



การดูแลสุขภาพ สำหรับผู้ที่ท้องผูกในเดือนรอมฎอน

ผู้เขียน

มูหมัดดาไอะ	เจะเลาะ
อิระฟาน	หะยี้ไเต
อนันตชัย	ไทยประทาน
ยา	สารี
นิลนาถ	เจ๊ะยอ
ชอพียะห์	นิมะ
ยูซุฟ	นิมะ
บรรณาธิการ	
ยูซุฟ	นิมะ



การดูแลสุขภาพสำหรับผู้ถือศีลอดในเดือนรอมฎอน

มุหัมมัดดาอ๊ะ	เจะเลาะ
อีระฟาน	หะยี้แอ
อนันตชัย	ไทยประทาน
ยา	สารี
นิลนาถ	เจ๊ะยอ
ชอफीยะห์	นิมะ
ยูซุฟ	นิมะ

บรรณาธิการ

ยูซุฟ	นิมะ
-------	------

ISBN 978-974-452-420-1

พิมพ์ครั้งแรก : สิงหาคม 2551

จัดพิมพ์โดย

สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข (สจส.)

www.timaweb.org

สนับสนุนงบประมาณ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) www.nhso.go.th

สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ (สวรส.) www.hsri.or.th

ดำเนินการผลิต

สำนักพิมพ์นานปี (NANPEE PUBLISHING HOUSE)

E-mail : imaflah@gmail.com

คำนำ

สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข มีความตั้งใจ
ตั้งแต่ปีที่แล้ว ที่จะรวบรวมเรื่องราวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของ
ผู้ถือศีลอดในเดือนรอมฎอน ด้วยความประสงค์ของอัลลอฮ์ การมาของ
รอมฎอนในปีฮิจเราะฮ์ศักราช 1429 ความตั้งใจเหล่านั้นจึงได้เกิดขึ้น
หนังสือ “การดูแลสุขภาพสำหรับผู้ถือศีลอดในเดือนรอมฎอน” เป็นการ
รวบรวมบทความของสมาชิกสมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข
ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับ บทบัญญัติการถือศีลอด การดูแลสุขภาพ
ทั้งคนปกติและผู้ป่วยในเดือนรอมฎอน การถือศีลอดในทัศนะ
ทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งได้รวบรวมองค์ความรู้และงานวิจัย

ทั้งในและต่างประเทศ ตลอดจนรอมฎอนในมิติการให้

บริการของหน่วยบริการสาธารณสุขและชุมชน สมาคม

จันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข ขอได้อา

ตอเอกอัลลอฮ์ ๐ ๐ ๐ ทรงตอบแทนความดี

ของผู้เขียนทุกท่าน ที่ร่วมเขียนเป็น

วิทยาทานในครั้งนี้ และขอขอบคุณ



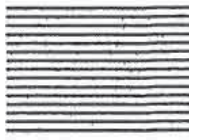
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่ (สงขลา) และ
สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ ได้ให้การสนับสนุนงบประมาณ ตาม
โครงการพัฒนาสุขภาพชุมชนเพื่อการพึ่งตนเองของชุมชน

หากหนังสือเล่มนี้มีประโยชน์สำหรับผู้อ่านและสามารถนำไป
ใช้เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของประชาชนและผู้ป่วยที่ถือศีลอด
ในเดือนรอมฎอนได้ นับเป็นความโปรดปราน ความเมตตาของอัลลอฮ์
ที่ประทานความรู้ ความสามารถ หนังสือเล่มนี้เชื่อว่าคงมีข้อบกพร่อง
เกิดขึ้นไม่มากนักน้อย เพราะหากได้ชื่อว่าเป็นมนุษย์ย่อมเป็นผู้พลั้งพลาด
ได้เสมอ ดังนั้น หากสิ่งใดจากหนังสือเล่มนี้ผิดพลาดไม่ว่าจะด้านใดก็ตาม
ยินดีรับข้อชี้แนะจากผู้อ่านที่มีเกียรติทุกท่าน สุดท้ายขออัลลอฮ์ทรง
อภิบาลแห่งจักรวาลทั้งมวล ทรงโปรดประทานความเมตตาแก่ผู้อ่าน
หนังสือเล่มนี้ พร้อมทั้งมวลมนุษย์ที่ไฝ่หาสัจธรรมด้วยเถิด

ยุซุฟ นิมะ
บรรณาธิการ



ผู้เขียน & บรรณาธิการ



ผู้เขียน

1. มุhammad อาอีซะ เจะเลาะ

พ.บ.

อัสซีฟาร์คลินิก อ.เมืองยะลา จ.ยะลา

2. อีระฟาน หะยีอีแด

พ.บ.

แพทย์ประจำโรงพยาบาลบาเจาะ อ.บาเจาะ จ.นราธิวาส

3. อนันตชัย ไทยประทาน

พ.บ., ว.ว.(ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา)

หัวหน้ากลุ่มงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ยะลา

อ.เมืองยะลา จ.ยะลา

4. ซอฟียะห์ นิมะ

พย.บ.(เกียรตินิยมอันดับ 2), วท.ม.(เภสัชวิทยา)

นักศึกษาปริญญาเอก สาขาวิชาเภสัชศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

5. ยา สารี

พ.บ.

แพทย์ประจำโรงพยาบาลไม้แก่น อ.ไม้แก่น จ.ปัตตานี

6. นิลนาถ เจ๊ะยอ

ภ.บ.

เภสัชกรประจำโรงพยาบาลหนองจิก อ.หนองจิก จ.ปัตตานี

บรรณาธิการ

ยูซุฟ นิมะ

ภ.บ., ภ.ม.(เภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร)

ผู้จัดการมูลนิธิเพื่อการศึกษาและพัฒนาสังคม



สารบัญ



คำนำ

ผู้เขียนและบรรณาธิการ

บทนำ

1

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการถือศีลอด

5

นพ.มูหมัดดาโอ๊ะ เจะเลาะ

สุขภาพดีในรอมฎอน

17

นพ.อีระฟาน หะยีอีแด

กินน้อยอายุยืนกว่ากินมาก

22

นพ.อนันตชัย ไทยประทาน

การถือศีลอดในทัศนะทางการแพทย์

27

นพ.มูหมัดดาโอ๊ะ เจะเลาะ

ผลของการถือศีลอดในเดือนรอมฎอน

33

ต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในภาวะสุขภาพดี
และเจ็บป่วย

คุณชอฟิยะห์ นิมะ

การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในช่วงเดือนรอมฎอน

87

นพ.ยา สารี



สารบัญ



ผลการปรับเปลี่ยนการใช้ยาเบาหวาน ในเดือนรอมฎอนในผู้ป่วยเบาหวานที่ถือศีลอด ภญ.นิลนาถ เจ๊ะยอ	99
การบริหารยาที่ไม่เสียการถือศีลอด ภก.ยุซุฟ นิมะ	113
การดูแลสุขภาพช่วงเดือนรอมฎอนในมิติของชุมชน นพ.อนันตชัย ไทยประทาน	118



บทนำ

Surah 2 : Al-baqarah 183. **“O you who believe! Observing As-Saum (the fasting)¹ is prescribed for you as it was prescribed for those before you, that you may become Al-Muttaqun.[the pious believers of Islamic Monotheism who fear Allah much(abstain from all kinds of sins and evil deeds which He has forbidden) and love Allah much (perform all kinds of good deeds which He has ordained)]**

Surah 2 : Al-baqarah 184. **“[Observing Saum (fasts)] for a fixed number of days, but if any of you is ill or on a journey, the same number (should be made up) from other days. And as For those who can fast with difficulty, (e.g. an old man), they have (a choice either to fast or) to feed a Miskin(poor person)(for every day) . But whoever does good of his own accord, it is better for him. And that you fast are better for you if only you know.²”**

¹ As-saum mean fasting, i.e. not to eat or drink or have sexual relations from the Adhan of the Fajr (early morning) prayer till the sunset.

² The provision of this Verse has been abrogated by next Verse : 185 with few exceptions, i.e. very old person, or pregnancy.

ข้อความข้างต้นเป็นการแปลความหมายในภาคภาษาอังกฤษ
อายะฮ์ที่ 183-184 ซูเราะฮ์อัลบาคอเราะฮ์ จากหนังสือ Interpretation of
the Meanings of THE NOBLE QURAN in THE ENGLISH
LANGUAGE โดย Dr.Muhammad Muhsin Khan และ Dr.Muhamad
Yaqi-ud-Din Al-Hilal เหตุผลที่นำเสนอความหมายด้วยภาษาอังกฤษ
เพื่อที่ ต้องการให้ผู้รักในการแสวงหาความรู้ได้ศึกษาบทตีฟซีรอัลกุรอาน
เล่มอื่นๆ เพิ่มเติม

ท่านเมอลานา อบูล อลา เมาดูดี³ ได้กล่าวไว้ว่า อิสลามได้
ดำเนินการอย่างเป็นขั้นเป็นตอนในการกำหนดหน้าที่ส่วนใหญ่แก่มุสลิม
กรณีการถือศีลอดก็เช่นเดียวกัน หลังจากได้อพยพไปยังนครมะดีนะห์
ในตอนแรกท่านรอซูลุลลอฮ์ ﷺ ได้แนะนำให้มุสลิมถือศีลอดเป็นเวลา
สามวันในหนึ่งเดือน ซึ่งมีใช้ข้อบังคับ หลังจากนั้นในปีที่ 2 ของการ
ฮิจญ์เราะฮ์ ก่อนสงครามบัตร์ บทบัญญัติอัลบาคอเราะฮ์ 2:183 เกี่ยว
กับการถือศีลอดในเดือนรอมฎอนก็ได้ถูกประทานลงมา อย่างไรก็ตาม
มันก็เป็นสิ่งที่สามารถเลือกได้แม้แต่กับบรรดาผู้ที่สามารถถือได้แต่ไม่
ยอมถือ กล่าวคือ เขาจะต้องเลี้ยงอาหารคนยากจนหนึ่งคนเป็นการทดแทน
แต่ละวันที่เขาไม่ถือศีลอด (อัลบาคอเราะฮ์ 2:184) หลังจากหนึ่งปีผ่านไป
บทบัญญัติอายะฮ์ถัดไป (2:185) ถูกประทานลงมาก็ได้หักล้างในสิ่งเหล่านี้
และได้ยกเลิกการให้สิทธิที่จะไม่ถือศีลอดแก่คนที่มีความสามารถ ยกเว้น
คนป่วย หรือคนเดินทาง หรือหญิงตั้งครรภ์ หรือหญิงที่ต้องให้นมบุตร
และผู้ที่ไม่สามารถถือศีลอดได้

และท่านชัยยิด กุฎุบ ได้กล่าวไว้ว่า⁴ เป้าหมายสูงสุดของการ
ถือศีลอดคือการยำเกรงต่ออัลลอฮ์ ﷻ การถือศีลอดเป็นสื่อหนึ่งที่จะ
นำไปสู่ความยำเกรงต่ออัลลอฮ์ ﷻ ช่วยปกป้องจิตใจมิให้สิ่งเลวร้าย
มาทำลายการถือศีลอด

³ เมอลานา อบูล อลา เมาดูดี (2539), ตีฟซีรุลกุรอาน เล่ม 1, ศูนย์หนังสืออิสลาม.
กรุงเทพฯ

⁴ ชัยยิด กุฎุบ (2548), อรรถาธิบายคัมภีร์อัลกุรอาน ฟิซิลาลกุรอาน (ได้ร่วมเงา
อัลกุรอาน) เล่มที่ 2 ภาคที่ 2, เบนฮาလာบี เพรส. ปัตตานี

สำหรับผู้ที่มีอาการป่วย หรือผู้ที่อยู่ในการเดินทาง ด้วยบทบอกรว้อย่างชัดเจนว่าเขาไม่ต้องถือศีลอด และให้ผู้ป่วยถือศีลอดทดแทนหลังจากหายป่วยแล้ว ส่วนผู้ที่อยู่ในภาวะเดินทางก็ให้ชดเชยเมื่อสิ้นสุดการเดินทาง นี่คือการเข้าใจในตัวของอัลกุรอานที่ดีที่สุด และใกล้เคียงกับความเข้าใจอิสลาม ในการขจัดความยุ่งยากและปกป้องผลร้ายที่จะเกิดขึ้น เหตุผลของการผ่อนผันไม่ได้อยู่ที่ความรุนแรงของอาการป่วย ไม่ได้อยู่ที่ความยากลำบากของการเดินทาง แต่เหตุผลของการผ่อนผันอยู่ที่อาการป่วยและการเดินทางเท่านั้น

ท่านนบีมุหัมมัด ﷺ ได้ให้กำลังใจแก่ผู้ศรัทธาทั้งหลายในการปฏิบัติภารกิจการถือศีลอดให้ลุล่วงไปด้วยดี โดยแจ้งให้ทราบถึงผลตอบแทนที่เขาจะได้รับจากอัลลอฮ์ ﷻ

ความหมายจาก อับดุลรอฮมาน รอฎียัลลอฮูอันฮู เล่าว่า ท่านรอซูล ﷺ กล่าวว่า “ผู้ใดที่ถือศีลอดเดือนรอมฎอนด้วยความศรัทธาและบริสุทธิ์ และมุ่งหวังผลบุญจากการถือศีลอด เขาจะได้รับการอภัยบาปของเขาที่ผ่านมา” (หะดีษ : บันทึกโดย อัลบุคอรี 4/221 และมุสลิม 760)

คำอธิบายหะดีษ⁵

คำว่า “إِيْمَانًا” คือ การเอื้อมมือถึงต่อหน้าที่ในการถือศีลอดอย่างเต็มเปี่ยม ส่วนคำว่า “إِحْسَانًا” คือ การวิงวอนขอผลบุญจากอัลลอฮ์

อัลเคาะฎฏอบียฺ กล่าวว่า “إِحْسَانًا” หมายถึง การตั้งใจ นั่นคือ การที่เขาถือศีลอดอันเนื่องมาจากหวังเพื่อได้รับผลบุญที่เกิดจากจิตใจที่บริสุทธิ์และยินยอม ขณะเดียวกันเขาจะไม่มีความรู้สึกหนักใจในการถือศีลอดและไม่รู้สึกว่าการถือศีลอดนั้นนานเกินไป

(ฟัตฮุ อัล-บารีย์ 4/114)

⁵ อ้างอิงจาก <http://www.iqraforum.com/forum2/index.php?action=printpage;topic=395.0>, 28 กรกฎาคม 2551

อิส-ฮุฎัยย์ กล่าวว่า คำว่า “ اِيْمَانٌ ” หมายถึง การยินยอมให้การถือศีลอดเป็นฟัรฎูเหนือเขาและเป็นสิทธิที่เป็นวาญิบและเป็นหนึ่งในรูกนอิสลาม ทั้งยังเป็นส่วนหนึ่งของกระทำที่อัลลอฮ์ให้คำมั่นสัญญาว่าจะให้ผลบุญและผลตอบแทน [ตุหฟะตุลอะหฺวะซีย 3/361]

อิหม่ามอันนะวะวี กล่าวว่า อะมัลอิบาดะฮ์ทุกอย่างที่สามารถไถ่จากบาปต่างๆ เมื่อตรงกับบาปต่างๆ (ไม่ว่าจะเป็นบาปใหญ่หรือบาปเล็ก) บาปนั้นก็จะถูกลบล้างไป ซึ่งบาปเล็กก็จะถูกลบไป ส่วนบาปใหญ่ก็จะให้เบาบางลง หากอิบาดะฮ์ต่างๆ มิใช่เป็นสาเหตุของการยกระดับ (ดะรอญะฮ์) ในสวรรค์

อิบน์ มุนซิร กล่าวว่า การให้อภัยนั้นจะครอบคลุมถึงบาปทุกอย่างทั้งที่เป็นบาปใหญ่และบาปเล็ก

แม้ว่าหนังสือเล่มนี้จะเน้นเนื้อหาการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ถือศีลอดในเดือนรอมฎอนก็ตาม แต่เป็นการดูแลสุขภาพทั้งผู้ที่มีสุขภาพดีหรือผู้ป่วยที่ปฏิบัติภารกิจการถือศีลอดช่วงเดือนรอมฎอน ที่มีความต้องการจะใช้โรงเรียนรอมฎอนเป็นสื่อ เป็นช่วงเวลาแห่งการฝึกฝนจิตใจให้ปรากฏอย่างเห็นได้ชัด รวมไปถึงการคาดหวังผลตอบแทนจากอัลลอฮ์ ﷻ นั้นเอง

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการถือศีลอด

มุฮัมมัดดาอ๊ะ เจ๊ะเลาะ

1. ความหมาย

- การถือศีลอด หรือในภาษามลายู เรียกว่า ปุวาสา (فواس)
- ในภาษาอาหรับ ตรงกับคำว่า อัศ-ศิยาม (الصيام) หรือ อัศ-เศาม (الصوم) ซึ่งมีความหมายในทางภาษาว่า การละเว้นหรือการอดกลั้น

- ส่วนความหมายในด้านบัญญัติศาสนา หมายถึง การละเว้นจากการกิน การดื่ม การร่วมรสนระหว่างสามีภริยา และการพูดจาไร้สาระ ตลอดจนการกระทำที่ขัดกับคุณธรรม เริ่มตั้งแต่รุ่งอรุณ จนถึงตะวันตกขอบฟ้า ด้วยเจตนา (เหนียต) เพื่อพระองค์อัลลอฮ์ ﷻ เท่านั้น

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ ءَامَنُوا كُتِبَ عَلَيْكُمُ الصِّيَامُ كَمَا

كُتِبَ عَلَى الَّذِينَ مِن قَبْلِكُمْ لَعَلَّكُمْ تَتَّقُونَ ﴿١٨٣﴾

ความว่า : โอ้บรรดาผู้ศรัทธาเอ๋ย การถือศีลอดได้ถูกบัญญัติแก่พวกเจ้า ดังเช่นได้ถูกบัญญัติแก่ประชาชาติก่อนหน้าพวกเจ้า เพื่อว่าพวกเจ้าจะได้ยำเกรง (อัลกุรอาน 2:183)

การถือศีลอด (อัศ-ศิยาม) ถ้ามองในแง่ของภาษาแล้ว การละเว้นหรือการอดกลั้นจากสิ่งหนึ่งสิ่งใดนั้น มีมาช้านานแล้ว เช่น ในสมัยท่าน

นบีอาดัม อะลัยฮิสสลาม ซึ่งถือว่าเป็นมนุษย์คนแรกที่อัลลอฮ์ ﷻ ได้ทรงสร้างขึ้นมา และท่านได้พำนักอยู่ในสวนสวรรค์กับภริยาของท่านคือ นางฮาวา อัลลอฮ์ ﷻ ได้ทรงตรัสให้นบีอาดัมและภริยาของท่าน สามารถที่จะบริโภคทุกสิ่งทุกอย่างที่มีอยู่ในสวนสวรรค์ ตามที่เขาปรารถนา ยกเว้น ผลไม้จากต้นไม้อชนิดหนึ่งเท่านั้นที่ต้องห้าม แต่แล้วทั้งสองก็พลั้งพลาดไป เพราะการยุแหย่กระตือรือร้นของมารร้ายชัยฏอน (ดูอัลกุรอาน 7:19-20)

คำว่า อัส-เศอุม (الصَّوْمُ) ซึ่งให้ความหมายว่า การละเว้น หรือการอดกลืน จะพบในซูเราะฮ์มัมม์ (19) โองการที่ 26 ซึ่งเป็นเรื่องราวเกี่ยวกับนางมัมม์หลังจากที่นางได้คลอดลูกแล้ว

พระองค์ทรงตรัสว่า

فَكُلِي وَاشْرَبِي وَقَرِّي عَيْنًا ۖ فَإِمَّا تَرِينَ مِنَ الْبَشَرِ
أَحَدًا فَقُولِي إِنِّي نَذَرْتُ لِلرَّحْمَنِ صَوْمًا فَلَنْ أُكَلِّمَ الْيَوْمَ
إِنْسِيًّا ﴿٦﴾

ความว่า : ฉะนั้น จงกิน จงดื่ม และจงทำจิตใจให้เบิกบานเถิด หากเธอเห็นมนุษย์คนใด ก็จงกล่าวว่า ฉันไดบบนการสงบนิ่งไว้ต่อพระผู้ทรงกรุณาปรานี ฉันจะไม่พูดกับผู้ใดเลยวันนี้

2. ประวัติการถือศีลอดของคนในอดีต

1. ในคัมภีร์ของชาวยิว (ยะฮูดี) ได้บันทึกไว้ว่า บทบัญญัติเดิมของชาวยิวให้ถือศีลอดโดยจะต้องละเว้นจากการกินและการดื่มเป็นเวลา 1 วัน โดยอนุญาตให้กินอาหารได้เพียงมือเดียวเท่านั้น แต่ต่อมาได้มีการเปลี่ยนแปลงแก้ไขใหม่ โดยจะเริ่มอดอาหารตั้งแต่เที่ยงคืนจนถึงเที่ยงวันเท่านั้น

2. การถือศีลอดของชาวนัสรอนี (คริสเตียน) ในอดีตได้มีการบันทึกไว้ว่า ได้มีบทบัญญัติการถือศีลอดเป็นเวลานานติดต่อกันถึง 40 วัน

ต่อไป ตามแบบอย่างของท่านนบีอิซา อะลัยฮิสสลาม โดยจะต้องอดอาหารและน้ำเป็นเวลา 1 วัน และ 1 คืน (รวม 24 ชั่วโมง) และให้ละศีลอดได้เพียงครั้งเดียว โดยไม่มีการรับประทานชะฮูร(ก่อนดวงอาทิตย์ขึ้น) ต่อมาบทบัญญัตินี้ ได้มีการเปลี่ยนแปลงโดยบาทหลวงหรือผู้นำศาสนา ซึ่งแต่ละกลุ่มจะมีการปฏิบัติที่แตกต่างกัน เช่น

บางกลุ่มตั้งเจตนาว่า จะละเว้นจากการบริโภคอาหารชนิดเนื้อสัตว์เท่านั้น อาหารอื่นสามารถบริโภคได้ตามปกติ

บางกลุ่มตั้งเจตนา จะละเว้นอาหารจำพวกปลาเท่านั้น อาหารชนิดอื่นก็สามารถกินได้ เป็นต้น

3. ชาวจีนก็มีการถือศีลอดเช่นเดียวกัน ที่เรียกว่า “กินเจ” หรือถือศีลกินเจ คำว่า เจ (จาย) ในภาษาจีน มีความหมายหนึ่งว่า “การกินมังสวิรัต” หรือการปรับในส่วนที่ไม่ดีงามให้ดีขึ้น หรือบางคนจะรู้จักในนาม “เทศกาลกินเจ” นั่นเอง

- เทศกาลกินเจนี้ จะเริ่มทุกวันที่ 1 ของเดือน 9 (ตามจันทรคติของจีน) เป็นเวลา 9 วัน ซึ่งมีจุดประสงค์ที่แตกต่างกัน เช่น เพื่ออุทิศส่วนกุศลให้แก่บรรดาหัวหน้ากบฏไ่่พั่ง ที่ถูกประหารชีวิตพร้อมกันทั้งหมด 9 คน หรือบางคนเป็นการบูชาดาวนพเคราะห์ทั้ง 9 ดวง เป็นต้น

- พระพุทธเจ้า พระองค์ก็เคยปฏิบัติศีลโดยการอดอาหารเป็นเวลานานถึง 49 วัน ก่อนที่พระองค์จะตรัสรู้

- ในคัมภีร์อัลเตารอด (คัมภีร์หนึ่งที่มุสลิมศรัทธา) ก็ได้กล่าวถึง การถือศีลอด และได้มีการยกย่องสรรเสริญบรรดาผู้ที่ถือศีลอด แต่ไม่พบหลักฐานที่ชัดเจนว่า เป็นบัญญัติของศาสนาในสมัยนั้นหรือไม่ แต่ท่านนบีมุซาเคยถือศีลอดเป็นเวลา 40 วัน

3. บทบัญญัติการถือศีลอด

การถือศีลอด (อัศ-ศิยาม) เป็นอิบาตะฮ์หนึ่งที่สำคัญในหลักการอิสลาม 5 ประการที่ได้ถูกบัญญัติลงมาในวันที่ 2 เดือนชะอฺบาน ปีที่ 2 แห่งฮิจเราะฮ์ศักราช ซึ่งเป็นการยืนยันถึงข้อเท็จจริงที่ได้กำหนดไว้กับ

ประชาชาติยุคก่อนสมัยท่านนบีมุหัมมัด ﷺ ซึ่งวิธีการปฏิบัตินั้นจะแตกต่างจากวิธีการปฏิบัติของประชาชาติในอดีตโดยสิ้นเชิง การถือศีลอดที่ถูกต้องตามบทบัญญัติอิสลามจะไม่ขัดต่อหลักวิชาการแพทย์แต่อย่างใด เพราะได้มีแบบอย่างที่ดีงามจากท่านนบีมุหัมมัด ﷺ ให้เราได้ยึดถือปฏิบัติมิใช่เป็นการปฏิบัติที่คิดค้นขึ้นมาแต่อย่างใด

การถือศีลอดเป็นบทบัญญัติหนึ่งในรูกนอิสลาม 5 ประการ ท่านนบี ﷺ ได้กล่าวว่า

بني الاسلام على خمس شهادة ان لا اله الا الله وان
حمدا رسول الله واقام الصلاة وايتاء الزكاة وحج البيت
وصوم رمضان وراه البخارى ومسلم

ความว่า : อัลอิสลามตั้งอยู่บนหลักการ 5 ประการ คือ (1) การปฏิญาณตนว่า ไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากอัลลอฮ์ และแท้จริงมุหัมมัดเป็นร่อซูลของอัลลอฮ์ (2) การดำรงไว้ซึ่งการละหมาด (3) การบริจาคทานซะกาต (4) การประกอบพิธีฮัจญ์ ณ บัยตุลลอฮ์ และ (5) การถือศีลอดในเดือนรอมฎอน

(หะดีษ : บันทึกโดย อัลบุคอรี และมุสลิม)

และมีรายงานจาก อบูฮุร็อยเราะฮฺ ร่อฎิยัลลอฮุอันฮู แจ้งว่า ท่านร่อซูลุลลอฮ์ ﷺ กล่าวว่า

اِتَاكُمْ رَمَضَانَ شَهْرٌ مُبَارَكٌ فَرَضَ عَلَيْكُمْ صِيَامُهُ.....

ความว่า : เดือนรอมฎอนได้มาหาพวกท่าน เป็นเดือนอันประเสริฐ การถือศีลอดของมันได้ถูกบัญญัติแก่พวกท่าน

(หะดีษ : บันทึกโดย อะหมัด ด้วยสายสืบที่ศอเฮียะฮ์)

บรรดานักวิชาการมุสลิม มีความเห็นพ้องกันว่า การถือศีลอดเดือนรอมฎอนเป็นสิ่งจำเป็น (วายิบ) ผู้ใดปฏิเสธ ถือไม่ยอมรับว่าเป็นวายิบ เขาผู้นั้นจะกลายเป็นผู้ปฏิเสธศรัทธา (กาฟิร)

4. คุณสมบัติผู้ที่จะต้องถือศีลอด

ใครบ้างจะต้อง(วายิบ)ถือศีลอด และใครบ้างที่ไม่วายิบถือศีลอด จะแสดงในตารางดังต่อไปนี้

คุณสมบัติ	วายิบถือศีลอด	ไม่วายิบถือศีลอด
1	คนมุสลิมผู้ศรัทธา	คนกาฟิร (คนปฏิเสธศรัทธา)
2	มีสติสัมปชัญญะ	คนเสียสติ (คนบ้า)
3	บรรลุนิติภาวะ	เด็กเล็ก หรือไม่บรรลุนิติภาวะ
4	มีสุขภาพดี	คนป่วย
5	คนมุกิม (อยู่ในพื้นที่)	คนมุซาฟิร (คนเดินทาง)

หมายเหตุ สำหรับสตรีนั้นนอกจากจะมีคุณสมบัติข้างต้นแล้ว จะต้องไม่อยู่ในช่วงที่มีรอบเดือน (ระดู) หรือระยะหลังคลอด (นิฟัส)

หลักฐาน

1. อัลลอฮฺ ﷻ ทรงตรัสว่า

فَمَنْ كَانَ مِنْكُمْ مَّرِيضًا أَوْ عَلَى سَفَرٍ فَعِدَّةٌ مِّنْ

أَيَّامٍ أُخَرَ

ความว่า : แล้วผู้ใดในหมู่พวกเจ้าป่วย หรืออยู่ระหว่างการเดินทางก็ให้ถือ (ศีลอด) ใช้ในวันอื่น (อัลกุรอาน 2:184)

2. ท่านนบีมุหัมมัด ﷺ ได้กล่าวว่า

عن علي رضي الله عنه ان النبي ﷺ قال رفع
القلم عن ثلاثه عن المجنون حتى يفيق وعن النائم حتى
يستيقظ وعن صبي حتى يحتلم

ความว่า : มีรายงานจากท่านอาลี รอฎอัยลลอฮุอันฮู ว่า
ท่านนบีมุหัมมัด ได้กล่าวว่า ปากกาจะถูกยกขึ้นมา (จะไม่ถูกบันทึก)
จากบุคคล 3 ประเภท คือคนที่เสียสติ (คนบ้า) จนกว่าเขาจะมีสติ
และคนที่นอนหลับ จนกว่าเขาจะตื่นนอน และจากเด็กเล็ก จนกว่า
เขาจะฝันเปียก (บรรลุนิติภาวะ)

(หะดีษ : บันทึกโดย อะหมัด อับดุลวาจิด และติรมิซีย)

5. หลักการสำคัญ(รูกน)การถือศีลอด

1. ตั้งเจตนา (เหนียต) ทำเพื่ออัลลอฮ์ ﷻ ผู้ที่ถือศีลอดในเดือนรอมฎอน จะต้องตั้งเจตนาว่าเขาจะถือศีลอดก่อนรุ่งอรุณ แต่ถ้าหากว่าเขาลืม ก็สามารถตั้งเจตนาใหม่ได้ คนที่ตื่นมาเพื่อรับประทานอาหารเช้า ก็ถือว่าเขาได้ตั้งเจตนาแล้ว

2. ต้องอดทน อดกลั้น และละเว้นจากการกระทำ ประพฤติปฏิบัติในสิ่งต่างๆ ที่จะทำให้การถือศีลอดนั้นเสียหายหรือใช้ไม่ได้

6. การกระทำที่จะทำให้เสียการถือศีลอด

1. รับประทานอาหารเช้าดื่มน้ำด้วยเจตนา ยกเว้นกรณีหลงลืมจริงๆ

2. มีเพศสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยาในเวลากลางวัน ยกเว้นในเวลากลางคืน

3. เจตนาทำการอาเจียน

4. เจตนาจะละศีลอด ถึงแม้ว่ายังไม่ได้รับประทานอาหารเช้าหรือดื่มอะไรเลยก็ตาม

5. สตรีมีรอบเดือน(ระดู) ในขณะที่ถือศีลอดในช่วงเวลากลางวัน ถึงแม้ว่าจะมีเลือดออกมาจำนวนเล็กน้อยก็ตาม

6. เจตนาทำให้เกิดการหลั่งน้ำอสุจิโดยวิธีใดก็ตาม ยกเว้น การฝันเปียก

7. ประเภทของการถือศีลอด

การถือศีลอด แบ่งออกเป็น 2 ประเภท

1. ถือศีลอดวายิบ (واجب) ต้องปฏิบัติ) คือ

1.1 ถือศีลอดในเดือนรอมฎอน

1.2 ถือศีลอดกัฟฟาเราะฮฺ คือ การถือศีลอดเพื่อไถ่บาปจากการละเมิดคำสั่งของอัลลอฮฺ

1.3 ถือศีลอดนาซัร (ทำการบนบานไว้)

2. ถือศีลอดซุนนะฮฺ (تطوع) ส่งเสริมให้ปฏิบัติ) คือ

2.1 ถือศีลอด 6 วันในเดือนเชาวัล จะปฏิบัติอย่างต่อเนื่องหรือไม่ก็ได้

2.2 ถือศีลอดในวันอารอฟะฮฺ คือ วันที่ 9 ของเดือนซุลฮิจญะฮฺ สำหรับผู้ที่ไม่ได้ไปประกอบพิธีหัจญ์

2.3 ถือศีลอดในวันอาชูรอ คือ ตรงกับวันที่ 10 ของเดือนมุฮัรรอม วิธีปฏิบัติที่ถูกต้องนั้นคือ จะต้องถือศีลอด 2 วันติดต่อกัน คือ วันที่ 9 และ 10 เพื่อรำลึกถึงวันแห่งชัยชนะของท่านนบีมุฮัมมัด อะลัยฮิสสลาม ต่อกองทัพของไฟรเอาว์น

2.4 ถือศีลอดในวันจันทร์และพฤหัสบดีของแต่ละสัปดาห์

2.5 ถือศีลอด 3 วันติดต่อกันของแต่ละเดือน คือวันที่ 13, 14 และ 15 ตามจันทร์คติของเดือนอาหฺร็บ

2.6 ถือศีลอดในเดือนชะอฺบาน (เดือนก่อนเข้าสู่รอมฎอน) โดยมีเงื่อนไขว่า

- จะปฏิบัติติดต่อกันทุกวันอย่างเดือนรอมฎอนไม่ได้ แต่ท่านนบีมุฮัมมัด ถือศีลอดมากที่สุดรองจากเดือนรอมฎอน

- จะต้องละศีลอดอย่างน้อย 2-3 วัน ก่อนเข้าสู่เดือนรอมฎอน

2.7 ถือศีลอดวันเว้นวัน ตามแบบอย่างของท่านนบีดาอุดอะลัยฮิสสลาม สามารถถือศีลอดได้ตลอดทั้งปี ยกเว้นในเดือนรอมฎอน

หมายเหตุ

1. การถือศีลอดซุนนะฮฺ สามารถเหนียตหลังจากรุ่งอรุณแล้ว
2. หากมีอุปสรรคในขณะที่ถือศีลอดซุนนะฮฺ สามารถละศีลอดได้โดยไม่ต้องชดใช้
3. ห้ามไม่ให้ถือศีลอดติดต่อกันตลอดทั้งกลางวันและกลางคืนโดยไม่ละศีลอดเลย เรียกการถือศีลอดชนิดนั้นว่า “วิศัล” ซึ่งท่านนบีมุหัมมัด ﷺ ได้สั่งห้ามไว้

8. วันที่ถูกห้ามและไม่สมควรที่จะถือศีลอด

1. วันอีด (รายอ) ทั้งสอง คือ อีดุล-ฟิตรี และอีดุล-อฎฮา
2. วันดัชริก ทั้ง 3 วัน คือ วันที่ 11, 12 และ 13 ของเดือนชุลฮิจญะฮฺ
3. วันที่กลางแคลงใจ คือ วันสุดท้ายของเดือนชะอฺบาน (ก่อนเข้าสู่เดือนรอมฎอน)
4. สองวันก่อนเข้าสู่เดือนรอมฎอน ยกเว้น เขาได้ปฏิบัติถือศีลอดซุนนะฮฺ ตามแบบอย่างนบีดาอุด หรือ 2 วันก่อนเข้าสู่เดือนรอมฎอนนั้นตรงกับวันจันทร์ หรือพฤหัสบดี ซึ่งเคยปฏิบัติมาเป็นประจำ
5. สตรีที่สามีของนางไม่อนุญาตให้ถือศีลอดซุนนะฮฺ นางควรขออนุญาตจากสามีของนางเสียก่อน

9. วันที่มักรูห์ (น่ารังเกียจหรือไม่เหมาะสม) ต่อการถือศีลอด

1. ถือศีลอดชุนนะฮฺเฉพาะวันศุกร์เท่านั้น โดยที่ไม่ได้ถือศีลอดก่อนหรือหลังวันศุกร์ร่วมด้วย ยกเว้นถือศีลอดวาฮิบ
2. การถือศีลอดเฉพาะวันเสาร์เท่านั้น เพราะวันเสาร์เป็นวันสำคัญของชาวยิว ยกเว้นการถือศีลอดวาฮิบ

10. คุณประโยชน์ของการถือศีลอด

ผู้ที่ถือศีลอดตามแบบอย่างของท่านนบีมุหัมมัด ﷺ และเข้าใจจุดมุ่งหมายตลอดจนแก่นแท้ของการถือศีลอด บุคคลผู้นั้นนอกจากจะทำให้เขามีสุขภาพที่ดีแล้ว เขาจะได้รับคุณประโยชน์ด้านอื่นๆ อีกมากมายซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

