

รูปแบบการมีส่วนร่วมของมัสยิดในการส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดปัตตานี
Masjid Participation Model for Health Promotion of Pattani Province


ภัทรavnันต์ ร่มแก้ว
Phatwanan Romkaew

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Science in Health System Management
Prince of Songkla University
2559
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ รูปแบบการมีส่วนร่วมของมัสยิดในการส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดปัตตานี
 ผู้เขียน นางสาวภัทรนันท์ ร่มแก้ว
 สาขาวิชา การจัดการระบบสุขภาพ


อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

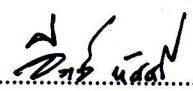
คณะกรรมการสอบ



 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรีสมภาพ จิตรภิรมย์ศรี)


ประธานกรรมการ
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงศ์เทพ สุธีรรุฒิ)


กรรมการ
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรีสมภาพ จิตรภิรมย์ศรี)

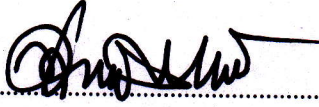

กรรมการ
 (รองศาสตราจารย์ ดร.จิรเนาว์ ทศศิริ)



กรรมการ
 (เภสัชกรหญิงนางนิตย จงจิระศิริ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็น
 ส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบ
 สุขภาพ


.....
 (รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระพล ศรีชนะ)
 คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรีสมภพ จิตรภิมมย์ศรี)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....
(นางสาวภัทรนันท์ ร่มแก้ว)
นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....
(นางสาวภัทรนันท์ ร่มแก้ว)
นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	รูปแบบการมีส่วนร่วมของมัสยิดในการส่งเสริมสุขภาพจังหวัดปัตตานี
ผู้เขียน	นางสาวภัทรวรรณรัตน์ รมแก้ว
สาขาวิชา	การจัดการระบบสุขภาพ
ปีการศึกษา	2558

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานพัฒนามัสยิดส่งเสริมสุขภาพ และศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของมัสยิดในการส่งเสริมสุขภาพจังหวัดปัตตานี เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยใช้วิธีผสมผสาน (Mixed method) และเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยวิเคราะห์รายงาน สถานการณ์การดำเนินงานพัฒนามัสยิดส่งเสริมสุขภาพของจังหวัดปัตตานี จากมัสยิดทั้งหมด 650 แห่ง เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการทำสนทนากลุ่ม (Focus Group) รูปแบบการมีส่วนร่วมของมัสยิดในการส่งเสริมสุขภาพจังหวัดปัตตานี ในตัวแทนคณะกรรมการมัสยิดที่ผ่านเกณฑ์ประเมินศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพระดับดีมากและมัสยิดที่เป็นศูนย์เรียนรู้ระบบสุขภาพตามวิถีชุมชน จำนวน 15 คน และ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งภาครัฐและเอกชน จำนวน 20 คน

ผลการศึกษา พบว่า การมีส่วนร่วมตามกรอบดำเนินงานกฎบัตรรอตตาวา 5 ประการดังนี้ 1) การมีส่วนร่วมในการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ คือ การจัดมัสยิดให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ประชาชนทั่วไปที่เข้ามาจะต้องไม่สูบบุหรี่ ผู้นำศาสนา (โต๊ะอิหม่าม คอเต็บ บิหลั่น กรรมการมัสยิดเป็นต้นแบบของการไม่สูบบุหรี่ 2) การมีส่วนร่วมในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพคือมัสยิดปรับปรุงด้านสิ่งแวดล้อมและระบบสาธารณสุขปโภค ตามหลักสุขภาพ 3) การมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง เช่นการจัดกิจกรรมตามขนบธรรมเนียมประเพณี กิจกรรมที่เสริมสร้างความรัก ความสามัคคี และมีการสร้างเครือข่ายของการสร้างความสามัคคีในหมู่คณะโดยสร้างการมีส่วนร่วมระดับชุมชนให้มีส่วนร่วมรับผิดชอบ และกระตุ้นให้ตัวแทนจากทุกส่วนในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง 4) การมีส่วนร่วมในการการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล มัสยิดมีการให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยสิ่งแวดล้อม จัดกิจกรรมด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาที่พบในพื้นที่ โต๊ะอิหม่าม คอเต็บ บิหลั่น กรรมการมัสยิดเป็นแบบอย่างเรื่องการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย 5) การมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ สร้างความตระหนักให้กับประชาชนในเรื่องการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน โดยเน้นการป้องกันส่งเสริมมากกว่าการแก้ไขรักษา มัสยิดเป็นศูนย์เรียนรู้ด้านสุขภาพตามวิถีชุมชน เพื่อปลูกจิตสำนึกความรับผิดชอบต่อตนเอง

รูปแบบการมีส่วนร่วมของมัสยิดในการส่งเสริมสุขภาพ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นได้ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมที่ก่อให้เกิดการมีสุขภาพที่ดี

คำสำคัญ: รูปแบบการมีส่วนร่วม, การส่งเสริมสุขภาพ, มัสยิด

Thesis Title	Masjid Participation Model for Health Promotion of Pattani Province
Author	Miss Phatwanan Romkaew
Major Program	Health System Management
Academic Year	2015

Abstract

This descriptive research aimed to study The objective was to study the situation of development of health promoting masjid and Masjid participation model for health promotion of Pattani Province. The study used mixed method comprising quantitative by analyzing reports from 650 developing Masjids for health promotion in Pattani Province which were studied qualitative data collection by focus group discussion with 15 representatives of Masjid committees from those Masjids and folkway health education Masjids who had passed the religious health promotion standard with excellent level, as well as 20 persons who were stakeholders from government and private agencies.

The study was conducted following the 5 major strategies of the Ottawa charter for health promotion as follows: 1) community participation in healthy public policy such as setting up smoke free Masjids; 2) creating supportive environment such as improving sanitation in Masjids; 3) strengthening community actions such as arranging cultural activities to support team harmony at community level, and encouraging representatives of every part to the community to attend the activities continually; 4) developing personal skills such by educating villagers on environmental health, arranging health activities related to local health problems, and presenting personal health care education to villagers by religious leaders;, and 5) reorienting health services such as encouraging villagers to be aware that everyone is responsible for personal health, emphasizing prevention more than treatment. The Masjid was set as a folkway health education center in maternal and child health, chronic infectious diseases, hajj, tobacco and krathom use, convincing people to stop risk behaviors, as well as creating activities for health promotion with community participation

The Masjid participation model for health promotion. can be applied in other areas. to remedy problems in accordance with the way of life and culture and to contribute to good personal and community

Keywords: participation model, health promotion, Masjid

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรีสมภพ จิตรภิมย์ศรี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาเสียสละเวลา ถ่ายทอดความรู้ คำปรึกษาและชี้แนะแนวทางอันเป็นประโยชน์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงศ์เทพ สุธีรวิทย์ ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.จิระเนาว์ ทศศรี และเภสัชกรหญิงนงนิตย์ จงจิระศิริ กรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้ข้อคิดเห็นและชี้แนะแนวทางการแก้ไขเนื้อหาวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีเนื้อหา ที่สอดคล้องและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ให้ความรู้อันเป็นประโยชน์ ในการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณ คุณวรรณิ ชัยรัตนมโนกร คุณอดิศักดิ์ หวันประรัตน์ และบุคลากรใน กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพจิต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี ที่คอยให้กำลังใจ ให้ คำแนะนำ รักและเอ็นดูน้องคนนี้ด้วยดีเสมอมา ทั้งยังอำนวยความสะดวกในการทำวิจัยครั้งนี้

กราบขอบคุณ คุณแม่สมจิตร ร่มแก้ว ผู้ซึ่งเห็นความสำคัญของการศึกษา พี่สาวและ น้องชายที่เป็นกำลังใจและส่งเสริมสนับสนุนด้วยดีมาโดยตลอด ทำให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่นในการเรียน จนประสบผลสำเร็จ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ของสถาบันการจัดการระบบสุขภาพ รวมถึงเพื่อน พี่ และน้อง ทุกท่านที่คอยช่วยเหลือและเป็นกำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจนำไปใช้ต่อไป

ภัทรวันต์ ร่มแก้ว

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(6)
กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(10)
รายการภาพประกอบ.....	(11)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
คำถามการวิจัย.....	3
ขอบเขตการวิจัย.....	4
ความสำคัญและประโยชน์ของการวิจัย.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	4
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ.....	7
แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน.....	10
แนวคิดเกี่ยวกับมัสยิด.....	13
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	18
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	23
แหล่งข้อมูล.....	23
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	23
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	24
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	26
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	26

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการศึกษา.....	27
สถานการณ์การดำเนินงานพัฒนามัธยมศึกษาส่งเสริมสุขภาพของจังหวัดปัตตานี.....	27
รูปแบบการมีส่วนร่วมของมัธยมในการส่งเสริมสุขภาพจังหวัดปัตตานี	39
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	50
สรุปผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	50
ข้อเสนอแนะ.....	53
บรรณานุกรม.....	55
ภาคผนวก.....	59
ก แบบประเมินศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพ.....	60
ข รายชื่อมัธยมที่ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากและมัธยมที่เป็นศูนย์เรียนรู้ระบบสุขภาพ.....	69
ค แนวทางการสนทนากลุ่ม.....	70
ง กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออกดดาวา 5 ประการ.....	71
จ ทูทางสังคมของพื้นที่เป้าหมาย.....	72
ฉ ร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมของมัธยมศึกษาส่งเสริมสุขภาพจังหวัดปัตตานี.....	77
ช แบบพิทักษ์สิทธิ์ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา.....	79
ประวัติผู้เขียน.....	80

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของผลการประเมินมัสยิตส่งเสริมสุขภาพจังหวัดปัตตานีในภาพรวมและจำแนกเป็นระดับตามเกณฑ์การประเมิน.....	27
2	จำนวนและร้อยละ ของมัสยิตที่ผ่านเกณฑ์และไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (รายชื่อ) ตามแบบประเมินมัสยิตส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดปัตตานี.....	28
3	ร้อยละของ เกณฑ์มัสยิตส่งเสริมสุขภาพ ข้อที่ผ่านน้อยและเป็นประเด็นที่สำคัญ จัดกลุ่มตามแบบประเมินมัสยิตส่งเสริมสุขภาพจังหวัดปัตตานี.....	35
4	รูปแบบการมีส่วนร่วมของมัสยิตในการส่งเสริมสุขภาพ.....	40
5	ข้อสรุปรูปแบบการมีส่วนร่วมของมัสยิตในการส่งเสริมสุขภาพ.....	43

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	6
2	รูปแบบการมีส่วนร่วมของมัชยิตในการส่งเสริมสุขภาพ.....	39

บทที่ 1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการพัฒนาประเทศที่ผ่านมา มุ่งเน้นในเรื่องการพัฒนาการเมือง อุตสาหกรรม รวมถึงกระแสโลกาภิวัตน์ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในหลายๆ ส่วนของสังคมไม่ว่าจะเป็นระบบ โครงสร้างครอบครัว ชุมชน วิถีชีวิต และค่านิยมของบุคคล ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและ สิ่งแวดล้อม เป็นผลให้เกิดปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเกิดการเสื่อมโทรมของสุขภาพ ซึ่งนำไปสู่การเกิดปัญหาโรคเรื้อรังและอุบัติเหตุเพิ่มขึ้น โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนมีแนวโน้มลดลง ส่วนโรคที่เกิดจากพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมทางสังคมกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดปัญหาด้าน สาธารณสุขตามมามากมาย

จากการสำรวจชาวมุสลิมที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ใน 5 ภาคใต้ตอนบน และภาค ใต้ตอนล่าง โดยมีการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 14,605 คน พบว่าการเจ็บป่วยของชาวมุสลิมมีลักษณะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่คล้ายคลึงกันสาเหตุอันดับแรกคือ โรคความดันโลหิต สูง รองลงมาคือ โรคกระดูกและข้อ และโรคเบาหวาน และจากการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคพบว่า ส่วนใหญ่ชาวมุสลิมเป็นโรคความดัน โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และหลอดเลือดตีบตันในส่วนของ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของคนในครอบครัวนั้นพบว่าครัวเรือนมุสลิมในภาคใต้ตอนบนและตอนล่าง มีผู้ สูบบุหรี่ถึงร้อยละ 60.62 และ 60.33 ตามลำดับ นอกจากนี้ผลการศึกษายังแสดงให้เห็นว่าประชาชน ชาวมุสลิมในทุกภาคได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการปฏิบัติเบื้องต้นเมื่อเกิด การเจ็บป่วยเป็นอย่างดี (ศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติ และคณะ 2549)

งานวิจัยเรื่อง “สถานภาพทางสุขภาพของมุสลิมไทย” มุ่งเน้นศึกษาสถานภาพทาง สุขภาพของชาวไทยมุสลิม โดยใช้ฐานข้อมูลดัชนีชี้วัดสุขภาพที่มีเผยแพร่ล่าสุดเป็นรายจังหวัด ใน พ.ศ. 2549 จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และฐานข้อมูล ประชากรมุสลิมจากสำมะโนประชากรมุสลิม พ.ศ. 2543 ผลการศึกษาพบว่าประชากรชาวไทยมุสลิม มีอัตราการเกิด และตายต่ำกว่าประชากรที่ไม่ใช่ชาวไทยมุสลิมในทุกพื้นที่ ยกเว้นในเขต 3 จังหวัด ชายแดนภาคใต้ ได้แก่ ปัตตานี ยะลาและ นราธิวาสซึ่งอัตราการเกิดของชาวไทยมุสลิมสูงกว่าอัตรา การเกิดของประชากรที่ไม่ใช่ชาวไทยมุสลิมอย่างเห็นได้ชัด อย่างไรก็ตามอัตราการตายของชาวไทย มุสลิมในพื้นที่เดียวกันสูงกว่าอัตราการตายของประชากรที่ไม่ใช่ชาวไทยมุสลิมเพียงเล็กน้อยเท่านั้น นอกจากนี้อัตราการตายของมารดาชาวไทยมุสลิมในภาพรวมสูงกว่ามารดาที่ไม่ใช่ชาวไทยมุสลิม อย่างมาก และสูงกว่าอย่างชัดเจนในภาคใต้ อย่างไรก็ตาม ในภาคอื่นๆมารดาชาวไทยมุสลิมมีอัตรา การตายในระดับต่ำ สำหรับอัตราการตายของทารกชาวไทยมุสลิมนั้น ในภาพรวมมีอัตราต่ำกว่าทารก ที่ไม่ใช่ชาวไทยมุสลิมเล็กน้อยทารกชาวไทยมุสลิมและไม่ใช่ชาวไทยมุสลิมมีอัตราการตายสูงที่สุดอีกทั้ง ทารกที่ไม่ใช่ชาวไทยมุสลิมมีอัตราการตายสูงกว่าทารกที่เป็นชาวไทยมุสลิมอย่างชัดเจนในเขต 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ (แผนงานสร้างเสริมสุขภาพมุสลิมไทย 2549)

จังหวัดปัตตานี เป็นหนึ่งในจังหวัดชายแดนภาคใต้มีจำนวนประชากร 667,351คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี 2555) เพศชาย 329,605 คน คิดเป็นร้อยละ 49.39 เพศหญิง 337,746 คนคิดเป็นร้อยละ 50.61 ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 87.25 ศาสนาพุทธร้อยละ 12.72 และศาสนาอื่นๆ ร้อยละ 0.03 ซึ่งเป็นสังคมพหุวัฒนธรรม ประชาชนจึงมีรูปแบบการดำเนินชีวิตที่บ่งบอกถึงความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรม ที่เป็นไปตามหลักคิดของศาสนาอิสลาม รวมถึงวัฒนธรรม ประเพณีท้องถิ่น ที่ประชาชนส่วนใหญ่ยึดถือปฏิบัติ โดยคงไว้ซึ่งความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะของท้องถิ่นที่มีความเรียบง่าย ในรูปของสังคมที่ยังคงความเป็นเครือญาติค่อนข้างสูง ยึดถือผู้นำศาสนาเป็นสำคัญ มีมัสยิดเป็นศูนย์รวมจิตใจของชุมชน และมีบทบาทที่สำคัญยิ่งต่อชุมชนมุสลิมทั้งด้านศาสนา การศึกษา สังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และการเมือง อย่างไรก็ตามแม้ว่ารูปแบบการดำเนินชีวิตของประชาชนในพื้นที่นี้จะมีความเรียบง่าย และใช้หลักการศาสนาที่สอดคล้องกับหลักปฏิบัติในวิถีชีวิต แต่พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมยังคงอยู่ในระดับต่ำ เมื่อเปรียบเทียบกับภูมิภาคอื่น ๆ ของประเทศ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี 2556) สถานะสุขภาพของประชาชนในจังหวัดปัตตานี สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอก พบว่า อัตราผู้ป่วยนอก 10 อันดับแรก ยังเป็นกลุ่มเดียวกันคือโรคระบบทางเดินหายใจ ตั้งแต่ปี 2553-2555 สำหรับปี 2555 กลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญ 3 อันดับแรก พบว่า ผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจยังมีอัตราป่วยสูงที่สุดเท่ากับ 50,803.84 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ โรคระบบย่อยอาหาร อัตราป่วยเท่ากับ 33,908.99 ต่อประชากรแสนคน และโรคอาการและอาการแสดง อัตราป่วยเท่ากับ 32,616.27 ต่อประชากรแสนคน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี 2556) จะเห็นได้ว่าปัญหาสุขภาพของประชาชนจังหวัดปัตตานี เรื่องพฤติกรรมสุขภาพ เป็นเรื่องที่สำคัญ ซึ่งหมายรวมทั้ง ความรู้ความตระหนัก และเจตคติต่อการดูแลสุขภาพตนเอง และครอบครัว ส่วนหนึ่งมาจากเศรษฐกิจของประชาชน มุ่งเรื่องปากท้องเป็นหลัก รายได้ต่อหัวต่อปี 57,621 บาท เป็นลำดับที่ 11 ของภาคใต้และคุณภาพการศึกษาอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำ เมื่อเปรียบเทียบกับภูมิภาคอื่นๆ และมีผู้ไม่ได้รับการศึกษาอีก ร้อยละ 15.1 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี 2554) ในส่วนของระบบบริการสุขภาพ การทำงานเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีข้อจำกัดในเรื่องของความปลอดภัยจากเหตุการณ์ความไม่สงบ ทำให้ไม่สามารถให้บริการสุขภาพ การคัดกรองในพื้นที่ได้ การดำเนินงานแก้ปัญหาสุขภาพที่ผ่านมา พบว่ายังไม่ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้

กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายเร่งจัดระบบการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคประชาชนในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนใต้ ให้ทัดเทียมกับพื้นที่อื่นๆ โดยใช้ศาสนานำการพัฒนา และแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต และวัฒนธรรม ของประชาชนเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์ที่สำคัญ ในการแก้ไขปัญหาค่าความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ 2557) ซึ่งมีมัสยิดเป็นศูนย์รวมด้านวิถีชีวิตของชุมชนไทยมุสลิม และตั้งเป้าหมายดำเนินการให้เป็นต้นแบบของมัสยิดส่งเสริมสุขภาพ การดำเนินการจะพัฒนาทั้งด้านโครงสร้าง ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และการส่งเสริมสุขภาพ โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจบริหารจัดการ เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาความต้องการของพื้นที่มากที่สุด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี ได้ตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ดังกล่าว จากผลการดำเนินงานพัฒนาศาสนสถานจังหวัดปัตตานี จนถึงปัจจุบัน มีมัสยิดจำนวน 650 แห่ง พบว่ามีมัสยิด

ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 588 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 90.05 แบ่งเป็น ระดับพื้นฐาน จำนวน 387 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 59.50 ระดับดี จำนวน 186 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 28.60 และระดับดีมาก จำนวน 15 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 2.30 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี 2557) มัสยิดส่วนใหญ่ยังคงมีปัญหาด้านโครงสร้าง ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และการส่งเสริมสุขภาพ จากปัญหาดังกล่าวจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนามัสยิดเนื่องจากเป็นสถานที่ที่เป็นศูนย์กลางการบริหารจัดการชุมชน ที่นอกจากจะเป็นสถานที่ปฏิบัติศาสนกิจตามที่คนทั่วไปเข้าใจแล้ว ยังเป็นศูนย์กลางการพัฒนาและส่งเสริมกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนด้วย นับว่าเป็นสถานที่ที่มีความสำคัญต่อชุมชน และมีความเกี่ยวพันกันจนไม่สามารถแยกออกได้ เป็นพื้นฐานสำคัญของมุมมองสุขภาพ ด้านสังคมและนิเวศวิทยา (สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี 2556) จากแนวคิดดังกล่าว การพัฒนามัสยิดเพื่อเป็นมัสยิดส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิผลและทำให้ชุมชนรู้สึกเป็นเจ้าของ สามารถควบคุมการดำเนินการต่างๆ และสามารถกำหนดอนาคตของตนเองได้ มีความสอดคล้องกับกระแสการส่งเสริมสุขภาพ แนวใหม่ตามหลักการของ Ottawa Charter 5 ประการ คือ 1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 3) การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง 4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และ 5) การปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ โดยการส่งเสริมวิถีการดำเนินชีวิตที่ก่อให้เกิดการมีสุขภาพที่ดี และการดำเนินงานในชุมชนเพื่อสุขภาพ ซึ่งแนวโน้มการส่งเสริมสุขภาพในอนาคตของประเทศไทย ที่ปรับบทบาทภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข จากเดิมที่เป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพไปเป็นผู้กำกับดูแลระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีแนวใหม่ ทำให้การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพไม่ได้อยู่ภายใต้การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขเพียงเท่านั้น แต่การส่งเสริมสุขภาพจะต้องร่วมมือกันทุกหน่วยงาน ทั้งองค์กรภาครัฐและเอกชน เปิดโอกาสให้ภาคประชาสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดระบบสุขภาพของชุมชนและท้องถิ่นในรูปแบบภาคี

ดังนั้นผู้วิจัย จึงสนใจที่จะศึกษา รูปแบบการมีส่วนร่วมของมัสยิดในการส่งเสริมสุขภาพโดยจะกล่าวถึงมัสยิดที่มีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพของชาวมุสลิม ซึ่งประชาชนได้อาศัยเป็นแหล่งอบรมทางจิตใจ แหล่งการศึกษาหาความรู้ให้การอบรมลูกหลานมาเป็นเวลาช้านาน มัสยิดจึงเป็นตัวแทนสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านบทบาทการบริหารของคณะกรรมการมัสยิด และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานพัฒนามัสยิดส่งเสริมสุขภาพของจังหวัดปัตตานี
2. เพื่อศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของมัสยิดในการส่งเสริมสุขภาพจังหวัดปัตตานี

คำถามการวิจัย

1. สถานการณ์การดำเนินงานพัฒนามัสยิดส่งเสริมสุขภาพของจังหวัดปัตตานี เป็นอย่างไร
2. รูปแบบการมีส่วนร่วมของมัสยิด ในการส่งเสริมสุขภาพของจังหวัดปัตตานี เป็นอย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านพื้นที่

ขอบเขตที่ศึกษาได้แก่ มัสยิดที่ผ่านเกณฑ์ประเมินศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพพระบดีดี มากและมัสยิดที่เป็นศูนย์เรียนรู้ระบบสุขภาพตามวิถีชุมชน จำนวน 15 แห่ง

ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิเคราะห์ข้อมูลจากระบบรายงานโปรแกรมการประเมินมาตรฐานมัสยิดส่งเสริมสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 12 ของจังหวัดปัตตานี ตามเกณฑ์ประเมินมาตรฐานศาสนสถาน (วัด, มัสยิด, ปอเนาะ) ส่งเสริมสุขภาพ ศึกษาทุนทางสังคมของพื้นที่เป้าหมาย และรูปแบบการมีส่วนร่วมของมัสยิดในการส่งเสริมสุขภาพตามกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออกตรา 5 ประการ คือ 1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 3) การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง 4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล 5) การปรับเปลี่ยนบริการด้านสุขภาพ

ขอบเขตด้านประชากร

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาได้แก่ คณะกรรมการมัสยิดที่ผ่านเกณฑ์ ประเมินศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพพระบดีดีมากและมัสยิดที่เป็นศูนย์เรียนรู้ระบบสุขภาพตามวิถีชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งภาครัฐและเอกชน

ความสำคัญและประโยชน์ของการวิจัย

1. มัสยิดผ่านเกณฑ์มัสยิดส่งเสริมสุขภาพพระบดีดีมากและยกระดับเป็นศูนย์เรียนรู้ระบบสุขภาพตามวิถีชุมชนเพิ่มขึ้น
2. รูปแบบการมีส่วนร่วมของมัสยิดในการส่งเสริมสุขภาพสามารถให้ผู้ที่เกี่ยวข้องนำไปประยุกต์ใช้พัฒนาในพื้นที่อื่นๆได้
3. มัสยิดมีนโยบายสาธารณะและมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ซึ่งสามารถขยายไปสู่ชุมชนได้

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การมีส่วนร่วมของมัสยิด หมายถึง กระบวนการที่คณะกรรมการมัสยิดเข้ามาร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ ตัดสินใจเลือก และกำหนดรูปแบบการมีส่วนร่วม
2. การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพ 5 ประการ ได้แก่
 - 1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หมายถึง มัสยิดมีข้อตกลงร่วมกันในการที่จะปฏิบัติเพื่อให้ทุกคนในชุมชนมีสุขภาพดี การจัดระเบียบสังคมเพื่อหลีกเลี่ยงอบายมุขต่างๆ ที่จะนำไปสู่การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ หมายถึง มัศจรรย์มีการลดปัจจัยเสี่ยงโดยการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมทั้งด้านกายภาพ สังคม และสร้างปัจจัยสนับสนุนที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพดีของประชาชน

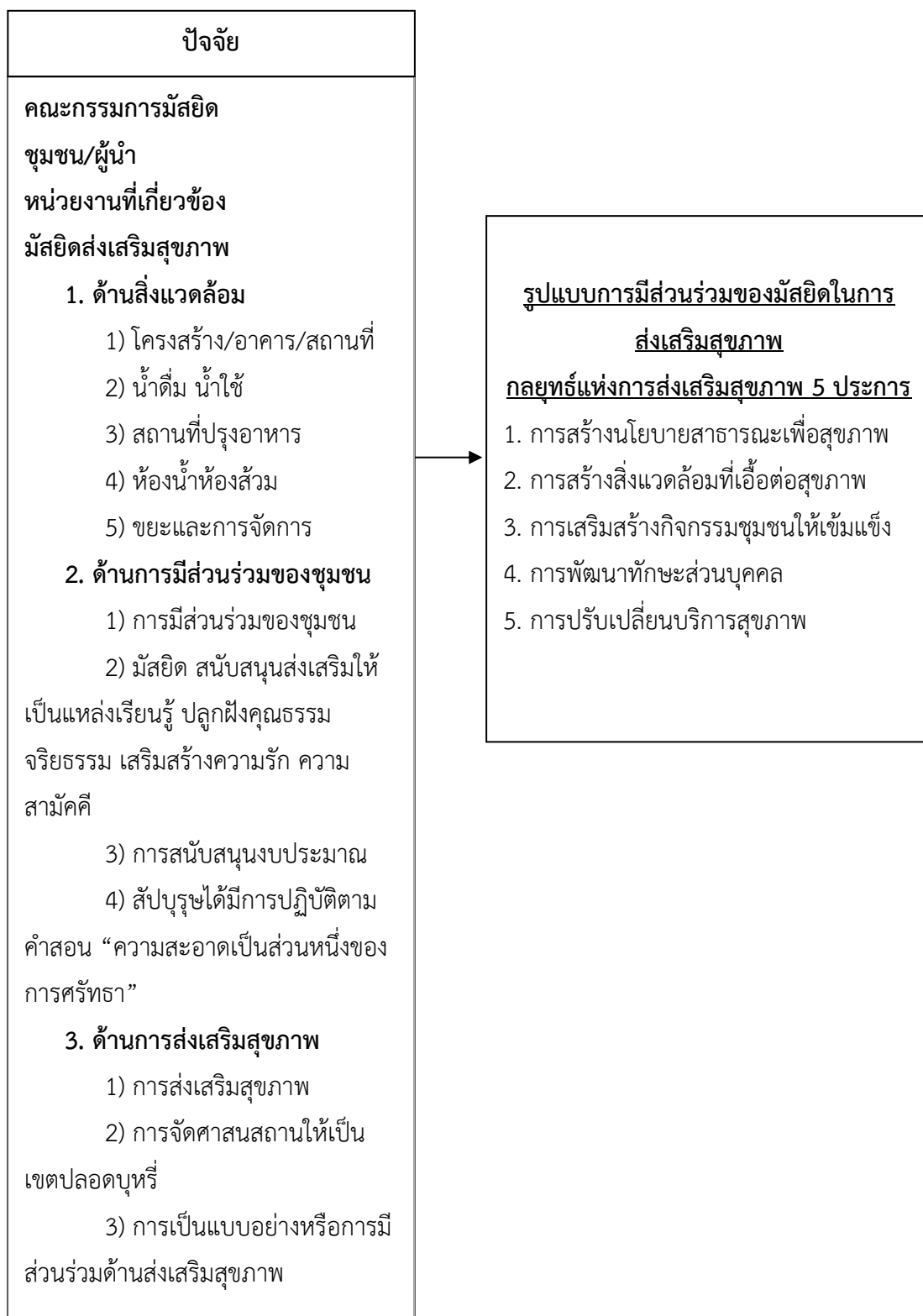
3) การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง หมายถึง มัศจรรย์กำหนดกิจกรรมส่งเสริมให้สมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาเกิดความรู้สึกรัก เป็นเจ้าของ และ ความร่วมมือในการพัฒนามัศจรรย์ ชุมชน

4) มีส่วนร่วมในการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล หมายถึง การที่คณะกรรมการมัศจรรย์ ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเพื่อให้ความรู้ตระหนัก และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เช่น พฤติกรรมการบริโภค การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย โดยมุ่งสู่พฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

5) มีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ หมายถึง มัศจรรย์/ชุมชนพึ่งตนเอง ในการส่งเสริมสุขภาพตนเองและป้องกันโรค บริการด้านสุขภาพเน้นการป้องกัน ส่งเสริมมากกว่าการแก้ไข รักษา ปฏิบัติงานที่ความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเอง และสิ่งแวดล้อม กระตุ้นให้สมาชิกในองค์กร ชุมชนละเลิกพฤติกรรมเสี่ยง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาเรื่องรูปแบบการมีส่วนร่วมของมัศจรรย์ ในการส่งเสริมสุขภาพจังหวัดปัตตานี ได้นำแนวคิด ทฤษฎี และผลการศึกษาวิจัยมาเป็นแนวทางในการศึกษา ปัจจัยประกอบด้วย คณะกรรมการมัศจรรย์ ชุมชน/ผู้นำ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และมัศจรรย์ส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 1) ด้านสิ่งแวดล้อม 2) ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน 3) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และรูปแบบการมีส่วนร่วมของมัศจรรย์ในการส่งเสริมสุขภาพตามกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรรอตตาวา 5 ประการ คือ 1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 3) การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง 4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล 5) การปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ (รูปภาพที่ 1)



