ความเข้าใจทางด้านวัฒนธรรมเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิม

Cultural Understanding of Health in Thai Elderly Muslims

จารุวรรณ ไผ่ตระกูล ส.ด. (Jaruwan Phaitrakoon, Ph.D.)[1]
นะฤเนตร จุฬากาญจน์ วท.ม. (Narunest Chulakarn, M.Sc.)[1]

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้น ประกอบกับการพบโรคเรื้อรังต่างๆ ที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นด้วย เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคอ้วน ผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมเป็นกลุ่มหนึ่งที่มีปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากวัฒนธรรมการบริโภคอาหาร ที่มีรสหวาน มัน และเค็ม ซึ่งมีผลต่อการควบคุมและป้องกันการเกิดโรคเรื้อรัง ดังนั้นการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมุสลิม ด้วยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมุสลิมมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีภายใต้ข้อบัญญัติของศาสนาจึงเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งผู้ที่ดูแลเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมุสลิมโดยเฉพาะพยาบาลควรมีความเข้าใจความแตกต่างของความเชื่อและพฤติกรรมบนพื้นฐานของศาสนาและเลือกกิจกรรมการดูแลที่สอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรมของผู้สูงอายุ และควรมีสมรรถนะในการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมเพื่อการประยุกต์ใช้ในการดูแลและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสม

คำสำคัญ: สุขภาพ ผู้สูงอายุ ชาวไทยมุสลิม การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

Abstract

Aging population has increased and health behavior linked to chronic disease such as diabetes, hypertension and obesity have high trend. Muslims are the second the largest number of the population in Thailand. The health practice of Muslims differs from other religions', especially food consumption. Thailand elderly Muslims are one of the populations in Thailand who encounters health problems due to food cultural consumption of sweet, oily, and salty taste. Taking care of the elderly Muslims and encouraging them to stay healthy are important. Therefore, caregivers of the elderly Muslims are required to have an understanding of the religious principles, as the caregivers are required to appropriately choose activities which are in congruence with the lifestyle of them. Thus, nurses should have a transcultural competency, which includes the elderly Muslims' food consumption, exercise, positive thinking, and taking care of them which is in accordance with their culture. These are the good practice of taking care of the elderly individuals for every religion and culture.

Keywords: Health, Aging, Thai Muslim, transcultural nursing

[1] อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

บทนำ

ประชากรผู้สูงอายุทั้งประเทศในปัจจุบันมีเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งดัชนีผู้สูงอายุก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจนเกือบจะเป็นครึ่งหนึ่งของประชากรวัยเด็ก ซึ่งในอีก 20 ปี ข้างหน้า หรือในปี พ.ศ. 2573 คนไทย 1 ใน 4 จะเป็นผู้สูงอายุ (ร้อยละ 25.2) ในขณะที่ประชากรวัยเด็กมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 45.1 ใน พ.ศ. 2513 เหลือเพียง ร้อยละ 13.5 ใน พ.ศ. 2573 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข,2553) และในอีก 30 ปีข้างหน้า อายุคาดเฉลี่ยของประชากรไทยเพศชายจะเพิ่มขึ้นเป็น 75.3 และในเพศหญิงเป็น 81.9 ปี (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556) จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ขณะนี้สังคมไทยได้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุไปแล้ว ภาวะเช่นนี้จะส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้สูงอายุในเรื่องการดูแลด้านสุขภาพในอนาคตอันใกล้ ซึ่งจากการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่าส่วนใหญ่มีอายุยืนยาวขึ้น แต่ก็ต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มากขึ้น นับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่รัฐบาลจะต้องให้ความสำคัญอย่างเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพและพัฒนาระบบบริการสุขภาพในผู้สูงอายุให้ครอบคลุมและทั่วถึง

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย

จากรายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2547-2552 พบว่า ผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีความสูญเสียปีสุขภาวะเพิ่มขึ้นจาก 3.0 ล้านปี ใน พ.ศ. 2547 เป็น 3.5 ล้านปี ใน พ.ศ. 2552 สำหรับสาเหตุหลักของความสูญเสีย ด้านสุขภาวะ 5 ลำดับแรกในเพศชาย คือ หลอดเลือดสมอง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หัวใจขาดเลือด เบาหวานและมะเร็งตับ ขณะที่เพศหญิง คือ หลอดเลือดสมอง เบาหวาน หัวใจขาดเลือด ต้อกระจกและสมองเสื่อม (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2553) โดยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งสาเหตุดังกล่าวเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของการเสื่อมสภาพทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของระบบต่างๆ ลดลง ส่งผลให้ความต้านทานต่อโรคลดลงไปด้วย ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.7 โรคเบาหวานร้อยละ 13.3 โรคหัวใจร้อยละ 7.0 โรคหลอดเลือดในสมองตีบร้อยละ 1.6 อัมพาต/อัมพฤกษ์ร้อยละ 2.5 และโรคมะเร็งร้อยละ 0.5 (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2555) ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุนอกจากจะเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางเสื่อมสภาพที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรังแล้ว ยังเกิดได้จากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมด้วย ได้แก่ การบริโภคอาหารรสหวานและมัน การไม่ออกกำลังกาย (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2555)

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมุสลิม

การบริโภคอาหาร: ชาวไทยมุสลิมมีโลกทัศน์ที่ดีในด้านต่างๆ ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต ยกเว้นในเรื่องของการบริโภคอาหารที่ยังไม่ให้ความสำคัญมากนัก และยังขาดการตระหนักรู้ถึงอันตรายของโรคที่เกิดจากการบริโภคอาหาร (ปาณฑรา มีนะกนิษฐ, 2551) ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็มและรสมัน (บุญเรือง ขาวนวล, 2551) คนมุสลิมมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย คือ ใช้น้ำมันในการประกอบอาหารสม่ำเสมอสูงถึง ร้อยละ 84 ใช้เกลือหรือน้ำปลาเติมอาหารที่ปรุงเสร็จแล้วสม่ำเสมอ ร้อยละ 47 พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่อาจมีผลทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้ คือ การบริโภคอาหารที่มีรสเค็ม เช่น ปลาเค็ม เนื้อเค็ม และอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ไข่แดง เครื่องในสัตว์ ปลาหมึก หอยนางรม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.5 บริโภคอาหารที่มีรสเค็มเป็นบางครั้ง และร้อยละ 59 บริโภคอาหารที่มีอาหารที่มีไขมันสูงเป็นบางครั้ง (ศิรินันท์ ตรีมงคลทิพย์ และอรทัย สารกุล, 2548) ชาวไทยมุสลิมจะงดเว้นการบริโภคอาหารใน 2 ลักษณะ คือ งดเว้นการบริโภคอาหารต้องห้ามหรือฮารอม แต่จะบริโภคอาหารที่อนุมัติหรือฮาลาลเท่านั้น (วินัย ดะห์ลัน, 2550) ตามบทบัญญัติอิสลาม กำหนดไว้ว่า ฮาลาล (Halal) หมายถึง การอนุมัติในทุกกิจการของมุสลิมตั้งแต่เรื่องอาหาร เครื่องอุปโภค กิจกรรมบุคคล