1. การถือศีลอดเป็นเกราะคุ้มกันผู้ที่ถือศีลอด สามารถหักห้ามจิตใจให้ห่างไกลจากตัณหาและความใคร่ ยับยั้งมิให้ประพฤตสิ่งที่เป็นความชั่วและความเลวทรามซึ่งเคยปฏิบัติเป็นประจำ เป็นการระงับยับยั้งพลังของอวัยวะต่างๆ ให้เฉื่อยชาลง
2. การถือศีลอดทำให้ได้เข้าสวรรค์ ท่านนบีมุหัมมัด ﷺ ได้กล่าวว่า คนที่ถือศีลอดหนึ่งวันในทางของอัลลอฮฺ ﷻ พระองค์จะทรงทำให้ใบหน้าของเขาห่างไกลจากไฟนรกเป็นเวลาถึง 70 ปี ดังนั้นผู้ที่ถือศีลอดด้วยเจตนาเพื่อแสวงหาความโปรดปรานจากอัลลอฮฺ ﷻ อินชาอัลลอฮฺ เขาจะได้รับสวรรค์อย่างแน่นอน
3. ผู้ถือศีลอดนั้นมีช่วงเวลาดีใจสองคราว นั่นคือ เมื่อถึงเวลาละศีลอด และเมื่อพบกับพระผู้อภิบาลของเขาในวันกิยามะฮฺ
4. ผู้ที่ถือศีลอดนั้นจะได้รับการตอบแทนแก่พวกเขาอย่างสมบูรณ์โดยปราศจากการคำนวณ
5. กลิ่นปากของผู้ถือศีลอดมีกลิ่นหอม ณ อัลลอฮฺ ﷻ มากกว่ากลิ่นหอมของชะมดเพียง
6. การถือศีลอดและอัลกุรอานจะขอความช่วยเหลือให้แก่เจ้าของมัน

7. การถือศีลอดเพื่อไถ่บาป หรือไถ่โทษ (กัฟฟาเราะฮฺ)

8. อรรอยยานสำหรับบรรดาผู้ถือศีลอด อรรอยยาน เป็น ประตุนึงที่อัลลอฮฺ ﷻ ได้เตรียมไว้สำหรับบรรดาผู้ที่ถือศีลอด ไม่มีผู้ใด จะเข้าทางประตุนั้นนอกจากพวกเขาเท่านั้น

11. บุคคลที่จะได้รับการผ่อนผันจากการถือศีลอด

1. การเดินทาง (สาฟาร)

ในหะดีษหลายบทเปิดโอกาสให้ผู้เดินทางเลือกกระหว่างการ ถือศีลอด และไม่ถือศีลอด แต่เราต้องไม่ลืมว่าความเมตตาแห่งพระเจ้า ได้กล่าวไว้ในซูเราะฮฺอัลบะกอเราะฮฺ อายะฮฺที่ 185

وَمَنْ كَانَ مَرِيضًا أَوْ عَلَىٰ سَفَرٍ فَعِدَّةٌ مِّنْ أَيَّامٍ
أُخْرٍ يُرِيدُ اللَّهُ بِكُمُ الْيُسْرَ وَلَا يُرِيدُ بِكُمُ الْعُسْرَ

ความว่า : และผู้ใดป่วย หรืออยู่ระหว่างเดินทาง ก็ให้เขา ถือศีลอดใช้ในวันอื่น อัลลอฮฺทรงประสงค์ความสะดวกแก่พวกเจ้า และพระองค์ ไม่ประสงค์ความลำบากแก่พวกเจ้า

ฮัมซะฮฺ อิบน์ อัมรฺ อัล-อัศละมีีย ได้ถามท่านรอซูลุลลอฮฺ ﷺ ท่านได้ตอบแก่เขาว่า “จงถือศีลอดหากท่านประสงค์ และจง ละศีลอดหากท่านประสงค์” (หะดีษ: บันทึกโดย อัลบุคอรี และมุสลิม)

พึงทราบเถิดว่า การถือศีลอดขณะเดินทางนั้น ถ้าหากเป็นการ ลำบากแก่เขาแล้วก็ไม่เป็นความดีเลย หากแต่ว่าการละศีลอดเป็นการดี กว่า และเป็นทีโปรดปรานแก่อัลลอฮฺ

ท่านนบีมุหัมมัด ﷺ ได้กล่าวว่า

ليس من البر الصيام في السفر

ความว่า : ไม่เป็นการดีเลยที่จะถือศีลอดในขณะที่เดินทาง
(หะดีษ : บันทึกโดย อัลบุคอรีและมุสลิม รายงานจากญาบิร)

ดังนั้น ผู้ที่เดินทาง หากต้องการละศีลอด เขาจะต้องถือศีลอด
ชดใช้ในวันอื่นๆ เท่ากับจำนวนวันที่เขาได้ละศีลอด

ส่วนระยะทางที่สามารถจะละศีลอดได้นั้น ไม่ได้ระบุอย่างชัดเจน
แต่บรรดานักวิชาการมุสลิมบางท่าน ได้ยึดถือระยะทางที่สามารถ
ทำการละหมาดย่อ(กอส็อร) ได้ มาเป็นเกณฑ์ในการถือปฏิบัติ

2. การป่วย

คนป่วยจะแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

2.1 ผู้ป่วยที่มีโอกาสรักษาให้หายขาดและอนุญาตให้
ละศีลอดได้นั้น คือ เมื่อถือศีลอดอาจทำให้เกิดอันตรายแก่ชีวิต ทำให้
การเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น หรือกลัวว่าการฟื้นจากการป่วยจะล่าช้าไป ซึ่ง
เป็นการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้ชำนาญและไว้ใจได้

2.2 ผู้ป่วยด้วยโรคบางชนิด ที่มีลักษณะเรื้อรัง ไม่สามารถ
รักษาให้หายขาดได้ ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การถือศีลอดจะ
ทำให้สุขภาพของเขาทรุดโทรมหรือมีอาการเลวร้ายเพิ่มมากขึ้น อาจจะ
ส่งผลอันตรายถึงชีวิต ซึ่งเป็นผลจากการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้ชำนาญ
และไว้ใจได้

ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ จะจัดอยู่ในกลุ่มผู้ที่มีความลำบากยิ่ง หากเขา
จำต้องถือศีลอด ดังนั้นการละศีลอดของเขาจะชดเชยด้วยการให้อาหาร
แก่คนยากจนขัดสน (ฟิดยะฮฺ) หนึ่งคนต่อวัน ในสมัยท่านนบีมุหัมมัด
ﷺ มีการจ่ายในรูปของอาหารหลัก เช่น ข้าวสาลี 1 มุด (ครึ่งศอก) แก่
คนยากจน

3. คนชราทั้งหญิงและชาย

คือ คนที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ซึ่งบางคนยังมีร่างกายที่แข็งแรง
ปราศจากโรคประจำตัว แต่บางคนมีร่างกายที่อ่อนแอและเป็นโรค

4. หญิงมีครรภ์และหญิงเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
นักวิชาการมุสลิมมีความเห็นแตกต่าง ดังนี้

อับนุ กุตามะฮฺ ได้กล่าวไว้ในหนังสืออัลมุขนี (3/21) ว่า “บรรดาศอหาบะฮฺมิได้ขัดแย้งกับอับนุ อับบาส” ดังนั้นในความเห็นของเขาจึงไม่มีบรรดาอุลามาอะอ์คุดดกันหรือไม่เห็นด้วย และถือได้ว่าเป็นการยอมรับโดยปริยาย

4.3 ตามทัศนะของอิมามซาฟิอี และอะหมัด มีความเห็นว่า หากหญิงตั้งครรภ์หรือเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความวิตกกังวลต่อสภาพของลูกเท่านั้น ก็อนุญาตให้นางทั้งสองละศีลอดได้ แต่จะต้องขอใช้ด้วยการถือศีลอดใช้และจ่ายฟิตยฮด้วย

4.4 ตามทัศนคติของมัคธัปปานาฬิ หนึ่งตั้งครภหรือหนึ่ง
ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ไม่ว่าจะมีความวิตกกังวลต่อสุขภาพของตนเอง
หรือของลูกก็อนุญาตให้ละทิ้งได้ แต่ต้องชดใช้ด้วยการถือศีลอดแทน
เท่านั้น เช่นเดียวกับคนป่วย



อัลลอฮ์ ทรงบอกแก่บรรดาผู้ศรัทธาทั้งหลายถึงประโยชน์ของการถือศีลอดไว้ว่า

ความว่า : “... และการที่พวกเจ้าถือศีลอดนั้น ย่อมเป็นสิ่งที่ดียิ่งกว่าแก่พวกเจ้า หากพวกเจ้ารู้” (อัลกรอาน 2:184)

การถือศีลอดไม่เหมือนกับการอดอาหารเพื่อสุขภาพอื่นๆ
 ผู้ศรัทธาไม่ได้อดอาหารเพราะเป็นคำสั่งของแพทย์ ผู้ศรัทธาไม่ได้

อดอาหารทั้งวันทั้งคืน ไม่ได้อดอาหารหรือเลือกกินอาหารบางชนิด เป็นการเฉพาะ เช่น ไม่ได้เลือกกินเฉพาะผักหรือผลไม้อย่างเดียว แต่ยังรับประทานโปรตีนจากเนื้อสัตว์ และยังมีผลดีจากขั้นตอนหรือ ชุมนะฮ์ต่างๆ ที่ได้ปฏิบัติโดยพร้อมเพรียงกันในเดือนรอมฎอน เช่น แบบอย่างการรับประทานอาหารซุฮูร หรือการเร่งละศีลอดโดยไม่ ประวิงเวลาให้ล่าช้าออกไป หรือการละหมาดตะรอวีฮ์-กียามุลลัยล หรือ การอ่านอัลกุรอาน ล้วนแล้วแต่จะเป็นผลดีทั้งสิ้น

ไม่ใช่เพียงแต่ผลดีทางด้านร่างกายเท่านั้น แต่การถือศีลอดยังมีผลดีทางด้านจิตใจ สร้างความสงบและความยำเกรงต่ออัลลอฮ์ ﷻ สิ่งที่เกิดขึ้นนี้มีผลต่อสุขภาพจิตอย่างไม่ต้องสงสัย นอกจากนี้ การถือศีลอดยังเป็นโอกาสดีของการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เป็น ปัญหาอยู่ เช่น การเลิกสูบบุหรี่ ปรับพฤติกรรมการกินอย่างฟุ่มเฟือย ลดการกินอาหารขยะทั้งหลาย รวมถึงการสร้างพฤติกรรมที่ดีต่างๆ เช่น การแบ่งปัน การช่วยเหลือผู้ด้อยากและยากจน

แต่ทั้งนี้ผลลัพธ์ที่จะเป็นประโยชน์ต่างๆ จะเกิดขึ้นกับผู้ศรัทธา ที่ปฏิบัติรอมฎอนอย่างสมบูรณ์เท่านั้น ดังที่จะยกเป็นประเด็นได้ดังนี้

1. การรับประทานอาหารซุฮูร ก่อนละหมาดศุบฮิยามเช้าตรู่ โดยที่ท่านนบี ﷺ ได้ให้ความสำคัญว่า การรับประทานซุฮูรจะ มีความจำเริญ(บารอกะฮ์)อยู่ โดยรายงานจากท่านอนัส บิน มาลิก ว่า ท่านนบี ﷺ กล่าวว่า

قَالَ النَّبِيُّ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ تَسَحَّرُوا فَإِنَّ فِي السَّحُورِ بَرَكَهً

ความว่า : “พวกท่านจงรับประทานซุฮูรเถิด เพราะการรับประทานซุฮูรนั้นจะเป็นความบารอกะฮ์ (ความจำเริญ)”

ลักษณะการรับประทานซุฮฺรนั้น ให้เน้นใช้เวลาซุฮฺรเข้ามา โดยเปรียบเป็นเวลาประมาณช่วงการอ่านอัลกุรอานความยาวห้าสิบโองการ(อายะฮฺ)

2. การละศีลอด-การรับประทานอาหารอิฟฏอฺร ดังรายงานจากท่านชะฮฺล บิน ชะอฺด เล่าว่า ท่านนบี ﷺ กล่าวว่า

أَنَّ رَسُولَ اللَّهِ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ قَالَ لَا يَزَالُ
النَّاسُ بِخَيْرٍ مَا عَجَّلُوا الْفِطْرَ

ความว่า : “มนุษย์ทั้งหลายจะยังคงอยู่ในสภาพที่ดี ตราบใดที่เขารีบละศีลอด (ทันทีที่ถึงเวลา)”

(หะดีษ : บันทึกโดย อัลบุคอรี)

ลักษณะของการละศีลอดที่ท่านนบีมุหัมมัด ﷺ แนะนำ จะส่งเสริมให้เริ่มต้นด้วยการรับประทานอินทผลัมสด ดังที่รายงานจากท่านอะนัส อิบน์ มาลิก รอฎิยัลลอฮูอันฮู กล่าวว่า

“ปรากฏว่าท่านนบี ﷺ ละศีลอดด้วยอินทผลัมสุกงอม (สด) ก่อนที่จะไปละหมาด ถ้าไม่มีอินทผลัมสุกงอมก็จะละด้วยอินทผลัมแห้ง ถ้าหากไม่มีอินทผลัมแห้งก็จะจิบน้ำหลายจิบ”

(หะดีษ : บันทึกโดย อะหมัด, อับู ดาวูด, อิบน์ กุไซมะฮฺ และอัตตัมมีซีย)

เราพบจากงานวิจัยมากมายถึงคุณค่าทางอาหารของอินทผลัมซึ่งประกอบด้วยโปแตสเซียม แมกนีเซียม น้ำตาลฟรุกโทสที่ย่อยได้ง่ายจำนวนมาก และอื่นๆ

การละศีลอดจะเริ่มต้นด้วยดุอาอฺ (บทขอพร) ที่กล่าวว่า

ذَهَبَ الظَّمَاُ وَابْتَلَّتِ الْعُرُوقُ وَبَتَّ الْأَجْرُ إِنْ شَاءَ اللَّهُ

ความว่า : “ความกระหายได้หมดไป เส้นเลือดได้ชุ่มชื้น และได้รับผลบุญแล้วอินชาอัลลอฮฺ(ด้วยความประสงค์ของอัลลอฮฺ ﷻ)”

เราจะเริ่มต้นรับประทานอาหารแต่เพียงเล็กน้อย แล้วไปละหมาดมัฆริบ จากนั้นก็จะมารับประทานอาหารเพิ่มอีกครั้ง เป็นการเตรียมระบบทางเดินอาหารของร่างกายด้วย แต่เป็นที่น่าเสียดายที่บางคนกลับรับประทานอาหารละศีลอดด้วยขนมหวานและอาหารหนักจำนวนมาก ส่งผลให้ไม่ได้รับประโยชน์จากการถือศีลอดที่มีต่อสุขภาพ และอาจส่งผลเสียต่อร่างกายอีกด้วย

3. การละหมาดยามค่ำคืน เป็นกิจกรรมที่ผู้ศรัทธาปฏิบัติเพื่อมุ่งหวังผลบุญอันมหาศาลจากอัลลอฮฺ ﷻ ในแง่สุขภาพแล้วจะส่งผลดีต่อการเผาผลาญอาหารที่รับประทานที่ผ่านมาในช่วงเย็น ไม่มีการตกค้าง และส่งผลในการสร้างความสงบนิ่งในจิตใจมุ่งสู่ความโปรดปรานของอัลลอฮฺ อย่างสมบูรณ์

4. การทำความดีต่างๆ และการรักษามารยาท เช่น การอ่านอัลกุรอาน การซิกรุลลอฮฺ (รำลึกถึงอัลลอฮฺ) การบริจาคทาน การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ไม่พูดปด ไม่พูดจาไร้สาระ ไม่ทำชั่ว และอื่นๆ เหล่านี้จะกลายเป็นผลบุญที่จะได้รับ และเป็นผลดีต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดี และสร้างสังคมที่เป็นสุข

เราจะเห็นว่ารอมฎอนและกิจกรรมต่างๆ นั้น ล้วนเป็นสิ่งที่ดีทั้งสิ้น มีรายงานจากการประชุมระดับนานาชาติว่าด้วยเรื่อง “รอมฎอนและสุขภาพ” ในปี ค.ศ.1994 ที่เมืองคาสเซบลังคา ซึ่งมีการนำงานวิจัยมาเผยแพร่มากกว่า 50 เรื่อง และมีข้อสรุปว่า

“ไม่มีทางเป็นไปได้เลยที่จะทำให้ผู้ป่วยที่ถือศีลอดมีสถานะทางสุขภาพที่แย่ลงไป แต่ในอีกแง่มุมหนึ่ง ผู้ป่วยที่มีสถานะร่างกายที่แย่จากโรคภัยที่รุนแรง ก็จะได้รับอาการยกเว้น หรือเลียงการถือศีลอดออกไป”

ทั้งนี้สังคมของเรายังจำเป็นต้องมีบุคลากรทางการแพทย์และ
สาธารณสุขที่มีความรู้ความเข้าใจอิสลาม และการดูแลสุขภาพโรคร้ายต่างๆ
เพื่อร่วมกันดูแลบรรดาผู้ศรัทธาสู่เป้าหมายของการอิบาดะฮฺ(เคารพภักดี)
ต่ออัลลอฮฺ ﷻ อย่างแท้จริง

สุดท้ายสิ่งที่อยากฝากย้ำเตือนแก่ผู้ศรัทธาทุกท่านว่า การ
ถือศีลอดที่หวังหรือมีจุดมุ่งหมายเพื่อการมีสุขภาพดีนั้น มิใช่เป้าหมาย
ของการถือศีลอดเพื่ออัลลอฮฺ ﷻ แต่มันเป็นเพียงหนึ่งในรางวัลหรือผล
อันเล็กน้อยที่พระองค์จะมอบแก่ผู้ที่พระองค์ทรงประสงค์เท่านั้น จง
ตระหนักถึงเป้าหมายสำคัญของการถือศีลอดอย่างแท้จริง ดังที่อัลลอฮฺ
ﷻ ทรงกล่าวว่า

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ ءَامَنُوا كُتِبَ عَلَيْكُمُ الصِّيَامُ كَمَا

كُتِبَ عَلَى الَّذِينَ مِن قَبْلِكُمْ لَعَلَّكُمْ تَتَّقُونَ ﴿١٨٣﴾

ความว่า : “โอ้บรรดาผู้ศรัทธาทั้งหลายการถือศีลอด
(อัสศิยาม) ได้ถูกบัญญัติแก่สุเจ้า เช่นที่เคยถูกบัญญัติแก่บรรดา
ผู้มาก่อนสุเจ้าแล้ว เพื่อสุเจ้าจะได้มีความยำเกรง” (อัลกุรอาน 2:183)

กินน้อยอายุยืนกว่ากินมาก

ณิชา ทรัพย์ประทีป

งือถือศีลอดแล้วท่านจะมีสุขภาพดี จากคำกล่าวนี้ จะเป็นคำกล่าวของท่านศาสดามุฮัมมัด ﷺ หรือไม่นั้น ในวงการศาสนายังไม่มีข้อสรุปชัด แต่ในนัยแห่งเนื้อหาที่สื่อสารออกไปนั้นช่างทรงพลังจนทำให้บรรดาแพทย์และนักวิทยาศาสตร์สุขภาพทั่วโลกได้นำคำกล่าวนี้ไปถอดรหัสใช้ในการศึกษาค้นคว้า วิจัย จนเกิดองค์ความรู้อย่างมากมาในการนำมาใช้ในวงการแพทย์ ทั้งในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและการรักษาโดยมีวัตถุประสงค์ที่จะให้มนุษย์ชาติมีอายุยืนยาวขึ้นและมีสุขภาพดี ไม่ใช่อายุยืนยาวที่อยู่กับโรคภัยไข้เจ็บหรืออยู่บนเตียงผู้ป่วยตลอดชีวิต

ดังนั้นจึงมีนักวิทยาศาสตร์จำนวนมาก ที่สนใจค้นคว้าวิจัยในการหาอายุวัฒนะหรือการดัดแปลงทางพันธุกรรม ที่จะให้มียืนที่สามารถป้องกันโรคภัยบางโรคได้ เช่น การทดลองหาทางยืดอายุของหนูให้ยืนยาวขึ้นด้วยการดัดแปลงยีนโดยนักวิทยาศาสตร์เชื้อสายอิตาลี ในศูนย์มะเร็งสโลน-เค็ตเตอริงอนุสรณ์ ในนิวยอร์ก ผลการวิจัยปรากฏว่า หนูกลุ่มที่ได้รับการดัดแปลงยีน(p66) มีอายุยืนกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการดัดแปลงยีนถึงร้อยละ 30 แต่การดัดแปลงยีนหรือการหาอายุวัฒนะนั้นเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก เห็นผลช้าและในที่สุดจะสามารถใช้กับมนุษย์ได้หรือไม่ ยังเป็นคำถามที่ต้องรอคำตอบ แต่มีการวิจัยจำนวนไม่น้อยที่บ่งชี้ว่าการที่จะมีอายุยืนได้โดยการกินให้น้อยลง

การทดลองว่าการกินน้อยอายุยืนกว่ากินมากที่นักวิจัยจากตะวันตกค้นพบจากการทดลองนั้นได้ทำกันมาตลอดตั้งแต่ ค.ศ.1935

เริ่มที่มหาวิทยาลัยคอร์เนลเป็นแห่งแรก ที่ทำการทดลองในหนู 2 กลุ่ม กลุ่มแรกให้กินตลอดเวลา กับอีกกลุ่มให้กินบ้างหิวบ้าง ปรากฏว่าหนูกลุ่มแรก(กินตลอดเวลา)ตายก่อน

จากนั้นการทดลองวิจัยที่สถาบันแห่งอื่นๆ ได้เกิดขึ้นตามมา จนถึงปี ค.ศ.2000 เป็นเวลานานร่วม 65 ปี แล้วผลการวิจัยก็ปรากฏผลเหมือนเดิมว่ากินน้อยอายุยืนกว่ากินมาก ไม่ว่าจะเป็นการทดลองกับหนูหรือทดลองกับลิงก็ตาม ดังเช่นการวิจัยที่มหาวิทยาลัยวิสคอนซิน และสถาบันแห่งชาติว่าด้วยวัยชรา (The National Institute on Aging : NIA) ได้ใช้การทดลองกับลิงซึ่งต้องใช้เวลาเป็นสิบๆ ปีกว่าจะเห็นผล เพราะลิงมีอายุขัยเฉลี่ยมากกว่าหนู (ปกติหนูมีอายุไม่เกิน 3 ปี) NIA ใช้งบประมาณปีละ 3 ล้านดอลลาร์เพื่อศึกษาว่าด้วยการจำกัดปริมาณแคลอรีด้วยการทดลองหนูกับลิง ดังเช่น Tomas Prolla และ Richard Weindruch นักวิจัยของมหาวิทยาลัยวิสคอนซินแห่งเมดิสันได้ทดลองกับหนูมาก่อนแล้วและสรุปผลนำลงวารสาร Science ในเดือนกันยายน 2542 พวกเขาพบว่าหนูที่ถูกควบคุมอาหารด้วยการลดปริมาณแคลอรีลงร้อยละ 42 เมื่อเปรียบเทียบกับหนูอีกกลุ่มหนึ่งที่ได้รับอาหารอย่างอื่นที่มีทั้งโปรตีน วิตามินและแร่ธาตุเหมือนกันและเท่ากันแล้ว ปรากฏว่าหนูที่ถูกลดแคลอรีมียืนที่กระชุ่มกระชวยมากกว่ากลุ่มที่ได้กินมากกว่า การทดลองครั้งนี้ใช้เวลานาน 30 เดือน และเป็นการทดลองที่ลงลึกไปในการตรวจสอบยีนในระดับโมเลกุลมากกว่าที่ผ่านมา ด้วยการตรวจสอบกล้ามเนื้อและยีนจำนวน 6,347 ยีนซึ่งผลลัพธ์ปรากฏว่าในระดับโมเลกุลแล้ว หนูที่กินน้อยจะมีความทำงานของยีนที่หนุ่มกว่ากลุ่มหนูที่ได้กินมาก

ส่วนการทดลองกับลิงนั้น เท่าที่พบกันคือลิงที่ถูกควบคุมแคลอรีจะมีความดันโลหิตต่ำและมีระดับคอเลสเตอรอลชนิดดีในปริมาณสูงซึ่งเป็นสัญญาณที่บ่งบอกว่ามีสุขภาพดี อันนำไปสู่การมีอายุที่ยืนยาว หนึ่งในนักวิจัยที่รณรงค์และสนับสนุนให้กินน้อยเพื่ออายุที่ยืนยาวกว่าคือ นายแพทย์รอย วัลฟอร์ด (Roy Walford) ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ด้านพยาธิวิทยาแห่งมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ลอสแอนเจลิส

(UCLA) อายุ 76 ปี ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ชราภาพมานานกว่า 50 ปี

รอย วัลฟอร์ด เชื่อว่าผลการทดลองกับสัตว์ทำให้ประเมินได้ว่ามนุษย์เราสามารถที่จะมีอายุยืนกว่าเดิม คือ สามารถอยู่ได้ถึง 120 ปี เขาเคยทดลองทำวิจัยกับหนูมาแล้วในช่วงทศวรรษ 1960 เคยรับเงินทุนสนับสนุนการวิจัยจาก NIA ในเรื่องนี้ เขาเคยเขียนหนังสือแนะนำเกี่ยวกับการลดอาหารออกมาเมื่อปี ค.ศ.1986 เรื่อง “The 120-Year Diet” และนำมาปรับปรุงพิมพ์ใหม่ชื่อ “Beyond the 120-Year Diet”

ในทัศนะของรอย วัลฟอร์ด การทดลองจากหลายสถาบันวิจัยไม่เพียงแต่จะบอกว่าการกินน้อยจะทำให้อายุยืนกว่ากินมากเท่านั้น แต่ยังลดโรคร้ายไข้เจ็บที่จะมาเบียดเบียนให้น้อยลง ไม่ว่าจะเป็นมะเร็ง โรคหัวใจ หรือโรคภูมิคุ้มกันต่อต้านเนื้อเยื่อตัวเอง

ส่วนเหตุผลที่ว่าทำไมกินน้อยอายุยืนกว่ากินมากนั้น ขณะนี้มีอยู่หลายความเห็น เช่น เหตุผลหนึ่งเชื่อว่า “การกินมากเท่ากับเป็นการเข้าไปเร่งให้กระบวนการแก่ชราทำงานเร็วขึ้น” อีกเหตุผลหนึ่งเชื่อว่า “การลดอาหารหรืออาหารไม่พอนั้นมันจะไปดึงเอาพลังงานจากส่วนร่างกายที่เติบโตแล้วเอามาใช้ในการบำรุงรักษาและซ่อมแซม ซึ่งเท่ากับเป็นการกระตุ้นสร้างพลังงานใหม่ สร้างเซลล์ใหม่มาทดแทนเซลล์เก่า” และอีกเหตุผลหนึ่งเชื่อว่า “การกินน้อยจะไปลดตัวอนุมูลอิสระซึ่งเป็นตัวทำลายเซลล์ ช่วยลดน้ำตาลในเลือด ช่วยลดอินซูลินและป้องกันระบบภูมิคุ้มกันไม่ให้เสื่อม”

การกินจุเสี่ยงมะเร็งลำไส้ใหญ่

ทีมข่าวสุขภาพจากรอยเตอร์นิวส์ออร์ก ได้สรุปรายงานผลการวิจัยที่ดีพิมพ์ในวารสารระบาดวิทยาของประเทศสหรัฐอเมริกาว่า เมื่อพิจารณาความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งลำไส้ในคนเรานั้น พบว่าปริมาณอาหารที่เรารับประทานเข้าไปนั้นมีความสำคัญต่อการเกิดมะเร็งลำไส้มากกว่าชนิดหรือประเภทของอาหารที่เรารับประทานอาหารเข้าไปเสียอีก

คณะวิจัย ดร.เจสซี่ ซาเทีย-อบูดำ แห่งมหาวิทยาลัยนอร์ธ-แคโรไลนา ประเทศสหรัฐอเมริกา สรุปผลที่ได้จากการติดตามเก็บข้อมูลคนผิวขาวจำนวน 933 คน และคนผิวดำจำนวน 676 คน พบว่าคนผิวดำที่รับประทานอาหารที่ปริมาณเส้นใยอาหารสูง สามารถลดความเสี่ยงต่อมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้มากกว่าคนผิวขาว

เมื่อทำการศึกษาเพิ่มเติมโดยการทดสอบคนที่มีสีผิวต่างกัน สองกลุ่มนี้ พบว่าการรับประทานอาหารแต่ละชนิดที่ให้ปริมาณแคลอรีสูงจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งในลำไส้ใหญ่เป็น 2-3 เท่า แต่ทว่าไม่พบความสัมพันธ์ในลักษณะนี้ถ้าผู้วิจัยทำการปรับจำนวนแคลอรีรวมที่ร่างกายได้รับ

ดร.เจสซี่ ซาเทีย-อบูดำ กล่าวว่า ผลของการวิจัยแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า การรับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูงและปริมาณสารอาหารต่างๆ ในปริมาณสูง เช่น คาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน มีผลในการเพิ่มความเสี่ยงของมะเร็งลำไส้ใหญ่ และสามารถสรุปได้ว่าจำนวนแคลอรีที่ได้รับทั้งหมดเป็นสาเหตุหลักที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ แต่ปัจจัยที่ก่อให้เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับชนิดของสารอาหารนั้นจะแปรผัน ขึ้นกับเชื้อชาติและพลังงานที่ได้รับ ดังนั้นการที่ร่างกายได้รับจำนวนแคลอรีที่เหมาะสม มีความสำคัญในการลดความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่

สำหรับในประเทศไทยนั้น นายแพทย์เจก ธนะศิริ ผู้ก่อตั้งชมรมอยู่ร้อยปีชีวีเป็นสุข ซึ่งปัจจุบันอายุ 83 ปี ได้กล่าวเน้นย้ำในการบริโภคอาหารที่ได้มาจากธรรมชาติแทนอาหารที่ผ่านการปรุงแต่ง หรือผ่านกระบวนการทางอุตสาหกรรม คนไทยเสี่ยงภัยปนเปื้อนสารพิษ และสารเคมี ที่ได้รับตั้งแต่ทารกจนถึงวัยชรา ไม่ว่าจะเป็นอาหารหลัก อาหารเสริม อาหารว่าง ขนมขบเคี้ยว ล้วนแต่ไม่พ้นสารเคมี สารปรุงแต่ง ยาปฏิชีวนะ ฮอร์โมน ตลอดจนสารตัดแต่งพันธุกรรม เป็นแหล่งที่มาของสารพัดโรค เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็ง ตับและไตวาย หรือโรคอื่นๆ ฯลฯ

ปัจจุบันนักกีฬาที่เก่ง ๆ จะต้องกินอาหารต่ำกว่าที่นักโภชนาการกำหนดไว้ โดยให้กินเพียง 1,600-1,800 แคลอรีต่อวัน อาหารแคลอรีต่ำๆ กลับทำให้สถิตินักกีฬาดีกว่ากินอาหารที่บริบูรณ์ไปด้วย หมู เห็ด เป็ด ไก่ และยังพบว่าการกินอาหารแคลอรีต่ำ ถั่วเฉลี่ยประมาณ 1,000 แคลอรีต่อวัน ในกลุ่มชาวฮันซา บนเทือกเขาหิมาลัย ทำให้พวกเขาเป็นผู้ที่มีอายุยืนยาวเกินหนึ่งร้อยปี

ยังมีอีกหลายๆ งานวิจัย เช่น ที่ทำโดยนักวิทยาศาสตร์ชาวอิสราเอล ที่ทำการเจาะเลือดชาวเบดูอินเพื่อดูค่าพารามิเตอร์ต่างๆ ก่อนและหลังเดือนรอมฎอน ปรากฏว่าผลของเลือดไม่ว่าในเรื่องน้ำตาลหรือไขมันในเลือดดีขึ้นโดยรวม

ครั้งหนึ่งหลายปีก่อนมีการค้นพบโดยบังเอิญที่สถานีวิจัยอวกาศเมียร์ ที่เกิดเหตุขัดข้องกับวงจรไฟฟ้าโซลาเซลล์ที่ใช้พลังงานแสงอาทิตย์มาเป็นแหล่งพลังงานในสถานีฯ หลายเดือน จนทำให้นักบินอวกาศต้องลดลงการกินจากปกติลงถึง 30 เปอร์เซ็นต์ มีผลทำให้ค่าพารามิเตอร์ต่างๆ ในเลือดดีขึ้นทุกตัว

จากการวิจัยและการทดลองข้างต้น จึงพอสรุปได้ว่า การที่มนุษย์และสัตว์ได้ลดพลังงานที่ได้รับลง 1 ใน 3 ของที่ได้รับตามปกติ (วิธีง่ายๆ คือการถือศีลอดแบบมุสลิม เพราะต้องลดมื้อเที่ยงไป 1 มื้อ) จะทำให้อายุยืนมากกว่าการกินอาหารตามปกติ รวมทั้งลดโรคภัยไข้เจ็บที่จะมาเบียดเบียนให้น้อยลงด้วย จึงเป็นบทพิสูจน์ของคำกล่าวที่ว่า “จงถือศีลอดแล้วท่านจะมีสุขภาพดี” ตลอดเวลายาวนานกว่า 1,400 ปีที่ผ่านมาได้เป็นอย่างดี

การถือศีลอดในทัศนะทางการแพทย์

มหาวิทยาลัยอัลอะซะละละ

27

การดูแลสุขภาพสำหรับผู้ถือศีลอดในเดือนรอมฎอน

การถือศีลอดในช่วงเดือนรอมฎอน เป็นการปฏิบัติศาสนกิจของชาวมุสลิมที่หลายคนยังคงตั้งคำถามถึงเหตุผล ที่มาที่ไป และผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ปฏิบัติ ซึ่งบทความชิ้นนี้มีคำตอบในทางการแพทย์ อันสะท้อนให้เห็นว่าหลักศาสนานั้นไม่เคยสวนทางกับหลักของธรรมชาติ

การถือศีลอด เป็นศาสนบัญญัติหนึ่งในหลักการอิสลาม (รูกนอิสลาม) ทั้ง 5 ประการได้ถูกบัญญัติลงมาในวันที่ 2 เดือนชะอฺบาน ปีที่ 2 แห่งฮิจเราะฮ์ศักราชดังคำตรัสของอัลลอฮ์ ﷻ ในบทที่ 2 (อัลบากอเราะฮ์) โองการที่ 183 มีใจความว่า

“โอ้บรรดาผู้ศรัทธาเอ๋ย การถือศีลอดได้บัญญัติแก่พวกเจ้า ดังเช่นได้ถูกบัญญัติแก่ประชาชาติก่อนหน้าพวกเจ้า เพื่อว่าพวกเจ้าจะได้ยำเกรง”

เคล็ดลับ (หิกมะฮ์) การถือศีลอด

เราได้อะไรบ้างจากการถือศีลอด? เป็นคำถามที่ตอบยาก ขึ้นอยู่กับความศรัทธา ความรู้และความเข้าใจของแต่ละคนเกี่ยวกับการถือศีลอด โดยเฉพาะเข้าใจถึงหลักการปฏิบัติของท่านศาสดามุหัมมัด ﷺ ที่ได้กระทำเป็นแบบอย่างให้เราได้ปฏิบัติตาม เป็นกระบวนการหนึ่งที่ประกอบทั้งศาสนกิจในภาคกลางวันและภาคกลางคืนเป็นเวลา 1 เดือน

ในแง่ของศาสนา หวังว่าผู้ที่ผ่านการฝึกอบรม การทดสอบในเดือนรอมฎอนนี้ทุกคน จะเป็นผู้ที่มีความยำเกรงต่ออัลลอฮ์ ﷻ

ส่วนในแง่ทางการแพทย์หรือสุขภาพ ท่านศาสตราจารย์หมัด ^{มุฮัมมัด} ได้กล่าวสั้นๆ ว่า “จงถือศีลอด เพื่อสุขภาพที่ดี”

(หะดีษ : บันทึกโดย อิบน์ ซุนนี และอบู นาอิม)

