

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชาวมุสลิมในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร

วรรณภา อารีย์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (วัฒนธรรมและการพัฒนา)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2556

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชาวมุสลิมในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร

.....
คุณนท อารี

น.ส.วรรณภา อารี

ผู้วิจัย

.....
วิจิตร ทรัพย์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ขวัญจิต ศศิวงศาโรจน์, ปร.ด.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....
อรุณ ทรัพย์

รองศาสตราจารย์อารี จำปาคล้าย, Ph.D.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....
เสาวภา พรศิริพงษ์

รองศาสตราจารย์เสาวภา พรศิริพงษ์, ปร.ด.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....
บรรจง มไหสวริยะ

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โทปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
ชิตชยางค์ ยมาภัย

อาจารย์ชิตชยางค์ ยมาภัย, ปร.ด.

ประธานหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาวัฒนธรรมและการพัฒนา

สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเซีย

มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชาวมุสลิมในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา

ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (วัฒนธรรมและการพัฒนา)

วันที่ 6 ธันวาคม พ.ศ. 2556

กฤษณา อารีย์

น.ส.กฤษณา อารีย์

ผู้วิจัย

.....

รองศาสตราจารย์อารี จำปากลาย, Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เขมิกา ขามะรัต, Ph.D.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์เสาวภา พรศิริพงษ์, ปร.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ขวัญจิต ศศิวงศาโรจน์, ปร.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

Ann NQ

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โทปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พัทธนา อธิกุล

รองศาสตราจารย์โสภณา ศรีจำปา, Ph.D.

ผู้อำนวยการ

สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเชีย

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ขวัญจิต ศศิวงศาโรจน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้ความรู้ ให้คำปรึกษาแนะนำ และแก้ไข วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้เป็นงานที่มีคุณภาพสมบูรณ์มากขึ้น ซึ่งนอกจากอาจารย์ให้คำแนะนำสำหรับ วิทยานิพนธ์แล้ว อาจารย์ให้ข้อคิด คำแนะนำในการแก้ไขปัญหาต่างๆ และกำลังใจที่ดีแก่ผู้วิจัยตลอดมา ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.เขมิกา ยามะรัตน์ ที่กรุณาให้เกียรติมาเป็นประธานการสอบ วิทยานิพนธ์ ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.เสาวภา พรศิริพงษ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.อารี จำปากลาง กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็นในการแก้ไข วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้ถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยขอขอบคุณ อ.ดร.ชิตชยางค์ ยมาภัย ผู้แนะนำให้รู้จักกับผู้นำชุมชนที่ใช้เป็นตัวอย่าง ในการศึกษา ขอขอบคุณอิม่าม, ผู้นำชุมชน, ประธานชมรมผู้สูงอายุ, เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้สูงอายุมุสลิม รวมถึงชาวมุสลิมในชุมชนที่ศึกษาที่ยินดีให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณคุณปิยวรรณ เกาะแก้ว คุณนงนุช พงษ์ไพโร รวมถึงเจ้าหน้าที่สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเชีย ทุกๆ ท่านที่ให้ความสะดวกในการจัดทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ผู้วิจัยขอขอบคุณ คุณไพศุดา คำรงค์ชลธิ คุณชนาทิพย์ มารมย์ คุณรุ่งทอง ครามานนท์ คุณสุภรต์ จรัสสิทธิ์ คุณเรวดี สุวรรณนพเกล้า ที่ให้ความช่วยเหลือ และให้กำลังใจเมื่อยามที่รู้สึกท้อ ขอขอบคุณกำลังใจดีๆ จากเพื่อนๆ ชาววัฒนธรรมและการพัฒนาทุกท่าน รวมถึงกำลังใจจากคุณพ่อและครอบครัวที่ทำให้ผู้วิจัยเข้มแข็งสามารถเอาชนะอุปสรรคทุกอย่างได้ จนประสบความสำเร็จในวันนี้

หากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ มีข้อผิดพลาดประการใด ผู้วิจัยขอน้อมรับไว้เพื่อนำไปแก้ไข ในโอกาสต่อไป

วรรณภา อารีย์

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชาวมุสลิมในชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร

SELF CARE OF ELDERLY MUSLIMS: AN EVIDENCE FROM ONE COMMUNITY IN BANGKOK
METROPOLITAN

วรรณภา อารีย์ 5136864 LCCU/M

ศศ.ม. (วัฒนธรรมและการพัฒนา)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : ขวัญจิต ศศิวงศาโรจน์, ปร.ด., เสาวภา พรสิริพงษ์, ปร.ด., อารี จำปากลาง,
Ph.D.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจภาวะสุขภาพทางกาย สุขภาพจิตและสมรรถภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุมุสลิม และศึกษาวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุสามระดับ คือบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมถึงบทบาทของศาสนาอิสลามที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมที่อาศัยในชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้สูงอายุมุสลิมที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 130 คน และผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน และผู้นำศาสนา

ผู้สูงอายุมุสลิมในการศึกษานี้เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (สัดส่วน6:4) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยต้น (ร้อยละ53) และเกินกว่าครึ่ง (ร้อยละ 64.9) ยังคงประกอบอาชีพ ผลการสำรวจภาวะสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมส่วนใหญ่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด แต่มีค่าดัชนีมวลกายที่เข้าข่ายเป็นโรคอ้วนถึงร้อยละ 32.3 และมีโรคประจำตัวอย่างน้อยหนึ่งโรค โดย เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 39.2) การคัดกรองสุขภาพจิตทางด้านอารมณ์ พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมส่วนใหญ่ ร้อยละ 94.6 มีความสุข ไม่ได้รู้สึกซึมเศร้าหรือท้อแท้ใจ ส่วนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนนั้นพบว่า ศาสนามีบทบาทต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนมุสลิม โดยผู้สูงอายุมุสลิมได้นำหลักศาสนาไปใช้ในการดูแลสุขภาพจิตและสุขอนามัยตนเอง และคำสอนทางศาสนาเกี่ยวกับหน้าที่ของบุตรหลานและสมาชิกในสังคมมุสลิมที่ควรปฏิบัติต่อผู้สูงอายุยังมีบทบาทต่อการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวและชุมชน อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบพฤติกรรมบางอย่างที่สะท้อนถึงการดูแลสุขภาพที่ไม่สอดคล้องกับหลักศาสนาอยู่บ้าง และอาจเป็นส่วนหนึ่งของสาเหตุปัญหาสุขภาพที่พบในผู้สูงอายุมุสลิม ซึ่งได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และการบริโภคอาหารที่เน้นเพียงเครื่องหมายฮาลาล แต่ไม่ได้คำนึงถึงหลักคำสอนอื่นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสมรวมทั้งการไม่ออกกำลังกาย

หลักคำสอนของศาสนาอิสลามสอดคล้องกับการดูแลสุขภาพที่ดีทั้งกาย จิต และสังคม หากได้นำหลักศาสนาเข้ามาประยุกต์ใช้กับการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมก็จะเป็นอีกแนวทางหนึ่งในการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีให้แก่ผู้สูงอายุชาวมุสลิม

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพ/ ผู้สูงอายุ/ ศาสนา/ มุสลิม/ ชุมชนเมือง

SELF CARE OF ELDERLY MUSLIMS: AN EVIDENCE FROM ONE COMMUNITY IN BANGKOK METROPOLITAN

WANNAPA AREE 5136864 LCCU/M

M. A. (CULTURE AND DEVELOPMENT)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: KWANCHIT SASIWONGSAROT, Ph.D., SAOWAPA PORNSIRIPHONGSE, Ph.D., AREE CHEMPAKLAY, Ph.D.

ABSTRACT

This mixed methods research aims to (1) investigate the physical and mental health as well as the daily activities of elderly Muslims, and (2) explore the role of the Islamic religion on self-care practices of elderly Muslims at the individual, family and community level. The data was obtained from 130 elderly Muslims aged 60 years and over residing in one Muslim community in the Bangkok Metropolitan, and other key informants including family members, community leaders, and religious leaders.

The proportion of female elderly was greater than male elderly with a ratio of six to four. Most of participants were in the age range 60-69 (53%) over a half of them continued to work (64.9%). Results from the health survey revealed that the majority of elderly Muslims were able to perform daily activities on their own. However, there was 32.3% of elderly were considered obese and most of elderly reported of having at least one type of chronic disease such as hypertension and diabetes. Hypertension was the most common among the elderly (39.2%). Depressive symptoms screening showed that mental health status of most elderly Muslims was normal (94.6%). In addition, this study found that religion had an impact on the self-care practices at all levels. Elderly individuals used religious principles to take care of their mental health and personal hygiene. Religious teachings also played important roles for family and community members in taking care for the elderly. However, the research found certain behaviors that did not conform to the Islamic teachings such as smoking, drinking alcohol, and lack of exercise. This kind of behavior may partly regarded as causes of the health problems among the elderly. Moreover, consumption behavior of elderly Muslims concerned only with halal signs, regardless of the religious teachings on appropriate food consumption.

As Islamic teachings are concordant with physical, mental, and social well-being of the elderly, it is worthiness to apply religious teachings to self care practices for elderly Muslims.

KEY WORDS: SELF CARE/ ELDERLY / RELIGION / MUSLIM / URBAN COMMUNITY

119 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญแผนภูมิ	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
1.3 ขอบเขตของการศึกษา	3
1.4 ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	4
1.5 คำถามการวิจัย	4
1.6 คำจำกัดความในการวิจัย	4
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	6
2.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ	12
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของชาวไทยมุสลิม	15
2.4 ความเป็นเมืองและผลกระทบทางด้านสุขภาพ	31
2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย	35

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3	
วิธีดำเนินการวิจัย	36
3.1 พื้นที่ศึกษา	36
3.2 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา	37
3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล	38
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	40
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล	41
3.6 จริยธรรมในการวิจัย	42
บทที่ 4	
ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมือง	43
4.1 บริบทชุมชนมุสลิมในเขตเมือง	43
4.2 สถานะสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมือง	49
4.3 การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมในวิถีชีวิตแบบเมือง	64
บทที่ 5	
สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	82
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	89
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	97
บรรณานุกรม	105
ภาคผนวก	109
ประวัติผู้วิจัย	119

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
4.1	จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป จำแนกตามช่วงอายุ	52
4.2	ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมือง จำแนกตามช่วงอายุ	56
4.3	สุขภาพจิตของผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมือง	57
4.4	ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมือง	62
4.5	พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมือง จำแนกตามช่วงอายุ	66

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ	หน้า
2.1 กรอบแนวคิด	35

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

จากรายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยปี พ.ศ. 2554 พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง จากร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศในปี 2537 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12.2 ในปี 2554 สถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าขณะนี้ประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุแล้ว และจากการคาดประมาณประชากรในอนาคต พ.ศ. 2548-2578 ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า การเพิ่มขึ้นของประชากรไทยช้าลงแต่สัดส่วนของผู้สูงอายุกลับเพิ่มเร็วขึ้น โดยจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นกว่าเท่าตัวในช่วง 30 ปี จากร้อยละ 10.3 เป็นร้อยละ 25.1 (ปีพม่า ว่าพัฒนางศ์ และ ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2553) สัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นนี้เป็นปัญหาที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ เนื่องจากอัตราการพึ่งพิงของคนวัยนี้ก็จะสูงขึ้นตามไปด้วย ในภาพรวมอัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุของประเทศไทยปี 2537 เท่ากับร้อยละ 10.7 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 18.1 ในปี 2554 นอกจากนี้วัยสูงอายุยังเป็นวัยที่มีความเสื่อมของร่างกายจากการสำรวจในภาพรวมของประเทศ ก็พบว่ามีกรเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคอัมพฤกษ์/อัมพาต ด้านภาวะสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า อ่อนเพลีย เป็นต้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554) ในขณะที่เดียวกัน ผู้สูงอายุจะประสบปัญหาต่างๆ มากน้อยขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายและปัจจัยภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ประสบปัญหาถูกทอดทิ้ง นอกจากจะพบปัญหาด้านร่างกายที่ส่งผลต่อสุขภาพที่อ่อนแอลง การช่วยเหลือตนเองลดน้อยลงแล้ว ปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคมก็อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดทรศนะทางลบ มองตนเองเป็นผู้ไร้ประโยชน์ และเป็นภาระทางสังคม เกิดความสับสนทางอารมณ์ จิตใจ ความภาคภูมิใจและความเชื่อมั่นในตนเองลดน้อยลง จึงพบว่าผู้สูงอายุเหล่านี้อยู่ในภาวะอารมณ์เศร้า ท้อแท้ ผิดหวัง มีปมด้อย และสงสารตนเอง ซึ่งปัญหาเหล่านี้ถือเป็นปัญหาทางสังคมที่จะต้องช่วยกันแก้ไขโดยด่วน (แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะมุสลิมไทย, 2554)

สถานการณ์ดังกล่าวเป็นภาพรวมของประเทศ ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีความหลากหลายของกลุ่มคนต่างวัฒนธรรมอาศัยอยู่ร่วมกันไม่ต่ำกว่า 60 กลุ่ม (สุวิไล เปรมศรีรัตน์, 2545) กลุ่มมุสลิมเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่มีวิถีชีวิตและวัฒนธรรมแตกต่างไปจากประชากรส่วนใหญ่ที่เป็นชาว

ไทยพุทธ สถานการณ์ผู้สูงอายุของประชากรกลุ่มนี้ก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ไม่แตกต่างจากภาพรวมของประเทศ จากการสำรวจผู้สูงอายุมุสลิมในปี 2543 (แผนงานสร้างเสริมสุขภาพมุสลิมไทย, 2543) พบว่ามีร้อยละ 7.7 และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นจากภาวะเจริญพันธุ์ที่สูงอย่างต่อเนื่อง สำหรับอัตราพึ่งพิงวัยสูงอายุในกลุ่มมุสลิมก็มีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกันจากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น จากสถานการณ์ดังกล่าวประเทศไทยได้เริ่มต้นตัวในการรองรับปัญหาผู้สูงอายุอย่างจริงจัง แต่ที่ผ่านมาการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในภาพรวม ประชากรต่างกลุ่มวัฒนธรรมยังได้รับความสนใจน้อยมาก โดยเฉพาะประเด็นผู้สูงอายุ เนื่องจากประเทศไทยเป็นสังคมที่มีความหลากหลายทั้งทางด้านศาสนาและวัฒนธรรม การจัดการด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุจึงต้องคำนึงถึงความหลากหลายเช่นเดียวกัน ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุต่างมีปัญหาที่แตกต่างกันไปตามสภาพร่างกาย ความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ ความเอาใจใส่ดูแลของบุคคลรอบข้าง การยอมรับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างของผู้สูงอายุเองรวมถึงวิถีชีวิตความเป็นอยู่ที่ขนบธรรมเนียมประเพณีและศาสนาที่แตกต่างกัน ความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรมเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้โลกทัศน์ ค่านิยม ความเชื่อ และพฤติกรรมของคนในแต่ละวัฒนธรรมแตกต่างกัน ศาสนาเป็นวัฒนธรรมอย่างหนึ่งที่มีบทบาทในการกำหนดวิถีคิดและวิถีชีวิตของผู้ปฏิบัติ และสามารถส่งผลต่อสุขภาพทั้งทางด้านบวกและลบ (Lee and Newberg, 2005)

การวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพของชาวมุสลิมที่ผ่านมามักเป็นเรื่องอนามัยแม่และเด็ก (พันธุ์ ชันติกาโร, 2542; อารีรัตน์ สิริวิชชัย, 2541) และภาวะเจริญพันธุ์ (สถาบันเอเชียศึกษา, 2551; ลัดดา แสงจันทร์, 2539) การศึกษาการส่งเสริมสุขภาพของชาวมุสลิมในประเทศไทยนั้น พบว่า ชาวมุสลิมเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคกระดูกและข้อ โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และหลอดเลือดตีบตัน (ศิริเพ็ญ สุภกาญจนกันติ และคณะ, 2549) ซึ่งเกิดจากวัฒนธรรมการบริโภคของชาวมุสลิมที่นิยมอาหารรสหวาน รสเค็มจัด หรือใช้น้ำมันมะพร้าวและกะทิมาเป็นส่วนประกอบในการปรุงอาหาร เช่นเดียวกับการศึกษาของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (2551) พบว่า ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม มีลักษณะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่เป็นผลสืบเนื่องจากพฤติกรรมตั้งแต่ก่อนวัยสูงอายุ การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกสัดส่วน ขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม มีภาวะเครียด และพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ทั้งนี้การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุมุสลิมจะมีหลักศาสนาที่เกี่ยวข้อง ทำให้มีข้อจำกัดในการเข้าถึงสื่อและกิจกรรมทางด้านส่งเสริมสุขภาพ

การศึกษารังนี้จึงสนใจศึกษาภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมในชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร ซึ่งเมื่อพูดถึงชาวไทยมุสลิมส่วนใหญ่จะนึกถึงมุสลิมในภาคใต้ มุสลิมที่กระจายตัวอยู่ในพื้นที่อื่น ๆ มักถูกละเลย แม้ชาวมุสลิมมีหลักศาสนาเดียวกันแต่บริบทแวดล้อมที่ต่างก็อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพที่แตกต่างกัน การปฏิบัติตามหลักศาสนาของ

ชาวมุสลิมเองก็มีความแตกต่างกันตามบริบทของสังคม เช่น ความยึดมั่นและความเคร่งครัดในการนับถือศาสนาของมุสลิมที่อยู่ในเขตเมือง รวมถึงภาวะเศรษฐกิจของชนมุสลิมในเขตเมืองที่ต่างกับมุสลิมในภาคใต้ ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ส่งผลให้การดูแลสุขภาพแตกต่างกัน รวมถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้วย (Scheitle,2010) ซึ่งมีรายงานการวิจัย พบว่า ชาวมุสลิมภาคใต้ตอนบน และตอนล่างมีการปฏิบัติศาสนกิจอย่างเคร่งครัดมากกว่ากลุ่มชาวมุสลิมในภาคเหนือ ภาคกลาง และกรุงเทพมหานคร จากการที่ชุมชนชาวมุสลิมในประเทศไทยมีการกระจายตัวของกลุ่มประชากรอาศัยอยู่ตามภูมิภาคต่างๆ โดยมีความแตกต่างของสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ลักษณะทางสังคม วิธีการดำเนินชีวิต และการประกอบอาชีพ ส่งผลให้ชาวมุสลิมแต่ละภูมิภาคมีการปฏิบัติศาสนกิจที่แตกต่างกัน (ศิริเพ็ญ สุภกาญจนกันติ และคณะ, 2549) ดังนั้น การศึกษาบทบาทของศาสนาที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมเป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะช่วยให้เข้าใจถึงปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้ตรงตามความเป็นจริงและสอดคล้องกับวัฒนธรรม ในขณะเดียวกัน ข้อค้นพบเกี่ยวกับความแตกต่างของวิถีชีวิตตามสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ลักษณะทางสังคม กับความยึดมั่นเคร่งครัดในศาสนาอาจนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต และการพึ่งพาตนเองอย่างยั่งยืนต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย

1. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมือง เป็นอย่างไร
2. การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมืองเป็นอย่างไร ทั้ง 3 ระดับ คือตนเอง ครอบครัว ชุมชน
3. หลักศาสนาอิสลามมีบทบาทในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมืองหรือไม่ อย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมในชุมชนเมือง ในด้านสุขภาพทางกาย สุขภาพจิตและสมรรถภาพในการดำเนินชีวิตประจำวัน
2. เพื่อศึกษาวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในสังคมชาวมุสลิมในชุมชนเมือง

3. เพื่อศึกษาบทบาทของศาสนาอิสลามที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมที่อาศัยในชุมชนเมือง

1.4 ขอบเขตของการศึกษา

ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง พื้นที่ในการศึกษาถูกเลือกมาอย่างเจาะจง โดยศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นชุมชนมุสลิมที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุจำนวนมากพอสำหรับการศึกษา และมีลักษณะที่สะท้อนถึงความเป็นชุมชนมุสลิมในเมืองทั้งในเชิงกายภาพและวิถีชีวิต กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่นับถือศาสนาอิสลามและอาศัยอยู่ในชุมชนดังกล่าว

ขอบเขตด้านเนื้อหา การศึกษารั้งนี้ครอบคลุมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุใน 3 มิติ คือ กาย จิต และสังคม ใน 3 ระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

1.5 ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ทำให้ได้ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นชาวมุสลิม ซึ่งมีวัฒนธรรมโลกทัศน์ และวิถีการปฏิบัติที่แตกต่างไปจากประชากรกลุ่มใหญ่ ซึ่งที่ผ่านมาการศึกษาไม่มากนัก ผลการศึกษาที่ได้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนเพื่อแก้ไขและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของกลุ่ม นอกจากนี้ข้อค้นพบด้านศาสนาที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของชาวมุสลิม อาจนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมการพึ่งพาตนเองต่อไป

1.6 คำจำกัดความในการวิจัย

เพื่อให้เข้าใจถึงความหมายของคำที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ให้ตรงกัน ผู้วิจัยได้นิยามความหมายของคำต่างๆ ไว้ดังนี้

การดูแลสุขภาพตามหลักศาสนา หมายถึง การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิมตามหลักการพื้นฐานของศาสนาอิสลาม ที่มีผลมาจากความเชื่อมั่นและศรัทธาต่อพระเจ้า(อัลลอฮ์) ตามแบบพระคัมภีร์อัลกุรอานที่ได้บัญญัติเกี่ยวกับ วิถีการดำเนินชีวิตของมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนตาย

การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมระดับบุคคล หมายถึง การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานทั่วไปในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพ และการดูแลด้านสุขภาพจิต ที่มีอิทธิพลมาจากความเชื่อ ความศรัทธา หรือความยึดมั่นในหลักคำสอนของศาสนาของผู้สูงอายุมุสลิม

การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมระดับครอบครัว หมายถึง การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิมโดยบุคคลที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุ คือ ลูก หลาน ญาติ ให้การดูแลเกี่ยวพันทั้งในด้านเศรษฐกิจ และการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิมในการดำเนินชีวิตประจำวัน ที่สอดคล้องกับหลักการทางศาสนาที่สัมพันธ์กับสุขภาพ

การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมระดับชุมชน หมายถึง การดูแลผู้สูงอายุในมิติต่างๆ ที่มีพื้นฐานมาจากหลักการหรือความเชื่อทางศาสนา ซึ่งดำเนินการ โดยชุมชน หรือกลุ่มองค์กรภายในชุมชนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกาย ใจ และสังคมที่ดี

ชุมชนเมือง หมายถึง ชุมชนที่ตั้งอยู่ในเขตที่มีความเจริญทางกายภาพด้าน โครงสร้างพื้นฐาน และการบริหารจัดการ เช่น ระบบการคมนาคม ระบบสาธารณสุข ปลอดภัย ระบบการบริการด้านสุขภาพ และระบบบริการด้านอื่นๆ รวมทั้งเป็นแหล่งศูนย์รวมของธุรกิจการค้า และบริการ มีการอาศัยของประชากรอย่างหนาแน่น

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ดังนี้

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยนำเสนอประเด็นการให้ความหมายของผู้สูงอายุ การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ และแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียดแต่ละประเด็นดังนี้

2.1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

ในสังคมไทยเมื่อก้าวถึงผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มักนึกถึง บุคคลที่มีอายุสูงขึ้นและมีลักษณะทางกายภาพที่บ่งชี้ถึงความชรา เช่น ผิวหนังเหี่ยวย่น ผมหงอก หลังค่อม สุขภาพอ่อนแอ ทำงานหนักไม่ได้ ซึ่งคำเรียกบุคคลดังกล่าวนั้นแตกต่างกันไปตามความคุ้นชิน และความหลากหลายทางสังคมและวัฒนธรรม คำว่า “ผู้สูงอายุ” ในประเทศไทยได้บัญญัติขึ้น โดย พล.ต.ต.อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร เมื่อปี พ.ศ.2506 เนื่องจากที่ประชุมสมัชชาผู้สูงอายุเห็นว่าความแก่ หน่อม ชรา ไม่มีอะไรเป็นเครื่องวัด และเครื่องชี้วัดกันกับทั้ง ไม่สมควรให้ใช้คำว่า ผู้ชรา เพราะจะทำให้รู้สึกหดหู่ จึงให้ใช้คำว่า ผู้สูงอายุ ตั้งแต่นั้นมา โดยให้หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีความเสื่อมของร่างกายตามสภาพ มีกำลังถดถอยเชิงองค์หรือเป็นผู้ที่มีโรค สมควรที่จะได้รับการช่วยเหลืออุปการะ (สุพัตรา สุภาพ, 2531) ทั้งนี้ผู้ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้หลายความหมาย เช่น เสาวภา พรสิริพงษ์ และคณะ (2550) กล่าวว่า ผู้สูงอายุ เป็นบุคคลที่กำลังเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมสภาพลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ความคิด ความจำ การเรียนรู้ บุคลิกภาพ รวมไปถึงการสูญเสียบทบาทและสถานภาพทางสังคม เช่นเดียวกับ ชนานุช อภิภัทรธารง (2540) ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีชีวิตอยู่ช่วงวัยสุดท้ายของชีวิต เป็นวัยแห่งความเสื่อมถอยทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ หน้าที่การงาน และบทบาททางสังคมลดลง เป็นผู้ที่ควรได้รับการช่วยเหลือดูแล อุปการะเพื่อให้มีความสุข และ

ฉัตรทอง อินทร์นอน (2540) กล่าวว่า ผู้สูงอายุหมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีสภาพร่างกายและจิตใจเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมถอยมีโอกาสเกิดโรคร้ายไข้เจ็บได้ป่วยสมควรได้รับการช่วยเหลือดูแลและเป็นวัยที่ถือว่าปลดเกษียณจากการทำงานหรือมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทและหน้าที่ในสังคม

อย่างไรก็ตามคำจำกัดความของคำว่า “ผู้สูงอายุ” ในแต่ละสังคมหรือแต่ละประเทศจะให้ความหมายที่ต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอายุโดยเฉลี่ยของการทำงานหรือสภาพทางร่างกายของผู้สูงอายุ สภาพทางเศรษฐกิจและวัฒนธรรมของแต่ละประเทศ เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา ถืออายุ 65 ปี กลุ่มประเทศแอฟริกาใต้ ถืออายุ 67 ปี เป็นต้น (สุพัตรา สุภาพ, 2531) สำหรับประเทศไทยมีผู้ให้ความหมายของผู้สูงอายุที่ไม่ได้หมายความถึงผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเท่านั้น เช่น วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ และโยธิน แสงดี (2533) ให้ความหมายของผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุอาจเริ่มจากอายุ 55 ปีขึ้นไปก็ได้ ถ้าสุขภาพไม่ดี สังขารร่วงโรยเร็ว ก็อาจรู้สึกว่าคุณเองเริ่มแก่แล้ว วรชัย ทองไทย (2540) ได้ให้ความเห็นว่า ผู้สูงอายุไทยควรจะมีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ให้สอดคล้องกับเกณฑ์สากลที่ใช้กันในประเทศที่พัฒนาแล้ว เนื่องจากปัจจุบันคนไทยอายุยืนยาวมากขึ้นกว่าเดิม และยังพบอีกว่าคนไทยที่อายุอยู่ในช่วง 60-64 ปีนั้น ส่วนใหญ่ยังมีสุขภาพดี และอย่างน้อย 2 ใน 3 ของคนในกลุ่มนี้ยังคงทำงานอยู่ เช่นเดียวกับ ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์ (2553) ได้ให้ความเห็นว่า การนิยามผู้สูงอายุในปัจจุบันนี้ ควรเลื่อนจากผู้ที่มีอายุ 60 ปี มาเป็นผู้ที่มีอายุ 65 ปี เนื่องจากปัจจุบันอายุคาดเฉลี่ยหลังจากที่มีอายุครบ 60 ปีเพิ่มขึ้นจากเพียง 17 ปี เมื่อ 50 ปีก่อน เป็น 21 ปีในปัจจุบัน แสดงให้เห็นได้ว่าคนไทยมีอายุยืนยาวมากขึ้น

จากการกำหนดความหมายของการเป็นผู้สูงอายุ จะเห็นได้ว่ามีผู้นิยามไว้หลายความหมายด้วยกัน ผู้สูงอายุ สามารถกำหนดได้จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และบทบาททางสังคม และสามารถนำเกณฑ์ต่างๆ มาพิจารณาร่วมกันในการกำหนดการเข้าสู่ภาวะผู้สูงอายุของบุคคลนั้นๆ ตามสถานการณ์และตามความเหมาะสม โดยใช้เกณฑ์อายุ สำหรับประเทศไทยนั้นได้ใช้มาตรฐานเดียวกันกับมาตรฐานโลก กล่าวคือ ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งได้กำหนดไว้ใน พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2547)

สรุปจากความหมายของผู้สูงอายุ ที่ใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ใช้ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

2.1.2 การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า มีกำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุไว้แตกต่างกันมากมายเช่นเดียวกับการให้ความหมายผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสามารถสรุปได้ดังนี้

อวย เกตุสิงห์ (2527) ได้แบ่งความชราออกเป็น 4 อย่าง คือ 1) แก่โดยอายุ คือ แก่เพราะเกิดมานาน 2) แก่โดยสังขาร คือ แก่ตามสภาพร่างกาย 3) แก่โดยจิตใจ คือ แก่ไปตามความนึกคิด 4) แก่โดยสังคม คือ แก่เพราะเหตุเวลาแวดล้อมประสบการณ์ เช่น ตำแหน่ง หน้าที่การงาน เช่นเดียวกับ ศรีเรือน แก้วกัญวาล (2534) ได้แบ่งวัยสูงอายุ ออกเป็น 4 ช่วง โดยใช้เกณฑ์ตามลักษณะจิตสังคม และชีววิทยา คือ 1) ช่วงไม่ค่อแก่ (The Yong – Old) คือบุคคลที่อายุ 60-69 ปี 2) ช่วงแก่ปานกลาง (The Middle-Aged Old) คือบุคคลที่มีอายุ 70-79 ปี 3) ช่วงแก่จริง (The Old-Old) คือบุคคลที่มีอายุ 80-90 ปี 4) ช่วงแก่จริงๆ (The Very Old-Old) คือ บุคคลที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไป

วรชัย ทองไทย (2540) ได้แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มซึ่งตรงกับ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 คือ ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ60-69 ปี) ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ70-79ปี) และผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป)

ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546

2.1.3 การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

ความสูงอายุหรือความชราภาพ หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องของชีวิตที่อายุหรือวัยมีผลต่อพฤติกรรม และแรงจูงใจของบุคคลซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา จิตใจ และสังคม (บุษยมาศ สินธุประมา, 2539) สอดคล้องกับ สุรกุล เจนอบรม (2534) กล่าวไว้ว่า ความสูงอายุป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างช้าๆ ต่อเนื่อง และมีความสลับซับซ้อนตลอดช่วงชีวิตของมนุษย์ เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ (Physiological) ทางอารมณ์ (Emotional) การเรียนรู้ สติปัญญา (Cognitive) เศรษฐกิจ (Economic) และในส่วนตัว (Intrapersonal) โดยสิ่งต่างๆ เหล่านี้มีอิทธิพลต่อสภาพการดำเนินชีวิตและสภาพทางสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นกับทุกคน เริ่มจากมนุษย์มีกระบวนการเจริญเติบโต ต่อมาเมื่ออายุเพิ่มขึ้นกระบวนการเสื่อมโทรมจะค่อยๆ เพิ่มมากขึ้นอยู่เหนือกระบวนการเจริญเติบโต ดังนั้นเมื่ออายุมากขึ้น ร่างกายจึงมีการเปลี่ยนแปลงและเริ่มเข้าสู่วัยชรา

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุไทยที่ผ่านมา ให้ผลการวิจัยที่สอดคล้องกันว่า การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ มี 3 ด้าน ดังนี้

2.1.3.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ การทำงานของอวัยวะภายในร่างกาย จะเกิดความเสื่อมลงในทุกส่วน ทำให้ความแข็งแรงและประสิทธิภาพในการทำงานลดลง สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2551) สรุปถึงความเสื่อมของระบบในร่างกาย ได้แก่

(1) ระบบประสาท และประสาทสัมผัส ความไวและความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่างๆ ลดลง การเคลื่อนไหวและความคิดเชิงซ้ำ ความจำเสื่อมโดยเฉพาะเรื่องราวใหม่ๆ แต่สามารถจำเรื่องราวในอดีตได้ดี

(2) การมองเห็น เลนส์ตามีความแข็งตัว ไม่ยืดหยุ่น ทำให้การรับภาพไม่ชัด การแยกสีมักเห็นเป็นสีสดๆ ผู้สูงอายุมีโอกาสระคายเคืองในลูกตาหรือแผลได้ง่าย สายตาจะมองตัวหนังสือเล็กๆ ในระยะปกติไม่ชัด

(3) การได้ยินลดลง เสียการได้ยินในระดับสูง หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหูชั้นในเกิดภาวะแข็งตัว ทำให้เลือดไปเลี้ยงน้อยลง ทำให้มีอาการเวียนศีรษะ การทรงตัวไม่ดี เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

(4) การรับกลิ่น จะน้อยลงเนื่องจากการเสื่อมของเยื่อบุโพรงจมูก และการรับรส จะน้อยลงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารไม่อร่อย เกิดภาวะเบื่ออาหาร

(5) ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก มีขนาดเล็กลง มีการเสื่อมของข้อ ทำให้การเคลื่อนไหวไม่สะดวก เกิดข้ออักเสบและติดเชื้อง่าย ฮอร์โมนกระดูกสันหลังบางลง ทำให้เกิดหลังค่อมหรือเอียง กระดูกเปราะได้ง่าย

(6) ระบบการไหลเวียนเลือด ผนังหัวใจล่างซ้ายจะหนาขึ้น การเปิดปิดของลิ้นหัวใจไม่ดี ผู้สูงอายุจะหัวใจวายได้ง่าย ในกรณีที่หัวใจต้องทำงานหนักขึ้น

(7) ระบบทางเดินหายใจ เป็นผลมาจากสมรรถภาพและความยืดหยุ่นของปอดลดลง ทำให้ปอดได้รับออกซิเจนน้อยลง ผู้สูงอายุจึงเหนื่อยง่ายและหายใจเร็วขึ้น

(8) ระบบทางเดินปัสสาวะ ไต ทำงานลดลงมีการเสื่อมสมรรถภาพของไต ทำให้ขับน้ำออกจากร่างกายมากแต่ขับของเสียออกจากร่างกายได้น้อย สาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุปัสสาวะบ่อยเกิดจากกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะและกล้ามเนื้อหูรูดมีการหย่อนไม่ยืดหยุ่นเหมือนเดิมทำให้ถ่ายปัสสาวะไม่หมดและจะตกค้างในบางครั้ง

2.1.3.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ วัยสูงอายุจะเป็นระยะที่บุคคลย้อนคิดถึงอดีต ถ้าย้อนคิดถึงอดีตด้วยความพึงพอใจในตนเอง เห็นว่าตนได้ทำสิ่งที่เป็นหน้าที่อย่างดีที่สุดแล้ว จะเกิดความพอใจในตนเอง มีบุคลิกที่เข้มแข็ง อารมณ์มั่นคง แต่ถ้าคิดถึงอดีตที่ขมขื่น ก็จะเกิดความรู้สึกทุกข์ร้อนผิดหวังในชีวิต ระยะนี้เป็นระยะที่รู้สึกว่ามีคุณค่าหรือสิ้นหวัง (Ego Integrity Versus Despair) ถ้ารู้สึกมีคุณค่าจะรู้สึกพึงพอใจในความสำเร็จของชีวิตที่ผ่านมา มีความสุขสงบทางใจ

และยอมรับได้ว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ตรงข้ามกับคนที่ยอมรับไม่ได้ จะรู้สึกว่าตนมีโอกาสเลือกได้น้อยและต้องการให้ชีวิตยืนยาวต่อไปอีก เกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง คับข้องใจ รู้สึกตนเองไร้ค่า ความสามารถในการเผชิญกับความสูงอายุลดลง ช่วงนี้มักต้องเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ได้แก่ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ได้แก่คู่ชีวิต เพื่อน การเปลี่ยนแปลงในครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า สูญเสียความภาคภูมิใจ หวาดระแวงเรื่องความเจ็บป่วย กลัวความตาย กลัวถูกทอดทิ้ง ซึมเศร้า หมด กำลังใจ ว่างเปล่า วิดก กังวล โกรธง่าย ใจน้อย เรียกร้องความสนใจ (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2534)

2.1.3.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม: ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทต่างๆ ที่เคยปฏิบัติอยู่เป็นประจำ ได้แก่ การเกษียณอายุ การออกจากงาน การเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้รู้สึกด้อยค่า รู้สึกสูญเสียสถานภาพทางสังคม ขาดการติดต่อสมาคมกับเพื่อนฝูง สูญเสียรายได้แบบแผนของชีวิตเปลี่ยนไป ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคม จากครอบครัวขยายไปเป็นครอบครัวเดี่ยว บุตรหลานแยกตัวไปสร้างครอบครัวใหม่ ทำให้ผู้สูงอายุถูกทิ้งไว้ตามลำพัง การเปลี่ยนแปลงและการสูญเสียดังกล่าว อาจก่อให้เกิดความทุกข์ต่อผู้สูงอายุได้เป็นอย่างมาก ถ้าไม่ปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์เหล่านี้ได้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2544)

2.1.4 ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

มีการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุเกิดขึ้นมากมาย วิทยาการที่ว่าด้วยความชราของมนุษย์ เป็นศาสตร์แขนงหนึ่งเรียกว่า วุฒิวิทยา (Gerontology) ประกอบด้วย วิชาการหลายสาขา เช่น วิทยาการทางการแพทย์ พยาบาล จิตวิทยา สังคมวิทยา เป็นต้น Ebersole and Hess (อ้างใน ฉัฐพงษ์ อนุวัตร ยรรยง, 2540) ได้สรุปทฤษฎีของความสูงอายออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ คือ ทฤษฎีทางชีวภาพ (Biological Theory) ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theories) และทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological Theories)

2.1.4.1 ทฤษฎีทางชีวภาพ (Biological Theory) สรุปได้ดังนี้

ทฤษฎีว่าด้วยคอลลาเจน (Collagen Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ สารที่เป็นส่วนประกอบของคอลลาเจนและไฟบรัสโปรตีนจะมีจำนวนเพิ่มขึ้น และเกิดการจับตัวกันมาก ทำให้เนื้อเยื่อต่างๆ ลดการย่อยและการขับถ่ายของเสียในร่างกายทำให้การทำงานของเซลล์ไม่สมดุล

ทฤษฎีว่าด้วยการเสียดและถลอก (Wear and Tear Theory) อธิบายว่าร่างกายเปรียบเสมือนเครื่องจักร ผ่านการใช้งานมานาน เมื่อเข้าสู่อายุที่มากขึ้นการเสริมสร้างเซลล์ถลอก หากร่างกายมีการใช้งานมากก็มีผลทำให้เกิดการสูงอายูเร็วขึ้น

ทฤษฎีว่าด้วยการสะสม (Accumulation Theory) อธิบายว่า สารสะสมนี้มีผลแทรกแซงขบวนการเผาผลาญของเซลล์ทำให้ประสิทธิภาพการซึมผ่านของผนังเซลล์ลดลง

ทฤษฎีว่าด้วยภูมิคุ้มกัน (Immunological Theory) อธิบายว่า เมื่อมีอายุมากขึ้น ร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันน้อยลง พร้อมกับสร้างภูมิคุ้มกันชนิดที่ทำลายตัวเองมากขึ้น ทำให้ร่างกายต่อสู้กับเชื้อโรคได้ไม่ดี เจ็บป่วยง่าย

2.1.4.2 ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theories) อธิบายความสูงอายุมืออยู่ 2 ทฤษฎีหลัก คือ

ทฤษฎีความปราดเปรื่อง (Intelligence Theories) เชื่อว่า เชาวชาญปัญญาเป็นความสามารถอย่างหนึ่งในตัวบุคคลที่ทำให้บุคคลนั้นเป็นปราชญ์ ผู้สูงอายุเช่นกันหากมีการเรียนรู้ตลอดเวลา จะส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีความปราดเปรื่อง และมีสุขภาพจิตดี

ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory) บุคลิกภาพมีการพัฒนาอยู่ตลอดชีวิต สำหรับผู้สูงอายุนั้นเป็นวัยที่มีความเสื่อมในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การลดลงของบทบาทหน้าที่ในสังคม การสูญเสียเพื่อน คนใกล้ชิด คู่สมรส เป็นต้น การเผชิญปัญหาต่างๆ ของผู้สูงอายุก็จะขึ้นอยู่กับวิกฤตการณ์ของแต่ละบุคคลที่ต้องเผชิญ ถ้าสามารถปรับตัวได้มีความรู้สึกที่มั่นคงหนักแน่นไม่หวั่นไหว จะทำให้ตนเองมีความสมดุลระหว่างความต้องการของตนเองกับโลกภายนอกได้และจะมีความสุข ในทางกลับกันถ้าไม่สามารถเผชิญกับภาวะเหล่านั้นได้ ก็จะรู้สึกที่หดหู่สิ้นหวัง

2.1.4.3 ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological Theories) ที่เกี่ยวกับความสูงอายุที่สำคัญ ได้แก่

ทฤษฎีการแยกตนเอง (Disengagement Theory) ศึกษาโดย Elaine Coming และ William E.Henry ในปี ค.ศ.1961 พบว่า กระบวนการของความสูงอายุจะมีลักษณะเฉพาะ คือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะค่อยๆ หนี หรือถอยออกไปทีละน้อยจากคนอื่นๆ ในสังคม เป็นเรื่องธรรมดา และหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ผู้สูงอายุจะต้องลดกิจกรรมของตนเองและบทบาททางสังคม เมื่อตนเองเข้าสู่วัยสูงอายุพยายามจะหลีกเลี่ยงหนีจากความกดดันและความตึงเครียด โดยการถอนตัว (withdrawal) ออกจากสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการที่รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถลดลง นอกจากนี้ ทฤษฎีการแยกตัวนี้ยังเชื่อว่า การที่ผู้สูงอายุไม่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมและบทบาททางสังคมนั้น เป็นการถอนสถานะภาพและบทบาทของตนเองให้แก่คนที่จะมีบทบาทหน้าที่ได้ดีกว่า

ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) อธิบายว่า ทฤษฎีนี้ทำให้มองเห็นภาพทางสังคมของผู้สูงอายุได้มากขึ้น การที่ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมทำให้ผู้สูงอายุนั้นยังคงมีบทบาทและสถานะภาพ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองเป็นบุคคลที่มีคุณค่าเป็นที่ยอมรับของสังคม(Harrow and

Smith 1973, อ้างใน ฉัฐพงษ์ อนุวัตรรชรยง, 2540) เชื่อว่า กิจกรรมเป็นรูปแบบของการกระทำใดๆที่สนใจนอกจากการทำงาน เพื่อการดำรงชีวิต ลักษณะกิจกรรมที่จะจัดสำหรับผู้สูงอายุ นั้น ควรมีรูปแบบเพื่อให้เกิดความเพลิดเพลิน ซึ่งจะมีผลต่อสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยให้มีการเคลื่อนไหวอย่างอิสระ ไม่ควรให้ผู้สูงอายุใช้กำลังมากเกินไป ป้องกันการนั่งและยืนนานๆและต้องให้เกิดความผิดปกติของโครงสร้างสภาพร่างกาย การจัดกิจกรรมควรจัดตามความสนใจ จัดงานอดิเรกที่ผู้สูงอายุชอบ ซึ่งจะช่วยให้เกิดการปรับตัวทั้งทางร่างกายและจิตใจ

จากทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ที่กล่าวมาข้างต้น พบว่า มีความต่างกันทั้ง 3 ทฤษฎี โดยทฤษฎีทางชีวภาพมองการสูงอายุ คือ การเปลี่ยนแปลงส่วนต่างๆ ของร่างกาย ทฤษฎีทางจิตวิทยา มองการสูงอายุว่า มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านพัฒนาการสมอง และการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพทางด้านจิตใจ อารมณ์ และทฤษฎีทางสังคม อธิบายถึงบทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุที่จะทำให้อยู่ร่วมในสังคมได้มีความสุข ทั้ง 3 ทฤษฎีนี้สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการอธิบายผู้สูงอายุได้ คือ ทางชีวภาพอธิบายกระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายส่งผลให้สุขภาพไม่แข็งแรง มีผลกับภาวะจิตใจ อารมณ์ สัมพันธ์กับทฤษฎีทางจิตวิทยา ว่าผู้สูงอายุต้องมีการเรียนรู้อยู่ตลอด สามารถสร้างความสมดุลระหว่างตนเอง และทางสังคมได้ ชีวิตจะมีความสุข ดังนั้นแนวทางการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุควรทำแบบบูรณาการ คือ ทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

2.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมขั้นแรกของบุคคลที่ตอบสนองต่อความรู้สึกไม่สบายหรือการเจ็บป่วย รวมถึงสามารถที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วยและการกระทำอันเป็นการป้องกันเพื่อดำรงรักษาสุขภาพของตนเอง (สุริย์ กาญจนวงศ์ และคณะ, 2538) การดูแลสุขภาพตนเอง มีการนิยามความหมายไว้แตกต่างกัน คือ

เลวิน (Levin, 1976 อ้างใน สุริย์ กาญจนวงศ์ และคณะ, 2538) กล่าวถึงความหมายในการดูแลตนเองว่า เป็นกระบวนการซึ่งบุคคลปฏิบัติด้วยตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ค้นหาหรือรักษาโรคในระยะเริ่มแรกโดยการใช้แหล่งบริการสุขภาพและยังรวมถึงแหล่งสนับสนุนอื่นๆ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน เครือข่ายสังคม กลุ่มสังคมต่างๆ และเน้นว่าผลจากการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมรวมทั้งชุมชน เป็นพื้นฐานในการริเริ่มการดูแลตนเอง

ลินน์และเลวิส (Linn and Lewis, 1979 อ้างใน สุริย์ กาญจนวงศ์ และคณะ, 2538) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการกระทำสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง ซึ่งจะก่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพในบุคคลปกติ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ลดการใช้บริการสาธารณสุขที่ไม่จำเป็น พร้อมกับเพิ่มประสิทธิภาพในการ

รักษา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับผิดชอบตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเพื่อลดภาระในการดูแลรักษาของแพทย์

โอเร็ม (Orem, 1991 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล, 2536) กล่าวว่า การดูแลตนเองหมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่มีเป้าหมาย (Deliberate action) และเมื่อกระทำไปอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสุด โอเร็ม มีความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลตนเองว่า “บุคคลที่อยู่ในวัยเจริญเติบโต หรือกำลังเจริญเติบโตจะปรับหน้าที่การพัฒนาของตนเอง ตลอดจนป้องกัน ควบคุม การกำจัดโรคและการบาดเจ็บต่าง ๆ โดยการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เรียนรู้วิธีที่จะดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อมที่คิดว่าจะมีผลต่อหน้าที่ และการพัฒนาของตนเอง” และเชื่อว่าบุคคลหรือวิธีการดูแลตนเองให้สัมพันธ์กับสุขภาพของตนได้ แต่วิธีการนั้นอาจจะถูกต้องหรือไม่ถูกต้องก็ได้ (Orem, 1991)

โอเร็ม ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองไว้ คือ การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำด้วยตนเองเพื่อรักษาชีวิต สุขภาพและความผาสุกของตนเอง ลักษณะการปฏิบัติกิจกรรมของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับพัฒนาการของแต่ละคนที่จะเรียนรู้ถึงวิธีการปฏิบัติให้สัมพันธ์กับปัจจัยต่าง ๆ ที่มากระทบ การเรียนรู้ถึงการดำรงชีวิตประจำวันในสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ซึ่งโดยเร็วโอเร็มได้แบ่งความต้องการดูแลตนเองออกเป็น 3 ประเภท (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) คือ

1. ความต้องการดูแลตนเองโดยทั่วไป เป็นความต้องการการดูแลตนเองของทุกคน และทุกวัยความต้องการนี้ปรับเปลี่ยนไปตามอายุ ระยะพัฒนาการ สิ่งแวดล้อมและปัจจัยต่างๆ เป็น การเกี่ยวข้องกันกับกระบวนการของชีวิตในการรักษาโครงสร้างหน้าที่และสวัสดิภาพของบุคคลไว้