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยครอบคลุมประเด็นหัวข้อ
ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ
2. แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน
3. แนวคิดเกี่ยวกับมัชยิด
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

การมุ่งเน้นเพียงการรักษาพยาบาล และการป้องกันโรคติดต่อเหมือนในอดีต ไม่ทำให้ปัญหาสุขภาพลดลง หลายประเทศได้มีการปรับเปลี่ยนแนวคิดการแก้ปัญหาสุขภาพ จาก “ซ่อมแซมรักษา” มาสู่ “การป้องกันส่งเสริมสุขภาพ” แนวคิดนี้เกิดขึ้นจากองค์การอนามัยโลกเป็นแกนนำ การหาแนวทางใหม่เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ โดยการจัดประชุมนานาชาติที่กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา ทำให้ได้ข้อสรุปแนวทางใหม่ในการแก้ปัญหาสุขภาพ และพัฒนาสุขภาพของประชาชน แนวทางนั้นคือ “การสาธารณสุขแนวใหม่” (New public health) โดยใช้แนวคิด “การส่งเสริมสุขภาพ” (Health promotion)

1. ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (WHO 1986 อ้างถึงในพิสมัย จันทวิมล 2541:57) ให้คำจำกัดความว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการเพิ่มความสามารถของคนในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง ในการที่จะบรรลุสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม ปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มคนจะต้องมีความสามารถที่จะบ่งบอกและตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเอง ที่จะตอบสนองความต้องการต่าง ๆ ของตนเองและสามารถที่จะปรับเปลี่ยนหรือปรับตนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม

ประเวศ วะสี (2541:15) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพ เป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญที่สุดในการปฏิรูประบบสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยวิธีการที่สังคมมีจิตสำนึกหรือจินตนาการใหม่ในเรื่องสุขภาพและเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน โรงเรียน สถานที่ทำงาน ระบบบริการสังคม สื่อมวลชน ตลอดจนนโยบาย อาจเรียกกระบวนการนี้ว่า การส่งเสริมสุขภาพสำหรับคนทั้งหมด (Health Promotion for All) คนทั้งหมดส่งเสริมสุขภาพ (All for Health Promotion) หรือคนทั้งหมดมีสุขภาพดี (Good Health for All)

สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ (2545) ได้ทบทวนหลักการ และแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพจากการประชุมระดับนานาชาติ 4 ครั้ง และให้ความหมายของ “การส่งเสริมสุขภาพ” ว่าเป็นกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง

เพนเดอร์ (Pender 1996) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) หมายถึง กิจกรรมต่างๆ ที่ยกระดับ และเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพของบุคคลให้มีสุขภาพดี (well-being) และมีผลกระทบต่อตรงต่อการเพิ่มระดับความผาสุก เพื่อนำไปสู่สุขภาพดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม (Healthy People) เน้นพฤติกรรมของบุคคลที่ปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพดี

จากคำกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า การส่งเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมพัฒนาตนเองให้มีสุขภาพที่ดี ทั้งกาย ใจ สังคม ในรูปแบบกิจกรรมต่างๆ ที่ยกระดับและเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพ เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน

ตามทื่องค์การอนามัยโลกได้จัดการประชุมนานาชาติ ว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาพครั้งที่ 1 ณ กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา ปี พ.ศ. 2529 ซึ่งที่ประชุมได้ประกาศ “กฎบัตรออตตาวา” สาระสำคัญประกอบด้วย กลยุทธ์และกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพไว้ดังนี้ (พิสมัย จันทวิมล 2541)

กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพ 3 ประการ คือ

1. การขึ้นำด้านสุขภาพ (Advocacy) สุขภาพดีเป็นทรัพยากรที่สำคัญประการหนึ่งของการพัฒนาทางเศรษฐกิจ สังคม และส่วนบุคคล รวมทั้งเป็นมิติที่สำคัญประการหนึ่งของคุณภาพชีวิต ทั้งทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม พฤติกรรม และชีววิทยา สามารถมีผลทั้งสนับสนุนและบั่นทอนต่อสุขภาพ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมุ่งที่จะช่วยให้เงื่อนไขเหล่านี้เป็นไปในทางสนับสนุน โดยการขึ้นำเรื่องสุขภาพ ให้ข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณชน เพื่อสร้างกระแสทางสังคม และสร้างแรงกดดันให้แก่ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ ได้กำหนดนโยบายในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ

2. การเพิ่มความสามารถ (Enabling) การส่งเสริมสุขภาพ มุ่งให้ทุกคนบรรลุถึงศักยภาพสูงสุดด้านสุขภาพ มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดข้อแตกต่างมุ่งให้มีความเสมอภาคทางสุขภาพ สร้างความมั่นใจว่าทุกคนมีโอกาสเข้าถึงทรัพยากรต่างๆ ที่เท่าเทียมกัน เพื่อเพิ่มความสามารถของทุกคนให้มีสุขภาพที่ดีเท่าที่เขาจะทำได้ ซึ่งรวมถึงการมีรากฐานที่มั่นคงภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ทักษะการดำรงชีวิต และโอกาส ในการตัดสินใจเลือกทางเลือก ใช้ศักยภาพของตนเองควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งเป็นตัวกำหนดสภาวะสุขภาพของตนเองได้

3. การไกล่เกลี่ย (Mediating) ระหว่างกลุ่มผลประโยชน์ที่แตกต่างกันในสังคม เพื่อจุดมุ่งหมายด้านสุขภาพ ปัจจัยกำหนดและความคาดหวังเกี่ยวกับสุขภาพ ไม่อาจให้ความมั่นใจได้โดยองค์กรในภาคสุขภาพโดยลำพัง แต่ต้องอาศัยความร่วมมืออย่างใกล้ชิดของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นรัฐบาล องค์กรภาคอาสาสมัคร ภาคสังคม และเศรษฐกิจอื่น ๆ องค์กรเอกชน องค์กรภาคท้องถิ่น

และสื่อมวลชน คนทุกเพศวัย และสาขาอาชีพจะต้องมีส่วนร่วมเกี่ยวข้อง ทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ รวมทั้งบุคลากรด้านสุขภาพมีหน้าที่หลักเป็นตัวกลางด้านสุขภาพ โกล่เกลี่ยกลุ่มผลประโยชน์ที่แตกต่างกันในสังคม เพื่อจุดมุ่งหมายด้านสุขภาพ

กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Action) ประกอบด้วย 5 ประการ คือ

1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Build Health Public Policy)

การส่งเสริมสุขภาพมีแนวคิดขอบเขตกว้างกว่าเพียงการดูแลสุขภาพ แต่เป็นเรื่องที่พึงอยู่ในหัวข้อการพิจารณาของผู้กำหนดนโยบายในทุกภาคส่วนและทุกระดับที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บุคคลเหล่านั้นตระหนักถึงผลที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการตัดสินใจ และต้องมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพด้วย นโยบายส่งเสริมสุขภาพต้องกำหนดวิธีการที่หลากหลายแต่ต้องมีความสอดคล้องและสนับสนุนกัน มีนโยบายทางสังคมที่มีความเสมอภาคมากขึ้นกว่าเดิม การดำเนินกิจกรรมร่วมเหล่านี้จะทำให้มีความมั่นใจว่าสินค้า การบริการมีคุณภาพ ปลอดภัย และเสริมสร้างสุขภาพมากขึ้น โดยต้องคาดการณ์ถึงอุปสรรคที่กีดขวางการยอมรับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ในภาคส่วนที่ไม่ใช่องค์กรภาคสุขภาพ และการตัดสินใจยอมรับทางเลือกเพื่อสุขภาพได้ง่ายขึ้นกว่าเดิม

2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment)

สังคมมีความสลับซับซ้อนและเชื่อมโยงกัน เรื่องสุขภาพจึงไม่สามารถแยกออกจากเป้าหมายด้านอื่นได้ มีความโยงใยที่ตัดขาดไม่ได้ระหว่างมนุษย์และสิ่งแวดล้อม และเป็นรากฐานที่ต้องให้ความสำคัญที่จะรักษาและค้นหาหาวิถีทางสังคมและนิเวศวิทยาเพื่อพัฒนาสุขภาพ ที่ทุกคนในชุมชนจะต้องรับผิดชอบต่อและอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติให้มีความสมดุลระหว่างกันและกัน การเปลี่ยนแปลงการดำรงชีวิตการทำงาน และการพักผ่อน มีผลกระทบต่อสุขภาพ เพราะฉะนั้นควรจัดสังคมให้เป็นสังคมที่เอื้อต่อสุขภาพ ปลอดภัย มีความรู้สึกเข้าใจ พึงพอใจ มีความเพลิดเพลิน

3. การเสริมสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง (Strength Community Action) คือการ

ดำเนินการโดยอาศัยกิจกรรมชุมชนที่มีประสิทธิผล เป็นรูปธรรม มีการจัดลำดับความสำคัญ การตัดสินใจ การวางแผน มีการกำหนดกลวิธี ดำเนินการตามกลวิธี ซึ่งถือเป็นหัวใจของการดำเนินการ เพื่อให้บรรลุสุขภาพะสุขภาพที่ดีเพิ่มมากขึ้น และการทำให้ชุมชนมีอำนาจ เกิดความเป็นเจ้าของ สามารถที่จะและควบคุมการดำเนินการ กำหนดอนาคตของชุมชนเอง การพัฒนาชุมชนจึงจำต้องตั้งศักยภาพและระดมทรัพยากรต่างๆ ทั้งวัตถุและบุคคลภายในชุมชน เพื่อให้ชุมชนช่วยเหลือตนเองและได้รับการสนับสนุนจากสังคม ชุมชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร มีโอกาสในการเรียนรู้เรื่องสุขภาพ และงบประมาณสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

4. พัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Person Skills) คือการพัฒนาบุคคล

สังคม โดยการให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ พัฒนาทักษะต่างๆ ในการดำรงชีวิต ทำให้ประชาชนสามารถควบคุมสถานะสุขภาพ สิ่งแวดล้อม เลือกลงเลือกที่เกื้อหนุนต่อสุขภาพ เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีการเรียนรู้ตลอดชีวิต เพื่อให้ตนเองมีความพร้อมที่จะเข้าสู่วัยต่างๆ รวมทั้งการเตรียมความพร้อมที่จะเผชิญกับโรคเรื้อรังและการบาดเจ็บต่างๆ ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยการสร้างโอกาสให้เกิดขึ้นที่โรงเรียน บ้าน ที่ทำงาน และในชุมชนเอง ทั้งนี้ โดยเรียกร้องให้องค์กรต่างๆ ทางด้าน

การศึกษา วิชาชีพ ธุรกิจ องค์กรอาสาสมัครมีส่วนร่วมในการดำรงกิจกรรมและจัดกิจกรรมในองค์กรด้วยกัน

5.การปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข (Reorient Health Services) บทบาทการส่งเสริมสุขภาพในระบบบริการสาธารณสุข เป็นบทบาทของทุกภาคส่วนที่ต้องรับผิดชอบและร่วมกันคิดหาระบบรักษาพยาบาลที่สอดคล้องกับจุดหมายด้านสุขภาพ บทบาทขององค์กรด้านสุขภาพจะต้องเคลื่อนไปในทิศทางของการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น นอกเหนือจากที่รับผิดชอบในการให้บริการทางด้านตรวจรักษาผู้ป่วย แต่การบริการสาธารณสุขจะต้องตอบสนองต่อภารกิจ หน้าที่ ที่มีความละเอียดอ่อน และตอบสนองความต้องการ มีความสอดคล้องกับวัฒนธรรม และเปิดช่องทางความร่วมมือระหว่างองค์กร ภาคสุขภาพกับองค์กรอื่นๆ ทางด้านสังคม การเมือง เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ทางสุขภาพให้กว้างขึ้น การปรับบริการสาธารณสุขจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุน ความสำเร็จในเรื่องการวิจัยด้านสุขภาพ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงการศึกษาและการฝึกอบรมในวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติ ในการจัดบริการสาธารณสุขซึ่งจะเน้นหนักความต้องการเบ็ดเสร็จของบุคคลเป็นภาพรวม

ดังนั้น ปัจจัยที่สำคัญในการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทุกกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จและเกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน คือ ความเข้มแข็ง และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจเลือก และกำหนดแนวทางตามศักยภาพของตนเอง ใช้ศักยภาพของปัจเจกบุคคลในการดำเนินวิถีชีวิต เลือกทางเลือกที่มีคุณภาพเพื่อสุขภาพ และการประสานงานระหว่างกลุ่ม หน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี มีความสามารถในการกระบวนการศึกษาที่สอดคล้องกันกับท้องถิ่น เช่น การพัฒนาทักษะ และความสามารถในการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และเพื่อให้ท้องถิ่นมีส่วนร่วม โดยมีภาคีด้านสุขภาพ และการพัฒนาสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออกตาวา 5 ประการนี้ ในการกำหนดรูปแบบการมีส่วนร่วมของมัชยิตในการส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดปัตตานี

แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม ดังนี้

การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนและผู้เกี่ยวข้องได้มีโอกาสเข้ามาร่วมรับรู้ ทำความเข้าใจ ร่วมแสดงความคิดเห็น เสนอปัญหาและประเด็นที่สำคัญและมีการร่วมคิดแนวทางแก้ไขปัญหา มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ และร่วมกันในกระบวนการพัฒนา (สำนักงานส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน 2552)

การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่บุคคลตัดสินใจอย่างมีเหตุผลในการมีส่วนร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติ ตลอดจนร่วมติดตามประเมินผล รวมทั้งร่วมรับผิดชอบในฐานะผู้มี

ส่วนได้ส่วนเสียในกิจกรรมหรือกระบวนการอย่างใดอย่างหนึ่งของกลุ่มคนหรือองค์กร (อมรพรรณ ประจันตวนิชย์ 2550)

การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นแนวคิดที่ทำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล สุขภาพและแก้ไขปัญหาของชุมชน เพราะเมื่อชุมชนดำเนินการแก้ไขปัญหาของตนเองชุมชนย่อมเลือก รูปแบบที่เหมาะสมสำหรับชุมชนในการแก้ปัญหา ซึ่งโอกาสประสบความสำเร็จในการดำเนินงาน เป็นไปได้สูง (ประไพโร บัวคอม 2552)

การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการ คิด การตัดสินใจ วางแผน กำหนดกิจกรรมและดำเนินการได้เอง ในการรับรู้ปัญหาและสาเหตุ จัดทำ แผนชุมชน แผนปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาดำเนินวางแผนปฏิบัติเพื่อเฝ้าระวังโดยชุมชน รวมทั้งมีการสรุป และประเมินผลการปฏิบัติงาน (สุภาภรณ์ นิยมสรวย 2551)

การมีส่วนร่วมเป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับจากหลายๆ องค์กร ว่าเป็นหัวใจสำคัญ ต่อความสำเร็จในงานด้านต่างๆ เนื่องจากเป็นกระบวนการพัฒนาความสามารถของชุมชน ในการ พัฒนาชุมชน เพื่อการจัดการและส่งเสริมการแก้ปัญหาของชุมชนด้วยตนเอง นอกจากนี้การมีส่วนร่วม ถือเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานที่ทุกคนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานต่างๆ ได้ตามความ เหมาะสม ซึ่งการมีส่วนร่วมจะก่อให้เกิดผลดีหลายประการ เช่น เกิดการพัฒนาทางสังคม การเมือง การปกครองและมุ่งสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถแสดงศักยภาพในการแก้ไขปัญหาได้สอดคล้องตาม แนวทางของชุมชนได้มากขึ้น (วสุธร ตันวิวัฒนกุล 2548)

รูปแบบการมีส่วนร่วม

รูปแบบของการมีส่วนร่วมที่ดำเนินอยู่โดยทั่วไป สามารถสรุปได้เป็น 4 รูปแบบ คือ

1. การรับรู้ข่าวสาร (Public Information) คือการที่ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รับทราบถึงรายละเอียดของโครงการที่จะดำเนินการรวมทั้งผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ทั้งนี้การแจ้งข่าวสารดังกล่าวจะต้องเป็นการแจ้งก่อนที่จะมีการตัดสินใจดำเนินโครงการ

2. การปรึกษาหารือ (Public Consultation) คือการที่จัดให้มีการหารือระหว่าง ผู้ดำเนินการโครงการกับประชาชนที่เกี่ยวข้องและผู้ได้รับผลกระทบ เพื่อรับฟังความคิดเห็นและ ตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความเข้าใจในโครงการและกิจกรรมมากขึ้น

3. การประชุมรับฟังความคิดเห็น (Public Meeting) คือการเปิดโอกาสให้ประชาชน และฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับโครงการหรือกิจกรรมและผู้มีอำนาจตัดสินใจในการทำโครงการหรือกิจกรรม นั้นได้ใช้เวทีสาธารณะในการทำความเข้าใจและค้นหาเหตุผลในการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใน พื้นที่นั้น ได้แก่

3.1 การประชุมในระดับชุมชน (Community Meeting) จัดขึ้นเพื่อให้ชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากโครงการ โดยเจ้าของโครงการหรือกิจกรรมจะต้องส่งตัวแทนเข้าร่วมเพื่ออธิบาย ให้ที่ประชุมทราบถึงลักษณะโครงการและผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้นและตอบข้อซักถาม

3.2 การประชุมรับฟังความคิดเห็นในเชิงวิชาการ (Technical Hearing) สำหรับ โครงการที่มีข้อโต้แย้งในเชิงวิชาการจำเป็นต้องเชิญผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาจากภายนอกมาช่วย อธิบายและให้ความเห็นต่อโครงการซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมต้องได้รับทราบผลดังกล่าวด้วย

3.3 การประชาพิจารณ์ (Public Hearing) เป็นเวทีในการเสนอข้อมูลอย่างเปิดเผยไม่มีการปิดบังทั้งฝ่ายเจ้าของโครงการและฝ่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากโครงการซึ่งจะต้องมีองค์ประกอบของผู้เข้าร่วมที่เป็นที่ยอมรับ มีหลักเกณฑ์และประเด็นในการพิจารณาที่ชัดเจน และแจ้งให้ทุกฝ่ายทราบทั่วกัน

4. การร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) เป็นเป้าหมายสูงสุดของการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งประชาชนจะมีบทบาทในการตัดสินใจได้เพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของคณะกรรมการที่เป็นผู้แทนประชาชนในพื้นที่

ลักษณะของการมีส่วนร่วม

ไพรัตน์ เตชะรินทร์ (2527) ได้กล่าวถึงลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา ดังนี้

1. ร่วมทำการศึกษา ค้นคว้าปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนตลอดจนความต้องการของชุมชน

2. ร่วมคิดหาและสร้างรูปแบบ รวมทั้งวิธีการพัฒนาเพื่อแก้ไขและลดปัญหาของชุมชนหรือเพื่อสร้างสรรค์สิ่งใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน หรือสนองความต้องการของชุมชน

3. ร่วมวางนโยบายหรือแผนงาน หรือโครงการ หรือกิจกรรม เพื่อจัดและแก้ไขปัญหารวมทั้งสนองความต้องการของชุมชน

4. ร่วมตัดสินใจการใช้ทรัพยากรที่มีอย่างจำกัดให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม

5. ร่วมจัดหรือปรับปรุงระบบการบริหารงานพัฒนาให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

6. ร่วมลงทุนในกิจกรรมโครงการของชุมชนตามขีดความสามารถของตนเอง และหน่วยงาน

7. ร่วมปฏิบัติตามนโยบายแผนงานโครงการ และกิจกรรมให้บรรลุตามเป้าหมาย

8. ร่วมควบคุม ติดตาม ประเมินผล และร่วมบำรุงรักษาโครงการ และกิจกรรมที่ได้ทำไว้โดยเอกชนและรัฐบาลให้ได้ประโยชน์ได้ตลอดไป

ผลที่ได้รับจากการมีส่วนร่วมของชุมชน

ชุมชนจะได้รับประโยชน์จากการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนสำหรับกิจกรรมการพัฒนาด้านสุขภาพอนามัย ส่งผลดังนี้ (อดิศร วงศ์คงเดช 2539)

1. ชุมชนตระหนักในปัญหาของตนเองและตระหนักที่จะมีส่วนร่วมในการพัฒนาหรือแก้ปัญหาและประชาชนมีโอกาสใช้ความสามารถของตนเองที่มีอยู่ในรูปของความคิดการตัดสินใจและการกระทำได้อย่างเต็มที่

2. เป็นการระดมทรัพยากรมนุษย์มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ชุมชนและชุมชนจะมีความรู้สึกในความเป็นเจ้าของ ทำให้การพัฒนามีความมั่นคงถาวรและประหยัด

3. เป็นขบวนการพัฒนาความสามารถ และพลังของชุมชนในการพึ่งตนเองและเป็นการส่งเสริมระบอบประชาธิปไตย

4. ชุมชนรับผิดชอบ และมีอำนาจสูงสุดในการพัฒนาชุมชนเอง รวมทั้งเป็นการแสดงออกถึงการเคารพ นับถือ เชื่อใจ ไว้วางใจ รักและศรัทธาในชุมชนว่ามีความรู้ความสามารถ

ดังนั้น การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง กระบวนการที่เปิดโอกาสให้ บุคคล องค์กร และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพของชุมชน โดยการร่วมรับรู้ ทำความเข้าใจ ร่วมแสดงความคิดเห็น มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และร่วมกันในกระบวนการพัฒนา ติดตามประเมินผล ซึ่งถือว่าเป็นหัวใจสำคัญต่อความสำเร็จในการดำเนินงาน ใช้วิธีการสื่อสารในรูปแบบต่างๆ ที่เหมาะสมในการนำพาข่าวสารจากหน่วยงานภาครัฐบาลหรือเอกชน ไปสู่ประชาชนผู้เป็นเป้าหมายสิ่งสำคัญในการกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนหรือชุมชนได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ต้องการสื่อสารนั้น ต้องอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน เพราะถือว่าเป็นส่วนช่วยให้กระบวนการติดต่อสื่อสารสัมพันธ์หรือแลกเปลี่ยนข่าวสารระหว่างสมาชิกในสังคมเป็นไปได้โดยสะดวกขึ้น กล่าวคือ ประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการร่วมคิดร่วมทำร่วมพัฒนาชุมชน ให้มีความเข้มแข็งเพื่อเป็นพลังขับเคลื่อนสู่การแก้ไขปัญหาของสังคมและประเทศชาติได้

แนวคิดเกี่ยวกับมัสยิด

1. ความหมายของมัสยิด

คำว่า “มัสยิด” มาจากคำกริยาภาษาอาหรับว่า “ชะยะตะ” แปลว่า สujud ซึ่ง หมายถึง การกราบไหว้ (เสาวนีย์ จิตต์หมวด 2527) เนื่องจากหลักการอิสลาม ได้สนับสนุนให้คนมารวมกัน ได้ปฏิบัติศาสนกิจร่วมกันได้ทำความรู้จักกัน สนทนาหรือปรึกษาหารือกัน ฯลฯ เพื่อให้เกิดความรักใคร่สามัคคี หรือความเป็นปึกแผ่นของสังคม ทั้งในระดับชุมชนเล็กๆ จนถึงการรวมกลุ่มประชาชาติในโลก มุสลิมได้สร้างอาคารเพื่อเป็นจุดรวมที่สุญูดต่อพระองค์ร่วมกัน โดยอาคารนั้นไม่จำเป็นต้องสร้างอย่างวิจิตรงดงามและเป็นการห้ามเด็ดขาดในการประดิษฐานหรือตกแต่งด้วยรูปปั้นต่างๆ ฉะนั้นมัสยิดจึงมีความหมายว่า บ้านของอัลเลาะห์ คือสถานที่ที่ใช้ปฏิบัติศาสนกิจ (ละหมาด) เพื่ออัลเลาะห์ (ซุบฮฺ) ของท่านจากที่ต่าง ๆ ท่านได้พักอยู่ใกล้มัสยิดและเป็นผู้นำในการประกอบศาสนกิจ และของชุมชน มัสยิดเป็นสถานที่ซึ่งมนุษย์ได้แสดงความศรัทธาของตน เป็นบ้านที่สร้างตามความยำเกรงหรือการทำความดีเพื่ออัลเลาะห์ (ซุบฮฺ) ดังนั้นมัสยิดจึงต้องสร้างด้วยเงินทองที่บริสุทธิ์และเป็นของมุสลิมเท่านั้น และมุสลิมไม่จำเป็นต้องมีมัสยิดถ้าหากว่าเขาเหล่านั้นมิได้ใช้มัสยิดสำหรับกราบไหว้อัลเลาะห์ (ซุบฮฺ) เพราะความจริงมุสลิมจะกราบไหว้อัลเลาะห์ (ซุบฮฺ) ที่ไหนก็ได้โดยหันหน้าไปหาพระองค์

มัสยิดจะเป็นสถานที่ที่ศรัทธาชนทำกิจการทุกอย่างเพื่ออัลเลาะห์ ซึ่งปฏิบัติตามคำสอนของคัมภีร์อัลกุรอานและอัลหะดีษของท่านนบี (คือล) ชีวิตมุสลิมย่อมผูกพันอยู่กับมัสยิด (มัรวาน สะมะฮฺ 2524) นับตั้งแต่เกิดมาจนถึงบั้นปลายของชีวิต มัสยิดเป็นศูนย์รวมศรัทธาของมวลมุสลิม ชีวิตของมุสลิมเราย่อมผูกพันกับมัสยิด มัสยิดมีความสำคัญในชีวิตเราเป็นอนันตนับตั้งแต่เกิดมาจนถึงบั้นปลายอันเป็นจุดจบของชีวิต มัสยิดจึงเป็นสัญลักษณ์ของอิสลาม มีมัสยิดอยู่ ณ ที่ใด ก็ต้องเข้าใจว่ามีมุสลิมอยู่ ณ ที่นั้น

มัสยิดเป็นศูนย์กลางวัฒนธรรม เป็นเอกลักษณ์ความเป็นเอกภาพของพระเจ้า เป็นจุดรวมศรัทธาชนในลักษณะเอกภาพ เสรีภาพ และภราดรภาพ ไม่มีความแตกต่างระหว่างชนชั้นวรรณะ เชื้อชาติ ภาษา และผิวพรรณของมนุษย์ แต่อยู่ในฐานะเท่าเทียมกัน ฉะนั้นจึงไม่มีสถานที่ในโลกจะมีลักษณะเหมือนกับมัสยิด (แวอุเซ็ง มะแดเฮาะ และคณะ 2539)

2. เจตนารมณ์ของมัสยิด ในสายตาของมนุษย์ทั่วไปอาจมองเห็นว่ามัสยิด คือสิ่งก่อสร้างธรรมดา แต่ในสายตาของมุสลิมที่มีความศรัทธาต่ออัลเลาะห์นั้น มัสยิดมีความกว้างกว่าการเป็นอาคารเท่านั้น เพราะถ้าหากพิจารณาเจตนารมณ์ในการก่อสร้าง เป้าหมายบทบาทของมัสยิดและการทะนุบำรุงแล้ว มัสยิด คือสถานที่บริสุทธิ์ อาคารแห่งความดี มีความประเสริฐในการเดินทาง และเป็นที่รวมแห่งศรัทธาชนทั้งหลาย มัสยิดมิใช่สิ่งก่อสร้างเพื่อสนองความต้องการในเกียรติยศของคนสร้างที่ต้องการเป็นอิหม่ามหรือคณะกรรมการมัสยิดมิใช่สร้างขึ้นเพื่อความร่ำรวย ถือดี อวดเก่ง อย่างเป็นทางการเป็นอิหม่ามหรือคณะกรรมการมัสยิดมิใช่สร้างขึ้นเพื่อความร่ำรวย ถือดี อวดเก่ง อย่างเป็นทางการเป็นอิหม่ามพอไม่ได้รับเลือกตั้งก็ยกพรรคแยกพวกไปสร้างมัสยิดขึ้นใหม่ (แวอุเซ็ง มะแดเฮาะ และคณะ 2539)

แต่มัสยิดจะถูกสร้างขึ้นโดยบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความยำเกรง (ตักวา) ต่ออัลเลาะห์ (ซุบฮฺ) เท่านั้น การตักวาจึงเป็นรากฐานสำคัญของการสร้างมัสยิดตั้งโครงการของ อัลเลาะห์ (ซุบฮฺ) ในซูเราะฮ์อัตเตอาบะฮฺ อายะฮ์ที่ 108 ความว่า “ ที่จริงแล้ว มัสยิดซึ่งถูกก่อสร้างขึ้นบนความยำเกรง โดยแท้จริงนับแต่วันแรกนั้น เป็นที่สมควรที่สุดที่เจ้าจะยืน (ละหมาด) ในนั้น ในนั้นมีมวลบุรุษที่ชอบจะให้ตัวพวกเขา มีความสะอาด และทรงรักบรรดาที่ทำความสะอาด” (มัรวาน สะมะฮฺ 2524)

บนพื้นฐานของการตักวานั้นอัลเลาะห์ได้เทิดเกียรติให้เป็นสิ่งที่มีคุณค่าเหนือกว่าทรัพย์สินทั้งหลายที่มนุษย์สร้าง โดยอัลเลาะห์ (ซุบฮฺ) ได้ทรงรับมัสยิดให้เป็นของพระองค์ตั้งโครงการในซูเราะฮ์ฮุญญิน อายะฮ์ที่ 18 มีความหมายว่า “และแท้จริงบรรดามัสยิดทั้งหลายเป็นของอัลเลาะห์ ดังนั้นพวกเจ้าจงอย่าวอนนมนัสการผู้ใดร่วมกับอัลเลาะห์” (มัรวาน สะมะฮฺ 2524)

เมื่ออัลเลาะห์ (ซุบฮฺ) ได้ทรงให้เกียรติกับมัสยิดว่า “เป็นของพระองค์” เช่นนี้จึงสมควรหรือที่การสร้างมัสยิดจะมีสิ่งไม่ดั่งงามเกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการมี “เจตนาแอบแฝง” เช่น ต้องการให้คนอื่นเห็นว่า “เป็นคนใหญ่ในบุญ มีความร่ำรวย อวดใหญ่ อวดโตหวังให้คนนิยมยกย่องเป็นคนมีชื่อเสียง” เป็นต้น หรือต้องการอวดศักดิ์ว่ามีพรรคมีพวกเมื่อไม่พอใจที่เป็นสัปบุรุษในมัสยิดเดิมยกพวกมาสร้างมัสยิดใหม่หรือต้องการเป็นอิหม่าม คอเต็บ หรือกรรมการมัสยิดหากใครก็ตามที่สร้างมัสยิดโดยมีเจตนาแอบแฝงดังกล่าวย่อมแสดงให้เห็นว่าเขาเป็นผู้ที่ไม่มีความเข้าใจในเจตนารมณ์ของมัสยิด ใช้มัสยิดเป็นเครื่องมือเพื่อผลประโยชน์ของตัวเอง