การที่เราไม่กินไม่ดื่มเป็นเวลาประมาณ 13 ชั่วโมงเศษ เราจะมีสุขภาพที่ดีได้อย่างไร อาจเป็นหลักสูตรใหม่ที่ตรงกันข้ามกับหลักสูตรที่เน้นการบริโภควันละ 3 มื้อ แต่หลักสูตรนี้จะสอดคล้องกับสำนักการแพทย์ธรรมชาติบำบัด ที่จะเน้นการบำบัดรักษาโรคด้วยวิธีการอดอาหารเป็นหลัก

1. ระยะเวลาการถือศีลอด

การถือศีลอดในเดือนรอมฎอนหรือการถือศีลอดนัฟลุ (คือ การถือศีลอดที่กระทำโดยสมัครใจ) ก็ดี จะใช้ระยะเวลาในการละเว้นจากสิ่งต้องห้าม โดยเฉลี่ยประมาณ 13 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งโดยปกติคนเราทุกคนมีการอดอาหารอยู่แล้วครั้งละ 10-12 ชั่วโมง คือหลังอาหารเย็น (ค่ำ) จนถึงการเริ่มกินอาหารเช้าในวันใหม่และการตรวจวินิจฉัยโรคบางอย่าง เช่นการเจาะเลือดผู้ป่วย ก็ต้องอดอาหารเป็นระยะเวลา 10-12 ชั่วโมงเช่นกัน

ดังนั้นจะเห็นว่าระยะเวลาของการถือศีลอดไม่ขัดต่อหลักการตามธรรมชาติ (ซุนนะตุลลอฮ์) หรือทางการแพทย์แต่อย่างใด แต่จะมีความแตกต่างกันอยู่ที่ช่วงเวลากลางวันหรือกลางคืน ซึ่งการถือศีลอดยึดเอาช่วงเวลากลางวันเป็นหลัก ก็เพราะมีจุดประสงค์ที่มากกว่าการอดอาหารทั่วไปนั่นเอง และได้กำชับบรรดาผู้ที่จะถือศีลอดทุกคนได้ลุกขึ้นมารับประทานอาหารดีก (สะฮูร) ในเวลาใกล้รุ่งหรือให้ล่าช้าก่อนแสงอรุณจะขึ้นเล็กน้อย แม้จะเป็นน้ำเพียงอย่างเดียวก็ตาม

2. การเปลี่ยนแปลงในร่างกาย

การถือศีลอดจะทำให้ร่างกายต้องขาดพลังงานจากสารอาหาร และต้องสูญเสียน้ำจากการขับถ่ายออกจากร่างกาย การสูญเสียน้ำมากกว่าร้อยละ 2 ของน้ำหนักตัวจะทำให้รู้สึกกระหายน้ำ และเมื่อระดับน้ำตาลกลูโคสในกระแสเลือดและเซลล์ลดลง ก็จะทำให้รู้สึกหิว ซึ่ง

จะเกิดขึ้นหลังจากอดไปแล้วประมาณ 6-12 ชั่วโมง เรียกระยะนี้ว่า ระยะหิวโหย

ระดับน้ำตาลกลูโคสและน้ำที่ลดต่ำลงจะไปกระตุ้นเซลล์ประสาท (นิวรอน) บริเวณไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ซึ่งจะทำหน้าที่เป็นศูนย์ควบคุมความหิว ศูนย์อิ่ม และศูนย์กระหายน้ำ เป็นต้น สำหรับคนที่มีความผิดปกติ มีเจตนา (เหนียวติด) อย่างแน่นแฟ้น และมีความเชื่อมั่นต่อบทบัญญัติของอัลลอฮ์ ﷻ แน่แนอนจะไม่ทำให้เขาถึงขั้นมีอาการหน้ามืดหรือหมดสติไป เพราะระบบต่างๆ ในร่างกายจะช่วยประสานงานกันโดยอัตโนมัติ เพื่อที่จะรักษาสมดุลให้เกิดขึ้นในร่างกาย

ในช่วงระยะแรกร่างกายจะมีการสลายพลังงานในรูปของไกลโคเจนที่เก็บสะสมไว้ในตับและกล้ามเนื้อ โดยมีฮอร์โมนกลูคาгонจากตับอ่อนมาช่วย ในปฏิกิริยาเคมีนี้จะได้น้ำตาลกลูโคสเพื่อนำไปใช้เป็นพลังงานต่อไป

ส่วนต่อมหมวกไตส่วนในก็จะถูกกระตุ้นให้หลั่งเอพิเนฟริน (Epinephrine) เพิ่มมากขึ้น เพื่อจะไปกระตุ้นเซลล์ตับให้สังเคราะห์และปล่อยกลูโคสออกจากกระแสเลือดเพิ่มมากขึ้น และมีผลทำให้เซลล์อื่นๆ ใช้พลังงานลดน้อยลงด้วย

ถ้าพลังงานที่ได้รับจากการสลายไกลโคเจนไม่เพียงพอก็จะไปสลายพลังงานสำรองในรูปของไขมัน ซึ่งได้กรดไขมันอิสระออกมาสู่กระแสเลือด และจะถูกเปลี่ยนไปเป็นกลูโคสเพื่อนำไปใช้เป็นพลังงานต่อไป

ส่วนการรักษาสมดุลน้ำและเกลือแร่ก็เป็นหน้าที่ของ Hypothalamus เช่นกัน ที่จะกระตุ้นให้ต่อมใต้สมองได้หลั่งฮอร์โมน Vasopressine หรือ ADH จะมีผลทำให้ไตมีการดูดซึมน้ำกลับมาใช้เพิ่มมากขึ้น จึงทำให้มีปัสสาวะน้อยลงและมีสีเข้มกว่าปกติ

ทั้งหมดนี้แสดงให้เห็นว่าอัลลอฮ์ พระองค์ทรงรอบรู้อย่างยิ่งเกี่ยวกับการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายของมนุษย์ และพระองค์ก็ได้กำชับให้เราได้ศึกษาเกี่ยวกับตัวของเราเอง ดังคำตรัสของอัลลอฮ์ ความว่า “และในตัวของพวกเจ้าเอง พวกเจ้าไม่เห็นดอกหรือ”

(อัลกุรอาน 51:21)

3. วิธีการละศีลอด

ท่านศาสดามุหัมมัด ﷺ ได้แนะนำการละศีลอดไว้อย่างไร?

เมื่อถึงเวลาละศีลอด อิสลามสอนให้เราละศีลอดก่อนที่จะดำรงการละหมาด และแนะนำให้ละศีลอดด้วยลูกอินทผลัมหรือด้วยน้ำ

มีรายงานจากอะนัส อิบน์ มาลิก รอฎียัลลอฮูอันฮู กล่าวว่า “ปรากฏว่าท่านนบี ละศีลอดด้วยอินทผลัมเลือกที่สุกงอมก่อนที่จะไปละหมาด ถ้าหากไม่มีอินทผลัมที่สุกงอม ก็จะแก้ด้วยอินทผลัมแห้ง ถ้าหากไม่มีอินทผลัมที่แห้ง ก็จะจิบน้ำหลายจิบ”

(หะดีษ : บันทึกโดย อะหมัด, อับู ดาวูด, อิบน์ คุไซมะฮฺ และอัตติรมิซียฺ)

ในลูกอินทผลัมมีอะไรหรือ? จากการวิจัยทางด้านโภชนาการทำให้เราได้ทราบว่า ในผลอินทผลัมที่สุกงอมนั้นประกอบด้วย น้ำตาล ฟรุกโตส กลูโคส น้ำ วิตามิน และแร่ธาตุ โดยเฉพาะน้ำตาลฟรุกโตสจัดเป็นสารอาหารที่ให้พลังงานแก่ร่างกายชนิดหนึ่ง มีการดูดซึมบริเวณลำไส้เล็ก โดยวิธี Facilitate Diffusion ซึ่งไม่ต้องใช้พลังงาน ส่วนน้ำตาลกลูโคส และกาแลกโตสนั้นจะดูดซึมแบบ Secondary Active Diffusion ซึ่งต้องอาศัยทั้งตัวพาและพลังงาน

ดังนั้นในสภาวะที่ร่างกายอ่อนเพลีย จากการขาดพลังงานและน้ำอินทผลัมน่าจะเป็นผลไม้ที่ดีชนิดหนึ่งสำหรับผู้ที่จะละศีลอด ส่วนผลไม้ชนิดอื่นๆ ที่มีรสหวานก็สามารถรับประทานได้แต่ไม่ใช่แบบอย่างของท่านศาสดามุหัมมัด ﷺ

ในทางตรงกันข้าม ถ้าเราละศีลอดด้วยน้ำเย็นรับประทานอาหารหนัก และอึดมากจนเกินไปก่อนจะทำการละหมาด แทนที่เราจะได้พลังงานกลับคืนมาอย่างรวดเร็วเรากลับต้องเสียพลังงานไป เนื่องจากเลือดต้องถูกส่งไปยังกระเพาะอาหารและลำไส้เพิ่มมากขึ้น ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง เนื่องด้วยสมองต้องการน้ำตาลกลูโคส ประมาณร้อยละ 40 จากทั้งหมด จึงทำให้เกิดอาการมึนงง เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย แขนงหน้าอก และง่วงซึมได้

ดังนั้นในขณะที่แก๊สลอดท่านนบีมุหัมมัด ﷺ ได้กล่าวว่า “ความกระหายน้ำได้สูญสิ้นไป เส้นโลหิตได้ชุ่มชื้น และจะได้รับการตอบแทนอย่างแน่นอน อินชาอัลลอฮ์”

(หะดีษ : บันทึกโดย อบู ดาวูด, อัลบัยฮะกีย และอัลฮากิม)

4. บทสรุป

จากคำอธิบายย่อๆ ข้างต้น พอที่จะสรุปได้ว่า แท้จริงการถือศีลอดนั้น ไม่ขัดต่อหลักการวิชาการแพทย์แต่อย่างใด เพราะคุณสมบัติบางประการของผู้ที่ถือศีลอดนั้น ต้องเป็นมุอฺมิน(ผู้ศรัทธา)ที่มีสุขภาพดีและไม่ใช่ว่าผู้มีอุปสรรค ส่วนบุคคลที่มีอุปสรรคจริงๆ จะได้รับการผ่อนผัน หรือยกเว้นจากการถือศีลอดโดยบุคคลกลุ่มหนึ่งจะต้องถือศีลอดใช้ และอีกกลุ่มหนึ่งต้องจ่ายฟิฏยะฮ์ (การให้อาหารแก่คนยากจนหรือขัดสน 1 คนต่อการละศีลอด 1 วัน) แทน

ทั้งหมดนั้นเป็นเพราะความเมตตาและทรงรอบรู้ของอัลลอฮ์ ﷻ เกี่ยวกับปฏิกิริยาเคมี กลไกการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายมนุษย์นั่นเอง แน่หนอนคงจะมีใช้ความประสงค์ของอัลลอฮ์ ﷻ หากว่าอิบาดะฮ์ (การเคารพภักดี) นั้นจะนำไปสู่ความเสียหาย (ทำให้เกิดโรค) แก่ป่าวของพระองค์

นักวิชาการชาวอเมริกันคนหนึ่งชื่อ นายแพทย์ Allan Cott เขาได้เขียนหนังสือเล่มหนึ่งชื่อว่า “Why Fast?” (ทำไมต้องถือศีลอด) ซึ่งเป็นผลจากการวิจัยของเขาจากหลายๆ ประเทศ เขาได้สรุปถึงเคล็ดลับของการถือศีลอดไว้ 10 ข้อ ดังนี้

1. ทำให้รู้สึกว่าคุณภาพกายและจิตใจที่ดีขึ้น
2. ทำให้มองเห็นและรู้สึกอ่อนเยาว์ขึ้น
3. ทำให้ร่างกายสะอาดสะอาด
4. ช่วยลดความดันโลหิตสูงและระดับคอเลสเตอรอลในเลือด
5. ช่วยลดความรู้สึกอารมณ์โกรธ
6. ให้โอกาสแก่ร่างกายได้บำบัดตัวมันเอง
7. ช่วยลดความตึงเครียด

8. ทำให้สติปัญญาเฉียบแหลม
9. ทำให้สามารถควบคุมตนเองได้
10. ช่วยชะลอความแก่ชรา

นอกจากหิكمะฮุดังกล่าวแล้ว ท่านนบีมุหัมมัด ﷺ ยังได้กล่าวไว้ มีใจความว่า

“แต่ผู้ที่ถือศีลอดนั้น เขาจะได้รับความสุข 2 ประการ คือ ความสุขเมื่อถึงยามละศีลอด และจะมีความสุขเมื่อได้พบกับพระผู้อภิบาลของเขา (ในวันกิยามะฮฺ)”

พร้อมกับรางวัลที่สูงที่สุดคือสวนสวรรค์ ซึ่งเขาจะเดินเข้าทางประตูอรร-ร็อยยานที่ได้สร้างไว้เฉพาะแก่บรรดาผู้ที่ถือศีลอดด้วยความสุจริตใจต่ออัลลอฮฺเท่านั้น



ผลของการถือศีลอดในเดือนรอมฎอน ต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ในภาวะสุขภาพดีและเจ็บป่วย (Effects of Ramadan Fasting on Health and Illness)

ซอफीยะห์ นิมะ

33

การดูแลสุขภาพสำหรับผู้ถือศีลอดในเดือนรอมฎอน

บทนำ

อิสลามให้ความสำคัญกับคนให้สามารถดำรงสภาวะสุขภาพทั้ง 4 มิติ คือ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งตรงตามความหมายขององค์การอนามัยโลกที่ให้ความหมายของสุขภาพ (well-being) ไว้ว่า เป็นความปกติสุขของบุคคลทั้งองค์รวม สุขภาพที่ดีจัดเป็นความสุขอันสุดยอดของมนุษย์ ทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น การประเมินภาวะสุขภาพของบุคคลจำเป็นต้องมีการประเมินสภาวะทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณพร้อมกันไป เนื่องจากทุกส่วนถูกประกอบกันขึ้นเป็นบุคคล ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงส่วนใดส่วนหนึ่งย่อมกระทบถึงส่วนอื่นเสมอ แม้การเปลี่ยนแปลงนั้นจะเป็นเพียงเล็กน้อยก็ตาม

ในเดือนที่เก่าของปฏิทินอิสลามซึ่งยึดถือตามจันทร์คตินั้นจะมีเดือนที่สำคัญเดือนหนึ่งคือ เดือนรอมฎอน ซึ่งเป็นเดือนที่มีบทบัญญัติจากเอกองค์อัลลอฮ์ ﷻ ต่อบรรดามุสลิมที่มีสุขภาพแข็งแรงทุกคนให้งดเว้นจากการกิน การดื่ม และการร่วมประเวณี ตั้งแต่ช่วงเวลารุ่งอรุณจนกระทั่งตะวันลับขอบฟ้า เรียกช่วงเวลาดังกล่าวว่าการถือศีลอด ข้อกำหนดดังกล่าวจะเป็นที่ยกเว้นสำหรับผู้ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ

ผู้เจ็บป่วย และผู้ที่เดินทาง แต่อย่างไรก็ตามยังมีมุสลิมที่มีภาวะเจ็บป่วยหรือเบี่ยงเบนเล็กน้อยที่ดำรงชีวิตได้ค่อนข้างปกติในชีวิตประจำวัน ที่มักจะมีอาการปรารถนาที่จะถือศีลอดให้ครบถ้วนเช่นเดียวกับมุสลิมที่มีร่างกายปกติทั่วไป จึงเป็นหน้าที่ของบรรดานักวิจัยหลายสาขาที่จะต้องศึกษาและค้นคว้าว่า การถือศีลอดนั้นมีผลต่อร่างกายอย่างไรทั้งในภาวะสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วย อันเป็นภาระหน้าที่ของ تیمแพทย์ พยาบาลและเภสัชกร ที่จะอธิบายให้ความรู้แก่ผู้รับบริการกลุ่มนี้ให้สามารถปฏิบัติตนในระหว่างการถือศีลอดได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย และเข้าถึงวิทย์ปัญญาของการถือศีลอดที่แท้จริง

1. แนวความคิดของการอดอาหาร (Fasting Concepts)

1) การอดอาหารทางการแพทย์ (Medical Fasting)

การงดอาหารได้มีบทบาทสำคัญในทางการแพทย์มานานแล้ว เช่น ใช้ในการควบคุมน้ำหนัก (weight management) ให้ทางเดินอาหารได้พัก (for rest of the digestive tract) เพื่อลดระดับไขมัน (for lowering lipids) และใช้การอดอาหารเป็นเวลา 6-12 ชั่วโมงเพื่อเตรียมร่างกายก่อนการผ่าตัดเนื่องจากก่อนที่แพทย์จะทำการผ่าตัด จะต้องให้คนไข้ดมยาสลบเพื่อจะได้ไม่เจ็บในระหว่างการผ่าตัดนั้นๆ และยาสลบมีผลให้กล้ามเนื้อหดรูดของหลอดอาหารคลายตัว หากไม่มีการให้คนไข้ดื่มน้ำและอาหารก่อน ก็อาจจะทำให้คนไข้เกิดอาการสำลักเศษอาหารหรือน้ำย่อยในกระเพาะอาหารไหลย้อนขึ้นไปเข้าปอดได้ ซึ่งความรุนแรงจะมากน้อยแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับชนิดและปริมาณของอาหารที่สำคัญ หากรุนแรงมากอาจทำให้คนไข้ขาดออกซิเจน หรือระบบการหายใจของคนไข้มีปัญหาได้ ฉะนั้นจึงควรดื่มน้ำงดอาหารก่อนการผ่าตัดเป็นดีที่สุด

นอกจากนี้ในปัจจุบันทางวิทยาศาสตร์ชีวภาพได้ค้นพบอนุโมลอิสระที่เป็นสาเหตุหลักของความเจ็บป่วยหลายชนิด เนื่องจากการอดเป็นวิธีสำคัญวิธีหนึ่งในการขจัดของเสีย หรือเป็นการล้างพิษออกจากร่างกาย (Detoxification) ทำให้การอดเพื่อสุขภาพนับเป็นวิธีหนึ่ง

ที่มีประสิทธิภาพในการขจัดอนุมูลอิสระเหล่านี้ออกจากร่างกายได้ การอดอาหารสามารถทำได้ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน เนื่องจากร่างกายจะดึงเอาสารอาหารที่เก็บอยู่ในรูปไขมันออกใช้ได้โดยไม่เกิดอันตราย ขณะอดอาหารมักมีอาการปวดหัว เวียนหัว ออยากอาเจียน น้ำมูกไหล ท้องเสีย มีผื่นขึ้นตามผิวหนัง ไอ ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นสิ่งที่ดี ที่บ่งบอกว่าการทำความสะอาดภายในร่างกายได้เริ่มขึ้นแล้วและอาการเหล่านี้จะค่อยๆ หายไปเอง

2) การอดอาหารตามธรรมชาติ (Natural Fasting)

จากการศึกษาพฤติกรรมของสัตว์โดยนักวิทยาศาสตร์พบว่าสัตว์หลายชนิดก็มีการอดอาหารเหมือนกัน เช่น ปลาแซลมอนซึ่งในตอนต้นชีวิตจะถือกำเนิดและอาศัยอยู่ในน้ำจืดบริเวณต้นน้ำลำธาร แต่หลังจากนั้นไม่นานก็จะอพยพไปอาศัยอยู่ในทะเลลึกเป็นเวลาประมาณ 4-7 ปี เมื่อถึงวัยที่จะผสมพันธุ์ก็จะรวมตัวกันว่ายน้ำทวนกระแสน้ำเป็นระยะทางนับพันกิโลเมตรเพื่อกลับไปยังต้นกำเนิดของมันและวางไข่ที่นั่น เมื่อปลาแซลมอนเหล่านี้น้ำพันเขตน้ำเค็มเข้าสู่เขตน้ำจืดมันจะเริ่มอดอาหารตลอดเส้นทาง มุ่งหน้าไปสู่ถิ่นกำเนิดของมันเพื่อผสมพันธุ์สร้างประชากรรุ่นใหม่ ตัวเมียจะขุดหลุมและวางไข่ เมื่อตัวผู้ปล่อยน้ำเชื้อออกมาผสมกับไข่แล้ว ตัวเมียก็จะตะกุกหินกลบไข่ของมันไว้ หลังจากนั้นทั้งตัวผู้และตัวเมียก็จะเฝ้ารอจนลูกของมันฟักออกมาเป็นตัว เมื่อเสร็จภารกิจแล้วปลาแซลมอนทั้งตัวผู้และตัวเมียก็จะตายในสภาพที่กำลังอดอาหารโดยทิ้งลูกของมันให้สืบทอดหน้าที่ต่อไป

สัตว์อีกชนิดหนึ่งได้แก่ กบ โดยในช่วงเวลาจำศีลจะไม่กินอะไรเลย หรือแม้กระทั่งอดอาหารในตอนพักไข่ นอกจากนี้แล้วยังมีสัตว์อื่นๆ อีกมากมายที่มีพฤติกรรมอดอาหารในบางช่วงฤดูกาล เช่น หมีขั้วโลก นกเพนกวินและแมลงบางชนิด ซึ่งอดอาหารยาวนานกว่ามนุษย์เสียอีก และการอดอาหารของมันก็ได้เป็นอันตรายต่อชีวิตของมันแต่ประการใด หากเราสังเกตพฤติกรรมของสัตว์เลี้ยง เช่น แมว ในขณะที่สัตว์ไม่สบายจะพบว่ามันจะไม่กินอาหาร ซึ่งเป็นไปตามสัญชาตญาณของสิ่งมีชีวิต เพราะ

การอดอาหารทำให้ระบบอวัยวะของร่างกายได้พักผ่อนอย่างแท้จริง เมื่อใดที่กินอาหารหมายถึงว่าร่างกายจะต้องใช้พลังงานมหาศาลเพื่อมาใช้ในการย่อยอาหาร

3) การอดอาหารของประชาชาติอื่น ๆ (Cultural Fasting)

ตั้งแต่ยุคโบราณจนถึงปัจจุบันต่างก็พบว่าการอดอาหารในบางช่วงเวลาเป็นประโยชน์ต่อร่างกายและจิตวิญญาณ จากหลักฐานของคัมภีร์ทางศาสนาที่สำคัญอย่างเช่น คัมภีร์ไบเบิลและคัมภีร์อัลกุรอานได้กล่าวว่า ชนชาติเก่าแก่ออย่างเช่นชาวยิวและชาวคริสเตียนก็เคยถือศีลอดอาหารในบางช่วงเวลา เพื่อเป็นการไถ่โทษหรือลบล้างความผิดหรือเพื่อเป็นการแสดงออกถึงความเศร้าโศกเสียใจ หรือเพื่อเป็นการขัดเกลาทางด้านจิตวิญญาณของตนเอง ส่วนศาสนาอื่นๆ เช่น ศาสนาเซน พุทธ และฮินดู ที่มีการถือศีลอดอาหารเพื่อความเจริญงอกงามและเพื่อความหลุดพ้นทางด้านจิตวิญญาณ

สมัยก่อนอิสลาม (pre-islamic period) ผู้คนในสมัยนั้นยึดถือว่าการอดอาหารเป็นเครื่องมือทรมานร่างกายเพื่อความหลุดพ้นทางด้านจิตวิญญาณ ได้แก่การปฏิบัติตนของโยคีในประเทศอินเดียที่อดอาหารจนร่างกายซูบผอม หลายๆ ศาสนาและหลายๆ ชนชาติก่อนหน้าอิสลามพบว่าการถือศีลอด และจัดเป็นข้อบังคับสำหรับคนในบางชนชั้นเท่านั้น เช่น ในศาสนาฮินดู การถือศีลอดเป็นข้อบังคับสำหรับพราหมณ์โดยที่คนทั่วไปไม่ต้องถือศีลอด ในศาสนาโซโรแอสเตอร์ การถือศีลอดเป็นข้อบังคับสำหรับพระและนักบวช ส่วนในกรีก กล่าวว่าเฉพาะผู้หญิงเท่านั้นที่ต้องถือศีลอด

ข้อปฏิบัติในการถือศีลอดของแต่ละชนชาติหรือแต่ละศาสนาจะมีความหลากหลาย เช่น ในการถือศีลอดของชาวยิวพบว่า ต้องถือศีลอดเป็นเวลา 24 ชั่วโมงแล้วชาวยิวจะละศีลอดด้วยการกินอาหารหลังจากกินเสร็จแล้วก็จะถือศีลอดต่อทันที ศาสนาโบราณบางศาสนามีการถือศีลอดด้วยการอดอาหารต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลา 10 วัน บางครั้ง

ก็อนุญาตให้กินทุกอย่างยกเว้นข้าวและเนื้อในระหว่างการถือศีลอด ส่วนธรรมเนียมของชาวอาหรับเองก็กำหนดว่า ถ้านอนหลับไปในเวลากลางคืนแล้วจะตื่นขึ้นมากินอะไรในตอนดึกอีกไม่ได้ ก่อนหน้าสมัยอิสลามในช่วงเวลาของการถือศีลอด สามีและภรรยาจะนอนแยกกันอย่างชัดเจน ชาวยิวถือว่าการถือศีลอดเป็นการรำลึกถึงความทุกข์ยากลำบากและเป็นสัญลักษณ์ของความเศร้าโศก ดังนั้นในระหว่างการถือศีลอดชาวยิวจะไม่ล้างหน้าและจะทำให้ตัวให้เป็นผู้ตกอยู่ในความทุกข์โศก ส่วนคนคริสเตียนนั้น พระเยซูจึงได้ตรัสว่าเมื่อถือศีลอด อย่าได้ทำหน้าเศร้าหมองเหมือนคนหน้าซื่อใจคด แต่ให้ล้างหน้าและเอาน้ำมันใส่ศีรษะเพื่อคนจะได้ไม่รู้ว่าการถือศีลอดอยู่ (มัทธิว 6:16-18)

โดยปกติศาสนาอื่นๆ มักจะใช้ปฏิทินทางสุริยคติ สำหรับกำหนดเวลาการถือศีลอดซึ่งทำให้ผู้นับถือศาสนานั้นต้องถือศีลอดในฤดูกาลเดียวโดยไม่มีการเปลี่ยนแปลง ถ้าหากเดือนถือศีลอดถูกกำหนดในฤดูร้อนศาสนิกเหล่านั้นก็ต้องอดอาหารในฤดูร้อนตลอดกาล ในคัมภีร์ของศาสนาอื่นๆ มิได้ระบุรายละเอียดของการถือศีลอดไว้ชัดเจน มิได้ระบุข้อยกเว้นจากการถือศีลอดแก่คนบางคนในบางสถานการณ์ เช่น ในคัมภีร์ไบเบิล ฉบับเลวิติก (16:29) กล่าวว่า ถ้าคนแปลกหน้าที่ถึงแม้จะไม่ใช่อยิว แต่เมื่อมาอยู่กับยิวก็ต้องถือศีลอดด้วย

หลักฐานการถือศีลอดของประชาชาติอื่นๆ ได้แก่

(1) ตามคัมภีร์อัลกุรอานและคัมภีร์ไบเบิล กล่าวว่า หลังจากทีมนีบูซา (โมเสส) พาพวกลูกหลานอิสราเอลอพยพออกมาจากอียิปต์และเดินทางอย่างไร้จุดหมายนั้น นีบูซาต้องการให้พระเจ้าประทานกฎระเบียบในการดำเนินชีวิตแก่ผู้คนของท่าน พระผู้เป็นเจ้าจึงได้สั่งให้ท่านชำระตัวเองด้วยการถือศีลอดเป็นเวลา 30 วัน แต่เมื่อถือครบแล้วพระเจ้าก็ได้สั่งให้ท่านถือต่ออีก 10 วันรวมเป็น 40 วัน หลังจากนั้นท่านก็ได้รับบัญญัติ 10 ประการมาเป็นกฎหมายสำหรับลูกหลานอิสราเอล การอดอาหารของนีบูซาในครั้งนั้นได้กลายเป็นกฎเกณฑ์ถาวร โดยมี

วัตถุประสงค์เพื่อเป็นการไถ่โทษของพวกเขาทุกหลานอิสราเอล นอกจากนี้แล้ว กฎเกณฑ์ดังกล่าวยังห้ามการทำงานระหว่างการถือศีลอดด้วย

(ดู เสวิตโก 16:29-30)

(2) นบีดาวูดหรือเดวิดก็ถือศีลอดเพื่อไว้อาลัยให้แก่ “ซาอูล” ผู้เป็นพ่อตา และเมื่อลูกชายของท่านล้มป่วยลง ท่านก็อดอาหารเพื่อ นมัสการวิงวอนพระเจ้าขอให้ลูกชายท่านหายป่วย

(3) เอษราซึ่งเป็นผู้ที่ชาวยิวให้ความเคารพยกย่องว่าเป็น ผู้รวบรวมคัมภีร์ของโมเสส ก็ถือศีลอดเพื่อขอความคุ้มครองและความ ช่วยเหลือจากพระเจ้าในการเดินทางจากกรุงบาบิโลนกลับไปยังนคร เยรูซาเล็ม และเมื่อเขาได้อ่านคัมภีร์ของโมเสสให้พวกยิวฟัง พวกยิวก็ ถึงกับหลั่งน้ำตาและได้ถือศีลอดอาหารเป็นเวลา 7 วัน ปัจจุบันชาวยิว จึงมีการถือศีลอดในโอกาสต่าง ๆ 6 ครั้งด้วยกันในแต่ละปี

(4) พระเยซูหรือชนบีอียาก็ถือศีลอดอาหารเป็นเวลา 40 วัน ระหว่างที่อยู่ในถิ่นทุรกันดารและสานุศิษย์ของท่านก็ถือศีลอดอาหาร เช่นกัน ดังนั้นชาวคริสเตียนจึงได้ถือปฏิบัติกันมาและในการปฏิบัติก็มี พิธีรตองต่าง ๆ มากมาย เช่น การนุ่งผ้ากระสอบและการโปรยฝุ่นบนตัว เป็นต้น เพื่อเป็นการแสดงออกถึงความทุกข์และความไม่สนใจในตัวเอง

(5) การถือศีลอดยังเป็นที่ปฏิบัติในหมู่ชาวโรมันแคทอลิก แต่ ระยะเวลาของการถือศีลอดได้ถูกเปลี่ยนแปลงไปบ้าง ส่วนคริสตจักร โปรเตสแตนต์นั้นปล่อยให้เรื่องการถือศีลอดขึ้นอยู่กับความสำนึกของ คริสตศาสนิกชนเอง

(6) พราหมณ์ในศาสนาฮินดูก็มีการถือศีลอดอาหารในวันที่ 11 และ 12 ของทุกเดือน โยคีชาวอินเดียบางคนจะถือศีลอดโดยการงดเว้น จากการกินการดื่มเป็นเวลา 40 วันเช่นเดียวกับผู้นับถือศาสนาเซน

(7) ในศาสนาไซโรแอสเตอร์ ถึงแม้จะไม่มีข้อกำหนดเรื่องการ ถือศีลอดแก่คนทั่วไป แต่คัมภีร์ของศาสนานี้ก็กำหนดให้นักบวชของตน ถือศีลอดด้วยเช่นกัน

การถือศีลอดในอิสลาม (Islamic Fasting)

มุสลิมถูกกำหนดให้ถือศีลอดเมื่อประมาณ 1,400 ปีมาแล้ว ตั้งแต่มัยยของศาสดามุหัมมัด ﷺ การถือศีลอดเป็นบทบัญญัติของเอกองค์อัลลอฮ์ ﷻ ต่อมุสลิมทั้งชายและหญิงที่มีสุขภาพดีและบรรลุนิติภาวะแล้ว เมื่อท่านนบีมุหัมมัดอพยพไปยังนครมะดีนะฮ์ ท่านได้ถือศีลอดตามแบบของชาวยิวที่ยึดถือตามท่านนบีมุซา คือถือในวันที่ 10 เดือนเจ็ดตามปฏิทินของชาวยิว แต่หลังจากนั้นไม่นาน อัลลอฮ์ก็ได้มีวะฮยูชี้ให้ท่านนบีมุหัมมัด ﷺ เปลี่ยนการถือศีลอดให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์และวิธีการที่พระองค์ทรงกำหนด โดยอิสลามได้ใช้ปฏิทินทางจันทรคติเป็นตัวกำหนดการถือศีลอดซึ่งทำให้มุสลิมได้ถือศีลอดในทุกฤดูกาล (ปฏิทินทางจันทรคติจะน้อยกว่าปฏิทินทางสุริยคติเป็นเวลา 11 วัน)

การถือศีลอด มาจากภาษาอาหรับว่า “อัศ-เศามู” หรือ “อัศ-ศิยาม” ในทางภาษา หมายถึง การละ การงด การระงับยับยั้ง การควบคุมครองตน เช่น การละความชั่ว ยับยั้งสิ่งต่างๆ ที่เกิดจากอารมณ์ใฝ่ต่ำ ส่วนความหมายในทางศาสนา หมายถึง การละเว้นการบริโภคอาหาร เครื่องดื่ม การร่วมสังวาส ระหว่างรุ่งสางจนตะวันตกขอบฟ้า งดเว้นการพูดจาโกหกเหลวไหลไร้สาระ เว้นจากการประพฤติชั่วทั้งโดยลับและเปิดเผย ดังโองการในอัลกุรอานที่ว่า

“โอ้บรรดาชนผู้มั่นในศรัทธาเอ๋ย การถือศีลอดได้ถูกบัญญัติให้เป็นภารกิจ (ฟัรฎู) ของพวกเจ้าทุกคน เช่นเดียวกับที่เคยถูกบัญญัติให้เป็นภารกิจของชนในยุคออดีตก่อนสมัยพวกเจ้า ด้วยหมายให้พวกเจ้าเกิดความสำรวม (ตักวา)” บทอัลบะกอเราะฮ์ โองการที่ 183 และ “เดือนรอมฎอน เป็นเดือนที่ประทานอัลกุรอานลงมาเพื่อเป็นสิ่งที่ชี้นำแด่มวลมนุษยชาติ และเพื่อเป็นหลักฐานแห่งทางนำ และการจำแนกแยกแยะระหว่างดีชั่ว (คือระหว่างความจริงกับความเท็จ) ดังนั้นเมื่อผู้ใดในหมู่พวกเจ้าเข้าสู่เดือนนั้นแล้ว เขาจงถือศีลอดเดือนนั้นเถิด”

จากบทอัลบะกอเราะฮ์ โองการที่ 185

อิสลามได้บอกให้ผู้ศรัทธาได้รู้เป็นที่ชัดเจนว่าวัตถุประสงค์ของการถือศีลอดมิใช่เพื่อการทรมานร่างกาย แต่การถือศีลอดเป็นการขัดเกลาและฝึกฝนจิตวิญญาณของมนุษย์ ให้รู้จักยับยั้งชั่งใจเกี่ยวกับสิ่งที่กระตุ้น หรือยั่วความต้องการทั้งหลาย และมีความพร้อมที่จะเผชิญต่อบททดสอบที่จะประดังเข้ามาในชีวิต

ผลของการถือศีลอดต่อการเปลี่ยนแปลงสภาวะของร่างกายในภาวะปกติ (Effects of Ramadan Fasting on Healthy Muslims)

ช่วงเวลาที่มุสลิมต้องถือศีลอดใช้เวลาประมาณ 11-18 ชั่วโมงต่อวัน ขึ้นกับเขตเวลาในแต่ละภูมิภาคของโลกในช่วงการถือศีลอด และมุสลิมจะรับประทานอาหารหลักอย่างน้อย 2 มื้อ โดยเรียกมื้ออาหารในระหว่างเวลาตะวันตกดินขอรับว่า อิฟฏอ์ และอาหารมื้อดีกว่า ชะฮูร สำหรับการปรับเปลี่ยนวิธีรับประทานอาหารนี้ ทางแพทย์ถือว่าร่างกายไม่เสียหายอะไร แต่หากเข้าสู่ช่วง 16 ชั่วโมงขึ้นไปร่างกายจะเริ่มอ่อนเพลียและดึงพลังงานที่สะสมในร่างกายมาใช้

1) การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว (Body Weight Alterations)