การแต่งกาย ความประพฤติปฏิบัติ ซึ่งชาวมุสลิมได้รับการอนุมัติจากศาสนาให้ทำได้โดยไม่เป็นโทษ ส่วนฮารอม (Haram) หมายถึง การห้ามในทางศาสนา ตามกฎเกณฑ์เคร่งครัดที่บัญญัติไว้ในคัมภีร์อัล-กุรอาน และแนวทางคำสั่งสอนของศาสดาที่วางไว้ การบริโภคอาหารในอิสลามจะสอนให้มุสลิมเลือกบริโภคที่จะได้รับความโปรดปรานจากพระเจ้า และขณะเดียวกันให้ตนเองมีสุขภาพดี (ยูซุฟ นิมะ, 2552) ประเภทของอาหารฮารอม เช่น สุกร สุนัข หมูป่า ลิง แมว สัตว์ที่กินเนื้อเป็นอาหารและมีกรงเล็บ เช่น สิงโต เสือ หมี เหยี่ยว สัตว์มีพิษหรือสัตว์นำโรค เช่นหนู ตะขาบ สัตว์ที่มีพิษและเป็นอันตราย เช่น งู สัตว์ที่น่ารังเกียจ เช่น หนอน แมลงวัน สัตว์ที่ไม่อนุญาตให้ฆ่า เช่น มด ผึ้ง นกหัวขวาน สัตว์ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับลา เช่น ลอ สัตว์ที่ตายเอง สัตว์ที่ถูกรัดคอตาย ถูกตีหรือข้างจนตาย ตกจากที่สูงลงมาตาย และชิ้นส่วนของสัตว์ที่ยังไม่ได้เชือด สัตว์ที่ถูกเชือดเพื่อบูชายัญ และสัตว์ที่ถูกเชือดโดยกล่าวนามอื่นนอกจากอัลเลาะห์ พืชที่มีพิษ สารเคมีหรือสารปรุงแต่งที่มีส่วนประกอบของแอลกอฮอล์ หรือมีสิ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพ (คณะอนุกรรมาธิการส่งเสริมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านมาตรฐานฮาลาล, 2557) นอกจากนี้อาหารมุสลิมส่วนใหญ่จะประกอบอาหาร ด้วยกะทิ จึงมีรสชาติส่วนใหญ่รสเค็มและมัน เช่น แกงกะหรี่ เป็นแกงที่ใช้กะทิและพริกแกง แกงมัสล่าหรือมัสมั่น จะมีรสเค็ม หวานและมัน แกงมัสล่าเป็นแกงแห้ง หากเป็นแกงน้ำจะเรียกเป็นแกงกะหรี่คีม่า ทั้งมัสล่าและคีม่ามีวิธีการปรุงใช้วิธีทอดให้อาหารสุกเป็นหลัก แกงแต่ละชนิดส่วนใหญ่ใช้น้ำกะทิเป็นส่วนประกอบ ที่ต้องทำการผัดเนื้อกับเครื่องแกงให้สุกและเข้าเนื้อก่อน พะโล้กะทิที่เหมือนพะโล้ทั่วไปแต่มีน้ำพะโล้น้อย และราดด้วยกะทิ ส่วนข้าวหมกไก่จะมีการคลุกเคล้าส่วนผสมของนม และเครื่องเทศ ขนมส่วนใหญ่จะทำมาจาก แป้งสาลี นมและเนยในการปรุงอาหาร (ทวีทอง หงส์วิวัฒน์, 2547)

การออกกำลังกาย: พฤติกรรมการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับศาสนา พบว่า ผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลามจะออกกำลังกายน้อยกว่าผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาพุทธ อาจเนื่องจากการปฏิบัติการออกกำลังกายโดยทั่วไปจะกระทำในเวลาเช้าหรือเวลาเย็น ซึ่งช่วงดังกล่าวสำหรับผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลามจะมีภารกิจทางศาสนาที่สำคัญในการทำละหมาด (ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง, 2540) จากการศึกษาวิจัยเรื่องพฤติกรรมการออกกำลังกายกับชาวมุสลิม พบว่าผู้สูงอายุชาวมุสลิมไม่ได้ออกกำลังกาย ทั้งๆ ที่ทุกคนมีความรู้ว่าการออกกำลังกายเป็นสิ่งที่ดีต่อสุขภาพ (วรรณา งามประเสริฐ, 2553) มีเพียงร้อยละ 23 ที่มีการออกกำลังกายมากกว่า 60 นาทีต่อสัปดาห์ (De Feo, Di Loreto, Ranchelli, et al., 2006) เนื่องจากการออกกำลังกายในชาวไทยมุสลิมจะต้องสอดคล้องกับหลักของศาสนาอิสลามตามวิถีชีวิตของชาวมุสลิมโดยเฉพาะแม่บ้านชาวมุสลิม มีดังนี้ 1) เรื่องสถานที่ควรเป็นสถานที่มิดชิด ไม่มีการปะปนชายหญิง สถานที่ที่เหมาะสมที่สุดสำหรับแม่บ้าน คือ ในบ้านหรือบริเวณบ้านของตนเอง 2) การใช้เสียงเพลงและดนตรีที่ไม่ขัดกับหลักศาสนาอิสลาม 3) การแต่งกายต้องสอดคล้องกับหลักศาสนาอิสลาม คือ การปกปิดทุกส่วนของร่างกาย ยกเว้นใบหน้าและฝ่ามือ 4) วิธีการออกกำลังกายด้วยวิธีการเดินสอดคล้องกับวิถีชีวิตแม่บ้าน 5) การจัดเวลาที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต 6) การปรับท่าทางที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต และจากการให้สัมภาษณ์ของชาวมุสลิมพบว่าการออกกำลังกายในผู้หญิงจะต้องเป็นการออกกำลังกายที่มีการเต้น ควรออกกำลังกายในห้องเฉพาะที่ผู้ชายไม่สามารถมองเห็นได้ เช่น ไม่สามารถออกตามสนาม หรือที่สาธารณะได้ และการออกกำลังกายต้องไม่มีเสียงดนตรีเพราะจะผิดหลักศาสนา (การียา ยือแร, สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง และเพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2553) จากหลักของศาสนาอิสลามดังกล่าว ทำให้ชาวมุสลิมขาดความคล่องตัวในการออกกำลังกาย ซึ่งวิถีชีวิตเช่นนี้อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ ได้ (รัตติกาล เรืองฤทธิ์, พรทิพย์ มาลาธรรม, วรรณภา ประไพพานิช, 2555)

การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิม

ด้านการบริโภคอาหาร: ชาวมุสลิมจะต้องปฏิบัติหรือดำเนินชีวิตภายใต้ข้อกำหนดเดียวกัน สำคัญที่สุด คือ การบริโภคเพราะถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการดำเนินชีวิตอื่นๆ จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารของชาวมุสลิมจะมีความแตกต่างจากศาสนิกชนอื่น การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมด้านการบริโภคอาหาร จึงควรมีความเข้าใจ

ในการบริโภคอาหารของชาวมุสลิมและถ่ายทอดข้อมูลด้านโภชนาการที่เหมาะสม เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ โดยใช้การอบรมภาคทฤษฎีและปฏิบัติเพื่อถ่ายทอดความรู้ ข้อมูลด้านโภชนาการที่เหมาะสมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ โดยการจัดการอบรมและจัดนิทรรศการด้านสุขภาพ โดยเน้นการใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อให้คนในชุมชนมีความรู้ที่ถูกต้องในการบริโภคอาหาร ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุชาวมุสลิมมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้น (ศิรินันท์ ตรีมงคลทิพย์ และอรทัย สารกุล, 2548) นอกจากนี้การพัฒนาสุขภาพด้านการบริโภคอาหารโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการร่วมกันคิดกิจกรรมโดยการขอความร่วมมือจากทุกภาคส่วน การนำเสนอและชี้ประเด็นของสาเหตุของการเกิดโรคเรื้อรังที่มาจากการรับประทานอาหาร เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคอ้วนที่มีปริมาณมากขึ้นเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุชาวมุสลิมรวมถึงคนในชุมชนสนใจ และให้ความสำคัญในการลดการบริโภคอาหารที่มีรสหวาน มัน และเค็มลง (บุญเรือง ขาวนวล, 2551)

ด้านการออกกำลังกาย: จากการที่ชาวมุสลิมไม่ค่อยออกกำลังกาย เนื่องจากผู้สูงอายุชาวมุสลิมคิดว่าการออกกำลังกายอาจจะไม่เหมาะสม ดังนั้นควรมีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ เพื่อรวมกลุ่มผู้สูงอายุมาทำกิจกรรมในด้านต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งเป็นวิธีการที่จะทำให้ผู้สูงอายุสนใจและให้ความร่วมมือ นอกจากนี้ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้และประสบการณ์ต่างๆ ในการปฏิบัติตน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสม (อิดเรส อาบู, 2549) ควรที่จะมีการสนับสนุนให้มีการออกกำลังกายให้มากขึ้น ซึ่งถ้ามีการสนับสนุนการออกกำลังกายอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่องจะส่งผลที่ดีแก่ผู้สูงอายุชาวมุสลิมได้ จากการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิม เขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร พบว่า ชาวมุสลิมมีการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในความสามารถตนเองและการปฏิบัติตัวในเรื่องการออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร รวมถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ดีขึ้น ซึ่งส่งผลให้ความดันเฉลี่ยในหลอดเลือดแดง ระดับไขมันรวมในเลือดลดลง ดังนั้นควรมีการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุชาวมุสลิม (นรีมาลย์ นีละไพจิตร, 2545) นอกจากนี้การใช้โปรแกรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุชาวมุสลิมโดยใช้กระบวนการสังเกตตนเอง เพื่อหาสาเหตุและปัญหาในการออกกำลังกาย และวางแผนในการปฏิบัติตัวในการออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสม การมีกลุ่มในการออกกำลังกาย เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ช่วยกันตั้งเป้าหมายในการออกกำลังกาย และมีการให้รางวัลเมื่อทำตามแผน เป็นสิ่งที่สำคัญที่ทำให้เกิดการออกกำลังกายในผู้สูงอายุชาวมุสลิม (วรรณา งามประเสริฐ, 2553) นอกจากนี้การให้ความสำคัญกับการให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย ควรส่งเสริม หรือจัดกิจกรรม เพื่อเพิ่มศักยภาพผู้เกี่ยวข้องในการส่งเสริมการออกกำลัง ให้มีความรู้ความเข้าใจ หลักการออกกำลังกายตามหลักศาสนาอิสลาม และหลักการออกกำลังกายที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง โดยให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และความชำนาญในเรื่องที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะการให้ความสำคัญกับการเตรียมสถานที่ออกกำลังกายเฉพาะสำหรับแม่บ้าน โดยการประสานงานนโยบายในระดับจังหวัด เพื่อให้หน่วยงานที่มีพื้นที่หรือสถานที่ออกกำลังกาย และควรให้มีพี่เลี้ยงในการติดตาม ให้คำแนะนำแก่กลุ่มแม่บ้านอย่างต่อเนื่องโดยอาสาสมัครสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อเป็นแรงจูงใจให้แม่บ้านมุสลิมมีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง (การียา ยือแร, สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง และเพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2553)

การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมตามวัฒนธรรม

การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมเมื่อเจ็บป่วย: การดูแลผู้สูงอายุชาวมุสลิมที่เจ็บป่วย นอกจากการดูแลสุขภาพทางด้านร่างกาย เช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยแล้ว การดูแลสภาพความเป็นอยู่ที่ดีให้มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Noor Hanita Abdul Majid, Mohd Hazwan Hamidi, & Zuraini Denan, 2013) และสุขภาพทางใจ (Douki, Ben Zineb, Nacef Halbreich, 2007) ถือเป็นสิ่งที่สำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

