

สุขภาพกับชีวิตวิถีของมุสลิม: ศึกษากรณีชุมชนสมอเอก*

ณัฐวัชร แพ่ากุ**

บทคัดย่อ

ชีวิตวิถีของพี่น้องมุสลิมเป็นวิถีชีวิตที่มีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันระหว่างศาสนากับการดำรงชีวิต ศาสนาอิสลามสอนแนวทางการดำเนินชีวิตประจำวันตั้งแต่การเป็นอยู่ การรับประทานอาหาร การครองเรือน การประกอบอาชีพและการปฏิบัติตัวในสังคม นอกจากนั้น ศาสนาอิสลามยังมีความผูกพันอย่างยิ่งกับขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมของพี่น้องชาวมุสลิม ศาสนาอิสลามได้สอนเกี่ยวกับเรื่องของสุขภาพและสาธารณสุขไว้อย่างละเอียด เช่น การรักษาความสะอาด การรักษาสุขภาพ โภชนาการ สุขาภิบาล สิ่งแวดล้อมและนิเวศวิทยา เป็นต้น แต่ด้วยพลวัตที่เปลี่ยนแปลงของโลกโลกาภิวัตน์ทำให้สิ่งที่เกิดขึ้นกับชุมชนในปัจจุบันเกิดความเบี่ยงเบนจากแนวทางหลักและก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพของสมาชิกในชุมชน เช่น ปัญหาการเจ็บป่วยจากโรคที่ไม่ติดต่อ ปัญหาการขาดการดูแลสุขภาพของตนเองเนื่องจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป ปัญหาโภชนาการที่อาจจะถูกต้องตามหลักการทางศาสนา แต่อาจจะไม่ถูกหลักของโภชนาการ รวมไปถึงค่านิยมตามบริบทของสังคมที่ส่งผลให้เกิดภาวะโภชนาการเกิน เป็นต้น

คำสำคัญ: มุสลิม สุขภาพ ชุมชนสมอเอก

* บทความที่ได้รับการรับรองบทความวิจัยดีเยี่ยมด้านพัฒนบริหารศาสตร์ ในการประกวดผลงานทางวิชาการ ด้านพัฒนบริหารศาสตร์ ประจำปี 2554 ระดับปริญญาเอก สาขาพัฒนาลัทธิและสิ่งแวดล้อม จากสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

** นักศึกษาปริญญาเอก คณะพัฒนาลัทธิและสิ่งแวดล้อม 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).

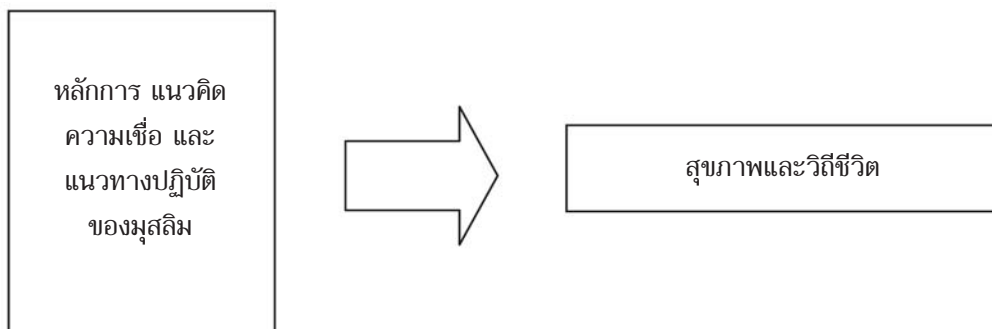
118 Seri-Thai Road, Khlong-Chan, Bangkok 10240, THAILAND.

E-mail: tpyth@yahoo.com

บทนำและวัตถุประสงค์

จังหวัดฉะเชิงเทราเป็นจังหวัดที่อยู่ติดกับกรุงเทพฯที่มีการผลิตข้าวมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี สมุทรปราการ และสมุทรสาคร ในปี พ.ศ. 2552 จังหวัดฉะเชิงเทรา มีผลผลิตข้าวนาปีอยู่ที่ 548 กิโลกรัมต่อไร่ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยของประเทศที่ 425 กิโลกรัมต่อไร่ (สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร, 2553) และพื้นที่อยู่ในเขตชลประทานจึงสามารถปลูกข้าวได้ปีละสองถึงสามครั้ง (สำนักงานเกษตรอำเภอบางน้ำเปรี้ยว, 2550) แสดงให้เห็นความเป็นชุมชนชนบทที่ทำเกษตรกรรมมากกว่าจังหวัดอื่น ๆ ที่อยู่ในเขตปริมณฑลของกรุงเทพฯ จังหวัดฉะเชิงเทราจึงเป็นจังหวัดที่น่าสนใจในการศึกษาบริบทของชุมชนเกษตรกรรมที่ยังคงอยู่ภายใต้บริบทของความเปลี่ยนแปลงตามกระแสโลกาภิวัตน์ นอกจากนี้ จังหวัดฉะเชิงเทรายังมีการผสมผสานวัฒนธรรมด้านศาสนาโดยมีประชากรที่นับถือทั้งศาสนาพุทธ ศาสนาอิสลาม และศาสนาคริสต์ โดยอำเภอบางน้ำเปรี้ยวเป็นอำเภอที่ทำนามากที่สุดในจังหวัดฉะเชิงเทราและเป็นอำเภอที่มีชุมชนมุสลิมมากที่สุดของจังหวัด ซึ่งอำเภอบางน้ำเปรี้ยวเป็นเพียงอำเภอเดียวของจังหวัดฉะเชิงเทราที่มีประชากรมุสลิมมากกว่าพุทธ โดยเฉพาะชุมชนสมอเอกมีประชากรเป็นมุสลิมเกือบร้อยละร้อย ชุมชนสมอเอกเป็นชุมชนมุสลิมเล็ก ๆ แต่มีความเก่าแก่และประวัติอันยาวนาน จากคำบอกเล่าของผู้นำชุมชนว่าเป็นระยะเวลาเกือบหนึ่งร้อยปีที่บรรพบุรุษรุ่นคุณปู่คุณย่าได้ย้ายถิ่นฐานมาจากบริเวณบ้านทรายทองดิน (เขตหนองจอกในปัจจุบัน) มาตั้งรกรากอยู่ในบริเวณคลองสิบหก ของอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยมีมัสยิดนาชีฮาดุสสุนนะห์ (สมอเอก) เป็นศูนย์รวมจิตใจสำหรับชื่อสมอเอกนั้นจากคำบอกเล่าของผู้นำชุมชนแจ้งว่า เนื่องมาจากการขุดพบสมอเรือขนาดใหญ่ในคลอง จึงเรียกบริเวณนี้ว่า “สมอเอก” บริบทของชุมชนที่มีความเป็นชุมชนมุสลิมมีความน่าสนใจในการเป็นชุมชนเข้มแข็ง เนื่องจากมีเครือข่ายทางสังคมที่เกี่ยวข้องเนื่องผูกพันกันหลายเครือข่าย อีกทั้งในด้านของความศรัทธาและการปฏิบัติอันเป็นข้อวัตรที่สำคัญยิ่งของชุมชนมุสลิมนั้นชาวชุมชนสมอเอกก็แสดงออกถึงความศรัทธาและการปฏิบัติอย่างเข้มแข็งและเคร่งครัด จึงเป็นความน่าสนใจว่า ชุมชนมุสลิมอย่างชุมชนสมอเอกจะสามารถยืนหยัดต่อต้านกระแสการเปลี่ยนแปลงของโลกและวัฒนธรรมจากภายนอกที่โหมกระหน่ำเข้าสู่ชุมชนได้อย่างไร นอกจากนี้ หลักการ แนวคิด ความเชื่อ และแนวทางปฏิบัติของชุมชนมุสลิมสมอเอกในปัจจุบันสามารถส่งเสริมสนับสนุนสุขภาพและวิถีชีวิตของสมาชิกในชุมชนได้อย่างไร

