

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนทฤษฎี แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ดังนี้

1. ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ
3. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิของผู้สูงอายุ
4. คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
5. สุขภาพและความหมายของสุขภาพ
6. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพของชุมชน
7. แนวคิดและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ
8. การเกิดองค์กรในพระพุทธศาสนา
9. หลักพุทธธรรมเกี่ยวกับวิธีดูแลสุขภาพแบบองค์รวม
10. บริบทพื้นที่วิจัย
11. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
12. กรอบแนวคิดการวิจัย

ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

- จากการศึกษาของนักวิชาการหลายท่าน ได้แบ่งทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุดังนี้
1. ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolution Theory) เชื่อว่ามนุษย์เป็นสิ่งที่มีชีวิตที่มีวิวัฒนาการอยู่เสมอตามสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป ทั้งนี้เพื่อการอยู่รอด แต่เมื่ออายุมากขึ้นก็ไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้
 2. ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biologic Theory) เชื่อว่ามนุษย์ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ เซลล์ที่สามารถเพิ่มตัวเองตลอดการมีชีวิต เซลล์ที่ไม่สามารถแบ่งตัวเองและองค์ประกอบอื่น ๆ ที่ไม่ใช่เซลล์

3. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychologic Theory) เป็นทฤษฎีเกี่ยวกับกลไกการเจริญด้านจิตวิทยาหรือทฤษฎีที่พยายามอธิบายสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไปโดยเชื่อมโยงทฤษฎีทางชีววิทยาและสังคมวิทยาเข้ามาเกี่ยวข้องเพราะเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุนั้นเป็นการพัฒนาและปรับตัวของความนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ การเปลี่ยนแปลงไปของอวัยวะตลอดจนสังคมที่ผู้สูงอายุนั้น ๆ อยู่อาศัยทฤษฎีนี้มี 2 แนวคิดคือ

3.1 ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory) กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะสุขหรือทุกข์ขึ้นอยู่กับภูมิลำเนาและการพัฒนาจิตใจของผู้นั้น ถ้าผู้สูงอายุเติบโตขึ้นมาด้วยความมั่นคงอบอุ่นมีความรักแบบถ้อยทีถ้อยอาศัย เห็นความสำคัญของคนอื่น รักผู้อื่นและทำงานร่วมกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี มักจะเป็นผู้สูงอายุที่ค่อนข้างมีความสุข สามารถอยู่กับลูกหลาน หรือผู้อื่นได้โดยไม่ค่อยมีความเคียดแค้นหรืออิจฉา แต่ถ้าผู้สูงอายุที่เติบโตมาในลักษณะที่ร่วมมือกับใครไม่เป็น ไม่อยากช่วยเหลือผู้ใด จิตใจคับแคบถือว่าตัวใครตัวมันและมักรู้สึกว่าเขาทำคุณกับใครไม่ขึ้นมักเป็นผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยมีความสุข ชีวิตบั้นปลายมักจะเศร้าสร้อยน่าสงสาร

3.2 ทฤษฎีความปราดเปรื่อง (Intelligence Theory) เชื่อว่าผู้สูงอายุที่ยังปราดเปรื่องและคงความเป็นปราชญ์ เป็นผู้ที่มีความสนใจในเรื่องต่าง ๆ มีการค้นคว้าและพยายามเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา ผู้ที่มีลักษณะเช่นนี้ได้จะต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพดีและมีเงินใช้สอยโดยไม่เดือดร้อน เป็นเครื่องเกื้อหนุน

4. ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociality Theory) กล่าวถึงแนวโน้มบทบาทของบุคคลสัมพันธ์ภาพ และการปรับตัวทางสังคมในช่วงท้ายของชีวิตซึ่งมีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องไปถึงทฤษฎีทางชีวภาพและจิตวิทยา ทฤษฎีแนวนี้พยายามวิเคราะห์เหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีสภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงไปได้แก่ ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วทฤษฎีจำนวนสัมพันธ์ ทฤษฎีแห่งการยอมรับ ทฤษฎีไร้ภาระผูกพัน ทฤษฎีกิจกรรมทางสังคม และทฤษฎีการถอยจากสังคมดังนี้ ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว เชื่อว่าสถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับารเปลี่ยนแปลงของสังคมนั้นถ้าสังคมเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว สถานภาพของผู้สูงอายุในสังคมนั้นก็จะถูกเปลี่ยนไปด้วย

4.1 ทฤษฎีจำนวนสัมพันธ์เชื่อว่าสถานภาพของผู้สูงอายุในสังคมใดจะเป็นอย่างไรขึ้นอยู่กับจำนวนผู้สูงอายุในสังคมนั้น ถ้าในสังคมมีผู้สูงอายุน้อยสถานภาพของผู้สูงอายุมักจะดีกว่าในสังคมที่มีผู้สูงอายุมาก

4.2 ทฤษฎีแห่งการยอมรับ เชื่อว่าการพัฒนาการตามวัยของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ คือ เมื่อบุคคลยิ่งมีอายุมากขึ้น ปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนและสังคมจะยิ่งน้อยลง เนื่องจากสภาพความเสื่อมถอยของร่างกาย

4.3 ทฤษฎีกิจกรรมทางสังคมเชื่อว่าผู้สูงอายุที่สามารถดำรงกิจกรรมทางสังคมไว้ได้ จะเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูงมีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองในทางบวก

4.4 ทฤษฎีการถอยจากสังคมกล่าวว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะค่อย ๆ หนีจากคนอื่นในสังคม แต่ถ้าได้มาอยู่ในสภาพแวดล้อมเหมือนเดิมผู้สูงอายุจะมีความพอใจเป็นอย่างมากและถ้าสิ่งแวดล้อมดี ลักษณะทางสังคมดี มีการยอมรับเปิดโอกาสและเคารพในตัวผู้สูงอายุจะเป็นเหตุส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมในสังคมมากกว่าที่จะถอย (จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรรัตน์ศิริ, 2533 : 56-58)

สรุปทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุจะกล่าวถึงการพัฒนาทางด้านร่างกาย ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของเซลล์ต่าง ๆ การเปลี่ยนแปลงอวัยวะต่าง ๆ และการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ มีทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งประกอบด้วย 6 อย่าง คือ 1) ความวิตกกังวล 2) ความพึงพอใจในชีวิต 3) สุขภาพทั่วไป 4) สถานะสุขภาพจิตทางด้านบวก 5) การควบคุมตนเอง และ 6) ความกระปรี้กระเปร่า มีชีวิตชีวา รวมทั้งความต้องการร่วมกิจกรรมต่าง ๆ การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ รวมทั้งการสร้างความสัมพันธ์ภายในครอบครัวให้เกิดความสุขทั้งทางกายและทางจิตใจ

การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

ในวัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย (Physiological Changes) และการเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคมควบคู่กันไป (Psychosocial Changes) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสามารถพบได้ 3 ด้านดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ซึ่งมีผู้กล่าวถึงถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย แต่ละระบบของผู้สูงอายุไว้ดังนี้

1.1 ระบบกล้ามเนื้อจำนวนกล้ามเนื้อจะน้อยลงและมีพังผืดเข้ามาแทนที่ ทำให้ความทนทานและความอ่อนไหวลดลง อาจเป็นสาเหตุให้การเคลื่อนไหวลำบากเนื่องจากกล้ามเนื้อไม่มีแรงจึงหกล้มง่าย

1.2 ระบบกระดูกและข้อต่อต่าง ๆ มีการอักเสบและเสื่อมทำให้การเดินและการเคลื่อนไหวร่างกายส่วนต่าง ๆ ไม่สะดวก กล้ามเนื้ออ่อนแรงลงและข้อต่อต่าง ๆ เคลื่อนไหว

ลำปากและต้องพึ่งพาผู้อื่น ชูศักดิ์ เวชแพศย์ (2520 : 24) กล่าวว่ากระดูกมีการเสื่อมและแคลเซียมละลายออกทำให้เกิดโรคกระดูกพรุนในวัยสูงอายุและผลจากการเปลี่ยนแปลงของกระดูกทำให้หลังโค้งหรือหลังค่อมได้ ความแข็งแรงของกระดูกลดลง ทำให้เปราะไฉ่ได้ง่าย ข้อต่ออาจเกิดการอักเสบจากกระดูกงอก หรือตามข้อใหญ่ ๆ

สรุปการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุเกี่ยวกับระบบกระดูกของผู้สูงอายุได้ดังนี้ กระดูกจะเกิดการเสื่อมลง เพราะจะมีการสลายของแคลเซียมออกจากกระดูกทำให้กระดูกเปราะและหักง่าย ความบางของกระดูกลดลงทำให้หลังค่อม มีโครงร่างเล็กลงน้ำหนักน้อยลงบริเวณข้อต่อต่าง ๆ ลดลง ทำให้ผิวกระดูกเสียดสีกันทำให้เกิดการอักเสบและปวดได้

1.3 ระบบทางเดินอาหาร ผู้สูงอายุมักไม่มีฟันหรือใส่ฟันปลอม ทำให้เคี้ยวอาหารไม่ได้หรือไม่สะดวกทำให้ผู้สูงอายุไม่ชอบกินอาหารที่ต้องเคี้ยวมาก ๆ ประกอบกับน้ำย่อยอาหารลดลง หลอดอาหาร และเยื่อทางเดินอาหารเสื่อมสภาพทำให้การย่อยอาหารและการดูดซึมไม่ดีถ่ายอุจจาระลำบาก อาริวรรณ คุณเจตน์ (2541 : 38) กล่าวว่า การผลิตน้ำย่อยและเอนไซม์ต่าง ๆ ในกระเพาะอาหารลดลงทำให้การย่อยการดูดซึมมีประสิทธิภาพลดลงการเคลื่อนไหวของลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ลดลง ประกอบกับการรับประทานอาหารที่มีกากน้อยทำให้เกิดภาวะท้องผูก

จากที่กล่าวมาข้างต้นพอสรุปได้ว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร และมีการผลิตน้ำย่อยและเอนไซม์ต่าง ๆ ลดลงการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ส่วนมากผู้สูงอายุมักไม่มีฟันหรือใส่ฟันปลอมทำให้เคี้ยวอาหารลำบากจึงรับประทานอาหารเฉพาะอาหารที่มีกากน้อย ทำให้ท้องผูก และอาจเกิดโรคต่าง ๆ ตามมาได้ เช่น โรคไส้ติ่งอักเสบ

1.4 ระบบไหลเวียน อาริวรรณ คุณเจตน์ (2541 : 38) กล่าวถึง ผู้สูงอายุว่ามีการเปลี่ยนแปลงทุกส่วนของระบบไหลเวียนที่เห็นชัดคือ หลอดเลือดแดงมีการจับกลุ่มก้อนของสารต่าง ๆ ที่สำคัญคือ เกล็ดเลือด ไฟบรินและทรอมบินทำให้ผนังของหลอดเลือดตีบแคบความยืดหยุ่นเสียไป เลือดไหลเวียนไม่สะดวกจึงเกิดโรคต่าง ๆ ตามมาได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด คีลธรรม ฐานะภูมิ (2535 : 62) กล่าวว่า หัวใจและหลอดเลือดมีการเปลี่ยนแปลง ทำหน้าที่น้อยลง หัวใจขนาดโตขึ้นมีไขมันเกาะมากขึ้นและสูญเสียความยืดหยุ่นน้อยลง หลอดเลือดมีความยืดหยุ่นน้อยลง หลอดเลือดเลี้ยงกล้ามเนื้อลดลง มีจำนวนสูงขึ้นเป็นความดันโลหิตสูง อาริวรรณ คุณเจตน์ (2541 : 51) กล่าวว่าผู้สูงอายุมีอาการเด่นของหัวใจลดลง ผนังหลอดเลือดฝอยย่อยจะหนาขึ้นความยืดหยุ่นของเส้นเลือดลดลง

เนื่องจากการเกาะจับของแคลเซียมในผนังเส้นเลือดแคบลงเกิดการอุดตันของหลอดเลือดง่าย ปริมาณเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ลดลง การที่ปริมาณเลือดลดลงเกิดจากจำนวนเม็ดเลือดแดง และฮีโมโกลบินลดลง เนื่องจากการขาดน้ำและอาหาร เพราะระบบการดูดซึมอาหารในผู้สูงอายุ ลดลงจึงมักพบว่าผู้สูงอายุจะมีอาการวิงเวียนหน้ามืดเป็นลมง่าย

สรุปการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของผู้สูงอายุเกี่ยวกับระบบไหลเวียนโลหิตได้ว่าการเปลี่ยนแปลงในหลายส่วนของระบบ คือ ผนังหลอดเลือดหนาขึ้นทำให้หลอดเลือดตีบแคบ ความยืดหยุ่นของเส้นเลือดลดลง การไหลเวียนเลือดช้าลง ความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดโรคต่าง ๆ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

1.5 ระบบทางเดินหายใจ อารีวรรณ คุณเจตน์ (2541 : 39) กล่าวว่า ความแข็งแรงและกำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อที่ช่วยหายใจเข้าออกลดลง กระดูกซี่โครงเคลื่อนไปหว่าต่ำลง ทำให้ปอดขยายตัวได้น้อยลงการระบายของอากาศลดลง รีเฟล็กการไอลดลง

สรุปการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจได้ว่าการขยายของผนังทรวงอกลดลง ทำให้ปอดขยายตัวได้ไม่ดี ความยืดหยุ่นของปอดลดลง เกิดการระบายอากาศลดลง การหายใจลำบาก ประสิทธิภาพการไอลดลงทำให้การกำจัดเชื้อโรคไม่ได้ดีเท่าที่ควรทำให้เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจง่าย

1.6 ระบบขับถ่ายของเสีย อารีวรรณ คุณเจตน์ (2541 : 39) กล่าวว่า ขนาดและความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลง กล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลงทำให้ปัสสาวะตกค้างและปัสสาวะบ่อย ประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง ทำให้ร่างกายเกิดอาการสูญเสียน้ำและเกลือแร่ได้

สรุปการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการขับถ่ายได้ว่า เพราะหน้าที่ของไตลดขนาดและความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลงความยืดหยุ่นของกระเพาะปัสสาวะลดลง และการขับถ่ายปัสสาวะออกไม่หมดเหลือค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะประกออบกับเพศชายมักมีต่อมลูกหมากโต จึงทำให้เกิดขบวนการขับถ่ายปัสสาวะและในเพศหญิง กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อนกำลังลง ปัสสาวะลำบากและกลั้นปัสสาวะไม่ได้เวลาไอหรือจาม

1.7 ระบบประสาท สมองเสื่อมความรู้สึกและการเคลื่อนไหวช้า อารีวรรณ คุณเจตน์ (2541 : 40) กล่าวว่ามีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์สมองและเซลล์ประสาท ประสิทธิภาพการทำงานของสมองและประสาทลดลง การเคลื่อนไหวและความคิดช้า

สรุปการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของผู้สูงอายุเกี่ยวกับระบบประสาทของผู้สูงอายุ
ได้ว่า ขนาดสมองลดลง มีการตายของเซลล์ประสาทเพิ่มขึ้น จำนวนเซลล์ประสาทลดลงตาม
อายุ เซลล์สมองเสื่อมทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของสมองและประสาทลดลง การรับส่ง
สัญญาณประสาทลดลง การเคลื่อนไหวของอวัยวะไม่สัมพันธ์กัน มักจะจำเรื่องราวในอดีตได้
ดีกว่าเรื่องราวปัจจุบัน

1.8 ระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมใต้สมองมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างเป็นเหตุให้ต่อมไร้ท่อ
อื่นทำงานลดลงด้วย เกิดโรคต่อมไร้ท่อเสื่อม เช่น โรคเบาหวาน โรคต่อมไทรอยด์ อวัยวะ
สืบพันธุ์ในเพศชาย อัณฑะเหี่ยวเล็กลง และผลิตเชื้ออสุจิได้น้อยลง

สรุปการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของผู้สูงอายุเกี่ยวกับระบบต่อมไร้ท่อ ได้ว่าระบบ
ต่อมไร้ท่อในผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางที่เสื่อมเช่นกัน เมื่ออาหาร ต่อม
ไทรอยด์เป็นพิษ

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์

ศรีธรรม ธนะภูมิ (2535 : 71) ได้อธิบายถึงพัฒนาการด้านจิตสังคมของผู้สูงอายุว่า
ช่วงชีวิตที่มีคุณค่ามั่นคงหรือท้อแท้ หมกหมองสำหรับบุคคลที่มีความรู้สึกที่ชีวิตมีคุณค่า มีความ
มั่นคง ก็จะมีความรู้สึกพึงพอใจในผลสำเร็จจากช่วงชีวิตที่ผ่านมา มีความสุขสงบทางใจ
สามารถยอมรับว่าการตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ในทางตรงข้ามคนที่ไม่ยอมรับจะมีความรู้สึก
ว่าตนมีโอกาสเลือกได้น้อยและต้องการให้มีชีวิตยืนยาวต่อไป

สภาพจิต (Mental State) ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่พบบ่อยครั้ง เกิดจากความ
เสื่อมของเนื้อเยื่อสมอง ที่ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียความสามารถในการเรียนรู้และเข้าใจ ประเมิน
จากความสามารถของสมองด้านการรับรู้เวลา การรับรู้สถานที่ ความจำ การคำนวณ การรำลึก
ได้ด้านภาษาและการสื่อสาร

ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นการแสดงออกทางอารมณ์ มีความวุ่นวายใจ
หวาดหวั่น มักมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระร่วมด้วย เช่นมือสั่น ปวดศีรษะ ปัสสาวะบ่อย ซึ่งนัก
ทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่า ความวิตกกังวลมีจุดเริ่มต้นที่ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นความ
ตึงเครียดทางจิตใจเกิดจากความผิดปกติ หรือมีการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล
เกิดขึ้นเพื่อบุคคลจะได้รักษาความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยต่อตนเองและการนับถือตนเองเอาไว้
เมื่อใดที่ตัวเองไม่ได้รับการยอมรับ ถูกปฏิเสธจากบุคคลที่ใกล้ชิด ความเชื่อมั่นในตนเองจะ
ลดลง ทำให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง

ความซึมเศร้า (Depression) เป็นภาวะที่แทรกซ้อน เนื่องจากความผิดปกติทางร่างกายและจิตใจ มักเกิดภายหลังความวิตกกังวล มีสาเหตุมาจากด้านชีวภาพที่เปลี่ยนแปลงของสารสื่อสัญญาณประสาทจากการมีอายุสูงขึ้นหรือสาเหตุทางกายภาพ ได้แก่ การมีโรคประจำตัว เจ็บป่วยเรื้อรัง การใช้ยาบางชนิด สาเหตุทางจิต ได้แก่ ความรู้สึกโกรธ สูญเสียความจำ สมองเลื่อมและสาเหตุทางสังคม ได้แก่ การสูญเสียครอบครัว ญาติหรือเพื่อนผู้ใกล้ชิด ทำให้เกิดความว้าเหวหรือออกจากงานขาดรายได้ที่เคยได้รับ (จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ต้นศิริ, 2533 : 48)

ความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction) ความพึงพอใจเป็นสิ่งพึงปรารถนา เพราะเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดำรงชีวิตอย่างมีความสุขสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น ๆ ซึ่งใช้ความพึงพอใจเป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตด้านคุณธรรม (อุมาพร อุดมทรัพย์กุล, 2536 : 31)

สรุปว่าสภาวะความมั่นคงทางจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุนั้นขึ้นอยู่กับพัฒนาการและประสบการณ์ในแต่ละช่วงวัยของชีวิต ตลอดจนประสบความสำเร็จในชีวิต เช่น การศึกษา อาชีพการงาน การครองชีวิตคู่ สภาพจิตใจโดยทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่

1. มีความวิตกกังวลในเรื่องต่าง ๆ
2. ซึมเศร้าจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก
3. เกิดความรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว เศร้าซึม

3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม

ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมมีส่วนเกี่ยวข้องกับสาเหตุของปัญหาทางกายและจิตใจของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมไทยที่มีแนวโน้มไปทางตะวันตกมากขึ้น ย่อมเกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ได้แก่

3.1 การเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม เนื่องจากสังคมปัจจุบันมีลักษณะกีด

กันผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ เช่น บทบาทที่เกี่ยวข้องกับการงาน ตลอดจนบทบาทในครอบครัว ผู้สูงอายุซึ่งเคยเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวและเป็นหัวหน้าครอบครัวต้องกลับเป็นผู้พึ่งพาอาศัยผู้รับมากขึ้นกว่าผู้ให้ ทำให้ผู้สูงอายุเสียอำนาจและบทบาททางสังคมที่เคยมีทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญปัจจัยเหล่านี้ก่อให้เกิดความอับอายคิดว่าตนเองเป็นตัวสำคัญหรือเป็นตัวปัญหาของสังคม

3.2 การถูกทอดทิ้ง สังคมสมัยใหม่มีผลต่อการดำเนินของผู้สูงอายุ ทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุเป็นภาระหรือไม่สามารถประกอบอาชีพอื่นใดหรือไม่มีคุณค่าทางเศรษฐกิจ มักถูกทอดทิ้งไว้ข้างหลัง

3.3 การเสื่อมความเคารพ ในสมัยก่อนผู้สูงอายุได้รับการเคารพนับถือจากผู้อ่อนอาวุโส ในฐานะที่เป็นผู้มีประสบการณ์ แต่ปัจจุบันค่านิยมเหล่านี้กำลังเปลี่ยนไปตามอย่างตะวันตกที่เน้นอิสรภาพของบุคคล และคิดว่าผู้สูงอายุเป็นคนไม่ทันต่อเหตุการณ์ และผู้สูงอายุที่เกษียณอายุแล้ว ทำให้กิจกรรมที่เคยทำลดลง

สรุปว่าการเปลี่ยนแปลงทางสังคมของผู้สูงอายุ มีบทบาทลดลงเกือบทุกด้านตั้งแต่ระบบครอบครัวที่บุตรหลานมักแยกครอบครัวออกไป ทำให้ขาดการดูแลผู้สูงอายุและความสำคัญในตัวผู้สูงอายุลดลงด้วย บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนลดลง และเปลี่ยนมาเป็นผู้รับมากกว่าทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระสังคมและครอบครัว

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิของผู้สูงอายุ

มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิของผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

1. สิทธิตามรัฐธรรมนูญของผู้สูงอายุไทย

ในปัจจุบันกลุ่มผู้สูงอายุได้รับความสนใจจากผู้มีอำนาจทางการเมือง ซึ่งได้ให้ความช่วยเหลือและสิทธิต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุในมหากขึ้น โดยได้บัญญัติในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 เรื่องสิทธิของผู้สูงอายุในหมวดสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย มาตรา 54 ว่า “บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ” ทั้งนี้ตามกฎหมายบัญญัติในปี พ.ศ. 2542 หน่วยงานต่าง ๆ ได้พิจารณาขอร่างพระราชบัญญัติสวัสดิการผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการนำเจตนารมณ์ในสิทธิของผู้สูงอายุที่ปรากฏในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยและหลักการของสหประชาชาติที่ว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ โดยร่วมกันจัดทำปฏิญญาผู้สูงอายุเพื่อถือปฏิบัติให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้สูงอายุปฏิญญาผู้สูงอายุถือเป็นพันธกรณีเพื่อให้ผู้สูงอายุหรือคนชราในประเทศไทยได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ โดยมีสาระสำคัญ 9 ประการ คือ

1.1 ผู้สูงอายุต้องได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี

1.2 ผู้สูงอายุควรอยู่กับครอบครัว โดยได้รับความเคารพ รัก ความเข้าใจ เอื้ออาทร กันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีในการอยู่ร่วมกันอย่าง เป็นสุข

1.3 ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการศึกษา เรียนรู้ และพัฒนาศักยภาพของตน อย่างต่อเนื่องเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการทางสังคมอันเป็นประโยชน์ในการดำรงชีวิต เข้าใจถึงความเปลี่ยนแปลงของสังคมรอบด้าน เพื่อสามารถปรับบทบาทของตนให้สมวัย

1.4 ผู้สูงอายุควรได้ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ให้สังคมมีโอกาสได้ ทำงานที่เหมาะสมกับวัย

1.5 ผู้สูงอายุควรได้ดูแลสุขภาพของตนตามหลักประกันสังคม และสามารถ เข้าถึงบริการด้านสุขภาพอย่างครบวงจร

1.6 ผู้สูงอายุควรมีบทบาทและส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยเฉพาะการรวมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และความเข้าใจอันดีระหว่างผู้สูงอายุ ด้วยกันกับบุคคลทุกวัย

1.7 รัฐ โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้อง กำหนดนโยบายและแผนหลักด้านผู้สูงอายุ

1.8 รัฐ โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้อง ตรากฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุ เพื่อเป็นหลักประกันและการบังคับใช้ในการพิทักษ์สิทธิคุ้มครอง สวัสดิภาพและจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ

1.9 รัฐ โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้อง รมรงค์ปลูกฝังค่านิยมให้สังคมตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุตามวัฒนธรรมไทยที่เน้นความ กตัญญูกตเวทีและความเอื้ออาทรต่อกัน (ปฎิญญาผู้สูงอายุไทยฉบับนี้ได้รับความเห็นชอบจาก คณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 23 มี.ค. 2542)

สรุปว่าสิทธิตามรัฐธรรมนูญของผู้สูงอายุไทย เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมี คุณภาพที่ดี โดยได้รับปัจจัยสี่ ได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย และยารักษาโรค ความอบอุ่นภายใน ครอบครัว การมีส่วนร่วมในชุมชน การได้รับสวัสดิการทั้งภาครัฐและเอกชน มีหลักประกัน สุขภาพและบริการต่าง ๆ ของรัฐบาลและเอกชน เช่น การศึกษา การอบรม การสื่อสาร

2. ลิขิตตามหลักการขององค์การสหประชาชาติ

องค์การสหประชาชาติกำหนดให้วันที่ 1 ตุลาคมของทุกปี เป็นวันผู้สูงอายุสากล ต่อมาเมื่อวันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ. 2534 สมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติได้รับรองหลักการ 18 ประการ สำหรับผู้สูงอายุ มีหลักการที่สำคัญ 5 ประการ ดังนี้

2.1 หลักการที่ 1 การมีเสรีภาพประกอบด้วย

- 2.1.1 ผู้สูงอายุควรได้รับอาหาร ที่พักอาศัย เครื่องแต่งกายและการดูแลสุขภาพอย่างพอเพียง โดยการรายได้การสนับสนุนของครอบครัว ชุมชน และการช่วยเหลือตนเอง
- 2.1.2 ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการทำงานหรือสามารถได้รับรายได้อื่น ๆ
- 2.1.3 ผู้สูงอายุควรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจว่าเมื่อใดจะต้องพ้นจากการทำงาน
- 2.1.4 ผู้สูงอายุควรได้รับการฝึกอบรมและศึกษาตามความเหมาะสม
- 2.1.5 ผู้สูงอายุที่จะได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่สงบปลอดภัยด้วยความพึงพอใจ

ตามกำลังความสามารถ

2.1.6 ผู้สูงอายุควรที่จะได้อาศัยอยู่ในบ้านตนเองตลอดระยะเวลาอันนานเท่าที่จะเป็นไปได้

2.2 หลักการที่ 2 การมีส่วนร่วมประกอบด้วย

2.2.1 ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการกำหนดและดำเนินงานตามนโยบายต่าง ๆ ที่จะส่งผลโดยตรงต่อความเป็นอยู่ที่ดีของตนและสามารถถ่ายทอดความรู้และทักษะให้กับชนรุ่นหลังได้

2.2.2 ผู้สูงอายุควรที่จะได้รับการพัฒนาโอกาสต่าง ๆ เพื่อให้บริการแก่ชุมชน และเป็นอาสาสมัครในตำแหน่งที่เหมาะสมตามความสนใจ และกำลังความสามารถของตน

2.2.3 ผู้สูงอายุควรมีบทบาทที่จะจัดตั้งกลุ่มหรือสมาคมของผู้สูงอายุได้

2.3 หลักการที่ 3 การได้รับการดูแลประกอบด้วย

2.3.1 ผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลจากครอบครัวและชุมชน และได้รับการคุ้มครอง

2.3.2 ผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลด้านสุขภาพอนามัย เพื่อให้ได้รับการฟื้นฟูทางร่างกายจิตใจและอารมณ์ให้ดีขึ้น เพื่อเป็นการป้องกันหรือชะลอการเจ็บป่วยในระยะเริ่มต้น

2.3.3 ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการเข้าถึงบริการทางสังคมและกฎหมาย เพื่อเป็นการส่งเสริมสนับสนุนความเป็นอิสระ การคุ้มครองและการได้รับการดูแล

2.3.4 ผู้สูงอายุควรได้รับการดูแล ค้ำครอง หันฟู และส่งเสริมทางด้านสังคมและจิตใจอย่างเหมาะสม จากสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมที่มั่นคง

2.3.5 ผู้สูงอายุควรได้รับสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต

2.4 หลักการที่ 4 การบรรลุความพึงพอใจของตนเองประกอบด้วย

2.4.1 ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างเต็ม

ความสามารถ

2.4.2 ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการศึกษา วัฒนธรรม จิตใจ และกิจกรรม

นันทนาการของสังคม

2.5 หลักการที่ 5 ความมีศักดิ์ศรีประกอบด้วย

2.5.1 ผู้สูงอายุควรที่จะดำรงชีวิตอยู่ด้วยศักดิ์ศรีและความปลอดภัยโดยปราศจากการแสวงหาผลประโยชน์และถูกทำร้ายร่างกาย และจิตใจ

2.5.2 ผู้สูงอายุควรได้รับการปฏิบัติอย่างเหมาะสมตามสถานภาพและภูมิหลัง และมีอิสระในการช่วยเหลือตนเองทางด้านเศรษฐกิจ

สรุปว่า สิทธิของผู้สูงอายุตามหลักการขององค์การสหประชาชาติคือ ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลจากครอบครัว เช่น รายได้ ความรัก มีที่อยู่เป็นของตนเองมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายของชุมชนและสังคมได้รับการบริการทางสังคมและกฎหมาย และได้รับการคุ้มครองให้ดำรงชีวิตอย่างปลอดภัย

3. สิทธิตามพระราชบัญญัติสวัสดิการสังคม พ.ศ. 2546

ตามหมวด 3 ว่าด้วยสิทธิประโยชน์และการให้ความคุ้มครอง

มาตรา 21 บุคคลต้องเลี้ยงดูบุพการี โดยให้อยู่ในครอบครัวและสังคม ตามอัตรา ให้บุคคลที่ดูแลผู้สูงอายุตามอัตรา ให้บุคคลที่ดูแลผู้สูงอายุตามวรรคแรก มีสิทธิได้รับการหักเงินค่าลดหย่อนทางด้านภาษีตามที่ได้กำหนดในกฎกระทรวง บุคคลอื่นที่มีใช้บุตรหลานหรือเป็นญาติสืบสายโลหิตของผู้สูงอายุหรืออาสาสมัคร ถ้าประสงค์จะอุปการะเลี้ยงดูผู้สูงอายุให้ บุคคลนั้นมีสิทธิได้รับการหักเงินค่าลดหย่อนทางด้านภาษี และได้รับสิทธิพิเศษ

มาตรา 22 ให้กรรมการจัดให้มีสถานพยาบาลหรือคลินิก เฉพาะผู้สูงอายุไว้ในสถานพยาบาลของรัฐที่มีขนาดใหญ่หรือขนาดกลางตามความเหมาะสม รวมทั้งจัดให้มีที่พักอาศัย ซึ่งรัฐจัดให้หรือช่วยเหลือให้มีการเช่า เช่าซื้อที่พักอาศัยในพื้นที่ตามความเหมาะสมโดยกรรมการเป็นฝ่ายพิจารณาคัดเลือกซึ่งรายละเอียดจะกำหนดในกฎกระทรวง กรรมการต้อง

กำหนดลักษณะอาคาร สถานที่ ยานพาหนะ หรือบริการสาธารณะอื่นในการอำนวยความสะดวก โดยตรงแก่ผู้สูงอายุ ตามรายละเอียดที่ได้กำหนดในกฎกระทรวง

มาตรา 23 ให้กรรมการจัดให้มีการส่งเสริมหรือสนับสนุนสื่อมวลชนในการผลิตสื่อรายการที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ โดยที่ผู้สูงอายุสามารถได้รับการบริการได้ โดยสะดวกและเหมาะสม

มาตรา 24 ให้กรรมการกำหนดให้ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอหรือขาดผู้อุปการะดูแล ได้รับการรักษาพยาบาล การศึกษาเพิ่มเติม และได้รับเบี้ยยังชีพตามที่กำหนดในกฎกระทรวง ให้กรรมการจัดให้ผู้สูงอายุที่มีความสามารถและมีความประสงค์จะประกอบกิจการใดได้ตามที่กรรมการเห็นสมควร และตามความประสงค์ของผู้สูงอายุนั้น โดยให้กรรมการจัดให้มีผลประโยชน์ตอบแทนตามความรู้ความสามารถของผู้สูงอายุ

มาตรา 25 ให้ยกเว้นภาษีบำเหน็จบำนาญแก่ผู้สูงอายุ และให้สิทธิพิเศษในด้านต่าง ๆ รวมทั้งสวัสดิการอื่น ๆ ของรัฐแก่ผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้อุปการะดูแล อาสาสมัครหรือองค์กรที่ได้ให้ความดูแล ผู้สูงอายุดังกล่าวตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

สรุปสิทธิของผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติสวัสดิการสังคม พ.ศ.2546 ผู้สูงอายุได้รับการ จดเว้นภาษี ได้รับการสวัสดิการจากรัฐ รวมทั้งการเผยแพร่ข่าวสารทางสื่อต่าง ๆ นอกจากนี้ผู้สูงอายุมีสิทธิเช่าซื้อที่อยู่อาศัยได้และผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับสิทธิลดหย่อนภาษี

4. สิทธิตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546

ผู้สูงอายุพึงได้รับสิทธิตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ดังนี้

มาตรา 11 ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับความคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ

2. การศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต

3. การประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพที่เหมาะสม

4. การพัฒนาตนเองและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่ม

ในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน

5. การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในอาคารสถานที่ ยานพาหนะหรือบริการสาธารณะอื่น ๆ

6. การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม
7. การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ
8. การช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการทารุณกรรมหรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง
9. การให้คำแนะนำ ปรีกษา คำเนิรการที่เกี่ยวข้องในทางคดี หรือในทางการแก้ไขปัญหาคอบครัว

10. การจัดที่พักอาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง
11. การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพตามความจำเป็นอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม
12. การจัดสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี
13. การอื่นให้เป็นไปตามประกาศกำหนด

มาตรา 13 ให้จัดตั้งกองทุนขึ้นกองทุนหนึ่งในสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการและผู้สูงอายุ เรียกว่า “กองทุนผู้สูงอายุ” เพื่อเป็นทุนใช้จ่ายเกี่ยวกับการคุ้มครอง การส่งเสริมและสนับสนุนผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติ

มาตรา 14 กองทุนประกอบด้วย

1. เงินทุนประเดิมที่รัฐบาลจัดสรรให้
2. เงินที่ได้รับจากงบประมาณรายจ่ายประจำปี
3. เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคหรือมอบให้
4. เงินอุดหนุนจากต่างประเทศหรือองค์การระหว่างประเทศ
5. เงินหรือทรัพย์สินที่ตกเป็นของกองทุนหรือที่กองทุนได้รับตามกฎหมาย

หรือโดยนิติกรรมอื่น

6. ดอกผลที่เกิดจากเงินหรือทรัพย์สินของกองทุน

มาตรา 15 เงินและดอกผลตามมาตรา 14 ไม่ต้องนำส่งกระทรวงการคลังเป็นรายได้แผ่นดิน

มาตรา 16 ผู้บริจาคเงินหรือทรัพย์สินให้แก่กองทุน มีสิทธินำไปลดหย่อนในการคำนวณภาษีเงินได้ หรือได้รับการยกเว้นภาษีสำหรับทรัพย์สินที่บริจาคแล้วแต่กรณี ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในประมวลรัษฎากร

มาตรา 17 ผู้อุปการะเลี้ยงดูบุพการีซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพผู้นั้นมีสิทธิได้รับการลดหย่อนภาษี ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในประมวลรัษฎากร

สรุป สิทธิของผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ผู้สูงอายุได้รับความคุ้มครอง การส่งเสริมและสนับสนุนในหลาย ๆ ด้าน ได้แก่ การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข การศึกษา การศาสนาและข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ การฝึกอาชีพที่เหมาะสม การพัฒนาตนเองและเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่าย การอำนวยความสะดวกและการดูแลความปลอดภัยในด้านต่าง ๆ การช่วยเหลือค่าโดยสารยานพาหนะ การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ การให้คำแนะนำ ปรีกษาการดำเนินการทางคดี การจัดที่พักอาหารและเครื่องนุ่งห่มตามความจำเป็น การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ การสงเคราะห์การจัดการศพ และให้มีกองทุนผู้สูงอายุ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนผู้สูงอายุ โดยรัฐเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณและจากหน่วยงานอื่น ๆ รวมทั้งการรับบริจาค โดยไม่ต้องนำเงินดังกล่าวส่งเป็นรายได้แผ่นดิน ผู้บริจาคเงินหรือทรัพย์สินแก่กองทุนมีสิทธินำไปลดหย่อนภาษีเงินได้เช่นเดียวกับผู้อุปการะเลี้ยงดูบุพการีซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ

คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ในปัจจุบันมีนักวิชาการสาขาต่าง ๆ ให้คำนิยามหรือความหมายของคุณภาพชีวิตอย่างกว้างขวาง จะแตกต่างกันบ้างดังนี้

ประภาพร จินันทุยา (2536 : 7) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุว่า หมายถึงระดับการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุปัจจุบัน ตามการรับรู้ต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มี 5 ด้าน คือ สถานภาพทางเศรษฐกิจ สุขภาพกายสภาพแวดล้อม การพึ่งพาตนเอง และการทำกิจกรรมประจำวัน

อารีวรรณ คุณเจตน์ (2541 : 14) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตที่ดี หมายถึง ความผาสุกคือมีสุขภาพดี มีรายได้เพียงพอ ไม่มีภาวะกดดันทางจิตใจและได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อน

พนินฐา พานิชะวะกุล (2537 : 12) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่ต้องการบอกภาพรวมของผู้สูงอายุ และสภาวะรอบ ๆ ตัวเขาอย่างสมบูรณ์ ทั้งสิ่งที่เป็นจริงที่ผู้สูงอายุมีอยู่หรือเป็นอยู่ (คุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัย) และความพึงพอใจในสิ่งที่มีอยู่นั้น (คุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย) สิ่งที่มีอยู่หรือเป็นอยู่ ครอบคลุมความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุทุกด้าน