ชาวมุสลิมด้วยเช่นกัน ดังเช่น การศึกษาของศศิกาญจน์ สกุลปัญญวัฒน์ (2557) พบว่าผู้สูงอายุชาวมุสลิมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยเฉพาะทางด้านจิตวิญญาณมากที่สุด จากการศึกษาของ อบูมุสลิมีน(2552) พบว่าผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมมการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.20 รองลงมาจะมีการปฏิบัติตนระดับดี ร้อยละ 31.80 และพบว่าผู้สูงอายุที่มีประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง กับผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีจำนวนใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 50.2 และ 49.8 ตามลำดับ การปฏิบัติตนตามข้อกำหนดของศาสนา ข้อปฏิบัติหนึ่งที่ชาวมุสลิมเห็นความสำคัญเป็นอย่างมากคือ การถือศีลอด ซึ่งจะเริ่มขึ้นในเดือนที่ 9 หรือเดือนรอมฎอน ระยะเวลาประมาณ 28-30 วัน ชาวมุสลิมจะงดเว้นการบริโภคอาหารและน้ำ ตลอดระยะเวลาที่มีแสงอาทิตย์หรือช่วงเวลากลางวัน ดังนั้นช่วงเดือนรอมฎอนมุสลิมบริโภคอาหารได้เฉพาะเวลากลางคืน คือ มื้อเย็น ช่วงเวลาหลังดวงอาทิตย์ตก (ละศีลอด) และมื้อดึก ช่วงเวลาเช้ามืดก่อนที่พระอาทิตย์ขึ้น (อาหารสะฮูร) ชาวมุสลิมยังทำงานปกติในเวลากลางวันขณะที่อดอาหารอยู่ โดยต้องมีการสำรวมตนอย่างเคร่งครัด และปฏิบัติแต่สิ่งที่ดีงาม การละศีลอดที่ถูกต้อง ตามที่ท่านศาสดามุฮำมัด ได้แนะนำไว้คือ เมื่อละศีลอด แนะนำให้รับประทานลูกอินทผลัม เพราะจากการวิจัยทางด้านโภชนาการพบว่าอินทผลัมประกอบด้วยน้ำตาลฟรุกโตส น้ำ วิตามิน และแร่ธาตุ ดังนั้นในสภาวะที่ร่างกายกำลังอ่อนเพลียจากการขาดพลังงานและน้ำ ผลอินทผลัมน่าจะเป็นผลไม้ที่ดี (มุหัมมัดดาวูด อับดุลลอฮฺ, 2553; สถาบันส่งเสริมการศึกษาและวิจัยเกี่ยวกับอิสลาม, 2551) พบว่าผลของอินทผลัมสามารถให้พลังงาน 157-383 กิโลแคลอรี ดังนั้นอินทผลัมจึงนิยมบริโภคเป็นหลักหลังจากพระอาทิตย์ตกดิน นอกจากนี้ชาวมุสลิมที่เป็นโรคจะพยายามแสวงหาการรักษาและจะปฏิบัติตามคำแนะนำต่างๆ ตามคำแนะนำของผู้ที่ทำการรักษา เช่นจากหมอพื้นบ้านหรือจากแพทย์ และจะมีการถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ให้กับกลุ่มที่ไม่เป็นโรค ทำให้กลุ่มนี้มีความรู้ และจะถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ให้กับกลุ่มที่ไม่เป็นโรค ทำให้กลุ่มที่ไม่เป็นโรคมีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองและหลีกเลี่ยงหรืองดเว้นพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ที่จะก่อให้เกิดโรคดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง และผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน (อิดเรส อาบู, 2549) จากงานวิจัยของจิตรลดา นีละไพจิตร (2540) พบว่าอิทธิพลความเชื่อและหลักปฏิบัติทางศาสนาบางประการ อาจส่งต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน มีคำแนะนำว่าผู้ป่วยเบาหวานไม่ควรละศีลอดด้วยอาหารคาวหวานจำนวนมาก เนื่องจากทำให้เสี่ยงต่อโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ได้ ถึงแม้ว่าหญิงมีครรภ์ เด็ก คนเจ็บ คนแก่ และคนเดินทาง จะได้รับการยกเว้นในการถือศีลอด แต่ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่คิดว่า โรคไม่ได้มีผลกระทบกับการถือศีลอด เพราะไม่ได้มีอาการเปลี่ยนแปลงใดๆ ตรงข้ามกลับมองว่าการถือศีลอดทำให้ระดับน้ำตาลดีขึ้นได้ ผู้ป่วยมุสลิมมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการใช้ยาด้วยตนเองในช่วงเดือนถือศีลอด เนื่องจากไม่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ และส่วนใหญ่มีอาการแสดงของน้ำตาลต่ำ โดยผู้ป่วยจะเลื่อนเวลาการใช้ยาเอง เช่น ในยามื้อเช้าจะใช้ตอนกินอาหารสะฮูร ยามื้อเย็นจะใช้ตอนละศีลอด ส่วนยามื้อกลางวันผู้ป่วยทั้งหมดจะตัดมื้อนั้นทิ้งไป (จาตุรนต์ ตั้งสังวรธรรมะ, สายพิณ หัตถีรัตน์ และวัจนา ลีละพัฒนะ, 2553) อย่างไรก็ตามชาวมุสลิมที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ไม่สามารถถือศีลอดได้ครบเดือน คิดเป็นร้อยละ 56.80 เนื่องจากเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ คิดเป็นร้อยละ 37.70 และไม่สามารถมาตรวจตามนัดได้ คิดเป็นร้อยละ 9.30 (ปรียาภรณ์ สวัสดิ์ศรี, 2556) ในการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมุสลิม ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เช่น เป็นที่เคารพของบุตรหลาน มีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี ซึ่งต่างจากผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวไม่มีใครคอยดูแลเอาใจใส่ (อิดเรส อาบู, 2549) ดังนั้นการอยู่ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัวจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

สมรรถนะทางวัฒนธรรมในการพยาบาลผู้สูงอายุชาวมุสลิม

การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมุสลิม มีจุดมุ่งหมายของการดูแลไม่แตกต่างกับผู้สูงอายุทั่วไป แต่ผู้ให้การดูแลควรคำนึงถึงภาษา ความสอดคล้องกับหลักศาสนา ความเหมาะสมกับวิถีชีวิต และวัฒนธรรมท้องถิ่น จากวัฒนธรรมของศาสนาอิสลามส่งผลให้ชาวมุสลิมมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็มและรสมัน และการไม่ค่อยออกกำลังกาย อาจส่งผลทำให้เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ดังนั้นความท้าทายในการพยาบาลผู้สูงอายุชาวมุสลิม คือการที่พยาบาลต้องมีความเข้าใจในความหลากหลายของวัฒนธรรม พยาบาลควรมีการรับรู้ การสื่อสาร การบริการ การบริหารความเสี่ยง การบริหารจัดการ ที่ครอบคลุมในการบริการและจริยธรรมในการดูแลสุขภาพ เพื่อส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุชาวมุสลิม การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางโดยพิจารณาวิถีชีวิต ความเชื่อ ความเข้าใจภาษา ตลอดจนความแตกต่างในมิติทางขนบธรรมเนียม ประเพณีวัฒนธรรมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ดังนั้นสมรรถนะที่สำคัญของพยาบาลวิชาชีพมีดังนี้