กรอบแนวคิด



การทบทวนวรรณกรรม

มานี ชูไทย (2544ก) ได้วิจัยเรื่องหลักการอิสลามที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพและการสาธารณสุข ได้อธิบายหลักการของศาสนาอิสลามถึงแนวทางการปฏิบัติตัวในสังคม มีการกำหนดในด้าน การทำความดี การมีศีลจะ การมีจรรยาบรรณ ความอดทน และการให้อภัย การควบคุมตนเองให้ดำเนินชีวิตในทางสายกลาง การมีความรักเป็นพี่น้องกัน การมีความเมตตา กรุณาและการบริจาคทาน ความละอายต่อบาป การช่วยเหลือสังคม เป็นต้น อันเป็นแนวทางที่พี่น้องมุสลิมได้ยึดถือและปฏิบัติ นอกจากนั้น หลักการของอิสลามยังมีข้อกำหนดซึ่งเปรียบเสมือนคู่มือในการดำรงชีวิตในทุกด้าน หลักการดำเนินชีวิตประจำวันให้ดำเนินตามระบอบอิสลาม คือ หลักของความถูกต้องชอบธรรม หลักของความสะอาด หลักของทางสายกลาง หลักของคุณประโยชน์ และหลักของศีลธรรม (มานี ชูไทย 2544ข: 476) ในด้านการสุขภาพนั้น ตามหลักการของศาสนาอิสลามมีข้อกำหนดโดยละเอียดในหลาย ๆ เรื่อง เช่น น้ำสะอาด การรักษาความสะอาด การรักษาบ้านเรือน การกำจัดขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล เป็นต้น การสุขภาพด้านอาหารนั้นเน้นการบริโภคอาหารที่สะอาดและปลอดภัย การบริโภคอาหารมีจุดมุ่งหมายสองประการ คือ เพื่อสุขภาพ และสำนึกพระคุณของพระอัลลอฮ์ (มานี ชูไทย 2544ก: 109-111, 342) จึงพอจะเห็นว่า แนวทางหรือหลักการของศาสนาอิสลามในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพนั้นมีหลักการชัดเจนแน่นอนในด้านของความสะอาด ความพอประมาณในการบริโภค คุณประโยชน์ที่ได้รับ และหลักของสุขภาพ สอดคล้องกับรายงานการสัมมนาทางวิชาการอิสลามเรื่องอิสลาม: วิถีการดำเนินชีวิต ที่ระบุว่า ในด้านสาธารณสุขนั้น เนื้อหาคำสอนของศาสนาอิสลามมีอยู่อย่างครบถ้วนไม่ว่าจะเป็นเรื่องของความสะอาด การออกกำลังกาย การป้องกันโรค การบริโภคอาหารต่าง ๆ การรักษาสุขภาพ (โดยการถือศีลอด) การห้ามในเรื่องอบายมุขและของมีเมาต่าง ๆ เป็นต้น (มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี, 2528: 205) เช่นเดียวกันกับเสาวนีย์ จิตต์หมวด (2535: 17) และฉัตรดนัย ใจเพชร (2546: 42) ที่เสนอว่า แนวการปฏิบัติของมุสลิมนั้น มีตั้งแต่เกิดจนตาย ตื่นจนหลับ ซึ่งแนวทาง

การปฏิบัตินี้มาจากบัญญัติของพระผู้เป็นเจ้า พอสรุปได้ว่า แนวทางของศาสนาอิสลามนั้นครอบคลุมการดำเนินชีวิตของมุสลิมในทุก ๆ ด้าน รวมทั้งด้านสุขภาพซึ่งเน้นให้รับประทานอาหารที่ได้รับการอนุญาตและงดของมีนเมา สิ่งเสพติดต่าง ๆ จึงน่าจะทำให้มุสลิมมีสุขภาพดี (Bonne, K., & Verbeke, W., 2008: 113-114)

จากการศึกษาของ McKeigue, P. (1992: 341) พบความเกี่ยวข้องของโรคหลอดเลือดหัวใจว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยหลักของการเจ็บป่วย นอกจากนั้น ประชากรในเอเชียใต้ป่วยเป็นโรคเบาหวานถึงร้อยละ 20 โดยสาเหตุหลักเกิดจากการมีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานและขาดการออกกำลังกาย Mary Nicolaou และคณะ (2009: 235) ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยมุสลิมในเนเธอร์แลนด์ พบว่า ประเพณีการต้อนรับของมุสลิมเน้นการเป็นเจ้าบ้านที่ดีและเป็นการสร้างความสมานฉันท์ในกลุ่ม ดังนั้นจึงเป็นบรรทัดฐานทางสังคมว่าเป็นเรื่องยากสำหรับบุคคลที่เป็นแขกที่จะรับประทานอาหารที่นำมาต้อนรับให้น้อยลง ด้วยวัฒนธรรมอิสลามดั้งเดิมเอื้อต่อการรับประทานมากเกินไปและทำให้มีน้ำหนักเกินในที่สุด นอกจากนั้น จากการศึกษาของ Batnitzky, A.K. (2011: 350) พบว่าขนาดร่างกายที่ใหญ่และวัฒนธรรมของโรคอ้วนมีปัจจัยจากความเข้าใจผ่านทางวัฒนธรรม ศาสนา ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ การเจ็บป่วย และลักษณะของการมีส่วนร่วมทางศาสนาของสตรีมุสลิมในประเทศโมร็อกโก นอกจากนั้น Tirodkar และคณะ (2010: 5) ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยมุสลิมเอเชียใต้ในอเมริกา พบว่า ความเข้าใจในการป้องกันตัวจากโรคหลอดเลือดหัวใจจุดต้นนั้นยังไม่ชัดเจนนักและไม่เข้าใจในความสัมพันธ์ของโรคไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และการสูบบุหรี่ว่ามีผลอย่างไรกับโรคหลอดเลือดหัวใจจุดต้น ดังนั้น การให้ความรู้ด้วยความเข้าใจในบริบทของมุสลิมจึงเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันโรค

จะสังเกตได้ว่าโรคที่ไม่ติดต่อและมีสาเหตุมาจากการรับประทานนั้น เป็นเรื่องของคุณค่าความเชื่อ ความชอบ และการปฏิบัติ ศาสนามีอิทธิพลสูงต่อวัฒนธรรมการรับประทาน (Shatenstein, B., & Ghadirian, P., 1998: 225) ปัญหาอันเนื่องมาจากการบริโภคนั้นเริ่มตั้งแต่การมีน้ำหนักตัวมาก ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหลอดเลือดหัวใจจุดต้น ซึ่ง Mitra, A. (2007: 1-2) ก็ได้สรุปการศึกษาว่า ควรรับประทานอาหารที่มีกากใยสูงเช่นผักและผลไม้ให้มากกว่ารวมทั้งลดอาหารประเภทไขมันลง นอกจากนั้น การออกกำลังกายก็มีส่วนช่วยให้มีสุขภาพดีได้เช่นกัน รวมไปถึงการให้ความรู้และความเชื่อที่ถูกต้องในหลักโภชนาการเป็นการป้องกันโรคที่ดีอีกประการหนึ่ง

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยภาคสนามแนวทางการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ในการศึกษาบริบทของชุมชนและคุณภาพชีวิตของชุมชนในการนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพของสมาชิกในชุมชน การศึกษาค้างนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกรณีโดยจะทำการศึกษาเฉพาะในเขตพื้นที่ของชุมชนสมอเอก หมู่ที่ 16 ของตำบลดอนฉิมพลี อำเภอบางน้ำเปรี้ยว

จังหวัดฉะเชิงเทรา

ดำเนินการศึกษาโดยการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพที่มีลักษณะเป็นนามธรรมและใช้เครื่องมือต่าง ๆ ในการวิจัย ดังนี้

- การศึกษาวิจัยเอกสาร (Documentary Research) เช่น หนังสือ วารสาร บทความวิชาการ ประวัติ รายงาน รายงานการวิจัย วิทยานิพนธ์ ภาคนิพนธ์ เอกสารทางราชการ เป็นต้น นอกจากนั้น ยังศึกษาข้อมูลจากสื่อในรูปแบบต่าง ๆ อีก เช่น ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ แอปพลิเคชัน แอปพลิเคชัน ภาพเว็บไซต์ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาบริบทของชุมชน วัฒนธรรม และข้อมูลต่าง ๆ จากทางราชการ เช่น สถิติของประชากร สถิติของการรักษาพยาบาล ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน เป็นต้น

- ทำการศึกษาบริบทของชุมชน (Community Context) โดยศึกษาลักษณะทางกายภาพ สภาพภาพของชุมชน การศึกษา ลักษณะประชากรโครงสร้างและการเปลี่ยนแปลง การติดต่อสื่อสาร ช่องทางและการรับข่าวสาร ลักษณะทางเศรษฐกิจสังคม อาชีพ การผลิต การบริหารจัดการ การตลาด การอนามัยและสาธารณสุข ระบบความเชื่อ ค่านิยม ทักษะคติ ประเพณี วัฒนธรรม ใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม (อาจมีข้อจำกัดด้านศาสนาที่ไม่อาจเข้าร่วมสังเกตได้) ใช้การสัมภาษณ์ที่ไม่มีรูปแบบ (Informal Interview) กับสมาชิกของชุมชนเพื่อให้ได้ข้อมูลละเอียดลึกเกี่ยวกับ ความคิด ทักษะคติ วัฒนธรรมชุมชน และทำให้เข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจะเป็นการสัมภาษณ์เชิงกว้าง

- การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจะเป็นการวิเคราะห์แบบอุปนัยเพื่อสร้างข้อสรุปเชิงนามธรรม (Analytic Induction) จากปรากฏการณ์ที่ได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพและเป็นการวิเคราะห์เฉพาะเชิงกรณีเพื่อสร้างความรู้และความเข้าใจ