วันทนี ข้าพเพ็ง (2540 : 23) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตมีความหมายกว้างเกี่ยวกับความรู้สึกพึงพอใจของบุคคลเกี่ยวกับสภาพที่ตนเป็นอยู่ ใ้ได้รับอยู่ และปฏิบัติอยู่เป็นประจำ

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ (2537 : 47) คุณภาพชีวิต หมายถึง ประสิทธิภาพของบุคคลที่จะดำรงชีวิตอย่างเป็นอิสระให้มากที่สุด มีสมรรถนะในการเข้าสังคม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดูแลตนเองตามความต้องการพื้นฐาน

พวงผกา ชื่นแสงเนตร (2538 : 37) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพที่ดี การปรับตัวมีประสิทธิภาพความสบายกายและใจ ชีวิตที่มีความหมายและมีคุณค่า และภาระหน้าที่ของบุคคล

สะอึ้ง ชวรางกูร (2538 : 34) กล่าวถึง คุณภาพชีวิตว่ามี 2 องค์ประกอบคือ องค์ประกอบด้านจิตพิสัย ซึ่งเป็นเรื่องเกี่ยวกับอารมณ์ ความรู้สึกของบุคคล ความเชื่อ ค่านิยม และองค์ประกอบด้านวัตถุพิสัย ได้แก่ บั๊จจัย หรือสภาพแวดล้อมของบุคคล เช่น ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ด้านการเมือง และด้านสิ่งแวดล้อม

สรุปว่าคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หมายถึง ระดับสภาพการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ 6 ด้าน ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน สถานภาพทางเศรษฐกิจ สถานภาพทางสังคม สภาพแวดล้อม สุขภาพกาย และสุขภาพจิต

บั๊จจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลแตกต่างกันทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบั๊จจัยหรือองค์ประกอบคุณภาพชีวิตเชิงวัตถุพิสัยและเชิงจิตพิสัยหลายประการจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าบั๊จจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีดังนี้

บั๊จจัยส่วนบุคคล ได้แก่

1. เพศ (Sex) เพศเป็นตัวกำหนดความแตกต่างของบุคคลในสังคมพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเพศชายมีคะแนนเฉลี่ยวิถีชีวิตสูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญสอดคล้องกับการศึกษาของประภาพร จินันทุยา (2536 : 8) ศึกษาพบว่า เพศชายมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง พนิษฐาน พานิชานิชะกุล (2537 : 109) ดังนั้นเพศจึงเป็นตัวแปรที่น่าจะมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

2. อายุ (Age) ผู้สูงอายุจัดตามกลุ่มระดับอายุได้ 3 กลุ่ม คือกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นมีอายุระหว่าง 60-74 ปี กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง มีอายุระหว่าง 75-84 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุวัยท้ายมีอายุระหว่าง 85 ปีขึ้นไป โดยผู้สูงอายุจะมีลักษณะแตกต่างกันตามช่วงอายุเนื่องจากผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น มีการพึ่งพาผู้อื่นสูง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกกว่าตนเองเป็นภาระต่อครอบครัวหรือสังคมส่งผล

ให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่ำลงได้ (Hanlon and Pickett. 1979 : 43) สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงพร รัตนอมรชัย (2535 : 44) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ ประภาพร จินันทุยา (2536 : 80) พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุระหว่าง 70-87 ปี สอดคล้องกับพนินฐา พานิชานชีวะกุล (2537 : 109) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับระดับชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ

3. ระดับการศึกษา (Education) ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงและผู้ที่มีอาชีพมั่นคง มีรายได้แน่นอน สามารถเก็บออมไว้ในยามสูงอายุ มีอำนาจการซื้อสูง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตตามไปด้วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ และความสามารถในการดูแลตนเอง ดวงพร รัตนอมรชัย (2535 : 177) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษามีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษา ประภาพร จินันทุยา (2536 : 81) และพนินฐา พานิชานชีวะกุล (2537 : 109)

4. สถานภาพสมรส ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสอยู่ด้วย จะทำให้ผู้สูงอายุมีคู่คิด มีเพื่อนแท้ ไม่รู้สึกเหงาหรือ โดดเดี่ยวนอกจากนี้คู่สมรสจะเป็นผู้คอยให้การช่วยเหลือ ปลอดภัยให้กำลังใจ ก่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ รู้สึกมั่นคงในชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้และคุณภาพชีวิตดีขึ้น (อารีวรรณ คุณเจตน์. 2541 : 25) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส (โสด หม้าย หย่า แยก) จะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าสถานภาพสมรสคู่ สอดคล้องกับ ประภาพร จินันทุยา (2536 : 81) และพนินฐา พานิชานชีวะกุล (2537 : 109)

5. การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุซึ่งการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุแสดงว่าผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคม ได้รับความรู้เกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพ การตรวจสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการต่าง ๆ ซึ่งจากทฤษฎีกิจกรรมเชื่อว่าผู้ที่สามารถเข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคมได้มากย่อมมีโอกาสพบปะเพื่อนฝูงในวัยเดียวกัน มองโลกกว้างขึ้น มีผลให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตสูง และคุณภาพชีวิตสูงขึ้นไปด้วย สุจิตรา นิลเลิศ (2539 : 63) พบว่า ผู้สูงอายุที่เน้นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

6. ลักษณะการอยู่อาศัย สังคมไทยถือว่าครอบครัวเป็นสถาบันสำคัญที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ คู่สมรสและบุตร หลานในครอบครัว สามารถเป็นที่พึ่งทางด้านเศรษฐกิจและกำลังใจแก่ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุต้องการความรัก ความเอาใจใส่จากครอบครัว โดยเฉพาะคู่สมรสที่ช่วยตนเองได้น้อยลง เนื่องจากปัญหาสุขภาพ พบว่า คู่สมรสที่อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัว มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว (ประภาพร จินันทุยา. 2536 : 82)

อารีวรรณ คณะเจตน์ (2541 : 56) กล่าวว่า “บุคคลที่มีสุขภาพไม่ดีในเชิงวัตถุวิสัย อาจมีความพึงพอใจสูงถ้าเขาเชื่อว่าสุขภาพของเขาดี และในทำนองเดียวกันบุคคลที่มีสุขภาพดี อาจมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำ ถ้าเขาเชื่อว่าสุขภาพเขาไม่ดี” ดังนั้นสุขภาพเป็นตัวทำนายนความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุได้ดี เพราะถ้าผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายอ่อนแอมีโรคภัยไข้เจ็บไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันด้วยตนเองได้ก็จำเป็นต้องยอมรับความช่วยเหลือจากลูก ๆ

นิทรา แรมจบก (2542 : 48-49) ได้กล่าวถึงการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

1. สุขภาพกายเป็นการประเมินภาวะสุขภาพในภาพรวมและความแข็งแรง ต้องการรู้ความเจ็บป่วย โรคที่เป็นอยู่ตลอดจนกิจวัตรประจำวันดัชนีที่ใช้วัดสุขภาพทางกาย ได้แก่การวินิจฉัยโรค อาการของความพิการ ยาที่ใช้ประจำวัน ความรุนแรงของโรค การใช้ระบบการบริการสุขภาพ

2. การกระทำหน้าที่ เป็นการประเมินถึงการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การวัดดังกล่าวแสดงถึงความสามารถทางด้านร่างกายและความจำเป็นในการช่วยเหลือ

3. การทำหน้าที่ทางจิตใจ การรับรู้คิดและภาวะทางอารมณ์ เป็นส่วนหนึ่งในการประเมินผู้สูงอายุ

ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ

ปัจจัยทางเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุเพื่อสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นบ้านที่อยู่อาศัยในสภาพที่ดี อาหารที่คุณค่า การรักษาพยาบาล เสื้อผาการซื้อหาอุปกรณ์อำนวยความสะดวกและการทำกิจกรรมในสังคม การที่ผู้สูงอายุมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และรับรู้ว่าตนเองมีรายได้เพียงพอในการใช้จ่ายตามที่ตนเองต้องการ ย่อมก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่

รายได้หรือรายรับต่อเดือน ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่เคยมีรายได้จากการทำงานเมื่อไม่ได้ทำงานหรือเกษียณอายุรายได้ อาจลดน้อยลง ซึ่งรายได้นับว่าเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิตของตนในสังคมปัจจุบันที่จะสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นบ้านที่อยู่อาศัยในสภาพที่ดี อาหารที่มีคุณค่า การรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง การซื้อหาอุปกรณ์อำนวยความสะดวกและความสุขของตน และยังเป็นปัจจัยตัวหนึ่งในการทำกิจกรรม เนื่องจากการมีส่วนร่วมในกิจกรรม การมีงานอดิเรกหรือการใช้เวลาว่างของผู้สูงอายุ บางครั้งต้องอาศัยเงินเป็นปัจจัยที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต

เมื่อผู้สูงอายุมีรายได้ต่ำแล้วนอกจากจะมีผลกระทบต่อสุขภาพแล้วยังมีผลทำให้การติดต่อสัมพันธ์กับเพื่อนและเพื่อนบ้านต้องถูกจำกัดตามไปด้วย คือ หลังจากเป็นหม้ายหรือเกษียณ ผู้สูงอายุต้องการความสัมพันธ์กับผู้อื่นซึ่งเขาซึ่งในตัวเอง มีความต้องการและสนใจร่วมกันแต่ในการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นบางครั้งต้องอาศัยเงินเป็นปัจจัย เพราะมีทรัพยากรขึ้นอยู่กับ การแลกเปลี่ยนทางสังคมด้วยความสมัครใจระหว่างผู้ที่เท่าเทียมกัน

ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงควรมีการประเมินฐานทางเศรษฐกิจของตนเองด้วยโดยประเมินจากรายได้ เพื่อใช้ในการอยู่อาศัยในสังคม ผลประโยชน์จากการทำงาน การรับบริการทางสังคม การประกันชีวิตและสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจหรือรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (อุมาพร อุดมทรัพย์กุล. 2536 : 56)

ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม

เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุทำให้ต้องเสียบทบาทในการทำงาน ผู้สูงอายุจึงเปลี่ยนจุดสนใจไปยังครอบครัว หาทบทบาทใหม่ให้กับตนเองด้วยการเป็นผู้ให้คำปรึกษาแนะนำช่วยเหลือลูกหลาน หากความสัมพันธ์ในครอบครัวดีจะส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ส่วนด้านความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับบุคคลภายนอกหรือสังคม พบว่าผู้สูงอายุที่แยกตัวออกจากสังคมมีอัตราการตายสูงกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมถึง 2.5 เท่า (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2543 : 13) สอดคล้องกับการศึกษาของ นิศา ชูโต. 2525 : 48) พบว่า ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวที่มีลูก ๆ หลาน ๆ หรือญาติที่น้องรวมกันผู้สูงอายุเหล่านั้นมีบทบาทให้คำปรึกษาแนะนำ และช่วยเหลือเด็ก ๆ ในบ้าน อีกทั้งลูกหลานในครอบครัวสามารถเป็นที่พึ่งทางเศรษฐกิจและกำลังใจให้แก่ผู้สูงอายุ ดังนั้น ความสัมพันธ์ที่ดีภายในครอบครัวจึงมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

นอกจากความสัมพันธ์ภายในครอบครัวแล้ว ความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับญาติหรือเพื่อนที่มีความรู้สึกที่ดีต่อกันมีความหวังดีให้ความช่วยเหลือเห็นอกเห็นใจและสามารถปรับทุกข์กันได้ นับว่าเป็นสิ่งที่ช่วยต่อสู้กับความรู้สึกปวดร้าว ที่เกิดจากการสูญเสียสถานภาพทางสังคมเดิมหรือสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก

จากปัจจัย 3 ด้านที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและการมีสัมพันธภาพกับบุคคลครอบครัวรวมทั้งสังคมสอดคล้องกับทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ในเรื่องของกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ซึ่งกลายเป็นบทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุที่

ควรจะมีต่อสังคม ครอบครัว ชุมชน เพื่อการมีคุณค่าในชีวิตและเพิ่มความพึงพอใจตนเองของผู้สูงอายุอาจแบ่งได้เป็น 3 ประเภท คือ

1. กิจกรรมที่ไม่มีรูปแบบ (Informal Activity) เช่น การช่วยเหลืองานของสมาชิกในครอบครัว และการพบปะสังสรรค์กับเพื่อน ญาติ เป็นต้น
2. กิจกรรมที่มีรูปแบบ (Formal Activity) เช่น เข้าร่วมในสมาคมต่าง ๆ การเข้ากลุ่มทางศาสนา การเป็นอาสาสมัครเพื่อสังคมซึ่งเป็นกิจกรรมภายนอกครอบครัว เป็นต้น
3. กิจกรรมที่ทำคนเดียว (Solitary Activity) เช่น การทำงานในยามว่าง กิจกรรมเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจส่วนตัว และกิจกรรมภายในบ้าน เป็นต้น

สรุปว่า ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัยจะแตกต่างกัน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จึงเป็นตัวแปรที่สนใจศึกษาเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และลักษณะการอยู่อาศัย รวมทั้งสุขภาพกาย สภาพสังคม สภาพเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม ด้านสภาพจิต ความวิตกกังวล ความซึมเศร้าและความพึงพอใจในชีวิต

สุขภาพและความหมายของสุขภาพ

1. ความหมายของสุขภาพ

“A sound mind is in a sound body” “จิตที่สดใสย่อมอยู่ในร่างกายที่สมบูรณ์” การที่ได้มีคำกล่าวเช่นนี้ก็เนื่องจากร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดจนเกือบจะแยกกันไม่ได้และต้องพึ่งพาอาศัยกันตลอดเวลา ถ้าเมื่อใดที่ร่างกาย สุขสมบูรณ์ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บหรือมีสุขภาพดี จิตใจก็สุขสบายปราศจากความเศร้าหมองและมีความสดชื่นรื่นเริงในทางตรงกันข้ามหากร่างกายได้รับแต่ความทุกข์ร้อน ประสบความผิดหวังและเศร้าโศกเสียใจอยู่เสมอก็พลอยทำให้ร่างกายทรุดโทรมชุ่มพอม กินไม่ได้นอนไม่หลับและมีโรคภัยมาเบียดเบียน

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ในฐานะเป็นองค์กรหลักที่ดูแลด้านสุขภาพอนามัย ได้ให้ความหมายของสุขภาพ (Health) ไว้ว่า สุขภาพ หมายถึง ภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ (จิตวิญญาณ) รวมถึงการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข และมีได้หมายความเฉพาะเพียงแต่ความปราศจากโรคหรือความพิการทุพพลภาพเท่านั้น

[Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the

absence of disease or infirmity.” (WHO,1946)] ต่อมาในที่ประชุมองค์การสุขภาพโลกเมื่อเดือนพฤษภาคม 2541 ได้เพิ่ม สุขภาวะด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Well-being) เข้าไปอีกหัวข้อหนึ่ง (ประเวศ วะสี. 2542 : 4)

จากการประมวลความหมายต่าง ๆ จึงพอจะสรุปได้ว่า สุขภาพ หมายถึง ผลรวมภาวะความสุขของมนุษย์ทุกมิติทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ภาวะความสุขในมิติทางกาย จะพิจารณาจากองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่

1. ความทุพพลภาพ (Infirmity)
2. ทรวดทรง (Posture)
3. ความเจ็บป่วย (Illness)
4. บาดแผล (Wound)
5. สมรรถภาพของร่างกาย (Physical Fitness)

ความหมายขององค์ประกอบเหล่านี้จำเป็นต้องอธิบายความหมายอย่างน้อย 1

องค์ประกอบ คือ ทรวดทรง กล่าวคือ ทรวดทรงหมายถึงผลสรุปรวมยอดของส่วนประกอบทุกส่วนของร่างกายตั้งแต่ผมลงไปจรดเท้า ได้แก่ ขนาดของร่างกายด้านต่าง ๆ เช่น ความสูง-ต่ำ ความอ้วน-ผอม ความกลม-แบนของลำตัว ส่วน ไก่ ส่วนหัว ลักษณะของมือทั้งสอง ขนาค ความกลม-แบน ความหนาแน่น-บาง ลักษณะและส่วนประกอบของหน้า และความเนียน-หยาบของผิว ตลอดจนสีผิวถ้าส่วนประกอบต่าง ๆ กลมกลืนกันมากเท่าใดย่อมหมายถึงทรวดทรงดีเท่านั้น

แม้ว่าตามหลักวิชาภาวะความสุขในมิติทางกายต้องพิจารณาจากองค์ประกอบทั้ง 5 องค์ประกอบ แต่โดยทั่วไปนิยมวัดจากสมรรถภาพของร่างกายหรือสมรรถภาพทางกายภาพเพียงองค์ประกอบเดียวก็ยอมรับว่าบ่งบอกภาวะความสุขในมิติทางกายได้แล้ว

ภาวะความสุขในมิติทางจิตใจเนื่องจากจิตใจคือความรู้สึกต่อสิ่งใด ๆ ภาวะความสุขในมิติทางจิตใจจะพิจารณาจากองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่

1. มีความรู้สึกต่อโลกในแง่ดี
2. ควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองสิ่งเร้าโดยยับยั้ง อันเนื่องจากอารมณ์ต่าง ๆ ได้

เหมาะสม

3. เมื่อเกิดความเครียดมีความรู้สึกว่าคุณยังมีโอกาสเครียดเป็นเรื่องปกติ
4. ควบคุมไม่ให้เกิดความเครียดมากได้ และคลี่คลายความเครียดได้เหมาะสม

ในเวลารวดเร็ว

5. มีความรู้สึกยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น

ภาวะความสุขในมิติทางอารมณ์ เนื่องจากอารมณ์คือความรู้สึกตอบสนองของสิ่งเร้า โดยฉับพลัน อารมณ์มี 2 ด้าน คือ ฟุ้งพอใจ กับไม่ฟุ้งพอใจ ตัวอย่างอารมณ์ที่ฟุ้งพอใจ สนุก ดีใจ รัก ตื่นเต้น เป็นต้น และตัวอย่างอารมณ์ไม่ฟุ้งพอใจ เช่น โกรธ เกลียด อิจฉา ริษยา เศร้า เสียใจ กลัว เป็นต้น อารมณ์จะ สั่งการให้มีปฏิกิริยาตอบสนองของสิ่งเร้าที่มากกระทบ แต่ละอารมณ์จะมี ปฏิกิริยาตอบสนองแตกต่างกัน สิ่งเร้าลักษณะเดียวกันอาจก่อให้เกิดอารมณ์ที่แตกต่างกันใน บุคคลที่ต่างกัน หรือแม้แต่ในบุคคลเดียวกันก็อาจเกิดอารมณ์ที่แตกต่างกันได้ขึ้นอยู่กับ สถานการณ์แวดล้อมในขณะนั้น ๆ ภาวะความสุขในมิติทางอารมณ์พิจารณาจากองค์ประกอบ 2 ด้าน ได้แก่

1. ความอ่อนไหว-ความหนักแน่นของความรู้สึกตอบสนองสิ่งเร้าโดยฉับพลัน
2. ความเครียดที่สืบเนื่องมาจากสิ่งเร้านั้น

ภาวะความสุขในมิติทางสังคม มิติทางสังคมเป็นสถานการณ์การวางตนในภาวะ ปกติ และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ภาวะความสุขในมิติทางสังคมพิจารณาจากองค์ประกอบ 8 ประการ ได้แก่

1. มีวินัยในตนเองและควบคุมให้คงอยู่ได้
2. มีความรับผิดชอบเหมาะสมกับอายุและบทบาททางสังคม
3. ยอมรับและรักษานับธรรมเนียม ประเพณี และกฎเกณฑ์ของสังคม
4. มีเพื่อนสนิท
5. มีกิจกรรมร่วมกับเพื่อน ญาติ และคนอื่น ๆ ได้เหมาะสม
6. มีความรับผิดชอบต่อผู้อื่น
7. มีเพื่อนทั้งเพศเดียวกันและต่างเพศทุกวัย
8. มีเพื่อนใหม่ ๆ

ภาวะความสุขในมิติทางจิตวิญญาณ จิตวิญญาณเป็นความรู้สึกของบุคคลที่หยั่งราก ลึกจนมั่นคง ความรู้สึกนั้นจะคอยผลักดันพฤติกรรมอันแท้จริงของบุคคลต่อสิ่งต่าง ๆ และ บุคคลอื่น ๆ เพราะฉะนั้นจิตวิญญาณจึงมี 2 ลักษณะ คือ จิตวิญญาณดี กับจิตวิญญาณไม่ดี ภาวะ ความสุขในมิติทางจิตวิญญาณเป็นลักษณะของจิตวิญญาณดี ซึ่งจะพิจารณาจากองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่

1. รักตนเอง รักผู้อื่น และรักสิ่งแวดล้อม
2. มุ่งมั่นทำสิ่งดีงามทุกโอกาส แม้ไม่มีใครทราบการกระทำนั้น

3. เห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวมไม่น้อยกว่าประโยชน์ส่วนตน
4. กระตือรือร้นช่วยเหลือผู้อื่นแต่ไม่เกินกำลังตน
5. กล้าตัดสินใจกระทำทุกอย่างบนพื้นฐานความดีงาม

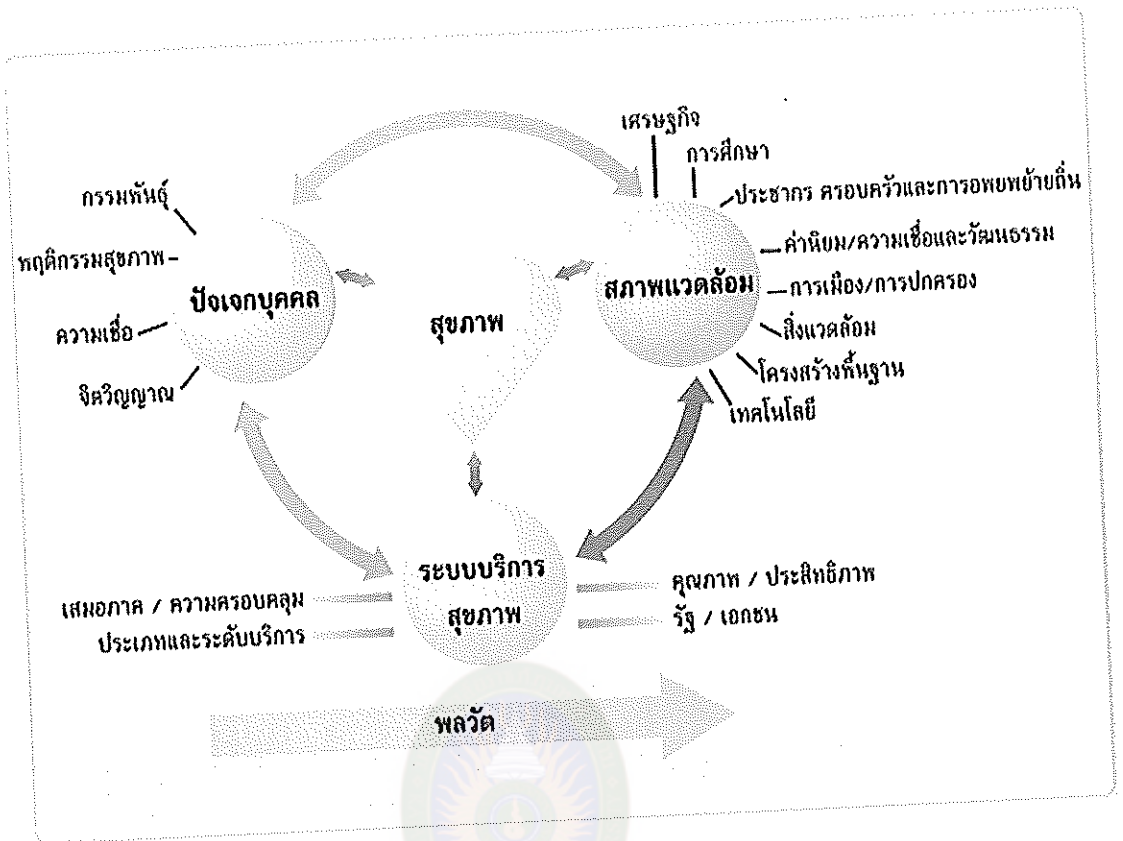
โดยปกติบุคคลทั่วไปเมื่อรวมทุกมิติเข้าด้วยกันแล้ว ย่อมประกอบด้วยภาวะความสุขและภาวะความทุกข์เสมอ นั่นคือ ภาวะความสุข + ภาวะความทุกข์ = 100% และระดับของภาวะความสุขกับทุกข์ย่อมเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ดังนั้น จึงมีการกำหนดเกณฑ์ของระดับสุขภาพไว้ เพื่อใช้สื่อทำความเข้าใจให้ตรงกัน และเป็นเกณฑ์ในการสร้างเสริมระดับสุขภาพให้ดีขึ้น ดังนี้

- สุขภาพสมบูรณ์ คือ ภาวะของมนุษย์ที่มีความสุขอย่างเดียวไม่มีความทุกข์เลย
- สุขภาพดี คือ ภาวะของมนุษย์ที่มีความสุข 80-99%
- สุขภาพค่อนข้างดี คือ ภาวะของมนุษย์ที่มีความสุข 60-79%
- สุขภาพไม่ค่อยดี คือ ภาวะของมนุษย์ที่มีความสุข 50-59%
- สุขภาพไม่ดี คือ ภาวะของมนุษย์ที่มีความทุกข์มากกว่าความสุข

ถ้าเป็นไปได้ใคร ๆ ก็คงปรารถนาระดับความสุขสูงสุด คือ สุขภาพสมบูรณ์ ด้วยกันทุกคน แต่ในความเป็นจริงคงหาคนที่มึระดับสุขภาพสมบูรณ์ไม่ได้ ดังนั้น บุคคลทั่วไปคงจำต้องปรารถนาระดับสุขภาพถัดมา คือ ระดับสุขภาพดี แม้แต่ระดับสุขภาพดีก็มีไข่มิได้ง่าย ๆ การสร้างเสริมสุขภาพให้ระดับสุขภาพสูงขึ้นต้องอาศัยองค์ประกอบหลายประการ ข้อเท็จจริงที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ระดับสุขภาพจะไม่คงที่ โดยแปรเปลี่ยนไปตามผลลัพธ์รวบยอดขององค์ประกอบต่าง ๆ ในขณะนั้น ๆ จากเหตุผลและข้อเท็จจริงที่ยกตัวอย่างมานี้ย่อมยืนยันได้ว่าสุขภาพมีความสำคัญต่อมนุษย์

2. สถานการณ์และแนวโน้มของปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพไทย

สุขภาพมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับปัจจัยต่าง ๆ มากมาย ดังนั้น การวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มระบบสุขภาพไทย จึงต้องวิเคราะห์และสังเคราะห์จากการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยต่าง ๆ ทั้งด้านปัจเจกบุคคล สภาพแวดล้อมในทุกมิติที่จะกระทบต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงกับปัจจัยแวดล้อมได้อย่างบูรณาการ ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 ความเชื่อมโยงและพลวัตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

2.1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ ซึ่งมีความเป็นพลวัต (Dynamic) ตลอดเวลาคือ

2.1.1 องค์ประกอบด้านปัจเจกบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานะสุขภาพ อาชีพ ถิ่นที่อยู่ กรรมพันธุ์ ความเชื่อ พฤติกรรม จิตวิญญาณของแต่ละบุคคล

2.1.2 องค์ประกอบด้านสภาวะแวดล้อม ได้แก่ ปัจจัยด้านกายภาพ ชีวภาพ เศรษฐกิจ สังคม และอื่น ๆ

2.1.3 องค์ประกอบด้านระบบสาธารณสุข ได้แก่ ระบบการให้บริการสุขภาพต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ และเอกชน

2.1.1 องค์ประกอบด้านปัจเจกบุคคล ประกอบด้วย

1) พฤติกรรมของประชาชนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมทางเพศ พฤติกรรมการทำงานและการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม ทำให้

เกิดภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคเพิ่มมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง มะเร็ง
อุบัติเหตุ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ภาวะทุพโภชนาการ การบริโภคผักและผลไม้ไม่

2) ความคิด ความเชื่อ มิตินาถจิตและสังคมขาดความสนใจเพราะมุ่ง
เศรษฐกิจ ตามกระแสวัตถุนิยมและบริโภคนิยมและทัศนคติของการจัดการให้สุขภาพสำคัญใน
ระดับต่ำ อิทธิพลจากสื่อ โฆษณาตัวประกอบเป็นผลต่อความเชื่อ และทัศนคติในสังคมผิด ๆ
ในการดูแลสุขภาพ

3) พันธุกรรม เทคโนโลยีทางพันธุวิศวกรรม และเทคโนโลยีทางการ
แพทย์ก้าวหน้ามีผลต่อการรักษาโรคที่ไม่อาจรักษาหรือป้องกันบางโรคทางพันธุกรรมได้ เช่น
โรคปัญญาอ่อน โรคโลหิตจาง ธาลัสซีเมีย เป็นต้น

2.1.2 องค์ประกอบด้านสภาวะแวดล้อม ประกอบด้วย

1) การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศ ส่งผลให้เกิดการกระจาย
รายได้ที่เหลื่อมล้ำระหว่างคนรวยกับคนจน ทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันในการกระจาย
ทรัพยากรสุขภาพ ซึ่งความไม่เท่าเทียมดังกล่าว ทำให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสในชนบทที่ห่างไกล
ความเจริญและคนที่อยู่ในชุมชนแออัดมีโอกาสได้รับการดูแลสุขภาพไม่ทั่วถึง นอกจากนี้ยัง
พบว่า การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจยังส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอีกด้วย

2) การศึกษา กระบวนการจัดการเรียนการสอนในประเทศไทยมุ่งเน้น
การท่องจำเนื้อหา มากกว่าการฝึกคิดวิเคราะห์แก้ปัญหา และค้นคว้าความรู้ด้วยตนเอง อันเป็น
ทักษะพื้นฐานที่จำเป็นต่อการสร้างทักษะชีวิต ซึ่งอาจนำไปสู่การไม่สามารถแก้ไขปัญหาและ
สถานการณ์ที่นำไปสู่ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพได้ นอกจากนี้ยังพบว่าระดับการศึกษาของคนไทย
ส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาซึ่งมีผลต่อการพัฒนาแรงงานและพัฒนาสุขภาพ กล่าวคือ
กลุ่มแรงงานไม่สามารถดูแลสุขภาพและปกป้องคุ้มครองตัวเองจากการทำงาน ทำให้การ
บาดเจ็บจากการทำงานเพิ่มมากขึ้น และกลุ่มคนที่ด้อยโอกาสในสังคม เช่น คนยากจนในชนบท
คนยากจนในเมืองที่ไม่สามารถเข้ารับการศึกษาได้ ซึ่งจะเป็นกลุ่มที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการ
สุขภาพ และเป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพมาก

3) การเมืองการปกครอง การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองการปกครอง
มีผลต่อการกำหนดนโยบาย เนื่องจากการกำหนดนโยบายส่วนใหญ่จะถูกกำหนดโดยข้าราชการ
ประจำที่มีข้อมูล มีวิชาการอยู่ในมือส่วนมาก และการที่มีการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง
บ่อยทำให้เกิดความไม่ต่อเนื่องในนโยบายสุขภาพ รวมถึงการขาดกำลังคนด้านสุขภาพที่สำคัญ

บางสาขา เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล ลาออกจากราชการไปทำงานเอกชนเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากอัตราค่าตอบแทนสำหรับโรงพยาบาลของรัฐมีอัตราที่ต่ำกว่าโรงพยาบาลเอกชน

4) โครงสร้างพื้นฐาน เช่น การสื่อสาร การคมนาคม การสาธารณสุขโลก มีการขยายตัวอย่างรวดเร็ว ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย ได้แก่ ปัญหาอุบัติเหตุจากการจราจรเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการสูญเสียชีวิต และทรัพย์สิน รวมทั้งเกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เนื่องจากโครงสร้างพื้นฐานด้านการสื่อสารของไทยด้อยกว่าต่างประเทศมากทำให้ประชาชนส่วนหนึ่งไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ โดยเฉพาะประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทและภูมิภาคจะเข้าถึงการบริการด้านข้อมูลข่าวสารยากกว่าประชากรที่อยู่ในเมือง

5) ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ส่งผลให้ไทยมีการนำเข้าเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างไร้ขีดจำกัด โดยไม่มีกลไกในการกลั่นกรอง ตรวจสอบความเหมาะสม ส่งผลให้มีการใช้งานไม่คุ้มค่าต่อการลงทุนทำให้แพทย์สั่งการตรวจรักษาโดยไม่คำนึงถึงความคุ้มค่าเป็นลบต่อจริยธรรมวิชาชีพ รวมถึงความเชื่อถือของประชาชน ผู้รับบริการตรวจสุขภาพและยังต้องลงทุนในการพัฒนาบุคลากร รวมทั้งต้องเฝ้าระวังภัยอันตรายที่เกิดจากการใช้เทคโนโลยี เครื่องมือแพทย์ราคาแพง ทำให้เกิดปัญหาการกระจายเครื่องมือทางการแพทย์ไม่เท่าเทียมกัน โดยมีการกระจุกในเมืองใหญ่และอยู่ในภาคเอกชน มากกว่าภาครัฐและส่งผลถึงการเข้ารับบริการของผู้มีรายได้น้อยและผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพที่ต้องการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่

6) การเปลี่ยนแปลงด้านประชากร การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของจำนวนประชากรไม่ได้สัดส่วนกับทรัพยากรเศรษฐกิจที่มีอยู่หรือไม่สัมพันธ์กับโอกาสการมีงานทำได้ ก่อให้เกิดปัญหาสังคมตามมาอีกหลายด้าน ตลอดทั้งการอพยพย้ายถิ่น ความแออัดและการขาดแคลนที่อยู่อาศัยในเมือง ยิ่งทำให้เกิดสภาพแวดล้อมทางสังคมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพกาย และสุขภาพจิตของประชาชนในเมืองโดยทั่วไป

7) การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น ป่าไม้ลดลง ดินคุณภาพต่ำมีมลพิษ มีสารปนเปื้อนในน้ำดิบที่ใช้ทำน้ำประปา การใช้สารเคมีและวัตถุอันตรายมากขึ้นส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีและเสี่ยงภัยต่ออันตรายจากสารพิษได้

8) ด้านชีวภาพ มีการเปลี่ยนแปลงจุลชีพที่เกี่ยวกับสุขภาพ รวมทั้งแมลง และสัตว์นำโรคอยู่ตลอดเวลา ส่งผลต่อวิธีการรักษาพยาบาลและผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน

9) ปัจจัยทางด้านสังคมอื่น ๆ เช่น วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม ศีลธรรม และจริยธรรม ส่งผลต่อการมีสุขภาพดีหรือไม่ดีของประชาชน

2.1.3 องค์ประกอบด้านระบบสาธารณสุข ได้แก่ ระบบการให้บริการสุขภาพต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ และเอกชน ประกอบด้วย

1) การกระจายโครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐ และเอกชน มีการกระจายมีการครอบคลุมมากขึ้นและการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพจะส่งผลให้ประชาชนมี สุขภาพดีขึ้นได้

2) โครงสร้างองค์กรการบริหารงานสาธารณสุข ในการบริหารการสาธารณสุขจะต้องปรับองค์การทำงานให้เล็กลงเน้นกระจายอำนาจไปสู่หน่วยปฏิบัติจะทำให้เกิดการปรับกระบวนการทำงานให้ตอบสนองต่อภาวะการมีสุขภาพดีของประชาชน

3) คุณภาพและประสิทธิภาพในการบริการ มีแนวโน้มการแข่งขัน การพัฒนาคุณภาพบริการ และการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของสถานพยาบาลทุกประเภท ทุกระดับเกิดขึ้นแต่มีปัญหาการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขไม่ทัดเทียมกันในภูมิภาคส่งผลให้ปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนในบางพื้นที่มีปัญหารุนแรง

4) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ มีการใช้ทรัพยากรอย่างสิ้นเปลืองและไม่ประหยัด ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในภาพรวมของสังคมสูงขึ้น

5) การมีส่วนร่วมของประชาชน การพึ่งตนเองและการมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาลของประชาชน ในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยเน้นการสาธารณสุขมูลฐานยังทำได้ผลดีอย่างแท้จริงในบางพื้นที่เท่านั้น และขาดความยั่งยืนในการพัฒนา จำเป็นต้องส่งเสริมให้ประชาชนเห็นความสำคัญและหันมาพัฒนาสุขภาพของตนเอง ชุมชน และสังคมได้ด้วยตนเอง

สรุปว่าองค์ประกอบทั้ง 3 ประการข้างต้นนี้ เป็นส่วนสำคัญที่เชื่อมโยงกันอย่างแยกไม่ออกและส่งผลต่อสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ องค์ประกอบเหล่านี้ก็มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา จำเป็นจะต้องให้ความสนใจ ศึกษาวิจัย เฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด คาดการณ์แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอเพื่อที่จะปรับยุทธศาสตร์ ยุทธวิธี ในการดูแลสุขภาพของประชาชน ไทยให้มีสุขภาพดี

สรุปว่า สุขภาพ หมายถึง ภาวะแห่งความสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ และการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี ไม่ใช่เพียงแต่ความปราศจากโรคหรือทุพพลภาพแต่สุขภาพยังเน้นความเป็นอยู่ที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ นั่นคือ ต้องมีสุขภาพกาย

สุขภาพจิตและสุขภาพทางสังคมดีพร้อมครบทุกด้าน การที่ประชาชนของประเทศใดมีสุขภาพดีก็เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศให้ก้าวหน้าเจริญรุ่งเรือง ในทางตรงกันข้ามหากประเทศใดมีแต่ประชาชนที่อ่อนแอ เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายไข้เจ็บต่าง ๆ ประเทศชาติจะพัฒนาได้ช้าส่งผลให้เกิดความล่าช้าและยากจน ซึ่งนอกจากจะขาดกำลังในการพัฒนาประเทศแล้ว ยังต้องใช้งบประมาณมาดูแลสุขภาพของประชาชนอีกด้วย ดังนั้น จะเห็นได้ว่า การมีสุขภาพ ที่ดีย่อมมีความสำคัญต่อการพัฒนาประเทศเป็นอย่างมาก

แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพของชุมชน

ชุมชนถือเป็นรากฐานที่สำคัญของสังคม การดูแลสุขภาพตนเองของชุมชน ถือว่าเป็นการพึ่งตนเองในด้านสุขภาพ และการพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพเป็นเรื่องของการจัดการทั้งหมดของบุคคลในชุมชนในเรื่องสุขภาพ ซึ่งไม่เพียงแต่จำกัดอยู่ในส่วนของ การทำนุบำรุงสุขภาพ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การวินิจฉัยโรคและการรักษาตนเองเท่านั้น แต่การพัฒนาการพึ่งตนเองทางสุขภาพนั้นมุ่ง ไปสู่การจัดการเรื่องสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ การเมือง การศึกษา และสังคม ควบคู่ไปกับการจัดการเรื่องสุขภาพ ตลอดจนมุ่งปรับปรุงวิถีชีวิตที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

