

ศาสนากับสุขภาพของผู้สูงอายุ

ขวัญจิต ศศิวงศาโรจน์

บทคัดย่อ

ในปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุแล้ว และจำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สถานการณ์ดังกล่าวทำให้ความต้องการด้านการดูแลและคำปรึกษาพยาบาลในผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น องค์ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุถูกศึกษาอย่างแพร่หลาย เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคง สามารถพึ่งพิงตนเองได้ทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนมีอายุยืนยาวอย่างมีสุขภาพดี มิติทางด้านศาสนาเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับสุขภาพของผู้สูงอายุ บทความนี้ได้รวบรวมแนวคิดเกี่ยวกับศาสนาและสุขภาพ บทบาทของศาสนาที่มีต่อสุขภาพทั้งในแง่บวกและลบ รวมทั้งทฤษฎีผู้สูงอายุที่เชื่อมโยงกับศาสนา เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุในสังคมไทยต่อไป

คำสำคัญ: ศาสนา, สุขภาพ, ผู้สูงอายุ

บทนำ

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) ในหลายประเทศได้ปรากฏชัดในช่วงที่คนรุ่น “ระเบิดประชากร” (baby boom generation) หรือผู้ที่เกิดในช่วงกลางศตวรรษที่ ๒๐ (ประมาณปีค.ศ. ๑๙๔๖-๑๙๖๔) ได้เริ่มเข้าสู่วัยเกษียณ โดยเฉพาะในประเทศตะวันตก สถานการณ์เช่นนี้ไม่ได้เกิดขึ้นในประเทศที่พัฒนาแล้วเท่านั้น ในประเทศกำลังพัฒนาทั้งหลายก็เริ่มประสบกับสถานการณ์นี้เช่นเดียวกัน จากการคาดประมาณ พบว่าจำนวนผู้สูงอายุในประเทศกำลังพัฒนาจะเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดถึงร้อยละ ๑๔๐ ในปีค.ศ. ๒๐๓๐^๑ ประเทศไทย เป็นอีกประเทศหนึ่งที่กำลังเผชิญกับการเป็นสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งสัดส่วนของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๘.๖ ในปีค.ศ. ๒๐๐๐ เป็นร้อยละ ๑๐.๘ ในปี ค.ศ. ๒๐๑๐ และในอีก ๔๐ ปีต่อมา (ปีค.ศ. ๒๐๕๐) จะเพิ่มสูงถึงร้อยละ ๓๐^๒

จากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุกลายเป็นประเด็นที่ทั่วโลกให้ความสนใจ โดยเฉพาะประเด็นสุขภาพ เนื่องจากเป็นปัญหาที่เกิดจากความเสื่อมตามวัย ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในผู้สูงอายุ ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุได้ถูกศึกษาอย่างแพร่หลาย รวมทั้งประเด็นทางวัฒนธรรม ซึ่งความแตกต่างทางด้านภาษา วิถีชีวิต และความเชื่อของกลุ่มมีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุในลักษณะที่แตกต่างกัน^๓ ศาสนาเป็นอีกประเด็นหนึ่งทางวัฒนธรรมที่ได้รับความสนใจในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา มีงานวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาถึงอิทธิพลของศาสนาที่มีต่อสุขภาพกายและจิต^{๔,๕} แต่ในประเทศไทยประเด็นเรื่องศาสนายังไม่ได้ถูกนำมาเชื่อมโยงกับสุขภาพของผู้สูงอายุมากนัก ดังนั้นบทความนี้จึงได้นำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับศาสนาและสุขภาพ บทบาทของศาสนาที่มีต่อสุขภาพ รวมทั้งทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุและศาสนา เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุในสังคมไทยต่อไป

แนวคิดเกี่ยวกับศาสนาและสุขภาพ (Religion and Health)

แนวคิดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างศาสนากับสุขภาพมีมาแต่สมัยโบราณ ตั้งแต่ในสมัยที่คนเรามากเชื่อในเรื่องสิ่งเหนือธรรมชาติและเชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากภูติผี ปีศาจ หรือความชั่วร้าย ผิด บาป ศาสนาได้เข้ามามีบทบาทในการรักษาด้วยพลังแห่งความดี หรืออำนาจของเทพเจ้า จนกระทั่งเมื่อการแพทย์สมัยใหม่เข้ามาบทบาทของศาสนาในด้านการรักษาจึงลดน้อยลง^๖ อย่างไรก็ตามบทบาทของศาสนาในแงุ่มุมที่เป็นเสมือน “วัฒนธรรม” ยังคงมีบทบาทต่อผู้ที่ยึดถือมาตลอดทุกยุคทุกสมัย ศาสนามีอิทธิพลต่อโลกทัศน์ ความคิด ความเชื่อ ไปจนถึงแนวทางในการดำรงชีวิตของศาสนิกชนที่เชื่อถือและปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนานั้นๆ^๗ ศาสนายังทำหน้าที่เป็นเครื่องมือในการควบคุมสังคม (social control) คำสอนทางศาสนาเป็นกฎให้สมาชิกปฏิบัติตามด้วยความศรัทธา ซึ่งเป็นผลให้เกิดการควบคุมอย่างเป็นระบบ แต่ทั้งนี้อิทธิพลของศาสนาที่มีผลต่อบุคคลอาจเป็นได้ทั้งเหนียวแน่นและหละหลวม (strong ties and weak ties) ซึ่งขึ้นอยู่กับระดับความยึดมั่นศรัทธา (religiosity) ของศาสนิกชนในศาสนานั้นๆ ด้วย