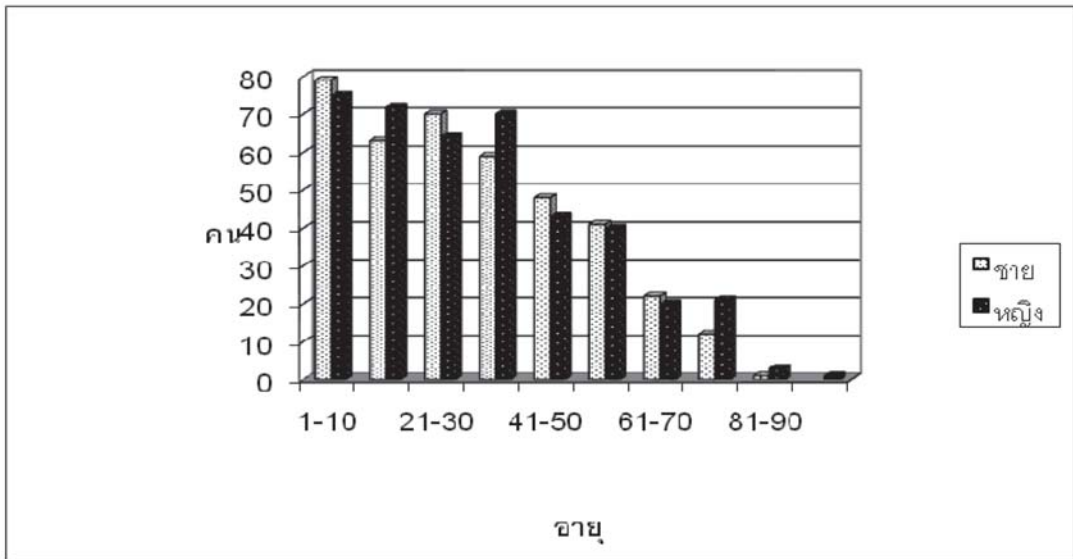
ผลการศึกษา

ความเป็นมา ชุมชนสมอเอกมีประวัติมานานประมาณกว่า 100 ปี โดยมีพื้นที่เป็นทุ่งนา กว้าง ลักษณะเป็นทุ่งนาโล่ง ๆ มีต้นไม้ใหญ่บริเวณริมลำคลองตลอดแนวลำคลอง 17 ประชาชนที่มาอยู่กลุ่มแรก ๆ เป็นมุสลิมซึ่งอพยพมาจากภาคใต้และได้ย้ายถิ่นฐานต่อมาจากบริเวณบ้านทรายกองดิน (เขตหนองจอกในปัจจุบัน) มาตั้งหลักปักฐานอยู่ในบริเวณสมอเอก โดยทำการปลูกบ้านอยู่กันตามแนวของลำคลองและหันหน้าบ้านเข้าสู่คลอง เพราะในอดีตใช้การคมนาคมทางน้ำได้ทางเดียว ปัจจุบันในลำคลอง 16 ไม่มีเรือโดยสาร หรือเรือเครื่องอื่น ๆ รุ่งมาเป็นเวลาหลายปีและมีวัชพืชในลำคลองหนาแน่น น้ำในคลองไม่ค่อยไหลถ่ายเท ทำให้น้ำในลำคลองเน่าเสีย ต่อมาในปี พ.ศ. 2535 จึงมีถนนตัดผ่านหมู่บ้านโดยเริ่มจากเป็นถนนดินและพัฒนาเป็นถนนลูกรังและหินคลุก จนกระทั่งมีการจัดสร้างถนนเลียบบสองฝั่งคลองเป็นถนนแอสฟัลต์ขนาดพื้นที่ผิวจราจรกว้างประมาณ

6 เมตรในปัจจุบัน การประกอบอาชีพอาศัยน้ำในลำคลองในการประกอบอาชีพเกษตรกรรมส่วนใหญ่ทำนา เพราะมีน้ำสามารถทำการเกษตรได้ตลอดทั้งปี ชุมชนสมอเอ็กอยู่ภายใต้การดูแลขององค์การบริหารส่วนตำบลดอนนิมพลี เลขที่ 67 หมู่ที่ 8 ตำบลดอนนิมพลี อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา รหัสไปรษณีย์ 24170 ปัจจุบันนายณัฐ สิทธิการ ดำรงตำแหน่งนายกองค์การบริหารส่วนตำบลดอนนิมพลี (องค์การบริหารส่วนตำบลดอนนิมพลี, 2553) ชุมชนสมอเอ็กได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาเป็นการทำเกษตรอินทรีย์ที่เน้นการอนุรักษ์ธรรมชาติและรักษาสุขภาพ โดยการทำปุ๋ยชีวภาพ น้ำหมักชีวภาพ และสารป้องกันแมลงชีวภาพเอง ชาวบ้านในชุมชนเกือบทั้งหมดใช้น้ำในลำคลองจากคลองที่ไหลผ่านในพื้นที่ คือ คลอง 16 สำหรับการอุปโภค ได้แก่ การอาบน้ำ การซักและการทำความสะอาดเสื้อผ้าข้าวของเครื่องใช้ ซึ่งคุณภาพของน้ำคลองเพียงพอใช้ได้เท่านั้นเนื่องจากทำการตกตะกอนให้ใสแต่ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อโรคและในฤดูแล้งช่วงระหว่างเดือนเมษายนชุมชนจะประสบกับปัญหาความแห้งแล้ง น้ำไม่พอใช้จะต้องซื้อน้ำจากภายนอกชุมชนมาใช้ ซึ่งทางองค์การบริหารส่วนตำบลได้จัดทำน้ำบาดาลไว้แล้วแต่ยังไม่เป็นที่ยอมรับจากชุมชนมากนัก (มีผู้ให้ความสนใจเพียง 7 ราย ข้อมูล ณ ธันวาคม พ.ศ. 2553) อีกทั้งจากการวิเคราะห์น้ำบาดาลของกรมทรัพยากรน้ำบาดาลในจังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า มีน้ำจากบ่อที่ทำการสำรวจเพียง 2 บ่อที่มีคุณสมบัติสามารถบริโภคได้ อีก 3 บ่อไม่เหมาะให้บริโภคได้ จากบ่อที่ทำการสำรวจ 18 บ่อปัญหาหลักที่พบ คือ ปริมาณของสารละลายในน้ำมีสูงเกินค่ามาตรฐานและบางบ่อมีสารพิษปะปนด้วยน้ำฝนจึงเป็นน้ำที่ชาวบ้านใช้ในการบริโภคเป็นส่วนใหญ่ ชุมชนสมอเอ็กมีไฟฟ้าใช้ทั่วถึงทุกหลังคาเรือน โดยไฟฟ้าเริ่มเข้ามาสู่ชุมชนเมื่อปี พ.ศ. 2530 มีคุณภาพและประสิทธิภาพอยู่ในเกณฑ์ดี การติดต่อสื่อสารในชุมชนมีระบบการสื่อสารต่าง ๆ ได้แก่ โทรศัพท์เคลื่อนที่ อินเทอร์เน็ต ระบบเสียงตามสาย และหออกระจายข่าว เป็นต้น ชาวบ้านนิยมใช้การสื่อสารโดยช่องทางของโทรศัพท์เคลื่อนที่เนื่องจากมีความสะดวกในการใช้งานสามารถพกพาไปได้ทุกสถานที่และการให้บริการโทรศัพท์ที่ใช้สายไม่อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้เนื่องจากมีปัญหาอุปสรรคในการใช้งานและคุณภาพไม่ชัดเจน ส่งผลให้การติดต่อสื่อสารโดยผ่านทางอินเทอร์เน็ตทำได้ยากขึ้นต้องติดต่อโดยผ่านระบบไร้สายที่มีค่าใช้จ่ายสูงและความเร็วต่ำกว่าระบบใช้สายทั่วไป โดยระบบเครือข่ายที่สามารถใช้งานได้ดีกว่าระบบอื่นคือ ระบบจีเอสเอ็ม (GSM)