ธีระพงษ์ แก้วหาญษ์ (2543) ระบุว่าระบบการแพทย์ของประชาชน เพื่อการมีสุขภาพดีคือการดูแลสุขภาพตนเอง ถือได้ว่าเป็นระบบการแพทย์ของประชาชน (Lay Medical System) ซึ่งเป็นระบบที่มีมาก่อนที่ระบบการแพทย์วิทยาศาสตร์หรือการแพทย์ตะวันตก คนในชุมชนมีการดูแลตนเองทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วยซึ่งถือได้ว่าเป็นการจัดการใน ส่วนที่เป็นบทบาทของประชาชน (Popular Sector) มัลลิกา มัตติโก (ไพรวลัย เตชะ โกศล, 2546 : 22-23 ; อ้างอิงมาจาก มัลลิกา มัตติโก, 2530) และได้อธิบายถึงแนวคิดพื้นฐานในการดูแลสุขภาพตนเองดังนี้

1. สุขภาพและการเจ็บป่วย เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นมาพร้อม ๆ กับสังคม ดังนั้น การดูแลจัดการด้านการเจ็บป่วย จึงเป็นสิทธิและหน้าที่ของประชาชน ครอบครัว ชุมชน
2. สุขภาพและความเจ็บป่วยจัดอยู่ในขอบข่ายทางวัฒนธรรม บุคคลแต่ละคนย่อมมีวิธีที่แก้ไขปัญหาที่แตกต่างกันออกไป แม้ว่าปัญหานั้นจะเป็นปัญหา โรคร้าย ไข้เจ็บเดียวกัน ทั้งนี้ แต่ละบุคคลมีประสบการณ์ ค่านิยม และแนวคิด ความเชื่อเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วยแตกต่างกันออกไป

3. ในชุมชนทุกชุมชน การแก้ปัญหาเรื่องสุขภาพ และความเจ็บป่วยถูกกำหนดแล้ว โดยกฎเกณฑ์ทางสังคม สังคมเป็นผู้ระบุและตัดสินใจว่าใครป่วย ป่วยเป็นอะไรและรักษาอย่างไร ดังนั้นการเยียวยาจึงเป็นเรื่องของชุมชน

4. บริการทางการแพทย์ยังไม่ทั่วถึงและราคาแพง และไม่สนองตอบความต้องการที่แท้จริงของประชาชน จึงมีความจำเป็นที่สังคมต้องมีการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อสนองความต้องการพื้นฐาน

5. การดูแลตนเองเป็นกระบวนการตัดสินใจซึ่งรวมตั้งแต่การสังเกตด้วยตนเอง การรับอาการการให้ความหมายของอาการ การตัดสินใจเกี่ยวกับความรุนแรง การเลือกวิธีการรักษา และการประเมินผลของการรักษาด้วยตนเอง

ขอบเขตของการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบคลุมถึงบริการหรือกิจกรรมดูแลที่ได้รับจากครอบครัวเพื่อนบ้าน กลุ่มองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ ในด้านของพฤติกรรมดูแลสุขภาพคือ

1. การดูแลสุขภาพตนเองในสภาวะปกติ (Self Care in Health) เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเอง และสมาชิกชุมชนให้เข้มแข็งสมบูรณ์อยู่เสมอ แบ่งเป็น 2 ลักษณะคือ

1.1 การส่งเสริมสุขภาพ (Health Maintenance) คือ พฤติกรรมการรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากการเจ็บป่วย สามารถดำรงชีวิตอย่างปกติสุขและพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่าง ๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ

1.2 การป้องกันโรค (Disease Prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วย หรือ โรคต่าง ๆ โดยแบ่งระดับการป้องกันโรคเป็น 3 ระดับคือ การป้องกันโรคเบื้องต้น (Primary Prevention) การป้องกันความรุนแรงของโรค (Secondary Prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่มุ่งขจัดโรคให้หมดไปก่อนที่จะอาการโรคจะรุนแรง และการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค (Tertiary Prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่มีเป้าหมายต้องการยับยั้งการแพร่กระจายโรค จากผู้ป่วยไปสู่ผู้อื่น

2. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Self Care in Illness) เป็นการรับรู้ว่าตนเองป่วยซึ่งอาจจะตัดสินใจด้วยตนเองหรือเครือข่ายทางสังคม และจะเข้าสู่พฤติกรรมความเจ็บป่วย โดยแต่ละคนจะตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน เช่น การงดของแสลง การใช้การบีบนิ้ว การซื้อยากินเอง และการตัดสินใจไปหาแพทย์ เป็นต้น

สรุปได้ว่า การดูแลสุขภาพตนเองจะครอบคลุมทั้งการดูแลสุขภาพในสภาวะปกติและการดูแลสุขภาพในสภาวะเจ็บป่วย เนื่องจากการที่จะดำรงชีวิตตามปกติของคนเรานั้นจะต้อง

เผชิญทั้งสถานการณ์ที่จะต้องดูแลสุขภาพในภาวะปกติ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีสามารถประกอบกิจกรรมประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ บทบาทในการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นคือการบำรุงสุขภาพและป้องกัน โรคร้ายไข้เจ็บต่าง ๆ และการดูแลสุขภาพในสภาวะที่เจ็บป่วยซึ่งได้แก่ การตระหนักว่าจะปฏิบัติตัวอย่างใดเมื่อตกอยู่ในสภาวะเจ็บป่วย ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อการพึ่งตนเองในด้านสุขภาพของชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนนั่นเอง

ความหมายของการจัดการสุขภาพชุมชน

การจัดการเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับองค์กร หรือกลุ่มคนที่มารวมกันตั้งแต่สองคนขึ้นไป เพื่อให้สำเร็จผลในกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งดังนั้นถ้างานที่ต้องอาศัยคนมากกว่าหนึ่งคนเข้ามาช่วยกันทำแล้ว จำเป็นต้องเป็นการบริหารจัดการสำหรับกลุ่มคนนั้น ๆ ซึ่งการจัดการมาจากภาษาอังกฤษว่า Management และมีผู้ให้ความหมายหลายท่าน คือ

ธงชัย สันติวงษ์ (2539) อธิบายว่า การจัดการที่ดีผู้บริหารหรือเจ้าของกิจการทุกคนจะต้องทำหน้าที่จัดการให้ระบบงาน และคนให้สามารถประสานทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ

สมคิด บาโม (2539) อธิบายว่า การจัดการคือศิลปะในการใช้คนเงินวัสดุอุปกรณ์ ขององค์กรและนอกองค์กร เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ

วิโรจน์ สารรัตนะ (2542) อธิบายว่า การจัดการเป็นกระบวนการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายขององค์กร โดยอาศัยหน้าที่ทางการบริหารที่สำคัญคือ การวางแผน การจัดการองค์การ การนำและการควบคุม

พะยอม วงศ์สารศรี (2542) การจัดการคือ กระบวนการที่ผู้จัดการใช้ศิลปะและกลยุทธ์ต่าง ๆ ดำเนินกิจการตามขั้นตอนต่าง ๆ โดยอาศัยความร่วมมือร่วมใจของสมาชิกองค์กร การตระหนักถึงความสามารถ ความถนัด ความต้องการ และความมุ่งหวังด้านความเจริญก้าวหน้าในการปฏิบัติงานสมาชิกในองค์กรควบคู่ไปด้วยองค์กรจึงจะสัมฤทธิ์ผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้และยังได้แบ่งความหมายการจัดการออกได้ 3 ประเด็น คือ

1. การจัดการเป็นศิลปะของการใช้บุคคลอื่นทำงานให้แก่องค์กร
2. การจัดการเป็นกระบวนการ ที่ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนคือ การวางแผน การจัดการองค์การ จัดบุคคลเข้าทำงาน การสั่งการ และการควบคุม
3. การจัดการเป็นกลุ่มของผู้จัดการที่ทำหน้าที่ในการบริหารหรือจัดกิจกรรมต่าง ๆ ในองค์กรเป็นผู้ดำเนินการตัดสินใจ กำหนดเป้าหมายขององค์กรและการประสานงานให้สมาชิกองค์กรดำเนินการ

ธงชัย สันติวงษ์ (2539) ได้กล่าวหน้าที่สำคัญในการจัดการ (Management Function) ที่เหมาะสมที่สุดและที่นิยมมากที่สุดคือ การใช้วิธีการกิจกรรมหรืองานบริหารต่าง ๆ ไว้ภายใต้หัวข้อ ดังนี้คือ

1. การวางแผน (Planning) หมายถึง การกำหนดวิธีการที่จะปฏิบัติขององค์กรไว้ล่วงหน้าเพื่อให้สามารถกำหนดวัตถุประสงค์ (Objectives) พัฒนากลยุทธ์ (Strategies) จัดทำแผนงาน (Program) จัดสรรงบประมาณ (Budget) กำหนดระเบียบวิธีปฏิบัติ (Procedures) และนโยบาย (Policies) ที่ดีที่สุดสำหรับองค์กรของตนภายหลังจากที่ได้มีการวิเคราะห์สถานการณ์ (Forecast)

2. การจัดการองค์กร (Organizing) หมายถึง ภาระหน้าที่ในการกำหนดจัดเตรียมและจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ขององค์กรที่ได้ตั้งไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. การจัดคนเข้าทำงาน (Staffing) หมายถึง ภาระหน้าที่ที่เกี่ยวกับการจัดการตัวคนซึ่งเริ่มต้นด้วยการเสาะหาและคัดเลือกให้ได้มาซึ่งคนที่มีคุณสมบัติเหมาะสมกับลักษณะงานต่าง ๆ ที่ได้พิจารณามาแล้ว

4. การสั่งการ (Directing) หมายถึง ความพยายามที่จะทำให้การกระทำของทุกฝ่ายในองค์กร เป็นไปในทางที่จะส่งเสริมให้เกิดผลสำเร็จของงานตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ

5. การควบคุม (Controlling) หมายถึง การมุ่งบังคับให้กับงานต่าง ๆ เป็นไปตามแผนเพื่อที่จะป้องกันมิให้เกิดความเสียหายทั้งปวง

นอกจากนี้ วิจารณ์ สารรัตน์ (2542) ได้อธิบายหน้าที่ของการจัดการเป็น 4 ประการคือ

1. การวางแผน หมายถึงการกำหนดจุดหมายและวิธีการ
2. การจัดการองค์กร หมายถึงการจัดสรรและการจัดแจงทรัพยากร
3. การนำ หมายถึง มีอิทธิพลต่อผู้อื่นเพื่อปฏิบัติงานสู่จุดหมาย
4. การควบคุม หมายถึง การจัดวางระเบียบเพื่อบรรลุจุดหมาย

จากการศึกษาของ สมพันธ์ เตชะอธิก (2540) พบว่าในชุมชนมีการจัดการในรูปแบบที่ไม่เฉพาะตายตัว ได้อธิบายการจัดการขององค์กรชาวบ้าน มีรายละเอียดดังนี้คือ

1. การตัดสินใจร่วม นับเป็นหัวใจสำคัญของการรวมตัวกันเป็นองค์กรบ้าน เพราะถ้าหากสมาชิกไม่มีโอกาสตัดสินใจด้วยความเป็นเจ้าขององค์กร ก็ย่อมไม่มีความอยู่รอด องค์กรจะขาดความตระหนักและช่วยกันประคับประคองแต่ปล่อยให้ขึ้นอยู่กับผู้นำว่าจะไปในทิศทางใด ดังนั้นการทำอะไรที่สำคัญ ๆ ในองค์กรจึงต้องให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

2. โครงสร้างและบทบาทหน้าที่ โดยทั่วไปมีโครงสร้างจัดไว้เป็นรูปแบบมาตรฐาน คือ มีประธาน รองประธาน เลขานุการ ประชาสัมพันธ์ ปฏิคม เภรัญญิก ตรวจสอบ และ กรรมการอื่น ๆ มีการแบ่งบทบาทหน้าที่กันทำตามตำแหน่ง โครงสร้างนี้อาจไม่จำเป็นสำหรับองค์กรที่มีเนื้อหางานชัดเจน ควรมีตำแหน่งที่มีเนื้อหางานให้ปฏิบัติจริง

3. สถานที่และวัสดุอุปกรณ์ เพื่อเป็นศูนย์กลางของการรวมตัวกันสำหรับการ ประชุมการจัดกิจกรรม การเก็บวัสดุอุปกรณ์ และใช้ประโยชน์อื่น ๆ สำหรับชุมชน

4. กฎกติการ่วมกัน เพื่อยึดถือเป็นแนวทางปฏิบัติและเป็นข้อตกลงร่วมกันการที่คน หลายคนมารวมกลุ่มกัน ย่อมมีความคิดเห็นที่แตกต่างกันหรือขัดแย้งกันที่สะท้อนต่อการปฏิบัติ ตามจึงเป็นสิ่งสำคัญขององค์กรชาวบ้าน

5. สื่อสารระหว่างผู้นำกับสมาชิกของกรชาวบ้านซึ่งมีหลายรูปแบบเช่นการประชุม ชี้แจงแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและหาข้อสรุปร่วมกันการแจ้งข้อมูลข่าวสารผ่านหอกระจายข่าว การประชุมแกนนำองค์กรและกระจายข้อมูลต่อในกลุ่มย่อยการใช้ความสัมพันธ์ทางสังคมและ วัฒนธรรมระหว่างผู้นำและสมาชิกในการส่งต่อและรับข้อมูลข่าวสารความรู้ระหว่างกัน

6. การตรวจสอบ เมื่อมีการแบ่งหน้าที่กันทำแล้วต้องมีการตรวจสอบการดำเนินงาน กันอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มีการรับรู้กันอย่างโปร่งใส

นอกจากนี้ ชีระพงษ์ แก้วหาญ (2543) ได้อธิบายการที่ชุมชนมีศักยภาพและขีด ความสามารถในการจัดการและพัฒนาการสาธารณสุขเพื่อทำให้ทุกคนมีสุขภาพดีโดยมีวิธีการ ดำเนินการดังนี้คือ

1. ชุมชนสามารถจัดการสาธารณสุขด้วยตัวเอง โดยการจัดการบริการสาธารณสุข ดังกล่าวมีความสอดคล้องกับความต้องการของชุมชนตอบสนองต่อความจำเป็นในการแก้ไข ปัญหาหรือพัฒนาสุขภาพ บริการนั้นเป็นที่ยอมรับ มีความต่อเนื่องและผสมผสานอย่าง สอดคล้องต่อวิถีชีวิตความเชื่อ วัฒนธรรมของชุมชน ตลอดจนภูมิปัญญาท้องถิ่น

2. ชุมชนสามารถจัดองค์กร และทรัพยากรบุคคลที่มีความสามารถและทักษะการ จัดการเพื่อการแก้ไขปัญหา พัฒนาคุณภาพชีวิต รวมทั้งการจัดบริการสาธารณสุขชุมชน ตลอดจนมีการส่งเสริมและสนับสนุนความร่วมมือเพื่อให้บุคคล ครอบครัว และกลุ่มองค์กรต่าง ๆ สถาบันที่สำคัญของชุมชน เช่น การศึกษา ศาสนา แพทย์พื้นบ้าน ฯลฯ ทั้งภาครัฐและเอกชนที่ อยู่ในและนอกชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพของคนในชุมชน

3. ชุมชนมีการจัดการเพื่อให้การศึกษาในเรื่องสุขภาพ พัฒนาความรู้ความสามารถ และทักษะของบุคคล ครอบครัว กลุ่มต่าง ๆ ในชุมชนรวมทั้งพัฒนาผู้นำทางด้านสุขภาพเป็น

ชุมชนแห่งการเรียนรู้และพัฒนาทรัพยากรบุคคลที่มีค่านิยมสุขภาพที่ดี มีสำนึกและความ
เสียสละเพื่อส่วนรวม

4. ชุมชนมีการสำรวจและประเมินสถานะทางสุขภาพและคุณภาพชีวิตของคนใน
ชุมชนโดยการพัฒนาระบบการสำรวจและการนำข้อมูลด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตมาใช้ในการ
การวางแผนและประเมินผล มีการส่งข่าวสารในเรื่องสุขภาพ เพื่อการร่วมกันป้องกันแก้ไข
ปัญหาและพัฒนาสุขภาพของคนในชุมชน ปรับปรุงวิถีชีวิตที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี รวมทั้ง
ปกป้องสิทธิประโยชน์ในเรื่องสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน

5. ชุมชนมีการพัฒนาเพื่อสร้างหลักประกันสำหรับการเข้าถึงบริการสาธารณสุข
ของกลุ่มคนต่าง ๆ ที่มีอยู่ในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มคนที่ด้อยโอกาสกลุ่มผู้ยากไร้และกลุ่มเสี่ยง
ต่อปัญหาสุขภาพ

6. พัฒนาชุมชนตนเองให้เป็นผู้นำทางด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตร่วมกับชุมชน
อื่น เพื่อพัฒนาให้ท้องถิ่นตนเองดีขึ้น

สรุปว่า การจัดการสุขภาพในชุมชน คือวิธีการที่ชุมชนใช้ในการดำเนินงานด้าน
สุขภาพเพื่อที่จะทำให้สมาชิกของชุมชนมีสุขภาพดี โดยอาศัยกระบวนการจัดการและให้
ความหมายการจัดการคือ การรวมกลุ่มคิดและตัดสินใจร่วมกันในการกำหนดวิธีการ และการ
ดำเนินกิจกรรมทางด้านสุขภาพ รวมทั้งกำหนดมาตรการ และควบคุมให้กิจกรรมด้านสุขภาพ
นั้นดำเนินตามขั้นตอนของการดำเนินงาน เพื่อบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ คือ การมี
สุขภาพดีโดยอาศัยคน เงิน วัสดุ อุปกรณ์ จากภายในและภายนอกชุมชน เป็นปัจจัยในการ
ดำเนินงาน

แนวคิดและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ

ขอบเขตการดูแลสุขภาพตนเอง

พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ (2530) ได้กล่าวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองว่ามี 2 ลักษณะ

ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพตนเองในสภาวะปกติ การดูแลตนเองเพื่อสุขภาพอนามัยที่ดีให้มี
สุขภาพที่แข็งแรงอยู่เสมอ เป็นพฤติกรรมที่ท่าขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง 2 ลักษณะคือ

1.1 การดูแลสุขภาพเสริมสุขภาพ (Health Maintenance) คือ พฤติกรรมที่จะรักษา
สุขภาพให้แข็งแรงปราศจากการเจ็บป่วยสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข และพยายาม
หลีกเลี่ยงจากอันตรายต่าง ๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพเช่น การออกกำลังกาย การมีสุขวิทยาส่วน

บุคคลที่ดี การควบคุมอาหาร การไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ อันเป็นพฤติกรรมของประชาชนที่กระทำอย่างสม่ำเสมอในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง

1.2 การป้องกันโรค (Disease Prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกัน ไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือเป็นโรคต่าง ๆ เช่นการไปรับภูมิคุ้มกันโรค ฯลฯ โดยแบ่งระดับของการป้องกันโรคไว้ 3 ระดับคือ

1.2.1 การป้องกันโรคเบื้องต้น (Primary Prevention) เช่นการได้รับภูมิคุ้มกันโรค

1.2.2 การป้องกันความรุนแรงของโรค (Secondary Prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่มุ่งขจัดโรคให้หมดไปก่อนที่อาการของโรคจะรุนแรงขึ้น

1.2.3 การป้องกันการระบาดของโรค (Tertiary Prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่มีเป้าหมายต้องการยับยั้งการแพร่กระจายของโรคจากผู้ป่วยสู่คนอื่น ๆ

2. การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย

การดูแลสุขภาพตนเองของแต่ละบุคคลเมื่อเจ็บป่วย หมายถึงพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นตั้งแต่บุคคลตระหนักและประเมินเกี่ยวกับกับอาการผิดปกติตลอดจนตัดสินใจที่จะกระทำใด ๆ ลงไป เพื่อตอบสนองอาการผิดปกติ ส่วนการกระทำนั้นมีตั้งแต่การรักษาอาการผิดปกติด้วยตนเองหรือแสวงหาคำแนะนำจากผู้อื่นและครอบครัว เครือข่ายสังคมตลอดจนบุคลากรสาธารณสุข

ดังนั้นเมื่อบุคคลตระหนักถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย บุคคลจะมีพฤติกรรมดูแลการเจ็บป่วยอยู่ 4 แบบคือ

1. การตัดสินใจไม่ทำอะไรเกี่ยวกับอาการผิดปกติ
2. การใช้ยารักษาตนเอง ซึ่งอาจเป็นการซื้อยากินเอง การใช้ยากลางบ้าน
3. การรักษาตนเองโดยวิธีการต่าง ๆ ที่ไม่ใช่การใช้ยา เช่นการนอนพัก และดื่มน้ำอุ่นเมื่อเริ่มรู้สึกเป็นหวัด การลดการสูบบุหรี่เมื่อเริ่มรู้สึกเจ็บหน้าอก
4. การตัดสินใจไปหาบุคลากรสาธารณสุข ในกระบวนการของการตัดสินใจที่จะเข้ารับการรักษา แม้ว่าผู้ป่วยยอมรับในบทบาทผู้ป่วยโดยให้แพทย์เป็นผู้วินิจฉัยและทำการรักษาตลอดจนแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวต่าง ๆ แต่บุคคลเป็นผู้ตัดสินใจที่จะเลือกทำตามคำแนะนำของแพทย์หรือเปลี่ยนแปลงลงการดูแลรักษาได้ นอกจากนั้นผู้ป่วยยังเป็นผู้ประเมินการรักษาของแพทย์ว่าทำให้ตนหายป่วยแล้วหรือไม่และควรหยุดรักษาเมื่อใด

สรุปได้ว่า การดูแลสุขภาพตนเองของบุคคลนั้นมี 2 ลักษณะ คือ การดูแลสุขภาพตนเองในสภาวะปกติ ได้แก่ การดูแลสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้ร่างกายแข็งแรงปราศจากการเจ็บป่วยและสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข และการป้องกันโรค เพื่อป้องกันมิให้ร่างกายเจ็บป่วยซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การป้องกันโรคเบื้องต้น การป้องกันความรุนแรงของโรคและการป้องกันการระบาดของโรค กับการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ได้แก่ พฤติกรรมที่บุคคลตระหนักและประเมินเกี่ยวกับอาการผิดปกติของร่างกายและตัดสินใจที่จะดำเนินการใด ๆ เพื่อตอบสนองเกี่ยวกับอาการปกติด้วยตนเอง ด้วยการถามครอบครัว คนอื่น เครื่องข่ายทางสังคม และบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ซึ่งมีพฤติกรรมการดูแลการเจ็บป่วย 4 ลักษณะ ได้แก่ การไม่ทำอะไรเลย การใช้ยารักษาตนเอง การรักษาตนเองด้วยวิธีการอื่น ๆ และการตัดสินใจไปหาบุคลากรด้านสาธารณสุข

รูปแบบการทำงานด้านสุขภาพหรือกลยุทธ์ด้านสุขภาพ

จำแนกเป็น 2 รูปแบบคือ

1. รูปแบบการทำงานด้านสุขภาพในระดับบุคคล (Individual Health Approach) มุ่งหมายที่จะพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพของระดับบุคคลโดยตรง ทำให้บุคคลมีความเข้มแข็งและมีความสามารถที่จะแก้ปัญหาสุขภาพตลอดจนสามารถเผชิญกับสถานการณ์ชีวิตและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ที่คาดหวังคือ พฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปหรือมีส่วนร่วมในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ กลยุทธ์การทำงานมีความหลากหลาย เช่นการเพิ่มความเข้มแข็งของร่างกายและระบบภูมิคุ้มกัน เพิ่มแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพและเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ โดยผ่านวิธีการสุขศึกษา การให้คำปรึกษาและการให้ข้อมูลตลอดจนสนับสนุน ให้บุคคลมีศักยภาพด้านสุขภาพ โดยผ่านกิจกรรมทางสังคม วัฒนธรรม การฝึกอบรมและการมีสถานที่ออกกำลังกาย
2. รูปแบบการทำงานด้านสุขภาพในระดับชุมชน (Community Health Approach) มุ่งตรงต่อการสร้างและการเพิ่มศักยภาพของระบบนิเวศน์สังคม (Socioecological System) ให้ดีขึ้นอันอาจทำให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ (Health Environment) กลยุทธ์ในการสร้างเสริมสุขภาพระดับชุมชนมีความกว้างขวาง เช่นการผสมผสานในนโยบายด้านสังคมและเศรษฐกิจ นโยบายด้านการศึกษาและด้านสาธารณสุข นโยบายการจ้างงานและกฎหมาย ด้านอาชีวอนามัย นอกจากนี้ยังมีโครงการหรือชุดโครงการด้านชุมชนเช่น ระบบบริการสาธารณสุข ชุดโครงการด้านสุขศึกษาหรือการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ เงื่อนไขการทำงานที่ส่งผลดีต่อ

สุขภาพเครือข่ายข้อมูลและเครือข่ายทางสังคมที่สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ องค์กรด้านสุขภาพ และชุดโครงการด้านสาธารณสุขชุมชน เป็นต้น

นอกจากนี้แล้วแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ ยังให้ความสำคัญว่า สุขภาพเป็นชุมพลังแห่งชีวิต และมุ่งเน้นในการควบคุมตัวกำหนดหรือปัจจัยเบื้องต้น (Prerequisites for Health) อันเป็นเงื่อนไขและชุมพลังของสาธารณสุขที่แท้จริง นั่นคือที่פקอาศัย สันติภาพ การศึกษา ความสัมพันธ์ทางสังคม ความมั่นคงทางสังคม อาหาร รายได้ การเพิ่มพลังให้กับกลุ่มผู้หญิง ระบบนิเวศน์ที่สมดุล ทรัพยากรที่ยั่งยืน ความยุติธรรมทางสังคม การเคารพสิทธิมนุษยชน และความเป็นธรรมได้

ปัจจัยของอิทธิพลด้านสถานการณ์ เป็นความคิดหรือการรับรู้เกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทต่าง ๆ ที่สนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมอิทธิพลระหว่างบุคคล ได้แก่ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและแหล่งที่จะสนับสนุนให้เกิดการกระทำ พฤติกรรม ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง กลุ่มเพื่อน บุคลากรสาธารณสุข อิทธิพลระหว่างบุคคลประกอบด้วย บรรทัดฐาน (ความคาดหวังของผู้อื่น) การสนับสนุนทางสังคม (ด้านเครื่องมือและอารมณ์) และแบบอย่าง (การเรียนรู้โดยการสังเกตจากประสบการณ์ของผู้อื่น)

ผลลัพธ์ทางพฤติกรรม การตกลงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนดได้กระตุ้นให้บุคคลเข้าไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรม นอกเสียจากว่าบุคคลนั้นจะต้องปฏิบัติในสิ่งที่จำเป็นต้องปฏิบัติ ซึ่งแต่ละคนไม่สามารถที่จะหลีกเลี่ยงหรือต่อต้านเหตุการณ์นี้ได้ แบ่งเป็น

1. ความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม (Commitment to plan of Action) พฤติกรรมมนุษย์โดยทั่วไปจะเป็นระบบมากกว่าที่จะไม่เป็นระบบตามที่ Ajzen และ Fishbien (Pender, 1996) กล่าวว่าการตั้งใจนั้น เป็นตัวสำคัญที่กำหนดการแสดงพฤติกรรมนั้นด้วยความเต็มใจ ความมุ่งมั่นความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ในรูปแบบใหม่ของแบบจำลองพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพอยู่ภายใต้กระบวนการทางด้านความรู้ความเข้าใจ

2. ความต้องการและความพึงพอใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม (Immediate Competing Demands and Preferences) การตัดสินใจว่าพฤติกรรมใดเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากความพึงพอใจที่จะกระทำเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในจิตสำนึกของบุคคลในทันทีทันใด ก่อนที่จะเกิดการวางแผนและนำไปสู่การกระทำพฤติกรรมที่วางแผนไว้

สรุปว่า รูปแบบในการสร้างสุขภาพหรือกลยุทธ์ด้านสุขภาพมีรูปแบบในการทำงาน 2 รูปแบบ คือ การทำงานด้านสุขภาพในระดับบุคคล โดยตรง เป็นการดำเนินการเพื่อมุ่งหวังให้บุคคลมีความเข้มแข็งมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพ แก้ปัญหาสุขภาพ ได้ตลอดจนสามารถเผชิญ

กับสถานการณ์ชีวิตและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ กับการทำงานด้านสุขภาพในระดับชุมชน ซึ่งเป็นการดำเนินการที่มุ่งส่งเสริมศักยภาพของระบบนิเวศน์สังคมอันจะเกิดสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพของคนในชุมชน

การเกิดองค์กรในพระพุทธศาสนา

1. การจัดองค์กรสงฆ์ในสมัยพุทธกาล

นับตั้งแต่เจ้าชายสิทธัตถะได้เสด็จออกบวชและทรงตรัสรู้เป็นพระสัมมาสัมพุทธเจ้าได้เสด็จไปแสดงปฐมเทศนาแก่ปัญจวัคคีย์ ณ ป่าอิสิปตนมฤคทายวัน ต่อมาได้สกลบุตร 1 คน และสหายอีก 54 คน ออกบวชจนสำเร็จเป็นพระอรหันต์ จนทำให้มีพระอรหันต์เกิดขึ้นรวม 60 รูป ต่อมาพระพุทธเจ้าได้ส่งพระอรหันต์สาวกทั้งหมดไปยังดินแดนต่าง ๆ เพื่อประกาศพระศาสนา ต่อมาได้ชฎิล 3 พี่น้อง และสหายอีก 1,000 คน เข้ามาบวชและสำเร็จเป็นพระอรหันต์ จนทำให้มีพระอรหันต์จำนวน 1,250 รูปในวันมาฆปุณณมี ตลอดระยะเวลาที่พระพุทธองค์ได้เทศนาสั่งสอนแก่ประชาชนก็ทำให้มีผู้เลื่อมใสจำนวนมากทั้งที่ออกบวชตามและไม่ได้ออกบวชจึงทำให้เกิดมีพุทธบริษัท 4 ซึ่งประกอบด้วย ภิกษุ ภิกษุณี อุบาสก อุบาสิกา เป็นกำลังสำคัญในการเผยแผ่พระพุทธศาสนาในเวลาต่อมา

2. การเกิดขึ้นขององค์กรสงฆ์

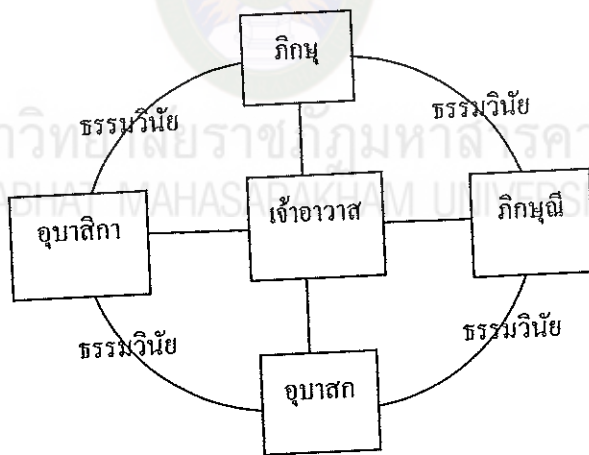
พระพุทธเจ้าได้ทรงจัดสร้างระบบที่เรียกว่า “สังฆะ” ขึ้นมาเพื่อเป็นชุมชนแห่งการศึกษาและฝึกฝนพัฒนาชีวิตของมนุษย์ให้ขึ้นไปด้วยดีโดยอาศัยเงื่อนไขสำคัญ 4 ประการคือ

- 2.1 การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองการปกครอง
 - 2.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคม
 - 2.3 การเปลี่ยนแปลงทางการศาสนา
 - 2.4 การเพิ่มจำนวนของภิกษุบริษัท
- ### 3. การจัดองค์กรสงฆ์ของวัดในพระพุทธศาสนา

ในสมัยพุทธกาลพระพุทธเจ้ายังไม่ทรงอนุญาตเสนาสนะแก่ภิกษุทั้งหลายโดยให้ภิกษุทั้งหลายอาศัยอยู่ตามป่า โคนไม้ ภูเขา ซอกเขา ถ้ำ ป่าช้า ป่าชฎ ที่แจ้ง ลอมฟางเป็นต้น ต่อมาเมื่อผู้เลื่อมใสศรัทธา ประสงค์จะสร้างเสนาสนะถวายแด่พระภิกษุ ภิกษุทั้งหลายจึงนำความไปเฝ้าพระพุทธเจ้าและพระองค์ทรงรับสั่งว่า “ภิกษุทั้งหลาย เราอนุญาตเสนาสนะ 5 ชนิด คือ วิหาร เรือนมุงแถบเดียว ปราสาท เรือน ไล่น ถ้ำ” เศรษฐีชาวกรุงราชคฤห์จึงได้สร้างวิหาร 60 หลัง

ตั้งแต่บัดนั้นเป็นต้นมา จะพบว่าวัดแห่งแรกในพระพุทธศาสนาถูกสร้างขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ให้เป็นที่พักของพระพุทธเจ้าและพระพุทธรูป โดยคำนึงถึงความวิเวก เหมาะสำหรับการบำเพ็ญสมณะธรรมในเวลาต่อมาวัดได้กลายมาเป็นศูนย์รวมของพระสงฆ์ วิถีชีวิตของคนในวัด หรืออารามเป็นชุมชนแห่งการเรียนรู้ และขยายตัวเป็นสถานที่ฝึกอบรมและศูนย์กลางในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของพุทธบริษัท ส่วนพระภิกษุสงฆ์ก็ใช้เป็นสถานที่ฝึกปฏิบัติขัดเกลาตนเอง คั่นคว้าสังขารแล้ว เทศนาสั่งสอนให้เกิดประโยชน์ต่อชีวิตคฤหัสถ์ เป็นปฏิสัมพันธ์ที่ก่อให้เกิดดุลยภาพใหม่ในหมู่พุทธบริษัท วัดจึงเป็นสถาบันหรือองค์กรทางพระพุทธศาสนาที่สำคัญ พระพุทธองค์ทรงมีพุทธบัญญัติให้เจ้าอาวาส ซึ่งเป็นภิกษุที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ในพระวินัยเป็นผู้สวดสวดดูแล บริหารให้วัดมีความเป็นไปตามอุดมการณ์ดั้งเดิม

โครงสร้างการบริหารปกครองภายในวัดมีเจ้าอาวาสเป็นผู้ดูแลบริหารและปกครองพระภิกษุสามเณรภายในวัด รับผิดชอบกิจการทั้งหมดของวัด ทั้งการจัดแบ่งหน้าที่ในแต่ละแผนกและทำกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละวัดนั้นมีเจ้าอาวาสได้เพียงหนึ่งรูปและเจ้าอาวาสนี้อาจเป็นทั้งอุปัชฌาย์ อาจารย์ในบุคคลเดียวกันได้ การจัดองค์กรภายในวัดวิเคราะห์ได้จากแผนภาพที่ 2 ดังนี้

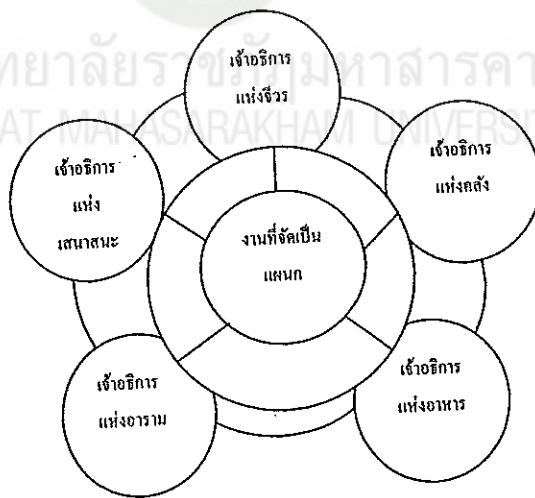


แผนภาพที่ 2 โครงสร้างการจัดองค์กรภายในวัด

จากแผนภาพที่ 2 จะเห็นว่าเจ้าอาวาสเป็นศูนย์กลางในการเชื่อมโยงสังฆะในระดับวัด ซึ่งประกอบด้วยภิกษุ ภิกษุณี อุบาสก อุบาสิกา โดยมีพระธรรมวินัยเป็นกรอบหรือพื้นฐานสำคัญในการร้อยรัดคณะสงฆ์ทั้งหมดเชื่อมโยงถึงกัน สำหรับการจัดองค์กรคณะสงฆ์ภายในวัด มีหลักการสำคัญ 5 ประการ ได้แก่

1. การกำหนดวัตถุประสงค์สำหรับวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายสำคัญของการดำรงชีวิตตามหลักพุทธศาสนานั้นแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต้น หรือที่อุฏฐัมมิกัตถะ ได้แก่ คนทั่วไปที่ปรารถนาในลาภ ยศ เกียรติ ไม้ตรี เป็นต้น ระดับกลาง ได้แก่ ระดับที่เป็นนามธรรมมากกว่าขั้นต้น ได้แก่ สัมปรายิกัตถะ คือ ประโยชน์ในภายภาคหน้า คือ ความมีจิตใจเจริญอกงามด้วยคุณธรรมความดี ทำให้ชีวิตนี้มีค่าเป็นหลักประกันชีวิตในภพหน้าและเป้าหมายสูงสุด หรือปรมาตถะ คือ ประโยชน์อย่างยิ่ง อันแก่พระนิพพานดังนั้นวัดจึงเป็นสถานที่สำหรับการพัฒนาคุณภาพชีวิตแต่ละคนเพื่อให้ถึงเป้าหมายโดยมีเจ้าอาวาสเป็นบุคคลสำคัญที่ทำหน้าที่ในการกำหนดทิศทางหรือวางแนวทางในการดำเนินกิจกรรมต่างในวัดภายใต้กรอบของพระธรรมวินัย

2. หลักการแบ่งงาน หลักธรรมวินัยจะกำหนดคุณสมบัติพื้นฐานสำหรับบุคคลที่จะถูกพิจารณาจากสงฆ์ให้ทำหน้าที่อย่างใดอย่างหนึ่งก่อนเสมอ ในครั้งพุทธกาลพระพุทธเจ้าได้ตั้งพระสาวกหลายองค์ให้เป็น “เอตทัคคะ” ในด้านนั้น ๆ ให้ปฏิบัติหน้าที่ช่วยงานพระศาสนาในด้านที่ถนัด เมื่อวิเคราะห์ตามหลักการนี้ก็น่าจะอนุมานได้ว่า เจ้าอาวาสและสงฆ์มีหน้าที่พิจารณาถึงความสามารถ ความถนัดของบุคคลภายในวัดแบ่งหน้าที่แต่ละแผนกและการทำงานกิจกรรมต่าง ๆ การจัดองค์กรภายในวัดวิเคราะห์ได้จากแผนภาพที่ 3