ผลของการถือศีลอดเป็นเวลา 1 เดือนในเดือนรอมฎอนโดยไม่ควบคุมรูปแบบและปริมาณอาหารพบว่าไม่มีผลเปลี่ยนแปลงต่อดัชนีมวลกาย (body mass index) (Faruncuoglu et. al., 2007) จากการศึกษาที่ควบคุมรูปแบบและปริมาณอาหารในระหว่างถือศีลอดโดยได้รับพลังงานไม่เกิน 2,000 แคลอรีต่อวัน ประกอบด้วย โปรตีน 70 กรัม คาร์โบไฮเดรต 350 กรัม และไขมัน 35.5 กรัม ให้ดื่มน้ำประมาณ 1.5 ลิตร (6 แก้ว) พบว่าดัชนีมวลกายและน้ำหนักลดลง (Salehi & Neghab, 2007) แสดงให้เห็นว่าการรับประทานที่มีพลังงานปานกลางและดื่มน้ำอย่างเพียงพอในช่วงรอมฎอนจะเป็นผลดีต่อผู้ที่ต้องการลดน้ำหนักได้อย่างดี

แต่มีหลายการศึกษาที่พบว่าน้ำหนักลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Reviewed by Toda & Morimoto, 2004) น้ำหนักที่ลดประมาณ 1.7–3.8 กิโลกรัม (Azizi, 2002) พบว่าน้ำหนักลดลงในคนที่น้ำหนักเกิน (overweight) มากกว่าคนน้ำหนักปกติ หรือน้ำหนักต่ำ (underweight) โดยอธิบายสาเหตุของน้ำหนักที่ลดลงว่า เกิดจากการสูญเสียน้ำในช่วงต้นๆ ของเดือนรอมฎอนและเกิดจากการสูญเสียไขมันในร่างกายในตอนปลายๆ ของเดือนรอมฎอน การสูญเสียไขมันชี้ให้เห็นว่ามีการใช้ไขมันไปเป็นแหล่งของพลังงาน

2) การเปลี่ยนแปลงการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย (Organ Function Alterations)

(1) หัวใจ (Heart) มีการเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram) เล็กน้อย ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงความสูงของ QRS complex, T-wave รวมทั้ง right axis deviation แต่ไม่เป็นข้อห้ามในการถือศีลอด และการถือศีลอดไม่ได้ทำให้อุบัติการณ์ของการเกิดโรค acute coronary artery disease เพิ่มขึ้นแต่อย่างใด (Azizi, 2002)

(2) ปอด (Lung) การถือศีลอดไม่ได้ส่งผลกระทบต่อการทำงานของปอด (Pulmonary volume functions) ในอาสาสมัครสุขภาพดีที่ถือศีลอด แต่ภาวะขาดน้ำจะทำให้เยื่อทางเดินหายใจแห้ง อาจทำให้หลอดลมหดเกร็งได้ในคนป่วยที่เป็นหอบหืด แต่ถ้าอาการคงที่ก็ไม่ได้เป็นอุปสรรคในการถือศีลอดแต่อย่างใด สามารถใช้ยาขยายหลอดลม ชนิดพ่น, slow-release drug หรือยาเหน็บได้ (Azizi, 2002)

(3) กระเพาะ ลำไส้ (Gastrointestinal tract) กระเพาะอาหาร (Stomach) เป็นอวัยวะของทางเดินอาหารที่มีสภาพแวดล้อมเป็นกรด โดยมักจะมีค่าพีเอชอยู่ที่ประมาณ 1–4 โดยขึ้นกับอาหารที่รับประทานและปัจจัยอื่นๆ หน้าที่หลักของกระเพาะอาหารคือการย่อยสลายสารอาหารโมเลกุลใหญ่ให้เล็กลงโดยอาศัยการทำงานของกรดเกลือ (hydrochloric acid) เพื่อให้ง่ายต่อการดูดซึมที่ลำไส้เล็ก นอกจากนี้กระเพาะอาหารยังมีหน้าที่ผลิตเอนไซม์ที่ใช้ในการย่อยโปรตีน คือ

เอนไซม์เพปซิน (pepsin) โดยในช่วงแรก เอนไซม์นี้จะถูกผลิตออกมาในรูปของเพปซิโนเจน (pepsinogen) ที่ยังไม่สามารถทำงานได้ แต่จะถูกเปลี่ยนเป็นเพปซินเมื่ออยู่ในสภาวะที่เป็นกรดภายในกระเพาะอาหาร กระเพาะมีความเป็นกรดเพิ่มขึ้นเมื่อกระเพาะว่างหรืออดอาหาร

(4) ตับ มีบางการศึกษาพบระดับบิลิรูบินในเลือดเพิ่มขึ้นหลังจากถือศีลอดไปแล้ว 10, 20 และ 29 วัน โดยสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดที่ต่ำลง และบิลิรูบินในเลือดลดลงเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยได้สรุปว่าระดับบิลิรูบินสัมพันธ์กับเมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรต เพราะการศึกษาดังกล่าวพบว่าไม่ได้มีผลเปลี่ยนแปลงระดับ SGOT, SGPT, protein, และ albumin ในเลือดแต่อย่างใด (Azizi, 2002)

(5) ไต ในระหว่างการถือศีลอดในเดือนรอมฎอนพบว่า ปริมาณ osmolality, pH, nitrogen และ electrolyte ที่ขับออกทางปัสสาวะเป็นปกติ แต่มีการเปลี่ยนแปลง serum urea และ creatinine เล็กน้อย เมื่อถือศีลอดติดต่อกันเป็นเวลานานทำให้มี serum uric acid เพิ่มขึ้น อาจเกิดจากการลดลงของอัตราการกรองผ่านไต (decrease in glomerular filtration rate) และการขจัดยูริกออก (uric acid clearance) (Azizi, 2002)

(6) ต่อมไร้ท่อ ในระหว่างการถือศีลอดในเดือนรอมฎอน ไม่มีผลเปลี่ยนแปลงระดับ T4, T3, และ TSH

3) การเปลี่ยนแปลงระบบการเผาผลาญ (Metabolism)

(1) การเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต ระยะการได้รับอาหาร (feed state) สิ้นสุดลงหลังจากที่อาหารถูกดูดซึมหมด จากนั้นไปจะเรียกว่าเป็นระยะ basal หรือ post-absorptive state ซึ่งเป็นระยะที่มีการใช้พลังงานจากสารอาหารที่มีอยู่ในร่างกาย (endogenous fuel) เป็นช่วงที่มีการปลดปล่อยกลูโคสออกจากตับ ปล่อยกรดอะมิโนออกจากกล้ามเนื้อ และมีการเผาผลาญสารอาหารจำพวกกรดไขมัน จากการศึกษาพบว่าในช่วง post-absorptive state นี้ กลูโคสจะเข้าสู่เซลล์โดยอัตราเร็ว

ประมาณ 8-10 กรัม/ชม. เนื้อเยื่อหรือเซลล์ที่ใช้กลูโคสเป็นแหล่งพลังงานหลัก คือเซลล์ของระบบประสาทและเซลล์เม็ดเลือด ประมาณร้อยละ 50 ของกลูโคสที่สร้างขึ้นจะถูกใช้โดยเซลล์สมอง ร่างกายจะพยายามรักษาระดับกลูโคสให้อยู่ในระดับที่ยังปกติโดยอาศัยการควบคุมของฮอร์โมนอินซูลินและกลูคากอน ดังนั้นเมื่อกลูโคสถูกใช้ไปและเริ่มลดต่ำลง ระดับอินซูลินจะลดลงตามไปด้วย ทำให้กลูโคสผ่านเข้าสู่เซลล์กล้ามเนื้อในอัตราที่ลดลง ระดับอินซูลินที่ลดลงจะทำให้การสลายไกลโคเจน (glycogenolysis) ในกล้ามเนื้อและตับมากขึ้น โดยจะมีการสร้างกลูโคสจากตับโดยการสลายไกลโคเจน และสร้างกลูโคสใหม่จากสารที่ไม่ใช่คาร์โบไฮเดรต (gluconeogenesis) อย่างละเท่าๆ กัน หากอดอาหารนานกว่า 12-24 ชั่วโมง ขบวนการ gluconeogenesis จะมีบทบาทเด่นขึ้น กรดอะมิโนที่ได้จากการสลายโปรตีนจากกล้ามเนื้อ แล็กเตท และไพรูเวทที่ได้จากขบวนการไกลโคไลซิส และกลีเซอรอลที่ได้จากการสลายไตรกลีเซอไรด์จะเข้าสู่ขบวนการ gluconeogenesis นอกจากนี้กรดไขมันที่ได้จากการสลายไตรกลีเซอไรด์สามารถออกซิไดซ์เป็นพลังงาน (oxidation) ได้โดยตรง และระยะนี้เริ่มมีการสร้างสารคีโตนที่ตับจากเมตาบอลิซึมของกรดไขมัน

การถือศีลอดในช่วงเวลาสั้นๆ ก็มีผลต่อระบบการเผาผลาญของคาร์โบไฮเดรต พบว่าหลังอดอาหาร 8-16 ชั่วโมงแล้ว ร่างกายจะเกิดการปรับตัวต่อภาวะขาดอาหารทันที (adaptation to starvation) เพื่อเป็นการสงวนพลังงานไว้ให้เพียงพอต่อการใช้งานภายในเซลล์สมอง เซลล์เม็ดเลือดแดง เซลล์ประสาทส่วนปลายและเซลล์ไต การลดลงของระดับน้ำตาลในเลือด (60-70 mg %) เกิดขึ้นภายในไม่กี่ชั่วโมงหลังถือศีลอดในผู้ใหญ่ที่แข็งแรง เมื่อน้ำตาลในเลือดต่ำ ร่างกายจะหยุดการเปลี่ยนน้ำตาลเป็นไกลโคเจน (glycogen synthesis) แต่จะเร่งปฏิกิริยา gluconeogenesis แทน (Azizi, 2002)

(2) การเผาผลาญไขมัน ไขมันเป็นแหล่งพลังงานสำรองที่สำคัญต่อร่างกาย เมื่อได้รับจากอาหารผ่านการย่อยและดูดซึมเข้าสู่ร่างกาย จะนำไปเก็บสะสมอยู่ในเนื้อเยื่อทั่วร่างกาย ที่เรียกว่า

adipose tissue ในรูปของ fat globules ในรูปของ triacylglycerol (TG) นอกเหนือจากการเป็นแหล่งพลังงานสะสมแล้ว ไขมันยังมีหน้าที่สำคัญอื่นๆ อีกด้วย คือ เป็นส่วนที่รองรับโครงสร้างของร่างกาย ปกป้องอวัยวะภายใน เช่น หัวใจ ตับ ไต และม้าม ทำหน้าที่เป็นฉนวนป้องกันการสูญเสียความร้อนออกจากร่างกาย และไขมันที่อยู่ภายใต้ผิวหนังสามารถเปลี่ยนเป็นความร้อนได้เมื่อผิวหนังมีอุณหภูมิต่ำลง

ในสภาวะที่ร่างกายต้องการใช้พลังงานเพิ่มมากขึ้น หรือเมื่อร่างกายขาดสารอาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรตจากภาวะอดอาหาร เซลล์ร่างกายจะใช้พลังงานจากไขมัน เซลล์ที่ได้รับพลังงานจากการ oxidation ของ fatty acid จากแหล่งไขมันใหญ่ๆ 3 แหล่ง คือ ไขมันที่ได้จากอาหาร ไขมันที่เก็บสะสมอยู่ใน adipocyte และไขมันที่ถูกสังเคราะห์ขึ้นในเซลล์ตับ

(3) การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ (Vital Sign Alterations) จากการศึกษาเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพก่อนและหลังการถือศีลอดในเดือนรอมฎอนพบว่า อัตราการเต้นของชีพจร ความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกหลังถือศีลอดมีค่าลดลงต่ำกว่าในเดือนก่อนถือศีลอด (Mansi & Amneh, 2007) บางการศึกษาพบว่าการลดลงของชีพจรและลดความต้องการใช้ออกซิเจนในร่างกาย (decrease oxygen consumption) โดยผู้วิจัยให้เหตุผลว่าเป็นผลจากร่างกายมีการปรับตัวโดยลดอัตราการเผาผลาญพลังงานลง (metabolic adaptation to fasting) เพื่อเป็นการสงวนพลังงานไว้ใช้ในยามขาดแคลน (Reviewed by Toda & Morimoto, 2004)

(4) การเปลี่ยนแปลงต่อค่าชีวเคมีในเลือด (Biochemical Alterations) ระดับน้ำตาล ไตรกลีเซอไรด์ และโคเลสเตอรอลในเลือดลดลง (Salehi & Neghab, 2007) แต่อย่างไรก็ตามระดับ HDL cholesterol ไม่ได้เปลี่ยนแปลง (Faruncuoglu, et. al., 2007) มีรายงานการศึกษาที่พบระดับ HDL cholesterol สูงขึ้นในเลือด นับเป็นผลดีต่อสุขภาพเพราะ HDL cholesterol เป็นปัจจัยสำคัญที่ป้องกันภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) และโรคหัวใจ ในขณะที่ LDL cholesterol มีแนวโน้มลดลงหรือคงที่นั่นเป็นสิ่งที่ดี เพราะ LDL cholesterol เป็น

ปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) (โดยระดับไขมันในเลือดที่พึงประสงค์เมื่ออดอาหารไม่น้อยกว่า 12 ชั่วโมงคือ คอเลสเตอรอล < 200 mg%, LDL-คอเลสเตอรอล < 130 mg%, HDL-คอเลสเตอรอล > 40 mg%, ไตรกรีเซอไรด์ < 150 mg%) จากการถือศีลอดไม่ได้มีผลเปลี่ยนแปลง Hemoglobin, เม็ดเลือดแดง, เม็ดเลือดขาว

(5) การเปลี่ยนแปลงของสมดุลของเหลวและอิเล็กโทรไลต์ (Fluid & Electrolyte Balance) ภาวะสมดุลของเหลวและอิเล็กโทรไลต์ เช่น sodium, potassium, chloride และ bicarbonate มีหน้าที่ในการควบคุมความเป็นกรดต่างของเลือด ควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ ระดับเกลือแร่เหล่านี้ขึ้นอยู่กับอาหารที่รับประทานและการขับทิ้งโดยไต ภาวะสมดุลของเหลวและอิเล็กโทรไลต์เป็นสิ่งจำเป็นในการทำงานของกระบวนการต่างๆ ในร่างกาย เพื่อให้ร่างกายอยู่ในภาวะสมดุล ปริมาณน้ำที่ร่างกายได้รับ (intake) ควรเท่ากับปริมาณน้ำที่ถูกขับออก (output) ใน 24 ชั่วโมง สมดุลของเหลวเพื่อใช้ในกระบวนการเมตาบอลิซึม และการขับถ่ายของเสียออกจากร่างกาย

จากการถือศีลอดพบอุบัติการณ์ของการขาดน้ำ (dehydration) จะพบได้บ่อยในผู้ใหญ่วัยกลางคนและผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผลจากการการดื่มน้ำไม่เพียงพอ (restricted fluid intake) อาการที่แสดงถึงการขาดน้ำ ได้แก่ ชีพจรจะเต้นเร็ว (tachycardia) ในช่วงแรกๆ อ่อนเพลีย (tiredness) ไม่ค่อยสบาย (malaise) ปวดศีรษะ (headaches) และคลื่นไส้ (nausea) (Reviewed by Toda & Morimoto, 2004) เมื่อเก็บตัวอย่างเลือดของผู้ป่วยที่อยู่ภาวะขาดน้ำในช่วงรอมฎอนจะพบว่า ค่าชีวเคมีในเลือดจะสูงขึ้น เช่น uric acid ที่มีค่าสูงขึ้นกว่าปกติเล็กน้อยแต่ไม่ได้ส่งผลต่อการเกิดโรคเกาต์หรือส่งผลต่อไตในผู้ถือศีลอดสุขภาพดีทั่วไป แต่การถือศีลอดไม่ได้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอิเล็กโทรไลต์ (Azizi, 2002)

(6) การเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมอง (Brain Functions) จากการศึกษาผลการถือศีลอดในเดือนรอมฎอนต่อการทำงานของสมองพบว่า สมองส่วน motor cortex มีการทำงานเพิ่มขึ้น และมีการเพิ่มปริมาณของออกซิเจนในบริเวณดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญ

($p < 0.01$) (Boujraf et. al., 2006) จากการถือศีลอดทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง แต่เพื่อประคับประคองให้มีพลังงานและออกซิเจนไปเลี้ยงสมองได้อย่างเพียงพอ ร่างกายต้องปรับให้มีปริมาณเลือดที่ไปสู่สมองมากขึ้น (cerebral blood flow and perfusion) เป็นการกระตุ้นให้สมองทำงานมากขึ้น (cerebral activity) ทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค neurodegenerative disorders ซึ่งเป็นโรคที่มีการทำลายของเซลล์ประสาทในสมอง ลักษณะของโรคนี้คือ ทำให้สมองในบริเวณที่ถูกทำลายทำงานไม่ได้ ปริมาตรของสมองจะค่อยๆ ฝ่อเล็กลง โรคในกลุ่มนี้ได้แก่ อัลไซเมอร์ และพาร์กินสัน โดยที่โรคอัลไซเมอร์จะมีการทำลายของเซลล์ประสาทในส่วนที่ทำหน้าที่จดจำ การเรียนรู้ ทำให้มีภาวะสมองเสื่อมตามมา ส่วนโรคพาร์กินสันมีการทำลายของเซลล์ประสาทในบริเวณที่ควบคุมการเคลื่อนไหว ทำให้แสดงอาการสั่นและควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อไม่สะดวก โรคในกลุ่มนี้รักษาไม่หายขาดได้แต่ชะลออาการเอาไว้ สำหรับในคนที่เป็นอัลไซเมอร์มักจะมีการดำเนินของโรคเร็ว ผู้ป่วยจะมีชีวิตได้ไม่เกิน 5 ปี และไม่มี การเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าสมอง (Electroencephalogram) (Azizi, 2002)

4) การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำรงชีวิตและผลต่อสุขภาพจิต (Daily Lifestyles Mental-Health Status Alterations)

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและแบบแผนการดำรงชีวิตในเชิงบวกในเดือนรอมฎอนพบว่า

(1) มุสลิมตั้งใจทำความดีมากขึ้น มุสลิมส่วนใหญ่ที่แสวงหาเป้าหมายแห่งการถือศีลอดที่แท้จริง ทำให้เขาเหล่านั้นต่างพยายามศึกษาบทเรียนที่ได้รับจากรอมฎอน เพื่อการขัดเกลา ปรับปรุงอุปนิสัยและมารยาทของตนให้สอดคล้องกับเป้าหมายของเดือนอันประเสริฐนี้ จะเห็นได้ว่าในระหว่างการถือศีลอดในเดือนรอมฎอน มุสลิมจะละทิ้งพฤติกรรมที่ไร้สาระ คำพูดประเภทโกหก ด่า นินทา ยุแหย่ และต้องควบคุมจิตใจไม่ให้เกิดกำหนดต่าง ๆ เช่น การมองดูเพศตรงข้าม และฟังเพลง เป็นต้น อันที่จริงแล้วพฤติกรรมข้างต้น ล้วนเป็นสิ่งที่ต้องห้าม

(หะรอม) อยู่ในตัวของมันเองอยู่แล้ว แต่ที่นำมาเกี่ยวข้องกับผู้ที่ถือศีลอดก็เพราะนอกจากเป็นบาปแล้ว ยังทำลายผลบุญของการถือศีลอดอีกด้วย

(2) แสดงอาการยินดีเมื่อรอมฎอนมาถึง บรรดามุสลิมทั่วโลก จะแสดงความดีใจ ตั้งหน้าตั้งตารอคอย และเอาใจใส่กับการต้อนรับเดือนรอมฎอน เพราะเดือนนี้เป็นเดือนที่ก่อให้เกิดความสุขที่แท้จริงเป็นความสุขที่เกิดจากการมีโอกาสกระทำความดี อันเป็นหนทางสู่ความเมตตาของอัลลอฮ์ ﷻ

(3) วิงวอน (ดุอาอฺ) และศึกษาคัมภีร์อัลกุรอานมากยิ่งขึ้น มุสลิมมักวิงวอนขอเป็นเวลาหลายเดือนเพื่อให้บรรลุถึงเดือนรอมฎอน และวิงวอนเพื่อให้อัลลอฮ์ ﷻ ทรงตอบรับความตึงามที่ได้กระทำไว้ในเดือนรอมฎอนที่แล้ว

(4) กลับเนื้อกลับตัว (เตาบัต) มุสลิมทั้งหลายต้อนรับเดือนรอมฎอนด้วยการตั้งใจออกห่างและละทิ้งความผิดทุกชนิด พร้อมทั้งกลับเนื้อกลับตัวอย่างบริสุทธิ์ใจ เพราะบรรดาผู้ศรัทธามีหน้าที่ต้องเตาบัต (กลับเนื้อกลับตัว) ทุกเวลา เมื่อถึงเดือนรอมฎอนจึงถือเป็นโอกาสดีที่จะเริ่มชีวิตใหม่อันขาวบริสุทธิ์และปราศจากมลทิน โดยตั้งมั่นที่จะขอลุแกโทษกับอัลลอฮ์ ﷻ โดยปฏิบัติหน้าที่ในฐานะเป็นบ่าวของพระองค์ปฏิบัติหน้าที่ในฐานะเป็นผู้ยืนหยัดในแนวทางของท่านศาสดา (Reviewed by Toda & Morimoto, 2004)

ผลของการถือศีลอดในเดือนรอมฎอน

1. ผลต่อสุขภาพจิต

ถึงแม้ว่าในแต่ละเดือนคือโอกาสในการแสดงความเคารพภักดีและเชื่อฟังอัลลอฮ์ แต่เดือนรอมฎอนจะเป็นเดือนที่จูงใจให้ผู้ศรัทธาทำความดีมากยิ่งขึ้นกว่าเดือนอื่นๆ มุสลิมจะจดจ่ออยู่กับการแสดงความเคารพภักดี (อิบาดัต) ต่ออัลลอฮ์ ﷻ มากขึ้นกว่าเดือนอื่นๆ มีรายงานวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบต่อแบบแผนการใช้ชีวิตในเชิงลบในที่ทำงานและในโรงเรียน (Negative effects on the working and school life) พบว่ามุสลิมผู้ถือศีลอดขาดสมาธิ (lack of concentration) อ่อนเพลีย (tiredness)

ฉุนเฉียวง่าย (irritability) ง่วงซึม (sleepiness) (Reviewed by Toda & Morimoto, 2004) ภาวะหงุดหงิดฉุนเฉียวจะพบในกลุ่มผู้สูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ (Kadri et. al., 2000)

2. ผลกระทบต่อร่างกายที่เบี่ยงเบนเล็กน้อย

2.1 การปวดศีรษะ (Headaches Incidence)

ปกติอาการปวดศีรษะจะเกิดได้ในภาวะที่น้ำตาลในเลือดต่ำ แบบแผนการนอนมีการเปลี่ยนแปลง หรือจากภาวะขาดน้ำในร่างกาย จากการศึกษาวิจัยในผู้ใหญ่อายุ 18-65 ปีที่ถือศีลอดในเดือนรอมฎอน พบอุบัติการณ์การเกิดอาการปวดศีรษะร้อยละ 76.6 และลดลงร้อยละ 73.7 หลังจากเดือนรอมฎอน การศึกษาครั้งนี้พบว่าการปวดศีรษะจะพบได้บ่อยขึ้นในกลุ่มประชากรที่สูบบุหรี่ ดื่มชา หรือกาแฟเป็นประจำในขณะที่ไม่ได้อยู่ในช่วงถือศีลอด (Bender et. al., 2007)

2.2 ผลต่อร่างกายสตรีตั้งครรภ์ (Pregnant)

การถือศีลอดในหญิงตั้งครรภ์เป็นสิ่งที่พึงเผาระวัง เพราะอาจมีผลกระทบต่อทั้งสุขภาพมารดาและทารกในครรภ์ จากการศึกษาวิจัยการเปลี่ยนแปลงของร่างกายของสตรีมีครรภ์ที่ถือศีลอดและไม่ถือศีลอด พบว่าไม่มีความแตกต่างกันได้แก่ การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักของร่างกายของมารดา (Dikensoy et. al., 2008) และจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ระดับฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol) ในเลือดสตรีมีครรภ์ที่ถือศีลอดจะเพิ่มขึ้นมากกว่าตอนเริ่มต้น คอร์ติซอลเป็น glucocorticoids ตัวหลักที่พบในระบบไหลเวียนในกระแสเลือดในรูปที่จับกับ cortisol-binding globulin (CBG) เป็นส่วนใหญ่ (83%) อีก 12% จับกับ albumin มีเพียง 5% ที่อยู่ในรูปอิสระ คอร์ติซอล ออกฤทธิ์ในการควบคุมการสร้างกลูโคสจากโปรตีนและกรดอะมิโนโดยชักนำให้มีการสลายโปรตีนปริมาณคอร์ติซอลที่เพิ่มขึ้นจะไปลดการสร้าง antibodies ทำให้ภูมิคุ้มกันที่ไปต้านการอักเสบ (anti-inflammatory) ลดลง ซึ่งผลดังกล่าวนี้มาจากฤทธิ์ของคอร์ติซอลต่อขบวนการสังเคราะห์โปรตีนที่ลดลงนั่นเอง การศึกษาของ Dikensoy และคณะยังพบว่า สัดส่วนของ LDH/HDL มีค่าลดลง ซึ่งเป็นผลดีต่อสุขภาพ

2.3 ผลต่อร่างกายของทารกในครรภ์มารดา (fetus)

จากการศึกษาวิจัยการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ในสตรีมีครรภ์ที่ถือศีลอดและไม่ถือศีลอด พบว่าไม่มีความแตกต่างกันได้แก่ น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นโดยประมาณของทารกในครรภ์ การเพิ่มขึ้นของเส้นรอบศีรษะ การเจริญของกระดูก femur และสัดส่วนความดันเลือดซิสโตลิกและไดแอสโตลิกในเส้นเลือดสายสะดือ (Dikensoy และคณะ, 2008) นอกจากนี้มีรายงานว่าทารกถือศีลอดในหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้กระทบต่อคะแนนแอปการ์ (Apgar's score) น้ำหนัก และอายุครรภ์ของทารกแรกเกิดแต่อย่างใด (รวบรวมโดย Dikensoy et. al., 2008) จากการติดตามการเจริญเติบโตของทารกแรกเกิดจนถึง 6 เดือน ซึ่งเป็นทารกที่เกิดจากมารดาที่ถือศีลอดในเดือนรอมฎอนเปรียบเทียบกับทารกที่เกิดจากมารดาที่ไม่ได้ถือศีลอด พบว่าน้ำหนัก ส่วนสูง และความยาวรอบเส้นศีรษะของทารกทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (Khoshdel et. al., 2007)

2.4 ผลกระทบในช่วงให้นมบุตร (Lactation period)

การให้นมแม่แก่ทารกเป็นสิ่งจำเป็นต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของร่างกาย จิตใจและสติปัญญาของทารกเป็นอย่างมาก จากการศึกษาพบว่า คุณภาพของน้ำนมและส่วนประกอบของสารอาหารในน้ำนมของสตรีที่ถือศีลอดไม่แตกต่างจากน้ำนมของสตรีที่ไม่ถือศีลอดได้แก่ ปริมาณไขมัน โปรตีน แลคโตส ไตรกลีเซอไรด์และโคเลสเตอรอล (Bener et. al., 2001)

3. ผลกระทบต่อร่างกายในสภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (Effects of Ramadan Fasting on Chronic Illness)

3.1 โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus)

เบาหวาน เป็นความผิดปกติของร่างกายที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอ อันส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงเกิน โรคนี้มีความรุนแรงสืบเนื่องมาจากการที่ร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลได้อย่างเหมาะสม โดยปกติน้ำตาลจะเข้าสู่เซลล์ร่างกายเพื่อใช้

เป็นพลังงานภายใต้การควบคุมของฮอร์โมนอินซูลิน ในผู้ชายที่เป็นโรคเบาหวานจะไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลที่เกิดขึ้นทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ในระยะยาวจะมีผลในการทำลายหลอดเลือด ถ้าหากไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้

เบาหวาน สามารถแบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่

โรคเบาหวานชนิดที่ 1 เกิดจากภูมิคุ้มกันของร่างกายทำลายเซลล์ ซึ่งสร้างอินซูลินในส่วนของตับอ่อนทำให้ร่างกายหยุดสร้างอินซูลิน ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 จึงจำเป็นต้องฉีดอินซูลินเพื่อควบคุมน้ำตาลในเลือดระยะยาว

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 สาเหตุที่แท้จริงนั้นยังไม่ทราบชัดเจน แต่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักตัวมาก และขาดการออกกำลังกาย ทั้งวัยที่เพิ่มขึ้น เซลล์ของผู้ป่วยยังคงมีการสร้างอินซูลินแต่ทำงานไม่เป็นปกติ เนื่องจากมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน ทำให้เซลล์ที่สร้างอินซูลินค่อยๆ ถูกทำลายไป บางคนเริ่มมีภาวะแทรกซ้อนโดยไม่รู้ตัว และต้องการยาในการรับประทาน และบางรายต้องใช้อินซูลินชนิดฉีด เพื่อควบคุมน้ำตาลในเลือด

อาการของเบาหวาน

ปัสสาวะมากขึ้นและบ่อยครั้งขึ้น ปัสสาวะกลางคืนบ่อยขึ้น (ระหว่างช่วงเวลาที่เข้านอนแล้วจนถึงเวลาตื่นนอน) หิวน้ำบ่อยและดื่มน้ำในปริมาณที่มากมาย เหนื่อยง่ายไม่มีเรี่ยวแรง น้ำหนักตัวลดโดยไม่ทราบสาเหตุ โดยเฉพาะถ้าหากน้ำหนักเคยมากมาก่อน ดิ๊ดเชื่อบ่อยกว่าปกติ เช่น ดิ๊ดเชื่อทางผิวหนังและกระเพาะอาหาร สายตาพร่ามองเห็นไม่ชัดเจน และเป็นแผลหายช้า

ผลของการถือศีลอดในเดือนรอมฎอนต่อโรคเบาหวาน

จากการวิจัยผลของการถือศีลอดในเดือนรอมฎอนจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 หรือไม่ หลายๆ การศึกษาพบว่า การถือศีลอดไม่ได้มีผลเปลี่ยนแปลงค่าพารามิเตอร์ทางชีวเคมีในเลือด จึงมีข้อสรุปว่าการถือศีลอดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 นั้นปลอดภัย ถ้าผู้ป่วยรู้ภาวะโรคของตนเองทำให้สามารถปรับพฤติกรรมการกินและและรับประทานยาอย่างถูกต้อง แต่สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 นั้น ถ้าผู้ป่วยมีความต้องการถือศีลอดต้องแนะนำให้ผู้ป่วยรับผิดชอบในการตรวจสอบระดับน้ำตาลในเลือดเป็นระยะๆ ใน 1 วัน และในผู้ป่วยกลุ่มนี้พบว่าการฉีดอินซูลินสามารถดูดซึมได้อย่างรวดเร็วในช่วงที่ถือศีลอด (Benaji et. al., 2006 และ M'guil, et. al., 2008) *

แม้ว่าการถือศีลอดทำให้เสี่ยงที่จะมีอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ได้ง่ายในเวลากลางวัน แต่จากการศึกษาพบว่า การถือศีลอดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่ได้มีผลเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดมากนัก จากเก็บตัวอย่างเลือดทุก 4 ชั่วโมงในช่วงถือศีลอดในเดือนรอมฎอนพบว่าระดับน้ำตาลลดลงเล็กน้อยในช่วงเวลา 15.00 น และเพิ่มขึ้นในช่วงเวลา 21.00 น และ 08.00 น. (Reviewed by Benaji et. al., 2006) เพราะเกณฑ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเมื่ออดอาหาร 6-8 ชั่วโมงคือ 100 ± 20 mg% และ HbA1c < 7 % นอกจากนี้พบว่า ระดับ HbA1c, fructosamine, insulin, creatinine, uric acid, blood urea nitrogen, protein, albumin, alanine amino-transferase, aspartate amino-transferase และ C-peptide ในเลือด ไม่ได้เปลี่ยนแปลงในระหว่างเดือนรอมฎอน (Azizi, 2002)

ส่วนการบริหารยาควบคุมเบาหวานในระหว่างเดือนรอมฎอนพบว่า แพทย์จะสั่งให้ยาประเภท Oral Hypoglycemic Agent (OHA) ลักษณะการสั่งให้ยาของแพทย์คือ ให้ OHA วันละ 2 ครั้ง รับประทานในเวลาก่อนตะวันตกดินและหลังตะวันตก และแนะนำในการรับประทานอาหาร พบว่าไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ ต่อผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 แต่

พบอาการระดับน้ำตาลในเลือดสูง (hyperglycemia) เมื่อผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้อง เช่น ลดขนาดยา หรืองดรับประทานยาลงอย่างสิ้นเชิง (Reviewed by Benaji et. al., 2006)

3.2 โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่พบได้บ่อยในปัจจุบัน โดยจะตรวจพบความดันโลหิตอยู่ในระดับที่สูงกว่าปกติเรื้อรังอยู่เป็นเวลานาน ทั้งนี้องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ในปี 1999 ว่า ผู้ใดก็ตามที่มีความดันโลหิตวัดได้มากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอาจจะไม่มีอาการใดๆ เลย หรืออาจจะพบว่ามีอาการปวดศีรษะ มึนงง เวียนศีรษะ และเหนื่อยง่ายผิดปกติ อาจมีอาการแน่นหน้าอกหรือนอนไม่หลับ และการที่ความดันโลหิตสูงอยู่เป็นเวลานาน เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคหลอดเลือดในสมองตีบ โรคหัวใจ โรคไตวาย เส้นเลือดแดงใหญ่โป่งพอง อัมพาต ฯลฯ เป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด ทำให้ผู้ป่วยดังกล่าวต้องรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตเป็นเวลานาน

ระดับความรุนแรง

ระดับที่ 1 ความดันโลหิตสูงระยะเริ่มแรก ค่าความดันโลหิตระหว่าง 140-159/90-99 มม.ปรอท

ระดับที่ 2 ความดันโลหิตสูงระยะปานกลาง ค่าความดันโลหิตระหว่าง 160-179/100-109 มม.ปรอท

ระดับที่ 3 ความดันโลหิตสูงระยะรุนแรง ค่าความดันโลหิตมากกว่า 180/110 มม.ปรอท

การวัดความดันโลหิตควรจะวัดขณะนอนพัก ควรวัดซ้ำ 2-3 ครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่าเป็นความดันโลหิตสูงจริงๆ

แนวทางปฏิบัติในการลดความเสี่ยงจากความดันโลหิตสูง
คือ

1. รักษาน้ำหนักตัวไม่ให้้วนเกินไป
2. ลดอาหารที่มีรสเค็ม
3. รับประทานอาหารให้พอเหมาะ เน้นอาหารที่เป็นพืช ผัก ผลไม้
4. หมั่นออกกำลังกายให้สม่ำเสมอเป็นประจำ ให้พอเหมาะ ไม่มากหรือน้อยเกินไป
5. ตรวจสุขภาพเป็นครั้งคราว ถ้าพบว่าเป็นความดันโลหิตสูง แพทย์อาจแนะนำให้รับประทานยาลดความดันโลหิตร่วมด้วย

ผลของการถือศีลอดในเดือนรอมฎอนต่อโรคความดันโลหิตสูง

จากการศึกษาผลของการถือศีลอดในเดือนรอมฎอนของผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง 17 ราย โดยผู้ป่วยได้รับยาลดความดันโลหิตชนิดรับประทานวันละครั้ง (once-daily preparation) ชนิดออกฤทธิ์นาน (long-acting preparation) ได้แก่ verapamil, nifedipine, atenolol, hydrochlorothiazide และ ACE inhibitor รับประทานอย่างสม่ำเสมอ และติดตามความดันโลหิตในรอบ 24 ชั่วโมง ทั้งขณะหลับและขณะตื่น เปรียบเทียบผลก่อนและหลังเดือนรอมฎอนพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน โดยผลก่อนเดือนรอมฎอนคือ $138.5 \pm 18.5/77.2 \pm 8.1$ มิลลิเมตรปรอท ส่วนผลหลังเดือนรอมฎอนคือ $136.4 \pm 20/75.5 \pm 5.9$ มิลลิเมตรปรอท จึงสามารถสรุปได้ว่าการถือศีลอดในเดือนรอมฎอนนั้นมีความปลอดภัยต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Perk et. al., 2001)

3.3 โรคหลอดเลือดสมอง (STROKE) หรือ (Cerebrovascular accident)