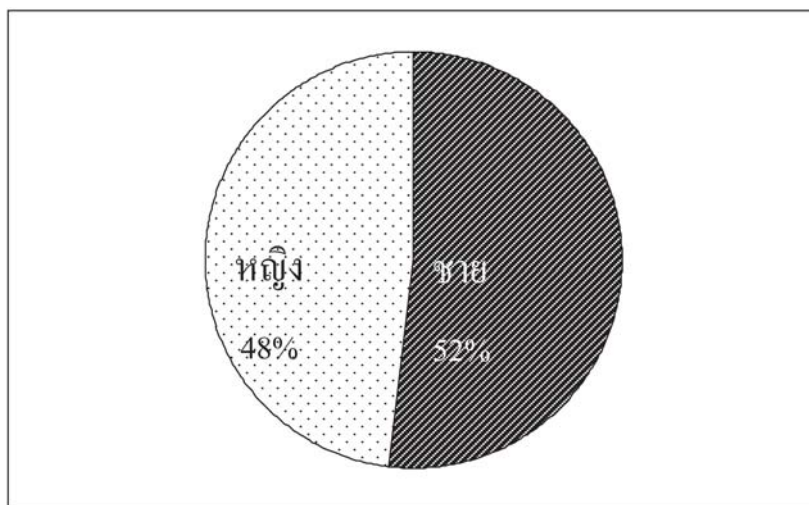
บริบทของชุมชน บริบทของชุมชนสมอเอ็กเป็นแบบ “ชุมชนชนบท” คือ มีจำนวนประชากรน้อย มีความหนาแน่นของประชากรต่อพื้นที่ในอัตราต่ำ ประชากรมีความคล้ายคลึงกันในด้านขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม เนื่องจากเป็นคนมุสลิมเกือบทั้งหมด ในด้านของลักษณะอาชีพงานและการประกอบอาชีพก็มีความคล้ายคลึงกัน เนื่องจากส่วนใหญ่จะเป็นชาวนานอกจากนั้น รูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคมก็เป็นแบบกันเอง เนื่องจากเป็นเครือญาติกันเกือบทั้งหมด ประชากรของชุมชนสมอเอ็กหมู่ที่ 16 ประชากรทั้งสิ้น 755 คน แยกเป็นชาย 367 คน เป็นหญิง 388 คนครัวเรือน จำนวน 125 หลังคาเรือน (148 ครัวเรือน) นับถือศาสนาอิสลาม

เกือบทั้งหมด (มีสองครอบครัวที่นับถือศาสนาพุทธ) อัตราการเพิ่มของประชากร ร้อยละ 0.46 ต่อปี (ข้อมูล 9 กันยายน พ.ศ. 2551 ซึ่งต่ำกว่าอัตราเฉลี่ยของชุมชนอื่นซึ่งอยู่ที่อัตราประมาณร้อยละ 1.13) (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เฉลิมพระเกียรติฯ ดอนนิมพลี, 2553; องค์การบริหารส่วนตำบลดอนนิมพลี, 2553) ระบบความสัมพันธ์ในครอบครัว เริ่มเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยาย มาเป็นแบบครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ส่งผลให้ความดูแลเอาใจใส่กันในครอบครัวเริ่มมีน้อยลง เนื่องจากพ่อแม่ต้องทำงานกันเป็นส่วนใหญ่และเด็ก 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 จำนวนประชากรวัยฟุ้งเฟ้อ คือ 0-14 ปี และ 64 ปีขึ้นไป จำนวนรวม 222 คน แบ่งเป็นชาย 107 คนและเป็นหญิง 115 คน คิดเป็นอัตราฟุ้งเฟ้อร้อยละ 29.89 สำหรับชาย และร้อยละ 29.72 สำหรับหญิง จากจำนวนประชากรที่เป็นชายมีจำนวน 358 คนหรือร้อยละ 52 และประชากรหญิง 387 คนหรือร้อยละ 48 ดังแสดงสัดส่วนในแผนภูมิที่ 2 อัตราฟุ้งเฟ้อแสดงให้เห็นว่าประชากรวัยทำงานจำนวนหนึ่งร้อยละคนมีภาระการดูแลประชากรเด็กและผู้สูงอายุจำนวนมากเท่าใด (ในที่นี้ประมาณสามสิบคน)



ที่มา: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เฉลิมพระเกียรติฯ ดอนนิมพลี (2553 ข)

แผนภูมิที่ 1: สัดส่วนประชากรของชุมชนสมอเอก



ที่มา: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เฉลิมพระเกียรติฯ ดอนฉิมพลี (2553 ข)

แผนภูมิที่ 2: สัดส่วนของประชากรในชุมชนสมอเอก

การเปลี่ยนแปลง กระแสโลกาภิวัตน์ที่เกิดขึ้นทำให้บริบทของสังคมเปลี่ยนไป นิยมวัตถุและบริโภคมากขึ้น การใช้เงินเกินความจำเป็น ประสมกับปัญหารายได้ของชาวนาที่ไม่เคยสมดุล ทำให้ประสบกับภาวะขาดทุนจากการทำนามาโดยตลอด ยิ่งลงทุนในด้านสารเคมีการเกษตรมากเท่าใด ก็ยิ่งขาดทุนมากขึ้นเท่านั้น เพราะราคาผลผลิตที่ได้เพิ่มไม่สมดุลกับต้นทุนที่เพิ่มขึ้น ต้องอาศัยพึ่งพาปัจจัยและการตลาดจากภายนอกที่ไม่อาจจะควบคุมได้ ทำให้เกิดปัญหานี้สิน ปัญหาการสูญเสียที่ดินทำกิน ปัญหาการอพยพย้ายถิ่นเพื่อการหางานทำ ทำให้เกิดปัญหาสังคมต่าง ๆ ตามมา เช่น ครอบครัวแตกแยก (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551: 8) ปัญหายาเสพติด ปัญหาวัยรุ่น เป็นต้น ซึ่งปัญหาต่าง ๆ ที่ถาโถมเข้าสู่ชาวนาหรือเกษตรกรของไทยนั้นเป็นสิ่งที่คงอยู่คู่กับสังคมเกษตรกรรมไทยมาโดยตลอดอย่างต่อเนื่องและยาวนาน สมาชิกชุมชนสมอเอกก็เป็นเกษตรกรอีกกลุ่มหนึ่งที่ประสบกับปัญหานี้สินที่ไม่อาจชำระหนี้คืนให้กับธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตรได้ จึงได้รวมตัวกันภายใต้การนำของผู้นำชุมชนทำโครงการขอพักชำระหนี้และฟื้นฟูจากธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตรในปี พ.ศ. 2544 กระทั่งทำให้สมาชิกของชุมชนฯเกิดความคิดในการพึ่งพาตนเอง โดยเปลี่ยนวิถีการทำเกษตรการใช้สารเคมีมาเป็นการเกษตรแบบอินทรีย์เพื่อลดรายจ่ายเพิ่มรายได้ เกิดการรวมกลุ่มกันทำกิจกรรมต่าง ๆ นอกจากนั้น ทางกลุ่มสมาชิกชุมชนสมอเอกได้รับการอบรมด้านการทำน้ำหมักชีวภาพ การทำปุ๋ยอินทรีย์ การทำน้ำส้มควันไม้ การทำน้ำยาอเนกประสงค์ การทำดอกไม้ประดิษฐ์ และการทำแหล่งสมุนไพรในครัวเรือน เป็นต้น ทำให้ชุมชนสมอเอกสามารถหลุดพ้นจากภาระหนี้สินได้ ซึ่งในบางชุมชนไม่สามารถหลุดพ้นจากปัญหานี้ได้ (ธานี นงนุช, เครือข่ายบริหารการวิจัยและถ่ายทอดเทคโนโลยีชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ,

มหาวิทยาลัยขอนแก่น, และสำนักบริหารการวิจัย, 2551: 262-267) มีการเสริมพลังชุมชนและสานสัมพันธ์ด้วยกิจกรรมร่วมโดยการใช้ศาสนาอิสลามเป็นหลัก ชุมชนจะมีการพบปะหารืออย่างไม่เป็นทางการหลังจากศาสนพิธีในวันศุกร์ของทุกสัปดาห์และมีการนัดประชุมหารือเป็นประจำทุกเดือนในการทำกิจกรรมพัฒนาต่าง ๆ เพื่อการพัฒนาและการลด ละ เลิก อบายมุข ป้องกันปัญหา ยาเสพติดและร่วมกันทำกิจกรรมเพื่อเป็นสาธารณประโยชน์ ซึ่งในการประชุมก็มีการร่วมกันประกอบอาหารและรับประทานอาหารร่วมกันเป็นการสร้างปฏิสัมพันธ์ของชุมชนให้เกิดความเข้มแข็ง รวมทั้งเป็นการรักษานอบธรรมเนียมประเพณีอันดีงามของพี่น้องไทยมุสลิมไว้เป็นอย่างดี โดยมีการปฏิบัติตามหลักศาสนา คือ การปฏิญาณตน กระทำละหมาดวันละ 5 เวลา การถือศีลอดในเดือนรอมฎอน การบริจาคทรัพย์เพื่อทานหรือการบริจาคซะกาต (Zakat) (Candland, 2000: 359) และการบำเพ็ญฮัจญ์ ศาสนาอิสลามได้สอนเกี่ยวกับเรื่องของสุขภาพและสาธารณสุขไว้อย่างละเอียด เช่น เรื่องของการรักษาความสะอาด การรักษาสุขภาพ การรักษาพยาบาล โภชนาการ สุขากิจบาล สิ่งแวดล้อมและนิเวศวิทยา เป็นต้น นอกจากนี้ ศาสนาอิสลามยังระบุถึงหลักการและอุดมการณ์ในการดำเนินชีวิตไว้ทุกเรื่องไม่ว่าจะเป็นแนวทางการปฏิบัติตนต่อตนเองและผู้อื่น หลักจริยธรรม (อัครลา) การศึกษาและพัฒนาธรรม สังคม เศรษฐกิจและการเมืองการปกครอง (มานี ชูไทย, 2544ก, 2544ข)