2. ความต้องการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ เป็นความต้องการที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาของชีวิตในช่วงต่าง ๆ เช่น ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดบุตร การเจริญเข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลในทางลบของพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต บิดา มารดา เป็นต้น หรืออาจมีความต้องการโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการ

3. ความต้องการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ เป็นความต้องการที่เกิดขึ้น เนื่องจากความผิดปกติในภาวะต่าง ๆ ความพิการแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติในภายหลัง เช่น การเกิดโรค หรือมีความเจ็บป่วยจากการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและผลการรักษาของแพทย์

การที่บุคคลจะบรรลุความต้องการการดูแลตนเองได้ตามภาวะสุขภาพ ความผาสุก ตลอดจนโครงสร้างและหน้าที่ของมนุษย์หรือไม่ ขึ้นอยู่กับความสามารถในการกำหนด

ความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดได้ครอบคลุมหรือไม่ และเข้าใจถึงความต้องการดูแลตนเอง อะไรบ้างที่ต้องได้รับความช่วยเหลือ และพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะบรรลุความต้องการการดูแลตนเองหรือไม่ ความเป็นไปได้ที่จะนำไปสู่ความต้องการการดูแลตนเองดังกล่าวนั้นขึ้นอยู่กับกิจกรรมการดูแลตนเองที่จะกระทำทั้งหมดว่าสามารถทำให้บรรลุความต้องการหรือไม่ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวบุคคลสามารถจัดการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมได้

มัลลิกา มัติโก (2530) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมดั้งเดิมของประชาชนที่ผสมผสานกับการอบรมขัดเกลา และถ่ายทอดความรู้ทางสังคมตั้งแต่การสังเกตด้วยตนเอง การรับรู้อาการ การให้ความหมายของอาการ การตัดสินใจเกี่ยวกับความรุนแรง การเลือกวิธีการรักษา และประเมินการรักษาด้วยตนเอง รูปแบบของการดูแลตนเองจะแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรม ความเชื่อ และทรัพยากรที่มีอยู่ในแต่ละสังคม สามารถจำแนกพฤติกรรมดูแลตนเอง ออกเป็น 2 ลักษณะใหญ่ๆ คือ

(1) การดูแลตนเองในสภาวะปกติ (Self care in health) เป็นพฤติกรรมดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัว เพื่อสนับสนุนการดำรงชีวิตให้เป็นปกติในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรงมี 2 ลักษณะ คือ

(1.1) การดูแลส่งเสริมสุขภาพ (Health maintenance) คือ พฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ โดยหลีกเลี่ยงอันตรายต่างๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การมีสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ดี การควบคุมอาหาร การไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ การกินวิตามินต่างๆ การตรวจสุขภาพฟันทุก 6 เดือน เป็นต้น ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่กระทำสม่ำเสมอ

(1.2) การป้องกันโรค (Disease prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่างๆ เช่น การไปรับภูมิคุ้มกันโรค โดยแบ่งระดับการป้องกันโรคได้ 3 ระดับ คือ

- การป้องกันโรคเบื้องต้น (Primary prevention) เช่น การได้รับภูมิคุ้มกันโรค
- การป้องกันความรุนแรงของโรค (Secondary prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่มุ่งจะขจัดโรคให้หมดไปก่อนที่จะมีอาการของโรคจะรุนแรงมากขึ้น เช่น การตรวจและเอกซเรย์ปอดในรายที่มีปัญหาของโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง เพื่อเป็นการป้องกันโรคมะเร็งที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในภายหลัง
- การป้องกันการเผยแพร่ระบาดของโรค (Tertiary prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่มีเป้าหมายต่อการยับยั้งการแพร่กระจายของโรค จากผู้ป่วยไปสู่คนอื่น ๆ

(2) การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Self care in illness) หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นตั้งแต่ บุคคลตระหนักและประเมินผลเกี่ยวกับอาการผิดปกติ ตลอดจนตัดสินใจที่จะกระทำสิ่งใดๆ ลงไปเพื่อตอบสนองอาการผิดปกติ รวมทั้งการตัดสินใจที่จะไม่กล้ากระทำสิ่งใดเกี่ยวกับอาการนั้นๆ การรักษา อาจเริ่มรักษาอาการผิดปกติด้วยตนเอง หรือแสวงหาคำแนะนำการรักษาจากผู้อื่น จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เมื่อเกิดการเจ็บป่วยผู้สูงอายุส่วนใหญ่นิยมซื้อยารับประทานเอง ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดการเลือกวิธีการรักษาหรือแหล่งรักษาพยาบาล กล่าวคือ เมื่อมีการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมซื้อยารับประทานเองเป็นส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุจะตัดสินใจเข้ารับการรักษาพยาบาลก็ต่อเมื่อมีการเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือรักษาด้วยตนเองไม่ได้ (จันทรพีญ ชูประภาวรณ และคณะ, 2539) นอกจากนี้ถิ่นที่อยู่อาศัยก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนกำหนดหรือวิธีการเลือกแหล่งรักษาพยาบาล จากการศึกษาของจันทรพีญ ชูประภาวรณ และคณะ (2539) พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมืองจะนิยมซื้อยารับประทานเองมากที่สุด รองลงมาคือ คลินิกเอกชนและโรงพยาบาลรัฐ ส่วนผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชนบทจะซื้อยารับประทานเองมากที่สุดเช่นกัน แต่รองลงมาคือ สถานีอนามัย และโรงพยาบาลของรัฐ ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของแผนงานสาธารณสุข (อังกะโนวาทีนิ บุญชะรัย, 2534) ที่พบว่า ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนิยมใช้บริการของสถานบริการเอกชน ส่วนผู้ที่อาศัยนอกเขตเทศบาลนิยมใช้บริการของสถานพยาบาลรัฐ

สรุป ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม มาประยุกต์ใช้อธิบายการดูแลตนเองของผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมือง ใช้วิธีการบรรยายเชิงพรรณนาใน 3 ประเด็น คือ 1) การดูแลตนเองของผู้สูงอายุมุสลิมในชีวิตประจำวันทั่วไป 2) การดูแลและรักษาสุขภาพยามเจ็บป่วย และ 3) การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมือง

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของชาวไทยมุสลิม

2.3.1 แนวคิดศาสนากับการดูแลสุขภาพ

ศาสนามีผลต่อความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติของคน โดยผ่านพิธีกรรม และผู้ถ่ายทอดตามหลักปฏิบัตินั้น ย่อมมีผลต่อแบบแผนพฤติกรรมหรือการกระทำที่เป็นแบบแผนเดียวกัน ภายใต้สังคมวัฒนธรรมนั้นๆ ทั้งนี้เพราะแบบแผนพฤติกรรมเป็นผลมาจากการเรียนรู้ เพื่อให้บุคคลเข้าสู่สังคมได้ ความแตกต่างทางวัฒนธรรมทำให้มนุษย์มีความเชื่อและปฏิบัติต่างกัน ไม่ว่าจะเป็

เรื่องพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ หรือภาวะสุขภาพความเจ็บป่วยและการป้องกันโรค ตลอดจนการรักษาโรค (แสงเดือน ลีวฤกษ์พันธ์, 2539)

ศาสนาเป็นรากฐานอันสำคัญที่มีผลต่อการพัฒนาบุคคล (แสงเดือน ลีวฤกษ์พันธ์, 2539) ดังนั้นศาสนาจึงเป็นเรื่องของความเชื่อ หรือสิ่งเคารพสักการะอย่างหนึ่ง ส่วนประกอบของศาสนาและความเชื่อที่สำคัญมี 3 ส่วน

ส่วนแรก คือ ความเชื่อในหลักคำสอน ในกรณีของพุทธศาสนา หมายถึง หลักคำสอนของพระพุทธเจ้า ศาสนาอิสลาม หมายถึง คำสอนของพระอัลลอฮ์

ส่วนที่สอง คือ พิธีกรรม ซึ่งเป็นสิ่งเดียวที่สมาชิกของสังคมยึดถือสืบเนื่องกันมา และคนในสังคมเดียวกันมีความเชื่อในศาสนาเดียวกัน

ส่วนที่สาม คือ ผู้นำประกอบพิธีกรรมในพุทธศาสนา หมายถึงพระสงฆ์ ส่วนในศาสนาอิสลาม หมายถึง โต๊ะครู (แสงเดือน ลีวฤกษ์พันธ์, 2539) ทั้ง 3 ส่วนนี้มีผลต่อความคิด ความเชื่อในพฤติกรรม การดูแลสุขภาพมุสลิม

2.3.2 แนวคิดความยึดมั่นผูกพันในศาสนา ตามบทบัญญัติพระคัมภีร์อัลกุรอาน

ศาสนาอิสลามจะสร้างความศรัทธาสำหรับชาวมุสลิมให้ศรัทธาต่อพระเจ้า ต่อกฎกำหนดศภาวะของธรรมชาติ ต่อคัมภีร์อัลกุรอาน ซึ่งใช้เป็นธรรมนูญของชีวิต ต่อศาสดา ซึ่งเป็นผู้เผยแพร่มุสลิมและเป็นแบบอย่างจริยวัตรสำหรับมนุษย์ในการประพฤติปฏิบัติ และต่อชีวิตในโลกหน้าจากการศรัทธาดังกล่าวนำมาสู่การปฏิบัติศาสนกิจต่อพระเจ้าตามคำสั่งสอนของศาสดา การปฏิบัติต่อตนเอง และต่อเพื่อนมนุษย์ (ฟาริดา อับราฮิม, 2536) แก่นแท้ของความศรัทธา ก็คือ การไม่นับถือสิ่งอื่นใดนอกจากอัลลอฮ์องค์เดียวเท่านั้น ความรู้สึกยึดมั่นนี้ทำให้ภาวะจิตใจรู้สึกมั่นคงและเป็นสุขที่ในปัจจุบันถือเป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดี

ไพสุดา ดำรงชลธิ (2555) กล่าวว่า ความยึดมั่นผูกพันในศาสนา เป็นผลมาจากความเชื่อมั่นและศรัทธาในศาสนา ของชาวมุสลิมที่มีต่อพระเจ้า (อัลลอฮ์) และพระเจ้าเป็นผู้ประทานพระคัมภีร์อัลกุรอาน มาให้มนุษย์ชาติ พระคัมภีร์อัลกุรอาน ได้บัญญัติเกี่ยวกับ วิธีการดำเนินชีวิตของมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนตาย โดยมีสุขภาพของมวลมนุษย์เป็นศูนย์กลาง หลักการพื้นฐาน ที่ยึดหลักการส่งเสริมป้องกันสุขภาพมากกว่าการรักษาพยาบาล เพื่อให้เกิดความปลอดภัย สุขภาพสมบูรณ์ และความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของมนุษย์ ซึ่งสอดคล้องกับคำแปลโองการจากพระคัมภีร์กุรอาน โดย นายแพทย์อาซิม อับดุล มุนีมสุตเซ็น (มนัส วงศ์เสงี่ยม, 2551) ว่า พระคัมภีร์อัลกุรอาน พรรณนาถึงกระบวนการศรัทธาอย่างแท้จริงในพระเจ้า ที่จะปกป้องมนุษย์ชาติจากความแตกแยก และประสานบุคลิกภาพของมวลมนุษย์เข้าด้วยกัน พระคัมภีร์อัลกุรอาน

ประกอบด้วย 114 ซูเราะห์หรือบท เป็นพระบัญญัติของกฎหมายและศาสตร์ของมุสลิม ทั้งยังเป็นหลักการและกรอบนำทางการดำเนินชีวิตของมุสลิมร่วมกับผู้อื่น นายแพทย์อาซิมอัคคูล มุณีม สุตเซ็น ได้เขียนไว้ว่าพระคัมภีร์อัลกุรอาน ถ้าได้ศึกษาเข้าใจความหมายและนำไปปฏิบัติอย่างถูกต้อง ก็จะนำไปสู่การมีชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพอันมั่นคงถาวร สามารถป้องกันการเจ็บป่วยชนิดต่างๆ ที่หลีกเลี่ยงได้ และชี้แนวทางที่จะเผชิญกับปัญหาสุขภาพที่กำลังทวีขึ้นเรื่อยๆ พระคัมภีร์อัลกุรอานกล่าวว่าทุกสิ่งทุกอย่างที่เป็นเรื่องดี ที่เกิดขึ้นกับตัวเรา เป็นสิ่งที่พระเจ้าผู้เป็นเจ้าให้มา แต่ทว่าเป็นความรับผิดชอบของเรา เป็นการกระทำของเรา และพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของเราซึ่งจะเป็นเครื่องกำหนดว่า สิ่งที่พระเจ้าผู้เป็นเจ้าให้มานั้น (ที่สูงสุดคือความเป็นอยู่ที่ดีของเรา) จะรักษาเอาไว้หรือจะปฏิเสธไม่ยอมรับ

ความดีใดๆ ที่ประสบแก่เจ้านั้นมาจากอัลลอฮ์(เนื่องจากปฏิบัติตามที่พระองค์ทรงแนะนำไว้) และความชั่วใดๆ ที่ประสบแก่เจ้านั้นมาจากตัวของเจ้าเอง(เนื่องจากฝ่าฝืนคำแนะนำของพระองค์) และเราได้ส่งเจ้าไปเป็นรอซูลแก่มนุษย์ และเพียงพอแล้วที่อัลลอฮ์ทรงเป็นพยาน (คือเป็นพยานในการกระทำของมนุษย์)

อัลกุรอาน ซูเราะห์ที่ 4(79) อัน-นิซาอ: 202

และความศรัทธาในพระเจ้าผู้เป็นเจ้า คือแก่นแท้ของการมีสุขภาพดี ดังที่บัญญัติในพระคัมภีร์อัลกุรอานว่า

บรรดาผู้ศรัทธาและจิตใจของพวกเขาสงบด้วยการรำลึกถึงอัลลอฮ์พึงทราบ
เกิด ด้วยการรำลึกถึงอัลลอฮ์เท่านั้นทำให้จิตใจสงบ

อัลกุรอาน ซูเราะห์ที่ 13(28) อีรเราะอูด: 590

ฉะนั้นการที่มุสลิมได้แสดงความศรัทธาต่อพระเจ้าผู้เป็นเจ้า คือการทำละหมาด การทำละหมาดเป็นการเชื่อมการติดต่อ และเป็นการเข้ามาน โดยไม่มีสิ่งกีดขวางกั้น ระหว่างผู้ทำละหมาดกับพระเจ้าผู้เป็นเจ้า ไม่เพียงแต่เป็นการบริหารทางจิตวิญญาณเท่านั้น และก็ไม่ใช่ทางกายอย่างเดียว แต่ประกอบด้วยความหมายหลากหลาย มีคุณค่าทางด้านสุขภาพ 3 ประการ เป็นประโยชน์ที่ได้รับจากการทำละหมาด คือ การทำความสะอาดร่างกาย การชำระล้างจิตใจ ทำให้จิตใจบริสุทธิ์และสงบ อิ่มอกอิ่มใจ การบริหารร่างกายจากการเคลื่อนไหวร่างกายในขณะที่ละหมาด และพระคัมภีร์อัลกุรอานได้วางข้อกำหนดความสัมพันธ์ระหว่างโภชนาการและพฤติกรรมของมนุษย์ ซึ่งเป็นผลต่อสุขภาพ

ของมนุษย์โดยตรง แนวคิดเรื่องฮาลาล (สิ่งที่ถูกต้องตามกฎหมาย) ตอฮิบ ตอฮีบัน(เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย) นั้นเกี่ยวข้องกับอาหาร เครื่องดื่ม การกระทำและวิถีการดำเนินชีวิตที่ฮารอม (ต้องห้าม) ดังนั้นข้อกำหนดต่างๆ ของพระคัมภีร์อัลกุรอานที่เกี่ยวข้องกับข้ออนุญาต และข้อห้ามในสิ่งที่อนุญาตให้กินให้ดื่มหรือปฏิบัติ ล้วนแต่เป็นเรื่องที่เกี่ยวกับการเสริมสร้างสุขภาพทั้งสิ้น รวมไปถึงการป้องกันโรคด้วย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ในสัดส่วนที่เพียงพอและเหมาะสมกับร่างกาย และอาหารที่กล่าวเน้นพิเศษในพระคัมภีร์อัลกุรอาน ได้แก่ น้ำผึ้ง ผลอินทผลัม องุ่น นม น้ำมันมะกอก และการให้นมมารดาแก่ทารกครบ 2 ปี ส่วนอาหาร เครื่องดื่ม และวิถีชีวิตที่ต้องห้าม ได้แก่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้จ่ายฟุ่มเฟือย การกินเนื้อสัตว์ที่ตายเอง เลือดและเนื้อของสัตว์ที่ถูกรัดคอตาย ถูกฆ่าอย่างทารุณและเนื้อสุกร และไขมันหมู หากมุสลิม ศรัทธา ผูกพันยึดมั่นในศาสนา และพระเจ้าเป็นเจ้าแล้วจะส่งผลให้มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ

จากแนวคิดความความยึดมั่นผูกพันในศาสนา ตามบทบัญญัติพระคัมภีร์อัลกุรอาน สอดคล้องกับงานวิทยานิพนธ์ของ พันเอก นฐพงษ์ เทพจารี (2534) เรื่องความยึดมั่นผูกพันในศาสนา อิสลามของคนไทยมุสลิมชนบทจังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่มีผลต่อพฤติกรรม ด้านสังคม เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาด้านคุณภาพชีวิตพบว่าความยึดมั่นผูกพันในศาสนา อิสลามมีผลต่อพฤติกรรมด้านคุณภาพชีวิต โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความยึดมั่นผูกพันในศาสนา ระดับสูงจะมีค่าสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความยึดมั่นผูกพันในศาสนาอิสลามต่ำ

สำหรับหลักความศรัทธาและหลักปฏิบัติในศาสนาอิสลาม เสาวนีย์ จิตต์หมวด (2535) ได้รวบรวมและอธิบายเพื่อให้เข้าใจถึงหลักมุสลิมที่ต้องยึดถือ 2 ประการดังนี้ คือ

(1) หลักความศรัทธา (รูกนอิหม่าน) มีอยู่ 6 ประการ ได้แก่

ประการที่หนึ่ง ศรัทธาในอัลลอฮ์ เชื่อว่า อัลลอฮ์เป็นพระเจ้าสูงสุดผู้เดียวทรงมีอำนาจเหนือทุกสิ่ง เป็นผู้รอบรู้ เป็นผู้สร้าง และพิทักษ์รักษาสิ่งทั้งปวง เชื่อว่ามนุษย์เป็นสิ่งที่พระองค์สร้างขึ้น จึงไม่มีอำนาจใดๆทั้งสิ้น ต้องทำตัวให้อัลลอฮ์โปรดปราน เพื่ออัลลอฮ์จะได้ชี้ทางนำไปสู่สวรรค์ในวันปรโลก

ประการที่สอง ศรัทธาในมะลาอิกะฮ¹ ผู้ใดเป็นมุสลิมได้สมบูรณ์จะต้องศรัทธาว่ามะลาอิกะฮมีจริง ซึ่งที่จริงแล้วการศรัทธาในข้อนี้ก็เป็นผลดีแก่มนุษย์ผู้มีความศรัทธาเองที่จะทำให้เขาทำแต่ความดีละเว้นความชั่ว เพราะแต่ละคนจะมีมะลาอิกะฮคอยบันทึกความดีความชั่วอยู่ตลอดเวลา

¹ เป็นบ่าวของพระเจ้าประเภทหนึ่ง มีคุณสมบัติแตกต่างไปจากมนุษย์ เช่น ไม่กิน ไม่ดื่ม ไม่นอน ไม่มีเพศ ไม่กระทำสิ่งใดตามอารมณ์ชอบ มนุษย์ไม่ทราบรูปร่างที่แท้จริง คือ ไม่อาจเห็นตัวตนได้ แต่มะลาอิกะฮ สามารถแปลงรูปร่างเป็นต่างๆ ได้ตามบัญชาของพระเจ้า

ประการที่สาม ศรัทธาในคัมภีร์ของอัลลอฮ์ ถือว่าข้อความในคัมภีร์เหล่านั้นเป็นวจนะ² ของพระเจ้าเป็นเจ้าแต่เพียงผู้เดียว อัลลอฮ์ทรงประทานคัมภีร์ต่างๆโดยผ่านศาสดา เพื่อนำมาเผยแผ่แก่ มนุษย์ทั้งหลาย องค์การต่างๆจะมีชะตาภิชะสนำมาให้หรือเกิดจากการที่รอซูลได้รับการคลใจ คัมภีร์ ต่างๆ เหล่านี้ประมวลถึงหลักบัญญัติต่างๆ ของอัลลอฮ์ เพื่อให้มนุษย์ทั้งหลายได้ปฏิบัติเป็นแนวทาง ในการดำเนินชีวิต

ประการที่สี่ ศรัทธาในศาสนทูตของอัลลอฮ์ มุสลิมจะต้องศรัทธาว่าพระเจ้าทรง คัดเลือกบุคคลให้ห่มมนุษย์ชาติ ให้เป็นผู้สื่อสารนำบทบัญญัติของพระองค์มาสั่งสอนแก่มวล มนุษยชาติทุกยุคทุกสมัย

ประการที่ห้า ศรัทธาในวันพิพากษา มุสลิมต้องศรัทธาว่าโลกนี้เป็นโลกแห่งการทดลอง เป็นโลกที่ไม่จีรัง จะต้องมียวันแตกสลาย ซึ่งวันนั้นเรียกว่า วันกิยามะห์ หรือวันแห่งการพิพากษา เป็น วันที่ทุกชีวิตจะบังเกิดขึ้นมาอีกครั้งหนึ่ง เพื่อถูกชำระการงานที่เขาได้ประกอบไว้ในโลกนี้ ผู้ใดที่ ศรัทธาและประกอบการดี จะได้รับการพิพากษาให้อยู่ในสวรรค์ แต่สำหรับผู้ที่ทำชั่วหรือทำบาป จะได้ไปอยู่ในนรก วันกิยามะห์ เป็นวันที่เมื่อเกิดขึ้นแล้ว ไม่มีวันที่จะถึงซึ่งการอวสาน มนุษย์ และ สรรพสิ่งทั้งหลายเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะคงอยู่ตลอดไปชั่วนิรันดร์ ซึ่งเรียกว่าโลกอาคีเราะห์

ประการที่หก ศรัทธาในการกำหนดสภาวะต่างๆของสรรพสิ่ง และสรรพสัตว์ โดยอัลลอฮ์ การกำหนดสภาวะมี 3 ประการ ดังนี้ คือ (1) สภาวะที่ตายตัวแน่นอน ไม่มีผู้ใด เปลี่ยนแปลงได้นอกจากอัลลอฮ์ เช่นการเกิด การตาย ของสิ่งมีชีวิต การโคจรของดวงอาทิตย์ การ แปรปรวนของดินฟ้าอากาศ เป็นต้น (2) สภาวะที่เกี่ยวกับมนุษย์ เช่น ถิ่นกำเนิด (3) สภาวะที่สามารถ แก้ไข เปลี่ยนแปลงได้ด้วยการกำหนดสภาวะอีกประการหนึ่ง เช่น ความหิว จะแก้ด้วยการ รับประทานอาหาร ความกระหาย แก้ด้วยการดื่มน้ำ

(2) หลักปฏิบัติ (รูกนอิสลาม) ประกอบด้วยหลักปฏิบัติ 5 ประการ ได้แก่

ประการที่หนึ่ง การปฏิญาณตน คือ กล่าวคำปฏิญาณว่า “ข้าพเจ้าขอปฏิญาณว่า ไม่มี พระเจ้าอื่นใดนอกจากอัลลอฮ์ และแท้จริงนบีมุฮัมมัดเป็นศาสนทูตของพระองค์”

ประการที่สอง การละหมาดหรือนมาซ เป็นการปฏิบัติที่แสดงถึงความภักดีต่อพระองค์ อัลลอฮ์ มุสลิมทุกคนเมื่ออายุเข้าซิดที่รู้จักรับผิดชอบดีแล้ว คืออายุ ประมาณ 15 ปี ต้องทำละหมาด วันละ 5 เวลา คือ เช้าตรู่ บ่าย เย็น พลบค่ำ และเวลากลางคืน การละหมาดเป็นการขัดเกลาจิตใจให้ สะอาดบริสุทธิ์อยู่ตลอดเวลา เป็นการสำรวมจิตใจให้มีสมาธิ มีความสงบ หนักแน่น อดทน การละหมาดเปรียบได้กับเสาเอกของอัล-อิสลาม ซึ่งจะนำพามุสลิมให้มีความสุขทางจิตใจในโลกนี้ และจะเป็นกุญแจสำหรับสรวงสวรรค์ในโลกลหน้า ฉะนั้นผู้ที่ละทิ้งการละหมาด ถือได้ว่าผู้นั้นไม่ใช่

² คำบอกเล่าความประสงค์ของพระเจ้าอัลลอฮ์ ต่อชาวมุสลิม

มุสลิม การละหมาดจึงมีความสำคัญมากละเว้นไม่ได้ ไม่ว่าจะยามปกติ หรือเจ็บป่วย ยกเว้นหญิงคลอดบุตรหรือกำลังมีประจำเดือน

ประการที่สาม มุสลิมจะต้องถือศีลอด หรือบวชทุกปี มุสลิมที่บรรลุนิติภาวะแล้วมีอายุ 15 ปี จะต้องถือบวชทุกปี ปีละ 1 เดือน คือ ในเดือนรอมฎอน อันเป็นเดือนที่ 9 แห่งปีในศาสนาอิสลามการถือศีลอดเป็นการฝึกฝนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของมุสลิมให้มีความหนักแน่นอดทนให้ทุกคนได้รู้รสชาติของความหิวโหยว่าเป็นเช่นไร เพื่อจะได้เห็นอกเห็นใจคนจน และมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันต่อไป มุสลิมจะงดเว้นการบริโภคอาหาร และดื่มน้ำ งดการประพฤติก่ออาชญากรรมในสิ่งที่ต้องห้ามในช่วงรุ่งอรุณเรื่อยไปจนกระทั่งตะวันตกฟ้า การถือศีลอดอาจงดเว้นได้ในบุคคลต่อไปนี้ (1) คนชรา (2) คนป่วยเรื้อรังที่แพทย์วินิจฉัยว่ารักษาไม่หายหรือสุขภาพไม่ปกติ หากถือศีลอดจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ (3) หญิงมีครรภ์ และหญิงหลังคลอดที่เลี้ยงทารกด้วยนมมารดา (4) บุคคลทำงานหนัก เช่น กรรมกรแบกหาม (5) บุคคลที่อยู่ในระหว่างการเดินทาง ซึ่งเป็นการลำบากในการถือศีลอด และ (6) หญิงมีประจำเดือน

บุคคลเหล่านี้เมื่อพ้นจากภาวะความจำเป็นต่างๆ ดังกล่าวแล้ว ให้ถือศีลอดชดเชยตามจำนวนวันที่ขาด ในช่วงระยะ 11 เดือน ก่อนที่เดือนรอมฎอนของปีใหม่จะมาถึง ยกเว้นผู้ที่ถือศีลอดโดยลำบาก เช่น คนชรา คนทำงานหนักทั้งปี แม่นม ฯลฯ ให้บริจจาคาอาหารแก่คนยากจน 1 คน ในวันที่ขาด โดยอาหารนั้นต้องเหมือนกับที่ตนรับประทาน

ประการที่สี่ ต้องบำเพ็ญทาน ซึ่งเรียกว่า ซะกาต (zakat) เป็นข้อบัญญัติหนึ่งของศาสนา ที่ถือเป็นหน้าที่ของมุสลิมทุกคนที่มีทรัพย์สิน จะต้องสละทรัพย์สินบางส่วนให้แก่ผู้รับโดยไม่มีเงื่อนไขผูกมัดผู้รับแต่อย่างใด

ประการที่ห้า การเดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์ที่เมกกะ หรือที่เรียกว่า การทำฮัจญ์ ซึ่งการประกอบพิธีฮัจญ์ กระทำกันเพียงปีละ 1 ครั้ง ในเดือนที่ 12 แห่งอิสลาม และจำเป็นต้องปฏิบัติเพียง 1 ครั้งในช่วงชีวิตหนึ่ง

2.3.3 หลักการศาสนาอิสลามที่สัมพันธ์กับสุขภาพ

มนัส วงศ์เสงี่ยม (2551) ได้วิเคราะห์กิจกรรมในศาสนาอิสลาม ที่ช่วยในการสร้างสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มชาวมุสลิมดังนี้

(1) วุคู้ฮ์ (การชำระล้างร่างกายก่อนละหมาด) ก่อนที่จะทำการละหมาด มุสลิมจะต้องทำ วุคู้ฮ์ คือการชำระร่างกายให้สะอาด มุสลิมที่ทำละหมาดเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ จึงรักษาร่างกาย (ใบหน้า ผม จมูก หู ปาก มือ เท้า) ให้อยู่ในสภาพสะอาดอยู่เสมอ ในยุคนี้การล้างมือถูกเน้นว่ามีความสำคัญสำหรับมาตรการด้านอนามัยและสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลและในการปฏิบัติ

เวชกรรม ตรวจรักษาคณไช้ แต่มุสลิมได้ถูกกำหนดโดย คัมภีร์กุรอานให้ทำวันละ 5 เวลามาดังแต่กว่า 1,400 ปีมาแล้ว ซึ่งเป็นการส่งเสริมอนามัยบุคคล ช่วยลดการติดเชื้อต่างๆ

ผู้ศรัทธาทั้งหลาย เมื่อพวกยี่นขึ้นไปจะละหมาด ก็จงล้างหน้าของพวกเจ้า และมือของพวกเจ้าจนถึงข้อศอก และจงลูบศีรษะของพวกเจ้าและล้างเท้าของพวกเจ้าจนถึงตาคู่ทั้งสอง และหากพวกเจ้ามีญะนาบะฮฺ (คือมีการสมสู่กับภรรยา) ก็จงชำระร่างกายให้สะอาดหรืออยู่ในการเดินทาง หรือได้สัมผัสหญิงมาแล้วพวกเจ้าไม่พบน้ำ ก็จงมุ่งสู่ดินที่ดี(คือดินที่สะอาดและแห้ง) แล้วลูบใบหน้าของพวกเจ้า และมือของพวกเจ้า จากดินนั้นอัลลอฮ์ไม่ทรงประสงค์ให้มีความลำบากใดๆ แก่พวกเจ้า แต่ทว่าประสงค์ที่จะให้พวกเจ้าสะอาดและเพื่อให้ความกรุณา เมตตาของพระองค์ครบถ้วนแก่พวกเจ้า เพื่อว่าพวกเจ้าจักขอบคุณ

อัลกุรอาน ซูเราะห์ที่ 5 อัล-มาอิดะห์(6): 242-243

(2) ซอลาห์ (การละหมาด) การละหมาดเป็นเสาหลักประการที่สองของอิสลาม และโดยแท้จริงการละหมาดเป็นพื้นฐานที่สำคัญยิ่ง การละหมาดถูกกล่าวถึงในคัมภีร์อัลกุรอาน จงดั่งไว้ซึ่งการละหมาด แท้จริงการละหมาดนั้นเป็นบัญญัติที่ถูกกำหนดไว้ให้แก่ผู้ศรัทธาทั้งหลาย

อัลกุรอาน ซูเราะห์ที่ 4 อัน-นิซาอฺ(103) : 212-213

เจ้าจงใช้ครอบครัวของเจ้า(คือจงใช้ครอบครัวและประชาชาติของสุเจ้า) ให้ทำละหมาด และจงอดทนในการปฏิบัติ เราไม่ได้ของเครื่องยังชีพจากเจ้า เราต่างหากเป็นผู้ให้เครื่องยังชีพจากเจ้า(ผลที่ดี) และบั้นปลายนั้น สำหรับผู้ที่มีความขำเกรง(บั้นปลายที่ดีนั้นคือสวนสวรรค์ สำหรับผู้ที่มีความขำเกรงต่ออัลลอฮ์

อัลกุรอาน ซูเราะห์ที่ 20 กุฮฮา(132) : 764-765

การละหมาดเป็นการเชื่อมการติดต่อ และเป็นการเข้ามานโดยไม่มีสิ่งขวางกั้นระหว่าง บ่าวกับพระเจ้าของเขา ไม่เพียงแต่เป็นการบริหารทางจิตวิญญาณเท่านั้น และก็ไม่ใช่ทางกายอย่างเดียว แต่ประกอบด้วยความหมายหลากหลาย มีคุณค่าทางด้านสุขภาพ 3 ประการที่พอมองเห็นจากการละหมาด คือ การทำความสะอาดร่างกาย (วุศฺ) อย่างที่กล่าวไปแล้วว่า จำเป็นต้องมีการชำระล้าง

ร่างกายก่อนละหมาดซึ่งเป็นการส่งเสริมอนามัยบุคคล ช่วยลดการติดเชื้อต่างๆ การชำระล้างจิตใจ ทำให้จิตใจบริสุทธิ์ และสงบอารมณ์ใจ ในการทำละหมาดจะต้องมีการอ่านหรือท่องอัลกุรอาน ทุกครั้ง การบริหารร่างกาย: การเคลื่อนไหวร่างกายในขณะที่ละหมาด เป็นการเคลื่อนไหวเบาๆ อย่างคงที่และต่อเนื่อง และใช้กล้ามเนื้อและข้อทั้งหมดของร่างกาย แต่ช่วงรอบของการละหมาด ใช้พลังงานไป 20 แคลอรี การที่พลังงานถูกใช้ออกไปทำให้เกิดคุณภาพของพลังงานในร่างกาย (Athar. 1990)

(3) การถือศีลอดในเดือนรอมฎอน ถือเป็นการฝึกฝนตนเองด้านสุขภาพด้วย (Nicolive, 1976) ได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่า สิ่งสำคัญสิ่งหนึ่งที่จะช่วยรักษาสุขภาพและร่างกายของเราให้สมบูรณ์ก็คือ การอดอาหารเป็นเวลา 3-4 สัปดาห์ เป็นครั้งคราว เป็นระยะๆ จะช่วยรักษาสุขภาพและร่างกายของผู้ปฏิบัติให้สมบูรณ์ ซึ่งในปัจจุบันมีศูนย์การแพทย์หลายแห่งในโลกที่ปฏิบัติ “การอดอาหารเพื่อสุขภาพ” การอดอาหารในเดือนรอมฎอนเป็นหนึ่งในห้าประการของเสาหลักอิสลาม ถือเป็นหน้าที่ที่มุสลิมต้องปฏิบัติ

เดือนรอมฎอนนั้นเป็นเรื่องที่อัลกุรอานได้ถูกประทานลงมาในฐานะเป็นข้อแนะนำสำหรับมนุษย์ และเป็นหลักฐานอันชัดเจนเกี่ยวกับข้อแนะนำนั้น(ข้อแนะนำให้มนุษย์มีหลักการศรัทธาอันถูกต้องและข้อปฏิบัติในการดำเนินชีวิตของพวกเขา) และเกี่ยวกับสิ่งที่จำแนกระหว่างความจริงกับความเท็จ ดังนั้นผู้ใดในหมู่พวกเขาเข้าสู่ในเดือนนั้นแล้ว ก็จงถือศีลอดในเดือนนั้น และผู้ใดป่วย หรืออยู่ในการเดินทาง ก็จงใช้วันอื่นทดแทน (เท่ากับจำนวนวันที่ขาดไป แต่ควรถือใช้ก่อนที่รอมฎอนในปีถัดไปจะมาถึง) อัลลอฮ์ทรงประสงค์ให้มีความสะดวกแก่พวกเขาและเพื่อที่พวกเขาจะได้ให้ครบถ้วน ซึ่งจำนวนวัน(ของเดือนรอมฎอน) และเพื่อพวกเขาจะได้ให้ความเกรียงไกรแด่อัลลอฮ์ในสิ่งที่พระองค์ทรงแนะนำแก่พวกเขา(ทั้งนี้ก็เพราะว่า รอมฎอนนั้น เป็นเดือนแห่งการอบรมบ่มนิสัย และขจัดสิ่งที่ไม่เหมาะสมไม่ควรให้หมดไป ทำให้ผู้ที่ถือศีลอดกลายเป็นผู้มีคุณธรรมในการนี้)

อัลกุรอาน ซูเราะห์ที่ 2 อัล – บะกอเราะห์(185): 57

(4) ซะกาต (การบริจาคทาน) เป็นหน้าที่ความจำเป็นทางศาสนาที่มุสลิมจะต้องจ่ายทุกๆ ปี จากส่วนสมบัติของเขา 2.5 เปอร์เซนต์ เพื่อคนยากจน หรือกิจกรรมการกุศล ช่วยสร้างสถานศึกษาและเครื่องมือด้านสุขภาพ ให้ทุนการศึกษาแก่เด็กนักเรียน จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่

ผู้ยากไร้และอื่นๆ การใช้จ่ายทรัพย์สินสมบัติให้กับผู้ยากไร้และความจำเป็น จะทำให้จิตใจสงบสุข เป็นสุขและสร้างเสริมสุขภาพ เป็นที่ชัดเจนแน่นอนว่าการปฏิบัติหลักศาสนาข้อนี้เป็นการสร้างเสริมสุขภาพและสามารถแก้ปัญหาการเงินเพื่อการดูแลสุขภาพได้ (มนัส วงศ์เสงี่ยม, 2551: 90)

(5) การไปประกอบพิธีฮัจญ์ ณ เมืองเมกกะ เป็นการช่วยให้เกิดความสงบของจิตใจ ช่วยการฟื้นฟูจิตใจ ทั้งยังเป็นการฝึกฝนความอดทนของร่างกาย โอกาสของการร่วมชุมนุมทางสังคมของประชากรมุสลิมทั่วโลก ทำให้เห็นภาพของความเป็นพี่น้องกันและความเท่าเทียมกัน ก่อให้เกิดความรู้สึกรัก และความศรัทธาต่อศาสนาด้วยกัน

มานี ชูไทย (2554) ได้วิจัยเรื่องหลักการอิสลามที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพและการสาธารณสุข โดยอธิบายแนวทางการปฏิบัติตัวในสังคมตามหลักการของศาสนาอิสลามว่า แนวทางที่พี่น้องมุสลิมได้ยึดถือและปฏิบัติ เช่น การทำความดี การมีสัจจะ การมีจรรยา มารยาท ความอดทน และการให้อภัย การควบคุมตนเองให้ดำเนินชีวิตในทางสายกลาง การมีความรักเป็นพี่น้องกัน การมีความเมตตากรุณา และการบริจาคทาน นอกจากนี้ยังมีหลักการดำเนินชีวิตประจำวันให้ดำเนินตามระบอบอิสลาม คือ หลักของความถูกต้องชอบธรรม หลักของความสะอาด หลักของทางสายกลาง และหลักของศีลธรรม (มานี ชูไทย 2554: 476) ในด้านการสุขภาพนั้น ตามหลักการของศาสนาอิสลามมีข้อกำหนดอย่างละเอียดในหลายๆ เรื่อง เช่น น้ำสะอาด การรักษาความสะอาด การรักษาบ้านเรือน การกำจัดขยะมูลฝอยหรือสิ่งปฏิกูล เป็นต้น ด้านการบริโภคอาหารที่สะอาดและปลอดภัย การบริโภคอาหารของชาวมุสลิมมีจุดมุ่งหมาย 2 ประการ คือ เพื่อสุขภาพและสำนึกพระคุณของพระอัลลอฮ์ (มานี ชูไทย 2554: 109-111)

ผู้วิจัยใช้แนวคิดความยึดมั่นผูกพันในศาสนา ตามบทบัญญัติพระคัมภีร์อัลกุรอาน และหลักการของศาสนาอิสลามที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ที่สามารถกำหนดพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของชาวมุสลิมได้นั้น มาเป็นกรอบการวิเคราะห์ว่าหลักการศาสนาอิสลามมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมุสลิมในเมืองหรือไม่ อย่างไร

2.3.4 การสูงอายุในมุมมองของชาวมุสลิม

โดยหลักการทางการแพทย์ทั่วไปเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ การทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายเริ่มเสื่อมสมรรถภาพลง การรับรู้ว่าคุณภาพตัวเองเป็นอย่างไร มักขึ้นอยู่กับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและการดำเนินชีวิต โดยปกติแล้วผู้สูงอายุมีโอกาสเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ไม่แตกต่างจากวัยอื่น แต่มีโอกาสที่จะมีปัญหาสุขภาพที่มิผลมาจากความเสื่อมของร่างกายมากกว่าวัยอื่นๆ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2535) กระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

(1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านกายภาพ เป็นการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ในร่างกาย เช่น ผิวหนังจะบาง แห้ง เหี่ยวยุ่น ขาดความมัน และความยืดหยุ่น

(2) การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ อารมณ์ ของผู้สูงอายุมีผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น ความเจ็บป่วย การเสื่อมของร่างกาย ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความกดดันจากสภาพร่างกายที่ไม่ปกติ การเปลี่ยนแปลงทางด้านบทบาททางสังคม เช่น การเกษียณอายุ การสูญเสียบทบาทในการเป็นหัวหน้าครอบครัว การตายของกลุ่มสมรส ญาติ หรือเพื่อน เหล่านี้มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ หดหู่ เศร้า

(3) การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เช่น การเปลี่ยนแปลงทางด้านสถานภาพ และบทบาททางสังคม การเปลี่ยนแปลงทางการงาน การสูญเสียบทบาทในการเป็นผู้ปกครองครอบครัว จากบทบาทที่เคยเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว กลายเป็นผู้พึ่งพาอาศัย เป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ ปัญหาการถูกทอดทิ้งเนื่องจากบุตรหลานไม่มีเวลาเอาใจใส่ เพราะต้องออกทำงานนอกบ้าน

สำหรับมุมมองของชาวมุสลิมเกี่ยวกับการสูงอายุนั้น นักวิชาการอิสลามได้สังเกตและจำแนกธรรมชาติของการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุไม่ต่างจากมุมมองทางการแพทย์ และมองการเปลี่ยนแปลงครอบคลุมทั้งมิติทางกาย จิต สังคม และปัญญา ดังนี้ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551)

(1) ธรรมชาติของการเปลี่ยนแปลงสู่ความอ่อนแอและความเสื่อมเชิงสรีระ มุมมองของอิสลามเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระนั้นเป็นไปในแนวทางเดียวกับแนวคิดทางการแพทย์ โดยอธิบายว่า ร่างกายมีการเสื่อมไปตามวัยทั้งที่สังเกตได้จากภายนอกและภายในที่มองไม่เห็น อวัยวะและประสาทสัมผัสต่างๆ เสื่อมหน้าที่ลง เช่น ผิวหนังเหี่ยวยุ่น การได้ยินลดลง สายตาฝ้าฟาง รวมทั้งหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายก็เสื่อมประสิทธิภาพลงด้วย ทำให้มีการเคลื่อนไหวและตอบสนองเชื่องช้า มีโอกาสเกิดโรคเกิดโรครุนแรงต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน อาการท้องอืดและอื่นๆ

(2) ธรรมชาติการเปลี่ยนแปลงสู่ความอ่อนแอและความเสื่อมเชิงอารมณ์และจิตใจ มุมมองของอิสลามเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ และจิตใจ อธิบายว่า ในวัยสูงอายุจิตใจและอารมณ์จะเปลี่ยนไปด้วย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และความเป็นอยู่ทางสังคม ทำให้จิตใจเกิดความตื่นตระหนก ความหวาดกลัวและความกังวล รวมถึงโรคต่างๆ ที่รุมเร้า ทำให้เกิดความรู้สึกที่ท้อถอยและหมดกำลังใจ

(3) ธรรมชาติของการเปลี่ยนแปลงสู่ความอ่อนแอและความเสื่อมเชิงปัญญา มุมมองของอิสลามได้อธิบายว่า โดยธรรมชาติของมนุษย์เมื่อมีอายุมากขึ้น ความคิด ความจำก็จะเริ่มเชื่องช้าและเสื่อมลง จะมีอาการหลงลืม อาการพูดเพ้อเจ้อ พูดซ้ำซากในสิ่งเดียวกัน และบ่อยครั้งจะพบว่า

ผู้สูงอายุจะเป็นโรคสมองเสื่อม จำอะไรไม่ได้ อาการเหล่านี้ล้วนแต่เป็นอาการที่เกิดขึ้นมาจากสาเหตุ ความเสื่อมทางสมอง และบางคนอาจจะหนักถึงขนาดไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

(4) ธรรมชาติของความเปลี่ยนแปลงสู่ความอ่อนแอและความเสื่อมเชิงสังคม มุมมองของอิสลาม อธิบายว่า ในสังคมผู้สูงอายุ จะติดต่อพูดคุยอยู่กับเพื่อนสนิทเดิมๆ และกับผู้ใกล้ชิดที่อยู่รอบข้าง การขาดการมีส่วนร่วมในสังคม ทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในสภาพโดดเดี่ยว และขาดการติดต่อจากโลกภายนอกมากขึ้นนั้นจะทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตตามมา

จากการสำรวจ วิเคราะห์ สังเคราะห์อายุขัยอัลกุรอานและอัลหะดีษ³ ตลอดจนจากการประมวลคำอธิบายของนักปราชญ์ นักวิชาการอิสลาม สามารถที่จะจำแนกมุมมองของอิสลามต่อผู้สูงอายุได้ตามประเด็นต่างๆ ต่อไปนี้ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551: 9)

(1) มุมมองของอิสลามต่อการมีอายุที่ยืนยาว กล่าวถึงการมีอายุที่ยืนยาวว่าเป็นสิ่งที่ดี เป็นความเมตตาของอัลลอฮ์ที่ได้เพิ่มโอกาสให้ทำความดี หรือเป็น โอกาสที่จะกลับตัว ให้ทำการชำระลบล้างบาปที่เขาได้เคยกระทำในช่วงวัยหนุ่ม และถือว่าอายุยืนยาวเป็นสิ่งที่ดี ถ้าพฤติกรรมของผู้สูงอายุนั้นอยู่ในกรอบของศาสนา สร้างคุณประโยชน์ต่อสังคมถือว่าเป็นมนุษย์ที่ประเสริฐ สิ่งที่เกิดการเปลี่ยนแปลงบนตัวของผู้สูงอายุ เช่น เส้นผมที่หงอกขาว ก็ถือว่าเป็นสิ่งที่พระองค์อัลลอฮ์จะตอบแทนเขาด้วยผลบุญ ชำระเขาจากการกระทำที่เป็นบาปในอดีตและเป็นสิ่งที่จะยกระดับเขาในโลกหน้า ซึ่งคำสอนเหล่านี้สามารถสร้างจิตสำนึกที่ดีแก่ผู้สูงอายุ สร้างความคิดที่สร้างสรรค์ และทำให้เกิดความรู้สึกที่มีความสุข

ความว่า “แท้จริงอัลลอฮ์ มีกลุ่มบ่าวที่พระองค์ทรงประทานรางวัลเฉพาะแก่พวกเขา โดยปกป้องคุ้มครองจากความวิบัติ ทรงประทานอายุที่ยืนยาวแก่พวกเขาในภาวะที่สามารถปฏิบัติภารกิจได้โดยสมบูรณ์ ทรงประทานปัจจัยยังชีพที่สมบูรณ์ ทรงให้พวกเขามีชีวิตในสภาพที่มีสุขภาพที่ดี และทรงรับดวงวิญญาณของพวกเขาในสภาพที่มีสุขภาพที่ดี”

อัลหะดีษ บันทึกโดย อัดดีอับปรอนีย์

(2) มุมมองที่คำนึงถึงลักษณะและสภาพของผู้สูงอายุ นักปราชญ์มุสลิมได้แบ่งสภาพของผู้สูงอายุออกเป็น 2 ลักษณะ คือ ลักษณะและสภาพที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องพึ่งพาหรือเป็นภาระผู้อื่น โดยสิ้นเชิง ซึ่งอิสลามถือว่าเป็นลักษณะที่ไม่พึงประสงค์ แสดงถึงวัยชราภาพที่เป็นภาระของผู้อื่นที่ต้องคอยให้ความช่วยเหลืออยู่เสมอและต่อเนื่อง ลักษณะที่สอง เป็นลักษณะและสภาพที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และสามารถสร้างคุณประโยชน์ได้ ถึงแม้โดยธรรมชาติแล้วจะเกิดการ