เมื่อมัสยิดเป็นสถานที่ที่มีเกียรติ อัลเลาะห์ได้เทิดฐานะเป็นบ้านของพระองค์ในพิภพนี้ เมื่อเป็นเช่นนี้บ้านอะไรอีกเล่าที่จะมีความบริสุทธิ์และความดั่งงามเท่ากับบ้านของอัลเลาะห์ที่มีผู้ศรัทธาทั้งหลายจะได้เข้ามาเยี่ยมคารวะ

จากที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ก็เพื่อที่จะชี้ให้เห็นว่า มัสยิดมิใช่สิ่งก่อสร้างธรรมดาๆ มิใช่อาคารที่มองดูเพียงความสวยงามเท่านั้น เพราะมัสยิดถูกสร้างขึ้นด้วยแรงศรัทธาในอัลเลาะห์เป็นเบื้องต้นแล้วจึงเอาความเสียสละแรงงานและทรัพย์สินเป็นองค์ประกอบ มิใช่สิ่งก่อสร้างที่สร้างขึ้นเพื่อสนองความต้องการหรือกิเลสของมนุษย์ มัสยิดจึงเป็นสถานที่สำหรับมุสลิมผู้มีศรัทธาในอิสลามเท่านั้น

มิใช่เป็นสถานที่ของผู้ไม่ศรัทธายึดมั่นในอัลเลาะห์จะมาเกี่ยวข้องด้วย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องราวการก่อสร้าง การทำนุบำรุงรักษาหรือกิจการใดก็ตาม

โองการของอัลเลาะห์ (ซุบฮฺ) ในซูเราะฮ์อัตเตาบะฮ์ อายุษษที่ 18 ได้ระบุไว้อย่างชัดเจน ความว่า “อันที่จริงจะทำการส่งเสริมทำนุบำรุงบรรดามัสยิดของอัลเลาะห์นั้น ก็มีเพียงผู้ศรัทธาใน อัลเลาะห์และวันสุดท้าย อีกทั้งดำรงการละหมาด บริจาคชะกาตและพวกเขาไม่กลัว (ผู้ใด) นอกจาก อัลเลาะห์ ดังนั้นหวังได้ว่าพวกเขาจะเป็นผู้หนึ่งในกลุ่มชนที่ได้รับการขึ้นนำ” (มัรวาน สะมะฮุน 2524)

3. แนวคิดในการบริหารมัสยิด อิสลามเป็นทั้งศาสนา และระบอบแห่งการดำเนินชีวิตหลักธรรมคำสอนจึงประกอบด้วยกระบวนการแห่งชีวิตในแง่มุมต่าง ๆ กล่าวคือ การเมือง การปกครอง เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม สถาบันหนึ่งซึ่งมีอิทธิพลอันสำคัญต่อชีวิตของมุสลิม คือ “มัสยิด” และมีมิติหนึ่งที่สามารถมองเห็นอย่างแจ่มชัด คือ มัสยิดเป็นศูนย์กลางแห่งวัฒนธรรมอิสลาม เป็นเอกลักษณ์แห่งความเป็นเอกภาพของอัลเลาะห์ (ซุบฮฺ) เป็นศูนย์รวมของศรัทธาชนมุอฺมิน ในเชิงลักษณะของความเสมอภาค เสรีภาพ และภราดรภาพที่ปราศจากความแตกต่างกันระหว่างชนชั้นวรรณะ เชื้อชาติ ภาษา และชาติพันธุ์ของมนุษย์

ยิ่งกว่านั้น มัสยิดยังเป็นสถาบันในการเปลี่ยนแปลงโฉมหน้าทางสังคม และพฤติกรรมของศรัทธาชนมุสลิม ให้มุ่งตรงต่อเอกภาพแห่งพระเจ้าโดยสิ้นเชิง ประวัติศาสตร์อาลามได้สอนให้เห็นว่า นอกจากมัสยิดจะเป็นสถานที่ประกอบอิบาตะสุดต่ออัลเลาะห์ (ซุบฮฺ) แล้วยังเป็นสถานศึกษาอบรมวิชา ความรู้ จริยธรรม การประกอบอาชีพ ศูนย์สารนิเทศ และการปลูกฝังทัศนคติความรักประเทศชาติอีกด้วย

นอกจากจะกล่าววามัสยิดเปรียบเสมือนเป็นบ้านแห่งอัลเลาะห์ (ซุบฮฺ) เพื่อการบำเพ็ญศาสนกิจและการเคารพภักดีอัลเลาะห์ (ซุบฮฺ) อย่างเต็มเปี่ยม ก็คงจะไม่ผิดแต่อย่างใด นอกจากนี้มัสยิดยังเป็นสถานที่ชุมนุมของมวลมลาอิกะฮ์ ที่ร่วมกันประกอบความภักดีต่ออัลเลาะห์ (ซุบฮฺ) เช่นเดียวกับมุอฺมินทั้งหลาย และเป็นที่ยอมรับได้ว่าการพำนักในมัสยิด (เอียะตีกาฟ) เป็นครั้งคราวหรือสม่ำเสมอ เป็นการปลูกฝังความผูกพันทางจิตใจให้ใกล้ชิดกับอัลเลาะห์อย่างแนบแน่นและมั่นคงสามารถขัดเกลาคจิตใจให้บริสุทธิ์ผุดผ่อง และเสริมสร้างให้มุสลิมมีสมาธิแกร่ง และสุขภาพจิตที่ดีอย่างน่ามหัศจรรย์

แม้กระนั้นก็ตาม บรรยากาศภายในมัสยิดเป็นบรรยากาศที่เต็มไปด้วยความสิริมงคล และอบอวลด้วยวัฒนธรรมอิสลามที่เข้าไปในจิตวิญญาณของมุสลิม ซึ่งมุ่งตรงต่ออัลเลาะห์ (ซุบฮฺ) จึงเป็นเงื่อนไขสำหรับผู้ที่จะเข้าไปพำนักในมัสยิดว่า จะต้องเข้าไปในมัสยิดด้วยความตั้งใจปรารถนา เพื่อการอ่านอัลกุรอาน การกล่าวรำลึกถึงอัลเลาะห์ (ซุบฮฺ) และการประกอบภักดีอื่น ๆ โดยผู้นั้นจะต้องมีความสะอาดทั้งร่างกายและอารมณ์ที่สวมใส่เป็นสำคัญ

คัมภีร์อัลกุรอานได้บ่งชี้ถึงสถานภาพของมัสยิดไว้หลายลักษณะ เช่น ไม่ควรใช้มัสยิดเพื่อสร้างความแตกแยกในหมู่มุสลิม เมื่อเข้าไปพำนักในมัสยิด ก็พึงละเว้นการเสพสุขทั้งปวง

ในประวัติศาสตร์อิสลามสมัยท่านศาสดามูฮัมมัด (ศ็อลลา) มัสยิดอัล-ฮะรออมเป็นศูนย์กลางแห่งการอิบาตะฮ์ของมุสลิม รวมทั้งเป็นศูนย์รวมแห่งกิจกรรมอื่น ๆ ด้วยพระนางคอดีเยฮ์ ภรรยาท่านรอซูลเคยติดตามท่านศาสดาไปมัสยิด อัล ฮะรออมบ่อยครั้ง และหลังจากการอพยพสู่นคร

มะดีนะฮ์ ท่านศาสดาได้เริ่มก่อสร้างมัสยิดทันที โดยได้ซื้อที่ดินแปลงหนึ่งจากเด็กกำพร้า 2 คนเป็นเงิน 10 เหรียญดinars มัสยิดแห่งนี้มีชื่อเรียกว่า “มัสยิดอัลนบี” ซึ่งเป็นศูนย์กลางการปกครองและกิจกรรมร่วมกัน ทั้งครู และนักตะอวะหะทั้งหลายก็ถูกส่งไปจากมัสยิดนี้ โดยมุ่งสู่ชุมชนต่างๆ อย่างกว้างขวาง นอกจากนี้มัสยิดอัลนบียังใช้เป็นที่พักพิงหรือปัญหาด้านการเมืองและการทหารที่สำคัญๆ ดูเหมือนว่าเมื่อคราวที่มีการรบที่อุฮุด ท่านศาสดาได้ปรึกษาหารือกับเศาะฮาบะฮ์ที่สำคัญๆ ของท่านในมัสยิดนี้ หลังจากละหมาดญุมอัตแล้ว เพื่อหาวิธีการป้องกันการบุกรุกของพวกกุเรซซึ่งเป็นฝ่ายศัตรู

ดังที่กล่าวว่า มัสยิดยังใช้เป็นสถานที่เพื่อการพำนัก (เอียะติกาฟ) นั้น มีหะดีษบทหนึ่งบ่งชี้อย่างเด่นชัดว่า ท่านศาสดาได้ขอร้องให้อุมร์เข้าไปเอียะติกาฟที่มัสยิดอัลหะรออมเป็นเวลาหนึ่งคืนเพื่อเป็นการปฏิญาณตน สำหรับท่านศาสดาเองนั้นเคยใช้เวลา 10 วันในเดือนรอมฎอน เพื่อเอียะติกาฟในมัสยิดมะดีนะฮ์

มัสยิดยังคงความสำคัญทางการเมืองเรื่อยมาจนถึงราชวงศ์อุมัยยะฮ์ และได้สูญเสียความสำคัญด้านนี้ในสมัยราชวงศ์อับบาซียะฮ์

มัสยิดเป็นศูนย์กลางการศึกษาทุกรูปแบบ เพราะผู้ที่มีความรู้มักจะพำนักในมัสยิดอยู่เสมอ มัสยิดบางแห่งเปรียบเสมือนศาลากลางของเมือง ศาลาประชาคม โรงเรียนซึ่งมัสยิดบางแห่งจะมีห้องสมุดอยู่ด้วย

3.1 ลักษณะของผู้บริหารมัสยิด จากการประมวลโองการอัลกุรอานแล้วจะเห็นว่าบุคคลมีส่วนเสริมสร้างให้มัสยิดมีความเจริญมั่นคงอยู่ในกรอบอิสลามอย่างแท้จริงนั้น เป็นบุคคลที่เพียบพร้อมด้วยคุณสมบัติของมุอิมินทุกรูปแบบ ดังปรากฏในโองการอัลกุรอาน ความว่า “แท้จริงการที่จะทำนุบำรุงมัสยิดอัลละฮะฮ์นั้น คือผู้ศรัทธาต่ออัลละฮะฮ์และวันสิ้นโลก ผู้ที่ดำรงละหมาดและจ่ายซากาต และไม่มีความกลัวในคนนอกจากอัลละฮะฮ์ หวังว่าพวกเขาเหล่านั้นจะเป็นที่ได้รับความนำ”

3.2 บทบาทของมัสยิด อย่างไรก็ตามมีนักจิตวิทยามุสลิมที่สำคัญหลายท่านยอมรับว่ามุสลิมเป็นผู้ที่สงบเงียบ ช่วยผ่อนคลายความเครียดทั้งหลายทั้งปวงในสังคมอันฟอนเฟะนี้ได้ ชะงัด การสร้างจิตสมาธิอย่างมีเป้าหมายที่เด่นชัดคืออัลละฮะฮ์ (ซุบฮฺ) และการวางตนให้อยู่ในกรอบของอิสลามนั้นล้วนเป็นการปฏิบัติที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อเอกภาพของอัลละฮะฮ์ (ซุบฮฺ) อย่างแท้จริง จึงขอจำแนกสถานภาพและบทบาทของมัสยิดให้เห็นอย่างแจ่มชัดยิ่งขึ้น ตามทัศนะของอิสลามดังต่อไปนี้

3.2.1 เป็นสถานที่ประกอบการกัตตะอ์อัลละฮะฮ์ (ซุบฮฺ)

3.2.2 เป็นศาลากลางของเมือง ศาลาประชาคม เพื่อการปรึกษาหารือในกิจการเพื่ออิสลามและสังคม

3.2.3 เป็นสถานที่ศึกษาอบรมวิชาการอิสลามและวิชาชีพ

3.2.4 เป็นสถานที่พักชั่วคราวสำหรับผู้เดินทาง

3.2.5 เป็นสถานที่เก็บรักษาการบริจาคทั้งปวง

3.2.6 เป็นกองบัญชาการกำลังพล ในกรณีที่ถูกศัตรูโจมตี

3.2.7 เป็นสถานพยาบาล

3.2.8 เป็นสถานที่ตะอวะหะและดับลิษ

3.2.9 เป็นสถานที่พุ่มพุกอีมาน-ศรัทธา และเพิ่มพูนปัญญาเพื่อเป็น “วิทยาลัย” ของชุมชน

3.3 คณะกรรมการอิสลามประจำมัสยิด ตามพระราชบัญญัติการบริหารองค์กรศาสนาอิสลาม พ.ศ. 2540 มัสยิดแต่ละมัสยิดจะมีคณะกรรมการคณะหนึ่งไม่น้อยกว่า 7 คน แต่ไม่เกิน 15 คน เพื่อบริหารกิจการของมัสยิดประกอบด้วยอิหม่าม คอเต็บ บิลาล ซึ่งอยู่ในตำแหน่งโดยไม่จำกัดเวลา และกรรมการคนอื่น ๆ ซึ่งอยู่ในตำแหน่งคราวละ 4 ปี โดยประชาชนหรือสัปบุรุษตามมัสยิดเป็นผู้เสนอชื่อและคัดเลือกแล้วเสนอต่อคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัดเป็นผู้ดำเนินการแต่งตั้งต่อไป

คณะกรรมการอิสลามประจำมัสยิด มีอิหม่าม เป็นประธานโดยตำแหน่ง และคอเต็บ บิลาล เป็นรองประธานกรรมการ

3.3.1 อิหม่าม เป็นคำภาษาอาหรับ แปลว่า “ผู้นำ” ถ้าในการละหมาด เรียกว่า “ผู้นำการละหมาด” ในประเทศไทย อิหม่าม หมายถึง ผู้นำท้องถิ่นมุสลิม โดยมีมัสยิดเป็นจุดศูนย์กลางแต่เดิมปฏิบัติภายในหน้าที่แต่เฉพาะศาสนาเท่านั้น ไม่มีเงินประจำตำแหน่ง มีงานทำเป็นอาชีพเช่นเดียวกับชายทั่วไป ในปัจจุบันอิหม่ามต้องทำหน้าที่ทั้งด้านศาสนาและสังคมอีกด้วย

หน้าที่ของอิหม่าม ตามพระราชบัญญัติการบริหารองค์กรศาสนาอิสลาม พ.ศ. 2540 มีดังนี้

(1) ปฏิบัติหน้าที่ให้เป็นไปตามบัญญัติแห่งศาสนาอิสลาม
 (2) ปกครองดูแล และแนะนำเจ้าหน้าที่ของมัสยิดให้ปฏิบัติงานในหน้าที่ให้เรียบร้อยและสอดส่องให้สัปบุรุษประจำมัสยิดปฏิบัติให้ถูกต้องตามบัญญัติแห่งศาสนาอิสลาม และกฎหมายไทย

(3) อำนวยความสะดวกแก่มุสลิมในการปฏิบัติศาสนกิจ

(4) สั่งสอนและอบรมหลักธรรม ทางศาสนาอิสลาม แก่บรรดาสัปบุรุษประจำ มัสยิด

3.3.2 คอเต็บ มีหน้าที่ ปฏิบัติให้เป็นไปตามบัญญัติแห่งศาสนาอิสลามในการแสดงธรรมแก่สัปบุรุษประจำมัสยิด

3.3.3 บิหลัน หรือบิลาล มีหน้าที่ ปฏิบัติให้เป็นไปตามบัญญัติแห่งศาสนาอิสลามในการเชิญชวนให้มุสลิมปฏิบัติศาสนกิจตามเวลา

3.3.4 คณะกรรมการอิสลามประจำมัสยิด มีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

บำรุงรักษาดูแลทรัพย์สินของมัสยิด ปฏิบัติตามคำแนะนำชี้แจงของคณะกรรมการกลางอิสลามแห่งประเทศไทยและคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัด อำนวยความสะดวกและอบรมสั่งสอนให้สัปบุรุษประจำมัสยิดปฏิบัติศาสนกิจให้ถูกต้อง จัดทำทะเบียนทรัพย์สิน เอกสารและบัญชีรายรับรายจ่ายของมัสยิดให้มีความถูกต้องตรงความเป็นจริง และต้องมีการรายงานผลการดำเนินงาน ฐานะทางการเงิน และทรัพย์สินของมัสยิด เพื่อรายงานให้คณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัดทราบปีละ 1 ครั้ง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จกมลพรรณ ศรีคำ (2553) ศึกษาการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนกับหน่วยงานภาครัฐ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของหน่วยงานทั้งสถานีนามัยตำบลและเทศบาลในด้านขั้นตอนการส่งเสริมสุขภาพและวิธีการส่งเสริมสุขภาพของหน่วยงานมีความแตกต่างกันตามบทบาทหน้าที่ โดยเฉพาะเทศบาลจะพิจารณาให้งบประมาณ สถานีนามัยเป็นที่ปรึกษาในการจัดทำโครงการในชุมชน แต่ทั้งสถานีนามัย และเทศบาลต่างมีการทำงานประสานงานกันด้วยดี ทำให้ไม่เป็นปัญหาในการส่งเสริมสุขภาพแก่ชุมชน การมีส่วนร่วมของคนในชุมชนกับการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐในด้านการส่งเสริมสุขภาพในภาพรวมชุมชนจะมีส่วนร่วมในระดับน้อยทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการวางแผนกิจกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพ ด้านการประเมินผลและปรับปรุงการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและด้านการตรวจสอบกิจกรรมสุขภาพ

จุฬารณ โสตะและอันโตะ คัสสุฮิโกะ (2550) ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียน ในโรงพยาบาลและในชุมชนเมืองมิเอะ ประเทศญี่ปุ่น พบว่า ผู้บริหารหรือผู้รับผิดชอบในสำนักงานศึกษาธิการจังหวัดและสถานที่อื่นๆ มีความสนใจและดำเนินการครอบคลุมตามกฎบัตรออกตาวา ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านนโยบายส่งเสริมสุขภาพ การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลและการปรับปรุงระบบบริการ การส่งเสริมสุขภาพ มีความจำเป็นต้องจูงใจประชาชนและผู้เกี่ยวข้องให้มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และควรแต่งตั้งคณะกรรมการวางแผนในการพัฒนาบริหารจัดการและดำเนินงานตามหลักธรรมาภิบาล โดยเสริมค่านิยมในการส่งเสริมสุขภาพ และสอดแทรกแนวคิดเหล่านี้ไปในหลักสูตรการเรียนการสอน นอกจากนี้ควรมีการประเมินผลเพื่อปรับปรุงแก้ไขและนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

ปรีชา อาปีติน (2548) ศึกษาเรื่อง บทบาทของผู้นำศาสนาอิสลาม (โต๊ะอิหม่าม) ในการบริหารพัฒนาชุมชนมุสลิม : ศึกษากรณีมีสยิดในเขตมีนบุรี คลองสามวา ลาดกระบัง ผลการศึกษาพบว่า บทบาทของผู้นำศาสนาอิสลาม (โต๊ะอิหม่าม) ในการบริหารพัฒนาชุมชน พบว่า ผู้นำศาสนาอิสลามมีการปฏิบัติ ตามบทบาทหน้าที่มากที่สุด คือ ด้าน ศาสนา รองลงมาคือด้านบริหารและด้านการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทผู้นำศาสนาอิสลาม (โต๊ะอิหม่าม) 1) ส่วนร่วมของชุมชนมุสลิมในกิจกรรมต่างๆ พบว่า ชุมชนมุสลิมมีส่วนร่วมในกิจกรรมมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ด้านศาสนา เรื่องการละหมาดวันละ 5 เวลา ละหมาดวันศุกร์, ละหมาดตารอเวียะห์ ฯลฯ การร่วมฟังบรรยายศาสนธรรม และการช่วยกันทำนุบำรุงซ่อมแซมมีสยิด รองลงมา คือ ด้านสาธารณสุข เรื่องเข้ารับการตรวจสุขภาพรักษาโรคที่ศูนย์สุขภาพชุมชน และ ด้านสังคมเรื่องการสอดส่องดูแลและรณรงค์ต่อต้านยาเสพติด และการร่วมกันทำบุญ อะกีเกาะห์ ให้กับเด็กที่เกิดใหม่ 2) การสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐที่มีต่อชุมชน พบว่า ได้รับการสนับสนุนมากที่สุดในด้านสาธารณสุข คือมีเจ้าหน้าที่มาให้บริการตรวจสุขภาพและฉีดวัคซีนต่างๆ แก่คนในชุมชน รองลงมาด้าน สิ่งแวดล้อม รองลงมาด้านสิ่งแวดล้อมเจ้าหน้าที่จากสำนักงานเขตเข้ามาเก็บขยะในชุมชนเป็นประจำ และด้านศาสนา เรื่องกรมศาสนาให้เงินทุนอุดหนุนเป็นประจำปีเพื่อใช้ในการทำนุบำรุงมีสยิด และหน่วยงานราชการสนับสนุนเงิน

คำตอบแทนแกโต้๊ะอิหม่าม 3). ความคาดหวังของผู้นำศาสนาอิสลามที่มีต่อชุมชน ในอนาคตข้างหน้า พบว่า อยากให้ชุมชนมีการศึกษาที่ดี มีความรักสามัคคี และปรองดองกันในชุมชน

ดลมนรรัตน์ บากา (2550) ศึกษาวิจัยเรื่อง มัสยิด: ฐานเศรษฐกิจและทุนวัฒนธรรม ผลการวิจัยพบว่า บทบาทของมัสยิดมีดังต่อไปนี้

- (1) เป็นสถานที่อิบาดะฮ์ต่ออัลลอฮ์
- (2) เป็นสถานที่ศึกษาอบรมวิชาการอิสลามและอาชีพเป็นวิทยาลัยของชุมชน
- (3) เป็นสถานที่ฟุ่มเฟือยความศรัทธาแก่มุสลิม
- (4) เป็นศาลากลางของเมือง ศาลาประชาคม เพื่อปรึกษาหารือกิจการอิสลาม
- (5) เป็นสถานที่พักชั่วคราว สำหรับผู้เดินทาง
- (6) เป็นสถานที่เก็บรักษาของที่ได้รับการบริจาค
- (7) เป็นกองบัญชาการคลังพลในกรณีที่ถูกศัตรูโจมตี
- (8) เป็นสถานพยาบาล
- (9) เป็นสถานเผยแพร่ศาสนาอิสลาม

สำหรับบทบาทของมัสยิดในปัจจุบันมีดังต่อไปนี้

(1) จัดเป็นศูนย์ฝึกอบรม กระตุ้นเตือนและปลูกเร้ามุสลิมให้ยึดมั่นในเอกภาพของอัลลอฮ์ อย่างแท้จริงและรู้จักใช้มัสยิดให้เป็นสถานที่แก้ไขความประประพัตติของเยาวชน

- (2) เป็นสถานศึกษา หรือเป็น วิทยาลัยอิสลามของชุมชน
- (3) ใช้มัสยิดให้ตรงเป้าหมายอย่างคุ้มค่า

(4) เปิดให้มีการเศาะลาฮ์ 5 เวลา มิใช่เปิดเฉพาะวันศุกร์เท่านั้น มิฉะนั้นจะถือว่าเป็นการสร้างมัสยิดที่ศูนย์เปล่าทางอิบาดะฮ์

(5) ให้ความสนใจความเป็นอยู่ของมุสลิมในบริเวณ รวมทั้งการส่งเสริมความสามัคคีในชุมชน

(6) เป็นศูนย์รวมการบริจาคทั้งหมด เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนกิจกรรมทางศาสนา และช่วยเหลือมุสลิมที่ขาดแคลน

- (7) จัดตั้งห้องสมุดประจำมัสยิด เพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้ให้กับเยาวชน

(8) โต๊ะอิหม่าม คอเต็บ บิหลัน เป็นแบบอย่างที่ดีแก่สัปบุรุษ ด้านการวางตัว และความประพฤติ รวมทั้งการมีคุณธรรมในอิสลามเป็นสำคัญ

(9) จัดกิจกรรมทางศาสนาในโอกาสที่เหมาะสม และควรจัดเป็นนิทรรศการ การบรรยาย หรือการอภิปราย

บทบาทที่พึงประสงค์สำหรับมัสยิดในปัจจุบัน

(1) มีการจัดตั้งกองทุนสงเคราะห์แก่ผู้พิการ ผู้ยากไร้และผู้ด้อยโอกาส กองทุนชะกาตประจำมัสยิด กองทุนประจำมัสยิดเพื่อให้แก่ผู้ที่ยากจน

- (2) จัดให้มีการเรียนการสอนศาสนาสำหรับทุกเพศทุกวัยเป็นประจำ

(3) จัดให้มีคณะทำงาน เพื่อเผยแพร่ศาสนาอิสลามแก่ชนต่างศาสนิก โดยเลือกบุคลากรสาขาอาชีพต่าง ๆ เช่น นักวิชาการ สาธารณสุข นักคิดและนักเขียน เป็นต้น

(4) จัดให้มีการสอนศาสนาในโอกาสสำคัญ ๆ เช่น เดือนรอมฎอนหรือเทศกาลฮัจญ์ เป็นต้น

(5) จัดให้มีอาคารอเนกประสงค์ เพื่อให้มุสลิมสามารถจัดงานต่าง ๆ ได้ และมีสนามเด็กเล่นที่มีอุปกรณ์การเล่นที่เหมาะสมสำหรับเด็ก

(6) สนับสนุนการอบรมวิชาชีพระดับต่างๆ เช่น อาชีพคหกรรม ตัดเย็บ อบรมภาษา ศิลปะ และคอมพิวเตอร์ เป็นต้น

(7) ควรจัดให้มีเอกสารเผยแพร่ความรู้ด้านศาสนา สังคม สุขภาพ สถานการณ์บ้านเมือง ตามลักษณะที่เป็นไปได้

นางลักษณ์ ลิ้มทวีกุล และแวปา วันสุสเซนต์ (2557) ศึกษา การพัฒนาศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดนราธิวาส พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอนมีบุคคลหลายระดับเข้ามามีส่วนร่วมโดย 1) ระยะเวลาการศึกษาปัญหา/ความต้องการ 2) มีการวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ 3) มีการวางแผนพัฒนาศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพ 4) การดำเนินการโดยชมรมเครือข่ายศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพระดับอำเภอที่มีอยู่แล้วเป็นการดึงศักยภาพของชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ในการพัฒนาศาสนสถาน และ 5) การประเมินผล และจากการประเมินศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วม ศาสนสถานทุกแห่งผ่านเกณฑ์การประเมินตัวชี้วัดภาพรวม มากกว่าร้อยละ 80 จากผลการประเมินดังกล่าว นับว่ากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาศาสนสถานเพื่อส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพที่ดีทำให้ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ เพื่อหาแนวทางแก้ไขตามบริบทของแต่ละพื้นที่ ควรให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการมากที่สุดและมีการสนับสนุนจากภาครัฐเพื่อให้เกิดความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความเข้มแข็งและความยั่งยืนของระบบการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในชุมชนโดยใช้ศาสนสถานเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ด้านสุขภาพ

ยุทธนา พูนพานิช และแสงนภา อุทัยแสงไพศาล (2557) ศึกษา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ พบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชน ใช้กฎบัตรออกตัวว่าเป็นพื้นฐานการวิเคราะห์รูปแบบกิจกรรม โดยเทียบเคียงกับหลักการส่งเสริมสุขภาพ 5 ประการ 1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อผู้สูงอายุ 2) สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุ 3) การสร้างเสริมศักยภาพบุคคลและชุมชน รวมถึงการสนับสนุนปัจจัยสาธารณะที่เอื้ออำนวยต่อการสร้างเสริมศักยภาพ 4) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 5) การปรับเปลี่ยนและส่งเสริมบริการทางด้านสาธารณสุขและสวัสดิการสังคม โดยรวบรวมกิจกรรมที่มีการดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน โดยผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 พึ่งพาตนเองได้ คือจัดให้เข้าร่วมกิจกรรมสังคมอย่างต่อเนื่องในรูปของชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มที่ 2 ดูแลตนเองได้บ้าง คือจัดการดูแลเยี่ยมบ้านเพื่อช่วยเหลือกิจวัตรบางอย่าง ส่วนกลุ่มที่ 3 ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ คือ จัดให้มีผู้ดูแลซึ่งมีความรู้ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ

โรสมณี ยูนูห์ (2552) ศึกษาสภาพปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อมของมัสยิดในจังหวัดนราธิวาสในเขตเทศบาลและมัสยิดนอกเขตเทศบาล พบว่า สภาพปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อมของมัสยิดในจังหวัดนราธิวาวยังมีปัญหาอยู่มาก ทั้งด้านโครงสร้างและการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในมัสยิด

การรับรู้ปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อมของอิหม่ามประจำมัสยิดที่ตั้งอยู่ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลอยู่ในระดับปานกลางและการรับรู้ปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อมของอิหม่ามประจำมัสยิดที่ตั้งอยู่นอกเขตเทศบาลดีกว่าในเขตเทศบาล ดังนั้นควรสนับสนุนให้อิหม่ามสามารถดำเนินการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมตามหลักสุขาภิบาล

วรรณดี จันทศิริ (2546) ศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้นโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมู่ที่ 8 ตำบลนาป่า อำเภอมือง จังหวัดชลบุรี โดยใช้กลยุทธ์การขึ้นด้านสุขภาพ การเพิ่มความสามารถ และการใกล้ชิดผลประโยชน์ด้านสุขภาพ และกระบวนการเรียนรู้คือ การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม การประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างอนาคตร่วมกัน และการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ เพื่อกระตุ้นเสริมพลังความคิด และการมีส่วนร่วมของชุมชน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกผลกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เจาะลึกที่เป็นทางการ/ไม่เป็นทางการ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การบันทึกภาคสนาม และข้อมูลทุติยภูมิของชุมชน ระยะเวลาในการศึกษา 1 ปี การวิเคราะห์ข้อมูลโดยจำแนกข้อมูลและสรุปแต่ละประเด็นย่อยจากผลกระบวนการและเทคนิคการเรียนรู้ในแต่ละขั้นตอนตามกรอบการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมและเรียงเรียงเชิงพรรณนา ผลการศึกษา พบว่า การใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทั้ง 3 กระบวนการอย่างต่อเนื่องผสมผสานกับการพัฒนาองค์ความรู้ตามความต้องการของชุมชน ทำให้ชุมชนได้เรียนรู้สภาพปัญหาและความต้องการที่แท้จริง และสามารถกำหนดแนวทางตอบสนองความต้องการของตนเองและชุมชนได้ตามศักยภาพในบริบทของชุมชน ซึ่งสอดคล้องแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ 5 ข้อของ ออตตาวา และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วย ปัจจัยภายในชุมชนและปัจจัยภายนอก