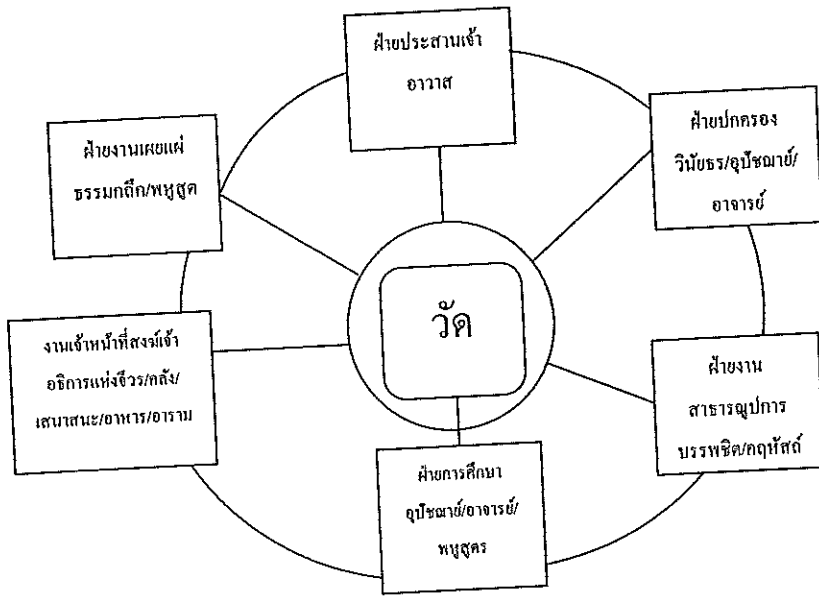


แผนภาพที่ 3 งานที่จัดเป็นแผนกภายในวัด

3. หลักการมอบหมายอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบ หลักแห่งธรรมวินัยกำหนดให้มีเจ้าอธิการต่าง ๆ ได้แก่ เจ้าอธิการแห่งจีวร เจ้าอธิการแห่งเสนาสนะ เจ้าอธิการแห่ง

อาหาร และเจ้าอธิการแห่งอาราม ซึ่งทุกรูปต้องมีคุณสมบัติพื้นฐานตามพระธรรมวินัย โดยคุณสมบัติของผู้อยู่วัดประจำ “อวาสสิกธรรม” เริ่มต้นที่คุณสมบัติส่วนตัว เช่น ถึงพร้อมด้วยมารยาทและวัตร มีศีล ตำรวมในพระปาฏิโมกข์ ประพฤติเคร่งครัดในสิกขาบททั้งหลาย เป็นพหูสูต ทรงความรู้ เป็นผู้ประพฤติขัดเกลา ชอบความสงบ ยินดีในกัลป์ยานธรรม มีวาจาามรู้จักพูดรู้จักเจรจาให้เป็นผลดี มีปัญญาเฉลียวฉลาด คล่องในฉาน 4 สำหรับอยู่เป็นสุขในปัจจุบัน บรรลุเจโตวิมุตติ ปัญญาวิมุตต สิ้นอาสวะแล้ว เป็นต้น ซึ่งพอสรุปอำนาจหน้าที่เจ้าอาวาสได้ดังนี้ ด้านรู้จักปฏิสังขรณ์เสนาสนะทั้งหลาย ด้านปฏิสังขรณ์ต้อนรับคณะสงฆ์ ด้านปฏิสัมพันธ์กับชุมชน ด้านการปกครองคน ด้านความเลื่อมใสศรัทธา วินิจฉัย ดี ชั่ว ถูก ผิด ควร ไม่ควร และด้านชักนำคฤหัสถ์ให้ถือปฏิบัติในศีล เป็นต้น

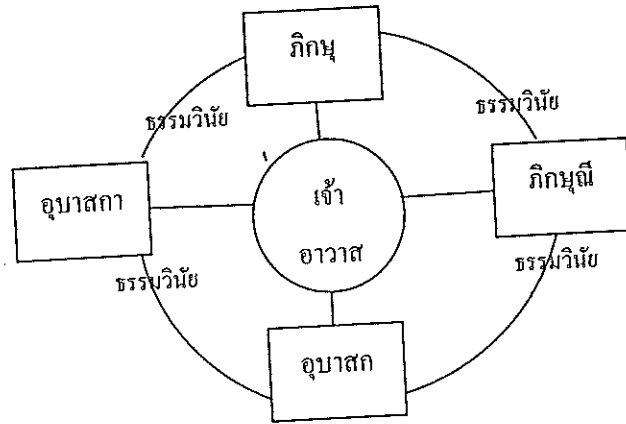
4. หลักการจัดสายการบังคับบัญชาและช่วงของการบังคับบัญชา ในการปกครองคณะสงฆ์ในสมัยพุทธกาลพระพุทธเจ้าทรงใช้หลักสามัคคีธรรมเป็นแม่บทในการปกครองคณะสงฆ์ในการบัญญัติสิกขาบทต่าง ๆ จะทรงบัญญัติขึ้นภายหลังจากที่มีอธิกรณ์เกิดขึ้น และเมื่อสอบสวนแล้วจึงทรงบัญญัติสิกขาบทโดยการประชุมสงฆ์ให้รับรู้และนำไปปฏิบัติ สำหรับโครงสร้างสายการบังคับบัญชาแห่งองค์กรสังฆะในพระพุทธศาสนาเน้น โครงสร้างเชิงหน้าที่มากกว่าโครงสร้างเชิงอำนาจ ดังแผนภาพที่ 4 ดังนี้



แผนภาพที่ 4 โครงสร้างการจัดสายบังคับบัญชาภายในวัด

จากแผนภาพที่ 4 สรุปว่า ภาระงานหลักของคณะสงฆ์ภายในวัดแบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ งานด้านการปกครอง งานด้านการศึกษา งานด้านการเผยแผ่ งานด้านเจ้าหน้าที่สงฆ์ งานด้านสาธารณูปการต่าง ๆ และงานฝ่ายประสานและภาระหน้าที่ของเจ้าอาวาส

5. หลักการประสานงาน การดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันของบุคคลที่อาศัยอยู่ในวัดทั้งหมด ถูกเชื่อมโยงด้วยพระธรรมวินัยเป็นแกนกลาง กล่าวคือการติดต่อปฏิสัมพันธ์ต่อกันของบุคคลภายในวัด ได้แก่ ภิกษุ ภิกษุณี อุบาสก และอุบาสิกาจะถูกกำหนดไว้ด้วยพระวินัย เช่น หลักปฏิบัติระหว่างพระอาจารย์จะปฏิบัติต่อสัตถุวิhariอย่างไร เป็นต้น ดังแผนภาพที่ 5



แผนภาพที่ 5 โครงสร้างการประสานงานขององค์กรภายในวัด

สรุปว่า หลักในการอยู่ร่วมกับการปฏิบัติต่อการติดต่อประสานงานกันของบุคคลภายในวัดซึ่งประกอบด้วย ภิกษุ ภิกษุณี อุบาสกและอุบาสิกาจะถูกกำหนดโดยพระธรรมวินัยเท่านั้น

หลักพุทธธรรมเกี่ยวกับวิธีดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

พุทธธรรม เป็นคำสอนในพระพุทธศาสนาที่มุ่งสำหรับคนทุกประเภททั้งบรรพชิตและคฤหัสถ์ ลักษณะของพุทธธรรมสรุปได้ 2 อย่าง คือ แสดงหลักความจริงสายกลางที่เรียกว่า “มัชฌิมาปฏิปทา” หรือ “มัชฌิมาธรรมเทศนา” ว่าด้วยความจริงตามแนวเหตุผลตามกระบวนการธรรมชาติ เพื่อประโยชน์ทางปฏิบัติในชีวิตจริง และแสดงข้อปฏิบัติสายกลางที่เรียกว่า “มัชฌิมาปฏิปทา” อันเป็นหลักการครองชีวิตของผู้ฝึกอบรมตน ผู้รู้เท่าทันชีวิต การปฏิบัติเป็นไปโดยสัมพันธ์กับองค์ประกอบอื่น ๆ เช่น สภาพชีวิตของบรรพชิตหรือคฤหัสถ์ (พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตฺโต), (กรุงเทพฯ : มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2543 : 15)

การสั่งสอนธรรมของพระพุทธเจ้า ทรงมุ่งผลในทางปฏิบัติ ให้ทุกคนจัดการกับชีวิตที่เป็นอยู่จริง ๆ ในโลกนี้เริ่มแต่บัดนี้ เช่น ทรงสอนมนุษย์ให้รู้จักตนเอง รู้จักร่างกายและจิตของตน จะได้บำรุงรักษาร่างกายและจิตใจให้ดำรงอยู่อย่างปกติสุข การนำหลักพุทธธรรมมาร่วมในกระบวนการดูแลสุขภาพ ให้ร่างกายและจิตใจอยู่ในสภาพปกติ คือ การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม พระสาวกของพระพุทธเจ้า ได้ให้สมญานามพระองค์ว่า ทรงเป็นนายแพทย์ผู้รักษาโรค ดังปรากฏในคัมภีร์พระพุทธศาสนาว่า “มหาการุณี โภ สตุถา สพฺพโลกคิถฺจ โภ” แปลว่า “พระศาสดาทรงมีพระกรุณาอย่างใหญ่หลวง ทรงเยียวยารักษาสัตว์โลกทั้งมวล”

1. หลักธรรมด้านความเจ็บป่วย

1.1 ชีวิต

1.1.1 ความหมาย

ชีวิต ตามรูปศัพท์หมายถึง ความเป็นอยู่ การดำรงอยู่ขององค์ประกอบชีวิต พระพุทธศาสนากล่าวถึงชีวิตว่าเป็นหน่วยรวมของขั้น 5 อัน ได้แก่ รูป เวทนา สัญญา สังขาร และวิญญาณ ดำเนินไปตามกระบวนการของหลักปัจจุสมุปบาท อาศัยความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกิดขึ้นอย่างสืบเนื่อง เป็นไปตามกฎไตรลักษณ์ อันได้แก่ อนิจจัง ทุกขัง อนัตตา และกฎแห่งกรรม

พระพุทธเจ้าตรัสว่า “ภิกษุทั้งหลาย เพราะการประชุมพร้อมแห่งองค์ประกอบ 3 ประการ ย่อมมีการหยั่งลงสู่ครรภ์” หมายความว่า มีการเกิดขึ้นของสัตว์ในท้องมารดา ดังพระพุทธพจน์ว่า “ภิกษุทั้งหลาย เมื่อใด บิดามารดาพร้อมกัน 1 มารดาอยู่ในฤดู (ช่วงเวลาไข่สุก) 1 และคันธัพพะเข้าไปตั้งอยู่แล้ว 1 การประชุมองค์ประกอบ 3 ประการนี้ จะมีการหยั่งลงสู่ครรภ์ คำที่หมายถึงกำเนิดหรือการเกิด ที่ปรากฏอยู่ในคัมภีร์พระพุทธศาสนามี 3 คำ คือ โยนิ ชาติและปฏิสนธิพระพุทธศาสนาแสดงกำเนิดของสัตว์ไว้ 4 จำพวก คือ

1. ชลาพุชะ สัตว์ที่เกิดในครรภ์ เช่น คน แมว กระบือ
2. อณฑชะ สัตว์ที่เกิดในไข่ นก เป็ด ไก่
3. สังเสทชะ สัตว์ที่เกิดในเต้า ไก่ ไก่ เช่น หนอน
4. โอปปาติกะ สัตว์ที่เกิดผุดขึ้นทันที เช่น เทวดา สัตว์นรก เปรต และ

อสุรกาย

1.1.2 วิวัฒนาการของชีวิต

พระพุทธเจ้าทรงแสดงวิวัฒนาการของชีวิตในครรภ์จนคลอดไว้ว่า นามรูปนี้ เริ่มต้นเป็นกลละ (รูปละเอียดกลมใสขนาดเท่าหยดน้ำมันบนขนแกะที่หลุดจากหาวสัตว์ 3 ครั้ง) ก่อนจากกลละเกิดเป็นอัมพุทะ (รูปละเอียดสีเหมือนน้ำล้างเลือด เหมือนดินุกเหลว) จากอัมพุทะเป็นเปลิ (ชิ้นเนื้อเล็ก) จากเปลิเป็นขณะ (เป็นก้อน) จากขณะเป็นนุ้ม 5 นุ้ม (แขน 2 เท้า 2 ศีรษะ 1) ต่อจากนั้น ผม ขน และเล็บจะเกิดขึ้น มารดาของสัตว์ในครรภ์บริโภคโภชนาหารอย่างใด สัตว์ในครรภ์มารดา ก็ยังอรรถภาพให้เข้าไปในครรภ์ ด้วยโภชนาหารอย่างนั้น มารดา ย่อมรักษาทารกในครรภ์ 9 เดือนบ้าง 10 เดือนบ้าง จึงคลอดทารกผู้เป็นภาระหนักด้วยความกังวลใจ และเลี้ยงทารกซึ่งเกิดแล้วด้วยความห่วงใย นมของมารดานับเป็นโลหิตในอริยวินัย

กุมารนั้นถึงความเจริญและสมบูรณ์เต็มที่แห่งอวัยวะต่าง ๆ (ปริปากะ) จนสามารถเล่นของเล่นสำหรับเด็กได้

1.1.3 องค์ประกอบของชีวิต

พระพุทธศาสนา จำแนกองค์ประกอบชีวิตออกเป็นส่วน ๆ เรียกว่า “เบญจขันธ์” “ขันธ์ 5” กล่าวโดยย่อ คือ “รูปกับนาม หรือ กายกับใจ”

1) รูป (กาย) ประกอบด้วย มหาภูตรูป 4 ได้แก่ ปฐวีธาตุ อาโปธาตุ เตโชธาตุ วาโยธาตุ

ปฐวีธาตุ หรือธาตุดิน มีลักษณะเป็นของแข็ง อยู่ในร่างกายมี 20 อย่าง ได้แก่ ผม ขน เล็บ ฟัน หนัง เนื้อ เอ็น กระดูก เยื่อในกระดูก ไต หัวใจ ตับ พังผืด ม้าม ปอด ใส้ใหญ่ ใส้ น้อย อาหารใหม่ อาหารเก่า มันสมอง

อาโปธาตุ หรือธาตุน้ำ มีลักษณะเป็นของเหลว อยู่ในร่างกาย 12 อย่าง ได้แก่ น้ำดี เสลด หนอง เลือด เหงื่อ น้ำตา มันขี้เนื้ เป็ดมัน น้ำลาย น้ำมูก ไขข้อ มูตร

เตโชธาตุ หรือธาตุไฟ มีลักษณะเป็นของร้อน อยู่ในร่างกายมี 4 อย่าง ได้แก่ ไฟ ที่ทำให้ร่างกายอบอุ่น ไฟที่ทำให้ร่างกายทรุดโทรม ไฟที่ทำให้ร่างกายเร่าร้อน และไฟที่ทำให้ ของกินของดื่มขงลิ้มถึงความย่อยได้ดี

วาโยธาตุ หรือธาตุลม มีลักษณะพัดไปมา อยู่ในร่างกายมี 6 อย่าง ได้แก่ ลมที่พัด ขึ้นเบื้องบน ลมพัดลง เบื้องต่ำ ลมในท้องและลมในลำใส้ ลมที่แล่นไปตามอวัยวะน้อยใหญ่ ลม พัดทั่วศีรษะ ลมหายใจเข้าหายใจออก

2) นาม (ใจ) ประกอบด้วยธาตุรู้ 4 อย่าง ได้แก่

2.1) เวทนาขันธ์ ความรู้สึกต่าง ๆ ทั้งทางกายและทางใจ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 คือ สุข ทุกข์และเฉย ๆ

2.2) สัญญาขันธ์ ความจำต่าง ๆ เช่น ความจำทางตา ทางหู ทางจมูก ทางลิ้น ทางกาย และทางใจ

2.3) สังขารขันธ์ สิ่งที่ปรุงแต่งจิตใจดีหรือเลว

2.4) วิญญาณขันธ์ การรับรู้ผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 6 คือผ่านตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ

พระพุทธเจ้าตรัสจำแนกแยกส่วนประกอบของชีวิต เป็นส่วน ๆ นี้ ทรงมี จุดหมายให้เข้าใจชีวิตอย่างแท้จริง ชีวิตจริง ๆ ไม่มีส่วนหนึ่งส่วนใดที่เป็นตัวตนเลย มีเพียงแต่ ละครที่ต้องทำหน้าที่ไปตามธรรมชาติเท่านั้น

1.1.4 จุดมุ่งหมายของชีวิต

พระพุทธศาสนาแบ่งจุดมุ่งหมายของชีวิตออกเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับ 1 ทัศนคติมีกตละ ประโยชน์ปัจจุบัน ประโยชน์ในโลกนี้ การดำเนินชีวิต เพื่อเกิดประโยชน์ปัจจุบัน มีหลักธรรม 4 ประการ คือ การถึงพร้อมด้วยความหมั่น การถึงพร้อมด้วยการรักษา การคบคนดีเป็นมิตร และการรู้จักเลี้ยงชีพแต่พอดี ให้มีความสุข ไม่ฟุ่มเฟือย

ระดับ 2 สัมปรายิกัตละ ประโยชน์เบื้องหน้า ประโยชน์ในภพหน้า การดำเนินชีวิตเพื่อให้เกิดประโยชน์เบื้องหน้า มีหลักธรรม 4 ประการ คือ การมีความเชื่อถูกหลักศาสนา ไม่มมงายการถึงพร้อมด้วยศีล มีความประพฤติดีงาม เลี้ยงชีพสุจริต การมีความเผื่อแผ่เสียสละ และการดำเนินชีวิตด้วยปัญญา รู้เท่าทัน โลกและชีวิต ทำจิตใจให้อิสระได้

ระดับ 3 ปรมัตตะ ประโยชน์สูงสุด จุดหมายสูงสุด คือ นิพพาน การดำเนินชีวิต เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด มีหลักธรรมที่สำคัญ คือ อริยมรรค ซึ่งเป็นข้อปฏิบัติที่เป็นกลางตาม กฏธรรมชาตินิยมองค์ประกอบ 8 ประการ คือ การเห็นชอบ การดำริชอบ การมีวาจาชอบ การกระทำชอบ การเลี้ยงชีพชอบ มีความเพียรชอบ การระลึกชอบ การมีจิตมั่นชอบ นอกจากนี้ยังมีอุปมาทธรรม คือความไม่ประมาทในกุศลกรรม หรือเรียกว่า การทำบุญ ประกอบด้วย หลักธรรม 3 ข้อ คือ ทาน ศีล ภาวนา (พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตฺโต), พุทธธรรม. 2543 : 594-595)

จุดมุ่งหมายของชีวิตตามแนวคิดในพระพุทธศาสนา คำนึงถึงการกระทำขณะยังมีชีวิตอยู่ในปัจจุบันให้เกิดคุณค่ามากที่สุด การดำรงชีวิตในภพหน้าหรือเกิดในภพหน้า ตามหลักการเวียนว่ายตายเกิดของชีวิต ควรเป็นไปตามคำที่กล่าวว่า “ทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว” หากทำดีไว้ย่อมเป็นประโยชน์ต่อตน การปฏิบัติต่อชีวิตด้วยความเข้าใจ และมองเห็นทุกสิ่งตามความเป็นจริงอย่างลึกซึ้งถึงระดับสูงสุดจนหลุดพ้น คือ นิพพาน เป็นเป้าหมายสูงสุดของชีวิตตามแนวทางของพระพุทธศาสนา

1.1.5 มรณสติ

ในการดำเนินชีวิตของมนุษย์นั้น ทางพระพุทธศาสนามีแนวทางให้ดำเนินชีวิตอยู่ด้วยความไม่ประมาท การที่จะเป็นอยู่อย่างไม่ประมาท มีธรรมข้อหนึ่งที่จะบรรเทาความประมาทมัวเมาคือมรณสติ การระลึกถึงว่า ตนจะต้องตาย สมเด็จพระญาณสังวร กล่าวถึงมรณสติว่า เป็นการนึกถึงความตาย หัดตายก่อนตายจริง มีจุดมุ่งหมายปล่อยใจจากกิเลสตัณหา อุปาทานทั้งหลาย ช่วยให้เข้าใจถึงความเปลี่ยนแปลงที่ไม่แน่นอนของชีวิตและโลกก่อนความ

ตายจะมาถึงตน (สมเด็จพระญาณสังวร, ความตายในมรณสติ : พุทธวิธีต้อนรับความตาย. 2531 : 1-8)

1.2 สุขภาพ

ความหมาย

คำว่า “สุขภาพ” องค์การอนามัยโลก ปี 2491 ให้ความหมายว่า สุขภาวะที่สมบูรณ์ ทั้งทางด้านร่างกาย สังคม และจิตใจประกอบกัน โดยมาหมายเฉพาะแต่เพียงการปราศจาก โรคภัยไข้เจ็บหรือพิการเท่านั้น

คำว่า “สุขภาพแบบองค์รวม” นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ อธิบายว่า ปัจจุบันมีการ ขยายความคำว่า “สุขภาพ” กว้างขึ้นว่า ความสมบูรณ์พร้อมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม ครอบคลุม ถึงสิ่งที่ภาษาอังกฤษใช้คำว่า Spiritual Well-being แปลว่า จิตวิญญาณด้วย ซึ่งต่อมาได้ข้อยุติว่า ครอบคลุมถึงสุขภาพด้านปัญญา องค์การอนามัยโลกส่งเสริมให้ถือว่า สุขภาพมีลักษณะเป็น องค์รวม เป็นเรื่องของชีวิต

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต) อธิบายว่า “สุขภาวะ” หรือ “สุขภาพ” เป็นคำ เดียวกันในภาษาบาลี แต่ภาษาไทยแผลง “ว” เป็น “พ” เป็นคำว่า “สุขภาพ” เมื่อความหมายของ สุขภาพคือสุขภาพทางกาย จิต สังคม และปัญญา จึงสื่อความหมายใกล้ความสุข ภาวะที่ปลอด ทุกข์ เป็นสุข เป็นภาวะที่สมบูรณ์ คำสมัยใหม่เรียกว่า “องค์รวม” ความสุขแนวพุทธหรือ สุขภาพแนวพุทธ ประกอบด้วยลักษณะที่เป็นวิชา (ความสว่างส่องใส) วิมุตติ (ความหลุดพ้น เป็นอิสระ) วิสุทธิ (ความหมดจด ไม่ปนหมัวเศร้าหมอง) สันติ (ความสงบไม่ร้อนรุ่มกระวน กระวาย) ซึ่งเป็นภาวะที่เป็นความดีงามของชีวิต (พิสมัย จันทวิมล, นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ, 2540:6)

คำว่า “สุขภาพ” ในคัมภีร์พระไตรปิฎก มีคำกล่าวที่บ่งถึงภาวะการมีสุขภาพกายดีมี อยู่ 2 คำ คือ คำว่า “อัปป์ปาพาโธ” มีความเจ็บป่วยน้อย หรือ “อัปป์ปาตังโก” มีโรคน้อย เช่น “ภิกษุในธรรมวินัยนี้..... เป็นผู้ที่มีอาพาธน้อย มีโรคเบาบาง” “บุคคลในโลกนี้..... เป็นผู้ไม่ เบียดเบียนสัตว์..... กลับมาเกิดเป็นมนุษย์ในที่ใด ๆ เขาก็จะเป็นผู้มีโรคน้อย” “ภิกษุทั้งหลาย องค์ ของภิกษุผู้บำเพ็ญเพียรมี 5 ประการคือ....หลังจากตายแล้ว ถ้าไม่ไปเกิดในสุคติสวรรค์กลับมา เกิดเป็นมนุษย์ในที่ใด ๆ เขาก็จะเป็นผู้มีอาพาธน้อย มีโรคเบาบาง”

ทัศนะเรื่องความเจ็บป่วยที่พระพุทธเจ้าทรงแสดงไว้ประการหนึ่งว่า “ร่างกายเป็น รังแห่งโรค” การที่ร่างกายเป็นฐานหรือที่ตั้งแห่งโรค ย่อมจะเจ็บป่วยอย่างใดอย่างหนึ่งไม่มากก็

น้อยเป็นธรรมดา อีกคำหนึ่งคือคำว่า “อาโรคฺย” ไม่มีโรค ดังพุทธภาษิตว่า “อาโรคฺยปรมาลาภา” แปลว่า ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ

พุทธภาษิตบทนี้ บอกถึงภาวะความมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดีควบคู่กันไป เป็นความหมายที่สมบูรณ์สูงสุดในพระพุทธศาสนา แม้ว่าจะมีโรคทางกายเกิดขึ้น ก็สามารถพัฒนาด้านจิตใจไว้ได้ เพราะมุ่งให้ความสำคัญทางด้านจิตใจเป็นพิเศษ ดังพุทธภาษิตที่ว่า “ใจเป็นผู้นำสรรพสิ่ง” คำว่า อาโรคฺย อีกนัยหนึ่งหมายถึงภาวะการปราศจากโรคทางจิตเพียงอย่างเดียว ดังพุทธพจน์ที่ว่า ผู้ที่ปราศจากโรคทางกายเป็นเวลานาน ๆ หรือ ไม่มีโรคทางกายปรากฏอยู่เลยนั้น พยายามได้แต่คนที่ไม่มีโรคทางใจแม้เพียงชั่วขณะหนึ่งนี้หายาก ยกเว้นพระอรหันต์ผู้หมดกิเลสแล้วเท่านั้น

ข้อมูลข้างต้นชี้ให้เห็นว่า พระพุทธศาสนากล่าวถึงสุขภาพไว้อย่างครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต จึงสามารถให้ความหมายของสุขภาพตามแนวพระพุทธศาสนาได้ดังนี้

สุขภาพทางกายดี หมายถึง ร่างกายมีโรคภัยเบียดเบียนน้อย

สุขภาพทางจิตดี หมายถึง ภาวะทางสภาพจิตที่ปราศจากกิเลสอย่างสิ้นเชิง

สุขภาพดี จึงหมายถึง การปราศจากโรคทั้งทางกายและทางจิต

พระพุทธเจ้า ตรัสถึงความสำคัญของการมีสุขภาพร่างกายดี ไม่มีโรคภัยเบียดเบียนว่าเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมแก่การบำเพ็ญเพียรอย่างยิ่งหากร่างกายเจ็บป่วยไม่อาจเยียวยาได้แล้ว พระองค์จะทรงมุ่งเน้นการเยียวยาทางด้านจิตใจเป็นหลัก ดังเรื่องที่ปรากฏว่า ครั้งหนึ่งมีภิกษุทุพพลภาพป่วยหนัก ระยะเวลาสุดท้าย พระพุทธเจ้าทรงเยียวยารักษาทางด้านจิตใจ ทรงมีพระดำรัสว่า “แม้ร่างกายจะเจ็บหนัก แต่ยังสามารถพัฒนาให้ไปสู่การบรรลุนิพพานได้นับว่าเป็นการส่งเสริมกำลังใจให้ผู้ป่วยหนักมีความหวังที่จะดูแลรักษาใจซึ่งถือว่าสำคัญที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประคองจิตที่ดีของตนได้ตลอดไป จนกว่าจะสิ้นชีวิต หรือหากประคองจิตได้ถึงขั้นสูงสุด คือการบรรลุนิพพานในโอกาสสุดท้ายที่สูงที่สุด

1.3 โรค

ความหมาย

คำว่า “โรค” ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ให้คำจำกัดความไว้ว่าหมายถึง ความเจ็บไข้ ความเจ็บป่วย (ราชบัณฑิตยสถาน, พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน 2542. 2546 : 979)

คำว่า “โรค” ในทางพระพุทธศาสนามาจากศัพท์บาลีว่า “รฺช” แปลว่า เสียคนแต่มีความหมายว่า สิ่งที่เสียคนทำให้เจ็บปวด

คำศัพท์ที่มีความหมายว่าเจ็บป่วยหรือโรค มีกล่าวไว้อีกหลายคำใช้เรียกต่าง ๆ กันไปได้แก่ “โรคาพาธ” หมายถึง ความเจ็บไข้ที่เกิดจากเชื้อโรค “อาพาธ” หมายถึง ความเจ็บป่วย “พยาธิ” หมายถึง ความเจ็บป่วย “อามั” หมายถึง ความไม่สบาย ตรงข้ามกับอนามัคือ ความสบาย

1.3.1 ชื่อโรคต่าง ๆ ที่ปรากฏในพระไตรปิฎก

จากการสำรวจในพระไตรปิฎก พบว่ามีชื่อโรคชนิดต่าง ๆ ดังจะยกมากล่าวไว้ในหัวข้อนี้ ดังนี้ โรคตา โรคหู โรคจมูก โรคลิ้น โรคกาย โรคศีรษะ โรคใบหู โรคปาก โรคฟัน โรคไธ โรคหืด โรคไข้หวัด โรคไข้ทรพิษ โรคไข้เซื่องซึม โรคท้อง โรคลงแดง โรคจุกเสียด โรคลงราก โรคเรื้อน โรคกลาก โรคมอญคร้อ โรคลมบ้าหมู โรคหิดเบื้อย โรคหิดด้าน โรคคุดทะราด โรคหูด โรคตะอองบวม โรคอาเจียนโลหิต โรคเบาหวาน โรคเริม โรคพุพอง โรคริดสีดวงโรคอหิวาตกโรคโรคหนองที่เท้าโรคหิด โรคตุ่ม โรคกลิ่นตัวแรง โรคอมนุษย์เข้าถึงโรคลม โรคลมขัดยอกตามข้อ โรคเท้าแตก เนื้องอก แผลไม่งอกโรคพิษงู โรคโดนยาแฝด โรคท้องผูก โรคผอมเหลือง โรคผดผื่นคันโรคลมในท้อง โรคร้อนในกายโรคเนื้องอกในลำไส้โรคอื้องรังโรคฝี โรคปอด โรคพันธุกรรมโรคออสกะโรคอัมพาต

1.3.2 การจำแนกโรค

พระพุทธเจ้าทรงจำแนกชนิดของโรคออกเป็น 2 ชนิด คือ

- 1) โรคทางกาย (กายิกโรโค) หมายถึง การเจ็บป่วยทางกาย เช่น ป่วยด้วยโรคตา โรคหูโรคจมูก โรคลิ้น โรคในกาย โรคศีรษะ โรคในช่องหู โรคปาก
- 2) โรคทางใจ (เจตสิกโรโค) หมายถึง โรคที่เกิดทางใจ เช่น ความโลภ ความโกรธ ความหลง ความอิจฉาริษยาความหึงหวง ความวิตกกังวล ความอาลัยอาวรณ์ ความคับแค้นใจ

1.3.3 สาเหตุของโรค

1) สาเหตุของโรคทางกาย

การเกิดโรคทางกาย มีหลายสาเหตุ คือ โรคเกิดจากดี เสมหะ ลม ไข้สันนิบาต ฤดูแปรปรวน การบริหารไม่สม่ำเสมอ การใช้ความเพียรเกินกำลัง ผลของกรรม หนาว ร้อน หิวกระหาย ปวดอุจจาระ ปวดปัสสาวะธาตุ 4 ไม่สมดุลการไม่รู้ประมาณในการบริโภคการถูกสัมผัสจากเชื้อบุงและสัตว์เลื้อยคลานการถูกทำร้าย และการมีอายุมาก

การเกิดโรคทางกาย ดังที่ปรากฏในคัมภีร์พระพุทธศาสนานี้ ใกล้เคียงกับ ศาสตร์ทางการแพทย์ มีเพียงสาเหตุเดียว ที่มีกล่าวเฉพาะในพระพุทธศาสนา คือ สาเหตุของโรค ที่เกิดจากผลกรรมดังพุทธพจน์ที่ว่า

บุคคลในโลกนี้....เป็นผู้เบียดเบียนสัตว์ทั้งหลาย ด้วยฝ่ามือบ้าง ด้วยก้อนหิน บ้าง ด้วยท่อนไม้บ้าง ด้วยศาสตราบ้าง เพราะกรรมนั้นที่เขาให้บริบูรณ์ ยึดมั่นไว้อย่างนั้น.... หลังจากตายแล้ว ถ้าไม่ไปเกิดในอบาย ทุกคติ วินิบาต นรก กลับมาเกิดเป็นมนุษย์ในที่ใด ๆ เขาก็ จะเป็นผู้มีโรครมาก.... มาพบ การที่บุคคลเป็นผู้เบียดเบียนสัตว์ทั้งหลาย ด้วยฝ่ามือบ้าง....นี่เป็น ปฏิบัติที่เป็นไปเพื่อความมีโรครมาก

เรามีกรรมเป็นของตน เป็นผู้รับผลของกรรม มีกรรมเป็นกำเนิด มีกรรมเป็น ฝ่าเท้าผู้มีกรรมเป็นที่พึ่งอาศัย เราทำกรรมใดไว้ จะเป็นกรรมดี หรือกรรมชั่วก็ตาม ย่อมเป็นผู้ รับผลของกรรมนั้น

บุคคลทำกรรมใด ทางกาย ทางวาจา ทางใจ กรรมนั้นแลเป็นสมบัติของเขา ทั้งเขานำกรรมนั้น ไปได้อะไร กรรมนั้นย่อมติดตามเขาไป จุจเงาติดตามตัวไป ฉะนั้น

“โรครกรรม” พบได้ในทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ที่ว่าโรคบางชนิด แพทย์ ไม่สามารถหาสาเหตุและวินิจฉัยโรคได้ เรียกโรคทำนองนี้ว่า “โรคที่รักษาไม่หาย” หรือ “โรคที่ รักษายาก” เป็นต้น ทางพระพุทธศาสนาเรียกว่าเป็น “โรครกรรม” จะรักษาอย่างไร ใช้ความ พยายามแค่ไหนก็ไม่หาย จนกว่าจะสิ้นกระแสแห่งกรรมนั้น

2) สาเหตุของโรคทางใจ

การเกิดโรคทางใจ พระพุทธศาสนากล่าวว่า เกิดจากกิเลส ตัณหา ครอบงำ จิตใจ ดังพุทธพจน์ว่าสัตว์ผู้อ้างว่า ตนเองไม่มีโรคทางกายตลอดระยะเวลา 1 ปีบ้าง 2 ปีบ้าง 3 ปี บ้าง 4 ปีบ้าง 5 ปีบ้าง 10 ปีบ้าง 20 ปีบ้าง 30 ปีบ้าง 40 ปีบ้าง 50 ปีบ้าง แม้ยิ่งกว่า 100 ปีบ้าง ยังพอ มีอยู่ แต่สัตว์ผู้กล่าวอ้างว่า ตนเองไม่มีโรคทางใจตลอดระยะเวลา แม้ครู่เดียวหาได้โดยยาก ยกเว้นท่านผู้หมดกิเลสแล้ว

สาเหตุหลักที่เป็นรากเหง้าของกิเลสทั้งหลายมีอยู่ 3 ประการ คือ ความโลภ ความ โกรธ ความหลง

1.4 พระธรรมโอสถ

หลักธรรมของพระพุทธเจ้าที่ใช้รักษาโรคทางใจ (พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตฺโต), พุทธธรรม : 104) มีมาก ผู้วิจัยขอนำเสนอหลักธรรมที่สำคัญ 7 หลักธรรมดังนี้

1.4.1 ไตรลักษณ์

ไตรลักษณ์ แปลว่า ลักษณะ 3 ประการ แห่งสังขารธรรมทั้งหลาย มุ่งแสดงลักษณะของสิ่งทั้งหลายซึ่งปรากฏให้เห็นว่าเป็นอย่างนั้น คือ

- 1) อนิจจตา คือ ความไม่เที่ยง ความไม่คงที่ ความไม่ยั่งยืน ภาวะที่เกิดขึ้นแล้วเสื่อมสลายไป
- 2) ทุกขตา คือ ความเป็นทุกข์ ภาวะที่ถูกบีบคั้น เกิดขึ้นแล้วสลายตัว ภาวะที่กดดัน ผื่นและขัดแย้งอยู่ในตัว เพราะปัจจัยปรุงแต่งให้มีสภาพเปลี่ยนแปลง คงอยู่ในสภาพเดิมไม่ได้ ภาวะที่ไม่สมบูรณ์บอกพร่อง ก่อให้เกิดทุกข์แก่ผู้เข้าไปยึดด้วยตัณหา อูปาทาน
- 3) อนัตตตา คือ ความเป็นของไม่ใช่ตน ความไม่มีตัวตนที่แท้จริงของมันเอง (พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตฺโต), พุทธธรรม : 104)

1.4.2 พรหมวิหาร 4

พรหมวิหาร 4 แปลว่า ธรรมประจำใจอันประเสริฐ หรือคุณธรรมประจำตัวของท่านผู้มีจิตใจกว้างขวาง มี 4 ประการ คือ

- 1) เมตตา คือ ความรักใคร่ ปราบปรามดี อยากให้เขามีความสุข มีจิตอันแผ่ไมตรีและคิดทำประโยชน์แก่มนุษย์สัตว์ทั่วหน้า
- 2) กรุณา คือ ความปรารถนาให้พ้นจากทุกข์
- 3) มุทิตา คือ ความยินดี
- 4) อุเบกขา คือ ความวางใจเป็นกลาง อันจะให้ดำรงอยู่ในธรรมคาถาที่พิจารณาเห็นด้วยปัญญา คือมีจิตเรียบตรงเที่ยงธรรมดุจดั่งชั่ง ไม่เอนเอียงด้วยความรักและชัง พิจารณาเห็นกรรมที่สัตว์ทั้งหลายกระทำแล้ว อันควรได้รับผลดีหรือชั่ว สมควรแก่เหตุอันตนประกอบหรือที่ จะวินิจฉัยและปฏิบัติไปตามธรรม รวมทั้งรู้จักวางเฉยสงบใจมองดูในเมื่อไม่มีกิจที่ควรทำ เพราะเขารับผิดชอบตนได้ดีแล้ว(พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตฺโต), พุทธธรรม : 148)

1.4.3 สติปัฏฐาน 4

สติปัฏฐาน 4 หมายถึง ที่ตั้งของสติ การตั้งสติ กำหนดพิจารณาสิ่งทั้งหลายให้รู้เห็นตามความเป็นจริงคือ ตามที่สิ่งนั้น ๆ มันเป็นของมันเองมี 4 ประการ คือ

- 1) กายานุปัสสนาสติปัฏฐาน การตั้งสติกำหนดพิจารณากาย ให้รู้เห็นตามเป็นจริงว่าเป็นแต่เพียงกาย ไม่ใช่สัตว์บุคคลตัวตนเราเขา วิธีพิจารณามีหลายประการ ดังนี้

- 1.1) อานาปานสติ คือ มีสติกำหนดลมหายใจเข้าออก
- 1.2) อิริยาบถ คือ กำหนดรู้ทันอิริยาบถ ยืน เดิน นั่ง นอน

1.3) สัมผัสปัญญะ คือ กำหนดรู้เท่าทันในความรู้สึกในการกระทำ ความเคลื่อนไหวทุกอย่างเช่น การเดิน การมอง การกิน ดื่ม เคี้ยว ถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ

1.4) ปฏิภูมณสิการ คือ การพิจารณาส่วนประกอบอันไม่สะอาดในร่างกาย เช่น น้ำลาย น้ำมูกเลือด

1.5) ธาตุมนสิการ คือ การพิจารณาเห็นร่างกายเป็นเพียงธาตุแต่ละอย่าง คือ ดิน น้ำ ลม ไฟมาชุมนุมกัน