³ คำพูด การกระทำ และการยอมรับของศาสนทูตมุฮัมมัด นิยมแปลว่า พระวณะของศาสนทูต

เปลี่ยนแปลงบางส่วนของร่างกายก็ตาม ซึ่งบุคคลเหล่านี้เป็นบุคคลที่อัลลอฮ์ทรงโปรดปรานมากที่สุด

(3) มุมมองที่คำนึงถึงการป้องกันและการชะลอความเสื่อมของผู้สูงอายุ นักวิชาการอิสลามมีความเห็นที่ต่างกันแบ่งเป็นสองทัศนะ คือ ทัศนะแรกมองว่าการชะลอความเสื่อมของผู้สูงอายุไม่สามารถเกิดขึ้นได้และไม่สามารถที่จะทำให้อายุยืนยาวได้ นักวิชาการกลุ่มนี้ได้ยกหลักฐานจากอัลหะดีษ กล่าวถึง “ภาวะการณ์ต่างๆ ถูกกำหนดไว้อย่างแน่นอนแล้ว ทุกอย่างจะไม่สามารถเกิดขึ้นได้นอกจากสิ่งที่อัลลอฮ์กำหนดให้เกิด จะไม่สามารถเร่งให้เกิดสิ่งหนึ่งสิ่งใด” เป็นความที่ให้ความหมายอย่างชัดเจนว่า ภาวะการณ์และสภาพการณ์ต่างๆ ของมนุษย์ จะเกิดขึ้นตามสิ่งที่อัลลอฮ์ได้กำหนดไว้แล้ว” ด้วยข้อพิจารณานี้ นักวิชาการกลุ่มนี้ จึงมีข้อสรุปว่า การชะลอความเสื่อมของผู้สูงอายุไม่สามารถเกิดขึ้นได้ และไม่สามารถที่จะทำให้อายุยืนยาวได้ ส่วนทัศนะที่สองเป็นทัศนะของนักวิชาการส่วนใหญ่ ว่าการป้องกันและการชะลอความเสื่อมของผู้สูงอายุสามารถเกิดขึ้นได้และสามารถที่จะทำให้อายุยืนยาวได้ หากมนุษย์ได้ปฏิบัติตนตามกรอบที่ อัลลอฮ์ได้กำหนด การประกอบศาสนกิจบางอย่างที่สามารถทำให้เกิดสุขภาพที่แข็งแรง นักวิชาการกลุ่มนี้ได้อ้างจากหลักฐานที่มาจากอัลหะดีษ ว่า

ความว่า “จำเป็นแก่พวกท่านที่ต้องปฏิบัติละหมาดในเวลากลางคืน แท้จริงมันเป็นธรรมเนียมปฏิบัติของกัลยาณชนก่อนพวกท่าน และมันเป็นการประพฤติปฏิบัติที่สามารถสร้างความใกล้ชิดกับ อัลลอฮ์ และมันเป็นการประพฤติปฏิบัติที่สามารถระงับความชั่วได้ และมันเป็นการประพฤติปฏิบัติที่สามารถชำระบาปได้ และมันเป็นการประพฤติปฏิบัติที่สามารถขับโรคออกจากร่างกายได้”

อัลหะดีษ บันทึกโดยอัคริมิซีย์

(4) มุมมองที่คำนึงถึงสิทธิของผู้สูงอายุ ในมุมมองของอิสลาม ผู้สูงอายุควรจะได้รับเกียรติจากลูกหลาน และควรได้รับการปฏิบัติที่เหมาะสมและสมเกียรติในทุกๆ ด้านทั้งจากครอบครัว และสังคม ดังอัลกุรอานว่า

และพระเจ้าของเจ้าบัญชาว่า พวกเจ้าอย่าเคารพภักดีผู้ใดนอกจากพระองค์เท่านั้นและจงทำดีต่อบิดามารดาเมื่อผู้ใดในทั้งสองหรือทั้งสองบรรลู่ผู้วัยชราอยู่กับเจ้า ดังนั้นอย่ากล่าวแก่ทั้งสองว่า อุฟ และอย่าตะคอกท่านทั้งสอง

และจงพูดแก่ท่านทั้งสองด้วยถ้อยคำที่อ่อนโยน และจงนอบน้อมแก่ท่านทั้งสอง ซึ่งการถ่อมตนเนื่องจากความเมตตาและจงกล่าวว่า “ข้าแต่พระเจ้าของฉันทรงโปรดเมตตาแก่ท่านทั้งสองเช่นที่ทั้งสองได้เลี้ยงดูฉันทันเมื่อเยาว์วัย

อัลกุรอาน ซูเราะห์ที่ 17 อัลอิสรอ (23-24): 666-667

สรุปได้ว่า ศาสนาได้กำหนดว่าผู้สูงอายุจะต้องได้รับการดูแลจากบุตรหลานซึ่งเป็นหน้าที่ที่วาญิบ (บังคับ) สำหรับบุตรหลานที่จะต้องทำการดูแลบิดามารดาอย่างสุดความสามารถ หากไม่แล้วจะถือว่าเป็นลูกที่เนรคุณและเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง หากบุตรหลานคิดว่าการนำบิดามารดาที่ชราภาพฝากให้ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุของรัฐทำการดูแลแทน เพราะคิดว่าทางศูนย์สามารถทำการดูแลที่ดีกว่าจริงอยู่หากบุตรหลานไม่มีความสามารถก็เป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องทำการดูแล แต่หากเป็นภาวะปกติ หน้าที่ดังกล่าวนี้ก็ถือเป็นหน้าที่ของบุตรหลาน เพราะรัฐถือว่ามิหน้าที่เชิงปกครองที่มีลักษณะทั่วไป แต่หน้าที่ของบุตรหลานในการทำการดูแลบิดามารดาถือเป็นหน้าที่เฉพาะ เมื่อมองการสูงอายุแบบนี้แล้ว ชาวมุสลิมมีวิธีการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับหลักปฏิบัติของศาสนาอิสลาม โดยมีนักวิชาการมุสลิมได้เสนอแนวทางการดูแลสุขภาพ จัดทำคู่มือการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุในชุมชนได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดูแลตนเองได้ โดยไม่เป็นภาระต่อบุตรหลานและสังคม

สิทธิที่พึงได้รับการให้เกียรติและสิทธิที่พึงได้รับการดูแลผู้สูงอายุมุสลิม ตามหลักศาสนาอิสลาม ดังกล่าวสอดคล้องกับรายงานการวิจัยเรื่องระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัว โดย ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549) ได้เสนอว่า ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุโดยเป็นผู้ดูแลหลักคือเครือญาติที่ให้ความช่วยเหลือในการดูแลมากที่สุด คือ บุคคลในครอบครัวและญาติของผู้สูงอายุ โดยทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตทุกอย่าง ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย ควรจัดแบ่งนโยบายสวัสดิการตามช่วงวัยของผู้สูงอายุ เน้นการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นหลัก โดยมีการบริการทางสุขภาพและสังคมเข้าสู่ครอบครัวและมีนโยบายด้านการเสริมสร้างความเข้มแข็งแก่หน่วยงานทั้งระดับท้องถิ่นทุกระดับ ส่วนข้อเสนอแนะระดับปฏิบัติการ ควรมีบริการดูแลระยะยาวในครอบครัวที่จัดบริการด้านอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่ยากไร้ บริการดูแลที่บ้าน การจัดให้มีครอบครัวอุปถัมภ์ มีระบบการส่งต่อไปยังสถานพยาบาล และจัดให้มีอุปกรณ์ช่วยเหลือในการดูแลและควรมีงานวิจัยที่ศึกษาทดลองการจัดบริการสู่ครอบครัวและชุมชนในลักษณะบูรณาการด้านสุขภาพและสังคม

จากมุมมองการสูงอายุของชาวมุสลิมตามหลักศาสนา กำหนดให้เป็นวาญิบสำหรับบุตรหลาน ผู้วิจัยนำหลักการนี้มาเป็นกรอบในการอธิบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระดับครอบครัว ผู้สูงอายุมุสลิม และชุมชนมุสลิมในเขตเมืองว่าส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมอย่างไร

2.3.5 แนวทางการดูแลตนเองในผู้สูงอายุตามหลักศาสนาอิสลาม

การส่งเสริมสุขภาพ คือ การเพิ่มความสามารถของตนเองในการพัฒนาสุขภาพให้บรรลุความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านสังคม และด้านจิตใจ ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายและจิตใจ ซึ่งต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่าง สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2551) ได้จัดทำคู่มือการดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนมุสลิม สำหรับผู้นำประจำมัสยิดเพื่อให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่น โดยไม่ขัดต่อหลักศาสนาอิสลามในด้านต่างๆ ดังนี้

(1) การรักษาความสะอาดของร่างกายและสิ่งของ การมีอายุยืนยาวเป็นสิ่งปรารถนาสูงสุดของทุกๆ คน แต่การที่จะมีชีวิตยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอยู่กับพฤติกรรมสุขภาพทั้งสิ้น ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพัฒนาด้านอารมณ์และพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เมื่ออย่างเข้าสู่วัยสูงอายุ ผลของพฤติกรรมจะปรากฏได้ชัดเจน เป็นผลให้ผู้สูงอายุบางรายมีสุขภาพแข็งแรง แต่ก็มีไม่น้อยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ฯลฯ การดูแลรักษาความสะอาดร่างกายเป็นการป้องกันโรคจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้สูงอายุควรยึดถือปฏิบัติเพื่อการมีชีวิตยืนยาวที่มีสุขภาพดีได้

(2) ร่างกาย การทำความสะอาดร่างกายต้องทำเป็นประจำ ควรฟอกสบู่และถูร่างกายให้ทั่ว ล้างออกด้วยน้ำสะอาด และหลังอาบน้ำต้องเช็ดตัวให้แห้ง โดยเฉพาะตามซอกและข้อพับเพื่อไม่ให้อับชื้น ตัดเล็บมือเล็บเท้าให้สั้น เพราะเล็บเป็นแหล่งสะสมเชื้อโรค ฝ่าเท้าเป็นแหล่งรวมของเส้นประสาท ควรดูแลหรือระวังอย่าให้เกิดบาดเจ็บ ควรใส่รองเท้าที่สวมใส่สบายไม่หลวมหรือคับเกินไป

(3) ผิวหนัง ผู้สูงอายุจะมีผิวหนังแห้ง เนื่องจากร่างกายผลิตน้ำมันในบริเวณชั้นผิวหนังน้อยลง ส่งผลให้ผิวหนังแห้งกร้าน และผิวหนังไม่มีความไวต่อแสงมากทำให้เกิดฝ้า กระ จุดด่างดำ การดูแลผิวหนังเริ่มตั้งแต่การอาบน้ำควรใช้สบู่สำหรับเด็กซึ่งไม่มีความเป็นกรดเป็นด่างมากจึงไม่ระคายผิว โดยใช้สบู่อย่างมาวันละครั้งฟอกบริเวณที่สกปรก และตามซอกต่างๆ บริเวณอื่นอาจใช้แค่ชำระทำความสะอาดก็เพียงพอ หลังจากอาบน้ำเช็ดตัวแห้งแล้วใช้ครีมบำรุงผิวทาเพื่อให้ความชุ่มชื้นแก่ผิว

(4) ผม ดูแลรักษาเส้นผมและหนังศีรษะให้สะอาดโดยสระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และเช็ดผมให้แห้ง ไม่ควรนอนหงาย ที่ผมยังเปียกชื้นเพราะอาจจะทำให้เกิดเชื้อราบนหนังศีรษะได้

การดูแลเส้นผมเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุสีผมจะเปลี่ยนไป ไม่ควรใช้ยาข้อมผมที่ผสมสารเคมี เนื่องจากสารเคมีจะซึมผ่านเข้าชั้นผิวหนังไปถึงเส้นเลือดฝอย แล้วส่งผลไปสะสมที่ตับได้ ซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพและเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยได้ ควรใช้ยาข้อมผมที่ทำจากสมุนไพรหรือไม่ผสมสารเคมีต่างๆ

(5) เสื้อผ้า / ของใช้ สวมเสื้อผ้าที่สะอาดไม่อับชื้นและเหมาะกับสภาพอากาศ เช่น ใต้อเสื้อผ้าต่างๆ เพื่อระบายอากาศในฤดูร้อนหรือใส่เสื้อผ้าหนาๆ ในฤดูหนาว ทำให้ร่างกายอบอุ่นเมื่ออากาศหนาว เสื้อผ้าที่ใส่แล้วนำไปซักให้สะอาด และตากแดดให้แห้ง เพื่อกำจัดโรคและกลิ่น หมั่นซักผ้าเช็ดตัว ผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน ผ้าห่มให้สะอาด ที่นอน หมอน มุ้ง หมั่นตากแดด ของใช้ต่างๆ จัดให้เป็นระเบียบเพื่อสะดวกในการหยิบใช้และป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

(6) การดูแลรักษาฟัน/ช่องปากในผู้สูงอายุ สามารถปฏิบัติได้ด้วยตัวผู้สูงอายุเอง หรือผู้ดูแลในกรณีที่ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ควรทำความสะอาดฟันและช่องปากด้วยการแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอน ควรหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เนื้อเยื่อในช่องปาก เช่น กระจุกแก้ม เพดาน ปาก ลิ้น เกิดการอักเสบ แสบร้อน ระคายเคือง อาจกลายเป็นสาเหตุของรอยโรคในช่องปาก ตั้งแต่เชื้อรา ไปจนถึงมะเร็งในช่องปากได้

(7) อาหาร การรับประทานอาหารสำหรับผู้สูงอายุ ควรได้รับประทานอาหารหลักให้ครบ 5 หมู่ รับประทานผักและผลไม้ เพราะเป็นแหล่งสำคัญของวิตามิน เช่น เบต้าแคโรทีน วิตามินซี และแร่ธาตุ รวมทั้งสารอื่นๆ ที่จำเป็นต่อร่างกาย เช่น โยอาหารซึ่งช่วยในการขับถ่ายและนำคอเลสเตอรอลและสารพิษที่ก่อมะเร็งบางชนิดออกจากร่างกาย คึมนมให้เหมาะสมตามวัย มุสลิมควรเลือกรับประทานเฉพาะอาหารที่ฮาลาลและหลีกเลี่ยงอาหารฮารอมและยังเน้นเรื่องของความสะอาด

(8) การออกกำลังกาย การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ ควรเคลื่อนไหวของร่างกายอย่างสม่ำเสมอจะมีอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายน้อยกว่าผู้ที่ไม่มีการออกกำลังกาย ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และ โรคเรื้อรังอื่นๆ ที่เกิดในวัยสูงอายุ

(9) การดูแลสุขภาพจิต การดูแลสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ตามหลักศาสนาอิสลาม ผู้สูงอายุควรมีความพึงพอใจและยอมรับความเป็นจริงของชีวิตที่มีการเกิด แก่ เจ็บ ตาย ว่าเป็นเรื่องธรรมดาจะทำให้จิตใจดีขึ้น ผู้สูงอายุควรมองชีวิตตนเองในทางที่ดี พยายามหากิจกรรมหรืองานอดิเรกที่ทำแล้วเพลิดเพลินและมีคุณค่าทางจิตใจ เช่น เลี้ยงสัตว์เป็นเพื่อนจะช่วยให้ผู้สูงอายุไม่เหงาและมีความสุข การปลูกต้นไม้ การพบปะสังสรรค์กับบุคคลอื่นเพื่อพูดคุยหรือปรับทุกข์ ยึดศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ โดยการปฏิบัติตามหลักศาสนา เช่น การทำละหมาด การอ่านคัมภีร์อัลกุรอาน ปฏิบัติศาสนากิจตามความสะดวกและเหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจเวลา

(10) การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ทั้งที่แสดงออกทางร่างกาย ความคิด ความรู้สึก เพื่อตอบสนองสิ่งเร้าที่มีผลต่อสุขภาพของตนเองและผู้อื่น ที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย พิการ และตาย พฤติกรรมไม่ว่าจะเป็นปกติหรือพฤติกรรมเสี่ยงย่อมเกิดจากการเรียนรู้ในอดีต ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพที่ไม่ปลอดภัยในผู้สูงอายุ

(11) การตรวจสุขภาพประจำปี ผู้สูงอายุควรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี เป็นการตรวจเพื่อหาโรคหรือความผิดปกติตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เช่น โรคโลหิตจาง ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคพยาธิ โรคระบบทางเดิน ปัสสาวะ โรควัณโรค และโรคมะเร็งชนิดต่างๆ เป็นต้น จะทำให้สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลด ความรุนแรงของโรคหรือความพิการที่อาจเกิดขึ้นจากโรคนั้น ตลอดจนสามารถทำให้รักษาได้ตั้งแต่ อาการยังไม่มาก

จากแนวทางการดูแลตนเองในผู้สูงอายุตามหลักศาสนาอิสลาม ผู้วิจัยนำแนวทางดังกล่าวมาเป็นกรอบในการอธิบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิมด้วยตนเอง ซึ่งเป็นแนวทางที่ นับว่าครอบคลุมประเด็นการดูแลสุขภาพอนามัยในชีวิตประจำวัน สุขภาพจิต รวมทั้งการส่งเสริมป้องกัน ความเจ็บป่วย และการดูแลสุขภาพตามแนวทางนี้ยังสามารถนำไปอภิปรายเชื่อมโยงกับผลสำรวจ สุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมเพื่ออธิบายผลของการดูแลกับผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุอีกด้วย

2.3.6 แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิม

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2551) ได้ประมวล ความรู้และจัดทำคู่มือการดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนมุสลิมสำหรับผู้นำประจำมัสยิด ซึ่ง เสนอแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ไว้ 4 ระดับ ได้แก่

2.3.6.1 การส่งเสริมสุขภาพทางกาย ผู้สูงอายุควรดูแลร่างกายให้สมบูรณ์ แข็งแรงอยู่เสมอ โดยการรักษาความสะอาดร่างกาย/สิ่งของ การดูแลรักษาฟัน/ช่องปาก การ รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ การออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การส่งเสริมสุขภาพจิต การ หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ และควรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี หรือเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย ให้รีบรักษาให้หายขาด และควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เช่น การอาบน้ำ แปรงฟัน เข้าห้องน้ำ การรับประทานอาหาร เดินทางไป กลับบ้านเองในระยะทางที่ไม่ไกลเกินไป เช่น ไปมัสยิด ไปตลาดหรือไปบ้านเพื่อน

2.3.6.2 การส่งเสริมสุขภาพทางจิตใจ ผู้สูงอายุควรยอมรับบทบาทและ สถานภาพที่เปลี่ยนแปลงเมื่อมีอายุมากขึ้น และปรับตัวให้อยู่ร่วมกับลูกหลานได้สมศักดิ์ศรี เมื่อมี เรื่องกังวลใจ ควรปรึกษาผู้อื่นหรือคนใกล้ชิด หรือหากิจกรรม งานอดิเรกที่มีคุณค่าทางใจทำ เช่น

การปลูกต้นไม้ การเลี้ยงสัตว์ พบปะสังสรรค์กับบุคคลอื่นเพื่อพูดคุยหรือร่วมกิจกรรม ชีวีตนาเป็นที่พึงพอใจโดยการทำความดี และการปฏิบัติศาสนกิจอย่างสม่ำเสมอ

2.3.6.3 การสร้างสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ด้วยการสร้างคุณค่าความเป็นบุคคลที่สมบูรณ์โดยมุ่งเข้าถึงความเป็นจริงของธรรมชาติ ความจริงสูงสุด อาจเริ่มจากการทำงานอดิเรกที่ไม่หวังผลตอบแทนและทำตัวให้มีคุณค่าและศักดิ์ศรีในด้านสังคมวัฒนธรรม ด้วยการเข้าถึงจิตวิญญาณของศิลปะและวัฒนธรรม ดำรงรักษาและสืบสานไว้ให้แก่ชาติและลูกหลานสืบไป

2.3.6.4 การส่งเสริมสุขภาพทางสังคม โดยที่สถาบันทางสังคม ตั้งแต่ระดับ ครอบครัว องค์กรต่างๆ ในชุมชน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานบริการสุขภาพ อาสาสมัครองค์กรเอกชน สถาบันมัสยิดที่เป็นที่พึ่งทางใจ องค์กรทางสังคมเหล่านี้ควรมีส่วนในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรม การส่งเสริมสุขภาพ การตรวจรักษาโรค ฯลฯ

2.4 ความเป็นเมืองและผลกระทบทางด้านสุขภาพ

จากอัตราการเพิ่มประชากรอย่างรวดเร็วหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ส่งผลให้มีการอพยพย้ายถิ่นในการตั้งถิ่นฐานเพื่อการยังชีพมีรายงานในปี 2551 ประชากรโลกมากกว่าครึ่งหนึ่งอาศัยอยู่ในเขตเมืองเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์โลก (ไพร์ตัน พงพานิชย์, 2551: มติชน) ความเป็นเมืองนั้นเป็นผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อสภาพความเป็นอยู่ของประชาชนในเขตนั้นไปสู่รูปแบบของเมือง การเปลี่ยนแปลงสู่ความเป็นเมืองทำให้วิถีชีวิตเป็นแบบคนเมือง กล่าวคือมีลักษณะเหมือนเครื่องจักรกล เนื่องจากมีการใช้เทคโนโลยีและเครื่องจักร เพื่อเพิ่มความรวดเร็วในการผลิต ทำให้ความสามารถของคน และคุณค่าของความเป็นมนุษย์ถูกทำลาย ต้องมีการปรับตัวเรียนรู้ให้ทันกับการเปลี่ยนแปลง การเพิ่มความก้าวหน้าให้กับชีวิตและความเป็นอยู่ในเมืองจึงต้องสัมพันธ์กับระบบอุตสาหกรรม (ทรงพันธ์ ดันตระกูล, 2546) ซึ่งความเป็นเมือง (Urbanization) นี้ นับเป็นปรากฏการณ์หนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิต พฤติกรรม และสุขภาพของคนปัจจุบันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ นับตั้งแต่การใช้ชีวิตประจำวัน การทำงานภายใต้สภาวะแวดล้อมที่เสี่ยง การเดินทางภายใต้การจราจรที่ติดขัดและมีมลพิษ การรับประทานอาหารที่ไม่ทราบว่ามีอะไรปนเปื้อนอยู่บ้าง ฯลฯ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับความเป็นเมือง มีผู้ศึกษาอย่างมากมาย ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

2.4.1 ความหมายของคำว่า “เมือง”

Gould and Kobb (1964) อธิบายว่า ความเป็นเมือง หมายถึง ปรากฏการณ์ของลักษณะทางสังคมเมืองที่เกิดขึ้น หรือลักษณะของสังคมเมืองในแง่ประชากร คำนิยามนี้พบเสมอๆ ใน

หนังสือของสังคมวิทยาชนบท กล่าวคือ กรปฎิวัติทางด้านวัฒนธรรมในเขตชนบทเป็นวัฒนธรรมทางสังคมเมือง

Werner Z. Hirsch (1973) ในฐานะนักเศรษฐศาสตร์ พิจารณากระบวนการเกิดเมืองในแง่ของกระบวนการและปัญหาของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ในขณะที่เศรษฐกิจชนบทถูกเปลี่ยนแปลงสภาพไปสู่เศรษฐกิจแบบเมือง ดังนั้น กระบวนการเกิดเป็นเมือง จึงเกี่ยวข้องกับการแปลงสภาพประชากร กระบวนการผลิต และสภาพแวดล้อมทางสังคมการเมือง ที่สำคัญคือ เศรษฐกิจเมืองมีการพัฒนาด้านเทคโนโลยี นวัตกรรม และลักษณะของการประกอบการสูง สิ่งที่สัมพันธ์กับกระบวนการเกิดเมือง คือ การกระจุกตัวของประชากรบนพื้นที่เพิ่มขึ้น

ทาลคอตท์ พาร์สัน (Talcott Parsons) (อ้างใน นฤธร อินจรัส, 2535) อธิบายว่าความเป็นเมือง เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม โดยมีสาเหตุมาจากทั้งสาเหตุภายนอกระบบสังคม เช่น การเกิดสงคราม การแพร่กระจายของวัฒนธรรม เป็นต้น และสาเหตุจากภายในระบบสังคม เช่น การเปลี่ยนแปลงทางประชากร การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี เมื่อส่วนใดส่วนหนึ่งมีการเปลี่ยนแปลงจะเป็นสาเหตุทำให้ส่วนอื่น ๆ มีการเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอาจเกิดขึ้นเฉพาะส่วนใดหนึ่งหรืออาจเกิดขึ้นทั้งระบบก็ได้ พาร์สันเน้นความสำคัญของวัฒนธรรม ซึ่งรวมถึงความเชื่อ บรรทัดฐาน และค่านิยมของสังคม คือ ตัวชี้วัดหนึ่งช่วยให้สังคมมีการรวมตัวเข้าด้วยกันและเป็นตัวต้านทานต่อการเปลี่ยนแปลงในสังคม

จิตตินี จันทร์รจนา (2541) ได้สรุปความหมายของคำว่า “เขตเมือง (Urban Place)” ไว้ 4 นัย คือ

- (1) นัยทางวัฒนธรรม หมายถึง สถานที่ที่มีรากฐานของวัฒนธรรมเมือง
- (2) นัยทางการเมืองและการบริหาร หมายถึง การเป็นที่ตั้งของศูนย์กลางการปกครอง
- (3) นัยทางเศรษฐกิจ หมายถึง สถานที่ที่มีประชากรประกอบอาชีพนอกภาคเกษตร
- (4) นัยทางประชากร หมายถึง พื้นที่ที่มีขนาดและความหนาแน่นของประชากรมาก

ในประเทศไทย เขตเมือง ยังไม่มีผู้ให้ความหมายที่ใช้เป็นทางการ ส่วนใหญ่มักใช้ในความหมายเฉพาะ เขตเทศบาล (Municipal Areas) หมายถึง ท้องถิ่น ซึ่งได้มีพระราชบัญญัติกฤษฎีกาออกตามความในพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ.2496 (เพ็ญพร ธีระสวัสดิ์, 2535)

ในขณะที่ รศ.ดร.เสน่ห์ ญาณสาร (2547) ได้กล่าวว่า ระดับความเป็นเมืองมีวิธีการวัดอย่างง่าย ๆ วิธีหนึ่ง คือ การหาอัตราส่วนหรือร้อยละของประชากรที่อาศัยอยู่ในแหล่งที่จัดว่าเป็นเขตเมือง หรือชุมชนเมืองต่อจำนวนประชากรทั้งหมด แต่ว่าการเปรียบเทียบความเป็นเมือง ระหว่างประเทศต่าง ๆ นั้น ประสบความยุ่งยากลำบาก เพราะความหมายของเขตชุมชนเมืองนั้นแตกต่างกัน

ไป และแม้แต่ประเทศไทยเองจะเห็นว่า เขตชุมชนเมืองกรุงเทพมหานครครอบคลุมทุกเขต ในขณะที่เขตชุมชนเมืองของจังหวัดต่างๆ นั้นครอบคลุมเฉพาะเขตเทศบาลเท่านั้น

2.4.2 การขยายตัวของเมือง และการเปลี่ยนแปลงของชุมชนมุสลิมในกรุงเทพมหานคร

การตั้งถิ่นฐานของชุมชนมุสลิมในกรุงเทพมหานครในอดีตค่อนข้างมีเอกลักษณ์เฉพาะ เช่นเดียวกับชุมชนมุสลิมทางภาคใต้ คือ มีมัสยิดเป็นศูนย์กลางและมีบ้านเรือนอยู่ใกล้ชิดกัน ประเภทเสนาะ (2535) ทำการศึกษาการแบ่งเขตของชุมชนมุสลิมในกรุงเทพมหานคร สามารถสรุปได้ ดังนี้

2.4.2.1 กรุงเทพฯ ชั้นใน เป็นเขตที่มีชุมชนมุสลิมกระจายตัวเป็นบริเวณกว้างสองฝั่งแม่น้ำเจ้าพระยาจากเหนือจรดใต้ คือ บางอ้อ บางกระบือ บางลำพู ดึกดิน บางกอกน้อย บางกอกใหญ่ บ้านสมเด็จ เจริญพาสณ์ สวนพลู ดึกแดง ราชวงศ์ วัดสุวรรณ โรงภาษี บางรัก ตรอกจันทร์ ยานนาวา วัดพระยาไกร ถนนตก ส่วนที่แยกซอยเล็กไปตามลำคลองของกรุงเทพฯ ชั้นในก็มีอีกมาก เช่น มหานาค บ้านครัว เจริญผล มังกะสัน พญาไท เป็นต้น

2.4.2.2 กรุงเทพฯ ชั้นนอก เป็นเขตที่มีชุมชนแพร่กระจายตามลำคลองสายหลักด้านตะวันออก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คลองแสนแสบ ที่ทอดยาวจากประตูน้ำไปจนถึงบางน้ำเปรี้ยว ได้แก่ บ้านดอน นวลน้อย คลองตัน บ้านป่า สวนหลวง หัวป่า บางมะเขือ บางกะปิ ลาดพร้าว ลาดสะแก คลองจั่น วัดกลาง หัวหมาก บ้านม้า หนองบอน วังใหญ่ สะพานสูง คลองกุ่ม มีนบุรี หนองจอก นอกจากนี้ในด้านทิศตะวันตก ก็มีชุมชนย่านฝั่งธนบุรี เช่น บางมด และราษฎร์บูรณะ

2.4.2.3 เขตปริมณฑล เป็นชุมชนมุสลิมกระจายออกเป็นบริเวณกว้าง คือ ทิศเหนือเป็น จ.ปทุมธานี ทำอัฐ บางบัวทอง ไทรน้อย ทิศใต้ คือ ปากลัด พระประแดง บางครุ ทิศตะวันออก คือ บางน้ำเปรี้ยว

ชุมชนเหล่านี้เป็นชุมชนมุสลิมดั้งเดิมที่ปัจจุบันอาจมีการขยายตัวของชุมชน และก่อตั้งเป็นชุมชนใหม่ หรือมีการเปลี่ยนแปลงของประชากรมุสลิมในเขตเมืองที่อาศัยกันอย่างหนาแน่น บางชุมชนเป็นชุมชนแออัด

2.4.3 ผลกระทบทางด้านสุขภาพจากการขยายตัวของเมือง

สมโภช รัตติโอพาร (2555) ได้ศึกษา การเติบโตของเมืองแบบไร้ระเบียบกับผลกระทบต่อสุขภาพ ว่า เมืองที่มีการเติบโตที่ขาดการควบคุมหรือวางแผนที่ดี ทำให้มีผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคล กระทบต่อปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและส่งผลต่อสุขภาพทั้งโดยตรง และโดยอ้อม ดังนี้ ปัญหาความร้อน มลพิษทางอากาศ การจราจรที่ติดขัด ทำให้การเคลื่อนไหวร่างกายของ ผู้คนที่

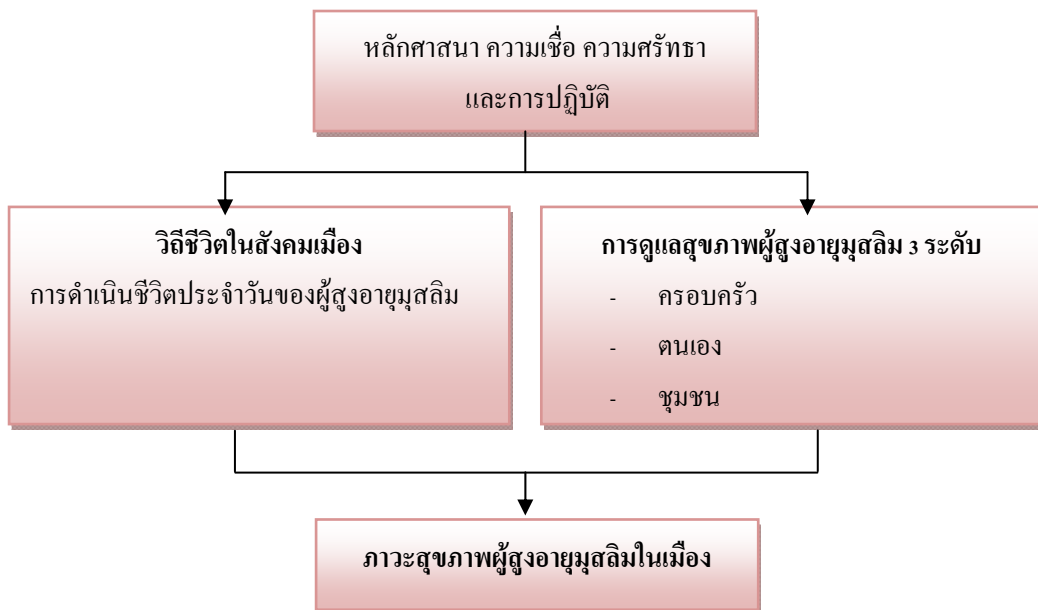
อาศัยในเมืองต้องใช้เวลาในการเดินทางนาน ส่งผลต่อระดับการเคลื่อนไหวร่างกายที่ต่ำ การมีวิถีชีวิตที่ต้องนั่งนานเป็นปัจจัยสำคัญของโรคหัวใจหลอดเลือด การมีความดันโลหิตสูง การจราจรที่ติดขัดก่อให้เกิดความเครียด

นอกจากความเป็นเมืองจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพของประชากรแล้ว ยังส่งผลต่อส่วนอื่นๆ ของสังคมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ในสังคมมุสลิมก็เช่นเดียวกัน ภายใต้สภาวะการณดังกล่าวนี้ชาวมุสลิมในเขตเมืองต้องปรับตัวให้ทันกับการเปลี่ยนแปลง จากแนวคิดบทบาทศาสนากับการดูแลสุขภาพ โดยมีนักวิชาการอิสลามได้เสนอแนวคิดในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม และข้อเสนอแนวทางการดูแลสุขภาพนั้น แต่เนื่องจากบริบทที่แตกต่างกันในแต่ละสังคม ถึงแม้ว่ามุสลิมนับถือหลักศาสนาเดียวกัน แต่การประพฤติปฏิบัติอาจแตกต่างกันได้ ความแตกต่างกันในบริบทของสังคมเมืองกับวิถีชีวิตของมุสลิมในภาคใต้ หรือในสังคมอื่นๆ จึงจำเป็นต้องเข้าใจถึงบริบทของการเปลี่ยนแปลงในสังคมที่เกิดขึ้น เพื่อทำความเข้าใจต่อปัญหา และสามารถจะแก้ไขปัญหาได้ตรงจุด

ตัวอย่างหนึ่งของการศึกษาแนวคิดความเป็นเมืองของนักศึกษาสาขาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ศึกษาผลกระทบของภาวะความเป็นเมืองต่อสุขภาพภาวะความเป็นเมืองไม่ได้มีผลกระทบต่อประชากรในด้านเศรษฐกิจเท่านั้น แต่ยังมีผลต่อรูปแบบทางสังคมอื่นๆ ด้วย ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต, ค่านิยม, รูปแบบการประกอบอาชีพ และ พฤติกรรมการบริโภคที่เปลี่ยนแปลงไปในทางลบก็เป็นหนึ่งในนั้น ความเร่งรีบ, ความเครียดจากการทำงาน, ค่านิยมตะวันตก และ ลักษณะอาชีพที่ไม่ต้องใช้แรง ต่างเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ความเครียดต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมีเพิ่มสูงขึ้น งานศึกษาหลายชิ้นยังกล่าวอีกว่า ผู้บริโภคในเมืองมักมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม เช่น กินจุบจิบ กินอาหารรสจัด และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นต้น ระบบสื่อสารและการโฆษณาที่มีอิทธิพลต่อผู้บริโภคมากในฐานะที่เป็น “สินค้าชนิดพิเศษ” การสื่อสารที่ทำให้ผู้บริโภคเข้าใจผิด หรือเป็นการสร้างเอกลักษณ์โดยการเบนประเด็นออกจากคุณค่าทางโภชนาการทำให้การบริโภคที่ไม่เป็นไปตามสุขโภชนาการมีเพิ่มขึ้น การโฆษณาอาหารไม่ใช่สิ่ง “ตรงไปตรงมา” นั่นคือ กลุ่มอุตสาหกรรมอาหารจะทำทุกวิถีทางให้ผู้บริโภค “กินสินค้าของบริษัทต่างๆ เข้าไว้” ในขณะที่ประชาชนรับรู้ความเป็นจริงเหล่านั้นน้อยมาก การพัฒนาของแหล่งซื้อขายอาหาร เช่น ตลาดสด ซูเปอร์มาร์เก็ต และ ร้านขายส่ง รวมถึง บริการส่งถึงที่ของร้านอาหารจานด่วนต่างๆ เป็นผลพวงของการเติบโตของเมือง การที่ผู้บริโภคสามารถเข้าถึงแหล่งอาหารได้ง่ายขึ้นเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่โน้มนำให้ผู้บริโภคมีภาวะโภชนาการเกิน ผลกระทบของโลกาภิวัตน์ทำให้วิถีชีวิตแบบ “แตกฉาน-ยัดเยียด” เข้าสู่การดำเนินชีวิตของคนกรุง รูปธรรมของโลกาภิวัตน์ทางเศรษฐกิจซึ่งคือ การค้าเสรี มีทั้งผลดีและผลเสียต่อพฤติกรรมการบริโภค ในขณะที่การลงทุนข้ามชาติของธุรกิจอาหารมีผลโดยตรงต่อความง่ายในการเข้าถึงอาหารของผู้บริโภค

2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากงานวิจัยของ Christopher Scheitle (2010) ซึ่งชี้ให้เห็นว่า ผู้ที่มีความศรัทธาในศาสนาที่มีความเข้มงวดและเคร่งครัดมาก มีแนวโน้มที่พวกเขาจะมีสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่ศรัทธาในศาสนาที่ไม่ค่อยเข้มงวดนัก แต่อย่างไรก็ตามแม้ชาวมุสลิมที่มีค่านิยมเดียวกันแต่บริบทแวดล้อมที่ต่างกันอาจมีผลกระทบต่อสุขภาพที่ต่างกันด้วย ซึ่งความเป็นเมือง (Urbanization) นี้ นับเป็นปรากฏการณ์หนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิต พฤติกรรม และภาวะสุขภาพของคนปัจจุบันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ชาวมุสลิมในเขตเมืองต้องปรับตัวให้ทันกับการเปลี่ยนแปลง โดยมีนักวิชาการอิสลามได้เสนอแนวคิดในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม และข้อเสนอแนวทางการดูแลสุขภาพนั้น ถึงแม้ว่ามุสลิมนับถือหลักศาสนาเดียวกัน แต่การประพฤติปฏิบัติอาจแตกต่างกันได้ ความแตกต่างกันในบริบทของสังคมเมืองกับวิถีชีวิตของมุสลิมในภาคใต้ หรือในสังคมอื่นๆ จึงจำเป็นต้องเข้าใจถึงบริบทของการเปลี่ยนแปลงในสังคมที่เกิดขึ้น เพื่อทำความเข้าใจต่อปัญหา และสามารถจะแก้ไขปัญหานั้นได้ตรงจุดจากแนวคิดดังกล่าวจึงนำมาเป็นกรอบแนวคิดได้ ดังนี้



แผนภูมิ 2.1 กรอบแนวคิด

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษารุ่นนี้ เป็นการสำรวจสถานการณ์สุขภาพ และประเด็นการดูแลสุขภาพที่เป็นวัฒนธรรมเฉพาะกลุ่ม ผู้วิจัยจึงใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Research) ทั้งการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ในการสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร และการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อศึกษาระดับลึกในวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม ในวิถีชีวิตแบบเมือง มีรายละเอียดวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

3.1 พื้นที่ศึกษา

การศึกษารุ่นนี้ ผู้วิจัยได้เจาะจงเลือกพื้นที่ชุมชนมุสลิมในกรุงเทพมหานคร โดยมีเหตุผลเนื่องจากพื้นที่กรุงเทพมหานครมีลักษณะของความเป็นเมือง จากจำนวนเขตการปกครองทั้งสิ้น 50 เขต มีเขตที่มุสลิมอาศัยอยู่ประมาณ 10 เขต สำหรับชุมชนมุสลิมอาศัยอยู่หนาแน่น เช่น เขตประเวศ หนองจอก เขตมีนบุรี เขตสวนหลวง (แผนงานสร้างเสริมสุขภาพวะมุสลิมไทย, 2550) ผู้วิจัยได้เจาะจงเลือกชุมชนมุสลิมชุมชนแห่งหนึ่งในเขตสวนหลวง ซึ่งชุมชนแห่งนี้มีคุณลักษณะที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการศึกษา 3 ประการคือ 1) เป็นชุมชนที่มีสัดส่วนของคนที่ศรัทธาอิสลามกว่าร้อยละ 90 ซึ่งถือได้ว่าเป็นชุมชนชาวมุสลิมที่สามารถสะท้อนถึงวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตของชาวมุสลิมได้ 2) จากการสำรวจพื้นที่ในเบื้องต้นพบว่าเป็นชุมชนที่มีองค์ประกอบทั้งทางกายภาพและการดำเนินกิจกรรมที่สะท้อนถึงความเป็นชุมชนมุสลิมในเขตเมือง กล่าวคือชุมชนแวดล้อมไปด้วยระบบคมนาคมที่สะดวกและทันสมัย มีความหนาแน่นของบ้านเรือนและแหล่งธุรกิจบริการ รวมทั้งมีระบบสาธารณสุขที่ครบถ้วนนอกจากนี้ในชุมชนยังมีศาสนสถานและกิจกรรมทางศาสนา รวมทั้งกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องที่สะท้อนถึงวิถีชีวิตของชาวมุสลิม และ 3) ในชุมชนมีสัดส่วนของประชากรสูงอายุไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ซึ่งเหมาะแก่การศึกษาการเป็นสังคมผู้สูงอายุในชุมชนมุสลิม

3.2 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

ในการศึกษาคั้งนี้ ได้กำหนดกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือผู้สูงอายุมุสลิม กลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้นำชุมชน / ผู้นำศาสนา โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.2.1 ผู้สูงอายุมุสลิม

ผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษาคั้งนี้คือ ผู้สูงอายุมุสลิม ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่นับถือศาสนาอิสลาม และอาศัยอยู่ในชุมชนที่ศึกษาในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ได้แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุมุสลิมวัยต้น(อายุ 60-69 ปี) กลุ่มผู้สูงอายุมุสลิมวัยกลาง(อายุ 70-79ปี) และกลุ่มผู้สูงอายุมุสลิมวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) เนื่องจากระดับสุขภาพ และระดับการพึ่งพาทั้ง 3 ช่วงวัยมีความแตกต่างกัน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ,2550) ในการศึกษาเชิงปริมาณ ผู้วิจัยใช้วิธีการสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิมทุกคนในชุมชน ซึ่งมีทั้งสิ้นจำนวน 130 ราย และการศึกษาเชิงคุณภาพผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์ระดับลึก โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงทั้ง 3 กลุ่มวัย จำนวน 29 ราย เพื่อเก็บข้อมูลวิธีการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ที่สัมพันธ์กับความเชื่อทางศาสนา

3.2.1 ผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุมุสลิม

ผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุมุสลิม คือ บุคคลที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุและมีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งหมายถึง ลูก หลาน หรือ ญาติ เพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับระบบความสัมพันธ์ในครอบครัว และการดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุของบุคคลในครอบครัวมุสลิม ซึ่งกลุ่มผู้ดูแลหลักนี้ ผู้วิจัยได้เลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยเลือกสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุมุสลิมที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้สูงอายุมุสลิมที่ให้ข้อมูลระดับลึก จำนวน 25 ราย (จำนวนไม่เท่ากับจำนวนที่สัมภาษณ์ผู้สูงอายุเนื่องจากมีผู้สูงอายุ 4 ราย ที่อยู่คนเดียว)

3.2.2 ผู้นำชุมชน / ผู้นำศาสนา และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

สำหรับข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชน ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ประธานชุมชน (1คน) ประธานชมรมผู้สูงอายุ (1คน) และ โตะะอิม่าม (1คน) เพื่อเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องหลักศาสนา หลักความเชื่อในการปฏิบัติที่เกี่ยวกับสุขภาพและบทบาทของศาสนาที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับชุมชน ส่วนข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม และการเข้าถึงสถานบริการทางด้านสาธารณสุขของผู้สูงอายุ เก็บจากเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน จำนวน 4 ราย

3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ ใช้การศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative method) และการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เป็นวิธีการศึกษา ดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิมช่วงเดือนเมษายน 2553 ถึงเดือนพฤษภาคม 2554 หลังจากนั้นเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2554 ถึงเดือนมีนาคม 2555 ผู้วิจัยมีวิธีการเก็บข้อมูล ดังนี้

3.3.1 การใช้ข้อมูลเอกสาร เป็นการศึกษารวบรวมข้อมูลเบื้องต้น ของเขตชุมชนมุสลิม ในกรุงเทพมหานคร จากสำนักงานคณะกรรมการอิสลามประจำกรุงเทพมหานคร และศูนย์บริการสาธารณสุข 37 เพื่อนำมาเป็นการรอบในการคัดเลือกพื้นที่ศึกษาและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3.3.2 การศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative method)

ในการเก็บข้อมูลภาคสนามผู้วิจัยได้แนะนำตัวกับประธานชมรมผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย และขอข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับจำนวนผู้สูงอายุในชุมชน นำข้อมูลที่ได้มาจัดพิมพ์รายชื่อ และคัดเลือกเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลาม จากนั้นเข้าชี้แจงโครงการกับประธานชุมชนรวมทั้งขอความร่วมมือในการวิจัย ซึ่งก็ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีทางชุมชนได้ช่วยประชาสัมพันธ์โครงการและขอความร่วมมือจากคนในชุมชนด้วยการประกาศเสียงตามสาย จากนั้นผู้วิจัยได้ทำการสำรวจข้อมูลทั่วไป และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมโดยใช้แบบสอบถาม และแบบประเมินสมรรถภาพในการปฏิบัติกิจประจำวัน (ดัชนีบาร์เซล เอดีแอล: Barthel ADL index) ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยชี้แจงโครงการวิจัยกับผู้สูงอายุก่อนเก็บข้อมูล โดยให้ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลลงชื่อยินยอมในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย นอกจากนี้ผู้วิจัยได้สำรวจข้อมูลทั่วไปของชุมชนรวมทั้งการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุมุสลิม โดยใช้วิธีการสังเกตและจดบันทึกข้อมูล

สำหรับข้อมูลจากแบบสอบถามผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้สถิติการบรรยาย และการประมวลผลข้อมูลก่อนนำผลที่ได้ไปเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงคุณภาพ

3.3.3 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ หลังจากวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ และวิธีการสังเกตแล้ว และพบประเด็นที่น่าสนใจ คือ การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุมุสลิม มีลักษณะเช่นเดียวกับคนเมืองทั่วไป มีการปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนา แต่ไม่เคร่งครัด และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมก็ไม่แตกต่างจากผู้สูงอายุทั่วไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาเชิงลึกเพิ่มเติม เพื่อค้นหา

หลักศาสนามีผลต่อการดูแลสุขภาพหรือไม่อย่างไร โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ระดับลึก (In depth Interview) รวมถึงวิธีการสังเกตวิธีการดำเนินชีวิตประจำวันตามหลักศาสนาอิสลามของผู้สูงอายุมุสลิม และจดบันทึกข้อมูล และเนื่องจากการเก็บข้อมูลครั้งนี้มีความต่างทางวัฒนธรรมศาสนา ระหว่างตัวผู้วิจัยและกลุ่มเป้าหมาย ผู้วิจัยใช้วิธีการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายโดยผ่านลูกหลานชาวมุสลิมในชุมชนช่วยพาไปแนะนำตัวกับผู้สูงอายุ และช่วยสัมภาษณ์บางราย ในกรณีที่ผู้วิจัยไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ เช่น การใช้ภาษามลายูในการสัมภาษณ์ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ปรึกษากับโต๊ะอิหม่าม ในการทำความเข้าใจกับหลักศาสนา และวัฒนธรรมของคนในชุมชน รวมถึงการศึกษาจากเอกสาร ซึ่งสามารถแบ่งประเด็นการศึกษาเชิงคุณภาพตามกลุ่มตัวอย่างได้ ดังนี้

1) บริบทชุมชน ผู้วิจัยได้ขออนุญาตให้ผู้นำชุมชนแนะนำอาณาเขตของชุมชนทั้งหมด โดยเดินสำรวจรอบชุมชน โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสังเกต และจดบันทึกสภาพแวดล้อมภายในชุมชน บริเวณรอบๆ ชุมชน การสัมภาษณ์โต๊ะอิหม่ามถึงประวัติ ความเป็นมาที่สำคัญของชุมชน และการพูดคุยแบบเป็นกันเองกับชาวบ้านทั่วไปที่อาศัยในชุมชนถึงวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน การประกอบอาชีพ การทำกิจกรรมต่างๆ ทั้งในด้านศาสนา และกิจกรรมด้านสังคมทั่วไปในชุมชน ผู้วิจัยไม่ได้บันทึกเสียง เพื่อสร้างบรรยากาศการพูดคุยที่เป็นกันเอง และลดความอึดอัดใจของผู้ให้สัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสังเกตได้ว่า ไม่คุ้นเคยและวางใจกับการบันทึกข้อมูลด้วยวิธีดังกล่าว

2) กลุ่มผู้สูงอายุมุสลิม หลังจากที่ผู้วิจัยได้สร้างความคุ้นเคยกับผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนบ้างแล้ว ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์ระดับลึก เพื่อเก็บข้อมูลรายละเอียดที่มีลักษณะเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุมุสลิมในวิถีชีวิตแบบเมือง โดยขออนุญาตอัดเทปขณะสัมภาษณ์ ในบางรายที่ไม่อนุญาต ผู้วิจัยได้ใช้วิธีจดบันทึกข้อมูลแทน โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30 - 60 นาทีต่อครั้ง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย และเวลาว่างของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุบางรายมีอาชีพค้าขาย ในกรณีที่ข้อมูลที่ได้ไม่ครบถ้วนเพียงพอ ผู้วิจัยได้ทำการนัดหมายเพิ่มเติม

3) กลุ่มผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุมุสลิม เป็นบุคคลที่ให้การดูแล ช่วยเหลือผู้สูงอายุมุสลิมในชีวิตประจำวันที่อยู่ในครอบครัวเดียวกัน ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์ระดับลึกถึงระบบความสัมพันธ์ในครอบครัว และการดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุของบุคคลในครอบครัวซึ่งมีผลมาจากอิทธิพลของศาสนา โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 60 - 90 นาทีต่อครั้ง และมีการนัดหมายล่วงหน้า เนื่องจากผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน ก่อนสัมภาษณ์ผู้วิจัยขออนุญาตและให้ผู้ให้ข้อมูลลงชื่อยินยอมในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย

4) กลุ่มผู้นำชุมชน / ผู้นำทางศาสนา และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้วิจัยใช้วิธีการสร้างความคุ้นเคยตั้งแต่การสำรวจพื้นที่ โดยการเข้าไปพูดคุยแบบไม่เป็นทางการกับโต๊ะอิหม่ามในชุมชน

แนะนำตัวและขอความร่วมมือกับผู้นำชุมชน หลังจากนั้นผู้นำชุมชนมอบหมายให้อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้อำนวยความสะดวกให้แก่ผู้วิจัยในการให้ข้อมูล และเก็บข้อมูลจนแล้วเสร็จ ในการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างนี้บางครั้งเป็นการพูดคุยแบบเป็นกันเอง ไม่ได้อัดเทปแต่ผู้วิจัยได้มีการจดบันทึก และในการสัมภาษณ์ระดับลึกถึงปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมือง เพื่อให้ทราบถึงปัญหาสุขภาพ การเข้าถึงสถานบริการทางด้านสาธารณสุข เพื่อที่จะสามารถนำมาวิเคราะห์ในเรื่องของความสัมพันธ์ของหลักความเชื่อและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ดังได้กล่าวข้างต้น การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจึงประกอบด้วย แบบสอบถาม และแนวคำถามสำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.4.1 แบบสอบถาม (Questionnaire) จำนวน 1 ชุด

ผู้วิจัยใช้สร้างแบบสอบถามโดยใช้แนวคิดการดูแลผู้สูงอายรรวมทั้งวรรณกรรมต่างๆ ที่ได้จากการทบทวนมากำหนดเป็นข้อคำถาม นอกจากนี้ในส่วนของการประเมินสมรรถภาพในการปฏิบัติกิจประจำวัน ผู้วิจัยได้ใช้ดัชนีบาร์เซล เอดีแอล (Barthel ADL index) ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (การดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนมุสลิมสำหรับผู้นำประจำมัสยิด, 2551) ซึ่งแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นได้มีการปรับปรุงแก้ไขความน่าเชื่อถือในเชิงเนื้อหาจากคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และได้มีการนำไปทดสอบกับผู้สูงอายุชาวมุสลิมที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง และได้มีการปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งก่อนการนำไปใช้ในการสัมภาษณ์จริง (ดูภาคผนวก ก.) แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มีจำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุมุสลิม มีจำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 3 การประเมินสมรรถภาพในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีจำนวน 10 ข้อ

ในการประเมินสมรรถภาพในการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นการวัดว่าผู้สูงอายุทำอะไรบ้าง (ทำได้อยู่จริง) ไม่ใช่เป็นการทดสอบหรือถามว่าสามารถทำได้หรือไม่ โดยเป็นการสอบถามถึงกิจที่ปฏิบัติในระยะ 24-28 ชั่วโมง ซึ่งมีระดับความรุนแรงของสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติคือ

0– 4 คะแนน = ฟังพาทั้งหมด

5 – 8 คะแนน = ฟังพาระดับรุนแรง

9 – 11 คะแนน = ฟังพาระดับปานกลาง

12 คะแนนขึ้นไป = ฟังพาระดับน้อย

3.4.2 แนวคำถาม (Guideline) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ระดับลึก จำนวน 3 ชุด

ชุดที่ 1 ใช้ในการทำสนทนาระดับลึกผู้สูงอายุมุสลิม ประเด็นที่ใช้ในการสัมภาษณ์คือ ความหมายของผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุมุสลิม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตามหลักศาสนา และการดูแลสุขภาพตามหลักศาสนาในวิถีชีวิตแบบเมือง (ดูภาคผนวก ข.)

