

สุขภาพกับเชื้อไวรัสของมุสลิม: ศึกษากรณีเชมชันสมอเอก*

ณัฐวัชร์ เพ่ากุ๊**

บทคัดย่อ

เชื้อไวรัสของพื้น้องมุสลิมเป็นไวรัสที่มีความเป็นอันตรายนี้อันเดียวกันระหว่างศาสนากับการดำรงชีวิต ศาสนาอิสลามสอนแนวทางการดำเนินชีวิตประจำวันตั้งแต่การเป็นอยู่ การรับประทานอาหาร การครองเรือน การประกอบอาชีพและการปฏิบัติตัวในสังคม นอกจากนั้น ศาสนาอิสลามยังมีความผูกพันอย่างยิ่งกับขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมของพื้น้องชาวมุสลิม ศาสนาอิสลามได้สอนเกี่ยวกับเรื่องของสุขภาพและสาธารณสุขไว้อย่างละเอียด เช่น การรักษาความสะอาด การรักษาสุขภาพ โภชนาการ สุขากิบล สิ่งแวดล้อมและนิเวศวิทยา เป็นต้น แต่ด้วยผลวัตถุที่แปรเปลี่ยนของโลกโภชนาการภัยตันท์ทำให้สิ่งที่เกิดขึ้นกับชุมชนในปัจจุบันเกิดความเบี่ยงเบนจากแนวทางหลักและก่อให้เกิดปัญหากับสุขภาวะของสมาชิกในชุมชน เช่น ปัญหาการเจ็บป่วยจากโรคที่ไม่ติดต่อ ปัญหาโภชนาการขาดการดูแลสุขภาพของต้นเองเนื่องจากไวรัสที่เปลี่ยนไป ปัญหาโภชนาการที่อาจจะถูกต้องตามหลักการทางศาสนา แต่อาจจะไม่ถูกหลักของโภชนาการ รวมไปถึงค่านิยมตามบริบทของสังคมที่ส่งผลให้เกิดภาวะโภชนาการเกิน เป็นต้น

คำสำคัญ: มุสลิม สุขภาพ ชุมชนสมอเอก

* บทความที่ได้รับรางวัลบทความวิจัยดีเยี่ยมต้านพัฒนบริหารศาสตร์ ในการประกวดผลงานทางวิชาการ ด้านพัฒนบริหารศาสตร์ ประจำปี 2554 ระดับปริญญาเอก สาขาวัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

** นักศึกษาปริญญาเอก คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

118 ถนนเสรีไทย แขวงคลองจั่น เขตบางกะปิ กรุงเทพฯ 10240

E-mail: tpyth@yahoo.com

Health and Muslim Way of Life: Case of Samoreak*

Nattawat Phaophoo **

Abstract

Way of life of the Muslim is a lifestyle, which is unity between religion and life. Islam taught the concepts of daily life, for the well-being. Daily life as having meal, working, and practices in society has been taught. In addition, Islam also strongly committed to the traditions and culture of the Muslim's values. Islam teaches about health and health care as the cleanliness, nutrition, sanitation, environment and ecology. Way of life is dynamic and changing due to world of globalization. It happens to the community in a deviation from the principles and cause problems with the health of community members such as illness of non-communicable diseases. The lack of health care for themselves due to lifestyle changed, nutritional problems are required under the principles of religion, but may not be good enough for the diet. The contexts of social values due to globalization contribute to overweight and so on.

Keywords: Muslim, Health, Samoreak

* This article received the best paper award for development administration doctoral study in the field of social development and environmental management for the year 2011 from National Institute of Development Administration.

** Ph.D. Candidate, School of Social Development and Environment Management, National Institute of Development Administration (NIDA).

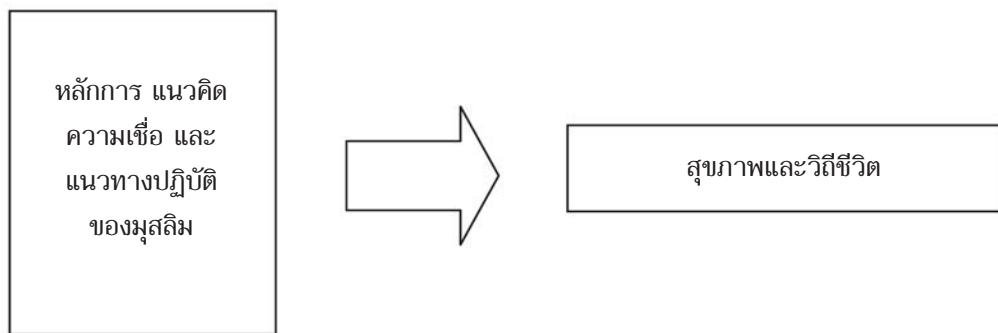
118 Seri-Thai Road, Khlong-Chan, Bangkapi, Bangkok 10240, THAILAND.

E-mail: tpyth@yahoo.com

บทนำและวัตถุประสงค์

จังหวัดฉะเชิงเทราเป็นจังหวัดที่อยู่ติดกับกรุงเทพฯที่มีการผลิตข้าวมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัดนนทบุรี ปัจจุบันนี้ สมุทรปราการ และสมุทรสาคร ในปี พ.ศ. 2552 จังหวัดฉะเชิงเทรา มีผลผลิตข้าวนาปีอยู่ที่ 548 กิโลกรัมต่อไร่ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยของประเทศไทยที่ 425 กิโลกรัมต่อไร่ (สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร, 2553) และพื้นที่อยู่ในเขตชลประทานจึงสามารถปลูกข้าวได้ปีลักษณะสัมภาร์ (สำนักงานเกษตรอำเภอบางนาเปรี้ยว, 2550) แสดงให้เห็นความเป็นชุมชนนนบที่ทำเกษตรกรรมมากกว่าจังหวัดอื่น ๆ ที่อยู่ในเขตปริมณฑลของกรุงเทพฯ จังหวัดฉะเชิงเทรา จึงเป็นจังหวัดที่น่าสนใจในการศึกษาบริบทของชุมชนเกษตรกรรมที่ยังคงอยู่ภายใต้บริบทของความเปลี่ยนแปลงตามกระแสโลกภัตต์ นอกจากนั้น จังหวัดฉะเชิงเทราซึ่งมีการผลิตสมมานวัฒนธรรมด้านศาสนาโดยมีประชารที่นับถือห้องศาสนพุทธ ศาสนาอิสลาม และศาสนาคริสต์ โดยอำเภอบางนาเปรี้ยวเป็นอำเภอที่ทำนามากที่สุดในจังหวัดฉะเชิงเทราและเป็นอำเภอที่มีชุมชนมุสลิมมากที่สุดของจังหวัด ซึ่งอำเภอบางนาเปรี้ยวเป็นเพียงอำเภอเดียวของจังหวัดฉะเชิงเทราที่มีประชารมุสลิมมากกว่าพุทธ โดยเฉพาะชุมชนสมอเอกมีประชารที่เป็นมุสลิมเกือบร้อยละร้อยชุมชนสมอเอกเป็นชุมชนมุสลิมเล็ก ๆ แต่มีความเก่าแก่และประวัติอันยาวนาน จากคำบอกเล่าของผู้นำชุมชนว่าเป็นระยะเวลาเกือบหนึ่งร้อยปีที่บรรพบุรุษรุ่นปู่คุณย่าได้ย้ายถิ่นฐานมาจากการบุกเบิกบ้านทรายกองดิน (เขตหนองจอกในปัจจุบัน) มาตั้งรกรากอยู่ในบริเวณคลองลิบหก ของอำเภอบางนาเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยมีมัสยิดนาชียาตุสชูนนะห์ (สมอเอก) เป็นศูนย์รวมจิตใจสำหรับชุมชนสมอเอกนั้นจากคำบอกเล่าของผู้นำชุมชนแจ้งว่า เนื่องมาจากมีการบุดบบสมอเรือขนาดใหญ่ในคลอง จึงเรียกบริเวณนี้ว่า “สมอเอก” บริบทของชุมชนที่มีความเป็นชุมชนมุสลิม มีความน่าสนใจในการเป็นชุมชนเข้มแข็ง เนื่องจากมีเครือข่ายทางสังคมที่เกี่ยวเนื่องผูกพันกันหลายเครือข่าย อีกทั้งในด้านของความศรัทธาและการปฏิบัติอันเป็นข้อวัตรที่สำคัญยิ่งของชุมชน มุสลิมนั้นชุมชนสมอเอกก็แสดงออกถึงความศรัทธาและการปฏิบัติอันย่างเข้มแข็งและเคร่งครัด จึงเป็นความน่าสนใจว่า ชุมชนมุสลิมอย่างชุมชนสมอเอกจะสามารถยืนหยัดต่อต้านกระแสการเปลี่ยนแปลงของโลกและวัฒนธรรมจากภายนอกที่โภมกระหน่ำเข้าสู่ชุมชนได้อย่างไร นอกจากนั้น หลักการ แนวคิด ความเชื่อ และแนวทางปฏิบัติของชุมชนมุสลิมสมอเอกในปัจจุบันสามารถส่งเสริมสนับสนุนสุขภาพและวิวัฒนาของสมาชิกในชุมชนได้อย่างไร