1.6) นวสีวติกา คือ พิจารณาซากศพให้เห็นคติธรรมตาของร่างกายของผู้อื่นเช่นใจ ของตนจักเป็นเช่นนั้น

2) เวทนานุปัสสนาสติปัญญา การตั้งสติกำหนดพิจารณาเวทนา ให้รู้เห็นตามเป็นจริงว่า เป็นเพียงเวทนา ไม่ใช่สัตว์บุคคลตัวตนเราเขา คือ มีสติกำกับรู้เท่าทันเวทนา เมื่อเกิดความรู้สึกสุข ทุกข์ เกลียด ๆ ก็รู้ชัดตามที่เป็นอยู่ในขณะนั้น ๆ

3) จิตตานุปัสสนาสติปัญญา การตั้งสติกำหนดพิจารณาจิต ให้รู้เห็นตามความเป็นจริงว่า เป็นเพียงจิต ไม่ใช่สัตว์บุคคลตัวตนเราเขา คือ การมีสติกำกับรู้เท่าทันจิต สภาพและอาการของจิตตน ในขณะนั้น ๆ เป็นอย่างไร เช่น มีราคะ ไม่มีราคะ มีโทสะ ไม่มีโทสะ ฟุ้งซ่าน เป็นสมาธิ ฯลฯ ก็รู้ชัดตามที่มันเป็นอยู่ในขณะนั้น ๆ

4) ธรรมานุปัสสนาสติปัญญา การตั้งสติกำหนดพิจารณาธรรม ให้รู้เห็นตามความเป็นจริงว่า เป็นเพียงธรรม ไม่ใช่สัตว์บุคคลตัวตนเราเขา คือ การมีสติรู้ชัดธรรมทั้งหลาย ได้แก่ นิวรณ์ 5 ขันธ์ 5 อายตนะ 12 โพชฌงค์ 7 อริยสัจ 4 ว่าคืออะไร มีในตนหรือไม่ เกิดขึ้นเจริญบริบูรณ์ และดับได้อย่างไร ตามที่เป็นจริงของมันอย่างนั้น ๆ (พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตโต), พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม. 2543 : 165-166)

1.4.4 อธิธิบาท 4

อธิธิบาท 4 หมายถึง คุณเครื่องให้ถึงความสำเร็จ, คุณธรรมที่นำไปสู่ความสำเร็จ แห่งผลที่มุ่งหมาย มี 4 ประการ คือ

1) ถันทะ (ความพอใจ) คือ ความต้องการที่จะทำ ใฝ่รักจะทำสิ่งนั้นอยู่เสมอ และปรารถนาจะทำให้ได้ผลดียิ่ง ๆ ขึ้นไป

2) วิริยะ (ความเพียร) คือ ขยันหมั่นประกอบสิ่งนั้นด้วยความพยายาม เข้มแข็ง อดทนเอาธุระไม่ทอดทิ้ง

3) จิตตะ (ความเอาใจใส่) คือ ตั้งจิตรับรู้ในทางที่ทำและทำสิ่งนั้นด้วยความคิด เอาใจใส่ไม่ปล่อยใจให้ฟุ้งซ่านเลื่อนลอยไป

4) วิมังสา (ความไตร่ตรอง) คือ หมั่นใช้ปัญญาพิจารณาใคร่ครวญตรวจตราหาเหตุผลและตรวจสอบข้ออ้างข้อแย้งในเรื่องที่ทำนั้น มีการวางแผน วัดผลคิดค้นวิธีแก้ไขปรับปรุง (พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตฺโต), พุทธธรรม : 186-187)

1.4.5 อายุสละกรรม หรืออายุวัฒนกรรม 5

อายุวัฒนกรรม 5 หมายถึง หลักกรรมที่เป็นหลักปฏิบัติเพื่อให้เกิดความเกื้อกูลต่อการอายุยืนหรือข้อปฏิบัติที่ทำให้อายุยืนยาวมี 5 ประการ คือ

1) สัมปายะการี คือ การทำความสบายแก่ตนทำสิ่งที่ตนสัปายะ สัมปายะ แปลว่า สบายทำสิ่งที่ตนสัปายะ หมายถึง ทำในสิ่งที่ทำให้มีความสบายต่อสุขภาพของตนเองสัมปายะมี 7 ประการ ได้แก่ อาวาส โจร การสนทนา บุคคล โภชนะ ฤดู และ อิริยาบถ 1 สัมปายะทั้ง 7 ประการนี้เป็นเครื่องสนับสนุนให้การเจริญสมถวิปัสสนามีความก้าวหน้า ส่วนสัมปายะที่มีผลโดยตรงต่อการดูแลสุขภาพนั้นมี 4 ประการ คือ อาวาส โภชนะ ฤดู และ อิริยาบถ

อาวาส แปลว่า ที่อยู่อาศัยอาวาสเป็นที่สบายต่อสุขภาพ หมายถึง อาวาสที่มีสิ่งแวดล้อมดีมีอากาศบริสุทธิ์ไม่มีมลภาวะเป็นพิษ ไม่ร้อนเกินไป ไม่หนาวเกินไป เป็นต้นการได้อยู่ในอาวาสเช่นนี้ก็จะทำให้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงและอายุยืน

โภชนะ แปลว่า อาหาร อาหารเป็นที่สบายต่อสุขภาพ หมายถึง อาหารที่มีประโยชน์มีคุณค่าทางอาหารครบถ้วน และปลอดจากสารพิษ เป็นต้น

ฤดู หมายถึง ภูมิอากาศในแต่ละช่วงของปี โดยทั่วไปมีอยู่ 3 ฤดู คือ ฤดูฝน ฤดูหนาว และฤดูร้อนฤดูนั้นมีความสำคัญต่อสุขภาพ เป็นสาเหตุแห่งการเจ็บป่วยอย่างหนึ่ง โดยเฉพาะในช่วงรอยต่อของการเปลี่ยนแปลงฤดู หากร่างกายปรับตัวไม่ทันก็อาจจะเจ็บป่วยหรือ ถึงขั้นเสียชีวิตได้ เหตุที่ช่วงเปลี่ยนฤดู มีคนไม่สบายมากส่วนใหญ่เป็นเพราะไม่ได้ปรับความเป็นอยู่ให้ทันกับสภาพอากาศที่เปลี่ยนไป เช่นในหน้าร้อน ก็ใส่เสื้อบางเบา กลางคืนก็ไม่ห่มผ้าหรือห่มผ้าห่มผืนบางพอวันไหนมีอากาศหนาวขึ้นมาทันทีทันใด อุณหภูมิอาจลดลง 5-10 องศาแต่ยังเคยชินกับการใส่เสื้อผ้าบาง ห่มผ้าผืนบางอยู่ ก็มีโอกาสนไม่สบายสูง เป็นต้น

อิริยาบถ หมายถึง อาการที่ร่างกายอยู่ในท่าใดท่าหนึ่ง เช่น ยืน เดิน นั่ง นอน อิริยาบถนั้นก็มีความสำคัญต่อสุขภาพมากในแต่ละวันเราจะต้องผลัดเปลี่ยนอิริยาบถให้สม่ำเสมอ ให้เกิดความสมดุลกันเลือดลมในตัวจึงจะไหลเวียนได้สะดวกไม่เกิดการเมื่อยล้า เพราะอยู่ในอิริยาบถใดอิริยาบถหนึ่งนานเกินไปซึ่งจะเป็นเหตุให้เกิดการเจ็บป่วยได้ในอรรถกถาอธิบายไว้ว่าพระผู้มีพระภาคเจ้าทรงผ่อนคลายความปวดเมื่อยจากอิริยาบถหนึ่งด้วย

อิริยาบถหนึ่ง ย่อมทรงบริหารคือยังทรงอัศภาพให้เป็นไปมิให้ทรุดโทรมกิจวัตรของพระภิกษุ ในสมัยพุทธกาลนั้นมีหลากหลายจึงทำให้ภิกษุได้ผลัด เปลี่ยนอิริยาบถอยู่เรื่อย ๆ กล่าวคือมีทั้ง การนั่งสมาธิ บิณฑบาต เดินจงกรม กวาดลานวัด และนอนอย่างมีสติคือสำเร็จสี่หุไสยาสน์ เป็นต้น โดยเฉพาะการเดินจงกรมนั้นพระสัมมาสัมพุทธเจ้าตรัสว่าช่วยให้ "อาหารที่กิน คัมเคี้ยว ล้ม แล้วย่อยได้ง่าย และทำให้มีอาพาธน้อย" นอกจากนี้พระภิกษุยังมีการบริหารร่างกายด้วยการ "คัดกาย" และผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยการ "บีบนิ้ว" อีกด้วยนอกจากการผลัดเปลี่ยนอิริยาบถ ให้สม่ำเสมอแล้ว ในแต่อิริยาบถจะต้องมีความถูกต้องอีกด้วยจึงจะไม่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ ทั้ง การนั่ง เดิน ยืน และนอนในการนั่งโดยเฉพาะนั่งสมาธินั้น พระพุทธองค์ทรงเน้นย้ำเสมอว่า จะต้องนั่งให้ "ตัวตรง" ดังพระดำรัสว่า "ภิกษุในธรรมวินัยนี้... นั่งสู้บัลลังก์ "ตั้งกายตรง" ดำรง สติบำเพ็ญหน้าสู่กรรมฐาน..."ส่วนการนอนหรือจำวัดนั้นพระองค์ตรัสสอนให้นอนแบบราชสีห์ คือนอนตะแคงขวาสาเหตุที่ต้องนอนตะแคงขวาเพราะจากการศึกษาของสำนักงานกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พบว่า ท่านอนตะแคงขวาเป็นท่าที่ถูกหลักอนามัย ที่สุดเนื่องจากร่างกายจะไม่กดทับหัวใจ ช่วยให้หัวใจเต้นสะดวก ไม่ทำงานหนักจนเกินไป อาหารจากกระเพาะถูกบีบลงลำไส้เล็ก ได้ดีช่วยบรรเทาอาการปวดหลังได้ด้วย

2) สัปายะ มัตตัญญู คือ การรู้จักประมาณในความสบายรู้จักประมาณในสิ่ง ที่เป็นสัปายะในที่นี้คือ การรู้จัก"ความพอดี" เช่นเรื่องอาหาร เมื่อเราจัดหาอาหารที่ดี มี ประโยชน์ได้แล้วอาหารนี้ก็ ได้ชื่อว่าเป็นอาหารสัปายะแต่ในเวลารับประทานอาหารนั้นเรา จะต้องรู้จักประมาณ ต้องรู้จักความพอดี ไม่มากเกินไปไม่น้อยเกินไป ดังที่พระสารีบุตรกล่าว ไว้ว่า "ภิกษุ เมื่อฉันอาหารสดก็ตาม แห้งก็ตามไม่พึงฉันให้อิ่มเกินไป ไม่พึงฉันให้น้อยเกินไป พึงฉันแต่พอประมาณพึงมีสติอยู่"การรับประทานอาหารอย่างพอดีนั้น เราจะอยู่เป็นสุข ไม่หิว และไม่อึดอัด นอกจากนี้คนที่รับประทานอาหารมากเกินไปจะเป็นเหตุให้อาหารไม่ย่อยและ เสียชีวิตได้เช่นนายโกณฑลิกภททดิยเศรษฐีและนักบวชเปลือยชื่อ โกรักขัตติยะ เป็นต้นความ พอดีของแต่ละคนนั้นไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายและเพศภาวะสำหรับพระสัมมาสัม พุทธเจ้าและพระภิกษุในสมัยพุทธกาลนั้นฉันภัตตาหารเพียงมือเดียวก็เพียงพอต่อความต้องการ ของร่างกายแล้วเพราะหน้าที่ของนักบวชคือการปฏิบัติธรรมและสอนธรรมะไม่ได้ทำงานที่ใช้ แรงงานหนักเหมือนฆราวาสบางอาชีพ จึงไม่จำเป็นต้องฉัน ภัตตาหารมากพระพุทธองค์ตรัส อานิสงส์การฉันมือเดียวไว้ว่า "เราฉันอาหารมือเดียวสุขภาพมีโรคาพาธน้อย กระปรี้กระเปร่า มี พละนามัยสมบูรณ์อยู่สำราญ"สำหรับวิธีการรับประทานอาหารให้พอ ดีในแต่ละมือนั้นพระสารี บุตรกล่าวไว้ว่า "พึงเลิกฉันก่อนอิ่ม 4-5 คำแล้วคั้นน้ำเท่านี้ก็เพียงพอเพื่ออยู่ผาสุกของภิกษุผู้มีใจ

เด็ดเดี่ยวมุ่ง นิพพาน"เหตุที่ต้องเลิกก่อนนั้นอีก 4 - 5 คำนั้นก็เพื่อสำรองพื้นที่ในกระเพาะไว้สำหรับอาหารที่อยู่ระหว่างเดินทางในหลอด อาหารและน้ำที่จะดื่มหลังเลิกกินอาหารแล้ว เมื่ออาหารในหลอดอาหารตกถึงกระเพาะและดื่มน้ำเข้าแล้วก็จะทำให้รู้สึกอิ่มพอดี

3) ปลีตะ โภชิ คือ การบริโภคอาหารที่ย่อยง่าย การเคี้ยวอาหารให้ละเอียด อาหารที่รับประทานเข้าไปแล้วจะย่อยง่ายหรือย่อยยากขึ้นอยู่กับเหตุอย่าง น้อย 2 ประการ คือ ประเภทของอาหาร และ ความคุ้นเคยกับอาหาร โดยประเภทของอาหารนั้นหากเป็นอาหารจำพวกเนื้อสัตว์จะย่อยยาก แต่ถ้าเป็นผักผลไม้จะย่อยง่ายส่วนความคุ้นเคยกับอาหารนั้นคือคนแต่ละท้องถิ่นและแต่ละชาติจะคุ้นเคยกับอาหารแตกต่างกันไป หรือบางคนคุ้นเคยกับอาหารดี ๆ ประณีต แต่เมื่อต้องไปรับประทานอาหารที่ไม่ประณีตก็เป็นเหตุให้ระบบการย่อยทำงานไม่เป็นปกติหรือไม่ย่อยเพราะไม่คุ้นเคยกับ อาหารนั้นบางคนถึงกับเสียชีวิตด้วยเหตุนี้ได้ เช่น พระเจ้าปเสนทิโกศล เป็นต้นก่อนสวรรคตพระองค์เสด็จไปเมืองราชคฤห์ระหว่างเดินทางได้เสวยพระกระยาหารที่ไม่คุ้นเคยอาหารจึงไม่ย่อยด้วยดีและเพราะทรงเหน็ดเหนื่อยจากการเดินทางไกลจึงเป็นเหตุให้พระองค์สวรรคตในที่สุดการที่อาหารไม่ย่อยหรือย่อยยากนั้นจึงมีโทษมากพระสัมมาสัมพุทธเจ้าและพระภิกษุในสมัยพุทธกาลจึงแก้ไขด้วยการฉันยาอุหรือข้าวต้มในเวลาเช้าเพราะยาอุมีอานิสงส์ 5 ประการคือ "บรรเทาความหิวระงับความกระหาย ให้ลมเดินคล่อง ชำระลำไส้และเผาอาหารที่ยังไม่ย่อยให้ย่อย"

4) กาละจารี คือ การรู้จักเวลา ทำให้เหมาะสมแก่เวลา ทำถูกเวลาหมายถึง มุ่งการงดเที่ยวในเวลาไม่สมควร โดยเฉพาะการเที่ยวกลางคืนเพราะจะเป็นเหตุให้ต้องนอนดึกหรือบางครั้งไม่ได้นอนซึ่งจะทำให้ร่างกายทรุดโทรมอย่างรวดเร็ว แต่ถ้าไม่เที่ยวกลางคืน ก็จะมีโอกาสพักผ่อนได้เต็มที่ สุขภาพก็จะสมบูรณ์แข็งแรงการแพทย์ในปัจจุบันพบว่า การนอนดึกจะทำให้ร่างกายอ่อนล้าเป็นเหตุให้อายุสั้นการนอนดึกอย่างต่อเนื่องจึงเป็นการเร่งวันตายให้ตัวเอง

5) พรหมจารี คือ การประพฤติพรหมจรรย์ตามสมควรแม้ว่าการปฏิบัติตนในด้านกายจะเป็นสิ่งสำคัญแต่กายก็เป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ชีวิตนั้นประกอบด้วยรูปละนามต้องมีทั้งกายและจิต จึงจะมีชีวิตอยู่ได้และกายกับจิตนั้นย่อมสัมพันธ์อาศัยกัน ส่งผลถึงกัน ใน การที่จะมีอายุยืน นอกจากจะระวังรักษาและบำรุงกายแล้วก็ต้องมีข้อปฏิบัติทางจิตใจด้วย คือ จะต้องรู้จักระวังรักษาบำรุงจิตใจของตน เครื่องรักษาบำรุงจิตใจก็คือคุณธรรม การฝึกอบรมจิตใจและเจริญปัญญาในบรรดาคุณธรรมที่เกื้อกูลแก่อายุยืนข้อที่มีผลมากโดยตรงได้แก่เมตตาและกรุณา คือความรักความปรารถนาดี มีไมตรี คือช่วยเหลือเกื้อกูล ปราศจากความพยาบาท ความคิดร้ายผูกใจเจ็บแค้น คำรงในอหิงสา คือปราศจากวิหิงสา ไม่ข่มเหงเบียดเบียน

ผู้อื่น ไม่คิดร้ายมุ่งทำลาย ดังพุทธพจน์ว่า “การที่บุคคลละปาณาติบาต เว้นขาดจากการทำลายชีวิต วางพันธะ วางศัสตรา มีความละอาย ต่อบาป ประกอบด้วยเมตตา ใฝ่ใจช่วยเหลือเกื้อกูลแก่ปวงสัตว์ นี่คือข้อปฏิบัติที่เป็นไปเพื่อความมีอายุยืน”

ความรัก ความเมตตา ความมีไมตรี ย่อมส่งเสริมความมีอายุยืนทั้งแก่ตนเองและแก่ผู้อื่น สำหรับตนเองเมื่อมีเมตตา จิตใจก็ผ่องใส สดชื่นเบิกบาน ระบบต่าง ๆ ในร่างกายก็ไม่ถึงเครียด ทำงานคล่องแคล่วเบาสบาย ช่วยให้มีความสุขภาพดี เมื่อต่างคนต่างก็รักใคร่ ไม่เบียดเบียน ไม่ทำร้ายกัน ต่างก็มีชีวิตอยู่ได้ยาวนาน เท่ากับช่วยเหลือกัน ให้อายุยืนไปด้วย ยิ่งกว่านั้น เมื่อมีเมตตากรุณาหันมาเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่อุดหนุนส่งเสริมกัน คนที่สมควรได้รับความช่วยเหลือ ก็มีคนอื่นช่วยเหลือ เช่นคนที่ขาดแคลนก็ได้รับการแบ่งปันด้วยการให้อาหารและปัจจัยยังชีพอย่างอื่น ๆ เมื่อคนขาดสนยากรื้ออ่อนแอ ได้รับอาหารและปัจจัยยังชีพ ทำให้ชีวิตอยู่ได้กลายเป็นคนแข็งแรงก็เท่ากับได้รับการต่ออายุให้มั่นคง เมื่อพระภิกษุผู้เว้นจากการประกอบศิลปะวิทยาเพื่อหาเลี้ยงชีพเพราะทำหน้าที่ดำรงและสืบทอดธรรมในหมู่มนุษย์ ได้รับการอุดหนุนด้วยปัจจัยสี่ มีภักดาหารเป็นต้น ก็เท่ากับได้รับการถวายอายุให้สามารถบำเพ็ญกิจของผู้ดำรงและสืบทอดธรรมอยู่ได้ต่อไป

1.4.6 โขชนงค์ 7

โขชนงค์ 7 หมายถึง ธรรมที่เป็นองค์แห่งการตรัสรู้ มี 7 ประการ คือ

1) สติสัม โขชนงค์ ความระลึกได้ หมายถึง ความสามารถระลึกนึกถึง หรือ กุมจิตไว้กับสิ่งที่จะพึงเกี่ยวข้อง หรือต้องใช้ต้องทำในเวลานั้น ในโขชนงค์นี้ มีสติมีความหมาย ตั้งแต่การมีสติกำกับตัว ใจอยู่กับสิ่งที่กำหนดพิจารณาเฉพาะหน้า จนถึงการหวนระลึกรวบรวมเอาธรรมที่ได้สดับเล่าเรียนแล้ว หรือสิ่งที่พึงเกี่ยวข้อง ใช้ต้องทำมานำเสนอต่อปัญญาที่ตรวจตรองพิจารณา

2) ทัมมวิจยสัม โขชนงค์ ความเป็นธรรม สอดส่องความจริง หมายถึง การใช้ปัญญาสอบสวนพิจารณาสิ่งที่สติกำหนดไว้ หรือธรรมที่สติระลึกรวมนำเสนอ นั้นตามภาวะ เช่น ไตร่ตรองให้เข้าใจความหมาย จับสาระของสิ่งที่พิจารณานั้น ได้ ตรวจตราเลือกเห็นเอาธรรมหรือสิ่งที่เกื้อกูลแก่ชีวิตได้หรือสิ่งที่ใช้ได้เหมาะสมที่สุด ในกรณีนั้น ๆ มองเห็นเอาการที่สิ่งพิจารณานั้นเกิดขึ้น ตั้งอยู่ ดับไป เข้าใจตามสภาวะที่เป็นไตรลักษณ์ ตลอดจนปัญญาที่มองเห็นอริยสัจจ์

3) วิริยสัมโพชฌงค์ ความเพียร หรือพลังความเข้มแข็งของจิต หมายถึง ความแก้แค้นล้างแค้นหรือรื้อร้นในธรรมหรือสิ่งที่ปัญญาเห็นได้ อาจหาญในความดี มีกำลังใจ ผู้ กิจ บากบั่น รุดไปข้างหน้า ยกจิตไว้ได้ ไม่ให้หกดนู หรือท้อแท้

4) ปีติสัมโพชฌงค์ ความอิ่มใจ หมายถึง ความอิ่มเอิบ ปลาบปลื้ม ปรีดีเปรม คิ้มค้ำ ซาบซึ้ง แซ่มชื่นซาบซ่าน พูใจ

5) ปัสสัทธิสัมโพชฌงค์ ความสงบกายสงบใจ หมายถึง ความผ่อนคลายกาย ใจ สงบ ระวัง เรียบเย็น ไม่เครียด ไม่กระสับกระส่าย เมาสบาย

6) สมာธิสัมโพชฌงค์ มีใจตั้งมั่น หรือแน่วแน่อยู่กับสิ่งนั้น ๆ หมายถึง ความ มีอารมณ์หนึ่งเดียวจิตแน่วแน่ต่อสิ่งที่กำหนด ทรงตัวสมาสมา เคนเรียบ อยู่กับกิจ ไม่วอกแวก ไม่ส่าย ไม่ฟุ้งซ่าน

7) อุเบกขาสัมโพชฌงค์ ความมีใจเป็นกลางเพราะเห็นตามความเป็นจริง หมายถึง สามารถวางที่เฉยเรียบนิ่งดูไป เมื่อจิตแน่วแน่อยู่กับงานและสิ่งต่าง ๆ คำนึงไปด้วยดี ตามแนวทางที่จัดวางไว้ หรือที่มันควรจะเป็น ไม่สอดแสร้ง ไม่แทรกแซง (พระธรรมปิฎก (ป.อ.ป ยุต.โต), พุทธธรรม : 320)

1.4.7 มรรคมืองค์ 8

มรรคมืองค์ 8 แปลว่า ทางมืองค์แปดประการอันประเสริฐ คือ

1) สัมมาทิฎฐิ (ความเห็นถูกต้อง) คือ การเห็นใจอริยสัจ 4 ความรู้ในทุกข์ ความรู้ในเหตุเกิดทุกข์ ความรู้ในความดับทุกข์ ความรู้ในข้อปฏิบัติให้ถึงความดับทุกข์

2) สัมมาสังกัปปะ (ความคิดถูกต้อง) คือ ความดำริในการออกจากกาม ความ ดำริในการไม่พยาบาท ความดำริในการไม่เบียดเบียน

3) สัมมาวาจา (การพูดจาถูกต้อง) คือ เจตนาเป็นเหตุเว้นจากการพูดเท็จ พูด ต่อเสียด พูดคำหยาบพูดเพื่อเขื้อ

4) สัมมากัมมันตะ (การกระทำทางกายถูกต้อง) คือ เจตนาเป็นเหตุเว้นจาก การฆ่าสัตว์การลักทรัพย์ การประพฤดิอันเป็นข้าศึกต่อพระมหากษัตริย์

5) สัมมาอาชีวะ (ดำรงชีวิตถูกต้อง) คือ การงดเว้นจากการเลี้ยงชีพในทางที่ ผิด

6) สัมมาวายามะ (ความพากเพียรถูกต้อง) คือ เพียรพยายามป้องกันไม่ให้ไป บอกุศลที่ยังไม่เกิดมิให้เกิดขึ้น เพียรละบาปอกุศลที่เกิดขึ้นแล้ว เพียรพยายามทำกุศลที่ยังไม่ เกิดขึ้นให้เกิดขึ้นเพียรพยายามในการประคองและรักษากุศลที่เกิดขึ้นให้เจริญยิ่ง ๆ ขึ้น

7) สัมมาสติ (การดำรงสติถูกต้อง) คือ เป็นเรื่องของ การฝึกปฏิบัติให้มี สติสัมปชัญญะ ได้แก่ การเจริญสติปัฏฐาน 4 ในการพิจารณาในกาย พิจารณาเห็นเวทนาใน เวทนา พิจารณาเห็นจิตในจิต พิจารณาเห็นธรรมในธรรม เพื่อขจัดความยินดียินร้ายในโลก ออกไปได้

8) สัมมาสมาธิ (การตั้งจิตมั่นถูกต้อง) คือ การฝึกอบรมจิตจนมีสมาธิตั้งแต่ ปฐมฌาน ทุติยฌาน ตติยฌาน และจตุตถฌาน ไม่มีทุกข์ ไม่มีสุข มีสติบริบูรณ์เพราะอุเบกขาผู้ จุดหมายคือ บรรณนิพพาน (พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตฺโต), พุทธธรรม : 251)

1.4.8 สัจญา 10

สัจญา หมายถึง สิ่งที่กำหนดหมายไว้ในใจ 10 อย่างคือ

- 1) อนิจจสัจญา กำหนดหมายความไม่เที่ยงแห่งสังขาร
- 2) อนัตตสัจญา กำหนดหมายความเป็นอนัตตาแห่งธรรมทั้งปวง
- 3) อสุรสัจญา กำหนดหมายความไม่งามแห่งกาย
- 4) อาทีนวสัจญา กำหนดหมายโทษแห่งกาย
- 5) ปาหวนสัจญา กำหนดหมายเพื่อละอกุศลวิตกและบาปกรรม
- 6) วิรากสัจญา กำหนดหมายวิราคะ คือ อริยมรรคว่าเป็นธรรมอันสงบ

ประณีต

- 7) นิโรธสัจญา กำหนดหมายนิโรธคือ อริยผลว่าเป็นธรรมอันสงบ

ประณีต

- 8) สัพพะโลก อนภิสัจญา กำหนดหมายความไม่น่าเพลิดเพลินใน

โลก

- 9) สัพพะสังขารสสุ อนิภิสัจญา กำหนดหมายความไม่น่าปรารถนาใน

สังขาร

- 10) อานาปานสติ สติกำหนดลมหายใจเข้าออก (พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตฺโต), พุทธธรรม : 320)

โลก

2. พุทธวิธีดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

2.1 พุทธวิธีดูแลรักษาและเสริมสร้างสุขภาพอนามัย

หลักฐานในคัมภีร์พระไตรปิฎกหลายแห่งระบุถึงความมีสุขภาพอนามัยของ พระพุทธเจ้าไว้หลายประการ เช่น บำเพ็ญพุทธกิจได้เกือบตลอดทั้งวัน คือ เวลาเช้า เสด็จ บิณฑบาตเพื่อโปรดสัตว์ เวลาเย็นทรงแสดงธรรม เวลาค่ำทรงประทาน โอวาทแก่เหล่าภิกษุและ

จวนสว่างทรงตรวจพิจารณาสัตว์ที่สามารถและที่ยังไม่สามารถบรรลุนิพพานอันควรจะได้ไปโปรด (พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตฺโต), พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลศัพท์, 2543 : 189) พระองค์ทรงมีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ดี แม้จะทรงมีพระชนมายุถึง 80 พรรษาแล้วก็ตาม ดังที่ตรัสยืนยันว่า พระองค์เป็นคนแก่ชราแล้วแม้ว่าจะทรงเจ็บป่วยอย่างหนัก ก็ไม่ทำให้พระองค์หลงลืมสติและปัญญาพระองค์เสด็จด้วยพระบาทจาริกไปเผยแผ่ธรรมตามที่ต่าง ๆ จนช่วงสุดท้ายแห่งชีวิตขณะที่พระองค์ทรงประชวรหนัก ด้วยโลหิตปกขันทิกาพาธ (ถ่ายเป็นพระโลหิต) ยังทรงสามารถเดินทางไกลจากเมืองปาวาสู่เมืองกุสินาราอันเป็นสถานที่ปรินิพพาน

บุคคลที่ใกล้ชิดพระพุทธเจ้า กล่าวขานถึงพระองค์ว่าทรงเป็นผู้มีพระโรคาพาธน้อย ทรงกระปรีกระเปร่า มีพระพลานามัยสมบูรณ์ อยู่สำราญดีพระองค์ตรัสกับพราหมณ์ผู้หนึ่งถึงความเป็นอยู่ของพระองค์ไว้ว่า

พราหมณ์ เราอาศัยหมู่บ้านหรือตำบลใดในโลกนี้อยู่ ในเวลาเช้า เราครองอินทรวาสกถือบาตรจีวร เข้าไปสู่หมู่บ้านหรือตำบลนั้นแลเพื่อบิณฑบาต กลับจากบิณฑบาต หลังจากฉันเสร็จแล้วเข้าไปสู่ชายป่า กวาดหญ้าหรือใบไม้ที่มีอยู่ในที่นั้นรวมเป็นกองแล้วนั่งขัดสมาธิตั้งกายตรงดำรงสติมั่นไว้ สงัดจากกาม และอกุศลธรรมแล้ว บรรลุปฐมฌาน...บรรลุทุติยฌาน...บรรลุตติยฌาน...บรรลุจตุตถฌานที่ไม่มีทุกข์ไม่มีสุข มีสติบริบูรณ์ เพราะอุเบกขาอยู่

สรุปข้อวัตรปฏิบัติของพระพุทธเจ้าจากพุทธพจน์ได้ดังนี้

1. การบริโภคน้ำอาหาร

ฉันอาหารมือเดียวนอกจากจะทรงถือหลักในการฉันอาหารมือเดียวตลอดชีวิต พรหมจรรย์แล้วพระองค์ยังทรงพร่ำสอนและแนะนำให้เหล่าภิกษุสงฆ์ฉันอาหารมือเดียวด้วยดังพุทธพจน์ว่า “ตลอดฉันมือเดียว ไม่นั่งในเวลาวิกาล พระองค์รู้สึกว่าการปรีกระเปร่าทำให้มีโรคน้อย ภิกษุทั้งหลาย มาเถิด แม่เธอทั้งหลาย ถึงฉันอาหารมือเดียวเถิด เธอทั้งหลายฉันอาหารมือเดียว จักรู้สึกว่ามีโรคน้อย”

พิจารณาอาหารก่อนฉัน ดังพุทธพจน์ว่า

ภิกษุในธรรมวินัยนี้ พิจารณาโดยแยกคายแล้วฉันบิณฑบาต ไม่ใช่เพื่อเล่น ไม่ใช่เพื่อว่าเมา ไม่ใช่เพื่อตกแต่ง ไม่ใช่เพื่อประดับประดา แต่เพียงเพื่อความดำรงอยู่ได้แห่งกายนี้เพื่อให้ชีวิตินทรีย์เป็นไปได้ เพื่อบำบัดความหิว เพื่อบริโภคพรหมจรรย์ ด้วยความคิดเห็นว่า โดยอุบายนี้ เราจักกำจัดเวทนาเก่าเสีย และจักไม่ให้เวทนาใหม่เกิดขึ้น ความดำรงอยู่แห่งชีวิต ความไม่มีโทษ และการอยู่โดยผาสุกจักมีแก่เรา แล้วจึงบริโภคอาหาร

ทรงเลือกพิจารณาฉันเฉพาะอาหารที่เป็นประโยชน์ไม่ก่อโทษต่อร่างกายเท่านั้น
 ดังที่ทรงห้ามภิกษุดื่มสุราและเมรัย เพราะเป็นบ่อเกิดของการเกิดโรคมืดในการฉันอาหาร
 พระองค์ตรัสแนะนำพระเจ้าปเสนทิโกศลและภิกษุทั้งหลายให้เป็นผู้มีสติในการบริโภค ดัง
 พุทธพจน์ว่า “..มนุษย์ผู้มีสติอยู่ทุกเมื่อ รู้ประมาณในการบริโภคที่ได้แล้ว ย่อมมีเวทนาเบาบาง
 เขาย่อมแก่ช้า อายุยั่งยืน” “เราทั้งหลาย จักเป็นผู้มีสติสัมปชัญญะ ทำความรู้สึกตัวในการก้าว ไป
 การฉัน การดื่ม การเคี้ยวการล้มน”รู้ประมาณในการฉัน ดังพุทธพจน์ว่า “ภิกษุในธรรมวินัยนี้
 พิจารณาโดยแยกคายว่าเราบริโภคอาหารไม่ใช่เพื่อเล่น เพื่อความมัวเมา เพื่อประเทืองผิว และ
 เพื่อความอ้วนพี แต่เพื่อกายนี้ดำรงอยู่ การพิจารณาในการบริโภค นี้เรียกว่า ความเป็นผู้รู้
 ประมาณในการบริโภค”

พระพุทธเจ้าทรงมีเป้าหมายในการบริโภค ที่ประกอบด้วยองค์ธรรม 10
 ประการ คือ

1. ทรงมีสติและรู้ประมาณในการบริโภค
2. ทรงบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ไม่ก่อโทษต่อร่างกาย
3. ทรงพิจารณาอาหารว่ามีลักษณะเป็นเพียงธาตุชนิดหนึ่ง
4. ไม่บริโภคเพื่อเล่นสนุกสนานเพลิดเพลิน
5. ไม่บริโภคเพื่อความเมามัน
6. ไม่บริโภคเพื่อประดับ
7. ไม่บริโภคเพื่อตกแต่ง
8. บริโภคเพื่อยังพระชนม์ชีพ
9. บริโภคเพื่อป้องกันความลำบาก
10. บริโภคเพื่ออนุเคราะห์แก่การประพฤดิพรหมจรรย์

หลักการบริโภคอาหารตามแนวพุทธส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดีและมีอาหารเหลือ
 พอที่จะแบ่งปันให้ผู้ด้อยโอกาสที่ขาดแคลนอาหารได้อีกทางหนึ่งด้วย จึงเป็นการบริโภคเพื่อ
 ประโยชน์ต่อสุขภาพ สังคม ทรัพยากร และเศรษฐกิจได้อย่างแท้จริง

2. การออกกำลังกาย

พระพุทธเจ้าทรงใช้วิธีออกกำลังกายที่เหมาะสมตรงกับสมณเพศเป็นอย่างดี
 ทรงยึดหลักการปรับเปลี่ยนอิริยาบถทั้ง 4 ยืน เดิน นั่ง นอน ให้มีความสมดุล โดยเฉพาะ
 อิริยาบถเดิน ได้แก่ การเดินบิณฑบาต เข้าตู่ของทุกวัน พระพุทธเจ้า และพระสาวกจะออกเดิน
 บิณฑบาตไปตามหมู่บ้านเป็นประจำ เช่น

“ครั้นเวลาเช้า พระผู้มีพระภาคทรงครองอันตราวาสก ถือบาตรและจีวร เสด็จเข้าไปยังลำค้ำนั้น อุทัยพรหมณ์ตักข้าวใส่บาตรถวายจนเต็ม”

“ครั้นเวลาเช้า ท่านพระอานนท์ครองอันตราวาสก ถือบาตรและจีวรเสด็จเข้าไปบิณฑบาตยังกรุงสาวัตถี”

การเดินจงกรม การเดิน ไปเดินมา มีสติกำกับ พระพุทธเจ้าและพระสาวกจะปฏิบัติธรรมด้วยการเดินจงกรมเป็นประจำ เช่น “สมัยนั้น ท่านพระสารีบุตร..ท่านพระมหาโมคคัลลานะ..ท่านพระมหากัสสปะ.. ท่านพระอนุรุทธะ..ท่านพระปุลณณมันตานีบุตร..ท่านพระอุบาลี..ท่านพระอานนท์..แม้พระเทวทัตก็กำลังเดินจงกรมอยู่กับภิกษุจำนวนมาก ในที่ไม่ไกล พระผู้มีพระภาค”

หมอชีวกโกมารภจ ประจําอยู่ราชสำนักแห่งแคว้นมคธ และเป็นหมอประจำพระองค์ได้ทูลขอให้พระพุทธเจ้าทรงอนุญาตเรือนไฟและสถานที่เดินจงกรม เพื่อให้ภิกษุที่ฉันอาหารประณีตทำให้อ้วน ส่งให้ผลเกิดโรคต่าง ๆ มีโอกาสสอออกกำลังกายชะลอการเกิดโรคและใช้เรือนไฟในการลดความอ้วน พระพุทธเจ้าทรงพิจารณาแล้วเห็นว่าเหมาะสม ทรงอนุญาตตามที่หมอชีวกทูลขอไว้ทุกประการและพระพุทธเจ้าตรัสถึงอานิสงค์การเดินจงกรมไว้ถึง 5 ประการ คือ

1. เป็นผู้มีความอดทนต่อการเดินทางไกล
2. เป็นผู้มีความอดทนต่อการบำเพ็ญ
3. เป็นผู้มีความอดทนต่อการทำสมาธิ
4. อาหารที่กิน คิม เคี้ยว ลืมแล้วอย่างง่าย
5. สมบัติที่ได้เพราะการเดินจงกรมตั้งอยู่ได้นาน

การเดินจาริกเผยแผ่ธรรมะ พระพุทธเจ้าทรงใช้วิธีการเผยแผ่ธรรมะจากการเที่ยวจาริกไปตามสถานที่ต่าง ๆ ด้วยการเดินเท้า แม้ว่าในยุคนั้นมีพาหนะเทียมด้วยสัตว์ใช้แล้วก็ตาม พระพุทธเจ้ามิได้ทรงอนุญาตการจาริกเผยแผ่ธรรมโดยการใช้นาพาหนะ ยกเว้นผู้เจ็บป่วยเท่านั้นเช่น “ครั้งนั้น พระผู้มีพระภาคเจ้าประทับอยู่ในเมืองนาลันทา รับสั่งเรียกพระอานนท์มาตรัสว่า “มาเถิดอานนท์ เราจะเข้าไปยังป่าภูคคามกัน” พระอานนท์ทูลสนองพระคำรัสแล้ว พระผู้มีพระภาคเจ้าพร้อมด้วยภิกษุสงฆ์หมู่ใหญ่เสด็จไปถึงป่าภูคคาม”

