด็นพวกนี้” (EE1 วันที่สัมภาษณ์ 25/05/59)

“ความรู้เรื่องวิถีอิสลามเหล่านี้ ไม่เคยมีใครมาพูดให้ฟัง ส่วนหนึ่งทางองค์กรควรที่จะเข้าไปคุยกับกระทรวงให้เป็นนโยบายเลย ...ในส่วนของโรงพยาบาลต้องมีการอิสลามไปให้ความรู้แบบนี้ ...เดี๋ยวนี้การประกันสุขภาพก็ได้จำกัด แค่เรื่องรักษาโรคอย่างเดียว แต่ครอบคลุมไปถึงจิตวิญญาณซึ่งเป็นความหมายที่ว่ากันมาหลายปีแล้ว ถ้าพูดถึงเรื่องศาสนาก็เป็นส่วนหนึ่งซึ่งเหมือนกับว่าทางผู้อำนวยการก็ต้องมีความเคารพในเรื่องความเชื่อหรือสิ่งที่เขาปฏิบัติ” (EE1 วันที่สัมภาษณ์ 25/05/59)

“บุคลากรทางการแพทย์ทั้งแพทย์และพยาบาล โดยลึกๆ แล้ว อาจจะยังไม่รู้วิธีการปรับยาว่าจะกินตอนไหนในช่วงเดือนรอมฎอน แม้ว่าที่นี่จะมีงานวิจัย แต่ไม่ใช่ทุกคนที่จะเข้าใจ” (CE1 วันที่สัมภาษณ์ 26/04/59)

“เรื่องอาหารฮาลาล คือ มีอาหารสำหรับมุสลิม ที่โรงอาหารจะมีเป็นร้านขาย สำหรับผู้ป่วย ทางเราพยายามเลี่ยงไม่ให้มีพวกหมูปนอยู่แล้ว ส่วนมากทำด้วยไก่ด้วยปลามากกว่า ก็เอื้อต่อศาสนา ด้วย” (CE2 วันที่สัมภาษณ์ 23/03/59)

“เรารู้ว่าคนไข้เราส่วนใหญ่เป็นมุสลิม เพราะฉะนั้นอาหารเราจะไม่ประกอบด้วยหมู แต่จะใช้ไก่หรือปลาแทน” (CE2 วันที่สัมภาษณ์ 23/03/59)

“ไก่ที่มาจากไหน ไม่ได้มาจากร้านอิสลามโดยตรง เพราะว่าโรงครัวเรา ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่ที่ประกอบอาหารก็เป็นพุทธ ไม่ใช่มุสลิม แต่เราเลี่ยงโดยการไม่ใช้หมู แต่ใช้ไก่หรือปลาแทน” (CE2 วันที่สัมภาษณ์ 23/03/59)

“เรื่องอาหารฮาลาล ไม่รู้ว่าทางโรงพยาบาลมีครัวฮาลาลถูกต้องตามหลักศาสนาอิสลามหรือเปล่า แต่รู้ว่าอาหารนี้ มุสลิมทานได้ ไม่รู้ว่าฮาลาลนี้มีนัยลักษณ์ไหน” (CE1 วันที่สัมภาษณ์ 26/04/59)

“เรื่องของการจัดบริการตามหลักการศาสนาในเรื่องของอาหาร ...เมื่อก่อนใหม่ๆ เราก็คิดว่าแค่เป็นไก่...” (GE2 วันที่สัมภาษณ์ 04/04/59)

“เรื่องอาหารฮาลาล ...ที่ผ่านๆ มาเป็นเรื่องของทางฝ่ายโภชนาการ พยายามเป็นปลายทางก็สั่งว่าต้องการอาหารอิสลาม เรื่องนี้คือไม่รู้จริงๆ” (HE2 วันที่สัมภาษณ์ 20/04/59)

“เรามีห้องน้ำ เป็นห้องส้วมอยู่ทางด้านหลังตึก สำหรับอาบน้ำละหมาด แต่ไม่แน่ใจว่าจะสะอาดหรือเปล่า” (BE2 วันที่สัมภาษณ์ 21/04/59)

## 2) บริบทด้านพื้นที่ และสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล

“เรื่องสถานที่ละหมาด เนื่องจากเตียงของเราเต็มตลอด เรื่องสถานที่ละหมาดอาจจะเป็นข้อจำกัดของทางโรงพยาบาล อาจจะไม่มี...” (FE2 วันที่สัมภาษณ์ 11/04/59)

“ห้องละหมาด น่าจะคับแคบ เพราะมีอยู่ทีเดียว ได้ยินเสียง complain ให้แยกชายหญิง แต่ว่ามีข้อจำกัดของพื้นที่ทางโรงพยาบาล” (AE1 วันที่สัมภาษณ์ 29/03/59)

“เรื่องสถานที่ละหมาดในโรงพยาบาล เราไม่ได้จัดให้เป็นพื้นที่เฉพาะ เพราะเราไม่มีพื้นที่ที่จะจัดให้ แต่ถ้ามาร้องขอ ก็อาจจะจัดพื้นที่ให้ถ้าพอมีพื้นที่ ก็ต้องดูบริบทแต่ละตึก” (HE1 วันที่สัมภาษณ์ 03/06/59)

“โดยนโยบายของโรงพยาบาล คือดูแลผู้ป่วยทุกชาติศาสนาไม่แบ่งแยก ไม่ว่าจะนับถือศาสนาอะไร แต่ด้วยข้อจำกัดในเรื่องสถานที่ ตรงนี้เราไม่สามารถจะจัดสถานที่ให้คนไข้ทำละหมาดเป็นห้องละหมาดได้ แต่ถ้าจัดเป็นมุมนั้นมุมนี่ ต้องคุยกับทีมผู้ให้บริการเองว่าจัดอย่างไร แต่โรงพยาบาลพยายามหาที่ให้ แต่ ณ ตอนนี้นี้ยังไม่มีห้องให้ นี่คือข้อจำกัด แต่ทางผู้บริหารสนับสนุนพยายามจะจัดให้ได้ตามความเหมาะสม” (HE2 วันที่สัมภาษณ์ 20/04/59)

“เรื่องสถานที่ละหมาด เนื่องจากเตียงของเราเต็มตลอด อาจจะไม่มีข้อจำกัดของทางโรงพยาบาล อาจจะไม่มี แต่ถ้ามีผู้ร้องขอ เราก็อาจจะจัดสถานที่ให้เป็นรายๆ ไป เป็นมุม เฉพาะเวลาไป เนื่องจากส่วนหนึ่งมุสลิมมาใช้บริการน้อย ถ้าจัดห้องให้ก็จะเสียพื้นที่ไปหนึ่งห้อง ซึ่งทางโรงพยาบาลมีข้อจำกัดเรื่องพื้นที่ ไม่มีให้จริงๆ แต่ในตรงนี้เราก็รู้สึกว่า เราต้องไม่ขัดต่อหลักศาสนา ก็

เคยมีมาร้องขอทำละหมาด แต่ว่าไม่บ่อย เพราะส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่ถูกส่งมาที่นี่จะเคลื่อนย้ายตนเองไม่ค่อยได้ ส่วนใหญ่จะเป็นญาติมากกว่าที่ขอทำละหมาด” (FE2 วันที่สัมภาษณ์ 11/04/59)

“การดูแลจัดทำตามหลักพิธีกรรมของศาสนาหรือความเชื่อ เราไม่ขัดต่อหลักของศาสนาทุกศาสนา ใครจะทำอะไรตามลัทธิตามความเชื่อของตัวเองได้หมด เราสนับสนุน เพียงแต่ว่าของเราติดขัดตรงสถานที่ โรงพยาบาลเราไม่ได้จัดห้องไว้ให้ศาสนาใดศาสนาหนึ่งโดยเฉพาะ...” (GE2 วันที่สัมภาษณ์ 04/04/59)

“ห้องละหมาด เจ้าหน้าที่ที่เป็นมุสลิมไปจัดการเอง โรงพยาบาลหาสถานที่ให้ เดิมทีตรงนั้นเป็นห้องประชุมของโครงการ...เราปิดห้องประชุมตรงนั้นให้เป็นห้องละหมาด...ต่อมาทางโรงพยาบาลรื้อตึกนั้นออก ก็ไม่มีสถานที่ให้ ก็เลยมาขอให้กลุ่มงาน...ช่วยอำนวยความสะดวกเรื่องสถานที่ให้ แต่เขาก็ไม่ได้ให้ถาวรเลยคือ พื้นที่เราไม่มี” (BE2 วันที่สัมภาษณ์ 21/04/59)

“...การจัดห้องละหมาดให้สำหรับคนทั่วไปและเจ้าหน้าที่ทั่วไป...มุสลิมที่มาใช้บริการจะไปละหมาดได้ แต่ผู้มารับบริการก็ต้องบริหารเวลาของตนเอง เพราะว่าห้องไม่ได้ตั้งอยู่ที่ตึกผู้ป่วยนอก โดยสภาพของโรงพยาบาลเราก่อนข้างคับแคบ ห้องเราก็ไม่มี แต่เราก็พยายามทำให้ทุกศาสนาเท่าเทียมกัน” (BE2 วันที่สัมภาษณ์ 21/04/59)

“พยาบาลผู้ปฏิบัติตามวอร์ดผู้ป่วยใน มีการชี้ประเด็นเรื่องอาหารฮาลาล สถานที่ละหมาด มาสู่ทีมผู้บริหาร พวกเราเอาประเด็นเหล่านี้มาพูดคุยกันในระดับผู้บริหารของโรงพยาบาล ซึ่งตรงนี้ยังเป็นประเด็นที่ติดค้างอยู่ เพราะผู้บริหารทุกคนเห็นความสำคัญ แต่ไม่สามารถจัดสรรพื้นที่ที่จะเป็นห้องๆ ชัดเจน” (HE2 วันที่สัมภาษณ์ 20/04/59)

### 3) ด้านเศรษฐศาสตร์ความคุ้มค่า เนื่องจากผู้รับบริการชาวไทยมุสลิมมีจำนวนน้อย

“เรื่องอาหารฮาลาล แล้วแต่บริบทของแต่ละโรงพยาบาลว่ามีคนไข้ที่เป็นมุสลิมมากน้อยแค่ไหน” (CE2 วันที่สัมภาษณ์ 23/03/59)

“...โรงพยาบาลเราไม่ได้จัดห้องไว้ให้ศาสนาใดศาสนาหนึ่งโดยเฉพาะ ...เนื่องจากเรามีคนใช้มุสลิมน้อย ...” (GE2 วันที่สัมภาษณ์ 04/04/59)

“...การทำครัวฮาลาล ถ้าเป็นผู้บริหารอาจจะคิดว่า คุ้มค่าหรือไม่ เพราะต้องใช้งบประมาณส่วนหนึ่ง” (CE1 วันที่สัมภาษณ์ 26/04/59)

“เนื่องจากที่นี่มีผู้ป่วยที่เป็นมุสลิมน้อย การจะแยกทำครัวฮาลาล อาจจะไม่คุ้มค่าการลงทุน หากพิจารณาในเชิงเศรษฐศาสตร์ คือถ้าครอบครัวไม่เตรียมมาเอง ทางโรงพยาบาลจัดให้ ไม่เคยมีผู้ป่วยหรือญาติมาร้องเรียน เข้าใจว่า เขาก็ดูแลตัวเอง” (HE1 วันที่สัมภาษณ์ 03/06/59)

“ส่วนหนึ่งผู้ป่วยมีจำนวนน้อย เราก็จะใช้วิธีผู้ป่วยดูแลตนเอง ไปซื้อในร้านที่อยู่ในชุมชน หรือเตรียมมาเอง เนื่องจากขนาดหรือจำนวนผู้ป่วยมุสลิมไม่เยอะ เราก็เลยยังไม่มีแนวทางที่จะดำเนินการอย่างไร แต่ถ้าอนาคตมีความจำเป็น คือถ้าผู้ป่วยมุสลิมมีจำนวนมากขึ้น ในกรณีที่ครอบครัวผู้ป่วยมีการร้องขอ คือดูแลตนเองไม่ได้ เราก็คงต้องเข้าไปช่วย แล้วแต่ความจำเป็น” (HE1 วันที่สัมภาษณ์ 03/06/59)

“เรื่องสถานที่ละหมาด แล้วแต่บริบทของแต่ละโรงพยาบาลว่ามีคนใช้ที่เป็นมุสลิมมากน้อยแค่ไหน” (CE2 วันที่สัมภาษณ์ 23/03/59)

“เราให้ความสำคัญถ้ามีจำนวนผู้ป่วยหรือญาติที่มาใช้บริการจำนวนเยอะในระดับหนึ่ง เราก็จะถามเรื่องความพึงพอใจ ... เราก็ต้องจัดบริการให้ ถ้าคนใช้บริการมากพอ แต่ตอนนี้มันยังไม่เยอะ... โรงพยาบาลเลยไม่ได้จัดบริการอะไรมาก แต่ในอนาคตถ้าเป็นอาเซียนน่าจะขยายเพิ่มมากขึ้น ” (GI1 วันที่สัมภาษณ์ 27/04/59)

“กลุ่มมุสลิมยังมีน้อย เพราะมีอะไรที่เป็นปัญหาอีกมากมายที่ให้เราต้องทำก่อน เราก็มองว่าในส่วนของมุสลิม เราก็จัดการให้ได้ในระดับหนึ่งแล้ว ซึ่งแต่เดิมไม่เคยมีห้องละหมาด แต่ก็จัดมาหลายปีแล้ว เพราะมีเรื่องของการพัฒนาคุณภาพเข้ามา เราจึงต้องจัดบริการให้ประชาชน เราก็เลือกแล้วหาพื้นที่ เกิดการจัดกาจัดขึ้น ซึ่งบางทีเราก็นึกไม่ถึง แต่พอทำเรื่องของการพัฒนาคุณภาพเราก็นึกว่าต้องดูแลทุกภาคคนเท่าเทียมกัน ...เวลาประเมินคนไข้ก็ต้องดูในเรื่องของศาสนา วัฒนธรรม ภาษาพูด ที่เราต้องรู้ว่าคนไข้ของเราแต่ละคน เราต้องสนองความต้องการอะไรให้เขาบ้างเป็นในลักษณะนั้น ” (DE2 วันที่สัมภาษณ์ 10/06/59)

“ในอนาคตถ้ามีมุสลิมมาใช้บริการเพิ่มมากขึ้น อาจจะมีการจัดการเรื่องอาหารฮาลาลสถานที่ละหมาด เพราะโรงพยาบาลจะต้องพิจารณาในเรื่องของความคุ้มทุน เพราะโดยทั่วไปอาหารต่อรายหัวที่เราไปซื้อก็แพงกว่าที่เราทำเองตามที่ได้งบประมาณมา แต่เราก็ต้องถ่วงเฉลี่ยกันไป เพราะเราไม่ได้ลงทุนในเรื่องของคน อุปกรณ์ แต่ถ้าคนเพิ่มมากขึ้นเพียงพอ แยกครัวฮาลาลออกมาแล้วคุ้มทุน โรงพยาบาลก็คงไม่ปฏิเสธ ก็คงต้องจัดการให้ เป็นเรื่องของการบริหารจัดการ เรื่องความคุ้มทุน คุ้มค่า” (FE2 วันที่สัมภาษณ์ 11/04/59)

“การให้บริการผู้ป่วยทุกศาสนา เราดูแลให้ในหลักการของความเท่าเทียมกัน โดยบริบทของจังหวัด มีพี่น้องมุสลิมอยู่บ้างแต่ไม่มาก แล้วเรามีชุมชนของมุสลิมอยู่ใกล้กับโรงพยาบาล ” (GE2 วันที่สัมภาษณ์ 04/04/59)

“โดยนโยบายของโรงพยาบาล คือดูแลผู้ป่วยทุกชาติศาสนาไม่แบ่งแยก ไม่ว่าจะนับถือศาสนาอะไร แต่ด้วยข้อจำกัดในเรื่องปริมาณผู้ป่วย เรื่องสถานที่ ตรงนี้เราไม่สามารถจะจัดสถานที่ที่คนไข้ทำละหมาดเป็นห้องละหมาดได้ แต่ถ้าจัดเป็นมุมเล็กๆ ต้องคุยกับทีมผู้ให้บริการเองว่าจัดอย่างไร แต่โรงพยาบาลพยายามหาที่ให้ แต่ ณ ตอนนี้อยู่ไม่มีห้องให้ นี่คือข้อจำกัด แต่ทางผู้บริหารสนับสนุนพยายามจะจัดให้ได้ตามความเหมาะสม” (HE2 วันที่สัมภาษณ์ 20/04/59)

## ส่วนที่ 8 แนวทางในการจัดบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม และเสริมสร้างประเด็นที่เอื้อต่อการเข้ารับบริการสาธารณสุขของชาวไทยมุสลิม

สำหรับแนวทางในการจัดบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม และเสริมสร้างประเด็นที่เอื้อต่อการเข้ารับบริการสาธารณสุขของชาวไทยมุสลิม พบว่า โรงพยาบาลบางแห่งได้มีการพัฒนาเชิงรุกในด้านการจัดบริการที่สอดคล้องกับวิถีอิสลามและประสบผลสำเร็จ เนื่องจากปัจจัยด้านบริบททางพื้นที่และสังคมที่เอื้อต่อการจัดบริการตามวิถีอิสลาม เช่น โรงพยาบาลตั้งอยู่ในแหล่งชุมชนมุสลิม มีผู้บริหารและผู้ให้บริการให้ความสำคัญ มีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกล มีบุคลากรทางการแพทย์และ



สาธารณสุขที่เป็นมุสลิมเป็นแกนนำคอยชี้แนะ ให้คำปรึกษา แนะนำ ผู้บริหารโรงพยาบาลในการจัดการบริการสาธารณสุขตามวิถีอิสลาม นอกจากนี้กลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาลยังมีแนวคิดเพื่อเป็นแนวทางในการจัดบริการสาธารณสุขว่า ต้องพัฒนาระบบการบริการที่มีอยู่ในปัจจุบันให้สอดคล้องกับวิถีอิสลามมากขึ้น

“ครัวฮาลาล เป็นแนวคิดหรือนโยบายของผู้บริหาร และมีน้องมุสลิมที่เป็นเจ้าหน้าที่คอยสอดส่องดูแล ถ้ามีปัญหาอะไรก็จะแนะนำให้แก่ผู้บริหาร” (BE2 วันที่สัมภาษณ์ 21/04/59)

“นโยบาย แนวคิด เรื่องครัวฮาลาล ห้องละหมาด มาจากเจ้าหน้าที่บุคลากรที่เคร่งครัด ไม่ได้มาจากผู้บริหาร เพราะผู้บริหารบางท่านก็มาจากที่อื่น ไม่ได้มาอยู่ประจำ ไม่รู้บริบทของพื้นที่ ถ้าผู้บริหารเป็นคนพื้นที่หรืออยู่มานานจะเข้าใจบริบทมากขึ้น” (CE1 วันที่สัมภาษณ์ 26/04/59)

“ด้านการปฏิบัติศาสนกิจ การให้บริการสำหรับที่นี่เหมือนระบบบริการเดิมเอื้ออยู่แล้ว เหมือนกับว่าคนที่มาก็ไม่ได้รู้สึกต้องการอะไรมากกว่านี้ เช่น เรื่องละหมาด อาหารผู้ป่วยใน อาจจะ เป็นวิถีชีวิตที่อยู่กันมานานแล้ว ผู้ป่วยเลยไว้วางใจ คือ ถ้าเขาทานอาหารนี้ไม่ได้ ก็ซื้อทานข้างนอก เราอยู่ร่วมกันมาโดยมุสลิมได้มีการปรับตัวให้เข้ากับการบริการของระบบสาธารณสุขไทยมากกว่า แต่ถ้าเป็นในสามจังหวัดชายแดนใต้ ทางเจ้าหน้าที่ทางโรงพยาบาลต้องไปปรับตัวให้เข้ากับทางผู้ป่วยมากกว่า คือมันมีความต่าง เท่าที่สัมผัส คือทางสามจังหวัดชายแดนใต้ อาจจะเพราะประชากรส่วนใหญ่เป็นมุสลิม ทำให้เขาอาจจะรู้รายละเอียดของการปฏิบัติทางศาสนกิจเยอะกว่า แล้วมีผู้รู้ที่ช่วยส่งเสริมการปฏิบัติของเขามากกว่าทำให้เขาอาจจะคุ้นชินกับสภาพแวดล้อมแบบนั้น” (AE2 วันที่สัมภาษณ์ 28/03/59)

“ที่จังหวัดนี้และจังหวัดใกล้เคียง มุสลิมจะมีวิถีชีวิตที่ใกล้เคียงกับไทยพุทธ เช่น ด้านภาษา แต่ ถ้าเป็นสามจังหวัด วิถีชีวิตหรือการปฏิบัติศาสนกิจจะมีความต่างอยู่ เช่น การกิน การละหมาด ที่สามจังหวัดพอถึงเวลา เขาจะมีระเบียบเคร่งครัดมากกว่า แต่ถ้าทางสองจังหวัดนี้จะยืดหยุ่น คือไปทำตอนไหนก็ได้ หรือไปชดใช้ที่บ้านก็ได้ ส่วนอาหาร ถ้าเป็นงานที่ใช้ร่วมกับคนอื่น เขาจะไม่ทานเลย ต้องเป็นงานที่ใช้เฉพาะเท่านั้น ถ้าเป็นสามจังหวัดนี้ค่อนข้างเข้มงวด ทางโรงพยาบาลเขาก็จะแยกครัวมุสลิม ออกแล้ว ความไว้วางใจเขาก็ยังไม่ค่อยเต็มร้อย เขาก็ยังไม่เชื่อ บางทีเขาก็ไปหาทานเอง คือถ้าเป็นโรงพยาบาลที่สามจังหวัดเขาไว้วางใจ แต่ถ้าเป็นที่นี่เขายังไม่ไว้วางใจ” (AE2 วันที่สัมภาษณ์ 28/03/59)

“ไม่เคยมีใครมาขอดูครัวฮาลาล ส่วนใหญ่ก็คือตัดสินใจเองเลยว่าทานหรือไม่ทาน เราก็จะบอกเขาไปเลย ว่าที่นี่แยกครัวแล้ว ทานได้เลย ถ้าเขาเห็นเราบอกด้วยความมั่นใจ เขาก็จะทาน คือจะให้เขาถามเขาจะไม่ถาม เขายอมไปซื้อกินเองดีกว่า ถ้าเราบอกเขาไปเลย เขาก็มั่นใจที่จะกิน (เพราะว่า ถ้าถามอาจจะถูกมองว่าเป็นพวกหัวรุนแรง เดียวไม่ได้บริการเหมือนคนอื่น)” (AE2 วันที่สัมภาษณ์ 28/03/59)

“ด้านภาษาที่สื่อสาร คือถ้าเป็นมุสลิมแถวนี้ไม่มีปัญหา เพราะมุสลิมแถวนี้พูดภาษาไทย ความละเอียด การปฏิบัติทางศาสนาต่างจากสามจังหวัดชายแดนใต้ คือ รายละเอียดจะไม่ค่อยเยอะ แต่ที่นี่ค่อนข้างจะมาทางสากล” (AE2 วันที่สัมภาษณ์ 28/03/59)

“หมอและพยาบาลส่วนหนึ่งที่นี่ ไม่ใช่คนในพื้นที่ เวลาที่มาเจอกับวิถีมุสลิมเขาก็จะปรับตัวอย่างรวดเร็ว เท่าที่ดู ทุกคนก็พยายามที่จะเรียนรู้วิถีชีวิต อย่างเช่นคนไข้ที่อาการหนัก ที่ไม่ประสงค์จะ

รักษา อยากจะเอากลับไปที่บ้าน คือหมอพยาบาลเขาก็ให้ข้อมูลที่ละเอียดในเรื่องของอาการและการรักษา พยายามจะอธิบายให้ญาติฟังว่าถ้าเอากลับไปแล้วผลกระทบเป็นอย่างไร แล้วก็เอากการตัดสินใจของคนไข้เป็นหลัก และเคารพการตัดสินใจของญาติ” (AE2 วันที่สัมภาษณ์ 28/03/59)

“ปัญหาเรื่องการให้เลือด ในอดีตเคยมีปัญหา แต่ปัจจุบันไม่ค่อยมีปัญหา อาจจะเป็นเพราะว่าพอมีปัญหาคือปฏิเสธการรับเลือด แต่ถ้ามีคำชี้แจงจากคุณหมอที่เป็นมุสลิมก็ทำให้เขาเข้าใจและยอมรับ” (AE2 วันที่สัมภาษณ์ 28/03/59)

“นอกจากความเชื่อเรื่องศาสนาหลักๆ แล้วมันก็มีความเชื่อเรื่องส่วนบุคคลอีกเยอะแยะ เราก็ต้องถามเขาว่า เราต้องทำอะไรเพิ่มเติมให้เขาอีก อย่างเช่นการได้เรียนรู้วิถีชีวิตของมุสลิมอีกด้านหนึ่งของมุสลิม พอมาเล่าสู่กันฟัง ก็ทำให้เราเข้าใจ ได้นำกลุ่มมุสลิมมาเป็นเคสในการนำเสนองานวิจัย การเรียนรู้วิถีมุสลิมร่วมกัน ก็เป็นการได้เรียนรู้ร่วมกันอีกวิธีหนึ่ง” (AE2 วันที่สัมภาษณ์ 28/03/59)

“เรื่องการจัดสถานที่สำหรับทำละหมาด ก็ทำเป็นสัดส่วนดี แล้วก็ในเรื่องของความยืดหยุ่นระเบียบ พยายามทำความเข้าใจกับคนไข้ คือบอกเหตุผลของการรักษา สมมติว่าถ้าเหตุผลขัดกับหลักความเชื่อของศาสนาก็ต้องอธิบายในเชิงทางการแพทย์ให้เขาดูตัดสินใจ ในเรื่องของอาหารที่ต้องทำให้เขามีความเชื่อมั่นว่าสิ่งที่เขาได้รับนั้นไม่ขัดกับความเชื่อของศาสนา” (AE2 วันที่สัมภาษณ์ 28/03/59)

“การให้บริการแก่มุสลิม จะมีในเรื่องละหมาด เรื่องช่วงถือศีลอด ซึ่งในส่วนของการสาธารณสุข จะบริหารจัดการในเรื่องของยา การปรับเปลี่ยนยา มี research R2R เกี่ยวกับเรื่องของการปรับยาเยอะแยะ แม้แต่เรื่องอาหารฮาลาล” (AE1 วันที่สัมภาษณ์ 29/03/59)

“โรคเรื้อรังทั้งหลายที่ต้องปรับเรื่องอาหารหรือว่าช่วงเดือนรอมฎอนก็พยายามให้เจ้าหน้าที่ไปศึกษาหรือทำเรื่องนี้โดยเฉพาะ เช่น การปรับยา DM ในมุสลิม การให้ยาเบาหวานในมุสลิม และพยายามทำ protocol ออกมา เพื่อให้แพทย์ที่ไม่ใช่มุสลิมเข้าใจ รวมทั้ง R2R วิจัยออกมา เพราะหาโรงพยาบาลได้น้อยที่จะอยู่ในลักษณะบริบทแบบของโรงพยาบาลเรา เพื่อนำผลงานวิจัยที่ได้มาใช้ประโยชน์ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลจริง ๆ ...ว่าเราปฏิบัติอย่างไรกับคนไข้มุสลิม การปฏิบัติเหล่านี้ตามโรงเรียนแพทย์ไม่มี paper เลย อาจจะเป็นเพราะแต่ละโรงพยาบาลมีบริบทแตกต่างกันไป” (CE1 วันที่สัมภาษณ์ 26/04/59)

“ตอนที่มาอยู่ที่นี่แรกๆ ครีวฮาลาลยังไม่มี แต่พอมีบริบททางสังคม ก็ต้องตอบสนองกับผู้รับบริการ โดยรวมคนไทยเราจะยืดหยุ่นกันได้ การแก้ปัญหาเฉพาะหน้าต้องเป็นไปตามบริบท ตามสถานการณ์ ที่ต้องเป็นนโยบายคือเรื่องครีวฮาลาล ที่ต้องเป็นเรื่องเป็นราวชัดเจน” (AE1 วันที่สัมภาษณ์ 29/03/59)

“ในเรื่องของวิถีมุสลิม เจ้าหน้าที่ที่เป็นตัวแทนมุสลิม ต้องเป็นผู้ริเริ่มและดำเนินการขึ้นมา คือถ้าต้องการอะไรก็ต้องทำเรื่องเสนอขึ้นมา เพราะทางเราก็ไม่รู้ความต้องการ ถ้าเขาต้องการอะไรเพิ่มเติมก็ต้องเสนอแนะเรา หากเสนอขึ้นมาก็ต้องได้รับการสนับสนุนตามความเหมาะสม เพราะทางเราก็คิดว่าครอบคลุมแล้ว แต่อาจจะไม่ใช่เชิงลึก เพราะกรรมการบริหารเองก็ไม่ได้เป็นมุสลิม เพราะฉะนั้นเราจะไม่มีความรู้ตรงนี้ และเราจะไม่รู้ถึงความต้องการและปัญหา เพราะเท่าที่ผ่านมา ก็ไม่ได้รับปัญหาเกี่ยวกับวิถีมุสลิมอะไรเลย ก็เลยไม่ทราบว่าการอะไร” (CE2 วันที่สัมภาษณ์ 23/03/59)

“ข้อมูลส่วนหนึ่งที่มาจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมุสลิมหรือญาติ พบว่า สถานที่อาบน้ำละหมาดยังรวมกันอยู่ คือทั้งหญิงและชายใช้ร่วมกัน ... ในส่วนนี้มีเจ้าหน้าที่มุสลิมดูแลอยู่ ซึ่งเขาก็ไม่ได้ร้องขอหรือจุดประเด็นนี้มา แต่ถ้ามีปัญหาอย่างนี้มา อาจจะลองคุยกับเจ้าหน้าที่ดูว่า สำหรับตัวเขาเขาคิดว่าเป็นปัญหาไหม ถ้าเป็นปัญหาก็ให้ทำเรื่องเสนอขึ้นมาว่าจะปรับปรุงหรือทำอะไร เพราะว่าทางเรายินดีจะช่วยปรับปรุงแก้ไขให้ แต่เท่าที่ผ่านมาไม่เคยได้ยินว่า มีปัญหาตรงนี้ หรืออาจเป็นเพราะความเคยชินหรืออยู่ใกล้เขาอาจจะกลับไปละหมาดที่บ้าน หรือบางคนอาจจะคิดว่า มีเท่านี้ก็ดีแล้ว คือเรื่องของพิธีกรรม ทางเราจะไม่ค่อยรู้สึกเท่าไร” (CE2 วันที่สัมภาษณ์ 28/03/59)

“วิธีการสื่อสาร ที่ผ่านมาจะใช้วิธีเป็นเรื่องเล่ามหรรมคุณภาพ เป็นส่วนหนึ่งของ HA จะเป็นเรื่องเล่ามาเล่าพลัง” (AE2 วันที่สัมภาษณ์ 28/03/59)

“มีหลายเรื่องที่หัวหน้าตึกอื่นๆ ยังไม่รู้ คิดว่าในเรื่องของความรู้ เช่น จากการทำแบบสอบถาม ถ้าเราได้มีการสื่อสารมากขึ้น ก็จะช่วยเพิ่มการบริการให้อยู่ในระบบประจำของหน่วยงานได้” (AE2 วันที่สัมภาษณ์ 28/03/59)

“ควรส่งเสริมให้ความรู้กับทุกส่วนทุกคน ว่าควรจะดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายอย่างไร และควรให้ความรู้เกี่ยวกับต่างวัฒนธรรม โดยเฉพาะพยาบาลเด็กๆ รุ่นใหม่ๆ หรือขณะที่เป็นนักเรียนพยาบาลที่กำลังศึกษาอยู่” (CE1 วันที่สัมภาษณ์ 26/04/59)

สำหรับโรงพยาบาลหลายแห่งที่มีบริบททางสภาพแวดล้อมและพื้นที่หรือบริบททางสังคมที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีอิสลาม เช่น เป็นโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาคที่มีจำนวนผู้รับบริการชาวไทยมุสลิมน้อย มีข้อจำกัดด้านพื้นที่และงบประมาณ ผู้บริหารโรงพยาบาลก็ได้ละเลยในการพัฒนาปรับปรุงบริการดังกล่าว แต่พยายามหาแนวทางหรือแก้ไขปัญหามาเพื่อจัดบริการตามความต้องการที่จำเป็นของผู้รับบริการชาวไทยมุสลิมตามสถานการณ์และตามกรณีเป็นรายบุคคล

“ทางโรงพยาบาลกำลังจะทำครัวฮาลาล กำลังติดต่อประสานงานกับทางคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัดให้เขาเข้ามาช่วยแนะนำ” (CE1 วันที่สัมภาษณ์ 26/04/59)

“ทางผู้บริหารก็ไม่ได้นิ่งนอนใจ ก็อยากพัฒนา คือสังคมก็มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม แต่ด้วยข้อจำกัดของพื้นที่ของโรงพยาบาลซึ่งตั้งอยู่ในเขตเมือง การบริหารจัดการก็ต้องมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลด้วย ถ้าบริหารจัดการไม่ดีก็ติดลบ...เรื่องความเชื่อความศรัทธามีผลต่อการรักษาโรค แต่ชาวมุสลิมก็ยังเป็นส่วนน้อย เราเองก็ยังบริการคนส่วนใหญ่ยังไม่บรรลุผลสำเร็จ ก็เลยต้องจัดลำดับปัญหา เอาปัญหาที่มีขนาดใหญ่ขึ้นมาแก้ก่อน แต่ปัญหาเล็กๆ ก็ไม่ได้ละเลย ก็พยายามแก้ปัญหาไปตามบริบทของพื้นที่ อย่างน้อยก็ทำให้เราได้ว่า เรายังจัดบริการให้ยังไม่ครอบคลุม” (FE2 วันที่สัมภาษณ์ 11/04/59)

“เรื่องอาหารเราแนะนำได้ ถ้าคนไข้เดินได้หรือญาติคนไข้มาด้วย ก็จะบอกว่าตรงบริเวณรอบๆ หรือหน้าโรงพยาบาลเรามีร้านอิสลาม ไปซื้อทานได้” (FO1 วันที่สัมภาษณ์ 22/04/59)

“เมื่อมุสลิมมาแอดมิท ทางเราไม่มีอาหารฮาลาล แต่ทางโภชนาการก็จะจัดซื้อ แยกมาต่างหาก คือซื้อจากร้านที่เป็นมุสลิม ...ในส่วนของฮาลาล ก็มีรายละเอียดอีกๆ ลงไปอีก คือถ้าคนพุทธทำ มุสลิมก็อาจจะไม่ทาน ในส่วนของโภชนาการเราก็จะจัดซื้อมาเป็นกรณีไป อันนี้เป็นวิธีการจัดการของ

โรงพยาบาล ในโรงพยาบาลไม่มีร้านอาหารอิสลาม แต่ภายนอก รอบๆ โรงพยาบาลมีหลายร้าน”(FE2 วันที่สัมภาษณ์ 11/04/59)

“ในอนาคตถ้ามีมุสลิมมาใช้บริการเพิ่มมากขึ้น อาจจะมีการจัดการเรื่องอาหารฮาลาล สถานที่ละหมาด เพราะโรงพยาบาลจะต้องพิจารณาในเรื่องของความคุ้มทุน เพราะโดยทั่วไปอาหารต่อรายหัวที่เราไปซื้อก็แพงกว่าที่เราทำเองตามที่ไต่ถามประมาณมา แต่เราก็ต้องถ่วงเฉลี่ยกันไป เพราะเราไม่ได้ลงทุนในเรื่องของคน อุปกรณ์ แต่ถ้าคนเพิ่มมากขึ้นเพียงพอ แยกครัวฮาลาลออกมาแล้วคุ้มทุน โรงพยาบาลก็คงไม่ปฏิเสธ ก็คงต้องจัดการให้ เป็นเรื่องของการบริหารจัดการ เรื่องความคุ้มทุน คุ้มค่า” (FE2 วันที่สัมภาษณ์ 11/04/59)

นอกจากนี้ การดึงเอาชุมชนมุสลิมเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการบริการสาธารณสุขตามวิถีอิสลามนั้น ผู้บริหารโรงพยาบาลมองว่า เป็นเรื่องยาก เนื่องจากลักษณะชุมชนมีความเป็นเมือง ชุมชนมุสลิมอาจยังไม่เข้มแข็งพอ แต่ถ้ามีความเป็นไปได้ และได้รับความร่วมมือจากชุมชนมุสลิมจะทำให้บริการสาธารณสุขตามวิถีอิสลามมีความเข้มแข็งมากขึ้น

“ที่นี่เป็นสังคมเมือง เรามีเจ้าหน้าที่ แพทย์ พยาบาล บุคลากรส่วนหนึ่งที่เป็นมุสลิม คิดว่าน่าจะใช้บุคลากรในโรงพยาบาลของเรานี้แหละเป็นคนดูแลให้ จะได้ความเข้าใจมากกว่า ถ้าเป็นชุมชนภายนอก การแยกแยะคนเข้ามา อาจจะได้คนที่ไม่มีคุณลักษณะอย่างที่เราต้องการก็ได้” (AE2 วันที่สัมภาษณ์ 28/03/59)

“เราไม่ได้ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม เพราะเจ้าหน้าที่ของเราส่วนหนึ่งเป็นคนของชุมชน เราก็ถือว่า ให้เขาดูแลชุมชนมุสลิมของเราเองในโรงพยาบาล เราคงไม่ให้คนข้างนอกเข้ามาเกี่ยวข้อง แต่ในเรื่องอาหาร จำเป็นต้องได้รับการรับรองเรื่องฮาลาลจากคณะกรรมการกลางอิสลามประจำจังหวัดหรือหน่วยงาน เราก็เชิญมา” (AE1 วันที่สัมภาษณ์ 29/03/59)

“ถ้าให้ทางชุมชนช่วยดูแล เช่น มีผู้ป่วยระยะสุดท้าย ถ้าจะกลับบ้าน น่าจะติดต่อไปที่มัสยิดกลางให้เขามารับ มีรถพยาบาล เราก็เคยมีกรณีคนไข้ระยะสุดท้าย เวลากลับบ้านต้องหารถเอง บางคนก็ลำบากทางการเงิน ทางโรงพยาบาลก็ไม่มีบริการให้ พอเวลาคนไข้ใกล้จะช่วยเหลือใจไป คนที่ถอดก็ต้องเป็นญาติ เราก็ไม่มีอุปกรณ์ให้เขา ถ้าถอดตั้งแต่อยู่โรงพยาบาล คนไข้ก็อาจเสียชีวิตระหว่างทาง แต่ถ้าเกิดว่ามีการสนับสนุนจากมัสยิดกลาง กรณีที่คนไข้จะกลับบ้านแล้วมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย คนไข้ไม่สามารถจ่ายค่ารถเองได้ ก็น่าจะมีรถมารับพร้อมรถพยาบาลจากมัสยิดกลาง เป็นการเปิดช่องทางการสนทนาระหว่างโรงพยาบาลศูนย์กับคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัด จะได้ช่วยเหลือกันได้ เป็นการเพิ่มช่องทางการสื่อสารระหว่างผู้นำศาสนาที่มัสยิดกลางกับโรงพยาบาล ในเรื่องของการสื่อสาร ขอคำปรึกษา ขอความช่วยเหลือ ร่วมมือกันดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย หรือกลุ่มที่ไม่มีญาติ ” (AE2 วันที่สัมภาษณ์ 28/03/59)