เป็นโรคที่พบบ่อยเป็นอันดับสาม รองจากโรคหัวใจและโรคมะเร็ง เป็นโรคที่ทำให้คนไทยและคนทั่วโลกเสียชีวิตเป็นอันดับต้นๆ

โรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งได้เป็น 2 ชนิดคือ ชนิดเส้นเลือดตีบหรืออุดตัน ชนิดเส้นเลือดแตก โดยทั่วๆ ไปจะพบผู้ป่วยที่เป็นชนิดเส้นเลือดตีบหรืออุดตันได้บ่อยกว่า ชนิดเส้นเลือดแตก

อาการของผู้ป่วยมีได้หลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับว่าสมองส่วนใดเสียการทำงานไป เช่น พูดไม่ออกหรือไม่เข้าใจคำพูด หรือพูดไม่ชัดทันทีทันใด แขนขาหรือหน้าอ่อนแรง ชา หรือขยับไม่ได้ขึ้นมาทันทีทันใด โดยเฉพาะที่เป็นครึ่งซีกของร่างกาย ตาข้างใดข้างหนึ่งมัวหรือมองไม่เห็นฉับพลัน เห็นภาพซ้อน หรือเกิดอาการคล้ายมีมานมาบังตา ปวดศีรษะรุนแรงฉับพลันชนิดไม่เคยเป็นมาก่อน งุนงง เวียนศีรษะ หรือเสียการทรงตัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดร่วมกับอาการอื่นข้างต้น

ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยงหมายถึง ถ้าผู้ใดมีปัจจัยเหล่านี้อยู่จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าคนปกติ อย่างไรก็ตามไม่ได้หมายความว่าผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงทุกคนจะต้องเกิดโรคหลอดเลือดสมองทุกราย ในขณะเดียวกัน ผู้ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงก็มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้เช่นกัน แต่ไม่มากเท่าผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญได้แก่

- ความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญมาก ถ้าสามารถป้องกันไม่ให้เป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือถ้าเป็นแล้วการลดความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมจะสามารถลดความเสี่ยงลงได้

- การสูบบุหรี่ ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญเช่นกัน ดังนั้นจึงควรงดสูบบุหรี่ ถ้างดสูบบุหรี่ได้นอกจากความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองจะลดลงแล้ว ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ โรคปอดจะน้อยลง และสุขภาพโดยทั่วไปก็จะดีขึ้นเองอีกด้วย

- โรคหัวใจ มีหลายชนิด เช่น โรคลิ้นหัวใจพิการ โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคหัวใจขาดเลือด ฯลฯ การรักษาด้วยแพทย์อย่างสม่ำเสมอซึ่งแพทย์อาจพิจารณาให้ยาบางชนิดเพื่อลดโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และจะช่วยลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองลงได้

- โรคเบาหวาน ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงอีกประการหนึ่ง ถ้าผู้ป่วยเป็นโรคนี้ก็ควรพบแพทย์และรับประทานยาตามที่แพทย์แนะนำอย่างเคร่งครัด จะช่วยลดความเสี่ยงลงได้

- ภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน และยังเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองอีกด้วย ดังนั้นการรับประทานอาหารที่ไม่มีไขมันมากเกินไป หรืออาจต้องรับประทานยาลดไขมันร่วมด้วยตามที่แพทย์แนะนำ จะช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคเส้นเลือดหัวใจตีบตัน และอาจช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองอีกด้วย

อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อาการอ่อนแรง หรือชาครึ่งซีกของร่างกายทันทีทันใด อาการตามัวหรือมองไม่เห็นทันที โดยเฉพาะที่เป็นข้างเดียว พูดตะกุกตะกัก พูดไม่ชัด นึกคำพูดไม่ออก หรือไม่เข้าใจคำพูดทันทีทันใด ปวดศีรษะรุนแรงฉับพลันชนิดไม่เคยเป็นมาก่อน เวียนศีรษะ บ้านหมุน เดินลำบาก หรือเป็นลม โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีอาการดังกล่าวมาแล้วร่วมด้วย อาการเตือนเหล่านี้อาจเป็นเพียงชั่วขณะแล้วดีขึ้นเอง แต่ก็มีความสำคัญ และผู้ป่วยควรจะพบแพทย์โดยด่วน ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษาเร็วเท่าใด อัตราการตาย หรือความพิการจะยิ่งน้อยลง

ผลของการถือศีลอดในเดือนรอมฎอนต่อโรคหลอดเลือดสมอง

การติดตามการอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองแบบศึกษาไปข้างหน้า (Cohort) ในผู้ป่วยมุสลิมจำนวน 793 ราย ที่แบ่งการศึกษาเป็น 3 ช่วงคือ ช่วงเวลาก่อนเดือนรอมฎอน ระหว่างเดือนรอมฎอน และช่วงเวลาลงเดือนรอมฎอน พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในอายุที่เริ่มเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองชนิดเส้นเลือดตีบหรืออุดตัน (onset of ischemic stroke) โดยก่อนเดือนรอมฎอนพบในช่วงอายุ 65.3 ± 11.3 ปี ระหว่างเดือนรอมฎอน 65.4 ± 13 ปี และช่วงเวลาลงเดือนรอมฎอน

66.1 $\pm$ 12.6 ปี ส่วนอายุที่เริ่มเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองชนิดเส้นเลือดแตก (the onset of intracerebral hemorrhage) พบว่าไม่แตกต่างกันคือ ก่อนเดือนรอมฎอนพบในช่วงอายุ 62.5 $\pm$ 11.1 ปี ระหว่างเดือนรอมฎอน 63.8 $\pm$ 11.7 ปี และช่วงเวลาหลังเดือนรอมฎอน 60.7 $\pm$ 13.6 ปี ไม่มีความแตกต่างของอุบัติการณ์ของการเกิดโรคระหว่างเพศ ไม่มีความแตกต่างของอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดเส้นเลือดตีบหรืออุดตัน และโรคหลอดเลือดสมองชนิดเส้นเลือดแตก ไม่มีความแตกต่างของอัตราการตายในโรงพยาบาล (in hospital mortality rate) ทั้ง 3 ช่วงเวลา (Comoglu et. al., 2003)

จากการศึกษาอุบัติการณ์แบบย้อนหลัง (Retrospective review) 13 ปี (1991–2003) ในผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรค stroke จำนวน 335 ราย ที่มีอายุเฉลี่ย 56.99 $\pm$ 13.9 ปี ในช่วงเวลาก่อนเดือนรอมฎอน 1 เดือน เดือนรอมฎอน และหลังเดือนรอมฎอน 1 เดือน พบว่าจำนวนครั้งของการนำเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล (hospitalization) ไม่แตกต่างกันคือ ในช่วงเวลาก่อนเดือนรอมฎอน 1 เดือน พบจำนวน 30 ราย ระหว่างเดือนรอมฎอน 29 ราย และหลังเดือนรอมฎอน 1 เดือนพบ 29 ราย (Bener et. al., 2006)

3.4 โรคหัวใจ

โรคหัวใจแบ่งได้หลายชนิด ดังนี้

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด คือเป็นตั้งแต่เกิด อาจวินิจฉัยได้ตั้งแต่แรกคลอด หรืออาจไม่มีอาการจนกว่าจะอายุมาก ความผิดปกตินี้ อาจเกิดขึ้นกับทุกส่วนของหัวใจ เช่น หลอดเลือดหัวใจ ลิ้นหัวใจ ผนังกันห้องหัวใจ หรือตัวห้องหัวใจมีสภาพไม่สมบูรณ์ มักไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน เชื่อว่าการติดเชื้อไวรัสและการได้รับสารเคมี หรือยาบางชนิดระหว่างตั้งครรภ์อ่อนๆ ความผิดปกติเหล่านี้ส่วนมากสามารถผ่าตัดแก้ไขได้

โรคลิ้นหัวใจ อาจเป็นมาแต่กำเนิดหรือมาเป็นภายหลังก็ได้ มักเกิดจากการติดเชื้อคออักเสบ และไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องจึง

เกิดการอักเสบของลิ้นหัวใจ เกิดลิ้นหัวใจตีบ ร้าว หรือเกิดจากการเสื่อมของลิ้นหัวใจเอง

โรคกล้ามเนื้อหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจทำงานผิดปกติ หรือกล้ามเนื้อหัวใจหนากว่าปกติ โรคที่พบบ่อย คือ กล้ามเนื้อหัวใจเสียเนื่องจากความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษามานาน กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือกล้ามเนื้อหัวใจตายจากหลอดเลือดหัวใจตีบ ตัน เป็นต้น การแก้ไข เช่น ขยายหลอดเลือดหัวใจ ผ่าตัดบายพาส

โรคหลอดเลือดหัวใจหรือโรคหัวใจขาดเลือด ลักษณะของโรคคือ หลอดเลือดหัวใจที่นำเลือดไปเลี้ยงหัวใจมีความผิดปกติทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เกิดการทำงานผิดปกติ สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดคือ การสะสมของไขมันที่ผนัง ทำให้หลอดเลือดหัวใจตีบและตันในที่สุด

โรคเยื่อหุ้มหัวใจ เป็นโรคที่พบบ่อย ส่วนใหญ่เกิดจากการอักเสบจากการติดเชื้อไวรัส แบคทีเรีย หรือเชื้อวัณโรค ส่วนใหญ่รักษาได้

โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ กลุ่มนี้มีหลายชนิดทั้งอันตรายและไม่อันตราย สาเหตุเกิดจากระบบไฟฟ้าในหัวใจทำงานผิดปกติไป

อาการ ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอก หอบ เหนื่อยง่าย ใจสั่น ขาบวม เป็นลม วูบ

อาการต่อไปนี้เข้าได้กับอาการเจ็บหน้าอกจากโรคหัวใจขาดเลือด เจ็บแน่นๆ อึดอัด บริเวณกลางหน้าอก อาจเป็นด้านซ้ายหรือทั้งสองด้าน (มักจะไม่เป็นด้านขวาเดียว) บางรายจะร้าวไปที่แขนซ้าย หรือทั้งสองข้าง หรือจุกแน่นที่คอ บางรายเจ็บบริเวณกราม คล้ายเจ็บฟัน เกิดขึ้นขณะออกกำลังกาย เช่น เดินเร็วๆ รีบ หรือขึ้นบันได วิ่ง ในบางรายที่อาการรุนแรง อาการแน่นหน้าอกอาจเกิดขึ้นในขณะพัก เช่น นั่ง หรือนอน หรือหลังอาหาร กรณีที่เกิดหลอดเลือดหัวใจอุดตัน กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อาการจะรุนแรงมาก อาจมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น เหงื่อออกมาก เป็นลม

อาการต่อไปนี้ไม่เหมือนอาการเจ็บหน้าอกจากโรคหัวใจขาดเลือด เจ็บแหลมๆ คล้ายเข็มแทง เจ็บแปลบๆ เจ็บจุดเดียว กดเจ็บบริเวณหน้าอก อาการเจ็บเกิดขึ้นในขณะพัก มีอาการนานเป็น

ชั่วโมงหรือเป็นวัน อาการมากขึ้นเมื่อเปลี่ยนท่า หรือขยับตัว หรือหายใจเข้าลึกๆ อาการเจ็บร้าวขึ้นศีรษะ ปลายมือ ปลายเท้า

อาการหอบ เหนื่อยง่าย จากโรคหัวใจ จะมีอาการเหนื่อย หอบหายใจเร็ว โดยเป็นเวลาออกแรง แต่ในรายที่เป็นรุนแรง จะเหนื่อยในขณะพัก บางรายจะเหนื่อยมากจนนอนราบไม่ได้ (นอนแล้วจะเหนื่อย ใจ) ต้องนอนศีรษะสูง หรือนั่งหลับ

อาการเหนื่อยแบบหมดแรง มือเท้าเย็นชา พูดก็เหนื่อย (โดยอัตราการหายใจปกติ) เหล่านี้มักจะไม่ใช่อาการเหนื่อยจากโรคหัวใจ

อาการใจสั่น คือ การที่หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ ผิดจังหวะ หรือเต้นไม่สม่ำเสมอ เต้นๆ หยุดๆ อาการดังกล่าวอาจพบได้ในคนปกติ โรคหัวใจ และโรคอื่นๆ ที่มีผลต่อหัวใจ เช่น ต่อมไทรอยด์เป็นพิษ โรคปอด

อาการขาบวม จากโรคหัวใจเกิดจากการที่หัวใจด้านขวาทำงานลดลง เลือดจากขาไม่สามารถไหลเทเข้าหัวใจด้านขวาได้โดยสะดวก จึงมีเลือดค้างอยู่ที่ขามากขึ้น

การเป็นลม วูบ คำว่า “วูบ” นี้ ในความหมายของแพทย์แล้ว หมายถึง การหมดสติ หรือเกือบหมดสติชั่วคราว โดยอาจรู้สึกหน้ามืด จะเป็นลม ตาลาย มองไม่เห็นภาพชัดเจน โดยอาการเป็นอยู่ชั่วคราว ไม่รวมถึงอาการเวียนศีรษะ บ้านหมุน โคลงเคลง วูบวาบตามตัว หายใจไม่ออก อาการดังกล่าวอาจเกิดจากความผิดปกติของสมอง เช่น ลมชัก (แม้จะไม่ชักให้เห็น) เลือดออกในสมอง ความผิดปกติของหัวใจ เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดร้ายแรง หรือหยุดเต้นชั่วคราว

การตรวจทางโรคหัวใจ ต้องอาศัยประวัติอาการที่ละเอียด เพื่อดูว่าอาการดังกล่าวอาจเกิดจากโรคหัวใจหรือไม่ เนื่องจากมีหลายโรคที่ทำให้อาการคล้ายกับโรคหัวใจ อาจแบ่งคร่าวๆ ได้ 2 ส่วนใหญ่ๆ คือ

การตรวจพื้นฐาน ได้แก่

การตรวจร่างกาย เพื่อดูน้ำหนัก ส่วนสูง อ้วนหรือไม่ การจับชีพจร อัตราและความสม่ำเสมอของการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต ฟังเสียงหัวใจว่ามีเสียงผิดปกติไหม นอกจากนั้นแล้วแพทย์จะตรวจร่างกายทุกระบบด้วย เพื่อดูว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวหรือไม่

คลื่นไฟฟ้าหัวใจ คลื่นไฟฟ้าหัวใจจะบอกถึงจังหวะการเต้นของหัวใจ บอกขนาดห้องหัวใจ บอกโรคของเยื่อหุ้มหัวใจบางชนิด หรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยคลื่นไฟฟ้าหัวใจจะผิดปกติก็ต่อเมื่อมีโรคหัวใจที่รุนแรง เช่น หัวใจขาดเลือดรุนแรง กล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจเต้นผิดจังหวะ เป็นต้น แต่คลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ปกติ ก็ไม่ได้หมายความว่าไม่ได้เป็นโรคหัวใจ

เอกซเรย์ทรวงอก ซึ่งจะเห็นทั้งปอด หลอดเลือดแดงใหญ่ การกระจายของเลือดในปอด ภาวะน้ำท่วมปอด หรือหัวใจล้มเหลว เงามองหัวใจซึ่งบอกขนาดหัวใจได้ดีพอควร

ตรวจเลือด การตรวจหาระดับสารต่างๆ ในเลือด ส่วนใหญ่ ไม่ได้เกี่ยวข้องกับหัวใจโดยตรง แต่เป็นการดูเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจ เช่น เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ช่วยในการวินิจฉัยแยกโรค และการใช้ยาต่างๆ (เพื่อลดปัญหาแทรกซ้อนจากยา)

การตรวจพิเศษทางโรคหัวใจ และการรักษาพิเศษทางโรคหัวใจ

- การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง Echocardiogram
- การทดสอบสมรรถภาพหัวใจขณะออกกำลังกาย Exercise Stress Test
- การทดสอบการเป็นลมด้วยเตียงปรับระดับ Tilt Table Test
- การบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 24 ชั่วโมง Holter หรือ Ambulatory ECG monitoring
- การสวนหัวใจและฉีด “สี” ดูหลอดเลือดหัวใจ Cardiac Catheterization and Angiogram
- การขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน Angioplasty
- การตรวจระบบไฟฟ้าหัวใจ Electrophysiologic Study
- การรักษาภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะด้วยคลื่นวิทยุ Radiofrequency Ablation
- การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร Permanent Cardiac Pacemaker

ผลของการถือศีลอดในเดือนรอมฎอนต่อโรคหัวใจ

จากการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective review) ผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยว่ามีภาวะ acute coronary heart disease และเข้าโรงพยาบาลในแผนกฉุกเฉินในปี 1991-1997 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยในเดือนรอมฎอนต่ำกว่าก่อนและหลังเดือนรอมฎอนอย่างมีนัยสำคัญ ผู้วิจัยได้สรุปว่าการถือศีลอดในเดือนรอมฎอนไม่ได้เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะ acute coronary heart disease (Temizhan et. al., 1999) และจากการศึกษาอุบัติการณ์การเกิด acute coronary syndrome ชนิด acute myocardial infarction และ unstable angina ในเดือนรอมฎอนพบว่าไม่แตกต่างกับเดือนอื่นๆ ในรอบปี (Suwaidi et. al., 2005)

ส่วนการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective review) 10 ปี (ระหว่างปี 1991-2001) เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การของผู้ป่วยโรค congestive heart failure ที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยอาการหัวใจล้มเหลวจำนวน 20,856 ราย พบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างเดือนรอมฎอนและเดือนอื่นๆ (Suwai et. al., 2004) และจากการศึกษาประเมินอาการทางคลินิกและการตรวจทางชีวเคมีในผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีอาการคงที่ขณะถือศีลอดในเดือนรอมฎอนจำนวน 86 ราย พบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงแต่อย่างใด ผู้วิจัยได้สรุปว่าการถือศีลอดของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมีความปลอดภัยต่อสุขภาพ (Chamsi-Pasha & Ahmed 2004)

3.5 โรคระบบทางเดินอาหาร

โรคกระเพาะอาหาร

โรคกระเพาะอาหาร หมายถึง ภาวะที่มีแผลเยื่อบุกระเพาะและลำไส้ถูกทำลาย ถึงแม้ว่าจะเรียกว่าโรคกระเพาะแต่สามารถเป็นได้ทั้งที่กระเพาะและลำไส้ ถ้าเป็นเฉพาะเยื่อบุกระเพาะเรียก gastritis แต่ถ้าเป็นแผลถึงชั้นลึก muscularis mucosa เรียก ulcer ถ้าแผลอยู่ที่กระเพาะเรียก gastric ulcer ถ้าแผลอยู่ที่ลำไส้เล็กเรียก duodenal ulcer โรคกระเพาะพบได้ทุกวัย

สาเหตุของโรคกระเพาะอาหาร

สาเหตุของการเกิดโรคกระเพาะมีมากมาย แต่เชื่อกันว่าสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากมีกรดในกระเพาะอาหารมาก และเยื่อบุกระเพาะอาหารอ่อนแอลง เชื้อโรค *Helicobacter pylori* เป็นเชื้อรูปแท่งติดสีน้ำเงิน มีความสามารถอยู่ในสภาวะกรดได้ดี สาเหตุที่กระเพาะอาหารมีกรดมากขึ้น เกิดขึ้นเนื่องจากสิ่งต่อไปนี้กระตุ้นให้กรดหลั่งมาก กระตุ้นของปลายประสาท เกิดจากความเครียด วิตกกังวลและอารมณ์ การดื่มแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ และน้ำดื่มที่มี Caffeine จะทำให้กรดหลั่งออกมามาก การสูบบุหรี่ เนื่องจากบุหรี่ทำให้เกิดการหลั่งกรดออกมามาก การกินอาหารไม่เป็นเวลา การกินยาแก้ปวด ลดไข้ แก้ปวดกระดูก ปวดกล้ามเนื้อ ยาชุดที่มีแอสไพริน และยาสเตียรอยด์ ยาหลกกลอนต่างๆ โดยเฉพาะสารที่ระคายกระเพาะ เช่น ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAID แม้ว่าจะให้ยาโดยการฉีดหรืออมได้ลิ้นก็มีโอกาสเกิดแผลที่กระเพาะ นอกจากนี้จะไปกระตุ้นให้เกิด cyclooxygenase II (Cox II) ซึ่งจะทำให้เกิดการอักเสบที่กระเพาะ

อาการของโรคกระเพาะ

1. ปวดท้อง ลักษณะอาการปวดท้องที่สำคัญ คือปวดบริเวณลิ้นปี่ ปวดแบบแสบๆ หรือร้อนๆ ปวดเรื้อรังมานาน เป็นๆ หายๆ เป็นเดือนหรือเป็นปี ปวดสัมพันธ์กับอาหาร เช่น ปวดเวลาหิวหรือท้องว่างเมื่อกินอาหารหรือนมจะหายปวด บางรายจะปวดหลังจากกินอาหารหรือนม บางรายจะปวดหลังจากกินอาหารหรือปวดกลางดึกก็ได้
2. จุกเสียด แน่นท้อง ท้องอืด ท้องขึ้น ท้องเฟ้อ เรอลม มีลมในท้อง ร้อนในท้อง คลื่นไส้อาเจียน
3. อาการโรคแทรกซ้อน ได้แก่ อาเจียนเป็นเลือดดำ หรือแดงหรือถ่ายดำ เนื่องจากมีเลือดออกในกระเพาะอาหาร หรือลำไส้เล็กส่วนต้น ปวดท้องรุนแรง และช็อค เนื่องจากแผลกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็กทะลุ ปวดท้องและอาเจียนมาก เนื่องจากการอุดตันของกระเพาะอาหาร

ผลของการถือศีลอดในเดือนรอมฎอนต่อโรคกระเพาะอาหาร

จากการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดโรค Peptic ulcer แบบไปข้างหน้า (Prospectively study) ระหว่างปี 2002-2003 ในผู้ป่วย 516 ราย พบว่าไม่เกิดอุบัติการณ์ของโรค peptic ulcer เพิ่มขึ้นในช่วงเดือนรอมฎอน เมื่อเปรียบเทียบกับเดือนต่างๆ ทั้งก่อนและหลังเดือนรอมฎอน และตรวจพบความเป็นกรดในกระเพาะลดลงในระหว่างมื้ออาหารในช่วงกลางคืน ผู้วิจัยได้สรุปว่าการถือศีลอดช่วยลดการสร้างกรดในกระเพาะ ทำให้แผลในกระเพาะหายเร็วขึ้นได้ แต่อย่างไรก็ตามการศึกษารังนี้ไม่ได้พบอุบัติการณ์ที่ลดลงของแผลแต่อย่างใด (Al-Kaabi et. al., 2004)

ส่วนอีกผลการศึกษาได้ประเมินแผลในกระเพาะของผู้ป่วยจำนวน 23 รายที่ถือศีลอดโดยใช้การส่องกล้อง (endoscopy) ก่อนและหลังเดือนรอมฎอน เปรียบเทียบกับผู้ป่วย 15 รายที่ไม่ได้ถือศีลอด โดยผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับยา Histamine₂ antagonist (ranitidine) เป็นเวลา 2 ครั้ง ในเวลาก่อนตะวันขึ้นและหลังตะวันตก ผู้ป่วยจะได้รับการส่องกล้องก่อนเดือนรอมฎอน 7 วัน และหลังจากเดือนรอมฎอน 7 วันพบว่า

(1) จากกลุ่มที่ถือศีลอด 23 ราย มีผู้ป่วย 4 รายที่ถูกวินิจฉัยโดยการส่องกล้องก่อนเดือนรอมฎอน 7 วัน ว่ามีภาวะ active duodenal ulcer ได้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ พบว่าแผลสมานกันดีขึ้นหลังเดือนรอมฎอน 7 วัน

(2) อีก 8 รายที่ถูกวินิจฉัยโดยการส่องกล้องก่อนเดือนรอมฎอน 7 วันว่ามีภาวะ active chronic duodenal ulcer ได้หยุดรับประทานยาไปในระหว่างเดือนรอมฎอน พบว่า 7 รายมีภาวะเลือดออกจากแผลเดิมในระหว่างเดือนรอมฎอน อีก 1 รายไม่ทราบแหล่งของเลือดที่ออกตอนที่ส่องกล้องซ้ำ

(3) ผู้ป่วย 8 รายที่ถูกวินิจฉัยโดยการส่องกล้องก่อนเดือนรอมฎอน 7 วันว่าแผลหายแล้ว (healed duodenal ulcer) พบว่าผู้ป่วย 7 รายไม่มีการเปลี่ยนแปลงของรอยแผล (scar) ผู้ป่วยอีก 1 รายพบอุบัติการณ์ของแผลใหม่ (active ulcer) ในตำแหน่งใกล้เคียงกับรอยแผลเดิม

(4) ผู้ป่วย 2 รายที่ถูกวินิจฉัยโดยการส่องกล้องก่อนเดือนรอมฎอน 7 วันว่าเคยเป็นแผลแบบกัดกร่อนที่ลำไส้ส่วนดูโอดีนัม (previous erosive duodenitis) ผู้ป่วยทั้ง 2 รายนี้ได้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอพบว่าแผลหายสนิทหลังสิ้นเดือนรอมฎอน

(5) และผู้ป่วย 1 รายที่ถูกวินิจฉัยโดยการส่องกล้องก่อนเดือนรอมฎอน 7 วันว่าเป็นแผลเรื้อรังในกระเพาะ (a chronic gastric ulcer on the high lesser curve) ได้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตรวจไม่พบร่องรอยของการสมานแผลและมีภาวะเลือดออกกระหว่างเดือนรอมฎอน ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ได้ถือศีลอด 15 ราย ได้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอโดยผู้ป่วย 6 รายที่ถูกวินิจฉัยโดยการส่องกล้องก่อนเดือนรอมฎอน 7 วันว่าเป็นแผลเรื้อรังในลำไส้ (chronic duodenal ulcers) 3 รายมีแผลที่หายแล้ว (healed duodenal ulcer) และ 6 รายเป็นแผลแบบกัดกร่อนที่ลำไส้ส่วนดูโอดีนัม (erosive duodenitis) ผู้ป่วยทั้งหมดนี้พบที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงใดๆ จากที่ตรวจไว้ครั้งแรก (Malik et. al., 1996)

การบริหารยาในช่วงรอมฎอน (Drug intake during Ramadan)

การบริหารยาในเดือนรอมฎอนเป็นประเด็นที่ควรให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ไม่ว่าจะเป็นความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาจากขนาดยา ความถี่ ปฏิกริยาต่อกันระหว่างยากับยา หรือระหว่างยากับอาหาร เนื่องจากปฏิกริยาต่อกันระหว่างยากับยา หรือยากับอาหารทำให้ระดับยาในเลือดเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผลในการรักษาลดลงหรือมากเกินไปจนทำให้เกิดพิษของยา เช่น การได้รับยา cimetidine ร่วมกับยาลดกรด ทำให้การดูดซึมของยา cimetidine ลดลง เป็นต้น รวมทั้งต้องระวังการเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลนศาสตร์ (pharmacokinetic alteration) หรือการเปลี่ยนแปลงเภสัชพลศาสตร์ (pharmacodynamic alteration) ในช่วงที่ถือศีลอดด้วย

1) การเปลี่ยนแปลงความถี่ของการบริหารยา (Dosing schedule)

ช่วงเวลาของการบริหารยาในเดือนรอมฎอนอาจมีการเปลี่ยนแปลง ได้แก่

- การบริหารยาที่รับประทานวันละครั้ง (Single daily does)

มีทางเลือกให้ผู้ป่วยรับประทานยาในเวลาอิฟฏออร์ หรือชะฮูร์ ขึ้นกับช่วงเวลาที่ยาสามารถออกฤทธิ์ได้ดีที่สุด เช่น จากการศึกษาเปรียบเทียบ pharmacokinetic ของการบริหารยา theophylline ก่อนและหลังรอมฎอนในอาสาสมัครสุขภาพดี พบว่า การรับประทานยาในเวลา 20.00 น (2 ชั่วโมงหลังจากอิฟฏออร์) ตัวยาจะถูกดูดซึมได้น้อยกว่าเวลา 04.00 น (เวลาชะฮูร์) เนื่องจากการดูดซึมยาเกี่ยวข้องกับการทำงานของระบบทางเดินอาหารที่เปลี่ยนแปลงไปด้วย เช่น การเปลี่ยนแปลงความเป็นกรดของกระเพาะ หรือการบริหารยากันชัก valproic acid ที่ศึกษาในอาสาสมัครสุขภาพดีพบว่า ยาถูกดูดซึมลดลงในช่วงเวลา 20.00 น. เช่นเดียวกัน (Aadil และคณะ, 2004)

- การบริหารยาที่รับประทานวันละ 2 ครั้งหรือมากกว่า (Two or more daily doeses)

มีทางเลือกให้ผู้ป่วยรับประทานยาในระหว่างเวลาอิฟฏออร์ และชะฮูร์ จากการศึกษา pharmacokinetics และอาการข้างเคียงของการรับประทานยา theophylline ชนิด sustained release วันละ 2 ครั้ง ในระหว่างเดือนรอมฎอนและหลังจากรอมฎอนในผู้ป่วยที่มีอาการหอบหืด 12 ราย โดยผู้ป่วยรับประทานยาเวลา 03.00 น. และ 19.00 น. เป็นเวลา 5 วัน พบว่าในระหว่างเดือนรอมฎอนพบผู้ป่วย 8 รายมีอาการปวดท้องและคลื่นไส้ 6 รายมีอาการอาเจียน ส่วนหลังจากรอมฎอน พบผู้ป่วย 4 รายที่มีอาการคลื่นไส้ และระดับยาในเลือดของผู้ป่วยเหล่านี้อยู่ในช่วงปานกลาง ผู้วิจัยได้สรุปว่า ควรบริหารยา theophylline ในรูปแบบยาเตรียมชนิด long acting วันละครั้งในตอนกลางคืนจะสามารถควบคุมอาการหอบหืดได้ในช่วงรอมฎอนและเป็นการลดอาการข้างเคียงลงได้

2) ปฏิกริยาต่อกันระหว่างยากับยา (Drug food interaction)

ปฏิกริยาต่อกันระหว่างยากับยาที่พบบ่อยจากการบริหารในเวลาใกล้เคียงกัน คู่ยาที่เกิดปฏิกริยาระหว่างยา (drug interaction) โดยมีการทดลองที่ชัดเจน เป็นผลจากปฏิกริยาทางเภสัชพลศาสตร์แล้ว ทำให้ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาเปลี่ยนแปลงดังปรากฏในตารางที่ 3

ประเภทของปฏิกริยาระหว่างยาในร่างกาย แบ่งได้ตามกลไกการเกิดปฏิกริยาระหว่างยา ดังนี้

- ปฏิกริยาระหว่างยาในด้านเภสัชจลนศาสตร์ (pharmacokinetic drug interaction) เป็นปฏิกริยาระหว่างยาที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลนศาสตร์ของ object drug ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงระดับยาสูงสุดในเลือด ปริมาณการดูดซึม อัตราการกำจัดยาออกจากร่างกาย หรือค่าครึ่งชีวิต เป็นต้น ผลจากการเปลี่ยนแปลงระดับยาในร่างกายไม่จำเป็นจะเป็นการเพิ่มหรือลดระดับยา อาจมีผลต่อเนื่องจนกระทั่งก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงฤทธิ์ในการรักษาหรือทำให้เกิดอาการข้างเคียงหรือความเป็นพิษของยาได้

- ปฏิกริยาระหว่างยาในด้านเภสัชพลศาสตร์ (pharmacodynamic drug interaction) เป็นปฏิกริยาที่เกี่ยวกับการเพิ่มหรือลดฤทธิ์ หรือเสริมอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับผลกระทบจากปฏิกริยานั้น (object drug) โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงระดับยาทั้งของ object drug และยาที่เป็นสาเหตุของผลกระทบ (precipitant drug) นอกจากนี้ปฏิกริยาระหว่างยายังหมายถึง ความเข้ากันไม่ได้ทางกายภาพหรือทางเคมี ซึ่งมักเกิดขึ้นระหว่างการผสมยา การเตรียมยา หรือระหว่างการเก็บรักษา อันเป็นปฏิกริยาที่เกิดขึ้นนอกร่างกาย

3) ปฏิกิริยาระหว่างยาในด้านเภสัชจลนศาสตร์ (pharmacokinetic drug interaction)

(1) ปฏิกิริยาระหว่างยาในระหว่างการดูดซึมยา (Absorption)

- complexation หรือ Chelation di- หรือ trivalent cations เช่น Al ในยาลดกรด กับ tetracyclines หรือ quinolones โดยเฉพาะ ciprofloxacin และ norfloxacin

- การเปลี่ยนแปลงความเป็นกรดในทางเดินอาหาร ยาลดกรดหรือยับยั้งการหลั่งกรด อาจลดการดูดซึมของ ketoconazole ขณะที่ fluconazole ซึ่งเป็นยาต้านเชื้อราในกลุ่มเดียวกันไม่ถูกเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ

- การเปลี่ยนแปลงการเคลื่อนไหวของกระเพาะและลำไส้ การลดอัตราเร็วของ gastric emptying จะมีผลต่อการดูดซึมยาที่ลำไส้เล็กส่วนต้นได้ และอาจมีผลทำให้ยาถูกทำลายมากขึ้นเมื่ออยู่ในสภาวะที่เป็นกรด เช่น penicillin

- การเปลี่ยนแปลงของแบคทีเรียในทางเดินอาหาร การรับประทานยาปฏิชีวนะที่สามารถทำลายแบคทีเรียเหล่านี้ได้ ทำให้ยาบางชนิดที่สามารถถูกทำลายได้ด้วยแบคทีเรียนั้นถูกทำลายน้อยลง ระดับยาจึงเพิ่มขึ้น เช่น กรณีได้รับ digoxin ร่วมกับ tetracycline หรือ erythromycin สามารถทำให้ระดับยา digoxin ที่ steady stage เพิ่มขึ้นได้

(2) ปฏิกิริยาระหว่างยาในระหว่างการกระจายตัวของยา (Distribution)

ปฏิกิริยาระหว่างยากระบวนการนี้จะพบมากกับยา (ทั้ง object drug และ precipitant drug) ที่สามารถจับกับโปรตีนได้สูง มากกว่าร้อยละ 90 ขึ้นไป ผลที่เกิดขึ้นมักไม่มีนัยสำคัญทางคลินิก เพราะการเพิ่มปริมาณของยาอิสระจะทำให้ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาเพิ่มขึ้นเพียงชั่วคราวหรือไม่เพิ่มเลย แต่ผลที่เกิดขึ้นจะมีนัยสำคัญทางคลินิกถ้ากระบวนการของการกำจัด object drug มีข้อจำกัด เช่น มีการยับยั้ง

เอนไซม์ที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงสภาพยา หรือช่วงระดับยาที่ได้ผลในการรักษาและระดับยาที่ทำให้เกิดความเป็นพิษแคบ เป็นต้น ตัวอย่าง ยา warfarin phenytoin tolbutamide methatrexate ส่วนยาที่ชอบแย่งจับกับโปรตีน ได้แก่ aspirin sulfonamide choral hydrate ปฏิกริยาโดยการแย่งจับโปรตีนนี้เกิดขึ้นได้รวดเร็ว และผลของการเปลี่ยนแปลงมักหมดไปในเวลาไม่นาน แม้จะยังคงให้ยาคู่กรณีร่วมกันอยู่

(3) ปฏิกริยาระหว่างยาในกระบวนการเปลี่ยนแปลงสภาพยา (Metabolized)

ผลของกระบวนการนี้มักทำให้เกิดนัยสำคัญทางคลินิกมากกว่าจากกลไกอื่นๆ โดยจะมีความเกี่ยวข้องกับระบบเอนไซม์ cytochrom P (CYP-450) เอนไซม์ที่มีบทบาทสำคัญ ได้แก่ CYP 3A4, CYP 2D6, CYP 1A2 และ CYP 2C subfamily ซึ่งการทำงานของเอนไซม์เหล่านี้บางกลุ่มจะมีผลของพันธุกรรมมาเป็นปัจจัยด้วย โดยกลุ่มคนที่ตอบสนองต่อการทำงานของเอนไซม์ได้ดีจัดว่าเป็น extensive metabolizer ส่วนกลุ่มคนที่ตอบสนองต่อการทำงานได้ไม่ดีนัก เรียกว่าเป็น poor metabolizer ยาที่เป็นสารตั้งต้นที่สำคัญของ CYP 3A4 isoenzyme ได้แก่ กลุ่มยาด้านฮีสตามีน คือ terfenadine และ astemizole prokinetic agent ได้แก่ cisapride กลุ่มยาด้านเชื้อรา ได้แก่ ketoconazole itraconazole เป็นต้น