ชุดที่ 2 ใช้ในการทำสนทนาระดับลึกผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุมุสลิม ประเด็นที่ใช้ในการสัมภาษณ์ คือ ทักษะคิดต่อการดูแลผู้สูงอายุมุสลิม การดูแลผู้สูงอายุมุสลิมตามหลักศาสนาอิสลาม และการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิม (ดูภาคผนวก ค.)

ชุดที่ 3 ใช้ในการทำสนทนาระดับลึกผู้นำชุมชน / ผู้นำทางศาสนา และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประเด็นที่ใช้ในการสัมภาษณ์ คือ การดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชน ตามวิถีชีวิตแบบเมือง (ดูภาคผนวก ง.)

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากการสำรวจ และการสัมภาษณ์ระดับลึกเสร็จสิ้นแล้ว ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดย

3.5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสำรวจ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และสมรรถภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุมุสลิม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS (SPSS Inc., 2009, Chicago, IL) เพื่อหาค่าสถิติ ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ

3.5.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ได้จากการสัมภาษณ์ระดับลึก ได้แก่ ข้อมูลการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในสังคมชาวมุสลิมในเขตเมือง จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพทั้งหมดนำมาถอดเทป จากการสัมภาษณ์บางรายที่ไม่ได้อัดเทป ผู้วิจัยนำมาสรุปจากการบันทึก และนำมารวบรวมจัดหมวดหมู่ (Topology) จัดระบบความสัมพันธ์ของข้อมูลในการนำมาตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูลจะใช้การวิเคราะห์ตั้งแต่ระหว่างเก็บข้อมูล และหลังจากเก็บข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว โดยใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของสภาวะสุขภาพกับวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมือง

เนื่องจากผู้วิจัยเป็นคนนอกวัฒนธรรม ซึ่งมีข้อจำกัดในการตีความและการทำความเข้าใจความหมายจากพระคัมภีร์อัลกุรอาน และความเชื่อของชาวมุสลิม ในการวิเคราะห์ข้อมูลและการเขียนงานรายงานการวิจัยบางส่วนที่อ้างอิงกับพระคัมภีร์อัลกุรอาน ผู้วิจัยจึงได้ปรึกษากับกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ที่เป็นคนในวัฒนธรรมมุสลิม และนำผลการศึกษาไปปรึกษากับอิหม่ามในชุมชนเพื่อตรวจสอบข้อมูลอีกครั้ง เพื่อให้ผลการศึกษาชัดเจนและเที่ยงตรงมากขึ้น

หลังจากวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเรียบร้อยแล้ว สรุปภาพรวมตามกรอบแนวคิดการวิจัยที่เกี่ยวข้อง เขียนอธิบายความเชื่อมโยงในประเด็นภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมในเขตเมือง และสรุปประมวลผลที่ได้จากการสังเกตเพื่ออธิบายความสัมพันธ์ของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมือง

3.6 จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลในการเก็บข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษาและขั้นตอนการเก็บข้อมูล การสัมภาษณ์ให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการสัมภาษณ์ได้ตลอดเวลา หรือหากไม่ต้องการตอบคำถามในบางคำถามก็สามารถหยุดได้ทันทีโดยไม่จำเป็นต้องชี้แจงเหตุผล ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตในการเก็บข้อมูลแก่ผู้นำชุมชน และหนังสือชี้แจงรายละเอียดในการสัมภาษณ์แก่กลุ่มตัวอย่าง ก่อนการดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ในการนำเสนอข้อมูลทั้งหมด จะเป็นการนำเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลทั้งหมดที่สัมภาษณ์จะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อในการนำเสนอ งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการการวิจัยในคน สาขาสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MU-SSIRB 2010/033.0609

บทที่ 4

ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมือง

ในการศึกษาวิจัยการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมือง ผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มตัวอย่างจากชุมชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร โดยทำการศึกษาค้นคว้าทั้งข้อมูลเชิงปริมาณ ในการสำรวจภาวะสุขภาพทางด้านร่างกาย สุขภาพจิต และสมรรถภาพในการดำเนินชีวิตประจำวัน สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการสัมภาษณ์ระดับลึก และการสังเกตที่เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุมุสลิม ตลอดจนวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพในวิถีชีวิตแบบเมือง ซึ่งพบผลการศึกษา ดังต่อไปนี้

4.1 บริบทชุมชนมุสลิมในเขตเมือง

4.1.1 ประวัติชุมชน

ชุมชนนี้เป็นชุมชนใหม่ที่แยกจากชุมชนมุสลิมดั้งเดิมในเขตพื้นที่เดียวกัน ชุมชนดั้งเดิมแห่งนี้ ถือว่าเป็นชุมชนที่เก่าแก่ที่สุดแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เคยเป็นส่วนหนึ่งของนครเขื่อนขันธ์ ซึ่งมีอาณาบริเวณครอบคลุม 2 ฝั่งแม่น้ำเจ้าพระยาที่ไหลผ่านเมืองพระประแดงและเมืองพระโขนงเก่า ต่อมากลายเป็นอำเภอพระโขนง กรุงเทพมหานคร ผู้คนในชุมชนมีบรรพชนเป็นชาวมลายูเชื้อสายกลันตัน และยะโฮร์ที่มาจากปัตตานี เรียกกันว่า “แขกมลายูเก่า” ซึ่งมาจับจองในพื้นที่นครเขื่อนขันธ์เก่าแห่งนี้ ในอดีตพื้นที่ชุมชนเป็นป่ารก มีต้นไม้ใหญ่ปกคลุมอาณาบริเวณของพื้นที่โดยทั่วไป มีลำคลองสายเล็กที่ไหลลงสู่แม่น้ำเจ้าพระยา มีเรื่องเล่าจากผู้สูงอายุว่า คลองแห่งนี้มีโชคลองชุด แต่เป็นคลองธรรมชาติที่เกิดจากโคลงข้างดินหาอาหารจนเป็นคลองในภายหลัง สังเกตได้จากความคดเคี้ยวของคลอง บางช่วงของลำคลองเต็มไปด้วยป่าทั้งสองฝั่ง เช่น ป่าไผ่ ป่ามะไฟ ป่าตะโก เป็นต้น สลับกับพื้นที่บางส่วนมีเรือสวน ไร่นา และกลุ่มบ้านเรือนที่กระจุกตัวอยู่ในบางช่วงเมื่อกาลเวลาผ่านไป ครัวเรือนเริ่มขยายจำนวนมากขึ้น จนกลายเป็นชุมชน จึงมีการสร้างมัสยิดขึ้นเป็นหลังแรกพร้อมสุสาน (กูโบร์) ปัจจุบันใช้เป็นที่ฝังศพของคนในชุมชนแห่งนี้

จากคำบอกเล่าของผู้สูงอายุถึงความสัมพันธ์ของชาวมุสลิมในพื้นที่นี้ คือ ไม่มีความเกี่ยวข้องกับเครือญาติที่ชัดเจน จะมีก็แต่คนรุ่นหลังที่เกี่ยวข้องกันด้วยการแต่งงาน วัฒนธรรมและวิถีชีวิตบางประการก็เปลี่ยนไปตามคนส่วนใหญ่ในเมืองหลวง อาจจะเป็นเพราะการเป็นชาวไร่ชาวนาเหมือนชาวบ้านภาคกลางในยุคนั้นโดยทั่วไป และความเจริญเติบโตของเมืองกรุงเทพมหานครเมื่อเศรษฐกิจเจริญเติบโตขึ้น มีสาธารณูปโภคที่สะดวกสบาย เช่น มีไฟฟ้า มีน้ำประปา และถนนตัดผ่านพื้นที่ชุมชน ทำให้มุสลิมต่างเขต ต่างจังหวัดได้ย้ายเข้ามาทำงานในเมือง ทำให้มีการขยายพื้นที่อยู่อาศัยออกไปเรื่อยๆ จากเป็นชุมชนมุสลิมเล็กๆ กลายเป็นชุมชนแห่งใหญ่ และจนเมื่อปี พ.ศ.2531 ได้มีการก่อตั้งตามระเบียบการจัดตั้งชุมชนตามประกาศของพระราชบัญญัติชุมชน หลังจากนั้นก็มีผู้นำตามระบบการปกครองของกระทรวงมหาดไทย

จากหลักฐานการจัดตั้งชุมชนแห่งนี้ ถือว่าเป็นชุมชนใหม่จากการแยกตัวออกจากชุมชนมุสลิมดั้งเดิมในเขตพื้นที่เดียวกัน เพื่อหลีกเลี่ยงความแออัดจากพื้นที่เดิม เนื่องจากการเจริญเติบโตของเมืองกรุงเทพมหานคร และการย้ายถิ่นของประชากรมุสลิมจากจังหวัดภาคกลาง เช่น อยุธยา ปทุมธานี ที่เข้ามาทำงานในเมืองหลวง มุสลิมจากต่างจังหวัดที่ย้ายเข้ามาทำงานในเมืองมักอพยพมาอยู่ในชุมชนมุสลิมด้วยกัน เพราะต้องการศูนย์กลางคือมัสยิด รวมถึงคนไทยจากภาคอีสานที่เข้ามาทำงานในเมือง มาเช่าห้องพักอยู่พื้นที่บริเวณด้านหน้าของชุมชนทำให้มีผู้คนอาศัยอยู่รวมกันในชุมชนแห่งนี้เป็นจำนวนมาก จนกลายเป็นพื้นที่ที่หนาแน่นไปด้วยบ้านเรือนของประชากรคล้ายกับชุมชนแออัด ความสัมพันธ์ของคนในชุมชนตามระบบเครือญาติมีน้อยทั้งชาวไทยพุทธและมุสลิม แต่มีความนับถือกันแบบพี่น้อง และรู้จักกันดีในแต่ละครอบครัว โดยเฉพาะชาวมุสลิม ที่มีความสัมพันธ์กันอย่างเหนียวแน่น เพราะมีกิจกรรมตามประเพณีที่ทำร่วมกัน สำหรับชาวไทยพุทธเป็นแบบต่างคนต่างอยู่ ยังคงมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อชาวมุสลิม แต่ไม่เคยเข้าร่วมในประเพณีของชาวมุสลิมในชุมชน

4.1.2 ลักษณะที่ตั้งของชุมชน การคมนาคม และสิ่งแวดล้อม

ที่ตั้งของชุมชน อยู่ห่างจากถนนเส้นหลัก ทางเข้าซอยมีชุมชนอยู่หลายๆ ชุมชนตามแยกต่างๆ ประมาณ 5 กิโลเมตร ก็ถึงทางแยกเล็กๆ เข้าชุมชนแห่งนี้ มีการคมนาคมที่สะดวกสบาย คนในชุมชนสามารถเดินทางโดยรถสองแถว หรือมอเตอร์ไซด์รับจ้างที่มีบริการตลอดทั้งวัน บริเวณปากซอยก่อนถึงชุมชนประมาณ 500 เมตร ชุมชนแห่งนี้ตั้งอยู่ใกล้กับ ศูนย์กลางการศึกษาศาสนาของชาวมุสลิม ในเขตกรุงเทพมหานคร เพราะมีโรงเรียนสอนศาสนาอิสลามตั้งแต่ชั้นอนุบาลจนถึงระดับ ซานาวิย (เตรียมอุดมศึกษาสายศาสนา) อยู่หลายแห่ง ชุมชนแห่งนี้ อยู่ห่างจากมัสยิดประมาณ 2 กิโลเมตร และมีมัสยิดอีก 2 แห่งที่อยู่ในเขตเดียวกัน นอกจากนี้ชุมชนยังอยู่ใกล้สถานพยาบาล

หลายแห่ง เช่น โรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลเอกชน คลินิก ศูนย์บริการสาธารณสุขประจำเขต รวมถึงร้านขายยาที่มีเภสัชกรหลายร้านที่อยู่ในซอย

สภาพโดยทั่วไปของชุมชนในปัจจุบันมีสภาพแออัด มีการก่อสร้างของอาคารบ้านเรือนอยู่อย่างหนาแน่น ประกอบด้วย บ้านจำนวน 367 หลังคาเรือน มีผู้อยู่อาศัยอยู่รวม 450 ครอบครัว (ศูนย์ข้อมูลกรุงเทพมหานคร, 2549) บ้านเรือนมีทั้งที่เป็นบ้านไม้และตึกปะปนกันไป ประชาชนในชุมชนเกือบทั้งหมดเป็นชาวมุสลิม และเป็นครอบครัวขยาย จากการสำรวจ พบว่า บ้านหนึ่งหลังมีสมาชิกอาศัยอยู่ประมาณ 5 - 7 คน นอกจากนี้ยังมีแฟลต และอพาร์ทเมนท์ให้เช่าสำหรับแรงงานย้ายถิ่นชาวไทยพุทธที่มาทำงานในกรุงเทพมหานคร โดยเฉลี่ย 1 ห้องมีสมาชิกอยู่ถึง 2 - 4 คน จากการสังเกตชาวไทยพุทธ ที่เช่าแฟลต และอพาร์ทเมนท์บริเวณด้านหน้าทางเข้าชุมชน อยู่กันอย่างแออัดเป็นส่วน อาศัยอยู่เพียงในบริเวณห้องของตนเท่านั้น และไม่มีกิจกรรมร่วมกันเลยเนื่องจากต่างคนต่างมาเช่าอยู่ การดูแลความสะอาดและสิ่งแวดล้อมภายนอกกรอบๆ บริเวณอพาร์ทเมนท์ เป็นหน้าที่ของเจ้าของซึ่งเป็นชาวมุสลิม ซึ่งมีการดูแลความสะอาด มีระบบการบำบัดน้ำตามหลักระบบการบำบัดน้ำเสียของกรุงเทพมหานคร

จากการสังเกตสิ่งแวดล้อมบริเวณด้านหน้าชุมชน จนถึงและรอบๆ บริเวณชุมชน พบว่า มีขยะจำนวนมาก มีน้ำขังและสภาพของน้ำเน่าเสีย สาเหตุมาจากการปล่อยน้ำเสียที่ใช้ภายในอาคารบ้านเรือน โดยไม่มีการบำบัดก่อนที่จะปล่อยลงสู่ท่อระบายน้ำ และการระบายน้ำที่ไม่ดี รวมถึงการจัดสภาพแวดล้อมที่ไม่เป็นระเบียบ เช่น ที่จอดรถ มีการจอดแล้วแต่ความพอใจ ทางเข้าของชุมชนมีร้านขายของเล็กๆ หลายร้าน ซึ่งเป็นทั้งที่อยู่อาศัยและเปิดเป็นร้านขายของ รวมถึงมีการวางของสดขายตอนเช้า คล้ายเป็นตลาดนัดเล็กๆ เช่น ขายผัก ขายปลา ขายอาหารของชาวมุสลิม ที่ระเกะระกะบนถนนทางเข้าชุมชน พฤติกรรมการอยู่ร่วมกันของคนในชุมชนเมืองแห่งนี้สะท้อนให้เห็นถึงความยึดมั่นในศาสนาที่น้อยลง โดยไม่คำนึงถึงหลักคำสอนของอิสลามต่อความสำคัญของความสะอาดในฐานะที่เป็นรากฐานขั้นต้นของสุขภาพที่ดี ท่านนบีมุฮัมมัด ได้ตำหนิอย่างรุนแรงต่อพฤติกรรมต่างๆ ของมนุษย์ที่ทำลายสุขภาพและสิ่งแวดล้อม เช่น ความมั่งง่าย การถ่ายทุกข์หรือทิ้งของเสียต่างๆ ลงในแหล่งน้ำ บนทางสัญจร เพราะพฤติกรรมเหล่านี้จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพตามมา เช่น เป็นแหล่งเพาะเชื้อโรคและแพร่กระจายเชื้อโรค ท่านนบีมุฮัมมัด กล่าวถึงพฤติกรรมเหล่านี้ว่าเป็นพฤติกรรมที่ถูกสาปแช่ง

แท้จริงอัลลอฮ์ทรงชอบความดี ทรงสะอาด และชอบความสะอาด ทรงชอบการมีเกียรติ และทรงชอบการโอบอ้อมอารี ดังนั้น พวกท่านจงทำ

ความสะอาดบริเวณบ้านและสนามของพวกเขา พวกเขาจงอย่าทำ
เหมือนชายะฮูดี ซึ่งพวกเขาจะเก็บขยะไว้ในบ้านของพวกเขา

รายงานโดย อัลบัจซาร์ อังโน องค์ความรู้อิสลามกับสุขภาพ 2549: 8

4.1.3 ลักษณะประชากร

จากรายงานข้อมูลชุมชนที่จัดตั้งตามระเบียบของกรุงเทพมหานคร (ศูนย์ข้อมูล
กรุงเทพมหานคร, 2549) ประชากรของชุมชนกว่าร้อยละ 90 เป็นชาวมุสลิม จำนวนทั้งสิ้น 1,651 คน
เพศชาย 879 คน เพศหญิง 772 คน มีผู้สูงอายุ 165 คน คิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดใน
ชุมชน ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุมุสลิมมากถึงร้อยละ 78.8 (จำนวน 130 คน) ซึ่งไม่ต่างจากประชากร
สูงอายุส่วนใหญ่ภาพรวมระดับประเทศ จากการสำรวจประชากรสูงอายุ ปี 2550 พบว่า ผู้สูงอายุ
เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.7 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าชุมชนชาวมุสลิมใน
กรุงเทพฯ ก็มีสัดส่วนที่เรียกได้ว่าเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว คนในชุมชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย
ครู รับราชการ ธุรกิจห้องเช่า และรับจ้าง

4.1.4 วิถีชีวิตของคนในชุมชน

จากการสังเกตการอยู่อาศัยของคนในชุมชน ทั้งชาวไทยพุทธและชาวไทยมุสลิม ส่วนใหญ่
เป็นแบบต่างคนต่างอยู่ กล่าวคือ ชาวไทยพุทธที่อาศัยอยู่ในชุมชนไม่ใช่คนดั้งเดิมของชุมชนนี้ แต่
เป็นแรงงานต่างจังหวัดที่เข้ามาทำงานในกรุงเทพมหานคร มักเช่าแฟลต หรืออพาร์ทเมนต์ที่อยู่
ด้านหน้าของชุมชน สำหรับลักษณะครอบครัวของชาวไทยมุสลิมที่อยู่ในชุมชน ส่วนใหญ่ประกอบ
ไปด้วย พ่อ แม่ ลูก บางครอบครัวก็มีหลาน และญาติมาอยู่ด้วย มุสลิมบางครอบครัวก็แต่งงานกับคน
ไทยพุทธ แต่ก็ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันได้ตามแบบของมุสลิม จากการสัมภาษณ์ครอบครัวหนึ่งที่มีชาวไทย
มุสลิม ได้แต่งงานกับผู้หญิงชาวไทยพุทธ มีความเป็นอยู่คล้ายๆ กันไม่ได้แตกต่างกันมากนัก ในเรื่อง
ของการแต่งกาย ชาวไทยมุสลิมส่วนใหญ่แต่งกายตามแบบมลายูมุสลิม ผู้สูงอายุมุสลิมชายนุ่งโสร่ง
แต่สำหรับผู้หญิงน้อยมากที่จะเห็นแต่งกายแบบมุสลิม ทั้งวัยสูงอายุและวัยรุ่น ด้านอาหาร ส่วนใหญ่
ชาวไทยพุทธซื้ออาหารจากร้านมุสลิมในละแวกชุมชนนั้นด้วย

ในทางสังคม ชุมชนแห่งนี้มีมัสยิดเป็นศูนย์กลางและมีผู้นำ คือ อิหม่าม ซึ่งถือเป็น
บุคคลที่สำคัญที่สุดในชุมชน ที่คนในชุมชนทั้งชาวมุสลิม และไทยพุทธ ซึ่งแม้ต่างศาสนาก็ให้การ
เคารพนับถือ นอกจากอิหม่ามจะทำหน้าที่เป็นผู้นำทางศาสนา เช่นเป็นผู้นำการละหมาด และ
ประกอบศาสนกิจต่างๆ แล้ว ยังทำหน้าที่ดูแลบำบัดทุกข์ บำรุงสุข และกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน
ร่วมกับผู้นำชุมชนอีกด้วย เช่น การมีส่วนร่วมในการจัดตั้งชุมชนแห่งนี้ ตามพระราชบัญญัติการ

จัดตั้งชุมชน พ.ศ.2531 เป็นผู้ดำเนินการหลักในการขอสวัสดิการจากภาครัฐให้มีการสร้างถนนระบบสาธารณูปโภคในชุมชน ก่อนที่จะมีการจัดตั้งคณะกรรมการบริหารชุมชนอย่างเป็นทางการ ซึ่งหลังจากที่ชุมชนมีคณะกรรมการบริหาร คือ ประธานชุมชนที่มีหน้าที่หลักในการดูแล พัฒนา ชุมชนแล้ว อิหม่ามคนปัจจุบันนี้ ก็ยังคงเป็นบุคคลสำคัญที่คนในชุมชนให้การเคารพ นับถือ อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันอิหม่ามไม่สามารถเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของชาวมุสลิมในชุมชนเมืองได้ทุกเรื่อง จากปัญหาที่พบเห็นชุมชน เช่น ปัญหายาเสพติด หรือแม้แต่การจัดกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน ที่ชาวมุสลิมไม่ให้ความร่วมมือ อิหม่ามจะไม่บังคับเพราะถือว่าเป็นการละเมิดสิทธิ

การแต่งกายของชาวมุสลิมในชุมชนเมืองเป็นแบบผสมผสาน ส่วนใหญ่มีการแต่งกายเหมือนคนไทยโดยทั่วไปตามสมัยนิยม แต่สวมชุดที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะในบางโอกาสเท่านั้น เช่น ตะละกง(ชุดสำหรับละหมาดของมุสลิมมลายู) ชุดปาเกีสถาน เสื้อโตะปี เสื้อกุรง ผู้หญิงนุ่งผ้าปาเตะแบบมาเลย์ เมื่ออยู่บ้านผู้ชายนุ่งโสร่ง สวมเสื้อทั้งแขนสั้น และยาว แต่เมื่อต้องออกไปนอกบ้านก็นุ่งกางเกง สวมเสื้อเชิ้ตแขนยาว ตามหลักของศาสนาอิสลามสำหรับผู้หญิงที่ต้องแต่งตัวคลุมอวัยวะปกปิดร่างกายอย่างมิดชิด โดยไม่เปิดเผยส่วนใดๆ ของร่างกายเว้นแต่ใบหน้า และฝ่ามือ นั้นมีน้อยมาก ซึ่งชาวมุสลิมในชุมชนเมืองไม่เห็นเป็นความคิดหรือขัดหลักศาสนา โดยเฉพาะผู้หญิงมุสลิมกับการแต่งกายในชีวิตประจำวัน หากเป็นนักเรียนให้แต่งกายตามเครื่องแบบของโรงเรียน วิทยาลัย หรือ วิทยาลัยผู้ใหญ่ให้แต่ละบุคคลตัดสินใจเองว่า ควรแต่งกาย หรือสวมใส่เสื้อผ้าอย่างไรให้เหมาะสมกับโอกาส สถานที่มากกว่า แต่ต้องยึดหลักความเรียบร้อย และสง่างาม ไม่ให้ผู้อื่นมองว่าเป็นมุสลิมที่แต่งตัวไม่เรียบร้อย

แต่งตัวตามสะดวกเวลาออกจากบ้าน แต่ให้ดูสะอาด เรียบร้อย ผู้หญิงมุสลิมส่วนใหญ่เขาก็นุ่งกางเกงยาว หรือกระโปรงยาวเลยหัวเข่า ไม่สวมเสื้อคอตั้ง แขนสั้นหรือเสื้อผ้าที่รัดเห็นสัดส่วนร่างกายตามสมัยปัจจุบัน ย่อมไม่ขัดต่อหลักการของอิสลาม

ผู้สูงอายุมุสลิม วัยกลาง เพศหญิง

การบริโภคอาหารของชาวมุสลิมในชุมชนเมืองแห่งนี้ ยังคงยึดหลักตามหลักการของอิสลาม กล่าวคือ อาหารที่นำมาบริโภคจะต้องมีฮาลาล หมายถึง สิ่งที่อนุญาติจากบทบัญญัติของอิสลาม การประกอบอาหารกันเองมีน้อยลง ส่วนใหญ่ทำอาหารรับประทานเองในมือค้ำ เนื่องจากวิถีชีวิตของคนเมืองที่ต้องออกไปทำงานตั้งแต่เช้า เน้นการบริโภคที่ง่ายตามรสนิยมการบริโภคของสังคมยุคใหม่ เช่น คัม ยำ อาหารทอด อาหารจานเดียว ชาวมุสลิมในชุมชนเมืองยังเคร่งครัดในเรื่อง

ของการประกอบอาหาร หากต้องซื้อหรือรับประทานเองนอกบ้าน ต้องเป็นร้านอาหารที่ได้รับเครื่องหมายรับรองฮาลาล จากคณะกรรมการกลางอิสลามแห่งประเทศไทย และถ้าเป็นร้านอาหารทั่วไปที่ขายกับข้าวปรุงสำเร็จ (แกงถุง) ก็เลือกเฉพาะร้านที่เป็นคนมุสลิมด้วยกัน เพราะมีความมั่นใจในขั้นตอน วิธีการประกอบอาหาร รวมถึงภาชนะที่ไม่ปนเปื้อน อาหารที่นิยมรับประทานส่วนใหญ่ เหมือนคนเมืองทั่วไป จากการสังเกตชาวมุสลิมในชุมชนนิยมรับประทานแกงกะทิ และอาหารประเภทที่มีไขมันสูง เช่น มัสมั่น ข้าวมันไก่ ต้มเนื้อวัว ปลาหมึกต้มน้ำตาล ต้มพุงวัว ผัดปูแกง เจียวหวาน ยำวุ้นเส้น น้ำพริกมะม่วง ปลาทอด สำหรับอาหารที่ใช้ในงานประเพณี พิธีกรรมทางศาสนา เช่น การแต่งงาน ขึ้นบ้านใหม่ เข้าสู่นัด ทำบุญหลังการบนบาน (นาซัร) ทำบุญเพื่อขอบคุณอัลลอฮ์ (ซูโกร) การทำบุญงานศพ ประเพณีการถือศีลอด ส่วนใหญ่เหมือนกับที่ใช้บริโภคในชีวิตประจำวัน อาหารที่เพิ่มขึ้นมา เช่น แกงกุ่ม่า แกงคว่ำใหญ่ ไก่ก้อและ ขนมรังค้อ (ขนมดอกจอก) ขนมดอกจันทร์ น้ำแข็งหวาน น้ำอัดลม และผลไม้

4.1.5 การดูแลสุขภาพในชุมชน

การดูแลสุขภาพของคนในชุมชน ไม่ค่อยให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วย อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน กล่าวว่า คนส่วนใหญ่ปล่อยให้เกิดการเจ็บป่วยก่อนแล้วจึงรักษา แต่ก็พบว่ามีความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพในเชิงรุกเพิ่มมากขึ้น โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) เป็นกลไกในการขับเคลื่อนกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนได้รับความสนับสนุนอย่างดีทั้งจากมัสยิดในพื้นที่ และจากหน่วยงานของรัฐ เช่น โครงการหน้าบ้านนำมอง มีการจัดทำเสียงตามสายของชุมชน เพื่อแจ้งข่าวสารต่างๆ ของชุมชน มีการจัดตั้งศูนย์เด็กเล็ก เพื่อเป็นการรับเลี้ยงเด็กก่อนเข้าโรงเรียน มีการจัดตั้งศูนย์สุขภาพหรือศูนย์สาธารณสุขชุมชน แต่กิจกรรมส่วนใหญ่จะเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมในกลุ่มเด็กและเยาวชนมากกว่า เนื่องจากปัญหาสำคัญในชุมชน คือ เยาวชนติดยาเสพติด สำหรับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีเพียง 2 กิจกรรม คือ การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุทุกๆ 3 เดือน จากเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขประจำเขต และการเดินแอโรบิก ซึ่งกิจกรรมนี้ พบว่า ผู้สูงอายุไม่ให้ความสนใจ ผู้สูงอายุบางราย บอกว่า ชัดกับหลักศาสนา และไม่เหมาะสมกับวัย

นอกจากนี้ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชน เป็นการดูแลแบบพึ่งพาตนเองตามแบบคนสมัยใหม่ เช่น การซื้อประกันสุขภาพ/ประกันชีวิต เกินครึ่งของจำนวนผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนไม่นิยมใช้สวัสดิการที่รัฐจัดให้สำหรับสิทธิผู้สูงอายุ จากการสังเกต การเข้ารับบริการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชน มีผู้สูงอายุมารับบริการเพียงครั้งเท่านั้น ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขให้เหตุผลว่า มีสองเหตุผลที่ผู้สูงอายุมุสลิมไม่มาตรวจสุขภาพตามสวัสดิการที่รัฐจัดให้ คือ ส่วนมาก

ผู้สูงอายุมุสลิมยังทำงานใช้ระบบประกันสังคมของที่ทำงาน อีกกลุ่มที่ค้าขายส่วนมากไม่มีเวลา และอีกกลุ่มที่มีสัดส่วนมากที่สุดคือลูกหลานซื้อประกันสุขภาพ/ประกันชีวิตให้ การรักษาพยาบาลของคนในชุมชนใช้บริการโดยแพทย์แผนปัจจุบัน หากเจ็บป่วยเล็กน้อยจะเลือกใช้บริการคลินิกหรือศูนย์บริการสาธารณสุข กรณีเจ็บป่วยหนักเกินขีดความสามารถของคลินิกหรือศูนย์บริการสาธารณสุขก็ไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนเสียส่วนใหญ่ มีบางส่วนที่ไปรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ เนื่องจากให้เหตุผลว่า ไม่อยากเสียเวลารอรับบริการ/รักษานาน

4.2 สถานะสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมือง

4.2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมือง

เพศ ผู้สูงอายุมุสลิมเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อย คิดเป็นสัดส่วนประมาณ 6: 4 เมื่อพิจารณาตามช่วงวัย พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนอยู่ในช่วงวัยต้น (อายุ 60 – 69 ปี) ร้อยละ 53.8 รองลงมาวัยกลาง (อายุ 70 – 79 ปี) ร้อยละ 33.8 และวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 12.4

สถานภาพสมรส ผู้สูงอายุมุสลิมส่วนใหญ่ สมรสและอยู่ร่วมกัน ร้อยละ 60.0 ในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุมุสลิมวัยต้นที่สมรสและไม่ได้อยู่ร่วมกัน 2 ราย รองลงมาคือ เป็นหม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 34.6 โดยที่ผู้สูงอายุมุสลิมวัยกลางมีสถานภาพเป็นหม้าย/หย่า/แยก มากที่สุด ร้อยละ 47.7 โดยที่ผู้สูงอายุมุสลิมวัยกลางและวัยปลายไม่มีการหย่าร้างเลย ซึ่งต่างจากมุสลิมรุ่นใหม่ในวัยหนุ่มสาวที่แต่งงานกันแล้วมีแนวโน้มในการหย่าร้าง หรือเลิกกันเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากสังคมที่เปลี่ยนไป ปัจจุบันผู้หญิงสามารถประกอบอาชีพ ใช้ชีวิตนอกบ้าน และกิจกรรมทางสังคมมากขึ้น ผู้หญิงจึงคิดว่าตนเองมีความเสมอภาคเท่ากับผู้ชาย ซึ่งผิดกับสมัยก่อน ผู้ที่เป็นหม้ายจะไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม และเหตุผลเรื่องความเคร่งครัดทางศาสนาที่สำคัญอย่างมากที่ทำให้ผู้หญิงพยายามรักษาชีวิตการแต่งงานของตนเองไว้ให้ยาวนานที่สุด ปัญหาการหย่าร้างจึงเกิดขึ้นน้อยในสังคมสมัยก่อน

การศึกษา ผู้สูงอายุมุสลิมทุกวัยส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80.8 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 8.5 ไม่เคยเรียนหนังสือ ร้อยละ 7.7 ซึ่งผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมืองก็ไม่ได้ต่างไปจากภาพรวม คือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 72.5 ไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 11.8 เช่นเดียวกับผู้สูงอายุมุสลิมที่อยู่ในชนบท ก็พบว่าไม่มีผลไม่ต่างกัน จากการศึกษาของไพสุดา คำรงค์ฤทธิ์ (2555) ที่พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมในชนบทส่วนใหญ่ มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา

เมื่อพิจารณาตามช่วงวัยผู้สูงอายุมุสลิมวัยต้นมีการศึกษาในระดับอุดมศึกษา/ปริญญาตรี มากกว่าวัยกลางและวัยปลาย แม้มีสัดส่วนไม่มากนักแต่ก็สะท้อนให้เห็นว่า ผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นวัยต้น มีการศึกษาที่สูงขึ้น จากปัจจัยการเข้าถึงการศึกษามากขึ้น เนื่องจากมีการ โรงเรียนสอนศาสนา อิสลามที่เปิดสอนตั้งแต่ชั้นอนุบาลจนถึงระดับชานาวิย (เตรียมอุดมศึกษาสายศาสนา) ที่อยู่ใกล้กับ ชุมชน และต่อมาได้มีการเปิดโรงเรียนสอนศาสนาอีกหลายแห่งในเขตพื้นที่เดียวกัน

จากการสัมภาษณ์อีม่ามในชุมชน เล่าถึงความเปลี่ยนแปลงของระบบการศึกษาของ ชาวมุสลิมในสังคมเมืองปัจจุบันว่า สมัยก่อนชาวมุสลิมในเมืองเรียนแค่ระดับประถม สอดคล้องกับ ข้อมูลจากการสำรวจผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมืองส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา แต่ใน สังคมปัจจุบันวุฒิการศึกษามีความสำคัญมาก รุ่นลูกหลานชาวมุสลิมในปัจจุบันจึงได้รับการศึกษาที่ สูงขึ้น ปริญญาตรีกลายเป็นการศึกษาขั้นพื้นฐานที่ทุกคนต้องมี เพื่อเป็นใบเบิกทางในการประกอบ อาชีพ ช่วยเพิ่มรายได้ให้สูงขึ้น ทำให้ชาวมุสลิมในเมืองเลือกเรียนทางสายสามัญมากขึ้น เพราะเมื่อ เรียนจบมาสามารถหางานทำได้ เมื่อมีงานทำก็มีรายได้นำมาหาเลี้ยงครอบครัว ช่วยเพิ่มฐานะใน สังคม การศึกษาด้านศาสนาของชาวมุสลิมในเมืองปัจจุบันอาจน้อยลง ไม่เหมือนกับการสังคมมุสลิม ภาคใต้ ที่ให้ความสำคัญกับการศึกษาทางศาสนามาก จากการศึกษาของ อารี จำปา กลาย และคณะ (2554) สรุปว่า มุสลิมมีหน้าที่ต้องศึกษาและเรียนรู้เกี่ยวกับหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม ครอบครัวมุสลิมส่วนใหญ่โดยเฉพาะมุสลิมในสามจังหวัดภาคใต้จึงมักส่งลูกหลานเข้าโรงเรียน ศาสนา หรืออย่างน้อยเข้าโรงเรียนที่มีหลักสูตรบูรณาการ (สอนศาสนาควบคู่สามัญ) หลังจากจบ ระดับมัธยมศึกษาหรือตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษา มีเยาวชนมุสลิมไปเรียนวิชาการด้านอิสลามอยู่หลาย พันคนในประเทศอิสลามที่มีชื่อในการเป็นศูนย์กลางการสอนศาสนาอิสลามในปัจจุบัน (เช่น อียิปต์ ซาอุดีอาระเบีย ปากีสถาน และอินเดีย) ประเทศเหล่านี้หลายแห่งไม่ได้รับการรับรองโดยระบบการ อุดมศึกษาของไทย เมื่อกลับมาประเทศไทยจึงหางานทำไม่ได้

อาชีพ ข้อมูลจากการสำรวจ พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมเกินครึ่งที่ยังประกอบอาชีพอยู่ ต่าง กับผู้สูงอายุทั่วไปที่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 38.3 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554) และผู้สูงอายุนอก เขตเทศบาลที่ยังประกอบอาชีพอยู่มีสัดส่วนสูงกว่าในเขตเทศบาล ร้อยละ 41.7 และ 31.7 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554) ซึ่งสวนทางกันกับผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมือง ผู้สูงอายุมุสลิมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 29.2 รองลงมาคือ รับจ้าง เช่น เป็นลูกจ้างทำความสะอาดของ บริษัทเอกชน ร้อยละ 20.0 และลูกจ้างหน่วยงานของรัฐ ร้อยละ 17.7 ซึ่งการเป็นลูกจ้างของรัฐ เช่น เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ที่ดูแลกลุ่มผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนด้วยตนเอง และไม่ได้ ประกอบอาชีพ ร้อยละ 33.1 อาชีพของผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมือง ใกล้เคียงกับกับอาชีพของผู้ สูงอายุทั่วไป คือ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพขั้นพื้นฐานต่างๆในการขายร้อยละ 25.4 รองลงมา

เป็น ผู้ปฏิบัติงานด้านความสามารถทางฝีมือและธุรกิจการค้าร้อยละ 16.7 พนักงานบริการและพนักงานขายในร้านค้าร้อยละ 16.4 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554)

เมื่อพิจารณาตามช่วงวัย พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมวัยต้นประกอบอาชีพมากที่สุด คือ ค้าขาย รองลงมาเป็นผู้สูงอายุมุสลิมวัยกลาง ประกอบอาชีพค้าขายเช่นเดียวกัน จากการสัมภาษณ์เชิงลึกอาชีพค้าขายที่ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมุสลิมทำอยู่ เช่น การเปิดร้านขายของอยู่หน้าบ้าน ขายข้าวแกงมุสลิม มีบางรายที่ไปเปิดร้านขายผ้าที่พาหุรัด มาบุญครอง เป็นต้น และผู้สูงอายุมุสลิมวัยปลายที่ประกอบอาชีพอยู่ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คือ รับเลี้ยงเด็ก และรับจ้างทำความสะอาด ซึ่งผู้สูงอายุวัยปลายที่ยังประกอบอาชีพอยู่นี้ มีสุขภาพแข็งแรงดี ทั้งนี้ ผู้สูงอายุมุสลิมที่ประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า ยังพอมีแรงทำงานก็ทำ เพราะมีรายจ่ายทุกวัน ช่วยเหลือลูกหลานที่ทำงานมีเงินเดือนไม่พอใช้ เพราะปัจจุบันค่าครองชีพแพงกว่าสมัยก่อนมาก การดำรงชีวิตประจำวันต้องใช้เงินทั้งหมด ทั้งนี้ ผู้สูงอายุวัยปลายที่ยังทำงานอยู่ ยังมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง สามารถทำงานได้ เพราะเป็นงานที่ไม่หนักเกินไป ไม่ต้องเดินทางออกจากบ้าน เช่น ขายของชำอยู่กับบ้าน รับจ้างเลี้ยงเด็ก ซึ่งบางรายมีลูกสาวของตนช่วยเลี้ยงด้วย และมีผู้สูงอายุวัยปลายเพศหญิงที่ทำงานเป็นประธานอาสาสมัครกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน (ลูกจ้างหน่วยงานของรัฐ)

การพักอาศัย ผู้สูงอายุมุสลิมส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับครอบครัว (พ่อ แม่ ลูก) คือ อยู่กับลูก ร้อยละ 79.2 รองลงมา อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 57.7 อาศัยอยู่กับญาติ ร้อยละ 10.8 อยู่คนเดียว ร้อยละ 3.1 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามช่วงวัย พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมทั้ง 3 ช่วงวัย ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับลูกและคู่สมรส ซึ่งถือว่าเป็นการปฏิบัติตามหลักศาสนา ที่ได้กำหนดว่าผู้สูงอายุจะต้องได้รับการดูแลจากบุตรหลานซึ่งเป็นหน้าที่ที่วาญิบ (บังคับ) สำหรับบุตรหลานที่จะต้องทำการดูแลบิดามารดาอย่างสุดความสามารถ หากไม่แล้วจะถือว่าเป็นลูกที่เนรคุณและเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง แต่ด้วยวิถีชีวิตของคนเมือง ที่ลูกหลานต้องไปทำงานต่างจังหวัดบ้าง ไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่ แต่ลูกทำหน้าที่ด้วยการส่งเงินเป็นค่าจ่ายในบ้าน ค่ารักษาพยาบาล ลูกคิดว่าการทำงานที่ตรงนี้ถือเป็นการทดแทนพระคุณ และถือว่าไม่บาป

จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมวัยกลาง จำนวน 4 รายที่อยู่คนเดียว ไม่ได้หมายถึงอยู่ตัวคนเดียว ไม่มีญาติพี่น้องเลย เนื่องจาก สามี/ลูกไปทำงานที่อื่น หรือลูกอยู่หอพักที่มหาวิทยาลัย กลับมาบ้านในวันเสาร์ – อาทิตย์ หรือวันหยุดเท่านั้น

(ดูตาราง 4.1)

ตาราง 4.1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปผู้สูงอายุมุสลิม จำแนกตามช่วงอายุ