คุณภาพชีวิตตามมาตรฐาน ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) คือ ข้อมูลในระดับครัวเรือนที่แสดงถึงสภาพความจำเป็นของคนในครัวเรือนในด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่ได้กำหนดมาตรฐานขั้นต่ำเอาไว้ว่า คนควรจะมีคุณภาพชีวิตในเรื่องนั้น ๆ อย่างไร ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เพื่อให้มีชีวิตที่ดีและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งตัวชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ของกรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทยเป็นเครื่องมือเพื่อใช้สำหรับการพัฒนาหมู่บ้าน ชุมชน และท้องถิ่น ๆ ซึ่งข้อมูล จปฐ. จะทำให้ทราบถึงคุณภาพชีวิตและสถานการณ์ของคนในชุมชนตามสภาพพื้นที่ต่าง ๆ หรือตามภูมิสังคม ข้อมูลนี้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนาทั้งภาครัฐและเอกชนได้ โดยข้อมูล จปฐ. แบ่งออกเป็น 6 หมวด 42 ตัวชี้วัด ดังนี้ (ศูนย์สารสนเทศเพื่อการพัฒนาชุมชน, และกรมการพัฒนาชุมชน, 2554)

- 1) หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด และฉีดวัคซีนครบตามเกณฑ์บริการ
- 2) แม่ที่คลอดลูกได้รับการทำคลอด และดูแลหลังคลอด
- 3) เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักไม่ต่ำกว่า 2,500 กรัม
- 4) เด็กแรกเกิดถึง 1 ปี ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคครบตามตารางสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
- 5) เด็กแรกเกิดได้กินนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 4 เดือนแรกติดต่อกัน
- 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) ทุกคนในครัวเรือนที่มีหลักประกันสุขภาพได้รับสิทธิอย่างทั่วถึง
- 14) ครัวเรือนมีความมั่นคงในที่อยู่อาศัยและบ้านมีสภาพคงทนถาวร
- 15) ครัวเรือนมีน้ำสะอาดสำหรับดื่มและบริโภคเพียงพอตลอดปี
- 16) ครัวเรือนมีน้ำใช้เพียงพอตลอดปี
- 17) ครัวเรือนมีการจัดบ้านเรือนเป็นระเบียบถูกสุขลักษณะ
- 18) ครัวเรือนไม่ถูกรบกวนจากมลพิษ
- 19) ครัวเรือนมีการป้องกันอุบัติเหตุอย่างถูกวิธี
- 20) ครัวเรือนมีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน
- 21) ครอบครัวมีความอบอุ่น
- 22) เด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ได้รับการกระตุ้นการเรียนรู้จากการทำกิจกรรมร่วมกับผู้ใหญ่ในบ้าน
- 23) เด็กอายุ 3-5 ปี ได้รับการเลี้ยงดูเตรียมความพร้อมก่อนวัยเรียน
- 24) เด็กอายุ 6-15 ปี ได้รับการศึกษาภาคบังคับ 9 ปี
- 25) เด็กที่จบการศึกษาภาคบังคับ 9 ปี ได้เรียนต่อมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า
- 26) เด็กที่จบการศึกษาภาคบังคับ 9 ปี แต่ไม่ได้เรียนต่อมัธยมศึกษาตอนปลายฯ
- 27) คนอายุ 15-60 ปีเต็ม อ่านเขียนภาษาไทยได้ และคิดเลขอย่างง่ายได้
- 28) คนในครัวเรือนได้รับรู้ข่าวสารที่เป็นประโยชน์ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 ครั้ง
- 29) คนอายุ 15-60 ปีเต็ม มีการประกอบอาชีพและมีรายได้
- 30) คนในครัวเรือนมีรายได้เฉลี่ยไม่ต่ำกว่าคนละ 23,000 บาทต่อปี
- 31) ครัวเรือนมีการเก็บออมเงิน
- 32) คนในครัวเรือนไม่ติดสุรา
- 33) คนในครัวเรือนไม่สูบบุหรี่
- 34) คนในครัวเรือนได้ปฏิบัติตามขนบธรรมเนียมและมารยาทไทย
- 35) คนอายุ 6 ปีขึ้นไปทุกคนปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
- 36) คนสูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคนในครัวเรือน
- 37) คนพิการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคนในครัวเรือน
- 38) ครัวเรือนมีคนเป็นสมาชิกกลุ่มที่ตั้งขึ้นในหมู่บ้าน ตำบล
- 39) ครัวเรือนมีคนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น เพื่อประโยชน์ของชุมชนหรือท้องถิ่น
- 40) ครัวเรือนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมเกี่ยวกับการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติฯ
- 41) คนในครัวเรือนมีส่วนร่วมทำกิจกรรมสาธารณะของหมู่บ้าน

42) คนอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มีสิทธิ์เลือกตั้งไปใช้สิทธิ์เลือกในชุมชนของตน

สำหรับชุมชนสบอออกนั้นข้อมูล จปฐ. ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 ถึง พ.ศ. 2553 พบว่า ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 100 เกือบทั้งหมดและไม่มีข้อมูล 2 ตัวชี้วัด คือ ตัวชี้วัดที่ 2, 26 ซึ่งชี้วัด จปฐ. นี้แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตของสมาชิกชุมชนสบอออกว่ามีคุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ดีตามแนวทางของความจำเป็นพื้นฐานทั้ง 6 หมวด คือ สุขภาพดี (ได้รับการดูแลด้านสุขภาพตั้งแต่แรกเกิด รับประทานอาหารถูกสุขลักษณะ มีหลักประกันสุขภาพ) มีบ้านพักอาศัย (มีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม) มีโอกาสทางการศึกษา (เข้าถึงบริการด้านการศึกษา) มีรายได้พอเพียงมีเงินเก็บออม มีค่านิยมที่ดี (ไม่ติดสุรา บุหรี่ ปฏิบัติกิจทางศาสนา) และมีจิตสำนึกสาธารณะ (ร่วมกันทำกิจกรรมแสดงในตารางที่ 1) เนื่องจากเมื่อเปรียบเทียบกับพื้นที่อื่น ๆ ของจังหวัดฉะเชิงเทราด้วยกันแล้วยังมีชุมชนจำนวนมากที่ไม่ผ่านเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานนี้ หรือแม้กระทั่งในตำบลอนานิคมพลีเองก็มีพื้นที่ที่ไม่ผ่านเกณฑ์หลายชุมชน แต่ถึงกระนั้นข้อมูล จปฐ. ก็เป็นเพียงข้อมูลเบื้องต้นสำหรับกำหนดมาตรฐานการครองชีพของประชาชนว่าควรมีมาตรฐานขั้นต่ำอย่างไรบ้าง

ตารางที่ 1: ปฏิทินกิจกรรมที่สำคัญของชุมชน

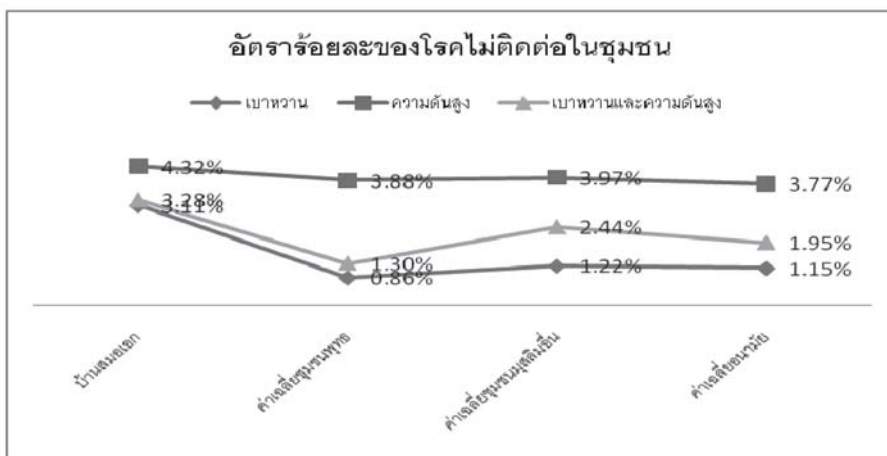
วันสำคัญ/กิจกรรม	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.
วันตรุษอีดีลฟีตร									⬇			
วันตรุษอีตันอ์ฮยา											⬇	
การทำนา ครั้งที่ 1					⬇							
การเก็บเกี่ยว ครั้งที่ 1								⬇				
การทำนา ครั้งที่ 2										⬇		
การเก็บเกี่ยว ครั้งที่ 2	⬇											