1) ด้านการรับรู้ความต่างทางวัฒนธรรม: พยาบาลควรมีความรู้และความเข้าใจในเรื่องความเท่าเทียมกันในสังคมและเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ในทุกวัฒนธรรม Campinha-Bacote (2001) กล่าวว่าความรู้ทางวัฒนธรรมจะทำให้สามารถให้การพยาบาลได้อย่างสอดคล้อง เช่น การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย พยาบาลควรได้ศึกษาความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ศึกษาการปฏิบัติต่อกันในครอบครัว พยาบาลควรมีความเข้าใจขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมความเชื่อของผู้ใช้บริการที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม มีทัศนคติด้านบวกกับการให้บริการแก่ผู้ใช้บริการที่มีความแตกต่างด้านวัฒนธรรม มีความเข้าใจในความแตกต่างในเรื่องของเชื้อชาติ เพศ และพฤติกรรมต่างๆ ของผู้ใช้บริการในแต่ละวัฒนธรรม มีความเข้าใจบริบททางวัฒนธรรมของผู้ใช้บริการแต่ละราย สามารถให้บริการที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ใช้บริการโดยพิจารณาทางเลือกต่างๆ ที่มีให้เหมาะสม (วีรนุช วิบูลย์พันธุ์, 2552) ตัวอย่างเช่น ควรมีการจัดกิจกรรมสุขภาพให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชาวมุสลิม การบริหารจัดการเวลาให้เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตเป็นสิ่งที่สำคัญ เช่น การออกกำลังกายในชาวมุสลิมต้องมีการให้ความรู้จัดสถานที่เฉพาะให้เพศหญิงได้มีการออกกำลังกายโดยมีการแต่งกาย ดนตรี ท่าเต้นที่ไม่ขัดต่อศาสนา (การียา ยือแร, สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง และเพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2553)

2) ด้านการติดต่อสื่อสาร: พยาบาลควรมีบุคลิกภาพ ท่าทางเป็นมิตร มีความเข้าใจในวัฒนธรรมการสื่อสารของผู้ใช้บริการที่มีความแตกต่าง ด้านเชื้อชาติ วัฒนธรรม สามารถสื่อสารกับผู้ใช้บริการที่ไม่ใช้ภาษาไทยได้ มีทักษะในการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการที่มีความแตกต่างด้านเชื้อชาติ วัฒนธรรม สามารถประเมินความเข้าใจในสารที่ส่งกับผู้ใช้บริการได้ (วีรนุช วิบูลย์พันธุ์,2552) จากการศึกษาของ ปาณฑรา มีนะกนิษฐ, (2551) พบว่าชาวไทยมุสลิมยังขาดการตระหนักในด้านสุขภาพอนามัย เช่น อันตรายของโรคที่เกิดจากการบริโภคอาหาร ดังนั้นการให้ความรู้โดยการสื่อสารให้ชาวไทยมุสลิมเข้าใจโดยใช้ภาษาที่ชาวมุสลิมเข้าใจ โดยการทำกิจกรรมและใช้สื่อการสอนที่ไม่ขัดต่อหลักศาสนา นอกจากนี้ควรจัดการให้มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม. สนับสนุน และติดตามให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่องเช่น การดูแลมารดาหลังคลอดชาวมุสลิมให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมความเชื่อ โดยมีการเยี่ยมบ้านหลังคลอดในครั้งแรกกลับจากโรงพยาบาล โดยให้ผดุงครรภ์โบราณและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านช่วยให้คำแนะนำการปฏิบัติตนหลังคลอด นวดหลังคลอด อาบน้ำสมุนไพร นวดเต้านม พร้อมทั้งคำแนะนำการเว้นช่วงการมีบุตร การมาตรวจหลัง คลอดเพื่อให้มารดาหลังคลอดได้เข้าใจและให้ความร่วมมือในการดูแลตนเองหลังคลอดมากขึ้น (ยูซุฟ นิมะ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2551)

3) ด้านการคิดริเริ่มนวัตกรรมการให้บริการ: พยาบาลสามารถค้นหาแนวทางการแก้ปัญหาร่วมกับผู้ใช้บริการได้เหมาะสม และสอดคล้องตามวัฒนธรรม สามารถบูรณาการความรู้ทางการพยาบาลมาใช้กับผู้ใช้บริการที่มีความหลากหลายด้านวัฒนธรรมได้ ประเมินความต้องการของผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลางเพื่อหาแนวทางการให้บริการทางการพยาบาลได้ เพื่อให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ใช้บริการภายใต้บริบทของวิชาชีพได้ (วีรนุช วิบูลย์พันธุ์, 2552) ชาวมุสลิมมีหลักปฏิบัติที่สำคัญ

ที่ทุกคนต้องถือปฏิบัติ เช่น การถือศีลอด ดังนั้นในช่วงถือศีลอด สถานพยาบาลควรจะมีการจัดบริการพิเศษที่เอื้อต่อการปฏิบัติตนของผู้รับบริการมุสลิม เช่น (1) มีการเตรียมน้ำดื่มและอินทผลัม เพื่อให้ผู้มารับบริการสามารถละศีลอดได้สะดวกในทันทีที่มีเสียงอะซาน (2) ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังจึงควรนัดหมายให้เป็น 2 เดือน เพื่อให้พ้นช่วงเวลาการถือศีลอด (3) การให้ความรู้เกี่ยวกับการถือศีลอดที่เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละประเภทโดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์ (4) งดการจัดกิจกรรมในชุมชน เพื่อให้เวลาส่วนใหญ่ได้ใช้ไปกับการ ประกอบกิจทางศาสนา(5) จัดรายการเสียงตามสาย เกี่ยวกับข้อปฏิบัติ สิ่งพึงละเว้น (6) ถามตอบปัญหาข้อสงสัย เช่น การตรวจสุขภาพและให้คำแนะนำเพื่อเตรียมตัว ไปประกอบพิธีฮัจญ์ และ (7) การให้คำแนะนำวิธีการละหมาดแก่ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัด เช่น ผู้ป่วยอัมพาต ผู้ป่วยกระดูกหัก และผู้ป่วยหนัก เป็นต้น (มุสลินท์ โต๊ะกานิ และศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์, 2553)