ข้อมูลทั่วไป	รวม (N=130)	ช่วงอายุ		
		วัยต้น(70)	วัยกลาง(44)	วัยปลาย(16)
เพศ				
- ชาย	50 (38.5)	28 (40.0)	14 (31.8)	8 (50.0)
- หญิง	80 (61.5)	42 (60.0)	30 (68.2)	8 (50.0)
สถานภาพสมรส				
- โสด	7 (5.4)	3 (4.3)	3 (6.8)	1 (6.2)
- สมรส	78 (60.0)	48 (68.5)	20 (45.5)	10 (62.5)
- หม้าย/หย่า/แยก	45 (34.6)	19 (27.1)	21 (47.7)	5 (31.3)
การศึกษา				
- ไม่เคยเรียนหนังสือ	10 (7.7)	4 (5.7)	5 (11.3)	1 (6.2)
- ประถมศึกษา	105 (80.8)	56 (80.0)	36 (81.8)	13 (81.3)
- มัธยมศึกษา	11 (8.5)	7 (10.0)	2 (4.5)	2 (12.5)
- อุดมศึกษา / ปริญญาตรี	4 (3.0)	3 (4.3)	1 (2.3)	0 (0.0)
อาชีพ				
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	43 (33.1)	15 (21.4)	18 (40.9)	10 (62.5)
- ค้าขาย	38 (29.2)	24 (34.3)	12 (27.3)	2 (12.5)
- รับจ้าง	26 (20.0)	12 (17.1)	11 (25.0)	3 (18.8)
- ลูกจ้างของหน่วยงานรัฐ	23 (17.7)	19 (27.2)	3 (6.8)	1 (6.2)
การพักอาศัย(ตอบได้หลายคำตอบ)				
- อยู่คนเดียว	4 (3.1)	0 (0.0)	4 (9.1)	0 (0.0)
- คู่สมรส	75 (57.7)	46 (65.7)	19 (43.2)	10 (62.5)
- ลูก	103 (79.2)	58 (82.8)	34 (77.3)	11 (68.8)
- ญาติ	14 (10.8)	6 (8.6)	5 (11.4)	3 (18.8)
- มารดา	1 (0.8)	1 (1.4)	0 (0.0)	0 (0.0)

4.2.2 สถานะทางสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมือง

การศึกษาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมือง ทำให้รับรู้ถึงภาวะสุขภาพสาเหตุของปัญหา เพื่อที่จะได้หาแนวทางป้องกัน แก้ไข หรือส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมืองได้อย่างตรงจุด โดยมีการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลทางด้านสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิม เพื่อให้ได้ข้อบ่งชี้ถึงสถานภาพทางสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากการตอบแบบสอบถาม และแบบประเมินสมรรถภาพในการปฏิบัติกิจประจำวัน(ดัชนีบาร์เซล เอดีแอล: Barthel ADL index) ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

4.2.2.1 การประเมินสุขภาพตนเอง

การประเมินสุขภาพด้วยตนเอง ของผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมือง ส่วนใหญ่พบว่า มีสุขภาพแข็งแรงดี ร้อยละ 61.5 รองลงมา คือ สุขภาพแข็งแรงพอใช้ ร้อยละ 26.2 ในขณะที่ประเมินว่าสุขภาพตนเองแข็งแรงดีมาก ร้อยละ 9.2 และมีเพียงร้อยละ 3.1 ที่ประเมินว่าตนเองไม่แข็งแรง เมื่อพิจารณาตามช่วงวัย พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมวัยปลายประเมินสุขภาพตนเองว่าแข็งแรงดีมากมีมากที่สุด โดยกลุ่มผู้สูงอายุมุสลิมกลุ่มนี้ให้เหตุผลว่า การที่มีอายุมากขนาดนี้ อาจจะมีโรคประจำตัวบ้าง แต่ก็สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ดี ก็ถือว่าแข็งแรงที่สุดแล้ว สำหรับผู้สูงอายุมุสลิมวัยอื่นที่ประเมินว่าตนเองไม่แข็งแรง เนื่องจากคิดว่าตนเองมีโรคประจำตัวที่ร้ายแรง อาจไม่มีทางรักษาหาย เช่น ผู้สูงอายุมุสลิมวัยกลางที่ป่วยเป็น โรคอัมพฤกษ์/อัมพาต และผู้สูงอายุมุสลิมวัยต้นที่ป่วยเป็นโรคมะเร็ง (ดูตาราง 4.2)

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ตารางไขว้ (cross tabulation) เพื่อศึกษาเพิ่มเติมว่า การประเมินสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกับภาวะสุขภาพที่เป็นจริงมีความสอดคล้องกันหรือไม่ ซึ่งก็พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมที่มีโรคประจำตัวประเมินสุขภาพตนเองว่าสุขภาพแข็งแรงพอใช้ถึงแข็งแรงดี น้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 29.8 และ ร้อยละ 62.5 ตามลำดับ) และยังพบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมที่มีภาวะอ้วนก็มีการประเมินสุขภาพตนเองในระดับดีน้อยกว่าผู้สูงอายุมุสลิมที่มีภาวะโภชนาการปกติ (ร้อยละ 27.7 และร้อยละ 63.9 ตามลำดับ)

4.2.2.2 ดัชนีมวลกาย

ผลการคำนวณดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ตามเกณฑ์องค์การอนามัยโลกของประชากรเอเชีย พบว่า โดยรวมเกินกว่าครึ่งมีน้ำหนักเกิน ไปจนถึงมีภาวะอ้วน ซึ่งเสี่ยงต่อการเป็น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด ผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักปกติมีเพียงร้อยละ 29.2 ผู้สูงอายุมุสลิมส่วนใหญ่ในการศึกษารั้งนี้มีค่าดัชนีมวลกายที่เข้าข่ายเป็นโรคอ้วนถึงร้อยละ 32.3 โดยเฉพาะผู้สูงอายุมุสลิมวัยต้น อ้วนมาก ร้อยละ 15.4 ส่วนน้ำหนักน้อยมีเพียงร้อยละ 6.9 เมื่อพิจารณาตามช่วงวัย พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมวัยปลายมีดัชนีมวลกายที่ดีกว่าวัยต้น และวัยกลาง

สาเหตุที่ผู้วิจัยได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก คือ ยังมีอายุมาก ก็ยังมีการดูแลสุขภาพมากกว่า เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ คออาหารที่มีไขมันสูง และดื่มน้ำเยอะ สำหรับผู้สูงอายุมุสลิมวัยต้นและวัยกลาง พบว่า มีน้ำหนักเกินและเป็นโรคอ้วนมากกว่าวัยปลาย ซึ่งเหตุผลส่วนใหญ่เหมือนกัน คือ การไม่ดูแลตัวเองโดยการไม่เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และเหมาะสมกับวัย และการที่ต้องทำงานเป็นข้ออ้างที่ไม่ได้ออกกำลังกาย

เหตุผลที่ผู้วิจัยได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก คือ ผู้สูงอายุมุสลิมที่มีอายุมาก ยังมีการดูแลสุขภาพมากกว่า เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ คออาหารที่มีไขมันสูง ดื่มน้ำเยอะ ดูแลสุขภาพตนเองตามที่แพทย์แนะนำ สำหรับผู้สูงอายุมุสลิมวัยต้นและวัยกลาง พบว่า มีน้ำหนักเกิน และเป็นโรคอ้วนมากกว่าวัยปลาย เนื่องจากผู้สูงอายุมุสลิมวัยต้น และวัยกลางยังทำงานหาเลี้ยงชีพ ส่งผลให้ไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพตนเองที่ไม่เหมาะสมกับวัย ซึ่งเหตุผลส่วนใหญ่คล้ายกัน คือ ไม่มีเวลาออกกำลังกาย และมีทางเลือกในการเลือกซื้ออาหารมากขึ้น ยึดหลักในการสะดวกซื้อตามร้านค้า ซูเปอร์มาร์เก็ตต่างๆ โดยไม่คำนึงถึงคุณค่าทางสารอาหาร ไม่หลีกเลี่ยงอาหารพวกแป้ง (คูตาราง 4.2)

4.2.2.3 โรคประจำตัว

โรคประจำตัว เนื่องจากวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การใช้ชีวิตอยู่ในสังคมเมืองสมัยใหม่ ที่มีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ที่ทำให้ผู้สูงอายุมุสลิมส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น ขาดการออกกำลังกาย บริโภคอาหารที่ไม่มีประโยชน์ จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2554 พบว่า ผู้สูงอายุทั่วไปเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคอัมพาตอัมพฤกษ์ โรคอัมพฤกษ์/อัมพาต ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554) โรคและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมในการศึกษารุ่นนี้ไม่ได้แตกต่างจากผู้สูงอายุทั่วไป ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันสูง ร้อยละ 39.2 รองลงมาเป็นโรคเกี่ยวกับกระดูกเสื่อม ร้อยละ 29.2 โรคเบาหวานร้อยละ 24.6 โรคไขมันสูง ร้อยละ 15.4 โรคหัวใจ ร้อยละ 11.5 สำหรับปัญหาสุขภาพที่พบในผู้สูงอายุมุสลิม เช่น หูไม่ดี ตาฝ้ามีบั้ง ร้อยละ 4.6 อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุมุสลิมไม่รู้สึกรู้สึกรู้สึกเป็นปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวันเลย (คูตาราง 4.2)

จากการวิเคราะห์ด้วยตารางไขว้ พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมที่มีภาวะอ้วนป่วยเป็นโรคเบาหวานมากกว่าผู้สูงอายุมุสลิมที่ไม่อ้วนเกือบสองเท่า (ร้อยละ 28.9 และ ร้อยละ 17.0 ตามลำดับ) ในทำนองเดียวกันก็พบว่าผู้สูงอายุมุสลิมที่มีภาวะอ้วนมีภาวะไขมันมากกว่าผู้สูงอายุ น้ำหนักปกติเกือบเท่าตัว (ร้อยละ 18.1 และร้อยละ 10.6 ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบว่า เป็นโรค

ความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้สูงอายุน้ำหนักปกติอีกด้วย (ร้อยละ 43.4) และร้อยละ 31.9 ตามลำดับ)

ระดับความต้องการการพึ่งพา ส่วนใหญ่พึ่งพาในระดับน้อย หรือไม่ต้องการการพึ่งพาเลย ร้อยละ 95.4 สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพาส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุมุสลิมวัยกลาง เนื่องจากป่วยเป็นอัมพฤกษ์ / อัมพาต ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (ดูตาราง 4.2)

ทั้งนี้ ผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมือง ประเมินว่าสุขภาพตนเองดี ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากการประเมินตนเอง โดยที่ผู้สูงอายุไม่รู้สึกว่าการมีโรคประจำตัวนั้นไม่ร้ายแรง เป็นการเจ็บป่วยได้ตามวัย เช่น โรคเบาหวาน ความดัน ซึ่งผู้สูงอายุมุสลิมสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ไม่เป็นภาระของลูกหลาน

ตาราง 4.2 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมือง จำแนกตามช่วงอายุ

การประเมินสุขภาพ	รวม (N=130)	ช่วงอายุ		
		วัยต้น(70)	วัยกลาง(44)	วัยปลาย(16)
การประเมินสุขภาพตนเอง				
- แข็งแรงดีมาก	12(9.2)	7(10.0)	3(6.8)	2(12.5)
- แข็งแรงดี	80(61.5)	51(72.9)	21(47.7)	8(50.0)
- พอใช้	34(26.2)	12(17.1)	17(38.6)	5(31.3)
- ไม่แข็งแรง	4(3.1)	0 (0.0)	3(6.9)	1(6.2)
ดัชนีมวลกาย (BMI)				
- น้ำหนักน้อย (< 18.5)	9 (6.9)	2 (2.9)	4 (9.1)	3 (18.8)
- น้ำหนักปกติ (18.5-22.9)	38 (29.2)	18 (25.7)	12 (27.3)	8 (50.0)
- น้ำหนักเกิน(23-24.9)	21 (16.2)	13 (18.6)	7 (15.9)	1 (6.3)
- โรคอ้วน(25-29.9)	42 (32.3)	26 (37.1)	15 (34.1)	1 (6.3)
- อ้วนมาก(> 30)	20 (15.4)	11 (15.7)	5 (13.6)	3 (18.8)
โรคประจำตัว(ตอบได้หลายคำตอบ)				
- เบาหวาน	32 (24.6)	20 (28.6)	11 (25.0)	1 (6.3)
- ไขมันสูง	20 (15.4)	12 (17.1)	6 (13.6)	2 (12.5)
- ความดันสูง	51 (39.2)	26 (37.1)	22 (50.0)	3 (18.8)
- หัวใจ	15 (11.5)	9 (12.9)	5 (11.4)	1 (6.3)
- หอบ	4 (3.1)	1 (1.4)	2 (4.5)	1 (6.3)

ตาราง 4.2 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมือง จำแนกตามช่วงอายุ (ต่อ)

การประเมินสุขภาพ	รวม (N=130)	ช่วงอายุ		
		วัยต้น(70)	วัยกลาง(44)	วัยปลาย(16)
- โรคเกี่ยวกับข้อ/กระดูกเสื่อม	38 (29.2)	20 (28.6)	16 (36.4)	2 (12.5)
- โรคผู้สูงอายุ เช่น หูไม่ดี ตาฝ้า	6 (4.6)	1 (1.4)	3 (6.8)	2 (12.5)
- มะเร็ง	2 (1.5)	1 (1.4)	0 (0.0)	1 (6.3)
- อัมพฤกษ์ / อัมพาต	5 (3.8)	0 (0.0)	4 (9.1)	1(6.3)
ระดับการพึ่งพา				
- พึ่งพาในระดับน้อย	124 (95.4)	70 (100.0)	40(90.9)	14(87.5)
- พึ่งพาในระดับปานกลาง	2 (1.5)	0 (0.0)	1 (2.3)	1 (6.3)
- พึ่งพาในระดับรุนแรง	3 (2.3)	0 (0.0)	2 (4.5)	1 (6.3)
- พึ่งพาทั้งหมด	1 (0.8)	0 (0.0)	1(2.3)	0 (0.0)

4.2.2.4 สุขภาพจิต

การคัดกรองสุขภาพจิตทางด้านอารมณ์ ในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา พบว่าผู้สูงอายุมุสลิมส่วนใหญ่ ร้อยละ 94.6 มีความสุข ไม่ได้รู้สึกซึมเศร้าหรือท้อแท้ใจ ถือว่ามีภาวะทางด้านอารมณ์ปกติ เพียงผู้สูงอายุมุสลิมส่วนน้อย ร้อยละ 5.4 ที่รู้สึกไม่มีความสุข ซึมเศร้าและท้อแท้ใจ เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุพบว่า ความรู้สึกซึมเศร้ามีสัดส่วนเพิ่มขึ้นตามกลุ่มอายุที่มากขึ้น ซึ่งก็สอดคล้องกับผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย การตรวจสุขภาพ ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551 – 2552 ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นมีภาวะความซึมเศร้าเพิ่มขึ้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2554)

เมื่อเปรียบเทียบกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมุสลิมที่อยู่ในชนบท ก็พบว่า มีผลไม่ต่างกัน จากการศึกษาของไพสุดา ดำรงชลธิ (2555) ที่พบว่าในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมาผู้สูงอายุมุสลิมในชนบทส่วนใหญ่มีความสุข (ร้อยละ 89.8) และมีภาวะทางด้านอารมณ์ปกติ ไม่ได้รู้สึกซึมเศร้าหรือท้อแท้ใจ มีเพียงผู้สูงอายุส่วนน้อย ที่รู้สึกไม่มีความสุข (ร้อยละ 10.2) ซึมเศร้าและท้อแท้ใจ

นอกจากนี้ ผลจากการทำสอบความจำของผู้สูงอายุมุสลิม (ดูตาราง 4.3) โดยผู้วิจัยบอกชื่อของสิ่งของ 3 อย่าง ให้ผู้สูงอายุจดจำ หลังจากนั้น 1 นาที ได้ตรวจสอบว่าผู้สูงอายุสามารถบอกชื่อของสิ่งของได้ครบทั้ง 3 อย่างหรือไม่ ซึ่งผลการทดสอบพบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมืองส่วนใหญ่ (ร้อยละ 94.6) สามารถบอกชื่อสิ่งของได้ถูกต้องครบทั้ง 3 อย่าง เมื่อพิจารณาตามช่วงวัยพบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมวัยปลาย เกินครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 56.2) มีความจำไม่ดี ไม่สามารถบอกชื่อของ

ครบทั้ง 3 อย่าง ได้ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบความจำของผู้สูงอายุมุสลิมวัยปลายในชนบท พบว่า มีความจำไม่ดีเพียง ร้อยละ 14.3 (ไพสุดา คำรงค์ชठी, 2555)

ตาราง 4.3 สุขภาพจิตของผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมือง

สุขภาพจิต	รวม	ช่วงอายุ		
	(N=130)	วัยต้น(70)	วัยกลาง(44)	วัยปลาย(16)
อารมณ์				
-ไม่ได้รู้สึกซึม / เศร้า / เศ็ง ท้อแท้ใจ / ขาดความสนใจ หรือไม่มีความสุข	123(94.6)	69(98.5)	41(93.1)	13(81.3)
-รู้สึกซึม / เศร้า / เศ็ง ท้อแท้ใจ / ขาดความสนใจ ไม่มีความสุข	7(5.4)	1(1.5)	3(6.9)	3(18.7)
ความจำ				
-สามารถบอกลีงของ 3อย่าง หลังจากรับฟัง 1 นาที	120(92.3)	70(100.0)	43(97.7)	7(43.8)
-ไม่สามารถบอกลีงของ 3อย่าง หลังจากรับฟัง 1 นาที	10(7.7)	0(0.0)	1(2.3)	9(56.2)

4.2.3 วิถีชีวิตผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมือง

ชุมชนเมืองแห่งนี้ เป็นชุมชนใหม่ที่แยกจากชุมชนมุสลิมดั้งเดิมในเขตพื้นที่เดียวกัน มีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดในชุมชน บ้านเรือนอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น ภายในบ้านมีสิ่งที่เป็นเอกลักษณ์ซึ่งแสดงว่าตนเองเป็นมุสลิม เช่น มีคัมภีร์อัลกุรอาน อักษรพระนามศาสดามุฮัมมัด หรือพระองค์อัลลอฮ์ รูปปั้นตุลเถาะห์ หรืออักษรภาษาอาหรับที่เป็นส่วนหนึ่งของอัลกุรอาน ผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมืองนี้ยังคงประกอบอาชีพอยู่เกินครึ่งของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด ดังนั้นการดำเนินชีวิตประจำวันเหมือนกับวัยทำงานทั่วไป ผู้สูงอายุมุสลิมทั้ง 3 ช่วงวัย มีการดำเนินชีวิตที่ไม่แตกต่างกันมากนัก ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต และสัมภาษณ์สามารถแบ่งรูปแบบการดำเนินชีวิตได้เป็น 2 รูปแบบ คือ ผู้สูงอายุมุสลิมกลุ่มที่ทำงาน และกลุ่มที่ไม่ได้ทำงาน สามารถนำเสนอเป็นภาพรวมได้ ดังนี้

ภาพรวมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามหลักการทางศาสนาอิสลามที่เด่นชัดของผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมืองตั้งแต่ตื่นนอนแต่เช้า(เวลาฟาย์ร-ก่อนดวงอาทิตย์ขึ้น) เข้าห้องน้ำชำระล้างร่างกายให้สะอาด ผู้สูงอายุมุสลิมวัยกลางท่านหนึ่งได้อธิบายขั้นตอนของการทำความสะอาด

ร่างกายตรงตามหลักศาสนาอิสลามว่า ขั้นตอนแรกบ้วนปาก รวมทั้งกลั้วคอ 3 ครั้งด้วยน้ำสะอาด ผู้สูงอายุบางรายใช้มิสวาก (Miswak) ซึ่งเป็นรากไม้ชนิดหนึ่งสำหรับการทำความสะอาดฟัน และรักษาสุขภาพในช่องปาก (เพิ่งจะมีการค้นพบในปัจจุบันว่ารากไม้ มิสวาก เหล่านี้มีสารทำลายเชื้อจุลินทรีย์ สามารถต้านการติดเชื้อในช่องปาก และป้องกันฟันผุได้ (มนัส วงศ์เสงี่ยม, 117) ผู้สูงอายุมุสลิมในเมืองซื้อรากไม้มิสวากจากร้านค้ามุสลิมราคาคำแพง ซึ่งในปัจจุบันนี้หาได้ยากมาก แต่มีการนำมิสวากมาเป็นส่วนผสมของยาสีฟัน และมีขายทั่วไป) พร้อมกับล้างรูจมูกทั้ง 2 ข้าง แล้วล้างหน้า 3 ครั้งพร้อมทั้งตาและใบหู ล้างท่อนแขนทั้ง 2 ข้างจากข้อมือจนถึงข้อศอก แล้วใช้มือที่เปื้อนถูไปที่เส้นผมเลยไปด้านหลังถึงศีรษะ สูดทำยาล้างเท้าทั้ง 2 ข้างจนถึงตาตุ่ม โดยใช้มือล้างนิ้วเท้าและง่ามนิ้วเท้าด้วยสามครั้ง ถึงแม้ในการปฏิบัติจริงผู้สูงอายุมุสลิมยอมรับว่าไม่เคร่งครัดมากตามหลักการข้างต้น แต่จะปฏิบัติอย่างเคร่งครัดทุกครั้งที่มีเวลา

หลังจากเสร็จการชำระล้างร่างกายแล้ว จึงมาถึงเรื่องของการละหมาด ซึ่งเป็นการตั้งต้นวันใหม่ พร้อมกับสูดอากาศบริสุทธิ์ยามรุ่งอรุณ หากแต่ในความเป็นจริงด้วยสภาพแวดล้อมในชุมชนเมืองที่อยู่กันอย่างแออัด แต่ผู้สูงอายุมุสลิมรวมถึงคนทั่วไปในชุมชน กลับไม่รู้สึกรู้ว่าสภาพแวดล้อมเป็นมลพิษแต่อย่างไร

สำหรับผู้สูงอายุมุสลิมกลุ่มทำงาน ทั้ง 3 ช่วงวัย ยังคงใช้ชีวิตเช่นเดียวกับคนทั่วไปที่อาศัยในเขตเมือง มีรูปแบบการดำเนินชีวิตที่คล้ายกัน กล่าวคือ ชีวิตประจำวันจะผูกพันกับเวลา เช่น การทำงาน การเดินทาง ต้องตื่นแต่เช้าออกจากบ้านไปทำงาน และกลับถึงบ้านในเวลาค่ำ ใช้เวลาในการเดินทางไปทำงานโดยเฉลี่ยประมาณวันละ 2 ชั่วโมงหรือมากกว่า มีเวลาออกกำลังกายและพักผ่อนบ้าง สุขภาพโดยทั่วไปอยู่ในระดับดี หากเจ็บป่วยมักจะไปหาแพทย์ตามคลินิก รายได้ที่ได้จากการทำงานจะนำมาเป็นค่าใช้จ่ายในครอบครัว ซึ่งถือเป็นการช่วยเหลือกันภายในครอบครัว เพราะภาวะเศรษฐกิจของสังคมเมืองในปัจจุบันที่มีค่าครองชีพที่สูง บางครอบครัวมีรายได้ที่ไม่พอใช้สำหรับการปฏิบัติตามหลักศาสนา ผู้สูงอายุมุสลิมกลุ่มที่ทำงาน กล่าวว่า ได้ทำละหมาดครบทุกเวลา แต่อาจไม่ตรงตามเวลาที่กำหนดไว้ ซึ่งผู้สูงอายุมุสลิมไม่ถือว่าเป็นบาป เนื่องจากไม่ได้ละทิ้งด้วยเจตนา เพราะบางครั้งติดภารกิจ และสามารถละหมาดชดเชยได้ ผู้สูงอายุมุสลิมวัยค้ำที่ทำงานรับจ้าง ที่ต้องเร่งรีบไปทำงานแต่เช้า ให้ความเห็นว่า ตามลักษณะของผู้สูงอายุที่เป็นที่โปรดปรานของอัลลอฮ์ คือ การปฏิบัติตามหลักของศาสนาอย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำละหมาดวันละ 5 เวลา และการถือศีลอดหรือการงดอาหารและน้ำตั้งแต่พระอาทิตย์ขึ้นจนกระทั่งพระอาทิตย์ตกดินตามระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งในแต่ละปีจะต้องถือศีลอดประมาณ 30 วัน ผู้สูงอายุมุสลิมวัยกลางรายหนึ่งที่เปิดร้านขายของชำอยู่กับบ้าน กล่าวว่า ในแต่ละวันตนเองจะตื่นนอนประมาณตีสี่ ทำภารกิจส่วนตัว ละหมาด แล้วจึงเปิดร้านขายของ บางวันจะขับรถไปซื้อของมาขาย เปิดร้านเกือบตลอดทั้งวัน

โดยจะปิดร้านเป็นช่วงๆ ประมาณ 15 ถึง 20 นาทีเพื่อทำละหมาด และจะปิดร้านประมาณสามทุ่ม และเข้านอนประมาณสี่ทุ่มครึ่งทุกวัน

สำหรับผู้สูงอายุมุสลิมกลุ่มที่ไม่ได้ทำงาน ทั้ง 3 ช่วงวัยส่วนใหญ่ให้ความสำคัญเห็นว่าคุณเองปฏิบัติตามหลักศาสนาอย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะการทำกิจกรรมตามหลักศาสนา เช่น การทำละหมาด 5 เวลา อธิบายว่า ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้มีการเคลื่อนไหว ตามท่าทางต่างๆ การได้ก้มเงย ลูกนั่ง ยืน วันละ 5 ครั้ง ครั้งละประมาณ 5-10 นาที ช่วยให้ผู้สูงอายุได้เคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย เปรียบเสมือนการออกกำลังกาย 5 ครั้งต่อวัน การทำละหมาดเปรียบเสมือนนาฬิกาชีวิตที่ทำให้ผู้สูงอายุมุสลิมสามารถกำหนดตารางชีวิตประจำวันได้ รวมถึงได้ทำความสะอาดร่างกาย เปลี่ยนเสื้อผ้าที่สะอาดและใช้สวมน้ำเพื่อทำละหมาดเท่านั้น สิ่งเหล่านี้ส่งผลดีต่อสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ การทำละหมาดถือเป็นการน้อมสการหรือการทำความเคารพต่อพระผู้เป็นเจ้า ระหว่างทำละหมาดผู้ปฏิบัติต้องสวดบทสวดพร้อมทำท่าทางต่างๆ ที่กำหนด ต้องมีจิตใจที่สงบนิ่ง เพื่อส่งจิตใจถึงพระผู้เป็นเจ้า การปฏิบัติเช่นนี้วันละ 5 เวลา ทำให้ผู้ปฏิบัติมีจิตใจที่สงบ ไม่ฟุ้งซ่าน เพราะไม่ว่าจะมีเรื่องอะไรที่ทำให้ไม่สบายใจหรือทุกข์ใจ เมื่อทำละหมาด ก็ต้องปล่อยวาง ทำจิตใจให้สงบ อีกทั้งการทำละหมาด ถือเป็นการทำความดีต่อพระผู้เป็นเจ้า ผู้ปฏิบัติเองก็จะรู้สึกสบายใจ ทำให้ความทุกข์ที่เกิดขึ้นก่อนการทำละหมาดผ่อนคลายลงไปได้

การทำละหมาดส่งผลที่ดีต่อสุขภาพกายแล้ว ยังส่งผลดีต่อสุขภาพจิตใจของผู้สูงอายุอีกด้วย เพราะการละหมาดในแต่ละเวลาทำให้เรารำลึกถึงพระอัลลอฮ์

ผู้สูงอายุมุสลิมวัยปลาย เพศชาย

จึงกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมืองเห็นความสำคัญ และศรัทธาต่อการละหมาดอยู่เสมอ หากไม่วางติดธุระ จะกลับมาละหมาดชดเชยในแต่ละวัน สอดคล้องกับพระคัมภีร์อัลกุรอานที่บัญญัติว่า

จงดำรงไว้ซึ่งการละหมาด แท้จริงการละหมาดนั้นเป็นบัญญัติ ที่ถูกกำหนดไว้ให้แก่ผู้ศรัทธาทั้งหลาย

อัลกุรอาน ซูเราะห์ที่ 4 อัน-นิซาอฺ(103) : 212-213

นอกเหนือจากการนอนพักผ่อนระหว่างวัน การทำศาสนกิจแล้ว ผู้สูงอายุมุสลิมกลุ่มที่ไม่ได้ทำงาน บางรายที่มีสุขภาพแข็งแรงดี ยังคงทำงานบ้านเองเป็นประจำ เช่น ซักเสื้อผ้า ทำกับข้าว เลี้ยงหลาน ซึ่งผู้สูงอายุมุสลิมกลุ่มนี้กล่าวว่า ไม่เคยรู้สึกเบื่อ หรือเหงาเลย เพราะอยู่บ้านก็ดูทีวี หรือไม่ก็สามารถทำกิจกรรมนอกบ้านได้ เช่น ผู้สูงอายุมุสลิมชายมีการพบปะสังสรรค์กันเป็นประจำ โดยมานั่งรวมกลุ่มกันดื่มน้ำชา กาแฟในช่วงเช้าเพื่อพูดคุยในเรื่องทั่วไปๆ บ้าง เรื่องสถานการณ์บ้านเมืองบ้างที่ร้านขายของชำหน้าชุมชน และทุกวันศุกร์ผู้สูงอายุมุสลิมชายจะเข้าไปประกอบศาสนกิจที่มัสยิดประจำชุมชน จากการสังเกต ในขณะที่ผู้สูงอายุมุสลิมหญิง มักจะไม่ค่อยพบปะสังสรรค์กันมากนัก มีกิจกรรมที่ถือเป็นการพักผ่อนหย่อนใจ เช่น การออกไปเดินซื้อของที่ศูนย์การค้าใกล้ๆ ชุมชน กับลูกหลาน ซึ่งในชุมชนเมืองแห่งนี้ถือว่ามีกิจกรรมยามว่างที่สะดวก มีมอเตอร์ไซด์รับจ้าง รถสองแถวประจำทางหลายสายที่วิ่งบริการในซอย และรถแท็กซี่

ช่วงเช้าลูกจะปั่นผ้าไว้ เขาออกไปทำงาน พอผ้าปั่นเสร็จ ป้าก็เอาออกมาตาก
เสร็จแล้วบางวันก็นอนบ้าง บางวันจะไปไหนก็โทรให้แท็กซี่เข้าประจำเข้ามา
รับ ไปไหนไม่ลำบาก ไปกับหลาน แต่ป้าจะไปใกล้ๆ นะ โลตัสใกล้ๆ ไปซื้อ
ขนมให้หลานบ้าง ซื้อกับข้าวบ้าง ของใช้ลดราคาบ่อยๆ

ผู้สูงอายุมุสลิมวัยปลาย เพศหญิง

ผู้สูงอายุมุสลิมที่ป่วยเป็นอัมพฤกษ์ / อัมพาตรายหนึ่ง ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีหลานคอยดูแล ให้ความเห็นต่อความสำคัญของการทำละหมาดว่า ถึงแม้ตนเองมีข้อจำกัดด้านร่างกายในการปฏิบัติตามหลักศาสนาดังกล่าว หากแต่ความยึดมั่นและศรัทธาในศาสนาที่มีอยู่ในจิตใจ ทำให้ตนเองไม่ได้รู้สึกว่าการเสื่อมโทรมของร่างกายเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติตามหลักศาสนา โดยระบุว่า แม้ร่างกายจะไม่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติ หากแต่มีจิตใจยึดมั่นต่อพระผู้เป็นเจ้า หลักศาสนาที่ยึดหยุ่นให้ปฏิบัติตามความสะดวกของแต่ละบุคคล เช่น หากปวดเมื่อยแขนขา ไม่สามารถทำละหมาดในท่ายืนได้ ก็อนุโลมให้นั่งทำละหมาด หรือแม้แต่ไม่สามารถนั่งทำละหมาดก็สามารถนอนละหมาดได้ หรือหากบุคคลใดไม่สามารถถือศีลอดในระยะเวลาที่กำหนดให้ อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยหรือความไม่พร้อมของร่างกาย ก็สามารถปฏิบัติชดเชยในช่วงเวลาที่กำหนดต่อไปได้ เช่นเดียวกับบทบัญญัติของอิสลามที่มีการยึดหยุ่นและผ่อนปรนในสถานการณ์ต่างๆ ที่เหมาะสมกับหลักการและเหตุผล ตลอดจนความสะดวกในการปฏิบัติตามคำสอนของศาสนาอิสลาม การยึดหยุ่นและการผ่อนปรนเป็นของขวัญของพระผู้เป็นเจ้าที่ให้แก่มนุษย์ ดังที่อัลลอฮ์ได้กล่าวไว้ในอัลกุรอาน บัญญัติว่า

อัลลอฮ์ไม่ทรงประสงค์เพื่อจะให้มีความลำบากใดๆ แก่พวกเจ้า แต่ทว่า
ทรงประสงค์ที่จะให้พวกเจ้าสะอาด และเพื่อให้ความกรุณาเมตตาของ
พระองค์ครบถ้วนแก่พวกเจ้า เพื่อพวกเจ้าจักขอบคุณ

อัลกุรอาน ซูเราะห์ที่ 5 อัล-มาอิดะห์(6): 242-243

หลักการศาสนาอิสลามที่นอกเหนือจากการละหมาด ที่ผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมือง
ให้ความสำคัญ และยึดถือปฏิบัติแล้ว ยังมีหลักการปฏิบัติตนตามแบบศาสนาอีกหลายอย่าง อีก
กิจกรรมหนึ่งที่ผู้สูงอายุมุสลิมให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก คือ การเดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์
ณ เมืองเมกกะ การประกอบพิธีฮัจญ์เป็นเสาหลักที่ห้าของอิสลาม ถือเป็นสิ่งที่เห็นถึงการยอมรับ
และศิโรราบต่อพระประสงค์ของพระเจ้า เป็นโอกาสที่จะแสดงความเสียใจในความผิดที่ได้กระทำ
ลงไปแล้ว ดังนั้นพิธีฮัจญ์ จึงเป็นเครื่องช่วยให้เกิดความสงบของจิตวิญญาณ การฟื้นฟูจิตใจ ทั้งยัง
เป็นการฝึกฝนความอดทนของร่างกายจากการเดินเป็นระยะทางไกลฝ่าความร้อนภายใต้แสงอาทิตย์
มุมมองที่สำคัญอีกประการหนึ่งของการบำเพ็ญฮัจญ์ คือ เป็นโอกาสของการร่วมชุมนุมทางสังคม
ของประชากรมุสลิมทั่วโลกหรือ อุมมะห์ ทำให้เห็นภาพของการเป็นพี่น้องและความเท่าเทียม
(มนัส วงศ์เสถียร, 2551:91)

ผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมืองส่วนใหญ่ ที่เคยเดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์ ณ เมือง
เมกกะแล้ว กล่าวว่า การเข้าร่วมประกอบพิธีฮัจญ์เป็นการช่วยฟื้นฟูจิตใจ ของผู้สูงอายุมุสลิมได้ ใน
ชุมชนเมืองแห่งนี้แต่ละปี ลูกหลานจะซื้อตั๋วให้ผู้สูงอายุมุสลิมไปเมืองเมกกะ นิยมซื้อเป็นตั๋ว และ
ไปกันเป็นกลุ่ม โดยรวมผู้สูงอายุมุสลิมในเมืองส่วนใหญ่ได้มีโอกาสไปประกอบพิธีฮัจญ์ ณ เมืองเมกกะ
แล้ว และผู้สูงอายุมุสลิมบางรายเคยไปแล้วหลายครั้ง สำหรับผู้สูงอายุมุสลิมที่ทำงานอยู่มีบางรายที่ยัง
ไม่เคยได้ไปเมืองเมกกะเลย กล่าวว่า ถ้าตนไม่ต้องทำงานแล้ว ก็จะหาโอกาสไป อย่งไรก็ตามยังคง
ยึดมั่นว่า ต้องไปเมืองเมกกะให้ได้สักครั้งในชีวิต เพราะถือเป็นความประสงค์ของอัลลอฮ์ และ
ข้อกำหนดของชาวมุสลิม

เป็นการช่วยให้เกิดความสงบของจิตใจ และฝึกฝนความอดทนของร่างกาย
ในชีวิตต้องหาโอกาสไปเมืองเมกกะให้ได้สักครั้ง ไปพบเจอนพี่น้องชาว
มุสลิมทั่วโลก ตามความประสงค์ของอัลลอฮ์

ผู้สูงอายุมุสลิมวัยต้น เพศหญิง

4.2.4 การทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมือง

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมือง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ การลุกนั่งจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือในบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได การกลั้นอุจจาระ/ปัสสาวะนั้น จากตาราง 4.4 ผลการประเมิน พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมุสลิมสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง ทั้งหมด ไม่ต้องการคนช่วย ยกเว้นผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นอัมพฤกษ์/อัมพาต แบ่งเป็นผู้สูงอายุมุสลิมวัยกลาง 4 ราย และวัยปลาย 1 ราย ซึ่งในจำนวน 5 รายนี้ สามารถช่วยเหลือตนเองได้บางอย่าง เช่น สามารถรับประทานอาหาร สวมใส่เสื้อผ้าได้เอง

การทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมือง พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมมีลูกหลาน หรือญาติคอยดูแล อย่างไรก็ตามไม่มีผู้สูงอายุมุสลิมที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ อาศัยอยู่เพียงลำพังคนเดียว ที่พักอาศัยของผู้สูงอายุมุสลิมเป็นบ้านของตนเอง และบ้านเช่า ส่วนใหญ่มีพื้นที่ไม่มาก และปลูกติดกัน ภายในบ้านมีการแบ่งพื้นที่กันอย่างชัดเจน เช่น ห้องนอน ห้องน้ำ ห้องครัว พื้นที่ภายในบ้านที่ผู้สูงอายุมุสลิมให้ความสำคัญ คือ ส่วนรับประทานอาหาร และห้องนอนซึ่งส่วนใหญ่ใช้เป็นพื้นที่ของการละหมาดด้วย (ดูตาราง 4.4)

ตาราง 4.4 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมือง

การทำกิจวัตรประจำวัน	รวม (N=130)	ช่วงอายุ		
		วัยต้น(70)	วัยกลาง(44)	วัยปลาย(16)
การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยก่อนหน้า				
- ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	123 (94.6)	69 (98.6)	40 (90.9)	14 (87.5)
- ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย	5 (3.8)	1 (1.4)	3 (6.8)	1 (6.3)
- ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อน	2 (1.5)	0 (0.0)	1 (2.3)	1 (6.3)
การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 24-28 ชั่วโมงที่ผ่านมา				
- ทำได้เอง	124 (95.4)	70 (100.0)	40 (90.9)	14 (87.5)
- ต้องการความช่วยเหลือ	6 (4.6)	0 (0.0)	4 (9.1)	2 (12.5)
การลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้				
- ทำได้เอง	117 (90.0)	68 (97.1)	35 (79.5)	14 (87.5)
- ต้องการความช่วยเหลือบ้าง	10 (7.7)	2 (2.9)	6 (13.6)	2 (12.5)
- ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้	1 (0.8)	0 (0.0)	1 (2.3)	0 (0.0)
- ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ)	2 (1.5)	0 (0.0)	2 (4.5)	0 (0.0)

ตาราง 4.4 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมือง (ต่อ)

การทำกิจวัตรประจำวัน	รวม (N=130)	ช่วงอายุ		
		วัยต้น(70)	วัยกลาง(44)	วัยปลาย(16)
การใช้ห้องสุขา				
- ช่วยตนเองได้ดี	121 (93.1)	70 (100.0)	37 (84.1)	14 (87.5)
- ทำเองได้บ้าง	5 (3.8)	0 (0.0)	4 (9.1)	1 (6.3)
- ช่วยตัวเองไม่ได้	4 (3.1)	0 (0.0)	3 (6.8)	1 (6.3)
การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน				
- เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	118 (90.8)	70 (100.0)	35 (79.5)	13 (81.3)
- เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย	7 (5.4)	0 (0.0)	5 (11.4)	2 (12.5)
- ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง	2 (1.5)	0 (0.0)	2 (4.5)	0 (0.0)
- เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้	3 (2.3)	0 (0.0)	2 (4.5)	1 (6.3)
การสวมใส่เสื้อผ้า				
- ช่วยตนเองได้ดี	123 (93.8)	70 (100.0)	39 (88.6)	14 (87.5)
- ช่วยตัวเองได้ราวร้อยละ 50	3 (2.3)	0 (0.0)	2 (4.5)	1 (6.3)
- ต้องมีคนสวมใส่ให้	4 (3.1)	0 (0.0)	3 (6.8)	1 (6.3)
การขึ้นลงบันได 1 ชั้น				
- ขึ้นลงได้เอง	115 (88.5)	68 (97.1)	34 (77.3)	13 (81.3)
- ต้องการคนช่วย	9 (6.9)	2 (2.9)	6 (13.6)	1 (6.3)
- ไม่สามารถทำได้	6 (4.6)	0 (0.0)	4 (9.1)	2 (12.5)
อาบน้ำ				
- อาบน้ำเองได้	124 (95.4)	70 (100.0)	40 (90.9)	14 (87.5)
- ต้องมีคนช่วยหรือทำให้	6 (4.6)	0 (0.0)	4 (9.1)	2 (12.5)
การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา				
- กลั่นได้เป็นปกติ	127 (97.7)	70 (100.0)	42 (95.5)	15 (93.8)
- กลั่นไม่ได้เป็นครั้งคราว	2 (1.5)	0 (0.0)	1 (2.3)	1 (6.3)
- กลั่นไม่ได้หรือต้องการการสวนอุจจาระ	1 (0.8)	0 (0.0)	1 (2.3)	0 (0.0)
การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา				
- กลั่นได้เป็นปกติ	122 (93.8)	69 (98.6)	39 (88.6)	14 (87.5)
- กลั่นไม่ได้เป็นบางครั้ง	7 (5.4)	1 (1.4)	4 (9.1)	2 (12.5)
- กลั่นไม่ได้หรือต้องการการสวนปัสสาวะ	1 (0.8)	0 (0.0)	1 (2.3)	0 (0.0)

4.3 การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมในวิถีชีวิตแบบเมือง

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิมในวิถีชีวิตแบบเมือง ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาใน 3 ระดับ คือ การดูแลสุขภาพระดับบุคคล(ตนเอง) ครอบครัว และชุมชน ด้วยแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองในผู้สูงอายุตามหลักศาสนาอิสลาม ผลจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมืองต่อมุมมองการสูงอายุ พบว่า เมื่อเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุ ส่วนใหญ่มักไม่รู้ลึกถึงความเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย เพราะเห็นว่ายังกงสามารถประกอบอาชีพได้ และยังสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ตามปกติเช่นเดียวกับวัยหนุ่มสาว หรือแม้แต่ผู้สูงอายุมุสลิมที่เคยทำงานนอกบ้าน เช่น ลูกจ้างของรัฐหรือพนักงานบริษัท เมื่อถึงวัยเกษียณอายุการทำงาน ก็ยังรู้สึกว่าตนเองทำงานได้ แต่รู้สึกว่าร่างกายอ่อนแอลง และไม่สามารถทำงานได้คล่องแคล่วเหมือนเช่นเคย ต่อเมื่ออายุประมาณ 65 – 70 ปี ซึ่งสอดคล้องกับหลักการทางการแพทย์ทั่วไปเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ การทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายเริ่มเสื่อมสมรรถภาพลง การรับรู้ว่าคุณภาพสุขภาพเป็นอย่างไร มักขึ้นอยู่กับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและการดำเนินชีวิต

ตัวอย่างตามกฎหมายที่เขาบอกนะ ก็ 60 ปีถือว่าเป็นผู้สูงอายุ แต่ตอนนั้นจำได้ว่าตัวเองยังทำงานอะไรได้เหมือนเดิมอยู่ แต่พอใกล้จะ 65 รู้สึกว่าร่างกายก็เริ่มเสื่อม หมายความว่า เหนื่อยง่าย จากที่เคยทำงาน ทำอะไรเร็วก็ช้าลง ทำๆ สักพักก็ต้องหยุดพักสัก 5 นาที 10 นาที

ผู้สูงอายุมุสลิมวัยปลาย เพศหญิง

4.3.1 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิมระดับบุคคล

ในทัศนะของอิสลาม โรคภัยไข้เจ็บอันเป็นปรากฏการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นในชีวิตมนุษย์อย่างหนึ่งนั้น ไม่ได้เป็นเคราะห์กรรมหรือความโชคร้าย แต่เป็นพระประสงค์ของพระเจ้าผู้เป็นเจ้าด้วยความเมตตาของพระองค์ เป็นเสมือนสิ่งทดสอบความศรัทธา ความยำเกรง ความหนักแน่นอดทน ซึ่งหากมนุษย์ตระหนักในความจริงข้อนี้ และสามารถต่อสู้กับความทุกข์ทรมานจากโรคภัยไข้เจ็บนั้นได้ด้วยความอดทนเข้มแข็ง ด้วยความยำเกรงและด้วยความจำนนต่อพระเจ้าแล้วความเจ็บป่วยนั้นย่อมไม่ใช่สิ่งสูญเปล่า หากแต่จะได้รับการตอบแทนอย่างอเนกอนันต์ทั้งในโลกนี้และโลกหน้า (เสาวนีย์ จิตต์หวมุด, 2535) แต่ถ้าหากมีอาการเจ็บป่วย ก็จำเป็นต้องไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อทำการรักษาและคำแนะนำการดูแลสุขภาพให้สามารถกลับมาปฏิบัติตามหลักศาสนาได้ตามปกติ แต่หากไม่สามารถรักษาได้ มุสลิมทุกคนก็พร้อมที่จะให้ร่างกายของตนเองเป็นไปตามพระประสงค์และเป็นการทดสอบจากพระเจ้า

4.3.1.1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

การสัมภาษณ์พฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิม พบว่า ร้อยละ 71.5 ไม่เคยสูบบุหรี่ มีสูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 16.9 เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมวัยต้น และวัยปลาย จะสูบบุหรี่เป็นประจำมากที่สุดเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 37.5 และผู้สูงอายุวัยต้น ร้อยละ 15.7 (ดูตาราง 4.5)จากการสังเกตในมัสยิด ผู้มาร่วมละหมาดสูบบุหรี่ในบริเวณมัสยิดอย่างเปิดเผย และพบเห็นบางบ้านที่ยังคงเก็บภาชนะสำหรับสูบบุหรี่ เพราะเมื่อก่อนยังคงมีการสูบบุหรี่อยู่บ้าง แต่ปัจจุบันไม่มีการสูบแล้ว เนื่องจากผลิตภัณฑ์บารากูถูกควบคุมตาม พระราชบัญญัติยาสูบของกรมสรรพสามิต แต่จากการสังเกตทั่วไปของคนในชุมชนว่า ผู้ชายมุสลิมสูบบุหรี่กันมากเวลาไปละหมาดวันศุกร์ หรือเวลาร่วมงานต่างๆ ที่มัสยิด จะเห็นกลุ่มพี่น้องมุสลิมนั่งร่วมวงสนทนา ดื่มน้ำชาและสูบบุหรี่ไปพร้อมๆกัน

การสัมภาษณ์พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า มีผู้สูงอายุวัยต้นที่เคยดื่มแต่นานๆ ครั้ง เนื่องจาก มีเพื่อนชวนให้ลองดื่มฉลองในงานเลี้ยง หลังจากนั้นเมื่อเจอเพื่อนกลุ่มนี้ก็ดื่มด้วย โดยที่ตนเองทราบดีว่าผิดหลักศาสนา แต่คิดว่าเป็นการเข้าสังคมนานๆ ครั้งถือว่าไม่เป็นไร สำหรับผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายไม่มีการดื่มสุราเลย โดยความเป็นจริง คำสอนของศาสนาอิสลามมีกำหนดข้อห้ามสิ่งที่เป็นภัยต่อสุขภาพ และที่เกี่ยวกับจริยธรรมกว้างขวางกว่าข้อกำหนดในกฎหมายมากมาย มีหลายอย่างที่กระทำแล้วไม่ผิดกฎหมาย แต่ผิดหลักการของศาสนาอิสลาม เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การบริโภคสัตว์ตายโดยไม่ผ่านการเชือด ฯลฯ สอดคล้องกับพระคัมภีร์อัลกุรอานที่บัญญัติว่า

ที่จริงชัยฏอนนั้น เพียงต้องการที่จะให้เกิดการเป็นศัตรูและการเกลียดชังกันระหว่างพวกเจ้า ในสุราและการพนันเท่านั้น และมันจะหันเหพวกเจ้าออกจากวิถีการรำลึกถึงอัลลอฮ์ และการละหมาด