กรอบแนวคิด



การทบทวนวรรณกรรม

มานี ญูไห (2544ก) ได้วิจัยเรื่องหลักการอิสลามที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพและการสาธารณสุข ได้อธิบายหลักการของศาสนาอิสลามถึงแนวทางการปฏิบัติตัวในสังคม มีการกำหนดในด้าน การทำความดี การมีสัจจะ การมีจริยธรรมยາท ความอดทน และการให้อภัย การควบคุมตนเองให้ดำเนินชีวิตในทางสังคม ความรักเป็นพื้นหลัง กิจกรรมและการมีความเมตตา กรุณาและการบริจาคทาน ความละอายต่อปาป การช่วยเหลือสังคม เป็นต้น อันเป็นแนวทางที่พื้นของมุสลิมได้ยึดถือและปฏิบัติ นอกจากนั้น หลักการของอิสลามยังมีข้อกำหนดซึ่งเปรียบเสมือนคู่มือ ในการดำรงชีวิตในทุกด้าน หลักการดำเนินชีวิตประจำวันให้ดำเนินตามระบบอิสลาม คือ หลักของความถูกต้องของธรรมะ หลักของความสะอาด หลักของทางสังคม หลักของคุณประโภช และ หลักของศีลธรรม (มานี ญูไห 2544ก: 476) ในด้านการสุขาภิบาลนั้น ตามหลักการของศาสนาอิสลาม มีข้อกำหนดโดยละเอียดในหลาย ๆ เรื่อง เช่น น้ำสะอาด การรักษาความสะอาด การรักษาบ้านเรือน การกำจัดขยะมูลฝอยและลิ่งปฏิกูล เป็นต้น การสุขาภิบาลด้านอาหารนั้นเน้นการบริโภคอาหาร ที่สะอาดและปลอดภัย การบริโภคอาหารมีจุดมุ่งหมายส่องประการ คือ เพื่อสุขภาพ และสำนึกระรู้ของพระอัลลอห์ (มานี ญูไห 2544ก: 109-111, 342) จึงพอจะเห็นว่า แนวทางหรือหลักการของศาสนาอิสลามในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพนั้นมีหลักการชัดเจนแน่นอนในด้านของความสะอาด ความพอประมาณในการบริโภค คุณประโภชที่ได้รับ และหลักของสุขาภิบาล สอดคล้องกับรายงาน การสัมมนาทางวิชาการอิสลามเรื่องอิสลาม: วิถีการดำเนินชีวิต ที่ระบุว่า ในด้านสาธารณสุขนั้น เนื้อหาคำสอนของศาสนาอิสลามมีอยู่อย่างครบถ้วน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของความสะอาด การออกกำลังกาย การป้องกันโรค การบริโภคอาหารต่าง ๆ การรักษาสุขภาพ (โดยการถือศีลอด) การห้ามในเรื่องอบายมุขและของมีนemeต่าง ๆ เป็นต้น (มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี, 2528: 205) เช่นเดียวกับกับเสาวนีย์ จิตต์หมวด (2535: 17) และฉัตรดนัย ใจเพ็ชร (2546: 42) ที่เสนอว่า แนวการปฏิบัติของมุสลิมนั้น มีตั้งแต่เกิดจนตาย ตั้งจนหลับ ซึ่งแนวทาง

การปฏิบัตินี้มาจากบัญญัติของพระผู้เป็นเจ้า พอสรุปได้ว่า แนวทางของศาสนาอิสลามนั้นครอบคลุม การดำเนินชีวิตของมุสลิมในทุก ๆ ด้าน รวมทั้งด้านสุขภาพซึ่งเน้นให้รับประทานอาหารที่ได้รับ การอนุญาตและดของมีนema สิ่งสภาพติดต่าง ๆ จึงน่าจะทำให้มุสลิมมีสุขภาพดี (Bonne, K., & Verbeke, W., 2008: 113-114)

จากการศึกษาของ McKeigue, P. (1992: 341) พบความเกี่ยวข้องของโรคหลอดเลือดหัวใจร้าว การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยหลักของการเจ็บป่วย นอกจากรั้น ประชาริโนเอร์ชี่ได้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ถึงร้อยละ 20 โดยสาเหตุหลักเกิดจากการมีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานและขาดการออกกำลังกาย Mary Nicolaou และคณะ (2009: 235) ได้ทำการศึกษาผู้อพยพมุสลิมในเนเธอร์แลนด์ พบว่า ประเพณีการต้อนรับของมุสลิมนั้นเน้นการเป็นเจ้าบ้านที่ดีและเป็นการสร้างความสมานฉันท์ในกลุ่ม ดังนั้น จึงเป็นบรรทัดฐานทางสังคมว่าเป็นเรื่องยากสำหรับบุคคลที่เป็นแผลกว่าจะรับประทานอาหารที่นำมาต้อนรับให้น้อยลง ด้วยวัฒนธรรมอิสลามตั้งเดิมเอื้อต่อการรับประทานมากเกินไปและทำให้มีน้ำหนักเกินในที่สุด นอกจากนั้น จากการศึกษาของ Batnitzky, A.K. (2011: 350) พบว่า ขนาดร่างกายที่ใหญ่และวัฒนธรรมของโรคอ้วนมีปัจจัยจากความเข้าใจผ่านทางวัฒนธรรม ศาสนา ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ การเจ็บป่วย และลักษณะของการมีส่วนร่วมทางศาสนาของสตรีมุสลิม ในประเทศไทย Tirodkar และคณะ (2010: 5) ได้ทำการศึกษาผู้อพยพมุสลิม เอเชียใต้ในอเมริกา พบว่า ความเข้าใจในการป้องกันตัวจากโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันนั้นยังไม่ชัดเจน นักและไม่เข้าใจในความสัมพันธ์ของโรคไปมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และการสูบบุหรี่ ว่ามีผลอย่างไรกับโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน ดังนั้น การให้ความรู้ด้วยความเข้าใจในบริบทของมุสลิม จึงเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันโรค

จะสังเกตได้ว่าโรคที่ไม่ติดต่อและมีสาเหตุมาจากการรับประทานนั้น เป็นเรื่องของคุณค่า ความเชื่อ ความชอบ และการปฏิบัติ ศาสตร์มีอิทธิพลสูงต่อวัฒนธรรมการรับประทาน (Shatenstein, B., & Ghadirian, P., 1998: 225) ปัญหาอันเนื่องมาจากการบริโภคนั้นเริ่มตั้งแต่การมีน้ำหนักตัวมาก ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน ซึ่ง Mitra, A. (2007: 1-2) ได้สรุปการศึกษาว่า ควรรับประทานอาหารที่มีการใช้สูง เช่นผักและผลไม้ให้มาร่วมทั้งลดอาหารประเภทไขมันลง นอกจากนั้น การออกกำลังกายก็มีส่วนช่วยให้มีสุขภาพดีได้เช่นกัน รวมไปถึงการให้ความรู้และความเชื่อที่ถูกต้องในหลักโภชนาการเป็นการป้องกันโรคที่ดีอีกประการหนึ่ง

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยภาคสนามแนวทางการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ในการศึกษาบริบทของชุมชนและคุณภาพชีวิตของชุมชนในการนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพของสมาชิกในชุมชน การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกรณีโดยจะทำการศึกษาเฉพาะในเขตพื้นที่ของชุมชนสมอເອກ ໄມ່ທີ່ 16 ຂອງຕຳລດອນເຄີມພລີ ຈຳເກອບງານນ້ຳເປີ້ຍວ

จังหวัดเชียงใหม่

ดำเนินการศึกษาโดยการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพที่มีลักษณะเป็นนามธรรมและใช้เครื่องมือต่าง ๆ ในการวิจัย ดังนี้

- การศึกษาวิจัยเอกสาร (Documentary Research) เช่น หนังสือ วารสาร บทความ วิชาการ ประวัติ รายงาน รายงานการวิจัย วิทยานิพนธ์ ภาคนิพนธ์ เอกสารทางราชการ เป็นต้น นอกเหนือจากนั้น ยังศึกษาข้อมูลจากสื่อในรูปแบบต่าง ๆ อีก เช่น ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ แบบบันทึกเสียง แบบบันทึกภาพ เว็บไซต์ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาบริบทของชุมชน วัฒนธรรม และข้อมูลต่าง ๆ จากทางราชการ เช่น สถิติของประชากร สถิติของการรักษาพยาบาล ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน เป็นต้น
- ทำการศึกษาบริบทของชุมชน (Community Context) โดยศึกษาลักษณะทางกายภาพ ชีวภาพของชุมชน การศึกษา ลักษณะประชากร โครงสร้างและการเปลี่ยนแปลง การติดต่อสื่อสาร ช่องทางและการรับข่าวสาร ลักษณะทางเศรษฐกิจ อาชีพ การผลิต การบริหารจัดการ การตลาด การอนามัยและสาธารณสุข ระบบความเชื่อ ค่านิยม ทัศนคติ ประเพณี วัฒนธรรม ใช้การสังเกต แบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม (อาจมีข้อจำกัดด้านศาส�파ที่ไม่อาจเข้าร่วมสังเกตได้) ใช้การสัมภาษณ์ที่ไม่มีรูปแบบ (Informal Interview) กับสมาชิกของชุมชนเพื่อให้ได้ข้อมูลละเอียดลุ่มลึก เกี่ยวกับ ความคิด ทัศนคติ วัฒนธรรมชุมชน และทำให้เข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจะเป็นการสัมภาษณ์เชิงกว้าง
- การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจะเป็นการวิเคราะห์แบบอุปนัยเพื่อสร้างข้อสรุปเชิงนามธรรม (Analytic Induction) จากปรากฏการณ์ที่ได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพและเป็นการวิเคราะห์เฉพาะเชิงกรณีเพื่อสร้างความรู้และความเข้าใจ