4) ด้านการบริหารความเสี่ยง: พยาบาลสามารถพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมตามความแตกต่างด้านวัฒนธรรม สามารถเจรจาต่อรองกับผู้ใช้บริการที่มีความแตกต่างด้านวัฒนธรรม สามารถวิเคราะห์ปัญหา และแก้ไขอุปสรรคในการปฏิบัติงานตามความแตกต่างด้านวัฒนธรรมของผู้ใช้บริการได้ (วีรนุช วิบูลย์พันธุ์,2552) ชาวมุสลิมบางกลุ่ม เช่น ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่ามีอัตราการตายของ มารดาและทารกสูง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความเชื่อตาม ประเพณี วัฒนธรรมการคลอดของมุสลิม อนุญาตให้ผู้ทำคลอดเป็นเพศหญิงเท่านั้น และนิยมคลอดที่บ้านเพื่อได้อยู่ใกล้ชิดญาติตลอดระยะเวลาของการคลอด (วิโรจน์ คงสุวรรณ, วินีกาญจน์ คงสุวรรณ และศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์, 2552) ขณะที่การคลอดที่โรงพยาบาล อาจจะได้รับการดูแลที่ไม่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม นั่นคือ การคลอดที่โรงพยาบาล ญาติไม่สามารถอยู่ใกล้ชิดได้ และบุตรไม่ได้รับเสียงอะซาน เมื่อคลอด ดังนั้น เพื่อลดอัตราการตายของมารดาและทารก ปัจจุบันโรงพยาบาลหลายแห่ง ได้จัดห้องทำพิธีอาซาน ให้สามีและญาติเฝ้ามารดาขณะรอคลอดได้ และให้นำรกกลับไปฝังตามพิธีทางศาสนาอิสลาม และการอบรมผดุงครรภ์โบราณให้ทำคลอดที่ถูกต้อง และช่วยทำคลอดเมื่อฉุกเฉินในมารดามาโรงพยาบาลไม่ทันเท่านั้นและปรับบทบาทให้เป็นผู้แนะนำมารดาให้มาคลอดที่โรงพยาบาลมากขึ้น (มุสลินท์ โต๊ะกานิ และศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์, 2553)

5) ด้านภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ: พยาบาลสามารถนำนโยบายด้านการให้บริการผู้ใช้บริการที่มีความแตกต่างด้านวัฒนธรรมไปสู่การปฏิบัติงานในหน่วยงาน สามารถปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ใช้บริการ สามารถค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาการให้บริการแก่ผู้ใช้บริการที่มีความแตกต่างด้านวัฒนธรรมอย่างเหมาะสม สามารถตัดสินใจ เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการที่มีความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรมได้ สามารถบริหารจัดการกับปัญหาความหลากหลายทางวัฒนธรรมได้ มีความรอบรู้ในศาสตร์ทางการพยาบาลและเข้าใจในความแตกต่างด้านวัฒนธรรมของผู้ใช้บริการ สามารถวางแผนการปฏิบัติงานที่ตอบสนองความต้องการด้านวัฒนธรรมของผู้ใช้บริการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมได้ และสามารถกระตุ้นผู้ร่วมงานให้พร้อมรับผู้ใช้บริการที่มีความแตกต่างด้านวัฒนธรรมได้ (วีรนุช วิบูลย์พันธุ์,2552) บุคลากรทางการแพทย์ควรเข้าใจวาระสุดท้ายของผู้ป่วยมุสลิม ซึ่งความตายตามทรรศนะอิสลามไม่ใช่ความทุกข์ อิสลามถือว่าการตายคือการกลับไปสู่ความเมตตา ของพระผู้เป็นเจ้า ความตาย คือ การเปลี่ยนแปลงจากชีวิตที่ต้องพึ่งร่างกาย ไปสู่การมีชีวิตที่ไม่ต้องการร่างกาย จากชีวิตที่ต้องการสิ่งของต่างๆ ไปสู่ชีวิตที่ไม่ต้องการอะไรเลย เหมือนกับการเกิดสภาพใหม่ ที่พระผู้เป็นเจ้าได้วางไว้ (ยูซุฟ นิมะ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ , 2551) ดังนั้นในระยะเวลาสุดท้ายของชีวิต เสียงสุดท้ายที่ผู้ป่วยควรได้ยิน คือ เสียงสวดจากคัมภีร์ อัลกุรอาน ซึ่งทางโรงพยาบาลต้องมีการบริหารจัดการโดยการวางแผนการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับศาสนา อาจทำได้โดยการนำคัมภีร์อัลกุรอ่านและยาซีนหรือบทสวดมาวางไว้ให้หยิบได้ง่ายที่ตึกผู้ป่วยใน เพื่อญาติพี่น้องที่มาเยี่ยมจะได้สะดวกในการหยิบมาอ่านและขอพรให้กับผู้ป่วยเพราะการตายเป็นการเริ่มต้นที่ยิ่งใหญ่ของโลกหน้า และการที่ญาติผู้ป่วยต้องการให้ปฏิเสธการใช้เครื่องมือแพทย์ และการช่วยฟื้นคืนชีพเพื่อการจากไปอย่างสงบ เป็นสิ่งที่ต้องทำความเข้าใจระหว่างญาติและบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อนำมาซึ่งความสมานฉันท์ระหว่างวัฒนธรรมมากยิ่งขึ้น (พงค์เทพ สุธีรวุฒิ และยูซุฟ นิมะ, 2552)

6) ด้านกระบวนการพยาบาล: พยาบาลควรมีการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ใช้บริการ โดยครอบคลุม 4 ด้าน คือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการป้องกัน และด้านการฟื้นฟู ให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ใช้บริการ โดยปฏิบัติงานตามหลักของ การเอื้ออาทรที่เน้นการดูแลเป็นสำคัญ โดยคำนึงถึงความเท่าเทียมในความเป็นมนุษย์ สามารถวางแผนการพยาบาลทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาล และกลับไปอยู่บ้านได้สอดคล้องกับค่านิยม ความเชื่อทางวัฒนธรรมโดยสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ (วีรนุช วิบูลย์พันธุ์,2552) ปัญหาด้านสาธารณสุขส่วนหนึ่งเกิดจากผู้รับบริการมีความเชื่อทางศาสนาที่ไม่สอดคล้องกับการแพทย์สมัยใหม่ ดังนั้นในการจัดบริการสาธารณสุขต้องมีความ เข้าใจในศาสนาอิสลาม การจัดบริการที่สอดคล้องกับบริบทวิถีมุสลิม เช่น การกำหนดเวลาเยี่ยมให้สอดคล้องกับช่วงเวลาในการปฏิบัติศาสนกิจโดยกำหนด เวลาเยี่ยมเป็นเวลา 18.00 – 22.00 น. การคำนึงถึงวิถีชนบทในการเยี่ยมญาติ การสื่อสารด้วยภาษายาวีโดยการใช้ล่าม หรือทำคู่มือภาษามลายูท้องถิ่น สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นอกจากนี้ต้องมีความเข้าใจพื้น ฐานของความเป็นชุมชนและของความยากจน (ยูซุฟ นิมะ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2551)