“ในการดูแลผู้ป่วย ...เราคงไม่มีความสามารถที่จะไปทำให้ทั้งหมด ต้องให้ประชาชนชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม เพราะโรงพยาบาลก็เป็นของประชาชน ก็คงต้องใช้ระยะเวลา และขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งของชุมชนที่จะเข้ามามีส่วนร่วมกับเรา เพราะเรามองภาพกว้าง ถ้าอะไรที่มันไม่ใช่ปัญหาใหญ่ หรือเรื่องเร่งด่วน อาจมีทางออกมากมาย ต้องช่วยๆ กัน” (HE1 วันที่สัมภาษณ์ 03/06/59)

กลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาลที่พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้สอดคล้องตามวิถีอิสลามแล้ว ได้ให้ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นแก่โรงพยาบาลศูนย์ในส่วนภูมิภาคไว้ ดังนี้

“ถ้าเป็นผู้ให้บริการที่อยู่ในโรงพยาบาลที่มีชุมชนมุสลิมน้อย น่าจะหาช่องว่าง สอบถามความต้องการของผู้รับบริการ ผู้ป่วยมุสลิมในพื้นที่ของเขา อาจสอบถามไปยังคนมุสลิมในชุมชนที่นั่น ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลเรา เพื่อดูว่ามีความต้องการหรือช่องว่างอะไรที่นอกเหนือจากระบบปัจจุบันนี้ มีอะไรบ้างที่ควรตอบสนองความต้องการเขาเพิ่มขึ้นจากเดิม ไทยพุทธก็เหมือนกัน ก็ยังมีความต่าง แม้ว่าจะเป็นพุทธเหมือนกัน ของมุสลิมจะมีเรื่องของรายละเอียดและการให้ความสำคัญต่างกัน ถ้าพื้นที่ตรงไหน มีคนกลุ่มน้อย แม้ว่าจะเป็นกลุ่มน้อย ก็อย่าลืมจัดบริการตอบสนองความต้องการของคนกลุ่มนี้” (AE2 วันที่สัมภาษณ์ 28/03/59)

“ข้อเสนอแนะสำหรับโรงพยาบาลอื่น ที่ไม่ได้อยู่ในชุมชนมุสลิม เพื่อไม่ให้สูญเสียเปล่า คือลงทุนทำห้องละหมาด ครั้วฮาลาล แต่มีผู้ใช้บริการนิดเดียว ถ้าน้อยก็ไม่คุ้ม ถ้าเป็นแถบโซนนั้น ต้องปรับตัว เพราะบางทีก็ต้องดูคนส่วนใหญ่เป็นหลัก สำหรับคนส่วนน้อย บุคลากรต้องเข้าใจว่าเขาทำอย่างนี้ เพราะอะไร เปิดโอกาสให้เขาทำตามหลักความเชื่อ เรื่องของห้องสถานที่ละหมาด อาจจะไม่ถึง แต่อย่างน้อยต้องเปิดใจที่จะสนับสนุน อยู่ที่ความเข้าใจของบุคลากรว่ามีความเข้าใจในวิถีชีวิตอย่างไร ก็ยืดหยุ่นตามความจำเป็น” (AE1 วันที่สัมภาษณ์ 29/03/59)

“ถ้ามีคนใช้กลุ่มนี้มา ก็ต้องพูดคุยกัน เราก็เอาประเด็นเหล่านี้มาคุยกันในที่ กับหัวหน้าเวิร์ด คือผู้บริหารต้องมองเห็นประเด็น แต่ประเด็นเหล่านั้นก็ต้องมี impact มิใช่มาเพียงคนสองคน ถ้าอย่างนั้น ก็ต้องปรับตัวเอง แต่ถ้ามีนโยบาย เราคาดว่า จะมีคนกลุ่มหนึ่งมา เมื่อเปิดอาเซียน ก็ต้องทำความเข้าใจกันนิดนึง” (AE1 วันที่สัมภาษณ์ 29/03/59)

“โรงพยาบาลที่อยู่ในภูมิภาค จำเป็นต้องพัฒนา...เราต้องรู้ถึงวิถีชีวิตของเขา จึงจะดูแลสุขภาพเขาได้ ไม่เช่นนั้นโรคจะหายได้อย่างไร ต้องรู้ว่าสาเหตุของสุขภาพเขาเกิดจากอะไร ถ้ากลับไปแล้วจะดูแลภาวะสุขภาพของเขาให้ดีขึ้น ต้องปรับให้เข้ากับวิถีประจำวันจึงจะคงทน จำเป็นต้องรู้ แต่จะรู้ได้อย่างไรว่าอะไรบ้างที่จำเป็น ก็จะต้องมีแบบสอบถามให้กับผู้ใช้บริการที่เป็นมุสลิมว่า เมื่อมาใช้บริการที่สถานบริการมีอะไรบ้างที่เขารู้สึกว่ายังมีช่องว่างอยู่ พอได้ประเด็นก็นำประเด็นนั้นมาสื่อสาร โดยแต่ละโรงพยาบาลต้องคำนึงถึงช่องว่างที่ตนเองมีก่อน เพราะถ้าคิดว่าตนเองดีแล้ว ซึ่งอย่างบางเรื่องบางกรณีเราก็ไม่รู้ เราก็เลยไม่ได้จัดบริการให้ ถ้าเราทำแบบสอบถามแล้วประเมินมุสลิมที่มาใช้บริการ อาจจะปีละครั้งเพื่อดูว่าความคาดหวังหรือสิ่งที่เขาต้องการการดูแล ประเด็นไหนที่มีความถี่เยอะๆ ก็เอาประเด็นนั้นมาเรียนให้ผู้บริหารได้ทราบ แล้วจัดบริการให้ เพราะมุสลิมในแต่ละจังหวัด ประเด็นที่อ่อนไหวก็แตกต่างกัน อย่างน้อยผู้ให้บริการก็จะได้ทราบ” (AE2 วันที่สัมภาษณ์ 28/03/59)

นอกจากนี้ กลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาลบางแห่ง ยังเสนอแนะว่าทางโครงการวิจัยควรนำข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยนี้ส่งคืนข้อมูลและผลการวิจัยไปยังโรงพยาบาลต่างๆ ที่คณะผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลไป เพื่อทางโรงพยาบาลจะได้นำช่องว่างหรือข้อเสนอแนะที่คณะผู้วิจัยค้นพบจากงานวิจัย ไปพัฒนาโรงพยาบาลต่อไป

“ข้อเสนอแนะ 1) อยากให้ผลงานวิจัยเบื้องต้นตรงนี้ ที่พบช่องว่างอะไร ก็อยากให้คืนข้อมูลมายังหน่วยงานที่เก็บข้อมูลไป ในภาพรวม เพื่อเราจะได้นำช่องว่างมาพัฒนาโรงพยาบาลของเราต่อไป 2) ทีมวิจัย มีสื่ออะไรไหม ที่จะคืนมาให้ทางเรา เช่น แนวปฏิบัติหน้างาน คู่มือ เพราะเมื่อทีมวิจัยเจอปัญหาแล้ว มีประเด็นแล้ว จะช่วยแก้ไขอย่างไร เอาปัญหาประเด็นเหล่านี้มาทำอะไร เช่น หากคณะกรรมการขึ้นมาชุดหนึ่งเอาผลการวิจัยนี้ไปพิจารณา แล้วเอาผลคืนมาที่หน่วยบริการ ไม่ใช่ให้เขาคิดเองทำเอง” (HE2 วันที่สัมภาษณ์ 20/04/59)



## บทที่ 5

### สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาวิจัยเรื่อง “บริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับชาวไทยมุสลิม : ช่องว่างแห่งระบบบริการสาธารณสุขไทย” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการ ปัญหาและอุปสรรคของชาวไทยมุสลิมในการรับบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม เพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจ ปัญหาและอุปสรรคของผู้บริหารและผู้ให้บริการสาธารณสุขในส่วนที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม รวมทั้งเพื่อหาแนวทางในการจัดบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม โดยทำการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed methods research) คือใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นหลัก ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้รับบริการ กลุ่มผู้ให้บริการ และกลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาล และใช้วิจัยเชิงปริมาณเป็นส่วนเสริม ด้วยการใช้แบบสัมภาษณ์กับกลุ่มผู้รับบริการ และใช้แบบสอบถามกับกลุ่มผู้ให้บริการและกลุ่มผู้บริหาร

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา จำแนกข้อความเข้ากลุ่ม จัดกลุ่มข้อมูล และนำเสนอข้อค้นพบ ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลและประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยบรรยายข้อมูลในรูปของความถี่และร้อยละ

#### 1. สรุปผลการวิจัย

##### 1.1 จำนวนผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่มในโรงพยาบาลเป้าหมาย

จำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 กลุ่ม จากโรงพยาบาลเป้าหมาย 8 แห่ง รวมทั้งสิ้น 110 คน ได้แก่  
1) กลุ่มผู้รับบริการ 52 คน 2) กลุ่มผู้ให้บริการ 47 คน และ 3) กลุ่มผู้บริหาร 11 คน

##### 1.2 บริบททั่วไปของโรงพยาบาลเป้าหมายแต่ละแห่งและกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่ม

###### 1) บริบททั่วไปของโรงพยาบาลเป้าหมายแต่ละแห่ง

โรงพยาบาลเป้าหมายที่คณะผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ มีทั้งหมด 8 โรงพยาบาล เป็นโรงพยาบาลส่วนกลางในกรุงเทพมหานคร จำนวน 2 แห่ง เป็นโรงพยาบาลส่วนภูมิภาคใน 6 ภูมิภาคของประเทศ จำนวน 6 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ 5 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง ซึ่งโรงพยาบาลแต่ละแห่งมีการจัดบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีอิสลามแตกต่างกันไปตามบริบทของแหล่งที่ตั้งโรงพยาบาล สภาพพื้นที่ และบริบททางสังคมทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล บางแห่งมีการจัดบริการสาธารณสุขที่เอื้ออำนวยต่อผู้รับบริการชาวไทยมุสลิม แต่โรงพยาบาลบางแห่งมีข้อจำกัด ไม่สามารถจัดบริการได้ตามที่ผู้ป่วยชาวไทยมุสลิมต้องการตามความจำเป็น เช่น อาหารฮาลาลสำหรับผู้ป่วยมุสลิม ร้านอาหารอิสลามสำหรับญาติที่มาเฝ้าไข้หรือเยี่ยมเยียน ห้องละหมาด สถานที่อาบน้ำละหมาด เป็นต้น ดังแสดงในตารางที่ 11 หน้า 52



## 2) บริบททั่วไปของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่ม

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้มีทั้งหมด 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้รับบริการสาธารณสุข คือ ผู้ป่วยชาวไทยมุสลิมหรือญาติที่เข้ารับบริการสาธารณสุขที่โรงพยาบาลเป้าหมายทั้ง 8 แห่ง ซึ่งผู้ป่วยชาวไทยมุสลิมกลุ่มนี้มีระดับความศรัทธาและความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจที่แตกต่างกัน 2) กลุ่มผู้ให้บริการสาธารณสุข ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน แผนกต่างๆ ของโรงพยาบาลเป้าหมาย และ 3) กลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่ได้ข้อมูลจากตัวแทนผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล

### 1.3 ประสบการณ์การเข้ารับบริการสาธารณสุขของผู้รับบริการที่เป็นชาวไทยมุสลิม

กลุ่มผู้รับบริการชาวไทยมุสลิมที่ถูกสัมภาษณ์มีประสบการณ์การเข้ารับบริการสาธารณสุขในโรงพยาบาลเป้าหมาย ส่วนใหญ่เป็นหญิง มีอายุระหว่าง 51-60 ปี โดยผู้ถูกสัมภาษณ์เป็นตัวผู้ป่วยเอง ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) และเป็นญาติที่มาเฝ้าไข้หรือเยี่ยมไข้ผู้ป่วยที่มาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล

เมื่อเกิดการเจ็บป่วย ผู้รับบริการจะมาใช้บริการที่โรงพยาบาลรัฐที่อยู่ใกล้บ้านหรือเดินทางสะดวก ในกรณีที่ต้องนอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลพบว่า มีปัญหาในเรื่องอาหารฮาลาลสำหรับผู้ป่วยและญาติเป็นส่วนใหญ่ รองลงมาได้แก่ สถานที่ทำละหมาด และสถานที่อาบน้ำละหมาด

ลักษณะการเข้ารับบริการสาธารณสุข กรณีที่ไปตรวจรักษาแล้วกลับบ้าน (ผู้ป่วยนอกหรือโอพีดี) พบว่า เมื่อเกิดการเจ็บป่วย ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เข้ารับการรักษายาบาลที่โรงพยาบาลศูนย์ที่อยู่ใกล้บ้าน โดยผู้ให้ข้อมูลมีทั้งผู้ป่วยที่ต้องมารักษาเป็นประจำ มาตามที่แพทย์นัด และผู้ป่วยที่นานๆ ครั้งจะเกิดการเจ็บป่วยแล้วมาเข้ารับการรักษายาบาล ส่วนการเดินทางจากที่พักไปยังโรงพยาบาลนั้น ส่วนใหญ่เดินทางโดยรถยนต์หรือรถมอเตอร์ไซด์ส่วนตัว และมักมีลูกหลานหรือญาติพี่น้องพามาส่งที่โรงพยาบาล โดยผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องนำอาหารมาเองในระหว่างที่มาตรวจรักษาที่โรงพยาบาล เพราะการตรวจรักษาใช้เวลาเพียงครึ่งวันเช้าเท่านั้น

สำหรับลักษณะการเข้ารับบริการสาธารณสุข กรณีที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยในหรือไอพีดี) พบว่า คนในครอบครัวของผู้ให้ข้อมูลและตัวผู้ให้ข้อมูล เคยป่วยและนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลามากกว่า 5 วัน ในระหว่างที่นอนรักษาที่โรงพยาบาล มักมีปัญหาในเรื่องอาหารฮาลาลสำหรับผู้ป่วยและญาติ สถานที่สำหรับทำละหมาดหรือห้องละหมาด การแต่งกายของผู้ป่วย และการแสดงท่าที กิริยา วาจาของพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่

ในเรื่องการเข้ารับบริการสาธารณสุขด้านอนามัยแม่และเด็ก สตรีมุสลิมส่วนใหญ่ฝากครรภ์คลอดบุตร และนำเด็กไปฉีดวัคซีนที่โรงพยาบาลของรัฐ ส่วนการขริบหรือการเข้าสูหนัดเด็กผู้ชาย ผู้ปกครองนิยมพาบุตรหลานไปเข้าร่วมขริบหรือเข้าสูหนัดกับหน่วยงานองค์กรต่างๆ ในชุมชน ซึ่งจะจัดงานเข้าสูหนัดหมู่ในช่วงปิดภาคเรียน และบางส่วนยังคงใช้บริการหมอฟันบ้าน

สำหรับประเด็นการรับบริการสาธารณสุขด้านป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยมุสลิมส่วนใหญ่ไม่ค่อยออกกำลังกาย ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

#### 1.4 ความต้องการ ปัญหาและอุปสรรคของชาวไทยมุสลิมในการรับบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและใช้แบบสัมภาษณ์กับผู้รับบริการชาวไทยมุสลิมในแต่ละโรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมายเป็นรายบุคคลพบว่า ผู้ป่วยมุสลิมและญาติมักพบปัญหาเรื่องอาหารฮาลาลสำหรับผู้ป่วยเป็นประเด็นปัญหาหลัก รองลงมาคือ เรื่องสถานที่ละหมาดและสถานที่อาบน้ำละหมาด

#### 1.5 ความรู้ความเข้าใจในวิถีอิสลามของผู้ให้บริการและผู้บริหารโรงพยาบาล

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการใช้แบบสอบถามกับกลุ่มผู้ให้บริการและกลุ่มผู้บริหารเป็นรายบุคคล พบว่า กลุ่มผู้ให้บริการและกลุ่มผู้บริหารยังมีความเข้าใจในวิถีอิสลามที่คลาดเคลื่อนในหลายประเด็น

ประเด็นด้านการบำบัดรักษาโรคและการตรวจร่างกาย พบว่า กลุ่มผู้ให้บริการและกลุ่มผู้บริหารมีความรู้ความเข้าใจระดับสูงในเรื่อง 1) การขอพรมีผลต่อสภาพจิตใจและเป็นการเสริมกำลังใจของผู้ป่วยและญาติ และ 2) การคำนึงถึงการปฏิบัติตนระหว่างชายหญิงตามวิถีอิสลามและจรรยาบรรณวิชาชีพ แต่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องความเชื่อของมุสลิมเมื่อเจ็บป่วยในระดับปานกลางและมีความรู้เกี่ยวกับความเชื่อในการหายจากโรคหรือการเจ็บป่วยในระดับต่ำ

ประเด็นด้านโภชนาการ อาหารและยา กลุ่มผู้ให้บริการและกลุ่มผู้บริหารมีความรู้ความเข้าใจระดับสูงในเรื่องที่มุสลิมต้องบริโภคอาหารฮาลาลและลักษณะของครัวฮาลาล แต่มีความรู้ความเข้าใจเพียงระดับปานกลางในเรื่องอาหารฮาลาลควรมีลักษณะเฉพาะอย่างไร และยาที่นำมาใช้ในการรักษาต้องไม่มีส่วนประกอบของสิ่งต้องห้าม โดยส่วนใหญ่เข้าใจว่าอาหารฮาลาลคือ อาหารที่ไม่มีหมูเท่านั้น แต่ถ้าเป็นไก่หรือปลามุสลิมสามารถทานได้

ประเด็นด้านสถานที่อาบน้ำละหมาด และสถานที่ละหมาด กลุ่มผู้ให้บริการและกลุ่มผู้บริหารมีความรู้ความเข้าใจในระดับสูง ว่าสถานที่ละหมาดและสถานที่อาบน้ำละหมาด ควรเป็นสถานที่สะอาดและแยกส่วนของชายและหญิง แต่มีความรู้ความเข้าใจระดับปานกลางในเรื่องการอาบน้ำละหมาด และการทำละหมาดวันละ 5 เวลา โดยไม่ทราบว่ามีมุสลิมต้องทำการอาบน้ำละหมาดก่อนที่จะทำละหมาด บางคนเข้าใจผิดคิดว่าการอาบน้ำละหมาดคือการอาบน้ำชำระล้างทั่วทั้งร่างกาย

ประเด็นด้านการวางแผนครอบครัว กลุ่มผู้ให้บริการและกลุ่มผู้บริหารมีความรู้ความเข้าใจในระดับปานกลางเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวหรือการคุมกำเนิดชั่วคราว และการทำแท้ง แต่มีความรู้ความเข้าใจระดับต่ำในประเด็นเรื่องเงื่อนไขที่มุสลิมจะใช้วิธีการคุมกำเนิด การอุ้มบุญ การปฏิสนธินอกครรภ์หรือในหลอดแก้ว

ประเด็นด้านงานอนามัยแม่และเด็ก กลุ่มผู้ให้บริการและกลุ่มผู้บริหารมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเยี่ยมเยียนผู้ป่วยตามวิถีอิสลามในระดับสูง มีความรู้ความเข้าใจในระดับปานกลางในเรื่องการบริจาคเลือดและการถ่ายเลือด แต่มีความรู้ความเข้าใจระดับต่ำเกี่ยวกับการกล่าวถ้อยคำเฉพาะ (อะซาน) ที่ข้างหูของเด็กแรกเกิด และความเชื่อที่ว่ารกเป็นส่วนหนึ่งของร่างกายต้องนำไปฝัง

ประเด็นด้านการถือศีลอด กลุ่มผู้ให้บริการและกลุ่มผู้บริหารมีความรู้ความเข้าใจในระดับปานกลางว่าการถือศีลอดคืออะไร และแพทย์หรือพยาบาลควรให้คำแนะนำการปรับยาในช่วงเดือนรอมฎอนแก่ผู้ป่วย แต่มีความรู้ความเข้าใจในระดับต่ำสำหรับประเด็นการนัดตรวจ การเจาะเลือด การฉีดยาในเดือนรอมฎอน

ประเด็นด้านการออกกำลังกายซึ่งเป็นการส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มผู้ให้บริการและกลุ่มผู้บริหารมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนและไม่ถูกต้องเกี่ยวกับรูปแบบการออกกำลังกาย คือไม่เข้าใจว่าการเปิดเสียงเพลงประกอบการเต้นนั้นขัดต่อหลักคำสอนของอิสลาม

สำหรับประเด็นด้านการบริการสุขภาพผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต กลุ่มผู้ให้บริการและกลุ่มผู้บริหารมีความรู้ความเข้าใจระดับสูงในเรื่องการจัดการศพของผู้ตายภายใน 24 ชั่วโมง มีความรู้ความเข้าใจระดับมากในเรื่องความตายในทฤษฎีอิสลามและการที่อิสลามไม่อนุญาตให้ผ่าศพ และมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการทำกรณียาตามทฤษฎีของอิสลามในระดับปานกลาง แต่มีความเข้าใจในระดับต่ำเกี่ยวกับเรื่องการทำตามคำสอนผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตกล่าวถ้อยคำปฏิญาณ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้ให้บริการและกลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาล พบว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิถีอิสลามในด้านต่างๆ ที่นำมาตอบคำถามในแบบสอบถามนั้น กลุ่มผู้ให้บริการและผู้บริหารโรงพยาบาล ทราบมาจากแหล่งความรู้ที่หลากหลาย ได้แก่ จากสื่อทางโทรทัศน์ จากการศึกษาด้วยตนเอง จากการที่มีญาติพี่น้องและเพื่อนร่วมงานเป็นมุสลิม จากการอาศัยอยู่ในชุมชนมุสลิม มีประสบการณ์ตรงจากการไปทำงานในสภาพแวดล้อมที่บริบทของพื้นที่เป็นชุมชนมุสลิม และเรียนรู้วิถีอิสลามจากผู้ป่วยชาวไทยมุสลิมและญาติที่มาเข้าพักรักษาหรือเยี่ยมเยียนผู้ป่วย

## 1.6 ปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการใช้แบบสอบถามกับกลุ่มผู้ให้บริการซึ่งเป็นแพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในในกลุ่มงานต่างๆ ของโรงพยาบาลเป้าหมาย พบว่า ประเด็นที่เป็นปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีอิสลามของแผนกผู้ป่วยนอกหรือไอพิตี มักไม่ค่อยพบว่ามีปัญหา

สำหรับแผนกผู้ป่วยในหรือไอพิตี ประเด็นปัญหาที่มักพบในการให้บริการผู้ป่วยในของทุกโรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมายคือ เรื่องอาหารฮาลาลสำหรับผู้ป่วย และสถานที่อาบน้ำละหมาด ส่วนประเด็นอื่นๆ ได้แก่ เรื่องสถานที่ทำละหมาด (ห้องละหมาด) การรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการเยี่ยมเยียนผู้ป่วย เป็นปัญหาในโรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมายเพียงบางแห่งเท่านั้น

## 1.7 ปัญหาและข้อจำกัดในการบริหารจัดการบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้บริหารทั้งฝ่ายการแพทย์และฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาลเป้าหมาย พบว่า ประเด็นที่เป็นปัญหาและอุปสรรคในการจัดบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีอิสลามคือ ความรู้ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับวิถีอิสลามในประเด็นหลัก ได้แก่ เรื่องอาหารฮาลาล การละหมาด และสถานที่อาบน้ำละหมาด ประเด็นที่สองคือ บริบทด้านพื้นที่และสภาพแวดล้อมของ

โรงพยาบาล ประเด็นที่สามคือ ด้านเศรษฐศาสตร์ความคุ้มทุน เนื่องจากผู้รับบริการชาวไทยมุสลิมในบางพื้นที่มีจำนวนน้อย การแยกทำครัวฮาลาลไม่คุ้มค่าการลงทุน

## 1.8 แนวทางในการจัดบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม และเสริมสร้างประเด็นที่เอื้อต่อการเข้ารับบริการสาธารณสุขของชาวไทยมุสลิม

แนวทางในการจัดบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีอิสลามและเสริมสร้างประเด็นที่เอื้อต่อการเข้ารับบริการสาธารณสุขของชาวไทยมุสลิม พบว่า โรงพยาบาลบางแห่งมีบริบททางด้านสภาพแวดล้อม พื้นที่ และบริบททางสังคมที่เอื้อต่อการจัดการบริการสาธารณสุขตามวิถีอิสลาม เช่น โรงพยาบาลตั้งอยู่ในแหล่งชุมชนมุสลิม มีบุคลากรมุสลิมในโรงพยาบาลที่สามารถให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษาและชี้แนะผู้บริหารให้เข้าใจวิถีอิสลาม พร้อมทั้งให้การสนับสนุนช่วยเหลือด้านกำลังทรัพยากรในการปรับปรุงพัฒนาห้องละหมาดและกำลังคนในการดูแลรักษาความสะอาดความเป็นระเบียบเรียบร้อยในห้องละหมาด ผู้บริหารโรงพยาบาลมีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกลและเข้าใจความต้องการที่จำเป็นบนวิถีอิสลามของผู้รับบริการชาวไทยมุสลิม และมีความต้องการและทัศนคติในเชิงบวกต่อการพัฒนาระบบการบริการที่มีอยู่ในปัจจุบันให้สอดคล้องกับวิถีอิสลามมากขึ้น

## 2. อภิปรายผล

### 2.1 จำนวนผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่มในโรงพยาบาลเป้าหมายแต่ละแห่ง

จำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 กลุ่ม จากโรงพยาบาลเป้าหมาย 8 แห่ง รวมทั้งสิ้น 110 คน ได้แก่ 1) กลุ่มผู้รับบริการ 52 คน 2) กลุ่มผู้ให้บริการ 47 คน และ 3) กลุ่มผู้บริหาร 11 คน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 กลุ่มนี้เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ตรงในการเข้ารับบริการสาธารณสุข การให้บริการสาธารณสุข และการบริหารจัดการโรงพยาบาล ตามลำดับ และมีจำนวนแตกต่างกันไปในโรงพยาบาลเป้าหมายแต่ละแห่งตามบริบทสภาพแวดล้อม พื้นที่ภูมิศาสตร์ และบริบททางสังคม ตลอดจนความสนใจในการให้ข้อมูลกับโครงการวิจัย กล่าวคือ กลุ่มผู้รับบริการมีจำนวนผู้ให้ข้อมูลตั้งแต่ 2-11 คน กลุ่มผู้ให้บริการมีจำนวน 5-7 คน และกลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาลจำนวน 1-2 คน ซึ่งสอดคล้องกับศิริพร จิรวัดน์กุล และวรรณดี สุทธิธรากร ที่กล่าวว่า ในช่วงของการเริ่มงานวิจัย ผู้วิจัยยังไม่สามารถกำหนดจำนวนผู้ให้ข้อมูลได้แน่นอนหรือไม่สามารถตัดสินใจได้ล่วงหน้า ผู้วิจัยต้องลงมือศึกษาข้อมูลเบื้องต้นก่อน แล้วค่อยๆ เก็บข้อมูลไปตามกระบวนการ กลุ่มเป้าหมายจะเผยขึ้นเรื่อยๆ พร้อมๆ กับข้อมูลที่ได้จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจะถูกนำมาวิเคราะห์เรื่อยไปจนผู้วิจัยรู้สึกได้ว่าไม่มีข้อมูลใหม่ๆ เข้ามาอีก ซึ่งแสดงถึงความอิ่มตัวของข้อมูล ผู้วิจัยจึงจะทราบขนาดของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ชัดเจนเมื่อกระบวนการเก็บข้อมูลสิ้นสุดลง โดยทั่วไปพบว่า จำนวนผู้ให้ข้อมูลในงานวิจัยเชิงคุณภาพส่วนใหญ่จะอยู่ระหว่าง 40-200 คน (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2552, หน้า 115) หรือข้อมูลจะถึงจุดอิ่มตัวเมื่อได้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลไม่น้อยกว่า 12 คน หรือมากที่สุดไม่เกิน 20 คน นอกจากนี้ผู้วิจัยต้องคำนึงถึงการเก็บข้อมูลที่มีความพอเหมาะ กับขอบเขต

เวลา งบประมาณ และองค์ประกอบอื่นที่มีผลต่อการทำวิจัยด้วย (วรรณดี สุทธิธารกร, 2556, หน้า 59-60)

## 2.2 บริบททั่วไปของโรงพยาบาลเป้าหมายแต่ละแห่งและกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่ม

### 1) บริบททั่วไปของโรงพยาบาลเป้าหมายแต่ละแห่ง

โรงพยาบาลเป้าหมายที่คณะผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ มีทั้งหมด 8 โรงพยาบาล เป็นโรงพยาบาลส่วนกลางในกรุงเทพมหานคร 2 แห่ง เป็นโรงพยาบาลส่วนภูมิภาคใน 6 ภูมิภาค 6 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ 5 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง ซึ่งโรงพยาบาลแต่ละแห่งมีการจัดบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีอิสลามแตกต่างกันไปตามบริบทของแหล่งที่ตั้ง โรงพยาบาล สภาพพื้นที่ และบริบททางสังคม แม้ว่าโรงพยาบาลส่วนภูมิภาคทั้ง 6 แห่งจะมีแหล่งที่ตั้งกระจายอยู่ตามภูมิภาคต่างๆ ของประเทศไทย แต่ลักษณะของสังคมมีความเป็นเมือง คล้ายกับโรงพยาบาลส่วนกลางในกรุงเทพมหานคร กล่าวคือ โรงพยาบาลส่วนภูมิภาคส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่มีความพร้อมทั้งทางด้านบุคลากรและอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ ผู้ป่วยมาใช้บริการเป็นจำนวนมาก มีทั้งผู้ป่วยที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบในการให้บริการและผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลชุมชนภายในจังหวัดเดียวกันหรือจังหวัดใกล้เคียงในภูมิภาคนั้นๆ ทำให้พื้นที่ของโรงพยาบาลมีสภาพแออัด ไม่ต่างจากโรงพยาบาลส่วนกลางในกรุงเทพมหานคร

นอกจากนี้ บริบททางสังคมที่สำคัญคือ บุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่เป็นมุสลิมมีบทบาทสำคัญต่อการสร้างเสริมหรือเอื้ออำนวยต่อการจัดบริการสุขภาพตามวิถีอิสลาม กล่าวคือ ถ้าโรงพยาบาลใดมีบุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่เป็นมุสลิมซึ่งมีความเคร่งครัดในหลักศรัทธาและหลักปฏิบัติของศาสนา และเข้าไปมีส่วนร่วมหรือมีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญในการช่วยผลักดันสร้างแรงจูงใจสร้างความเข้าใจในวิถีอิสลาม ก็จะทำให้การพัฒนาปรับปรุงการจัดหรือการให้บริการสุขภาพตามวิถีอิสลามได้รับความสะดวกและประสบผลสำเร็จมากขึ้น เช่น โรงพยาบาล A ซึ่งตั้งอยู่ในจังหวัดที่มีประชากรมุสลิมหนาแน่น กอปรกับมีบุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่เป็นมุสลิมจำนวนมาก (ประมาณร้อยละ 50 ของบุคลากรทั้งหมด) ในอดีตเมื่อเกิดปัญหาในการให้บริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับหลักการศาสนาอิสลาม บุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นมุสลิมได้เข้าไปเป็นคณะกรรมการบริหารจะเข้ามาช่วยในการไกล่เกลี่ยหรือหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาซึ่งเป็นที่ยอมรับและไว้วางใจของผู้ป่วยชาวไทยมุสลิม ปัจจุบันโรงพยาบาล A ได้มีแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในเชิงรุกเพื่อให้สอดคล้องกับวิถีอิสลามมากขึ้น โดยทีมวิจัยสังเกตจากสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล เช่น การจัดทำป้ายบอกทาง 3 ภาษา ร้านอาหารอิสลาม เป็นต้น

### 2) บริบททั่วไปของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่ม

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ มีทั้งหมด 3 กลุ่ม ได้แก่

(1) กลุ่มผู้รับบริการสาธารณสุขคือ ผู้ป่วยชาวไทยมุสลิมหรือญาติที่เข้ารับบริการสาธารณสุขที่โรงพยาบาลเป้าหมายทั้ง 8 แห่ง ซึ่งผู้ป่วยชาวไทยมุสลิมกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่จังหวัดเดียวกันกับแหล่งที่ตั้งโรงพยาบาลและอยู่ไม่ไกลจากโรงพยาบาลเป้าหมายมากนัก อีกส่วนหนึ่ง

เป็นผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมารักษาจากจังหวัดใกล้เคียง ผู้ป่วยชาวไทยมุสลิมกลุ่มนี้มีระดับความศรัทธาและความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจที่แตกต่างกัน ซึ่งผู้วิจัยทราบจากการสังเกตลักษณะการแต่งกาย การปฏิบัติศาสนกิจ และการพูดคุยสอบถามในประเด็นหลักการศาสนาทั่วไปและวิธีการปฏิบัติศาสนกิจ พบว่า มุสลิมทางภาคใต้มีความเคร่งครัดทางศาสนามากกว่ามุสลิมในภาคอื่นๆ สอดคล้องกับงานวิจัยของศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติ และคณะที่พบว่า ชาวไทยมุสลิมในภาคใต้มีทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลโดยได้ให้ความสำคัญในเรื่องกฎเกณฑ์ทางศาสนามากกว่าชาวไทยมุสลิมในภาคอื่นๆ (ศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติ และคณะ, 2548) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบริบททางสังคมที่มีประชากรมุสลิมจำนวนมากในชุมชนมุสลิม มีการดำเนินชีวิตที่เรียบง่าย และคุ้นชินกับวิถีมุสลิมมาโดยตลอด แต่ในปัจจุบันมุสลิมจากภาคใต้ได้กระจายตัวไปอาศัยอยู่ตามภูมิภาคอื่นๆ มากขึ้น เช่น ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ หรือภาคกลาง ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากเหตุการณ์ความไม่สงบทางภาคใต้ การมาประกอบอาชีพเพื่อหารายได้ หรือการแต่งงานกับคนต่างถิ่นในจังหวัดภูมิภาคอื่นๆ

(2) กลุ่มผู้ให้บริการสาธารณสุข ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยในในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาลเป้าหมาย เช่น อายุรกรรมชาย/หญิง ศัลยกรรมชาย/หญิง เป็นต้น เนื่องจากแพทย์มีภารกิจหลัก ไม่สะดวกในการให้ข้อมูล โดยหัวหน้าพยาบาลจะเป็นผู้แนะนำว่าแผนกใดบ้างที่มีผู้ป่วยมุสลิมมาเข้ารับการรักษาพยาบาลและพยาบาลคนใดที่มีประสบการณ์ในการให้บริการผู้ป่วยมุสลิม และบางครั้งผู้ให้ข้อมูลก็มีการตั้งประเด็นข้อคำถามเกี่ยวกับหลักศรัทธาและหลักปฏิบัติศาสนกิจกับคณะผู้วิจัย ซึ่งก็ถือเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ให้ข้อมูลกับคณะผู้วิจัย

(3) กลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่ได้ข้อมูลจากตัวแทนผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล เนื่องจากตัวแทนผู้บริหารฝ่ายการแพทย์มักติดภารกิจหลักจึงไม่สะดวกในการให้ข้อมูล แม้ว่าคณะผู้วิจัยจะทำการนัดหมายวันเวลาในการขอเก็บข้อมูลล่วงหน้าก็ตาม

อนึ่ง กลุ่มผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 กลุ่มได้ร่วมสนทนาและให้ข้อมูลกับคณะผู้วิจัยอย่างเปิดเผยและมีความเป็นกัลยาณมิตร และในบางครั้งได้แนะนำผู้รับบริการมุสลิมรายอื่นๆ ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลในแผนกต่างๆ ในขณะนั้นให้คณะผู้วิจัยทราบด้วย

## 2.3 ประสบการณ์การเข้ารับบริการสาธารณสุขของผู้รับบริการที่เป็นชาวไทยมุสลิม

ลักษณะการเข้ารับบริการสาธารณสุข กรณีที่ไปตรวจรักษาแล้วกลับบ้าน (ผู้ป่วยนอกหรือโอพีดี) เมื่อเกิดการเจ็บป่วย กลุ่มผู้รับบริการชาวไทยมุสลิม ส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่ดั้งเดิมจะมาใช้บริการที่โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปซึ่งเป็นโรงพยาบาลของรัฐบาล โดยใช้สิทธิรักษาพยาบาลตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือบัตรทอง และโรงพยาบาลดังกล่าวอยู่ใกล้บ้านหรือเดินทางสะดวก ผู้มาใช้บริการกลุ่มนี้มีทั้งผู้ป่วยนอกที่มารับบริการตรวจรักษาและมาตรวจตามที่หมอนัดซึ่งใช้เวลาในการรับบัตรคิว รอแพทย์ตรวจ ปรึกษา แล้วกลับบ้านในช่วงครึ่งวันเช้า ส่วนผู้ป่วยในที่มีนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลช่วงระยะเวลามากกว่า 5 วันต่อครั้ง มักไม่ค่อยมีปัญหาเรื่องอาหาร สถานที่ละหมาด หรือสถานที่อาบน้ำละหมาด เนื่องจากสามารถเดินทางไปกลับระหว่างโรงพยาบาลกับบ้านได้สะดวก