สมหมาย แจ่มกระจ่าง ศรีวรรณ มีคุณ และพีระพงษ์ สุดประเสริฐ (2551) ศึกษาการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน: กรณีศึกษาการจัดทำแผนชุมชนเทศบาลตำบลบางพระ จังหวัดชลบุรี โดยดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของประชาชนใน 10 ชุมชน ในการจัดทำแผนชุมชนและผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมและมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสัมภาษณ์ทั่วไป การจดบันทึกสนาม การค้นหาข้อมูลจากเอกสารต่างๆ รวมถึงการสืบค้นข้อมูลจากระบบสารสนเทศ และการปฏิบัติการร่วมจัดทำแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมและมีความสามารถในการจัดทำแผนชุมชนระยะ 3 ปี อย่างสอดคล้องกับความต้องการของชุมชนทั้ง 10 ชุมชน โดยการมีส่วนร่วม ได้อย่างสมบูรณ์ และมีแนวทางการพัฒนากิจกรรมต่างๆ เพื่อสร้างความเข้มแข็งและพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน ประชาชนได้เรียนรู้ มีทักษะและประสบการณ์ในการทำงานพัฒนาชุมชนร่วมกัน มีกิจกรรมการพัฒนาระดับท้องถิ่นที่เป็นรูปธรรมชัดเจน และมีความพร้อมที่จะแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานพัฒนาอย่างยั่งยืนต่อไปได้เป็นอย่างดี จากงานวิจัยนี้พบว่า ชุมชนในเทศบาลตำบลบางพระเป็นชุมชนที่มีศักยภาพในการพัฒนาอยู่แล้ว สมควรที่เทศบาลตำบลบางพระจะส่งเสริมการพัฒนาและสร้างเครือข่ายองค์กรต่างๆ ให้เข้มแข็งมากขึ้นและสามารถพัฒนาด้านสังคม เช่นจิตสำนึกในการพัฒนาชุมชนและสังคมโดยการพึ่งพาตนเองมากขึ้น เทศบาลตำบลบางพระควรให้ความสำคัญในการสนับสนุนให้ชุมชนดำเนินการพัฒนาตามแผนและโครงการของชุมชนซึ่งแผนจากความต้องการของชุมชนเองอย่างแท้จริง

มารุยูกิ รานิง (2550) ศึกษา บทบาทของมัสยิดในกระบวนการสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนเมือง กรณีศึกษาจังหวัดนราธิวาส พบว่า บทบาทของมัสยิดในกระบวนการสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนเมือง ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านการเตรียมคน 2) ด้านการพัฒนาทางเลือกเพื่อดำเนินกิจกรรม 3) ด้านการดำเนินกิจกรรมสาธารณะและ 4) ด้านการขยายเครือข่ายความร่วมมือ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อบทบาทของมัสยิดในกระบวนการสร้างความเข้มแข็ง ได้แก่ ปัจจัยด้านบทบาทของนักพัฒนาชุมชน โดยเป็นผู้ประสานงานร้องขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชน เพื่อบรรเทาปัญหาความเดือดร้อนในชุมชน ปัจจัยด้านการเป็นศูนย์กลางของการพบปะของชุมชน โดยเป็นสถานที่เผยแพร่ศาสนาอิสลาม เป็นที่ให้คำปรึกษากฎหมายอิสลามเกี่ยวกับครอบครัวและมรดก เป็นสถานที่สาธารณสุขพื้นฐาน โดยเป็นจุดนัดตรวจสุขภาพของหน่วยอนามัยเคลื่อนที่และเป็นที่พักพยาบาลเบื้องต้น เป็นสถานที่ประชุมและแจ้งข่าวสารด้านการเงินและการบริหารงานของมัสยิด ข่าวสารด้านการฝึกอบรมวิชาชีพแก่ประชาชน ปัจจัยด้านการสนับสนุนของประชาชนบริเวณมัสยิด โดยคณะกรรมการและประชาชนเป็นผู้ส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินนโยบายและการวางแผนการบริหารงานของมัสยิด สนับสนุนด้านการเงินในการบริจาคเพื่อสมทบทุนในการดำเนินกิจกรรมสาธารณะในการพัฒนาชุมชน และปัจจัยด้านความเข้มแข็งของสังคมและวัฒนธรรมท้องถิ่น โดยประชาชนยึดถือวัฒนธรรมที่สอดคล้องกับหลักการอิสลาม ประกอบอาชีพยึดหลักเศรษฐกิจพอเพียงไม่ขัดต่อศาสนาอิสลาม ประชาชนพึ่งพาอาศัยกันและกัน

สรุป จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับมัสยิดส่วนใหญ่จะเน้นบทบาทของมัสยิดทางด้านศาสนา การพัฒนามัสยิด สภาพปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของมัสยิด แต่การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพยังมีน้อย ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาที่สำคัญของจังหวัดปัตตานี ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของมัสยิดในการส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้ศาสนานำการพัฒนาและแก้ไขปัญหาในพื้นที่ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมผ่านบทบาทคณะกรรมการมัสยิดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของมัสยิดในการส่งเสริมสุขภาพจังหวัดปัตตานี เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

แหล่งข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เก็บข้อมูลมัสยิดทั้งหมดในจังหวัดปัตตานี จำนวน 650 แห่งผ่านเกณฑ์มาตรฐานทั้งหมด จำนวน 588 แห่ง แบ่งเป็น ระดับพื้นฐาน จำนวน 387 ระดับดี จำนวน 186 และระดับดีมาก จำนวน 15 แห่ง

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 คณะกรรมการมัสยิดที่ผ่านเกณฑ์ประเมินศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพ ระดับดีมากและมัสยิดที่เป็นศูนย์เรียนรู้ระบบสุขภาพตามวิถีชุมชน จังหวัดปัตตานีจำนวน 15 คน ใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ดังนี้

- | | |
|---|-------|
| 1) คณะกรรมการมัสยิดผ่านเกณฑ์ประเมินฯ ระดับดีมาก | 12 คน |
| 2) คณะกรรมการมัสยิดที่เป็นศูนย์เรียนรู้ฯ | 3 คน |

พื้นที่เป้าหมาย

พื้นที่เป้าหมาย คือ มัสยิดที่ผ่านเกณฑ์ประเมินมัสยิดส่งเสริมสุขภาพระดับดีมากและมัสยิดที่เป็นศูนย์เรียนรู้ระบบสุขภาพตามวิถีชุมชน จังหวัดปัตตานีจำนวน 15 แห่ง (ภาคผนวก ข)

กลุ่มที่ 2 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งภาครัฐและเอกชน จำนวน 20 คน ใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ดังนี้

- | | |
|---|------|
| 1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด | 3 คน |
| 2) สำนักงานคณะกรรมการอิสลามกลางประจำจังหวัด | 1 คน |
| 3) สำนักงานท้องถิ่นจังหวัด | 1 คน |
| 4) สำนักงานวัฒนธรรมจังหวัด | 1 คน |
| 5) องค์การบริหารส่วนจังหวัด | 1 คน |
| 6) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น | 3 คน |
| 7) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ | 5 คน |
| 8) โต๊ะอิหม่ามประจำอำเภอ | 5 คน |

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินมัสยิตส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดปัตตานี ประกอบด้วย
 - 1) ด้านสิ่งแวดล้อม มีข้อย่อยคือ 1) โครงสร้าง/อาคาร/สถานที่ 2) น้ำดื่ม น้ำใช้
 - 3) สถานที่ปรุงอาหาร 4) ห้องน้ำ ห้องส้วม 5) ชยะและการจัดการ 6) การจัดการน้ำเสีย
 - 2) ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน
 - 3) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ

ในแต่ละด้านจะมีเกณฑ์การประเมิน 3 ระดับ เป็นเกณฑ์ที่มีลักษณะเป็นเกณฑ์คุณภาพ แบ่งเป็น

- ระดับพื้นฐาน ระดับดี และระดับดีมาก
- ระดับพื้นฐานคือมัสยิตที่ผ่านระดับพื้นฐานจำนวน 25 ข้อ
- ระดับดีคือมัสยิตที่ผ่านระดับพื้นฐานจำนวน 25 ข้อ และผ่านระดับดี อีก 20 ข้อ
- ระดับดีมากคือมัสยิตที่ผ่านระดับพื้นฐานจำนวน 25 ข้อ และผ่านระดับดี 20 ข้อผ่านระดับดีมากอีก 39 ข้อ (ภาคผนวก ก)

2. แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion guideline) (ภาคผนวก ค)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการ ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาทบทวนเอกสาร (Document Review) ดังนี้

- 1) ศึกษานโยบายการพัฒนาศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพ (ศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศบ.สต. เขตสุขภาพที่ 12) ระบบรายงานโปรแกรมการประเมินมัสยิตส่งเสริมสุขภาพที่มีในปัจจุบันของจังหวัดปัตตานี
- 2) ประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานีเพื่อชี้แจงหลักการและกระบวนการของโครงการวิจัย และขอข้อมูลเกี่ยวกับมัสยิตส่งเสริมสุขภาพ
- 3) ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานมัสยิตส่งเสริมสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตามพื้นที่เป้าหมาย เพื่อขอข้อมูลการประเมินมัสยิตส่งเสริมสุขภาพที่มีในปัจจุบัน
- 4) ศึกษาเกณฑ์มัสยิตส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
- 5) ศึกษากลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพตามกฎหมายบัตรรอติดตาม

2. ขั้นดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น ดังนี้

2.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

การวิเคราะห์ข้อมูลจากระบบรายงานโปรแกรมระบบศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพเขตสุขภาพที่ 12 ของจังหวัดปัตตานีตามเกณฑ์ประเมินศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

- 2.1.1 ข้อมูลสถานการณ์การดำเนินงานพัฒนามัสยิตส่งเสริมสุขภาพของจังหวัดปัตตานีทั้งหมด 650 แห่ง โดยแสดงรายละเอียดผลการประเมินมัสยิตส่งเสริมสุขภาพจังหวัดปัตตานีในภาพรวมและจำแนกเป็นระดับตามเกณฑ์การประเมิน และผลการประเมินมัสยิต จำแนกเป็นผ่าน

เกณฑ์และไม่ผ่านเกณฑ์ (รายชื่อ) ตามแบบประเมินมัธยมศึกษาส่งเสริมสุขภาพจังหวัดปัตตานี จากนั้นสรุปข้อที่ผ่านเกณฑ์น้อยและเป็นประเด็นที่สำคัญ ตามแบบประเมินมัธยมศึกษาส่งเสริมสุขภาพจังหวัดปัตตานี เพื่อคืนข้อมูลให้แก่คณะกรรมการมัธยมศึกษาเป้าหมาย

2.2.2 นำเกณฑ์ประเมินศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งเกณฑ์ที่ผ่านน้อยและเป็นประเด็นที่สำคัญ มาจัดกลุ่มตามกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรรอดตาว่า 5 ประการ เพื่อหาความสอดคล้อง และนำข้อมูลที่ได้มาสรุปและจัดทำเป็นร่างรูปแบบ (ภาคผนวก ง)

2.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

2.2.1 การสนทนากลุ่ม (Focus Group) 2 ครั้ง เพื่อหารูปแบบการมีส่วนร่วมของมัธยมศึกษาในการส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

ครั้งที่ 1 ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่คณะกรรมการมัธยมศึกษาผ่านเกณฑ์ประเมินศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพระดับดีมากมัธยมศึกษาที่เป็นศูนย์เรียนรู้ระบบสุขภาพตามวิถีชุมชน จังหวัดปัตตานี จำนวน 15 คน โดยมีแนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion guideline) และใช้เวลาในการสนทนากลุ่ม 1-2 ชั่วโมง รายละเอียดดังนี้

1) คืนข้อมูลจากการศึกษาระบบรายงานโปรแกรมระบบศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพ ผลการประเมินมัธยมศึกษาในภาพรวมและจำแนกเป็นระดับตามเกณฑ์การประเมิน และจำแนกเป็นผ่านเกณฑ์และไม่ผ่านเกณฑ์ (รายชื่อ) ตามแบบประเมินมัธยมศึกษาส่งเสริมสุขภาพจังหวัดปัตตานี และเกณฑ์มาตรฐานที่ผ่านน้อยและเป็นประเด็นที่สำคัญ เพื่อใช้ประกอบในการกำหนดรูปแบบการมีส่วนร่วมของมัธยมศึกษาในการส่งเสริมสุขภาพ

2) สอบถามความคิดเห็น และให้ผู้ให้ข้อมูล ร่วมคิด ร่วมแสดงความคิดเห็น และตัดสินใจในรูปแบบการมีส่วนร่วมของมัธยมศึกษาในการส่งเสริมสุขภาพที่อยากให้เกิดขึ้นควรเป็นอย่างไร ตามร่างรูปแบบ (กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรรอดตาว่า 5 ประการ) ดังนี้

- ด้านการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
- ด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
- ด้านการเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง
- ด้านการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล
- ด้านการปรับเปลี่ยนบริการด้านสุขภาพ

ครั้งที่ 2 ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งภาครัฐและเอกชนได้แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสำนักงานคณะกรรมการอิสลามกลางประจำจังหวัด สำนักงานท้องถิ่นจังหวัดสำนักงานวัฒนธรรมจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ไต๊ะอิมามประจำอำเภอ จำนวน 20 คน โดยมีแนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion guideline) และใช้เวลาในการสนทนากลุ่ม 1-2 ชั่วโมง หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาสรุปเป็นข้อสรุปของรูปแบบ ดังนี้

- รูปแบบที่ได้ มีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้กับพื้นที่จังหวัดปัตตานีหรือไม่ อย่างไรก็ตามกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรรอดตาว่า 5 ประการ ดังนี้

- ด้านการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
- ด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

- ด้านการเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง
- ด้านการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล
- ด้านการปรับเปลี่ยนบริการด้านสุขภาพ

2.2.2 การสัมภาษณ์ คือตรวจสอบข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เพิ่มเติมใน

ส่วนที่ข้อมูลไม่ครบถ้วน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ

วิเคราะห์ข้อมูลตามแบบประเมินศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดปัตตานี ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่และร้อยละ

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยการตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลให้สอดคล้องกันระหว่างข้อมูลที่รวบรวมจากเอกสารกับข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์หรือจากกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและแหล่งอื่นๆการจัดระเบียบข้อมูลตามวัตถุประสงค์วิเคราะห์สรุปประเด็นย่อให้นำมาเขียนเรียบเรียงเพื่อหาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่ค้นพบในแต่ละขั้นตอน ของการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมด้านการวิจัยทางสังคมและการวิจัยเชิงทดลองในมนุษย์ ของสถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และได้ให้การพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่างทุกราย โดยผู้วิจัยจะรักษาความเป็นส่วนตัว และความลับของกลุ่มตัวอย่าง และจัดทำเอกสาร และใบยินยอมด้วยความสมัครใจให้กลุ่มตัวอย่างได้อ่านทำความเข้าใจและลงชื่อยินยอมให้ข้อมูลก่อนที่ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ และหากต้องการถอนตัวออกจากการศึกษานี้เมื่อใด ก็สามารถกระทำได้โดยอิสระ ข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดจะถูกเก็บไว้เป็นความลับเพื่อใช้สำหรับวิจัยนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวม ไม่ระบุถึงตัวบุคคลหรือสถานที่ทำงาน เมื่อผู้วิจัยวิเคราะห์และจัดการข้อมูลแล้วเสร็จจะทำลายเอกสารที่จัดเก็บมาทั้งหมด

บทที่ 4 ผลการศึกษา

การศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของมัสยิดในการส่งเสริมสุขภาพ ของจังหวัดปัตตานี นำเสนอผลการศึกษิตตามวัตถุประสงค์ โดยแบ่งการนำเสนอเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 สถานการณ์การดำเนินงานพัฒนามัสยิดส่งเสริมสุขภาพของจังหวัดปัตตานี

ส่วนที่ 2 รูปแบบการมีส่วนร่วมของมัสยิดในการส่งเสริมสุขภาพจังหวัดปัตตานี

ส่วนที่ 1 สถานการณ์การดำเนินงานพัฒนามัสยิดส่งเสริมสุขภาพของจังหวัดปัตตานี

การนำเสนอผลการศึกษาในส่วนที่ 1 แบ่งเป็น

ตอนที่ 1 ผลการประเมินมัสยิดส่งเสริมสุขภาพจังหวัดปัตตานีในภาพรวมและจำแนกเป็นระดับตามเกณฑ์การประเมิน

ตอนที่ 2 ผลการประเมินมัสยิด จำแนกเป็นผ่านเกณฑ์และไม่ผ่านเกณฑ์ (รายข้อ) ตามแบบประเมินมัสยิดส่งเสริมสุขภาพจังหวัดปัตตานี

ตอนที่ 1 ผลการประเมินมัสยิดส่งเสริมสุขภาพจังหวัดปัตตานีในภาพรวมและจำแนกเป็นระดับตามเกณฑ์การประเมิน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผลการประเมินมัสยิดส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดปัตตานีในภาพรวมและจำแนกเป็นระดับตามเกณฑ์การประเมิน

มัสยิดทั้งหมด	ผ่านเกณฑ์ประเมินฯ จำนวน (ร้อยละ)	ผลการประเมินจำแนกเป็นระดับตามเกณฑ์		
		ระดับพื้นฐาน จำนวน (ร้อยละ)	ระดับดี จำนวน (ร้อยละ)	ระดับดีมาก จำนวน (ร้อยละ)
650	588 (90.5)	387 (59.5)	186 (28.6)	15 (2.3)

จากตารางที่ 1 พบว่า มัสยิดส่งเสริมสุขภาพในจังหวัดปัตตานี รวมทั้งสิ้น 650 แห่ง ผ่านเกณฑ์ประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานศาสนสถาน (มัสยิด) ส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 588 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 90.5 ส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานศาสนสถาน (มัสยิด) ส่งเสริมสุขภาพ ระดับพื้นฐาน คิดเป็นร้อยละ 59.5 รองลงมาอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานระดับดี ร้อยละ 28.6 และผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับดีมาก ร้อยละ 2.3 ตามลำดับ (ซึ่งมัสยิดที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับดีมาก ได้มีการพัฒนายกระดับสู่การเป็นศูนย์การเรียนรู้ระบบสุขภาพตามวิถีชุมชน จำนวน 3 แห่ง)

ตอนที่ 2 ผลการประเมินมัสยิต จำแนกเป็นผ่านเกณฑ์และไม่ผ่านเกณฑ์ (รายข้อ) ตามแบบประเมินมัสยิตส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดปัตตานี

นำเกณฑ์ประเมินมัสยิตส่งเสริมสุขภาพจำแนก เป็นผ่านเกณฑ์และไม่ผ่านเกณฑ์ (รายข้อ) จากนั้นสรุปข้อที่ผ่านน้อยและเป็นประเด็นที่สำคัญ ตามแบบประเมินมัสยิตส่งเสริมสุขภาพ (ตารางที่ 2-3)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ของมัสยิตที่ผ่านเกณฑ์และไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (รายข้อ) ตามแบบประเมินมัสยิตส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดปัตตานี

รายละเอียดเกณฑ์มาตรฐาน	ผ่านเกณฑ์ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน (ร้อยละ)
1.ด้านสิ่งแวดล้อม		
1.1 โครงสร้าง/อาคาร/สถานที่		
1) อาคาร บริเวณ ศาสนสถาน สะอาดเป็นระเบียบ	516 (79.4)	134 (20.6)
2) สภาพอาคาร มีความปลอดภัย	513 (79.9)	137 (20.1)
3) มีภูมิทัศน์สวยงาม	298 (45.8)	352 (54.2)
4) มีบริเวณสำหรับพักผ่อนหย่อนใจ	179 (27.5)	471 (72.5)
5) มีอุปกรณ์ดับเพลิงพร้อมใช้งาน หรือมีกะบะทราย ถังเก็บน้ำ สายยาง อุปกรณ์อื่นใด ที่สามารถใช้ในการดับไฟ	102 (15.6)	548 (84.4)
1.2 น้ำดื่ม น้ำใช้		
6) น้ำใช้ไม่มีตะกอน ไม่มีสี ไม่มีกลิ่นเหม็น และมีปริมาณ เพียงพอ	507 (78.0)	143 (22.0)
7) น้ำดื่ม ผ่านการปรับปรุงคุณภาพ ภาชนะเก็บน้ำ ภาชนะใช้ ดื่ม มีการดูแลให้สะอาดอยู่เสมอ	479 (73.7)	171 (26.3)
8) ไม่มีลูกน้ำ ในภาชนะเก็บกักน้ำ	361 (55.5)	289 (44.5)
9) บ่อเก็บกักน้ำสำหรับอาบชำระหมาดมีการเปลี่ยนถ่าย และ ทำความสะอาดภาชนะเก็บกักน้ำทุก 7 วัน	164 (25.2)	486 (74.8)
1.3 สถานที่ปรุงอาหาร		
1.3. 1 สถานที่เตรียม ปรุงอาหาร สะอาด ถูกสุขลักษณะ		
10) สถานที่เตรียม ปรุงอาหารสะอาด เป็นระเบียบ	359 (55.2)	291 (44.8)
11) มีการระบายอากาศดี ไม่มีกลิ่นคาววันรบกวน	354 (54.5)	296 (45.5)
13) ภาชนะใส่อาหารทำด้วยวัสดุที่ปลอดภัย เช่น สแตนเลสอลู มิเนียม เมลามีนสีขาว หรือสีอ่อนไม่แตกง่ายหรือมีความคม	221 (34.0)	429 (66.0)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ของมัสยิดที่ผ่านเกณฑ์และไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (รายข้อ) ตามแบบประเมินมัสยิดส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดปัตตานี (ต่อ)

รายละเอียดเกณฑ์มาตรฐาน	ผ่านเกณฑ์ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน (ร้อยละ)
14) ที่ล้างภาชนะ อุปกรณ์ ควรใช้อ่างที่มีก๊อกน้ำและท่อระบายน้ำ ถ้าใช้กะละมังต้องมี 3 ใบ วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม.	204 (31.4)	446 (68.6)
15) ล้างภาชนะ อุปกรณ์ด้วยน้ำยาล้างภาชนะและน้ำสะอาด อีก อย่างน้อย 2 ครั้ง หรือล้างด้วยน้ำไหล	217 (33.4)	433 (66.6)
16) ภาชนะ อุปกรณ์ เมื่อล้างเสร็จแล้ว ต้องคว่ำให้แห้ง ห้ามเช็ด วางในตะแกรงโปร่งสะอาด สูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม. เชียง มีด สภาพดี สะอาดแยกใช้ตามประเภทของอาหาร ได้แก่ ผักผลไม้ เนื้อสัตว์สุก เนื้อสัตว์ดิบ มีเชียงแยกใช้ตามประเภทอาหารอย่างน้อย 3 เชียง ผลไม้ แยกมีดที่ใช้ และควรทำความสะอาดทันทีเมื่อใช้งานเสร็จ	180 (27.7)	470 (72.3)
1.3.2 ผู้ประกอบอาหารมีสุขภาพดีแต่งกายสะอาด สุขอนามัยดี		
17) ชุดแต่งกายสะอาด สวมเสื้อมีแขน ใส่หมวก และผ้ากันเปื้อนสีขาวหรือสีอ่อนขณะปฏิบัติงาน และควรซักทุกวัน	198 (30.5)	552 (69.5)
18) ลักษณะร่างกายภายนอกดี เล็บมือสั้น สะอาด ไม่มีอาการไอ จาม ตา ตัวเหลือง เป็นไข้ หรือ อูจจาระร่วง	111 (17.1)	539 (82.9)
19) ใช้อุปกรณ์หรือถุงมือในการหยิบจับอาหารที่พร้อมบริโภค <u>หมายเหตุ</u> หากวันที่เข้าประเมินไม่มีการปรุงอาหาร ให้ประเมินจาก แนวทางการปฏิบัติ หรือร่องรอยการปรุงอาหาร และการใช้อุปกรณ์	75 (11.5)	575 (88.2)
20) สถานที่ปรุงอาหาร มีบอดักขยะ / บอดักไขมันใช้งานได้ดี ก่อนปล่อย น้ำทิ้งลงสู่ท่อสาธารณะถ้าไม่มีท่อสาธารณะ ต้องมีบ่อซึม	38 (5.8)	612 (94.2)
<u>1.4 ห้องน้ำห้องส้วม</u>		
21) ห้องส้วมสะอาด สภาพดี การระบายอากาศดี ไม่มีกลิ่นเหม็น ภาชนะเก็บกักน้ำ ชันน้ำ น้ำใช้และแสงสว่างเพียงพอ	530 (81.5)	120 (18.5)
22) ประตู ที่จับเปิด-ปิด และล๊อคด้านในสะอาด อยู่ในสภาพดีใช้งานได้	395 (60.7)	255 (39.3)
23) อ่างล้างมือ ก๊อกน้ำ กระจกสะอาด อยู่ในสภาพดีใช้งานได้	267 (41.1)	383 (58.9)
24) มีสบู่ล้างมือพร้อมใช้ตลอดเวลา	225 (34.6)	425 (65.4)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ของมัธยมที่ผ่านเกณฑ์และไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (รายชื่อ) ตามแบบประเมินมัธยมส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดปัตตานี (ต่อ)

รายละเอียดเกณฑ์มาตรฐาน	ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
25) มีห้องแยกสำหรับชาย หญิง โดยมีป้ายสัญลักษณ์ที่ชัดเจน	275 (42.3)	375 (57.7)
26) ห้องน้ำ ห้องส้วม สะอาด เพียงพอ ปลอดภัย (ผ่านมาตรฐาน HAS: Healthy, Accessibility, Safety)	101 (15.3)	549 (84.7)
ความสะอาด (Healthy)		
27) พื้นผนังเพดาน โถส้วม ที่กดโถส้วม โถปัสสาวะ ที่กดโถปัสสาวะสะอาดไม่มีคราบสกปรก อยู่ในสภาพดีใช้งานได้	143 (22.0)	507 (88.0)
28) น้ำใช้สะอาด เพียงพอและไม่มีลูกน้ำยุง ภาชนะเก็บกักน้ำ ชันตักน้ำสะอาดอยู่ในสภาพดี ใช้งานได้	153 (23.5)	497 (76.5)
29) กระดาษชำระเพียงพอต่อการใช้งานตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ (อาจจำหน่ายหรือบริการฟรี) หรือมีสายฉีดชำระที่สะอาด อยู่ในสภาพดีใช้งานได้	63 (9.7)	584 (90.3)
30) อ่างล้างมือ ก๊อกน้ำ กระจกสะอาด อยู่ในสภาพดี ใช้งานได้	99 (15.2)	551 (84.8)
ความพอเพียง (Accessibility)		
31) จัดให้มีส้วมนั่งราบอย่างน้อยหนึ่งที	89 (13.7)	561 (86.3)
ความปลอดภัย (Safety)		
32) บริเวณที่ตั้งส้วมต้องไม่อยู่ที่ลับตา ที่เปลี่ยว	165 (25.4)	485 (74.6)
33) ให้แยกห้องส้วมสำหรับชาย - หญิง โดยมีป้ายหรือสัญลักษณ์ที่ชัดเจน	146 (22.5)	504 (74.5)
34) ประตู ที่จับเปิด - ปิดและที่ล็อคด้านใน สะอาด อยู่ในสภาพดีใช้งานได้	154 (23.7)	496 (76.3)
35) พื้นห้องส้วมแห้ง	142 (21.8)	508 (78.2)
36) แสงสว่างเพียงพอ สามารถมองเห็นได้ทั่วบริเวณ	152 (23.4)	498 (76.6)
1.5 ขยะและการจัดการ		
37) ไม่พบขยะมูลฝอยตกค้างหรือตกหล่นตามพื้น ถนน รางระบายน้ำ	517 (79.5)	133 (20.5)
38) มีการเก็บรวบรวมขยะ และมีการกำจัดขยะที่ถูกวิธี	366 (56.3)	284 (43.7)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ของมัสยิดที่ผ่านเกณฑ์และไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (รายข้อ) ตามแบบประเมินมัสยิดส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดปัตตานี (ต่อ)

รายละเอียดเกณฑ์มาตรฐาน	ผ่านเกณฑ์ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน (ร้อยละ)
39) มีการแยกขยะเป็น 3 ประเภท - ขยะมูลฝอยทั่วไป - ขยะมูลฝอยนำกลับมาใช้ใหม่ - ขยะอันตราย	66 (10.2)	584 (89.8)
40) ไม่พบน้ำเสีย น้ำทิ้งขังเฉอะแฉะ บริเวณศาสนสถาน	482 (74.2)	168 (25.8)
41) น้ำเสีย น้ำทิ้ง มีการจัดการที่ถูกหลักสุขาภิบาล โดยมีรางหรือท่อระบายน้ำรอบบริเวณ และไม่อุดตัน	318 (48.9)	332 (51.1)
42) ไม่มีการร้องเรียนเรื่องน้ำเสียจากชุมชน	269 (41.4)	381 (58.6)
2. ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน		
2.1 การมีส่วนร่วมของชุมชน		
43) มีคณะกรรมการพัฒนา ศาสนสถานด้านส่งเสริมสุขภาพ และมีการประชุมวางแผนการดำเนินงาน (โดยดูจากรายชื่อหรือคำสั่งแต่งตั้ง และรายงานการประชุม)	521 (80.2)	129 (19.8)
44) การให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม	498 (76.6)	151 (23.4)
45) มีเครือข่ายร่วมพัฒนาศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพ (เครือข่ายประกอบด้วย ก. ผู้นำชุมชนทั้งทางการและตามธรรมชาติ ข. ผู้นำท้องถิ่น ค. ภาคประชาชน)	353 (54.3)	297 (45.7)
46) สั่งสอนให้ประชาชน ลด ละเลิกอบายมุขทุกประเภท	336 (51.7)	314 (48.3)
47) ชุมชนร่วมจัดการพัฒนาศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพและทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน	201 (30.9)	449 (69.1)
48) มีหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุนศาสนสถานอย่างต่อเนื่อง	170 (26.2)	480 (73.8)
49) ชุมชนมีความสามัคคี ไม่มีความขัดแย้ง	179 (27.5)	471 (72.5)
50) การมีส่วนร่วมของชุมชนพุทธและชุมชนมุสลิม	113 (17.4)	537 (82.6)
51) คนในชุมชนมีสุขภาพอนามัยที่ดี	154 (23.7)	496 (76.3)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ของมัสยิดที่ผ่านเกณฑ์และไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (รายชื่อ) ตามแบบประเมินมัสยิดส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดปัตตานี (ต่อ)