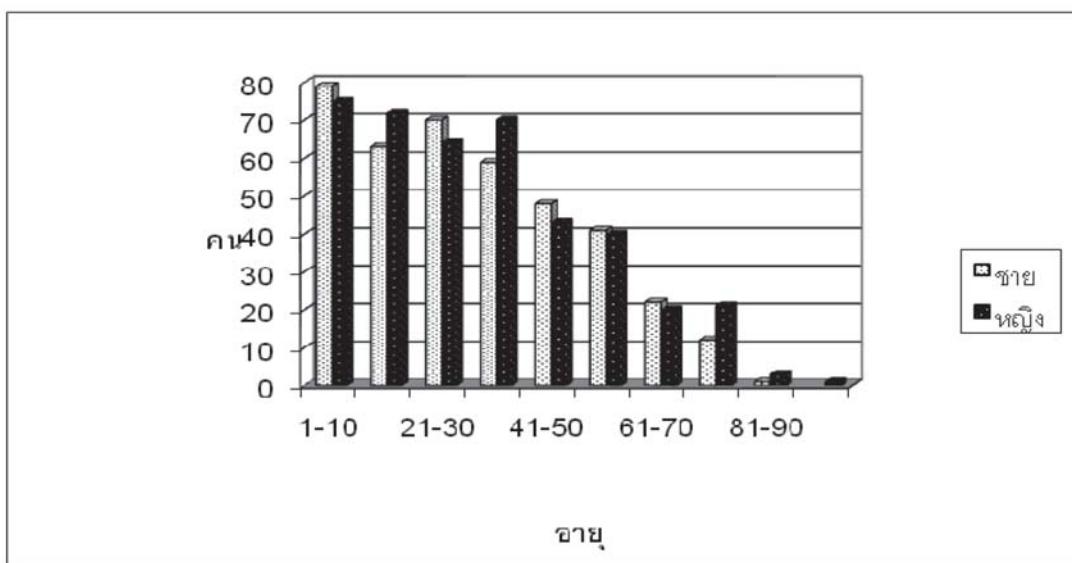
ผลการศึกษา

ความเป็นมา ชุมชนสมอເອກມีประวัติมานานประมาณกว่า 100 ปี โดยมีพื้นที่เป็นทุ่งนา กว้าง ลักษณะเป็นทุ่งนาโล่ง ๆ มีต้นไม้ใหญ่บริเวณริมลำคลองตัดกันเป็นช่วงๆ 17 ประชาชน ที่มาอยู่กับลุ่มแรก ๆ เป็นมุสลิมซึ่งอพยพมาจากภาคใต้และได้ย้ายถิ่นฐานต่อมาจากการบุรุษบ้านทราย กองดิน (เขตหนองจอกในปัจจุบัน) มาตั้งหลักปักฐานอยู่ในบริเวณสมอເອກ โดยทำการปลูกบ้าน อยู่กันตามแนวของลำคลองและหันหน้าบ้านเข้าสู่คลอง เพราะในอดีตใช้การคมนาคมทางน้ำได้ทางเดียว ปัจจุบันในลำคลอง 16 ไม่มีเรือโดยสาร หรือเรือเครื่องอีก วิ่งมาเป็นเวลาหลายปีและมี วัชพืชในลำคลองหนาแน่น น้ำในคลองไม่ค่อยไหลถ่ายเท ทำให้น้ำในลำคลองเน่าเสีย ต่อมาในปี พ.ศ. 2535 จึงมีถนนตัดผ่านหมู่บ้านโดยเริ่มจากเป็นถนนดินและพัฒนาเป็นถนนลูกรังและหินคลุก จนกระทั่งมีการจัดสร้างถนนเลียบสองฝั่งคลองเป็นถนนแอสฟัลต์ขนาดพื้นที่กว้างประมาณ

6 เมตรในปัจจุบัน การประกอบอาชีพอาชีวศึกษาในภาคคลองในการประกอบอาชีพเกษตรกรรมส่วนใหญ่ ทำนา เพราะมีน้ำสามารถทำการเกษตรได้ตลอดทั้งปี ชุมชนสมอເອກอยู่ภายใต้การดูแลขององค์การบริหารส่วนตำบลดอนเมืองพลี เลขที่ 67 หมู่ที่ 8 ตำบลดอนเมืองพลี อำเภอบางนา แขวงบึงกุ่ย เขตหนองแขม กรุงเทพมหานคร 10170 ปัจจุบันนายณัต สิทธิการ ดำรงตำแหน่งนายกองค์การบริหารส่วนตำบลดอนเมืองพลี (องค์การบริหารส่วนตำบลดอนเมืองพลี, 2553) ชุมชนสมอເອກได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาเป็นการทำเกษตรอินทรีย์ที่เน้นการอนุรักษ์ธรรมชาติและรักษาสุขภาพ โดยการทำปุ๋ยชีวภาพ น้ำหมักชีวภาพ และสารป้องกันแมลงชีวภาพเอง ชาวบ้านในชุมชนเกือบทั้งหมดใช้น้ำในภาคคลองจากคลองที่ไหลผ่านในพื้นที่ คือ คลอง 16 สำหรับการอุปโภค ได้แก่ การอาบน้ำ การซักและการทำความสะอาดเสื้อผ้าข้าวของเครื่องใช้ ซึ่งคุณภาพของน้ำคลองเพียงแค่พอใช้ได้เท่านั้น เนื่องจากทำการตักตะกอนให้ใส่แต่ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อโรคและในดูดแล้งช่วงระหว่างเดือนเมษายน ชุมชนจะประสบกับปัญหาความแห้งแล้ง น้ำไม่พอใช้จะต้องขึ้นน้ำจากภายนอกชุมชนมาใช้ ซึ่งทางองค์การบริหารส่วนตำบลได้จัดทำน้ำบาดาลไว้แล้วแต่ยังไม่เป็นที่ยอมรับจากชุมชนมากนัก (มีผู้ให้ความสนใจเพียง 7 ราย ข้อมูล ณ ธันวาคม พ.ศ. 2553) อีกทั้งจากการวิเคราะห์น้ำบาดาลของกรมทรัพยากรน้ำบาดาลในจังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า มีน้ำจากบ่อที่ทำการสำรวจเพียง 2 บ่อที่มีคุณสมบัติสามารถบริโภคได้ อีก 3 บ่ออนุญาตให้บริโภคได้ จากบ่อที่ทำการสำรวจ 18 บ่อปัญหาหลักที่พบ คือ ปริมาณของสารละลายน้ำมีสูงเกินค่ามาตรฐานและบางบ่อมีสารพิษปะปนด้วยน้ำฝนจึงเป็นน้ำที่ชาวบ้านใช้ในการบริโภคเป็นส่วนใหญ่ ชุมชนสมอເອກมีไฟฟ้าใช้ทั่วถึงทุกหลังค่าเรือนโดยไฟฟ้าเริ่มเข้ามาสู่ชุมชนเมื่อปี พ.ศ. 2530 มีคุณภาพและประสิทธิภาพอยู่ในเกณฑ์ดี การติดต่อสื่อสารในชุมชนมีระบบการสื่อสารต่าง ๆ ได้แก่ โทรศัพท์เคลื่อนที่ อินเทอร์เน็ต ระบบเสียงตามสาย และหอกระจายเสียง เป็นต้น ชาวบ้านนิยมใช้การสื่อสารโดยช่องทางของโทรศัพท์เคลื่อนที่เนื่องจากมีความสะดวกในการใช้งานสามารถพกพาไปได้ทุกสถานที่ และการให้บริการโทรศัพท์ที่ใช้สายไม่อุปกรณ์ที่ยอมรับได้เนื่องจากมีปัญหาอุปสรรคในการใช้งานและคุณภาพไม่ชัดเจน ส่งผลให้การติดต่อสื่อสารโดยผ่านทางอินเทอร์เน็ตทำได้ยากขึ้นต้องติดต่อโดยผ่านระบบไร้สายที่มีค่าใช้จ่ายสูงและความเร็วต่ำกว่าระบบใช้สายทั่วไป โดยระบบเครือข่ายที่สามารถใช้งานได้ดีกว่าระบบอื่น คือ ระบบจีอีสเอ็ม (GSM)

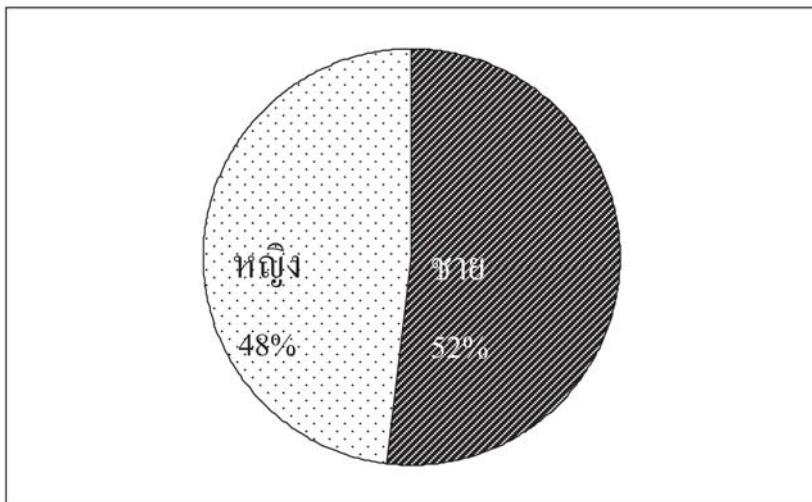
บริบทของชุมชน บริบทของชุมชนสมอເອກເປັນແບບ “ชຸມໜ້ນໜັນທີ” ຕີ່ມີຈຳນວນປະຊາກົນ
ນ້ອຍ ມີຄວາມໜານແນ່ນຂອງປະຊາກົນຕ່ອງເປັນທີ່ໃນອັດຕະຕຳ ປະຊາກົນມີຄວາມຄລ້າຍຄລື້ນກັນໃນດ້ານ
ຂນບອຮ່ຮມນີ້ຍືມ ປະເປົນ ວັດນອຮ່ຮມ ເນື່ອງຈາກເປັນຄູນມຸ່ສລິມເກືອບທັ້ງໝາດ ໃນດ້ານຂອງລັກໝະນະ
ອາຊີ່ພງນາແລກປະກອບອາຊີ່ພົກມີຄວາມຄລ້າຍຄລື້ນກັນ ເນື່ອງຈາກສ່ວນໃຫຍ່ຈະເປັນຫວານາ
ນອກຈາກນັ້ນ ຮູບແບບຄວາມສົມພັນຮັ້ນທາງສັງຄົມກີ່ເປັນແບບກັນເອງ ເນື່ອງຈາກເປັນເຄື່ອງຢາຕິກັນເກືອບ
ທັ້ງໝາດ ປະຊາກົນຂອງໜຸ່ມໜ້ນສມອເອກໜຸ່ມໜ້ນທີ່ 16 ປະຊາກົນທັ້ງສັ່ນ 755 ດາວ ແກ່ເປັນຫຍາຍ 367 ດາວ
ເປັນທຶນີ້ 388 ດາວຄວ້າເຮືອນ ຈຳນວນ 125 ພັດທະນາ (148 ຄວ້າເຮືອນ) ນັບຄືອສານາລືສລາມ