ลักษณะการเข้ารับบริการสาธารณสุข กรณีที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน หรือไอพีดี) สำหรับผู้รับบริการอีกส่วนหนึ่ง ซึ่งถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไปภายในจังหวัดเดียวกันกับโรงพยาบาลเป้าหมายหรือโรงพยาบาลที่อยู่ในจังหวัดใกล้เคียงในภูมิภาคเดียวกัน ส่วนใหญ่ผู้รับบริการกลุ่มนี้จะเป็นผู้ป่วยในที่ต้องการการรักษาเฉพาะทางเฉพาะโรค และต้องนอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป้าหมายเป็นเวลาหลายวัน จึงมักประสบปัญหาในระหว่างการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งมีใช่เป็นปัญหาเฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่เป็นปัญหาสำหรับญาติผู้เฝ้าไข้และมาเยี่ยมเยียนเป็นครั้งคราวด้วย เนื่องจากหลักปฏิบัติทางศาสนาอิสลามที่เรียกว่าฮาลาลนั้นไม่ได้เป็นบทบัญญัติที่ครอบคลุมเฉพาะการผลิตสินค้าอาหารเพียงเท่านั้น แต่รวมถึงแนวทางการให้บริการตามหลักการศาสนา เช่น บริการทางการแพทย์ด้วย ดังคำกล่าวของมาหะมะ เมาะมูลา ที่กล่าวว่า มุสลิมมีวิถีดำเนินชีวิตที่ค่อนข้างจะมีรูปแบบเฉพาะ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยก็มีความต้องการการบริการรักษาทางการแพทย์ที่มีแนวทางในการรักษาที่สามารถตอบสนองต่อวิถีความเชื่อ ความศรัทธาของมุสลิม เนื่องจากอิสลามเป็นวิถีชีวิตที่ยั่งยืน มุสลิมไม่สามารถที่จะแยกศาสนาออกจากการดำรงชีวิตหรือแยกออกจากการรักษาพยาบาลได้ เพราะมุสลิมต้องใช้เวลาตลอด 24 ชั่วโมงเพื่อให้อยู่ในครรลองของศาสนาซึ่งมุสลิมทุกคนจะต้องยึดตามแนวทางของอัลกุรอานเพื่อการดำรงชีวิต (มาหะมะ เมาะมูลา, 2553) ฉะนั้น จึงพบว่า ประเด็นปัญหาหลักของผู้รับบริการกลุ่มนี้คือ เรื่องอาหารฮาลาลสำหรับผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติ และคณะ ที่พบว่า อาหารฮาลาลเป็นประเด็นปัญหาหนึ่งของชาวไทยมุสลิมในการเข้าสู่ระบบบริการทางการแพทย์ของภาครัฐ โรงพยาบาลของรัฐควรมีอาหารฮาลาลให้ผู้ป่วยมุสลิมได้รับประทาน (ศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติ และคณะ, 2548) ประเด็นรองลงมา ได้แก่ สถานที่ทำละหมาด และสถานที่อาบน้ำละหมาด สำหรับญาติที่มาเฝ้าไข้หรือเยี่ยมเยียนผู้ป่วย สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Padela *et al.* และ Ezenkwele and Roodsari ที่พบว่า สิ่งอำนวยความสะดวก 3 ลำดับแรกที่ผู้ป่วยมุสลิมต้องการ คือ (1) ประเด็นในเรื่องของเพศ การแต่งกาย และความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย (2) อาหารฮาลาล และ (3) พื้นที่สำหรับการละหมาด (Padela *et al.*, 2011) และปัจจัยสำคัญทางวัฒนธรรมที่ส่งผลกระทบต่อบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยมุสลิม ซึ่งผู้ให้บริการสุขภาพควรคำนึงถึง ได้แก่ ประเด็นเรื่องแนวคิดการดูแลสุขภาพตามแนวทางหลักการศาสนา การละหมาดและการถือศีลอด อาหารฮาลาล และโภชนาการ รวมทั้งกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการรักษาความสะอาดตามหลักศาสนา (Ezenkwele and Roodsari, 2013) ยกเว้นโรงพยาบาล A ซึ่งมีบริบททางสภาพแวดล้อมและบริบททางสังคมที่เอื้อต่อการจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีอิสลาม และในอดีตเคยประสบปัญหาเช่นเดียวกับโรงพยาบาลเป้าหมายทั้ง 7 แห่ง แต่ปัจจุบันทางโรงพยาบาล A ได้ดำเนินการแก้ปัญหา และพัฒนาปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุขให้สอดคล้องกับบริบทของผู้รับบริการคือ ดำเนินการแยกครัวฮาลาลแล้ว และผู้มารับบริการรับรู้ เชื่อมั่นในระบบบริการอาหารฮาลาลดังกล่าว

สำหรับโรงพยาบาล B แม้ว่าทางโรงพยาบาลจะดำเนินการแยกครัวอาหารฮาลาลแล้ว อีกทั้งนักโภชนาการ และเจ้าหน้าที่ผู้ปรุงอาหาร เสิร์ฟอาหาร จะเป็นมุสลิม แต่ผู้รับบริการหลายรายยังไม่มี ความมั่นใจและไม่แน่ใจว่า อาหารฮาลาลสำหรับผู้ป่วยในเป็นอาหารฮาลาลจริงหรือไม่ แต่จากการ สัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารโรงพยาบาล การสังเกตการณ์ และการลงเก็บข้อมูลของคณะผู้วิจัย ผู้วิจัยได้ มีโอกาสพบปะพูดคุยกับนักโภชนาการของโรงพยาบาล B และได้มีการสอบถามข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ

ครัวฮาลาล ซึ่งได้ข้อมูลตรงกับข้อมูลที่ได้จากผู้บริหารและกลุ่มผู้รับบริการบางรายซึ่งมีญาติพี่น้องปฏิบัติงานอยู่ในฝ่ายโภชนาการของโรงพยาบาล B ว่า โรงพยาบาล B ได้จัดบริการอาหารฮาลาลตามหลักการครัวอาหารฮาลาล สำหรับผู้รับบริการชาวไทยมุสลิมจริง

ส่วนโรงพยาบาล C, D, E, F, G และ H ซึ่งไม่มีครัวอาหารฮาลาลไว้สำหรับบริการผู้ป่วยนั้น ผู้ป่วยและญาติบางส่วนใช้วิธีการแก้ปัญหาโดยการเตรียมอาหารมาเองจากบ้าน ผู้ป่วยบางรายมีความจำเป็นต้องรับประทานอาหารเนื่องจากต้องรับประทานยาตามมื้ออาหารและไม่สามารถรออนุญาตนำอาหารมาส่งได้ก็จะรับประทานอาหารที่ทางโรงพยาบาลนำมาเสิร์ฟให้ (เนื้อไก่หรือปลา) ผู้ป่วยและญาติอีกส่วนหนึ่งมาซื้ออาหารที่ร้านอาหารอิสลามในโรงพยาบาลหรือบริเวณรอบๆ โรงพยาบาลรับประทาน

การเข้ารับบริการสาธารณสุขด้านอนามัยแม่และเด็ก สตรีมุสลิมนิยมฝากครรภ์ คลอดบุตร และนำเด็กไปฉีดวัคซีนที่โรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของศิริเพ็ญ ศุภกาญจน์กัณฑ์ และคณะ ที่พบว่า ชาวมุสลิมทุกภาคมีความสนใจและรู้วิธีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพเป็นอย่างดี แต่มีพฤติกรรมการเข้ารับการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยแตกต่างกันตามปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ กฎเกณฑ์ด้านศาสนา ระบบ และประเภทผู้ให้บริการสุขภาพ (ศิริเพ็ญ ศุภกาญจน์กัณฑ์ และคณะ, 2548)

ส่วนการเข้ารับหรือการเข้าสู่หน้าเด็กผู้ชาย โดยภาพรวม ผู้ปกครองชาวไทยมุสลิมนิยมพาบุตรหลานไปเข้าร่วมการขริบหรือเข้าสู่หน้ากับหน่วยงานองค์กรต่างๆ ในชุมชน เช่น ทางมัสยิดหรือชุมชน เป็นเจ้าภาพจัดงานเข้าสู่หน้าหมู่ หรือมีหน่วยเคลื่อนที่ของสมาคมแพทย์มุสลิม มาให้บริการในชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่จะจัดงานในช่วงปิดภาคเรียน เพื่อเอื้อต่อการรักษาหรือฟื้นฟูสภาพแผลที่ถูกขริบ และบางส่วนยังคงใช้บริการหมอพื้นบ้าน เพราะมั่นใจว่าวิธีการหรือขั้นตอนการขริบถูกต้องตามบทบัญญัติศาสนา อีกทั้งการพัฒนากระบวนการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงบริบทจากเชิงรับมาเป็นเชิงรุกมากขึ้น ผู้รับบริการบางรายให้ข้อมูลว่า ทางหน่วยงานสาธารณสุขได้ดำเนินการจัดอบรมเรื่องการป้องกันการติดเชื้อจากการขริบให้หมอพื้นบ้านได้รับรู้รับทราบ เพื่อเป็นแนวปฏิบัติและป้องกันการติดเชื้อด้วย สอดคล้องกับผลการวิจัยของศิริวิภา เลี้ยงพันธุ์สกุล ที่สะท้อนให้เห็นว่าการทำงานอนามัยแม่และเด็กควรผสมผสานความรู้ทางด้านสาธารณสุขกับต้นทุนทางสังคม ได้แก่ ความเชื่อ

<sup>3</sup> สมาคมแพทย์มุสลิม เป็นหน่วยงานสาธารณสุขมูลหน่วยหนึ่งในสังคมมุสลิมไทยที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเมือง ประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจากทุกแขนงวิชา รวมทั้งผู้อยู่ในสาขาอื่นที่สนใจเข้าร่วมกิจกรรมของสมาคมฯ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ให้บริการทางการแพทย์แก่ประชาชน 2) เผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชน 3) ส่งเสริมความรู้ทางการแพทย์เกี่ยวกับศาสนาอิสลาม 4) ส่งเสริมความรู้ทางการแพทย์และการสาธารณสุขแก่สมาชิกและผู้ประกอบวิชาชีพอื่นๆ 5) ส่งเสริมความสามัคคีและจริยธรรมระหว่างสมาชิกและผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข 6) ช่วยเหลือสมาชิกให้ได้รับความเป็นธรรมในการประกอบวิชาชีพ ซึ่งกิจกรรมของสมาคมแพทย์มุสลิม ได้แก่ การจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ออกให้บริการ ปรึกษาปัญหาสุขภาพ และตรวจรักษาโรคตามมัสยิดหรือชุมชนต่างๆ การให้บริการทำสูหน้ดหมู่แก่เยาวชนมุสลิมในชุมชนมุสลิมทั้งในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัดช่วงปิดภาคเรียนต้นปี และปลายปี เป็นประจำทุกปี โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใดๆ จัดพิมพ์เอกสารวิชาการ นำเสนอข้อเขียนทางวิชาการ และบทความด้านสุขภาพในวารสารและสิ่งพิมพ์ของหลายองค์กรมุสลิม รวมทั้งร่วมการสัมมนาวิชาการให้ความรู้ด้านสุขภาพผ่านทางสื่อสิ่งพิมพ์ วิทยุ และโทรทัศน์เป็นครั้งคราวด้วย (ที่มา: สมาคมแพทย์มุสลิม <http://www.thaimuslimmed.com>)



ศาสนา วัฒนธรรม วิธีการดำเนินชีวิต เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพระดับต่างๆ ให้กับประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของพื้นที่ (ศรีวิภา เลี้ยงพันธุ์สกุล, 2558)

สำหรับประเด็นการรับบริการสาธารณสุขด้านป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ โดยภาพรวม พบว่า ผู้ป่วยมุสลิมส่วนใหญ่ไม่ค่อยออกกำลังกาย เนื่องจากไม่ค่อยมีเวลา บางคนเข้าใจว่าการทำงานบ้านหรือการประกอบอาชีพที่ทำอยู่ก็ถือว่าเป็นการออกกำลังกายไปในตัวแล้ว ซึ่งสอดคล้องกับศิริเพ็ญ ศุภกาญจน์กันติ และคณะ ที่พบว่า การออกกำลังกายในชุมชนมุสลิมยังมีน้อย และขาดความต่อเนื่อง บางครั้งมีปัญหารูปแบบการออกกำลังกาย เช่น การนำผู้หญิงและผู้ชายมาเดินรวมกัน การเดินแอโรบิกที่สตรีมุสลิมต้องแต่งกายรัดรูปและมีการใช้เพลงประกอบดนตรีที่ใช้ท่วงทำนองเร้าร้อนซึ่งผิดหลักการศาสนาอิสลาม (ศิริเพ็ญ ศุภกาญจน์กันติ และคณะ, 2548) ซึ่งในประเด็นความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการออกกำลังกายนี้ ผู้บริหารจัดการสุขภาพหรือผู้ให้บริการสุขภาพควรมีแนวทางการส่งเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกาย ในขอบเขตที่เหมาะสมและไม่ขัดต่อหลักศาสนาอิสลาม โดยมีประเด็นที่ควรคำนึงถึง ได้แก่ 1) การตั้งเจตนา 2) การแต่งกาย 3) สถานที่ 4) เวลา 5) ท่าทาง/พิธีกรรม 6) ดนตรีประกอบ และ 7) ความสัมพันธ์ของผู้คนแวดล้อม (การียา ยือแร, สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2553; นรินาม, 2557)

เรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม โดยภาพรวม พบว่า ผู้รับบริการชาวไทยมุสลิมมักไม่นิยมตรวจคัดกรอง เหตุผลส่วนหนึ่งคือมีความอาย ไม่กล้าไปตรวจ หากไม่มีอาการใดๆ ที่น่าสงสัยหรือเกี่ยวข้องกับโรคดังกล่าว และอีกเหตุผลหนึ่งคือประเด็นเรื่องเพศของแพทย์และเพศของผู้ป่วย ซึ่งหลักการศาสนาอิสลามได้วางแนวทางในเรื่องของบทบาทและมิติทางเพศไว้อย่างชัดเจน สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Yosef และ Ezenkwele and Roodsari ที่พบว่า ปัจจัยทางด้านศาสนาและวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและทัศนคติในการดูแลสุขภาพและการเจ็บป่วย และเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงระบบสุขภาพ ซึ่งผู้ให้บริการสุขภาพควรคำนึงถึงประเด็นเรื่องการแต่งกายตามข้อกำหนดของศาสนา บทบาททางเพศ เพศของแพทย์และผู้ป่วย แนวคิดการดูแลสุขภาพตามแนวทางหลักการศาสนา โครงสร้างของครอบครัว การละหมาดและการถือศีลอด อาหารฮาลาล และโภชนาการ รวมทั้งกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการรักษาความสะอาดตามหลักศาสนา (Yosef, 2008; Ezenkwele and Roodsari, 2013)

## 2.4 ความต้องการ ปัญหาและอุปสรรคของชาวไทยมุสลิมในการรับบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม

ผู้รับบริการชาวไทยมุสลิมและญาติที่เป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจากโรงพยาบาลเป้าหมาย 8 แห่งสะท้อนปัญหาและประเด็นที่เป็นอุปสรรคในการเข้ารับบริการสาธารณสุขแก่ทางโครงการวิจัยว่า เมื่อเข้ารับบริการสาธารณสุข มักพบปัญหาเรื่องอาหารฮาลาลสำหรับผู้ป่วย เป็นประเด็นปัญหาหลักรองลงมา คือ เรื่องสถานที่ละหมาด และสถานที่อาบน้ำละหมาด สอดคล้องกับงานวิจัยของ Padela *et al.* ที่พบว่า สิ่งอำนวยความสะดวก 3 ลำดับแรกที่ผู้ป่วยมุสลิมต้องการ คือ ประเด็นเรื่องเพศอาหารฮาลาล และพื้นที่สำหรับการละหมาด (Padela *et al.*, 2011)

ประเด็นที่หนึ่ง เรื่องอาหารฮาลาลสำหรับผู้ป่วยชาวไทยมุสลิม และร้านอาหารอิสลามสำหรับญาติที่มาเฝ้าไข้หรือเยี่ยมเยียนผู้ป่วย พบว่า โดยภาพรวม ผู้รับบริการชาวไทยมุสลิมไม่แน่ใจว่า อาหารสำหรับผู้ป่วยมุสลิมที่เจ้าหน้าที่หรือพยาบาล เรียกว่า อาหารอิสลาม เป็นอาหารฮาลาลจริงหรือไม่ เพราะโดยส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่พยาบาลจะบอกผู้ป่วยมุสลิมว่า เป็นเมนูไก่ มุสลิมทานได้ แต่บางครั้งผู้รับบริการก็ได้รับอาหารที่มีหมูปนมา เพราะผู้ให้บริการเสิร์ฟผิด ทำให้ความเชื่อมั่นและความมั่นใจของผู้ป่วยมุสลิมลดน้อยลงไป โดยผู้ป่วยและญาติแก้ปัญหาดังกล่าว ด้วยการเตรียมอาหารมาเองแล้วนำมาส่งให้ผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ถ้าบ้านของผู้ป่วยอยู่ใกล้โรงพยาบาลและเดินทางสะดวก ก็ไม่เป็นปัญหา แต่บางกรณีบ้านของผู้ป่วยอยู่ไกลหรืออยู่ในจังหวัดอื่น การเดินทางของญาติเพื่อมาส่งอาหารให้ผู้ป่วยอาจล่าช้า ในขณะที่ผู้ป่วยต้องรับประทานยาตามเวลาอาหาร และต้องรับประทานอาหารตามเวลามื้ออาหาร

โรงพยาบาลเป้าหมายบางแห่ง ได้แก่ โรงพยาบาล A และ B มีบริบทของพื้นที่ตั้งอยู่ในแหล่งชุมชนมุสลิม มีร้านอาหารอิสลามจำหน่ายรอบๆ โรงพยาบาล และทางโรงพยาบาลเองก็ได้จัดให้มีร้านอาหารอิสลามจำหน่ายอาหารในโรงพยาบาลด้วย เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยและญาติที่มาเฝ้าไข้หรือเยี่ยมไข้ สามารถซื้อทานได้ โดยสะดวก และมั่นใจว่าอาหารที่ซื้อจากร้านอาหารอิสลามน่าจะฮาลาลมากกว่าที่ทางโรงพยาบาลจัดให้

ประเด็นที่น่าสนใจ อีกประการหนึ่งคือ แม้ว่าโรงพยาบาล B ได้จัดบริการครัวอาหารฮาลาลสำหรับผู้ป่วยมุสลิม และมีทีมงานโภชนาการ แม่ครัวที่เป็นมุสลิมแล้ว แต่ผู้รับบริการส่วนใหญ่ยังไม่ทราบว่า ทางโรงพยาบาลได้แยกครัวอาหารฮาลาลเฉพาะผู้ป่วยมุสลิมแล้ว จึงไม่แน่ใจอาหารสำหรับผู้ป่วยมุสลิมเป็นอาหารฮาลาลจริงๆ

ในขณะที่โรงพยาบาลบางแห่ง ได้แก่ โรงพยาบาล E, G และ H ไม่มีร้านอาหารอิสลามจำหน่ายภายในโรงพยาบาล และบริเวณรอบโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยมุสลิมและญาติกล่าวว่า เป็นปัญหาและมีความต้องการอยากให้ทางโรงพยาบาลจัดบริการให้

นอกจากเรื่องอาหารฮาลาลสำหรับผู้ป่วยมุสลิมแล้ว โรงพยาบาล A, B, C และ D ซึ่งมีร้านอาหารอิสลามจำหน่ายภายในโรงพยาบาลนั้น ผู้รับบริการชาวไทยมุสลิม พบว่า โรงพยาบาล B และ C มีการใช้ภาชนะใส่อาหาร เก็บรวบรวม และล้างปะปนกับภาชนะใส่อาหารจากร้านอาหารอื่นๆ ที่มีการจำหน่ายอาหารเมนูหมูด้วย ซึ่งผู้รับบริการของโรงพยาบาล B และ C อยากให้มีการแยกใช้แยกเก็บ และแยกล้างภาชนะสำหรับร้านอาหารอิสลามโดยเฉพาะ

ประเด็นที่สอง เรื่องสถานที่ละหมาด จากการลงพื้นที่และเก็บข้อมูลของคณะผู้วิจัย พบว่า โรงพยาบาล A, B, C, D และ E มีการจัดห้องละหมาดให้ผู้รับบริการชาวไทยมุสลิมและญาติ แต่ผู้ให้บริการของโรงพยาบาล D ไม่ทราบว่าห้องละหมาดอยู่บริเวณใด บางครั้งถามเจ้าหน้าที่บุคลากรของโรงพยาบาล แต่บุคลากรของโรงพยาบาลก็ไม่ทราบเช่นกัน จึงเสนอแนะว่า ทางโรงพยาบาลควรมีป้ายบอกทางไปห้องละหมาดให้ชัดเจน สำหรับโรงพยาบาล B นั้น ห้องละหมาดอยู่บริเวณมุขตึก ซึ่งไม่สะดวกและอาจไม่ปลอดภัยสำหรับผู้ให้บริการ หากต้องไปใช้บริการในช่วงเวลาละหมาดหลังพระอาทิตย์ตกดินและเวลาละหมาดช่วงค่ำ ส่วนสภาพห้องละหมาดของโรงพยาบาล B และ E นั้นยังไม่สะอาดและไม่เป็นระเบียบเรียบร้อย

ประเด็นที่สาม เรื่องสถานที่อาบน้ำละหมาด การอาบน้ำละหมาด เป็นหนึ่งในศาสนบัญญัติที่มุสลิมต้องกระทำก่อนที่จะไปละหมาด การอาบน้ำละหมาดไม่ใช่การอาบน้ำทั่วทั้งร่างกาย แต่เป็นการเช็ดล้างอวัยวะบางส่วนของร่างกาย ได้แก่ การล้างมือทั้งสองข้าง การสูดน้ำเข้าจมูกและบ้วนปาก ล้างใบหน้าให้ทั่วเขตหน้า การล้างแขนทั้งสองข้างจนถึงข้อศอก การเช็ดผมหรือศีรษะ การเช็ดใบหูทั้งสองข้าง การล้างเท้าทั้งสองข้างจนถึงตาตุ่ม หากมุสลิมทำการละหมาดโดยปราศจากน้ำละหมาด ถือว่าการทำละหมาดนั้นไม่สมบูรณ์ ดังนั้น การอาบน้ำละหมาดจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นและมีความสำคัญต่อมุสลิมไม่น้อยไปกว่าการละหมาด สถานที่อาบน้ำละหมาดควรเป็นบริเวณที่สะอาด ปราศจากสิ่งสกปรกปนเปื้อน และควรแยกบริเวณชาย-หญิง เนื่องจากสตรีมุสลิมจำเป็นต้องถอดผ้าคลุมศีรษะ ถลกแขนเสื้อขึ้นถึงต้นแขนและเปิดชายกระโปรงขึ้นมาเหนือตาตุ่มเพื่อทำความสะอาดบริเวณดังกล่าวจากการสังเกตของผู้วิจัยพบว่า มีเพียงโรงพยาบาล A, C และ E เท่านั้นที่จัดให้มีสถานที่อาบน้ำละหมาดเฉพาะ กลุ่มผู้รับบริการชาวไทยมุสลิมจึงอยากให้ทางโรงพยาบาลจัดสถานที่อาบน้ำละหมาดแยกชาย-หญิง เพื่อให้สอดคล้องกับการปฏิบัติตามหลักศาสนา

ส่วนโรงพยาบาล B และ D ผู้ใช้บริการต้องอาบน้ำละหมาด โดยใช้ห้องน้ำทั่วไปของโรงพยาบาล เนื่องจากขั้นตอนการอาบน้ำละหมาดต้องมีการล้างเท้า หากใช้ห้องน้ำทั่วไปผู้ใช้บริการอาจฉีdn้ابนพื้นทำให้พื้นห้องน้ำเลอะเทอะเปรอะเปื้อนหรือพื้นเปียกน้ำ หรือผู้ใช้บริการบางคนอาจยกเท้าขึ้นไปล้างบนอ่างล้างหน้า ซึ่งเป็นกิริยาทำทางและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในที่สาธารณะ ทำให้มุสลิมเป็นที่รังเกียจสำหรับบุคคลทั่วไปและพนักงานทำความสะอาด

จากการสังเกตของผู้วิจัย พบว่า ห้องน้ำทั่วไปของโรงพยาบาล D มีการรักษาความสะอาดอยู่เสมอ แต่ห้องน้ำของโรงพยาบาล B ยังไม่สะอาดเท่าที่ควร ผู้รับบริการบางท่านจึงแนะนำว่าควรทำสถานที่อาบน้ำละหมาดให้อยู่ในบริเวณห้องละหมาดจะทำให้ผู้ใช้บริการได้รับความสะดวกยิ่งขึ้น

ประเด็นที่สี่ เรื่องการบริการรักษาพยาบาล การแสดงกิริยาวาจา และท่าทีของผู้ให้บริการภาษาและการสื่อสารเหล่านี้ ผู้รับบริการพบได้เป็นรายกรณีทั้งจากผู้ให้บริการที่มีความเชื่อที่แตกต่างจากผู้รับบริการและผู้ให้บริการที่มีความเชื่อความศรัทธาเช่นเดียวกับผู้รับบริการซึ่งอาจแสดงกิริยาท่าทีที่ไม่เหมาะสมกับผู้รับบริการได้เช่นกัน นอกจากนี้ ประเด็นเรื่องความแตกต่างระหว่างเพศของแพทย์และผู้รับบริการชาวไทยมุสลิมก็เป็นอีกหนึ่งประเด็นที่มีความละเอียดอ่อนไหว โดยเฉพาะผู้รับบริการในเขตพื้นที่ของโรงพยาบาล G ที่มีความอ่อนไหวมากที่สุดในประเด็นนี้ นอกจากนี้เรื่องของภาษาและการสื่อสาร พบว่าเป็นปัญหาของโรงพยาบาลส่วนภูมิภาคทางตอนใต้ กรณีที่ผู้รับบริการเป็นผู้สูงอายุและมีข้อจำกัดในการสื่อสารภาษากลางกับเจ้าหน้าที่บุคลากรทางการแพทย์ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Padela *et al.* ที่พบว่า ความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการในเรื่องของภาษา วัฒนธรรม วิธีการรักษา รวมทั้งปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม อาจเป็นอุปสรรคต่อการให้บริการสุขภาพ (Padela *et al.*, 2011) และงานวิจัยของศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติ และคณะ ที่พบว่า ประเด็นปัญหาในการเข้าสู่ระบบบริการทางการแพทย์ของภาครัฐในภาคใต้ตอนบนและภาคใต้ตอนล่างคือประเด็นด้านการสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ซึ่งความแตกต่างของพฤติกรรมในการเข้ารับการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยและการสร้างเสริมสุขภาพของมุสลิมในแต่ละภาคของประเทศไทยมีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางเศรษฐกิจ กฎเกณฑ์ทางศาสนา ระบบ และประเพณีผู้ให้บริการสุขภาพ (ศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติ และคณะ, 2548) นอกจากนี้ Anderson *et al.* ยังได้ให้ข้อเสนอแนะว่า

ผู้ให้บริการสุขภาพควรคำนึงถึงประเด็นเรื่องการใช้บริการล่ามหรือผู้ให้บริการสองภาษาสำหรับผู้รับบริการที่มีข้อจำกัดในการสื่อสารภาษาด้วย (Anderson *et al.*, 2003) และ Reitmanova and Gustafson ได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมว่า ผู้จัดบริการสาธารณสุขควรพัฒนาปรับปรุงเรื่องการเข้าถึงข้อมูลในการบริการสุขภาพทั้งทางด้านวัฒนธรรมและการใช้ภาษาที่เหมาะสมด้วย (Reitmanova and Gustafson, 2008)

## 2.5 ความรู้ความเข้าใจในวิถีอิสลามของผู้ให้บริการและผู้บริหารโรงพยาบาล

กลุ่มผู้ให้บริการและกลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาลยังมีความเข้าใจในวิถีอิสลามที่คลาดเคลื่อนในหลายประเด็น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มผู้ให้บริการและกลุ่มผู้บริหารส่วนใหญ่มีเชื้อมุสลิม และหลายๆ ประเด็นมีรายละเอียดเฉพาะซึ่งอาจเป็นอุปสรรคในการให้บริการหรือจัดบริการสุขภาพตามวิถีอิสลามสาระสำคัญโดยสรุปในแต่ละประเด็นมีดังนี้

(1) ประเด็นด้านการตรวจร่างกายและการบำบัดรักษาโรค พบว่า กลุ่มผู้ให้บริการและกลุ่มผู้บริหารมีความรู้ความเข้าใจในระดับสูงในเรื่อง 1) การขอพรมีผลต่อสภาพจิตใจและเป็นการเสริมกำลังใจของผู้ป่วยและญาติ และ 2) การคำนึงถึงการปฏิบัติตนระหว่างชายหญิงตามวิถีอิสลามและจรรยาบรรณวิชาชีพ แต่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องความเชื่อของมุสลิมเมื่อเจ็บป่วยในระดับปานกลาง และมีความรู้เกี่ยวกับความเชื่อในการหายจากโรคหรือการเจ็บป่วยในระดับต่ำ ซึ่งตามหลักศรัทธาและหลักปฏิบัติของศาสนาอิสลาม เชื่อว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่มนุษย์มีอาจหลีกเลี่ยงได้ และไม่ถือว่าความเจ็บป่วยเป็นเรื่องของเคราะห์กรรมหรือความโชคร้าย แต่เชื่อว่าการเจ็บป่วยเป็นไปตามพระประสงค์ของอัลลอฮ์ (ช.บ.) ซึ่งการเจ็บป่วยอาจเป็นบททดสอบ เป็นการลงโทษ หรือเป็นความเมตตาจากพระเจ้า ดังนั้น การเจ็บป่วยเป็นการทดสอบถึงความอดทนในการต่อสู้กับโรคและอาการต่างๆ ความอดทนในการบำบัดรักษา รวมถึงการทดสอบระดับความศรัทธาที่มีอยู่ ผู้ป่วยที่เข้าใจและมีความศรัทธาจะมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วยที่ประสบอยู่ และจะรีบทำการบำบัดรักษาโรคด้วยวิธีการที่ไม่ขัดต่อหลักคำสอนของอิสลามซึ่งเป็นการวัดความศรัทธา ความอดทนและความยำเกรงต่อพระเจ้า ในบางกรณีมุสลิมเชื่อว่าการเจ็บป่วยเป็นการลงโทษ สำหรับผู้ที่ฝ่าฝืนบทบัญญัติของพระเจ้า เพื่อให้ผู้ป่วยสำนึกตัวและกลับตัวเป็นคนดี เมื่อเกิดการเจ็บป่วย ผู้ป่วยจึงต้องพิจารณาถึงความผิดบาปที่เคยกระทำให้ไปและรีบขออภัยโทษต่อพระเจ้า ซึ่งพระองค์เป็นผู้ทรงความเมตตาทรงให้อภัย หรือในหลายกรณีการเจ็บป่วยถือเป็นความเมตตาของพระเจ้าที่ทรงนำบาปออกไปจากผู้ป่วยเปรียบเสมือนว่าผู้ป่วยได้ชดใช้ในความผิดบาปที่ผ่านมาและพระเจ้าจะอภัยให้แก่ผู้ป่วย และยังถือเป็นโอกาสที่ผู้ป่วยจะได้หันกลับไปพิจารณาบททวนชีวิตที่ผ่านมาและมีโอกาสได้ขออภัยโทษในความผิดบาปต่างๆ ที่ได้กระทำให้ไป ทำให้ได้ปรับปรุงตนเองก่อนที่ความตายจะมาถึง นอกจากนี้ ผู้ป่วยและญาติพี่น้องจะช่วยกันวิงวอนขอพรจากพระเจ้าให้หายจากการเจ็บป่วยซึ่งเป็นการทำให้สุขภาพทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยแข็งแรงและมีพลังในการบำบัดรักษาโรคหรือต่อสู้กับความเจ็บป่วย เพราะหากจิตวิญญาณของผู้ป่วยอ่อนแอหรือท้อแท้ สิ้นหวัง หดห่อกำลังใจ เกิดความเศร้าโศก จะส่งผลต่อโรคทางกายที่เป็นอยู่หรืออาจมีโรคใหม่หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมาได้

สำหรับการบำบัดรักษาโรคหรืออาการเจ็บป่วยนั้น เมื่อเกิดการเจ็บป่วย อิสลามถือว่าเป็นหน้าที่และสิ่งจำเป็นสำหรับมุสลิมและญาติที่ต้องเสาะแสวงหาวิธีการในการบำบัดรักษาเยียวยาโรค เพราะอัลลอฮ์ (ช.บ.) ได้กล่าวไว้ในคัมภีร์อัลกุรอานว่า เมื่อพระองค์ทรงนำโรคมายังมนุษย์ พระองค์ก็ทรงประทานยารักษาโรคลงมาด้วย ยกเว้นเพียงโรคเดียวที่ไม่มียารักษาคือโรคชรา ฉะนั้นอิสลามจึงให้รับทำการบำบัดรักษาโรคเมื่อเกิดโรคหรือการเจ็บป่วย ซึ่งการบำบัดรักษาโรคจะต้องบำบัดด้วยวิธีการที่ไม่ขัดต่อหลักคำสอนของอิสลาม เช่น การใช้ไสยศาสตร์ การเสี่ยงทาย การทรงเจ้าเข้าผี การบูชาวิญญาณ การบนบานสิ่งอื่นใดนอกจากอัลลอฮ์ (ช.บ.) หรือการศรัทธาในวิธีการบำบัดหรือผู้บำบัดเช่นแพทย์ ผู้รักษาจนเกินขอบเขตโดยเชื่อว่ามนุษย์สามารถบำบัดรักษาโรคให้หายได้โดยลืมนึกถึงพระเจ้า เป็นต้น

ส่วนการหายหรือไม่หายจากโรคหรือการเจ็บป่วยนั้น อิสลามเชื่อว่าเป็นไปตามพระประสงค์ของพระเจ้า มุสลิมที่เจ็บป่วยจึงต้องมีความอดทนในการรักษา พร้อมทั้งวิงวอนขอและมีความศรัทธาต่อพระเจ้าซึ่งส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นและมีจิตใจที่เข้มแข็ง มีกำลังใจ มีความหวังในความเมตตาของพระเจ้า ขณะเดียวกันก็ไม่เสียใจหรือโวยวาย ท้อแท้ หากการบำบัดรักษาโรคนั้นไม่ได้ผลหรือไม่หายเจ็บป่วย (สถาบันเวทศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551, หน้า 93-95)

ประเด็นเรื่องการตรวจร่างกายหรือการบำบัดรักษาโรคนั้น ตามหลักศาสนาอิสลามต้องคำนึงถึงการปฏิบัติตนหรือการปะปนระหว่างชายหญิงด้วย เพื่อป้องกันความเสียหายที่จะเกิดขึ้น โดยเฉพาะการตรวจร่างกายผู้ป่วยสตรีมุสลิมซึ่งแพทย์ผู้ตรวจรักษาควรคำนึงถึงและปฏิบัติ ดังนี้

- หากแพทย์ผู้ตรวจร่างกายเป็นชาย ต้องมีเจ้าหน้าที่ผู้หญิงอยู่ด้วยเสมอ
- การตรวจร่างกายต้องทำในห้องที่มิดชิด ไม่ควรมีประตูที่ใครก็เปิดเข้าออกได้
- หากสามารถจัดให้มีแพทย์สตรีดูแลผู้ป่วยสตรีจะดีที่สุด

การตรวจร่างกายตามหลักการศาสนาอิสลาม นักวิชาการมุสลิม ได้กำหนดเงื่อนไขเกี่ยวกับเพศของผู้ตรวจไว้เป็นลำดับ ดังนี้

- (1.1) ต้องเป็นเพศหญิงที่นับถือศาสนาอิสลาม โดยมีเหตุผลว่า คนเพศเดียวกัน ศาสนาอนุญาตให้มองดูอวัยวะต่างๆ ในขอบเขตที่กว้างกว่า และการนับถือศาสนาอิสลามย่อมเสริมสร้างความเข้าใจในหลักเกณฑ์ต่างๆ ของศาสนาได้ดีกว่า
- (1.2) เป็นเพศหญิงที่นับถือศาสนาอื่น ในกรณีที่ไม่มีเพศหญิงที่นับถือศาสนาอิสลามตามข้อ (1.1)
- (1.3) เป็นเพศชายที่นับถือศาสนาอิสลาม ในกรณีที่ไม่มีเพศหญิงตามข้อ (1.1) และ (1.2)
- (1.4) เป็นเพศชายที่นับถือศาสนาอื่นก็ได้ ในกรณีที่ไม่มีเพศชายตามข้อ (1.3)

ทั้งนี้ให้พิจารณาตามความเชี่ยวชาญของแพทย์หรือผู้ทำการรักษาเป็นสิ่งสำคัญแม้จะต่างเพศและต่างศาสนากับผู้ป่วยก็ตาม กล่าวคือ หากแพทย์หรือผู้ทำการรักษาในลำดับที่ (1.4) มีความเชี่ยวชาญมากกว่าในลำดับที่ (1.3) (1.2) และ (1.1) ให้ถือเสมือนว่า ไม่มีแพทย์ในลำดับที่ (1.1) (1.2) และ (1.3) (ยูซุฟ นิมะ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2551, หน้า 56-57)

(2) ประเด็นด้านโภชนาการ อาหารและยา กลุ่มผู้ให้บริการและกลุ่มผู้บริหารมีความรู้ความเข้าใจระดับสูงในเรื่องที่มุสลิมต้องบริโภคอาหารฮาลาลและลักษณะของครัวฮาลาล แต่มีความรู้ความ

เข้าใจเพียงระดับปานกลางในเรื่องอาหารฮาลาลควรมีลักษณะเฉพาะอย่างไร และยาที่นำมาใช้ในการรักษาต้องไม่มีส่วนประกอบของสิ่งต้องห้าม

เรื่องอาหารฮาลาล กลุ่มผู้ให้บริการและกลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาลส่วนใหญ่เข้าใจว่า อาหารฮาลาลคือ อาหารอิสลาม และอาหารอิสลามคือ อาหารที่ไม่มีหมูเท่านั้น แต่ถ้าเป็นไก่หรือปลา มุสลิมสามารถทานได้ ตามหลักการศาสนาอิสลาม “อาหารฮาลาล” หมายถึง อาหารที่ผ่านกรรมวิธีในการทำ ผสม ประคบ หรือแปรรูป ตามข้อบัญญัติศาสนาอิสลาม กล่าวคือ วัตถุดิบหรือส่วนผสมที่ใช้ในการปรุงอาหาร ต้องไม่ขัดต่อข้อบัญญัติของศาสนา ต้องมีความสะอาด ไม่ปนเปื้อนเชื้อโรค เช่น เนื้อสัตว์ต้องมาจากการเชือดด้วยวิธีการตามหลักศาสนาโดยผู้เชือดเป็นมุสลิม ขั้นตอนการเชือดถูกต้อง แม่นยำและรวดเร็ว ไม่ให้สัตว์เกิดการเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ผู้เชือดเปี่ยมด้วยความกรุณา และสำนึกว่าสัตว์นั้นเป็นอาหารที่พระเจ้าประทานให้มา รวมทั้งมีการกล่าวนามของพระองค์ ในการประกอบอาหารต้องไม่มีส่วนผสมที่ต้องห้าม เช่น เนื้อหมู น้ำมันหมู หรือผลิตภัณฑ์อื่นๆ จากหมู รวมทั้งเลือดของสัตว์ไม่ว่าชนิดใด อาหารที่มาจากพืชต้องปราศจากพืชและอันตรายทุกชนิด รวมทั้งไม่มีเครื่องดื่มหรืออาหารที่มีแอลกอฮอล์หรือส่วนประกอบที่เป็นอันตรายหรือเป็นพิษ เป็นต้น จากค่านิยามของอาหารฮาลาลข้างต้น หากเนื้อไก่ที่นำมาใช้เป็นวัตถุดิบในการประกอบอาหาร ไม่ได้มาจากการเชือดที่ถูกต้องตามหลักศาสนบัญญัติ อาหารดังกล่าวก็ถือว่าเป็นอาหารที่ไม่ฮาลาลตามหลักการศาสนาอิสลาม

อนึ่ง หลักการของครัวฮาลาลคือ ต้องพิจารณาทั้งเรื่องของวัตถุดิบและส่วนประกอบที่ใช้ในการผลิต การล้างทำความสะอาดวัตถุดิบและอุปกรณ์ สถานที่ที่ใช้ในการประกอบอาหาร การเก็บรักษา การขนส่ง และการบริการเสิร์ฟอาหารแก่ผู้รับบริการด้วย เช่น วัตถุดิบและส่วนประกอบที่ใช้ในการผลิตต้องเป็นสิ่งที่ศาสนาอิสลามอนุญาตให้บริโภคได้และไม่เป็นอันตรายแก่ผู้บริโภค วัตถุดิบที่เตรียมไว้ใช้ในการผลิตต้องเก็บรักษาไว้ในสถานที่ที่สะอาดไม่มีสัตว์เข้าไปเกี่ยวข้อง การล้างวัตถุดิบและส่วนประกอบที่ใช้ในการผลิต ต้องล้างด้วยน้ำสะอาดที่ไหลผ่านวัตถุดิบหรือส่วนประกอบที่ใช้โดยทั่วถึง อุปกรณ์ที่ใช้ในการผลิตอาหารฮาลาลจะใช้และเก็บรักษาปะปนกับอุปกรณ์ในการผลิตอาหารที่ไม่ฮาลาลไม่ได้ สถานที่ผลิตอาหารฮาลาลต้องไม่ปะปนกับการผลิตอาหารที่ไม่ฮาลาล โดยแยกออกจากกันอย่างชัดเจนและต้องไม่มีสัตว์เลี้ยงเข้าไปเกี่ยวข้องในบริเวณการผลิตหรือนำอาหารเครื่องดื่มและวัตถุดิบ/ผลิตภัณฑ์ที่ไม่ฮาลาลเข้าไป การเก็บรักษาและการขนส่งอาหารฮาลาล ต้องแยกออกจากอาหารที่ไม่ฮาลาล นอกจากนี้ การให้บริการหรือเสิร์ฟอาหารฮาลาล รวมทั้งการล้างภาชนะที่ใช้แล้ว เช่น ถาด/จาน ช้อนส้อม ต้องไม่ปะปนกับอาหารที่ไม่ฮาลาล เป็นต้น

เรื่องของยาที่นำมาใช้ในการบำบัดรักษาโรค ศาสดามุฮัมมัด (ซ.ล.) ได้กล่าวไว้ว่า แท้จริงอัลลอฮ์ (ซ.บ.) จะไม่ส่งโรคลงมา นอกจากพระองค์จะส่งยารักษาโรคนั้นๆ มาด้วย และผู้ที่มีความรู้ก็จะรู้วิธีการรักษาโรคนั้น ดังนั้น จงรักษาเถิด และจงอย่าเย้ยหยันรักษาด้วยสิ่งต้องห้าม ฉะนั้น การบำบัดรักษาโรคจึงเป็นหน้าที่และสิ่งจำเป็นสำหรับมนุษย์ที่เจ็บป่วย มุสลิมเชื่อว่าโรคทุกโรคนั้นย่อมมียารักษา เมื่อยานั้นตรงกับโรค ผู้ป่วยก็จะหายจากโรคด้วยการอนุมัติหรือพระประสงค์ของพระเจ้า และการบำบัดรักษาโรคต้องไม่ขัดกับหลักการศาสนา เช่น การตั้งภาคีให้มีผู้พิเศษช่วยรักษาโรคให้ การใช้เวทมนตร์คาถา หรือการพึ่งพาของมีนเมา เช่น สุรา ยาต้องเหล้า สิ่งเสพติดทั้งหลาย นอกจากนี้ท่านศาสดา (ซ.ล.) ยังได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างโรคกับยาว่า ความเหมาะสมพอดีของยากับการหาย

ของโรคเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงเสมอ ตัวยาเองนั้นหากมีฤทธิ์ที่แรงเกินไปหรือใช้ยาขนาดที่มากเกินไปกว่าตัวโรคเองแล้ว ตัวมันเองก็จะทำให้เกิดเป็นอันตรายหรือเป็นโรคใหม่ขึ้นมาอีก แต่หากมันมีน้อยเกินไปก็ไม่สามารถจะรักษาโรคให้หายได้เช่นกัน การรักษาโรคมักมีข้อจำกัดอยู่เสมอ เช่น ถ้าหากยานั้นไม่ถูกกับโรค หรือยานั้นไม่พอดีกับตัวโรคมันก็ไม่หาย หรือถ้าเวลาไม่เหมาะสมพอก็ไม่หายเช่นกัน หรือถ้าหากร่างกายไม่ยอมรับยานั้น หรือร่างกายอ่อนแอเกินกว่าจะทนยาได้ หรือมีข้อห้ามบางอย่างที่ไม่ให้ใช้ยานั้น โรคนั้นก็ไม่สามารถหายได้ แต่เมื่อใดก็ตามที่มีการพบกันหรือมีการทำปฏิริยากันอย่างเหมาะสมระหว่างยากับโรค โรคนั้นก็หายได้ด้วยอนุมัติของพระองค์อัลลอฮ์ (ช.บ.)