เมื่อเชื่อมโยงเรื่องศาสนากับสุขภาพของผู้สูงอายุ ความหมายของสุขภาพเป็นสิ่งที่ต้องทำความเข้าใจในเบื้องต้น แม้องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของสุขภาพว่าเป็นภาวะที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุลทั้งกาย จิต และสังคม รวมทั้งการปราศจากซึ่งโรคและความพิการ^๘ คำนิยามนี้ได้ใช้กันโดยทั่วไป แต่สำหรับผู้สูงอายุที่ร่างกายเริ่มเสื่อมไปตามกฎเกณฑ์ของธรรมชาติ ซึ่งไม่อาจต้านทานให้ร่างกายอยู่ในภาวะสมบูรณ์ได้แล้วนั้น การมีสุขภาพดีในผู้สูงอายุได้มีการเสนอความหมายเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุว่าหมายถึง ความสามารถในการมีชีวิตอยู่และทำหน้าที่ทางสังคมได้ พึ่งพาตนเองได้และมีความเป็นอิสระเต็มตามศักยภาพ โดยไม่จำเป็นต้องพึ่งปราศจากโรค^๙ ทัศนะของสุขภาพในผู้สูงอายุจึงมีได้หลากหลายมุมมอง ได้แก่

๑) มุมมองทางการแพทย์ (medical perspective)^{๑๐} มองในมิติของความเสื่อมที่เกิดขึ้นตามวัย ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ซึ่งก็คือ การเกิดโรคหรือความเจ็บป่วย ในผู้สูงอายุก็มีโรคที่เกิดจากความเสื่อมของอวัยวะและโรคเรื้อรังต่างๆ

๒) ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (physical functioning perspective) ซึ่ง Rowe และ Kahn^{๑๑} ได้นิยามไว้ว่า เป็นการรักษาไว้ซึ่งความสามารถทางกายในการทำหน้าที่ต่างๆ ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต หรือตามที่คาดหวัง ไม่ว่าบุคคลนั้นๆ จะมีโรคหรือไม่ก็ตาม การที่ร่างกายบางส่วนสูญเสียหน้าที่ไปย่อมทำให้บุคคลไม่สามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติสุข เช่น ไม่สามารถเดินได้ หรือแขนขาไม่มีแรง ซึ่งความเสื่อมของร่างกายนี้เป็นปัญหาที่ร้ายแรงสำหรับผู้สูงอายุ เพราะมีโอกาสทำให้เกิดปัญหาสุขภาพอื่นๆ ตามมาได้ สิ่งที่ใช้ประเมินสมรรถภาพทางกายได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL's)^{๑๒} ซึ่งนิยามวัดจากความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวผู้สูงอายุเอง เช่น แปรงฟัน อาบน้ำ แต่งตัว กินข้าว ขับถ่าย ขึ้นบันได เป็นต้น

๓) ความสามารถในการรับรู้ (cognitive functioning perspective) Hansen-Kyle^{๑๓} เสนอว่าการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุนั้นควรมีความสามารถในการรู้คิด (cognitive function) ที่เกี่ยวข้องกับ ความจำ ความคิด สามารถสื่อสารโต้ตอบได้เข้าใจ ทำให้สามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยตัวเองอย่างมีคุณภาพ เพราะการรับรู้มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าสมรรถภาพทางกายที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี นอกจากนี้ความสามารถในการรับรู้ยังสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นๆ อันได้แก่ รายได้ และอาชีพของผู้สูงอายุ ซึ่งช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี การศึกษาของ Stern และ Carstensen^{๑๔} ยืนยันว่าสังคมและวัฒนธรรมที่แวดล้อมตัวผู้สูงอายุเป็นเกราะป้องกันที่ดี ที่ช่วยให้ความสามารถในการรับรู้ไม่เสื่อมลงเร็ว เนื่องจากผู้สูงอายุได้มีโอกาสปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม ทำให้เกิดการเรียนรู้และตื่นตัวอยู่ตลอดเวลา

๔) มุมมองด้านการปรับตัว (adaptive perspective) เป็นมุมมองด้านความสามารถของผู้สูงอายุในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นรอบๆ ตัว ทั้งทางสังคมและสิ่งแวดล้อม การปรับตัวนับเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุในการอยู่ร่วมกับคนต่างวัยและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป เพื่อไม่ให้เกิดความขัดแย้งหรือความเครียดในการดำเนินชีวิต การปรับตัวได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ^{๑๕}