เกือบทั้งหมด (มีสองครอบครัวที่นับถือศาสนาพุทธ) อัตราการเพิ่มของประชากร ร้อยละ 0.46 ต่อปี (ข้อมูล 9 กันยายน พ.ศ. 2551 ซึ่งต่ำกว่าอัตราเฉลี่ยของชุมชนอื่นซึ่งอยู่ที่อัตราประมาณร้อยละ 1.13) (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เลลิมพระเกียรติฯ دونเมืองพลี, 2553) ระบบความล้มเหลวในครอบครัว เริ่มเปลี่ยนแปลงจากการครอบครัวขยาย มาเป็นแบบครอบครัวเดียวมากขึ้น ส่งผลให้ความดูแลเอาใจใส่กันในครอบครัวเริ่มมีน้อยลง เนื่องจาก พ่อแม่ต้องทำงานกันเป็นส่วนใหญ่และเด็ก ๆ ก็ถูกส่งให้อยู่ในความดูแลของโรงเรียนเป็นหลัก จำนวนประชากร (จากการสำรวจ) แบ่งตามเพศและช่วงของอายุ แสดงในแผนภูมิที่ 1 ประชากรวัย 24-34 เป็นกลุ่มที่มีอัตราส่วนสูงที่สุดโดยคิดเป็นร้อยละ 27.37 ของประชากรชาย และคิดเป็นร้อยละ 26.87 ของประชากรหญิง สำหรับอัตราส่วนประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 10.34 สำหรับประชากรชายและคิดเป็นร้อยละ 11.37 สำหรับประชากรหญิง จำนวนประชากรวัยพึ่งพิง คือ 0-14 ปี และ 64 ปีขึ้นไป จำนวนรวม 222 คน แบ่งเป็นชาย 107 คนและเป็นหญิง 115 คน คิดเป็นอัตราพึ่งพิงร้อยละ 29.89 สำหรับชาย และร้อยละ 29.72 สำหรับหญิง จากจำนวนประชากรที่เป็นชายมีจำนวน 358 คนหรือร้อยละ 52 และประชากรหญิง 387 คนหรือร้อยละ 48 ดังแสดงสัดส่วนในแผนภูมิที่ 2 อัตราพึ่งพิงแสดงให้เห็นว่าประชากรวัยทำงานจำนวนหนึ่งร้อยคนมีภาระการดูแลประชากรเด็กและผู้สูงอายุจำนวนมากที่สุด (ในที่นี้ประมาณสามสิบคน)



ที่มา: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เลลิมพระเกียรติฯ دونเมืองพลี (2553 ข)

แผนภูมิที่ 1: สัดส่วนประชากรของชุมชนสมอເວກ



ที่มา: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เกลิมพระเกียรติฯ ดอนดูมพลี (2553 ข)

แผนภูมิที่ 2: สัดส่วนของประชากรในชุมชนสมอເອກ

การเปลี่ยนแปลง กระแสโลกการกิจกรรมที่เกิดขึ้นทำให้บริบทของสังคมเปลี่ยนไป นิยมวัตถุและบริโภคมากขึ้น การใช้จ่ายเกินความจำเป็น ประสบกับปัญหารายได้ของชาวนาที่ไม่เคยสมดุล ทำให้ประสบกับภาวะขาดทุนจากการทำมาโดยตลอด ยิ่งลงทุนในด้านสารเคมีการเกษตรมากเท่าใด ก็ยิ่งขาดทุนมากขึ้นเท่านั้น เพราะราคาผลิตผลที่ได้เพิ่มไม่สมดุลกับต้นทุนที่เพิ่มขึ้น ต้องอาศัยพึ่งพาปัจจัยและการตลาดจากภายนอกที่ไม่อาจจะควบคุมได้ ทำให้เกิดปัญหาหนี้สิน ปัญหาการสูญเสียที่ดินทำกิน ปัญหาการอพยพย้ายถิ่นเพื่อการงานทำ ทำให้เกิดปัญหาสังคมต่าง ๆ ตามมา へ่นครอบครัวแตกแยก (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551: 8) ปัญหายาเสพติด ปัญหาวัยรุ่น เป็นต้น ซึ่งปัญหาต่าง ๆ ที่ถูกโภมเข้าสู่ชาวนาหรือเกษตรกรของไทยนั้นเป็นลิ่งที่คงอยู่คู่กับสังคมเกษตรกรรมไทยมาโดยตลอดอย่างต่อเนื่องและยาวนาน สมาชิกชุมชนสมอเอกกีเป็นเกษตรกรอีกกลุ่มหนึ่งที่ประสบกับปัญหาหนี้สินที่ไม่อาจชำระหนี้คืนให้กับธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตรได้ จึงได้รวมตัวกันภายใต้การนำของผู้นำชุมชนทำโครงการขอพักชำระหนี้และพื้นฟูจากธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตรในปี พ.ศ. 2544 กระทั่งทำให้สมาชิกของชุมชนฯ เกิดความคิดในการการพึ่งพาตนเอง โดยเปลี่ยนวิถีการทำการเกษตรให้สารเคมีมาเป็นการเกษตรแบบอินทรีย์เพื่อลดรายจ่ายเพิ่มรายได้ เกิดการรวมกลุ่มกันทำกิจกรรมต่าง ๆ นอกจากนั้น ทางกลุ่มสมาชิกชุมชนสมอเอกได้รับการอบรมด้านการทำน้ำหมักชีวภาพ การทำปุ๋ยอินทรีย์ การทำน้ำส้มควันไนโตรเจนประยุกต์ การทำดอกไม้ประดิษฐ์ และการทำแหล่งสมุนไพรในครัวเรือน เป็นต้น ทำให้ชุมชนสมอเอกสามารถหลุดพ้นจากปัญหานี้ได้ (ธนา นงนุช, เครือข่ายบริหารการวิจัยและถ่ายทอดเทคโนโลยีชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ,

มหาวิทยาลัยขอนแก่น, และสำนักบริหารการวิจัย, 2551: 262-267) มีการเสริมพลังชุมชนและสถานสัมพันธ์ด้วยกิจกรรมร่วมโดยการใช้ศาสนาอิสลามเป็นหลัก ชุมชนจะมีการพบปะหารืออย่างไม่เป็นทางการหลังจากศาสนพิธีในวันศุกร์ของทุกสัปดาห์และมีการนัดประชุมหารือเป็นประจำทุกเดือนในการทำกิจกรรมพัฒนาต่าง ๆ เพื่อการพัฒนาและการลด ละ เลิก อบายมุน ป้องกันปัญหา ยาเสพติดและร่วมกันทำกิจกรรมเพื่อเป็นสาธารณประโยชน์ ซึ่งในการประชุมก็มีการร่วมกันนั่งประกอบอาหารและรับประทานอาหารร่วมกันเป็นการสร้างปฏิสัมพันธ์ของชุมชนให้เกิดความเข้มแข็ง รวมทั้งเป็นการรักษาขนบธรรมเนียมประเพณีอันดีงามของพื้นบ้านไทยมุสลิมไว้เป็นอย่างดี โดยมีการปฏิบัติวัตรตามหลักศาสนา คือ การปฏิญญาณตน กระทำلامหาดวันละ 5 เวลา การถือศีลอด ในเดือนรอมฎอน การบริจาคมทรัพย์เพื่อทานหรือการบริจาคม zakat (Zakat) (Candland, 2000: 359) และการบำเพ็ญอัจฉริ์ ศาสนาอิสลามได้สอนเกี่ยวกับเรื่องของสุขภาพและสาธารณสุขไว้อย่างละเอียด เช่น เรื่องของการรักษาความสะอาด การรักษาสุขภาพ การรักษาพยาบาล โภชนาการ สุขागิบala ลิ่งแวดล้อมและนิเวศวิทยา เป็นต้น นอกจากนั้น ศาสนาอิสลามยังระบุถึงหลักการและอุดมการณ์ ในการดำเนินชีวิตไว้ทุกเรื่องไม่ว่าจะเป็นแนวทางการปฏิบัติตนต่อตนเองและผู้อื่น หลักจริยธรรม (อัคคາค) การศึกษาและวัฒนธรรม สังคม เศรษฐกิจและการเมืองการปกครอง (มานี ชูไทย, 2544g, 2544x)

คุณภาพชีวิตตามมาตรฐาน ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) คือ ข้อมูลในระดับครัวเรือน ที่แสดงถึงสภาพความจำเป็นของคนในครัวเรือนในด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่ได้กำหนด มาตรฐานขึ้นต่ำๆ ไว้ว่า คนควรจะมีคุณภาพชีวิตในเรื่องนั้น ๆ อย่างไร ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เพื่อให้มีชีวิตที่ดีและสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งตัวชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ของกรรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทยเป็นเครื่องมือเพื่อใช้สำหรับการพัฒนาหมู่บ้าน ชุมชน และท้องที่อื่น ๆ ซึ่งข้อมูล จปฐ. จะทำให้ทราบถึงคุณภาพชีวิตและสถานการณ์ของคนในชุมชน ตามสภาพพื้นที่ต่าง ๆ หรือตามภูมิสังคม ข้อมูลนี้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนาทั้งภาครัฐ และเอกชนได้ โดยข้อมูล จปฐ. แบ่งออกเป็น 6 หมวด 42 ตัวชี้วัด ดังนี้ (ศูนย์สารสนเทศเพื่อการพัฒนาชุมชน, และกรรมการพัฒนาชุมชน, 2554)