3. การบริหารจัดการ

พระพุทธเจ้าทรงถือหลักปฏิบัติในการบริหารจัดการด้วยหลักใหญ่ ๆ ดังที่ตรัสไว้ในโอวาทปาติโมกข์ 3 ประการ คือ “ละชั่ว ทำดี และทำจิตใจให้บริสุทธิ์”

การละชั่ว คือ การละเว้นจากบาปอกุศลทั้งปวง ได้แก่ การฆ่าสัตว์ ลักทรัพย์ ประพฤติผิดในกาม การพูดเพื่อเจ้อ พูดต่อเสียด พูดคำหยาบ เฟ่งเลื่องอยากได้ของเขา การมีจิตพยาบาท มีความเห็นผิด

การทำดี คือ การทำกุศลให้ถึงพร้อม ได้แก่ การละเว้นขาดจากการฆ่า ลักทรัพย์ ประพฤติผิดในกาม พูดเพื่อเจ้อ พูดต่อเสียด พูดคำหยาบ เฟ่งเลื่องอยากได้ของเขา การมีจิตพยาบาท มีความเห็นผิด

การทำจิตให้บริสุทธิ์ พระพุทธเจ้าทรงสอนให้ดำรงจิตให้บริสุทธิ์ด้วยการทำจิตให้อยู่กับปัจจุบันกาลทุกขณะ และการทำจิตให้ว่าง ดังพุทธพจน์ว่า “ภิกษุทั้งหลาย ไม่เศร้าโศกถึงอดีต ไม่คิดถึงอนาคต กำหนดรู้ปัจจุบัน”

4. การอยู่กับธรรมชาติ

พระพุทธองค์ทรงดำเนินชีวิตอยู่กับธรรมชาติตามที่ต่าง ๆ เช่น ตามป่าบ้าง ภูเขาบ้าง โคนต้นไม้บ้าง ในถ้ำบ้าง เช่น “สมัยนั้น มาณพหลายคน..พากันเข้าไปยังป่านั้นแล้ว ได้เห็นพระผู้มีพระภาคประทับนั่งอุบลบัลลังก์ตั้งพระกายตรง..อยู่ในราวป่านั้น..และถามว่า ภิกษุท่านทำงานอะไร จึงอยู่ในป่าสาละ พระ โคดมอยู่ในป่าแต่ผู้เดียว ได้ความยินดีอะไรหรือ”

พระพุทธเจ้าทรงประจักษ์ชัดถึงคุณประโยชน์ของการอยู่อาศัยตามธรรมชาติว่า ธรรมชาติให้อากาศบริสุทธิ์ทำให้มีสุขภาพดี ให้ความสุขซึ่งเป็นสถานที่ที่เหมาะสมแก่การบำเพ็ญเพียรเป็นอย่างยิ่ง ดังพุทธพจน์ว่า “เมื่อเธอเข้าไปอยู่อาศัยป่าที่นั่น สติที่ยังไม่ปรากฏก็ปรากฏจิตที่ไม่ตั้งมั่นก็ตั้งมั่น” พระองค์ทรงบัญญัติข้อห้ามไม่ให้ภิกษุทำลายธรรมชาติ เช่น ห้ามภิกษุถ้ำอุจจาระ ปัสสาวะ บ้วนน้ำลายลงบนพืชและในน้ำ ภิกษุใดต้องอาบัติทุกกฏห้ามภิกษุทำลายต้นไม้

5. สุขลักษณะ

พระพุทธเจ้าทรงให้ความสำคัญกับหลักปฏิบัติเรื่องสุขลักษณะอนามัยของพระองค์เองและภิกษุสงฆ์ด้วย ทรงบัญญัติให้ภิกษุสงฆ์ปฏิบัติ 2 ประการ คือ สุขอนามัยค้ำร่างกาย และสุขอนามัยค้ำนสิ่งแวดล้อม ดังนี้

5.1 สุขลักษณะอนามัยค้ำร่างกาย

5.1.1 ทรงบัญญัติให้ภิกษุสวมรองเท้าในขณะที่ขยับถ่ายได้ ซึ่งตามปกติ

พระพุทธเจ้าจะทรงห้ามการสวมรองเท้า ยกเว้นกรณีเจ็บป่วยหรือเท้าแตก

5.1.2 ทรงบัญญัติในเรื่องการขยับถ่ายของภิกษุไว้ว่า ห้ามไม่ให้ภิกษุเบ่ง

แรง ๆ การป้องกันการเกิดโรคริดสีดวงทวารหนักและโรคหัวใจวาย

5.1.3 ทรงบัญญัติไม่ให้เคี้ยวไม้ชำระฟันขณะขับถ่าย และไม่ให้อ่าง
อุจจาระ ปัสสาวะนอกราง

5.1.4 ทรงบัญญัติให้เคี้ยวไม้ชำระฟัน เพื่อประโยชน์ต่อสุขภาพในช่อง
ปาก

5.2 สุขลักษณะด้านสิ่งแวดล้อม

5.2.1 ทรงบัญญัติทั้งขั้นตอนวิธีการทำความสะอาดไว้ด้วย ดังพุทธพจน์ที่
แสดงไว้ว่าภิกษุทั้งหลาย ตนอยู่ในวิหารใด ถ้าวิหารนั้นสกปรก ถ้าสามารถพึงชำระให้สะอาด
เมื่อชำระวิหารให้สะอาด พึงขนบาศระและจีวรออกก่อนวางไว้ ณ ที่สมควร พึงขนผ้าปูนั่ง ผ้าปู
นอน พูก หมอนออกไปวางไว้ ณ ที่สมควร เตียง ตั้ง พึงยกอย่างระมัดระวัง ไม่ให้ครูดไม่ให้
กระทบบานประตูและกรอบประตู ขนออกไปตั้งไว้ ณ ที่สมควร..ถ้าวิหารมีหยากเยื่อ พึงกวาด
เพดานลงมาก่อน กรอบหน้าต่างและมุมห้องพึงเช็ด ถ้าฝาที่ทาน้ำมันหรือทาสีดำขึ้นรา พึงใช้ผ้า
ชุบน้ำบิดแล้วเช็ด ถ้าเป็นพื้นไม้ได้ทำ พึงใช้น้ำประพรมแล้วเช็ดอย่าให้วิหารครากดำไปด้วยฝุ่น
ละออง..ไม่พึงเคาะเสนาสนะได้ลม พรหมปูพื้น พึงผึ่งแดด ชำระ ตบ ขนกลับไปไว้ตามเดิม เชียง
รองเท้า พึงผึ่งแดด เช็ด ขนกลับไปไว้ตามเดิม

การดูแลรักษาและเสริมสร้างสุขภาพอนามัยตรงกับหลักสุขบัญญัติทาง
การแพทย์สมัยใหม่ที่เสนออุกวิธีดูแลรักษาสุขภาพอนามัยด้วยสูตรโดยย่อว่า “5อ.” ได้แก่

1. อาหาร
2. ออกกำลังกาย
3. อารมณ์
4. อากาศ
5. อาจม

3. พุทธวิธีบำบัดรักษาโรค

พระพุทธองค์ทรงมีพุทธานุญาตและพุทธบัญญัติหลายประการด้านการรักษาพยาบาล
ภิกษุอาพาธ ดังพระดำรัสว่า

“ภิกษุพิจารณาโดยแยกกายแล้วใช้สอยคิลานปัจฉัยเภสัชบริจาร เพียงเพื่อบรรเทา
เวทนาที่เกิดจากอาพาธต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นแล้วและเพื่อไม่มีความเบียดเบียนเป็นที่สุดและตรัสถึง
คนไข้ 3 จำพวก คือ

1. ได้อาหาร ยา คนพยาบาล ซึ่งเป็นที่สบายหรือไม่ก็ตาม ก็ไม่หายจากอาพาธนั้น
2. ได้อาหาร ยา คนพยาบาล ซึ่งเป็นที่สบายหรือไม่ก็ตาม ก็หายจากอาพาธนั้น

3. ใ้ดอาหาร ยา คนพยาบาล ซึ่งเป็นที่สบายจึงหายจากอาพาธนั้น
พระพุทธรองค์ทรงอนุญาต อาหาร ยารักษาโรคและผู้บำรุงสมุนไพรร อาหารและการใช้
วิธีการต่าง ๆ นอกเหนือจากการใช้ยาในการบำบัดรักษา ดังจะกล่าวในรายละเอียดตามลำดับ
ดังนี้

3.1 การใช้สมุนไพรร

ในครั้งพุทธกาลเมื่อหมุ่ภิกษุสงฆ์อาพาธ พระพุทธเจ้าทรงมีพุทธานุญาตให้ภิกษุมิ
เครื่องยาต่าง ๆ ใ้ได้ตามความจำเป็นและเหมาะสมแก่โรค ดังนี้

“เภสัช 5 ใ้ได้แก่ เนยใส เนยข้น น้ำมัน น้ำผึ้ง น้ำอ้อย เป็นใ้ได้ทั้งยาและมี
คุณประโยชน์ทางโภชนาการ ทรงอนุญาตให้ภิกษุที่อาพาธด้วยโรคผอมเหลืองจันอาหารไม่ใ้ได้
รับประทานเก็บใ้วันใ้ได้นาน 7 วันและจันใ้ได้ตลอดเวลา

“น้ำมันเหลวที่เป็นยา” ใ้ได้แก่ มันเหลวหมี มันเหลวปลา มันเหลวปลาจลาม มัน
เหลวหมู มันเหลวลา ทรงอนุญาตให้ภิกษุที่อาพาธเป็นใ้รับประทานและจันในเวลากลางวัน
เรียกว่าในเพล เท่านั้น

“รากไม้อชนิดต่าง ๆ ที่เป็นยา” ใ้ได้แก่ จิงสวด ว่านน้ำ ว่านประาะ อุดพิศ จำแผลก หัว
หมู หรือรากไม้อที่เป็นยาชนิดอื่น ซึ่งไม้อใช้ของเคี้ยวของจัน ทรงอนุญาตให้ภิกษุรับประทานแล้ว
เก็บใ้ไว้ใ้ได้ให้จันใ้เฉพาะเวลาที่จำเป็น

“น้ำฝาดต่าง ๆ ที่เป็นยา” ใ้ได้แก่ น้ำฝาดสะเดา น้ำฝาดโมกมัน น้ำฝาดจี้กา น้ำฝาด
บอระเพ็ด น้ำฝาดกระทินพิมาน หรือน้ำฝาดที่ยาชนิดอื่นที่มีอยู่ ซึ่งไม้อใช้ของเคี้ยวของจัน ทรง
อนุญาตให้ภิกษุที่อาพาธ รับประทานแล้วเก็บใ้ไว้ใ้ได้ ให้จันใ้เฉพาะที่จำเป็น”

“ใบไม้อชนิดต่าง ๆ ที่เป็นยา” ใ้ได้แก่ ใบสะเดา ใบโมกมัน ใบแมงลัก ใบฝ้าย หรือ
ใบไม้อที่เป็นยาชนิดอื่น ซึ่งไม้อใช้ของเคี้ยวของจัน ทรงอนุญาตให้ภิกษุที่อาพาธรับประทานแล้ว
เก็บใ้ไว้ใ้ได้ ให้จันใ้เฉพาะเวลาที่จำเป็น”

“ผลไม้อชนิดต่าง ๆ ที่เป็นยา” ใ้ได้แก่ ลูกพิลังกะ คีปลี พริก สมอไทย สมอพิเพก
มะขามป้อม ผลโกศ หรือผลไม้อที่เป็นยาชนิดอื่น ซึ่งไม้อใช้ของเคี้ยวของจัน ทรงอนุญาตให้ภิกษุ
ที่อาพาธรับประทานแล้วเก็บใ้ไว้ใ้ได้ ให้จันใ้เฉพาะเวลาที่จำเป็น”

“ยางไม้อชนิดต่าง ๆ ที่เป็นยา” ใ้ได้แก่ หิงคุ ยางเคี้ยวจากหิงคุ ยางเคี้ยวจากเปลือกหิงคุ
ยางจากยอดต้นคันตกะ ยางจากใบต้นตกะ ยางเคี้ยวจากต้นตกะ กำยานหรือยางที่เป็นยางที่เป็น
ยาชนิดอื่นที่มีอยู่ ซึ่งไม้อใช้ของเคี้ยวของจัน ทรงอนุญาตให้ภิกษุที่อาพาธรับประทานแล้วเก็บใ้ไว้
ใ้ได้ให้จันใ้เฉพาะเวลาที่จำเป็น”

“เกลือชนิดต่าง ๆ ที่เป็นยา” ได้แก่ เกลือสมุทร เกลือคำ เกลือดินขาว เกลือดินโป่ง เกลือหุง หรือเกลือที่เป็นยาชนิดอื่นที่มีอยู่ ซึ่งไม่ใช่ของเคี้ยวของฉัน ทรงอนุญาตให้ภิกษุที่อาพาธรับประทานแล้วเก็บไว้ได้ ให้ฉัน ได้เฉพาะเวลาที่จำเป็น”

“ยาผงชนิดต่าง ๆ ที่เป็นยา” ได้แก่ ทรงอนุญาตให้ภิกษุที่อาพาธเป็นโรคฝีดาษ หิด ตุ่ม พุพอง ใช้ทาเพื่อไม่ให้ น้ำเหลืองที่ไหลเยิ้มออกมาไปเกาะติดกับจีวรผิวนั่งจนทำให้แกะออกลำบาก

“มูลโค ดินเหนียว กากน้ำข้อม” ทรงอนุญาตให้ใช้ทาดับกลิ่นตัวแรง

“ยาทาตา” ที่ทำด้วยเครื่องปรุงต่าง ๆ เช่น หรดาด กลีบทอง เขม่าไฟ ทรงอนุญาตให้ภิกษุที่เป็นโรคตา ทายตา ยาป้ายตา

“เครื่องผสมยาตา” ได้แก่ ไม้จันทน์ กฤษณา กลัมพัก ใบเฉียง แห้วหมู ทรงอนุญาตให้ใช้ยาหยอดตา ยาป้ายตาที่ปรุงด้วยเครื่องปรุงดังกล่าวได้ สำหรับรักษาโรคตา

“น้ำมัน ยานัตถ์ และการสูดควัน” โรคปวดรื้อนที่ศีรษะ ทรงอนุญาตน้ำมันสำหรับโรคปวดศีรษะ เมื่อยังไม่หายอนุญาตให้ใช้นัตถ์ยา และสูดควันได้

“น้ำมันหุง และน้ำเมาเจือด้วยน้ำมันหุง” ทรงอนุญาตให้ฉันน้ำมันหุงและน้ำเมาที่เจือด้วยน้ำมันหุงที่ไม่เกินขนาดได้ สำหรับน้ำมันหุงที่เจือด้วยน้ำเมาเกินขนาดทรงอนุญาตให้ใช้ทาเท่านั้น ภิกษุรูปใดลืม ต้องอาบัติตามกรรม(ปรับอาบัติปาจิตตีย์)

“เขาสัตว์กอก ระบายโลหิตออก” ทรงอนุญาตให้ใช้เขาสัตว์กอก ระบายโลหิตออกสำหรับแก้โรคลมขัดชอกตามข้อ

“ยาทาเท้า” ทรงอนุญาตยาทาเท้า สำหรับ โรคเท้าแตก และหากยังไม่หายทรงอนุญาตให้ปรุงน้ำมันทาเท้า

“ยามหาวิภู” ได้แก่ ฤๅษ มูตร เถ้า ดิน ทรงอนุญาตให้เจือน้ำฉันแก้พิษงู

“น้ำคั้นเจือฤๅษ” ทรงอนุญาตให้ฉันแก้ยาพิษ

“น้ำละลายจากดินติดผาลไถ” ทรงอนุญาตให้ฉันแก้โรคเสน่ห์ยาแฝด

“น้ำค่างคิบ” ทรงอนุญาตให้ฉันแก้โรคท้องผูก

“น้ำสมอดองมูตรโค” ทรงอนุญาตให้ฉันแก้โรคผอมเหลือง

“สมุนไพรรหอม” ทรงอนุญาตให้สูบไล่สมุนไพรรหอม สำหรับแก้โรคผิวนั่ง

“ยาถ่าย” ทรงอนุญาตสำหรับแก้โรคท้องผูก

“ยาตองโลณโสจรัก” (ยาที่ปรุงด้วยส่วนผสมนานาชนิด) ทรงอนุญาตให้เจือน้ำคั้น

อย่างน้ำปานะแก้โรคลมในท้อง

“เหง้าบัวและรากบัว” พระสารีบุตรใช้ฉันทาแก้โรคร้อนในกาย

“ก้านอุบลอย” พระพุทธเจ้าได้รับการปรงถวยจากหมอชีวก ใช้สุดสำหรับแก้โรคหมักหมมสิ่งอันเป็นโทษในร่างกาย

“เนื้อดิบ และเลือดสด” ทรงอนุญาตให้ภิกษุที่อาพาธด้วยโรคอมนุษย์เข้าสิงเนื้อดิบและเลือดสด ได้เนื้อดิบและเลือดสด ที่พระพุทธเจ้าทรงอนุญาตให้ฉันทานั้น อรรถกถาอธิบายไว้ว่า ภิกษุที่เป็นไข้ นั้น ไม่ได้กินเนื้อดิบ ไม่ได้กินเลือดสด แต่อมนุษย์ที่สิงอยู่ในร่างภิกษุนั้นกินและดื่มครั้นได้กินเนื้อดิบและเลือดสดแล้ว ก็ออกจากร่างภิกษุนั้นไป “กระเทียม” ตามปกติพระองค์ทรงห้ามฉันทากระเทียม เพราะส่งกลิ่นรบกวนผู้มาฟังธรรม ครั้นทรงทราบว่า

ภิกษุอาพาธด้วยโรคลมเสียดท้องฉันทากระเทียมแล้วหาย จึงทรงอนุญาตให้ฉันทาเฉพาะยามอาพาธ

“น้ำส้ม น้ำผึ้ง เนยใส น้ำอ้อย” ทรงอนุญาตให้ใช้ร่วมกัน สำหรับรักษาโรคลงแดง

“น้ำมูตรเน่าที่ผสมยาต่าง ๆ” ทรงอนุญาตให้ใช้รักษาโรคพอมเหลือง

“น้ำอ้อย” พระพุทธเจ้าทรงประหารด้วยโรคลม พระอุปัฏฐากได้เตรียมน้ำร้อนให้ตรงสถาน และได้ชงน้ำอ้อยกับน้ำร้อนถวายให้ฉันทา (คัม)

“อุปกรณ์สำหรับใช้ปรงยาและเก็บรักษา” พระพุทธเจ้าทรงมีพุทธานุญาตให้ใช้อุปกรณ์ปรงยาและเก็บรักษา ตามที่มีกล่าวไว้ในพระไตรปิฎก หมวดเภสัชขันธกะ ดังนี้ ครก และสาก เครื่องร่อนยาผงและฝาร่อนยา กลักยาตาและไม้ป้ายยาตา ภาชนะสำหรับเก็บ ไม้ป้ายยาตา

กถียานัตถ์ กถียาสุดควัน ฝาศีปกถียาสุดควัน ชนิดที่ทำด้วยกระดูก ทำด้วยงาช้าง ทำด้วยเขา ทำด้วยไม้ห่อ ทำด้วยไม้ไผ่ ทำด้วยไม้ ทำด้วยยางไม้ ทำด้วยโลหะ ทำด้วยเปลือกสังข์ ทำด้วยโลหะ ทำด้วยไม้ และทำด้วยผลไม้อื่น ใช้บรรจุน้ำมันหุง อ่างน้ำ ใช้ใส่น้ำต้มใบไม้ชนิดต่าง ๆ ให้ภิกษุอาพาธหรือแสรักษาโรคลม และเขาสัตว์สำหรับใช้กรอกระบาย โลหิตกระจกหรือภาชนะสำหรับดูแผลบนใบหน้า ฝารัดเข่า ไม้แกะหูและของที่ใช้ห่อไม้บังเวียน กบปียภูมิกับปียภูมิ หมายถึงชื่อเรียกสถานที่เก็บ โภชนาหารและเภสัชสำหรับสงฆ์

3.2 การใช้อาหาร

พระพุทธเจ้าทรงมีพุทธานุญาตให้ใช้อาหารและเป็นยาและบำรุงสุขภาพ ตามที่ระบุไว้มีดังนี้

3.2.1 น้ำข้าวใส น้ำต้มถั่วเขียวไม่ขึ้น น้ำต้มถั่วเขียวขึ้น น้ำต้มเนื้อ ทรงอนุญาตให้ภิกษุอาพาธที่ฉันทายา ใช้บำรุงสุขภาพได้

3.2.2 น้ายาญ เมื่อครั้งที่พระพุทธเจ้าทรงประชวรด้วยโรคลมในพระอุทร พระอานนทได้ต้มข้าวยาญ ซึ่งปรุงด้วยข้าวสาร ถั่วเขียว และงาบดถวายเป็นยาที่ประคบแล้วหายจากการประชวรพระพุทธเจ้าตรัสว่าข้าวยาญเป็นยาที่มีประโยชน์ 5 ประการ คือ

- 1) บรรเทาความหิว
- 2) บรรเทาความกระหาย
- 3) ทำให้ลมเดินคล่อง
- 4) ชำระลำไส้
- 5) ช่วยย่อยอาหาร

3.3 การใช้ความร้อน

เมื่อภิกษุอาพาธด้วยโรคลมตามอวัยวะ ทรงมีพุทธานุญาตให้ใช้ความร้อนบำบัดโรคได้ ดังนี้

3.3.1 ทรงอนุญาตการเข้ากระโจมเหงื่อ

3.3.2 ภิกษุอาพาธด้วยโรคลมไม่หาย ทรงอนุญาตการรมด้วยใบไม้

3.3.3 ภิกษุอาพาธด้วยโรคลมไม่หายอีก ทรงอนุญาตการรมใหญ่ (การรมใหญ่ หมายถึง เอาถ่านใส่หลุมจนเต็ม เอาดินร่วนและทรายเป็นต้นปิดไว้ ลาดใบไม้บนานาชนิดทับลงไป เอน้ำมันทาตัว นอนบนหลุมนั้น รมร่างกายโดยพลิกกลับไปกลับมา

3.3.4 ภิกษุอาพาธด้วยโรคลมไม่หายอีก ทรงอนุญาตน้ำต้มใบไม้ชนิดต่าง ๆ ใส่อ่างสำหรับอาบน้ำหรือแช่ได้

3.3.5 ภิกษุอาพาธเป็นแผลขึ้น ทรงอนุญาตให้รมควัน

3.3.6 ภิกษุที่อ้วนอาพาธมาก ทรงอนุญาตเรือนไฟสำหรับอบตัว

3.4 การพักผ่อนอิริยาบถ

สมัยหนึ่ง พระพุทธเจ้าแสดงธรรมเกือบตลอดทั้งคืน พระองค์ทรงมีอาการปวดหลัง ทรงใช้การบำบัดด้วยวิธีการพักผ่อน ดังพุทธพจน์ที่ว่า "สารีบุตร..จงแสดงธรรมมีกถาแก่ภิกษุทั้งหลายเราเมื่อยหลัง จักขอพักผ่อนสักหน่อย"

3.5 การผ่าตัด

การผ่าตัด เป็นวิธีการรักษาโรคที่ก้าวหน้าที่สุดในสมัยพุทธกาล เช่น การผ่าตัดสมอง และการผ่าตัดลำไส้ ปรากฏอยู่ในหม้อกฤหัสถ์ ทรงมีพุทธานุญาตให้ภิกษุผ่าตัดได้ในบางกรณีการผ่าตัดในหมู่สงฆ์ที่กล่าวไว้ในคัมภีร์พระไตรปิฎก มีดังนี้

การผ่าตัดฝี ฝักขี้ที่อาพาธด้วยโรคฝี ทรงอนุญาตให้ทำการผ่าตัด บอกไว้เพียงคร่าว ๆ ดังนี้

1. ฝักขี้อาพาธเป็นฝี ทรงอนุญาตให้ทำการผ่าตัด
2. น้ำฝาด
3. งามบค
4. ยาพอก
5. ผ้าพันแผล
6. ใช้ชะด้วยน้ำแป้งเมล็ดผักกาด สำหรับแผลคัน
7. ให้อ้อม สำหรับแผลขึ้น

การผ่าตัดเนื้องอก ฝักขี้ที่อาพาธเป็นเนื้องอกที่ยื่นออกมา ทรงอนุญาตให้ทำการผ่าตัดด้วยวิธีต่าง ๆ ดังนี้

1. การผ่าตัดเนื้องอก ทรงอนุญาตให้ตัดด้วยเกลือ
2. น้ำมันทาแผล
3. ผ้ากำชับน้ำมันที่ไหลซึม

การผ่าตัดริดสีดวง เคยปรากฏว่ามีฝักขี้สงฆ์ให้หมอผ่าตัดริดสีดวงทวารมาแล้ว พระพุทธเจ้าทรงทราบจึงมีพุทธบัญญัติห้ามฝักขี้สงฆ์ทำการผ่าตัดริดสีดวงทวาร หรือบีบ ริดสีดวงที่มีขนาดประมาณ 2 นิ้ว รอบ ๆ ที่แคบ ฝักขี้รูปใดผ่าตัดหรือบีบริดสีดวงต้องอาบัติอุทธัจจย

3.6 การใช้พุทธานุภาพ

การใช้พุทธานุภาพ เป็นอีกวิธีหนึ่งที่พระพุทธเจ้าทรงนำมาทำการรักษาโรค มีกล่าวในคัมภีร์พระไตรปิฎกโดยย่อว่า

สมัยหนึ่ง มีอุบาสิกาชื่อสุปปิยา มีศรัทธาเลื่อมใสในพระพุทธศาสนา นางจึงได้ตัดขึ้นเนื้อขาของตนเองไปปรุงอาหารแทนเนื้อสัตว์ ถวายแด่ฝักขี้อาพาธ หลังจากนั้นนางป่วยพระพุทธรองค์ทราบการไม่สบายของนาง ทรงแสดงพุทธานุภาพรักษาแผลของนางให้หายเป็นปกติ นางได้กล่าวสรรเสริญพุทธานุภาพของพระพุทธเจ้าไว้ว่า “นำอัศจรรย์จริงหนอ ท่านผู้เจริญ ไม่เคยปรากฏท่านผู้เจริญ พระตถาคตทรงมีฤทธิ์มาก มีอานุภาพมาก เพียงได้เห็นพระองค์เท่านั้น แผลใหญ่กลับหายเป็นปกติ มีผิวพรรณเรียบสนิท เกิดโลมชาติ”

3.7 การอนุญาตผู้รักษาพยาบาล

พระพุทธเจ้าทรงเห็นความสำคัญของผู้รักษาพยาบาล เพราะการได้ผู้พยาบาลที่ดี และมีความชำนาญทำให้โรคหายได้เร็วขึ้น ดังที่พบว่าทรงอนุญาตให้หมอชีวกเป็นหมอประจำพระองค์และรักษาพระสาวกในสำนักของพระองค์ด้วย พระองค์ทรงบัญญัติคุณสมบัติของภิกษุผู้เป็นอุปัชฌาย์ ผู้เป็นพระนิสสัย และผู้มีสามเณรเป็นอุปัชฌาย์จะต้องเป็นผู้ทำการพยาบาลไข้ได้ หรือสามารถหาผู้พยาบาลแทน ได้ทรงบัญญัติให้ภิกษุต้องพยาบาลไข้ซึ่งกันและกัน หากภิกษุรูปใดไม่พยาบาลต้องอาบัติทุกกฏ

3.8 การเสด็จเยี่ยมและพยาบาลภิกษุไข้

ภารกิจอันสำคัญที่พระพุทธเจ้าทรงถือปฏิบัติอยู่เนื่อง ๆ คือ การเสด็จไปเยี่ยมภิกษุที่อาพาธตามศาลาโรงไข้(ศิลาณศาลา) หรือตามที่พักอาศัย เช่น

“สมัยหนึ่ง พระผู้มีพระภาคเจ้า..เข้าไปหาท่านพระมหากัสสปะถึงที่อยู่..ได้ตรัสถามพระมหากัสสปะดังนี้ว่า กัสสปะ เธอยังสบายดีหรือ ยังพอเป็นอยู่ได้หรือ ทุกขเวทนาทุเลาลงไม่กำเริบขึ้นหรือ อาการทุเลาปรากฏ อาการไม่กำเริบไม่ปรากฏหรือ”

บางครั้งพระองค์ทรงพยาบาลภิกษุไข้ด้วยพระองค์เอง ครั้งหนึ่งพระองค์เสด็จเยี่ยมภิกษุที่ โรงไข้(ศิลาณศาลา) ทรงพบภิกษุรูปหนึ่งอาพาธถูกทอดทิ้งนอนจมอุจจาระไม่มีใครพยาบาลพระองค์รักษาพยาบาล ดังพุทธคำรัสว่า

“อานนที่เธอไปตักน้ำมา เราจะอาบน้ำให้ภิกษุ” พระอานนที่ทูลสนองพระคำรัสแล้วตักน้ำมาถวาย พระผู้มีพระภาคทรงรดน้ำ ท่านพระอานนที่ขัดดี พระผู้มีพระภาคเจ้าทรงประคองศีรษะขึ้น ท่านพระอานนที่ยกเท้าวางบนเตียง

ข้อความข้างต้นนี้ จะเห็นได้ว่า พระพุทธเจ้าทรงให้ความสำคัญต่อสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย ความสะอาดทางร่างกาย สิ่งแวดล้อมที่เป็นระเบียบเรียบร้อยปลอดภัย โปร่ง โล่งสบาย เป็นปัจจัยหนึ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยหายเร็วขึ้น

3.9 การบัญญัติคุณธรรมของผู้พยาบาลและคนไข้

พระพุทธเจ้าและพระสงฆ์สาวก เอาใจใส่ดูแลพระภิกษุ สามเณร อุบาสก อุบาสิกาผู้เจ็บป่วยเป็นอย่างดี พระพุทธเจ้าทรงบัญญัติคุณสมบัติของผู้รักษาพยาบาลที่ดี และผู้ไม่ควรจะพยาบาลไข้ คุณสมบัติของผู้ป่วยพยาบาล ได้ง่าย และผู้ป่วยที่พยาบาลได้ยาก ดังปรากฏในคัมภีร์พระพุทธศาสนา ดังนี้

3.9.1 คุณธรรมของผู้พยาบาลไข้

พระพุทธเจ้าทรงบัญญัติคุณธรรมหรือข้อปฏิบัติของผู้รักษาพยาบาลที่ดีไว้ถึง 5

ประการ คือ

- 1) สามารถจัดยา
- 2) รู้จักของแสดงและไม่แสดง คือนำของแสดงออกไป นำของไม่แสดงเข้า

มาให้

- 3) ไม่พยาบาลไข้เพราะเห็นแก่อาภิส มีจิตเมตตา
- 4) ไม่รังเกียจที่จะนำอุจจาระ ปัสสาวะ น้ำลาย หรือของที่อาเจียนออกมาไป

เททั้ง

- 5) สามารถพูดให้คนไข้เห็นชัด ชวนให้อยากไปปฏิบัติเร้าใจให้อาหาญ

แกล้วกล้า ปลอดภัยโลมใจให้สดชื่นด้วยธรรมมีกตา

พระองค์ได้ตรัสถึงคุณสมบัติของผู้ไม่ควรจะทำการพยาบาลไข้ไว้ 5 ประการ มีคุณสมบัติตรงกันข้ามกับที่ทรงบัญญัติไว้ข้างต้น

3.9.2 คุณธรรมของคนไข้

พระพุทธเจ้าทรงบัญญัติคุณธรรมหรือข้อปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยที่พยาบาลได้ง่ายมี

5 ประการ คือ

- 1) ทำความสบาย
- 2) รู้ประมาณในความสบาย
- 3) ถนอม

4) บอกอาการไข้ตามความเป็นจริงแก่พยาบาลไข้ที่มุ่งประโยชน์ คือ บอกอาการไข้ที่กำเริบว่ากำเริบ อาการไข้ที่ทุเลาว่าทุเลา อาการไข้ที่ทรงอยู่ว่าทรงอยู่

5) เป็นคนอดทนความรู้สึกทางกายที่เกิดขึ้น เป็นทุกข์แสนสาหัส กล้าแข็ง เฝ้ารอด ไม่น่ายินดี ไม่น่าพอใจ แทบจะคร่ำชีวิต

พระองค์ตรัสถึงคุณสมบัติของคนไข้ที่พยาบาลยากไว้อีก 5 ประการ มีคุณสมบัติตรงกันข้ามกับที่ทรงบัญญัติไว้ข้างต้น

4. พุทธวิธีบำบัดรักษาโรคด้วยพระธรรมโอสธ

พระพุทธเจ้าทรงนำพระธรรมโอสธ มาบำบัดรักษาโรคให้กับภิกษุสงฆ์และคฤหัสถ์จะนำมากล่าวพอสังเขปดังนี้

พระพุทธเจ้าประทับ ณ พระเวฬุวันวิหาร ทรงประหารหนักได้รับทุกขเวทนาแรงกล้า ครั้งนั้น พระมหาจุนทะ สวดสาธยายโพชฌงค์ 7 ให้พระองค์ฟัง พระองค์พิจารณาตามธรรมนั้นไปด้วย ครั้งพระมหาจุนทะแสดงธรรมจบลง ก็ทรงหายจากพระประชวรพระองค์ตรัสกับพระมหาจุนทะว่า "จุนทะ โพชฌงค์คือนัก จุนทะ โพชฌงค์คือนัก"

พระมหากัสสปะ(พระมหากัสสปะ คือ พระสาวกที่พระพุทธเจ้าทรงกล่าวยกย่องว่าเลิศในการพูด) อาพาธหนักอยู่ ณ ปิณฑิลูหา ครั้งนั้น พระผู้มีพระภาคเจ้าเสด็จไปเยี่ยมถึงที่พัก ทรงแสดงธรรม"โพชฌงค์ 7" ให้พระมหากัสสปะฟัง พระมหากัสสปะน้อมจิตพิจารณาตามไปด้วย ครั้นพระองค์ทรงแสดงธรรมจบลง พระมหากัสสปะก็หายจากอาพาธและอาพาธนั้นพระมหากัสสปะก็ละได้แล้ว

พระมหาโมคคัลลานะ(พระมหาโมคคัลลานะ คือ พระสาวกที่พระพุทธเจ้าทรงกล่าวยกย่องว่าเป็นเลิศในการมีฤทธิ์มาก) อาพาธหนักอยู่ ณ อุเขาคิฆณณู ครั้งนั้น พระผู้มีพระภาคเจ้าเสด็จไปเยี่ยมถึงที่พัก พระองค์ทรงทรงแสดงธรรม"โพชฌงค์ 7" ให้พระมหาโมคคัลลานะฟัง พระมหาโมคคัลลานะน้อมจิตพิจารณาตามไปด้วย ครั้นพระองค์ทรงแสดงธรรมจบลง พระมหาโมคคัลลานะก็หายจากอาพาธและอาพาธนั้นพระมหาโมคคัลลานะก็ละได้แล้ว

พระพุทธเจ้าและพระสาวกบางรูป ฟังสวดสาธยายธรรมในโพชฌงค์ 7 แล้ว สามารถรักษาโรคได้ทันทีนั้น ล้วนเป็นพระอรหันต์ทั้งสิ้น เป็นบุคคลที่ผ่านการฝึกอบรมศีล สมาธิ และปัญญาอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ทุกประการแล้ว

พระพุทธเจ้าแม้จะได้ตรัสรู้ธรรมแล้ว ครั้นเวลาที่ทรงพระประชวร พระองค์ยังต้องให้พระอุปัฏฐากสาธยายธรรมให้พระองค์ฟัง ทำไมไม่ทรงสวดสาธยายธรรมหรือกำหนดพิจารณาตนเอง ทั้งนี้เป็นเพราะขณะเจ็บป่วยที่มีโรครุมเร้าอย่างหนัก ผู้ป่วยย่อมจะไม่มีเรี่ยวแรงสวดเองได้ประการหนึ่ง และประการที่สองหากมีผู้มาสาธยายให้ฟังเท่ากับว่าผู้แสดงได้ทำหน้าที่เป็นผู้นำปฐมตั้งให้เสร็จหมด โดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องมีภาระในการไปกำหนดและนึกคิดพิจารณาตรวจตราวิเคราะห์ตนเอง ซึ่งจะง่ายและสะดวกต่อการน้อมจิตเพื่อไปกำหนดเพ่งพิจารณาตามดูในธรรมแต่ละข้อ ๆ เท่านั้น

ปัจจุบันพุทธบริษัทที่ศึกษาธรรม นิยมนิมนต์พระมาสวดโพชฌงค์ 7 ให้ผู้ป่วยฟังเพื่อมุ่งหวังส่งเสริมกำลังใจ และให้หายจากโรค

พระคิริมานนท์อาพาธหนัก พระผู้มีพระภาคเจ้าทรงทราบแล้ว ทรงมอบให้พระอานนท์ไปเยี่ยมแทน พร้อมกับโปรดให้พระอานนท์นำสัตถุญา 10 ไปสวดสาธยายให้พระคิริมานนท์ฟัง พระคิริมานนท์ฟังธรรมนี้แล้ว อาพาธหนักนั้นก็สงบระงับไปทันที

พระอัสสชิ อาพาธหนัก ครั้งนั้นพระผู้มีพระภาคเจ้าทรงเสด็จไปเยี่ยมถึงที่พัก ทรงทราบว่ พระอัสสชิมีความทรมานทรมายเพราะคิดว่าตนนั้นเสื่อมจากสมาธิ พระองค์ตรัสบอกอย่าได้ยึดถือสมาธินั้นเลย หากมีศีลบริสุทธิ์ดีแล้วไม่ควรที่จะทรมานทรมายอะไรอีก ตรัสสอนให้พิจารณาเรื่องขันธ 5 ว่าไม่เที่ยง เป็นทุกข์ เป็นอนัตตา ทรงสอนให้พิจารณากำหนดรู้ชัดเวทนา 3 อย่าง คือ สุข ทุกข์ไม่สุขไม่ทุกข์ ส่วนแต่ไม่เที่ยง ไม่น่าหมกมุ่น ไม่น่าเพลิดเพลิน หลังจากตายไปก็กำหนดรู้ชัดในอาการเช่นนี้

ธัญชาณีพราหมณ์ ป่วยหนัก จึงให้คนไปนิมนต์พระสารีบุตรให้ไปรดอนุเคราะห์มาเยี่ยมด้วย พระสารีบุตรได้ไปเยี่ยมถึงที่บ้าน ทราบว่าธัญชาณีพราหมณ์มีจิตอยากไปสู่พรหมโลก จึงได้แสดงธรรมว่าด้วยพรหมวิหาร 4 อันเป็นหนทางไปสู่พรหมโลก ระหว่างฟังธรรมจิตของธัญชาณีพราหมณ์น้อมพิจารณาตาม มีความประสงค์จะไปเกิดในพรหมโลก หลังจากนั้นไม่นานธัญชาณีพราหมณ์ก็สิ้นชีวิตลง หลังจากตายแล้วได้ไปสู่พรหมโลกตามที่จิตมุ่งหมายไว้