๕) การบรรลุจุดมุ่งหมายของชีวิต (eudaimonic perspective) เกี่ยวข้องกับความรู้สึกของผู้สูงอายุในเรื่องความพึงพอใจในชีวิต ความภาคภูมิใจ ความเชื่อมั่น และความมีคุณค่า ซึ่งความรู้สึกต่างๆ เหล่านี้สะท้อนถึงสุขภาพผู้สูงอายุเช่นกัน^{๑๕}

บทบาทของศาสนาต่อสุขภาพ

จากการศึกษาของ Koenig (2000)^{๑๖} ที่ได้ทำการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับศาสนาและสุขภาพกว่า ๓,๐๐๐ เรื่องพบว่าศาสนามีผลต่อสุขภาพทั้งทางด้านกาย จิต และการใช้บริการทางการแพทย์อย่างชัดเจน นอกจากนี้การศึกษาของ Lee และ Newberg^{๑๗} ได้ให้ข้อสังเกตว่าศาสนามีผลต่อสุขภาพทั้งด้านบวกและลบ (positive and negative effects of religions on health) สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างศาสนาและสุขภาพนั้น จากการรวบรวมเอกสารพบว่าบทบาทของศาสนาที่มีผลต่อสุขภาพได้ถูกอธิบายไว้หลากหลายแง่มุมดังนี้

การรับรู้และทัศนคติต่อสุขภาพ (perception/attitude to general well-being) ศาสนามีผลต่อความนึกคิดของบุคคลในเรื่องความพึงพอใจในชีวิต คนที่นับถือศาสนาต่างก็มีความเห็นเกี่ยวกับสุขภาพที่ต่างกัน บางศาสนาสอนให้ยอมรับกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้น เช่น ความเสื่อมของร่างกาย ความเจ็บป่วย แต่บางศาสนาทำให้คนมีทัศนคติที่ไม่ยอมจำนนและพยายามดิ้นรนต่อสู้ ทำให้มีหนทางของการไปสู่สุขภาพที่ดีแตกต่างกัน^{๑๘,๑๙}

วิถีชีวิตและพฤติกรรม (life style and behavior) หลักคำสอนของศาสนามีผลในการชี้นำวิถีชีวิตของบุคคล เนื่องจากมีส่วนในการกำหนดพฤติกรรม ซึ่งหลายพฤติกรรมส่งผลกระทบเชื่อมโยงมาถึงสุขภาพในบั้นปลายชีวิตด้วย เช่น ในศาสนาพุทธและอิสลามมีข้อห้ามการดื่มของมึนเมา^{๒๐} ซึ่งความยึดมั่นในหลักคำสอนมีผลต่อสุขภาพของบุคคล ทำให้ช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคอันเนื่องมาจากแอลกอฮอล์หรือสารเสพติดอื่นๆ หรือช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อโรคจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสม^{๒๑} หรือในบางศาสนาเน้นในเรื่องความสะอาดบริสุทธิ์ของร่างกายก่อนประกอบพิธีกรรม ทำให้เกิดพฤติกรรมการล้างมือ และชำระล้างร่างกายเป็นประจำ ซึ่งเป็นการป้องกันเชื้อโรคต่างๆ^{๒๒} ในทางกลับกันศาสนาก็มีส่วนส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพเช่นเดียวกัน ในกรณีที่บุคคลมีความรู้สึกผิด บาป หรือไม่สามารถปฏิบัติตัวให้เหมาะสมตามคำสอนของศาสนา (negative religious coping) ก่อให้เกิดความเครียดและกระทบต่อสุขภาพจิต^{๒๓,๒๔}

การจัดการกับปัญหาสุขภาพ (coping with health problems) ศาสนาได้ถูกนำมาใช้ในการจัดการปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากเป็นวัยที่อวัยวะ

ต่างๆ เสื่อมหน้าที่ลงและเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังสูง^{๒๕} บทบาทของศาสนาได้มีการวิจัยจำนวนไม่น้อยที่ยืนยันว่ามีผลต่อสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจ^{๑๖,๒๕} จากการทบทวนงานวิจัยจำนวน ๓๕ เรื่อง โดย Seeman และคณะ^{๒๖} พบว่าการทำสมาธิและโยคะมีความสัมพันธ์กับการลดลงของระดับคอเลสเตอรอลและฮอริโมนที่ทำให้เกิดความเครียด นอกจากนี้ยังพบว่าการปฏิบัติศาสนกิจทั้งในศาสนาคริสต์และศาสนาในโลกดะวันออก (พุทธและอิสลาม) ยังสัมพันธ์กับการลดลงของความดันโลหิตและช่วยให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายดีขึ้นด้วย นอกจากนี้ปัญหาสุขภาพทางกายแล้วศาสนายังมีส่วนสำคัญต่อสุขภาพจิตอย่างมาก จากการวิเคราะห์อภิธานงานวิจัยจำนวน ๔๕ เรื่องโดย Ano และ Vasconcelles^{๒๕} พบว่าการทำกิจกรรมทางศาสนา เช่น การไปโบสถ์ สวดมนต์ ช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า นอกจากนี้การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนายังใช้เป็นดัชนีชี้วัดการเข้าสังคม (social engagement) ของผู้สูงอายุ^{๒๗} ซึ่งมีผลทางอ้อมต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากการเข้ากลุ่มทางสังคมนี้ทำให้เกิดความผูกพันทางสังคม (social tie) อันนำมาซึ่งการช่วยเหลือซึ่งกันและกันทั้งทางกายและจิตใจ (support) และทำให้ผู้สูงอายุยังรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (a sense of connectedness) ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือเหินห่าง ช่วยให้สามารถจัดการกับความเครียดหรือความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้^{๒๘}