- 1) หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด และฉีดวัคซีนครบตามเกณฑ์บริการ
- 2) แม่ที่คลอดลูกได้รับการทำคลอด และดูแลหลังคลอด
- 3) เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักไม่ต่ำกว่า 2,500 กรัม
- 4) เด็กแรกเกิดถึง 1 ปี ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคครบตามตารางสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
- 5) เด็กแรกเกิดได้กินนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 4 เดือนแรกติดต่อ กัน
- 6) เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี เจริญเติบโตตามเกณฑ์มาตรฐาน
- 7) เด็กอายุ 6-15 ปี เจริญเติบโตตามเกณฑ์มาตรฐาน
- 8) เด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคครบตามตารางสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

- 9) ทุกคนในครัวเรือนได้กินอาหารถูกสุขลักษณะ ปลอดภัย และได้มาตรฐาน
- 10) คนในครัวเรือนมีความรู้ในการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสม
- 11) คนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี
- 12) คนอายุ 6 ปีขึ้นไป ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที
- 13) ทุกคนในครัวเรือนที่มีหลักประกันสุขภาพได้รับสิทธิอิอย่างทั่วถึง
- 14) ครัวเรือนมีความมั่นคงในที่อยู่อาศัยและบ้านมีสภาพคงทนถาวร
- 15) ครัวเรือนมีน้ำสะอาดสำหรับดื่มและบริโภคเพียงพอตลอดปี
- 16) ครัวเรือนมีน้ำใช้เพียงพอตลอดปี
- 17) ครัวเรือนมีการจัดบ้านเรือนเป็นระเบียบถูกสุขลักษณะ
- 18) ครัวเรือนไม่ถูกกรบกวนจากมลพิษ
- 19) ครัวเรือนมีการป้องกันอุบัติภัยอย่างถูกวิธี
- 20) ครัวเรือนมีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน
- 21) ครอบครัวมีความอบอุ่น
- 22) เด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ได้รับการกระตุนการเรียนรู้จากการทำกิจกรรมร่วมกับผู้ใหญ่ในบ้าน
- 23) เด็กอายุ 3-5 ปี ได้รับบริการเลี้ยงดูเตรียมความพร้อมก่อนวัยเรียน
- 24) เด็กอายุ 6-15 ปี ได้รับการศึกษาภาคบังคับ 9 ปี
- 25) เด็กที่จบการศึกษาภาคบังคับ 9 ปี ได้เรียนต่อมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า
- 26) เด็กที่จบการศึกษาภาคบังคับ 9 ปี แต่ไม่ได้เรียนต่อมัธยมศึกษาตอนปลายฯ
- 27) คนอายุ 15-60 ปีเต็ม ล่ามเนี่ยนภาษาไทยได้ และติดเลขอย่างง่ายได้
- 28) คนในครัวเรือนได้รับรู้ข่าวสารที่เป็นประโยชน์ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 ครั้ง
- 29) คนอายุ 15-60 ปีเต็ม มีการประกอบอาชีพและมีรายได้
- 30) คนในครัวเรือนมีรายได้เฉลี่ยไม่ต่ำกว่าคนละ 23,000 บาทต่อปี
- 31) ครัวเรือนมีการเก็บออมเงิน
- 32) คนในครัวเรือนไม่ติดสุรา
- 33) คนในครัวเรือนไม่สูบบุหรี่
- 34) คนในครัวเรือนได้ปฏิบัติตนตามขั้นตอนรรนเนี่ยมและมารยาทไทย
- 35) คนอายุ 6 ปีขึ้นไปทุกคนปฏิบัติภารกิจกรรมทางศาสนา อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
- 36) คนสูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคนในครัวเรือน
- 37) คนพิการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคนในครัวเรือน
- 38) ครัวเรือนมีคนเป็นสมาชิกกลุ่มที่ตั้งขึ้นในหมู่บ้าน ตำบล
- 39) ครัวเรือนมีคนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น เพื่อประโยชน์ของชุมชนหรือท้องถิ่น
- 40) ครัวเรือนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมเกี่ยวกับการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติฯ
- 41) คนในครัวเรือนมีส่วนร่วมทำกิจกรรมสาธารณสุขของหมู่บ้าน

42) คนอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มีสิทธิเลือกตั้งไปใช้สิทธิเลือกในชุมชนของตน

สำหรับชุมชนสมอเอกนั้นข้อมูล จปส. ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 ถึง พ.ศ. 2553 พบว่า ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 100 เกือบทั้งหมดและไม่มีข้อมูล 2 ตัวชี้วัด คือ ตัวชี้วัดที่ 2, 26 ซึ่งชี้วัด จปส. นี้แสดงความมีคุณภาพชีวิตของสมาชิกชุมชนสมอเอกว่า มีคุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ดีตามแนวทางของความจำเป็นพื้นฐานทั้ง 6 หมวด คือ สุขภาพดี (ได้รับการดูแลด้านสุขภาพตั้งแต่แรกเกิด รับประทานอาหารถูกสุขลักษณะ มีหลักประกันสุขภาพ) มีบ้านพักอาศัย (มีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม) มีโอกาสทางการศึกษา (เข้าถึงบริการด้านการศึกษา) มีรายได้พอเพียงมีเงินเก็บออม มีค่านิยมที่ดี (ไม่ติดสุรา บุหรี่ ปฏิบัติภารกิจทางศาสนา) และมีจิตสำนึกสาธารณะ (ร่วมกันทำกิจกรรมแสดงในตารางที่ 1) เนื่องจากเมื่อเปรียบเทียบกับพื้นที่อื่น ๆ ของจังหวัดนนทบุรีทั้งหมดแล้วยังมีชุมชนจำนวนมากที่ไม่ผ่านเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานนี้ หรือแม้กระทั้งในตำบลลดอนฉิมพลีเองก็มีพื้นที่ที่ไม่ผ่านเกณฑ์หลายชุมชน แต่ถึงกระนั้นข้อมูล จปส. ก็เป็นเพียงข้อมูลเบื้องต้นสำหรับกำหนดมาตรฐานการครองชีพของประชาชนว่าความมีมาตรฐานขึ้นต่ออย่างไรบ้าง

ตารางที่ 1: ปฏิทินกิจกรรมที่สำคัญของชุมชน

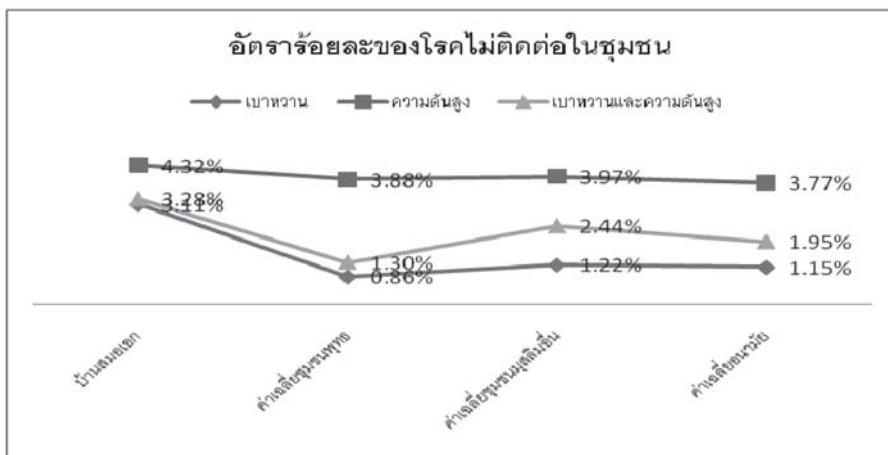
วันสำคัญ/กิจกรรม	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.
วันครูของดีลพิตร									+			
วันครูของดีนักภาษา											+	
การทำนา ครั้งที่ 1					+							
การเก็บเกี่ยว ครั้งที่ 1								+				
การทำนา ครั้งที่ 2										+		
การเก็บเกี่ยว ครั้งที่ 2	+											

ที่มา: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เมลิมพระเกียรติฯ

การดูแลสุขภาพและระบบสาธารณสุข การรักษาพยาบาลสมาร์ทในชุมชนใช้บริการโดยแพทย์แผนปัจจุบันเป็นส่วนใหญ่ แต่ก็มีบางส่วนนิยมใช้แพทย์ทางเลือกร่วมด้วย ตามหลักคำสอนทางศาสนานั้นบ่งชี้ว่า โรคต่าง ๆ สามารถรักษาได้ มิยาที่เทมาะกับโรคแต่ละโรคนั้น ๆ และสนับสนุนให้ไปหาแพทย์เพื่อทำการรักษา อีกทั้งมีคำสอนให้ควบคุมและป้องกันโรคติดต่อด้วย (มานี ชูไวย, 2544ก: 131-146) สำหรับค่านิยมด้านสุขภาพของสมาชิกชุมชนสมอเอกนั้น หากเจ็บป่วยเล็กน้อยจะเลือกไปใช้บริการคลินิกหรือสถานีอนามัย และมีบางส่วนเลือกรักษาแบบแพทย์พื้นบ้านหรือแพทย์ทางเลือก กรณีการเจ็บป่วยหนักเกินขีดความสามารถของคลินิกหรือสถานีอนามัยจะทำการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลบ้างน้ำเบรี้ยวและโรงพยาบาลเมืองจะเชิงเร้า ตามสิทธิที่ได้รับการรักษาของผู้ป่วย สถานีอนามัยและมีแพทย์เกียรติฯอยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลบ้างน้ำเบรี้ยวจะส่งทีมแพทย์

พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ และเภสัชกร เข้าไปร่วมให้การบริการที่สถานีอนามัย เคลลิมพระเกียรติฯ (ปัจจุบันยังฐานะขึ้นเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เคลลิมพระเกียรติฯ ตอนนิมพลี) สัปดาห์ละ 1 วัน (ทุกวันพุธเว้นวันพุธสัปดาห์ที่ 4 ของเดือน) มีพยาบาลวิชาชีพจบ เทศบัณฑิต ปฏิบัติงานประจำ ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องมือ ครุภัณฑ์ ยาและเวชภัณฑ์ จากโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว มีระบบอินเทอร์เน็ตในการเชื่อมโยงและติดต่อสื่อสารระหว่างกัน ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยทั่วไปทั้งในและนอกเวลาทำการตลอด 24 ชม. (ป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุ) ให้บริการด้านทันตกรรม (มีพนักงานทันตสาธารณสุข) ให้บริการคลินิกโรคเรื้อรังทุกวันพุธ ให้บริการ งานอนามัยแม่และเด็ก ให้บริการปรึกษาและการบำบัดยาเสพติด ให้บริการการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน โรค ให้บริการคลินิกสุขภาพเด็กดี งานด้านการควบคุมโรคไม่ติดต่อ เช่น การตรวจคัดกรองโรค เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และการติดตามเยี่ยมบ้านในชุมชนของ ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ Maraดาและหารกหลังคลอด ผู้สูงอายุ อัตรากำลังของโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล เคลลิมพระเกียรติฯ ตอนนิมพลี อ.บางน้ำเปรี้ยว จ.ฉะเชิงเทรา ประกอบด้วย พยาบาล วิชาชีพ 5 คน ผ่านการอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติ 4 คน ทันตากินบาล 1 คน นักสาธารณสุข 2 คน และผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน นอกจากนั้น ยังมีบุคลากรที่สนับสนุนการปฏิบัติงานหรือเป็นที่ปรึกษา อีกร่วม 7 คน ประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย พยาบาลวิชาชีพ และนักเทคนิคการแพทย์ สมาชิกของชุมชนมากกว่าร้อยละ 60 ยังเน้นการซ้อม สุขภาพคือเกิดการเจ็บป่วยก่อนแล้วจึงรักษา ไม่ค่อยให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อ การป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย แต่ก็พบว่ามีแนวโน้มการสร้างเสริมสุขภาพในเชิงรุกเพิ่มมากขึ้น โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (สมาชิก อสม.) เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อน สมาชิก อสม. ดำเนินการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ เช่น มีการรวมกลุ่มกันรณรงค์ป้องกันและควบคุม โรคต่าง ๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไข้เลือดออก ไข้หวัดใหญ่ ไข้หวัดนก มีกิจกรรม การส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มอายุ โดยการดำเนินการกิจกรรมต่าง ๆ มีความต่อเนื่องกันอย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง เป็นการรวมกลุ่มและทำกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมที่มีการริเริ่มจากสมาชิกของชุมชน เอง และได้รับการสนับสนุนด้านวิชาการจากกระทรวงสาธารณสุข ได้รับงบประมาณการดำเนินงาน จากองค์กรบริหารและปักรองส่วนท้องที่และเทศบาล (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เคลลิมพระเกียรติฯ ตอนนิมพลี, 2553ก) จากข้อมูลสุขภาพของชุมชนสมอເອກ (หมู่ 16) พบว่า ใน ปีงบประมาณ 2553 มีผู้เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ ดังนี้คือ ความดันโลหิตสูง 25 ราย เบาหวาน 18 ราย และเป็นทั้งความดันโลหิตสูงและเบาหวาน 19 ราย เป็นอัมพาต 6 ราย และเป็นโรคหัวใจและ หลอดเลือด 1 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอายุ 40 ปีขึ้นไป นอกจากนั้น ยังมีการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจาก อุบัติเหตุจราจรจำนวน 10 ราย สำหรับโรคติดต่อที่เกิดขึ้น ได้แก่ อุจจาระร่วง จำนวน 20 ราย โรคระบบทางเดินหายใจ 150 รายซึ่งส่วนใหญ่เป็นเด็กอายุระหว่าง 5-10 ปี สาเหตุการเสียชีวิต ของชุมชนเนื่องมาจากโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุ อันดับต้น ๆ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เคลลิมพระเกียรติฯ ตอนนิมพลี, 2553ข) วิธีชีวิตของ

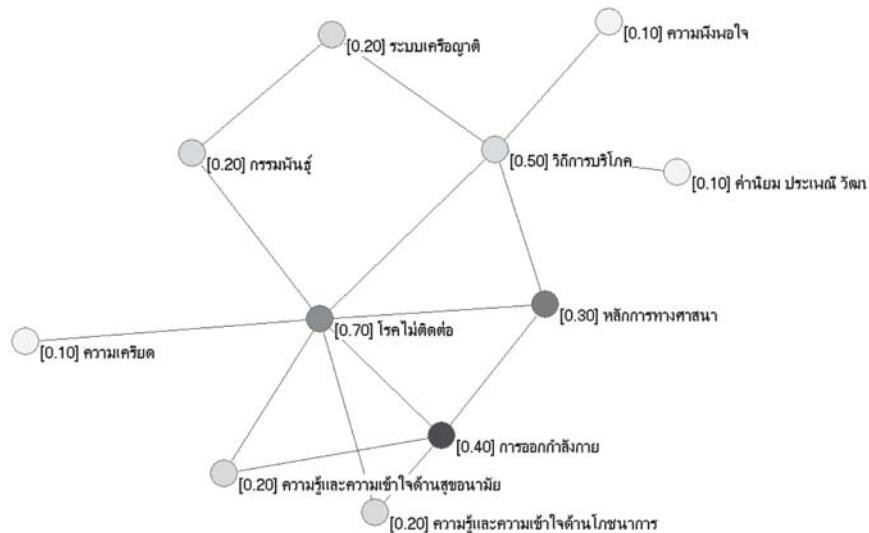
ชุมชนสมอเอกสารยึดถือแนวทางการบริโภคอาหารตามหลักการอาหารที่อนุมัติให้บริโภค ซึ่งก็มีการระบุชนิด ประเภท และกรรมวิธีไว้อย่างละเอียด (มาเน ญุ่ไทย, 2544ก: 70-86) แต่ด้วยภูมิสังคมและบริบทของชุมชนทำให้การบริโภคอาหารของชุมชนสมอเอกสารมีความถูกต้องตามหลักการทางศาสนา แต่ก็อุดมไปด้วยแป้ง ไขมัน และน้ำตาล เช่น แกงกะทิ ข้าวหมกต่าง ๆ ต้มขุ่น ข้นหวานต่าง ๆ เป็นต้น เป็นปัจจัยสำคัญของการเป็นโรคเบาหวาน รวมไปถึงวิถีแห่งเครื่องถ้วยต่าง ๆ ที่เป็นโรคที่สืบทอดได้ทางกรรมพันธุ์ (มีโอกาสสูงกว่าผู้ไม่เป็นญาติ) (ดวงมณี วิเศษกุล, 2524; ประพิน วัฒนกิจ, 2523) และมีความล้มเหลวระหว่างหมู่ญาติทำให้มีการกินบุญหรือทำบุญกันต่อเนื่องข้างบ่อยครั้ง อีกทั้งการขาดการออกกำลังกายที่เพียงพอส่งผลให้สมาชิกในชุมชนประสบกับปัญหาของโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดตามข้อมูลสถิติที่เกิดขึ้น



ที่มา: โรงพยาบาลล่งเสริมสุขภาพต่ำบล เฉลิมพระเกียรติฯ ตอนนิมพลี (2533)

แผนภูมิที่ 3: ร้อยละของโรคที่ไม่ติดต่อ

การวิเคราะห์โครงสร้างโดยใช้ทฤษฎีกราฟ (Graph Theory) ซึ่งเป็นทฤษฎีของจุดและเส้น ใช้ประโยชน์ในการสร้างและวิเคราะห์โครงสร้าง การจัดกลุ่มและการประกอบกันเป็นโครงสร้าง โดยในกรณีนี้ใช้โปรแกรม Pajek (รุ่น 1.01 Copyright 1996 Vladimir Batagelj and Andrej Mrvar) เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์โครงสร้างของปัญหาด้านสุขภาพ ปัญหาที่ปรากฏ คือ ปัญหาของโรคที่ไม่ติดต่อและป้องกันได้ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือด นั้นพบว่า ปัจจัยที่มีความล้มเหลวเชื่อมโยงกับสาเหตุของการเกิดโรคสามารถแบ่งออกได้เป็นห้ากลุ่ม (Cluster) โดยกลุ่มแรก คือ ความเครียด ความเพิ่งพอใจ และค่านิยม ประเพณี วัฒนธรรม กลุ่มที่สอง คือ กรรมพันธุ์ ระบบเครือญาติ ความรู้และความเข้าใจด้านสุขอนามัยและโภชนาการ กลุ่มที่สาม คือ หลักการทางศาสนา กลุ่มที่สี่ คือ การออกกำลังกาย และกลุ่มที่ห้า คือ วิถีการบริโภค ดังแสดงในแผนภูมิที่ 4