(3) ประเด็นด้านสถานที่อาบน้ำละหมาด และสถานที่ละหมาด กลุ่มผู้ให้บริการและกลุ่มผู้บริหารมีความรู้ความเข้าใจในระดับสูง ว่าสถานที่ละหมาดและสถานที่อาบน้ำละหมาด ควรเป็นสถานที่สะอาดและแยกส่วนของชายและหญิง แต่มีความรู้ความเข้าใจระดับปานกลางในเรื่องการอาบน้ำละหมาด และการทำละหมาดวันละ 5 เวลา โดยไม่ทราบว่ามุสลิมต้องทำการอาบน้ำละหมาดก่อนที่จะทำละหมาด บางคนเข้าใจผิดคิดว่าการอาบน้ำละหมาดคือการอาบน้ำชำระล้างทั่วทั้งร่างกาย

ตามหลักการศาสนาอิสลาม การละหมาดเป็นหนึ่งในศาสนกิจภาคบังคับที่สำคัญของมุสลิมซึ่งจะต้องปฏิบัติตามบทบัญญัติของศาสนาอิสลามอย่างเคร่งครัดและไม่สามารถละทิ้งได้ ถือเป็นศาสนกิจที่แสดงออกถึงความเคารพต่ออัลลอฮ์ (ช.บ.) ทั้งทางร่างกายและจิตใจ มุสลิมทุกคนทั้งชายและหญิงที่บรรลุนิติภาวะคือ สตรีตั้งแต่มีรอบเดือนและผู้ชายตั้งแต่มีฟันขึ้น ต้องทำการละหมาดอย่างน้อยวันละ 5 เวลา ได้แก่ เวลารุ่งอรุณ เวลาบ่าย เวลาเย็น เวลาพลบค่ำหลังพระอาทิตย์ตกดิน และเวลากลางคืน แม้ในยามที่เจ็บป่วยหรืออยู่ระหว่างการบำบัดรักษาโรคและตราบที่ผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะหรือรู้สึกตัว ผู้ป่วยมุสลิมก็ต้องไม่ทิ้งละหมาด แต่ให้พยายามปฏิบัติตามเงื่อนไขของศาสนาเท่าที่สามารถปฏิบัติได้ เช่น ถ้ายืนไม่ได้ให้นั่งละหมาด หากนั่งไม่ได้ก็ให้นอนละหมาดได้

อิสลามได้ให้ความสำคัญเรื่องความสะอาดครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายภายนอกและจิตใจภายใน ก่อนที่จะทำการละหมาดทุกครั้ง มุสลิมจำเป็นต้องทำการอาบน้ำละหมาดก่อนเสมอ ซึ่งการอาบน้ำละหมาดมิใช่การอาบน้ำทั่วทั้งร่างกาย แต่เป็นการชำระล้างอวัยวะบางส่วนในร่างกายให้สะอาด เช่น การสูดน้ำเข้าออกจมูก บ้วนปาก การล้างหน้าให้ทั่วเขตใบหน้า การล้างมือทั้งสองข้างจนถึงข้อศอก การเช็ดศีรษะหรือผมบางส่วน การเช็ดใบหูทั้งสองข้าง การล้างเท้าทั้งสองข้างจนถึงตาตุ่ม สถานที่อาบน้ำละหมาดควรเป็นสถานที่ที่สะอาด และควรแยกสัดส่วนของชาย-หญิง นอกจากนี้มุสลิมยังต้องตรวจสอบว่าเสื้อผ้า และสถานที่ละหมาดมีความสะอาดปราศจากสิ่งสกปรกแล้วหรือไม่ โดยสถานที่ละหมาดต้องเป็นบริเวณที่สะอาด และควรอยู่ในบริเวณที่สงบเพื่อให้จิตใจมีสมาธิกับการทำละหมาด

(4) ประเด็นด้านการวางแผนครอบครัว กลุ่มผู้ให้บริการและกลุ่มผู้บริหารมีความรู้ความเข้าใจในระดับปานกลางเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวหรือการคุมกำเนิดชั่วคราว และการทำแท้งของผู้ป่วยมุสลิม แต่มีความรู้ความเข้าใจระดับต่ำในประเด็นเรื่องเงื่อนไขที่มุสลิมจะใช้วิธีการคุมกำเนิด การอุ้มบุญ การปฏิสนธินอกครรภ์หรือในหลอดแก้ว

เป้าหมายของการแต่งงานตามหลักการศาสนาอิสลามคือ การมีบุตรและการดำรงเผ่าพันธุ์มนุษย์โดยอาศัยการให้กำเนิดอย่างต่อเนื่อง ศาสนาอิสลามจึงสนับสนุนการแต่งงานและการให้กำเนิด

บุตร และศาสนาไม่ยินยอมให้เป้าหมายนี้ถูกทำลายโดยการคุมกำเนิด แต่อิสลามก็อนุญาตให้มุสลิมวางแผนครอบครัวได้หากมีเหตุผลและความจำเป็นอันเป็นที่ยอมรับ โดยต้องพิจารณาเป็นแต่ละรายกรณี และการคุมกำเนิดหรือการเว้นระยะการมีบุตรนั้นไม่ได้ทำลายอวัยวะสืบพันธุ์อย่างถาวร นอกจากนี้ การยินยอมให้ควบคุมการมีบุตรได้ชั่วคราว เพื่อเว้นช่วงการตั้งครรภ์หรือพักการตั้งครรภ์เป็นการชั่วคราวในช่วงเวลาหนึ่งเพราะมีความจำเป็นตามบัญญัติศาสนานั้น ต้องเป็นการกำหนดร่วมกันของคู่สามีภรรยาและด้วยความพอใจของทั้งสองฝ่าย โดยมีเงื่อนไขว่าจะไม่เกิดอันตรายขึ้นกับการกระทำเช่นนั้น

สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ การใช้คำว่า “คุมกำเนิด” นั้น เป็นคำที่ไม่สอดคล้องกับคำสอนในศาสนาอิสลาม ควรใช้คำว่า “การเว้นระยะการมีบุตร” แทน และบุคลากรทางการแพทย์ไม่ควรพูดเรื่องการวางแผนครอบครัว แต่ควรพูดเรื่องสุขภาพของมารดาแทน เช่น เพื่อคุ้มครองทารกที่กำลังดิ้นรนให้พ้นจากอันตรายใดๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์ของมารดา ขณะเดียวกันก็เพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงที่จะสร้างความอึดอัดให้แก่สามีที่จะต้องยับยั้งการมีเพศสัมพันธ์กับภรรยาของตนที่กำลังให้นมบุตรอยู่ ซึ่งในทัศนะอิสลาม ช่วงห่างที่ระหว่างบุตรสองคนคือ สามสิบเดือน หรือหากมารดาต้องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนครบสองปี ช่วงห่างของบุตรก็ควรเป็นสามสิบสามเดือน (ยูซุฟ นิมะ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2551, หน้า 58)

เรื่องการทำแท้ง อิสลามถือว่าการมีชีวิตของทารกเป็นชีวิตที่มีศักดิ์ศรี จำเป็นต้องรักษาไว้ การทำแท้งหรือการจงใจทำลายทารกในครรภ์เปรียบเสมือนการฆ่าชีวิตมนุษย์ซึ่งถือเป็นบาปและเป็นข้อห้ามในศาสนาอิสลาม ยกเว้นในกรณีที่ได้รับการวินิจฉัยจากคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่เชื่อถือได้และยืนยันว่า การปล่อยทารกในครรภ์ไว้จะเป็นอันตรายอย่างแน่นอนกับผู้เป็นมารดา กรณีนี้จึงอนุญาตให้ทำแท้งได้ไม่ว่าทารกจะพิการหรือไม่ก็ตาม เพื่อป้องกันอันตรายที่ใหญ่หลวงที่สุดที่จะเกิดกับผู้เป็นมารดา หากในกรณีที่คณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญลงความเห็นว่าทารกมีความพิการทางร่างกาย ซึ่งความพิการนี้เป็นสิ่งที่ติดตัวทารก เช่น ดวงตาพิการ เป็นต้น กรณีนี้ห้ามทำแท้งโดยไม่มีเงื่อนไข แต่หากความพิการนี้เป็นอันตรายอนุญาตให้ทำแท้งได้ก่อนอายุครรภ์ 120 วัน และไม่อนุญาตให้ทำแท้งภายหลัง 120 วันไปแล้ว (อรุณ บุญชม, 2549, หน้า 60)

เรื่องการปฏิสนธินอกครรภ์หรือการผสมเทียม การใช้เทคโนโลยีช่วยในการปฏิสนธิมีหลายวิธี ซึ่งมีทั้งที่ศาสนาอิสลามอนุญาตและห้าม ซึ่งจากการประชุมของสภาฟิสิกฮอิสลาม เรื่องทารกหลอดแก้วมีข้อวินิจฉัย ดังนี้ การผสมเทียมที่รู้จักกันแพร่หลายมี 7 วิธี ได้แก่

- <1> นำน้ำเชื้ออสุจิสามีและไข่ของหญิงอื่นมาผสมเทียมในมดลูกของภรรยาของตนเอง
- <2> นำน้ำเชื้ออสุจิของชายอื่นและไข่ของภรรยามาผสมเทียมในมดลูกของภรรยาของตน
- <3> นำน้ำเชื้ออสุจิสามีและไข่ของภรรยามาผสมภายนอก แล้วใส่เข้าไปในมดลูกของหญิงอื่น
- <4> นำน้ำเชื้ออสุจิของชายอื่นมาผสมกับไข่ของหญิงอื่นแล้วฝากครรภ์ในมดลูกของภรรยาตน
- <5> นำน้ำเชื้อของสามีและไข่ของภรรยามาผสมเทียมภายนอก แล้วฝากครรภ์ในมดลูกของภรรยาอีกคนหนึ่ง
- <6> นำน้ำเชื้ออสุจิของสามีและไข่ของภรรยาตนมาผสมเทียมภายนอกแล้วให้ตั้งครรภ์ในมดลูกของภรรยาตน
- <7> นำน้ำเชื้อของสามีฉีดเข้าไปในช่องคลอดหรือมดลูกของภรรยาตน



แนวทางที่ 1, 2, 3, และ 4 นั้น เป็นที่ต้องห้ามอย่างเด็ดขาด เพราะเป็นการปะปนกันทางสายตระกูล และแนวทางที่ 5 ถือว่าทารกที่เกิดมานี้สืบตระกูลจากสามีของภรรยาที่เป็นเจ้าของไข่ซึ่งเป็นสามีของภรรยาที่รับตั้งครรภ์ โดยทารกนั้นจะเป็นบุตรของภรรยาที่รับตั้งครรภ์และคลอดเขาออกมา และจะได้รับสิทธิ์ทั้งหมดตามข้อกำหนดของหลักศาสนาสำหรับความสัมพันธ์ระหว่างบุตรและมารดา เช่น การรับมรดก ค่าเลี้ยงดู การดูแล และข้อกำหนดอื่นๆ ในการสืบเชื้อสายตามศาสนาบัญญัติ เป็นต้น และถือว่าทารกนี้ไม่ใช่บุตรของหญิงผู้เป็นเจ้าของไข่ ซึ่งความสัมพันธ์ของหญิงผู้เป็นเจ้าของไข่เป็นเสมือนแม่ผู้ให้เต็มนมซึ่งจะเกี่ยวข้องกับบทบัญญัติของศาสนาในเรื่องการห้ามแต่งงานอันเนื่องมาจากการให้เต็มนม

ส่วนแนวทางที่ 6 และ 7 สภาพิกฮิสลามมีความเห็นว่าทำได้หากมีความจำเป็น แต่จะต้องกระทำตามขอบเขตที่กำหนดอย่างเคร่งครัด ซึ่งการผสมเทียม/การปฏิสนธินอกครรภ์/ในหลอดแก้ว เป็นที่อนุญาตตราบใดที่เชื้อสุมหรือสเปิร์มที่ถูกแช่แข็งกับไข่ที่ได้มาจากคู่สามีภรรยาที่แต่งงานกัน อย่างถูกต้องตามหลักการศาสนาอิสลาม และภายหลังการแต่งงานแล้ว ไม่ใช่ได้มาก่อนการสมรส และการปฏิสนธินั้นต้องมีชั้นระหว่างที่ทั้งสองยังใช้ชีวิตสามีภรรยาอยู่ ไม่ใช่ภายหลังจากที่สามีหย่าร้างหรือเสียชีวิตไปแล้ว นอกจากนี้ การอุ้มบุญหรือการฝากตัวอ่อนไว้ในครรภ์ของผู้หญิงอีกคนหนึ่งก็ไม่ใช่ที่อนุญาตในศาสนาอิสลาม และไม่ใช่ที่อนุญาตให้ผู้หญิงมุสลิมทำหน้าที่เป็นคนอุ้มครรภ์แทนคนอื่นด้วยเช่นกัน (อรุณ บุญชม, 2549, หน้า 41-43 และยูซุฟ นิมะ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2551, หน้า 60)

(5) ประเด็นด้านงานอนามัยแม่และเด็ก กลุ่มผู้ให้บริการและกลุ่มผู้บริหารมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเยี่ยมเยียนผู้ป่วยตามวิถีอิสลามในระดับสูง มีความรู้ความเข้าใจในระดับปานกลางในเรื่องการบริจาคเลือดและการถ่ายเลือด แต่มีความรู้ความเข้าใจในระดับต่ำเกี่ยวกับการกล่าวล้อยคำเฉพาะ (อะซาน) ที่ข้างหูของเด็กแรกเกิด และความเชื่อที่ว่ารกเป็นส่วนหนึ่งของร่างกายต้องนำไปฝัง

เมื่อทารกเกิดมา อิสลามมีคำสอนต่างๆ ที่สำคัญที่ผู้เป็นบิดามารดาควรจะต้องปฏิบัติต่อบุตร เช่น การตั้งชื่อที่ดีให้แก่บุตร การอะซานที่หูขวา การเอาใจใส่เรื่องการให้นมแม่ การขริบปลายหนังหุ้มอวัยวะเพศ (การเข้าสู่หนัหรือคิตาน) ก่อนจะบรรลุมรสภาวะ เป็นต้น เมื่อทารกคลอดออกมาจากครรภ์มารดาและเช็ดตัวทำความสะอาดแล้ว บิดาหรือญาติผู้ใหญ่จะกล่าวคำ “อะซาน” ที่ข้างหูขวา และคำ “อิกอมะฮฺ” ที่ข้างหูซ้ายของทารก ซึ่งคำอะซานและคำอิกอมะฮฺ เป็นคำสรุปของคำปฏิญาณตนของมุสลิมที่ว่า “ไม่มีพระเจ้าอื่นใด นอกจากอัลลอฮฺ (ช.บ.) และศาสดามุฮัมมัด (ช.ล.) เป็นศาสนทูตของอัลลอฮฺ (ช.บ.)” ซึ่งการกล่าวคำอะซานและอิกอมะฮฺมีความหมายถึงการชี้แนะให้เด็กมีจิตใจที่ศรัทธาต่ออัลลอฮฺ (ช.บ.) และดำรงตนอยู่ในวิถีทางของพระเจ้า ซึ่งจะเห็นว่า อิสลามได้ให้ความสำคัญกับการดูแลบุตรตั้งแต่แรกเกิด โดยให้แวดล้อมด้วยการเลี้ยงดูตามแนวทางจริยธรรมอิสลาม และสิ่งแรกที่ต้องเข้าไปสัมผัสกับโสดหุของทารกคือ ถ้อยคำแห่งการศรัทธาหรือการอะซานซึ่งจะส่งผลไปยังหัวใจของทารก (ยูซุฟ นิมะ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2551, หน้า 40)

ดังนั้น แนวทางในการปฏิบัติสำหรับแพทย์หรือพยาบาลที่ทำคลอดสตรีมุสลิมคือ หลังจากทำคลอดและทำความสะอาดทารกเสร็จแล้ว ควรมอบทารกให้บิดาหรือญาติผู้ใหญ่กล่าวคำอะซานและคำอิกอมะฮฺก่อน แล้วจึงดำเนินการตามหลักการแพทย์ต่อไป ส่วนรกควรจัดใส่ถุงให้เรียบร้อยแล้วมอบ

ให้บิดาหรือญาติของทารกนำไปฝังในสถานที่อันควรต่อไป เพราะอิสลามไม่อนุญาตให้นำศพไปใช้ในกิจกรรมอื่น ยกเว้นมีเหตุผลอันสมควร

เรื่องการขริบหรือการเข้าสู่หนัด เป็นการขริบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศและเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องปฏิบัติสำหรับชายมุสลิมทุกคน เพราะศาสนาอิสลามให้ความสำคัญกับความสะอาดของร่างกาย การขริบมีประโยชน์ทางการแพทย์ ได้แก่ ตัดปัญหาสภาวะหนังหุ้มปลายตีบ ลดอุบัติการณ์ของอาการและโรคต่างๆ เช่น การอักเสบของส่วนหัวอวัยวะเพศ หนังหุ้มปลาย การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มะเร็งอวัยวะเพศชาย มะเร็งปากมดลูก ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (HIV/AIDs) และช่วยในการรักษาความสะอาด ความสมดุลของอารมณ์ทางเพศ เป็นต้น (ยูซุฟ นิมะ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2551, หน้า 49)

การเยี่ยมเยียนผู้ป่วยตามวิถีอิสลาม เมื่อทราบข่าวการเจ็บป่วยของญาติพี่น้อง ศาสนาอิสลามส่งเสริมให้มุสลิมไปเยี่ยมเยียนผู้ป่วยและควรมีมารยาทในการเยี่ยมเยียนผู้ป่วย ดังนี้

- พุดลอบใจให้กำลังใจผู้ป่วยโดยใช้คำพูดที่อ่อนโยน นุ่มนวล ไพเราะ เพื่อให้ผู้ป่วยมีขวัญกำลังใจจากผู้มาเยี่ยมเยียนและบุคคลรอบข้าง ทำให้รู้สึกเข้มแข็งกระปรี้กระเปร่าขึ้น เมื่อมีผู้มาเยี่ยมเยียนอย่างสม่ำเสมอ
- ให้ผู้มาเยี่ยมเยียนช่วยขอพรหรือดออาร์ต่อพระเจ้า ให้ผู้ป่วยหายจากอาการเจ็บป่วย
- ให้ถามอาการของผู้ป่วย และให้หิบบิยน์หรือมอบสิ่งดีๆ ที่ผู้ป่วยชอบและพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วย อย่าพูดหรือทำในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ชอบ
- สำหรับการเยี่ยมเยียนผู้ป่วยทั่วไป ให้ไปเยี่ยมผู้ป่วยโดยใช้เวลาไม่นานนัก เพราะผู้ป่วยต้องการพักผ่อน ต้องการบำบัดรักษา และต้องการความเป็นส่วนตัว ให้ผู้เยี่ยมรีบไปและให้รีบกลับ นอกจากกรณี que ผู้ป่วยต้องการให้อยู่นานๆ หรือการไปเยี่ยมนั้นจะทำให้ผู้ป่วยดีใจหรือช่วยบรรเทาอาการเจ็บป่วยลงก็ไม่ใช่ เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยหายเร็วขึ้นก็ได้
- ให้ไปเยี่ยมผู้ป่วยทุกคนที่รู้จัก ไม่ว่าจะเป็นมุสลิมหรือต่างศาสนิกก็ตาม

ซึ่งการเยี่ยมเยียนผู้ป่วยนี้ถือเป็นจริยธรรมอันดีงามของอิสลามที่ส่งเสริมให้ปฏิบัติ เพื่อเสริมสร้างสังคมที่แข็งแกร่ง เป็นการดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกันของคนในสังคม (ฏอฮา अबดุลละห์, 2560) ด้วยเหตุนี้ ผู้ป่วยมุสลิมจึงมักมีญาติพี่น้องมิตรสหายมาเยี่ยมเยียนที่โรงพยาบาลเป็นจำนวนมาก จนบางครั้งเป็นเรื่องขัดแย้งในสถานพยาบาล

การบริจาคเลือดและการถ่ายเลือด เป็นที่อนุญาตในกรณีที่มีความจำเป็น เป็นสิ่งที่ถูกต้องตามกฎหมาย แต่ต้องเป็นการบริจาคเลือดที่ไม่หวังสิ่งตอบแทน โดยผู้บริจาคเลือดยินยอมโดยสมัครใจ และจะไม่ได้รับอันตรายใดๆ อันเนื่องมาจากการบริจาคเลือดนั้น และต้องอยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของแพทย์พยาบาลผู้ชำนาญการ การบริจาคเลือดถือเป็นการช่วยเหลือที่ดีที่สุดที่มนุษย์สามารถให้แก่คนที่ต้องการเลือดอันเนื่องมาจากการเสียเลือดหรือการผ่าตัด การบริจาคเลือดจึงเป็นการกระทำที่ได้รับการยกย่องอย่างสูง เพราะเป็นการรักษาชีวิตมนุษย์ไว้ไม่ว่าคนไข้ผู้นั้นจะเป็นมุสลิมหรือไม่ก็ตาม (ยูซุฟ นิมะ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2551, หน้า 81 และสำนักจุฬาราชมนตรี, 2560, หน้า 50-55)

(6) ประเด็นด้านการถือศีลอด กลุ่มผู้ให้บริการและกลุ่มผู้บริหารมีความรู้ความเข้าใจในระดับปานกลางว่าการถือศีลอดคืออะไร และแพทย์หรือพยาบาลควรให้คำแนะนำการปรับยาในช่วงเดือนรอมฎอนแก่ผู้ป่วย แต่มีความรู้ความเข้าใจในระดับต่ำสำหรับประเด็นการนัดตรวจ การเจาะเลือด การฉีดยาในเดือนรอมฎอน

การถือศีลอด เป็นการละเว้นจากการกินการดื่ม การมีเพศสัมพันธ์ และการพูดจาไร้สาระ โดยให้ผู้ถือศีลอดสำรวมตนในคุณงามความดีเป็นพิเศษในแต่ละวัน ตั้งแต่ปรากฏแสงตะวันขึ้นจนกระทั่งตะวันลับขอบฟ้า ด้วยเจตนาเพื่ออัลลอฮ์ (ช.บ.) เป็นข้อกำหนดหรือบทบังคับสำหรับมุสลิมทุกคนที่บรรลุนิติภาวะและมีสภาพร่างกายที่สามารถถือศีลอดได้ในรอบปีหนึ่งๆ ทั้งชายหญิงทุกฐานะเป็นเวลา 1 เดือน คือเดือนที่ 9 ของฮิจเราะฮ์ศักราช ที่เรียกว่าเดือน “รอมฎอน” ตามปฏิทินอิสลามซึ่งนับตามจันทรคติ

ศาสนาอิสลามได้อนุญาตเว้นการถือศีลอดหรือไม่ต้องถือศีลอด ในกรณีของการเจ็บป่วยที่เป็นที่แน่ชัดว่าหากถือศีลอดแล้วจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบหรือทำให้อาการของโรคนั้นเลวร้ายและยืดเยื้อออกไป ส่วนการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย หรือเป็นโรคที่การถือศีลอดมิได้ส่งผลเสียแก่อาการของผู้ป่วยก็ไม่ใช่เป็นข้ออนุญาตให้งดเว้นการถือศีลอด ประเภทบุคคลที่ได้รับการอนุญาตหรือไม่เป็นผู้มีอุปสรรคไม่สามารถถือศีลอดได้ มีดังนี้

- เด็กที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ
- คนชราหรือผู้สูงอายุที่ไม่สามารถถือศีลอดได้
- ผู้ป่วย ทั้งชั่วคราวหรือมีโอกาสหายขาดจากโรค แต่ต้องถือชดเชยในวันอื่นภายหลังจากที่หายป่วยแล้ว
- คนป่วยด้วยโรคประจำตัวหรือผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งไม่มีโอกาสรักษาหายได้ อนุญาตไม่ต้องถือศีลอดชดเชย แต่ให้ชดเชยด้วยการเลี้ยงอาหารแก่คนยากจนวันละคน ตามจำนวนวันที่ขาดด้วยอาหาร (เช่น ข้าว หรือแป้งสาลี) ประมาณ 1.5 กิโลกรัมต่อวัน
- สตรีมีครรภ์ สตรีหลังคลอดบุตรหรือให้นมบุตร ให้ชดเชยเป็นอาหารแก่คนยากจน
- สตรีที่มีประจำเดือน
- ผู้เดินทางไกลหรืออยู่ระหว่างการเดินทาง อนุญาตให้งดศีลอด แต่ต้องถือชดเชยภายหลัง
- บุคคลที่ทำงานหนัก เช่น กรรมกรแบกหาม เป็นต้น

ผู้ป่วยด้วยโรคต่อไปนี้ อาจพิจารณาหลีกเลี่ยงการถือศีลอด เพราะจะเป็นอันตราย ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ผู้ป่วยไตวาย ไตเสื่อม ผ่าตัดเปลี่ยนไตหรือนิ่วที่ไต โรคปอดและหัวใจที่รุนแรง เลือดออกในทางเดินอาหารหรือโรคกระเพาะที่เป็นแผล โรคลมชักที่ยังไม่สงบ โรคไมเกรนที่กำลังกำเริบป่วย

ทั้งนี้ การถือศีลอดจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและผลกระทบต่องานสุขภาพ ได้แก่ มีการเปลี่ยนแปลงของ circadian rhythm และ sleep/wake cycle ภาวะที่ร่างกายสูญเสียน้ำ (mild dehydration) การหลังกรดและเอนไซม์เปปซินในกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้น และสุขภาวะที่เกี่ยวข้องทางจิตดีขึ้น

สำหรับการรับประทานยาในช่วงเดือนรอมฎอนของผู้ป่วย ให้ปรับการรับประทานยาเป็น 2 ครั้งต่อวัน โดยให้รับประทานยามื้อแรกหลังจากละศีลอด (ตะวันลับขอบฟ้า) และรับประทานยามื้อที่

- สารทุกชนิดที่ผ่านเข้าไปในร่างกายทางผิวหนัง เช่น ครีม ออยท์เมนต์ พลาสเตอร์ ไม่ทำให้เสียสีเลือด
- การเจาะเลือด ตรวจเลือด ผ่าฝีและหนอง ไม่ว่าจะมากน้อยเพียงใด ไม่ทำให้เสียสีเลือด
- การฉีดยาผ่านทางผิวหนัง กล้ามเนื้อ ข้อต่อหรือเส้นเลือดดำ ไม่เสียการถือสีเลือด ยกเว้นการให้สารอาหารทางเส้นหลอดเลือดดำ การฉีดยาบำรุงหรือการให้น้ำเกลือถือว่าเสียสีเลือด
- การใช้ยาหยอดตา ยาหยอดจมูก ยาต้ม ไม่ทำให้เสียสีเลือด ยกเว้น การใช้ยาหยอดหูทำให้เสียสีเลือด (สำนักจุฬาราชมนตรี, 2560, หน้า 90)
- การรักษาด้านทันตกรรม เช่น การถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน และเคลือบฟลูออไรด์สามารถกระทำได้โดยไม่ทำให้เสียสีเลือด โดยมีเงื่อนไขว่า จะต้องไม่มีการกลืนสิ่งหนึ่งสิ่งใดจากตัวยาหรือเลือดที่ไหลออกมาในขณะที่ทำหัตถการเข้าสู่ภายในลำคอและทางเดินอาหาร ซึ่งในกรณีที่ไม่มีเจตนาจำใจถึงขั้นอุกฤษฏ์หรือไม่มีความจำเป็นมากก็ควรหลีกเลี่ยงการทำหัตถการด้านทันตกรรมในช่วงเวลาที่อยู่ในสภาพถือสีเลือดเป็นช่วงเวลาอื่นแทน (สำนักจุฬาราชมนตรี, 2560, หน้า 79)

อย่างไรก็ตาม ความเชื่อในเรื่องข้อห้ามต่างๆ ในด้านการใช้ยาในช่วงถือศีลอดนั้นมีความแตกต่างกันอย่างมากในหมู่ประชากรมุสลิม โดยเฉพาะกรณีการฉีดยาโดยทั่วไป ซึ่งบรรดาผู้รู้มีความเห็นต่างกันในเรื่องนี้ ดังนั้น แพทย์จึงไม่ควรที่จะฉีดยา เจาะเลือด ตรวจภายในโดยไม่จำเป็น แต่หากมีความจำเป็นก็สามารถทำได้ โดยผู้ป่วยบางส่วนที่มีความเชื่อว่าศีลอดของตนถูกระงับไป เพราะเหตุดังกล่าวก็จะถือศีลอดชดเชยในโอกาสต่อไป (ยุซฟ นิมะ และสภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2551, หน้า 64-70)

(7) ประเด็นด้านการออกกำลังกายซึ่งเป็นการส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มผู้ให้บริการและกลุ่มผู้บริหารมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนและไม่ถูกต้องเกี่ยวกับรูปแบบการออกกำลังกาย คือไม่เข้าใจว่าการเปิดเสียงเพลงประกอบการเต้นนั้นขัดต่อหลักคำสอนของอิสลาม

โดยทั่วไปการออกกำลังกายย่อมส่งผลดีต่อสุขภาพ ศาสนาอิสลามก็สนับสนุนให้มุสลิมรักษาและส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง แต่ศาสนาอิสลามก็ได้วางกรอบและขอบเขตในเรื่องรูปแบบหรือลักษณะวิธีการในการออกกำลังกายไว้ว่า มุสลิมสามารถออกกำลังกายด้วยวิธีการใดๆ ก็ได้ หากไม่มีสิ่งขัดต่อหลักการศาสนาอิสลาม ซึ่งการออกกำลังกายโดยใช้เสียงเพลงประกอบ เป็นสิ่งที่ขัดกับหลักศาสนาอิสลาม ซึ่งในประเด็นความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการออกกำลังกายนี้ ผู้บริหารจัดการสุขภาพหรือผู้ให้บริการสุขภาพควรมีแนวทางการส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย ในขอบเขตที่เหมาะสมและไม่ขัดต่อหลักศาสนาอิสลาม โดยมีประเด็นที่ควรคำนึงถึง ได้แก่ ก) การตั้งเจตนา ต้องตั้งเจตนาในการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง มิใช่เพราะความหลงใหลหรือ

บ้ำคั้งในกีฬา ข) การแต่งกาย โดยเฉพาะสตรีมุสลิม การแต่งกายต้องไม่รัดรูปหรือเปิดเผยสิ่งที่พึงสงวน ค) สถานที่ โดยสถานที่ที่ใช้ในการออกกำลังกายต้องเป็นสถานที่ที่มีชีวิตหรือไม่เป็นสถานที่สาธารณะที่เปิดเผยเกินไป ง) เวลา ต้องแบ่งเวลาในการออกกำลังกายให้เหมาะสม ไม่เกินขอบเขตจนทำให้ละเมิดสิ่งจำเป็นหรือข้อบังคับอื่นๆ ของศาสนาที่สำคัญกว่า เช่น การเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายจนเลยเวลาการทำละหมาด เป็นต้น จ) ท่าทางหรือพิธีกรรม การออกกำลังกายหรือกีฬาบางประเภทอาจเกี่ยวข้องกับพิธีกรรมหรือพิธีกรรมของศาสนาอื่นซึ่งขัดกับหลักการอิสลาม เช่น มีพิธีไหว้ครู เป็นต้น ฉ) เสียงเพลงหรือดนตรีประกอบ เช่น การเปิดเพลงที่ปลุกเร้าอารมณ์ ซึ่งถือเป็นสิ่งต้องห้ามในอิสลาม ช) ความสัมพันธ์ของผู้คนแวดล้อม เช่น ไม่มีการปะปนระหว่างชายหญิง เป็นต้น (การียา ยือแร, สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2553; นิรนาม, 2557) และผู้ให้บริการสุขภาพต้องตระหนักและคำนึงถึงปัจจัยทางด้านศาสนาและวัฒนธรรมของผู้รับบริการเพื่อจัดและให้บริการที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ และควรบูรณาการคำสอนของอิสลามเพื่อจัดบริการการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมและสนใจในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของผู้รับบริการด้วย (Yosef, 2008)

(8) ประเด็นด้านการบริการสุขภาพผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต กลุ่มผู้ให้บริการและกลุ่มผู้บริหารมีความรู้ความเข้าใจระดับสูงในเรื่องการจัดการศพของผู้ตายภายใน 24 ชั่วโมง มีความรู้ความเข้าใจระดับมากในเรื่องความตายในทรรศนะอิสลามและการที่อิสลามไม่อนุญาตให้ผ่าศพ และมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการทำารุณยฆาตตามทรรศนะของอิสลามในระดับปานกลาง แต่มีความเข้าใจในระดับต่ำเกี่ยวกับเรื่องการที่ญาติต้องสอนผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตกล่าวถ้อยคำปฏิญาณ

ความตายในทรรศนะอิสลาม อัลลอฮ์ (ซ.บ.) ทรงกล่าวไว้ในคัมภีร์ อัลกุรอาน ความว่า “แต่ละชีวิตนั้นจะได้ลิ้มรสแห่งความตาย” (กุรอาน 3: 185) อิสลามกล่าวถึงโลกนี้ว่าเป็นเพียงสถานที่พำนักชั่วคราว เป็นสิ่งที่ไม่นิรันดร์ ทุกสิ่งทุกอย่างมีจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุด ความตายของมนุษย์นั้นเป็นการเริ่มต้นของชีวิตในโลกหน้าหรือเป็นสะพานไปสู่ชีวิตหลังความตายที่เป็นโลกนิรันดร์ ผู้ที่มีศรัทธาเคร่งครัดและเข้าใจในปรัชญาข้อนี้จึงไม่หวั่นไหวจิตใจเมื่อเจ็บป่วยและต้องเผชิญกับความตาย เพราะเขาจะได้กลับไปพบพระเจ้าผู้เป็นเจ้าของซึ่งทำให้เกิดและทำให้ตาย มุสลิมทุกคนจึงต้องทำความดีและตระหนักถึงความตายตลอดเวลา เพราะไม่รู้ว่าจะตายเมื่อใด ในกรณีผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งไม่อาจคาดเดาได้ว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตยืนยาวออกไปได้อีกนานเพียงใด บางคนคิดว่าอยู่ได้อีกไม่กี่ชั่วโมง แต่ผู้ป่วยก็ยังคงมีชีวิตอยู่ได้เป็นวันเป็นเดือน หรือบางคนคิดว่าน่าจะรอด แต่ก็เสียชีวิตอย่างคาดไม่ถึง