การจัดการทางสังคมกับสุขภาพผู้สูงอายุ (social organization and aging health) กลุ่มศาสนามีการจัดการทางสังคมตามหลักการทางศาสนาที่เอื้อต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น กลุ่มศาสนาในโบสถ์โรมันคาทอลิกให้การอุดหนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ (การวัดความดันโลหิต และจัดอาหารสุขภาพ เป็นต้น)^{๒๕} หรือกลุ่มชาวมุสลิมมีระบบ “ชะกาต” ซึ่งเป็นระบบสวัสดิการทางศาสนาอย่างหนึ่งที่ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลหรือยากจน^{๒๙} ในทางกลับกันศาสนาเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้สูงอายุได้สร้างคุณค่าการคืนกลับให้แก่สังคม โดย Kark และคณะ^{๓๐} พบว่าศาสนาเป็นเครื่องกล่อมเกล้าให้ผู้ที่ยึดมั่นในศาสนามีความเป็นมิตร มองโลกในแง่ดี มีจิตอาสาช่วยเหลือสังคม สิ่งเหล่านี้ส่งผลกลับด้านบวกต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยทำให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เกิดความภาคภูมิใจจากการช่วยเหลือส่วนรวม และรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง

กรณีตัวอย่าง: บทบาทของศาสนาอิสลามที่เอื้อต่อสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมุสลิม

จากการรวบรวมเอกสารงานวิจัยที่จัดทำโดยนักวิชาการอิสลามและหน่วยงานต่าง ๆ^{๓๒,๓๓} พบว่าคำสอนของศาสนาอิสลามหลายประการที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุชาวมุสลิมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน กล่าวคือนอกจากคำสอนของศาสนาจะมีผลต่อการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุเองแล้ว ยังครอบคลุมไปถึงการปฏิบัติของครอบครัวและชุมชนที่พึงมีต่อผู้สูงอายุด้วย ในระดับบุคคลนั้นศาสนาได้สอนว่า สุขภาพของแต่ละคนถือเป็น “อะมานะห์” หรือความรับผิดชอบที่จะต้องดูแล มีการระบุเกี่ยวกับเรื่องอนามัยส่วนบุคคล โดยเฉพาะความสะอาดที่ถือเป็นรากฐานของความศรัทธาในศาสนาอิสลาม เพราะเป็นเงื่อนไขแรกในการทำอียาอะห์ต่อองคัลเลาะห์ (การทำความสะอาดร่างกายก่อนละหมาด) นอกจากนี้ยังระบุถึงการให้หลีกเลี่ยงสิ่งเสียดัดต่าง ๆ โดยเฉพาะสุรา ที่เปรียบเสมือนเหล้าหรือน้ำของชาวกรีก ส่วนเรื่องอาหารได้กำหนดให้อิสลามิกชนรับประทานอาหารที่เป็นฮาลาล (สะอาดและได้รับอนุมัติจากองคัลเลาะห์) และคอยยิบัน (มีประโยชน์ต่อร่างกายปราศจากกะบิฮ์ หรือสิ่งโสโครกต่าง ๆ) สำหรับการดูแลด้านสุขภาพจิตนั้นความยึดมั่นในศาสนาก็เป็นแนวทางหนึ่งในการรักษาสุขภาพจิต เช่น การทำละหมาด ทำทาน หมั่นขอพรจากองคัลเลาะห์ ไม่พูดจาหยาบคายหรือคำทอ ไม่ทำผิดประเวณี และสร้างความดีต่อผู้อื่นให้แก่อื่น^{๓๔}

สำหรับบทบาทของครอบครัวต่อการดูแลผู้สูงอายุ นั้น ศาสนาอิสลามระบุเอาไว้ชัดเจน^{๓๕} ซึ่งเป็นหลักคำสอนที่คล้ายคลึงกับศาสนาอื่น ๆ ที่สอนให้ลูกกตัญญูและตอบแทนคุณบิดา^{๓๕} ดังเช่น ให้ลูกเคารพและทำดีต่อพ่อแม่ เมื่อพ่อแม่และแม่เข้าสู่วัยชราต้องให้การดูแลด้วยความนอบน้อมอ่อนโยน ไม่ทำให้พ่อแม่ขุ่นเคืองใจ และสอนให้เห็นว่าบาปที่ยิ่งใหญ่คือ การอกตัญญูต่อพ่อแม่ และเป็นบาปที่สามารถเทียบเคียงได้กับการยกสิ่งอื่นเทียบเคียงอัลเลาะห์ และการฆ่าคน เป็นต้น^{๓๖}