แผนภูมิที่ 4: โครงสร้างของปัญหาด้านสุขภาพ

ยาเสพติดและอาชญากรรม ปัญหาของยาเสพติดและปัญหาอาชญากรรมเป็นปัญหาที่อาจจะเรียกว่าได้ว่า เกิดจากกระแสโลกวัฒน์ เนื่องจากในอดีตไม่มีคดีประเภทนี้มากนักเนื่องจากเป็นสังคมชนบทและการเดินทางเป็นไปได้ยากลำบาก ในอดีตปัญหาอาชญากรรมจะเกิดขึ้นในเขตเมืองมากกว่าในชุมชนด้านนอก ครั้งเมื่อความเจริญจากการพัฒนาเกิดขึ้นในชุมชนปัญหาของยาเสพติดและปัญหาอาชญากรรมก็เกิดขึ้นตามมาด้วย คณะกรรมการรักษาความมั่นคงและความสงบเรียบร้อยจังหวัดจะเชิงเทราให้ความสำคัญกับปัญหายาเสพติดเป็นลำดับแรกตามแนวโน้มบายของรัฐบาล โดยจัดให้มีทั้งการป้องกัน ปราบปรามและการบำบัดรักษาพื้นที่ ถึงระดับปัญหานี้ก็ยังไม่มีแนวโน้มที่จะแก้ปัญหานี้ได้อย่างเด็ดขาด (ไชยยศ จันดาทอง, 2553) สำหรับปัญหายาเสพติดประเภทสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากข้อมูลของโรงพยาบาลสุขภาพต่ำบลฯ ไม่พบปัญหาของผู้เป็นโรคพิษสุราเรื้อรังซึ่งสอดคล้องกับหลักการทางศาสนาอิสลามที่ห้ามเสพสิ่งมีนماءหรือสิ่งเสพติดและถือว่าเป็นสิ่งโสมม (มานี ชูไทย, 2544ก: 336) และจากข้อมูลของกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข อัตราผู้ติดสารเสพติดของจังหวัดจะเชิงเทราเฉลี่ยจากปี พ.ศ. 2546 ถึง พ.ศ. 2550 พบว่า มีอัตราเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 36 รายต่อประชากรหนึ่งแสนคนและมีแนวโน้มลดลง (กรมสุขภาพจิต, 2552) สำหรับข้อมูลจากโรงพยาบาลสุขภาพต่ำบลฯ พบว่า ในปี พ.ศ. 2552 มีผู้ติดสิ่งตัวเข้ารับการบำบัดเนื่องจากยาเสพติดของสมอเอกเพียงรายเดียวและห้ากรุ่มผู้ติดสิ่งเข้ารับการบำบัดจากทุกหมู่ที่โรงพยาบาลรับผิดชอบเป็นจำนวนผู้ติดสิ่งตัวเข้าบำบัดทั้งสิ้น 13 ราย

ปัญหาอาชญากรรมจากข้อมูลของสำนักงานตำรวจแห่งชาติและสถานีตำรวจนครรัฐนิมพล มีข้อมูลสถิติอาชญากรรมที่น่าสนใจของจังหวัดจะเชิงเทราและชุมชนสมอเอก (ตำรวจนครรัฐจังหวัดจะเชิงเทรา, 2553) ตามตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2: สถิติคดีอาญาที่นำส่งให้ของสถานีตำรวจนครบาลจังหวัดละเบิงเทราและสถานีตำรวจนครรัฐมพลี

ประเภทความผิดรวมใน พ.ศ. 2553 (มค.-ธค.)	สถิติคดีอาญาที่นำส่งให้ของ สถานีตำรวจนครบาล จังหวัดละเบิงเทรา (ราย)	สถิติคดีอาญาที่นำส่งให้ของ สถานีตำรวจนครรัฐมพลี (ราย)		
	รับแจ้ง	จับ	รับแจ้ง	จับ
คดีอุบัติกรรมจและละเทือนขวัญ	51	27	ไม่มี	ไม่มี
คดีประทุษร้ายต่อชีวิต ร่างกาย และเพศ	178	77	8	3
คดีประทุษร้ายต่อทรัพย์	483	159	1	1
ยาเสพติด	1,400	1,429	60	61

ที่มา: สถานีตำรวจนครรัฐมพลีและตำรวจนครบาลจังหวัดละเบิงเทรา

จากการสัมภาษณ์เจ้าพนักงานสอบสวนสถานีตำรวจนครรัฐมพลี พบว่า สถิติการเกิดคดี ต่าง ๆ ของพื้นที่ในเขตตำบลลดอนภิมพลีในปี พ.ศ. 2553 นั้นมีจำนวนน้อย ส่วนสาเหตุสำคัญของ การเกิดคดีในท้องที่ เพราะเป็นเขตพื้นที่ร้อยต่อระหว่างตำบลและระหว่างจังหวัด (กรุงเทพฯ และ ปราจีนบุรี) ทำให้ผู้กระทำความผิดอาศัยพื้นที่ร้อยต่อเป็นช่องทางในการหลบหนีได้สะดวกและ เจ้าพนักงานไม่มีอำนาจในการจับกุมข้ามเขตภูมิภาควันแต่เป็นความผิดซึ่งหน้า ในเขตตำบลลดอนภิมพลี ไม่มีคดีอุบัติกรรมจและละเทือนขวัญ คดีประทุษร้ายต่อชีวิต ร่างกาย และเพศ คดีประทุษร้ายต่อ ทรัพย์สินอัตราร้าว คดียาเสพติดเป็นคดีที่มีผู้กระทำความผิดมากที่สุดและจับกุมได้มากที่สุดโดยอาศัย การข่าวของทางราชการ แต่ด้วยมี พ.ร.บ.บังคับผู้ติดยาเสพติดทำให้ผู้กระทำความผิดลักษณะกระทำผิด โดยอาศัยประโยชน์ของกฎหมายที่ต้องส่งตัวเข้าบำบัดและมีบุคลากรทางการแพทย์รับเท่านั้น ผู้กระทำ ผิดจึงกระทำความผิดซ้ำซากไม่หลบจำ อาศัยช่องว่างจำหน่ายยาเสพติดในปริมาณน้อยเพื่อหลบเลี่ยง โทษอาญาฐานแรง ยาเสพติดที่จับกุมมากที่สุด คือ ยาบ้ารองลงมาคือยาไอซ์ กัญชา และกระท่อม ไม่มีข้อบ่งชี้ถึงความแตกต่างในการกระทำความผิดของคนไทยพุทธและมุสลิม

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

บริบทของชุมชนมีความเป็นชุมชนมุสลิมอย่างเข้มแข็ง มีความศรัทธาในหลักการของศาสนา อย่างมั่นคงและมีความเคารพเชื่อถือในผู้นำ ชุมชนสามารถจัดการปัญหาตามกระบวนการแก้ไขวัตถุ ได้ดีในระดับหนึ่งเป็นการปรับตัวให้รับกระแล้วตนธรรมใหม่บ้างและพยายามดำเนินการตามความต้องการ ที่ต้องการให้ชุมชนมีมาตรฐานคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ตามแนวทางความ จำเป็นพื้นฐานอยู่ในเกณฑ์ดีกว่าเกณฑ์เป้าหมายของทางราชการซึ่งแสดงให้เห็นพัฒนาการของ ชุมชนทั้งจากภายในในชุมชนเองและจากภายนอกชุมชนคือการรัฐในการจัดสรรปัจจัยอันเป็นความจำเป็น พื้นฐานจนชุมชนอยู่ในมาตรฐานที่ดี ปัญหาของคนในชุมชนจากการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการ

ไม่ติดต่อต่าง ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้แต่หากเป็นด้วยค่านิยมและแนวทางการปฏิบัติตัวของสมาชิกในชุมชน ทำให้ขาดการดูแลสุขภาพและป้องกันความเสี่ยงของการเกิดโรคดังกล่าว บริบทของชุมชนและบริบทของสังคมที่เปลี่ยนแปลง ทำให้สมาชิกในชุมชนเกิดอาการเจ็บป่วยในอัตราที่สูงเมื่อเปรียบเทียบกับชุมชนอื่น ๆ กอปรกับแนวทางการออกกำลังกายที่ทำได้แต่ทำได้ในวงจำกัด จึงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพขึ้นได้ นอกจากนั้น สำหรับผู้สูงอายุจะมีการเสื่อมโถรมของสุขภาพตามวัยที่ร่วงโรยไป เช่น ข้อเสื่อมตาพร่ามัว เป็นต้น ชุมชนมีความเข้มแข็งทำให้ไม่มีคติอุกฤษร์และละเทือนวัณแต่มีคติยาเสพติดเป็นปัญหาของชุมชน ยาเสพติดเป็นสิ่งต้องห้ามในหลักศาสนา แต่ถึงกระนั้นก็ตีปัญหาฯยาเสพติดก็ยังคงเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นมากที่สุดในคติอาชญากรรมที่เกิดขึ้นในชุมชนอันเป็นผลมาจากการบริบทของสังคมที่เปลี่ยนแปลง กระแสโลกภัยวัตถุที่ทำให้ความสำคัญของระบบครอบครัวและศาสนาเริ่มสั่นคลอน การละเมิดหลักการทางศาสนาจึงเกิดขึ้นโดยเฉพาะยาเสพติด

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาในครั้งนี้ เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพอันเกิดจากโรคที่สามารถป้องกันได้ คือ การให้ความรู้ในด้านของโภชนาการให้มากขึ้น ควรให้ความรู้ในด้านของการดูแลสุขภาพ เสริมกับการดูแลตนเองตามหลักการของศาสนาเพิ่มขึ้น ให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับตัวชี้วัดง่าย ๆ เช่น ดัชนีมวลกาย เพื่อให้เป็นเครื่องเฝ้าระวังเรื่องของความอ้วน ซึ่งการมีน้ำหนักเกินกำหนดเป็นปัจจัยของการเกิดโรคอื่น ๆ ตามมา เช่น เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