อัลกุรอาน ซูเราะห์ที่ 5 อัล-มาอิดะห์(91): 273

ผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมืองส่วนใหญ่ออกกำลังกายน้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 46.2 รองลงมา คือ ไม่ได้ออกกำลังกายเลย ร้อยละ 38.5 โดยเฉพาะผู้สูงอายุวัยปลาย (ดูตาราง 4.5) ซึ่งมีเหตุผลหลัก เนื่องจากผู้สูงอายุมุสลิมส่วนใหญ่ยังคงประกอบอาชีพ ไม่มีเวลา เมื่อกลับถึงบ้านอยากพักผ่อนมากกว่า แต่ในชุมชนได้จัดให้มีกิจกรรมการออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เช่น การเดินแอโรบิก แต่มีผู้ร่วมกิจกรรมในส่วนนี้น้อยมากด้วยเหตุผลว่าไม่เหมาะสำหรับผู้สูงอายุ และมีเงื่อนไขตามหลักศาสนา คือ สถานที่ต้องไม่ปะปนระหว่างชายหญิง (คือถ้าเป็น

สถานที่รวมต้องมีเฉพาะสตรี) ต้องไม่เป็นที่เปิดเผย (คือต้องอยู่ในสถานที่ปกปิด) หรือที่สาธารณะมีผู้คนพลุกพล่าน สถานที่ออกกำลังกายแอโรบิกควรอยู่ในบริเวณบ้าน หรือบริเวณใกล้บ้านไม่แต่งกายรัดรูป หรือเห็นที่สวมน ต้องไม่ออกกำลังกายแอโรบิก โดยเปิดเพลง หรือดนตรีประกอบ ไม่เดินตามจังหวะเพลง (เสียงดนตรีเป็นที่ต้องห้ามตามบทบัญญัติอิสลาม) แต่ให้เน้นท่ากายบริหารเป็นหลัก ซึ่งข้อห้ามต่างๆ เหล่านี้ ทำให้ผู้สูงอายุมุสลิมไม่นิยมไปออกกำลังกายที่ชุมชนจัดให้ จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชน กล่าวว่า ตนทราบดีถึงความประสงค์ของอัลลอฮ์ว่าพระองค์โปรดปรานการมีสุขภาพที่ดี และแข็งแรง ถึงแม้ตนไม่ได้เข้าร่วมการออกกำลังกายที่ทางชุมชนจัดให้ แต่ตนได้ออกกำลังกายที่บ้านเล็กน้อยตามกำลัง เช่น เดินแกว่งแขน แกว่งขา ซึ่งเป็นวิธีการออกกำลังกายที่ง่ายและเหมาะสมในวัยผู้สูงอายุ การแกว่งแขนหรือขาทำให้ร่างกายได้ขยับ ช่วยเผาผลาญแคลลอรี่ออกไปได้บ้าง และระหว่างที่แกว่งแขนหรือขาช่วยฝึกจิตของผู้สูงอายุให้เป็นสมาธิ หากปฏิบัติถูกต้องหลักของการออกกำลังกาย การแกว่งแขนช่วยบำบัดโรคความดันโลหิตทั้งสูงและต่ำ โรคหัวใจ (กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

ทั้งนี้ ตามบทบัญญัติของอิสลาม ส่งเสริมให้ชาวมุสลิมมีการดูแลตนเอง โดยให้มีการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายอยู่เสมอ ท่านนบีมุฮัมมัดตำหนิความเกียจคร้าน ความเฉื่อยชา และความอ่อนแอ ท่านถือว่าลักษณะของมุสลิมที่เคร่งครัด ต้องมีความสดชื่น แจ่มใส กระตือรือร้น ท่านจึงสนับสนุนการออกกำลังกาย โดยการวิ่ง การฝึกยิมนาสติก และขี่ม้าปรากฏในประวัติศาสตร์ว่า บ่อยครั้งที่ท่านวิ่งแข่งกับเจ้าหญิงกรรยาของท่าน นอกจากเป็นการออกกำลังกายแล้ว ยังเป็นศิลปะการครองเรือนอีกด้วย (อาซิส พิทักษ์कुมพล, 2549) เพราะอิสลาม ถือว่าการมีร่างกายที่แข็งแรงและการมีสุขภาพที่ดีนั้นเป็นส่วนหนึ่งของความโปรดปรานจากอัลลอฮ์

ตาราง 4.5 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมือง จำแนกตามช่วงอายุ

พฤติกรรมสุขภาพ	รวม (N=130)	ช่วงอายุ		
		วัยต้น(70)	วัยกลาง(44)	วัยปลาย(16)
การสูบบุหรี่				
- ไม่เคยสูบ	93 (71.5)	53 (75.7)	34 (77.3)	6 (37.5)
- ไม่สูบแต่เคยสูบเป็นประจำ	6 (4.6)	3 (4.3)	1 (2.3)	2 (12.5)
- ไม่สูบแต่เคยสูบนานๆ ครั้ง	6 (4.6)	2 (2.9)	2 (12.5)	2 (12.5)
- สูบนานๆ ครั้ง	3 (2.3)	1 (1.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
- สูบเป็นประจำ	22 (16.9)	11 (15.7)	6 (37.5)	6 (37.5)

ตาราง 4.5 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมือง จำแนกตามช่วงอายุ (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพ	รวม (N=130)	ช่วงอายุ		
		วัยต้น(70)	วัยกลาง(44)	วัยปลาย(16)
การดื่มแอลกอฮอล์				
- ไม่ดื่ม	129 (99.2)	69 (98.6)	44 (100.0)	16 (100.0)
- ดื่มนานๆ ครั้ง	1 (0.8)	1 (1.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
การออกกำลังกาย				
- ไม่ได้ออกกำลังกาย	50 (38.5)	18 (25.7)	22 (50.0)	10 (62.5)
- น้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์	60 (46.2)	40 (57.1)	16 (36.4)	60 (46.2)
- 3 วันต่อสัปดาห์	16 (12.3)	9 (12.9)	5 (11.4)	16 (12.3)
- มากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์	4 (3.1)	3 (4.3)	1 (2.3)	4 (3.1)

4.3.1.2 การบริโภคอาหาร

ผู้สูงอายุมุสลิม ควรได้รับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์และเหมาะสมกับวัย เช่นเดียวกับกับผู้สูงอายุทั่วไป แต่ผู้สูงอายุมุสลิมควรต้องยึดหลักปฏิบัติตามแนวทางของศาสนาอิสลามในการบริโภคอาหารด้วย

ผู้ที่ศรัทธาทั้งหลาย จงอย่าได้ให้เป็นที่ต้องห้าม ซึ่งบรรดาสิ่งดีๆ ในสิ่งที่อัลลอฮ์ได้ทรงอนุมัติแก่พวกเจ้า และพวกเจ้าจงอย่าละเมิด แท้จริงอัลลอฮ์นั้นไม่ทรงชอบบรรดาผู้ละเมิด และพวกเจ้าจงบริโภคสิ่งอนุมัติดีๆ จากสิ่งที่อัลลอฮ์ได้ทรงให้เป็นที่ปัจจัยยังชีพแก่พวกเจ้า และพึงยำเกรงอัลลอฮ์ผู้ซึ่งพวกเจ้าศรัทธาต่อพระองค์เถิด

อัลกุรอาน ซูเราะห์ที่ 5 อัล-มาอิดะฮฺ (87-88) : 272

จากผลการคำนวณดัชนีมวลกาย (BMI) พบว่า โดยรวมเกินกว่าครึ่งมีน้ำหนักเกินไปจนถึงมีภาวะอ้วน โดยเฉพาะผู้สูงอายุมุสลิมวัยต้น ในขณะที่ผู้สูงอายุมุสลิมวัยปลายกลับมีดัชนีมวลกายที่ดีกว่าวัยต้น และวัยกลาง แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมืองมีดัชนีมวลกายอยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงขึ้นจากการบริโภคอาหาร ซึ่งต่างจากผลการศึกษาจากการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิมในชนบท (ไพศุดา คำรงค์ชธี, 2555) พบว่าเกินกว่าครึ่งมีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ (59.1) มีเพียงร้อยละ 3.4 (3 คน) เท่านั้นที่อยู่ในภาวะอ้วน เป็นผู้สูงอายุวัยต้น 2 ราย

ผู้สูงอายุวัยกลาง 1 ราย แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมุสลิมในชนบทส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ทำให้มีความเสี่ยงต่ำการเกิดโรคเรื้อรังจากการบริโภคอาหาร

สำหรับอาหารในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมืองส่วนใหญ่เป็นอาหารที่ซื้อจากร้านค้ามุสลิมด้วยกันตามรสนิยมการบริโภคของสังคมยุคใหม่ ทำให้อาหารในชุมชนมีความหลากหลายมากขึ้น เน้นการบริโภคที่ง่าย เช่น ต้ม ยำ แอง อาหารทอด หรืออาหารจานเดียว แต่คงเน้นอาหารที่มีเครื่องหมายฮาลาล การทำอาหารรับประทานเองมีน้อยลง โดยเฉพาะผู้สูงอายุมุสลิมวัยต้นและผู้สูงอายุมุสลิมวัยกลางที่ยังต้องทำงาน จะยึดหยุ่นในเรื่องของอาหาร หากต้องรับประทานอาหารนอกบ้าน แล้วไม่สามารถหาร้านอาหารที่มีเครื่องหมายได้ ก็เลือกอาหารที่ไม่ได้เป็นอาหารต้องห้ามหรือเลือกซื้อจากพ่อค้าแม่ค้าที่เป็นมุสลิมด้วยกัน ส่วนผู้สูงอายุวัยปลายเข้มงวดในการรับประทานอาหารมากกว่า โดยเลือกวัตถุดิบที่นำมาประกอบอาหารจะต้องมีเครื่องหมายฮาลาลเท่านั้น อาหารที่นิยมรับประทานส่วนใหญ่มีส่วนผสมของกะทิ มีรสหวาน และเป็นอาหารประเภทที่มีไขมันสูง เช่น มัสมั่น ข้าวมันไก่ ต้มเนื้อวัว ปลาหมึกต้มน้ำตาล ต้มพุงวัว ผัดปูแกงเขียวหวาน ยำวุ้นเส้น น้ำพริกมะม่วง ปลาทอด สอดคล้องกับผลการสำรวจภาวะสุขภาพ ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมที่มีภาวะอ้วน พบในวัยต้นมากที่สุด (ร้อยละ 60.2) รองลงมาคือวัยกลาง (ร้อยละ 33.7) และผู้สูงอายุมุสลิมวัยปลายที่มีภาวะอ้วน มีเพียงร้อยละ 6.0

จากการสัมภาษณ์ ใต้ะอิหม่าม ถึงอาหารหลักๆ ที่ใช้ในงานประเพณีและพิธีกรรมทางศาสนา เช่น การแต่งงาน ขึ้นบ้านใหม่ เข้าสู่ันต์ ทำบุญหลังการบนบาน (นาซร์) ทำบุญเพื่อขอบคุณอัลลอฮ์ (ซูโกร) การทำบุญงานศพ ประเพณีการถือศีลอด อาหารที่ใช้บริโภคในประเพณีส่วนใหญ่เหมือนกับที่ใช้บริโภคในชีวิตประจำวัน อาหารที่เพิ่มขึ้นมา เช่น แองกรุมา แองควัวใหญ่ ไก่กอกและ ขนมรังต่อ (ขนมดอกจอก) ขนมดอกจันทร์ น้ำแข็งหวาน น้ำอัดลม และผลไม้

ศาสนาอิสลามมีข้อกำหนดให้เลือกรับประทานอาหารที่ฮาลาล ซึ่งเป็นที่อนุมัติจากอัลลอฮ์ มีความหมายตรงข้ามกับคำว่าฮารอม ซึ่งหมายถึงต้องห้ามมิให้กระทำ ให้หลีกเลี่ยงหรือหลีกเลี่ยงนี้ มุสลิมควรเลือกรับประทานเฉพาะอาหารที่ฮาลาลและหลีกเลี่ยงอาหารฮารอมและยังเน้นเรื่องของความสะอาด ถือเป็นหลักหนึ่งของการที่ศรัทธา ในอิสลามใช้คำว่าตอฮาระห์ ซึ่งมีความหมายว่าปราศจากสิ่งปฏิกูลต่างๆ ดังนั้นแนวทางการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุมุสลิม จึงเน้นไปที่การเตรียมและเลือกอาหารที่ต้องฮาลาลและตอฮิบัน คือเป็นประโยชน์ต่อร่างกาย ปราศจากสิ่งปฏิกูล หรือสิ่งสกปรก (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551) หากแต่ผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมืองส่วนใหญ่คำนึงถึงหลักการอิสลามในการเลือกซื้อ เน้นที่มีป้ายฮาลาล มากกว่าคำนึงว่า อาหารชนิดใดส่งผลต่อภาวะโรคอ้วนบ้าง เช่น ผู้สูงอายุมุสลิมวัยต้น กล่าวว่า

ในวันทำงานป่าสะควกซื้อมากกว่า พวกไก่ทอด ข้าวกล่อง ง่ายและเร็วดี
บางทีก็รู้ว่าทำให้อ้วนนะ แต่ก็ห้ามไม่ได้ เอาความสะดวกก่อนดีกว่า

ผู้สูงอายุมุสลิมวัยต้น เพศหญิง

ผลการสำรวจ พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมืองเกินครึ่งเป็นโรคอ้วน มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันสูง เบาหวาน ไขมันสูง โรคข้อกระดูกเสื่อม ซึ่งสอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์พฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้สูงอายุมุสลิมข้างต้นดังกล่าว เช่น การรับประทานอาหารที่มีส่วนผสมของกะทิ อาหารมัน อาหารทอด เลี่ยงต่อการเป็นโรคอ้วนและหัวใจ หรือแม้แต่อาหารที่นิยมซื้อมารับประทาน อาจไม่ถูกสุขลักษณะ หรือปลอดภัยเหมือนกับทำเอง ทั้งนี้การเลือกซื้ออาหารมารับประทาน หรือแม้แต่การทำอาหารรับประทานเองนั้นขึ้นอยู่กับทัศนคติต่อการเลือกอาหารมากกว่า การซื้ออาหารหรือทำเองนั้น ผู้สูงอายุมุสลิมสามารถเลือกซื้อได้ว่าอาหารนั้นทำให้อ้วนหรือไม่ ทั้งนี้ผู้สูงอายุมุสลิมควรได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์เช่นเดียวกับผู้สูงอายุทั่วไป คือ รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงอาหารรสหวานหรือเค็มจัด รับประทานเนื้อปลา หรือเนื้อสัตว์ที่มีไขมัน

4.3.1.3 การตรวจสุขภาพประจำปี

การตรวจสุขภาพประจำปี เป็นการตรวจร่างกายสำหรับผู้ที่ยังไม่มีอาการผิดปกติใดๆ หรืออาจมีอาการผิดปกติเพียงเล็กน้อย ไม่ชัดเจน การตรวจสุขภาพประจำปีถือว่าเป็นการตรวจเพื่อหาโรค หรือความผิดปกติตั้งแต่ระยะเริ่มแรก จะทำให้สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดความรุนแรงของโรคหรือความพิการที่อาจเกิดขึ้นจากโรคนั้นตลอดจนสามารถทำให้รักษาได้ ตั้งแต่อาการยังไม่มาก ตัวอย่างโรคที่สามารถตรวจพบได้จากการตรวจสุขภาพประจำปี ได้แก่ โรคโลหิตจาง ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคพยาธิ โรคระบบทางเดินปัสสาวะ โรคผิวหนัง และโรคมะเร็งชนิดต่างๆ เป็นต้น หลายคนไม่ยอมไปตรวจสุขภาพ เพราะไม่มีเวลาดูแลสุขภาพตนเอง หรือกลัวจะรู้ความจริงว่าตัวเองป่วยด้วยโรคร้ายแรง ซึ่งเราไม่ควรหลีกเลี่ยงความจริง แต่เราต้องพยายามหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยให้มากที่สุด โดยการตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อหาสาเหตุและป้องกันก่อนที่จะสายเกินแก้ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551)

จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมืองส่วนใหญ่ ได้รับการตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกๆ 3 เดือน จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำเขต เป็นการตรวจโรคพื้นฐานของผู้สูงอายุทุกๆ ไป เช่น การวัดความดันโลหิต ตรวจค่าน้ำตาลในเลือด ตรวจค่าไขมันในเลือด เหน็บอกและฟัน ตรวจหู และตา ซึ่งผู้สูงอายุมุสลิมไม่ได้มารับบริการทุกราย เนื่องด้วยติดธุระ

ไม่ว่าง หรือตรงกับวัน/เวลาทำงาน สำหรับผู้สูงอายุมุสลิมที่มีโรคประจำตัว สามารถไปปรับยาได้ที่ ศูนย์บริการสาธารณสุขสุขประจำเขต หรือผู้สูงอายุมุสลิมบางรายที่มีฐานะดี มีลูกหลานพาไป โรงพยาบาลเอกชนในเขตนั้น สำหรับผู้สูงอายุมุสลิมที่ไม่มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่ไม่ได้มีการตรวจสุขภาพประจำปีด้วยตนเอง นอกจากถึงเวลาเจ็บป่วยส่วนใหญ่จะไปโรงพยาบาลเอกชนในเขตนั้น ทั้งนี้ ชุมชนเมืองแห่งนี้มีคลินิกเอกชน โรงพยาบาลเอกชนที่อยู่ใกล้กับชุมชนหลายแห่ง สามารถเดินทางสะดวก และไม่ต้องรอคิวนาน อีกทั้งยังมีบริการตรวจสุขภาพประจำที่บ้านจากโรงพยาบาล เอกชนดังกล่าว ผู้สูงอายุมุสลิมไม่จำเป็นต้องเดินทางไปโรงพยาบาล เมื่อถึงกำหนดที่ต้องตรวจสุขภาพ จะมีเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลมาให้บริการดังกล่าวถึงบ้าน

อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมือง ให้ความสำคัญกับการตรวจสุขภาพประจำปีน้อย ผู้วิจัยได้พูดคุยกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มาให้บริการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนนี้ ถึงความสำคัญของการตรวจสุขภาพประจำปีผู้สูงอายุมุสลิมว่า ถ้าเขารู้สึกแข็งแรงดี ไม่เจ็บไข้ ผู้สูงอายุมุสลิมคิดว่าไม่ต้องมาตรวจก็ได้ หากรู้สึกไม่สบายเบื้องต้นจะไปซื้อยา กินเองที่ร้านขายยาเภสัชกร หน้าปากซอยชุมชนก็มี ถ้าทานยาแล้วไม่หายค่อยไปหาหมอที่คลินิก หรือไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่จะไปโรงพยาบาลเอกชน เหตุผลหลักเหมือนกับคนที่อาศัยอยู่ในเมืองทั่วไป ที่ต้องการความสะดวกสบาย ข้อมูลจากการสังเกตสอดคล้องกับการสัมภาษณ์หลายประการ กล่าวคือ เวลาที่มีเจ้าหน้าที่จากศูนย์สาธารณสุขประจำเขตมาให้บริการตรวจสุขภาพดังกล่าว ผู้สูงอายุมุสลิมมาร่วมกิจกรรมนี้น้อย แต่ให้ความสำคัญเมื่อถึงเวลาที่ตนป่วย คือ การทานยาตามหมอสั่ง ไปพบแพทย์เพื่อรับยาเป็นประจำสำหรับผู้ที่มีโรคประจำตัว

4.3.1.4 การดูแลด้านสุขภาพจิต

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุจะค่อยๆ เริ่มมีความรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงภายในจิตใจและอารมณ์ อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ความอ่อนแอของสุขภาพ ความรู้สึกที่เร็วแรงและกำลังวังชาลดน้อยถอยลง อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกที่ท้อถอย หมดกำลังใจ จากโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ที่รุมเร้า ก่อให้เกิดความกังวล และความหวาดกลัว ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับผู้สูงอายุทั่วไป นั่นคือ อารมณ์ที่มักจะหงุดหงิดง่าย เศร้าใจ ว้าวุ่น ขาดความมั่นใจ อีกทั้งความคิดความอ่านก็ช้าลง หลงลืมง่าย ผู้สูงอายุบางรายก็สังเกตตนเองเห็นถึงความเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และจิตใจในวัยที่อายุเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ความเชื่อซ้ำของการรับรู้ของประสาทสัมผัสต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความไม่มั่นใจใน ผู้สูงอายุมุสลิมต่างทราบและยอมรับในกฎเกณฑ์ ธรรมชาติของการเป็นมนุษย์ในแต่ละช่วงวัย ที่อัลลอฮ์ได้ทรงสร้าง และได้ทรงกำหนดไว้ เมื่อเข้าสู่ วัยที่เพิ่มมากขึ้นมีเวลามากขึ้น ในหลักการอิสลามสุขภาพจิตมีความสำคัญสำหรับมนุษย์พอๆกับ สุขภาพกาย ชีวิตของเราจะมีความหมายและจะประสบความสำเร็จในโลกนี้หรือไม่ก็ขึ้นอยู่กับ

สุขภาพจิตและสุขภาพกาย แต่ความสำเร็จและความรอดพ้นของเราในโลกหน้านั้นขึ้นอยู่กับสุขภาพจิตใจล้วนๆ อิมามฆอซาลี ปราชญ์คนสำคัญของโลกมุสลิมได้กล่าวไว้ในหนังสือของท่านว่า อวัยวะทุกชิ้นในร่างกายของเรามีหน้าที่ของมัน เมื่อมันไม่สามารถทำหน้าที่ได้ นั่นก็หมายความว่าร่างกายของเราเริ่มมีปัญหาแล้ว และมันจะส่งผลให้เกิดอาการเจ็บป่วยขึ้นมา หัวใจฝายจิตหรือวิญญาณของเราก็มีหน้าที่ของมัน และหน้าที่ของมันก็คือการรู้จักพระเจ้าผู้ทรงสร้างมัน การรักพระองค์และแสวงหาทางที่จะใกล้ชิดพระองค์ ถ้าหากหัวใจไม่สามารถทำหน้าที่นี้ได้ เราจะต้องรู้ว่ามันได้เกิดอาการป่วยขึ้นมาแล้ว ดังนั้น จึงเป็นเรื่องสำคัญที่เราจะต้องรู้จักโรคที่ทำให้หัวใจอ่อนแอและป่วยไข้ ในภาษาของคัมภีร์อัลกุรอาน ไม่เพียงแต่ตาเท่านั้นที่บอด หัวใจก็บอดได้เช่นกัน (บรรจง บินกาชัน, 2550)

พวกเขาไม่ได้เดินทางไปในแผ่นดินเพื่อทำให้หัวใจของพวกเขาได้คิดและ
หูของพวกเขาได้ยินกระนั้นหรือ ความจริงแล้ว หัวใจในทรวงอกต่างหาก
มิใช่ดวงตาที่มีบอด

อัลกุรอาน ซูเราะห์ที่ 22 อัลฮัจญ์(46) : 808

ผลการศึกษา สุขภาพจิตของผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมืองอยู่ในระดับดี เนื่องจากได้รับการดูแลที่ดีจากลูกหลาน หรือญาติ ถึงแม้ว่าชีวิตความเป็นอยู่ในเขตเมือง ที่ต้องใช้ชีวิตแบบต่างคนต่างอยู่ ผู้สูงอายุมุสลิมส่วนใหญ่ยังต้องประกอบอาชีพ ลูกหลานออกไปทำงานนอกบ้าน เวลาที่ได้อยู่ด้วยกันในครอบครัวน้อยลง แต่ผู้สูงอายุมุสลิมไม่รู้สึกเหงา เนื่องจากมีกิจกรรมมากมายที่ไม่ทำให้ตนเองรู้สึกเหงา เช่น การออกไปนอกบ้าน แม้แต่ผู้สูงอายุบางรายที่มีโรคประจำตัว แต่ยังมีสุขภาพจิตใจที่เข้มแข็ง พร้อมทั้งจะสู้กับโรคร้ายไข้เจ็บ ไม่วิตกกังวลกับร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุมุสลิมวัยต้นท่านหนึ่ง ระบุว่า การดูแลสุขภาพตามวิถีของมุสลิมสมัยก่อนแตกต่างจากปัจจุบัน โดยเฉพาะความเจริญด้านการแพทย์ที่สามารถทำให้การดูแลสุขภาพในปัจจุบันมีความสะดวกมากยิ่งขึ้น รวมถึงการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่สามารถทำให้รู้และเข้าใจด้านสุขภาพและปัญหาสุขภาพตลอดจนการป้องกันโรคต่างๆ ได้มากยิ่งขึ้น

ฉันไม่เคยรู้สึกเบื่อ หรือเหงาอะ ถึงอยู่กับบ้านแต่ก็มีงานให้ทำ วันๆ หนึ่ง
ผลอแปบเดียวก็เย็นแล้ว ถึงเวลาโรงเรียนเลิกนี้สี่จะเบือแทน เพราะหลาน
กลับมาเล่นเสียงดังในบ้าน

ผู้สูงอายุมุสลิมวัยกลาง เพศหญิง

บทบาทศาสนาในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิมด้วยตนเอง ผลการศึกษานี้ใช้วิธีการสัมภาษณ์ และการสังเกตการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุมุสลิมตามหลักการของศาสนาอิสลามที่สัมพันธ์กับสุขภาพในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพพบว่า รูปแบบการดำเนินชีวิตในวิถีแบบเมือง กล่าวคือ ผู้สูงอายุมุสลิมส่วนใหญ่ยังทำงาน ชีวิตประจำวันผูกพันกับเวลา ไม่มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ชุมชนจัดให้ เช่น กิจกรรมการออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมืองศรัทธา และปฏิบัติตามหลักคำสอนอยู่เสมอ โดยเฉพาะการละหมาด ซึ่งการละหมาดแต่ละครั้งผู้สูงอายุจะทำความสะอาดร่างกายอย่างดีที่สุดเท่าที่ตนสะดวก ผู้สูงอายุมุสลิมที่ไม่สามารถละหมาดตามเวลาที่กำหนดไว้ได้ แต่มีการละหมาดชดเชย

ผลการศึกษา การเข้าร่วมประเพณีการถือศีลอดในเดือนรอมฎอน พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมือง เข้าร่วมและปฏิบัติตามเช่นเดียวกับชาวมุสลิมที่อื่นๆ ทั้งผู้สูงอายุมุสลิมที่ยังทำงานและไม่ได้ทำงานส่วนใหญ่ถือศีลอดได้ในช่วงเดือนรอมฎอนเช่นกัน เป็นการปฏิบัติตามโดยไม่ถือเป็นการลำบากจนไม่สามารถทำได้ ยกเว้นผู้สูงอายุมุสลิมบางรายที่มีโรคประจำตัว ต้องกินยาหลังอาหาร ทำให้ไม่สามารถถือศีลอดได้ในบางเวลา แต่ก็มีการถือศีลอดชดเชยตามจำนวนวันที่ขาด

บางทีกลางวันปวดเข่ามาก ต้องกินยาหลังอาหาร ก็ต้องกินข้าวก่อน ถือว่าวันนั้นเราขาดศีล วันนั้นก็ไปชดเชยให้ทีหลังประจำ

ผู้สูงอายุมุสลิมวัยกลาง เพศหญิง

การบริจาคตาน (ชะกาต) ที่หลักการศาสนาได้กำหนดไว้ คือร้อยละ 2.5 จากรายได้ของตนในแต่ละปี ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมืองถือว่าเป็นเรื่องจำเป็นที่ต้องจ่ายชะกาตจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุส่วนใหญ่บริจาคตานตามความศรัทธา ที่คิดว่าไม่สร้างความเดือดร้อนให้ตนและครอบครัว ด้วยฐานะทางเศรษฐกิจของแต่ละครัวเรือนในชุมชนนั้นพอมีพอกินไม่ถึงกับร่ำรวย ผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมืองได้บริจาคตาน (ชะกาต) เช่น การให้ทุนการศึกษาแก่เด็กนักเรียนในโรงเรียนสอนศาสนาที่อยู่ใกล้กับชุมชน บริจาคตานกิจกรรมการกุศลต่างๆ เป็นต้น

การเดินทางไปร่วมประกอบพิธีฮัจญ์ ณ เมืองเมกกะ ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมืองที่มีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและกำลังทรัพย์จะเดินทางเข้าร่วม โดยซื้อจากทัวร์และไปกันเป็นกลุ่ม เป็นคณะ สำหรับผู้สูงอายุที่ยังไม่มีความพร้อม ยังไม่มีโอกาสไป แต่มีความตั้งใจว่าจะต้องไปเมืองเมกกะให้ได้สักครั้งในชีวิต เพราะถือเป็นความประสงค์ของอัลลอฮ์

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมยังคงยึดถือเรื่องการละหมาด และชดเชยตามที่ศาสนาอนุญาต เนื่องจากชาวมุสลิมในชุมชน มีอิหม่ามที่เป็นบุคคลสำคัญของคนในชุมชน สามารถ

เป็นที่ปรึกษา แก้ไขปัญหาต่างๆ ส่งเสริมให้คนมีความรู้ในเรื่องวิถีชีวิตที่ถูกต้องตามหลักศาสนาอิสลาม ให้การช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสในสังคม เป็นศูนย์รวมจิตใจของคนทุกคนในสังคมมุสลิมให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันได้เป็นอย่างดี ซึ่งต่างกับผลการศึกษาวิทยานิพนธ์ของ ประภา เสียงเสนาะ (2535) ได้ศึกษาผลกระทบทางศาสนาจากการขยายตัวของเมืองในชุมชนมุสลิม แขวงทรายกองดินใต้ เขตมีนบุรี พบว่า ความเป็นเมืองทำให้ความเคร่งครัดเปลี่ยนไป คือ จากภาวะความเป็นอยู่ในปัจจุบันที่มีการผสมผสานของชาวมุสลิมและคนต่างศาสนามากขึ้น เพราะความจำเป็นด้านที่อยู่อาศัย การประกอบอาชีพ การศึกษา จนบางครั้งถ้าดูอย่างผิวเผิน อาจไม่สามารถแยกออกว่าใครเป็นมุสลิมหรือไม่ เพราะการแต่งกายก็ดี การใช้ชีวิตก็ตามที่ไม่มีความแตกต่างกัน และจากการขยายตัวของเมืองจากเมืองเกษตรกรรมเป็นเมืองอุตสาหกรรม ทำให้คนต้องประกอบอาชีพนอกบ้านมากขึ้น คูแฉกรอบครัวน้อยลง ติดต่อกับเครือญาติไม่มากนัก ต่างคนต่างอยู่ การดำเนินชีวิตประจำวันที่เร่งรีบมีส่วนสำคัญทำให้มุสลิมคลายความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ และใช้ข้อผ่อนผันทางศาสนามากขึ้น เช่น การละหมาดรวม 2 เวลาครั้งเดียว การถือศีลอดชดเชย เป็นต้น ซึ่งการปฏิบัติเหล่านี้ศาสนาย่อมให้ทำได้เมื่อถึงคราวจำเป็นจริงๆ เท่านั้น และความจำเป็นนั้นๆ ต้องเป็นสิ่งที่ศาสนายอมรับ แต่การใช้ข้อผ่อนผันในปัจจุบันมีบ่อยครั้งที่ไม่คำนึงถึงว่าศาสนาอนุญาตหรือไม่

อิสลามเป็นศาสนาที่อัลลอฮ์กำหนดให้เป็นวิถีชีวิตสำหรับมวลมนุษย์ทั้งปวง ดังนั้นการดำเนินชีวิตในวิถีทางอิสลามไม่ได้สร้างความยากลำบากใดๆ ให้กับมนุษย์ บทบัญญัติของศาสนาอิสลามจะมีการยืดหยุ่นและผ่อนปรนในสถานการณ์ต่างๆ ที่เหมาะสมกับหลักการและเหตุผล ตลอดจนความสะดวกในการปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม การยืดหยุ่นและผ่อนปรนเป็นของขวัญจากพระเจ้าผู้เป็นเจ้าของแก่นมนุษย์

เช่นเดียวกับ ยูซุฟ อัลกอธอวีย์ (อ้างใน การเคร์ สะอะ, 2549) ได้ให้เหตุผลในเรื่องนี้ว่าอิสลามเป็นศาสนาที่ไม่ประสงค์จะทำให้เกิดความลำบากแก่บรรดาผู้ที่นับถือ โดยเฉพาะในสถานการณ์ปัจจุบัน ความยืดหยุ่นเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งในการดำเนินชีวิต เพราะความลำบากนั้นจะทำให้ผู้คนห่างไกลศาสนามากยิ่งขึ้น

อับดุลฮามิด ดิยา (อ้างใน การเคร์ สะอะ, 2549) กล่าวว่า อัลลอฮ์ได้บัญญัติความยืดหยุ่นและผ่อนปรนต่างๆ ในอัลกุรอานให้กับผู้ที่อยู่ในภาวะคับขันที่ไม่มีความสามารถจะปฏิบัติตามบทบัญญัติศาสนาเหมือนคนที่อยู่ในสภาวะปกติทั่วไปหรือการปฏิบัติสิ่งนั้นอาจก่อให้เกิดอันตรายกับสุขภาพร่างกายและชีวิตได้ หรือเป็นการหลีกเลี่ยงการบังคับให้ร่างกายต้องรับภาระเกินความสามารถที่มีอยู่ได้แก่

(1) การผ่อนปรนให้ปฏิบัติในสิ่งที่ต้องห้าม เช่น การอนุญาตให้กินเนื้อสัตว์ที่ไม่ได้เชือดตามหลักศาสนาอิสลามในยามที่คับขันเพื่อรักษาสุขภาพร่างกาย “ผู้ใดได้รับความคับขันใน

ความหิวโหยโดยมิใช่เป็นผู้จ้องใจกระทำบาปแล้ว แน่นอนอัลลอฮ์เป็นผู้ทรงอภัยโทษ ผู้ทรงเมตตาเสมอ” (อัลมาอิดะฮ์ : 3)

(2) อนุญาตให้เลิกปฏิบัติสิ่งที่เป็นหน้าที่ หากการปฏิบัติสิ่งนั้นก่อให้เกิดความยากลำบากและเป็นอันตรายต่อสุขภาพร่างกาย และชีวิตหรือทำให้เกิดความไม่สะดวกต่างๆ เช่น อนุญาตให้คนชราภาพ ผู้ป่วย หญิงตั้งครรภ์ และผู้ที่อยู่ในระหว่างการเดินทางลี้ภัยได้ “แล้วผู้ใดในพวกเจ้าป่วยหรืออยู่ในการเดินทางก็ให้อ้อใช้วันอื่น” (อัลบะกอเราะฮ์ : 184) และการผ่อนปรนในการประกอบพิธีฮัจญ์แก่บรรดาผู้ที่ไม่มีความสามารถ “และสิทธิของอัลลอฮ์ที่มีแก่มนุษย์นั้น คือการมุ่งสู่บ้านหลังนั้น (คือเพื่อประกอบพิธีฮัจญ์) อันได้แก่ผู้ที่ไม่สามารถหาทางไปยังบ้านหลังนั้นได้” (อาลิอิมรอน : 197)

(3) การอนุญาตให้ลดจำนวนครั้งของการละหมาด สำหรับผู้ที่มีเหตุผลหรือเงื่อนไขตามที่ศาสนาได้บัญญัติไว้ ผู้นั้นสามารถละหมาดให้เหลือน้อยลง เช่น ผู้ที่อยู่ในการเดินทาง ผู้ป่วย นักวิชาการบางท่านมีทัศนะว่าสามารถรวมเวลาละหมาดเข้าด้วยกันได้

(4) การอนุญาตให้เปลี่ยนวิธีการ เช่น การอนุญาตให้เช็ดบนหลังรองเท้าแทนการล้างในการละหมาด เป็นการผ่อนปรนในยามฤดูหนาว หรือมีบาดแผลซึ่งไม่อาจถูกน้ำได้

การยืดหยุ่นและผ่อนปรนต่างๆ ที่กล่าวมาล้วนแสดงให้เห็นว่าอิสลามนั้นให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพเป็นอย่างยิ่ง และการสร้างความสะดวกให้เกิดขึ้นกับมนุษย์ในการดำเนินชีวิต ผลการศึกษาบทบาทศาสนาในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมืองนั้น ผู้วิจัยไม่สามารถสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมืองมีความเคร่งครัดน้อยลง หรือการปฏิบัติตามหลักการอิสลามไม่เคร่งครัด ในชีวิตประจำวันผู้สูงอายุมุสลิมไม่ได้ตั้งใจจะเลยการปฏิบัติกิจตามหลักศาสนา หากแต่รูปแบบการดำเนินชีวิตของคนเมือง ที่มีส่วนทำให้ผู้สูงอายุมุสลิมคลายความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจน้อยลงไป เช่น ผู้สูงอายุที่ต้องทำงานออกจากบ้านแต่เช้า และกลับถึงบ้านในเวลาค่ำ ทำให้ไม่สะดวกในการปฏิบัติศาสนกิจ เช่น ในการละหมาด ซึ่งตรงกับเวลาที่ต้องทำงาน หรือในเวลาเย็นที่อยู่ในช่วงเดินทางกลับบ้าน ทำให้ละหมาดไม่ตรงเวลา และในบางครอบครัวที่มี ภาวะเศรษฐกิจที่ไม่ดี ทำให้ผู้สูงอายุมุสลิมบางรายไม่เคยได้เดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์ ณ เมืองเมกกะ

4.3.2 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิมโดยครอบครัว

สถาบันครอบครัวเป็นสถาบันที่ใกล้ชิดผู้สูงอายุมากที่สุด ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุมุสลิมทั้งในทางที่พึงประสงค์หรือไม่พึงประสงค์ ในการส่งเสริมสุขภาพ บำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุมีความละเอียดอ่อนมาก จึงต้องอาศัยความเป็นเอื้อโยของสายเลือด การตอบแทนความดีงามของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุมุสลิม ไม่ทอดทิ้งให้อยู่ลำพัง มีการเยี่ยมเยียน

ให้มากที่สุดเพื่อสร้างความใกล้ชิดและความอบอุ่น สำหรับศาสนาอิสลาม ถือว่าเป็นหน้าที่ของลูกหลาน มิตรสหายและสังคม ที่จะต้องรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุในด้านต่างๆ อย่างสมบูรณ์และครบถ้วน ไม่ว่าจะเป็นด้านการเป็นอยู่ ด้านปัจจัยยังชีพ ด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต และด้านสังคมในเบื้องต้นผู้ที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุคือลูกหลาน อัลลอฮ์ได้กล่าวถึงหน้าที่การดูแลและการปฏิบัติต่อบิดามารดาในวัยชรา ในข้อความเดียวกันกับการกำชับถึงหน้าที่ ที่ต้องปฏิบัติกรรภัคติดต่อพระองค์ ซึ่งแสดงถึงสถานะอันสูงส่งของภารกิจและการดูแลบิดามารดา อัลลอฮ์ คำรับว่า

เราได้สั่งการแก่นุญญ์เกี่ยวกับบิดา มารดาของเขา โดยที่มารดาของเขาได้
อุ้มครรภ์เขาอ่อนเปลี้ยลงครั้งแล้ว ครั้งเล่า และการหย่านมของเขาใน
ระยะเวลาสองปี เจ้าจงขอบคุณข้าและบิดามารดาของเจ้า ยิ่งเรานั้น

อัลกุรอาน ซูเราะห์ที่ 31 ลุกมาน (14): 1019

ผู้สูงอายุจะต้องได้รับการดูแลจากบุตรหลานซึ่งเป็นหน้าที่ที่วาญิบ (บังคับ) สำหรับบุตรหลานที่จะต้องทำการดูแลบิดามารดาอย่างสุดความสามารถ หากไม่แล้วจะถือว่าเป็นลูกที่เนรคุณและเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้องหากบุตรหลานคิดว่าการนำบิดามารดาที่ชราภาพฝากให้ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุของรัฐทำการดูแลแทน เพราะคิดว่าทางศูนย์สามารถทำการดูแลที่ดีกว่า จริงอยู่หากบุตรหลานไม่มีความสามารถก็เป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องทำการดูแล แต่หากเป็นภาวะปกติ หน้าที่ดังกล่าวนี้ก็ถือเป็นหน้าที่ของบุตรหลาน เพราะรัฐถือว่ามิหน้าที่เชิงปกครองที่มีลักษณะทั่วไป แต่หน้าที่ของบุตรหลานในการทำการดูแลบิดามารดาถือเป็นหน้าที่เฉพาะ

จากการสัมภาษณ์ลูกหลานของผู้สูงอายุมุสลิมรายหนึ่ง ให้ความเห็นว่า ลูกหลานของชาวมุสลิมส่วนใหญ่ ยังคงมีความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับการมีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วยถือว่าเป็นสิ่งที่ดีมาก โดยผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวมากเท่าไรยิ่งถือว่าเป็นสิ่งที่ดีเป็นสิ่งที่เป็นมงคลตามหลักศาสนาอิสลาม เนื่องจากการที่มีอายุยืนยาวนั้น คือการ ได้มีโอกาสทำความดีได้มากกว่าผู้อื่น มีโอกาสได้กลับตัวจากการกระทำที่ไม่ดีในวัยหนุ่มสาว ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ พบว่า ลักษณะครอบครัวในชุมชนที่ศึกษา มีทั้งครอบครัวขยาย (Extended family) ที่ประกอบด้วยคนสองรุ่นอาศัยอยู่ร่วมกัน โดยเมื่อลูกมีครอบครัวก็ยังอาศัยอยู่ในบ้านหลังเดิม และครอบครัวเดี่ยว (Single family) ซึ่งผลการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมทั้งที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายและครอบครัวเดี่ยว ต่างเห็นว่าตนเองได้รับการดูแลเป็นอย่างดีจากบุตรหลาน ที่แม้ผู้สูงอายุบางรายที่ไม่ได้อยู่กับลูก แต่ก็ไม่รู้สึกรว่าตนเองไม่ได้รับการดูแลจากลูกหลาน เนื่องจากมีการไปมาหาสู่กันเป็นประจำ ผู้สูงอายุมุสลิมส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า ลูกหลานชาวมุสลิมในชุมชนเมืองส่วนใหญ่มีความยึดมั่นและเลื่อมใสใน

ศาสนาอิสลาม อันได้แก่ หลักศรัทธา หลักปฏิบัติ และหลักจริยธรรม ให้กับบุคคลในครอบครัว ดังนั้น ครอบครัวที่มีผู้สูงอายุอยู่ร่วมด้วย ลูกหลานชาวมุสลิมต่างมีความรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุในด้านต่างๆ อย่างสมบูรณ์และครบถ้วน ไม่ว่าจะเป็นด้านความเป็นอยู่ ด้านปัจจัยยังชีพ ด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต และด้านสังคมในเบื้องต้น จากการสังเกต บุคคลในครอบครัวผู้สูงอายุมุสลิม พบว่า บุคคลในครอบครัว รับรู้ว่าจะต้องเป็นผู้ดูแลพ่อแม่ บุคคลในครอบครัวส่วนมากทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างดีถึงแม้มีข้อจำกัดในเรื่องเวลาที่ตนมีความจำเป็นต้องทำงานนอกบ้าน เนื่องจาก ผู้สูงอายุมุสลิมในเมืองส่วนใหญ่สามารถดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี การดูแลผู้สูงอายุมุสลิมชุมชนเมือง ในระดับครอบครัวผู้ดูแลหลักจึงไม่ได้มีบทบาทในการดูแลมากนัก จากการศึกษาบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ต้องดูแลผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน จากการเจ็บป่วยเป็นโรคอัมพฤกษ์/อัมพาต พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จึงมีเวลาดูแลผู้สูงอายุมุสลิมที่เจ็บป่วยอย่างใกล้ชิด ได้แก่ การเตรียมอาหารสำหรับผู้ป่วย ป้อนข้าวป้อนน้ำ อาบน้ำ ซักเสื้อผ้า ทำความสะอาดบ้าน พาไปพบแพทย์ พาไปนอกบ้าน และนั่งพูดคุยด้วย อีกกลุ่ม คือ กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน มีภาระทั้งงานบ้าน และค่าใช้จ่ายในครอบครัว ส่วนใหญ่ดูแลเกี่ยวกับอาหารที่รับประทาน การเจ็บป่วยเล็กๆ น้อย รวมถึงการพาไปพบแพทย์ในบางกรณี ไม่มีเวลาได้ดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด

ศาสนาอิสลาม ตามพระคัมภีร์บอกเลยว่า เราต้องระลึกถึงคุณพ่อแม่ เหมือนกับระลึกถึงคุณของพระเจ้า ต้องรักษาน้ำใจพ่อแม่ ห้ามพูดจาไม่ดี ตะคอก ให้เหมือนกับตอนที่พอกับแม่เราเลี้ยงดูเรา ตอนที่เราเป็นเด็ก ตอบแทนเขา ต้องให้เกียรติเขา ถือว่าเป็นบุญ คนที่ทำไม่ดีกับพอกับแม่ก็ได้ผล เหมือนกับทำไม่ดีต่อพระเจ้า

ผู้ดูแลผู้สูงอายุมุสลิม เพศหญิง อายุ 42 ปี

สอดคล้องกับหลักคำสอนของอัลลอฮ์ที่ได้กล่าวถึง การให้ระลึกถึงคุณบิดามารดาในความเดียวกันกับการให้ระลึกถึงคุณของพระองค์ แสดงว่าคุณและสิทธิของบิดามารดาใหญ่หลวงมาก ซึ่งเป็นหน้าที่ลูกที่จะต้องทดแทนคุณดังกล่าวเสมือนทดแทนคุณของอัลลอฮ์ ที่ได้สร้างเขามา

พวกเจ้าอย่าเคารพสักคิผู้ใดนอกจากพระองค์เท่านั้นและจงทำดีต่อบิดามารดาเมื่อผู้ใดในทั้งสองหรือทั้งสองบรรลุนิติภาวะอยู่กับเจ้า และอย่าขู่เจ็ญท่านทั้งสอง และจงพูดแก่ท่านทั้งสองด้วยถ้อยคำที่อ่อนโยน และจง

นอนน้อมแก่ท่านทั้งสอง ซึ่งการถ่อมตนเนื่องจากความเมตตา และจงกล่าว
ว่า ข้าแต่พระเจ้าของฉัน ทรงโปรดเมตตาแก่ท่านทั้งสองเช่นที่ทั้งสองได้
เลี้ยงดูฉันเมื่อเยาว์วัย

อัลกุรอาน ซูเราะห์ที่ 17 อัลอิสรอ(23-24): 667

ทั้งนี้ ผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมืองส่วนใหญ่สามารถดูแลและช่วยเหลือตัวเองได้
สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่ต้องพึ่งพาบุตรหลาน หรือสมาชิกในครอบครัวเลย และ
ผู้ดูแลหลักในครอบครัวซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน (อายุ 40 ปีขึ้นไป) จากความจำเป็นที่ลูกหลาน
ต้องประกอบอาชีพ จึงไม่มีเวลายู่ดูแลผู้สูงอายุมุสลิมได้ตลอดทั้งวัน ส่วนใหญ่ให้การดูแลเรื่อง
อาหาร และ โรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ลูกของผู้สูงอายุมุสลิมรายหนึ่งที่ต้องทำงานนอกบ้านเกือบทุกวัน
ระบุว่า ตนเองได้ดูแลให้ในบางมือนั้น เนื่องจากต้องทำงานนอกบ้าน จะมีเพียงการหุงข้าวเตรียม
ไว้ให้ในตอนเช้า ส่วนกับข้าว ผู้สูงอายุจะเลือกซื้อเอง แต่ถ้าเป็นวันหยุด ก็จะทำกับข้าวรับประทาน
เอง ซึ่งจะเลือกเฉพาะอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ นั่นคือ อาหารที่ไม่มีไขมัน ย่อยง่าย เช่น ผัก ผลไม้
และปลา มากกว่าจะเป็นอาหารประเภทเนื้อสัตว์

ดูแลเรื่องต่างๆ ไปมากกว่า เขายังแข็งแรง ทำอะไรด้วยตัวเองได้หมด อาหาร
การกินอย่างนี้ ส่วนใหญ่จะเป็นแม่ที่คนหาให้พอรับประทาน ครบเดือนก็
พาเขาไปหาหมอตามนัด

ผู้ดูแลผู้สูงอายุมุสลิม เพศหญิง อายุ 50 ปี

คือเราไม่ได้ไปดูแลอะไรเขามากเลย เขาทำเองได้หมดทุกอย่าง ถึงเวลาที่
เตรียมอาหารไว้ให้ แต่ถ้าเราไม่อยู่บ้าน ไปทำงาน เขาก็ซื้อกินร้านใกล้ๆ
บ้านนะ อย่างถ้าเขามีหมอนัด ถ้าว่างเราก็พาไป แต่ถ้าไม่ว่าง เราต้องทำงาน
ก็แค่ไปส่งจากบ้านแม่ก็เรียกแท็กซี่กลับบ้านเอง