รายละเอียดเกณฑ์มาตรฐาน	ผ่านเกณฑ์ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน (ร้อยละ)
2.2 วัด/มัสยิด สนับสนุนส่งเสริมให้เป็นแหล่งเรียนรู้ ปลูกฝัง คุณธรรม จริยธรรม เสริมสร้างความรัก ความสามัคคี		
52) มีการจัดป้ายความรู้เพื่อเผยแพร่เกี่ยวกับหลักธรรมคำสอนฯ	519 (79.8)	131 (20.2)
53) มีการจัดกิจกรรมของระดับพื้นฐานและจัดกิจกรรมตาม ขนบธรรมเนียมประเพณีอย่างต่อเนื่องทุกปี	387 (59.5)	263 (40.5)
54) มีการจัดกิจกรรมของระดับพื้นฐานและจัดกิจกรรมตาม ขนบธรรมเนียมประเพณี กิจกรรมที่เสริมสร้างความรัก ความ สามัคคีและมีการสร้างเครือข่ายของการสร้างความสามัคคีใน หมู่คณะ	188 (28.9)	462 (71.1)
55) เป็นแหล่งเรียนรู้ด้านการปฏิบัติคุณธรรม/จริยธรรม	156 (24.0)	494 (76.0)
2.3 การสนับสนุนงบประมาณ		
56) จัดกิจกรรมสมทบทุนเป็นครั้งคราว	503 (77.4)	147 (22.6)
57) มีการตั้งกองทุนหรือมูลนิธิการบริหารจัดการ	236 (20.9)	414 (79.1)
58) มีคณะกรรมการในการบริหารกองทุนใช้ในการบริหาร จัดการศาสนสถาน	98 (15.1)	552 (84.9)
59) มีสมาชิกกองทุน	79 (12.2)	571 (87.8)
60) มีกิจกรรมจัดหาเงินสมทบกองทุนอยู่เสมอ	78 (12.0)	572 (88.0)
61) สมาชิกมีรายได้จากการจัดตั้งกองทุน	46 (7.1)	604 (92.9)
2.4 สัปบุรุษได้มีการปฏิบัติตามคำสอน “ความสะอาดเป็นส่วน หนึ่งของการศรัทธา”		
62) การแต่งกายของผู้เข้ามาในศาสนสถานหรือประกอบ ศาสนกิจต้องสุภาพ สะอาด	524 (80.6)	126 (19.4)
63) ชุดสำหรับประกอบศาสนกิจ (ชุดละหมาด) สำหรับ สุภาพสตรีที่ตั้งอยู่ในมัสยิด พรหม, ผ้าปูละหมาดสะอาด	512 (78.8)	138 (21.2)
64) น้ำในอ่างครบตามเงื่อนไขของศาสนา	475 (73.1)	175 (26.9)
65) มีการอบรมให้ความรู้แก่สัปบุรุษ เรื่องการรักษาความ สะอาดในอิสลาม เดือนละ 2 ครั้งและต้องบันทึกเป็นลายลักษณ์ อักษร	237 (36.5)	413 (63.5)
66) มีการอบรมให้ความรู้แก่สัปบุรุษ เรื่องการรักษาความสะอาด ในอิสลาม เดือนละ 4 ครั้งและต้องบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร	91 (14.0)	559 (86.0)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ของมัสยิดที่ผ่านเกณฑ์และไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (รายข้อ) ตามแบบประเมินมัสยิดส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดปัตตานี (ต่อ)

รายละเอียดเกณฑ์มาตรฐาน	ผ่านเกณฑ์ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน (ร้อยละ)
3. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ		
3.1 การส่งเสริมสุขภาพ		
67) ศาสนสถานจัดให้มีการให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัย สิ่งแวดล้อม	507 (78.0)	143 (22.0)
68) มีผู้ยาสามีญประจำบ้านตุ้ยา และอุปกรณ์ สะอาดอยู่ใน สภาพดีมียาสามีญประจำบ้าน เวชภัณฑ์และวัสดุอุปกรณ์ที่ จำเป็น จัดเก็บเป็นระเบียบ มีป้ายบอกชื่อ วิธีการใช้ยาที่ชัดเจน ยาไม่หมดอายุ	447 (68.8)	203 (31.2)
69) มีการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาที่พบใน พื้นที่	276 (42.5)	374 (57.5)
70) เป็นแหล่งเรียนรู้ด้านสุขภาพ	96 (14.8)	554 (85.2)
71) มีกิจกรรมช่วยเหลือชุมชนด้านสุขภาพ เช่น จิตอาสา(เกิด สิ่งดี ๆ ที่เป็นนวัตกรรมสู่ชุมชน)	68 (10.5)	582(89.5)
3.2 การจัดศาสนสถานให้เป็นเขตปลอดบุหรี่		
72) มีป้ายประกาศศาสนสถานเป็นเขตปลอดบุหรี่ด้านหน้าศา สนสถาน	496 (76.3)	154 (23.7)
73) มีเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ ที่ทางเข้าของศาสนสถาน ตั้งแต่ประตูรั้ว/ขอบเขตของสถานที่ ที่เห็นเด่นชัด	458 (70.5)	192 (29.5)
74) มีเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ทั้งด้านหน้าและด้านในห้ งสุขา	428 (65.8)	222 (34.2)
75) มีเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ภายในอาคารของ ศาสนสถาน	429 (66.0)	223 (34.0)
76) ไม่มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวกในการสูบบุหรี่ เช่น ที่เขี่ยบุหรี่ ถังทรายสำหรับใส่บุหรี่	290 (44.6)	360 (55.4)
77) คนที่เข้ามาในศาสนสถาน จะต้องไม่สูบบุหรี่	143 (22.0)	507 (78.0)
3.3 การเป็นแบบอย่างหรือการมีส่วนร่วมด้านส่งเสริมสุขภาพ		
78) ผู้นำศาสนาได้รับบริการ วัดความดันโลหิต	15 (2.3)	635 (97.7)
79) ผู้นำศาสนาได้รับบริการ วัดรอบเอว	507 (78.0)	143 (22.0)
80) ผู้นำศาสนาออกกำลังกายวันละ 30 นาที อย่างน้อย 3 วัน/ สัปดาห์	234 (36.0)	416 (64.0)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ของมัธยมที่ผ่านเกณฑ์และไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (รายชื่อ) ตามแบบประเมินมัธยมส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดปัตตานี (ต่อ)

รายละเอียดเกณฑ์มาตรฐาน	ผ่านเกณฑ์ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน (ร้อยละ)
81) จัดหาวัสดุ อุปกรณ์ เฝ้าระวังสุขภาพ เช่น เครื่องวัดความดัน สายวัดรอบเอว	202 (31.1)	448 (68.9)
82) ผู้นำศาสนา (โต๊ะอิหม่าม คอเต็บ บิหลั่น กรรมการมัธยม) ไม่สูบบุหรี่	118 (18.2)	532 (81.8)
83) ผู้นำศาสนาได้รับการวัดความดันโลหิตสูงและวัดรอบเอว ผู้ที่มีผลการวัดรอบเอวเกิน 90 ซม. มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	137 (21.1)	513 (78.9)
84) มีกิจกรรมเฝ้าระวังหรือส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชน เช่น ลานสุขภาพ ปลูกผักปลอดสารพิษ สวนสมุนไพร	83 (12.8)	567 (87.2)

ตารางที่ 3 ร้อยละของ เกณฑ์มัธยิตส่งเสริมสุขภาพ ข้อที่ผ่านน้อยและเป็นประเด็นที่สำคัญ จัดกลุ่มตามแบบประเมินมัธยิตส่งเสริมสุขภาพจังหวัดปัตตานี

รายละเอียดเกณฑ์มาตรฐาน	ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ)
1. ด้านสิ่งแวดล้อม	
1.1 โครงสร้าง/อาคาร/สถานที่	
มีอุปกรณ์ดับเพลิงพร้อมใช้งาน หรือมีกะบะทราย ถังเก็บน้ำ สายยาง อุปกรณ์อื่นใดที่สามารถใช้ในการดับไฟ	15.6
มีบริเวณสำหรับพักผ่อนหย่อนใจ	27.5
1.2 น้ำดื่ม น้ำใช้	
บ่อเก็บกักน้ำสำหรับอาบชำระหัตถ์มีการเปลี่ยนถ่าย และทำความสะอาดภาชนะเก็บกักน้ำทุก 7 วัน	25.2
1.3 สถานที่ปรุงอาหาร	
สถานที่ปรุงอาหาร มีบ่อดักขยะ / บ่อดักไขมันใช้งานได้ดี ก่อนปล่อย น้ำทิ้งลงสู่ท่อสาธารณะถ้าไม่มีท่อสาธารณะ ต้องมีบ่อซึม	5.8
ใช้อุปกรณ์หรือถุงมือในการหยิบจับอาหารที่พร้อมบริโภค	
<u>หมายเหตุ</u> หากวันที่เข้าประเมินไม่มีการปรุงอาหาร ให้ประเมินจาก แนวทางการปฏิบัติ หรือร่องรอยการปรุงอาหาร และการใช้อุปกรณ์	11.5
1.4 ห้องน้ำห้องส้วม	
ห้องน้ำ ห้องส้วม สะอาด เพียงพอ ปลอดภัย (ผ่านมาตรฐาน HAS: Healthy, Accessibility, Safety)	15.3
ห้องน้ำ ห้องส้วม สะอาด เพียงพอ ปลอดภัย (ผ่านมาตรฐาน HAS: Healthy, Accessibility, Safety)	15.3
มีการแยกขยะเป็น 3 ประเภทขยะมูลฝอยทั่วไปขยะมูลฝอยนำกลับมาใช้ใหม่ ขยะอันตราย	10.2
2. ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน	
2.1 การมีส่วนร่วมของชุมชน	
การมีส่วนร่วมของชุมชนพุทธและชุมชนมุสลิม	17.4
คนในชุมชนมีสุขภาพอนามัยที่ดี	23.7
มีหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุนศาสนสถานอย่างต่อเนื่อง	26.2
ชุมชนมีความสามัคคี ไม่มีความขัดแย้ง	27.5
ชุมชนร่วมจัดการพัฒนาศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพและทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน	30.9

ตารางที่ 3 ร้อยละของ เกณฑ์มัธยิตส่งเสริมสุขภาพ ข้อที่ผ่านน้อยและเป็นประเด็นที่สำคัญ จัดกลุ่มตามแบบประเมินมัธยิตส่งเสริมสุขภาพจังหวัดปัตตานี (ต่อ)

รายละเอียดเกณฑ์มาตรฐาน	ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ)
2.2 วัด/มัธยิต สนับสนุนส่งเสริมให้เป็นแหล่งเรียนรู้ ปุถุคฝังคุณธรรม จริยธรรม เสริมสร้างความรัก ความสามัคคี	
เป็นแหล่งเรียนรู้ด้านการปฏิบัติคุณธรรม/จริยธรรม	24.0
มีการจัดกิจกรรมของระดับพื้นฐานและจัดกิจกรรมตามขนบธรรมเนียม ประเพณี กิจกรรมที่เสริมสร้างความรัก ความสามัคคีและมีการสร้างเครือข่าย ของการสร้างสามัคคีในหมู่คณะ	28.9
2.3 การสนับสนุนงบประมาณ	
สมาชิกมีรายได้จากการจัดตั้งกองทุน	7.1
มีกิจกรรมจัดหาเงินสมทบกองทุนอยู่เสมอ	12.0
มีสมาชิกกองทุน	12.2
มีการตั้งกองทุนหรือมูลนิธิการบริหารจัดการ	20.9
2.4 สัปบุรุษได้มีการปฏิบัติตามคำสอน “ความสะอาดเป็นส่วนหนึ่งของการ ศรัทธา”	
มีการอบรมให้ความรู้แก่สัปบุรุษ เรื่องการรักษาความสะอาดในอิสลาม เดือน ละ 4 ครั้งและต้องบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร	14.0
มีการอบรมให้ความรู้แก่สัปบุรุษ เรื่องการรักษาความ สะอาดในอิสลาม เดือนละ 2 ครั้งและต้องบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร	36.5
3. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ	
3.1 การส่งเสริมสุขภาพ	
กิจกรรมช่วยเหลือชุมชนด้านสุขภาพ เช่น จิตอาสา (เกิดสิ่งดี ๆ ที่เป็น นวัตกรรมสู่ชุมชน)	10.5
เป็นแหล่งเรียนรู้ด้านสุขภาพ	14.8
มีการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาที่พบในพื้นที่	42.5
3.2 การจัดศาสนสถานให้เป็นเขตปลอดบุหรี่	
คนที่เข้ามาในศาสนสถาน จะต้องไม่สูบบุหรี่	22.0
ไม่มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวกในการสูบบุหรี่ เช่น ที่เขี่ยบุหรี่ ถัง ทราขายสำหรับใส่บุหรี่	44.6
3.3 การเป็นแบบอย่างหรือการมีส่วนร่วมด้านส่งเสริมสุขภาพ	
ผู้นำศาสนาได้รับบริการ วัดความดันโลหิต	2.3
มีกิจกรรมเฝ้าระวังหรือส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชน เช่น ลานสุขภาพ ปุถุคฝัก ปลอดภัยสวนสมุนไพร	12.8

ตารางที่ 3 ร้อยละของ เกณฑ์มัธยคติส่งเสริมสุขภาพ ข้อที่ผ่านน้อยและเป็นประเด็นที่สำคัญ จัดกลุ่มตามแบบประเมินมัธยคติส่งเสริมสุขภาพจังหวัดปัตตานี (ต่อ)

รายละเอียดเกณฑ์มาตรฐาน	ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ)
3.3 การเป็นแบบอย่างหรือการมีส่วนร่วมด้านส่งเสริมสุขภาพ (ต่อ)	
ผู้นำศาสนา (โต๊ะอิหม่าม คอเต็บ บิหลั่น กรรมการมัธยคติ) ไม่สูบบุหรี่	18.2
ผู้นำศาสนาได้รับบริการวัดความดันโลหิตสูงและวัดรอบเอว ผู้ที่มีผลการวัดรอบเอวเกิน 90 ซม. มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	21.1

จากตารางที่ 3 ผลการจัดกลุ่มข้อที่ผ่านน้อยและเป็นประเด็นที่สำคัญ ตามแบบประเมินมัธยคติส่งเสริมสุขภาพจังหวัดปัตตานี 3 ด้าน มีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย

1.1 โครงสร้าง อาคาร สถานที่ ข้อที่ผ่านน้อยและเป็นประเด็นที่สำคัญ คือ มีอุปกรณ์ดับเพลิงพร้อมใช้งาน หรือมีกะบะทราย ถังเก็บน้ำ สายยาง อุปกรณ์อื่นใดที่สามารถใช้ในการดับไฟ ผ่านร้อยละ 15.60 และมีบริเวณสำหรับพักผ่อนหย่อนใจ ผ่านร้อยละ 27.50 ตามลำดับ

1.2 น้ำดื่ม น้ำใช้ ข้อที่ผ่านน้อยและเป็นประเด็นที่สำคัญ คือ บ่อเก็บกักน้ำ สำหรับอาบชำระหมาดมีการเปลี่ยนถ่าย และทำความสะอาดภาชนะเก็บกักน้ำทุก 7 วัน ผ่านร้อยละ 25.20

1.3 สถานที่ปรุงอาหาร ข้อที่ผ่านน้อยและเป็นประเด็นที่สำคัญ คือ สถานที่ปรุงอาหาร มีปอดักขยะ / ปอดักไขมันใช้งานได้ดี ก่อนปล่อย น้ำทิ้งลงสู่ท่อสาธารณะถ้าไม่มีท่อสาธารณะต้องมีบ่อซึม ผ่านร้อยละ 5.80 มีการใช้อุปกรณ์หรือถุงมือในการหยิบจับอาหารที่พร้อมบริโภค หมายเหตุ หากวันที่เข้าประเมินไม่มีการปรุงอาหาร ให้ประเมินจาก แนวทางการปฏิบัติ หรือร่องรอยการปรุงอาหาร และการใช้อุปกรณ์ ผ่านร้อยละ 11.5 ตามลำดับ

1.4 ห้องน้ำ ห้องส้วม ข้อที่ผ่านน้อยและเป็นประเด็นที่สำคัญ คือ ห้องน้ำ ห้องส้วม สะอาด เพียงพอ ปลอดภัย (ผ่านมาตรฐาน HAS: Healthy, Accessibility, Safety) ผ่านร้อยละ 15.30

1.5 ขยะและการจัดการ ข้อที่ผ่านน้อยและเป็นประเด็นที่สำคัญ คือ มีการแยกขยะเป็น 3 ประเภทขยะมูลฝอยทั่วไปขยะมูลฝอยนำกลับมาใช้ใหม่ขยะอันตราย ผ่านร้อยละ 10.20

2. ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย

2.1 การมีส่วนร่วมของชุมชน ข้อที่ผ่านน้อยและเป็นประเด็นที่สำคัญ คือ การมีส่วนร่วมของชุมชนพุทธและชุมชนมุสลิม ผ่านร้อยละ 17.40 คนในชุมชนมีสุขภาพอนามัยที่ดี ผ่านร้อยละ 23.7 มีหน่วยงานทั้งภาครัฐ และเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุนศาสนสถานอย่างต่อเนื่อง ผ่านร้อยละ 26.20 ชุมชนมีความสามัคคี ไม่มีความขัดแย้ง ผ่านร้อยละ 27.5 ชุมชนร่วมจัดการพัฒนา มัธยคติส่งเสริมสุขภาพและทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ผ่านร้อยละ 30.9 ตามลำดับ

2.2 มัสยิด สนับสนุนส่งเสริมให้เป็นแหล่งเรียนรู้ ปลูกฝังคุณธรรม จริยธรรม เสริมสร้างความรัก ความสามัคคี ข้อที่ผ่านน้อยและเป็นประเด็นที่สำคัญ คือ มัสยิดเป็นแหล่งเรียนรู้ ด้านการปฏิบัติคุณธรรม/จริยธรรม ผ่านร้อยละ 24.0 มีการจัดกิจกรรมของระดับพื้นฐานและจัดกิจกรรมตามขนบธรรมเนียมประเพณี กิจกรรมที่เสริมสร้างความรัก ความสามัคคีและมีการสร้างเครือข่ายของการสร้างความสามัคคีในหมู่คณะ ผ่านร้อยละ 28.9 ตามลำดับ

2.3 การสนับสนุนงบประมาณ ข้อที่ผ่านน้อยและเป็นประเด็นที่สำคัญ คือ สมาชิกมีรายได้จากการจัดตั้งกองทุน ผ่านร้อยละ 7.1 มีกิจกรรมจัดหาเงินสมทบกองทุนอยู่เสมอ ผ่านร้อยละ 12.0 มีสมาชิกกองทุน ผ่านร้อยละ 12.2 และ มีการตั้งกองทุนหรือมูลนิธิการบริหารจัดการผ่านร้อยละ 20.90 ตามลำดับ

2.4 สัปบุรุษได้มีการปฏิบัติตามคำสอน “ความสะอาดเป็นส่วนหนึ่งของการศรัทธา” ข้อที่ผ่านน้อยและเป็นประเด็นที่สำคัญคือ การอบรมให้ความรู้แก่สัปบุรุษ เรื่องการรักษาความสะอาดในอิสลาม เดือนละ 4 ครั้งและต้องบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรผ่านร้อยละ 14.0 และการอบรมให้ความรู้แก่สัปบุรุษ เรื่องการรักษาความสะอาดในอิสลาม เดือนละ 2 ครั้งและต้องบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร ผ่านร้อยละ 36.5 ตามลำดับ

3. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย

3.1 การส่งเสริมสุขภาพ ข้อที่ผ่านน้อยและเป็นประเด็นที่สำคัญคือ มีกิจกรรมช่วยเหลือชุมชนด้านสุขภาพ เช่น จิตอาสา (เกิดสิ่งดี ๆ ที่เป็นนวัตกรรมสู่ชุมชน) ผ่านร้อยละ 10.50 เป็นแหล่งเรียนรู้ด้านสุขภาพ ผ่านร้อยละ 14.80 มีการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาที่พบในพื้นที่ ผ่านร้อยละ 42.5 ตามลำดับ

3.2 การจัดศาสนสถานให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ ข้อที่ผ่านน้อยที่และเป็นประเด็นที่สำคัญ คือ คนที่เข้ามาในศาสนสถาน จะต้องไม่สูบบุหรี่ ผ่านร้อยละ 22.00 ไม่มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวกในการสูบบุหรี่ เช่น ที่เขี่ยบุหรี่ ถังทรายสำหรับใส่บุหรี่ ผ่านร้อยละ 44.6

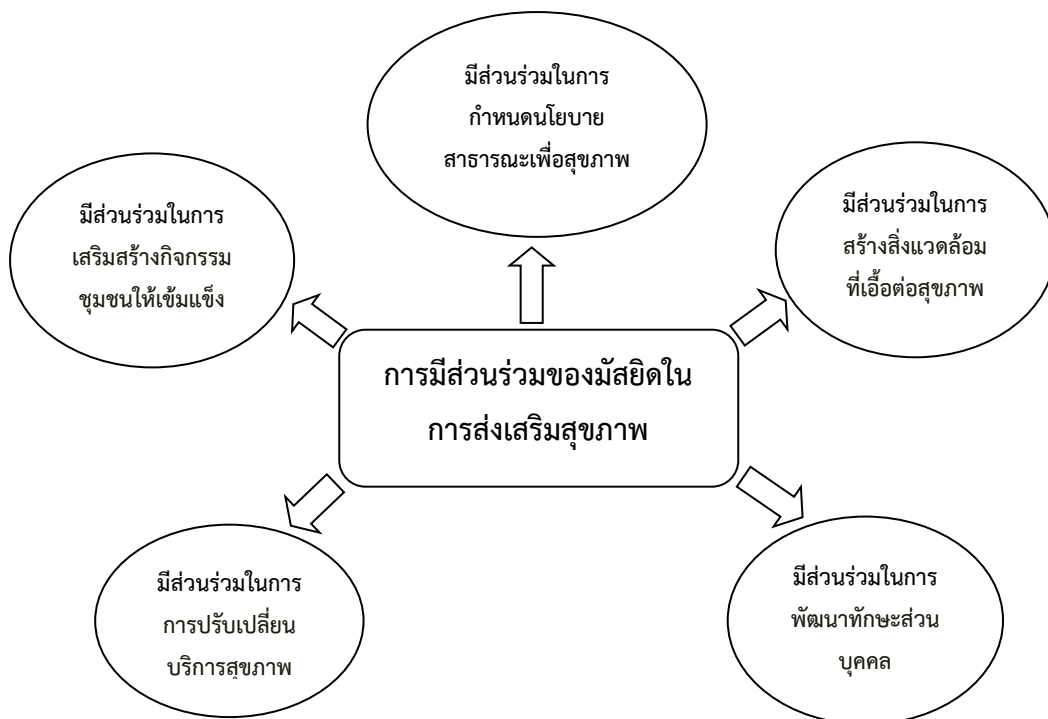
3.3 การเป็นแบบอย่างหรือการมีส่วนร่วมด้านส่งเสริมสุขภาพข้อที่ผ่านน้อยและเป็นประเด็นที่สำคัญ คือ ผู้นำศาสนาได้รับบริการ วัดความดันโลหิต ผ่านร้อยละ 2.30 มัสยิด มีกิจกรรมเฝ้าระวังหรือส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชน เช่น ลานสุขภาพปลูกผักปลอดสารพิษ สวนสมุนไพร ผ่านร้อยละ 12.80 ผู้นำศาสนา (โต๊ะอิหม่าม คอเต็บ บิหลั่น กรรมการมัสยิด) ไม่สูบบุหรี่ ผ่านร้อยละ 18.20 จัดหาวัสดุ อุปกรณ์ เฝ้าระวังสุขภาพ เช่น เครื่องวัดความดัน สายวัดรอบเอว ผ่านร้อยละ 31.1 และผู้นำศาสนาออกกำลังกายวันละ 30 นาที อย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ ผ่านร้อยละ 36.0 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 รูปแบบการมีส่วนร่วมของมัสยิดในการส่งเสริมสุขภาพจังหวัดปัตตานี

ผลการสนทนากลุ่มครั้งที่ 1

ผู้ให้ข้อมูล คือ คณะกรรมการมัสยิดที่ผ่านเกณฑ์ประเมินศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพระดับดีมาก และมัสยิดที่เป็นศูนย์เรียนรู้ระบบสุขภาพตามวิถีชุมชน ทั้งหมด 15 คน แบ่งเป็น โต๊ะอิหม่ามจำนวน 5 คน คอเต็บ จำนวน 3 คน บิหลัน จำนวน 2 คน และคณะกรรมการมัสยิด จำนวน 5 คน (ซึ่งมีกำนัน และผู้ใหญ่บ้านรวมอยู่ด้วย)

รูปแบบการมีส่วนร่วมของมัสยิดในการส่งเสริมสุขภาพสามารถสรุปเป็น 5 ด้าน สำคัญได้แก่ 1) มีส่วนร่วมในการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ 2) มีส่วนร่วมในการสร้างสิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อสุขภาพ 3) มีส่วนร่วมในการเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง 4) มีส่วนร่วมในการการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล5) มีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (รูปภาพที่ 2) และ (ตารางที่ 4)



รูปภาพที่ 2 รูปแบบการมีส่วนร่วมของมัสยิดในการส่งเสริมสุขภาพ

ตารางที่ 4 รูปแบบการมีส่วนร่วมของมัสยิดในการส่งเสริมสุขภาพ

กลยุทธ์กฎบัตร	การส่งเสริมสุขภาพ	
	กิจกรรม	วิธีดำเนินการ
<p>ออกตรา 5 ประการ</p> <p>1. มีส่วนร่วมในการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ</p>	<p>1. การจัดมัสยิดให้เป็นเขตปลอดบุหรี่</p> <p>2. ประชาชนทั่วไปที่เข้ามาจะต้องไม่สูบบุหรี่</p> <p>3. ผู้นำศาสนา (โต๊ะอิหม่าม คอเต็บ บิหลั่น กรรมการมัสยิด) เป็นต้นแบบของการไม่สูบบุหรี่</p>	<p>1. มัสยิดโดยโต๊ะอิหม่ามประกาศเป็นนโยบายฯ และมีข้อตกลงและกฎกติการ่วมกันดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีป้ายประกาศมัสยิดเป็นเขตปลอดบุหรี่ด้านหน้ามัสยิด - มีเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ ที่ทางเข้าของมัสยิดตั้งแต่ประตูรั้วขอบเขตของสถานที่ ที่เห็นเด่นชัด - ไม่มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวกในการสูบบุหรี่ เช่น ที่เขี่ยบุหรี่ ถังทรายสำหรับใส่บุหรี่ - ผู้นำศาสนา (โต๊ะอิหม่าม คอเต็บ บิหลั่น กรรมการมัสยิด) และคนที่เข้ามาในมัสยิดจะต้องไม่สูบบุหรี่
<p>2. มีส่วนร่วมในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ</p>	<p>1. มัสยิดปรับปรุงด้านสิ่งแวดล้อมและระบบสาธารณูปโภคตามหลักสุขาภิบาล ดังนี้</p> <p>1.1 อาคาร สถานที่</p> <p>1.2 น้ำดื่ม น้ำใช้</p> <p>1.3 สถานที่ปรุงอาหาร</p> <p>1.4 ห้องน้ำ ห้องส้วม</p> <p>1.5 การจัดการขยะ</p> <p>1.6 การจัดการน้ำเสีย</p>	<p>1. มีคณะกรรมการมัสยิดด้านสิ่งแวดล้อมโดยนำแกนนำ (กำนัน,ผู้ใหญ่บ้าน) เครือข่าย (เยาวชน,จิตอาสา) เข้าร่วม ประชุมวางแผนการพัฒนาและดำเนินการ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดเวรดูแลทำความสะอาดและแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ - จัดกิจกรรมรณรงค์ทำความสะอาด (Big cleaning day) เดือนละ 1 ครั้ง (หลังละหมาดวันศุกร์) และทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง เช่น กำจัดลูกน้ำยุงลาย ฟันหมอกควัน ใส่ทรายอะเบท <p>2. อปท.สนับสนุนงบประมาณ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การปรับปรุงโครงสร้างของมัสยิด - จัดหาถังขยะไว้ให้มัสยิดในการแยกขยะและการกำจัดที่ถูกต้อง <p>3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสนับสนุนองค์ความรู้</p>

ตารางที่ 4 รูปแบบการมีส่วนร่วมของมัสยิดในการส่งเสริมสุขภาพ

กลยุทธ์กฏบัตร ออกดาวา5 ประการ	กิจกรรม	การส่งเสริมสุขภาพ วิธีดำเนินการ
3. มีส่วนร่วมในการเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง	<p>1. จัดกิจกรรมส่งเสริมให้ เครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วม ในการพัฒนาโดยร่วมวิเคราะห์ปัญหา วางแผนและดำเนินการตามกลยุทธ์</p> <p>2. จัดกิจกรรมตาม ขนบ ธรรมเนียมประเพณี กิจกรรมที่เสริมสร้างความรัก ความสามัคคี และ มีการสร้างเครือข่ายของ การสร้างความสามัคคีในหมู่คณะ</p> <p>3. สร้างทีมส่งเสริมสุขภาพใน มัสยิดและชุมชน</p> <p>4. ส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร เช่น จัดป้ายความรู้ด้านสุขภาพ หลักธรรมคำสอนศาสนา คุณธรรม</p>	<p>1. มีคณะกรรมการมัสยิดด้านส่งเสริมสุขภาพโดยนำแกนนำ (กำนัน,ผู้ใหญ่บ้าน)/ เครือข่าย (เยาวชน, จิตอาสา) เข้ามาร่วม ประชุมวางแผนการพัฒนา และดำเนินการ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีบอร์ดประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขและที่เป็นประโยชน์ - อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับหลักธรรมคำสอนศาสนาและคุณธรรม <p>2. หน่วยงาน อปท. สาธารณสุข พัฒนาชุมชน จัดทำโครงการ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การพัฒนาอาชีพ รายได้ของชุมชน การพัฒนากองทุนชุมชน - โครงการด้านสุขภาพ เช่นโครงการ อัจฉริยะ บุหรี โรคเรื้อรัง ตามปัญหาของพื้นที่ - จัดกิจกรรมตามขนบธรรมเนียม ประเพณี เช่น งานเมาลิด การเปิดบวช ในเดือนรอมฎอน เทศกาลฮารีรายอ พิธีเข้าสู่นัด <p>โดยสร้างการมีส่วนร่วมระดับชุมชนให้มีส่วนรับผิดชอบในการลำดับความสำคัญของปัญหา การตัดสินใจ การวางแผน และการดำเนินการตามแผนโครงการร่วมกัน มีการกระตุ้นให้ตัวแทนจากทุกส่วนในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง</p>