7) ด้านจริยธรรม: พยาบาลควรให้เกียรติ และเคารพในความเชื่อด้านวัฒนธรรมของผู้ใช้บริการ โดยสามารถให้การพยาบาลผู้ใช้บริการทุกเชื้อชาติ ศาสนา และวัฒนธรรม โดยคำนึงถึงกฎระเบียบ และจรรยาบรรณวิชาชีพ ให้ข้อมูลแผนการรักษาโดยละเอียดคำนึงถึงผลดีและผลเสียของการพยาบาลหรือหัตถการนั้นๆ แก่ผู้ใช้บริการทุกเชื้อชาติศาสนาและวัฒนธรรม ปฏิบัติการพยาบาลโดยตระหนักถึงความเชื่อและวัฒนธรรมของผู้ใช้บริการ สามารถปกปิดข้อมูลความเชื่อของผู้ใช้บริการที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมได้ สามารถรักษาความปลอดภัยข้อมูล ความเชื่อของผู้ใช้บริการที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมได้ และให้บริการด้วยความยุติธรรมเท่าเทียมกันในทุกเชื้อชาติ ศาสนา และวัฒนธรรม (วีรนุช วิบูลย์พันธุ์, 2552) การปรับมุมมองของพยาบาลให้เป็นแนวคิดเชิงบวกเป็นสิ่งที่สำคัญ เนื่องจากการมีความคิดเชิงบวก เป็นวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดที่ดี หากพยาบาลมีความคิดเชิงบวก ทำให้สามารถปรับเปลี่ยนวิธีการดูแล ผู้รับบริการให้สอดคล้องกับบริบทตามวิถีชีวิตของคนมุสลิม และการดูแลผู้ป่วยทุกเพศทุกวัย ได้อย่างเข้าใจ เข้าถึง จะสามารถให้การดูแลแบบองค์รวมได้ (มุสลินท์ โต๊ะกานิ และศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์, 2553)

ความสำเร็จสูงสุดของการพยาบาลที่ดี คือการเข้าใจวัฒนธรรมของผู้รับบริการ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งผู้ป่วยมีความต่างทางวัฒนธรรมมากน้อยแตกต่างกันไป สิ่งที่ชัดเจน คือ ศาสนา เชื้อชาติ ภาษา ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อวัฒนธรรม ซึ่งพยาบาลจะต้องมีความเข้าใจเรื่องความเท่าเทียมกันในสังคมและเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ในทุกวัฒนธรรม สามารถให้บริการที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ใช้บริการ โดยพิจารณาทางเลือกต่างๆ ที่มีให้เหมาะสม สามารถสื่อสารกับผู้ใช้บริการที่ไม่ใช้ภาษาไทยได้ สามารถค้นหาแนวทางการแก้ปัญหาร่วมกับผู้ใช้บริการ โดยมีการปฏิบัติด้านกระบวนการพยาบาล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการป้องกัน ด้านการฟื้นฟูที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ใช้บริการ และที่สำคัญพยาบาลควรให้เกียรติ และเคารพในความเชื่อด้านวัฒนธรรมของผู้ใช้บริการ สามารถให้การพยาบาลผู้ใช้บริการทุกเชื้อชาติ ศาสนา และวัฒนธรรม โดยคำนึง กฎระเบียบ และจรรยาบรรณวิชาชีพได้ (วีรนุช วิบูลย์พันธุ์, 2552) ปัจจุบันสถานศึกษาทางการพยาบาลส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับบริบทของผู้ใช้บริการ โดยมีการพัฒนาผู้เรียนให้มีความรู้ทางวัฒนธรรม มีการจัดกิจกรรมการสอนที่เน้นการเรียนรู้ในเรื่องความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรม พัฒนานักศึกษาให้มีทัศนคติและตระหนักรู้ทางวัฒนธรรมเพื่อนำไปสู่การให้บริการทางด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับผู้ใช้บริการในทุกวัฒนธรรม (ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์ และประณีต ส่งวัฒนา, 2557)

สรุป

วัฒนธรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพ และโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคอ้วน การดูแลผู้ป่วยสูงอายุชาวมุสลิมในบทบาทของพยาบาล นอกจากให้การพยาบาลใน 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล การป้องกัน และการฟื้นฟูในโรคที่ผู้ป่วยเป็นแล้ว พยาบาลยังต้องมีความเข้าใจในเรื่องของความแตกต่างในด้านวัฒนธรรมของผู้ป่วยสูงอายุซึ่งถือเป็นความท้าทายในการพยาบาลผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิม ต้องมีความเข้าใจเรื่องความเท่าเทียมกันในสังคมและเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ในทุกวัฒนธรรม มีทักษะในการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีความแตกต่างด้านเชื้อชาติ วัฒนธรรม เพื่อหาแนวทางการรักษาโรคร่วมกับผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องตามวัฒนธรรมภายใต้บริบทของวิชาชีพได้

ข้อเสนอแนะ

ความเข้าใจทางด้านวัฒนธรรมเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมเป็นสิ่งที่สำคัญ ซึ่งมีอีกหลายประเด็นที่ไม่กล่าวถึง เช่น ประเพณี ความเชื่อและวัฒนธรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิม ที่มีความแตกต่างและส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ดังนั้นพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งเป็นผู้มีความรู้ และสามารถสื่อสารกับผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมได้ควรให้ความรู้ในรูปแบบเชิงรุก และคอยติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องมากขึ้น ทั้งผู้สูงอายุที่มีโรคและไม่มีโรคประจำตัว เพื่อเป็นการป้องกัน รักษา ส่งเสริม และฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมให้มีสุขภาพที่ดี และก่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในทางที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

รายการอ้างอิง

การียา ยือแร, สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง และเพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2553). การส่งเสริมการออกกำลังกายตามหลักศาสนาอิสลามในกลุ่มแม่บ้าน จังหวัดปัตตานี. **วารสาร AL-NUR บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยอิสลามยะลา, 5**(9), 83-96.

คณะอนุกรรมาธิการส่งเสริมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านมาตรฐานฮาลาล. (2557). **คู่มือฮาลาลเบื้องต้น สำหรับผู้ที่สนใจทั่วไป: ฮาลาลคืออะไร ทำอย่างไรให้ฮาลาล.** กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา.