#### *การบริการสุขภาพผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต*

การที่ผู้ป่วยทราบว่าตนเองกำลังจะเสียชีวิตเป็นช่วงเวลาหรือสถานการณ์ที่ปรับตัวได้อย่างยากยิ่ง จะมากหรือน้อยมีความแตกต่างกันไปในแต่ละคน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย สังคม จิตใจ และจิตวิญญาณ ในขณะเดียวกัน ความรู้สึกเหล่านี้ก็อาจเกิดขึ้นกับญาติและผู้ดูแล รวมทั้งแพทย์พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในยุคปัจจุบันที่มีเทคโนโลยีทางการแพทย์ก้าวหน้ามีอุปกรณ์เครื่องมือ และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่สามารถดูแลและพยายามยืดชีวิตผู้ป่วยออกไปนานที่สุด ไม่ว่าจะด้วยค่าใช้จ่ายที่สูงเพียงใดและผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตเช่นใด ทั้งนี้ด้วยเจตนาดีที่ต้องการช่วยเหลือผู้ป่วย อีกทั้งญาติก็พยายามขอร้องให้แพทย์รักษาอย่างสุดความสามารถ ทั้งที่บางครั้งผู้ป่วยเองไม่มีโอกาสที่จะเรียกร้องหรือตัดสินใจในการยืดชีวิตชั่วคราวเวลาหนึ่ง จนเกิดปัญหาความขัดแย้งระหว่าง

การตายอย่างมีศักดิ์ศรี (Dying with dignity) กับการต่อสู้เพื่อยืดชีวิต (Fighting of life) ปัญหาต่างๆ เหล่านี้ล้วนเกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและ ความตายซึ่งเป็นสภาวะธรรมชาติ และได้เกิดเป็นประเด็นปัญหาขึ้นจนกลายเป็นเรื่องใหญ่ เนื่องจากมิใช่เป็นเพียงประเด็นทาง การแพทย์หรือทางกฎหมายเท่านั้น แต่เป็นประเด็นทางด้านจิตใจ คุณธรรม จริยธรรม และสังคม ซึ่งเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องเรียนรู้และเข้าใจ

ความปรารถนาสูงสุดของมุสลิมก่อนสิ้นชีวิต คือต้องการสิ้นชีวิตด้วยสัญญาอันที่ดี ตายใน ฐานะที่เป็นมุสลิมด้วยความสงบ ไม่มีความหวาดกลัว ไม่มีความกระวนกระวาย ไม่มีความเศร้าสลดใจ เพราะการตายในสภาพที่เป็นผู้ศรัทธาและยำเกรงนอบน้อมต่อพระเจ้าจะได้รับการตอบแทนด้วยสวน สวรรค์จากพระเจ้า ดังนั้น หากผู้ป่วยและญาติเห็นว่า ตัวผู้ป่วยนั้นใกล้ถึงวาระสุดท้ายของชีวิตหรือ เป็นภาวะที่ไม่อาจรักษาได้แล้ว การขอกลับไปนอนพักอย่างสงบที่บ้านท่ามกลางความอบอุ่นของญาติ มิตรโดยปราศจากเครื่องมือแพทย์และสายยางโยงใยต่างๆ นั้นมักเป็นความประสงค์ที่ผู้ป่วยและญาติ ต้องการ

สิ่งที่ควรรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยมุสลิมระยะสุดท้ายของชีวิต มีดังนี้

- เมื่อผู้ป่วยมุสลิมอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ก่อนที่ลมหายใจเฮือกสุดท้ายจะหมดไป ควรให้บุคคลซึ่งผู้ป่วยรักและไว้วางใจมากที่สุดเป็นผู้ดูแลและเตือนให้ผู้ป่วยสำนึกผิด และขอภัยจากพระเจ้า การรำลึกถึงพระเจ้าทำให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่สงบสุขลดความทน ทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดอันเนื่องมาจากโรคที่เป็นอยู่หรือพ้นความทุกข์ทรมาน จากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในระยะสุดท้ายของชีวิต อิสลามเน้นให้ผู้ป่วยรำลึก ถึงอัลลอฮ์ (ช.บ.) เป็นหลัก หลังจากนั้นขอพรให้แก่ผู้ป่วยพร้อมสอนให้ผู้ป่วยกล่าวคำว่า “ลาอิลาฮะอิลลัลลอฮ์ (แปลว่า ไม่มีพระเจ้าอื่นใด นอกจากอัลลอฮ์ (ช.บ.))” เพื่อให้ผู้ป่วย ได้กล่าวเป็นประโยคสุดท้ายในการอำลาโลก
- หากผู้ป่วยระยะสุดท้ายนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ในระยะเวลาสุดท้ายของชีวิต จะมีญาติพี่น้องมาเยี่ยม ควรนำคัมภีร์อัลกุรอานและบทขอพร (ดุอา) มาวางไว้ให้ญาติ หยิบมาอ่านและขอพรให้กับผู้ป่วย
- การช่วยฟื้นคืนชีพ หรือ CPR เป็นเรื่องที่ต้องขออนุญาตและทำความเข้าใจกับญาติทุก ครั้ง การจากไปอย่างสงบภายใต้การดูแลอย่างเข้าใจในวิถีมุสลิมทำให้เรื่องขัดแย้ง ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและญาติจนถึงขั้นต้องเซ็นใบยินยอมไม่สมัครใจอยู่ซึ่งเท่ากับเป็น การสิ้นสุดการรักษาที่ไม่นำมาสู่ความสมานฉันท์ระหว่างวัฒนธรรมนั้นน้อยมาก

แม้ชาวมุสลิมจะเห็นว่าความตายเป็นเรื่องที่ยอมรับได้ แต่การฆ่าตัวตายหรือการจงใจทำให้ ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้นหรือเรียกว่า การุณยฆาต (euthanasia) เป็นข้อห้ามในศาสนาอิสลาม

การุณยฆาต หมายถึง การตายหรือการฆ่าโดยปราณี ในทางวิชาการ หมายถึง การยอมให้ คนไข้ที่ไม่อาจรักษาได้แล้วตายโดยสะดวกตามการร้องขอของคนไข้ต่อแพทย์ผู้ดูแลรักษาตัวคนไข้เอง อิสลามห้ามทั้งการทำการุณยฆาตโดยตรงและห้ามฆ่าตัวตาย และห้ามช่วยให้เกิดการฆ่าตัวตาย ไม่ เป็นที่อนุมัติให้คนไข้ฆ่าตัวเองและเป็นการผิดกฎหมายที่ใครอื่นจะไปฆ่าคนไข้ ถึงแม้ว่าคนไข้จะยอมให้ ฆ่าก็ตาม และไม่อนุญาตให้ฆ่าคนไข้ เพราะกลัวโรคร้ายของคนไข้อาจจะแพร่ออกไปโดยการติดเชื้อ ถึงแม้ว่าคนไข้จะป่วยในขั้นสุดท้ายแล้วก็ตาม สำหรับเรื่องการเอื้ออำนวยให้แก่ผู้ตายโดยการถอด

เครื่องช่วยชีวิตจากคนไข้ที่ทางการแพทย์ถือว่า ตายหรือตายในทางพฤตินัย ถ้าหากการกระทำของแพทย์เป็นเพียงการหยุดใช้เครื่องมือรักษาซึ่งในกรณีนี้การกระทำของแพทย์ถือว่าเป็นที่ถูกต้องและได้รับอนุญาต

แนวทางการดูแลผู้ป่วยมุสลิมระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติต่อผู้ป่วย มีดังนี้

- การจัดทำหรือเตียงผู้ป่วย หากผู้ป่วยนอนตะแคง ให้ตะแคงขวาหันหน้าไปทาง “กิบลัต” หรือทิศที่มุสลิมหันหน้าไปสู่ในเวลาละหมาดซึ่งเป็นที่ตั้งของกะอบะฮ์ในนครมักกะฮ์ สำหรับประเทศไทยคือทิศตะวันตก” แต่ถ้าผู้ป่วยนอนหงาย ให้เท้าชี้ไปทางกิบลัตโดยยกศีรษะให้สูงขึ้นเล็กน้อย เพื่อหันหน้าไปทางกิบลัต
- ให้ญาติหรือผู้ดูแลสอนให้ผู้ป่วยกล่าว “ลาอิลลาฮะอิลลัลลอฮ์ ซึ่งมีความหมายว่า ไม่มีพระเจ้าอื่นใด นอกจากอัลลอฮ์ (ช.บ.)”
- ให้ญาติหรือครอบครัวอ่านคัมภีร์อัลกุรอานให้ผู้ป่วยฟังเพื่อให้รำลึกถึงพระเจ้า จะทำให้จิตใจสงบ
- กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รำลึกถึงอัลลอฮ์ (ช.บ.) ตลอดเวลา
- ให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติศาสนกิจ อาบน้ำละหมาด และละหมาดเท่าที่สภาพร่างกายจะทำได้
- หยอดน้ำเล็กน้อยในปากผู้ป่วยเพื่อให้ชุ่มคอ ใช้สำลีหรือผ้าชุบน้ำสะอาดเช็ดริมฝีปากที่แห้ง
- ให้ญาติและครอบครัวอยู่กันพร้อมหน้าเพื่อจะได้สั่งเสียและขออภัย(มาอัฟ) ซึ่งกันและกัน
- ให้ผู้ป่วยได้ขอลุแกโทษต่ออัลลอฮ์ (ช.บ.) หรือทำการเตาบัตตนในความผิดบาปที่ผ่านมา
- สิ่งที่ยาติหรือครอบครัวควรปฏิบัติ ได้แก่ ให้ผู้เยี่ยมมั่งใกล้บริเวณศีรษะ ช่วยขอพร (ดุอาร์) ให้แก่ผู้ป่วย ให้ญาติได้อ่านคัมภีร์อัลกุรอาน และสอนกล่าว “ลาอิลลาฮะอิลลัลลอฮ์” อย่างสม่ำเสมอ และอย่าเยื่อนานเกินไป ยกเว้นผู้ป่วยต้องการ

#### การบริการสุขภาพเมื่อผู้ป่วยมุสลิมเสียชีวิตในโรงพยาบาล

เมื่อมีการเสียชีวิตเกิดขึ้น อิสลามได้กำหนดให้จัดการฝังศพให้เสร็จเรียบร้อยโดยเร็วและประหยัดที่สุด เพื่อที่จะไม่เป็นภาระแก่คนที่อยู่ข้างหลังหรือครอบครัวของผู้ป่วยที่เสียชีวิต โดยจัดวางศพให้หันหน้าไปทางทิศกิบลัต (ทิศตะวันตก) ทำการอาบน้ำทำความสะอาดศพ ห่อศพ ละหมาดขอพรให้แก่ศพ และฝังศพ โดยปกติแล้วพิธีการฝังศพของมุสลิมจะเสร็จสิ้นโดยเร็วที่สุดภายใน 24 ชั่วโมง โดยในทุกขั้นตอน ได้แก่ การอาบน้ำศพ ห่อศพ การแบกศพ และฝังศพ ต้องปฏิบัติต่อศพอย่างนอบนวลเสมือนตอนที่ยังมีชีวิต เพราะมุสลิมเชื่อว่าร่างกายผู้เสียชีวิตมีความรู้สึกเจ็บปวดเหมือนคนเป็น จึงต้องปฏิบัติต่อศพด้วยความเคารพเหมือนปฏิบัติต่อคนเป็น จะต้องไม่ให้ศพเป็นที่เปิดเผยในสภาพอืดจาดการผ่าศพ (autopsy) จึงเป็นข้อห้ามในศาสนาอิสลาม ยกเว้นกรณีที่ต้องชันสูตรพลิกศพ (forensic purpose) เพราะตามหลักศาสนาอิสลามให้เกียรติและคุ้มครองคุณค่าอันสูงส่งของความเป็นมนุษย์ทั้งในสภาพที่มีชีวิตอยู่และในสภาพที่ไร้วิญญาณ อิสลามก็ยังถือว่าเกียรติยศและความประเสริฐในการเป็นมนุษย์ยังคงมีอย่างสมบูรณ์ และกฎเกณฑ์ต่างๆ ในการปฏิบัติต่อผู้เสียชีวิต ได้แก่ การอาบน้ำศพ การห่อศพ การละหมาดขอพรให้แก่ศพ และการฝังศพจึงถูกบัญญัติขึ้นเป็นหน้าที่ที่ชุมชนหนึ่งต้องรับผิดชอบร่วมกันในการจัดการศพตามขั้นตอนที่ศาสนาบัญญัติไว้ (ยูซุฟ นิมะ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2551, หน้า 84-96)

นอกจากนี้ ผู้รับบริการบางคนยังให้ข้อเสนอแนะที่อยากให้ทางโรงพยาบาลจัดให้ผู้รับบริการชาวไทยมุสลิมไว้ว่า เนื่องจากแพทย์หรือพยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ มิใช่มุสลิม จึงอาจมีความเข้าใจเกี่ยวกับวิถีอิสลามไม่มากนัก จึงขอเสนอแนะแนวทางให้มีการให้ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับวิถีอิสลามแก่บุคลากรทางการแพทย์ และอยากให้บุคลากรทางการแพทย์ในทุกๆ แผนกของโรงพยาบาลเข้าใจในวิถีอิสลามคอยช่วยเหลือดูแลรักษาและให้คำปรึกษาทางสุขภาพ เพราะในบางครั้งผู้ป่วยมุสลิมและญาติผู้รับบริการ ก็ยากที่จะอธิบายสิ่งที่ผู้รับบริการชาวไทยมุสลิมต้องการหรือจำเป็นต้องปฏิบัติให้บุคลากรทางการแพทย์ต่างศาสนาเข้าใจ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Halligan ที่ให้ข้อเสนอแนะว่าการให้ความรู้ความเข้าใจแก่บุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับวิถีการปฏิบัติเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยมุสลิมถือว่าเป็นเรื่องที่สำคัญ ผู้บริหารควรที่จะประเมินว่าผู้ให้บริการสุขภาพมีความรู้และทักษะในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยมุสลิมและครอบครัวเพียงพอที่จะได้หาแนวทางในการลดความตึงเครียดและจัดเตรียมระบบในการช่วยเหลือผู้ให้บริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดการบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ (Halligan, 2006) ในขณะที่ Anderson *et al.* แนะนำว่า ผู้ให้บริการสาธารณสุขควรรับรู้ เข้าใจ และเคารพในคุณค่าและความเชื่อของผู้ป่วย เพราะหากมีการจัดบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีหรือวัฒนธรรมและภาษาของผู้รับบริการ จะสามารถช่วยลดความแตกต่างทางด้านบริการสาธารณสุขในผู้รับบริการที่มีความแตกต่างหลากหลายได้ และเพื่อให้การพัฒนาระบบบริการสุขภาพมีความสอดคล้องกับวิถีหรือวัฒนธรรมของผู้รับบริการ ผู้ให้บริการสุขภาพควรคำนึงถึงประเด็นการฝึกอบรมผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพตามวัฒนธรรม และการจัดบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีหรือวัฒนธรรมของผู้รับบริการด้วย (Anderson *et al.*, 2003)

## 2.6 ปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม

ประเด็นที่เป็นปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีอิสลามของแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยในมีความแตกต่างกันตามลักษณะงานและขอบเขตการให้บริการ กล่าวคือ แผนกผู้ป่วยนอกหรือโอพีดี มักไม่ค่อยพบว่ามีปัญหา เนื่องจาก (1) ผู้ให้บริการให้บริการตามหลักมาตรฐานสากลการรักษาพยาบาล (2) ขั้นตอนการรับบริการ ผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการมีช่วงเวลาในการรับบริการเริ่มตั้งแต่การรับบัตรคิว รอพบแพทย์ ตรวจรักษา รอรับยาแล้วกลับบ้าน รวมเบ็ดเสร็จใช้เวลาประมาณครึ่งวันเช้า (3) ปฏิสัมพันธ์หรือการพูดคุยระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการเป็นเพียงช่วงเวลาสั้นๆ เนื่องจากจำนวนผู้รับบริการมีจำนวนมากแต่ผู้ให้บริการมีจำนวนจำกัด

สำหรับแผนกผู้ป่วยในหรือไอพีดี ประเด็นปัญหาที่มักพบในการให้บริการผู้ป่วยในของทุกโรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมายคือ เรื่องอาหารฮาลาลสำหรับผู้ป่วย และสถานที่อาบน้ำละหมาด โดยผู้ให้บริการยังมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับอาหารฮาลาล กล่าวคือเข้าใจว่า อาหารฮาลาลหมายถึง อาหารที่ไม่มีหมู แต่ถ้าเป็นไก่หรือปลาสามารถทานได้ อย่างไรก็ตาม เมื่อเกิดข้อผิดพลาดในการให้บริการ เช่น บางครั้งมีการเสิร์ฟอาหารผิดพลาด นำอาหารที่มีหมูมาให้ผู้ป่วยมุสลิมรับประทาน ผู้ให้บริการก็สามารถแก้ปัญหาหรือพูดคุยชี้แจงปัญหากับผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยได้ จึงไม่มีข้อร้องเรียนหรือเกิดความขัดแย้งบานปลายแต่ประการใด ส่วนประเด็นอื่นๆ ได้แก่ เรื่องสถานที่ทำละหมาด (ห้อง



ละหมาด) การรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการเยี่ยมเยียนผู้ป่วย เป็นปัญหาในโรงพยาบาล เป้าหมายเพียงบางแห่งเท่านั้น

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะพบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีอิสลามเกิดจากการที่ผู้ให้บริการมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับวิถีอิสลาม เนื่องจากผู้ให้บริการมิใช่มุสลิม จึงไม่เข้าใจในประเด็นปลีกย่อยที่เกี่ยวข้องกับหลักศรัทธาและหลักปฏิบัติตามวิถีอิสลาม และความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับวิถีอิสลามอีกส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากการปฏิบัติของมุสลิม เช่น เรื่องอาหารฮาลาล ที่บางครั้งผู้รับบริการชาวไทยมุสลิมก็ได้ชี้แจงรายละเอียดหรืออธิบายให้ผู้ให้บริการได้รับทราบแล้วว่าอาหารฮาลาลคืออะไร แต่ผู้รับบริการชาวไทยมุสลิมที่มีความศรัทธาและมีความเคร่งครัดในการปฏิบัติตนตามหลักศาสนา มักหาทางแก้ไขปัญหาเบื้องต้นด้วยการจัดซื้อหรือเตรียมอาหารมาเอง เป็นต้น

นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้รับบริการชาวไทยมุสลิมบางส่วนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจหรือพอจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ มักเลือกใช้ใช้บริการสุขภาพของสถานพยาบาลเอกชนแทนโรงพยาบาลของรัฐซึ่งมีข้อจำกัดในการให้บริการหลายประการและไม่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้รับบริการชาวไทยมุสลิมได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติ และคณะ ที่พบว่าชาวไทยมุสลิมมีพฤติกรรมการเข้ารับการรักษายาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยแตกต่างกันตามปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ กฎเกณฑ์ด้านศาสนา ระบบ และประเภทผู้ให้บริการสุขภาพ (ศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติ และคณะ, 2548)

## 2.7 ปัญหาและข้อจำกัดในการบริหารจัดการบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม

ประเด็นที่เป็นปัญหาและอุปสรรคในการจัดบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม ประเด็นแรก คือ ความรู้ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับวิถีอิสลามในเรื่องอาหารฮาลาล การละหมาด และสถานที่อาบน้ำละหมาด กล่าวคือ การที่คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลอาจจะไม่ทราบองค์ความรู้บางเรื่องหรือมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนในบางประเด็นเกี่ยวกับวิถีอิสลามนั้น ส่วนหนึ่งมาจากการที่คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลมิใช่มุสลิม จึงไม่มีความเข้าใจในรายละเอียดปลีกย่อยของแนวทางการปฏิบัติของมุสลิม แต่หากบุคลากรมุสลิมในโรงพยาบาลนั้นๆ เข้ามามีส่วนร่วมเสนอแนะแนวทาง สนับสนุน ให้ความช่วยเหลือ และสะท้อนปัญหาที่พบให้คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลได้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้อง ก็จะช่วยให้การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีอิสลามเป็นรูปธรรมมากขึ้น ดังที่ Anderson *et al.* ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า การสรรหาบุคลากรที่สะท้อนให้เห็นถึงความหลากหลายทางวัฒนธรรมของชุมชนมีส่วนร่วมหรือทำหน้าที่ในการให้บริการ เป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งที่จะทำให้เกิดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีความสอดคล้องกับวิถีหรือวัฒนธรรมของผู้รับบริการ (Anderson *et al.*, 2003)

ประเด็นที่สอง คือ บริบทด้านพื้นที่และสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล กล่าวคือ จากการสังเกตสภาพแวดล้อม และพื้นที่ของโรงพยาบาลเป้าหมายแต่ละแห่ง และข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาล พบว่า โดยทั่วไปสถานที่ของโรงพยาบาลยังไม่เพียงพอต่อการให้บริการรักษาผู้ป่วยซึ่งเป็นภารกิจหลักของโรงพยาบาล เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่เข้ารับ

บริการมีจำนวนมาก การหาสถานที่เพื่อทำห้องละหมาดจึงเป็นปัญหาสำหรับโรงพยาบาลบางแห่ง อีกทั้งบริเวณสถานที่ตั้งของห้องละหมาดอาจไม่เอื้อหรือไม่เหมาะสมต่อการเข้ามาใช้บริการของผู้รับบริการ แต่การทำละหมาดซึ่งเป็นศาสนกิจหลักของมุสลิมก็เป็นสิ่งที่จำเป็นเช่นเดียวกัน

ประเด็นที่สาม คือ ด้านเศรษฐศาสตร์ความคุ้มค่า การจัดการบริการที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม เช่น การแยกทำครัวฮาลาล ห้องละหมาด สถานที่อาบน้ำละหมาด เมื่อพิจารณาด้านเศรษฐศาสตร์อาจไม่คุ้มค่าการลงทุน ในขณะที่งบประมาณมีจำนวนจำกัด ซึ่งผู้บริหารโรงพยาบาลก็ได้ละเลยในประเด็นเหล่านี้ แต่ได้เล็งเห็นความสำคัญและมีความพยายามมุ่งมั่นที่จะพัฒนาปรับปรุงการจัดการบริการที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม โดยพยายามแก้ไขปัญหาเฉพาะราย เมื่อผู้รับบริการชาวไทยมุสลิมมีความต้องการ

## 2.8 แนวทางในการจัดการบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม และเสริมสร้างประเด็นที่เอื้อต่อการเข้ารับบริการสาธารณสุขของชาวไทยมุสลิม

จากข้อมูลวิจัยเบื้องต้นทำให้คณะผู้วิจัยทราบปัญหา อุปสรรคและความต้องการที่จำเป็นของผู้ป่วยชาวไทยมุสลิมและญาติที่มารับบริการสาธารณสุขในโรงพยาบาลของรัฐบาล รับรู้ถึงข้อจำกัดในการให้บริการและจัดการบริการสาธารณสุข รวมทั้งความรู้ความเข้าใจของแพทย์พยาบาลผู้ให้บริการและผู้บริหารโรงพยาบาลในการให้บริการและจัดการบริการสาธารณสุขตามวิถีอิสลาม

จากปัญหาและข้อจำกัดในด้านต่างๆ คณะผู้วิจัยจึงขอนำเสนอแนวทางในการจัดการบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม และเสริมสร้างประเด็นที่เอื้อต่อการเข้ารับบริการสาธารณสุขของชาวไทยมุสลิม โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

### 1) ผู้รับบริการชาวไทยมุสลิม

- อาจสะท้อนสภาพปัญหาหรืออุปสรรคในการเข้ารับบริการสาธารณสุขตามวิถีอิสลาม ให้บุคลากรมุสลิม และคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลรับทราบอย่างเป็นทางการ เช่น อาจแสดงความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะผ่านทางตู้รับฟังความคิดเห็นของโรงพยาบาล หรือสื่อสารผ่านผู้นำศาสนา เป็นต้น

- เมื่อเข้ารับบริการของโรงพยาบาล เช่น ห้องละหมาด สถานที่อาบน้ำละหมาด ควรปฏิบัติตามกฎระเบียบการใช้สถานที่ และควรช่วยกันดูแลรักษาความสะอาดความเป็นระเบียบเรียบร้อยของสถานที่

- หากห้องละหมาดของโรงพยาบาลมีสมุดบันทึกการเข้าใช้บริการ ผู้รับบริการควรให้ความร่วมมือในการลงชื่อเมื่อเข้ารับบริการทุกครั้ง เพราะสถิติในการเข้ารับบริการอาจนำมาใช้เป็นตัวบ่งชี้ในการพัฒนาปรับปรุงการจัดการให้เพียงพอต่อความต้องการที่จำเป็นของผู้รับบริการ

- ผู้รับบริการ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังประจำตัว ควรให้ข้อมูลที่จำเป็นและไม่ควรอายที่จะขอคำปรึกษา คำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาลในเรื่องการปฏิบัติตน การปรับช่วงเวลาในการรับประทานยาในช่วงเดือนรอมฎอน การเตรียมยาและเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพช่วงเดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์ เป็นต้น

- ผู้รับบริการชาวไทยมุสลิม เช่น ชาวชุมชนที่อยู่ใกล้เคียงโรงพยาบาลหรือผู้สูงอายุที่เกษียณแล้วแต่ยังมีสุขภาพดี อาจมาร่วมเป็นจิตอาสาหรืออาสาสมัครให้กับโรงพยาบาล โดยอาจสับเปลี่ยนหมุนเวียนกันเข้ามามีบทบาทหรือมีส่วนร่วมกับทางโรงพยาบาลในการให้บริการหรือจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีอิสลาม

## 2) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นมุสลิม ซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

- ควรเข้ามามีส่วนร่วมในการสะท้อนปัญหาและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพตามวิถีอิสลามต่อผู้บริหารโรงพยาบาล โดยเฉพาะเรื่องการปฏิบัติศาสนกิจที่จำเป็นและมีความสำคัญเป็นลำดับแรก เช่น เรื่องห้องละหมาด สถานที่อาบน้ำละหมาด ร้านอาหารอิสลาม เป็นต้น

- ช่วยดูแลรักษาความสะอาดความเป็นระเบียบเรียบร้อยของห้องละหมาด สถานที่อาบน้ำละหมาด

- อาจเชื่อมโยงและผสมองค์ความรู้ทางด้านการแพทย์กับหลักการศาสนาและวิถีชุมชนผ่านคำแนะนำในการดูแลสุขภาพและบำบัดรักษาโรค ดังที่มาหะมะ เมาะมูลา แนะนำไว้ว่า บุคลากรทางการแพทย์กับบุคลากรทางด้านศาสนาที่แยกความเชี่ยวชาญตามปัจเจก จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องผสมองค์ความรู้เพื่อบูรณาการวิถีอิสลามสู่การบริการทางสุขภาพอย่างถูกต้องเหมาะสม โดยการบูรณาการสู่การให้บริการทางสุขภาพตามวิถีอิสลาม อาจเริ่มจากจุดเล็กๆ จากสิ่งที่เป็นข้อกำหนดของศาสนาอิสลามที่เป็นหลักปฏิบัติภาคบังคับที่มุสลิมผู้อยู่ในศาสนานิติภาวะทุกคนต้องปฏิบัติตามก่อน ในลักษณะค่อยเป็นค่อยไปค่อยๆ เรียนรู้และปรับปรุงแก้ไข แล้วค่อยต่อยอดทั้งองค์กร (มาหะมะ เมาะมูลา, 2553)

- ส่งเสริมการจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้ สุขศึกษา โดยคำนึงถึงหลักศาสนา วิถีชีวิต วัฒนธรรมชุมชน และบริบทของพื้นที่แก่ผู้ป่วยมุสลิมที่มีโรคเรื้อรังประจำตัวเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตน การปรับตัวและการปรับการรับประทานยาในช่วงเดือนรอมฎอน การละศีลอดร่วมกันในเดือนรอมฎอน การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพช่วงเดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์ การจัดบริการตรวจสุขภาพ จัดยาประจำตัวที่เพียงพอให้ผู้ป่วย ให้คำแนะนำด้านการดูแลสุขภาพ ถ้าเป็นสตรีอาจแนะนำเรื่องการเลี้ยงดูประจำเดือน การจัดบริการตรวจติดตามสุขภาพของผู้ที่เดินทางกลับมาจากการประกอบพิธีฮัจญ์ เป็นต้น

- อาจเป็นผู้ประสานงานระหว่างโรงพยาบาลกับกลุ่มผู้รับบริการชาวไทยมุสลิม และหน่วยงานองค์กรศาสนาอิสลามในพื้นที่ เพื่อร่วมมือกันให้การสนับสนุนด้านกำลังคน กำลังทรัพย์ ในการพัฒนาปรับปรุงบริการสาธารณสุขตามวิถีอิสลาม เช่น การปรับปรุงหรือขยายห้องละหมาด สถานที่อาบน้ำละหมาด เป็นต้น

3) ชุมชนมุสลิมหรือหน่วยงานองค์กรด้านศาสนาอิสลามทั้งในพื้นที่และส่วนกลาง ได้แก่ สำนักจุฬาราชมนตรี คณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัด อิหม่ามประจำมัสยิด ผู้นำชุมชนมุสลิม ควรเข้ามามีบทบาทในการให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษา เป็นสื่อกลาง และประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลในการพัฒนาบริการสาธารณสุขตามวิถีอิสลาม เช่น

- การเผยแพร่หรือประชาสัมพันธ์ข้อมูลหรือองค์ความรู้ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามวิถีอิสลามให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลหรือชุมชนมุสลิมรับทราบผ่านสื่อต่างๆ เช่น คำวินิจฉัย (ฟัตวา) ต่างๆ ของจุฬาราชมนตรี คุดบะฮฺ เป็นต้น

- คณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ ในเชิงรุก เช่น โรงพยาบาล มัสยิด ชุมชน สถานศึกษา ในการให้คำแนะนำและคำปรึกษาเรื่องวิถีอิสลาม การปฏิบัติศาสนกิจต่างๆ หลักการของอาหารฮาลาลหรือแนวทางการดำเนินการตามหลักการครัวฮาลาล การอบรมให้ความรู้ และจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาวะต่างๆ แก่ชาวไทยมุสลิม เป็นต้น

- อิหม่ามประจำมัสยิด ในฐานะผู้นำศาสนา เป็นผู้ใกล้ชิด เข้าถึง และสัมผัสถึงวิถีชีวิตบริบทพื้นที่ของชาวมุสลิมได้ดีที่สุด ควรเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงและส่งเสริมภาวะสุขภาพด้วยการปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดี เชื่อมโยงเรื่องการดูแลสุขภาพส่งเสริมสุขภาพผสมผสานบูรณาการกับหลักการอิสลามผ่านคุดบะฮ์หรือกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนหรือมัสยิด โดยคำนึงถึงความเหมาะสมในเรื่องสถานการณ์ บริบทของชุมชน สถานที่ เวลา และกลุ่มเป้าหมายด้วย ดังที่ Padela *et al.* ได้กล่าวไว้ว่า อิหม่ามมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของมุสลิมทั้งในด้าน (1) ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมผ่านข้อความในการแสดงธรรมเทศนาหรือคุดบะฮ์ (2) เป็นผู้นำประกอบพิธีกรรมหรือปฏิบัติศาสนกิจทั้งในชีวิตประจำวันทั่วไปและเมื่อเกิดการเจ็บป่วย (3) สนับสนุนให้ผู้ป่วยมุสลิมเข้ารับการรักษาพยาบาลและถ่ายทอดให้ความรู้เกี่ยวกับวิถีอิสลามในโรงพยาบาล และ (4) การให้ความช่วยเหลือมุสลิมในการตัดสินใจด้านการดูแลสุขภาพ ซึ่งจะเห็นว่าอิหม่ามในฐานะผู้นำศาสนามีบทบาทสำคัญในการกำหนดกรอบแนวคิดของสุขภาพ การเจ็บป่วย และการส่งเสริมสุขภาพของมุสลิมภายนอกกรอบของระบบการดูแลสุขภาพ ดังนั้น ความร่วมมือด้านการดูแลสุขภาพระหว่างผู้นำศาสนาและสถานพยาบาลอาจเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเสริมสร้างสุขภาพของชาวมุสลิม (Padela *et al.*, 2011)

- ชาวมุสลิม ควรให้ความร่วมมือกับผู้นำชุมชนและหน่วยงาน/องค์กรมุสลิมที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งภาครัฐ ช่วยกันดูแลสุขภาพของชุมชน รวมทั้งผู้ป่วยโรคเรื้อรังประจำตัว ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่กลับไปพักที่บ้านซึ่งอยู่ในชุมชนเดียวกันด้วย

- ทุกหน่วยงาน/องค์กรมุสลิม ผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน รวมทั้งชาวมุสลิม ควรให้ความสำคัญและประสานความร่วมมือกันในการเข้ามามีบทบาทและมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพตามวิถีอิสลาม โดยอาศัยทุนทางสังคมในแต่ละบริบทพื้นที่มาบูรณาการเชื่อมโยงกันบนพื้นฐานหลักการศาสนาอิสลาม เช่น ความศรัทธา ความร่วมมือของชาวมุสลิม ความเป็นผู้นำศาสนา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./อบจ./เทศบาล) คณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัด

#### 4) คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและผู้ให้บริการสาธารณสุข

- ควรมีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกลและเข้าใจความต้องการที่จำเป็นบนวิถีอิสลามของผู้รับบริการชาวไทยมุสลิม และมีทัศนคติในเชิงบวกต่อการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขที่มีอยู่ในปัจจุบันให้สอดคล้องกับวิถีอิสลามมากขึ้น

- ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรต่างศาสนาต่างวัฒนธรรมในโรงพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกกันมากขึ้น เช่น จัดกลุ่มสุนทรียะสนทนา กิจกรรมกลางแจ้ง เพื่อให้ได้รู้จักกันมากขึ้นในเชิงลึก เกิดการประสานร่วมงานต่างแผนกกันได้อย่างดี หรืออาจเชิญบุคลากรจากหน่วยงาน/องค์กรศาสนา หรือผู้นำศาสนาที่ชาวชุมชนให้การยอมรับมาให้ข้อเสนอแนะหรือเป็นที่ปรึกษาในการจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีอิสลามให้แก่คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล เช่น การดูแลผู้ป่วยมุสลิมระยะสุดท้าย เป็นต้น

- ส่งเสริมการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาวะต่างๆ ให้แก่ผู้รับบริการชาวไทยมุสลิมตามวาระและโอกาส และควรคำนึงถึง CHSR (Corporate – Health – Spirituality – Responsibility) ความสอดคล้องตามวิถีอิสลามและช่วงเวลาตามปฏิทินอิสลาม เช่น การจัดบริการตรวจสุขภาพและเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่เดือนรอมฎอน การจัดกิจกรรมละศีลอดร่วมกัน การจัดบริการตรวจสุขภาพผู้รับบริการชาวไทยมุสลิมทั้งก่อนเดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์และตรวจติดตามภายหลังการเดินทางกลับมาจากประกอบพิธีฮัจญ์ การร่วมบริจาคสมทบทุนสร้างหรือต่อเติมห้องละหมาดสถานที่อาบน้ำละหมาด เป็นต้น

- ในกรณีที่ทางโรงพยาบาลมีข้อจำกัดในเรื่องบริบทของพื้นที่ หรือความไม่คุ้มค่าทางด้านเศรษฐศาสตร์ เช่น ไม่สามารถจัดให้มีห้องละหมาดได้ อาจใช้วิธีการจัดพื้นที่เป็นมุมสงบไว้ให้ผู้รับบริการชาวไทยมุสลิมแทนห้องละหมาด หรือหากไม่สามารถจัดบริการอาหารฮาลาลแบบแยกครัวฮาลาลได้ อาจจัดให้มีร้านอาหารอิสลามจำหน่ายอาหารที่โรงอาหารของโรงพยาบาลแทน ในประเด็นนี้หากเปิดโอกาสเป็นพิเศษให้บุคลากรมุสลิม ผู้ป่วยหรือญาติหรือมุสลิมในชุมชนที่มีความสามารถทางด้านนี้เข้ามาเป็นผู้ประกอบการก็จะได้รับความไว้วางใจจากมุสลิมที่มาใช้บริการของโรงพยาบาล ทั้งนี้ ผู้รับบริการที่ไม่ใช่มุสลิมก็สามารถซื้อรับประทานได้ด้วย เป็นต้น

- โรงพยาบาลควรประชาสัมพันธ์หรือเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบริการสุขภาพตามวิถีอิสลามที่ทางโรงพยาบาลได้จัดเตรียมไว้ให้บริการแก่ผู้รับบริการชาวไทยมุสลิมแล้ว เช่น การมีป้ายหรือสัญลักษณ์บอกทางไปห้องละหมาดหรือสถานที่อาบน้ำละหมาดที่ชัดเจน เพื่ออำนวยความสะดวกในการปฏิบัติศาสนกิจ ป้ายประชาสัมพันธ์ครัวอาหารฮาลาลหรือร้านอาหารอิสลามเพื่อให้ผู้รับบริการชาวไทยมุสลิมเชื่อมั่นและไว้วางใจ เป็นต้น

ทั้งนี้ ยูซุฟ นิมะ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า การพัฒนาหรือปรับระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชนควรใช้หลักใจถึงใจในการทำงาน ไข่มิตีด้านจิตใจ ความรู้สึก ผสมผสานวัฒนธรรมท้องถิ่น มีการวิเคราะห์ระบบบริการที่เป็นอยู่และปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับวิถีชุมชน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงต้องมีเหตุผลทุกครั้ง อาจมีการเชิญผู้นำศาสนาที่ชุมชนให้การยอมรับมาให้ข้อเสนอแนะในการจัดบริการให้แก่คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล เพื่อการจัดบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน (ยูซุฟ นิมะ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2551, หน้า 104)

**5) สถาบันการศึกษา** ควรสอดแทรกและบูรณาการองค์ความรู้เกี่ยวกับพหุวัฒนธรรม วิถีอิสลาม และระบบโรงพยาบาลตามวิถีอิสลามในหลักสูตรการเรียนการสอนของแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรทางการแพทย์ด้วย ดังที่กลุ่มผู้ให้บริการในงานวิจัยชิ้นนี้ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทาง

การแพทย์ควรเรียนรู้และเข้าใจวิถีชุมชนและพหุวัฒนธรรมของผู้ป่วย เพราะการเข้าใจวิถีวัฒนธรรมของผู้ป่วยจะทำให้ได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยและครอบครัว ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อการรักษาพยาบาลหรือการดูแลสุขภาพผู้ป่วย นอกจากนี้ ปิติ ศรีแสงนาม ยังได้แนะนำเพิ่มเติมว่า หากในอนาคตประเทศไทยต้องการเป็นศูนย์กลางการให้บริการการรักษาพยาบาลของอาเซียน (ASEAN Medical Hub) ประเทศไทยต้องมีการปรับปรุงหรือพัฒนาการให้บริการทางการแพทย์รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ต้องเรียนรู้วัฒนธรรมและแนวทางการประกอบวิชาชีพต่างๆ ภายใต้วีถิอิสลาม และเรียนรู้ระบบโรงพยาบาลวิถิอิสลามด้วย (ปิติ ศรีแสงนาม, 2555)

### 3. ข้อเสนอแนะ

#### 3.1 ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

ควรนำผลการวิจัย ข้อมูลเบื้องต้น และข้อเสนอแนะจากการศึกษาวิจัย เสนอต่อหน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาในเชิงนโยบาย หรือจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการให้บริการหรือจัดบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถิอิสลาม

#### 3.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยต่อไป

เนื่องจากการศึกษาวิจัย เรื่อง “บริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับชาวไทยมุสลิม: ช่องว่างแห่งระบบบริการสาธารณสุขไทย” มีข้อจำกัดบางประการ ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นดังต่อไปนี้

- 1) ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในเชิงลึก เช่น การเชิญกลุ่มผู้รับบริการ กลุ่มผู้ให้บริการ กลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาล ตัวแทนหน่วยงานหรือองค์กรศาสนา รวมทั้งผู้นำชุมชนมุสลิม ชาวมุสลิมในชุมชนมาร่วมสนทนากลุ่ม เพื่อประสานความร่วมมือในการหาแนวทางการพัฒนาบริการสาธารณสุขให้สอดคล้องตามวิถิอิสลามตามบริบทสภาพแวดล้อมและบริบททางสังคมของแต่ละพื้นที่
- 2) ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมหรือขยายขอบเขตให้ครอบคลุมโรงพยาบาลรัฐบาลทั้งในส่วนภูมิภาคและส่วนกลางอื่นๆ ด้วย เนื่องจากบริบททางพื้นที่ สภาพแวดล้อม และบริบททางสังคมของโรงพยาบาลแต่ละแห่งมีความแตกต่างและหลากหลาย
- 3) เนื่องจากลักษณะงานวิจัยต้องผ่านการพิจารณาอนุมัติรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนซึ่งมีขั้นตอนในการดำเนินการซึ่งใช้ระยะเวลาพอสมควร และมีค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นค่าธรรมเนียมการพิจารณาตามระเบียบของโรงพยาบาล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงควรวางแผนและคำนึงถึงกรอบเวลาในการดำเนินการวิจัยและการสนับสนุนด้านงบประมาณด้วย
- 4) ผู้วิจัยควรทบทวนหรือเชิญชวนให้บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเป้าหมายมาร่วมทีมเป็นคณะผู้วิจัย เพื่อให้การประสานระหว่างทีมวิจัยกับโรงพยาบาลเป้าหมาย และการดำเนินโครงการมีประสิทธิภาพและเข้าถึงข้อมูลได้สะดวกขึ้น



### บรรณานุกรม

- การียา ยื่อแร, สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง และเพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2553). การออกกำลังกายตามหลักศาสนาอิสลามในกลุ่มแม่บ้าน จังหวัดปัตตานี. **วารสารอันนุร มหาวิทยาลัยอิสลามยะลา**, 5(9), 83.
- ภูอฮา อับดุลเลาะห์. (2560). **มารยาทในการเยี่ยมผู้ป่วย**. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.islammore.com/main/content.php/siteadmin/sendtofriend.php?id=1699> (วันที่ค้นข้อมูล 1 กุมภาพันธ์ 2560).
- ดำรง แวอาลี และมุฮัมหมัดดาโอะ เจ๊ะเลาะ. (ม.ป.ป.) **การสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมุสลิม ใน องค์ความรู้อิสลามกับสุขภาวะ**, หน้า 45. ศูนย์ประสานงานภาคใต้ แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะมุสลิมไทย คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิพล แสงศรี. (2555). **อิสลามกับประชาคมอาเซียน**. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.islammore.com/main/content.php?page=news&category=4&id=2802> (วันที่ค้นข้อมูล 1 ตุลาคม 2556).
- นิรนาม. (17 พฤศจิกายน 2557). **การดูแลสุขภาพตามวิถีมุสลิม**. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <https://prezi.com/invs16tyg497/presentation/> (วันที่ค้นข้อมูล 30 มกราคม 2560).
- นิรนาม. (10 มกราคม 2560). **เริ่มสร้างห้างปัตตานีอาเซียนมอลล์ จัดพิธีวางเสาตึลาฤกษ์ฐานรากแล้ว. ผู้จัดการออนไลน์**. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <http://astvmanager.com/South/ViewNews.aspx?NewsID=9600000003108> (วันที่ค้นข้อมูล 30 มกราคม 2560).
- ปิติ ศรีแสงนาม. (2555). **บทความและบทความวิเคราะห์ AEC: จะเป็น ASEAN Medical Hub ได้ไทยต้องเข้าใจวิถีอิสลาม**. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.thai-aec.com/296#ixzz4WqcFg9AU> (วันที่ค้นข้อมูล 30 มกราคม 2560).
- ยูซุฟ นิมะ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, บรรณาธิการ. (2551). **การแพทย์และการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม**. พิมพ์ครั้งที่ 2. สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สนับสนุนงบประมาณโดย สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข (สจส.).
- ราชบัณฑิตยสถาน. **การแบ่งภูมิภาคทางภูมิศาสตร์**. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.royin.go.th/th/knowledge/detail.php?ID=1378> (วันที่ค้นข้อมูล 1 กันยายน 2556).
- วรรณดี สุทธิณารากร. (2556). **การวิจัยเชิงคุณภาพ: การวิจัยในกระบวนการค้นทางเลือก**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สยามปริทัศน์ จำกัด.