คหบดีผู้สูงวัยชื่อ นกุลปีตา ถูกโรคภัยไข้เจ็บเบียดเบียนอยู่เสมอ ได้รับทุกข์เวทนาอย่างหนักเกิดความทุกข์ใจ รำคาญใจอย่างยิ่ง ครั้นมีโอกาสเข้าเฝ้าพระพุทธเจ้า จึงได้กราบทูลขอพรถึงวิธีการแก้ไขเยียวยารักษาโรคที่เป็นอยู่ พระผู้มีพระภาคเจ้า ตรัสบอกนกุลปีตาไปดังนี้ว่า ฟังตั้งใจไว้อยู่เสมอว่า ถึงแม้กายจะกระสับกระส่าย แต่จิตจักไม่กระสับกระส่ายตามไปด้วย ท่านได้ฟังอมตะธรรมนั้นแล้วก็ตามก็เกิดความยินดี มีอินทรีย์ผ่องใสและสีหน้าบริสุทธิ์ผ่องจันทันที (วินัยปิฎก, เล่ม 17, ข้อ 1, หน้า 1-3)

อนาถปิณฑิกคหบดี แห่งกรุงสาวัตถีป่วยหนัก ครั้งนั้นพระสารีบุตรและพระอนนทไปเยี่ยมที่บ้าน จากนั้นจึงแสดงธรรมให้พิจารณาเห็นว่า อายุขณะภายนอก 6 อายุขณะภายใน 6 วิญญาณ 6 สัมผัส 6 เวทนา 6 ธาตุ 6 ขันธ์ 6 อรูปฌาน 4 โลกหน้า และอารมณ์ที่รับรู้ทางอายตนะ 6 เป็นสิ่งที่ไม่ควรยึดมั่นถือมั่น อนาถปิณฑิกคหบดี เกิดปีติซาบซึ้งในธรรมถึงกับร้องไห้เนื่องจากได้ฟังธรรมที่ละเอียดประณีตลึกซึ้ง จากนั้นได้กล่าวขอร้องให้มีการแสดงธรรมชั้นสูงที่ละเอียดลึกซึ้งเช่นนี้แก่คฤหัสถ์อื่น ๆ ได้รับฟังต่อไปเพราะบุคคลผู้ฉลาดมีปัญญารู้ธรรมและเข้าใจได้ยังมีอยู่มากอนาถปิณฑิกคหบดีสิ้นชีวิตลงอย่างสงบ ได้ไปเกิดในเทวโลกชั้นดุสิต

พระพุทธเจ้าทรงแนะนำหลักทั่วไปในการแก้ความคิด ความดำริที่เป็นอกุศล ดังนี้

1. โรค โลภะ ทรงสอนให้เป็นผู้รู้จักพอ รู้จักการถือสัน โดย และรู้จักการให้ทาน
2. โรค โทสะ ทรงสอนให้เป็นผู้ที่มีความเมตตา กรุณา มุทิตา และรู้จักการให้อภัย
3. โรค โมหะ ทรงสอนให้เป็นผู้รู้จักการศึกษา (สุตะ) การเจริญสติสัมปชัญญะและ

การหมั่นเจริญภาวนา

ธรรมหมวดอิทธิบาท 4 ฉันทะ วิริยะ จิตตะ วิมังสา อังคธรรมทั้ง 4 ประการนี้ พระพุทธเจ้าตรัสไว้ว่านำมาใช้เป็นเครื่องในการทำให้มีอายุยืนได้ หากผู้นั้นมีความต้องการที่จะใช้ดังพุทธพจน์ว่า”อิทธิบาท 4 อันบุคคลใดบุคคลหนึ่งเจริญ ทำให้มาก ทำให้เป็นดุจยาน ทำให้เป็นที่ตั้ง ให้ตั้งมั่น สัมสม ปราศจากดีแล้ว บุคคลนั้นเมื่อปรารถนา ก็จะมีชีวิตอยู่ไปได้ตลอดกับหรือมากกว่าปี

พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตฺโต) ให้ธรรมอธิบายไว้ สรุปได้ว่าผู้ที่ต้องการมีอายุยืนข้อแรกต้องประกอบด้วยฉันทะ คือ ความพอใจที่จะอยู่เพื่อทำสิ่งที่ดีสำหรับตนหรือผู้อื่น เมื่อเกิดฉันทะก็คิดอยากทำสิ่งนั้นเสมอจดจ่ออยู่ในสิ่งนั้น ทำให้เกิดสมาธิ มีกำลังใจ ต่อสู้ด้วยความเพียรพยายามอันเป็นธรรม ข้อที่สองคือวิริยะ เมื่อได้วิริยะก็มาสู่ธรรม ข้อที่สามคือ จิตตะ ความใส่ใจที่จะอยู่กับเรื่องที่คิดนั้น ไม่สนใจอารมณ์อื่น สมาธิจึงเกิด ชีวิตเป็นสุข เนื่องจากได้ทำสิ่งที่พอใจอย่างแท้จริงข้อสุดท้ายคือวิมังสา คือการใช้ปัญญาพิจารณาไตร่ตรอง ปรับปรุง แก้ไข ข้อบกพร่องสมองและความคิดไม่ฝ่อ

อิทธิบาท 4 จึงเป็นหลักธรรมที่ทำให้อายุยืน การปฏิบัติตามหลักอายุวัฒนะสำเร็จได้ต้องหลีกเลี่ยงเหตุที่ตัดรอนชีวิตให้สั้นลง ดำรงอยู่ด้วยคุณธรรมพร้อมกับการสร้างสรรค์สิ่งที่เป็นประโยชน์ สำคัญคือต้องถือหลักความไม่ประมาทเป็นแกนนำไว้ด้วย (พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตฺโต), อายุยืนอย่างมีคุณค่า. 2540 : 37-45)

พระพุทธเจ้าทรงกล่าวว่าผู้ที่ปฏิบัติตามข้อปฏิบัติแห่งอริยมรรคมีองค์ 8 ครบถ้วนสมบูรณ์แล้ว จะทำให้ไม่แก่อย่างชนิดที่เรียกว่าถาวรได้ ดังพุทธพจน์ว่า

ชรา คือ ความแก่ ความคร่ำคร่า ความมีพื้นหลุด ความที่ผมหงอก ความมีหนังเหี่ยวบนความเสื่อมอายุ.. เพราะชาติเกิดชราและมรณะจึงเกิด เพราะชาติดับชราและมรณะจึงดับอริยมรรคมีองค์ 8 นี้เท่านั้นคือ สัมมาทิฐิซึ่งว่าเป็นปฏิบัติให้ถึงความดับแห่งชราและมรณะ

พุทธวิธีตามหลักอายุวัฒนะธรรม แสดงหนทางในการปฏิบัติเพื่อชะลอความแก่ไว้เป็น 2 ระดับ คือ

1. ระดับโลกิยะ เป็นระดับของการนำหลักปฏิบัติทางโลกมาใช้ช่วยบรรเทาหรือชะลอความแก่ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เพื่อให้สามารถปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ ที่จะเป็นประโยชน์ต่อไป

2. ระดับโลกุตระ เป็นระดับของการนำหลักของอริยมรรคมีองค์ 8 อันเป็นหลักปฏิบัติตามหลักธรรมชั้นสูง มาปฏิบัติ เพื่อดับความแก่ไม่ให้มีขึ้นอีก หมายถึง เมื่อมีจิตหลุดพ้น

จิตสามารถอยู่เหนือความแก่ ความแก่ไม่ครอบงำจิตให้ทุกข์ได้ ที่สำคัญคือ ไม่ต้องมาเกิดพบกับความแก่อีก เรียกว่าเป็นการก้าวหน้าพ้นความแก่ได้อย่างถาวร

สรุป หลักพุทธธรรมที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมีหลายประการแต่หลักธรรมที่มีความเหมาะสมที่จะนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลกำแพง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ดมากที่สุดได้แก่ หลักอายุสละธรรมหรืออายุวัฒนธรรม 5 ซึ่งเป็นหลักปฏิบัติเพื่อให้เกิดความเกื้อกูลต่อการมีอายุยืน 5 ประการได้แก่ 1) สัมปายะการี คือ การทำในสิ่งที่สบายแก่ตน หมายถึงการปฏิบัติในสิ่งที่ทำให้มีความสบายต่อสุขภาพของตนเองในเรื่องที่อยู่อาศัย อาหาร อากาศ และการปรับเปลี่ยนอิริยาบถ 2) สัมปายะมัตตัญญู คือ การรู้จักประมาณในความสะดวกสบายในที่อยู่อาศัย อาหาร อากาศ และอิริยาบถ 3) ปณิตะโกชิตี คือ การบริโภคอาหารที่เรียบง่าย และการเคี้ยวอาหารให้ละเอียด หมายถึงการบริโภคอาหารที่เรียบง่ายและมีประโยชน์ต่อร่างกาย 4) กาละจารี คือ การรู้จักเวลา ทำถูกเวลา หมายถึง การดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับธรรมชาติและเวลา และ 5) พรหมจารี คือการประพฤติพรหมจรรย์ตามสมควรหมายถึงการทำทาน การรักษาศีล และการบำเพ็ญภาวนาเพื่อรักษาจิตใจให้สงบผ่องใส ทั้งนี้เพราะเป็นหลักปฏิบัติที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ของคนในชุมชน และเป็นหลักที่ไม่ยากจนเกินไปสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง

บริบทพื้นที่วิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดพื้นที่วิจัยคือตำบลกำแพง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งมีบริบทพื้นที่ ดังนี้

1. ขนาดที่ตั้ง

ตำบลกำแพง ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด อยู่ทางทิศตะวันออกเฉียงใต้ของอำเภอ ห่างจากอำเภอ 18 กิโลเมตร มีพื้นที่ประมาณ 47.56 ตารางกิโลเมตรหรือมีอาณาเขตติดต่อกับใกล้เคียงดังนี้ (องค์การบริหารส่วนตำบลกำแพง, แผนสามปี พ.ศ. 2555-2557)

ทิศเหนือ ติดกับตำบลน้ำอ้อม อำเภอเกษตรวิสัยและตำบลโนนสวรรค์ อำเภอปทุมรัตน์

ทิศตะวันออกเฉียง ติดกับตำบลเมืองบัว ตำบลคงครั่งใหญ่ อำเภอเกษตรวิสัย
ทิศตะวันตก ติดกับตำบลโนนสวรรค์ อำเภอปทุมรัตน์

ทิสได้ติดกับตำบลทุ่งทอง อำเภอเกษตรวิสัย

2. ลักษณะภูมิประเทศ

ลักษณะภูมิประเทศเป็นพื้นที่ราบ ทุ่งนาลักษณะของดินเป็นดินร่วนปนทราย มีป่าไม้ธรรมชาติและป่าไม้ยูคาลิปตัสในบางพื้นที่ เป็นพื้นที่การเกษตรส่วนใหญ่ทำนาปลูกข้าวหอมมะลิ

3. แหล่งทรัพยากร

ในพื้นที่ตำบลกำแพงมีแหล่งทรัพยากรที่สำคัญต่อการดำรงชีวิต ดังนี้

3.1 ลำน้ำธรรมชาติที่สำคัญคือ ลำน้ำเตา ซึ่งไหลผ่านพื้นที่ตอนบนของตำบล บริเวณหมู่บ้าน ไทรทอง บ้านฮ่องทราย และบ้านหนองพระบาง เป็นแหล่งน้ำที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของประชาชนในพื้นที่ตำบลกำแพง ทั้งในแง่การใช้น้ำในการเกษตร เช่นการทำนา การเพาะปลูกพืชผักต่าง ๆ และการอุปโภคบริโภค ได้แก่การนำน้ำจากลำน้ำเตามาทำน้ำประปาในหมู่บ้าน แต่ในสภาพที่เกิดขึ้นไม่สามารถนำน้ำมาใช้ประโยชน์ได้เท่าที่ควร เนื่องจากไม่มีที่กักเก็บน้ำไว้ใช้ในฤดูแล้งและขาดคลองส่งน้ำเข้าไปในพื้นที่การเกษตร ปริมาณน้ำฝนมากในฤดูฝนและเอ่อล้นออกจากลำน้ำเตามาท่วมพื้นที่การเกษตรของราษฎรเสียหาย

3.2 ป่าทำเลดอนเหมือนดอ เป็นป่าไม่ชุมชนตั้งอยู่ระหว่างพื้นที่หมู่บ้านฮ่องทราย บ้านหนองพระบาง และบ้านไทรทอง มีพื้นที่ประมาณ 380 ไร่ เป็นแหล่งทรัพยากรที่สำคัญของประชาชนในพื้นที่ตำบลกำแพงประกอบด้วยพันธุ์ไม้ต่าง ๆ ได้แก่ไม้ยืนต้นขนาดกลาง ไม้พุ่ม เถาวัลย์ พืชผักพื้นบ้านตลอดจนพืชสมุนไพรนานาชนิด เห็ด แมลงที่เป็นอาหารต่าง ๆ

4. วัด/ศาสนสถาน

มีวัดจำนวนทั้งสิ้น 13 วัด สำนักสงฆ์ 3 แห่ง โดยวัด/ศาสนสถานที่สำคัญได้แก่ วัดไทรทอง มีพื้นที่ทั้งหมด 30 ไร่ เป็นวัดที่สำคัญที่ตั้งอยู่ในเขตตำบลกำแพงเนื่องจากเป็นสถานที่ในการจัดฝึกอบรมวิปัสสนากัมมัฏฐาน ประจำปีซึ่งมีประชาชนเดินทางมาเข้าร่วมกิจกรรมจำนวนมาก มีพระครูสุวัฒน์วีระธรรม รองเจ้าคณะอำเภอเกษตรวิสัย เป็นเจ้าอาวาส ตลอดจนเป็นแหล่งปลูกพืชสมุนไพรนานาชนิด นอกจากนี้ยังเป็นสถานที่ตั้งของชมรมผู้สูงอายุผู้สูงอายุ บ้านไทรทอง ตำบลกำแพง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

5. อาชีพ ประชาชนในตำบลกำแพงส่วนใหญ่ประกอบเกษตรกรรม คือ ทำนาเป็นหลัก และทำงานรับจ้างเป็นอาชีพเสริมในช่วงนอกฤดูกาลทำนาอีกส่วนหนึ่งเดินทางไปทำงานในสถานประกอบการในต่างจังหวัด เช่น ในกรุงเทพมหานคร และจังหวัดใกล้เคียง

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและครัวเรือนในเขตตำบลกำแพง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

ชื่อหมู่บ้าน	หมู่ที่	จำนวนประชากร			ครัวเรือน
1. บ้านหนองอ่าง	1	221	229	450	139
2. บ้านดอกรักใหญ่	2	254	250	504	129
3. บ้านไทรทอง	3	332	328	660	159
4. บ้านช่องทราย	4	465	454	919	246
5. บ้านตลาดม่วง	5	191	183	374	90
6. บ้านหนองสระหงส์	6	283	280	563	146
7. บ้านดอกรักน้อย	7	297	297	594	153
8. บ้านหนองพระบาง	8	356	366	722	178
9. บ้านดอกรักใหม่	9	178	169	347	95
10. บ้านทุ่งสวรรค์	10	202	192	394	113
11. บ้านหนองอ่างพัฒนา	11	182	177	359	101
12. บ้านสระทอง	12	326	283	609	149
รวม		3,287	3,208	6,495	1,698

ตารางที่ 2 จำนวนประชากรผู้สูงอายุในหมู่บ้านในเขตพื้นที่ตำบลกำแพง อำเภอกษัตริย์
จังหวัดร้อยเอ็ด

ชื่อหมู่บ้าน	หมู่ที่	จำนวนประชากรผู้สูงอายุ			ครัวเรือน
		ชาย	หญิง	รวม	
1. บ้านหนองอ่าง	1	28	49	77	139
2. บ้านคอรักใหญ่	2	36	34	70	129
3. บ้านไทรทอง	3	31	39	70	159
4. บ้านช่องทราย	4	36	39	75	246
5. บ้านตลาดม่วง	5	10	14	24	90
6. บ้านหนองสระหงส์	6	30	33	63	146
7. บ้านคอรักน้อย	7	24	33	57	153
8. บ้านหนองพระบาง	8	31	37	68	178
9. บ้านคอรักใหม่	9	20	23	43	95
10. บ้านทุ่งสวรรค์	10	23	25	48	113
11. บ้านหนองอ่างพัฒนา	11	25	31	56	101
12. บ้านสระทอง	12	27	26	53	149
รวม		321	383	704	1,698

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษารูปการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุตามหลักพุทธวิธีครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. งานวิจัยในประเทศ

ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539 : 134-135) ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดลำปาง 400 คน เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 81.0 โดยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดีมากที่สุดในด้านการช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกันร้อยละ 59.0 รองลงมาด้านการรับประทานอาหารร้อยละ 39.0 ส่วนปัจจัยนำได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพการ

รับรู้ภาวะสุขภาพ อายุ การสมรส ระดับการศึกษา สภาพการเป็นอยู่ปัจจุบัน สถานภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สำหรับปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวญาติและเพื่อนบ้าน บุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่ชมรมผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพบว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมดมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ประมาณร้อยละ 42.0 และตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากที่สุดคือความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพทางสถิตินอกจากนี้สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดอำนาจเจริญโดยรวมทุกพฤติกรรมได้ร้อยละ 43.1 โดยตัวแปรที่เป็นตัวทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ดีที่สุดคือค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

เสาวนีย์ พงศ์ (2542 : 1) ได้ศึกษาผลของการฝึกสมาธิวิปัสสนากัมมัฏฐานต่อความรู้สึกในคุณค่าในตนเองการมองโลกในแง่ดี และภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ ทั้งเพศชายและเพศหญิง นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 25 ราย เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในอำเภอกะเปอร์ จังหวัดระนอง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ คู่มือฝึกปฏิบัติสมาธิ วิดีโอเทปการฝึกสมาธิเครื่องวัดความดันโลหิต นาฬิกา ปรอทวักอุณหภูมิ เครื่องวัดการนำไฟฟ้าทางผิวหนังแบบสัมผัสข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การมองโลกในแง่ดี และภาวะสุขภาพแบบบันทึกข้อมูลฝึกสมาธิ ใช้สถิติพรรณนาและเปรียบเทียบเฉลี่ยตัวแปรต่าง ๆ ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มเดียวกันด้วยสถิติ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า การฝึกสมาธิสามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การมองโลกในแง่ดี และภาวะสุขภาพได้ จึงควรนำไปเป็นกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยอื่น ๆ ได้

นัยนา หนูนิลและคณะ รามาธิพิทยบาลสาร (2543 : 94-111) ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนชุมชนสาธิตวลัยลักษณ์พัฒนา เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพประชาชนโดย การคัดเลือกชุมชนสาธิตวลัยลักษณ์พัฒนา จังหวัดนครศรีธรรมราชเป็นชุมชนตัวอย่าง วิธีดำเนินการวิจัยใช้หลักของการมีส่วนร่วมตั้งแต่การสร้างทีมงาน การระดมปัญหาการวางแผน ร่วมกับสถานีอนามัยและชุมชน การดำเนินงานของชุมชน การประเมินผลและปรับปรุงแผนซึ่ง ผลการวิจัย พบว่า เจ้าหน้าที่สุขภาพมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นให้เกิดกิจกรรมของการเรียนรู้ของชุมชนอย่างต่อเนื่อง คือ 1) การสร้างความมั่นใจให้กับชุมชน 2) การปรับระบบบริการสุขภาพ 3) การสร้างพลังอำนาจชุมชน 4) การสร้างสรรคสิ่งแวดลอมที่เอื้อต่อสุขภาพชุมชน และ 5) การประสานความร่วมมือโดยกิจกรรมที่เกิดขึ้นนั้นมีได้มุ่งเน้นแต่เพียงการ

แก้ปัญหาสุขภาพเท่านั้น แต่เป็นการพัฒนาชุมชนแบบองค์รวม โดยการใช้ชุมชนเป็นฐาน ดังเช่น การจัดตั้งกองทุนสุขภาพชุมชน และกิจกรรมอื่น ๆ เช่น การส่งเสริมการผลิตและบริโภคนมถั่วเหลือง การส่งเสริมการปลูกและผลิตสมุนไพรในชุมชน และการจัดงานวันผู้สูงอายุ เป็นต้น ผลการดำเนินงาน พบว่า ด้านสุขภาพ ชาวบ้านเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้ผู้เจ็บป่วยลดลง ด้านเศรษฐกิจชาวบ้านมีอาชีพเสริมเพิ่มขึ้น ด้านสังคม เกิดผู้นำการเปลี่ยนแปลงในชุมชนและเกิดการเรียนรู้ถึงวิธีการแก้ปัญหาชุมชนร่วมกัน ด้านสิ่งแวดล้อมชุมชนมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น น้ำนมถั่วเหลือง ข้าวซ้อมมือ และสมุนไพรจำหน่ายในชุมชน มีการปลูกต้นไม้และการสร้างสวนที่ถูกสุขลักษณะเพิ่มขึ้น ซึ่งกิจกรรมที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นหนทางไปสู่การพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็ง และประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปได้

อาจารย์ ผาจำปา (2544 : 1-2) ได้ศึกษา การพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพังในบ้านตม ตำบลกุดน้ำใส อำเภอก้อวัง จังหวัดยโสธร โดยการศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพตนเอง และพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง ทำการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2553- กันยายน 2554 แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ผู้ให้ข้อมูลคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง จำนวน 11 คน เพื่อนบ้านจำนวน 11 คน กลุ่มองค์กรในชุมชนจำนวน 10 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วย แบบสำรวจความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของบาร์เรลแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้สูงอายุและเพื่อนบ้าน และการสนทนากลุ่มองค์กรในชุมชน เครื่องมือที่ใช้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยอาสาสมัคร 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง โดยการประชุมระดมสมองกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน ในการวางแผนเลือกแนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้สูงอายุและปฏิบัติตามแผนผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพังมีการดูแลและสุขภาพตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม พบปัญหาเรื่องการรับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่ ปัญหาความเสื่อมของร่างกายและสุขภาพในช่องปาก ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพ สภาพที่อยู่อาศัยเสี่ยงเกิดอุบัติเหตุมีความกังวลเรื่องไม่มีคนดูแลเวลาเจ็บป่วยและคิดถึงลูกหลาน ปัญหาด้านการเงิน ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนน้อยลง แนวทางพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง โดยชุมชนได้เสนอการดูแล 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) การสร้าง

เครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง 2) การจัดบริการเยี่ยมบ้าน 3) กิจกรรมของชุมชนผู้สูงอายุ 4) การจัดสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ 5) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้สูงอายุ และ 6) การจัดบริการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุการประเมินผลพบว่าผู้สูงอายุได้รับการดูแลและแก้ไขปัญหาที่พบ ส่วนผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายมีความพึงพอใจ กิจกรรมมีความต่อเนื่อง การศึกษานี้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนอย่างเข้าสู่วัยสูงอายุ และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานเพื่อความยั่งยืน

ทิพวรรณ วีรภค (2546 : 1) ได้ศึกษาถึงการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายในสถานสงเคราะห์คนชรา การศึกษาใช้วิธีการวิจัยเชิงสำรวจ มีแบบสอบถาม เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุระยะสุดท้ายในสถานสงเคราะห์คนชรา 20 แห่ง จำนวน 223 คน ผลการศึกษา พบว่า ลักษณะการดูแล ผู้สูงอายุระยะสุดท้ายทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม และด้านจิตวิญญาณ คือการพูดคุยปลอบ โยนให้กำลังใจ ทุกครั้งที่มีเวลาว่างจากการทำงาน และต้องให้ได้รับสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิต เช่น อาหาร น้ำ และอากาศ และควรเปิดโอกาสให้ญาติและสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ ในระยะสุดท้ายได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เช่นการป้อนอาหารการเช็ดตัว สำหรับผู้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายควรได้รับการส่งเสริมศักยภาพและการเพิ่มจำนวนบุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายให้มีความพอเพียง เพื่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพ และเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุในระดับสุดท้าย

อุทัยวรรณ เลาประเสริฐสุข (2546 : 1) ศึกษาเชิงวิเคราะห์พุทธวิธีบรรเทาทุกข์ยามเจ็บป่วย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาแนวทางการแก้ปัญหาความเจ็บป่วย ตามวิธีของพระพุทธเจ้า ซึ่งมี 2 ระดับ คือระดับ โลกียะ เป็นพุทธวิธีที่ทรงมีเป้าหมาย เพื่อการบรรเทาทุกข์ยามเจ็บป่วยและระดับ โลกุตระ เป็นพุทธวิธีที่ทรงมีเป้าหมายเพื่อการดับทุกข์คือ บรรลุพระนิพพาน โดยทั้ง 2 วิธีนี้ สามารถนำไปเลือกใช้ตามความเหมาะสมและจำเป็นกับความต้องการของแต่ละบุคคล ได้อย่างดียิ่ง จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า พระพุทธเจ้าทรงมีแนวทางในการแก้ปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วย 2 แนวทางใหญ่ ๆ คือการป้องกันและการรักษาโรค ดังนี้

1. วิธีในการป้องกันสุขภาพที่พระพุทธเจ้าทรงใช้ พบว่ามีหลักปฏิบัติต่าง ๆ ในการดูแลรักษาสุขภาพอนามัยอย่างครบถ้วนทั้งทางด้านกายภาพและ จิตภาพ ที่มุ่งเน้นการปฏิบัติควบคู่กันไปอย่างสม่ำเสมอ เป็นประจำทุกวัน เพื่อเป็นการเสริมสร้างสุขภาพอนามัยทางกายและสุขภาพอนามัยทางจิตให้แข็งแรงสมบูรณ์ ซึ่งนับว่าเป็นวิธีที่จะป้องกันการเกิดโรคต่าง ๆ ไว้ได้ในระยะเวลาหนึ่ง

2.วิธีการในการรักษาโรคที่พระพุทธเจ้าทรงนำมาใช้พบว่ามี 2 วิธี คือ การรักษาด้วยกรรมวิธีทั่วไปและการรักษาด้วยธรรมโอสถ

2.1 การรักษาโรคตามแบบกรรมวิธีทั่วไปพบว่า เป็นการใช้กรรมวิธีทางการแพทย์ตามแบบทั่ว ๆ ไปที่สังคมยุคนั้นจะมี ซึ่งมีหลายรูปแบบ ได้แก่ การใช้ยาสมุนไพร การใช้อาหาร การใช้ความร้อน การผ่าตัด และการพักผ่อน เป็นต้น แต่ทั้งนี้มีบางกรณีที่พระองค์ทรงจำกัดขอบเขตการรักษาเฉพาะในหมู่พระสงฆ์ไว้ด้วย ห้ามภิกษุฉันยาที่เจือด้วยน้ำเมาเกินขนาด และห้ามภิกษุผ่าตัดครีดีคังทวาร เป็นต้น ผลจากการใช้กรรมวิธีต่าง ๆ ดังกล่าวนี้ สามารถใช้บำบัดรักษาโรคหรือความเจ็บป่วยทั่วไปให้หายได้

2.2 การรักษาด้วยพระธรรมโอสถพบว่า พระพุทธเจ้าทรงนำเอาหลักธรรมชั้นสูงหมวดต่าง ๆ ที่ทรงใช้ในการตรัสรู้ มาบำบัดรักษาโรค หมวดธรรมต่าง ๆ นั้นส่วนใหญ่ได้จัดรวมเป็นหมวดธรรมหมวดใหญ่มีชื่อเรียกว่า “โพธิปักขิยธรรม 37” โดยนำเอาผลพลอยได้จากการตรัสรู้นี้ไปรักษาโรคต่าง ๆ ทั้งโรคทางกายและโรคทางใจ และผลจากการใช้ธรรมโอสถรักษาโรคในผู้ป่วยที่เป็นพระอรหันต์พบว่า สามารถรักษาโรคให้หายได้ ดังกรณีของพระพุทธเจ้าและพระอรหันต์สาวก เป็นต้น

ศรีเมือง พลังฤทธิ์ (2547 : 1-2) ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยตนเอง ครอบครัวและชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา การวิจัยนี้มี 2 ชั้นต่อเนื่องกัน ชั้นที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุจำนวน 415 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้น ผลการวิจัยเชื่อมโยงสู่ชั้นที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูล โดยการสนทนากลุ่มตัวแทนระดับบุคคลครอบครัว และสัมภาษณ์เชิงลึกตัวแทนระดับชุมชนรวม 48 คน ผลการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านความพึงพอใจ และพบว่าตัวแปรอิสระทั้ง 16 ตัว สามารถอธิบายการแปรผันคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านร่างกาย ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม จิตใจ และด้านความพอใจ ได้ร้อยละ 33.8, 17.9, 13.2, 9.7 และ 9.3 ตามลำดับ แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ต้องการในระดับบุคคลประกอบด้วยเตรียมเรื่องความรู้และการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยสูงอายุ การเตรียมเรื่องการเงิน โดยการออมเงินตั้งแต่วันทำงานเพื่อเอื้อต่อการเป็นผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งตนเองได้ และการเป็นผู้สูงอายุที่กระฉับกระเฉงเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน ในระดับครอบครัวนั้น บุตรหลาน ควรมีความกตัญญูให้ความรักความอบอุ่น ให้การเลี้ยงดูเกื้อหนุนให้กับผู้สูงอายุ สำหรับในระดับชุมชน ควรส่งเสริมผู้สูงอายุ ให้มีบทบาทและเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน สร้าง

ชุมชนเข้มแข็ง กระตุ้นผู้นำชุมชน และประชาชนให้ร่วมคิดร่วมสร้าง กิจกรรมตามความต้องการและสอดคล้องกับวิถีชีวิต โดยอาศัยภูมิปัญญาและทรัพยากรท้องถิ่น การเป็นแบบอย่างที่ดี เน้นการทำงานเชิงรุก ในการพัฒนาองค์ความรู้และความร่วมมือกัน ดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ประจัญ กิ่งมิ่งแอส (2548 : 1) ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการวัดระดับปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุและเพื่อประเมินรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยประชากรที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 516 คน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.95 อายุเฉลี่ยมากที่สุดอยู่ระหว่าง 70-74 ปี ในด้านการศึกษาจนระดับประถมศึกษา มากที่สุดร้อยละ 93.99 ส่วนสถานภาพสมรสยังอยู่เป็นคู่สามีภรรยา ร้อยละ 52.91 ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่แน่นอนส่วนการวัดระดับปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุพบว่าปัจจัยที่วัดได้อยู่ในระดับสูงประกอบด้วย ปัจจัยพัฒนาสุขภาพด้านจิตใจ ปัจจัยพัฒนาด้านสังคม ปัจจัยด้านจัดระบบบริการสุขภาพ ปัจจัยพัฒนาด้านร่างกาย ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคลและปัจจัยชุมชนซึ่งผลรวมค่าเฉลี่ย 3.99, 3.91, 3.84, 3.75, 3.70, 3.69 และ 3.60 ตามลำดับ ส่วนปัจจัยที่วัดได้ระดับปานกลางคือ ปัจจัยการมีสุขภาพดี โดยมีผลรวมค่าเฉลี่ย 3.24 ผลการประเมินรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุเป็นความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์มีค่าสถิติ Chi Square 26.33 (B = .024) ค่า GFI = 0.99 และ AGFI = 0.96 ค่า RMSEA = 0.04 และตัวแปรแฝงภายนอกที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีอิทธิพลโดยตรงกับการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปได้ว่า เมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ บทบาทและสถานะทางสังคม การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นย่อมมีผลต่อการดำเนินชีวิต สถานะ บทบาท สังคม และเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี มีความเป็นอิสระ มีส่วนร่วม มีความพึงพอใจและมีศักดิ์ศรีสำหรับผู้สูงอายุ ในสังคมไทยนั้น ครอบครัวถือเป็นสถาบันหลักที่ทำหน้าที่ดูแลปกป้องและตอบสนองความต้องการแก่ผู้สูงอายุ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งเป็นสถาบันที่ผู้สูงอายุต้องการจะพึ่งพิงจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต แต่อย่างไรก็ตาม ความเข้มแข็งของครอบครัวมิได้เกิดจากความสามารถของครอบครัวเพียงลำพัง แต่ต้องมีการผสมผสานระหว่างชุมชนและสังคมด้วย เนื่องจากการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุจะต้องเกิดจากการมีเครือข่ายการดูแลที่สมบูรณ์ จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น ผู้วิจัยจึงนำมาใช้เป็นแนวทางและข้อมูลสำหรับศึกษาการพัฒนา

รูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยองค์กรชุมชนในภาคอีสาน เพื่อให้เกิดการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี

ศรัณยา รักเสนาะ (2548 : 1) ศึกษาการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของสตรีวัยทองในกลุ่มแม่บ้านกองบิน 41 เพื่อศึกษาผลของการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของสตรีวัยทองพบว่า ปัญหาของสตรีวัยทองในกองบิน 41 จังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรมกรรมการบริโภค การขาดการออกกำลังกาย การปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ และการขาดความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพของตนเอง เมื่อมีการนำสตรีวัยทองเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยใช้กระบวนการกลุ่ม 8 ขั้นตอน ทำให้กลุ่มแม่บ้านดังกล่าวเกิดการร่วมคิดร่วมทำ ในการแก้ปัญหาสุขภาพตนเองได้เป็นอย่างดี เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันและบรรลุดความมุ่งหวังมากกว่าต่างคนต่างทำ หรือแยกส่วนกัน

ศศิธร เขมาภิรัตน์ (2548 : 106-109) ศึกษาเปรียบเทียบพุทธวิธีในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมกับการแพทย์แผนไทยโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาหลักพุทธธรรม พุทธวิธีดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ในพระพุทธรูปศาสนาเถรวาท เพื่อศึกษาแนวคิดหลักการ วิธีการ การแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพ และเพื่อศึกษาเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมตามแนวพุทธแบบการแพทย์แผนไทย พบว่า พระพุทธรูปศาสนาแบ่งโรคออกเป็นสองประเภท คือ โรคทางกายกับโรคทางจิต การแก้ปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วย มีสองทาง คือการป้องกันและการรักษา การป้องกันพระพุทธรูปทรงใช้หลักในการดูแลสุขภาพทั้งทางกายและทางใจอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำ การรักษา พระพุทธรูปกล่าวถึงโรคทางกายสามวิธี ได้แก่ การรักษาทางการแพทย์ การใช้ธรรมบำบัด และการรักษาด้วยพุทธานุภาพ ส่วนการรักษาโรคทางใจมีสามวิธี ได้แก่ การพิจารณาหาเหตุผล คุณโทษ การเจริญวิปัสสนากรรมฐาน และการคบ กัลยาณมิตร

พระพุทธรูปและการแพทย์อายุรเวชของอินเดียเป็นรากฐานของการแพทย์แผนไทย จากการเปรียบเทียบพบว่าพุทธวิธีกับการแพทย์แผนไทยมีทั้งความเหมือนและความแตกต่างกัน ดังนี้

ความเหมือนกันของพุทธวิธีกับการแพทย์แผนไทย คือ

1. ร่างกายประกอบด้วยธาตุสี่ คือ ดิน น้ำ ไฟ ลม
2. ความไม่สมดุลของธาตุสี่ทำให้เกิดโรค
3. โรค การตรวจโรค การวินิจฉัยโรค
4. การใช้สมุนไพร ยา วิธีการรักษาสร้างภูมิคุ้มกันโรค ป้องกันโรค

5. จรรยาแพทย์

ความแตกต่างกันของพุทธวิธีกับการแพทย์แผนไทย คือพระพุทธรศาสนามุ่งกล่าวถึง

1. กิเลส เป็นสาเหตุของการเกิดโรคทางใจ โรคทางจิต
2. โรคเกิดจากกรรมในอดีตชาติ
3. การบำบัดโรคด้วยพระธรรมโอสถและการใช้พุทธานุภาพ

ส่วนการแพทย์แผนไทยไม่กล่าวถึง

สิริพร ทาชาติ (2549 : 1) ได้ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุวิถีพุทธ : กรณีศึกษา สถาน

สงเคราะห์ผู้สูงอายุวัดป่าหนองแขง จังหวัดอุดรธานีเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่าง 4 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้รู้ 2 คน 1) กลุ่มผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุวัดหนองแขงจำนวน 10 คน 2) กลุ่มผู้นำชุมชน 5 คน และ 3) การสนทนากลุ่ม ผลการศึกษา พบว่า การประพฤติปฏิบัติตามวิถีพุทธ ช่วยให้ชีวิตมีความเป็นอยู่สอดคล้องกับแนวทางธรรมชาติ เป็นชีวิตที่สงบและมีมีความสุข การปฏิสัมพันธ์กันและกันในรูปแบบความเมตตากรุณา พึ่งพาอาศัย พ้ออยู่พอกิน ไม่เบียดเบียนกัน มีวิถีชีวิตด้วยความสงบสุข “ต้องปฏิบัติจริงจึงจะเข้าถึงสัจธรรม สามารถนำชีวิตไปสู่ความสุขและพ้นทุกข์ด้วยตนเอง

จินตนา สุวิทวัส (2549 : 1-2) ได้ศึกษาสวัสดิการผู้สูงอายุในช่วงเปลี่ยนผ่านทางสังคมวัฒนธรรมในชุมชนลุ่มน้ำพองตอนล่างเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพสถานที่ศึกษาคืออำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุจำนวน 67 คน ผู้เลี้ยงดูผู้สูงอายุ จำนวน 260 คน เจ้าหน้าที่ของรัฐและผู้เกี่ยวข้อง 23 คน เครื่องมือคือแบบสัมภาษณ์และการสังเกต ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาไปสู่ความทันสมัยของรัฐ โดยกระบวนการอุตสาหกรรมเข้าสู่ชุมชนลุ่มน้ำพองตอนล่างตั้งแต่ พ.ศ. 2502 เป็นต้นมา ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อความมั่นคงของประเทศจากภัยคอมมิวนิสต์ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของชุมชนจากสังคมวัฒนธรรมชุมชนแบบดั้งเดิมที่มีระบบเศรษฐกิจแบบยังชีพ ไปเป็นสังคมวัฒนธรรมแบบใหม่ที่มีระบบเศรษฐกิจแบบกึ่งยังชีพส่งผลกระทบต่อบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนลุ่มน้ำพองตอนล่าง โดยมีการลดบทบาทบางอย่างลงและมีบทบาทหลายอย่างที่เกิดขึ้นมาใหม่ บทบาทที่ลดลงได้แก่บทบาทการเป็นผู้ถ่ายทอดภูมิปัญญาในการนำเกษตรกรรม การประมง หัตถกรรม ผู้ให้การรักษาพยาบาล ด้วยระบบการแพทย์ดั้งเดิม ผู้คำจูนศาสนา บทบาทที่หมดไปได้แก่ การเป็นหมอดำยาและเป็นผู้แก้ไขปัญหาคความขัดแย้งของคนในชุมชน บทบาทที่ยังคงอยู่เช่นเดิมคือ การเป็นผู้นำในการประกอบพิธีกรรม บทบาทที่เกิดขึ้นใหม่ได้แก่ การเป็นผู้รับภาระงานบ้าน ฝ้าบ้าน เลี้ยงหลาน