ผู้ดูแลผู้สูงอายุมุสลิม เพศชาย อายุ 45 ปี

แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมือง รู้สึกว่าได้รับการดูแลจากลูกหลาน/
คนในครอบครัวเป็นอย่างดี สอดคล้องกับข้อมูลการสำรวจสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชน
เมืองที่อยู่ในระดับดี ทั้งนี้ สืบเนื่องจากความกตัญญูรู้คุณของลูกหลาน และความศรัทธาในหลัก
ศาสนาที่สอนให้ลูกทุกคนให้ความสำคัญและดูแลผู้เป็นบิดามารดาจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

ส่วนบทบาทศาสนาในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิมระดับครอบครัวนั้น พบว่าผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากลูกหลานในครอบครัวเป็นอย่างดี เนื่องจากลูกหลานมีความเชื่อและความศรัทธาในหลักศาสนาที่สอนให้ลูกทุกคนให้ความสำคัญและดูแลผู้เป็นบิดามารดาจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นหน้าที่(วาฮิบ)ของลูกหลานทุกคน ผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมืองที่อยู่คนเดียวไม่ได้อยู่กับลูกหลาน ต่างก็ไม่วู้สึกเหงา ว้าเหว่แต่อย่างใด เนื่องจากลูกหลานยังมีการไปมาหาสู่กันประจำ สอดคล้องกับทางจิตวิทยาผู้สูงอายุว่าถ้าปฏิสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับคนรุ่นหนุ่มสาวและเด็กเป็นไปในทางที่ดี จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเห็นความมีชีวิตชีวา ความมีพลังกำลัง และทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกชื่นชมชีวิตฝ่ายหนุ่มสาวก็ได้ประโยชน์จากผู้สูงอายุในแง่ของการได้รับคำแนะนำในการแก้ปัญหาชีวิตที่ผู้สูงอายุเคยผ่านมาในอดีต ซึ่งถือเป็นบทเรียนที่มีคุณค่า

4.3.3 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิมโดยชุมชน

หน้าที่ของชุมชนที่ต้องทำการดูแลผู้สูงอายุถือเป็นหน้าที่หรือภาระเชิงสังคมหากมีบุคคลหนึ่งบุคคลใดในชุมชนได้ทำหน้าที่ดังกล่าว ภาระดังกล่าวก็ถือว่าดำเนินไปแล้วทุกคนก็จะรอดพ้นจากการสอบสวนจากอัลลอฮ์ แต่หากบุคคลในชุมชนไม่มีใครให้ความสำคัญและละเอียดที่จะทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ผลบาปก็ตกอยู่กับทุกคนในฐานะที่ละเลยหน้าที่หรือภาระเชิงสังคม (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551)

แท้จริงอัลลอฮ์ได้บัญชาแก่พวกเจ้าให้มอบหน้าที่ต่างๆ แก่ผู้ทรงสิทธิ และเมื่อพวกเจ้าตัดสินใจระหว่างมนุษย์ พวกเจ้าจะต้องตัดสินใจด้วยความยุติธรรม แท้จริงอัลลอฮ์ตักเตือนดีที่สุดเกี่ยวกับความยุติธรรมนั้น แท้จริงอัลลอฮ์ทรงไฉน ทรงแลเห็น

อัลกุรอาน ซูเราะห์ที่ 4 อัน-นิซาอ(57-59) : 195

จากการสัมภาษณ์ ผู้นำชุมชนมุสลิมในเขตเมืองนี้ พบว่า ผู้นำชุมชนให้ความสำคัญต่อผู้สูงอายุมุสลิมมาก โดยมีความเชื่อว่า หากไม่ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนตนเองให้ดี จะได้รับการสอบสวนจากองค์อัลลอฮ์ เพราะการไม่ให้เกิดริเดแก่ผู้สูงอายุ เท่ากับการไม่ให้เกิดริเดองค์อัลลอฮ์ด้วยเช่นกัน ผู้นำชุมชน และ โต๊ะอิหม่าม ได้มีการส่งเสริมให้ชาวมุสลิมในชุมชนทุกคนมีความเอื้ออาทรช่วยเหลือเอื้อเพื่อซึ่งกันและกัน สร้างบรรยากาศที่สามารถทำให้เกิดความสุข ความเบิกบานและสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน ตลอดจนร่วมกันรับผิดชอบ ให้ความสนใจและอยู่ร่วมกันอย่างพี่น้อง พยายามส่งเสริมความคิดของลูกหลานให้เกิดริเด ให้ความสำคัญต่อผู้สูงอายุซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ

จากหน่วยงานภาครัฐ / องค์กร / มูลนิธิต่างๆ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชน ให้ความร่วมมือน้อย ด้วยเหตุผลที่ว่าต้องประกอบอาชีพ เช่น ค้าขายต้องไปขายของถ้าหยุดก็ไม่มีรายได้ หรือเลี้ยงหลาน อยู่ที่บ้าน นอกจากนี้ ยังพบเหตุผลสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดให้คือ ผู้สูงอายุมุสลิมไม่เห็นประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเท่าที่ควร เนื่องจากให้ความสำคัญกับการประกอบอาชีพ การหาเลี้ยงครอบครัว และเมื่อเจ็บป่วยก็สามารถเข้าถึงสถานพยาบาลที่ง่าย และสะดวก

เวลาเขามาตรวจร่างกาย เราก็ไม่อยู่ต้องไปทำงานนะ ไม่ทำก็ไม่มีกิน ถ้าไม่
สบายก็ซื้อยากินได้ ร้านขายยาหน้าบ้านนี่แหละ

ผู้สูงอายุมุสลิมวัยกลาง เพศชาย

ในสังคมมุสลิม ความร่วมมือสนับสนุนช่วยเหลือถือเป็นวัฒนธรรมหนึ่งของอิสลาม ก่อให้เกิดพลังอันเข้มแข็งของสังคม และยึดถือเป็นวัฒนธรรมถาวร สังคมจึงมีแต่จะพัฒนาไปสู่ความสูงส่งไม่มีทางตกต่ำ ในการอยู่ร่วมกันในสังคม การบริหารสังคม ทุกคนต้องยึดคำสอนจากอัลกุรอานอย่างเคร่งครัด

ผลการศึกษายทบาทศาสนาในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิมระดับชุมชน พบว่า มีหน่วยงาน หรือองค์กรต่างๆ รวมถึงบุคคลที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมือง ต่างคนต่างทำหน้าที่ไม่มีการบูรณาการในการทำงานร่วมกัน กล่าวคือ

(1) สถานบริการสุขภาพ ชุมชนเมืองเขตนี้มีหน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพ และให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุมุสลิม ได้แก่ โรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน ศูนย์สาธารณสุขประจำเขต ปัจจุบันบทบาทการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมืองทำได้ไม่เต็มที่ เน้นการรักษามากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่เน้นกลุ่มคนทั่วไป ไม่มีเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ในแต่ละกิจกรรมไม่คำนึงถึงความเหมาะสมว่าการปฏิบัติเหมาะสมหรือขัดกับหลักศาสนาหรือไม่

(2) ชุมชนผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข จากการสัมภาษณ์ประธานชมรมผู้สูงอายุวัย 72 ปี กล่าวว่า เนื่องจากชุมชนขาดคนที่มีคุณสมบัติเป็นจิตอาสาผู้น้อยลง ต่างคนต่างมีภาระในการหาเลี้ยงชีพ หรือผู้สูงอายุบางรายที่อยู่บ้านต่างมีภาระเลี้ยงหลาน ทำให้ไม่มีใครเป็นจิตอาสาทำงานเพื่อส่วนรวม ตนเองก็เช่นกันหากมีใครมารับตำแหน่งประธานชมรมผู้สูงอายุ ก็จะสละสิทธิ์ให้เลย แต่เพราะไม่มีใคร ตนเองเลยต้องทำงานต่อไป และเนื่องจากปัจจุบันชุมชนมุสลิมในเขตเมืองนี้ประสบกับปัญหาหาเสพติดในกลุ่มวัยรุ่นมาก ผู้สูงอายุมุสลิมจึงเป็นกลุ่มที่สังคมให้

ความสำคัญน้อย เพราะส่วนหนึ่งในแต่ละครอบครัวมีฐานะทางเศรษฐกิจที่พอจะสามารถดูแลส่งเสริมผู้สูงอายุได้เอง

(3) สถาบันมัสยิด เป็นองค์กรทางศาสนาที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเมืองมากที่สุด และอิหม่ามเป็นบุคคลสำคัญของคนในชุมชน สามารถเป็นที่ปรึกษา แก้ไขปัญหาต่างๆ ส่งเสริมให้คนมีความรู้ในเรื่องวิถีชีวิตที่ถูกต้องตามหลักศาสนาอิสลาม ให้การช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสในสังคม เป็นศูนย์รวมจิตใจของคนทุกคนในสังคมมุสลิมให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันได้เป็นอย่างดี สามารถจะกำหนดกฎระเบียบ เพื่อความเป็นอยู่ที่สงบสุขได้

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมืองให้ความสำคัญกับสถาบันมัสยิด โดยอิหม่ามมีบทบาทที่ได้รับการยอมรับมากที่สุด เนื่องจากเป็นบุคคลรุ่นเก่าที่สร้างสรรค์สังคมอิสลามให้มีความเป็นภารดรภาพ เป็นสังคมผู้ศรัทธา มีความสันติสุข สถาบันและองค์กรต่างๆ ในสังคมมุสลิมในชุมชนเมืองแห่งนี้มีการประสานความร่วมมือในการช่วยเหลือผู้สูงอายุให้เกิดประสิทธิภาพตามบัญญัติของอัลกุรอาน

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

5.1 สรุป และอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมืองครั้งนี้ มุ่งศึกษาบทบาทของศาสนาว่ามีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนหรือไม่อย่างไรและในขณะเดียวกันความเป็นชุมชนมุสลิมในเมืองส่งผลกระทบต่อความเชื่อทางศาสนาและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างไร ผลการศึกษาพบว่า บริบททางสังคมโดยรวมของชุมชนเมืองแห่งนี้เป็นชุมชนใหม่ที่แยกมาจากชุมชนมุสลิมดั้งเดิมในเขตพื้นที่เดียวกัน คนในชุมชน ส่วนใหญ่เป็นชาวมุสลิม มีชาวไทยพุทธปะปนอยู่บ้างจากการย้ายเข้ามาอาศัยและมีมุสลิมบางคนแต่งงานกับคนไทยพุทธแต่ก็ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันตามแบบของมุสลิม การดำเนินชีวิตของชาวมุสลิมในชุมชนเป็นแบบคนเมือง โดยทั่วไป แต่ก็ยังพบว่าชาวมุสลิมในชุมชนส่วนใหญ่ยังคงยึดมั่นและศรัทธาต่อพระเจ้า และยึดถือหลักศาสนาในการดำเนินชีวิต อย่างไรก็ตาม รูปแบบการดำเนินชีวิตของคนเมือง ก็มีส่วนทำให้ชาวมุสลิมคลายความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจน้อยลงไปบ้าง แต่ก็ไม่ได้ละเลยเสียเลยทีเดียวยังมีการปฏิบัติศาสนกิจชดเชยตามที่ศาสนานุญาต ทำให้ยังคงการปฏิบัติศาสนกิจไว้ได้ตามหลักปฏิบัติ ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากในชุมชนเมืองแห่งนี้ มีมัสยิดเป็นศูนย์กลางและมีผู้นำ คือ อิมาม ซึ่งเป็นผู้มีความรู้ทางศาสนาอิสลามและมีบทบาทสำคัญที่สุดในชุมชน ซึ่งคนในชุมชนทั้งชาวไทยมุสลิมและชาวไทยพุทธ แม้ต่างศาสนาก็ให้การเคารพนับถือนับถืออิมาม อิมามสามารถเป็นที่ปรึกษา แก้ไขปัญหาต่างๆ ส่งเสริมให้คนมีความรู้ในเรื่องวิถีชีวิตที่ถูกต้องตามหลักศาสนาอิสลาม ให้การช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสในสังคม เป็นศูนย์รวมจิตใจของคนทุกคนในสังคมมุสลิมให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันได้เป็นอย่างดี ผลการศึกษาครั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษามุสลิมในชุมชนเมืองที่ผ่านมา พบผลทั้งต่างและคล้ายคลึงกัน ดังการศึกษาของ ประภา เสียงเสนาะ (2535) แม้จะเป็นชุมชนมุสลิมในกรุงเทพฯเช่นเดียวกัน แต่พบว่า ความเป็นเมืองส่งผลกระทบต่อความยึดมั่นในศาสนาในชุมชนมุสลิม เขตมีนบุรี จากภาวะความเป็นอยู่ในปัจจุบันที่มีการผสมผสานของชาวมุสลิมและคนต่างศาสนา มากขึ้น และจากการขยายตัวของเมือง ทำให้คนต้องประกอบอาชีพนอกบ้านมากขึ้น การดำเนินชีวิตประจำวันที่เร่งรีบมีส่วนสำคัญทำให้มุสลิมคลายความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ และใช้ข้อผ่อนผันทางศาสนามากขึ้น เช่น การละหมาดรวมสองเวลาในครั้งเดียว และไม่มีศูนย์กลางเช่น

อิหม่าม ให้ชาวมุสลิมยึดถือ ส่วนการศึกษาของ รัชนี้ ไฟ่แก้ว (2545) พบผลสอดคล้องกับศึกษาครั้งนี้ โดยพบว่า ชาวไทยมุสลิมชุมชนหนองจอก มีความสำนึกว่าตนเป็นมุสลิมอย่างแท้จริง มีความศรัทธา ในศาสนาอิสลาม ซึ่งผู้นำทางศาสนาเป็นผู้ที่มีบทบาทในชุมชน และมีครอบครัว โรงเรียนสอน ศาสนา และมัสยิดเป็นสถาบันที่สำคัญในการปลูกฝังความศรัทธาและส่งเสริมเยาวชนให้มี จริยธรรมอิสลาม และค่านิยมตามแบบฉบับของบรรพบุรุษในอดีต ยังผลให้เยาวชนเติบโตมาโดยมี ความเป็นมุสลิมภายใต้วัฒนธรรมอิสลาม ปฏิบัติตนตามแบบแผนเดียวกัน รวมทั้งในด้านความ ศรัทธาต่อพระเจ้า อันเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ใหญ่ในชุมชนต้องปลูกฝังแก่สมาชิกในครอบครัวของตน ซึ่ง เห็นได้ว่าการมีจุดศูนย์รวมทางศาสนามีบทบาทสำคัญต่อบุคคลและชุมชนที่ช่วยยึดโยงให้ชาวมุสลิม ยังคงยึดมั่นในศาสนา แม้จะมีการปรับเปลี่ยนไปบ้างตามสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างมากและ รวดเร็วเช่นสังคมเมือง

ผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมืองที่ศึกษา ส่วนใหญ่ยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ตามปกติ มีผู้สูงอายุมุสลิมจำนวนเกินครึ่งยังประกอบอาชีพอยู่ และมีโรคประจำตัวไม่แตกต่างจาก ผู้สูงอายุโดยทั่วไป อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้พบว่า แม้ผู้สูงอายุมุสลิมในเมืองก็ยังคงให้ ความสำคัญ และศรัทธาต่อหลักคำสอน แต่วิถีชีวิตแบบเมืองของชาวมุสลิมในชุมชนที่ศึกษาได้ ส่งผลต่อความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนากิจอยู่บ้าง บทบาทของศาสนาต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ชาวมุสลิมในชุมชนเมืองสรุปได้ ดังนี้

5.1.1 การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมือง

ผู้สูงอายุในชุมชนเมืองส่วนใหญ่ใช้หลักการดูแลสุขภาพตนเอง ในรูปแบบบูรณาการ ระหว่างหลักการศาสนาอิสลามกับหลักการแพทย์และสาธารณสุขที่ไม่ขัดต่อหลักศาสนาเข้าด้วยกัน ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีส่งผลต่อสุขภาพจิตที่ดีได้ ผู้สูงอายุมุสลิมมีความเชื่อว่า การที่ตน มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จะเป็นทีโปรดปรานของอัลลอฮ์ ผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมืองส่วนใหญ่มีปฏิบัติศาสนากิจเป็นประจำ ซึ่งทำให้จิตใจสงบสุข และ ภายในชุมชนยังมีการจัดให้มีการบริจาทาน ซึ่งทำให้คนในชุมชนได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ไม่มี วิถีชีวิตแบบคนเมืองที่ต่างคนต่างอยู่เสียเลยทีเดียว ความสัมพันธ์ที่เอื้ออาทรอาจมีส่วนส่งผลต่อ สุขภาพจิตของคนในชุมชน นอกจากนี้ผู้สูงอายุมุสลิมส่วนใหญ่มีโอกาสดูแลสุขภาพไปร่วมประกอบพิธีฮัจญ์ เนื่องจากการมีฐานะทางเศรษฐกิจเพียงพอ ผู้สูงอายุมุสลิมเองยังสามารถประกอบอาชีพ มีรายได้ ประกอบกับผู้สูงอายุมุสลิมให้ความสำคัญ และศรัทธาต่อการปฏิบัติศาสนากิจตามหลักศาสนา ผลการสำรวจสุขภาพจิตทางด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุมุสลิมก็พบว่าเกือบทั้งหมดมีความสุข ไม่ได้ รู้สึกซึมเศร้าหรือท้อแท้ใจ สอดคล้องกับการสำรวจสุขภาพจิตคนไทย 2553 พบว่า ผู้นับถือศาสนา

อิสลามมีสุขภาพจิตดีที่สุดใน (ร้อยละ 34.1) รองลงมา คือ ผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ และคริสต์ (ร้อยละ 33.8 และร้อยละ 32.5 ตามลำดับ) ซึ่งบทบาทของศาสนาอิสลามต่อสุขภาพจิตพบผลที่สอดคล้องกันในงานของธนา นิลชัยโกวิทย์ (2539) ซึ่งพบว่า ศาสนาเป็นสื่อกลางที่ยึดเหนี่ยวชาวมุสลิมให้เป็นกลุ่มก้อน ทำให้มีเครือข่ายทางสังคมที่กว้างขวางและมีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่เหนียวแน่น ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ชาวมุสลิมมีสุขภาพจิตดี

แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้พบพฤติกรรมบางอย่างที่สะท้อนถึงการดูแลสุขภาพที่ไม่สอดคล้องหลักศาสนาอยู่บ้าง และเป็นส่วนหนึ่งของสาเหตุของปัญหาสุขภาพที่พบในผู้สูงอายุมุสลิม ได้แก่

(1) พฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา

พฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราในกลุ่มผู้สูงอายุมุสลิมรุ่นหลัง ซึ่งบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถือเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเคลิบเคลิ้ม (และย้อมนำสู่การเสพติด) อย่างหนึ่งและเป็นสิ่งต้องห้ามตามคำสอนของอิสลาม จากพฤติกรรมเลี่ยงเหล่านี้อาจส่งผลถึงปัญหาสุขภาพในระยะยาวได้

(2) การออกกำลังกาย

ผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมืองส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายน้อยมาก โดยมีสาเหตุมาจากการไม่เห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุที่ยังคงทำงานมักให้เหตุผลว่าไม่มีเวลา เมื่อกลับถึงบ้านอยากใช้เวลาสำหรับพักผ่อนมากกว่าการออกกำลังกาย ซึ่งยังหากผู้สูงอายุได้เข้าใจถึงความสำคัญของการออกกำลังกายต่อสุขภาพและสามารถเชื่อมโยงกับหลักคำสอนทางศาสนาที่เน้นให้ดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์ก็จะทำให้การดูแลสุขภาพในประเด็นนี้มีแนวโน้มที่ดีขึ้นได้ นอกจากนี้สาเหตุข้างต้นแล้วยังพบว่า การไม่ออกกำลังกายของผู้สูงอายุมีเรื่องเงื่อนไขตามหลักศาสนาเข้ามาเกี่ยวข้อง กล่าวคือ ในชุมชนไม่มีสถานที่ออกกำลังกายที่เหมาะสม โดยธรรมเนียมปฏิบัติของมุสลิมในชุมชน สถานที่ในการออกกำลังกายต้องไม่ปะปนระหว่างชายหญิง ต้องไม่เป็นที่เปิดเผย ไม่เดินตามจังหวะเพลง (เสียงดนตรีเป็นที่ต้องห้ามตามบทบัญญัติอิสลาม) แต่ให้เน้นท่ากายบริหารเป็นหลัก กิจกรรมนี้ผู้สูงอายุมุสลิมเห็นว่าเหมาะกับคนหนุ่มสาว หรือคนทั่วไปมากกว่า ซึ่งทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่าหลักศาสนาขัดต่อการส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย หากแต่การจัดกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายในชุมชนไม่ได้คำนึงถึงเงื่อนไขดังกล่าว เท่าที่ควร หากปรับให้สอดคล้องกับธรรมเนียมปฏิบัติตามความเชื่อ ก็จะช่วยส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชาวมุสลิมได้อย่างเหมาะสม

(3) การบริโภคอาหาร

ผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนที่ยังคงประกอบอาชีพ มีวิถีชีวิตแบบคนเมืองที่เร่งรีบ และยึดหลักความสะดวกรวดเร็ว ส่วนใหญ่มักนิยมซื้ออาหารปรุงสำเร็จ (แกงถุง) อาหารจานด่วน อาหารทอด โดยยึดหลักศาสนาเพียงว่าอาหารเหล่านั้นมีเครื่องหมายฮาลาล แต่มักไม่ได้คำนึงถึงแนวทางบริโภคอาหารตามคำสอนของศาสนาที่เน้นเรื่อง การบริโภคอาหารที่มีประโยชน์และบริโภคและพอควร ซึ่งผลสำรวจสุขภาพพบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมวัยต้นที่ส่วนใหญ่ยังคงทำงานมีน้ำหนักเกิน ไปจนถึงมีภาวะอ้วน และยังพบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมที่มีภาวะอ้วนมีโรคประจำตัว เบาหวาน ภาวะไขมันสูง โรคความดันโลหิตสูง มากกว่าผู้สูงอายุมุสลิมน้ำหนักปกติ ซึ่งต่างจากผลการศึกษาจากการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิมในชนบท (ไพสุดา ดำรงชลธิ, 2555) ที่พบว่า ผู้สูงอายุเกินกว่าครึ่งมีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ (59.1) มีเพียงร้อยละ 3.4 เท่านั้นที่อยู่ในภาวะอ้วน ซึ่งการศึกษาดังกล่าวอธิบายว่าหลักการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุมุสลิมในชนบทส่วนใหญ่คำนึงถึงหลักการทางศาสนาอิสลามที่เน้นให้บริโภคแต่พอควร รวมทั้งการเตรียมและเลือกอาหารที่มีประโยชน์ สะอาด ปลอดภัยจากสารเคมีเจือปน เหมาะสมกับวัยและสภาพของแต่ละคน นอกจากการบริโภคที่ไม่ได้นำหลักศาสนาเข้ามาเชื่อมโยงแล้ว การศึกษาของ McCann and Ewing (2003) ได้อธิบายผลกระทบของวิถีชีวิตเมืองต่อสุขภาพของประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ที่มีลักษณะการเติบโตของเมืองว่า การดำเนินชีวิตประจำวันด้วยความเร่งรีบ การต้องเผชิญกับปัญหาจราจรในการเดินทางระหว่างวัน และการไม่มีเวลาสำหรับการออกกำลังกาย หรือดูแลสุขภาพตนเองของคนเมือง ส่งผลต่อค่าดัชนีมวลกายที่เพิ่มสูงขึ้น ภาวะน้ำหนักเกิน และความดันโลหิตสูง

(4) การตรวจสุขภาพประจำปี

ผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมืองให้ความสำคัญกับการตรวจสุขภาพประจำปีน้อย เพราะยังรู้สึกว่าคุณแข็งแรงดี ไม่เจ็บไข้จึงไม่จำเป็นต้องตรวจ เพราะในชีวิตประจำวันผู้สูงอายุมุสลิมยังคงทำงานได้ อย่างไรก็ตามหากผู้สูงอายุมุสลิมรู้สึกไม่สบายเบื้องต้นมักซื้อยากินเอง และมีความคิดว่าหากเจ็บป่วยก็สามารถเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพได้ทันที เพราะมีความสะดวกสบายในการเดินทางและมีแหล่งบริการสุขภาพมากมายใกล้ชุมชน ผู้สูงอายุมุสลิมจึงไม่ตระหนักถึงการตรวจสุขภาพและป้องกันโรคเท่าที่ควร ซึ่งคำสอนของศาสนาอิสลามนั้น เน้นในเรื่องการรักษาสุขภาพและป้องกันโรคร้ายไข้เจ็บ โดยถือว่าเป็นหน้าที่ของมุสลิมทุกคนจะต้องปกป้องดูแลรักษาสุขภาพและร่างกายของตนให้แข็งแรงสมบูรณ์ (สมาคมแพทยมุสลิม, 2550) การเข้าถึงบริการสุขภาพที่สะดวก ทำให้ผู้สูงอายุละเลยในการตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรองโรคหรือปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น โดยที่ยังไม่แสดงอาการชัดเจน ดังนั้นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิมควรส่งเสริมให้

ผู้สูงอายุเล็งเห็นถึงความสำคัญในการปกป้องดูแลสุขภาพของตนเองด้วย เพื่อให้ทำการรักษาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

5.1.2 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิมโดยครอบครัว

ศาสนาอิสลาม ถือว่าเป็นหน้าที่ของลูกหลานที่จะต้องรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุในด้านต่างๆ อย่างสมบูรณ์และครบถ้วน ไม่ว่าจะเป็นด้านการเป็นอยู่ ด้านปัจจัยยังชีพ ด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต และด้านสังคม การยึดหลักศาสนา ลูกหลานของชาวมุสลิมในชุมชนเมืองมีความเชื่อและศรัทธาตามหลักทางศาสนาเกี่ยวกับการมีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย ถือว่าเป็นสิ่งที่ดีมาก โดยผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวมากเท่าไรยิ่งถือว่าเป็นสิ่งที่ดีเป็นสิ่งที่เปี่ยมมงคล เนื่องจากการที่มีอายุยืนยาวนั้น คือการได้มีโอกาสทำความดีได้มากกว่าผู้อื่น มีโอกาสได้กลับตัวจากการกระทำที่ไม่ดีในวัยหนุ่มสาว จากการศึกษา พบว่า ลูกหลานให้ความสำคัญและดูแลผู้เป็นบิดามารดาจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตซึ่งถือเป็นหน้าที่ (วาฮิบ) ถึงแม้ลูกหลานส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน ที่ต้องทำงานนอกบ้าน แต่ทำหน้าที่อย่างดีที่สุดที่สามารถปฏิบัติได้ เช่น ดูแลในเรื่องอาหาร และการรักษาพยาบาลเมื่อยามเจ็บป่วย แม้ผู้สูงอายุบางรายที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับลูกหลาน แต่ก็ไม่รู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้ง หรือไม่ได้รับการดูแล เนื่องจากมีการไปมาหาสู่กันเป็นประจำ และยังคงได้รับการดูแลทางด้านจิตใจและช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัวเป็นอย่างดี ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีความสุข ไม่มีภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับทางจิตวิทยาผู้สูงอายุว่าถ้าปฏิสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับคนรุ่นหนุ่มสาวและเด็กเป็นไปในทางที่ดี จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเห็นความมีชีวิตชีวา ความมีพลังกำลัง และทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกชื่นชมชีวิตฝ่ายหนุ่มสาวก็ได้ประโยชน์จากผู้สูงอายุในแง่ของการได้รับคำแนะนำในการแก้ปัญหาชีวิตที่ผู้สูงอายุเคยผ่านมาก่อนในอดีต ซึ่งถือเป็นบทเรียนที่มีคุณค่า การศึกษานี้สอดคล้องกับ ไพสุดา คำรงค์ชลธิ (2555) ศึกษาวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิมบ้านคลองเทียน จ.พังงา พบว่า บุคคลในครอบครัวพยายามจัดหาสิ่งที่มีประโยชน์ เช่น อาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุจัดบริเวณที่พักอาศัยให้ผู้สูงอายุได้ปลอดภัย เพื่อเป็นการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุและให้ผู้สูงอายุได้มีการพักผ่อนที่เพียงพอ อันจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง ลูกหลานให้เกียรติ ยกย่อง ให้ความเคารพนับถือโดยขอคำปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องต่างๆ เช่น เรื่องชีวิตความเป็นอยู่ การทำมาหากิน การเลี้ยงบุตร ฯลฯ เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า และรู้สึกภาคภูมิใจ จากความยึดมั่น และศรัทธาในศาสนาอิสลามของลูกหลานที่มีต่อผู้สูงอายุมุสลิมซึ่งถือเป็นหน้าที่ (วาฮิบ) ซึ่งในการส่งเสริมสุขภาพบำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุมุสลิมมีความละเอียดอ่อนมาก จึงต้องอาศัยการตอบสนองความดีงามของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุมุสลิม หากมีความจำเป็นในด้านการทำงาน ไม่มี

เวลาดูแลผู้สูงอายุมากนัก ลูกหลานควรมีการเยี่ยมเยียนให้มากที่สุดเพื่อสร้างความใกล้ชิดและความอบอุ่น ซึ่งถือเป็นเรื่องที่ดีและเป็นส่วนหนึ่งให้ผู้สูงอายุมุสลิมมีสุขภาพทั้งกายและใจที่ดีด้วย

5.1.3 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิมโดยชุมชน จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมืองให้ความสำคัญกับสถาบันมัสยิด ซึ่งมีผู้นำทางธรรมชาติ คือ อิหม่ามมีบทบาทที่ได้รับการยอมรับจากชาวมุสลิมในชุมชนมากที่สุด เนื่องจากเป็นบุคคลรุ่นเก่าที่สร้างสรรค์สังคมอิสลามให้มีความเป็นอารยธรรม ให้เป็นสังคมผู้ศรัทธา มีความสันติสุข และผู้นำชุมชนให้ความสำคัญต่อผู้สูงอายุมุสลิมมาก โดยมีความเชื่อว่า หากไม่ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนตนเองให้ดี จะได้รับการสอบสวนจากองค์อัลลอฮ์ เพราะการไม่ให้เกิดแก่ผู้สูงอายุ เท่ากับการไม่ให้เกิดต้องอัลลอฮ์ด้วยเช่นกัน ดังนั้น ผู้นำชุมชน และโต๊ะอิหม่ามพยายามส่งเสริมความคิดของลูกหลานให้เกิดให้ความสำคัญต่อผู้สูงอายุซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ให้ได้รับการดูแลและให้ความสำคัญมากกว่าผู้อื่น โดยการให้การสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุในการจัดกิจกรรม เช่น ให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมทั้งกิจกรรมตามหลักศาสนา กิจกรรมจากหน่วยงานต่างๆ ที่จัดในชุมชน ในฐานะเป็นที่ปรึกษา ปรชธานการจัดงาน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าได้เกิดเกียรติ สอดคล้องกับผลการศึกษาดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระดับชุมชนในชนบท (ไพสุดา คำรงค์สิทธิ์, 2555) ว่าชุมชนมีความเชื่อตามหลักคำสอนศาสนาว่า การให้เกิดแก่ผู้สูงอายุ เป็นเหตุทำให้เกิดอานิสงค์ผลตอบแทนที่กลับสู่คนในชุมชน การที่ผู้สูงอายุได้รับการยอมรับจากชุมชนและสังคมส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีความสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้การสนับสนุนผู้สูงอายุในการจัดกิจกรรม หรือจัดให้ผู้สูงอายุเป็นที่ปรึกษาในเรื่องต่างๆ แก่คนรุ่นหลัง

5.2 ข้อเสนอแนะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมือง

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนมีบทบาทของศาสนาเข้ามาเกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่า การไม่ได้นำหลักศาสนาเข้ามาเชื่อมโยงกับการดูแลสุขภาพในบางเรื่องทำให้ผู้สูงอายุมุสลิมมีพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ หากได้นำหลักศาสนาเข้ามาประยุกต์ใช้กับการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมก็จะเป็นอีกแนวทางหนึ่งในการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุชาวมุสลิม การศึกษาครั้งนี้จึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

(1) จากการศึกษาที่พบว่า การบริโภคอาหารแบบสะดวกซื้อ โดยคำนึงเพียงว่าอาหารมีเครื่องหมายฮาลาล แต่ไม่ได้นำหลักศาสนาในเรื่องการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์มาเชื่อมโยง ทำให้

ผู้สูงอายุมุสลิมมีค่าดัชนีมวลกายที่สูงเสี่ยงต่อการเป็นโรคอ้วน และเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรังอื่นๆ ดังนั้นควรส่งเสริมให้มีการรณรงค์เรื่องพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่เหมาะสมโดยใช้หลักศาสนาเข้ามาเชื่อมโยง โดยผ่านอิหม่ามซึ่งเป็นผู้ที่สูงอายุให้ความเคารพและเชื่อฟัง

(2) ผู้สูงอายุมุสลิมมีการออกกำลังกายน้อย เนื่องจากไม่เห็นความสำคัญของการออกกำลังกายและติดเงื่อนไขของธรรมเนียมปฏิบัติในชุมชนมุสลิม ดังนั้นควรมีการรณรงค์ส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับธรรมเนียมปฏิบัติในชุมชนมุสลิม โดยชุมชนควรจัดสถานที่ออกกำลังกายแยกสำหรับหญิง-ชาย และไม่เปิดเผยจนเกินไป รวมทั้งคำนึงถึงรูปแบบทำออกกำลังกายที่เหมาะสมทั้งวัฒนธรรมมุสลิมและผู้สูงอายุ

(3) จากการศึกษาที่พบพฤติกรรมบางอย่างที่สะท้อนถึงการดูแลสุขภาพที่ขัดต่อหลักศาสนา และเป็นสิ่งต้องห้ามตามคำสอนของอิสลาม ซึ่งได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราในกลุ่มผู้สูงอายุมุสลิมรุ่นหลัง จากพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้อาจส่งผลถึงปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมในเรื่องการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น โรคที่เกี่ยวข้องกับปอด ตับ โรคหัวใจ เป็นต้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเอาหลักศาสนาเข้ามารณรงค์ให้ผู้สูงอายุมุสลิมรวมทั้งวัยก่อนสูงอายุมีความตระหนัก และให้ความสำคัญต่อหลักคำสอน เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าว

(4) จากการศึกษาที่พบว่า การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิมในรูปแบบบูรณาการระหว่างหลักการศาสนาอิสลามกับการดูแลสุขภาพจิต ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี การเคร่งครัดในการปฏิบัติตามหลักศาสนากิจของผู้สูงอายุมุสลิมในเมือง เช่น การละหมาด ทำให้ผู้สูงอายุมุสลิมได้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย การจ่ายซะกาต (บริจาคทาน) การเดินทางไปร่วมประกอบพิธีฮัจญ์ และการได้รับเกียรติ ได้รับการยกย่องจากคนในชุมชน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมุสลิมมีสุขภาพจิตที่ดี กิจกรรมต่างๆ ดังกล่าว ควรมีการรักษาสืบทอดในชุมชนมุสลิม เนื่องจากเป็นแนวทางอย่างหนึ่งช่วยที่ส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุ

5.3 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิมแบบบูรณาการที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตแบบเมือง โดยไม่ขัดต่อหลักศาสนาอิสลาม เพื่อเป็นองค์ความรู้สำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิม ที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชาวมุสลิมในเขตชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร

SELF CARE OF ELDERLY MUSLIMS: AN EVIDENCE FROM ONE COMMUNITY IN BANGKOK METROPOLITAN

วรรณภา อารีชัย 5136864 LCCU/M

ศศ.ม. (วัฒนธรรมและการพัฒนา)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : ขวัญจิต ศศิวงศาโรจน์, ปร.ด., เสาวภา พรศิริพงษ์, ปร.ด., อารีจำปากลาย, Ph.D.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

จากรายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยปี พ.ศ. 2554 พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง จากร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศใน ปี 2537 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12.2 ในปี 2554 สถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าขณะนี้ประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุแล้ว และจากการคาดประมาณประชากรในอนาคต พ.ศ. 2548-2578 ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า การเพิ่มขึ้นของประชากรไทยช้าลงแต่สัดส่วนของผู้สูงอายุกลับเพิ่มเร็วขึ้น โดยจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นกว่าเท่าตัวในช่วง 30 ปี จากร้อยละ 10.3 เป็นร้อยละ 25.1 (ปีทมา ว่าพัฒนวงศ์ และ ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2553) สัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นนี้เป็นปัญหาที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ เนื่องจากอัตราการพึ่งพิงของคนวัยนี้ก็จะสูงขึ้นตามไปด้วย นอกจากนี้วัยสูงอายุยังเป็นวัยที่มีความเสื่อมของร่างกาย จากการสำรวจในภาพรวมของประเทศ ก็พบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคอัมพฤกษ์/อัมพาต ด้านภาวะสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า อ่อนเพลีย เป็นต้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554)

สถานการณ์ดังกล่าวเป็นภาพรวมของประเทศ ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีความหลากหลายของกลุ่มคนต่างวัฒนธรรมอาศัยอยู่ร่วมกันไม่ต่ำกว่า 60 กลุ่ม (สุวิไล เปรมศรีรัตน์, 2545)

กลุ่มมุสลิมเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่มีวิถีชีวิตและวัฒนธรรมแตกต่างไปจากประชากรส่วนใหญ่ที่เป็นชาวไทยพุทธ สถานการณ์ผู้สูงอายุของประชากรกลุ่มนี้ก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นไม่แตกต่างจากภาพรวมของประเทศ จากการสำรวจผู้สูงอายุมุสลิมในปี 2543 (แผนงานสร้างเสริมสุขภาพมุสลิมไทย, 2543) พบว่ามีร้อยละ 7.7 และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นจากภาวะเจริญพันธุ์ที่สูงอย่างต่อเนื่อง สำหรับอัตราพึ่งพิงวัยสูงอายุในกลุ่มมุสลิมก็มีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกันจากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น จากสถานการณ์ดังกล่าวประเทศไทยได้เริ่มต้นตัวในการรองรับปัญหาผู้สูงอายุอย่างจริงจัง แต่ที่ผ่านมาการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในภาพรวม ประชากรต่างกลุ่มวัฒนธรรมยังได้รับความสนใจน้อยมาก โดยเฉพาะประเด็นผู้สูงอายุ ความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรมเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้โลกทัศน์ ค่านิยม ความเชื่อ และพฤติกรรมของคนในแต่ละวัฒนธรรมแตกต่างกัน ศาสนาเป็นวัฒนธรรมอย่างหนึ่งที่มีบทบาทในการกำหนดวิถีชีวิตและวิถีชีวิตของผู้ปฏิบัติ และสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางด้านบวกและลบ (Lee and Newberg, 2005)

การศึกษานี้จึงสนใจศึกษาภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมในชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร แม้ชาวมุสลิมมีหลักศาสนาเดียวกันแต่บริบทแวดล้อมที่ต่างกันอย่างมีผลกระทบต่อสุขภาพที่แตกต่างกัน เช่น ความยึดมั่นและความเคร่งครัดในการนับถือศาสนาของมุสลิมที่อยู่ในเขตเมือง รวมถึงภาวะเศรษฐกิจของคนมุสลิมในเขตเมืองที่ต่างกับมุสลิมในภาคใต้ ดังนั้น การศึกษาบทบาทของศาสนาที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมเป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะช่วยให้เข้าใจถึงปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้ตรงตามความเป็นจริงและสอดคล้องกับวัฒนธรรม ในขณะที่ข้อค้นพบเกี่ยวกับความแตกต่างของวิถีชีวิตตามสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ลักษณะทางสังคม กับความยึดมั่นเคร่งครัดในศาสนาอาจนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต และการพึ่งพาตนเองอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมในชุมชนเมือง ในด้านสุขภาพทางกาย สุขภาพจิตและสมรรถภาพในการดำเนินชีวิตประจำวัน
2. เพื่อศึกษาวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในสังคมชาวมุสลิมในชุมชนเมือง
3. เพื่อศึกษาบทบาทของศาสนาอิสลามที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมที่อาศัยในชุมชนเมือง

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการสำรวจสถานการณ์สุขภาพ และประเด็นการดูแลสุขภาพที่เป็นวัฒนธรรมเฉพาะกลุ่ม ผู้วิจัยจึงใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Research) ทั้งการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ผู้วิจัยได้เจาะจงเลือกพื้นที่ชุมชนมุสลิมในกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นชุมชนที่แวดล้อมไปด้วยระบบคมนาคมที่สะดวกและทันสมัย มีความหนาแน่นของบ้านเรือนและแหล่งธุรกิจบริการ มีศาสนสถานและกิจกรรมทางศาสนาที่สะท้อนถึงวิถีชีวิตของชาวมุสลิม โดยสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิมในช่วงเดือนเมษายน 2553 ถึงเดือนพฤษภาคม 2554 หลังจากนั้นเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2554 ถึงเดือนมีนาคม 2555 จาก ผู้สูงอายุมุสลิม กลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัว ผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้นำชุมชน / ผู้นำศาสนา

ผู้วิจัย เก็บข้อมูลโดยการสำรวจข้อมูลทั่วไป และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม โดยใช้แบบสอบถาม และแบบประเมินสมรรถภาพในการปฏิบัติกิจประจำวัน (ดัชนีบาร์เซล เอดี แอล: Barthel ADL index) ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข หลังจากวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณแล้ว ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเชิงลึกเพิ่มเติมโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ระดับลึก (In depth Interview) รวมถึงวิธีการสังเกตวิธีการดำเนินชีวิตประจำวันตามหลักศาสนาอิสลามของผู้สูงอายุมุสลิม และจัดบันทึกข้อมูล รวมถึงการศึกษาจากเอกสาร โดยใช้กรอบของบทบาทของศาสนาและความเป็นเมืองในการวิเคราะห์เชื่อมโยงความสัมพันธ์ของสภาวะสุขภาพกับวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุมุสลิม จำนวน 130 ราย พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อย คิดเป็นสัดส่วนประมาณ 6: 4 อยู่ในช่วงวัยต้น (อายุ 60 – 69 ปี) ร้อยละ 53.8 รองลงมาวัยกลาง (อายุ 70 – 79 ปี) ร้อยละ 33.8 และวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 12.4 ผู้สูงอายุมุสลิมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพอยู่ คือ ค้าขาย ร้อยละ 29.2 รองลงมาคือ รับจ้าง เช่น เป็นลูกจ้างทำความสะอาดของบริษัทเอกชน ร้อยละ 20.0 และลูกจ้างหน่วยงานของรัฐ ร้อยละ 17.7 ซึ่งการเป็นลูกจ้างของรัฐ เช่น เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ที่ดูแลกลุ่มผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนด้วยตนเอง และไม่ได้รับประกอบอาชีพ ร้อยละ 33.1

สถานะทางสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมือง พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายที่เข้าข่ายเป็น โรคอ้วนถึงร้อยละ 32.3 ผู้สูงอายุมุสลิมมีโรคประจำตัวอย่างน้อยหนึ่งโรค ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันสูง (ร้อยละ 39.2) รองลงมาเป็นโรคเกี่ยวข้องกับกระดูกเสื่อม (ร้อยละ 29.2) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 24.6) การคัดกรองสุขภาพจิตทางด้านอารมณ์ พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมส่วนใหญ่ ร้อยละ 94.6 มีความสุข ไม่ได้รู้สึกซึมเศร้าหรือท้อแท้ใจ ถือว่ามีภาวะทางด้านอารมณ์ปกติ ผู้สูงอายุมุสลิมส่วนใหญ่สามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเองทั้งหมด ไม่ต้องการคนช่วย ยกเว้นผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นอัมพฤกษ์/อัมพาต ซึ่งมีเพียง 5 คน ผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมือง ประเมินว่าสุขภาพตนเองดี ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมุสลิมรู้สึกว่าการมีโรคประจำตัวนั้นไม่ร้ายแรง เป็นการเจ็บป่วยตามวัย และยังสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ไม่เป็นภาระของลูกหลาน

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิมระดับบุคคล

พฤติกรรมการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมืองส่วนใหญ่ออกกำลังกายน้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 46.2 รองลงมา คือ ไม่ได้ออกกำลังกายเลย ร้อยละ 38.5 โดยเฉพาะผู้สูงอายุวัยปลาย ซึ่งมีเหตุผลหลัก เนื่องจากผู้สูงอายุมุสลิมส่วนใหญ่ยังคงประกอบอาชีพ ให้เหตุผลว่าไม่มีเวลา และไม่เห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย แต่ในชุมชนได้จัดให้มีกิจกรรมการออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เช่น การเดินแอโรบิก แต่มีผู้ร่วมกิจกรรมในส่วนนี้น้อยมากด้วยเหตุผลว่าการจัดกิจกรรมไม่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ และธรรมเนียมปฏิบัติในสังคมมุสลิม ผู้สูงอายุมุสลิมวัยต้นมีพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพมากกว่าวัยอื่น คือ สูบบุหรี่เวลาไปละหมาดวันศุกร์ การดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า มีผู้สูงอายุวัยต้นที่ดื่มแต่นานๆ ครั้ง เนื่องจาก มีเพื่อนชวนให้ลองดื่มฉลองในงานเลี้ยง โดยที่ตนเองทราบดีว่าผิดหลักศาสนา แต่คิดว่าเป็นการเข้าสังคมนานๆ ครั้งถือว่าไม่เป็นไร

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผลการสำรวจ พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมืองเกินครึ่งเป็นโรคอ้วน มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันสูง เบาหวาน ไขมันสูง โรคข้อกระดูกเสื่อม ซึ่งสอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สำหรับอาหารในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมืองส่วนใหญ่ เป็นอาหารที่ซื้อจากร้านค้ามุสลิมด้วยกันตามรสนิยมการบริโภคของสังคมยุคใหม่ ทำให้อาหารในชุมชนมีความหลากหลายมากขึ้น เน้นการบริโภคที่ง่าย เช่น ดั้ม ยำ แกง อาหารทอด หรืออาหารจานเดียว แต่คงเน้นอาหารที่มีเครื่องหมยาฮาลาล การทำอาหารรับประทานเองมีน้อยลง โดยเฉพาะผู้สูงอายุมุสลิมวัยต้นและผู้สูงอายุมุสลิมวัยกลางที่ยังต้องทำงาน จะยึดหยุ่นในเรื่องของอาหาร หากต้องรับประทานอาหารนอกบ้าน แล้วไม่สามารถหาร้านอาหารที่มีเครื่องหมายได้ ก็เลือกอาหารที่ไม่ได้เป็นอาหารต้องห้ามหรือเลือกซื้อจากพ่อค้าแม่ค้า

ที่เป็นมุสลิมด้วยกัน ทั้งนี้การเลือกซื้ออาหารรับประทาน หรือแม้แต่การทำอาหารรับประทานเองนั้น ขึ้นอยู่กับทัศนคติต่อการเลือกอาหารมากกว่า

การตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมืองส่วนใหญ่ ได้รับการตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกๆ 3 เดือน จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำเขต เป็นการตรวจโรคพื้นฐานของผู้สูงอายุทั่วไป เช่น การวัดความดันโลหิต ตรวจค่าน้ำตาลในเลือด ตรวจค่าไขมันในเลือด เหงือกและฟัน ตรวจหู และตา ซึ่งผู้สูงอายุมุสลิมไม่ได้มารับบริการทุกราย เนื่องจากติดธุระไม่ว่าง หรือตรงกับวัน/เวลาทำงาน ผู้สูงอายุมุสลิมบางรายที่มีฐานะดี มีลูกหลานพาไปโรงพยาบาลเอกชน สำหรับผู้สูงอายุมุสลิมที่ไม่มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่ไม่ได้มีการตรวจสุขภาพประจำปีด้วยตนเอง นอกจากถึงเวลาเจ็บป่วย ทั้งนี้ ชุมชนเมืองแห่งนี้มีคลินิกเอกชน โรงพยาบาลเอกชนที่อยู่ใกล้กับชุมชนหลายแห่ง สามารถเดินทางสะดวก และไม่ต้องรอคิวนาน อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมือง ให้ความสำคัญกับการตรวจสุขภาพประจำปีน้อย เนื่องจากยังรู้สึกว่าคุณเองแข็งแรง และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ง่าย