ในสังคมมุสลิมศาสนาเป็นแกนกลางที่หล่อหลอมให้คนในวัฒนธรรมมุสลิมเอื้ออาทรและดูแลซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะกับผู้สูงอายุซึ่งถือว่าเป็นบุคคลที่อ่อนแอ มีความสามารถและโอกาสอันจำกัด สมควรที่จะได้รับการดูแลและให้ความสำคัญมากกว่าผู้อื่น คำสอนต่างๆ ของศาสนาอิสลามสอนให้ชาวมุสลิมช่วยเหลือเอื้อเฟื้อ ปลดเปลื้องความทุกข์ยากของเพื่อนสมาชิก สร้างบรรยากาศที่สามารถทำให้เกิดความสุขและความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน คนในครอบครัวที่ต้องดูแลผู้สูงอายุถือเป็นหน้าที่เฉพาะ ส่วนชุมชนก็ต้องให้การ

ดูแลผู้สูงอายุเช่นเดียวกันและถือว่าเป็นหน้าที่เชิงสังคม หากละเลยจะถูกสอบสวนจากองคัลเลาะห์ ผลบาปจะตกอยู่กับทุกคนในชุมชนที่ละเว้นภาระเชิงสังคม^{๓๔}

ผลกระทบของศาสนาที่มีต่อสุขภาพ

จากการรวบรวมผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับศาสนาและสุขภาพพบว่า มีรายงานที่พบผลในด้านบวกมากกว่าด้านลบ อาทิงานวิจัยที่พบว่าศาสนามีความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการตาย โดยการศึกษาของ Helm และคณะ^{๓๖} พบว่า การทำกิจกรรมทางศาสนาในผู้สูงอายุ เช่น การไปโบสถ์สวดมนต์ มีความสัมพันธ์กับอายุคาดเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้น หรือจากการศึกษาของ Van Ness, Kasl และ Jones^{๓๗} ที่พบว่าผู้หญิงแอฟริกันอเมริกันที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมแต่ไม่ได้ฟังฟังศาสนาหมกมุ่นกับชีวิตโรคจากโรคนี้นี้ได้ไม่นาน นอกจากนี้ศาสนายังมีส่วนในการช่วยลดและป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูง^{๓๘} ความจำเสื่อม^{๓๙} เป็นต้น การยึดมั่นในศาสนายังมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลซึ่งช่วยป้องกันไม่ให้เกิดโรคและความเจ็บป่วยขึ้น เช่น การใช้สารเสพติด^{๔๐} ดื่มเหล้า สูบบุหรี่^{๔๑} และการออกกำลังกาย^{๔๒} นอกจากนี้ผลของศาสนาที่พบรายงานมากที่สุด คือ ผลทางด้านสุขภาพจิต ซึ่งมีงานวิจัยจำนวนมากยืนยันว่าการสวดมนต์ ทำกิจกรรมทางศาสนาช่วยลดความเครียด วิดกกังวล มีผลทางด้านบวกต่อสุขภาพจิต^{๔๓,๔๔,๔๕}

ส่วนผลในทางลบนั้นมียางานการศึกษาไม่มากนัก ในจำนวนนี้การศึกษาของ Neal และ Bastida^{๔๖} พบว่ามีผู้สูงอายุชาวแอฟริกันอเมริกันบางกลุ่มที่เก็บงำความเจ็บปวดหรือทนต่อความไม่สบายใจโดยไม่บอกหรือขอความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือเพื่อน เพราะเชื่อว่าความเจ็บปวดหรือความทุกข์ใจเหล่านั้นเป็นเคราะห์กรรมหรือบาป ควรรับมือกับสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างสงบ ซึ่งอาจทำให้เกิดความเครียดหรือไม่ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม หรือการศึกษาที่พบว่าข้อห้ามตามคำสอนทางศาสนาบางอย่างอาจสร้างตราบาป (stigma) ให้กับโรคบางโรค เช่น โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เอดส์ ซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถแสวงหาการรักษาที่เหมาะสม^{๔๗} นอกจากนี้ศาสนาอาจส่งผลต่อสุขภาพในทางอ้อม ตามแนวคิดของแอนเดอร์สัน^{๔๘} ที่เสนอสมมติฐานว่า กลุ่มคนที่ไม่ได้นับถือศาสนาหลักของสังคมนั้นๆ อาจถูกแยกออกจากคนกลุ่มใหญ่ (social isolation) ซึ่งหมายถึงอาจทำให้ไม่ได้รับโอกาสอย่างเท่าเทียมกับคนกลุ่มใหญ่ในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และโอกาสต่างๆ ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุและศาสนา (Gerontology Theory and Religion)

ในการวิจัยเพื่อศึกษาอิทธิพลของศาสนาที่มีต่อสุขภาพของผู้สูงอายุนั้นมีหลายทฤษฎีที่เชื่อมโยงบริบทต่างๆ อันเป็นวัฒนธรรมที่มีผลต่อวิถีชีวิตและสุขภาพของผู้สูงอายุ ในบทความนี้จะนำเสนอทฤษฎีที่ได้รับการพูดถึงในการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุอย่างกว้างขวางสองทฤษฎี โดยการนำเสนอเน้นไปที่การประยุกต์ทฤษฎีดังกล่าวในการศึกษาบทบาทของศาสนาต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ

Disengagement theory^{๔๕}

เป็นทฤษฎีที่คิดค้นโดยนักโครงสร้างหน้าที่นิยม Cumming และ Henry ในทศวรรษ ๑๙๖๐^{๔๖} ซึ่งมองว่าบุคคลจะถูกปลดบทบาทหรือต้องผ่องถ่ายหน้าที่ทางสังคมลง เนื่องจากการเข้าสู่วัยชรา ซึ่งการที่บุคคลต้องปลดปล่อยบทบาทหน้าที่ต่างๆ นั้น เกิดขึ้นอย่างเป็นลำดับขั้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น (aging process) ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลจะต้องรักษาสมดุลในการดำรงชีวิตที่จะต้องก้าวไปสู่วาระสุดท้ายของชีวิต (life's final stage) ตามแนวคิดทฤษฎีนี้เมื่อประยุกต์เข้ากับประเด็นเรื่องศาสนาในแง่ที่เป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมที่หล่อหลอมวิถีชีวิตของบุคคล จะทำให้มองกระบวนการปล่อยวางของผู้สูงอายุที่มีสาระของภูมิหลังทางวัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น

- ศาสนามีบทบาทในการปลดปล่อยบทบาทหน้าที่ในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุอย่างไร และผู้สูงอายุในช่วงอายุเดียวกันแต่นับถือศาสนาต่างกัน หรือมีภูมิหลังทางวัฒนธรรมที่ต่างกันมีการปลดปล่อยบทบาทเหล่านั้นต่างกันหรือไม่ และมีรูปแบบเป็นอย่างไร

- และการปลดปล่อยดังกล่าวมีอิทธิพลของศาสนาเข้ามามีส่วนในการเปลี่ยนแปลงนี้ด้วยหรือไม่

- นอกจากนั้นการปล่อยวางของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นได้ละวางคำนิยาม หรือแนวประพฤติปฏิบัติที่เป็นธรรมเนียมปฏิบัติของศาสนาไปด้วยหรือไม่

แนวคิดนี้สามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์บทบาทหน้าที่ที่ผู้สูงอายุเคยทำ และเมื่อเข้าสู่วัยชราบทบาทใดบ้างที่ต้องปล่อยวางลงตามวัย เมื่อใด อย่างไร และการปล่อยวางนี้ส่งผลด้านบวกหรือลบต่อภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งบทบาทหน้าที่ต่างๆ เชื่อว่าส่วนหนึ่งถูกกำหนดโดยวัฒนธรรมทางศาสนา

Continuity theory^{๔๗}

ทฤษฎีความต่อเนื่องเป็นทฤษฎีที่มีความยืดหยุ่นเกี่ยวกับการศึกษาผู้สูงอายุที่มีวิถีชีวิตที่แตกต่างกันและเน้นความต่อเนื่อง โดยไม่มุ่งศึกษาตัดตอนเฉพาะเมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุแล้วเท่านั้น เพราะเป็นการตัดเอาช่วงชีวิตที่ผ่านมาของผู้สูงอายุออกไป แนวคิดนี้ไม่ได้มองแบบแยกส่วนเชื่อว่าช่วงวัยในชีวิตที่ผ่านมามีส่วนความสำคัญและส่งผลต่อเนื่องมาจนถึงวัยสูงอายุ ทฤษฎีนี้จึงใช้ศึกษาพฤติกรรมที่ผ่านมตลอดทั้งช่วงชีวิตของผู้สูงอายุ (a life course perspective) เชื่อว่าผู้สูงอายุยังคงดำรงไว้ซึ่งกิจกรรม พฤติกรรม บุคลิกภาพ ตลอดจนความสัมพันธ์ต่างๆ ที่เคยได้ทำมาก่อนหน้านี้ และยังคงพยายามที่จะดำรงวิถีปฏิบัติดังกล่าวเมื่อผ่านเข้าสู่วัยสูงอายุด้วย ซึ่งมีปัจจัยทั้งภายในและภายนอก อันเกี่ยวเนื่องมาจากการเป็นสมาชิกของศาสนาที่สามารถใช้อธิบายความคิดและพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ปัจจัยภายในประกอบด้วย บุคลิกลักษณะส่วนบุคคล ความคิด ความเชื่อ ซึ่งเป็นสิ่งที่เชื่อว่าคงอยู่ไปจนชั่วชีวิต และสิ่งเหล่านี้จะเป็นพื้นฐานต่อความคิดและการปฏิบัติในวัยชราด้วย ส่วนปัจจัยภายนอก ได้แก่ ความสัมพันธ์ต่างๆ (relationships) และบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุ (social roles) ซึ่งมีส่วนในการกำหนดการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเช่นกัน^{๔๘}

โลกทัศน์และพฤติกรรมการปฏิบัติที่ได้ปลูกฝังมาจากวัฒนธรรมของกลุ่ม ซึ่งศาสนาก็เป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมที่หล่อหลอมคนที่อยู่ภายใต้ความเชื่อของศาสนา นั้นๆ ได้ส่งผลแก่บุคคลซึ่งเป็นสมาชิกของกลุ่มตั้งแต่วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และต่อเนื่องมาจนถึงวัยชรา เช่น วัฒนธรรมการกินอาหารของกลุ่ม การดื่มสุรา เหล่านี้ย่อมส่งผลต่อสุขภาพเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็นต้น