เป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัว และส่งผลกระทบต่อการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมชน คือ พบว่า มีการช่วยเหลือเกื้อกูล แบ่งปันแก่ผู้สูงอายุที่ยากจนและด้อยโอกาสลดลง

จกถณี ศรีจักร โคตร (2550 : 1-2) ได้ศึกษาการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาในบริบทสังคมวัฒนธรรมอีสาน เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้การศึกษาแบบชาติพัฒนาวรรณนา ศึกษาในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ใช้การสุ่มแบบเจาะจงผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาจำนวน 58 คน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ 17 คน สมาชิกในครอบครัว 19 คน สมาชิกในชุมชน 22 คน ได้แก่ ผู้นำชุมชน 3 คน ผู้นำทางศาสนา 1 รูป ผู้นำทางพิธีกรรม 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 5 คน ผู้นำไม่เป็นทางการ 4 คน เพื่อนบ้าน 5 คน และบุคลากรทีมสุขภาพ 2 คน เก็บข้อมูลด้วยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนาตามธรรมชาติ การสัมภาษณ์เชิงลึก บันทึกภาคสนามและการวิเคราะห์โอกาส ผลการศึกษา พบว่า 1) ความหมายทางวัฒนธรรมในมุมมองของสังคมต่อผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ผู้เป็นเสาหลักของชุมชน ซึ่งหมายถึงการที่ผู้สูงอายุเป็นผู้ค้ำชูคุณทั้งการค้ำชูศาสนา ค้ำชูพิธีกรรม และค้ำชูชุมชนเป็นที่พึ่งพิงทางกาย ทางใจและทางเศรษฐกิจ เป็นแบบเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต ภูมิปัญญา เป็นผู้คุ้ม โยมพี่น้องทั้งเครือญาติและพี่น้องร่วมสายโลหิต ผู้มีพระคุณ หมายถึง เป็นผู้เลี้ยงดูอุ้มชูบุตร อบรมสั่งสอน และให้มูลมรดกผู้แก่ชรา หมายถึง ผู้ที่ไม่มีแรงทำงานไม่ได้ และผู้ขี้ขี้บ่น 2) การปฏิบัติของชุมชนต่อผู้สูงอายุจากมุมมองทางสังคมของผู้สูงอายุทำให้นุตรหลานและชุมชนปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ 3 ลักษณะ ได้แก่ การปฏิบัติแบบเคารพยกย่อง โดยให้ความเคารพด้วยการเลี้ยงดู การเยี่ยมเยียนการให้ข้าวของเงินทองและเบี้ยยังชีพ การเชิญให้เข้าร่วมกิจกรรม การปฏิบัติแบบกตัญญูรู้คุณ โดยเลี้ยงดูแบบตอบแทนพระคุณให้สุขสบาย ให้ความเคารพเชื่อฟัง ให้ทำกิจกรรมที่ชอบและดูแลยามเจ็บป่วย และการปฏิบัติแบบตามบุญตามกรรม ได้แก่ การไม่เคารพและไม่เชื่อฟัง เลี้ยงดูตามหน้าที่หรือใช้เงินเลี้ยง ไม่ให้เงินทองใช้และเบี้ยคเบียนทรัพย์สินของผู้สูงอายุ และไม่ดูแลยามเจ็บป่วย และ 3) ปัจจัยเงื่อนไขที่มีผลต่อการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุมี 3 ระดับ คือ ระดับบุคคล ซึ่งหมายถึง ตัวผู้สูงอายุเองเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ ภูมิปัญญาของผู้สูงอายุ คุณธรรมของผู้สูงอายุ บทบาทของผู้สูงอายุในสังคม ทรัพย์สินและรายได้ของผู้สูงอายุ ความเชื่อเรื่องบุญกรรมของผู้สูงอายุ ระดับครอบครัว คือการอยู่อาศัยของบุตรหลาน สัมพันธภาพภายในครอบครัว ระดับชุมชนคือ การเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุและเครือข่ายในชุมชน งานวิจัยที่ทำให้เกิดความเข้าใจลึกซึ้งเกี่ยวกับธรรมชาติของผู้สูงอายุและสะท้อนมุมมองของสังคมต่อผู้สูงอายุ

สุพัฒน์ จำปาหวาย (2554 : 192-196) ศึกษาเรื่องการการสร้างตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชน โดยศึกษาสถานการณ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า

ผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลโพนสะอาดส่วนใหญ่มีสุขภาพทางกายไม่แข็งแรง มีการเจ็บป่วยจากภาวะความเสื่อมของร่างกาย เจ็บป่วยด้วยโรคระบบกล้ามเนื้อ โรคข้อและกระดูก สาเหตุเกิดจากการทำงานหนักมาเป็นเวลานาน การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังพบผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคข้อและกระดูก โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุมีปัญหาคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพทางร่างกาย คุณภาพชีวิตด้านการดำเนินกิจกรรมประจำวัน มีภาวะของความรู้สึกเหงา เกิดปัญหาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต รู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้งจากสังคม ปัญหาคุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจ ภาระค่าใช้จ่ายในครัวเรือน ปัญหาคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินและการเกิดอุบัติเหตุในเคหะสถาน

ผลการศึกษาได้ตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีองค์ประกอบคือ การมีส่วนร่วมของชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรภาครัฐประกอบด้วย สถานบริการด้านสุขภาพ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยการขับเคลื่อนความคิดของผู้สูงอายุต่อการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นกิจกรรมที่เหมาะสมแต่ละบุคคล ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านกิจกรรมประจำวัน ด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต ด้านเศรษฐกิจ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสังคม ให้ดีขึ้น คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมทั้ง 6 ด้านดีขึ้นร้อยละ 63.15 นอกจากนี้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงสถิติกับการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ ส่วนปัจจัยด้านการศึกษา ศาสนา สถานภาพการสมรส ไม่มีความสัมพันธ์เชิงสถิติกับการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมของผู้สูงอายุ

โดยสรุป การศึกษาครั้งนี้ได้ตัวแบบที่เหมาะสมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมในชุมชนในบริบทชุมชนชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรงขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกว่าเดิม

กึ่งกาญจนา เมืองโคตร (2553 : ก-ข) ผลการศึกษาสถานการณ์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนตำบลบ้านฝางก่อนการพัฒนา พบว่า ทุกกลุ่มที่เข้าร่วมการพัฒนาเห็นความสำคัญและให้ความสนใจกับงานผู้สูงอายุ กลุ่มแกนนำชมรมผู้สูงอายุและผู้นำชมรมส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ และมีการจัดงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมาสนับสนุนการดำเนินงานกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุตามสมควร แต่เป็น ไปในลักษณะของกิจกรรมตามประเพณีนิยม เช่น กิจกรรมวันผู้สูงอายุ กิจกรรมทางศาสนา และการเขียนเป็นครั้งคราวยามเจ็บป่วย รวมทั้งการจ่ายเบี้ยยังชีพ ซึ่งกล่าวโดยสรุปได้ว่า ภาพรวมของการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลบ้านฝาง ยังขาดความต่อเนื่อง กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่หลากหลาย และไม่สม่ำเสมอ สำหรับผู้สูงอายุทั้งหมดใน

ชุมชน แบ่งเป็นกลุ่มย่อยตามความสามารถในการดูแลตนเอง ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเอง และเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ตามปกติ เรียกเป็น “กลุ่มติดสังคม” 2) ผู้สูงอายุที่พอช่วยตนเองได้บ้างแต่ไปมาไม่สะดวก ต้องอยู่แต่ในบ้าน เรียกเป็น “กลุ่มติดบ้าน” และ 3) กลุ่มที่ช่วยตนเองไม่ได้ ต้องนอนอยู่บนเตียงและมีผู้ดูแลตลอด เรียกเป็น “กลุ่มติดเตียง” และ “กลุ่มขาดผู้ดูแล” ผู้สูงอายุส่วนใหญ่โดยเฉพาะ “กลุ่มติดสังคม” แม้จะมีความรู้ความเข้าใจวิธีการส่งเสริมสุขภาพอยู่บ้าง ก็ยังมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่เหมาะสมเท่าที่ควร ได้รับการสนับสนุนอย่างจำกัด มีการรวมกลุ่มเพื่อการวางแผนพัฒนาาร่วมกัน ในชุมชนและได้รับการเสริมพลังน้อยกว่าที่ควรและไม่ต่อเนื่อง กิจกรรมที่ปฏิบัติไม่มีความหลากหลาย ออกกำลังกายไม่ต่อเนื่อง ขาดอุปกรณ์และการดูแลสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพในชุมชน สำหรับ “กลุ่มติดบ้าน” และ “กลุ่มติดเตียง” แม้จะมีการเยี่ยมบ้านตามปัญหาการเจ็บป่วยบ้าง แต่ก็พบว่าไม่ต่อเนื่องและไม่เป็นองค์รวมเท่าที่ควร หลายคนอยู่ในภาวะโดดเดี่ยวและว้าเหว่จากการขาดการติดต่อกับเพื่อนฝูงและสังคม ด้านการเสริมสร้างสุขภาพโดยทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขพบว่าเน้นให้บริการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข แม้จะมีการจัดบริการเชิงรุกมากกว่าเชิงรับและพยายามส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ในชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แต่เนื่องจากภาระงานมากและมีการแบ่งพื้นที่ในการดูแลของเจ้าหน้าที่ ทำให้การดูแลสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในแต่ละชุมชนไม่ต่อเนื่อง และไม่ได้พัฒนาตามความสนใจและทักษะรายบุคคลเท่าที่ควร

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

การพัฒนาต้นแบบเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนในการศึกษานี้ ประคด้วย 4 วงจรพัฒนา โดยวงจรพัฒนารอบที่ 1 เน้นการวิเคราะห์วางแผนและแก้ไขปัญหาาร่วมกันในแต่ละพื้นที่ของชมรมผู้สูงอายุ วงจรพัฒนารอบที่ 2 เป็นการจักกิจกรรมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างชมรมผู้สูงอายุทุกแห่งกับพยาบาลประจำหมู่บ้าน วงจรพัฒนาที่ 3 เป็นการศึกษาดูงานชมรมผู้สูงอายุบ้านดอนหัน นำเสนอผลงานเด่นของทุกชมรม เปิดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างชมรม และอบรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จากนั้นวงจรพัฒนาที่ 4 เป็นการพัฒนากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของแต่ละชมรมตามความสามารถของผู้สูงอายุในแต่ละชุมชน จัด “การประชุมชมรมผู้สูงอายุสัญจร” สาธิตการเยี่ยมดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง และขาดผู้ดูแลให้เครือข่ายชมรมผู้สูงอายุที่มาเยือนได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ แสดงให้เห็นว่าการพัฒนา “ต้นแบบเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ” โดยกระบวนการพัฒนาเดิมมีที่เน้นการพัฒนาศักยภาพของแต่ละชมรมพร้อมไปกับการทำงานเป็นเครือข่าย ช่วยเหลือกันทำให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนและต่อเนื่องได้

อาภรณ์ ผาจำปา (2554 : ก) ศึกษาการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพังในบ้านตม ตำบลกุดน้ำใส อำเภอค้อวัง จังหวัดยโสธร พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพังมีการดูแลสุขภาพตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม พบปัญหาการรับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่ ปัญหาความเสื่อมของร่างกายและปัญหาในช่องปาก ไม่ได้ได้รับการตรวจสุขภาพสภาพที่อยู่อาศัยเสี่ยงเกิดอุบัติเหตุ มีความกังวลเรื่องไม่มีคนดูแลเวลาเจ็บป่วย และคิดถึงลูกหลานปัญหาด้านการเงิน ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนน้อยลง แนวทางการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง โดยชุมชนได้เสนอการดูแล 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) การสร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง 2) การจัดบริการเยี่ยมบ้าน 3) กิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ 4) การจัดสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ 5) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้สูงอายุ และ 6) การจัดบริการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ การประเมินผลพบว่า ผู้สูงอายุได้รับการดูแลและแก้ไขปัญหาที่พบ ส่วนผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายมีความพึงพอใจ กิจกรรมมีความต่อเนื่อง การศึกษานี้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนอย่างเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานเพื่อความยั่งยืน

2. งานวิจัยในต่างประเทศ

Smith. (2000 : 1009) ได้ศึกษาผลของการศึกษาต่อระหว่างวัยที่มีต่อการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตและความสุขผู้สูงอายุ และเปรียบเทียบการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุในการมีส่วนร่วมในบทบาทระหว่างการทำกิจกรรม เมื่อมีเด็ก ๆ เข้ามามีส่วนร่วมกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานที่จัดอำนวยความสะดวกให้ ส่วนเด็ก ๆ เป็นนักเรียนจากโรงเรียนวันอาทิตย์สามโรง การเก็บข้อมูล ใช้แบบวัดความพึงพอใจแบบวิธีการกระบวนการปฏิสัมพันธ์ ผลการศึกษา พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับเด็ก ๆ และความพึงพอใจในชีวิตหรือการมีความสุข ผู้สูงอายุที่มีเด็กเข้าร่วม และผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าร่วม มีส่วนร่วมในกิจกรรมไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามผลการศึกษา ครั้งนี้ ชี้ให้เห็นถึงความเป็นไปได้ของการมีประโยชน์ต่อการทำให้เด็กได้พบปะและทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างคนต่างวัย รวมทั้งเด็ก และผู้สูงอายุจะได้รับผลประโยชน์ จากงานวิจัยของ Smith. (2000) จะเห็นว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลวัยต่าง ๆ เป็นการแสดงออกของบุคคลที่ทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และสามารถพัฒนาให้ดีขึ้นได้ โดยวิธีการต่าง ๆ เช่น กิจกรรม แบบฝึกหัด การสอนและการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม เป็นต้น

Thomse. (2000 : 55-78) ได้ศึกษาเครือข่ายเพื่อนบ้านและการพึ่งพาอาศัยกันในด้านสภาพแวดล้อม ผลกระทบและความแตกต่างในบทบาทของเพื่อนบ้าน ญาติ และองค์ประกอบ

ของผู้สูงอายุในประเทศเนเธอร์แลนด์ ผลกระทบทางสังคมที่ถูกแบ่งออกเป็นสี่ลักษณะในบทบาทของเพื่อนบ้าน ญาติ และองค์กรประกอบต่าง ๆ ถูกมาทำการทดสอบให้ผู้สูงอายุทั้งหมด 3,504 คนที่เกิดระหว่างปี 1908 ถึง 1937 ในสามแหล่งของประเทศ ทั้งในกลุ่มคนที่มีรายได้เป็นของตนเองและ ADL นั้น ได้ถูกรวบรวมในรูปแบบต่าง ๆ ผลปรากฏออกมาว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเมืองมีความรู้สึกที่เป็นลบเกี่ยวกับเครือข่ายที่เป็นญาติ ในทางตรงกันข้ามผู้สูงอายุที่อาศัยนอกเมืองจะมีความรู้สึกที่ต่างกันอย่างออกไป ผลสรุปครั้งนี้บอกให้เห็นถึงผลกระทบที่แบ่งออกไปเป็นสองลักษณะคือ หนึ่งแหล่งที่พักอาศัย และสองสภาพแวดล้อม

Morquart. *et.al.* (2000 : 79-96) ศึกษาถึงการให้ความสำคัญเรื่องสุขภาพในนักโทษที่สูงอายุ ผลสรุปจากรายงานที่ว่าด้วยลักษณะสังคมของสถิติจำนวนประชากรที่รวมไปถึงสุขภาพและปัญหาต่าง ๆ ที่พบเจอในชีวิตประจำวัน การทำรายงานครั้งนี้ได้มีการวัดผลมาจากกลุ่มคนผู้สูงอายุที่ถูกจำคุกอยู่ในรัฐเทกซัส ซึ่งถูกแบ่งออกเป็นสองกลุ่มด้วยกัน กลุ่มนักวิจัยได้รับอนุญาตให้มีทำการค้นคว้านี้กับกลุ่มผู้สูงอายุโดยตรง คนกลุ่มนี้มีการก่ออาชญากรรมที่ร้ายแรงบ้างก็มีปัญหาจากการดื่มเหล้าแต่ส่วนใหญ่จะมีปัญหาในเรื่องของการสูบบุหรี่ ผลการวิจัยสรุปออกมาว่าสุขภาพร่างกายของคนพวกนี้จัดอยู่ในสภาพที่แย่มากส่วนมากจะต้องใช้อุปกรณ์พิเศษในการเคลื่อนไหวและหายใจ ผลเปรียบเทียบสภาพร่างกายของคนกลุ่มนี้ปรากฏออกมาว่าแย่มากเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไปที่อยู่ในคุกของรัฐเทกซัส ทางกรมสาธารณสุขจึงมีความเห็นเดียวกันว่า ให้มีการแยกกลุ่มนักโทษพวกนี้ออกจากกลุ่มนักโทษผู้สูงอายุที่มีสุขภาพร่างกายปกติ

Wenger. *et.al.* (2000 : 161-182) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของพ่อแม่ที่มีความสำคัญแก่ไหน ความเป็นเด็กและการสนับสนุนผู้สูงอายุในประเทศอังกฤษ ความสัมพันธ์ที่มีอยู่ในครอบครัวรวมกับจำนวนคนในครอบครัวและสังคมในครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากในการให้การสนับสนุนผู้สูงอายุ ทั้งนี้ความสัมพันธ์ที่มีระหว่างเด็กโตกับพ่อแม่ของพวกเขาก็เป็นสิ่งที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งเช่นกัน แต่ที่กล่าวมาทั้งหมดนี้เป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมและความเชื่อหรือในความเป็นจริงที่ว่า ความสัมพันธ์ของพ่อแม่และลูกที่ดี เมื่อลูกโตจะให้ความสำคัญและดูแลพ่อแม่ของตัวเองอย่างที่พ่อแม่เคยปฏิบัติกับพวกเขาหรือเปล่า ได้มีการสำรวจโดยคำถามที่กล่าวมาข้างต้นในเมือง Liverpool โดยการเปรียบเทียบเครือข่ายการสนับสนุนผู้สูงอายุออกเป็นสามลักษณะด้วยกัน คือ หนึ่งจากกลุ่มที่มีครอบครัว สองจากกลุ่มที่ยังแต่งงานเมื่ออายุน้อย และสามจากกลุ่มที่ไม่ได้แต่งงานและยังเป็นเด็กอยู่ ผลปรากฏออกมาว่า ความที่เป็นเด็ก ไม่มีผลกระทบในเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุมากเท่าไร มีก็แต่แต่ผลกระทบที่เกิดจาก ลูกที่เป็น

ผู้ชายและไม่ได้แต่งงาน กับลูกที่เป็นผู้หญิงและแต่งงานแล้ว สรุปได้ก็คือครอบครัวไหนที่ลูกแต่งงานไปแล้วจะมีผลกระทบอย่างยิ่งต่อพ่อแม่ของพวกเขาเมื่อพ่อแม่ของพวกเขาแก่ตัวลง ความหมายเป็นนัยในการทำการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ยังบอกไว้อีกว่าครอบครัวไหนที่มีลูกสาวและไม่มี การแต่งงานจะมีปัญหาอย่างมากในการเลี้ยงดูพ่อแม่ของพวกเขา ซึ่งจะต่างออกไปจาก ครอบครัวที่มีลูกเป็นชายและไม่ได้แต่งงาน สังคมนี้จะทำให้เห็นว่าผู้หญิงที่ไม่ได้แต่งงาน จะต้องเจอกับปัญหาอย่างแน่นอนเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น

Knipscheer. *et al.* (2000 : 203-216) ได้ศึกษาผลกระทบให้ผู้สูงอายุที่เกิดจาก สภาพแวดล้อมหรือเกิดจากตัวผู้สูงอายุเองที่แสดงให้เห็นถึงสภาวะความเครียด (โดยการ ทดสอบจาก Lawton Model) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าสภาพแวดล้อมและสภาพจิตใจเป็นตัว บ่งชี้ถึงสภาวะความเครียดที่มีในกลุ่มคนผู้สูงอายุ จากการศึกษาวิจัยเรื่องของ Lawton ที่ว่าถึงความเรียบ ง่ายในสภาพแวดล้อม มีคำถามที่ถูกถามว่า การที่สภาพแวดล้อมเปลี่ยนแปลง วัตถุประสงค์ สภาพจิตใจความเฉยชาและความกระตือรือร้น จะเป็นผลกระทบอย่างรุนแรงระหว่าง ข้อจำกัด เกี่ยวกับการปฏิบัติงานและสภาวะความเครียดในผู้สูงอายุหรือเปล่า ข้อมูลจากสถาบันที่มีชื่อว่า LASA ของชาติได้มีการทำผลสำรวจจากประชากรที่มีอายุระหว่าง 58 ถึง 85 ปี โดยมีการ แบ่งแยกอายุและเพศกระบวนการและขั้นตอนได้ถูกวิเคราะห์ออกมาจากจำนวนผู้ที่ให้ความ ร่วมมือทั้งหมด 2,981 คน ผลที่ปรากฏออกมาแสดงให้เห็นว่า สภาพแวดล้อมและพฤติกรรม ต่าง ๆ เป็นเหตุผลที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้สูงอายุ ทั้งอาจจะเป็นข้อสรุปได้ว่าการที่ผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่รอบ ๆ เมือง ไม่สามารถทำหน้าที่หรืองานบ้านได้อย่างใจต้องการ ขาดความเชื่อมั่น ในตนเอง ไม่รู้สึกปลอดภัย ได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น และไม่คอยได้มีโอกาสได้สังสรรค์ กับเพื่อนบ้านเมื่อรวมปัญหาทั้งหมดนี้กับความสามารถของผู้สูงอายุน้อยลง เป็นการสร้าง สภาวะความตึงเครียดให้กับผู้สูงอายุ สรุปได้ก็คือ ถ้าผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีและ เอื้ออำนวยกับมีพฤติกรรมที่ไม่กดดัน โดยมีกิจกรรมตลอดเวลาจะช่วยลดสภาวะความตึงเครียด ให้กับผู้สูงอายุอยู่เลย ๆ ได้เป็นอย่างดี

Heenan. (2000 : 203-216) ได้ศึกษาถึงความคาดหวังและพฤติกรรมที่กระทบต่อการ ดูแลผู้สูงอายุอย่างไม่เป็นทางการของครอบครัวที่ทำอาชีพฟาร์มทางตอนเหนือของประเทศ ไอร์แลนด์จากผลการวิจัยทางตอนเหนือของประเทศไอร์แลนด์ได้ผลสรุปออกมาว่า ความ ต้องการและสถานการณ์ของการดูแลอย่างไม่เป็นทางการ เน้นให้เห็นถึงค่าใช้จ่ายที่ต้องเพิ่ม มากขึ้น ถ้าต้องการดูแลอย่างไม่เป็นทางการ ในรายงานฉบับนี้เป็นที่ถกเถียงกันในการทำการศึกษาค้น คว้าที่มีความคาดหวังและพฤติกรรมที่ปรากฏอยู่ในครอบครัวที่มีอาชีพการทำฟาร์ม ในกลุ่ม

ครอบครัวเหล่านี้ส่วนมากจะมีการเลี้ยงดูผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวกันเอง และเป็นที่รู้จักกันดีอยู่แล้วว่าครอบครัวที่ทำอาชีพฟาร์มมีการดูแลรักษาและปฏิบัติต่อผู้สูงอายุของพวกเขาได้เป็นอย่างดี ความช่วยเหลือจากภาครัฐและจากอาสาสมัครดูเหมือนจะมีข้อกำหนดในการยื่นมือช่วยเหลือ มากกว่าที่จะถูกกล่าวหาว่าเป็นภาระและเข้าใจยากในกลุ่มผู้สูงอายุ แต่ครอบครัวที่ประกอบอาชีพฟาร์มยังสามารถจัดการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวของพวกเขาได้เป็นอย่างดี การคาดหวังและพฤติกรรมนี้แตกต่างกันอย่างสิ้นเชิงจากครอบครัวที่ไม่ได้ประกอบอาชีพเดียวกัน การให้ความสำคัญและตัวอย่างจากครอบครัวที่ประกอบอาชีพฟาร์มถือว่าเป็นตัวอย่างที่ดีที่ครอบครัวอื่น ๆ ควรนำไปปฏิบัติตามเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

John. (2000 : 302-325) อธิบายและวิเคราะห์ถึงลักษณะหลักจริยธรรมหรือมานุษยวิทยาแขนงหนึ่งซึ่งศึกษาเกี่ยวกับวัฒนธรรมที่มุ่งประเด็นการให้ความสนใจของการชุบชีวิตในแวดวงบ้านพักของผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่าการชุบชีวิตมีบทบาทอย่างมากในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่พักอยู่ในบ้านพักเหล่านี้ ซึ่งการศึกษาค้นคว้าได้บ่งชี้ถึงสถานะสังคม ส่วนใหญ่การกระทำลักษณะนี้จะเห็นได้มากจากกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นผู้หญิงและอาจจะเป็นข้อสรุปอีกอย่างหนึ่งได้ว่ากิจกรรมการพูดคุยลักษณะนี้สามารถสร้างสังคมที่แข็งแกร่งให้กับพวกเขาได้ถึงอาจจะเป็นทั้งข้อดีและข้อเสียให้กับคนบางคนก็ตามการพูดคุยที่เกิดขึ้นในสถานที่พักของผู้สูงอายุเป็นการดีที่พวกเขาได้ใช้ความเป็นของตัวเองและการเข้าสังคมเพื่อจะได้ใช้และปรับตัวให้เข้ากับสาธารณะชนได้เหมือนคนปกติทั่วไป

Andrew. (2000 : 341-367) ศึกษาถึงบทบาทหน้าที่ของเพื่อนและเพื่อนบ้านที่ให้การสนับสนุนผู้สูงอายุ จากการทำการสำรวจพบว่าการดูแลผู้สูงอายุอย่างไม่เป็นทางการหรือเป็นกันเองส่วนใหญ่จะพบได้มากจากเครือญาติ สาเหตุก็เพราะว่า ไม่มีคนอื่นจะเข้าใจได้ดีกว่าคนที่ เป็นญาติกันเอง และเป็นบทบาทสำคัญกว่าถ้าได้ดูแลพวกเขาอย่างใกล้ชิด รายงานฉบับนี้จะเจาะลึกถึงหน้าที่และบทบาทของเพื่อนและเพื่อนบ้านที่มีต่อผู้สูงอายุที่อ่อนแอมีการเลือกการสัมภาษณ์จากบุคคลที่รับผิดชอบนี้วิธีการของการที่เพื่อนและเพื่อนบ้านกระทำเพื่อดูแลผู้สูงอายุ ก็มีอยู่หลาย ๆ วิธีด้วยกัน เช่น การพูดคุยและเสนอความช่วยเหลือให้กับผู้สูงอายุ บ้างก็ช่วยและ ก็จัดการในการบริการต่าง ๆ เหตุผลสำคัญที่ทำเช่นนี้ก็เพราะว่าคนกลุ่มนี้มองเห็นคุณค่าและให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ การกระทำของพวกเขาสามารถบอกได้ว่าเป็นการกระทำที่ดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับสถานที่ดูแลผู้สูงอายุโดยตรง การดูแลผู้สูงอายุถือว่าเป็นความสำคัญมากแก่พวกเขา แต่อย่างไรก็ตามเป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วการช่วยเหลือผู้สูงอายุในกลุ่มของเพื่อนและเพื่อนบ้าน เป็นการช่วยเหลือ โดยอาศัยน้ำใจและไม่ได้หวังค่าตอบแทนใด ๆ และให้ช่วยเหลือ

ผู้สูงอายุอย่างเต็มใจและเต็มที่ ข้อความนี้เป็นส่วนหนึ่งของหนังสือที่มีชื่อว่า White Paper
Modernizing Social Service

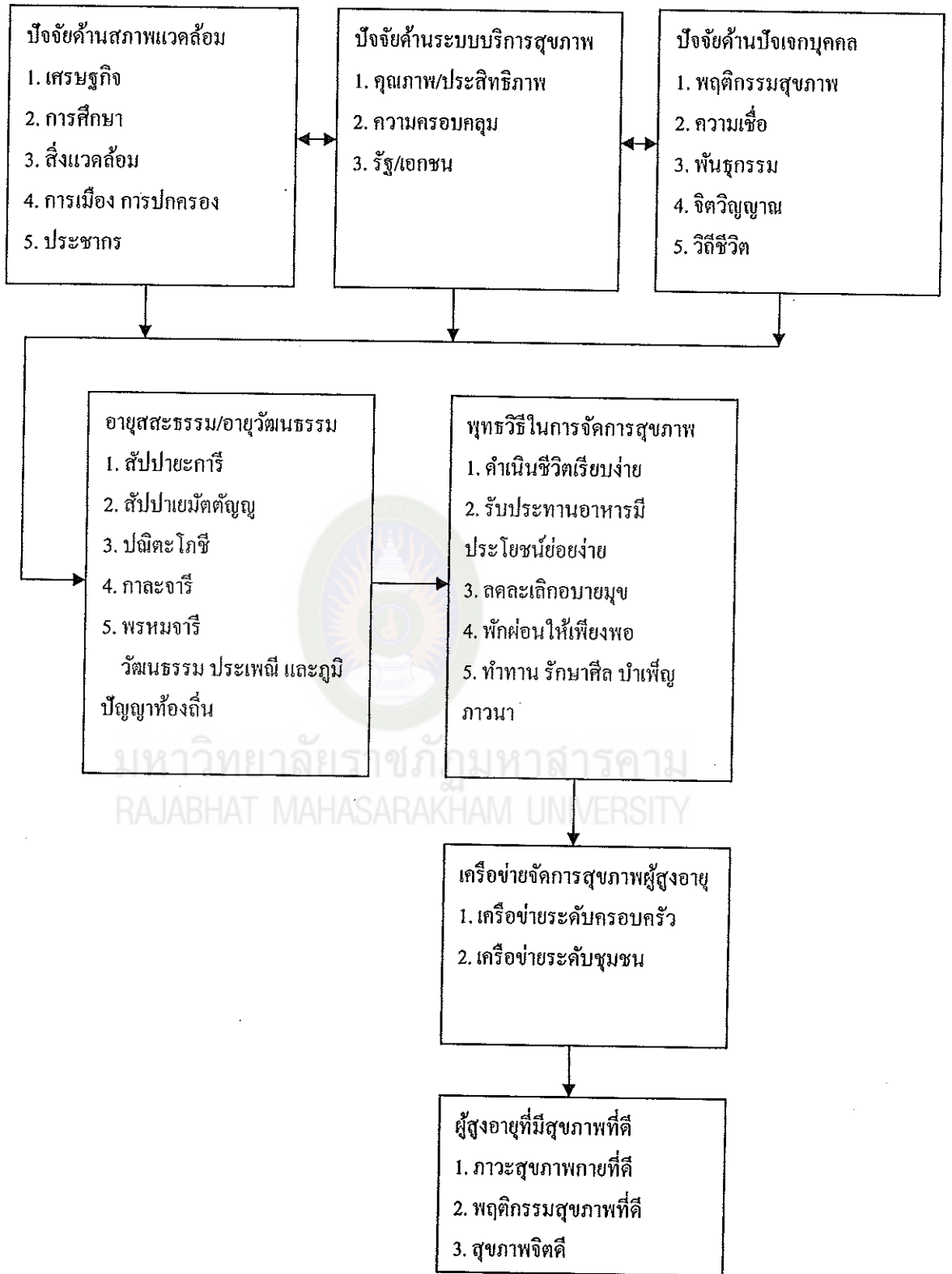
Heikkinen. (2000 : 467-483) ได้สำรวจในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปี ในโครงการที่ถูกเรียกว่า Evergreen จำนวนที่สำรวจและการสัมภาษณ์ทั้งหมดจาก 262 คนที่เกิดในปี 1910 นอกจากนี้ยังมีข้อมูลการสำรวจที่เป็นการบันทึกเทปถึงประสบการณ์ของผู้สูงอายุเป็นจำนวน 20 คน แบ่งออกเป็น ชาย 10 คน และหญิง 10 คน มีการติดตามผลเป็นระยะเวลา 5 ปี จากกลุ่มคนกลุ่มเดียวกัน จาก 20 คน ที่ได้ระบุไว้จะเหลืออยู่ที่ 17 คน เป็นหญิง 8 คน และชาย 9 คนที่ยังมีชีวิตอยู่และมีอายุตอนนี้ที่ 85 ปี การสำรวจเป็นการสำรวจเหมือนเมื่อห้าปีที่ผ่านมา โดยมีการบันทึกเทปในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ผลปรากฏออกมาให้เห็นถึงความแตกต่างที่เปลี่ยนไปในรอบห้าปี นักวิจัยเองได้มีโอกาสเจาะลึกถึงข้อมูลที่พวกเขาได้รับมากกว่าที่พวกเขาได้คาดเอาไว้ คำตอบที่จะสรุปได้บอกเอาไว้ว่าการดูแลผู้สูงอายุน้อยมากและจะต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างมากในเรื่องของอายุ ร่างกาย อย่างจริงจังให้มากกว่านี้จากการนำผลสำรวจที่เคยสำรวจมาในปี 1994 ของ Canadian General Social Survey การสำรวจครั้งนี้เกี่ยวกับเรื่องเศรษฐกิจที่มีผลกระทบต่อกลุ่มคนที่เกษียณอายุเพราะสุขภาพที่ไม่แข็งแรง การเกษียณอายุการทำงาน ไม่ว่าจะเป็นในผู้หญิงหรือผู้ชายเพราะด้วยร่างกายที่ไม่แข็งแรง เปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่เกษียณด้วยเหตุผลอื่นทำให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่ไม่แข็งแรงเสียเปรียบกว่ามาก ไม่ว่าจะเป็นเรื่องสุขภาพ ประวัติ หรือแม้แต่รายได้ก็ตาม ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ชายและเกษียณด้วยเหตุผลที่ว่าสุขภาพไม่แข็งแรงส่วนมากจะไม่ค่อยได้รับการสนับสนุนหรือช่วยเหลือจากองค์กรต่าง ๆ มากเท่าไรนัก ซึ่งในผู้สูงอายุที่เป็นผู้หญิงก็ได้รับผลกระทบคล้ายกับผู้ชายเช่นเดียวกัน จากการวิเคราะห์ครั้งนี้ทำให้เห็นอีกอย่างหนึ่งว่า สิ่งที่สำคัญและผลที่เป็นลบจะเป็นผลกระทบอย่างมากในผู้ชายที่มีรายได้และภาระต่าง ๆ ที่รับผิดชอบภายในบ้านส่วนผู้หญิงนั้นก็จะโดนกระทบในเรื่องของความรับผิดชอบภายในบ้านเว้นแต่เรื่องรายได้ที่จะไม่ค่อยมีผลกระทบกับพวกเธอมากเท่าไรนัก แต่สำหรับพวกเขาแล้วไม่ว่าจะเป็นผลกระทบอะไรก็ตามสาเหตุหนึ่งอาจจะเกิดขึ้นมาจากชีวิตแต่งงานได้ด้วย การค้นพบครั้งนี้เป็นการแสดงความคิดเห็นถึงเหตุผลที่อยากให้มีนโยบายที่มีการควบคุมให้มากกว่านี้ ให้เป็นนโยบายที่ควรมีการพิจารณาในการช่วยเหลือผู้สูงอายุโดยการลดค่าครองชีพให้กับพวกเขา

Bamford. *et.al.* (2000 : 543-570) ได้ศึกษาพบว่าความต้องการสำหรับการรับผลที่เป็นประโยชน์กับการให้บริการต่อผู้ป่วยที่เป็นโรคความจำเสื่อม การพัฒนานี้ได้มีการวัดผลออกมาว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคความจำเสื่อมขาดการให้ความสำคัญ ผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่มีส่วน

เกี่ยวข้อง ได้ถูกมองเห็นว่าเป็นกลุ่มคนที่สำคัญมากในการวัดผลหรือข้อมูลที่ออกมาจากการทำการวิจัยในครั้งนี้ ในรายงานฉบับนี้ยังแสดงให้เห็นถึงการให้คำปรึกษาและดูแลจากผู้เชี่ยวชาญต่อผู้ป่วยโรคความจำเสื่อมน้อยมากซึ่งข้อมูลเหล่านี้อาจจะแสดงผลที่แสดงให้เห็นถึงปัญหาเกี่ยวกับเรื่องความสำคัญและดูแลรักษาผู้ป่วยประเภทนี้อีกด้วย แต่ก็ยังมีส่วนน้อยที่สังเกตเห็นและให้ความสำคัญต่อเรื่องนี้อย่างจริงจังเพราะจำนวนของผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างจำกัด ญุแจสำคัญที่ให้ผลที่กล่าวมาถูกเฉลยก็เพราะว่าความเป็นเสรีมาก จนไม่มีใครยื่นมือเข้ามาช่วยเหลือและให้ความสำคัญซึ่งผลที่ออกมา นั้นสามารถวัดได้จากบริการที่มีต่อผู้ป่วยโรคความจำเสื่อม สำหรับการประเมินค่าในอนาคตการศึกษาครั้งต่อไปควรรวบรวมข้อมูลจากคุณภาพของชีวิตและการบริการ (แนวปฏิบัติต่อผู้ป่วย) ไว้ด้วยกันนอกจากนั้นแล้วควรดูถึงผลที่ออกมาจากวัตถุประสงค์ของการให้บริการทั้งนี้ด้วย

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผลจากการพัฒนาประเทศไทย โครงสร้างประชากรโลก โครงสร้างของประชากรไทย สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยและ สถานการณ์สุขภาพคนไทย พบว่า ผู้สูงอายุไทย และผู้สูงอายุในพื้นที่วิจัยตกอยู่ในสถานการณ์ที่มีแนวโน้มสูงที่จะเจ็บป่วยด้วย โรคเรื้อรังซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ ศึกษาสถานการณ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุใน ตำบลกำแพง อำเภอกะปงศรีวิชัย จังหวัดร้อยเอ็ดเพื่อให้ได้ข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ การเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วยและค้นหากลุ่มบุคคลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพในชุมชน จากนั้นนำ ข้อมูลทั้งหมดไปวิเคราะห์และสร้างเป็นรูปแบบในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน จากการร่วมคิดร่วมทำของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนทั้งหมด โดยประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรม ได้แก่ หลักอายุวัฒนธรรม 5 ผสมผสานกับภูมิปัญญาท้องถิ่นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เพื่อให้ได้ แนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม จากนั้นนำไปสู่การขับเคลื่อนแนวทางปฏิบัติผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ต่าง ๆ และขั้นตอนสุดท้ายคือประเมินผลจากการศึกษาสภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุในชุมชนจึงเขียนเป็นแผนภาพแสดงกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



แผนภาพที่ 6 กรอบแนวคิดการวิจัย