จาตุรนต์ ตั้งสังวรธรรมะ, สายพิณ หัตถีรัตน์, และวัจนา ลีละพัฒนะ. (2553). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการใช้ยาในช่วงเดือนถือศีลอดของผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. **วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 17**(2), 70-86.

จิตรลดา นีละไพจิตร. (2540). **ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการบริโภคอาหารกับสัดส่วนของ ร่างกาย และระดับไขมันในเลือดของชายไทยมุสลิมระหว่าง เดือนถือศีลอดกับเดือนที่ไม่ได้ถือศีลอด: กรณีศึกษา พนักงานโรงงานยาสูบ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง. (2540). **พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ทวีทอง หงส์วิวัฒน์. (2547). **อาหารมุสลิม 114 ตำรับโอชะจากครัวไทยมุสลิม สายอินเดีย-ปากีสถาน มุสลิมปักษ์ใต้ มลายู-ชวา เปอร์เซีย-อาหรับ.** กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แสงแดด.

นรีมาลย์ นีละไพจิตร. (2545). **ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิม เขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

บุญเรือง ขาวนวล. (2551). **การจัดการตนเองของชุมชนเพื่อพัฒนาสุขภาพในชุมชนมุสลิม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปรียาภรณ์ สวัสดิ์ศรี. (2556). พฤติกรรมการรับประทานอาหารและการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดในช่วงเดือนรอมฎอนของผู้ป่วยชาวไทยมุสลิมที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลองครักษ์ จังหวัดนครนายก. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 24**(2), 60-73.

ปาณฑรา มีนะกนิษฐ. (2551). **ชาวไทยมุสลิม :วิถีชีวิตและโลกทัศนการพัฒนาคุณภาพชีวิต กรณีศึกษาชุมชนลำสนุน ตำบลคลองสอง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พงค์เทพ สุธีรวุฒิ และยูซุฟ นิมะ. (2552). **การจัดบริการสุขภาพตามวิถีมุสลิม 4 ช่วงวัย.** สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

มุสลินท์ โต๊ะกานิ และศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์. (2553). ความคิดเชิงบวกกับการดูแลผู้ป่วยตามวิถีมุสลิม. **วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 2**(3), 115-122.

มุหัมมัดดาวูด อับดุลลอฮฺ. (2553). **การถือศีลอดในทัศนะทางการแพทย์.** วันที่เข้าถึง 20 มิถุนายน 2557, จาก http://www.muslimthai.com/main/1428/content.php?category=36&id=14155.

ยูซุฟ นิมะ. (2552). **การบูรณาการองค์ความรู้บทบัญญัติศาสนาอิสลามกับการสร้างเสริมสุขภาพ: อาหารและโภชนาการ.** สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ (สวรส.ภาคใต้) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข.

ยูซุฟ นิมะ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. (2551). **การแพทย์และการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม.** สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

รัตติกาล เรืองฤทธิ์, พรทิพย์ มาลาธรรมและวรรณภา ประไพพานิช. (2555). การรับรู้เกี่ยวกับการถือศีลอดและพฤติกรรมการดูแลตนเองของชาวไทยมุสลิมที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ถือศีลอดในเดือนรอมฎอน. **รามาธิบดีพยาบาลสาร, 18**(2), 207-222.

วรรณา งามประเสริฐ. (2553). **ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการออกกำลังกายของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่เป็นโรคเบาหวานในชุมชน กรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วินัย ดะห์ลัน. (2550). ถือศีลอดแบบมุสลิมเสริมสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด. **วารสารโภชนาการ, 42**(3), 36-40.

วิโรจน์ คงสุวรรณ, วินีกาญจน์ คงสุวรรณ และศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์. (2552). **ความเชื่อและประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพของมารดาไทยมุสลิมหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง (Ceasarean Section) ในโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์.** รายงานวิจัย. นราธิวาส: โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์.

วีรนุช วิบูลย์พันธุ์. (2552). สมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน. **วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 21**(3), 29-43.

ศศิกาญจน์ สกุลปัญญวัฒน์. (2557). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม กรณีศึกษา ตำบลองครักษ์ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก. **วารสารพยาบาลทหารบก, 15**(3), 353-360.

ศิรินันท์ ตรีมงคลทิพย์ และอรทัย สารกุล. (2548). **วัฒนธรรมการบริโภคอาหารของชาวไทยมุสลิม : มุมมองด้านสุขภาพ.** ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.

ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์ และประณีต ส่งวัฒนา. (2557).วิธีการสอนเพื่อส่งเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีของ แคมพินฮา-บาโคท. **วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 6**(1), 146-157.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2556). **การศึกษาเพื่อเตรียมการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 ประชากรฐานและข้อมูลสมมุติ.** กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์เดือนตุลา.

สถาบันส่งเสริมการศึกษาและวิจัยเกี่ยวกับอิสลาม. (2551). **อิสลามกับการแพทย์ที่ไม่พึ่งยา.** กรุงเทพฯ: 14 พับลิเคชั่น.

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2555). **รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2553.** กรุงเทพฯ: บริษัท ที คิว พี จำกัด.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2553). **การสาธารสุขไทย 2551-2553.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

อบูมุสลิมีน. (2552). **สุขภาพกับการถือศีลอดในเดือนรอมฎอน.** วันที่เข้าถึง 20 มิถุนายน 2557, จาก http//www.sunnahstudent.com/forum/index.php?topic=5014.0.

อิสเรส อาบู. (2549). **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมในตำบลกะมิยอ อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา.

Compinha-Bacote. (2001). A model of practice to address cultural competence in rehabilitation nursing. **Rehabilitation Nursing, 26**(1), 8-13.

De Feo, P., Di Loreto, C., Ranchelli, A., Fatone, C., Gambelunghe, G., Lucidi, P., et al. (2006). Exercise and diabetes. **ACTA BIOMED, 77**(1), 14-17.

Douki, S. Ben Zineb S, Nacef F & U. Halbreich U. (2007). Women's mental health in the Muslim world: Cultural, religious, and social issues. **Journal of Affective Disorders, 102**, 177–189.

Kettani, H. (2010). 2010 World Muslim Population. **Proceedings of the 8th Hawaii International Conference on Arts and Humanities,** Honolulu, Hawaii.

Majid, N.H.A., Hamidi, M.H. & Denan, Z. (2013). Cultural Sustainability and Islamic Perspectives in Introducing a Cohesive Retirement Village for Muslims. **Procedia - Social and Behavioral Sciences, 85**, 164 – 178.