ที่มา: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เฉลิมพระเกียรติฯ

การดูแลสุขภาพและระบบสาธารณสุข การรักษาพยาบาลสมาชิกในชุมชนใช้บริการโดยแพทย์แผนปัจจุบันเป็นส่วนใหญ่ แต่ก็มีบางส่วนนิยมใช้แพทย์ทางเลือกร่วมด้วย ตามหลักคำสอนทางศาสนานั้นบ่งชี้ว่า โรคต่าง ๆ สามารถรักษาได้ มียาที่เหมาะสมกับโรคแต่ละโรคนั้น ๆ และสนับสนุนให้ไปหาแพทย์เพื่อทำการรักษา อีกทั้งมีคำสอนให้ควบคุมและป้องกันโรคติดต่อด้วย (มานี ชูไทย, 2544ก: 131-146) สำหรับค่านิยมด้านสุขภาพของสมาชิกชุมชนสบอออกนั้น หากเจ็บป่วยเล็กน้อยจะเลือกไปใช้บริการคลินิกหรือสถานอนามัย และมีบางส่วนเลือกรักษาแบบแพทย์พื้นบ้านหรือแพทย์ทางเลือก กรณีการเจ็บป่วยหนักเกินขีดความสามารถของคลินิกหรือสถานอนามัยจะทำการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยวและโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา ตามสิทธิที่ได้รับการรักษาของผู้ป่วย สถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯอยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยวจะส่งทีมแพทย์

พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ และเภสัชกร เข้าไปร่วมให้บริการที่สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ (ปัจจุบันยกฐานะขึ้นเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เฉลิมพระเกียรติฯ ดอนนิมพลี) สัปดาห์ละ 1 วัน (ทุกวันพุธเว้นวันพุธสัปดาห์ที่ 4 ของเดือน) มีพยาบาลวิชาชีพจบเวชปฏิบัติ ปฏิบัติงานประจำ ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องมือ ครุภัณฑ์ ยาและเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว มีระบบอินเทอร์เน็ตในการเชื่อมโยงและติดต่อสื่อสารระหว่างกัน ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยทั่วไปทั้งในและนอกเวลาราชการตลอด 24 ชม. (ป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุ) ให้บริการด้านทันตกรรม (มีพนักงานทันตสาธารณสุข) ให้บริการคลินิกโรคเรื้อรังทุกวันพุธ ให้บริการงานอนามัยแม่และเด็ก ให้บริการปรึกษาและการบำบัดยาเสพติด ให้บริการการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ให้บริการคลินิกสุขภาพเด็กดี งานด้านการควบคุมโรคไม่ติดต่อ เช่น การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และการติดตามเยี่ยมบ้านในชุมชนของผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ มารดาและทารกหลังคลอด ผู้สูงอายุ อัตรากำลังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เฉลิมพระเกียรติฯ ดอนนิมพลี อ.บางน้ำเปรี้ยว จ.ฉะเชิงเทรา ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 5 คน ผ่านการอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติ 4 คน ทันตภิบาล 1 คน นักสาธารณสุข 2 คน และผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน นอกจากนั้น ยังมีบุคลากรที่สนับสนุนการปฏิบัติงานหรือเป็นที่ปรึกษาอีกรวม 7 คน ประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย พยาบาลวิชาชีพ และนักเทคนิคการแพทย์ สมาชิกของชุมชนมากกว่าร้อยละ 60 ยังเน้นการซ่อมสุขภาพคือเกิดการเจ็บป่วยก่อนแล้วจึงรักษา ไม่ค่อยให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย แต่ก็พบว่ามีความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพในเชิงรุกเพิ่มมากขึ้น โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (สมัชช อสม.) เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อน สมัชช อสม. ดำเนินการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ เช่น มีการรวมกลุ่มกันรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคต่าง ๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไข้เลือดออก ไข้หวัดใหญ่ ไข้หวัดนก มีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มอายุ โดยการดำเนินการกิจกรรมต่าง ๆ มีความต่อเนื่องกันอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เป็นการรวมกลุ่มและทำกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมที่มีการริเริ่มจากสมาชิกของชุมชนเองและได้รับการสนับสนุนด้านวิชาการจากกระทรวงสาธารณสุข ได้รับงบประมาณการดำเนินงานจากองค์การบริหารและปกครองส่วนท้องถิ่นและเทศบาล (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เฉลิมพระเกียรติฯ ดอนนิมพลี, 2553ก) จากข้อมูลสุขภาพของชุมชนสมอเอก (หมู่ 16) พบว่า ในปีงบประมาณ 2553 มีผู้เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ ดังนี้คือ ความดันโลหิตสูง 25 ราย เบาหวาน 18 ราย และเป็นทั้งความดันโลหิตสูงและเบาหวาน 19 ราย เป็นอัมพาต 6 ราย และเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอายุ 40 ปีขึ้นไป นอกจากนั้น ยังมีการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุจราจรจำนวน 10 ราย สำหรับโรคติดต่อที่เกิดขึ้น ได้แก่ อูจจาระร่วง จำนวน 20 ราย โรคระบบทางเดินหายใจ 150 รายซึ่งส่วนใหญ่เป็นเด็กอายุระหว่าง 5-10 ปี สาเหตุการเสียชีวิตของชุมชนเนื่องมาจากโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุอันดับต้น ๆ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เฉลิมพระเกียรติฯ ดอนนิมพลี, 2553ข) วิธีชีวิตของ

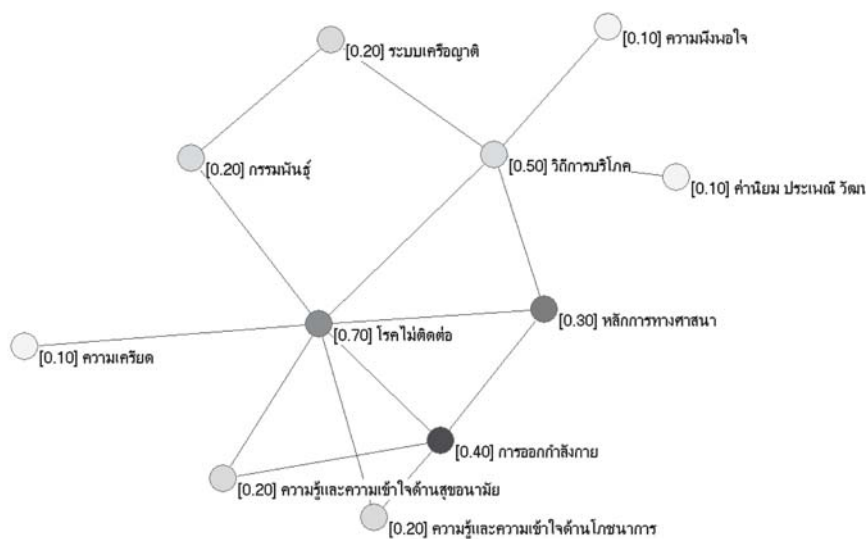
ชุมชนสมอเอกยึดถือแนวทางการบริโภคอาหารตามหลักการอาหารที่อนุมัติให้บริโภค ซึ่งก็มีการระบุชนิด ประเภท และกรรมวิธีไว้อย่างละเอียด (มานี ชูไทย, 2544ก: 70-86) แต่ด้วยภูมิสังคมและบริบทของชุมชนทำให้การบริโภคอาหารของชุมชนสมอเอกมีความถูกต้องตามหลักการทางศาสนา แต่ก็อุดมไปด้วยแป้ง ไขมัน และน้ำตาล เช่น แกงกะทิ ข้าวหมกต่าง ๆ ต้มชุป ขนมหวานต่าง ๆ เป็นต้น เป็นปัจจัยสำคัญของการเป็นโรคเบาหวาน รวมไปถึงวิถีแห่งเครือญาติซึ่งโรคเบาหวานเป็นโรคที่สืบทอดได้ทางกรรมพันธุ์ (มีโอกาสูงกว่าผู้ไม่เป็นญาติ) (ดวงมณี วิเศษกุล, 2524; ประพิน วัฒนกิจ, 2523) และมีความสัมพันธ์ระหว่างหมู่ญาติทำให้มีการกินบุญหรือทำบุญกันค่อนข้างบ่อยครั้ง อีกทั้งการขาดการออกกำลังกายที่เพียงพอส่งผลให้สมาชิกในชุมชนประสบกับปัญหาของโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือดตามข้อมูลสถิติที่เกิดขึ้น



ที่มา: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เฉลิมพระเกียรติฯ ดอนฉิมพลี (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 นั้นพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับสาเหตุของการเกิดโรคสามารถแบ่งออกได้เป็นห้ากลุ่ม (Cluster) โดยกลุ่มแรก คือ ความเครียด ความพึงพอใจ และค่านิยม ประเพณี วัฒนธรรม กลุ่มที่สอง คือ กรรมพันธุ์ ระบบเครือญาติ ความรู้และความเข้าใจด้านสุขภาพและโภชนาการ กลุ่มที่สาม คือ หลักการทางศาสนา กลุ่มที่สี่ คือ การออกกำลังกาย และกลุ่มที่ห้า คือ วิธีการบริโภค ดังแสดงในแผนภูมิที่ 4