สรุป

จากเอกสารและงานวิจัยต่างๆ ที่ได้รวบรวมนำเสนอในบทความนี้เห็นได้ว่า ศาสนามีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีอิทธิพลต่อระบบคิด การรับรู้ และทัศนคติต่อสุขภาพ ซึ่งเชื่อมโยงไปถึงวิถีชีวิตและพฤติกรรมที่ปฏิบัติ การยึดมั่นในศาสนา (subjective religiosity) และการทำกิจกรรมทางศาสนาพบว่าส่วนใหญ่มีผลบวกต่อสุขภาพกายและจิตใจ การศึกษาบทบาทของศาสนาจึงเป็นอีกมิติหนึ่งที่จะช่วยก่อให้เกิดองค์ความรู้เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพและมีศักดิ์ศรี

เอกสารอ้างอิง

๑. Li RM, Iadarola AC, Maisano CC, editors. Why population aging matters? A Global perspective. National institute on aging and national institutes of health [online] 2007 [cited 26 May 2009]. Available from: URL: <http://www.nia.nih.gov/NR/rdonlyres/9E91407E-CFE8-4903-9875-D5AA75BD1D50/0/WPAM.pdf>
๒. United Nations. World Population Aging 1950-2050. New York: United Nations Publications; 2002.
๓. Levin J. How religion influences morbidity and health: reflections on natural history, salutogenesis and host resistance. Soc Sci Med 1996;43:845-64.
๔. Benjamins MR. Religion and functional Health among the elderly: Is there a relationship and is it constant? J Aging Health 2004;16:355-74.
๕. Koenig GH, George LK, Hays JC, Larson DB, Cohen HJ, Blazer DB. The relationship between religious activities and blood pressure in older adults. Int J Psychiatry Med 1998;28: 189-213.
๖. Lee BY, Newberg B. Religion and Health: A review and critical analysis. Zygon 2005;40: 443-65.
๗. Kertzer DI. Political-Economic and Cultural Explanations of Demographic Behavior. In: Situating Fertility. Anthropology and Demographic Inquire, Greenhalgh S, editor, Cambridge, Cambridge University Press; 1995:29-52.
๘. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
๙. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข. การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา. กรุงเทพฯ: มุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; ๒๕๔๐:๓๑๖.
๑๐. Gilford MD. Population in the twenty-first century: Statistics for Health Policy Washington, D.C.: National Academy Press; 1988.
๑๑. Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. The Gerontologist 1997;37:433-40.
๑๒. Krapp K, editor. Activities of daily living evaluation. In "Encyclopedia of Nursing & Allied Health". Gale Group, Inc., 2002. [online] [cited 9 July 2010]. Available from: URL: <http://www.enotes.com/nursing-encyclopedia/activities-daily-living-evaluation>
๑๓. Hansen-Kyle L. A Concept analysis of healthy aging. Nurs Forum 2005;40:45-57.
๑๔. Stern PC, Carstensen L L, editors. Aging mind: opportunities in cognitive research. Washington, D.C.: National Academy Press; 2000.
๑๕. Ryff CD. Know Thyself and Become What you are: A Eudaimonic Approach to Psychological Well-being. J Happiness Stud 2006; DOI 10. 1007/s 10902-006-9019-0. [online] [cited 10 July 2010]. Available from: URL: <http://www.aging.wisc.edu/pdfs/16.pdf>
๑๖. Koenig GH. How religious beliefs and practices are related to stress, health and medical Services. [online] [cited 17 February 2010]. Available from: URL: http://www.hoje.org.br/site/arq/artigos/How_Religious_Beliefs_and_Practices_Are_Related.pdf
๑๗. Bowker D. Pain and suffering-religious perspective. In: Encyclopedia of Bioethics, Reich WT, editor, New York: Free Press; 1978: 1185-9.
๑๘. Amundsen DW. Medicine and faith in early christianity. Bull Hist Med 1982;56:326-50.
๑๙. Lyttle T. Drug based religions and contemporary drug taking. J Drug Issues 1988;18: 271-84.