ตารางที่ 4 รูปแบบการมีส่วนร่วมของมัสยิดในการส่งเสริมสุขภาพ

กลยุทธ์กฎบัตร	การส่งเสริมสุขภาพ	
	กิจกรรม	วิธีดำเนินการ
<p>ออกตรา 5 ประการ</p> <p>4. มีส่วนร่วมในการการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล</p>	<p>1. สัปบุรุษได้มีการปฏิบัติตามคำสอน “ความสะอาดเป็นส่วนหนึ่งของการศรัทธา”</p> <p>2. มัสยิดมีการให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยสิ่งแวดล้อม</p> <p>3. จัดกิจกรรมด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาที่พบในพื้นที่ เช่น ไข้เลือดออก บุหรี ยาเสพติด</p> <p>4. ผู้นำศาสนา / สัปบุรุษ ประชาชนที่เข้ามาได้รับบริการวัดความดันโลหิต / วัดรอบเอว</p> <p>5. โต๊ะอิหม่าม คอเต็บ บิหลั่น กรรมการมัสยิดเป็นแบบอย่างเรื่องการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย</p> <p>6. มีลานกีฬา/ลานสุขภาพ</p>	<p>- โต๊ะอิหม่ามมีการอบรมให้ความรู้แก่สัปบุรุษ เรื่องการรักษาความสะอาดในอิสลาม เดือนละ 2 ครั้ง</p> <p>- โต๊ะอิหม่ามสั่งสอนให้ประชาชน ลดละเลิกอบายมุขทุกประเภท</p> <p>- มัสยิดมีบอร์ดประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ด้านสุขภาพเช่น โรคไข้เลือดออก โทษของยาเสพติด โดยสามารถขอข้อมูลได้จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</p> <p>- จัดหาอุปกรณ์เครื่องวัดความดัน สายวัดรอบเอว เครื่องชั่งน้ำหนัก ไว้ที่มัสยิด</p> <p>- โต๊ะอิหม่าม คอเต็บ บิหลั่น กรรมการมัสยิด มีการออกกำลังกายวันละ 30 นาที อย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์</p> <p>- อปท.สนับสนุนงบประมาณสร้างลานกีฬาในชุมชน/มัสยิดเพื่อเป็นการส่งเสริมการออกกำลังกาย</p> <p>- หน่วยงานสาธารณสุขสนับสนุนด้านความรู้ด้านสุขภาพ</p>
<p>5. มีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ</p>	<p>1. มัสยิดเป็นศูนย์เรียนรู้ด้านสุขภาพตามวิถีชุมชนเช่น ประเด็นแม่และเด็ก โรคติดต่อเรื้อรัง ฮัจญ์ บุหรี ยาเสพติด การปลูกผักปลอดสารพิษ เพื่อปลูกจิตสำนึกความรับผิดชอบต่อในการดูแลสุขภาพตนเองและกระตุ้นประชาชนละ เลิกพฤติกรรมเสี่ยง</p> <p>2. มีกิจกรรมเฝ้าระวังหรือ ส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชน เช่น การปลูกผักปลอดสารพิษ สวนสมุนไพร ลานสุขภาพ</p>	<p>มัสยิด โดยกรรมการและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระดับตำบล/อำเภอ/ อสม. หน่วยงานอบต. พัฒนาชุมชน / ทหาร ร่วมจัดทำโครงการที่สอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่ ร่วม ดำเนินงานแก้ไขปัญหาและมีการติดตามสรุปรายงานและการพัฒนาเป็นศูนย์เรียนรู้ประเด็นต่างๆ</p> <p>ทั้งนี้อาจขอรับการสนับสนุนต่างๆจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน</p>

ผลการสนทนากลุ่มครั้งที่ 2

นำข้อสรุปจากการทำสนทนากลุ่มครั้งที่ 1 มาวิเคราะห์รูปแบบฯ แล้วจึงนำไปทำการสนทนากลุ่มครั้งที่ 2 ผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งภาครัฐและเอกชนเพื่อให้ได้รูปแบบการดำเนินงานการมีส่วนร่วมของมัสยิดในการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและเป็นไปได้ ในการนำไปใช้พบว่าส่วนใหญ่มีความเห็นสอดคล้องกับรูปแบบที่ได้ อย่างไรก็ตาม มีข้อเสนอแนะในส่วนของการกำหนดความรับผิดชอบของแต่ละภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้ข้อสรุปของรูปแบบ ดังนี้ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ข้อสรุปรูปแบบการมีส่วนร่วมของมัสยิดในการส่งเสริมสุขภาพ

กลยุทธ์ บัตร ออตตาวา 5 ประการ	การส่งเสริมสุขภาพ	
	กิจกรรมและวิธีดำเนินการ	บทบาทความรับผิดชอบ
1. มีส่วน ร่วมในการ สร้าง นโยบาย สาธารณะ เพื่อสุขภาพ	<p>1. การจัดมัสยิดให้เป็นเขตปลอดบุหรี่</p> <p>2. ประชาชนทั่วไปที่เข้ามาจะต้องไม่สูบบุหรี่</p> <p>3. ผู้นำศาสนา (โต๊ะอิหม่าม คอเต็บ บิหลั่น กรรมการมัสยิด) เป็นต้นแบบของการไม่สูบบุหรี่</p> <p>4. ผู้นำศาสนาได้รับบริการ วัดความดันโลหิตและบริการวัดรอบเอว</p> <p>วิธีดำเนินการ</p> <p>มัสยิดโดยโต๊ะอิหม่ามประกาศเป็นนโยบายฯ มีข้อตกลงและกฎกติการ่วมกัน</p> <p>1. การจัดมัสยิดให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ รายละเอียดดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีป้ายประกาศมัสยิดเป็นเขตปลอดบุหรี่ ด้านหน้ามัสยิด - มีเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ ที่ทางเข้าของมัสยิดตั้งแต่ประตูรั้วขอบเขตของสถานที่ ที่เห็นเด่นชัด - ไม่มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวกในการสูบบุหรี่ เช่น ที่เขี่ยบุหรี่ ถังทรายสำหรับใส่บุหรี่ 	<p>คณะกรรมการมัสยิด มีหน้าที่ ดังนี้</p> <p>1. คณะกรรมการมัสยิดดำเนินการตามนโยบาย ข้อตกลงและคอยสอดส่อง มีมาตรการควบคุม กำหนดบทลงโทษ เช่น ใครสูบบุหรี่ในบริเวณมัสยิด จะต้องบำเพ็ญประโยชน์ โดยการล้างห้องส้วม กวาดขยะ และตัดหญ้าบริเวณมัสยิด เป็นต้น</p> <p>2. เป็นต้นแบบและเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับประชาชนในการไม่สูบบุหรี่ และพฤติกรรมสุขภาพ</p> <p>3. จูงใจให้ประชาชนเลิกสูบบุหรี่</p> <p>ชุมชน คนในชุมชน มีหน้าที่</p> <p>1. ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามนโยบาย ข้อตกลงอย่างเคร่งครัด</p> <p>องค์กรภายในชุมชน มีหน้าที่ ดังนี้</p> <p>1. หน่วยงานสาธารณสุข มีหน้าที่ให้ความรู้แก่คณะกรรมการมัสยิดและเครือข่าย ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และเป็นผู้ประสานงานให้มัสยิดในการจัดกิจกรรมและจัดหาเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ให้กับมัสยิด</p>

ตารางที่ 5 ข้อเสนอแนะรูปแบบการมีส่วนร่วมของมัสยิดในการส่งเสริมสุขภาพ

กลยุทธ์ บัตร	การส่งเสริมสุขภาพ	
ออกดาวา	กิจกรรมและวิธีดำเนินการ	บทบาทความรับผิดชอบ
5 ประการ		
1. มีส่วน ร่วมในการ สร้าง นโยบาย สาธารณะ เพื่อสุขภาพ (ต่อ)	<p>- ผู้นำศาสนา (โต๊ะอิหม่าม คอเต็บ บิหลั่น กรรมการมัสยิด) และคนที่เข้ามาในมัสยิด จะต้องไม่สูบบุหรี่</p> <p>2. ผู้นำศาสนาได้รับบริการ วัดความดันโลหิตและ บริการวัดรอบเอว รายละเอียดดังนี้</p> <p>- จัดหาวัสดุ อุปกรณ์ ฝ้าระวางสุขภาพ เช่น เครื่องวัดความดัน สายวัดรอบเอว ผู้ที่ มีผลการวัดรอบเอวเกิน 90 ซม. มีการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</p>	<p>2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนงบประมาณในการส่งเสริม สุขภาพของประชาชน เช่น จัดหา วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องวัดความดัน สายวัดรอบเอว ให้แก่มัสยิด</p> <p>3. องค์กรภาครัฐและเอกชน ส่ง เสริมและสนับสนุนการจัดกิจกรรม ของมัสยิดและเข้าร่วมกิจกรรมของ มัสยิด ทั้งนี้ควรสร้างการมีส่วนร่วม ของชุมชนเพื่อกำหนดให้มีข้อตกลง ร่วมกันในการจัดการสุขภาพของ ชุมชน</p>
2. มีส่วน ร่วมในการ สร้าง สิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อ สุขภาพ	<p>1. มัสยิดปรับปรุงด้านสิ่งแวดล้อมและระบบ สาธารณสุขโรค ตามหลักสุขาภิบาล ดังนี้</p> <p>1.1 อาคาร สถานที่ มีความสะอาด ภูมิทัศน์ สวยงาม มีบริเวณสำหรับพักผ่อนหย่อนใจ และมี อุปกรณ์ดับเพลิงพร้อมใช้งาน หรือมี กะบะทรายถังเก็บน้ำสายยาง อุปกรณ์อื่นใด ที่สามารถใช้ในการดับไฟ</p> <p>1.2 น้ำดื่ม น้ำใช้</p> <p>- น้ำดื่ม ผ่านการปรับปรุงคุณภาพ น้ำใช้ไม่มี ตะกอนไม่มีสีไม่มีกลิ่นเหม็น และมีปริมาณ เพียงพอ และบ่อเก็บกักน้ำสำหรับอาบน้ำ ละหมาดมีการเปลี่ยนถ่าย และทำความสะอาด สะอาดภาชนะเก็บกักน้ำทุก 7 วัน</p>	<p>คณะกรรมการมัสยิด ชุมชน /ผู้นำ มีหน้าที่</p> <p>1. คณะกรรมการด้านสิ่งแวดล้อม โดยมีแกนนำ (กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน) เครือข่าย (เยาวชน,จิตอาสา) ชุมชน ร่วมค้นหาปัญหา จัดลำดับความ สำคัญของปัญหา และวางแผนการ ทำงาน เพื่อแก้ไขปัญหา และดำเนิน กิจกรรมปรับปรุงด้านสิ่งแวดล้อม และระบบสาธารณสุขโรค</p> <p>องค์กรภายในชุมชน มีหน้าที่</p> <p>1. หน่วยงานสาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยง และเข้าร่วมกิจกรรม สนับสนุน องค์กร ความรู้แก่เครือข่ายมัสยิดในการ แก้ไขปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมตาม หลักสุขาภิบาล</p>

ตารางที่ 5 ข้อเสนอรูปแบบการมีส่วนร่วมของมัสยิดในการส่งเสริมสุขภาพ

กลยุทธ์ บัตร	การส่งเสริมสุขภาพ	
ออกดาวา 5 ประการ	กิจกรรมและวิธีดำเนินการ	บทบาทความรับผิดชอบ
2. มีส่วน ร่วมในการ สร้าง สิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อ สุขภาพ (ต่อ)	<p>1.3 สถานที่ปรุงอาหาร</p> <p>สถานที่ปรุงอาหาร ต้องมีปอดักขยะ/ ปอดัก ไขมันใช้งานได้ดี ก่อนปล่อย น้ำทิ้งลงสู่ท่อ สาธารณะถ้าไม่มีท่อสาธารณะ ต้องมีปอดัก ใช้อุปกรณ์หรือถุงมือในการหยิบจับอาหารที่ พร้อมบริโภค</p> <p>1.4 ห้องน้ำ ห้องส้วม ผ่านมาตรฐาน HAS: สะอาด เพียงพอ ปลอดภัย</p> <p>1.5 การจัดการขยะ มีการรวบรวมขยะและ มีการแยกขยะเป็น 3 ประเภท ขยะมูลฝอย ทั่วไป ขยะมูลฝอยนำกลับมาใช้ใหม่ ขยะ อันตราย และมีการกำจัดขยะที่ถูกต้องวิธี</p> <p>1.6 การจัดการน้ำเสีย น้ำเสีย น้ำทิ้ง มีการ จัดการที่ถูกหลักสุขาภิบาล โดยมีราง หรือ ท่อระบายน้ำรอบบริเวณ และไม่อุดตัน และ ไม่มีการร้องเรียนเรื่องน้ำเสียจากชุมชน</p> <p>วิธีดำเนินการดังนี้</p> <p>1. จัดตั้งคณะกรรมการด้าน สิ่ง แวดล้อม โดยนำแกนนำ (กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน) เครือข่าย (เยาวชน,จิตอาสา) เข้ามาร่วม ประชุมวางแผนการพัฒนาและดำเนินการ ปรับปรุงด้านสิ่งแวดล้อมและระบบ สาธารณสุขปโภค ตามหลักสุขาภิบาล</p>	<p>2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุน งบประมาณในการปรับปรุง โครงสร้างของมัสยิด เช่น ห้องส้วม น้ำดื่ม น้ำใช้ และจัดหาถังขยะไว้ให้ มัสยิด</p>

ตารางที่ 5 ข้อเสนอแนะรูปแบบการมีส่วนร่วมของมัสยิดในการส่งเสริมสุขภาพ (ต่อ)

กลยุทธ์กฎบัตร	การส่งเสริมสุขภาพ	
ออกตัวว่า 5 ประการ	กิจกรรมและวิธีดำเนินการ	บทบาทความรับผิดชอบ
2.มีส่วนร่วมใน การสร้าง สิ่งแวดล้อมที่ เอื้อต่อสุขภาพ (ต่อ)	2. อปท.สนับสนุนงบประมาณ - การปรับปรุงโครงสร้างของมัสยิด - จัดหาถังขยะไว้ให้มัสยิดในการ แยกขยะและการกำจัดที่ถูกวิธี 3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสนับสนุนองค์ ความรู้	
3. มีส่วนร่วมใน การเสริมสร้าง กิจกรรมชุมชน ให้เข้มแข็ง	1. ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน 1.1 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน พุทธและชุมชนมุสลิม 1.2 มีหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน เข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุนศาสนสถาน อย่างต่อเนื่อง 1.3 ชุมชนมีความสามัคคี ไม่มีความ ขัดแย้ง และชุมชนร่วมจัดการพัฒนา มัสยิดส่งเสริมสุขภาพและทำกิจกรรม อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน 2. ด้านการสนับสนุนงบประมาณ 2.1 มีการตั้งกองทุนหรือมูลนิธิการ บริหารจัดการ และมีสมาชิกกองทุน 2.2 มีกิจกรรมจัดหาเงินสมทบกองทุน อยู่เสมอ 3. สร้างทีมส่งเสริมสุขภาพในมัสยิด และชุมชน 4. ส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ และเช่น จัดป้ายความรู้ด้านสุขภาพ หลักธรรมคำสอนศาสนา คุณธรรม 5. เป็นแหล่งเรียนรู้ด้านการปฏิบัติ คุณ ธรรม/จริยธรรม 6. จัดกิจกรรมตามขนบธรรมเนียมประ เพณี กิจกรรมที่เสริมสร้างความรัก ความสามัคคีและมีการสร้างเครือข่าย ของการสร้างความสามัคคีในหมู่คณะ	คณะกรรมการมัสยิด มีหน้าที่ดังนี้ 1. ปลุกฝังจิตสำนึกให้คนในชุมชนเกิด ความรู้สึกรักและเป็นเจ้าของและ ร่วมมือกันพัฒนามัสยิดพัฒนาชุมชน 2. มัสยิดมีการตั้งกองทุน และมีกิจ กรรมจัดหาเงินสมทบกองทุนอย่าง สม่ำเสมอ 3. อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับหลักธรรม คำสอนศาสนา คุณธรรม 4. จัดกิจกรรมตามขนบธรรมเนียม ประเพณี เช่น งานเมาลิด การเปิด บวชในเดือนรอมฎอน เทศกาลฮารีร่า ยอ พิธีเข้าสู่สุนัต 2. องค์กรภายในชุมชน มีหน้าที่ดังนี้ 1. หน่วยงานสาธารณสุข ร่วมกับเครือข่าย สุขภาพสำรวจข้อมูล วิเคราะห์ ศึกษาชุมชน ค้นหาปัญหาโยงใย ปัญหาและจัดลำดับความสำคัญของ ปัญหาและเป็นพี่เลี้ยงในการทำ กิจกรรม โครงการและส่งเสริมการ เข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ด้านสุขภาพ จัด ป้ายความรู้ด้านสุขภาพในมัสยิด 2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พัฒนา ชุมชน สนับสนุนงบประมาณและ จัดทำโครงการพัฒนาอาชีพ พัฒนา กองทุนของชุมชน

ตารางที่ 5 ข้อเสนอแนะรูปแบบการมีส่วนร่วมของมัสยิดในการส่งเสริมสุขภาพ (ต่อ)

กลยุทธ์กฎบัตร ออกติดตาม	การส่งเสริมสุขภาพ	
	กิจกรรมและวิธีดำเนินการ	บทบาทความรับผิดชอบ
3. มีส่วนร่วมในการเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (ต่อ)	<p>วิธีดำเนินการ</p> <p>1. จัดตั้งคณะกรรมการด้านส่งเสริมสุขภาพโดยนำแกนนำ (กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน)/เครือข่าย (เยาวชน, จิตอาสา) เข้ามาร่วมประชุมวางแผนการพัฒนาและดำเนินการเช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีบอร์ดประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขและที่เป็นประโยชน์ - อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับหลัก ธรรม คำสอนศาสนา คุณธรรม <p>2. หน่วยงาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สาธารณสุข พัฒนาชุมชน จัดทำโครงการ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การพัฒนาอาชีพ รายได้ของชุมชน การพัฒนากองทุนชุมชน - โครงการด้านสุขภาพ เช่นโครงการ อัจฉริยะ บุหรี่ โรคเรื้อรัง ตามปัญหาของพื้นที่ - จัดกิจกรรมตามขนบธรรมเนียม ประเพณี เช่น งานเมาลิด การเปิดบวช ในเดือนรอมฎอน เทศกาลฮารีรายอ พิธีเข้าสู่สู่นัด 	3. หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน สนับสนุนการจัดกิจกรรมและร่วมกิจกรรมของมัสยิดอย่างต่อเนื่อง
4. มีส่วนร่วมในการการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล	<p>1. สัปบุรุษได้มีการปฏิบัติตามคำสอน “ความสะอาดเป็นส่วนหนึ่งของการศรัทธา”</p> <p>2. มัสยิดมีการให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยสิ่งแวดล้อม</p> <p>3. จัดกิจกรรมด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาที่พบในพื้นที่ เช่น ใช้เลือดออก บุหรี่ ยาเสพติด</p>	<p>คณะกรรมการมัสยิด มีหน้าที่ดังนี้</p> <p>1. อบรมให้ความรู้แก่สัปบุรุษ เรื่องการรักษาความสะอาดในอิสลาม และสั่งสอนให้ประชาชน ลด ละเลิก อบาย มุขทุกประเภท</p> <p>2. ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพและประเมินภาวะสุขภาพของคนในชุมชน</p>

ตารางที่ 5 ข้อเสนอแนะรูปแบบการมีส่วนร่วมของมัสยิดในการส่งเสริมสุขภาพ (ต่อ)

กลยุทธ์/กฎบัตร	การส่งเสริมสุขภาพ	
	กิจกรรมและวิธีดำเนินการ	บทบาทความรับผิดชอบ
<p>4. มีส่วนร่วมในการการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (ต่อ)</p>	<p>4. ผู้นำศาสนา / สัปบุรุษ ประชาชนที่เข้ามาได้รับบริการวัดความดันโลหิต / วัดรอบเอว</p> <p>5. โต๊ะอิหม่าม คอเต็บ บิหลัน กรรมการมัสยิดเป็นแบบอย่างเรื่องการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย</p> <p>6. มีลานกีฬา/ลานสุขภาพ</p> <p>วิธีดำเนินการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - โต๊ะอิหม่ามมีการอบรมให้ความรู้แก่สัปบุรุษ เรื่องการรักษาความสะอาดในอิสลาม เดือนละ 2 ครั้ง - โต๊ะอิหม่ามสั่งสอนให้ประชาชนลด ละเลิกอบายมุขทุกประเภท - มัสยิดมีบอร์ดประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ด้านสุขภาพเช่น โรคไข้เลือดออก โทษของยาเสพติด - จัดหาอุปกรณ์เครื่องวัดความดัน สายวัดรอบเอว เครื่องชั่งน้ำหนัก ไม้ที่มัสยิด - โต๊ะอิหม่าม คอเต็บ บิหลัน กรรมการมัสยิด มีการออกกำลังกายวันละ 30 นาที อย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ 	<p>3. เป็นต้นแบบในการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย</p> <p>องค์กรภายในชุมชน มีหน้าที่ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยงานสาธารณสุขสนับสนุนองค์ความรู้ด้านสุขภาพให้กับคณะกรรมการมัสยิด ที่เป็นปัญหาในพื้นที่ เช่น ไข้เลือดออก บุหรี่ ยาเสพติด 2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนงบประมาณสร้างลานกีฬาในชุมชน/มัสยิดเพื่อเป็นการส่งเสริมการออกกำลังกาย 3. องค์กรภาครัฐและเอกชน สนับสนุนการจัดกิจกรรมและร่วมกิจกรรมของมัสยิดอย่างต่อเนื่อง
<p>5. มีส่วนร่วมในการการปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. มัสยิดมีกิจกรรมช่วยเหลือชุมชนด้านสุขภาพ เช่น จิตอาสา (เกิดสิ่งดี ๆ ที่เป็นนวัตกรรมสู่ชุมชน) 2. เป็นแหล่งเรียนรู้ด้านสุขภาพมีการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาที่พบในพื้นที่ 	<p>คณะกรรมการมัสยิด มีหน้าที่ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ปลุกจิตสำนึกและสร้างความตระหนักให้กับประชาชนในเรื่องการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคนโดยเน้นการป้องกันส่งเสริมมากกว่าการแก้ไขรักษา 2. การพัฒนามัสยิดเป็นศูนย์เรียนรู้ประเด็นต่างๆ เช่น แม่และเด็ก บุหรี่ ยาเสพติด ฮัจญ์

ตารางที่ 5 ข้อเสนอแนะรูปแบบการมีส่วนร่วมของมัสยิดในการส่งเสริมสุขภาพ (ต่อ)

กลยุทธ์กฎบัตร	การส่งเสริมสุขภาพ	
ออกดาวา5 ประการ	กิจกรรมและวิธีดำเนินการ	บทบาทความรับผิดชอบ
5. มีส่วนร่วม ในการการ ปรับเปลี่ยน บริการสุขภาพ (ต่อ)	<p>3. มีผู้ยาสามัญประจำบ้านผู้ยา และ อุปกรณ์ สะอาดอยู่ในสภาพดีมียา สามัญประจำบ้าน เวชภัณฑ์และวัสดุ อุปกรณ์ที่จำเป็น จัดเก็บเป็นระเบียบ มีป้ายบอกชื่อ วิธีการใช้ยาที่ชัดเจน ยา ไม่หมดอายุ</p> <p>4. มีกิจกรรมเฝ้าระวังหรือส่งเสริม สุขภาพโดยชุมชน เช่น การปลูกผักปลอด สารพิษ สวนสมุนไพร ลานสุขภาพ</p> <p>5. ใช้มัสยิดเป็นสถานที่ในการ ดำเนิน งานด้านสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพ การคัดกรอง เป็นศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้สูงอายุ/ผู้พิการ เป็นสถานที่ออกกำลังกาย</p>	<p>องค์กรภายในชุมชน มีหน้าที่ดังนี้</p> <p>1. สืบหาข้อมูล วิเคราะห์ ศึกษา ชุมชน ค้นหาปัญหาโยงใยปัญหา จัดลำดับความสำคัญปัญหาของ ชุมชน</p> <p>3. ร่วมจัดทำแผนชุมชน วางแผนใน การจัดทำกิจกรรมแผนงาน/โครง การเพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชน</p> <p>4. จัดทำกิจกรรมแผนงาน/โครง การ เพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชนและมีการ ติดตาม สรุปผลการดำเนินกิจกรรม</p> <p>5. สนับสนุนงบประมาณ องค์ความรู้ ที่จำเป็นแก่เครือข่ายมัสยิด สนับสนุน การจัดกิจกรรมร่วมกิจกรรม ของมัสยิดอย่างต่อเนื่อง</p>

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยใช้วิธีผสมผสาน (Mixed method) ระหว่างข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของมัชยิตในการส่งเสริมสุขภาพจังหวัดปัตตานีโดยการวิเคราะห์ข้อมูลจากระบบรายงานโปรแกรมการประเมินมาตรฐานมัชยิตส่งเสริมสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 12 ของจังหวัดปัตตานีตามเกณฑ์ประเมินมาตรฐานศาสนสถาน (วัด,มัชยิต,ปอเนาะ)ส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 650 แห่ง ศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของมัชยิตในการส่งเสริมสุขภาพ ในตัวแทนคณะกรรมการมัชยิตที่ผ่านเกณฑ์ประเมินศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพพระดับดีมากและมัชยิตที่เป็นศูนย์เรียนรู้ระบบสุขภาพตามวิถีชุมชน จำนวน 15 คน และ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งภาครัฐและเอกชน จำนวน 20 คน เก็บรวบรวมข้อมูลจากการรายงาน การสัมภาษณ์และการทำการสนทนากลุ่ม (Focus Group) 2 ครั้งและการศึกษานี้ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมด้านการวิจัยทางสังคมและการวิจัยเชิงทดลองในมนุษย์ ของสถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้แก่ spss ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธี Content analysis

สรุปผลการวิจัยและการอภิปรายผล

รูปแบบการมีส่วนร่วมของมัชยิตในการส่งเสริมสุขภาพ ถือเป็นรูปแบบใหม่ในการส่งเสริมสุขภาพที่ใช้ศาสนานำการพัฒนา แก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมที่ก่อให้เกิดการมีสุขภาพที่ดี เกิดการดำเนินงานในชุมชนเพื่อสุขภาพ ที่ไม่ได้เน้นมิติด้านสุขภาพเพียงด้านเดียวแต่ขอบเขตครอบคลุมทุกมิติของการดำเนินชีวิต โดยมีบุคคลหลายระดับเข้ามาร่วมกำหนดรูปแบบเช่น องค์กรภาครัฐและเอกชน ตัวแทนจากมัชยิต ภายใต้กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวา 5 ประการ กล่าวคือ 1) มีส่วนร่วมในการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ 2) มีส่วนร่วมในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 3) มีส่วนร่วมในการเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง 4) มีส่วนร่วมในการการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล 5) มีส่วนร่วมในการการปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพสอดคล้องกับผลการศึกษาของ จูฬากรณี โสตะและอันโตะ คัสสุโกะ (2550) ที่พบว่าผู้บริหารหรือผู้รับผิดชอบในสำนักงานศึกษาธิการจังหวัดและสถานที่อื่นๆ มีความสนใจและดำเนินการครอบคลุมตามกฎบัตรอตตาวา ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านนโยบายส่งเสริมสุขภาพ การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับปรุงระบบบริการ

1) มีส่วนร่วมในการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ พบว่า ควรจัดมัสยิดให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ประชาชนทั่วไปเข้ามาจะต้องไม่สูบบุหรี่ผู้นำศาสนา (โต๊ะอิหม่าม คอเต็บ บิหลั่น กรรมการมัสยิด) เป็นต้นแบบของการไม่สูบบุหรี่ โดยโต๊ะอิหม่ามประกาศเป็นนโยบายและมีข้อตกลงและกฎกติการ่วมกัน เช่นจัดให้มีป้ายประกาศมัสยิดเป็นเขตปลอดบุหรี่ด้านหน้าศาสนสถานมีเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ ที่ทางเข้าของมัสยิดตั้งแต่ประตูรั้ว/ขอบเขตของสถานที่ ที่เห็นเด่นชัด และไม่ควรมีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวกในการสูบบุหรี่ เช่น ที่เขี่ยบุหรี่ ถังทรายสำหรับใส่บุหรี่คนที่เข้ามาในมัสยิด

จากผลการศึกษาดังกล่าว การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ซึ่งเป็นนโยบายที่แสดงความห่วงใยและให้ความสำคัญต่อสุขภาพของคนในชุมชนสอดคล้องกับพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 19 พ.ศ. 2553 ที่ให้ศาสนสถาน คือมัสยิด เป็นสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่โดยกำหนดให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ และให้ผู้นำศาสนาเป็นต้นแบบของการไม่สูบบุหรี่ สอดคล้องกับผลการศึกษา ของบุปผา ศิริรัศมี และคณะ (2554) พบว่า ผู้สูบบุหรี่ในเขตชนบทมีความเชื่อว่าผู้นำศาสนาช่วยจูงใจมากในการทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้

2) มีส่วนร่วมในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ พบว่า มัสยิดควรมีการปรับปรุงด้านสิ่งแวดล้อมและระบบสาธารณูปโภค ตามหลักสุขาภิบาล ดังนี้ ปรับปรุงและพัฒนาโครงสร้างทั้งภายในและภายนอกมัสยิดให้มีความสะอาดและมีภูมิทัศน์สวยงามมีบริเวณพักผ่อนหย่อนใจ น้ำดื่ม น้ำใช้ไม่มีตะกอน ไม่มีสี มีการปรับปรุงคุณภาพน้ำดื่ม บ่อเก็บกักน้ำสำหรับอาบชำระหมาดมีการเปลี่ยนถ่ายและทำความสะอาดภาชนะเก็บกักน้ำเป็นประจำอย่างน้อยอาทิตย์ละ 1 ครั้ง สถานที่ปรุงอาหาร-ผู้ปรุงอาหารถูกสุขลักษณะตามหลักสุขาภิบาลอาหาร ห้องน้ำห้องส้วมผ่านมาตรฐาน HAS มีการจัดการขยะที่ถูกวิธี มีการแยกขยะ 3 ประเภท คือ ประเภททั่วไป ขยะมูลฝอยนำกลับมาใช้ใหม่ และขยะอันตรายโดยการจัดตั้งคณะกรรมการมัสยิดด้านสิ่งแวดล้อม หรือทุนกลุ่มคน เครือข่ายที่มีอยู่แล้วโดยนำแกนนำ (กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน)/เครือข่าย (เยาวชน,จิตอาสา) เข้ามาร่วมประชุมวางแผนงานและจัดทำโครงการ

จากผลการศึกษาดังกล่าว การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพเป็นการช่วยให้ชุมชนเรียนรู้การอยู่ร่วมกันกับสิ่งแวดล้อมได้อย่างเกื้อกูลและสมดุล ทั้งด้านกายภาพ ชีวภาพ และสังคมสอดคล้องกับผลการศึกษาของ โรสมินี ยูนูห์ (2552) ที่พบว่า สภาพปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อมของมัสยิดในจังหวัดนราธิวาสยังมีปัญหาอยู่มากทั้งด้านโครงสร้างและการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในมัสยิดดังนั้นควรสนับสนุนให้อิหม่ามสามารถดำเนินการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมตามหลักสุขาภิบาลโดยการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนามัสยิด โดยใช้ทุนกลุ่มคนเครือข่ายที่มีอยู่แล้วคือเครือข่ายพัฒนามัสยิดส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นางลักษณ์ ลิ้มทวีกุลและแวปา วันฮุสเซนต์ (2557) ที่พบว่า การดำเนินการพัฒนาศาสนสถานในรูปแบบของชมรมเครือข่ายศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพระดับอำเภอที่มีอยู่แล้วจะเป็นการดึงศักยภาพของชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาศาสนสถาน

3) มีส่วนร่วมในการเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง พบว่า การจัดกิจกรรมส่งเสริมให้เครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาโดยรวมวิเคราะห์ปัญหา วางแผนและดำเนินการตามกลยุทธ์จัดกิจกรรมตามขนบธรรมเนียมประเพณี กิจกรรมที่เสริมสร้างความรัก ความสามัคคีและมีการสร้างเครือข่ายของการสร้างความสามัคคีในหมู่คณะสร้างทีมส่งเสริมสุขภาพในมัสยิด ชุมชน ส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร เช่น จัดป้ายความรู้ด้านสุขภาพ หลักธรรมคำสอนศาสนา คุณธรรม โดยกิจกรรมที่ดำเนินการควรเน้นสร้างการมีส่วนร่วมระดับชุมชนให้มีส่วนรับผิดชอบในการลำดับความสำคัญของปัญหา การตัดสินใจ การวางแผน และการดำเนินการตามแผนโครงการร่วมกัน มีการกระตุ้นให้ตัวแทนจากทุกส่วนในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

จากผลการศึกษาดังกล่าว การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง ถือเป็นการทำงานในชุมชนให้มีประสิทธิภาพ โดยการดึงศักยภาพของชุมชนที่มีอยู่และชุมชนสามารถเข้าถึงข้อมูลมีโอกาสได้เรียนรู้ถึงโอกาสในการสร้างสุขภาพ และมีแหล่งทุนสนับสนุนอย่างเหมาะสม (สินศักดิ์ชนม์ อุ้นพรมมี 2556) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สมหมาย แจ่มกระจ่าง ศรีวรรณ มีคุณ และ พิระพงษ์ สุดประเสริฐ (2551) ที่พบว่า การให้ความสำคัญในการสนับสนุนให้ชุมชนดำเนินการตามแผนและโครงการของชุมชนซึ่งเป็นแผนจากความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปรีชาอาปีติน (2548) ที่พบว่า ความคาดหวังของผู้นำศาสนาอิสลามที่มีต่อชุมชนในอนาคตข้างหน้าคืออยากให้ชุมชนมีการศึกษาที่ดีมีความรักสามัคคีและปรองดองกัน

4) มีส่วนร่วมในการการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล พบว่า โต๊ะอิหม่ามควรอบรมให้ความรู้แก่สัปบุรุษ ให้มีการปฏิบัติตามคำสอน “ความสะอาดเป็นส่วนหนึ่งของการศรัทธา” และมียึดมีการให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยสิ่งแวดล้อมจัดกิจกรรมด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาที่พบในพื้นที่ เช่น โรคไข้เลือดออกยาเสพติดผู้นำศาสนา สัปบุรุษ ประชาชนที่เข้ามาในมัสยิดได้รับบริการวัดความดันโลหิต วัดรอบเอวและโต๊ะอิหม่าม คอเต็บ บิหลั่น กรรมการมัสยิดเป็นแบบอย่างเรื่องการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย โดยจัดให้มีลานกีฬา ลานสุขภาพภายในบริเวณมัสยิด

จากผลการศึกษาดังกล่าว การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชน มีความสามารถในการควบคุมสุขภาพของตนเองและสิ่งแวดล้อมและสามารถตัดสินใจเลือกทางเลือกที่จะส่งผลดีต่อสุขภาพ โดยการให้ข้อมูล เสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพและพัฒนาทักษะชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ยุทธนา พูนพานิชและแสงนภา อุทัยแสงไพศาล (2557) พบว่า การสร้างเสริมศักยภาพบุคคลและชุมชน รวมถึงการสนับสนุนปัจจัยสาธารณะที่เอื้ออำนวยต่อการสร้างเสริมศักยภาพ เช่น ลานออกกำลังกาย ศูนย์เรียนรู้ ห้องสมุด และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ดลมนรรัตน์ บากา (2550) พบว่า บทบาทที่พึงประสงค์สำหรับมัสยิดในปัจจุบันคือควรจัดให้มีเอกสารเผยแพร่ความรู้ด้านศาสนาสังคมสุขภาพสถานการณ์บ้านเมืองตามลักษณะที่เป็นไปได้

5) มีส่วนร่วมในการการปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ พบว่า มัสยิดควรมีกิจกรรมเฝ้าระวังหรือส่งเสริมสุขภาพ และเป็นศูนย์เรียนรู้ด้านสุขภาพตามวิถีชุมชนเช่น ประเด็นแม่และเด็ก โรคติดต่อเรื้อรัง ฮัจญ์ บุหรี ยาเสพติด การปลูกผักปลอดสารพิษ เพื่อปลูกจิตสำนึกความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองและกระตุ้นประชาชนละ เลิกพฤติกรรมเสี่ยงมัสยิด โดยกรรมการและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ร่วมจัดทำโครงการที่สอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่ ร่วมดำเนินงานแก้ไขสุขภาพ

และมีการติดตาม สรุปรงานและการพัฒนาเป็นศูนย์เรียนรู้ประเด็นต่างๆ โดยขอรับการสนับสนุนต่างๆ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน

จากผลการศึกษาดังกล่าว การปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ บทบาทการสร้างเสริมสุขภาพในระบบบริการสุขภาพ เป็นบทบาทของทุกภาคส่วน ทั้งบุคคล กลุ่มภายในชุมชน บุคลากรสุขภาพ หน่วยงานบริการสุขภาพ ภาครัฐและเอกชน ให้มีความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของนางลักษณ์ ลิ้มทวีกุลและแวปา วันฮุสเซนต์ (2557) ที่พบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสถานเพื่อส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพที่ดีทำให้ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ เพื่อหาแนวทางแก้ไขตาม บริบทของแต่ละพื้นที่ ควรให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการมากที่สุดและมีการสนับสนุนจาก ภาครัฐ และสอดคล้องกับแนวคิดของความสำเร็จในการสร้างเสริมสุขภาพในศตวรรษที่ 21 (ลินด์คัตต์ ชนม์ อุ่นพรมมี 2556) ที่ระบุว่าผู้มีอำนาจในการตัดสินใจต้องแสดงออกถึงความทุ่มเทและความ รับผิดชอบต่อสังคม ภาคส่วนสาธารณะและเอกชนต้องมีส่วนในการสร้างเสริมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ด้านการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ มีข้อเสนอแนะดังนี้
 - 1.1 สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อกำหนดให้มีข้อตกลงร่วมกันในการจัดการสุขภาพของชุมชน เช่น จัดสถานที่ตาม พรบ.คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ ให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ การออกกัลังกาย การคุ้มครองผู้บริโภค ฯลฯ
2. ด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ มีข้อเสนอแนะดังนี้
 - 2.1 หน่วยงานภาครัฐ ท้องถิ่นและเอกชน ควรมีการสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนามัสยิดเพราะปัจจุบันมัสยิดยังคงมีปัญหาด้านโครงสร้างและการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามหลักสุขาภิบาล
 - 2.2 ชุมชนสร้างปัจจัยสนับสนุนที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพดีของประชาชนโดยการสร้างเครือข่ายสังคมสิ่งแวดล้อมในชุมชน
3. ด้านการเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็งมีข้อเสนอแนะดังนี้
 - 3.1 รูปแบบการมีส่วนร่วมของมัสยิดในการส่งเสริมสุขภาพ มีการดำเนินงานแบบบูรณาการ ตอบสนองปัญหาของชุมชน ดังนั้นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งภาครัฐและเอกชนควรให้การสนับสนุนและเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนอย่างต่อเนื่อง
 - 3.2 สร้างการมีส่วนร่วมระดับชุมชนให้มีส่วนรับผิดชอบ ในการลำดับความสำคัญของปัญหา การตัดสินใจ การวางแผนและการดำเนินงานตามแผนโครงการร่วมกัน มีการกระตุ้นให้ตัวแทนจากทุกส่วนในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง
4. ด้านการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลมีข้อเสนอแนะดังนี้
 - 4.1 เปิดโอกาสให้ประชาชนรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและข่าวสารอื่นที่เป็นประโยชน์

4.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสนับสนุนองค์ความรู้ และมีการอบรมให้ความรู้ จัดกิจกรรมเสริมทักษะชีวิตให้กับประชาชน

5. ด้านการปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพมีข้อเสนอแนะดังนี้

5.1 หน่วยงานสาธารณสุข มีการคืนข้อมูลด้านสุขภาพ ปัญหาด้านสุขภาพให้ผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทราบและหาแนวทางแก้ปัญหาาร่วมกัน

5.2 สร้างความตระหนักให้กับประชาชนในเรื่องการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน โดยเน้นการป้องกันส่งเสริมมากกว่าการแก้ไขรักษา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของมัสยิดในการส่งเสริมสุขภาพ

2. ควรนำรูปแบบในการศึกษาครั้งนี้ไปทดลองใช้ (pilot study) เพื่อทดสอบการประยุกต์ใช้รูปแบบในพื้นที่จริง

3. ควรมีการวิจัยเชิงลึกในมัสยิดพื้นที่เป้าหมายเพื่อที่สามารถส่งผลหรือขยายผลให้เกิดนวัตกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพรูปแบบอื่นได้

บรรณานุกรม

- กนกรัตน์ ทิพนิง. 2552. กระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของชุมชนบ้านวังธาร อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่. ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต,. สาขาการส่งเสริมสุขภาพ. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กนกวดี ธรรมวินัย. 2549. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชนเมือง: ศึกษากรณีชุมชน มัสยิดมหานาค เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพมหานคร. ภาคนิพนธ์ คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ชนิษฐา นันทบุตร. 2551. *ระบบการดูแลสุขภาพชุมชน:แนวคิด เครื่องมือ การออกแบบ*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบการพยาบาล สภาการพยาบาล
- คณะกรรมการอิสลามประจำกรุงเทพมหานคร. 2547. *คู่มือบริหารมัสยิด*. กองปกครองและทะเบียน สำนักปลัดกรุงเทพมหานคร และ สำนักงานคณะกรรมการอิสลาม ประจำกรุงเทพมหานคร.
- จรัส สุวรรณเวลา. 2543. *มุมมองใหม่ระบบสุขภาพ*. โครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. นนทบุรี.
- จุฬารัตน์ โสตะ, อันโตะ ศุภวิโตะ. 2550. การสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียน ในโรงพยาบาลและในชุมชน เมืองมิเอะ ประเทศญี่ปุ่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*. 22(3): 246-253.
- จกมลพรณ ศรีคำ. 2553. การมีส่วนร่วมของคนในชุมชนกับหน่วยงานภาครัฐ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ กรณีศึกษาหมู่บ้านพระนั่งดิน อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพุทธศาสตร์การพัฒน บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดลมนรรัตน์ บากา. 2550. *รายงานวิจัยมัลติดี:ฐานเศรษฐกิจและทุนวัฒนธรรมปัตตานี*. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ตายุติน อูสมาน. 2545. การพัฒนาที่ยั่งยืนในชุมชนมุสลิม. ฮาลาล *นิตยสารเพื่อการเป็นศูนย์กลางอาหารมุสลิมโลก*. กรุงเทพมหานคร.
- ทรงยศ แจ้งเจริญ. 2555. โปรแกรมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้วัดส่งเสริมสุขภาพเป็นฐาน. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ธงชาติ วงชาวรรณ และพฤทธิ ศิริบรรณพิทักษ์. 2555. การพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนในโรงเรียนมัธยมศึกษาโดยการใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. การบริหารและพัฒนา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 4(3): 179-197.
- นงลักษณ์ ลิ้มทวีกุล และแหวป่า วันฮุสเซนต์. 2557. การพัฒนาศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดนราธิวาส. *มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*. 1(2): 43-54.
- บุปผา ศิริรัศมี และคณะ. 2554. *รายงานการสำรวจระดับประเทศ เรื่อง ผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย กลุ่มผู้สูบบุหรี่*. สถาบันการวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประไพ บัวคอม. 2552. กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช:กรณีศึกษา โรงพยาบาลสร้างคอม. พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น

- ประยูรศักดิ์ ชลาชนเดชะ. 2539. *มุสลิมในประเทศไทย*. โครงการ หอสมุดกลางอิสลาม สายสกุล
สุลต่าน สุลัยมาน.
- ประเวศ วะสี. 2541. *บนเส้นทางใหม่การส่งเสริมสุขภาพอภิวัดน์ชีวิตและสังคม พิมพ์ครั้งที่ 2*
กรุงเทพมหานคร. สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน .
- ปรีชา อาบีดิน. 2548. *บทบาทของผู้นำศาสนาอิสลาม (โต๊ะอีหม่าม) ในการบริหารพัฒนาชุมชนมุสลิม:*
ศึกษาเฉพาะกรณีมีสยิดในเขตมีนบุรี คลองสามวา ลาดกระบัง ภาคนิพนธ์, คณะพัฒนาสังคม,
สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- แผนงานสร้างเสริมสุขภาพมุสลิมไทย. 2549. *สถานภาพทางสุขภาพของมุสลิมไทย. คณะเศรษฐศาสตร์*
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. http://www.muslim4health.or.th/2014/Index.php?op=plan-detail&id=52#.V4xbd_l97IU(สืบค้นวันที่ 7 สิงหาคม 2556).
- พิสมัย จันทวิมล. 2541. *นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง พิมพ์ครั้งที่ 3 นนทบุรี โครงการ*
สำนักพิมพ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ไพรัตน์ เตชะรินทร์. 2527. *นโยบายและกลวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนในยุทธศาสตร์การพัฒนา*
ปัจจุบันของประเทศไทยในการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. กรุงเทพมหานคร:ศักดิ์
โสภาคการพิมพ์.
- ไพศาล วงษ์อารี. 2552. *บทบาทของคณะกรรมการมีสยิดต่อการพัฒนาชุมชนมุสลิม: ศึกษากรณี*
มีสยิดในเขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร ภาคนิพนธ์ คณะศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สถาบัน
บัณฑิต. พัฒนบริหารศาส.
- มารุญกี ราณี. 2550. *บทบาทของมีสยิดในกระบวนการสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนเมือง:*
กรณีศึกษาจังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์รัฐศาสตรมหาบัณฑิต.สาขารัฐประศาสนศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- มรรวาน สะมะออน. 2524. *อนุสรณ์งานการกุศลมีสยิดนุรุลยาเก็น. กรุงเทพฯ : เทียนเจริญพานิช.*
- ยุทธนา พูนพานิช และแสงนภา อุทัยแสงไพศาล. 2557. *รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนเพื่อ*
รองรับสังคมผู้สูงอายุ. วิชาการสาธารณสุข. 23(2): 226-238.
- โรสมณี ยูนุห์. 2552. *สภาพปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อมของมีสยิดในจังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์*
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต.สาขานิติศาสตร์.มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วสุธร ต้นวัฒนกุล. 2548. *สุขภาพอนามัยชุมชนและกระบวนการพัฒนา. พิมพ์ครั้งที่ 2. ชลบุรี:*
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วัฒนา สุกันศีล. 2541. *“ชุมชนมุสลิมกับการเปลี่ยนแปลง” สงขลานครินทร์. 4(1): 11-31.*
- วรรณดี จันทศิริ 2546. *รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้*
นโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมู่ที่ 8 ตำบลนาป่า อำเภอมะนัง จังหวัดชลบุรี
[http://race.nstru.ac.th/home/e-weblog/member/apisan/document/ตัวอย่างการ](http://race.nstru.ac.th/home/e-weblog/member/apisan/document/ตัวอย่างการวิจัย9)
วิจัย9 (สืบ ค้นเมื่อวันที่ 7 สิงหาคม 2556)

- วิทยา นุชานนท์เทพ. 2550. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี กรณีศึกษา ตำบลบุญโยะ อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, ศึกษาศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. 2541. *นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- วินัย สมะออน. 2548. *การบริหารองค์กรศาสนาอิสลาม*. คณะกรรมการกลางอิสลามแห่งประเทศไทย สำนักจุฬาราชมนตรี. กรุงเทพมหานคร.
- วิสุทธิ์ บิลล่าเต๊ะ. 2553. กระบวนการดำรงอัตลักษณ์มุสลิมกับการสร้างชุมชนเข้มแข็งกรณีศึกษา: ชุมชนบ้านเหนือ จังหวัดสงขลา. มนุษย์ศาสตร์และสังคมศาสตร์ดุซงกีบัณฑิต, สาขาวัฒนธรรมศึกษา, มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- แวอุซัง มะแดเฮาะ และคณะ. 2539. บทบาทมัสยิดในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้. รายงานการวิจัยวิทยาลัยอิสลามศึกษา, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- ศูนย์บริหารกิจการศาสนาอิสลามแห่งชาติ. 2552. การบริหารมัสยิดตามหลักการอิสลาม. สำนักจุฬาราชมนตรี. http://www.skthai.org/index.php?mo=1&c_art=219544 (สืบค้นวันที่ 7 สิงหาคม 2556).
- ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้. ยุทธศาสตร์การพัฒนา. www.sbpac.go.th (สืบค้นวันที่ 7 สิงหาคม 2556).
- ศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติและคณะ. 2549. การศึกษาการส่งเสริมสุขภาพ ของชาวมุสลิมในประเทศไทย. *จุฬาสัมพันธ์*. 49(20).
- สมาน ตีอราแม. 2545. ภูมิหลังและบทบาทของคณะกรรมการมัสยิดในการพัฒนาชุมชน ศึกษาเฉพาะกรณีมัสยิดในอำเภอสิงหนคร. ภาคนิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม), คณะพัฒนาสังคม, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี. 2556. *พัฒนาการสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ*. โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธนาเพรส จำกัด..
- สมหมาย แจ่มกระจ่าง, ศรีวรรณ มีคุณ และพิรพงษ์ สุดประเสริฐ. 2551. การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน: กรณีศึกษา การจัดทำแผนชุมชนเทศบาลตำบลบางพระ จังหวัดชลบุรี. *การศึกษาและพัฒนาสังคม*. 4(2).
- สุภาภรณ์ นิยมสรวย. 2551. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. 2541. วิวัฒนาการส่งเสริมสุขภาพระดับนานาชาติ. กรุงเทพมหานคร. ดีไซน์เสาวนีย์ จิตต์หมวด. (2527). หน้าที่ของมัสยิดต่อสังคมมุสลิมในภาคกลาง, วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย : อัดสำเนา.

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี. 2556. สรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2556.
- สำนักงานสถิติจังหวัดปัตตานี. 2555. ข้อมูลทะเบียนราษฎร ปี 2555
- สำนักงานคณะกรรมการกลางอิสลามแห่งประเทศไทย. 2540. *พระราชบัญญัติการบริหารองค์กรศาสนาอิสลาม*. กรุงเทพมหานคร. กองศาสนาปัทม์ภัก.
- อดิสร วงศ์คงเดช. 2539. *การพัฒนาสาธารณสุขชุมชน การมีส่วนร่วมและการเตรียมชุมชน*. ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสอนสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น.
- อดิสร สมาแอ. 2550. บทบาทพอเหมาะในฐานะแหล่งเรียนรู้ของชุมชนมุสลิม: กรณีศึกษาจังหวัดยะลา. ภาคนิพนธ์, คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- อมรพรรณ ประจันตวณิชย์. 2550. ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานและปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการประกันคุณภาพการศึกษาของบุคลากรในมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ปริญญาานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อิบราเฮ็ม ณรงค์รักษาเขตและคณะ. 2548. *การมีส่วนร่วมขององค์กรมุสลิมในการส่งเสริมธรรมรัฐ* องค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดชายแดนภาคใต้. ปัตตานี : วิทยาลัยอิสลามศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อิสมาแอล ยีตอโรแม. 2550. บทบาทที่คาดหวังและบทบาทที่แท้จริงของคณะกรรมการมัสยิดในการพัฒนาชุมชน : ศึกษาเฉพาะกรณีมัสยิดในเขตอำเภอแม่ลาน จังหวัดปัตตานี ภาคนิพนธ์ คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ฮานีเฟห์ หยีราเหม .2545. บทบาทของมัสยิดในจังหวัดสตูล.วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาไทยคดีศึกษา.มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- Duangwadee, S. ,2001. *Research Health Promotion in the Who South-East Asia*
- Janice, E. et. al. 1999. *Community Health Nursing : Health Promotion and Disease Prevention Perspectives*. Washington : Delmar Publishers.
- Pender, N. J. 1996. *Health Promotion in Nursing Practice*. 3rd (ed). Connecticut: Appleton & Lange.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
แบบประเมินศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพ

ชื่อศาสนสถาน.....

ประเภทศาสนสถาน วัด มัสยิด สถาบันศึกษาปอเนาะ

ที่อยู่/ที่ตั้งของศาสนสถาน

เลขที่ หมู่ที่ บ้าน..... ถนน..... ตรอก.....

ซอย ตำบล อำเภอ จังหวัดปัตตานี หมายเลข

โทรศัพท์.....

ชื่อผู้ประสานงาน ตำแหน่งในศาสนสถาน.....

หมายเลขโทรศัพท์บ้าน หมายเลขโทรศัพท์มือถือ

วันที่ เดือน ปี พ.ศ. ที่ประเมิน หน่วยงานที่รับผิดชอบ

คำชี้แจง ผู้ประเมินใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือ หน้าข้อที่ประเมินว่า “มี” และ/หรือ “มี

การดำเนินการกิจกรรมนั้น ๆ”

เกณฑ์การประเมิน	รายละเอียดเกณฑ์	ระดับ	หมายเหตุ
1. ด้านสิ่งแวดล้อม			
1.1 โครงสร้าง/ อาคาร/ สถานที่	<input type="radio"/> 1) อาคาร บริเวณ ศาสนสถาน สะอาดเป็นระเบียบ	ระดับพื้นฐาน	
	<input type="radio"/> 2) สภาพอาคาร มีความมั่นคง ปลอดภัย		
	<input type="radio"/> 3) มีภูมิทัศน์สวยงาม	ระดับดี	
	<input type="radio"/> 4) มีบริเวณสำหรับพักผ่อนหย่อนใจ	ระดับดีมาก	
	<input type="radio"/> 5) มีอุปกรณ์ดับเพลิงพร้อมใช้งาน หรือมีกระบะทราย ถังเก็บน้ำ สายยาง อุปกรณ์อื่นใด ที่สามารถใช้ในการดับไฟ		
1.2 น้ำดื่ม น้ำใช้	<input type="radio"/> 1) น้ำใช้ไม่มีตะกอน ไม่มีสี ไม่มีกลิ่นเหม็น และมีปริมาณเพียงพอ	ระดับพื้นฐาน	
	<input type="radio"/> 2) น้ำดื่ม ผ่านการปรับปรุงคุณภาพ ภาชนะเก็บน้ำ ภาชนะใช้ดื่ม มีการดูแลให้สะอาดอยู่เสมอ		
	<input type="radio"/> 3) ไม่มีลูกน้ำในภาชนะเก็บกักน้ำ	ระดับดี	

เกณฑ์การประเมิน	รายละเอียดเกณฑ์	ระดับ	หมายเหตุ
	<input type="radio"/> 4) บ่อเก็บกักน้ำสำหรับอาบน้ำละหมาดมีการเปลี่ยนถ่าย และทำความสะอาดภาชนะเก็บกักน้ำเป็นประจำอย่างน้อยทุก 7 วัน	ระดับดีมาก	
1.3 สถานที่ปรุงอาหาร <input type="radio"/> ไม่มี (ข้ามไปข้อ 1.4) <input type="radio"/> มี	<input type="radio"/> 1) สถานที่เตรียม ปรุงอาหาร สะอาด ถูกสุขลักษณะ <input type="checkbox"/> ก.สถานที่เตรียม ปรุงอาหารสะอาด เป็นระเบียบ <input type="checkbox"/> ข. มีการระบายอากาศดี ไม่มีกลิ่นควันรบกวน <input type="checkbox"/> ค. เตรียม/ปรุงอาหารบนโต๊ะที่สภาพดี สะอาด สูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม.	ระดับพื้นฐาน	ระดับพื้นฐานต้องผ่านทั้งข้อ ก., ข. และ ค.
1.3 สถานที่ปรุงอาหาร (ต่อ)	<input type="radio"/> 2) อุปกรณ์และภาชนะใส่อาหารปลอดภัยและสะอาด <input type="checkbox"/> ก. ภาชนะใส่อาหารทำด้วยวัสดุที่ปลอดภัย เช่น สแตนเลส อลูมิเนียม เมลามีนสีขาว หรือสีอ่อน ไม่แตกง่ายหรือมีความคม <input type="checkbox"/> ข. ที่ล้างภาชนะ อุปกรณ์ ควรใช้อย่างที่มีก๊อกน้ำและท่อระบายน้ำ ถ้าใช้กะละมังต้องมี 3 ใบ วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม. และบริเวณที่ล้างต้องมีการ ระบายน้ำที่ดี ไม่เฉอะแฉะ <input type="checkbox"/> ค. ล้างภาชนะ อุปกรณ์ด้วยน้ำยาล้างภาชนะและน้ำสะอาดอีก อย่างน้อย 2 ครั้ง หรือล้างด้วยน้ำไหล <input type="checkbox"/> ง. ภาชนะ อุปกรณ์ เมื่อล้างเสร็จแล้ว ต้องคว่ำให้แห้ง ห้ามขีด วางในตะแกรงโปร่งสะอาด สูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม. เชียง มีด สภาพดี สะอาด แยกใช้ตามประเภทของอาหารได้แก่ ผักผลไม้ เนื้อสัตว์สุก เนื้อสัตว์ดิบ มีเชียงแยกใช้ตามประเภทอาหารอย่างน้อย 3 เชียง ผลไม้ แยกมีดที่ใช้	ระดับดี	ระดับดีต้องผ่านทั้งข้อ ก., ข., ค. และ ง.

เกณฑ์การประเมิน	รายละเอียดเกณฑ์	ระดับ	หมายเหตุ
	<p><input type="radio"/> 3) ผู้ประกอบอาหารมีสุขภาพดี แต่งกายสะอาด สุขอนามัยดี</p> <p><input type="checkbox"/> ก. ชุดแต่งกายสะอาด สวมเสื้อมีแขน ใ้หมวก และผ้ากันเปื้อนสีขาวหรือสีอ่อนขณะปฏิบัติงาน และควรซักทุกวัน</p> <p><input type="checkbox"/> ข. ลักษณะร่างกายภายนอกดี เล็บมือสั้นสะอาด ไม่มีอาการไอ จาม ตา - ตัวเหลือง เป็นไข้หรือ อุจจาระร่วง</p> <p><input type="checkbox"/> ค. ใช้อุปกรณ์หรือถุงมือในการหยิบจับอาหารที่พร้อมบริโภค</p> <p><input type="radio"/> 4) สถานที่ปรุงอาหาร มีปอดักขยะ/ปอดักไขมันใช้งานได้ดี ก่อนปล่อย น้ำทิ้งลงสู่ท่อสาธารณะ ถ้าไม่มีท่อสาธารณะ ต้องมีบ่อซึม</p>	ระดับดีมาก	<p>1) ระดับดีมากต้องผ่านทั้งข้อ ก., ข., ค. และ ง.</p> <p>2) หากวันที่เข้าประเมินไม่มีการปรุงอาหาร ให้ประเมินจาก แนวทางการปฏิบัติหรือ ร่องรอยการปรุงอาหารและการใช้อุปกรณ์</p>
1.4 ห้องน้ำ ห้องส้วม	<p><input type="radio"/> 1) ห้องส้วมสะอาด สภาพดี การระบายอากาศดี ไม่มีกลิ่นเหม็น ภาชนะเก็บกักน้ำ ชันน้ำ น้ำใช้และแสงสว่างเพียงพอ</p> <p><input type="radio"/> 2) ประตู ที่จับเปิด-ปิด และลิ้นชักด้านใน สะอาด อยู่ในสภาพดีใช้งานได้</p> <p><input type="radio"/> 3) อ่างล้างมือ ก๊อกน้ำ กระจกสะอาด อยู่ในสภาพดีใช้งานได้</p> <p><input type="radio"/> 4) มีสบู่ล้างมือพร้อมใช้ตลอดเวลา</p> <p><input type="radio"/> 5) มีห้องแยกสำหรับชาย หญิง โดยมีป้าย</p>	ระดับพื้นฐาน	
		ระดับดี	

เกณฑ์การประเมิน	รายละเอียดเกณฑ์	ระดับ	หมายเหตุ
	<p>สัญลักษณ์ที่ชัดเจน</p> <p><input type="radio"/> 6) ห้องน้ำ ห้องส้วม สะอาด เพียงพอ ปลอดภัย (ผ่านมาตรฐาน HAS: Healthy, Accessibility, Safety)</p> <p><input type="checkbox"/> ความสะอาด (Healthy)</p> <p><input type="checkbox"/> ก. พื้นผนังเพดาน โถส้วม ที่กดโถส้วม โถปัสสาวะ ที่กดโถปัสสาวะสะอาดไม่มีคราบสกปรก อยู่ในสภาพดีใช้งานได้</p> <p><input type="checkbox"/> ข. น้ำใช้สะอาด เพียงพอและไม่มีกลิ่นน้ำขุ่น ภาชนะเก็บกักน้ำ ชันตักน้ำสะอาดอยู่ในสภาพดี ใช้งานได้</p> <p><input type="checkbox"/> ค. กระจาดชำระเพียงพอต่อการใช้งาน ตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ (อาจจำหน่ายหรือบริการฟรี) หรือมีสายฉีดชำระที่สะอาด อยู่ในสภาพดีใช้งานได้</p> <p><input type="checkbox"/> ง. อ่างล้างมือ ก๊อกน้ำ กระจกสะอาด อยู่ในสภาพดี ใช้งานได้</p> <p><input type="checkbox"/> ความพอเพียง (Accessibility)</p> <p><input type="checkbox"/> ฉ. จัดให้มีส้วมนั่งราบอย่างน้อยหนึ่งที่</p> <p><input type="checkbox"/> ความปลอดภัย (Safety)</p> <p><input type="checkbox"/> จ. บริเวณที่ตั้งส้วมต้องไม่อยู่ที่ลับตา ที่เปลี่ยว</p> <p><input type="checkbox"/> ฉ. ให้แยกห้องส้วมสำหรับชาย - หญิง โดยมีป้ายหรือสัญลักษณ์ที่ชัดเจน</p> <p><input type="checkbox"/> ช. ประตู ที่จับเปิด - ปิดและที่ล็อคด้านใน สะอาด อยู่ในสภาพดีใช้งานได้</p> <p><input type="checkbox"/> ซ. พื้นห้องส้วมแห้ง</p> <p><input type="checkbox"/> ค. แสงสว่างเพียงพอ สามารถมองเห็นได้ทั่วบริเวณ</p>	ระดับดีมาก	ระดับดีมากต้องผ่านเกณฑ์ HAS : Healthy, Accessibility และ Safety
1.5 ขยะและ	<input type="radio"/> 1) ไม่พบขยะมูลฝอยตกค้างหรือตกหล่นตาม	ระดับพื้นฐาน	