แผนภูมิที่ 4: โครงสร้างของปัญหาด้านสุขภาพ

ยาเสพติดและอาชญากรรม ปัญหาของยาเสพติดและปัญหาอาชญากรรมเป็นปัญหาที่อาจจะเรียกได้ว่า เกิดจากกระแสโลกาภิวัตน์ เนื่องจากในอดีตไม่มีคดีประเภทนี้มากนักเนื่องจากเป็นสังคมชนบทและการเดินทางเป็นไปได้อย่างลำบาก ในอดีตปัญหาอาชญากรรมจะเกิดขึ้นในเขตเมืองมากกว่าในชุมชนด้านนอก ครั้งเมื่อความเจริญจากการพัฒนาเกิดขึ้นในชุมชนปัญหาของยาเสพติดและปัญหาอาชญากรรมก็เกิดขึ้นตามมาด้วย คณะกรรมการรักษาความมั่นคงและความสงบเรียบร้อยจังหวัดฉะเชิงเทราให้ความสำคัญกับปัญหายาเสพติดเป็นลำดับแรกตามแนวนโยบายของรัฐบาล โดยจัดให้มีทั้งการป้องกันปราบปรามและการบำบัดรักษาฟื้นฟู ถึงกระนั้นปัญหานี้ก็ยังไม่มีความโน้มที่จะแก้ปัญหาได้อย่างเด็ดขาด (ไชยยศ จินดาทอง, 2553) สำหรับปัญหายาเสพติดประเภทสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากข้อมูลของโรงพยาบาลสุภาพตำบลไม่พบปัญหาของผู้เป็นโรคพิษสุราเรื้อรังซึ่งสอดคล้องกับหลักการทางศาสนาอิสลามที่ห้ามเสพสิ่งมึนเมาหรือสิ่งเสพติดและถือว่าเป็นสิ่งโสโครก (มานี ชูไทย, 2544ก: 336) และจากข้อมูลของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข อัตราผู้ติดสารเสพติดของจังหวัดฉะเชิงเทราเฉลี่ยจากปี พ.ศ. 2546 ถึง พ.ศ. 2550 พบว่า มีอัตราเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 36 รายต่อประชากรหนึ่งแสนคนและมีแนวโน้มลดลง (กรมสุขภาพจิต, 2552) สำหรับข้อมูลจากโรงพยาบาลสุภาพตำบล พบว่า ในปี พ.ศ. 2552 มีผู้ถูกส่งตัวเข้ารับการบำบัดเนื่องจากยาเสพติดของสมอเอกเพียงรายเดียวและหากรวมผู้ถูกส่งเข้ารับการบำบัดจากทุกหมู่ที่โรงพยาบาลรับผิดชอบเป็นจำนวนผู้ถูกส่งตัวเข้าบำบัดทั้งสิ้น 13 ราย

ปัญหาอาชญากรรมจากข้อมูลของสำนักงานตำรวจแห่งชาติและสถานีตำรวจภูธรฉะเชิงเทรา มีข้อมูลสถิติอาชญากรรมที่น่าสนใจของจังหวัดฉะเชิงเทราและชุมชนสมอเอก (ตำรวจภูธรจังหวัดฉะเชิงเทรา, 2553) ตามตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2: สถิติคดีอาญาที่น่าสนใจของสถานีตำรวจภูธรจังหวัดฉะเชิงเทราและสถานีตำรวจภูธรนิคมพลี

ประเภทความผิดรวมใน พ.ศ. 2553 (มค.-ธค.)	สถิติคดีอาญาที่น่าสนใจของ สถานีตำรวจภูธร จังหวัดฉะเชิงเทรา (ราย)		สถิติคดีอาญาที่น่าสนใจของ สถานีตำรวจภูธรนิคมพลี (ราย)	
	รับแจ้ง	จับ	รับแจ้ง	จับ
คดีอุกฉกรรจ์และสะเทือนขวัญ	51	27	ไม่มี	ไม่มี
คดีประทุษร้ายต่อชีวิต ร่างกาย และเพศ	178	77	8	3
คดีประทุษร้ายต่อทรัพย์สิน	483	159	1	1
ยาเสพติด	1,400	1,429	60	61

ที่มา: สถานีตำรวจภูธรนิคมพลีและตำรวจภูธรจังหวัดฉะเชิงเทรา

จากการสัมภาษณ์เจ้าพนักงานสอบสวนสถานีตำรวจภูธรนิคมพลี พบว่า สถิติการเกิดคดีต่าง ๆ ของพื้นที่ในเขตตำบลดอนนิคมพลีในปี พ.ศ. 2553 นั้นมีจำนวนน้อย ส่วนสาเหตุสำคัญของการเกิดคดีในท้องที่เพราะเป็นเขตพื้นที่รอยต่อระหว่างตำบลและระหว่างจังหวัด (กรุงเทพฯและปราชินบุรี) ทำให้ผู้กระทำความผิดอาศัยพื้นที่รอยต่อเป็นช่องทางในการหลบหนีได้สะดวกและเจ้าพนักงานไม่มีอำนาจในการจับกุมข้ามเขตยกเว้นแต่เป็นความผิดซึ่งหน้า ในเขตตำบลดอนนิคมพลีไม่มีคดีอุกฉกรรจ์และสะเทือนขวัญ คดีประทุษร้ายต่อชีวิต ร่างกาย และเพศ คดีประทุษร้ายต่อทรัพย์สินมีในอัตราต่ำ คดียาเสพติดเป็นคดีที่มีผู้กระทำความผิดมากที่สุดและจับกุมได้มากที่สุดโดยอาศัยการข่าวของทางราชการ แต่ด้วยมี พ.ร.บ.บำบัดผู้ติดยาเสพติดทำให้ผู้กระทำความผิดลักลอบกระทำความผิดโดยอาศัยประโยชน์ของกฎหมายที่ต้องส่งตัวเข้าบำบัดและมีบทลงโทษเพียงโทษปรับเท่านั้น ผู้กระทำความผิดจึงกระทำความผิดซ้ำซากไม่หลบจำ อาศัยช่องว่างจำหน่ายยาเสพติดในปริมาณน้อยเพื่อหลบเลี่ยงโทษอาญารุนแรง ยาเสพติดที่จับกุมมากที่สุด คือ ยาบ้ารองลงมาคือยาไอซ์ กัญชา และกระท่อม ไม่มีข้อบ่งชี้ถึงความแตกต่างในการกระทำความผิดของคนไทยพุทธและมุสลิม

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

บริบทของชุมชนมีความเป็นชุมชนมุสลิมอย่างเข้มแข็ง มีความศรัทธาในหลักการของศาสนาอย่างมั่นคงและมีความเคารพเชื่อถือในผู้นำ ชุมชนสามารถจัดการปัญหาตามกระแสโลกาภิวัตน์ได้ดีในระดับหนึ่งเป็นการปรับตัวให้รับกระแสวัฒนธรรมใหม่บ้างและพยายามดำรงความเป็นมุสลิมอันเป็นวัฒนธรรมเดิมให้คงอยู่ ชุมชนมีมาตรฐานคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ตามแนวทางการดำเนินชีวิตอยู่ในเกณฑ์ดีกว่าเกณฑ์เป้าหมายของทางราชการซึ่งแสดงให้เห็นพัฒนาการของชุมชนทั้งจากภายในชุมชนเองและจากภายนอกชุมชนคือภาครัฐในการจัดสรรปัจจัยอันเป็นความจำเป็นพื้นฐานจนชุมชนอยู่ในมาตรฐานที่ดี ปัญหาของคนในชุมชนจากการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากโรค

ไม่ติดต่อกันต่าง ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้แต่หากเป็นด้วยค่านิยมและแนวทางการปฏิบัติตัวของสมาชิกในชุมชน ทำให้ขาดการดูแลสุขภาพและป้องกันความเสี่ยงของการเกิดโรครดังกล่าว บริบทของชุมชนและบริบทของสังคมที่เปลี่ยนแปลง ทำให้สมาชิกในชุมชนเกิดอาการเจ็บป่วยในอัตราที่สูงเมื่อเปรียบเทียบกับชุมชนอื่น ๆ กอปรกับแนวทางการออกกำลังกายที่ทำได้แต่ทำได้ในวงจำกัด จึงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพขึ้นได้ นอกจากนั้น สำหรับผู้สูงอายุจะมีการเสื่อมโทรมของสุขภาพตามวัยที่ร่วงโรยไป เช่น ข้อเสื่อม ตาพร่ามัว เป็นต้น ชุมชนมีความเข้มแข็งทำให้ไม่มีคดีอุกฉกรรจ์และสะเทือนขวัญแต่มีคดียาเสพติดเป็นปัญหาของชุมชน ยาเสพติดเป็นสิ่งต้องห้ามในหลักศาสนา แต่ถึงกระนั้นก็ตีปัญหายาเสพติดก็ยังคงเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นมากที่สุดในคดีอาชญากรรมที่เกิดขึ้นในชุมชนอันเป็นผลมาจากบริบทของสังคมที่เปลี่ยนแปลง กระแสโลกาภิวัตน์ที่ทำให้ความสำคัญของระบบครอบครัวและศาสนาเริ่มสั่นคลอน การละเมิดหลักการทางศาสนาจึงเกิดขึ้นโดยเฉพาะยาเสพติด