๒๐. Miller L, Gur M. Religiousness and sexual responsibility in adolescent girls. *J Adolesc Health* 2002;31:401-6.
๒๑. Condran GA, Ellen AK. Child mortality among Jewish immigrants to the United States. *J Interdiscip Hist* 1991;22:223-54.
๒๒. Trenholm P, Trent J, Compton WC. Negative religious conflict as a predictor of panic disorder. *J Clin Psychol* 1998;54:59-65.
๒๓. Pargament KI, Koenig HG, Tarakeshwar N, Hahn J. Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: A 2-Year Longitudinal Study *Arch Intern Med* 2001;161:1881-5.
๒๔. Princeton Religion Research Center. Importance of religion climbing again. *PRRC Emerging Trends* 1994;16:1-4.
๒๕. Ano GG, Vasconcelles EB. Religious coping and psychological adjustment to stress: a meta-analysis. *J Clin Psychol* 2005;61:461-80.
๒๖. Seeman TE, Dubin LF, Seeman M. Religiosity/spirituality and health. A critical review of the evidence for biological pathways. *Am Psychol* 2003;58:53-63.
๒๗. Bassuk, SS, Glass TA, Berkman LF. Social disengagement and incident cognitive decline in community-dwelling elderly persons. *Ann Intern Med* 1999;131:165-73.
๒๘. Strawbridge WJ, Shema SJ, Cohen RD, et al. Religious attendance increases survival by improving and maintaining good health behaviors, mental health, and social relationships. *Ann Behav Med* 2001;23:68-74.
๒๙. Brown CM. Exploring the role of religiosity in hypertension management among african Americans. *J Health Care Poor Underserved* 2000;11:19-32.
๓๐. การ์ม อับดุลเลาะห์. คู่มือมุสลิมเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: ส. วงศ์เสงี่ยม; นปป.
๓๑. Kark JD, Carmel S, Sinnreich R, Goldberger N, Friedlander Y. Psychosocial factors among members of religious and secular Kibbutzim. *Is J Med Sci* 1996;32:185-94.
๓๒. สมาคมนักเรียนเก่าอาหรับ. ความหมายอัลกุรอานเป็นภาษาไทย ภาค ๒ ญะซี ๑๑-20. กรุงเทพฯ: จีรรัชการพิมพ์; ๒๕๓๘:๕๗๘.
๓๓. อรุณ บุญชม, บรรณาธิการ. คลังวิชาการสุขภาพมุสลิม. กรุงเทพฯ: แผนงานสร้างเสริมสุขภาพมุสลิมไทย ศูนย์นโยบายเพื่อการพัฒนาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ๒๕๔๕.
๓๔. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนมุสลิมสำหรับผู้นำประจำมัสยิด. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; ๒๕๕๑.
๓๕. Xing G. Filial Piety in early Buddhism. *J Buddh Ethics* 2005;12.
๓๖. Helm HM, Hays JC, Flint EP, Koenig HG, Blazer DG. Does private religious activity prolong survival? A six-year follow-up study of 3,851 older adults. *J Gerontol Biol Sci Med Sci* 2000;55:400-5.
๓๗. Van Ness PH, Kasl SV, Jones BA. Religion, race, and breast cancer survival. *Int J Psychiatry Med* 2003;33:357-75.
๓๘. Levin JS, Vanderpool HY. Is religion therapeutically significant for hypertension? *Soc Sci Med* 1989;29:69-78.
๓๙. Kaufman Y, Anaki D, Binns M, Freedman M. Cognitive decline in Alzheimer's disease: Impact of spirituality, religiosity, and QOL. *Neurology* 2007;68:1509-14.
๔๐. Stylianou S. The role of religiosity in the opposition to drug use. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2004;48:429-48.
๔๑. Miller WR. Researching the spiritual dimensions of alcohol and other drug problems. *Addiction* 1998;93:979-90.
๔๒. Roff LL, Klemmack D, Parker M, Koenig H, Sawyer-Baker P, Allman R. Religiosity, smoking, exercise, and obesity among Southern, community-dwelling older adults. *J Appl Gerontol* 2005;24:337-54.
๔๓. Maltby J, Lewis CA, Day L. Religious orientation and subjective well-being: The role of

- the frequency of personal prayer. *Br J Health Psychol* 1999;4:363-78.
๔๔. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press; 2001.
๔๕. Mitchell J, Weatherly D. Beyond church attendance: Religiosity and mental health among rural older adults. *J Cross Cult Gerontol* 2000; 15:37-54.
๔๖. Neal K, Elena B. Religion, suffering, and health among older Mexican Americans. *J Aging Stud* 2009;23:114-23.
๔๗. Madru N. Stigma and HIV: Does the social response affect the natural course of the epidemic? *J Assoc Nurse AIDS Care* 2003;14: 39-48.
๔๘. Anderson B. Regional and cultural factors in the decline of marital fertility in Europe, in African Americans. *J Health Care Poor Under-served* 1986;11:19-32.
๔๙. Cumming E. Further Thoughts on the Theory of Disengagement. *Int Soc Sci J* 1963;15:377-93.
๕๐. Cumming E, Henry WE. *Growing Old: The Process of Disengagement*. New York: Basic Books, 1961.
๕๑. Hochschild AR. Disengagement Theory: A Critique and Proposal. *Am Sociol Rev* 1975; 40:553-69.
๕๒. Atchley RC. A continuity theory of normal aging. *Gerontologist* 1989;29:183-90.

Abstract

Religion and health in the elderly

Kwanchit Sasiwongsaroj

Institute for Languages and Cultures of Asia, Mahidol University

Thailand has entered into aging society and the number of elderly people tends to increase continuously. This growth trend results in a demand for care and health expenditures. Thus, the issues on aging are extensively investigated to promote living a long and healthy life, including independence from economic and social burden. It is well-documented that religion is closely related to health of elders. This article aims to review the current knowledge regarding the concept of religion and health, the role and positive/ negative effects of religion on health, and gerontology theory related to religion in order to provide some information for further study on aging in Thai society.

Key words: Religion Health Elderly