(4) การเพิ่มการเปลี่ยนแปลงสภาพของ object drug โดยการกระตุ้นเอนไซม์ (enzyme induction)

ผลจากกระบวนการนี้จะเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป (gradual process) โดยทั่วไปมักใช้เวลา 1-2 สัปดาห์จึงจะเป็นผลสูงสุด และแม้ว่าถอนยาที่เป็นตัวกระตุ้นไปแล้ว ผลของการกระตุ้นจะคงอยู่ไปอีกระยะหนึ่ง ยาที่สามารถกระตุ้นเอนไซม์ที่สำคัญ ได้แก่ rifampicin, barbiturates, carbamazepine, phenytoin, primidone, สาร polycyclic aromatic hydrocarbons ในบุหรี่ หรือการดื่มแอลกอฮอล์ต่อกันเป็นเวลานาน

(5) การลดการเปลี่ยนแปลงสภาพของ object drug โดยการยับยั้งเอนไซม์ (enzyme inhibition)

ผลจากกระบวนการนี้ จะเกิดได้เร็วกว่าการกระตุ้นเอนไซม์ ตัวอย่างยาที่สามารถยับยั้งเอนไซม์ที่สำคัญได้แก่ cimetidine, ciprofloxacin, enoxacin, chloramphenicol และ sodium valproate และนัยสำคัญทางคลินิกของการยับยั้งเอนไซม์นี้ erythromycin, clarithromycin, phenylbutazone, ketoconazole, itraconazole, fluconazole จะพบได้มากในยาที่มีช่วงระหว่างระดับยาที่ได้ผลในการรักษาและระดับยาที่ทำให้เกิดความเป็นพิษแคบ โดยเฉพาะเมื่อระดับยาเดิมในเลือดนั้นอยู่ใกล้กับระดับที่จะก่อให้เกิดความเป็นพิษ

4) ปฏิกิริยาระหว่างยาในกระบวนการยาขับยาออก เกิดได้โดยกลไกต่างๆ คือ

4.1 การแย่งกันขับออกโดย active tubular secretion

ตัวอย่างเช่น quinidine ลดการขับ digoxin ออกทางไต ทำให้ระดับ digoxin ในเลือดเพิ่มขึ้น จึงควรลดระดับยา digoxin ลง หากใช้ยาเหล่านี้ร่วมกัน แต่มียาบางคู่เกิดปฏิกิริยาโดยกลไกนี้ที่ให้ประโยชน์ทางคลินิก เช่น probenacid แย่งการขับออกกับ penicillins, cephalosporins ทำให้ระดับยาปฏิชีวนะสูงขึ้น เหมาะในการรักษาการติดเชื้อในบริเวณที่ซับซ้อนซึ่งยาเข้าไปได้ยาก เช่น เยื่อหุ้มหัวใจด้านในอีกเสบ

4.2 การเปลี่ยนแปลงความเป็นกรด-ด่างของปัสสาวะ

เนื่องจากมียาจำนวนไม่มากนักที่จะถูกดูดกลับเข้าสู่ท่อไต ดังนั้นกลไกนี้จึงพบได้ไม่มาก ที่จะเป็นสาเหตุของปฏิกิริยาระหว่างยาจนกระทั่งทำให้เกิดอาการข้างเคียงขึ้น แต่มักพบว่ากลไกนี้จะถูกนำมาใช้เพื่อประโยชน์ในการกำจัดยาออกจากร่างกายเมื่อได้รับยาเกินขนาด

4.3 การเปลี่ยนแปลงการไหลเวียนเลือดไปที่ไต เลือดที่

ไปเลี้ยงไตนั้นส่วนหนึ่งจะถูกควบคุมโดย prostaglandins (ทำให้เกิดการขยายตัวของหลอดเลือดที่ไต) ดังนั้นหากการสังเคราะห์ prostaglandins ถูกยับยั้งโดย NSAIDS เช่น indomethacin, piroxicam หรือ ibuprofen

เป็นต้น ก็จะมีผลกับการขับยาออกทางไต เช่น lithium และระดับ lithium ในเลือดจึงสูงขึ้นจนอาจเกิดพิษขึ้นได้ จึงควรลดขนาดของ lithium ลง

4.4 การเปลี่ยนแปลงของแบคทีเรียในทางเดินอาหาร
ยาบางชนิดถูกขับออกทางน้ำดีในรูป conjugated ซึ่งอาจถูกเปลี่ยนสภาพกลับเป็นรูปเดิมได้อีกโดยแบคทีเรียในทางเดินอาหาร ทำให้ฤทธิ์ของยานั้นอยู่ได้นานขึ้น แต่ถ้าแบคทีเรียนั้นถูกทำลายโดยยาปฏิชีวนะ ยาดังกล่าวก็จะไม่ถูกเปลี่ยนแปลงกลับเป็นรูปเดิม และถูกขับออกจากร่างกายได้มากขึ้น กลไกนี้อาจใช้อธิบายสาเหตุของการคุมกำเนิดล้มเหลวจากการรับประทานยาคุมกำเนิดร่วมกับ penicillin หรือ tetracycline ได้

4.5 การก่อพิษต่อไต (drug-induced nephrotoxicity)
จึงลดการขับยาออกทางไต เช่น ผู้ป่วยใช้ digoxin และการได้รับ aminoglycoside ซึ่งก่อให้เกิดภาวะไตวาย ก็จะก่อปัญหากระทบต่อการขับ digoxin ออกทางไต ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อความเป็นพิษของ digoxin ได้

5) ปฏิกิริยาระหว่างยาในด้านเภสัชพลศาสตร์ (pharmacodynamic drug interaction)

แม้ว่าการใช้ยาหลายชนิดร่วมกันโดยอาศัยการออกฤทธิ์ของยาที่เสริมกัน จะเป็นหลักปฏิบัติทั่วไปทางคลินิก เช่น การใช้ยาลดความดันโลหิตหลายชนิดที่อาจออกฤทธิ์ต่างกันร่วมกันในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง แต่ก็มียาหลายคู่ที่เมื่อใช้ร่วมกันแล้วอาจเสริมหรือต้านฤทธิ์กันจนเกิดอาการข้างเคียงขึ้น ปฏิกิริยาระหว่างยาในด้านเภสัชพลศาสตร์นี้จะปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นเมื่อยาออกฤทธิ์ที่รีเซพเตอร์เดียวกัน เช่น กรณีการใช้ beta-blocker ร่วมกับ beta-agonist สามารถแบ่งประเภทของปฏิกิริยาทางเภสัชพลศาสตร์ ดังนี้

5.1 การเสริมฤทธิ์และทำให้เกิดพิษ (additive or synergistic interactions and combined toxicity) คือการให้ยาที่มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาบางอย่างเหมือนกันพร้อมกัน ทำให้ฤทธิ์ของยาเสริมกันได้

ไม่ว่าจะเป็นฤทธิ์ของยาเอง หรือเสริมอาการข้างเคียงของยา จากตัวอย่างการใช้ยาที่มีผลกดสมอง เช่น ยาต้านฮีสตามีนร่วมกับยากล่อมประสาทจะทำให้เกิดอาการง่วงซึมมากขึ้น psychomotor ทำงานลดลง

5.2 การต้านฤทธิ์กัน (antagonistic or opposing interaction) เป็นการให้ยาที่มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาตรงข้ามกันร่วมกัน เช่น การใช้ vitamin K ทำให้ประสิทธิภาพในการต้านการแข็งตัวของเลือดของ warfarin ลดลง ซึ่งการต้านฤทธิ์นี้อาจเป็นผลโดยตรงที่ตัวรับยา (receptor) หรืออาจเป็นการต้านฤทธิ์กันทางสรีรวิทยาก็ได้

5.3 การรบกวนสมดุลของของเหลวและอิเล็กโทรไลต์ เช่น การเพิ่มระดับ lithium ในร่างกายจนอาจเกิดพิษของยาจากการใช้ร่วมกับ thiazide เพราะ thiazide ทำให้ดุลย์ของโซเดียมและ/หรือน้ำเปลี่ยนแปลงไป จึงทำให้การขับ lithium ออกลดลง lithium จึงสะสมในร่างกายมากขึ้น

5.4 การเปลี่ยนแปลงใน drug transport เช่น การที่ tricyclic antidepressant ยับยั้งการเก็บกลับ norepinephrine ทำให้ pressor effect ของ norepinephrine สูงขึ้น ขณะที่ clonidine ยับยั้งการหลั่ง norepinephrine จาก presynaptic neurons เพื่อเป็นการลดความดันโลหิต เมื่อใช้ยาทั้งสองพร้อมกัน จึงทำให้ฤทธิ์ในการลดความดันโลหิตของ clonidine ลดลง

6. ปฏิกิริยาระหว่างยาที่มีประโยชน์ทางคลินิก

มียาหลายคู่ที่อาศัยผลในการเปลี่ยนแปลงเภสัชจลนศาสตร์ หรือเภสัชพลศาสตร์ของยาอื่นแล้วทำให้เกิดผลการใช้ยาที่ดีขึ้น เช่น การใช้ metoclopramide เพื่อเพิ่มอัตราเร็วของการดูดซึมยาแก้ปวด paracetamol ทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาไมเกรน (migraine) เพราะในผู้ป่วยไมเกรนจะมี gastric emptying rate ลดลง การใช้ activated charcoal ในการดูดซับยาในทางเดินอาหาร เพื่อลดความเป็นพิษของยา ในกรณีได้รับยาเกินขนาด การใช้ ritonavir กับ saquinavir เพื่อเพิ่มการดูดซึมของ saquinavir ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยเอดส์ การรวม

cilastatin เข้ากับ imipenam เพื่อให้ cilastatin ยับยั้งการเปลี่ยนแปลงของ imipenam จึงเพิ่มฤทธิ์ของ imipenam ได้

7. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา

การใช้ยาแต่ละคู่ที่มีแนวโน้มจะเกิดปฏิกิริยาระหว่างยานั้น ไม่จำเป็นต้องมีนัยสำคัญทางคลินิกเสมอไป หรือในผู้ป่วยทุกคนที่ได้รับยา คู่ นั้น ยังมีปัจจัยอีกหลายประการที่ควรพิจารณา ได้แก่

7.1 ลำดับของการให้ยา (order of administration) โดยผู้ป่วยที่ได้รับ object drug อยู่ก่อนแล้ว หากได้รับ precipitant drug ร่วมเข้าไป มักพบปฏิกิริยาระหว่างยาขึ้นได้มาก เพราะ precipitant drug เข้ามา มีผลกระทบต่อเภสัชจลนศาสตร์ หรือเภสัชพลศาสตร์ของ object drug

7.2 ระยะเวลาของการรักษา (duration of treatment)

7.3 ขนาดยา ขนาดยาต้องเพียงพอ (adequate dose) การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาหลายชนิดมักขึ้นกับขนาดยาที่ใช้ด้วย เช่น aspirin ขนาดมากกว่าวันละ 3 กรัม จะต้านการขับกรดยูริกของ probenecid แต่ในขนาดต่ำจะไม่เกิดปฏิกิริยาดังกล่าว

7.4 ภาวะเดิมของผู้ป่วยโดยเฉพาะระดับยาของ object drug ที่มีอยู่เดิม และการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการกระตุ้น หรือยับยั้งเอนไซม์

7.5 การใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน

7.6 ความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละคนในการตอบสนองต่อยา ปัจจัยที่มีส่วน ได้แก่

- อายุ ผู้ป่วยเด็ก และผู้ป่วยสูงอายุจะเพิ่มความเสี่ยงต่อปฏิกิริยาระหว่างยามากขึ้น

- พันธุกรรม ส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาระหว่างยามากน้อยแตกต่างกันได้

- ภาวะของโรคที่เป็นอยู่ โดยผลของโรคโดยตรงอาจมีผลเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาของผู้ป่วย หรืออาจมีผลต่อเนื้อทำให้มีการปรับเปลี่ยนการใช้ยา เช่น การปรับขนาดยาหรือการต้องการใช้ยาเพิ่มขึ้นซึ่งจะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยามากขึ้น

- การสูบบุหรี่หรือการได้รับสารจากสิ่งแวดล้อม มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพยาในร่างกายของผู้ป่วย อาจมีผลต่อเนื่องถึงปฏิกิริยาระหว่างยาได้

8. ระดับนัยสำคัญทางคลินิกของปฏิกิริยาระหว่างยา

สามารถแบ่งตามความรุนแรงได้เป็น 3 ระดับ คือ

ระดับอ่อน คือ ปฏิกิริยาระหว่างยามีผลเพียงเล็กน้อย ไม่กระทบต่อผลการรักษาที่ต้องการ ไม่จำเป็นต้องให้การบำบัดรักษาเพิ่มหรือหยุดยาที่มีปัญหานั้น

ระดับปานกลาง คือ ปฏิกิริยาระหว่างยามีผลให้ภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเลวลง ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบำบัดอาการที่เกิดขึ้น

ระดับรุนแรง ในกรณีนี้ปฏิกิริยาระหว่างยามีผลต่อชีวิตผู้ป่วย อาจทำให้เกิดอันตรายที่ถาวร หรือถึงกับชีวิตได้

9. การหลีกเลี่ยงปฏิกิริยาระหว่างยา

การหลีกเลี่ยงปฏิกิริยาระหว่างยานั้นอาจทำได้หลายวิธี ที่ง่ายที่สุด คือการเปลี่ยนแปลงไปใช้ยาอื่นที่แทนกันได้ (ถ้ามี) แต่มีหลายกรณีที่ไม่สามารถหายาที่จะมาทดแทนได้ ดังนั้นจึงต้องพยายามหลีกเลี่ยง โดยให้ความระมัดระวัง ติดตามการรักษาอย่างใกล้ชิด และทำการปรับเปลี่ยนการให้ยาที่เหมาะสม

9.1 ปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยากับอาหาร (Drug food interaction)

สาเหตุที่ยาบางชนิดต้องรับประทานก่อนหรือหลังอาหารนั้น ส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากการที่ยาทำปฏิกิริยาต่ออาหาร ดังนี้

1. อาหารมีผลต่อการละลายและการแตกตัวของยา ทั้งในด้านภาวะความเป็นกรด-ด่าง และความเข้มข้นของยาในกระเพาะอาหาร ซึ่งจะส่งผลถึงการดูดซึมยาผ่านทางเดินอาหารได้

2. อาหารกระตุ้นการหลังกรดในกระเพาะ ทำให้กรดมาทำลายยาที่ไม่ทนต่อกรด เช่น ampicillin หรือกรดในกระเพาะจะ

ทำลายเอนไซม์ esterase ทำให้ยาที่เป็นพวก ester ดูดซึมได้ดีขึ้น เช่น erythromycin estolate

3. อาหารร้อนหรือไขมันสูงจะเพิ่มระยะเวลาที่อาหารอยู่ในกระเพาะอาหาร ส่งผลให้ยาไปถึงลำไส้เล็กช้าลง ทำให้การดูดซึมยาลดลง

4. อาหารบางชนิดจับกับยาเกิดเป็นสารประกอบที่ไม่สามารถถูกดูดซึม เช่น ยากลุ่ม fluoroquinolone เกิดปฏิกิริยากับ aluminium ion ทำให้การดูดซึมยาลดลง

5. อาหารที่มี Phylate สูง เช่น อัลมอนต์ ถั่วลิสง ถั่วเหลือง อาจจับกับยาบางชนิดและลดการดูดซึมยาบางชนิดได้ เช่น Ferrous sulfate

6. อาหารบางชนิดจะแย่งจับกับตัวนำส่งยาเข้าสู่กระแสเลือด เช่น อาหารโปรตีนสูงจะแย่งกับ levodopa ในการจับกับ aromatic amino acid transporter ที่ลำไส้เล็ก

7. อาหารไขมันสูงจะเพิ่มการหลั่งน้ำดี ส่งผลให้ยาที่มีคุณสมบัติละลายได้ในไขมันถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดได้เพิ่มขึ้น

8. เครื่องดื่มบางชนิดมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพยา เช่น น้ำ grapefruit มีสารที่มีฤทธิ์ยับยั้ง cytochrome P450 3A4

9. อาหารที่มี tyramine เป็นองค์ประกอบ เช่น ถั่ว, ราชเบอร์รี่, ช็อคโกแลต, เนย, เนยเทียม, ไส้กรอก, อาหารหมักดอง เป็นต้น ไม่ควรรับประทานพร้อมกับยาที่มีคุณสมบัติเป็น MAO (monoamine oxidase) inhibitor เพราะ tyramine ถูกเปลี่ยนแปลงโดยเอนไซม์ MAO เมื่อรับประทานยาเหล่านั้นจะทำให้เกิดการสะสมของ tyramine ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงเฉียบพลันและรุนแรงได้

การรับประทานอาหารบางอย่างอาจมีผลต่อการดูดซึมยา ดังตารางที่ 1 ส่วนเครื่องดื่มประเภท ชา กาแฟ และน้ำส้มจะเพิ่มความเป็นกรดในกระเพาะอาหารซึ่งช่วยเพิ่มการดูดซึมของยาประเภท weak acids ได้แก่ ยา salicylates, dipyridamole, sulfamides และ antibiotics บางตัวได้

9.2 ปฏิกริยาต่อกันระหว่างยากับผลิตภัณฑ์ทางธรรมชาติ (Drug-natural product interaction)

ในช่วงรอมฏอนจะมีผู้ป่วยจำนวนมากที่สนใจบริโภคผลผลิตทางธรรมชาติ เพื่อหวังผลฟื้นฟูสุขภาพ แต่การรับประทานควบคู่ไปยาจะส่งผลให้เกิดปฏิกริยาต่อกันระหว่างยากับผลิตภัณฑ์ทางธรรมชาติได้ เช่น การรับประทานสารสกัดจากกระเทียม (garlic) ซึ่งมีฤทธิ์ยับยั้งการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด จะต้องเพิ่มความระมัดระวังในผู้ป่วยโรคหัวใจที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด เช่น aspirin การรับประทานสารสกัดจากใบแปะก๊วย (ginkgo biloba) ที่มีฤทธิ์ยับยั้งการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือดและยับยั้งการแปรรูปของ S-warfarin ที่เอนไซม์ CYP2C9 การรับประทานโสม (ginseng) โสมจะลดระดับน้ำตาลในเลือดและระดับ HbA1c ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดังนั้นอาจเสี่ยงที่จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยยิ่งต่ำลง (hypoglycemia) จนอาจเป็นอันตรายได้

ตารางที่ 1 ปฏิกริยาต่อกันระหว่างยากับอาหาร

ยา	ปฏิกริยาต่อกันระหว่างยากับอาหาร	คำแนะนำ
Levothyroxine	ยากจะดูดซึมได้ดีเมื่อท้องว่าง เมื่อรับประทานพร้อมกับอาหารจะลดการดูดซึมลง ส่วนอาหารประเภทที่มีเส้นใยสูงจะลดการดูดซึมของยาลง	ยา thyroid hormone ควรรับประทานก่อนอาหาร 1 ชั่วโมงในเวลาเดียวกันทุกวัน
Digoxin	อาหารประเภทที่มีเส้นใยสูง เช่น whole wheat ผักสด ธัญพืชจะยับยั้งการดูดซึมยาและลดการออกฤทธิ์ของยา	เพื่อป้องกันปัญหาการดูดซึม ควรรับประทานก่อนอาหาร 1 ชั่วโมงหรือหลังอาหาร 2 ชั่วโมง
Verapamil/felodipine	พบว่าอาหารประเภท grapefruit juice จะลดการดูดซึมยา	เพื่อป้องกันปัญหาการดูดซึมอาจเปลี่ยนเป็นยา amlodipine และ nifedipine หรืองดดื่ม grapefruit juice

ตารางที่ 1 ปฏิกริยาต่อกันระหว่างยากับอาหาร (ต่อ)

ยา	ปฏิกริยาต่อกันระหว่างยากับอาหาร	คำแนะนำ
Propranolol	อาหารประเภทโปรตีนสูงจะขัดขวางการแปรรูปยาทำให้ระดับยาในเลือดสูงและเวลาในการออกฤทธิ์ของยานานขึ้น	
Lithium	อาหารประเภทที่ทำให้ปัสสาวะมีความเป็นด่างมากขึ้นจะเพิ่มการกำจัดยาออกจากร่างกายและเวลาในการออกฤทธิ์ลดลง	
Theophylline	อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตต่ำและโปรตีนสูงจะเพิ่มการกำจัดยาออกจากร่างกาย ทำให้การควบคุมอาการหอบหืดได้ไม่ดี ส่วนอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตสูงและโปรตีนต่ำลดการกำจัดยาออกจากร่างกาย ทำให้ยาออกฤทธิ์ได้ในเวลาที่เหมาะสม	
Loratadine	อาหารจะทำการดูดซึมยาช้าลง และเพิ่มปริมาณในการดูดซึมของยา	ควรรับประทานตอนท้องว่าง
Fexofenadine	พบว่าอาหารประเภท grapefruit, orange และ apple juice จะลดระดับยาในกระแสเลือดลง	
Carbamazepine	พบว่าอาหารประเภท grapefruit juice จะไปยับยั้ง เอนไซม์ CYP3A4 ในลำไส้และตับ ทำให้ยามีค่าชีวปริมาณการออกฤทธิ์มากขึ้น	
Diazepam	พบว่าอาหารประเภท grapefruit juice จะเพิ่มการดูดซึมยาได้มากขึ้น	

ตารางที่ 2 การบริหารยาที่การเปลี่ยนแปลง pharmacokinetics และ pharmacodynamics ตาม circadian variation

ยา	การเปลี่ยนแปลง
Propranolol	บริหารในช่วงเช้าจะดูดซึมได้อย่างรวดเร็วกว่าตอนกลางคืน
Nifedipine	ชนิด immediate release เมื่อบริหารในช่วงเช้าทำให้เกิดระดับยาในเลือดสูงสุด (Cmax) สูงกว่าการบริหารยาในเวลาช่วงหัวค่ำหรือกลางคืน และระยะเวลาที่ระดับยาอยู่ในเลือดสูงสุด (Tmax) สั้นกว่า และค่าชีวปริมาณออกฤทธิ์ (bioavailability) เมื่อบริหารยาในเวลาช่วงหัวค่ำหรือกลางคืนจะลดเหลือประมาณ 40%
Digoxin	เมื่อบริหารในช่วงเช้าพบว่าระยะเวลาที่ยาใช้ไปเพื่อให้มีระดับสูงสุดในเลือดเร็วกว่า (54 นาที) เมื่อเปรียบเทียบกับบริหารยาในเวลาช่วงหัวค่ำหรือกลางคืน (96 นาที)
Diltiazem	บริหารยาชนิดเม็ดในช่วงกลางคืน (22.00 น.) จะมีการปลดปล่อยตัวยา (release) ได้ดีกว่าการบริหารในช่วงเช้า ทำให้มีค่าชีวปริมาณออกฤทธิ์เพิ่มขึ้น 17-22%
Enalapril	เมื่อบริหารในช่วงเช้า (07.00 น.) สามารถลดความดันได้ดีในช่วงกลางวันและฤทธิ์ลดลงในเวลากลางคืน เมื่อบริหารยาในเวลาช่วงหัวค่ำ (19.00 น.) สามารถลดความดันได้ดีในเวลากลางคืน และความดันจะเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ ในเวลากลางวัน
Prednisone	เมื่อบริหารในช่วงเวลา 15.00 น. มีผลลดการเกิดอาการหอบหืดในเวลากลางคืนได้ดีกว่าเมื่อบริหารในช่วงเวลา 08.00 น.
Ibuprofen	บริหารในช่วงเวลา 08.00 น. อัตราการดูดซึมจะช้ากว่าบริหารในช่วงเวลา 22.00 น.

(Aadil และคณะ, 2004)

ตารางที่ 3 ปฏิกริยาต่อกันระหว่างยา (Drug Interaction)

Drug	Mechanism/Effect	Management
1. anticholinesterases : pyridostigmine* + corticosteroid : betamethasone, h ydrocortisone*, dexamethasone, prednisolone*, triamcinolone	ฤทธิ์ของ Anticholinesterases ในการรักษา Myasthenia gravis ลดลง, muscle strength ลดลง	เนื่องจากการใช้ยาร่วม กันทำให้เกิดผลดีต่อ การรักษา myasthenia gravis จึงไม่อาจหลีกเลี่ยงการใช้ยาร่วมกันได้ การใช้ steroid ถ้าใช้วัน เว้นวันจะปลอดภัยขึ้น การใช้ยาต้องได้รับการ ดูแลอย่างระมัดระวัง เป็นอย่างดี
2. anticoagulants : warfarin + androgens (17-Alkyl) : danazol	ผลของ anticoagulants เพิ่มขึ้น	หลีกเลี่ยงการใช้ยาร่วม กัน ตรวจดู anticoagu- lation parameters และ ปรับขนาดยาของ anticoagulants เมื่อให้ androgen ร่วมด้วย
3. anticoagulants : warfarin + barbiturate : Phenobarbital	เกิดการกระตุ้น hepatic micro somal enzyme ทำให้ metabolic clearance ของ anticoagulants เพิ่มขึ้น barbiturate ลดผลของ anticoagulants ในทางกลับ กัน ถ้าหยุด barbiturate จะ ทำให้การออกฤทธิ์ของ anticoagulant มากเกินปกติ และทำให้เกิดเลือดออกได้	ปรับขนาดยา antico- agulant ถ้าหยุด barbiturates จะต้องใช้ anticoagulant น้อยลง และต้องดูแลผู้ป่วยต่อ อีก 2-3 สัปดาห์ หรือ ใช้ยา กลุ่ม benzodiaz- epine แทนก็ได้

ตารางที่ 3 ปฏิกริยาต่อกันระหว่างยา (Drug Interaction) (ต่อ)

Drug	Mechanism/Effect	Management
4. anticoagulant : warfarin* + erythromycin	ไม่ทราบกลไก แต่พบว่า total body clearance ของ warfarin ลดลง /ผลของ warfarin เพิ่มขึ้น ทำให้เกิด bleeding ได้ง่าย	ลดขนาดยาของ warfarin ลง หรือหยุดใช้ warfarin ชั่วคราว ตรวจสอบ anticoagulation parameters และปรับขนาดยา ควรเฝ้าระวัง เป็นระยะเวลาหลายวัน
5. anticoagulant : warfarin* + miconazole	miconazole ไปยับยั้ง metabolism ของ warfarin ที่ enzyme P450 ทำให้ผลของ warfarin อาจเพิ่มขึ้น	ตรวจสอบ anticoagulation parameters อย่างใกล้ชิด และปรับขนาดยา ของ warfarin ให้เหมาะสม
6. anticoagulants : warfarin* + salicylates : aspirin, methyl-salicylates	salicylates มีผลยับยั้ง platelet aggregation ทำให้ผลของ oral anticoagulants เพิ่มขึ้น	ตรวจสอบ prothrombin times เสมอๆ เฝ้าติดตามอาการของการเสียเลือด ปรับขนาดยาของ oral anticoagulants
7. anticoagulants : warfarin* + salicylates : aspirin, methyl-salicylates	ไม่ชัดเจนนักแต่พบว่า TMP-SMZ ไปยับยั้ง hepatic metabolism ของ warfarin ทำให้ผลของ warfarin เพิ่มขึ้น	ตรวจสอบ anticoagulation parameters และปรับขนาดยาของ warfarin ให้เหมาะสม
8. anticoagulants : warfarin* + thyroid hormone : levothyroxine, thyroid	thyroid hormone ไปลด vitamin-k dependent clotting factors ทำให้ผลของ oral anticoagulants เพิ่มขึ้น	ตรวจสอบ coagulation parameters และเฝ้าสังเกตอาการจากการเสียเลือดอย่างใกล้ชิด ปรับขนาดยาของ anticoagulants ให้เหมาะสม

ตารางที่ 3 ปฏิกริยาต่อกันระหว่างยา (Drug Interaction) (ต่อ)

Drug	Mechanism/Effect	Management
9. antihistamines nonsedating : loratadine, terfenadine*, astemizole* + azole antifungal agent : fluconazole, ketoconazole, miconazole	azole Antifungal ไปยับยั้ง metabolism ของ antihistamines ที่ตับทำให้ ระดับความเข้มข้นของ antihistamine สูงขึ้น เกิด cardiotoxicity	ควรใช้ sedating antihistamines แทนจะ ปลอดภัยกว่า
10. beta-blockers : atenolol*, propranolol* + verapamil	verapamil ไปยับยั้ง oxida- tive metabolism ของ beta- blockers จึงอาจเกิดการ เสริมฤทธิ์กัน / ผลของยาทั้ง 2 สูงขึ้น	ใช้อย่างระวัง ควรวัด การทำงานของหัวใจ ถ้า ผิดปกติให้ลดขนาดยา ลง
11. carbamazepine + macrolide antibiotics : azithromycin, erythromycin*	macrolide ยับยั้ง carbamazepine hepatic metabolism ทำให้ปริมาณ ยาที่ขับออกลดลง เกิดการ สะสมยาในร่างกาย เกิด ความเป็นพิษจากยา carbamazepine	หลีกเลี่ยงการให้ยาร่วม กัน ควบคุมระดับความ เข้มข้นของยา carbamazepine ในเลือด และสังเกตอาการเป็น พิษจากยาอย่างใกล้ชิด ให้หยุดยาตัวใดตัวหนึ่ง หรือ ลดขนาดยา carbamazepine ตาม ความจำเป็น
12. digitalis glycosides : digoxin* + thiazide diuret- ics : hydrochlorothiazide(HCTZ)*	เพิ่มการขับ potassium และ magnesium ออกทางไต ทำให้เกิดความผิดปกติของ electrolyte เพิ่มปัจจัย เสี่ยงต่อ digitalis-induce arrhythmias	คอยตรวจวัดระดับ plasma potassium และ magnesium

ตารางที่ 3 ปฏิกริยาต่อกันระหว่างยา (Drug Interaction) (ต่อ)

Drug	Mechanism/Effect	Management
13. digoxin, Oral : digoxin + erythromycin	มีผู้ป่วยประมาณ 10% ที่ digoxin จะถูก metabolized โดยแบคทีเรียที่กระเพาะอาหารได้เป็น digoxin reduction product (DRP5) erythromycin จะไปเปลี่ยนแปลง GI flora ทำให้มี active digoxin ถูกดูดซึมได้มากขึ้น ระดับ digoxin ในซีรัมสูงขึ้นและอาจเกิดพิษขึ้นได้ ผลของปฏิกริยาต่อกันนี้อาจอยู่ได้นานหลายสัปดาห์ หลังจากให้ Erythromycin	ควรวัดระดับยา digoxin ใน serum และสังเกตอาการพิษ ของ digoxin ควรลดขนาดยาของ digoxin ถ้าจำเป็น
14. digoxin + verapamil	มีกลไกที่ซับซ้อน / digoxin ออกฤทธิ์ได้มากขึ้น พิษของ digoxin สูงขึ้น	วัดระดับ digoxin ใน plasma และสังเกตอาการพิษ digoxin ในผู้ป่วย ปรับขนาดยาให้เหมาะสม อาจต้องลดขนาดยาของ digoxin ลง

10) แบบอย่างในการปฏิบัติตนของท่านศาสดา ﷺ

(ขอความสันติสุขจงมีแต่ท่าน)

1. เตรียมร่างกายให้พร้อมก่อนจะถึงเดือนรอมฎอน โดยท่านถือศีลอดสุนัตอย่างมากในเดือนชะอฺบาน

2. ให้รีบเร่งละศีลอดหลังจากดวงอาทิตย์ลับขอบฟ้า การรีบละศีลอดเมื่อได้เวลานั้น มีผลดีต่อสุขภาพ เพราะร่างกายกำลังอยู่ในช่วงที่มีความต้องการน้ำและพลังงานที่ได้สูญเสียไป หากล่าช้าในการละศีลอดจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดยิ่งต่ำลง ทำให้เป็นลมหรือหมดสติได้

3. ให้ละศีลอดด้วยอินทผลัมสด ก่อนที่จะละหมาด (มัฆริบ) ถ้าไม่มีก็ละศีลอดด้วยอินทผลัมแห้งและถ้าไม่มีก็ละศีลอดด้วยการดื่มน้ำเล็กน้อย เพราะผลอินทผลัมจะมีน้ำตาลฟรุกโตส น้ำ วิตามิน และแร่ธาตุที่ดูดซึมง่าย โดยวิธี Facilitate diffusion ซึ่งไม่ต้องใช้พลังงาน ข้อปฏิบัติดังกล่าวทำให้ร่างกายได้รับน้ำและน้ำตาลเข้าสู่กระแสเลือดได้เร็วที่สุด และยังเป็นการกระตุ้นระบบทางเดินอาหารให้พร้อมที่จะรับอาหารต่อไป

4. ให้ละศีลอดด้วยอินทผลัมและ/หรือน้ำ ก่อนที่ท่านจะละหมาด (มัฆริบ) แล้วค่อยรับประทานอาหารตามปกติ ถ้าหากรับประทานอาหารหนักทันที จะเป็นภาระหนักต่อร่างกาย เพราะร่างกายต้องเสียพลังงานไป เนื่องจากเลือดจะถูกส่งไปยังกระเพาะอาหารและลำไส้เพิ่มมากขึ้น ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง (ปกติสมองต้องการน้ำตาลกลูโคสประมาณ 40% จากทั้งหมด) จึงทำให้มีอาการมึนงง เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย แน่นหน้าอกและง่วงซึมได้

5. ให้ล่าช้าในการรับประทานอาหารมื้อดึก เพราะอาหารมื้อดึกจะช่วยให้เราไม่รู้สึกอ่อนเพลีย และยังจะช่วยบรรเทาความกระหายน้ำอย่างรุนแรงได้เป็นอย่างดี

6. ให้ละหมาดสุนัตตะรอเวียฮฺ ซึ่งอิริยาบถต่างๆ ในการละหมาदनั้นจะช่วยให้อาหารย่อยได้ดีขึ้น

บทส่งท้าย

แม้ว่าการถือศีลอดจะมีผลดีต่อร่างกายหลายประการ แต่มุสลิมก็มิได้ถือศีลอดเพื่อหวังผลดังกล่าวเป็นเป้าหมายสูงสุด หากแต่ในหัวใจเปี่ยมล้นไปด้วยความศรัทธาต่อบทบัญญัติอย่างหนักแน่นและหวังผลในความเมตตาจากเอกองค์อัลลอฮ์ แต่เพียงผู้เดียวเท่านั้น นั่นคือความสำเร็จที่ยิ่งใหญ่ของเหล่าบรรดาผู้ศรัทธาที่สามารถบรรลุเจตนารมณ์ของภารกิจสำคัญได้อย่างครบถ้วนและสมบูรณ์

บรรณานุกรม

เฉลิมศรี ภูมิมางกูร, กฤตติกา ตัญญาแสนสุข. (2543). โอสถกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: นิวไทยมิตรการพิมพ์.

Aadil, N, Houti, I.E., & Moussamih, S. (2004). **Drug intake during Ramadan.** BMJ, 329: 778-782.

Ahmed, B. (2004). **Effect of fasting during Ramadan on sleep architecture daytime sleepiness and sleep pattern.** Sleep Bio Rhy, 2:135-143.

Al Suwaidi, J., Bener, A., Hajar, H.A. & Numan, M.T. (2004). **Dose hospitalization for congestive heart failure occur more frequently in Ramadan: a population-based study (1991-2001).** Int J Cardio, 96: 217-221.

Al-Kaabi, S., Bener, A., Butt, M.T., Samson, S. Al-Mosalamni, Y., & Al-Musleh, A. (2004). **Effect of Ramadan fasting on peptic ulcer disease.** Indian J Gastroenterol, 23: 35-35.

Azizi, F. & Siahkollah, B. (2003). **Ramadan fasing and diabetic mellitus.** Arch Iranian Med, 6(4): 237-242.

Azizi, F. (2002). **Research in Islamic fasting and health.** Ann Saudi Med, 122 (3-4):186-191.