ควรให้ความรู้และคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนทัศนคติและค่านิยมในการบริโภคให้มีความเหมาะสม อีกทั้งเป็นการปฏิบัติตามหลักศาสนาอิสลามที่เน้นการบริโภคแต่พอควร ซึ่งเป็นการสมประโยชน์ทั้งในด้านการรักษาสุขภาพและการปฏิบัติบูชา การใช้หลักศาสนาเป็นแกนนำ่าจะเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนทัศนคติและค่านิยมในการบริโภค เนื่องจากชุมชนมีความเชื่อและพยายามปฏิบัติตามหลักการของศาสนาอยู่เป็นทุนเดิมอยู่แล้ว เพียงแต่เสริมในส่วนที่อาจจะขาดหรือหลงลืมกันไปและໄฉได้ปฏิบัติเท่านั้น

ในด้านการออกกำลังกาย ควรมีการศึกษาแนวทางการออกกำลังกายที่สอดคล้องกับหลักการของศาสนาและได้ประโยชน์กับร่างกาย การออกกำลังกายเป็นแนวทางการป้องกันโรคอันเกิดจากการบริโภคได้ดีขึ้นอีกรอบหนึ่ง แต่ด้วยข้อจำกัดในข้อกำหนดต่าง ๆ จึงควรศึกษาแนวทางการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับชุมชนที่เป็นมุสลิม

สำหรับกลุ่มที่จัดว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงอันเนื่องมาจากการพันธุ์นั้น ควรดูแลติดตามและประเมินผลด้านสุขภาพ เช่น ค่าดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับคอเลสเตอรอล (Cholesterol) อย่างใกล้ชิด และให้ความรู้ ทัศนคติและค่านิยมที่เหมาะสมในการบริโภค การดูแลสุขภาพและการออกกำลังกายควบคู่กันไป

สำหรับปัญหาที่ชุมชนให้ความตระหนักเป็นอย่างมาก คือ ปัญหายาเสพติดนั้น ยุทธศาสตร์เชิงรุกน่าจะเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาได้อย่างระยะยาวอย่างยั่งยืนกว่าการปราบปรามและการบังคับใช้กฎหมาย โดยน่าจะใช้หลัก “บرم” คือ บ้าน โรงเรียน มัสยิด เป็นแกนหลักในการแก้ปัญหา ยาเสพติดและเป็นการเสริมสร้างสังคม ชุมชน โดยใช้หลักของศาสนา ความรู้และครอบครัวเป็นแกนนำ เป็นการที่นักศึกษาและครูอาจารย์มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาชุมชนในยุคปัจจุบัน ที่โคนกระและโลกกว้าง ที่ทำให้ระบบเศรษฐกิจมีอิทธิพลเหนือระบบสังคม เช่น ระบบครอบครัว ทำให้การปฏิบัติตามหลักการศาสนาเสื่อมถอยลง ครอบครัวไม่ได้รับประทานอาหารพร้อมหน้า เด็กเริ่มขาดความเคราะห์อีกต่อไป วัยรุ่นเริ่มขาดการปฏิบัติตามแบบอย่างมุสลิมที่ดี จนเป็นเหตุให้ยาเสพติดสามารถแทรกแซงชุมชนได้ หากครอบครัวอบอุ่น การปฏิบัติศาสนาและ การให้ความรู้เข้มแข็ง จะเป็นการยากที่ปัญหายาเสพติดจะสามารถแพร่กระจายในชุมชนได้ และ เป็นแนวทางในการเอาชนะปัญหานี้ได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาต่อไป

- ใช้แนวทางการศึกษาแบบ “เข้าใจ เข้าถึง และพัฒนา” ในการศึกษาเชิงลึกถึงแนวทางการป้องกันและแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน
- ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงสุขภาวะของชุมชนและการแก้ปัญหายาเสพติด โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการคิด วางแผน ปฏิบัติ และประเมินผล

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2552). จำนวนและอัตราผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทยต่อประชากรหนึ่งแสน คืนวันที่ 20 ธันวาคม 2553, จาก <http://www.dmh.go.th/report/population/province.asp?field24=2545>

เครือข่ายบริหารการวิจัยและถ่ายทอดเทคโนโลยีชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, มหาวิทยาลัยขอนแก่น, และสำนักบริหารการวิจัย. (2551). การประชุมทางวิชาการเครือข่ายการวิจัยสถาบันอุดมศึกษาทั่วประเทศไทย ปี 2551. ขอนแก่น: สำนักบริหารการวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ผัตรดนัย ใจเพ็ชร. (2546). โครงสร้างสังคมวัฒนธรรมไทยมุสลิม: ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดปัตตานี. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

ไชยยศ จินดาทอง. (2553). การประชุมคณะกรรมการรักษาความมั่นคงและความสงบเรียบร้อย จังหวัดยะลา. ยะลา: ม.ป.ท.

ดาวมณี วิเศษกุล. (2524). โรคและอาหารเฉพาะโรค. กรุงเทพฯ: โครงการตำรา-ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำรวจภูมิศาสตร์จังหวัดฉะเชิงเทรา. (2553). สถิติคดีอาชญาที่น่าสนใจรายเดือนของสำรวจภูมิศาสตร์จังหวัด

ฉะเชิงเทรา. ค้นวันที่ 20 ธันวาคม 2553, จาก <http://www.chachengsao.police.go.th/> ประพิณ วัฒนกิจ. (2523). ความรู้เรื่องโรคเบาหวานสำหรับประชาชน. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี. (2528). รายงานการสัมมนาทางวิชาการอิสลาม
เรื่องอิสลาม: วิถีการดำเนินชีวิต 20-22 กรกฎาคม 2528. ปัตตานี.

นานี ชูไทย. (2544 ก). รายงานการวิจัยเรื่องหลักการอิสลามที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติคนทางด้านสุขภาพและการสาธารณสุข (*The Islamic injunctions relating to personal hygiene and public health*) (พิมพ์ครั้งที่ 2 ปรับปรุงใหม่). กรุงเทพฯ: ภาควิชาสุสานศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยคริสตินทร์วีโรฒ ประสานมิตร.

มานี ชูไทร. (2544 ว). รายงานการวิจัยเรื่องอิสลาม: วิถีการดำเนินชีวิตที่พัฒนาคุณภาพชีวิต (*Islamic way of life to promote the quality of life*) (พิมพ์ครั้งที่ 2 ปรับปรุง).

กรุงเทพฯ: ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยคริสต์วิทยา ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๗

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เลลิมพระเกียรติฯ ดอนนิมพลี. (2553 น). การบริการหน่วยบริการปฐมภูมิเลลิมพระเกียรติฯ ตามเกณฑ์ *minor conditions and criteria*. ฉะเชิงเทรา: กระทรวงสาธารณสุข.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เลิศมีพระเกียรติฯ ดอนฉิมพลี. (2553 บ). แบบสำรวจข้อมูลพื้นฐานชุมชน โครงการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. ฉะเชิงเทรา: กระทรวงสาธารณสุข.

ศูนย์สารสนเทศเพื่อการพัฒนาชุมชน, และ กรมการพัฒนาชุมชน. (2554). ข้อมูลความจำเป็น
พื้นฐาน คันทรีที่ 8 มกราคม 2554, จาก <http://61.19.244.12/rdic/>?

เสานีย์ จิตต์หมวด. (2535). วัฒนธรรมอิสลาม (Islamic culture) (พิมพ์ครั้งที่ 3 ปรับปรุงแก้ไข). กรุงเทพฯ: กองทุนส่งเสริมวิจัยอิมพริ.

สำนักงานเกษตรอำเภอบางน้ำเปรี้ยว. (2550). การรายงานการการณ์ผลิตพืชเศรษฐกิจที่ปลูกปี 2550/2551. อำเภอบางน้ำเปรี้ยว ฉะเชิงเทรา: ม.บ.ท.

สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร. (2553). การผลิตสินค้าเกษตรที่สำคัญ. ดันวันที่ 10 กันยายน 2553, จาก http://www.oae.go.th/ewt_news.php?nid=7769

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). คุณภาพชีวิตคนไทยปี 255 : สถิติ: ตัวชี้วัดการขับเคลื่อนสังคม กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

องค์การบริหารส่วนตำบลลดอนพิมพลี. (2553). องค์การบริหารส่วนตำบลลดอนพิมพลี. คันวันที่ 11 สิงหาคม 2553, จาก <http://www.donchimplee.go.th/>

Batnitzky, A.K. (2011). Cultural constructions of “obesity”: Understanding body size, social class and gender in Morocco. [doi: 10.1016/j.healthplace.2010.11.012]. *Health & Place*, 17(1), 345-352.

- Bonne, K., & Verbeke, W. (2008). Muslim consumer trust in halal meat status and control in Belgium. [doi: 10.1016/j.meatsci.2007.08.007]. *Meat Science*, 79(1), 113-123.
- Candland, C. (2000). Faith as social capital: Religion and community development in Southern Asia. *Policy Sciences*, 33(3), 355-374.
- McKeigue, P. (1992). Coronary heart disease in Indians, Pakistanis, and Bangladeshis: aetiology and possibilities for prevention. *British heart journal*, 67(5), 341.
- Mitra, A. (2007). Food Habits: Some Relationship to Diabetes and Heart Diseases. *Romania*, 1(22,355,551), 2.
- Nicolaou, M., Doak, C.M., van Dam, R.M., Brug, J., Stronks, K., & Seidell, J.C. (2009). Cultural and Social Influences on Food Consumption in Dutch Residents of Turkish and Moroccan Origin: A Qualitative Study. [doi: 10.1016/j.jneb.2008.05.011]. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 41(4), 232-241.
- Shatenstein, B., & Ghadirian, P. (1998). Influences on diet, health behaviours and their outcome in select ethnocultural and religious groups. [doi: 10.1016/S0899-9007(97)00425-5]. *Nutrition*, 14(2), 223-230.
- Tirodkar, M.A., Baker, D.W., Khurana, N., Makoul, G., Paracha, M.W., & Kandula, N.R. (2010). Explanatory models of coronary heart disease among South Asian immigrants. [doi: 10.1016/j.pec.2010.10.002]. *Patient Education and Counseling*, In Press, Corrected Proof.