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาในครั้งนี้ เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพอันเกิดจากโรคที่สามารถป้องกันได้ คือ การให้ความรู้ในด้านของโภชนาการให้มากขึ้น ควรให้ความรู้ในด้านการดูแลสุขภาพ เสริมกับการดูแลตนเองตามหลักการของศาสนาเพิ่มขึ้น ให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับตัวชี้วัดง่าย ๆ เช่น ดัชนีมวลกาย เพื่อให้เป็นเครื่องเฝ้าระวังเรื่องของความอ้วน ซึ่งการมีน้ำหนักเกินกำหนดเป็นปฐมเหตุของการเกิดโรคอื่น ๆ ตามมา เช่น เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

ควรให้ความรู้และคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนทัศนคติและค่านิยมในการบริโภคให้มีความเหมาะสม อีกทั้งเป็นการปฏิบัติตามหลักศาสนาอิสลามที่เน้นการบริโภคแต่พอควร ซึ่งเป็นการสมประโยชน์ทั้งในด้านการรักษาสุขภาพและการปฏิบัติบูชา การใช้หลักศาสนาเป็นแกนนำน่าจะเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนทัศนคติและค่านิยมในการบริโภค เนื่องจากชุมชนมีความเชื่อและพยายามปฏิบัติตามหลักการของศาสนาอยู่เป็นทุนเดิมอยู่แล้ว เพียงแต่เสริมในส่วนที่อาจจะขาดหรือหลงลืมกันไปและไม่ได้ปฏิบัติเท่านั้น

ในด้านการออกกำลังกาย ควรมีการศึกษาแนวทางการออกกำลังกายที่สอดคล้องกับหลักการของศาสนาและได้ประโยชน์กับร่างกาย การออกกำลังกายเป็นแนวทางการป้องกันโรคอันเกิดจากการบริโภคได้ดียิ่งขึ้นอีกระดับหนึ่ง แต่ด้วยข้อจำกัดในข้อกำหนดต่าง ๆ จึงควรศึกษาแนวทางการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับชุมชนที่เป็นมุสลิม

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

สำหรับปัญหาที่ชุมชนให้ความตระหนักเป็นอย่างมาก คือ ปัญหายาเสพติดนั้น ยุทธศาสตร์เชิงรุกน่าจะเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาได้อย่างระยะยาวอย่างยิ่งย่นกว่าการปราบปรามและการบังคับใช้กฎหมาย โดยน่าจะใช้หลัก “บรม” คือ บ้าน โรงเรียน มัสยิด เป็นแกนหลักในการแก้ปัญหา ยาเสพติดและเป็นการเสริมสร้างสังคม ชุมชน โดยใช้หลักของศาสนา ความรู้และครอบครัวเป็นแกนนำ เป็นการฟื้นฟูคุณธรรมจริยธรรมตามหลักศาสนาอิสลามให้กลับมาสู่ชุมชนในยุคปัจจุบันที่โดนกระแสโลกาภิวัตน์แทรกแซง จนทำให้ระบบเศรษฐกิจมีอิทธิพลเหนือระบบสังคม เช่น ระบบครอบครัว ทำให้การปฏิบัติตามหลักศาสนาเสื่อมถอยลง ครอบครัวไม่ได้รับประทานอาหารพร้อมหน้า เด็กเริ่มขาดความเคารพเชื่อถือผู้ใหญ่ วัยรุ่นเริ่มขาดการปฏิบัติตามแบบอย่างมุสลิมที่ดี จนเป็นเหตุให้ยาเสพติดสามารถแทรกแซงชุมชนได้ หากครอบครัวอบอุ่น การปฏิบัติศาสนกิจและการให้ความรู้เข้มแข็ง จะเป็นการยากที่ปัญหา ยาเสพติดจะสามารถแพร่กระจายในชุมชนได้และเป็นแนวทางในการเอาชนะปัญหานี้ได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาต่อไป

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

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2552). จำนวนและอัตราผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทยต่อประชากรหนึ่งแสน. ค้นวันที่ 20 ธันวาคม 2553, จาก <http://www.dmh.go.th/report/population/province.asp?field24=2545>
- เครือข่ายการบริหารการวิจัยและถ่ายทอดเทคโนโลยีชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, มหาวิทยาลัยขอนแก่น, และสำนักบริหารการวิจัย. (2551). การประชุมทางวิชาการเครือข่ายการวิจัยสถาบันอุดมศึกษาทั่วประเทศ ปี 2551. ขอนแก่น: สำนักบริหารการวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ฉัตรนัย ใจเพชร. (2546). โครงสร้างสังคมวัฒนธรรมไทยมุสลิม: ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดปัตตานี. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ไชยยศ จินดาทอง. (2553). การประชุมคณะกรรมการรักษาความมั่นคงและความสงบเรียบร้อยจังหวัดฉะเชิงเทรา. ฉะเชิงเทรา: ม.ป.ท.
- ดวงมณี วิเศษกุล. (2524). โรคและอาหารเฉพาะโรค. กรุงเทพฯ: โครงการตำรา-ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ตำรวจภูธรจังหวัดฉะเชิงเทรา. (2553). สถิติคดีอาญาที่น่าสนใจรายเดือนของตำรวจภูธรจังหวัดฉะเชิงเทรา. ค้นวันที่ 20 ธันวาคม 2553, จาก <http://www.chachengsao.police.go.th/>
- ประพิน วัฒนกิจ. (2523). *ความรู้เรื่องโรคเบาหวานสำหรับประชาชน*. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.
- มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี. (2528). *รายงานการสัมมนาทางวิชาการอิสลามเรื่องอิสลาม: วิธีการดำเนินชีวิต 20-22 กรกฎาคม 2528*. ปัตตานี.
- มานี ชูไทย. (2544 ก). *รายงานการวิจัยเรื่องหลักการอิสลามที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพและการสาธารณสุข (The Islamic injunctions relating to personal hygiene and public health) (พิมพ์ครั้งที่ 2 ปรับปรุงใหม่)*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- มานี ชูไทย. (2544 ข). *รายงานการวิจัยเรื่องอิสลาม: วิธีการดำเนินชีวิตที่พัฒนาคุณภาพชีวิต (Islamic way of life to promote the quality of life) (พิมพ์ครั้งที่ 2 ปรับปรุง)*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เฉลิมพระเกียรติฯ ดอนฉิมพลี. (2553 ก). *การบริการหน่วยบริการปฐมภูมิเฉลิมพระเกียรติฯ ตามเกณฑ์ minor conditions and criteria*. ฉะเชิงเทรา: กระทรวงสาธารณสุข.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เฉลิมพระเกียรติฯ ดอนฉิมพลี. (2553 ข). *แบบสำรวจข้อมูลพื้นฐานชุมชน โครงการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล*. ฉะเชิงเทรา: กระทรวงสาธารณสุข.
- ศูนย์สารสนเทศเพื่อการพัฒนาชุมชน, และ กรมการพัฒนาชุมชน. (2554). *ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน* ค้นวันที่ 8 มกราคม 2554, จาก <http://61.19.244.12/rdic/?>
- เสาวนีย์ จิตต์หมวด. (2535). *วัฒนธรรมอิสลาม (Islamic culture) (พิมพ์ครั้งที่ 3 ปรับปรุงแก้ไข)*. กรุงเทพฯ: กองทุนสง่า รุจิระอำพร.
- สำนักงานเกษตรอำเภอบางน้ำเปรี้ยว. (2550). *การรายงานภาวะการผลิตพืชเศรษฐกิจที่ปลูกปี 2550/2551*. อำเภอบางน้ำเปรี้ยว ฉะเชิงเทรา: ม.ป.ท.
- สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร. (2553). *การผลิตสินค้าเกษตรที่สำคัญ*. ค้นวันที่ 10 กันยายน 2553, จาก http://www.oae.go.th/ewt_news.php?nid=7769
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). *คุณภาพชีวิตคนไทยปี 255 : สถิติ: ตัวชี้วัดการขับเคลื่อนสังคม*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- องค์การบริหารส่วนตำบลดอนฉิมพลี. (2553). *องค์การบริหารส่วนตำบลดอนฉิมพลี*. ค้นวันที่ 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.