- Azizi, F., Sadeghipour, H., Siahkolah, B., & Rezaei-Ghaleh, N. (2004). **Intellectual development of children born of mothers who fasted in Ramadan during pregnancy.** *Int J Vitam Nutr Res* 74(5): 374–380
- Bener, A., Galadari, S., Gillett, M., Osman, N., Al-Taneiji, H., Al-Kuwaiti, M. H. H., & Al-Sabosy, M., M. A. (2001). **Fasting during the holy month of Ramadan does not change the composition of breast milk.** *Nutri Res*, 21: 859–864.
- Bogdan, A., Bouchareb, B., & Touitou, Y. (2001). **Ramadan fasting alters endocrine and neuroendocrine circadian patterns. Meal-time as a synchronizer in humans?** *Life Sci*, 68: 1607–1615.
- Chamsi-Pasha H., Ahmed W. H. (2004). **The effect of fasting in Ramadan on patients with heart disease.**
- Comoglu, S., Temizhan, A., Pesincli, E., Tandogan, I., & Ozbakir, S. (2003). **Effects of Ramadan fasting on stroke.** *Turk J Med Sci*, 33: 237–241.
- Cross, J. H., Eminson, J., & Wharton, B. A. (1990). **Ramadan and birth weight at full term in Asian Moslem pregnant women in Birmingham.** *Arch Dis Child*, 65: 1053–1056.
- Dikensoy E, Balat O, Cebesoy B, Ozkur A, Cicek H, Can G. (2008). **The effect of Ramadan fasting on maternal serum lipids, cortisol levels and fetal development.** *Arch Gynecol Obstet*. 17.
- Haouari M, Haouari-Oukerro F, Sfaxi A, Ben Rayana MC, Kabachi N, Mbaza A. (2008). **How Ramadan Fasting Affects Caloric Consumption, Body Weight, and Circadian Evolution of Cortisol Serum Levels in Young, Healthy**

Male Volunteers. Horm Metab Res. 31.

- Iraki, L., Bogdan, A., Hakkou, F., Amrani, N., Abkari, A. & Touitou, Y. (1997). **Ramadan diet restrictions modify the circadian time structure in humans. A study on plasma gastrin, insulin, glucose, and calcium and on gastric pH.** J Clin Endocrinol Metabo, 82:1261–1273.
- Lamine F, Bouguerra R, Jabrane J, Marrakchi Z, Ben Rayana MC, Ben Slama C, Gaigi S. (2006). **Food intake and high density lipoprotein cholesterol levels changes during ramadan fasting in healthy young subjects.**Tunis Med. 84(10):647–50.
- Leiper, J. B., Molla, A. M. & Molla, A.M. (2003). **Effect on health of fluid restriction during fasting in Ramadan.** Eur J Clin Nutri, 57: s30–s38.
- Maislos, M., Abou–Rabiah,Y., Zuili, I & Shany, S. (2001). **Improved diabetes control after prolonged fasting–the Ramadan model.** Pract Diab Int June, 18(5): 149–151.
- Malik GM, Mubarik M, Jeelani G, Tajamul H, Kadla SA, Lone BA, Khan MD. (1996). **Endoscopic evaluation of peptic ulcer disease during ramadan fasting.** Diagn Ther Endosc, 2(4):219–21.
- Meckel Y, Ismaeel A, Eliakim A. (2008). **The effect of the Ramadan fast on physical performance and dietary habits in adolescent soccer players.** Eur J Appl Physiol. 102(6): 651–7.
- M'guil M, Ragala MA, El Guessabi L, Fellat S, Chraibi A, Chebraoui L, Israili ZH, Lyoussi B. (2008). **Is Ramadan fasting safe in type 2 diabetic patients in view of the lack of**

significant effect of fasting on clinical and biochemical parameters, blood pressure, and glycemic control?

Clin Exp Hypertens. 30(5):339-57.

Mirghani, H. M., Weerasinghe, D. S. L., Ezimokhai, M., & Smith J. R. (2003). **The effect of maternal fasting on the fetal biophysical profile.** Int J Gyne& Obs, 81:1,17-21.

Perk, G., Ghanem, J., Aamar, S., Ben-Ishay, D & Bursstyn, M. (2001). **The effect of fast of Ramadan on ambulatory blood pressure in treated hypertensives.** J Human Hypertension, 15:723-725

Ramadan, J. (2002). **Dose fasting during Ramadan alter body composition, blood constituents and physical performance?** Med Princ Pract, 11(2): 41-46.

Roky, R., Chapotot, F., Hakkou, F., Bencheekroun, T.M., & Buguet, A. (2001). **Sleep during Ramadan intermittent fasting.** J Sleep Res, 10: 319-327.

Roky, R., Houti, I., Moussamith, S., Qotbi, S., & Aadil, N. (2004). **Physiological and chronobiological change during Ramadan intermittent fasting,** Ann Nutr Metab, 48:296-303.

Saudi Med J. 25(1):47-51.

Suwaidi, J. Al., Bener, A., Hajar, H.A., & Numan, M.T. (2004). **Does hospitalization for congestive heart failure occur more frequently in Ramadan: a population-based study (1991-2001)** Int J Cardiol, 96:2, 217-221.

Temizhan A, D'nderici O, Ouz D, Demirbas B. (1999). **Is there any effect of Ramadan fasting on acute coronary heart disease events?** Int J Cardiol. 70(2): 149-53.

- Toda, M. & Morimoto, K. (2004). **Ramadan fasting-effect on healthy Muslims.** Soci Behav Person. 32(1): 13-18.
- Zerguini Y, Kirkendall D, Junge A, Dvorak J. **Impact of Ramadan on physical performance in professional soccer players.** (2007). Br J Sports Med. 41(6): 398-400.
- Zohreh, K. & Hassan, A. (2004). **Maternal Ramadan fasting and neonatal health.** J Perinato, 24: 748-750.

การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในช่วงเดือนรอมฎอน

ยา สาริ

คำนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลรักษา โดยบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัว และจากตัวผู้ป่วยเอง เพื่อป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและเรื้อรัง ในภาวะปกติก็มีปัจจัยหลายอย่างที่จะส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยอยู่แล้ว แต่สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมุสลิมยังมีปัจจัยด้านบทบัญญัติของศาสนาอิสลามที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งก็คือ การถือศีลอดในช่วงเดือนรอมฎอนตามการนับวันแบบจันทรคติ ในเดือนดังกล่าวผู้ป่วยจะถือศีลอดวันละประมาณ 14 ชั่วโมงตามบทบัญญัติของศาสนาอิสลามเป็นเวลา 29-30 วันต่อปี และการอดอาหารเป็นเวลานานในขณะที่ผู้ป่วยยังใช้อินซูลินหรือยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดนั้น เป็นภาวะเสี่ยงอย่างยิ่งที่จะทำให้เกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ประกอบกับพฤติกรรมการบริโภคที่เปลี่ยนไปจากเดือนปกติของชาวมุสลิมโดยเฉพาะใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ กล่าวคือผู้ป่วยจะรับประทานอาหารที่มีรสหวานมากขึ้น ชนิดอาหารก็แตกต่างไปจากเดิม ซึ่งทำให้เสี่ยงต่อภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง และภาวะเลือดเป็นกรดจากคีโตน (diabetic ketoacidosis) และนอกจากนี้ มิใช่ผู้ป่วยเบาหวานทุกรายที่จะสามารถถือศีลอดได้ เนื่องจากต้องคำนึงถึงข้อจำกัดทางการแพทย์ไม่ว่าเรื่องอายุ ชนิดของเบาหวาน วิธีการรักษาและปัจจัยทางการแพทย์ล้วนแล้วแต่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันได้ทั้งนั้น แต่กลับพบว่าผู้ที่เกี่ยวข้องมีองค์ความรู้ในเรื่องดังกล่าวน้อยมากที่เป็นการศึกษาภายในประเทศไทย

จากการทบทวนงานวิจัยต่างประเทศที่มีประชากรเป็นมุสลิมส่วนใหญ่¹ พบว่ามีคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญในการปรับยาผู้ป่วยเบาหวานที่ถือศีลอด ตลอดจนคำแนะนำต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับที่ให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ควรจะได้นำมาปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ประสงค์จะถือศีลอด

สถานการณ์การถือศีลอดของผู้ป่วยเบาหวาน

จากการศึกษาใน 13 ประเทศมุสลิม¹ พบว่าร้อยละ 43 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน และร้อยละ 78 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินถือศีลอดในเดือนรอมฎอนอย่างน้อย 15 วัน โดยที่ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยกลุ่มนี้เท่านั้นที่มีการปรับการใช้ยา ในขณะที่มีเพียงร้อยละ 65 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน และร้อยละ 57 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินเท่านั้นที่คิดว่าตนเองต้องรับประทานอาหารต่างไปจากคนปกติ

ส่วนในประเทศไทยยังไม่พบงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วยต่อการถือศีลอด แต่จากการสังเกตและซักถามจากผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยจะผ่อนปรนการควบคุมอาหารทั้งชนิดและปริมาณ ในขณะที่บางรายจะใช้โอกาสในเดือนรอมฎอนในการปรับพฤติกรรมการบริโภคของตนเอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกที่จะหลีกเลี่ยงการมารับบริการที่คลินิกเบาหวานในช่วงเดือนรอมฎอน จะสังเกตได้จากมียอดผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลลดลงจากเดือนอื่นๆ

ผลของการถือศีลอดในเดือนรอมฎอนต่อสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน

จากการศึกษาไม่พบว่าการถือศีลอดในเดือนรอมฎอนในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง หรือแม้กระทั่งผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่หนึ่งที่ควบคุมได้ดีแล้ว จะไม่ก่อให้เกิดปัญหาใหญ่ใดๆ³⁻⁶ ต่อผู้ป่วย หลายการศึกษาพบว่าค่า HbA1c ไม่เปลี่ยนแปลงหรือแตกต่างกันเพียงเล็กน้อยเท่านั้นเมื่อเทียบกับเดือนอื่นๆ³⁻⁹ ค่า Fructosamine insulin และ C-peptide

ไม่เปลี่ยนแปลงทั้งก่อนและในระหว่างเดือนรอมฎอน^{3,7,8} ระดับ BUN, Creatinine, protien, albumin, SGOT, SGPT ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ^{7,10} ระดับ total cholesterol และ Triglyceride ก็ไม่แตกต่างกัน หรือลดลงเล็กน้อยในปลายเดือนรอมฎอน^{6,9}

อย่างไรก็ตาม จากการที่ต้องอดอาหารเป็นเวลานานขึ้นนั้น ทำให้พบภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลันของเบาหวาน ได้แก่ อุบัติการณ์ของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำอย่างรุนแรง (severe hypoglycemia) ถึงขั้นหมดสติ หรือระดับการตอบสนองต่ำเกิดขึ้นได้บ่อย กล่าวคือพบอุบัติการณ์ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง 0.03 ครั้ง/เดือน ในเดือนรอมฎอน เทียบกับ 0.004 ครั้ง/เดือน ในเดือนอื่นๆ ที่เหลือ¹ ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองที่ถือศีลอดมีโอกาสเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจนต้องนอนโรงพยาบาลถึง 5 เท่าเมื่อเทียบกับเดือนปกติ¹ ในขณะที่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่หนึ่งอาจเกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากคีโตน (diabetic ketoacidosis) โดยเฉพาะหากมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงอยู่ก่อนถือศีลอด¹ นอกจากภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันโดยตรงของเบาหวานแล้ว ยังมีความเสี่ยงสำคัญที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยคือ ภาวะขาดน้ำและหลอดเลือดดำอุดตัน (Dehydration & Thrombosis) จากภาวะ Hypercoagulable state ระดับสารประกอบ การแข็งตัวของเลือดเพิ่มขึ้น การลดลงของสารต้านการแข็งตัวของเลือดภายในร่างกาย ตลอดจนการลดประสิทธิภาพการทำลายลิ่มเลือดภายใน มีรายงานว่าพบอุบัติการณ์ลิ่มเลือดอุดตันที่เส้นเลือดที่ไปเลี้ยงไตเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยที่ถือศีลอด¹³ แต่ไม่พบว่ามีอุบัติการณ์หลอดเลือดสมองอุดตันเพิ่มขึ้นในช่วงเดือนรอมฎอน^{14,15}

กล่าวโดยสรุปก็คือ ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของเมตาบอลิซึมอย่างมีนัยสำคัญในช่วงเดือนรอมฎอน ภาวะแทรกซ้อนสำคัญสี่ประการที่ต้องพึงระวังในระหว่างการถือศีลอดก็คือ

- ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia)
- ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia)
- ภาวะเลือดเป็นกรดจากคีโตน (Diabetic Ketoacidosis)

- และภาวะขาดน้ำและหลอดเลือดดำอุดตัน (Dehydration & thrombosis)

ผู้ป่วยเบาหวานสามารถถือศีลอดได้หรือไม่

ปัจจัยส่วนบุคคล ไม่ว่าจะเป็นเรื่องอายุ โรคร่วม ภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมการบริโภค ระดับความเข้าใจ และปัจจัยอื่นๆ ของผู้ป่วย แต่ละรายจะต้องนำมาประมวลความเสี่ยงว่าสามารถถือศีลอดได้หรือไม่ จากการประชุมผู้เชี่ยวชาญ ได้มีข้อเสนอแนะให้จำแนกประเภทความเสี่ยง ของผู้ป่วย แล้วใช้ดุลยพินิจของผู้ให้การรักษาและความสมัครใจ ของผู้ป่วยเพื่อที่จะระบุว่าผู้ป่วยรายใดควรหรือไม่ควรถือศีลอด เพราะ เหตุใด ไม่สามารถแสดงข้อบ่งชี้หรือข้อห้ามที่ชัดเจนได้ เนื่องจากการ ถือศีลอดในเดือนรอมฎอนเป็นบทบัญญัติทางศาสนา ซึ่งมีความ ละเอียดย่อนอยุ่มาก ผู้ให้บริการผู้ป่วยสามารถใช้ตารางแสดงระดับ ความเสี่ยงของผู้ป่วยเบาหวานในการประเมินผู้ป่วยในความดูแล เพื่อ จะได้นำและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น



ตารางแสดงระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยเบาหวาน²

ความเสี่ยงสูงมาก

- มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำถึงขั้นหมดสติภายใน 3 เดือนก่อนการถือศีลอด
- มีประวัติระดับน้ำตาลในเลือดต่ำบ่อยๆ
- ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ค่อยเชื่อฟังคำแนะนำของแพทย์หรือไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ได้
- มีภาวะเลือดเป็นกรดจากคีโตนภายใน 3 เดือนก่อนการถือศีลอด
- มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจนถึงขั้นหมดสติภายใน 3 เดือนก่อนการถือศีลอด
- ผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน
- ผู้ที่ตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร
- ผู้ใช้แรงงานหนัก
- ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
- เป็นโรคติดเชื้อ

ความเสี่ยงสูง

- ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน (อยู่ในช่วง 150-300 mg %)
- มีภาวะไตเสื่อม
- มีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดใหญ่
- ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง
- ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังอื่นๆ ร่วมด้วย
- ผู้สูงอายุ และมีโรคอื่นๆ ร่วมด้วย
- ผู้ป่วยที่รับประทานยาที่มีผลทำให้ง่วงนอน

ความเสี่ยงปานกลาง

- ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดคงที่โดยยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด

ความเสี่ยงน้อย

- ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดคงที่โดยการคุมอาหาร หรือรับประทานยา metformin thiazolidione

ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงน้อยถึงปานกลางสามารถถือศีลอดได้ ส่วนผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงจะต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคสูง และสามารถรู้ตัวเองเมื่อเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงมาก ไม่แนะนำให้ถือศีลอด

การปรับยาเบาหวานและอินซูลินในผู้ป่วยที่ถือศีลอดในเดือนรอมฎอน

จากการประชุมระดมความเห็นผู้เชี่ยวชาญและทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับโรคเบาหวานในเดือนรอมฎอน² ได้มีคำแนะนำถึงแนวทางการปรับยาและอินซูลินในผู้ป่วยดังตาราง

Table 2– Recommended changes to treatment regimen in patients with type 2 diabetes who fast during Ramadan

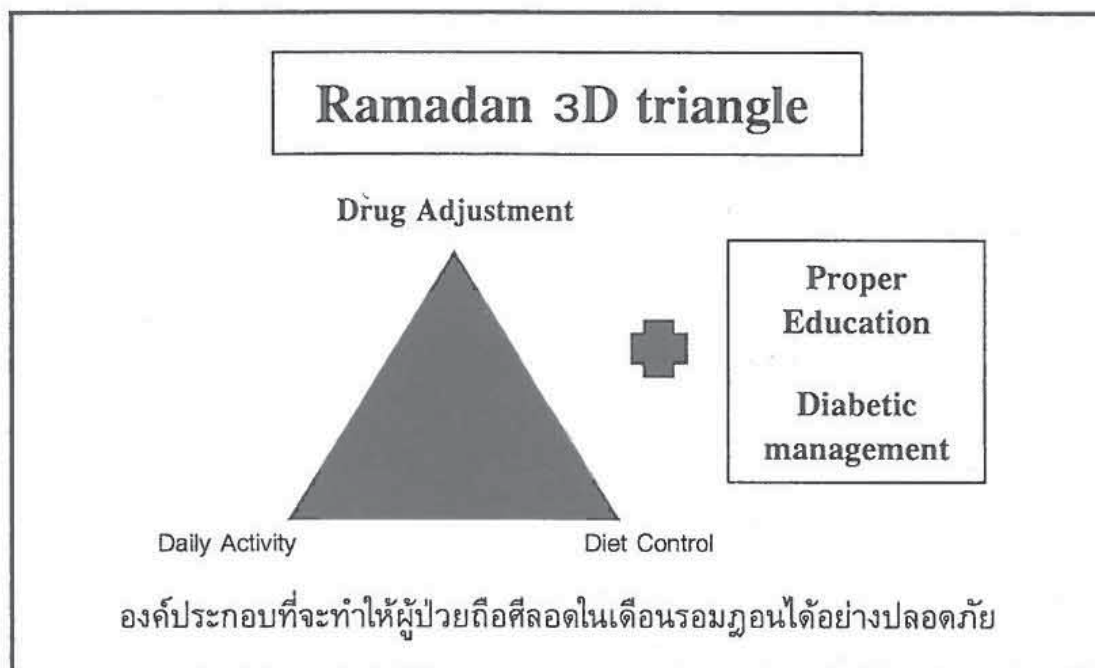
Before Ramadan	During Ramadan
Patients on diet and exercise control	No change needed (modify time and intensity of exercise), ensure adequate fluid intake
Patients on oral hypoglycemic agents	Ensure adequate fluid intake
Biguanide, metformin 500 mg three times a day, or sustained release metformin (glucophage R)	Metformin, 1,000 mg at the sunset meal (Iftar), 500 mg at the predawn meal (Suhur)
TZDs, pioglitazone or rosiglitazone once daily	No change needed
Sulfonylureas once a day, e.g., glimepiride 4 mg daily, gliclazide MR 60 mg daily	Dose should be given before the sunset meal (Iftar); adjust the dose based on the glycemic control and the risk of hypoglycemia
Sulfonylureas twice a day, e.g., glibenclamide 5 mg or gliclazide 80 mg, twice a day (morning and evening)	Use half the usual morning dose at the predawn meal (Suhur) and the full dose at the sunset meal (Iftar), e.g., glibenclamide 2.5 mg or gliclazide 40 mg in the morning, glibenclamide 5 mg or gliclazide 80 mg in evening
Patients on insulin	Ensure adequate fluid intake
70/30 premixed insulin twice daily, e.g., 30 units in morning and 20 units in evening	Use the usual morning dose at the sunset meal (Iftar) and half the usual evening dose at predawn (Suhur), e.g., 70/30 premixed insulin, 30 units in evening and 10 units in morning; also consider changing to glargine or detemir plus lispro or aspart

ตัวอย่างการปรับยาในผู้ป่วยเบาหวาน

ก่อนเดือนรอมฎอน	ระหว่างเดือนรอมฎอน
ผู้ป่วยที่รักษาโดยการคุมอาหาร และออกกำลังกาย	ปรับ และอาจลดเวลาการออกกำลังกาย ดื่มน้ำมากๆ
รับประทานยา	รับประทานยา
Metformin (500) 1 x 3 Thiazolidinedione วันละครั้ง Sulfonylureas วันละครั้ง	Metformin 2 เม็ดเย็น และ 1 เม็ดเช้า ไม่ต้องเปลี่ยนแปลง เปลี่ยนเป็นรับประทานตอนละศีลอด (ก่อนอาหาร)
Sulfonylureas วันละ 2 ครั้ง ฉีดอินซูลิน วันละ 2 ครั้ง เช่น 30 ยูนิตเช้า และ 20 ยูนิตเย็น	ลดขนาดยาลงครึ่งหนึ่งในมื้อเช้า ลดมื้อเย็นครึ่งหนึ่ง แล้วสลับเวลาฉีด เช่น 10 ยูนิตเช้า และ 30 ยูนิตเย็น

บทบาทเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อการถือศีลอดของผู้ป่วย ในเดือนรอมฎอน

ความหลากหลายในปัจจัยกระทบต่อผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยในช่วงเดือนรอมฎอนเป็นสิ่งท้าทายต่อการให้คำแนะนำสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้บริการดูแลผู้ป่วย มีคำแนะนำที่ปฏิบัติได้ง่ายจากนายแพทย์มุสลิมชาวอิหร่านชื่อ Fereidoun Azizi โดยใช้ Ramadan 3D triangle ดังรูป



สิ่งที่ต้องคำนึงถึงและให้คำแนะนำผู้ป่วยมีสามเรื่องหลักๆ คือ การปรับยา กิจกรรมประจำวัน และการควบคุมอาหาร เมื่อผนวกกับการให้คำแนะนำที่เพียงพอ และการควบคุมเบาหวานอย่างถูกวิธี ก็สามารถสร้างความมั่นใจได้ว่าจะป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างเดือนรอมฎอนได้

- การปรับยา

สามารถใช้ตารางการแนะนำข้างต้นไปประยุกต์ใช้ได้เลย โดยเฉพาะในกลุ่ม Sulfonylurea ผู้วิจัยหลายท่านได้แนะนำให้ปรับยามื้อเช้า และ/หรือมื้อเที่ยง ไปเป็นมื้อเย็นตอนละศีลอด⁴

- กิจกรรมประจำวัน

ให้เป็นไปตามปกติ ออกกำลังกายเท่าที่ทำอยู่เป็นประจำโดยไม่จำเป็นต้องลด¹²

- การควบคุมอาหาร

พฤติกรรมบริโภคของชาวมุสลิมในประเทศไทย โดยเฉพาะใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ จะนิยมรับประทานอาหารที่มีแป้งและน้ำตาลมากและเป็นอาหารที่มี Glycemic index สูง ควรจะเน้นย้ำในเรื่องการรักษาระดับปริมาณและองค์ประกอบของอาหารตามที่ได้รับประทานอยู่เป็นประจำ อาจใช้เทคนิคอาหารแลกเปลี่ยนเพื่อให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดียิ่งขึ้น

- การให้สุขศึกษา

โดยเฉพาะการรับรู้ต่ออาการของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ต้องสอนให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้อาการของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำได้เป็นอย่างดี และถูกต้องเพื่อจะได้แก้ปัญหาได้ตั้งแต่เนิ่นๆ โดยการละศีลอดเสียก่อนที่จะหมดสติ จะต้องกำชับเรื่องภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำให้มากๆ

บทสรุป

การถือศีลอดในเดือนรอมฎอนของผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงที่ต้องระวัง ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินและให้คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ที่ถูกต้อง ก่อนถึงเดือนรอมฎอน การปรับยา การควบคุมอาหาร การรักษาระดับกิจกรรมประจำวัน ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายเป็นบทบาทสำคัญของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่มุสลิม ควรศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม และถ้าเป็นไปได้อาจทำงานวิจัย เพื่อพอกพูนให้เกิดองค์ความรู้ในด้านนี้มากขึ้นเรื่อยๆ เพื่อให้เกิดผลดีแก่ผู้ป่วยสืบไป

1. Salti I, Benard E, Detournay B, Bianchi-Biscay M, Le Brigand C, Voinet C, Jabbar A, **the EPIDIAR Study Group: A population-based study of diabetes and its characteristics during the fasting month of Ramadan in 13 countries: results of the Epidemiology of Diabetes and Ramadan 1422/2001 (EPIDIAR) study.** Diabetes Care 27:2306-2311, 2004.
2. Al-Arouj M, Bouguerra R, Buse J, Hafez S, Hassanein M, Ibrahim MA, Ismail-Beigi F, El-Kebbi I, Khatib O, Kishawi S, Al-Madani A, Mishal AA, Al-Maskari M, Nakhi AB, Al-Rubean K: **Recommendations for management of diabetes during Ramadan.** Diabetes Care 28:2305-2311, 2005
3. Al-Hader AFA, Abu-Farsakh NA, Khatib SY, Hasan ZA. **The effects of Ramadan fasting on certain biochemical parameters in normal subjects and in type 2 diabetic patients.** Ann Saudi Med 1994; 14:139-41.
4. Bekhadir J, El Ghomari H, Klicken N, Mikou A, Sabri M. **Muslims with non-insulin dependent diabetes fasting during Ramadan: treatment with glibenclamide.** BMJ 1993;307:2925.
5. Chandalia HB, Bhargava A, Kataria V. **Dietary pattern during Ramadan fasting and its effect on the metabolic control of diabetes.**
6. Sulimani RA, Laajam M, Al-Attas O, Famuyiwa FO, Bashi S, Mekki MO, et al. **The effect of Ramadan fasting on diabetes control in type II diabetic patients.** Nutr Res 1991;11:261-4.
7. Laajam MA. **Ramadan fasting and non-insulin-dependent diabetes: effect on metabolic control.** East Afr Med J 1990;67:732-6.

8. Salman H, Abdallah MA, Al Howasi M. **Ramadan fasting in diabetic children in Riyadh.** Diabet Med 1992; 9:583-4.
9. Dehghan MR, Nafarabadi MT, Navai L, Azizi F. **The effect of Ramadan fasting on blood glucose and lipids in type 2 diabetics.** J Facult Med SBUMS 1994;18:42-7.
10. Mafauzy M, Mohammad WB, Anum MY, Zulkifli A, Ruhani AH. **A study of fasting diabetic patients during the month of Ramadan.** Med J Malaya 1990;45:14-7.
11. Beckman JA, Creager MA, Libby P: **Diabetes and atherosclerosis: epidemiology, pathophysiology and management.** JAMA 287:2570-2581, 2002
12. Azizi F, Siahkollah B. **Ramadan fasting and diabetes mellitus.** Int J Ramadan Fast 1998;2:6-10.
13. Akhan G, Kutluhan S, Koyuncuoglu HR: **Is there any change in stroke incidence during Ramadan?** Acta Neurol Scandin 101:259-261, 2000
14. Alghadyan AA: **Retinal vein occlusion in Saudi Arabia: possible role of dehydration.** Ann Ophthalmol 25:394-398, 1993
15. Temizhan A, Donderici O, Ouz D, Demirbas B: **Is there any effect of Ramadan fasting on acute coronary heart disease events?** Int J Cardiol 70:149-153, 1999

ผลการปรับเปลี่ยนการใช้ยาเบาหวานในเดือนรอมฎอน

ในผู้ป่วยเบาหวานที่ถือศีลอด

อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี

Effects of diabetic drug adjustment during the
Ramadan period among fasting diabetic patients in
Nongjik District, Pattani Province

นิลนาถ เจ๊ะยอ

99

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการปรับเปลี่ยนการใช้ยาเบาหวานในเดือนรอมฎอนในผู้ป่วยเบาหวานที่ถือศีลอด ซึ่งอาศัยอยู่ในตำบลตุง อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี และมารับบริการที่โรงพยาบาลหนองจิก ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2549 ถึงวันที่ 12 ตุลาคม 2550 รวมทั้งหมด 79 ราย โดยศึกษาเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนและการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดในช่วงก่อนเดือนรอมฎอนและในเดือนรอมฎอน ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนการใช้ยารวม 41 ราย และกลุ่มที่ไม่มีการปรับเปลี่ยนการใช้ยารวม 38 ราย ดำเนินการศึกษาโดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกเวชระเบียน สมุดบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด และแบบบันทึกการติดตามผลการปรับเปลี่ยนการใช้ยาเบาหวานในเดือนรอมฎอน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS for Windows

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม มีเพศ อายุ การมีโรคร่วม และยาเบาหวานหลักที่ได้รับไม่แตกต่างกันมากนัก ไม่พบภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนการใช้ยาในช่วงเดือนรอมฎอน ในขณะที่พบภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีการปรับเปลี่ยนการใช้ยารวม 5 ราย (ร้อยละ 13.16) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับภาวะแทรกซ้อนที่พบ 5 รายนั้นพบเป็น hyperglycemia 3 ราย และ

hypoglycemia 2 ราย ในช่วงก่อนรอมฏอนพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั้ง 2 กลุ่มมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในช่วงรอมฏอนพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนการใช้ยาจะมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีการปรับเปลี่ยนการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มที่มีการปรับเปลี่ยนการใช้ยาสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น โดยร้อยละของผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดที่พึงประสงค์ (70–130 มก./ดล) ได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีการปรับเปลี่ยนการใช้ยา

การเตรียมผู้ป่วยเบาหวานที่ถือศีลอดก่อนเข้าสู่ช่วงรอมฏอน และการปรับเปลี่ยนการใช้ยาในช่วงรอมฏอนเป็นสิ่งจำเป็น ผู้ป่วยควรได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การปรับเปลี่ยนการกินหรือฉีดยาเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และแนวทางในการป้องกันแก้ไข

คำสำคัญ :

การปรับเปลี่ยนการใช้ยา, เบาหวาน, รอมฏอน

Effects of diabetic drug adjustment during the Ramadan period among fasting diabetic patients in Nongjik District, Pattani Province

Abstract

The objective of this study was to determine the effects of diabetic drug adjustment during the Ramadan period among fasting diabetic patients who lived in Tuyong Subdistrict, Nongjik District, Pattani Province and received treatment in Nongjik Hospital during 1st October 2006 and 12th October 2007. Diabetic complications and changes of glucose levels before and during the Ramadan period were detected among 41 patients with diabetic drug adjustment, compared to those 38 patients without drug adjustment. Data were collected from OPD cards glucose level records of the patients, and monitoring change records during the Ramadan period. The SPSS for Windows was used to analyze the data.

The distributions of sex, age, co-morbidity and diabetic drug use were comparable between both groups. Diabetic complications were found only in patients without diabetic drug adjustment. There were 3 cases with hyperglycemia and 2 with hypoglycemia. Before the Ramadan period, both groups had comparable mean glucose levels. During the Ramadan period, the mean glucose level was significantly lower in patients with diabetic drug adjustment than those without drug adjustment. Patients with drug adjustment were significantly more likely to control blood glucose levels than the other group.

Diabetic drug adjustment is useful during the Ramadan period. Before the Ramadan period, good health education about food intakes, diabetic complications, and the benefits of drug adjustment should be given to diabetic Muslim patients.

Key words:

drug regimen adjustment, diabetes mellitus, Ramadan

บทนำ

การถือศีลอดในเดือนรอมฎอน เป็นหลักการข้อที่สี่ของศาสนาอิสลาม⁽¹⁾ ซึ่งมุสลิมทุกคนที่บรรลุนิติภาวะ และมีความสามารถในการปฏิบัติ จำเป็นต้องถือศีลอดในเดือนรอมฎอน การถือศีลอดเป็นการระงับหรือละเว้นจากการกิน การดื่ม การมีเพศสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยา และการพูดจาไร้สาระ ตลอดจนการกระทำที่ขัดต่อคุณธรรม ตั้งแต่รุ่งอรุณจนกระทั่งถึงตะวันตกขอบฟ้า รวมระยะเวลาของการถือศีลอดประมาณ 13 ชั่วโมงแล้วแต่ฤดูกาล⁽²⁾ ซึ่งจะต้องถือศีลอดในเดือนรอมฎอนติดต่อกันนาน 29 ถึง 30 วัน⁽³⁾ ผู้ที่ถือศีลอดในเดือนรอมฎอนจะรับประทานอาหารเพียง 2 มื้อต่อวัน⁽³⁾ คือ มื้อแรกจะรับประทานหลังตะวันตกขอบฟ้า (sunset) และมื้อที่สองคือก่อนตะวันขึ้น (predawn) ดังนั้นผู้ป่วยที่ต้องได้รับยาในระหว่างเดือนรอมฎอนโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวาน จึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่จะต้องปรับวิธีการกินยา เพื่อให้เข้ากับจำนวนมื้อและเวลาอาหารที่เปลี่ยนไป เพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน⁽⁴⁾

จากการศึกษาวิจัยของ EPIDIAR⁽⁵⁾ ในกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวานจากประเทศมุสลิม 13 ประเทศ จำนวน 12,243 ราย ซึ่งถือศีลอดในเดือนรอมฎอน พบว่าอัตราการเกิด acute complications จะสูงกว่าเดือนอื่นๆ ที่ไม่ใช่เดือนรอมฎอนอย่างมีนัยสำคัญ และผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในกลุ่ม good-controlled เมื่อถือศีลอดในเดือนรอมฎอน จะมีความเสี่ยงต่อการเกิด severe hypoglycemia เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ คือเพิ่มขึ้นเป็น 7.5 เท่าในผู้ป่วยเบาหวาน type 1 และประมาณ 4.7 เท่าในผู้ป่วยเบาหวาน type 2⁽⁶⁾ นอกจากนั้นยังพบว่า อัตราการเกิด severe hyperglycemia จะเพิ่มขึ้นเป็น 5 เท่าในผู้ป่วยเบาหวาน type 1 และเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่าในผู้ป่วยเบาหวาน type 2 โดยผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่ม poor-controlled จะมีความเสี่ยงสูงมากที่จะเกิด severe complications

จากงานวิจัยดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่าในเดือนรอมฎอนผู้ป่วยเบาหวานจะมีระดับน้ำตาลในเลือดที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม จนทำให้มีอัตราการเกิด severe complications มากกว่าเดือนอื่นๆ ที่

ไม่ใช่เดือนรอมฎอน^(5,6) ในประเทศไทยข้อมูลเกี่ยวกับเบาหวานในเดือนรอมฎอนยังมีไม่มากนัก ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลการปรับเปลี่ยนการใช้ยาเบาหวานในเดือนรอมฎอน ต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่พบ ซึ่งผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการปรับเปลี่ยนวิธีการใช้ยาเบาหวานในช่วงที่ถือศีลอด ไม่ว่าจะเป็นเดือนรอมฎอนหรือการถือศีลอดในเดือนอื่นๆ รวมทั้งอาจนำผลการปรับเปลี่ยนการใช้ยาดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานในสถานพยาบาลอื่นๆต่อไป

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ถือศีลอด ซึ่งอาศัยอยู่ในตำบลตุง อำเภอนนทบุรี จังหวัดปทุมธานี และมารับบริการที่โรงพยาบาลนนทบุรี ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2549 ถึงวันที่ 12 ตุลาคม 2550 รวมทั้งหมด 79 ราย โดยเป็นผู้ป่วยที่รักษาในคลินิกเบาหวาน (one stop service) จำนวน 41 ราย และกลุ่มที่ไม่ได้รักษาในคลินิกเบาหวานจำนวน 38 ราย โดยผู้ป่วยกลุ่มที่รักษาในคลินิกเบาหวานจะได้รับความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่เดือนรอมฎอน เช่น ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมโภชนาการ การปรับเปลี่ยนการกินหรือฉีดยา และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ส่วนผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่งจะได้รับบริการตามปกติ ซึ่งไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนการใช้ยาในช่วงเดือนรอมฎอน

สำหรับการเปลี่ยนแปลงขนาดของยา และเวลาในการกิน หรือ
ชนิดยาในเดือนรอมฎอนที่แตกต่างไปจากเดิม มีดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงเวลาในการกินยา

วิธีกินยาที่ปรากฏ บนซองยา	ช่วงเวลาที่แนะนำให้กินยาในช่วงเดือนถือศีลอด			
	กินยาหลังจาก ละศีลอดแล้วไป ละหมาดค่ำ (มัฆริบ) จึงมา รับประทานข้าว หรืออาหารหลัก	หลังจาก ละศีลอด ประมาณ 15-30 นาที 30 นาที	30 นาที ก่อน รับ ประทาน ข้าวม้อดิก (ซุฮูร)	15-30 นาที หลัง รับ ประทาน ข้าวม้อดิก (ซุฮูร)
เวลาโดยประมาณ	18.00 น.	19.00 น.	02.00-04.00 น.	02.00-04.00 น.
วันละ 1 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า	✓			
วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า และเย็น	✓		✓	
วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า เที่ยง และเย็น	✓		✓	
วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า		✓		
วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้า และเย็น		✓		✓
วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารเช้า เที่ยง และเย็น		✓		✓
วันละ 4 ครั้ง ก่อน/หลังอาหาร	ให้ปรึกษาเภสัชกรหรือแพทย์ผู้สั่งใช้ยา			