เกณฑ์การประเมิน	รายละเอียดเกณฑ์	ระดับ	หมายเหตุ
การจัดการประเมิน	พื้น ถนน รางระบายน้ำ		
	<input type="radio"/> 2) มีการเก็บรวบรวมขยะ และมีการกำจัดขยะที่ถูกต้องวิธี	ระดับดี	
	<input type="radio"/> 3) มีการแยกขยะเป็น 3 ประเภท - ขยะมูลฝอยทั่วไป - ขยะมูลฝอยนำกลับมาใช้ใหม่ - ขยะอันตราย	ระดับดีมาก	
1.6 การจัดการน้ำเสีย	<input type="radio"/> 1) ไม่พบน้ำเสีย น้ำทิ้งขังเฉอะแฉะ บริเวณศาสนสถาน	ระดับพื้นฐาน	
	<input type="radio"/> 2) น้ำเสีย น้ำทิ้ง มีการจัดการที่ถูกต้องหลักสุขาภิบาล โดยมีราง หรือ ท่อระบายน้ำรอบบริเวณ และไม่อุดตัน	ระดับดี	
	<input type="radio"/> 3) ไม่มีการร้องเรียนเรื่องน้ำเสียจากชุมชน	ระดับดีมาก	
2. ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน			
2.1 การมีส่วนร่วมของชุมชน	<input type="radio"/> 1) มีคณะกรรมการพัฒนา ศาสนสถานด้านส่งเสริมสุขภาพ และมีการประชุมวางแผนการดำเนินงาน (โดยดูจากรายชื่อหรือคำสั่งแต่งตั้ง และรายงานการประชุม)	ระดับพื้นฐาน	
	<input type="radio"/> 2) การให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม		
	<input type="radio"/> 3) มีเครือข่ายร่วมพัฒนาศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพ(เครือข่ายประกอบด้วย ก. ผู้นำชุมชนทั้งทางการและตามธรรมชาติ ข. ผู้นำท้องถิ่น ค. ภาคประชาชน)	ระดับดี	ข้อ 3) ต้องมีองค์ประกอบทั้ง 3 ภาคส่วน จึงจะผ่านเกณฑ์
	<input type="radio"/> 4) ส่งสอนให้ประชาชน ลด ละเลิกอบายมุขทุกประเภท		
	<input type="radio"/> 5) ชุมชนร่วมจัดการพัฒนาศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพและทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและ	ระดับดีมาก	

เกณฑ์การประเมิน	รายละเอียดเกณฑ์	ระดับ	หมายเหตุ
	<p>ยั่งยืน</p> <p><input type="radio"/> 6) มีหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุนศาสนสถานอย่างต่อเนื่อง</p> <p><input type="radio"/> 7) ชุมชนมีความสามัคคี ไม่มีความขัดแย้ง</p> <p><input type="radio"/> 8) การมีส่วนร่วมของชุมชนพุทธและชุมชนมุสลิม</p> <p><input type="radio"/> 9) คนในชุมชนมีสุขภาพอนามัยที่ดี</p>		
2.2 วัด/มัสยิดสนับสนุนส่งเสริมให้เป็นที่แห่งเรียนรู้ปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรมเสริมสร้างความรัก ความสามัคคี	<input type="radio"/> 1) มีการจัดป้ายความรู้เพื่อเผยแพร่เกี่ยวกับหลักธรรมคำสอนศาสนา/คุณธรรม	ระดับพื้นฐาน	
	<input type="radio"/> 2) มีการจัดกิจกรรมของระดับพื้นฐานและจัดกิจกรรมตามขนบธรรมเนียมประเพณีอย่างต่อเนื่องทุกปี	ระดับดี	
	<input type="radio"/> 3) มีการจัดกิจกรรมของระดับพื้นฐานและจัดกิจกรรมตามขนบธรรมเนียมประเพณี กิจกรรมที่เสริมสร้างความรัก ความสามัคคีและมีการสร้างเครือข่ายของการสร้างความสามัคคีในหมู่คณะ	ระดับดีมาก	
2.3 การสนับสนุนงบประมาณ	<input type="radio"/> 1) จัดกิจกรรมสมทบทุนเป็นครั้งคราว	ระดับพื้นฐาน	
	<input type="radio"/> 2) มีการตั้งกองทุนหรือมูลนิธิการบริหารจัดการ	ระดับดี	
	<input type="radio"/> 3) มีคณะกรรมการในการบริหารกองทุนใช้ในการบริหาร - จัดการศาสนสถาน	ระดับดีมาก	
<input type="radio"/> 4) มีสมาชิกกองทุน			
2.4 สัมบุรุษได้มีการปฏิบัติ	<input type="radio"/> 5) มีกิจกรรมจัดหาเงินสมทบกองทุนอยู่เสมอ		
	<input type="radio"/> 6) สมาชิกมีรายได้จากการจัดตั้งกองทุน		
2.4 สัมบุรุษได้มีการปฏิบัติ	<input type="radio"/> 1) การแต่งกายของผู้เข้ามาในศาสนสถานหรือประกอบศาสนกิจต้องสุภาพ สะอาด	ระดับพื้นฐาน	ข้อ 2.4 ใช้ประเมิน

เกณฑ์การประเมิน	รายละเอียดเกณฑ์	ระดับ	หมายเหตุ
ตามคำสอน “ความสะอาดเป็นส่วนหนึ่งของ ศรัทธา”	○ 2) ชุดสำหรับประกอบศาสนกิจ (ชุดละหมาด) สำหรับสุภาพสตรีที่ตั้งอยู่ในมัสยิด พรหม, ผ้าปูละหมาดสะอาด		มัสยิดเท่านั้น
	○ 3) น้ำในอ่างครบตามเงื่อนไขของศาสนา		
	○ 4) มีการอบรมให้ความรู้แก่สัปบุรุษ เรื่องการรักษาความสะอาดในอิสลาม เดือนละ ๒ ครั้งและต้องบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร	ระดับดี	
	○ 5) มีการอบรมให้ความรู้แก่สัปบุรุษ เรื่องการรักษาความสะอาดในอิสลาม เดือนละ ๔ ครั้งและต้องบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร	ระดับดีมาก	
3. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ			
3.1 การส่งเสริมสุขภาพ	○ 1) ศาสนสถานจัดให้มีการให้ความรู้ด้านสุขภาพ อนามัย - สิ่งแวดล้อม		
	○ 2) มีตู้ยาสามัญประจำบ้านตู้ยา และอุปกรณ์สะอาดอยู่ในสภาพดี มียาสามัญประจำบ้านเวชภัณฑ์และวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น จัดเก็บเป็นระเบียบ มีป้ายบอกชื่อ วิธีการใช้ยาที่ชัดเจน ยาไม่หมดอายุ	ระดับพื้นฐาน	
	○ 3) มีการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาที่พบในพื้นที่	ระดับดี	
	○ 4) เป็นแหล่งเรียนรู้ด้านสุขภาพ		ระดับดีมาก
	○ 5) มีกิจกรรมช่วยเหลือชุมชนด้านสุขภาพ เช่น จิตอาสา (เกิดสิ่งดี ๆ ที่เป็นนวัตกรรมสู่ชุมชน)		
3.2 การจัดศาสนสถานให้เป็นเขตปลอดบุหรี่	○ 1) มีป้ายประกาศศาสนสถานเป็นเขตปลอดบุหรี่ด้านหน้าศาสนสถาน		ใช้การสังเกตและการสัมภาษณ์
	○ 2) มีเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ ที่ทางเข้าของศาสนสถานตั้งแต่ประตูรั้ว/ขอบเขตของสถานที่เห็นเด่นชัด	ระดับพื้นฐาน	
	○ 3) มีเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ทั้งด้านหน้า		

เกณฑ์การประเมิน	รายละเอียดเกณฑ์	ระดับ	หมายเหตุ
	และด้านในห้องสุขา ○ 4) มีเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ภายในอาคารของ ศาสนสถาน		
	○ 5) ไม่มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวกในการสูบบุหรี่ เช่น ที่เขี่ยบุหรี่ ถังทรายสำหรับใส่บุหรี่	ระดับดี	
	○ 6) คนที่เข้ามาในศาสนสถาน จะต้องไม่สูบบุหรี่	ระดับดีมาก	
3.3 การเป็นแบบอย่างหรือการมีส่วนร่วมด้านส่งเสริมสุขภาพ	○ 1) ผู้นำศาสนาได้รับบริการ วัดความดันโลหิต ○ 2) ผู้นำศาสนาได้รับบริการ วัดรอบเอว ○ 3) ผู้นำศาสนาออกกำลังกายวันละ 30 นาที อย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ ○ 4) จัดหาวัสดุ อุปกรณ์ เฝ้าระวังสุขภาพ เช่น เครื่องวัดความดัน สายวัดรอบเอว	ระดับพื้นฐาน	
3.3 การเป็นแบบอย่างหรือการมีส่วนร่วมด้านส่งเสริมสุขภาพ (ต่อ)	○ 5) ผู้นำศาสนา (โต๊ะอิหม่าม คอเต็บ บิหลั่น กรรมการมัสยิด)ไม่สูบบุหรี่ ○ 6) ผู้นำศาสนาได้รับบริการวัดความดันโลหิตสูงและวัดรอบเอว ผู้ที่มีผลการวัดรอบเอวเกิน 90 ซม. มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ○ 7) มีกิจกรรมเฝ้าระวังหรือส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชน เช่น ลานสุขภาพ ปลุกผักปลอดสารพิษ สวนสมุนไพร	ระดับดี	
		ระดับดีมาก	ในวันที่ประเมินข้อ 5) ถ้าผู้นำศาสนาไม่เกิน 5 คน ทุกคนจะต้องไม่สูบบุหรี่ หากไม่เกิน 5 คน จะต้องไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 80

หมายเหตุ 1) ประเมินโดยการสอบถาม/สัมภาษณ์ และดูข้อมูลเชิงประจักษ์

2) การพิจารณาการผ่านเกณฑ์ในระดับที่สูงกว่าต้องผ่านเกณฑ์ในระดับที่ต่ำกว่าก่อน

ภาคผนวก ข

รายชื่อมัสยิดที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพระดับดีมาก และ
มัสยิดที่เป็นศูนย์เรียนรู้ระบบสุขภาพตามวิถีชุมชน จังหวัดปัตตานี จำนวน 15 แห่ง ดังนี้

ลำดับ ที่	ผ่านเกณฑ์ ระดับ	ชื่อมัสยิด	ตำบล	อำเภอ
1	ศูนย์เรียนรู้ฯ	มัสยิดนุรุลยันนะห์บาลูกาทือเงาะห์	ลูโบะยิไร	มายอ
2	ศูนย์เรียนรู้	มัสยิดดารุลมุฮายีรีน	จะรัง	ยะหริ่ง
3	ศูนย์เรียนรู้	มัสยิดลิเตะ	สะดาวา	ยะรัง
4	ดีมาก	มัสยิดนัจมุดดีน	ทรายขาว	โคกโพธิ์
5	ดีมาก	มัสยิดตักดี	บ้านนอก	ปะนาเระ
6	ดีมาก	มัสยิดนิซอมุดดีน	ปานัน	มายอ
7	ดีมาก	มัสยิดกลางปัตตานี	จะบังติกอ	เมืองปัตตานี
8	ดีมาก	มัสยิดนุรุลอิสลาม (งาแม)	รูสะมิแล	เมืองปัตตานี
9	ดีมาก	มัสยิดบางหมอ (มัสยิดซ็อวารุอลิอิสลาม)	รูสะมิแล	เมืองปัตตานี
10	ดีมาก	มัสยิดท่าแรด(แม่ตีนะ)	ป่าไร่	แม่ลาน
11	ดีมาก	มัสยิดสะอาด	กอลำ	ยะรัง
12	ดีมาก	มัสยิดชะมุ(ดารุลาอามาน)	ปิตุมุตี	ยะรัง
13	ดีมาก	มัสยิดบุสถานูลยันนะห์	สะดาวา	ยะรัง
14	ดีมาก	มัสยิดฮักกุมมุสลิมีน	บางปู	ยะหริ่ง
15	ดีมาก	มัสยิดตาลูเปรี๊าะ(ยามือ)	เตราะบอน	สายบุรี

ภาคผนวก ค
แนวทางการสนทนากลุ่ม

แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus group) ครั้งที่ 1

1. ท่านคิดว่าการส่งเสริมสุขภาพ คืออะไร ทำได้อย่างไรบ้าง
2. โตะอิหม่าม คอเต็บ บิหลั่น คณะกรรมการ มีการดูแลสุขภาพตัวเองอย่างไรบ้าง
3. ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล การประเมินตามแบบประเมินศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพส่งเสริมสุขภาพ
4. ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนามัสยิดส่งเสริมสุขภาพ จนผ่านเกณฑ์ระดับดีมากและยกระดับเป็นศูนย์เรียนรู้ ท่านคิดว่าในชุมชนของท่านมีทุนอะไรบ้าง อย่างไร แบ่งเป็นดังนี้
 - ทุนทรัพยากรธรรมชาติ
 - ทุนวัฒนธรรม วิธีการดำเนินชีวิต
 - ทุนนวัตกรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น
 - ทุนเศรษฐกิจ
 - ทุนกลุ่มคน เครือข่ายและหน่วยงาน
5. รูปแบบการมีส่วนร่วมของมัสยิดในการส่งเสริมสุขภาพของจังหวัดปัตตานีที่อยากให้เกิดขึ้น โดยแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ควรจะมีรายละเอียดอย่างไรบ้าง
 - ด้านการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
 - ด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
 - ด้านการเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง
 - ด้านการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล
 - ด้านการปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ

แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus group) ครั้งที่ 2

1. รูปแบบที่ได้ มีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้กับพื้นที่จังหวัดปัตตานีหรือไม่ อย่างไร ตามกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรรอตตาวา 5 ประการ ดังนี้
 - ด้านการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
 - ด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
 - ด้านการเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง
 - ด้านการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล
 - ด้านการปรับเปลี่ยนบริการด้านสุขภาพ
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีบทบาทอย่างไรในการที่จะเข้ามามีส่วนร่วม/สนับสนุนมัสยิด ในแต่ละด้านอย่างไรบ้าง

ภาคผนวก ง

กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตร ออตตาวา 5 ประการ

1. สร้างนโยบายสาธารณะการส่งเสริมสุขภาพ
 - ชุมชนมีข้อตกลงร่วมกันในการที่จะปฏิบัติเพื่อให้ทุกคนในชุมชนมีสุขภาพดีเช่น ข้อตกลงในการออกกำลังกาย การต่อต้านยาเสพติด การจัดระเบียบสังคมเพื่อหลีกเลี่ยงอบายมุขต่างๆ ที่จะนำไปสู่การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม
2. สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชน
 - ชุมชนมีการลดปัจจัยเสี่ยงโดยการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมทั้งด้านกายภาพ สังคม จิตวิทยาในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน ความปลอดภัยในทรัพย์สินที่อยู่อาศัย การบริโภค อุบัติเหตุ ตลอดจนสถานที่พักผ่อน สวนสาธารณะ และจักโอกาสในการเรียนรู้เพื่อพัฒนาทักษะชีวิตจากการทำงาน
 - ชุมชนสร้างปัจจัยสนับสนุนที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพดีของประชาชนโดยการสร้างเครือข่ายสังคมสิ่งแวดล้อมในชุมชน
3. เสริมสร้างกิจกรรมให้ชุมชนเข้มแข็ง
 - กำหนดกิจกรรมส่งเสริมให้สมาชิกในองค์กร/ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์กร/ชุมชนโดยร่วมวิเคราะห์ปัญหา วางแผน และดำเนินการตามกลยุทธ์
 - กำหนดกิจกรรมส่งเสริมปลูกฝังจิตสำนึกให้คนทำงานเกิดความรู้สึกรัก เป็นเจ้าของ และ ความร่วมมือในการพัฒนาองค์กร/ชุมชน
 - ส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร
 - เสริมสร้างความเข้มแข็งในการควบคุมกำกับส่งเสริมสุขภาพขององค์กร/ชุมชน
 - สร้างทีมส่งเสริมสุขภาพในองค์กร/ชุมชน
4. พัฒนาทักษะส่วนบุคคล
 - พัฒนาทักษะเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ
 - จัดกิจกรรมเสริมทักษะชีวิต
5. ปรับเปลี่ยนบริการด้านสุขภาพ
 - ชุมชนพึ่งตนเองในการส่งเสริมสุขภาพตนเองและป้องกันโรค
 - บริการด้านสุขภาพเน้นการป้องกัน ส่งเสริมมากกว่าการแก้ไข รักษา
 - ปลูกจิตสำนึกความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเองและสิ่งแวดล้อม
 - กระตุ้นให้สมาชิกในองค์กร/ชุมชนละ เลิกพฤติกรรมเสี่ยง

ภาคผนวก จ
 ทูทางสังคมของพื้นที่เป้าหมาย

ระดับ	ชุมชน	ทุน/ศักยภาพทุน				
		ทรัพยากร ธรรมชาติ	วัฒนธรรม วิถีการ ดำเนินชีวิต	ภูมิ ปัญญา/ นวัตกรรม	เศรษฐกิจ	กลุ่มคน/เครือข่าย
ศูนย์ เรียนรู้	1. ตำบล โบายีไร อำเภอมา ยอ	-	- เป็นชุมชน มุสลิม 100% - ประเพณี เช่น การถือ บวชในเดือน รอมฎอน งานเมาลิด เทศกาลอารี รายอพิธีเข้า สุนัต	- พันธุ์ข้าว พื้นบ้าน	- OTOP ผ้าบาติก หมวกกะปิ เยาะ - กลุ่มเมือง ยอนบาติก - กลุ่มออม ทรัพย์	- ผู้นำศาสนา/ผู้นำ ท้องถิ่น - คณะกรรมการ เครือข่ายพัฒนา มัสยิดฯ - มีเยาวชนเป็นจิต อาสา
ศูนย์ เรียนรู้	2. ตำบล จะรัง อำเภอยะ หริ่ง	-	-	-	- OTOP น้ำตาล โตนด	- ผู้นำศาสนา/ผู้นำ ท้องถิ่น - คณะกรรมการ เครือข่ายพัฒนา มัสยิดฯ - มีเยาวชนเป็นจิต อาสา
ศูนย์ เรียนรู้	3. ตำบล สะดวา อำเภอยะ	- สวน ยางพารา	- เป็นชุมชน มุสลิม 100%	-	- OTOP หมวกกะปิ เยาะ, ลูกหยี	- ผู้นำศาสนา/ผู้นำ ท้องถิ่น - คณะกรรมการ

ระดับ	ชุมชน	ทุน/ศักยภาพทุน				
		ทรัพยากร ธรรมชาติ	วัฒนธรรม วิถีการ ดำเนินชีวิต	ภูมิ ปัญญา/ นวัตกรรม	เศรษฐกิจ	กลุ่มคน/เครือข่าย
	รัง		- ประเพณี เช่น การถือ บวชในเดือน รอมฎอน งานเมาลิด เทศกาลอารี รายอพิธีเข้า สุนัต		,ปักผ้าคลุม ผมฯ - กองทุน หมู่บ้าน	เครือข่ายพัฒนา มัস্যิตฯ - มีเยาวชนเป็นจิต อาสา
ดีมาก	4. ตำบล ทรายขาว อำเภอ โคกโพธิ์	- อุทยาน แห่งชาติ น้ำตก ทรายขาว - สวน ผลไม้สวน ยางพารา	- เป็นชุมชน ผสมผสาน ระหว่าง พุทธอิสลาม	- แพทย์ แผนไทย	- OTOP ผ้าไหมลาย จวนตานี ,กล้วยอบ ,ส้มแขกแช่ อิม,ขนม กะหรี่ปั๊ปไส้ สังขยา - กองทุน หมู่บ้าน	- ผู้นำศาสนา/ผู้นำ ท้องถิ่น - คณะกรรมการ เครือข่ายพัฒนา มัস্যิตฯ - มีเยาวชนเป็นจิต อาสา
ดีมาก	5. ตำบล บ้านนอก อำเภอปะ นาละ	- ต้น ตาลโตนด	- เป็นชุมชน ผสมผสาน ระหว่าง พุทธอิสลาม	-	- OTOP น้ำตาล โตนด ,กล้วยหยี กล้วยกรอบ แก้ว	- ผู้นำศาสนา/ผู้นำ ท้องถิ่น - คณะกรรมการ เครือข่ายพัฒนา มัস্যิตฯ

ระดับ	ชุมชน	ทุน/ศักยภาพทุน				
		ทรัพยากร ธรรมชาติ	วัฒนธรรม วิถีการ ดำเนินชีวิต	ภูมิ ปัญญา/ นวัตกรรม	เศรษฐกิจ	กลุ่มคน/เครือข่าย
ดีมาก	6. ตำบล ปานัน อำเภอมา ยอ	-	- เป็นชุมชน ผสมผสาน ระหว่าง พุทธอิสลาม	-	- ศูนย์ฝึก อาชีพ - OTOP ขนมเจาะหู - โรงสีข้าว	- ผู้นำศาสนา/ผู้นำ ท้องถิ่น - คณะกรรมการ เครือข่ายพัฒนา มัสยิดฯ
ดีมาก	7. ตำบล จะบังติกอ อำเภอ เมือง ปัตตานี	- มัสยิด กลาง ปัตตานี - มัสยิด เก่าจะบัง ติกอ	- เป็นชุมชน ผสมผสาน ระหว่าง พุทธอิสลาม	-	- OTOP ผ้าบาติก	- ผู้นำศาสนา/ผู้นำ ท้องถิ่น - คณะกรรมการ เครือข่ายพัฒนา มัสยิดฯ
ดีมาก	8 และ 9 ตำบลรูสะ มิแล อำเภอ เมือง ปัตตานี	- ทำเทียบ เรือประมง - แหล่ง ท่องเที่ยว เช่น สวน สมเด็จพระ นครินทร์ ,สวนจ้าว ทะเล	- เป็นชุมชน ผสมผสาน ระหว่าง พุทธอิสลาม	-	- ประมง - OTOP เช่นชาชัก เม็ตมะม่วง หิมพานต์ ปลาทอด กรอบ รังนกแดง อบแห้ง เสื่อผ้าสตรี	- ผู้นำศาสนา/ผู้นำ ท้องถิ่น - คณะกรรมการ เครือข่ายพัฒนา มัสยิดฯ

ระดับ	ชุมชน	ทุน/ศักยภาพทุน				
		ทรัพยากร ธรรมชาติ	วัฒนธรรม วิถีการ ดำเนินชีวิต	ภูมิ ปัญญา/ นวัตกรรม	เศรษฐกิจ	กลุ่มคน/เครือข่าย
					สำเร็จรูป	
ดีมาก	10. ตำบล ป่าไร่ อำเภอแม่ ลาน	-	- เป็นชุมชน ผสมผสาน ระหว่าง พุทธอิสลาม	-	- ทำนาทำ สวน - OTOP เลี้ยงแพะ ตัดเย็บ เสื้อผ้า มุสลิม	- ผู้นำศาสนา/ผู้นำ ท้องถิ่น - คณะกรรมการ เครือข่ายพัฒนา มัสยิดฯ
ดีมาก	11. ตำบล กอลำ อำเภอ ยะรัง	- สวน ยางพารา	- เป็นชุมชน ผสมผสาน ระหว่าง พุทธอิสลาม	-	- OTOP ข้าวพอง - โรงสี ขนาดเล็ก	- ผู้นำศาสนา/ผู้นำ ท้องถิ่น - คณะกรรมการ เครือข่ายพัฒนา มัสยิดฯ
ดีมาก	12. ตำบลปิตู มุติ อำเภอยะ รัง	- สวน ผลไม้ - สวน ยางพารา	- เป็นชุมชน ผสมผสาน ระหว่าง พุทธอิสลาม	-	- โรงสีข้าว ขนาดเล็ก 2 แห่ง	- ผู้นำศาสนา/ผู้นำ ท้องถิ่น - คณะกรรมการ เครือข่ายพัฒนา มัสยิดฯ
ดีมาก	13 หมู่ 4 ตำบลสะ	-	- เป็นชุมชน ผสมผสาน	-	- OTOP หมวกกะปิ	- ผู้นำศาสนา/ผู้นำ ท้องถิ่น

ระดับ	ชุมชน	ทุน/ศักยภาพทุน				
		ทรัพยากร ธรรมชาติ	วัฒนธรรม วิถีการ ดำเนินชีวิต	ภูมิ ปัญญา/ นวัตกรรม	เศรษฐกิจ	กลุ่มคน/เครือข่าย
	ดาวา อำเภอยะ รัง		ระหว่าง พุทธอิสลาม		เยาะ, ลูกหยี	- คณะกรรมการ เครือข่ายพัฒนา มัস্যิดฯ
ดีมาก	14. ตำบล บางปู อำเภอยะ หริ่ง	-	- เป็นชุมชน ผสมผสาน ระหว่าง พุทธอิสลาม	-	- OTOP กรงนก, น้ำ บูดู, กลุ่ม แม่บ้านฯ	- ผู้นำศาสนา/ผู้นำ ท้องถิ่น - คณะกรรมการ เครือข่ายพัฒนา มัস্যิด
ดีมาก	15. ตำบล เตราะ บอน อำเภอ สายบุรี	- อ่างเก็บ น้ำ	- เป็นชุมชน ผสมผสาน ระหว่าง พุทธอิสลาม	-	- OTOP แกะสลัก กระจก, พะยะพันธุ์ กล้าไม้	- ผู้นำศาสนา/ผู้นำ ท้องถิ่น - คณะกรรมการ เครือข่ายพัฒนา มัস্যิด

ภาคผนวก ฉ

ร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมของมัสยิดในการส่งเสริมสุขภาพจังหวัดปัตตานี

การมีส่วนร่วมของมัสยิด ตามกลยุทธ์กฎบัตรออกตาวา 5 ประการ	รายละเอียด
1. มีส่วนร่วมในการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ	1. การจัดมัสยิดให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ 2. ผู้นำศาสนาเป็นต้นแบบการไม่สูบบุหรี่
2. มีส่วนร่วมในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ	1. ปรับปรุงด้านสิ่งแวดล้อมของมัสยิด ดังนี้ 1.1 อาคาร สถานที่ที่มีความสะอาด 1.2 น้ำดื่ม น้ำใช้ 1.3 สถานที่ปรุงอาหาร 1.4 ห้องน้ำ ห้องส้วม 1.5 การจัดการขยะ 1.6 การจัดการน้ำเสีย
3. มีส่วนร่วมในการเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง	1. จัดปายความรู้เพื่อเผยแพร่เกี่ยวกับหลักธรรมคำสอนศาสนา/คุณธรรม/ 2. จัดกิจกรรมตามขนบธรรมเนียมประเพณี กิจกรรมที่เสริมสร้างความรัก ความสามัคคีและมีการสร้างเครือข่ายของการสร้างความสามัคคีในหมู่คณะ 3. เป็นแหล่งเรียนรู้ด้านการปฏิบัติคุณธรรม/จริยธรรม

<p>การมีส่วนร่วมของมัสยิด</p> <p>ตามกลยุทธ์กฎบัตรออตตาวา 5 ประการ</p>	<p>รายละเอียด</p>
<p>4. มีส่วนร่วมในการการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. สัปบุรุษได้มีการปฏิบัติตามคำสอน “ความสะอาดเป็นส่วนหนึ่งของการศรัทธา” 2. มัสยิดมีการให้ความรู้ด้านสุขภาพ อนามัย สิ่งแวดล้อม 3. จัดกิจกรรมด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาที่พบในพื้นที่ เช่น ไข้เลือดออก ยาเสพติด 4. ผู้นำศาสนา /สัปบุรุษ ประชาชนที่เข้ามาได้รับบริการวัดความดันโลหิต /วัดรอบเอว 5. โต๊ะอิหม่าม คอเต็บ บิหลั่น กรรมการมัสยิด เป็นแบบอย่างเรื่องการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย 6. มีลานกีฬา/ลานสุขภาพ
<p>5.มีส่วนร่วมในการการปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. มัสยิดเป็นศูนย์เรียนรู้ด้านสุขภาพตามวิถีชุมชน เช่น ประเด็นแม่และเด็ก โรคติดต่อเรื้อรัง ภัยอันตราย ยาเสพติด การปลูกผักปลอดสารพิษ 2. มีกิจกรรมเฝ้าระวังหรือส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชน เช่น การปลูกผักปลอดสารพิษ สวนสมุนไพร ลานสุขภาพ

ภาคผนวก ข
แบบพิทักษ์สิทธิ์ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา

ดิฉันนางสาวภัทรพนธ์ ร่มแก้ว นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความสนใจในการทำวิจัยเกี่ยวกับ “รูปแบบการมีส่วนร่วมของมัสยิดในการส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดปัตตานี” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของมัสยิดในการส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดปัตตานี

ผู้วิจัยมีความประสงค์ขอเชิญท่าน เข้าร่วมการศึกษา โดยร่วมคิดและแสดงความคิดเห็น กำหนดรูปแบบที่มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในพื้นที่ ซึ่งท่านมีสิทธิ์เข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมก็ได้ และถ้าไม่ต้องการเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้สามารถปฏิเสธได้ คำตอบทุกคำตอบไม่มีผลต่อการประเมินผลการปฏิบัติงานหรือเกิดความเสียหายต่อท่าน โดยข้อมูลของท่าน ผู้วิจัยคนเดียวเท่านั้นที่ทราบ ข้อมูลและคำตอบที่ได้ผู้วิจัยจะนำไปอภิปรายและสรุปออกมาเป็นภาพรวม และนำไปใช้เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงที่กรุณาเสียสละเวลาในการเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้

นางสาวภัทรพนธ์ ร่มแก้ว
นักศึกษาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการจัดการระบบสุขภาพ
สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สำหรับผู้เข้าร่วมในการศึกษา

หากท่านยินดีที่จะเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ ท่านสามารถแสดงความร่วมมือโดยการลงนามด้านล่างข้อความนี้

ลงชื่อ.....

ผู้เข้าร่วมวิจัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ สกุล	ประวัติผู้เขียน	
รหัสประจำตัวนักศึกษา	นางสาวภัทรวณันต์ ร่มแก้ว	
วุฒิการศึกษา	5410024006	
วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
วิทยาศาสตร์บัณฑิต	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร	2549
(สาธารณสุขชุมชน)	จังหวัดยะลา	

ทุนการศึกษา (ที่ได้รับในระหว่างการศึกษา)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี สนับสนุนทุนในการทำวิทยานิพนธ์

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี

การตีพิมพ์และการเผยแพร่ผลงาน

ภัทรวณันต์ ร่มแก้ว ศรีสมภพ จิตรภิมย์ศรี. 2560. รูปแบบการมีส่วนร่วมของมัสยิดในการส่งเสริมสุขภาพจังหวัดปัตตานี. *อนามัยสิ่งแวดล้อม* 19(2)