วิจิตรา ดวงดี. **บทบาทชาวมุสลิมกับประชาคมอาเซียน**. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก :

<http://www.youtube.com/watch?v=QQVGEQGbccc>

(วันที่ค้นข้อมูล 1 ตุลาคม 2556).

ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2552). **การวิจัยเชิงคุณภาพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Qualitative Research in Health Science)**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัทวิทยพัฒน์ จำกัด.

ศิริเพ็ญ ศุภกาญจน์กันติ และคณะ. (2548). **รายงานการวิจัย “การศึกษาการส่งเสริมสุขภาพของชาวไทยมุสลิมในประเทศไทย”**. แผนงานสร้างเสริมสุขภาพมุสลิมไทย ได้รับการสนับสนุนโดยสำนักกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และศูนย์เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุพิชฌาย์ รัตนะ. (2555, 15 ธันวาคม). **รายงานพิเศษ “ปัตตานีจายา” ท่ามกลางไฟใต้. *คมชัดลึก***.

สุรีย์ ธรรมิกบวร. (2555). **การพยาบาลในความหลากหลายทางวัฒนธรรม**. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก :

<http://www.nurse.ubu.ac.th/sub/?name=knowledge&file=readknowledge&id=19>

(วันที่ค้นข้อมูล 1 ตุลาคม 2556).

สุวิมล ว่องวานิช. (2558). **การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). **คู่มือการดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนมุสลิม สำหรับผู้นำประจำมัสยิด**. พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา: ชุมชนมุสลิมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก :

<http://v2.agingthai.org/page/895> (วันที่ค้นข้อมูล 1 กันยายน 2556).

สำนักงานคณะกรรมการอิสลามประจำกรุงเทพมหานคร. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก :

<http://www.islamicbangkok.or.th/> (วันที่ค้นข้อมูล 1 ตุลาคม 2556).

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **ตารางสถิติจากศูนย์ข้อมูลสถิติจังหวัด**. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก :

[http://service.nso.go.th/nso/nso\\_center/project/search\\_center/23project-th.htm](http://service.nso.go.th/nso/nso_center/project/search_center/23project-th.htm)

(วันที่ค้นข้อมูล 1 กันยายน 2556).

สำนักจุฬาราชมนตรี. (2560). **รวมคำวินิจฉัย (ฟัตวา) จุฬาราชมนตรี**. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก :

<http://www.skthai.org/index.php?mo=10&art=42226893>

(วันที่ค้นข้อมูล 1 กุมภาพันธ์ 2560).

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). **สถิติสาธารณสุข พ.ศ.**

**2558**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.

อรุณ บุญชม. (2549). **การทำแท้ง. วารสารสมาคมแพทย์มุสลิม พ.ศ. 2548-2549**, หน้า 41-60.

- Anderson, LM., Scrimshaw, SC., Fullilove, MT., Fielding, JE., and Normand, J. (2003). Culturally competent healthcare systems. A systemic review. **Am J Prev Med**, 24(3), 68-79.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The Process of Cultural Competence in Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. **Journal of Transcultural Nursing**, 13, 181.
- Davidson, JE., Boyer, ML., Casey, D., Matzel, SC., and Walden, D.C. (2008). Gap analysis of cultural and religious needs of hospitalized patients. **Cri Care Nurs Q**, 31(2), 119-26.
- Ezenkwele, UA., and Roodsari, GS. (2013). Cultural competencies in emergency medicine: caring for Muslim-American patients from the Middle East. **J Emerg Med**, 45(2), 168-74.
- Halligan, P. (2006). Caring for Patients of Islamic Denomination: Critical Care Nurses' Experiences in Saudi Arabia. **J Clinical Nursing**, 15(12), 1565-73.
- Kaufman, R., and English, F.W. (1981). **Needs assessment: Concepts and application**. Englewood Cliffs, NJ: Educational Technology Publications.
- McKillip, J. (1987). **Needs analysis: Tools for the human services and education**. Newbury Park, CA: Sage.
- Padela, Al., Gunter, K., Killawi, A., and Heisler, M. (2011). Religious Values and Healthcare Accommodations: Voices from the American Muslim Community. **J Gen Intern Med**; 27(6): 708-715.
- Padela, Al., Killawi, A., Heisler, M., Demonner, S., and Fetters, MD. (2011). The role of Imams in American Muslim health: perspectives of Muslim community leaders in Southeast Michigan. **J Relig Health**, 50(2), 359-73.
- Reitmanova, S., and Gustafson, DL. (2008). "They can't understand it": maternity health and care needs of immigrant Muslim women in St. John's, Newfoundland. **Matern Child Health J**, 12(1), 101-11.
- Reviere, R., Berkowitz, S., Carter, C.C., and Ferguson, C.G. (1996). **Needs assessment: A creative and practical guide for social scientists**. Washington, D.C: Taylor & Francis.
- Scriven, M. (1991). **Evaluation thesaurus**. Newbury Park, CA: Sage Publications, Inc.
- Seibert, PS., Stridh-Igo, P., and Zimmerman, CG. (2002). A Checklist to Facilitate Cultural Awareness and Sensitivity. **J Med Ethics**; 28, 143-146.

- Witkin, B.R. (1984). **Assessing needs in education and social program**. San Francisco: Jossey-Boss Publishers.
- Witkin, B.R. (1994). Needs assessment since 1981: The state of the practice. **Evaluation Practice**, 15(1), 17-27.
- Witkin, B.R., and Altschuld, J.W. (1995). **Planning and conducting needs assessments. A practical guide**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Yosef, AR. (2008). Health beliefs, practice, and priorities for health care of Arab Muslims in the United States. **J Transcult Nurs**, 19(3), 284-91.

### ภาคผนวก ก

การอนุมัติรับรองของคณะกรรมการจริยธรรม  
การวิจัยในคนของแต่ละโรงพยาบาลเป้าหมาย



เอกสารเลขที่ ...22.../2558

คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน  
กระทรวงสาธารณสุข

โครงการวิจัย : บริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับชาวไทยมุสลิม : ช่องว่างแห่งระบบบริการสาธารณสุขไทย

รหัสโครงการ : Ref. no. 81/2557

ผู้ดำเนินการวิจัย : นางสาวกิตติยา ใต้ทอง

สถานที่ดำเนินการวิจัย : โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์  
โรงพยาบาลหาดใหญ่  
โรงพยาบาลชลบุรี  
โรงพยาบาลพระจอมเกล้า  
โรงพยาบาลขอนแก่น  
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา  
โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี  
โรงพยาบาลเลิดสิน

ระยะเวลาดำเนินการวิจัย : 1 ปี

การเก็บตัวอย่างทางชีวภาพ/ ระยะเวลาที่เก็บ : ไม่มี

## เอกสารที่รับรอง :

1. โครงการวิจัย ฉบับที่ 3 ลงวันที่ 14 พฤษภาคม 2558
2. ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (ผู้รับบริการ) ฉบับที่ 3 ลงวันที่ 14 พฤษภาคม 2558
3. ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (ผู้ให้บริการ/ผู้บริหาร) ฉบับที่ 3 ลงวันที่ 14 พฤษภาคม 2558
4. เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ (ผู้รับบริการ) ฉบับที่ 3 ลงวันที่ 14 พฤษภาคม 2558
5. เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ (ผู้ให้บริการ/ผู้บริหาร) ฉบับที่ 3 ลงวันที่ 14 พฤษภาคม 2558
6. แบบสัมภาษณ์ (ผู้รับบริการ) ฉบับที่ 3 ลงวันที่ 14 พฤษภาคม 2558
7. แบบสอบถาม (ผู้ให้บริการ/ผู้บริหาร) ฉบับที่ 3 ลงวันที่ 14 พฤษภาคม 2558
8. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (ผู้รับบริการ) ฉบับที่ 3 ลงวันที่ 14 พฤษภาคม 2558
9. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (ผู้ให้บริการ) ฉบับที่ 3 ลงวันที่ 14 พฤษภาคม 2558
10. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (ผู้บริหาร) ฉบับที่ 3 ลงวันที่ 14 พฤษภาคม 2558
11. ประวัติผู้วิจัย ฉบับที่ 3 ลงวันที่ 14 พฤษภาคม 2558

ERC MOPH ERC MOPH ERC MOPH ERC MOPH ERC MOPH ERC MOPH ERC MOPH ERC MOPH

-2-

เอกสารเลขที่ ...../2558

คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน กระทรวงสาธารณสุข ได้พิจารณาโครงการแล้ว คณะกรรมการพิจารณาอนุมัติในแจ้งจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ ทั้งนี้ให้ปฏิบัติงานตามเอกสารฉบับภาษาไทยเท่านั้น อนึ่ง ท่านต้องรายงานสถานะของโครงการให้คณะกรรมการฯ ทราบทุกปี เพื่อขออนุมัติดำเนินโครงการต่อจนกว่าจะหมดอายุโครงการ

  
..... ประธานกรรมการ  
(นายสุพรรณ ศรีธรรมมา)

  
..... กรรมการและเลขานุการ  
(นายกรกฎ จุฑาสมิต)

รับรองตั้งแต่วันที่ 21 พฤษภาคม 2558 ถึงวันที่ 20 พฤษภาคม 2559

ERC MOPH ERC MOPH ERC MOPH ERC MOPH ERC MOPH ERC MOPH ERC MOPH ERC MOPH


**THE ETHICS COMMITTEE OF HATYAI HOSPITAL**

HATYAI HOSPITAL 182, HATYAI, SONGKHLA 90110 THAILAND

 DOCUMENTARY PROOF OF ETHICAL CLEARANCE COMMITTEE ON HUMAN RIGHTS  
 RELATED TO RESEARCHES INVOLVING HUMAN SUBJECTS

ID1

79

Date

24/11/2015

expired 1 year after issuing

Certificate

Certificate of Expedited

Title of project

 บริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับชาวไทยมุสลิม: ช่องว่างแห่งระบบบริการ  
 สาธารณสุขไทย (Needs for Muslim: gaps in Thai health service system)

Protocol number

76/2015

Principal investigator

Miss Kitiya Totong

Office address

 Faculty of Science and Technology, Dhonburi Rajabhat  
 University

Document review 1

Proposal

Document review 2

informed Consent Form

 The aforementioned documents have been reviewed and acknowledged by Committee human  
 rights related to researches involving human subjects, based on the declaration of Helsinki

Signature of Chairman

Pairoj Boonluksiri

Signature of Committee

Benthira Rachapantanakorn



## คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัย

### โรงพยาบาลพระนครราชสีมา

ใบรับรองโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัย  
โรงพยาบาลพระนครราชสีมา

ชื่อโครงการ(ไทย) : บริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับชาวไทยมุสลิม : ช่องว่างแห่งระบบบริการสาธารณสุขไทย

ชื่อโครงการ(อังกฤษ) : Needs for Thai Muslim : gaps in Thai health service system

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาวกิตติยา ไช้ทอง

เลขที่ใบรับรอง : 12/2559

รหัสโครงการวิจัย : 59-2-013-0

หน่วยงานที่สังกัด : คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี

ประเภทโครงการวิจัย ☐ โครงการวิจัยภายใน ☒ โครงการวิจัยภายนอก

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการวิจัย :

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยได้พิจารณารายละเอียดโครงการวิจัย เรื่องดังกล่าว  
ข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

- 1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในโครงการวิจัย
- 2) วิธีการวิจัยที่เหมาะสมและได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์ และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในโครงการวิจัย
- 3) การดำเนินงานวิจัยเหมาะสม ไม่ก่อความเสียหายต่อกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาวิจัย

ออกให้ ณ วันที่ 27 พฤศจิกายน 2558

หมดอายุวันที่ 26 พฤศจิกายน 2559

เอกสารนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่าโครงการวิจัยนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบและมีมติจากคณะกรรมการวิจัย  
และจริยธรรมวิจัยของโรงพยาบาลพระนครราชสีมา ให้ดำเนินการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลพระนครราชสีมาได้  
ตามเงื่อนไขและแนวทางที่เจ้าของโครงการเสนอมา

ลงนาม.....

(นายแพทย์กิตติวัฒน์ มะโนจันทร์)

ประธานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัย





คณะกรรมการจริยธรรมการทําวิจัยในคนโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

หนังสือรับรองเลขที่ ๐๑๔/๒๕๕๘

ชื่อโครงการวิจัย บริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับชาวไทยมุสลิม : ช่องว่างแห่งระบบบริการสาธารณสุขไทย

ชื่อผู้วิจัยหลัก นางสาวกิตติยา ไช้ทอง

หน่วยงานที่รับผิดชอบ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ  
มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี

สถานที่ดำเนินการวิจัย โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

เอกสารที่พิจารณา โครงร่างวิจัย

วันที่พิจารณาอนุมัติ

คณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ได้พิจารณาโครงการฉบับภาษาไทยแล้ว  
คณะกรรมการฯ พิจารณาอนุมัติในแง่จริยธรรมและให้ดำเนินการวิจัย ชำต้นภายในโรงพยาบาล  
พระนครศรีอยุธยา ทั้งนี้โดยยึดตามเอกสารฉบับภาษาไทยเป็นหลัก

(นายสุรชัย โชคครุฑชัย)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรม สาขาอายุรกรรม)

รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมการทําวิจัยในคน

(นางกิตติยา ประสานวงศ์)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการทําวิจัยในคน

อนุมัติ ณ วันที่ 25 ส.พ. 2558

No.๐๘๕/๕๘

แบบรับรองการดำเนินการวิจัยในมนุษย์  
คณะกรรมการรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ  
โรงพยาบาลลำปาง

๑.ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) บริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับชาวไทยมุสลิม: ช่องว่างแห่งระบบบริการสาธารณสุขไทย

(ภาษาอังกฤษ) Need for Thai Muslim: gaps in Thai health service system

๒.ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นางสาวกิตติยา โต๊ะทอง

หน่วยงานที่สังกัด อาจารย์ประจำคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี

โทรศัพท์ ๐ ๘๙๐๗๓๐๒๒๗

ชื่อผู้วิจัยร่วม ๑. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนิตยา หนูวงษ์ วงศ์เสงี่ยม


๒. นายแพทย์มนัส วงศ์เสงี่ยม

ความคิดเห็นของคณะกรรมการรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ โรงพยาบาลลำปาง

☒ อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้

☐ ไม่อนุมัติ เหตุผล

.....  
.....  
.....

  
(นายอรัญ รัตนพล)

ประธานคณะกรรมการรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ  
โรงพยาบาลลำปาง

วันที่ ๓๑ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

FM-10000-020  
REV.0 11/07/51



Khon Kaen Hospital  
Institute Review Board in Human Research

F/17-03/02.0



### เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น

ชื่อคณะกรรมการ: คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น	
ที่อยู่คณะกรรมการ: 54, 56 ถนนศรีจันทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000	
ชื่อผู้วิจัยหลัก: นางสาวกิตติยา โต๊ะทอง	
หน่วยงาน : คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี	
ผู้ร่วมวิจัย: รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนิตยา หนูวงศ์ วงศ์เสงี่ยม	
หน่วยงาน : สถานเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	
ชื่อเรื่อง: บริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับชาวไทยมุสลิม : ช่องว่างแห่งระบบบริการสาธารณสุขไทย "Needs for Thai Muslim: gaps in Thai health service system"	
รหัสโครงการวิจัย: KE59020	
สถานที่ทำวิจัย: OPD, IPD, กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล, องค์กรแพทย์ โรงพยาบาลขอนแก่น	
รายการเอกสาร	การอ้างอิง
แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 9 พฤศจิกายน 2558
โครงร่างการวิจัย	Ref.No.81/2557_version 3 : 14 พฤษภาคม 2558
ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย สำหรับผู้รับบริการ	Ref.No.81/2557_version 3 : 14 พฤษภาคม 2558
ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย สำหรับผู้ให้บริการและผู้บริหาร	Ref.No.81/2557_version 3 : 14 พฤษภาคม 2558
เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ (ผู้รับบริการ)	Ref.No.81/2557_version 3 : 14 พฤษภาคม 2558
เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ (ผู้ให้บริการและผู้บริหาร)	Ref.No.81/2557_version 3 : 14 พฤษภาคม 2558
แบบสัมภาษณ์ (ผู้รับบริการสาธารณสุข)	Ref.No.81/2557_version 3 : 14 พฤษภาคม 2558
แบบสอบถาม (ผู้ให้บริการสาธารณสุขและผู้บริหาร)	Ref.No.81/2557_version 3 : 14 พฤษภาคม 2558
แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (ผู้รับบริการสาธารณสุข)	Ref.No.81/2557_version 3 : 14 พฤษภาคม 2558
แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (ผู้ให้บริการสาธารณสุข)	Ref.No.81/2557_version 3 : 14 พฤษภาคม 2558
แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (บริหารโรงพยาบาล)	Ref.No.81/2557_version 3 : 14 พฤษภาคม 2558
ประวัติคณะผู้วิจัย	Ref.No.81/2557_version 3 : 14 พฤษภาคม 2558
การพิจารณา: [ <input checked="" type="checkbox"/> ] แบบเร็ว [ <input type="checkbox"/> ] แบบปกติ	
เสนอรายงานความก้าวหน้า: ทุกๆ <input type="checkbox"/> 3 เดือน <input type="checkbox"/> 6 เดือน <input checked="" type="checkbox"/> 12 เดือน	
วันที่เริ่มอนุมัติ: 18 มกราคม 2559 วันหมดอายุ: 17 มกราคม 2560	
ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น โดยอ้างกฎหมาย Helsinki แล้ว และเห็นว่าผู้วิจัยต้องดำเนินการตามโครงการวิจัยที่ได้กำหนดไว้ หากจะมีการปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขใด ๆ ควรผ่านความเห็นชอบหรือแจ้งต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่นก่อน	
 (นางอุษณีย์ สังคมกำแพง) นายแพทย์เชี่ยวชาญ ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น	



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลเลิดสิน โทร. ๐-๒๓๕๓-๔๘๐๐ ต่อ ๔๗๓๔

ที่ สธ ๐๓๐๖ / ๑๓ / ๕๕

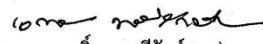
วันที่ ๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙

เรื่อง การขอเข้าเก็บข้อมูล

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน / ฝ่าย ที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัย กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ ขอรับรองว่าโครงการวิจัยเรื่อง บริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับชาวไทยมุสลิม : ช่องว่างแห่งระบบบริการสาธารณสุขไทย โดยมี (นาย,นาง,นางสาว).....กิตติยา โต๊ะทอง.....เป็นหัวหน้าโครงการ ได้ขออนุมัติเข้าเก็บข้อมูล ตามหนังสือที่.....ศธ ๐๕๖๓.๐๔/๔๒๙..... คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี.....โดยถูกต้องแล้วและ คณะกรรมการจริยธรรมได้พิจารณาแล้ว(ว/ด/ป).....๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙..... ผู้อำนวยการอนุมัติ (ว/ด/ป).....๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙..... โดยเอกสารฉบับนี้หมดอายุ (ว/ด/ป).....๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐.....

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

  
(นายเอกฤทธิ์ คุณศรีรักษสกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลเลิดสิน

แบบฟอร์ม (IRB 07)

เอกสารหมายเลข 7



เอกสารหมายเลข 1/2559

## คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

โครงการวิจัย: บริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับชาวไทยมุสลิม : ช่องว่างแห่งระบบบริการสาธารณสุขไทย

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) Needs for Thai Muslim : gaps in Thai health service system

ผู้วิจัยหลัก : นางสาว กิตติยา โต๊ะทอง

สังกัด : คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี

สถานที่ดำเนินการวิจัย: โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

## เอกสารที่พิจารณา:

1. โครงการวิจัย ฉบับที่ 3
2. ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (ผู้รับบริการ) ฉบับที่ 3
3. ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (ผู้ให้บริการ/ผู้บริหาร) ฉบับที่ 3
4. เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ (ผู้รับบริการ) ฉบับที่ 3
5. เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ (ผู้ให้บริการ/ผู้บริหาร) ฉบับที่ 3
6. แบบสัมภาษณ์ (ผู้รับบริการ) ฉบับที่ 3
7. แบบสอบถาม (ผู้ให้บริการ/ผู้บริหาร) ฉบับที่ 3
8. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (ผู้รับบริการ) ฉบับที่ 3
9. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (ผู้ให้บริการ) ฉบับที่ 3
10. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (ผู้บริหาร) ฉบับที่ 3
11. ประวัติผู้วิจัย ฉบับที่ 3

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัด  
เพชรบุรีได้พิจารณาโครงการแล้ว คณะกรรมการฯ รับทราบและพิจารณาในแง่จริยธรรม อนุมัติให้  
ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นได้ ทั้งนี้โดยยึดตามเอกสารฉบับภาษาไทยเป็นหลัก อนึ่งท่านต้อง  
รายงานสถานะของโครงการให้คณะกรรมการฯ ทราบเพื่อขออนุมัติดำเนินโครงการต่อจนกว่าจะหมดอายุ  
โครงการ

..... *Phu* ..... ประธานคณะกรรมการ

(นายวิทยา เพ็ชรดาชัย)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

วันที่ประชุม 23 มีนาคม 2559

รับรองตั้งแต่วันที่ 30 มีนาคม 2559 ถึงวันที่ 30 มีนาคม 2560



เอกสารเลขที่ ๒๔ /2559

รหัสวิจัย 20/59/G/q

## ใบรับรองโครงการวิจัย

โดย คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลชลบุรี

.....

โครงการวิจัย : บริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับชาวไทยมุสลิม : ช่องว่างแห่งระบบบริการ  
สาธารณสุขไทย

ผู้ดำเนินการวิจัยหลัก : นางสาวกิตติยา โต๊ะทอง

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลชลบุรีได้พิจารณาแล้วเห็นว่าสมควรให้ดำเนินการ  
วิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้

ลงนาม

(นางสาวอุษา ศิริบุญฤทธิ์)

ลงนาม

(นายวุฒิเดช งาม - องค์กรักษ์)

ประธานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชลบุรี

วันที่รับรอง : 18 เมษายน 2559

วันหมดอายุ : 30 กันยายน 2559

## เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบสอบถาม
- 5) ใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยของอาสาสมัคร

กำหนดการส่งรายงานความคืบหน้าการวิจัย

☐ ทุก 3 เดือน☒ ทุก ๖ เดือน

เงื่อนไข...

ภาคผนวก ข

ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย  
(Informed Consent Form)  
สำหรับผู้รับบริการ



**ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed Consent Form) สำหรับผู้รับบริการ**  
**เรื่อง “บริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับชาวไทยมุสลิม : ช่องว่างแห่งระบบบริการสาธารณสุขไทย”**

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
 ข้าพเจ้า (นาย/ นาง/ นางสาว).....นามสกุล.....

ขอทำหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

- ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยของ ...นางสาวกิตติยา โต๊ะทอง และคณะ เรื่อง “บริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับชาวไทยมุสลิม : ช่องว่างแห่งระบบบริการสาธารณสุขไทย” ด้วยความสมัครใจ โดยมิได้มีการบังคับ หลอกลวงแต่ประการใด
- ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายและตอบข้อสงสัยจากผู้วิจัยหรือผู้ร่วมวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้จากการวิจัยโดยละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว
- ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ
- ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะถอนตัวหรือบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เมื่อใดก็ได้ และการถอนตัวหรือบอกเลิกนี้จะไม่ผลต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับในปัจจุบันและในอนาคต
- ข้าพเจ้าได้รับการรับรองจากผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบของการสรุปผลการวิจัยเท่านั้น โดยไม่มีการระบุชื่อนามสกุลของข้าพเจ้า
- ข้าพเจ้าจะได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เก็บไว้ 1 ชุด
- ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความข้างต้นแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม  
 (.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....หัวหน้าโครงการ  
 (.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....พยาน  
 (.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....พยาน  
 (.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ภาคผนวก ค

ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย  
(Informed Consent Form)  
สำหรับผู้ให้บริการและผู้บริหาร

ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed Consent Form)

สำหรับผู้ให้บริการและผู้บริหาร

เรื่อง “บริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับชาวไทยมุสลิม : ช่องว่างแห่งระบบบริการสาธารณสุขไทย”

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/ นาง/ นางสาว).....นามสกุล.....

ขอทำหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

1. ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยของ ...นางสาวกิตติยา โตะทอง และคณะ เรื่อง “บริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับชาวไทยมุสลิม : ช่องว่างแห่งระบบบริการสาธารณสุขไทย” ด้วยความสมัครใจโดยมิได้มีการบังคับ หลอกลวงแต่ประการใด
2. ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายและตอบข้อสงสัยจากผู้วิจัยหรือผู้ร่วมวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัยโดยละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว
3. ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ
4. ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะถอนตัวหรือบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เมื่อใดก็ได้ และการถอนตัวหรือบอกเลิกนี้จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตำแหน่งหน้าที่การงานของข้าพเจ้าทั้งในปัจจุบันและในอนาคต
5. ข้าพเจ้าได้รับการรับรองจากผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบของการสรุปผลการวิจัยเท่านั้น โดยไม่มีการระบุชื่อนามสกุลของข้าพเจ้า
6. ข้าพเจ้าจะได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เก็บไว้ 1 ชุด
7. ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความข้างต้นแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ..... ผู้ยินยอม  
(..... ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ..... หัวหน้าโครงการ  
(..... ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ..... พยาน  
(..... ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ..... พยาน  
(..... ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ภาคผนวก ง

เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ  
(Participant Information Sheet)  
(ผู้รับบริการ)

**เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ (ผู้รับบริการ)**  
(Participant Information Sheet)

**ชื่อโครงการวิจัย**

(ภาษาไทย) บริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับชาวไทยมุสลิม : ช่องว่างแห่งระบบบริการสาธารณสุขไทย  
(ภาษาอังกฤษ) Needs for Thai Muslim: gaps in Thai health service system

**คณะผู้วิจัย**

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| 1. นางสาว กิตติยา ใต้ทอง                             | หัวหน้าโครงการวิจัย   |
| 2. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง นิตยา ทนวงษ์ วงศ์เสงี่ยม | ผู้ร่วมวิจัย          |
| 3. นายแพทย์ มนัส วงศ์เสงี่ยม                         | ที่ปรึกษาโครงการวิจัย |

**บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีข้อสงสัยที่เกี่ยวกับการวิจัย**

ถ้าท่านมีปัญหาที่ท่านคิดว่าอาจจะเกี่ยวข้องกับการเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการศึกษาวิจัยนี้ หรือมีคำถามเกี่ยวกับการวิจัยนี้เมื่อไรก็ตาม ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ ดังนี้

หัวหน้าโครงการวิจัย	นางสาว กิตติยา ใต้ทอง
หน่วยงาน	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
สถาบัน	มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี
ที่อยู่	172 ถนนอิสรภาพ แขวงวัดกัลยาณ์ เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร 10600
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ	02-890-1801 ต่อ 1080 (ในเวลาทำการ)
	089-073-0227 (ทั้งในและนอกเวลาทำการ ตลอด 24 ชั่วโมง)
โทรสาร	02-890-2297-8 (ในเวลาทำการ)

**ผู้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย**

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ปีงบประมาณ 2558

**ความเป็นมาและเหตุผลที่ต้องทำการศึกษวิจัย**

การบำบัดรักษาโรคถือเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมุสลิมที่เจ็บป่วย ท่านศาสตราจารย์อัมหมัด (ช.ล.) กล่าวไว้ว่า "จงรักษาเถิด แท้จริง อัลลอฮ์ (ช.บ.) จะไม่ทรงนำโรคลงมา เว้นแต่พระองค์จะนำยา เพื่อการบำบัดลงมาด้วย ยกเว้นเพียงโรคเดียวที่ไม่มียารักษา คือโรคชรา" ดังนั้น เมื่อมุสลิมเจ็บป่วยจึงต้องแสวงหาแนวทางในการบำบัดรักษาโรค แต่การบำบัดรักษาโรคของมุสลิมจะต้องไม่ขัดต่อหลักการศรัทธาและหลักปฏิบัติของศาสนาอิสลามด้วย

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีความหลากหลายทางสังคมและวัฒนธรรม ชาวไทยมุสลิมในประเทศไทยซึ่งมีจำนวนเพียง 5% ของประชากรทั้งหมด อาจประสบปัญหาและเกิดความลำบากใจในทางปฏิบัติอยู่บ้าง เมื่อต้องเข้ารับบริการทางสาธารณสุข เนื่องจากชาวไทยมุสลิมไม่ต้องการกระทำการใดที่ผิดหลักศาสนา บางครั้งจึงเลือกทางแก้ไขโดยการปฏิเสธที่จะเข้ารับบริการอันเป็นมาตรฐานของรัฐ เช่น เลือกที่จะใช้บริการพื้นบ้านในชุมชนมุสลิมตามความเชื่อดั้งเดิม ในบางกรณีมีความเข้าใจผิดอันเกิดจากการสื่อสารต่างภาษาที่ต่างความเข้าใจ หรือมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนในหลักศรัทธาและหลักปฏิบัติของศาสนาอิสลาม

โครงการวิจัย เรื่อง "บริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับชาวไทยมุสลิม : ช่องว่างแห่งระบบบริการสาธารณสุขไทย"

หน้า 2

กรณีดังกล่าวเหล่านี้อาจบานปลายไปสู่ปัญหาใหญ่โตขึ้นได้ ซึ่งชาวไทยมุสลิมที่อาศัยกระจายอยู่ในแต่ละภูมิภาคของประเทศไทย อาจมีประเด็นปัญหา อุปสรรค ความต้องการในการรับบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับหลักการอิสลามที่แตกต่างกันไป ในขณะเดียวกัน ผู้บริหารและผู้ให้บริการสาธารณสุขในแต่ละภูมิภาคก็อาจมีข้อจำกัดในการบริหารจัดการและให้บริการสาธารณสุขที่สอดคล้องตามวิถีอิสลาม

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัย เรื่อง “บริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับชาวไทยมุสลิม: ช่องว่างแห่งระบบบริการสาธารณสุขไทย” ซึ่งเป็นการศึกษาในประเด็นความต้องการ ปัญหาและอุปสรรคของชาวไทยมุสลิมในการรับบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับหลักการศาสนาอิสลาม รวมทั้งความรู้ความเข้าใจ ปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดของผู้บริหารและผู้ให้บริการสาธารณสุขในส่วนที่สอดคล้องกับหลักการศาสนาอิสลาม

#### วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาความต้องการ ปัญหา และอุปสรรคของชาวไทยมุสลิมในการรับบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับหลักการศาสนาอิสลาม
- 2) เพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจ ปัญหา และอุปสรรคของผู้บริหารและผู้ให้บริการสาธารณสุขในส่วนที่สอดคล้องกับหลักการศาสนาอิสลาม
- 3) เพื่อหาแนวทางหรือทางเลือกในการจัดบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม และเสริมสร้างประเด็นที่เอื้อต่อการเข้ารับบริการสาธารณสุขของชาวไทยมุสลิม โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

#### ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมโครงการ

ท่านจะไม่ได้รับผลประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย แต่ข้อมูลและผลที่ได้จากการศึกษาจะถูกนำเสนอต่อผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น ผู้บริหารและผู้ให้บริการสถานบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน ผู้รับบริการสาธารณสุข รวมไปถึงชุมชนมุสลิม เพื่อหาแนวทางในการพัฒนา ปรับปรุงบริการสาธารณสุขให้สอดคล้องกับหลักการศาสนาอิสลาม หรือเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติตามวิถีอิสลามของมุสลิมเมื่อต้องเข้ารับบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดผลตามมา ดังนี้

- 1) ชาวไทยมุสลิมมีส่วนร่วมในการจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีอิสลาม และได้รับการสาธารณสุขที่จำเป็นและสนองความต้องการอันพึงประสงค์และสอดคล้องกับหลักการศาสนาอิสลาม
- 2) บุคลากรสาธารณสุขของสถานบริการสาธารณสุขมีความรู้ความเข้าใจในหลักศรัทธาและหลักปฏิบัติของชาวไทยมุสลิมตามวิถีอิสลาม
- 3) สถานบริการสาธารณสุข อาจจัดและให้บริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม เป็นการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่การเป็นโรงพยาบาลวิถีอิสลาม เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC)
- 4) เกิดความร่วมมือระหว่างสถานบริการสาธารณสุข ชุมชน และหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง และเป็นการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างกัน
- 5) ข้อเสนอแนะแนวทางการจัดบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม จะถูกนำเสนอต่อหน่วยงานที่กำหนดมาตรฐานการให้บริการของกระทรวงสาธารณสุขพิจารณาต่อไป

โครงการวิจัย เรื่อง “บริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับชาวไทยมุสลิม : ช่องว่างแห่งระบบบริการสาธารณสุขไทย”

### วิธีการขอความยินยอมของผู้วิจัยและการให้ความยินยอมของท่าน

ผู้วิจัยหรือผู้ร่วมวิจัยจะทำการเชิญชวนอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ โดยการอธิบายรายละเอียดของโครงการด้วยตนเอง หรือแจกแผ่นพับแนะนำโครงการ หรือติดประกาศในชุมชนมุสลิม ใช้ระยะเวลาประมาณ 2 - 4 สัปดาห์

หากท่านใดสนใจหรือติดต่อสมัครเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยหรือผู้ร่วมวิจัยจะอธิบายข้อมูลโครงการวิจัยโดยละเอียด และให้อาสาสมัครซักถามข้อมูลต่างๆ เพิ่มเติมได้ตามที่ต้องการ ผู้วิจัยหรือผู้ร่วมวิจัยจะตอบคำถามทุกคำถามอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดบิดบังหรือซ่อนเร้น จนเป็นที่พอใจ