การดูแลสุขภาพจิต ผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมืองมีสุขภาพจิตอยู่ในระดับดี เนื่องจากได้รับการดูแลที่ดีจากลูกหลาน หรือญาติ ถึงแม้ว่าชีวิตความเป็นอยู่ในเขตเมือง ที่ต้องใช้ชีวิตแบบต่างคนต่างอยู่ และผู้สูงอายุมุสลิมส่วนใหญ่ยังต้องประกอบอาชีพ ลูกหลานออกไปทำงานนอกบ้าน เวลาที่ได้อยู่ด้วยกันในครอบครัวน้อยลง แต่ผู้สูงอายุมุสลิมไม่รู้สึกเหงา เนื่องจากมีกิจกรรมมากมาย เช่น การออกไปนอกบ้าน แม้แต่ผู้สูงอายุบางรายที่มีโรคประจำตัว แต่ยังมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็งพร้อมที่จะสู้กับโรคร้ายไข้เจ็บ ไม่วิตกกังวลกับร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป

อภิปรายผล

การศึกษาวิจัยการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมืองครั้งนี้ มุ่งศึกษาบทบาทของศาสนาว่ามีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนหรือไม่อย่างไรและในขณะเดียวกันความเป็นชุมชนมุสลิมในเมืองส่งผลกระทบต่อความเชื่อทางศาสนาและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างไร ผลการศึกษาพบว่า บริบททางสังคมโดยรวมของชุมชนเมืองแห่งนี้เป็นชุมชนใหม่ที่แยกมาจากชุมชนมุสลิมดั้งเดิมในเขตพื้นที่เดียวกัน คนในชุมชน ส่วนใหญ่เป็นชาวมุสลิม มีชาวไทยพุทธปะปนอยู่บ้าง การดำเนินชีวิตของชาวมุสลิมในชุมชนเป็นแบบคนเมืองโดยทั่วไป แต่ก็ยังพบว่าชาวมุสลิมในชุมชนส่วนใหญ่ยังคงยึดมั่นและศรัทธาต่อพระเจ้า และยึดถือหลักศาสนาในการดำเนินชีวิต อย่างไรก็ตาม รูปแบบการดำเนินชีวิตของคนเมือง ก็มีส่วนทำให้ชาวมุสลิมคลายความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจน้อยลงไปบ้าง แต่ก็ไม่ได้ละเลยเสียเลยทีเดียวยังมีปฏิบัติศาสนกิจ

ชดเชยตามที่ศาสนาอนุญาต ทำให้ยังคงการปฏิบัติศาสนากิจไว้ได้ตามหลักปฏิบัติ ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากในชุมชนเมืองแห่งนี้ มีมัสยิดเป็นศูนย์กลางและมีผู้นำ คือ อิมาม ซึ่งเป็นผู้มีความรู้ทางศาสนาอิสลามและมีบทบาทสำคัญที่สุดในชุมชน

ผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมืองที่ศึกษา ส่วนใหญ่ยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ มีผู้สูงอายุมุสลิมจำนวนเกินครึ่งยังประกอบอาชีพอยู่ และมีโรคประจำตัวไม่แตกต่างจากผู้สูงอายุโดยทั่วไป อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้พบว่า วิถีชีวิตแบบเมืองของชาวมุสลิมในชุมชนที่ศึกษาได้ส่งผลกระทบต่อความเคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนากิจอยู่บ้าง อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุมุสลิมในเมืองก็ยังคงให้ความสำคัญ และศรัทธาต่อหลักคำสอน แม้วิถีชีวิตเมืองทำให้มีข้อจำกัดอยู่บ้าง การศึกษาครั้งนี้พบพฤติกรรมบางอย่างที่สะท้อนถึงการดูแลสุขภาพที่ไม่สอดคล้องหลักศาสนาอยู่บ้าง และเป็นส่วนหนึ่งของสาเหตุของปัญหาสุขภาพที่พบในผู้สูงอายุมุสลิม ได้แก่

(1) พฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราในกลุ่มผู้สูงอายุมุสลิมรุ่นหลัง ซึ่งบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถือเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเคลิบเคลิ้ม (และย้อมนำสู่การเสพติด) อย่างหนึ่งจากพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้อาจส่งผลถึงปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมในเรื่องการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น โรคปอด โรคหัวใจ เป็นต้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเอาหลักศาสนาเข้ามารณรงค์ให้ผู้สูงอายุมุสลิมรวมทั้งวัยก่อนสูงอายุมีความตระหนัก และให้ความสำคัญ ต่อหลักคำสอน เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าว

(2) ผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมืองส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายน้อยมาก โดยมีสาเหตุมาจากไม่เห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุที่ยังคงทำงานมักให้เหตุผลว่าไม่มีเวลา เมื่อกลับถึงบ้านอยากใช้เวลาสำหรับพักผ่อนมากกว่าการออกกำลังกาย ซึ่งยังหากผู้สูงอายุได้เข้าใจถึงความสำคัญของการออกกำลังกายต่อสุขภาพและสามารถเชื่อมโยงกับหลักคำสอนทางศาสนาที่เน้นให้ดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์ก็จะทำให้การดูแลสุขภาพในประเด็นนี้มีแนวโน้มที่ดีขึ้นได้ นอกจากนี้สาเหตุข้างต้นแล้วยังพบว่าการไม่ออกกำลังกายของผู้สูงอายุมีเรื่องเงื่อนไขตามหลักศาสนาเข้ามาเกี่ยวข้อง กล่าวคือ ในชุมชนไม่มีสถานที่ออกกำลังกายที่เหมาะสม โดยธรรมเนียมปฏิบัติของมุสลิมในชุมชนสถานที่ในการออกกำลังกายต้องไม่ปะปนระหว่างชายหญิง ต้องไม่เป็นที่เปิดเผย ไม่เดินตามจังหวะเพลง (เสียงดนตรีเป็นที่ต้องห้ามตามบทบัญญัติอิสลาม) แต่ให้เน้นทำกายบริหารเป็นหลัก กิจกรรมนี้ผู้สูงอายุมุสลิมเห็นว่าเหมาะกับคนหนุ่มสาว หรือคนทั่วไปมากกว่า ซึ่งทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่าหลักศาสนาขัดต่อการส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย หากแต่การจัดกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายในชุมชนไม่ได้คำนึงถึงเงื่อนไขดังกล่าว เท่าที่ควร หากปรับให้สอดคล้องกับธรรมเนียมปฏิบัติตามความเชื่อ ก็จะช่วยส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชาวมุสลิมได้อย่างเหมาะสม

(3) ความเป็นเมืองอาจส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุมุสลิม กล่าวคือ ผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนที่ยังคงประกอบอาชีพ มีวิถีชีวิตแบบคนเมืองที่เร่งรีบ และยึดหลักความสะดวกรวดเร็ว ส่วนใหญ่มักนิยมซื้ออาหารปรุงสำเร็จ (แกงถุง) อาหารจานด่วน อาหารทอด โดยยึดหลักศาสนาเพียงว่าอาหารเหล่านั้นมีเครื่องหมายฮาลาล แต่มักไม่ได้คำนึงถึงแนวทางบริโภคอาหารตามคำสอนของศาสนาที่เน้นเรื่อง การบริโภคอาหารที่มีประโยชน์และบริโภคและพอควร ซึ่งผลสำรวจสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมวัยต้นที่ส่วนใหญ่ยังคงทำงานมีน้ำหนักเกิน ไปจนถึงมีภาวะอ้วน และยังพบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมที่มีภาวะอ้วนมีโรคประจำตัวมากกว่าผู้สูงอายุมุสลิมน้ำหนักปกติ ในทุกโรค คือ โรคเบาหวาน ภาวะไขมันสูง โรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นผู้ดูแลควรดูแลและส่งเสริมให้มีการรณรงค์เรื่องพฤติกรรมการบริโภคมีเหมาะสม โดยใช้หลักศาสนาเข้ามาเชื่อมโยง โดยผ่านอิหม่าม ซึ่งผู้สูงอายุให้ความเคารพและเชื่อฟัง

(4) ผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนเมืองให้ความสำคัญกับการตรวจสุขภาพประจำปีน้อย เพราะยังรู้สึกตัวเองแข็งแรงดี ไม่เจ็บไข้จึงไม่จำเป็นต้องตรวจ เพราะในชีวิตประจำวันผู้สูงอายุมุสลิมยังคงทำงานได้ อย่างไรก็ตามหากผู้สูงอายุมุสลิมรู้สึกไม่สบายเบื้องต้นมักซื้อยากินเอง และมีความคิดว่าหากเจ็บป่วยก็สามารถเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพได้ทันที ผู้สูงอายุมุสลิมจึงไม่ตระหนักถึงการตรวจสุขภาพและป้องกันโรคเท่าที่ควร ซึ่งคำสอนของศาสนาอิสลามนั้น เน้นในเรื่องการรักษาสุขภาพและป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ โดยถือว่าเป็นหน้าที่ของมุสลิมทุกคนจะต้องปกป้องดูแลรักษาสุขภาพและร่างกายของตนให้แข็งแรงสมบูรณ์ (สมาคมแพทยมุสลิม, 2550) การเข้าถึงบริการสุขภาพที่สะดวก ทำให้ผู้สูงอายุละเลยในการตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรองโรคหรือปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น ดังนั้นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิมควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเล็งเห็นถึงความสำคัญในการปกป้องดูแลสุขภาพของตนเองด้วย เพื่อได้ทำการรักษาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

(5) จากการศึกษาที่พบว่า การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิมในรูปแบบบูรณาการระหว่างหลักการศาสนาอิสลามกับการดูแลสุขภาพจิต ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี การเคร่งครัดในการปฏิบัติตามหลักศาสนากิจของผู้สูงอายุมุสลิมในเมือง เช่น การละหมาด ทำให้ผู้สูงอายุมุสลิมได้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย การจ่ายซะกาต (บริจาคทาน) การเดินทางไปร่วมประกอบพิธีฮัจญ์ และการได้รับเกียรติ ยกย่องจากคนในชุมชน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมุสลิมมีสุขภาพจิตที่ดี กิจกรรมต่างๆ ดังกล่าวควรมีการรักษาสืบทอดในชุมชนมุสลิม เนื่องจากเป็นแนวทางอย่างหนึ่งช่วยที่ส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาพบว่า การไม่ได้นำหลักศาสนาเข้ามาเชื่อมโยงกับการดูแลสุขภาพในบางเรื่อง ทำให้ผู้สูงอายุมุสลิมมีพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ หากได้นำหลักศาสนาเข้ามาประยุกต์ใช้กับการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมก็จะเป็อีกแนวทางหนึ่งในการสร้างเสริมสุขภาพ ให้แก่ผู้สูงอายุชาวมุสลิม เช่น การรณรงค์เรื่องพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมโดยผ่านอิหม่าม ซึ่งเป็นผู้สูงอายุมุสลิม ให้ความเคารพและเชื่อฟัง การรณรงค์ส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับธรรมเนียมปฏิบัติในชุมชนมุสลิม โดยคำนึงถึงรูปแบบท่าการออกกำลังกายที่เหมาะสมทั้งวัฒนธรรมมุสลิมและผู้สูงอายุ และการสร้างความตระหนักและให้ความสำคัญต่อหลักคำสอนเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากพฤติกรรมเสี่ยงทั้งผู้สูงอายุและก่อนวัยสูงอายุ นอกจากนี้ ควรมีการรักษาสืบทอดกิจกรรมต่างๆ ในการปฏิบัติตามหลักศาสนากิจของผู้สูงอายุมุสลิมในเมือง ที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมุสลิมมีสุขภาพจิตที่ดี เนื่องจากเป็นแนวทางอย่างหนึ่งช่วยที่ส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุ

**SELF CARE OF ELDERLY MUSLIMS: AN EVIDENCE FROM ONE COMMUNITY
IN BANGKOK METROPOLITAN**

WANNAPA AREE 5136864 LCCU/M

M. A. (CULTURE AND DEVELOPMENT)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: KWANCHIT SASIWONGSAROT,
Ph.D., SAOWAPA PORNSIRIPHONGSE, Ph.D., AREE CHEMPAKLAY, Ph.D.**EXTENDED SUMMARY****Statement of the problem**

According to the 2011 Survey of Elderly in Thailand, the elderly population constantly rose from 6.8 percent in 1994 to 12.2 percent in 2011, indicating that Thailand has now officially regarded as an “aging society”. The 2005-2035 population projections by the Institute for Population and Social Research at Mahidol University show that while the population growth rate is declining, the proportion of elderly in Thailand has been increasing dramatically from 10.3 percent to 25.1 percent (Patama Vapattanawong and Pramote Prasartkul, 2010). Population aging is a global concern due to the higher elderly dependency ratio. Moreover, elderly persons overall experience physical decline and chronic diseases such as hypertension, diabetes, heart disease, cancer, paralysis, including emotional health issues such as depression and exhaustion (National Statistic Office, 2011).

Thailand is a culturally diverse nation with over 60 different ethnic groups, including Muslims whose way of life differs from the majority population of Buddhists (Suwilai Premsrirat, 2002). According to the survey of elderly Muslims in 2000, elderly Muslims account for 7.7 percent of the population and the figure is projected to increase as a result of their substantially higher fertility rate (Health Promotion Programme for the Thai Muslim, 2000). This consequently leads to a rise in elderly dependency ratio. In response,

Thailand has become more attentive in the preparation of support for aging-related issues. Nevertheless, previous education concerning the elderly provided only an overview of the situation. As a result, elderly in different ethnic groups continue to receive little attention. Moreover, differences in culture create differences in the perspectives, values, beliefs, and behavior of people. Religion is indeed a type of culture that influences thought and action of those who practice and can thus positively and negatively affect health (Lee and Newberg, 2005).

This study investigates the health situation in relation to self-care practices of elderly Muslims in an urban community of Bangkok. Even though elderly Muslims share same religious practices, the different surroundings have affected their health differently in terms of their adherence to religious belief and their economic status, which is unlike those of Muslims in the south of Thailand for instance. Therefore it is necessary to explore the role of Islam in the self-care practices of elderly Muslims in order to properly understand their problems and needs. At the same time, the living environment, social context, and strict adherence to religious beliefs can be used as tools in promoting self-dependent health care of the elderly in the future.

Objectives

1. to investigate the health conditions of elderly Muslims in an urban community, specifically in the aspect of physical, emotional and capacity to conduct daily activities.
2. to examine self-care practices of the elderly at the personal, family and community level in Muslim society in a metropolitan area.
3. to explore the effect of Islam in the self-care practices of elderly Muslims residing in a metropolitan area.

Research methodology

This mixed-methods research examines the self-care practices of a particular cultural group, combining qualitative and quantitative approaches. The study presents a case study of a Muslim community in Bangkok metropolitan area

with religious affiliations that reflect on the Muslim way of life. Data on self-care practices and health status were obtained from the health survey of elderly Muslims between April 2010 and May 2011. In the qualitative phase, data was drawn from other key informants including family members, community leaders, and religious leaders from July 2011 to March 2012.

Data is collected through survey method and assessed through the Barthel ADL Index of the Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Further data is also obtained in the form of in-depth interview, observation with participation, and analysis of documents.

Results

The data was obtained from 130 elderly Muslims comprised of more elderly females than elderly males by a ratio of 6:4, where 53.8 percent were in their young-old age (60 – 69 years), 33.8 percent in their middle-old age (70 – 79 years), and 12.4 percent in the old-old age (80 years and above). In terms of employment, 29.2 percent of elderly Muslims had their own businesses, 20.0 percent worked as employees such as cleaning employees in private companies, 17.7 percent were employees of state agencies such as community health volunteers for elderly Muslims within the same community, and 33.1 percent were not working.

In terms of health status, the body mass index (BMI) revealed that 32.3 percent of elderly Muslims are classified as obese, with at least one underlying disease including high blood pressure (39.2 percent), osteoarthritis (29.2 percent) and diabetes (24.6 percent). Regarding mental health, 94.6 percent of elderly Muslims are not depressed, showing positive signs of stable emotional state. Moreover, most of them are capable of performing activities on their own without requiring assistance, with the exception however of five elderly Muslims with paralysis and disabilities. Furthermore, elderly Muslims evaluate their health positively, which contradicts the results of the health survey. They view underlying diseases as relatively normal as they are still able to live without burdening their families.

Health care of elderly Muslims at the personal level

In terms of exercise habits, 46.2 percent of elderly Muslims in urban community exercise less than 3 days per week, while 38.5 percent, especially the old-old age group, do not exercise at all. The major reason given behind the low exercise rate was the lack of time caused by employment and the low importance given to exercise in general. Nonetheless, there are activities organized in the community for health promotion such as aerobic dancing. Certain of these activities are however unsuitable for the elderly and for the Muslim traditions, therefore the activities attracted a small turnout. It has further been found that elderly Muslims, particularly the young-old age group, have health risk behaviors such as smoking during Jummah (Friday) prayers. Additionally, alcohol consumption among the young-old age group occurs occasionally, usually among friends influenced at social gatherings. Regardless of the awareness that alcohol consumption is against religious principles, the idea that sometimes attending social events is acceptable paves the way for exceptional behaviour.

Concerning food consumption behavior, over half of elderly Muslims in the urban community are obese and have underlying diseases such as diabetes, high cholesterol, high blood pressure, and osteoarthritis and this finding correlates with results from the survey. In terms of daily meals, elderly Muslims usually purchase food from Halal stores. The community has a variety of restaurants that aim at serving convenient and fast dishes such as soups, salads, curry, fried dishes, and one-dish meals. Consequently, there is a decrease in home cooking among the young-old and the middle-old age group of elderly Muslims who work. As a result, flexibility in the choice of food is necessary. Since Halal restaurants may not always be available, the alternatives can either be to purchase types of food that are not forbidden by religious principles or to purchase food from Muslims vendors. Nonetheless, it is worth noting that eating food from outside or purchasing ingredients for home cooking rests upon personal judgment.

Regarding annual health checks, some elderly Muslims in the urban community choose not to undergo such checks due to unavoidable circumstances such as work. Unless they are sick, health checks are rare among those elderly who do not have underlying diseases. Whereas those with higher standards of living are taken to

private hospitals by their families. Health checks are in fact provided on a three-month basis by the district's public health officer and comprises basic checks including blood pressure monitoring, blood glucose monitoring, cholesterol blood test, periodontal (gum) and dental examination, and eye and ear check. There is a private clinic in the community and a number of private hospitals within short distance. Nonetheless, elderly Muslims give little importance to annual health checks mainly because they view themselves as healthy and if necessary, they can always visit a nearby health service center.

The mental health of elderly Muslims in the urban community is at a good level, due largely to the care received from family members. Urban lifestyle affects social interaction, especially between family members who have different workplaces. However, various outdoor activities prevent the elderly from feeling lonely at home, even if it consists of simply taking a walk. Even those with underlying disease have a strong will to fight and are not worried about advanced age.

Discussion

This study focuses on the role and impact of religion on the elderly self-care behavior at personal, family and community levels while exploring the impact of urban lifestyle on Islamic beliefs and on the manner of self-care practices. In this study, the majority of residents of the urban community are Muslims, while a few are Buddhists. The lifestyle of a Muslim in an urban community is like that any other urban resident. Muslims maintain their religious faith and teachings in leading their daily lives. Although urban social trends have played a role in reducing the degree of religious practices, Islam allows for the merging of prayer obligations if circumstances dictate. This is made possible with the mosque at the center of the community and the Imam, having the most important role as a religious guide with knowledge of Islamic teachings.

The majority of elderly Muslims in the metropolitan area are capable of performing daily activities. Similar to other elderly, over half of elderly Muslims with underlying disease continue to work. Although the urban lifestyle has affected the practice of religious activities, elderly Muslims do maintain their faith and respect for religious teachings. However, this study reveals many aspects of health care that do not correspond with the religious principles and contribute to the health problems of elderly Muslims.

(1) In terms of smoking and drinking habits among the later generations of elderly Muslims, cigarettes and alcohol are addictive substances that can cause chronic diseases such as pulmonary disease and heart disease. In order to reduce health risk behavior, related agencies should engage religious teachings in raising awareness of health for pre-aging adults and elderly Muslims.

(2) Elderly Muslims in general rarely exercise because they do not value its importance. Those who work do not have the time to exercise and prefer to rest after arriving home. However, they would give more attention to exercise if they understood its benefits and were aware of religious teachings supporting the maintenance of good health. Another reason for the low exercise rate among the elderly concerns religious conditions. The community lacks separate private exercise areas for males and for females. Moreover, the focus should be on the exercise movements instead of the music (as music is forbidden in Islam). However, many elderly Muslims regard such exercises as more suitable for the younger generations. This does not mean that religious teachings contradict health promotion in the area of exercise, it is rather that the exercise activities themselves did not sufficiently meet the conditions of the religion. Adjustments between the two will greatly help encourage health promotion for elderly Muslims.

(3) Urban lifestyle can have a significant impact on the food consumption behavior of elderly Muslims. Those who work consume fast and convenience food from halal stores. There is little focus in the religious teachings on eating adequate proportions of nutritious food. According to the survey, elderly Muslims who work are generally overweight to the point of obesity. Additionally, those who are obese suffer from underlying diseases such as diabetes, dyslipidemia and hypertension more than do those of average weight. Therefore it is crucial that health promotion encourages

appropriate eating habits, in accordance with religious principles through the guidance of highly respected Imam.

(4) Elderly Muslims give little importance to annual health checks mainly because they regard themselves as healthy. They generally purchase medicine when they feel unwell. They do however resort to health service centers when their condition turns critical. In their opinion, health checks are unnecessary unless one is ill or is unable to perform daily activities. This illustrates that they are insufficiently aware of the importance of health checks and sickness prevention. According to Islamic teachings, it is the responsibility of every Muslim to protect and maintain a healthy lifestyle (Thai Muslim Medical Association, 2007). However, the convenience of living near health service centers has caused the elderly to neglect health checks that would have screened out diseases and potential health problems. It is therefore important to promote health protection in order to improve healthy habits in lifestyle.

(5) According to the findings, integrating religious principles with health care will create positive mental health outcomes in the elderly. While praying can be a form of physical exercise, religious practices like the Zakat (donation) and participating in the Hajj can lead to receiving honor and respect from the people in the community. These practices consequently create positive impacts on mental health of elderly Muslims and should therefore be maintained in Muslim communities as a way to promote the mental health of the elderly.

Recommendations

Many religious practices are solutions for elderly health promotion. Elderly self-care would be positively affected by engaging religious principles into daily life. While those elderly who distance themselves from religious principles are more likely to be less healthy, health promotion can be achieved with appropriate consumption behavior campaigns through the highly respected Imam including health exercise campaigns that conform to the practices of the Muslim community, and that build awareness of supporting religious teachings in order to reduce disease-prone behavior of the elderly and the pre-elderly adults. Furthermore, religious activities that

have positive mental health impact on elderly Muslims should be maintained as a path towards enhancing good mental health for the elderly.

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2546. **ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพตนเองของมุสลิมชายแดนภาคใต้: ความสุขแห่งแดนดุนยา.การประชุมวิชาการสุขภาพภาคประชาชน ครั้งที่ 1 สิงหาคม 2546.**
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ และคณะ. 2539. **การสำรวจสุขภาพประชากรวัย 50 ปีขึ้นไปในประเทศไทย พ.ศ.2538. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.**
- จิตตินิ จันทรจนา.2541. **ภาวะความเป็นเมืองของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.**
- ฉัตรทอง อินทร์อนน. 2540. **พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.**
- ชนานุช อภิภัทรธำรง. 2540. **การจัดการศึกษาตามแนววิถีชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บางแค. วิทยานิพนธ์ปรัชญาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาผู้ใหญ่และการศึกษาต่อเนื่อง ภาควิชาการศึกษาออกโรงเรียน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.**
- ณัฐพงศ์ อนุวัตรบรรยง. 2540. **การเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยพุทธ และชาวไทยมุสลิมในภาคใต้ตอนบน. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.**
- ทรงพันธ์ คุณตระกูล. 2546. **ชุมชนชานเมือง ความเป็นเมือง วัฒนธรรมและชีวิตในเมือง. เอกสารประกอบการสอนวิชาพลวัตประชากรภาควิชามนุษยสัมพันธ์คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**
- ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ. 2539. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 41 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2539.**
- ธีรพงษ์ ประพจนากรณ์. 2551. **สถานภาพทางสุขภาพของมุสลิมไทย.รายงานการวิจัยศูนย์ศึกษานโยบายเพื่อการพัฒนา คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**

- นฐพงษ์ เทพจารี. 2534. ความยึดมั่นผูกพันในศาสนาอิสลามของคนไทยมุสลิมชนบท จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีผลต่อ พฤติกรรมด้านสังคม เศรษฐกิจและคุณภาพชีวิต. วิทยานิพนธ์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นฤธร อินจรรย์ส. แนวความคิด ทฤษฎีทางสังคมวิทยา. คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2535.
- ประกา เสียงเสนาะ. 2535. อิสลามกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม: ศึกษาผลกระทบทางศาสนาจากการขยายตัวของเมืองในชุมชนมุสลิม แขวงทราบกองดินใต้ เขตมิเนบุรี. วิทยานิพนธ์ หลักสูตรปริญญาอักษรศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปีทมา ว่าพัฒน์วงศ์ และ ปราโมทย์ ประสาทกุล. 2553. ลักษณะประชากรไทยในอนาคตได้จากกรฉายภาพประชากร. [Online]. Accessed 29 มกราคม 2553. Available from <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/IPSR/AnnualConference/ConferenceII/Article/Article02.htm>
- พันธุ์ ชันติกาโร. 2542. ประสบการณ์การดูแลตนเองของหญิงมีครรภ์มุสลิมที่ไม่ฝากครรภ์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ไพรัตน์ พงศ์พานิช. 2551. คนเมืองในเอเชียแปซิฟิก. คอลัมน์ Fact&Figure, มติชน ฉบับวันที่ 7 พฤษภาคม 2551.
- ไพศุดา ดำรงชลธี. 2555. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในวัฒนธรรมของชาวไทยมุสลิม: ชุมชนบ้านคลองเคียน จังหวัดพังงา. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวัฒนธรรมและการพัฒนา มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฟาริดา อิบราฮิม. 2536. แนวคิดของอิสลามที่มีต่อจริยธรรมทางการแพทย์. วารสารวิชาการ นานาทศนะเกี่ยวกับจริยธรรม (วริยา ชินวรรโณ บรรณาธิการ). ภาควิชามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มนัส วงศ์เสงี่ยม(ผู้แปล). 2551. ศิลปะการสร้างเสริมสุขภาวะแนวทางอิสลาม กับ ปัญหาท้าทายสาธารณสุขร่วมสมัย. แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะมุสลิมไทย.
- มัลลิกา มัติโก. 2530. แนวความคิดและการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเอง. การดูแลสุขภาพตนเอง: ทศนะทางสังคมและวัฒนธรรม. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มานี ชูไทย. 2544. หลักการอิสลามที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพและการสาธารณสุข. รายงานการวิจัยคณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2551. การดูแลสุขภาพพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

- รัชนี้ ไฝ่แก้ว. 2545. **วิถีชีวิตชาวไทยมุสลิมชุมชนหนองจอก**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาไทยศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง
- ถัดดา แสงจันทร์. 2539. **ปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการคุมกำเนิดของสตรีไทยมุสลิมในจังหวัดยะลา**. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วรชัย ทองไทย. 2540. **ขนาดครอบครัวของคนไทย**. ประชากรและการพัฒนา. ปีที่ 17 ฉบับที่ 6 เดือนสิงหาคม – กันยายน 2540. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
- วาทีณี บุญชะลิกย์ และคณะ. 2551. **การวิจัยและพัฒนาเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดกาญจนบุรี**. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรีเรือน แก้วกังดาล. 2534. **การวิจัย ความสัมพันธ์และทัศนคติของเด็กไทยมุสลิม ต่อผู้ใหญ่วัยหนุ่มสาว และผู้สูงอายุ (ญาติ - ไม่ใช่ญาติ)**. รายงานการวิจัย. คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติและภาวนา พัฒนศรี. 2544. **การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ พื้นที่ศึกษาในเขตภาคใต้**. รายงานการวิจัย คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2549. **โครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ**. คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2548. **สถานการณ์ สภาพปัญหา แนวทางการแพทย์ ของการศึกษาสถานะ**. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2549. **โครงการวิจัยการสำรวจและศึกษาสุขภาพผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย**. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2551. **คู่มือการดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนมุสลิม**. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2536. **การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์**. กรุงเทพฯ: บริษัทวิสิญ์สิน จำกัด.
- สมาคมนักเรียนเก่าอาหรับประเทศไทย. มปป. **พระมหาคัมภีร์อัลกุรอานพร้อมความหมายภาษาไทย**. ศูนย์กษัตริย์ ฟ้าฮัด เพื่อการพิมพ์อัลกุรอาน.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ. 2550. **รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน**. มุถุนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.
- สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2545. **การดูแลสุขภาพด้วยตนเองของครอบครัวไทย**: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2553. การสำรวจสุขภาพจิตคนไทย 2553. กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี และสำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2554. สรุปผลเบื้องต้นการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรีและสำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สุพัตรา สุภาพ. 2531. สังคมและวัฒนธรรมไทย ค่านิยม ครอบครัว ศาสนา ประเพณี. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุริย์ กาญจนวงศ์ และคณะ. 2538. การศึกษาภาวะสุขภาพอนามัย และการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุพื้นที่ศึกษาในเขตภาคกลาง. คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เสนห์ ญาณสาร. 2547. ภูมิศาสตร์เมือง. ภาควิชาภูมิศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เสาวนีย์ จิตต์หวน. 2535. หมวควัฒนธรรมอิสลาม. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร: ทางนำ.
- เสาวภา พรศิริพงษ์ และคณะ. 2550. ผู้สูงอายุไทย สูงวัยอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี. วารสารภาษาและวัฒนธรรม ปีที่ 26 ฉบับที่ 1-2 (มกราคม – ธันวาคม 2550) หน้า 134-135.
- แสงเดือน ลีวฤกษ์พันธ์. 2539. การศึกษาพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยพุทธและชาวไทยมุสลิมใน จ.ระนอง. ภาคนิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรบัณฑิต คณะสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อวย เกตุสิงห์. 2527. การวัดความสมบูรณ์ทางกายของผู้สูงอายุ. สารศิริราช ปีที่ 36 ฉบับที่ 5 พฤษภาคม: 323 – 326.
- อารีรัตน์ สิริวิชชัย. 2541. ประสบการณ์การดูแลตนเองหลังคลอดของหญิงมุสลิมที่คลอดกับผดุงครรภ์โบราณ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อิสรา สานติศาสน์และคณะ. 2550. องค์ความรู้มุสลิมศึกษางานวิจัยและวิทยานิพนธ์ในประเทศไทย 2518-2550. คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Klienman, A. 1980. **Patients and Healers in the Context of Culture**. London: University of California Press.
- Orem, D. 1991. **Nursing**. Concepts of Practice. St.Louis: Mosby Year Book.
- Pramsriat, S. et al. 2002. **Ethno linguistic Maps of Thailand**. Institute of Language and Culture for Rural Development, Mahidol University.
- Scheitle, Christopher P. and Kevin D. Dougherty. 2010. **The Sociology of Religious Organizations**. Sociology Compass 2: 981-999.

ภาคผนวก

1.7 ปัจจุบัน ท่านพักอาศัยอยู่กับใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 บิดา | <input type="checkbox"/> 5 พี่น้อง |
| <input type="checkbox"/> 2 มารดา | <input type="checkbox"/> 6 อยู่คนเดียว |
| <input type="checkbox"/> 3 คู่สมรส | <input type="checkbox"/> 7ญาติ |
| <input type="checkbox"/> 4 ลูกชาย/ลูกสาว (รวมลูกติด/ลูกบุญธรรม) | <input type="checkbox"/> 8 อื่นๆ ระบุ..... |

2. การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

2.1 ปัจจุบันท่านมีน้ำหนัก กิโลกรัม

2.2 ปัจจุบันท่านมีส่วนสูง เซนติเมตร

2.3 ค่า BMI ของท่านในปัจจุบัน ($\frac{\text{น้ำหนัก (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร)}^2}$)

2.4 ความดันโลหิต..... มิลลิเมตรปรอท (ความดันโลหิตปกติ 135/85 มิลลิเมตรปรอท)

- | | |
|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 ปกติ | <input type="checkbox"/> 2 สูงกว่าปกติ |
|---------------------------------|--|

2.5 ระดับน้ำตาลในเลือด

2.6 ปัจจุบันท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 ไม่มีโรค | <input type="checkbox"/> 2 มีโรค ระบุโรค..... |
|-------------------------------------|---|

2.7 โดยปกติท่านสูบบุหรี่หรือไม่

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 ไม่สูบและไม่เคยสูบ | <input type="checkbox"/> 2 ไม่สูบแต่เคยสูบเป็นประจำ |
| <input type="checkbox"/> 3 ไม่สูบแต่เคยสูบนานๆ ครั้ง | <input type="checkbox"/> 4 สูบนานๆ ครั้ง |
| <input type="checkbox"/> 5 สูบเป็นประจำ | |

2.8 โดยปกติ ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือไม่

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 ไม่ดื่ม | <input type="checkbox"/> 2 ดื่มนานๆ ครั้ง |
| <input type="checkbox"/> 3 ดื่มสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 4 ดื่ม 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ |
| <input type="checkbox"/> 5 ดื่มเดือนละ 1-2 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 6 ดื่มทุกวัน |

2.9 โดยปกติ ท่านออกกำลังกาย โดยเฉลี่ยสัปดาห์ละกี่วัน

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 ไม่ได้ออกกำลังกาย | <input type="checkbox"/> 2 น้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ |
| <input type="checkbox"/> 3 3 วันต่อสัปดาห์ | <input type="checkbox"/> 4 มากกว่า 3 วันต่อ |

2.10 โดยเฉลี่ย ท่านออกกำลังกายครั้งละกี่นาที (ที่เป็นการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง)

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 น้อยกว่า 10 นาที | <input type="checkbox"/> 2 10–20 นาที |
| <input type="checkbox"/> 3 21–30 นาที | <input type="checkbox"/> 4 31–60 นาที |
| <input type="checkbox"/> 5 มากกว่า 60 นาที | |

2.11 โดยรวมแล้ว ท่านประเมินว่าสุขภาพกายของท่านอยู่ในระดับใด

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 ไม่ดีเลย | <input type="checkbox"/> 2 ไม่ค่อยดี |
| <input type="checkbox"/> 3 ดีปานกลาง | <input type="checkbox"/> 4 ดีมาก |
| <input type="checkbox"/> 5 ดีมากที่สุด | |

3 การประเมินการทำกิจวัตรประจำวัน

(เครื่องมือประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ ดัชเนิบาร์เชล เอดีแอล (Barthel ADL index))

3.1 การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยแล้ว

0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
1. ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็กๆ ล้วงหน้า
2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

3.2 การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 24 – 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา

0. ต้องการความช่วยเหลือ
1. ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

3.3 การลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้

0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน
2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
3. ทำได้เอง

3.4 การใช้ห้องสุขา

0. ช่วยตัวเองไม่ได้
1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
2. ช่วยตนเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมได้เองทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอด หรือใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

3.5 การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน

0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุงหรือบอกให้ทำตามหรือต้องให้ความสนใจดูแล เพื่อความปลอดภัย
3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

3.6 การสวมใส่เสื้อผ้า

0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย
1. ช่วยตัวเองได้ราวร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิปหรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

3.7 การขึ้นลงบันได 1 ชั้น

0. ไม่สามารถทำได้
1. ต้องการคนช่วย
2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วยตนเอง)

3.8 การอาบน้ำ

0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
1. อาบน้ำเองได้

3.9 การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

0. กลั้นไม่ได้หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
1. กลั้นไม่ได้เป็นครั้งคราว
2. กลั้นได้เป็นปกติ

3.10 การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

0. กลั้นไม่ได้หรือต้องการการสวนปัสสาวะ และไม่สามารถดูแลตัวเองได้
1. กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง 2. กลั้นได้เป็นปกติ

ภาคผนวก ข

แนวสัมภาษณ์ระดับลึก การดูแลตนเองของผู้สูงอายุชาวมุสลิม

1. เริ่มการสนทนา

- แนะนำตัว / ชี้แจงวัตถุประสงค์ / แจ้งเวลาในการพูดคุยประมาณ ครึ่งชั่วโมง - 1 ชั่วโมง
- สอบถามข้อมูลทั่วไป โดยใช้แบบประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ

2. ความหมายของคำว่า “ผู้สูงอายุ”

2.1 ความหมายของผู้สูงอายุโดยทั่วไป

- ช่วยอธิบายและให้เหตุผลในความหมาย “ผู้สูงอายุ” “คนแก่” หรือ “คนชรา” ตามความคิดเห็นของท่าน
- ท่านคิดว่ามีเกณฑ์อะไรที่เป็นตัวชี้ความแตกต่างระหว่างคนหนุ่มสาวกับคนแก่
- ท่านคิดว่าตัวท่านเองเป็นผู้สูงอายุหรือยัง อธิบายและยกตัวอย่าง
- ท่านคิดว่า ตัวเองเริ่มแก่ เมื่อไหร่ มีการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง

2.2 ความหมายของ ผู้สูงอายุ คนแก่ และคนชราตามมิติทางศาสนา

- ธรรมชาติของผู้สูงอายุตามหลักศาสนาอิสลาม ว่าด้วยกฎเกณฑ์ธรรมชาติของการเป็นมนุษย์ ด้วยช่วงวัยต่างๆ ที่อัลลอฮ์ได้ทรงสร้าง และได้ทรงกำหนด ท่านทราบและยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหรือไม่ และมีการเตรียมตัวอย่างไรบ้าง
- ช่วยอธิบายถึงคุณลักษณะของผู้สูงอายุ ตามที่พระผู้เป็นเจ้าทรงโปรดปราน

3. การส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุมุสลิม

3.1 ท่านมีวิธีการดูแลรักษาความสะอาดทางด้านร่างกายของท่านอย่างไร เช่น การอาบน้ำ สระผม ดูแลผิวหนังพรรณ การดูแลรักษาฟัน/ช่องปาก

3.2 โดยปกติท่านรับประทานอาหารเฉพาะที่มีเครื่องหมายฮาลาลหรือไม่ เพราะเหตุใด

3.3 ท่านมีการพบปะสังสรรค์กับบุคคลอื่นเพื่อพูดคุย หรือร่วมกิจกรรม เช่น การปลูกต้นไม้ หรือการเลี้ยงสัตว์บ้างหรือไม่ อย่างไร ขอให้ยกตัวอย่างกิจกรรม

3.4 ท่านได้ตรวจสุขภาพประจำปีบ้างหรือไม่ จากที่ใด และสถานพยาบาลใดที่ท่านต้องการตรวจสุขภาพประจำปี

4. การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามหลักศาสนา

- 4.1 ตามหลักศาสนาอิสลามแนวทาง การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค มีแนวทางอะไรบ้าง อธิบาย
- 4.2 ท่านคิดว่า ผู้สูงอายุ ที่มีความยึดมั่น ศรัทธา ปฏิบัติตนตามหลักศาสนาอิสลาม ส่งผลให้มีสุขภาพดีหรือไม่ อย่างไร กรุณาอธิบายการปฏิบัติตนตามหลักศาสนา
- 4.3 ความยึดมั่นศรัทธาในศาสนาในเรื่องใดบ้างทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี อธิบายและยกตัวอย่าง
- 4.4 ผู้สูงอายุที่สุขภาพกายและสุขภาพจิตดีไม่มีโรคประจำตัว ช่วยอธิบายการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิตมุสลิมที่ผ่านมามาจนถึงปัจจุบัน
- 4.5 ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในหลอดเลือดช่วยอธิบายการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิตมุสลิมที่ผ่านมามาจนถึงปัจจุบัน (การรักษาโรค อาหารที่รับประทาน การออกกำลังกาย ด้านจิตใจ อื่นๆ)

5. การดูแลสุขภาพตามหลักศาสนาในวิถีชีวิตแบบเมือง

- 5.1 ท่านคิดว่าตัวท่านเองมีการปฏิบัติตามหลักศาสนาอิสลามอย่างเคร่งครัดหรือไม่ อย่างไร
- 5.2 ในวิถีชีวิตแบบเมือง ท่านคิดว่า การดูแลส่งเสริมสุขภาพ และการรักษาโรค มีสิ่งใดบ้างที่ไม่ถูกต้องตามหลักศาสนา อธิบาย
- 5.3 การได้รับความรู้เรื่องปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ พฤติกรรมเสี่ยงที่พบบ่อย รวมทั้งการปฏิบัติตัว เพื่อให้มีสุขภาพที่แข็งแรง สอดคล้องกับวิถีชีวิตมุสลิม จากแหล่งใดบ้าง อธิบาย

6. มุมมองของผู้สูงอายุที่มีต่อครอบครัว และชุมชน

- 6.1 ท่านคิดว่า การเป็นผู้สูงอายุของท่านเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตของท่านในปัจจุบันหรือไม่ เพราะอะไร ทำไมจึงเป็นและไม่เป็นปัญหาอุปสรรค
- 6.2 ท่านมีวิธีการปรับตัวอย่างไรจากวัยแรงงานไปสู่วัยผู้สูงอายุที่จะไม่ทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายจิตใจ และเพื่อนรุ่นเดียวกับท่านทำอย่างไร
- 6.3 ท่านคิดว่า ใครควรให้การดูแลท่านเมื่อท่านเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ อธิบาย
- 6.4 ท่านคิดว่าทำอย่างไรจึงจะเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุข มีความเป็นอยู่ที่ดีและท่านอยากจะให้ผู้อื่น(ลูก หลาน ญาติ)ทำอะไรท่านในฐานะที่ท่านเป็นผู้สูงอายุ
- 6.5 ท่านคิดว่าคนทั่วไป “ครอบครัว ชุมชน สังคม” มองว่าผู้สูงอายุเป็นปัญหาของสังคมหรือไม่ อย่างไร
- 6.6 ท่านคิดว่าครอบครัวชุมชนและสังคมควรจะปฏิบัติอย่างไรต่อผู้สูงอายุ

- 6.7 ท่านคิดว่าการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุมีความจำเป็นเพียงใดท่านคิดว่าอายุเท่าไรควรเตรียมตัวและต้องเตรียมตัวในด้านใดบ้าง อธิบาย
- 6.8 ท่านคิดว่าการเป็น “ผู้สูงอายุ” ที่ดี ไม่ก่อปัญหาให้แก่ครอบครัวควรจะมีบทบาท การปฏิบัติตัว การวางตัวอย่างไรจึงไม่ก่อให้เกิดปัญหาได้

ภาคผนวก ก

แนวสัมภาษณ์ระดับลึก ผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุในครอบครัวผู้สูงอายุ

1. เริ่มการสนทนา

- แนะนำตัว / ชี้แจงวัตถุประสงค์ / แจ้งเวลาในการพูดคุยประมาณ ครึ่งชั่วโมง - 1 ชั่วโมง
- ขออนุญาตบันทึกเทป

2. การมีผู้สูงอายุ ในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวรู้สึกอย่างไรบ้าง

3. ภาระกิจประจำวันที่ท่านให้การดูแลผู้สูงอายุ

4. กิจกรรมใดบ้างที่เป็นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่สามารถทำได้ที่บ้านอธิบายยกตัวอย่าง

5. ท่านคิดว่าผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือไม่ สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เป็นภาระของครอบครัวหรือไม่อย่างไร อธิบาย

6. การปฏิบัติทางศาสนกิจจะอะไรบ้าง ที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อธิบาย

7. ผู้สูงอายุได้การปฏิบัติทางศาสนกิจ ที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพ ต่อเนื่องเป็นประจำหรือไม่ อย่างไร

8. ท่านคิดว่าผู้สูงอายุ ที่มีความยึดมั่น ศรัทธา ปฏิบัติตนตามหลักศาสนาอิสลาม สัมพันธ์กับการส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีหรือไม่อย่างไร ช่วยอธิบาย

9. บทบาทการดูแลบิดา มารดา ตามวิถีชีวิตมุสลิม เป็นอย่างไรอธิบาย

10. ปัญหาสุขภาพและปัญหาอื่นๆ ที่พบเป็นประจำในผู้สูงอายุคืออะไรบ้าง มีวิธีการแก้ไขอย่างไร

11. การที่ท่านต้องดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เป็นระยะเวลาานาน ท่านมีความรู้สึกเหนื่อย เบื่อหน่าย ขุ่นเคือง น้อยใจ เศร้าโศก บ้างหรือไม่ ท่านมีวิธีการแก้ไขอย่างไร

12. เมื่อท่านมีปัญหาเช่น ปัญหาทางเศรษฐกิจ ปัญหาสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ ท่านมีวิธีการแก้ไขปัญหาอย่างไร

13. การดูแลผู้สูงอายุ ญาติพี่น้องที่อาศัยใกล้เคียงกันมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ หรือไม่

14. ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคอะไรบ้าง และให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างไรบ้าง

15. เมื่อผู้สูงอายุ เจ็บป่วย “วิกฤติ” การตัดสินใจ นำส่งโรงพยาบาล หรือ ให้การดูแลต่อที่บ้าน ใครเป็นผู้ตัดสินใจ

ภาคผนวก ง

แนวสัมภาษณ์ระดับลึก ผู้นำชุมชน / ผู้นำทางศาสนา

1. เริ่มการสนทนา

- แนะนำตัว / ชี้แจงวัตถุประสงค์ / แจ้งเวลาในการพูดคุยประมาณ ครึ่งชั่วโมง - 1 ชั่วโมง
- ขออนุญาตบันทึกเทป

2. ทิศนคติของมุสลิมที่มีต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างไร

3. ผู้สูงอายุจะมีคุณลักษณะตามความประสงค์ของพระเจ้าเป็นเจ้าควรปฏิบัติตนอย่างไร ยกตัวอย่างผู้สูงอายุในชุมชน

4. การส่งเสริมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตามหลักศาสนามีอะไรบ้าง อธิบาย และยกตัวอย่าง

5. ผู้สูงอายุที่มีความศรัทธายึดมั่นในหลักศาสนา มีผลต่อการมีสุขภาพสมบูรณ์หรือไม่อย่างไร ยกตัวอย่างผู้สูงอายุดังกล่าว

6. ปัจจัยอื่น ๆ นอกจากความศรัทธายึดมั่นในหลักศาสนา มีปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ

7. การดูแลและส่งเสริมสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชาวมุสลิมหรือไม่

8. มัสยิดเป็นองค์กรทางศาสนาที่มีความสัมพันธ์กับสถาบันครอบครัวอย่างใกล้ชิดมากที่สุด เป็นที่ปรึกษา แก้ไขปัญหาต่างๆ ส่งเสริมให้คนมีความรู้ในเรื่องวิถีชีวิตที่ถูกต้องตามหลักอิสลาม คณะกรรมการมัสยิดได้มีแนวทางในการดูแลส่งเสริมสุขภาพ และมีแนวทางแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุอย่างไรบ้าง อธิบาย

9. การให้ความรู้กับผู้สูงอายุที่มัสยิดมีการให้ความรู้เรื่องอะไรบ้างยกตัวอย่าง

10. ปัญหาและอุปสรรคของผู้สูงอายุในชุมชนมีอะไรบ้าง และมีการแก้ไขอย่างไร

11. การส่งเสริมความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุมุสลิมจากภาครัฐ มีเรื่องใดบ้าง เช่น โครงการ หรือกิจกรรม ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล

นางสาววรรณภา อารีย์

วัน เดือน ปีเกิด

วันที่ 1 พฤศจิกายน 2524

ประวัติการศึกษา

2546 ปริญญาศิลปศาสตรบัณฑิต ภาควิชานิเทศศาสตร์
(วารสารศาสตร์) มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

2556 ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวัฒนธรรมและการ
พัฒนา สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเชีย มหาวิทยาลัยมหิดล

ที่อยู่ปัจจุบัน

64/1 หมู่ 4 ต.สามพราน อ.สามพราน จ.นครปฐม 73110

E-mail Address

wannapa.ped@gmail.com