2. การเปลี่ยนแปลงขนาดของยา⁽⁵⁾

Before Ramadan	During Ramadan
- Patients on diet and exercise control	No change needed, ดื่มน้ำให้มาก ๆ
- Patients on oral hypoglycemic agents	ดื่มน้ำให้มาก ๆ
1. Biguanide	2/3 of total daily dose at the sunset meal (Iftar), 1/3 of total daily dose at the predawn meal (Suhur)
2. Sulfonylureas	ควรเปลี่ยนจาก Glibenclamide เป็น Glipizide หรือ Gliclazide
- Once a day	Dose should be given before the sunset meal (Iftar) ; adjust the dose based on the glycemic control and risk of hypoglycemia
- Twice a day	ใช้ full dose ในเวลา Iftar และ half dose ในเวลา Suhur
- Patients on Insulin	ใช้ dose มื้อเช้าของปกติในเวลา Iftar (at the sunset meal) และ ลดขนาดลงครึ่งหนึ่งของมื้อเย็นปกติในเวลา Suhur

ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากแบบบันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลหนองจิก สมุดบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด และแบบบันทึกการติดตามผลการปรับเปลี่ยนการใช้ยาเบาหวานในเดือนรอมฎอนของโรงพยาบาลหนองจิก จังหวัดปัตตานี รวมทั้งการออกเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านพร้อมเจาะเลือดเพื่อตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูลได้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows โดยกำหนดความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 นำเสนอค่าสถิติเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้ใช้สถิติ t-test สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และใช้ chi-square test หรือ Fisher's exact test สำหรับการเปรียบเทียบสัดส่วน

ผลการศึกษา

ได้ศึกษาในผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนการใช้ยาในช่วงเดือนรอมฎอนรวม 41 ราย และผู้ป่วยที่ไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนการใช้ยา (ได้รับบริการตามปกติ) รวม 38 ราย จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานทั้งสองกลุ่มเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่มักพบโรคร่วม เช่น ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง สำหรับการใช้ยาเบาหวานพบว่าผู้ป่วยทุกรายในกลุ่มแรกได้รับยาเบาหวาน ส่วนอีกกลุ่มหนึ่งมี 4 ราย ที่ไม่ต้องใช้ยาเบาหวาน ซึ่งประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มจะได้รับยา glibenclamide ร่วมกับยา metformin จากการศึกษาไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มในเรื่องเพศ อายุ การมีโรคร่วม และการได้รับยาเบาหวาน

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา จำแนกเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนการใช้ยา และกลุ่มที่ไม่มีการปรับเปลี่ยนการใช้ยา

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนการใช้ยา		กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีการปรับเปลี่ยนการใช้ยา		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
จำนวนทั้งหมด	41	100.00	38	100.00	
เพศ					
ชาย	10	24.39	12	31.58	0.483
หญิง	31	75.61	26	68.42	
อายุเฉลี่ย (ปี)	58.56 ± 11.30		57.53 ± 12.21		0.697
โรคร่วม					
มี	32	78.05	27	71.05	0.481
ไม่มี	9	21.95	11	28.95	
ยาหลักที่ได้รับ					
ไม่ต้องใช้ยา	0	0.00	4	10.53	0.101*
Glibenclamide	12	29.27	8	21.05	
Glipizide	1	2.44	3	7.89	
Metformin	4	9.76	3	7.89	
Gliben+metformin	22	53.66	18	47.37	
Insulin	2	4.88	2	5.26	

*เปรียบเทียบการไม่ได้ใช้ยา การใช้ยากิน และการใช้ยาฉีด

จากการศึกษาไม่พบภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนการใช้ยาในช่วงเดือนรอมฎอน ในขณะที่พบภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีการปรับเปลี่ยนการใช้ยารวม 5 ราย (ร้อยละ 13.16) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภาวะแทรกซ้อนที่พบ 5 รายนั้น เป็นภาวะ hyperglycemia 3 ราย และ hypoglycemia 2 ราย โดยเป็นผู้ป่วยที่ใช้ยา glibenclamide ร่วมกับยา metformin 3 ราย ใช้ยา metformin 1 ราย และใช้ยาฉีด insulin 1 ราย (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ภาวะแทรกซ้อนที่พบในกลุ่มผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มที่ศึกษา

ภาวะแทรกซ้อน	กลุ่มผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนการใช้ยา (N=41)		กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีการปรับเปลี่ยนการใช้ยา (N=38)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ไม่พบ	41	100.00	33	86.84	0.022
พบ		0	0.00	5	13.16
Hyperglycemia	0	0.00	3	7.89	
Hypoglycemia	0	0.00	2	5.26	

ตารางที่ 3 แสดงระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ในช่วงก่อนรอมฏอนและขณะรอมฏอน จากการศึกษาพบว่าในช่วงก่อนรอมฏอน ผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้ง 2 กลุ่มมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในช่วงเดือนรอมฏอนพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนการใช้ยา จะมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีการปรับเปลี่ยนการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มที่ศึกษา ในช่วงก่อนรอมฏอนและขณะรอมฏอน

ช่วงเวลา	กลุ่มผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนการใช้ยา (N=41)		กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีการปรับเปลี่ยนการใช้ยา (N=38)		p-value
	Mean	SD	Mean	SD	
ก่อนรอมฏอน	174.34	43.68	156.45	51.61	0.099
ขณะรอมฏอน	132.63	39.46	163.63	66.61	0.016

จากการศึกษาพบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดที่พึงประสงค์ (70–130 มก./ดล) ในกลุ่มที่มีการปรับเปลี่ยนการใช้ยาได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 17.07 ในช่วงก่อนรอมฎอน เป็นร้อยละ 43.90 ในช่วงรอมฎอน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีการปรับเปลี่ยนการใช้ยา ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของระดับน้ำตาลในเลือด ในช่วงก่อนรอมฎอนและขณะรอมฎอน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ระดับน้ำตาลในเลือดในช่วงก่อนรอมฎอนและขณะรอมฎอน ของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มที่ศึกษา

ระดับ น้ำตาล ในเลือด (มก./ดล)	กลุ่มผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยน การใช้ยา (N=41)				กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีการปรับเปลี่ยน การใช้ยา (N=38)			
	ก่อนรอมฎอน		ขณะรอมฎอน		ก่อนรอมฎอน		ขณะรอมฎอน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
70 – 130	7	17.07	18	43.90	14	36.84	13	34.21
131 – 160	11	26.83	16	39.02	14	36.84	8	21.05
> 160	23	56.10	7	17.07	10	26.32	17	44.74
P-value*	< 0.001				0.175			

* เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดในช่วงก่อนรอมฎอนและขณะรอมฎอน ของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม

ในช่วงรอมฎอน ผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มที่มีการปรับเปลี่ยนการใช้ยาสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น โดยร้อยละ 87.80 มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงเมื่อเทียบกับร้อยละ 47.37 ในกลุ่มที่ไม่มีการปรับเปลี่ยนการใช้ยาซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ระดับน้ำตาลในเลือดที่เปลี่ยนแปลงในช่วงรอมฏอนของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มที่ศึกษา

ระดับน้ำตาล ในเลือด	กลุ่มผู้ป่วยที่มีการ ปรับเปลี่ยนการใช้ยา (N=41)		กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีการ ปรับเปลี่ยนการใช้ยา (N=38)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพิ่มขึ้น	5	12.20	20	52.63	< 0.001
ลดลง	36	87.80	18	47.37	

วิจารณ์ผล

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายกรณีศึกษา ที่พบเพศหญิงเป็นเบาหวานมากกว่าเพศชาย^(7,8) ทั้งนี้เนื่องจากผู้หญิงที่มีอายุ 40 ปีไปแล้ว มักจะมีรูปร่างอ้วน และจำนวนการตั้งครรภ์ทำให้เพศหญิงมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานได้มากขึ้น

จากการศึกษาพบว่าในช่วงเดือนรอมฏอน ผู้ป่วยที่ไม่มีการปรับเปลี่ยนการใช้ยามีภาวะแทรกซ้อนมากกว่าผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ EPIDIAR⁽⁵⁾ ส่วนระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่มีการปรับเปลี่ยนการใช้ยาในช่วงเดือนรอมฏอนมีการเปลี่ยนแปลงมาอยู่ในระดับที่ดีหรือพึงประสงค์เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีการปรับเปลี่ยนการใช้ยาซึ่งแสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนการใช้ยาในช่วงเดือนรอมฏอน

ประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมุสลิมอยู่ไม่น้อย ดังนั้นการเตรียมผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ช่วงเดือนรอมฏอน และการปรับเปลี่ยนการใช้ยาในช่วงเดือนรอมฏอนเป็นสิ่งจำเป็น ผู้ป่วยควรได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การปรับเปลี่ยนการกินหรือฉีดยาเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และแนวทางในการป้องกันแก้ไข

การศึกษาครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 79 ราย ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดในการนำผลการศึกษาไปใช้อยู่บ้าง ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาในตัวอย่างประชากรที่มากกว่านี้ รวมทั้งควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยเจาะลึกในเรื่องการใช้ยา และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วย ในระหว่างเดือนรอมฎอน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหนองจิก ผู้ป่วยเบาหวานทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย และนายแพทย์วิทยา สวัสดิวุฒิพงศ์ ที่ได้ให้คำปรึกษาแนะนำในการเขียนรายงาน จนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงลงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. เชคมุหัมมัด อับดุลเราะฮ์มาน อัตตัจรกีต. (2547). รอมฎอน(พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: ออฟเซ็ทเพรสการพิมพ์.
2. เชคอับดุลลอฮฺ บิน ญาริลลอฮฺ. (2546). คู่มือเดือนสดีผู้ศิยาม. (แปลโดย ญุนดีย์ บินฮาซัน). สงขลา: อาลีฟาณิซย์.
3. Fereidoun Azizi. **Ramadan fasting and diabetes mellitus.** 2005. [cited 2007 June 15]; [8 Screens]. Available from: URL: <http://islam-usa.com>.
4. สุทิน ศรีอัมภพร. (2548). โรคเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
5. Salti I, Benard E, Detournay B, Bianchi-Biscay M, Le Brigand C, Voinet C, et al. **A population-based study of diabetes and its characteristics during the fasting month of Ramadan in 13 countries: results of the epidemiology of diabetes and Ramadan 1422/200(EPIDIAR) study.** Diabetes Care 2004; 27: 2306-11.
6. Ibrahim Salti. **Results of the epidemiology of diabetes and Ramadan.** 2004. [cited 2007 Aug 3]; [6 Screens]. Available from: URL: <http://www.pubmedcentral.nih.gov>.
7. สาธิต วรณแสง. (2533). โรคเบาหวาน และการรักษา. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
8. วรณ นิชยานันท์. (2535). การรักษาโรคเบาหวานภาวะแทรกซ้อน. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

การบริหารยาที่ไม่เสียการถือศีลอด

ยุซุฟ นิมะ

ท่านอิบนุ อับบาส กล่าวว่า “สิ่งที่ทำให้เสียศีลอด คือสิ่งที่เข้าสู่ภายใน หาใช่สิ่งที่ออกมา(จากร่างกาย)” ดังนั้นการนำสิ่งใดเข้าสู่ภายในโดยเจตนา ไม่ว่าสิ่งนั้นจะบำรุงร่างกาย เช่น อาหาร เครื่องดื่ม หรือไม่บำรุง เช่น ยา กลัองส่องภายใน หรือเครื่องมือทางการแพทย์ เหล่านี้ล้วนแล้วแต่ทำให้เสียศีลอดทั้งสิ้น นักวิชาการมีความเห็นขัดแย้งกันในคำจำกัดความของคำว่า “ภายใน” บางท่านให้ความหมายว่า หมายถึงระบบทางเดินอาหารเท่านั้น ซึ่งเริ่มจากลำคอสิ้นสุดที่ทวารหนัก ทางเดินปัสสาวะ และช่องคลอดไม่นับว่าเป็นภายใน แต่มีนักวิชาการบางท่านเห็นว่าสิ่งที่เข้าสู่ทางเดินปัสสาวะและช่องคลอดก็ทำให้เสียศีลอดเช่นกัน ส่วนตา หู คอ จมูก และโพรงปากนั้น บรรดาอุลามานอ์ไม่นับว่าเป็น หากแต่เป็นเพียงทางนำไปสู่ระบบทางเดินอาหารเท่านั้น (อุมมุรึม, 2546)

ท่านอิบนุ ตัยมียะฮ์ ให้เหตุผลว่า การนินฺดายามีใช้การให้อาหารถึงแม้ว่าจะมีสิ่งหนึ่งเข้าสู่ภายในร่างกายก็ตามที่ สาเหตุการเข้าภายในร่างกายมิใช่การกินและการดื่มตามปกติธรรมดาของมนุษย์ เพราะเป้าหมายของการถือศีลอดคือการอดอาหาร อดเครื่องดื่ม ซึ่งทำให้เกิดความยำเกรง (มุรืด ทิมะเสน : 2538), (อัสซัยยิด ซาบิก, 2543)

จากการสัมมนาการทบทวนมาตรฐานช่องทางการบริหารยาในประเทศโมร็อกโก เมื่อปี 1997 ซึ่งประกอบด้วยนักกฎหมายอิสลามผู้เชี่ยวชาญศาสนาอิสลาม ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ นักเภสัชวิทยา และผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางอื่นๆ ทางด้านวิทยาศาสตร์มนุษย์ มีมติเอกฉันท์ถึงช่องทางในการบริหารยาที่ไม่เสียการถือศีลอด (Aadil, N, Houti, I.E., and Moussamih, S., 2004) ดังต่อไปนี้

1) การหยอดตา ยาทาตาและยาหยอดหู การหยอดยาตา การใส่ยาทาตา มาตรฐานจะทำให้เข้าภายในเบ้าตา หรือเข้าถึงในลำคอ หรือมีรสขมในลำคอหรือไม่ก็ตาม มีรายงานหะดีษจากท่านอนัส กล่าวว่า “ท่านรอซูลุลลอฮฺ ﷺ ใส่ยาทาตา ขณะท่านรอซูลถือศีลอด” (หะดีษ อิบน์มาญะฮฺ, บัยฮะกีญ, อบูดาวูด) (มุรืต ทิมะเสน : 2538) สำนักคิด (มัซฮับ) ชาฟีอีย์ก็มีความคิดเห็นอย่างนี้ (อิซฮัยยิด ชาบิก : 2543) มีรายงานซึ่งบันทึกโดย อิมามอบูอาวูด ระบุว่า “ท่านอนัส บินมอลิก ใช้ผงทาตาขณะถือศีลอด” เพราะตัวยาเหล่านี้ไม่เข้าสู่ร่างกาย แม้ว่าผู้ป่วยจะสัมผัสถึงความขมของยานี้ ก็เฉพาะที่ปลายลิ้น ซึ่งเป็นส่วนน้อย เกินกว่าจะกลืนได้ (อุมมุรืม, 2546)

2) สารทุกชนิดที่ผ่านเข้าไปในร่างกายทางผิวหนัง เช่น ครีม ออย์ทรีทเม้นท์ และพลาสติกเตอร์ หรือการสูดดมของหอม หรือยาดม หรืออื่นๆ ไม่ทำให้เสียศีลอด (อุมมุรืม, 2546)

3) การสอด/เหน็บช่องคลอด ในรังไข่ และการสวนล้าง ช่องคลอด มีบางทัศนะกล่าวว่า การสวนทวาร ยาและกลัองส่องที่สอดใส่ทางทวารหนัก เหล่านี้ทำให้เสียศีลอด เนื่องจากเข้าสู่ภายในร่างกาย ไม่ว่าจะสอดเข้าทางช่องปาก ช่องทวาร หรือทางอื่นๆ ถ้าหากแพทย์ทำการตรวจรักษาผู้ป่วยด้วยการใช้นิ้วสอดเข้าไปในทวารหรือช่องคลอด หากสอดแค่ทางปากไม่ทำให้เสียศีลอด แต่ถ้าลึกเข้าไปภายในถือว่าทำให้เสียศีลอด กลัองส่องทางเดินอาหาร กระเพาะ และลำไส้ ทำให้เสียศีลอด แต่กลัองส่องคอ หลอดลม และปอดไม่ทำให้เสียศีลอด เนื่องจากกลัองเหล่านี้สอดเข้าสู่หลอดลมโดยผ่านทางจมูก และโพรงจมูก โดยไม่เข้าสู่ภายในระบบทางเดินอาหาร (อุมมุรืม, 2546)

4) การฉีดยาผ่านทางผิวหนัง กล้ามเนื้อ ขอดต่อ หรือเส้นเลือดดำ ไม่เสียการถือศีลอด ยกเว้น การให้สารอาหารทางเส้นหลอดเลือดดำ (Intravenous feeding) การฉีดยาบำรุง (ให้น้ำเกลือ) (อุมมุรืม, 2546) หรือให้เลือดกับผู้ที่ถือศีลอดที่เสียเลือด

5) การให้ออกซิเจนและก๊าซดมยา

6) ยาเม็ด Nitroglycerin ที่ผ่านการอมใต้ลิ้น สำหรับการรักษาโรค angina

7) น้ำยาบ้วนปาก น้ำยา gargle หรือยาพ่นทางปาก แต่ต้องไม่กลืนไปยังกระเพาะ

8) ยาหยุดจมูก ยาพ่นจมูก เครื่องมือสูบยาเข้าปอด (Inhaler) และเลือดกำเดาที่ไหลออกมาจากจมูก เหล่านี้ไม่ทำให้เสียเลือด (อุมมูรึม, 2546)

9) ยาสวนทวาร (Anal injection)

10) กรณีการดมยาเพื่อผ่าตัด ถ้าผู้ป่วยตัดสินใจจะถือศีลอด (Aadil, N, Houti, I.E., and Moussamih, S., 2004) ซึ่งคล้ายกับอาการเป็นลมหมดสติอาการหนัก (โคมา) หรือผู้ป่วยคนนั้นถูกให้ยานอนหลับหรือยาดมสลบ(ผู้เรียวเรียง) จนกระทั่งเขาอยู่ในสภาพที่ไม่มีความรู้สึก ซึ่งถ้าหากนานไม่เกิน 3 วัน ต้องถือซดใช้ แต่ถ้าเกิน 3 วันขึ้นไป ย่อมถือว่าอยู่ในกฎ (หรือหุกม) เดียวกับกรณีคนวิกลจริต หรือคนบ้า คือไม่ต้องถือซดใช้ กรณีคนบ้าชั่วคราว ก็ให้ถือศีลอดในช่วงที่หายจากอาการวิกลจริต เช่น คนที่ตอนเช้าถือศีลอดอยู่ แต่ตกเที่ยงเป็นบ้า ดังนั้นหากหายเป็นปกติเมื่อใด ก็ให้ถือต่อไปในเวลาที่เหลืออยู่ของวันนั้นได้เลย โดยไม่ถือว่าศีลอดของเขาก่อนหน้านั้นเสียไป เช่นเดียวกันกรณีของคนเป็นลมหรือหมดสติ ให้เขาถือศีลอดต่อได้ทันที เมื่อเขาฟื้นขึ้นมาเป็นปกติ ทั้งนี้เพราะเขาได้เริ่มตั้งเจตนาเอาไว้ในตอนแรกขณะที่เขามีสติสัมปชัญญะนั่นเอง (มุหัมมัด ศอและห์, 2542)

11) การเจาะเลือด ตรวจเลือด ถ่ายเลือด ผ่าฝีและหนอง ไม่ว่าจะมากน้อยขนาดไหนไม่ทำให้เสียเลือด (อุมมูรึม, 2546)

การกรอกเลือด(การนำเลือดออกจากศีรษะ) จากท่านอับนุอับบาส รอฎียัลลอฮุอันฮู กล่าวว่า “แท้จริงท่านรอซูลุลลอฮ ﷺ เคยได้รับการกรอกเลือด ขณะถือศีลอด” (หะดีษ : บันทึกโดย อบูดาวูด, บุคอรี, อิบน์ มาญะฮฺ) สำหรับหุกมการให้เลือด การเจาะเลือดไปตรวจ หรือแม้กระทั่งการบริจาคเลือด เช่นเดียวกับหุกมการกรอกเลือด (มุรืต ทิมะเสน, 2538), (อัสซัยยิด ซาบิก, 2543)

12) เลือดที่ไหลซึมตามชอกฟัน และเหงือก การกลั้วปาก
ด้วยยาการรักษาฟัน การแปรงฟัน ไม่ทำให้เสียศีลอด

อย่างไรก็ตาม ความเชื่อในเรื่องข้อห้ามต่าง ๆ ในด้านการใช้ยา
ในช่วงถือศีลอดนั้น มีความแตกต่างกันอยู่มากในหมู่ประชากรมุสลิม โดย
เฉพาะกรณีการฉีดยาโดยทั่วไป บรรดาอุลามาคู (ผู้รู้) มีความเห็นต่าง
กันในเรื่องนี้ ทางที่ดีกว่าของการหาข้อสรุปก็คือ การไม่กำหนดอะไรขึ้น
มาใหม่ ยกเว้นกรณีที่จำเป็น กระทั่งจะต้องยุติการศีลอด แล้วออกจาก
ข้อขัดแย้งนั้นเสีย (เชค अबดุลลอฮ, 2546)

ดังนั้น แพทย์ไม่ควรที่จะฉีดยา เจาะเลือด หรือตรวจภายใน
โดยไม่จำเป็น หากมีความจำเป็นก็สามารถทำได้ โดยผู้ป่วยบางส่วนที่
มีความเชื่อว่าศีลอดของตนถูกระงับไปเพราะเหตุดังกล่าวก็จะถือศีลอด
ชดเชยในโอกาสต่อไป

เอกสารอ้างอิง

Aadil, N, Houti, I.E., and Moussamih, S. (2004). **Drug intake during Ramadan.** BMJ. 329: 778-782.

การดูแลสุขภาพช่วงเดือนรอมฎอน ในมิติของชุมชน

อนันตชัย ไทยประทาน

118

การดูแลสุขภาพสำหรับผู้นับถือศาสนาอิสลาม

จากผลการวิจัยของคณะเศรษฐศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้เสนอผลการศึกษาเบื้องต้น เกี่ยวกับสภาวะสุขภาพของชาวไทยมุสลิมในประเทศพบว่า นิยมบริโภคอาหารหวานและมันโดยถือว่าเป็นอาหารชั้นดี ซึ่งอาหารเหล่านี้เพิ่มโอกาสเกิดโรคเรื้อรังแก่ชาวมุสลิมวัยกลางคนขึ้นไป เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งโรคที่เกิดจากการใช้ชีวิต (Lifestyle) ไม่ถูกต้อง เช่น การสูบบุหรี่ และยาเสพติดต่างๆ รวมทั้งเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชนที่ออกมาทำงานในภาคอุตสาหกรรม และกลุ่มเยาวชนที่ว่างงาน

ความเสี่ยงทางสุขภาพของชาวไทยมุสลิมข้างต้น ส่วนหนึ่งจากการตีความหลักปฏิบัติของศาสนา รวมทั้งระดับการศึกษาและค่านิยมในการใช้ชีวิตด้วย ดังนั้นดังคำกล่าวที่ว่า “ผู้ชายมุสลิมเสียชีวิตเพราะปาก” จึงไม่เกินความจริงนัก จากการบริโภคที่มากเกินไปในเดือนปกติหรือเดือนรอมฎอน และจากการสูบบุหรี่ ยาเสพติด ก่อให้เกิดโรคต่างๆ มากมาย ทำให้บุคลากรที่เป็นมันสมองของสังคมมุสลิม เช่น โต๊ะครู โต๊ะอิหม่ามและนักวิชาการ ฯลฯ จะต้องพิการและตายก่อนวัยเป็นจำนวนมาก มีผู้นิยามโรคนี้ใหม่ว่า “โรคกินบุญ” เพราะสังคมมุสลิมจะมีวิถีชีวิตที่ต้องจัดงานบุญอยู่บ่อยครั้ง เช่น ทำบุญวันเกิดครบ 7 วัน (อากีเกาะฮฺ) การแต่งงาน ขึ้นบ้านใหม่ เข้าสุนัต(คิตาน) ทำบุญหลังการบนบาน(นาซฺร) ทำบุญเพื่อขอบคุณอัลลอฮฺ(ซุโกร) แม้กระทั่งทำบุญงาน

ศพ นอกจากนี้ทำบุญตามวาระสำคัญ เช่น วันอาชูรอ วันนิจฟูชะฮาน วันเมาลิต วันอีด หรืองานที่จัดขึ้นเพื่อหาทุนสมทบเพื่อก่อสร้างมัสยิด โรงเรียน ปอเนาะ ซึ่งหลาย ๆ ครั้ง คน ๆ เดียวจะต้องวิ่งรอกเพื่อกินงานบุญ เหล่านี้วันละ 5-6 งานเลยทีเดียว ประกอบกับชีวิตที่ไม่ชอบที่จะออกกำลังกาย เลยทำให้ผู้นำศาสนาหรือผู้รู้เหล่านี้ส่วนใหญ่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน เกิดโรคอ้วน ซึ่งเป็นต้นตอที่ทำให้เกิดโรคต่างๆ หลายชนิด ที่เป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากการกินอาหารมากเกินไป (Metabolic Syndrome) หรือโรคกินบุญนั่นเอง ทั้งๆ ที่หลายงานที่กล่าวมาแล้วนั้น เป็นเพียงประเพณีและวัฒนธรรมท้องถิ่น (วัฒนธรรมมลายูที่มีรากฐานมาจากวัฒนธรรมฮินดู) ไม่ได้มาจากหลักศาสนาเลย

นอกจากนี้คำถามที่ถูกถามมาตลอด สำหรับพี่น้องใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ในด้านสุขภาพว่า เพราะความเป็นมุสลิมใช่ไหมที่ทำให้มีค่านิยม ความเชื่อแบบผิดๆ จนนำไปสู่การมีสุขภาพไม่ดี เจ็บป่วยมากกว่าภูมิภาคอื่นๆ ของประเทศ ไม่ว่าจะเป็นอัตราการตายของแม่และเด็ก การติดเชื้อโรคที่สามารถป้องกันได้ เช่น โรคหัด โปลิโอ คางทูม เป็นต้น อัตราการเกิดฟันผุในนักเรียนก็สูงมากเป็นลำดับต้นๆ ของประเทศ โรคที่เกิดจากพฤติกรรมและวิถีการดำเนินชีวิต เช่น โรคถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจ โรคตับแข็ง โรคเอดส์ ซึ่งเป็นผลมาจากการมีเพศสัมพันธ์นอกสมรส สูบบุหรี่ เสพยาเสพติดหรือดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ต้องห้ามในศาสนาอิสลามและเป็นบาปใหญ่ แต่ปรากฏว่าเยาวชนมุสลิมนั้นติดบุหรี่ในอัตราค่อนข้างสูงถึงร้อยละ 80 เลยทีเดียว โดยเฉพาะเยาวชนที่อยู่นอกระบบการศึกษา และเป็นต้นเหตุสำคัญที่ทำให้ยาเสพติดแพร่ระบาดอยู่ในปัจจุบันทั้งนี้เพราะเราเป็นมุสลิมตามบรรพบุรุษตามสำมะโนครัว ไม่ใช่เป็นมุสลิมตามที่อิสลามต้องการให้เราเป็นใช่หรือไม่ ดังนั้นหลักการอิสลาม 5 ประการที่เป็นหลักปฏิบัติที่เราต้องจำมาตั้งแต่เด็ก จึงไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตในด้านปัจเจกชนและวิถีของสังคมแต่อย่างใด

ถ้าหากเราให้ความสำคัญต่ออิสลาม ซึ่งถือว่าอิสลามเป็นมากกว่าศาสนา หลักความเชื่อ ความศรัทธาเท่านั้น แต่อิสลามเป็นวิถี

ชีวิตตั้งแต่เกิดจนตาย ตั้งแต่ตื่นนอนจนถึงเข้านอน บทบัญญัติข้อแรก เรื่องการปฏิญาณตนซึ่งเป็นบทบัญญัติที่ค่อนข้างจะเป็นเรื่องเฉพาะตัว หรือปัจเจกบุคคล บทบัญญัติอื่น เช่น การละหมาด การถือศีลอดในเดือนรอมฎอน การจ่ายทรัพย์สินภาคบังคับ (ซะกาต) การไปแสวงบุญที่นครมักกะฮ์ ถือว่าเป็นบทบัญญัติที่มีผลต่อทั้งปัจเจกชนและขับเคลื่อนสังคมไปพร้อมๆ กัน โดยเฉพาะ ณ ที่นี้ จะขอกล่าวเฉพาะเรื่องการถือศีลอด ว่ามีผลต่อการพัฒนาสุขภาพของชุมชนได้อย่างไร

เดือนรอมฎอนเป็นเดือนที่สำคัญที่สุดในรอบปี เหมือนเป็นเดือนที่เจริญสมาธิและจำศีลในศาสนาอื่น เพียงแต่เดือนรอมฎอนนั้น มุสลิมยังคงทำงานตามปกติในเวลากลางวันขณะที่อดอาหารอยู่ แต่จะเพิ่มความเข้มข้นของการประกอบศาสนกิจในยามค่ำคืน และส่งเสริมให้ปลื้มกวีเวก (เอียะตีกาฟ) ถ้าทำได้โดยเฉพาะในช่วง 10 คืนสุดท้ายของเดือนรอมฎอน ดังนั้นเดือนรอมฎอนจึงเป็นเดือนแห่งการซ่อมสุขภาพและหัวใจครั้งใหญ่ ในเดือนรอมฎอนของทุกปีอิสลามได้บังคับ (วายิบ) ให้มุสลิมทุกคนที่มีความสามารถ ตั้งแต่บรรลุนิติภาวะจนถึงวัยชราต้องถือศีลอด

การถือศีลอดตามเจตนารมณ์นั้นมิได้เป็นเพียงการอดอาหารเพื่อล้างพิษทางร่างกายเท่านั้น แต่มีผลต่อร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ (ตัควา) ดังนั้นการถือศีลอดที่จะได้ภาคผลเต็มที่จะมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. การถือศีลอดเพื่อให้มีผลต่อการยกระดับจิตวิญญาณ (ตัควา) ต้องตั้งเจตนาการกระทำทุกอย่างเพื่อพระผู้เป็นเจ้า การถือศีลอดเพื่อแสวงหาความยำเกรง ไม่ควรเจตนาว่าถือศีลอดเพื่อลดน้ำหนัก หรือเพราะเป็นประเพณีที่ต้องทำ เช่น ถือศีลอดแต่ไม่ได้ละหมาดหรือจ่ายซะกาต เป็นต้น การถือศีลอดที่จะได้ภาคผลมากที่สุดก็คือการถือศีลอดที่เป็นไปตามแบบอย่างท่านศาสดามุหัมมัด

2. การถือศีลอดเพื่อให้มีผลต่อสุขภาพทั้งกายและใจ ถือว่าเป็นวัตถุประสงค์รอง เพราะฉะนั้นการถือศีลอดที่มีผลต่อสุขภาพ ควรจะมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้

- 2.1) การถือศีลอดที่จะต้องตื่นรับประทานอาหารตอนหัวรุ่ง

(ซะหฺร) เพื่อจะไม่ให้การถือศีลอดเป็นการทรมานตนเอง เพราะถ้าไม่ตื่นรับประทานอาหารเช้าตอนหัวรุ่ง น้ำตาลจะลดต่ำมากในภาคบ่าย จนทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ หรืออาจจะทำให้อ่อนเพลียนอนหลับทั้งวันจนเลยเวลาละหมาดก็เป็นได้

2.3) ไม่ควรละศีลอดด้วยอาหารคาวหวานดังเช่นที่ทำในปัจจุบัน เนื่องจากจะทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารเช้าตามปกติ เสี่ยงต่อโรคภัยไข้เจ็บ เช่น เบาหวาน โรคกระเพาะอาหารพิการ เป็นต้น

2.4) ควรร่วมละหมาดอีชาอฺและตะรอวีฮฺ เพื่อให้เวลาสำหรับอาหารย่อยก่อนเข้านอน ป้องกันโรคกรดไหลย้อนกลับ ควรรับประทานอาหารหลังตะรอวีฮฺ ไม่ควรมัวแต่คุย ดื่มน้ำชา กาแฟ เพราะจะทำให้นอนไม่หลับ อาจเป็นเหตุให้ไม่ตื่นรับประทานอาหารเช้าตอนหัวรุ่ง หรือละหมาดซุบฮฺ และทำให้ต้องนอนในช่วงกลางวันมากจนขัดขวางการทำงานตามปกติด้วย

2.5) ควรฝึกฝนให้เยวชนตั้งแต่ 7 ขวบ ขึ้นไป ฝึกถือศีลอดครึ่งวันหรือถ้าเกิน 10 ขวบ ก็สามารถถือศีลอดเต็มวันเพื่อเป็นการเตรียมตัวเด็กให้เคยชินกับบรรยากาศการถือศีลอด

2.6) ผู้ที่มีโรคภัยไข้เจ็บบางอย่างควรปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร ในเรื่องการเปลี่ยนมียา หรือขนาดของยา แต่ถ้ามีโรคบางโรคที่เป็นข้อห้ามของการถือศีลอด เช่น เบาหวานชนิดรุนแรง (ใช้อินซูลินฉีด) หรือโรคลมชัก หรือโรคจิตที่ต้องกินยาบ่อยๆ เป็นต้น ควรจะต้องปรึกษาแพทย์อย่างใกล้ชิด

3. การถือศีลอดเพื่อให้มีผลต่อการขับเคลื่อนสังคม ควรจะรณรงค์ให้สังคมมุสลิมร่วมในการบริจาคทรัพย์เงินเพื่อตั้งกองทุนจิตอาสาช่วยเหลือคนจนให้เขาได้มีโอกาสได้ถือศีลอดเช่นกัน เพราะคนโดยทั่วไปต้องทำงานหนัก เป็นกรรมกร อาจจะถือศีลอดไม่ไหว ถ้ายังมีเหลืออีก สามารถรวมเป็นกองทุนไปช่วยเหลือชาวโลกที่ยากจน (Ramadan fund to feed the world)

3.1) รณรงค์การถือศีลอดในเดือนอื่นนอกจากเดือนรอมฎอน ที่เรียกว่า ศีลอดสุนัต เท่าที่สามารถจะทำได้ เพราะมากกว่า

1/3 ของปี นบีมุหัมมัดใช้เวลาอยู่กับการถือศีลอด และเพื่อจะได้ไม่ลืมความหิวโหยของคนยากจน

3.2) งดเว้นในสิ่งที่ไม่ดี ทำร้ายสุขภาพตนเองและผู้อื่น เช่น บุหรี่และยาเสพติดต่างๆ รวมทั้งนิสัยที่ไม่ดีต่างๆ ที่ทำให้หัวใจมีดบาด เช่น หัวใจที่ประสงค์ร้าย หัวใจที่ละโมภ หัวใจที่แข่งกระด้าง หัวใจที่ไม่พอเพียง

3.3) ชุมชนควรจะกวดขันไม่ให้มีแหล่งอบายมุขในชุมชน เช่น มีการเล่นพนันบอลในร้านน้ำชา ขยายยาเสพติดผสมเครื่องดื่มบางชนิด หรือมีผู้หญิงมาขายของและพูดคุยกับผู้ชายเกินขอบเขตจนตีกดดัน และที่สำคัญต้องเตือนชุมชนเสมอว่าเดือนรอมฎอนนี้ คือเดือนแห่งการปฏิบัติดีปฏิบัติชอบ เดือนแห่งความศรัทธา เดือนแห่งการฝึกฝนตนเอง ไม่ใช่เดือนแห่งมหรรรมาอาหารจานเด็ด หรือเดือนแห่งความเกียจคร้าน เดือนแห่งการทรมานตนเอง อย่างเป็นอยู่ในปัจจุบัน