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยจะต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ ดังนั้น ท่านที่เป็นอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการจะได้รับเวลาประมาณ 2 สัปดาห์ ในการพิจารณาและตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือไม่ โดยอาสาสมัครสามารถแจ้งความประสงค์ยืนยันว่าสมัครใจเข้าร่วมโครงการหรือไม่ประสงค์เข้าร่วมโครงการได้ที่ผู้วิจัย หากไม่ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการ ท่านสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ ซึ่งการปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตัวท่านและบริการสุขภาพที่ท่านจะได้รับทั้งในปัจจุบันและในอนาคต

ในกรณีที่ท่านตัดสินใจและยืนยันแล้วว่าเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยหรือผู้ร่วมวิจัยจะขอความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัยจากท่าน โดยขอให้ลงนามและวันอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านจะได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการและสำเนาใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เพื่อเก็บไว้จำนวน 1 ชุด

### ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการ

หากท่าน ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับการอธิบายข้อมูลของโครงการวิจัยอย่างละเอียดจากผู้วิจัยหรือผู้ร่วมวิจัย เมื่อท่านยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจแล้ว
2. ผู้วิจัยหรือผู้ร่วมวิจัยจะขอให้ท่านลงนามในเอกสารใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษรก่อน และหลังจากที่ท่านและผู้วิจัยลงนามเรียบร้อยแล้ว ท่านจะได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการและสำเนาใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เพื่อเก็บไว้จำนวน 1 ชุด
3. ระยะเวลาที่ใช้ในการอธิบายรายละเอียดโครงการ และขอความยินยอม จะใช้เวลาประมาณ 30 - 60 นาที และกระทำเป็นรายบุคคล
4. ผู้วิจัยหรือผู้ร่วมวิจัยจะประสานงานและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากท่านเป็นรายบุคคล ดังนี้

การประสานงานและการนัดหมาย : แบบรายบุคคลเป็นการส่วนตัว (ทางโทรศัพท์)

วิธีการเก็บข้อมูล : - สัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์ (ใช้เวลาประมาณ 30 - 45 นาที)  
- สัมภาษณ์เชิงลึก โดยขออนุญาตบันทึกเสียงระหว่างการสัมภาษณ์ (ใช้เวลาประมาณ 60 นาที)

ประเด็นที่สัมภาษณ์ : เกี่ยวกับความต้องการ ปัญหาและอุปสรรค หรือประสบการณ์ของท่านเมื่อเข้ารับบริการสาธารณสุขที่โรงพยาบาลของรัฐ หรือ โรงพยาบาลศูนย์ หรือ โรงพยาบาลทั่วไป หรือ โรงพยาบาลชุมชน

สถานที่ในการสัมภาษณ์ : เป็นสถานที่ส่วนตัว สถานที่ที่ท่านสะดวกและมีความปลอดภัย อาทิ เช่น บริเวณบ้านของท่าน บริเวณมัสยิด เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อป้องกันการรั่วไหลของข้อมูล

โครงการวิจัย เรื่อง “บริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับชาวไทยมุสลิม : ช่องว่างแห่งระบบบริการสาธารณสุขไทย”

คำตอบแทนชดเชย : ผู้วิจัยมีคำตอบแทนชดเชยการเสียเวลาให้แก่อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการ และให้ข้อมูลแก่โครงการ ดังนี้

- สัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์ 100 บาทต่อครั้ง จำนวน 1 ครั้ง
- สัมภาษณ์เชิงลึก 100 บาทต่อครั้ง จำนวน 1 ครั้ง
- ระดมสมอง/สนทนากลุ่ม 300 บาทต่อครั้ง จำนวน 1 ครั้ง

5. ผู้วิจัยหรือผู้ร่วมวิจัยจะทำการสอบถามข้อมูล (สัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์ และสัมภาษณ์เชิงลึก) จากท่านครั้งแรกเมื่อท่านยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย หรืออาจนัดหมายขอสัมภาษณ์ตามวัน เวลา และสถานที่ที่สะดวกในภายหลัง

6. หลังจากที่คุณวิจัยหรือผู้ร่วมวิจัยนำข้อมูล (จากการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์ และสัมภาษณ์เชิงลึก) มาวิเคราะห์แล้ว อาจจะมีนัดหมายเชิญท่านมาเข้าร่วมระดมสมอง/สนทนากลุ่ม (ใช้เวลาประมาณ 60 – 90 นาที) เพื่อหาแนวทางหรือทางเลือกในการจัดบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม ร่วมกับหน่วยงานและฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป

#### ระยะเวลาที่ดำเนินโครงการวิจัย

ระยะเวลาทั้งหมดที่คาดว่าจะใช้ในการศึกษาวิจัยจนเสร็จสิ้นโครงการ ประมาณ 1 ปี (22 ตุลาคม 2557 ถึง 21 ตุลาคม 2558) และขยายเวลาออกไปถึง 30 มิถุนายน 2559 โดยจะทำการศึกษาเมื่อผ่านการอนุมัติ จากคณะกรรมการจริยธรรมแล้ว

#### การดูแลรักษาข้อมูลต่างๆ ในระหว่างการศึกษาวิจัยและหลังจากการศึกษาสิ้นสุดลง

ในระหว่างการศึกษาวิจัยและภายหลังการศึกษาวิจัยสิ้นสุดลง ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจะเปิดเผยเฉพาะในรูปแบบของการสรุปผลการวิจัยเท่านั้น ข้อมูลของท่านจะไม่ส่งผลกระทบต่อตัวท่านและบริบทสุขภาพที่ท่านจะได้รับทั้งในปัจจุบันและในอนาคต

ข้อมูล	วิธีการดูแลรักษาข้อมูล	
	ระหว่างการศึกษา	หลังจากโครงการสิ้นสุด
แบบสัมภาษณ์	ใช้การกำหนดรหัสลับ และเก็บใส่ตู้ล็อกกุญแจ	ทำลายโดยใช้เครื่องย่อยกระดาษ
เทปบันทึกเสียงในการสัมภาษณ์เชิงลึก	ใช้การกำหนดรหัสลับ เก็บแยกจากแบบสัมภาษณ์ และใส่ตู้ล็อกกุญแจ	ทำลายโดยการ - ตัดหรือทุบทำลายแผ่นเทปคลาสเซต - ลบไฟล์ที่บันทึกทั้ง
เทปบันทึกเสียงในการระดมสมอง/สนทนากลุ่ม	ใช้การกำหนดรหัสลับ เก็บแยกจากแบบสัมภาษณ์ และใส่ตู้ล็อกกุญแจ	ทำลายโดยการ - ตัดหรือทุบทำลายแผ่นเทปคลาสเซต - ลบไฟล์ที่บันทึกทั้ง
	มาตรการควบคุมความเสี่ยงในการระดมสมอง/สนทนากลุ่ม : ในการระดมสมอง/สนทนากลุ่ม จะไม่ให้นักวิจัยให้ข้อมูลทุกกลุ่ม ระบุชื่อ-สกุลจริง แต่จะใช้นามแฝงแทน เช่น คุณ ก ในฐานะผู้รับบริการ, คุณ A ในฐานะผู้ให้บริการ, คุณ 1 ในฐานะผู้บริหาร เป็นต้น	

โครงการวิจัย เรื่อง “บริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับชาวไทยมุสลิม : ช่องว่างแห่งระบบบริการสาธารณสุขไทย”



### ผลการศึกษาวิจัย

ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จะถูกนำเสนอในภาพรวมต่อผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น ผู้บริหารและผู้ให้บริการสถานบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน ผู้รับบริการสาธารณสุข รวมไปถึง ชุมชนมุสลิม และหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในภาพรวม เป็นองค์ความรู้ ในการนำไปบูรณาการ และหาแนวทางร่วมกันในการพัฒนาปรับปรุงบริการสาธารณสุขให้สอดคล้องกับ หลักการศาสนาอิสลามต่อไป

### ถ้าท่านตัดสินใจไม่เข้าร่วมโครงการวิจัย

ท่านมีอิสระในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมหรือไม่ต้องการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่มีความผิดหรือสูญเสียประโยชน์ที่ท่านพึงได้รับ การตัดสินใจของท่านจะไม่ส่งผลกระทบต่อตัวท่านและบริการสุขภาพที่ท่านจะได้รับทั้งในปัจจุบันและในอนาคต

### ทางเลือกเพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยนี้ขึ้นกับความสมัครใจของท่าน หากท่านไม่ประสงค์ ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการนี้

### การถอนตัวออกจากโครงการวิจัย

หากท่านต้องการถอนตัวออกจากโครงการวิจัย ท่านสามารถถอนตัวจากการโครงการได้ทุกเมื่อ โดย จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตัวท่านและบริการสุขภาพที่ท่านจะได้รับทั้งในปัจจุบันและในอนาคต

### การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

ถ้าท่านตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะกำหนดรหัสให้แก่ท่าน ชื่อและข้อมูลอื่นๆ ที่บ่งบอกถึงตัวท่านจะถูกเก็บแยกจากแบบสัมภาษณ์ แฟ้มข้อมูลที่เชื่อมโยงชื่อกับรหัสจะถูกเก็บไว้ในสถานที่ที่ปลอดภัย ซึ่งจะไม่มีการเปิดเผยแก่บุคคลภายนอก การรายงานผลการวิจัย จะไม่สามารถระบุถึงตัวท่านได้เนื่องจาก ข้อมูลของการวิจัยจะระบุในภาพรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เป็นต้น

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย หรือมีปัญหาข้อใจ รู้สึกกังวลใจกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ตามที่อยู่ต่อไปนี้

นางสาว กิตติยา ไชยะทอง

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี

172 ถนนอิสรภาพ แขวงวัดกัลยาณ์ เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร 10600

โทรศัพท์ 02-890-1801 ต่อ 1080 (ในเวลาทำการ)

089-073-0227 (นอกเวลาทำการ หรือตลอด 24 ชั่วโมง)

โทรสาร 02-890-2297-8 (ในเวลาทำการ)

หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็วโดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

โครงการวิจัย เรื่อง “บริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับชาวไทยมุสลิม : ช่องว่างแห่งระบบบริการสาธารณสุขไทย”

ภาคผนวก จ

เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ  
(Participant Information Sheet)  
(ผู้ให้บริการและผู้บริหาร)

**เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ (ผู้ให้บริการ และผู้บริหาร)**  
(Participant Information Sheet)

**ชื่อโครงการวิจัย**

(ภาษาไทย) บริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับชาวไทยมุสลิม : ช่องว่างแห่งระบบบริการสาธารณสุขไทย  
(ภาษาอังกฤษ) Needs for Thai Muslim: gaps in Thai health service system

**คณะผู้วิจัย**

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| 1. นางสาว กิตติยา โต๊ะทอง                             | หัวหน้าโครงการวิจัย   |
| 2. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง นิตยา หนูวงศ์ วงศ์เสงี่ยม | ผู้ร่วมวิจัย          |
| 3. นายแพทย์ มนต์ วงศ์เสงี่ยม                          | ที่ปรึกษาโครงการวิจัย |

**บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีข้อสงสัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย**

ถ้าท่านมีปัญหาที่ท่านคิดว่าอาจจะเกี่ยวข้องกับการเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการศึกษาวิจัยนี้ หรือมีคำถามเกี่ยวกับการวิจัยนี้เมื่อไรก็ตาม ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ทั้งในเวลาและนอกเวลาทำการ ดังนี้

หัวหน้าโครงการวิจัย	นางสาว กิตติยา โต๊ะทอง
หน่วยงาน	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
สถาบัน	มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี
ที่อยู่	172 ถนนอิสรภาพ แขวงวัดกัลยาณ์ เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร 10600
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ	02-890-1801 ต่อ 1080 (ในเวลาทำการ) 089-073-0227 (ทั้งในและนอกเวลาทำการ ตลอด 24 ชั่วโมง)
โทรสาร	02-890-2297-8 (ในเวลาทำการ)

**ผู้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย**

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ปีงบประมาณ 2558

**ความเป็นมาและเหตุผลที่ต้องทำการศึกษานี้**

การบำบัดรักษาโรคถือเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมุสลิมที่เจ็บป่วย ท่านศาสตราจารย์ ดร.อัมหมัด (ช.ล.) กล่าวว่า "จงรักษาเถิด แท้จริง อัลลอฮ์ (ช.บ.) จะไม่ทรงนำโรคลงมา เว้นแต่พระองค์จะนำยา เพื่อการบำบัดลงมามีด้วย ยกเว้นเพียงโรคเดียวที่ไม่มียารักษา คือโรคชรา" ดังนั้น เมื่อมุสลิมเจ็บป่วยจึงต้องแสวงหาแนวทางในการบำบัดรักษาโรค แต่การบำบัดรักษาโรคของมุสลิมจะต้องไม่ขัดต่อหลักการศรัทธาและหลักปฏิบัติของศาสนาอิสลามด้วย

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีความหลากหลายทางสังคมและวัฒนธรรม ชาวไทยมุสลิมในประเทศไทยซึ่งมีจำนวนเพียง 5% ของประชากรทั้งหมด อาจประสบปัญหาและเกิดความลำบากใจในทางปฏิบัติอยู่บ้าง เมื่อต้องเข้ารับบริการทางสาธารณสุข เนื่องจากชาวไทยมุสลิมไม่ต้องการกระทำการใดที่ผิดหลักศาสนา บางครั้งจึงเลือกทางแก้ไขโดยการปฏิเสธที่จะเข้ารับบริการอันเป็นมาตรฐานของรัฐ เช่น เลือกที่จะใช้บริการพื้นบ้านในชุมชนมุสลิมตามความเชื่อดั้งเดิม ในบางกรณีมีความเข้าใจผิดอันเกิดจากการสื่อสารต่างภาษาที่ต่างความเข้าใจ หรือมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนในหลักศรัทธาและหลักปฏิบัติของศาสนาอิสลาม

โครงการวิจัย เรื่อง "บริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับชาวไทยมุสลิม : ช่องว่างแห่งระบบบริการสาธารณสุขไทย"

กรณีดังกล่าวเหล่านี้อาจบานปลายไปสู่ปัญหาใหญ่โตขึ้นได้ ซึ่งชาวไทยมุสลิมที่อาศัยกระจายอยู่ในแต่ละภูมิภาคของประเทศไทย อาจมีประเด็นปัญหา อุปสรรค ความต้องการในการรับบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับหลักการอิสลามที่แตกต่างกันไป ในขณะเดียวกัน ผู้บริหารและผู้ให้บริการสาธารณสุขในแต่ละภูมิภาคก็อาจมีข้อจำกัดในการบริหารจัดการและให้บริการสาธารณสุขที่สอดคล้องตามวิถีอิสลาม

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัย เรื่อง “บริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับชาวไทยมุสลิม: ช่องว่างแห่งระบบบริการสาธารณสุขไทย” ซึ่งเป็นการศึกษาในประเด็นความต้องการ ปัญหาและอุปสรรคของชาวไทยมุสลิมในการรับบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับหลักการศาสนาอิสลาม รวมทั้งความรู้ความเข้าใจ ปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดของผู้บริหารและผู้ให้บริการสาธารณสุขในส่วนที่สอดคล้องกับหลักการศาสนาอิสลาม

#### วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาความต้องการ ปัญหา และอุปสรรคของชาวไทยมุสลิมในการรับบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับหลักการศาสนาอิสลาม
- 2) เพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจ ปัญหา และอุปสรรคของผู้บริหารและผู้ให้บริการสาธารณสุขในส่วนที่สอดคล้องกับหลักการศาสนาอิสลาม
- 3) เพื่อหาแนวทางหรือทางเลือกในการจัดบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม และเสริมสร้างประเด็นที่เอื้อต่อการเข้ารับบริการสาธารณสุขของชาวไทยมุสลิม โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

#### ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมโครงการ

ท่านจะไม่ได้รับผลประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย แต่ข้อมูลและผลที่ได้จากการศึกษาจะถูกนำเสนอต่อผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น ผู้บริหารและผู้ให้บริการสถานบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน ผู้รับบริการสาธารณสุข รวมไปถึงชุมชนมุสลิม เพื่อหาแนวทางในการพัฒนา ปรับปรุงบริการสาธารณสุขให้สอดคล้องกับหลักการศาสนาอิสลาม หรือเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติตามวิถีอิสลามของมุสลิมเมื่อต้องเข้ารับบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดผลตามมา ดังนี้

- 1) ชาวไทยมุสลิมมีส่วนร่วมในการจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีอิสลาม และได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็นและสนองความต้องการอันพึงประสงค์และสอดคล้องกับหลักการศาสนาอิสลาม
- 2) บุคลากรสาธารณสุขของสถานบริการสาธารณสุขมีความรู้ความเข้าใจในหลักศรัทธาและหลักปฏิบัติของชาวไทยมุสลิมตามวิถีอิสลาม
- 3) สถานบริการสาธารณสุข อาจะจัดและให้บริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม เป็นการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่การเป็นโรงพยาบาลวิถีอิสลาม เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC)
- 4) เกิดความร่วมมือระหว่างสถานบริการสาธารณสุข ชุมชน และหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องและเป็นการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างกัน
- 5) ข้อเสนอแนะแนวทางการจัดบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม จะถูกนำเสนอต่อหน่วยงานที่กำหนดมาตรฐานการให้บริการของกระทรวงสาธารณสุขพิจารณาต่อไป

โครงการวิจัย เรื่อง “บริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับชาวไทยมุสลิม : ช่องว่างแห่งระบบบริการสาธารณสุขไทย”

### วิธีการขอความยินยอมของผู้วิจัยและการให้ความยินยอมของท่าน

ผู้วิจัยหรือผู้ร่วมวิจัยจะทำการเชิญชวนอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ โดยการอธิบายรายละเอียดของโครงการด้วยตนเอง หรือแจกแผ่นพับแนะนำโครงการ หรือประสานงานผ่านทางโรงพยาบาลเพื่อประชาสัมพันธ์หรือติดต่อประกาศรับสมัครอาสาสมัคร ใช้ระยะเวลาประมาณ 2 - 4 สัปดาห์

หากท่านใดสนใจหรือติดต่อสมัครเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยหรือผู้ร่วมวิจัยจะอธิบายข้อมูลโครงการวิจัยโดยละเอียด และให้อาสาสมัครซักถามข้อมูลต่างๆ เพิ่มเติมได้ตามที่ต้องการ ผู้วิจัยหรือผู้ร่วมวิจัยจะตอบคำถามทุกคำถามอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังหรือซ่อนเร้น จนเป็นที่พอใจ

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยจะต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ ดังนั้น ท่านที่เป็นอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการจะได้รับเวลาประมาณ 2 สัปดาห์ ในการพิจารณาและตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือไม่ โดยอาสาสมัครสามารถแจ้งความประสงค์ยืนยันว่าสมัครใจเข้าร่วมโครงการหรือไม่ประสงค์เข้าร่วมโครงการได้ที่ผู้วิจัย หากไม่ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการ ท่านสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ ซึ่งการปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการจะไม่ส่งผลกระทบต่อท่านทั้งในปัจจุบันและในอนาคต

ในกรณีที่ท่านตัดสินใจและยืนยันแล้วว่า จะเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยหรือผู้ร่วมวิจัยจะขอความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัยจากท่าน โดยขอให้ลงนามและวันต่อท้ายเป็นลายลักษณ์อักษรในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านจะได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการและสำเนาใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เพื่อเก็บไว้จำนวน 1 ชุด

### ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการ

หากท่าน ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับการอธิบายข้อมูลของโครงการวิจัยอย่างละเอียดจากผู้วิจัยหรือผู้ร่วมวิจัย เมื่อท่านยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจแล้ว
2. ผู้วิจัยหรือผู้ร่วมวิจัยจะขอให้ท่านลงนามในเอกสารใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษรก่อน และหลังจากที่ท่านและผู้วิจัยลงนามเรียบร้อยแล้ว ท่านจะได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการและสำเนาใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เพื่อเก็บไว้จำนวน 1 ชุด
3. ระยะเวลาที่ใช้ในการอธิบายรายละเอียดโครงการ และขอความยินยอม จะใช้เวลาประมาณ 30 - 60 นาที และกระทำเป็นรายบุคคล
4. ผู้วิจัยหรือผู้ร่วมวิจัยจะประสานงานและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากท่านเป็นรายบุคคล ดังนี้

การประสานงานและการนัดหมาย : แบบรายบุคคลเป็นการส่วนตัว (ทางโทรศัพท์)

วิธีการเก็บข้อมูล : - สัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถาม (ใช้เวลาประมาณ 30 - 45 นาที)  
- สัมภาษณ์เชิงลึก โดยขออนุญาตบันทึกเสียงระหว่างการสัมภาษณ์ (ใช้เวลาประมาณ 60 นาที)

ประเด็นที่สัมภาษณ์ : เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และประสบการณ์ของท่าน ในการให้บริการหรือจัดบริการสาธารณสุขแก่ชาวไทยมุสลิมที่เข้ารับบริการโรงพยาบาลของท่าน (โรงพยาบาลรัฐ หรือ โรงพยาบาลศูนย์ หรือ โรงพยาบาลทั่วไป หรือ โรงพยาบาลชุมชน)

สถานที่ในการสัมภาษณ์ : เป็นสถานที่ส่วนตัว สถานที่ที่ท่านสะดวกและมีความปลอดภัย อาทิ เช่น บริเวณที่พักของท่าน ห้องประชุม บริเวณโรงพยาบาล เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อป้องกันการรั่วไหลของข้อมูล

โครงการวิจัย เรื่อง “บริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับชาวไทยมุสลิม : ช่องว่างแห่งระบบบริการสาธารณสุขไทย”

คำตอบแทนชดเชย : ผู้วิจัยมีคำตอบแทนชดเชยการเสียเวลาให้แก่อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการ และให้ข้อมูลแก่โครงการ ดังนี้

- สัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถาม 300 บาทต่อครั้ง จำนวน 1 ครั้ง
- สัมภาษณ์เชิงลึก 300 บาทต่อครั้ง จำนวน 1 ครั้ง
- ระดมสมอง/สนทนากลุ่ม 300 บาทต่อครั้ง จำนวน 1 ครั้ง

5. ผู้วิจัยหรือผู้ร่วมวิจัยจะทำการสอบถามข้อมูล (สัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถาม และสัมภาษณ์เชิงลึก) จากท่านครั้งแรกเมื่อท่านยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย หรืออาจนัดหมายขอสัมภาษณ์ตามวัน เวลา และสถานที่ที่สะดวกในภายหลัง

6. หลังจากที่คุณวิจัยหรือผู้ร่วมวิจัยนำข้อมูล (จากการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถาม และสัมภาษณ์เชิงลึก) มาวิเคราะห์แล้ว อาจจะมีนัดหมายเชิญท่านมาเข้าร่วมระดมสมอง/สนทนากลุ่ม (ใช้เวลาประมาณ 60 - 90 นาที) เพื่อหาแนวทางหรือทางเลือกในการจัดบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม ร่วมกับหน่วยงานและฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป

#### ระยะเวลาที่ดำเนินโครงการวิจัย

ระยะเวลาทั้งหมดที่คาดว่าจะใช้ในการศึกษาวิจัยจนเสร็จสิ้นโครงการ ประมาณ 1 ปี (22 ตุลาคม 2557 ถึง 21 ตุลาคม 2558) และขยายเวลาออกไปถึง 30 มิถุนายน 2559 โดยจะทำการศึกษาเมื่อผ่านการอนุมัติ จากคณะกรรมการจริยธรรมแล้ว

#### การดูแลรักษาข้อมูลต่างๆ ในระหว่างการศึกษาวิจัยและหลังจากการศึกษาสิ้นสุดลง

ในระหว่างการศึกษาวิจัยและภายหลังการศึกษาวิจัยสิ้นสุดลง ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจะเปิดเผยเฉพาะในรูปแบบของการสรุปผลการวิจัยเท่านั้น ข้อมูลของท่านจะไม่ส่งผลกระทบต่อทั้งสันตอตำแหน่งหน้าที่การงานของท่านทั้งในปัจจุบันและในอนาคต

ข้อมูล	วิธีการดูแลรักษาข้อมูล	
	ระหว่างการศึกษา	หลังจากโครงการสิ้นสุด
แบบสอบถาม	ใช้การกำหนดรหัสลับ และเก็บใส่ตู้ล็อกกุญแจ	ทำลายโดยใช้เครื่องย่อยกระดาษ
เทปบันทึกเสียงในการสัมภาษณ์เชิงลึก	ใช้การกำหนดรหัสลับ เก็บแยกจากแบบสอบถาม และใส่ตู้ล็อกกุญแจ	ทำลายโดยการ - ตัดหรือทุบทำลายแผ่นเทปคลาสเซต - ลบไฟล์ที่บันทึกทั้ง
เทปบันทึกเสียงในการระดมสมอง/สนทนากลุ่ม	ใช้การกำหนดรหัสลับ เก็บแยกจากแบบสอบถาม และใส่ตู้ล็อกกุญแจ	ทำลายโดยการ - ตัดหรือทุบทำลายแผ่นเทปคลาสเซต - ลบไฟล์ที่บันทึกทั้ง
มาตรการควบคุมความเสี่ยงในการระดมสมอง/สนทนากลุ่ม : ในการระดมสมอง/สนทนากลุ่ม จะไม่ให้นักวิจัยให้ข้อมูลทุกกลุ่ม ระบุชื่อ-สกุลจริง แต่จะใช้นามแฝงแทน เช่น คุณ ก ในฐานะผู้รับบริการ, คุณ A ในฐานะผู้ให้บริการ, คุณ 1 ในฐานะผู้บริหาร เป็นต้น		

### ผลการศึกษาวิจัย

ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จะถูกนำเสนอในภาพรวมต่อผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น ผู้บริหารและผู้ให้บริการสถานบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน ผู้รับบริการสาธารณสุข รวมไปถึง ชุมชนมุสลิม และหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในภาพรวม เป็นองค์ความรู้ ในการนำไปบูรณาการ และหาแนวทางร่วมกันในการพัฒนาปรับปรุงบริการสาธารณสุขให้สอดคล้องกับ หลักการศาสนาอิสลามต่อไป

### ถ้าท่านตัดสินใจไม่เข้าร่วมโครงการวิจัย

ท่านมีอิสระในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมหรือไม่ต้องการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอน ตัวออกจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่มีความผิดหรือสูญเสียประโยชน์ที่ท่านพึงได้รับ การตัดสินใจของท่านจะ ไม่ส่งผลกระทบต่อตำแหน่งหน้าที่การงานของท่านทั้งในปัจจุบันและในอนาคต

### ทางเลือกเพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยนี้ขึ้นกับความสมัครใจของท่าน หากท่านไม่ประสงค์ ท่านไม่จำเป็นต้อง เข้าร่วมโครงการนี้

### การถอนตัวออกจากโครงการวิจัย

ท่านสามารถถอนตัวจากการโครงการได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่ส่งผลกระทบต่อ ทั้งสิ้นต่อตำแหน่งหน้าที่ การงานของท่านทั้งในปัจจุบันและในอนาคต

### การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

ถ้าท่านตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะกำหนดรหัสให้แก่ท่าน ชื่อและข้อมูลอื่นๆ ที่บ่งบอก ถึงตัวท่านจะถูกเก็บแยกจากแบบสอบถาม แฟ้มข้อมูลที่เกี่ยวข้องซึ่งจะถูกเก็บไว้ในสถานที่ที่ปลอดภัย ซึ่งจะไม่มีการเปิดเผยแก่บุคคลภายนอก การรายงานผลการวิจัย จะไม่สามารถระบุถึงตัวท่านได้เนื่องจาก ข้อมูลของการวิจัยจะระบุในภาพรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้า มาตรวจสอบได้ เช่น คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เป็นต้น

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย หรือมีปัญหาข้อข้องใจ รู้สึกกังวลใจกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ตามที่อยู่ต่อไปนี้

นางสาว กิตติยา โต๊ะทอง

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี

172 ถนนอิสรภาพ แขวงวัดกัลยาณ์ เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร 10600

โทรศัพท์ 02-890-1801 ต่อ 1080 (ในเวลาทำการ)

089-073-0227 (นอกเวลาทำการ หรือตลอด 24 ชั่วโมง)

โทรสาร 02-890-2297-8 (ในเวลาทำการ)

หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่าน ทราบอย่างรวดเร็วโดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ภาคผนวก ฉ  
แบบสัมภาษณ์  
(ผู้รับบริการสาธารณสุข)



โครงการวิจัยเรื่อง “บริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับชาวไทยมุสลิม : ช่องว่างแห่งระบบบริการสาธารณสุขไทย”  
หน้า 1

แบบสัมภาษณ์

เรื่อง ประสบการณ์การไปรับบริการสาธารณสุขของชาวไทยมุสลิม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบ

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. อายุ ☐ น้อยกว่า 20 ปี ☐ 21 – 30 ปี ☐ 31 – 40 ปี  
☐ 41 – 50 ปี ☐ 51 – 60 ปี ☐ มากกว่า 60 ปี
3. สถานะของท่าน ☐ เป็นผู้นำครอบครัว (ผู้ตัดสินใจในบ้าน)  
☐ เป็นสมาชิก/ ผู้อาศัย
4. ตำแหน่ง/ หน้าที่ (ตอบได้มากกว่าหนึ่ง)  
☐ อีหม่าม/ บิลาล/ คอเต็บ ☐ กำนัน/ ผู้ใหญ่บ้าน  
☐ อสม. ☐ ชาวชุมชน  
☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....
5. อาศัยอยู่ในชุมชนนี้มานานเท่าใด ☐ น้อยกว่า 10 ปี ☐ มากกว่า 10 ปี  
โดยที่ท่าน ☐ เป็นคนในชุมชนมาแต่ดั้งเดิม  
☐ มาอาศัยในชุมชนนี้ เพื่อทำมาหากินหรือแต่งงาน  
☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....
6. สิทธิรักษาพยาบาลของท่าน  
☐ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)  
☐ สิทธิประกันสังคม  
☐ สิทธิข้าราชการ  
☐ สิทธิอื่น โปรดระบุ.....
7. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐในชุมชนของท่านคือ  
☐ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (คือสถานีอนามัย) ชื่อ.....  
☐ โรงพยาบาลอำเภอ (บางที่เรียกว่า โรงพยาบาลชุมชน) ชื่อ.....  
☐ โรงพยาบาลจังหวัด (บางที่เรียกว่า โรงพยาบาลทั่วไป) ชื่อ.....  
☐ โรงพยาบาลศูนย์ฯ ชื่อ.....  
☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....
8. ปัจจัยที่ท่านเลือกสถานพยาบาลเมื่อท่านเจ็บป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ ใส่หมายเลข 1 2 3 หน้าข้อเรียงตามลำดับที่ตรงคำตอบของท่านมากที่สุด)  
☐ มีผู้แนะนำ  
☐ รู้จักแพทย์/ พยาบาล เป็นพิเศษ  
☐ เลือกสถานพยาบาลที่คิดว่าเชี่ยวชาญตรงกับปัญหาที่เจ็บป่วย  
☐ อยู่ใกล้บ้าน หรือเดินทางสะดวก  
☐ ค่ารักษาไม่แพง  
☐ อื่นๆ .....

โครงการวิจัยเรื่อง “บริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับชาวไทยมุสลิม : ช่องว่างแห่งระบบบริการสาธารณสุขไทย”

หน้า 2

9. ท่านใช้บริการรักษาอาการป่วยแต่ละโรคจากสถานพยาบาลกี่แห่ง

- ☐ แห่งเดียวตลอด หรืออย่างน้อยสองสามครั้งติดกันจนหาย  
☐ สองแห่งหรือมากกว่า ถ้าครั้งเดียวไม่หาย  
☐ อื่นๆ .....

ส่วนที่ 2: การรับบริการสาธารณสุข กรณีที่ไปตรวจรักษาแล้วกลับบ้าน (ผู้ป่วยนอกหรือโอพีดี)

10. โดยทั่วไปเมื่อท่านหรือคนในครอบครัวเจ็บป่วย จะเข้ารับการตรวจรักษาที่ไหนเป็นแห่งแรก (ไม่นับกรณีฉุกเฉินที่ต้องรีบไปโรงพยาบาล)

- ☐ โรงพยาบาล.....  
☐ คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน ☐ หมอพื้นบ้าน  
☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

11. ท่านหรือคนในครอบครัวของท่านไปใช้บริการ เช่น ตรวจรักษา ที่สถานบริการนั้นบ่อยแค่ไหน

- ☐ ไปรับยาเป็นประจำ ☐ ไปเมื่อเจ็บป่วย น้อยกว่า 2 ครั้งต่อเดือน  
☐ ไปเมื่อเจ็บป่วย มากกว่า 2 ครั้งต่อเดือน ☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

12. ระยะห่างจากบ้านของท่านไปยังสถานบริการที่ท่านไปนั้น ประมาณ.....กิโลเมตร

13. วิธีการเดินทางไปสถานบริการ

- ☐ ไพรกยนต์หรือมอเตอร์ไซด์ส่วนตัว  
☐ ไพรกเมล์/ มอเตอร์ไซด์รับจ้าง/ สองแถวประจำทาง  
☐ เหมารถรับจ้างไปเป็นครั้งคราว (โปรดระบุประเภทรถที่เหมาไป.....)  
☐ อื่นๆ โปรดระบุให้ครบถ้วนทุกตอน.....

14. ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไป-กลับแต่ละครั้ง ประมาณ .....บาท (รวมทุกขั้นตอน)

15. เวลาที่เสียไปแต่ละครั้ง (เดินทางไป+รอรับบริการจนเสร็จเรียบร้อย+เดินทางกลับถึงบ้าน)  
 ประมาณ.....ชั่วโมง

16. ☐ ผู้ป่วยไปคนเดียว หรือ ☐ มีญาติไปเป็นเพื่อนทุกครั้งอย่างน้อย 1 คน

17. ท่านหรือคนในครอบครัวของท่าน ต้องนำอาหารไปรับประทานเองเมื่อต้องไปตรวจรักษา หรือไม่

- ☐ ต้องนำไปด้วยทุกครั้ง เพราะ.....  
☐ นำไปเป็นบางครั้ง เพราะ.....  
☐ ไม่จำเป็นต้องนำไป เพราะ.....

18. ที่สถานบริการแห่งนั้นได้จัดสถานที่ละหมาดไว้ให้มุสลิม ด้วยหรือไม่

- ☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ไม่รู้

19. สถานที่ละหมาด มีที่อาบน้ำละหมาด แบ่งแยกชายหญิงอย่างเรียบร้อยหรือไม่

- ☐ ไม่มี ☐ มี แต่ไม่แยกชาย/ หญิง ☐ มี และแบ่งแยกชาย/ หญิง ชัดเจน ☐ ไม่รู้

20. ท่านต้องการให้มีสถานที่ละหมาดหรือไม่

- ☐ ไม่จำเป็น เพราะ .....  
☐ จำเป็น เพราะ.....  
☐ มีก็ได้/ ไม่มีก็ได้ ไม่เป็นไร เพราะ.....  
☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

โครงการวิจัยเรื่อง “บริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับชาวไทยมุสลิม : ช่องว่างแห่งระบบบริการสาธารณสุขไทย”  
หน้า 3

21. ท่านหรือคนในครอบครัวของท่าน ไปตรวจรักษาตามที่หมอนัดหรือไม่  
☐ ไปตามที่หมอนัดเป็นประจำ  
☐ ไปบ้าง ไม่ไปบ้าง เพราะ.....  
☐ ไม่เคยไปตามนัดเลย เพราะ.....  
☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....
22. ในเดือนรอมฎอน หมอที่ท่านหรือคนในครอบครัวของท่านไปตรวจรักษาได้ให้คำปรึกษาเรื่องการปรับเวลากินยาหรือจำนวนยา อาหาร และการเจาะเลือด หรือไม่  
☐ ให้คำปรึกษาแนะนำ ☐ ไม่ให้คำปรึกษาแนะนำ เพราะ.....  
☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....
23. ท่านหรือคนในครอบครัวของท่าน เคยเดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์หรือไม่  
☐ เคย ☐ ไม่เคย (ข้ามไปตอบข้อ 26)
24. ในกรณีที่เคยไปฮัจญ์ ท่านหรือคนในครอบครัวของท่าน มีหมอประจำที่ท่านสามารถขอคำปรึกษาในเรื่องต่างๆ ได้หรือไม่ (เช่น เรื่องการนำยาประจำตัวไปเป็นจำนวนมาก การขอใบรับรองแพทย์เป็นภาษาอังกฤษ การเลื่อนกำหนดประจำเดือนเพื่อการประกอบพิธีฮัจญ์)  
☐ ไม่มีหมอประจำ จึงไม่สามารถขอคำปรึกษาหมอได้  
☐ ไม่มีหมอประจำ แต่สามารถขอคำปรึกษาหมอได้  
☐ มีหมอประจำ แต่ไม่สามารถขอคำปรึกษาหมอได้  
☐ มีหมอประจำ และหมอสามารถให้คำปรึกษาได้  
☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....
25. ในกรณีเจ็บป่วยช่วงประกอบพิธีฮัจญ์ ท่านได้ทำอย่างไร  
☐ รับบริการจากหน่วยแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข  
☐ รับบริการจากหน่วยแพทย์อื่น หรือโรงพยาบาลชาอุดีอาร์เบีย (ขีดเส้นใต้ตรงคำตอบที่ใช้ด้วย)  
☐ รับรักษาจากหมอพื้นบ้าน หมอเดินเท้าให้บริการ (ขีดเส้นใต้ตรงคำตอบที่ใช้ด้วย)  
☐ นำยาไปเอง หรือ ซื้อยากินเอง (ขีดเส้นใต้ตรงคำตอบที่ใช้ด้วย)  
☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

**ส่วนที่ 3: การบริการสาธารณสุข กรณีที่ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยในหรือไอพิด)**

26. ท่านหรือคนในครอบครัวของท่าน เคยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่  
☐ ไม่เคยเลย (ข้ามไปตอบข้อ 29)  
☐ เคย โดยที่ ☐ ท่านเป็นผู้ป่วยเอง ☐ คนในครอบครัวเป็นผู้ป่วย
27. เคยนอนที่โรงพยาบาลนานที่สุด ประมาณกี่วัน  
☐ 1-2 วัน ที่โรงพยาบาล.....  
☐ 3-5 วัน ที่โรงพยาบาล.....  
☐ มากกว่า 5 วัน ที่โรงพยาบาล.....  
☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

โครงการวิจัยเรื่อง “บริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับชาวไทยมุสลิม : ช่องว่างแห่งระบบบริการสาธารณสุขไทย”

หน้า 4

28. ในระหว่างที่นอนพักรักษาที่โรงพยาบาล มีปัญหาดังต่อไปนี้ หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

28.1) เรื่องอาหารการกิน ของผู้ป่วยและคนเฝ้า

☐ ไม่มีปัญหา เพราะ.....

☐ มีปัญหา เพราะ.....

ท่านหรือคนในครอบครัวของท่าน แก้ปัญหานั้นโดย.....

28.2) เรื่องการปฏิบัติศาสนกิจ เช่น ละหมาด ถูศีลอด ละศีลอด ของผู้ป่วยและคนเฝ้า

☐ ไม่มีปัญหา เพราะ.....

☐ มีปัญหา เพราะ.....

ท่านหรือคนในครอบครัวของท่าน แก้ปัญหานั้นโดย.....

29. ท่านพบปัญหาอื่นๆ จากประสบการณ์การเป็นผู้ป่วยใน หรือการไปเยี่ยมผู้ป่วยที่นอนพักในโรงพยาบาลหรือไม่

29.1) ☐ ไม่มีปัญหา

☐ มีปัญหาคือ.....

ท่านหรือคนในครอบครัวของท่าน แก้ปัญหานั้นโดย.....

29.2) ☐ ไม่มีปัญหา

☐ มีปัญหาคือ.....

ท่านหรือคนในครอบครัวของท่าน แก้ปัญหานั้นโดย.....

30. ในกรณีญาติเสียชีวิต เคยมีปัญหาเรื่องการนำร่างผู้เสียชีวิต ออกจากโรงพยาบาลหรือการแจ้งรับใบมรณบัตรหรือไม่

☐ ไม่มีปัญหา

☐ มีปัญหาคือ.....

ท่านหรือคนในครอบครัวของท่าน แก้ปัญหานั้นโดย.....

#### ส่วนที่ 4: การรับบริการสาธารณสุข ด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ

31. ท่านหรือคนในครอบครัวของท่าน เคยเข้ารับบริการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพต่อไปนี้ หรือไม่

31.1) การฉีดวัคซีนเด็กในครอบครัว

☐ ไม่เคยฉีด เพราะ.....

☐ เคย ที่ ☐ โรงพยาบาล.....

☐ คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน

☐ ที่อื่นๆ โปรดระบุ.....

31.2) การฝากครรภ์ของสตรีในครอบครัว

☐ ไม่เคยฝาก เพราะ.....

☐ เคย ที่ ☐ โรงพยาบาล.....

☐ คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน.....

☐ หมอพื้นบ้าน

☐ ที่อื่นๆ โปรดระบุ.....

โครงการวิจัยเรื่อง “บริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับชาวไทยมุสลิม : ช่องว่างแห่งระบบบริการสาธารณสุขไทย”

หน้า 5

31.3) การคลอดบุตร

- ☐ ไม่เคย เพราะ.....
- ☐ เคย ที่ ☐ โรงพยาบาล.....
- ☐ คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน.....
- ☐ หมอพื้นบ้าน.....
- ☐ ที่อื่นๆ โปรดระบุ.....

31.4) การขลิบ (เข้าสุนัต) เด็กชาย

- ☐ ไม่เคย เพราะ.....
- ☐ เคย ที่ ☐ โรงพยาบาล.....
- ☐ คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน.....
- ☐ หมอพื้นบ้าน.....
- ☐ ที่อื่นๆ โปรดระบุ.....

31.5) การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

- ☐ ไม่เคย เพราะ.....
- ☐ เคย ที่ ☐ โรงพยาบาล.....
- ☐ คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน.....
- ☐ ที่อื่นๆ โปรดระบุ.....

31.6) การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม/ ได้รับการสอนตรวจเต้านม (ขีดเส้นใต้ตรงคำตอบที่ใช่ด้วย)

- ☐ ไม่เคย เพราะ.....
- ☐ เคย ที่ ☐ โรงพยาบาล.....
- ☐ คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน.....
- ☐ ที่อื่นๆ โปรดระบุ.....

31.7) บริการให้ความรู้ คำปรึกษา คำแนะนำ การฝึกอบรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ

- ☐ ไม่เคย เพราะ.....
- ☐ เคย ที่ ☐ โรงพยาบาล.....
- ☐ คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน.....
- ☐ ในชุมชน.....
- ☐ ที่อื่นๆ โปรดระบุ.....

31.8) การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างๆ ได้แก่ ออกกำลังกาย ชีง ไทยเก็ก เดินแอโรบิก รำไม้พลอง เป็นต้น (ขีดเส้นใต้ตรงคำตอบที่ใช่ด้วย ว่าเป็นการออกกำลังกายชนิดใด)

- ☐ ไม่เคย เพราะ.....
- ☐ เคย ที่ ☐ โรงพยาบาล.....
- ☐ คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน.....
- ☐ ในชุมชน.....
- ☐ ที่อื่นๆ โปรดระบุ.....





ภาคผนวก ข

แบบสอบถาม

(ผู้ให้บริการสาธารณสุขและผู้บริหาร)



โครงการวิจัยเรื่อง “บริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับชาวไทยมุสลิม : ช่องว่างแห่งระบบบริการสาธารณสุขไทย”

หน้า 1

แบบสอบถาม

การให้บริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับหลักการศาสนาอิสลาม

ตอนที่ 1: ข้อมูลทั่วไป

- 1) เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
- 2) อายุ ☐ 20 - 30 ปี ☐ 31 - 40 ปี  
☐ 41 - 50 ปี ☐ 51 - 60 ปี  
☐ มากกว่า 60 ปี ขึ้นไป
- 3) ศาสนา ☐ พุทธ ☐ คริสต์  
☐ อิสลาม ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ.....)
- 4) ภูมิลำเนาเดิม จังหวัด.....
- 5) สถานที่ทำงานปัจจุบัน ☐ โรงพยาบาลศูนย์ ☐ โรงพยาบาลทั่วไป  
☐ โรงพยาบาลชุมชน ☐ โรงพยาบาลรัฐในเขตกรุงเทพฯ
- 6) ปฏิบัติงานในตำแหน่ง.....ทำงานในหน้าที่นี้มาเป็นระยะเวลา.....ปี
- 7) ท่านเคยมีประสบการณ์การให้บริการผู้ป่วย และญาติพี่น้องชาวไทยมุสลิมหรือไม่  
☐ ไม่เคย (ข้ามไปตอบ ตอนที่ 2) ☐ เคย
- 8) มีปัญหาหรืออุปสรรคในการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้ป่วยเหล่านั้น หรือไม่  
☐ ไม่มี  
☐ มี  
 เรื่อง 1).....  
 แก่ปัญหาเฉพาะหน้า/ เบื้องต้น โดย.....  
 ผลจากการแก้ปัญหา.....  
 เรื่อง 2).....  
 แก่ปัญหาเฉพาะหน้า/ เบื้องต้น โดย.....  
 ผลจากการแก้ปัญหา.....  
 เรื่อง 3).....  
 แก่ปัญหาเฉพาะหน้า/ เบื้องต้น โดย.....  
 ผลจากการแก้ปัญหา.....  
 เรื่อง 4).....  
 แก่ปัญหาเฉพาะหน้า/ เบื้องต้น โดย.....  
 ผลจากการแก้ปัญหา.....

โครงการวิจัยเรื่อง “บริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับชาวไทยมุสลิม : ช่องว่างแห่งระบบบริการสาธารณสุขไทย”  
หน้า 2

ตอนที่ 2: ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับหลักการศาสนาอิสลาม

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ตามความรู้ ความเข้าใจของท่าน

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่รู้
<b>การบำบัดรักษาโรคและการตรวจร่างกาย</b>				
1	มุสลิมเชื่อว่าการเกิดโรคหรือความเจ็บป่วย เป็นไปตามกำหนดหรือพระประสงค์ของพระเจ้า (อัลลอฮ์ ข.บ.) กล่าวคือ พระเจ้าได้กำหนดสภาวะการณ์ไว้ให้มนุษย์แต่ละคนแล้ว			
2	เมื่อมุสลิมเจ็บป่วยและเข้ารับการบำบัดรักษาโรค วิธีการบำบัดต้องไม่ขัดต่อหลักศรัทธาและหลักปฏิบัติของศาสนาอิสลาม เพราะถ้ารักษาด้วยวิธีการที่ขัดต่อหลักศาสนา จะทำให้จิตใจที่ศรัทธาเกิดความวิตกกังวลว่า ตนเองกำลังฝ่าฝืน			
3	มุสลิมเชื่อว่าการหายจากโรคหรือความเจ็บป่วย ขึ้นอยู่กับวิธีการในการบำบัดรักษาโรคเท่านั้น ถ้าวิธีการรักษาโรคมีประสิทธิภาพหรือตรงกับโรค โรคนั้นก็หายไปได้			
4	การขอพร (ดุอา) จากพระเจ้าให้หายป่วย ถือเป็นการบำบัดรักษาโรคอย่างหนึ่งของมุสลิม ควบคู่กับการรักษาทางการแพทย์ เพราะผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนขอพรให้การรักษานั้นๆ ประสบผลสำเร็จ และการขอพรมีผลต่อสภาพจิตใจและเป็นการเสริมกำลังใจของผู้ป่วยและญาติ			
5	การตรวจร่างกายต้องคำนึงถึงการปฏิบัติตนระหว่างชายหญิงในวัฒนธรรมมุสลิม ซึ่งสอดคล้องกับจรรยาบรรณของวิชาชีพด้วย เพื่อป้องกันความเสียหายที่จะเกิดขึ้น			
<b>โภชนาการ อาหารและยา</b>				
6	มุสลิมทุกคนต้องบริโภคอาหารตามที่หลักศาสนานูมัต (ฮาลาล) เท่านั้น ซึ่งหลักฮาลาลมีขอบเขตกำหนดไว้อย่างชัดเจน			
7	อาหาร “ฮาลาล” หมายถึง อาหารที่ไม่มีส่วนผสมของเนื้อหมู หรือผลิตภัณฑ์จากหมู เช่น การดักชิ้นเนื้อหมูออกจากข้าวหรือแกงที่ทำไว้แล้ว เพื่อให้มุสลิมรับประทานได้			
8	อาหาร “ฮาลาล” สำหรับผู้ป่วยมุสลิม สามารถจัดเตรียมปรุง และเสิร์ฟ ร่วมกับอาหารสำหรับผู้ป่วยทั่วไปได้ หมายถึง ไม่ต้องแยกครัว ภาชนะ หรือวัตถุดิบที่ใช้ในการเตรียม ปรุง และเสิร์ฟ แบบที่เรียกว่า ครัวฮาลาล			
9	ยาที่นำมาใช้ในการรักษาโรคต้องไม่มีส่วนผสมของสุรา ยาต้อง หรือสิ่งต้องห้าม (ฮะรอม) ตามหลักศาสนาอิสลาม เพราะการบริโภคสิ่งต้องห้าม (ฮะรอม) เป็นบาป			
<b>สถานที่อาบน้ำละหมาด และสถานที่ละหมาด</b>				
10	มุสลิมจำเป็นต้องทำละหมาดวันละ 5 เวลา เพราะเป็นศาสนบัญญัติ แม้ว่าผู้ป่วยหรืออยู่ระหว่างการบำบัดรักษาโรค ก็ต้องทำละหมาด ถ้ายังมีสติรู้ตัว			
11	มุสลิมจะต้องทำความสะอาดบางส่วนของร่างกาย (เรียกว่า อาบน้ำละหมาด) เพื่อชำระล้างสิ่งสกปรก และเพื่อเป็นการทำให้ร่างกายรู้สึกสดชื่น กระปรี้กระเปร่า เป็นการเตรียมความพร้อม ก่อนเข้าสู่การทำละหมาด			
12	สถานที่อาบน้ำละหมาด ควรเป็นสถานที่สะอาด และแยกส่วนของชาย/หญิง			

## โครงการวิจัยเรื่อง “บริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับชาวไทยมุสลิม : ช่องว่างแห่งระบบบริการสาธารณสุขไทย”

หน้า 3

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่รู้
13	สถานที่ที่ท่าละหมาด ควรเป็นสถานที่สะอาดและสงบ เพื่อให้จิตใจมีสมาธิกับการทำละหมาด			
การวางแผนครอบครัว				
14	อิสลามห้ามการคุมกำเนิดทุกประเภท เพราะการกำเนิดถือเป็นการกำหนดของพระเจ้า (อัลลอฮ์ ซ.บ.)			
15	อิสลามอนุญาตให้มุสลิมคุมกำเนิดได้ (วางแผนครอบครัว) ถ้ามีเหตุผลและความจำเป็นเป็นที่ยอมรับ เช่น จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของภรรยา			
16	อิสลามอนุญาตให้น้ำน้ำเชื้อสุจิของสามีฉีดเข้าไปในช่องคลอดหรือมดลูกของภรรยาตนเองได้ เพื่อช่วยในการมีบุตร หากคู่สามีภรรยานั้นได้แต่งงานกันอย่างถูกต้องตามหลักการศาสนาอิสลาม และทั้งสองคนยังใช้ชีวิตสามีภรรยาอยู่			
17	อิสลามอนุญาตให้น้ำน้ำเชื้อสุจิของสามีและไข่ของภรรยาคน มาผสมเทียมภายนอก (ปฏิสนธินอกครรภ์/ ในหลอดแก้ว) แล้วฉีดตัวอ่อนเข้าไปในมดลูกของภรรยาคนได้ หากน้ำเชื้อสุจิและไข่ มาจากคู่สามีภรรยาที่แต่งงานกันอย่างถูกต้องตามหลักการศาสนาอิสลาม และทั้งสองคนยังใช้ชีวิตสามีภรรยาอยู่			
18	การอุ้มบุญ โดยการฝากตัวอ่อนของคู่สามีภรรยามุสลิมไว้ในครรภ์ของผู้หญิงอีกคนหนึ่ง เป็นที่อนุญาตตามหลักการศาสนาอิสลาม			
19	การทำแท้ง หรือจงใจทำลายทารกในครรภ์ ถือเป็นบาปและเป็นข้อห้ามในศาสนาอิสลาม ยกเว้นเมื่อมีเหตุจำเป็นซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ซึ่งในกรณีนี้จะต้องได้รับการวินิจฉัยและยืนยันจากคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ			
งานอนามัยแม่และเด็ก				
20	บิดาหรือญาติผู้ใหญ่จะกล่าวถ้อยคำประกาศเชิญชวนให้ปฏิบัติละหมาด เมื่อเข้าเวลาละหมาด ด้วยถ้อยคำที่เฉพาะ (เรียกว่า “อะซาน”) ที่ข้างหูของเด็กแรกเกิดทันทีที่มารดาคลอดบุตร เนื่องจากเป็นถ้อยคำปฏิญาณตนของมุสลิมว่า ไม่มีพระเจ้าอื่นใด นอกจากอัลลอฮ์ ซ.บ. ซึ่งควรเป็นถ้อยคำแรกที่เข้าหูทารก			
21	มุสลิมเชื่อว่า “รก” เป็นส่วนหนึ่งของร่างกาย ซึ่งต้องนำไปฝัง			
การถือศีลอด				
22	การถือศีลอด คือ การละเว้นการกินการดื่มทุกชนิดในช่วงเวลาดังแต่แสงอรุณขึ้นจนถึงเวลาดวงอาทิตย์ลับขอบฟ้า เป็นเวลา 1 เดือน ที่เรียกว่า เดือนรอมฎอน ดังนั้นผู้ป่วยมุสลิมไม่สามารถรับประทานยาในช่วงเวลาดังกล่าวได้			
23	แพทย์ พยาบาลไม่ควรนัดหรือกระทำการฉีดยา เจาะเลือด หรือตรวจภายใน โดยไม่จำเป็น ในเดือนรอมฎอน (เดือนแห่งการถือศีลอด)			
24	แพทย์ หรือผู้ให้บริการสาธารณสุข ควรหลีกเลี่ยงการนัดตรวจผู้ป่วยในช่วงเดือนรอมฎอน			
25	แพทย์ หรือผู้ให้บริการสาธารณสุข ควรให้ความรู้หรือคำแนะนำการปรับเปลี่ยนยา และอาหารแก่ผู้ป่วยในช่วงเดือนรอมฎอน			

โครงการวิจัยเรื่อง “บริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับชาวไทยมุสลิม : ช่องว่างแห่งระบบบริการสาธารณสุขไทย”  
หน้า 4

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่รู้
<b>การบริจาคและการถ่ายเลือด</b>				
26	อิสลามอนุญาตให้มุสลิมบริจาคเลือดได้ และสามารถรับการถ่ายเลือดได้ เมื่อมีความจำเป็นทางการแพทย์			
<b>การออกกำลังกาย (การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพในบริบทมุสลิม)</b>				
27	สตรีมุสลิม สามารถออกกำลังกายในรูปแบบใดและสถานที่ใดก็ได้ ถ้ารูปแบบการออกกำลังกาย และสถานที่ออกกำลังกายนั้นๆ ไม่มีสิ่งต้องห้าม			
28	การออกกำลังกายด้วยการเดินแอโรบิค ที่มีการเปิดเสียงเพลงประกอบการเดิน ไม่ขัดต่อหลักคำสอนของอิสลาม			
<b>การเยี่ยมเยียนผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย</b>				
29	การเยี่ยมเยียนผู้ป่วย ถือเป็นหน้าที่ของมุสลิม เมื่อทราบข่าวการเจ็บป่วย ญาติพี่น้องจะมาเยี่ยมเยียนและขอพร (ดุอา) ให้กำลังใจผู้ป่วย			
<b>การบริการสุขภาพผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต</b>				
30	ในทหรณะของอิสลาม ถือว่า “การตาย” เป็นพระประสงค์ของพระเจ้าที่กำหนดมาให้มนุษย์ มิใช่เป็นการสิ้นสุดของชีวิตหรือเป็นการพ้นทุกข์			
31	การทำการุณยฆาต (euthanasia) โดยตรง การฆ่าตัวตาย และการช่วยเพื่อให้เกิดการฆ่าตัวตาย ถือเป็นบาปในทหรณะของอิสลาม			
32	เมื่อผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้าย ญาติจะเอนนำโกสัหนูให้กล่าวคำว่า “ลาอิลลาฮะ อิลลัลลอฮ” (แปลว่า ไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากอัลลอฮฺ ซ.บ.) จนสิ้นลม ดังนั้น ญาติจำเป็นต้องอยู่ใกล้ผู้ป่วยก่อนตาย			
33	เมื่อมีการตายเกิดขึ้น ญาติหรือครอบครัวผู้ตายต้องจัดการกับร่างผู้ตาย เช่น อาบน้ำชำระล้างร่างกายให้สะอาด และฝังศพให้เสร็จสิ้นภายใน 24 ชั่วโมงหลังการตาย ตามข้อกำหนดของศาสนา			
34	อิสลามไม่อนุญาตให้ผ่าศพหรือกระทำการใดๆ อันเกิดความเสียหายต่อศพ ยกเว้นในรายที่ต้องชันสูตรพลิกศพซึ่งสามารถทำเท่าที่จำเป็น เพื่อประโยชน์ในการดำเนินคดีและในทางการแพทย์เท่านั้น			



ภาคผนวก ซ  
แบบสัมภาษณ์เชิงลึก  
(ผู้รับบริการสาธารณสุข)

**แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (ผู้รับบริการ)**  
**การรับบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับหลักการศาสนาอิสลาม**

1. ท่านช่วยเล่าประสบการณ์ในการเข้ารับบริการสาธารณสุขที่โรงพยาบาลให้ฟังหน่อยว่าเป็นอย่างไร
2. ในฐานะที่ท่านเป็นผู้รับบริการสาธารณสุขและเป็นมุสลิมคนหนึ่งซึ่งต้องปฏิบัติตามหลักการศาสนาอิสลาม ท่านหรือญาติ มีปัญหาหรืออุปสรรคใดบ้าง เมื่อเข้ารับบริการสาธารณสุขที่โรงพยาบาล
3. ท่านหรือญาติ แก้ไขปัญหานั้นอย่างไร และได้ผลอย่างไรบ้าง
4. ในปัญหาหรือประเด็นทั้งหมดที่กล่าวมา ท่านคิดว่าปัญหาหรือประเด็นใดที่เกี่ยวข้องกับหลักการอิสลามเป็นเรื่องสำคัญที่สุด ที่ทางโรงพยาบาล ควรพัฒนาปรับปรุงเป็นอันดับแรก
5. ท่านหรือญาติ มีข้อเสนอแนะให้กับทางโรงพยาบาล เพื่อแก้ปัญหานั้นอย่างไรบ้าง
6. ข้อเสนอแนะอื่นๆ เพิ่มเติม

ภาคผนวก ณ

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก  
(ผู้ให้บริการสาธารณสุข)



**แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (ผู้ให้บริการ)**  
**การให้บริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับหลักการศาสนาอิสลาม**

1. ท่านทราบเกี่ยวกับวัฒนธรรมหรือวิถีมุสลิมมาจากแหล่งความรู้ใด (จากการทำแบบสอบถาม)
2. ท่านช่วยเล่าประสบการณ์ของท่านเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้ป่วยชาวไทยมุสลิมหรือญาติผู้ป่วย ที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ให้ฟังหน่อยได้ไหม ว่าเป็นอย่างไร
3. ท่านเคยมีปัญหาหรืออุปสรรคในการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้ป่วยชาวไทยมุสลิมและญาติ หรือไม่ (ถ้ามี) ในประเด็นใดบ้าง
4. ในฐานะที่ท่านเป็นผู้ให้บริการ ท่านมีแนวทางในการปฏิบัติ เพื่อแก้ปัญหาอุปสรรคในการให้บริการผู้ป่วยชาวไทยมุสลิมและญาติ อย่างไร
5. ผู้บริหารของโรงพยาบาลได้เข้ามาช่วยแก้ไขปัญหหรือไม่ อย่างไร หรือ ท่านอยากให้ผู้บริหารเข้ามาช่วยแก้ไขปัญหหรือไม่ อย่างไร
6. ผลที่ได้จากการแก้ปัญหานั้นๆ เป็นอย่างไร
7. ในปัญหาหรือประเด็นทั้งหมดที่กล่าวมา ท่านคิดว่าปัญหาหรือประเด็นใดที่เกี่ยวข้องกับหลักการอิสลาม เป็นเรื่องสำคัญที่สุด ที่ทางโรงพยาบาล ควรพัฒนาปรับปรุงเป็นอันดับแรก
8. ในฐานะที่ท่านเป็นผู้ให้บริการมีข้อเสนอแนะอะไรบ้าง ให้กับทางผู้บริหารโรงพยาบาลหรือผู้ป่วยชาวไทยมุสลิม (ผู้รับบริการ) เพื่อแก้ปัญหานั้น
9. ท่านอยากให้ทางชุมชนมุสลิมหรือผู้มารับบริการที่เป็นชาวไทยมุสลิม ร่วมแก้ปัญหอย่างไร
10. ข้อเสนอแนะอื่นๆ เพิ่มเติม

ภาคผนวก ญ  
แบบสัมภาษณ์เชิงลึก  
(ผู้บริหารโรงพยาบาล)

**แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (ผู้บริหาร)**  
**การจัดบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับหลักการศาสนาอิสลาม**

1. ท่านทราบเกี่ยวกับวัฒนธรรมหรือวิถีมุสลิมมาจากแหล่งความรู้ใด (จากการทำแบบสอบถาม)
2. ประสบการณ์ของท่านในการจัดบริการสาธารณสุขแก่ผู้ป่วยชาวไทยมุสลิมหรือญาติผู้ป่วย ที่มารับบริการที่โรงพยาบาล เป็นอย่างไร ช่วยเล่าให้ฟังหน่อยได้ไหม
3. จากประสบการณ์การจัดและให้บริการสาธารณสุข ทางโรงพยาบาลเคยมีปัญหา อุปสรรค หรือข้อจำกัด ในการจัดและให้บริการสาธารณสุขในส่วนที่เกี่ยวข้องกับวิถีมุสลิมหรือไม่ (ถ้ามี) ในประเด็นใด
4. ในฐานะที่ท่านเป็นผู้บริหารจัดการบริการสาธารณสุข มีแนวทางในการปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหา อุปสรรค หรือข้อจำกัด ในการให้บริการผู้ป่วยชาวไทยมุสลิมและญาติ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับวิถีมุสลิมอย่างไร
5. เนื่องจากสังคมไทยเป็นสังคมพหุวัฒนธรรม และกำลังจะก้าวเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ทางโรงพยาบาลมีนโยบายในการจัดและให้บริการสาธารณสุขในสังคมพหุวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับหลักการศาสนาอิสลาม (วิถีมุสลิม) บ้างหรือไม่ อย่างไร
6. ท่านอยากให้หน่วยงานภาครัฐ หรือองค์กรมุสลิม หรือชุมชน เข้ามาร่วมแก้ไขปัญหา ช่วยพัฒนาการจัดและให้บริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับหลักการศาสนาอิสลามบ้างหรือไม่ ในประเด็นใดบ้าง อย่างไร
7. ข้อเสนอแนะอื่นๆ เพิ่มเติม

ประวัติคณะผู้วิจัย

### ประวัติคณะผู้วิจัย (1)

1. ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย) นางสาวกิตติยา โต๊ะทอง  
(ภาษาอังกฤษ) Miss Kitiya Totong
2. ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์
3. หน่วยงานและสถานที่ติดต่อ  
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี  
172 ถนนอิสรภาพ แขวงวัดกัลยาณ์ เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร 10600  
โทรศัพท์: 0-2890-1801 ต่อ 1080 โทรศัพท์มือถือ: 089-073-0227  
โทรสาร: 0-2890-2297-8 Email: kitiya.totong@gmail.com
4. ประวัติการศึกษา
 

พ.ศ. 2540-2544	วท.บ. (อนามัยสิ่งแวดล้อม) มหาวิทยาลัยบูรพา
พ.ศ. 2547-2549	ส.บ. (อาชีวอนามัยและความปลอดภัย) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
พ.ศ. 2551-2553	M.Sc. (Environmental Engineering and Management) Asian Institute of Technology (AIT)
5. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัย  
งานวิจัยที่สำเร็จแล้ว  
นิตยา วงศ์แสงี่ยม, ชลธิชา อาทิตยมนทล และกิตติยา โต๊ะทอง. การสำรวจความรู้ความเข้าใจของประชาชนเกี่ยวกับบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ปีงบประมาณ 2545. ธรรมศาสตร์เวชสาร. 3(1), 308 – 317.

## ประวัติคณะผู้วิจัย (2)

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) แพทย์หญิง นิตยา ทนวงษ์ (วงศ์เสงี่ยม)  
 ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Dr. Nitaya Tanuwong (Wongsangiem)
2. ตำแหน่งปัจจุบัน รองศาสตราจารย์ (ข้าราชการบำนาญ อาจารย์พิเศษ)
3. หน่วยงานและสถานที่ติดต่อ  
 สถานที่ทำงานเดิม: สถานเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัว  
 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต  
 ที่อยู่: 999/ 49 หมู่บ้านสวนบางเขน ถนนวิภาวดี ซอย 60 กรุงเทพฯ 10210  
 โทรศัพท์: 0-2561-4466  
 มือถือ: 085-088-1747  
 โทรสาร: 0-2940-7774  
 อีเมล: tanuwongnitaya@gmail.com
4. ประวัติการศึกษา
 

พ.ศ. 2508 – 2512	วท.บ. (เกียรตินิยมอันดับ 2) คณะวิทยาศาสตร์การแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2512 - 2514	พ.บ. (เกียรตินิยมอันดับ 2) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2520	Cardiovascular Department, Rigshospitalet, Copenhagen, Denmark ทุนรัฐบาลเดนมาร์ก (DANIDA)
พ.ศ. 2523	MRCP Part 1 (UK)
พ.ศ. 2524	หนังสืออนุมัติฯ สาขาอายุรศาสตร์ แพทยสภา
พ.ศ. 2536	หนังสืออนุมัติฯ สาขาอายุรศาสตร์โรคหัวใจและหลอดเลือด แพทยสภา
พ.ศ. 2545	หนังสืออนุมัติฯ สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว แพทยสภา
5. ประสบการณ์การทำงาน
 

พ.ศ. 2515 – 2516	แพทย์ใช้ทุนคู่สัญญา ร.พ.พุทธชินราช และผอ.ศูนย์การแพทย์ อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก
พ.ศ. 2517 – 2528	อายุรแพทย์โรคหัวใจ ร.พ.โรคทรวงอก นนทบุรี
พ.ศ. 2529 – 2532	อายุรแพทย์โรคหัวใจ ร.พ.สยาม ซอยโชคชัย 4 กรุงเทพฯ
พ.ศ. 2532 – 2538	อายุรแพทย์โรคหัวใจ ร.พ.เซนต์หลุยส์ ถนนสาทรใต้ กรุงเทพฯ
พ.ศ. 2539 – 2540	อายุรแพทย์โรคหัวใจ ร.พ.บำรุงราษฎร์ ระยอง

พ.ศ. 2541 - 2541	อายุรแพทย์โรคหัวใจ ร.พ.เวชธานี กรุงเทพฯ
พ.ศ. 2541 – 2555	อาจารย์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พ.ศ.2544) รองศาสตราจารย์ (พ.ศ. 2552) สาขา (ภาควิชา) เวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (เกษียณและต่ออายุราชการ)
พ.ศ. 2547 – 2549	AUNP Grant awarded: Contract Number ASE/B7 – 301/1997/0178/12 (075368). Project titled “Family Medicine Curriculum Development for Rural Physicians in Developing Countries” with 4 partner countries: Faculty of Medicine, Thammasat University (the lead applicant); Faculty of Medical Sciences, National University of Laos, Lao PDR (the ASEAN project partner); Royal College of General Practitioners, United Kingdom (the European project partner); and Maastricht University, the Netherlands (the European project partner). ASEAN-EU University Network Programme (AUNP), European Union.

## 6. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัย งานวิจัยที่ทำเสร็จแล้ว

1) Wongsangiem N., Wilaem T. *The Attitude of Thammasat Medical Students toward the General and Family Practice. Proceeding and Abstracts*. The 2<sup>nd</sup> Central Asia Regional Congress of Medical Women International Association (MWIA) Hosted by TMWA. FAMILY HEALTH BEYOND YEAR 2000: OUR SOCIETY GAIN 30 November-2 December 2000 and The 40<sup>th</sup> Annual Meeting of Thai Medical Women Association (TMWA). Tawana Ramada Hotel, Bangkok, Thailand. Riang-Sam Graphic Design Co., Ltd.

2) Wongsangiem N., Varavithya C. *The Teaching of Family Medicine in Thammasat University. Proceeding and Abstracts*. The 2<sup>nd</sup> Central Asia Regional Congress of Medical Women International Association (MWIA) Hosted by TMWA. FAMILY HEALTH BEYOND YEAR 2000: OUR SOCIETY GAIN 30 November-2 December 2000 and The 40<sup>th</sup> Annual Meeting of Thai Medical Women Association (TMWA). Tawana Ramada Hotel, Bangkok, Thailand. Riang-Sam Graphic Design Co., Ltd.

3) นิตยา วงศ์เสงี่ยม, ชลธิชา อาทิตยมณฑล, กิตติยา โต๊ะทอง. การสำรวจความรู้ความเข้าใจของประชาชนเกี่ยวกับบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติปีงบประมาณ 2545. ธรรมศาสตร์เวชสาร, 2545, 3: 308-317.

4) นิตยา วงศ์เสงี่ยม. ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต 2547 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ธรรมศาสตร์เวชสาร, 2546, 4: 576-584.

5) Tanuwong NW, Indraprasit S. Pitfalls in Primary Care. Thammasat Medical Journal, 2004, 4 : 641-644.

6) Tanuwong NW, Tengrungsun S, Menorath S, Phengsavanh A, Manning G, Aarts H. *Rural Health Care in Developing Countries: AUNP Family Medicine Training Curriculum Development Project. Asia Pacific Family Medicine Journal*. Volume 4 (Issue 4) December 2005. <http://www.apfmj.com/> (Access January 2013)

7) Tanuwong NW. “Thai” translation “*Improving Health Systems: The Contribution of Family Medicine. A Guidebook. Wonca-WHO 2002 by Charles Boelen, Cynthia Haq, Vincent Hunt, Marc Rivo, & Edward Shahady*. การพัฒนาระบบสุขภาพ: การมีส่วนร่วมของเวชศาสตร์ครอบครัว แปลโดย ผศ.พญ.นิตยา วงศ์เสงี่ยม ทนวงษ์ จัดพิมพ์เป็นหนังสือสองภาษาอังกฤษ-ไทยขนาดสิบหกหน้ากระดาษรวม 425 หน้า บริษัท ก้าวสิบเก้า ไอเดีย แอนด์ โปรดักชั่น จำกัด; มกราคม 2549.

8) นิตยา ทนวงษ์. ความชุกของความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุไทยของชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทภาคกลาง (The Prevalence of Hypertension in Thai Elderly in a Central Suburban Community). วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2550.

9) นิตยา ทนวงษ์, สวณี เต็งรังสรรค์, ชดช้อย วัฒนะ, วิวัฒน์ พุทธวรรณไชย, วิศรี วายูรกุล, นติมา ตีเยาว์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ศูนย์แพทย์ปฐมภูมิ คุณด: การศึกษาแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (รายงานเบื้องต้น). เอกสารการประชุมวิชาการครบรอบ 20 ปี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 14-16 กรกฎาคม 2553; ณ โรงแรมรามารการ์เดนส์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2553.

10) นิตยา ทนวงษ์, นรภัทร ปานเนียม, สุมาลี บุญเลิศ. การส่งปรึกษาต่อ-ตอบกลับที่ศูนย์ปฐมภูมิ คุณด: กรณีศึกษาเพื่อการพัฒนา. ธรรมศาสตร์เวชสาร 2554; 11: 231-240.

11) นิตยา ทนวงษ์, นติมา ตีเยาว์, วราภรณ์ ผ่องสุวรรณ. ประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ศูนย์บริการปฐมภูมิ คุณด. ธรรมศาสตร์เวชสาร 2554; 11: 557-566.



### ประวัติคณะผู้วิจัย (3)

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย)      นายแพทย์ มนัส วงศ์เสงี่ยม  
ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ)      Dr. Manas Wongsangiem
2. ตำแหน่งปัจจุบัน      ข้าราชการบำนาญ ผู้ทรงคุณวุฒิจุฬาราชมนตรี
3. หน่วยงานและสถานที่ติดต่อได้  
ที่อยู่:      999/49 หมู่บ้านสวนบางเขน ถนนวิภาวดี ซอย 60 กรุงเทพฯ 10210  
โทรศัพท์:      0-2561-4466  
มือถือ:      081-903-5224  
โทรสาร:      0-2940-7774  
อีเมล:      manaswon@yahoo.co.uk

#### 4. ประวัติการศึกษา

- Diploma in Tropical Medicine & Hygiene, SEMEO
- Certificate in Pathology, Institute of Pathology, Rigshospitalet, Copenhagen, Denmark
- Diploma in Tuberculosis and Chest Diseases, Welsh National School of Medicine, University of Wales, U.K.
- อนุมัติบัตรอายุรศาสตร์โรคระบบหายใจ, แพทยสภา
- ประกาศนียบัตรการบริหารโรงพยาบาล, โรงเรียนการบริหารโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

#### 5. ประวัติการรับราชการ

- พ.ศ. 2512 - 2514      กองสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
- พ.ศ. 2515 - 2543      โรงพยาบาลโรคทรวงอก กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข
- พ.ศ. 2539 - 2543      นายแพทย์ 10 ผู้ทรงคุณวุฒิด้านเวชกรรม สาขาอายุรกรรม  
โรงพยาบาลโรคทรวงอก

#### ประสบการณ์ในการทำงานอื่นๆ

- ปฏิบัติราชการในหน้าที่หัวหน้าหน่วยพยาบาลไทยของกระทรวงสาธารณสุข ดูแลสุขภาพผู้แสวงบุญชาวไทยมุสลิมที่เมืองมักกะฮ์ ประเทศซาอุดีอาระเบียหลายครั้ง
- เป็นผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข และผู้ทรงคุณวุฒิ ในคณะกรรมการส่งเสริมกิจการฮัจญ์แห่งประเทศไทย กระทรวงวัฒนธรรม
- แพทย์ประจำ Saudi Catering, สายการบิน Saudi Arabian Airline; Riyadh, Saudi Arabia (พ.ศ. 2526 - 2528) ดูแลสุขภาพเจ้าหน้าที่และโภชนาการ อาหารที่จะนำขึ้นเครื่องบิน

## 6. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัย

### ผลงานวิจัย/ ผลงานวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

- 1) รายงานผลงานวิจัยเรื่อง “อุบัติการณ์ของโรคถุงลมโป่งพองในประเทศไทย” ต่อที่ประชุมวิชาการของสมาคมอูรเวชแห่งประเทศไทย วันที่ 18 มิถุนายน 2530
- 2) ร่วมในการเขียนตำราพยาธิวิทยาของโรคถุงลมโป่งพอง: ในหนังสือตำรา “โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง” กุมภาพันธุ์ 2531 หน้า 69-77
- 3) ศึกษาและรายงานการติดเชื้อราในโพรงแผลวัณโรคปอดที่รักษาหายแล้ว และได้รับรางวัลนักวิจัยดีเด่นจากกรมควบคุมโรคติดต่อ: วารสารโรคติดต่อ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 ก.ค. – ก.ย. 2534 หน้า 190-199
- 4) รายงานการวิจัยเรื่อง “Primary tumor of the mediastinum in Thailand: 190 cases analysis” (เนื้องอกปฐมภูมิในช่องเมดิแอสตินัม : การวิเคราะห์ผู้ป่วย 190 ราย): J Med Assoc Thai, November 1996 Vol.79 No. 11, หน้า 689-697
- 5) บทความเรื่อง “วัณโรค”: วารสารโรงพยาบาลโรคทรวงอก ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 เมษายน-กรกฎาคม 2539 หน้า 49-58
- 6) บทความเรื่อง “แนวทางป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของบุคลากรการแพทย์ในโรงพยาบาลและสถานบริการทาง การแพทย์ทั่วไป” วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก ปีที่ 9 ฉบับที่ 2, 2539 หน้า 43-49
- 7) รายงาน “ผลการทดสอบประสิทธิภาพของหลอดรังสีอุลตราไวโอเล็ต ทั้งชนิดบรรจุกล่อง และชนิดมีโคมรองรับที่มีผลต่อการทำลายเชื้อโรคในอากาศตามสถานพยาบาล”. วารสารโรงพยาบาลโรคทรวงอก. ปีที่ 3, ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2541 หน้า 7-19
- 8) บทความเรื่อง “การป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรการแพทย์”: หนังสือ “วัณโรค” สมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทย พิมพ์ครั้งที่ 4 (ฉบับปรับปรุง) 2542, หน้า 628 – 640

### งานแปล

- 1) หนังสือ “ศิลปะการสร้างเสริมสุขภาพแนวทางอิสลามกับปัญหาท้าทายสาธารณสุขร่วมสมัย” (The Art of Health Promotion in Islam and The Contemporary Public Health Challenges) by Dr. Asim Abdelmoneim Hussein-MBBS, MPH, FCM จัดพิมพ์โดย: แผนงานสร้างเสริมสุขภาพมุสลิมไทย ศูนย์ศึกษานโยบายเพื่อการพัฒนา (ศศนพ.) คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร. พิมพ์ครั้งที่ 1: 2551 และพิมพ์ครั้งที่ 2: 2556